CHẤN THƯƠNG – VẾT THƯƠNG BỤNG

# Chẩn đoán

Lâm sàng nghi ngờ chấn thương – vết thương bụng:

* Tổn thương tạng đặc: hội chứng xuất huyết nội.
* Tổn thương tạng rỗng: hội chứng viêm phúc mạc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | HC xuất huyết nội | HC viêm phúc mạc |
| TCCN | | Đau bụng với vùng đau cố định, liên tục, tăng dần lan ra khắp bụng | |
| Toàn thân | | Mạch nhanh nhỏ, HA tụt; tứ chi lạnh ẩm | Sốt, vẻ mặt nhiễm trùng |
| Bụng | Nhìn | Bụng chướng dần | |
| Nghe |  | Liệt ruột |
| Gõ | Gõ đục vùng thấp | Mất vùng đục trước gan |
| Sờ | Bụng đề kháng ít, cảm ứng phúc mạc rõ | Bụng đề kháng, gồng cứng |
| Douglas | Căng đau | Đau chói |
| CTM | | Hct thấp | Bạch cầu tăng cao |
| XQ | |  | Liềm hơi dưới hoành |
| SA | | Có dịch | Có dịch tự do, liệt ruột |
| Chọc dò | | Máu ko đông |  |

Cận lâm sàng trong chấn thương bụng:

* XQ: liềm hơi dưới hoàng
  + bụng không sửa soạn: chụp đứng; hoặc ko được thì chụp nằm nghiêng T. Dấu hiệu xuất huyết nội: mất viền sáng bên hông, mất góc nhọn bờ dưới gan, mờ tiểu khung-ổ bụng, tăng khoảng cách giữa các quai ruột.
  + phổi thẳng tư thế đứng hoặc nửa ngồi: gãy xương sườn thấp liên quan tổn thương gan, lách; ống thông mũi dạ dày nằm cao trong ngực gợi ý vỡ cơ hoành.
  + khung chậu, cột sống nếu nghi ngờ
* Siêu âm: đầu tay để chẩn đoán XH nội;
  + Ưu điểm: có thể phát hiện tụ dịch dù rất ít 250ml ở vùng dưới gan hay rãnh đại tràng – thành bụng, túi cùng Douglas.
  + Nhược điểm:

1. ít có giá trị phân độ tổn thương tạng đặc
2. không giúp ích gì nhiều trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng
3. gặp khó khăn khi liệt ruột, tràn khí dưới da.

* CT: đánh giá mức độ tổn thương tạng đặc. nhưng chỉ thực hiện được ở bn huyết động ổn. Làm trong những trường hợp: nghi ngờ có chấn thương bụng, bn kèm chấn thương cột sống/sọ não, không thể theo dõi tiếp được bằng khám bụng vì BN được gây mê.
  + Nhược điểm:

1. ít có giá trị trong vỡ cơ hoành hay vỡ tụy;
2. ít tương quan giữa hình ảnh tổn thương trong lách, gan với nguy cơ chảy máu.

* Chọc dò/chọc rửa ổ bụng chẩn đoán:
  + Chọc dò: 4 điểm chọc là 1/3 ngoài đường nối rốn và 2 gai chậu trước trên, 2 đầu dưới xương sườn 10. Dương tính khi chọc ra máu không đông, hoặc dịch mật, dịch ruột.
  + Chọc rửa: rạch da 1,5cm dưới rốn, truyền 1lít dung dịch mặn đẳng trương. Dương tính khi hút ra dịch ruột và đếm bạch cầu >1000/mm3 (sách bệnh học ghi >500/mm3), ra được >10ml máu đỏ tươi hoặc hồng cầu > 100K/mm3, amylase >175 UI/dL. Phương pháp này có độ nhạy và đặc hiệu > chọc dò ổ bụng.
* Các xét nghiệm máu, sinh hóa: amylase tăng cao dần gợi ý chấn thương tụy hay vỡ tá – hỗng tràng 🡪 amylase ngày càng cao kết hợp với triệu chứng bụng rõ thì mổ bụng.

Nếu nghi ngờ vết thương bụng có thể cho làm:

* XQ bụng, siêu âm, CT giá trị không nhiều trong vết thương tạng rỗng do lượng khí/dịch trong ở bụng ít.
* Chọc rửa ổ bụng
* Thám sát vết thương dưới gây tê tại chỗ: rất tốt để xác định tính chất thấu bụng của vết thương thành bụng trước.
* Nội soi ổ bụng chẩn đoán hoặc mở bụng thăm dò: khi vết thương ở vùng cạnh bụng do bề dày của khối cơ lưng và vị trí dưới phúc mạc của một số tạng, thám sát vết thương sẽ khó, khi đó thà mở bụng/soi trắng còn hơn bỏ sót. Nội soi quan sát rất tốt gan, cơ hoành, thành bụng trước, có vai trò loại trừ khả năng thấu bụng của vết thương tiếp tuyến hay vết thương nông thành bụng.

# Xử trí

Xử trí chấn thương bụng

* Cấp cứu ABCDE
* 2 tình huống:
  + Huyết động không ổn: nghi ngờ XH nội cho làm siêu âm hoặc chọc dò ổ bụng, nếu dương tính 🡪 mở bụng thăm dò
  + Huyết động ổn: cho làm siêu âm bụng.
    - Ko có dịch, khám không thấy gì: theo dõi thêm
    - Có dịch, ko biểu hiện viêm phúc mạc 🡪 chụp CT:
      * nếu có tổn thương gan, lách thì điều trị tùy vào mức độ thương tổn. bn được điều trị bảo tổn được chụp CT kiểm tra ngày 4-7; thời gian theo dõi chấn chương lách > chấn thương gan do nguy cơ vỡ lách thì 2 kéo dài đến ngày thứ 14.
      * Không tổn thương gan lách, nhưng có dịch trên CT, dù không có viêm phúc mạc vẫn phải nghĩ đến tổn thương tạng rỗng 🡪 chẩn đoán bằng chọc rửa/nội soi/mở ổ bụng thăm dò

Chỉ định điều trị bảo tổn vỡ gan/lách khi có những điều kiện sau: 11100

* Huyết động ổn: chỉ số sốc <1
* Mức độ tổn thương nhẹ và vừa: độ I, II
* Truyền <= 1 đơn vị máu
* Không có dấu hiệu viêm phúc mạc
* Không có thương tổn trong và sau phúc mạc cần phải mở bụng

Xử trí vết thương bụng:

* Cấp cứu ABCDE
* Nếu có

1. dấu hiệu viêm phúc mạc rõ, lòi ruột, mạc nối qua vết thương thì chẩn đoán rõ ràng
2. hoặc các trường hợp ói ra máu, máu ra qua ống thông mũi dạ dày, tiểu máu
3. hoặc tình trạng bụng ko thể theo dõi được (hôn mê, ngộ được rượu, phải gây mê để xử trí tổn thương #) thì cũng mổ

* nếu bn huyết động ổn, khám bụng ko thấy gì nhiều:
  + Vết thương do hỏa khí: mở bụng thám sát; do xuất độ thương tổn trong ổ bụng rất cao trên 90%
  + Vết thương do bạch khí: thám sát vết thương
    - Ko thấu bụng: tiếp tục theo dõi
    - Thấu bụng: có thể mở bụng thăm dò, hoặc theo dõi sát bằng lâm sàng cận lâm sàng
* Có thể nội soi ổ bụng chẩn đoán ở bn huyết động ổn, không biểu hiện viêm phúc mạc, không biểu hiện gợi ý tổn thương tạng rỗng trên CĐHA: cho phép xác định tính chất thấu bụng với độ nhạy và đặc hiệu gần 100%, hiệu quả trong đánh giá tổn thương tạng đặc, cơ hoành, tuy nhiên kém đặc hiệu hơn trong vết thương tạng rỗng; giúp tránh được các tình huống mở bụng không có ích, rút ngắn thời gian nằm viện.

Đường mổ: thường đường giữa bụng trên hoặc dưới rốn tùy vị trị tổn thương.

Cách xử trí các thương tổn:

* Vỡ gan: hơn phân nửa các trường hợp đã tự cầm máu vào thời điểm mổ, nếu chưa cầm có thể khâu bằng chỉ tan, cột mạch máu bị đứt, nặng thì cắt gan.
* Vỡ lách nếu còn chảy máu có thể khâu cầm máu, hoặc cắt 1 thùy hoặc tòan bộ lách.
* Tổn thương đại – trực tràng:
* Đại tràng P và đại tràng ngang:
  + Có thể khâu lỗ thủng kỳ đầu nếu: cách nhớ: con dao 🡪 vết thương 🡪 bụng 🡪 toàn thân
    - vết thương do bạch khí
    - thương tổn khu trú và ít mô giập nát, không tổn thương mạch máu nuôi
    - mổ sớm <6h, ổ bụng tương đối sạch, đại tràng không chứa nhiều phân
    - không phải truyền nhiều máu/không bị sốc,.
  + Nếu tổn thương nặng có thể cắt đại tràng; sau đó nếu vết thương bạch khí, ổ bụng sạch và ko có tổn thương đi kèm thì có thể khâu kì đầu, còn không mở hậu môn tạm.
* Đại tràng T và trực tràng: không khâu kỳ đầu do đại tràng T chưa nhiều phân cứng và vi trùng, hệ mạch máu nuôi đại tràng T không được phong phú. Do đó tổn thương ở đây sẽ đưa 2 đầu ra ngoài hoặc đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài. Tổn thương trực tràng ngoài tầng sinh môn còn phải đặt dẫn lưu tầng sinh môn.

# Linh tinh

Vết thương bụng tùy theo lá phúc mạc thành bị thủng ko mà phân ra: VT thấu bụng ko thấu bụng.

Tổn thương tụy hiếm gặp nhưng tử vong cao lên đén 25%. Tổn thương dạ dày: chú ý kiếm tra mặt sau dạ dày đối với vết thương thấu bụng. Tổn thương ruột non dễ bỏ sót nếu bị ở bờ mạc trong.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gan | Lách |
| I | * Tụ máu dưới bao < 10% * Rách bao gan và nhu mô < 1cm chiều sâu | Giống |
| II | * Tụ máu dưới bao < 50% hay trong nhu mô < 10cm đường kính * Vỡ gan < 3cm bề sâu, < 10cm bề dài | * Tụ máu dưới bao < 50% hay trong nhu mô<5cm bề sâu * Vỡ lách < 3cm bề sâu, ko ảnh hưởng mạch máu bè |
| III | > | > |
| IV | Vỡ >=25% thùy gan hay  >=1 hạ phân thùy | Vỡ thùy lách hay đứt mạch máu rốn lách chi phối >=25% |
| V | * >=75 hay >=3 * Có thương tổn mạch máu |  |
| VI | Gan bị đứt ra khỏi dây chằng treo gan, cuống gan | V: vỡ nát, đứt cuống lách |