

ĐAU BỤNG CẤP Ở NGƯỜI LỚN

Ths. Bs. Trần Thị Hoa Vi

Bm. YHGD

I. MỤC TIÊU:

1. Mô tả được các nguyên nhân gây đau bụng cấp.
2. Đánh giá được tình trạng bệnh nhân đau bụng cấp.
3. Xử trí được các trường hợp đau bụng cấp đến khám tại phòng khám YHGD.

II. MỞ ĐẦU

- Đau bụng cấp là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân nhập khoa cấp cứu, có đến 40% bệnh nhân vào khoa cấp cứu là vì triệu chứng đau bụng.
- Tuy nhiên đau bụng cũng là một triệu chứng thường gặp trong chăm sóc ban đầu (primary care) cũng như trong khám chuyên khoa.
- Điều quan trọng là người Thầy Thuốc phải xác định được những bệnh nhân nào thì có thể điều trị triệu chứng, bệnh nhân nào cần những can thiệp cấp cứu khẩn và bệnh nhân nào cần khám chuyên khoa liên quan.

III. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG BỆNH NHÂN (TRIAGE)

Đau bụng cấp đòi hỏi Thầy Thuốc phải xác định nhanh tình trạng bệnh nhân qua thăm khám lâm sàng, từ đó phân tầng bệnh nhân:

- **Bệnh nhân có tình trạng cấp cứu khẩn:** cần có sự hỗ trợ về đường thở, hô hấp, tuần hoàn, cần được hồi sức cấp cứu ngay.
- **Bệnh nhân có tình trạng cấp cứu nội khoa:** cần hội chẩn ngay hoặc chuyển đến chuyên khoa liên quan (ví dụ: bệnh nhân có hội chứng động mạch vành cấp cần được chuyển đến đơn vị có can thiệp mạch vành).
- **Bệnh nhân nghi ngờ bụng ngoại khoa:** cần mời hội chẩn ngay hoặc chuyển đến nơi có bác sĩ chuyên khoa ngoại hoặc bác sĩ sản phụ khoa (ví dụ: thai ngoài tử cung vỡ, thủng dạ dày,...)

- **Bệnh nhân cần sử dụng thuốc giảm đau:** Thầy Thuốc phải thật cẩn thận khi sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân đau bụng cấp vì có thể làm lu mờ một số triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng, từ đó dễ bỏ sót chẩn đoán cũng như chẩn đoán chậm trễ những cấp cứu ngoại khoa.
- **Bệnh nhân có tình trạng ổn định:** có thể hỏi bệnh sử kỹ hơn và làm thêm xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh.

IV. PHÂN LOẠI ĐAU BỤNG CẤP

Đau bụng là triệu chứng của rất nhiều bệnh khác nhau, có thể là nguyên nhân từ hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu sinh dục, hệ tim mạch, hệ hô hấp hay những nguyên nhân khác.

4.1. Có ba loại đau chính:

- Visceral pain (đau tạng): do kích thích hệ thần kinh tự chủ, vị trí đau không khu trú.
- Parietal pain (đau phúc mạc): do kích thích thần kinh ở phúc mạc, vị trí đau thường khu trú.
- Referred pain (đau liên quan): đau xảy ra ở vị trí xa cơ quan bị ảnh hưởng, có thể do được chi phối bởi cùng một dây thần kinh (ví dụ: đau thượng vị ở bệnh nhân có hội chứng động mạch vành cấp, đau liên quan ở vùng vai do máu hoặc nhiễm trùng kích thích cơ hoành...).

4.2. Đau bụng có thể được phân thành đau do những nguyên nhân trong ổ bụng và những nguyên nhân ngoài ổ bụng:

4.2.1 Những nguyên nhân trong ổ bụng:

- Viêm phúc mạc do bệnh lý hay tổn thương của các tạng trong ổ bụng và vùng chậu: viêm tụy cấp, viêm ruột thừa cấp...
- Tắc nghẽn đường ruột, niệu quản hay đường mật: tắc ruột, cơn đau quặn thận, sỏi đường mật...
- Bệnh lý sản phụ khoa: thai ngoài tử cung, u nang buồng trứng xoắn, absces tại vòi...

- Bệnh về mạch máu: nhồi máu ruột, bóc tách hay vỡ phình động mạch chủ bụng...

4.2.2 Những nguyên nhân ngoài ổ bụng:

- Nguyên nhân chuyển hóa: nhiễm ceton acid ở bệnh nhân đái tháo đường, bệnh tự miễn, cơn tán huyết của bệnh hồng cầu hình liềm, rối loạn chuyển hóa porphyrin,...
- Nguyên nhân thần kinh: zona, đau thành bụng do chấn thương, thoát vị đĩa đệm cột sống lưng.
- Bệnh lý vùng ngực: viêm phổi, thuyên tắc phổi, hội chứng động mạch vành cấp...
- Bệnh lý thực quản cũng có thể có triệu chứng đau bụng mơ hồ, buồn nôn, ói, vã mồ hôi...

Bảng 1: Những nguyên nhân phổ biến của đau bụng cấp:

Chẩn đoán	Tỉ lệ (N=10.000)
Đau bụng không đặc hiệu	34%
Viêm ruột thừa cấp	28%
Bệnh lý đường mật	10%
Tắc ruột non	4%
Bệnh phụ khoa cấp	4%
Viêm tụy cấp	3%
Cơn đau quặn thận	3%
Loét dạ dày	3%
Ung thư	2%
Viêm túi thừa đại tràng	2%
Khác	6%

Bảng 2: Nguyên nhân đau bụng cấp theo tuổi:

Chẩn đoán	≥ 50 tuổi (N=2406)	< 50 tuổi (N=6317)
Bệnh lý đường mật	21%	6%
Đau bụng không đặc hiệu	16%	40%
Viêm ruột thừa cấp	15%	32%
Tắc ruột	12%	2%
Viêm tụy cấp	7%	2%
Viêm túi thừa đại tràng	6%	<1%
Ung thư	4%	<1%
Thoát vị	3%	<1%
Mạch máu	2%	<1%
Phụ khoa	<1%	4%
Khác	13%	13%

4.3. Nguyên nhân gây đau bụng theo vị trí đau:

Khi phân chia ổ bụng thành các phần: ¼ trên phải, ¼ dưới phải, ¼ trên trái, ¼ dưới trái, vùng thượng vị và hạ vị, chúng ta có thể nghĩ đến các nguyên nhân theo vị trí đau như sau:

Bảng 3: Các nguyên nhân theo vị trí đau

Vùng thượng vị	Chứng khó tiêu (dyspepsia) Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) Viêm tụy cấp Viêm loét dạ dày tá tràng Nhồi máu cơ tim
¼ trên phải	Bệnh lý của túi mật, đường mật Viêm gan Gan to (do nhiều nguyên nhân)

¼ dưới phải	Viêm ruột thừa Bệnh Crohn Bệnh phụ khoa: nang buồng trứng vỡ, thai ngoài tử cung, viêm nhiễm vùng chậu, có thai. Viêm túi thừa Meckel Sỏi niệu quản
¼ trên trái	Viêm phổi Cơn tán huyết của bệnh hồng cầu hình liềm Lymphoma Lách to do EBV Viêm dạ dày
¼ dưới trái	Viêm túi thừa Tắc ruột Viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ Viêm đại tràng do loét Sỏi niệu quản
Hạ vị	Viêm bàng quang Viêm tiền liệt tuyến Nhóm bệnh phụ khoa
Nguyên nhân tổng quát	Chấn thương thành bụng Táo bón Tiêu chảy mạn Hội chứng ruột kích thích Bệnh đại tràng do viêm Viêm dạ dày ruột/ tiêu chảy nhiễm trùng Thủng ruột

	Phình bóc tách động mạch chủ bụng...
--	--------------------------------------

V. HỎI BỆNH SỬ

- Hỏi bệnh sử là phần rất quan trọng, cần khai thác đầy đủ các tính chất của đau (vị trí, hướng lan, cường độ, hoàn cảnh xuất hiện, yếu tố làm tăng giảm đau, thời gian đau và các biểu hiện kèm theo).
- Khai thác các triệu chứng tim mạch, hô hấp (đau ngực, ho, khó thở...), triệu chứng tiết niệu sinh dục (tiểu khó, tiểu máu, trễ kinh, ra huyết âm đạo...), hỏi kỹ tiền sử chấn thương trước đó. Tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa. Ở những bệnh nhân lớn tuổi, cần chú ý tiền sử nhồi máu cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn nhịp, bệnh rối loạn đông máu... Đồng thời không quên hỏi các thuốc mà bệnh nhân đang sử dụng đặc biệt là steroid, kháng sinh và NSAID.

VI. KHÁM LÂM SÀNG

Đối với một bệnh nhân đau bụng cấp, cần khám một cách toàn diện vì đau bụng là triệu chứng của rất nhiều bệnh khác nhau, nếu không khám toàn diện sẽ rất dễ bỏ sót bệnh hoặc chẩn đoán lầm.

- Dấu hiệu sinh tồn, màu sắc da niêm:
Giúp đánh giá tình trạng sốc, mất nước, mất máu (mạch nhanh, huyết áp tụt, niêm nhạt), tình trạng nhiễm trùng (sốt, tuy nhiên bệnh nhân không có sốt cũng không nên loại trừ tình trạng nhiễm trùng),...
- Khám vùng ngực: nhìn, sờ, gõ, nghe tim, phổi.
- Khám bụng:
+ Nhìn: sẹo mổ cũ, di động của bụng theo nhịp thở, tuần hoàn bàng hệ, vết rạn, bụng chướng, dấu rấn bọ, vết bầm máu do chấn thương,...
+ Nghe: nên được thực hiện trước khi sờ, nghe nhu động ruột tăng, giảm, hay bình thường. Nhu động ruột tăng có thể có tiêu chảy hay tắc ruột, nếu giảm hay mất hoàn toàn nhu động ruột có thể có tình trạng liệt ruột. Nên

tìm nghe âm thổi ở các vị trí của động mạch chủ bụng, động mạch thận và động mạch đùi 2 bên để phát hiện các trường hợp phình bóc tách động mạch ở vị trí tương đương.

+ Sờ: đầu tiên nên sờ nhẹ nhàng khắp bụng (light palpation) để phát hiện những trường hợp bụng quá nhạy cảm hay gồ cứng như gỗ trong các trường hợp bệnh cấp tính cần can thiệp cấp cứu. Tiếp đến là phần sờ nắn sâu (deep palpation), xác định chiều cao gan, độ lớn của lách, khám dấu hiệu chạm thận, tìm các điểm đau điển hình như điểm Mc. Burney, điểm Murphy, điểm đau niệu quản,... tùy theo nghi ngờ bệnh cảnh gì; tìm các khối u...

+ Gõ: động tác gõ phối hợp với sờ giúp xác định chiều cao gan, độ lớn của lách. Gõ đục vùng thấp gặp trong báng bụng, xuất huyết nội,...

- Thăm khám hậu môn trực tràng: trường hợp có nghi ngờ viêm ruột thừa nằm ở vùng tiểu khung, xuất huyết nội do thai ngoài tử cung vỡ, tắc ruột đoạn thấp do phân, xuất huyết tiêu hóa.

VII. CẬN LÂM SÀNG

Tùy theo thăm khám lâm sàng và hỏi bệnh sử giúp hướng đến chẩn đoán nào ưu tiên thì làm những xét nghiệm và hình ảnh học liên quan.

1. Xét nghiệm:

- Công thức máu:
 - ✓ Giúp đánh giá tình trạng nhiễm trùng, công thức bạch cầu chuyển trái (tuy nhiên không có cũng không loại trừ tình trạng nhiễm trùng).
 - ✓ Đánh giá tình trạng mất nước, mất máu (Hct giảm, nhưng có thể cần vài giờ để thay đổi).
- Đường huyết, Bun, Creatinin, Ion đồ, AST, ALT: có thể được làm như những xét nghiệm thường qui nếu cần.
- ALP, Bilirubin: khi nghi ngờ có ứ mật, tắc mật.
- Amylase máu hay nước tiểu: khi nghi ngờ viêm tụy cấp.

- Tổng phân tích nước tiểu khi nghi ngờ nhiễm trùng tiểu, cơn đau quặn thận.
- Troponin I, T khi nghi ngờ hội chứng động mạch vành cấp.
- Ceton máu, khí máu động mạch khi nghi ngờ có nhiễm ceton acid trên bệnh nhân đái tháo đường.

2. Hình ảnh học:

- ECG: nghi ngờ hội chứng động mạch vành cấp, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, đặc biệt nên làm ở những bệnh nhân > 40 tuổi có đau bụng trên mà triệu chứng không điển hình.
- XQ bụng đứng không sửa soạn: hình ảnh liềm hơi dưới hoành trong thủng tạng rỗng, hình ảnh mực nước hơi trong tắc ruột,...
- Siêu âm bụng: nghi ngờ sỏi ống mật chủ, sỏi mật, viêm túi mật, u tụy, sỏi thận, nghi ngờ viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung, bệnh lý vòi trứng, buồng trứng, dịch tự do trong ổ bụng,...
- CT bụng: phình động mạch chủ bụng, viêm ruột thừa, viêm tụy cấp...
- Chụp mạch máu: thiếu máu hay nhồi máu mạc treo, đây là một cấp cứu ngoại khoa rất nguy hiểm, chẩn đoán chậm trễ có thể dẫn đến tử vong, chẩn đoán này nên được nghi ngờ ở tất cả bệnh nhân > 50 tuổi có đau bụng cấp không tìm ra nguyên nhân.

VIII. XỬ TRÍ BAN ĐẦU

- Đối với bệnh nhân có tình trạng không ổn định, cần được chẩn đoán nhanh qua khám lâm sàng và hỏi bệnh sử để có những can thiệp khẩn hoặc chuyển đến nơi có đúng chuyên khoa.
- Trong khi chờ đợi có chẩn đoán xác định, bệnh nhân không nên ăn uống gì, có thể truyền một chai muối hoặc Lactat Ringer.
- Khi đã xác định chẩn đoán: điều trị theo nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David M. Cline, O. John Ma et al. *Emergency Medicine Manual*, sixth edition, 7: 199-204.
2. Jeannett E. South-Paul, Samuel C. Matheny, Evelyn L. Lewis. *Current Diagnosis & Treatment. Family Medicine*, Mc GrawHill, second edition, 29: 310-329.
3. Robert S. Porter, Justin L. Kaplan (2011). *The Merck Manual Of Diagnosis and Therapy*, nineteenth Edition, 11: 111-113.
4. Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagy. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*, Lippincott Williams & Wilkins, eleventh edition.