

# ĐAU BỤNG CẤP

*(Bs Tạ Tiến Mạnh – BV huyện Mèo Vạc, Hà Giang)*

## • YÊU CẦU

- Phát hiện được dấu hiệu đau bụng.
- Phân tích được tính chất đau (mô tả).
- Gắn sự đau vào một nguyên nhân nào đó.  
(chẩn đoán)

---> Chẩn đoán = (T. sử + I.sàng + Cls + CĐHA)

# ĐAU BỤNG CẤP

(Bs Tạ Tiến Mạnh – BV huyện Mèo vạc, Hà giang)

## ► Quan điểm

- Nhìn nhận, đánh giá bệnh nhân trên cơ sở *Sinh lý bệnh*
- Cấp cứu, điều trị bệnh nhân trên cơ sở *sinh lý bệnh* mới mang lại kết quả tốt (cắt được vòng xoắn bệnh lý).
- *Không nên*: mỗi khoa làm theo phần việc của mình, để có được chẩn đoán đẹp cho khoa mình, nhưng kqua cuối cùng BN lại tử vong!!!!

# ĐẠI CƯƠNG

\* Đau bụng cấp:

- Không có qui ước rõ ràng về tgian
- Diễn ra < 1 tuần, **nặng dần**

\* Đau bụng mạn: đau kéo dài > 1 tuần, TW đau ít hoặc không thay đổi

\* Đau bụng bán cấp: đau trong khoảng 48h – 7 ngày ( trung gian giữa cấp và mạn)

# ĐẠI CƯƠNG

- ▶ 40% đau bụng là nguyên nhân nội khoa
- ▶ 60% đau bụng còn lại là khả năng nguyên nhân ngoại khoa = mổ cc
- ▶ *Điều quan trọng: Làm thế nào để chẩn đoán 60% đau bụng cấp do nguyên nhân ngoại khoa ???*

# ĐẠI CƯƠNG

- ▶ Đau bụng cấp thường được kết hợp trong 4 bệnh cảnh chính:

1. Đau bụng + HW nhiễm trùng
2. Đau bụng + Viêm phúc mạc
3. Đau bụng + HW tắc ruột
4. Đau bụng + Sốc

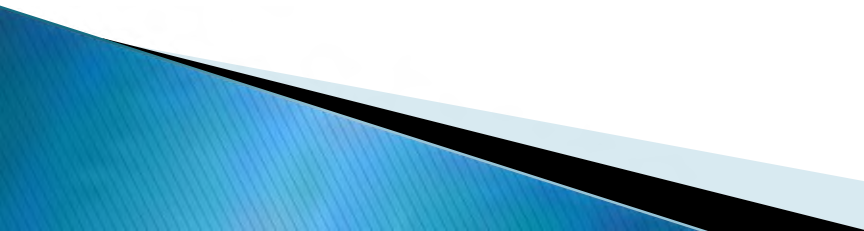
# 1. Đau bụng + HW nhiễm trùng

1.1. Khám đau bụng: (thể loại này không có TW đặc hiệu)

## \* Bệnh sử

- Bn mô tả đặc điểm đau bằng từ của họ và chỉ chỗ đau
- Vị trí đau?( giải phẫu tương ứng vị trí đau)
- Tgian đau: tiến triển ra sao? Kéo dài bao lâu?
- Cường độ đau
- Khởi phát đau: từ từ? Đột ngột?

# 1. Đau bụng + HW nhiễm trùng

- ▶ Hường lan
  - ▶ Tính chất: liên tục (đau tạng đặc) ? Đau cơ (thường do tạng rỗng)?
  - ▶ Đặc điểm: quặn thắt, nóng rát...
  - ▶ Yếu tố làm tăng hoặc giảm đau: tư thế, rượu, thức ăn...
  - ▶ TW kèm theo: sốt, nôn, rối loạn nhu động ruột...
- 

# 1. Đau bụng + HW nhiễm trùng

## • Tiền sử

- Đau bụng tái phát không?
- Thuốc đang dùng?
- Thói quen: rượu, thuốc lá, ...
- Tiền sử ngoại khoa?
- Nữ: chu kì kinh? Có thai? **HCG?**



# 1. Đau bụng + HW nhiễm trùng

## 1.2. Cận lâm sàng

- Phản ánh tình trạng viêm.
- Rất chung cho nhiều bệnh?

Bạch cầu tăng  
Vss tăng...

# 1. Đau bụng + HW nhiễm trùng

## 1.3. Chẩn đoán hình ảnh

- Chỉ định tùy theo nguyên nhân( SÂ, XQ)
- Các bệnh ngoại khoa thường gặp trong bệnh cảnh đau bụng + HW nhiễm trùng:

(1).VRT

(2).Viêm túi mật và các biến chứng

(3). Viêm túi thừa đại tràng

# (1) Viêm ruột thừa

## Khó khăn trong chẩn đoán:

- Không tương xứng LS và tổn thương GPB:
  - + Ls rầm rộ nhưng RT không vỡ
  - + Ls nhẹ nhưng RT tổn thương viêm rõ ràng
- Nhiều hình thái VRT do vị trí RT khác nhau ở mỗi cá thể:

# (1) Viêm ruột thừa

## Khó khăn trong chẩn đoán

- + RT trong tiểu khung # viêm phần phụ
- + RT chạy dài vào giữa bụng # Tắc ruột
- + RT quặt sau manh tràng # đau do tiết niệu

## Đặc điểm Lâm sàng VRT

- RL tiêu hóa rất kín đáo;
- Buồn nôn, nôn là TW có ý nghĩa chẩn đoán;
- Thường sốt nhẹ (sốt cao: nguyên nhân khác?);
- Dh phân ly mạch – nhiệt độ rất đáng tin cậy trong VRT: mạch nhanh  $>$   $<$  nhiệt độ không cao.

# (1) Viêm ruột thừa

## ▶ VRT ở trẻ em

- ▶ TE < 4 tuổi: rất hiếm gặp
- ▶ TE đau bụng có thể do: viêm não? Viêm phổi?  
-----→ phải dựa vào PƯTB.
- ▶ Có thể chọn tư thế khám:
  - + *Nằm nghiêng*: HCP chỉ còn manh tràng, dễ sờ hơn
  - + *Co 1 chân, duỗi 1 chân*: cơ đáy chậu căng ra, nếu VRT thì dễ sờ điểm đau khu trú trên nền căng cơ.( rất đáng tin cậy)

# (1) Viêm ruột thừa

## ▶ Cận lâm sàng

- XQ phổi: loại trừ nhiễm trùng phổi
- XQ bụng: sỏi phân, mờ HCP do đọng dịch (VPM), mức nước – hơi vùng HCP hoặc giữa bụng.
- Siêu âm: KT RT  $> 7\text{mm}$ , dịch trong lòng, thâm nhiễm mỡ, dịch quanh RT, sỏi phân. ( cho biết thêm thông tin về phụ khoa, tiết niệu...)

# (1) Viêm ruột thừa

## ► Tóm lại

### 1. VRT thì thầy thuốc phải:

- Chẩn đoán được (chủ yếu dựa vào Is)
- Mổ được
- Không để xảy ra VPM

2. Nếu chẩn đoán nhầm là viêm túi thừa Meckell hoặc viêm hạch mạc treo: mổ tránh bỏ sót VRT còn hơn.

## (2) Viêm túi mật

### ▶ Đặc điểm lâm sàng

- Cơ chế gây VTM:
  - ▶ Xuất phát tại chỗ thành túi mật
  - ▶ Do sỏi gây tắc mật
- Đau trong tiền sử
- Tính chất đau tùy theo vị trí viên sỏi, sự di chuyển của sỏi



## (2) Viêm túi mật

### ► Đặc điểm lâm sàng

- Diễn biến:
  - + Sỏi gây tắc OMC → Nhiễm trùng đường mật: đau, sốt, vàng da
  - + Sỏi tắc thấp trong ống mật chủ → ứ dịch tụy → viêm tụy
- Vi khuẩn nhiễm trùng đường mật chủ yếu Gram âm → áp xe đường mật, suy gan, thận, đa tạng.

## (2) Viêm túi mật

### ► Đặc điểm siêu âm

Là PP đánh giá quan trọng cho các bệnh lý đường mật, trả lời 7 thông tin cơ bản sau:

1. Có sỏi túi mật, trong gan hay ngoài gan?
2. Tình trạng thành túi mật ( dày  $>5\text{mm}$ , mỏng căng sấp vỡ)
3. Có áp xe đường mật ? Áp xe gan?
4. Tình trạng đầu tụy: u, viêm, dẫn ống tụy...

## (2) Viêm túi mật

5. Hạch vùng cuống gan?

6. Dịch ổ bụng? Quanh túi mật?

7. TM cửa thông thoáng? Huyết khối?

- Nếu siêu âm khó khăn: **chụp CLVT**
- Nếu siêu âm bình thường: **chỉ định nội soi tiêu hóa.**

### (3) Viêm túi thừa đại tràng sigma

#### ► Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi càng cao ĐT càng dẫn yếu, thành ĐT có những điểm mỏng yếu phình ra tạo túi thừa ở bất kì vị trí nào của ĐT gây viêm.
- Không gặp < 20 tuổi
- Có thể gặp ở cả nam và nữ
- 80% gặp túi thừa ở Sigma, khi viêm có bệnh cảnh « VRT ở Hố chậu trái »

# (3) Viêm túi thừa đại tràng sigma

## Chẩn đoán

- Tiền sử đau HCT
- Xquang bụng + ngực: bình thường
- Chụp cản quang ĐT: thấy khẩu kính rộng hẹp của ĐT
- Chụp CLVT: độ dày của thành ĐT, viêm apxe kèm theo

### (3) Viêm túi thừa đại tràng sigma

#### ▶ Thái độ xử trí

- ▶ Không mổ nếu không có biến chứng viêm túi thừa
- ▶ Không để vỡ túi thừa = VPM
- ▶ Người trẻ: Điều trị nội khoa: Ksinh + cắt sigma sớm
- ▶ Người già: Điều trị nội khoa, tái phát lại >2 lần: cắt sigma

## 2. Đau bụng + VPM

### Đại cương

- **VPM**: là HW bệnh do nhiều nguyên nhân. Là phản ứng viêm toàn bộ hay một phần của PM do *vi khuẩn* hoặc *hóa chất*.
- **VPM khu trú**: tác nhân gây VPM được MNL, quai ruột, các tạng bao bọc, tạo ổ mủ trong OB (ĐT=Dẫn lưu): apxe RT, douglase, dưới hoành...

## 2. Đau bụng + VPM

Đại cương

- *VPM toàn thể:*

+ *VPM toàn thể tiên phát:* (1% trong các VPM), do 01 loại VK từ một ổ viêm ngoài PM lan tràn vào ổ PM gây ra, có thể ĐT nội khoa được: lao, lậu, phế cầu...

+ *VPM toàn thể thứ phát:* do tổn thương tạng trong OB hoặc cạnh PM vỡ tràn vào OB gây ra, do nhiều loại VK, luôn cấp tính vào phải mổ cc: thủng DD, VRT, VT thủng bụng...



## 2. Đau bụng + VPM

### Đại cương

- ▶ **Hậu quả:** VPM là 01 tình trạng bệnh lý nặng. Là nguyên nhân tử vong chủ yếu trong ngoại khoa (60–70%) **vì:**
  - + VPM là Gđ cuối của các bệnh nhiễm trùng trong OB
  - + Do nhiều loại VK trong OB, độc tính cao.
  - + PM là màng bán thấm (S=S da cơ thể): hấp thu chất độc nhanh, dễ gây sốc và nhiễm độc.
  - + Tác nhân gây VPM dễ lan tràn nhanh trong OB do nhu động ruột.

## 2. Đau bụng + VPM

### Kinh nghiệm chẩn đoán VPM (ngay lập tức)

- ▶ Đau bụng không khu trú mà lan rộng, mức đau nặng lên.
- ▶ Đặc trưng bằng: co cứng thành bụng (bụng cứng như gỗ)
- ▶ Xét nghiệm: tình trạng nhiễm trùng rõ
- ▶ Xquang bụng (lấy hết cơ hoành): liềm hơi?

## 2. Đau bụng + VPM

Một số nguyên nhân VPM ngay lập tức  
và kinh nghiệm lâm sàng

### *2.1. Thủng dạ dày – tá tràng*

- Tiền sử:
  - + Đau DD,
  - + Đã nội soi có loét ddt,
  - + Dùng thuốc gây loét ddt,
  - + Công việc cuộc sống căng thẳng, stress...
- Lâm sàng: đau bụng đột ngột, dữ dội, biết rõ thời điểm đau.

## 2. Đau bụng + VPM

Một số nguyên nhân VPM ngay lập tức  
và kinh nghiệm lâm sàng

### *2.2. Thủng ung thư đại tràng*

- Ngày càng gặp nhiều,
- Có thể thủng tại chỗ K hoặc xa chỗ K của đại tràng
- Hay gặp > 50 tuổi
- Có thể thấy K ở mọi chỗ đại tràng, nhưng ĐT trái gặp nhiều hơn nhất là ở sigma và hay gặp thủng tại chỗ k của sigma.

## 2. Đau bụng + VPM

Một số nguyên nhân VPM ngay lập tức  
và kinh nghiệm lâm sàng

### *2.2. Thủng ung thư đại tràng*

Thủng xa chỗ K hay gặp ở manh tràng. Vì sao?

- ▶ Hay gặp K ở ĐT trái ( sigma) --> tắc nghẽn, gây áp lực ngược lên đại tràng phải.
- ▶ Van bauhin ngăn không cho phân, dịch ngược lên ruột non ( 20% dân số có van bauhin 1 chiều).
- ▶ Manh tràng là nơi có đường kính lớn nhất --> càng tạo sức căng bề mặt lớn --> vỡ.

## 2. Đau bụng + VPM

### *2.3. Những cái bẫy trong chẩn đoán*

- Thủng không có liền hơi?
- Thủng mà không có phản ứng thành bụng?
- Thủng bit?
- Lâm sàng không tương Xứng với tổn thương GPB của thủng?

Phải làm gì để chẩn đoán?

## 2. Đau bụng + VPM

### *2.3. Những cái bẫy trong chẩn đoán*

- Siêu âm thấy khí trong ổ bụng: «đuôi sao chổi» = sẽ có liệt hơi
- Bơm hơi vào ống tiêu hóa để chụp lại tìm hơi tự do trong OB
- Bơm thuốc cản quang không phải Bazit vào ống tiêu hóa để chụp tìm thoát thuốc qua lỗ thủng
- Chụp CLVT ở Mèo vạc.???.

## 2. Đau bụng + VPM

### ► Thái độ xử trí

- *Nguyên tắc:* HSTC + Ksinh + Mổ CC
- *Mục tiêu:*
  - (1) Giải quyết nguyên nhân gây VPM  
(khác nhau tùy trường hợp)
  - (2) Giải quyết hậu quả của VPM  
(giống nhau cho mọi trường hợp)



## 2. Đau bụng + VPM

### ► Thái độ xử trí

- *Biện pháp điều trị chung:*
- + Hút liên tục dạ dày: để chuẩn bị trước mổ
- + Mổ cấp cứu:
  - (-) Rửa sạch ổ bụng
  - (-) DL ổ bụng
  - (-) Sinh thiết mọi ổ loét, khối u (trừ thủng ổ loét hành tá tràng).

# 3. Đau bụng + HW tắc ruột

Nguyên tắc:

1. Trả lời 3 câu hỏi
2. Thực hiện 3 kiểm tra
3. Nghĩ đến 3 nguyên nhân hay gặp

( Giúp lập luận, phân tích khoa học,  
logic, mà đơn giản)

## 3.ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

### 3 câu hỏi

- (1)Tắc cơ năng hay thực thể
- (2)Tắc bit hay nghẹt ruột (cơ chế tắc)
- (3)Tắc ruột non hay đại tràng

### 3 kiểm tra

- (1)Có sọ mổ cũ?
- (2)Thăm trực tràng?
- (3)Các lỗ thoát vị?

### 3 nguyên nhân

- (1)Dây chằng
- (2)Thoát vị nghẹt
- (3)Ung thư
- (Nguyên nhân ít gặp: bã thức ăn, xoắn ruột)

### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

#### 3 câu hỏi:

#### Câu hỏi 1: Tắc cơ năng hay thực thể

- Khác nhau về diễn biến, hậu quả, thái độ xử trí  
Cơ năng: ĐT nội khoa  
Thực thể: ĐT ngoại khoa
- Nguyên nhân tắc cơ năng: mất nước, hạ  $N^+$  máu, nhiễm trùng...xử trí nguyên nhân sẽ hết tắc.
- Nếu là tắc cơ học: trả lời câu hỏi 2.

### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

Câu hỏi 2: Tắc nghẹt hay tắc bít (do cơ chế nào)?

– **Ngẹt ruột:**

(+) do bên ngoài đè, thắt, ép vào → Ls rất cấp tính: đau dữ dội, tổn thương ruột mạnh, nhanh

(+) nguyên nhân: dây chằng (hay gập nhất)

– **Tắc bít lòng ruột:**

(+) diễn biến từ từ về lâm sàng và GPB đoạn ruột

(+) nguyên nhân: bã thức ăn, khối u lòng ruột

### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

Câu hỏi 3: tắc ruột non hay tắc ruột già (vị trí tắc)?

- Tắc cao (ruột non): nôn sớm, bí trung đại tiện muộn;
- Tắc thấp (ruột già): nôn muộn, bí trung đại tiện sớm, nôn ra phân?

### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

#### PHÂN BIỆT VỊ TRÍ TẮC TRÊN XQ

	Tắc ruột non	Tắc đại tràng
<b>Quai ruột</b>	Chân rộng, vòm thấp	Chân hẹp, vòm cao
<b>Vị trí</b>	MNH tập trung ở giữa bụng, xếp hình bậc thang	MNH ở ngoại vi bụng
<b>Niêm mạc</b>	Nếp niêm mạc nằm sát nhau, rất dày Các ngón chạy suốt chiều ngang của ruột	Nếp niêm mạc thưa Các ngón ngang chỉ chiếm 1 phần của lòng ruột

### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

Mức nước-hơi ruột non



Tắc ruột non





### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

Hơi ruột già



Mức nước-hơi ruột già



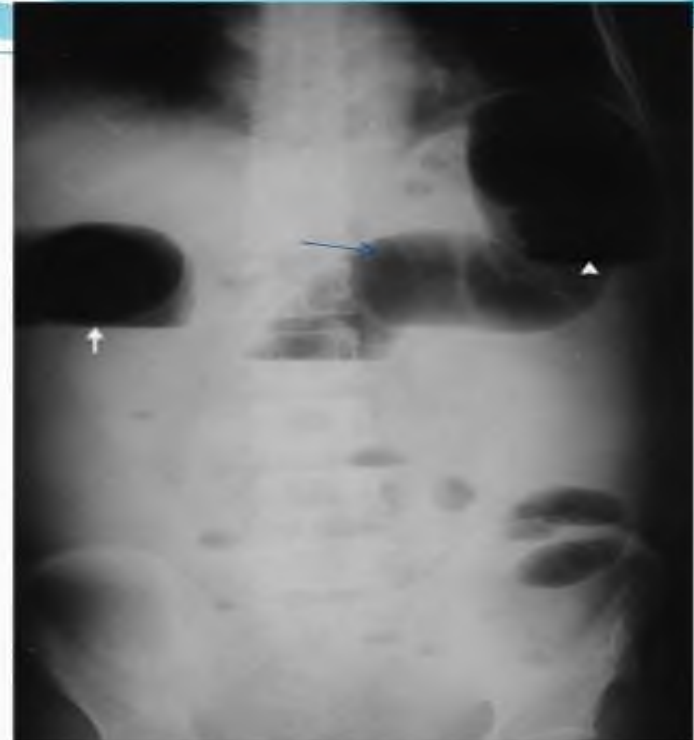
Xoắn mạnh tràng



### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT



MNH ở giữa bụng, xếp bậc thang  
Nếp NM chạy hết chiều ngang



MNH ở ngoại vi  
Nếp NM chiếm 1 phần

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 kiểm tra

(Tìm được 80% nguyên nhân tắc)

### Kiểm tra 1: có sẹo mổ cũ không?

- Sẹo mổ qua PM sinh các sợi fibrin bám dính vào PM, mất đi hoặc tiếp tục phát triển thành dây chằng giữa PM – OB – quai ruột.
- Nguy cơ tạo dây chằng cao khi:
  - + Sẹo mổ lớn; nhiễm trùng; tràn máu OB, tổn thương ống tiêu hóa, dị vật: sợi găng – bột tan....
  - + Như nhau ở mọi PTV
  - + Như nhau ở mọi cá thể phải mổ
- Các biện pháp phòng ngừa dính ruột: không mấy khả thi.

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 kiểm tra

(Tìm được 80% nguyên nhân tắc)

Kiểm tra 1: có sẹo mổ cũ không?

- Chú ý khi kiểm tra:
  - + Bụng béo: vết mổ bị che lấp
  - + Phụ nữ: sẹo lẫn vào vết dạn da
  - + Mổ nội soi: sẹo nhỏ khó quan sát
  - + Sẹo thâm mĩ: che dấu, khó tìm..

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 kiểm tra

(Tìm được 80% nguyên nhân tắc)

### Kiểm tra 2: thăm trực tràng?

- Phát hiện u, dị vật ở thấp
- Bóng trực tràng rỗng? Có máu?
- Cùng đồ đau? Đè ép từ bên ngoài? Di động của các tạng trong tiểu khung liên quan đến trực tràng?

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 kiểm tra

(Tìm được 80% nguyên nhân tắc)

Kiểm tra 3: các lỗ thoát vị? Nhất là thoát vị kín đáo không rõ ràng?

(1) **Thoát vị đùi:** hay gặp nữ, lỗ rất hẹp, thấp dưới cung đùi, có thể chỉ 1 phần thành ruột bị thoát vị, rất chặt → hoại tử

(2) **Thoát vị bịt:** Lỗ bịt có bố mạch tk bịt đi qua, thành phần lỗ bịt còn lại rất hẹp, có một phần thành lỗ là xương → rất nghẹt.

Hiếm gặp, hay thấy ở nữ lớn tuổi.

Nhìn kĩ xquang vùng 2 lỗ bịt có mức nước hơi?

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 kiểm tra

(Tìm được 80% nguyên nhân tắc)

**(3) Thoát vị thành bụng trước bên:** nơi xảy ra thoát vị là chỗ bờ ngoài cơ thẳng to cắt đường nối GCTT với rốn. Khối thoát vị chui giữa các lớp cơ vùng này.

Hay gặp ở người già, nữ > nam

Đến muộn vì ít bị nghẹt, TW không rõ ràng.

**(4) Thoát vị hoành:** chui qua cơ hoành lên ngực

**(5) Thoát vị vùng lưng:** hiếm thấy, do các chấn thương vùng lưng – khung chậu trong tiền sử để lại điểm yếu gây thoát vị

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 nguyên nhân chính

*Nguyên nhân 1: tắc do dây chằng (khác với dính ruột)*

- Đau khu trú ở một điểm
- Bụng chướng ít
- Tiền sử có sẹo mổ cũ?
- Theo dõi thấy: mức nước hơi phát triển, thay đổi vị trí + lâm sàng không thuyên giảm = **mổ**



## 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

### 3 nguyên nhân chính

*Nguyên nhân 2: u đại tràng*

- Bụng chướng nhiều
- Bí trung đại tiện sớm
- Nôn muợn, có khi nôn ra phân
- Xquang: mức nước hơi ngoại vi ổ bụng

*Nguyên nhân 3: thoát vị nghẹt (đã kiểm tra)*

# 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

## 3 nguyên nhân chính

*Nguyên nhân 4: ít gặp*

- Xoắn sigma*
- Xoắn manh tràng*
- lồng ruột*
- Bã thức ăn.*

### 3. ĐAU BỤNG + HW TẮC RUỘT

Chú ý gì?

- CĐ phân biệt:
  - + Táo bón: người già (ts táo bón/ thiếu nước?)
  - + HW Ogilvie: dẫn đại tràng không rõ nguyên nhân, hay gặp ĐT trái (thụt tháo, sond đại tràng → đỡ)
- Tắc ruột hoàn toàn mà: bụng không chướng, không có mức nước hơi? → dựa vào tính chất đau, điểm đau khu trú để xác định.
- Lòng ruột người lớn thường có u ống tiêu hóa?

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

1.Đau  
bụng +  
nhiễm  
trùng



K  
xử  
trí



2.Tắcruột  
3.VPM



K xử  
trí

Sốc nguyên phát  
không trong các

bệnh cảnh trên ?

4.Sốc

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

Đau bụng + TR => Sốc giảm V

Đau bụng + VPM => Sốc nhiễm trùng

Đau bụng + Sốc (có mất máu) = 1. GEU  
2. Vỡ phình ĐM

Đau bụng + Sốc (không mất máu, chỉ mất dịch) = 1. Viêm tụy  
2. Nhồi máu mạc treo

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### Định nghĩa sốc

Nhiều bệnh cuối cùng có thể dẫn đến một tình trạng shock, với suy giảm tưới máu cơ quan và khởi phát suy đa tạng (MOF). Từ quan điểm sinh lý bệnh học, shock được định nghĩa một cách kinh điển là một trạng thái trong đó việc cung cấp oxy không đủ cho nhu cầu oxy ngoại vi .

Tuy nhiên, shock cũng có thể được định nghĩa là một tình trạng trong đó **hạ huyết áp** có liên quan đến một mức độ suy giảm chức năng cơ quan khác nhau (như là, thiếu niệu, da nổi lốm đốm, tri giác lú lẫn, khó thở, v.v.).

Bất kể định nghĩa nào, mối quan hệ giữa cung cấp oxy ( $DO_2$ ) và tiêu thụ oxy ( $VO_2$ ) vẫn là mấu chốt then chốt trong định nghĩa shock.

(Hạ huyết áp là dấu hiệu shock phổ biến nhất nhưng không phải lúc nào cũng là dấu hiệu đầu tiên) .

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### 4.1.viêm tụy cấp

- Nguyên nhân
  - + Hay gặp: sỏi mật, rượu, tăng Triglycerit  $>11\text{ mmol/l}$
  - + Ít gặp: u vanter, u tá tràng, u đầu tụy...
- Lâm sàng:
  - + Đau kiểu tụy: dự dội liên tục thượng vị (vùng bụng khác ngoài vùng thượng vị: mềm); lan ra sau lưng; tư thế cò súng đỡ đau, đau kéo dài  $\geq 24\text{h}$
  - + Mảng xuất huyết dưới da (thể nặng):
    - Quanh rốn ( dh cullen)
    - Vùng hông trái ( dh Grey tunner)

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### 4.1.viêm tụy cấp

- Tiêu chuẩn chẩn đoán: khi có  $\geq 2$  trong 3 tiêu chuẩn

(1) đau bụng kiểu tụy

(2) Amilase và/hoặc lipase máu tăng  $\geq 3$  lần bình thường

(3) xét nghiệm hình ảnh phù hợp: Siêu âm, CLVT, MRI



## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### Lưu ý trong viêm tụy cấp:

- Amilase bắt đầu tăng sau 1 h, về bình thường sau 3–5 ngày (các đau bụng khác, viêm tuyến nước bọt, suy thận.... cũng có thể tăng).
- Amilase tăng đồng thời và tăng kéo dài hơn Amylase.
- Men tụy **không tăng**: k tụy, viêm tụy mạn, rượu, tăng triglycerit
- Lâm sàng ít cải thiện trong 48–72h đầu của viêm tụy

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### Viêm tụy cấp tiên lượng nặng:

(1) Thang điểm BISAP: nặng khi  $\geq 3$  ( trong 24h đầu)

B. BUN (ure)  $> 25$  mg/dl

I. RL tri giác, G  $< 15$  điểm

S. HW đáp ứng viêm toàn thân

A. Tuổi  $> 60$

P. Tràn dịch màng phổi

(2) Thang điểm Ranson: phải theo dõi ls, cls nhiều lần trong ngày để đánh giá (SGK)

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

**viêm tụy cấp tiên lượng nhẹ:**

**khi có cả 3 tiêu chuẩn sau**

(thang điểm HAPS; dự đoán chính xác 98%)

(1) Bụng không có phản ứng

(2) Hematocrit bình thường

(3) Ure máu bình thường

**Xử trí VTC:**

- HSTC là cơ bản, xuyên suốt: dịch điện giải, cho tụy nghỉ ngơi
- Lấy sỏi mật, tụy gây tắc ống tụy
- Td sát Lâm sàng, sinh hóa, CĐ Hình ảnh

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### 4.2. GEU

- (1) Phải đặt ra đầu tiên khi nữ: đau bụng + sốc
- (2) Phải giữ đến cuối cùng, khi đủ bằng chứng loại trừ
- (3) Không được hoàn toàn tin vào người bệnh!!!!
- (4) HCG: dương tính là quan trọng, nhưng có thể âm tính khi thai đã chết.

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### 4.3. Vỡ phình mạch

- Lâm sàng: tuổi cao, XVĐM, béo phì, nghiện thuốc lá
- Xquang: hình vôi hóa chạy dọc động mạch
- Đặc điểm: dòng máu qua chỗ phình > xoáy > càng dễ vỡ. 90% chết ngay cả khi vỡ trong phòng mổ.
- Khi vỡ: không sờ thấy mạch đập
- Vỡ đoạn thoát ra ĐM thận càng nguy hiểm
- Dự phòng: không béo phì, không thuốc lá.

## 4. ĐAU BỤNG + SỐC

### 4.3. Nhồi máu mạc treo

- Nguyên nhân:

Do mạch: giảm dòng chảy do suy tim, THA huyết khối

Do xoắn mạch quanh trực mạc treo: ít gặp

- Đặc điểm:

Nữ > nam; tuổi cao, XVĐM...

Đau bụng + sốc

Bụng không có nhu động, không chướng, không co cứng (đau lá tạng). Về sau đau có thể giảm.

Ỉa ra máu hoặc phân đen

Xquang: ổ bụng mờ, vôi hóa của mạch xơ vữa.

*Thank you*

