

THÙNG RUỘT NON DO NUỐT TĂM TRE: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ, NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Lê Thanh Dũng¹, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Hoàng Ngân Thuỷ² và Thân Văn Sỹ^{1, ✉}

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Thùng ruột do dị vật đường tiêu hoá là cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp nhưng nặng nề nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Các dị vật gây thùng thường dài và có đầu nhọn, vị trí thùng có thể gặp ở bất cứ đoạn nào của ống tiêu hóa nhưng thường xảy ra ở các vị trí hẹp sinh lý. Các triệu chứng lâm sàng gây ra do dị vật đường tiêu hoá thường đa dạng và không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh lý đường tiêu hoá khác, dẫn đến chẩn đoán muộn hoặc chỉ phát hiện được khi đã có biến chứng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 57 tuổi, không có tiền sử hóc dị vật rõ ràng, vào viện vì đau bụng âm ỉ hố chậu trái kèm gầy sút 4 kg trong vòng 1 tháng. Siêu âm ổ bụng và cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh thùng ruột non do dị vật hình que tạo thành đám thâm nhiễm vùng hố chậu trái. Phẫu thuật ổ bụng được thực hiện khẳng định tổn thương thùng hồi tràng do dị vật tằm. Bệnh nhân được cắt đoạn ruột tổn thương, nối hồi tràng - hồi tràng kiểu bên - bên. Hậu phẫu tiến triển thuận lợi, không có biến chứng, bệnh nhân ra viện sau 5 ngày.

Từ khóa: cắt lớp vi tính, dị vật, siêu âm, thùng ruột non.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa khá thường gặp, tuy nhiên chỉ khoảng < 1% dị vật gây thùng ống tiêu hoá.¹⁻³ Để gây thùng ống tiêu hoá, các dị vật thường có hình dài và nhọn (xương cá, xương gà, tăm ...).^{3,4} Triệu chứng của dị vật đường tiêu hoá đa dạng và không đặc hiệu, do đó việc khai thác bệnh cảnh, tiền sử bệnh là vô cùng quan trọng giúp định hướng chẩn đoán. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp bệnh nhân tới viện mà không có tiền sử rõ ràng nên rất khó chẩn đoán và có điều trị phù hợp, dẫn đến các biến chứng nặng, thậm chí là tử vong.²⁻⁵ Vị trí thùng có thể gặp bất kì đoạn nào của ống tiêu hoá, nhưng hay gặp nhất ở tá tràng (84%) và ruột non (83%).¹⁵ Ngoài ra, có thể gặp trong các vị trí có bệnh lý như viêm ruột, loét đại tràng, túi

thừa đại tràng hoặc u.⁵

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là những phương tiện rất hữu hiệu trong chẩn đoán dị vật đường tiêu hóa. Xquang thường quy có thể phát hiện các dị vật cản quang, khí tự do ổ bụng tuy nhiên thường khó phát hiện những dị vật nhỏ, không cản quang và nằm sâu như trực tràng, đại tràng sigma. Siêu âm có thể phát hiện được vị trí thùng cũng như dị vật trong một số trường hợp, đặc biệt là với các trường hợp bệnh nhân gầy, dị vật nằm nông. Cắt lớp vi tính (CLVT) là phương pháp có giá trị nhất giúp đánh giá chi tiết hình ảnh dị vật, vị trí tổn thương, phát hiện khí tự do trong thùng tạng rỗng, cũng như các biến chứng như viêm phúc mạc, áp xe và tổn thương khác kèm theo nếu có (u, túi thừa...).^{3,5,6} Chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh nhân nữ 57 tuổi có đau bụng kèm gầy sút cân; siêu âm, cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh dị vật gây thùng ruột non vùng hố chậu trái. Phẫu thuật sau đó được thực hiện để cắt đoạn ruột tổn thương.

Tác giả liên hệ: Thân Văn Sỹ,
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức
Email: sy.hmu0915@gmail.com

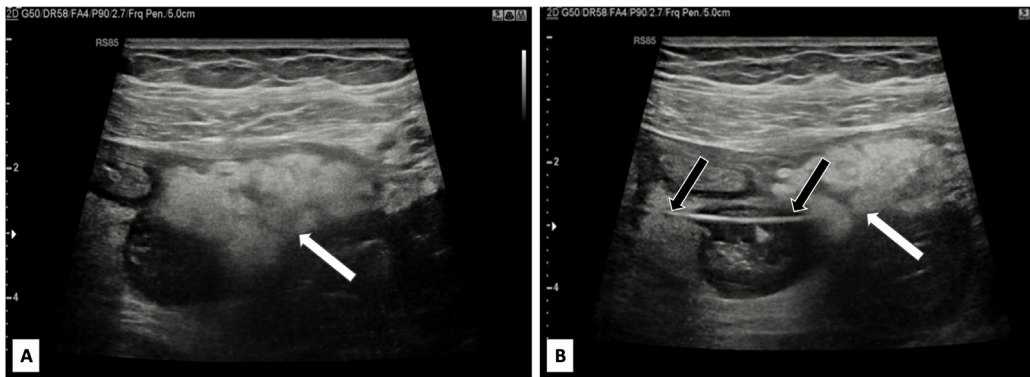
Ngày nhận: 12/08/2021

Ngày được chấp nhận: 06/09/2021

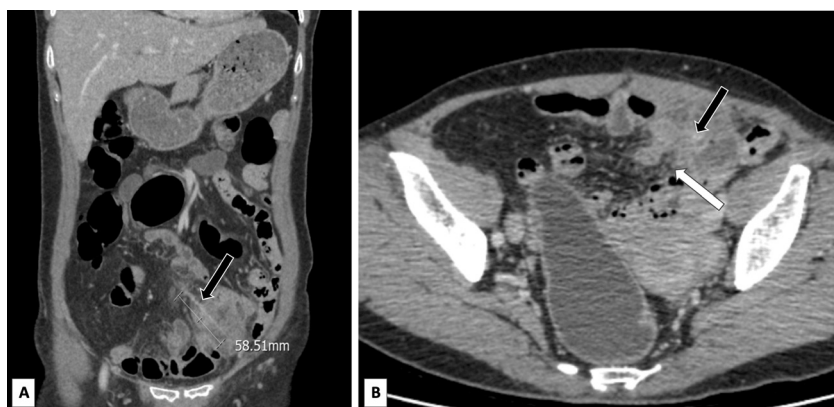
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường phát hiện từ 3 năm nay điều trị không thường xuyên, mỡ cắt u nang buồng trứng trái cách đây 10 năm. Khoảng một tháng nay, bệnh nhân xuất hiện đau âm ỉ vùng hố chậu trái kèm gầy sút khoảng 4 kg trong vòng 1 tháng, không có các biểu hiện rối loạn đại tiểu tiện, không sốt. Tại thời điểm vào viện, bệnh nhân tỉnh, không sốt, huyết động bình thường. Bụng mềm, vùng hố chậu trái thấy có mảng cứng, ranh giới không rõ, ấn đau chói. Không phát hiện

bất thường khác. Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng nhẹ (10,35 G/L), tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (61,5%). Trên siêu âm bụng, phát hiện vùng hố chậu trái sát có hình ảnh dày thành quai ruột non trên đoạn dài khoảng 10cm kèm thâm nhiễm mỡ mạc treo lân cận (Hình 1). Đặc biệt, tại trung tâm đám tổn thương này có hình ảnh dị vật dạng que đầu nhọn xuyên qua quai ruột dày thành, chưa thấy tạo ổ dịch khu trú (Hình 1). Không thấy dấu hiệu của tắc ruột hay tràn dịch, khí tự do ổ bụng. CLVT được thực hiện và cho phép khẳng định lại các tổn thương quan sát thấy trên siêu âm (Hình 2).



Hình 1. Hình ảnh siêu âm: a. Dày thành các quai ruột non vùng hố chậu trái và thâm nhiễm mỡ xung quanh (mũi tên trắng). b. Hình dị vật hình que đâm xuyên thành quai ruột non (mũi tên đen) trong đám thâm nhiễm mỡ (mũi tên trắng)

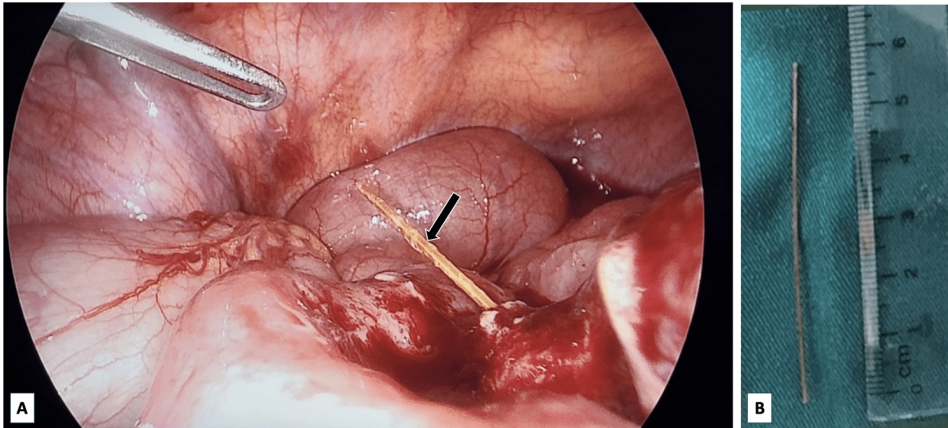


Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính sau tiêm thuốc ần quang: Dị vật tăng tỉ trọng dài 6cm, một đầu nằm trong quai ruột một đầu nằm ngoài quai ruột non (mũi tên đen), kèm thâm nhiễm mỡ xung quanh (mũi tên trắng)

Phẫu thuật nội soi ổ bụng được thực hiện, cho thấy đoạn hồi tràng tổn thương nằm cách góc

hồi - manh tràng 50 cm (tương ứng vùng hố chậu trái), bị xuyên thủng bởi 1 tăm tre dài 6 cm. Đoạn ruột tổn thương này phù nề và sung huyết trên đoạn dài khoảng 6 cm, chạm vào rất dễ chảy máu, kèm theo dính nhiều với mạc nối lớn, mạc treo và các quai ruột lân cận (Hình 3). Thủ thuật cắt bỏ đoạn ruột tổn thương được

thực hiện và nối hồi tràng - hồi tràng kiểu bên - bên. Liệu pháp kháng sinh được chỉ định. Không có biến chứng nào được ghi nhận sau phẫu thuật, bệnh nhân xuất viện 5 ngày sau đó. Khám lại sau 1 tháng, không có bất thường về lâm sàng cũng như trên siêu âm bụng được phát hiện.



Hình 3. Phẫu thuật nội soi cho hình ảnh dị vật tăm tre gây thủng hồi tràng vị trí các góc hồi manh tràng khoảng 50 cm

III. BÀN LUẬN

Để có thể gây thủng ống tiêu hoá, các dị vật thường phải có hình sắc nhọn, cứng và dài như xương cá, xương gà, tăm tre...^{3,7} Vị trí thủng thường gặp nhất ở các chỗ hẹp của ống tiêu hoá, trong đó đoạn hồi tràng chiếm đến 83%.⁵ Ngoài ra, thủng có thể gặp ở bất cứ vị trí nào ở đường tiêu hóa hoặc di chuyển đến các tạng khác như gan, hệ tiết niệu, mạch máu^{3,6,8,9} gây ra biểu hiện lâm sàng thay đổi và dễ nhầm lẫn với các vị trí khác.

Thông thường, những bệnh nhân bị thủng ruột do dị vật sẽ biểu hiện bằng tình trạng bụng cấp tính, như đau bụng, buồn nôn, nôn, sốt, viêm phúc mạc, áp xe, lỗ rò, tắc ruột và xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên, bệnh nhân của chúng tôi có thời gian diễn biến bệnh lý tương đối dài, khoảng 1 tháng và các triệu chứng cũng không điển hình. Hơn nữa, bệnh nhân cũng không khai báo về việc nuốt phải dị vật,

cùng với bệnh cảnh lâm sàng dễ nhầm lẫn, nên đã gây ra khó khăn trong chẩn đoán.¹⁰ Trong nghiên cứu của Sarmat A.H. và cộng sự trên 21 trường hợp, thời gian đến viện trung bình sau khi hóc dị vật là 9,3 ngày và thời gian từ lúc nuốt dị vật 10,4 ngày,¹¹ tuy nhiên cũng có những trường hợp biểu hiện muộn sau hàng tháng, hoặc nhiều năm.³

Trong số các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, Xquang là phương pháp đơn giản có thể phát hiện các dị vật cản quang, khí tự do ổ bụng. Mặc dù vậy, độ nhạy của Xquang tương đối thấp chỉ khoảng 32%, do phần lớn dị vật có kích thước nhỏ và không cản quang.³ Siêu âm có thể phát hiện được vị trí thủng cũng như dị vật trong một số trường hợp, nhưng cũng khó phát hiện các bóng khí nhỏ, hoặc sẽ gặp khó khăn nếu bụng chướng hơi hoặc ở những người thể trạng béo.

CLVT là phương pháp có giá trị nhất trong phát hiện dị vật đường tiêu hoá, kể cả những dị vật không cản quang, xác định vị trí tổn thương với độ chính xác đến 86%.^{5,6} Các dấu hiệu gợi ý đoạn ruột tổn thương gồm: thành ruột dày, thâm nhiễm mỡ mạc treo, hoặc khí khu trú trong ổ phúc mạc. Do tổn thương thành ruột tiến triển dần dần mới dẫn đến thủng, do đó thường có phản ứng viêm tạo màng fibrin bao quanh cũng như được các quai ruột và mạc treo tới bao quanh và khu trú lại nên ít khi tiến triển thành viêm phúc mạc toàn thể. Một số biến chứng cũng có thể gặp do dị vật như viêm phúc mạc, áp xe, rò tiết niệu, rò động tĩnh mạch.^{1,3,8,9} Việc sử dụng thuốc cản quang đường uống trong khi chụp CLVT giúp tăng độ nhạy trong chẩn đoán các biến chứng tại chỗ như rò tiêu hoá, rò tiết niệu, áp xe khu trú... nhưng có thể gây khó khăn trong phát hiện các dị vật cản quang.

Chiến lược điều trị phụ thuộc vào vị trí của dị vật trong đường tiêu hóa và có hay không có các biến chứng như thủng, xuất huyết, tắc nghẽn, hay các tổn thương phức tạp khác. Các trường hợp dị vật nhỏ, chưa gây biến chứng có thể chỉ cần theo dõi đơn thuần. Với các dị vật nằm trong thực quản hoặc dạ dày hoặc đại tràng thường được ưu tiên loại bỏ qua nội soi.^{4,10,12,13} Các dị vật ống tiêu hoá gây biến chứng tại chỗ hoặc viêm phúc mạc toàn thể thường phải điều trị bằng phẫu thuật. Tuy nhiên, gần đây, các dị vật dù đã gây thủng ống tiêu hoá nhưng chưa dấu hiệu viêm phúc mạc hoặc các biến chứng phức tạp (tổn thương mạch máu hoặc các tạng lân cận...) vẫn có thể được can thiệp qua nội soi hoặc bằng các thủ thuật ít xâm lấn qua da.^{3,11,13 - 15} Trong trường hợp này, sau khi loại bỏ dị vật, tổn thương thành ruột có thể tự lành mà không cần can thiệp gì thêm. Tuy nhiên, sau can thiệp bệnh nhân cần được theo dõi sát để phát hiện kịp thời các biến chứng nếu có hoặc những dấu hiệu của tiến triển không thuận lợi (viêm phúc mạc, rò ống tiêu hoá, tổn thương

các tạng xung quanh...^{3,6,8,9} Nguyễn Thái Bình và cộng sự báo cáo 2 trường hợp có dị vật tằm gây thủng đại tràng lên và di trú ra khoang sau phúc mạc, trong đó một trường hợp đã có áp xe khoang sau phúc mạc.¹⁵ Cả hai trường hợp này đều được lấy bỏ thành công bằng kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ.¹⁵ Theo các báo cáo, tỷ lệ tử vong liên quan đến nuốt phải tằm có thể lên đến 18%.^{10,16} Trong ca bệnh của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, thời gian diễn biến khá dài, bệnh nhân không nhớ rõ tiền sử nuốt dị vật nên rất khó khăn để định hướng về lâm sàng. Tuy nhiên, hình ảnh dị vật và tổn thương hồi tràng dễ dàng được phát hiện trên siêu âm và CLVT. Với tổn thương thủng hồi tràng kèm quai ruột nề, sung huyết, dễ chảy máu, kèm phản ứng viêm rộng xung quanh, phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột được quyết định thay vì khâu lỗ thủng để loại bỏ triệt để tổn thương cũng như tránh nguy cơ rò tiêu hoá sau phẫu thuật.

Tóm lại, không nên đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng các dị vật tiêu hoá, đặc biệt là với dị vật sắc nhọn. Phần lớn các trường hợp nuốt phải tằm đều dẫn đến thủng ống tiêu hóa và tỷ lệ tử vong vẫn còn ở mức cao. Trong trường hợp đau bụng tái diễn, dù tiền sử không rõ ràng, tổn thương đường tiêu hoá cần được đề cập như một chẩn đoán phân biệt. Một khi phát hiện nuốt phải dị vật, đặc biệt là tằm, nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng cần được thực hiện sớm, trước khi dị vật tới ruột non hoặc gây ra biến chứng. Phẫu thuật là lựa chọn chính trong các trường hợp có biến chứng thủng ống tiêu hoá kèm viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể. Các phương pháp can thiệp ít xâm lấn gần đây được áp dụng một cách rộng rãi hơn và cho thấy hiệu quả ngay cả khi dị vật đã gây biến chứng. Tuy nhiên các phương pháp này vẫn cần được đánh giá thêm về tính an toàn và hiệu quả bởi các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn.

IV. KẾT LUẬN

Thủng đường tiêu hóa do dị vật là biến chứng ít gặp tuy nhiên có thể đe dọa tính mạng của người bệnh. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng cấp, nhưng không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý đường tiêu hoá khác. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá các biến chứng của dị vật đường tiêu hoá, đặc biệt khi tiền sử bệnh và lâm sàng không rõ ràng. Các lựa chọn điều trị cần dựa trên vị trí, mức độ tổn thương và các biến chứng nếu có của dị vật, cũng như các phương tiện sẵn có của từng cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maleki M, Evans WE. Foreign - body perforation of the intestinal tract: report of 12 cases and review of the literature. *Archives of Surgery* 1970; 101(4):475 - 7.
2. Madrona AP, Hernández JAF, Prats MC, et al. Intestinal perforation by foreign bodies. *The European Journal of Surgery* 2000; 166(4):307 - 9.
3. Wang X, Zhao J, Jiao Y, et al. Upper gastrointestinal foreign bodies in adults: A systematic review. *The American Journal of Emergency Medicine* 2021.
4. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2016; 48(05):489 - 96.
5. Romano S, Scaglione M, Tortora G, et al. MDCT in blunt intestinal trauma. *European Journal of Radiology* 2006; 59(3):359 - 66.
6. Hainaux B, Agneessens E, Bertinotti R, et al. Accuracy of MDCT in predicting site of gastrointestinal tract perforation. *American Journal of Roentgenology* 2006; 187(5):1179 - 83.
7. Le Thanh Dung, Nguyen Minh Duc, et al. Cecum perforation due to a fish bone. *Oxford Medical Case Reports* 2021; 2021(5):omab025.
8. Cho M - K, Lee M - S, Han H - Y, et al. Fish bone migration to the urinary bladder after rectosigmoid colon perforation. *World Journal of Gastroenterology: WJG* 2014; 20(22):7075.
9. Lun Y, Jiang H, Xin S, et al. Rupture of an infected iliac artery pseudoaneurysm caused by asymptomatic gastrointestinal foreign body perforation. *Journal of International Medical Research* 2020; 48(7):0300060520942082.
10. Steinbach C, Stockmann M, Jara M, et al. Accidentally ingested toothpicks causing severe gastrointestinal injury: a practical guideline for diagnosis and therapy based on 136 case reports. *World Journal of Surgery* 2014; 38(2):371 - 7.
11. Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, et al. Gastrointestinal Tract Perforations Due to Ingested Foreign Bodies; A review of 21 cases. *British Journal of Medical Practitioners* 2012; 5(3).
12. Khayat M, Khayat A, Chick JFB, et al. Percutaneous interventional radiology - operated endoscopy for foreign body removal. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology* 2019; 22(3):149 - 53.
13. Lee C - Y, Kao B - Z, Wu C, et al. Retrospective analysis of endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract of adults. *Journal of the Chinese Medical Association* 2019;82(2):105 - 9.
14. Ross E, McKenna P, Anderson JH. Foreign bodies in sigmoid colon diverticulosis. *Clinical Journal of Gastroenterology* 2017; 10(6):491 - 7.
15. Nguyen Thai Binh, Nguyen Minh Duc, Le Tuan Linh, et al. Use of Mini - Percutaneous Nephrolithotomy Technique to Remove Extra - Peritoneal Foreign Bodies. *The American Journal of Case Reports* 2021; 22:e929731 - 1.
16. Li SF, Ender K. Toothpick injury mimicking renal colic: case report and systematic review. *The Journal of Emergency Medicine* 2002; 23(1):35 - 8.

Summary

SMALL INTESTINE PERFORATION DUE TO A TOOTHPICK WITH NON-SPECIFIC CLINICAL SYMPTOMS

Intestinal perforation due to a foreign body is rare but it is life-threatening and need a surgical emergency . The perforated by the foreign bodies (such as a toothpick) are often long and sharpened, and the site of perforation can be found in any part of the gastrointestinal tract. The clinical symptoms of gastrointestinal foreign bodies are often diverse and non-specific, easily confused with many other gastrointestinal diseases, it is leading to the late diagnosis or detection, and only when the complications are present. We report a case of a 57-year-old woman, with no clear history of ingesting a foreign body, who was admitted to the our hospital due to dull abdominal pain in the left iliac fossa with a weight loss of 4 kg within 1 month. Abdominal ultrasonography and computed tomography showed a small bowel perforation due to a rod-shaped foreign body forming an infiltrate mass in the left iliac fossa. Abdominal surgery was done to confirm ileal perforation injury due to toothpick. A resection of the damaged bowel was performed with side-to-side ileo-ileal anastomosis. The patient was recovered and was discharged from the hospital on the day 5th without any complications.

Keywords: Computed tomography, Foreign bodies, Intestinal perforation, Ultrasonography.