NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG 58 NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN, TẠI KHOA PHẪU THUẬT - GÂY MÊ HỒI SỨC, BỆNH VIỆN QUÂN Y 5

CNĐD. TRẦN VĂN HỮU
Bệnh viện Quân y 5
Phản biện khoa học: PGS.TS. MAI VĂN VIỆN
Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại lồng ngực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: *Nghiên cứu 58 người bệnh chấn thương ngực kín cấp cứu, điều trị, chăm sóc tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 5, Quân khu 3, từ tháng 3/2016 đến tháng 3/2017.* ***Kết quả:*** *tỉ lệ nam/nữ là 49/9, tuổi gặp nhiều nhất 40-60 tuổi (56,9%), nguyên nhân do tai nạn giao thông 62,1%, tai nạn sinh hoạt 20,7%, tai nạn lao động 17,2%. Triệu chứng lâm sàng có sốc 22,4%, đau ngực 100%, khó thở 82,8%, tràn khí màng phổi 3,5%, tràn dịch màng phổi 37%, tràn khí và tràn dịch màng phổi 8,6%, tổn thương ngực bên phải 42,1%, tổn thương ngực bên trái 57,9%, gãy nhiều nhất 7 xương sườn, chấn thương ngực kín đơn thuần 37,9%, có chấn thương kết hợp 62,1%. Tỉ lệ dẫn lưu khoang màng phổi 34,5%, theo dõi chăm sóc cấp 1: 3,4%, cấp 2: 77,5%, cấp 3: 19%, thời gian điều trị trung bình 9 ngày. Kết quả điều trị tốt: 82,7%, trung bình: 12,1%, kém: 5,2%.*

Từ khóa: Chấn thương ngực kín, tràn dịch màng phổi, gãy xương sườn.

SUMMARY: *Study on the results of nursing care of 58 patients with closed thoracic trauma, who have emergency aid, treated and taken care at the Department of surgery - anesthesiology and intensive care at the Military hospital 5 of the Military, Region 3 from March 2016 to March 2017.* ***Results:*** *the ratio of male/female was 49/9, the common age of 40-60 years (56.9%), the cause of traffic accidents 62.1%, accidents of life activities 20.7%, occupational accidents 17.2%; the clinical symptoms: shock 22.4%, chest pain 100%, dyspnoea 82.8%, pneumothorax 3.5%, hydrothorax 37%, pneumothorax + hydrothorax 8.6%, right chest injury 42.1%, left chest injury 57.9%, most break - 7 ribs, simple closed thoracic trauma 37.9%, combined trauma 62.1%. The rate of pleural drainage was 34.5%, followed by primary care: 3.4%, grade 2: 77.5%, grade 3: 19%. The average time of treatment - 9 days, good results of treatment: 82.7%, average: 12.1%, poor: 5.2%.*

Keywords: Close thoracic trauma, hydrothorax, rib fracture.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNĐD. Trần Văn Hữu, Email: tranhuubv5@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/12/2017; mời phản biện khoa học: 07/5/2018; chấp nhận đăng: 15/6/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chấn thương ngực kín (CTNK) thường gặp trong tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt. Bệnh gây ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, thậm chí đe dọa tính mạng người bệnh. Tại Bệnh viện Quân y 5 (Quân khu 3), bệnh nhân (BN) CTNK thường được xử trí cấp cứu và theo dõi tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức. Công tác chăm sóc điều dưỡng các BN này cần được quan tâm đặc biệt, không để xảy ra các biến chứng.

Góp phần nâng cao chất lượng chuyên môn từ những bài học kinh nghiệm trong công tác chăm sóc điều dưỡng BN CTNK, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, và kết quả chăm sóc điều dưỡng các BN CTNK điều trị tại Bệnh viện Quân y 5.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

58 BN CTNK cấp cứu, điều trị tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 3/2016 đến tháng 3/2017. Loại trừ các BN CTNK tử vong ngay giờ đầu vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Nội dung và các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, thời gian từ khi bị tai nạn đến khi vào viện.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, chấn thương kết hợp.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: số lần siêu âm, xét nghiệm máu, X quang.

+ Đặc điểm công tác chăm sóc, điều dưỡng: xử trí ban đầu (đón tiếp, khám xét, bất động, giảm

đau, thở oxy, truyền dịch, cố định xương gãy, phân cấp chăm sóc), theo dõi chăm sóc dẫn lưu màng phổi (thời gian từ khi vào viện đến khi đặt dẫn lưu, thời gian từ khi đặt đến khi rút dẫn lưu, số lượng dịch), thời gian điều trị.

+ Kết quả điều trị: tốt, trung bình, kém.

- Phương pháp xử lý số liệu: thu thập và xử lý theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung:

3.1.1. Giới tính và tuổi:

Bảng 1. Phân bố theo giới tính, nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Dưới 20	1 (1,7%)	0	1 (1,7%)
Từ 20-39	7 (12%)	1 (1,7%)	8 (13,7%)
Từ 40-59	28 (48,3%)	5 (8,6%)	33 (56,9%)
≥ 60	13 (22,4%)	3 (5,2%)	16 (27,6%)
Tổng	49 (84,5%)	9 (15,5%)	58 (100%)

Gặp nhiều nhất các BN từ 40-59 tuổi (56,9%).

3.1.2. Nguyên nhân chấn thương:

Bảng 2. Nguyên nhân chấn thương (n = 58).

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ %
Tai nạn giao thông	36	62,1
Tai nạn sinh hoạt	12	20,7
Tai nạn lao động	10	17,2

Tai nạn giao thông chiếm 62,1%.

3.1.3. Thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện:

Bảng 3. Thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện (n = 58).

Thời gian	Số BN	Tỉ lệ %
Trước 6 giờ	27	46,5
Từ 6-12 giờ	10	17,2
Từ 12-24 giờ	12	20,7
Sau 24 giờ	9	15,5

Chủ yếu BN vào viện trong 6 giờ đầu sau tai nạn (46,5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

3.2.1. Triệu chứng toàn thân và cơ năng:

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng (n = 58).

Triệu chứng		Số BN	Tỉ lệ %
Không sốc		45	77,6
Sốc	Nhẹ	8	13,8
	Vừa	5	8,6
	Nặng	0	0
Đau	Nhẹ	12	20,7
	Vừa	39	67,2
	Dữ dội	7	12,1
Khó thở	Không	10	17,2
	Nhẹ	35	60,3
	Vừa	8	13,8
	Dữ dội	5	8,6

Tỉ lệ BN có sốc là 22,4%. 100% BN có đau ở các mức độ khác nhau. 82,8% BN có khó thở.

3.2.2. Số xương sườn bị gãy ở một bên ngực:

Bảng 5. Số xương sườn gãy ở 1 bên ngực (n = 58):

Số xương sườn bị gãy	Số BN	Tỉ lệ%
1 xương sườn	4	7
2 xương sườn	9	15,8
3 xương sườn	15	24,6
4 xương sườn	19	33,3
5 xương sườn	6	10,5
6 xương sườn	4	7
7 xương sườn	1	1,7

Có 1 BN gãy 7 xương sườn, chiếm 1,7%.

3.2.3. Tính chất tổn thương khoang màng phổi:

Bảng 6. Tính chất tổn thương khoang màng phổi.

Dấu hiệu	Số BN	Tỉ lệ %
Không tràn máu, tràn khí	14	24,1
Tràn khí màng phổi	2	3,5
Tràn máu màng phổi	37	63,8
Tràn khí + tràn máu màng phổi	5	8,6

Có 37 BN tràn máu màng phổi, chiếm 63,8%.

3.2.4. Tổn thương kết hợp:

Bảng 7. Tổn thương kết hợp.

Tổn thương kết hợp		Số BN	Tỉ lệ %
Chấn thương sọ não (24,1%)	Nhẹ	8	13,8
	Vừa	2	3,4
	Nặng	4	6,9
Tổn thương xương khớp (53,4%)	Gãy xương đòn	19	32,7
	Gãy xương bả vai	3	5,2
	Gãy xương ức	0	0
	Chấn thương xương cột sống	2	3,4
	Gãy xương chi trên	3	5,2
	Gãy xương chi dưới	4	6,9

Tổn thương kết hợp		Số BN	Tỉ lệ %
Chấn thương bụng (6,9%)	Vỡ gan	1	1,72
	Vỡ lách	2	3,4
	Khác	1	1,72
Tổng cộng		36	62,1

Có 36 BN (62,1%) bị tổn thương kết hợp, trong đó gãy xương đòn hay gặp nhất 32,7%.

3.2.5. Số lần thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng:

Bảng 8. Số lần thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng.

Cận lâm sàng	Số lần	Trung bình/1 BN
Siêu âm	258	4,18 ± 2,29
Xét nghiệm máu	221	4,32 ± 2,76
X quang	152	2,61 ± 1,79

Để theo dõi mức độ tràn máu màng phổi siêu âm được làm nhiều nhất với 258 lần, xét nghiệm máu 221 lần, chụp X quang 152 lần.

3.3. Các kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng:

3.3.1. Theo dõi, chăm sóc ban đầu:

Bảng 9. Theo dõi, chăm sóc ban đầu.

Theo dõi, chăm sóc		Số BN	Tỉ lệ %
Phòng, chống sốc	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	58	100
	Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh	46	79,3
	Truyền dịch	58	100
Chống suy hô hấp	Tư thế thuận lợi, bất động	58	100
	Thở oxy	44	75,8
	Cố định xương xườn gãy	35	60,3
Chống nhiễm khuẩn	Thay băng rửa vết thương	19	32,8
	Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh	58	100

Dùng thuốc giảm đau theo y lệnh cho 79,3% BN, cho thở oxy 75,8% BN.

3.3.2. Các cấp độ chăm sóc:

Bảng 10. Các cấp độ chăm sóc.

Cấp độ	Số BN	Tỉ lệ %
Chăm sóc cấp 1	2	3,4
Chăm sóc cấp 2	45	77,5
Chăm sóc cấp 3	11	19

Chăm sóc cấp 2 chiếm tỉ lệ cao nhất: 77,5%.

3.3.3. Chọc hút, dẫn lưu khoang màng phổi:

Bảng 11. Tỉ lệ chọc hút, dẫn lưu khoang màng phổi.

Thủ thuật	Số BN	Tỉ lệ %
Chọc hút màng phổi	2	3,5
Dẫn lưu màng phổi	20	34,5

Dẫn lưu màng phổi là chủ yếu, chiếm 34,5%

3.3.4. Chăm sóc sau đặt dẫn lưu màng phổi:

Bảng 12. Chăm sóc sau đặt dẫn lưu màng phổi.

Theo dõi, chăm sóc		Số BN	Tỉ lệ %
Theo dõi chảy máu sau mổ	Dấu hiệu sinh tồn	20	100
	Tại chỗ chân dẫn lưu	20	100
	Máu qua ống dẫn lưu	20	100
Theo dõi hô hấp	Tư thế thuận lợi	20	100
	Nhịp thở	20	100
Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn	Thay băng chân dẫn lưu	19	95
	Thay dịch bình chứa	18	90
	Dùng thuốc theo y lệnh	20	100
Theo dõi ống dẫn lưu	Nguyên tắc kín, 1 chiều	20	100
	Kẹp dẫn lưu trước khi rút	17	85
Chăm sóc khác	Hướng dẫn thở sâu, ho khạc	20	100
	Vệ sinh cá nhân	20	100
	Vỗ rung thay đổi tư thế	20	100
	Bảo đảm chế độ dinh dưỡng	20	100

Kẹp dẫn lưu trước khi rút 85%.

3.3.5. Biến chứng, tai biến đặt dẫn lưu màng phổi:

Bảng 13. Biến chứng, tai biến do đặt dẫn lưu màng phổi.

Biến chứng, tai biến	Số BN (n = 20)	Tỉ lệ %
Tuột dẫn lưu	1	5
Nhiễm trùng chân dẫn lưu	1	5

5% BN tuột dẫn lưu, nhiễm trùng chân dẫn lưu.

3.3.6. Kết quả chăm sóc:

Bảng 14. Kết quả chăm sóc điều trị.

Kết quả	Số BN	Tỉ lệ %
Tốt	48	82,7
Trung bình	7	12,1
Kém	3	5,2

Kết quả chăm sóc điều trị tốt 82,7%.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung:

CTNK chủ yếu xảy ra ở nam giới (84,5%), tuổi trung bình là 47,8 ± 15,6 (từ 15-79 tuổi, trong đó 56,9% từ 40-59 tuổi). Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất 62,1%.

BN bị tai nạn được đưa đến bệnh viện trước 6 giờ có 27 BN (46,5%). Có thể do khi mới bị tai nạn, cảm giác đau, khó thở còn ở ngưỡng chịu đựng được; sau đó, các triệu chứng này càng rõ, bắt buộc BN phải đi khám bệnh. Đến viện sau tai nạn 6-24 giờ có 22 ca (37,9%), sau 24 giờ có 9 ca (15,5%), thậm chí có người sau 5 ngày tai nạn mới nhập viện (bảng 3).

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

4.2.1. Triệu chứng:

Hội chứng sốc gặp ở 13 ca (22,4%), trong đó sốc nhẹ 8 ca (13,8%), sốc vừa 5 ca (8,6%), không có sốc nặng. Số BN sốc trong nghiên cứu đều là CTNK kèm theo chấn thương kết hợp như chấn thương bụng, chấn thương sọ não nặng. Triệu chứng nổi bật của CTNK là đau, đau ngực gặp ở 100% BN, đau nhẹ 12 ca (20,7%), đau vừa 39 ca (62,75%), đau dữ dội 7 ca (12,1%). Kèm theo đau là khó thở, gặp 48 ca (82,8%), trong đó khó thở nhẹ 35 ca (60,3%), khó thở vừa 8 ca (13,8%). Các triệu chứng đau, khó thở có thể căn cứ để đánh giá mức độ của chấn thương. Đau nhiều khi do có gãy nhiều xương sườn. Khó thở khi có tràn khí, tràn máu màng phổi nhiều (bảng 4). Chú ý những trường hợp CTNK kèm chấn thương kết hợp cần được theo dõi đặc biệt, chống sốc và tránh các biến chứng của tổn thương kết hợp.

4.2.2. Vị trí tổn thương xương sườn:

Gãy xương sườn bên trái 56,9%, bên phải 41,3%, cung bên 52,6%, cung sau 43,9%. 1 BN (1,7%) không gãy xương sườn song vẫn bị tràn máu màng phổi, trường hợp này diễn biến nhanh, khó thở nhiều, đau ngực, siêu âm số lượng dịch nhiều, phải dẫn lưu màng phổi cấp cứu (bảng 4).

4.2.3. Số xương sườn bị gãy ở 1 bên ngực:

Có 1 ca (1,7%) gãy 7 xương sườn, 19 ca (33,3%) gãy 4 xương sườn, 14 ca (24,6%) gãy 3 xương sườn, không gặp BN nào có mảng sườn di động. Những BN gãy 2 xương sườn trở lên thường rất đau, cần bất động tại giường, cố định xương sườn gãy, làm siêu âm, xét nghiệm máu theo dõi mức độ tràn máu màng phổi (bảng 5).

4.2.4. Tổn thương khoang màng phổi:

Tỉ lệ không tràn dịch, tràn khí trong suốt quá trình điều trị là 14 ca (24,1%). Có 2 ca (3,5%) tràn khí, 5 ca (8,6%) kết hợp tràn khí, tràn dịch được phát hiện ngay khi nhập viện, còn 37 ca (63,8%) tràn máu màng phổi xảy ra sau khi nhập viện 6-72 giờ, mức độ tràn máu màng phổi diễn biến tăng dần theo dõi bằng siêu âm hằng ngày (bảng 6).

4.2.5. Tổn thương kết hợp:

CTNK đơn thuần 22 ca (37,9%), CTNK kết hợp chấn thương khác 36 ca (62,1%), trong đó, chấn thương sọ não 14 ca (24,1%), chấn thương bụng kín 4 ca (6,9%), tổn thương xương khớp 31 ca (53,4%). Tổn thương kết hợp hay gặp nhất là gãy xương đòn (32,7%), có 1 ca gãy xương sườn 9, 10, 11 kết hợp chấn thương bụng kín, vỡ lách, tràn máu ổ bụng, phải mổ cấp cứu (bảng 7).

4.2.6. Số lần thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng:

Các BN ngay khi nhập viện đều được làm siêu âm tổng quát, xét nghiệm thường quy, chụp X quang cơ quan tổn thương. Tùy diễn biến của bệnh, có thể thực hiện các xét nghiệm bất thường hoặc hằng ngày. Trung bình, mỗi BN được theo dõi bằng siêu âm 4,18 ± 2,29 lần, xét nghiệm 4,32 ± 2,76 lần, X quang 2,61 ± 1,79 lần (bảng 8).

4.3. Các kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng:

4.3.1. Theo dõi chăm sóc ban đầu:

Tất cả BN CTNK khi nhập viện đều được theo dõi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ), thang điểm đau (VAS) (bảng 9).

Triệu chứng lúc vào nổi bật là đau và khó thở, nên khi tiếp nhận, 100% BN được bất động ở tư thế thuận lợi; đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi dùng thuốc giảm đau theo y lệnh 46 ca (79,3%), cho thở oxy 44 ca (75,8%), cố định xương sườn gãy 35 ca (60,3%), thay băng rửa vết thương 19 ca (32,8%), dùng kháng sinh cho 100% BN. Sau khi tiếp nhận đánh giá tình trạng tổn thương, BN được phân cấp chăm sóc, số BN được chăm sóc cấp 2 chiếm 77,5%, có 2 ca (3,4%) chăm sóc cấp 1, có 11 ca (19%) chăm sóc cấp 3 (bảng 10). Các cấp độ chăm sóc có thể thay thổi tùy thuộc vào diễn biến của bệnh.

4.3.2. Theo dõi chăm sóc khi có chọc hút, dẫn lưu khoang màng phổi:

44/58 BN (75,9%) CTNK có tràn dịch, tràn khí màng phổi, trong đó, 2 ca (3,5%) được chọc hút dịch, khí màng phổi, 20 ca (34,5%) đặt dẫn lưu màng phổi; 22 ca (38%) có tràn máu màng phổi nhưng không có chỉ định đặt dẫn lưu mà điều trị bảo tồn (bảng 11, 12). Cả 22 BN này đều được theo dõi chăm sóc chặt chẽ các dấu hiệu sinh tồn, da niêm mạc, tại chỗ chân dẫn lưu, ống dẫn lưu, dịch bình chứa (số lượng, màu sắc, tính chất) bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn, kín, một chiều, người bệnh được kẹp dẫn lưu, kiểm tra màng phổi bằng siêu âm, chụp X quang ngực trước khi rút dẫn lưu, được hướng dẫn tập thở sâu, thổi bóng bay, vỗ rung ho khạc.

(Xem tiếp trang 52)

mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24 giờ là 300g dược liệu/kg thể trọng, không xuất hiện độc tính cấp.

- Chuột nhắt trắng sau 45 ngày và 90 ngày uống thuốc "Ninh tâm thống" liên tục với liều 19,6 g/kg/ngày và liều 58,8 g/kg/ngày, không thấy ảnh hưởng tới tình trạng chung, thể trọng và các chỉ tiêu huyết học của chuột thực nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2009), *Dược điển Việt Nam,* tập IV, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2007), *Quy định thử thuốc trên lâm sàng*, Quyết định số 01/2007/QĐ-BYT.

3. Đỗ Trung Đàm (2014), *Phương pháp Litchfield Wilcoxon, phương pháp xác định độc tính của thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 101-112.

4. Organization of Economic Co-operation and Development - OECD (1998), "The OECD Guideline for Testing of Chemicals: 408 Subchronic Oral Toxicity - Rodent: 90 Day Study", *OECD*, Paris, France.

5. WHO (1993), "Research Guidelines For Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines", *ROWP*, Manila, Philippines.

6. WHO (2000), "General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine", *EDM/TRM*, Geneva, Switzerland. ❑

****

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG 58 NGƯỜI BỆNH...

(Tiếp theo trang 40)

4.3.3. Tai biến, biến chứng khi đặt dẫn lưu màng phổi:

Có 1 ca (1,7%) tuột dẫn lưu màng phổi sau đặt 2 ngày, do cố định chân dẫn lưu không tốt, BN thay đổi tư thế bị tuột, không gây tràn khí màng phổi, không phải đặt lại dẫn lưu. 1 ca (1,7%) nhiễm trùng chân dẫn lưu do có chấn thương bụng kín kết hợp (bảng 13).

4.3.4. Kết quả chăm sóc điều trị:

Kết quả tốt 48 ca (82,7%), trong đó 33 ca (56,9%) ổn định ra viện 15 ca (25,9%), ổn định hô hấp tuần hoàn chuyển chuyên khoa khác điều trị chấn thương kết hợp; trung bình 7 ca (12,1%) nhiễm khuẩn chân dẫn lưu, còn tức ngực, khó thở nhẹ, siêu âm màng phổi còn hình ảnh máu đông phải xoay chỉnh, đặt lại dẫn lưu; kém là 3 ca (5,2%), các BN này được chuyển bệnh viện tuyến trên điều trị. Không có trường hợp nào tử vong.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 58 BN CTNK điều trị tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 3/2016 đến tháng 3/2017, thấy:

- Tỉ lệ BN nam/nữ là 49/9; tuổi trung bình 47,8 ± 15,6, nhiều nhất là lứa tuổi 40-60 tuổi (56,9%). Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (62,1%).

- Dấu hiệu nổi bật lúc vào là đau ngực (100%), khó thở (82,8%), có sốc (22,4%). CTNK đơn thuần 37,9%, kết hợp với chấn thương khác 42,1%, tràn dịch, tràn khí màng phổi 75,9%.

- Theo dõi chăm sóc: bất động, truyền dịch 100%, tiêm thuốc giảm đau 79,3%, thở oxy 75,8%, cố định xương gãy 60,3%, băng bó vết thương 32,8%, đặt dẫn lưu màng phổi 34,5%, thời gian điều trị trung bình 9 ngày. Kết quả tốt 82,7%, trung bình 12,1%, kém 5,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đoàn Duy Hùng (2015), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật CTNK tại Bệnh viện đa khoa Xanh pôn Hà Nội giai đoạn 2012-2014*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà nội

2. Đặng Ngọc Hùng và cộng sự (2006), "Một số nhận xét về đặc điểm, triệu chứng, sơ cứu, cấp cứu CTNK qua 139 trường hợp tại Bệnh viện 103", *Tạp chí ngoại khoa*, 56 (6), trang 2-11.

3. Đoàn Anh Tuấn (2011), *Nhận xét về chẩn đoán và xử trí tràn máu, tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực tại Bệnh viện Xanh pôn trong 5 năm từ 1995-1999*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà nội.

4. Nguyễn Hữu Ước và cộng sự (2007), "Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức từ 2004-2006", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 328, trang 402-413.

5. Trịnh Văn Minh, *Giải phẫu người*, tập 2, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, trang 13-210.

6. Nguyễn Công Minh (2005), *Chấn thương ngực*, Nhà xuất bản Y học; (2007),*Sinh lý học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

7. Âu Văn Thảo, Lô Quang Nhật (2015), "Đánh giá kết quả dẫn lưu tràn máu, tràn khí khoang màng phổi trong bệnh cảnh đa chấn thương tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2010-2014", *Tạp chí Nghiên cứu y học,* 93 (1), trang 87-92.

8. Bộ Y tế, *Quy trình điều dưỡng, nhu cầu cơ bản của con người.*

9. Nguyễn Trọng Nghĩa (2004), *Đánh giá hiệu quả lâm sàng của lý liệu pháp hô hấp trong săn sóc bệnh nhân sau mổ chấn thương lồng ngực*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội. ❑