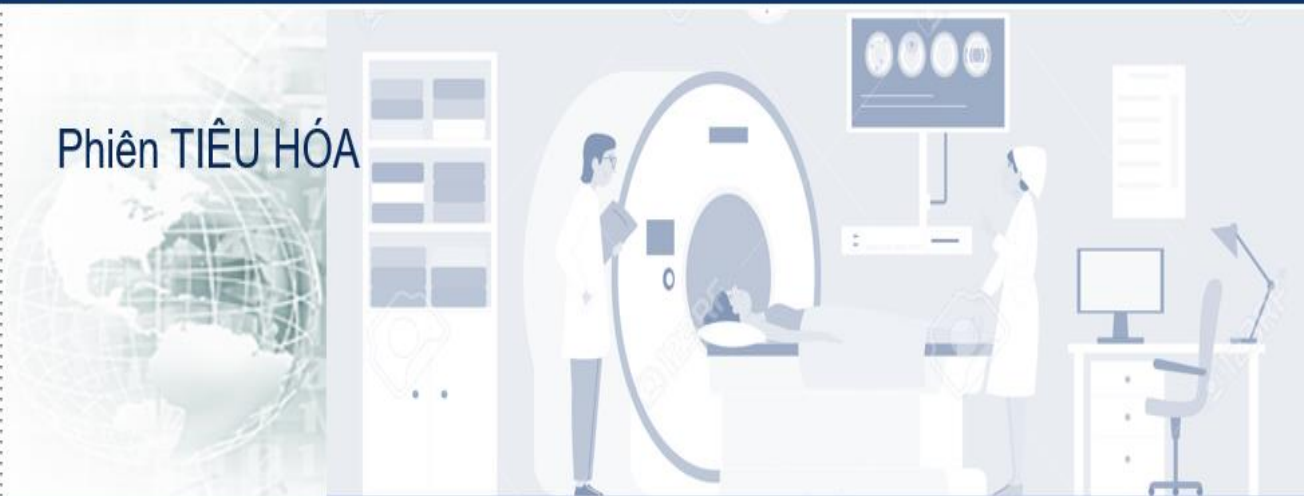




HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025

Phiên TIÊU HÓA



Hình ảnh tổn thương tụy do chấn thương bụng kín

BS.CK2 Nguyễn Trí Dũng
Bệnh viện Chợ Rẫy



NỘI DUNG TRÌNH BÀY

- Tổng quan
- Giải phẫu học
- Dấu hiệu hình ảnh
- Kết luận

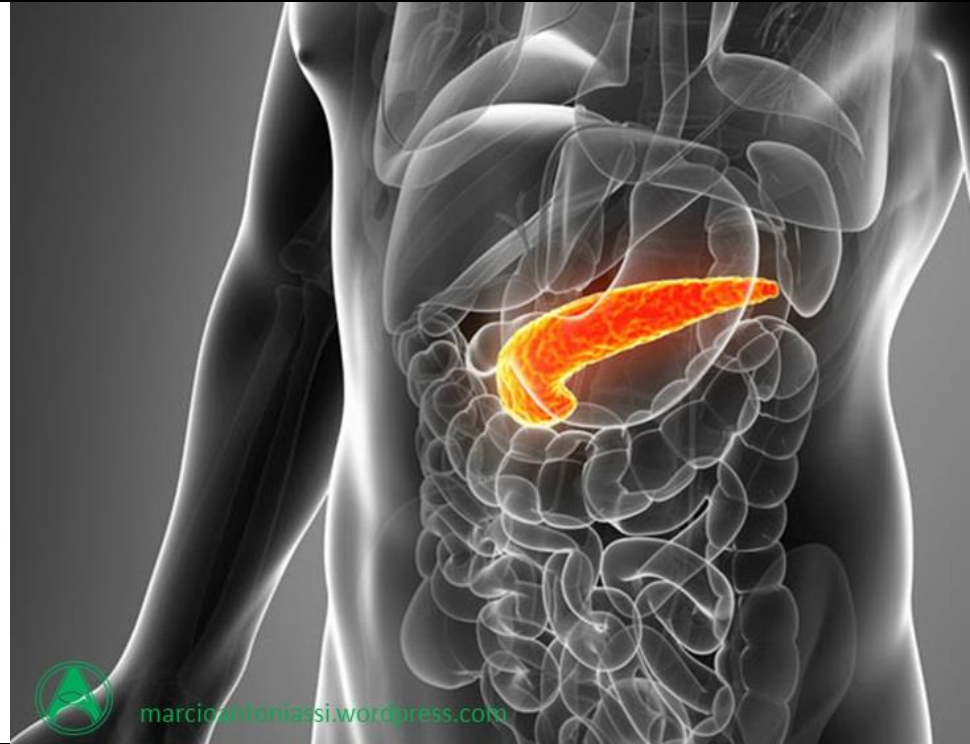
TỔNG QUAN

- Chiếm 2-5% các TH chấn thương bụng kín.
- Tỷ lệ tử vong cao nếu chẩn đoán trễ
- Chấn thương tụy (CTT):
 - 2/3 vết thương bụng.
 - 1/3 chấn thương bụng kín.
- Nguyên nhân(*):
 - Tai nạn lao động(63,6%)
 - Tai nạn giao thông (27,3%)

(*) Nguyễn Hoàng Linh, Mai Thanh Thúy (2013). Đánh giá kết quả điều trị vỡ tụy do chấn thương. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, Phụ bản của Số 4, tr 91-95

TỔNG QUAN

- >50% có tổn thương phổi hợp (*)



(*) Nguyễn Hoàng Linh, Mai Thanh Thúy (2013). Đánh giá kết quả điều trị vỡ tụy do chấn thương. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, Phụ bản của Số 4, trg 91-95

CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

1. Chấn thương bụng kín

- Tụy: sau phúc mạc, ít ảnh hưởng bởi các chấn thương nhỏ
- Cơ chế phổ biến nhất: tác động trước – sau mạnh (seat-belt, giảm tốc độ, tay lái)
- Cơ chế ít phổ biến hơn: tác động lực vào vùng bụng trên (đánh, tổn thương thể thao, té ngã), thân tụy thường ảnh hưởng nhất (65%)

2. Tổn thương xuyên thấu

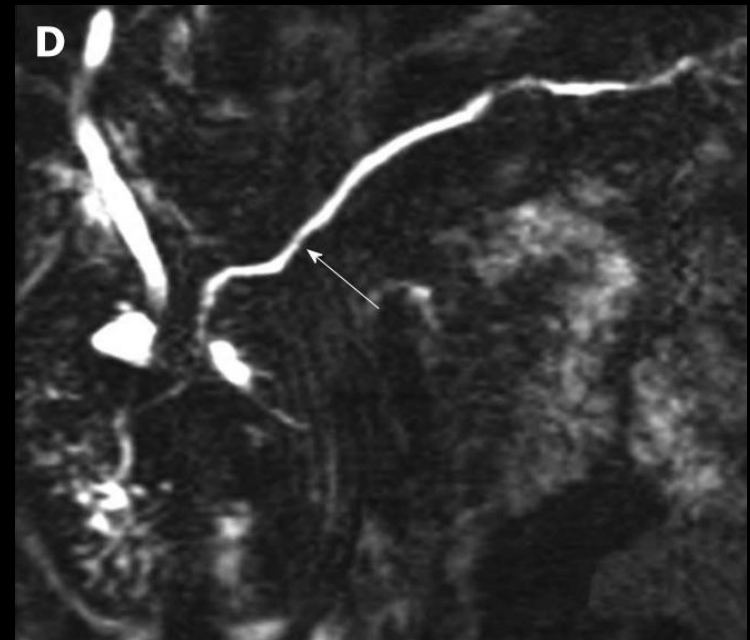
Thường gặp nhất là đạn bắn, đâm chém

TỔNG QUAN

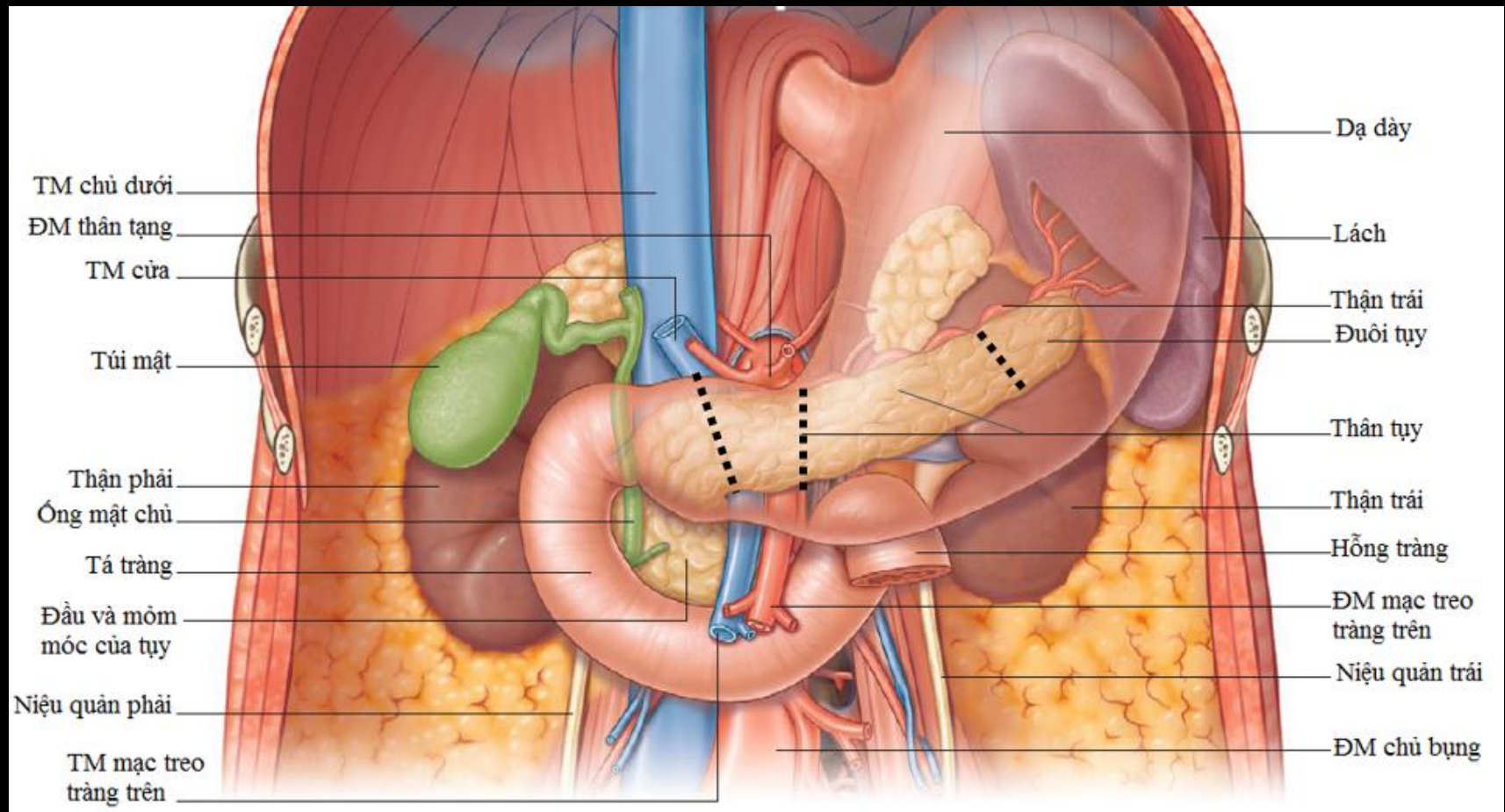
- **Biểu hiện lâm sàng:**
 - Không đặc hiệu
 - Đau bụng - Ấn đau
 - Bầm máu vùng thượng vị.
- **Tam chứng kinh điển:** tăng bạch cầu, tăng amylase máu, đau vùng bụng trên
- **Amylase và lipase máu:**
 - Không đặc hiệu
 - 40% bình thường
 - Động học
- **Amylase niệu:**
 - Tiên lượng biến chứng.

TỔNG QUAN

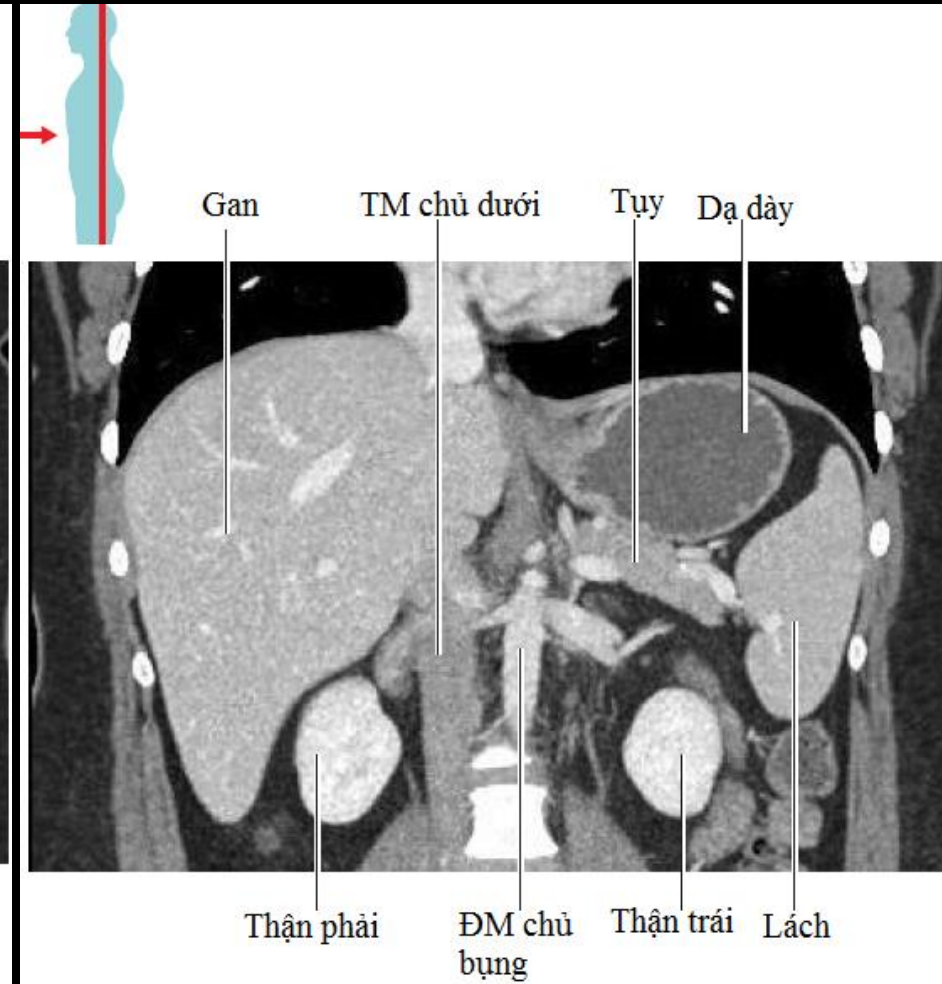
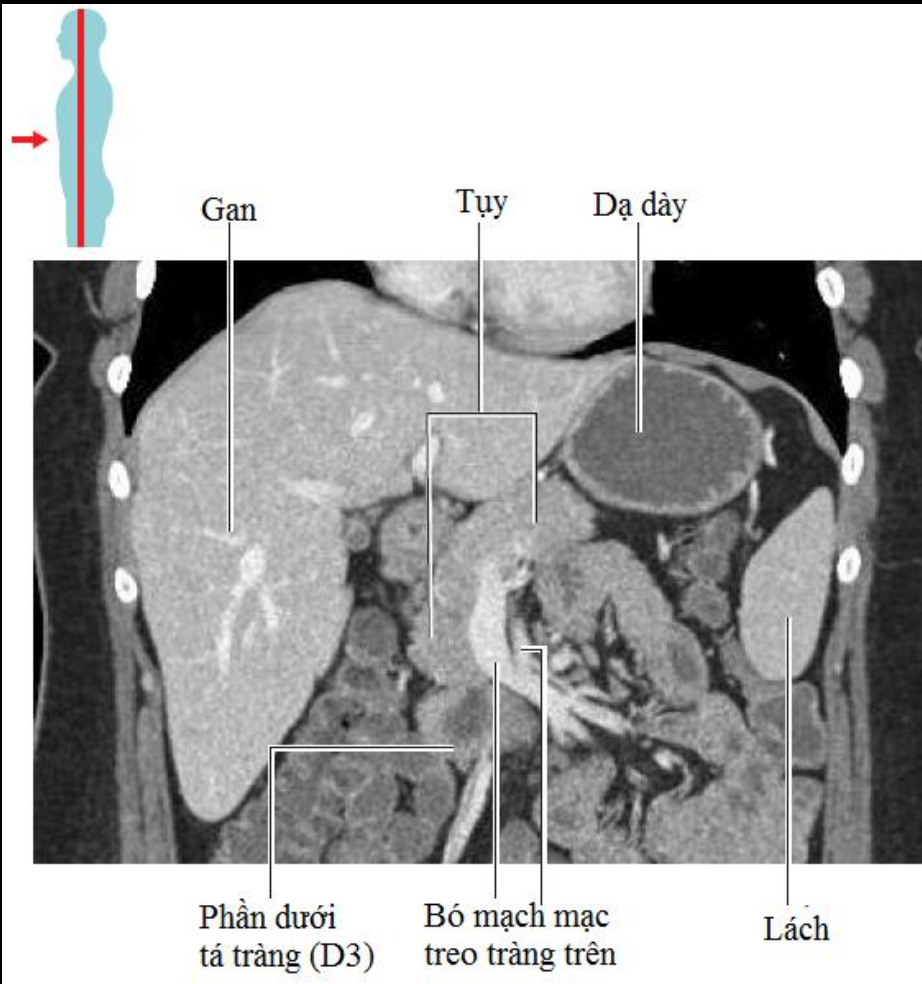
- XQCLVT (CTscan) là phương tiện chính.
- MRI, ERCP hỗ trợ chẩn đoán nếu CT không xác định, ngày càng có vai trò quan trọng.



GIẢI PHẪU



GIẢI PHẪU



MỤC TIÊU CHÍNH CỦA CĐHA

- Phát hiện sớm tổn thương tụy.
- Tổn thương ống tụy chính/ $\geq$ độ III (AAST)
- Sự tiến triển.
- Biến chứng
- Hướng dẫn can thiệp.

DẤU HIỆU HÌNH ẢNH

- Dấu hiệu trực tiếp
- Dấu hiệu gián tiếp
- Dấu hiệu muộn.

DẤU HIỆU TRỰC TIẾP

- Đứt / rách nhu mô tụy.
- Dập – tụ máu nhu mô tụy.
- Dấu thoát mạch.
- Tăng kích thước khu trú.

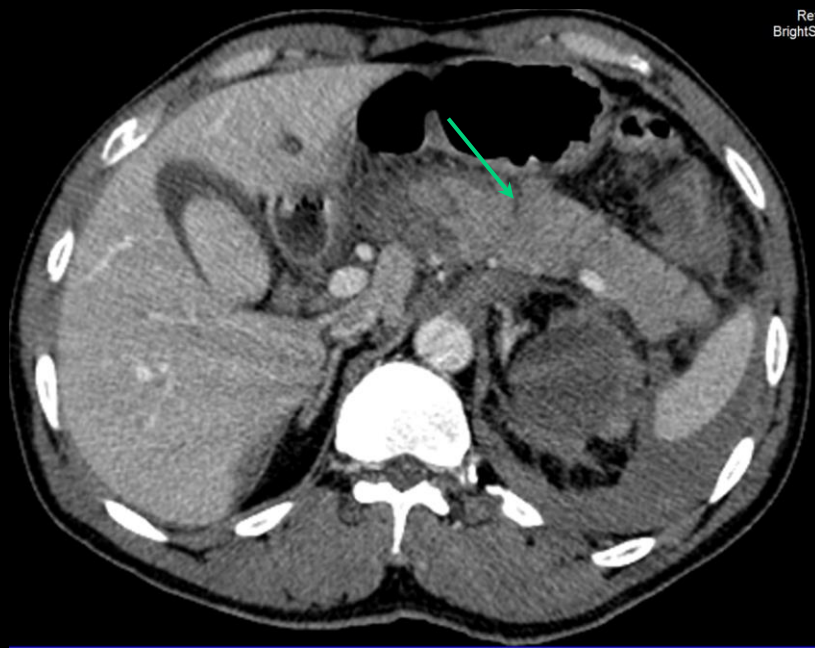
ĐÚT / RÁCH TỤY



- Đường mất liên tục nhu mô tụy, chứa dịch hoặc máu
- Chia ra: đường rách nông và đường rách sâu

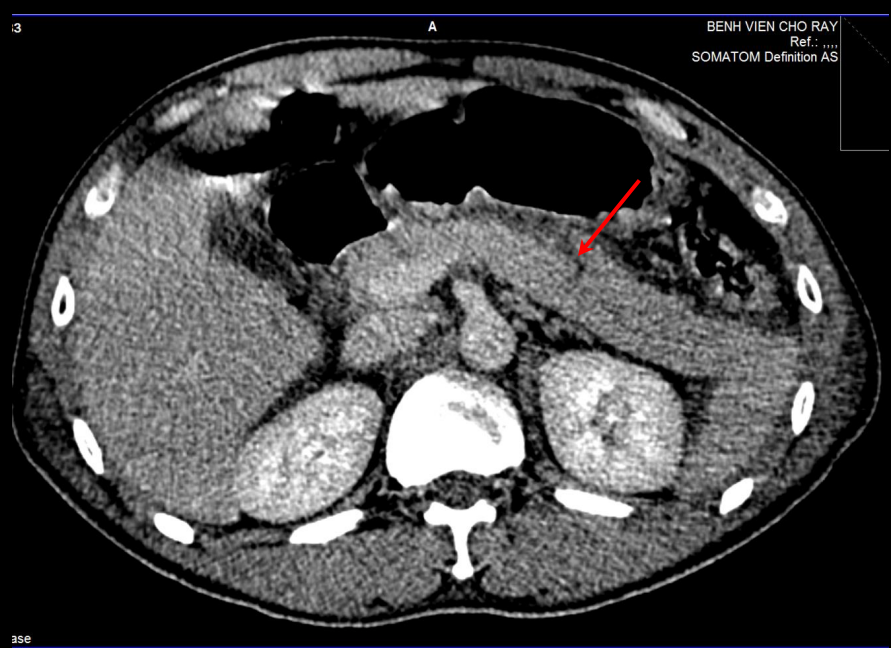
ĐÚT / RÁCH TỤY

Đường rách nông



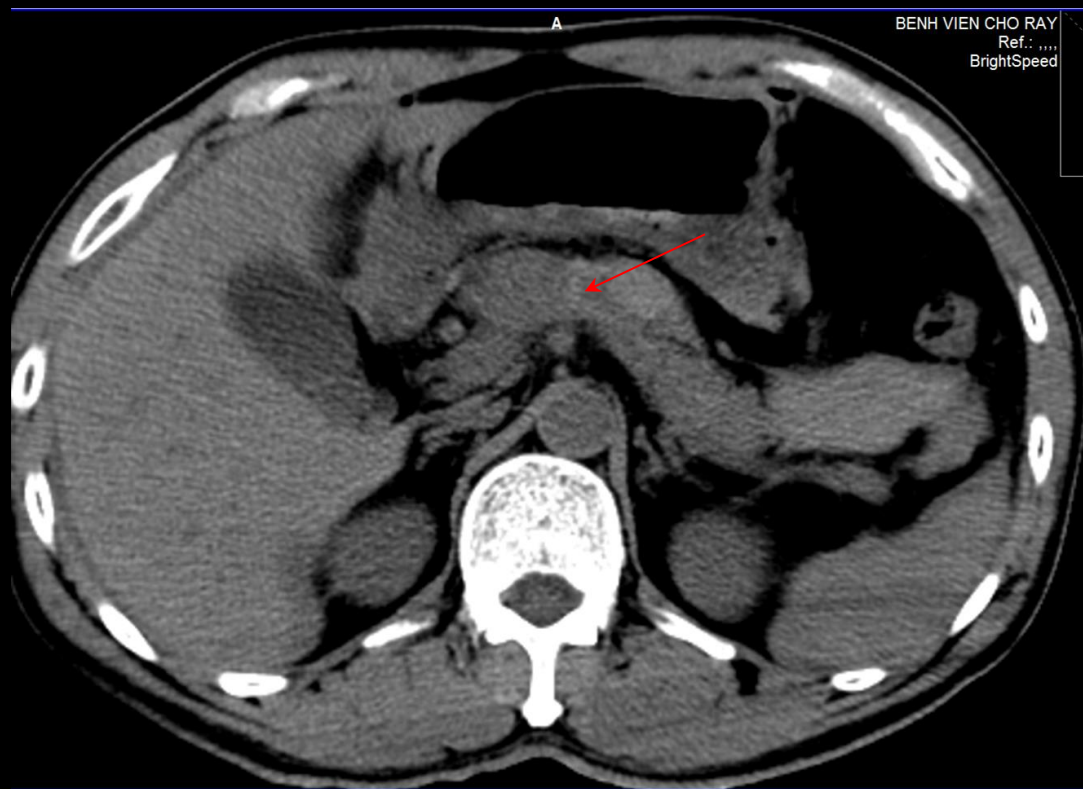
- BN nam, Mai Văn M. 1972

Đường rách sâu



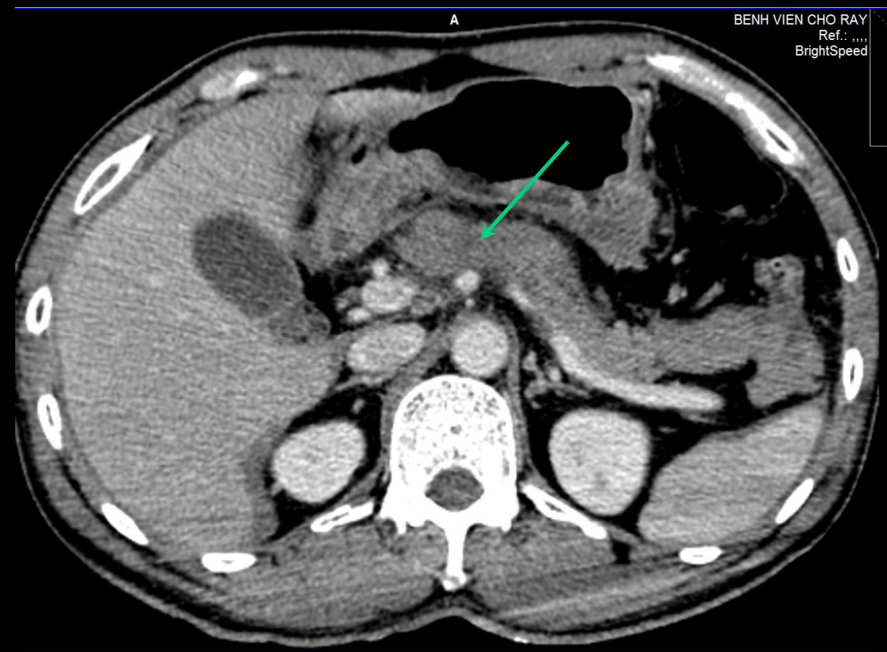
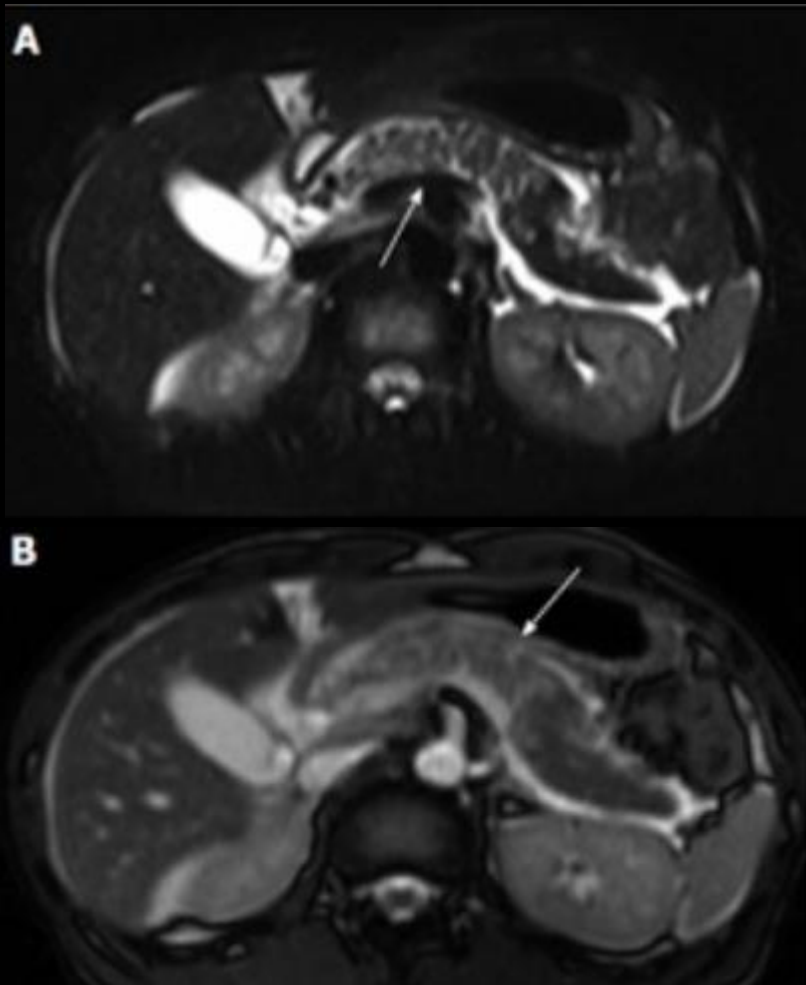
- BN nam, Trần Đức S. 1979

ĐÚT / RÁCH TỤY



- Đường rách đậm độ cao trên CT.

DẠP TỤY



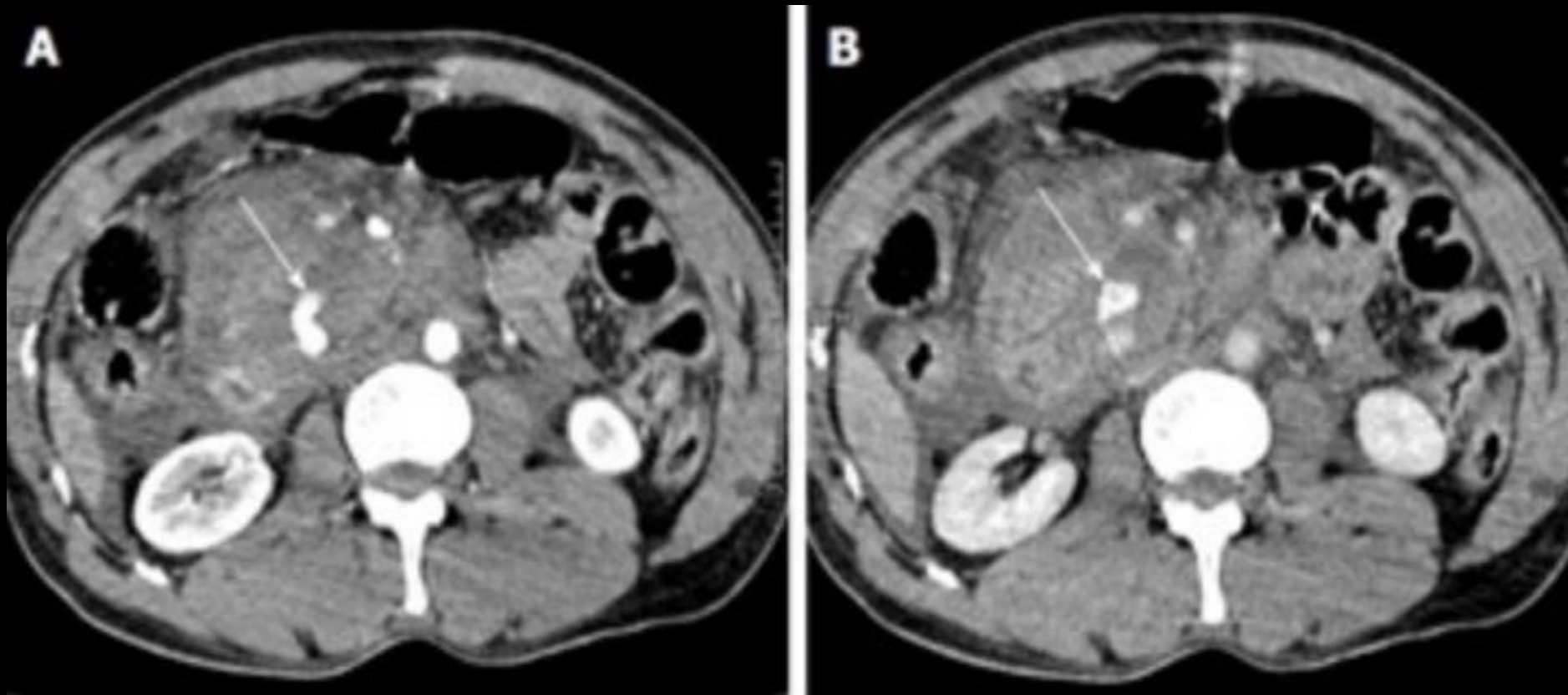
BN nam, Võ Minh M. 1967
Dạp cổ thân tụy

DẠP – TỤ MÁU



BN nữ, Trương Thị Thu H. 1967
Dập tụ máu đầu tụy

DẤU THOÁT MẠCH



TĂNG KÍCH THƯỞC KHU TRÚ



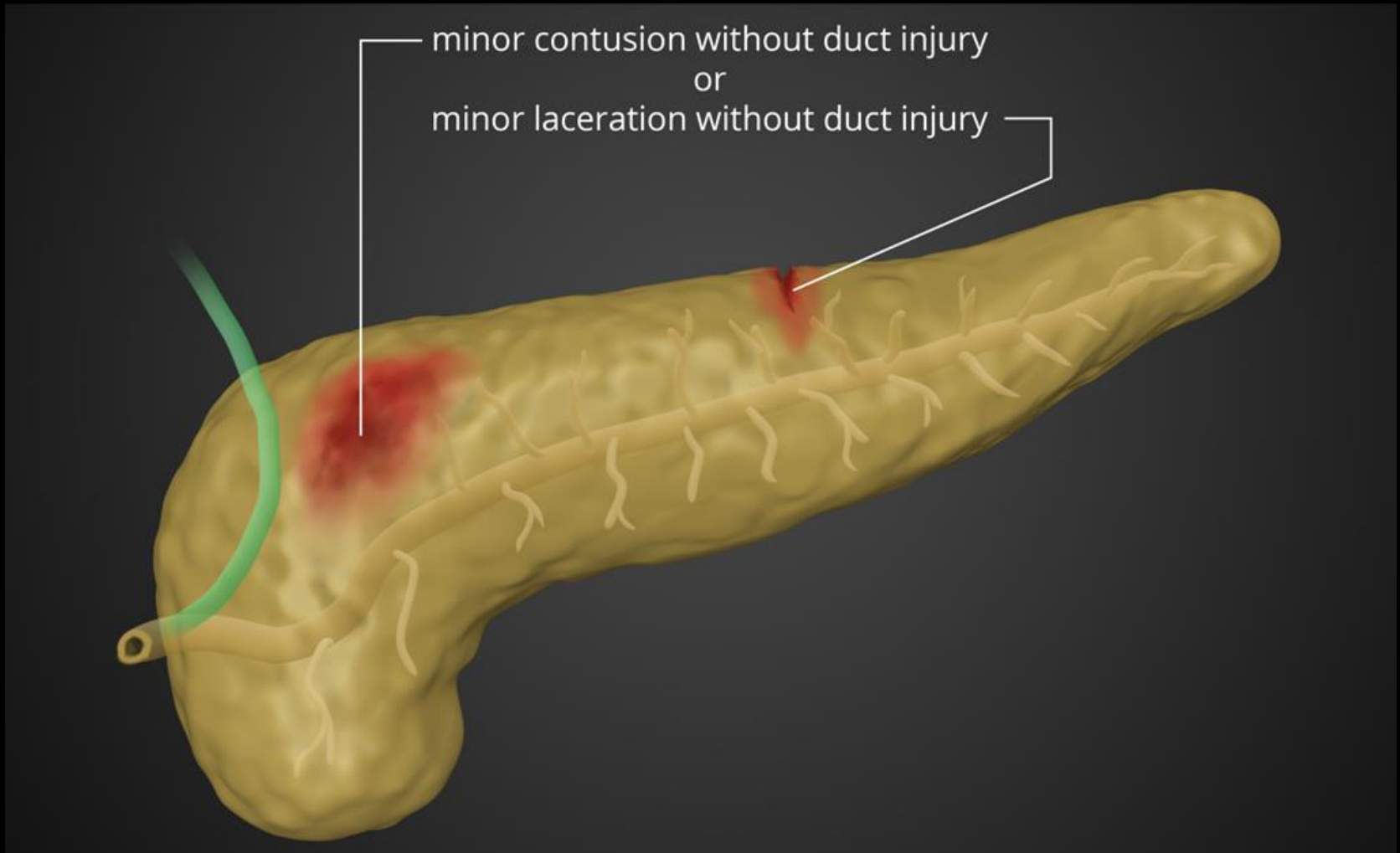
TĂNG KÍCH THƯỚC KHU TRÚ

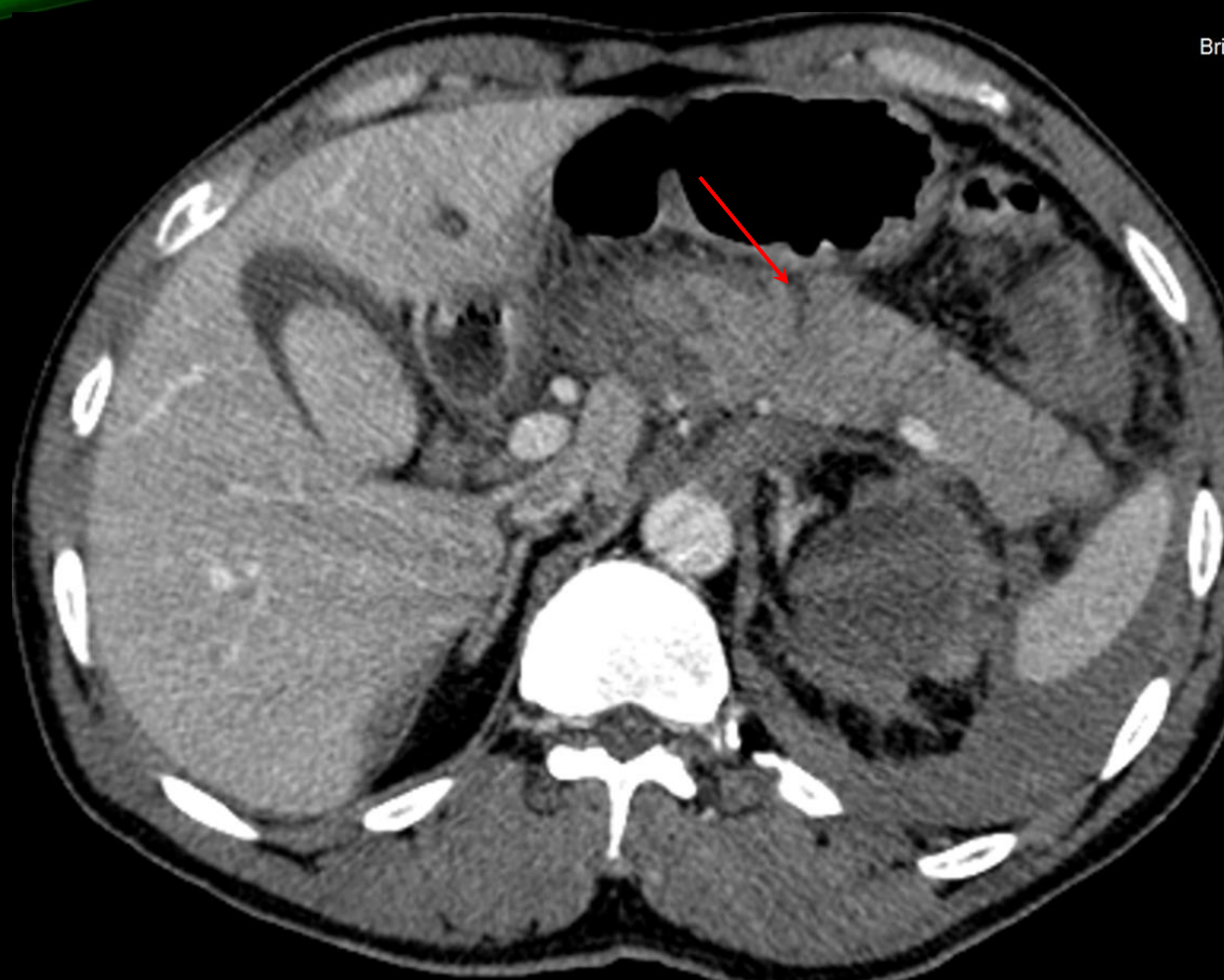
Age (years)	Head 1 (mm)	Body 2 (mm)	Tail 3 (mm)
• 20–30	25–32	17–21	16–20
• 31–40	23–29	16–20	15–18
• 41–50	22–29	16–19	14–17
• 51–60	21–27	14–18	14–17
• 61–70	20–26	14–18	13–16
• 71–80	17–25	12–17	11–15
<i>Rule of thumb:</i> head $\leq$ 3.5 cm, body and tail $\leq$ 2.5 cm			



PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY **THEO AAST**

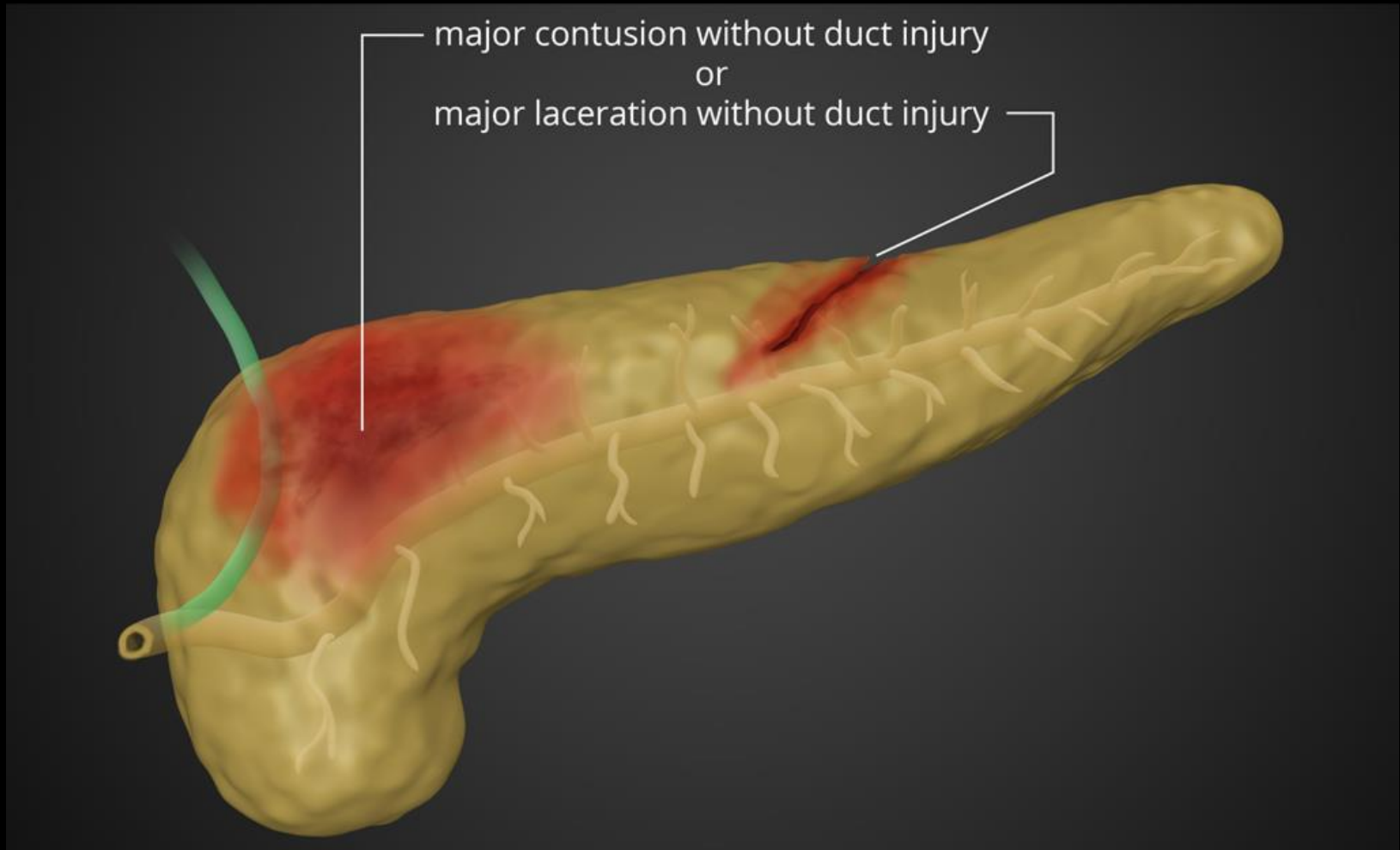
PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY ĐỘ I





BN nam, Mai Văn M. 1972
Rách nông thân tụy (độ I)

PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY ĐỘ II



3

A

BENH VIEN CHO RAY
Ref.:
SOMATOM Definition AS

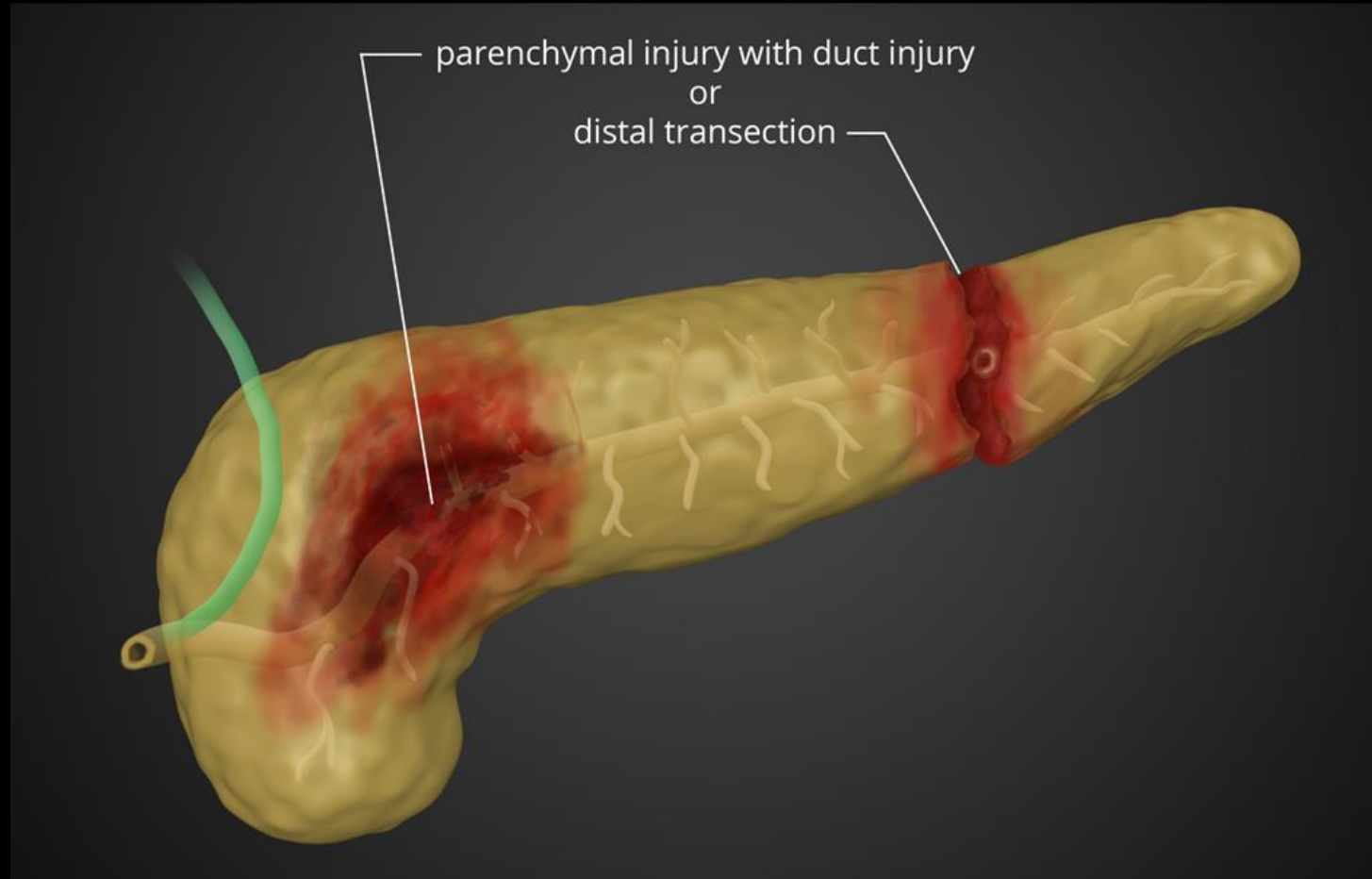


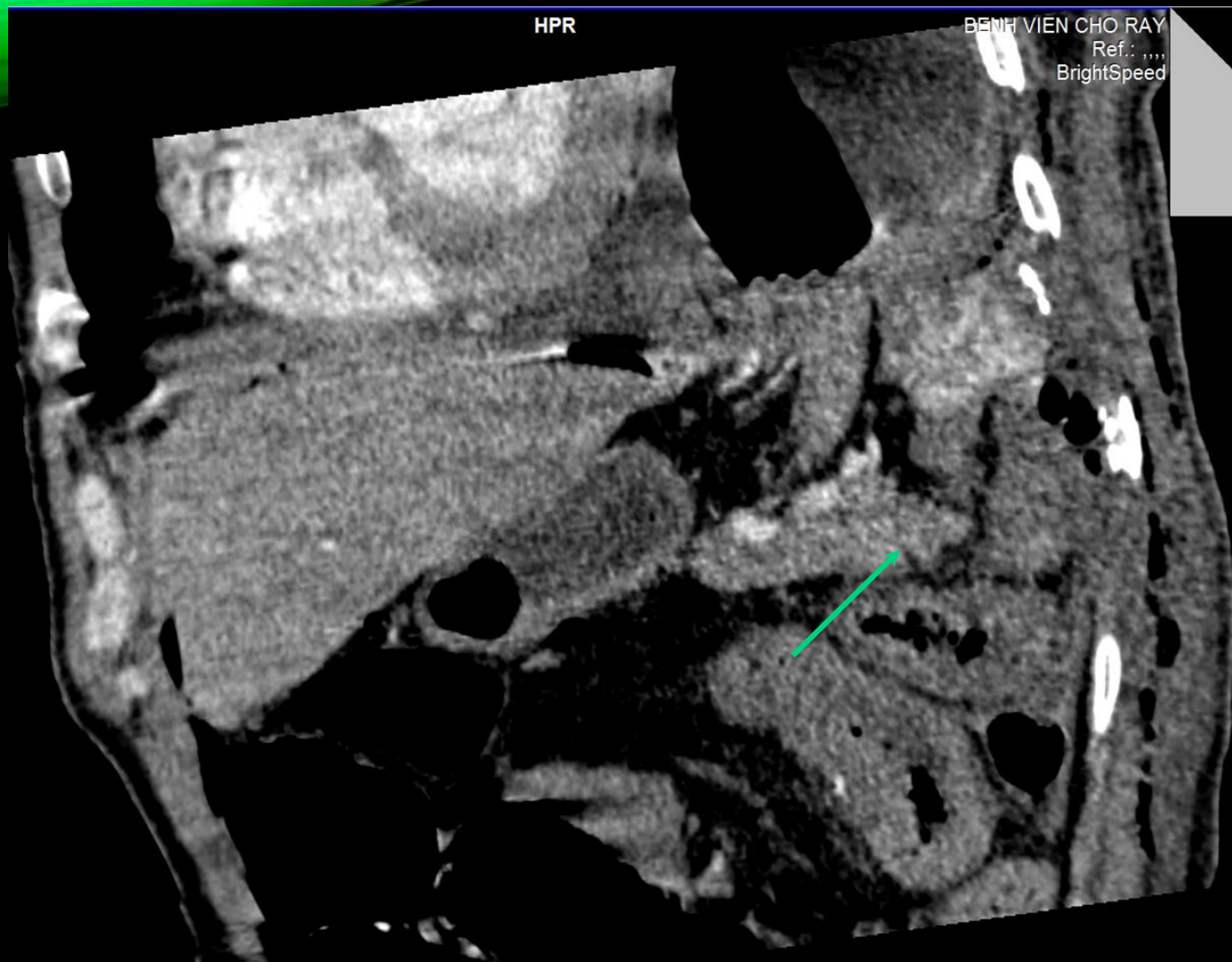
ase

BN Nam, Trần Đức S. 1979
Rách thân tụy độ II

PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY

ĐỘ III



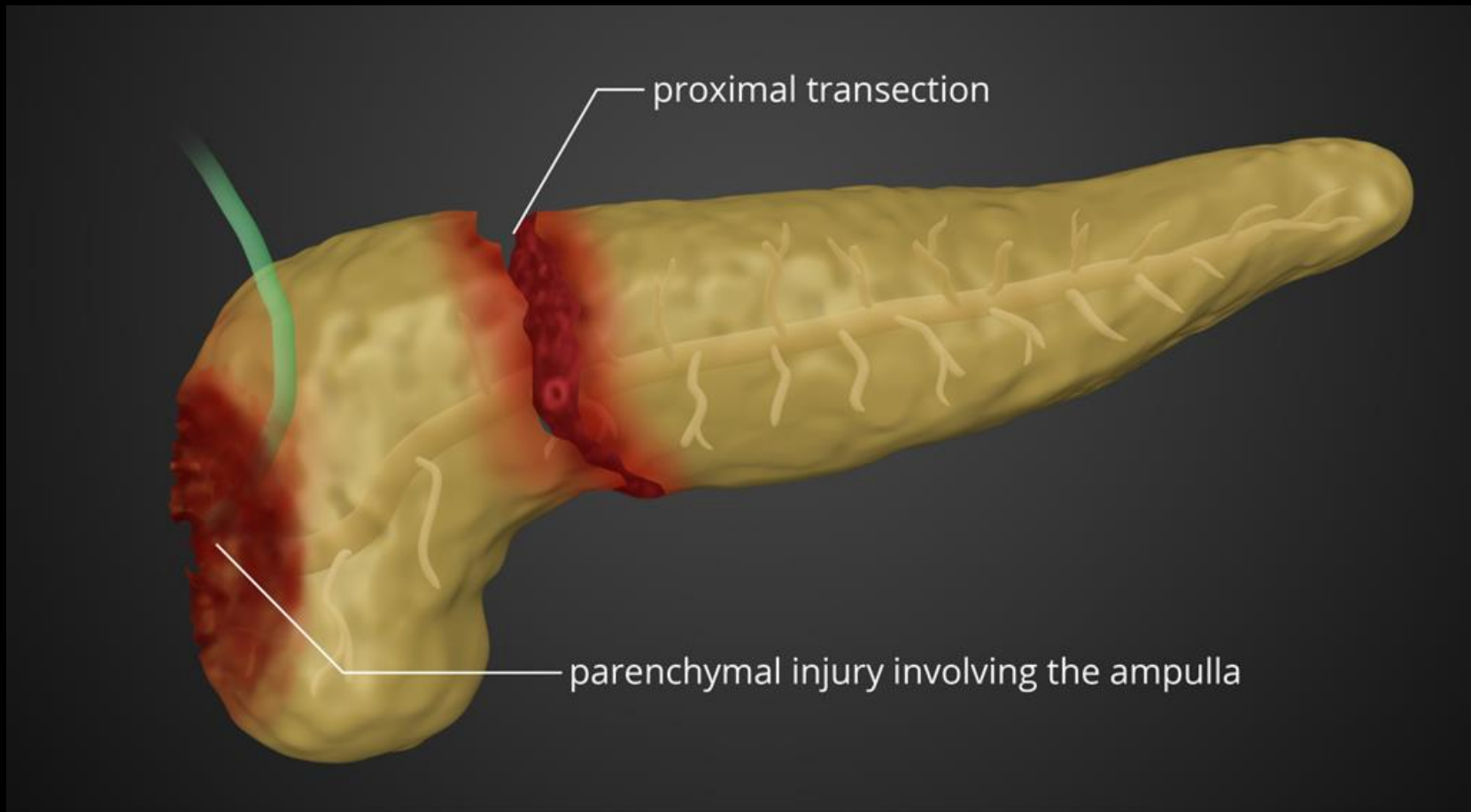


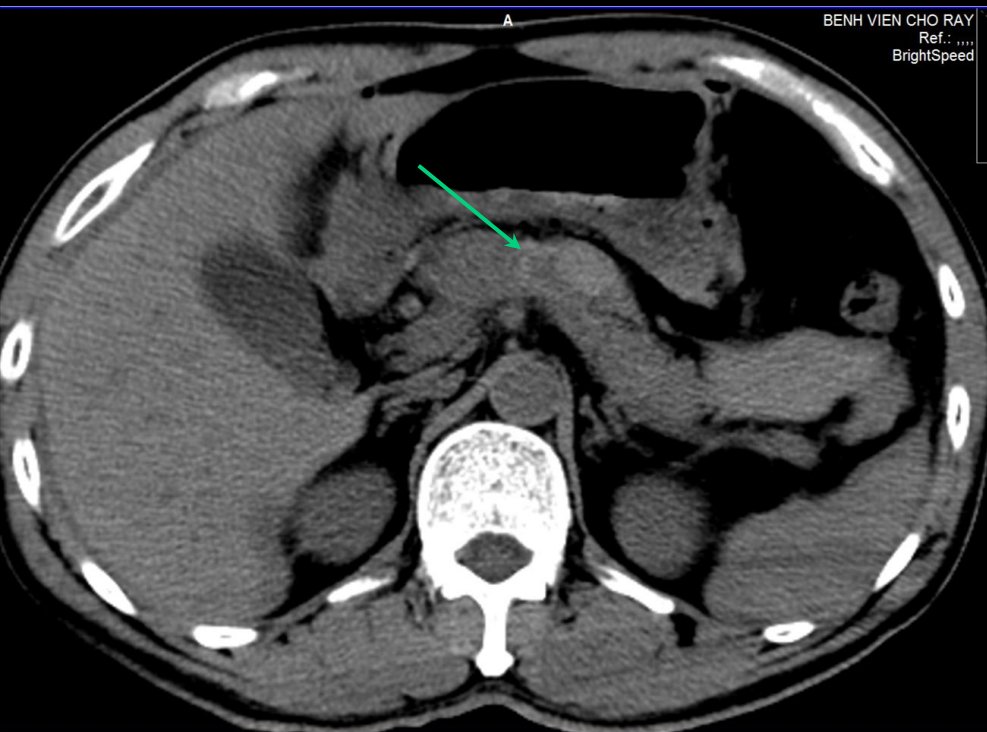
BN nam, Nguyễn Văn C. 1973

Vỡ đuôi tụy độ III, kèm vỡ lách, vỡ hoành (T) thoát vị dạ dày vào lồng ngực

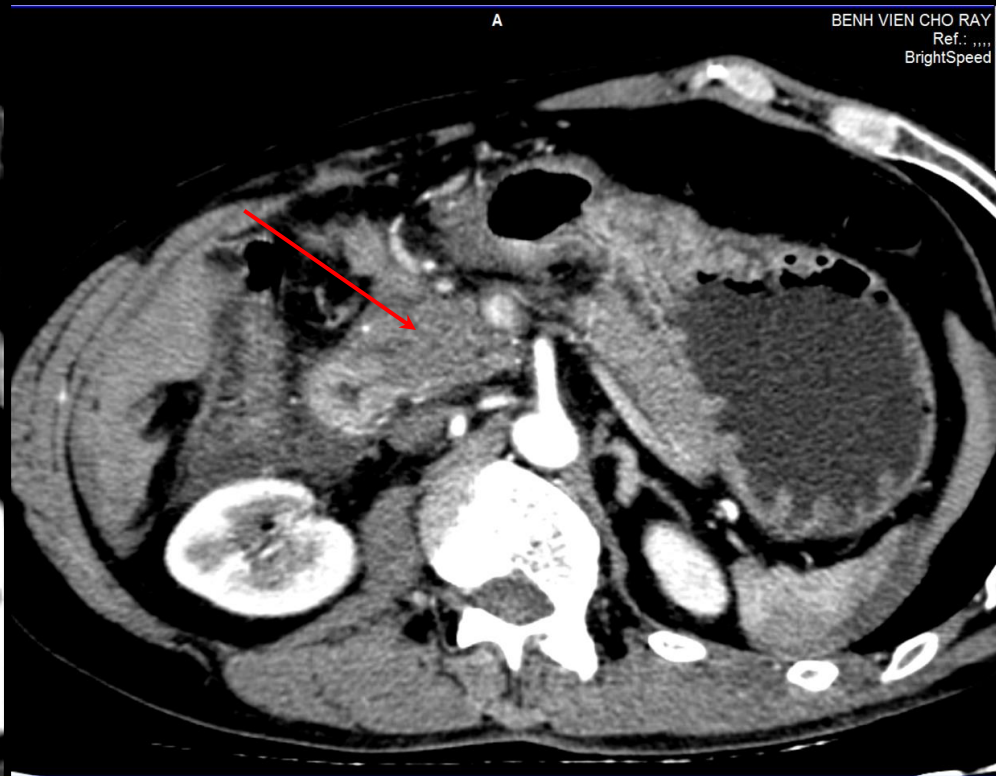
PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY

ĐỘ IV





BN Nam, Võ Minh M. 1967
Vỡ thân tụy đoạn gần (độ IV)



BN nam, Quan Tuấn A. 1978
Vỡ đầu tụy (độ IV).

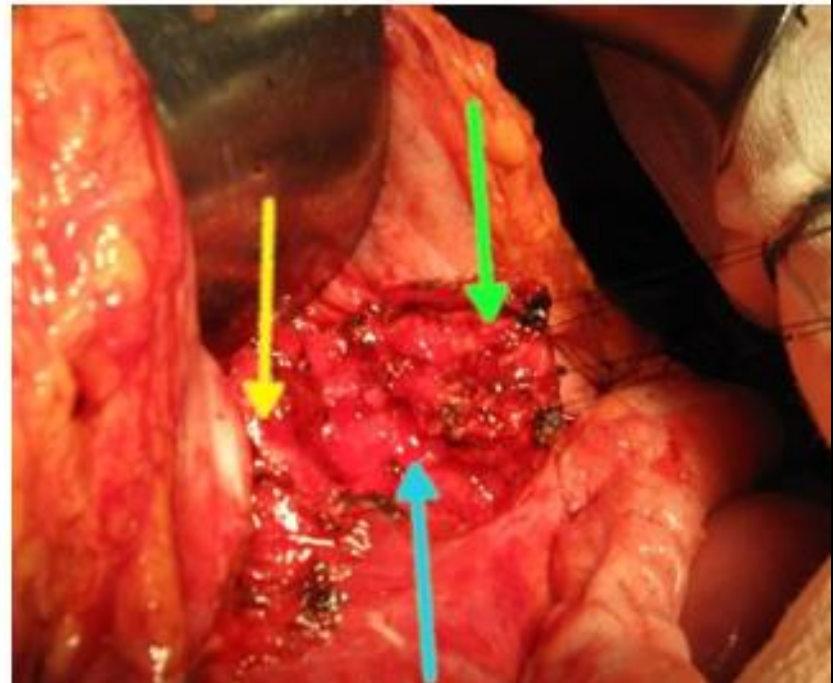


A

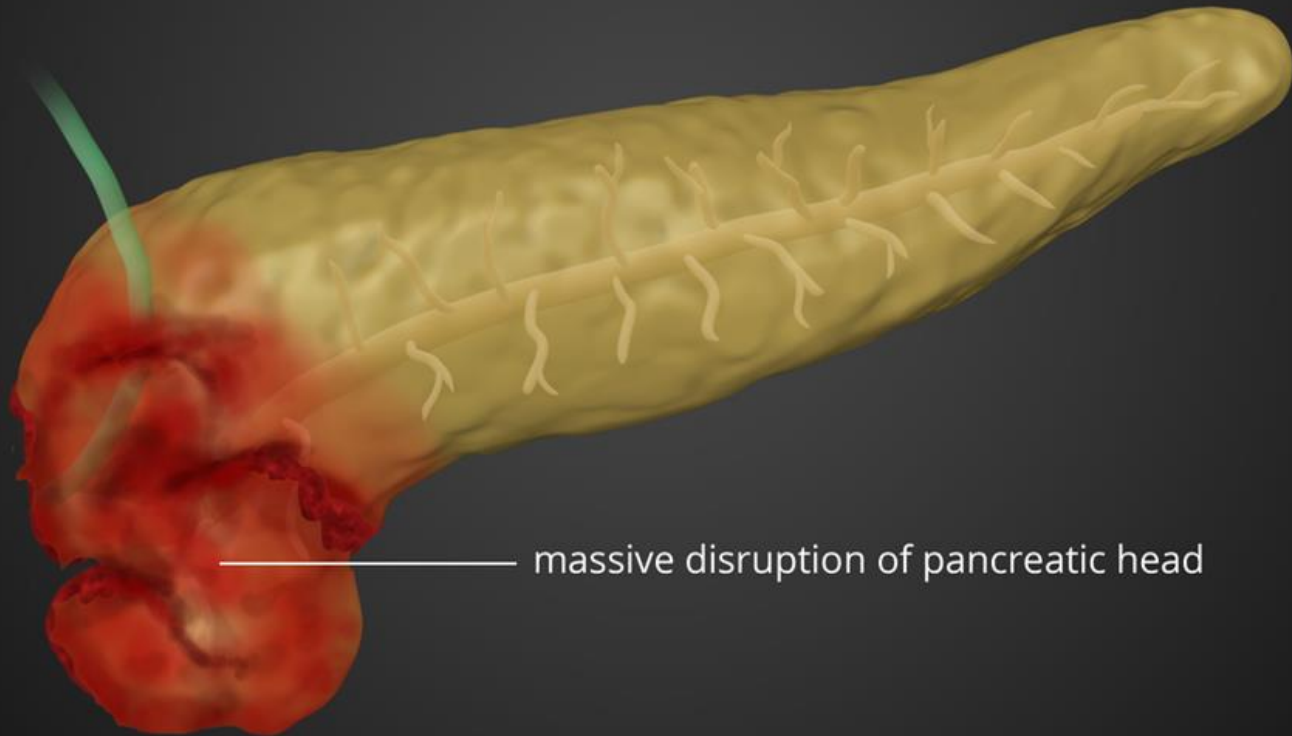


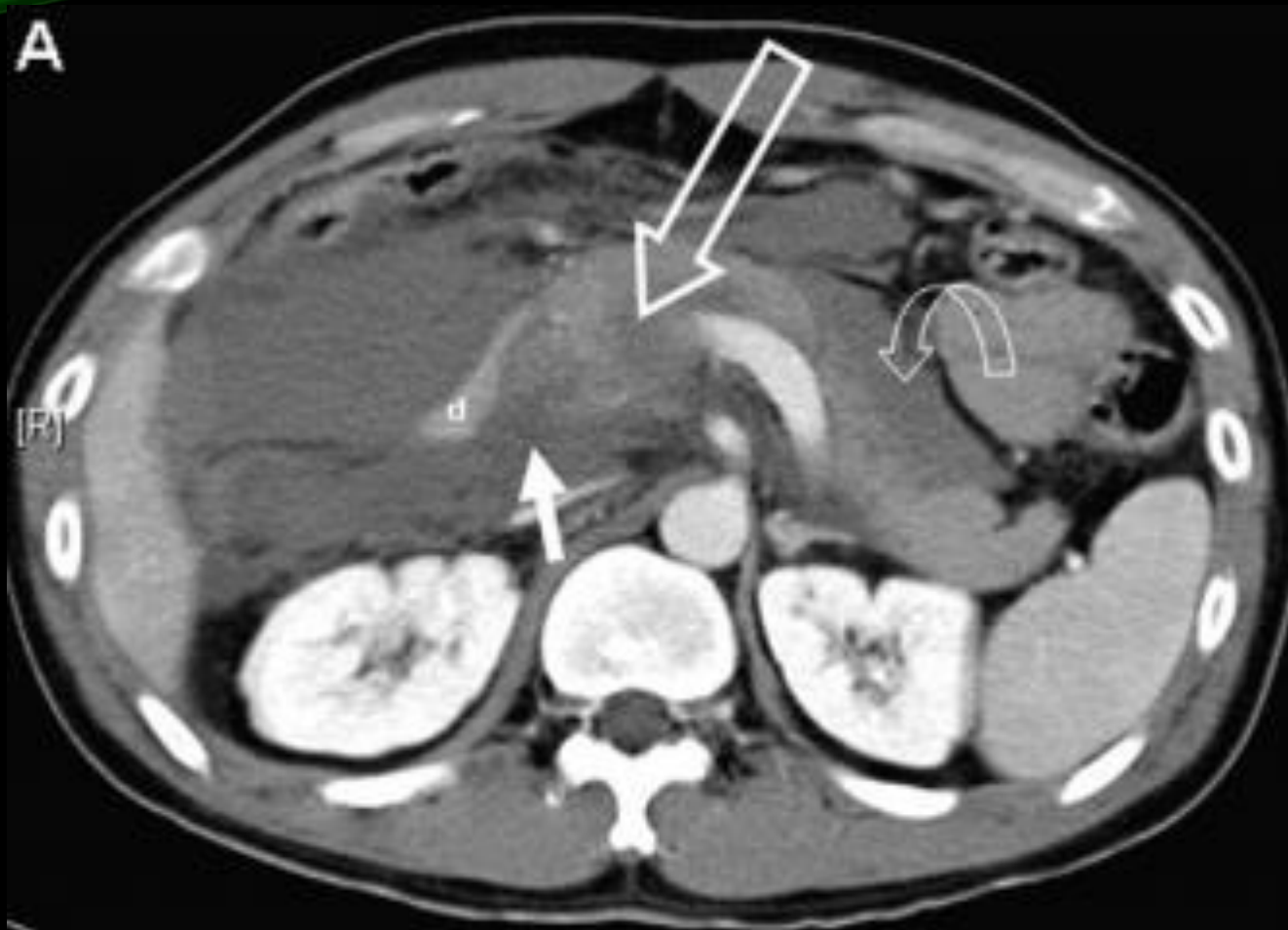
B

Hình 4.9: Hình XQCLĐT bụng thấy tổn thương vờ tụy có tụ máu (mũi tên vàng hình A) đoạn eo tụy, hình B trong mổ thấy khối máu tụ chủ mô tụy (mũi tên vàng), hình C sau khi lấy bỏ ổ máu tụ lộ rõ tụy vờ đôi tách xa nhau ngay trước tĩnh mạch cửa (mũi tên xanh dương), đầu tụy gần (mũi tên vàng), đầu xa (mũi tên xanh lá). Bệnh nhân Trần Thiện T. nam 15 tuổi (Số

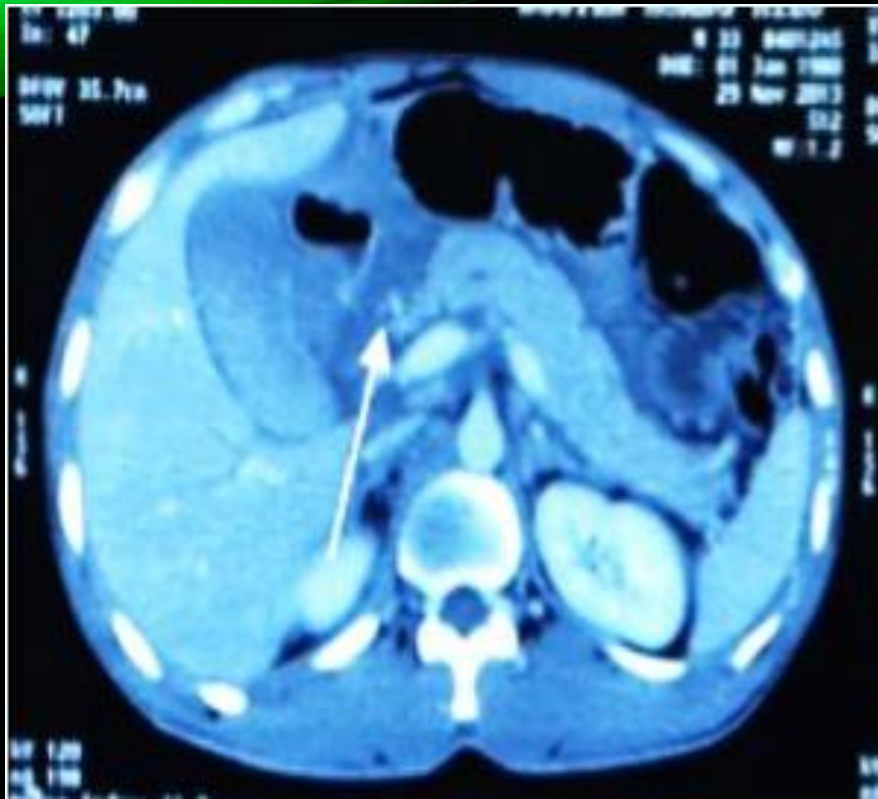


PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY ĐỘ V





Vỡ đầu tụy (độ V) đứt rời khỏi tá tràng

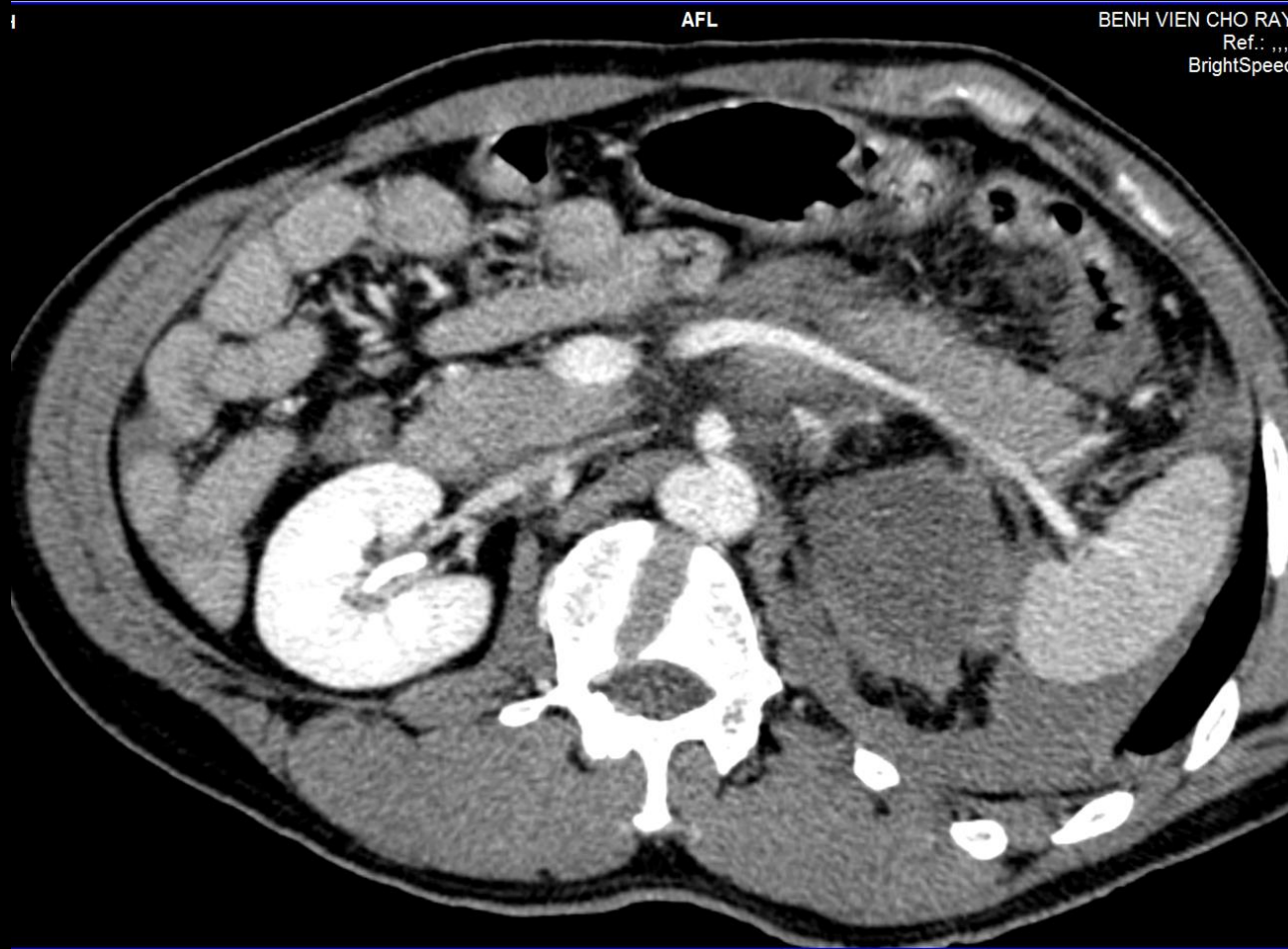


BN nam, Nguyễn Hoàng H., 33 tuổi
Vỡ đầu tụy độ V

DẤU HIỆU GIÁN TIẾP

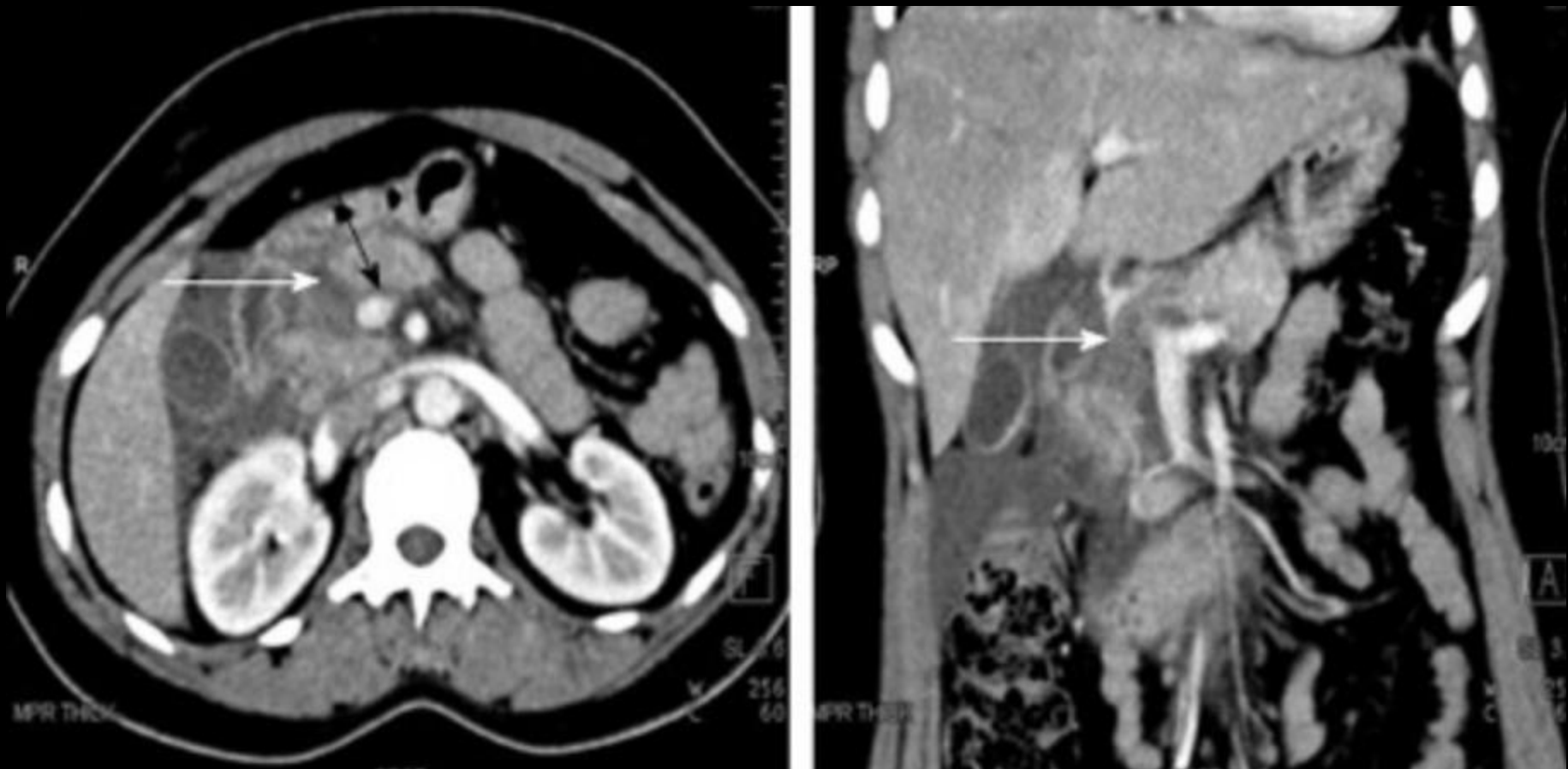
- Tụ dịch/máu giữa tụy và TM lách, SMV cuff sign (90%)
- Tụ dịch – thâm nhiễm mỡ quanh tụy (70-90%).
- Tụ dịch khoang quanh thận, dày mạc trước thận (T) (44%).
- Tổn thương các tạng cạnh tụy: dạ dày, tá tràng, gan, lách.

TỤ DỊCH MÁU GIỮA TỤY VÀ TM LÁCH

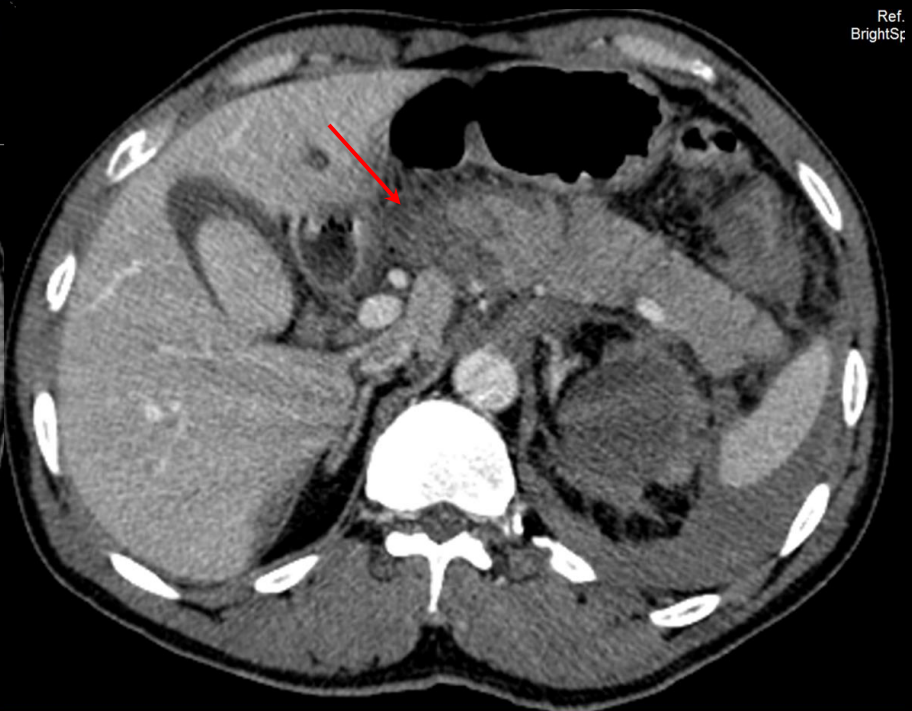


BN Nam, Mai Văn M. 1972

SMV CUFF SIGN



TỤ DỊCH – THÂM NHIỄM MỠ



BN Nam, Võ Minh M. 1967
Đập tụy kèm thâm nhiễm mỡ quanh tụy

BN Nam, Mai Văn M. 1972
Rách tụy kèm tụ dịch quanh tụy

MRI TRONG CHẨN THƯƠNG TỤY

- Quá khứ, ERCP là phương pháp duy nhất để xác định có tổn thương ống tụy chính, xâm lấn
- Ngày nay, MRCP trở thành 1 phương tiện đầu tay không xâm lấn để đánh giá tổn thương ống tụy
- Dùng secretin giúp tăng độ chính xác do tăng tiết dịch (dễ nhìn)

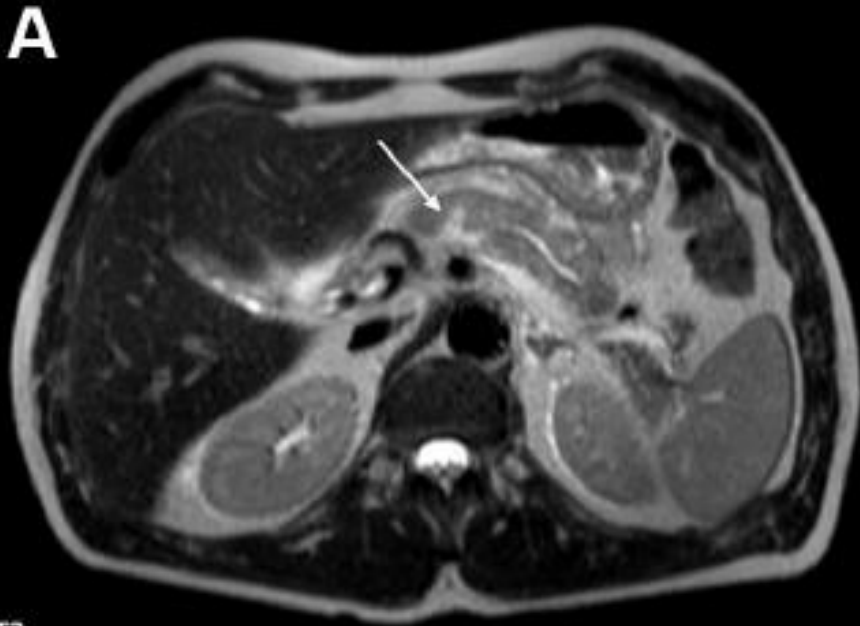
ƯU – NHƯỢC ĐIỂM CỦA MRI

Nhược điểm:

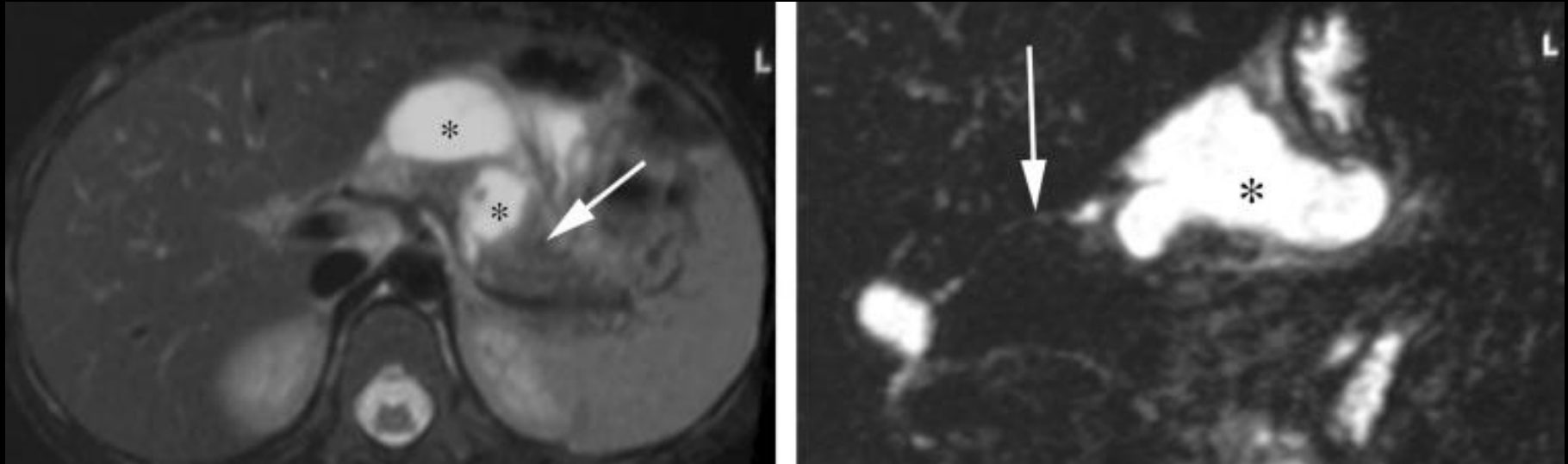
- Thời gian khảo sát lâu, giá thành cao
- Cần sự hợp tác tốt của BN

Ưu điểm:

- Độ tương phản mô cao và cung cấp hình ảnh trực tiếp của ống tụy
- MRI có thể thay ERCP như một phương pháp không xâm lấn có thể giúp xác định tổn thương ống tụy.
- Hơn nữa, MRI xác định được tình trạng đoạn xa của ống tụy trước chỗ đứt, tình trạng mô tụy của phần xa nằm trước chỗ vỡ.
- MRI là phương tiện thay thế trong trường hợp chống chỉ định nhiễm xạ.



- Tăng nồng độ amylase, lipase máu
- CT nghi ngờ rách
- MRI: đường tăng tín hiệu trên axial T2W (A), không bắt thuốc, gián đoạn ống tụy vùng tổn thương (B)



BN bị tai nạn giao thông, vỡ ống tụy

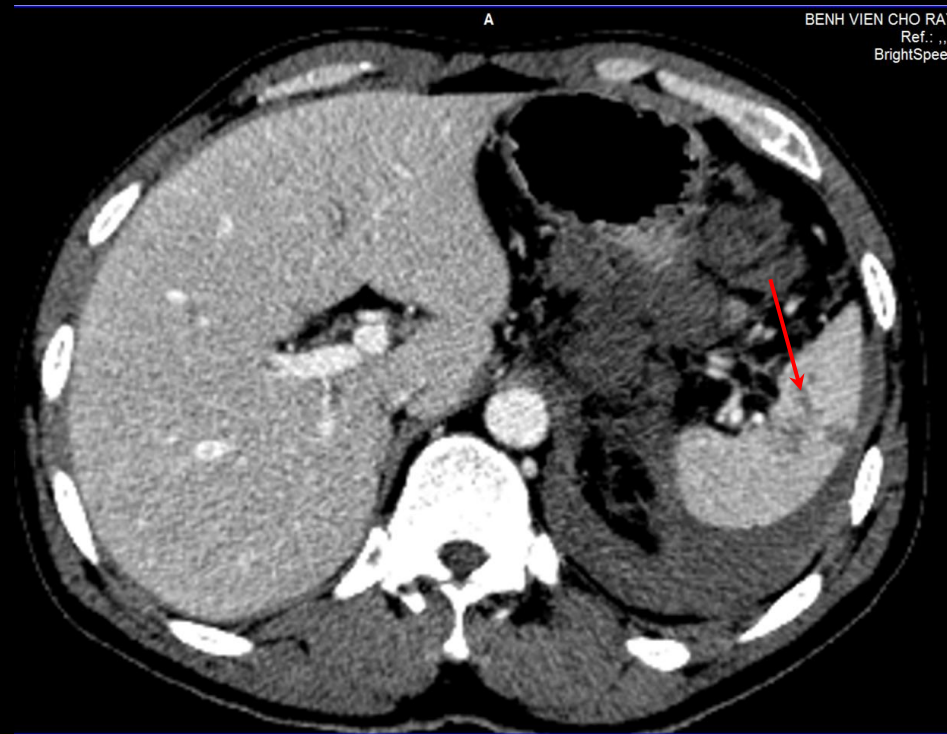
- Axial T2W: Vỡ kèm tụ dịch đuôi tụy
- MRCP: ống tụy chính thông với ổ tụ dịch đuôi tụy

TỔN THƯƠNG CÁC TẠNG QUANH TỤY

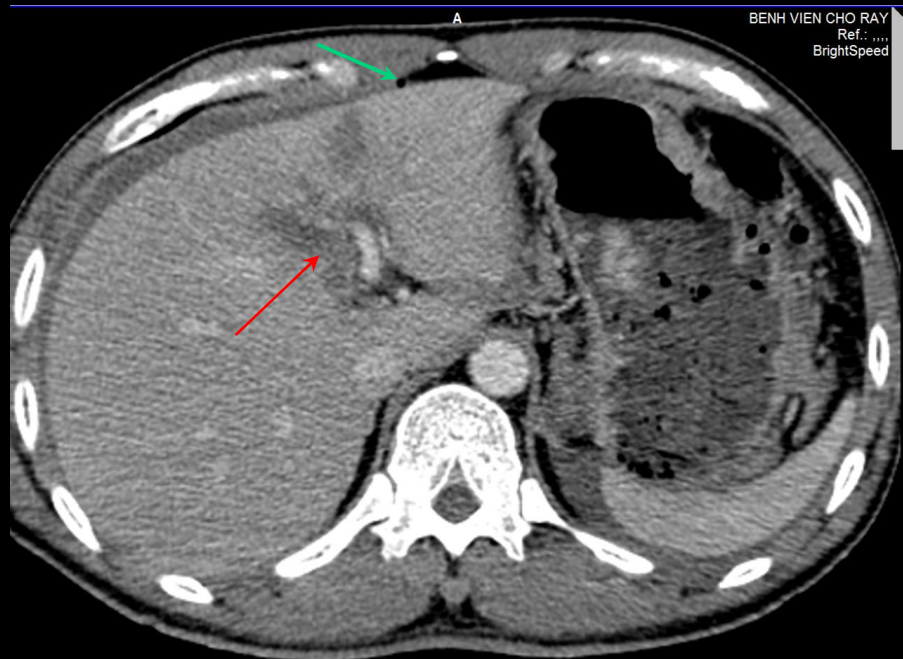
Tác giả	Số bệnh nhân	Tổn thương phối hợp với các tạng (%)		
		Gan	Lách	Tạng rỗng
Hwang S.Y [39]	75	36	33,3	74,6
Bradley E.L [29]	101	25,7	33,7	16
Võ Tấn Long [4]	69	10,1	14,5	18,4

Thương tổn phối hợp	Số ca	Tỷ lệ %
Vỡ gan hạ phân thùy IV	14	18,2
Vỡ gan, rách thanh mạc dạ dày	14	18,2
Vỡ lách	21	27,3

(*) Nguyễn Hoàng Linh, Mai Thanh Thúy (2013). Đánh giá kết quả điều trị vỡ tụy do chấn thương.
Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, Phụ bản của Số 4, trg 91-95



BN nam, Mai Văn M. 1972
 Dập cổ thân tụy kèm dập rách lách



BN nam, Võ Minh M. 1967.

Vỡ thân tụy kèm dập rách gan (T) và thủng hành tá tràng

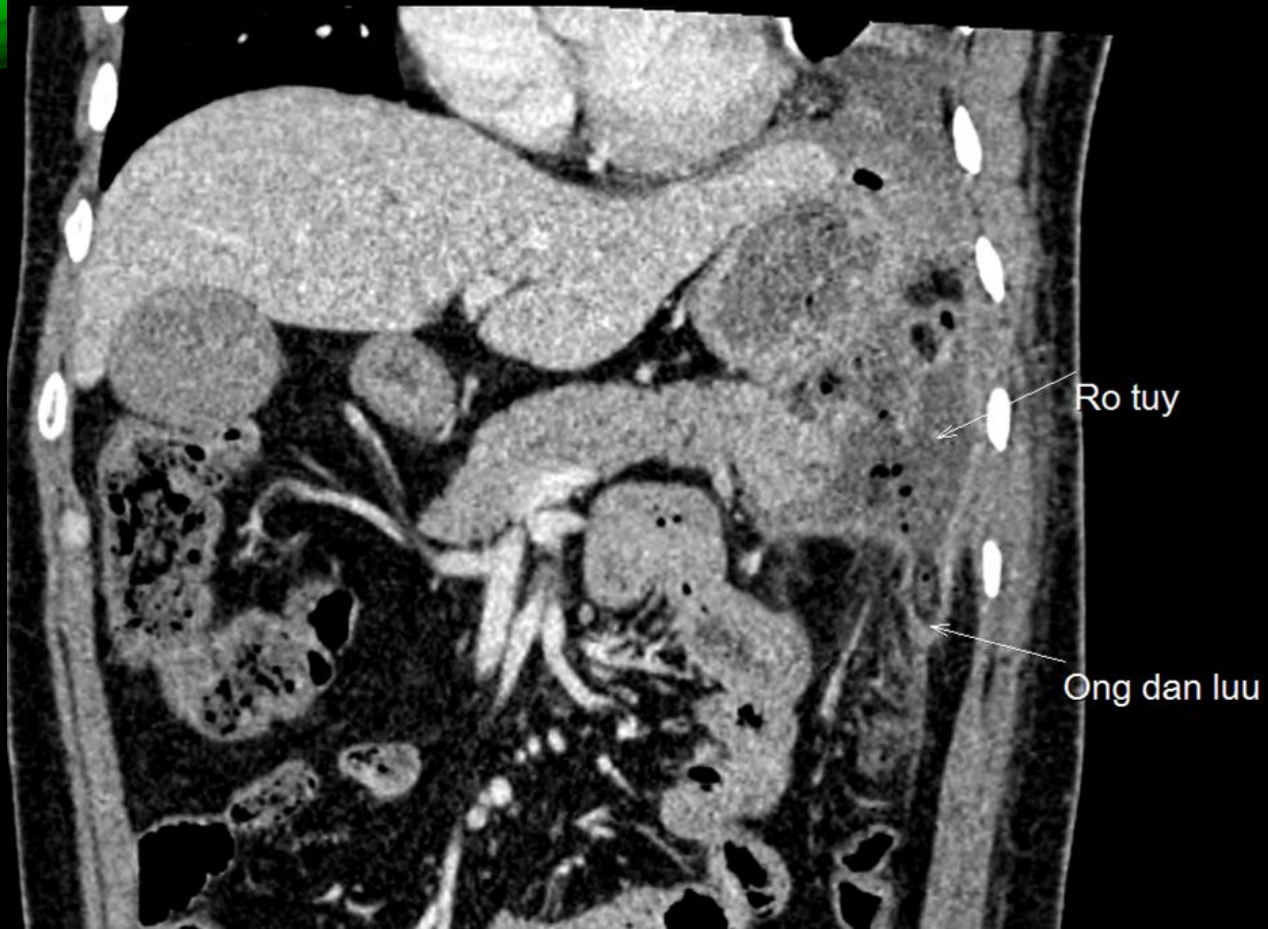


BN nam, Mai Van M. 1972.

Dập cổ thận tụy kèm Võ thận (T)

BIẾN CHỨNG MUỘN

- Viêm tụy.
- Rò tụy.
- Nang giả tụy.
- Ổ tụy dịch hoại tử thành hóa.



BN nam, Tôn Long K. 1980
Rò tụy sau chấn thương tụy

KẾT LUẬN

- CT là chọn lựa hàng đầu khi BN mới nhập viện trong vòng 12-48 tiếng và những ngày sau đó.
- CT có độ nhạy cao trong chẩn đoán độ nặng tổn thương tủy (80%), tuy nhiên có độ nhạy thấp trong chẩn đoán tổn thương ống tủy chính (43%) và thường đánh giá dưới mức tổn thương tủy.
- MRI có ưu thế để chẩn đoán tổn thương ở giai đoạn tiến triển, tổn thương ống tủy hay khi có chống chỉ định vì nhiễm xạ.



HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025



Cám ơn đã theo dõi!