

# ĐAU BỤNG CẤP DO NHỒI MÁU MẠC NỔI LỚN: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Trần Quế Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Chiến Quyết<sup>2</sup>, Vũ Đức Long<sup>2</sup>, Trần Thanh Tùng<sup>2</sup>,  
Trần Minh Đức<sup>1</sup>, Trần Thu Hương<sup>2</sup>, Lun Panha<sup>1</sup> và Trần Hiếu Học<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Nhồi máu hoại tử mạc nối là một nguyên nhân hiếm gặp gây đau bụng cấp do xoắn, tắc mạch mạc nối hoặc nhiễm trùng ổ bụng. Biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu nên nhiều bệnh nhân được chỉ định mổ với chẩn đoán trước mổ là viêm túi mật, viêm ruột thừa hay thủng tạng rỗng. Với sự ra đời của chụp cắt lớp vi tính, nhồi máu mạc nối được chẩn đoán xác định nhiều hơn trước khi phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo 2 ca lâm sàng nhồi máu mạc nối lớn vào viện vì đau bụng dưới sườn phải. Chụp cắt lớp vi tính có dấu hiệu thâm nhiễm, dày mạc nối. Hai bệnh nhân đều được mổ nội soi cấp cứu cắt bỏ phần mạc nối lớn bị nhồi máu, cả 2 bệnh nhân khỏi, ra viện sau 3 ngày điều trị. Kết luận: phẫu thuật nội soi ổ bụng nên được chỉ định vừa để chẩn đoán nguyên nhân, vừa điều trị cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** mạc nối lớn, nhồi máu, nhồi máu mạc nối lớn, đau bụng cấp, phẫu thuật nội soi.

## 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 sau đó là trường hợp xoắn mạc nối đầu tiên được ghi nhận bởi Eitel năm 1899.<sup>1,2</sup> Từ đó đến nay có khoảng 250 - 400 ca được thông báo.<sup>2,3,4</sup> 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. 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 phần phụ cấp, viêm túi thừa đại tràng, viêm ruột thừa tụy vào vị trí đau.<sup>3,5</sup> Chẩn đoán xác định cần phải dựa vào đặc điểm lâm sàng và tổn thương trên

phim chụp cắt lớp vi tính, nhiều khi chỉ được chẩn đoán trong mổ.<sup>3,6</sup> Theo y văn, nhồi máu mạc nối có thể được điều trị nội khoa trước tiên (kháng sinh, giảm đau, kháng viêm) và theo dõi. Nếu diễn biến lâm sàng không giảm thì nên chỉ định phẫu thuật.<sup>7,8,9</sup> Chúng tôi thông báo 2 ca bệnh nhồi máu mạc nối lớn có triệu chứng đau bụng cấp, được chẩn đoán xác định trong mổ. Hai bệnh nhân được chúng tôi cắt phần mạc nối hoại tử qua mổ nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bạch Mai cho kết quả tốt.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Từ 1/1/2019 – 31/12/2020 chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cấp cứu cho 2 bệnh nhân bị nhồi máu hoại tử mạc nối lớn.

### Ca bệnh 1:

Bệnh nhân Phạm Thị S, nữ, 58 tuổi. Ngày vào viện 18/8/2019. Tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì đau dưới sườn phải và thượng vị ngày thứ 3, buồn nôn và nôn, không sốt, huyết động ổn định. Bệnh nhân vào Trung tâm chống độc

Tác giả liên hệ: Trần Hiếu Học

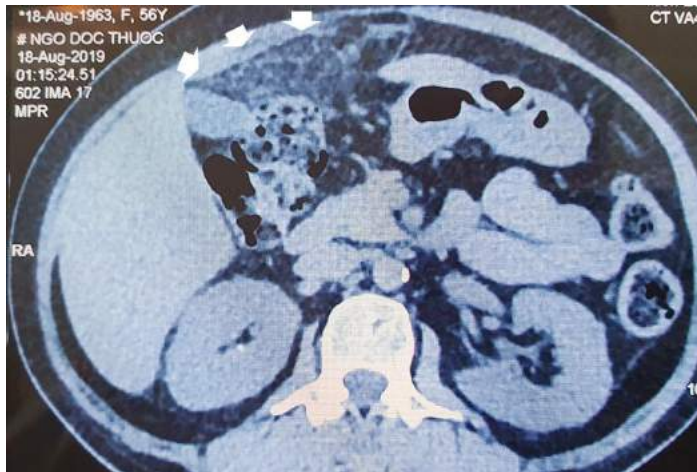
Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận: 12/01/2021

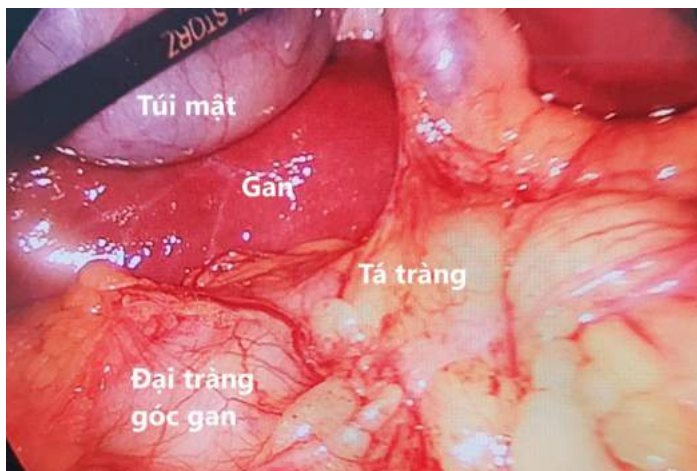
Ngày được chấp nhận: 19/02/2021

điều trị với chẩn đoán ngộ độc thức ăn, rối loạn tiêu hóa. Khám thấy bụng chướng, phản ứng thành bụng dưới sườn phải. Xét nghiệm máu: bạch cầu 7,7 G/L, hồng cầu 4.1T/L, tiểu cầu 301 G/L, prothrombin 112%, fibrinogen 5,98 g/L, glucose 12,4 mmol/L, GOT 17 U/L, GPT 19 U/L, amylase 35 U/L, lipase 27 U/L, CRP 7,39 mg/dL, Kali 3,9 mmol/L, natri 142 mmol/L. Chụp X-quang ổ bụng không chuẩn bị không khí tự do ổ bụng. Siêu âm thấy gan to, nhu mô tăng âm, không thấy khối hay sỏi đường mật. Túi mật thành mỏng, không sỏi. Tụy, lách, hai thận bình thường. Dưới gan có lớp dịch dày 7 mm, cạnh đó có thâm nhiễm mỡ. Cắt lớp vi tính ổ bụng: thâm nhiễm mỡ và dịch mỏng dưới sườn phải ngay dưới gan và túi mật, lân cận có vài hạch nhỏ. Nhu mô gan đồng nhất, túi mật thành mỏng, không sỏi. Tụy không to, không thấy dịch quanh tụy.



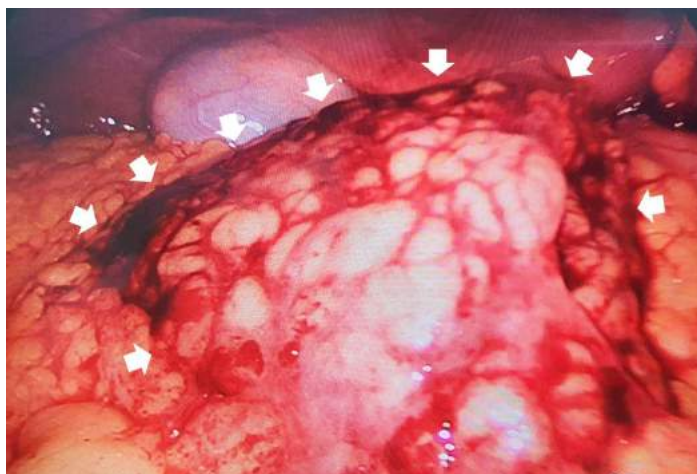
**Hình 1. Chụp cắt lớp vi tính thấy thâm nhiễm mỡ dưới sườn phải (mũi tên trắng)**

Chẩn đoán trước mổ: đau bụng ngoại khoa (nghi thủng ổ loét tá tràng). Bệnh nhân được mổ nội soi. Vào ổ bụng có ít dịch tiết dưới gan, túi mật thành mỏng, không có điểm hoại tử, gan hồng đẹp, dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng không thấy lỗ thủng.



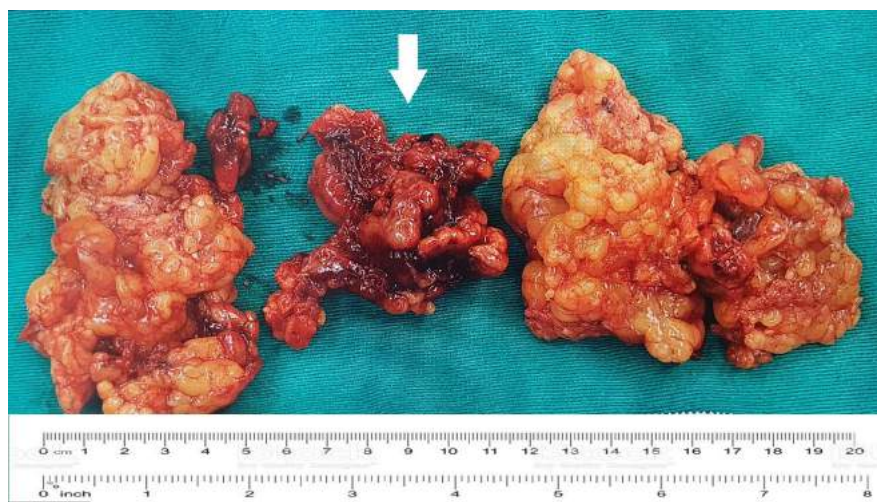
**Hình 2. Mô tả tổn thương trong mổ.  
Túi mật không viêm, gan hồng đẹp, tá tràng không thủng.**

Phần mạc nổi lớn tím đen, hoại tử kích thước khoảng 4x5 cm dính vào thành bụng trước và dây chằng tròn. Ruột thừa và hai phần phụ không viêm.



**Hình 3. Mạc nổi lớn hoại tử tím đen (mũi tên trắng)**

Chẩn đoán trong mổ: hoại tử mạc nối lớn do nhồi máu. Điều trị: phẫu thuật nội soi cắt phần mạc nối lớn hoại tử. Giải phẫu bệnh (mã số AC726). Về đại thể: tổ chức mạc nối lớn có nhiều vùng chảy máu. Về vi thể: nhuộm bệnh phẩm bằng phương pháp HE và PAS, các mảnh sinh thiết lấy vào tổ chức mô liên kết thấy tổ chức xơ mỡ, nhiều vùng thoái hóa chảy máu, xâm nhập viêm mạn tính, không thấy tế bào ác tính. Chẩn đoán mô bệnh học là tổ chức xơ mỡ viêm hoại tử. Sau mổ 3 ngày, bệnh nhân hết đau, không sốt.



**Hình 4. Bệnh phẩm sau mổ. Mạc nối lớn hoại tử (mũi tên trắng)**

#### **Ca bệnh 2:**

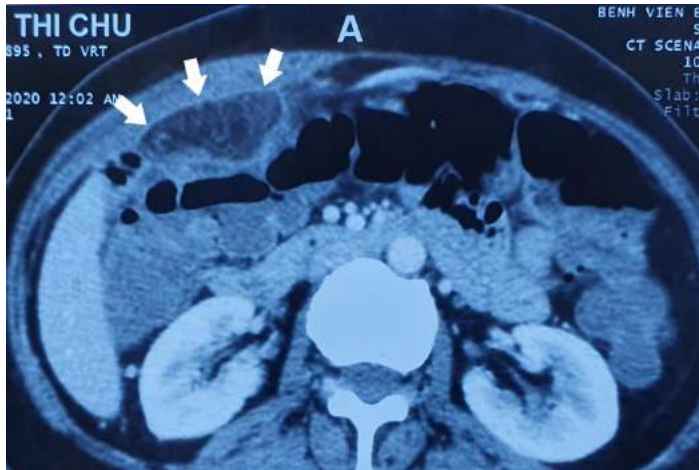
Bệnh nhân Mai Thị C, giới: nữ, 56 tuổi, mã số bệnh án: BM 200315250; ngày vào viện: 17/12/2020. Tiền sử khỏe mạnh, chưa tiền sử phẫu thuật, đau bụng mạn sườn phải ngày thứ 10, không nôn, không sốt, đại tiện bình thường. Dưới sườn phải có khối chắc khoảng 6x6 cm, ấn đau và phản ứng.



Xét nghiệm máu: hồng cầu 4,37 T/L, tiểu cầu 305 G/L, bạch cầu 8,6 G/L, prothrombin 94%, fibrinogen 6,37 g/L, ure 4,2 mmol/L, glucose 5,9 mmol/L, creatinine 47 $\mu$ mol/L, GOT 14 U/L, GPT 12 G/L, kali 3,8 mmol/L, natri 136 mmol/L, CRP 8,3 mg/dL.

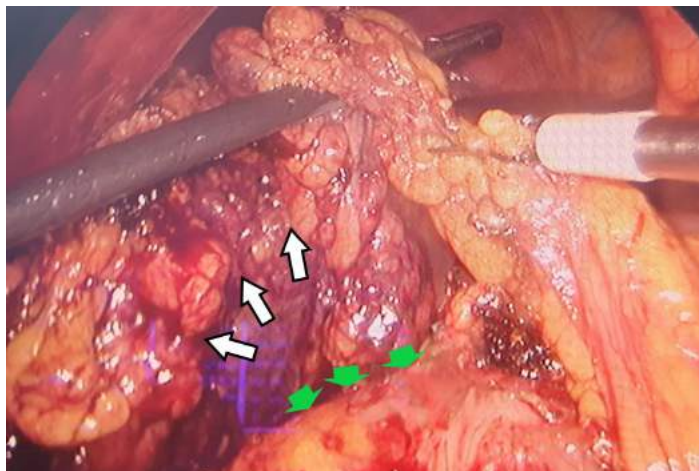
Siêu âm: túi mật thành dày 9 mm, dịch mật trong, ống mật chủ không giãn không sỏi. Tụy không to. Thâm nhiễm mỡ rất rộng gần toàn bộ mạc nối vùng dưới sườn phải. Ruột thừa 6 mm, thâm nhiễm nhẹ, không dịch ổ bụng.

Cắt lớp vi tính: dưới sườn phải có tổn thương dạng khối 22x60 mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh, sau tiêm ngấm thuốc kềm, có dấu hiệu “xoáy nước” ở mạch máu trung tâm nghi xoắn mạc nối lớn.



**Hình 5. Chụp cắt lớp vi tính thấy khối dưới sườn phải 6 x 6 cm nghi mạc nối (mũi tên trắng)**

Chẩn đoán trước mổ: hoại tử mạc nối lớn. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng, ổ bụng không có dịch, mạc nối lớn vùng dưới gan bị nhồi máu hoại tử một phần. Gan hồng đẹp, dạ dày, tá tràng, ruột non thành nhẵn không thủng. Phương pháp mổ: phẫu thuật nội soi cắt phần mạc nối lớn hoại tử bằng dao Ligasure.



**Hình 6. Phẫu thuật nội soi cắt phần mạc nối lớn hoại tử bằng Ligasure. Mạc nối lớn hoại tử (mũi tên trắng), đại tràng góc gan (mũi tên xanh).**

Giải phẫu bệnh: đại thể thấy tổ chức mạc nối lớn có nhiều vùng chảy máu, tắc mạch. Vi thể: bệnh phẩm được nhuộm HE và PAS thấy tổ chức mô liên kết thấy tổ chức xơ mờ, nhiều vùng thoái hóa, hoại tử, xâm nhập viêm mạn tính, không thấy tế bào ác tính. Sau mổ, bệnh nhân hết đau, ăn tốt, không sốt, vết mổ khô, không biến chứng ra viện sau 3 ngày.

### III. BÀN LUẬN

Mặc dù có khoảng 400 ca bệnh được báo cáo liên quan đến nhồi máu mạc nối lớn.<sup>1,2</sup> Khoảng 85% các trường hợp xảy ra ở người trưởng thành, hầu hết trong độ tuổi từ 40 đến 50, nữ cao gấp đôi nam giới.<sup>1,2,4</sup> Nhồi máu mạc nối thường được chia thành hai loại chính là nhồi máu nguyên phát và thứ phát. Dù là tổn thương dạng gì thì tiến triển bệnh lý trên mô bệnh học từ viêm phù nề, tắc nghẽn mạch, hoại tử và thoát dịch vào ổ bụng.<sup>4,5</sup> Hai bệnh nhân chúng tôi gặp đều là nữ và trên 50 tuổi, cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ hay gặp.

Về nguyên nhân, nhồi máu mạc nối lớn cho đến nay vẫn chưa xác định được nguyên nhân và tại sao bên phải mạc nối lớn thường bị hơn.<sup>1,4,5</sup> Nhiều tác giả cho rằng chính sự bất thường bẩm sinh mạch máu cung cấp cho phần mạc nối lớn dưới bên phải nên dễ gây nhồi máu, nghiên cứu khác cho rằng 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.<sup>8</sup> Những yếu tố thuận lợi bao gồm: chấn thương, tập thể thao quá mức, tiền sử phẫu thuật bụng, bệnh tim mạch, tăng áp lực ổ bụng đột ngột và tình trạng tăng đông máu, đặc biệt là tình trạng béo phì làm tăng lắng đọng mỡ trong mạch máu cung cấp cho mạc nối.<sup>1,2,7</sup> Hai ca bệnh chúng tôi gặp phải đều bị ở phần mạc nối lớn bên phải, đồng thời trên xét nghiệm đông máu của 2 bệnh nhân có chỉ số fibrinogen tăng hơn bình thường 5,98 g/L và 6,37 g/L, cho thấy tình trạng tăng đông máu của bệnh nhân có thể là nguyên nhân gây nhồi máu mạc nối lớn.

Về chẩn đoán: lâm sàng nhồi máu mạc nối

không đặc hiệu với biểu hiện ban đầu là đau bụng cấp, buồn nôn, nôn ói, chán ăn. Khám thực thể thường có phản ứng thành bụng ở nửa bụng tương ứng với vị trí mạc nối bị nhồi máu. Trong đa số trường hợp có tăng số lượng bạch cầu và CRP. Vì vậy, nhồi máu mạc nối lớn thường khó phân biệt về lâm sàng với các bệnh bụng ngoại khoa thường gặp như viêm ruột thừa, viêm túi mật, viêm túi thừa, viêm túi thừa manh tràng.<sup>5,6,7,10</sup> Hai bệnh nhân chúng tôi gặp phải đều có triệu chứng đau bụng vùng dưới sườn phải, nôn nên ban đầu chẩn đoán nhầm với ngộ độc thức ăn và thủng tạng rỗng hay viêm túi mật cấp.

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là phương tiện chẩn đoán tin cậy. Siêu âm có thể loại trừ viêm túi mật cấp. Hình ảnh tổn thương có hình ô van hay hình bánh tăng âm, thâm nhiễm mỡ tương ứng với điểm đau, dịch ổ bụng. Siêu âm doppler cho thấy hình ảnh tắc mạch máu trong khối này và tăng tưới máu xung quanh vùng tổn thương.<sup>1,6,7</sup>

Cắt lớp vi tính ổ bụng có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán nhồi máu mạc nối lớn, chẩn đoán phân biệt với viêm ruột thừa, viêm túi mật, viêm túi thừa manh tràng, viêm tụy cấp hay thủng tạng rỗng. Hình ảnh tổn thương thường thấy như thâm nhiễm mỡ không đều, giãn tĩnh mạch trong khối mạc nối tổn thương, nếu xoắn có dấu hiệu "lốc xoáy".<sup>6,7</sup> Vị trí thường nằm ở bên phải, giữa thành bụng hay trên rốn. Để chẩn đoán xác định nhiều tác giả đề nghị nội soi ổ bụng chẩn đoán và kết hợp điều trị.<sup>3,4,8</sup> Hai bệnh nhân chúng tôi gặp trên siêu âm đều có đặc điểm thâm nhiễm mỡ vùng dưới gan, có

khối tổn thương ở mạc nối, đặc biệt rõ ở bệnh nhân thứ hai. Do bệnh lý hiếm gặp, ít được quan tâm nên chỉ một bệnh nhân được chẩn đoán chính xác trước mổ.

Về mô bệnh học, nhồi máu mạc nối có nhiều hình ảnh khác nhau tùy theo thời gian, đầu tiên là sung huyết với hoại tử mỡ, kế đến là thâm nhiễm lympho và mô bào, cuối cùng là nguyên bào sợi xơ hóa và tạo sẹo. Nhồi máu mạc nối có thể có biến chứng áp xe hóa, gây dính và nhiễm trùng trong ổ bụng.<sup>2,7</sup>

Về điều trị, phẫu thuật hay điều trị không mổ vẫn chưa có sự thống nhất. Một số tác giả ủng hộ việc không mổ cho rằng, nhồi máu là bệnh tự giới hạn và hết triệu chứng sau khoảng 2 tuần nên có thể điều trị thuốc (kháng sinh, giảm đau, chống viêm). Còn các nhà phẫu thuật cho rằng, mổ sớm sẽ làm giảm thời gian nằm viện và cải thiện triệu chứng đau của bệnh nhân, hơn nữa phẫu thuật cũng có ít biến chứng như áp xe, dính hay nhiễm trùng. Ứng dụng phẫu thuật nội soi có một số ưu điểm như: (1) kiểm tra toàn bộ ổ bụng để chẩn đoán xác định; (2) hút rửa dịch viêm nhiễm trùng trong ổ phúc mạc; (3) giảm thiểu xâm lấn, giảm đau, hạn chế tắc ruột, nhiễm trùng vết mổ.<sup>1,2,3,4,8</sup> Khi mổ nội soi, dao siêu âm và dao hàn mạch được sử dụng rộng rãi có thể thực hiện cắt bỏ mạc nối tổn thương rất hiệu quả, giảm chảy máu. Chúng tôi chỉ định mổ hai ca bệnh này vì lâm sàng bệnh nhân rất đau, không loại trừ được bệnh lý thủng tá tràng hay viêm túi mật cấp với việc sử dụng 3 trocar (trocar 10 mm rốn cho camera, 2 trocar 5mm ở mạng sườn phải và dưới sườn trái) cắt phần mạc nối lớn hoại tử bằng dao Ligasure. Kết quả điều trị tốt, hết đau và ra viện sau 3 ngày.

#### IV. KẾT LUẬN

Nhồi máu mạc nối lớn là một trong những nguyên nhân đau bụng cấp hiếm gặp. Bệnh

lý này nên được nghĩ đến khi đứng trước một bệnh nhân đau bụng cấp và có tổn thương nghi ngờ trên chụp cắt lớp vi tính. Phẫu thuật nội soi nên được chỉ định vừa để chẩn đoán nguyên nhân đau bụng cấp, đồng thời điều trị cắt mạc nối lớn hoại tử với kết quả tốt.

#### LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn các Bác sĩ, nhân viên điều dưỡng Khoa Cấp cứu Ngoại, Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kataoka J., Nitta T., Ota M., et al. Laparoscopic omentectomy in primary torsion of the greater omentum: report of a case. *Surg Case Rep*, 2019; 5 (1), 76.
2. Medina-Gallardo N.A., Curbelo-Pena Y., Stickar T., et al. omental infarction: surgical or conservative treatment? a case reports and case series systematic review. *Ann Med Surg (Lond)*, 2020; 56 (8), 186-193.
3. McMillen B., Hekman D.P., Nguyen M.T., et al . Idiopathic omental infarction: managed conservatively. *BMJ Case Rep*, 2019; 12 (3).
4. Park,T.U., Oh J.H., Chang I. T., et al. Omental infarction: case series and review of the literature. *J Emerg Med*, 2012; 42 (2), 149-154.
5. Gupta R., Farhat W., Ammar H., et al. Idiopathic segmental infarction of the omentum mimicking acute appendicitis: A case report. *Int J Surg Case Rep*, 2019; 60, 66-68.
6. Udechukwu N.S., D'Souza R.S., Abdulkareem A., et al. Computed tomography diagnosis of omental infarction presenting as an acute abdomen. *Radiol Case Rep*, 2018; 13 (3), 583-585.
7. McCusker R., Gent R., Goh D. W. Diagnosis and management of omental

infarction in children: Our 10 year experience with ultrasound. *J Pediatr Surg*, 2018; 53 (7), 1360-1364.

8. Abe T., Kajiyama K., Harimoto N., et al. Laparoscopic omentectomy for preoperative diagnosis of torsion of the greater omentum. *Int J Surg Case Rep*, 2012; 3 (3), 100-102.

9. Nguyễn Thanh Phong. Nhồi máu mạc nối lớn: Đặc điểm lâm sàng và điều trị. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2014, 18 (1), 161 – 166.

10. Nijkamp J.L., Gerretsen S.C. and Stassen, P. M. Left-sided omental infarction: a rare cause of abdominal pain, discovered by CT scan. *BMJ Case Rep*, 2018 (5), 8-12.

## Summary

### LAPAROSCOPIC OMENTECTOMY FOR INFARCTION OF THE GREATER OMENTUM: TWO CASES REPORTS

The omentum is the largest peritoneal fold in the abdomen with many blood vessels. Omental infarction is a rare cause of acute abdominal pain with reported incidence being less than 4 per 1000 cases of appendicitis. In most cases, omental infarction were caused by rotation, torsion of the omentum or intraabdominal infection which induces obstruction of vessels and leads to omental necrosis. Clinical manifestations were nonspecific, so many patients went through surgery only with acute abdominal signs such as cholecystitis, appendicitis or peptic ulcer perforation. Historically, omental infarction was diagnosed only intraoperatively during surgery for presumed appendicitis or other causes of acute abdomen. But with the increase in the use of imaging, especially abdominal computed tomography (CT) scan, more cases of omental infarction were being diagnosed preoperatively. We report two patients who were referred to our emergency department for right lower quadrant abdominal pain. CT showed signs of infiltration, thickening of the omentum. We performed emergency laparoscopic omentectomy. These patients were discharged within 3 days. Conclusion: greater omental infarction was one of the rare causes of acute abdominal pain so difficult to accurately diagnose before surgery. Laparoscopic omentectomy was recommended to initiate as early as possible with good outcomes.

**Keywords:** omentum, infarction, omental infarction, acute adominal pain, laparoscopic omentectomy.