

DOI: 10.58490/ctjump.2026i94.4388

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC DO DỊ VẬT ỚNG TIÊU HOÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

Lê Huy Cường*, Trần Nguyễn Quang Trung,
Lê Chí Thanh, Lê Trung Tín, Hồ Nguyễn Hoàng

Bệnh viện Đa khoa An Giang.

*Email: drlehuycuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/12/2025

Ngày phản biện: 20/01/2026

Ngày duyệt đăng: 25/01/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật trong ống tiêu hóa là một tình huống lâm sàng thường gặp. Phần lớn dị vật có thể tự thoát ra ngoài theo đường tự nhiên hoặc can thiệp nội soi, chỉ khoảng dưới 1% bệnh nhân cần phải phẫu thuật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và kinh nghiệm xử trí viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá tại Khoa Ngoại Tổng hợp – BVĐK An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 71 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc trước và trong mổ do dị vật ống tiêu hoá tại khoa Ngoại Tổng hợp – BVĐK An Giang từ 01/04/2022 đến 31/8/2025. **Kết quả:** Nam/nữ là 43/28, tuổi trung bình 58.46 ± 13.52 , vị trí thủng thường gặp: hồi tràng (38%), dạ dày – tá tràng (11.3%), hồng tràng (11,3%), đại tràng (36.62%), trực tràng (4.23%). Các loại dị vật: Xương cá (80.3%), que tăm (8,5%), xương động vật khác (7%), thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 7.9 ± 3.45 ngày. Xuất viện 63 TH (88.7%), tử vong 8 TH (11.27%). **Kết luận:** Dị vật đường tiêu hoá thường xảy ra trên những đối tượng đặc biệt. Biến chứng thủng ống tiêu hoá hiếm gặp (<1%), nhưng nghiêm trọng. Cắt lớp vi tính cho thấy giá trị cao trong việc hỗ trợ chẩn đoán, xác định nguyên nhân và vị trí tổn thương. Phẫu thuật cấp cứu kết hợp kháng sinh là phương pháp xử trí thiết yếu. Cần tuyên truyền giáo dục sức khoẻ trong cộng đồng, giúp nâng cao nhận thức giảm thiểu hậu quả nuốt dị vật.

Từ khóa: Dị vật tiêu hoá, thủng dạ dày – ruột do dị vật, xương cá.

ABSTRACT

OUTCOMES OF TREATMENT FOR PERITONITIS CAUSED BY GASTROINTESTINAL FOREIGN BODIES AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

Le Huy Cuong*, Tran Nguyen Quang Trung,
Le Chi Thanh, Le Trung Tin, Ho Nguyen Hoang
An Giang General Hospital

Background: Foreign bodies in the digestive tract are a common problem. Most foreign bodies pass spontaneously, with less than 1% of patients requiring surgery. **Objectives:** To survey clinical and paraclinical characteristics, treatment results and management experience of peritonitis caused by gastrointestinal foreign bodies at the Department of General Surgery – An Giang General Hospital. **Materials and methods:** 71 patients diagnosed with peritonitis caused by gastrointestinal foreign bodies, before and during surgery, at the Department of General Surgery – An Giang General Hospital, from April 1, 2022 to August 31, 2025. **Results:** Male/female: 43/28, median age 58.46 ± 13.52 , common perforation locations: ileum (38%), stomach - duodenum (11.3%), jejunum (11.3%), colon (36.62%), rectum (4.23%). Types of foreign body: Fish bone (80.3%), toothpick (8.5%), other animal bone (7%), average postoperative hospital stay: 7.9 ± 3.45 days. Discharged 63 cases (88.7%), died 8 cases (11.27%). **Conclusion:** Gastrointestinal foreign

bodies often occur in specific high-risk groups. Complications of gastrointestinal perforation are rare (<1%), but serious. CT scans have proven highly valuable in aiding diagnosis, identifying the cause and location of lesions. Emergency surgery combined with antibiotics is an essential treatment method. Community health education is essential to raise awareness and minimize the consequences of foreign body ingestion.

Keywords: Digestive foreign bodies, gastrointestinal perforation due to foreign bodies, fish bones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dị vật trong ống tiêu hóa là một tình huống lâm sàng phổ biến trong đời sống hằng ngày. Các biến chứng do dị vật gây ra là nguyên nhân cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa đứng hàng thứ hai, chỉ sau xuất huyết tiêu hóa. Đa số các trường hợp nuốt phải dị vật (80-90%) có thể tự thoát ra ngoài theo đường tự nhiên mà không cần can thiệp [1]. Khoảng 10-20% các trường hợp chỉ cần can thiệp qua nội soi mà không cần phẫu thuật. Các trường hợp dị vật không tự thoát ra được có thể gây ra các biến chứng tắc nghẽn, tổn thương ống tiêu hóa như loét, xuất huyết tiêu hóa, thủng ống tiêu hóa và chỉ khoảng dưới 1% bệnh nhân cần phải phẫu thuật [2]. Dị vật đường tiêu hóa thường xảy ra ở những đối tượng bệnh nhân đặc biệt: trẻ từ 06 tháng – 06 tuổi, ở người lớn thường do dị vật trộn lẫn thức ăn như: xương cá, xương gà, tăm xỉa răng, răng giả... bệnh nhân nghiện rượu, bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ [3]. Thách thức lớn nhất là chẩn đoán trước mổ do bệnh cảnh đa dạng và bệnh nhân thường không nhớ đã nuốt phải dị vật. Độ nhạy của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và X-quang thấp dẫn đến chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa hoặc thủng ổ loét dạ dày. Sự chậm trễ trong việc phát hiện và nhập viện làm gia tăng đáng kể tỉ lệ biến chứng cũng như tử vong [1].

Tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa An Giang, biến chứng viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hóa khá thường gặp trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này, nhằm tổng hợp, đánh giá kết quả điều trị và đúc kết các kinh nghiệm thực tiễn để có thể điều trị hiệu quả hơn nữa biến chứng này trong thời gian tới, với các mục tiêu như sau: 1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và dị vật trong viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá. 2) Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá. 3) Một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán viêm phúc mạc trước và trong mổ do dị vật ống tiêu hoá tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa An Giang từ 01/04/2022 đến 31/8/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý được chẩn đoán viêm phúc mạc trước và trong mổ do dị vật ống tiêu hoá và nhập viện trong khoảng thời gian từ tháng 01/04/2022 đến 30/8/2025.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không tìm thấy dị vật trong mổ. Chẩn đoán sau mổ không phải là viêm phúc mạc do dị vật đường tiêu hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu phối hợp tiền cứu, mô tả loạt ca.

- **Đo lường các biến:** Tuổi, giới tính, thời gian từ lúc nuốt dị vật đến lúc nhập viện.

Các yếu tố nguy cơ: Trẻ em, người già, vấn đề răng miệng: mang hàm giả, răng giả, nghiện rượu, ma túy, phạm nhân, thói quen ăn nhanh, thói quen ngậm tăm sau ăn. Chẩn đoán trước và sau phẫu thuật. Kết quả cận lâm sàng: Chỉ số bạch cầu, CRP (C-reactive protein), siêu âm ổ bụng, x quang bụng không chuẩn bị và CT-Scan bụng chậu. Đặc điểm của dị vật: Loại dị vật, hình dạng, kích thước, vị trí dị vật đâm thủng. Độ nặng của viêm phúc mạc: Viêm phúc mạc khu trú, tạo ổ áp xe hay viêm phúc mạc toàn thể. Phương pháp phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau mổ. Kết quả điều trị.

- **Xử lý số liệu:** Các số liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập lập sẵn và được xử lý mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi đề cương được phê duyệt bởi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang số 20A/QĐ-BVAG ngày 10/01/2025. Mọi thông tin cá nhân và dữ liệu nghiên cứu được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 71 bệnh nhân viêm phúc mạc do dị vật đường tiêu hoá tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Đa khoa An Giang đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả được tóm tắt trong các bảng và biểu đồ sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm bệnh nhân	n= 71
Tuổi	58,46 ± 13,52 (22-82 tuổi)
Giới tính (Nam/nữ)	43 / 28 (60,6% / 39,4%)
Thời gian nằm viện	8,9 ± 3,44
Thời gian từ lúc nuốt dị vật đến nhập viện	3 (1-12) (IQR 2 - 5) (26 TH: 36,6%) Không rõ: 45 TH (63,4%)
Đối tượng nguy cơ	Không có yếu tố nguy cơ: 21 TH (29,6%) Người già: 24 TH (33,8%) Vấn đề răng miệng, mang hàm giả, răng giả: 6 TH (8,5%) Nghiện rượu: 3 TH (4,2%). Thói quen ăn nhanh: 15 TH (21,1%). Ngậm tăm sau ăn: 2 TH (2,8%).

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (60,6%) và phần lớn bệnh nhân (63,4%) không nhớ rõ thời điểm nuốt dị vật. Các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tuổi già (33,8%), thói quen ăn nhanh (21,1%) và bệnh nhân có vấn đề về răng miệng, hàm giả, răng giả (8,5%).

Về kết quả cận lâm sàng, bao gồm xét nghiệm máu đánh giá tình trạng nhiễm trùng và kết quả phát hiện dị vật trên các phương tiện hình ảnh học, được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2. Kết quả cận lâm sàng khi vào viện

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Bạch cầu	14,45 ± 5,95 K/ μ L (Neu%: 77,32% ± 9,9%)
CRP	70,25 (0,7 – 426,2) (IQR= 43,65 – 147,28) mg/dl
Kết quả siêu âm	- Có ghi nhận dị vật: 7 TH (9,9%). - Không ghi nhận dị vật: 64 TH (90,1%)

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Kết quả X quang bụng không chuẩn bị (n=35)	- Có ghi nhận dị vật: 2/35 TH (5,71%) - Không ghi nhận dị vật: 33/35 TH (94,29%)
Kết quả CT-Scan bụng chậu (n=61)	- Có ghi nhận dị vật: 51/61 TH (83,61%) - Không ghi nhận dị vật: 10/61 TH (16,39%)

Nhận xét: Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng nặng nề với chỉ số bạch cầu trung bình tăng (14,45 K/ μ L) và CRP trung vị tăng 70,25 (IQR= 43,65 – 147,28) mg/dl. Tỷ lệ phát hiện dị vật trên siêu âm và X quang bụng còn hạn chế (lần lượt 9,9% và 5,7%). Trong khi đó, CT-Scan bụng chậu cho kết quả vượt trội với 83,6%.

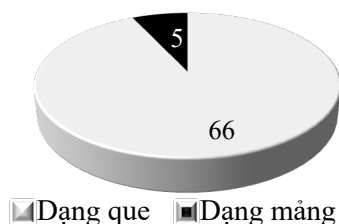
Chẩn đoán trước mổ viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá: 49 trường hợp, chiếm tỉ lệ 69%, còn lại là các trường hợp: Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng: 11 TH (15,5%), viêm phúc mạc do viêm ruột thừa hoại tử vỡ: 8 TH (11,3%), viêm phúc mạc chưa rõ nguyên nhân là 3 TH (4,2%). Mức độ viêm phúc mạc khu trú/ khối áp xe: 26 TH (36,6%), toàn thể 45 TH (63,4%).

Vị trí của dị vật trong ống tiêu hoá rất đa dạng, được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3. Vị trí thủng ống tiêu hoá và phương pháp phẫu thuật

Vị trí	TH (%)	Phương pháp phẫu thuật
Dạ dày – tá tràng	8 (11,3%)	Lấy dị vật, khâu lỗ thủng
Hồng tràng	8 (11,3%)	Lấy dị vật, khâu lỗ thủng
Hồi tràng	27 (38,0%)	22 TH (81,48%) Lấy dị vật, khâu lỗ thủng 5 TH (18,52%) mở hồi tràng ra da hoặc cắt hồi manh tràng, hậu môn nhân tạo (HMNT)
Ruột thừa	2 (2,8%)	Cắt ruột thừa
Manh tràng	3 (2,8%)	2 TH: Lấy dị vật, khâu lỗ thủng 1 TH: Lấy dị vật, khâu lỗ thủng và hồi tràng ra da
Đại tràng lên	7 (9,86%)	6 TH Lấy dị vật, khâu lỗ thủng 1 TH cắt đại tràng phải làm HMNT
Đại tràng góc gan	2 (2,8%)	Cắt đoạn đại tràng, HMNT
Đại tràng ngang	6 (8,45)	Cắt đoạn đại tràng, HMNT
Đại tràng góc lách	1 (1,4%)	Cắt đoạn đại tràng, HMNT
Đại tràng xuống	1 (1,4%)	Khâu lỗ thủng, làm HMNT trên dòng.
Đại tràng sigma	3 (4,23%)	2 TH Cắt đoạn đại tràng, HMNT 1 TH: Đưa lỗ thủng ra làm HMNT.
Trực tràng	3 (4,23%)	Lấy dị vật, khâu lỗ thủng, HMNT ĐT sigma

Nhận xét: Vị trí thủng được ghi nhận nhiều nhất ở hồi tràng (38%), tiếp theo là dạ dày – tá tràng (11,3%) và hồng tràng (11,3%). Phẫu thuật chủ yếu được thực hiện là lấy dị vật và khâu lỗ thủng, tuy nhiên một số trường hợp nặng cần áp dụng các phẫu thuật xâm lấn hơn như cắt đoạn ruột và/hoặc làm hậu môn nhân tạo.



Biểu đồ 1. Hình dạng của dị vật

Nhận xét: Khi phân tích hình dạng của dị vật, kết quả thu được chủ yếu là hình que 66 TH (92,96%) và 5 TH (7,04%) có hình dạng mảnh.

Sau phẫu thuật, loại dị vật và kích thước được ghi nhận, mô tả trong bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm của dị vật

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Xương cá	57 TH (80,3%)
Que tăm	6 (8,5%)
Viên thuốc còn trong vỉ	1 (1,4%)
Xương động vật khác	5 (7,0%)
Răng giả	1 (1,4%)
Que kim loại	1 (1,4%)
Kích thước dị vật	20.00 (5-60) (IQR 20 - 30) mm

Nhận xét: Xương cá là dị vật gây thủng đường tiêu hóa phổ biến nhất (80,3%). Các loại dị vật khác như que tăm (8,5%), xương động vật khác (7,0%), răng giả, viên thuốc còn vỉ và que kim loại cũng được ghi nhận, cho thấy sự đa dạng của các tác nhân gây tổn thương.

Về phương pháp điều trị, phẫu thuật nội soi được tiến hành trong 32 TH (45,1%) và phẫu thuật mở 39 TH (54,9%). Xử trí thương tổn sau khi lấy dị vật và thời gian phẫu thuật được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Xử trí thương tổn và thời gian phẫu thuật

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Lấy dị vật, khâu lỗ thủng	47 TH (66,2%)
Lấy dị vật, khâu lỗ thủng và/hoặc làm HMNT	24 TH (33,8%)
Thời gian phẫu thuật	96,69 ±34,1 phút

Nhận xét: Lấy dị vật, khâu lỗ thủng là phương pháp phẫu thuật phổ biến. Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 97 phút, tuy nhiên thời gian dao động từ 30 đến 180 phút cho thấy mức độ phức tạp khác nhau giữa các ca bệnh.

62 TH (87,3%) không có biến chứng sau mổ và 9 TH (12,7%) nhiễm khuẩn vết mổ độ I. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,9 ±3,45 ngày. Xuất viện 63 TH (88,7%). Tử vong 8 TH (11,27%) do sốc nhiễm khuẩn không hồi phục sau mổ (7 TH) (9,86%) và suy hô hấp do viêm phổi sau mổ (1 TH) (1,4%).

IV. BÀN LUẬN

Thủng đường tiêu hóa do dị vật là cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp nhưng có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng và tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [4]. Mặc dù phần lớn dị vật (80-90%) tự đào thải qua đường tiêu hoá, tuy nhiên, một

tỉ lệ nhỏ (dưới 1%, và có thể lên tới 15-35% đối với các vật sắc nhọn) có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng như tắc nghẽn, xuất huyết tiêu hoá và thủng ống tiêu hoá, đặt ra một thách thức lớn trong chẩn đoán và điều trị do triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, đa dạng và bệnh nhân hiếm khi nhớ hoặc khai báo việc nuốt dị vật [5].

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và dị vật trong viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá

Về đặc điểm bệnh nhân, tuổi bệnh nhân trung bình là $58,46 \pm 13,52$, kết quả này tương đương với Tingting Hu [6] tuổi trung bình là 58,1 tuổi và nam giới chiếm 57,8%. Nghiên cứu của chúng tôi, tương tự như các báo cáo trong y văn, cho thấy thủng đường tiêu hoá do dị vật có thể gặp ở mọi lứa tuổi, với độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu thường dao động từ 49 đến 65 tuổi. Nam giới có xu hướng bị ảnh hưởng nhiều hơn nữ giới, với tỉ lệ nam/nữ khoảng 1.5:1 đến 3:2 qua các nghiên cứu [3], [5].

Các yếu tố nguy cơ chính gồm: người lớn tuổi (trên 60 tuổi), người đeo răng giả, người nghiện rượu, bệnh nhân tâm thần hoặc thiếu năng trí tuệ và những người có thói quen ăn uống vội vàng [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tuổi già (33,8%), thói quen ăn nhanh (21,1%) và bệnh nhân có vấn đề về răng miệng, hàm giả, răng giả (8,5%). Đa số bệnh nhân (63,4%) không thể nhớ lại việc nuốt dị vật, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khai thác bệnh sử kỹ lưỡng.

Dị vật gây thủng rất đa dạng nhưng chủ yếu là các vật sắc nhọn và dài (92,96%), trong đó xương cá là tác nhân phổ biến nhất (83,3%), phù hợp với các báo cáo trong y văn [3], [8]. Thủng thường xảy ra tại các vị trí hẹp sinh lý hoặc góc gấp, phổ biến nhất là vùng hông - hồi tràng (chiếm 49,3% trong nghiên cứu và lên đến 83% theo y văn [5], [9]). Tiếp theo là các vị trí như dạ dày - tá tràng (11,3%) và đại trực tràng, phù hợp với các đặc điểm giải phẫu và bệnh lý của ống tiêu hoá.

Thời gian từ khi nuốt dị vật đến khi thủng biến thiên từ vài ngày đến nhiều năm [4], [8]. Trong nghiên cứu, chỉ 36,6% trường hợp nhớ rõ thời điểm nuốt (trung bình 4 ngày), dẫn đến việc nhập viện muộn và làm phức tạp thêm việc cho chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [4], [8].

Cận lâm sàng phản ánh tình trạng nhiễm trùng nặng với WBC trung bình $14,45 \pm 5,95$ K/ μ L, Neutrophile trung bình là $77,32\% \pm 9,9\%$. Trong chẩn đoán hình ảnh, X-quang bụng không chuẩn bị có giá trị hạn chế khi chỉ phát hiện dị vật trong 5,71% trường hợp. Các nghiên cứu khác cho thấy dấu hiệu liềm hơi dưới cơ hoành ít gặp (15,9-30,3%) do lỗ thủng thường được mạc nối và các quai ruột lân cận bao bọc, gây khó khăn cho chẩn đoán ban đầu [3], [7].

Đối với siêu âm, Có thể giúp phát hiện dị vật và các biến chứng như áp xe, đặc biệt ở những vùng nông nhưng độ nhạy thấp (8,7-10,5%), và bị hạn chế bởi hơi của ruột non và đại tràng, dị vật bị bao quanh bởi khí hoặc nằm sâu và thể trạng bệnh nhân béo [3], [10]. Nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận 9,9% trường hợp. Ngược lại, CT-scan thể hiện ưu thế vượt trội với tỉ lệ phát hiện dị vật đạt 83,6%, phù hợp với độ nhạy 82-100% trong y văn. CT-Scan giúp nhận diện dị vật ít cản quang và các dấu hiệu gián tiếp như thâm nhiễm mỡ, khí tự do khu trú với giá trị tiên đoán dương 94,4%, khẳng định vai trò then chốt nhất trong chẩn đoán hình ảnh [5], [11].

4.2. Kết quả điều trị viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá

Khi dị vật ống tiêu hoá đã gây viêm phúc mạc, việc điều trị bao gồm phẫu thuật và sử dụng kháng sinh [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi được thực hiện trong

45,1% trường hợp và phẫu thuật mở là 54,9%. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ưu tiên nhờ ưu điểm ít xâm lấn và hồi phục nhanh, tuy nhiên trong một số trường hợp phức tạp hoặc khi dị vật có số lượng lớn, phẫu thuật mở là cần thiết để đảm bảo loại bỏ hết dị vật và kiểm soát nhiễm trùng [6], [8], [11]. Phương pháp xử trí phổ biến nhất là lấy dị vật và khâu lỗ thủng (66,2%). Tuy nhiên, trong 33,8% trường hợp nặng, phẫu thuật viên phải tiến hành các can thiệp xâm lấn hơn như cắt đoạn ruột hoặc làm hậu môn nhân tạo.

Về kết quả điều trị, 87,3% bệnh nhân không có biến chứng sau mổ, và 12,7% có nhiễm khuẩn vết mổ độ I. Chúng tôi không có các biến chứng mà các tác giả khác gặp phải, như: áp xe trong ổ bụng, rò tiêu hóa sau mổ, tắc ruột và xuất huyết tiêu hoá [2], [5], [6]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,27%, chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn không hồi phục (9,86%). Đây là các bệnh nhân nhập viện trong tình trạng viêm phúc mạc toàn thể, sốc nhiễm khuẩn khi vào viện và đều được mổ mở. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Atef Mejri: 6,25% [1], tuy nhiên phù hợp với biên độ tỷ lệ tử vong được ghi nhận trong y văn (6,1% – 18%) [7]. Điều này cho thấy mức độ nghiêm trọng của biến chứng này và tầm quan trọng của việc chẩn đoán, can thiệp ngoại khoa kịp thời. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,9 \pm 3,45$ ngày, tương đồng với các ghi nhận trong y văn từ 6 đến 14 ngày [6], [7].

4.3. Một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hoá

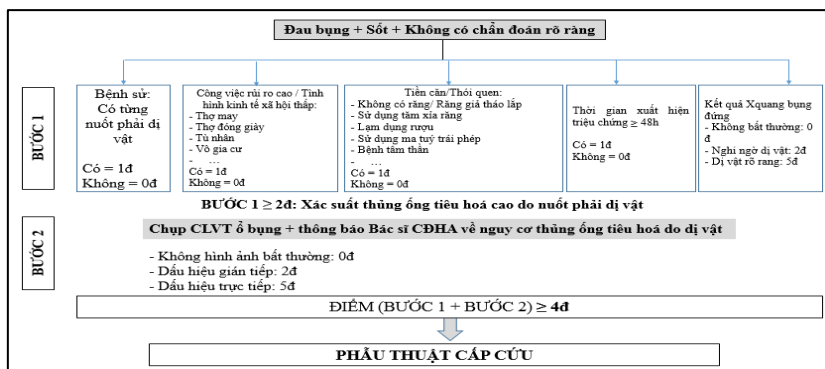
Từ thực tế nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm như sau:

Khai thác bệnh sử kỹ lưỡng: Do đa số bệnh nhân không nhớ việc nuốt dị vật, thầy thuốc cần chủ động tìm kiếm các yếu tố nguy cơ như thói quen ăn uống, tình trạng răng miệng, nghiện rượu, ma túy, các thói quen ăn nhanh, ngậm tăm sau ăn...

Chỉ định CT-Scan kịp thời: Đây là "chìa khóa" để chẩn đoán xác định, giúp xác định vị trí dị vật và lỗ thủng cũng như các dấu hiệu gợi ý thủng (khi dị vật không cản quang) tránh nhầm lẫn với viêm ruột thừa hay thủng ổ loét dạ dày

Chiến lược điều trị: Lựa chọn giữa phẫu thuật nội soi hay mổ mở cần dựa trên tình trạng viêm phúc mạc (khu trú hay toàn thể) và kinh nghiệm của phẫu thuật viên để đảm bảo lấy hết dị vật và làm sạch xoang phúc mạc.

Ứng dụng lưu đồ chẩn đoán chuẩn hóa: Việc áp dụng các bước đánh giá nguy cơ dựa trên điểm số (như lưu đồ của Atef Mejri) có thể giúp rút ngắn thời gian từ khi nhập viện đến khi phẫu thuật, từ đó cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân (Hình 1).



Hình 1. Lưu đồ chẩn đoán khả năng thủng ống tiêu hoá do dị vật [11]

Giáo dục cộng đồng: Cần tăng cường tuyên truyền trong cộng đồng, cảnh báo về sự nguy hiểm của dị vật trong thức ăn, khuyến cáo thay đổi thói quen ăn nhanh, ngâm tẩm hoặc chú ý hơn khi ăn các loại thực phẩm có xương (đặc biệt là cá) để giảm thiểu rủi ro ngay từ đầu.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn toàn diện về đặc điểm lâm sàng và kết quả xử trí biến chứng viêm phúc mạc do dị vật ống tiêu hóa tại một bệnh viện tuyến tỉnh, chúng tôi nhận thấy nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định: Thứ nhất, về thiết kế nghiên cứu: với đặc điểm là nghiên cứu mô tả loạt ca, không có nhóm chứng, nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc ghi nhận đặc điểm lâm sàng và kết quả xử trí thực tế, chứ không đủ bằng chứng mạnh để phân tích so sánh ưu điểm giữa các phương pháp phẫu thuật (ví dụ: mổ mở so với mổ nội soi). Thứ hai, đây là một nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu hữu hạn (71 trường hợp). Do đó, kết quả nghiên cứu phần nào mang tính đặc thù của khu vực, phản ánh văn hóa ẩm thực và thói quen sinh hoạt tại địa phương, tính đại diện chưa đủ lớn để có thể ngoại suy cho toàn bộ quần thể.

Những hạn chế nêu trên sẽ mở ra hướng đi cho các nghiên cứu đa trung tâm, với thiết kế phân tích có đối chứng và cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai để đưa ra những khuyến cáo lâm sàng có mức độ bằng chứng cao hơn

V. KẾT LUẬN

Thủng ống tiêu hóa do dị vật là cấp cứu nghiêm trọng, thường gặp ở nhóm nguy cơ cao như người già, dùng hàm giả hoặc có thói quen ăn nhanh... Thách thức lớn nhất là chẩn đoán trước mổ do lâm sàng không đặc hiệu, trong đó cắt lớp vi tính đóng vai trò quan trọng giúp xác định dị vật và vị trí thủng. Điều trị phẫu thuật cấp cứu kết hợp kháng sinh là phương pháp điều trị thiết yếu, với chiến lược xử trí đa dạng tùy thuộc nhiều vào vị trí thủng và độ nặng của bệnh nhân. Việc nâng cao nhận thức cộng đồng cùng kỹ năng khai thác bệnh sử kỹ lưỡng yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán sớm và cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Atef Mejri, Mohamed Ali Mseddi. Gastrointestinal perforations by ingested foreign bodies: A preoperative diagnostic flowchart-based experience. A case series report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2022. 95. 1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107216>.
2. Nibras Mejbel Abed. Surgical Intervention for Gastrointestinal Foreign Bodies in Adult Patients: A Case Series. *Surgical Science*. 2025. 16(3). 182-193. DOI: 10.4236/ss.2025.163019.
3. Phạm Minh Quang. 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. 30-36.

4. S. Pouli, A. Kozana, I. Papakitsou, M. Daskalogiannaki. Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology. *Insights into Imaging*. 2020. 11(1). DOI: 31.10.1186/s13244-019-0823-6.
 5. F. W. Xu Yuan, Chen Zhenyu. Bowel perforation caused by foreign body ingestion presenting as intestinal obstruction: a case report highlighting the importance of early diagnosis. *Annals of Medicine and Surgery*. 2025. 87(8). DOI: 5205-5208.10.1097/ms9.0000000000003288.
 6. Tingting Hu. Evaluation of the risk factors for severe complications and surgery of intestinal foreign bodies in adults: a single-center experience with 180 cases. *Gastroenterology Report*. 2022. 10. 1-10. DOI: 10.1093/gastro/goac036.
 7. Santiago Andrés Suárez-Gómez. Valentina Velasco-Muñoz. When Nature Strikes Back: Understanding Intestinal Perforations Caused by Vegetable and Animal Bodies. *Complications*. 2024. 1(3). 43-50. DOI: 10.3390/complications1030008.
 8. Nguyễn Thanh Tâm. Thủng ruột thừa do nuốt phải xương cá gây áp xe ở vùng hố chậu phải: Báo cáo một trường hợp. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*. 2021. 228-232.
 9. Lê Thanh Dũng. Thủng ruột non do nuốt tăm tre: chẩn đoán và điều trị, nhân 1 trường hợp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021. 145(9). 170-175.
 10. Xingliang Zhang. Case report and literature review: Orally ingested toothpick perforating the lower rectum. *Frontiers in Surgery*. 2024.11. 1-7. doi: 10.3389/fsurg.2024.1368762.
 11. Nguyễn Việt Hậu. Nhân một trường hợp viêm phúc mạc khu trú do dị vật kim loại xuyên thành hồi tràng cuối tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 11. 173-177.
-