

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU MẠC NỔI LỚN

Nguyễn Văn Hiệu^{1,2}, Hồ Xuân Tuấn³ và Phạm Hồng Đức^{1,4,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

³Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

⁴Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của nhồi máu mạc nối lớn. Đối tượng gồm 18 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $49,4 \pm 19,5$, ưu thế nhẹ ở nam giới, có thể gặp ở bệnh nhân béo phì và tiền phẫu thuật bụng. Biểu hiện lâm sàng đau bụng cấp, không sốt (94,4%), các xét nghiệm viêm thường không đặc hiệu. Cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tĩnh giúp chẩn đoán xác định nhồi máu mạc nối lớn với các đặc điểm bao gồm: tổn thương tỷ trọng mỡ bị thâm nhiễm không đồng nhất nằm sát dưới thành bụng trên phải (không gặp trường hợp nào bên trái); kích thước trên 20 mm (trung bình $46,6 \pm 15,2$ mm); hình bầu dục (77,8%) có thể có viền tăng tỷ trọng ngoại vi (44,4%), không có trường hợp nào có phản ứng viêm dày thành đại tràng lân cận. Điều trị bảo tồn chiếm chủ yếu (83,3%), đều không có biến chứng và ổn định ra viện. Dấu hiệu cuộn xoáy của xoắn mạc nối lớn được coi là một chỉ định của phẫu thuật. Như vậy, cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán xác định nhồi máu mạc nối lớn, loại trừ các nguyên nhân cấp tính khác cần phải phẫu thuật.

Từ khóa: Nhồi máu mạc nối lớn, cắt lớp vi tính, đau bụng cấp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu mạc nối lớn là nguyên nhân hiếm gặp gây đau bụng cấp được mô tả lần đầu bởi Bush vào năm 1896, và xoắn mạc nối lớn bởi Eitel vào năm 1899.¹ Mạc nối lớn có nhiều mạch và mỡ, nối từ bờ cong lớn dạ dày và phần xuống tá tràng che phủ phần lớn ruột non, sau đó vòng lên bám vào bờ tự do của đại tràng ngang.² Đau bụng do nhồi máu mạc nối lớn có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau của ổ bụng (cần phân biệt với một số bệnh lý ngoại khoa hay gặp như viêm túi mật cấp, viêm ruột thừa cấp, thủng ruột, viêm túi thừa đại tràng, viêm bờm mỡ đại tràng), nôn, sốt nhẹ, có thể sờ thấy khối trong ổ bụng.³ Chẩn đoán xác định thường

được dựa vào đặc điểm tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT), đôi khi được khẳng định chẩn đoán trong mổ.⁴ Theo y văn, nhồi máu mạc nối lớn có thể được điều trị nội khoa trước tiên gồm giảm đau, kháng sinh và theo dõi. Nếu diễn biến lâm sàng không giảm hoặc có biến chứng thì nên chỉ định phẫu thuật.⁵

Về yêu cầu lâm sàng, chẩn đoán nhanh và chính xác nguyên nhân đau bụng là cần thiết để quyết định điều trị phù hợp, đặc biệt loại trừ các nguyên nhân đau bụng cấp cần phải phẫu thuật không trì hoãn. Siêu âm giúp chẩn đoán loại trừ viêm ruột thừa và viêm túi mật, tuy nhiên nhiều trường hợp không chẩn đoán được nguyên nhân đau bụng của bệnh nhân. Mặc dù thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, làm đầy đủ các xét nghiệm và siêu âm nhưng nhiều trường hợp không đưa ra được chẩn đoán xác định. Nội soi thăm dò ổ bụng là một phương pháp xâm lấn, được chỉ định trong những trường hợp khó. Cắt lớp vi tính là một công

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Đức

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Email: phamhongduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 08/07/2024

Ngày được chấp nhận: 29/07/2024

cụ không xâm lấn tốt nhất có thể mô tả chính xác mạc nối lớn và có giá trị trong chẩn đoán xác định bệnh nhồi máu mạc nối lớn để quyết định điều trị nội khoa hay phẫu thuật, tránh phẫu thuật không cần thiết khiến thời gian nằm viện kéo dài.⁵ Năm 2020, Medina-Gallardo N. và cộng sự đã tổng kết trên y văn cho thấy có khoảng 146 ca trên 90 bài báo được chẩn đoán nhồi máu mạc nối bằng CLVT.⁶ Nói chung, các báo cáo đều phân tích có tính chất lẻ tẻ và chưa có số lượng lớn, và trong nước cũng chỉ có vài bài báo cáo ca lâm sàng.^{7,8} Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tổng kết lại những trường hợp được chẩn đoán nhồi máu mạc nối trên cắt lớp vi tính tại cơ sở của chúng tôi, và mong muốn góp phần bổ sung dữ liệu y văn nói chung cho phân tích chẩn đoán và điều trị bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập tất cả các bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đau bụng cấp, được làm các xét nghiệm nhiễm trùng và chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang có hình ảnh nhồi máu mạc nối lớn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 5/2024. Các bệnh nhân không được khẳng định bằng phẫu thuật được xác định bằng các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm ổn định sau khi điều trị nội.

2. Phương pháp

Kỹ thuật cắt lớp vi tính

Tất cả bệnh nhân được thực hiện chụp cắt lớp vi tính trên máy Somatom Scope 32 dãy (Siemens, Đức), vùng bụng và tiểu khung có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch. Các lát cắt axial 5 mm được lấy từ đáy phổi đến hết khớp mu có tiêm tĩnh mạch thuốc cản quang không ion (Omnipaque 300 mg/ml hoặc Xenetix 300 mg/ml), liều dùng 1 - 1,5 mL/kg cân nặng, với tốc độ 2 - 3 mL/s. Quy trình thực hiện kỹ thuật

thu nhận hình ảnh cắt lớp vi tính gồm: chụp thì không tiêm thuốc cản quang, thì động mạch (25 - 30 giây tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc) và thì tĩnh mạch (60 - 70 giây tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc). Hình ảnh được chuyển đến máy trạm Syngo.via, sử dụng các lát cắt 1,5mm và các chế độ dynamic MRP, MIP, VRT để đánh giá tổn thương. Độ rộng cửa sổ từ 350 đến 400HU, cửa sổ trung tâm từ 40 đến 60HU.

Tất cả các hình ảnh đã được xem xét, phân tích và đồng thuận của hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm và tập trung vào các yếu tố: quan sát dây chằng dạ dày- đại tràng và phần tự do của mạc nối lớn; sự xuất hiện của mô mỡ bên trong mạc nối lớn; biểu hiện mạch máu của mạc nối lớn trên hình ảnh MPR, MIP, VRT. Để nhận biết phần tự do của mạc nối lớn, xác định đường đi theo chiều dọc của các mạch máu mạc nối lớn (các tĩnh mạch thường lớn gấp đôi động mạch) đi xuống vuông góc với bờ cong lớn dạ dày, giới hạn bờ phần tự do của mạc nối lớn nằm ở vị trí mà mỡ mạc nối biến mất và ruột nằm ngay bên dưới thành bụng (Hình 1). Nhồi máu mạc nối lớn được xác định với đặc điểm: tổn thương tỷ trọng mỡ không đồng nhất, hình bầu dục hay thâm nhiễm mỡ lan toả, thuộc phần tự do mạc nối lớn nằm sát thành bụng trước, có thể được giới hạn bởi viền tăng tỷ trọng ngoại vi (Hình 1 - 3).

Thu thập số liệu

Thông tin chung của bệnh nhân: giới, tuổi, thừa cân (chỉ số khối BMI > 25 kg/m²). Đặc điểm lâm sàng: buồn nôn, nôn, sốt (nhiệt độ từ 38 độ C trở lên), tiền sử bệnh nền (suy tim, tình trạng tăng đông), tiền sử phẫu thuật ổ bụng, chẩn đoán lâm sàng. Đặc điểm xét nghiệm: số lượng bạch cầu (BC), tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (BCDNTT), C- reactive protein (CRP). Đặc điểm CLVT: kích thước trung bình tổn thương bằng phép tính (dài + rộng + cao)/3, vị trí, hình thái (tổn thương tỷ trọng mỡ, hình

dạng, viên tăng tỷ trọng), vị trí liên quan các tạng (thành bụng trước, đại tràng, túi mật, ruột non), dày thành ruột, dịch tự do ổ bụng vị trí túi cùng Douglas. Điều trị: bảo tồn, phẫu thuật. Kết quả: thời gian nằm viện, biến chứng (hoại tử mạc nối, tắc ruột, viêm phúc mạc).

Xử lý và phân tích số liệu

Các phân tích thống kê được thực hiện bằng cách sử dụng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Thống kê mô tả được áp dụng bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, tần số và tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là một phần trong đề tài tốt nghiệp cao học của tác giả và đã được thông qua hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội. Dữ liệu thông tin là nghiên cứu mô tả được giữ bí mật và không ảnh hưởng đến quyền lợi của bệnh nhân. Các thông tin về bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Mười tám bệnh nhân (10 nam và 8 nữ) được chẩn đoán và điều trị nhồi máu mạc nối lớn, tỷ lệ nam/nữ là 1,25/1. Độ tuổi trung bình là 49,4 ± 19.5 (tuổi thấp nhất 18, cao nhất 86), có 6 bệnh nhân (33,3%) bị thừa cân với BMI > 25.

Vị trí đau phổ biến nhất nửa bụng phải chiếm 77,7%, gồm hạ sườn phải (n = 8; 44,4%) và hố chậu phải (n = 6; 33,3%), 4 trường hợp là đau quanh rốn và thượng vị, không có trường hợp nào ở nửa bụng trái. Đa số bệnh nhân không sốt (n = 17; 94,4%). Ba bệnh nhân (16,7%) có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó và một bệnh nhân (5,6%) có bệnh suy tim đi kèm.

Về xét nghiệm, có sáu bệnh nhân (33,3%) tăng số lượng bạch cầu trên 10.000/mL. Bảy bệnh nhân (38,9%) tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trên 70%. Tám trong số 9 bệnh nhân (88,9%) được làm CRP có tăng trên 5,0 mg/L.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm 18 trường hợp nhồi máu mạc nối lớn

STT	Tuổi/ giới	BMI (kg/m ²)	Vị trí và thời gian đau	Nhiệt độ (°C)	Số lượng BC (10 ³ /mL)	Tỷ lệ BCDNTT (%)	CRP (mg/L)
1	35/Nữ	22,2	Đau HCP 1 ngày	36,5	8.800	55,3	6,64
2	52/Nam	25,4	Đau HSP 2 ngày	36,5	7.800	56,9	4,85
3	71/Nữ	20,0	Đau HCP 1 ngày	36,5	7.800	58,8	-
4	42/Nữ	25,2	Đau HSP 5 ngày	37,0	6.700	61,7	-
5	41/Nam	21,1	Đau HCP 1 ngày. Tiền sử mổ nội soi cắt ruột thừa cách 5 tháng.	37,0	13.800	77,7	2,77
6	18/Nam	29,1	Đau HSP 1 ngày	37,0	12.600	69,8	-
7	49/Nam	20,2	Đau HCP 1 ngày. Tiền sử mổ mở cắt bán phần dạ dày cách 2 tháng.	37,0	9.100	75,7	6,05
8	31/Nam	21,5	Đau HSP	37,0	9.200	74,1	-

STT	Tuổi/ giới	BMI (kg/m ²)	Vị trí và thời gian đau	Nhiệt độ (°C)	Số lượng BC (10 ³ /mL)	Tỷ lệ BCDNTT (%)	CRP (mg/L)
9	42/Nam	22,7	Đau HCP 3 ngày	37,0	9.900	77,5	60,71
10	86/Nữ	24,9	Đau HSP	36,5	12.000	81,1	-
11	49/Nam	22,5	Đau HSP 2 ngày. Tiền sử suy tim.	37,5	17.400	87,5	76,6
12	76/Nữ	24,7	Đau TV 2 ngày	36,5	10.400	69,4	92,85
13	31/Nam	26,1	Đau TV 3 ngày	38,5	10.300	66,7	-
14	57/Nữ	27,0	Đau HCP 1 ngày	36,5	7.600	55,8	11,91
15	52/Nữ	20,0	Đau QR 1 ngày. Sau cắt tử cung ngày thứ 5	36,5	10.600	68,1	-
16	80/Nữ	20,9	Đau HSP 1 ngày	37,0	9.200	76,0	92,07
17	21/Nam	30,7	Đau HSP 1 ngày	37,0	8.400	55,7	-
18	57/Nam	21,5	Đau QR	37,0	8.000	60,0	8,9

HSP: hạ sườn phải, HCP: hố chậu phải, TV: thượng vị, QR: quanh rốn.

Về đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính bao gồm (Bảng 2): tổn thương tỷ trọng mỡ không đồng nhất và tiếp xúc thành bụng trước ở tất cả các bệnh nhân (100%), hình bầu dục có 14 bệnh nhân (77,8%), hình thâm nhiễm mỡ lan toả có 4 bệnh nhân (22,2%), tổn thương có viền tăng tỷ trọng ngoại vi không liên tục có 8 bệnh nhân (44,4%) và không có viền tăng tỷ trọng ngoại vi tổn thương có 10 bệnh nhân (56,6%). Kích thước trung bình chung của tổn thương là $46,6 \pm 15,2$ mm, nhỏ nhất là 21mm và lớn nhất là 68mm. Vị trí tổn thương có 6 bệnh nhân ở hố chậu phải (33,3%), 8 bệnh nhân ở hạ sườn phải (44,4%), 2 bệnh nhân ở vùng quanh rốn (11,1%) và 2 bệnh nhân ở vùng thượng vị (11,1%). Các tổn thương có liên quan đến manh tràng ở 3 bệnh nhân (16,7%), đại tràng lên ở 5 bệnh nhân (27,8%), đại tràng góc gan ở 3 bệnh nhân (16,7%), đại tràng ngang ở 2 bệnh nhân (11,1%) nhưng

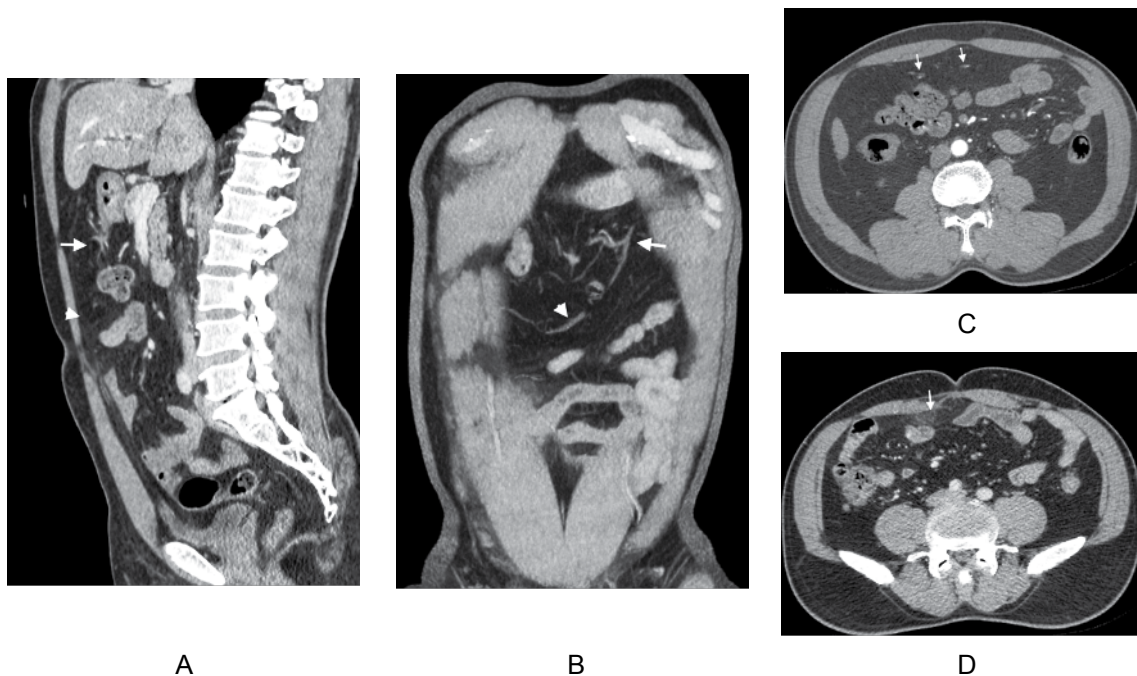
không có trường hợp nào có sự dày lên rõ ràng của thành ruột. Dịch tự do ổ bụng xuất hiện ở 7 bệnh nhân (38,9%), dịch lượng ít tập trung ở túi cùng Douglas. Trong số 18 bệnh nhân, 14 bệnh nhân (77,8%) là nhồi máu nguyên phát và 4 bệnh nhân (22,2%) là nhồi máu thứ phát. Hai bệnh nhân (11,1%) xoắn mạc nối lớn trên cắt lớp vi tính cho thấy tổn thương tỷ trọng mỡ với dấu hiệu cuộn xoáy của các mạch máu mạc nối tăng tỷ trọng xoay quanh trục.

Về điều trị, mười lăm bệnh nhân (83,3%) được điều trị bảo tồn bằng thuốc giảm đau và/hoặc kháng sinh. Ba bệnh nhân (16,7%) được phẫu thuật cắt mạc nối lớn cũng được dùng kháng sinh trước phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là $5,1 \pm 3,4$ ngày, trong đó có một bệnh nhân tới 16 ngày liên quan đến tổn thương mạc nối sau cắt tử cung bán phần 5 ngày. Không có trường hợp biến chứng hoặc tử vong nào được ghi nhận.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính và điều trị của 18 trường hợp nhồi máu mạc nối lớn

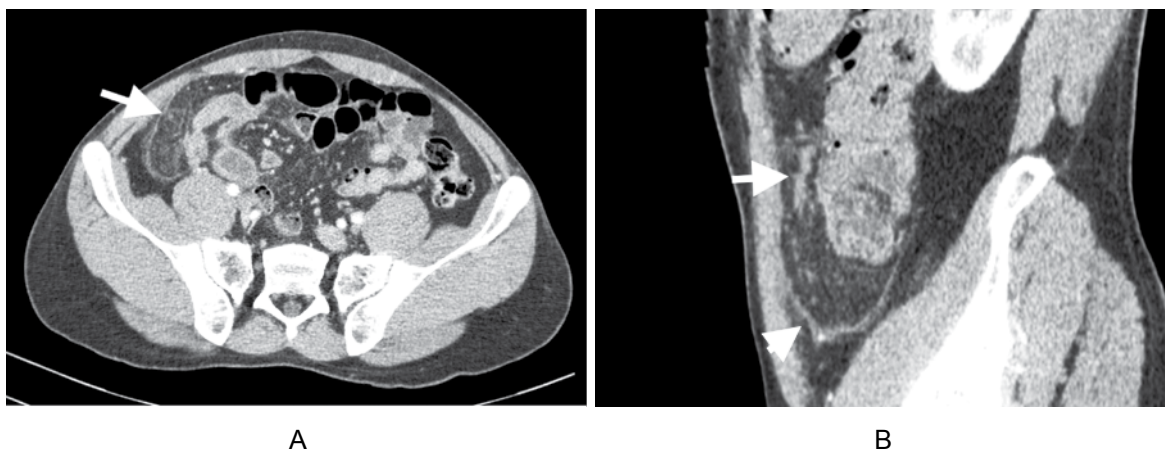
STT	Vị trí, liên quan các tạng	Kích thước trung bình (mm)	Hình thái	Viền tăng tỷ trọng ngoại vi	Dấu hiệu cuộn xoáy	Dịch tự do ổ bụng (mm)	Điều trị	Số ngày nằm viện
1	HCP, manh tràng	40	Bầu dục	+	-	11	PTNS	5
2	HSP, túi mật	34	Bầu dục	-	-	13	Bảo tồn	4
3	HCP, manh tràng	28	Bầu dục	-	-	-	Bảo tồn	9
4	HSP, túi mật	25	Bầu dục	-	-	-	Bảo tồn	4
5	HCP, đại tràng lên	46	Lan toả	-	-	-	Bảo tồn	2
6	HSP, đại tràng góc gan	49	Bầu dục	-	-	21	Bảo tồn	3
7	HCP, hồi tràng	60	Bầu dục	+	-	-	Bảo tồn	4
8	HSP, đại tràng lên	35	Bầu dục	+	-	-	Bảo tồn	4
9	HCP, manh tràng	64	Bầu dục	+	+	18	PTNS	6
10	HSP, đại tràng góc gan	50	Bầu dục	+	-	-	Bảo tồn	8
11	HCP, đại tràng lên	32	Bầu dục	-	-	-	Bảo tồn	5
12	TV, gan trái	65	Lan toả	-	+	-	PTNS	8
13	TV, đại tràng ngang	47	Bầu dục	+	-	21	Bảo tồn	6
14	HCP, đại tràng lên	60	Lan toả	-	-	10	Bảo tồn	5
15	QR, đại tràng ngang	46	Bầu dục	+	-	19	Bảo tồn	16
16	HSP, đại tràng góc gan	68	Lan toả	+	-	-	Bảo tồn	11
17	HSP, đại tràng lên	68	Bầu dục	-	-	-	Bảo tồn	4
18	QR, hồi tràng	21	Bầu dục	-	-	-	Bảo tồn	6

+: có, -: không, PTNS: phẫu thuật nội soi.



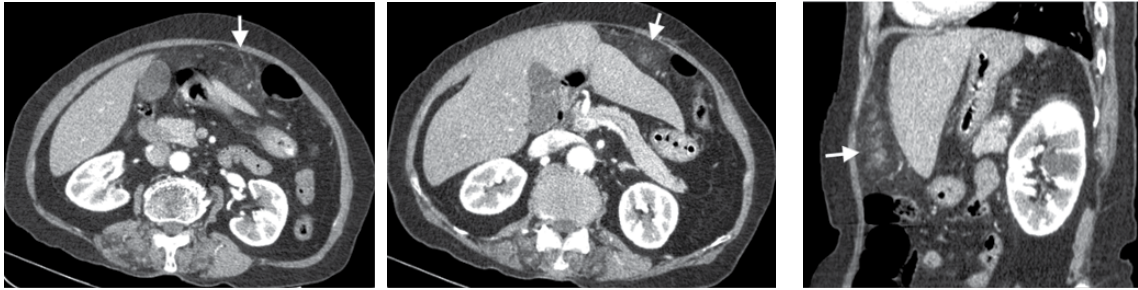
Hình 1. Nam 57 tuổi (số thứ tự 18), nhồi máu mạc nối lớn trên cắt lớp vi tính tiêm thuốc cản quang thì động mạch.

A-sagittal MPR, mũi tên cho thấy dây chằng dạ dày- đại tràng (mũi tên) và phần tự do mạc nối lớn (đầu mũi tên). B-coronal MPR, mũi tên cho thấy mạch máu trong dây chằng dạ dày - đại tràng (mũi tên) và phần tự do mạc nối lớn (đầu mũi tên). C-axial, mũi tên cho thấy mạch máu trong phần tự do mạc nối lớn. D-axial, mũi tên cho thấy tổn thương tỷ trọng mỡ hình bầu dục nằm ngay sau thành bụng trước vùng cạnh rốn phải



Hình 2. Nam 42 tuổi (số thứ tự 9), nhồi máu mạc nối lớn trên CLVT có tiêm thuốc cản quang.

A-axial, tổn thương tỷ trọng mỡ không đồng nhất hình bầu dục (mũi tên) nằm ngay sau thành bụng trước bên phải, cạnh manh tràng. B-sagittal, dấu hiệu cuộn xoáy biểu hiện mạch máu tăng tỷ trọng xoáy quanh trục (mũi tên) và phần mạc nối bị xoắn được giới hạn bởi viền tăng tỷ trọng (đầu mũi tên)



A

B

C

Hình 3. Nữ 76 tuổi (số thứ tự 12), nhồi máu mạc nối lớn do xoắn trên CLVT có tiêm thuốc cản quang.

A-axial, tổn thương dạng thâm nhiễm mỡ lan toả nằm sau thành bụng trước vùng thượng vị (mũi tên). B-axial và C-sagittal, dấu hiệu cuộn xoáy của mạch máu tăng tỷ trọng xoay quanh trục (mũi tên). Phẫu thuật cho thấy một phần của mạc nối lớn xoắn quanh trục, tím đen hoại tử, kích thước 5 x 6 cm, ít dịch cạnh tổ chức hoại tử, kiểm tra không ghi nhận có bệnh lý nào khác trong ổ bụng

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân nhồi máu mạc nối lớn thường gặp ở người lớn, khoảng 85% các ca nhồi máu mạc nối lớn được báo cáo ở người lớn, độ tuổi hay gặp nhất là nhóm 40 - 50 tuổi và hay gặp ở nam gấp hai lần nữ.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập các bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, độ tuổi trung bình là $49,4 \pm 19,5$, nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, lớn tuổi nhất là 86 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 10 nam và 8 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,25/1, nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn trong nghiên cứu. Tỷ lệ thừa cân, béo phì là 33,3% với BMI lớn nhất là 30,7, đây là một yếu tố nguy cơ cho nhồi máu mạc nối lớn do chất béo dư thừa của mạc nối có thể hoạt động như một điểm xoắn.¹⁰ Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Diab tỷ lệ béo phì là 49,2%.⁵

Không có đặc điểm lâm sàng nào giúp chẩn đoán nhồi máu mạc nối lớn phân biệt với các tổn thương khác. Triệu chứng quan trọng nhất là đau, thường xuất hiện ở hạ sườn phải và hố chậu phải, đôi khi quanh rốn hoặc thượng vị, hiếm xuất hiện ở hạ sườn trái hoặc hố chậu trái. Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí đau thường ở

vùng bụng bên phải chiếm 77,7% phù hợp với kết quả của Diab.⁵ Vị trí đau được giải thích do mạc nối lớn bên phải có độ di động và chiều dài lớn hơn hoặc mạc nối đôi hoặc sự bất thường bẩm sinh mạch máu cung cấp cho phần mạc nối lớn bên phải nên dễ gây nhồi máu hơn, hay do sự khác biệt về nguồn gốc phôi thai nên mạch máu vùng bờ phải mạc nối lớn nhỏ và mong manh hơn nên dễ bị kéo dài và tắc nghẽn hơn.^{11,12}

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33,3% bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, 38,9% bệnh nhân tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và 88,9 % tăng CRP. Đây là các xét nghiệm bổ sung cho chẩn đoán và gợi ý tìm kiếm nguồn gốc của tình trạng viêm. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Diab với 19,7% bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, 49,2% bệnh nhân tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và 82% bệnh nhân tăng CRP.⁵

CLVT là phương pháp không xâm lấn quan trọng để chẩn đoán nhồi máu mạc nối lớn, với các dấu hiệu tổn thương tỷ trọng mỡ không đồng nhất, hình bầu dục hay thâm nhiễm mỡ lan

toả, có hay không có viền tăng tỷ trọng ngoại vi, thuộc phần tự do mạc nối lớn nằm sau thành bụng trước. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tổn thương đều có các dấu hiệu trên và có kích thước trung bình $46,6 \pm 15,2\text{mm}$, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Babu và Singh.^{13,14} Các tổn thương này có vị trí liên quan với manh tràng, đại tràng lên và đại tràng ngang ở 72,2% tổn thương nhưng không có trường hợp nào có phản ứng dày thành ruột, điều này giúp chẩn đoán phân biệt với các tổn thương khác trong đó chủ yếu với viêm bờm mỡ đại tràng. Chẩn đoán phân biệt trên cắt lớp vi tính đối với tổn thương tỷ trọng mỡ trên bệnh nhân đau bụng cấp với viêm bờm mỡ đại tràng, thường xuất hiện khối tỷ trọng mỡ cạnh đại tràng trái, kích thước thường nhỏ hơn 2 cm, có các chấm tăng tỷ trọng trung tâm do huyết khối tĩnh mạch và có viền tăng tỷ trọng ngoại vi liên tục, kèm theo dày thành đại tràng tương ứng.^{6,15}

Nhồi máu mạc nối lớn xảy ra do tổn thương mạch máu của mạc nối lớn và được chia thành nguyên phát và thứ phát. Nhồi máu mạc nối lớn thứ phát gây ra do dính giữa mạc nối và vùng bệnh lý (thoát vị, sẹo phẫu thuật, và khối u), trạng thái tăng đông máu, và huyết khối tĩnh mạch do suy tim phải. Nếu không xác định được nguyên nhân, thì nó được gọi là nhồi máu mạc nối lớn nguyên phát, có thể do biến thể giải phẫu gây xoắn như mạc nối đôi, mạc nối hình áo tai, mạc nối tích tụ chất béo tăng kích thước trong béo phì hoặc bất thường động mạch tĩnh mạch mạc nối.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có bốn bệnh nhân (22,2%) được chẩn đoán nhồi máu mạc nối thứ phát trong đó ba bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó, một bệnh nhân có tiền sử suy tim. Mười bốn bệnh nhân còn lại (77,8%) được chẩn đoán nhồi máu mạc nối nguyên phát. Có hai bệnh nhân xoắn mạc nối lớn biểu hiện trên cắt lớp vi tính là dấu hiệu cuộn xoáy, xuất hiện dưới dạng các mạch máu mạc nối tăng tỷ trọng xoay quanh trục.

Nhồi máu mạc nối lớn được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật. Đa số các bệnh nhân được điều trị bảo tồn với giảm đau, truyền dịch và kháng sinh vì đây là bệnh tự giới hạn. Nếu diễn biến lâm sàng không giảm hoặc có các biến chứng hiếm gặp như tắc ruột, áp xe thì nên chỉ định phẫu thuật.^{5,6} Trong nghiên cứu của chúng tôi 83,3% bệnh nhân được điều trị bảo tồn và tất cả đều thành công với thời gian trung bình nằm viện là $5,1 \pm 3,4$ ngày. Ba bệnh nhân được phẫu thuật trong đó hai bệnh nhân xoắn mạc nối lớn và một bệnh nhân tổn thương vùng hố chậu phải đau mức độ nhiều cần loại trừ viêm ruột thừa.

Các bệnh nhân được điều trị bảo tồn trước khi ra viện để chứng minh tổn thương thoái triển thì nên chụp cắt lớp vi tính, ngay cả khi bệnh nhân đến kiểm tra theo hẹn tái khám, đây là hạn chế của nghiên cứu. Tuy nhiên, chỉ định này gây tốn kém và nhiễm tia X không cần thiết cho bệnh nhân ổn định về mặt lâm sàng và xét nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Nhồi máu mạc nối lớn là một nguyên nhân hiếm gặp ở các bệnh nhân đau bụng cấp không đặc hiệu. Hình ảnh điển hình trên cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán xác định nhồi máu mạc nối lớn gồm: tổn thương tỷ trọng mỡ không đồng nhất nằm sát dưới thành bụng trước trên phải, hình bầu dục, kích thước trên 20mm, thâm nhiễm lan toả có hoặc không có viền tăng tỷ trọng ngoại vi, không dày thành đại tràng lân cận. Điều trị chủ yếu là bảo tồn vì đây là bệnh tự giới hạn. Dấu hiệu cuộn xoáy của xoắn mạc nối lớn là một chỉ định của phẫu thuật.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Xung đột lợi ích và tài chính: không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leitner MJ, Jordan CG, Spinner MH, Reese EC. Torsion, infarction and, hemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress. *Annals of surgery*. 1952; 135(1): 103-110.
2. Yoo E, Kim JH, Kim M-J, et al. Greater and lesser omenta: normal anatomy and pathologic processes. *Radiographics*. 2007; 27(3): 707-720.
3. Puylaert J. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology*. 1992; 185(1):169-172.
4. Coulier B. Contribution of us and ct for diagnosis of intra peritoneal focal fat infarction (iffi): a pictorial review. *Journal of the Belgian Society of Radiology*. 2010; 93(4): 171-184.
5. Diab J, Badiani S, Berney CR. Diagnosis and management of adult omental infarction: 10-year case series. *World Journal of Surgery*. 2021; 45(6): 1734-1741.
6. Medina-Gallardo N, Curbelo-Peña Y, Stickar T, et al. Omental infarction: surgical or conservative treatment? A case reports and case series systematic review. *Annals of Medicine and Surgery*. 2020; 56: 186-193.
7. Dương PV, Thuý NTD, Dung NT, et al. 35. Nhồi máu mạc nối lớn ở trẻ em: Báo cáo ca bệnh hiếm gặp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2023; 172(11): 322-326.
8. Sơn TQ, Quyết NC, Long VĐ, et al. Đau bụng cấp do nhồi máu mạc nối lớn: Thông báo ca lâm sàng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 138(2): 156-162.
9. Park TU, Oh JH, Chang IT, et al. Omental infarction: case series and review of the literature. *The Journal of emergency medicine*. 2012; 42(2): 149-154.
10. Varjavandi V, Lessin M, Kooros K, Fusunyan R, McCauley R, Gilchrist B. Omental infarction: risk factors in children. *Journal of pediatric surgery*. 2003; 38(2): 233-235.
11. Goti F, Hollmann R, Stieger R, Lange J. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum successfully treated by laparoscopy: report of case. *Surgery today*. 2000; 30: 451-453.
12. Tolenaar P, Bast T. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum. *Journal of British Surgery*. 1987; 74(12):1182-1182.
13. Babu M, Avantsa R. Multidetector Computed Tomography Evaluation of Omental Infarct. *Journal of Gastrointestinal and Abdominal Radiology*. 2020; 3(S 01):S1-S6.
14. Singh A, Gervais D, Lee P, et al. Omental infarct: CT imaging features. *Abdominal imaging*. 2006; 31:549-554.
15. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics*. 2005; 25(6):1521-1534.

Summary

DESCRIPTION OF CLINICAL FEATURES AND CT FINDINGS OF GREATER OMENTAL INFARCTION

The study describes clinical features and computed tomography (CT) images of omental infarction. Subjects included 18 patients with an average age of 49.4 ± 19.5 years, with a slight male predominance, which can be seen in obese patients and with previous abdominal condition. Clinically, patients commonly presented with acute abdominal pain without fever (94.4%). Inflammatory markers were often non-specific. Abdominal CT with intravenous contrast was crucial in diagnosing greater omental infarction. CT characteristics included heterogeneous fat density lesions located just under the right abdominal wall (no case found on the left side), with a size greater than 20 mm (average 46.6 ± 15.2 mm). The lesions were oval-shaped (77.8%) and could have a peripheral hyperdense rim (44.4%). There were no case of adjacent colonic wall thickening due to inflammation. Conservative treatment was predominantly used (83.3%), with no complication resulting to stable discharge from the hospital. Surgery would be indicated if there was a whirl sign of omental torsion. Therefore, CT imaging is crucial for omental infarction diagnosis and ruling out other acute causes requiring surgical intervention.

Keywords: Omental infarction, computed tomography, acute abdominal pain.