

PHÌNH DAI TRẮNG VÔ HẠCH BẤM SINH

- Là bệnh ngoại khoa thường gặp nhất đường tiêu hóa trẻ em
- Cổ thai trắng: là phần dày lên của cổ vùng doan cổ trực tràng
 - ⇒ cổ thai trắng phân cách trực tràng & OHM
- + Tán thương vô hạch: bắt đầu từ bờ trên cổ thai trắng

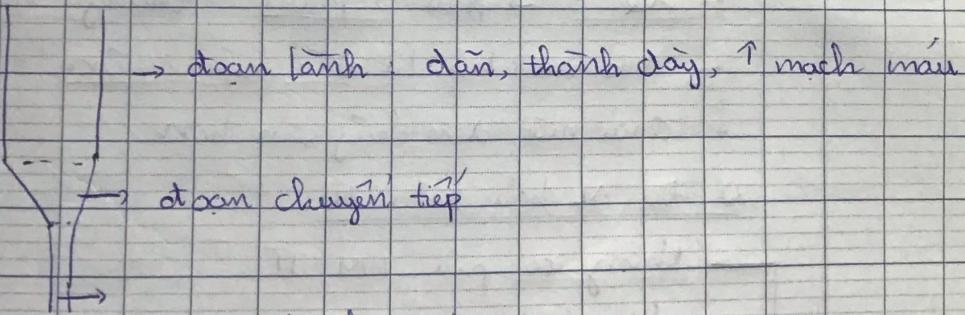
I) Dịch tễ:

15000

- Uv thư narrow cho lumen khu trú ổ trực tràng - dài

→ các thể vô hạch dài hơn thi uv thư giàm dần

II) Bệnh học:

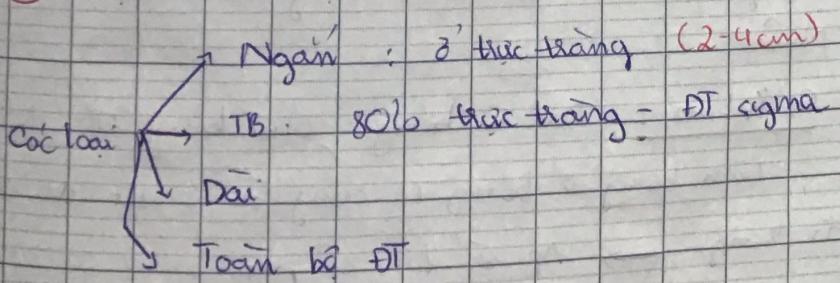


→ doan lumen: dài, thành dày, ↑ mạch máu

→ doan chuyển tiếp

doan vô hạch: to

② Tại sao vô hạch toàn bộ thì có doan chuyển tiếp?



④ Vị thế: không có tb nach - they thế bằng các dãy
nhưng có Myelin

III) Tâm Sàng:

① Trục đầu tiên là gì?

→ RL: đĩa tiêu, châm tiêu phản xạ ($> 24h$), tảo bón

Thực chất: đĩa cầu được → sau đó tảo bón tiếp

- Chưởng

- Nén

- Thẩm tháp trắng

+ ↑ trương lực hau mén (kho thay)

+ Đầu hiệu "tháo cống" → số nhiều đĩa cầu bón

Màu sám

Mùi kho' chua hòn bồ

thay đổi

↑ đi kèm

IV) CLS:

1) XQ: → phải 3 phim: thẳng, ngang, chéch hup

+ Mức nước hở là đầu hiệu muỗi

+ Quai ruột đầm thấy sớm hơn

thay đổi hép

rõ hơn

2) Đo AL hau mén TT:

Không có pxa HM-TT

đầm

→ Khi có bóng TT căng ⇒ cơ thắt trắng → buồn đĩa cầu

↪ nghĩa là: cơ thắt trắng siết chặt, ≤ đầm và dù
cô phán

Cách làm: Đặt 2 bóng: chỗ bóng TT & cơ thắt trắng

Bomb bóng 3' bóng TT căng lén, sau đó áp lực cơ

thắt trắng

↓ Ap kẽ' ↓: có pxa

↓ Ap kẽ' ≤ đầm: mồi pxa

trứng tinh khôi doat khôi nguyên

2 h

quan

nhuyễn cáo: sinh thiết dù sớm = dương tính
3) Sinh thiết: chính xác 97%
dài
bán
→ là t/c vàng

dài khi đoạn vò hạch quá ngắn nên sinh thiết = ra
(thì này gấp 2-3 lần)
→ phải do AL + HMTT

Này TF: XQ + sinh thiết

Tk' lõm: do ALHMTT nếu cần

II) Biến chứng:

- Viêm ruột non - đại tràng:

+ Có thể xảy ra xuất mồ hôi sau mồ hôi

+ Cơ chéch chia rõ, có kẽ do máu YI bao vè (nhảy)

& IgA)

+ Phản ứng, nôn, hoảng (như chết chét)

- Thủng ruột:

+ Hay gấp 2-3 lần - ruột thừa, (theo all Laplace)

vò khâu kín nhất

- NT huyết (gợn sau của viêm RN - DT) : Gram (-)

VI) Điều trị:

Hirschprung có 2 → Không có hạch (1)

tóm thường → TAL có thay đổi (2)

(1) Cắt đoạn hẹp vò hạch + chuyển tiếp + 1 far phinh

→ đưa vào KG sinh thiết để định rõ đoạn nào

(2) Giảm áp & bảo toàn cơ thay đổi

(1) ⇒ Tái thông đường tiêu hóa

(2) ⇒ Tranh tóm thường Tk viêm đặc

① Khi nào mổ?

→ gặp tuỷ não mổ tuỷ đó (viết để mổ thi)

Tuy nhiên ~~thay~~ thay tháo tủy + đầu tiên (để chờ

lúc mổ tuỷ, idu trẻ đang VP)

+ Chu thay tháo nếu vô hạch dài

+ Ông đai to

Nếu e tim: đầu HM tam | vô hạch dài & toàn bộ

② Lượng: 1 số trường hợp Vô hạch ngắn nhưng
phát hiện muộn, dae thường dài rộng thì mổ HM tam &
mổ 2 thi

⇒ tuy nhiên quan điểm này cần nhiều tranh cãi

1) CCA sinh thiết:

- Dạng nhiễm trùng
- Bệnh lí RL đông máu
- Tác mực cấp ①

③ TIẾP CẬN TÁO BÓN:

4) Bệnh sứ:

- Có châm tiêu phản ứng sau 48h?

→ gợi ý Hirschprung

- Toàn cảnh khối phổi:

+ Khối phổi sờn → (Hirschprung hoặc other organic)

+ Có thay đổi ẩn nồng gần đây hoặc tiêu chảy?

+ Có liên quan 1 số sự kiện: ss tập đi toilet

- Trái táo thâm

táo bón
chết nồng

trắng tinh khôi doat khói nguyên

III) Điều trị:

1) Nói whoa: Theo dõi: 6 tháng SA sau

2) PT:

- Cố gắng IS (đau bụng, NIT)

- Kích thích ↑ hooc CN giảm

(cái trên là hình)

- Tác: → hình + u' nước đà III → là CF tuyết đà
(< 40%)

Sau mổ: điều' tốt = LS & CLS

① Tiến triển SA:

- Tháng 1: hàn nhẹ u' nước nhiều hơn

→ theo dõi LS là quyết định

- < 50% ↓ đà u' nước: sau 6 tháng

> 50%

whoa