

# ĐAU BỤNG CẤP

TS. BS. HOÀNG ĐÌNH TUY  
NGOẠI TỔNG QUÁT  
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM

## MUÌC TIÊU

- 1. Hiểu rõ các cơ chế bệnh sinh của cơn đau bụng cấp (NBC)
- 2. Trình bày cách khám lâm sàng cơn NBC
- 3. Trình bày các XN CLS của HC NBC
- 4. Nêu rõ các nguyên nhân thường gặp của NBC do bệnh lý trong ổ bụng

# Định nghĩa

- Đau
- Cấp tính (<7 ngày)
- Mức độ nặng
- Cần chăm sóc khẩn cấp
- Not always surgical
- Not always abdominal source

**Rule 1.** Epigastric pain may be from supra-diaphragmatic source

## II. SINH LÝ ĐAU BỤNG

- Thụ thể TK cảm giác của các cơ quan trong ổ bụng được định vị
  - ở niêm mạc và lớp cơ của tạng rỗng
  - ở lớp thanh mạc như phúc mạc
  - ở mạc treo
- Chức năng của thụ thể TK này:
  - nhận được kích thích đau
  - điều hoà tiết dịch

-điều hoà nhu động

-điều hoà lưu lượng máu

Qua các cung phản xạ thần kinh trung ương và tại chỗ

## II.SINH LÝ ĐAU BỤNG

### Các kích thích gây đau cơ học

Thụ thể về căng trương tạng nằm ở các lớp cơ của tạng rỗng, giữa lớp cơ niêm và lớp dưới niêm mạc, ở thành mạc của tạng đặc, ở mạc treo

Các kích thích : căng trương nhanh của tạng rỗng (tắc ruột), co thắt cơ quá mạnh ( cơn đau quặn mật, cơn đau quặn thận), dẫn đột ngột bao của tạng đặc ( gan ứ huyết), xoắn mạc treo, kéo dẫn mạc treo hay mạch máu mạc treo ( u sau phúc mạc, u tụy)

## II.SINH LÝ ĐAU BỤNG

### Các kích thích gây đau hóa học

Thụ thể nhận cảm đau về hoá học có ở niêm mạc và dưới niêm mạc của tạng rỗng, được hoạt hóa trực tiếp bởi chất được phóng thích ra để đáp ứng với tổn thương tại chỗ về cơ học, viêm, thiếu máu mô và hoại tử, tổn thương gây

đau do nhiệt, tia xạ

Các chất hoá học này là : ion  $H^+$  ,  $K^+$  , histamine, serotonin, bradykinin và các amine vận mạch khác, prostaglandins, leuko-triens

## III. CƠ CHẾ CƠN ĐAU BỤNG

### 1. Cơn đau tạng ( visceral pain )

Cơ chế: kích thích thụ cảm đau ở tạng

- Do tăng trương lực cơ trơn bất thường do tăng co thắt hay do căng giãn tạng rỗng
- Do tăng áp suất nội bao tạng đặc
- Do tạo và tích lũy những chất trong phản ứng viêm và hoại tử
- Do chèn ép mạch máu khi tạng bị co thắt hoặc bị đè ép

## III. CƠ CHẾ CƠN ĐAU BỤNG

### 1. Cơn đau tạng ( visceral pain )

- Đau mơ hồ, không khu trú
- Thường cảm giác đau ở đường giữa (thượng vị, quanh rốn, hạ vị )
- Mô tả đau như bị cắn, quặn thắt, nóng rát
- Các ảnh hưởng thứ phát về TK tự động: vã mồ hôi, bồn chồn lo lắng, buồn nôn, nôn, da tái
- BN xoay trở để tìm tư thế giảm đau

### **Khu trú của đau tạng**

đau xuất phát từ các cơ quan trong bụng được cảm nhận với các vị trí tương ứng trên các vùng của bụng

# III. CƠ CHẾ CƠN ĐAU BỤNG

## 2. Cơn đau lá thành ( somatoparietal pain)

Xung động đau phát xuất từ thụ cảm đau nằm trên lá thành phúc mạc

- xuất hiện muộn hơn, cường độ đau mạnh hơn
- Khu trú rõ ràng hơn, tương ứng với vị trí da thành bụng
- Cơn đau kéo dài
- Tăng khi BN cử động hoặc khi ho, nên BN thường nằm yên

---

# III. CƠ CHẾ CƠN ĐAU BỤNG

## 3. Cơn đau quy chiếu ( referred pain )

- Vị trí đau nằm khác với vị trí thương tổn (nhưng cùng bên)
- Cảm giác đau thường nông trên da hoặc đau cơ
- Do những vùng này có chung 1 đoạn phân bố thần kinh với cơ quan bị tổn thương

# Đau quy chiếu

## Cách tiếp cận BN đau bụng cấp

- Lượng giá và điều trị ban đầu theo ABC như các bệnh cảnh cấp cứu khác.
- Tìm dấu hiệu shock, chảy máu ổ bụng
- Điều trị cấp cứu shock, chảy máu ổ bụng
- Tìm nguyên nhân
- Mở bụng thám sát nếu cần
- Khám toàn diện, làm các CLS
- Theo dõi sát tình trạng BN

## Bệnh sử

**Rule 2.** Women of childbearing age are pregnant till proved otherwise

**Rule 3.** Never underestimate

**Rule 4.** Sudden abdominal pain in the elderly onset pain the quality perforation, vascular or torsion

**Rule 5.** Vomiting is a key associated symptom

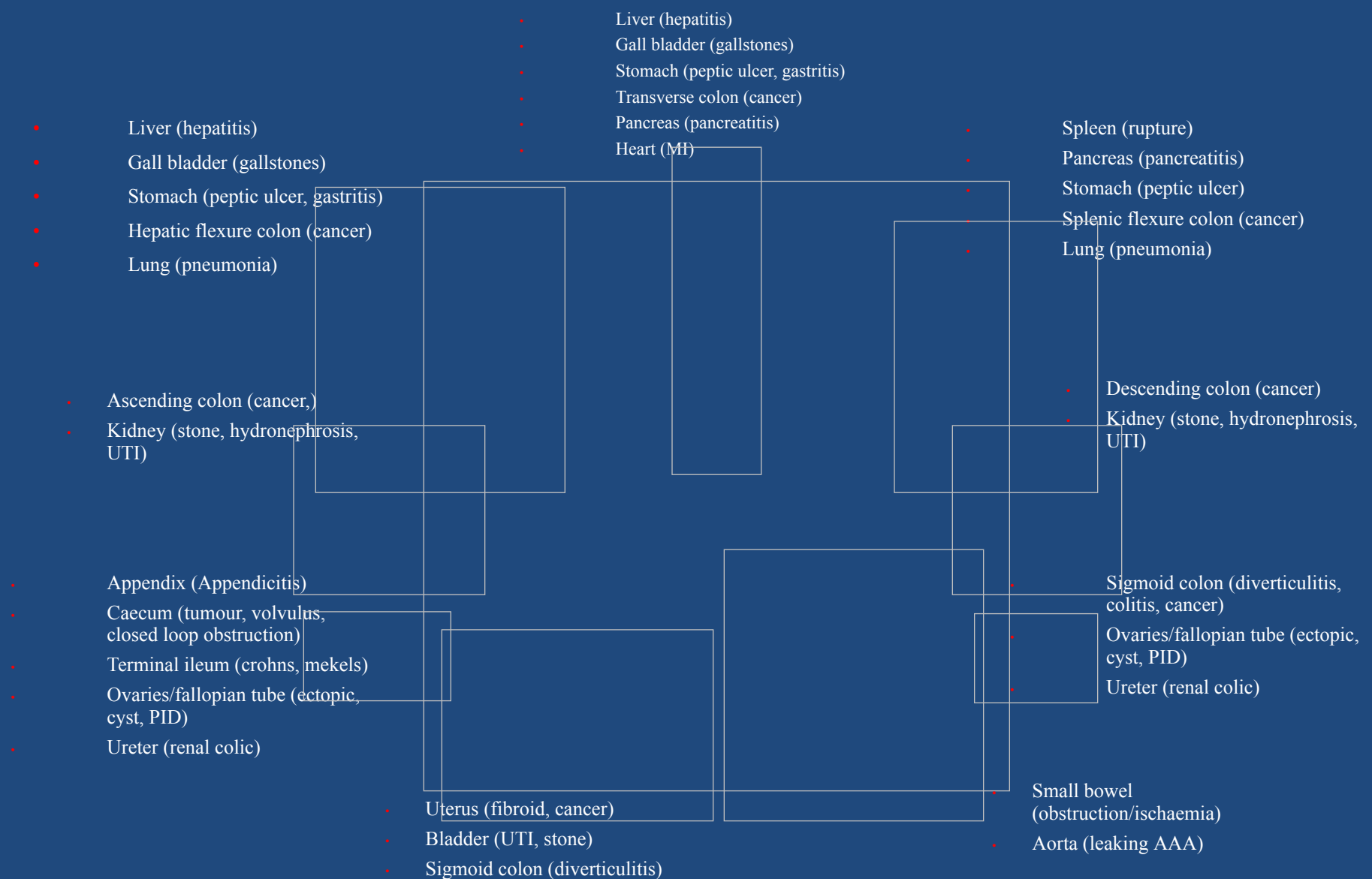
- Giới tính
- Tuổi
- Khởi phát
- Vị trí
- Hướng lan
- Kiểu đau
- Cường độ
- Yếu tố tăng giảm
- Triệu chứng đi kèm
- Yếu tố nguy cơ
- Tiền căn ngoại khoa
- Tiền căn sản phụ khoa

## TÍNH CHẤT ĐAU BỤNG

- Features: SOCRATES
  - **S** SITE



- **O** ONSET
- **C** CHARACTERISTICS
- **R** RADIATION
- **A** ASSOCIATED
- **T** TIME
- **E** EXACERBATE/RELIEVE
- **S** SEVERE



## Khởi phát:

Đột ngột: vỡ phình ĐMC bụng, thủng DDTT, thai ngoài tử cung vỡ

Tiến triển nhanh/ vài phút - 1-2h: viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp

Từ từ đau khu trú và liên tục: VRT cấp, viêm phần phụ, viêm túi thừa, tắc ruột

17

## Tính chất đau:

Đau từng cơn: do căng trương tạng rỗng (tắc ruột, sỏi kẹt cổ túi mật,...) đau mơ hồ, đau sâu

Đau liên tục: thiếu máu cục bộ & viêm phúc mạc

## Vị trí đau:

Đau tạng: theo phân bố nguồn gốc phôi thai của ruột trước, giữa, sau tương ứng đau thượng vị, quanh rốn, hạ vị

Đau thành: theo vị trí phúc mạc thành bị kích thích

## ● LƯU Ý

- Đau tăng dần: kích thích phúc mạc, căng trướng tạng rỗng  
Đau đột ngột: thủng tạng rỗng, chảy máu ổ bụng, nhồi máu mạc treo
- Đau âm ỉ: viêm  
Đau quặn: tắc nghẽn, căng trướng tạng rỗng
- Hướng lan: lên vai (túi mật, gan, lách), từ hông lưng xuống bẹn (Thận, niệu quản)

## ● LƯU Ý

- Yếu tố tăng giảm: đau giảm khi nôn, đau tăng khi hít sâu hay vận động,...
- Triệu chứng kèm theo: trước hay sau khi đau
  - bí trung, đại tiện, nôn ói, tính chất nôn
  - vàng da

- tiểu máu
- sốt
- choáng

## ● LƯU Ý

- Tiền sử nội khoa: THA, ĐTĐ, tiền sử cơn đau tương tự
- Tiền sử ngoại khoa: vết mổ cũ
- Tiền sử dùng thuốc: NSAIDs, Aspirin, Wafarin, Corticoid
- Phụ nữ: kinh nguyệt, thai nghén,...
- Hỏi bệnh:
  - Câu hỏi “*MỞ*”
  - Tránh dùng câu hỏi dẫn dắt, nếu có thì “*HƯỚNG ÂM TÍNH*”. VD: nằm nghiêng có giảm đau không? Thay vì tăng

Thăm khám

- Chuẩn bị (privacy, consent, exposure, positioning, chaperone)

- Vị trí đúng
- Dấu hiệu sinh tồn

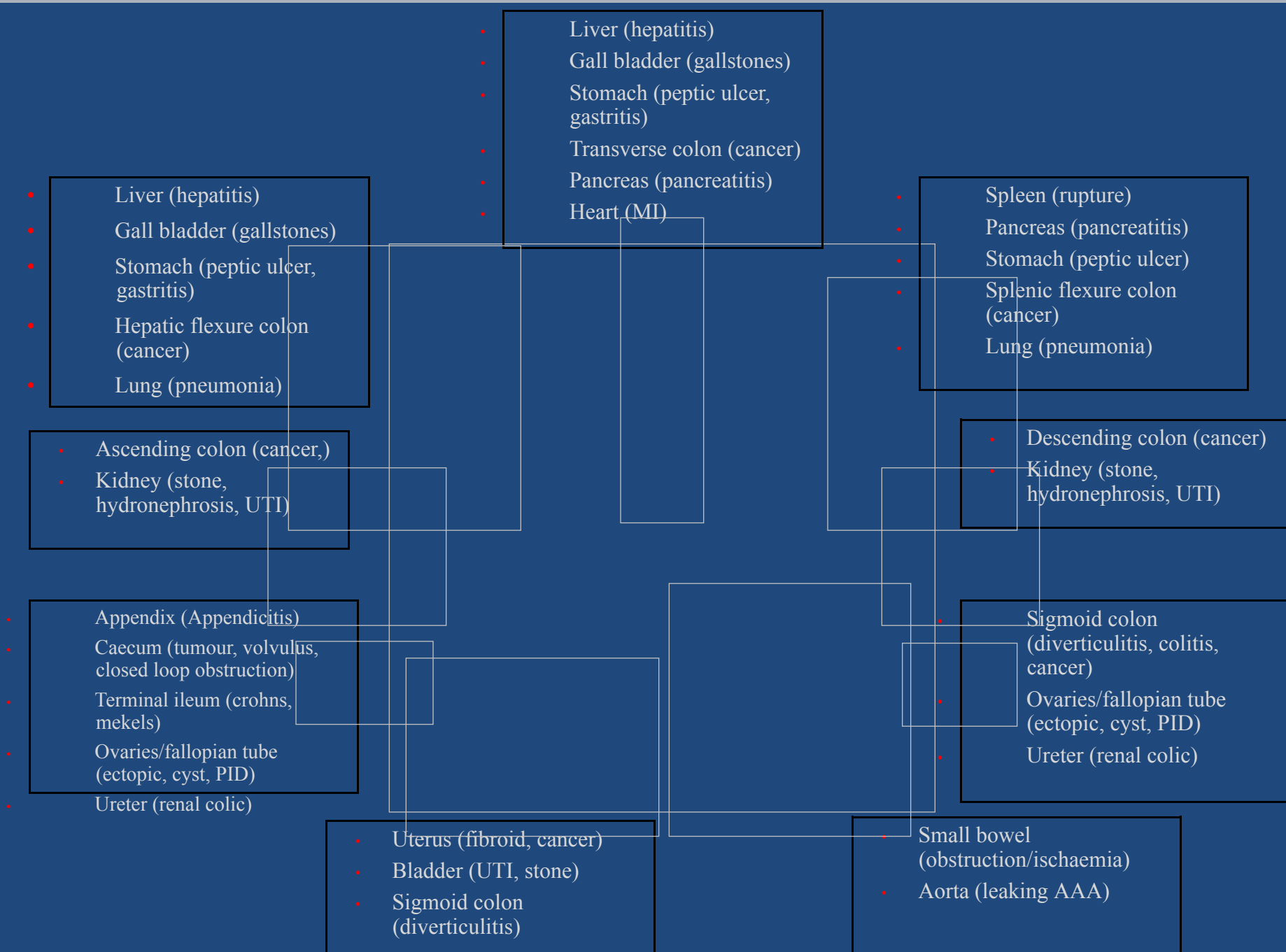
**Rule 6. Vital signs are vital**

**Do not hurt the patient!**

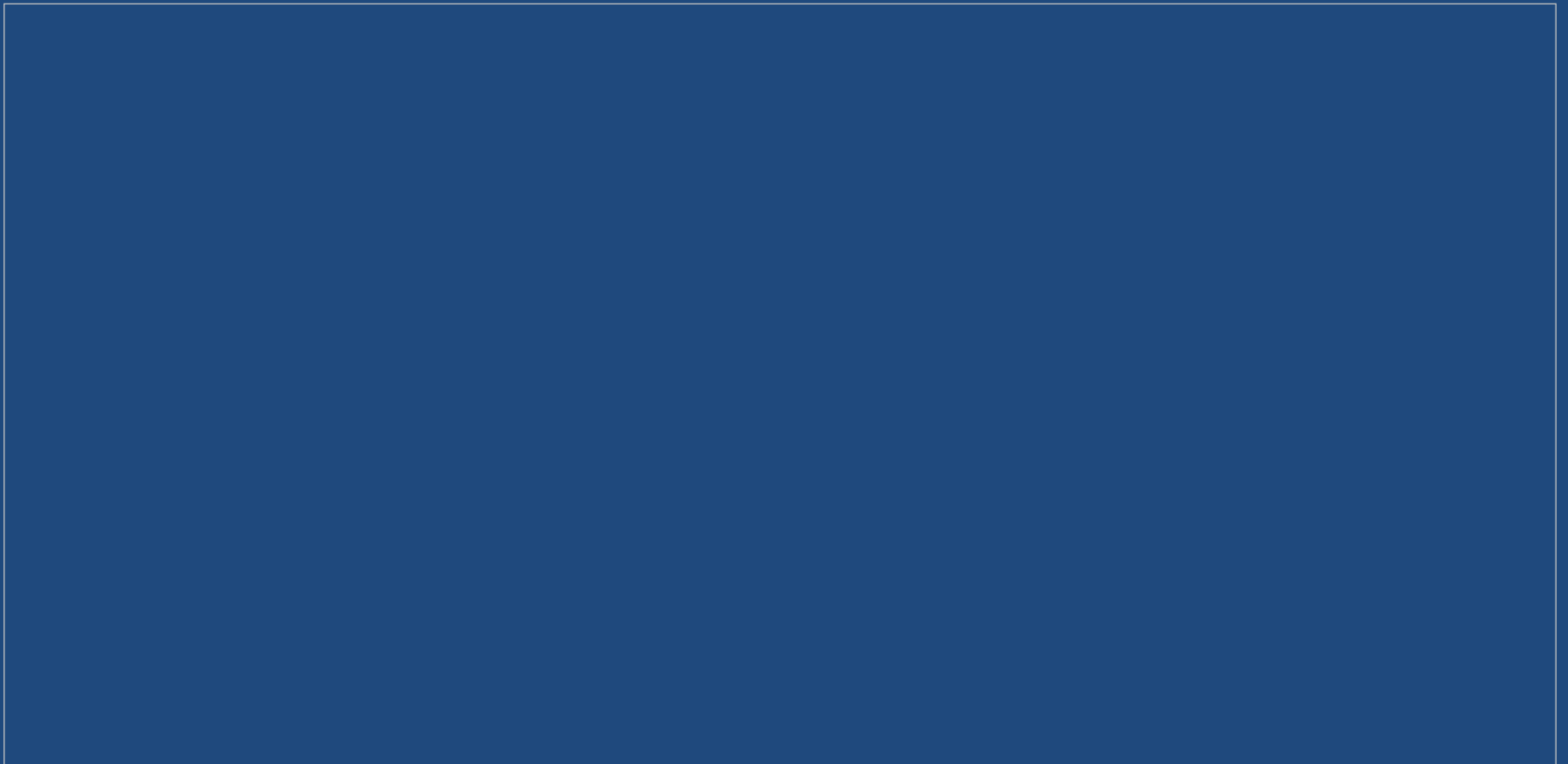
- Nhìn, nghe, sờ
- Thăm TT, ÂĐ, tinh hoàn

**Rule 7. Is there peritonism, is there a hernia and is there a AAA?**

- Các nghiệm pháp, dấu hiệu



# Các nguyên nhân đau bụng cấp thường gặp



## Dấu hiệu nguy hiểm



# Dấu hiệu đặc biệt

26

## IV. Khám LS

Các yếu tố **có thể** liên quan bụng ngoại khoa

- Đau bụng cấp < 48h
- Đau kèm nôn ói
- Sốc
- Bụng đề kháng

## ● LƯU Ý

Người trên 30 tuổi: nguyên nhân tim mạch

Người lớn tuổi: triệu chứng có thể không đặc hiệu

Trên 50 tuổi: thiếu máu mạc treo, vỡ phình ĐMC bụng

Phụ nữ: thai ngoài tử cung, nang buồng trứng vỡ/xuất huyết, viêm phần phụ

## IV. CẬN LÂM SÀNG



## IV. CÂN LÂM SÀNG

**Xét nghiệm thường qui:**

- **Hematocrit:** có thể bình thường trong giai đoạn sớm Mạch nhanh

Mất dịch: ói, tiêu chảy, thoát dịch vào ổ bụng

Mất máu

- **WBC:**

Tăng cao: viêm, nhiễm trùng

Tăng nhẹ/không tăng: siêu vi, gastroenteritis,...

Có thể bình thường ở người già, Bn SGMD, dùng Steroid kéo dài.

- **CRP:**

viêm cấp tính, nhiễm trùng

- **Procalcitonin:** nhiễm trùng

## IV. CÂN LÂM

# SÀNG

## Xét nghiệm thường qui:

- **Ion đồ, BUN, Creatinine:** giảm tưới máu thận, XHTH,...
- **ALT, AST, GGT, Bilirubin:**
- **Amylase, Lipase:** Mức độ tăng amylase hay lipase không phải luôn luôn tương ứng với độ nặng của viêm tụy hay tổn thương tụy. Amylase có thể tăng mạn tính ở BN suy thận.
- **Tổng phân tích nước tiểu**
- **Thử thai nhanh:** phụ nữ tuổi sinh đẻ
- **ECG:** BN lớn tuổi, tiền sử bệnh tim mạch

31

## IV. CẬN LÂM SÀNG

### CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

#### X QUANG BỤNG KSS:

- Mức nước hơi: tắc ruột, liệt ruột
- Hơi tự do trong bụng: Thủng tạng rỗng
- Nhồi máu mạc treo (hơi trong TM cửa),
- Vô hóa bất thường: sỏi niệu, tụy, mật, viêm tụy mạn
- Viêm tụy cấp: hình ảnh cắt cụt, quai ruột cạnh góc
- Mất bóng cơ thắt lưng chậu: tụ máu hoặc áp xe sau phúc mạc
- X quang ngực thẳng: lượng hơi tự do nhỏ

## IV. CẬN LÂM SÀNG

### SIÊU ÂM BỤNG

Là CLS thích hợp cho:

- Bệnh nhân shock hay nghi ngờ chảy máu ổ bụng
- Sỏi túi mật
- Thai ngoài tử cung
- Các bất thường thai kỳ: nhau tiền đạo,...)
- Sỏi niệu ở phụ nữ mang thai

## ƯU NHƯỢC ĐIỂM CỦA SIÊU ÂM

- Quan sát hạn chế khi có nhiều hơi, ở người béo phì
- Phụ thuộc kinh nghiệm KTV
- Không quan sát tốt khoang sau phúc mạc
- Không quan sát trực tiếp rách tạng đặc

## IV. CÂN LÂM SÀNG

### CT SCAN:

Chẩn đoán vỡ tạng đặc: gan, lách, tụy, thận,...

Tắc ruột, xoắn ruột, sỏi đường mật,...

Chẩn đoán viêm ruột thừa khó, hình ảnh không điển hình trên siêu âm

Thoát vị bịt

Không nên chụp cho phụ nữ mang thai, đặc biệt trong 3 tháng đầu

## Hướng điều trị

# NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CHUNG

- Lượng giá và điều trị ban đầu theo ABC như các bệnh cảnh cấp cứu khác.
- Tìm dấu hiệu shock, chảy máu ổ bụng
- Điều trị cấp cứu shock, chảy máu ổ bụng
- Tìm nguyên nhân
- Mở bụng thăm sát nếu cần
- Khám toàn diện, làm các CLS
- Theo dõi sát tình trạng BN

# CÁC NGUYÊN NHÂN NGUY HIỂM

1. Võ phình ĐM chủ bụng
2. Võ gan, võ lách
3. Thai ngoài tử cung vỡ
4. Nhồi máu ruột
5. Thủng tạng
6. Nhồi máu cơ tim cấp

## VỖ PHÌNH ĐM CHỦ BỤNG

### Abdominal Aortic Aneurysm (AAA)

- Gặp nhiều ở nam giới > 65 tuổi
- Khởi đầu: đau lưng, đau vùng bẹn. Diễn hình là đau thượng vị/quanh rốn lan ra sau lưng.
- Có thể có shock

- Sờ thấy một khối mạch
- X quang bụng nghiêng, hoặc siêu âm tại giường nếu BN không di chuyển được.
- Nếu BN ổn định, CT scan bụng là CLS tốt nhất
- Nếu huyết động ổn, có thể chụp hình mạch máu.

**Phình ĐMC bụng trên siêu âm, 7,5cm, bên trong có cục máu đông**



**CT scan: phình ĐMC bụng, có huyết khối trong lòng mạch**

# ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU

- Truyền dịch TM: Normal saline hay Lactated Ringer's, khi HA < 100mmHg. Chú ý không hồi sức quá mức, HA > 120mmHg có thể tăng chảy máu nhiều hơn.



- **Oxygen**
- **Truyền ít nhất 6 đơn vị máu**
- **Đặt sonde Foley: theo dõi lượng nước tiểu**
- **Đo ECG**
- **Hội chẩn Ngoại khoa, thông báo phòng mổ**

## **VỠ GAN, VỠ LÁCH**

- **Thường do chấn thương, nhưng cũng có thể vỡ tự phát như: Sốt rét**
- **BN có thể biểu hiện shock**
- **Đau mỗi vai (*dấu hiệu Kehr*)**
- **Chẩn đoán và xử trí ban đầu như trường hợp vỡ phình ĐMC bụng.**

# THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ

- Là nguyên nhân phổ biến gây tử vong liên quan đến thai kỳ.
- Tam chứng kinh điển: ĐAU BỤNG + TRỄ KINH + RONG HUYẾT
- Shock
  - Nên thực hiện b-hCG ở tất cả BN nữ trong độ tuổi sinh sản có biểu hiện đau bụng.
- Siêu âm bụng chậu
- Xử trí: Oxygen, IV fluid (NS or LR), truyền ít nhất 2 đơn vị máu, hội chẩn BS Ngoại và Sản

# NHỒI MÁU RUỘT

- Due to clot embolus or thrombosis in mesenteric artery
- Most patients have severe coronary artery disease (this can be a post-MI complication)
- May have "pain out of proportion to findings" (may not demonstrate much tenderness)
- Physical exam may show signs of peritonitis, hypoactive bowel sounds, blood in rectum or guiac positive stool

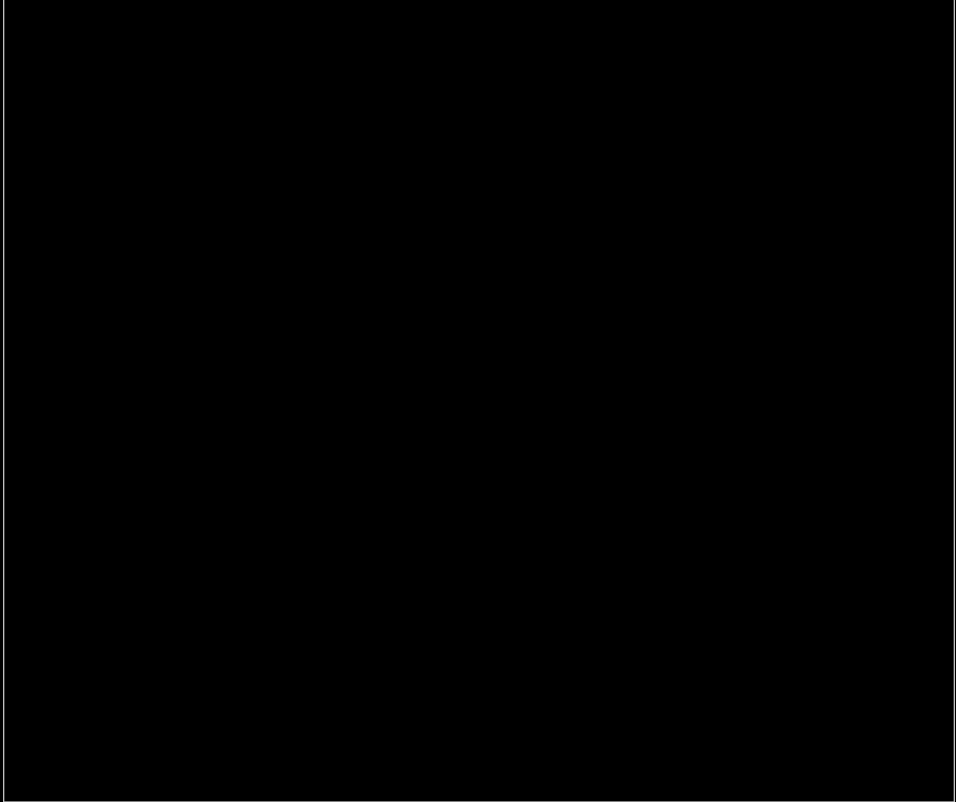
**Bạch cầu tăng cao**

**Toan acid lactic nặng (anion gap > 18)**

**X quang bụng KSS: hơi tự do, hơi trong TM cửa hoặc trong thành ruột ("pneumatosis intestinalis")**

**Có thể cần chụp mạch máu khẩn**

**Xử trí: Oxygen, truyền dịch, kháng sinh TM phổ rộng, hội chẩn Ngoại khoa.**


**Hình chụp mạch máu: cục máu đông trong ĐM mạc treo tràng trên (mũi tên)**

# THŨNG TẠNG RỒNG

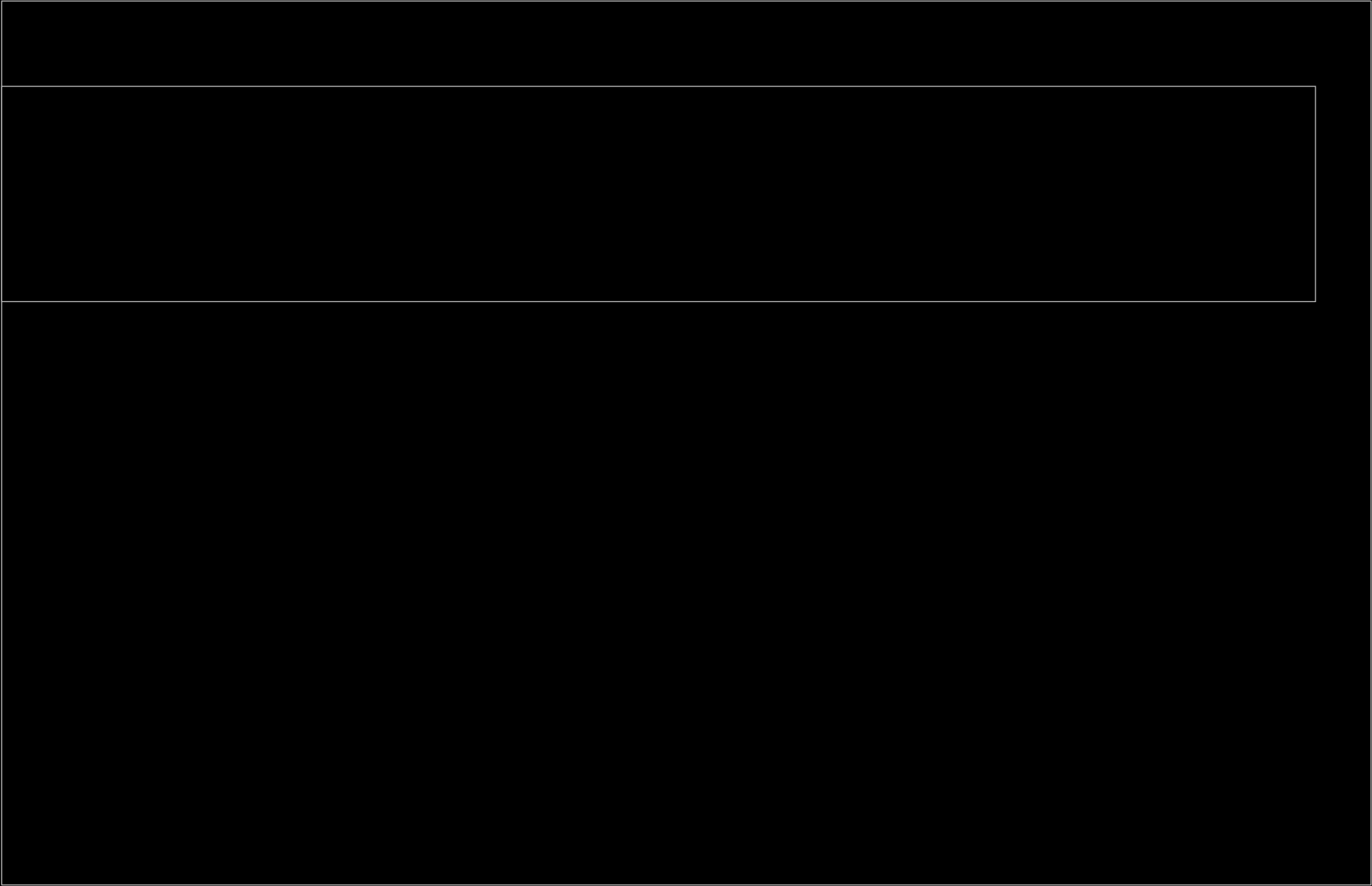
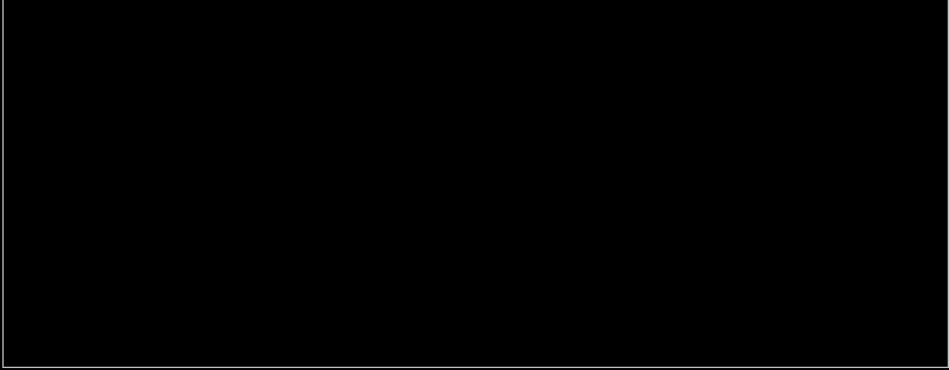
- Nguyên nhân:

- Chấn thương, bị đâm, khối u, viêm ruột, thương hàn, nhiễm Amip hay các ký sinh trùng khác.

- Hình ảnh điển hình: liềm hơi dưới hoành trên phim XQ BKSS. X quang ngực nhạy nhất để phát hiện lượng hơi tự do nhỏ.

- Xử trí: Oxygen, truyền dịch, kháng sinh phổ rộng (cefoxitin & metronidazole), mời BS Ngoại khoa khẩn.

Liềm hơi dưới  
hoành do thủng  
loét dạ dày



**X quang ngực: hình ảnh hơi trong đại tràng (Không phải hơi tự do)**



Larger  
amount

Small  
amount

“Dấu Rigler – dấu hiệu  
thành đôi” của hơi tự  
do trong phúc mạc (*Hơi  
bên trong và bên ngoài,  
giữa là thành ruột*)

# NHỒI MÁU CƠ TIM

- Nghi ngờ: BN lớn tuổi, đau bụng trên mà không chướng hay chướng nhẹ.
- NMCT thành dưới thường vay mượn triệu chứng tiêu hóa: ăn khó tiêu, nôn ói.
- NMCT cũng có thể thứ phát sau shock do nguyên nhân chảy máu trong ổ bụng.
- Chẩn đoán: ECG +/- enzymes ; X quang ngực
- Xử trí: Oxygen, lấy vein, nitrates, aspirin, xem xét dùng tiêu sợi huyết,...



# VIÊM RUỘT THỪA

- Thường do sỏi phân/hạch mạc treo phì đại làm tắc nghẽn lòng ruột thừa
- Ruột thừa bị viêm phù nề → Nung mủ → Hoại tử

# VIÊM RUỘT THỪA

- Đau quanh rốn sau di chuyển hố chậu
- Thường có chán ăn, buồn nôn +/- sốt

nhẹ

- Siêu âm, CT scan giúp chẩn đoán
- Xử trí: cắt ruột thừa

## VIÊM RUỘT THỪA

# VIÊM RUỘT THỪA

# ÁP XE RUỘT THỪA

# PTNS CẮT RUỘT THỪA

## CẮT RUỘT THỪA MỎ MỎ

# TAC RUỘT

Có thể tắc ruột non hay ruột già

Nguyên nhân:

- Bên ngoài: dính ruột, thoát vị, chèn ép,...
- Trên thành ruột: u, lao ruột,...
- Trong lòng ruột: do bã thức ăn, sỏi mật, dị vật

X quang bụng đứng KSS là CLS quan nhất trong chẩn đoán



# VIÊM TÚI MẬT CẤP

- Đau hạ sườn phải +/- thượng vị  
+/- Nôn ói
- Siêu âm là phương tiện chẩn đoán tốt nhất
- Lipase & amylase tăng thứ phát do sỏi OMC
- Có thể biểu hiện viêm đường mật: đau, sốt, vàng da, ...

# VIÊM TÚI MẬT CẤP

- Thường gặp ở nữ, béo phì, trên 40 tuổi
- Nguyên nhân: 95% do sỏi
- Có thể gây nhiều biến chứng ở BN đái tháo đường

# VIÊM TÚI MẬT CẤP

# SỎI TÚI MẬT



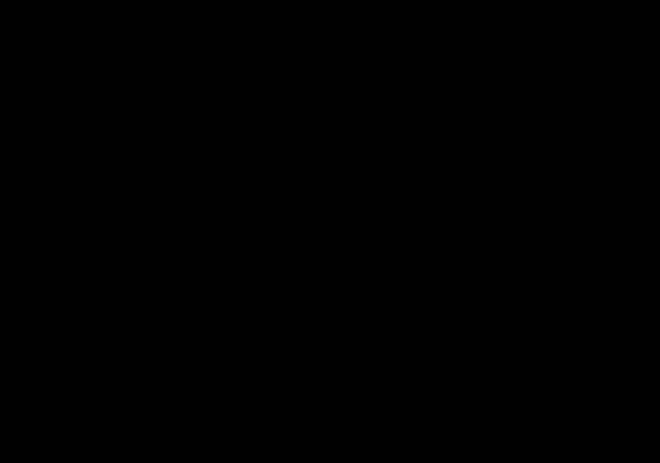
# VIÊM TÚI THỪA

- Thường gặp sau 45 tuổi
- Diễn hình đau  $\frac{1}{4}$  bụng dưới trái, nhưng cũng có thể lan tỏa
- Có thể tạo một khối viêm, thủng
- CT bụng chậu cản quang là tốt nhất
- Bệnh nhẹ: có thể cho uống kháng sinh ngoại trú

[illegible]

# VIÊM LOÉT TQ – DD - TT

- Đau thượng vị, nóng rát sau

- 

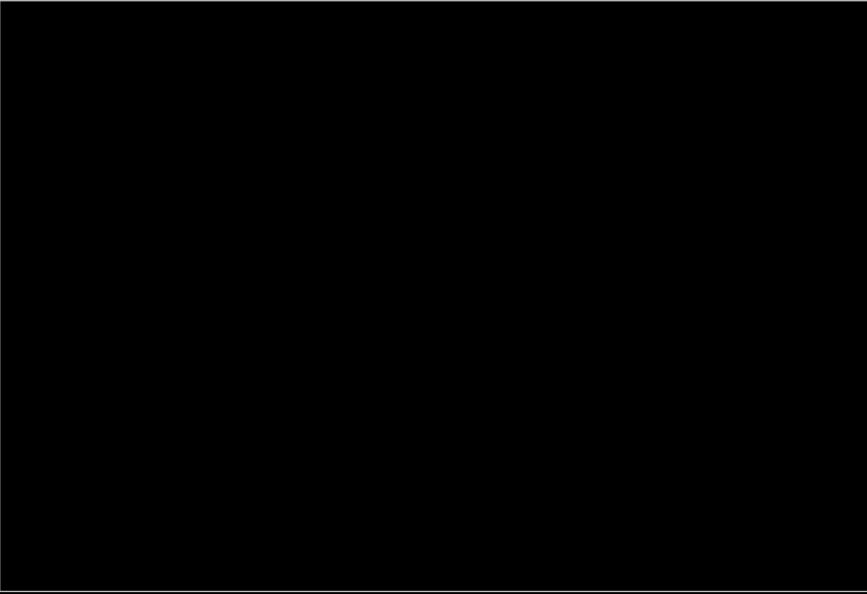
# THAI NGOÀI TỬ CUNG

- Quá trình thụ tinh và làm tổ bên ngoài tử cung
- Là nguyên nhân phổ biến gây tử vong liên quan đến thai kỳ.
- Tam chứng kinh điển: ĐAU BỤNG + TRỄ KINH + RONG HUYẾT
- Shock khi XH nặng

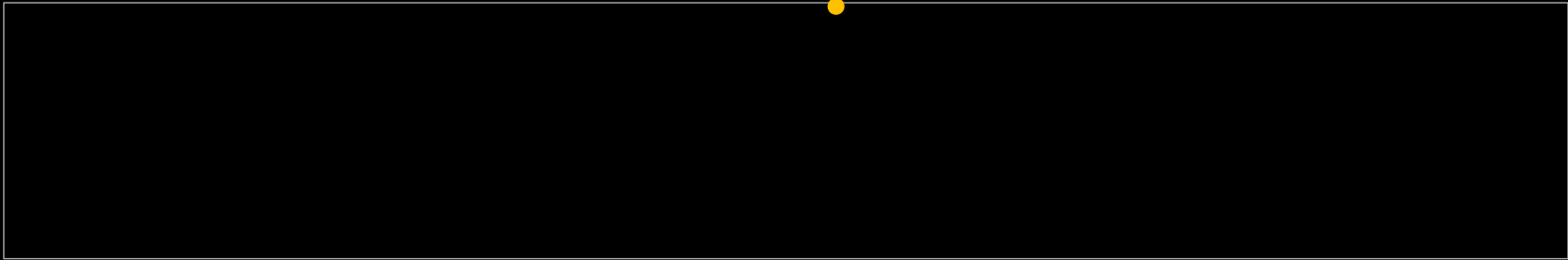
# THAI NGOÀI TỬ CUNG

Nên thực hiện b-hCG ở tất cả BN nữ trong độ tuổi sinh sản có biểu hiện đau bụng.

- Siêu âm bụng chậu
- Xử trí: Oxygen, IV fluid (NS or LR), truyền ít nhất 2 đơn vị máu, hội chẩn BS Ngoại và Sản



## VIÊM TỤY CẤP



# VIÊM TỤY CẤP

- Thường đau sau lưng, nôn ói nhiều, tăng Amylase và Lipase
- Nguyên nhân: do sỏi, do rượu hay vô căn
- Biến chứng:
  - Giảm thể tích tuần hoàn
  - ARDS
  - Hạ canxi máu
  - Áp xe, chảy máu sau phúc mạc
- CT scan là phương tiện chẩn đoán

# VIÊM TỤY CẤP

## SỎI NIÊU

- Đau hông lưng lan xuống bên.
- Nôn ói, sốt, tiểu máu
- Siêu âm bụng: thận ứ nước
- KUB: có thể thấy sỏi cản quang

## VIÊM PHẦN PHỤ

- Diễn hình BN sẽ có đau vùng bụng dưới nhiều + dịch tiết âm đạo
- Cấy dịch tiết ở cổ tử cung
- Tác nhân gây bệnh: gonococcus or chlamydia, hoặc VK

khác

- Xử trí: Kháng sinh TM, giảm đau
- Nhập viện khi:
  - Nhiễm độc, thai kỳ, SGMD, áp xe phần phụ,...

**THANK YOU!**