

# ĐIỀU TRỊ TỤ MÁU TRONG THÀNH RUỘT NON Ở TRẺ EM: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT BẢO TỒN THÀNH CÔNG KHÔNG CẮT NÓI RUỘT

Trần Xuân Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Linh<sup>1</sup>, Phạm Duy Hiền<sup>1</sup>  
Nguyễn Nguyên Hồng<sup>3</sup> và Đỗ Văn Khang<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Khoa Y, Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Tụ máu thành ruột non ở trẻ em là tình trạng hiếm gặp, thường liên quan đến chấn thương bụng, trong khi các trường hợp tự phát chủ yếu gặp ở bệnh nhân Hemophilia. Phần lớn các trường hợp có thể điều trị bảo tồn, tuy nhiên khi xuất hiện triệu chứng tắc ruột hoàn toàn, phẫu thuật là cần thiết. Nhiều báo cáo khuyến nghị cắt đoạn ruột có máu tụ và nối ngay, song vẫn còn tranh luận về chỉ định này. Chúng tôi trình bày một ca bệnh tụ máu thành ruột non sát van hồi manh tràng được điều trị thành công bằng phương pháp mở ruột lấy máu tụ mà không cần cắt ruột. Bệnh nhi nam 9 tuổi, nhập viện vì tắc ruột sau 16 ngày bị tai nạn giao thông (ghi-đồng xe đạp đập vào bụng). Bệnh nhân đau bụng tăng dần, nôn nhiều, không đáp ứng điều trị nội khoa. Khám có phản ứng thành bụng và vết bầm tím vùng bụng dưới. Hình ảnh X-quang cho thấy dấu hiệu tắc ruột, chụp cắt lớp vi tính ghi nhận tụ máu thành ruột non sát van Bauhin dài 7 cm gây tắc hoàn toàn lòng ruột. Phẫu thuật mở lớp thanh cơ ruột non lấy máu tụ được thực hiện, không cần cắt nối ruột. Sau mổ, bệnh nhân hồi phục tốt, không biến chứng. Tụ máu thành ruột non sau chấn thương ở trẻ em có thể dẫn tới tắc ruột hoàn toàn. Khi điều trị nội khoa thất bại, phẫu thuật mở thành ruột lấy máu tụ đơn thuần là lựa chọn khả thi, giúp bảo tồn tối đa nhu mô ruột.

**Từ khóa:** Tụ máu thành ruột non, chấn thương bụng kín, phẫu thuật bảo tồn.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín có thể gây tụ máu thành ống tiêu hóa ở trẻ em, biểu hiện chủ yếu bằng các triệu chứng tắc ruột buộc bệnh nhân phải nhập viện điều trị.<sup>1</sup> Trong đó, tụ máu thành tá tràng là dạng thường gặp nhất và đã được nhiều nghiên cứu mô tả rõ ràng về chẩn đoán và hướng xử trí.<sup>2,3</sup> Ngược lại, tụ máu thành ruột non hiếm gặp hơn, dù đã được ghi nhận từ sớm trong y văn, song vẫn thiếu sự thống nhất trong lựa chọn phương pháp điều trị do số lượng ca bệnh hạn chế. Hầu hết các báo cáo cho rằng phẫu thuật chỉ nên được chỉ định khi

xuất hiện tắc ruột hoàn toàn, và phương pháp được khuyến nghị phổ biến là cắt bỏ đoạn ruột có máu tụ, nối lại ngay một thì.<sup>4,5</sup>

Nhằm mục đích bổ sung dữ liệu lâm sàng cho phẫu thuật bảo tồn trong điều trị tụ máu thành ruột non ở trẻ em, chúng tôi trình bày một trường hợp tụ máu thành ruột non sau chấn thương bụng được điều trị thành công tại Trung tâm Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Nhi Trung ương. Bệnh nhân được phẫu thuật mở thành ruột non lấy máu tụ đơn thuần, không cắt nối ruột, và hồi phục tốt sau mổ.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ nam 9 tuổi nhập viện vì đau bụng và nôn dịch vàng, sau khi bị ghi-đồng xe đạp đập vào vùng bụng dưới 16 ngày trước đó. Bệnh diễn

Tác giả liên hệ: Đỗ Văn Khang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: khangdovancvphmu@gmail.com

Ngày nhận: 20/11/2025

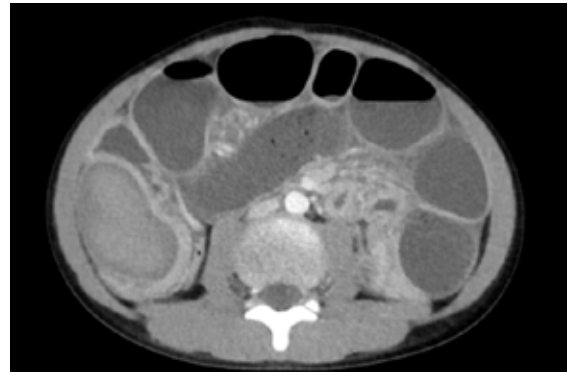
Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

biến với đau bụng âm ỉ tăng dần, nôn nhiều và ăn uống kém. Khám lâm sàng trẻ tỉnh táo, nôn dịch vàng số lượng nhiều, bụng chướng nhẹ, ấn đau hố chậu phải, có phản ứng thành bụng và vết bầm tím vùng bụng dưới. Dấu hiệu sinh tồn lúc vào viện: mạch 105 lần/phút, huyết áp 115/82mmHg, SpO<sub>2</sub> 99%. Xét nghiệm máu: Hb 12,5 g/dL, bạch cầu 10 900/ $\mu$ L; các chỉ số khác trong giới hạn bình thường.



**Hình 1. Phim X-quang bụng không chuẩn bị**

X-quang bụng không chuẩn bị ghi nhận các quai ruột giãn, có mức nước-hơi gợi ý tắc ruột. Chụp CT ổ bụng cho thấy quai ruột non giãn, thành ruột dày khu trú, có hình ảnh nghi ngờ tụ máu thành ruột non.



**Hình 2. Phim cắt lớp vi tính ổ bụng với hình ảnh tụ máu thành ruột non**

Bệnh nhân được nhập viện, bắt đầu điều trị bảo tồn bao gồm nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch và kháng sinh. Tuy nhiên, tình trạng tắc ruột không thuyên giảm; các triệu chứng lâm sàng (nôn liên tục, đau bụng tăng) nặng lên trong 24h, do đó bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Phẫu thuật được thực hiện qua đường mổ trắng giữa bụng. Thăm dò ổ bụng phát hiện nguyên nhân gây tắc ruột hoàn toàn là một khối tụ máu trong thành ruột non, dài khoảng 7cm, vị trí sát van Bauhin. Nghiệm pháp đẩy dịch tiêu hóa qua vị trí tổn thương thất bại, xác nhận tình trạng tắc nghẽn cơ học hoàn toàn. Phẫu thuật viên quyết định tiến hành mở dọc lớp thanh cơ thành ruột (để lại lớp niêm mạc) lấy toàn bộ khối máu tụ, không khâu phục hồi và bảo tồn thành công đoạn ruột tổn thương.



**Hình 3. Tổn thương trong ổ tụ máu thành ruột non gây tắc ruột hoàn toàn sát van hồi manh tràng**

Sau mổ, bệnh nhân tiếp tục được nuôi dưỡng tĩnh mạch trong 3 ngày. Từ ngày thứ 4, khi bắt đầu có nhu động ruột và lưu thông tiêu hóa, trẻ được cho ăn lại bằng đường miệng. Bệnh nhân hồi phục tốt, ra viện sau 5 ngày. Tái khám sau 6 tháng, bệnh nhân ổn định, không ghi nhận biến chứng sau mổ như tắc ruột hay dính ruột.

### III. BÀN LUẬN

Chấn thương bụng kín ở trẻ em vẫn là một thách thức lớn trong chẩn đoán và điều trị. Trong các dạng tổn thương có thể gặp, tụ máu trong thành ống tiêu hóa là một tình trạng không phổ biến. Y văn quốc tế mô tả tương đối rõ ràng về tụ máu thành tá tràng là tổn thương ít gặp, chiếm khoảng 3 - 5% tổng số các trường hợp chấn thương bụng kín ở trẻ em, nhưng vẫn xuất hiện thường xuyên hơn đáng kể so với tụ máu tại các đoạn ruột non khác như hồi tràng hay hồi tràng. Một số báo cáo ca lâm sàng đã mô tả tụ máu thành hồi tràng là “rất hiếm” hoặc “cực kỳ hiếm gặp”.<sup>6</sup> Do đó, trường hợp tụ máu lớn ở thành hồi tràng sát van hồi manh tràng (van Bauhin) như chúng tôi báo cáo là một phát hiện lâm sàng đặc biệt hiếm gặp.

Sự khác biệt về tần suất này có thể được giải thích phần lớn qua cơ chế chấn thương và đặc điểm giải phẫu. Tụ máu thành tá tràng thường xảy ra nhất do vị trí giải phẫu cố định, sau phúc mạc của tá tràng, nơi dễ bị chèn ép giữa một lực tác động từ bên ngoài và cột sống nằm ở phía sau. Ngược lại, hồi tràng và hồi tràng, với đặc tính di động trong khoang phúc mạc, thường có thể tránh được lực chấn thương trực tiếp. Tuy nhiên, ca bệnh của chúng tôi và một số báo cáo khác cung cấp một góc nhìn sâu hơn. Cơ chế chấn thương trong trường hợp này là va đập trực tiếp từ ghi-đồng xe đạp, một cơ chế cổ điển được xác định trong y văn là nguyên nhân gây chấn thương bụng khu trú. Điều đáng chú ý là vị trí tổn thương nằm ở hồi

tràng, ngay sát van Bauhin, một điểm cố định tương đối. Tương tự, các báo cáo về tụ máu hồi tràng thường mô tả tổn thương nằm gần góc Treitz, một điểm cố định khác.<sup>7</sup> Những quan sát này củng cố giả thuyết rằng tụ máu ruột non (ngoài tá tràng) sau chấn thương dường như xảy ra chủ yếu tại các điểm chuyển tiếp có tính cố định tương đối. Lực nén tập trung từ chấn thương tác động lên các đoạn ruột di động tại các điểm neo này, gây ra rách các mạch máu dưới niêm mạc và hình thành khối máu tụ. Ca bệnh này cung cấp bằng chứng lâm sàng ủng hộ giả thuyết về “chấn thương tại điểm cố định” (fixed-point injury) ở ruột non.

Trong thập kỷ qua, đã có một sự đồng thuận quốc tế mạnh mẽ về việc ưu tiên điều trị bảo tồn không phẫu thuật cho chấn thương bụng kín ở trẻ em có huyết động ổn định, bao gồm cả chấn thương tạng đặc và một số chấn thương tạng rỗng chọn lọc.<sup>7</sup> Đối với tụ máu thành ruột, điều trị bảo tồn được coi là phương thức điều trị ưu tiên hàng đầu. Chiến lược này bao gồm nhịn ăn, đặt ống thông dạ dày giảm áp, và nuôi dưỡng tĩnh mạch, với tỷ lệ thành công cao và khối máu tụ thường tự tiêu trong vòng vài tuần. Bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi ban đầu cũng đã được tiếp cận điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, tình trạng tắc ruột không cải thiện và các triệu chứng lâm sàng (như nôn, đau bụng) ngày càng nặng lên. Sự thất bại của điều trị bảo tồn, đặc biệt là khi có bằng chứng rõ ràng về tắc ruột cơ học, là một chỉ định phẫu thuật và được y văn quốc tế công nhận rộng rãi. Một điểm đáng chú ý là đường như có sự khác biệt trong ngưỡng chỉ định phẫu thuật giữa tụ máu tá tràng và tụ máu ruột non. Đối với tụ máu tá tràng, y văn mô tả việc trì hoãn can thiệp phẫu thuật, chấp nhận thời gian điều trị bảo tồn kéo dài (thường từ 10 đến 14 ngày) trước khi xem xét phẫu thuật nếu tắc nghẽn không thuyên giảm.<sup>8</sup> Ngược lại, đối với tụ máu hồi tràng/hồi tràng, các báo cáo có xu hướng chỉ

định phẫu thuật sớm hơn khi có dấu hiệu tắc nghẽn.<sup>6</sup> Điều này có thể xuất phát từ hai yếu tố: (1) Tụ máu ruột non có thể gây tắc nghẽn cơ học hoàn toàn và cấp tính hơn so với tụ máu tá tràng; và (2) Việc chẩn đoán phân biệt trên CT giữa một khối máu tụ ruột non lớn với các tổn thương nghiêm trọng khác (như thiếu máu ruột hoặc thủng bít) có thể rất khó khăn, khiến các phẫu thuật viên thiên về chỉ định mổ sớm.<sup>9</sup> Trường hợp của chúng tôi, với biểu hiện tắc ruột 16 ngày sau chấn thương, khẳng định rằng một khối máu tụ lớn, có tổ chức trong thành ruột non có thể gây ra một tình trạng tắc nghẽn cơ học thực sự, không thể tự thuyên giảm và đòi hỏi can thiệp phẫu thuật.

Một số báo cáo ca và chuỗi ca nhỏ mô tả quyết định cắt bỏ đoạn ruột và nối lại ngay một thì là phương pháp điều trị phẫu thuật chính cho tụ máu hồng/hồi tràng gây tắc nghẽn. Cụ thể, Kumar và cộng sự (2022) báo cáo một trường hợp tụ máu hồng tràng ở trẻ 6 tuổi được điều trị thành công bằng cắt-nối ruột.<sup>6</sup> Tương tự, Al-Zarouni (2016) cũng thực hiện cắt và nối đoạn hồng tràng bị ảnh hưởng do tụ máu gây tắc ruột sau chấn thương ghi-đông xe đạp.<sup>4</sup> Lý do của lựa chọn này là tính triệt để từ khả năng loại bỏ hoàn toàn khối máu tụ, giải quyết ngay lập tức tình trạng tắc nghẽn, và không để lại những quan ngại khả năng sống của đoạn ruột hoặc nguy cơ thủng muộn. Mặc dù cắt đoạn ruột là một kỹ thuật tiêu chuẩn và triệt để, quyết định này không phải là không có rủi ro. Bất kỳ phẫu thuật cắt nối ruột nào, đặc biệt là ở trẻ em, cũng mang một nguy cơ nghiêm trọng là rò miệng nối. Nghiên cứu hồi cứu lớn trên 477 trẻ của Eeftinck (2023) báo cáo tỷ lệ rò chung là 5% và tỷ lệ hẹp miệng nối sau mổ là 7%.<sup>10</sup> Một nghiên cứu đa trung tâm của Grossman và cộng sự (2023) cho thấy tỷ lệ rò miệng nối sau mổ ở bệnh nhân chấn thương ruột non là 6,38%.<sup>11</sup> Biến chứng này có thể dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài, chi phí điều trị tăng vọt,

và thường đòi hỏi phải mổ lại, bao gồm cả khả năng phải làm hậu môn nhân tạo. Do đó, quyết định cắt bỏ một đoạn ruột ở trẻ em, đặc biệt là khi tổn thương về bản chất là lành tính (một khối máu tụ vô trùng), phải được cân nhắc kỹ lưỡng với nguy cơ thực sự của việc tạo ra một miệng nối mới. Một phương pháp an toàn để tránh phải cắt nối ruột, sẽ mang lại lợi thế rõ rệt trong việc giảm thiểu các nguy cơ này.

Ca bệnh của chúng tôi đã báo cáo một kỹ thuật thay thế, ít xâm lấn hơn: mở thành ruột theo chiều dọc, lấy sạch khối máu tụ, và khâu lại thành ruột mà không phải cắt bỏ đoạn ruột. Kỹ thuật này, mặc dù ít được báo cáo hơn với chấn thương hồng/hồi tràng, nhưng không phải là không có tiền lệ trong y văn. Al-Zarouni (2016) đã từng đề cập đến lấy máu tụ đơn thuần không cắt ruột.<sup>4</sup> Tương tự với tụ máu thành tá tràng, Toshihito Uehara (2025) cũng mô tả việc sử dụng phẫu thuật nội soi để lấy máu tụ tá tràng, một kỹ thuật tương tự về mặt nguyên tắc bảo tồn.<sup>12</sup> Vậy, nếu nguyên tắc phẫu thuật “bảo tồn” (lấy máu tụ, không cắt nối ruột) được chấp nhận rộng rãi cho tụ máu tá tràng, một đoạn ruột phức tạp hơn nhiều về mặt phẫu thuật và nằm sau phúc mạc, tại sao lại không phải là lựa chọn ưu tiên cho tụ máu ruột non (nơi phẫu thuật đơn giản và dễ tiếp cận hơn)? Phẫu thuật cắt đoạn ruột có chỉ định rõ ràng khi có nghi ngờ thủng, thiếu máu ruột, hoặc tổn thương niêm mạc không thể phục hồi. Tuy nhiên, trong những trường hợp như ca bệnh của chúng tôi, khi phẫu thuật viên thăm dò và xác nhận rằng khối tụ máu chỉ ở trong thành ruột và niêm mạc vẫn còn nguyên vẹn, không có dấu hiệu thiếu máu hay thủng, thì chỉ định cho việc cắt đoạn ruột có thể bị coi là điều trị quá mức (over-treatment). Kỹ thuật mở ruột lấy máu tụ là một sự cân bằng hợp lý giữa hiệu quả điều trị (giải quyết tắc nghẽn) và an toàn cho bệnh nhân (tránh các biến chứng của miệng nối, bảo tồn đoạn ruột).

Mặc dù trường hợp này là một báo cáo ca bệnh đơn lẻ, và không thể rút ra kết luận mang tính thống kê. Tuy nhiên, do tính hiếm gặp của tụ máu ruột non (ngoài tá tràng) ở trẻ em, y văn quốc tế cũng chủ yếu dựa vào các báo cáo ca và chuỗi ca nhỏ. Trong bối cảnh này, mỗi ca bệnh được ghi nhận và phân tích chi tiết đều đóng góp một phần quan trọng vào sự hiểu biết chung. Ca bệnh này bổ sung vào nhóm bằng chứng cho thấy các phương pháp phẫu thuật bảo tồn là khả thi và an toàn. Cần có thêm các nghiên cứu lớn hơn để đánh giá kết quả dài hạn (như tỷ lệ hẹp ruột hoặc tắc ruột do dính) giữa hai kỹ thuật mở thành ruột lấy máu tụ và cắt đoạn ruột trong điều trị tổn thương hiếm gặp này.

#### IV. KẾT LUẬN

Tụ máu thành ruột non sau chấn thương ở trẻ em có thể dẫn tới tắc ruột hoàn toàn. Khi điều trị nội khoa thất bại, phẫu thuật mở thành cơ thành ruột lấy máu tụ đơn thuần là lựa chọn khả thi, giúp bảo tồn tối đa nhu mô ruột.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Teng WJ, Kung CH, Cheng MM, et al. Intramural Hematoma of Gastrointestinal Tract in People with Hemophilia A and B. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(9): 3093. doi:10.3390/jcm12093093.
2. Brillantino C, Rossi E, Baldari D, et al. Duodenal hematoma in pediatric age: a rare case report. *J Ultrasound*. 2022; 25(2): 349-354. doi:10.1007/s40477-020-00545-9.
3. Ha TS, Chung JC. Delayed manifestation of Isolated Intramural Hematoma of the duodenum resulting from Blunt abdominal Trauma. *Journal of Trauma and Injury*. 2020; 33(1): 53-58. doi:10.20408/jti.2019.042.
4. Al-Zarouni N, Al-Ozaibi L, Khammas A, et al. Traumatic Jejunal hematoma in childhood: A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2016; 29: 56-58. doi:10.1016/j.ijscr.2016.10.055.

ijscr.2016.10.055.

5. Kumar S, Chauhan S, Diwakar K, Kumar S, Chauhan S, Diwakar K. Traumatic Intramural Jejunal Hematoma: A Case Report and Review of Literature. *Cureus*. 2022; 14. doi:10.7759/cureus.31458.

6. Kumar S, Chauhan S, Diwakar K. Traumatic Intramural Jejunal Hematoma: A Case Report and Review of Literature. *Cureus*. 2022; 14(11): e31458. doi:10.7759/cureus.31458.

7. Bašković M, Keretić D, Lacković M, et al. The Diagnosis and Management of Pediatric Blunt Abdominal Trauma: A Comprehensive Review. *Diagnostics*. 2024; 14(20): 2257. doi:10.3390/diagnostics14202257.

8. Zakarya AH, Mouna L, Loubna A, et al. Duodenal Trauma in Children: What is the Status of Non-Operative Conservative Treatment? *Glob Pediatr Health*. 2023; 10: 2333794X231156057. doi:10.1177/2333794X231156057.

9. Staab V, Naganathan S, McGuire M, et al. Gastrointestinal Perforation with Blunt Abdominal Trauma in Children. *Children*. 2024; 11(6): 612. doi:10.3390/children 11060612.

10. Eeftinck Schattenkerk LD, Musters GD, de Jonge WJ, et al. Should primary anastomosis be considered more? A retrospective analysis of anastomotic complications in young children. *World J Pediatr Surg*. 2023; 6(4): e000565. doi:10.1136/wjps-2023-000565.

11. Grossman H, Dhanasekara CS, Shrestha K, et al. Rates and risk factors for anastomotic leak following blunt trauma-associated bucket handle intestinal injuries: a multicenter study. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2023; 8(1):e001178. doi: 10.1136/tsaco-2023-001178.

12. Uehara T, Shinyama S, Kidogawa H, et al. Laparoscopic Drainage of a Traumatic Intramural Duodenal Hematoma in a Child: A Case Report. *Cureus*. 2025; 17(6): e86950. doi:10.7759/cureus.86950.

## Summary

### **MANAGEMENT OF INTRAMURAL SMALL-BOWEL HEMATOMA IN CHILDREN: A CASE OF SUCCESSFUL BOWEL-PRESERVING SURGERY WITHOUT RESECTION**

Intramural small-bowel hematoma in children is a rare condition, most commonly associated with blunt abdominal trauma, whereas spontaneous cases occur primarily in patients with hemophilia. Most cases can be managed conservatively; however, surgery becomes necessary when complete intestinal obstruction develops. Although several reports recommend segmental resection with primary anastomosis, the indication for bowel resection remains controversial. We report a case of intramural small-bowel hematoma near the ileocecal valve successfully treated by enterotomy and evacuation of the hematoma without bowel resection. A 9-years-old boy presented with bowel obstruction 16 days after a bicycle handlebar injury to the abdomen. He had progressive abdominal pain, recurrent vomiting, and no response to conservative treatment. Physical examination revealed abdominal tenderness with lower abdominal ecchymosis. Abdominal radiography showed signs of obstruction, while computed tomography demonstrated a 7-cm intramural hematoma of the distal ileum near the Bauhin valve causing complete luminal obstruction. Enterotomy through the seromuscular layer and hematoma evacuation were performed without the need for resection. The patient recovered well without complication. Post-traumatic intramural small-bowel hematoma in children may lead to complete obstruction, and when conservative management fails, simple enterotomy with hematoma evacuation represents a feasible and bowel-preserving surgical option.

**Keywords:** Small bowel hematoma, blunt abdominal trauma, conservative surgery.