

**NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP TẮC RUỘT SƠ SINH DO THOÁT VỊ
QUA LỖ DỊ DẠNG (MẠC TREO TÚI MECKEL)**
BS. Dương Thị Kim Cúc. Khoa ngoại BV Đa khoa trung tâm An giang

TÓM TẮT

Thoát vị qua lỗ dị dạng (mạc treo túi Meckel) là một bệnh lý hiếm gặp. Chúng tôi trình bày một bệnh án, bé trai, 6 ngày tuổi vào viện với hội chứng tắc ruột cấp tính. Chẩn đoán xác định trong khi mổ là thoát vị qua lỗ dị dạng (mạc treo túi Meckel). Phương pháp phẫu thuật, cắt ống rốn ruột cắt đoạn ruột tắc nghẽn và nối tận – tận. Hậu phẫu không có biến chứng và xuất viện sau 13 ngày điều trị.

I. MỞ ĐẦU:

Thoát vị ruột non qua lỗ mạc treo túi Meckel là nguyên nhân rất hiếm gặp gây ra một hội chứng tắc ruột cấp tính theo kiểu thắt nghẹt, chỉ chẩn đoán xác định được trong lúc mổ.

Chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng hiếm gặp: Tắc ruột do thoát vị qua lỗ mạc treo túi Meckel ở trẻ sơ sinh.

II. BỆNH ÁN:

- Bệnh nhân: Phạm Trung N. Nam 6 ngày
- Cân nặng: 2.800gr.
- Số vào viện: 39973.
- Địa chỉ: Vĩnh Phú – Thoại sơn _ An Giang.
- Vào viện: lúc 15^h45 ngày 10/ 08/ 06.
- Ra viện: 23/ 08/ 06.
- Lý do: Ốc sưa + không tiêu.
- Bệnh sử: Bé sinh thường, đủ tháng (lúc 12^h20 ngày 05/ 08/ 06, cân nặng: 3.400gr), con so. Sau sinh tiêu phân su được 1 ngày, sau đó không tiêu, bú ọc nhiều, bụng chướng ngày càng tăng, vào bệnh viện AG.
- Khám: Bé tỉnh, nằm yên, khóc yếu. Tổng trạng suy dinh dưỡng (sụt 600gr). Thở đều, chi ấm, mạch rõ. Tim đều, phổi trong. Bụng chướng nhiều ở vùng bụng trên. Sonde hậu môn: ra dịch nhầy.
- Cận lâm sàng:
 - + CTM: HC: 5.29 M.
BC: 8.500 N: 45% L: 48,8%
TC: 385000.
 - + ion đồ: Na⁺: 126, K⁺: 5.3, Ca⁺: 0.83 mmol/l.
 - + TS – TC: 2' – 6'.
 - + Urê: 32 mmol/l. Creatinine: 225
 - + Siêu âm: Các quai ruột non ứ dịch phân và hơi (dẫn đều), nhu động thường xuyên, không dịch màng phổi.
- Kết luận: Theo dõi tắc ruột do phân.
- + XQ: Ít hơi trong ruột non - Tắc ruột
- Chẩn đoán trước mổ: Tắc ruột sơ sinh.

- Chẩn đoán sau mổ: Tắc ruột non do thoát vị qua lỗ dị dạng (mạc treo túi Meckel).
- Tường trình phẫu thuật:
 - + Mê nội khí quản.
 - + Đường mổ: Rạch da đường ngang trên rốn bên phải # 8cm, vào ổ bụng có ít dịch trong.
 - + Tôn thương: Cách góc hồi manh tràng # 80cm dẫn to, đường kính # 3cm, đoạn dưới nhỏ đường kính # 0,7cm, có một đoạn xoắn chui qua một lỗ và bị thắt nghẹt, hơi tím.
 - + Xử trí: Giải phóng toàn bộ ruột bị thoát vị, thấy có một ống từ hồi tràng đến rốn xiết chặt đoạn ruột chui qua đó, làm thắt nghẹt. Cắt đoạn hồi tràng có chứa túi Meckel. Nối hồi tràng tận – tận một lớp bằng vicryl 5.0. Kiểm tra ruột thông tốt. Lau ổ bụng, đóng bụng từng lớp.
- Hậu phẫu không biến chứng, ổn định và xuất viện sau 13 ngày điều trị.

III. NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN:

1. Xuất độ:

Rutherford 1909 phát hiện ca đầu tiên, Santulli 1957 có 2/ 207 trường hợp tắc ruột sơ sinh. Clatworthy và Lloyd có 2/ 163 trường hợp tắc ruột sơ sinh. Benson có 5 trường hợp ở trẻ em (Michigan). Gross có 3 trường hợp ở trẻ em (Boston). Gullino (1993), có 1871 trường hợp thoát vị nội được đăng trong y văn ở các nước phương tây, trong đó: 160 thoát vị qua khe WINSLOW (8,55%), 1035 thoát vị qua lỗ gần bình thường (55,31%) và 676 thoát vị qua lỗ bất thường (bệnh lý và dị dạng) (36,1%).

2. Bệnh sinh:

Theo Nguyễn Văn Đức, những lỗ khuyết mạc treo lớn hoặc nhỏ được hình thành do thiếu sót cố định mạc treo ruột vào phúc mạc sau, quá trình này diễn tiến suốt thời kỳ từ tuần thứ 10 (phôi 40mm) đến tháng sinh nở.

Theo D. GULLINO: Thoát vị qua lỗ khuyết bệnh lý trong mạc treo hay mạc nối có thể do yếu tố chấn thương cấp tính hay thường hơn là những chấn thương kéo dài, lập đi lập lại.

Thoát vị qua lỗ khuyết dị dạng: một vòng thoát vị là hậu quả của dị dạng bẩm sinh một dây chằng hay một mạc treo.

Các trường hợp thoát vị nội trong ổ bụng là sự di chuyển của một hay nhiều tạng ngang qua một lỗ trong phúc mạc, các tạng thoát vị vẫn còn nằm trong phúc mạc. Lỗ thoát vị có thể là:

. Lỗ bình thường: qua khe WINSLOW.

. Lỗ gần bình thường: Các hố phúc mạc cạnh tá tràng, hồi – manh tràng, trong mạc treo đại tràng sigma, hố phúc mạc dây chằng rộng của tử cung, hố phúc mạc trên bàng quang. Tất cả các trường hợp này đều có túi thoát vị, đó là những trường hợp thoát vị nội thật sự.

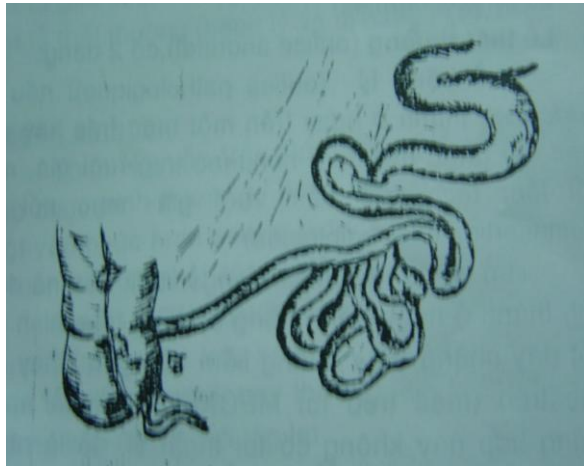
. Lỗ bất thường: có 2 dạng:

+ Lỗ bệnh lý: nếu nó được hình thành ở ngay trên mạc treo

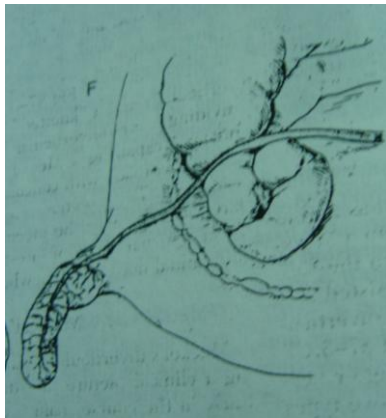
hay mạc nối (mạc treo ruột non, mạc treo ruột già, mạc nối lớn, tách chỗ bám ruột già – mạc nối lớn).

+ Lỗi dị dạng: nếu nó được hình thành ở ngay trên những dị dạng bẩm sinh của một dây chằng (dây chằng liềm của gan), hay một mạc treo (mạc treo túi MECKEL). Tất cả những trường hợp này không có túi thoát vị, đó là những trường hợp “sa ruột bên trong”.

Thoát vị qua lỗ bất thường chiếm tỷ lệ 36,1%. Trong đó thoát vị qua lỗ khuyết mạc treo có thể gặp ở mọi lứa tuổi, ở trẻ em chiếm 35% (theo D. GULLINO), còn thoát vị qua mạc treo túi Meckel gặp rất hiếm. Trường hợp của chúng tôi gặp thuộc dạng bẩm sinh mạc treo túi Meckel, tạo dây có một quai ruột non thoát vị qua lỗ đó và gây ra tắc ruột kiểu thắt nghẹt. Ruột non thoát vị thường là đoạn hồi tràng.



Thoát vị qua lỗ khuyết mạc treo hồi tràng



Thoát vị qua mạc treo túi Meckel

3. Lâm sàng:

Bệnh cảnh lâm sàng của thoát vị nội xảy ra ở trẻ sơ sinh là một hội chứng tắc ruột: bụng chướng căng, ọc, ngưng đại tiện. XQ ít giúp chẩn đoán và chỉ trên bàn mổ mới chẩn đoán xác định được nguyên nhân.

4. Điều trị:

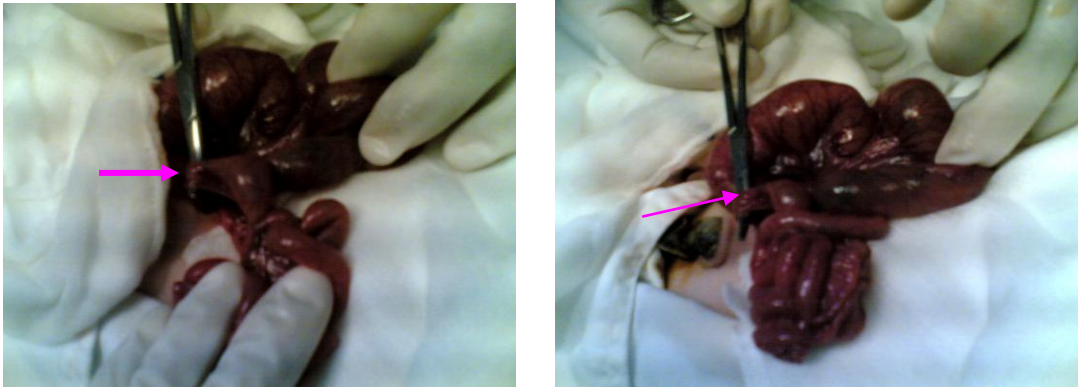
Giải phóng ruột bị thoát vị, đóng lỗ khuyết hoặc cắt bỏ túi thoát vị. Nếu đến muộn có khi cắt bỏ đoạn ruột hoại tử. Đối với trường hợp của chúng tôi thì cắt bỏ đoạn ruột bị thắt nghẹt có chứa mạc treo túi Meckel, khâu nối ruột tận – tận một lớp.

5. Dự hậu: Chẩn đoán sớm, phẫu thuật sớm, dự hậu tốt.

IV. KẾT LUẬN:

Thoát vị qua lỗ bất thường (mạc treo túi Meckel) là một bệnh lý rất hiếm gặp. Trong bệnh án này, bé trai 6 ngày tuổi, vào viện với bệnh cảnh tắc ruột cấp tính. Chẩn đoán xác định trong mổ là thoát vị qua dây mạc treo túi Meckel. Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột thắt nghẹt có chứa mạc treo túi Meckel, khâu nối hồi tràng tận – tận một lớp. Hậu phẫu không biến chứng và xuất viện sau 13 ngày điều trị.

HÌNH ẢNH MINH HỌA





TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NGUYỄN VĂN ĐỨC: Phẫu thuật bụng sơ sinh và trẻ em. Thoát vị nội, Xuất bản lần 2, ĐHYD TP. HCM, pp: 98 - 99.
2. Raymond A. Amoury: Pediatric Surgery, Meckel's Diverticulum, Fourth Edition, Year Book Medical Publishers, 1986, pp 859 – 867.
3. Robert S. Sawin: Surgery of infants and children, Appendix and Meckel Diverticulum, Lippincott-Raven Publishers, 1997, pp1215-1228.