



ÁP XE CẠNH ĐẠI TRÀNG XÍCH MA DO DỊ VẬT PHÁT HIỆN TRÊN CLVT

A case report of parasigmoidabcess due to foreign body

Lê Thị Kim Ngọc*

SUMMARY

We present the case of parasigmoidabscess due to foreign body that was diagnosed and treated in NHP, Hanoi. The child aged 4 years old, hospitalized with abdominal pain, fever and diarrhea. The child was examined by Abdominal Ultrasound, CT scanner. Operation revealed the diagnosis of parasigmoidabscess due to foreign body.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa là một trong các vấn đề hay gặp trong cấp cứu nhi khoa. Phần lớn dị vật ống tiêu hóa được đào thải ra ngoài một cách tự nhiên theo phân mà không gây tổn thương gì[1]. Tuy nhiên khi dị vật là vật sắc nhọn, có góc cạnh thì sẽ có nguy cơ gây thủng ống tiêu hóa và dẫn đến các biến chứng do thủng ống tiêu hóa[2]. Ở trẻ em tiền sử nuốt dị vật đôi khi không xác định được hoặc không được nghĩ tới, gây khó khăn cho chẩn đoán. Chúng tôi trình bày một ca lâm sàng dị vật ống tiêu hóa ở trẻ em là mảnh xương gây thủng và áp xe cạnh đại tràng xích ma được phát hiện trên CLVT tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. CA LÂM SÀNG

- Bệnh nhân Hoàng Gia B, nam, 4 tuổi, MSBN: 12406732.
- Lý do vào viện: đau bụng, sốt, đi ngoài phân lỏng.
- Bệnh sử: diễn biến bệnh khoảng 3 ngày với triệu chứng đau bụng vùng hạ vị, sốt, đi ngoài phân lỏng 2lần/ngày.
- Khám lâm sàng: sốt nhẹ 37^o 7, bụng mềm không chướng, ấn đau hạ vị, không rõ phản ứng thành bụng.

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Nhi Trung ương

- Xét nghiệm: CTM: BC: 14,12x10³/ML, trung tính 57,5%. CRP 83,67mg/l.

- Siêu âm bụng: Khối dịch thành dày đều vùng hạ vị sau trái bàng quang, kích thước 22x33mm, xung quanh có thâm nhiễm viêm và vài hạch nhỏ.

- Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là viêm phúc mạc ruột thừa và chỉ định mổ cấp cứu. Phẫu thuật nội soi ổ bụng thấy ruột thừa bình thường. Hồ chậu phải không viêm. Vùng hạ vị có khối cạnh đại tràng xích ma dính bết vào đại tràng và dính vào thành bụng, thành ruột dày, có mạc nối lớn dính phủ lên trên. Vị trí khối này cách lỗ hậu môn 15cm. Không rõ tổn thương là viêm hay u do dính bết vào thành bụng thành một khối. Tiến hành cắt ruột thừa. Rửa sạch ổ bụng.

- Sau đó bệnh nhân được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, kết hợp thực nước vào trực tràng và đại tràng xích ma, độ dày lớp cát 3mm. Trên CLVT thấy: tiểu khung có khối tỷ trọng dịch thành dày không đều ngấm thuốc cản quang sau tiêm kích thước 37x35mm, trung tâm chứa dịch tăng nhẹ tỷ trọng, xung quanh có thâm nhiễm viêm, trong khối thấy dị vật cản quang kích thước 20x2mm. Khối nằm sát đại tràng xích ma. Đại tràng xích ma sát khối này thành dày nhẹ và hẹp nhẹ lòng đại tràng (Hình 1, 2).

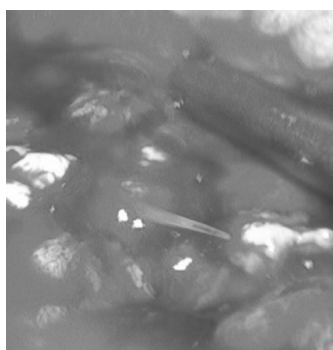


Hình 1. CLVT ổ bụng trước tiêm thuốc cản quang

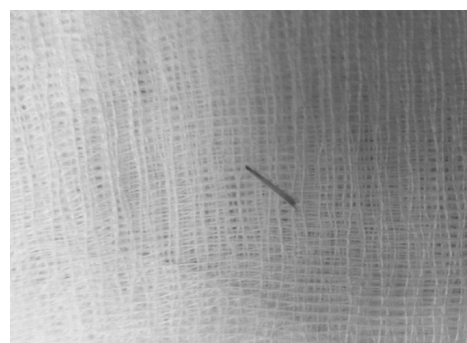


Hình 2. CLVT ổ bụng có thuốc cản quang

- Bệnh nhân được chụp đại tràng cản quang: không thấy hẹp lòng đại tràng, thuốc lưu thông bình thường trong lòng đại tràng. Đại tràng và trực tràng thành đều. Không có hình thoát thuốc cản quang ra khỏi lòng đại tràng.
- Bệnh nhân được soi đại tràng thấy: toàn bộ niêm mạc trực tràng và đại tràng phù nề xung huyết, một số điểm có giả mạc xanh trắng. Các hậu môn ~ 25 cm lòng đại tràng xích ma bị hẹp lại do bị khối đề ép từ ngoài vào. Hồi tràng đoạn cuối niêm mạc bình thường.
- Kết hợp các thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, bệnh nhân được chẩn đoán là áp xe cạnh đại tràng xích ma nghi do dị vật và được mổ lần 2. Phẫu thuật lần 2: Kiểm tra thấy đại tràng xích ma dính vào thành bụng, tách đại tràng xích ma ra thấy có nhiều tổ chức mỡ, phần sát thành bụng có dị vật giống mảnh xương. Tiến hành lấy dị vật, rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu Douglas (Hình 3,4).



Hình 3. Dị vật là mảnh xương thấy trong phẫu thuật



Hình 4. Dị vật là mảnh xương thấy trong phẫu thuật

III. BÀN LUẬN

Thủng ống tiêu hóa do dị vật là biến chứng hiếm gặp trong dị vật ống tiêu hóa, chiếm tỷ lệ <1% [2]. Dị vật là xương gây thủng ống tiêu hóa chiếm 1/2 số dị vật gây thủng [1]. Vị trí hay gặp nhất là hồi manh tràng và đại tràng xích ma [1]. Điều đáng nói là phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng gì hoặc không nhớ gì về việc nuốt mảnh xương vì thường lẫn vào thức ăn cho đến khi mảnh xương gây thủng ống tiêu hóa và dẫn đến các biến chứng. Dị vật sau khi chui qua thành ống tiêu hóa có thể di chuyển đến các cơ quan khác gây nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau ở các cơ quan. Do đó

triệu chứng lâm sàng rất đa dạng và có thể đánh lạc hướng chẩn đoán. Ở bệnh nhân này lúc đầu chúng tôi đã nhầm là áp xe ruột thừa. Chẩn đoán khó khăn nếu chỉ dựa vào lâm sàng, thường phải kết hợp nhiều biện pháp như chẩn đoán hình ảnh, nội soi ống tiêu hóa. Nội soi ống tiêu hóa rất hữu ích trong các trường hợp dị vật ống tiêu hóa, ngoài việc giúp chẩn đoán xác định còn có thể lấy bỏ dị vật tuy nhiên có hạn chế là chỉ có thể phát hiện khi dị vật còn mắc ở thành ống tiêu hóa và không thể tiếp cận phần giữa của ống tiêu hóa. Như ở bệnh nhân này lỗ thủng rất nhỏ và dị vật đã ra khỏi ống tiêu hóa nên nội soi cũng không thấy trực tiếp được tổn thương mà chỉ khẳng định có chèn ép từ ngoài ống tiêu

hóa. Siêu âm đơn giản, dễ thực hiện nhưng chỉ có thể phát hiện được dị vật khi kích thước đủ lớn. Trường hợp này dị vật chỉ thấy được trên CLVT còn siêu âm chỉ thấy được ổ áp xe mà không phát hiện được dị vật do kích thước nhỏ. Nếu dị vật nhỏ và không cản quang thì rất khó có thể phát hiện trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Tóm lại CLVT là phương tiện hữu ích nhất trong phát hiện dị vật ống tiêu hóa và các biến chứng của nó, cần được sử dụng trong các trường hợp

biến chứng nghi do dị vật ống tiêu hóa [1].

IV. KẾT LUẬN

Áp xe trong ổ bụng do thủng ống tiêu hóa là một biến chứng hiếm gặp của dị vật ống tiêu hóa, nhưng cần phải được nghĩ đến trong cấp cứu bụng ở trẻ nhỏ. CLVT là phương tiện rất hữu ích trong chẩn đoán xác định dị vật ống tiêu hóa và các biến chứng do dị vật tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arif Hussain Sarmast, Hakim Irfan Showkat, Asim Mushtaq Patloo, Fazl Q Parray, Rubina Lone and Khurshid Alam Wani: *Gastrointestinal Tract Perforations Due to Ingested Foreign Bodies; A review of 21 cases. BJMP 2012;5(3):529*

2. Reginelli A, Liguori P, Perrotta V, Annunziata G, Pinto A: *Computed tomographic detection of toothpick perforation of the jejunum: case report and literature. Radiology Case Reports. [Online] 2007;2:52*

Người liên hệ: Lê Kim Ngọc, Khoa CĐHA Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: drlekimngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3. 2015

Ngày chấp nhận đăng: 5.4.2015