

## TÓM TẮT

Túi thừa Meckel là sự bất thường bẩm sinh thường gặp nhất của ruột non, xảy ra ở khoảng 2% dân số. Túi thừa Meckel nằm ở thành đối mạc treo ruột của hồi tràng, cách van hồi manh tràng một đoạn khoảng 45 - 60 cm và là kết quả từ sự đóng không hoàn toàn của rốn mạc treo ruột, hoặc ống noãn hoàng. Tỷ lệ ở nam giới mắc bệnh cao hơn ở phụ nữ 3 - 5 lần. Các biến chứng thường gặp của túi thừa Meckel là chảy máu chiếm 20 - 30% , tắc ruột chiếm 20 - 25%,viêm túi thừa chiếm 10 - 20%, bất thường rốn 10%, các bệnh lý khác như u túi thừa, rò túi thừa chiếm 0,5 - 2%.

Khi chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng có chỉ định phẫu thuật cắt túi thừa. Túi thừa Meckel có biến chứng gây tắc ruột là bệnh lý hiếm gặp, trên thế giới chỉ thấy mô tả qua từng ca lâm sàng. Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc ghi nhận và báo cáo một trường hợp bệnh nhân 26 tuổi, được chẩn đoán Tắc ruột do viêm túi thừa Meckel, được chỉ định mổ cắt bỏ đoạn ruột non bị tắc kèm theo túi thừa Meckel, nối ruột tận bên. Bệnh nhân diễn biến hậu phẫu thuận lợi và được ra viện sau mổ 10 ngày.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh của ống tiêu hóa, do sự tiêu biến không hoàn toàn của ống rốn tràng vào tuần thứ năm đến tuần thứ chín của thời kỳ bào thai. Túi thừa Meckel được ghi nhận gặp ở 2 - 4% dân số.

Hầu hết những người còn tồn tại túi thừa Meckel thường không có biến chứng. Tần suất xuất hiện biến chứng của túi thừa Meckel từ 4 - 34% và thường xuất hiện trước 2 tuổi. Các biến chứng của túi thừa Meckel thường gặp trên lâm sàng là xuất huyết tiêu hóa túi thừa, viêm túi thừa Meckel, tắc ruột do túi thừa Meckel, VPM do thủng túi thừa Meckel. Ngoài ra còn một số biến chứng hiếm gặp như ung thư hóa túi thừa Meckel...

Túi thừa Meckel có biến chứng có biểu hiện LS dễ nhầm với bệnh cảnh của các bệnh lý khác vì thường có: đau bụng, nôn, buồn nôn, bí trung - đại tiện, rối loạn tiêu hóa, ỉa máu... do đó gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán. Các phương pháp CLS như siêu âm, chụp CLVT ổ bụng, chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ với TC 99m có giá trị chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán xác định túi thừa Meckel. Tuy nhiên giá trị của từng phương pháp CLS phụ thuộc vào loại biến chứng của túi thừa Meckel, kinh nghiệm của bác sĩ CĐHA, càng khó khăn hơn trong chẩn đoán đối với cơ sở y tế thiếu trang thiết bị hiện đại và đội ngũ bác sĩ chuyên khoa.

Khi chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng có chỉ định phẫu thuật cắt túi thừa. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn tùy từng loại biến chứng. Túi thừa Meckel có biến chứng gây tắc ruột là bệnh lý hiếm gặp, trên thế giới chỉ thấy mô tả qua từng ca lâm sàng. Việc nghiên cứu những đặc điểm LS, CLS của túi thừa Meckel có biến chứng cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật sẽ góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài ***“Túi thừa Meckel có biến chứng, nhận một trường hợp và hồi cứu y văn”*** với hai mục tiêu:

1. Báo cáo ca lâm sàng

2. Hồi cứu y văn để bàn luận và kết luận

## II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

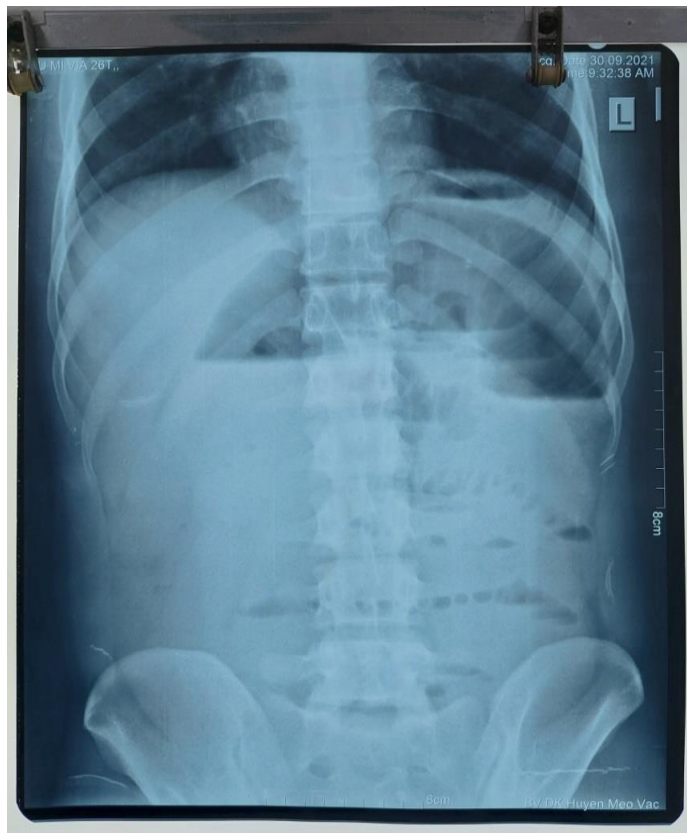
Bệnh nhân nam 26 tuổi, vào bệnh viện Mèo vạc ngày 30/9/2021 ( Số BA vào viện: 7069) với lý do: đau bụng ngày càng tăng, nôn nhiều, bệnh ngày thứ 2.

*Khám lâm sàng:* đau bụng quanh rốn âm ỉ, có lúc dội thành cơn, sau đau liên tục lan khắp bụng ngày càng tăng, buồn nôn và nôn nhiều lần ra thức ăn, bí trung đại tiện, không sốt. Bụng chướng, dấu hiệu quai ruột nổi rõ cạnh rốn trái. Sờ bụng chỗ nào cũng đau, phản ứng mạnh nhất ở cạnh rốn trái, gõ bụng đục vùng thấp. Thăm trực tràng: không có máu. Đặt sonde dạ dày có dịch dạ dày bản như phân màu vàng đục, hơi thối.

*Cận lâm sàng:*

Xét nghiệm: Bạch cầu 9,6 g/l; N = 70%; Hồng cầu 6,6 T/l; Hgb 213 g/l; Htc 0,6; TC 293T/l. Chức năng gan thận bình thường;

Xquang ổ bụng: có mức nước mức hơi chân rộng vòm thấp; không có khí tự do trong ổ bụng;



Hình 01: Xquang ổ bụng không chuẩn bị

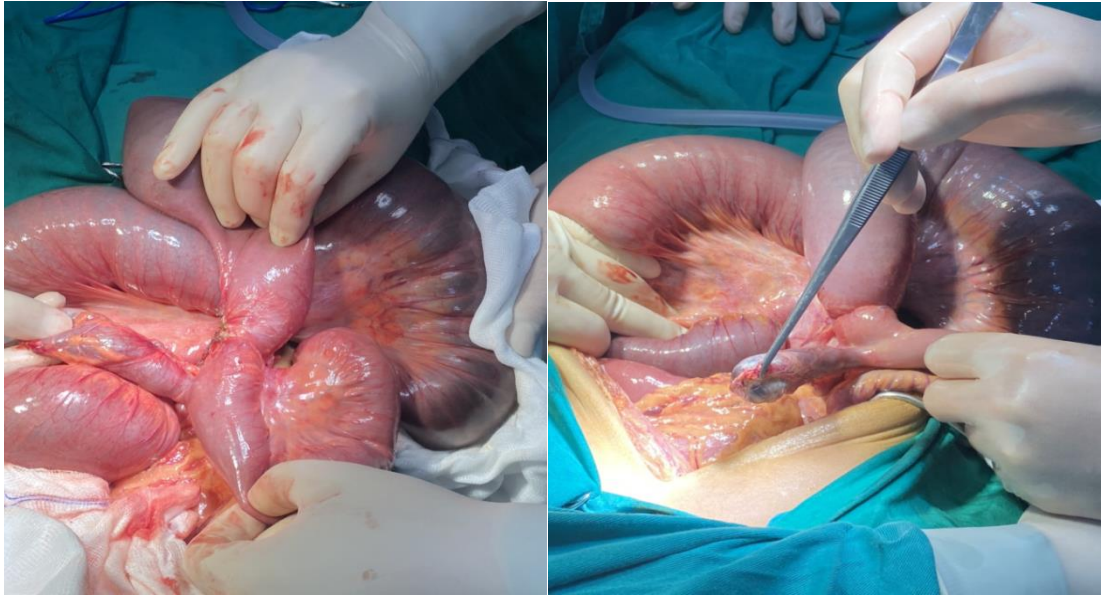
Siêu âm ổ bụng: ứ đọng nhiều dịch không đồng nhất trong dạ dày và các quai ruột non, Quai ruột non dẫn và giảm nhu động. Không thấy dịch tự do trong ổ bụng



*Hình 2: Hình ảnh siêu âm ổ bụng có dẫn ứ đọng dịch trong ống tiêu hóa*

*Bệnh nhân được chẩn đoán: Tắc ruột – Theo dõi: Viêm phúc mạc.*

*Xử trí:* Mở cấp cứu đường giữa trên dưới rốn vào ổ bụng, kiểm tra thấy các quai ruột non dẫn to, ổ bụng có ít dịch màu vàng đục ở cùng đồ, ruột thừa ở vị trí bình thường không viêm. Quai hồi tràng cách góc hồi manh tràng 40 cm có túi thừa Meckel xuất phát từ bờ tự do của hồi tràng, viêm to, kích thước túi thừa 5 x 1.5cm, đầu túi thừa viêm nề phình to hơn gốc túi thừa và có dây xơ bám dính vào thành bụng trước tại rốn; ngay cạnh chân túi thừa Meckel là dải xơ tạo dây chằng giữa quai hồi tràng với mạc treo làm chít hẹp hồi tràng gây tắc, phía trên chỗ tắc quai hồi tràng dẫn to; Tiến hành giải phóng túi Meckel khỏi thành bụng, cắt bỏ đoạn hồi tràng khoảng 20cm lấy đi chỗ chít hẹp và túi thừa Meckel, nối hồi tràng tận – bên. Lau sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu Douglas, đóng vết mổ.



*Hình 3: Hình ảnh trong mổ thấy tổn thương là túi thừa Meckel bị viêm  
và đoạn hồi tràng bị tắc*

*Chẩn đoán sau mổ:* Tắc ruột do viêm túi thừa Meckel

*Diễn biến sau mổ:* Bệnh nhân được dùng kháng sinh, dịch điện giải, dinh dưỡng bổ xung đường tĩnh mạch, rút dẫn lưu Douglas sau mổ 72 giờ và ổn định ra viện sau mổ 10 ngày.

(a)

(b)



*Hình 4: Bệnh nhân về hậu phẫu (a) và ngày được ra viện (b)*



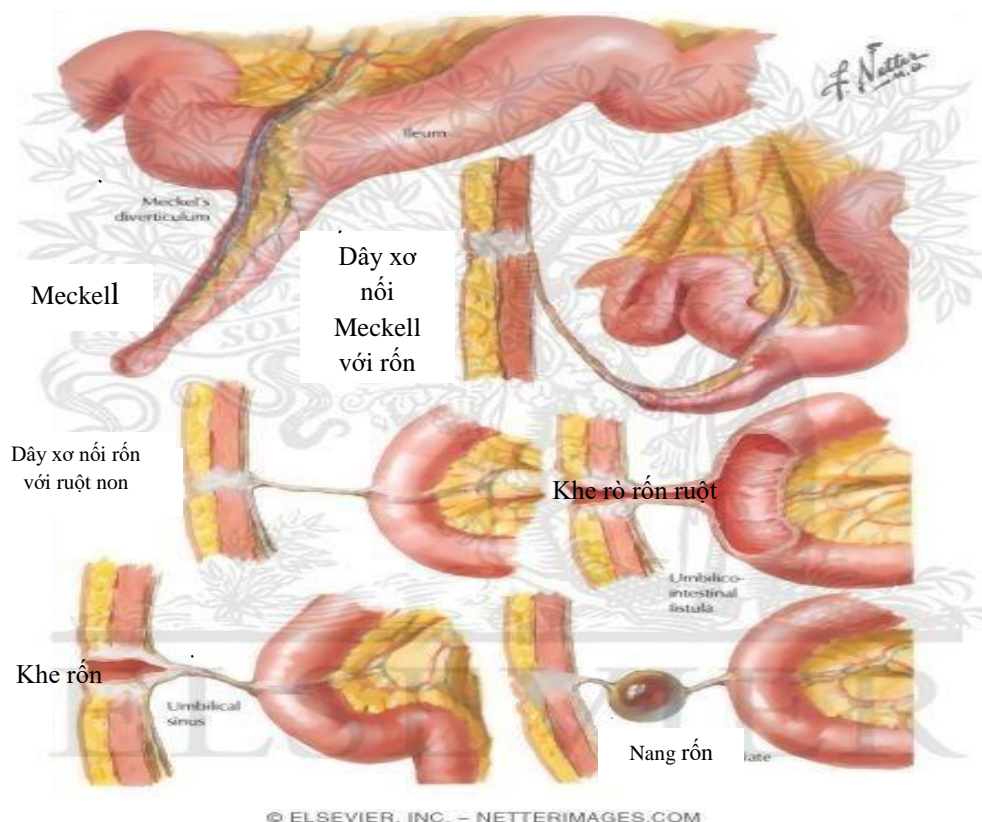
### III. HỒI CỨU Y VĂN VÀ BÀN LUẬN

Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh phổ biến nhất của đường tiêu hóa. Nó xảy ra khoảng 2% dân số và thường khó được chẩn đoán, thường chỉ được chẩn đoán khi xảy ra biến chứng. Tình trạng bất thường này lần đầu tiên được Fabricius Hildanus mô tả vào năm 1598 nhưng nguồn gốc tên gọi của nó là từ một nhà giải phẫu người Đức tên là Johann Friedrich Meckel, người đã mô tả các đặc trưng về phôi thai học cũng như bệnh học của hiện tượng này.

#### 1. Nguồn gốc của túi thừa Meckel

Vào giai đoạn phôi thai, bào thai nhận dinh dưỡng từ túi hoàng thể thông qua các ống dẫn. Các ống này sau đó thu hẹp dần và thường biến mất sau 7 tuần tuổi thai. Khi ống dẫn không thoái hóa hoàn toàn, sẽ xuất hiện ống dị thường (túi thừa Meckel là 1 ví dụ).

Túi thừa Meckel thường được cung cấp máu bởi nhánh của động mạch mạc treo tràng trên. Thông thường, động mạch chấm dứt trong túi cùng, tuy nhiên, một số trường hợp nó tiếp tục lên thành bụng trong. Hiếm khi các mạch máu vẫn tồn tại dưới hình thức tàn dư xơ chạy giữa túi thừa Meckel và thành bụng hoặc mạc treo ruột non.



### *Hình 5: Các hình thái tồn tại ống noãn hoàng*

Một túi thừa Meckel điển hình là một túi nằm ở bờ tự do của hồi tràng, lòng túi mở vào lòng hồi tràng, kích thước và hình dạng túi thừa khác nhau tùy theo bệnh nhân nhưng thường thì từ 3 - 6cm ở trẻ em (có trường hợp túi thừa dài 15cm, và có trường hợp đường kính đến 5 - 6cm). Khoảng cách từ túi thừa cho đến van hồi - manh tràng khác nhau tùy từng bệnh nhân, nhưng thường thì vào khoảng 30 - 90cm ở trẻ em và 60 - 100cm ở người lớn. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi quan sát thấy túi thừa Meckel có kích thước 5 x 1,5cm, nằm ở bờ tự do quai hồi tràng, cách góc hồi manh tràng 40cm, mạch máu nuôi túi thừa Meckel kết thúc tại chỗ mà không chạy theo dải dây xơ tới rốn.

Túi thừa Meckel có thể gắn với rốn bằng một dải xơ (là phần ống rốn - tràng đã bị teo lại) hoặc với các phần khác của ruột và mạc treo bằng các dải xơ bẩm sinh hoặc dính, đây cũng là đặc điểm của ca lâm sàng chúng tôi mô tả. Trong nhiều trường hợp, có một đoạn mạc treo ruột nâng đỡ túi thừa này. Động mạch và tĩnh mạch của túi thừa là những mạch máu ống rốn - tràng của thời phôi thai còn tồn tại nằm riêng trong một đoạn mạc treo hoặc trên bề mặt của túi thừa.

## **2. Cấu trúc mô học của túi thừa Meckel**

Túi thừa Meckel nằm cách van hồi manh tràng 40 - 60 cm. Trung bình, túi cùng dài 3cm và rộng 2cm, thành túi có đủ cả ba lớp của thành ruột. Khoảng hơn 50% số túi thừa có chứa niêm mạc lạc chỗ. Túi thừa Meckel thường được lót bởi niêm mạc hồi tràng, nhưng các loại mô khác cũng được tìm thấy với tỉ lệ khác nhau. Thường gặp nhất là niêm mạc dạ dày, điều này quan trọng vì niêm mạc dạ dày tiết acid gây viêm loét có thể dẫn đến xuất huyết, thủng, hoặc cả hai. Trong một nghiên cứu, lạc niêm mạc dạ dày thấy trong 62% trường hợp, tế bào tuyến tụy thấy trong 6%, cả hai mô tuyến tụy và niêm mạc dạ dày thấy 5%, niêm mạc hồng tràng thấy 2%. Hiếm khi các mô đại tràng, trực tràng, nội mạc tử cung, và gan mật hiện diện ở túi thừa Meckel. Khái quát lại:

- Cấu tạo của thành túi thừa Meckel chủ yếu giống như của thành hồi tràng. Lớp niêm mạc túi thừa giống với lớp biểu mô hồi tràng.

- Xét nghiệm mô học cho thấy có trên 50% trường hợp có tế bào lạc chỗ. Trong số đó:

+ Có 23% - 50% là tế bào niêm mạc dạ dày bị lạc chỗ, và có thể là niêm mạc của đáy, thân, hang vị và môn vị dạ dày. Niêm mạc đáy và thân dạ dày bao gồm các tuyến oxyntic (tiết axit) với các tế bào chính, tế bào đáy và tế bào cổ tuyến tiết nhầy.

+ Có 5% -16% trường hợp là mô tụy lạc chỗ với các nang tụy, ống tuyến và tiểu đảo, thường định vị ở đầu xa của túi và thường là nguyên nhân và điểm xảy ra lồng ruột.

+ Hiếm hơn, có thể thấy sự lạc chỗ của một vài tổ chức khác như tuyến Bruner của tá tràng, hoặc biểu bì ống mật và biểu bì đại tràng.

### **3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của túi thừa Meckel có biến chứng**

#### **3.1. Đặc điểm của các biến chứng**

Túi thừa Meckel bình thường không có triệu chứng (75%). Khi túi thừa Meckel có biến chứng sẽ biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Các biến chứng thường gặp là xuất huyết do loét, viêm túi thừa, tắc ruột và hiếm hơn là lồng ruột, xoắn ruột hoặc thoát vị túi thừa, hình thành sỏi hoặc u ác tính trong túi thừa.

Túi thừa Meckel có triệu chứng thường thấy ở trẻ em nhiều hơn người lớn: 60% trẻ em với túi thừa Meckel có dấu hiệu lâm sàng của các biến chứng trước 10 tuổi. Những biến chứng thường xảy ra vào năm đầu tiên hoặc năm thứ hai của cuộc sống. Một số ít có triệu chứng trước 20 tuổi, số rất ít trước 40 tuổi. Không thấy ở người quá lớn tuổi. Ca lâm sàng chúng tôi giới thiệu là 26 tuổi.

Có khoảng 5 - 8% BN có túi thừa Meckel có bệnh Crohn. Nguyên nhân không rõ nhưng người ta giả sử rằng các yếu tố nhiễm khuẩn và các yếu tố viêm



có mặt trong túi thừa Meckel đã làm tăng tính thấm của dạ dày - ruột và hơn nữa túi thừa còn đóng vai trò như một nguyên nhân cơ học gây rối loạn nhu động của đoạn dưới ruột non, dẫn đến thiếu máu cục bộ làm dễ phát triển bệnh Crohn. Ngoài ra, người ta còn thấy có một số dị tật kèm theo như: bệnh tim bẩm sinh, khiếm khuyết cơ thành bụng, dị tật đường tiêu hóa và hội chứng Down.

Nguyên nhân của các biến chứng: Người ta cho rằng cơ chế bệnh sinh của viêm, thủng và xuất huyết trong túi thừa Meckel là thứ phát sau loét gây ra bởi niêm mạc dạ dày bị lạc chỗ. Có một nghiên cứu cho thấy có sự hiện diện của *Helicobacter Pylori* tại các ổ niêm mạc dạ dày lạc chỗ trong túi thừa nhưng không có bằng chứng thuyết phục rằng *H. pylori* đóng vai trò trong cơ chế bệnh sinh các biến chứng của túi thừa Meckel. Chúng tôi không thực hiện được xét nghiệm sinh thiết giải phẫu bệnh và xét nghiệm vi sinh từ bệnh phẩm của túi thừa Meckel do ca bệnh được xử trí cấp cứu ở tuyến huyện, chưa đủ năng lực để thực hiện kỹ thuật xét nghiệm trên.

### **3.2. Lâm sàng của túi thừa Meckel có biến chứng**

#### **3.2.1. Xuất huyết túi thừa Meckel**

Túi thừa Meckel được nuôi dưỡng bởi 1 động mạch xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên, đây là nguồn chảy máu trong biến chứng xuất huyết túi thừa Meckel. Nguyên nhân thường do loét vì hay chứa mô tuyến dạ dày tiết acid, tụy lạc chỗ tiết dịch tụy gây loét vào mạch máu nuôi túi thừa. Xuất huyết túi thừa Meckel do phình động mạch rốn ruột (vitellointestinal artery) đã được Takehiro Sakai và cộng sự báo cáo năm 2006.

- Đau bụng: đặc điểm xuất huyết túi thừa Meckel ở trẻ nhỏ là chảy máu từng đợt, phần lớn không có đau bụng kèm theo.

- Đại tiện phân máu: phân có thể có máu đỏ tươi, phân đen nếu tồn tại trong lòng ruột lâu.

- Thăm trực tràng có thể thấy máu theo tay

- Bệnh nhân thường kèm theo thiếu máu, mức độ thiếu máu tùy thuộc vào mức độ xuất huyết của bệnh nhân. Da xanh, niêm mạc nhợt, mệt mỏi. Có

báo cáo cho thấy những trường hợp xuất huyết do túi thừa Meckel phải truyền máu kéo dài khi chưa giải quyết triệt để nguyên nhân.

- Đôi khi bệnh nhân không thấy dấu hiệu đi ngoài ra máu rõ ràng, chỉ biểu hiện tình trạng thiếu máu không rõ nguyên nhân. Xét nghiệm phân thấy có hồng cầu trong phân.

### **3.2.2. Tắc ruột do túi thừa Meckel**

Túi thừa Meckel có thể gây tắc ruột do nhiều cơ chế khác nhau:

- *Lồng ruột*: là nguyên nhân gây tắc ruột phổ biến nhất. Túi thừa ngắn, đáy rộng và đỉnh lồi ra những hòn nhỏ của tổ chức tụy lạc sản, hoặc sự lộn ngược của túi thừa đóng vai trò như điểm khởi phát của khối lồng. Lồng ruột có thể thấy là lồng ruột hồi – hồi tràng hoặc có thể là hồi – hồi – manh – đại tràng.

Biểu hiện:

- + Đau bụng: đột nhiên xuất hiện đau bụng cấp, đau từng cơn và kịch phát, khóc thét, ưỡn người, 2 chân giãy đạp.
- + Phân lẫn máu nếu đến muộn (>6 giờ).
- + Có thể có nôn, ăn gì nôn đấy.
- + Sờ thấy khối lồng chắc, di động hạn chế nằm ở hạ sườn phải hoặc cạnh rốn bên phải.

- *Xoắn ruột*: được định nghĩa là sự xoay của quai ruột quanh một trục cố định gây tắc ruột cơ học. Xoắn ruột thường xảy ra khi một đoạn ruột xoay trên mạc treo dư thừa dài gây tắc ruột. Ở ruột non, dây chằng của dính ruột có thể có tác dụng như điểm cố định mà quanh nó quai ruột bị xoắn lại gây xoắn ruột. Túi thừa Meckel khi dính vào mặt sau rốn do còn tồn tại dây chằng xơ, túi thừa quay quanh trục này gây xoắn ruột theo phương thức tương tự. Mặt khác túi thừa Meckel được gắn vào một điểm bất kỳ trên thành bụng hoặc mạc treo do viêm nhiễm dây chằng cũng là nguyên nhân của xoắn ruột.

- *Tắc ruột*: là do các quai ruột bị thắt, với nguy cơ kèm theo hoại tử và hoại thư sớm. Rất hiếm túi thừa Meckel dài có thể tạo ra nút thắt thực sự quanh quai ruột. Trong một số trường hợp báo cáo túi thừa có nhiều đoạn phình to đầu cuối do tổ chức loạn sản. Túi thừa Meckel có thể lồng vào túi thoát vị và có

thể bị thắt hoặc bị nghẹt (thoát vị Littre). Có báo cáo đã tìm thấy túi thừa Meckel trong thoát vị bẹn, hiếm hơn là thoát vị rốn, thoát vị bụng, thoát vị đùi, thậm chí thoát vị lưng.

Ca bệnh của chúng tôi trong mổ quan sát thấy ngay cạnh chân túi thừa Meckel là dải xơ tạo dây chằng giữa quai hồi tràng với mạc treo tương ứng là nguyên nhân làm chít hẹp hồi tràng gây tắc, phía trên chỗ tắc quai hồi tràng dẫn to; Dải xơ nối túi thừa đến rốn không có mạch máu đi cùng và không phải là nguyên nhân gây tắc ruột (Hình 3).

### **3.2.3. Viêm túi thừa Meckel**

Túi thừa Meckel có thể bị viêm mủ, áp xe, hoại tử. Túi thừa dài, đáy hẹp có khuynh hướng nhiễm khuẩn, dẫn đến viêm túi thừa, đây cũng là hình ảnh đại thể của túi thừa Meckel trên ca bệnh chúng tôi báo cáo. Một số trường hợp viêm nhiễm thứ phát sau tắc nghẹt túi thừa. Bệnh cảnh của viêm túi thừa hầu như không phân biệt được với viêm ruột thừa cấp.

Biểu hiện:

- + Hội chứng nhiễm trùng: sốt, bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao. Môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi.
- + Đau bụng: đau có xu hướng khu trú quanh rốn và dưới rốn.
- + Rối loạn tiêu hóa khác: buồn nôn, nôn, đại tiện phân lỏng...
- + Phản ứng thành bụng khác nhau tùy theo vị trí của túi thừa Meckel.

### **3.2.4. Viêm phúc mạc do túi thừa Meckel thủng**

Viêm túi thừa Meckel không được điều trị hoặc đến muộn; bệnh nhân nuốt dị vật ...có thể gây thủng túi thừa Meckel gây viêm phúc mạc.

Biểu hiện: ngoài các triệu chứng giống viêm ruột thừa có từ trước, hoặc trên tiền sử bệnh nhân có nuốt dị vật, xuất hiện:

- + Đau bụng: đau khắp bụng
- + Cảm ứng phúc mạc dương tính
- + Gõ bụng: có thể thấy đục vùng thấp

## **3.3. Cận lâm sàng của túi thừa Meckel có biến chứng**

### 3.3.1. Siêu âm

- Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Chí, Đào Trung Hiếu chỉ ra rằng bệnh lý viêm túi thừa Meckel ở trẻ em, có hoặc không có xuất huyết tiêu hóa, có thể chẩn đoán chính xác trước mổ bằng siêu âm với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 80 - 91%, giá trị tiên đoán dương tính 89 - 90,9%, tiên đoán âm tính 100%, độ chính xác 93-94,9%.

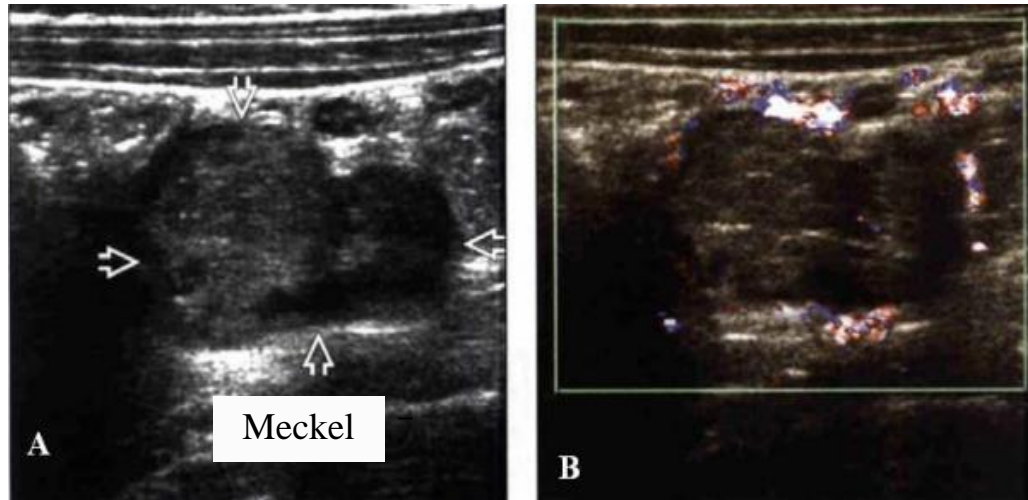
Trình tự khảo sát siêu âm tìm túi thừa Meckel:

Bước 1: Dùng đầu dò convex, khảo sát toàn ổ bụng, loại trừ dấu hiệu lồng ruột.

Bước 2: Dùng đầu dò Linear, tần số 7,5 MHz, khảo sát hố chậu phải, tìm dấu hiệu dày mạc nối, tìm ruột thừa và dịch tự do để loại trừ dấu hiệu viêm ruột thừa hoặc dấu hiệu VPM.

Khảo sát ổ bụng tìm hình ảnh túi thừa Meckel trên siêu âm: cấu trúc ống tiêu hóa, đầu tịt, nằm xa góc hồi manh tràng, có vách dày, niêm mạc dày, không nhu động, không có hơi. Hình ảnh viêm túi thừa Meckel, có thể là khối dạng nang, có vách bên trong dày không đều kèm vòng âm kém, tương ứng với lớp cơ và lớp âm dày bên trong tương ứng lớp dưới niêm và cơ niêm, còn gọi là dấu hiệu “gut signature”, đôi khi có hình ảnh giọt nước hoặc cấu trúc dạng ống.

- Trường hợp ca bệnh của chúng tôi, kết quả siêu âm chỉ quan sát được sự ứ đọng của ống tiêu hóa với nhiều dịch không đồng nhất trong lòng ruột và dẫn các quai ruột. Không quan sát thấy ruột thừa và túi thừa Meckel trên siêu âm, nguyên nhân do tình trạng bệnh nhân đau bụng dữ dội, quai ruột nổi và phản ứng thành bụng làm hạn chế cửa sổ siêu âm, mặt khác trình độ và kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm cũng là nhân tố ảnh hưởng đến kết quả siêu âm ( Hình 2).



*Hình 6: Hình ảnh túi thừa Meckel trên siêu âm.*

**A,** Khối giống như mô mềm âm không đồng nhất ở ¼ bụng dưới phải (mũi tên). **B,** Doppler màu tăng tín hiệu mạch máu xung quanh.

Lòng ruột do túi thừa Meckel trên siêu âm cũng cho hình ảnh khối lồng nhiều lớp tăng âm xen kẽ lớp giảm âm. Trên mặt cắt dọc thấy hình chiếc bánh mì kẹp thịt (sandwich), trên mặt cắt ngang có hình ảnh bia bản.

### **3.3.2. Xquang ổ bụng không chuẩn bị**

Tắc ruột do túi thừa Meckel chỉ có hình ảnh mức nước mức hơi trong các quai ruột khi đến muộn. Đây cũng là hình ảnh chúng tôi quan sát được trên phim chụp bụng không chuẩn bị của bệnh nhân, hình ảnh mức nước – hơi điển hình, chân rộng vòm thấp, nằm ở nửa bụng trái, tuy nhiên chúng tôi chỉ nhận định bệnh nhân có tắc ruột cơ học và có chỉ định can thiệp phẫu thuật chứ không dự báo trước mổ được nguyên nhân gây tắc trong trường hợp này (Hình 1).

Trong thùng túi thừa Meckel có thể thấy hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành nếu lỗ thùng lớn.

### **3.3.3. Xquang ổ bụng có thuốc cản quang**

Chụp có uống Barium thấy gián tiếp một khối và những thay đổi do viêm ở các quai ruột non kế cận. Khi nghi ngờ thùng túi thừa Meckel không có chỉ định chụp phim có uống thuốc cản quang.

Chụp bụng có cản quang không nên thực hiện trước khi chụp nhấp nháy đồ vì barium có thể che một phần hoặc toàn bộ các hình ảnh cần đọc trên phim.

Trên phim chụp có uống thuốc cản quang, túi thừa được xác định là:

(-) Một cấu trúc hình túi, một đầu kín, đầu kia mở vào bờ tự do hồi tràng.  
 (-) Hình ảnh một mặt phẳng hình tam giác ở chỗ nối giữa túi thừa với hồi tràng.

(-) Hình một “chạc ba” ở điểm nối túi thừa – hồi tràng (cũng là dấu hiệu điển hình của túi thừa Meckel).

Tuy nhiên những hình ảnh này cũng có thể là hình ảnh của túi thừa đơn độc mắc phải khác trên ruột non, ruột đôi có thông với lòng hồi tràng, túi giả trong các rối loạn nhu động, bệnh Crohn và các u rỗng ruột của ruột non (u lympho, u dạ dày ruột - gastrointestinal stromal tumors). Nhưng các u này thường có thành dày và có ảnh hưởng đến các tổ chức và đoạn ruột gần kề.

Chẩn đoán phân biệt túi thừa Meckel trên phim bụng có uống thuốc cản quang với hình ảnh ống dài không chứa thuốc của các loại polyp có cuống như Peutz-Jegher hoặc các loại polyp xơ bị viêm.

Ngoài ra, thỉnh thoảng sẽ thấy hình ảnh tương tự nếp nhăn dạ dày trong túi thừa. Hình ảnh chất cản quang trong túi thừa bị khiếm khuyết có thể là hình ảnh của sỏi ruột, sỏi phân và dị vật hoặc thỉnh thoảng là những hình ảnh khối choán chỗ của u, các mô lạc chỗ, áp xe hoặc các tổn thương hiếm hơn.

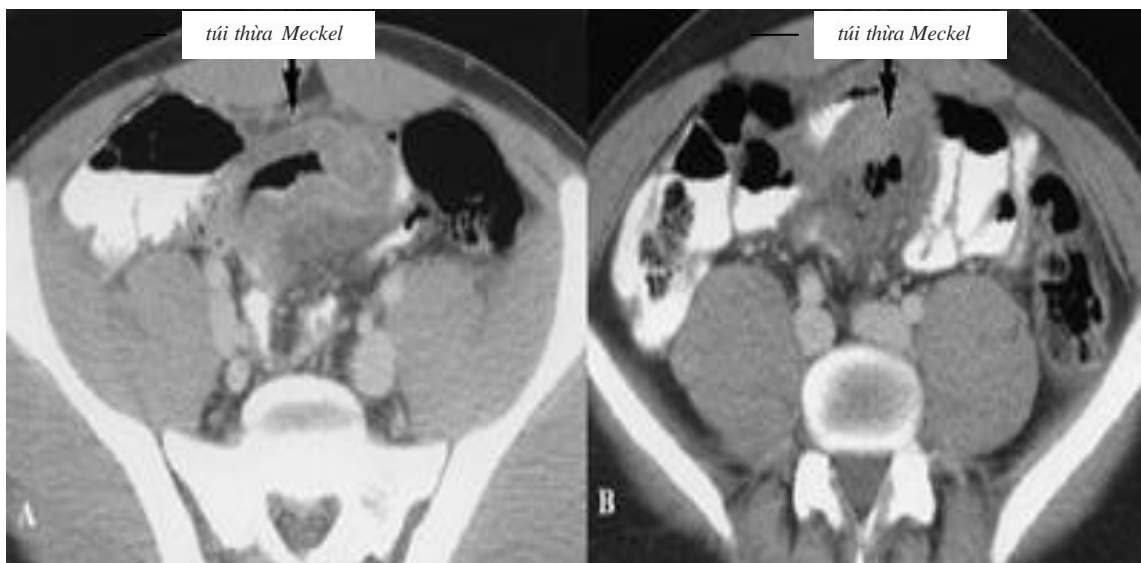
Chú ý: Đôi khi cũng khó thấy Barium trong túi thừa nên cần chụp cẩn thận, kỹ càng. Đánh giá kết quả X-quang của bệnh nhân nên phối hợp với tuổi và triệu chứng lâm sàng. Hiện nay chụp X-quang với barium hầu *như được thay thế bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác* để đánh giá bệnh nhân với các triệu chứng cấp, nhưng vẫn đóng một vai trò nhất định đối với bệnh nhân có các triệu chứng kéo dài. Khi chẩn đoán chưa được xác định, thì việc chụp ruột non có cản quang một cách cẩn thận, kỹ càng sẽ phụ giúp cho phương pháp chẩn đoán bằng chụp cắt lớp.

### **3.3.4. Chụp CT Scanner ổ bụng**



Hình ảnh túi thừa Meckel có thể thấy như một cấu trúc có đáy, chứa dịch hoặc hơi, liên tục với ruột non. Cần đánh giá thêm độ dài và rộng của túi thừa; chất bên trong túi thừa chủ yếu là hơi, dịch chất cản quang hay phân; mức độ dày thành túi thừa (vừa, trung bình hay dày); có hay không mạc nối dính tăng cường kèm theo; vị trí của túi thừa Meckel (nếu trung tâm túi thừa ở mức ngang rốn thì nằm bên trái hay bên phải so với rốn, nếu trung tâm túi thừa ở đường trắng giữa thì nằm ở trên hay dưới so với rốn)

CT scan ổ bụng còn có thể cho thấy sỏi ruột, lồng ruột, lồng túi thừa-ruột, tắc ruột, viêm túi thừa.



*Hình 7: Rò túi thừa Meckel trên phim chụp CT scanner ổ bụng.*

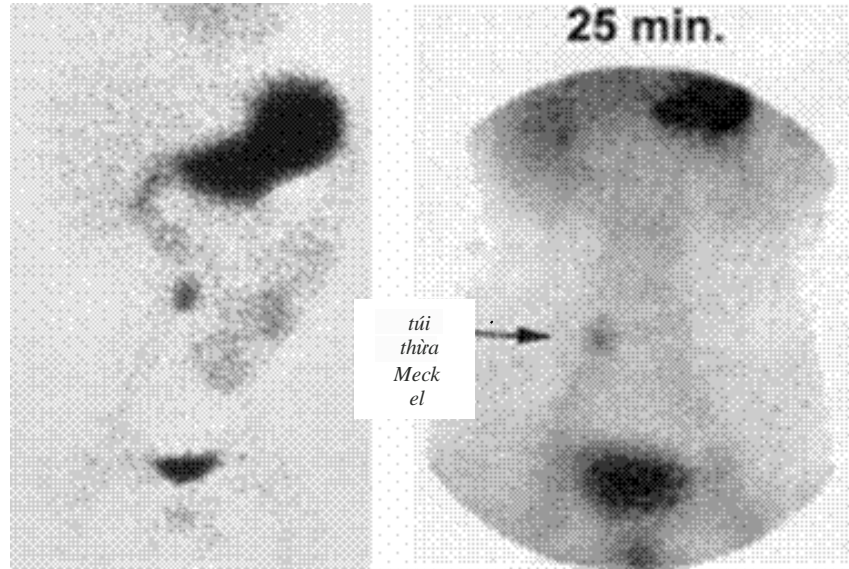
A: CT scan cản quang đường uống và tĩnh mạch thấy một đoạn ruột có đầu tận cùng thông với hồi tràng nằm ở đường giữa vùng chậu (mũi tên). Thay đổi nhẹ mạc treo do viêm. B: Lát cắt phía dưới thấy túi thừa (mũi tên)

chứa khí, các quai ruột non dính vào xung quanh.

### **3.3.5. Chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ TC-99<sup>m</sup> :**

Năm 1962 Harper, Adros và Lathrop báo cáo lợi điểm của chất phóng xạ TC 99<sup>m</sup> là một chất xạ quang sinh học có thời gian bán hủy ngắn (6 giờ), gần như không có hạt phóng xạ và tia Gamma là tia chính có năng lượng thấp (140 KeV) làm nảy ra phương pháp chụp nhấp nháy đồ.

Độ nhạy của phương pháp thay đổi từ 75% - 100% với dương tính giả trong khoảng 15% và âm tính giả trong khoảng 25%. Độ đặc hiệu được báo cáo trong nghiên cứu là khoảng 80%.



*Hình 8: Hình ảnh chụp nhấp nháy đồng vị phóng xạ Tc-99m cho thấy sự tập trung của technetium ở dạ dày, lớp niêm mạc tiết axit của túi thừa Meckel (mũi tên), và phía trên bàng quang (hình ảnh kể từ trên xuống)*

Chụp Nhấp nháy đồ với đồng vị phóng xạ Tc -99m là phương tiện an toàn, thuận tiện (không xâm nhập vào cơ thể người bệnh - noninvasive method) và hữu hiệu để phát hiện và chẩn đoán túi thừa Meckel không triệu chứng hoặc có các biến chứng.

#### **4. Điều trị túi thừa Meckel**

##### **4.1. Chỉ định**

- Caroline C. Jadowiec và cộng sự đề nghị nên cắt bỏ túi thừa Meckel ở trẻ em khi được phát hiện dù có triệu chứng hay không có triệu chứng vì họ cho rằng hầu hết bệnh nhân có túi thừa đều xuất hiện triệu chứng trong vòng 2 năm đầu đời.

- Theo Nguyễn Hữu Chí và cộng sự có 44,2% bệnh nhân xuất hiện biến chứng ở tuổi nhỏ hơn 2 tuổi.

- Túi thừa Meckel có biến chứng chỉ định phẫu thuật cắt bỏ 100% khi được chẩn đoán hoặc khi mổ phát hiện được.

#### **4.2. Kỹ thuật phẫu thuật**

Có 3 kỹ thuật được sử dụng trong phẫu thuật túi thừa Meckel, bao gồm:

- (1) Cắt bỏ túi thừa theo cách đơn giản
- (2) Cắt túi thừa hình chêm
- (3) Cắt 1 đoạn ruột có kèm túi thừa.

Nghiên cứu của Alfonso nhận định về kết luận Varcoe gợi ý sử dụng tỷ lệ chiều dài/ đường kính của túi thừa Meckel làm công thức quyết định kỹ thuật cắt túi thừa Meckel: Nếu tỷ lệ này nhỏ hơn 2 sẽ làm tăng nguy cơ sót niêm mạc lạc chỗ ở đoạn hồi tràng kế cận, cắt bỏ đoạn ruột chứa túi thừa được khuyến dùng, và ngược lại nếu tỷ lệ này lớn hơn 2 thì cắt bỏ túi thừa hình chêm. Phẫu thuật cắt túi thừa Meckel kèm theo cắt ruột thừa hay không phụ thuộc vào từng phẫu thuật viên. Ca bệnh chúng tôi mô tả không chỉ định kèm theo cắt ruột thừa, nhằm tiết kiệm thời gian phẫu thuật, chắc chắn sẽ có lợi cho bệnh nhân hơn trong giai đoạn hậu phẫu: bệnh nhân có trung tiện, được rút dẫn lưu và cho ăn vào ngày thứ 3 sau mổ, vết mổ liền tốt và ổn định ra viện sau mổ 10 ngày.

- Cắt túi thừa đơn giản: Kỹ thuật này được thực hiện giống như kỹ thuật cắt bỏ ruột thừa: Cắt động mạch túi thừa và cắt túi thừa Meckel đơn thuần. Hiện nay không còn được áp dụng.

- Cắt bỏ túi thừa hình chêm: Sau khi đã cắt động mạch túi thừa, thực hiện cắt túi thừa hình chữ V lấy đi cả chân của nó rồi đóng lại ruột. Kỹ thuật này thường áp dụng với túi thừa có chân hẹp.

- Cắt bỏ một đoạn ruột: Kỹ thuật này bao gồm cắt túi thừa và vài centimet đoạn ruột non cạnh chân túi thừa, rồi nối ruột tận – tận. Thường áp dụng với túi thừa có chân rộng với tổ chức lạc sản hoặc có kèm viêm nhiễm hoặc nhồi máu hồi tràng kế cận. Đây cũng là kỹ thuật mà chúng tôi thực hiện

cho ca bệnh được báo cáo này, mặc dù quan sát thấy túi thừa Meckel có tỷ lệ chiều dài / đường kính  $>2$  bởi do có kèm theo dây xơ gây tắc đoạn hồi tràng tương ứng, cần chỉ định cắt đoạn ruột giải phóng tắc và lập lại lưu thông ruột, chỉ định này càng hạn chế tối đa việc bỏ sót mô lạc chỗ ở đoạn hồi tràng kế cận, tránh cho bệnh nhân việc lập lại biến chứng không đáng có của túi thừa Meckel.

#### ***4.3. Chăm sóc sau mổ***

- Kháng sinh đường tĩnh mạch sau mổ: kháng sinh phổ rộng, dùng kháng sinh phối hợp nếu cần.
- Dùng giảm đau nếu bệnh nhân đau nhiều
- Thay băng vết mổ hàng ngày
- Chăm sóc dẫn lưu (nếu có) và dự kiến ngày rút dẫn lưu.

## KẾT LUẬN

Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh thường gặp nhất của ruột non do sự tiêu biến không hoàn toàn của ống rốn - tràng từ tuần thứ 5 của thời kỳ bào thai. Mặc dù được mô tả đầu tiên bởi Fabricius Hildanus vào năm 1958, nhưng sau đó mới được đặt tên bởi Friedrich Meckel (1781-1833), người đầu tiên báo cáo nghiên cứu về giải phẫu cũng như mô học của túi thừa Meckel vào năm 1809.

Hầu hết những người có túi thừa Meckel không biểu hiện triệu chứng. Tần suất xuất hiện biến chứng của túi thừa Meckel theo các tác giả khác nhau là khác nhau và chưa chắc chắn, từ 4 – 34%. Tỷ lệ ở nam giới mắc bệnh cao hơn ở phụ nữ 3 - 5 lần. Các biến chứng thường gặp của túi thừa Meckel là chảy máu chiếm 20 - 30% , tắc ruột chiếm 20 - 25%, viêm túi thừa chiếm 10 - 20%, bất thường rốn 10%, các bệnh lý khác như u túi thừa, rò túi thừa chiếm 0,5 - 2%. Chụp nhấp nháy đồ với đồng vị phóng xạ  $^{99m}\text{Tc}$  là phương tiện an toàn, thuận tiện (không xâm nhập vào cơ thể người bệnh - noninvasive method) và hữu hiệu để phát hiện và chẩn đoán túi thừa Meckel không triệu chứng hoặc có các biến chứng.

Khi chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng có chỉ định phẫu thuật cắt túi thừa (có thể mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi). Có 3 kỹ thuật khá đơn giản được sử dụng trong phẫu thuật túi thừa Meckel, bao gồm: Cắt bỏ túi thừa theo cách đơn giản; Cắt túi thừa hình chêm; hoặc cắt cắt 1 đoạn ruột có kèm túi thừa. Có một số nhà ngoại khoa cho rằng có thể có một phần niêm mạc mô lạc chỗ còn sót lại ở đoạn hồi tràng gần kề túi thừa nếu không được cắt kèm theo túi thừa sẽ còn khả năng xảy ra biến chứng. Tuy nhiên, thường thì các mô lạc chỗ này nằm ở phần đáy túi thừa, không dính với hồi tràng và thường đã được loại bỏ hết khi cắt bỏ túi thừa. Trong một số trường hợp, có tồn tại động mạch rốn - tràng bên phải tiên phát, bắt nguồn từ mạc treo được nhìn thấy trong quá trình phẫu thuật. Chính động mạch này có nhiệm vụ nuôi dưỡng túi thừa Meckel, vì vậy cần tìm và cột động mạch này trong khi phẫu thuật.

Bởi vì tương đối khó để chẩn đoán tồn tại túi thừa Meckel, nên một khi bệnh nhân có những dấu hiệu của bệnh thì ngay lập tức phải nghĩ đến túi thừa Meckel và các biến chứng của nó để thiết lập chẩn đoán hay loại trừ. Chẩn đoán chậm trễ trong các trường hợp biến chứng là rất nguy hiểm vì không được hồi sức và điều trị kịp thời. Khi biến chứng của túi thừa Meckel đã được chẩn đoán, tỉ lệ thất bại trong điều trị vào khoảng 12%. Biến chứng lâu dài sau mổ khoảng 7%. Nếu túi thừa Meckel tình cờ được phát hiện và cắt bỏ trong phẫu thuật (cho chẩn đoán bệnh khác) thì tỉ lệ xuất hiện triệu chứng (2%) và đe dọa tính mạng (1% - 2%) về sau thấp hơn nhiều. Biến chứng U ác tính chiếm khoảng 5% trong số túi thừa Meckel có biến chứng.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Văn Hải (2003), “Đặc điểm giải phẫu và bệnh lý của túi thừa Meckel”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 7, số 2.
2. Chiu Kín Hâu và cộng sự (2009), “Vai trò của nội soi ổ bụng trong xử trí túi thừa Meckel có biến chứng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 13, số 6.
3. Đào Trung Hiếu, Nguyễn Hữu Chí (2011), “Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán túi thừa Meckel ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa dưới”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15, số 3.
4. Nguyễn Tuấn Khiêm (2007), “Đặc điểm bệnh lý túi thừa Meckel”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 11, số 4, tr. 56-61.
5. Lò Minh Trọng (2018), “Đặc điểm lâm sàng , cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị túi thừa Meckel có biến chứng tại Bệnh viện Nhi trung ương” *Luận văn bác sĩ nội trú Đại học y Thái Nguyên*.
6. Lê Cẩm Thạch và cộng sự (2011), “Đặc điểm lâm sàng và siêu âm các biến chứng của túi thừa Meckel tại bệnh viện Nhi đồng 1”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15, số 3.
7. Adero Francis et al (2016), “Pediatric Meckel’s diverticulum: report of 208 cases and review of the literature”, *Fetal and pediatric pathology*, 35, pp. 199 - 206.
8. Akuro Sato et al (2018), “Diagnosis of Meckel diverticulum on endoscopic retrograde eliography in a child”, *Pediatric international*, 0, pp.
9. Alfonso Papparella et al (2014), “Laparoscopic approach to Meckel’s diverticulum”, *World Journal of Gastroenterology*, 20(25), pp. 8173 - 8178
10. Asaf Shemer B (2018), “Combined Gastric and Pancreatic Tissue inside a Meckel’s diverticulum”, *IMAJ*, 20, pp. 746.
11. Caroline C Jadowiec et al (2015), “Is an incidental Meckel’s

diverticulum truly benign?", *Surgery*, pp.1- 4.