

CHƯƠNG BỤNG Ở TRẺ EM

Chương bụng là một vấn đề khó khăn trên lâm sàng. Không có những định nghĩa có ý nghĩa thống kê về chương bụng có giá trị cho những nhà nhi khoa, vì vậy, xác định bệnh học chương bụng đòi hỏi kinh nghiệm bao gồm nhiều nghiên cứu trên trẻ em thuộc nhiều lứa tuổi khác nhau cả ở trẻ bệnh và cả trên trẻ bình thường.

Xác định chính xác nguyên nhân gây chương bụng ở trẻ em bằng việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng đơn thuần là rất khó. Có rất nhiều chẩn đoán có thể được đặt ra, và hầu hết chẩn đoán đều rất khác nhau tùy theo lứa tuổi. Hơn nữa, không phải tất cả trường hợp đều là bệnh lý. Một trẻ sơ sinh khỏe mạnh có thể có chương bụng do nuốt khí, và một đứa trẻ tập đi cũng có thể có hiện tượng đó do có sự kết hợp giữa sự ưỡn cột sống thất lưng và giảm trương lực cơ thất hậu môn thành bụng. Chương bụng không phải bệnh lý thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ tập đi quá mức, cần phải nghĩ đến khả năng có khối u ác tính trong ổ bụng. Vì vậy cần phải tiếp cận một cách hệ thống đối với bất kì trường hợp chương bụng nào tăng dần lên. Từ đó cho ta một hệ thống các chẩn đoán, tối giản hóa các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, giảm sự khó chịu và chi phí.

TIẾP CẬN TRIỆU CHỨNG CHƯƠNG BỤNG

TIỀN SỬ

Cần xác định tốc độ của sự tắc nghẽn, có hay không triệu chứng của hệ tiêu hóa, đau, và các triệu chứng khác..

Triệu chứng của hệ tiêu hóa bao gồm: nôn, đau, táo bón, chậm ỉa phân su hoặc sự kém hấp thu (kém phát triển, ỉa chảy hoặc phân mỡ, phân cục lớn, phân nặng mùi hôi) có thể tìm được

Mặc dù đau xuất hiện trong đa số các trường hợp, nhưng đau cấp tính trong chương bụng là một cấp cứu ngoại khoa cho đến khi chứng minh được do nguyên nhân khác. Đứng trước chương bụng không kèm theo đau cần đặt câu hỏi về cổ trướng, phình cơ quan tiến triển, khối u, u nang hoặc giảm trương lực cơ thành bụng

Cần tìm kiếm những triệu chứng như sốt, giảm cân, chậm phát triển, chán ăn, mệt mỏi, dễ cáu kỉnh hoặc đau xương vì chúng có thể gợi ý đến bệnh lý ác tính, tuy nhiên cũng không được loại trừ khi không có những triệu chứng đó.

Xem bảng 1-1 về danh sách các triệu chứng và gợi ý nguyên nhân đặc hiệu của chương bụng

Sử dụng thuốc, bao gồm liệu pháp thảo dược và các liệu pháp thay thế, cần được hỏi kỹ, chú ý nếu có dùng thuốc nhuận tràng do một nguyên nhân của bệnh Hirschsprung và các nguyên nhân khác gây táo bón, hoặc có dùng những tác nhân có thể gây nên triệu chứng của đường tiêu hóa và táo bón.

BANG 1-1

Triệu chứng gợi ý nguyên nhân gây chướng bụng	
Triệu chứng	Nguyên nhân
Sốt	Viêm phúc mạc
Đau nhiều lan tỏa	Tắc ruột, viêm phúc mạc, viêm tụy cấp
Triệu chứng thực thể- sút cân	Nguyên nhân ác tính
Sờ thấy khối u	Nguyên nhân ác tính
Nôn ra dịch mật	Tắc nghẽn ống tiêu hóa, chửa ngoài dạ con vỡ
Chướng bụng tiến triển hoặc không triệu chứng	Nguyên nhân ác tính, cổ trướng
Phân nặng mùi hôi	Kém hấp thu
Tắt kinh	Không có lỗ màng trinh
Yếu mệt	Bệnh còi xương

Cần phải hỏi kỹ tiền sử để phát hiện những nguyên nhân đặc hiệu, ví dụ như giun đũa (nguyên nhân phổ biến gây các triệu chứng về đường tiêu hóa tại nhiều nơi trên thế giới)

Nếu đưa ra một chẩn đoán quá khác biệt, cần xem xét lại chẩn đoán y khoa trước đó. Những tình trạng có thể gây ra một khối u ác tính trong ổ bụng bao gồm hội chứng WAGR (Wilms tumor, aniridia, genitourinary abnormalities, and mental retardation --- khối u Wilms, tật không mống mắt, những bất thường hệ sinh dục, và chậm phát triển trí tuệ) và hội chứng Denys- Drash, liên quan tới gia tăng nguy cơ khối u Wilms, và hội chứng Beckwith- Wiedemann, chúng làm trẻ em tăng nguy cơ bị khối u Wilms, u máu và u tuyến thượng thận. Trẻ em bị thể ba nhiễm, hội chứng rối loạn DNA, và suy giảm miễn dịch có nguy cơ cao bị u lympho và bạch cầu cấp. Tiền sử từng phẫu thuật ổ bụng có thể gây dính ruột, từ đó gây ra sự tắc nghẽn. Trước bệnh nhi bị rối loạn tâm thần và hành vi cần nghĩ tới khả năng có dị vật trong đường tiêu hóa hay không.

Hỏi tiền sử gia đình về các bệnh xơ nang, bệnh đa nang thân, bệnh về chuyển hóa và bất kì những bất thường thai nghén, để non vì có thể liên quan tới một bệnh chuyển hóa chưa được chẩn đoán, một số có thể gây ra phì đại gan, phì đại lách và cổ trướng bẩm sinh

ở trẻ mới sinh, có thể hỏi thêm về tiền sử thai nghén, thiếu ối có thể gợi ý tắc nghẽn đường niệu xa, trong khi đa ối có thể do tắc nghẽn đường tiêu hóa trên.

ở trẻ sơ sinh và trẻ tập đi cần hỏi về chế độ ăn có thể gợi ý đến nguy cơ còi xương. Cần phải cần thận phân biệt với những trường hợp bố mẹ tương con bị béo phì trong khi có thể trẻ có chướng bụng tiến triển hoặc có khối u trong bụng.

ở những trẻ nữ đang lớn, cần hỏi về vấn đề quan hệ tình dục khi nghĩ đến có thai. Khi có mất kinh trong thời kì dậy thì cần nghĩ tới khả năng tụ máu kinh trong âm đạo do màng trinh không thủng lỗ.

KHÁM LÂM SÀNG

Với một đứa trẻ có vấn đề ở bụng đang rất lo lắng, nên tiếp cận một cách từ tốn, bình tĩnh, không được vội vàng. Đôi khi có thể cần đến sự trợ giúp của bố mẹ trẻ, đồ chơi để minh họa cho trẻ hiểu cách khám. Có khi phải khám trong khi bé đang nằm trong lòng mẹ. khám bụng ở những trẻ đang quấy khóc là không chính xác hoàn toàn, không nhạy và không có giá trị chẩn đoán cao.

Khám bụng ở tư thế trẻ nằm ngửa, chú ý nếu là chướng bụng thông thường sẽ cao nhất ở tốn hoặc khu trú. Box 1-1 trình bày những nguyên nhân hay gặp gây ra chướng bụng ở trung tâm và những khối thông thường. Cần xem có tĩnh mạch nổi ở bụng không. Nếu có cần nghĩ đến trường hợp tăng áp tĩnh mạch cửa hoặc có cản trở đường về của tĩnh mạch hệ thống. Cần khám cả nhu động ruột, có trường hợp tăng (kém hấp thu, tắc ruột cấp), tăng ít (tắc ruột không hoàn toàn), mất (liệt ruột), phát hiện có tiếng thổi (dị dạng mạch)

Cần gõ để phân biệt chướng hơi hay chướng dịch (gõ đục)

Nên sờ nắn bắt đầu từ vùng $\frac{1}{4}$ dưới lên trên để cảm nhận bờ dưới của gan lách dễ hơn (để tránh xác định sai bờ dưới gan trong trường hợp kích thước gan quá to xuống đến gần khung chậu). Cần đánh giá độ mềm của thành bụng. Cảm ứng phúc mạc là triệu chứng nhạy cho chẩn đoán viêm phúc mạc; đánh giá phản ứng thành bụng ở trẻ nhỏ có thể cho kết quả dương tính giả.

BOX 1-1

Nguyên nhân của chướng bụng khu trú hoặc khối u

- *Vùng thượng vị: viêm tá tràng, hẹp môn vị, sự xoay bất thường, dị vật.*
- *Vùng mạn sườn: khối u Wilms, thận ứ nước, thận đa nang, u thần kinh, huyết khối tĩnh mạch thận, chảy máu tuyến thượng thận*
- *Góc ¼ trên phải: u đường mật, phì đại gan, u han, túi mật giãn căng*
- *Góc ¼ trên trái: phì đại lách, u lách*
- *Góc ¼ dưới phải: u buồng trứng, lồng ruột, áp xe ruột thừa, bệnh Crohn, u phân,*
- *Góc ¼ dưới trái: u buồng trứng, u phân*
- *Vùng hạ vị: chảy máu âm đạo, u phân, u quai, tắc nghẽn bàng quang, u niệu rốn*

Khi sờ thấy một khối trong ổ bụng, cần đánh giá vị trí, tính chất đau, độ di động, thay đổi theo hô hấp (gan, lách), dạng khối hay dịch (u phân), nhẵn hay sần sùi, có vượt qua đường giữa không (hay gặp trong u nguyên bào thần kinh). Nghiệm pháp bập bênh thận có thể giúp xác định khối u trong khi không đánh giá được bằng sờ nắn.

Cần thiết phải thăm khám hậu môn trực tràng để phát hiện trẻ có táo bón, hẹp hậu môn, bệnh Hirschsprung, u vùng khung chậu

Với trẻ bé có cổ trướng, bụng thường phình lên ở hai bên khi nằm ngửa. Với trẻ lớn hơn, có thể xác định thông qua gõ đục hoặc làm nghiệm pháp sóng vỗ. Cũng có khi sờ thấy được một khối thoát vị rốn.

Ở trẻ nữ, thăm khám cơ quan sinh dục là cần thiết để phát hiện trường hợp màng trinh không thủng với tích dịch tử cung âm đạo hoặc, ở trẻ tuổi thanh thiếu niên (13-17 tuổi) là chảy máu âm đạo, có thai. Ở cả hai giới, nếu phát hiện dị dạng hệ tiết niệu sinh dục dưới đều cần đặt câu hỏi liệu có dị dạng hệ sinh dục tiết niệu phía trên hay không.

Thăm khám vùng bìu bẹn ở trẻ nam, thoát vị bẹn nhiều khi cũng có chướng hơi và triệu chứng của tắc nghẽn. Tràn dịch màng tinh hoàn cũng có thể gặp đi kèm với cổ trướng khi có giảm albumin máu.

Cuối cùng, cần đánh giá hệ cơ và kiểm tra dấu hiệu của còi xương ở tất cả trẻ có chướng bụng không giải thích được nguyên nhân.

CHÂN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Những chẩn đoán phân biệt được đưa ra dựa trên các triệu chứng bụng chướng hơi, triệu chứng của hệ tiêu hóa (GI symptoms), sờ thấy khối u, phì đại cơ quan, cổ trướng hoặc giảm trương lực thành bụng (bảng 1-2). Nguyên nhân của phì đại gan, phì đại lách sẽ được thảo luận sau ở chương 39 và 73

Những nguyên nhân đe dọa sự sống của chướng bụng được trình bày ở Box 1-2

BỤNG CHƯỚNG HƠI Ở TRẺ MỚI SINH VÀ TRẺ SƠ SINH (< 1 THÁNG TUỔI)

Chướng hơi ở bụng có thể gặp ở trẻ nhỏ khỏe mạnh, ở trẻ có vấn đề hệ thống và ở trẻ có tắc nghẽn đường tiêu hóa.

Một số trẻ nhỏ có chướng bụng nhẹ do trẻ nuốt khí khi ăn hoặc khóc. Tình trạng chướng bụng này thay đổi, nặng nhất sau khi cho ăn hoặc trẻ quấy khóc, và mất đi sau 1 thời gian. Không có nôn, các thăm khám khác hoàn toàn bình thường.

Ở trẻ mới sinh bị bệnh, nhiều tình trạng hệ thống có thể là nguyên nhân gây liệt ruột biểu hiện chướng bụng, bụng không mềm, nghe bụng im lặng: nhiễm khuẩn, viêm phổi, ngạt sơ sinh, thiếu năng tuyến giáp trạng, mất cân bằng điện giải. Ở trẻ lớn hơn 1 chút, cần chú ý đến chẩn đoán viêm ruột hoại tử (NEC).

Những tắc nghẽn đường tiêu hóa bẩm sinh gây nên chướng bụng ở trẻ mới sinh bao gồm: bất tắc ruột non, tụy nhũn, ruột quay dở dang. Nguyên nhân hay gặp nhất là bất tắc tá tràng bẩm sinh, biểu hiện tình trạng đa ối trong 50 % bệnh nhân và triệu chứng khởi đầu là nôn nhiều trong giờ đầu tiên sau sinh, chướng khu trú ở vùng thượng vị (bảng 1-1).

Có thể chẩn đoán bất tắc tá tràng bẩm sinh khi nhìn thấy dấu hiệu bóng đôi (double-bubble sign) trên phim chụp X-quang. Bởi vì sự quay bất thường gặp ở 19% bệnh nhân có bất tắc tá tràng, một phim chụp barit nên được chỉ định để xác định sự quay bình thường của ruột non ở trẻ nhỏ- người mà phẫu thuật bị trì hoãn.

Chướng bụng phần trên là hay gặp, mặc dù không chính thức, phát hiện ở trẻ mới sinh và trẻ nhỏ có sự quay bất thường của ruột non, hầu hết ở những trẻ có nôn nhiều trong 4 tuần đầu sau sinh. Trên phim có thể chỉ ra có khí trong dạ dày hoặc tá tràng, hoặc cũng có khi bình thường. Vì vậy vẫn cần đặt ra những nghi vấn lâm sàng ngay cả khi phim chụp bình thường. Nguyên nhân bẩm sinh gây tắc ruột thấp bao gồm tắc hẹp ruột phần xa, tắc ruột do ứ phân su, bệnh Hirschsprung, hội chứng ruột teo nhỏ và dị tật hậu môn trực tràng. Trẻ mới sinh có tắc ruột thấp thường có bụng chướng hơi tiến triển trong vòng 24-48h, nôn nặng và chậm ỉa phân su. Tật không có lỗ hậu môn hoặc thoát vị ngẹt có thể phát hiện được bằng khám lâm

sàng, các nguyên nhân còn lại gây tắc ruột thấp có thể được phát hiện thông qua đánh giá phim chụp X-quang. Chướng hơi ở bụng có thể là một biểu hiện của tràn khí phúc mạc, thể hiện bằng hình ảnh khí tự do trong phúc mạc trên phim chụp bụng. Tràn khí phúc mạc liên quan đến viêm phúc mạc, có khả năng thủng ruột, và nguyên nhân bao gồm: NEC, xoắn ruột, tắc ruột gây thủng và thủng tự phát. Ở trẻ đang thở máy, tràn khí phúc mạc có thể gặp không liên quan đến viêm phúc mạc mà là một biến chứng của tràn khí trung thất.

Bảng 1-2: Chẩn đoán phân biệt chướng bụng dựa vào thăm khám lâm sàng	
Triệu chứng	Nguyên nhân có thể
Chướng hơi	Tắc ruột Tắc nghẽn ống tiêu hóa Viêm phúc mạc Kém hấp thu Chứng nuốt khí Tràn khí phúc mạc
Sờ thấy khối	U trực tràng hoặc ứ nước thận U tuyến thượng thận, u chuỗi giao cảm Phi đại gan, u gan Gấp đôi đường tiêu hóa U buồng trứng hoặc chảy máu âm đạo Phi đại/ u lách
Cổ trướng	Giảm albumin máu do nguyên nhân tại thận/ bệnh lý đường tiêu hóa Xơ gan, suy gan Suy tim Tràn dịch dưỡng chấp – bẩm sinh, sau phẫu thuật, do chấn thương
Giảm trương lực thành bụng	Giảm trương lực thông thường Còi xương Suy giáp
Triệu chứng của viêm phúc mạc	Thủng đường tiêu hóa Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn Viêm phúc mạc hóa học – thiếu dịch mắt, dịch tụy

BOX 1-2: NHỮNG NGUYÊN NHÂN ĐE DỌA SỰ SỐNG CỦA CHƯỚNG HƠI

- *Nhiễm trùng*
- *Viêm phúc mạc*
- *Chảy máu trong ổ bụng*
- *Chảy máu gan, lách, đường tiêu hóa*
- *Viêm tụy cấp nặng*
- *Suy thận cấp*
- *Suy gan cấp*
- *Chứa ngoài tử cung*
- *Rối loạn điện giải nặng hoặc nhiễm độc*

Chướng hơi ở bụng ngoài thời kì sơ sinh

Ngoài thời kì sơ sinh, những nguyên nhân gây chướng hơi trong bụng bao gồm: tắc ruột, tắc nghẽn cơ học, tràn khí phúc mạc và kém hấp thu. Liệt ruột ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng tương tự như trong tắc ruột cơ học, tuy nhiên nghe nhu động mất hoặc giảm, hình ảnh trên phim chụp X-quang có khí ở toàn bộ đường tiêu hóa. Thường gặp sau phẫu thuật, viêm phúc mạc, chấn thương, shock, nhiễm khuẩn, hạ kali máu, gây mê cũng như dùng thuốc... Tắc nghẽn ống tiêu hóa gây ra chướng hơi trong ổ bụng ngoài thời kì sơ sinh có thể là một bệnh lí bẩm sinh phát hiện muộn hoặc một tình trạng mắc phải, bao gồm: tắc nghẽn trong lòng ống tiêu hóa (như hẹp môn vị, lồng ruột, dị vật, phân su, giun đũa hoặc khối u), tắc nghẽn ngoài ống tiêu hóa (như dính ruột sau mổ, áp xe ruột thừa, viêm túi thừa Meckel và có chèn ép từ ngoài vào do khối u trong ổ bụng hoặc u vùng hố chậu).

Chướng hơi có thể liên quan đến hội chứng kém hấp thu chất béo, xơ hóa nang, bệnh celiac. Những tình trạng này đặc trưng bởi đi ngoài phân mỡ, suy dinh dưỡng và chậm phát triển ở những mức độ khác nhau. Mặc dù táo bón cơ năng rất phổ biến ở lứa tuổi trẻ thơ và có thể gây chướng hơi ở bụng, nhưng có những trường hợp không phải do táo bón cơ năng (xem chương 11, táo bón).

KHOẢ TRONG Ổ BỤNG Ở TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Hai phần ba khối trong ổ bụng ở trẻ sơ sinh có nguyên nhân từ hệ tiết niệu. Khối ở thân nằm sau phúc mạc, không di động và được đánh giá qua ấn sâu vào ổ bụng. Khối bản chất là nang chiếm ưu thế và có thể ấn vào nhẹ. Thân đa nang cũng là nguyên nhân hay gặp với một khối

vùng mạn sườn ở trẻ sơ sinh. Nó có thể được phát hiện khi thăm khám lâm sàng như một khối mềm với bờ hơi bất thường. Nguyên nhân tiếp theo là do thận ứ nước. Một khối vùng mạn sườn bề mặt nhẵn thường do tắc nghẽn ở chỗ nối đường tiết niệu trong khung chậu. Van niệu đạo sau, một nguyên nhân phổ biến của thận ứ nước và niệu quản ứ nước ở trẻ nam, có thể làm sờ thấy khối vùng mạn sườn hoặc sờ thấy bàng quang.

Trẻ sơ sinh có bệnh thận đa nang thể ẩn có thể sờ thấy khối rắn chắc ở vùng mạn sườn, có biểu hiện thiếu niệu, tiểu máu và tăng huyết áp. Khối u ở thận phổ biến nhất gặp ở trẻ sơ sinh là u thận trung bì, khối u có thể làm phì đại thận đơn thuần. Huyết khối tĩnh mạch thận hiếm gặp nhưng là nguyên nhân quan trọng của một khối nhẵn vùng mạn sườn và tiểu máu, cái mà gặp ở trẻ sơ sinh bị bệnh sau khi bị ngạt, nhiễm khuẩn huyết, mất nước hoặc ở trẻ mà mẹ bị đái tháo đường.

Một phần ba nguyên nhân còn lại của khối trong ổ bụng ở trẻ sơ sinh là ở ngoài hệ tiết niệu như u tế bào thần kinh, gấp đôi ở hệ tiêu hóa, ứ nước tử cung âm đạo, và u buồng trứng-chiếm một tỉ lệ lớn.

Với một trẻ sơ sinh sờ thấy khối vùng mạn sườn sau chấn thương hoặc sau đẻ can thiệp, có khả năng bị chảy máu tuyến thượng thận, tụ máu gan/ lách.

Với trẻ sơ sinh nữ có khối trong ổ bụng hoặc hố chậu, có thể do ứ nước âm đạo tử cung.

Thăm khám cơ quan sinh dục có thể phát hiện màng trinh không thủng lỗ. Thăm khám vùng hậu môn trực tràng có thể phát hiện giãn âm đạo ở vùng tắc nghẽn trên cao. Mặc dù hiếm, một số u nang biểu mô lành tính có thể gặp trong giai đoạn sơ sinh bao gồm: u nang ống mật chủ (góc phần tư trên phải), u nang lách (góc phần tư trên trái), u nang mạc treo (giữa bụng, đi động trên mặt phẳng nằm ngang), u nang niệu rốn (vùng hạ vị). U sau phúc mạc bao gồm u lympho và u nang tụy.

KHOẢ TRONG Ổ BỤNG NGOÀI THỜI KÌ SƠ SINH

Những chẩn đoán phân biệt với khối trong ổ bụng thời kì sơ sinh và ở trẻ lớn hơn bao gồm: những khối bẩm sinh phát hiện muộn, khối u ác tính, u phân, dị vật, và nang giả tụy. Những khối bẩm sinh, gấp đôi đường tiêu hóa, u nang mạc treo và nang ống mật chủ thường to dần và trở nên rõ ràng trong giai đoạn trẻ tập đi hoặc thời thơ ấu. Tương tự, một trẻ mà màng trinh không thủng lỗ hoặc vách ngăn âm đạo có thể không có triệu chứng ứ máu âm đạo cho đến khi bắt đầu có kinh nguyệt.

Ổ bụng là nơi xuất phát của khối u Wilms, u gan, u buồng trứng, khoảng 70% u nguyên bào thần kinh và 30% là u lympho không Hodgkin. U nguyên bào thần kinh, u Wilms, và u nguyên bào gan có thể làm xuất hiện chướng bụng không triệu chứng hoặc khối được phát hiện bởi

bố mẹ trẻ khi tắm hoặc thay quần áo cho trẻ, cũng có khi bởi bác sĩ trong khi thăm khám sức khỏe định kì. U Wilms có xu hướng xuất hiện cao nhất ở trẻ 2-5 tuổi. U nguyên bào gan, bệnh ác tính nguyên phát thường gặp nhất ở gan, đa số cũng chỉ là khối trong ổ bụng không triệu chứng, độ tuổi trung bình lúc chẩn đoán là 12 tháng tuổi. Trong thập kỉ thứ hai, những khối u trong ổ bụng không triệu chứng được phát hiện chủ yếu là u buồng trứng và u lympho không Hodgkin. U phân rất phổ biến ở trẻ em và có thể được tìm thấy ở góc phần tư trên phải, ở hạ vị hoặc ở góc phần tư dưới trái. Chúng di động, mềm và dễ nắn, có thể biến mất sau khi dùng thuốc nhuận tràng. Những dị vật dạ dày, thường là những vật liệu khó tiêu hóa, có thể gây ra những biến chứng đường tiêu hóa như khó chịu vùng bụng trên, khối lớn. Thường gặp nhất là do ăn tóc.

CỔ TRƯỚNG

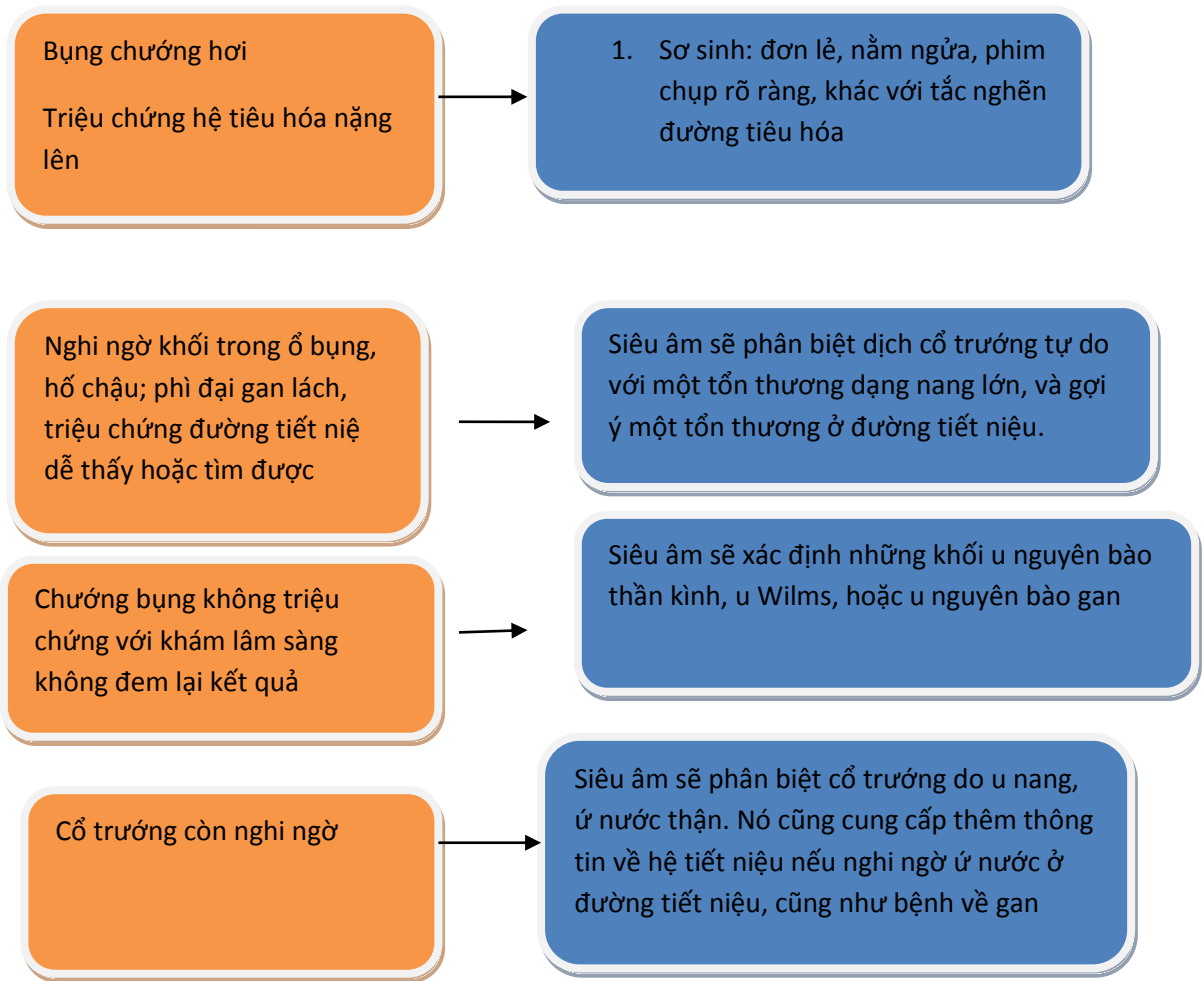
Cổ trướng ở trẻ sơ sinh có biểu hiện bụng chướng, gõ đục, có thể gặp do bàng quang căng giãn quá mức, ứ nước thận nặng, hoặc u nang buồng trứng lớn. Ở trẻ sơ sinh, thường gặp nhất cổ trướng là kết quả của tắc nghẽn đường tiết niệu, ở trẻ nam, là van niệu đạo sau. Ngoài giai đoạn sơ sinh, cổ trướng hay gặp nhất là do hội chứng thận hư. Cũng thường gặp trong bệnh gan mạn tính như xơ gan hoặc tăng áp cửa, và suy tim sung huyết. Tràn dịch dưỡng chấp hiếm gặp, xảy ra khi có sự rò rỉ dịch bạch huyết trực tiếp vào phúc mạc do dị dạng hoặc lỗ thủng đường bạch huyết. Chẩn đoán được khẳng định thông qua chọc dịch.

GIẢM TRƯƠNG LỰC CƠ THÀNH BỤNG

Giảm trương lực cơ thành bụng thường gặp ở trẻ sơ sinh khỏe mạnh và có thể ở cả trẻ có tình trạng giảm trương lực cơ toàn thể. Suy giáp và fcoif xương có thể gây ra chướng bụng từ từ.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Hỏi tiền sử và khám đôi khi có thể giúp đưa ra chẩn đoán, nhưng nhiều khi cần phải sử dụng cả chẩn đoán hình ảnh. Chụp một phim CT ổ bụng với liều tương đương 250 phim chụp ngực được khuyến nghị. Một số hướng dẫn chung về lựa chọn phương pháp chẩn đoán hình ảnh được trình bày trong bảng 1-5.



KHI NÀO THÌ CẦN NHẬP VIỆN

Khi chướng bụng là biểu hiện của

- Nôn dai dẳng, mất nước
- Viêm phúc mạc
- Nhiễm trùng nhiễm độc
- Đau mức độ nặng không chẩn đoán được hoặc không kiểm soát được
- Nghi u ác tính
- Cần phẫu thuật hoặc chụp chiếu gấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Escobar MA, Ladd AP, Grosfeld JL, et al. Duodenal atresia and stenosis: long-term follow-up over

- 30 years. *J Pediatr Surg.* 2004;39:867–871
2. Torres MA, Ziegler MM. Malrotation of the intestine. *World J Surg.* 1993;17(3):326–331
3. McVicar M, Margouleff D, Chandra M. Diagnosis and imaging of the fetal and neonatal abdominal mass: an integrated approach. *Adv Pediatr.* 1991;38:135–149
4. Griscom NT, Colodny AH, Rosenberg HK, et al. Diagnostic aspects of neonatal ascites: report of 27 cases. *Am J Roentgenol.* 1977;128:961–969
5. Avner JR. Abdominal distention. In: Fleisher G, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine.* 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010
6. Worth L. Molecular and cellular biology of cancer. In: Berman RE, Kliegman RM, Jensen HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 17th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2004