

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4560

TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC DO THÙNG ỚNG TIÊU HÓA BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Thành Phúc¹, Đặng Hồng Quân^{2*}, Lại Văn Nông²

1. Bệnh viện Đa khoa An Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dhquan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/02/2026

Ngày phản biện: 25/5/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hoá là tình trạng cấp cứu nguy hiểm. Phẫu thuật nội soi ổ bụng đang trở thành lựa chọn hiệu quả để tiếp cận và xử trí tổn thương. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa và đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng trên 122 bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa An Giang từ 5/2025-12/2025. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh: 61,50 (17-91) tuổi; Tỷ lệ nam/nữ: 3,88/1; Chỉ số CCI: 2 (0-9). 56,6% được phẫu thuật sau 12 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng. Siêu âm, X-quang bụng đứng không chuẩn bị, CT Scan thấy hơi tự do trong 32%; 57,4%; 88,1% trường hợp; Vị trí thủng thường gặp là dạ dày; Kích thước lỗ thủng: 10 (0-30) mm; 89,3% viêm phúc mạc toàn thể; Chỉ số Mannheim: 21 (0-37). Thời gian mổ: 80 (40-200) phút; 93,4% khâu lỗ thủng; chuyển mổ mở: 9,0%. Thời gian hậu phẫu: 7 (3-20) ngày; 82% không có biến chứng sau mổ; 79,5% đạt kết quả tốt và 13,9% đạt kết quả khá sau 30 ngày điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi có tính khả thi và cho kết quả sớm thuận lợi ở những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp trong điều trị viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa khi được chỉ định phù hợp và thực hiện bởi ekip kinh nghiệm.

Từ khóa: Viêm phúc mạc thứ phát, thủng ống tiêu hóa, phẫu thuật nội soi ổ bụng.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF PERITONITIS SECONDARY TO GASTROINTESTINAL PERFORATION

Nguyen Thanh Phuc¹, Dang Hong Quan^{2*}, Lai Van Nong²

1. An Giang General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Secondary peritonitis caused by gastrointestinal perforation is a severe surgical emergency with rapid progression and high mortality if not promptly treated. Laparoscopic surgery, with its advantages of minimal invasiveness, has increasingly been adopted for the management of this condition. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and etiologies of peritonitis secondary to gastrointestinal perforation, and to evaluate the outcomes of emergency laparoscopic management. **Materials and methods:** A non-controlled interventional clinical study was conducted on 122 patients diagnosed with peritonitis secondary to gastrointestinal perforation who underwent laparoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital and An Giang General Hospital between May 2025 and December 2025. **Results:** The median age was 61.5 years (range: 17-91), with a male - to - female ratio of 3.88:1. The median Charlson Comorbidity Index (CCI) was 2 (range: 0-9). Surgery was performed

more than 12 hours after symptom onset in 56.6% of patients. Free intraperitoneal air was detected in 57.4% of cases on upright plain abdominal radiography and in 88.1% on computed tomography. Leukocytosis was observed in 73.0% of patients. The most common perforation sites were the stomach and duodenum. The median perforation size was 10 mm (range: 0-30). Generalized peritonitis accounted for 89.3% of cases, and the median Mannheim Peritonitis Index (MPI) was 21 (range: 0-37). The median operative time was 80 minutes (range: 40-200). Primary closure of the perforation was performed in 93.4% of patients, with a conversion rate to open surgery of 9.0%. The median postoperative hospital stay was 7 days (range: 3-20). No postoperative complications were recorded in 82.0% of patients. Good and fair outcomes after 30 days of treatment were achieved in 79.5% and 13.9% of patients, respectively. **Conclusions:** Laparoscopic surgery is a feasible approach associated with favorable short-term outcomes in appropriately selected patients with peritonitis secondary to gastrointestinal perforation, when appropriately indicated and performed by an experienced surgical team.

Keywords: Secondary peritonitis, gastrointestinal perforation, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hoá là tình trạng cấp cứu ngoại khoa nguy hiểm, có thể gây biến chứng nặng nếu chẩn đoán trễ và điều trị không kịp thời [1]. Mở bụng xử trí tổn thương là phương pháp tiếp cận truyền thống, nhưng thường đi kèm nhiều diễn tiến bất lợi giai đoạn hậu phẫu như đau hay nhiễm trùng vết mổ, làm kéo dài thời gian hồi phục cho bệnh nhân. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi được ứng dụng ngày càng nhiều nhờ ưu điểm ít xâm lấn, đồng thời giúp thăm dò ổ bụng và xác định vị trí tổn thương trong lúc mổ [2], [3]. Tuy nhiên, kỹ thuật này vẫn cần được chỉ định thận trọng vì nguy cơ bỏ sót tổn thương trong phẫu trường viêm nhiễm, khó tiếp cận một số vị trí thủng và ảnh hưởng của bơm CO₂ ổ bụng trên bệnh nhân có tổng trạng nặng. Do đó, kỹ thuật này cần được chỉ định phù hợp dựa trên tình trạng người bệnh, đặc điểm tổn thương và kinh nghiệm của đội ngũ phẫu thuật. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị cấp cứu viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hoá được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa An Giang từ tháng 5/2025 đến tháng 12/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng (dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, trực tràng đoạn trong phúc mạc) qua thăm khám và cận lâm sàng trước mổ hoặc phát hiện tổn thương trong lúc mổ, được chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng với tình trạng huyết động bệnh nhân ổn định ở thời điểm bắt đầu phẫu thuật.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng nhưng phát hiện trong lúc mổ cho thấy nguyên nhân từ các cơ quan ngoài ống tiêu hoá hoặc do thủng ruột thừa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu liên tục thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ. 122 bệnh nhân được điều trị viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa bằng phẫu thuật nội soi được chọn.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, BMI, chỉ số CCI, tiền sử ngoại khoa.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân: Thời gian khởi phát tới lúc phẫu thuật. Cận lâm sàng: hình ảnh học và công thức bạch cầu. Nguyên nhân viêm phúc mạc: vị trí lỗ thủng, kích thước lỗ thủng, nguyên nhân tổn thương, tình trạng viêm phúc mạc, chỉ số MPI.

+ Kết quả điều trị: Thời gian mổ, phương pháp phẫu thuật, diễn tiến hậu phẫu, đánh giá ra viện và tái khám.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa An Giang từ tháng 5/2025 đến tháng 12/2025.

- **Phương pháp thu thập, xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được thu thập từ bộ câu hỏi thu thập số liệu và hồ sơ bệnh án, và được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 và các test thống kê y học.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và được sự đồng ý triển khai tại hai bệnh viện nghiên cứu, theo phiếu chấp thuận số 25.491.HV/PCT-HĐĐĐ. Tất cả thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 122 bệnh nhân được điều trị viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa An Giang.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các thông số	Kết quả	
Tuổi	61,50 (17-91)	
Giới tính (nam/nữ)	3,88/1	
BMI (kg/m ²)	21,43±3,50	
Chỉ số CCI	2 (0-9)	
Tiền sử phẫu thuật bụng	Chưa phẫu thuật	91,8%
	Đã mổ mở	4,1%
	Đã mổ nội soi	4,1%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân là nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 3,88/1. Độ tuổi mắc bệnh là 61,5 (17-91) tuổi. BMI trung bình là 21,43 kg/m². 91,8% bệnh nhân chưa có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó. Trung vị chỉ số CCI là 2 (0-9) điểm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hoá

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân viêm phúc mạc

Các thông số	Kết quả	
Thời gian khởi phát	< 6 giờ	24/122 (19,7%)
	Từ 6 giờ - < 12 giờ	29/122 (23,8%)
	Từ 12 giờ - < 24 giờ	28/122 (23%)
	Từ 24 giờ trở lên	41/122 (33,6%)
Chẩn đoán hình ảnh	Siêu âm thấy hơi tự do ổ bụng	39/122 (32%)
	X - quang thấy hơi tự do ổ bụng	70/122 (57,4%)
	CT Scan thấy hơi tự do ổ bụng	52/59 (88,1%)
Công thức bạch cầu tăng	89/122 (73,0%)	

Các thông số		Kết quả
Nguyên nhân tổn thương	Loét	104/122 (85,2%)
	Viêm	7/122 (5,7%)
	Nhồi máu	2/122 (1,6%)
	Dị vật	9/122 (7,4%)
Vị trí tổn thương	Dạ dày	91/122 (74,6%)
	Tá tràng	18/122 (14,8%)
	Hỗng tràng	5/122 (4,1%)
	Hồi tràng	4/122 (3,3%)
	Đại tràng	4/122 (3,3%)
Tình trạng viêm phúc mạc	Khu trú	13/122 (10,7%)
	Toàn thể	109/122 (89,3%)
Chỉ số MPI		21 (0-37)
Kích thước lỗ thủng (mm)		10 (0-30)

Nhận xét: Có 56,6% bệnh nhân được phẫu thuật sau 12 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, trong đó 33,6% được phẫu thuật sau 24 giờ. CT scan cho thấy hơi tự do trong 88,1% các trường hợp. Bạch cầu tăng trong 73% các trường hợp. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là ở dạ dày (74,6%) với nguyên nhân loét chiếm đa số (85,2%). Trung vị đường kính lỗ thủng là 10 (0-30) mm. Trung vị chỉ số viêm phúc mạc Mannheim là 21 (0-37) điểm.

3.3. Kết quả xử trí cấp cứu viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hoá

Bảng 3. Các thông số đánh giá kết quả phẫu thuật

Các thông số		Kết quả
Loại phẫu thuật	Khâu lỗ thủng một thì	114/122 (93,4%)
	Cắt đoạn - làm miệng nối	1/122 (0,8%)
	Cắt đoạn - mở ra da	1/122 (0,8%)
	Mở ra da	3/122 (2,5%)
	Phẫu thuật nội soi rửa bụng, dẫn lưu	3/122 (2,5%)
Chuyển mổ mở		11/122 (9,0%)
Thời gian mổ (phút)	Dạ dày	80 (40 - 200)
	Tá tràng	80 (50 - 170)
	Hỗng tràng	80 (70 - 100)
	Hồi tràng	70 (45 - 80)
	Đại tràng	87,5 (45 - 160)
	Chung	80 (40 - 200)
Thời gian vận động (giờ)		48 (12 - 120)
Thời gian trung tiện (giờ)		48 (24 - 96)
Thời gian hậu phẫu (ngày)		7 (3 - 20)
Biến chứng sau mổ		22/122 (18%)
Tử vong trong 30 ngày		7/122 (5,7%)
Kết quả sau mổ	Xấu: Bệnh nhân có biến chứng nặng cần tái nhập viện/can thiệp lại; hoặc tử vong trong vòng 30 ngày; hoặc để lại di chứng gây ảnh hưởng nặng chất lượng cuộc sống.	7/122 (5,7%)
	Trung bình: Còn triệu chứng hoặc rối loạn tiêu hóa mức độ vừa; hồi phục chậm; có biến chứng nhẹ có thể điều trị bảo tồn.	1/122 (0,8%)

Các thông số		Kết quả
	Khá: Còn triệu chứng nhẹ nhưng không ảnh hưởng nhiều sinh hoạt; vết mổ lành; không ghi nhận biến chứng cần điều trị.	17/122 (13,9%)
	Tốt: Hồi phục tốt; không còn triệu chứng bất thường; vết mổ lành; sinh hoạt và vận động bình thường; không ghi nhận biến chứng, không nhập viện lại.	97/122 (79,5%)

Nhận xét: 93,4% trường hợp được khâu lỗ thủng một thì trong cuộc mổ. 9% trường hợp phải chuyển mổ mở. Trung vị thời gian mổ là 80 (40-200) phút. 82% trường hợp không ghi nhận biến chứng sau mổ. Kết quả tốt và khá sau mổ 30 ngày chiếm tỷ lệ lần lượt là 79,5% và 13,9%. Có 5,7% bệnh nhân có kết quả điều trị kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa là một tình huống cấp cứu phổ biến tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh có thể gặp ở nhiều lứa tuổi (17-91), với trung vị là 61,50 tuổi cho thấy xu hướng tập trung ở người lớn tuổi. Giới tính chiếm ưu thế là nam giới, tương tự với các nghiên cứu về viêm phúc mạc của Trần Văn Hoan, Trần Nguyễn Bảo Tuấn, Nguyễn Văn Mạnh [4], [5], [6] hay của Shahid [7]. Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (CCI) trong nghiên cứu dao động từ 0 đến 9, phản ánh sự đa dạng về gánh nặng bệnh nền của bệnh nhân. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi có thể được áp dụng trên cả những bệnh nhân có nhiều bệnh lý phối hợp, nếu được đánh giá và lựa chọn phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân chưa có phẫu thuật bụng trước đó, là một yếu tố thuận lợi để quyết định lựa chọn phẫu thuật nội soi ngay từ đầu. Tuy nhiên, những trường hợp có phẫu thuật bụng trước đó, dù là mổ mở, không phải là một chống chỉ định của phẫu thuật nội soi. Nhìn chung, các đặc điểm chung kể trên cho thấy khả năng khả năng ứng dụng phẫu thuật nội soi ở những trường hợp được lựa chọn phù hợp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa

Kết quả nghiên cứu cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân được phẫu thuật sau 12 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, trong đó 33,6% được can thiệp sau 24 giờ. Điều này phản ánh thực trạng chẩn đoán muộn thường gặp của viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa, do triệu chứng lâm sàng ban đầu có thể không điển hình hoặc bị che lấp bởi các bệnh lý khác. Trong bối cảnh đó, vai trò của cận lâm sàng, đặc biệt là chẩn đoán hình ảnh, trở nên rất quan trọng. Công thức bạch cầu chỉ tăng trong 73% các trường hợp, do đó xét nghiệm này không đủ tin cậy để chẩn đoán. Siêu âm bụng, mặc dù được chỉ định thường quy nhưng khả năng phát hiện hơi tự do trong xoang phúc mạc còn hạn chế (32% thấy được hơi qua siêu âm). X-quang bụng đứng cho tỷ lệ phát hiện hơi tự do cao hơn (57,4%), nhưng vẫn có thể bỏ sót trong những trường hợp lượng hơi ít hoặc bệnh nhân không thể đứng chụp. Ngược lại, chụp cắt lớp vi tính bụng tiêu khùng cho thấy khả năng phát hiện vượt trội, với hơi tự do thấy được ở 88,1% trường hợp. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của CT Scan trong chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa khi điều kiện cho phép, tương tự với nhận định từ nghiên cứu của Pouli [8]. Tuy nhiên, trong tình huống cấp cứu, việc lựa chọn phương tiện chẩn đoán hình ảnh cần dựa trên sự sẵn có và tình trạng bệnh nhân, trong đó quyết định

can thiệp vẫn phải dựa trên tổng hợp lâm sàng và diễn tiến bệnh hơn là phụ thuộc hoàn toàn vào hình ảnh học. Vị trí tổn thương thường gặp nhất ở dạ dày, với nguyên nhân chủ yếu là do thủng ổ loét, phản ánh mô hình bệnh lý thường gặp tại cơ sở nghiên cứu. Số liệu này tương đồng với kết quả từ các nghiên cứu của Hameed [1] và Mohapatra [9]. Trong khi đó, nghiên cứu của Gupta cho thấy loét vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây viêm phúc mạc nhưng vị trí thường gặp ở tá tràng nhiều hơn [10]. Nhìn chung, mô hình viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày - tá tràng vẫn chiếm ưu thế tại các quốc gia đang phát triển [1].

4.3. Kết quả điều trị cấp cứu viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hoá

Trong nghiên cứu, tổn thương dạ dày và tá tràng chiếm đa số, phù hợp với nguyên nhân chủ yếu là thủng ổ loét. Đây là nhóm tổn thương thường thuận lợi hơn cho phẫu thuật nội soi do vị trí dễ tiếp cận và phần lớn có thể khâu lỗ thủng một thì. Kết quả nghiên cứu cho thấy 93,4% trường hợp được khâu lỗ thủng, với trung vị thời gian mổ ở nhóm dạ dày và tá tràng đều là 80 phút. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi có tính khả thi cao trong xử trí thủng dạ dày - tá tràng ở những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. Đối với các vị trí ít gặp hơn như hồi tràng, hồi tràng và đại tràng, mặc dù số trường hợp còn hạn chế, việc xử trí thường cần thận trọng hơn do tổn thương có thể liên quan đến dị vật, nhồi máu hoặc thủng túi thừa. Thời gian mổ trung vị ở nhóm đại tràng là 87,5 phút, cao hơn thời gian mổ chung 80 phút, phần nào phản ánh mức độ phức tạp hơn của nhóm tổn thương này, nhất là các trường hợp phải kèm mở hồi tràng hoặc đại tràng ra da. Các phương pháp mổ không đồng nhất, cắt đoạn ruột, mở ruột ra da hoặc chỉ rửa bụng dẫn lưu, cho thấy chiến lược phẫu thuật cần được cá thể hóa theo vị trí thủng, nguyên nhân tổn thương và tình trạng ổ bụng. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 9,0%, có thể chấp nhận được trong bối cảnh 89,3% bệnh nhân có viêm phúc mạc toàn thể và 33,6% được phẫu thuật sau 24 giờ. Chuyển mổ mở trong các trường hợp này không nên xem là thất bại của nội soi, mà là quyết định nhằm bảo đảm an toàn khi tổn thương phức tạp hoặc khó xử trí hoàn toàn qua nội soi. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18,0%, tử vong trong 30 ngày là 5,7%, tuy nhiên, đây là các biến cố không liên quan trực tiếp đến việc xử trí tổn thương trong cuộc mổ, mà xảy ra trong quá trình hậu phẫu, nhất là trên các bệnh nhân có tổng trạng kém. Thời gian hậu phẫu trung vị 7 ngày và kết quả khá - tốt đạt 93,4%, cho thấy phẫu thuật nội soi có thể mang lại kết quả thuận lợi ở đa số trường hợp được chỉ định phù hợp. Tuy nhiên, đối với các vị trí thủng ít gặp hoặc tổn thương phức tạp như ruột non và đại tràng, cần đánh giá kỹ trong mổ và sẵn sàng chuyển đổi phương pháp xử trí khi cần thiết. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như thiết kế không đối chứng, cỡ mẫu chưa lớn, thời gian theo dõi ngắn và phân bố chưa đều giữa các thể viêm phúc mạc. Do đó, cần thêm các nghiên cứu đối chứng, đa trung tâm có thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định chắc chắn hơn hiệu quả của phẫu thuật nội soi.

V. KẾT LUẬN

Viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa thường gặp ở nam giới lớn tuổi, đa số được chẩn đoán muộn, với nguyên nhân chủ yếu là thủng dạ dày - tá tràng do loét và tỷ lệ viêm phúc mạc toàn thể cao. Phẫu thuật nội soi là phương pháp tiếp cận an toàn, hiệu quả và khả thi trong điều trị viêm phúc mạc do thủng ống tiêu hóa khi được chỉ định phù hợp và thực hiện bởi đội ngũ có kinh nghiệm. Kỹ thuật này cho phép xử trí triệt để tổn thương nguyên phát với tỷ lệ chuyển mổ mở và biến chứng sau mổ ở mức chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hameed T., Kumar A., Sahni S., Bhatia R., and Vidhyarthi A.K. Emerging spectrum of perforation peritonitis in developing world. *Frontiers in Surgery*. 2020. 7, 50, doi: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2020.00050>.
2. Hoshino N., Endo H., Hida K., Kumamaru H., Hasegawa H., *et al.* Laparoscopic surgery for acute diffuse peritonitis due to gastrointestinal perforation: a nationwide epidemiologic study using the National Clinical Database. *Annals of gastroenterological surgery*. 2022. 6(3), 430-444, doi: <https://doi.org/10.1002/ags3.12533>.
3. Miranda D.J.C., Barahona A.C.P., Vásquez P.A.A., Cedeño D.S.R., Silva A.D., *et al.* Advances in laparoscopic surgery for the treatment of secondary peritonitis due to gastrointestinal perforation: a systematic review of mortality, complications, and recovery time. *Ibero-American Journal of Health Science Research*. 2025. 5(1), 57-63, doi: <https://doi.org/10.56183/iberohr.v5i1.712>.
4. Trần Văn Hoan, Nguyễn Văn Chung, Trần Đức Quý. Kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - hành tá tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 535(1), 42-46, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8342>.
5. Trần Nguyễn Bảo Tuấn, Đỗ Trường Sơn, Nguyễn Hữu Sâm, Trịnh Tuấn Dương, Đặng Quốc Ái. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ loét tá tràng thủng tại Bệnh viện E. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 542(2), 375-380, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v542i2.11145>.
6. Nguyễn Văn Mạnh, Đoàn Thanh Huy, Nguyễn Mạnh Khoẻ. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thủng đường tiêu hóa do dị vật tại Bệnh viện Quân Y 175. *Tạp chí Y Dược Thực hành 175*. 2024. (39), 25-38, doi: <https://doi.org/10.59354/ydth175.2024.282>.
7. Shahid M.H., Khan F.I., Askri Z., Asad A., Alam M.A., *et al.* One Year of Experience Managing Peritonitis Secondary to Gastrointestinal Perforation at a Tertiary Care Hospital: A Retrospective Analysis. *Cureus*. 2022. 14(4), e23966, doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.23966>.
8. Pouli S., Kozana A., Papakitsou I., Daskalogiannaki M., Raissaki M. Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology. *Insights into imaging*. 2020. 11(31), doi: <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0823-6>.
9. Mohapatra A., Mohapatra A., Bairisal P.P. Peritonitis Due to Hollow Viscus Perforation, A Clinical Retrospective Study in A Tertiary Health Care. *Journal of Neonatal Surgery*. 2025. 14(32s), 2988-2992.
10. Gupta P.K., Mandloi D., Sharma A., Khare V., Pendro T. A clinical evaluation, assesment and management of peritonitis secondary to hollow viscus perforation. *Int J Acad Med Pharm*. 2024. 6(1), 1159-1166, doi: <https://doi.org/10.47009/jamp.2024.6.1.230>.