

Thủng chỗ nối xích ma trực tràng do xương vịt gây viêm phúc mạc: Thông báo 1 trường hợp

Peritonitis with rectosigmoid junction perforation caused by a duck bone: A case report

Nguyễn Thanh Tâm

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Nuốt phải dị vật là một tình huống không hiếm gặp trong cuộc sống đặc biệt là ở trẻ em, người nghiện rượu, người thiếu năng trí tuệ, người móm răng hoặc mang răng giả... Trong phần lớn các trường hợp dị vật sẽ bị thải ra ngoài theo đường tiêu hóa trong khoảng 1 tuần mà không gây ra bất kỳ biến chứng nào. Chỉ một số ít trường hợp (dưới 1%) gây biến chứng thủng ruột. Các dị vật có thể gây thủng ở mọi vị trí của đường tiêu hóa như thực quản, tá tràng, ruột non, đại tràng... Tuy nhiên, thủng đại tràng do dị vật là rất hiếm gặp và ít được thông báo. Trong bài báo này chúng tôi thông báo một bệnh nhân nam 84 tuổi, móm răng, nghiện rượu bị thủng ở chỗ nối xích ma trực tràng do vô tình nuốt phải xương vịt, gây viêm phúc mạc. Bệnh nhân được mổ nội soi cấp cứu lấy dị vật, khâu kín lỗ thủng, lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt và ra viện an toàn sau 10 ngày nằm viện.

Từ khóa: Dị vật, xương vịt, viêm phúc mạc, thủng đoạn xích ma trực tràng.

Summary

Foreign body ingestion is not an uncommon situation in everyday life, especially in children, alcoholics, the mentally handicapped, edentulous people or people wearing dentures, etc. In most cases, the ingested foreign bodies pass uneventfully through the gastrointestinal tract, usually within a week without any complications, and perforation of the bowel is rare, less than 1% of cases. Foreign bodies can cause perforation at any location of the gastrointestinal tract, such as esophagus, duodenum, small bowel, colon, etc. However, colonic perforation due to foreign bodies is rarer still and less reported. In this article, we report of a 84-year-old male patient, edentulous and alcoholic, who had a rectosigmoid junction perforation due to accidentally ingesting a duck bone, leading to peritonitis. The patient had an emergency laparoscopy and had the foreign body removed, the hole closed, a lavage and the peritoneal drained. The patient recovered well after the operation and was discharged safely after 10 days in the hospital.

Keywords: Foreign body, duck bone, peritonitis, rectosigmoid junction perforation.

1. Đặt vấn đề

Thủng đường tiêu hóa do nuốt phải dị vật là rất hiếm, chỉ < 1% các trường hợp [2], [3], [6]. Thủng có

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

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

thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào từ thực quản đến trực tràng. Tuy nhiên, nguy cơ thủng sẽ tăng lên ở các vị trí gấp góc, hẹp tự nhiên của đường tiêu hóa như đại tràng góc gan, góc lách, vùng hồi manh tràng, chỗ nối xích ma trực tràng (rectosigmoid junction) hoặc hẹp mắc phải do u, do viêm ruột, dính tắc ruột sau mổ... Khoảng 75% các dị vật nuốt vào sẽ bị mắc ở vùng hậu huyệt. Nếu các dị vật xuống được dạ dày thì khoảng 90% sẽ bị thải ra ngoài theo đường tiêu hóa mà không gây ra bất kỳ biến chứng nào [6]. Thủng đại tràng do dị vật rất hiếm gặp và cũng ít được thông báo trong y văn. Chính vì vậy, chúng tôi thông báo một trường hợp bị thủng ở chỗ nối xích ma trực tràng do vô tình nuốt phải xương vịt gây viêm phúc mạc và được điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi.

2. Trường hợp lâm sàng

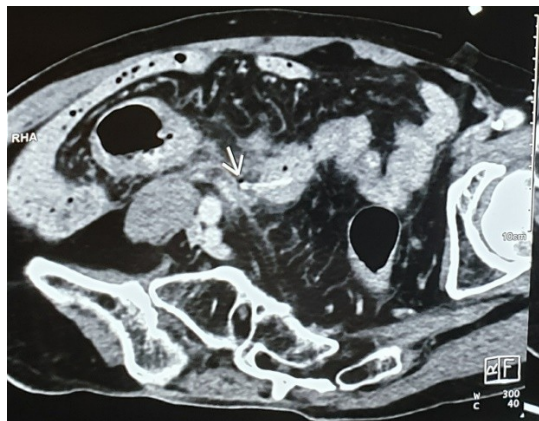
Bệnh nhân Ngô Văn B., 84 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, có bệnh kết hợp là tăng huyết áp 2 năm nay nhưng được uống thuốc điều trị thường xuyên. Bệnh nhân (BN) có thói quen uống nhiều rượu trong khi ăn khoảng 20 năm nay, mỗi ngày khoảng 250ml, có ngày 400 - 500ml. BN nhân bị móm (còn 3 răng cửa, 1 ở hàm trên, 2 ở hàm dưới) nhưng không dùng răng giả. Nhiều năm nay BN hầu như chỉ ăn thức ăn mềm và nhai bằng lợi. Vài ngày trước khi vào viện BN không nhớ có nuốt phải dị vật gì hay không. Từ ngày 10/12/2020 BN đau bụng âm ỉ vùng hố chậu trái và hạ vị, sốt nhẹ, đau lúc tăng lúc giảm, buồn nôn, không nôn, vẫn trung tiện, đại tiện được, chưa điều trị gì. Ngày 14/12/2020 BN đau bụng liên tục, có cơn đau cứng bụng, lan tỏa khắp bụng, buồn nôn, không nôn, bí trung đại tiện và được vào Khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, số bệnh án: BH-62071. Khám thấy: Thể trạng gầy, cao 170cm, nặng 50kg, chỉ số BMI là 17,3, mạch 109 lần/phút, huyết áp 127/65mmHg, thân nhiệt 38°C, thở 22 lần/phút. Bụng chướng nhẹ, vùng hố chậu trái và hạ vị ấn đau, phản ứng thành bụng rõ, các vùng khác của ổ bụng đau ít hơn, phản ứng thành bụng không rõ, nhu động ruột yếu, không sờ thấy u cục, dấu hiệu óc ách lúc đói âm tính, dấu hiệu rắn bò âm tính.

Xét nghiệm (XN): Số lượng bạch cầu: 6,75G/L (4 - 10G/L), tỷ lệ bạch cầu trung tính 79% (40 - 74%), số lượng hồng cầu 4,0T/L (4,2 - 6,0T/L), huyết sắc tố 139g/L (130 - 170g/L), hematocrite 0,421L/L (0,38 - 0,49L/L), số lượng tiểu cầu 213G/L (140 - 350G/L), HBsAg dương tính. Siêu âm bụng: dưới gan phải có lớp dịch dày 11mm, ruột thừa ở hố chậu phải to 7,5mm, xung quanh thâm nhiễm mỡ rõ, thành manh tràng dày 5mm, thận phải có nang to 8 mm, thận trái có nang to 30mm. Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography- CT) ổ bụng thấy: có các bóng khí tự do dưới hoành 2 bên và cạnh đại tràng xích ma. Có dị vật cản quang xuyên thành đại tràng xích ma, kích thước 5,3 × 24,2mm, xung quanh có ít dịch, khí và thâm nhiễm mỡ nhiều. Có vài túi thừa nhỏ ở đại tràng xích ma và ít dịch tự do ở vùng dưới gan, dọc rãnh đại tràng phải xuống tiểu khung. Ruột thừa to 5mm, 2 thận có nang to 20mm. Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường.

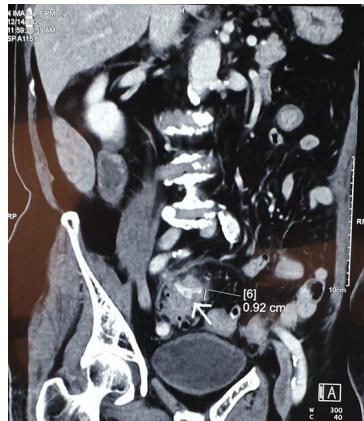
Cùng ngày vào viện, BN được phẫu thuật nội soi (PTNS) cấp cứu với chẩn đoán trước mổ là: Viêm phúc mạc do dị vật khả năng là xương, đâm thủng đại tràng xích ma/BN tăng huyết áp. BN nằm ngửa, tay phải khép, tay trái dạng vuông góc với thân. Phẫu thuật viên chính đứng bên phải BN, phụ mổ cầm camera đứng cùng bên và bên trái phẫu thuật viên chính. Sử dụng 4 trocar (1 trocar 10mm qua rốn, 1 trocar 10mm ở hố chậu phải, 1 trocar 5 ở mạn sườn phải, 1 trocar 5 ở mạn sườn trái). Màn hình để đối diện phẫu thuật viên. Bơm khí CO₂ và duy trì áp lực trong ổ bụng ở mức ≤12mmHg. Tổn thương thấy trong mổ: Ổ bụng có khoảng 300ml dịch nâu, đục, nhớt như mủ loãng lẫn ít giả mạc lan tỏa khắp ổ bụng nhưng tập trung chủ yếu ở vùng tiểu khung và hố chậu 2 bên. Các quai đại tràng, tiểu tràng và mạc nối lớn gá dính với nhau ở vùng tiểu khung. Chỗ nối xích ma trực tràng bị xuyên thủng bởi một dị vật, một phần dị vật vẫn nằm trong lòng đại tràng. Xử lý: Rút bỏ dị vật (dị vật dài 3cm, chỗ to nhất 4mm), khâu kín lại lỗ thủng đại tràng bằng 1 mũi chữ X, chỉ vicryl 4/0. Lau rửa sạch ổ bụng bằng huyết thanh mặn 0,9%, ấm, đặt dẫn lưu túi cùng Douglas, thời gian mổ 120 phút. Sau mổ BN được dùng giảm đau trong 3 ngày đầu và kháng sinh trong 8 ngày. BN

diễn biến tốt, ra viện an toàn ngày 24/12/2020 sau 10 ngày nằm viện. Hỏi lại sau mổ, BN cho biết có ăn

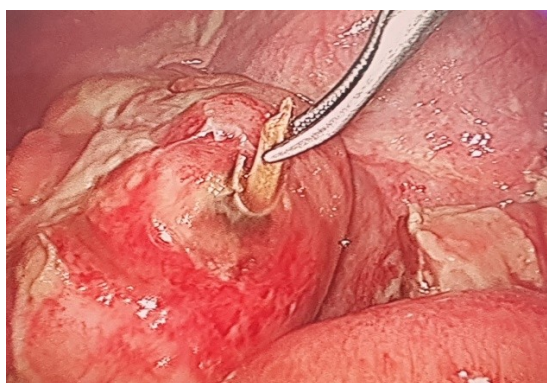
thịt vịt trước khi đau bụng 3 ngày. BN và gia đình xác nhận dị vật là xương vịt.



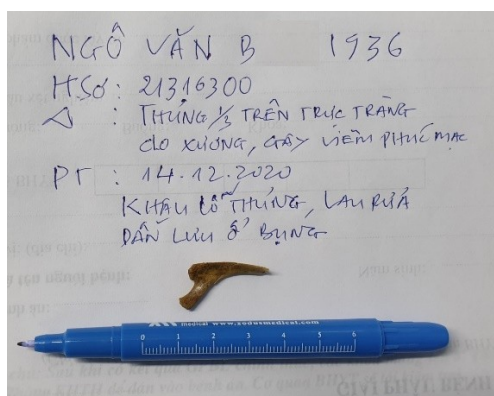
Hình 1. Hình ảnh bóng khí cạnh đại tràng trên phim CT



Hình 2. Hình ảnh dị vật xuyên thành đại tràng trên phim CT



Hình 3. Hình ảnh dị vật xuyên thủng đại tràng



Hình 4. Hình ảnh dị vật là mảnh xương vịt

3. Bàn luận

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

Theo Jining Dai và nhiều tác giả khác thì nuốt phải dị vật mà phần lớn do vô tình là tình trạng không hiếm trong cuộc sống. Tuy nhiên, biến chứng thủng đường tiêu hóa nói chung do nuốt phải dị vật là rất hiếm và biến chứng thủng đại tràng lại càng hiếm hơn. Trong hầu hết các trường hợp dị vật sẽ đi qua đường tiêu hóa mà không gây ra bất kỳ một biến chứng nào, chỉ < 1% các trường hợp nuốt phải dị vật có biến chứng thủng ruột [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8]. Theo báo cáo của Jining Dai thì khoảng 75% các dị vật nuốt vào sẽ bị giữ lại ở vùng hầu họng. Nếu các dị vật đến được dạ dày thì 80 - 90% sẽ

bị thải ra ngoài theo đường tự nhiên, 10 - 20% được loại bỏ bằng nội soi ống tiêu hóa, chỉ < 1% phải can thiệp phẫu thuật [6]. Nuốt phải dị vật có thể xảy ra ở tất cả mọi người ở mọi lứa tuổi nhưng nguy cơ sẽ cao hơn ở các đối tượng như: Trẻ em, người già, người nghiện rượu, say rượu, người thiếu năng trí tuệ, người không có răng, người lắp răng giả, người có thói quen ăn nhanh, người có khiếm khuyết cảm giác vùng hầu họng do tai biến mạch máu não, người viêm ruột, hẹp dính ruột do phẫu thuật, người sau cắt dạ dày... [1], [2], [5], [8]. Thống kê của Girish Bathla thì 80% các trường hợp nuốt phải dị vật có liên quan đến sử dụng răng giả, yếu tố làm giảm cảm giác của khoang miệng với dị vật [5]. Nghiên cứu của Arif Hussain Sarmast với 21 BN vô tình nuốt

phải dị vật trong 10 năm (01/2002 - 12/2011) tại một bệnh viện ở Ấn Độ cho thấy số BN nam và nữ tương ứng là 14 (66,6%), 7 (33,4%), tuổi trung bình là 65 (7 - 82 tuổi) [2] và chỉ 4/21 (19,04%) BN có tiền sử chắc chắn nuốt phải dị vật [2]. Nghiên cứu của AM Villanueva Campos trên 58 BN (39 nam và 9 nữ) bị thủng đường tiêu hóa do xương cá (không tính ở thực quản) từ 2007 - 2017 tại Tây Ban Nha cho thấy tuổi trung bình là 70 tuổi [1]. BN trong báo cáo của chúng tôi là một người già 84 tuổi, nam giới, móm răng, nghiện rượu, thường xuyên uống vài trăm ml rượu/ngày trong khoảng 20 năm nay và cũng vô tình nuốt phải dị vật.

Các dị vật nuốt vào rất phong phú, ít nhiều phụ thuộc vào lứa tuổi, thói quen ẩm thực, tập quán văn hóa xã hội, tình trạng bệnh lý... của BN [5], [6]. 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 [2], [4], [6], [7]. Theo Bo Ra Kim tỷ lệ thủng ruột là 15 - 35% nếu dị vật là sắc nhọn và xương cá là dị vật thường gặp nhất gây thủng ruột [4]. Theo AM Villanueva Campos xương cá cũng là nguyên nhân phổ biến nhất gây thủng đường tiêu hóa [1]. Arif Hussain Sarmast nghiên cứu 21 BN thủng ruột do dị vật cho thấy: Dị vật xương gà là 10 BN (47%), xương cá là 7 BN (33,3%), tăm xỉa răng là 2 BN (9,5%), ghim kim loại (metallic staple) là 2 BN (9,5%) [2]. Theo Armando Peixoto xương gà và xương cá chiếm 1 nửa các báo cáo thủng ruột do dị vật [3]. Dị vật mà BN của chúng tôi nuốt phải là một mảnh xương vệt đầu nhọn, dài 3cm, to 4mm.

Thời gian từ khi nuốt phải dị vật cho đến khi có biến chứng thủng ruột của các báo cáo cũng rất khác nhau. Theo Girish Bathla và một số tác giả khác thì hầu hết các dị vật sẽ đi qua đường tiêu hóa trong vòng 1 tuần mà không gây ra bất kỳ biến chứng gì. Một số ít trường hợp phải sau vài ngày, một vài tuần, thậm chí nhiều tháng, nhiều năm mới có biến chứng [2], [3], [4], [5], [7]. Nghiên cứu của Arif Hussain Sarmast cho thấy thời gian trung bình từ khi

nuốt dị vật đến khi có triệu chứng là 9,3 ngày [2]. Theo Armando Peixoto các dị vật lớn thường bị giữ lại ở thực quản và dạ dày, trong khi các dị vật nhỏ hơn sẽ đi qua đường tiêu hóa trong vòng 1 tuần [3]. Thời gian từ khi nuốt phải dị vật cho đến khi có triệu chứng của bệnh nhân của chúng tôi là 3 ngày.

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

Các dị vật sau khi nuốt vào có thể gây thủng ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa. Tuy nhiên, nguy cơ thủng sẽ tăng lên ở các vị trí gấp góc, hẹp tự nhiên của đường tiêu hóa như đại tràng góc gan, góc lách, vùng hồi manh tràng (ileocecal junction), chỗ nối xích ma trực tràng hoặc hẹp mắc phải do u, do viêm ruột, do dính, hẹp tắc ruột sau mổ... Theo Girish Bathla và nhiều tác giả khác thì vị trí thủng phổ biến nhất là ở hồi tràng, chỗ nối hồi manh tràng, đoạn xích ma trực tràng, hiếm khi thủng ở tá tràng, túi thừa Meckel và ruột thừa [3], [4], [5], [6], [7]. Bo Ra Kim thống kê 133 BN thủng đường tiêu hóa do xương cá thấy thủng ruột non chiếm 33,8%, thủng đại tràng 14,3%, viêm ruột thừa 1,5%, áp xe trong ổ bụng 2,3% [4]. AM Villanueva Campos nghiên cứu 58 BN thủng đường tiêu hóa do xương cá thấy thủng hồi tràng nhiều nhất với 20 BN (34,5%) [1]. Theo Arif Hussain Sarmast thì thủng ở đoạn xa của hồi tràng là 14 BN (66,6%), đại tràng xích ma là 5 BN (23,8%), hỗng tràng là 2 BN (9,5%) [2]. Jining Dai thông báo 1 BN bị thủng đại tràng ngang do xương cá [6]. BN của chúng tôi cũng bị thủng ở vị trí gấp góc và hẹp của đường tiêu hóa là chỗ nối xích ma trực tràng.

Các tổn thương thứ phát sau khi đường tiêu hóa bị thủng do dị vật cũng rất đa dạng từ nhẹ như viêm ruột thừa, viêm túi thừa... đến phức tạp đe dọa tính mạng như: Viêm tụy, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc, rò vào mạch máu hoặc cơ quan khác... Jining Dai thông báo 1 BN bị thủng đại tràng ngang, áp xe hóa do nuốt phải xương cá [6]. Thống kê của Girish Bathla cho thấy đã có báo cáo rò tá tràng với tĩnh mạch chủ (duodenocaval fistula) do dị vật, áp xe gan do dị vật xuyên thủng tá tràng vào gan [5]. Nghiên cứu của Bo Ra Kim cho thấy thủng ruột do nuốt phải xương cá gây viêm ruột thừa là 1,5%, áp xe trong ổ

bụng là 2,3% [4]. Mami Yamamoto báo cáo 1 trường hợp thủng đại tràng phải do xương cá gây áp xe trong ổ bụng [7]. BN của chúng tôi cũng có tổn thương thứ phát sau thủng là viêm phúc mạc toàn thể, một biến chứng nặng đe dọa tính mạng BN.

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

Thủng đường tiêu hóa do dị vật không có triệu chứng đặc hiệu nên phần lớn BN đều bị chẩn đoán nhầm trước mổ. Chẩn đoán chính xác thường chỉ được xác nhận trong mổ, ngoại trừ một số trường hợp mà xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh xác định được dị vật trước mổ. Nghiên cứu của Arif Hussain Sarmast với 21 BN thủng đường tiêu hóa do dị vật được mổ cấp cứu thì chẩn đoán nhầm trước mổ là: đau bụng cấp chưa rõ nguyên nhân 12 BN (57,1%), viêm thủng túi thừa đại tràng xích ma 5 BN (23,8%), viêm ruột thừa cấp 4 BN (19,1%) [2]. Trước mổ BN của chúng tôi được siêu âm ổ bụng nhưng không phát hiện ra dị vật. Cũng như nhiều tác giả khác chúng tôi cho rằng siêu âm không phải là xét nghiệm ưu tiên để phát hiện dị vật trong đường tiêu hóa vì nó bị hạn chế ở BN béo phì hoặc khi quai ruột có nhiều hơi. Hơn nữa kết quả siêu âm còn phụ thuộc nhiều vào trình độ, kinh nghiệm của người thực hiện [4], [5]. Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán chính xác trước mổ là nhờ chụp CT với kết quả là hình ảnh cản quang của dị vật xuyên thủng đại tràng và các bóng khí tự do trong ổ bụng. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy CT là phương tiện chính xác nhất để chẩn đoán dị vật trong đường tiêu hóa với độ nhạy, độ đặc hiệu là 98 - 100% [1], [4], [6]. Tuy nhiên, cần lưu ý, dị vật có thể bị che phủ bởi thuốc cản quang hoặc giống 1 mạch máu nhỏ và dễ bị bỏ qua. Vì vậy không nên chụp CT với thuốc cản quang, hoặc phải chụp lại CT ở thời điểm mà thuốc cản quang đã thải trừ hết. Một lưu ý khác là độ chính xác của CT còn phụ thuộc vào độ dày của lát cắt, lát cắt 3mm/1,5mm sẽ tốt hơn lát cắt 5mm/8mm và sự lưu ý tới dị vật của người đọc phim. Ngoài ra, hướng của dị vật cũng ảnh hưởng đến quan sát của người đọc phim, khi đó chúng ta phải tái tạo hình ảnh ở nhiều trục khác nhau như: trục đứng ngang (coronal)

hoặc trục đứng dọc (sagittal) để thấy rõ dị vật hơn [4], [5], [6].

3.4. Điều trị

Về điều trị, BN của chúng tôi được PTNS cấp cứu: Lấy dị vật, khâu kín lỗ thủng, lau rửa sạch ổ bụng bằng huyết thanh mặn, ấm 0,9%, dẫn lưu túi cùng Douglas. Sau mổ BN diễn biến tốt, ra viện sau 10 ngày điều trị. Mặc dù BN này cao tuổi (84 tuổi), có viêm phúc mạc nhưng chúng tôi vẫn lựa chọn PTNS để điều trị vì các lý do sau: Thứ nhất là thời gian viêm phúc mạc chưa quá 24 giờ (ngày thứ 4 của bệnh, BN mới có dấu hiệu viêm phúc mạc). Thứ 2 là BN không có sốc, toàn trạng khá tốt, chức năng tuần hoàn và hô hấp bình thường, chức năng gan thận bình thường. Thứ 3 là ổ bụng không dính, giả mạc dễ bong ra khi rửa, lỗ thủng nhỏ (khoảng 4 mm) bờ rõ, không có biểu hiện mủn nát khi khâu. Thứ 4 là đội ngũ gây mê, hồi sức, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang thiết bị PTNS tốt. Thực tế có nhiều cách xử lý khác nhau với tổn thương thủng đại tràng do dị vật đã được công bố như: Jining Dai thông báo 1 BN bị thủng đại tràng ngang gây áp xe trong ổ bụng do nuốt phải xương cá. BN được mổ mở (do ổ bụng dính nhiều) cấp cứu cắt đại tràng phải mở rộng, nối kỳ đầu đạt kết quả tốt [6]. Arif Hussain Sarmast thống kê 21 BN được mổ cấp cứu vì thủng ruột thấy: 11 BN (52,4%) được khâu kín lỗ thủng hoặc cắt đoạn ruột và nối ngay, 10 BN (47,6%) được cắt đoạn ruột và dẫn lưu hồi tràng. Kết quả nhiễm khuẩn vết mổ 3 BN (14,3%), tử vong 2 BN (9,5%) do nhiễm khuẩn huyết trong hậu phẫu [2]. Mami Yamamoto báo cáo 1 BN thủng đại tràng phải do xương cá gây áp xe trong ổ bụng. Bệnh nhân được mổ mở lấy dị vật và dẫn lưu ổ áp xe, sau mổ đạt kết quả tốt [7]. Trong trường hợp dị vật vẫn nằm trong ruột thì có thể dùng nội soi ống tiêu hóa để lấy dị vật. Theo Jining Dai có 10 - 20% BN được loại bỏ dị vật bằng nội soi đường tiêu hóa [6]. Bo Ra Kim thông báo 1 BN có xương cá ở đoạn cuối hồi tràng được lấy bằng nội soi ống tiêu hóa [4]. Armando Peixoto thông báo 1 BN có xương cá trong lòng đại tràng xích ma, cách mép hậu môn 25cm, dài 4cm bị nghim 2 đầu vào thành đại tràng nhưng chưa thủng. Bệnh nhân được lấy xương cá bằng nội soi đại tràng [3].

Chúng tôi cho rằng lựa chọn mổ mở hay mổ nội soi cũng như thực hiện kỹ thuật gì như: Khâu lỗ thủng, cắt đoạn ruột có nối ngay hoặc làm hậu môn nhân tạo, hoặc làm hậu môn nhân tạo tại lỗ thủng là hoàn toàn phụ thuộc vào thể trạng BN, mức độ tổn thương tại lỗ thủng, mức độ viêm phúc mạc, trạng thiết bị, khả năng của gây mê hồi sức và phẫu thuật viên. Ngoài ra, có thể sử dụng nội soi ống tiêu hóa để lấy dị vật khi chúng còn ở trong ống tiêu hóa.

4. Kết luận

Thủng chỗ nối xích ma trực tràng do vô tình nuốt phải xương vịt gây viêm phúc mạc là rất hiếm gặp. Mổ nội soi cấp cứu để lấy dị vật, khâu kín lỗ thủng, 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. Villanueva Campos AM, Martínez Rodríguez C, Tardaguila de la Fuente G, Utrera Pérez E, Jurado Basildo C (2020) *Gastrointestinal perforation caused by ingested fish bone. Computed tomography findings in 58 patients.* Radiologia 62(5): 384-391.
2. Arif HS, Hakim IS, Asim MP et al (2012) *Gastrointestinal tract perforation due to ingested foreign bodies; A review of 21 cases.* British Journal of Medical Practitioners 5(3): 529.
3. Armando P, Marco S, Órfão B, Guilherme M (2017). *Fishbone impaction in the colon.* Rev. esp. enferm dig 109(6).
4. Bo RK, Hong JK, Jong RH, Chang YH, Woon T J, Ok JL (2018) *A case of intra- abdominal abscess caused by unconsciously ingestion of fish bone in elderly patient.* Kosin Medical Journal 33: 415-421.
5. Girish B, Lynette LST, Sunita D (2011) *Pictorial essay: Complications of a swallowed fish bone.* Indian J Radiol Imaging 21(1): 63-68.
6. Jining D, Chitrakanti RK (2019) *Transverse colon perforation secondary to fish bone ingestion.* Journal of Surgical Case Reports 2: 1-3.
7. Mami Y, Kentaroh Y, Takamitsu S et al (2015) *Successfully treated intra-abdominal abscess caused by fish bone with perforation of ascending colon: A case report.* Int Surg 100: 428-430.
8. Paul T, Weronika S, Tahira M 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.