

Chẩn đoán sớm vỡ đại tràng xích ma dưới thanh mạc do chấn thương bụng kín

Phan Khánh Việt, Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Lê Dung

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị

Từ khóa:

Vỡ đại tràng xích ma, chấn thương bụng kín, cắt lớp vi tính.

Địa chỉ liên hệ:

Phan Khánh Việt,
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị
266 Hùng Vương, Đông Hà,
Quảng Trị
Điện thoại: 0914 059 623
Email: Khanhviet70@gmail.com

Tóm tắt

Việc chẩn đoán trước mổ vỡ đại tràng do chấn thương bụng kín thường khó khăn dẫn đến điều trị muộn, hậu quả làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong. Chúng tôi báo cáo một trường hợp vỡ đại tràng xích ma dưới thanh mạc ở một người bệnh nam 51 tuổi, được chẩn đoán sớm nhờ thăm khám lâm sàng kỹ càng và các dấu hiệu gợi ý rất có giá trị trên phim cắt lớp vi tính. Chúng tôi thấy rằng: cắt lớp vi tính là một phương tiện có giá trị để chẩn đoán vỡ tạng rỗng do chấn thương bụng kín. Ngoài giá trị đã được khẳng định là tìm hơi tự do ổ phúc mạc nó còn có thể chỉ ra được vị trí vỡ hay nghi ngờ vỡ.

Ngày nhận bài: 15/07/2021

Ngày duyệt: 10/08/2021

Ngày chấp nhận đăng:
03/11/2021

Early diagnosis of a subserosal sigmoid rupture following blunt abdominal trauma: A case report

Phan Khanh Viet, Nguyen Hoang Nam, Nguyen Le Dung

Quang Tri General Hospital

Abstract

Preoperatively diagnosis of colon rupture due to blunt abdominal trauma is difficult. This can lead to delay in treatment, subsequently resulting in increased morbidity and mortality. We present a case of subserosal ruptured sigmoid colon in a 51-year-old man, diagnosed early by carefully physical examination and highly suggestive findings on CT scan. We suggest that CT scan is the most valuable tool to diagnose hollow visceral rupture after blunt abdominal trauma. In addition to the established value of finding free air in the peritoneal cavity, it also reveals the site of a rupture or a suspected rupture.

Keywords: Sigmoid colon rupture, blunt abdominal trauma, CT scan.

Đặt vấn đề

Tổn thương đại tràng thường xảy ra trong vết thương thấu bụng, trong chấn thương bụng kín nó thường ít xảy ra và được báo cáo với tỷ lệ khoảng 1,1% [1]. Tổn thương đại tràng đơn thuần cũng hiếm khi xảy ra. Nó thường đi kèm với các tổn thương khác trong ổ phúc mạc như vỡ gan, lách, tụy hay ruột non [1]...

Chẩn đoán xác định vỡ đại tràng trước phẫu thuật tương đối khó khăn. Chúng thường được chỉ định mổ với chẩn đoán vỡ tạng rỗng khi phát hiện hơi tự do trong ổ phúc mạc bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như: siêu âm, X-quang bụng đứng và đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính.

Việc chẩn đoán xác định và mổ sớm các trường hợp vỡ đại tràng sau chấn thương bụng kín nói riêng và vỡ đại tràng nói chung có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Nó giúp giảm thiểu đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong có thể xảy ra trong giai đoạn hậu phẫu. Theo Fakhry S. M và cs (2000) [2], tỷ lệ này cao hơn một cách rõ rệt nếu thời gian chẩn đoán xác định kéo dài trên 24 giờ. Trong bài báo này chúng tôi báo cáo một trường hợp vỡ đại tràng xích ma dưới thanh mạc, với các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm “cận lâm sàng thông thường” rất nghèo nàn, được chẩn đoán sớm nhờ thăm khám lâm sàng kỹ càng và các dấu hiệu gợi ý rất giá trị trên phim cắt lớp vi tính ổ phúc mạc.

Báo cáo ca bệnh

Người bệnh nam, 54 tuổi nhập viện vì bị một cây gỗ đập vào vùng bụng dưới rốn cách nhập viện 5 giờ. Người bệnh đau nhiều vùng hố chậu trái, không sốt, không buồn nôn hay nôn mửa. Khám lâm sàng thấy bụng mềm, không có vết bầm tím trên thành bụng, hố chậu phải mềm hoàn toàn, ấn đau 1 vùng khoảng 10 x 10 cm vùng hố chậu trái, phản ứng thành bụng (\pm), tiểu tự chủ vàng trong. Xét nghiệm cận lâm sàng bình thường ngoại trừ bạch cầu tăng nhẹ 10.77 G/L neutrophile 83%. X-quang bụng đứng không có liềm hơi dưới cơ hoành không có mức hơi dịch (Hình 1). Siêu âm bụng không phát hiện hơi tự do hay dịch ổ phúc mạc.

Người bệnh được tiếp tục theo dõi tình trạng bụng. Sau 1 giờ 15 phút thăm khám lại thấy tình trạng đau bụng của người bệnh vẫn liên tục, không thuyên giảm nhưng cũng không lan rộng ra các vùng khác, đau cũng chỉ giới hạn 1 vùng như lần thăm khám trước. Do nghi ngờ bị vỡ tạng rỗng nên người bệnh được chỉ định chụp cắt lớp vi tính để tìm dấu hiệu hơi tự do ổ phúc mạc. Kết quả chụp cắt lớp vi tính không phát hiện hơi tự do ổ phúc mạc, tuy nhiên có hình ảnh thâm nhiễm viêm kèm bóng hơi cạnh đại tràng xích ma và một ít dịch vùng hạ vị (Hình 2).



Hình 1. X-quang bụng khi vào viện



Hình 2. Thâm nhiễm viêm kèm bóng không có liềm hơi dưới cơ hoành hơi cạnh đại tràng xích ma

Với hình ảnh này chúng tôi nghĩ đến 2 khả năng: viêm túi thừa đại tràng xích ma hoặc vỡ đại tràng xích ma dưới thanh mạc. Tuy nhiên đau khởi phát sau một chấn thương bụng kín nên khả năng vỡ đại tràng dưới thanh mạc được ưu tiên và tìm cách để xác minh. Người bệnh được đặt thông hậu môn và bơm khoảng 500 ml khí sau đó kẹp thông và chụp lại cắt lớp vi tính. Kết quả phim chụp cắt lớp vi tính lần này bóng hơi cạnh đại tràng xích ma trên phim trước to ra kèm có hơi tự do ổ phúc mạc

(Hình 3). Chẩn đoán vỡ đại tràng xích ma được xác định và người bệnh được mổ cấp cứu. Trong mổ phát hiện đại tràng xích ma vỡ dưới thanh mạc ở bờ tự do, kích thước khoảng 1 cm, bờ lỗ vỡ bình thường, không có dấu hiệu của túi thừa đại tràng. Ổ bụng sạch, có ít dịch xuất tiết (Hình 4). Lỗ vỡ được đóng ngay thì đầu bằng vicril 2.0 hai lớp khâu vết. Quá trình hậu phẫu bình thường, người bệnh được xuất viện sau 7 ngày, không có biến chứng sau mổ.



Hình 3. Bóng hơi cạnh đại tràng to ra và chỗ vỡ đại tràng sau bơm hơi



Hình 4. Hình ảnh trong mổ

Bàn luận

Một vài cơ chế gây tổn thương đại tràng đã được đưa ra trong chấn thương bụng kín [1]. Chèn ép quai đại tràng giữa 2 vật cứng như dây an toàn ở phía trước và cột sống hay khung chậu ở phía sau là cơ chế được chấp nhận rộng rãi nhất. Sang chấn này có thể gây nên các tổn thương như: gây rách thành ruột, tụ máu trong mạc treo hay trong lớp cơ thành ruột, đứt đôi ruột, mất mạch khu trú 1 vùng ruột và đưng dập toàn bộ thành ruột. Thiếu máu nuôi tại những vùng đưng dập có thể dẫn đến thủng ruột xảy ra muộn. Giảm tốc độ ruột là cơ chế chấp nhận thứ 2. Sang chấn này tạo nên 1 lực xé rách tại các điểm tiếp nối giữa phần cố định và phần di động của ruột như dây chằng treitz, 2 đầu đại tràng sigma, chỗ nối hồi tràng với manh tràng. Cơ chế thứ 3 là tổn thương vỡ nổ thường xảy ra với 1 quai đóng của đại tràng khi bị chấn thương. Vỡ ruột xảy ra khi áp lực trong

lòng ruột vượt quá sức căng thành ruột. Có lẽ tổn thương trong trường hợp của chúng tôi xảy ra theo cơ chế này. Tuy nhiên áp lực trong lòng ruột chưa đủ để vỡ toàn bộ thành đại tràng mà chỉ vỡ lớp niêm mạc và lớp cơ đại tràng, dẫn đến các triệu chứng lâm sàng mơ hồ và khó chẩn đoán bệnh.

Hiện nay chẩn đoán xác định vỡ đại tràng do chấn thương bụng trước mổ vẫn là một vấn đề khó khăn. Nhiều tác giả nhấn mạnh việc theo dõi và khám lâm sàng nhiều lần để chẩn đoán vỡ đại tràng do chấn thương bụng kín trong vòng 6 giờ đầu. Trong giai đoạn này thường có các triệu chứng kích thích phúc mạc. Co cứng, phản ứng thành bụng, bụng chướng và dấu đụng đập ở thành bụng là các dấu hiệu có giá trị khi thăm khám lâm sàng [1]. Tuy nhiên khi không phát hiện các triệu chứng này thì cũng không thể loại trừ các tổn thương trong ổ bụng.

Bạch cầu tăng có giá trị gợi ý khi kết hợp với các dấu hiệu phát hiện được khi thăm khám lâm sàng và kết quả của các phương tiện chẩn đoán khác [1].

X-quang bụng không chuẩn bị ít có giá trị trong tình huống này vì đa số cho kết quả bình thường. Theo R. Sikka và cs [6], tỷ lệ thấy hơi tự do trong ổ phúc mạc trên phim bụng không chuẩn bị tư thế đứng chỉ khoảng 8%, hơn thế nữa trong tình trạng đa chấn thương thì khó khó thể chụp phim này ở tư thế đứng (chỉ có thể chụp ở tư thế nằm), điều này khiến cho khả năng phát hiện hơi tự do trong ổ phúc mạc trên phim bụng càng thấp. Ngoài ra khi có hình ảnh nghi ngờ hơi tự do ổ phúc mạc thì hình ảnh giả hơi tự do ổ phúc mạc cũng là vấn đề cần quan tâm. Nguyên nhân dẫn đến hình ảnh giả này có thể là do [4]:

Bóng hơi tình cờ của tạng rỗng hay tạng rỗng giãn quá mức nằm ngay dưới cơ hoành.

Cơ hoành có hình dáng uốn lượn khiến cho đáy phổi có vẻ nằm dưới cơ hoành.

Xẹp đáy phổi cho hình ảnh giả hơi tự do dưới cơ hoành.

Lớp mỡ ngoài phúc mạc, dưới cơ hoành

Thay đổi vị trí của đại tràng góc gan lên nằm giữa thùy phải của gan và cơ hoành... những vấn đề trên khiến X-quang bụng đứng ít có giá trị trong phát hiện vỡ tạng rỗng trong chấn thương bụng kín. Độ đặc hiệu

của X-quang bụng không chuẩn bị trong chẩn đoán hơi tự do ổ phúc mạc dao động từ 53% - 89,3% [7].

Siêu âm hiện nay được sử dụng rộng rãi trong khảo sát chấn thương bụng kín. Người ta khẳng định rằng, siêu âm ưu việt hơn chụp X-quang ngực thẳng đứng trong chẩn đoán hơi tự do trong ổ phúc mạc và hơi tự do trong ổ phúc mạc chỉ với 1 lượng nhỏ khoảng 2 ml là có thể có thể phát hiện bởi siêu âm [3]. Tuy nhiên, việc phát hiện nó rất khó ngay cả đối với một bác sĩ siêu âm giàu kinh nghiệm. Điều khó khăn là phân biệt hơi tự do ổ phúc mạc với hơi trong lòng ruột. Hình ảnh hơi tự do trong ổ phúc mạc trên siêu âm được tạo ra do sự tán xạ của sóng âm tại bề mặt giao thoa giữa mô mềm và khí cùng với sự phản âm của các chùm sóng âm giữa đầu dò và khí. Hình ảnh hơi tự do trong ổ phúc mạc trên siêu âm là viền tăng hồi âm của lá phúc mạc kèm bóng lưng dạng đa âm phản hồi với hình ảnh đuôi sao chổi đặc trưng. Hình ảnh này có thể thay đổi theo tư thế của người bệnh. Moriwaki Y. và cs nghiên cứu trên 484 người bệnh chấn thương bụng kín nhận thấy siêu âm có độ nhạy 85,7% và độ đặc hiệu 99,6% trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng [3].

Cắt lớp vi tính có lẽ là phương tiện chẩn đoán hữu hiệu nhất trong việc tìm hơi tự do trong ổ bụng để xác minh có tổn thương tạng rỗng sau chấn thương với độ nhạy và độ đặc hiệu dao động từ 80 - 100% [7]. Nó cũng có thể phát hiện chính xác vị trí thủng của đường tiêu hóa. Độ chính xác của cắt lớp vi tính trong việc xác định vị trí thủng dao động từ 70 - 90% [5].

Trong trường hợp của chúng tôi, đại tràng xích ma chỉ vỡ lớp niêm mạc và cơ. Phân và hơi thoát khỏi lòng ruột bị phúc mạc tạng giữ lại, nó làm căng và kích thích phúc mạc tạng gây đau bụng liên tục. Tuy nhiên đau ở đây chỉ khu trú một vùng bụng, không lan rộng giữa 2 lần khám bệnh. Hơi và phân khu trú tại chỗ dưới thanh mạc nên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như X-quang bụng đứng, siêu âm hay thậm chí là cắt lớp vi tính để tìm hơi tự do ổ phúc mạc đều bó tay. Với triệu chứng đau liên tục, dai dẳng, không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường nhưng cũng không lan rộng sau các lần khám kèm theo dấu hiệu bạch cầu máu tăng

nhẹ khiến chúng tôi không thể loại trừ khả năng người bệnh bị vỡ tạng rỗng sau chấn thương bụng kín. May mắn thay trên phim cắt lớp vi tính chúng tôi thấy có hình ảnh thâm nhiễm viêm kèm bóng hơi khu trú cạnh đại tràng xích ma. Trong hoàn cảnh chấn thương bụng kín thì khả năng vỡ đại tràng dưới thanh mạc là rất lớn. Nếu không được can thiệp thì theo tiến triển của bệnh thì lớp thanh mạc này sẽ hoại tử theo thời gian và thủng gây viêm phúc mạc làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong có thể xảy ra trong thời kỳ hậu phẫu. Chính vì vậy phải nhanh chóng tìm cách làm rõ chẩn đoán. Chúng tôi đã chọn cách bơm hơi đại tràng rồi chụp lại cắt lớp vi tính để tìm dấu hiệu hơi tự do trong ổ phúc mạc. Quả thực sau khi bơm 500 ml hơi qua thông hậu môn rồi chụp lại cắt lớp vi tính chúng tôi đã tìm được hơi tự do ở phúc mạc, bóng hơi cạnh đại tràng xích ma tăng lên và thậm chí thấy cả chỗ vỡ trên thành đại tràng.

Người bệnh nhanh chóng được chuyển mổ cấp cứu. Ổ vỡ đại tràng là nhỏ, phát hiện sớm trước 8 giờ, ổ bụng sạch, nên khâu đại tràng thì đầu là giải pháp lựa chọn.

Kết luận

Cắt lớp vi tính là một phương tiện cực kỳ hữu hiệu để chẩn đoán vỡ tạng rỗng do chấn thương bụng kín. Ngoài giá trị đã được khẳng định là tìm hơi tự do ổ phúc mạc nó còn có thể chỉ ra được vị trí thương tổn hay nghi thương tổn giúp các bác sỹ lâm sàng nhanh chóng tìm ra biện pháp xác minh chẩn

đoán và phẫu thuật cho người bệnh. Điều này có ý nghĩa cực kỳ quan trọng vì nó giúp giảm thiểu đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong có thể xảy ra trong giai đoạn hậu phẫu.

Tài liệu tham khảo

1. Ertugrul G., Coskun M., Sevinc M., Fisun Ertugrul F., Toydemir T.(2012), "Delayed presentation of a sigmoid colon injury following blunt abdominal trauma: a case report", <http://www.jmedicalcasereports.com/content/6/1/247>
2. Fakhry S.M., Brownstein M., Watts DD (2000): "Relatively short diagnostic delays (< 8 hours) produce morbidity and mortality in blunt small bowel injury: analysis of time to operative intervention in 198 patients from a multicenter experience", *J Trauma Inj Infect Crit Care*, 48, pp:408-414
3. Hefny A.F., Abu-Zidan F. M. (2011), "Sonographic diagnosis of intraperitoneal free air", *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock I*, 4, pp: 511-513.
4. Mularski R.A., Sippel J.M. (2000), "Pneumoperitoneum: A review of nonsurgical causes", *Crit Care Med*, 28(7), pp:2638-2644.
5. Rodríguez L.C. et al (2013), "Use of Multidetector Computed Tomography for Locating the Site of Gastrointestinal Tract Perforations", *ciresp*, 9 1 (5), pp : 3 1 6 – 3 2 3
6. Sikka R.(2004), "Unsuspected internal organtraumatic injuries", *Emerg Med Clin N Am*, 22 , pp:1067-1080
7. Solis C.V.,2, Chang Y.,De Moya M. A.et all (2014), "Free air on plain film: Do we need a computed tomography too?", *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 7, pp: 3-8.