

## PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TẮC RUỘT DO DÂY CHẰNG TÚI THỪA MECKEL: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

*Kheng Monysoksovann<sup>1</sup>, Thái Khắc Thảo<sup>2</sup>, Vilaysouk Lonekham<sup>3</sup>, Trần Doanh Hiệu<sup>2\*</sup>*

### Tóm tắt

Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 20% số ca nhập viện vì đau bụng cấp. Nếu chẩn đoán và xử trí chậm trễ, bệnh nhân (BN) có nguy cơ hoại tử ruột hoặc tử vong. Trong các nguyên nhân, túi thừa Meckel là một dị tật bẩm sinh hiếm của ống rốn - ruột, gặp ở 2 - 3% dân số nhưng chỉ tỷ lệ nhỏ có triệu chứng. Do lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, việc chẩn đoán trước mổ thường khó khăn, dẫn đến nhiều trường hợp phẫu thuật muộn và biến chứng nặng nề. Chúng tôi báo cáo 1 BN nữ 17 tuổi bị tắc ruột với biểu hiện không điển hình, được theo dõi sát và phẫu thuật nội soi cấp cứu thành công tại Bệnh viện Quân y 103. Ca bệnh nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi lâm sàng chặt chẽ để chỉ định can thiệp kịp thời, đồng thời cung cấp chuỗi bằng chứng hiếm gặp gồm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT), quan sát trong mổ và mô bệnh học. Các bằng chứng cho thấy dây chằng xuất phát từ đỉnh túi thừa Meckel nối với rốn, có mạch máu nuôi và gây thắt nghẹt ruột non. Báo cáo này bổ sung dữ liệu có giá trị cho chẩn đoán và khẳng định vai trò của phẫu thuật nội soi trong xử trí tắc ruột do túi thừa Meckel.

**Từ khóa:** Túi thừa Meckel; Tắc ruột; Dây chằng; Phẫu thuật nội soi.

## SUCCESSFUL LAPAROSCOPIC SURGERY FOR INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY A FIBROUS BAND OF MECKEL'S DIVERTICULUM: A CLINICAL CASE REPORT

### Abstract

Intestinal obstruction is a common surgical emergency, accounting for about 20% of hospital admissions for acute abdominal pain. Delayed diagnosis and treatment may result in bowel necrosis or death. Among the causes, Meckel's diverticulum

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân đội Trung ương 179, Campuchia

<sup>2</sup>Khoa Ống tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 103 Lào

\*Tác giả liên hệ: Trần Doanh Hiệu (drtranhieul03@gmail.com)

Ngày nhận bài: 26/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 16/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1681>

is a rare congenital anomaly of the vitelline duct, occurring in 2 - 3% of the population but becoming symptomatic in only a small proportion. Because of its nonspecific clinical and imaging findings, preoperative diagnosis is often difficult, leading to delayed surgery and serious complications. We report a case of a 17-year-old female presenting with intestinal obstruction and atypical symptoms, who was closely monitored and underwent successful emergency laparoscopic surgery at Military Hospital 103. This case highlights the importance of vigilant clinical observation for timely surgical intervention, while providing a rare sequence of diagnostic evidence, including computed tomography, intraoperative findings, and histopathology. These findings demonstrated a fibrous band arising from the apex of Meckel's diverticulum and extending to the umbilicus, containing a feeding vessel and causing strangulation of the small intestine. This rare report contributes valuable data to the diagnosis and reinforces the role of laparoscopic surgery in managing intestinal obstruction caused by Meckel's diverticulum.

**Keywords:** Meckel's diverticulum; Small bowel obstruction; Fibrous band; Laparoscopic surgery.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm tới 20% số ca nhập viện vì đau bụng cấp, có thể gây hoại tử ruột và tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Nguyên nhân thường gặp nhất ở người trưởng thành là dính sau mổ, khối u hoặc thoát vị [1]. Ở BN trẻ tuổi chưa từng phẫu thuật ổ bụng và không có tiền sử viêm nhiễm ổ bụng, khả năng tắc ruột do dính hoặc khối u thường thấp, khiến chẩn đoán ban đầu dễ hướng đến các bệnh lý viêm nhiễm đường tiêu hóa cấp tính như viêm dạ dày - ruột hoặc viêm ruột thừa. Điều này có thể gây trì hoãn chỉ định mổ nếu không theo dõi sát diễn biến lâm sàng.

Một trong những nguyên nhân bẩm sinh hiếm gặp gây tắc ruột là túi thừa Meckel, dị tật do ống rốn - ruột không thoái triển hoàn toàn, gặp ở khoảng 2 - 3% dân số. Túi thừa Meckel có thể gây biến chứng tắc ruột khi tồn tại dây chằng bám bất thường vào thành bụng, tạo thành điểm xoắn hoặc chẹn ngang quai ruột. Chẩn đoán trước mổ thường khó do triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu [2].

Trong y văn thế giới, tắc ruột do dây chằng túi thừa Meckel được xem là nguyên nhân rất hiếm gặp, chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ trong các biến chứng có triệu chứng của túi thừa [2]. Ở Việt Nam, số ca bệnh được báo cáo chính thức còn rất hạn chế [3].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi trình bày 1 trường hợp BN nữ 17 tuổi, chưa từng phẫu thuật ổ bụng, BN có biểu hiện lâm sàng tắc ruột không điển hình, nhưng nhờ theo dõi chặt chẽ nên được can thiệp kịp thời bằng phẫu thuật nội soi thành công. Đồng thời, chúng tôi cung cấp chuỗi bằng chứng hình ảnh hiếm gặp gồm hình ảnh CLVT ổ bụng, quan sát trong phẫu thuật và mô bệnh học, cho thấy rõ dây chằng túi thừa Meckel nối với rốn, kèm mạch máu nuôi và dấu hiệu thắt nghẹt ruột. Nghiên cứu là minh chứng hình ảnh rất hiếm gặp trong y văn nhằm: *Bổ sung dữ liệu quan trọng cho chẩn đoán và xử trí tắc ruột do túi thừa Meckel.*

## GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 17 tuổi, vào viện với lý do đau bụng vùng hạ vị.

### 1. Bệnh sử

Bệnh biểu hiện trước đó 1 ngày, khởi phát đau hạ vị, đau có tính chất âm ỉ, liên tục, có lúc đỡ đau, có lúc đau quặn, sau đau có cảm giác sốt, mệt mỏi, chán ăn, chướng bụng, buồn nôn, nôn nhiều lần ra dịch tiêu hóa, nôn xong không đỡ đau, còn trung - đại tiện được, trung đại tiện xong đỡ đau ít. Tự mua thuốc rối loạn tiêu hóa, không đỡ. Thời điểm vào viện còn đau bụng vùng quanh rốn và hạ vị lệch phải.

### 2. Tiền sử

Chưa từng phẫu thuật ổ bụng, không có tiền sử bệnh lý viêm nhiễm ổ bụng, hoặc bệnh lý toàn thân nào khác. Trước khởi phát 2 giờ, BN có ăn quả nhãn.

### 3. Khám bệnh

BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nhiệt độ 36,8°C, mạch 90 lần/phút, huyết áp 110/70mmHg. Da niêm mạc bình thường. Bụng chướng vừa, không có sọc mổ cũ, không thấy dấu hiệu rắn bò hay quai ruột nổi. Sờ bụng đau vùng quanh rốn và hạ vị lệch phải, đau nhiều hơn ở hạ vị phải, không rõ điểm đau khu trú. Phản ứng cơ thành bụng không rõ, dấu hiệu Blumberg âm tính.

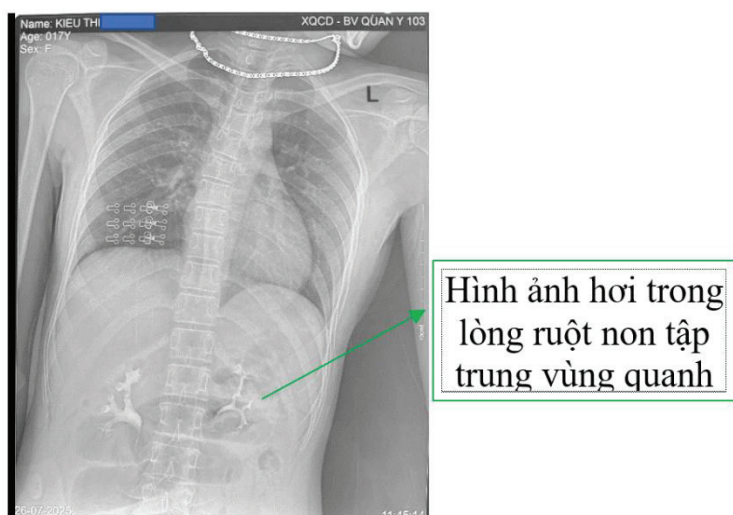
Xét nghiệm máu bạch cầu tăng (WBC = 15,5 G/L, N = 91,5%). Test HCG nước tiểu âm tính. Điện giải đồ, chức năng thận, hemoglobin và CRP trong giới hạn bình thường.

#### \* Hình ảnh học:

Siêu âm: Hình ảnh ruột giãn chứa nhiều dịch, tăng nhu động. Ngách gan thận tụ dịch, khoảng dịch 4mm, dịch tự do giữa các quai ruột, vùng hạ vị đại tràng dày thành đồng tâm 5,5mm.

X-quang (ngực + bụng): Hình ảnh hơi trong lòng ruột non (*Hình 1*).

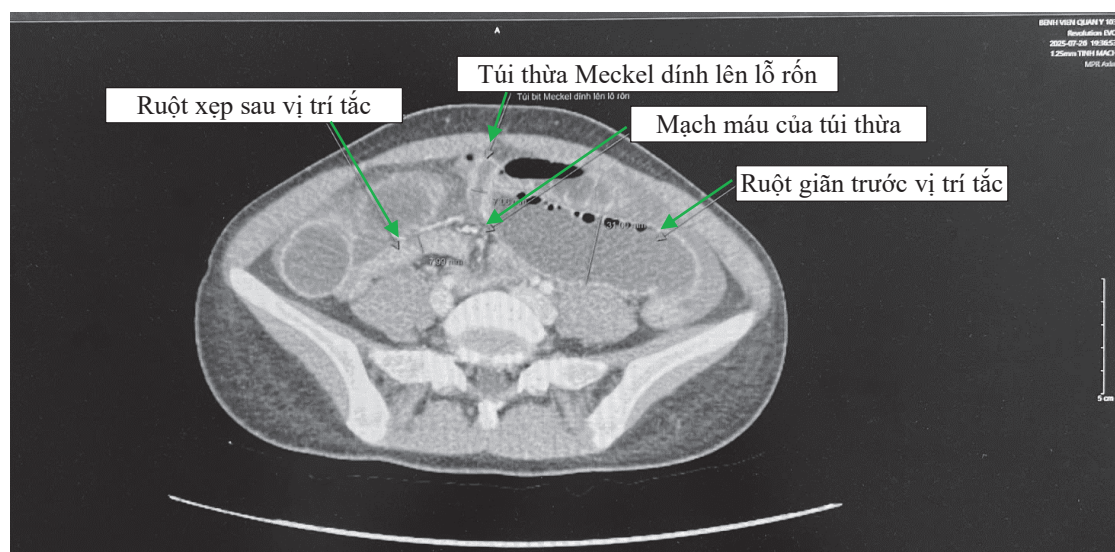
Các dấu hiệu trên siêu âm và X-quang gợi ý hình ảnh viêm ruột non trong bệnh cảnh của viêm dạ dày - ruột.



**Hình 1.** X-quang ngực - bụng của BN nữ 17 tuổi.

(Nguồn: Bệnh viện Quân y 103)

Để chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột, BN được chỉ định chụp CT ổ bụng. Kết quả cho thấy các quai ruột non giãn đường kính khoảng 30mm, trong lòng chứa nhiều dịch và hơi, với điểm chuyển tiếp tại vùng hạ vị; các quai ruột phía trên giãn, phía dưới xẹp, nghi do dính (Hình 2).



**Hình 2.** Hình ảnh CLVT cho thấy cấu trúc túi thừa Meckel với mạc treo tạo thành dây chằng nối với thành bụng tại di tích lỗ rốn - ruột.

(Nguồn: Bệnh viện Quân y 103)

#### 4. Diễn biến bệnh

Vì hình ảnh CLVT chưa hoàn toàn phù hợp với biểu hiện lâm sàng (BN đau bụng và nôn nhiều nhưng vẫn còn trung tiện, đại tiện được), khiến chẩn đoán ban đầu nghiêng nhiều về viêm dạ dày - ruột, cần phân biệt với bán tắc ruột do dính nghi do viêm ruột thừa cấp.

BN được xử trí ban đầu bằng truyền dịch, kháng sinh, nhịn ăn, đặt ống thông dạ dày giảm áp, đồng thời theo dõi sát tình trạng toàn thân và diễn biến tại bụng.

Sau 8 giờ theo dõi, BN xuất hiện sốt cao (39°C) và có phản ứng cơ thành bụng rõ vùng hạ vị. BN được chỉ định phẫu thuật nội soi cấp cứu với chẩn đoán ban đầu là viêm phúc mạc chưa rõ nguyên nhân, nghĩ nhiều đến viêm phúc mạc ruột thừa.

#### 5. Chẩn đoán và xử trí

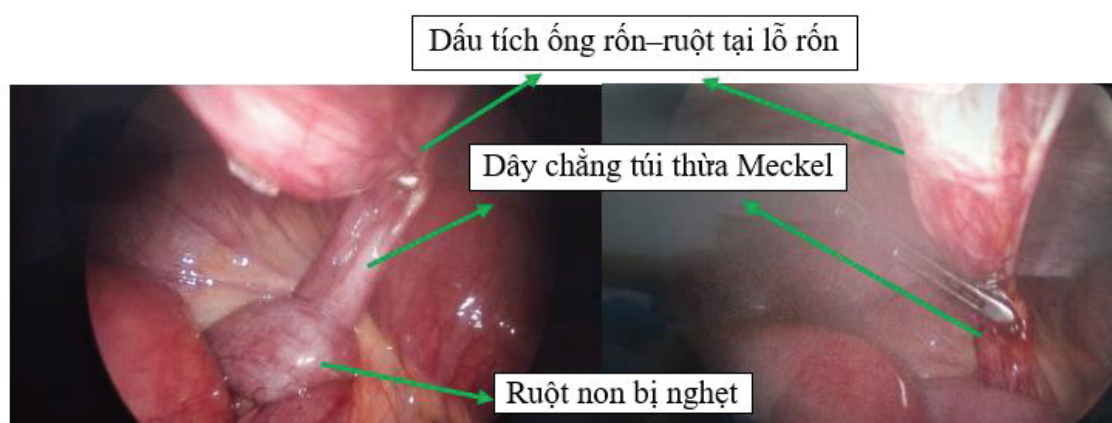
Trong phẫu thuật nội soi, quan sát thấy ruột non giãn nhiều, đường kính 3 - 4cm. Kiểm tra vùng hố chậu phải phát hiện một dải xơ dạng dây chằng kích thước khoảng  $10 \times 0,5\text{cm}$ , đi từ quai hồi tràng dính lên rốn. Trong dải này có cấu trúc nghi ngờ tổ chức ruột.

Sau khi phẫu tích, xác định đây là túi thừa Meckel dạng dây chằng (fibrous band), xuất phát từ hồi tràng cách góc hồi - manh tràng khoảng 80cm, với gốc mạc treo dính vào phúc mạc thành sau vùng hố chậu phải (Hình 3). Mạc treo của túi thừa tiếp tục dính lên dấu tích ống rốn - ruột tại lỗ rốn, tạo thành dây chằng bất thường. Chính cấu trúc này là nguyên nhân gây xoắn, dẫn tới tắc hoàn toàn ruột non. Đoạn ruột xoắn dài khoảng 30cm, thành ruột viêm xung huyết nhưng chưa có dấu hiệu hoại tử. Trong túi cùng Douglas có khoảng 100mL dịch vàng lẫn fibrin.

BN được phẫu thuật nội soi, tiến hành phẫu tích ống rốn - ruột, cắt bỏ túi thừa Meckel, khâu vùi gốc ruột, gỡ dính mạc treo gốc túi thừa với phúc mạc thành sau vùng hồi - manh tràng, và sắp xếp lại ruột về vị trí giải phẫu bình thường.

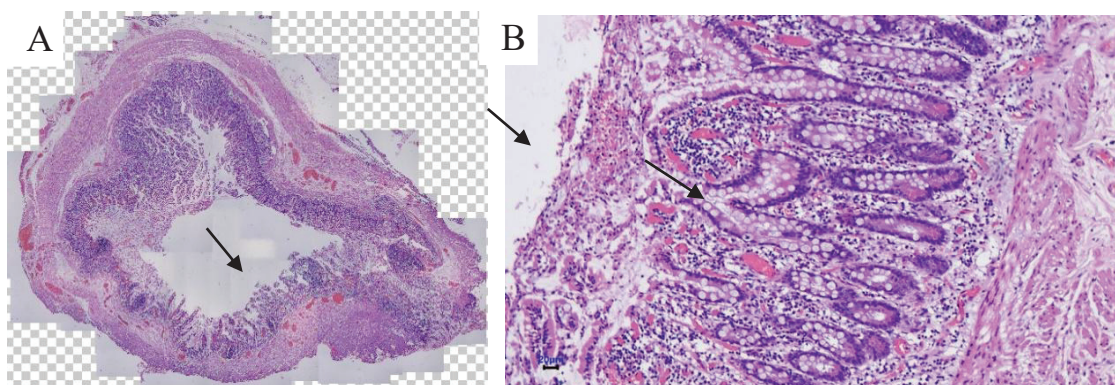
#### 6. Theo dõi sau mổ

Sau phẫu thuật nội soi, BN có huyết động ổn định, không sốt, trung tiện sau 3 ngày, ăn cháo và đại tiện được, được xuất viện sau 5 ngày.



**Hình 3.** Hình ảnh tắc nghẽn ruột non do dây chằng túi thừa Meckel.  
(Nguồn: Bệnh viện Quân y 103)

Xét nghiệm mô bệnh học sau phẫu thuật: Hình ảnh đại thể là khối tổ chức màu nâu xám kích thước 3,0 x 1,5cm, đầu phình to kích thước 2cm. Hình ảnh vi thể, sinh thiết là cấu trúc ống tiêu hóa, lót biểu mô ruột non với các tế bào trụ có nhân nhỏ, đều, rải rác các niêm mạc dạ dày, mô đệm phù nề, các mạch máu xung huyết. Các đặc điểm mô bệnh học phù hợp với túi thừa Meckel (Hình 4).



**Hình 4.** Hình ảnh vi thể của túi thừa Meckel.  
(Nguồn: Bệnh viện Quân y 103)

- A. Hình ảnh vi thể độ phóng đại 16X cho thấy túi thừa có cấu trúc ống tiêu hóa, lót biểu mô ruột non (Mũi tên);
- B. Độ phóng đại 48X cho thấy các tế bào trụ có nhân nhỏ, đều, rải rác các niêm mạc dạ dày, mô đệm phù nề, các mạch máu xung huyết (Mũi tên).

## BÀN LUẬN

### 1. Chẩn đoán

Túi thừa Meckel có triệu chứng thường biểu hiện dưới ba dạng chính: Tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa và viêm túi thừa có hoặc không kèm thủng. Các biểu hiện này dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh lý ổ bụng khác như tắc ruột non do dính, viêm ruột thừa cấp, bệnh viêm ruột mạn tính hoặc loét dạ dày - tá tràng. Hầu hết các báo cáo trước đây cho thấy túi thừa Meckel chỉ được phát hiện tình cờ trong phẫu thuật với chẩn đoán ban đầu là bệnh lý bụng ngoại khoa khác, do triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu [3, 4].

Các triệu chứng thường gặp là sốt, nôn, đau bụng và phân có máu. Các xét nghiệm hình ảnh như siêu âm, X-quang, chụp mạch, chụp CLVT và cộng hưởng từ có thể chẩn đoán túi thừa Meckel nhưng có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp do khó phân biệt túi thừa và quai ruột, nhưng đôi khi có thể thấy hình ảnh một dải gắn liền dính túi thừa Meckel vào rốn hoặc mạc treo và hình ảnh gợi ý gián tiếp như tắc ruột non và lồng ruột hỗ trợ cho việc chẩn đoán túi thừa Meckel [2, 5].

Trong ca bệnh này, chẩn đoán gặp khó khăn do triệu chứng lâm sàng chưa điển hình và hình ảnh học còn hạn chế. Phim X-quang ngực - bụng được chụp trên cùng một phim, chỉ cho thấy hình ảnh hơi trong lòng ruột, không gợi ý tắc

ruột, nhưng không phải là phim đạt tiêu chuẩn. Chúng tôi không thực hiện lại phim X-quang bụng tư thế đứng vì ba lý do: (1) BN đau bụng và nôn nhiều, thể trạng mệt nên không thể đứng được; (2) chụp thêm X-quang làm tăng phơi nhiễm tia X không cần thiết; (3) CLVT ổ bụng có cản quang đã được chỉ định ngay sau đó, cung cấp hình ảnh trực tiếp của tình trạng tắc ruột, xác định được nguyên nhân, vị trí tắc, đồng thời đánh giá tình trạng nuôi dưỡng quai ruột và loại trừ viêm ruột thừa. Như vậy, mặc dù không có phim X-quang tư thế đứng là một hạn chế, nhưng đã được bù đắp bởi kết quả CLVT ổ bụng với độ tin cậy cao hơn.

Ngoài ra, lâm sàng BN có đau bụng con, giữa các cơn đỡ đau, nôn nhiều, còn thỉnh thoảng trung tiện và đại tiện, gợi ý tình trạng viêm dạ dày - ruột trong bệnh cảnh nhiễm trùng - nhiễm độc ăn uống, phân biệt với bán tắc ruột hơn là tắc hoàn toàn. Đặc điểm đau âm ỉ liên tục vùng hạ vị lệch phải khiến chẩn đoán ban đầu nghĩ tới viêm ruột thừa, tuy nhiên, BN không sốt, không có phản ứng cơ thành bụng và kết quả siêu âm cũng như CLVT ổ bụng không cho thấy hình ảnh ruột thừa viêm. Sự phối hợp giữa triệu chứng không điển hình và hình ảnh ban đầu chưa đặc hiệu là nguyên nhân khiến chẩn đoán trước mổ chưa phù hợp với tổn thương thực tế phát hiện trong mổ.

Sau 8 giờ theo dõi, BN xuất hiện sốt cao và phản ứng thành bụng, buộc phải mổ cấp cứu với chẩn đoán trước mổ là viêm phúc mạc chưa rõ nguyên nhân, nghĩ nhiều tới viêm phúc mạc ruột thừa.

Tổn thương trong mổ là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định. Phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở bụng, hoặc nội soi ruột non đều có thể cho chẩn đoán chính xác. Trong ca bệnh này, phẫu thuật nội soi chẩn đoán phát hiện ruột non giãn nhiều và một dây chằng  $10 \times 0,5\text{cm}$  đi từ hồi tràng đến rốn, được xác định là túi thừa Meckel dạng dây chằng gây tắc ruột.

Đồng thời, sau khi tổn thương được xác định trong phẫu thuật, chúng tôi tiến hành hồi cứu lại hình ảnh CLVT ổ bụng có cản quang. Việc đối chiếu này cho thấy rõ các dấu hiệu phù hợp với dây chằng túi thừa Meckel nối với rốn, kèm theo mạch máu nuôi và dấu hiệu thắt nghẹt ruột. Chuỗi bằng chứng gồm hình ảnh CLVT ổ bụng, quan sát trong mổ và mô bệnh học đã cung cấp minh chứng hình ảnh rất hiếm gặp trong y văn, góp phần bổ sung dữ liệu quan trọng cho chẩn đoán và định hướng xử trí tắc ruột do túi thừa Meckel.

## 2. Điều trị

Trong tắc ruột do túi thừa Meckel, theo dõi sát diễn biến lâm sàng và quyết định can thiệp kịp thời đóng vai trò then chốt, bởi chẩn đoán ban đầu thường

không đặc hiệu và dễ bị bỏ sót. Trong trường hợp của chúng tôi, BN được chẩn đoán ban đầu là theo dõi tắc ruột do dính, phân biệt với viêm dạ dày - ruột, chưa loại trừ viêm ruột thừa cấp, nhưng sau 8 giờ theo dõi xuất hiện sốt cao và phản ứng cơ thành bụng, từ đó được chỉ định phẫu thuật nội soi cấp cứu. Việc theo dõi chặt chẽ đã giúp tránh trì hoãn, cho phép can thiệp ở thời điểm bụng chướng ít, tổn thương ruột chưa hoại tử, nhờ vậy phẫu thuật nội soi có thể tiến hành thành công thay vì buộc phải chuyển mổ mở rộng.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất và triệt để trong các trường hợp túi thừa Meckel có biến chứng. Tuy nhiên, vẫn còn tranh luận về lựa chọn kỹ thuật. Với túi thừa dài, hẹp, không có dấu hiệu xuất huyết hay thủng, cắt bỏ túi thừa đơn thuần (diverticulectomy) là đủ, vì mô niêm mạc lạc chỗ thường chỉ giới hạn ở đỉnh. Ngược lại, với túi thừa đáy rộng, kèm xuất huyết hoặc loét, nên thực hiện cắt túi thừa kèm đoạn hồi tràng để tránh hẹp lòng ruột và loại bỏ hoàn toàn mô dạ dày lạc chỗ - nguồn tiết acid gây loét [2].

## KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp hiếm gặp tắc ruột do dây chằng túi thừa Meckel ở BN nữ trẻ tuổi, với biểu hiện lâm sàng không điển hình. Chẩn đoán trước phẫu thuật gặp nhiều khó khăn do

để nhầm lẫn với các bệnh lý ổ bụng khác. Tuy nhiên, nhờ theo dõi lâm sàng chặt chẽ và can thiệp kịp thời, BN đã được điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi cắt bỏ túi thừa, hồi phục nhanh và không có biến chứng.

Đối với BN trẻ tuổi chưa từng phẫu thuật bụng, không xác định được các nguyên nhân tắc ruột thường gặp, cần nghĩ đến khả năng tắc ruột do túi thừa Meckel. Theo dõi sát diễn biến bụng là yếu tố quyết định để chỉ định phẫu thuật đúng thời điểm và tạo điều kiện áp dụng phẫu thuật nội soi an toàn, hiệu quả.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ quy trình nghiên cứu khoa học, số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Việc lấy số liệu không ảnh hưởng đến việc chẩn đoán, điều trị và chi phí của BN cũng như bảo hiểm y tế. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

**Lời cảm ơn:** Nhóm tác giả xin cảm ơn Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y và các đồng nghiệp đã giúp đỡ chúng tôi trong nghiên cứu, nhưng không đủ tiêu chuẩn để đứng tên tác giả.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn đối tượng nghiên cứu đã tham gia.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trung Hải. Tắc ruột. Bệnh học Ngoại khoa Bụng. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội. 2010:54-60.
2. Almas T, Alsubai AK, Ahmed D, et al. Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction: A case report and comprehensive review of the literature. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022; 78:103734.
3. Trần Phan Ninh, Trần Minh Cảnh, Nguyễn Thị Tuyết Nga và CS. Tắc ruột non do dây chằng xuất phát từ đỉnh túi thừa Meckel: Báo cáo trường hợp lâm sàng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 526(2):226-229.
4. Niasse A, Ndiaye A, Dieng PS, et al. Meckel's diverticulum complicated by acute intestinal obstruction: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2024; 86(8):4807-4810.
5. Won Y, Lee HW, Ku YM, et al. Multidetector-row computed tomography (MDCT) features of small bowel obstruction (SBO) caused by Meckel's diverticulum. *Diagn Interv Imaging*. 2016; 97(2):227-232.