**VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**1.1. Định Nghĩa:** Là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng thủng cơ hoành, vết thương vùng hông lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

**1.2. Nguyên Nhân**

- Thời bình: Thường do bạch khí ( dao, vật sắc nhọn), có thể do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, té ngã, đả thương ...

- Thời chiến: Thường do hoả khí ( đạn, mảnh bom, mìn)

**1.3. Phân Loại**

- vết thương thấu bụng không tổn thương tạng

- vết thương thấu bụng tổn thương tạng(tạng rỗng, tạng đặc, mạch máu)

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1. Bệnh Sử**

- Hỏi bệnh sử cần chú ý khai thác giờ xảy ra tai nạn, hướng tác động, lực tác động, tác nhân gây tổn thương (hình dạng, kích thước) → có thể tiên đoán trước mức độ thương tổn cũng như tạng bị tổn thương.

**2.2. Triệu Chứng Cơ Năng**

- Đau bụng, ói ra máu, tiểu ra máu, tiêu ra máu.

**2.3. Triệu Chứng Thực Thể**

- Nhìn: có vết thương vùng bụng trước hay hông lưng. Các vết thương vùng ngực thấp bên (T), (P), (gian sườn 6,7,8.) vết thương có lòi mạc nối, ruột. các sonde mũi-dạ dày, sonde tiểu có máu.

- Sờ: ấn bụng đau, có thể có đề kháng thành bụng, phản ứng phúc mạc.

- Gõ đục vùng thấp khi có chảy máu hoặc dịch trong ổ bụng. Khoảng 40% xuất huyết nội không có biểu hiện lâm sàng ở lần thăm khám đầu tiên, vì vậy việc thăm khám định kỳ và thường xuyên là rất quan trọng.

**2.4. Cận Lâm Sàng**

**2.4.1. Cận Lâm Sàng Thường Qui**

- Công thức máu (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipate...), X-quang ngực.

**2.4.2. Cận Lâm Sàng Giúp Chẩn Đoán**

- X quang bụng đứng không sửa soạn: Khí tự do trong ổ bụng hay không?

- Siêu âm bụng: Có dịch, có khí trong ổ bụng không?

- CT Scan bụng: Có thể phát hiện dịch hoặc khí trong ổ bụng, các cơ quan bị thương tổn và mức độ thương tổn các cơ quan đó.

**3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

**3.1. Vết Thương Thấu Bụng:**

- Có tạng trong ổ bụng (mạc nối, ruột non.) phòi ra ngoài hoặc khi thám sát vết thương thấy có thủng phúc mạc hoặc siêu âm có dịch ổ bụng hoặc X-quang bụng có hơi tự do trong ổ bụng.

**3.2. Vết Thương Thành Bụng**

- Siêu âm không có dịch ổ bụng. X-quang bụng không có hơi tự do trong ổ bụng.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên Tắc**

- Có vết thương thấu bụng thì phải mở bụng hoặc nội soi ổ bụng thám sát (nếu có huyết động ổn định) và xử trí thương tổn nếu có.

**4.2. Điều Trị Đặc Hiệu**

- Bệnh nhân có vết thương thấu bụng mà huyết động học không ổn định thì phải mở bụng thám sát và xử trí thương tổn. Nếu huyết động ổn định thì thám sát vết thương tại chỗ, nếu không thủng phúc mạc thì tiếp tục theo dõi, nếu thủng phúc mạc thì có thể nội soi ổ bụng chẩn đoán. Nếu qua nội soi ổ bụng có thủng lá phúc mạc mà không tổn thương nội tạng bụng (tỉ lệ này từ 40%-58%) thì tiếp tục theo dõi. Nếu thủng phúc mạc và có tổn thương tạng: phẫu thuật noi soi điều trị (khâu thủng tạng rỗng hoặc đốt, khâu cầm máu tạng đặc) hay mở bụng xử trí thương tổn.

**4.2.1. Tạng Rỗng**

- Đối với dạ dày: có thể khâu 1 hoặc 2 lớp. vết thương 1 lỗ đơn độc ở ruột non chỉ cần cắt lọc và khâu lại là đủ. Hai lổ thủng ruột non kề cận nhau có thể được cắt xén thành 1 lổ duy nhất và khâu lại để trách bị hẹp ruột. Nhiều lỗ thủng nhỏ rải rác trên 1 đoạn ruột cũng có thể lần lượt được khâu lại hoặc cắt đoạn trong khi thủng và rách một đoạn ruột non dài kèm với bầm dập ruột có thể được cắt bỏ đi và nối lại tận-tận.

- Đối với tổn thương tá tràng: bắt buộc mở bụng điều trị. Khoảng 75%-80% tổn thương tá tràng có thể được xử trí bằng cách cắt lọc mép vết thương và khâu lại đơn thuần. 20%-25% trường hợp cần phải xử trí phức tạp hơn như:

> Khâu lỗ vỡ và dung một quai hổng tràng đắp lên chỗ vỡ (patch).

> Khâu lỗ vỡ và nối vị tràng.

> Khâu lỗ vỡ và cắt dạ dày.

> Cắt đôi tá tràng, đóng đầu dưới, đưa một quai hỗng tràng lên nối với đầu trên tá tràng kiểu Rouxen-Y.

> Cắt tá tràng-đầu tụy theo phương pháp Whipple (khi có tổn thương tá tràng và đầu tụy kết hợp) v.v...

- Đối với thương tổn ruột già: khâu hoặc làm hậu môn tạm.

**4.2.2. Tạng Đặc**

- Đối với vết thương gan, trong 50% trường hợp, chảy máu tự cầm hoặc cầm khi đè bằng gạc, hoặc khâu cầm máu chỗ vỡ gan, tốt nhất là cầm máu từng điểm ở hai mép chỗ vỡ, hoặc cắt phần gan bị bầm dập hoặc cắt thùy gan trong trường hợp không thể khâu được. Nếu lách bị đứt một đoạn ngắn, máu chỉ chảy rỉ rả thì chúng ta có thể khâu bảo tồn lách, nếu máu chảy nhiều nhưng khu trú, rốn lách không bị ảnh hưởng thì có thể cắt lách bán phần, nếu máu chảy nhiều hoặc vỡ đến cuống lách thì nên cắt lách toàn phần.

- Đối với vết thương tụy, chẩn đoán thường khó khăn, trong mổ dựa vào hai dấu hiệu kinh điển là tụ máu hậu cung mạc nối và vẩy nến (khi mổ muộn sau 24h). Thương tổn tụy thường dựa theo bảng phân loại của Moore (1990) từ độ I đến độ V, nặng ở các vị trí đầu tụy và cổ tụy và mức độ nặng ở độ III, IV và V.

> Thương tổn tụy độ I, chỉ cần dẫn lưu ổ tụy.

> Độ II, khâu lại nhu mô và dẫn lưu ổ tụy.

> Độ III có thương tổn ống tụy, nên cắt bỏ đuôi tụy hoặc thân đuôi tụy kèm cắt lách hoặc khâu tụy và khâu ống Wirsung có đặt stent trong lòng dẫn vào tá tràng.

> Độ IV, khâu bịt mõm của đầu tụy và nối thân đuôi tụy với hổng tràng kiểu Rouxen-Y.

> Độ V, cắt khối tá tụy.

**4.3. PHÁC ĐỒ Xử Trí**



**5.1. Tiêu Chuẩn Nhập Viện**

- Bệnh nhân được chẩn đoán vết thương thấu bụng → nhập viện phẫu thuật (nội soi thám sát, xử trí thương tổn).

- Bệnh nhân nghi ngờ vết thương thấu bụng (sau khi thám sát tại chỗ không thủng phúc mạc) → nhập viện theo dõi xác định chẩn đoán.

5.2. Theo dõi sau mổ: Cần theo dõi tình trạng bụng, các ống dẫn lưu, các biến chứng sau mổ như chảy máu, xì phân, rò mật, rò tụy, áp-xe tụy, viêm tụy cấp, nang giả tụy và nặng nhất là hoại tử tụy hầu như tử vong 100%.

**5.3. Tiêu Chuẩn Ra Viện**

- Bệnh nhân được ra viện khi không có biến chứng, sinh hiệu ổn định, ăn uống, trung đại tiện được, hết đau bụng, vết mổ lành, không sốt.

**5.4. Tái Khám**

- Khi đau bụng, sốt hay có dấu hiệu bất thường khác...