

FEV1 là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh nhân COPD phổ biến, giúp xác định mức độ nghiêm trọng của bệnh dựa trên chức năng hô hấp, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan rõ rệt giữa FEV1 và kết cục lâm sàng trong đợt cấp COPD.

Thông khí không xâm lấn có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và nhu cầu đặt nội khí quản ở bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, khi bệnh nhân tiến triển đến mức cần thông khí không xâm lấn hoặc thông khí xâm lấn, điều này thường chỉ ra rằng tình trạng bệnh đã rất nghiêm trọng, có thể phản ánh một mức độ suy hô hấp cấp không thể cải thiện chỉ bằng các phương pháp hỗ trợ nhẹ hơn.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố như tuổi cao, tình trạng suy hô hấp, điểm CAT cao, FEV1 thấp và bất thường các chỉ số khí máu (PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng, HCO₃⁻ giảm) có liên quan đến kết cục xấu ở bệnh nhân COPD nhập viện vì đợt cấp. Việc đánh giá sớm các yếu tố này có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ và cải thiện tiên lượng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thành, Cao Thị Mỹ Thúy, Võ Phạm Minh Thư (2012). "Xây dựng mô hình hệ thống quản lý và điều trị hiệu quả bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản trong bệnh viện và ở cộng đồng". Tạp chí Y học Việt Nam, tr.115-125.
2. Hunter, L. C., Lee, R. J., Butcher, I., Weir, C. J., Fischbacher, C. M., McAllister, D., Wild, S. H., Hewitt, N., Hardie, R. M. (2016) "Patient characteristics associated with risk of first hospital

admission and readmission for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) following primary care COPD diagnosis: a cohort study using linked electronic patient records". BMJ Open, 6, (1), e009121.

3. Kaleem-Ullah, M., Parthasarathi, A., Biligere Siddaiah, J., Vishwanath, P., Upadhyay, S., Ganguly, K., Anand-Mahesh, P. (2022) "Impact of Acute Exacerbation and Its Phenotypes on the Clinical Outcomes of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Study". Toxics, 10, (11).
4. Osadnik, C. R., Tee, V. S., Carson-Chahhoud, K. V., Picot, J., Wedzicha, J. A., Smith, B. J. (2017) "Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease". Cochrane Database Syst Rev, 7, (7), Cd004104.
5. Plant, P. K., Owen, J. L., Elliott, M. W. (2000) "Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: a multicentre randomised controlled trial". Lancet, 355, (9219), 1931-5.
6. Rehman, A. U., Muhammad, S. A., Tasleem, Z., Alsaedi, A., Dar, M., Iqbal, M. O., Rasool, M. F., Shah, S., Abbas, G., Shakeel, S., Hayat, K. (2021) "Humanistic and socioeconomic burden of COPD patients and their caregivers in Malaysia". Sci Rep, 11, (1), 22598.
7. Wedzicha, J. A., Seemungal, T. A. (2007) "COPD exacerbations: defining their cause and prevention". Lancet, 370, (9589), 786-96.
8. Zhang, J., Yi, Q., Zhou, C., Luo, Y., Wei, H., Ge, H., Liu, H., Peng, L., Pu, J., Zhou, H. (2024) "A simple clinical risk score (ABCMP) for predicting mortality in patients with AECOPD and cardiovascular diseases". Respir Res, 25, (1), 89.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA DO DỊ VẬT TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Ngô Quang Duy¹, Trần Huỳnh Lộc², Nguyễn Trí Nhân¹,
Chung Hoàng Phương¹, Nguyễn Văn Sanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thùng đường tiêu hóa do dị vật là một tình trạng cấp cứu ngoại khoa, có thể dẫn đến viêm phúc mạc và thậm chí đe dọa tính mạng nếu không điều trị kịp thời. Nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả điều trị phẫu thuật thùng đường tiêu hóa do dị vật và đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh có tình trạng này. **Phương pháp:** Báo

cáo hàng loạt ca. Chúng tôi hồi cứu từ hồ sơ bệnh án của các người bệnh thùng đường tiêu hóa do dị vật được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 1/2022 - 6/2024. Dữ liệu được thu thập tập trung vào đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật. **Kết quả:** Từ 01/2022 - 06/2024, có 30 người bệnh được chỉ định phẫu thuật thùng đường tiêu hóa (từ thực quản đến đại tràng) do dị vật. Tỷ lệ nam:nữ là 2:1, tuổi trung bình là 56,2 ± 18,4 tuổi. Phân bố vị trí của dị vật tại đường tiêu hóa: thực quản-da dày 3,3% (1/30), dạ dày 6,7% (2/30), tá tràng 6,7% (2/30), hồng-hồi tràng 53,3% (16/30), đại tràng 26,7% (8/30) và ruột thừa 3,3% (1/30). Hình ảnh học được sử dụng nhiều nhất để phát hiện thùng đường tiêu hóa do dị vật là chụp cắt lớp vi tính. Loại dị vật thường gặp nhất là xương chiếm 70% (21/30). Phương pháp phẫu thuật chủ yếu được lựa

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Duy

Email: ngoquangduy1602ykh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

chọn là phẫu thuật nội soi, lấy dị vật và xử lý thương tổn. Phần trăm bệnh diễn tiến nặng sau phẫu thuật là 6,7% (2/30). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình khoảng 6,5 ngày. Tổng số trường hợp cần mổ hậu môn nhân tạo chiếm 20% (6/30). **Kết luận:** Dị vật đa phần được phát hiện trên CT scan và thường là xương và tằm tre. Phẫu thuật được chỉ định ở những trường hợp nuốt dị vật có biến chứng. Kết quả sau mổ ở mức chấp nhận được, tỉ lệ tái nhập viện do biến chứng còn cao tuy nhiên đáp ứng với điều trị nội khoa. **Từ khóa:** Dị vật, thủng đường tiêu hóa.

SUMMARY

OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT OF GASTROINTESTINAL PERFORATION DUE TO FOREIGN BODIES IN NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Objective: Gastrointestinal perforation due to foreign bodies is a surgical emergency, which can cause peritonitis and even threaten the patient's life if not treated promptly. This study aimed to investigate the outcome of surgical treatment of gastrointestinal perforation due to foreign bodies and the clinical and paraclinical characteristics of patients with these conditions. **Method:** Case series study. We retrospectively reviewed medical records of gastrointestinal perforation due to foreign bodies patients treated operatively at Nhan dan Gia Dinh Hospital from 2022 to 2024. Data were collected focusing on the clinical and paraclinical characteristics and the outcome of surgical treatment. **Result:** During the time from 2022 to 2024, 30 patients were indicated for surgery for gastrointestinal perforation (from esophagus to colon) due to foreign bodies. The male: female ratio is 2:1, mean age is 56.2 ± 18.4 years old. The distribution of the location of gastrointestinal foreign bodies: esophagus-stomach 3.3% (1/30), stomach 6.7% (2/30), duodenum 6.7% (2/30), jejunum and ileum 53.3% (16/30), colon 26.7% (8/30) và appendix 3.3% (1/30). The most imaging used to detect perforation due to foreign bodies is CT-Scan. The most common foreign body causing perforation is fish bone, 70% (21/30). The main surgical method is laparoscopic surgery to remove foreign bodies and primary repair. The rate of severe disease progression after surgery is 6.7% (2/30). The average postoperative hospital stay is about 6.5 days. The total of cases required living with stoma accounted for 20% (6/30). **Conclusion:** CT scanning is the most accurate exam with calcic density inside an inflamed area. Surgery intervention is indicated in complications of ingestion of foreign bodies on laparotomy or laparoscopy. Post-operative outcomes are acceptable. **Keywords:** foreign bodies, gastrointestinal perforation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường xảy ra ở trẻ nhỏ và người lớn tuổi, do vô tình hay cố ý nuốt phải. Hầu hết các dị vật vào đường tiêu hóa sẽ được đào thải ra ngoài một cách tự nhiên; tuy nhiên một số trường hợp dị vật thể kẹt lại ở một vị trí trên

đường tiêu hóa và gây biến chứng thủng, tắc nghẽn, chảy máu, có thể dẫn đến viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng, thậm chí tử vong⁴.

Hầu hết các trường hợp không ghi nhận nuốt dị vật, chỉ vào viện khi có biểu hiện lâm sàng của biến chứng trên đường tiêu hóa, được phát hiện có dị vật trên hình ảnh học và can thiệp qua phẫu thuật nội soi hoặc nội soi tiêu hóa phát hiện dị vật.

Trong một số trường hợp phát hiện sớm việc nuốt dị vật có thể thực hiện nội soi thực quản-dạ dày-tả tràng để lấy dị vật ra. Bên cạnh đó, một số trường hợp cần phẫu thuật khi đánh giá không phù hợp với can thiệp qua nội soi tiêu hóa như khi dị vật đi xuống các đoạn ống tiêu hóa phía dưới hoặc cắm sâu vào thành ống tiêu hóa và thường gây ra biến chứng thủng⁷

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu như sau:

- Mô tả đặc điểm phẫu thuật và đặc điểm dị vật trong thủng đường tiêu hóa do dị vật.
- Xác định kết quả điều trị phẫu thuật thủng đường tiêu hóa do dị vật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu báo cáo hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên; thủng đường tiêu hóa do dị vật được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 01/2022 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có đủ thông tin và/hoặc không tìm thấy dị vật trong phẫu thuật (theo tường trình phẫu thuật).

Biến số nghiên cứu: tuổi, giới tính, lý do nhập viện, vị trí đau bụng khi thăm khám, X quang bụng đứng không sửa soạn, chụp cắt lớp vi tính bụng chậu, phát hiện dị vật trên hình ảnh học, vị trí dị vật, loại dị vật, số lượng dị vật, phương pháp phẫu thuật, nội soi tiêu hóa trong mổ, xử trí trong mổ, thời gian phẫu thuật, biến chứng cần mổ lại, kết cục sớm sau mổ, thời gian nằm viện, tái nhập viện vì biến chứng, điều trị tái nhập viện vì biến chứng, kết cục lần tái nhập viện vì biến chứng, tái nhập viện để đóng hậu môn nhân tạo, phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo, kết cục lần tái nhập viện để đóng hậu môn nhân tạo.

Tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Lập danh sách các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, và loại các trường hợp theo tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và phần mềm điện tử bệnh viện Nhân dân Gia

Định theo bảng thu thập số liệu.

Bước 3: Nhập vào và xử lý số liệu.

Bước 4: Đưa ra kết quả và viết bài báo cáo.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và phần mềm điện tử bệnh viện Nhân dân Gia Định theo bảng thu thập số liệu bởi những người thu thập dữ liệu là các bác sĩ có chuyên môn Ngoại khoa, có kiến thức về các bệnh, vấn đề trong nghiên cứu.

Nhập vào và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS cho Windows phiên bản 20 (IBM, Armonk, New York, Hoa Kỳ). Biến định tính: Xác định tần số, tỉ lệ phần trăm tương ứng theo các khoảng thời gian trong nghiên cứu. Biến định lượng: Xác định giá trị trung bình, trung vị, nhỏ nhất, lớn nhất tương ứng theo các khoảng thời gian trong nghiên cứu.

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Nhân dân Gia Định chấp thuận theo giấy chứng nhận số 107/NDGD-HĐĐĐ ngày 12/08/2024

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 30 người bệnh vào viện được phẫu thuật thủng đường tiêu hóa do dị vật từ 01/2022 đến 06/2024 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định thỏa tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng và hình ảnh học

Đặc điểm	Kết quả (N=30)
Tuổi trung bình (năm tuổi)	56,20±18,40
Tuổi trung vị	59,50
Tuổi cao nhất	86
Tuổi thấp nhất	16
Giới tính	
Nữ	11 (36,7%)
Nam	19 (63,3%)
Vị trí đau bụng khi thăm khám	
Thượng vị	9 (30,0%)
Hố chậu phải	3 (10,0%)
Hố chậu trái	4 (13,3%)
Hạ vị	7 (23,3%)
Khấp bụng	6 (20,0%)
Hạ sườn phải	1 (3,3%)
X quang bụng đứng không sửa soạn	
Có	13 (43,3%)
Không	17 (56,7%)
Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu	
Có	29 (96,7%)
Không	1 (3,3%)
Phát hiện dị vật trên hình ảnh học	
Có	20 (66,7%)
Không	10 (33,3%)

Tuổi của người bệnh thủng đường tiêu hóa do dị vật trung bình khoảng 56 tuổi, dao động trên một khoảng rất lớn. Gần 2/3 số người bệnh có phái tính nam, gấp đôi số lượng người bệnh phái tính nữ. Phần lớn các trường hợp thủng đường tiêu hóa do dị vật có lý do nhập viện là đau bụng (chiếm gần 90%). Gần 1/3 các trường hợp người bệnh đau bụng vùng thượng vị. Hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu được chỉ định chụp cắt lớp vi tính bụng chậu, chỉ có 1 trường hợp trong tổng số 30 trường hợp được chỉ định mổ mà không có chụp cắt lớp vi tính trước mổ. Tỉ lệ phát hiện dị vật trên hình ảnh học là 2/3 các trường hợp. (Bảng 1)

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật và dị vật

Đặc điểm	Kết quả (N=30)
Vị trí dị vật	
Thực quản-dạ dày	1 (3,3%)
Dạ dày	2 (6,7%)
Tá tràng	2 (6,7%)
Hồng-hồi tràng	16 (53,3%)
Đại tràng	8 (26,7%)
Ruột thừa	1 (3,3%)
Loại dị vật	
Xương	21 (70,0%)
Que tăm	5 (16,7%)
Răng giả	1 (3,3%)
Kim loại chữ X	2 (6,7%)
Vỏ thuốc	1 (3,3%)
Số lượng dị vật	
Một	27 (90,0%)
Từ 2 trở lên	3 (10,0%)
Phương pháp phẫu thuật	
Phẫu thuật nội soi	15 (50,0%)
Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở	12 (40,0%)
Phẫu thuật mở	3 (10,0%)
Nội soi tiêu hóa trong mổ	
Có	5 (16,7%)
Không	25 (83,3%)
Xử trí trong mổ	
Khâu	23 (73,4%)
Cắt nối ống tiêu hoá	1 (3,3%)
Cắt ruột thừa	1 (3,3%)
Mở hậu môn nhân tạo	6 (20,0%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	122,50±61,22
Thời gian phẫu thuật trung vị (phút)	107,50
Thời gian dài nhất	265
Thời gian ngắn nhất	40

Vị trí thủng đường tiêu hóa do dị vật nhiều nhất là hồng-hồi tràng, chiếm hơn 50% các trường hợp. Đặc biệt, có 1 trường hợp thủng ruột thừa do dị vật đâm ruột thừa. Loại dị vật chiếm tỉ lệ nhiều nhất với hơn 2/3 các trường hợp là xương. Có một nửa các trường hợp có thể

phẫu thuật nội soi hoàn toàn để giải quyết thương tổn Gần 1/5 các trường hợp cần nội soi tiêu hóa phối hợp trong mổ. Đa số các trường hợp được xử trí trong mổ là khâu vị trí thủng ống tiêu hoá, chiếm gần ¾ các trường hợp. Có 20% các trường hợp cần mở hậu môn nhân tạo trong lần mổ đầu tiên. Thời gian phẫu thuật trung bình của tất cả các trường hợp thủng đường tiêu hóa do dị vật khoảng 120 phút (khoảng 2 giờ). Trường hợp có thời gian mổ dài nhất là 265 phút (gần 4,5 giờ), trường hợp có thời gian mổ ngắn nhất là 40 phút. (Bảng 2).

Bảng 3. Kết quả điều trị phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả (N=30)
Biến chứng	
Xì miệng nổi	2 (6,7%)
Áp xe tồn lưu	2 (6,7%)
Không biến chứng	26 (86,7%)
Kết cục sớm sau mổ	
Ổn định và xuất viện	28 (93,3%)
Nặng xin về	2 (6,7%)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	6,37 ± 5,90
Thời gian nằm viện trung vị (ngày)	5,00
Thời gian dài nhất	35
Thời gian ngắn nhất	2
Tái nhập viện vì biến chứng	
Áp xe tồn lưu	2 (6,7%)
Bán tắc ruột do dính	2 (6,7%)
Điều trị tái nhập viện vì biến chứng (N=4)	
Nội khoa	3/4 (75%)
Phẫu thuật	1/4 (25%)
Kết cục lần tái nhập viện vì biến chứng	
Ổn định và xuất viện	4/4 (100%)
Nặng xin về	0 (0%)
Tái nhập viện để đóng hậu	

Bảng 4. Kết quả sau mổ theo phương pháp tiếp cận phẫu thuật

	Phẫu thuật nội soi	Phẫu thuật mở và chuyển mổ mở	p-value
Thời gian phẫu thuật (phút)	88 ± 36	156 ± 63	p<0,01
Biến chứng hậu phẫu:			
Không	14	12	
Áp xe tồn lưu	0	2	
Xì rò	1	1	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	4,5 ± 1,8	8,2 ± 7,8	p=0,10
Tái nhập viện vì biến chứng:			
Không	14	12	
Áp xe tồn lưu	0	2	
Tắc ruột do dính	1	1	

Thời gian phẫu thuật nội soi có phần ngắn hơn có ý nghĩa thống kê (tuy nhiên nhiều trường hợp ban đầu được chỉ định phẫu thuật nội soi sau đó chuyển mổ mở, chiếm 40%).

Đa số các trường hợp không có biến chứng ở cả 2 phương pháp tiếp cận phẫu thuật. Các trường hợp áp xe tồn lưu ghi nhận ở nhóm mổ mở.

môn nhân tạo (N=6)	
Có	6/6 (100,0%)
Không	0/6 (0%)
Phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo (N=6)	
Có	6/6 (100,0%)
Không	0/6 (0%)
Kết cục lần tái nhập viện để đóng hậu môn nhân tạo (N=6)	
Ổn định và xuất viện	6/6 (100%)
Nặng xin về	0 (0%)

Đa số các trường hợp có diễn tiến hậu phẫu phục hồi tốt, không biến chứng. Có khoảng 10% các trường hợp có biến chứng xì miệng nổi và áp xe tồn lưu cần phải phẫu thuật lại. Có 2 ca nặng xin về, chiếm gần 7% tổng số các trường hợp. Các ca nặng xin về không trùng với các trường hợp cần phải mổ lại. Các ca nặng xin về không trùng với các trường hợp cần phải mổ lại. Bệnh cảnh trong thủng đường tiêu hóa do dị vật diễn biến phức tạp, có thể có yếu tố nặng tại chỗ, cần phải can thiệp ngoại khoa tiếp theo để xử trí. Bên cạnh đó cũng có trường hợp tiếp tục diễn tiến nặng tình trạng sốc nhiễm trùng, suy hô hấp dẫn đến suy đa tạng khó hồi phục. Thời gian nằm viện trung bình là khoảng 6,5 ngày. Có 4 trường hợp, chiếm gần 7% các trường hợp cần phải tái nhập viện vì biến chứng. Có 2 trường hợp áp xe tồn lưu; trùng với 2 trường hợp áp xe tồn lưu phải mổ lại cùng đợt nằm viện mổ thủng đường tiêu hóa do dị vật, 1 trường hợp đáp ứng với điều trị nội khoa, trong khi 1 trường hợp cần phải phẫu thuật. Tất cả 6 trường hợp có mở hậu môn nhân tạo trong lần phẫu thuật thủng đường tiêu hóa do dị vật đều tái nhập viện để phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo và có kết cục ổn định và xuất viện (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của người bệnh thủng đường tiêu hóa do dị vật khoảng 56 tuổi, dao động rộng, phản ánh khả năng nuốt phải dị vật ở mọi lứa tuổi, đặc biệt ở người già và trẻ em. Gần 2/3 người

bệnh là nam, tương đồng với báo cáo của A.M. Villanueva Campos và Tingting Hu^{4,7}. Triệu chứng nhập viện thường gặp nhất là đau bụng ($\approx 90\%$), phù hợp với nghiên cứu của Tingting Hu (68,9%)⁴. Hầu hết các trường hợp được chụp CT bụng – chậu, với tỉ lệ phát hiện dị vật khoảng 2/3, thấp hơn so với nghiên cứu của Tôn Hoàng Long Thân và cs (95,7–100%)¹.

Vị trí thủng hay gặp nhất là hồng – hồi tràng ($> 50\%$), tiếp theo là đại tràng ($\sim 1/3$), tương tự các nghiên cứu của A.M. Villanueva Campos và Atef Mejri^{6,7}. Dị vật gây thủng rất đa dạng, nhưng phổ biến nhất vẫn là xương ($\approx 2/3$), kể đến là tằm ($\approx 1/6$), phù hợp với báo cáo của Sabrina Cheok và Atef Mejri^{3,6}.

Khoảng một nửa trường hợp được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, thể hiện xu hướng can thiệp xâm lấn tối thiểu nhằm giảm đau và rút ngắn thời gian hồi phục. Khoảng 1/5 số ca cần phối hợp nội soi tiêu hóa trong mổ để định vị và lấy dị vật, nhất là khi dị vật nằm ở các vị trí trong tầm với nội soi từ D3 tá tràng đến van hồi – manh tràng. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ lấy dị vật thành công 76,2% của Đồng Thanh Thiện và cộng sự².

Gần 3/4 ca được khâu lỗ thủng; chỉ 1 ca cần cắt nối và 1 ca cắt ruột thừa, phù hợp đặc điểm thủng do dị vật: lỗ thủng nhỏ, bờ mềm, ít vấy bẩn. Khoảng 20% trường hợp phải mổ hậu môn nhân tạo, chủ yếu khi thủng đại tràng, có nhiễm trùng ổ bụng nặng hoặc người bệnh lớn tuổi, suy dinh dưỡng. Tỷ lệ khâu vị trí thủng cũng tương đồng báo cáo của Xiao-Kun Lin và cộng sự (76,3%)⁵.

Thời gian nằm viện trung bình khoảng 6,5 ngày, ngắn hơn một số nghiên cứu quốc tế⁴, phù hợp với việc đa số người bệnh hồi phục tốt sau mổ. Tuy nhiên, $\sim 10\%$ trường hợp có biến chứng (xì miệng nổi, áp xe tồn lưu) cần phẫu thuật lại; $\sim 7\%$ xin về trong tình trạng nặng; $\sim 7\%$ tái nhập viện do biến chứng, gồm bán tắc ruột và áp xe tồn lưu. Dù vậy, đa số trường hợp đáp ứng điều trị nội khoa và hồi phục ổn định.

Thời gian phẫu thuật nội soi ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$), nhưng kết quả này chịu ảnh hưởng lớn bởi việc lựa chọn ban đầu: 90% được chỉ định nội soi, nhưng gần một nửa phải chuyển mổ mở do thương tổn phức tạp hoặc nhiễm bẩn nặng. Do đó, nhóm hoàn toàn nội soi nhìn chung có thương tổn đơn giản hơn, khiến sự khác biệt về thời gian mổ và biến chứng chưa đủ thuyết phục để khẳng định ưu thế tuyệt đối của nội soi.

Nghiên cứu vẫn còn hạn chế do cỡ mẫu nhỏ, thiết kế hồi cứu và chưa có sức khái quát cao, nhưng góp phần mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn

đoán và kết cục điều trị của thủng đường tiêu hóa do dị vật trong thực hành thực tế.

V. KẾT LUẬN

Thủng đường tiêu hóa do dị vật là một tình trạng cấp cứu ngoại khoa đáng được quan tâm. Đau bụng chiếm phần lớn lý do nhập viện của người bệnh với biểu hiện đau bụng ở nhiều vị trí đa dạng tùy theo thương tổn trong ổ bụng. Dị vật đường tiêu hóa có thể được phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính bụng chậu. Dị vật thường là xương và tằm tre. Vị trí thủng đường tiêu hóa do dị vật thường gặp nhất là hồng-hồi tràng và đại tràng. Phẫu thuật được chỉ định ở những trường hợp nuốt dị vật có biến chứng. Kết quả sớm sau phẫu thuật cho thấy đa số các trường hợp ổn định và xuất viện. Có ít trường hợp cần tái nhập viện vì biến chứng, đa số đáp ứng với điều trị nội khoa. Tất cả các trường hợp mổ hậu môn nhân tạo đều tái nhập viện để phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo và đều có kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thần, T.L.H., Đức, V.T., and Loan, N.T.P.**, "Đặc điểm hình ảnh X quang cắt lớp vi tính của thủng đường tiêu hóa do dị vật". Y Học TP. Hồ Chí Minh. (2019), 23(1): tr. 120-125.
2. **Thiện, Đ.T., Việt, P.Q., and Hùng, Đ.Q.**, "Kết quả điều trị dị vật đường tiêu hóa tại bệnh viện Bình Dân". Y Học TP. Hồ Chí Minh. (2018), 22(2): tr. 233-239.
3. **Cheok, S., M.H.W. Mak, S.D. Rambachan, and C.L.K. Chia.** "Fish bone ingestion presenting to a local institution in Singapore". Singapore medical journal. (2020), 61(11): pp. 578-583.
4. **Hu, T., J. Zhang, Y. Liu, L. Chen, W. Cen, W. Wu, Q. Huang, X. Sun, S. Stock, M. Zippi, V. Zimmer, Z. Basharat, and W. Hong.** "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: pp. goac036.
5. **Lin, X.-K., D.-Z. Wu, X.-F. Lin, and N. Zheng.** "Intestinal perforation secondary to ingested foreign bodies: a single-center experience with 38 cases". Pediatric Surgery International. (2017), 33(5): pp. 605-608.
6. **Mejri, A., J. Yaacoubi, M.A. Mseddi, and A. Omry.** "Gastrointestinal perforations by ingested foreign bodies: A preoperative diagnostic flowchart-based experience. A case series report". International Journal of Surgery Case Reports. (2022), 95: pp. 107216.
7. **Villanueva Campos, A.M., C. Martínez Rodríguez, G. Tardáguila de la Fuente, E. Utrera Pérez, and C. Jurado Basildo.** "Gastrointestinal perforation caused by ingested fish bone. Computed tomography findings in 58 patients". Radiología (English Edition). (2020), 62(5): pp. 384-391.
8. **Zong, Y., H. Zhao, C. Sun, M. Ji, Y. Wu, S. Zhang, and Y. Wang.** "Differences between intentional and accidental ingestion of foreign body in China". BMC Gastroenterology. (2020), 20(1): pp. 90.