

CHƯƠNG 64 – CẤP CỨU TIÊU HÓA

CÁC XEM XÉT QUANH PHẪU THUẬT

Cấp cứu tiêu hóa là nguyên nhân thường gặp nhất gây nhập viện ở trẻ em, và mặc dù nhiều nguyên nhân gây ra, các nguyên tắc quản lý là giống nhau. Điều trị ban đầu nên bao gồm hồi sức đầy đủ với đường truyền TM, truyền dịch TM với dung dịch đẳng trương như Ringer Lactate, điều chỉnh điện giải nếu có rối loạn, và xem xét đặt sonde tiêu để theo dõi sát cân bằng dịch. Bệnh nhân nên được nhịn ăn (NPO), đặt sonde mũi dạ dày được xem xét trong trường hợp nôn dai dẳng hoặc bần tâm về tắc nghẽn hoặc thiếu máu cục bộ. Ngoài ra, điều trị kháng sinh phổ rộng đường TM thường được chỉ định khi nghi ngờ nhiễm trùng hoặc sepsis.

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ (NEC)

TỔNG QUAN

Viêm ruột hoại tử (NEC - Necrotizing Enterocolitis) ảnh hưởng đến 5% - 10% các trẻ nhập khoa NICU. 90% bệnh nhân viêm ruột hoại tử là trẻ đẻ non. Mặc dù nguyên nhân chính xác là không rõ, nhưng giả thiết cơ chế bao gồm sự hiện diện vi khuẩn trong đường ruột chưa trưởng thành, phản ứng viêm, suy giảm hàng rào miễn dịch tại ruột. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm đẻ non và nhẹ cân.

TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng có thể từ mức độ nhẹ, không đặc hiệu đến diễn tiến cấp tính có bằng chứng thủng ruột.

1. Triệu chứng: Chướng bụng, phân máu, ăn không tiêu, nề đỏ thành bụng, ngưng thở, rối loạn huyết động.
2. Xét nghiệm: Tăng bạch cầu hoặc giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, tăng CRP, toan chuyển hóa.
3. Hình ảnh học (xquang bụng thẳng): liệt ruột, khí thành ruột, khí tĩnh mạch cửa, tràn khí phúc mạc (Hình 64-1).



Hình 64-1: (a) Khí thành ruột. (b) Khí tĩnh mạch cửa, (c và d) Khí tự do.

TIÊU CHUẨN PHÂN ĐỘ BELL'S CÓ ĐIỀU CHỈNH (BẢNG 64-1)

BẢNG 64-1. Tiêu chuẩn phân độ Bell có điều chỉnh

Giai đoạn	Phân nhóm	Đặc điểm lâm sàng	Hình ảnh học	Triệu chứng tiêu hóa
Ia	Nghi ngờ	Ngưng thở, tim chậm, thân nhiệt không ổn định	Liệt ruột nhẹ	Ăn không tiêu, chướng bụng nhẹ, có máu trong phân
Ib	Nghi ngờ	Như trên	Như trên	Phân máu
IIa	Xác định, mức độ nhẹ	Như trên	Liệt ruột, giãn quai ruột, khí thành ruột khu trú	Chướng bụng nhiều, mất nhu động ruột, phân máu
IIb	Xác định, mức độ trung bình	Giảm tiểu cầu, toan chuyển hóa sớm	Khí thành ruột lan tỏa, bóng bụng, khí tĩnh mạch cửa	Ăn đau, thành bụng nề
IIIa	Tiến triển, mức độ nặng	Toan máu, thiếu niệu, tụt huyết áp, rối loạn đông máu	Như trên, quai ruột giãn nổi bật	Thành bụng nề nhiều, đỏ, sờ thấy quai ruột
IIIb	Tiến triển, thủng ruột	Shock, mất bù	Tràn khí phúc mạc	Thủng ruột

QUẢN LÝ

- Điều trị nội khoa (giai đoạn I-II): cho ruột nghỉ ngơi, giải áp da dày, truyền dịch TM và hồi sức, kháng sinh phổ rộng. Cấy máu và nước tiểu trước khi bắt đầu dùng kháng sinh. Sau đó thăm khám và chụp xquang bụng. Diễn tiến lâm sàng xấu đi hoặc không cải thiện là chỉ định điều trị phẫu thuật.
- Điều trị phẫu thuật (giai đoạn III): Mổ cắt đoạn ruột hoại tử.

ĐÚC KẾT LÂM SÀNG

- Thủng ruột khu trú (FIP – Focal intestinal perforation)
 - Thủng ruột tự phát xuất hiện chủ yếu ở trẻ sơ sinh đẻ cực non.
 - Có thể điều trị với dẫn lưu phúc mạc đơn độc trong một số trường hợp
- Biến chứng
 - Hội chứng ruột ngắn – NEC là nguyên nhân gây hội chứng ruột ngắn, chiếm tỉ lệ > 50% các trường hợp
 - Hẹp – Không dung nạp cho ăn sau điều trị nội khoa nên được đánh giá ngay với chụp cản quang để xem xét hẹp. Hẹp thường gặp ở đoạn đại tràng và đoạn xa hồi tràng.
- Định hướng tương lai
 - Các bài review Cochrane cho thấy dùng probiotic ở trẻ đẻ non có thể giảm tỉ lệ viêm ruột hoại tử.

RUỘT XOAY BẮT TOÀN/XOÁN RUỘT

TỔNG QUAN

Ruột xoay bình thường trong thai kỳ là 270° ngược chiều kim đồng hồ. Ruột xoay thất bại sẽ hình thành Ladd's band (dải dính từ thành bụng nối với manh tràng) và mạc treo hẹp, khuynh hướng xoắn đoạn ruột giữa.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

1. Triệu chứng
 - a. Biểu hiện cấp tính: nôn dịch mật khởi phát cấp tính được cho là ruột xoay bất toàn đoạn ruột giữa cho đến khi loại trừ được nó. Bụng có thể chướng và đau khi ăn vào. Can thiệp phẫu thuật ngay lập tức là cần thiết để tránh thiếu máu cục bộ ruột, viêm phúc mạc, shock và tiềm ẩn nguy cơ mất toàn bộ đoạn ruột non.
 - b. Mạn tính: Ruột xoay bất toàn không có xoắn ruột có thể biểu hiện bất dung nạp cho ăn, chướng lớn, và đau bụng từng cơn. Triệu chứng có thể do tắc tá tràng do Ladd's band và/hoặc xoắn một phần từng đợt.
2. Xét nghiệm: Tăng bạch cầu và toan chuyển hóa (đa dạng)
3. Hình ảnh học
 - a. Không chỉ định hình ảnh học nếu biểu hiện lâm sàng hạn tâm đến xoắn đoạn ruột giữa gây thiếu máu cục bộ ruột. Tiến hành phẫu thuật ngay lập tức.
 - b. Xquang bụng (2 chiều) - bụng chướng, không có khí trong ổ bụng, dấu hiệu "2 bóng khí hay double bubble sign" trong tắc tá tràng. Hình ảnh học đa dạng.
 - c. Đường tiêu hóa trên - Để chẩn đoán xác định ruột xoay bất toàn. Dây chằng Treitz không thể bắt qua bên trái đường giữa và ở mức môn vị theo trục đầu-thân. Dấu hiệu Corkscrew hoặc "beaking" nghi nhiều đến xoắn ruột (Hình 64-2).
 - d. Siêu âm - "dấu hiệu whirlpool" của SMV (tĩnh mạch mạc treo tràng trên) xung quanh động mạch mạc treo tràng trên (SMA).

ĐIỀU TRỊ

1. Biểu hiện cấp tính (nghĩ đến xoắn ruột): truyền dịch hồi sức, đặt sonde mũi dạ dày giải áp, kháng sinh TM phổ rộng, phẫu thuật ngay lập tức.
2. Biểu hiện mạn tính (ruột xoay bất toàn nhưng không có xoắn ruột): Thủ thuật Ladd có chọn lọc (mổ nội soi hoặc mổ mở).

TẮC RUỘT NON

TỔNG QUAN

Nguyên nhân thường gặp ở trẻ em bao gồm tắc ruột do dính, thoát vị nội, lồng ruột, xoắn ruột, dải dây rốn-mạc treo, và hẹp lồng ruột.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

1. Triệu chứng: Đau bụng co thắt, nôn ra dịch mật, chướng bụng, táo bón



Hình 64-2. UGI cho thấy ruột xoay bất toàn đoạn có xoắn đoạn ruột giữa với hình ảnh “mỏ chim hay corkscrew”

2. Xét nghiệm: Có thể bình thường hoặc cho thấy dấu hiệu mất nước, toan chuyển hóa, tăng bạch cầu
3. Hình ảnh học:
 - a. Xquang bụng – quai ruột giãn, không có khí trong trực tràng, mức khí dịch
 - b. CT bụng – hữu ích trong phát hiện vị trí chuyển tiếp, phân biệt giữa tắc ruột bán phần và tắc ruột hoàn toàn, và phát hiện các dấu hiệu cấp cứu như thoát vị nội.

ĐIỀU TRỊ

1. Không phẫu thuật: Truyền dịch TM và đặt sonde mũi dạ dày giải áp được chỉ định trên những bệnh nhân không có viêm phúc mạc hoặc các dấu hiệu khác của thiếu máu cục bộ ruột, đặc biệt trong bệnh cảnh tắc ruột bán phần do dính.
2. Phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở được chỉ định khi có bất kỳ dấu hiệu nào của viêm phúc mạc, bất kỳ tắc nghẽn nào mà không giải thích được (eg, không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng), và/hoặc không cải thiện với điều trị bảo tồn (thường là trong vòng 48-72 giờ).

ĐÚC KẾT LÂM SÀNG

1. Lòng ruột

- a. Lòng ruột nguyên phát có thể gặp sau viêm dạ dày ruột hoặc nhiễm trùng hô hấp. Lòng ruột thứ phát có thể do lead point (eg, Meckel's).
 - b. Thường gặp nhất ở trẻ từ 3 tháng-3 tuổi. Các trường hợp không điển hình bao gồm trẻ lớn hơn và ở tuổi teen – thời điểm mà các nguyên nhân khác và lead points như khối u có thể cần được xem xét.
 - c. Mặc dù “dấu hình bia” thỉnh thoảng có thể được tìm thấy trên xquang, nhưng chẩn đoán thường dựa vào siêu âm.
 - d. Điều trị đầu thay ở những bệnh nhân điển hình với tháo lỏng bằng dung dịch cân quang tan trong nước hoặc tháo lỏng bằng khí, và tỉ lệ thành công lên đến 85% bệnh nhân.
2. Meckel's band
 - a. Xem xét dải rốn-mạc treo nếu bệnh nhân có tắc ruột mà không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó hoặc các nguyên nhân khác.
 - b. Túi thừa cũng có thể là lead point gây lồng ruột.
 3. Thoát vị
 - a. Thoát vị bẹn là nguyên nhân thường gặp gây tắc ruột, đặc biệt là ở trẻ nhỏ.
 - b. Khám khám thực thể là quan trọng ở những bệnh nhân tắc ruột.
 4. Hẹp
 - a. Xem xét quan trọng ở những bệnh nhân có tiền sử viêm ruột hoại tử trước đó hoặc thiếu máu cục bộ ruột.
 - b. Chẩn đoán với chụp có cản quang đường tiêu hóa trên và dưới.

VIÊM RUỘT THỪA

TỔNG QUAN

Viêm ruột thừa do tắc nghẽn lòng ruột thừa gây viêm, thiếu máu cục bộ, hoại tử và cuối cùng dẫn tới thủng. Tắc nghẽn có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm sỏi phẩn, tăng sản mô lympho, và dị vật. Nhiễm trùng thường do nhiều tác nhân, và vi khuẩn đường ruột là nguyên nhân thường gặp nhất.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng đa dạng và có thể không theo đặc điểm cổ điển – đau bụng lan tỏa quanh rốn sau đó khu trú vùng hố chậu phải, đặc biệt là ở trẻ nhỏ. Triệu chứng thường gặp nhất bao gồm đau bụng, sốt, buồn nôn/nôn, và tím nhanh. Khám khám thường nổi bật với ấn đau vùng hố chậu phải. Xét nghiệm cũng đa dạng, nhưng tăng bạch cầu neutro ưu thế là thường gặp. Chẩn đoán có thể dựa vào hình ảnh học. Siêu âm thường là cận lâm sàng đầu tay ở trẻ em, CT hoặc MRI dành cho những trường hợp siêu âm không chẩn đoán được.

QUẢN LÝ

Trẻ viêm ruột thừa cấp tính, không thủng được điều trị với phẫu thuật cắt ruột thừa và có thể ra viện trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật, thường là trong cùng một ngày. Những trẻ viêm

ruột thừa có biến chứng (thủng) có hướng quản lý phức tạp hơn và nhiều thách thức, thỉnh thoảng cần nhập ICU.

1. Điều trị ban đầu
 - a. Hầu hết trẻ biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học bụng tâm đến thủng vẫn có được lợi ích từ phẫu thuật cắt ruột thừa. Phẫu thuật cắt ruột thừa sớm liên quan đến chi phí thấp hơn và tỉ lệ tái nhập viện thấp hơn so với nhóm điều trị không phẫu thuật ban đầu.
 - b. Trong một số trường hợp hiếm, viêm ruột thừa thủng có thể ở vùng đáy ruột thừa tại manh tràng, cần phẫu thuật cắt hồi tràng-manh tràng.
 - c. Những trẻ biểu hiện áp xe khu trú giới hạn rõ có thể có lợi từ điều trị dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm và điều trị kháng sinh theo kết quả cấy.
 - d. Ở những trẻ được điều trị không phẫu thuật giai đoạn đầu, trì hoãn phẫu thuật thường sau 6-12 tuần, được một số bác sĩ ngoại khoa khuyến cáo để tránh tái phát.
2. Điều trị sau phẫu thuật với các trường hợp viêm ruột thừa bị thủng
 - a. Bệnh nhân viêm ruột thừa thủng được phẫu thuật cắt bỏ cần truyền dịch hồi sức, theo dõi sát lượng dịch vào và ra, và dùng kháng sinh kéo dài.
 - b. Hầu hết bác sĩ ngoại khoa giữ kháng sinh phổ rộng TM ở những đứa trẻ này (piperacillin-tazobactam hoặc ceftriaxone/metronidazole) cho đến khi trẻ hết sốt, ăn uống được và hết đau.
 - c. Một số trường hợp kiểm tra công thức máu và/hoặc CRP trước khi xuất viện.
 - d. Bệnh nhân sau khi ra viện về nhà có thể hoàn thành liệu trình điều trị với kháng sinh uống.
3. Áp xe sau phẫu thuật
 - a. Áp xe sau phẫu thuật xuất hiện với tỉ lệ 20% - 25% những trẻ trải qua phẫu thuật cắt ruột thừa thủng.
 - b. Bệnh nhân sốt, đau, và/hoặc không dung nạp cho ăn dai dẳng sau 5-7 ngày cần được chụp CT để đánh giá áp xe.
 - c. Áp xe sau phẫu thuật có thể được quản lý với dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm (hoặc, một số trường hợp hiếm là phẫu thuật dẫn lưu), sau đó là điều trị kháng sinh kéo dài (thường là 10-14 ngày) theo kết quả cấy. Bệnh nhân có ổ áp xe nhỏ, không thể dẫn lưu có thể được quản lý với điều trị kháng sinh.

VIÊM DẠY TRÀNG

TỔNG QUAN

Nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm nhiễm trùng và các tác nhân gây viêm.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Sốt, chướng bụng, tiêu chảy, tăng bạch cầu.

QUẢN LÝ

Mặc dù quản lý dựa vào nguyên nhân gây viêm đại tràng, nhưng điều trị ban đầu thường là không phẫu thuật trừ các trường hợp thủng hoặc septic shock.

NGUYÊN NHÂN

1. Viêm loét đại tràng với phình đại tràng nhiễm độc
 - a. Can thiệp phẫu thuật cấp cứu có thể cần ở những trẻ biểu hiện bệnh tối cấp với chướng bụng, tiêu chảy phân máu, đau bụng nhiều, sốt, tim nhanh và sepsis.
 - b. X quang bụng cho thấy giãn đại tràng.
 - c. Điều trị phẫu thuật.
2. *Clostridium difficile*
 - a. Septic shock do viêm đại tràng tối cấp là hiếm gặp nhưng biến chứng nghiêm trọng của nhiễm *C. difficile*.
 - b. Vi khuẩn giải phóng các ngoại độc tố gây tổn thương niêm mạc và phản ứng viêm ở đại tràng, gây hình thành giả mạc, loét và nhiễm độc toàn thân.
 - c. Phình đại tràng nhiễm độc là chẩn đoán lâm sàng dựa vào bằng chứng hình ảnh học của giãn to đại tràng trong bệnh cảnh sepsis nặng.
 - d. Không cải thiện sau hồi sức và điều trị kháng sinh thích hợp là chỉ định điều trị phẫu thuật cấp cứu.
3. Viêm ruột liên quan đến Hirschsprung (HAC)
 - a. HAC là biến chứng tiềm ẩn gây đe dọa tính mạng của bệnh Hirschsprung. Nó có thể là biểu hiện ban đầu ở trẻ HD chưa được chẩn đoán.
 - b. Nguyên nhân quá phát vi khuẩn trong bệnh cảnh tắc đoạn xa của ruột và cơ thắt trong.
 - c. Điều trị ban đầu với truyền dịch hồi sức, kháng sinh phổ rộng và làm sạch trực tràng ngay lập tức.
4. Viêm ruột do giảm bạch cầu hạt
 - a. Nhiễm trùng hoại tử đoạn ruột ở những bệnh nhân giảm bạch cầu hạt, thường do độc tế bào trong hóa trị. Nguyên nhân chưa được hiểu rõ nhưng khả năng do tổn thương niêm mạc và mất hàng rào vật chủ thứ phát do hóa trị, thường được tìm thấy ở những bệnh nhân có bệnh lý ác tính huyết học.
 - b. Trước đây là "typhlitis" – thường gặp nhất ở vùng hồi manh tràng. Tuy nhiên, nó có thể được tìm thấy ở bất kỳ đoạn nào của ruột non hoặc đại tràng. Thường do nhiễm trùng đa tác nhân.
 - c. Điều quan trọng là cần xem xét ở trẻ sốt, đau bụng trong bệnh cảnh giảm bạch cầu hạt nặng (bạch cầu hạt tuyệt đối hay ANC < 500 tế bào/uL); CT là cần lâm sàng hình ảnh học được lựa chọn.
 - d. Điều trị nội khoa tối ưu bao gồm cho ruột nghỉ ngơi, giải áp dạ dày, truyền dịch TM, điều chỉnh rối loạn đông máu, và kháng sinh phổ rộng đường TM. Can thiệp phẫu thuật hiếm khi cần thiết và dành cho những trường hợp thủng, diễn tiến lâm sàng xấu đi, hoặc xuất huyết tiêu hóa dai dẳng.

DIỆT VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA

TỔNG QUAN

Dị vật thường gặp nhất bao gồm đồng tiền, đồ chơi và pin. Vị trí thường gặp nhất là thực quản dưới cơ nhẫn hầu. Phần lớn dị vật đi vào dạ dày sẽ qua được phần còn lại của đường tiêu hóa. Xquang thẳng thường đủ để phát hiện dị vật.

DI VẬT THỰC QUẢN

1. Đặc điểm lâm sàng bao gồm chảy máu, ăn kém, đau cổ hoặc họng
2. 3 vùng chính chịu ảnh hưởng: cơ thắt thực quản trên, mức cung động mạch chủ, và cơ thắt thực quản dưới.
3. Dị vật ở đoạn trên và đoạn giữa thực quản cần lấy ra bằng dụng cụ nội soi ống cứng hoặc ống mềm hoặc Foley balloon dưới nội huỳnh quang.
4. Bảo vệ đường thở và tránh dị vật rơi vào đường thở trong quá trình loại bỏ dị vật thực quản.

DI VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA

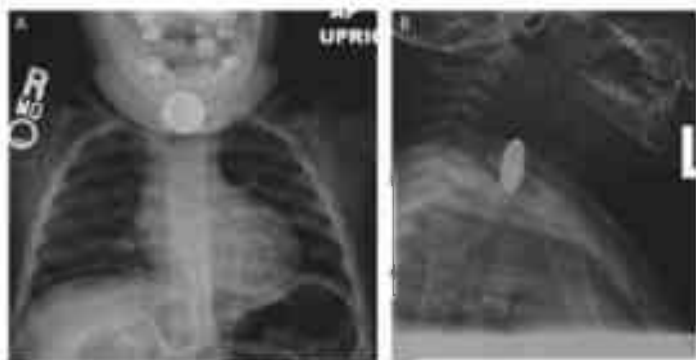
1. Khi dị vật xuống dạ dày, hiếm khi chỉ định loại bỏ
2. Vùng tiềm ẩn chịu ảnh hưởng bao gồm môn vị và van hồi manh tràng
3. Đau khởi phát cấp tính cần chụp xquang để loại trừ khí tự do

DI VẬT CỤ THỂ

1. Pin
 - a. Có thể giải phóng dòng điện cường độ thấp hoặc rò dung dịch kiềm - gây hoại tử hóa lỏng
 - b. Nhìn thấy double contour rim trên xquang (Hình 64-3).
 - c. Tổn thương có thể xuất hiện trong vòng 60 phút ; cần **loại bỏ ngay lập tức** khi dị vật trong thực quản.
 - d. Biểu chứng bao gồm sưng, hẹp, rò khí-thực quản (TEF).
2. Dung dịch kiềm (lye)
 - a. Nguy hiểm hơn với mức độ tổn thương lan rộng hơn là nuốt dung dịch acid, gây hoại tử hóa lỏng với thủng vào mô sâu hơn.
 - b. Nguy cơ cao thủng thực quản trong giai đoạn lạnh (5-10 ngày).
 - c. Hình thành sẹo nguy cơ cao gây hẹp.
 - d. Quản lý bao gồm hồi sức và điều trị hỗ trợ.
 - e. Nội soi nên được thực hiện ở tất cả bệnh nhân có triệu chứng từ 24-48 giờ sau tổn thương để đánh giá mức độ tổn thương (xem Bảng 64-2).
 - f. Chụp thực quản có cần quan khi lâm sàng chỉ điểm hẹp.
3. Nam châm
 - a. Có vấn đề khi (1) nhiều và (2) tách biệt dọc theo chiều dài đường tiêu hóa. Có thể gắn vào thành ruột ở hai vùng khác nhau trong lòng ruột gây thủng, tắc, hoặc hình thành lỗ rò.
 - b. Quản lý với theo dõi sát và thăm khám liên tục.

4. Vật nhọn

- Nguy cơ thủng thấp; tuy nhiên, theo dõi sát cho đến khi dị vật vào đại tràng.
- Có thể rửa đường tiêu hóa với polyethylene glycol để hỗ trợ đào thải.



Hình 64-3. Dị vật pin trong thực quản

Bảng 64-2	Phân độ tổn thương thực quản
Mức độ	Biểu hiện trên nội soi
0	Niêm mạc bình thường
1	Nề, đỏ niêm mạc
2a	Niêm mạc dễ vỡ, bóng nước, xuất huyết, trợt, xuất tiết trắng
2b	Giống với 2a nhưng đường kính vết loét rộng hoặc sâu
3a	Những vùng hoại tử nhỏ, rải rác
3b	Hoại tử lan sâu

CÁC TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

THÙNG THỰC QUẢN

Tổng quan

Phần lớn các trường hợp thùng thực quản do nhân viên y tế; bao gồm đặt nội khí quản, đặt sonde mũi-dạ dày, và nông hẹp. Các nguyên nhân thường gặp khác bao gồm nuốt dị vật hoặc chấn thương. Vị trí thường gặp nhất trong thùng là đoạn thực quản ngực.

Đặc điểm lâm sàng

- Khó nuốt, suy hô hấp, sốt, đau ngực, tràn khí dưới da
- Xquang ngực cho thấy tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí trung thất, tràn khí màng tim, hoặc tràn khí dưới da
- Chụp thực quản cản quang có bằng chứng rò là cần lâm sàng chẩn đoán được lựa chọn.

Quản lý

1. Kháng sinh phổ rộng ban đầu
2. Nếu phát hiện sớm (< 24 giờ), có thể phẫu thuật. Nếu chẩn đoán muộn, chuyển hướng sang dẫn lưu lỗ rò được ưu tiên.
3. Phần lớn sẽ tự lành.

THÙNG TÁ TRĂNG

Tổng quan

Nguyên nhân gây thủng bao gồm chấn thương, tắc nghẽn (thiếu sản), loét (hiếm), bệnh Crohn, hoặc do nhân viên y tế. Triệu chứng tương tự với thủng các đoạn ruột khác, bao gồm đau bụng, chướng bụng, nôn và buồn nôn, tăng bạch cầu, sepsis, và khí tự do trên hình ảnh học.

Quản lý

1. Phẫu thuật
2. Mở hồng tràng cho ăn nên được xem xét để đảm bảo dinh dưỡng đường tiêu hóa.

HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG BỤNG

Tổng quan

Tăng áp lực trong ổ bụng liên quan đến rối loạn chức năng/suy cơ quan mới khởi phát. Tăng áp lực giường mao mạch gây giảm tưới máu các tạng ổ bụng, gây thiếu máu cục bộ, toan máu, và cuối cùng dẫn đến suy tim phải. Các nguyên nhân bao gồm chấn thương, sepsis, và bù dịch lượng lớn.

Đặc điểm lâm sàng

1. Bụng chướng căng, cứng, thiếu niệu, giảm thể tích khí lưu thông, tăng áp lực đỉnh và áp lực bình nguyên trong thờ máy
2. Tăng áp lực trong ổ bụng > 20 mmHg

Quản lý

1. Đo áp lực bàng quang.
2. Giảm sức đàn thành bụng với thuốc an thần và gây liệt. Tối ưu cân bằng dịch.
3. Mở bụng giải áp và lợi tiểu cho đến khi giảm nề cho phép đóng ổ bụng tension-free.