

xương chũm kinh điển nhưng không phải trường hợp viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma nào cũng có thể áp dụng được phương pháp này. Khi không thể làm sạch được tổn thương cholesteatoma hoặc không thể bóc toàn bộ màng túi co kéo ở vùng lỗ vòi, cửa sổ tròn, hạ nhĩ và phần sau hòm nhĩ thì chỉ nên thực hiện phẫu thuật tiết căn xương chũm kinh điển.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type IV trên hốc mỏ tiết căn xương chũm tuy không thực hiện chỉnh hình xương con nhưng vẫn đạt kết quả khả quan về sức nghe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Hồng Châu**, Đánh giá kết quả tạo hình hòm nhĩ nhỏ cho bệnh nhân đã mổ tiết căn xương chũm tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2010, Tập 5- Số 3.
2. **Cao Minh Thành**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm tai giữa mạn tính tổn thương xương con và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình xương con. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
3. **Nguyễn Thị Tố Uyên**, Đánh giá kết quả nội soi tiết căn xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018. Trang 84, 127.
4. **Bruce Proctor MD**, Type 4 tympanoplasty: A Critical review of 122 cases, Otologic. 1964, Vol 79, Feb. 84-89.
5. **Hiroaki Yazama, Tasuku Watanabe, Kazunori Fujiwara and Hiromi Takeuchi**, Factors Affecting Postoperative Hearing Results in Type IV Tympanoplasty: Preliminary, Study of the Influence of External Auditory Canal Packing Material. Yonago Acta Medica. 2020;63(4):313-318 doi: 10.33160/yam.2020.11.014
6. **Lailach S, Zahnert T, Lasurashvili N, Kemper M, Beleites T, Neudert M**, Hearing outcome after sequential cholesteatoma surgery. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Aug; 273(8):2035-46. doi:10.1007/s00405-015-3767-6
7. **Paul Merkus, Pieter Kemp, Fuat Ziyil, Matthew Yung**, Classifications of Mastoid and Middle Ear Surgery: A Scoping Review, J Int Adv Otol. 2018 Aug 3;14(2): 227-232.
8. **Saumil N. Merchant MD, Michael E. Ravicz MS, Jonh J. Rosowski PHD**, Mechanics of type IV tympanoplasty: experimental findings and surgical implications. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1997, 106: 49-60.

TẮC RUỘT NON DO BÃ THỨC ĂN LIÊN QUAN ĐẾN TÚI THỪA MECKEL – BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Trần Đình Thor¹, Đỗ Mạnh Hùng¹,
Nguyễn Hải Nam¹, Chu Minh Phúc¹

TÓM TẮT

Túi thừa Meckel là dị tật bẩm sinh phổ biến của đường tiêu hóa, với các biến chứng đã được biết đến rộng rãi trong y văn. Tắc ruột do bã thức ăn cũng là một bệnh lý phổ biến trong các cấp cứu tiêu hóa, nhưng tắc ruột non do bã thức ăn gây ra bởi túi thừa Meckel là một biến chứng rất hiếm gặp. Bài báo này trình bày một ca lâm sàng hiếm gặp về tắc ruột non do bã thức ăn liên quan đến túi thừa Meckel ở một bệnh nhân, đồng thời cung cấp tổng quan về y văn hiện có về mối liên hệ giữa hai tình trạng này. Chúng tôi mô tả chi tiết quá trình chẩn đoán, điều trị và kết quả của bệnh nhân, cùng với việc thảo luận về các cơ chế có thể gây tắc ruột do bã thức ăn ở những người có túi thừa Meckel. Tổng quan y văn tập trung vào tỷ lệ mắc, các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng và các phương pháp điều trị tắc ruột non do bã thức ăn, đặc biệt khi có liên quan đến các bất thường bẩm sinh như

túi thừa Meckel. Báo cáo ca lâm sàng này và tổng quan y văn nhằm mục đích nâng cao nhận thức về một nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột non và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét túi thừa Meckel như một yếu tố tiềm ẩn trong các trường hợp tắc ruột không rõ nguyên nhân.

Từ khóa: tắc ruột, bã thức ăn, túi thừa Meckel

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO BEZOAR IN MECKEL DIVERTICULUM – A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Meckel diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract, with its complications well-documented in the medical literature. Intestinal obstruction due to a bezoar is also a common condition in gastrointestinal emergencies, but small bowel obstruction caused by a bezoar associated with Meckel's diverticulum is a very rare complication. This article presents a rare clinical case of small bowel obstruction due to a bezoar related to Meckel's diverticulum in a patient, while also providing a literature review on the association between these two conditions. We detail the patient's diagnostic process, treatment, and outcomes, along with a discussion on possible mechanisms by which bezoars

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Chu Minh Phúc

Email: chuchuminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

can cause obstruction in individuals with Meckel's diverticulum. The literature review focuses on incidence, risk factors, clinical manifestations, and treatment methods for small bowel obstruction due to bezoars, particularly when associated with congenital anomalies such as Meckel diverticulum. This case report and literature review aim to raise awareness of a rare cause of small bowel obstruction and highlight the importance of considering Meckel diverticulum as an underlying factor in unexplained obstruction cases.

I. GIỚI THIỆU

Túi thừa Meckel, một dạng tồn tại phổ biến của ống rốn-tràng, xuất hiện ở khoảng 2% dân số, với biểu hiện lâm sàng có thể dao động từ đau bụng nhẹ đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm phúc mạc hoặc tắc ruột¹. Bã thức ăn là khối chất rắn không tiêu được trong đường tiêu hóa, thường là do các loại thức ăn có nguồn gốc thực vật không tiêu được. Nguyên nhân gây ra bã thức ăn có thể liên quan đến thói quen ăn uống, tiêu hóa kém, ăn quá mức, mổ bụng cũ hoặc rối loạn tâm thần². Tắc ruột do bã thức ăn và các biến chứng kinh điển của túi thừa Meckel đã được biết đến từ lâu, tuy nhiên sự kết hợp của hai nguyên nhân này gây ra tắc ruột cơ học ở người bệnh là một nguyên nhân vô cùng hiếm gặp, với dưới 50 ca được báo cáo trong y văn từ trước tới nay³. Vì vậy, chúng tôi báo cáo một trường hợp tắc ruột non do bã thức ăn liên quan đến túi thừa Meckel, trên bệnh nhân có tiền sử mổ cũ, góp phần cung cấp thêm thông tin cũng như tổng quan y văn về chẩn đoán và điều trị bệnh lý này^{3,4}.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 75 tuổi, tiền sử mổ cắt buồng trứng và hai phần phụ cách 10 năm do ung thư buồng trứng, sau mổ đã được điều trị hoá-xạ trị ổn định, đã phẫu thuật cắt khối tá-tụy do ung thư đầu tụy cách đây 4 năm, xuất hiện đau, chướng bụng, nôn và bí trung-đại tiện khoảng 1 ngày trước khi vào viện.

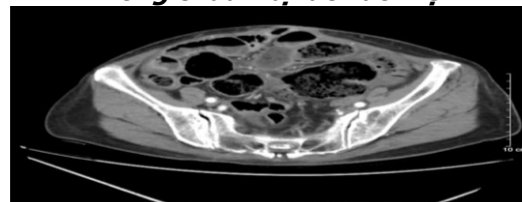
Khám lâm sàng lúc vào viện bệnh nhân tỉnh, dấu hiệu sinh tồn ổn định, bụng chướng hơi, ấn đau quanh rốn và hai hố chậu, nhưng không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc.

Các xét nghiệm máu của bệnh nhân trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chụp X-quang bụng thẳng không chuẩn bị, trên phim thấy có giãn hơi các quai ruột quanh rốn và hố chậu phải nhưng không rõ mức nước-hơi (Hình 1). Bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính, trên phim chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh các quai ruột giãn kèm theo ứ đọng thức ăn trong một quai ruột ở tiểu khung, nhưng không rõ hình ảnh mức nước-hơi (Hình 2). Với các kết quả như

trên, bệnh nhân được chẩn đoán bán tắc ruột sau mổ, được đặt sonde dạ dày, nhịn ăn, truyền dịch và điều trị nội khoa. Sau 2 ngày điều trị nội khoa, bệnh nhân xuất hiện đau bụng tăng kèm quai ruột nổi, có dấu hiệu rắn bò. Bệnh nhân được chỉ định mổ để xử trí tình trạng tắc ruột.



Hình 1: Hình ảnh chụp X-quang bụng không chuẩn bị lúc vào viện



Hình 2: Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính lúc vào viện

Bệnh nhân được chỉ định mổ mở để gỡ dính và xử trí tổn thương. Trong mổ đánh giá thấy các quai ruột non gấp góc, dính nhiều với nhau và với vết mổ thành bụng do đã mổ cũ nhiều lần. Các miệng nối tụy-ruột, dạ dày ruột và mật-ruột còn nguyên vẹn, phúc mạc và vòm hoành nhẵn, nhu mô gan mềm mại, không tìm thấy dấu hiệu tổn thương di căn hay tái phát về mặt đại thể. Sau khi gỡ dính toàn bộ ruột, phát hiện thấy túi thừa Meckel nằm ở cách van Bauhin khoảng 20cm, trong túi thừa kẹt chặt bã thức ăn lớn, không thể đẩy xuống đại tràng được (Hình 3). Phẫu thuật viên quyết định cắt bỏ đoạn ruột non chứa túi thừa Meckel và làm miệng nối hồi tràng-hồi tràng bên-bên. Sau mổ bệnh nhân có xuất hiện biến chứng rò tiêu hoá do một điểm tổn thương ruột trong quá trình gỡ dính, được xử trí đặt dẫn lưu Pezzer vào chỗ rò, hút liên tục.



Hình 3: Túi thừa Meckel giãn lớn, trong có bã thức ăn

III. BÀN LUẬN

Sự hình thành bã thức ăn trong đường tiêu hóa có liên quan chặt chẽ đến thói quen ăn uống, do đó tỷ lệ mắc bệnh có sự khác biệt giữa các khu vực địa lý. Ví dụ, tại Trung Quốc và Tây Ban Nha, người ta ghi nhận tỷ lệ bã thức ăn cao liên quan đến việc tiêu thụ hồng, cam và nấm⁵. Ngoài ra, một số yếu tố nguy cơ khác bao gồm tiền sử phẫu thuật dạ dày, nhai kém, ăn quá nhiều thực phẩm giàu chất xơ, hoặc tình trạng làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày như trong bệnh tiểu đường, bệnh mô liên kết hỗn hợp, hoặc suy giáp¹. Ở Việt Nam, đã có nhiều báo cáo về những trường hợp tắc ruột do bã thức ăn trên bệnh nhân già yếu, ăn nhiều các loại thức ăn khó tiêu như hồng, măng, chuối xanh⁶...

Triệu chứng của người bệnh có thể không rõ ràng hoặc biểu hiện đa dạng. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau bụng, khó chịu vùng thượng vị, buồn nôn, nôn và tắc ruột non. Một số trường hợp có thể thấy cảm giác đầy bụng, chán ăn, sút cân và hiếm gặp hơn là xuất huyết tiêu hóa. Khoảng 50–70% trường hợp tắc ruột non có thể được phát hiện qua X-quang bụng, thường thấy hình ảnh quai ruột giãn, mức khí – dịch và thành ruột dày. Chụp baryt đại tràng có thể hữu ích trong những trường hợp không tắc hoàn toàn, thể hiện bằng hình ảnh khuyết trong lòng ruột, đôi khi có hình ảnh giống u nhưng mao. Siêu âm cho thấy khối tăng âm hình cung trong lòng ruột với bóng cản phía sau rõ rệt. Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán có giá trị cao, cho thấy quai ruột non giãn và khối hỗn hợp có ranh giới rõ trong đoạn xa của ruột, kèm theo các bọt khí bên trong. Cắt lớp vi tính không chỉ xác định vị trí bã thức ăn, mà còn giúp phát hiện biến chứng như thủng ruột hoặc tắc nghẽn. Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng cũng là công cụ hữu ích trong chẩn đoán bã thức ăn tại dạ dày¹.

Việc điều trị bã thức ăn có thể theo hướng nội khoa hoặc phẫu thuật. Điều trị nội khoa áp dụng trong trường hợp bã thức ăn nhỏ, không gây tắc nghẽn, bao gồm uống nhiều nước kết hợp thuốc chống co thắt. Các phương pháp không phẫu thuật khác như can thiệp qua nội soi tiêu hóa cũng được báo cáo trong y văn. Tuy nhiên, các kỹ thuật này không phải lúc nào cũng thành công và có nguy cơ gây biến chứng như tổn thương thực quản-dạ dày (thủng, chảy máu, tụ máu) hoặc gây tắc ruột thứ phát do mảnh bã thức ăn di chuyển⁷.

Túi thừa Meckel là một túi nhỏ hoặc một phần phình ra bất thường ở thành ruột non, thường nằm gần vị trí nối giữa ruột non và ruột

già. Về bản chất, đây là một tàn tích còn sót lại của mô từ quá trình phát triển hệ tiêu hóa của thai nhi trước khi sinh. Do có nguồn gốc từ ống noãn hoàng trong quá trình phát triển phôi thai, túi thừa Meckel được xem là một túi thừa bẩm sinh thực sự, bởi vì nó chứa đựng tất cả các lớp cấu trúc của thành ruột. Vị trí điển hình của túi thừa Meckel là ở bờ tự do của hồi tràng, đoạn cuối của ruột non. Nó thường nằm cách van hồi manh tràng, nơi ruột non nối với ruột già, một khoảng từ 40 đến 100 cm. Túi thừa Meckel thường khá nhỏ, trung bình khoảng 5 cm chiều dài¹.

Ở người lớn, túi thừa Meckel có thể gây ra các triệu chứng đau bụng, xuất huyết tiêu hóa và tắc ruột. Tắc ruột được ghi nhận là một biến chứng thường gặp hơn ở người lớn so với trẻ em. Tắc ruột do túi thừa Meckel có thể xảy ra do nhiều cơ chế, bao gồm dải xơ nối túi thừa với thành bụng hoặc mạc treo, xoắn ruột quanh dải xơ này, lồng ruột mà túi thừa đóng vai trò là điểm dẫn đầu, hoặc thoát vị Littre khi túi thừa bị kẹt trong ống bẹn. Xuất huyết tiêu hóa do túi thừa Meckel thường biểu hiện dưới dạng phân đen (melena) hơn là máu tươi. Viêm túi thừa Meckel là một biến chứng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất ở người lớn. Nguyên nhân chính của chảy máu là do axit được tiết ra từ niêm mạc dạ dày lạc chỗ có trong túi thừa, gây loét niêm mạc hồi tràng lân cận. Mất máu đáng kể có thể dẫn đến thiếu máu và trong trường hợp nghiêm trọng, có thể gây sốc. Tắc ruột là một biến chứng khác có thể xảy ra, thường gặp hơn ở trẻ lớn và người lớn. Ngoài các biến chứng thường gặp trên, túi thừa Meckel còn có thể gây ra một số biến chứng hiếm gặp hơn, bao gồm bã thức ăn hình thành trong túi thừa, loạn sản (thường là hiếm gặp và chủ yếu xảy ra ở người lớn) và rò túi thừa-bàng quang¹.

Tắc ruột do bã thức ăn và các biến chứng kinh điển của túi thừa Meckel đều được biết đến từ lâu và thường gặp trên thực tế lâm sàng. Tuy nhiên, bệnh cảnh tắc ruột do bã thức ăn trong túi thừa Meckel là một bệnh cảnh hiếm gặp, vì vậy, chưa có nghiên cứu về mặt bệnh sinh của biến chứng này. Giả thuyết của chúng tôi đặt ra là túi thừa Meckel có thể đóng vai trò như một chiếc "bẫy" gây ứ đọng bã thức ăn, đặc biệt là trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi tuổi cao (75 tuổi), đã mổ nhiều lần, lưu thông tiêu hóa kém do ruột dính. Qua thời gian bã thức ăn ứ đọng lại đủ lớn gây ra bệnh cảnh tắc ruột. Cần có thêm nhiều nghiên cứu hơn trên lâm sàng, cũng như trên các mô hình thực nghiệm để đưa

ra được nguyên nhân chính xác dẫn tới biến chứng này.

Bệnh nhân của chúng tôi là một trường hợp hiếm gặp bị tắc ruột do bã thức ăn ứ đọng trong túi thừa Meckel. Đây là một bệnh cảnh rất hiếm gặp, trong y văn chỉ có dưới 50 ca bệnh đã được báo cáo từ trước tới nay, với 70,7% bệnh nhân là người lớn, trái lại với bệnh cảnh tắc ruột do túi thừa Meckel hay gặp ở trẻ em hơn (do lồng ruột, do xoắn...)³. Ca bệnh của chúng tôi là ca bệnh lớn tuổi nhất từng được ghi nhận. Nguyên nhân gây ra bã thức ăn trong túi thừa Meckel chủ yếu là do các loại thức ăn có nguồn gốc thực vật (giống như nguyên nhân gây ra bã thức ăn nói chung), nhưng các báo cáo trong y văn cũng ghi nhận tới 17% bệnh nhân có dị vật kim loại trong túi thừa³. Như vậy, khi phẫu thuật tắc ruột, đặc biệt là do dị vật hoặc bã thức ăn, phẫu thuật viên cần chú ý kiểm tra kỹ các quai ruột để tránh bỏ sót túi thừa Meckel, cũng như các loại dị vật có thể mắc trong túi thừa.

Trong trường hợp túi thừa Meckel gây ra các triệu chứng như chảy máu, tắc ruột hoặc viêm, phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bỏ túi thừa, cắt đoạn ruột non chứa túi thừa hình chêm hoặc cắt đoạn ruột non chứa túi thừa. Phẫu thuật này có thể được thực hiện bằng phương pháp mổ mở truyền thống hoặc bằng phương pháp nội soi ít xâm lấn. Vẫn còn nhiều tranh cãi về việc có nên xử trí túi thừa Meckel được phát hiện tình cờ trong quá trình phẫu thuật cho các bệnh lý khác hay không. Một số phẫu thuật viên khuyến cáo cắt bỏ chủ động túi thừa Meckel ở trẻ em và bệnh nhân trẻ để ngăn ngừa các biến chứng tiềm ẩn trong tương lai¹⁰. Chỉ định chủ động cắt bỏ túi thừa Meckel khi phẫu thuật ổ bụng điều trị các bệnh lý khác phụ thuộc vào từng phẫu thuật viên và từng bệnh nhân, cũng như cần trao đổi với bệnh nhân và người nhà kỹ trước khi tiến hành phẫu thuật. Bệnh nhân của chúng tôi đã được phẫu thuật ổ bụng hai lần trước đây, lần phẫu thuật gần nhất chủ yếu can thiệp ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang, vì vậy đây có thể là lý do phẫu thuật viên để lại túi thừa.

Tiên lượng cho bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị túi thừa Meckel thường là tốt, đặc biệt khi bệnh được phát hiện và can thiệp kịp thời. Phẫu thuật cắt bỏ túi thừa Meckel có triệu chứng thường mang lại kết quả điều trị tốt. Nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật thường thấp, ước tính khoảng 5%. Đối với các trường hợp chủ

động phẫu thuật điều trị túi thừa Meckel, tỉ lệ biến chứng thường gần bằng 0%¹.

IV. KẾT LUẬN

Túi thừa Meckel là dị tật bẩm sinh phổ biến của đường tiêu hoá, với các biến chứng thường gặp như viêm túi thừa, thủng túi thừa... Biến chứng tắc ruột do bã thức ăn trong túi thừa là một biến chứng hiếm gặp của túi thừa Meckel, nguyên nhân có thể do túi thừa đóng vai trò như một cái bẫy gây ứ đọng thức ăn theo thời gian. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong việc phát hiện nguyên nhân tổn thương. Đối với những trường hợp này, phẫu thuật cắt túi thừa hoặc đoạn ruột chứa túi thừa để giải quyết tắc nghẽn cơ học là chỉ định tuyệt đối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **An J, Zabbo CP. Meckel Diverticulum.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed May 1, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499960/>
2. **Eng K, Kay M.** Gastrointestinal Bezoars: History and Current Treatment Paradigms. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;8(11):776-778.
3. **Soh GT, Ndong A, Diallo AC, Tendeng JN, Diao ML, Konate I.** Bezoar in Meckel's diverticulum: Case report and narrative review. *Int J Surg Case Rep.* 2024;117:109512. doi:10.1016/j.ijscr.2024.109512
4. **Bini R, Quiriconi F, Tello A, et al.** Phytobezoar in Meckel's diverticulum: A rare cause of small bowel obstruction. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3(5): 161-163. doi:10.1016/j.ijscr.2012.01.006
5. **Lee JFY, Leow CK, Lai PBS, Lau WY.** Food Bolus Intestinal Obstruction in a Chinese Population. *Aust N Z J Surg.* 1997;67(12):866-868. doi:10.1111/j.1445-2197.1997.tb07614.x
6. **Phúc TT, Quảng PH.** KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;539(1). doi:10.51298/vmj.v539i1.9681
7. **Gökbulut V, Kaplan M, Kaçar S, Kayhan MA, Coşkun O, Kayaçetin E.** Bezoar in upper gastrointestinal endoscopy: A single center experience. *Turk J Gastroenterol.* 2020;31(2):85-90. doi:10.5152/tjg.2020.18890
8. **Dörterler ME, Günendi T, Çakmak M, Shermatova S.** Bezoar Types in Children and Aetiological Factors Affecting Bezoar Formation: A Single-Centre Retrospective Study. *Afr J Paediatr Surg AJPS.* 2023;20(1):8-11. doi:10.4103/ajps.ajps_70_21
9. **Hagui B, Hidouri S, Ksia A, et al.** Management of Trichobezoar: About 6 Cases. *Afr J Paediatr Surg AJPS.* 2022;19(2):102-104. doi:10.4103/ajps.AJPS_110_20
10. **Rahmat S, Sangale P, Sandhu O, Aftab Z, Khan S.** Does an Incidental Meckel's Diverticulum Warrant Resection? *Cureus.* 12(9):e10307. doi:10.7759/cureus.10307