

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

BS. CKII. Huỳnh Thanh Long
Khoa Ngoại Tổng hợp

CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

1. KHÁM LÂM SÀNG:

- Xác định thương tổn:
 - + Thương tổn ở thành bụng:
 - + Ghi nhận dấu hiệu trầy sướt da hoặc tụ máu thành bụng xảy ra sau chấn thương
 - + Thương tổn tạng:
- Hội chứng chảy máu trong:
 - + Đau bụng ngay vị trí chấn thương, ban đầu đau khu trú và sau đó lan ra khắp bụng, đau tăng lên khi thở mạnh hoặc thay đổi tư thế.
 - + Có thể nôn hoặc buồn nôn, bí trung đại tiện.
 - + Co cứng thành bụng nhiều hoặc ít
 - + Bụng trương dần trong các trường hợp chảy máu ít, chảy máu kéo dài hoặc tụ máu lớn sau phúc mạc
 - + Toàn thân vật vã, nhợt nhạt hoặc nằm yên, lơ đãng, huyết áp tụt, mạch nhanh, tiểu ít. Nếu đến sớm trong tình trạng huyết động chưa thay đổi chỉ có biểu hiện vã mồ hôi và da xanh.
- Hội chứng thủng tạng rỗng:
 - + Đau bụng vùng vết thương, sau đó đau lan ra khắp bụng
 - + Có thể nôn hoặc buồn nôn
 - + Trướng bụng kèm theo mất vùng đục trước gan thường thấy trong thủng tạng rỗng đơn thuần.
 - + Co cứng thành bụng là dấu hiệu rõ nhất.
 - + Bệnh nhân đến trễ có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc: hộc hác, sốt cao, môi khô, lưỡi đỏ, mạch nhanh, huyết áp tụt, tiểu ít ...
- Nếu chấn thương bụng kín có kèm theo các tổn thương phối hợp như: sọ não, lồng ngực, xương chậu, sẽ rất khó trong chẩn đoán tổn thương tạng do biểu hiện lâm sàng rất phức tạp và không điển hình thường chẩn đoán chậm dẫn đến muộn và chẩn đoán sai, tỷ lệ có thể lên đến 70%.

2. CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chụp Xquang:

- Chụp bụng không chuẩn bị.
- Thủng tạng rỗng: 80% có liềm hơi dưới vòm hoành bên phải hoặc hai bên. Trong trường hợp vỡ tá tràng sau phúc mạc có thể thấy hơi ở sau phúc mạc, hơi viền xung quanh thận.
- Vỡ tạng đặc: có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng như: ổ bụng mờ, các đường mờ giữa các quai ruột, các quai ruột dẫn hơi ...
- Chụp phổi xác định tràn dịch, tràn khí, tràn khí tràn dịch màng phổi kèm theo, gãy cung sườn, thoát vị hoành.

2.2. Siêu âm bụng:

- Siêu âm xác định có máu hoặc dịch trong ổ bụng, vị trí và mức độ tổn thương, các đường vỡ tạng đặc.
- Chọc dịch bụng dưới siêu âm chẩn đoán.
- Siêu âm có thể thực hiện tại giường bệnh, không xâm phạm và có thể làm lại, nhiều lần theo dõi diễn tiến dịch bụng.
- Ưu điểm của siêu âm có độ nhạy cao 96% trong phát hiện dịch, máu trong ổ bụng, giá thành thấp.
- Nhược điểm của siêu âm là không khảo sát được thương tổn tạng rỗng, gặp khó khăn khi thành bụng dày, liệt ruột.

2.3. Chọc rửa ổ bụng:

Gây tê tại chỗ dưới rốn dài khoảng 1.5cm, qua các lớp cân cơ và luồn một ống thông xuống đến cùng đồ Douglas, sau đó truyền nhanh vào ổ bụng 1 lít dung dịch mặn đẳng trương, bệnh nhân được nghiêng qua, nghiêng lại trước khi rút lại dịch đã được truyền. Chọc rửa ổ bụng được gọi là dương tính khi hồng cầu $> 100.000\text{HC/mm}^3$, bạch cầu $> 500\text{HC/mm}^3$ và amylase có nồng độ cao. Chọc rửa ổ bụng dương tính là tiêu chuẩn chỉ định mổ bụng có độ nhạy 94%, độ chuyên biệt 96%. Độ nhạy càng cao của chọc rửa ổ bụng lại khiến tỷ lệ mổ bụng không điều trị càng cao. Vai trò của chọc rửa ổ bụng trong chẩn đoán thương tổn tạng rỗng không cao. Tuy nhiên, chọc rửa ổ bụng cũng là biện pháp xâm phạm, đòi hỏi phải gây tê bệnh nhân và có thể có biến chứng như: tụ máu thành bụng, thủng ruột và xì dịch tiêu hóa (khoảng 1%), nên cần thận trọng khi có liệt ruột, có vết mổ bụng cũ tại chỗ dự định chọc dò. Do vậy, biện pháp này chỉ nên thực hiện khi biểu hiện lâm sàng chưa rõ nhưng vẫn còn nghi ngờ và khi không được trang bị máy siêu âm.

2.4. Chụp cắt lớp điện toán:

- Chẩn đoán và phân loại được các mức độ thương tổn của gan, lách, thận.
- Làm cơ sở cho việc điều trị bảo tồn cũng như đánh giá sự tiến triển của tổn thương.
- Ít có giá trị trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng.
- Ít có sự tương quan giữa hình ảnh tổn thương tạng đặc với nguy cơ chảy máu
 - Đánh giá tổn thương tạng theo Moore (Bảng 1, 2, 3, 4)

Bảng 1: Phân độ thương tổn gan theo Moore

PHÂN ĐỘ	THƯƠNG TỔN
Độ 1	- Tụ máu dưới bao < 10% diện tích - Rách bao gan và nhu mô < 1cm chiều sâu
Độ 2	- Tụ máu dưới bao 10-50% diện tích hay trong nhu mô < 10cm đường kính - Vỡ gan 1-3cm bề sâu và < 10cm chiều dài
Độ 3	- Tụ máu dưới bao lan rộng > 50% diện tích hay trong nhu mô > 10cm đường kính - Vỡ gan > 3cm bề sâu
Độ 4	- Vỡ 25-75% thùy gan hay từ 1-3 hạ phân thùy trong một thùy gan
Độ 5	- Vỡ 75% thùy gan hay trên 3 hạ phân thùy trong một thùy gan - Có thương tổn mạch máu (tĩnh mạch chủ sau gan, các tĩnh mạch gan lớn.
Độ 6	- Gan bị bứt ra khỏi các dây chằng treo gan, cuống gan

Bảng 2: Phân độ thương tổn lách theo Moore

PHÂN ĐỘ	THƯƠNG TỔN
Độ 1	- Tụ máu dưới bao < 10% diện tích - Rách bao lách, vỡ nhu mô < 1cm chiều sâu
Độ 2	- Tụ máu dưới bao 10-50% diện tích, tụ máu trong nhu mô < 5cm bề sâu. - Vỡ nhu mô 1-3cm bề sâu không ảnh hưởng đến mạch máu bề
Độ 3	- Tụ máu dưới bao > 50% diện tích, vỡ khối máu tụ dưới bao, tụ máu trong nhu mô > 5cm bề sâu - Vỡ nhu mô > 3cm bề sâu hay có ảnh hưởng mạch máu bề
Độ 4	- Vỡ thùy lách hay đứt mạch máu rốn lách chi phối > 25% lách
Độ 5	- Vỡ nát - Đứt cuống lách

Bảng 3: Phân độ chấn thương tụy theo Moore

PHÂN ĐỘ	THƯƠNG TỔN
Độ 1	- Dập, vỡ tụy không có thương tổn ống tụy
Độ 2	- Đứt lia đuôi tụy hoặc chấn thương mô tụy có thương tổn ống tụy
Độ 3	- Đứt lia đầu tụy hay chấn thương tụy có kèm thương tổn ống tụy
Độ 4	- Chấn thương khối tá - tụy có hay không thương tổn bóng Vater

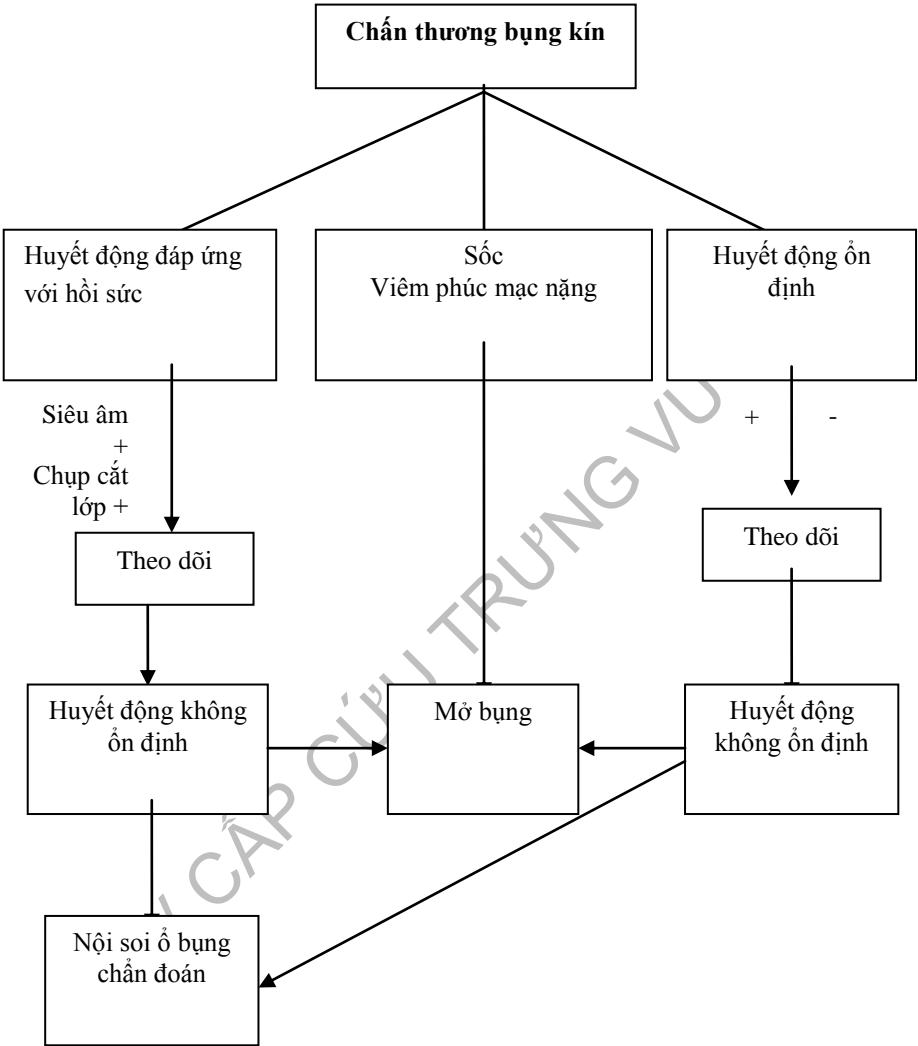
Bảng 4: Phân độ vỡ tá tràng theo Moore

PHÂN ĐỘ	THƯƠNG TỔN
Độ 1	- Rách lớp thanh – cơ, không thủng - Tụ máu một đoạn tá tràng
Độ 2	- Vỡ dưới 50% chu vi - Tụ máu > một đoạn
Độ 3	- Vỡ 50 – 75% chu vi TT2 - Vỡ 50 – 100% chu vi TT1, TT3, TT4
Độ 4	- Vỡ > 75% chu vi TT2, thương tổn bóng Vater hay đoạn xa ống mật chủ
Độ 5	- Vỡ nặng khối tá - tụy - Tá tràng bị triệt mạch

3. NHỮNG CÔNG VIỆC CẦN LÀM TRƯỚC BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN:

- Tiến hành thăm khám để xác định tình trạng, đánh giá, tiên lượng để chỉ định hồi sức cấp cứu.
- Xác định thương tổn do chấn thương bụng và các thương tổn phối hợp để đánh giá tình trạng và mức độ thương tổn.
- Để bệnh nhân nằm yên và theo dõi các chỉ số sinh tồn, chỉ số sốc, chỉ số Glasgow.
- Bất động gãy xương nếu có.
- Xét nghiệm máu.
- Thăm khám bụng nhiều lần để đánh giá mức độ tiến triển.
- Thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán.

4. SƠ ĐỒ XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN:



Sơ đồ xử trí chấn thương bụng kín

VẾT THƯƠNG BỤNG

1. KHÁM LÂM SÀNG:

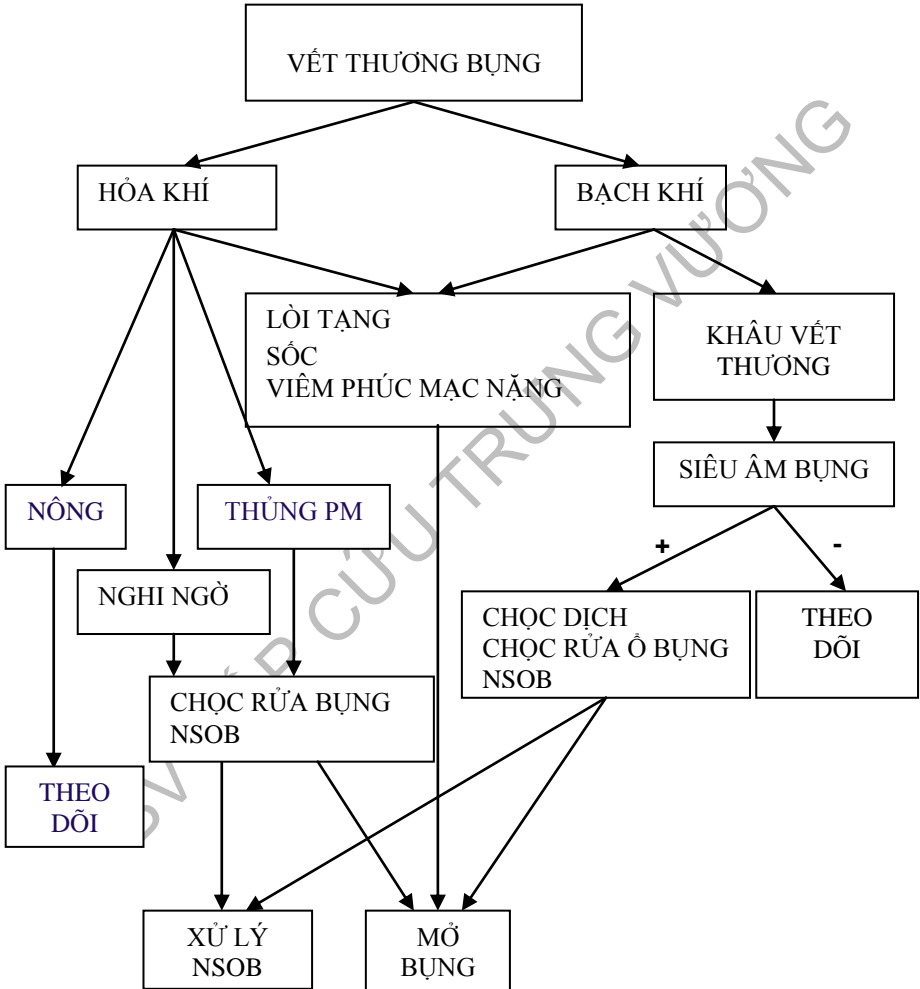
- Có thể do đạn bắn hoặc do vật sắc nhọn đâm vào bụng. Có những vết thương ở các vị trí kín đáo như vùng bẹn, vùng tầng sinh môn hoặc từ sau lưng, từ vùng ngực xuyên xuống bụng.
- Vết thương thành bụng là tổn thương các lớp cơ của thành bụng không thủng phúc mạc: xử lý cắt lọc, lấy tổ chức dập nát, máu cục, kiểm tra có thấu phúc mạc hay không. Nếu thủng phúc mạc nhất thiết phải theo dõi sát hoặc thăm dò tổn thương tạng.
- Vết thương thấu bụng:
- Loại do vật sắc nhọn đâm thường vết thương gọn, chỉ có lỗ vào, dễ định hướng tổn thương
- Loại do hỏa khí gây ra ngoài mảnh đạn còn do sức công phá nên nhiều tạng có thể bị tổn thương, do vậy tổn thương phức tạp và khó đánh giá. Đối với thương tổn này nên chỉ định mổ mở thăm dò để tránh bỏ sót thương tổn.
- So với chấn thương bụng, tổn thương tạng có phần khác hơn
- Dạ dày, ruột non, đại tràng ngang có thể bị thủng một hay nhiều lỗ, lỗ thủng to hay nhỏ tùy theo tác nhân.
- Tá tràng, đại tràng lên, đại tràng xuống có thể bị thủng trong hay ngoài phúc mạc.
- Tổn thương trực tràng thường rất nặng vì nhiễm khuẩn, vì tổn thương phối hợp.
- Đường mật thường bị kèm theo tổn thương gan.
- Gan, lách, tụy, thận tổn thương nông sâu tùy theo tác nhân, thường kèm theo dập nát nhu mô.
- Thận có thể bị vỡ nát, đứt cuống thận, dập thận, vỡ dưới bao, hay vỡ một phần tạo thành khối máu tụ quanh thận.
- Bàng quang có thể bị rách trong hay ngoài phúc mạc.
- Tổn thương mạc treo, mạc nối gây chảy máu trong ổ bụng. Đoạn ruột tương ứng có thể bị mất mạch và hoại tử.
- Tổn thương các mạch máu lớn trong ổ bụng: tĩnh - động mạch chủ bụng, tĩnh - động mạch chậu... gây chảy máu dữ dội dẫn đến tử vong nhanh chóng hoặc tạo thành khối máu lớn lan rộng, nhanh sau phúc mạc.
- Tổn thương cơ hoành có thể bị tổn thương do các xương sườn gãy đâm thủng hoặc do vết thương ngực bụng.

2. NHỮNG CÔNG VIỆC CẦN LÀM:

- Tiến hành thăm khám để xác định tình trạng, đánh giá, tiên lượng để chỉ định hồi sức cấp cứu.
- Xác định thương tổn ở thành bụng hay là thấu bụng. Nếu vết thương thành bụng, xử lý cắt lọc, lấy tổ chức dập nát, máu cục, kiểm tra phúc mạc có thủng hay không. Nếu phúc mạc không thủng khâu lại tổ chức cân cơ. Nếu phúc mạc bị thủng nhất thiết phải theo dõi sát hoặc phải thăm dò tổn thương tạng trong ổ bụng. Trong trường hợp theo dõi sát cần phải: để bệnh nhân nằm yên và theo dõi các chỉ số sinh tồn, chỉ số sốc, chỉ số Glasgow.
- Bất động gãy xương nếu có.
- Đặt thông mũi dạ dày: nếu ra máu đỏ tươi có chỉ định mổ mở.

- Đặt sonde tiểu lưu.
- Xét nghiệm máu.
- Thăm khám bụng nhiều lần để đánh giá mức độ tiến triển.
- Thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán.

3. SƠ ĐỒ XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG THÁU BỤNG:



SƠ ĐỒ XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG THÁU BỤNG