

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BỤNG TO

Võ Thị Lương Trân, Võ Thị Mỹ Dung

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

### Kiến thức

1. Nắm được cách tiếp cận bệnh nhân bụng to và báng bụng.

### Kỹ năng

1. Khai thác bệnh sử có định hướng.
2. Thực hiện đúng các kỹ thuật thăm khám bệnh nhân bụng to và báng bụng.
3. Viết và trình bày bệnh án theo hướng tiếp cận vấn đề.
4. Biện luận lâm sàng để đưa ra hướng chẩn đoán.
5. Đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán xác định.

### Thái độ

1. Giao tiếp tốt và tôn trọng bệnh nhân, gia đình bệnh nhân, đồng nghiệp và cộng sự.
2. Thấu cảm với nỗi đau của bệnh nhân và gia đình.
3. Có tác phong chuyên nghiệp (trang phục, hành xử).
4. Tuân thủ các quy chế của bệnh viện: phân loại chất thải y tế, chống nhiễm khuẩn, an toàn người bệnh, bảo mật.

## PHẦN I: TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BỤNG TO

### I. Đại cương:

Bụng bệnh nhân to ra do sự tích tụ bình thường hoặc bất thường của dịch hoặc mô. Đó có thể là mô mỡ (béo phì), hơi, dịch ổ bụng (báng bụng), tạng đặc to ra do tăng sinh mô hoặc sự hiện diện của nang (gan to, lách to, thận đa nang, nang buồng trứng...), tắc nghẽn tạng rỗng (dạ dày, ruột non, đại tràng...), các khối tân sinh (lành hoặc ác tính), mang thai...

Một cách dễ nhớ, các nguyên nhân gây bụng to thường bắt đầu bằng từ có phát âm là "F" như là: Fat (béo phì), fluid (báng bụng), fetus (thai), flatus (chướng hơi do tắc đại tràng), faeces (ứ phân), "filthy" big tumor (ví dụ như u buồng trứng), "phantom" pregnancy (thai ảo)....

### II. Chẩn đoán các nguyên nhân gây bụng to:

#### 1. Béo phì:

- Triệu chứng bụng to ra thường chậm, kéo dài từ nhiều tháng đến nhiều năm.
- Người béo phì thường có bụng tròn to cân đối, rốn thường lõm sâu vào trong thành bụng.
- Sự tích tụ mỡ có thể thấy cả ở những phần khác của cơ thể. Tuy nhiên ở nam giới, mỡ thường tập trung nhiều ở các tạng trong ổ bụng và ở mạc treo.

#### 2. Báng bụng:

4 dấu hiệu đặc trưng của báng bụng tự do:

- Bụng bệnh nhân bè ra hai bên ở tư thế nằm ngửa.
- Vùng chướng hơi tập trung ở phần trên của bụng.
- Dấu hiệu vùng đục thay đổi (+).
- Dấu hiệu sóng vỗ (+)

#### 3. Bụng chướng hơi:

- Là khi hơi tập trung quá nhiều trong ống tiêu hóa hoặc có sự hiện diện của hơi tự do trong ổ bụng.
- Nhìn thấy bụng to ra.
- Gõ vang khắp bụng.
- Quan sát bụng ở tư thế nhìn nghiêng: bụng to ra theo hình một đường cong.
- Trường hợp hơi trong ổ bụng lượng ít, khám lâm sàng có thể không phát hiện được. Khi lượng hơi nhiều hơn, có thể gõ vang khắp bụng, kèm triệu chứng đau, triệu chứng của viêm phúc mạc và thay đổi nhu động ruột.

#### 4. Có thai:

- Bệnh nhân tắt kinh, có cảm giác thai máy, vú to ra.
- Rốn thường bị đẩy về phía trên.
- Cổ tử cung mềm.
- Sờ được các phần của thai, nghe tim thai.

#### 5. U nang buồng trứng:

- Những nang buồng trứng lớn có thể chiếm đầy ổ bụng và bị lăm vói dịch màng bụng. Do có thành mỏng và chứa đầy dịch, chúng có thể đẩy rốn lồi ra, đồng thời cũng tạo ra dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu vùng đục di chuyển khi khám bụng.

- Các dấu hiệu giúp nhận ra nang buồng trứng:
    - Quan sát kỹ bụng ở tư thế nghiêng sẽ thấy nang buồng trứng tạo ra đường cong chủ yếu ở nửa dưới của bụng.
    - Khi bệnh nhân nằm ngửa, vùng chướng hơi của ruột bị đẩy lên trên, ta sẽ gõ đục ở phần dưới của bụng.
    - Nghiệm pháp “cây thước” (the ruler test): Đặt một cây thước ngang qua bụng bệnh nhân, nhịp đập của động mạch chủ bụng không truyền qua được dịch tự do trong ổ bụng, nhưng nếu dịch được chứa trong một nang kín, động mạch chủ bụng đập sẽ làm cây thước di động.
- Vậy: nếu cây thước nằm yên: nghiệm pháp âm tính → là cổ trướng.
- Nếu cây thước di động theo nhịp đập của động mạch chủ bụng: nghiệm pháp dương tính → là nang buồng trứng.

#### 6. Cầu bàng quang:

- Cầu bàng quang gây ra do tắc nghẽn mạn tính có thể to đến rốn, thường nằm ở đường giữa bụng.
- Bệnh nhân bí tiểu, đau tức hạ vị.
- Khám thấy vùng hạ vị căng, đau, gõ đục, giới hạn trên của vùng đục là một đường cong, mặt lõm hướng về phía chân.
- Biến mất sau khi thông tiểu.

#### 7. Ứ phân:

- Sự tích tụ lượng lớn phân (như trong bệnh phình đại tràng) có thể làm bụng to ra. Lạm dụng thuốc nhuận trường, lớn tuổi, sử dụng các thuốc kháng cholinergic ...là những nguyên nhân thường gặp.
- Bệnh nhân thường có tiền căn táo bón kéo dài hoặc sử dụng thuốc nhuận trường, tiền căn sử dụng thuốc...
- Khám: sờ thấy khối mềm qua thành bụng.
- Khám trực tràng có thể thấy phân.
- Bụng bệnh nhân thường không có chướng hơi.

#### 8. Các nguyên nhân khác

- Bụng to khu trú là dấu hiệu của một tạng nào đó trong ổ bụng hay khung chậu to ra.

### III. Kết luận:

Có nhiều nguyên nhân gây ra triệu chứng bụng to. Muốn chẩn đoán bệnh chính xác, cần kết hợp các thông tin thu được qua phần hỏi bệnh (tiền căn, bệnh sử), khám lâm sàng và làm các nghiệm pháp đặc biệt khác.

## PHẦN II: TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BÁNG BỤNG

### I. Đại cương:

Báng bụng là sự tích tụ dịch trong khoang màng bụng. Dịch này có thể được hình thành do các bệnh lý của màng bụng (nhiễm trùng, bệnh ác tính), hoặc do bệnh lý của những cơ quan ở xa màng bụng (bệnh gan, suy tim....).

Việc tiếp cận một bệnh nhân báng bụng phụ thuộc vào cách khởi phát của bệnh. Ở những bệnh nhân lần đầu tiên bị báng bụng, cần chú trọng vào việc xác định nguyên nhân gây báng bụng. Ở những bệnh nhân báng bụng đã biết nguyên nhân, cần đánh giá giai đoạn của bệnh để có hướng điều trị phù hợp.

### II. Nguyên nhân:

Có thể chia nguyên nhân gây báng bụng dựa vào cơ chế bệnh sinh.

#### 1. Do tăng áp cửa:

- Xơ gan
- Viêm gan do rượu.
- Suy gan cấp.
- Thuyên tắc tĩnh mạch trên gan.
- Suy tim.
- Viêm màng ngoài tim co thắt.
- Báng bụng liên quan đến chạy thận nhân tạo.

#### 2. Do giảm albumin máu:

- Hội chứng thận hư.
- Bệnh ruột mất protein.
- Suy dinh dưỡng.

#### 3. Do bệnh lý của màng bụng:

- Nhiễm trùng: vi khuẩn, lao, nấm, ký sinh trùng.
- Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan.
- Thấm phân phúc mạc.
- Bệnh lý ác tính:
  - ✓ Ung thư biểu mô màng bụng.
  - ✓ Ung thư di căn màng bụng.

#### 4. Các nguyên nhân khác:

- Báng bụng dưỡng chấp.
- Báng bụng do tụy.
- Chấn thương niệu quản.

Khoảng 5% bệnh nhân có nhiều hơn một nguyên nhân gây báng bụng, ví dụ: xơ gan và suy tim, xơ gan và lao màng bụng...

### III. Tiếp cận bệnh nhân báng bụng:

Tiếp cận bệnh nhân báng bụng cần theo các bước sau:

1. Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng.

2. Chẩn đoán mức độ báng bụng.
3. Chẩn đoán nguyên nhân báng bụng.

### **A. Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng:**

Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng cần dựa vào:

- Lâm sàng:
  - Hỏi tiền căn và bệnh sử.
  - Khám thực thể.
- Các xét nghiệm hình ảnh học vùng bụng (phương pháp thường được sử dụng là siêu âm bụng).

#### **1. Tiền căn:**

- Uống rượu.
- Viêm gan virus B, C mạn hoặc các yếu tố nguy cơ của viêm gan virus B, C mạn.
- Tiền sử vàng da.
- Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu.
- Các bệnh lý khác đi kèm: suy tim, lao, ung thư, viêm tụy, bệnh nhân được thẩm phân phúc mạc...
- Tiền sử gia đình có bệnh gan.

#### **2. Triệu chứng lâm sàng:**

##### **a. Triệu chứng cơ năng:**

- Báng bụng lượng ít thường không gây ra triệu chứng gì.
- Khi lượng dịch tăng lên, triệu chứng thường gặp nhất là bụng to ra, thể hiện ở chỗ dây thắt lưng hoặc quần áo ở vùng hông lưng chật đi. Bệnh nhân cũng than phiền về tình trạng tăng cân.
- Khi báng bụng lượng nhiều và dịch hình thành nhanh, bệnh nhân có thể cảm thấy căng tức bụng, khó thở hoặc xuất hiện thoát vị thành bụng (thoát vị bẹn, thoát vị rốn). Các triệu chứng khác gây ra do tăng áp lực ổ bụng cũng được ghi nhận như khó tiêu, ợ nóng (do trào ngược dạ dày – thực quản).
- Ngoài ra bệnh nhân có thể than phiền những triệu chứng của bệnh lý nguyên nhân.

##### **b. Triệu chứng thực thể:**

###### **❖ Nhìn:**

- Báng bụng toàn thể lượng ít thường không thay đổi hình dạng bụng.
- Báng bụng toàn thể lượng nhiều:
  - Bụng bệnh nhân lớn ra, da bụng căng, bụng bè ra hai bên khi nằm ngửa, bụng xệ ra trước và xuống dưới khi ngồi hoặc đứng.
  - Mất nếp nhăn quanh rốn, rốn lồi.
  - Da bụng căng, nhẵn bóng.

###### **❖ Nghe: Ít có giá trị chẩn đoán.**

###### **❖ Gõ:**

- Báng bụng toàn thể lượng ít: gõ thường không phát hiện được.

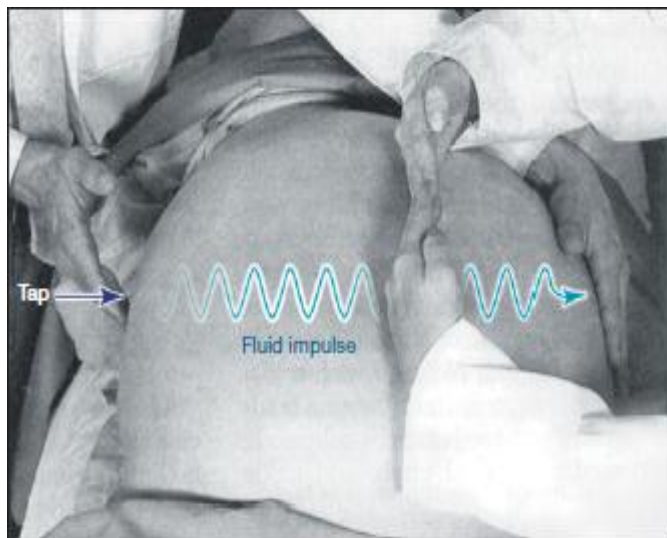
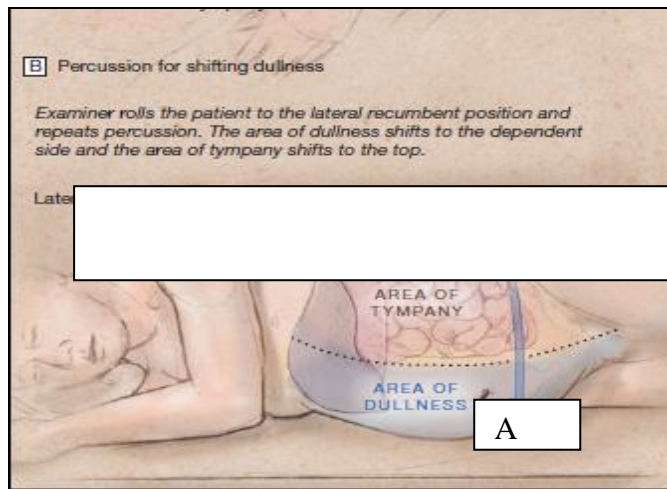
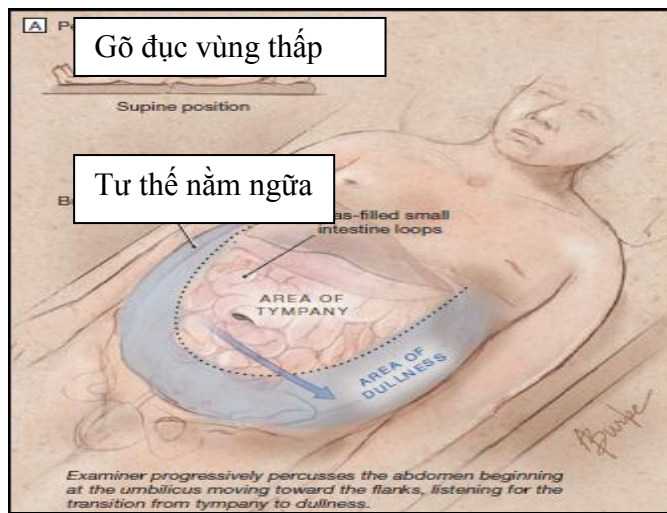
- **Báng bụng toàn thể lượng trung bình:**
  - Gõ đục vùng thấp: là dấu hiệu tương đối sớm, khi lượng dịch khoảng 2 lít.
  - Dấu hiệu vùng đục di chuyển (+).
- **Báng bụng toàn thể lượng nhiều:**
  - Gõ đục khắp bụng.
  - Vùng chướng hơi tập trung ở phần trên của bụng do các quai ruột chứa đầy hơi và di động nên nổi lên trên bề mặt của lớp dịch.
  - Dấu hiệu sóng vỗ (+).
- **Cổ trướng khu trú:**
  - Gõ chỗ đục chỗ trong (gõ đục bàn cờ).
  - Vùng đục, vùng trong không thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân.

❖ **Sờ:**

- Báng bụng tự do lượng ít: Sờ thường không có thay đổi gì đặc biệt.
- Báng bụng tự do lượng trung bình và nhiều: Tùy theo lượng dịch mà khi sờ sẽ có cảm giác mềm hoặc căng.
- Báng bụng khu trú: Sờ thường không phát hiện được.

❖ **Các dấu hiệu đặc biệt:**

- **Dấu hiệu vũng nước (puddle sign):** giúp phát hiện báng bụng lượng ít (<120ml). Cách khám như sau: Cho bệnh nhân nằm sấp trong 5 phút, sau đó nằm chống khuỷu và gối. Thầy thuốc đặt phần màng của ống nghe lên bụng bệnh nhân, búng hoặc gõ tay vào thành bụng của bệnh nhân tại một vị trí với cường độ không đổi, di chuyển màng ống nghe ra xa dần, cường độ tiếng gõ sẽ thay đổi khi ra xa khỏi giới hạn của vùng dịch.
- **Vùng đục di chuyển:**  
Dấu hiệu này chỉ xuất hiện khi lượng dịch trên 1500 ml.  
Cho bệnh nhân nằm ngửa, gõ bắt đầu từ rốn ra bên hông sườn để xác định giới hạn trên của vùng gõ đục, đánh dấu vị trí này lên da. Sau đó cho bệnh nhân nằm nghiêng sang một bên trong một phút, gõ để xác định ranh giới mới của vùng đục. Sự di chuyển của vùng đục chứng tỏ có dịch tự do trong ổ bụng.
- **Dấu hiệu sóng vỗ:**  
Dấu hiệu này chỉ xuất hiện khi lượng dịch trên 1500 ml.  
Khi tay phải vỗ vào một bên thành bụng, tay trái đặt ở phía bên thành bụng đối diện sẽ nhận được xung động truyền đến. Tuy nhiên cần lưu ý rằng lớp mỡ mạc treo cũng có thể tạo ra dấu hiệu sóng vỗ tương tự. Vì vậy khi khám, có thể nhờ người phụ tá hoặc nhờ bệnh nhân đặt bờ trụ của bàn tay họ lên trên đường trắng giữa bụng để chặn sự di động của lớp mỡ mạc treo .
- **Dấu chạm cục nước đá:** giúp phát hiện tạng đặc hay khối u trong trường hợp báng bụng toàn thể lượng nhiều. Áp đầu các ngón tay vào thành bụng bệnh nhân, ấn mạnh rồi buông ra sao cho các đầu ngón tay vẫn áp sát vào thành bụng, nếu có cảm giác có một khối chạm vào tay là nghiệm pháp dương tính.



**Figure 6-2 Testing for a Fluid Wave**

### 3. Xét nghiệm hình ảnh học vùng bụng:

Các xét nghiệm hình ảnh học giúp khẳng định sự hiện diện của dịch báng.

#### a. Siêu âm bụng:

Là phương pháp không xâm lấn và ít tốn kém nhất để xác định sự hiện diện của báng bụng.

Được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán báng bụng.

Có thể phát hiện lượng dịch khoảng 100ml.

Giúp định vị chọc dò, đặc biệt khi lượng dịch quá ít hoặc trong trường hợp báng bụng khu trú.

**b. CT bụng:**

CT bụng có độ nhạy và độ chuyên biệt cao trong chẩn đoán báng bụng. Tuy nhiên do chi phí cao nên CT không được xem là phương pháp hàng đầu trong chẩn đoán báng bụng.

CT bụng có vai trò trong việc góp phần giúp chẩn đoán nguyên nhân của báng bụng.

**B. Chẩn đoán mức độ báng bụng:**

Phân độ theo câu lạc bộ báng bụng quốc tế:

Độ 1: Báng bụng lượng ít, chỉ phát hiện được bằng siêu âm, lâm sàng không có triệu chứng.

Độ 2: Báng bụng lượng trung bình, biểu hiện bởi bụng to cân đối mức độ vừa.

Độ 3: Báng bụng lượng nhiều, bụng căng to.

**C. Chẩn đoán nguyên nhân báng bụng:**

Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm hình ảnh học có thể giúp gợi ý nguyên nhân, nhưng xét nghiệm dịch báng là quan trọng nhất để chẩn đoán nguyên nhân của báng bụng.

Chọc dò dịch báng là một thủ thuật đơn giản, có thể thực hiện tại giường, ít tai biến, nhưng có thể đem lại những lợi ích sau:

- Khẳng định chắc chắn bệnh nhân có báng bụng.
- Giúp xác định nguyên nhân của báng bụng.
- Phát hiện những trường hợp báng bụng nhiễm trùng.
- Xét nghiệm cấy dịch màng bụng và làm kháng sinh đồ giúp hướng dẫn cho việc điều trị được hiệu quả.

**1. Chỉ định:**

**a. Chẩn đoán:**

- Báng bụng mới khởi phát chưa rõ nguyên nhân.
- Nghi ngờ viêm phúc mạc nguyên phát ở các trường hợp báng bụng đã xác định nguyên nhân từ trước.

**b. Điều trị:**

- Báng bụng gây căng tức khó chịu và gây suy hô hấp.
- Báng bụng trơ không đáp ứng với điều trị lợi tiểu.

**2. Chống chỉ định:**

**a. Tuyệt đối:**

- Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)

**b. Tương đối:**

- Bệnh tiêu fibrin nguyên phát (primary fibrinolysis).
- Tắc ruột.
- Dính ruột sau mổ.

**3. Biện chứng:**



- Rối loạn huyết động sau chọc báng lượng lớn.
- Rỉ dịch qua vị trí chọc dò.
- Xuất huyết:
- Nhiễm trùng.
- Máu tụ thành bụng.

#### 4. Phân tích dịch báng:

Phân tích dịch báng nên theo trình tự sau:

- Quan sát đại thể.
- Phân tích các xét nghiệm thường quy của dịch màng bụng.
- Phân loại nguyên nhân của báng bụng dựa vào SAAG và protein trong dịch màng bụng.
- Phân tích các xét nghiệm chuyên biệt của dịch màng bụng để xác định nguyên nhân.

##### a. Quan sát đại thể.

**Dịch trong:** Dịch màng bụng thường trong, vàng rơm hay vàng nhạt. Ở những bệnh nhân xơ gan mới khởi phát và không có biến chứng, dịch có thể trong như nước nếu nồng độ bilirubin trong máu bình thường và nồng độ protein trong dịch màng bụng thấp.

**Dịch trắng như sữa:** Dịch có nồng độ triglyceride cao hơn trong huyết thanh và trên 200 mg/dl, thường là trên 1000 mg/dl. Loại dịch này được gọi là dịch dưỡng trấp.

**Dịch đục:** Dịch có bạch cầu  $> 5000/\text{mm}^3$  thường đục, và nếu lượng bạch cầu  $> 50000/\text{mm}^3$  sẽ là dịch mủ đại thể.

**Dịch hồng hoặc màu đỏ như máu:** Dịch có hồng cầu  $> 10000/\text{mm}^3$  thường có màu hồng. Dịch máu đại thể thường có lượng hồng cầu  $> 20000/\text{mm}^3$ .

**Dịch nâu:** Dịch màng bụng màu nâu sậm như mật và nồng độ bilirubin trong dịch cao hơn trong huyết thanh có thể gặp trong thủng túi mật hoặc thủng ổ loét tá tràng.

##### b. Các xét nghiệm thường quy dịch màng bụng:

Khi tiếp cận một trường hợp báng bụng, hai vấn đề đầu tiên cần quan tâm:

- Dịch báng có nhiễm trùng không?
- Có liên quan tăng áp cửa không?

Các xét nghiệm thường quy dịch màng bụng là các xét nghiệm được thực hiện đầu tiên và giúp xác định hai vấn đề trên, bao gồm các xét nghiệm sau đây:

- Albumin

Albumin huyết tương phải được làm đồng thời với albumin trong dịch báng để tính độ chênh albumin trong dịch màng bụng và trong huyết tương (SAAG: serum-ascites albumin gradient).

$\text{SAAG} = \text{Albumin/huyết tương} - \text{Albumin/dịch màng bụng}$ .

$\text{SAAG} \geq 1,1\text{g/dl}$ : báng bụng có liên quan đến tăng áp cửa (độ chính xác 97%).

$\text{SAAG} < 1,1\text{g/dl}$ : báng bụng không liên quan đến tăng áp cửa.

- Protein toàn phần.

Trước đây, protein thường được dùng để phân chia báng bụng dịch thấm và báng bụng dịch tiết. Tuy nhiên hiện nay, hệ thống phân loại dịch thấm, dịch tiết dựa vào trị số protein ít có giá trị ứng dụng lâm sàng.

Trị số protein không thay đổi trong viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, và những bệnh nhân có protein dịch báng < 1g/dl có nguy cơ cao viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.

- Đếm tế bào và các thành phần của tế bào:

Là xét nghiệm rất hữu ích trong phát hiện nhiễm trùng và nên được thực hiện ở tất cả các mẫu dịch báng, kể cả những trường hợp rút dịch báng với mục đích điều trị.

Trong viêm phúc mạc nguyên phát, bạch cầu tăng cao, trong đó bạch cầu đa nhân chiếm trên 70%.

Trong lao và ung thư màng bụng, bạch cầu tăng cao, ưu thế là lympho bào.

**c. Phân loại nguyên nhân của báng bụng dựa vào SAAG và protein trong dịch màng bụng:**

SAAG cao ( $\geq 1,1\text{g/dl}$ )		SAAG thấp ( $<1,1\text{g/dl}$ )	
Protein cao	Protein thấp	Protein cao	Protein thấp
Suy tim Viêm màng ngoài tim co thắt. Hội chứng Budd-Chiary (giai đoạn sớm)	Xơ gan. Viêm gan do rượu. Suy gan tối cấp. Hội chứng Budd-Chiary (giai đoạn trễ).	Lao màng bụng. Ung thư màng bụng. Báng bụng do tụy. Viêm thanh mạc (bệnh mô liên kết)	Hội chứng thận hư.

**d. Các xét nghiệm chuyên biệt khác:**

Các xét nghiệm chuyên biệt khác được đề nghị dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và kết quả của các xét nghiệm thường quy ban đầu, với mục đích giúp tìm nguyên nhân của báng bụng, bao gồm những xét nghiệm sau đây:

- Cấy vi trùng

Hiện nay phương pháp được sử dụng là cấy dịch màng bụng trong chai cấy máu tại giường bệnh cho kết quả tốt hơn phương pháp cấy dịch màng bụng cũ, với khả năng phát hiện vi trùng khoảng 80%.

- Glucose:

Glucose trong dịch màng bụng thường bằng glucose trong máu.

Glucose trong dịch màng bụng giảm trong nhiễm trùng hoặc ung thư màng bụng.

- LDH:

Xơ gan không biến chứng: tỉ lệ LDH dịch màng bụng/LDH huyết thanh khoảng 0.4.

Trong viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, tỉ lệ này thường tăng lên đến 1.

Khi tỉ lệ LDH dịch màng bụng/LDH huyết thanh > 1: nhiễm trùng, bệnh ác tính, thủng đại tràng.

▪ **Nhuộm Gram:**

Thường chỉ dương tính khi có lượng lớn vi khuẩn cư trú.

Hữu ích trong loại trừ thủng ống tiêu hóa vào khoang màng bụng (trường hợp này nhuộm Gram có thể phát hiện được nhiều dạng vi khuẩn).

▪ **Tế bào học:** độ nhạy 58 – 75% trong chẩn đoán báng bụng liên quan bệnh lý ác tính.

▪ **Amylase:**

Nồng độ amylase trong dịch màng bụng khoảng 40 UI/L, tỉ lệ amylase dịch màng bụng/amylase huyết thanh vào khoảng 40%.

Tỉ lệ này tăng lên trong viêm tụy hoặc thủng ống tiêu hóa.

Viêm tụy: amylase dịch màng bụng > 2000 UI/L, amylase dịch màng bụng cao hơn amylase huyết thanh khoảng 6 lần.

▪ **Triglyceride** (nếu dịch có màu đục như sữa hoặc nghi ngờ báng bụng dưỡng thấp). Dịch dưỡng thấp có nồng độ triglyceride trên 200 mg/dl (2,26 mmol/L) và thường trên 1000 mg/dl (11,3mmol/L).

▪ **Bilirubin:** nên được làm ở những bệnh nhân có dịch báng màu nâu sậm.

Khi nồng độ bilirubin trong dịch báng lớn hơn bilirubin trong huyết thanh → gợi ý thủng túi mật hoặc thủng ống tiêu hóa vào khoang phúc mạc.

▪ **Các xét nghiệm trong chẩn đoán lao màng bụng:** soi trực tiếp, cấy vi trùng lao, nội soi ổ bụng, đếm tế bào, ADA...

**5. Tóm tắt đặc điểm dịch màng bụng theo một số nguyên nhân:**

Nguyên nhân	Đại thể	Protein (g/l)	SAAG (g/dl)	Hồng cầu > 10000/ $\mu$ l	Bạch cầu / $\mu$ l	Xét nghiệm khác
Xơ gan	Vàng trong hay vàng sậm	< 25	> 1.1	1%	< 250 (90%) (chủ yếu là tế bào trung biểu mô)	
Ung thư	Vàng, máu, nhầy, dưỡng thấp	> 25	< 1.1	20%	> 1000 (50%), nhiều loại tế bào khác nhau	Tế bào học, cell block, sinh thiết màng bụng.
Lao màng bụng	Dịch trong, đục, máu, dưỡng	> 25	< 1.1	7%	> 1000 (70%), tế bào lympho	Sinh thiết màng bụng, cấy, nhuộm tìm vi

	trấp				ưu thế	khuẩn.
Viêm phúc mạc mủ	Đục, mủ	> 25	< 1.1		Bạch cầu đa nhân ưu thế	Nhuộm Gram, cấy
Suy tim sung huyết	Vàng trong	Thay đổi, 15 - 53	> 1.1	10%	< 1000 (90%), chủ yếu tế bào trung biểu mô, tế bào đơn nhân	
Hội chứng thận hư	Vàng, dưỡng trấp	< 25	< 1.1		< 250, chủ yếu tế bào trung biểu mô, tế bào đơn nhân.	
Báng bụng do tụy	Đục, máu, dưỡng trấp	Thay đổi, thường > 25	< 1.1	Thay đổi	Thay đổi	Tăng amylase trong dịch báng và trong huyết thanh.

#### IV. Kết luận:

Báng bụng là bệnh lý thường gặp ở khoa tiêu hóa. Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng đòi hỏi sự phối hợp của triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm hình ảnh học. Phân tích dịch báng là xét nghiệm quan trọng nhất giúp xác định nguyên nhân của báng bụng.

#### V. Câu hỏi thảo luận:

1. Nêu các nguyên nhân gây bụng to, một số đặc điểm cần lưu ý khi hỏi bệnh và khám bệnh để gợi ý các nguyên nhân đó.
2. Để chẩn đoán xác định bệnh nhân có báng bụng, cần dựa vào những triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nào?
3. Xét nghiệm quan trọng nhất giúp chẩn đoán nguyên nhân của báng bụng là gì?
4. Nêu tóm tắt đặc điểm dịch màng bụng của một số nguyên nhân gây báng bụng thường gặp: xơ gan, lao màng bụng, suy tim, ung thư...

#### VI. Tài liệu tham khảo:

1. Triệu chứng học nội khoa. PGS.TS Châu Ngọc Hoa. Nhà xuất bản Y học 2012.
2. Bệnh học nội khoa. PGS.TS Châu Ngọc Hoa. Nhà xuất bản Y học 2012.
3. Talley and O'Connor Clinical Examination. The gastrointestinal examination. NXB Elsevier.

4. Robert M. Glickman. Abdominal swelling and ascites. Harrison' Gastroenterology and Hepatology 2010.
5. DeGowin. Abdominal signs. Diagnostic examination 2004.