

- Tất cả thai phụ đều đã tiêm vắc-xin phòng COVID-19 (4,8% đã tiêm một mũi và 95,2% đã tiêm hai mũi), trong đó 59% thai phụ tiêm chủng trong ba tháng cuối thai kỳ.

❖Đặc điểm tâm lý của thai phụ tiêm vắc-xin phòng COVID-19

- Trước tiêm chủng, 56,7% thai phụ cảm thấy lo lắng. Vấn đề khiến họ lo lắng trước khi tiêm là tác dụng phụ của vắc-xin (78,5%); sự ảnh hưởng đến thai nhi, đẻ non, sảy thai (19,8%); chất lượng, hiệu quả vắc-xin (0,7%); nguy cơ mắc COVID-19 nơi đông người (0,4%); chất lượng cơ sở tiêm chủng (0,4%) và 1 thai phụ (0,2%) không lo lắng về bất cứ vấn đề gì.

- Sau tiêm chủng, 47,9 % thai phụ cảm thấy lo lắng. Vấn đề khiến họ lo lắng sau khi tiêm là tác dụng phụ của vắc-xin (91,5%); sự ảnh hưởng đến thai nhi, thai lưu (8,0%) và chất lượng, hiệu quả của vắc-xin (0,5%).

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn đề tài hợp tác song phương Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội mã số QGSP.2022.03 đã tài trợ quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tao, J., et al.,** Summary of the COVID-19 epidemic and estimating the effects of emergency responses in China. *Scientific Reports*, 2021. 11(1): p. 717.
2. **Wang, P.H., et al.,** The impact of COVID-19 in pregnancy: Part I. Clinical presentations and untoward outcomes of pregnant women with COVID-19. *J Chin Med Assoc*, 2021. 84(9): p. 813-820.
3. **Wang, P.H., et al.,** The impact of COVID-19 in pregnancy: Part II. Vaccination to pregnant women. *J Chin Med Assoc*, 2021. 84(10): p. 903-910.
4. **Dagan, N., et al.,** Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. 2021. 27(10): p. 1693-1695.
5. **Stock, S.J., et al.,** SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination rates in pregnant women in Scotland. *Nature Medicine*, 2022. 28(3): p. 504-512.
6. **Blakeway, H., et al.,** COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. *Am J Obstet Gynecol*, 2022. 226(2): p. 236.e1-236.e14.
7. **Nguyen, L.H., et al.,** Acceptance and willingness to pay for COVID-19 vaccines among pregnant women in Vietnam. *Tropical Medicine & International Health*, 2021. 26(10): p. 1303-1313.
8. **Skjefte, M., et al.,** COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women and mothers of young children: results of a survey in 16 countries. *European journal of epidemiology*, 2021. 36(2): p. 197-211.

TẮC RUỘT NON DO DÂY CHẙNG XUẤT PHÁT TỪ ĐỈNH TÚI THỪA MECKEL: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trần Phan Ninh^{1,3}, Trần Minh Cảnh², Nguyễn Thị Tuyết Nga²,
 Nông Thị Trang³, Nguyễn Văn Sang³

TÓM TẮT

Tắc ruột do dây chằng xuất phát từ đỉnh của túi thừa Meckel là một nguyên nhân gây tắc ruột hiếm gặp, đến nay trên thế giới chỉ có một vài báo cáo về ca bệnh, chưa có thống kê đầy đủ về tỷ lệ mắc bệnh. Bệnh không có đặc điểm hình ảnh đặc hiệu mà chỉ dựa vào các dấu hiệu gián tiếp trên cắt lớp vi tính (CLVT). Việc phát hiện sớm bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, Xquang bụng không chuẩn bị, chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang, góp phần chẩn đoán kịp thời tránh các biến chứng nặng nề như hoại tử ruột, thủng ruột, thủng túi thừa... Chúng

tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam 8 tuổi tắc ruột do dây chằng xuất phát từ đỉnh của túi thừa Meckel được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thành công tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Mục đích của nghiên cứu này là tóm tắt các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tắc ruột do dây chằng xuất phát từ đỉnh túi thừa Meckel để hướng dẫn chẩn đoán và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

Từ khóa: Tắc ruột, túi thừa Meckel, dây chằng

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO THE FIBROUS BAND OF MECKEL'S DIVERTICULUM: A CASE REPORT

Intestinal obstruction caused by fibrous bands originating from the apex of Meckel's diverticulum is a rare cause of intestinal obstruction, and only a few cases of this disease have been reported in the medical literature. There are no complete statistics on the incidence of the disease. The disease does not have a typical imaging feature and is based on indirect findings on CT scan. Early detection using imaging

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

³Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

methods such as ultrasound, unprepared abdominal X-ray, and contrast-enhanced CT scan contributes to the timely diagnosis to avoid serious complications such as bowel necrosis, intestinal perforation, and perforated diverticulum. We report a case of an 8-year-old boy with intestinal obstruction caused by fibrous bands originating from the apex of Meckel's diverticulum that was exactly diagnosed and successfully treated with surgery at the Children's Hospital in Haiphong. The purpose of this study is to summarize the clinical features and imaging features of intestinal obstruction caused by fibrous bands originating from the apex of Meckel's diverticulum to guide the diagnosis and select appropriate treatment methods.

Keywords: Obstruction, Meckel's diverticulum, fibrous band.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là một dị tật bẩm sinh hay gặp của ruột non và thường khó chẩn đoán, chỉ chẩn đoán khi có biến chứng. Các biến chứng thường gặp liên quan đến túi thừa Meckel bao gồm xuất huyết, tắc ruột và viêm [1]. Tắc ruột non do dây chằng (dải xơ) xuất phát từ túi thừa Meckel là một nguyên nhân hiếm gặp [1,2]. Trước đây, chẩn đoán trước mổ gặp rất nhiều khó khăn nhưng ngày nay nhờ các tiến bộ kỹ thuật và trình độ của các bác sĩ trong chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh mà việc chẩn đoán trước phẫu thuật trở nên dễ dàng hơn, góp phần chẩn đoán kịp thời tránh các biến chứng nặng nề. Việc phát hiện sớm dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật kịp thời đem lại tiên lượng tốt cho người bệnh. Ở đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam 8 tuổi tắc ruột do dây chằng xuất phát từ đỉnh của túi thừa Meckel được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thành công tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Trẻ nam 8 tuổi vào viện vì đau bụng dữ dội từng cơn, sáng cùng ngày trẻ xuất hiện nôn nhiều và đã được đưa vào phòng cấp cứu của bệnh viện chúng tôi. Tiền sử khỏe mạnh và không có tiền sử phẫu thuật. Trẻ đau bụng dữ dội từng cơn, đau nhiều vùng bụng phải và quanh rốn, nôn nhiều, nôn sau ăn, nôn ra dịch và thức ăn, không đại tiện. Khám thấy: trẻ tỉnh, bụng chướng nhẹ, hố chậu phải ấn đau, phản ứng thành bụng (-), không sốt, xét nghiệm máu bạch cầu tăng (12.7G/L), các chỉ số xét nghiệm máu khác bình thường.

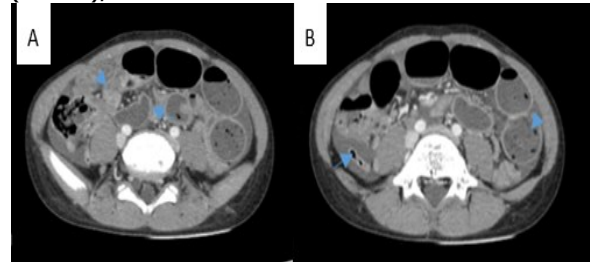
Siêu âm thấy hình ảnh quai ruột non vùng hố chậu phải giãn 28mm, thành mỏng, trong lòng chứa dịch, giảm nhu động, khó xác định đoạn chuyển tiếp, giữa các quai ruột có lớp dịch, chỗ dày nhất 14mm. Ruột thừa đường kính

5.8mm, trong lòng chứa khí, xung quanh không có thâm nhiễm mỡ. Xquang bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước mức hơi tập trung giữa ổ bụng, vòm cao, chân hẹp, không thấy hơi trong trực tràng. Các dấu hiệu trên siêu âm và chụp Xquang bụng không chuẩn bị gợi ý hình ảnh tắc ruột cao.



Hình 1. Xquang bụng không chuẩn bị: Hình ảnh mức nước mức hơi (mũi tên)

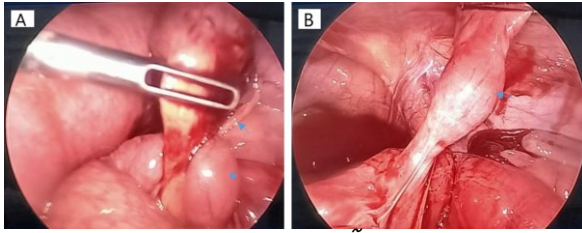
CLVT có tiêm thuốc cản quang: Hình ảnh các quai ruột non giãn 31mm và có hình ảnh phân trong ruột non. Vùng hố chậu phải thấy cấu trúc dạng ống tiêu hóa có một đầu tịt liên tục với quai hồi tràng nghi ngờ là túi thừa Meckel, thành mỏng, trong chứa dịch, không thấy thâm nhiễm mỡ xung quanh. Đoạn chuyển tiếp ngay cạnh túi thừa Meckel, các quai ruột phía trên giãn, phía dưới xẹp. Có dịch tự do giữa các quai ruột và dịch Douglas. Ruột thừa bình thường. Hình ảnh CLVT nghĩ đến tắc ruột non nghi do dây chằng (dải xơ)/ Túi thừa Meckel.



Hình 2. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. A. Cấu trúc túi thừa Meckel (mũi tên); Đoạn chuyển tiếp (đầu mũi tên). B. Ruột thừa bình thường (mũi tên); Quai ruột non giãn và phân trong ruột non (đầu mũi tên).

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cho thấy tắc hồi tràng vùng hố chậu phải do dây chằng xuất phát từ đỉnh của túi thừa Meckel và được gỡ bỏ vào thành bụng sau, gây nghẹt một số quai hồi tràng, chưa gây thiếu máu cục bộ hay hoại tử ruột. Bệnh nhân được tiến hành cắt dây chằng (dải xơ) và túi thừa Meckel, giải phóng quai ruột.

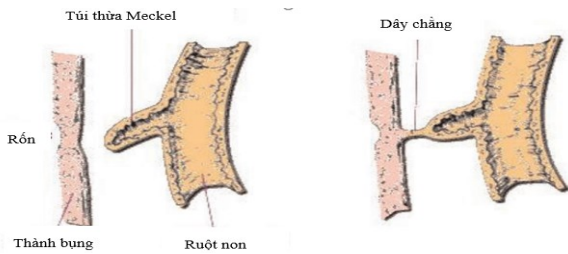
Túi thừa được xác nhận là túi thừa Meckel bằng cách kiểm tra mô học. Sau mổ 8 ngày trẻ được xuất viện trong tình trạng sức khỏe ổn định.



Hình 3. Hình ảnh trong phẫu thuật nội soi. A. Hình ảnh dây chằng (mũi tên); Quai ruột non bị thắt nghẹt (đầu mũi tên). B. Hình ảnh túi thừa Meckel sau khi cắt dây chằng (mũi tên).

III. BÀN LUẬN

Túi thừa Meckel được đặt theo tên của Johann Friedrich Meckel, người đầu tiên mô tả các đặc trưng về nguồn gốc phôi thai vào năm 1809, và là bất thường bẩm sinh hay gặp nhất của ruột non chiếm khoảng 1-3% dân số với tỉ lệ nam - nữ là 2:1 [1,2]. Túi thừa Meckel là di tích của ống noãn hoàng (ống rốn ruột) và ống này sẽ được tiêu biến đi ở tuần thai thứ 7 nhưng nếu quá trình tiêu biến này xảy ra không hoàn toàn, ống noãn hoàng sẽ còn lại di tích bất thường như nang ống rốn ruột, dây xơ rốn ruột, ống rốn ruột nguyên vẹn và túi thừa Meckel. Trong đó, túi thừa Meckel thường gặp nhất, chiếm đến 90%.



Hình 4. Minh họa túi thừa Meckel và dây chằng

Các biến chứng thường gặp của túi thừa Meckel là xuất huyết, tắc ruột và viêm túi thừa [1]. Xuất huyết hay gặp ở trẻ <2 tuổi, trong khi tắc ruột hay gặp ở trẻ lớn hoặc người lớn [3]. Các nguyên nhân của tắc ruột do túi thừa Meckel có thể là: (1) Xoắn ruột quanh túi thừa Meckel có dây xơ; (2) Do dính (dây xơ túi thừa như một dây dính hoặc viêm túi thừa gây viêm dính ruột); (3) Lồng ruột do túi thừa Meckel chui vào trong lòng ruột hoặc do túi thừa có thể bị lộn ngược lại chui vào trong lòng hồi tràng khi đó mỡ mạc treo của túi thừa bị kéo vào theo; (4) Thoát vị nội qua giữa mạc máu nuôi túi thừa và mạc treo ruột; (5) Thoát vị túi thừa Meckel do đầu tận tự do dài nên túi thừa Meckel có thể thoát vị vào

bất cứ vị trí nào trong ổ bụng như thoát vị vào ống bẹn (Littre hernia), thoát vị vào ống đui (thoát vị De Garengeot), thoát vị rốn, thoát vị Spigelian (thoát vị qua nếp bán nguyệt của cân cơ Spigelian); (6) Do túi thừa Meckel dính vào thành bụng sau; (7) Do dải xơ của túi thừa nối với rốn hoặc nối với mạc treo hoặc nối với thành bụng sau hoặc đầu tận cùng túi thừa Meckel dính với mạc treo [4,5].

Tắc ruột do dải xơ của túi thừa là nguyên nhân hiếm gặp. Túi noãn hoàng được nuôi dưỡng bởi 2 động mạch noãn hoàng, một trong 2 động mạch đó thoái triển làm túi noãn hoàng teo, động mạch còn lại phát triển thành động mạch mạc treo tràng trên. Khi một trong các động mạch noãn hoàng không bị thoái triển sẽ phát triển thành dải xơ phủ phức mạc hoặc dải xơ của túi thừa (dây chằng). Dải xơ này thường kéo dài từ đỉnh của túi thừa Meckel đến mạc treo ruột hoặc đến thành bụng sau và có thể gây tắc ruột [6].

Tương tự, trong trường hợp của chúng tôi tắc nghẽn được gây ra bởi sự mắc kẹt của quai hồi tràng do dải xơ (dây chằng) từ đỉnh của túi thừa Meckel và được gắn vào thành bụng sau.

Ngày nay, nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng để chẩn đoán túi thừa Meckel [4,7,8]. Trên hình ảnh siêu âm, ở góc ¼ dưới bên phải thấy hình ảnh một cấu trúc giống quai ruột với thành mỏng hoặc thành dày trong trường hợp viêm, có một đầu tận và một đầu nối với ruột non, chứa đầy dịch hoặc khí. Có thể thấy thâm nhiễm mỡ xung quanh hoặc lồng túi thừa - ruột non hoặc tắc ruột hoặc khí tự do ổ bụng. Xquang không chuẩn bị ít có giá trị trong chẩn đoán túi thừa Meckel nhưng có thể cho thấy hình ảnh của sỏi hoặc mức nước mức hơi (tắc ruột) hoặc khí tự do (thủng túi thừa). Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang được sử dụng trong trường hợp túi thừa Meckel không có biến chứng, khó phân biệt với ruột non bình thường. Tuy nhiên, có thể thấy hình ảnh túi thừa Meckel là một cấu trúc chứa đầy dịch hoặc khí, có một đầu tận và một đầu liên tục với ruột non. Tỉ lệ chẩn đoán được túi thừa Meckel cao khi có biến chứng [3]. Có thể thấy các biến chứng của túi thừa như viêm hoặc tắc ruột, lồng túi thừa - ruột non, thiếu máu cục bộ ruột, hoại tử ruột, sỏi phân hoặc dị vật trong túi thừa, u trong túi thừa, khí tự do ổ bụng trong thủng túi thừa, dịch tự do ổ bụng...

Ngoài ra, còn có các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhưng ít được sử dụng như chụp bụng có uống hoặc bơm thuốc cản quang

hoặc chụp MRI nhạy trong đánh giá những thay đổi viêm vùng xung quanh túi thừa và lạc chỗ niêm mạc dạ dày vào túi thừa hoặc chụp Spect nhằm chẩn đoán túi thừa Meckel hoặc chụp động mạch - DSA chẩn đoán túi thừa Meckel dựa vào mạch máu nuôi túi thừa Meckel là mạch máu còn lại của mạch máu rốn ruột hoặc chụp đồng vị phóng xạ với Technetium - 99m để khảo sát túi thừa Meckel chứa niêm mạc dạ dày lạc chỗ.

Trong số các bệnh nhân được phát hiện tình cờ có túi thừa Meckel trên hình ảnh và không có biến chứng thì vấn đề phẫu thuật cắt bỏ túi thừa còn nhiều bàn cãi. Đối với những bệnh nhân túi thừa Meckel đã có biến chứng thì nguyên tắc điều trị là hồi sức nội khoa và phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở cắt bỏ túi thừa Meckel, dải xơ (nếu có) và giải phóng đoạn ruột bị tắc nghẽn. Nếu được chẩn đoán kịp thời cho tiên lượng khá tốt và tỉ lệ tử vong chỉ chiếm 1% [5].

IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán túi thừa Meckel và các biến chứng của nó trước phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng giống với nhiều bệnh lý bụng cấp cứu. Nhưng ngày nay nhờ các tiến bộ kỹ thuật và trình độ của các bác sĩ trong chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh mà việc chẩn đoán trước phẫu thuật trở nên dễ dàng hơn, góp phần chẩn đoán kịp thời tránh các biến chứng nặng nề. Đặc biệt một số tác giả đã báo cáo tử vong trong những trường hợp tắc ruột do dây chằng của túi thừa Meckel chiếm tỉ lệ cao do đó việc chẩn đoán trong những trường hợp đó là rất

cần thiết. Chẩn đoán tắc ruột do dây chằng của túi thừa Meckel chủ yếu dựa vào các dấu hiệu gián tiếp trên CLVT như thấy hình ảnh túi thừa Meckel, đoạn chuyển tiếp cạnh túi thừa Meckel và không tìm thấy các nguyên nhân gây tắc ruột khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nath DS, Morris TA** (2004). Small bowel obstruction in an adolescent: a case of Meckel's diverticulum. *Minn Med* 87(11):46-48.
2. **Dutta G, Chowdhury AS, Panda M** (2009). Band of cacophony - abdominal catastrophe caused by the fibrous band of Meckel's diverticulum: a case report. *Cases J.* 27(2):7160.
3. **Mohiuddin SS, Gonzalez A, Corpron C** (2011). Meckel's diverticulum with small bowel obstruction presenting as appendicitis in a pediatric patient. *JSLs* 15(4):558-561.
4. **Elsaves KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR** (2007). Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *AJR Am J Roentgenol* 189(1):81-88.
5. **Karatepe O, Dural C, Erçetin C, Çitlak G, Samaslioglu A, Gülçiçek OB et al** (2008). Rare complication of Meckel's diverticulum: loop formation of diverticulum. *Turkish Journal of Medical Sciences* 38(1):91-93.
6. **Yoo JH, Cerqueira DS, Rodrigues AJ Jr, Nakagawa RM, Rodrigues CJ** (2003). Unusual case of small bowel obstruction: persistence of vitelline artery remnant. *Clin Anat* 16(2):173-175.
7. **Malik AA; Shams-ul-Bar; Wani KA, Khaja AR** (2010). Meckel's diverticulum-Revisited. *Saudi J Gastroenterol* 16(1):3-7.
8. **Lee TH, Kim JO, Kim JJ, Hong SS, Jin SY, Kim HG, Cho JY, Lee JS** (2009). A case of intussuscepted Meckel's diverticulum. *World J Gastroenterol* 15(40):5109-5111.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GÓC MỎM MÓC TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG TỪ THÁNG 9 NĂM 2020 ĐẾN THÁNG 8 NĂM 2022

Quách Hồ Huy Hoàng¹, Lâm Huyền Trân¹, Bùi Thế Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo các giả thuyết thì tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách là một trong những nguyên nhân dẫn đến viêm mũi xoang mạn tính. Giả thiết đặt ra là góc móm móc có liên quan đến sinh lý bệnh của tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách trong viêm mũi xoang mạn

tính? **Mục tiêu:** Xác định góc móm móc, đường kính lỗ thông xoang hàm, đánh giá mối liên quan giữa góc móm móc và viêm xoang hàm mạn tính thông qua CT scan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 190 người trưởng thành đến khám tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian từ 09/2020 đến 08/2022. Phim CT scan được ghi nhận và phân tích để đo góc móm móc, đường kính lỗ thông xoang hàm, xác định viêm xoang hàm mạn tính. **Kết quả:** Giá trị góc móm móc trung bình là $33,45 \pm 11,99^\circ$. không có mối liên quan giữa góc móm móc và viêm xoang hàm mạn tính cùng bên ($p > 0,05$). Đường kính lỗ thông xoang hàm trung bình là $2,65 \pm 0,87\text{mm}$. **Kết luận:** Giá trị góc móm móc và đường

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Quách Hồ Huy Hoàng

Email: qhh.hoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023