

và cải thiện tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cellucci T, Van Mater H, Graus F, et al (2020). Clinical approach to the diagnosis of autoimmune encephalitis in the pediatric patient. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.*;7(2):e663.
2. Armangue T, Spatola M, Vlaquea A, et al. (2018). Frequency, symptoms, risk factors, and outcomes of autoimmune encephalitis after herpes simplex encephalitis: a prospective observational study and retrospective analysis. *Lancet Neurol.*;17(9):760-772.
3. Ci X, Zhang J, Lu J, et al. (2025). Clinical characteristics of varicella-zoster virus central nervous system infection in 108 unimmunocompromised patients. *Front Neurol.*;16:1554954.
4. Fatma N, Zakaria S, Mourad Z, Samir B, Samia BS. (2022). Atypical anti-NMDA receptor encephalitis associated with varicella zoster virus infection. *J Neurovirol.*;28(3):456-459.
5. Prakash PA, Jin J, Matharu K. (2019). Anti-NMDAR encephalitis with concomitant varicella zoster virus detection and nonteratomatous malignancy. *Neurol Neuroimmunol.*;6: e537.
6. Thomas M, Haigh A, Girotra T, et al. (2021). A Rare Case of Anti-NMDA Receptor Encephalitis with Ovarian Teratoma in the Setting of VZV Encephalitis. *J Neurosci Clin Res.*;06:6
7. Dahiya D, Matos CM, Lim M, et al. (2023). Case report: Varicella associated neuropsychiatric syndrome (VANS) in two pediatric cases. *Brain Behav Immun Health.*;28:100602.
8. Smatti MK, Cyprian FS, Nasrallah GK, et al. (2019). Viruses and Autoimmunity: A Review on the Potential Interaction and Molecular Mechanisms. *Viruses.*11(8):762.

BÁO CÁO CA BỆNH HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN (SMAS) Ở NGƯỜI LỚN TUỔI

Vũ Văn Quân¹

TÓM TẮT

Bối cảnh: Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (SMAS), còn gọi là hội chứng Wilkie, là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc nghẽn ruột trên do chèn ép đoạn thứ ba của tá tràng giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng. Bệnh thường có các triệu chứng tiêu hóa không đặc hiệu, khiến việc chẩn đoán bị trì hoãn. **Ca lâm sàng:** Người bệnh nam 57 tuổi, không có tiền sử bệnh mạn tính, nhập viện vì đau thượng vị sau ăn, buồn nôn, nôn và sụt 6 kg trong 3 tháng. Chụp CT ổ bụng cho thấy đoạn D3 tá tràng bị chèn ép bởi động mạch mạc treo tràng trên. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi giải phóng D3-D4 tá tràng và góc Treitz, cắt đôi hồng tràng, đưa khối tá-hồng tràng sang bên phải động mạch mạc treo tràng trên, rồi thực hiện miệng nối hồng tràng-hồng tràng. Hậu phẫu ổn định, bệnh nhân ăn trở lại sớm sau 3 giờ và ra viện sau 4 ngày. **Kết luận:** SMAS là một chẩn đoán phân biệt quan trọng ở những bệnh nhân tắc nghẽn đường tiêu hóa trên không rõ nguyên nhân, đặc biệt khi có sụt cân đáng kể. CT scan là công cụ chẩn đoán hình ảnh chính xác. Điều trị bảo tồn có thể hiệu quả trong giai đoạn cấp, nhưng phẫu thuật được chỉ định cho các trường hợp mạn tính hoặc kháng trị. Phẫu thuật nội soi giải phóng D3-D4 tá tràng và góc Treitz, cắt đôi hồng tràng, đưa khối tá-hồng tràng sang bên phải động mạch mạc treo tràng trên, rồi thực hiện miệng nối hồng tràng-hồng tràng mang lại kết quả khả quan, giúp giảm đau sau mổ và rút ngắn thời gian hồi phục. **Từ khóa:** Hội chứng

động mạch mạc treo tràng trên, hội chứng Wilkie, tắc tá tràng, phẫu thuật nội soi, báo cáo ca bệnh.

SUMMARY

SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME (SMAS) OR WILKIE'S SYNDROME: CASE REPORT

Background: Superior Mesenteric Artery Syndrome (SMAS), also known as Wilkie's syndrome, is a rare cause of upper intestinal obstruction due to compression of the third portion of the duodenum between the superior mesenteric artery and the abdominal aorta. The condition often presents with nonspecific gastrointestinal symptoms, leading to diagnostic delay. **Case Presentation:** A 57-year-old male with no history of chronic disease presented with recurrent postprandial epigastric pain, nausea, vomiting, and a 6-kg weight loss over three months. Abdominal CT demonstrated compression of the third part of the duodenum by the superior mesenteric artery. The patient underwent laparoscopic surgery to mobilize the D3-D4 segments of the duodenum and the Treitz ligament, divide the jejunum, move the duodenojejunal loop to the right side of the superior mesenteric artery, and then perform a jejunojejunostomy. Postoperative recovery was uneventful; oral feeding was resumed within 3 hours, and the patient was discharged on postoperative day 4. **Conclusion:** Superior Mesenteric Artery Syndrome (SMAS) is an important differential diagnosis in patients with unexplained upper gastrointestinal obstruction, particularly in the presence of significant weight loss. Computed tomography is the most accurate imaging modality for diagnosis. Conservative management may be effective in acute cases; however, surgical intervention is indicated in chronic or refractory cases. Laparoscopic surgery to mobilize the D3-D4 segments of the duodenum and the Treitz

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Quân

Email: vuquanbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

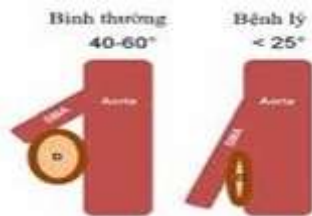
Ngày duyệt bài: 15.10.2025

ligament, divide the jejunum, move the duodenojejunal loop to the right side of the superior mesenteric artery, and then perform a jejunojejunostomy provides favorable outcomes, including reduced postoperative pain and shorter recovery time. **Keywords:** Superior Mesenteric Artery Syndrome, Wilkie's Syndrome, Duodenal Obstruction, Laparoscopic Surgery, Case Report

I. GIỚI THIỆU

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (SMAS) hay hội chứng Wilkie là một bệnh lý đường tiêu hóa, là nguyên nhân gây tắc ruột hiếm gặp với tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,1–0,3% [1].

Hội chứng này là một hiện tượng lâm sàng do chèn ép đoạn thứ ba của tá tràng giữa động mạch mạc treo tràng trên (SMAS) và động mạch chủ, dẫn đến tắc nghẽn toàn bộ hoặc một phần tá tràng.



SMAS chủ yếu là do mất lớp mỡ mạc treo ở giữa, dẫn đến tắc nghẽn tá tràng một phần hoặc toàn bộ. Nhiều yếu tố liên quan đến SMAS, chủ yếu là sụt cân rõ rệt do hậu quả của các bệnh khác (ung thư, phẫu thuật bariatric, nhiễm trùng mạn tính và bỏng nặng) nhưng cũng có thể là bẩm sinh trong các tình trạng như dây chằng Treitz ngắn hoặc nguồn gốc bất thường của SMA, hoặc liên quan đến các can thiệp phẫu thuật làm biến dạng giải phẫu như phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống hoặc cắt thực quản, ... [2]

SMAS có thể biểu hiện dưới dạng hội chứng cấp tính hoặc có thể khởi phát âm thầm với các triệu chứng mạn tính. Các biểu hiện của nó phức tạp và không đặc hiệu, bao gồm đau thượng vị sau ăn (59%), buồn nôn (40%), nôn (50%), no sớm (32%), sụt cân và chán ăn (32%), ... [3].

Các trường hợp cấp thường được điều trị bảo tồn, trong khi các trường hợp mạn tính đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật.

Phương pháp điều trị bảo tồn gồm: hỗ trợ dinh dưỡng, tăng cân, thay đổi tư thế và giải áp dạ dày tá tràng, ... Can thiệp phẫu thuật có thể trở nên cần thiết khi phương pháp ban đầu này không thành công, đặc biệt là trong các trường hợp khó chữa, mạn tính hoặc nặng.

Bài viết này đề cập đến một ca bệnh SMAS cụ thể, người bệnh có biểu hiện triệu chứng từ lâu nhưng do triệu chứng không điển hình nên đã bị hiểu nhầm thành những bệnh tiêu hóa

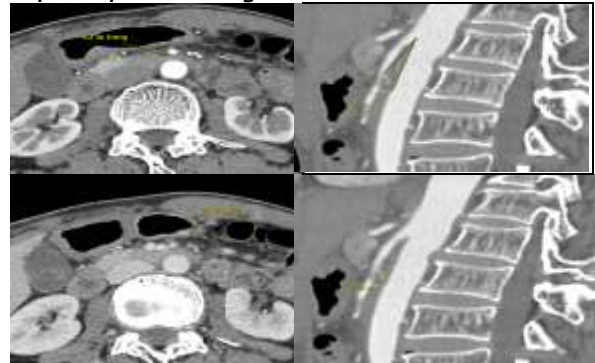
thông thường. Người bệnh nhập viện trong tình trạng cơ thể suy nhược, đã được can thiệp phẫu thuật để giải phóng tắc nghẽn D3 tá tràng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Người bệnh nam 57 tuổi, tiền sử không có bệnh mạn tính, thỉnh thoảng cũng hay đau bụng thượng vị và nôn nhưng nghĩ do rối loạn tiêu hóa và viêm dạ dày nên không đi khám, tự điều trị. Đợt này vào viện vì đau bụng thượng vị, nôn nhiều và gầy sút. Từ 3 tháng trước khi nhập viện, người bệnh thỉnh thoảng đau bụng thượng vị, nôn nhiều đặc biệt sau ăn, nôn có lúc ra thức ăn cũ, cảm giác bụng đầy tức, chán ăn, gầy sút 6kg/3 tháng, đại tiểu tiện bình thường, cảm giác cơ thể mệt ảnh hưởng tới vận động lao động, đến khám.

Khám thực thể: Người bệnh nhẹ cân, cao 162cm, nặng 46kg, BMI 17.5. Da niêm mạc hơi nhợt. Không phù, không xuất huyết dưới da. Bụng không chướng, không có tuần hoàn bàng hệ, sờ nắn bụng có đau tức thượng vị, không sờ thấy u cục và quai ruột nổi.

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: Hội chứng kim động mạch mạc treo tràng trên.



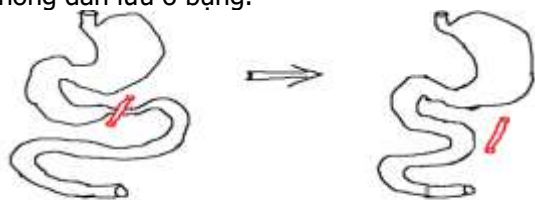
Nội soi dạ dày: Viêm niêm mạc dạ dày, H. Pylori âm tính.

Hồng cầu 3.63 T/L, HGB 108 g/L, HCT 0.325 L/L, Bạch cầu 5.4G/L, Tiểu cầu 147 G/L.

Người bệnh được hội chẩn, được chẩn đoán: "Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên có thiếu máu nhẹ", được chỉ định phẫu thuật giải phóng phần tá tràng bị kim hẹp.

Người bệnh được thực hiện phẫu thuật nội soi, gây mê mask thanh quản, cuộc mổ kéo dài 160 phút. Quá trình phẫu thuật, người bệnh được giải phóng D3 – D4 tá tràng, di động góc Treitz, cắt đôi đoạn hồng tràng cách góc Treitz 60 cm, kéo phần ruột trên vị trí cắt gồm toàn bộ tá tràng và một phần hồng tràng sang phải qua vị trí kim động mạch. Mở lỗ ở mạc treo đại tràng ngang rồi đưa phần ruột trên vị trí cắt xuống phía dưới mạc treo đại tràng ngang. Tiến hành

nổi bên – bên hai đầu hồng tràng dưới vừa cắt ra ở phía dưới mạc treo đại tràng ngang. Người bệnh được kiểm tra ổ bụng rồi đóng bụng, không dẫn lưu ổ bụng.



Phân đoạn với vai trò phòng D3 - D4 và tương tự góc Treitz, cắt đôi hồng tràng, đưa khối tá - hồng tràng sang bên phải (động mạch mạc treo tràng trên cắt đứt hoàn toàn) để hồng tràng - hồng tràng

Sau mổ, người bệnh được ăn sớm sau mổ 3 giờ, được quản lý đau và theo dõi các tai biến biến chứng sau mổ. Quá trình theo dõi sau mổ, người bệnh diễn biến ổn định, đau ít, không nôn, trung tiện vào ngày thứ 1 sau mổ, đại tiện vào ngày 2 sau mổ, không sốt, ra viện vào ngày thứ 4 sau mổ.

III. BÀN LUẬN

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (SMAS) là một bệnh lý hiếm gặp, được định nghĩa là tình trạng chèn ép đoạn thứ ba của tá tràng giữa động mạch chủ bụng và động mạch mạc treo tràng trên. Hội chứng SMA còn có các tên gọi khác như liệt tá tràng mạn tính, hội chứng Wilkie, hội chứng chèn ép động mạch mạc treo tràng và hội chứng trụ. Bệnh được Carl Von Rokitsansky báo cáo lần đầu tiên dưới dạng một ca bệnh vào năm 1842, và vào năm 1927, Wilkie đã mô tả chi tiết hơn về sinh lý bệnh và các phát hiện chẩn đoán của bệnh. [4]

Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh chính xác vẫn chưa được biết rõ, nhưng tỷ lệ mắc ước tính từ 0,1% đến 0,3%. Hội chứng SMA thường xảy ra ở thanh thiếu niên và người trưởng thành trẻ tuổi, với độ tuổi trung bình từ 10 đến 39 tuổi, nhưng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, với tỷ lệ 3:2. Chưa có mô tả về yếu tố dân tộc, nhưng đã có báo cáo về các trường hợp mắc bệnh có yếu tố gia đình [4]

Chèn ép tá tràng thường là do mất lớp mỡ mạc treo xen kẽ giữa động mạch chủ và động mạch mạc treo tràng trên, do đó, dẫn đến góc giữa các mạch hẹp hơn. Lớp mỡ đệm có chức năng giữ động mạch mạc treo tràng trên khỏi cột sống và bảo vệ nó khỏi sự chèn ép của tá tràng. Góc động mạch chủ mạc treo tràng bình thường là 38 đến 65 độ; tuy nhiên, việc giảm góc xuống dưới 25 độ sẽ làm giảm khoảng cách xuống dưới 10 mm và gây chèn ép vào phần thứ ba của tá tràng. Giảm góc động mạch chủ mạc treo tràng có thể là bẩm sinh hoặc mắc phải. Hội chứng SMA có liên quan đến việc sụt cân đáng

kể, bao gồm các tình trạng tăng chuyển hóa (chấn thương và bỏng), tình trạng ăn uống (chấn ăn tâm thần và các bệnh kém hấp thu) và các tình trạng gây suy mòn (AIDS, ung thư, liệt nửa người). Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm phẫu thuật chỉnh hình vẹo cột sống, dây chằng Treitz bẩm sinh ngắn hoặc phì đại, dính phúc mạc, xoay bất thường tá tràng, dải Ladd, phình động mạch chủ bụng, tăng sản cột sống thắt lưng và tân sinh rễ mạc treo. [2], [5], [6]

Với SMAS, dấu hiệu và triệu chứng thường mơ hồ và không đặc hiệu. Bệnh nhân thường biểu hiện các triệu chứng cấp tính hoặc từ từ. Các triệu chứng phổ biến nhất được báo cáo là đau thượng vị, buồn nôn và nôn. Các triệu chứng khác bao gồm chướng bụng, sụt cân, no sớm và đau thượng vị sau ăn, đau nặng hơn khi nằm ngửa. Các triệu chứng giảm bớt khi thả lỏng góc, có thể biểu hiện bằng tư thế nằm sấp gối lên ngực hoặc nằm nghiêng trái. Đau có thể từng cơn hoặc mạn tính, tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn. Ở giai đoạn cấp tính, tắc nghẽn tá tràng nghiêm trọng dẫn đến giãn dạ dày và các biến chứng nghiêm trọng (sốc giảm thể tích, viêm phổi do hít phải, hạ kali máu, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, ...) có thể đe dọa tính mạng. Ở giai đoạn mạn tính, đau sau ăn không đặc hiệu và từng cơn, buồn nôn, nôn và sụt cân thường chiếm ưu thế. Chu kỳ buồn nôn và nôn dẫn đến lượng thức ăn nạp vào không đủ, dẫn đến sụt cân và do đó làm trầm trọng thêm hội chứng. [4], [6]

Hội chứng SMA biểu hiện các triệu chứng mơ hồ của tắc ruột. Tuy nhiên, chẩn đoán dựa trên việc diễn giải các triệu chứng lâm sàng cùng với xét nghiệm hình ảnh có thể xác nhận sự hiện diện của nó. Nhiều phương thức hình ảnh có thể được sử dụng bao gồm chụp X-quang phim thường, chụp X-quang bari, nội soi, chụp cắt lớp vi tính (CT), siêu âm Doppler và chụp mạch cộng hưởng từ (MRA). Chụp X-quang thường có thể cho thấy dạ dày giãn và giảm khí ruột xa. Có thể sử dụng nội soi và chụp bari nhưng thường không đặc hiệu và không có sẵn trong trường hợp cấp cứu. Thay vào đó, nội soi có thể được sử dụng để đánh giá các biến chứng của bệnh, bao gồm ứ trệ dạ dày, trào ngược mật, viêm dạ dày và loét tá tràng, và để loại trừ các nguyên nhân khác gây chèn ép tá tràng. Chụp CT hữu ích trong chẩn đoán ở chỗ nó cho phép đo góc động mạch chủ mạc treo tràng (AO), hỗ trợ xác nhận hội chứng SMA và do đó đã thay thế MRA làm tiêu chuẩn chẩn đoán. Góc AO bình thường nằm trong khoảng từ 38 đến 65 độ và có khoảng cách từ 10 đến 28 mm. Trong một nghiên cứu

xem xét 8 trường hợp hội chứng SMA, góc cắt AO được báo cáo là 22 độ cho thấy độ nhạy 42,8% và độ đặc hiệu 100%, và khoảng cách 8 mm vừa nhạy vừa đặc hiệu 100% cho tình trạng này. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường không chẩn đoán được, và cần lưu ý rằng rối loạn điện giải, cũng như nồng độ protein và albumin, vẫn có thể bình thường mặc dù có sụt cân kèm theo. Mặc dù hiếm gặp, hội chứng SMA vẫn cần được xem xét vì việc chẩn đoán muộn có thể dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đáng kể do suy dinh dưỡng, mất nước, rối loạn điện giải, khí dạ dày và khí tĩnh mạch cửa, xuất huyết tiêu hóa và thủng dạ dày. [4]

Điều trị ban đầu thường là điều trị nội khoa bảo tồn, không phẫu thuật. Việc điều trị trong giai đoạn cấp tính bao gồm hồi sức dịch, bù điện giải, nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch và đặt ống thông dạ dày-ruột để giảm áp lực dạ dày. Bệnh nhân được khuyến khích ăn các bữa ăn nhỏ và tham gia liệu pháp tư thế, trong đó bệnh nhân nằm nghiêng trái thay vì tư thế tái tổ hợp để cải thiện các triệu chứng. Hỗ trợ dinh dưỡng thông qua tăng cường dinh dưỡng rất quan trọng với liệu pháp bảo tồn nhằm tăng cường lớp mỡ mạc treo, từ đó tăng góc AO và cải thiện các triệu chứng. Nhiều bệnh nhân sẽ thất bại với liệu pháp bảo tồn và cuối cùng cần can thiệp phẫu thuật. [4], [7]

Nhiều thuật phẫu thuật khác nhau đã được xem xét để điều trị phẫu thuật, bao gồm phẫu thuật nối dạ dày-hỗng tràng, phẫu thuật Strong (một phần của dây chằng Treitz), phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng qua đường bụng và phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng nội soi. Phẫu thuật bắc cầu mở truyền thống là tiêu chuẩn chăm sóc cho đến năm 1998, khi ca phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng nội soi thành công đầu tiên được thực hiện. Kỹ thuật này kể từ đó đã vượt qua phẫu thuật bắc cầu mở để trở thành phương pháp điều trị phẫu thuật phổ biến nhất. Phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng nội soi gần đây đã thay thế phẫu thuật bắc cầu mở như một phương pháp điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn. Phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng truyền thống mở và gần đây là phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng nội soi được coi là phẫu thuật lựa chọn để giải quyết tình trạng tắc nghẽn với tỷ lệ thành công cao. Tuy nhiên, phẫu thuật này có một số biến chứng sau phẫu thuật liên quan đến việc can thiệp vào tính liên tục của đường tiêu hóa. Một nghiên cứu về phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng nội soi như một phương pháp điều trị cho các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại đã được thực hiện trên 12 bệnh nhân. Nghiên cứu hồi

cứu này cho thấy các triệu chứng được cải thiện hoặc biến mất ở 11 trong số 12 bệnh nhân mà không có bất kỳ tắc ruột sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng nối thông hay tử vong nào. Hầu hết các bác sĩ phẫu thuật đều ưa chuộng phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng do tỷ lệ thành công được báo cáo là từ 80% đến 100%, giảm đau sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nguy cơ thoát vị vết mổ. [4], [5], [6], [7], [8], [9]. Yilnen và cộng sự đã báo cáo một nghiên cứu theo dõi 7 năm trên 16 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nối tá tràng-hỗng tràng và thấy rằng kết quả được ba bệnh nhân đánh giá là xuất sắc, sáu bệnh nhân đánh giá là tốt, năm bệnh nhân đánh giá là đạt yêu cầu và hai bệnh nhân đánh giá là kém. Các biến chứng của phẫu thuật bắc cầu GI bao gồm rò rỉ đường nối hoặc đường ghim, xuất huyết sau phẫu thuật, tắc ruột, tái tạo chi Roux không đúng cách và hội chứng Dumping gây tiêu chảy, buồn nôn hoặc nôn. Các biến chứng lâu dài có thể khó phân biệt với các rối loạn đường tiêu hóa khác và bao gồm hẹp miệng nối, loét và thủng ở rìa, hình thành lỗ rò và thiếu hụt dinh dưỡng. [6], [7]

Trở lại ca bệnh của chúng tôi, chúng tôi quyết định không nối bắc cầu, chúng tôi đã giải phóng D3 – D4 tá tràng và góc Treitz, chọn hồng tràng là vị trí cắt để rời đoạn tá – hồng tràng sang bên phải động mạch mạc treo tràng trên, khi đó, tá tràng không còn bị kìm động mạch, rồi thực hiện miệng nối hồng – hồng tràng. Tuy kỹ thuật của chúng tôi có khó hơn các kỹ thuật nối bắc cầu nhưng nó đã giải quyết triệt để việc ứ tắc ở tá tràng – dạ dày, vừa hạn chế biến chứng rò tiêu hóa vì miệng nối là hồng tràng – hồng tràng.

Để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật, nhiều nghiên cứu sử dụng chỉ số BMI trước và sau mổ. Nghiên cứu của Shen từ tháng 1/210 đến tháng 1/220, 22 bệnh nhân được phẫu thuật, theo dõi sau 12 tháng cho thấy chỉ số BMI tăng đáng kể trước phẫu thuật từ 16,1 (14,6 – 23,7) kg/m² lên 21,9 (15,6 – 29,5) kg/m² sau phẫu thuật ($p < 0,01$), 20 bệnh nhân (20/22, 91%) giảm triệu chứng ($p < 0,01$), với tỷ lệ buồn nôn, nôn và trào ngược được giảm từ 77% xuống 41% ($p = 0,31$), 68% đến 23% ($p = 0,006$) và 32% đến 5% ($p = 0,46$). Theo Jonas, tỷ lệ điều trị thất bại là 21% khi điều trị phẫu thuật hội chứng SMA. Tỷ lệ biến chứng và tử vong lần lượt là 2% và 0,4%. Thời gian nằm viện trung bình 5 ngày (1 – 10), 5% bệnh nhân phải trải qua các biện pháp can thiệp tiếp [5], [8], [9].

Ca bệnh của chúng tôi mới chỉ cho thấy kết quả gần tốt, ra viện sớm sau mổ 4 ngày, không

biến chứng nhưng chưa theo dõi xa về chỉ số BMI, các đặc điểm lâm sàng có thể gặp sau mổ. Bệnh nhân này sẽ tiếp tục được theo dõi, tái khám để đánh giá hiệu quả của phương pháp mổ.

VI. KẾT LUẬN

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên là bệnh lý hiếm gặp, cần lưu ý mức độ nặng nhẹ của người bệnh trên lâm sàng.

Do các triệu chứng không đặc hiệu và không có xét nghiệm nhạy, nên việc chẩn đoán trong hầu hết các trường hợp đều bị trì hoãn.

Chụp cắt lớp vi tính có giá trị trong chẩn đoán xác định.

Các trường hợp cấp thường được điều trị bảo tồn, trong khi các trường hợp mạn tính đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật.

Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được thực hiện để điều trị hội chứng động mạch mạc treo tràng trên. Ngoài Phẫu thuật nội soi nối tá tràng – hỗng tràng là phương pháp điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn thì “Phẫu thuật nội soi giải phóng D3 – D4 tá tràng và góc Treitz, cắt đôi hỗng tràng, đưa khối tá – hỗng tràng sang bên phải động mạch mạc treo tràng trên rồi thực hiện miệng nối hỗng tràng – hỗng tràng” tuy khó hơn về mặt kỹ thuật nhưng có thể giải quyết triệt để việc ứ tắc ở tá tràng – dạ dày, vừa hạn chế biến chứng rò tiêu hóa vì miệng nối là hỗng tràng – hỗng tràng cũng là một lựa chọn cần được cân nhắc và đánh giá thêm nhiều hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Welsch, M. W. Büchler, and P. Kienle, “Recalling superior mesenteric artery syndrome,”

Dig. Surg., vol. 24, no. 3, pp. 149–156, 2007, doi: 10.1159/0012097.

2. T. Ali, J. Tomka, I. Bakirli, and I. Bakirov, “Surgical Treatment of Wilkie’s Syndrome by Vascular Transposition,” Cureus, vol. 14, no. 4, p. e24251, doi: 10.7759/cureus.24251.
3. A. Rehman, A. Saeed, T. Shaukat, K. Jamil, A. H. Zaidi, and K. Abdullah, “Wilkie’s syndrome,” J. Coll. Physicians Surg.--Pak. JCPSP, vol. 21, no. 1, pp. 43–45, Jan. 211.
4. A. Oka et al., “Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management,” World J. Clin. Cases, vol. 11, no. 15, pp. 3369–3384, May 223, doi: 10.12998/wjcc.v11.i15.3369.
5. Sơn T. Q., Học T. H., and Kiên Đ. T., “29. Tắc tá tràng do hội chứng động mạch mạc treo tràng trên: Ca lâm sàng và điểm lại y văn,” Tạp Chí Nghiên Cứu Học, vol. 175, no. 2, pp. 248–254, Mar. 224, doi: 10.52852/tcncyh.v175i2.2233.
6. B. Khanal et al., “Superior mesenteric artery syndrome mimicking gastric outlet obstruction: a case report and a literature review,” Ann. Med. Surg., vol. 85, no. 4, pp. 939–942, Mar. 223, doi: 10.1097/MS9.000000000000129.
7. P. G. N. Danushka, R. Jayasinghe, and A. Wijemanne, “Superior mesenteric artery syndrome treatment strategies: A case report,” SAGE Open Med. Case Rep., vol. 11, p. 205313X231184587, July 223, doi: 10.1177/205313X231184587.
8. J. A. Cienfuegos et al., “Minimally Invasive Surgical Approach for the Treatment of Superior Mesenteric Artery Syndrome: Long-Term Outcomes,” World J. Surg., vol. 44, no. 6, p. 1, 220, doi: 10.1007/s0268-20-05413-5.
9. A. Sabry, R. Shaalan, C. Kahlin, and A. Elhoofy, “Superior Mesenteric Artery Syndrome Managed with Laparoscopic Duodenojejunostomy,” Minim. Invasive Surg., vol. 222, p. 4607440, Aug. 222, doi: 10.1155/222/4607440.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH LIÊN QUAN ĐẾN HOẠI TỬ RUỘT Ở BỆNH NHÂN CÓ KHÍ TĨNH MẠCH CỬA TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Duy Khang¹, Nguyễn Sĩ Bảo², Âu Dương Mỹ Vân¹,
Trần Vương Trung¹, Huỳnh Quang Huy^{3,4}

TÓM TẮT

Khí tĩnh mạch cửa là một dấu hiệu hình ảnh học ít gặp, tỉ lệ phát hiện trên siêu âm khoảng 0,005%¹. Tuy ít gặp trên lâm sàng nhưng khí tĩnh mạch cửa thường

xuất hiện trong những bệnh cảnh nặng liên quan đến các nguyên nhân nguy hiểm tính mạng đặc biệt là hoại tử ruột. Chẩn đoán hoại tử ruột vẫn còn nhiều khó khăn do bệnh nhân diễn tiến nhanh và không có những dấu hiệu đặc hiệu. Bên cạnh những trường hợp diễn tiến nặng vẫn có những bệnh nhân không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ. Việc quyết định điều trị phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa cho các trường hợp khí tĩnh mạch cửa phụ thuộc vào xác định nguyên nhân. Tuy nhiên việc xác định tình trạng hoại tử ruột của các trường hợp này dựa vào hình ảnh học, triệu chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm của bệnh nhân cũng không chắc chắn, nhất là ở những bệnh nhân lớn tuổi. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu các trường hợp có khí tĩnh mạch cửa trên cắt lớp vi tính

¹Bệnh viện Nhân Dân 115

²Trường đại học Khoa học Sức khỏe

³Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Khang

Email: khangduy0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2025

Ngày duyệt bài: 24.10.2025