

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN

## ĐAU BỤNG CẤP ¼ BỤNG TRÊN PHẢI

*Lê Quan Anh Tuấn, Vũ Quang Hưng.*

### 1. NGUYÊN TẮC GIÚP CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN ĐAU BỤNG CẤP ¼ TRÊN PHẢI:

- Liệt kê các cơ quan nằm ở ¼ bụng trên phải.
- Nắm được các bệnh lý có thể gây đau bụng của các cơ quan đã liệt kê.
- Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân dựa vào lâm sàng (tính chất cơn đau, triệu chứng kèm theo) và cận lâm sàng (hình ảnh học và xét nghiệm máu).

### 2. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY ĐAU BỤNG CẤP ¼ TRÊN PHẢI THƯỜNG GẶP:

NGUYÊN NHÂN THEO CƠ QUAN	BỆNH LÝ
GAN	ÁP XE GAN
	U GAN CÓ BIẾN CHỨNG VỠ HAY ÁP XE HÓA
ĐƯỜNG MẬT	VIÊM TÚI MẬT CẤP
	VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP
DẠ DÀY	VIÊM LOÉT DẠ DÀY
	UNG THƯ DẠ DÀY
TÁ TRÀNG	VIÊM LOÉT TÁ TRÀNG
ĐẠI TRÀNG	VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG
	VIÊM ĐẠI TRÀNG
	U ĐẠI TRÀNG BIẾN CHỨNG VIÊM QUANH U HAY THÙNG
TỤY	VIÊM TỤY CẤP
	U ĐẦU TỤY
THẬN – NIỆU QUẢN	VIÊM ĐÀI BỂ THẬN CẤP

	SỎI NIỆU QUẢN
	ÁP XE QUANH THẬN
MỖ SAU PHÚC MẠC	U SAU PHÚC MẠC

## 2.1. ÁP XE GAN

- Áp xe gan có thể do amíp hay vi trùng.

### 2.1.1. Lâm sàng:

#### 2.1.1.1. Bệnh sử:

- Bệnh nhân thường đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện đột ngột.
  - Vị trí:  $\frac{1}{4}$  bụng trên phải.
  - Hướng lan: có thể lan vai phải.
  - Tính chất đau: mức độ đau thay đổi từ cảm giác căng tức nhẹ đến đau mức độ vừa, bệnh nhân còn sinh hoạt được, hiếm khi đau dữ dội, thường đau liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: không.
  - Triệu chứng kèm theo: thường kèm theo sốt. Áp xe gan do amíp khởi đầu sốt cao ( $39^{\circ} - 40^{\circ}\text{C}$ ), sau đó sốt giảm ( $37,5^{\circ} - 38^{\circ}\text{C}$ ) khi ổ mủ hình thành. Áp xe gan do vi trùng thường sốt liên tục tăng dần.

#### 2.1.1.2. Khám:

- Áp xe gan do amíp hay vi trùng đều gây sốt. Tuy nhiên áp xe gan do vi trùng có thể gây nhiễm trùng huyết hay sốc nhiễm trùng.
- Gan to, đau, có thể có rung gan (+), ấn kế sườn (+).

### 2.1.2. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu tăng, ưu thế đa nhân trung tính.
- AST, ALT tăng.
- Huyết thanh chẩn đoán amíp (+).
- Siêu âm: hình ảnh điển hình áp xe gan. Dưới hướng dẫn siêu âm có thể chọc dẫn lưu ổ áp xe, cấy mủ, kháng sinh đồ giúp cho việc điều trị.
- CT Scan bụng chậu có cản quang: hình ảnh điển hình áp xe gan, đánh giá chính xác vị trí, kích thước ổ áp xe. CT Scan có thể giúp chẩn đoán phân biệt áp xe gan đơn

thuần hay ung thư gan áp xe hóa trong một số trường hợp dựa vào tính chất bắt thuốc cản quang.

### **2.1.3. Chẩn đoán xác định:**

- Siêu âm hoặc CT scan hình ảnh điển hình của áp xe gan.
- Huyết thanh chẩn đoán amíp (+).
- Chọc dò ổ áp xe ra mủ.

## **2.2. U GAN VỠ**

### **2.2.1. Lâm sàng:**

#### **2.2.1.1. Bệnh sử:**

- U gan đơn thuần thường không gây triệu chứng đau, tuy nhiên u gan kích thước lớn hoặc khi có biến chứng áp xe hóa, hoặc khi có biến chứng vỡ sẽ gây đau ¼ trên phải.
- U gan áp xe hóa thường có bệnh cảnh tương tự áp xe gan do vi trùng.
- U gan vỡ thường gây đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện đột ngột.
  - Vị trí: ¼ bụng trên phải sau đó có thể đau khắp bụng.
  - Hướng lan: có thể lan lên vai phải.
  - Tính chất đau: mức độ đau dữ dội, ít khi đau mức độ nhẹ, đau thường liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: không.
  - Triệu chứng kèm theo: thường kèm theo triệu chứng của thiếu máu (chóng mặt, vã mồ hôi), triệu chứng của suy tế bào gan (vàng da, tiểu vàng sậm).

#### **2.2.1.2. Khám:**

- Hội chứng thiếu máu: da xanh, niêm nhạt, sinh hiệu có thể từ không thay đổi đến sốc mất máu tùy thuộc lượng máu mất.
- Bụng ấn đau ¼ trên phải hay đau khắp bụng, có thể có đề kháng thành bụng.
- Hội chứng suy tế bào gan: củng mạc mắt vàng, vàng da, dấu sao mạch, lòng bàn tay son, phù tay chân, báng bụng.
- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: tuần hoàn bàng hệ, xuất huyết tiêu hóa (do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản, vỡ dẫn tĩnh mạch phình vị, trĩ), lách to, báng bụng.

### **2.2.2. Cận lâm sàng:**

- Hemoglobin, Hct giảm.

- AFP tăng.
- Siêu âm bụng: khối u trong gan, dịch bụng có hồi âm.
- CT Scan bụng chậu có cản quang: biết chính xác vị trí khối u trong gan, dựa vào tính chất bắt thuốc tương phản có thể chẩn đoán bản chất của u (HCC, hemangioma,...), dấu hiệu mất liên tục vỏ bao là dấu hiệu u gan vỡ, dấu hiệu thoát mạch là dấu hiệu có chảy máu đang diễn tiến.
- Đánh giá chức năng gan theo phân độ Child Pugh:

	1	2	3
Bệnh não gan	không	Độ 1 – 2	Độ 3 – 4
Báng bụng	không	Nhẹ	Trung bình – nặng
Bilirubin máu (mg/dL)	< 2	2 – 3	> 3
Albumin máu (g/dL)	> 3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
PT kéo dài (giây)	< 4	4 – 6	> 6
Hoặc INR	< 1,7	1,7 – 2,3	> 2,3

- Child A: 5 – 7 điểm
- Child B: 8 – 12 điểm
- Child C: 13 – 15 điểm

### 2.2.3. Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào hình ảnh siêu âm bụng, CT Scan bụng chậu có cản quang.
- Chọc dò ổ bụng ra máu không đông.

## 2.3. SỎI TÚI MẬT

### 2.3.1. Lâm sàng:

#### 2.3.1.1. Bệnh sử:

- Sỏi túi mật đơn thuần thường không gây triệu chứng có thể phát hiện tình cờ khi bệnh nhân siêu âm bụng. Khi sỏi kẹt cổ túi mật sẽ gây cơn đau quặn mật, sau đó có thể gây các triệu chứng của viêm túi mật cấp. Bệnh nhân thường đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện đột ngột, có thể không liên quan đến bữa ăn.
  - Vị trí: ¼ bụng trên phải.
  - Hướng lan: thường không lan.

- Tính chất đau: mức độ đau thay đổi từ cảm giác căng tức nhẹ đến đau dữ dội (cơn đau quặn mật), thường đau quặn liên tục, đau có thể giảm khi sỏi hết kẹt ở ống túi mật, đau hiếm khi kéo dài nhiều giờ trừ khi có viêm túi mật cấp.
- Yếu tố tăng giảm đau: đau có thể tăng khi ăn do túi mật tăng co bóp, đau chỉ giảm khi sỏi hết kẹt ống túi mật hoặc khi dùng thuốc giảm đau.
- Triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn. Khi bệnh nhân có viêm túi mật cấp có thể kèm theo sốt,...

#### **2.3.1.2. Khám:**

- Sỏi kẹt cổ túi mật: khám lâm sàng thường chỉ ấn đau ¼ trên phải, không đề kháng hoặc đề kháng nhẹ. Các dấu hiệu toàn thân chưa thay đổi.
- Sỏi túi mật gây viêm túi mật cấp, bệnh nhân có dấu hiệu:
  - Nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi đỏ, có thể có sốc nhiễm trùng (mạch nhanh, tụt huyết áp, ...).
  - Khám ấn đau ¼ trên phải, đề kháng thành bụng, có thể sờ thấy túi mật căng to, đau. Trường hợp có triệu chứng đau nhưng bụng không đề kháng, làm nghiệm pháp Murphy.

#### **2.3.2. Cận lâm sàng:**

##### **2.3.2.1. Hình ảnh học:**

- Siêu âm bụng:
  - Sỏi túi mật: có đặc điểm là khối echo dày, có bóng lưng, di động.
  - Viêm túi mật cấp: túi mật thành dày  $\geq 4\text{mm}$ , tụ dịch quanh túi mật, dấu Murphy echo (+). Trường hợp túi mật thành mất liên tục, thành dày tách lớp là dấu hiệu nghi ngờ viêm túi mật hoại tử.
- CT Scan bụng chậu có cản quang:
  - Sỏi túi mật: là những cấu trúc tăng đậm độ, có bóng lưng. Độ nhạy phát hiện sỏi túi mật của CT Scan kém hơn so với siêu âm bụng.
  - Viêm túi mật cấp: túi mật thành dày  $\geq 4\text{mm}$ , thâm nhiễm mỡ quanh túi mật, tụ dịch quanh túi mật. Trường hợp túi mật thành mất liên tục, bắt thuốc tương phản kém là dấu hiệu nghi ngờ viêm túi mật hoại tử. CT Scan đánh giá tình trạng viêm túi mật tốt hơn siêu âm bụng.

##### **2.3.2.2. Sinh hóa máu:**

- Bạch cầu  $> 10.000/\text{mm}^3$  hoặc  $< 4.000/\text{mm}^3$ .
- CRP  $\geq 1 \text{ mg/dL}$ .

### 2.3.3. Chẩn đoán viêm túi mật cấp theo Tokyo guidelines 2018:

#### 2.3.3.1. Có viêm túi mật cấp không?

A. Dấu hiệu viêm khu trú:

(1) Dấu Murphy's, (2)  $\frac{1}{4}$  trên phải có khối/ ấn đau/ đề kháng.

B. Dấu hiệu viêm toàn thân:

(1) sốt, (2) tăng CRP, (3) tăng bạch cầu .

C. Hình ảnh học đặc trưng của viêm túi mật cấp:

- Nghi ngờ viêm túi mật cấp: 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B.
- Chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp: 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B + C.

#### 2.3.3.2. Phân độ viêm túi mật cấp

Viêm túi mật cấp nặng (Độ III)	Khi có 1 trong 6 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rối loạn chức năng thần kinh: rối loạn tri giác.</li> <li>2. Rối loạn chức năng tuần hoàn: tụt huyết áp cần dopamin <math>\geq 5 \mu\text{g/kg/phút}</math> hoặc bất kỳ liều nào của norepinephrine.</li> <li>3. Rối loạn chức năng hô hấp: <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 &lt; 300</math>.</li> <li>4. Rối loạn chức năng thận: thiếu niệu, creatinine máu <math>&gt; 2.0 \text{ mg/dL}</math>.</li> <li>5. Rối loạn chức năng gan: PT-INR <math>&gt; 1,5</math>.</li> <li>6. Rối loạn huyết học: tiểu cầu <math>&lt; 100.000/\text{mm}^3</math>.</li> </ol>
Viêm túi mật cấp trung bình (Độ II)	Khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bạch cầu <math>&gt; 18.000/\text{mm}^3</math>.</li> <li>2. Sờ thấy khối, đau, đề kháng ở <math>\frac{1}{4}</math> bụng trên phải.</li> <li>3. Thời gian triệu chứng kéo dài <math>&gt; 72</math> giờ.</li> <li>4. Dấu hiệu viêm khu trú rõ (viêm túi mật hoại tử, áp xe quanh túi mật, áp xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật hoại thư sinh hơi).</li> </ol>
Viêm túi mật cấp nhẹ (Độ I)	Khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật cấp nặng và trung bình, sẽ được chẩn đoán là viêm túi mật cấp nhẹ.

## 2.4. VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP DO SỎI

### 2.4.1. Lâm sàng:

#### 2.4.1.1. Bệnh sử:

- Sỏi ống mật chủ: Bệnh nhân thường đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện đột ngột, không liên quan đến ăn uống.
  - Vị trí: trên rốn hoặc ¼ bụng trên phải.
  - Hướng lan: có thể lan sau lưng.
  - Tính chất đau: mức độ đau thay đổi từ cảm giác căng tức nhẹ đến đau dữ dội, thường đau liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: không có yếu tố tăng giảm đau.
  - Triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn. Khi bệnh nhân có viêm đường mật cấp có thể kèm theo sốt, lạnh run, vàng da.
- Sỏi đường mật trong gan: Bệnh nhân thường đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện từ từ, không liên quan đến ăn uống.
  - Vị trí: ¼ bụng trên phải hoặc trên rốn.
  - Hướng lan: thường không lan.
  - Tính chất đau: mức độ đau nhẹ, hiếm khi đau dữ dội, thường đau liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: không có yếu tố tăng giảm đau.
  - Triệu chứng kèm theo: khi bệnh nhân có viêm đường mật cấp có thể kèm theo sốt, lạnh run nhưng thường không vàng da trừ khi sỏi lấp đầy 2 ống gan phải và trái.

#### 2.4.1.2. Khám

- Sỏi mật gây viêm đường mật cấp, bệnh nhân có dấu hiệu:
  - Nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi đỏ, có thể có sốc nhiễm trùng (mạch nhanh, tụt huyết áp, ...).
  - Vàng da, vàng mắt.
  - Khám ấn đau ¼ trên phải hoặc trên rốn, có thể có đề kháng thành bụng.
  - Tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da): có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp trong chẩn đoán viêm đường mật cấp.

### 2.4.2. Cận lâm sàng

- Bạch cầu  $> 10.000/\text{mm}^3$  hoặc  $< 4.000/\text{mm}^3$ .

- CRP  $\geq 1$  mg/dL.
- Tăng Bilirubin máu, ưu thế Bilirubin trực tiếp.
- Tăng AST, ALT, ALP,  $\gamma$ GTP.

### 2.4.3. Chẩn đoán viêm đường mật cấp theo Tokyo guidelines 2018:

#### 2.4.3.1. Có viêm đường mật cấp không?

A. Dấu hiệu viêm toàn thân:	
A-1	Sốt ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ) và/hoặc lạnh run
A-2	Cận lâm sàng: bằng chứng của phản ứng viêm: 1 trong 2 tiêu chuẩn: - Bạch cầu ( $\times 1000/\mu\text{L}$ ) $< 4$ hoặc $> 10$ . - CRP (mg/dL) $\geq 1$ .
B. Tắc mật:	
B-1	Vàng da: Bilirubin toàn phần $\geq 2$ (mg/dL).
B-2	Cận lâm sàng: bất thường chức năng gan: 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: - ALP (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên. - $\gamma$ GTP (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên. - AST (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên. - ALT (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên.
C. Hình ảnh học:	
C-1	Dẫn đường mật
C-2	Bằng chứng nguyên nhân sinh bệnh trên hình ảnh học (hẹp đường mật, sỏi, stent,...)
Chẩn đoán xác định có viêm đường mật cấp khi: 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B + 1 tiêu chuẩn C. Nghi ngờ có viêm đường mật cấp khi: 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B (hoặc 1 tiêu chuẩn C).	

#### 2.4.3.2. Mức độ viêm đường mật cấp

Viêm đường mật cấp nặng (Độ III)	Khi có 1 trong 6 tiêu chuẩn sau: 1. Rối loạn chức năng thần kinh: rối loạn tri giác. 2. Rối loạn chức năng tuần hoàn: tụt huyết áp cần dopamin $\geq 5$ $\mu\text{g/kg/phút}$ hoặc bất kỳ liều nào của norepinephrine.
-------------------------------------	--



	3. Rối loạn chức năng hô hấp: $PaO_2/FiO_2 < 300$ . 4. Rối loạn chức năng thận: thiếu niệu, creatinine máu $> 2.0$ mg/dL. 5. Rối loạn chức năng gan: PT-INR $> 1,5$ . 6. Rối loạn huyết học: tiểu cầu $< 100.000/mm^3$ .
Viêm đường mật cấp trung bình (Độ II)	Khi có 2 trong 5 tiêu chuẩn sau: 1. Bạch cầu $> 12,000/mm^3$ hoặc $< 4,000/mm^3$ . 2. Sốt cao $\geq 39^\circ C$ . 3. $\geq 75$ tuổi. 4. Bilirubin máu toàn phần $\geq 5$ mg/dL. 5. Albumin máu $< 0,7$ x giới hạn dưới.
Viêm đường mật cấp nhẹ (Độ I)	Khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đường mật cấp nặng và trung bình, sẽ được chẩn đoán là viêm đường mật cấp nhẹ.

## 2.5. VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG CHƯA BIẾN CHỨNG

### 2.5.1. Lâm sàng:

#### 2.5.1.1. Bệnh sử:

- Bệnh nhân thường đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: có thể khởi phát đột ngột sau ăn hoặc khi đói bụng, có thể xuất hiện lần đầu hoặc trước đó đã có những lần đau tương tự.
  - Vị trí: đau trên rốn ở đường giữa hay lệch phải hay lệch trái.
  - Hướng lan: có thể lan sau lưng.
  - Tính chất đau: có thể liên tục hay từng cơn, mức độ đau có thể thay đổi từ cảm giác hơi khó chịu ở bụng đến đau dữ dội như khi có biến chứng thủng.
  - Yếu tố tăng giảm đau: loét dạ dày thường đau xuất hiện và nặng lên khi ăn, giảm đau khi nôn ói; loét tá tràng thường giảm đau khi ăn.
  - Triệu chứng kèm theo: đầy bụng, khó tiêu, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn, nôn... Bệnh nhân thường không sốt.

**2.5.1.2. Tiền căn:** sử dụng khám viêm nhóm non-SAID, rượu bia, căng thẳng đầu óc ,... làm tăng nguy cơ viêm loét dạ dày tá tràng.

#### **2.5.1.3. Khám:**

- Chưa biến chứng: thường khám chỉ phát hiện ấn đau trên rốn, không phản ứng thành bụng.

#### **2.5.2. Cận lâm sàng**

- Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng:
  - Chẩn đoán xác định có viêm, loét dạ dày tá tràng.
  - Sinh thiết sang thương nghi ngờ ung thư.
  - Cầm máu nếu có biến chứng xuất huyết tiêu hóa.

#### **2.5.3. Chẩn đoán xác định**

- Triệu chứng lâm sàng + nội soi thực quản dạ dày tá tràng.

### **2.6. VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG BIẾN CHỨNG THÙNG**

#### **2.6.1. Lâm sàng**

##### **2.6.1.1. Bệnh sử:**

- Bệnh nhân đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường khởi phát đột ngột như “tiếng sét giữa trời quang mây tạnh”.
  - Vị trí, hướng lan: đau trên rốn sau đó lan khắp bụng.
  - Tính chất đau: thường đau dữ dội, liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: thường bệnh nhân đau liên tục tăng dần, đau tăng khi hít thở mạnh, xoay trở nên bệnh nhân có xu hướng nằm im, thở nhanh, nông.
  - Triệu chứng kèm theo: thường vã mồ hôi, nhưng không sốt. Sốt xuất hiện khi bệnh nhân có nhiễm trùng ổ bụng.

##### **2.6.1.2. Khám:**

- Mạch nhanh, thở nhanh nông.
- Bụng:
  - Nhìn: bụng di động kém theo nhịp thở, có thể thấy rõ cơ thành bụng ở bệnh nhân gầy.
  - Nghe: giảm hoặc mất nhu động ruột khi có viêm phúc mạc toàn thể.
  - Gõ: mất vùng đục trước gan.
  - Sờ: Ấn đau, đề kháng rõ trên rốn, ¼ trên phải hay khắp bụng. Trường hợp điển hình, bụng co cứng như gỗ.

### **2.6.2. Cận lâm sàng:**

- X quang bụng đứng không sửa soạn: hơi tự do ổ bụng (liềm hơi dưới hoành, hơi tự do dưới gan,...)
- Siêu âm bụng: dịch ổ bụng, một số trường hợp có thể thấy hơi tự do ổ bụng.
- CT Scan bụng chậu có cản quang: có độ nhạy tốt hơn trong phát hiện hơi tự do ổ bụng so với X quang bụng đứng không sửa soạn, chẩn đoán được nguyên nhân hơi tự do ổ bụng trong một số trường hợp.

### **2.6.3. Chẩn đoán xác định:**

- Trước mổ không thể chẩn đoán xác định thủng loét dạ dày, tá tràng hay ruột non. Tuy nhiên lâm sàng điển hình của viêm phúc mạc với bụng gồng cứng như gỗ + hơi tự do ổ bụng, nhiều khả năng là thủng loét dạ dày hoặc tá tràng.
- Chẩn đoán xác định dựa vào quan sát vị trí lỗ thủng trong mổ (có thể mổ mở hay mổ nội soi).

## **2.7. UNG THƯ DẠ DÀY**

### **2.7.1. Lâm sàng:**

- Triệu chứng đau thường giống viêm loét dạ dày lành tính, lâm sàng khó có thể phân biệt được. Bệnh nhân có thể kèm theo chán ăn, sụt cân nhanh.
- Khám: ngoài triệu chứng đau, có thể sờ thấy khối u trên rốn, hạch thượng đòn trái, dấu hiệu thiếu máu.
- Trường hợp ung thư dạ dày biến chứng thủng sẽ có triệu chứng giống thủng loét dạ dày tá tràng (đã mô tả ở trên).

### **2.7.2. Cận lâm sàng:**

- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng:
  - Chẩn đoán xác định có u hay không? Vị trí? .
  - Sinh thiết u.
- X quang dạ dày cản quang:
  - Đánh giá chính xác vị trí u, bờ giới hạn của u.
- Siêu âm bụng: giúp đánh giá giai đoạn của ung thư:
  - Dày thành dạ dày, hạch ổ bụng.
  - Dấu hiệu di căn gan, phúc mạc.

- CT Scan bụng chậu có cản quang: cho hình ảnh sắc nét hơn và đánh giá giai đoạn ung thư theo T,N,M chính xác hơn so với siêu âm.

### **2.7.3. Chẩn đoán xác định:**

- Dựa vào nội soi thực quản dạ dày tá tràng sinh thiết.

## **2.8. VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG GÓC GAN**

### **2.8.1. Lâm sàng:**

#### **2.8.1.1. Bệnh sử:**

- Bệnh nhân đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện đột ngột.
  - Vị trí: ¼ bụng trên phải.
  - Hướng lan: thường không lan.
  - Tính chất đau: mức độ đau thay đổi từ cảm giác căng tức nhẹ đến đau dữ dội, thường đau âm ỉ liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: không có yếu tố tăng giảm đau.
  - Triệu chứng kèm theo: sốt, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn, nôn.

#### **2.8.1.2. Khám:**

- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi đỏ. Trường hợp nặng, bệnh nhân có sốc nhiễm trùng.
- Khám bụng: ấn đau ¼ trên phải, có đề kháng thành bụng. Khi có áp xe túi thừa có thể sờ thấy khối chắc, không di động, ấn đau. Khi có viêm phúc mạc, sẽ có co cứng thành bụng ở ¼ trên phải hoặc khắp bụng.

### **2.8.2. Cận lâm sàng:**

- Bạch cầu tăng, ưu thế đa nhân trung tính.
- CT Scan bụng chậu có cản quang: là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất giúp chẩn đoán xác định. CT Scan có thể thấy hình ảnh:
  - Túi thừa đại tràng.
  - Dày thành đại tràng.
  - Thâm nhiễm mỡ xung quanh.
  - Khí cạnh thành đại tràng hay khí tự do ổ bụng khi có biến chứng thủng.
  - Khối viêm hoặc áp xe của đại tràng.

- Nội soi đại tràng: chỉ định khi quá trình viêm điều trị ổn định sau ít nhất 2 tuần. Nội soi nhằm mục đích loại trừ u đại tràng. Nội soi đại tràng có thể phát hiện túi thừa đại tràng, có thể có sỏi phân trong lòng túi thừa, tuy nhiên không đánh giá được túi thừa có viêm hay không.

### **2.8.3. Chẩn đoán xác định:**

- Dựa vào lâm sàng + CT Scan bụng chậu có cản quang.
- Phân loại viêm túi thừa theo Hinchey:
  - Giai đoạn I: viêm túi thừa tạo ổ áp xe cạnh thành đại tràng.
  - Giai đoạn II: viêm túi thừa tạo ổ áp xe xa thành đại tràng như áp xe vùng chậu, áp xe trong ổ bụng, áp xe sau phúc mạc.
  - Giai đoạn III: viêm túi thừa thủng gây viêm phúc mạc mũ.
  - Giai đoạn IV: viêm túi thừa thủng gây viêm phúc mạc phân.

## **2.9. VIÊM ĐẠI TRÀNG GÓC GAN**

### **2.9.1. Lâm sàng:**

- Triệu chứng đau thường giống viêm túi thừa đại tràng. Tuy nhiên bệnh nhân có thể kèm đại tiện ra máu trong viêm đại tràng xuất huyết, ít gặp ở viêm túi thừa đại tràng.
- Khi có biến chứng thủng, triệu chứng tương tự viêm túi thừa đại tràng thủng.

### **2.9.2. Cận lâm sàng:**

- CT Scan bụng chậu có cản quang có hình ảnh dày thành đại tràng, có thể thâm nhiễm mỡ xung quanh nhưng không thấy túi thừa. Khi có biến chứng thủng, hình ảnh sẽ tương tự viêm túi thừa đại tràng.
- Nội soi đại tràng: chỉ định khi quá trình viêm điều trị ổn định sau ít nhất 2 tuần, có thể thấy niêm mạc đại tràng viêm sung huyết, viêm trợt hay loét đại tràng.

### **2.9.3. Chẩn đoán xác định:**

- Dựa vào lâm sàng + CT Scan bụng chậu có cản quang + nội soi đại tràng.

## **2.10. U ĐẠI TRÀNG GÓC GAN CÓ BIẾN CHỨNG VIÊM QUANH U HAY THÙNG**

### **2.10.1. Lâm sàng:**

- Triệu chứng đau thường giống viêm túi thừa đại tràng. Trước đó bệnh nhân có thể có tiêu chảy xen kẽ táo bón, có thể đại tiện ra máu hay nhầy nhớt, chán ăn, sụt cân.

- Khi có biến chứng thủng, triệu chứng tương tự viêm túi thừa đại tràng thủng.

#### **2.10.2. Cận lâm sàng:**

▪ CT Scan bụng chậu có cản quang có hình ảnh u đại tràng, thâm nhiễm mỡ xung quanh, có thể thấy bóng khí cạnh thành đại tràng hay bóng khí tự do ổ bụng. Một số trường hợp có thể thấy u xâm lấn cơ quan xung quanh, di căn gan, di căn phúc mạc.

▪ Nội soi đại tràng: được chỉ định khi bệnh nhân không mổ cấp cứu, điều trị nội khoa ổn định sau ít nhất 2 tuần. Nội soi đại tràng giúp phát hiện khối u, sinh thiết để chẩn đoán xác định.

#### **2.10.3. Chẩn đoán xác định:**

▪ Dựa vào lâm sàng + CT Scan bụng chậu có cản quang + nội soi đại tràng sinh thiết.

### **2.11. VIÊM TỤY CẤP**

#### **2.11.1. Lâm sàng:**

##### **2.11.1.1. Bệnh sử:**

- Bệnh nhân thường đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện đột ngột sau một bữa ăn thịnh soạn hoặc sau uống rượu bia.
  - Vị trí: trên rốn hoặc ¼ bụng trên phải.
  - Hướng lan: thường lan sau lưng.
  - Tính chất đau: mức độ đau thường dữ dội, ít khi đau nhẹ, thường đau liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: bệnh nhân thường nằm cúi người để giảm đau nhưng thường chỉ giảm ít.
  - Triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn, có thể có sốt, vàng da.

##### **2.11.1.2. Khám:**

- Bệnh nhân viêm tụy cấp có dấu hiệu:
  - Có thể có sốc nhiễm trùng (mạch nhanh, tụt huyết áp, ...) khi viêm tụy cấp nặng.
  - Xuất huyết dưới da: dấu Cullen, dấu Grey Turner.
  - Vàng da vàng mắt nhưng thường nhẹ.

- Khám ấn đau trên rốn hoặc ¼ trên phải, có khi đau khắp bụng, có thể có đề kháng thành bụng.

### **2.11.2. Cận lâm sàng:**

#### **2.11.2.1. Hình ảnh học:**

- Đánh giá chủ yếu dựa vào CT Scan bụng có cản quang:
  - Tăng kích thước mô tụy.
  - Thay đổi đậm độ mô tụy.
  - Thay đổi mô quanh tụy: xóa mờ mô mỡ, dày cân quanh tụy.
- Phân loại viêm tụy cấp theo Balthazar:
  - Loại A: tụy bình thường
  - Loại B: Tụy tăng kích thước khu trú hay lan tỏa.
  - Loại C: Viêm tụy và mỡ quanh tụy.
  - Loại D: Tụ dịch quanh tụy tại 1 vị trí.
  - Loại E: Tụ dịch từ 2 vị trí trở lên hoặc có hơi quanh tụy.

#### **2.11.2.2. Sinh hóa máu:**

- Amylase máu, Lipase máu tăng > 3 lần giới hạn trên bình thường.

### **2.11.3. Chẩn đoán:**

#### **2.11.3.1. Có viêm tụy cấp không:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
  - Cơ đau điển hình của viêm tụy cấp: đau trên rốn, lan sau lưng.
  - Amylase máu hoặc lipase máu lớn hơn 3 lần giới hạn trên bình thường.
  - Hình ảnh học điển hình của viêm tụy cấp.

#### **2.11.3.2. Mức độ viêm tụy cấp:**

- Độ nặng của viêm tụy cấp được đánh giá theo tiêu chuẩn Atlanta 2013:

Viêm tụy cấp nặng	Khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn sau kéo dài trên 48 giờ: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sốc: Huyết áp tâm thu &lt; 90 mmHg.</li> <li>2. Suy hô hấp: PaO<sub>2</sub> &lt; 60%.</li> <li>3. Suy thận: creatinine máu &gt; 2.0 mg/dL.</li> <li>4. Xuất huyết tiêu hóa: &gt; 500 mL/24h.</li> </ol>
Viêm tụy cấp trung bình	Khi có 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biến chứng tại chỗ: viêm tụy hoại tử.</li> </ol>

	2. Có tiêu chuẩn viêm tụy cấp nặng nhưng kéo dài dưới 48 giờ.
Viêm tụy cấp nhẹ	Khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp nặng và trung bình, sẽ được chẩn đoán là viêm tụy cấp nhẹ

## 2.12. U ĐẦU TỤY

### 2.12.1. Lâm sàng:

#### 2.12.1.1. Bệnh sử:

- Bệnh nhân có thể nhập viện vì đau bụng với tính chất:
  - Khởi phát: thường xuất hiện từ từ, không liên quan đến ăn uống.
  - Vị trí: ¼ bụng trên phải hay trên rốn.
  - Hướng lan: có thể lan sau lưng.
  - Tính chất đau: mức độ đau nhẹ, hiếm khi đau dữ dội, thường đau liên tục.
  - Yếu tố tăng giảm đau: không có yếu tố tăng giảm đau.
  - Triệu chứng kèm theo: có thể kèm vàng da tắc mật nếu chèn ép đường mật, nôn ói nếu u xâm lấn tá tràng.

#### 2.12.1.2. Khám:

- Có thể vàng da, vàng mắt.
- Khám bụng: ấn đau ¼ trên phải hay trên rốn, không có phản ứng thành bụng. Có thể sờ thấy túi mật căng to, nhưng không đau. Có thể sờ thấy khối u cứng, chắc, không di động khi u đầu tụy to.

### 2.12.2. Cận lâm sàng:

- Bilirubin tăng ưu thế trực tiếp khi có tắc mật.
- CT Scan bụng chậu có cản quang: xác định được chính xác vị trí, kích thước u, đánh giá dẫn đường mật, dẫn ống tụy, hạch di căn, di căn gan, di căn phúc mạc.
- Nội soi dạ dày tá tràng: giúp chẩn đoán và sinh thiết khi u xâm lấn tá tràng.

### 2.12.3. Chẩn đoán xác định:

- Chẩn đoán có u hay không: dựa vào hình ảnh học (CT hoặc MRI).
- Chẩn đoán xác định bản chất của u:
  - Nội soi dạ dày tá tràng sinh thiết khi u xâm lấn tá tràng.
  - Siêu âm qua nội soi + FNA (thực tế ở Việt Nam chưa thực hiện).



- Bản chất của u thường được đánh giá dựa vào sinh thiết lạnh trong mổ hay giải phẫu bệnh sau mổ.

**2.13. Nhóm nguyên nhân từ thận, niệu quản, u sau phúc mạc sẽ được trình bày trong bài riêng.**