

XOẢN MẠC NỔI LỚN: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Nam Khánh²

TÓM TẮT

Xoắn mạc nối lớn là một trong những nguyên nhân hiếm gặp gây ra cơn đau bụng cấp. Mạc nối lớn có thể bị xoắn tự phát hay thứ phát. Xoắn nguyên phát xảy ra khi một phần mạc nối dày và di động quanh một điểm cố định trong khi không có bất kỳ bệnh lý liên quan nào trong ổ bụng. Xoắn thứ phát có liên quan đến một số bệnh lý từ trước, trong đó phổ biến nhất là thoát vị bẹn, các nguyên nhân khác có thể là khối u, thoát vị nội, ổ viêm trong bụng và sẹo mổ cũ. Khi mạc nối lớn xoắn gây ra sự thắt nghẹt của các mạch máu dọc theo trục của nó dẫn đến nhồi máu mạc nối. Bệnh lý hiếm gặp này chủ yếu xảy ra ở nam giới trung niên. Về lâm sàng, xoắn mạc nối biểu hiện gần như viêm ruột thừa cấp. Phẫu thuật nội soi vừa để chẩn đoán và cũng là phương pháp điều trị. Nhân một trường hợp chúng tôi thông báo ca lâm sàng được chẩn đoán và điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi và điểm lại y vấn về bệnh lý này.

Từ khoá: xoắn mạc nối, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

TORSION OF GREATER OMENTUM: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Torsion of the greater omentum is one of the rare causes of acute abdominal pain. It can be primary or secondary. Primary omental torsion occurs when a portion of the omentum is thickened and mobile around a fixed point in the absence of any associated or secondary intra-abdominal pathology. Secondary torsion is associated with a number of pre-existing conditions like inguinal hernia, other causes are tumors, internal hernias, foci of intra-abdominal inflammation, and postsurgical or scarring. Torsion of omentum causes twisting along its long axis resulting in impaired blood supply. This rare disease mainly occurs in middle-aged men. Clinically, omental torsion presents almost as acute appendicitis. Laparoscopic surgery is both diagnostic and therapeutic. we are presenting a case report that treated by laparoscopic surgery and review the literature of this disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn mạc nối lớn (OT-Omental Torsion) là một trong những nguyên nhân hiếm gặp gây ra cơn đau bụng cấp. Rất khó để chẩn đoán xoắn

trên lâm sàng. Triệu chứng của xoắn mạc nối lớn rất tương tự với viêm ruột thừa cấp trong hầu hết các trường hợp được báo cáo trong y văn(1). Eitel lần đầu tiên mô tả bệnh lý này vào năm 1899. Mạc nối lớn có thể bị xoắn tự phát (POT-Primary Omental Torsion) hay thứ phát (SOT-Secondary Omental Torsion). Xoắn nguyên phát xảy ra khi một phần mạc nối dày và di động quanh một điểm cố định trong khi không có bất kỳ bệnh lý liên quan nào trong ổ bụng. Xoắn thứ phát có liên quan đến một số bệnh lý từ trước, trong đó phổ biến nhất là thoát vị bẹn, các nguyên nhân khác có thể là khối u, thoát vị nội, ổ viêm trong bụng và sẹo mổ cũ. Khi mạc nối lớn xoắn gây ra sự thắt nghẹt của các mạch máu dọc theo trục của nó dẫn đến nhồi máu mạc nối. Bất kỳ ai cũng có thể mắc bệnh này nhưng chủ yếu gặp ở nam giới ở độ tuổi từ 30 đến 50, chỉ một số ít trường hợp được báo cáo ở trẻ em(2). Về lâm sàng, xoắn mạc nối biểu hiện gần như viêm ruột thừa cấp. Vì vậy cần được lưu ý như là một chẩn đoán phân biệt của các bệnh lý bụng cấp. Phẫu thuật nội soi vừa là phương tiện chẩn đoán vừa là phương pháp điều trị dứt điểm và thường được lựa chọn. Nhân một trường hợp xoắn mạc nối lớn nguyên phát được chẩn đoán và điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi, chúng tôi muốn điểm lại y vấn, nêu lên một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và tiên lượng của bệnh.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 37 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, thể trạng trung bình, cao 170cm, nặng 65kg, BMI = 22.5 vào khoa cấp cứu bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong tình trạng đau bụng hạ sườn phải liên tục, không lan, đau không liên quan đến bữa ăn, không thay đổi theo tư thế. Bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải 5 ngày nhưng mức độ nhẹ hơn. Bệnh nhân không sốt, không buồn nôn hay nôn và đã đi ngoài bình thường ngày hôm trước vào viện. Khám lâm sàng thấy bệnh nhân không sốt, bụng ấn đau vùng hạ sườn phải kèm phản ứng thành bụng rõ. Nghe nhu động ruột bình thường. Xét nghiệm máu cho thấy số lượng bạch cầu là 5.93 G/l, hồng cầu là 4.5 T/l, huyết sắc tố 120g/l, CRP-hs là 2 mg/l. Chỉ số men gan và men tụy đều trong giới hạn bình thường. X quang ổ bụng không

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

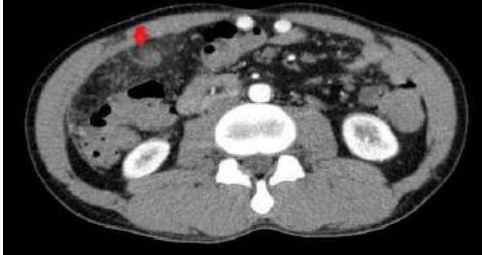
Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

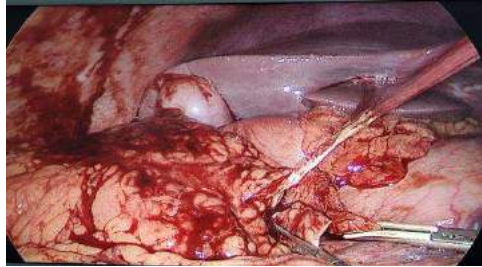
Ngày phản biện khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023

phát hiện dấu hiệu bất thường. Siêu âm ổ bụng phát hiện hình ảnh dày và thâm nhiễm mạc nối lớn vùng hạ sườn và mạn sườn phải. Bệnh nhân sau đó được chỉ định chụp CT scan ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và cho kết quả hình ảnh thâm nhiễm rộng mạc nối lớn vùng mạn sườn phải, sau tiêm ngấm thuốc không đều, trong có hình ảnh xoáy nước (khoảng 3-4 vòng), dịch tự do ổ bụng - theo dõi xoắn mạc nối lớn. (Hình 1).



Hình 1. Hình ảnh xoắn mạc nối lớn trên chụp cắt lớp vi tính (mũi tên đỏ)



Hình 2. Tổn thương mạc nối lớn hoại tử trong mổ

Bệnh nhân được mổ nội soi ổ bụng cấp cứu. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng thấy ổ bụng có ít dịch máu sẫm thành bụng bên phải, ruột thừa, túi mật, gan, lách, dạ dày, tá tràng và toàn bộ ruột non không có bất thường. Một phần mạc nối lớn kích thước 2 x 4 x 6 cm phù nề, dính vào thành bụng trước vùng hạ sườn phải (Hình 2). Sau khi gỡ dính, phần mạc nối hoại tử được cắt bởi ligasure và được lấy ra ngoài qua một vết mổ nhỏ đường trắng giữa dưới rốn 2cm. Bệnh hậu phẫu ổn định và ra viện vào ngày thứ 3 sau mổ. Hiện tại sức khỏe ổn định, sinh hoạt bình thường. Giải phẫu bệnh cho kết quả tổ chức mạc nối lớn hoại tử, xuất huyết.

III. BÀN LUẬN

Xoắn mạc nối lớn là một nguyên nhân hiếm gặp của tình trạng đau bụng cấp. Xoắn mạc nối hiếm khi được chẩn đoán xác định trước phẫu thuật, những hiểu biết về bệnh lý này rất quan trọng đối với phẫu thuật viên vì triệu chứng của nó rất giống với các bệnh lý bụng ngoại khoa phổ biến. Eitel lần đầu tiên báo cáo một trường

hợp xoắn mạc nối không liên quan đến thoát vị, kể từ thời điểm đó, nhiều báo cáo đã xuất hiện, đáng chú ý là báo cáo của Morris (3) gồm 164 trường hợp chẩn đoán xác định là xoắn mạc nối lớn đã được ghi nhận từ năm 1905 đến năm 1930. Xoắn mạc nối lớn thứ phát -SOT chủ yếu liên quan đến một số bệnh lý sẵn có. Trong đó Morris nhấn mạnh rằng các khối thoát vị bẹn bìu hầu như luôn chứa mạc nối lớn. Trong bệnh lý này, người bệnh bị đau bụng tái đi tái lại nhiều lần, có thể bị xoắn mạc nối tạm thời. Một số trường hợp xoắn mạc nối xuất hiện do các ổ viêm trong khoang bụng gây ra tình trạng viêm mạc nối do tiếp giáp với các ổ này. Điều này có thể đúng trong các trường hợp viêm ruột thừa hoặc viêm túi mật nhẹ tự thuyên giảm trong đó bệnh lý ban đầu giảm bớt, nhưng những thay đổi gây ra ở mạc nối lớn vẫn tồn tại. Xoắn có thể là nguyên phát -POT khi một phần dày, di động của nó xoắn quanh một điểm cố định ở gốc trong khi không có bất kỳ bệnh lý liên quan nào trong ổ bụng. Bệnh nhân thường có biểu hiện đau hố chậu phải giống như viêm ruột thừa, nhưng không có các triệu chứng tiêu hóa liên quan như buồn nôn, nôn hoặc chán ăn. Kimber và cộng sự đã hồi cứu hơn 8000 trường hợp phẫu thuật cắt ruột thừa, cho thấy cứ 600 ca mổ với chẩn đoán ban đầu là viêm ruột thừa cấp thì có 1 trường hợp là xoắn mạc nối, và ruột thừa được phát hiện là bình thường. Triệu chứng của xoắn mạc nối lớn nguyên phát có thể giống với các bệnh lý bụng cấp khác như viêm túi mật, viêm túi thừa, viêm túi thừa Meckel, viêm ruột thừa cấp (4).

Cơ chế bệnh sinh của POT có nhồi máu vẫn chưa được xác định một cách đầy đủ. Một số biến đổi giải phẫu của mạc nối lớn như mạc nối lớn chẻ đôi, mạc nối phụ, dị dạng mạch máu gây nên tình trạng cấp máu bất thường làm biến đổi trọng lượng của mạc nối được công nhận là các yếu tố nguy cơ SOT thường gặp POT và có liên quan đến các bệnh lý sẵn có như nang, khối u, ổ viêm trong ổ bụng, sẹo mổ cũ và sự có mặt của các túi thoát vị. Hầu hết các trường hợp SOT xảy ra cùng với thoát vị bẹn theo như báo cáo của Morris và cộng sự (4). Các yếu tố dẫn đến tăng áp lực trong ổ bụng như nâng tạ, ho, nôn nhiều, lao động nặng nhọc, ăn nhiều, chấn thương bụng, tăng nhu động, rặn mạnh hoặc sự di động của các khối thoát vị gây ra chuyển vị thụ động của mạc nối. Nguyên nhân xoắn nguyên phát vẫn chưa được biết rõ. Spitz và cộng sự, cho rằng các yếu tố làm thay đổi mật độ của mạc nối bao gồm viêm, phù nề và lắng đọng mỡ thừa

(béo phì) có thể là yếu tố nguy cơ. Xoắn mạc nối lớn thường theo chiều kim đồng hồ. Các tĩnh mạch khi bị xoắn làm cản trở dòng máu trở về làm cho các vùng xa mạc nối lớn sung huyết và phù nề. Quá trình này có thể tự thuyên giảm hoặc tiếp diễn. Kết quả của sự thoát mạch sung huyết tạo ra dịch huyết thanh đặc trưng bên trong mạc nối lớn và trong khoang phúc mạc. Khi quá trình xoắn tiến triển, nó gây ra tắc động mạch dẫn đến nhồi máu cấp tính và cuối cùng là hoại tử mạc nối (5).

Về mặt lâm sàng, POT và SOT biểu hiện tương tự nhau. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là cơn đau ở hố chậu phải, khởi phát đột ngột và đôi khi có thể kết hợp với buồn nôn, nôn và sốt nhẹ. Bệnh nhân có thể có tiền sử từng bị đau bụng tự nhưng ít nghiêm trọng hơn. Gợi ý và cộng sự, cho biết 66% các trường hợp có triệu chứng giống với viêm ruột thừa và 22% giống với viêm túi mật. Hơn nữa, nhồi máu mạc nối có thể xảy ra mà không có hiện tượng xoắn, thường do tình trạng tăng đông hoặc các bất thường mạch máu dẫn đến hình thành huyết khối Viêm mạc hoặc ứ máu tĩnh mạch mạc treo tràng có thể do suy tim phải (4,6). Siêu âm có thể thấy một khối hỗn hợp và các vùng đặc, vùng giảm âm và dịch tự do trong khoang phúc mạc. Mặt khác, CT scan rất nhạy khi phát hiện khối ở mạc nối lớn nhưng không đặc hiệu để chẩn đoán xoắn. Các dấu hiệu của xoắn mạc nối trên CT scan khá mơ hồ, có thể thấy dấu hiệu xoáy của một khối mỡ với các dải tuyến tính đồng tâm ở mạc nối. Những dải này là các mạch máu xoắn quay quanh một trục trung tâm. Tuy nhiên, đây không phải là dấu hiệu để chẩn đoán xác định vì còn những chẩn đoán phân biệt khác với một khối mỡ hồ chứa mỡ đi kèm các dải tăng tỉ trọng như thoát vị mạc nối, viêm bờm mỡ và khối u chứa mỡ.

Siêu âm hoặc CT scan là bắt buộc trước phẫu thuật. Điều này giúp chẩn đoán kịp thời POT và cả những trường hợp được lựa chọn để điều trị bảo tồn. Balthazar và cộng sự, đã chỉ ra rằng MRI có hiệu quả ngay cả khi xoắn mạc nối có biến chứng chảy máu hoặc tiến triển thành áp xe. Các nghiên cứu cho thấy chụp X quang không hiệu quả trong việc chẩn đoán phân biệt giữa nhồi máu và xoắn mạc nối. Bệnh nhân bị xoắn mạc nối có biểu hiện đau liên tục, không lan, mức độ ngày càng nghiêm trọng, buồn nôn và nôn, 50% bệnh nhân có sốt nhẹ và tăng bạch cầu. Những dấu hiệu này không đặc hiệu khiến việc chẩn đoán xoắn mạc nối trở nên khó khăn. Đa số các trường hợp đau bụng một cơn nhưng cơn đau tái phát có thể gợi ý xoắn gián đoạn. Khi

khám, 50% bệnh nhân có khối ở bụng và viêm phúc mạc khu trú (7).

Phương pháp chẩn đoán và điều trị hiện tại được lựa chọn là phẫu thuật nội soi ổ bụng có thể kèm mở nhỏ, xác định và cắt bỏ phần mạc nối nhồi máu. Ruột thừa, túi mật và các tạng trong khung chậu bình thường giúp khẳng định chẩn đoán xoắn mạc nối lớn. Dịch huyết thanh do xuất huyết thoát mạch trong khoang phúc mạc là một dấu hiệu đặc trưng. Trong các y văn, phương pháp điều trị được lựa chọn có thể bao gồm cắt cả ruột thừa để ngăn ngừa các vấn đề chẩn đoán trong tương lai. Do đó, nội soi ổ bụng là phương pháp được lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán và điều trị xoắn mạc nối lớn cấp. Chẩn đoán khi phát hiện trên siêu âm và hình ảnh CT, MRI không rõ ràng. Trong mọi trường hợp, nội soi ổ bụng cho phép chẩn đoán chính xác nhồi máu mạc nối và việc cắt bỏ mạc nối. Phương pháp xâm lấn tối thiểu vào khoang bụng mà không cần mở bụng giúp giảm đau hơn so với phẫu thuật truyền thống và cho phép bệnh nhân ra viện trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi đơn thuần có thể đòi hỏi thời gian phẫu thuật dài; trong những trường hợp như vậy, việc lựa chọn điều trị là chẩn đoán bằng nội soi ổ bụng sau đó tiến hành mở nhỏ ở thành bụng để cắt bỏ mạc nối (8).

IV. KẾT LUẬN

Xoắn mạc nối nguyên phát – POT là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp với các triệu chứng chung có thể giống với nhiều bệnh lý bụng cấp. Cơ chế bệnh sinh của POT chưa được xác định. SOT phổ biến hơn POT, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu và thường mất nhiều thời gian để chẩn đoán. Việc coi xoắn mạc nối lớn như một chẩn đoán phân biệt đối với tình trạng bụng cấp và việc kiểm tra kỹ lưỡng mạc nối lớn nếu không phát hiện được các bệnh lý thường gặp khi soi ổ bụng nên được khuyến cáo để có hướng xử trí thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adams JT.** Primary torsion of the omentum. The American Journal of Surgery. 1973 Jul 1;126(1):102–5.
2. **Karayiannakis AJ, Polychronidis A, Chatzigianni E, Simopoulos C.** Primary torsion of the greater omentum: report of a case. Surg Today. 2002;32(10):913–5.
3. **MORRIS JH.** TORSION OF THE OMENTUM: ITS CLINICAL IMPORTANCE. Archives of Surgery. 1932 Jan 1;24(1):40–76.
4. **Andreuccetti J, Ceribelli C, Manto O, Chiaretti M, Negro P, Tuscano D.** Primary omental torsion (POT): a review of literature and case report. World

- J Emerg Surg. 2011 Jan 26;6:6.
5. **Young TH, Lee HS, Tang HS.** Primary torsion of the greater omentum. Int Surg. 2004 Jun;89(2):72-5.
 6. **Wiesner W, Kaplan V, Bongartz G.** Omental infarction associated with right-sided heart failure. Eur Radiol. 2000;10(7):1130-2.
 7. **Nubi A, McBride W, Stringel G.** Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. J Pediatr Surg. 2009 May;44(5):953-6.
 8. **Breunung N, Strauss P.** A diagnostic challenge: primary omental torsion and literature review - a case report. World Journal of Emergency Surgery. 2009 Nov 18;4(1):40.

THỰC TRẠNG PHẢN ỨNG SAU TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID-19 PFIZER Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2021

Phan Thị Mai Hương¹, Lê Thị Thanh Xuân¹, Nguyễn Văn Thành¹,
Lê Thị Thanh Hà¹, Nguyễn Thúy Nam¹, Hoàng Diệu Linh¹,
Hoàng Long Quân¹, Lương Huyền Phương¹, An Hồng Liên¹,
Phạm Thị Quân¹, Nguyễn Ngọc Anh¹, Nguyễn Thanh Thảo¹, Tạ Thị Kim Nhung¹,
Phạm Thị Hiền¹, Nguyễn Quốc Doanh¹, Nguyễn Thị Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng ứng sau tiêm vắc xin phòng COVID-19 Pfizer ở người trưởng thành tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 813 đối tượng nghiên cứu trong thời gian từ 10/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ phản ứng tại chỗ sau tiêm mũi 1 là 14,8%, mũi 2 là 40,2%. Các phản ứng thường gặp là mệt mỏi (10,3% ở mũi 2 đến 38,0% ở mũi 1), tăng cảm giác đau (mũi 1: 7,8% và mũi 2: 18,0%), sốt dưới 38,5°C (mũi 1: 3,7%; mũi 2: 19,8%). Tỷ lệ xảy ra các phản ứng nguy hiểm rất thấp. Các phản ứng sau tiêm vắc xin phòng Covid 1-9 Astrazeneca thường xảy ra từ 1 đến 24 giờ sau tiêm. **Kết luận:** Tỷ lệ phản ứng sau tiêm vắc xin phòng Covid-19 Pfizer ở người trưởng thành tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2021 tương đối cao, tuy nhiên chủ yếu là những phản ứng thông thường như sốt, đau mỏi người hay đau tại chỗ tiêm.

Từ khóa: phản ứng sau tiêm, vắc xin Covid-19 Pfizer, Trường Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

PREVALENCE OF ADVERSE EFFECTS OF COVID-19 PFIZER VACCINE AMONG ADULTS AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY, 2021

Objectives: to describe the prevalence of adverse effects of the Covid-19 Pfizer vaccine among adults at Ha Noi Medical University in 2021. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 813 people from October 2021 to October 2022. **Results:** the rate of local effects after in 1st dose was 14.8%, 2nd dose was 40.2%. Common effects were tiredness (1st

dose:10.3%, 2nd dose: 38.0 %), increasing pain impress (1st dose:7.8%, 2nd dose: 18.0 %), fever < 38.5°C (1st dose: 3.7%, 2nd dose: 19.8 %). The dangerous effects were very low. The adverse effects of Covid 1-9 Pfizer vaccine usually occurred from 1 to 24 hours after vaccination. **Conclusion:** The rate of the adverse effects of Covid-19 Pfizer vaccine among adults at Ha Noi Medical University in 2021 was relatively high, but mainly common effects such as fever, tiredness and increasing pain impress.

Keywords: adverse effects, Covid-19 Pfizer vaccine, Ha Noi Medical University

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vắc xin Pfizer đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả trong việc bảo vệ mọi người khỏi các nguy cơ cực kỳ nghiêm trọng của COVID-19, bao gồm tử vong, nhập viện và mắc bệnh nặng. Tính hiệu quả của vắc xin lên đến 95% khỏi lây nhiễm. Sau khi tiêm vắc xin Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo có thể gặp một số phản ứng sau tiêm.¹ Những phản ứng bất lợi thường gặp nhất ở trẻ vị thành niên từ 12 đến 15 tuổi là đau tại vị trí tiêm, mệt mỏi và đau đầu, đau cơ và ớn lạnh, đau khớp và sốt. Các phản ứng bất lợi ở những người từ 16 tuổi trở lên là đau tại vị trí tiêm, mệt mỏi, đau đầu, đau cơ và ớn lạnh, đau khớp, sốt và và thường có cường độ nhẹ hoặc vừa và khỏi trong vòng một vài ngày sau khi tiêm vắc xin.^{2,3}

Tại Việt Nam, chiến lược tiêm chủng đã đạt được những thành tựu đáng kể, có những tình tỷ lệ bao phủ vắc xin cho đối tượng trên 18 tuổi lên đến gần 100%. Bên cạnh đó, trên khắp cả nước công tác tiêm chủng cho đối tượng là trẻ em cũng đã được triển khai rộng rãi đối với vắc xin COVID-19 Pfizer. Tuy nhiên những nghiên cứu về phản ứng sau tiêm vắc xin COVID-19 còn hạn

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh

Email: nguyenthiquynhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023