

Xuất huyết tiêu hóa dưới thường gặp ở người cao tuổi, với triệu chứng điển hình là đi tiêu phân máu đỏ tươi. Đại tràng là vị trí tổn thương chủ yếu trên nội soi, với nguyên nhân thường gặp nhất là trĩ và viêm loét đại tràng xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oakland K., Chadwick G., East J.E., et al.** (2019). Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*, 68(5), 776–789.
2. **Hreinsson J.P., Sigurdardottir R., Lund S.H., et al.** (2018). The SHA2PE score: a new score for lower gastrointestinal bleeding that predicts low-risk of hospital-based intervention. *Scand J Gastroenterol*, 53(12), 1484–1489.
3. **Quach D.T., Nguyen N.T.-M., Vo U.P.-P., et al.** (2021). Development and Validation of a Scoring System to Predict Severe Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Vietnamese. *Dig Dis Sci*, 66(3), 823–831.
4. **Đỗ Huy Thạch và Bùi Hữu Hoàng** (2023). Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới. *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng* 108, 18(6), 70–77.
5. **Cerruti T., Maillard M.H., Hugli O.** (2021). Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in an Emergency Department and Performance of the SHA2PE Score: A Retrospective Observational Study. *J Clin Med*, 10(23), 5476.
6. **Yeon S.H., Moon H.S., Choi S.W., et al.** (2023). A comparative study of scoring systems that accurately predict the prognosis of lower gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*, 38(1), 51.
7. **Jeong K.B., Moon H.S., In K.R., et al.** (2025). Which scoring systems are useful for predicting the prognosis of lower gastrointestinal bleeding? Old and new. *BMC Gastroenterol*, 25(1), 49.
8. **Flores-Alaniz J., Torices-Escalante E., Dominguez-Camacho L., et al.** (2020). Usefulness of the SHA2PE scale in the identification of low risk patients with low gastrointestinal bleeding in a 3rd level hospital. *Endoscopia*, 32, 54–61.

NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP TRÀN KHÍ Ổ BỤNG KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN VỚI ĐAU BỤNG CẤP TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Minh Tuấn¹, Mai Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Trần Nhật Linh¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Tràn khí ổ bụng thường do thủng tạng rỗng, biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng của bệnh cảnh viêm phúc mạc, chỉ định cần thiết là can thiệp phẫu thuật xử lý tổn thương và lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Tuy nhiên tràn khí ổ bụng tự phát không do thủng tạng rỗng là một bệnh cảnh hiếm gặp có thể do các bệnh lý lồng ngực, trong ổ bụng, phụ khoa, do điều trị hoặc các lý do khác. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày chùm bệnh bao gồm có 03 trường hợp tràn khí ổ bụng không xác định được nguyên nhân vào viện với cơn đau bụng cấp mà chúng tôi đã điều trị thành công bằng phẫu thuật và dẫn lưu ổ bụng. Tràn khí ổ bụng chưa rõ nguyên nhân là những tình huống hiếm gặp trên lâm sàng. Chẩn đoán mà không cần phẫu thuật thường rất khó khăn. Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp được lựa chọn tối ưu để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân.

Từ khóa: tràn khí ổ bụng, không rõ nguyên nhân

SUMMARY

THREE CASES OF PNEUMOPERITONEUM OF UNKNOWN ORIGIN ASSOCIATED WITH ACUTE ABDOMINAL PAIN WERE TREATED AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, 19-8 HOSPITAL

Pneumoperitoneum is usually caused by gastrointestinal perforation, presenting clinically with symptoms of peritonitis, for which the appropriate indication is surgical intervention to repair the lesion and perform peritoneal lavage and drainage. However, spontaneous pneumoperitoneum not caused by hollow viscus perforation is a rare clinical condition, which may be related to thoracic, intra-abdominal, gynecological diseases, medical interventions, or other causes. In this report, we present a case series including three patients with pneumoperitoneum of unknown origin admitted with acute abdominal pain, all of whom were successfully treated with surgery and peritoneal drainage. Pneumoperitoneum of unclear etiology is a rare but clinically significant condition. Diagnosis without surgical exploration is often challenging. Diagnostic laparoscopy is considered the optimal approach to rule out cases of pneumoperitoneum with identifiable causes.

Keywords: Pneumoperitoneum, Pneumoperitoneum of unknown cause

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tạng trong ổ bụng có chứa khí là các tạng thuộc ống tiêu hóa được tính từ dạ dày đến đoạn thấp của trực tràng, do vậy hơn 90% tràn khí ổ bụng xảy ra là do thủng đường tiêu hóa, có thể thủng ở bất kỳ đoạn nào. Thủng các tạng thuộc ống tiêu hóa có thể do các bệnh lý nội khoa như: viêm loét hành tá tràng, viêm túi thừa, lao ruột..., do chấn thương hoặc vết thương thấu bụng gây ra [1],[2]. Bệnh nhân đến khám có dấu hiệu viêm phúc mạc, nhiễm trùng nhiễm độc nếu bệnh nhân đến muộn, dấu hiệu khí tự do trên phim X-quang ngực, bụng. Hầu hết các trường hợp cần thăm dò và can thiệp phẫu thuật khẩn cấp. Tuy nhiên, đôi khi có những trường hợp tràn khí phúc mạc không liên quan đến thủng nội tạng rỗng và được gọi là tràn khí phúc mạc tự phát, nguyên nhân gây lên tình trạng này có thể do bệnh lý lồng ngực, trong ổ bụng, bệnh phụ khoa, do điều trị hoặc các lý do khác [2]. Hiếm gặp hơn nữa là tràn khí phúc mạc tự phát không xác định được nguyên nhân. Tình trạng này thường các dấu hiệu của viêm phúc mạc không rõ rệt, lành tính và không gây biến chứng [3],[4],[5], chỉ được chẩn đoán chính xác sau khi đã loại trừ thủng tạng rỗng hoặc các nguyên nhân khác dẫn đến khí tự do ổ bụng. Phẫu thuật nội soi chẩn đoán là một lựa chọn tối ưu, ít xâm lấn để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân. Tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện 19-8, chúng tôi đã gặp và xin được thông báo chùm ca bệnh gồm 3 trường hợp lâm sàng chẩn đoán tràn khí ổ bụng tự phát đã được điều trị thành công.

II. CA LÂM SÀNG

2.1. Ca bệnh 1. Bệnh nhân Hoàng Văn T., nam 42 tuổi, vào viện ngày 25/06/2023, vào viện vì đau bụng cấp, có nôn vài lần trước vào viện. Bệnh nhân không có tiền sử mắc bệnh nào trước đây, chưa từng phẫu thuật gì.



Khám khi bệnh nhân vào viện thấy: BN tỉnh, bụng ấn đau khắp bụng, đau nhất vùng thượng vị, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, không bí trung đại tiện, huyết áp 110/70 mmHg, nhịp tim: 90 nhịp/phút, nhiệt độ cơ thể:

37,6°C. Số lượng bạch cầu là 10.45 g/l và tỷ lệ bạch cầu trung tính là 90%. Siêu âm thấy có dịch tự do ổ bụng, XQ bụng không chuẩn bị có hình ảnh khí tự do dưới cơ hoành 2 bên.

Bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng và chỉ định phẫu thuật. Ban đầu nội soi ổ bụng chẩn đoán tìm nguyên nhân, thấy trong ổ bụng có dịch đục ở các khoang dưới gan, rãnh đại tràng phải, giữa các quai ruột, douglas, ruột thừa viêm xung huyết. Tuy nhiên quan sát khắp các tạng trong ổ bụng không ghi nhận được tổn thương thực thể nào. Quyết định mở bụng nhằm kiểm soát tốt hơn. Rạch da theo đường trắng giữa trên dưới rốn, vào ổ bụng quan sát, mở phúc mạc kiểm tra mặt sau tá tràng và hậu cung mạc nối, đồng thời tìm toàn bộ các tạng rỗng không ghi nhận được vị trí thủng nào gây tràn khí ổ bụng. Chúng tôi quyết định: đặt 02 dẫn lưu ổ bụng, 01 dưới gan, 01 túi cùng douglas và kết thúc cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 130 phút.

Bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu và theo dõi sát tình trạng toàn trạng, tình trạng bụng, dẫn lưu... Trong ngày đầu hậu phẫu, các chỉ số sinh tồn ổn định, dẫn lưu ổ bụng ra khoảng 150ml dịch rửa, không ghi nhận dịch bẩn hay có lẫn dịch tiêu hóa. Bụng mềm, chướng vừa và chưa lưu thông tiêu hóa. Theo dõi dẫn lưu trong 02 ngày hậu phẫu tiếp theo diễn biến tương tự, bệnh nhân đỡ đau bụng dần, có dấu hiệu lưu thông tiêu hóa và dẫn lưu ra dịch tiết, số lượng giảm dần, từ 150ml xuống khoảng 110ml và 50ml. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Dẫn lưu ổ bụng lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5, không ghi nhận thêm bất thường, toàn trạng bệnh nhân ổn định: bụng mềm, không chướng, đã lưu thông tiêu hóa, dẫn lưu không ra thêm, nên quyết định rút dẫn lưu. Trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nhịn ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kháng sinh được sử dụng là kết hợp 02 loại: 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g) kết hợp với Metronidazole 0,5g. Bệnh nhân sau đó được duy trì nuôi ăn nhẹ bằng đường miệng, kháng sinh kết hợp và dần ổn định, xuất viện sau 14 ngày.

2.2. Ca bệnh 2. Bệnh nhân Hoàng Thị L., nữ 73 tuổi, nhập viện ngày 09/07/2023, vào viện vì đau bụng cấp tính trước lúc nhập viện khoảng 10 tiếng. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nội khoa, đái tháo đường typ 2 và tăng huyết áp, chưa từng phẫu thuật gì. Lúc vào viện bệnh nhân đau bụng vùng quanh rốn và hạ vị, đau âm ỉ có lúc thành cơn, kèm theo thấy bụng chướng dần lên, không nôn, không bí trung đại tiện, không sốt. Khám thấy: tỉnh, bụng mềm, chướng vừa, ấn đau quanh rốn và hạ vị, phản ứng thành bụng và

cảm ứng phúc mạc không rõ, huyết áp 140/70 mmHg, nhịp tim: 72 nhịp/phút, nhiệt độ cơ thể: 36,6°C. Số lượng bạch cầu là 15.5 g/l và tỷ lệ bạch cầu trung tính là 71.2%. Siêu âm ổ bụng thấy dịch tự do ổ bụng, XQ bụng không chuẩn bị thấy khí tự do dưới cơ hoành 2 bên, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng thấy hình ảnh khí tự do ổ bụng, dịch tự do ổ bụng, thâm nhiễm mạc nối.



Bệnh nhân được chẩn đoán: thủng tạng rỗng và chỉ định phẫu thuật. Nội soi ổ bụng chẩn đoán tìm nguyên nhân, thấy trong ổ bụng có dịch mủ ở các khoang dưới gan, rãnh đại tràng phải, giữa các quai ruột, douglas, ruột thừa viêm xung huyết, tuy nhiên phẫu thuật viên quan sát khắp ổ bụng không ghi nhận được tổn thương thực thể có thể gây tràn khí ổ bụng ở toàn bộ các tạng rỗng trong ổ bụng. Chúng tôi quyết định: đặt 02 dẫn lưu ổ bụng, 01 dưới gan, 01 túi cùng douglas và kết thúc cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 160 phút.

Bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu và theo dõi sát tình trạng toàn trạng, tình trạng bụng, dẫn lưu... Trong ngày đầu hậu phẫu, các chỉ số sinh tồn ổn định, dẫn lưu ổ bụng ra khoảng 100ml dịch rửa, không ghi nhận dịch bẩn hay có lẫn dịch tiêu hóa. Bụng mềm, chướng vừa và chưa trung tiện. Theo dõi dẫn lưu trong 02 ngày hậu phẫu tiếp theo diễn biến cũng tương tự, dẫn lưu ổ bụng ra dịch rửa, số lượng giảm dần từ 100ml xuống 50ml. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Chúng tôi theo dõi dẫn lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5, không ghi nhận thêm bất thường, toàn trạng bệnh nhân trở về trạng thái bình thường, bụng mềm, không chướng, còn đau vết mổ, lưu thông tiêu hóa tốt, dẫn lưu không ra thêm, nên quyết định rút dẫn lưu. Trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nhin ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kháng sinh được sử dụng là kết hợp 02 loại: 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g) kết hợp với Metronidazole 0,5g. Các ngày hậu phẫu tiếp

theo bệnh nhân được duy trì nuôi dưỡng đường miệng, kháng sinh kết hợp, tập vận động nhẹ nhàng và dần ổn định, xuất viện sau 09 ngày.

2.3. Ca bệnh 3

Bệnh nhân Trương Thị Th., nữ 69 tuổi, vào viện ngày 07/08/2023 khoa nội thần kinh, được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nội khoa, tăng huyết áp, chưa từng phẫu thuật gì. Sau nhập viện 05 ngày được chỉ định soi dạ dày, đại trực tràng có gây mê. Sau khi soi khoảng 01 tiếng, bệnh nhân có biểu hiện đau bụng cấp tính, đau bụng quặn cơn, tăng dần vùng quanh rốn và hạ vị, kèm theo thấy bụng chướng dần lên, không nôn, không sốt, không bí trung đại tiện, dùng các thuốc không đỡ, nên được chỉ định chụp phim XQ bụng không chuẩn bị. Kết quả thấy liềm hơi dưới vòm hoành 2 bên. Khám thấy: tỉnh, bụng mềm, chướng vừa, ấn đau quanh rốn và hạ vị, phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc không rõ, huyết áp 140/70 mmHg, nhịp tim: 80 nhịp/phút, nhiệt độ cơ thể: 36,6°C. Số lượng bạch cầu là 8.65 g/l và tỷ lệ bạch cầu trung tính là 49,4%.



Bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng và chỉ định phẫu thuật. Nội soi ổ bụng chẩn đoán tìm nguyên nhân, thấy trong ổ bụng sạch, không có dịch mủ ở các khoang, ruột thừa bình thường, phẫu thuật viên quan sát khắp ổ bụng không ghi nhận được tổn thương thực thể nào. Tìm toàn bộ các tạng rỗng trong ổ bụng không ghi nhận được nguyên nhân gây tràn khí ổ bụng. Chúng tôi quyết định: đặt 02 dẫn lưu ổ bụng, 01 dưới gan, 01 túi cùng douglas và kết thúc cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 80 phút.

Bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu và theo dõi sát tình trạng toàn trạng, tình trạng bụng, dẫn lưu... Trong ngày đầu hậu phẫu, các chỉ số sinh tồn ổn định, Bụng mềm, chướng vừa và chưa trung tiện. còn đau bụng quanh rốn và quanh vết mổ, dẫn lưu ổ bụng ra khoảng 100ml dịch rửa, trong, không ghi nhận dịch bẩn hay có lẫn dịch tiêu hóa. Theo dõi dẫn lưu trong 02 ngày hậu phẫu tiếp theo diễn biến cũng tương

tự, dẫn lưu ổ bụng ra dịch rửa, số lượng giảm dần từ 100ml xuống 800ml và 30ml. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Chúng tôi theo dõi dẫn lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5, không ghi nhận thêm bất thường, toàn trạng bệnh nhân trở về trạng thái bình thường, bụng mềm, không chướng, còn đau vết mổ, lưu thông tiêu hóa tốt, dẫn lưu không ra thêm, nên quyết định rút dẫn lưu. Trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nhin ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kháng sinh được sử dụng là kết hợp 02 loại: 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g) kết hợp với Metronodazone 0,5g. Các ngày hậu phẫu tiếp theo bệnh nhân được duy trì nuôi dưỡng đường miệng, kháng sinh kết hợp, tập vận động nhẹ nhàng và dần ổn định hoàn toàn, xuất viện sau 14 ngày.

III. BÀN LUẬN

Nguyên nhân phổ biến nhất của tràn khí ổ bụng và được quan tâm hàng đầu trong chẩn đoán và điều trị là thủng tạng rỗng, lên đến hơn 90% các trường hợp bệnh nhân đến điều trị, trong đó phổ biến nhất là thủng ổ loét mặt trước hành tá tràng [6]. Các bệnh lý khác dẫn đến tràn khí ổ bụng gồm; viêm túi mật hoại tử sinh hơi, viêm phúc mạc tự phát do vi khuẩn, hoặc áp xe gan. Nguyên nhân do bệnh lý lồng ngực gồm; tràn khí màng phổi, chấn thương, rò phế quản phúc mạc, tràn khí trung thất, viêm phổi, ARDS, tăng áp lực trong lồng ngực (ho, nôn, và nghiệm pháp Valsalva), thở máy hoặc tim phổi hồi sức. Nguyên nhân do bệnh lý phụ khoa gồm; vỡ tử cung, bệnh viêm vùng chậu, quan hệ tình dục thô bạo và thụt rửa âm đạo. Ngoài ra còn có các yếu tố khác do các thủ thuật y khoa như; chọc dịch màng bụng, thăm phân phúc mạc, rửa phúc mạc, phẫu thuật nội soi, nội soi phế quản... [2] [7], những trường hợp này khí ổ bụng thường tự hết trong vòng ba ngày ở 81% bệnh nhân và trong vòng bảy ngày ở 96% bệnh nhân [8]. Ngoài ra còn có các nguyên nhân hiếm gặp khác đã được mô tả bao gồm lặn biển, cắt amidan và nhổ răng [7].

Đối với những trường hợp tràn khí ổ bụng mà không xác định được nguyên nhân thực thể được gọi là tràn khí ổ bụng nguyên phát không rõ nguyên nhân.

Trong chùm ca bệnh của chúng tôi với 3 trường hợp nêu trên có 02 trường hợp không ghi nhận được tiền sử bệnh có thể gây tràn khí ổ bụng như các nguyên nhân đã liệt kê. 01 trường hợp bệnh xuất hiện sau khi bệnh nhân nội soi dạ dày, đại tràng.

Cả 3 ca bệnh của chúng tôi đều được chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu ngay khi bệnh nhân nhập viện. Qua hình ảnh của phẫu thuật nội soi không có nguyên nhân gây tràn khí ổ bụng nào nào được xác định. Có 1 trường hợp do các quai ruột giãn chướng nhiều hạn chế quan sát để xác định nguyên nhân nên chúng tôi chuyển mổ mở. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi đã cẩn thận, tỉ mỉ kiểm tra toàn bộ hệ tiêu hóa, lặp lại đến hai, ba lần mà không nhận thấy tổn thương thực thể nào, nên quyết định đặt dẫn lưu theo dõi sau phẫu thuật. Kết thúc phẫu thuật thống nhất với chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân.

Ngay sau phẫu thuật, chúng tôi giải thích cặn kẽ cho bệnh nhân và người nhà về tình trạng bệnh, yêu cầu nhin ăn hoàn toàn trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên. Mục đích để theo dõi các dẫn lưu ổ bụng và sẵn sàng cho tình huống xấu nhất xảy ra là bỏ sót tổn thương. Về điều trị sau mổ, cả 03 trường hợp chúng tôi nuôi dưỡng hoàn toàn bằng tĩnh mạch trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên, kháng sinh được sử dụng là kết hợp giữa 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g x 02 lọ/ngày) và Metronodazone 0,5g x 02 lọ/ngày. Phác đồ kháng sinh này được duy trì đến lúc bệnh nhân ổn định hoàn toàn, tức ngày 10 sau mổ hoặc bệnh nhân ra viện.

Diễn biến hậu phẫu của cả 3 trường hợp đều bình thường không có biến chứng nào xảy ra. Bệnh nhân trung tiện, lưu thông tiêu hóa sau phẫu thuật 48 - 72 giờ, dẫn lưu ra toàn bộ là dịch tiết, không ghi nhận thấy dịch tiêu hóa.

Cả 3 trường hợp chúng tôi đều để dẫn lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5. Tức là sau 2 ngày bệnh nhân trung tiện được. Và đây cũng là khoảng thời gian bệnh nhân được cho ăn trở lại. Chúng tôi quyết định như vậy để đảm bảo có thể phát hiện kịp thời những biến chứng hoặc sót tổn thương sau phẫu thuật.

Qua y văn và các báo cáo trước đây đều chỉ ra tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân là 1 tình huống hiếm gặp trên lâm sàng, hầu hết trong số đó đều được chẩn đoán qua phẫu thuật ổ bụng, nay sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã giúp việc thăm dò ổ bụng được dễ dàng hơn. Năm 2000, Mularski và cộng sự, báo cáo 11 trường hợp được phẫu thuật nội soi trong số 36 (31%) bệnh nhân tràn khí màng bụng không phẫu thuật [2]. Năm 2015, Nidal İflazoğlu và cộng sự báo cáo bệnh nhân nữ 79 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân, được nội soi ổ bụng chẩn đoán [9]. Năm 2022, Anasua Deb, MD báo cáo trường hợp nam

58 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân, được theo dõi và điều trị bảo tồn, không phẫu thuật [10]. Năm 2022, David R. Velez báo cáo trường hợp nữ 79 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân tái phát trên nền bệnh nhân mắc Co-vid 19, có phẫu thuật nội soi chẩn đoán.

IV. KẾT LUẬN

Tràn khí ổ bụng chưa rõ nguyên nhân là những tình huống hiếm gặp trên lâm sàng. Chẩn đoán mà không cần phẫu thuật thường rất khó khăn. Cần thiết khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng một cách tỉ mỉ, kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán chính xác bệnh tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân và đưa ra phương án điều trị thích hợp nhất, tránh phẫu thuật không cần thiết. Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp được lựa chọn tối ưu để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Huy (2006), Bài 23. Dạ dày, ruột non và tụy, Giải phẫu người - Đại học y Hà Nội, NXB y học, 244 – 253.
2. Mularski, R. A., et al. (1999). "Nonsurgical causes of pneumoperitoneum." Western Journal of Medicine 170(1): 41.
3. Karaman, A., Demirbilek, S., Akın, M., Gürünlüoğlu, K., & İrşi, C. (2005). Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. Pediatric surgery international, 21, 819-824.
4. Omori, H., Asahi, H., Inoue, Y., Irinoda, T., & Saito, K. (2003). Pneumoperitoneum without perforation of the gastrointestinal tract. Digestive Surgery, 20(4), 334-338.
5. Eslick, G. D., Chalasani, V., & Salama, A. B. (2006). Idiopathic pneumoperitoneum. European Journal of Internal Medicine, 17(2), 141-143.
6. Phạm Văn Linh (2007), Bài 2. Thủng dạ dày, tá tràng, Ngoại bệnh lý tập 1 – Bộ y tế, NXB y học, 20 – 26.
7. Pitiakoudis, M., Zezos, P., Oikonomou, A., Kirmanidis, M., Kouklakis, G., & Simopoulos, C. (2011). Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum presenting as an acute abdomen: a case report. Journal of Medical Case Reports, 5, 1-4.
8. Draper K, Jefson R, Jongeward R Jr, McLeod M: Duration of postlaparoscopic pneumoperitoneum. Surg Endosc. 1997; 11:809-11
9. İflazoğlu, N., Gökçe, O. N., Kivrak, M. M., & Kocamer, B. (2015). Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum with acute abdomen. Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi, 31(2), 110.
10. Deb, A., Ghosh, B., Cavazos, A., Songtanin, B., Leelaviwat, N., & Nugent, K. (2022, February). Idiopathic spontaneous pneumoperitoneum. In Baylor University Medical Center Proceedings (Vol. 35, No. 2, pp. 224-226). Taylor & Francis.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Trần Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ mắc, căn nguyên vi sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc, tiến hành trên 48 bệnh nhân được ghép thận từ tháng 7/2023–12/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu trên 48 bệnh nhân ghép thận, tuổi trung bình là $39,5 \pm 11,2$ tuổi, nam giới chiếm 72,9%. Nguyên nhân suy thận mạn phổ biến nhất là viêm cầu thận (75%), phần lớn bệnh nhân được điều trị thay thế bằng thẩm tách máu trước ghép (87,5%). Tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu trong 6 tháng đầu sau ghép là 58,3%, cao nhất trong tháng đầu tiên (66,7%), với Escherichia coli là tác nhân chủ yếu

(47,9%). Phân tích đơn biến cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng tiết niệu sau ghép ($p < 0,01$). **Kết luận:** Nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng thường gặp sau ghép thận, đặc biệt trong tháng đầu. Biến chứng tiết niệu có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ nhiễm trùng, do đó cần tăng cường phát hiện và can thiệp sớm để cải thiện kết quả điều trị sau ghép

Từ khóa: Nhiễm trùng tiết niệu, suy thận mạn, ghép thận.

SUMMARY

EVALUATION OF URINARY TRACT INFECTIONS AND ASSOCIATED FACTORS IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the incidence, microbiological etiology, and associated risk factors of urinary tract infections in kidney transplant recipients at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A descriptive, prospective cohort study was conducted on 48 kidney transplant patients from July 2023 to December 2024. **Results:** Among the 48 kidney

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025