

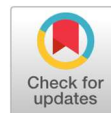


ISSN: 1859-1779

Báo cáo Ca lâm sàng

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 28(2):154-159

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.02.19>



Vết thương động mạch cảnh có tổn thương não phục hồi sau phẫu thuật: Báo cáo 1 trường hợp

Nguyễn Đỗ Nhân^{1*}

¹Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Vùng cổ tuy nhỏ nhưng chứa nhiều cấu trúc quan trọng, mang tính sống còn. Chấn thương, vết thương vùng này có thể xuyên thấu vào trong do thành mỏng và các cơ quan giải phẫu sát da. Nguyên nhân gây ra có thể do súng bắn, vết đâm hoặc mảnh vỡ xuyên thấu, dẫn đến tổn thương ống tiêu hóa, thần kinh, mạch máu, khí quản v.v... Vết thương thấu cổ là một cấp cứu ngoại khoa, đặc biệt là tổn thương động mạch cảnh, diễn tiến khó lường và thường tử vong trước khi đến viện. Theo y văn, tỉ lệ chấn thương, vết thương động mạch cảnh do vết thương thấu cổ chiếm từ 6 - 17%; trong hầu hết các trường hợp tổn thương động mạch cảnh, bệnh nhân tử vong tức thì do sốc mất máu hoặc đôi khi xử trí kịp cũng để lại di chứng thần kinh nặng nề. Nghiên cứu này phân tích trường hợp bệnh nhân nam, 49 tuổi bị vật sắc nhọn (dao) đâm thủng động mạch cảnh trái và thùy trái tuyến giáp giờ thứ nhất, có tổn thương não, được cấp cứu báo động đỏ, phẫu thuật và phục hồi vận động, tri giác hoàn toàn.

Từ khóa: chấn thương xuyên thấu cổ; động mạch cảnh; tổn thương não

Abstract

CAROTID ARTERY INJURY WITH RECOVERY BRAIN DAMAGE AFTER SURGERY: A CASE REPORT

Nguyen Do Nhan

The neck area is small in volume but contains many important and vital structures. Trauma and wounds in this area can penetrate into the inside due to the thin walls and the anatomical organs close to the skin. The cause of trauma may come from a gunshot, sharp object or fragment penetration through the skin and muscles, which can cause damage to the digestive system, nerves, blood vessels, trachea, etc. Penetrating neck wounds are a surgical emergency, especially carotid artery injuries, with unpredictable progression and high mortality rate. According to medical literature, the rate of carotid artery injury due to penetrating neck injuries is from 6 - 17%; in most cases of carotid artery injury, the patient dies immediately due to hemorrhagic shock or rarely receives timely treatment, leaving severe neurological sequelae. This study analyzes the case of a 49-year-old male patient who was stabbed by a sharp object (knife) in the left common carotid artery and the left lobe of the thyroid gland in the first hour, with brain damage, that was given emergency red alert, surgery and recovery.

Ngày nhận bài: 20-12-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 10-03-2025 / Ngày đăng bài: 12-03-2025

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Đỗ Nhân. Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: bsnguyendonhan@gmail.com

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Keywords: neck penetrating injury; carotid artery; brain damage

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cổ là vùng kết nối đầu và thân của cơ thể. Về giải phẫu, đây là vùng duy nhất, không nơi nào của cơ thể, có cùng lúc nhiều hệ cơ quan khác nhau nhưng khả năng bảo vệ, che chắn chỉ có lớp da và cơ mỏng [1]. Vì vậy, vết thương vùng cổ dễ tổn thương, xuyên thấu, dù ít gặp nhưng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tính mạng bệnh nhân. Chi tiết hơn, Cổ tập trung nhiều cấu trúc quan trọng như: mạch máu, đường thở, đường tiêu hóa, hệ nội tiết và hệ thống thần kinh v.v... và là nơi có tổ chức mô lỏng lẻo dễ gây chèn ép, tổn thương diễn tiến nhanh, khó lường. Chấn thương, vết thương vùng cổ được xem là một cấp cứu ngoại khoa, liên quan nhiều chuyên ngành, và lâm sàng luôn là thách thức lớn đối với bác sĩ chuyên khoa [1,2].

Vết thương thấu cổ chiếm từ 5% đến 10% các chấn thương do tai nạn ở người lớn. Nguyên nhân chủ yếu do đạn, dao và các vật đâm xuyên khác [1,2]. Cơ chế tổn thương liên quan vận tốc và vùng giải phẫu. Vận tốc cao có khả năng gây thương tích nghiêm trọng và tử vong cao hơn các vết thương vật sắc nhọn đâm xuyên có xu hướng gây ra ít chấn thương về hô hấp, tiêu hóa và mạch máu [3]. Vết thương thấu cổ phân loại theo ba vùng, mỗi vùng có một số tính chất riêng, tỉ lệ tử vong cho mỗi cơ quan, mỗi vùng khác nhau. Vùng I (dưới sụn nhẫn) là nghiêm trọng nhất, một phần do các cấu trúc trung thất, mạch máu và khó khăn về phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong do chấn thương thanh quản xuyên thấu được là 20 %. Tỷ lệ tử vong do chấn thương hầu thực quản 22 %. Chấn thương cột sống cổ không ổn định rất hiếm gặp. Tỷ lệ tử vong chung khoảng 5%.

Tỉ lệ chấn thương, vết thương động mạch cảnh do vết thương thấu cổ từ 6 - 17 % [4]. Bệnh có thể tử vong do cấu trúc phức tạp vùng cổ dễ bỏ sót thương tổn. Trong hầu hết các trường hợp tổn thương động mạch cảnh, ngoài khả năng tử vong cao, tổn thương não có phục hồi sau tái thông rất hiếm trên y văn. Vì vậy, chúng tôi báo cáo ca bệnh có tình huống hiếm gặp này [5].

2. BÁO CÁO CA

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, bị đâm dao vào vùng cổ trái. Vết

thương đã được rút dao ngay sau khi xảy ra sự cố. Bệnh nhân được sơ cứu tại bệnh viện tuyến quận trong khoảng 30 phút, bao gồm việc băng vết thương và nẹp cổ cứng. Sau đó, bệnh nhân được chuyển gấp đến bệnh viện Thống Nhất để tiếp tục điều trị.

Bệnh nhân nhập viện bệnh viện Thống Nhất với vết thương dài 6 cm tại vùng cổ trái, vị trí sau-bên, đang chảy máu. Khám lâm sàng cho thấy khí quản lệch về phía phải, phù nề từ góc hàm đến hõm ức. Các dấu hiệu sinh tồn: mạch 130 lần/phút, huyết áp 60/40 mmHg, nhịp thở 40 lần/phút, có co kéo cơ hô hấp phụ. Bệnh nhân có da niêm nhạt, khô. Đồng tử 2 mm, phản xạ ánh sáng chậm, Glasgow 7 điểm.

Khoa Cấp cứu nội viện nhận thông tin từ tuyến trước và ngay lập tức tiến hành các bước chuẩn bị theo quy trình báo động đỏ, cấp cứu toàn viện, hồi sức nâng cao và mổ khẩn (theo Quyết định số 10/QĐ-BVTN của bệnh viện Thống Nhất về việc ban hành quy trình báo động đỏ nội viện và liên viện). Khi tiếp nhận bệnh nhân, các kíp trực, trưởng phiên và lãnh đạo các khoa liên quan đã tiến hành hội chẩn trực tiếp, đánh giá tình trạng bệnh nhân và chỉ định các biện pháp xử trí cùng lúc.

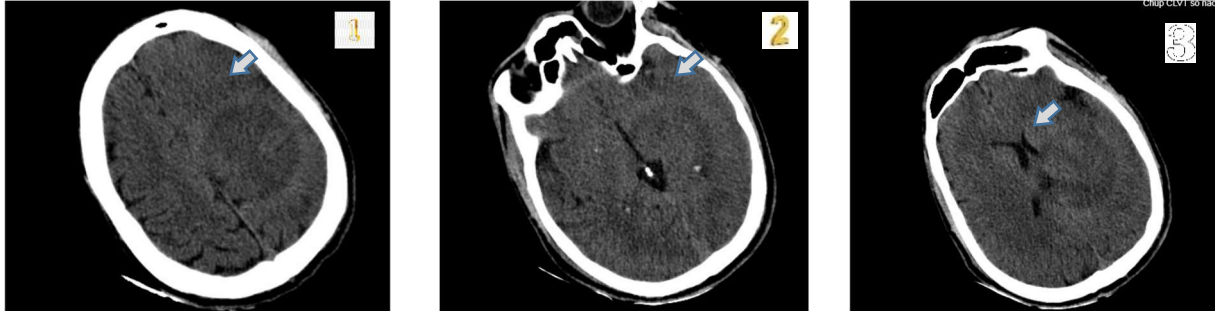
Bệnh nhân được siêu âm tại phòng cấp cứu, kết quả ghi nhận có tụ dịch vùng cổ bên trái. Sau đó, bệnh nhân được chụp CT scan trong quá trình chuyển đến phòng mổ, kết quả cho thấy có khối tụ dịch rộng tại cổ trái, kích thước 15 x 20 cm. Thuốc cản quang thoát ra từ động mạch, lan dọc theo đường động mạch cảnh xuống trung thất, tim và dịch trung thất. Động mạch cảnh chung trái, động mạch cảnh trong và ngoài trái đoạn cổ không hiện thuốc. Tụ dịch bao quanh động mạch cảnh, lan đến tuyến giáp thùy trái, thùy eo và khí quản. Có dấu hiệu hẹp lòng và chèn ép khí quản cổ từ khối tụ dịch. Ngoài ra, có hình ảnh đậm độ bất thường ở vùng thùy não, nghi ngờ tổn thương não cùng bên (Hình 1, 2, 3).

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: sốc mất máu, tổn thương bó cảnh, tuyến giáp, tổn thương não, vết thương thấu cổ phức tạp vùng I, II do vật sắc nhọn.

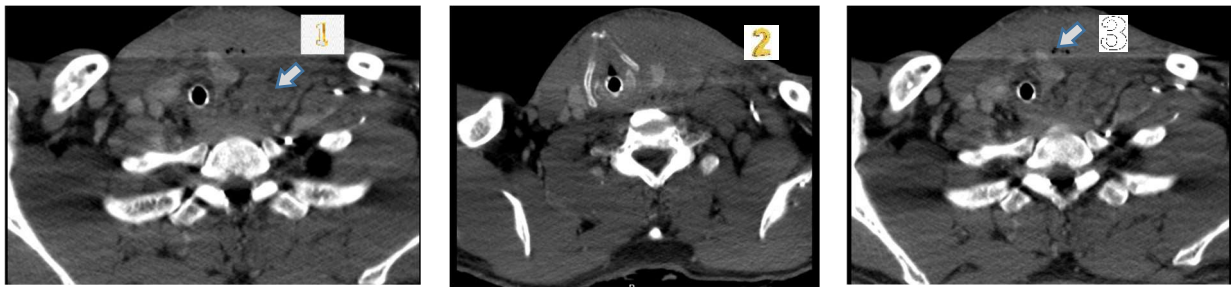
Sau khi đã chẩn đoán, bệnh nhân được gây mê, rạch da dọc theo máng cảnh, vào bao cảnh và khí quản. Đánh giá tổn thương: Hướng tổn thương từ vùng cổ sau trái ra trước giữa, đi vào khí quản cổ. Vết thương gây rách 90% động mạch cảnh

chung trái dưới ngã ba, có huyết khối trong lòng mạch và tắc nghẽn, kèm theo huyết khối trong bao cảnh. Cúc trên tuyến giáp bị đứt rời, động mạch giáp trên bị đứt, và có vết xước ở mặt trước khí quản, sụn nhẫn chưa thấu qua lòng khí quản. Tiến hành khâu phục hồi động mạch cảnh, lấy máu tụ

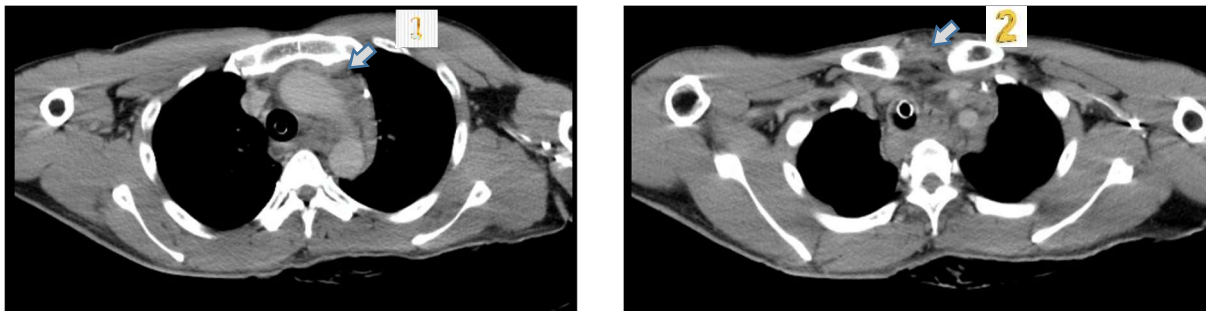
trong lòng mạch, tái lập hiệu quả dòng máu. Khâu phục hồi tuyến giáp. Tiếp tục thám sát và xử trí tụ máu ở cơ ức đòn chũm trái, lan đến mặt trước tuyến giáp, đẩy khí quản lệch phải, máu tụ lan dọc bao cảnh hướng xuống trung thất. Thời gian phẫu thuật kéo dài 270 phút (Hình 4, 5).



Hình 1. CT Sọ não cản quang (tiền phẫu). 1: Xóa rãnh não vùng thái dương, trán, đỉnh bên trái (cùng bên vết thương). 2: Mất dài bể thủy đạo. 3: Phù nề gây hẹp não thất sừng trán trái. Dấu hiệu thiếu máu não trái tối cấp



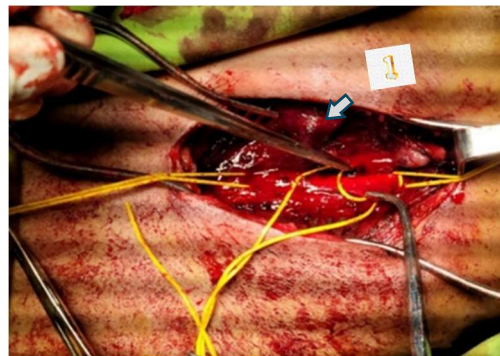
Hình 2. CT vùng cổ (tiền phẫu). 1: Mất thuốc lòng mạch (Tắc mạch cảnh trái). 2: Tăng đậm độ bao cảnh (máu tụ trong bao cảnh trái). 3: Mất liên tục cực trên tuyến giáp (đứt cực trên tuyến giáp thùy trái)



Hình 3. CT ngực (tiền phẫu). 1: Đậm độ cao trung thất trên (máu tụ); 2: Đậm độ cao hõm ức (máu tụ)



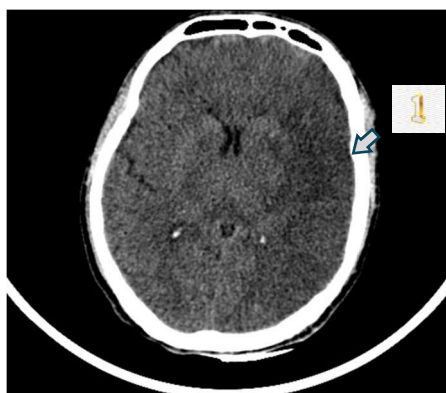
Hình 4. Khối phồng vùng cổ. 1: góc gằm



Hình 5. Rách động mạch cảnh chung trái. 1: Tụ máu vết rách động mạch

Ngay sau phẫu thuật 60 phút, kết quả ghi nhận đồng tử 2 bên có đường kính 3 mm, có phản xạ ánh sáng. Sau 120 phút, bệnh nhân hồi tỉnh, tự thở khí trời, ngồi dậy chủ động, thực hiện và trả lời đúng các y lệnh. Vào ngày N4 hậu phẫu, vết mổ khô, Glasgow đạt 15 điểm, bệnh nhân tự vận động, ăn uống tốt, trả lời và thực hiện đúng y lệnh (Hình 6). Vào ngày 07 hậu phẫu, vết mổ khô, sạch, và cắt chỉ vết mổ. Bệnh nhân được ra viện vào ngày 09 hậu phẫu, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, có thể đi lại vận động tự thân, trả lời và phản hồi đúng y lệnh. Bệnh nhân và thân nhân được hướng dẫn theo dõi vận động và tri giác tại nhà.

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 2 tuần hoặc khi có bất thường theo hướng dẫn, đồng thời tái khám định kỳ.



Hình 6. CT sọ não ngày 04 hậu phẫu. 1: Giảm đậm độ trán, thái dương bên trái, mờ ranh não vùng cấp máu động mạch não giữa bên trái, chưa ghi nhận chuyển dạng xuất huyết não

3. BÀN LUẬN

3.1. Phân vùng tổn thương trong chấn thương thấu cổ

Theo Hiệp hội chấn thương phương tây (WTA), chia cổ thành 3 vùng trong chấn thương xuyên thấu cổ [2]. Vị trí tổn thương ca lâm sàng này gồm động mạch cảnh, tuyến giáp, thuộc vùng I, II theo phân loại trên. Cụ thể như sau: Vùng I (giữa khe xương ức và sụn nhẫn), động mạch, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh gần, động mạch đốt sống, đỉnh phổi, khí quản, thực quản, tủy sống, ống ngực, tuyến giáp, tĩnh mạch cảnh, thần kinh X. Vùng II (giữa sụn nhẫn và góc hàm dưới), gồm động mạch cảnh chung, các nhánh trong và ngoài của động mạch cảnh, động mạch đốt sống, tĩnh mạch cảnh, khí quản, thực quản, thanh quản, họng, tủy sống, thần kinh X và thanh quản quặt ngược. Vùng III (giữa góc hàm dưới và nền sọ) gồm phần xa của động mạch

cảnh trong, động mạch đốt sống, tĩnh mạch cảnh, họng, tủy sống, dây thần kinh sọ IX, X, XI, XII, chuỗi giao cảm, tuyến nước bọt và tuyến mang tai [2].

Theo McConnell DB trong báo cáo 2495 bệnh nhân từ năm 1963 đến năm 1990, chấn thương vùng II là phổ biến nhất [6]. Đường tiêu hóa, khí quản bị tổn thương thường xuyên nhất, trong đó 10% chấn thương thanh quản, khí quản và 9,6 % bị vết thương hầu họng hoặc thực quản. Chấn thương mạch máu cũng phổ biến: 9% tĩnh mạch cảnh trong, 6,7% động mạch cảnh. Chấn thương tủy sống 3%, động mạch dưới đòn 2,2%, động mạch đốt sống 1,3%, đám rối thần kinh cánh tay 1,9%, dây thần kinh sọ IX, X 0,9 % và ống ngực 0,1%.

3.2. Tổn thương động mạch cảnh trong bối cảnh chấn thương, vết thương vùng cổ

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc của dân số nghiên cứu

Mức độ	Mô tả
I	Sự bất thường hoặc tách thành lòng mạch với hẹp lòng mạch < 25%
II	Bóc tách hoặc tụ máu trong thành mạch gây hẹp lòng >25% Huyết khối trong lòng mạch hoặc vạt nội mạc nhô lên
III	Già phình động mạch
IV	Tắt mạch
V	Cắt ngang với thoát mạch tự do

Có một số phân loại về chấn thương xuyên động mạch cảnh, nhưng chưa có hệ thống phân loại độc lập. Chấn thương động mạch cảnh xảy ra ở khoảng 3-11% các trường hợp chấn thương xuyên cổ. Tính phức tạp và độ nặng tổn thương có nhiều mức độ tùy vào cơ chế, loại hung khí, thời gian và xử trí ban đầu (rút dao hoặc vật sắc nhọn khi chưa chuẩn bị phụ hợp). Điều trị kinh điển gồm phẫu thuật sửa chữa mạch máu hoặc thắt mạch và một số nghiên cứu đề cập đến phương pháp can thiệp nội mạch [7]. Theo Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ (AAST), chấn thương mạch máu vùng cổ chia thành 05 mức độ [8] (Bảng 1).

3.3. Xử trí

Trong bệnh cảnh đa thương và nhiều cơ quan có nguy cơ tổn thương chưa xác định rõ ràng, lâm sàng đặt ra nhiều thách thức

và quỹ thời gian vàng rất hạn hẹp. Tuy nhiên, cần thực hiện theo hướng dẫn Hỗ trợ chấn thương nâng cao (ATLS) [9] và các nguyên tắc phẫu thuật kiểm soát tổn thương, quy trình cấp cứu ban đầu theo các bước A, B, C v.v...

Dù ở góc độ nào, chấn thương, vết thương động mạch cảnh có nguy cơ cao dẫn đến tử vong và đa số gây ra di chứng thần kinh [5]. Trường hợp lâm sàng này, tổn thương động mạch cảnh kèm theo sốc mất máu và tổn thương não là một thách thức trong xử trí ngoại khoa chuyên sâu. Thời gian vàng trong điều trị sốc mất máu và tổn thương thiếu máu não cấp là rất ngắn. Hơn nữa, khả năng phục hồi của não sau tái cấp máu là khó lường và thường kém trong khi động mạch cảnh trong là động mạch cung cấp chính. Do đó, trong xử trí, cần quyết định nhanh chóng và chuẩn bị chiến lược xử lý phù hợp, nhất là những trường hợp huyết động không ổn định [6]. Đa số các trường hợp tử vong trước vào viện [5], một số y văn khác báo cáo các trường hợp tổn thương động mạch cảnh riêng lẻ, chưa có nghiên cứu mang tính thống kê, xử trí hiện chưa có đồng thuận. Do đó, trường hợp lâm sàng này mang tính cá nhân hóa cao độ.

Điều trị với những nỗ lực ban đầu nên hướng đến việc kiểm soát chảy máu và ổn định sinh lý của bệnh nhân. Ở trường hợp bệnh nhân này, quyết định phẫu thuật ngay lập tức hoặc thực hiện các nghiên cứu hình ảnh sẽ phụ thuộc vào tình trạng huyết động của bệnh nhân khi nhập viện. Nếu bệnh nhân bị chảy máu ồ ạt, tụ máu lan rộng hoặc sốc giảm thể tích máu kéo dài sau khi hồi sức bằng các chế phẩm máu, cần phải can thiệp phẫu thuật khẩn cấp. Mặt khác, bệnh nhân có các dấu hiệu sinh tồn bình thường, tụ máu ổn định hoặc mất ổn định huyết động đáp ứng với hồi sức nên được đánh giá thông qua các nghiên cứu bổ sung. Tình trạng tri giác suy yếu khi nhập viện là dấu hiệu tiên lượng xấu và sẽ ảnh hưởng đến việc ra quyết định trong khi phẫu thuật [7]. Trường hợp lâm sàng này, xử trí theo quy trình báo động đỏ, xác định chính xác vị trí và mức độ tổn thương bó cảnh, tiếp cận bó cảnh sớm và phù hợp nhất có thể là một trong các yếu tố có giá trị.

4. KẾT LUẬN

Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp về trường hợp bệnh nhân bị dao đâm vào cổ trái, rách động mạch, sốc mất máu và tổn thương não trái qua chụp cắt lớp điện toán sọ não, được xử trí theo quy trình báo động đỏ, điều trị phẫu thuật tái tạo động

mạch cảnh và tổn thương liên quan. Bệnh nhân hồi phục gần hoàn toàn.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Đỗ Nhân

<https://orcid.org/0009-0008-1566-8763>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Đỗ Nhân

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Đỗ Nhân

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Đỗ Nhân

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jung B, Black AC, et al. Anatomy, head and neck, neck movements. StatPearls – NCBI Bookshelf. 2023; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557555/>.
2. Sperry JL, Moore EE, Coimbra R, et al. Western Trauma Association critical decisions in trauma: penetrating neck trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2013;75(6):936-40.
3. Demetriades D, Theodorou D, Cornwell E, et al. Transcervical gunshot injuries: mandatory operation is not necessary. J Trauma. 1996;40(5):758.
4. Mittal VK, Paulson TJ, Colaiuta E, et al. Carotid artery injuries and their management. J Cardiovasc Surg (Torino). 2000;41(3):423.
5. Blitzer DN, Ottochian M, O'Connor J, et al. Penetrating Injury to the Carotid Artery: Characterizing Presentation and Outcomes from the National Trauma Data Bank. Ann

Vasc Surg. 2020;67:192-199.

6. McConnell DB, Trunkey DD. Management of penetrating trauma to the neck. *Adv Surg.* 1994;27:97-127.
7. Serna JJ, Ordoñez CA, Parra MW, et al. Damage control in penetrating carotid artery trauma: changing a 100-year paradigm. *Colomb Med (Cali).* 2021;52(2): e4054807.
8. Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ. Organ injury scaling VII Cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. *J Trauma.* 1996;41:523–524.
9. Ordoñez CA, Parra MW, Serna JJ, Rodríguez HF, García AF, Salcedo A. Damage control resuscitation REBOA as the new fourth pillar. *Colomb Med (Cali)* 2020;51(4):e4014353.