



ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

TS. BS. Nguyễn Quốc Vinh

ThS. BS. Nguyễn Tuấn Anh

Bộ môn Ngoại – ĐHYD TPHCM

Sub by Team đi trề



Mục tiêu bài học

1. *Trình bày cơ chế chấn thương và vết thương bụng*
2. *Thực hiện khám lâm sàng chấn thương, vết thương bụng*
3. *Thực hiện đúng chỉ định LCS và lý giải kết quả*
4. *Thực hiện được các bước tiếp cận ban đầu một trường hợp chấn thương hoặc vết thương bụng*
5. *Ra được quyết định điều trị các tình huống chấn thương, vết thương bụng*



Đại cương

- Chấn thương và vết thương bụng: cấp cứu ngoại khoa thường gặp, 10% tử vong
- Chẩn đoán khó khăn: thiếu thông tin, rối loạn tri giác, trong bệnh cảnh đa thương...
- Tử vong do mất máu, nhiễm trùng ổ bụng, suy đa cơ quan nếu không xử trí kịp thời

Tử vong hàng đầu do mất máu (vỡ các tạng -> shock mất máu)
Nhiễm trùng ổ bụng do vỡ tạng rỗng: ruột non, dd, đại tràng



Định nghĩa

Chấn thương bụng kín

Chấn thương gây ra do vật tù, không làm thủng thành bụng nhưng có thể gây tổn thương tạng bên trong

Vết thương bụng

Vết thương bụng gây ra do vật sắc nhọn làm tổn thương thành bụng \pm tạng trong ổ bụng.

Gồm 2 loại:

- Vết thương thấu bụng: thủng lá phúc mạc thành
- Vết thương không thấu bụng: là phúc mạc thành còn nguyên vẹn.



Nguyên nhân

Chấn thương bụng kín

- Tai nạn giao thông
- Tai nạn lao động
- Tai nạn sinh hoạt
- Tai nạn thể thao
- Thiên tai...

CT do vật tù, k gây ra thủng thành bụng

Vết thương bụng

- Do bạch khí: dao, kéo, kiếm, mã tấu...
- Do hoả khí: đạn bắn, mảnh mìn

CT gây ra do vật sắc bén.

VT ở thành bụng (lá PM thành k bị tổn thương) hay VT xuyên thấu ổ bụng (lá PM thành bị tổn thương)

VT do hỏa khí có dạng VT trộn: VT ở thành bụng nhưng tạt trong ổ bụng cũng bị tổn thương (do sóng sang chấn)
VT do bạch khí: lá PM thành k bị tổn thương thì chắc chắn tạt trong ổ bụng k bị tổn thương



Giải phẫu học

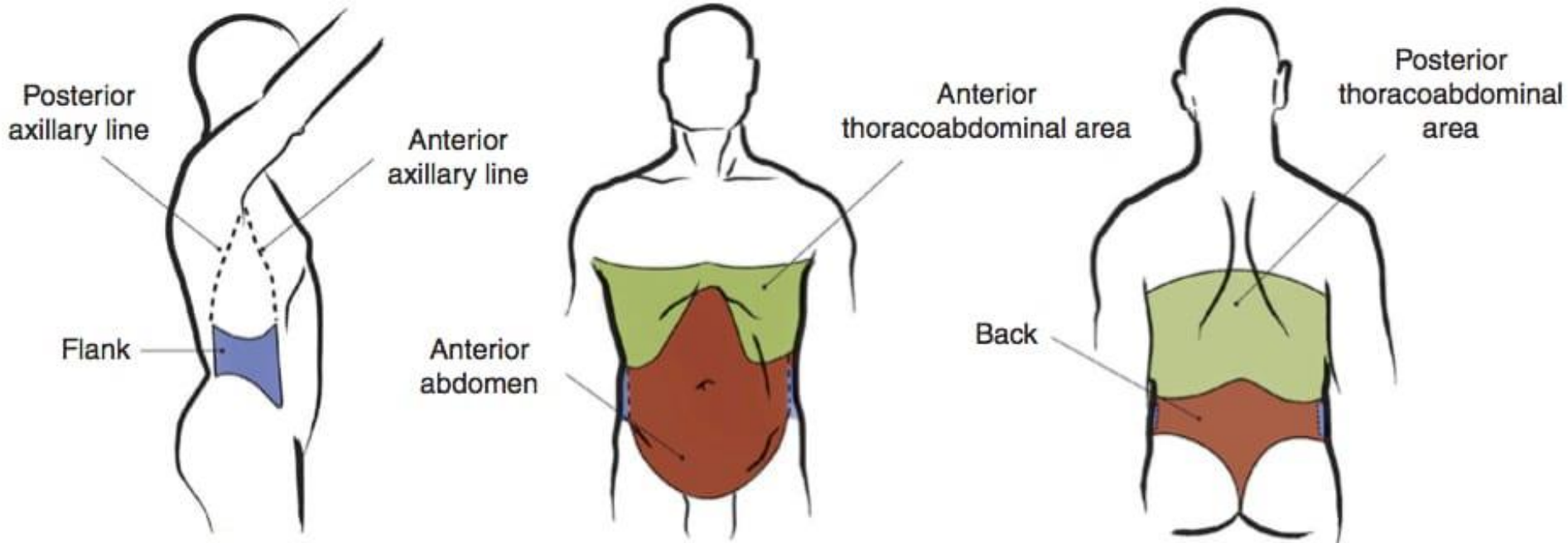
Bốn vùng liên quan CT và VT bụng:

- Vùng bụng trước: đường nách trước 2 bên, bờ sườn, nếp bẹn.
- Vùng ngực bụng: trên (LS 4 ở trước, LS6 ở bên và LS 8 ở sau hay sử dụng đường ngang 2 núm vú), dưới là bờ sườn
- Vùng hông: bờ sườn, đường nách trước và sau, màu chậu
- Lưng: bờ sườn, đường nách sau 2 bên, màu chậu

CT VT ở cận kề bụng cũng gây ra tổn thương chứ k chỉ vùng bụng trước: vùng ngực bụng (vùng thấp của thành ngực), lưng, TSM



Giải phẫu học



Vùng ngực bụng: đường nối 2 núm vú tương ứng với đỉnh vòm hoành



Cơ chế tổn thương tạng trong CTBK

- Tăng áp lực đột ngột trong ổ bụng: do 1 lực hoặc bị ép giữa 2 lực ➔ tạng bị đè nén gây nứt, vỡ.
- Thay đổi quán tính: dừng lại đột ngột khi đang di chuyển ở tốc độ cao . ➔ tạng bị giật khỏi các dây chằng cố định

Lực đè nén, vỡ -> CT tạng đặc là chính

Tạng rỗng chứa khí, dịch nhiều -> tăng áp lực đột ngột trong lòng tạng -> tổn thương tạng



Cơ chế tổn thương tạng trong VT bụng

- **Do bạch khí:** Tổn thương trực tiếp do vật đâm xuyên gây thủng hoặc đứt tạng
- **Do hoả khí:**
 - Vết thương xuyên: đạn đạo qua ổ bụng với 1 lỗ vào và 1 lỗ ra
 - Vết thương chột: chỉ có 1 lỗ vào, đạn, mảnh mìn còn nằm trong thành bụng hoặc ổ bụng
 - Vết thương tiếp tuyến: đạn đi trượt tiếp tuyến gây tổn thương thành bụng mà phúc mạc thành còn nguyên. Tạng trong ổ bụng vẫn có thể bị tổn thương.



Đặc điểm tổn thương tạng

Chấn thương bụng kín	Vết thương bụng
<ul style="list-style-type: none">➤ Tạng đặc thường bị tổn thương hơn tạng rỗng➤ Tạng đặc bị vỡ do đè nén hoặc bị rách do giật khỏi các dây chằng cố định➤ Tạng rỗng bị vỡ do thay đổi áp lực đột ngột trong ổ bụng nhất là khi tạng đang căng đầy.➤ Thường kết hợp với chấn thương khác: sọ não, ngực, gãy xương chi, khung chậu...	<ul style="list-style-type: none">➤ Tạng rỗng thường bị tổn thương hơn tạng đặc➤ Do bạch khí: tổn thương tạng gần vết thương➤ Do hoả khí: tạng ở xa vết thương cũng có thể bị tổn thương➤ Vết thương ở tầng sinh môn hoặc ngực thấp cũng có thể gây tổn thương tạng trong ổ bụng <p>Tạng rỗng thường bị tt hơn do ruột nằm giữa bụng, còn gan lách nằm ép ở 2 bên, xs che, tụy sau PM sâu trong ổ bụng, thận ở vùng hông lưng -> ít bị tt hơn</p>



Thăm khám và đánh giá ban đầu

Nguyên tắc

Nhận biết tình trạng khẩn cấp đe dọa tính mạng

- Sinh hiệu
- Tri giác
- Dấu hiệu mất máu cấp nặng Mạch nhanh, HA tụt, chi lạnh, da xanh, niêm nhợt, vã mồ hôi, kích thích, vật vã, thở nhanh nông

Vừa hồi sức vừa chẩn đoán

- Xác định nhanh chóng cơ chế, thời gian, sơ cứu
- Đảm bảo đường thở, Oxy máu
- Đường truyền tĩnh mạch với kim to BN có dấu hiệu sốc thì laappj 2 đường truyền
- Bù dịch đẳng trương Có thể sd lactat ringer, nacl 0,9%, k dùng glucose
- Giữ thân nhiệt Hạ thân nhiệt: tiên lượng xấu ảnh hưởng tưới máu, hệ thống tim mạch, suy đa tạng
- Khám toàn diện đánh giá tổn thương phối hợp và ưu tiên tổn thương đe dọa tính mạng



Hỏi bệnh sử

- Thời điểm
- Hoàn cảnh
- Cơ chế
- Tác nhân, hướng lực
- Triệu chứng sau chấn thương, hiện tại
- Sơ cứu tại hiện trường, tuyến trước, hồ sơ chuyển tuyến
- Tiền sử bệnh



Đánh giá tình trạng toàn thân

- Sinh hiệu: M, HA, nhịp thở, nhiệt độ
- Tri giác
- Màu sắc da niêm
- Khám nhanh chóng toàn thân đánh giá thương tổn kết hợp, phát hiện thương tổn đe dọa tức thì sinh mạng



Dấu hiệu sốc chấn thương

- Thở nhanh nông
- Mạch nhanh, yếu
- Huyết áp tối đa thấp
- Khát nước
- Lơ mơ hay vật vã
- Niêm nhợt nhạt
- Tứ chi toát mồ hôi lạnh, nổi vân



Khám bụng

➤ **Nhìn:** bụng trước, lưng, tầng sinh môn

- Hình dạng: cân đối, trướng
- Di động
- Vết xây xước, bầm máu

Nhìn bụng sau CT căng trướng lên coi đang chảy máu lượng nhiều

➤ **Nghe:**

- Nhu động ruột giảm/mất: liệt ruột, chảy máu trong ổ bụng, viêm phúc mạc

➤ **Gõ:**

- Đau khi gõ, gõ đục khi bụng có máu

➤ **Sờ:**

- Đau khi khám, mức độ đau, khu trú hay lan toả
- Đề kháng thành bụng
- Cảm ứng phúc mạc



Các lưu ý khác

- Khám bụng lưu ý 4 vùng giải phẫu có thể liên quan chấn thương, vết thương bụng
- Thăm âm đạo, trực tràng Thăm âm đạo nếu BN nữ có gđ
 - Thăm trực tràng có máu: thủng ruột
 - Túi cùng Douglas căng và đau: ổ bụng có nhiều máu
- Đánh giá thông tiểu Có máu k? -> CT thận, BQ
- Đánh giá thông mũi dạ dày Có máu k? -> CT tá tràng, dd
- **Khám đi khám lại nhiều lần**



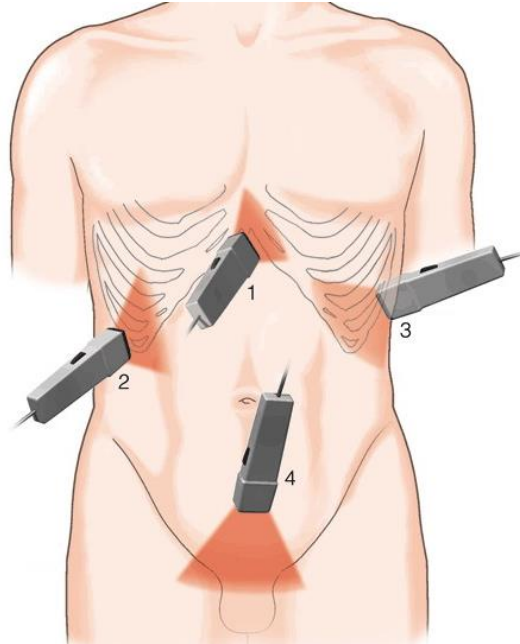
Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: CTM, đông cầm máu, nhóm máu, amylase máu, nồng độ rượu, AST, ALT, thử thai/phụ nữ tuổi sinh đẻ...
- Siêu âm đánh giá trọng điểm trong chấn thương (FAST)
- X quang ngực thẳng, X quang bụng KSS
- X quang khung chậu: nghi ngờ gãy khung chậu
- UIV, cystography: nghi tổn thương hệ niệu
- CT bụng chậu khi huyết động ổn định

XQ bụng KSS: k có nhiều gtri, có gtri trong thùng tạng rỗng: liềm hơi dưới hoành -> can thiệp PT
CLS chủ đích trong CT tạng, phân độ theo CTSL đối với tổn thương tạng đặc: CTscan bụng



FAST



Khảo sát bốn vùng trong cấp cứu

(1) Quanh tim: tràn dịch màng tim

(2) ¼ trên P: vỡ gan, dịch quanh gan, TDMP P

(1) ¼ trên T: vỡ lách, dịch quanh lách, TDMP T

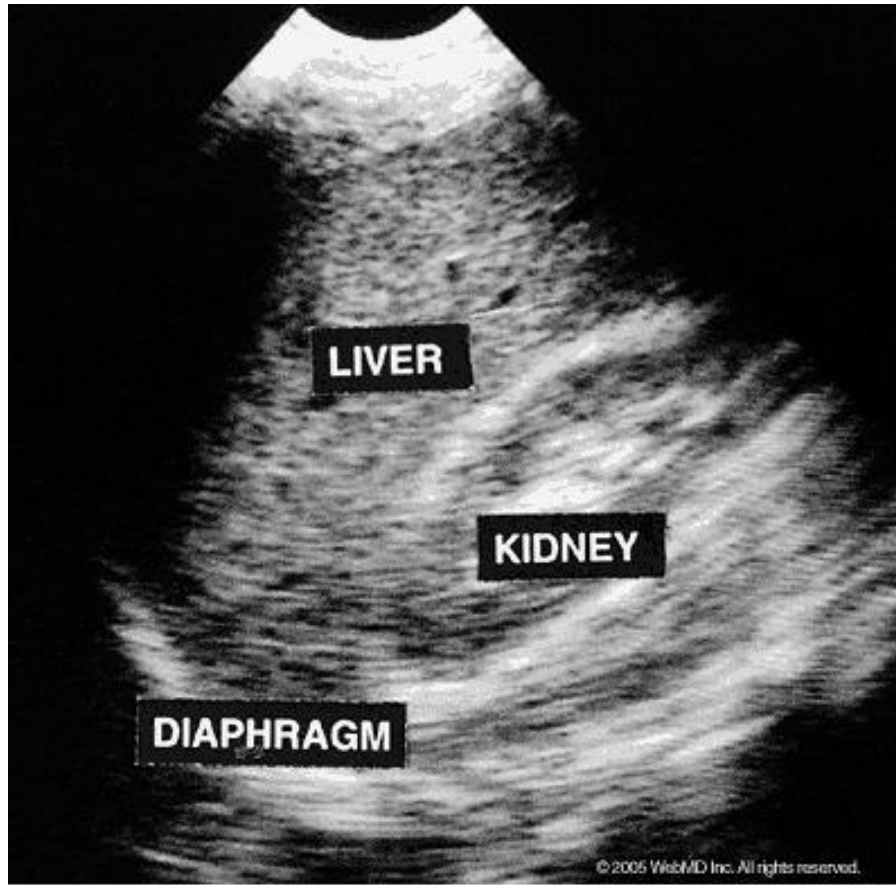
(2) Hạ vị: dịch túi cùng

Đánh giá có dịch trong ổ bụng k, lượng dịch

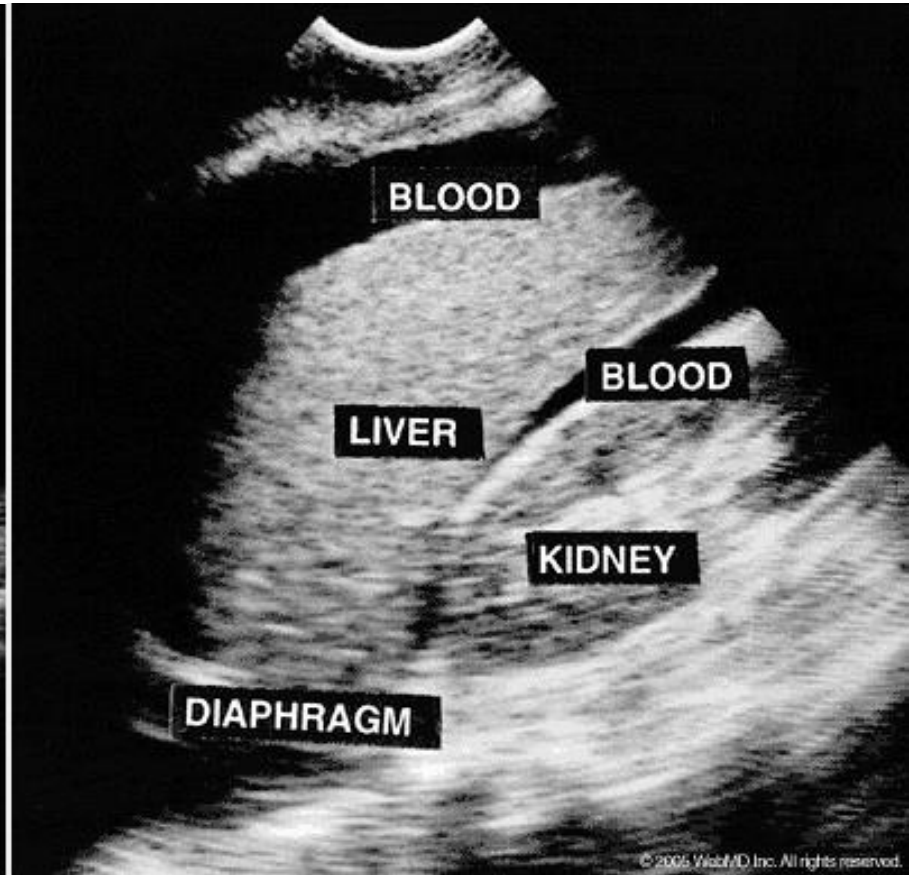
CT FAST(+) dịch ổ bụng lượng nhiều, có chảy máu lượng lớn trong ổ bụng -> đang có XH nội ổ ạt, BN có tụt HA
-> chỉ định mổ ngay mà k cần làm xn gì khác hay CT scan



Siêu âm khảo sát chấn thương



Vùng dưới gan bình thường



Dịch máu ở trên gan và rãnh Morison

Ngách giữa gan với thận là rãnh Morison, bt gan với thận áp vào nhau.

Chảy máu -> giữa gan với thận có 1 lớp echo trống màu đen



FAST



Ưu:

Câu thần chú của thầy “ FAST(+) thì rất tin cậy, FAST(-) cẩn thận khi loại trừ “

- Độ nhạy: 70-95%; > 96% nếu lượng máu >800 ml
- Nhanh chóng, cho kết quả ngay
- Dễ dàng thực hiện lặp lại
- BN không cần phải rời khỏi phòng cấp cứu



Nhược:

Độ nhạy, độ ĐH k cao như SA bt

- Máu ít: âm tính giả
- Phụ thuộc người thực hiện
- Không mô tả rõ tổn thương tạng
- Không xác định được nguyên nhân dịch ổ bụng
- Khó khăn: bệnh nhân béo phì, ruột trướng hơi, tràn khí dưới da



X quang

X quang ngực:

Tràn dịch màng phổi

Tràn khí màng phổi

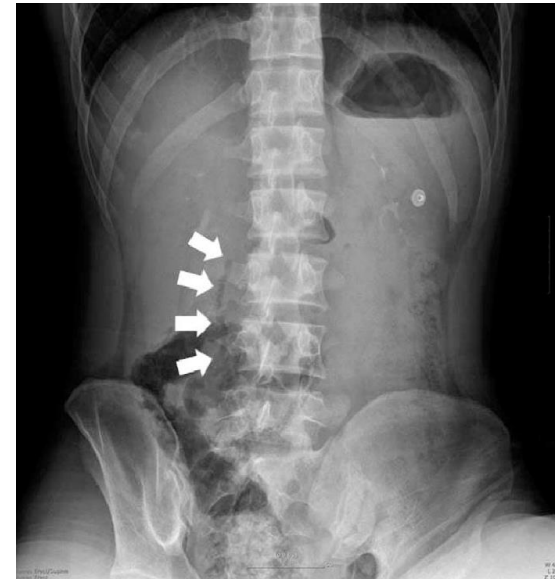
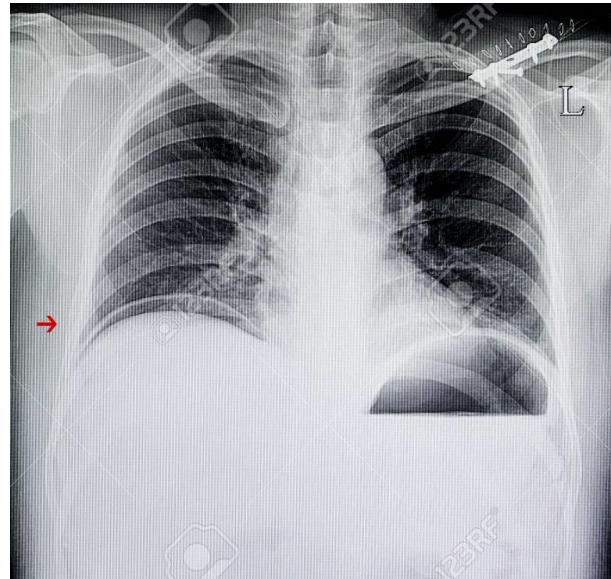
Gãy xương sườn

Dị vật

Liềm hơi dưới hoành

X quang bụng

- Liềm hơi dưới hoành
- Hơi sau phúc mạc
- Ổ bụng mờ





CT bụng

Chỉ định:

- Chấn thương hoặc vết thương bụng nghi ngờ tổn thương tạng
- Huyết động ổn định

Ưu:

- Xác định khí/dịch trong/sau phúc mạc.
- Xác định tổn thương tạng, phân độ tổn thương, hướng dẫn điều trị

Nhược:

CT bụng, chưa loại trừ tổn thương tạng -> chụp Ctscan (gần như thường qui)

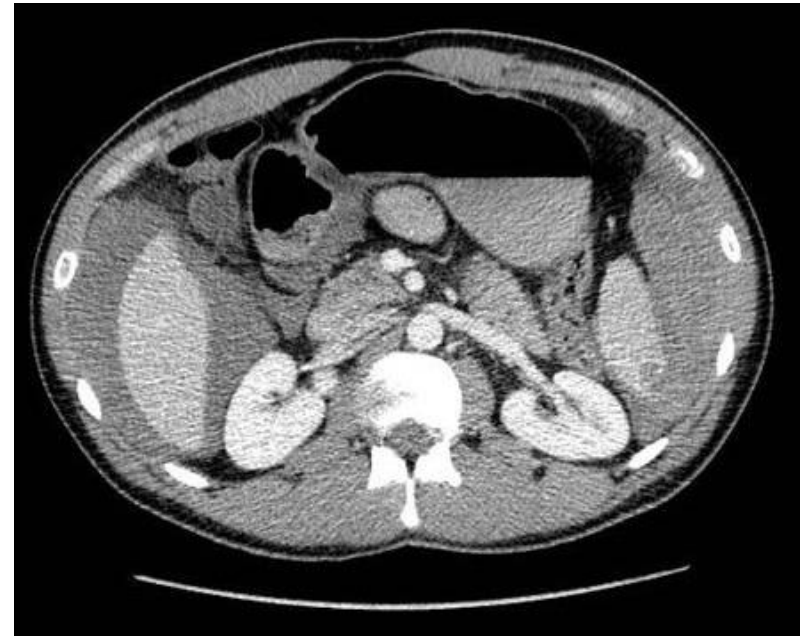
- BN phải di chuyển khỏi phòng cấp cứu
- Không tiếp cận hồi sức được trong quá trình chụp
- Phơi nhiễm tia xạ, nguy cơ thuốc cản quang (sốc, suy thận)
- Độ nhạy thấp trong chấn thương tụy, cơ hoành, ruột



CT bụng



Hơi tự do quanh gan



Dịch ổ bụng



Chấn thương tá tràng

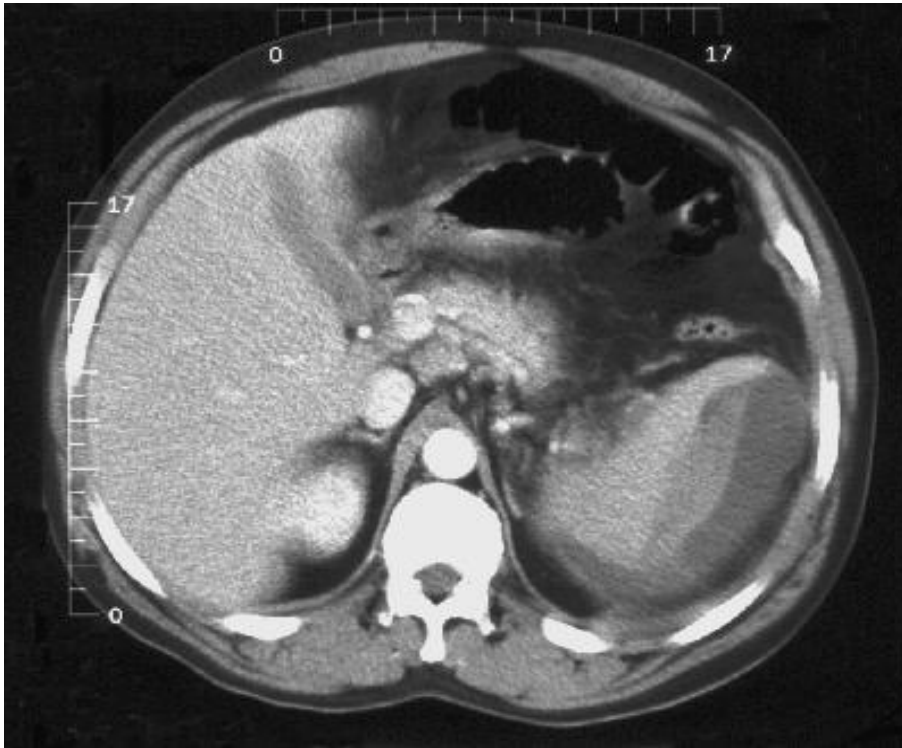


- Dày D2 tá tràng (mũi tên đen)
- Mất liên tục tá tràng (mũi tên trắng)
- Dịch sau phúc mạc
- Thận phải không bắt thuốc cản quang

- Hơi sau phúc mạc quanh đại tràng lên và tá tràng D2



Vỡ lách



Tụ máu dưới bao lách



Vỡ nhu mô lách



Chấn thương gan



Tụ máu dưới bao



Rách nhu mô gan

Tụ máu dưới bao gan, bao Glisson còn nguyên vẹn hình thấu kính lồi



Chấn thương gan



Vỡ nhu mô, dấu thoát mạch,
dịch quanh gan và lách



Tổn thương tĩnh mạch gan

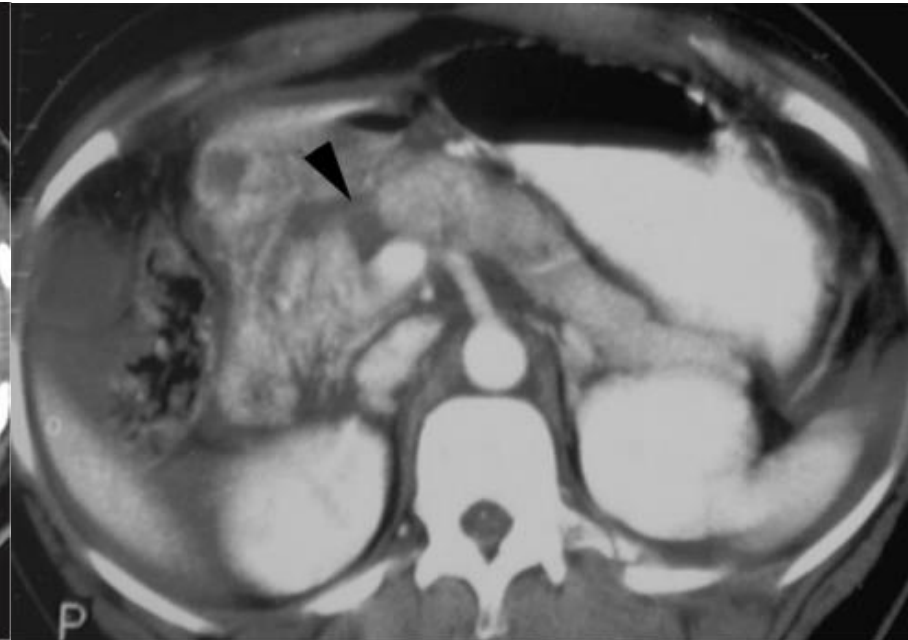
Trong ổ vỡ của CT gan, trong thì ĐM (ĐM có màu trắng thuốc cq) thuốc cq thoát ra khỏi mạch máu -> tụ đọng lại
-> dấu thoát mạch (ĐM đang chảy -> máu đang chảy phải can thiệp thủ thuật nút mạch)



Chấn thương tụy



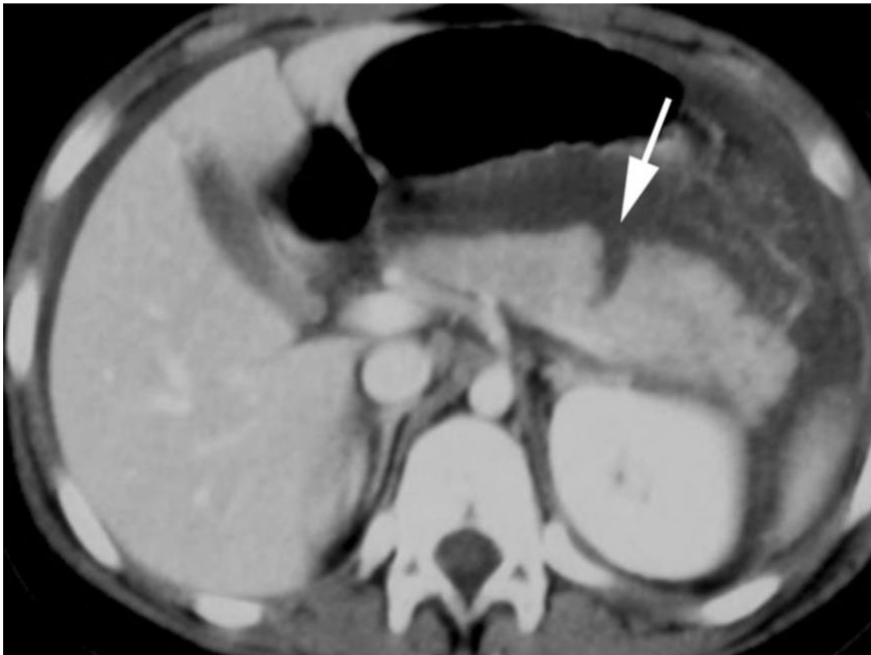
Vỡ đầu tụy kèm dấu thoát mạch



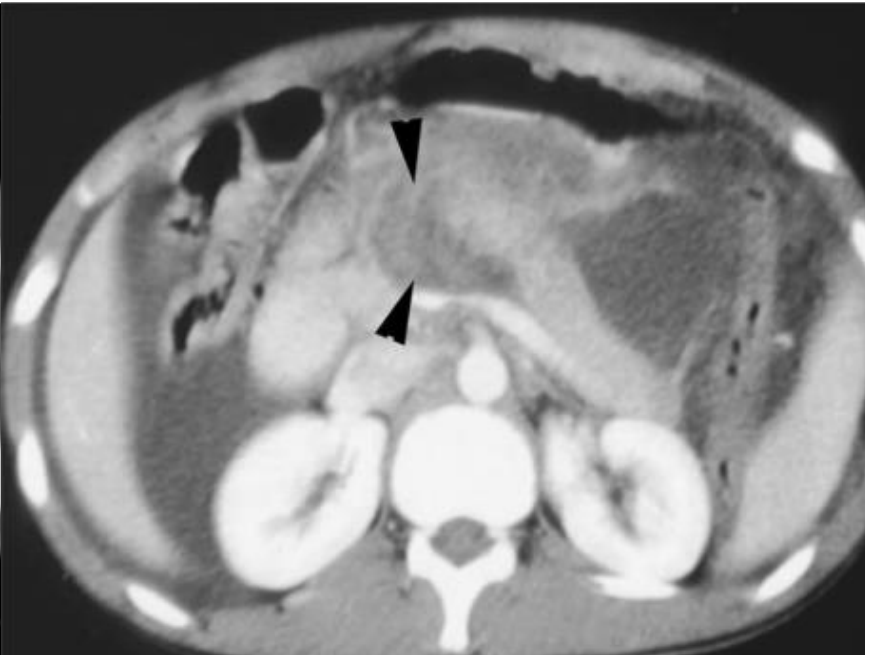
Vỡ đứt ngang cổ tụy



Chấn thương tụy



Rách nhu mô >50% chiều dày thân tụy



Vỡ cổ tụy, thân tụy tách khỏi tĩnh mạch lách



Chọc dò ổ bụng

- Salomon mô tả năm 1906
- Xâm lấn, đơn giản, nhanh chóng
- Âm tính giả cao: chọc không trúng chỗ tụ máu, chọc trúng khối máu đông
- Root: tăng độ nhạy bằng kỹ thuật chọc rửa ổ bụng năm 1965

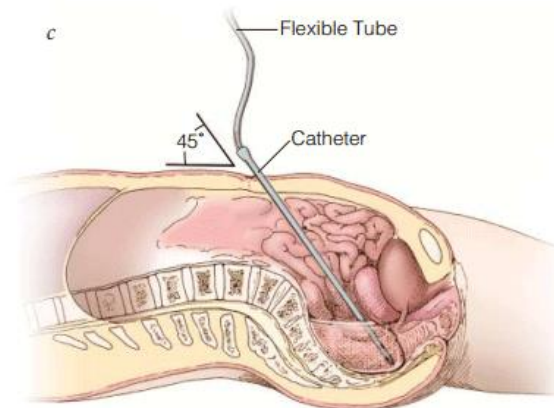
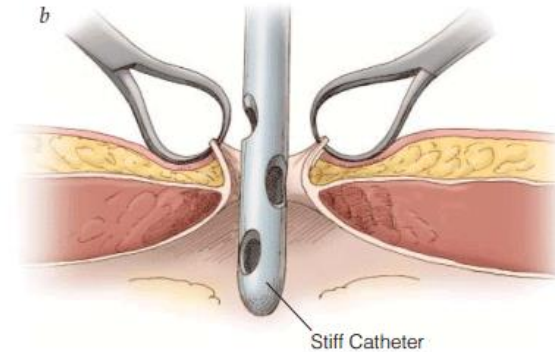
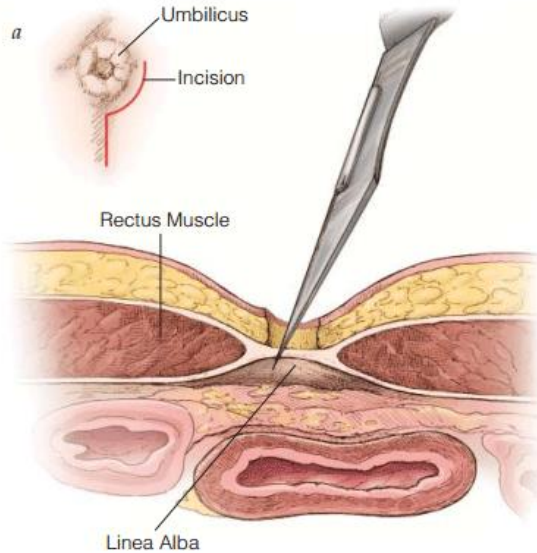
Hiện tại ít làm

Nhưng làm trong TH FAST(-) mà BN có dấu hiệu mất máu mà chưa giải thích được -> chọc dò thử



Chọc rửa ổ bụng

1000 ml dd nước muối sinh lý được truyền vào khoang phúc mạc
Dịch được hút ra để xét nghiệm





Chọc rửa ổ bụng

Dương tính: 1 trong các yếu tố

- 10 ml máu đại thể chảy ra tự nhiên
- $\geq 100\,000$ RBC/ μ L
- ≥ 500 WBC/ μ L (>3h)
- Amylase ≥ 175 U/dL
- Nhuộm gram (+)
- Mật: đại thể, xét nghiệm bilirubin $>0,01$ mg/dL
- Mảnh thức ăn



Chọc rửa ổ bụng

Trung gian

- Dịch hồng chảy ra tự nhiên
- 50 000-100 000 RBC/ μ L
- 100-500 WBC/ μ L
- Amylase 75-175 U/dL

Âm tính

- Hút ra dịch trong
- <100 WBC/ μ L
- Amylase <75 U/dL



Chọc rửa ổ bụng

➤ Ưu

- Có độ nhạy cao đối với chảy máu trong ổ bụng
- Nhanh
- Thực hiện tại giường bệnh

➤ Nhược

- xâm lấn
- Không xác định được tổn thương tạng
- Dương giả: chảy máu trong khi thực hiện TT
- Dịch còn lại trong ổ bụng làm ảnh hưởng các khảo sát hình ảnh học sau đó

Hiện nay kỹ thuật này hiếm khi thực hiện và thay thế bằng FAST



Điều trị Chấn thương bụng kín

Ngay khi tiếp nhận BN:

- Đánh giá các chức năng sống: huyết động, hô hấp, tri giác.
- Phát hiện các thương tổn kết hợp.
- Thực hiện việc khám bụng và các cơ quan khác, sử dụng các phương tiện cận lâm sàng có sẵn tại chỗ.



Điều trị chấn thương bụng kín

Hồi sức

Tình trạng BN
(Sinh hiệu).

Lập 2 đường truyền
tĩnh mạch lớn, sonde tiểu

Ringer's lactate, NaCl
0.9%, Ringer Fundin

+Mất 20 – 40% máu.
+Chưa có kq nhóm máu.

Truyền máu

MỒ KHẨN





Tổn thương tạng đặc chảy máu lượng nhiều, HA ổn định có thể ĐT bảo tồn

Các dấu hiệu mổ khẩn (-)

Sinh hiệu ổn định:
 $HA_{max} \geq 90$

FAST (-)

Theo dõi

FAST (+)

CT scan

(+)

Xử trí tổn thương.

(-)

Tổn thương vùng khác

Sinh hiệu không ổn sau hồi sức

FAST (+)

Chỉ định mổ khẩn

FAST (-)

FAST(-) nhưng vẫn nghi ngờ
-> chọc rửa ổ bụng

Ng nhân khác



Xử trí tổn thương kết hợp

- ✓ Chấn thương sọ não nặng cần phẫu thuật
 - Mổ CTSN kết hợp mở bụng
- ✓ Tràn máu (tràn dịch) màng phổi lượng nhiều
 - dẫn lưu màng phổi.
- ✓ Tràn dịch (máu) màng tim
 - dẫn lưu màng tim
- ✓ Gãy xương chậu, gãy các xương dài
 - cố định xương gãy.



Xử trí tổn thương tạng rỗng

Chỉ định mổ thám sát giải quyết tổn thương:

➤Cắt ruột

Tổn thương nhỏ có thể khâu 1 thì

Tổn thương nham nhở, dập nát có thể cắt luôn tổn thương đó

➤Khâu chỗ vỡ

➤Làm HMNT



Xử trí tổn thương tạng đặc

Dựa vào huyết động và CTScan:

- Không dấu thoát mạch → điều trị bảo tồn, theo dõi tại khoa Ngoại
- Có dấu thoát mạch → Can thiệp nội mạch → Phẫu thuật.

Theo dõi: dấu hiệu sinh tồn, khám lâm sàng và hình ảnh học: siêu âm, CTScan để theo dõi diễn tiến.

VẾT THƯƠNG BỤNG

1. Vết thương bụng do hoả khí:

→ mở bụng thám sát

2. Vết thương bụng do bạch khí:

Dựa vào lâm sàng và tính chất thấu bụng của vết thương.

Bạch khí, VT k thấu bụng có thể DT bảo tồn

VẾT THƯƠNG BỤNG

Mở bụng ngay khi có:

- Sốc không hồi phục mà không có nguyên nhân nào khác.
- Phản ứng phúc mạc (+) Thủng tạng rỗng
- Lòì ruột, mạc nổi qua vết thương.
- Ói máu hay ra máu ở ống mũi-dạ dày. Triệu chứng thủng tạng rỗng rõ ràng
- Không thể theo dõi được tình trạng bụng (ngộ độc rượu, hôn mê)



Vết thương bụng do
bạch khí

Sốc
Thông dạ dày có máu
Thăm trực tràng có
máu
Dấu viêm phúc mạc
FAST(+)

(+)

Phẫu thuật

(-)

Thành bụng trước

Ngực - bụng

Vùng hông – lưng

Thăm sát
vết
thương

Tổn thương
phúc mạc

(-)

Theo dõi

(+)

Thăm sát ổ bụng

CT ± DPL

(+)
Thăm
sát ổ
bụng

(-)
theo dõi
24h để loại
trừ tổn
thương
tạng rỗng



THĂM SÁT Ổ BỤNG

1. Mở mở
2. Mở nội soi

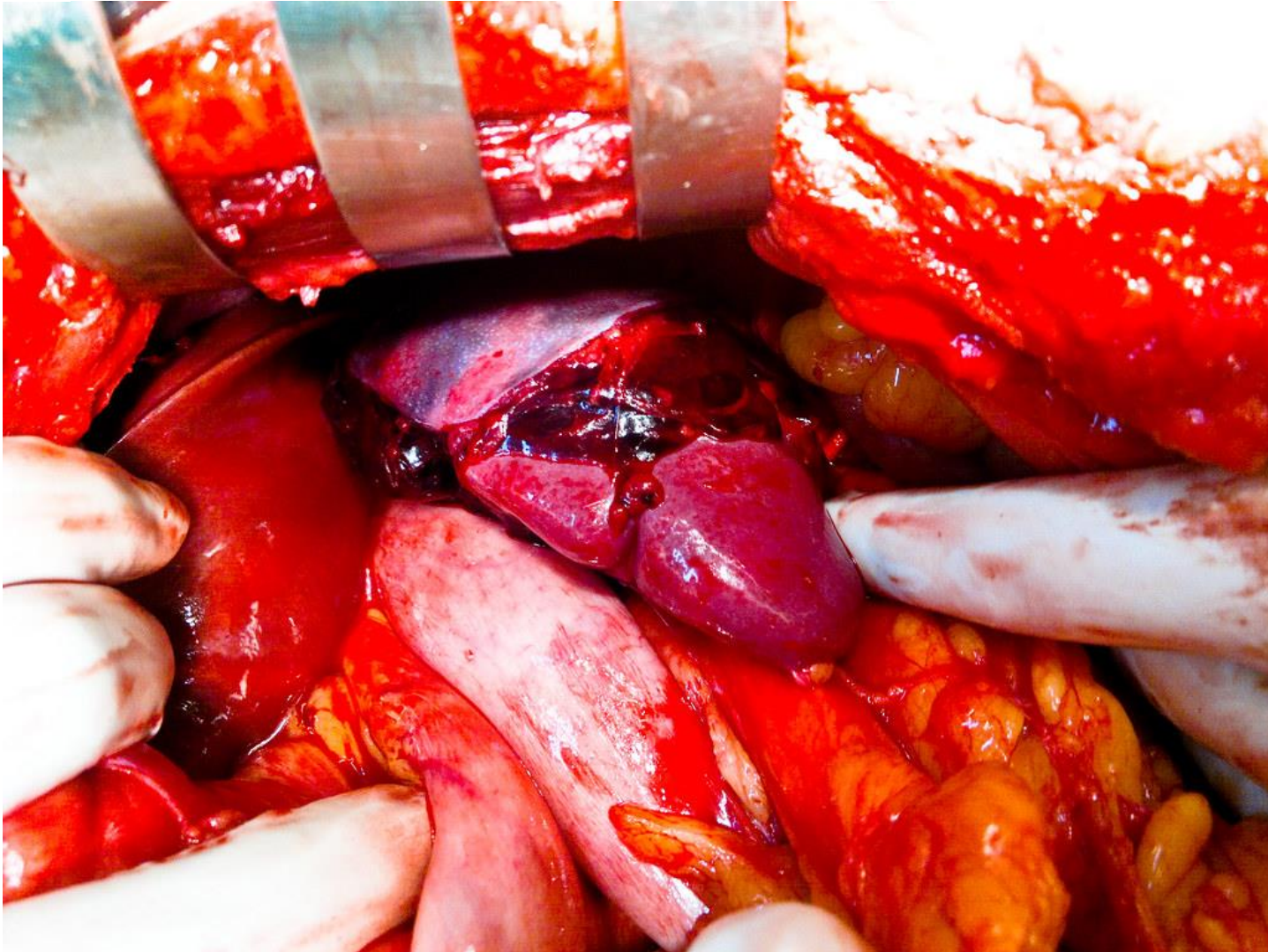
BN có huyết động ổn định.

Có đầy đủ trang thiết bị và kinh nghiệm PTNS.

Ghi nhớ: Nguyên tắc 2N khi thăm sát thấy có tổn thương tạng rỗng

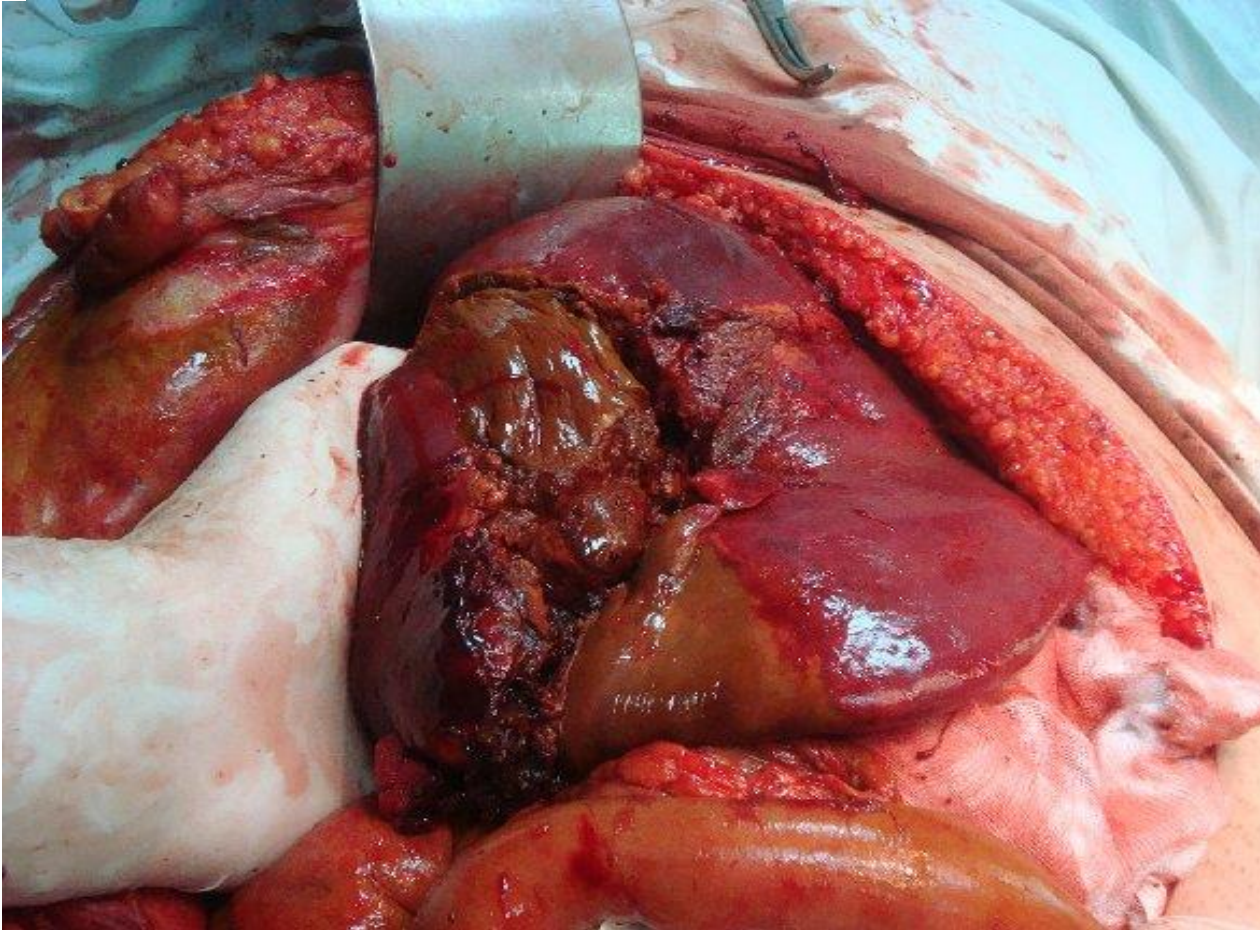


Vỡ lách



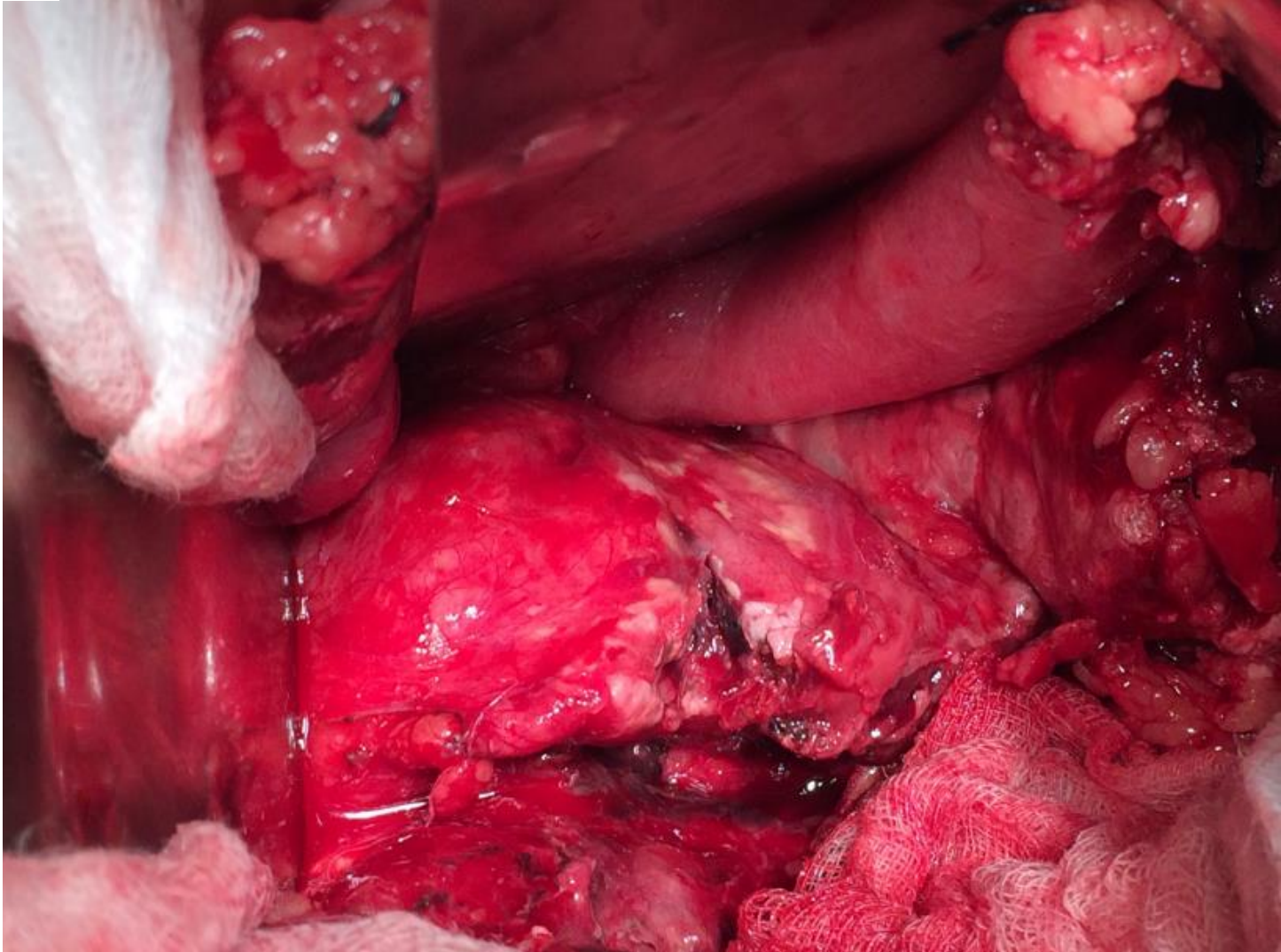


Vỡ gan



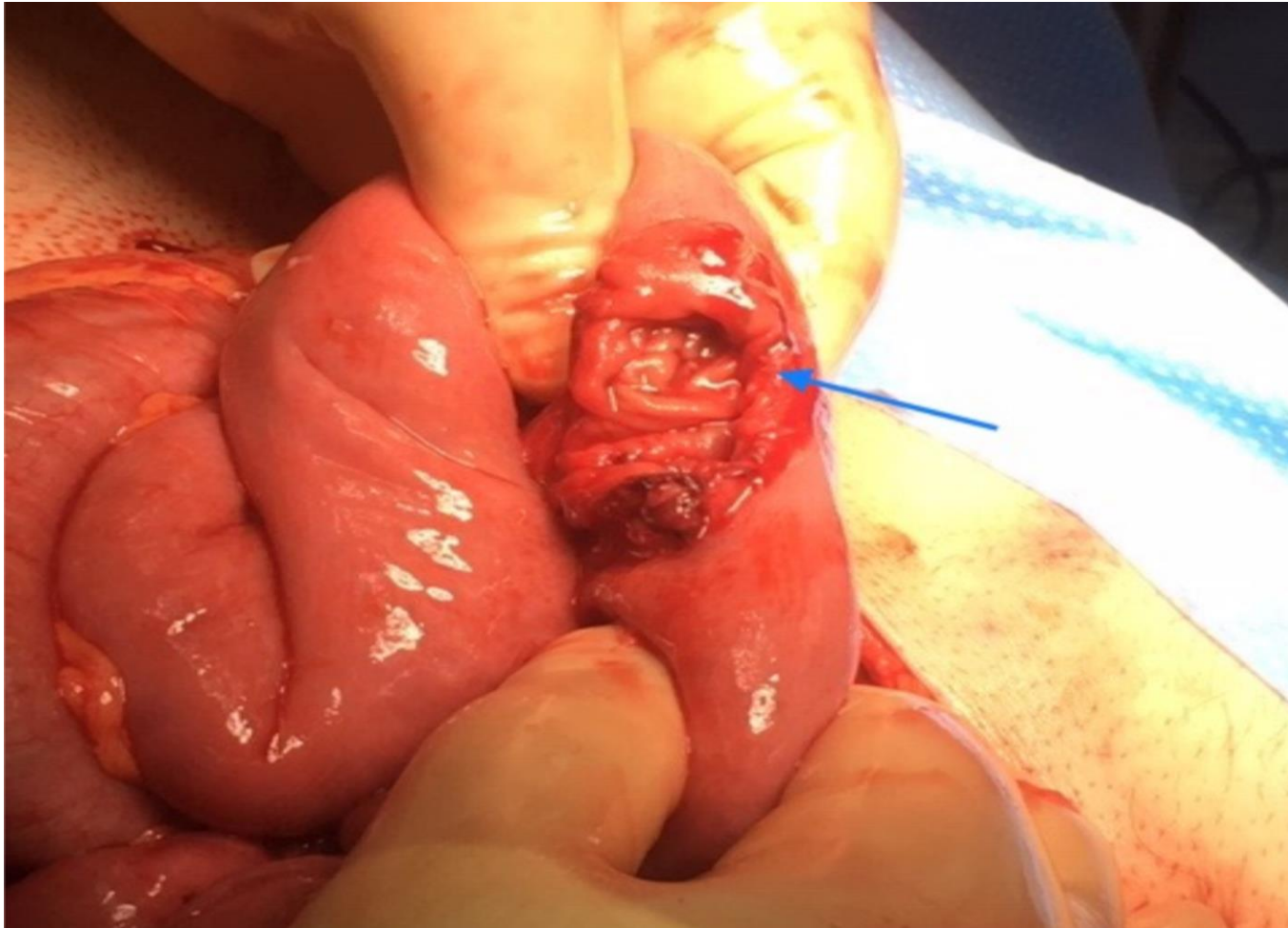


Chấn thương đứt ngang thân tủy





Vỡ ruột non



Thank
you