 [Translated from Japanese to Vietnamese - www.onlinedoctranslator.com](https://www.onlinedoctranslator.com/en/?utm_source=onlinedoctranslator&utm_medium=docx&utm_campaign=attribution)

Các triệu chứng và rối loạn tiêu hóa khá phổ biến. Đối với những bệnh nhân chỉ có triệu chứng nhẹ, bệnh sử và khám thực thể thường đủ để xác định phương pháp điều trị, nhưng cần phải xét nghiệm trong các tình huống khác.

Chán ăn

thiếu máu

Máu trong phân (máu vĩ mô hoặc huyền bí)

khó nuốt

sốt

gan to

Nỗi đau khiến người ta thức tỉnh

Buồn nôn và nôn dai dẳng

Giảm cân

Câu hỏi mở, theo phong cách phỏng vấn xác định vị trí và bản chất của các triệu chứng cũng như các yếu tố làm trầm trọng thêm và làm giảm triệu chứng.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp của bệnh đường tiêu hóa (đau bụng cấp tính. Đau bụng cấp tính. Đau bụng là một triệu chứng phổ biến, thường không quan trọng. Tuy nhiên, đau bụng cấp tính và trầm trọng hầu như luôn là triệu chứng của bệnh lý trong ổ bụng. Nó có thể là dấu hiệu duy nhất về sự cần thiết phải phẫu thuật và cần hành động kịp thời: Trong một số bệnh, hoại thư và thủng đường ruột có thể xảy ra trong vòng 6 giờ kể từ khi xuất hiện các triệu chứng (ví dụ như bị siết cổ).Đau bụng... Đọc thêm với Đau bụng mãn tính và tái phát Đau bụng mãn tính và đau bụng tái phát Đau bụng mãn tính là cơn đau bụng kéo dài liên tục hoặc ngắt quãng trong hơn 3 tháng.Đau bụng từng cơn đôi khi được gọi là đau bụng tái phát.Đau bụng cấp tính sẽ được thảo luận ở phần khác trong sách hướng dẫn này.Đau bụng mãn tính có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi sau 5 tuổi. Có tới 10% bệnh nhi cần được đánh giá về tình trạng đau bụng tái phát Đau bụng mãn tính xảy ra ở khoảng 2% người lớn, hầu hết là phụ nữ (xem Đọc thêm). Xác định vị trí đau có thể hỗ trợ chẩn đoán. Ví dụ, đau vùng thượng vị có thể phản ánh các vấn đề ở tuyến tụy, dạ dày hoặc ruột non. Đau ở hạ sườn phải do: Viêm túi mật Viêm túi mật cấp tính Viêm túi mật cấp tính là tình trạng viêm túi mật xảy ra trong vài giờ, thường là do sỏi mật chặn ống túi mật. Các triệu chứng bao gồm đau và nhức ở hạ sườn phải, đôi khi kèm theo sốt, ớn lạnh, buồn nôn và nôn. Siêu âm bụng phát hiện sỏi mật và đôi khi có liên quan đến tình trạng viêm. Điều trị thường là dùng kháng sinh và cắt túi mật. ... Đọc thêm và Viêm gan Nguyên nhân gây viêm gan Viêm gan là tình trạng viêm gan đặc trưng bởi hoại tử lan tỏa hoặc từng mảng. Viêm gan có thể cấp tính hoặc mãn tính (thường được xác định là kéo dài hơn 6 tháng). Viêm gan siêu vi cấp tính tự khỏi trong hầu hết các trường hợp, nhưng nó có thể tiến triển thành viêm gan mãn tính. Các nguyên nhân phổ biến gây viêm gan bao gồm: ... Đọc thêm Nó có thể phản ánh các vấn đề về gan, túi mật và ống mật. Đau ở góc phần tư phía dưới bên phải có thể chỉ ra viêm ruột thừa, đoạn cuối hồi tràng hoặc manh tràng Viêm ruột thừa Viêm ruột thừa là tình trạng viêm cấp tính của ruột thừa, thường gây đau bụng, chán ăn và đau bụng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, thường được bổ sung bằng CT hoặc siêu âm. Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa. (Xem thêm Bảng Đau bụng cấp tính.) Tại Hoa Kỳ, viêm ruột thừa cấp tính là nguyên nhân phổ biến nhất gây đau bụng cấp tính cần phẫu thuật. Hơn 5% dân số nói chung sẽ bị viêm ruột thừa vào một thời điểm nào đó. 10-20... Đọc thêm, Viêm hồi tràng, hay bệnh Crohn Bệnh Crohn Bệnh Crohn là một bệnh mãn tính gây ra bệnh viêm ruột dày đặc, thường ảnh hưởng đến đoạn xa hồi tràng và đại tràng, nhưng cũng ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa. Nó cũng có thể xảy ra ở bất cứ đâu. Các triệu chứng bao gồm tiêu chảy và đau bụng. Áp xe, rò trong, rò ngoài và tắc ruột có thể xảy ra. Các biến chứng ngoài đường ruột có thể xảy ra, đặc biệt là viêm khớp. Chẩn đoán bằng nội soi và chẩn đoán hình ảnh. Điều trị được đề xuất bằng mesalazine, col ... Đọc thêm. Đau vùng bụng dưới bên trái có thể do viêm túi thừa Viêm túi thừa đại tràng Viêm túi thừa là tình trạng viêm túi thừa, có hoặc không nhiễm trùng, có thể do viêm mô tế bào, viêm phúc mạc, thủng hoặc rò ở thành ruột, hoặc có thể gây áp xe. Triệu chứng chính là đau bụng. Chẩn đoán bằng CT. Điều trị bằng cách cho ruột nghỉ ngơi, đôi khi dùng kháng sinh và đôi khi bằng phẫu thuật. Túi thừa đại tràng là một cấu trúc giống như túi, trong đó niêm mạc và lớp dưới niêm mạc của đại tràng nhô ra ngoài lớp cơ của đại tràng, bệnh nhân có cảm giác phân cứng, không hết phân. (Xem thêm Táo bón ở trẻ em.) Không có chức năng cơ thể nào dễ thay đổi và dễ bị ảnh hưởng bởi các tác động bên ngoài hơn việc đại tiện. Thói quen đại tiện rất khác nhau ở mỗi người và bị ảnh hưởng bởi tuổi tác, sinh lý, chế độ ăn uống cũng như ảnh hưởng xã hội và văn hóa. Một số người chỉ nghĩ đến thói quen đại tiện của mình mà không có cơ sở. Ở các nước phương Tây, tần suất đại tiện bình thường là 2 đến 3 lần/... Đọc thêm. Đau ở góc phần tư phía dưới bên trái hoặc bên phải có thể là dấu hiệu của tình trạng viêm đại tràng, viêm hồi tràng hoặc buồng trứng (ở phụ nữ). (Xem hình: Vị trí và nguyên nhân có thể gây đau bụng. Vị trí và nguyên nhân có thể gây đau bụng.)

Đặt câu hỏi về mức độ đau có thể giúp làm rõ chẩn đoán. Ví dụ, kích thích túi mật có thể lan đến cơ hoành, do đó cơn đau lan đến vai có thể gây đau lan đến vai, nguyên nhân là do tắc nghẽn. Các triệu chứng bao gồm đau và nhức ở hạ sườn phải, đôi khi kèm theo sốt, ớn lạnh, buồn nôn và nôn. Siêu âm bụng phát hiện sỏi mật và đôi khi có liên quan đến tình trạng viêm. Điều trị thường là dùng kháng sinh và cắt túi mật. ...đọc thêm Nó có thể phản ánh. Đau lan ra sau lưng là do viêm tụy Tổng quan về viêm tụy Viêm tụy được phân loại là cấp tính hoặc mãn tính. Trong viêm tụy cấp, tình trạng viêm được giải quyết cả về mặt lâm sàng và mô học. Viêm tụy mãn tính được đặc trưng bởi những thay đổi mô học tiến triển và không thể đảo ngược, dẫn đến sự suy giảm đáng kể chức năng nội tiết và nội tiết của tuyến tụy. Bệnh nhân bị viêm tụy mãn tính có thể bùng phát bệnh cấp tính. ...đọc thêm Nó có thể phản ánh. Việc phân biệt nguyên nhân bao gồm việc yêu cầu bệnh nhân báo cáo bản chất của cơn đau (tức là các cơn đau nhói, liên tục, âm ỉ) và cách khởi phát (đau đột ngột, chẳng hạn như đau do thủng nội tạng hoặc vỡ thai ngoài tử cung).

Cuộc phỏng vấn nên hỏi về những thay đổi trong chế độ ăn uống và nhu động ruột. Về lượng thức ăn, chứng khó nuốt là tình trạng việc nuốt trở nên khó khăn. Tình trạng này là kết quả của việc vận chuyển chất lỏng, chất rắn hoặc cả hai từ hầu họng đến dạ dày bị suy giảm. Không nên nhầm lẫn chứng khó nuốt với cảm giác globus, một cảm giác bất thường tương tự như cảm giác có khối u trong cổ họng và không phải là rối loạn nuốt cũng như không gây rối loạn vận chuyển. (Xem thêm Tổng quan về các bệnh thực quản và chứng khó nuốt.)... Đọc thêm (Chứng khó nuốt), chán ăn và buồn nôn・nôn mửaBuồn nôn và nôn Buồn nôn là cảm giác khó chịu như nôn mửa và biểu hiện nhận thức về sự kích thích hướng tâm lên trung tâm nôn ở hành tủy (chẳng hạn như tăng trương lực phó giao cảm). Nôn là hiện tượng tống xuất mạnh các chất trong dạ dày, xảy ra khi cơ bụng co bóp không chủ ý trong khi đáy dạ dày và cơ vòng thực quản dưới được thả lỏng. Nôn mửa nên được phân biệt với trào ngược, sự tống xuất các chất trong dạ dày mà không kèm theo buồn nôn hoặc co thắt cơ bụng. ... Đọc thêm Bạn nên hỏi xem có không. Chảy máu đường tiêu hóa, nếu có, có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào từ miệng đến hậu môn, có thể biểu hiện rõ ràng hoặc cận lâm sàng. Có thể là do tình dục. Hình ảnh lâm sàng thay đổi tùy theo vị trí và tốc độ chảy máu. (Xem thêm Giãn tĩnh mạch và tổn thương mạch máu của đường tiêu hóa.) Nôn ra máu là nôn ra máu đỏ tươi, cho thấy xuất huyết đường tiêu hóa trên, nguyên nhân thường là... Đọc thêm Bạn nên hỏi xem bạn có nhận thấy bất kỳ máu hoặc máu gợi ý nào không. nôn mửa giống như bã cà phê. Bệnh nhân cũng nên hỏi loại và lượng chất lỏng, nếu có, bệnh nhân đã cố uống và liệu họ có thể giữ nó trong dạ dày hay không.

Về việc đại tiện, bệnh nhân nên được hỏi lần cuối cùng họ đi tiêu là khi nào, tần suất đi tiêu của họ và liệu có bất kỳ thay đổi nào so với tần suất thông thường của họ hay không. Bởi vì các thuật ngữ như táo bón và tiêu chảy được sử dụng khá khác nhau giữa mọi người, nên việc hỏi thông tin định lượng, cụ thể về nhu động ruột sẽ hữu ích hơn là chỉ hỏi xem một người có bị táo bón hay tiêu chảy hay không. Mọi người cũng nên hỏi về màu sắc và độ đặc của phân, bao gồm phân có màu đen hay có máu (gợi ý xuất huyết đường tiêu hóa) hay có mủ hoặc chất nhầy. Bệnh nhân thấy có máu trong phân nên được hỏi xem máu có dính vào phân, trộn lẫn với phân hay đi đại tiện không.

Vì các bệnh phụ khoa và sản khoa có thể biểu hiện các triệu chứng về đường tiêu hóa nên hầu hết phụ nữ, đặc biệt là những người muốn khám tổng quát để phòng ngừa, đều cần được đánh giá phụ khoa toàn diện cũng như đánh giá phụ khoa toàn diện. Đánh giá phụ khoa có thể cần thiết để đánh giá các vấn đề cụ thể, chẳng hạn như đau vùng chậu, chảy máu âm đạo hoặc tiết dịch âm đạo. Đánh giá phụ khoa định kỳ (có thể được thực hiện bởi bác sĩ phụ khoa, bác sĩ nội khoa hoặc bác sĩ gia đình) cũng là cần thiết, đối với tất cả phụ nữ có hoạt động tình dục, 1... Đọc thêm là quan trọng.

Sốt Sốt là sự gia tăng nhiệt độ cơ thể (ví dụ: nhiệt độ ở miệng > 37,8°C hoặc nhiệt độ trực tràng > 38,2°C) hoặc tăng nhiệt độ cơ thể cao hơn giá trị bình thường hàng ngày của cá nhân. Sốt xảy ra khi cơ chế điều nhiệt của cơ thể (nằm ở vùng dưới đồi) đặt lại nhiệt độ cao hơn bình thường, thường là do phản ứng với nhiễm trùng. Điểm đặt nhiệt độ cơ thể vùng dưới đồi... Đọc thêm và Giảm cân Giảm cân không chủ ý Giảm cân không chủ ý thường xảy ra trong vài tuần hoặc vài tháng. Nó có thể là dấu hiệu của rối loạn nghiêm trọng về thể chất hoặc tinh thần và có liên quan đến việc tăng nguy cơ tử vong. Căn bệnh tiềm ẩn có thể rõ ràng (ví dụ, tiêu chảy mãn tính do hội chứng kém hấp thu) hoặc tiềm ẩn (ví dụ, ung thư không được chẩn đoán). Trong chương này, các triệu chứng không đặc hiệu đi kèm như các bệnh mãn tính đã biết (ví dụ: ung thư di căn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn cuối [... đọc thêm] cũng cần được đánh giá. Giảm cân có thể liên quan đến ung thư. Đây là những triệu chứng đi kèm có thể xảy ra. chỉ ra một vấn đề nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như các triệu chứng, và cần đưa ra đánh giá chi tiết hơn.

Bệnh nhân báo cáo các triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào tính cách của họ, tác động của căn bệnh này đến cuộc sống của họ và ảnh hưởng văn hóa xã hội. Ví dụ, buồn nôn và nôn có thể bị đánh giá thấp hoặc được báo cáo gián tiếp ở những bệnh nhân trầm cảm nặng nhưng có thể được báo cáo một cách đáng kể như những trường hợp cấp cứu ở những bệnh nhân bị trầm cảm quá mức.

Các yếu tố quan trọng của bệnh sử bao gồm các rối loạn tiêu hóa được chẩn đoán trước đó, phẫu thuật bụng trước đó, các loại thuốc và chất có thể gây ra các triệu chứng tiêu hóa (ví dụ: thuốc chống viêm không steroid [NSAID], bao gồm việc có hoặc không sử dụng rượu (rượu, cần sa).

Khám thực thể có thể bắt đầu bằng việc kiểm tra vùng hầu họng để đánh giá tình trạng mất nước, loét hoặc viêm.

Khám bụng ở tư thế nằm ngửa có thể phát hiện một khối lồi nếu có tắc ruột, cổ trướng hoặc một khối lớn (hiếm). Sau đó nên thực hiện nghe để đánh giá âm ruột và kiểm tra tiếng thổi mạch máu. Khi gõ, phát hiện ra âm thanh siêu cộng hưởng (âm thanh đập mạnh) khi có tắc ruột, khi có cổ chướng, có thể xác nhận âm đục của gan. Sờ nắn có tính hệ thống, bắt đầu bằng sờ nắn nhẹ nhàng để xác định các vùng đau và nếu bệnh nhân có thể chịu đựng được cơn đau thì sử dụng sờ nắn sâu để tìm các khối hoặc sự phì đại của các cơ quan.

Nếu bụng đau, bệnh nhân cần được đánh giá các dấu hiệu kích thích phúc mạc, chẳng hạn như phản ứng bảo vệ cơ và đau dội ngược. Bảo vệ cơ là sự co bóp không tự nguyện của cơ bụng, chậm hơn một chút và bền vững hơn so với các cơn co thắt tự nguyện nhanh chóng ở những bệnh nhân lo lắng hoặc lo lắng. Cơn đau hồi phục là một cơn co thắt rõ rệt xảy ra khi người khám đột ngột bỏ tay ra.

Sờ nắn vùng háng và bất kỳ vết sẹo phẫu thuật nào và kiểm tra thoát vị. Mặc dù nhiều trường hợp thoát vị không có triệu chứng nhưng một số lại bị kẹt hoặc bị bóp nghẹt, gây đau đớn và cần phải phẫu thuật ngay lập tức. Chẩn đoán là lâm sàng. Điều trị là phẫu thuật sửa chữa tự chọn. (Xem thêm Đau bụng cấp tính.) Đọc thêm Bạn nên kiểm tra...

Khám trực tràng bằng ngón tay (đánh giá bệnh lý hậu môn trực tràng Khám thực thể) Ống hậu môn kéo dài từ rìa hậu môn đến chỗ nối hậu môn trực tràng (đường liên hợp, chỗ nối da niêm mạc, đường răng), có các hốc và 5 đến 8 nhú. Ống hậu môn được lót bởi hậu môn biểu mô, một phần mở rộng của da quanh hậu môn. Ống hậu môn và vùng da lân cận được chi phối bởi các dây thần kinh cảm giác thân thể và phản ứng với các kích thích đau đớn. Tĩnh mạch trở về từ ống hậu môn thông qua hệ thống tĩnh mạch chủ, nhưng nối hậu môn trực tràng... Đọc thêm ) và xét nghiệm máu ẩn trong phân và khám vùng chậu Khám thực thể Hầu hết phụ nữ, đặc biệt là điều trị dự phòng tổng quát Những phụ nữ yêu cầu khám thực thể cần có bệnh sử đầy đủ và khám thực thể bên cạnh việc đánh giá phụ khoa. Đánh giá phụ khoa có thể cần thiết để đánh giá các vấn đề cụ thể, chẳng hạn như đau vùng chậu, chảy máu âm đạo hoặc tiết dịch âm đạo. Đánh giá phụ khoa định kỳ (có thể được thực hiện bởi bác sĩ phụ khoa, bác sĩ nội khoa hoặc bác sĩ gia đình) cũng được yêu cầu, tất cả phụ nữ có hoạt động tình dục, 1... Đọc thêm (đối với phụ nữ) Việc này hoàn thành tất cả đánh giá vùng bụng.

Xét nghiệm hiếm khi cần thiết ở những bệnh nhân có các triệu chứng cấp tính không đặc hiệu (ví dụ như khó tiêu, buồn nôn) nhưng khám thực thể không có gì đáng chú ý. Việc đánh giá sâu hơn cần được thực hiện kịp thời nếu những phát hiện sau (triệu chứng cảnh báo) gợi ý một rối loạn nghiêm trọng:

Các triệu chứng mãn tính hoặc tái phát cần được đánh giá ngay cả khi khám thực thể cho thấy không có phát hiện gì đáng kể. Để biết các khám cụ thể về đường tiêu hóa, hãy xem phần Chuyên môn. Xem chương Kỹ thuật chẩn đoán và điều trị đường tiêu hóa Kỹ thuật chẩn đoán và điều trị đường tiêu hóa.

Khiếu nại về đường tiêu hóa trên bao gồm:

Một số phàn nàn về đường tiêu hóa trên được đặc trưng bởi các rối loạn chức năng, thường không có các bất thường về cơ thể hoặc sinh lý có thể đo lường được một cách khách quan (ngay cả sau khi đánh giá rộng rãi) dẫn đến các phàn nàn về đường tiêu hóa. Những bệnh nhân như vậy được cho là có rối loạn chức năng và chiếm 30 đến 50% số ca được chuyển đến bác sĩ tiêu hóa. Rối loạn chức năng có thể chỉ xuất hiện với các triệu chứng GI trên, chỉ các triệu chứng GI dưới hoặc cả hai. (...đọc thêm) (tức là không tìm thấy nguyên nhân hữu cơ nào sau khi đánh giá rộng rãi).

Khiếu nại về đường tiêu hóa dưới bao gồm:

Tương tự như các triệu chứng ở đường tiêu hóa trên, các triệu chứng ở đường tiêu hóa dưới có thể là do bệnh thực thể hoặc có thể do bệnh chức năng (tức là, mặc dù đã được đánh giá rộng rãi nhưng không tìm thấy nguyên nhân X quang, sinh hóa hoặc bệnh lý). Nguyên nhân của các triệu chứng bệnh chức năng vẫn chưa được biết. Các phát hiện cho thấy rằng những bệnh nhân có các triệu chứng rối loạn chức năng có rối loạn nhu động, rối loạn giảm đau hoặc cả hai, tức là những cảm giác cụ thể mà người khác không cảm nhận là đau đớn (ví dụ: giãn nở lòng đường tiêu hóa, nhu động) là khó chịu.

Chứng khó tiêu là tình trạng đau hoặc khó chịu ở vùng bụng trên và thường tái phát. Nó cũng có thể được báo cáo là khó tiêu, đầy hơi, no sớm, đầy hơi sau bữa ăn và đau như dao đâm hoặc bỏng rát.

Giai đoạn cấp tính với khó thở, đổ mồ hôi hoặc nhịp tim nhanh

Chán ăn

buồn nôn hoặc nôn mửa

Giảm cân

phân có máu

Khó nuốt hoặc đau khi nuốt

Không đáp ứng với điều trị bằng thuốc đối kháng thụ thể H2 hoặc thuốc ức chế bơm proton (PPI)

Có một số nguyên nhân phổ biến gây khó tiêu (Chuyên nghiệp.xem bảng Nguyên nhân chính gây khó tiêu (khó tiêu) Nguyên nhân chính gây khó tiêu (khó tiêu)).

Nhiều bệnh nhân có một số dấu hiệu khi khám (ví dụ: viêm tá tràng, rối loạn nhu động ruột, viêm dạ dày do Helicobacter pylori, nhiễm Helicobacter pylori, Helicobacter pylori là nguyên nhân phổ biến gây viêm dạ dày, loét dạ dày, ung thư biểu mô tuyến dạ dày và u lympho dạ dày mức độ thấp). mầm bệnh dạ dày. Nhiễm trùng có thể không có triệu chứng hoặc gây ra các mức độ khó tiêu khác nhau. Chẩn đoán bằng xét nghiệm urê hơi thở, xét nghiệm kháng nguyên phân và kiểm tra mẫu sinh thiết nội soi. Điều trị bằng cách kết hợp thuốc ức chế bơm proton và hai loại kháng sinh. (Xem thêm Tổng quan về bài tiết axit dạ dày và tổng quan về viêm dạ dày.)... Đọc thêm , Thiếu lactase, sỏi mật Bệnh sỏi mật Bệnh sỏi mật là do sự hình thành máu trong túi mật. Tình trạng có một hoặc nhiều sỏi (sỏi mật). Ở nước phát triển Ở các quốc gia, khoảng 10% người lớn và 20% người trên 65 tuổi bị sỏi mật.Sỏi mật thường không có triệu chứng.Triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng mật, sỏi mật không gây khó tiêu hoặc không dung nạp thức ăn nhiều chất béo.Các biến chứng nghiêm trọng hơn bao gồm viêm túi mật và đôi khi nhiễm trùng (viêm đường mật).Tắc nghẽn đường mật liên quan (do sỏi trong ống mật [sỏi túi mật]), viêm tụy do sỏi mật, v.v. Chẩn đoán thường được thực hiện bằng siêu âm. Các triệu chứng do sỏi mật (đọc thêm) được quan sát thấy, nhưng những triệu chứng này và Mối tương quan với các triệu chứng là kém (tức là chứng khó tiêu không giảm bớt khi tình trạng được khắc phục).

Chứng khó tiêu chức năng được định nghĩa là các triệu chứng khó tiêu ở bệnh nhân không có bất thường khi khám thực thể và nội soi đường tiêu hóa trên và/hoặc các đánh giá khác (ví dụ: xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, nghiên cứu hình ảnh). Ru.

Tiền sử bệnh hiện tại sẽ đưa ra những báo cáo rõ ràng, chẳng hạn như các triệu chứng là cấp tính, mãn tính hay tái phát. Các yếu tố khác bao gồm thời gian và tần suất tái phát, khó nuốt và mối liên hệ của các triệu chứng với chế độ ăn uống hoặc sử dụng thuốc. Chú ý đến các yếu tố làm trầm trọng thêm các triệu chứng (đặc biệt là gắng sức, một số loại thực phẩm và sử dụng rượu) và các yếu tố làm giảm triệu chứng (đặc biệt là chế độ ăn kiêng và dùng thuốc kháng axit).

Việc xem xét hệ thống sẽ tìm kiếm các triệu chứng liên quan đến đường tiêu hóa, chẳng hạn như chán ăn, buồn nôn, nôn, nôn ra máu, sụt cân và phân có máu hoặc phân đen. Các triệu chứng khác bao gồm khó thở và đổ mồ hôi.

Bệnh sử nên bao gồm các chẩn đoán về tim và tiêu hóa đã biết, các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim (ví dụ: tăng huyết áp, tăng cholesterol máu) và kết quả của các xét nghiệm và phương pháp điều trị trước đó đã thử. Tiền sử dùng thuốc nên bao gồm việc sử dụng thuốc theo toa và thuốc bất hợp pháp cũng như sử dụng rượu.

Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn cần lưu ý sự hiện diện của nhịp tim nhanh và rối loạn nhịp tim.

Khi quan sát tình trạng chung, lưu ý sự hiện diện của xanh xao hoặc đổ mồ hôi, suy nhược và vàng da. Sờ bụng xem có đau, khối u hoặc phì đại cơ quan hay không. Khám trực tràng được thực hiện để phát hiện đại tiện ra máu hoặc máu ẩn trong phân.

Những phát hiện sau đây cần được chú ý đặc biệt:

Một số phát hiện có thể giúp chẩn đoán (Chuyên nghiệp.xem bảng Nguyên nhân phổ biến của chứng khó tiêu Nguyên nhân phổ biến của chứng khó tiêu).

Cần thận trọng ở những bệnh nhân có các đợt khó tiêu cấp tính riêng biệt, đặc biệt nếu kèm theo khó thở, đổ mồ hôi hoặc nhịp tim nhanh; thiếu máu cục bộ động mạch vành có thể xảy ra. Đau thắt ngực có thể xuất hiện nếu các triệu chứng mãn tính xảy ra khi gắng sức và giảm bớt khi nghỉ ngơi.

Các triệu chứng có nguyên nhân từ đường tiêu hóa rất có thể dẫn đến các triệu chứng mãn tính. Các triệu chứng đôi khi được phân loại là loét, bất động hoặc loại trào ngược; những phân loại này gợi ý nhưng không xác nhận nguyên nhân. Các triệu chứng dạng loét là đau cục bộ ở vùng thượng vị, thường xuất hiện trước bữa ăn và giảm bớt một phần khi dùng thức ăn, thuốc kháng axit và thuốc đối kháng thụ thể H2. Các triệu chứng của loại akinesia bao gồm cảm giác no sớm, đầy hơi sau bữa ăn, buồn nôn, nôn và chướng bụng, cũng như các triệu chứng trở nên trầm trọng hơn khi ăn và thường không trở nên trầm trọng hơn do đau. Các triệu chứng của trào ngược là ợ nóng hoặc trào ngược axit. Tuy nhiên, các triệu chứng thường chồng chéo lên nhau.

Khi táo bón và tiêu chảy xảy ra xen kẽ với chứng khó tiêu, hội chứng ruột kích thích (IBS) Hội chứng ruột kích thích được đặc trưng bởi cảm giác khó chịu hoặc đau bụng tái phát, cũng như liên quan đến việc đại tiện và tăng tần suất đại tiện. được quan sát thấy: mối liên quan với sự thay đổi độ đặc của phân hoặc mối liên quan với sự thay đổi độ đặc của phân. Nguyên nhân chưa được biết rõ và sinh lý bệnh chưa được hiểu đầy đủ. Chẩn đoán là lâm sàng. Điều trị có triệu chứng, bao gồm quản lý chế độ ăn uống và sử dụng thuốc (chẳng hạn như thuốc kháng cholinergic và thuốc tác động lên thụ thể serotonin), hoặc lạm dụng thuốc nhuận tràng OTC hoặc thuốc chống tiêu chảy được đề xuất.

Bệnh nhân có triệu chứng gợi ý thiếu máu cục bộ mạch vành cấp tính nên được chuyển đến khoa cấp cứu để đánh giá khẩn cấp, bao gồm ECG và các dấu hiệu cơ tim trong huyết thanh, đặc biệt nếu họ có các yếu tố nguy cơ. Xét nghiệm bệnh tim nên được thực hiện trước khi xét nghiệm rối loạn tiêu hóa, chẳng hạn như nội soi.

Đối với những bệnh nhân có triệu chứng mãn tính, không đặc hiệu, các xét nghiệm định kỳ bao gồm xét nghiệm công thức máu toàn phần (để loại trừ bệnh thiếu máu do mất máu qua đường tiêu hóa) và xét nghiệm hóa học máu định kỳ. Nếu thu được kết quả bất thường, cần xem xét các xét nghiệm bổ sung (ví dụ: chẩn đoán hình ảnh, nội soi). Bệnh nhân trên 60 tuổi và những người có dấu hiệu cảnh báo mới nên tiến hành nội soi đường tiêu hóa trên vì họ có nguy cơ mắc bệnh ung thư. Đối với những bệnh nhân dưới 60 tuổi không có dấu hiệu cảnh báo nguy hiểm, nên điều trị theo kinh nghiệm bằng thuốc ức chế axit (ví dụ PPI) trong 4 đến 8 tuần, sau đó là nội soi nếu không thấy phản ứng. Tuy nhiên, một số chuyên gia khuyên nên sàng lọc nhiễm H.pylori bằng xét nghiệm hơi thở urê 14C hoặc xét nghiệm phân. Đây là mầm bệnh dạ dày phổ biến gây ra u lympho dạ dày mức độ thấp. Nhiễm trùng có thể không có triệu chứng hoặc gây ra chứng khó tiêu ở các mức độ khác nhau. Chẩn đoán dựa trên urê xét nghiệm hơi thở, xét nghiệm kháng nguyên trong phân và đường tiêu hóa Bằng cách kiểm tra mẫu sinh thiết nội soi. Điều trị bằng sự kết hợp giữa thuốc ức chế bơm proton và hai loại kháng sinh (xem thêm Tổng quan về bài tiết axit dạ dày và Tổng quan về viêm dạ dày)...đọc thêm). Tuy nhiên, cần thận trọng khi giải thích các triệu chứng dưới dạng H. pylori hoặc các phát hiện không đặc hiệu khác.

Nếu các triệu chứng trào ngược vẫn tồn tại sau khi nội soi đường tiêu hóa trên và dùng thử thuốc ức chế bơm proton trong 4 đến 8 tuần, cần chỉ định đo áp lực thực quản và đo pH.

Điều trị các tình trạng cụ thể. Nếu không thể xác định được bệnh lý, việc theo dõi sẽ được thực hiện và bệnh nhân được yên tâm. Điều trị các triệu chứng bằng thuốc ức chế bơm proton, thuốc đối kháng thụ thể H2 hoặc thuốc bảo vệ tế bào (Professional.xem bảng Thuốc uống trị chứng khó tiêu). Đối với những bệnh nhân mắc chứng khó tiêu chức năng rối loạn vận động, có thể thử tạm dừng các thuốc cải thiện nhu động đường tiêu hóa (ví dụ metoclopramide, erythromycin). Tuy nhiên, không có bằng chứng rõ ràng cho thấy việc chọn nhóm thuốc dựa trên các triệu chứng cụ thể (ví dụ: loại trào ngược hay loại rối loạn vận động) sẽ tạo ra sự khác biệt. Misoprostol và thuốc kháng cholinergic không có hiệu quả trong chứng khó tiêu chức năng. Các loại thuốc làm thay đổi nhận thức (ví dụ thuốc chống trầm cảm ba vòng) có thể hữu ích.

Nấc cụt là hiện tượng thanh môn đóng lại đột ngột sau nhiều lần co bóp không chủ ý của cơ hoành, chặn luồng không khí đi vào và tạo ra âm thanh đặc trưng. Các giai đoạn thoáng qua của các triệu chứng là cực kỳ phổ biến. Nấc dai dẳng (> 2 ngày) và nấc dai dẳng (> 1 tháng) rất hiếm nhưng khá đau.

giãn dạ dày

uống rượu

Nuốt phải chất nóng hoặc chất kích thích

Triệu chứng và dấu hiệu thần kinh

Nấc cụt xảy ra sau khi kích thích các dây thần kinh cơ hoành hướng tâm hoặc ly tâm hoặc kích thích các trung tâm hô hấp ở hành tủy chi phối các cơ hô hấp, đặc biệt là cơ hoành. Nấc cụt phổ biến hơn ở nam giới.

Nguyên nhân gây ra nấc cụt thường chưa được biết rõ, nhưng nấc cụt tạm thời thường do những nguyên nhân sau:

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra những cơn nấc dai dẳng và khó chữa (Bảng Chuyên gia.xem Các nguyên nhân chính gây ra những cơn nấc khó chữa).

Tiền sử bệnh hiện tại cần lưu ý đến thời gian nấc cụt, các phương pháp điều trị đã thực hiện và mối liên hệ khởi phát với các bệnh lý hoặc ca phẫu thuật gần đây.

Việc xem xét hệ thống sẽ tìm kiếm các triệu chứng tiêu hóa đi kèm như trào ngược dạ dày thực quản và khó nuốt, các triệu chứng ở ngực như ho, sốt hoặc đau ngực và bất kỳ triệu chứng thần kinh nào.

Bệnh sử nên hỏi về các rối loạn tiêu hóa và thần kinh đã biết. Lịch sử dùng thuốc cũng nên bao gồm chi tiết về việc sử dụng rượu.

Khám thực thể thường không có gì đặc biệt, nhưng cần xem xét các dấu hiệu của bệnh mãn tính (ví dụ, suy nhược). Việc kiểm tra thần kinh kỹ lưỡng là rất quan trọng.

Những phát hiện sau đây cần được chú ý đặc biệt:

Có rất ít phát hiện cụ thể. Nấc cụt sau khi uống rượu hoặc phẫu thuật cũng có thể liên quan đến những sự kiện này. Các nguyên nhân có thể khác (Professional.xem bảng Hầu hết các nguyên nhân gây ra nấc khó chữa) rất nhiều và hiếm khi là nguyên nhân gây ra nấc cụt.

Không cần đánh giá cụ thể đối với nấc cấp tính nếu bệnh sử và khám thực thể định kỳ cho thấy không có phát hiện gì đáng kể, nhưng những bất thường cần được theo dõi bằng các xét nghiệm thích hợp.

Bệnh nhân bị nấc kéo dài mà không có nguyên nhân rõ ràng có lẽ nên làm các xét nghiệm như điện giải đồ trong huyết thanh, nitơ urê máu (BUN) và creatinine, chụp X-quang ngực và điện tâm đồ. Ngoài nội soi đường tiêu hóa trên, cần cân nhắc theo dõi pH thực quản trong một số trường hợp. Nếu những xét nghiệm này không cho thấy những phát hiện quan trọng, MRI não và CT ngực có thể được thực hiện.

Điều trị rối loạn đã được xác định (ví dụ, thuốc ức chế bơm proton cho bệnh trào ngược dạ dày thực quản, liệu pháp giãn nở để điều trị hẹp thực quản).

Có thể thử nhiều phương pháp đơn giản để làm giảm triệu chứng, nhưng tất cả đều chỉ có hiệu quả không đáng kể: hít sâu và nín thở, hoặc ngậm túi giấy lên miệng và thở sâu đều có thể làm giảm PaCO2, hoạt động của cơ hoành có thể bị ức chế. (Thận trọng: Không sử dụng túi nhựa vì chúng có thể dính vào lỗ mũi.) Kích ứng họng (ví dụ: nuốt bánh mì khô, đường cát hoặc đá nghiền; kéo lưỡi; gây nôn khan) Kích thích dây thần kinh phế vị có thể có hiệu quả. Có rất nhiều bài thuốc dân gian khác.

Nấc cụt dai dẳng thường khó điều trị. Nhiều loại thuốc đã được sử dụng trong các báo cáo trường hợp. Thuốc chủ vận axit gamma-aminobutyric baclofen (5 mg uống mỗi 6 giờ, tăng lên 20 mg/liều) có thể có hiệu quả. Các loại thuốc uống khác bao gồm chlorpromazine 10 đến 50 mg 3 lần một ngày, metoclopramide 10 mg 2 đến 4 lần một ngày và các loại thuốc chống động kinh khác nhau (ví dụ gabapentin). Ngoài ra, có thể thử điều trị theo kinh nghiệm bằng thuốc ức chế bơm proton. Đối với các triệu chứng nghiêm trọng, có thể dùng chlorpromazine 25 đến 50 mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.

Đối với các trường hợp kháng trị, dây thần kinh cơ hoành có thể bị chặn bằng một lượng nhỏ dung dịch Procaine 0,5% và phải cẩn thận để tránh suy hô hấp và tràn khí màng phổi. Cắt dây thần kinh hoành hai bên không chữa được tất cả bệnh nhân.

Bất thường thanh quản là triệu chứng mà người bệnh cảm thấy như có khối u hoặc khối trong cổ họng (không liên quan đến việc nuốt) trong khi thực tế không có khối nào. (Nếu có khối, khối ở cổ có thể được bệnh nhân hoặc gia đình họ chú ý hoặc có thể được phát hiện khi khám định kỳ. Khối ở cổ có thể do nguyên nhân. Khối này có thể không đau hoặc đau tùy theo từng bệnh nhân. Nếu có khối ở cổ không đau, bệnh nhân có thể đã khám từ lâu. Nguyên nhân gây ra khối ở cổ Có nhiều nguyên nhân, bao gồm nguyên nhân nhiễm trùng, ung thư và bẩm sinh (xem Bảng: Các nguyên nhân thường gặp của khối ở cổ). khối lượng ở cổ ở bệnh nhân trẻ tuổi bao gồm: Có:... xem phần đọc thêm.)

đau cổ hoặc họng

Giảm cân

khởi phát đột ngột

Đau, tắc nghẽn hoặc khó nuốt

trào ngược thức ăn

yếu cơ

Khối sờ thấy hoặc nhìn thấy được

Tiến triển xấu đi của các triệu chứng

Không có nguyên nhân cụ thể hoặc cơ chế hữu cơ nào được thiết lập. Một số nghiên cứu cho thấy áp lực tăng lên ở cơ nhẫn hầu (cơ vòng thực quản trên) hoặc chuyển động bất thường của hạ họng xuất hiện tại thời điểm có triệu chứng. Cảm giác này có liên quan đến bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD), một cơ vòng thực quản dưới bị trục trặc khiến thức ăn trong dạ dày trào ngược vào thực quản, gây đau rát. Trào ngược dai dẳng có thể dẫn đến viêm thực quản, hẹp thực quản và hiếm khi dẫn đến dị sản hoặc ung thư. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, đôi khi bằng nội soi và đôi khi bằng xét nghiệm axit dạ dày. Điều trị bao gồm thay đổi lối sống, ức chế tiết axit dạ dày bằng thuốc ức chế bơm proton và đôi khi là phẫu thuật sửa chữa. (Xem thêm Tổng quan về bệnh thực quản và rối loạn nuốt.) ... đọc thêm (GERD), hoặc cũng có thể là do nuốt thường xuyên và khô họng liên quan đến lo lắng hoặc các tình trạng cảm xúc khác. Mặc dù không liên quan đến các yếu tố gây căng thẳng hoặc rối loạn tâm thần cụ thể, cảm giác globus có thể là triệu chứng của một số trạng thái tâm trạng nhất định (ví dụ: đau buồn, lòng tự trọng) và một số bệnh nhân có thể dễ mắc phải những phản ứng như vậy.

Các rối loạn có thể nhầm lẫn với cảm giác khối cầu bao gồm màng thực quản trên, co thắt thực quản lan tỏa Co thắt thực quản lan tỏa Co thắt thực quản lan tỏa là một tình trạng bệnh lý tạo thành một phần của một loạt các rối loạn vận động và được gây ra bởi các cơn co thắt không có lực đẩy và sự co thắt quá mức. khác nhau, đôi khi có tăng áp lực cơ vòng thực quản dưới. Các triệu chứng bao gồm đau ngực và đôi khi khó nuốt. Chẩn đoán bằng chụp thực quản hoặc đo áp lực. Điều trị rất khó khăn nhưng các phương pháp bao gồm dùng nitrat, thuốc chẹn kênh canxi, tiêm độc tố botulinum, phẫu thuật cắt cơ hoặc nội soi và liệu pháp chống trào ngược. (... Đọc thêm), GERD, rối loạn cơ xương (ví dụ: nhược cơ) Bệnh nhược cơ là tình trạng yếu cơ và mệt mỏi kịch phát lặp đi lặp lại. Bệnh này phổ biến hơn ở phụ nữ trẻ và nam giới lớn tuổi, nhưng có thể xảy ra ở cả nam giới và phụ nữ. tuổi. Các triệu chứng trở nên trầm trọng hơn khi hoạt động cơ bắp và thuyên giảm khi nghỉ ngơi. Chẩn đoán dựa trên chất chống viêm trong huyết thanh. Đo bằng nồng độ kháng thể thụ thể acetylcholine (AChR), điện cơ và đôi khi là xét nghiệm edrophonium tiêm tĩnh mạch, giúp làm giảm tạm thời tình trạng yếu cơ. Điều trị bao gồm liệu pháp kháng cholinergic ... Đọc thêm, Chứng loạn dưỡng cơ, Viêm cơ tự miễn Viêm cơ tự miễn Viêm cơ tự miễn được đặc trưng bởi những thay đổi viêm và thoái hóa ở cơ (viêm đa cơ) hoặc da và cơ (viêm da cơ). Các triệu chứng bao gồm: , yếu cơ đối xứng, đôi khi đau, thay cơ cơ có mô sợi, và đôi khi bị teo, chủ yếu ở các cơ gần nhất của đai chi. Chẩn đoán dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và khám cơ. (do bất thường về enzyme cơ [aldolase và creatine phosphokinase], MRI, điện cơ, sinh thiết cơ, v.v.). Trong một số dạng viêm cơ, có các triệu chứng về phổi và tim. ... Đọc thêm), và các tổn thương khối ở cổ hoặc trung thất gây chèn ép thực quản.

Mục tiêu chính là đạt được cảm giác hình cầu thực sự Chứng khó nuốt Chứng khó nuốt Chứng khó nuốt là tình trạng mà việc nuốt trở nên khó khăn. Tình trạng này là kết quả của việc vận chuyển chất lỏng, chất rắn hoặc cả hai từ hầu họng đến dạ dày bị suy giảm. Không nên nhầm lẫn chứng khó nuốt với cảm giác globus, một cảm giác bất thường tương tự như cảm giác có khối u trong cổ họng và không phải là rối loạn nuốt cũng như không gây rối loạn vận chuyển. (Xem thêm Tổng quan về các bệnh thực quản và chứng khó nuốt.) Hệ thống nuốt bao gồm hầu họng, cơ thắt thực quản trên (cơ nhẫn hầu), thân thực quản và cơ vòng thực quản dưới (LES). Phần ba trên của thực quản và các cấu trúc phía trên nó được phân biệt với cơ xương, và chứng khó nuốt gợi ý các rối loạn về cấu trúc hoặc vận động của hầu họng hoặc thực quản.

Tiền sử bệnh hiện tại sẽ gợi ý các báo cáo rõ ràng về các triệu chứng, đặc biệt là có đau hoặc khó nuốt hay không (bao gồm cả cảm giác thức ăn bị mắc kẹt). Thời điểm xuất hiện các triệu chứng rất quan trọng, đặc biệt là liệu chúng xảy ra khi có hoặc không ăn uống, và đặc biệt là liệu chúng có liên quan đến các sự kiện cảm xúc hay không.

Đánh giá hệ thống để tìm kiếm các triệu chứng giảm cân (là bằng chứng của chứng khó nuốt) và yếu cơ.

Tiền sử bệnh nên bao gồm chẩn đoán các rối loạn thần kinh đã biết, đặc biệt là những rối loạn gây yếu cơ.

Sờ cổ và sàn miệng để kiểm tra khối. Kiểm tra hầu họng (bao gồm cả soi thanh quản trực tiếp). Nên quan sát việc nuốt (nước và chất rắn như bánh quy giòn). Khám thần kinh đặc biệt chú ý đến chức năng vận động là quan trọng.

Những phát hiện sau đây cần được chú ý đặc biệt:

Các triệu chứng không liên quan đến nuốt và không kèm theo nuốt đau hoặc khó nuốt hoặc cảm giác thức ăn bị mắc kẹt trong cổ họng ở những bệnh nhân khi khám bình thường gợi ý cảm giác khối u. Bất kỳ dấu hiệu cảnh báo hoặc phát hiện bất thường nào khi khám đều gợi ý rối loạn cơ học hoặc vận động khi nuốt. Các triệu chứng mãn tính xảy ra trong lúc đau buồn không nguôi hoặc bệnh lý và có thể thuyên giảm bằng cách khóc gợi ý bệnh cầu thận.

Xét nghiệm không cần thiết ở những bệnh nhân có biểu hiện điển hình về cảm giác globus. Nếu chẩn đoán không rõ ràng hoặc không thể nhìn thấy hầu họng đầy đủ, các xét nghiệm tương tự như chẩn đoán khó nuốt sẽ được thực hiện. Các xét nghiệm điển hình bao gồm đánh giá lâm sàng về hoạt động nuốt, hình ảnh hoặc video (video nuốt) thực quản, đo thời gian nuốt, chụp X-quang ngực và đo áp lực thực quản.

Việc điều trị các bất thường về thanh quản được thực hiện với sự yên tâm và thông cảm cho bệnh nhân. Không có loại thuốc nào được chứng minh là có lợi. Trầm cảm, lo âu hoặc các rối loạn hành vi khác nên được quản lý bằng chăm sóc hỗ trợ và giới thiệu đến bác sĩ tâm thần nếu cần thiết. Đôi khi việc thông báo cho bệnh nhân về mối quan hệ giữa các triệu chứng và trạng thái tâm trạng sẽ rất hữu ích.

Buồn nôn là cảm giác khó chịu giống như nôn mửa và thể hiện nhận thức về sự kích thích hướng tâm (chẳng hạn như tăng trương lực phó giao cảm) của trung tâm nôn ở hành tủy. Nôn là hiện tượng tống xuất mạnh các chất trong dạ dày, xảy ra khi cơ bụng co bóp không chủ ý trong khi đáy dạ dày và cơ vòng thực quản dưới được thả lỏng.

Nôn mửa nên được phân biệt với trào ngược, sự tống xuất các chất trong dạ dày mà không kèm theo buồn nôn hoặc co thắt cơ bụng. Achalasia Achalasia Achalasia là một rối loạn vận động thực quản do thần kinh, đặc trưng bởi nhu động thực quản bị suy giảm và cơ thắt thực quản dưới không thể thư giãn khi nuốt. Các triệu chứng là khó nuốt tiến triển dần dần (thường là cả chất lỏng và chất rắn) và trào ngược thức ăn khó tiêu. Đánh giá thường bao gồm đo áp lực bên trong, chụp thực quản và nội soi. Các phương pháp điều trị bao gồm nong cơ, tiêm độc tố botulinum, phẫu thuật cắt cơ và cắt cơ nội soi qua đường miệng. (Xem thêm Tổng quan về các bệnh thực quản và rối loạn nuốt.)... Đọc thêm, Hội chứng nhai lại Rối loạn nhai lại Trong rối loạn nhai lại, một lượng nhỏ thức ăn (thường là 15 đến 30 phút sau khi ăn) bị trào ngược từ dạ dày ( Sau đó được nhai lại một lần nữa (thường là vô tình) và trong hầu hết các trường hợp, lại nuốt phải. Bệnh nhân không phàn nàn về buồn nôn hoặc đau bụng. Rối loạn nhai lại thường gặp ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc bệnh ở người lớn chưa được biết rõ vì hiếm khi được chính bệnh nhân báo cáo. Bệnh nhân bị co thắt tâm vị hoặc túi thừa Zenker có thể trào ngược thức ăn khó tiêu mà không buồn nôn. Ở phần lớn bệnh nhân không mắc phải tình trạng tắc nghẽn thực quản này, sinh lý bệnh là tối thiểu. Nó có thể không có triệu chứng hoặc gây khó nuốt và trào ngược. Chẩn đoán bằng chụp thực quản; hiếm khi phải phẫu thuật sửa chữa. (Xem thêm Tổng quan về bệnh thực quản và chứng khó nuốt.) Ở bệnh nhân này, một túi thừa nhỏ ở thực quản trên được phát hiện tình cờ trong quá trình đánh giá nguyên nhân gây buồn nôn và nôn. Túi thừa Zenker là một phần nhô ra giống như túi của niêm mạc và lớp dưới niêm mạc ở phía sau qua cơ nhẫn hầu. Trong hình ảnh này, túi thừa nằm ở bên trái Đọc thêm Bệnh nhân có thể trào ngược thức ăn khó tiêu mà không buồn nôn.

Buồn nôn ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ・nôn mửaBuồn nôn ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ・nôn mửaBuồn nôn là cảm giác sắp xảy ra nôn mửa và thường đi kèm với những thay đổi trong hệ thần kinh tự chủ, chẳng hạn như tăng nhịp tim và tăng tiết nước bọt. Buồn nôn và nôn thường xảy ra sau đó, nhưng có thể xảy ra riêng biệt (ví dụ, tăng áp lực nội sọ có thể gây nôn mà không buồn nôn trước đó). Nôn mửa gây khó chịu và có thể dẫn đến mất nước vì mất nước và khả năng bù nước bằng đường uống bị hạn chế. Nôn mửa là đỉnh điểm của một loạt các sự kiện được điều chỉnh bởi trung tâm nôn nằm ở hành tủy. Hệ thống tiêu hóa (ví dụ: họng, dạ dày, ruột non) và đường tiêu hóa... Đọc thêm sẽ được thảo luận ở những nơi khác trong sách hướng dẫn này.

Viêm dạ dày ruột Viêm dạ dày ruột là tình trạng các mô niêm mạc của dạ dày, ruột non và ruột già bị viêm. Hầu hết các trường hợp là viêm dạ dày ruột truyền nhiễm, nhưng nó cũng có thể xảy ra sau khi uống thuốc hoặc chất độc hóa học (ví dụ: kim loại, chất thực vật). Sự lây nhiễm được hình thành thông qua đường thực phẩm, nước uống hoặc từ người sang người. Người ta ước tính rằng cứ 6 người ở Hoa Kỳ thì có 1 người bị ngộ độc thực phẩm mỗi năm. Các triệu chứng bao gồm chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, khó chịu ở bụng... Đọc thêm

thuốc

chất độc

Dấu hiệu giảm thể tích máu

Nhức đầu, cứng cổ hoặc thay đổi trạng thái tinh thần

Dấu hiệu kích thích phúc mạc

Bụng chướng, nhịp tim

Chứng say tàu xe: thuốc kháng histamine, miếng dán scopolamine hoặc cả hai

Triệu chứng nhẹ đến trung bình: prochlorperazine hoặc metoclopramide

Nôn nặng hoặc khó chữa và nôn do hóa trị liệu: Thuốc đối kháng thụ thể 5-HT3, thuốc đối kháng thụ thể Neurokinin 1 (ví dụ aprepitant)

Nôn nặng là do mất nước có triệu chứng và rối loạn điện giải (điển hình là hạ kali máu) Hạ kali máu là do tổng lượng kali dự trữ trong cơ thể không đủ hoặc do sự di chuyển bất thường của kali vào tế bào. Tình trạng nồng độ kali huyết thanh thấp hơn 3,5 mEq/L ( 3,5 mmol/L). Nguyên nhân phổ biến nhất là mất quá nhiều qua thận hoặc đường tiêu hóa. Đặc điểm lâm sàng bao gồm yếu cơ và đa niệu. Hạ kali máu nặng có thể dẫn đến tăng kích thích tim. Chẩn đoán là bằng huyết thanh học. Điều trị là cung cấp kali và kiểm soát nguyên nhân ... Đọc thêm Kiềm chuyển hóa kèm kiềm chuyển hóa Kiềm chuyển hóa là sự gia tăng chủ yếu ion bicarbonate (HCO3−) có hoặc không có sự tăng bù áp suất riêng phần của carbon dioxide (Pco2), pH cao hoặc gần bình thường. Các nguyên nhân thường gặp bao gồm nôn mửa kéo dài, giảm thể tích máu, sử dụng thuốc lợi tiểu và hạ kali máu. Nhiễm kiềm dai dẳng đòi hỏi phải bài tiết HCO3− qua thận. Phải có rối loạn. Các triệu chứng và dấu hiệu trong trường hợp nặng bao gồm đau đầu, hôn mê (đọc thêm), hoặc trong một số trường hợp hiếm gặp, một phần vỡ thực quản (hội chứng Mallory-Weiss Hội chứng Mallory-Weiss Hội chứng Mallory-Weiss Vết rách niêm mạc không xuyên thấu của thực quản dưới và phần gần dạ dày do nôn mửa, nôn ói hoặc nấc cụt. (Xem thêm Tổng quan về các bệnh thực quản và chứng khó nuốt.) Điều này hình ảnh cho thấy chỗ nối biểu mô trụ vảy. Hình ảnh cho thấy một vết rách tuyến tính mỏng (mũi tên) bắt đầu ngay phía trên và kéo dài về phía gần. Hội chứng Mallory-Weiss được báo cáo lần đầu tiên ở những bệnh nhân rối loạn sử dụng rượu, nhưng nó có thể xảy ra ở bất kỳ ai bị nôn mửa nặng. .Chiếm khoảng 5% các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên. Vết rách đi kèm với đau ở vùng ngực dưới...đọc thêm) hoặc vỡ hoàn toàn (hội chứng Boerhaave) Vỡ thực quản Vỡ thực quản là do thủ thuật nội soi hoặc các dụng cụ khác. một bệnh do điều trị xảy ra trong quá trình phẫu thuật hoặc một bệnh vô căn (hội chứng Boerhaave). Bệnh nhân trở nên nguy kịch và có các triệu chứng viêm trung thất. Chẩn đoán bằng chụp thực quản sử dụng chất cản quang hòa tan trong nước. Phẫu thuật sửa chữa và dẫn lưu nên được thực hiện ngay lập tức. (Xem cũng là Tổng quan về Bệnh thực quản và Chứng khó nuốt.) Các thủ thuật nội soi là nguyên nhân chính gây vỡ thực quản, nhưng vỡ vô căn cũng có thể xảy ra; Điều này có thể dẫn đến nôn mửa, buồn nôn hoặc nuốt những khối thức ăn lớn (đọc thêm).

Chất nôn có thể được hút ra nếu bệnh nhân bất tỉnh hoặc bị vẩn đục. Axit trong chất nôn có thể gây kích ứng mạnh cho phổi và gây viêm phổi do hít phải.

Nôn mửa mãn tính có thể gây suy dinh dưỡng, sụt cân và bất thường về trao đổi chất.

Buồn nôn và nôn xảy ra khi có tình trạng tác động lên trung tâm nôn. Nguyên nhân có thể bắt nguồn từ đường tiêu hóa hoặc hệ thần kinh trung ương, hoặc có thể do một số rối loạn hệ thống (Chuyên nghiệp.xem bảng Các nguyên nhân thường gặp của buồn nôn và nôn).

Nguyên nhân gây buồn nôn và nôn thường gặp nhất là:

Hội chứng nôn theo chu kỳ (CVS) là một rối loạn hiếm gặp được đặc trưng bởi các cơn nôn mửa nghiêm trọng, rời rạc hoặc đôi khi chỉ buồn nôn, xảy ra theo các khoảng thời gian khác nhau, với sức khỏe bình thường giữa các cơn. Nó phổ biến nhất ở thời thơ ấu (tuổi khởi phát trung bình là 5 tuổi) và có xu hướng cải thiện khi trưởng thành. Hội chứng nôn mửa theo chu kỳ ở người lớn có thể xảy ra khi sử dụng cần sa lâu dài (hội chứng nôn mửa cần sa); nôn mửa có thể giảm bớt khi tắm nước ấm và biến mất sau khi ngừng sử dụng cần sa.

Hội chứng buồn nôn và nôn mãn tính là một rối loạn chức năng được đặc trưng bởi sự xuất hiện các triệu chứng trong 6 tháng trở lên, bao gồm cả 3 tháng gần đây nhất. Buồn nôn và/hoặc nôn mửa khó chịu ít nhất một lần một tuần. Không có bằng chứng về bệnh cơ thể, hệ thống hoặc chuyển hóa có thể giải thích các triệu chứng sau khi xét nghiệm thường quy (bao gồm nội soi đường tiêu hóa trên) và không có bằng chứng về việc tự gây nôn, rối loạn ăn uống, trào ngược hoặc bệnh này nên được xem xét ở những bệnh nhân hay nhai lại đã bị loại trừ (1 Tài liệu tham khảo về nguyên nhân Buồn nôn là cảm giác khó chịu giống như nôn mửa và được đặc trưng bởi sự nhận biết sự kích thích hướng tâm lên trung tâm nôn ở hành tủy (ví dụ: tăng trương lực phó giao cảm). Nôn là hiện tượng tống xuất mạnh các chất trong dạ dày, gây ra bởi một sự co bóp không chủ ý của cơ bụng trong khi đáy dạ dày và cơ thắt thực quản dưới được thả lỏng. Nôn mửa có liên quan đến trào ngược, hoặc Cần phân biệt với nôn ra các chất trong dạ dày mà không buồn nôn hoặc co thắt cưỡng bức của cơ bụng. Nôn ra thức ăn chưa tiêu hóa có thể xảy ra mà không gây buồn nôn ở bệnh nhân mắc chứng co thắt tâm vị, hội chứng nhai lại hoặc túi thừa Zenker. ... Đọc thêm).

Cần khai thác tiền sử bệnh hiện tại để xác định tần suất và thời gian nôn mửa, mối liên hệ của nó với các nguyên nhân có thể xảy ra như uống thuốc hoặc chất độc, chấn thương đầu và phương tiện giao thông (ví dụ: ô tô, máy bay, thuyền, thiết bị công viên giải trí); nên hỏi xem có mật (đắng, vàng xanh) hay máu (màu đỏ hoặc chất giống như "cặn cà phê") hay không. Các triệu chứng quan trọng đi kèm bao gồm có hoặc không có đau bụng và tiêu chảy, có hoặc không có nhu động ruột cuối cùng và đầy hơi, và có hoặc không có đau đầu và chóng mặt.

Việc xem xét hệ thống sẽ tìm kiếm các triệu chứng của rối loạn tiềm ẩn, chẳng hạn như vô kinh và sưng vú (mang thai), đa niệu và khát nhiều (tiểu đường), tiểu máu và đau sườn (sỏi thận).

Bệnh sử có thể bao gồm các triệu chứng đã biết như mang thai, tiểu đường, đau nửa đầu, bệnh gan, bệnh thận, ung thư (bao gồm cả thời gian hóa trị hoặc xạ trị) và phẫu thuật bụng trước đó (dính có thể dẫn đến tắc ruột). đã kiểm tra. Tất cả các loại thuốc và chất mới sử dụng phải được xem xét lại; một số chất có thể không độc hại cho đến vài ngày sau khi uống (ví dụ, acetaminophen, một số loại nấm).

Cần lưu ý tiền sử gia đình bị nôn mửa tái phát.

Các dấu hiệu sinh tồn cần được đặc biệt chú ý như sốt và các dấu hiệu giảm thể tích máu (ví dụ nhịp tim nhanh, hạ huyết áp hoặc cả hai).

Tình trạng chung cần được theo dõi để phát hiện bệnh vàng da và phát ban.

Khám bụng bao gồm kiểm tra bằng mắt để kiểm tra bụng chướng và sẹo phẫu thuật, nghe tim để kiểm tra sự hiện diện và chất lượng của nhu động ruột (ví dụ: bình thường, the thé), gõ để kiểm tra âm thanh màng nhĩ và sờ nắn để kiểm tra độ nhạy và các dấu hiệu phúc mạc ( ví dụ: cơ bắp). Cần kiểm tra sự hiện diện của khối, sự phì đại của các cơ quan và thoát vị. Khám trực tràng và vùng chậu (ở phụ nữ) là bắt buộc để tìm dấu hiệu đau, khối và máu.

Khám thần kinh được thực hiện, đặc biệt là tình trạng tâm thần, rung giật nhãn cầu, viêm màng não (ví dụ, cứng gáy, dấu hiệu Kernig hoặc dấu hiệu Brudzinski) và tăng áp lực nội sọ (ví dụ, phù gai thị, mất mạch tĩnh mạch, dấu hiệu mắt của liệt dây thần kinh sọ thứ 3) hoặc xuất huyết dưới nhện (xuất huyết võng mạc) cần lưu ý.

Những phát hiện sau đây cần được chú ý đặc biệt:

Nhiều phát hiện gợi ý một hoặc một nhóm nguyên nhân (Chuyên nghiệp.xem bảng Nguyên nhân phổ biến của buồn nôn và nôn).

Nôn mửa xảy ra ngay sau khi uống thuốc hoặc chất độc hoặc tiếp xúc với các phương tiện ở những bệnh nhân được khám thần kinh và bụng không có gì đáng chú ý không thể được quy cho những nguyên nhân này một cách đáng tin cậy.Điều tương tự cũng có thể đúng đối với nôn mửa ở phụ nữ đã biết có thai và không có bất thường khi khám. Nôn cấp tính kèm theo tiêu chảy ở những bệnh nhân khỏe mạnh có xét nghiệm bình thường có thể do viêm dạ dày ruột truyền nhiễm Viêm dạ dày ruột là tình trạng các mô niêm mạc của dạ dày, ruột non và ruột già bị viêm. Hầu hết các trường hợp là viêm dạ dày ruột truyền nhiễm, nhưng nó cũng có thể xảy ra sau khi uống thuốc hoặc chất độc hóa học (ví dụ: kim loại, chất thực vật). Sự lây nhiễm được hình thành thông qua đường thực phẩm, nước uống hoặc từ người sang người. Người ta ước tính rằng cứ 6 người ở Hoa Kỳ thì có 1 người bị ngộ độc thực phẩm mỗi năm. Các triệu chứng bao gồm chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, khó chịu ở bụng...đọc thêm và các xét nghiệm sâu hơn có thể bị hoãn lại.

Nôn mửa xảy ra khi chỉ nghĩ đến thức ăn hoặc không liên quan đến việc ăn uống tạm thời gợi ý nguyên nhân tâm lý, cũng như tiền sử cá nhân hoặc gia đình về chứng buồn nôn và nôn chức năng. Bệnh nhân nên được hỏi về mối liên hệ giữa nôn mửa và các sự kiện căng thẳng, vì họ có thể không nhận thức được mối liên quan này hoặc thậm chí có thể không thừa nhận rằng họ đang bị đau vào những lúc như vậy.

Thử thai bằng nước tiểu nên được thực hiện trên tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Các xét nghiệm khác trong phòng thí nghiệm (ví dụ: điện giải, nitơ urê máu, creatinine, glucose, phân tích nước tiểu, xét nghiệm chức năng gan) nên được thực hiện. Bệnh nhân có các dấu hiệu nguy hiểm nên được xét nghiệm thích hợp dựa trên các triệu chứng của họ (Chuyên gia.xem bảng Các nguyên nhân phổ biến gây buồn nôn và nôn).

Đánh giá tình trạng nôn mửa mãn tính thường bao gồm các xét nghiệm được liệt kê ở trên, cũng như nội soi đường tiêu hóa trên, chụp X-quang ruột non và các xét nghiệm để đánh giá khả năng làm rỗng dạ dày và vận động của hang vị-tá tràng.

Điều trị các triệu chứng cụ thể như mất nước. Ngay cả khi không có tình trạng mất nước đáng kể, liệu pháp truyền dịch (1 L nước muối sinh lý bình thường, 20 mL/kg đối với trẻ em) thường làm giảm các triệu chứng. Ở người lớn, nhiều loại thuốc chống nôn đều có hiệu quả (Chuyên nghiệp.xem Bảng Thuốc trị nôn mửa Thuốc trị nôn mửa). Lựa chọn thuốc phụ thuộc phần nào vào nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng. Các loại thuốc sau đây thường được sử dụng:

Chỉ nên sử dụng dung dịch tiêm hoặc ngậm dưới lưỡi ở những bệnh nhân bị nôn mửa nặng.

Đối với nôn do tâm lý, bất kể nguyên nhân là gì, hãy trấn an bệnh nhân rằng bạn nhận thức được sự khó chịu của bệnh nhân và thể hiện mong muốn cố gắng giảm bớt các triệu chứng. Nên tránh những bình luận như “Tôi chẳng có vấn đề gì cả” hoặc “Chỉ là bệnh tâm thần thôi”. Có thể thử điều trị triệu chứng bằng thuốc chống nôn trong một thời gian ngắn. Nếu cần phải quản lý lâu dài, việc thăm khám thường xuyên, hỗ trợ có thể giúp giải quyết các vấn đề cơ bản.

Trong quá trình nhai lại, một lượng nhỏ thức ăn (thường là 15 đến 30 phút sau khi ăn) được trào ra khỏi dạ dày (thường là không chủ ý), được nhai lại và hầu như luôn được nuốt lại.

Bệnh nhân không phàn nàn về buồn nôn hoặc đau bụng.

Rối loạn nhai lại thường gặp ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc bệnh ở người lớn chưa được biết rõ vì hiếm khi được chính bệnh nhân báo cáo.

Đánh giá lâm sàng

Đôi khi nội soi, kiểm tra nhu động thực quản hoặc cả hai

trị liệu hành vi

Achalasia Achalasia Achalasia là một rối loạn vận động thực quản do thần kinh, đặc trưng bởi nhu động thực quản bị suy giảm và cơ thắt thực quản dưới không thể thư giãn khi nuốt. Các triệu chứng là khó nuốt tiến triển dần dần (thường là cả chất lỏng và chất rắn) và trào ngược thức ăn khó tiêu. Đánh giá thường bao gồm đo áp lực bên trong, chụp thực quản và nội soi. Các phương pháp điều trị bao gồm nong cơ, tiêm độc tố botulinum, phẫu thuật cắt cơ và cắt cơ nội soi qua đường miệng. (Xem thêm Tổng quan về các bệnh thực quản và chứng khó nuốt.)... Đọc thêm hoặc Zenker Túi thừa thực quản Túi thừa thực quản Túi thừa thực quản là một phần nhô ra giống như túi của màng nhầy xuyên qua niêm mạc thực quản. Nó có thể không có triệu chứng hoặc gây khó nuốt và trào ngược. Chẩn đoán bằng chụp thực quản; hiếm khi phải phẫu thuật sửa chữa. (Xem thêm Tổng quan về bệnh thực quản và chứng khó nuốt.) Ở bệnh nhân này, một túi thừa nhỏ ở thực quản trên được phát hiện tình cờ trong quá trình đánh giá nguyên nhân gây buồn nôn và nôn. Túi thừa Zenker là một phần nhô ra giống như túi của niêm mạc và lớp dưới niêm mạc ở phía sau qua cơ nhẫn hầu. Trong hình ảnh này, túi thừa nằm ở bên trái Đọc thêm Bệnh nhân có thể trào ngược thức ăn khó tiêu mà không buồn nôn. Ở hầu hết các bệnh nhân không có tình trạng tắc nghẽn thực quản này, sinh lý bệnh chưa được hiểu rõ. Nhu động ngược, xảy ra ở động vật nhai lại, chưa được báo cáo ở người. Chứng rối loạn này có thể là một thói quen kém thích nghi do học được và có thể là một phần của chứng rối loạn ăn uống. Bệnh nhân học cách mở cơ vòng thực quản dưới và co và giãn cơ hoành một cách nhịp nhàng để tăng áp lực trong dạ dày, từ đó đẩy các chất trong dạ dày vào thực quản và cổ họng.

Buồn nôn, đau hoặc khó nuốt không xảy ra. Những bệnh nhân bị căng thẳng có thể ít quan tâm hơn đến việc che giấu suy nghĩ của mình. Người lạ lần đầu nhìn thấy hành vi này có thể giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ. Hiếm khi, trào ngược và nôn thức ăn gây sụt cân.

Chẩn đoán rối loạn tin đồn thường bằng cách quan sát. Lịch sử tâm lý xã hội có thể tiết lộ căng thẳng tâm lý tiềm ẩn. Nội soi hoặc chẩn đoán hình ảnh đường tiêu hóa trên phải được thực hiện để loại trừ các rối loạn gây tắc nghẽn cơ học hoặc túi thừa Zenker. Đo áp lực thực quản và các xét nghiệm để đánh giá khả năng làm rỗng dạ dày và vận động hang vị-tá tràng có thể được thực hiện để xác định tình trạng rối loạn vận động.

Điều trị rối loạn nhai lại có triệu chứng. Những bệnh nhân có động lực có thể đáp ứng với liệu pháp hành vi (ví dụ như thư giãn, phản hồi sinh học, các bài tập thở bằng cơ hoành [thở bằng cơ hoành thay vì cơ ngực]).

Baclofen có thể hữu ích nhưng dữ liệu về tính an toàn và hiệu quả lâu dài còn hạn chế. Tư vấn tâm thần có thể hữu ích.

Xét nghiệm axit dạ dày hiện nay hiếm khi được thực hiện. Khi xét nghiệm được thực hiện, sự tiết axit dạ dày được đo lúc ban đầu và sau khi kích thích bằng cách sử dụng mẫu dịch dạ dày thu được qua ống thông mũi dạ dày. Thông tin này có thể hữu ích cho những bệnh nhân phải phẫu thuật loét tái phát sau phẫu thuật cắt dây thần kinh phế vị để điều trị loét dạ dày tá tràng. Trong trường hợp này, phản ứng dương tính của axit đối với kích thích (mô phỏng hành vi nhai) gợi ý việc cắt dây thần kinh phế vị không hoàn toàn.

Xét nghiệm này cũng được sử dụng để đánh giá bệnh nhân có nồng độ gastrin huyết thanh tăng cao. Chứng tăng tiết axit, được thấy khi có nồng độ gastrin cao, thường là hội chứng Zollinger-Ellison U gastrinoma Gastrinoma là một khối u sản xuất gastrin thường xảy ra ở tuyến tụy hoặc thành tá tràng. Kết quả là sự tiết quá nhiều axit dạ dày và loét dạ dày tá tràng phát triển nhanh chóng, khó chữa (hội chứng Zollinger-Ellison). Chẩn đoán bằng cách đo nồng độ gastrin huyết thanh. Điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton và phẫu thuật cắt bỏ. (Xem thêm Tổng quan về các khối u nội tiết tuyến tụy.) Gastrinoma là một loại khối u nội tiết tuyến tụy phát sinh từ các tế bào đảo tụy nhưng hiếm gặp hơn nhiều là từ các tế bào sản xuất gastrin trong tá tràng và hiếm gặp hơn nhiều ở những nơi khác trong cơ thể. . . gợi ý đọc thêm. Hypochlorhydria, được quan sát thấy trong các tình huống có nồng độ gastrin cao, có liên quan đến thiếu máu ác tính, viêm dạ dày teo và viêm dạ dày teo tự miễn. Viêm dạ dày teo dị sản tự miễn là một bệnh tự miễn di truyền trong đó các tế bào thành bị tổn thương. , dẫn đến giảm clohydria và giảm sản xuất yếu tố nội tại. Kết quả bao gồm viêm teo dạ dày, kém hấp thu vitamin B12 và thường bị thiếu máu ác tính. Tăng gấp 3 lần nguy cơ ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Chẩn đoán bằng nội soi. Điều trị bằng cách tiêm vitamin B12. (Tổng quan về sự tiết axit dạ dày và... Đọc thêm, Bệnh Menetrier Bệnh Menetrier Viêm dạ dày có thể do nhiễm Helicobacter pylori, do thuốc (thuốc chống viêm không steroid [NSAID], rượu), căng thẳng, các bệnh tự miễn (viêm teo dạ dày), ( Xem thêm Tổng quan về bài tiết axit dạ dày và Tổng quan về viêm dạ dày.) Căn bệnh vô căn, hiếm gặp này ảnh hưởng đến những người trong độ tuổi từ 30 đến 60. Ảnh hưởng đến người lớn và phổ biến hơn ở nam giới. nhưng không phải ở hang vị. Điều này gợi ý rối loạn bài tiết axit dạ dày xảy ra sau khi bài tiết axit dạ dày bị ức chế bởi các thuốc ức chế bài tiết.

Để thực hiện xét nghiệm dịch dạ dày, một ống thông mũi dạ dày được đưa vào để hút và loại bỏ chất chứa trong dạ dày. Dịch dạ dày sau đó được thu thập trong khoảng thời gian 1 giờ, chia thành bốn mẫu, mỗi mẫu 15 phút. Những mẫu này phản ánh sự tiết axit dạ dày cơ bản.

Theo dõi pH thực quản qua ống thông Theo dõi pH thực quản ngoại trú 24 giờ, được thực hiện một mình hoặc kết hợp với kiểm tra trở kháng trong lòng ống, hiện là phương pháp xét nghiệm được sử dụng phổ biến nhất để định lượng trào ngược dạ dày thực quản (1). . Các chỉ định chính là: Ghi nhận tình trạng trào ngược axit quá mức hoặc không axit Mối tương quan giữa các triệu chứng với các đợt trào ngược Xác định bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật chống trào ngược Đánh giá hiệu quả của điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật Đọc thêm Xét nghiệm dịch dạ dày trong thời gian Cũng có thể thực hiện cái này.

Các biến chứng khi xét nghiệm dịch dạ dày là rất hiếm.

Thủng đường tiêu hóa có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào, giải phóng các chất trong dạ dày và ruột vào khoang phúc mạc. Nguyên nhân rất đa dạng. Các triệu chứng xuất hiện đột ngột với cơn đau dữ dội, ngay sau đó là dấu hiệu sốc. Chẩn đoán thường được thực hiện bằng hình ảnh cho thấy khí tự do trong khoang phúc mạc. Điều trị bằng hồi sức truyền dịch, kháng sinh và phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong cao và thay đổi tùy theo bệnh lý có từ trước và sức khỏe tổng thể của bệnh nhân.

(Đau bụng cấp tính Đau bụng cấp tính Đau bụng là một triệu chứng phổ biến và thường không quan trọng. Tuy nhiên, đau bụng cấp tính và trầm trọng hầu như luôn là triệu chứng của bệnh lý trong ổ bụng. Khi đó là dấu hiệu duy nhất cần phải phẫu thuật. Hoại tử và thủng đường ruột có thể xảy ra ít hơn 6 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng ở một số bệnh (ví dụ do bị thắt cổ hoặc do tắc nghẽn động mạch làm tắc nghẽn nguồn cung cấp máu cho ruột). ). Xem thêm Đau bụng... Đọc thêm ).

Một loạt phim chụp X-quang bụng

Nếu không thể chẩn đoán được, CT bụng

ca phẫu thuật

Dịch truyền tĩnh mạch và kháng sinh

Cả chấn thương kín và chấn thương xuyên thấu đều có thể dẫn đến thủng bất kỳ vị trí nào trong đường tiêu hóa (xem Bảng: Các nguyên nhân thường gặp gây thủng đường tiêu hóa). Các dị vật nuốt phải, thậm chí cả các vật sắc nhọn, hiếm khi gây thủng trừ khi chúng bị mắc kẹt và gây chèn ép cục bộ, gây thiếu máu cục bộ và hoại tử (Chuyên nghiệp.xem trang Dị vật đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Nhiều dị vật khác nhau có thể cố ý xâm nhập vào đường tiêu hóa hoặc vô tình. Nhiều dị vật đi qua đường tiêu hóa một cách tự nhiên, nhưng nếu bị tắc trên đường đi, chúng có thể gây ra các triệu chứng tắc nghẽn và đôi khi một số có thể dẫn đến các biến chứng. Hầu hết các tắc nghẽn đều có thể được loại bỏ bằng nội soi, nhưng đôi khi cần phải phẫu thuật.Đúng vậy, thời điểm nội soi là... đọc thêm). Dị vật đưa vào qua hậu môn có thể làm thủng trực tràng hoặc đại tràng sigma (dị vật trực tràng Dị vật trực tràng Dị vật trực tràng thường là dị vật được đưa vào trực tràng, nhưng cũng có thể là dị vật được nuốt phải. Dị vật) có thể xuyên qua thành hậu môn trực tràng, gây đau đột ngột, cực kỳ nghiêm trọng khi đại tiện. Chẩn đoán bằng cách kiểm tra kỹ thuật số và đôi khi chụp ảnh. Việc loại bỏ dị vật trực tràng có thể nguy hiểm. (Xem thêm Tổng quan về dị vật đường tiêu hóa.) Sỏi mật, sỏi phân, và nuốt phải dị vật (như tăm, xương gà, xương cá) sẽ bị kẹt ở ngã ba hậu môn trực tràng (xem phần đọc thêm).

Các lỗ thủng thực quản, dạ dày và tá tràng có xu hướng khởi phát đột ngột và dữ dội, gây đau bụng dữ dội và toàn thân, nhạy cảm và có dấu hiệu kích ứng phúc mạc. Viêm phúc mạc Đau bụng là một triệu chứng phổ biến và thường không quan trọng. Tuy nhiên, đau bụng cấp tính và dữ dội hầu như luôn là triệu chứng của bệnh trong ổ bụng. Nó có thể là dấu hiệu duy nhất cho thấy cần phải phẫu thuật và cần phải hành động nhanh chóng: Trong một số bệnh, hoại tử và thủng đường ruột có thể xảy ra trong vòng 6 giờ kể từ khi xuất hiện các triệu chứng (ví dụ như nghẹt thở). đường do tắc nghẽn hoặc tắc mạch). Bụng cấp đột nhiên phát triển kèm theo đau bụng... đọc thêm. Cơn đau có thể lan lên vai.

Thủng ở những nơi khác trong đường tiêu hóa thường xảy ra trong các tình trạng khác gây đau và viêm. Bởi vì những lỗ thủng như vậy lúc đầu thường nhỏ và thường được bao phủ bởi mạc nối nên cơn đau thường phát triển dần dần và có thể khu trú. Sự dịu dàng cũng được bản địa hóa hơn. Những phát hiện này có thể gây khó khăn cho việc phân biệt thủng với tình trạng bệnh lý tiềm ẩn trở nên trầm trọng hơn hoặc thiếu đáp ứng với điều trị.

Buồn nôn, nôn và chán ăn là những triệu chứng thường gặp ở bất kỳ loại thủng nào. Âm ruột giảm hoặc không có.

Chụp X-quang bụng liên tiếp (chụp X-quang bụng nằm, đứng và chụp X-quang ngực) có thể chẩn đoán và cho thấy khí tự do dưới cơ hoành trong 50 đến 75% trường hợp. Tần suất của triệu chứng này tăng dần theo thời gian. Chụp X-quang ngực nghiêng nhạy cảm hơn với khí tự do so với chụp X-quang sau trước.

Nếu chụp X-quang bụng nhiều lần không giúp chẩn đoán, CT bụng, thường có thuốc cản quang đường uống, tiêm tĩnh mạch và/hoặc trực tràng, có thể hữu ích. Barium không nên được sử dụng nếu nghi ngờ thủng.

Vì tỷ lệ tử vong do viêm phúc mạc tăng nhanh nên việc điều trị càng bị trì hoãn, phẫu thuật phải được thực hiện ngay lập tức nếu nhận thấy thủng. Nếu hình thành áp xe hoặc khối viêm, việc điều trị có thể chỉ giới hạn ở việc dẫn lưu áp xe.

Đôi khi một ống thông mũi dạ dày được đặt trước khi phẫu thuật. Lượng nước tiểu nên được theo dõi bằng cách sử dụng ống thông ở những bệnh nhân có dấu hiệu giảm thể tích. Duy trì tình trạng dịch với việc bổ sung đủ dịch và chất điện giải. Nên dùng kháng sinh phổ rộng tiêm tĩnh mạch có hiệu quả trên hệ vi khuẩn đường ruột.

Nhiều vật lạ khác nhau có thể xâm nhập vào đường tiêu hóa một cách cố ý hoặc vô tình. Nhiều dị vật đi qua đường tiêu hóa một cách tự nhiên, nhưng một số bị kẹt lại trên đường đi, gây ra các triệu chứng tắc nghẽn và đôi khi là biến chứng. Vai trò của hình ảnh trong việc quản lý việc nuốt phải dị vật chưa được tiêu chuẩn hóa. Hầu như tất cả các tắc nghẽn có thể được loại bỏ bằng nội soi, nhưng đôi khi cần phải phẫu thuật. Thời gian nội soi phụ thuộc vào loại dị vật được đưa vào.

Dị vật đường tiêu hóa được tìm thấy ở các vị trí sau:

Phần lớn trường hợp nuốt dị vật xảy ra ở trẻ em. Việc cố ý nuốt phải dị vật nhiều lần thường được báo cáo ở các tù nhân và bệnh nhân tâm thần. Những người đeo răng giả, người già và những người say rượu có xu hướng vô tình nuốt phải thức ăn nhai kỹ, đặc biệt là thịt, có thể mắc kẹt trong thực quản. Body Packing và Body Stuffing Body Packing và Body Stuffing Body Packing và Body Stuffing là những bệnh nhân nuốt bóng bay, lọ, giấy gói… đựng đầy ma túy để tránh bị cảnh sát phát hiện. chúng bên trong khoang cơ thể.Các rủi ro và hậu quả khác nhau tùy thuộc vào số lượng, loại ma túy và cách thức đóng gói.Các loại thuốc cường độ cao (chủ yếu là heroin và... xem thêm) có thể gây tắc ruột.Vỏ bọc có thể vỡ, dẫn đến quá liều thuốc.

Các biến chứng thường gặp khi nuốt phải dị vật bao gồm:

Bezoar là những khối chất rắn được tiêu hóa một phần hoặc chưa tiêu hóa thường được tìm thấy nhiều nhất trong dạ dày. Bezoars có thể hình thành ở mọi lứa tuổi và thường hình thành ở những bệnh nhân có rối loạn hành vi, bất thường trong quá trình làm rỗng dạ dày hoặc bất thường về giải phẫu đường tiêu hóa. Nhiều sỏi dạ dày không có triệu chứng, nhưng một số có thể gây ra các triệu chứng. Một số có thể được hòa tan bằng hóa chất, một số khác cần loại bỏ qua nội soi và một số khác cần phẫu thuật.

(Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Nhiều dị vật có thể xâm nhập vào đường tiêu hóa một cách cố ý hoặc vô tình. Nhiều dị vật đi qua đường tiêu hóa một cách tự nhiên, nhưng nếu chúng bị tắc nghẽn trên đường đi, chúng có thể gây ra các triệu chứng tắc nghẽn, một số khác đôi khi có thể gây ra các biến chứng. Vai trò của hình ảnh trong việc quản lý việc nuốt phải dị vật không được tiêu chuẩn hóa. Hầu như tất cả các tắc nghẽn đều có thể được loại bỏ bằng nội soi, nhưng đôi khi cần phải phẫu thuật (Thời gian nội soi có thể thay đổi. Xem thêm Đọc thêm.)

Bezoar được phân loại theo thành phần của chúng:

tắc nghẽn môn vị

Xuất huyết tiêu hóa do hình thành vết loét Tổng quan về xuất huyết tiêu hóa Xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào từ khoang miệng đến hậu môn và có thể biểu hiện rõ ràng hoặc cận lâm sàng. Hình ảnh lâm sàng thay đổi tùy theo vị trí và tốc độ chảy máu. (Xem thêm Giãn tĩnh mạch và tổn thương mạch máu của đường tiêu hóa.) Nôn ra máu là nôn ra máu đỏ tươi, cho thấy xuất huyết đường tiêu hóa trên, nguyên nhân thường là... Đọc thêm

Tắc ruột Tắc ruột là tình trạng nhu động ruột tạm thời ngừng lại. Nó phổ biến nhất sau phẫu thuật bụng, đặc biệt là khi đường ruột đã bị thao túng. Các triệu chứng là buồn nôn, nôn và khó chịu ở bụng mơ hồ. Chẩn đoán dựa trên kết quả chụp X-quang và biểu hiện lâm sàng. Điều trị hỗ trợ, bao gồm hút dịch mũi dạ dày và truyền dịch. Các nguyên nhân phổ biến nhất của tắc ruột là: Phẫu thuật bụng Các nguyên nhân khác bao gồm: Viêm trong phúc mạc hoặc sau phúc mạc (ví dụ, viêm ruột thừa,... Đọc thêm và Tắc ruột Tắc ruột Tắc nghẽn đường ruột là do Một tình trạng gây ra tắc nghẽn cơ học đáng kể hoặc ngừng hoàn toàn tình trạng tắc ruột thức ăn trong ruột đi qua đường ruột. Các triệu chứng bao gồm đau quặn, nôn mửa, táo bón nặng và dai dẳng, và mất trung tiện. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và được xác nhận bằng chụp X-quang bụng. Điều trị bằng hồi sức dịch và hút mũi dạ dày, và trong hầu hết các trường hợp tắc nghẽn hoàn toàn, phẫu thuật.(Xem thêm Đau bụng cấp tính) Tắc nghẽn cơ học được phân loại thành tắc ruột non (bao gồm cả tá tràng) và tắc ruột lớn.Tắc nghẽn có thể là một phần hoặc ... Đọc thêm

Thủng Thủng đường tiêu hóa cấp tính Thủng đường tiêu hóa có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào, giải phóng các chất trong dạ dày và ruột vào khoang bụng. Nguyên nhân rất đa dạng. Các triệu chứng xuất hiện đột ngột với cơn đau dữ dội, ngay sau đó là dấu hiệu sốc. Chẩn đoán thường được thực hiện bằng hình ảnh cho thấy khí tự do trong khoang phúc mạc. Điều trị bằng hồi sức truyền dịch, kháng sinh và phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong cao và thay đổi tùy theo bệnh lý có từ trước và sức khỏe tổng thể của bệnh nhân. ... Đọc thêm và Viêm phúc mạc Viêm phúc mạc Đau bụng là triệu chứng thường gặp và thường không quan trọng. Tuy nhiên, đau bụng cấp tính và dữ dội hầu như luôn là triệu chứng của bệnh trong ổ bụng. Nó có thể là dấu hiệu duy nhất cho thấy cần phải phẫu thuật và cần phải hành động nhanh chóng: Trong một số bệnh, hoại thư và thủng đường ruột có thể xảy ra trong vòng 6 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng (ví dụ như nghẹt thở). đường do tắc nghẽn hoặc tắc mạch). Đau bụng... đọc thêm

Lồng ruột Lồng ruột là tình trạng một phần của đường ruột (ống bên trong) bị chèn ép vào phần lân cận (ống bên ngoài), gây tắc ruột và đôi khi là thiếu máu cục bộ ở ruột. Chẩn đoán bằng kiểm tra siêu âm. Điều trị bằng thuốc xổ khí và đôi khi bằng phẫu thuật. Lồng ruột thường xảy ra ở độ tuổi từ 6 tháng đến 3 tuổi; 65% trường hợp xảy ra trước 1 tuổi và 80 đến 90% xảy ra trước 2 tuổi. Tình trạng này là nguyên nhân gây tắc ruột thường gặp nhất ở lứa tuổi này, xảy ra ở trẻ dưới 4 tuổi và hầu như không có sự khác biệt về giới tính. Ở trẻ trên 4 tuổi, lồng ruột phổ biến hơn nhiều ở nam giới... Đọc thêm

nội soi

hòa tan hóa học

nhân giống nội soi

Đôi khi phẫu thuật

Phytobezoars có thể xảy ra ở bệnh nhân trưởng thành do biến chứng sau phẫu thuật cắt dạ dày hoặc cắt một phần dạ dày, đặc biệt khi kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ dây thần kinh phế vị.

Trichobezoar phổ biến nhất ở những phụ nữ trẻ chậm phát triển trí tuệ, nhai và nuốt tóc của chính mình.

Lactobezoars có thể xảy ra ở trẻ bú sữa mẹ.

Bệnh tiểu đường Đái tháo đường (DM) Đái tháo đường là tình trạng suy giảm khả năng tiết insulin và mức độ kháng insulin ngoại biên khác nhau, dẫn đến tăng đường huyết. Các triệu chứng ban đầu có liên quan đến tăng đường huyết và bao gồm chứng khát nước, ăn uống vô độ, đa niệu và mờ mắt. Các biến chứng muộn bao gồm bệnh mạch máu, bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh thận và dễ bị nhiễm trùng. Chẩn đoán bằng cách đo glucose huyết tương. Điều trị bằng chế độ ăn kiêng, tập thể dục và dùng thuốc làm giảm lượng đường trong máu, bao gồm insulin, glucose đường uống... Đọc thêm Bệnh mô liên kết hỗn hợp Bệnh mô liên kết hỗn hợp (MCTD) Bệnh mô liên kết hỗn hợp (MCTD) Đây là một bệnh hiếm gặp, được xác định cụ thể hội chứng đặc trưng bởi các dấu hiệu lâm sàng của bệnh lupus ban đỏ tình dục, bệnh xơ cứng hệ thống và viêm đa cơ, với hiệu giá kháng thể kháng nhân tuần hoàn tăng rõ rệt chống lại các kháng nguyên ribonucleoprotein. Sưng tay, hội chứng Raynaud, đau nhiều khớp, viêm cơ, giảm nhu động thực quản và bệnh phổi kẽ là phổ biến. Chẩn đoán dựa trên sự kết hợp của các đặc điểm lâm sàng, kháng thể kháng ribonucleoprotein và không có kháng thể đặc hiệu cho các rối loạn tự miễn dịch khác. Việc điều trị tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh...đọc thêm Chậm làm rỗng dạ dày hoặc do các bệnh toàn thân khác làm tăng nguy cơ hình thành bezoar.

Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm giảm clohydria, giảm vận động hang vị và khả năng nhai không đầy đủ; những yếu tố này phổ biến hơn ở người lớn tuổi, do đó có nguy cơ hình thành bezoar cao hơn.

Sỏi bezoar thường không có triệu chứng. Khi có triệu chứng, các triệu chứng phổ biến nhất bao gồm đầy hơi sau bữa ăn, đau bụng, buồn nôn, nôn, chán ăn và sụt cân.

Sỏi Bezoar hiếm khi gây ra các biến chứng nghiêm trọng, bao gồm:

Bezoar được phát hiện dưới dạng tổn thương khối trên các xét nghiệm hình ảnh (ví dụ chụp X-quang, siêu âm, CT) thường được sử dụng để đánh giá các triệu chứng đường tiêu hóa trên không đặc hiệu. Phát hiện này có thể bị nhầm lẫn với một khối u.

Nội soi đường tiêu hóa trên thường được thực hiện để xác nhận chẩn đoán. Khi nội soi, sỏi dạ dày có bề mặt không đều không thể nhầm lẫn và có màu sắc khác nhau từ vàng-xanh đến xám đen. Chẩn đoán có thể được thực hiện bằng cách tìm thấy tóc hoặc thực vật trên sinh thiết nội soi.

Phương pháp điều trị tối ưu còn gây tranh cãi vì các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng so sánh các lựa chọn chưa được tiến hành. Đôi khi liệu pháp kết hợp là cần thiết.

Đối với những bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, có thể hòa tan bằng hóa chất bằng cách sử dụng cola hoặc cellulase (1 Tài liệu tham khảo điều trị Bezoars là những khối kết tụ chặt chẽ của những chất được tiêu hóa một phần hoặc chưa tiêu hóa, thường được tìm thấy nhiều nhất trong dạ dày. Bezoars có thể hình thành ở mọi lứa tuổi và thường hình thành ở những bệnh nhân mắc bệnh rối loạn hành vi, bất thường trong việc làm rỗng dạ dày hoặc bất thường về giải phẫu đường tiêu hóa. Chúng có thể không có triệu chứng nhưng có thể gây ra các triệu chứng, một số có thể được hòa tan bằng hóa chất, một số khác có thể cần nội soi cắt bỏ và một số khác có thể cần phẫu thuật. (Xem thêm Tổng quan về dị vật đường tiêu hóa ) ... Đọc thêm ). Cellulase được dùng trong 2 đến 5 ngày bằng cách hòa tan 3 đến 5 g trong 300 đến 500 mL nước. Metoclopramide 10 mg uống thường được dùng để giúp thúc đẩy nhu động dạ dày. Liệu pháp enzyme đường uống bằng papain không còn được khuyến khích nữa.

Loại bỏ qua nội soi được chỉ định khi khối dị vật không thể hòa tan, khi khối dị vật lớn gây ra các triệu chứng từ trung bình đến nặng hoặc khi cả hai xảy ra. Nếu chẩn đoán ban đầu được thực hiện bằng nội soi, có thể thử loại bỏ nó vào thời điểm đó. Kẹp, bẫy dây, thuốc xịt tia, đông máu huyết tương argon và đôi khi là tia laser (2 Tài liệu tham khảo điều trị Bezoars là những khối vật chất được tiêu hóa một phần hoặc chưa tiêu hóa được bó chặt chẽ được tìm thấy ở hầu hết dạ dày. Thông thường. Bezoars có thể hình thành ở mọi lứa tuổi và thường hình thành ở những bệnh nhân có rối loạn hành vi, bất thường trong việc làm rỗng dạ dày, hoặc bất thường về giải phẫu đường tiêu hóa. Nhiều dị vật không có triệu chứng. Tuy nhiên, chúng có thể gây ra các triệu chứng, một số có thể được hòa tan bằng hóa chất, một số khác cần cắt bỏ bằng nội soi và một số khác cần phải phẫu thuật cắt bỏ (xem thêm Tổng quan về Các dị vật trong đường tiêu hóa) ... đọc thêm ) có thể phá vỡ khối bezoar, cho phép nó được đưa ra ngoài hoặc loại bỏ.

Phẫu thuật được dành riêng cho những bệnh nhân không thể thực hiện thủ thuật ly giải hóa học và nội soi hoặc cả hai đều không thành công, ở những bệnh nhân có biến chứng hoặc ở những bệnh nhân có sỏi ruột.

Vì quả hồng có chứa một loại tannin gọi là sibuol polyme hóa trong dạ dày nên bezoar quả hồng thường cứng và khó xử lý. Chúng phản ứng kém với quá trình ly giải bằng hóa chất và thường cần phải cắt bỏ qua nội soi hoặc phẫu thuật.

Nhiều dị vật nuốt phải có thể bị mắc kẹt trong dạ dày hoặc đường ruột. Một số dị vật gây tắc nghẽn hoặc thủng. Chẩn đoán bằng hình ảnh hoặc nội soi. Một số dị vật có thể được loại bỏ bằng nội soi.

(Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Tổng quan về dị vật trong đường tiêu hóa Nhiều dị vật có thể xâm nhập vào đường tiêu hóa một cách cố ý hoặc vô tình. Nhiều dị vật đi qua đường tiêu hóa một cách tự nhiên, nhưng nếu chúng bị tắc nghẽn trên đường đi, chúng có thể gây ra các triệu chứng tắc nghẽn, một số khác đôi khi có thể gây ra các biến chứng. Vai trò của hình ảnh trong việc quản lý việc nuốt phải dị vật không được tiêu chuẩn hóa. Hầu như tất cả các tắc nghẽn đều có thể được loại bỏ bằng nội soi, nhưng đôi khi cần phải phẫu thuật (Thời gian nội soi có thể thay đổi. Xem thêm Đọc thêm.)

80 đến 90% dị vật vào dạ dày sẽ đi qua đường tiêu hóa một cách tự nhiên, 10 đến 20% cần điều trị không phẫu thuật và 1% cần phẫu thuật. Do đó, quản lý bảo tồn là phù hợp đối với hầu hết các dị vật không sắc nhọn nếu chúng không có triệu chứng. Tuy nhiên, dị vật có tổng chiều dài hơn 6 cm hoặc đường kính lớn hơn 2,5 cm hiếm khi đi qua dạ dày (1 Tài liệu tham khảo về tổng quan. Nhiều loại dị vật nuốt phải có thể mắc kẹt trong dạ dày hoặc đường ruột. Dị vật khi nuốt phải có thể mắc kẹt trong dạ dày hoặc đường ruột. gây tắc nghẽn hoặc thủng. Chẩn đoán bằng hình ảnh hoặc nội soi. Một số dị vật có thể được loại bỏ bằng nội soi. (Xem thêm Tổng quan về dị vật đường tiêu hóa.) 80% đến 90% dị vật đi qua đường tiêu hóa một cách tự nhiên, 10% đến 20% cần điều trị không phẫu thuật và dưới 1% cần phẫu thuật, do đó, hầu hết dị vật không sắc nhọn cần được điều trị bảo tồn nếu không có triệu chứng. Tuy nhiên, với tổng chiều dài 6 cm...đọc thêm).

Nuốt gói chứa ma túy (Body Packing và Body Stuffing Body Packing và Body Stuffing Body Packing và Body Stuffing là hành vi nuốt hoặc đặt một túi nhỏ chứa ma túy vào trong khoang cơ thể nhằm tránh bị cảnh sát phát hiện. Những rủi ro và hậu quả khác nhau tùy thuộc vào số lượng, loại ma túy và cách nó được đóng gói.Bao bì bao gồm việc che giấu các loại ma túy có giá trị đường phố cao (chủ yếu là heroin và... Đọc thêm) là mối quan tâm lớn vì nguy cơ rò rỉ ma túy và quá liều sau đó. tắc nghẽn do bao bì cũng có thể xảy ra.

kiểm tra hình ảnh

nội soi

theo sát

Đôi khi loại bỏ nội soi