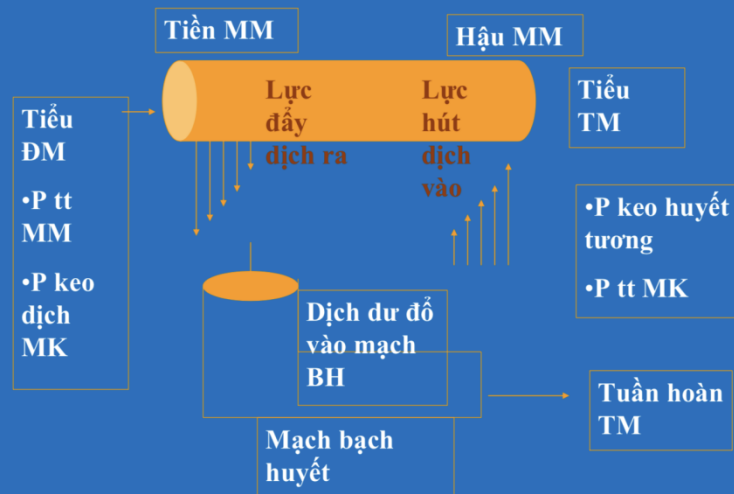


# XÉT NGHIỆM DỊCH BẮNG

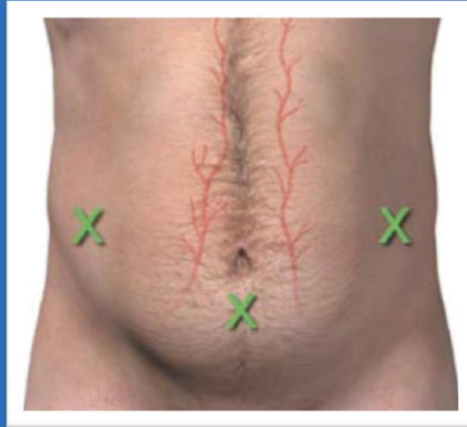
BS. LÊ ĐÌNH QUANG  
Bộ môn Nội – ĐHYD TPHCM

## Sự hình thành dịch báng



- Áp lực thủy tĩnh: Lực đẩy dịch ra khỏi lòng mạch.
- Áp lực keo: Lực hút dịch vào lòng mạch  
Đây là 2 cơ chế chính, bn bị bất thường về 2 lực này, thì sẽ có bệnh cảnh của phù hay báng bụng, tràn dịch màng phổi nói riêng
- Hệ thống bạch mạch: Thường gây phù khu trú.
  - + Khoảng màng bụng chứa ít dịch nhờ mạch bạch huyết dẫn lưu 800-1000ml mỗi ngày.
  - + Nếu bất thường hệ thống này, mặc dù 2 cơ chế kia bình thường vẫn xuất hiện báng bụng.
- Báng bụng do tắc mạch bạch huyết
  - + Ung thư di căn
  - + Ký sinh trùng: Bệnh lý ít gặp hơn liên quan đến giun chỉ làm tắc bạch mạch gây phù 1 hoặc cả 2 chân
- Trong bệnh cảnh gan: thường do tăng ALC là chính kèm theo giảm ALK.
- Kết luận: Bất thường 3 cơ chế này sẽ làm xuất hiện dịch ở khoang thứ 3

## Vị trí chọc dịch bàng



- Có 3 vị trí để lấy dịch trong ổ bụng :
  - Hố chậu (P)
  - Đường trắng giữa dưới rốn cách rốn 2cm
  - Hố chậu (T)
- Trong 3 vị trí này thì thường chọc ở hố chậu (T).
  - Hố chậu (T): Là Đại tràng Sigma di động. Khi có dịch chọc vô sẽ khó vô ruột.
  - Hố chậu (P): Là manh tràng ít di động nên khi chọc có nguy cơ chọc vô ruột
  - Đường trắng dưới rốn 2cm, không tính từ khớp mu đi lên để tránh nguy cơ chọc vào bàng quang. Do kích thước bàng quang có thể thay đổi theo thể tích nước tiểu chứa trong nó nên định một khoảng an toàn từ dưới khớp mu đi lên là khó.
- Cách xác định ngày xưa: Từ rốn kẻ đường qua gai chậu trước trên, lấy 1/3 ngoài
- Hiện nay: 2 khoát ngón tay nằm ngang trên gai chậu trước trên giao với 2 khoát ngón tay nằm dọc bên trong gai chậu trước trên.
- Tránh chọc vào ruột, mạch máu (động mạch thượng vị, tuần hoàn bàng hệ,...), vùng da bị nhiễm trùng.
- Trước khi chọc phải trộn dịch (cũng giống như trước khi lấy mẫu nước tiểu phải trộn đều) => nhờ bệnh nhân lăn qua lại, nằm xuống rồi ngồi dậy. Sau đó mới chọc thì kết quả sẽ tốt hơn.
- Khám lâm sàng:
  - Ít nhất 500ml, có dấu vùng đục di chuyển mới chọc
  - Nếu bàng độ III, dịch rồn ruột vào rốn thì tránh chọn vị trí cạnh rốn

## Chỉ định chọc dịch báng

- Xơ gan có báng bụng
- Xơ gan có triệu chứng nghi ngờ nhiễm trùng dịch báng
- Xơ gan có biểu hiện hôn mê gan và/hoặc độ lọc cầu thận giảm

- Xơ gan có báng bụng là chọc (không quan trọng là lần thứ mấy)
- Xơ gan có triệu chứng nghi ngờ NTDB: sốt, đau bụng, tiêu chảy ...
- Xơ gan không có triệu chứng nghi ngờ NTDB nhưng có bệnh cảnh lâm sàng gợi ý: **Hôn mê gan, độ lọc cầu thận giảm**
  - + Nhiễm trùng là một yếu tố thúc đẩy biến chứng.
  - + Nhiễm trùng trên bệnh nhân xơ gan đôi khi mờ hồ vì tình trạng sgmd. Nếu bn lơ mơ, đau cũng không rõ ràng ...
  - + Do đó khi có biến chứng như hôn mê gan (lơ mơ), độ lọc cầu thận giảm (suy thận cấp) thì cần chọc dịch tầm soát nhiễm trùng
- VPMNKNP gồm 3 thể: VPMNKNP cấy dương, VPMNKNP cấy âm, Du khuẩn báng. Cần chẩn đoán phân biệt với VPNTP

## Xét nghiệm dịch báng

- |  |   |
|--|---|
| • <u>Thường quy</u> <ul style="list-style-type: none"><li>– Bạch cầu và thành phần bạch cầu</li><li>– Albumin</li><li>– Protein toàn phần</li></ul>    | • <u>Tùy tình huống</u> <ul style="list-style-type: none"><li>– Cấy (chai máu)</li><li>– Glucose</li><li>– LDH</li><li>– Amylase</li><li>– Nhuộm Gram</li></ul>       |
| • <u>Ít sử dụng</u> <ul style="list-style-type: none"><li>– AFB smear và cấy</li><li>– Tế bào học</li><li>– Triglyceride</li><li>– Bilirubin</li></ul> | • <u>Không có ích</u> <ul style="list-style-type: none"><li>– pH</li><li>– Lactate</li><li>– Cholesterol</li><li>– Fibronectin</li><li>– Glycosaminoglycans</li></ul> |

**1) Thường quy:** Bạch cầu, Albumin dịch lấy kèm Albumin huyết thanh, Protein toàn phần.

## **2) Tùy tình huống :**

a) Cây khi nghi ngờ nhiễm trùng.

- Có 2 môi trường cấy là: MT thường chai cấy màu vàng và MT máu (MT dinh dưỡng) chai chứa màu đỏ giúp tăng cơ hội cấy dương tính.
- Để tăng độ chính xác thực hiện thao tác cấy tại giường.
  - + Khi chọc dịch xong, đổi đầu kim cấy
  - + Sau đó cấy ngay vào môi trường dinh dưỡng

b) Glucose/máu hay LDH/máu khi nghi ngờ viêm phúc mạc nhiễm khuẩn thứ phát

c) Amylase nghi ngờ liên quan tới bệnh lý tụy

d) Nhuộm gram cho kết quả sớm hơn để định hướng đánh kháng sinh vì cấy thường có kết quả sau 3 ngày

- NTDB do XG và HCTH khác nhau về mặt vk học
- XG: Thường là gram âm. Vi khuẩn đi qua lòng ruột vào trong dịch báng gây nhiễm trùng.
- HCTH sử dụng corticoid kéo dài sẽ làm thay đổi khuẩn hệ ?

## **3) Ít sử dụng (bệnh cảnh đặc biệt mới làm)**

a) AFB và cấy (nghi ngờ do lao). ADA giờ ít làm rồi, chuyển qua PCR nhưng một số cơ sở không có PCR.

b) Polymerase dịch màng bụng kết quả nhanh hơn, nhạy và đặc hiệu hơn.

c) Tế bào học nghi ngờ dịch báng là do ung thư thành bụng nguyên phát hay thứ phát:

- Dịch phải được trộn lên tức phải cho bệnh nhân thay đổi tư thế (ngồi dậy, lăn qua lăn lại) rồi mới chọc
- Lấy tối thiểu 200ml dịch, nhiều hơn thì càng tốt giúp tăng cơ hội thấy tb lạ trong dịch)
- Quay ly tâm, lấy 1 giọt nhỏ phần cặn (khoảng 10ml) đem đi soi tế bào (kích thước, nhân,..)

d) Thử Triglycerid khi nghi ngờ báng bụng do hội chứng Banti (XG vỡ mạch bh) hoặc chọc vào mạch bạch huyết. Lâm sàng chọc dịch trắng đục như sữa (dịch dưỡng chấp)

e) Bilirubin khi nghi ngờ thấm mật phúc mạc, thường có bệnh cảnh VPM (chỉ yếu chẩn đoán bụng ngoại khoa bằng lâm sàng)

## **4) Không có ích (không còn làm nữa) :**

pH dịch, lactate dịch,...

Tài liệu được ghi chép và chia sẻ bởi  
<https://www.facebook.com/vuongyds>

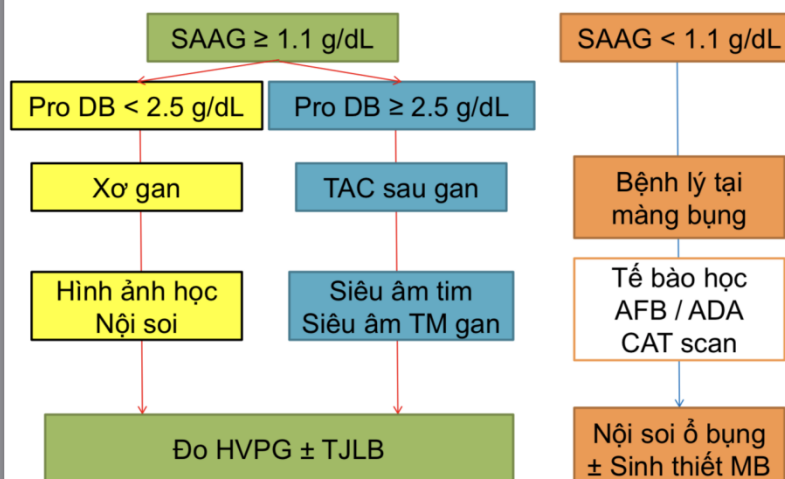
## Đánh giá dịch báng

- Đặc điểm đại thể
- Albumin (lấy đồng thời với Albumin huyết thanh)
- Protein toàn phần
- Bạch cầu và thành phần bạch cầu

## Đánh giá dịch báng tùy theo THLS

- Cấy dịch báng (ngghi ngờ nhiễm trùng báng)
- Glucose và LDH (ngghi ngờ VPM thứ phát)
- Amylase (ngghi ngờ dịch tụy)
- Tế bào học (ngghi ngờ ác tính)
- AFB smear và cấy vi trùng lao (ngghi lao màng bụng)
- Tryglyceride (ngghi báng bụng dưỡng chấp)
- Đếm hồng cầu (dịch báng màu đỏ)

### DỊCH BÁNG



- Các nhóm nguyên nhân thường gặp nhất ở bệnh cảnh báng bụng:  
Tại gan, ngoài gan, tại màng bụng.
  - Đầu tiên đánh giá màu sắc
  - Tính SAAG xem tăng áp hay không tăng áp
  - Pro DB cao hay thấp
  - Các xét nghiệm làm thêm (dựa trên lâm sàng ủng hộ)
- Xơ gan được xác định trên LS và CLS bằng 2 HC. Không cần sinh thiết gan chẩn đoán trừ khi có:
  - + Vỡ dẫn tĩnh mạch không rõ nguyên nhân
  - + Chụp CT hình dạng u không điển hình
- Sau gan thì tìm bệnh tm. Siêu âm tm trên gan, nếu dẫn lớn là có tắc nghẽn. TCLS quan trọng trọng là gan to.
- Tăng ALTC tại gan có báng bụng còn trước gan thì không: Dùng LS hướng nguyên nhân để biện luận ?

## Đại thể

- **Bình thường:** màu vàng nhạt, trong
- **Dịch đục:** BC > 5000/mm<sup>3</sup>
- **Dịch đục như sữa:** tăng Triglyceride
- **Dịch màu đỏ:** HC > 20000/mm<sup>3</sup>
  - Chạm mạch: kèm máu đông
  - Ác tính: kèm máu không đông
- **Dịch màu xanh:** dịch mật
- **Dịch màu nước trà hoặc đen:** dịch tụy

Đặc điểm đại thể : Màu sắc, độ sánh của dịch

- Thường dịch chọc ra vàng trong, loãng
- Nếu đục nghi nhiễm trùng, nên làm thêm nhuộm Gram
- Dịch trắng đục như sữa -> làm thêm Triglycerid: 1 là do bệnh lý ác tính, 2 là do bệnh cảnh trong xơ gan nhưng ít gặp hơn
- Dịch màu đỏ : Có 2 khả năng
  - + Trúng mạch máu rút ra thì 1 lúc sau nó đông lại: bình thường
  - + Một lúc sau vẫn không đông lại thì có liên quan đến 2 trường hợp: nhiều nhất là ung thư, lao (tỷ lệ nhỏ dịch có màu đỏ)
  - + UT có 2 nguồn: UT tại chỗ hoặc UT di căn từ: đường tiêu hóa, phụ khoa ... Di căn từ những vùng khác thì ít gặp hơn.
- Dịch vàng chanh, sánh như dầu nghĩ lao
  - + Đề nghị bilan lao (Công thức máu, VS, Xquang ngực thẳng, Phản ứng lao tố). Song song với bilan lao thì làm thêm ADA
  - + Lao màng bụng có 2 khả năng : nguyên phát & thứ phát. Ở tuổi trẻ thì khả năng là lao nguyên phát, có thể gặp lao màng bụng, màng não, màng khớp,... do phản ứng cơ thể chống lại



lao. Thứ phát thường do lao phổi. Lý do bắt buộc phải chụp Xquang ngực.

- Dịch xanh: dịch mật
- Dịch như nước chè: đen thui, là dịch tụy nghĩ viêm tụy hoạt tử

### Protein toàn phần và SAAG (Serum-ascites albumin gradient)

- **Protein toàn phần > 2.5 g/dL**
  - Báng bụng do tăng áp lực sau xoang gan
  - Xoang gan bình thường và dịch bạch huyết giàu Protein rò vào xoang màng bụng
- **Protein toàn phần < 2.5 g/dL**
  - Xơ gan
  - Lắng đọng mô xơ tại xoang → mạch máu hóa → giảm rò Protein vào xoang màng bụng

- Pro DB thấp: Gan xơ hóa nên giảm rò protein
- Nguyên nhân ngoài gan thì bạch mạch xuất tiết protein vào màng bụng nên làm protein DB cao.

### Bạch cầu

- **Dịch báng không nhiễm trùng:** BC < 500/mm<sup>3</sup> và ưu thế đơn nhân > 75%
- **Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát:** Đa nhân > 250/mm<sup>3</sup>
- **Lao màng bụng:** BC đơn nhân (Lympho và Mono) > 80%

- Tổng số BC chung có ngưỡng là 500
- Nhiễm trùng dịch báng có 3 thể
  - VPM nhiễm khuẩn nguyên phát: dựa trên tiêu chuẩn bạch cầu chung >500, đa nhân >250 (50%) và cấy dương với 1 loại vi khuẩn
  - Nhiễm trùng dịch báng ưu thế bạch cầu đa nhân: BC >500, đa nhân >250 và cấy âm tính
  - Du khuẩn báng : BC <500, đa nhân <250 và cấy dương

- Nếu BC đa nhân < 250, cấy (+) nhiều loại vi trùng cần nghĩ tai biến chọc vào ruột.
- Trong bệnh cảnh lao, có giai đoạn cấp tính, nếu xét nghiệm dịch trong giai đoạn này thì bc đa nhân ưu thế hơn, sau một thời gian thì đảo ngược lại. Với ung thư thì ưu thế bạch cầu đơn nhân và dịch màu đỏ (máu không đông).
- Lao: là dịch không tăng áp, tăng bạch cầu mono và đôi khi có màu hồng đỏ, khó phân biệt với ung thư

Nguyên nhân thường gặp (> 95%)			
	SAAG (1.1 g/dL)	Protein DB (2.5 g/dL)	XN chẩn đoán
Xơ gan / Viêm gan do rượu	Cao	Thấp	HVPG (TJLB)
Suy tim sung huyết	Cao	Cao	SA tim HVPG
K màng bụng	Thấp	Cao	CT scan Sinh thiết màng bụng
Lao màng bụng	Thấp	Cao	ADA dịch báng Sinh thiết màng bụng

**ADA** : Adenosine deaminase  
**HVPG** : Hepatic venous pressure gradient  
**TJLB** : Transjugular liver biopsy

- Xưa còn phân biệt dịch thấm hay dịch tiết, hiện nay phân tích tăng áp hay không tăng áp.
- Dịch màng phổi vẫn phân dịch thấm hay tiết theo tiêu chuẩn Light, như vậy phân tích tùy theo loại dịch
- HVPG
  - + Áp lực tm trên gan bít: tại xoang
  - + Áp lực tm tự do: áp lực tm chung
  - HVPG giúp phân biệt tại gan / trên gan (tại xoang / trên xoang)
- SAAG > 1.1g/dL là dịch có tăng áp, khu trú nguyên nhân tăng áp. Con số 1.1g/L đến từ các nguyên cứu. Nếu có tăng áp thì coi protein DB
  - Protein dịch báng cao > 2.5g/dL => TALTCM sau gan
  - Protein dịch báng thấp < 2.5g/dL => TALTCM tại gan (Xơ gan)
- Dịch tăng áp + Pro DB thấp là bệnh cảnh của gan (Xơ gan). Trong Pro DB thấp thì có 2 mức
  - + <1.5g/dL: Thử Cre, Bun, Natri để quyết định điều trị dự phòng
  - + <1g/dL có nguy cơ vô NTDB cao: Điều trị dự phòng không cần test.
- Dịch tăng áp + Pro DB cao là nhóm nguyên nhân sau gan (TAC sau gan), bao gồm: Budd Chiary, Bệnh lý tim mạch ...
- Bệnh cảnh tim:
  - Phải là suy tim phải, suy tin trái không ảnh hưởng tới gan trừ khi ở giai đoạn rất trễ khi suy tim toàn bộ.



- Lâm sàng phù hợp: xuất hiện trước, sau đó gây bệnh gan, triệu chứng của tim là chủ yếu, khi vào đợt mất bù thì ảnh hưởng tới gan
  - Nếu LS có triệu chứng xơ gan, suy tim cùng lúc thì cần xem xét lại và làm thêm XN như HVPG,... để phân biệt là do tim hay do gan
- SAAG < 1.1 g/dL là dịch không tăng áp thường liên quan tới các nguyên nhân bàng bụng tại chỗ
- Bệnh lý tại màng bụng: Lao ung thư viêm ...
  - Các bệnh lý khác không do gan, không do tim như bệnh cảnh của tụy, thận,...
  - 2 nhóm bệnh chính: Ung thư màng bụng và Lao
  - 2 bệnh cảnh ít gặp hơn là do ký sinh trùng và bệnh lý tự miễn (bệnh cảnh lâm sàng đặc biệt: bàng bụng đơn thuần nhưng tái đi tái lại nhiều lần)
- Ung thư màng bụng: Người lớn tuổi và xuất phát từ 2 nguồn chính:
- Tiêu hóa: Xem xét những triệu chứng liên quan đến đường tiêu hóa, ví dụ như thiếu máu mạn, sụt cân, nuốt nghẹn (đường tiêu hóa trên) và tiền sử polyp đại tràng, thay đổi tính chất đi tiêu, thay đổi hình dạng phân (đường tiêu hóa dưới)
  - Bệnh lý liên quan phụ khoa: Ung thư buồng trứng ở phụ nữ không có triệu chứng do bị phúc mạc che phủ nên không bị kích thích đau | Ung thư vú thì khám vú kiểm tra có nốt hay bất thường gì khác | Ung thư tuyến giáp ít gặp hơn và cũng lành tính | Ung thư gan cũng có thể di căn đường lân cận thành ung thư màng bụng thứ phát: cụ thể bệnh nhân xơ gan, ung thư gan rồi ung thư màng bụng thứ phát -> trường hợp này là hỗn hợp chứ không đơn thuần là dịch không tăng áp, bản chất nền là dịch tăng áp (mình nghi ngờ ung thư khi protein dịch cao), bản thân thông thường dịch xơ gan là dịch tăng áp và protein dịch thấp nhưng trộn lẫn hỗn hợp lại nên protein bàng có thể bằng ngưỡng hay cao hơn
- Lao màng bụng: Người trẻ có tiền sử lao hay tiền sử gia đình có bệnh cảnh lao. Nền xơ gan (dịch tăng áp) có lao màng bụng đi kèm, sẽ trộn lẫn protein (tùy theo mức độ) nên đôi khi sẽ thấy pro dịch này cao
- => Đôi khi trên bệnh nhân là bệnh cảnh hỗn hợp, cụ thể: bệnh nhân xơ gan + ung thư đường tiêu hóa di căn màng bụng. Nếu xơ gan mà chức năng gan còn ổn thì dịch sẽ theo hướng dịch của ung thư di căn, còn trường hợp thứ phát sau ung thư gan thì đương nhiên nền là dịch tăng áp. Trong trường hợp không tìm được nguyên nhân là gì thì sẽ nội soi, sinh thiết màng bụng (thường làm trong trường hợp nghi ngờ bàng bụng tại màng bụng, chứ ít thấy làm trên bệnh nhân xơ gan), vì nếu nội soi mù thì nhiều rủi ro + mẫu không đại diện, nội soi sinh thiết màng bụng sẽ có độ chính xác cao hơn.
- Làm hết rồi mà không ra nữa thì có quyền nội soi ổ bụng sinh thiết
- Ngày xưa sinh thiết mù nhờ siêu âm

- Ở mình những ca báng bụng không rõ nguyên nhân thường được nội soi ổ bụng, thấy chỗ nào bất thường mới bấm sinh thiết.

	SAAG	Protein dịch báng
Di căn (từ K gan)	Cao	Thấp
Nốt tăng sản	Cao	Thấp?
Suy gan bùng phát	Cao	Thấp?
HC Budd – Chiari (muộn)	Cao	Thấp
HC Budd – Chiari (sớm)	Cao	Cao
Viêm màng ngoài tim co thắt	Cao	Cao
Tăng nhãn TM	Cao	Cao
Thấm phân PM	Cao	Cao
Xơ gan ± Bệnh lý MB	Cao	Thay đổi
Myxedema	Thay đổi	Cao
Dịch tụy	Thấp	Cao
Serotitis	Thấp	Cao
Mật	Thấp	Cao?
HC quá kích buồng trứng	Thấp?	Cao
HCTH	Thấp	Thấp?
SDD/Bệnh ruột mất Pro	Thấp	Thấp?
Chylous ascites	Thấp	Cao

- Bệnh nền + Bệnh kèm: SAAG do bệnh nền, Pro thì do kết hợp bệnh nền và bệnh đi kèm.
- Bệnh lý xơ gan kèm bệnh lý tại màng bụng thì
  - SAAG vẫn cao vì có nền là xơ gan
  - Protein thay đổi tùy theo bệnh cảnh nào ưu thế
- HC Budd-chiari:
  - Tam chứng lâm sàng: Gan lớn, đau hạ sườn phải, báng bụng
  - Giai đoạn sớm thì pro dịch cao do gan chưa xơ hóa gây dò protein từ bạch huyết vào trong ổ bụng
  - Giai đoạn muộn thì chức năng gan giảm tổng hợp, gam xơ hóa nên protein thoát mạch khó hơn khiến protein dịch thấp
- Bệnh cảnh hội chứng thận hư: Dịch không tăng áp và protein dịch báng có thể cao hay bình thường (tùy theo mức độ giảm albumin). Suy dinh dưỡng cũng tương tự
- Xơ gan + protein dịch  $<1.5$  và  $<1$  : Nếu dưới  $<1$  thì có nguy cơ nhiễm trùng dịch báng hoặc du khuẩn báng nên xem cấy vi khuẩn có dương hay âm. Nếu pro DB  $< 1.5$  thì có nguy cơ nhiễm trùng dịch báng khi natri máu  $< 120$  hoặc bệnh nhân có bilirubin  $>3$  hay xơ gan 9đ trở lên
- Báng bụng hỗn hợp thì ADA ít giá trị
- Ung thư và lao thì bạch cầu đơn nhân đã ưu thế ( $>80\%$ ) nên không phân biệt được.
- Chọc dịch khi dịch báng  $>500\text{ml}$ , còn muốn chọc khi dịch ít hơn thì cần siêu âm