

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẬU GIANG

Nguyễn Thị Mỹ Thuyền¹, Trương Hải Đăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, thực hiện trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm túi mật cấp do sỏi, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang. **Kết quả:** Có 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, tuổi trung bình là $52,88 \pm 13,32$, tỷ lệ nữ:nam $\approx 9,2:1$. bệnh nhân có chỉ số ASA 1 chiếm 70,6%, ASA 2 chiếm 19,6% và ASA 3 chiếm 8,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $106,73 \pm 44,69$ phút (28-125 phút). Tai biến thủng túi mật chiếm 3,9%. Không có bệnh nhân tử vong, biến chứng chủ yếu là chảy máu vết mổ trocar chiếm 15,7%, nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng ít gặp với 1,9%. phẫu thuật nội soi thành công 100,0%, kết quả tốt chiếm 82,4%, trung bình chiếm 17,6%. **Từ khóa:** viêm túi mật cấp do sỏi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, sỏi túi mật.

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AT HAU GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis caused by stones. **Methods:** Retrospective descriptive study. All patients diagnosed with acute cholecystitis caused by stones, underwent laparoscopic cholecystectomy at Hau Giang Provincial General Hospital. **Results:** There were 51 eligible patients, with an average age of 52.88 ± 13.32 years, and a female:male ratio of $\approx 9.2:1$. patients with ASA 1 accounted for 70.6%, ASA 2 accounted for 19.6%, and ASA 3 accounted for 8.8%. The average surgical time was 106.73 ± 44.69 minutes (28-125 minutes). Gallbladder perforation accounted for 3.9%. There were no deaths, the main complications were trocar wound bleeding accounting for 15.7%, infection and abdominal bleeding were rare with 1.9%. Laparoscopic surgery was 100.0% successful, with good results accounting for 82.4% and average results for 17.6%. Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy to treat acute cholecystitis due to chronic cholecystitis had no major complications during surgery, no cases were converted to open surgery and no deaths. Laparoscopic surgery was 100.0% successful, with a

high percentage of good results.

Keywords: acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, gallstones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật. Nguyên nhân gây viêm túi mật cấp thường do sỏi túi mật [8]. Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như: hoại tử, viêm mù, áp xe túi mật,... Cho tới nay phẫu thuật nội soi cắt túi mật là lựa chọn hàng đầu để điều trị bệnh lý túi mật như viêm túi mật do sỏi. Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu về ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp, nhưng chủ yếu ở các Bệnh viện Trung Ương, các Trung tâm ngoại khoa lớn [1],[5]. Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong những năm gần đây nhưng vẫn chưa có nhiều nghiên cứu nên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân, ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán là viêm túi mật cấp do sỏi, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang năm 2023-2024. Hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân ung thư túi mật. bệnh nhân viêm túi mật cấp không do sỏi. bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Có 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào NC, nữ giới chiếm 90,2%, nam giới chiếm 9,8%, tỷ lệ nữ:nam $\approx 9,2:1$. Nhóm 51 - 60 tuổi chiếm đa số với 33,3%, nhóm > 60 tuổi chiếm 27,5%, nhóm 41 - 50 tuổi chiếm 25,5%. Tuổi trung bình là $52,88 \pm 13,32$ nhỏ nhất 25 tuổi và lớn nhất 85 tuổi. ASA (American Society of Anesthesiologists) trước mổ chiếm đa số là ASA 1 với 70,6%, ASA 2 chiếm 19,6% và ASA 3 chiếm 8,8%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật-Vị trí sỏi

Thời gian phẫu thuật –	Số bệnh	Tỷ lệ
------------------------	---------	-------

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Thuyền

Email: 3632041101@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 16.12.2025

Vị trí sỏi		nhân (n)	(%)
Thời gian phẫu thuật	<60 phút	7	13,7
	60-120 phút	31	60,8
	>120 phút	13	25,5
	Trung bình: 106,73 ± 44,69 phút (60 – 315 phút)		
Vị trí của Stúi mật	Cổ túi mật	13	25,5
	Lòng túi mật	38	74,5

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 106,73 ± 44,69 phút (60 – 315 phút), nhóm 60 - 120 phút chiếm đa số với 60,8%. Sỏi trong lòng túi mật chiếm đa số với 74,5%, sỏi ở cổ túi mật chiếm 25,5%.

Bảng 3.2. Tai biến - Biến chứng sau mổ

Tai biến - Biến chứng sau mổ		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Không	49	96,1
	Thủng túi mật	2	3,9
	Chảy máu	0	0,0
	Tổn thương ống mật chủ	0	0,0
Biến chứng sau mổ	Chảy máu ổ trocar	8	15,7
	Chảy máu ổ bụng	1	1,9
	Nhiễm trùng vết mổ	1	1,9
	Không	41	80,5

Nhận xét: Tai biến trong lúc phẫu thuật chỉ có thủng túi mật chiếm 3,9%. Đa số bệnh nhân không gặp biến chứng sau mổ với 80,5%, chảy máu vết mổ trocar chiếm 15,7%, nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng ít gặp với 1,9%.

Bảng 3.3. Thời gian hậu phẫu – Thời gian trung tiện

Thời gian hậu phẫu - Thời gian trung tiện		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian hậu phẫu	<3 ngày	2	3,9
	3-5 ngày	18	35,3
	>5 ngày	31	60,8
Thời gian phục hồi lưu thông ruột	Hậu phẫu ngày 1	16	31,4
	Hậu phẫu ngày 2	24	47,1
	Hậu phẫu ngày 3	11	21,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (60,8%) có thời gian hậu phẫu >5 ngày, thời gian hậu phẫu 3 - 5 ngày chiếm 35,3%. Phục hồi lưu thông ruột ở ngày hậu phẫu thứ nhất chiếm 31,4%, ở ngày hậu phẫu thứ hai chiếm 47,1%.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị chung

Kết quả chung	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	42	82,4
Trung bình	9	17,6
Xấu	0	0
Tổng	51	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có kết quả điều trị tốt với 82,4%, trung bình chiếm 16,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong 51 bệnh nhân

của chúng tôi, nữ giới chiếm đa số với 90,2%, tỷ lệ nữ:nam ≈ 9,2:1. Kết quả này cũng tương tự với các tác giả khác. Trần Kiến Vũ có bệnh nhân nữ chiếm 85%, tỷ lệ nữ:nam ≈ 5,7:1 [8]. Nguyễn Hữu Trí và Nguyễn Mạnh Chiến cũng ghi nhận nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 64,5% và 62,7% [2],[7].

Tuổi trung bình của chúng tôi là 52,88 ± 13,32 tuổi, nhỏ nhất 25 tuổi và lớn nhất 85 tuổi, nhóm 51 - 60 tuổi chiếm đa số với 33,3%, nhóm > 60 tuổi chiếm 27,5%, nhóm 41 - 50 tuổi chiếm 25,5. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác. Nguyễn Hữu Trí có tuổi trung bình là 55,8 ± 19,1 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 40 - 79 với 71,0%. Thái Nguyên Hưng có tuổi trung bình các bệnh nhân là 51,4 ± 14,3 [5]. Nguyễn Quang Huy có tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,57 ± 14,46, (28 - 90 tuổi), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 60 - 80 tuổi [6].

Phân loại tình trạng sức khỏe bệnh nhân trước phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gây mê - Hồi sức Mỹ (ASA) chiếm đa số là ASA 1 với 70,6%, ASA 2 chiếm 19,6% và ASA 3 chiếm 8,8%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Hữu Trí và Trần Kiến Vũ [7],[8].

4.2. Kết quả phẫu thuật. Phương pháp cắt túi mật của chúng tôi chiếm đa số là cắt ngược dòng với 94,1%, cắt xuôi dòng chiếm 5,9% tương đồng với nghiên cứu của Trần Kiến Vũ với cắt ngược dòng với 89,4%, cắt xuôi dòng chiếm 2,6% và cắt gần toàn bộ túi mật chiếm 8,0% [8]. Khi tam giác Calot viêm dính nhiều, khó xác định mốc giải phẫu, túi mật được chọc hút dịch làm xẹp bớt nhưng vẫn dày và khó kẹp giữ, phẫu tích khó khăn, khi đó sẽ cắt túi mật xuôi dòng.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 106,73 ± 44,69 phút (60 - 315 phút), phần lớn bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trong nhóm 60 - 120 phút với 60,8%. Nguyễn Quang Huy có thời gian phẫu thuật trung bình 94,64 ± 34,11 phút [6]. Trần Kiến Vũ, Thái Nguyên Hưng và Nguyễn Mạnh Chiến có thời gian phẫu thuật trung bình lần lượt là 71,56 ± 13,21 phút, 68,4 ± 22,6 phút (28-125 phút) và 51,6 ± 10,8 phút [2],[5],[8]. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi dài hơn các tác giả khác là do kinh nghiệm của phẫu thuật viên chưa nhiều, một số thương tổn ở túi mật khó, vấn đề về trang thiết bị,... Trong đó, kinh nghiệm của phẫu thuật viên có ảnh hưởng trực tiếp đến thời gian phẫu thuật.

Chảy máu là tai biến đứng hàng đầu trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật, tai biến này thường gây áp lực cho phẫu thuật viên và đây là một trong các nguyên nhân chính phải chuyển mổ mở [4],[8]. Thủng túi mật làm thời gian mổ

kéo dài và có thể gây đờng dịch, áp xe tồn lưu trong ổ bụng... gây lo lắng cho thầy thuốc. Chúng tôi ghi nhận tai biến trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp với 3,9% bệnh nhân bị thủng túi mật. Trần Kiến Vũ có tỉ lệ tai biến trong phẫu thuật chiếm 19,4%, trong đó chảy máu không cầm được chiếm 4,4%, 11,3% thủng túi mật [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải trên 66 bệnh nhân có 4 bệnh nhân chảy máu nhiều trong mổ nhưng không phải truyền máu [3]. Thái Nguyên Hưng có tai biến trong mổ gồm 4,0% tổn thương ống mật chủ, 20% chảy máu [5]. Nguyễn Mạnh Chiến có chảy máu trong mổ >100 ml chiếm 2,9%, thủng túi mật chiếm 16,4% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tai biến thấp hơn các tác giả khác. Để hạn chế các tai biến trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật thì cần đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nắm vững giải phẫu một cách chắc chắn, hạn chế sử dụng đốt điện nếu không cần thiết, nhất là vùng cạnh đường mật chính, không nên quá vội vàng trong phẫu thuật tích mà phải thật cẩn thận, không nên đặt mục tiêu thời gian mổ để phấn đấu.

Chúng tôi có 60,8% bệnh nhân có thời gian hậu phẫu > 5 ngày, 35,3% bệnh nhân có thời gian hậu phẫu từ 3-5 ngày kết quả này cũng tương tự Thái Nguyên Hưng với thời gian hậu phẫu trung bình là $5,02 \pm 2,36$ ngày (từ 2-35 ngày) [5]. Phục hồi lưu thông ruột của chúng tôi ghi nhận tất cả bệnh nhân đều phục hồi lưu thông ruột trong vòng 3 ngày sau phẫu thuật, trong ngày hậu phẫu thứ 1 chiếm 31,4%, trong ngày hậu phẫu thứ 2 chiếm 47,1%. Trần Kiến Vũ cũng ghi nhận kết quả tương tự với thời gian trung tiện ở ngày hậu phẫu thứ nhất chiếm 71,9% và ở ngày hậu phẫu thứ hai chiếm 21,9% [8]. Nguyễn Hữu Trí ghi nhận tất cả bệnh nhân đều trung tiện trở lại trong vòng 2 ngày đầu sau mổ, với phần lớn bệnh nhân trung tiện trở lại trong ngày đầu chiếm 69,6% [7].

Chúng tôi ghi nhận biến chứng sau mổ phổ biến nhất là chảy máu vết mổ với 15,7%, nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,9% và chảy máu ổ bụng chiếm 1,9%. Các biến chứng này đều ổn định với điều trị nội khoa. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác. Thái Nguyên Hưng có biến chứng chảy máu chân trocar chiếm 8,0% và nhiễm trùng vết mổ chiếm 16%, không có bệnh nhân nào tử vong trong và sau mổ, không có bệnh nhân nào phải mổ lại [5]. Trần Kiến Vũ có tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 22 bệnh nhân (13,7%) gồm 5,6% tụ dịch dưới gan, 3,7% nhiễm trùng vết mổ, 3,7% rò mật, 0,6% chảy máu qua dẫn lưu, tất cả đều được phát hiện và xử trí kịp thời [8]. Hoàng

Mạnh An ghi nhận 4 bệnh nhân (6,2%) áp xe dưới hoành, 3 bệnh nhân (4,6%) chảy máu sau mổ [1]. Nguyễn Hữu Trí có 4,3% bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa, thay băng, chăm sóc vết mổ và ra viện sau 7 ngày, không có biến chứng chảy máu, áp xe tồn lưu, dò mật hay liệt ruột sau mổ, không có tử vong sau mổ [7]. Nguyễn Mạnh Chiến có biến chứng sớm gặp ở 2 bệnh nhân (2,9%) nhưng đều điều trị nội khoa và ra viện ngày thứ 7 [2].

Kết quả chung sau phẫu thuật của chúng tôi xếp loại tốt chiếm tỷ lệ cao với 82,4%, 17,6% loại trung bình, không có kết quả xấu, phẫu thuật nội soi thành công 100%, không có chuyển mổ mở, không có tử vong. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác. Nguyễn Quang Huy có tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công chiếm 97,3%, kết quả phẫu thuật tốt 48,6%, khá 51,4% [6]. Nguyễn Hữu Trí ghi nhận 23 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật không có bệnh nhân nào xảy ra tai biến lớn trong mổ cũng như phải chuyển mổ mở [7]. Trần Kiến Vũ có kết quả chung của phẫu thuật nội soi cắt túi mật loại tốt chiếm 81,9% và trung bình chiếm 18,1% [8]. Qua kết quả trên cho thấy phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp an toàn, hiệu quả đối với những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân cho thấy nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt (90,2%), với tuổi trung bình $52,88 \pm 13,32$; nhóm tuổi 51-60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Phần lớn bệnh nhân có tình trạng toàn thân tốt trước mổ, ASA I chiếm 70,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $106,73 \pm 44,69$ phút, chủ yếu trong khoảng 60-120 phút; sỏi thường gặp ở lòng túi mật (74,5%). Tai biến trong mổ ít gặp (3,9% thủng túi mật), không ghi nhận tổn thương ống mật chủ. Đa số bệnh nhân không có biến chứng sau mổ (80,5%); biến chứng thường gặp nhất là chảy máu ổ trocar (15,7%). Thời gian hậu phẫu chủ yếu trên 5 ngày, phục hồi lưu thông ruột đa số trong 1-2 ngày đầu. Kết quả điều trị chung khả quan, với 82,4% bệnh nhân đạt kết quả tốt, không ghi nhận trường hợp kết quả xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Mạnh An (2009), "Đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi", Tạp chí Y Dược học quân sự. 34(4), tr. 81-85.
2. Nguyễn Mạnh Chiến, Trần Thanh An và Hoàng Thị Hậu (2023), "Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Yên

- Bái", Tạp chí Y học Việt Nam. 529(2), tr. 128-132.
3. **Nguyễn Văn Hải và Nguyễn Tuấn** (2005), "Kết quả của cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 9(2), tr. 109-113.
 4. **Vũ Bích Hạnh** (2010), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi, Học viện Quân y.
 5. **Thái Nguyên Hưng, Trương Đức Tuấn và Phan Văn Linh** (2023), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp", Tạp chí Y học Việt Nam. 524(2), tr. 47-51.
 6. **Nguyễn Quang Huy và các cộng sự.** (2023), "Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh Viện Nhân Dân 115", Tạp chí Y học Việt Nam. 529(2), tr. 155-160.
 7. **Nguyễn Hữu Trí và Trương Minh Tuấn** (2020), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 10(1), tr. 58-64.
 8. **Trần Kiên Vũ** (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

BIẾN CHỨNG TÚI THỪA MECKEL: VAI TRÒ CỦA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH - NHÂN MỘT SỐ CASE LÂM SÀNG

Đặng Quang Hưng¹, Nguyễn Bá Phong²,
Lê Hồng Chiên¹, Nguyễn Văn Anh¹

TÓM TẮT

Túi thừa Meckel là dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa gặp khoảng 2% dân số, trong đó khoảng 30% có biến chứng và biểu hiện giống một cấp cứu ổ bụng với các triệu chứng của viêm, xuất huyết tiêu hóa, tắc ruột; do đó dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cấp cứu khác như viêm ruột thừa, lồng ruột, tắc ruột, viêm phúc mạc. Chính vì vậy chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý túi thừa Meckel cũng như các biến chứng của bệnh. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày bốn trường hợp biến chứng khác nhau của túi thừa Meckel và vai trò quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong việc phát hiện và chẩn đoán bệnh này. **Từ khóa:** biến chứng túi thừa Meckel, vai trò của chẩn đoán hình ảnh.

SUMMARY

MECKEL'S DIVERTICULUM COMPLICATIONS: VALUE OF RADIOLOGY — A CASE SERIES

Meckel's diverticulum is a congenital anomaly of the gastrointestinal tract, occurring in 2% of the population, of which about 30% have complications presenting as an acute abdomen, with symptoms including inflammation, gastrointestinal bleeding, or intestinal obstruction. These manifestations often mimic other surgical emergencies such as acute appendicitis, intussusception, bowel obstruction, or peritonitis; therefore, diagnostic imaging plays a pivotal role in the diagnosis of Meckel's diverticulum and its associated pathologies. In this paper, we

present four cases illustrating different complications of Meckel's diverticulum and highlight the critical role of diagnostic imaging modalities in the detection and diagnosis of this condition.

Keywords: Meckel's diverticulum complications, Value of radiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là một dị tật bẩm sinh do sự thoái triển không hoàn toàn ống rốn ruột trong thời kỳ bào thai với tỷ lệ gặp khoảng 2% (dao động từ 0,3-3%) dân số, thường nằm cách van hồi manh tràng khoảng 40-100cm, khoảng 60% có lạc sản niêm mạc và phổ biến nhất là dạ dày hoặc tụy, đây cũng là nguyên nhân gây nên tình trạng viêm và chảy máu; ngoài ra dây chằng di tích của ống rốn tràng có thể gây tắc ruột¹⁻³. Tỷ lệ gặp túi thừa Meckel thường xảy ra với tần suất ngang nhau ở cả hai giới, tuy nhiên các biến chứng hay gặp hơn ở nam¹. Hầu hết trường hợp biến chứng hay gặp trong hai năm đầu đời, tỷ lệ mắc túi thừa Meckel ở bệnh nhân Crohn cao hơn so với dân số nói chung^{1,4}.

Thông thường túi thừa Meckel không có triệu chứng nhưng có thể gặp các biến chứng như chảy máu, viêm túi thừa, tắc ruột và thủng; những biến chứng này đặt ra thách thức trong chẩn đoán, đặc biệt là ở người lớn, cần điều trị kịp thời để đạt được kết quả tối ưu^{4,5}.

Việc chẩn đoán sớm biến chứng túi thừa Meckel thường gặp khó khăn do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác^{3,4}. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt các biến chứng của túi thừa Meckel^{4,6,7}. Trong bài viết này chúng tôi chia sẻ bốn ca bệnh ở bệnh viên Vinmec Times City và

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quang Hưng

Email: v.hungdq11@vinmec.com

Ngày nhận bài: 14.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 17.12.2025