2. **Kaur S., Heard SO. (2001),** "Catheter-Related infection". Surgical Intensive Care Medicine, 2nd ed, Springer Science+Business Media, LLC; 435-449.
3. **Lorente L., Henry C., Martín M. M., Jiménez A., & Mora M. L. (2005)**, "Central venous catheter-related infection in a prospective and observational study of 2,595 catheters", Critical care, **9** (6), R631–R635.
4. **Saliba P., Hornero A., Cuervo G., et al (2018)**, "Mortality risk factors among non-ICU patients with nosocomial vascular catheter-related bloodstream infections: a prospective cohort study", The Journal of hospital infection, **99** (1), 48-54.
5. **Dalrymple LS., , Mu Y,, Nguyen DV, et al (2015)**, "Risk Factors for Infection-Related Hospitalization in In-Center Hemodialysis" Clinical Journal of the American Society of Nephrology, **10** (12), 2170-2180
6. **Schwanke A. A., Danski M., Pontes, L., Kusma, S. Z., & Lind, J. (2018)**, "Central venous catheter for hemodialysis: incidence of infection and risk factors", Revista brasileira de enfermagem, **71** (3), 1115–1121.
7. **Sahli F., Feidjel R., & Laalaoui R. (2017)**, "Hemodialysis catheter-related infection: rates, risk factors and pathogens", Journal of infection and public health, **10** (4), 403–408.
8. **Martin K., Lorenzo YSP., Leung PYM., et al. (2020)**, "Clinical Outcomes and Risk Factors for Tunneled Hemodialysis Catheter-Related Bloodstream Infections", Open Forum Infect Dis, **7** (6), ofaa117.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VIÊM PHÚC MẠC KHU TRÚ DO DỊ VẬT KIM LOẠI XUYÊN THÀNH HỒI TRÀNG CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Viết Hậu*, Tăng Tuấn Phong*, Nguyễn Quốc Huy*, Nguyễn Anh Kiệt*, Nguyễn Khánh Dương*, Đặng Kim Ngân*, Nguyễn Xuân Vinh*, Nguyễn Quan Như Hảo*

TÓM TẮT

Dị vật đường tiêu hóa không phải là tình trạng hiếm gặp, tuy nhiên theo các y văn tỉ lệ biến chứng thủng chiếm khá nhỏ và biểu hiện lâm sàng khá đa dạng, ít hơn 1% các trường hợp cần phải can thiệp phẫu thuật. Biến chứng thường gặp là thủng đường tiêu hóa, thường xảy ra ở các vị trí hẹp lòng ruột sinh lý hoặc gập góc như vùng hồi – manh tràng và đại tràng sigma. Chúng tôi xin trình bày một ca lâm sàng người bệnh có tiền sử sử dụng chất kích thích, được đưa vào trại cai nghiện, tại đây người bệnh đã nuốt khoảng 50 cây kẽm gai. Thời gian từ lúc người bệnh nuốt dị vật cho đến khi khởi phát triệu chứng đau bụng khoảng 2 tháng. Người bệnh được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện thấy dị vật xuyên thủng hồi tràng cuối tại 2 vị trí kèm gây viêm ruột phản ứng xung quanh, sau đó người bệnh đã được phẫu thuật cấp cứu lấy dị vật, diễn tiến hậu phẫu sau đó diễn ra khá thuận lợi, người bệnh hồi phục tốt và được xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 6.

Từ khóa: Dị vật đường tiêu hóa, thủng ruột, viêm phúc mạc khu trú.

SUMMARY

LOCALIZED PERITONITIS BY METAL FOREIGN BODIES WHICH PERFORATED THE END PART OF ILEUM AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Ingestion of foreign bodies is not a rare clinical case, although according to medical literature the rate of perforation complication is very low and the clinical manifestation is variety, less than 1% of cases must be operated. The most common complication is gastrointestinal tract perforation, usually happened in the physiologic stenotic parts or angulated parts of alimentary tract such as ilio-cecum and sigmoid colon. We presented a case with a patient has a history of drug abuse, she was admitted to the rehab where she swallowed 50 zinc patterns. The period of time from when she swallowed the zinc patterns to having abdominal pain was 2 months. She was taken to abdominal CT-Scan and we found that the foreign bodies perforate the ilium at two sites with reactive inflammatory bowel, the patient was taken to operation room, the postoperative period was quite favorable, the patient recovered well and was discharged to home on the 6thpostoperative day.

Keywords: Foreign bodies in gastrointestinal tract, intestinal perforation, localized peritonitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa không phải là tình trạng hiếm gặp, thường gặp nhất là trên trẻ em, người bệnh tâm thần, người bệnh lớn tuổi có sa sút trí tuệ hoặc vô tình nuốt nhầm các khí cụ đeo ở miệng như mắc cài niềng răng, răng giả, nuốt phải xương cá hay tăm xỉa răng…Tuy nhiên, phần lớn các dị vật do nuốt nhầm ít khi gây biến chứng: 75% các dị vật sau khi nuốt sẽ mắc lại tại vùng cơ thắt nhẫn hầu của thực quản và >90% còn lại khi xuống đến dạ dày chúng sẽ đi xuống

**Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Hậu
Email: hau.nv@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022
Ngày duyệt bài: 8.11.2022

phần còn lại của ống tiêu hóa dễ dàng, rất ít khi gây ra các biến chứng cơ học. Nhiều báo cáo cho thấy đường tiêu hóa có khả năng đề kháng lại tổn thương xuyên thủng bởi dị vật trên 80%[1], đã từng có báo cáo về một người bệnh có bệnh nền ung thư dạ dày kèm hẹp thực quản đã được đặt stent thực quản bằng kim loại, ống stent thực quản dài 13cm tuột ra khỏi thực quản và đi xuống hết toàn bộ chiều dài của ống tiêu hóa mà không gây ra biến chứng gì[2]. Tuy nhiên, các báo cáo cũng cho thấy 20% dị vật bị mắc lại trên đường đi của chúng trong đường tiêu hóa[1], các dị vật bị mắc lại thường gây ra các biến chứng như tắc ruột, thủng, xuất huyết hoặc rò ống tiêu hóa, ít hơn 1% thủng ống tiêu hóa do dị vật xảy ra từ miệng xuống hậu môn, thường là các dị vật sắc nhọn. Theo các báo cáo, thủng ruột do dị vật ít khi xảy ra trên những người khỏe mạnh, đa số biến chứng xảy ra trên các trường hợp có bệnh lý nền của đường ruột trước đó, các bất thường bẩm sinh hay mắc phải như thoát vị ruột, túi thừa Meckel… Các dị vật có bờ sắc nhọn thường gặp là xương cá, xương gà, tăm xỉa răng đã được báo cáo, vị trí xảy ra tổn thương thủng thường là vị trí hồi manh tràng và đại tràng sigma, do đây là những vị trí hẹp và gập góc sinh lý của đường tiêu hóa[3].

Tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi xin trình bày một trường hợp người bệnh có rối loạn tâm thần do sử dụng chất kích thích tự ý nuốt 50 cây kẽm gai đường kính <1mm, dài 7-8cm biến chứng thủng hồi tràng gây viêm phúc mạc khu trú.

II. BỆNH ÁN

Người bệnh nữ 37 tuổi, địa chỉ ở thành phố Hố Chí Minh, nhập viện vì đau bụng thượng vị và quanh rốn. Cách nhập viện 2 tháng, người bệnh thường hay sử dụng chất kích thích, ma túy tổng hợp không rõ loại, sau đó được đưa đến trại cai nghiện ở Hóc Môn khoảng 1 tuần. Tại đây, người bệnh nuốt khoảng 50 cây kẽm gai đường kính < 1mm, dài 7-8cm. Sau khi được người nhà phát hiện, người bệnh được đưa đi khám tại bệnh viện Bình Dân, được bác sĩ điều trị giải thích theo dõi tại nhà, nhập viện khi có triệu chứng đau bụng. Cách nhập viện 10 ngày, người bệnh bắt đầu đau bụng quặn từng cơn ở thượng vị và quanh rốn, lan qua ½ bụng bên phải, không sốt, không nôn ói, không tiêu chảy. Tình trạng đau bụng của người bệnh càng lúc càng tăng, do đó cô ấy được nhập khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Tình trạng lúc nhập viện: Tần số tim: 96 lần/phút, Huyết áp: 140/90mmHg; Tần số thở 19 lần/phút, Nhiệt độ: 36,7^{0}C; SpO_2: 97%. Người bệnh tỉnh, tiếp xúc được, tim đều, phổi không rale, bụng ấn đề kháng ở hố chậu phải.

Các kết quả cận lâm sàng ghi nhận ban đầu tại cấp cứu: WBC: 10,31 G/L; Neu%: 66,1%; Hb: 143 g/L; Hct:42,3%; PLT: 286 G/L; PT: 12,1s; INR: 1,1; aPTT: 31,3s; Glucose 5,7 mmol/l; Ure: 26,6 mg/dl; Creatinin 1,2 mg/dl; eGFR: 69 ml/ph/1,73m^2; Bilirubin TP: 6,57 µmol/l; Bilirubin TT: 0,41 µmol/l; AST: 19 U/L; ALT: 24 U/L; Natri:138 mmol/l; Kali: 3,42 mmol/l; Clo: 104 mmol/l; Lipase: 18,44 U/L; CRP: 65,9 mg/L.

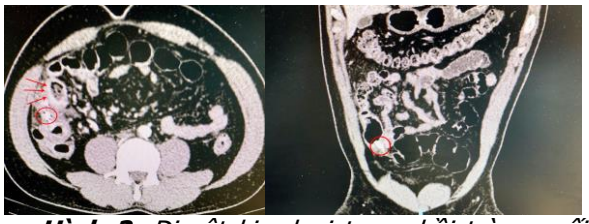
Xét nghiệm độc chất trong máu không ghi nhận có ma túy, Amphetamine và các dẫn xuất.

Siêu âm bụng: Hình ảnh gợi ý dị vật xuyên vào thành đoạn đầu đại tràng lên. Thành đại tràng lên dày đều, thâm nhiễm mỡ xung quanh, ít dịch hố chậu phải, nghĩ có phản ứng viêm.

X-quang bụng đứng không sửa soạn: Vùng hố chậu phải có vài dị vật có đậm độ kim loại dạng đường mảnh kết thành 2 bó dài khoảng 6 cm. Không có liềm hơi dưới hoành hay mực nước hơi bất thường trong ở bụng. Các đường sáng cận phúc mạc bình thường (Hình 1).

***Hình 1**: Hình ảnh 2 bó kim loại ở vùng hố chậu phải (mũi tên đỏ)*

Người bệnh được truyền thuốc giảm đau, kháng sinh Cefoperazone – Sulbactam 1g – 1g truyền tĩnh mạch và Metronidazole 500mg truyền tĩnh mạch. Sau khi đã hội chẩn với bác sĩ Ngoại khoa tiêu hóa, chúng tôi cho người bệnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để đánh giá rõ tổn thương xuyên thấu của dị vật và tình trạng viêm phúc mạc của người bệnh. Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy hình ảnh dị vật kim loại trong lòng hồi tràng đoạn cuối xuyên thành tại 2 vị trí, gây viêm phúc mạc khu trú, dày đều thành quai hồi tràng đoạn cuối, manh tràng và đại tràng lên do viêm kèm ít dịch tự do vùng hố chậu phải và hạ vị (Hình 2).



***Hình 2**: Dị vật kim loại trong hồi tràng cuối* (vòng tròn đỏ) và dày thành do viêm phản ứng ở các quai ruột ở hồi tràng cuối (mũi tên đỏ)

Chẩn đoán lúc này đặt ra là viêm phúc mạc khu trú do dị vật kim loại xuyên thành hồi tràng đoạn cuối. Sau khi chúng tôi giải thích tình trạng bệnh cho người nhà, người bệnh được đưa đi phẫu thuật cấp cứu.

Diễn biến cuộc phẫu thuật: Sau khi rạch da thám sát, ghi nhận ổ bụng sạch, không dịch, không mủ, mạc nối lớn đến bao quanh vùng hố chậu phải, gỡ mạc nối lớn ra khỏi thấy hồi tràng cách van hồi manh tràng 3cm có 2 lỗ thủng do 2 cây kẽm gai xuyên thành. Cách van hồi manh tràng 15 cm có một lỗ thủng do kẽm gai đâm xuyên thành (Hình 3), thành hồi tràng cuối viêm dày nhẹ, manh tràng, đại tràng lên và ruột thừa bình thường. Người bệnh được cắt lọc mô ở lỗ thủng, lấy các cây kẽm và khâu lại hồi tràng bằng chỉ PDS4.0. Kiểm tra lại không phát hiện sang thương khác ở ruột non, kiểm tra manh tràng, đại tràng lên, hết khung đại tràng và trực tràng không phát hiện có dị vật. Sau khi lấy hết dị vật vùng hồi tràng, chụp X-quang ổ bụng trong lúc phẫu thuật không ghi nhận có dị vật cản quang. Người bệnh sau đó được rửa bụng và dẫn lưu Douglas ra hông phải, khâu cân, khâu da lại và kết thúc cuộc phẫu thuật.

***Hình 3**: Vị trí dị vật đâm xuyên thủng đoạn cuối hồi tràng*

***Hình 4**: Những cây kẽm gai của người bệnh nuốt đã được lấy ra*

Quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi. Sau phẫu thuật ngày đầu tiên, người bệnh tỉnh táo, sinh hiệu ổn, chỉ đau tại vị trí phẫu thuật lúc cử động và khi sờ chạm vào vết mổ, ống dẫn lưu ra dịch hồng 50 ml. Người bệnh được truyền giảm đau bằng Paracetamol và Nefopam, kháng sinh tiếp tục với Cefoperazone – Sulbactam và Metronidazole, dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Diễn tiến hậu phẫu những ngày tiếp theo diễn ra khá tốt. Đến ngày hậu phẫu thứ 2 người bệnh đã trung tiện được, ngày hậu phẫu thứ 5 người bệnh đi tiêu được và ăn uống bình thường, lúc này người bệnh đã được chỉ định rút ống dẫn lưu. Đến ngày hậu phẫu thứ 6, người bệnh được xuất viện.

III. BÀN LUẬN

Thủng ruột do dị vật nuốt phải thường là những dị vật có hình dạng sắc nhọn và dài như xương cá, xương gà và tăm xỉa răng… Điển hình trong ca lâm sàng của chúng tôi là người bệnh nuốt một số lượng lớn các cây kẽm gai. Đa số biến chứng tắc ruột hoặc thủng thường xảy ra ở những vị trí hẹp hoặc gập góc sinh lý của đường tiêu hóa, 83% thường gặp ở hồi tràng[4], một số vị trí khác có thể gặp như khúc nối giữa tá tràng-hỗng tràng, ruột thừa, các vị trí gập góc của đại tràng, túi thừa và vùng hậu môn[3]. Một số biến chứng khác như dò đại – trực tràng, dò đại tràng – bàng quang do dị vật cũng đã được báo cáo.

Các triệu chứng lâm sàng do dị vật đường tiêu hóa khá đa dạng, có thể thay đổi từ không triệu chứng cho đến khó nuốt, tắc ruột, thủng ruột và viêm phúc mạc. Viêm phúc mạc có thể cấp hoặc mạn tính, hoặc một số trường hợp xuất hiện áp xe trong ổ bụng. Thời gian trung bình từ lúc người bệnh nuốt dị vật cho đến khi có biến chứng thủng đã được báo cáo khoảng 10,4 ngày[1]. Tuy nhiên, một số trường hợp người bệnh nuốt phải dị vật là xương cá, thời gian từ lúc người bệnh nuốt phải cho đến khi có triệu chứng có thể kéo dài vài tháng thậm chí là vài năm và người bệnh không biết mình đã nuốt phải dị vật. Trong những trường hợp như trên, việc thăm khám và hỏi bệnh sử có thể không cung cấp được nhiều thông tin. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, thời gian từ lúc người bệnh nuốt dị vật cho đến khi có triệu chứng đau bụng khoảng 2 tháng. Theo tác giả Carp L và cộng sự, một số trường hợp dị vật nằm lâu trong đường tiêu hóa kéo dài 3 – 4 tuần, có thể gây ra các phản ứng viêm dẫn đến dính lớp niêm mạc trong lòng ống tiêu hóa. Khi có biến chứng thủng, dị vật có thể đi ra khỏi lòng ruột non và đi đến một

số cơ quan lân cận như bàng quang, gan, khớp háng và khoang phúc mạc[1].

Người bệnh thủng ruột do dị vật thường đến khoa Cấp cứu trong tình trạng đau bụng cấp với các dấu hiệu lâm sàng gồm đau bụng, buồn nôn, nôn ói, sốt, viêm phúc mạc, áp xe, dò tiêu hóa, tắc ruột, và xuất huyết tiêu hóa. Trong những tình huống khó như chúng tôi đã đề cập trong báo cáo của các tác giả ở trên, tình trạng đau bụng có thể nhầm lẫn với các bệnh lý ngoại khoa khác như viêm ruột thừa, viêm túi thừa đại tràng… do dị vật thường gây biến chứng thủng ở đoạn cuối hồi tràng[4]. Một số ca được chẩn đoán là viêm ruột thừa, sau khi được phẫu thuật thì phát hiện ra thủng đoạn cuối hồi tràng do dị vật. Người bệnh trong ca lâm sàng của chúng tôi do lạm dụng chất kích thích, không kiểm soát được hành vi của bản thân nên đã tự ý nuốt dị vật với một số lượng lớn, dị vật là các cây kẽm gai dài nên biến chứng hoàn toàn có thể xảy ra. Vì vậy, bệnh sử và các dấu hiệu lâm sàng trên ca bệnh này khá điển hình. Yếu tố quyết định chẩn đoán là hình ảnh học. Vai trò của X-quang bụng đứng không sửa soạn trong nhiều báo cáo cho thấy khó có khả năng phát hiện được dị vật đường tiêu hóa kích thước nhỏ, không có tính cản quang, và chúng thường bị che bởi hơi trong các quai ruột lân cận. Ở ca lâm sàng của chúng tôi thì dị vật là các cây kẽm gai có tính cản quang, số lượng nhiều nên việc phát hiện bằng X-quang bụng đứng và siêu âm khá dễ dàng. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có giá trị quan trọng trong chẩn đoán bệnh, đặc biệt có độ nhạy cao trong phát hiện các biến chứng thủng đường tiêu hóa đồng thời phát hiện được hơi tự do, các bóng khí nhỏ len lỏi giữa các quai ruột mà trên X-quang bụng đứng không thể phát hiện được. Độ chính xác của chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có khả năng định vị được vị trí tổn thương đến 86%, cho nên đây là công cụ không thể thiếu trong chẩn đoán tổn thương đường tiêu hóa do dị vật[1]. Ngoài ra, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thể phát hiện dễ dàng các dị vật nhỏ như xương cá, hoặc các dị vật không cản quang như tăm xỉa răng và khu trú vùng ruột bị tổn thương do phản ứng viêm. Các dấu hiệu tổn thương ống tiêu hóa có thể phát hiện ra trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng như dày thành ruột, thâm nhiễm mỡ mạc treo và khí tự do trong ổ bụng, và một số trường hợp có thể phát hiện ra vị trí bị đâm thủng do dị vật[6]. Một số trường hợp thủng ruột do dị vật, điển hình là trong ca lâm sàng của chúng tôi không phát hiện thấy hơi tự do trong ổ bụng ngay cả trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, do vị trí thủng có thể được bao bọc bởi fibrin, mạc nối hoặc các quai ruột kế cận, hạn chế sự tràn khí từ trong lòng ruột vào khoang phúc mạc.

Khi tình trạng thủng ruột xảy ra, phẫu thuật cấp cứu lấy dị vật là chỉ định bắt buộc kèm sử dụng kháng sinh diệt khuẩn, khôi phục lại sự toàn vẹn của đường tiêu hóa. Nếu tình trạng thủng xảy ra tại đường tiêu hóa trên hoặc vùng đại trực tràng mà không gây biến chứng thứ phát lên gan hay tụy, hoặc hình thành áp xe sâu trong ổ bụng, phẫu thuật nội soi lấy dị vật có thể được thực hiện. Trong quá trình lấy dị vật, phải rà soát toàn bộ ổ bụng để tránh bỏ sót dị vật hoặc dị vật rơi vào ổ bụng trong lúc lấy. Nếu việc can thiệp qua nội soi không lấy được dị vật, phẫu thuật mở là chỉ định bắt buộc. Tuy nhiên, đa số các y văn đều lựa chọn việc phẫu thuật mở bởi vì can thiệp phẫu thuật mở mang lại nhiều lợi ích hơn: (1) vết mổ nhỏ, ít đau và phục hồi nhanh, giảm bớt được tỉ lệ nhiễm trùng; (2) phẫu trường rộng, quan sát dễ, có thể linh hoạt xử lý các thương tổn khó, phức tạp, (3) trong trường hợp ổ bụng dơ, dính nhiều giả mạc hay dịch ruột, có thể tiến hành rửa bụng dễ hơn sau đó đặt dẫn lưu[7]. Người bệnh của chúng tôi do nuốt một lượng lớn cây kẽm gai, việc xử trí bằng mổ nội soi có thể dễ bỏ sót lại dị vật, do đó phẫu thuật mở là chỉ định bắt buộc. Sau mổ, diễn tiến của người bệnh khá tốt, người bệnh nằm lại để được chăm sóc hậu phẫu 6 ngày rồi được xuất viện.

IV. KẾT LUẬN

Tai nạn nuốt phải dị vật không phải là hiếm gặp, và biến chứng thủng đường tiêu hóa là vô cùng nghiêm trọng nếu không được xử trí kịp thời. Việc phát hiện một số tình huống khó như dị vật không cản quang, diễn tiến bệnh phức tạp đôi khi dễ nhầm lẫn với các bệnh lý ngoại khoa khác, đặt ra thách thức không nhỏ cho các Bác sĩ cấp cứu và Bác sĩ ngoại khoa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là yếu tố quan trọng, có vai trò quyết định chẩn đoán để phát hiện bệnh, định khu chính xác vị trí tổn thương. Khi tiếp cận các trường hợp đau bụng cấp ở các đối tượng người bệnh là trẻ nhỏ, người bệnh có bệnh lý tâm thần kinh, người lớn tuổi có sa sút trí tuệ,… và khai thác bệnh sử không rõ ràng từ người nhà, dị vật đường tiêu hóa nên được đưa vào trong danh sách các chẩn đoán phân biệt để tránh bỏ sót.

Thông điệp chính

- *Dị vật đường tiêu hóa có thể dẫn đến thủng ruột gây viêm phúc mạc nếu không được xử trí kịp thời.*
- *Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là xét nghiệm*

quan trọng để phát hiện và định khu chính xác tổn thương cũng như là biến chứng viêm phúc mạc.

- Các bệnh lý bụng cấp ở trẻ nhỏ, người già có sa sút trí tuệ mà bệnh sử không rõ ràng, dị vật đường tiêu hóa nên được đưa vào trong danh sách chẩn đoán phân biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arif Hussain Sarmast et al**. Gastrointesttinal tract perforations due to ingested foreign bodies; A review of 21 cases (2012). BJMP 2012; 5(3): a529.
2. **Lim SB, Choi DH, Lee MS, Kim JH, Cho SW, Sim CS**. A vase report of spontaneously passed long esophageal stent without any symptom. Kor J Gastrointestinal 1990; 22: 404.
3. **Yonghoon Choi, Gyuwon Kim, Chansup Shim, Dongkeun Kim,** Dongju Kim.Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient (2014). doi:10.3748/wjg.v20.i6.1626
4. **Gabriel Cleve Nicolodi et al,** Intestinal perforation by an ingested foreign body (2016). http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0127
5. **Tantan Ma et al**. Small bowel perforation secondary to foreign body ingestion mimiking acute appendicitis (2019). Medicine (2019) 98:30 (e16489).
6. **Junichi Izumi et al.** Small Bowel Obstruction Caused by the Ingestion of a Wooden Toothpick: The CT findings and a Literature Review (2016). DOI: 10.2169/internalmedicine.56.7463
7. **Zifeng Yang et al.** Gastrointestinal perforation secondary to accidental ingestion of toothpicks A series case report (2017). http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000009066.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY BẰNG HÓA CHẤT TRƯỚC PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY VÉT HẠCH D2 TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN K

Chử Quốc Hoàn[1], Nguyễn Thị Hà[1], Dương Chí Thành[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm và tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng được điều trị hóa chất tiền phẫu. **Đối tượng:** bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn lan rộng tại chỗ tại vùng được hóa chất trước phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K. **Kết quả**: Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình 58,1 ± 9,1 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,8. Vị trí u hang môn vị chiếm 69,0%, thân vị chiếm 16,7%, tâm phình vị chiếm 14,3%. Tỉ lệ T3 chiếm 11,9%, T4 chiếm 88,1%. Tỉ lệ di căn hạch chiếm 66,7%. Đại thể u: thể loét chiếm 59,5%, thể sùi 4,8%, thể loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm 35,7%. Mô bệnh học: thể kém biệt hóa hoặc tế bào nhẫn chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,9%, thể biệt hóa vừa chiếm 38,1%, thể biệt hóa cao chiếm 19,0%. Kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng sau 4 đợt hóa trị trước phẫu thuật dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đạt 61,9%, dựa trên đánh giá tổn thương trong mổ đạt 83,3%. Không có bệnh nhân nào đạt được đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học là 4,8%. Không có bệnh nhân nào tiến triển phải chuyển phác đồ điều trị, tuy nhiên đánh giá trong mổ có 16,7% bệnh nhân không đáp ứng. Tỉ lệ tai biến biến chứng chung tương đối thấp, không có bệnh nhân tử vong hoặc mổ lại trong 30 ngày đầu, không có trường hợp nào xuất hiện các biến chứng chảy máu sau mổ, rò bục miệng nối sau mổ, tắc ruột sau mổ, hẹp miệng nối. Không phát hiện trường hợp nào xuất hiện suy gan, thận sau mổ. Gặp 2 trường hợp xuất hiện viêm phổi sau mổ chiếm 4,8% và 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Thời gian theo dõi trung bình là 28,6 tháng. Tỉ lệ sống thêm không bệnh tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 50% và sống thêm toàn bộ là 66,7%.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, hóa chất tiền phẫu, vét hạch D2, tỉ lệ tai biến, biến chứng, tỉ lệ sống thêm.

SUMMARY

ASSESSMENT SURVIVAL RESULTS OF TREATMENT GASTRIC CANCER BY PERIOPERATIVE CHEMOTHERAPY FOLLOW BY GASTRECTOMY AND D2 LYMPHADENECTOMY AT THE OPTIONAL DEPARTMENT K HOSPITAL

Purpose: Evaluation survival outcomes and rates of complications of perioperative chemotherapy follow by gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer. **Subjects**: Patient was diagnosed with locally advanced stage gastric carcinoma receiving perioperative chemotherapy follow by gastrectomy with D2 lymphadenectomy at Optional department K Hospital. **Result:** Mean age was 58.1 ± 9.1 years old, male/female ratio was 1.8. Tumor location: pyloric accounted for 69.0%, body accounted for 16.7%, cardia and fundus accounted for 14.3%. The rate of T3 accounted for 11.9%, T4 accounted for 88.1%. The rate of lymph node metastasis accounted for 66.7%. Macroscopic tumor clasification: ulcer 59.5%, polypoid 4.8%, diffuse or diffuse ulceration 35.7%. Histopathology: poorly

**Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Chử Quốc Hoàn
Email: quochoan201087@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022
Ngày duyệt bài: 1.11.2022