

# Chấn thương bụng kín

ThS.Bs.PHẠM HỮU THÔNG  
ĐHYD TPHCM

**Mạnh Tổ 9 Y13B**

## Đại Cương

- CTB: tổn thương bụng bằng vật tù **Như lái xe máy té, tài xế xe hơi thì ngực bụng chạm vô lăng**
  - Nguyên nhân: tai nạn lưu thông (50-75%), tai nạn trong sinh hoạt... **VN lễ tết thì 30 người tạch/d, không tính chấn thương**
  - Tạng tổn thương: lách (40 – 55%), gan (35 – 45%), ruột non, thận, bàng quang, ruột già, cơ hoành, tụy...
- Tất cả các tạng ngực bụng tạng sinh môn đều có thể tổn thương**  
**Tạng đặc dễ tổn thương hơn, hàng đầu là lách, tới tạng rỗng hàng đầu là ruột non**



## Cơ chế tổn thương

- Giảm tốc đột ngột: tạng khác nhau di chuyển với tốc độ khác nhau
  - Tổn thương: rách do bị chằng kéo-nơi tiếp giáp với các vị trí cố định
- Đè nghiêng: tạng bị ép giữa thành bụng và cột sống hay thành ngực sau

# Chẩn Đoán

- Dấu hiệu sinh tồn **Tất cả BN vô vì lí do gì đều phải lấy dấu hiệu sinh tồn, cái thứ 5 là tri giác**
- Đau bụng, các dấu hiệu của viêm phúc mạc...
- Tiểu máu, xuất huyết tiêu hoá
- Thăm khám và xử trí theo thứ tự ưu tiên: hô hấp-tuần hoàn-thần kinh trung ương-bụng-tứ chi...
- Hội chứng xuất huyết nội (vỡ tạng đặc)
- Hội chứng viêm phúc mạc (vỡ tạng rỗng)

**Khi dựa vô dấu hiệu sinh tồn: Tri giác lơ mơ hay hôn mê là nặng, HA<90 là nặng, mạch <60 hay >120 là nặng, thở>30 hay <12 là nặng, nhiệt độ>38.5 hay <37 là nặng.**

**Thường hạ thân nhiệt là do trời lạnh quá, nhiệt độ<36.5**

**Gặp tai nạn hay thảm họa gì thì người nào nặng thì cột dây đỏ, xử trí, người nào ko thì cột màu vàng, 30p sau đánh giá lại**



- Hội chứng xuất huyết nội– Khám bụng
  - Ấn đau xa nơi thương tổn trên thành bụng: quan trọng
  - Vùng đục trên bụng
  - Bụng chướng hơi ↑, nhu động ruột ↓
  - Thăm trực tràng/âm đạo: túi cùng Douglas căng, đau
- Hội chứng viêm phúc mạc
  - Đề kháng thành bụng/cảm ứng phúc mạc

**Đau bụng hay viêm phúc mạc không?**

**Ồi máu thì tổn thương ở dạ dày tá tràng, tiêu máu thì tổn thương ở đại trực tràng.**

**Thăm khám vs xử trí theo thứ tự ưu tiên: Hô hấp-tuần hoàn-thần kinh trung ương-bụng-tứ chi.**

**BN gãy xương đùi hay trật khớp gối thì bắt mạch mu chân vs chày sau, mắt thì nguy cơ cắt chi. Phải nắn hay cố định để tránh chèn ép mạch.**

**Gãy xương thì không sao, bó bột cộng vs máu tụ chèn ép mạch, ban đầu đau, cỡ 1h sau hết đau, mà hết đau là do chết chân, mất TK cảm giác vận động nên không đau. (TH cô bé cắt chân)**

- ❖ Hội chứng xuất huyết nội – Dấu hiệu sinh tồn **Vỡ tạng đặc-XH nội**  
**Vỡ tạng rỗng-VPM**
- **Mạch nhanh, nhỏ.** BN thở nhanh, nông, da lạnh
- **HA rút dần/dao động**
- TTM Lactated Ringer 500-1000ml-HA tăng lên rồi tụt lại **Chắc chắn còn chảy máu**
- Tụt HA khi thay đổi tư thế **M tăng >20, HA giảm hơn 10 thì tụt HA tư thế, mất 100ml?**
- Mất 30-40% máu – tụt HA nặng

**Cái ảnh hưởng nhanh vs chết nhanh là não. 3ph thôi, sức chịu đựng thì lâu hơn tí**

**Do vậy khi mà sốc thì cho nằm đầu thấp để tăng máu lên não**

**XH nội thì ấn đau nơi xa tổn thương thì chắc chắn có xuất huyết nội.**

**Nếu chảy nhiều thì có vùng đục, để lâu thì chóng hơi do nhu động ruột dẫn, máu làm liệt ruột, âm đạo trực tràng thì túi cùng douglas đau, làm khi khám bụng không rõ thôi.**

**Trong chấn thương bụng thì VPM không gây chết do nó như biến chứng xảy ra trễ hơn,**



## ■ Cận lâm sàng

- Chọc dò bụng: máu không đông, mủ, dịch tiêu hoá
- Chẩn chỉ định
  - Sẹo mô cũ
  - Ruột chướng hơi

Nếu tiểu có máu thì tổn thương hệ niệu, nghi ngờ tổn thương niệu đạo thì không đặt thông tiểu do có thể làm niệu đạo đứt làm cách xa nhau. Lúc đó sẽ mở bàng quang, Nghi ngờ tổn thương niệu đạo khi lỗ tiểu có máu hay gãy xương mu.

Đặt ống thông dạ dày có máu thì tổn thương dạ dày  
nếu BN vô niệu và cỡ 2h đầu thì CTM không thay đổi do chưa kịp bù trừ nhưng vô vẫn nên làm để so sánh. Lỡ lấy máu thì quất hết XN luôn, đừng đâm men bla bla  
CTM thì Hb, Hct giảm, bạch cầu thường tăng-nếu tăng >15k thì là chảy máu nặng(?), mới đầu vô chỉ số hồng cầu bình thường mà bạch cầu tăng thì vẫn có thể chảy máu nặng-1 lí do nữa làm sớm CTM)

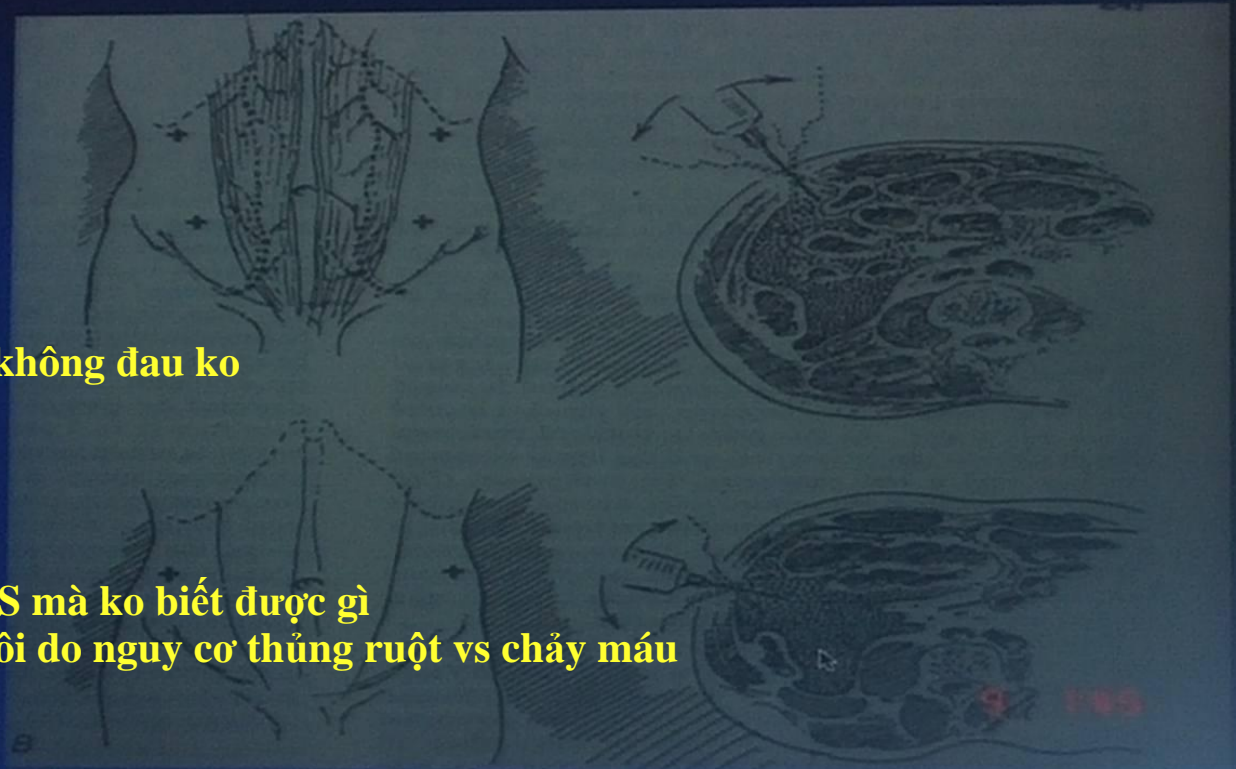
### CHỌC DÒ 4 ĐIỂM

(tránh chọc vào bao cơ thẳng bụng vì có thể gây tụ máu trong bao cơ)

**Chọc vào có máu ko mủ, không đau ko dịch tiêu hóa thì CDXD**

### CHỌC DÒ 2 ĐIỂM

**Chỉ chọc dò khi LS vs CLS mà ko biết được gì chẩn đoán được rồi thì thôi do nguy cơ thủng ruột vs chảy máu CCD khi sẹo mổ cũ hay ?**

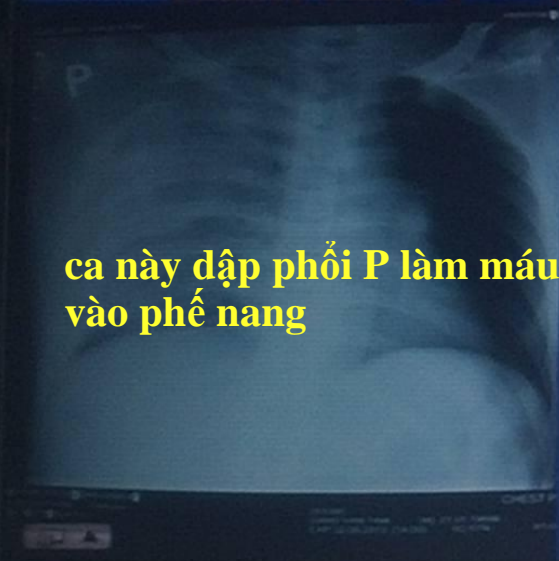




## Giờ có siêu âm CT nên chọc dò tốt hơn

- Chọc rửa xoang phúc mạc chẩn đoán (DPL-Diagnostic peritoneal lavage) **Này giờ bỏ rồi, làm lúc chưa cos CT SA thôi**
- Chỉ định: BN nghi ngờ có chấn thương bụng kín và
  - ✓ Có chấn thương cột sống
  - ✓ Tụt HA mà không xác định rõ nguyên nhân
  - ✓ Lơ mơ (chấn thương sọ não, ngộ độc thuốc...)
  - ✓ Được phẫu thuật vì các chỉ định khác
    - ✓ Qua thành bụng luồn catheter vào xoang phúc mạc
    - ✓ Truyền vào xoang phúc mạc 1000 mL NaCl 0,9%, lấy dịch làm xét nghiệm
    - ✓ KQ:  $>10\text{mL/máu}$ ,  $\text{HC}>100.000$ ,  $\text{BC}>500$ , dịch mật, máu thức ăn  $\rightarrow$  DPL (+)
- Vỡ tạng đặc nhạy 95%, vỡ tạng rỗng 57%

- Đặt thông tiêu: có máu – TT bằng quang, thận
- Không đặt: nghi ngờ tổn thương niệu đạo (máu lỗ sáo, gãy chậu mu...)
- Đặt ống thông dạ dày
- Xét nghiệm
- ✓ Hct ↓ sau 2-6g
- ✓ Bạch cầu ↑  $>15.000/\text{mm}^3$



Xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
thức máu		
RBC	2.56	T/L
HGB	83	g/L
HCT	24.7	%
MCV	96.4	fL
MCH	32.3	pg
MCHC	335	g/L
CHCM	338	g/l
WBC	12.58	G/L
%NEU	94.3	%
%LYM	2.5	%
%MONO	2.2	%
%EOS	0.4	%
%BASO	0	%
%LUC	0.5	%
#N-RBC	0	G/L
%NRBC	0	%
PLT	132	G/L



## Hình ảnh

- X-quang bụng đứng: dấu hiệu gián tiếp **Như hơi, bụng mờ, gãy xương, dị vật...**
- Siêu âm: dịch bụng, tạng tổn thương
- CT-Scan: tốt hơn. Đắt tiền
- Nội soi ổ bụng: Giá trị cao. Xâm lấn. Phẫu thuật viên có trình độ

**SV trình bệnh thầy phải có hình ảnh học**

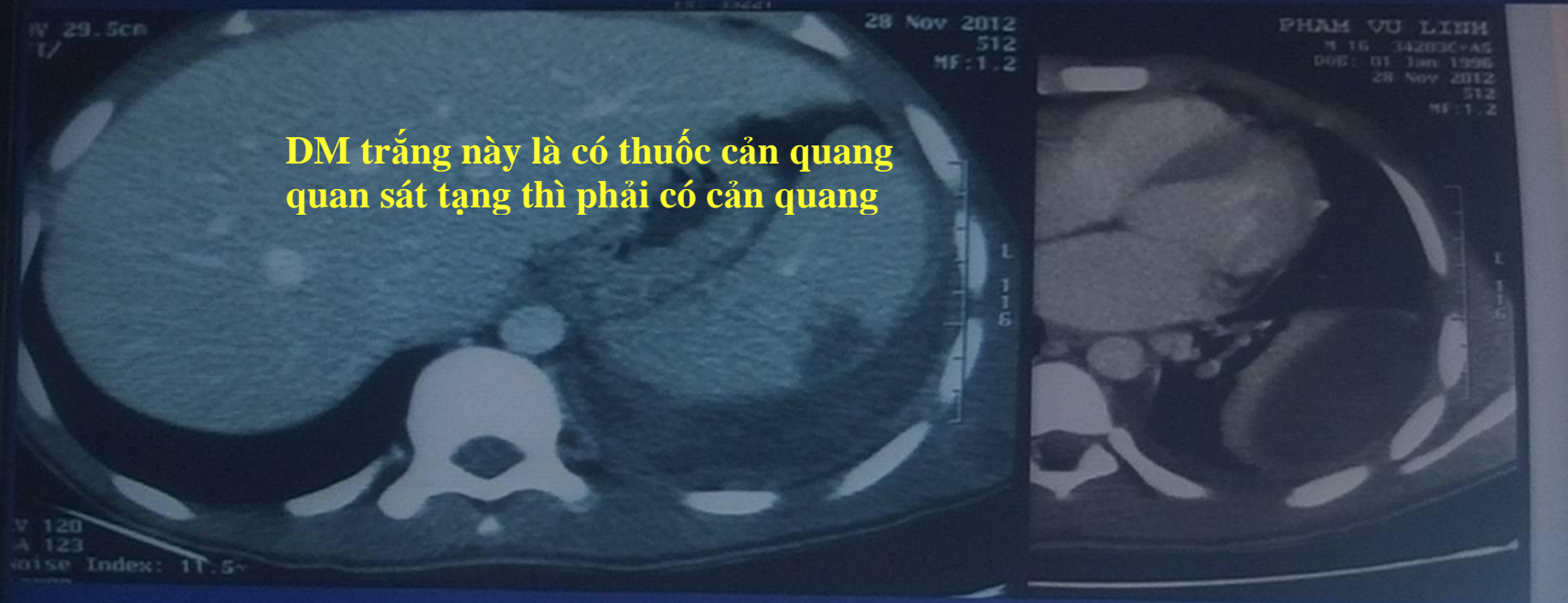
**Thêm MRI vs nội soi đường tiêu hóa**

**khí trên dạ dày hơn 2cm**

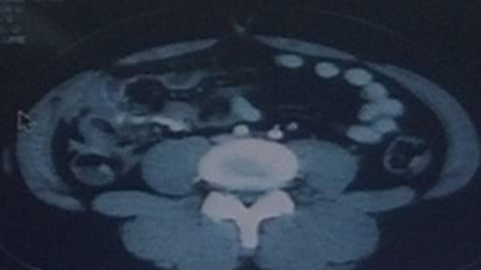
**Siêu âm phụ thuộc bs làm vs hơi thì khó  
LS nghi ngờ mà SA ko ra thì làm cái khác**



## Vỡ lách & cơ hoành







SONY

# Hướng xử trí

Đánh giá các thương tổn đe dọa tức thì sinh mạng BN và xử trí ngay

- a. **Khi đạo:** bảo đảm đường thở thông thoáng **khó thở, tắc nghẽn?**
- b. **Hô hấp:** trao đổi khí đầy đủ **Không ổn thì đặt mask bóp bóng, không thì NKQ**
- c. **Tuần hoàn:** không chế chảy máu, đặt đường truyền tĩnh mạch, bắt đầu tiến hành bồi hoàn thể dịch
- d. **Thần kinh:** đánh giá tri giác, đồng tử, vận động, cảm giác **tụ máu hay chấn thương não?**
- e. Khám toàn thân: phát hiện các thương tổn kết hợp-CLS
- f. Giải áp dạ dày
- g. Đặt thông tiêu



Hướng xử trí

## Chấn thương bụng kín

- BN huyết động không ổn định hoặc sốc

- Không chảy máu chỗ khác → Xuất huyết nội
- Có chảy máu chỗ khác → Siêu âm, chọc dò ổ bụng (+)

} **Mổ**

→ Mổ bụng thăm dò

- Huyết động ổn định (mạch  $<110$ , HAmx  $\geq 100$ )

**Nhập viện**

- ~~SÂ không dịch, k đau hay đau bụng ít~~ → TD, SÂ 6-12g sau
- SÂ có dịch/LS nghi TT tạng → CT scan → có tổn thương gan/lách → cân nhắc điều trị bảo tồn? (thành công cao: 90–95%)
- SÂ có dịch → CT-scan → không tổn thương gan/lách → TT tạng rỗng? → chọc dò, chọc rửa, nội soi hoặc mổ bụng chẩn đoán

**Chảy máu ít, HA ổn**

**TỐT NHẤT CHO NÀY LÀ NỘI SOI Ổ BỤNG  
TỔN THƯƠNG THÌ KHẤU LUÔN**

## Hướng xử trí

### ■ Chỉ định mở bụng

- Sốc hay huyết động không ổn sau chấn thương - vết thương bụng mà chọc dò ra máu không đông dễ dàng
- Sốc kéo dài hay huyết động không ổn dù đã hồi sức thích hợp
- Viêm phúc mạc



Hướng xử trí

## Chuẩn bị trước mổ

- Đường truyền TM - hồi sức
- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Đảm bảo giữ ấm cho BN trước trong và sau mổ (sưởi ấm, mền đắp, thiết bị làm ấm máu và các loại dịch truyền)
- Sonde tiêu
- Sonde dạ dày
- X quang bụng ngực

## Chăm sóc sau mổ CTB

Nguyên tắc chính chăm sóc sau mổ BN chấn thương bụng

- Tiếp tục hồi sức bằng dịch truyền và máu
- Phát hiện sớm các rối loạn đông máu
- Truyền bổ xung 6 đơn vị tiểu cầu và 2 đơn vị huyết tương tươi cho mỗi 5 đơn vị máu toàn phần
- Đánh giá số lượng và tính chất dịch qua các ống dẫn lưu
- X-quang ngực kiểm tra ngày sau mổ
- Siêu âm bụng kiểm tra 3-5 ngày sau mổ

**Do truyền máu là Hb nên  
thiếu TP đông máu**



## Các biến chứng sau mổ

- Chảy máu tiếp tục
- Suy hô hấp **TK/TD MP, dập phổi**
- Rối loạn đông máu
- Nhiễm trùng (áp-xe tồn lưu trong xoang bụng, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiêu...)
- Hội chứng ngăn bụng kín (abdominal compartment syndrome)

**Chấn thương tạng gây chảy máu bên trong, gây chèn ép các tạng khác, đè vò TMC máu về không tốt gây suy đa tạng. Mình sẽ đặt thông tiểu đo áp lực bàng quang. Có máu thì dẫn lưu không thì mở bụng ra**