NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM TÚI THỪA MECKEL QUA 6 BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 103

Đặng Việt Dũng*; Lê Thanh Sơn*
Trần Văn Tôn*; Nguyễn Khánh Vân**

TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 06 bệnh nhân (BN) viêm túi thừa (VTT) Meckel, được phẫu thuật tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện 103 (từ 01 - 2004 đến 03 - 2008), cho thấy: tỷ lệ bệnh rất ít gặp trên lâm sàng (0,33% trong tổng số BN viêm ruột thừa). Triệu chứng đa dạng, chẩn đoán trước mổ thường nhầm với các bệnh lý khác (viêm ruột thừa cấp: 50% viêm phúc mạc, tắc ruột, chảy máu tiêu hoá. v.v). Chỉ xác định tổn thương VTT Meckel trong mổ. Phẫu thuật cắt túi thừa Meckel thường phải cắt hình chêm (4/6 BN) vì chân túi thừa rộng, trường hợp chân túi thừa nhỏ cắt vùi gốc như cắt ruột thừa.

* Từ khoá : Viêm túi thừa Meckel ; Đặc điểm lâm sàng.

REMARKS ON CLINICAL FEATURES OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN 6 PATIENTS TREATED AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

Research on 6 patients with Meckel's diverticulum (MD) at the Abdominal Surgery Department, 103 Hospital (from 1 - 2004 to 3 - 2008) showed that: MD was a rare disease (0.33% among patients with appendicitis). The various symptoms of MD were considered preoperatively with other diseases (appendicitis: 50%, acute peritonitis, bowel obstruction, gastrointestinal hemorrhage). Operation was carried out with wedge-shaped diverticulectomies on 4 cases and transverse diverticulectomies on 2 cases.

* *Key words : Meckel's diverticulum; Clinical featues.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi thừa (VTT) Meckel là bệnh lý hiếm gặp trên lâm sàng. Theo Zani. A [10], VTT Meckel gặp 1,2% tổng số viêm ruột thừa cấp; theo Ovrebo. KK [7]; N.T.Liêm [1], tỷ lệ này là 2%. Hầu hết các BN có VTT Meckel đều không được chẩn đoán trước mổ và chỉ tình cờ phát hiện, trong quá trình phẫu thuật hoặc khi VTT Meckel đã có biến chứng. Theo Lüdtke. FE và Mende. V [6] qua 27 năm nghiên cứu đã phát hiện 84 BN có túi thừa Meckel, trong đó phát hiện tình cờ

* *Bệnh viện 103*
** *Học viện Quân y*
Phản biện khoa học : GS. TS. Phạm Gia Khánh

50 ca (59,52%), có biến chứng của VTT Meckel là 34 BN (41,48%). Các biến chứng hay gặp của VTT Meckel là viêm thủng túi thừa, tắc ruột và chảy máu. Tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện 103, trong thời gian từ tháng 01 - 2004 đến 03 - 2008, chúng tôi gặp 6 BN VTT Meckel trong tổng số 1.813 ca được chẩn đoán và phẫu thuật viêm ruột thừa (VRT), chiếm tỷ lệ 0,33%.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

- Nhận xét về triệu chứng và chẩn đoán VTT Meckel.

- Đánh giá kỹ thuật và xử trí khi có VTT Meckel.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

06 BN VTT Meckel được phẫu thuật tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện 103 từ 01 - 2004 đến 03 - 2008, xác định tổn thương giải phẫu bệnh lý tại Khoa Giải phẫu bệnh lý, Bệnh viện 103.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, không đối chứng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới.

6 BN, gồm 3 nam, 3 nữ; tuổi từ 11 - 45.

2. Triệu chứng lâm sàng.

* *Triệu chứng đau bụng:*

+ Vị trí đau đầu tiên và hướng lan xuyên của đau: có nhiều điểm giống như VRT cấp, 5/6 BN (83,33%) xuất hiện đau đầu tiên ở vùng thượng vị hay quanh rốn, sau đó mới khu trú ở vùng hố chậu phải.

+ Tính chất đau: 4/6 BN (66,67%) đau âm ỉ, liên tục và tăng dần, trong 2 BN đau dữ dội, 1 BN được chẩn đoán trước mổ là tắc ruột, 1 BN chẩn đoán chửa ngoài tử cung vỡ do xét nghiệm HCG (+). Cả 2 BN này túi thừa Meckel đều đã vỡ gây viêm phúc mạc, trong đó 1 BN tắc ruột do túi thừa Meckel dính gây xoắn hồi tràng.

* *Triệu chứng rối loạn tiêu hóa:*

Bảng 1: Triệu chứng rối loạn tiêu hoá.

TRIỆU CHỨNG	BUỒN NÔN VÀ NÔN		BÍ TRUNG ĐẠI TIỆN		CỘNG
	Có	Không	Có	Không	
n	5	1	2	4	6
Tỷ lệ %	83,33	16,67	33,33	66,67	100

Triệu chứng rối loạn tiêu hóa không gặp thường xuyên, chủ yếu là có nôn và buồn nôn (5/6 BN). 2 BN bí trung đại tiện đã có viêm phúc mạc do hoại tử túi thừa Meckel. Trong đó 1 BN chẩn đoán trước mổ là tắc ruột do dính của túi thừa gây xoắn ruột.

Bảng 2: Khám các triệu chứng thực thể.

TRIỆU CHỨNG	TRƯỚNG BỤNG		PHẢN ỨNG CƠ THÀNH BỤNG HỐ CHẬU PHẢI		DẤU HIỆU SHOTKIN - BLUMBERG		CỘNG
	Có	Không	(+)	(-)	(+)	(±)	
n	2	4	6	0	5	1	6
Tỷ lệ %	33,33	66,67	100	0	83,33	16,67	100

- Triệu chứng nhiễm khuẩn biểu hiện không rõ rệt, chỉ có 4 BN có triệu chứng sốt nhẹ và vừa, cả 6 BN xét nghiệm đều tăng bạch cầu; 100% BN có phản ứng cơ thành

bụng và làm dấu hiệu Shotkin - Blumberg (+) (5/6 BN); những BN này túi thừa Meckel đều viêm hoại tử, 1 BN có dấu hiệu Shotkin - Blumberg không điển hình, túi thừa Meckel viêm mủ nhưng chưa vỡ. Do các triệu chứng có nhiều điểm giống VRT cấp nên trước mổ chẩn đoán là VRT cấp (4/6 BN = 66,67%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Horn. F, Trnka. J (2007) [5] cũng như của Lüdtke.FE, Mende.V (1989); Arnold. KF và Dellicane. JV (1997) L1 [6] đều có nhận xét chung là VTT Meckel phần lớn đều có các triệu chứng giống như VRT cấp.

3. Triệu chứng cận lâm sàng.

- Xét nghiệm công thức máu:

Bảng 3: Xét nghiệm bạch cầu và công thức bạch cầu.

XÉT NGHIỆM BẠCH CẦU VÀ CÔNG THỨC BẠCH CẦU	SỐ LƯỢNG BẠCH CẦU (G/l)		TỶ LỆ BẠCH CẦU ĐA NHÂN TRUNG TÍNH		CỘNG
	< 9	> 9	< 70	> 70	
n	0	6	0	6	6
Tỷ lệ %	0	100	0	100	100

2/6 BN (33,3%) không sốt và xét nghiệm bạch cầu không tăng, 1 BN mổ giờ thứ 40, khi mở túi thừa Meckel ra là viêm do sỏi phân, 1 BN mổ ngày thứ 4 với chẩn đoán tắc ruột, khả năng do VRT cấp giữa các quai ruột. Cả 2 BN này đều được dùng kháng sinh và giảm đau trước mổ. Nguyễn Thanh Liêm [1] nghiên cứu 5 BN nhi chảy máu do VTT Meckel gặp 3 BN không sốt.

- X quang ổ bụng: 2/6 BN (33,3%) trước mổ chẩn đoán là tắc ruột, được chụp X quang ổ bụng, thấy một số mức nước - mức khí ở tiểu tràng. Cả 2 BN này được chẩn đoán trước mổ là tắc ruột, trong đó 1 BN chẩn đoán là VRT cấp giữa các quai ruột. Theo Robijn. J, Sebrechts. E; Miserez. M (2006) [8], trong 58 BN VTT Meckel 45 BN được tình cờ phát hiện trong mổ, chỉ 13 BN có triệu chứng lâm sàng và hay gặp nhất là tắc ruột (10/13 BN = 76,92%).

- Hình ảnh siêu âm bụng:

Có dịch ở hố chậu phải & Douglas: 6 BN (100%); thấy hình ảnh ruột thừa: 4 BN (66,67%); thấy hình khối hỗn hợp âm ở hố chậu phải và vùng hạ vị bên phải: 2 BN (33,33%); hình ảnh quai tiểu tràng giãn to, ứ dịch, tăng nhu động: 1 BN (16,67%).

- Hình ảnh siêu âm:

100% BN siêu âm có dịch ở vùng hố chậu phải, 4 BN (66,7%) có hình ảnh của ruột thừa viêm nhưng thực tế khi mổ phát hiện đó là hình ảnh của VTT Meckel, nhưng trước mổ không có BN nào được chẩn đoán là VTT Meckel, tất cả đều chẩn đoán là VRT cấp. Theo Nguyễn Thanh Liêm [1]: khi siêu âm có thể hướng tới chẩn đoán nếu có một cấu trúc ruột non bất thường nằm ở hố chậu phải, tuy nhiên 1 BN có giãn quai ruột và 2 BN có khối bất thường ở hố chậu phải đều được chẩn đoán là tắc ruột do bã thức ăn hay lồng ruột hoặc chửa ngoài tử cung vỡ.

+ Hình ảnh siêu âm của VTT Meckel và viêm ruột thừa cấp rất khó phân biệt.

4. Chẩn đoán.

Bảng 4: Chẩn đoán trước mổ và sau mổ.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC MỔ	CHẨN ĐOÁN SAU MỔ	ĐÚNG	SAI
Chửa ngoài tử cung vỡ	Viêm phúc mạc do thủng Meckel		x
VRT cấp giờ 68, k.n sau manh tràng	Viêm phúc mạc do thủng Meckel		x
VRT cấp giờ 19	Viêm hoại tử túi thừa Meckel		x
VRT cấp giờ 27	Viêm mủ túi thừa Meckel		x
Tắc ruột k/n do lồng ruột	Xoắn hồi tràng do viêm Meckel		x
Tắc ruột do bã thức ăn hoặc VRT cấp giữa các quai ruột	Xoắn hoại tử túi thừa Meckel		x
Cộng		0	6

- Chẩn đoán: cả 6 BN đều không chẩn đoán được trước mổ, mà chỉ xác định được VTT Meckel trong mổ. Phần lớn BN mắc VTT Meckel có triệu chứng lâm sàng giống như VRT cấp, khi VTT Meckel có biến chứng hoại tử vỡ, gây dính xoắn ruột hoặc biểu hiện lâm sàng giống như viêm phúc mạc. Chính vì vậy, khi phẫu thuật cắt ruột thừa viêm, cần kiểm tra xem BN có túi thừa Meckel không, kể cả khi đánh giá tổn thương đại thể của ruột thừa viêm rõ.

Bảng 7: Đặc điểm tổn thương của túi thừa Meckel.

BN	VỊ TRÍ MECKEL CÁCH GÓC HỒI MANH TRANG	KÍCH THƯỚC MECKEL	TỔN THƯƠNG ĐẠI THỂ	TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH LÝ
1	30 cm	2,0 x 5 cm	Meckel thủng ở chân	Hoại tử
2	60 cm	1,6 x 5 cm	Bị tăm đâm thủng	Viêm cấp
3	70 cm	1,5 x 3 cm	Viêm hoại tử tím đen	Hoại tử
4	55 cm	1,7 x 4 cm	Viêm mủ có giả mạc	Viêm mủ
5	50 cm	2,0 x 3 cm	Viêm mủ có giả mạc	Viêm mủ
6	70 cm	0,9 x 7 cm	Hoại tử tím sẫm	Hoại tử

- 100% túi thừa Meckel nằm ở hồi tràng (cách góc hồi manh tràng < 70 cm).

- Tổn thương đại thể chủ yếu là hình ảnh viêm hoại tử, điều này cũng phù hợp với thời gian vào viện của BN thường muộn, ca mổ sớm nhất sau đau 40 giờ, muộn nhất 4 ngày.

5. Điều trị phẫu thuật.

Bảng 6: Đường mổ vào ổ bụng.

ĐƯỜNG MỔ	MAC-BURNEY	ĐƯỜNG TRẮNG BÊN PHẢI	ĐƯỜNG TRẮNG GIỮA DƯỚI RỐN	CỘNG
n	2	1	3	6
Tỷ lệ %	33,33	16,67	50	100

- Do chỉ có 2 BN được chẩn đoán là VRT cấp trước mổ và đều thực hiện theo phương pháp Mac-Burney, còn các BN khác chẩn đoán là tắc ruột (2 BN), chửa ngoài tử cung vỡ (1 BN) theo đường trắng giữa dưới rốn.

Bảng 7: Phương pháp phẫu thuật xử trí Meckel và ruột thừa.

PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ PHẪU THUẬT	MECKEL			RUỘT THỪA
	Hình chêm	Cắt vùi gốc	Cắt đoạn hồi tràng	Cắt ruột thừa
n	4	1	1	6
Tỷ lệ %	66,66	16,67	16,67	100

Việc xử trí VTT Meckel chủ yếu căn cứ vào đường kính của chân túi thừa. Đối với những túi thừa Meckel có đường kính chân nhỏ < 1,5 cm, thường cắt túi thừa và vùi gốc giống như cắt ruột thừa. Những trường hợp đường kính chân rộng (> 1,5 cm) nên cắt túi thừa Meckel hình chêm, có 1 BN đoạn ruột hồi tràng bị túi thừa dính gây xoắn hoại tử, phải cắt đoạn ruột hoại tử có túi thưa Meckel và nối ruột tận-tận.

Đa số các trường hợp VTT Meckel đều có VRT thứ phát do ruột thừa nằm trong khu vực viêm, vì vậy khi phẫu thuật nên kết hợp cắt túi thừa Meckel với cắt ruột thừa. Tuy nhiên, quan điểm này cũng có tác giả chưa tán thành vì cho rằng khi có viêm phúc mạc thì không nên phẫu thuật cắt ruột thừa, nếu xác định ruột thừa không có viêm, nhưng thực tế chỉ nhìn ruột thừa về mặt đại thể thì chưa thể xác định chắc chắn [3, 4, 9].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu triệu chứng, chẩn đoán và điều trị 6 BN VTT Meckel trong 1.813 BN VRT cấp, chúng tôi có một số nhận xét sau:

- VTT Meckel là bệnh ít gặp trên lâm sàng, chiếm 0,33% trong tổng số VRT cấp.

- Triệu chứng thường giống VRT cấp (66,67%), thường biểu hiện muộn ở giai đoạn có biến chứng, do vậy, không được chẩn đoán xác định trước mổ và thường chẩn đoán nhầm với VRT cấp. Vì vậy, khi mổ VRT cấp, nhất thiết phải kiểm tra xem BN có túi thừa Meckel không.

- Xử trí túi thừa Meckel: khi chân túi thừa nhỏ nên cắt và vùi gốc như cắt ruột thừa, trường hợp chân túi thừa rộng (> 1,5 cm) nên cắt túi thừa hình chêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm. Chảy máu tiêu hóa do VTT Meckel. *http://WWW. cimsi.org.vn/tapchi/ sottyd/nam2000/bai11-5-2000.htm. 2008.*

2. Arnold. JF, Pellicane. JV. Meckel's diverticulum: a ten - year experience. Am Surg. 1997, 63 (4), pp,354-355.

3. Demartines. N, Herzog. Meckel's diverticulum: Surgical complications. Helv Chir Acta. 1992, 59 (2) pp.325-329.

4. Ferranti. F, Mondini. O. Meckel's diverticulum: ten years experience. G Chir. 1999, 20 (3), pp.107-112.

5. *Horn F, Trnka. J.* Symptomatic: Meckel's diverticulum in children. Rozhl Chir. 2007, 86 (9) pp.480-482.

6. Lüdtke. FE, Mende. V. Incidence and frequency or complications and management of Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet. 1989, 169 (6) pp.537-542.

7. Ovrebo. KK, Haram. S. Meckel's diverticulum Symptoms, diagnosis and treatment. Tidsskr Nor Laegeforen. 1991, 111 (11) pp.1361-1363.

8. Robijn. J, Sebrechts. E, Miserez M. Management of incidentally found Meckel's diverticulum a new approach: resection based on a risk score. 2006.

9. Ueberruek. T,Meyer. L. The Significance of Meckel's diverticulum in appendicitis - a retrospective analysis of 233 cases. World Surg. 2005, 29 (4) pp.455-458.

10. Zani. A, Eaton. S. Incidentally detected Meckel's diverticulum: to resect or not resect. Am Surg. 2008, 247 (2) pp.276-281.