

BÁNG BỤNG – ASCITES.**I. Định nghĩa:**

Báng bụng là tình trạng có dịch trong khoang phúc mạc. Cần phân biệt với các tình trạng cũng bụng to nhưng không phải báng bụng. Bao gồm có báng bụng tự do và báng bụng khu trú.

Khám lâm sàng, các dấu hiệu có thể giúp xác định bệnh nhân có báng bụng:

- Gõ đục **vùng trung** => khó thực hiện vì gây khó khăn cho tư thế bệnh nhân.
- Gõ đục vùng thấp + vùng đục di chuyển => báng bụng tự do, đây là phương pháp nhạy nhất để phát hiện báng bụng.
- Dấu sóng vỗ, cũng với dấu gõ đục vùng thấp chỉ xuất hiện khi lượng dịch từ 1500 ml trở lên.
- Khi báng bụng lượng nhiều, bụng căng to không sờ nông hay sờ sâu được => làm nghiệm pháp **chạm cục nước đá** để phát hiện các tạng đặc ở dưới ổ bụng.

Siêu âm giúp phát hiện báng bụng lượng ít, từ 100ml trở lên.

Triệu chứng lâm sàng của báng bụng sẽ phụ thuộc vào lượng dịch và tốc độ hình thành dịch. Nếu tốc độ hình thành nhanh thì chỉ cần một lượng dịch vừa phải cũng đủ khiến bệnh nhân **khó chịu, khó thở**.

Phân độ báng bụng: được chia làm 3 độ (theo cô Mỹ Dung).

- Độ 1: Ít, chỉ phát hiện trên siêu âm.
- Độ 2: Bụng chướng vừa, có dấu sóng vỗ, cũng có thể có rốn lõm, vẫn sờ được tạng. Khi gõ đục hai bên hông thì > 1500 ml.
- Độ 3: Bụng chướng căng, không sờ được các tạng. Chỉ làm dấu chạm cục nước đá.

II. Cơ chế:

Sự thành lập dịch trong khoang màng bụng dựa vào sự mất cân bằng giữa hai yếu tố:

- Cân bằng Stalin giữa áp lực thủy tĩnh và áp lực keo (hay cách khác biểu hiện thông qua **SAAG=Albumin máu – Albumin dịch = Serum to Ascites Albumin Gradient**).
- Tính thấm đối với protein của hệ mạch lymph và tế bào ở màng bụng.

Cân bằng Stalin:

- Bình thường, gradient áp lực thủy tĩnh và gradient áp lực keo sẽ cân bằng với nhau, giúp dịch trao đổi đều qua màng mao mạch mà không thất thoát dịch hay ứ dịch ở ngoại bào.

- Trong tăng áp cửa, gradient áp lực thủy tĩnh tăng, **dẫn đến tăng áp lực thẩm thấu của dịch qua màng mao mạch, dịch thoát vào khoang màng bụng**; để bù lại gradient áp lực thủy tĩnh đó, gradient áp lực keo có xu hướng tăng **lên** để tăng khả năng giữ dịch bù trừ. Do đó, khi có bất kì nguyên nhân nào làm tăng áp cửa, **SAAG > 1.1 g/dL**.

- Trong hạ albumin máu, thì vì gradient áp lực keo giảm rất nhiều, lòng mạch mất khả năng giữ dịch => dịch thoát mạch gây là bụng báng.

Tính thấm đối với Protein của hệ mạch lympho:

- Theo sinh lý bình thường, khi dịch thoát ra khỏi lọc mạch có một phần nhỏ protein bị giữ lại, nhưng **protein đó sau đó được dẫn theo hệ mạch bạch huyết để trở về lại tuần hoàn máu**.

- Khi có tăng áp cửa, thì việc dẫn lưu protein bị cản trở, dẫn tới ứ dịch ở mạch bạch huyết, hay các tình trạng viêm làm giải phóng các hóa chất trung gian có tính dẫn mạch, làm tăng **tính thấm của mao mạch bạch huyết với protein**. Do đó có tình trạng **protein dịch ≥ 2.5 g/dL**.

- Nếu bệnh lý liên quan tới giảm tổng hợp protein hoặc thất thoát protein làm giảm protein máu thì **protein dịch < 2.5 g/dL**.

***Cơ chế cụ thể:**

Trong xơ gan báng bụng, có tình trạng tăng áp cửa, nên $SAAG \geq 1.1$ g/dL, nhưng vì gan giảm tổng hợp protein nên protein dịch < 2.5 g/dL. Trong các tình trạng tăng áp cửa do nguyên nhân sau gan như suy tim, hội chứng Budd-Chiari giai đoạn sớm, thì dẫn lưu mạch bạch huyết bị giảm sút, nên nồng độ protein trong dịch tăng lên.

Các bệnh lý ảnh hưởng đến áp lực keo, hay tổn thương mao mạch ở phúc mạc sẽ dẫn đến tình trạng báng bụng nhưng $SAAG < 1.1$ g/L.

III. Phân loại – nguyên nhân:

Thông dụng nhất, các nguyên nhân báng bụng có thể được phân chia dựa vào:

- **SAAG \Rightarrow tăng áp cửa hay không?**
- **Protein dịch báng \Rightarrow nguyên nhân nằm ở đâu?**

SAAG ≥ 1.1 g/dL		SAAG < 1.1 g/dL	
Protein dịch ≥ 2.5 g/dL	Protein dịch < 2.5 g/dL	Protein dịch ≥ 2.5 g/dL	Protein dịch < 2.5 g/dL
<i>Sau gan</i>	<i>Tại gan</i>	<i>Tại màng bụng</i>	<i>Khác</i>
Suy tim sung huyết	Viêm gan do rượu cấp	Lao	Hội chứng thận hư.
Viêm màng ngoài tim co thắt.	Xơ gan	Ung thư màng bụng	Suy dinh dưỡng
Hội chứng Budd-Chiari giai đoạn sớm.	Suy gan tối cấp	Viêm tụy cấp.	
	Hội chứng Budd-Chiari giai đoạn muộn	Viêm thanh mạc	

Bảng tóm tắt các nguyên nhân gây báng bụng

IV. Chỉ định chọc dò:

Có hai chỉ định chính:

- Chẩn đoán:

- Báng bụng lần đầu.
- Nhập viện vì bất kì nguyên nhân gì, có kèm báng bụng.
- Bệnh nhân xơ gan báng bụng nghi ngờ viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: sốt, tiêu chảy, thay đổi huyết động, toan chuyển hóa, bệnh não gan, giảm bạch cầu, suy thận, xuất huyết tiêu hóa.

- Điều trị:

- Bệnh nhân báng bụng lượng nhiều khiến bệnh nhân khó thở, mệt mỏi, đau bụng do tăng áp lực ổ bụng
- Báng bụng kháng trị.
- Báng bụng độ 3.

Chống chỉ định:

- DIC.
- Rối loạn đông cầm máu nguyên phát: $PLT < 50 \text{ K/mcL}$, $PT < 70\%$.
- Bệnh nhân bị chướng bụng, không dự đoán được vị trí của các quai ruột và không có hướng dẫn của siêu âm.
- Vị trí đâm kim nên cách vài cm từ sẹo mổ cũ tại vị trí đó có nguy cơ bị dính ruột.
- Nguy cơ chảy máu nặng trên bệnh nhân rối loạn đông máu như INR cao hay PT kéo dài $< 1\%$ bệnh nhân.
- Viêm mô tế bào toàn bộ thành bụng.
- Thai phụ.
- Bàng quang căng trướng.

V. Các tiến hành:

VI. Các bước phân tích dịch màng bụng:

Sau khi chọc dò xong, cần thực hiện các xét nghiệm sau được chia làm 2 nhóm:

- Thường quy: Albumin, tế bào, protein dịch.
- Chuyên biệt: ADA, amylase, glucose dịch, LDH dịch, triglycerides dịch,... Sau khi có kết quả thường quy để đề nghị.

Phải trả lời được 2 câu hỏi:

- Có tăng áp cửa hay không? $\Rightarrow SAAG \geq 1.1 \text{ g/dL}$.
- Có nhiễm trùng hay không? \Rightarrow Neutrophil (tế bào đa nhân) $\geq 250 /mm^3$ và $\geq 50\%$ số lượng bạch cầu.

Tiêu chuẩn nghi ngờ viêm phúc mạc thứ phát:

Khí dịch báng nhiễm trùng và có $\geq 2/3$ tiêu chuẩn sau:

- Protein dịch $> 1\text{g/dL}$.
- Glucose dịch $< 50 \text{ mg/dL}$.
- LDH dịch \geq LDH máu.

✓ Và thường cấy nhiều loại vi khuẩn.

Các xét nghiệm chuyên biệt:

- Cytology:
- Nhuộm Gram và cấy:
- Amylase dịch:
- ADA:

1. Màu sắc đại thể:

2. Các tình trạng cụ thể: