Thủng ruột thừa do nuốt phải xương cá gây áp xe ở vùng hố chậu phải: Báo cáo một trường hợp

Appendiceal perforation due to ingesting fish bone leading to abscess at the right iliac fossa: A case report

Nguyễn Thanh Tâm *Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

Tóm tắt

Nuốt phải dị vật là một tình huống khá thường gặp trong cuộc sống. Tuy nhiên, thủng ruột thừa do vô tình nuốt phải xương cá là một hiện tượng rất hiếm gặp. Thông thường chẩn đoán chính xác trước mổ thường bị bỏ sót do bệnh không có triệu chứng đặc hiệu nên dễ nhầm với các bệnh khác như viêm ruột thừa cấp, viêm túi thừa đại tràng, viêm manh tràng, viêm túi mật cấp… Sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong. Để bổ xung thêm kinh nghiệm vào thực hành lâm sàng chúng tôi báo cáo một trường hợp nam giới, 49 tuổi được chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa cấp. Tuy nhiên, khi mổ nội soi cấp cứu lại phát hiện ruột thừa của bệnh nhân bị xuyên thủng bởi một xương cá gây áp xe ở vùng hố chậu phải. Bệnh nhân được lấy dị vật, cắt ruột thừa, lau rửa dẫn lưu hố chậu phải. Sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt và ra viện an toàn.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, thủng ruột thừa, dị vật, xương cá.

Summary

Foreign body ingestion is a quite common situation in everyday life. However, apendiceal perforation due to accidentally ingesting a fish bone is a very rare phenomenon. Often, the exact diagnosis is missed preoperatively because it has no specific symptoms, so it is easily confused with other diseases such as acute appendicitis, colonic diverticulitis, cecal infammation, acute cholecystitis, etc. Delay in diagnosis and treatment can be associated with higher rates of morbidity and mortality. In order to add to the library of experience for clinical practice, we would like to submit this case report of a 49-year old male who was diagnosed with acute appendicitis preoperatively. However during the emergency laparoscopy, the patient's appendix was detected to have been perforated by a fish bone, which led to abscess at the right iliac fossa. The patient had the foreign body removed, an appendectomy, a peritoneal lavage and the right iliac fossa drained. The postoperative recovery was uneventful and the patient was discharged safely.

Keywords: Acute appendicitis, appendiceal perforation, foreign body, fish bone.

1. Đặt vấn đề

Nuốt phải dị vật là một tình huống khá thường gặp trong cuộc sống [1], [3], [8], [10]. Khoảng 90%

Ngày nhận bài: 20/2/2021, ngày chấp nhận đăng: 08/3/2021

Người phản hồi: Nguyễn Thanh Tâm, Email: bstamb3a108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

các dị vật nuốt vào không có triệu chứng và được thải ra ngoài theo đường tiêu hóa mà không gây ra bất kỳ biến chứng nào. Chỉ một số ít các dị vật, đặc biệt là các vật cứng, sắc, nhọn gây biến chứng thủng ruột. Khi thủng đường tiêu hóa, bệnh nhân (BN) sẽ có bệnh cảnh cấp cứu về bụng và cần can thiệp ngoại khoa. Tuy nhiên do không có triệu chứng đặc hiệu nên phần lớn các trường hợp này đều bị chẩn đoán nhầm trước mổ thành các bệnh khác. Chẩn đoán chính xác thường chỉ được xác định trong mổ [1], [2]. Để góp phần nâng cao kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng, sau đây chúng tôi trình bày một trường hợp rất hiếm gặp là thủng ruột thừa (RT) do vô tình nuốt phải xương cá gây áp xe ở hố chậu phải và được điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi.

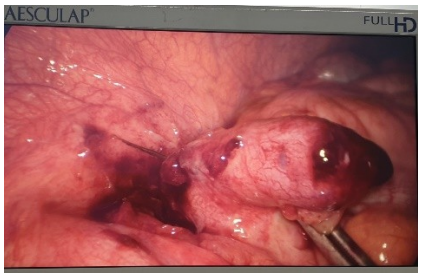
2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân Nguyễn Văn T. 49 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, biểu hiện bệnh từ ngày 16/6/2020 với triệu chứng đau bụng cấp vùng quanh rốn sau đó lan xuống và cố định ở hố chậu phải, không buồn nôn và nôn, vẫn trung đại tiện, tiểu tiện bình thường, cảm giác lúc sốt lúc không, uống thuốc giảm đau hạ sốt thấy người dễ chịu hơn. Ngày 18/6/2020 vào Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, số bệnh án BH-26461. Khám thấy: Thể trạng tốt, cao 165 cm, nặng 70kg, chỉ số BMI là 25,7, mạch 80 lần/phút, thân nhiệt 36,4 độ C, huyết áp 120/75mmHg, thở 20 lần/phút. Bụng không chướng, nhu động ruột rõ, điểm McBurney ấn đau, vùng hố chậu phải ấn đau, phản ứng thành bụng rõ. Các vùng khác của ổ bụng không đau, gan, lách, túi mật không to, không sờ thấy u bụng.

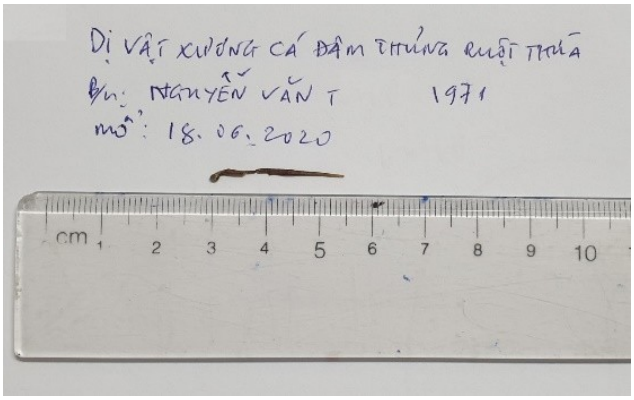
Xét nghiệm (XN): Số lượng hồng cầu 5,78T/L (4,2 - 6,0T/L), huyết sắc tố 177g/L (130 - 170L/L), hematocrite 0,534L/L (0,38 - 0,49L/L), số lượng bạch cầu: 13,48G/L (4 - 10G/L), tỷ lệ bạch cầu trung tính 69,2% (40 - 74%), GOT 45U/L (< 40U/L), GPT 55U/L (< 40U/L), bilirubin toàn phần 21,2 (< 17µmol/L). Siêu âm bụng: Gan nhiễm mỡ nhẹ, đường kính ruột thừa 11mm, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa, ổ bụng không có dịch. Các XN khác trong giới hạn bình thường.

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là viêm RT cấp ngày thứ 3 và được mổ nội soi cấp cứu ngày 18/6/2020. Bệnh nhân nằm ngửa, chân khép. Chúng tôi sử dụng 3 trocar (1 trocar 10mm qua rốn, 1 trocar 10mm ở hố chậu trái, 1 trocar 5mm ở đường trắng giữa, ngay phía trên xương mu). Khi mổ thấy: Mạc nối lớn, hồi tràng, manh tràng và thành bụng dính nhiều với nhau, xung quanh có ít dịch tiết. Gỡ dính thấy khoảng 30ml mủ trào ra, RT ở vị trí bình thường, dài khoảng 5cm, chỗ to nhất 10 - 11mm, viêm phù nề xung huyết mạnh. Ruột thừa bị xuyên thủng bởi 1 dị vật, một phần dị vật vẫn nằm trong RT. Xử trí: Hút hết dịch mủ, lấy dị vật ra khỏi ổ bụng, cắt ruột thừa, lau rửa sạch trường mổ, đặt 1 dẫn lưu qua lỗ trocar 5mm vào hố chậu phải. Sau mổ BN được dùng kháng sinh 4 ngày, diễn biến tốt và ra viện ngày 22/6/2020 sau 4 ngày vào viện. Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh của RT là viêm ruột thừa cấp (số phiếu 20B847). Dị vật dài 2,5cm, to 1mm, đầu nhọn, được BN xác nhận là xương cá. Bệnh nhân cho biết, trước khi đau bụng 3 ngày có ăn cá nhưng không biết đã vô tình nuốt phải xương cá khi nào.

Hình 1. Hình ảnh mủ trào ra từ ổ áp xe quanh ruột thừa



Hình 2. Hình ảnh dị vật xuyên qua ruột thừa



Hình 3. Hình ảnh dị vật là xương cá

3. Bàn luận

3.1. Tần xuất, đặc điểm và các yếu tố nguy cơ nuốt phải dị vật

Nuốt phải dị vật là một vấn đề khá phổ biến trên toàn thế giới, tỷ lệ ước tính là 120/1000000 dân và khoảng 1500 trường hợp tử vong mỗi năm [8]. Tuy nhiên, phần lớn dị vật nuốt vào sẽ được thải ra ngoài theo đường tự nhiên (khoảng 80 - 90%) mà không gây ra bất kỳ biến chứng nào. Chỉ một số dị vật có thể gây ra các biến chứng như tắc, thủng hoặc chảy máu đường tiêu hóa, trong đó tỷ lệ gây thủng ruột là < 1% đặc biệt là với vật sắc nhọn [1], [2], [3], [10]. Nuốt phải dị vật có thể xảy ra ở tất cả mọi người và mọi lứa tuổi, tuy nhiên nguy cơ cao hơn với các đối tượng như: Trẻ em, người già, thiểu năng trí tuệ, tâm thần, nghiện rượu, say rượu, móm răng, đeo răng giả, ăn nhanh… [8], [10]. Ở người khỏe mạnh, tỉnh táo thì nuốt phải dị vật là rất hiếm và thường do vô tình. Trường hợp BN của chúng tôi cũng là người khỏe mạnh, không có khuyết tật về răng miệng và nuốt phải xương cá cũng là do vô tình. Trong y văn đã có nhiều báo cáo về thủng RT do vô tình nuốt phải dị vật ở người khỏe mạnh. Các dị vật nuốt phải cũng rất phong phú và có phần phụ thuộc vào lứa tuổi, thói quen, tâm thần kinh, tập quán, văn hóa và ẩm thực của người bệnh. Một số dị vật nuốt phải đã được thông báo như: Tăm xỉa răng, xương cá, xương gà, mảnh gỗ, các loại hạt, que ăn hoa quả (cocktail stick), mũi khoan răng, kim hoặc ghim kim loại, đồ trang sức ở lưỡi (tongue studs), pin điện tử (pin cúc áo/button battery), đạn súng hơi (shot pellet)… trong đó các dị vật dài, sắc, nhọn thì dễ gây thủng đường tiêu hóa nhất [1], [2], [6].

3.2. Vị trí tổn thương đường tiêu hóa do dị vật

Dị vật có thể gây thủng đường tiêu hóa ở mọi vị trí nhưng nguy cơ thủng cao nhất ở các chỗ hẹp tự nhiên hoặc gập góc như vùng hồi- manh tràng, chỗ nối xích ma trực tràng (rectosigmoid junction) hoặc các chỗ hẹp mắc phải do dính, do u, hẹp miệng nối, thoát vị… [1], [3]. Tuy nhiên vô tình nuốt phải xương cá gây biến chứng thủng RT và áp xe ở vùng hố chậu phải như BN của chúng tôi là rất hiếm. Các tác giả như Ajay Kumar Yadav [1], Sadi A Abukhalaf [7], Tantan Ma MS [10] cũng nhận định như vậy. Theo Peter Hulme thì dị vật trong RT là cực thấp với tỷ lệ 0,005%, tác giả cũng thông báo 1 trường hợp viêm thủng RT do 1 hạt thực vật (seed) có hình bầu dục, kích thước 8 × 13mm [6]. Một số tình huống tương tự khác cũng được các tác giả công bố như: Baek Seong Kyu thông báo 1 trường hợp thủng RT, áp xe vùng hố chậu phải do vô tình nuốt phải đạn súng săn 5 tháng trước [2]. Bernabé Esteban Aguilar Ayala thông báo 1 trường hợp bị thủng manh tràng và RT bởi 2 que tăm [3]. Israel Abellán thông báo 1 trường hợp viêm RT cấp do dị vật là 1 viên đạn súng hơi dài 1,7cm [4]. Sunil B Magadum thông báo 1 trường hợp thủng RT do xương cá [9]. Sadi A Abukhalaf thông báo 1 trường hợp tắc lòng RT do dị vật là kim loại dài 5cm. Hồi cứu tài liệu trong 100 năm qua mới có 256 trường hợp có dị vật trong lòng RT do nuốt phải [7]. Theo Bernabé Esteban Aguilar Ayala khi dị vật xuyên

thủng đường tiêu hóa nó có thể nằm một phần ở trong một phần ở ngoài lòng ruột hoặc nằm tự do trong khoang phúc mạc hoặc di chuyển vào các cơ quan lân cận hoặc trở lại lòng ruột để gây thủng chỗ khác hoặc thải ra ngoài [3]. Dị vật xương cá của BN trong báo cáo của chúng tôi có một phần nằm trong và một phần nằm ngoài RT.

3.3. Triệu chứng lâm sàng và vai trò của xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh

Thời gian từ khi nuốt phải dị vật đến khi thủng ruột cũng rất khác nhau, có thể từ vài ngày (3 ngày) như BN của chúng tôi, cho tới vài tuần, vài tháng thậm chí nhiều năm như một số tác giả đã thông báo [1], [2], [7]. Khi đường tiêu hóa bị thủng các BN đều có biểu hiện đau bụng cấp, nhiễm khuẩn ở các mức độ khác nhau và cần phải can thiệp ngoại khoa. Tuy nhiên do không có triệu chứng đặc hiệu nên hầu hết các BN này đều bị chẩn đoán nhầm trước mổ thành các bệnh lý khác như: Viêm RT cấp, viêm thủng túi thừa đại tràng, viêm túi mật cấp, … trong đó chẩn đoán nhầm là viêm RT cấp xảy ra nhiều nhất khi BN đau bụng ở hố chậu phải. Chẩn đoán chính xác chỉ được xác định trong khi mổ [3], [6], [7], [9]. Bệnh nhân của chúng tôi với các triệu chứng đã nêu ở trên cũng bị chẩn đoán nhầm trước mổ là: viêm RT cấp ngày thứ 3, khi mổ mới phát hiện RT của BN bị xuyên thủng bởi 1 xương cá dẫn đến áp xe ở vùng hố chậu phải. Siêu âm và chụp X-quang bụng trước mổ của BN này không thấy khí tự do trong ổ bụng, không phát hiện được dị vật trong RT. Cũng như một số tác giả khác chúng tôi thấy rằng, triệu chứng lâm sàng của thủng đường tiêu hóa do dị vật là không đặc hiệu. Chính vì vậy, nếu các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh không phát hiện ra dị vật và BN cũng không biết có nuốt phải dị vật hay không thì việc chẩn đoán nhầm trước mổ của các BN này là điều khó tránh khỏi. Cùng nhận định như các tác giả khác chúng tôi cho rằng kết quả siêu âm phụ thuộc nhiều vào khả năng, kinh nghiệm của người làm siêu âm, hơn nữa các dị vật nhỏ như xương cá, tăm, mảnh gỗ thường ít cản quang vì vậy cũng khó phát hiện bằng chụp X-quang thường. Một số trường hợp RT bị thủng do dị vật được chẩn đoán chính xác trước mổ là nhờ siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography- CT). Tuy nhiên, thực tế không phải trường hợp nào siêu âm hoặc CT cũng phát hiện được dị vật vì nó phụ thuộc vào khả năng, kinh nghiệm của người làm siêu âm và mức độ cản quang của dị vật. Một lý do khác dẫn đến chẩn đoán nhầm trước mổ là do người thầy thuốc đã không nắm được tiền sử ăn uống của BN, không nghĩ đến nguyên nhân gây tổn thương là dị vật vì vậy không làm thêm các XN chẩn đoán hình ảnh khác để xác chẩn. Trường hợp BN của chúng tôi nếu được chụp CT bụng trước mổ thì có thể đã phát hiện được dị vật trong RT.

3.4. Điều trị

Về điều trị các trường hợp RT có dị vật, các tác giả đều thống nhất phải can thiệp ngoại khoa để lấy dị vật và cắt RT. Tuy nhiên, áp dụng phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở là tùy thuộc vào mức độ tổn thương của BN cũng như trang thiết bị, khả năng của gây mê hồi sức và phẫu thuật viên. Phẫu thuật nội soi với nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở như: Ít xâm lấn, ít đau, thẩm mỹ tốt, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn là ưu tiên được lựa chọn nhiều hơn [2], [3], [4], [6], [7], [9]. Phẫu thuật nội soi còn là phương tiện chẩn đoán hữu hiệu để xác định tổn thương trong các trường hợp khó. Bệnh nhân của chúng tôi cũng được xử lý bằng phẫu thuật nội soi để lấy dị vật, cắt ruột thừa, lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Sau mổ BN diễn biến tốt, hồi phục nhanh và ra viện an toàn sau 4 ngày mổ.

Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh RT của BN của chúng tôi là viêm RT cấp. Ở đây RT viêm là hậu quả bị xương cá xuyên thủng. Cơ chế viêm RT trong trường hợp này theo chúng tôi có thể vì các lý do sau: Thứ nhất do xương cá gây viêm bít tắc lòng RT, thứ hai do vi khuẩn trong lòng ruột xâm nhập vào thành RT qua lỗ thủng, thứ 3 là do cả hai. Tác giả Ajay Kumar Yadav thông báo 1 trường hợp viêm RT cấp ở BN bị thủng hồi tràng do mảnh xương trâu thì cho rằng: RT bị viêm là do bị ngâm trong dịch thoát ra từ hồi tràng [1].

Để hạn chế vấn đề nuốt phải dị vật, chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác cho rằng: Cần phải tuyên truyền, giáo dục nâng cao ý thức phòng tránh

nuốt phải dị vật cho người dân. Nếu không may nuốt phải dị vật thì phải đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn, khám xét, theo dõi và điều trị kịp thời nhằm tránh các biến chứng do dị vật có thể gây ra. Nếu nuốt phải dị vật được phát hiện sớm, chúng ta có thể sử dụng nội soi đường tiêu hóa để lấy dị vật khi chúng còn nằm trong thực quản, dạ dày hoặc tá tràng [7], [8], [10].

4. Kết luận

Thủng RT do vô tình nuốt phải xương cá gây áp xe ở vùng hố chậu phải là rất hiếm gặp. Chẩn đoán trước mổ có thể nhầm với bệnh viêm RT cấp. Mổ nội soi cấp cứu để lấy bỏ dị vật, cắt RT, lau rửa sạch và dẫn lưu ổ bụng, kết hợp dùng kháng sinh sau mổ là khả thi, an toàn và đạt kết quả tốt. Cần tuyên truyền, giáo dục nâng cao ý thức phòng tránh nuốt phải dị vật cho người dân. Trong trường hợp nuốt phải dị vật thì phải đến ngay cơ sở y tế để được khám xét, tư vấn, theo dõi và điều trị kịp thời.

Tài liệu tham khảo

1. Ajay KY, Gyanendra M, Kunal BD et al (2016) *Jejunal perforation due to ingested buffalo bone mimicking acute appendicitis.* BMC Research Notes 9: 321.
2. Baek Seong Kyu, Bae Ok Suk, Hwang Ilseon (2012) *Perforated appendicitis caused by foreign body ingestion.* Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous technique 22(2): 94-97.
3. Bernabé EAA, Baiter Renán CC, Gabriel AM et al (2019) *Cecum and appendix perforation due to inadvertent ingestion of two toothpicks.* J Surg Case Rep (4): 106.
4. Abellán I, Noelia I, Rafael V et al (2019) *Acute appendicitis caused by a foreign body*. Cir Esp 97: 347-348.
5. Paul T, Weronika Stupalkowska, Tahira Mohamed, et al (2020) *Fishbone perforation of the small bowel mimicking internal herniation and obstruction in a patient with previous gastric bypass surgery.* Journal of Surgical Case Reports 9: 1-3.
6. Peter H (2010) *Foreign body causing perforation of the appendix in an African boy*. Pan Africa Medical Journal 5(5): 5.
7. Sadi AA, Rami AM, Hussam IA et al (2020) *Appendicitis- like picture induced by foreign body in a 2-year-old boy*. Case reports in Surgery, Article ID 8877754: 5.
8. Shariful I, Anthony M, Patrick H, Professor VN (2016) *Fish bone perforation of small bowel mimicking acute appendicitis.* International Journal of research- Grathaalayah 4(7): 66-74.
9. Sunil BM, Kaustubh M, Abhijit A, Vasim M (2014) *Appendicular perforation caused by fish bone: A rare case report*. Med J DY Patil Univ 7: 764-765.
10. Tantan M, Wentao Z, Beiying A, Yan X, Geng C (2019) *Small bowel perforation secondary to foreign body ingestion mimicking acute appendicitis*. Medicine 98: 30 (16489).