

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA DO DỊ VẬT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Nguyễn Văn Mạnh<sup>1</sup>, Đoàn Thanh Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Khỏe<sup>1</sup>*

### TÓM TẮT:

*Đặt vấn đề:* Thủng đường tiêu hóa do dị vật là cấp cứu bụng không thường gặp tuy nhiên hậu quả nặng nề nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm. Các triệu chứng lâm sàng gây ra do dị vật đường tiêu hoá thường đa dạng và không đặc hiệu, nếu không khai thác kỹ dễ dẫn đến chẩn đoán muộn, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

*Mục tiêu nghiên cứu:* Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ, loại dị vật và kết quả điều trị phẫu thuật của các trường hợp thủng đường tiêu hóa do dị vật.

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả loạt ca thủng đường tiêu hóa do dị vật được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 6/2019 đến tháng 8/2023.

*Kết quả:* Trong 32 trường hợp được ghi nhận, độ tuổi trung vị là 50 tuổi (11 – 88 tuổi). Không ghi nhận trường hợp thủng thực quản, 32 trường hợp đều nằm ở dạ dày – ruột với vị trí hồi tràng chiếm tỉ lệ nhiều nhất 50%. Loại dị vật thường gặp nhất là xương cá (65,6%). Chụp CT-scan bụng có giá trị cao trong phát hiện dị vật (75%). Đa số bệnh nhân được phẫu thuật lấy dị vật - khâu lỗ thủng và ra viện ổn định, không trường hợp nào ghi nhận biến chứng và tử vong.

*Kết luận:* Thủng đường tiêu hóa do dị vật hiếm gặp với các biểu hiện lâm sàng

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi: Nguyễn Văn Mạnh, email: manhnghuyen2388@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/7/2024

Ngày phản biện: 30/9/2024

đa dạng. Hầu hết bệnh nhân vô tình nuốt phải dị vật và tổn thương chủ yếu là thủng dạ dày – ruột non. Phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả cao.

*Từ khóa: Dị vật, thủng đường tiêu hóa, viêm phúc mạc.*

**CLINICAL FEATURES AND SURGICAL TREATMENT  
RESULTS OF GASTROINTESTINAL TRACT PERFORATION  
DUE TO FOREIGN OBJECTS AT MILITARY HOSPITAL 175**

**ABSTRACT**

*Background: Gastrointestinal tract perforation due to foreign bodies is an uncommon emergency surgery; its clinical manifestations are so diverse that the correct clinical diagnosis is rarely made. Early diagnosis helps minimize complications and consequences.*

*Objectives: Describe the clinical characteristics, risk factors, type of foreign bodies and surgical treatment results of cases of gastrointestinal perforation due to foreign bodies.*

*Materials and methods: Research on a series of cases undergoing surgery to remove perforated foreign bodies at Military Hospital 175 from June 2019 to August 2023.*

*Results: In the 32 recorded cases, the median age was 50 years old with age ranging from 11 to 88. No cases of esophageal perforation were recorded, 32 cases were all located in the stomach and intestines with ileal perforation (50%). The most common type of foreign body is fish bone (65,6%). Abdominal CT-scan has high value in detecting foreign bodies (75%). Most patients had surgery and were discharged from the hospital in a stable condition, with no complications or mortality.*

*Conclusion: Gastrointestinal tract perforation due to FBs is uncommon, but it has a large variety of clinical manifestations. Most patients accidentally swallow foreign objects, and the main damage is perforation of the stomach and small intestine. Surgery is a radical, highly effective and safe treatment method.*

*Keywords: Foreign body; Gastrointestinal tract perforation, Peritonitis.*

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nuốt phải dị vật (Foreign Body – FB) là một hiện tượng không hiếm gặp;

có thể vô tình hay cố ý trong quá trình ăn uống hay sinh hoạt; gặp nhiều hơn ở người già, trẻ em hoặc người nghiện rượu,

thiếu năng trí tuệ... Hầu hết các dị vật có thể đi qua đường tiêu hóa mà không để lại biến chứng trong 80 – 90% trường hợp (1,2). Tuy nhiên, cũng có khoảng 10 – 20% dị vật không đi qua được và gây các biến chứng tắc nghẽn, thủng hoặc xuất huyết và hình thành lỗ rò. Trong đó, có khoảng < 1% dị vật gây thủng đường tiêu hóa, vị trí thủng có thể gặp ở bất cứ đoạn nào của ống tiêu hóa nhưng thường xảy ra ở các vị trí chuyển tiếp, những nơi hẹp sinh lý của đường ống tiêu hóa. Vị trí thường gặp nhất là hồi tràng (66,6%) và đại tràng sigma (23,8%) (1,3). Dị vật gây thủng thường là các vật dài - nhọn như xương cá, xương gà, tăm ...(3,4) Triệu chứng thủng đường tiêu hóa gây ra bởi dị vật đa dạng và không đặc hiệu, do đó khai thác bệnh cảnh và tiền sử bệnh vô cùng quan trọng giúp định hướng chẩn đoán. Trường hợp các lỗ thủng đường tiêu hóa không được phát hiện có thể dẫn đến các biến chứng nặng như áp xe, viêm phúc mạc, sốc nhiễm khuẩn thậm chí là tử vong. Tỷ lệ tử vong do thủng ruột khoảng 10% – 18% (1,2). Mục tiêu điều trị dị vật đường tiêu hóa là phải tìm cách để loại bỏ dị vật và giải quyết các biến chứng nó gây ra bằng cách lấy FB qua nội soi, can thiệp qua da và phẫu thuật. Đối với các FB đường tiêu hóa gây các biến chứng nặng tại chỗ và/hoặc toàn thân phẫu thuật vẫn là phương thức điều trị chính (2) Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị của các trường hợp phẫu thuật thủng đường tiêu hóa do dị vật.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Gồm các bệnh nhân (BN) thủng đường tiêu hóa thứ phát do nuốt phải dị vật được điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 6/2019 đến tháng 8/2023.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN chẩn đoán thủng đường tiêu hóa do dị vật được điều trị phẫu thuật, không có chống chỉ định phẫu thuật.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* BN thủng đường tiêu hóa không phải do dị vật hoặc dị vật tiêu hóa điều trị bằng các phương pháp khác. Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật.

*Chuẩn bị mổ:* BN được khám trước mổ đánh giá tình trạng bụng, được làm các xét nghiệm tiền phẫu chẩn đoán. Chỉ định mổ cấp cứu đối với các trường hợp (TH) viêm phúc mạc toàn thể, các trường hợp chỉ định mổ khác có thể đặt ra trong quá trình theo dõi và điều trị bệnh nhân.

*Thu thập và xử lý số liệu:*

Thông tin của BN được thu thập từ hồ sơ khám bệnh ban đầu, dữ liệu lấy từ phòng phẫu thuật, thông tin theo dõi chăm sóc sau mổ. Dữ liệu được thu thập bằng công cụ thu thập dữ liệu bao gồm tuổi, giới

tính, nghề nghiệp, tiền sử ăn uống và bệnh tật, yếu tố nguy cơ rối loạn nhai/nuốt, kết quả thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị đã sử dụng, tình trạng tổn thương trong mô, loại và đặc điểm của dị vật, diễn biến điều trị sau mổ, biến chứng sau mổ 30 ngày. Phân tích thống kê được thực hiện bằng cách sử dụng phần mềm thống kê SPSS cho Windows phiên bản 20.0.

### ***Đạo đức trong nghiên cứu***

Nghiên cứu đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu, thông tin nghiên cứu được giữ bí mật theo quy định.

Bệnh nhân được giải thích kỹ trước khi tham gia nghiên cứu đối với các trường hợp tiền cứu và không phải trả thêm chi phí nào cho quá trình thực hiện nghiên cứu.

### **3. KẾT QUẢ**

Trong thời gian nghiên cứu từ 6/2019 đến 8/2023, Khoa Ngoại bụng của chúng tôi đã tiếp nhận điều trị phẫu thuật cho 654 BN thủng đường tiêu hóa. Trong đó, nguyên nhân do nuốt phải dị vật chỉ

chiếm 4,9% (32 BN) các nguyên nhân gây thủng đường tiêu hóa (nguyên nhân phổ biến nhất là thủng ổ loét dạ dày tá tràng với 68,3%). Trong số 32 BN nghiên cứu, có 20 nam (62,5%) và 12 nữ (37,5%); độ tuổi trung vị 50 (11 – 88) tuổi; gặp nhiều nhất nhóm tuổi trung niên 40 – 60 tuổi (16 BN chiếm 50%); không có BN nào có nghề nghiệp đặc biệt. Trong nghiên cứu, có 14/32 (44%) BN có yếu tố nguy cơ xác định: sử dụng răng giả tháo lắp (4), thị lực kém (4), có thói quen ngâm tẩm (3), thích ăn xương (1), nghiện rượu (2). Có 10 TH (31,25%) có bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, đột quy não cũ; có 3 TH có tiền sử mổ bụng: 1 mổ ruột thừa nội soi, 1 mổ mở viêm phúc mạc ruột thừa, 1 mổ cắt đoạn ruột non do chấn thương. Có 8 BN (25%) biết mình nuốt phải dị vật một cách vô ý: 3 BN nuốt xương cá khi đang ăn, 2 BN nuốt tăm tre khi ngâm trong miệng, 2 BN uống thuốc khi chưa bóc khỏi vỉ cắt sẵn và 1 BN nuốt xương gà đồng thời với uống rượu. Không có BN nuốt dị vật một cách có chủ ý.

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu.**

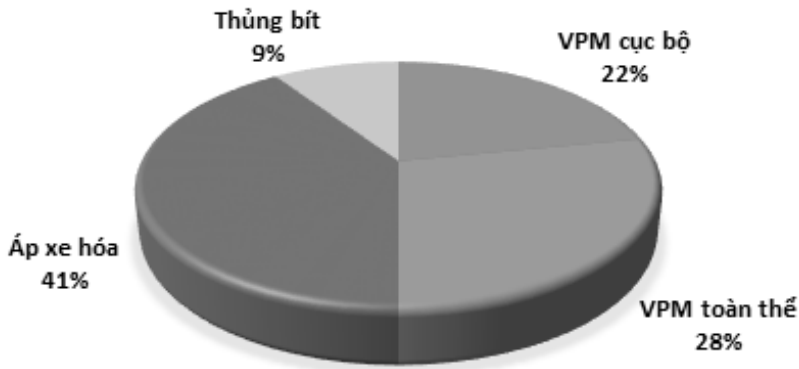
<b>Đặc điểm chung</b>		<b>Tần số (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
<b>Nhóm tuổi</b>	<16 tuổi	1	3,125
	16 – < 40 tuổi	9	28,125
	40 - <60 tuổi	16	50
	≥ 60 tuổi	6	18,75
<b>Giới tính</b>	Nam	20	62,5
	Nữ	12	37,5

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

<b>Bệnh nền</b>	Có tiền căn phẫu thuật vùng bụng	3	9,37
	Rối loạn nhai, nuốt	1	3,125
	Không	22	68,75
<b>Bệnh nhân biết nuốt phải dị vật</b>	Không	24	75
	Có	8	25

Thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện là 4,3 ngày (1 - 35 ngày). Trong đó, đau bụng gặp ở tất cả các BN với các mức độ: đau bụng dữ dội 8 BN (25%), đau bụng âm ỉ kéo dài 24 BN (75%); 17 BN có sốt (50,13%); 8 BN có nôn (26,7%); 3 BN có biểu hiện bán tắc ruột (10%). Có 16 BN (50%) có biểu hiện viêm phúc mạc rõ. Biến chứng của thủng đường tiêu hóa do dị vật được thể hiện dưới biểu đồ 3.1.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các biến chứng của thủng đường tiêu hóa do dị vật**



Có 30 BN được chụp X-quang bụng không chuẩn bị (XQ bụng) trong đó có 5 TH (16,7%) phát hiện có dị vật trong ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT bụng) được thực hiện ở tất cả 32 BN: phát hiện dị vật tiêu hóa trực tiếp ở 24 TH (75%), 6 TH (18,75%) chỉ ghi nhận có dấu hiệu thủng tạng rỗng, 2 TH (6,25%) ghi nhận hình ảnh viêm ruột thừa cấp. Các tổn thương thường ghi nhận được trên CT bụng là thấy bóng khí tự do ổ bụng, hình ảnh dày thành khu trú đoạn ruột/ mất liên tục thành ống tiêu hóa, hình ảnh tăng đậm độ, tăng cản quang do dị vật (Hình 3.1).



Hình 3.1. A: Hình ảnh CT dị vật cản quang gây tổn thương hồng tràng ở BN Đ.T.A 11 tuổi. B: Hình ảnh CT dị vật cản quang vĩ thuốc gây tổn thương hồi tràng ở BN N.T.V 32 tuổi.

**Bảng 3.2. Kết quả chẩn đoán hình ảnh học**

Phương tiện hình ảnh học	Kết quả	Tần số (n/N)	Tỉ lệ (%)
Siêu âm bụng	Thấy dị vật	2/32	6,25
	Không thấy dị vật	30/32	93,75
XQ bụng	Thấy dị vật	5/30	16,67
	Không thấy dị vật	25/30	83,33
Chụp CT bụng	Thấy dị vật	24/32	75
	Không thấy dị vật	8/32	25

Chỉ định mổ với chẩn đoán thủng đường tiêu hóa do dị vật 22/32 TH (68,75%); 6/32 TH (18,75%) chỉ định mổ vì thủng tạng rỗng chưa xác định được nguyên nhân và 4 TH được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (2 do dị vật xương cá và 2 TH thông thường). Trong 22 TH xác định được dị vật trước mổ, có 2 BN được chẩn đoán áp xe gan theo dõi điều trị tại khoa Nội, sau khi xác định được nguyên nhân do dị vật đã được chuyển khoa Ngoại xử trí. Có 1 TH mổ lần thứ 2, trước đó đã mổ nội soi thăm dò do nghi ngờ thủng ruột do xương cá, nhưng không tìm được dị vật, bụng sạch nên chỉ đặt dẫn lưu theo dõi, vào thứ 3 sau mổ, dẫn lưu ra dịch tiêu hóa nên được mổ lại (mổ mở ngay từ đầu).

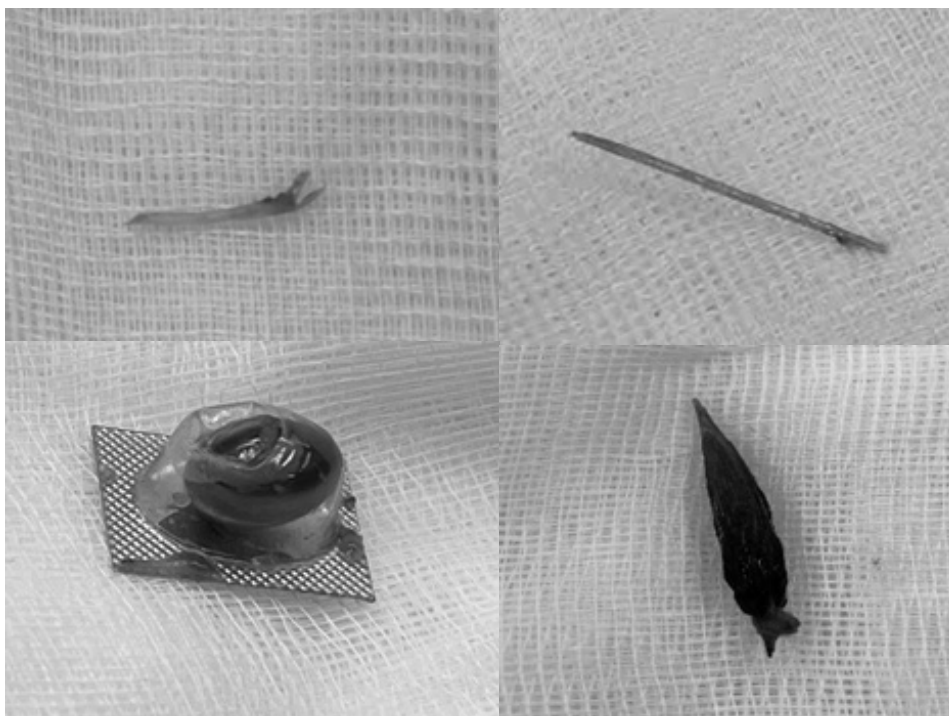
Kết quả trong mổ, phẫu thuật nội soi hoàn toàn (PTNS) 19 TH (59,4%), PTNS chuyên mổ mở 5 TH (15,6%) và phẫu thuật mở 8 TH (25%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 95,8 phút (25 – 240 phút). Các vị trí tổn thương và dị vật được liệt kê ở bảng 3.3.



Hình 3.2. Lỗ thủng do dị vật quan sát trong mổ nội soi, mổ mở, bệnh phẩm sau mổ.

**Bảng 3.3. Các dị vật được tìm thấy trong mổ và vị trí tổn thương tương ứng**

	Vị trí tổn thương						Tổng	Tỉ lệ (%)
	Dạ dày	Hồi tràng	Hỗng tràng	Manh tràng	Ruột thừa	Tá tràng		
Hạt chà là	0	1	0	0	0	0	1	3,13
Sợi kim loại	0	0	1	0	0	0	1	3,13
Tăm tre	1	1	1	1	0	1	5	15,62
Vị thuốc	0	3	0	0	0	0	3	9,37
Xương cá	1	10	4	0	4	2	21	65,62
Xương gà	0	1	0	0	0	0	1	3,13
<b>Tổng</b>	2	16	6	1	4	3	32	100
<b>Tỉ lệ (%)</b>	6,25	50	18,75	3,13	12,5	9,37	100	



Hình 3.3. Dị vật đường tiêu hóa gây thủng ruột được phát hiện trong mổ lần lượt là xương cá (21 TH) tăm tre (5 TH), vỉ thuốc (3 TH), hạt chà là (1 TH)

Vị trí thủng phổ biến nhất là đoạn cuối hồi tràng (n = 16; 50%) tiếp theo là hồi tràng (n = 6; 18,75%), thủng ruột thừa (n=4; 12,5%), thủng tá tràng (n=3; 9,37%), thủng dạ dày (n=2; 6,25%) và thủng manh tràng (n=1; 3,13%). Dị vật được tìm thấy ở tất cả 32 TH (100%), bao gồm: xương cá 21 TH (65,62%); tăm tre 5 TH (15,62%); vỉ thuốc 3 (9,37%); xương gà 1 (3,13%); hạt chà là 1 (3,13%); sợi kim loại 1 (3,13%) (Hình 3.3). Mỗi tương quan giữa loại dị vật và vị trí tổn thương là không có ý nghĩa (p >0.05) (Bảng 3.3). Đối với nhóm dị vật xương cá kích thước xương cá trung bình 1,5x21,7mm; nhóm dị vật do tăm tre 1,5x53,3mm.

Xử trí tổn thương: 21 TH (71,9%) được lấy dị vật, khâu kín lỗ thủng đơn thuần, 4 TH (12,5%) được cắt ruột thừa đơn thuần và cắt đoạn ruột ở 5 TH (15,6%) (3 cắt nối ngay). Có 2 TH sau khi cắt đoạn ruột nhưng tình trạng ổ bụng bần, ruột viêm nhiều nên quyết định mở thông ra da.

Kết quả sau mổ, thời gian trung tiện trung bình là 2,2 ngày, ăn lại sau mổ trung bình 1,6 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 7,1 ngày (4 – 13 ngày), biến chứng sớm sau mổ 6,25% (2 TH nhiễm trùng vết mổ), không có trường hợp nào tử vong. Tất cả BN đều được theo dõi tái khám lại sau 1 tháng, không ghi nhận thêm biến chứng, 2 BN mở thông ruột đã được đóng lại thuận lợi sau 6 tuần.



#### 4. BÀN LUẬN

Thủng tạng rỗng là một trong những cấp cứu thường gặp nhất đối với chuyên khoa ngoại tổng quát. Hầu hết các trường hợp thủng tạng rỗng là do viêm loét, hoại tử thứ phát, do chấn thương, vết thương.... Và do nguyên nhân dị vật nuốt vào từ đường miệng (FB) chiếm tỉ lệ rất nhỏ. Ở nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân do FB chiếm khoảng 4,6% các nguyên nhân gây thủng ruột và trung bình hơn 7,2 TH/năm. Tuy nhiên tỉ lệ gặp phải này vẫn đang cao hơn khá nhiều so với một số nghiên cứu khác như: Arif H.S (2012) với trung bình 2,3 TH/ năm (21 TH trong 9 năm); Lin, X. K. (2016) với trung bình 2,7/ TH/năm (38 trường hợp/ 14 năm); Mejri A. (2022) TB 4,3 TH/năm (48 TH/ 11 năm). (1,3).

Theo nhiều nghiên cứu, FB không phải là hiện tượng hiếm gặp và phần lớn FB đều có thể đi qua đường tiêu hóa một cách thuận lợi, rất ít khi FB gây ra các biến chứng nguy hại tới đường tiêu hóa (10%– 20%). Thủng đường tiêu hóa là một biến chứng nặng nề nhất của FB, với tỉ lệ gặp khoảng 1% các nuốt phải dị vật và thường gây ra hậu quả nhiễm trùng phức tạp trong ổ bụng (1–3). Thủng đường tiêu hóa hay gặp ở những đoạn hẹp (tự nhiên hoặc bệnh lý) hoặc viêm loét sẵn. Nguy cơ thủng ruột tỉ lệ thuận với độ dài và độ sắc của FB.

Trong 32 TH thủng đường tiêu hóa do FB, tỉ lệ nam có ưu thế hơn so với nữ

(tỉ lệ 3/2), tuổi trung vị là 50 tuổi (11 - 88 tuổi), tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm tuổi 40–60 tuổi. Điều này cũng khá tương đồng so với một số nghiên cứu khác như Arif H.S (2012) với 21 trường hợp trong đó 2/3 là nam giới, độ tuổi 7 – 82 tuổi; Mejri A. (2022) với 48 TH phẫu thuật thủng tiêu hóa do FB, tỉ lệ nam gấp đôi nữ, tuổi trung bình 56,1 (25 – 72) tuổi (1,3). Do đặc thù thu dung BN (tại cơ sở chúng tôi không phẫu thuật cho bệnh nhân nhi) nên các BN của chúng tôi là người lớn, không gặp ở trẻ em, lứa tuổi dễ có nguy cơ nuốt nhầm dị vật nhất.

Trong các BN nghiên cứu, có 14 BN (44%) được xác định yếu tố nguy cơ cao: sử dụng răng giả tháo lắp (4), thị lực kém (4), có thói quen ngâm tắm (3), thích ăn xương (1), nghiện rượu (2). Nghiên cứu của Mejri A. (2022) có 17/48 BN (34,5%) có yếu tố nguy cơ: rối loạn tâm thần (5), bị nhược cơ (1), nghiện rượu (5), không răng (6). Đặc điểm chung của các BN ở nhóm này có tình trạng giảm độ nhạy cảm ở vòm miệng với dị vật, việc nhận biết dị vật có hại trong thức ăn của những BN này giảm đáng kể. Đặc biệt, việc mang hàm răng giả là một yếu tố được báo cáo trong tới 80% các TH vô tình nuốt phải dị vật (3). Nghiên cứu của chúng tôi ,không có BN cố ý nuốt dị vật, chỉ có 8 BN (25%) đã nhận thức được việc vô ý nuốt FB khi ăn uống. Nghiên cứu của Arif H.S (2012) ghi nhận có 4/21 BN (19,04%) khẳng định đã nuốt dị vật trước khi được mổ và có 9 BN đã nhớ ra sau khi phẫu thuật. Trong nghiên

cứu của chúng tôi không có BN nào có bệnh lý tâm thần tại thời điểm nuốt FB, có 1 BN có giảm sức nhai, nuốt do di chứng đột quy não. (1-3)

Một yếu tố khác có thể là nguyên nhân gây ra tăng khả năng gây thủng của FB là các tổn thương có sẵn của đường tiêu hóa như viêm, dính, hẹp, khối u... Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 BN có tiền sử mổ bụng: 1 mổ ruột thừa nội soi, 1 mổ viêm phúc mạc ruột thừa mổ mở, 1 mổ cắt đoạn ruột non do chấn thương. Dù chưa có mối liên quan có ý nghĩa nào được báo cáo, chúng tôi nghĩ rằng tình trạng dính ruột từ trước sẽ có nguy cơ gây biến chứng cao hơn (thủng hoặc tắc ruột) với các trường hợp FB.

Chúng tôi, không nhận thấy BN nào có nghề nghiệp đặc biệt liên quan đến tình trạng bệnh. Nghiên cứu của Arif H.S (2012) cũng không thấy yếu tố rõ ràng về nghề nghiệp, ngược lại Mejri A. (2022) thấy có tỉ lệ khá cao BN điều kiện sống thấp hoặc sống đơn độc, tù nhân (41,67%) (3). Tác giả lí giải tỉ lệ cao hơn ở nhóm BN này, bởi chế độ ăn ở nhóm người có điều kiện sống thấp và thường ăn những thức ăn dễ bao gồm các dị vật nguy hại hơn. Tuy nhiên cần lưu ý nhóm BN là tù nhân thì việc nuốt dị vật vẫn có thể xảy ra như một phần của một nỗ lực tự tử hoặc bỏ trốn. Do đó việc khai thác về tình trạng ăn uống rất có ý nghĩa trong các trường hợp nghi ngờ thủng tạng rỗng.

Về mặt lâm sàng, thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc

nhập viện là 4,3 ngày (1 - 35 ngày). Phần lớn thủng đường tiêu hóa do FB biểu hiện triệu chứng khá chậm chãi với triệu chứng chính đau bụng nhẹ, âm ỉ kéo dài (80%) sau đó tăng dần; tiếp đến là sốt, buồn nôn, nôn ói và triệu chứng bán tắc ruột. Triệu chứng viêm phúc mạc rầm rộ chỉ chiếm 20% số ca. Mặc dù các triệu chứng có thể đã có từ những ngày đầu sau khi nuốt FB nhưng với mức đau nhẹ nhàng không đặc nên BN thường không tới bệnh viện ngay, trừ các TH thủng tạng rỗng cấp tính với tình trạng đau bụng dữ dội. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có tới 2 BN đau bụng kéo dài vào ngày thứ 25 và 35 mới tới viện. So sánh với Arif H.S (2012) thời gian biểu hiện tới nhập viện 9,6 ngày, Mejri A. (2022) 2,16 ngày (1,3). Nhìn chung, các triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vị trí tổn thương giải phẫu nên việc chẩn đoán thủng đường tiêu hóa do FB không hề dễ dàng. Khó có thể phân biệt với các TH cấp cứu bụng khác vì vậy việc chẩn đoán vẫn chủ yếu là dựa vào chẩn đoán hình ảnh học khi lâm sàng chỉ định hướng.

Đối với vai trò của hình ảnh học trong chẩn đoán, siêu âm bụng giúp đánh giá được tình trạng dịch ổ bụng là chính, ít có giá trị trong việc chẩn đoán dị vật đường tiêu hóa có gây thủng hay không. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 TH (3,13%) siêu âm thấy được dị vật là xương cá gây một khối áp xe ở cạnh môn vị. Nghiên cứu của Phạm Minh Quang (2023) cũng chỉ ghi nhận được dị vật trên siêu âm khoảng 2/30 trường hợp (5). Siêu âm có độ

nhạy không cao vì chỉ có giá trị khi dị vật ở vùng nông và không thể chẩn đoán khi dị vật được bao quanh bởi khí hoặc nằm sâu. XQ bụng có ý nghĩa trong chẩn đoán, đặc biệt là thủng tạng rỗng. Tuy nhiên hình ảnh dị vật trên XQ thường không đáng tin cậy: 17,9% trong nghiên cứu của chúng tôi và 34,2% trong nghiên cứu của Mejri A. (2022); Nicolodi, G. C. (2016) là 32% (1–3). Phần lớn hình ảnh XQ bụng chỉ nhận dạng nghi ngờ dị vật cản quang khi dị vật có kích thước đủ lớn và cản quang rõ như (kim loại, xương lớn). Một nghiên cứu tiến cứu trên 358 BN có nuốt phải xương cá, độ nhạy của XQ bụng chỉ có 32%. (6)

Theo một số tác giả, CT bụng có thuốc có độ nhạy cao trong chẩn đoán thủng đường tiêu hóa do FB khi so sánh với siêu âm, XQ bụng. Mejri (2022) báo cáo độ nhạy của CT bụng trong nghiên cứu của ông đến 82 – 90%; thậm chí tốt hơn nếu được tái tạo ba chiều kết hợp với một kỹ thuật viên có kinh nghiệm (3). Ở nghiên cứu của chúng tôi có 93,75% TH xác định được tổn thương thủng tạng khi chụp CT scan bụng, trong đó 68,75% TH xác định chính xác dị vật và vị trí tổn thương. Vì vậy CT bụng là phương tiện chẩn đoán có giá trị. Theo chúng tôi, nên chỉ định chụp CT bụng với tất cả các BN có tình trạng đau bụng khó chẩn đoán kể cả khi đã xác định có thủng tạng rỗng bằng lâm sàng hay XQ bụng bởi lẽ rất khó để phân biệt giữa thủng do loét đơn thuần hay thủng do FB và có thể các phẫu thuật viên sẽ chỉ thực hiện việc khâu lỗ thủng mà không có ý

định kiểm tra có hay không có FB.

Trong nghiên cứu này, chỉ có 22 TH (68,75%) được chẩn đoán trước mổ là thủng đường tiêu hóa do FB (dựa vào kết quả CT bụng), còn lại 6 TH (18,75%) mổ vì thủng tạng rỗng (lâm sàng và XQ rõ), 4 TH được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Trong đó, có 2 BN được chẩn đoán áp xe gan theo dõi điều trị tại khoa Nội, sau khi xác định được nguyên nhân do FB bằng CT bụng, đã được chuyển khoa Ngoại xử trí. Có 1 TH mổ lần thứ 2, trước đó đã mổ nội soi thăm dò do nghi ngờ thủng ruột do xương cá, nhưng không tìm được dị vật, bụng sạch nên chỉ đặt dẫn lưu theo dõi, vào thứ 3 sau mổ, dẫn lưu ra dịch tiêu hóa nên được mổ lại (mổ mở ngay từ đầu). Như vậy, chỉ định mổ phụ thuộc vào tính hợp lý giữa lâm sàng và CT bụng, hầu hết các ca không thấy FB trên CT bụng, chúng tôi thường sẽ ít nghĩ tới nguyên nhân FB mà sẽ nghĩ tới các nguyên nhân phổ biến hơn do thủng túi thừa, thủng ổ loét... Vì vậy việc nghĩ tới nguyên nhân do FB là điều cần thiết khi thấy có tình trạng thủng đường tiêu hóa. Và việc khai thác bệnh sử ăn uống có liên quan FB là điều rất quan trọng, bởi gần như các BN nhận biết được mình nuốt phải dị vật có chẩn đoán trước mổ và sau mổ trùng khớp với nhau.

Kết quả phẫu thuật, PTNS hoàn toàn 19 TH (59,4%), PTNS chuyên mổ mở 5 TH (15,6%), mổ mở từ đầu 8 TH (25%). Như vậy tỉ lệ thành công của PTNS là 19/24 TH (79,2%), TH chuyển mổ mở

vì không tìm thấy FB hoặc không khảo sát hết được tổn thương. Thời gian mổ trung bình là 96,8 phút (25 – 240 phút). Chúng tôi lựa chọn PTNS như lựa chọn đầu tiên trong điều trị ngoại trừ những TH bụng chướng nhiều hoặc tiền sử mổ cũ phức tạp. Bởi lẽ, theo chúng tôi PTNS vừa có ý nghĩa chẩn đoán, đồng thời cũng có thể xử trí tổn thương an toàn và việc phải chuyển mổ mở vì lý do an toàn cũng không được coi là “thất bại”. Đối với các TH không tìm được dị vật bằng quan sát, có thể kết hợp chụp C-arm ổ bụng trong mổ, mở nhỏ hoặc phải chuyển mổ mở kiểm tra và xử trí. Nói chung, lựa chọn PTNS có lợi ích với người bệnh hơn nhưng điều này còn phụ thuộc vào kinh nghiệm phẫu thuật viên và sự sẵn có của trang thiết bị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương đường tiêu hóa do FB gặp nhiều nhất lần lượt là hồi tràng (50%); hỗng tràng (18,75%); ruột thừa (12,5%); tá tràng (9,37%); dạ dày (6,25%) và manh tràng (3,13%). So với kết quả của Arif H.S (2012), hồi tràng là vị trí hay thủng nhất với (66,67%), kế đến là đại tràng sigma (23,8%); Phạm Minh Quang (2023), vị trí thường gặp nhất là ruột non (53,8%), tiếp theo là đại tràng (19,2%). Điều này có thể dễ dàng giải thích vì vị trí van hồi manh tràng là đoạn hẹp tự nhiên trong ống tiêu hóa, dị vật khó có thể qua một cách thuận lợi. Tuy nhiên việc chúng tôi gặp tỉ lệ cao thủng ruột thừa do FB và ít gặp thủng ở đại tràng là điều khá hiếm thấy và khác biệt với các báo cáo khác. (1,5)

Dị vật được tìm thấy và lấy được ở cả 32 ca, với tỉ lệ lần lượt là: xương cá (65,62%); tằm tre (15,62%); vỏ thuốc (9,37%), hạt chà là (3,13%), sợi kim loại (3,13%), xương gà (3,13%) (Hình 3). Mối tương quan giữa loại dị vật và vị trí tổn thương là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) (Bảng 1). Đối với nhóm dị vật xương cá kích thước xương cá trung bình 1,5x21,7mm; nhóm dị vật do tằm tre 1.5x53,3mm. Đối với dị vật có kích thước càng lớn, càng sắc thì tỉ lệ gây thủng tạng càng cao. Theo thống kê của Arif H.S (2012) nhóm nguyên nhân do xương chiếm 80,9% (xương gà 47,6%, xương cá 33,3%) còn lại là tằm tre 9,5% và ghim sắt 9,5%; Mejri A. (2022) dị vật xương chiếm 33,3% (xương gà 22,9%, xương cá 10,4%) tiếp theo là tằm tre 16,5% còn lại là các nguyên nhân khác. Xương vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất trong tất cả các nghiên cứu, tiếp đến là tằm tre, vỏ thuốc và đặc biệt là hạt chà là dường như là một hạt cây nguy hiểm (Simonetti, I. 2019 cũng đã gặp 1 TH thủng đại tràng Sigma do hạt chà là) (1,3,7)

Về điều trị, phần lớn các TH được chẩn đoán thủng đường tiêu hóa do FB thường được chỉ định phẫu thuật để xử trí, chỉ số ít là chẩn đoán FB trong quá trình mổ. Có một số báo cáo về tính khả thi của nội soi tiêu hóa để lấy dị vật tuy nhiên chỉ áp dụng với FB ở những đoạn ống tiêu hóa cao (thực quản, dạ dày, tá tràng), chưa gây thủng hay xuyên qua thành ruột. Mục tiêu của phẫu thuật bao

gồm là lấy dị vật và xử trí tổn thương dị vật gây ra. Do đó yêu cầu trong quá trình mổ, toàn bộ đường tiêu hóa phải được thăm dò để không bỏ qua các tổn thương. Đồng thời, việc xử lý lỗ thủng tùy theo mức độ tổn thương có thể lựa chọn khâu đơn thuần lỗ thủng với lỗ thủng nhỏ tổ chức quanh lỗ thủng mềm mại, ruột viêm ít, bụng ít bần; cắt lọc lỗ thủng hoặc cắt lỗ kiểu quả trám theo chiều ngang rồi khâu; khi vị trí thủng ruột viêm nhiều, viêm dày nên cắt bỏ đoạn ruột, khâu nối tận tận nếu bụng sạch hoặc mở thông tạm thời nếu ổ bụng bần, tình trạng toàn thân người bệnh không tốt, thủng ruột thừa thì chỉ việc cắt bỏ ruột thừa. Trong 32 TH nghiên cứu của chúng tôi có: 21 TH (71,9%) được lấy dị vật, khâu kín lỗ thủng đơn thuần, 4 TH (12,5%) được cắt ruột thừa, 3 TH (9,3%) cắt đoạn ruột nối ngay và chỉ có 2 TH (6,25%) cắt đoạn ruột mở thông ra da. Tuy nhiên, báo cáo của Arif H.S (2012) lại có tới 47,6% các TH mở thông đoạn ruột ra ngoài; Mejri A. (2022) chỉ có 22,9% tổn thương được xử trí khâu đơn giản, cắt đoạn ruột 68,75%; có tới 27/48 TH (56,25%) mở thông ruột ra da bao gồm 4 trường hợp cắt đại tràng phải (1–3). Sự khác biệt này, có thể do vị trí thủng ít gặp hơn ở đại tràng của nghiên cứu của chúng tôi và chúng tôi có xu hướng bảo tồn nhiều hơn cho người bệnh.

Đa số bệnh nhân sau mổ không ghi nhận biến chứng lớn và xuất viện sau mổ thuận lợi. Tỷ lệ biến chứng chung 6,25% (gồm có 2 BN bị nhiễm trùng vết mổ),

không có trường hợp xì rò, áp xe tồn lưu hoặc tử vong. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ 7,1 ngày (4 – 13 ngày). Tất cả BN đều được theo dõi tái khám lại sau 1 tháng, không ghi nhận thêm biến chứng, 2 BN mở thông ruột đã được đóng lại thuận lợi sau 6 tuần. So sánh với tác giả A. Mejri (2022), thời gian nằm viện trung bình là 6,35 ngày, tỉ lệ tử vong là 6,25% với biến chứng sau mổ là áp xe ổ bụng và thuyên tắc phổi (3). Kết quả khả quan sau mổ của chúng tôi có thể do chúng tôi lựa chọn PTNS với tỉ lệ cao và cách xử lý tổn thương với xu hướng can thiệp bảo tồn tối đa đường ruột, nên hồi phục bệnh nhân sau mổ khá tốt.

### 5. KẾT LUẬN

Thủng đường tiêu hóa là một biến chứng nguy hiểm do nuốt phải dị vật. Biểu hiện lâm sàng là tình trạng đau bụng âm ỉ kéo dài và tình trạng nhiễm trùng khu trú trong ổ bụng. Dị vật phổ biến là xương cá, tiếp theo là tăm tre, vị trí thường gặp nhất là hồi tràng. CT-scan ổ bụng có giá trị phát hiện dị vật cao, nên chỉ định với tất cả các bệnh nhân thủng đường tiêu hóa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả, trong đó phẫu thuật nội soi nên được khuyến khích thực hiện, khi không tìm được dị vật nên chuyển sang phẫu thuật mở tránh bỏ sót tổn thương. Việc xử lý tổn thương có thể lựa chọn kỹ thuật đơn giản có lợi hơn cho người bệnh như việc khâu lỗ thủng đơn thuần thay vì chủ trương cắt đoạn ruột hay mở thông ruột ra ngoài.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, Parray F, Lone R, Wani KA. Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreign bodies; A review of 21 cases. *British Journal of Medical Practitioners*. 2012 Sep 1;5.
2. Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MFFS, de Castro FG, Miller WP, de Lima RR, et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiol Bras*. 2016;49(5):295–9.
3. Mejri A, Yaacoubi J, Mseddi MA, Omry A. Gastrointestinal perforations by ingested foreign bodies: A preoperative diagnostic flowchart-based experience. A case series report. *Int J Surg Case Rep*. 2022 Jun;95:107216.
4. Nguyễn DH, Lê TD. Thủng ruột non do tằm tre: chẩn đoán và điều trị, nhân 1 trường hợp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021;9:170–6.
5. Phạm QM. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của thủng tiêu hóa do dị vật tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. *Tạp chí y dược học Cần Thơ*. 2023;65:29–33.
6. Ngan JH, Fok PJ, Lai EC, Branicki FJ, Wong J. A prospective study on fish bone ingestion. Experience of 358 patients. *Ann Surg*. 1990 Apr;211(4):459–62.
7. Simonetti I, Puglia M, Tarotto L, Palumbo F, Esposito F, Sciuto A, et al. When traditions become dangerous: Intestinal perforation from unusual foreign body-Case report and short literature review. *Eur J Radiol Open*. 2019;6:152–5.