

CHẨN ĐOÁN XQUANG CẤP CỨU BỤNG

Tại các trạm Y tế hay phòng khám bệnh viện, có thể gặp các trường hợp cấp cứu bụng đe dọa tính mạng bệnh nhân, đòi hỏi bác sĩ đa khoa phải chẩn đoán sớm để xử lý kịp thời hoặc chuyển đến chuyên khoa điều trị thích hợp.

Phim Xquang cấp cứu bụng có vai trò quan trọng nhất định, cùng với lâm sàng giúp chẩn đoán hữu hiệu một số trường hợp cấp cứu, nhất là cấp cứu bụng ngoại khoa.

Vì vậy qua bài này, chúng tôi giúp *sinh viên Y4 đa khoa ghi nhận được các dấu hiệu Xquang điển hình một số bệnh cấp cứu bụng thường gặp*. Đồng thời giúp các bạn hiểu sơ bộ về các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác đang ngày càng được áp dụng trong cấp cứu bụng.

I. KỸ THUẬT :

1. Bụng không chuẩn bị :

* Tư thế thẳng, đứng :

- Chụp ngực-bụng: lấy rõ được hai vòm hoành (thường chỉ định tìm liềm hơi dưới cơ hoành).
- Chụp bụng: lấy tới khớp mu đến cơ hoành (thường chỉ định tìm mức nước-hơi, liềm hơi dưới hoành).

* Tư thế nằm (thường áp dụng trong trường hợp bệnh nhân nặng):

- Chụp nằm ngửa, chụp ngồi 45- 60°.
- Chụp nằm nghiêng chùm tia đi ngang (tìm tổn thương di động theo tư thế).

2. Thụt cản quang đại tràng: đưa thuốc cản quang Baryte vào khung đại tràng qua hậu môn (tìm vị trí và có thể tìm nguyên nhân gây tắc đại tràng).

3. Chụp lưu thông ruột non: đưa thuốc cản quang Iode hoặc Baryte loãng vào ruột non qua ống sonde dạ dày-tá tràng hoặc bằng đường uống (tìm vị trí và có thể tìm nguyên nhân gây tắc ruột non, thường chỉ định trong trường hợp bán tắc nên ít áp dụng trong trường hợp cấp cứu).

4. Siêu âm : là phương pháp chẩn đoán có giá trị cao trong cấp cứu bụng nói riêng và trong các bệnh lý bụng nói chung. Trong cấp cứu, siêu âm có thể thấy:

- Dịch tự do trong khoang phúc mạc: túi cùng Douglas, khoang gan-thận (Morrison), khoang lách-thận, rãnh thành đại tràng...
- Chấn thương vỡ tạng đặc (gan, lách, thận): đường vỡ, ổ đọng dập tụ máu trong nhu mô, kích thước và vị trí tổn thương...
- Absces dưới hoành, viêm-absces ruột thừa.
- Các quai ruột giãn ứ dịch trong tắc ruột, có thể phát hiện tắc ruột do u.
- Có thể xác định được khí trong và sau phúc mạc trong thủng tạng rỗng.

5. Chụp cắt lớp vi tính (C.T. scanner): Ngày càng được sử dụng nhiều vì CT phát hiện được dễ dàng và khách quan hơn siêu âm về các dấu hiệu tổn thương như :

- Chấn thương tạng đặc: đường vỡ, ổ bụng dập nhu mô, tổn thương mạch máu tạng, dịch tự do ..., nhất là trong chấn thương tuy mà siêu âm có hạn chế do vướng hơi.
- Tổn thương tạng rỗng: tràn dịch, tràn khí trong và sau phúc mạc.
- Tắc ruột : tìm vị trí và nguyên nhân gây tắc.

II. MỘT SỐ BỆNH LÝ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP :

1. THÙNG TẠNG RỖNG :

1.1. Nguyên nhân :

- Hay gặp nhất: thùng loét dạ dày-hành tá tràng và chấn thương vỡ ruột non.
- Các nguyên nhân ít gặp khác: Thùng ruột do u ác tính, do lao, do thương hàn Salmonella (hiếm gặp).

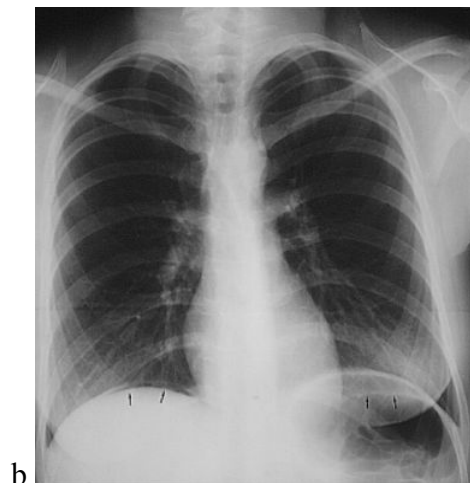
1.2. Kỹ thuật XQ:

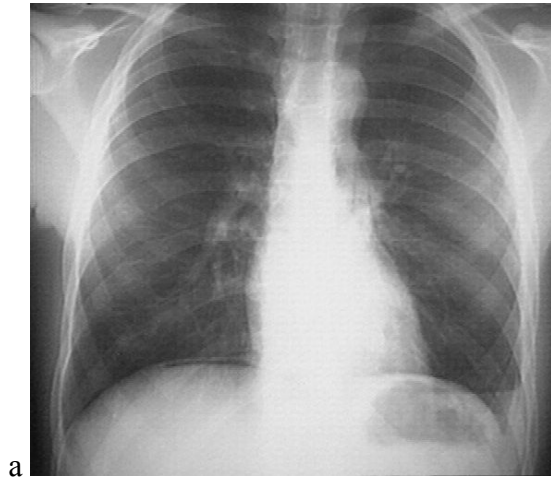
- Phim bụng không chuẩn bị tư thế đứng, tập trung vùng vòm hoành: thường sử dụng trong cấp cứu để tìm hơi trong ổ bụng, vì hình sáng hơi dễ thấy do đối quang với viền mờ của vòm hoành và các tạng dưới hoành nhất là gan.
- Trường hợp bệnh nhân nặng không đứng được:
 - + Tư thế ngồi, tập trung vùng vòm hoành.
 - + Chụp nghiêng trái (bên phải cao, bên trái thấp), chùm tia đi ngang vuông góc với phim, để tìm hơi lách giữa thành bên bụng và gan.
 - + Chụp nằm ngửa, tia vuông góc: có thể tìm được hơi trong ổ phúc mạc làm rõ đường bờ các tạng (H.2); tia đi ngang: hơi tập trung dưới thành bụng trước.

1.3. Chẩn đoán:

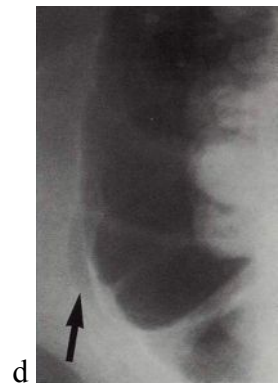
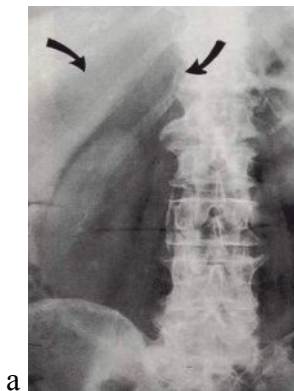
* **Chẩn đoán xác định:** hình ảnh hơi tự do trong ổ phúc mạc có giá trị quyết định để chẩn đoán thùng tạng rỗng.

- Bụng không chuẩn bị, đứng (Hình 1): Dấu hiệu liềm hơi dưới vòm hoành một hoặc hai bên, thường bên phải do vòm hoành phải cao hơn và dễ thấy hơn (a), nếu bên trái thường khó xác định hơn vì dễ lẫn với túi hơi dạ dày và đại tràng góc lách (b). Kích thước liềm hơi có thể rất nhỏ như sợi chỉ đến rất to chồng lên bóng mờ của gan lách hay bóng sáng của túi hơi dạ dày (c).





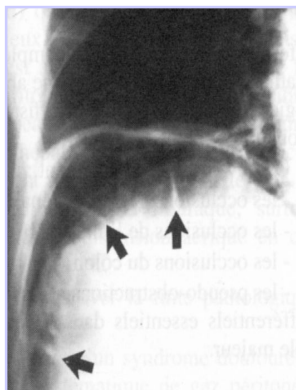
- Bụng không chuẩn bị, nằm ngửa (Hình 2): có thể thấy hơi trong khoang phúc mạc làm nổi đường bờ các tạng, như: hơi làm thấy rõ khoang Morrison (a), bờ dưới gan (b), hơi dọc hai bên dây chằng liềm (b), rãnh thành đại tràng(c)...



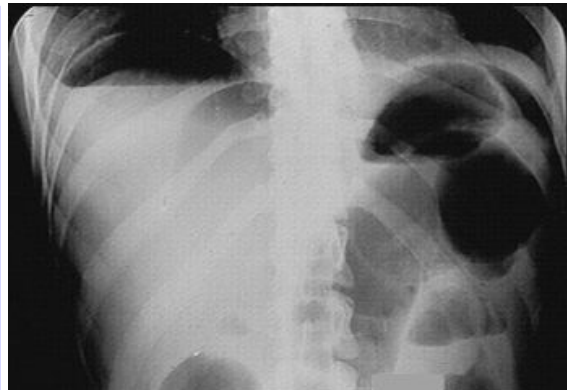
* Chẩn đoán phân biệt:

- Đại tràng phải nằm kẹp ở giữa gan: có ngấn đại tràng, cổ định (H.3).
- Liềm hơi có hình mức nước ngang do dịch viêm phúc mạc với abscess dưới hoành (H.4).
- Kén khí phổi trên hoành (H.5), xẹp phổi thành đường nằm ở đáy phổi tạo vòm hoành giả (H.6), tràn khí trung thất vùng thấp, thoát vị hoành ...

Chẩn đoán dựa vào những hình hơi này đều có hình dáng nhất định và cố định khi thay đổi tư thế chụp (ví dụ trên phim nghiêng).



Hình 3: Đại tràng góc gan



Hình 4: Absces dưới hoành



Hình 5: Kén hơi lớn thùy dưới phổi phải/ phổi xơ khí thũng.



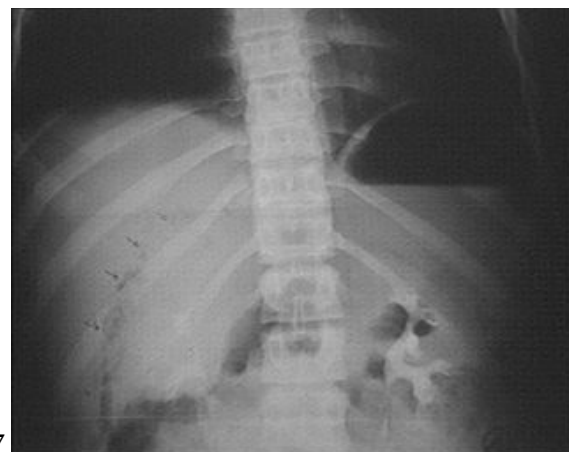
Hình 6: Xẹp phân thùy phổi hình dải bên phổi phải

*** Lưu ý:**

- Khoảng 20% thủng tạng rỗng không thấy liên hơi (như trong thủng bít của loét dạ dày-hành tá tràng).
- Hơi do sau phẫu thuật hoặc soi ổ bụng: hết khoảng sau 10 ngày.

*** Hơi sau phúc mạc:**

- Hay gặp do chấn thương **vỡ tá tràng** đoạn cổ định sau phúc mạc (DII). Thường thấy khí bao quanh thận phải (H.7).
- Hiếm hơn do vỡ đại tràng đoạn cổ định sau phúc mạc, do chọc sinh thiết trực tràng.



Hình 7

2. TẮC RUỘT:

2.1 Kỹ thuật XQ:

- Chụp bụng không chuẩn bị tư thế đứng và nằm ngửa.
- Một số kỹ thuật khác tùy từng bệnh lý: chụp lưu thông ruột non, thực baryte đại tràng.

2.2. Phân loại tắc ruột: theo sinh lý bệnh

* Tắc ruột cơ năng:

- Là ruột mất nhu động, không có sự bít tắc lòng ruột. Gặp trong cơn đau bụng cấp, chấn thương bụng, chấn thương cột sống tổn thương tuỷ, sau mổ, rối loạn nước điện giải ...

- **Dấu hiệu Xquang:** trên bụng không chuẩn bị thấy cả ruột non và đại tràng đều giãn chương hơi, không có hình mức nước-hơi.

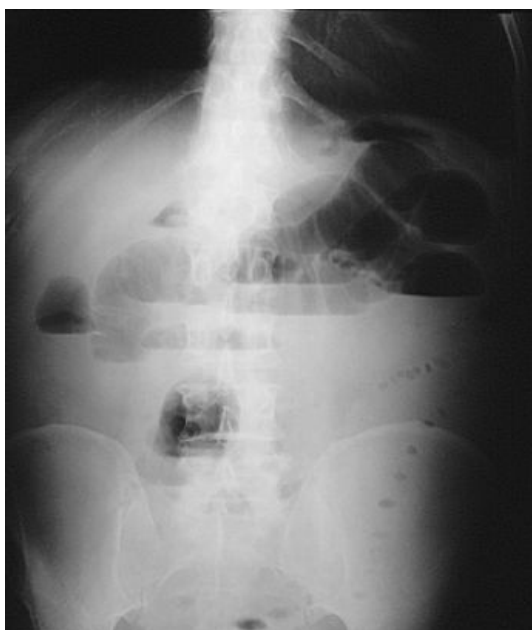
* **Tắc ruột cơ giới:** Do bít tắc trong hoặc ngoài lòng ống tiêu hoá, tùy theo vị trí tắc gồm có tắc ruột cao (ruột non) và tắc ruột thấp (đại tràng).

2.3. Tắc ruột non:

* Nguyên nhân có hai loại dựa theo cơ chế:

- Tắc ruột do nghẽn: loại tắc này là tình trạng cấp cứu gây hoại tử ruột nhanh do thiếu máu mạc treo, hay gặp trong: xoắn ruột do dây chằng hay dính sau mổ, thoát vị trong (qua khe phúc mạc) hoặc ngoài (thoát vị bẹn, thành bụng).
- Tắc ruột do bít lòng ruột, hay gặp: do búi giun, bã thức ăn, do sỏi mật (sỏi túi mật thủng vào ruột), lồng ruột (hồi-manh tràng, hồi-manh-đại tràng), u ruột lành hoặc ác tính, thâm nhiễm ung thư hoặc do viêm...

* **Dấu hiệu Xquang của tắc ruột non** (Hình 8):



a, tư thế đứng



b, tư thế nằm

- Bụng không chuẩn bị, đứng (a): Hơi và dịch trong các quai ruột trên chỗ tắc bị ứ đọng tạo nên nhiều hình mức nước-hơi, tập chung ở giữa bụng theo hình bậc thang từ hố chậu phải tới hạ sườn trái, có chân rộng-vòm thấp. Các nếp niêm mạc ruột non mảnh nằm ngang sát nhau tạo hình "đền xếp", thành ruột mỏng. Đại tràng và trực tràng xẹp rỗng. Giai đoạn muộn có thể có dịch mờ vùng thấp.
- Bụng không chuẩn bị, nằm (b): Các quai ruột giãn hơi trên chỗ tắc, niêm mạc có đặc điểm hình "đền xếp". Xẹp rỗng đại tràng và trực tràng hạ lưu. Giai đoạn muộn có thể có dịch mờ dày giữ các quai ruột.

2.4. Tắc đại tràng:

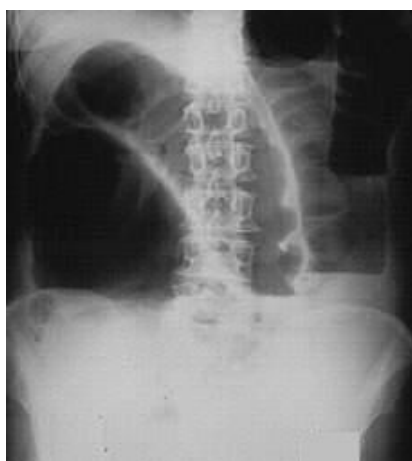
* Nguyên nhân :

- Tắc đại tràng do bít: thường do u ác tính đại tràng, ngoài ra có thể gặp do viêm đại tràng sigma, abscess đại tràng, u phân (táo bón)...
- Tắc đại tràng do thắt nghẽn: xoắn đại tràng sigma, xoắn manh tràng.

* **Dấu hiệu Xquang của tắc đại tràng (H.9):**

- Bụng không chuẩn bị, đứng (a): Hình mức nước-hơi nằm ở rìa ổ bụng dọc khung đại tràng, có chân hẹp-vòm cao, ngăn đại tràng dày thừa, thành đại tràng thường dày. Bệnh nhân đến muộn thường phối hợp cả dấu hiệu mức nước-hơi ruột non, có mờ vùng thấp ổ bụng do dịch xuất tiết.
- Bụng không chuẩn bị, nằm (b): Giãn hơi đại tràng trên chỗ tắc, mức độ giãn nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tắc.
- Thụt cản quang đại tràng (c): Thuốc cản quang khó đoạn hẹp lòng đại tràng, bờ nhám nhỏ. Xác định vị trí và nguyên nhân gây tắc.

Hình 9: Tắc ruột do u đại tràng sigma



a, chụp tư thế đứng



b, tư thế nằm



c, thụt Baryte

III. MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP TẮC RUỘT KHÁC:

3.1. Lòng ruột: thường gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi nguyên nhân không rõ, ở người lớn thường có nguyên nhân do u, viêm...

3.1.1. Kỹ thuật Xquang:

- Siêu âm: chẩn đoán xác định dựa và dấu hiệu trực tiếp của búi lòng trên lát cắt ngang và dọc. Trên lát cắt ngang, búi lòng có hình "bia bắn". Trên lát cắt dọc, búi lòng có hình bánh "sandwich".
- Chụp bụng không chuẩn bị.
- Thụt đại tràng baryte; đối với trẻ em: thụt thuốc cản quang tan trong nước hay thụt hơi vừa chẩn đoán vừa điều trị.

3.1.2. Dấu hiệu Xquang của lòng ruột:

- Chụp bụng không chuẩn bị: Nếu sớm dấu hiệu nghèo nàn, có thể thấy hố chậu phải rỗng (không thấy hơi trong manh tràng ở vị trí bình thường), đôi khi thấy hình búi lòng dưới dạng khối mờ nằm dưới gan. Nếu muộn có hình ảnh tắc ruột non.

- Thụt Baryte đại tràng (H.10): Trên phim thấy cột thuốc dừng lại ở búi lòng có hình "càng cua" nếu tia đi ngang qua khối lòng (a), hình "đáy chén" nếu tia đi song song với trục khối lòng (b).

Lòng ruột ở trẻ em : Bơm dần hơi (hoặc thuốc cản quang loãng) có áp lực kế theo dõi trên màn tăng sáng, có thể thấy cột cản quang tiến về manh tràng. Tiêu chuẩn tháo lòng: không thấy hình khối lòng, hơi (hoặc thuốc cản quang) qua được hồi tràng ít nhất 20 cm.



a

Hình 10 : Thụt cản quang Baryte đại tràng qua đường hậu môn: chẩn đoán lòng ruột.



b

3.2. Xoắn ruột : gồm xoắn đại tràng sigma và xoắn manh tràng.

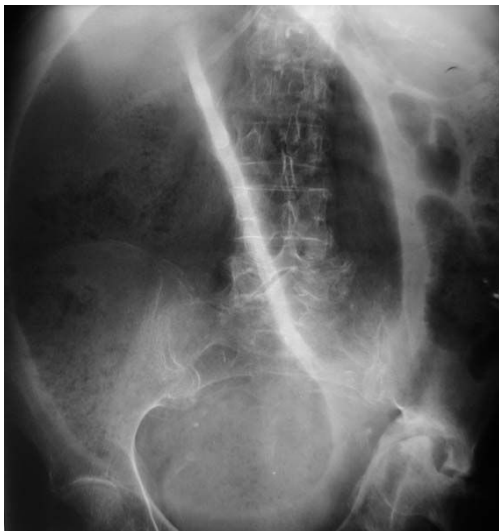
3.2.1. Kỹ thuật Xquang :

- Chụp bụng không chuẩn bị
- Chụp có thụt thuốc cản quang đại tràng

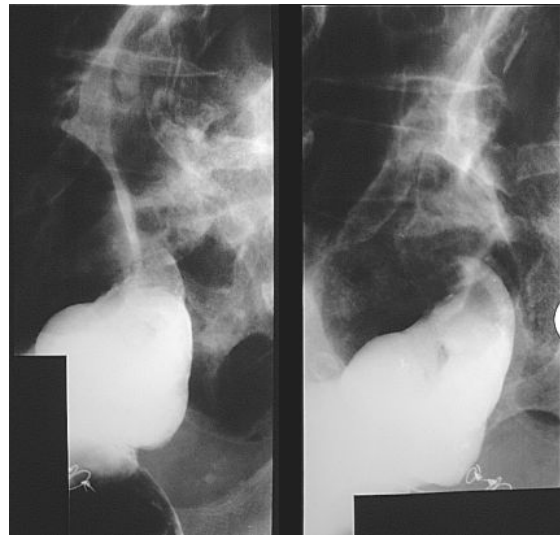
3.2.2. Dấu hiệu Xquang của xoắn đại tràng Sigma (H.11):

- Phim không chuẩn bị: quai sigma giãn to chứa nhiều hơi hình vòng cung chữ U hay chữ C ngược (a), hai chân của vòng cung ở trong tiểu khung nằm sát nhau như hình "súng hai lòng" có mức dịch ở thấp.
- Phim đại tràng có thụt thuốc cản quang áp lực thấp: thuốc vào trực tràng sau đó thuôn nhỏ và dừng lại ở chỗ xoắn có hình "mỏ chim" (b).

Hình 11:



a, Bụng không chuẩn bị

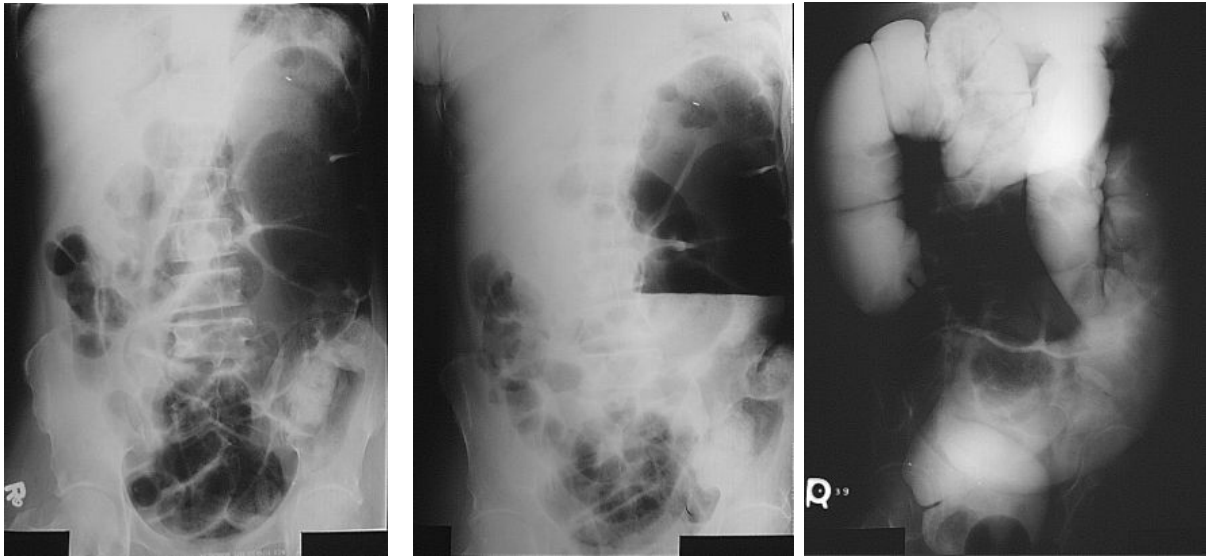


b, Thụt Baryte trực tràng

3.2.3. Dấu hiệu Xquang của xoắn manh tràng (H.12):

- Phim không chuẩn bị: Giai đoạn đầu chỉ thấy dấu hiệu hố chậu phải rộng. Muộn thấy quai ruột giãn hơi giống hình quả thận nằm cạnh trái cột sống, đầu trên ở hạ sườn trái và đầu dưới ở trước cột sống (a). Giai đoạn muộn hơn có hình mức nước-hơi (b).
- Phim có thụt thuốc cản quang đại tràng: Manh tràng nằm cao và cuộn lại như hình móc câu (c).

Hình 12:



a, Chụp tư thế nằm

b, Tư thế đứng

c, Thụt Baryte

IV. VỠ TẠNG ĐẶC (gan, lách, thận):

4.1. Kỹ thuật Xquang:

- Chụp bụng không chuẩn bị: nên lấy hết từ hai vòm hoành tới xương mu.
- Siêu âm: là phương pháp thăm khám đơn giản và thuận tiện với độ nhạy cao khoảng 90% trong chẩn đoán vỡ tạng đặc trong ổ bụng do chấn thương. Nó cho phép phát hiện được sớm dịch trong ổ bụng dù số lượng ít; thấy được đường vỡ, ổ đọng dập nhu mô; xác định tốt vị trí và kích thước vùng tổn thương. Vì vậy siêu âm ngày càng được ứng dụng phổ biến trong cấp cứu bụng, giúp chỉ định phẫu thuật kịp thời tránh tử vong do sốc mất máu.

4.2. Dấu hiệu Xquang của vỡ lách:

- Bóng lách to gây đè đẩy các tạng lân cận:
 - + Vòm hoành trái lên cao, có thể có dịch màng phổi.
 - + Đầy dạ dày sang phải.
 - + Đẩy ĐT góc lách xuống thấp.
- Dấu hiệu có dịch trong ổ bụng:
 - + Mờ vùng thấp, cần phân biệt với mờ do bàng quang căng.
 - + Dịch xen lẫn giữa các quai ruột: dây giả thành ruột.
 - + Dấu hiệu Laurell (+): dịch dày rãnh thành đại tràng > 5mm (phim nằm ngửa).
- Liệt ruột do chấn thương.
- Gãy các xương sườn cuối bên trái.

4.3. Dấu hiệu Xquang của vỡ gan:

- Bóng gan to, đẩy vòm hoành P lên cao, góc sườn hoành màng phổi tù, có thể có dịch màng phổi.

- Dấu hiệu có dịch trong ổ bụng.

4.4. Dấu hiệu Xquang của vỡ thận:

4.4.1. *Kỹ thuật:* CT scanner, UIV (chụp niệu đồ đường tĩnh mạch), Siêu âm, Chụp bụng không chuẩn bị, Chụp động mạch thận trong tổn thương cuống thận.

4.4.2. *Dấu hiệu vỡ thận trên phim bụng không chuẩn bị:*

- Bóng thận to, bờ không rõ.

- Mờ hoặc xóa bờ ngoài cơ đái chậu (tụ máu sau phúc mạc).

- Cột sống vẹo về bên tổn thương (phản xạ chống đau).

- Gãy xương sườn cuối, mỏn ngang hoặc vỡ thận đốt sống vùng thận (dễ có tổn thương cuống thận).

- Liệt ruột do chấn thương.

4.4.3. *Dấu hiệu vỡ thận trên UIV:*

Kỹ thuật: tiêm truyền thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch, không ép.

- Thận cầm: nhu mô thận không ngấm thuốc, có thể do tổn thương cuống mạch thận hoặc do phản xạ co thắt mạch thận.

- Thận có bài tiết, có thể thấy các dấu hiệu sau:

- + Hình các đài bình thường: tổn thương nhỏ ở nhu mô.

- + Hình cắt cụt các nhóm đài: tổn thương dập nhu mô thông với đài thận.

- + Thuốc thoát ra nhu mô thận, quanh thận vùng hố thận: vỡ bao thận.

- + Các nhóm đài bị đảo lộn cắt cụt, thoát thuốc: nặng do vỡ thận nhiều mảnh.

- + Niệu quản bị đè đẩy: tụ máu sau phúc mạc

- + Khuyết lòng bàng quang: máu cục.