

Chấn thương bụng

ThS. BS. Nguyễn Võ Vĩnh Lộc

Bộ môn Ngoại

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh



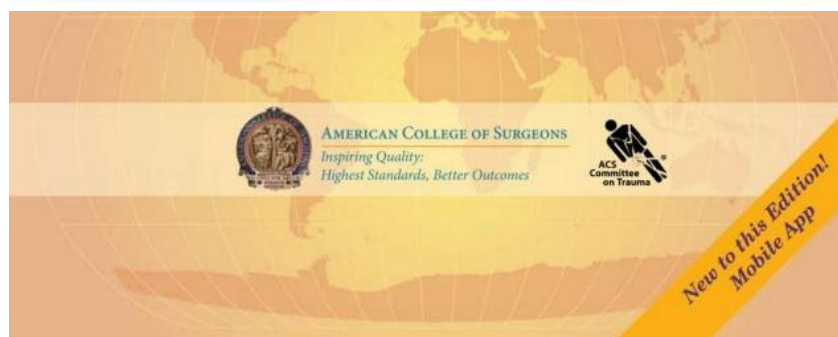
Mục tiêu

- Nhận ra được một bệnh nhân chấn thương bụng
- Biết cách tiếp cận và xử trí ban đầu bệnh nhân chấn thương bụng
- Phân tích được các phương pháp đánh giá ổ bụng



TIẾP THEO??

I must have, like, fallen on a bullet.





- Bệnh nhân có
- Quan sát có *đ*
- Tiếng *rít? Khó*
- Ở bệnh nhân có
chấn thương
- Để loại trừ chấn
- Bệnh nhân tỉnh
Rapid sequence
- Bệnh nhân mê



ch tiết?

xem như có

sàng và hình ảnh

ng: kỹ thuật

al intubation

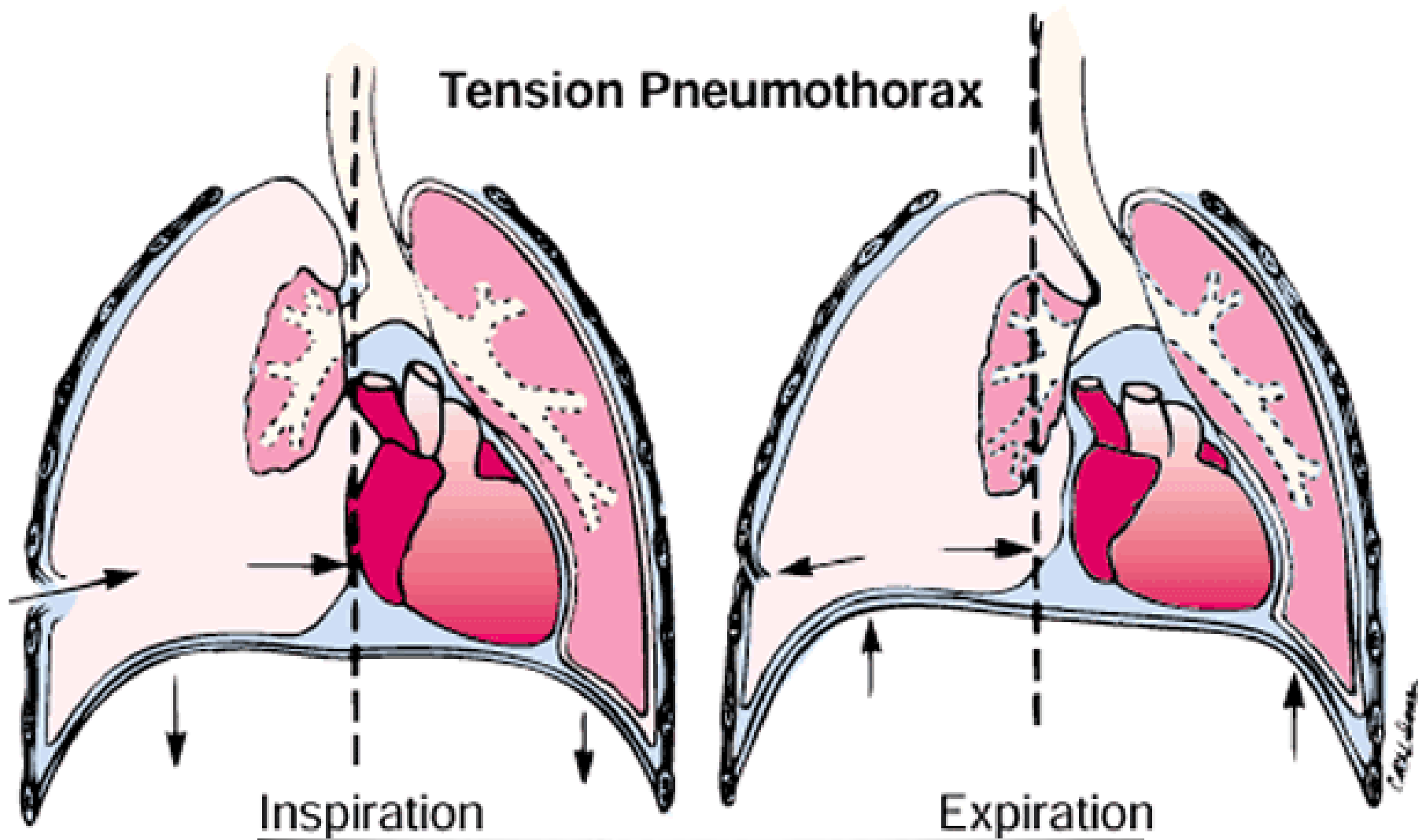


- *Nhìn, sờ, nghe, X quang ngực:*
 - Khí quản lệch?
 - Rale?
 - Màng sườn di động (flail chest)?
 - Vết thương ngực hút (sucking chest wound)?
 - Không có tiếng thở?
- *Xử trí:*
 - Thông khí O₂ 100%
 - Tràn khí màng phổi → kim giải áp
 - Tràn khí/máu màng phổi → dẫn lưu màng phổi
 - Vết thương ngực hút → bít kín vết thương

A photograph of a patient lying in a hospital bed. The patient's head is covered with a clear plastic oxygen mask or cap. A clear plastic chest drain tube is visible on the right side of the patient's chest. The patient is wearing a light blue hospital gown. The background shows a dark headboard and a light-colored wall. A white text box with a blue border is overlaid on the image, containing the text 'Flail chest' in red.

Flail chest

Tension Pneumothorax





- Tụt huyết áp + chấn thương → *shock mất máu*
- Đánh giá *huyết động*:
 - Tri giác
 - Màu sắc da
 - Mạch tứ chi
 - Huyết áp và pulse pressure
- *Xử trí*:
 - Theo dõi tim
 - Băng ép chỗ chảy máu thấy được
 - Lập đường truyền: 2 kim tĩnh mạch lớn ± tĩnh mạch trung tâm
 - Chèn ép tim → giải áp
 - Bù dịch



- Khám nhanh thần kinh:
 - Tri giác
 - Kích thích và phản xạ đồng tử
 - Vận động
 - Điểm Glasgow
- Xử trí:
 - Chấn thương cột sống → corticoid liều cao trong 8 giờ đầu
 - Theo dõi áp lực nội sọ → mồi Ngoại thần kinh
 - Tăng áp lực nội sọ:
 - Nằm đầu cao
 - Mannitol
 - Tăng thông khí
 - Giải áp cấp cứu

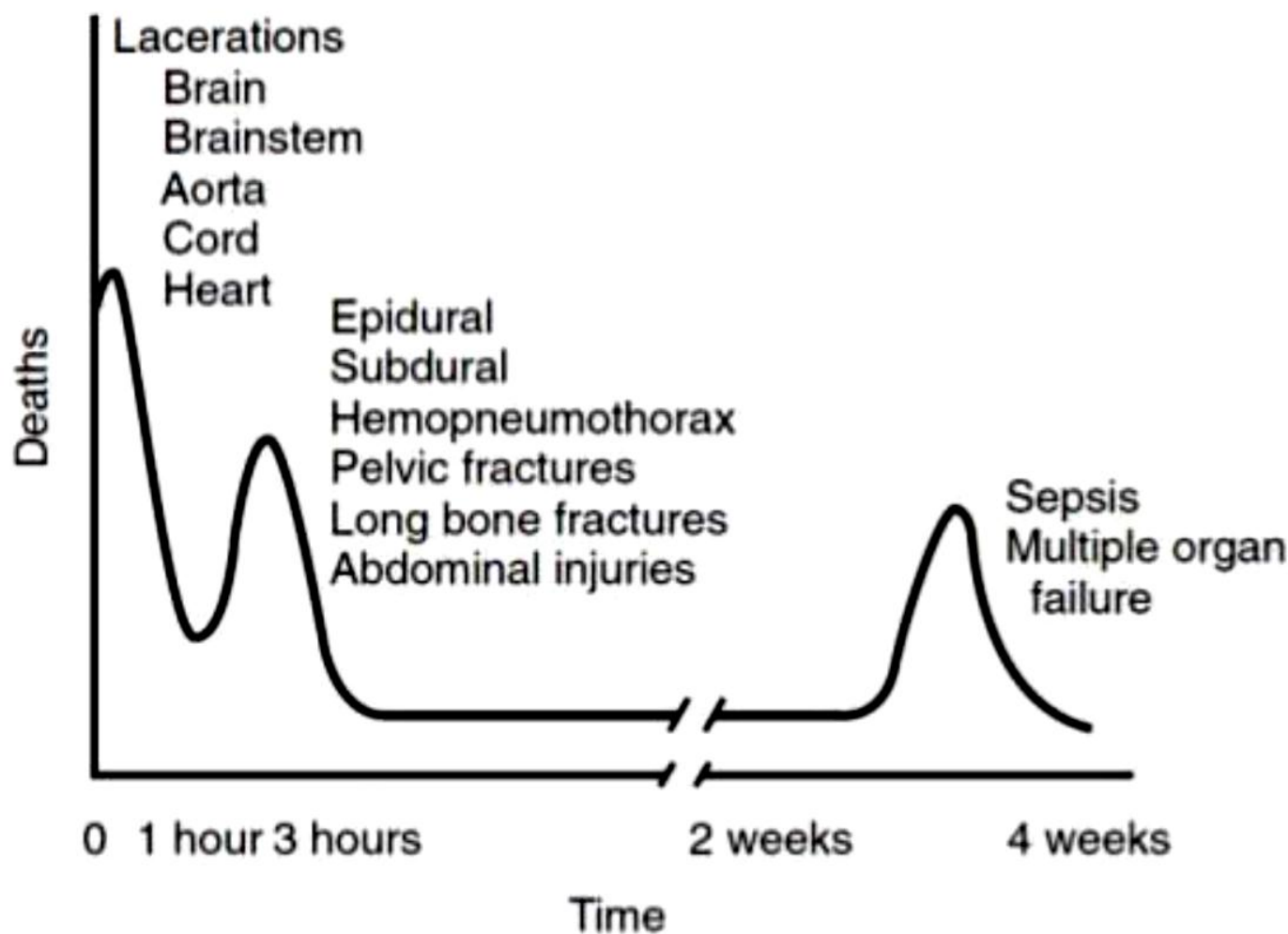


- Cởi hết áo quần
- Xoay bệnh nhân để nhìn lưng
- Đo nhiệt độ trực tràng
- Chăn ấm + sưởi ấm

A photograph of a severely injured human torso lying on a white sheet in a hospital setting. The torso is covered in extensive blood and lacerations, particularly along the sides and lower back. A large, dark, bloody mass is visible on the right side of the image. In the background, medical equipment and a yellow wall are visible.

**Luôn luôn
quan sát đủ**

TRAUMA DEATHS

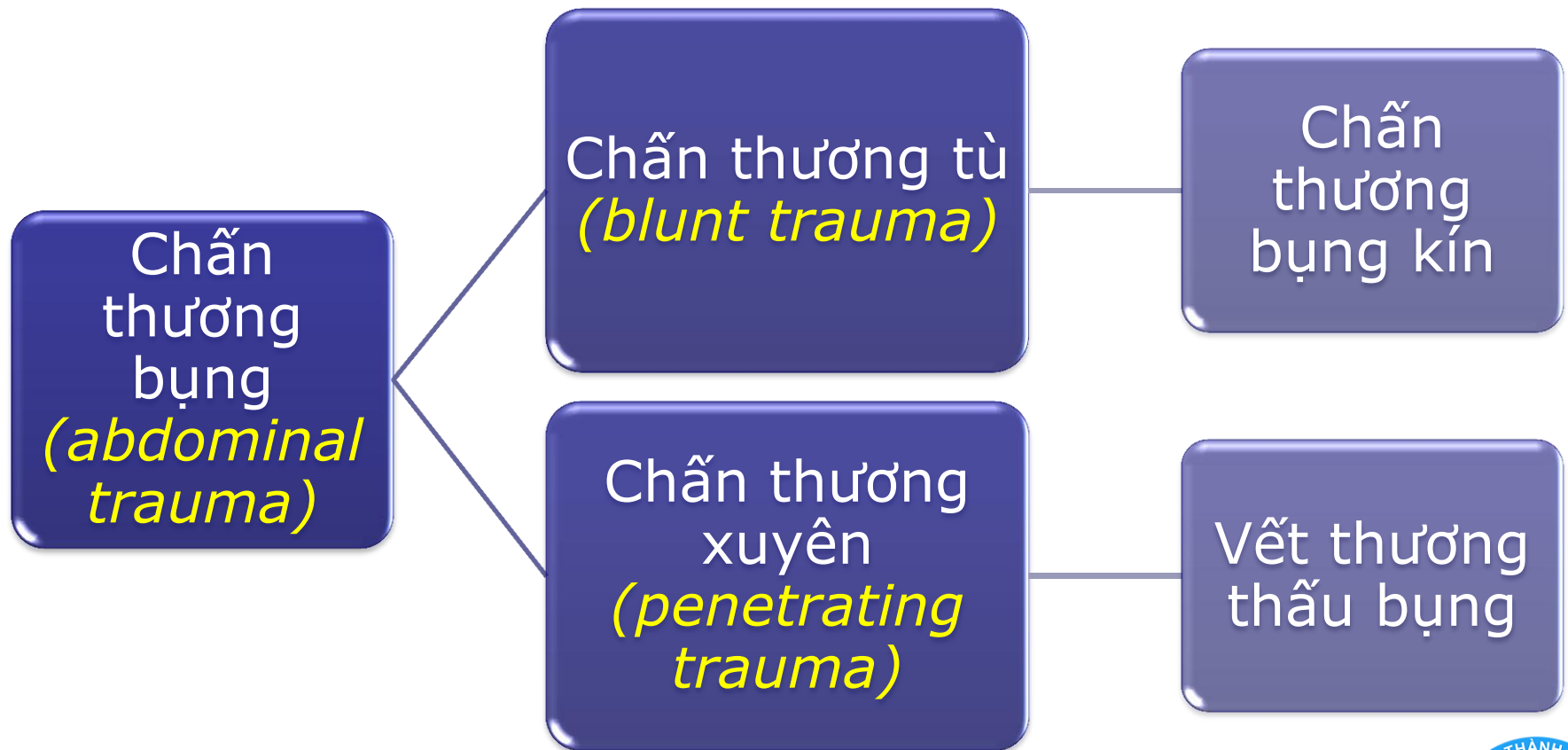


Trauma deaths have a trimodal distribution. The first death peak (approximately 50%) is within minutes of the injury. The second death peak (approximately 30%) occurs within a few hours to 48 hours. The third death peak occurs within 1 to 4 weeks (approximately 15%) and represents those patients who die from the complications of their injury or treatment. Asensio, 2008.

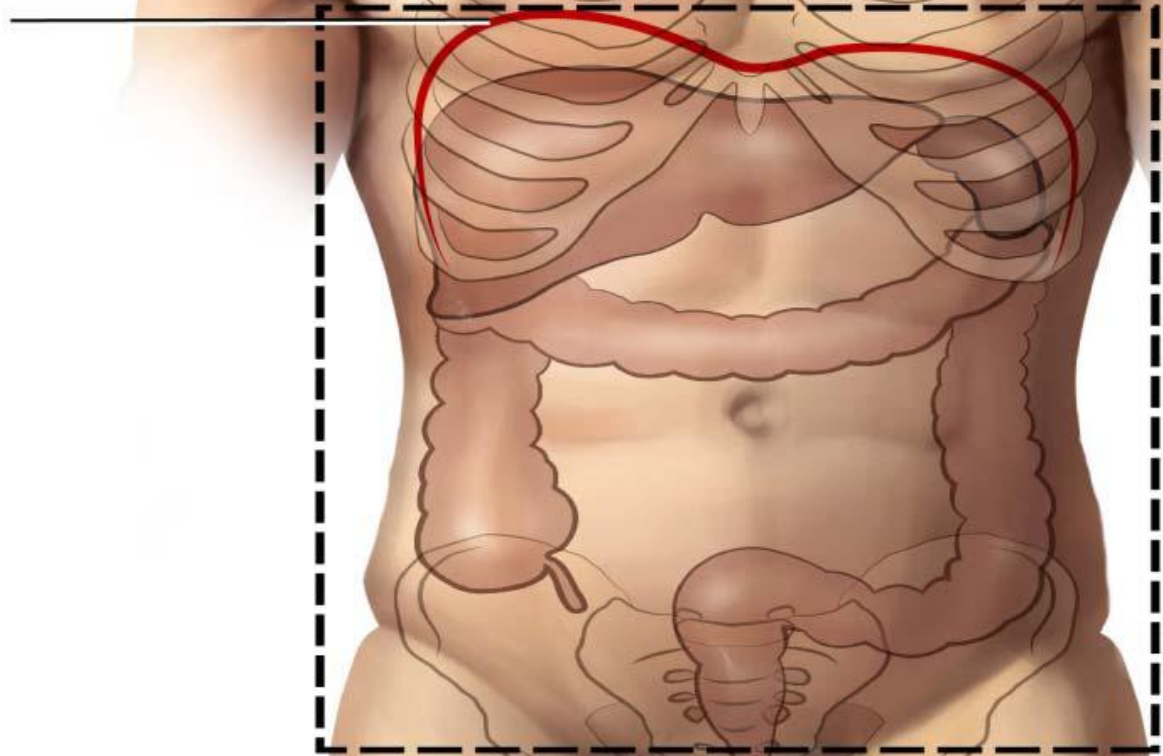
Nguyên nhân chấn thương bụng

- Tai nạn giao thông
- Ngã
- Chấn thương nén ép
- Vết thương sắc nhọn
- Vết thương đạn bắn
- Chấn thương do nổ

Phân loại chấn thương



Diaphragm as high
as nipples during
full expiration

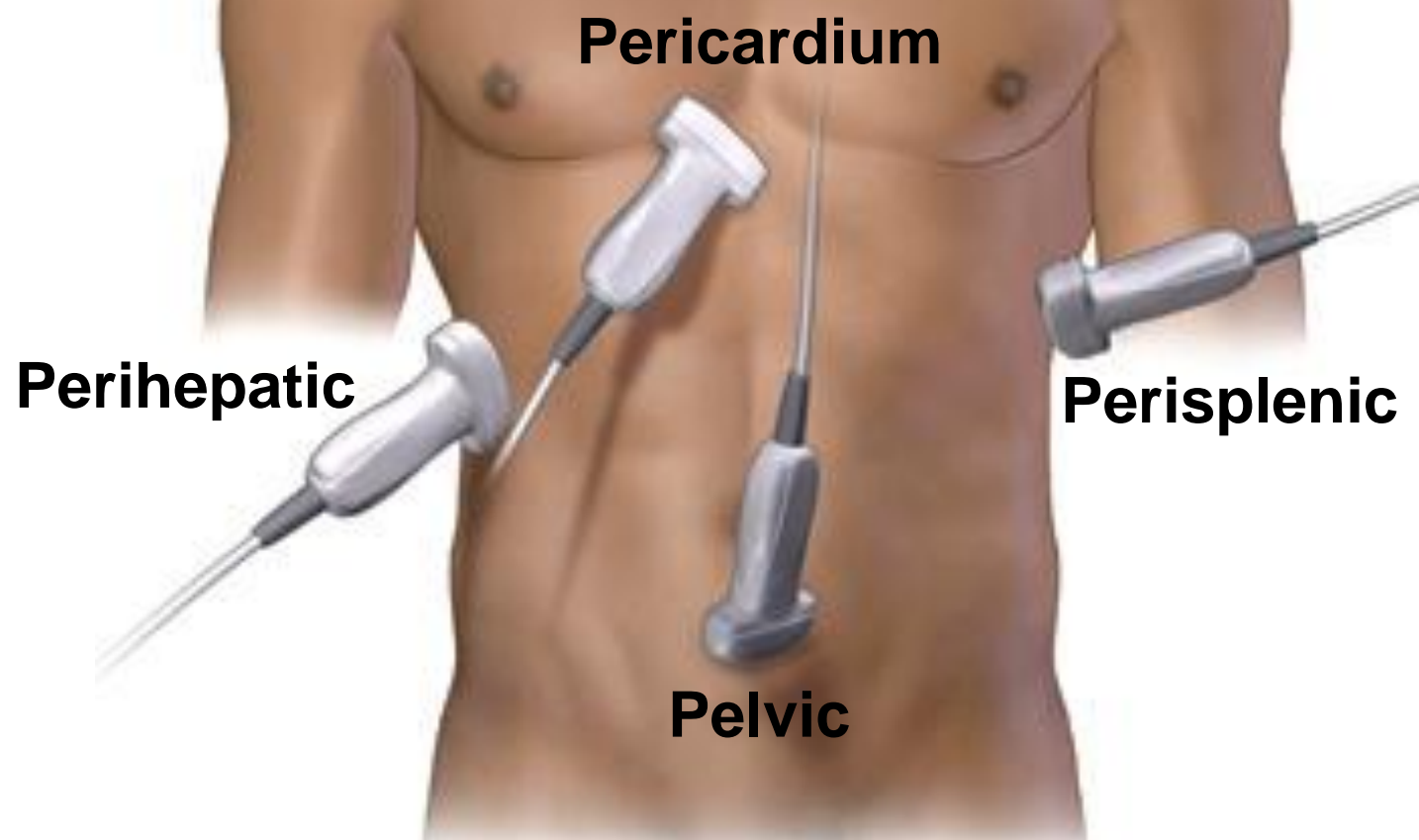


Tiếp cận ban đầu chấn thương bụng

- Khác với bệnh nhân khác
- C trong ABC
- Shock?
- Dấu hiệu báo động:
 - Rối loạn tri giác
 - Xanh xao, chi lạnh
 - Nhịp nhanh

Tiếp cận ban đầu chấn thương bụng

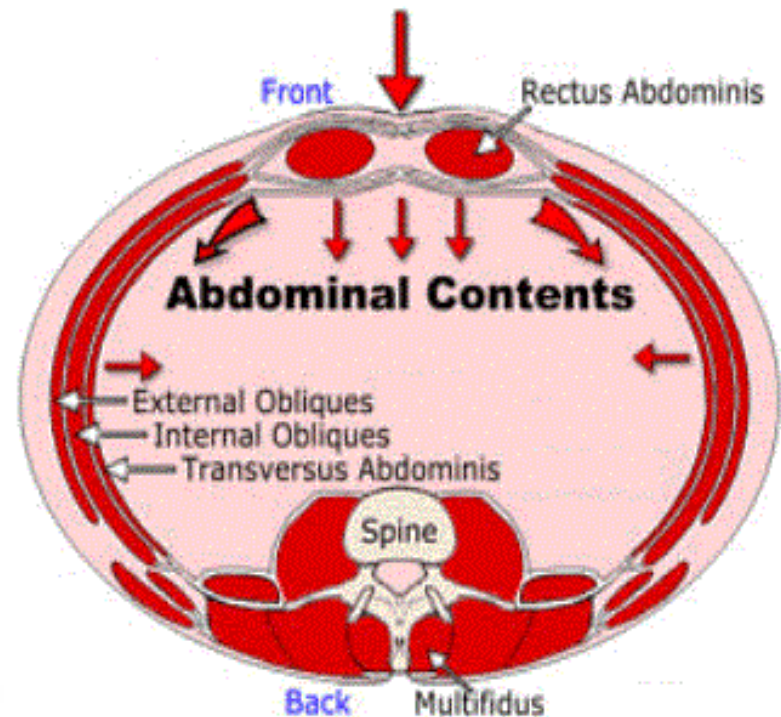
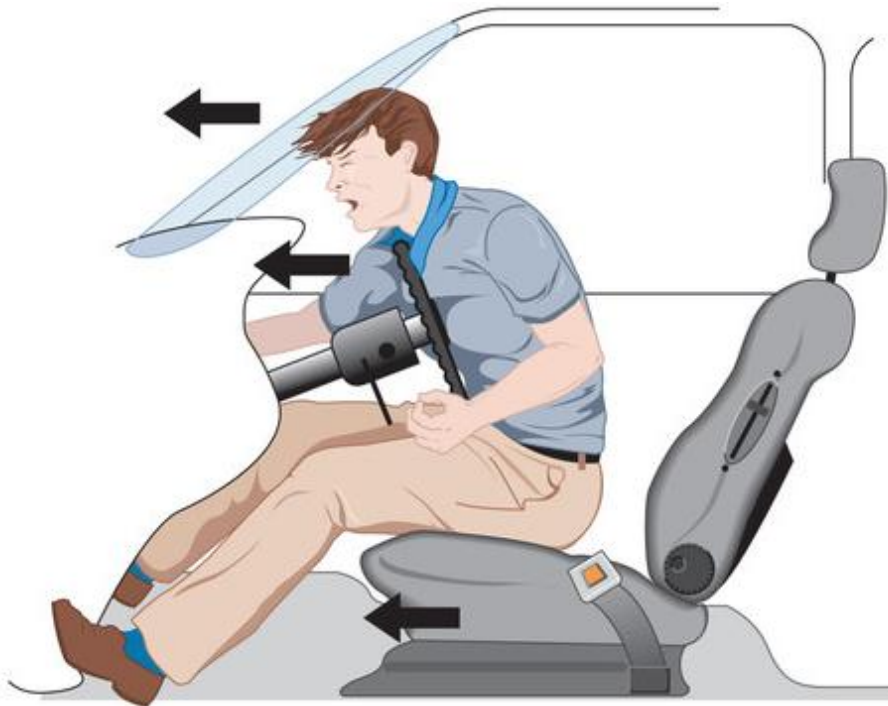
- Nếu có shock:
 - 2 đường truyền tĩnh mạch
 - 1-2 lít dịch tinh thể
- Nguồn gốc chảy máu
- Đánh giá:
 - X quang ngực thẳng
 - X quang khung chậu thẳng
 - FAST (Focused assessment with sonography for trauma)
- Đánh giá lại sau hồi sức: đáp ứng, không đáp ứng?



CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

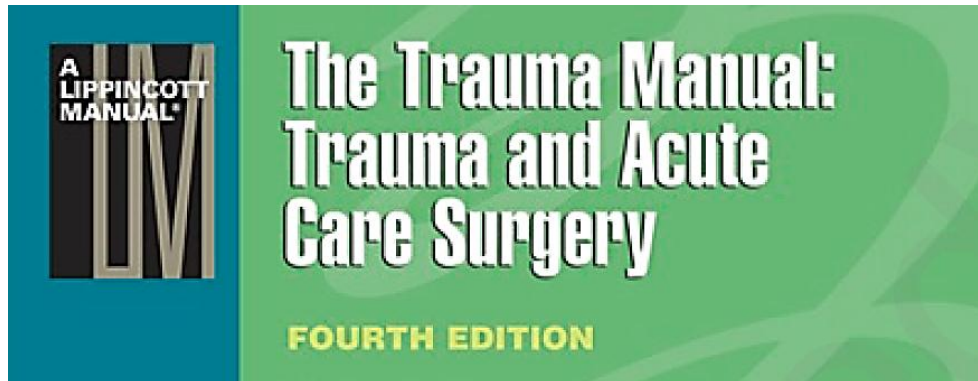


Xác định cơ chế chấn thương



Khám

1/3 bệnh nhân không có triệu chứng thực thể ở bụng



confound the physical examination. Although adjunctive tests are important in the evaluation of blunt abdominal trauma, *careful, repeated physical examination of the patient remains essential in the early diagnosis of abdominal injury.* The



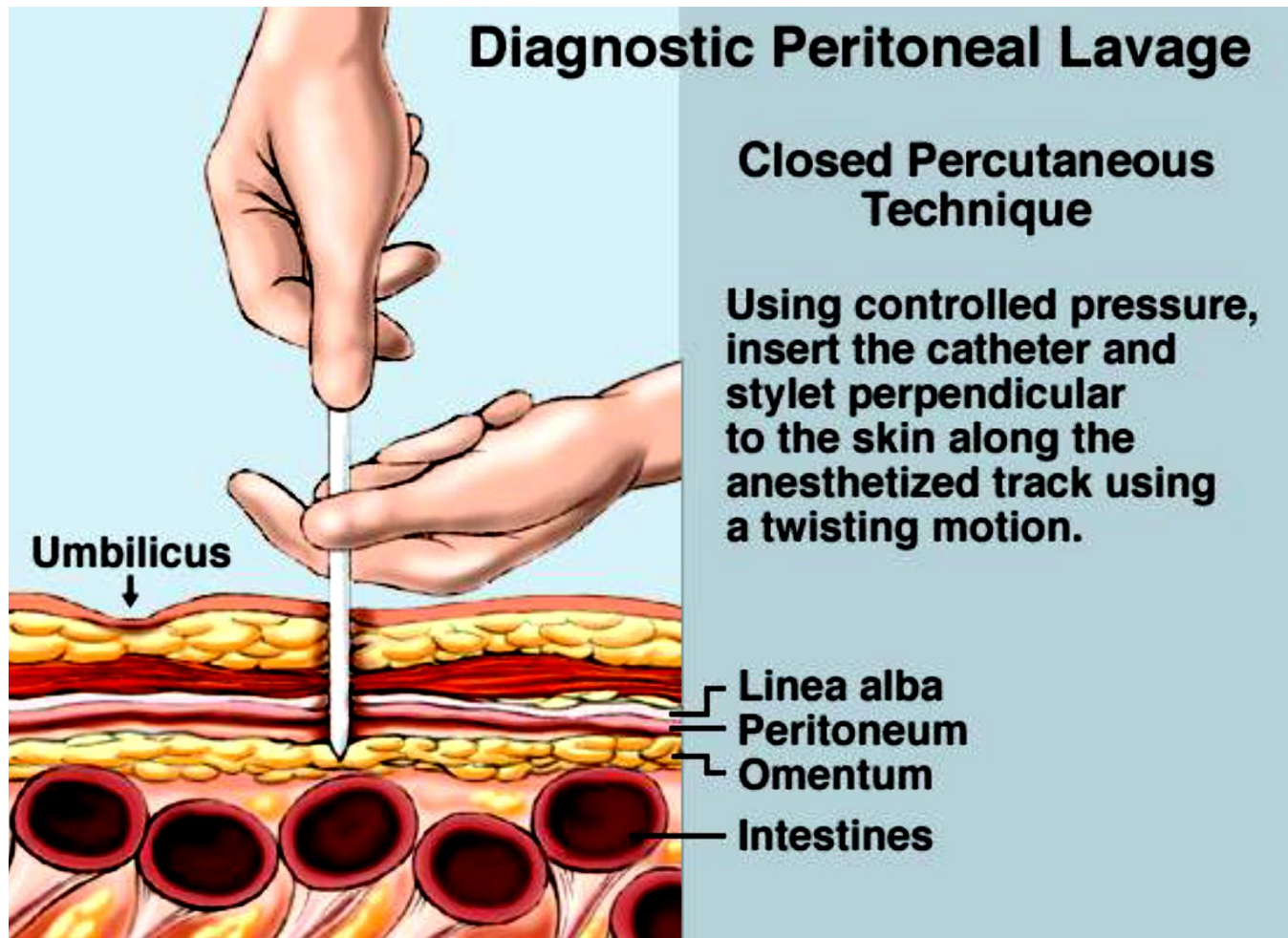
Cận lâm sàng

- X quang bụng, ngực, chậu
- Siêu âm bụng
- CT scan bụng chậu
- Chọc hút ổ bụng (các phần tử)
- Chọc rửa ổ bụng (DPL: Diagnostic Peritoneal Lavage)
- Chụp mạch máu

CT scan

- Dùng ở bệnh nhân huyết động ổn
- Cảm quang tĩnh mạch/ *uống*
- Ưu điểm:
 - Đánh giá được sau phúc mạc
 - Giúp quyết định điều trị bảo tồn vỡ tạng đặc
 - Đặc hiệu cao
- Nhược điểm:
 - Tia xạ
 - Đắt
 - Khó thấy vỡ tạng rỗng, vỡ cơ hoành

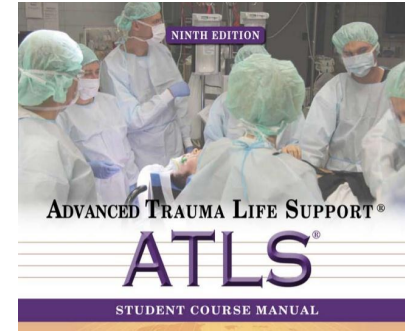
Chọc rửa ổ bụng



Chọc hút/rửa ổ bụng

- Tiêu chuẩn dương tính:
 - ≥ 10 mL máu tươi
 - Hồng cầu $> 100.000 / \mu\text{L}$
 - Bạch cầu $> 500 / \mu\text{L}$
 - Amylase $> 175 \text{ UI/dL}$
 - Có mật, vi trùng hoặc thức ăn

Chấn thương bụng kín



■ **TABLE 5.2 Comparison of DPL, FAST, and CT in Blunt Abdominal Trauma**

	DPL	FAST	CT SCAN
Advantages	<ul style="list-style-type: none"> • Early diagnosis • Performed rapidly • 98% sensitive • Detects bowel injury • Transport: No 	<ul style="list-style-type: none"> • Early diagnosis • Noninvasive • Performed rapidly • Repeatable • 86%–97% sensitive • Transport: No 	<ul style="list-style-type: none"> • Most specific for injury • 92%–98% sensitive • Non-invasive
Disadvantages	<ul style="list-style-type: none"> • Invasive • Specificity: Low • Misses injuries to diaphragm and retroperitoneum 	<ul style="list-style-type: none"> • Operator-dependent • Bowel gas and subcutaneous air distortion • Misses diaphragm, bowel, and pancreatic injuries 	<ul style="list-style-type: none"> • Cost and time • Misses diaphragm, bowel, and some pancreatic injuries • Transport: Required
Indications	<ul style="list-style-type: none"> • Unstable blunt trauma • Penetrating trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Unstable blunt trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Stable blunt trauma • Penetrating back/flank trauma

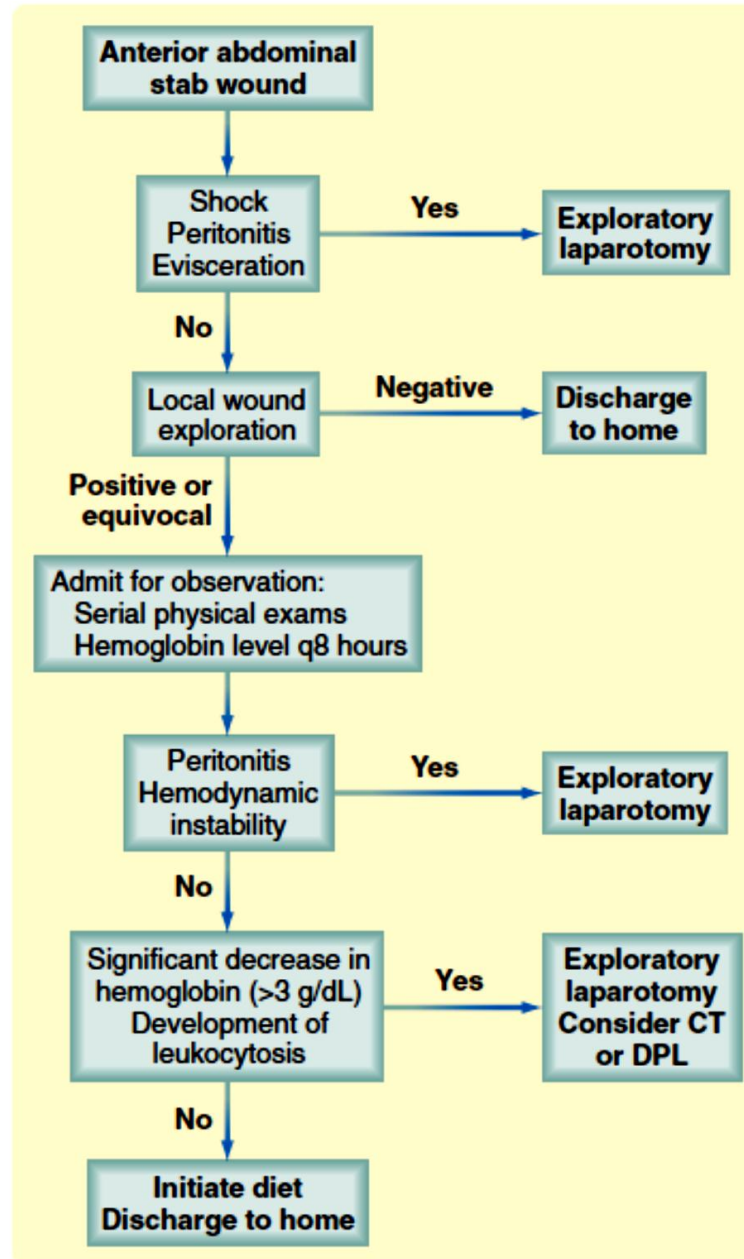


Vỡ tạng rỗng?

VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG



Vết thương thấu bụng



Chân thành cảm ơn!

<http://bmngoaidhyd.edu.vn>

<http://forum.bmngoaidhyd.edu.vn/forum/>

locy2003a@ump.edu.vn

locy2003a@gmail.com

