

Hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị nhồi máu mạc nối lớn ở người lớn trong 5 năm

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Đình Hiếu, Nguyễn Bá Thái

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Địa chỉ liên hệ:

Đinh Văn Chiến,

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa
Nghệ An

Đại lộ Lê nin, phường Vinh Phú,
tỉnh Nghệ An

Điện thoại: 0963 311 668

Email: chienbvna@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/05/2026

Ngày chấp nhận đăng:

18/6/2026

Ngày xuất bản: 25/6/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhồi máu mạc nối lớn (OI) là tình trạng thiếu máu cục bộ một phần của mạc nối lớn, là bệnh hiếm gặp gây đau bụng cấp tính, dễ nhầm lẫn với các cấp cứu ngoại khoa khác. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý này tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 09 người bệnh người lớn được chẩn đoán OI và điều trị bằng phẫu thuật nội soi trong 5 năm, từ tháng 02/2021 đến tháng 02/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $52,78 \pm 14,9$ tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Triệu chứng đau vùng mạng sườn phải chiếm 77,8% và có phản ứng thành bụng rõ 88,9%. Thời gian đau trung bình $42,22 \pm 21,83$ giờ, trong đó 44,4% nhập viện trong vòng 24 giờ đầu kể từ khi khởi phát đau, 77,8% đau tăng dần, liên tục. Đa số vị trí OI nằm bên phải và ở vùng mạng sườn phải, chiếm 77,8%. 55,6% có dịch tiết ổ bụng dọc theo rãnh đại tràng phải, bên gan phải và ở túi cùng douglas. Kích thước khối OI trung bình $45,0 \pm 9,4$ mm. Phát hiện khối nhồi máu trên siêu âm và cắt lớp vi tính trong nhóm nghiên cứu là 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $44,67 \pm 19,4$ phút. 100% các trường hợp được thực hiện thành công qua nội soi (88,9% nội soi hoàn toàn) mà không có tai biến hay chuyển mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình là $4,78 \pm 1,1$ ngày. 100% người bệnh có tình trạng sức khỏe tốt sau mổ 1 tháng.

Kết luận: Nhồi máu mạc nối lớn ở người lớn là bệnh lý hiếm gặp, có các triệu chứng điển hình của một bệnh lý cấp cứu ngoại khoa, cần phải phân biệt với các bệnh lý đau bụng cấp. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và trong mổ. Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị khả thi, kết quả bước đầu cho thấy là an toàn và hiệu quả, có thể cân nhắc lựa chọn điều trị nhồi máu mạc nối lớn cho các trường hợp phù hợp.

Từ khóa: Nhồi máu mạc nối lớn, phẫu thuật nội soi, mạc nối lớn.

Clinical manifestation and outcomes of laparoscopic surgery greater omental infarction in adults: a 5-year study

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Đình Hiếu, Nguyễn Bá Thái

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Introduction: Omental infarction (OI) is a condition involving localized ischemia of the omental, a rare and nonspecific, causing acute abdomen signs, easily leads to misdiagnosis with other common intra-abdominal pathologies. This study aims to evaluate the clinical features and the outcomes of laparoscopic surgery for treatment of OI at Nghe An Friendship General Hospital.

Patients and Methods: A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 9 adult patients diagnosed with OI and treated with laparoscopic surgery over 5 years, from February 2021 to February 2026.

Results: The mean age was 52.78 ± 14.9 years, with a male-to-female ratio of 3:1. Right hypochondriac pain accounted for 77.8%, abdominal tenderness was observed in 88.9%. The mean duration of pain was 42.22 ± 21.83 hours, of which 44.4% of patients were admitted within the first 24 hours from onset, and 77.8% experienced progressively worsening, continuous pain. The majority of OI were located on the right side and in the right hypochondriac region, accounting for 77.8%. Intra-abdominal fluid collection was observed in 55.6% of cases, specifically distributed along the right paracolic gutter, the right perihepatic space as well as Douglas pouch. The mean size of OI mass was 45.0 ± 9.4 mm. The detection rate of OI via ultrasound and computed tomography (CT) within the study group was 100%. The mean operative time was 44.67 ± 19.4 minutes. All cases (100%) were successfully performed laparoscopically (88.9% totally laparoscopic) without any complications or conversion to open surgery. The mean length of hospital stay was 4.78 ± 1.1 days. All patients (100%) were in good health status at one-month postoperative follow-up.

Conclusions: Omental infarction in adult is a rare pathology presenting with typical symptoms requested a surgical emergency, necessitating differentiation from other causes of acute abdomen. Diagnosis is primarily based on clinical manifestations, findings of ultrasound, abdominal computed tomography, and during the operation. Laparoscopic surgery is a feasible therapeutic approach; The initial results of study demonstrated the safety and efficacy, making it a viable option for the treatment of OI in adults.

Keywords: Omental infarction, laparoscopic surgery, greater omentum.

Đặt vấn đề

Nhồi máu mạc nối lớn (Omental Infarction - OI) là tình trạng thiếu máu cục bộ một phần của mạc nối lớn, là bệnh lý hiếm gặp gây ra tình trạng đau bụng cấp tính, với tỷ lệ dao động từ 0,1% đến 0,5% ở những người bệnh nhập viện vì đau bụng cấp [1]. OI được mô tả lần đầu tiên trên thế giới bởi Bush vào năm 1899 [1],[2],[3]. Nguyên nhân có thể do huyết khối của mô đệm nguyên phát hoặc thứ phát sau chấn thương, cũng có thể do xoắn mạc nối lớn theo trục dài [1],[2]. Về mặt lâm sàng, OI thường biểu hiện bằng cơn đau bụng dữ dội, khởi phát đột ngột, khu trú chủ yếu ở vùng bụng bên phải (chiếm khoảng 85% các trường hợp) [4]. Do các triệu chứng cơ năng và thực thể thường không điển hình, OI rất dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa phổ biến khác như viêm ruột thừa cấp, viêm túi mật hoặc thủng tạng rỗng [4]. Trước đây, hầu hết các trường hợp OI chỉ được chẩn đoán xác định trong quá trình phẫu thuật [1],[2],[3]. Tuy nhiên, với sự phát triển và ứng dụng rộng rãi của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, đặc biệt là cắt lớp vi tính (CT scan) đa dãy, việc chẩn đoán xác định OI trước mổ đã trở nên khả thi hơn [4]. Điều này đóng vai trò quyết định trong việc lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp như phẫu thuật nội soi xâm lấn tối thiểu thay vì phẫu thuật mở, xâm lấn lớn hay lựa chọn điều trị nội khoa ... mang lại hiệu quả cao và an toàn cho từng nhóm đối tượng người bệnh cụ thể.

Việt Nam, các nghiên cứu về OI ở người lớn còn khá hạn chế, dẫn đến việc thiếu các hướng dẫn thống nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm các mục tiêu: “Nghiên cứu hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị nhồi máu mạc nối lớn

ở người lớn trong 5 năm tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 09 người bệnh được phẫu thuật nội soi điều trị OI tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 02/2021 đến tháng 02/2026.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán OI và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm người bệnh: tuổi, giới, ASA, BMI, thời gian đau (từ khi đau đến nhập viện), tiền sử bệnh lý kết hợp.

Kết quả phẫu thuật: vị trí, kích thước nhồi máu, kỹ thuật phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian mổ, tai biến trong mổ.

Kết quả sớm: mức độ đau, biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian rút dẫn lưu, thời gian cho ăn sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh sau mổ 1 tháng theo thang điểm spizer.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng đạo đức bệnh viện chấp thuận, mọi thông tin chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và bí mật thông tin cho người bệnh.

Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu 09 người bệnh được chẩn đoán OI và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ 02/2021 đến 02/2026, chúng tôi có kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n = 09)

Tuổi	52,78 ± 14,9 (35 – 77) tuổi	
BMI	22,79 ± 2,04 (19,5 – 25,7) kg/m ²	
Giới tính	Nam	6 (66,7%)
	Nữ	3 (33,3%)
ASA	ASA1	5 (55,6%)
	ASA2	4 (44,4%)
Bệnh lý kết hợp	Không	4 (44,4%)
	Tăng huyết áp	3 (33,3%)
	Nhịp tim nhanh	1 (11,1%)
	Viêm tụy mãn	1 (11,1%)
	≤ 24 giờ	4 (44,4%)
Thời gian đau	> 24 - 48 giờ	2 (22,2%)
	> 48 giờ	3 (33,3%)
Vị trí đau	Hạ sườn phải	1 (11,1%)
	Mạn sườn phải	7 (77,8%)
	Thượng vị	1 (11,1%)
Tính chất đau	Đau đột ngột, liên tục	2 (22,2%)
	Đau tăng dần, liên tục	7 (77,8%)
Phản ứng thành bụng	Phản ứng rất rõ (+++)	8 (88,9%)
	Phản ứng rõ (+)	1 (11,1%)
	Phản ứng không rõ (±)	0 (0,0%)
Chỉ số bạch cầu	11,02 ± 1,94 (7,55 – 13,05) nghìn/ml	
Siêu âm ổ bụng	Phát hiện khối nhồi máu	
	9 (100%)	
Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng	Phát hiện khối nhồi máu	
	9 (100%)	

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 52,78 ± 14,9 tuổi, dao động từ 35 đến 77 tuổi. Nam chiếm 66,7% và Nữ chiếm 33,3%, tỷ lệ Nam/Nữ là 3/1. BMI trung

bình 22,79 ± 2,04 kg/m² thấp nhất là 19,5 kg/m² và cao nhất là 25,7 kg/m²; đa số người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tình trạng sức khỏe trước gây mê hồi sức là ASA1 (55,6%) và ASA2 (44,4%). Bệnh lý kết hợp Tăng huyết áp (33,3%), Viêm tụy mãn (11,1%) và Nhịp tim nhanh (11,1%). Thời gian đau trung bình 42,22 ± 21,83 giờ, trong đó 44,4% nhập viện trong vòng 24 giờ đầu kể từ khi khởi phát đau. Vị trí đau chủ yếu ở mạn sườn phải, chiếm 77,8%. Có 22,2% khởi phát đau đột ngột, liên tục, 77,8% đau tăng dần, liên tục. 88,9% có phản ứng thành bụng rất rõ vùng mạn sườn phải. 66,7% có số lượng bạch cầu tăng, số lượng bạch cầu trung bình 11,02 ± 1,94 nghìn/ml. 100% phát hiện được khối OI trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật (n = 09)

Vị trí nhồi máu	Mạn sườn phải	7 (77,8%)
	Hạ sườn phải	1 (11,1%)
	Thượng vị	1 (11,1%)
Dịch ổ bụng	Có	5 (55,6%)
	Không	4 (44,4%)
Kích thước khối nhồi máu	45,0 ± 9,4 (30 - 60) mm	
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	8 (88,9%)
	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	1 (11,1%)
Kỹ thuật xử lý khối nhồi máu	Bằng dao siêu âm	5 (55,6%)
	Bằng dao điện	4 (44,4%)
Vị trí đặt dẫn lưu ổ bụng	Dưới gan	6 (66,7%)
	Không đặt dẫn lưu	3 (33,3%)
Tai biến trong mổ	0 (0,0%)	
Chuyển mổ mở	0 (0,0%)	
Thời gian phẫu thuật	44,67 ± 19,4 (30 - 90) phút	

Đa số vị trí OI nằm bên phải và ở vùng mạn sườn phải, chiếm 77,8%. 55,6% có dịch tiết ổ bụng dọc theo rãnh đại tràng phải, bên gan phải và ở túi cùng douglas. Kích thước khối OI trung bình $45,0 \pm 9,4$ mm, kích thước nhỏ nhất là 30mm và lớn nhất là 60mm. 88,9% thực hiện thành công bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn, 55,6% xử lý khối nhồi máu bằng dao siêu âm và 44,4% bằng dao điện. 66,7% có đặt 1 dẫn lưu plastic dưới gan sau mổ, 33,3% không đặt dẫn lưu. Không có trường hợp nào có tai biến, tử vong trong mổ và chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình $44,67 \pm 19,4$ phút, nhanh nhất là 30 phút và dài nhất là 90 phút.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau mổ (n = 09)

Mức độ đau (VAS) sau mổ	Đau ít	5 (55,6%)
	Đau vừa	4 (44,4%)
Biến chứng sau mổ	0 (0,0%)	
Thời gian trung tiện	$2,0 \pm 0,5$ (1 - 3) ngày	
Thời gian cho ăn sau mổ	$1,67 \pm 0,5$ (1 - 2) ngày	
Thời gian rút dẫn lưu	$2,5 \pm 0,8$ (1 - 3) ngày	
Thời gian nằm viện trung bình	$4,78 \pm 1,1$ (3 - 6) ngày	
Sức khỏe sau mổ 1 tháng	Tốt	9 (100%)

Các người bệnh sau mổ nội soi đều được ghi nhận mức độ đau ít (55,6%) và đau vừa (44,4%), Không có trường hợp nào đau nhiều và rất nhiều. Thời gian trung tiện trung bình $2,0 \pm 0,5$ (1 - 3) ngày; thời gian cho ăn sau mổ $1,67 \pm 0,5$ (1 - 2)

ngày; thời gian rút dẫn lưu $2,5 \pm 0,8$ (1 - 3) ngày, trong đó có 3 trường hợp không đặt dẫn lưu; thời gian nằm viện trung bình sau mổ $4,78 \pm 1,1$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 6 ngày. Không có trường hợp nào có biến chứng và tử vong sau mổ. Sức khỏe người bệnh sau mổ ở thời điểm 1 tháng ghi nhận 100% có kết quả xếp loại Tốt.

Bàn luận

OI là bệnh lý hiếm gặp, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $52,78 \pm 14,9$ tuổi và cũng phù hợp với các báo cáo trước đây về OI ở người lớn thường gặp từ 40 đến 60 tuổi [4]. Tỷ lệ Nam/Nữ là 3/1, kết quả này của chúng tôi cao hơn so với một số kết quả nghiên cứu trong nước và quốc tế [4], có lẽ do cỡ mẫu trong nghiên cứu còn hạn chế. Theo ghi nhận từ y văn thì OI có liên quan với tình trạng béo phì (do mạc nối lớn tích tụ mỡ gây hạn chế tưới máu) [5], nhưng BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được ở mức $22,79 \pm 2,04$ kg/m². Theo nghiên cứu của Diab tỷ lệ OI ở béo phì là 49,2% [8]. Điều này có thể cho thấy ở Việt Nam, yếu tố béo phì có thể không phải là yếu tố nguy cơ hàng đầu, mà cơ chế xoắn mạch máu do vận động mạnh hoặc thay đổi tư thế đột ngột đóng vai trò quan trọng hơn trong bệnh lý nhồi máu mạc nối lớn. Hơn nữa, sự phân bố mỡ nội tạng quan trọng hơn chỉ số BMI toàn thể. Mạc nối càng dày và nặng thì lực ly tâm khi vận động càng lớn, dễ dẫn đến xoắn mạc nối theo trục dọc cũng là nguyên nhân gây ra OI [3],[5]. Mặc dù OI có thể là do sự biến đổi giải phẫu mạch máu mạc nối (nguyên phát), các bệnh lý kết hợp đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh thứ phát như rung nhĩ, suy tim, xơ vữa động mạch, các người bệnh đặt stent mạch vành ...[4] Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33,3% người bệnh tăng huyết áp, 11,1% nhịp tim nhanh và 11,1% viêm tụy mãn. Tình trạng xơ vữa mạch máu hệ thống, làm giảm lưu lượng máu nuôi dưỡng mạc nối, tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành huyết khối tĩnh mạch mạc nối hoặc làm

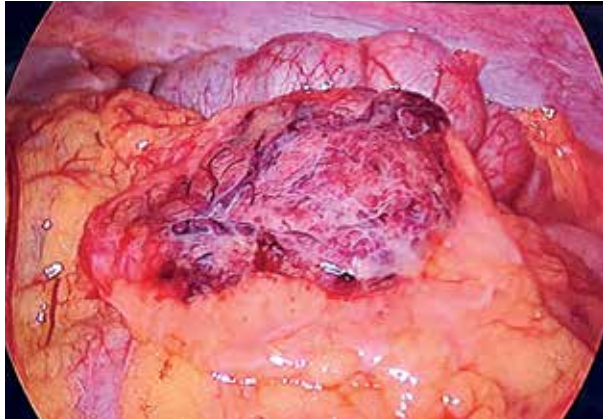
vùng mạc nối nhạy cảm hơn với các tình trạng xoắn mạc nối. Viêm tụy mãn có thể gây ra tình trạng dính mạc nối vào khoang phúc mạc, các dải dính này có thể trở thành “trục” để mạc nối lớn xoay quanh, dẫn đến xoắn và nhồi máu. OI thường khởi phát đột ngột sau vận động hoặc tự nhiên trong sinh hoạt hàng ngày, sau đó đau tăng dần, liên tục, đau tăng lên khi thay đổi tư thế hoặc thăm khám. Nghiên cứu chúng tôi có thời gian trung bình từ khi khởi phát đau đến khi vào viện là $42,22 \pm 21,83$ giờ, trong đó 44,4% nhập viện trong vòng 24 giờ đầu, 22,2% nhập viện trong 24 – 48 giờ và 33,3% nhập viện trong 48 giờ đến 72 giờ tiếp theo. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới, người bệnh thường nhập viện vào ngày thứ 2, thứ 3 sau khởi phát triệu chứng đau [3]. Chúng tôi ghi nhận 77,8% người bệnh đau ở mạn sườn phải, đau tăng dần và liên tục và 88,9% có phản ứng thành bụng rõ. Tác giả Diab cũng cho thấy vị trí đau thường gặp ở vùng bụng bên phải, chiếm 77,7% [8]. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm giải phẫu của mạc nối lớn về bên phải dài hơn và mạch máu nuôi dưỡng là mạch tận, không có vòng nối nên dễ bị xoắn theo trục dọc của mạch máu, hơn nữa khi tắc mạch lại không có vòng nối bù trừ [2],[3],[4]. Với đặc điểm triệu chứng lâm sàng này của OI rất khó để loại trừ với các bệnh lý cấp tính như viêm ruột thừa, viêm túi mật, thủng hành tá tràng, viêm túi thừa đại tràng phải, sỏi mật, viêm tụy ... [4],[6],[7]. Tuy nhiên, với sự phát triển không ngừng của trang thiết bị chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính đã giúp cho việc chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt được thuận lợi. Siêu âm ổ bụng có giá trị chẩn đoán không xâm lấn, với độ nhạy 60 – 80%, vừa có tác dụng chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt và theo dõi tiến triển của bệnh. Hình ảnh siêu âm OI là khối tăng âm hình tam giác hoặc bầu dục, thường nằm ở bên phải mạc nối lớn, bên dưới bờ gan ngay sau thành bụng trước và không có dòng máu bên trong trên doppler màu.



Hình ảnh 1: OI dính vào thành bụng trước và tình trạng hoại tử, giả mạc

Hạn chế của siêu âm là bụng chướng hơi, người bệnh đau không hợp tác khi đầu dò thăm sát vào vùng đau và trong giai đoạn rất sớm của bệnh [3]. Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, có độ nhạy dao động từ 60 - 90% và khắc phục được các hạn chế của siêu âm trong chẩn đoán OI, với các dấu hiệu tổn thương tỷ trọng mỡ không đồng nhất, hình bầu dục hay thâm nhiễm mỡ lan toả, có hay không có viền tăng tỷ trọng ngoại vi, thuộc phần tự do mạc nối lớn nằm sau thành bụng trước [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% OI đều phát hiện được trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Việc chẩn đoán xác định trước mổ giúp các bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị một cách chủ động và phù hợp hơn cho từng người bệnh, nhất là trong việc lựa chọn phương pháp can thiệp ít xâm lấn như hiện nay. Trong OI các chỉ số bạch cầu thường tăng nhẹ hoặc không tăng trong giai đoạn nhồi máu, chỉ số bạch cầu sẽ tăng mạnh hơn trong giai đoạn khối OI chuyển sang áp xe. Chúng tôi ghi nhận chỉ số bạch cầu tăng nhẹ ở 33,3% người bệnh, chỉ số bạch cầu trung bình là $11,02 \pm 1,94$ nghìn/ml. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiệu chỉ số lượng bạch cầu tăng ở 33,3% người bệnh [4], còn nghiên cứu của Diab chỉ số lượng bạch cầu tăng ở 19,7% người bệnh [8]. Tổn thương OI trong mỡ, 85% – 90% nằm ở mạn sườn phải, kích thước từ 3 – 5,5cm, biểu hiện thiếu

dưỡng, hoại tử hoặc áp xe ở trung tâm [3],[4]. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được kích thước khối OI trung bình $45,0 \pm 9,4\text{mm}$, dao động từ 30mm đến 60mm, 55,6% có dịch tiết ổ bụng dọc theo rãnh đại tràng phải, bên gan phải và ở túi cùng douglas và 100% được chỉ định điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi ít xâm lấn.



Hình ảnh 2: OI hoại tử, giả mạc trong phẫu thuật nội soi

Vị trí, kích thước khối OI và tình trạng dịch ổ bụng cũng như sự đáp ứng trên lâm sàng là yếu tố quan trọng để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Với các OI có kích thước dưới 30mm, sự đáp ứng tốt với kháng sinh, kháng viêm, giảm đau trên lâm sàng, thì điều trị nội khoa bảo tồn là phương pháp nên cân nhắc lựa chọn. Với các tổn thương OI kích thước lớn hơn, sự đáp ứng kém hoặc chậm với kháng sinh, kháng viêm, giảm đau trên lâm sàng, thì vấn đề lựa chọn phương pháp điều trị ít xâm lấn cần được cân nhắc lựa chọn, thay vì các phương pháp can thiệp xâm lấn lớn hay điều trị nội khoa bảo tồn. Phương pháp điều trị ít xâm lấn giúp cho bác sĩ chẩn đoán chính xác tổn thương, đồng thời can thiệp loại bỏ dứt điểm khối OI, tránh được các biến chứng sau khối máu như áp xe. Giúp người bệnh hết đau nhanh hơn, an tâm điều trị hơn và rút ngắn thời gian điều trị, thời gian dùng thuốc (kháng sinh, giảm đau, kháng viêm ...) thời gian theo dõi cũng như các xét

nghiệm cận lâm sàng (siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đánh giá tình trạng tiến triển của khối OI) trong quá trình theo dõi. Kết quả về kích thước khối OI của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Văn Hiệu [4], Babu [9] và Singh [10],[11]. Việc lựa chọn phương pháp điều trị OI còn nhiều ý kiến khác nhau giữa điều trị nội khoa bảo tồn và phẫu thuật ít xâm lấn [4],[5],[12]. Tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, chúng tôi lựa chọn phẫu thuật nội soi ít xâm lấn để điều trị bệnh lý OI trong 5 năm đã ghi nhận kết quả rất khả quan. 100% thực hiện thành công bằng phẫu thuật nội soi ít xâm lấn, trong đó 88,9% thực hiện thành công bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn, 55,6% xử lý khối khối máu bằng dao siêu âm và 44,4% bằng dao điện. Không có trường hợp nào có tai biến, tử vong trong mổ và chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình $44,67 \pm 19,4$ phút, nhanh nhất là 30 phút và dài nhất là 90 phút. Thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn với sử dụng dao siêu âm giúp kiểm soát cầm máu tốt và cắt bỏ khối khối máu nhanh chóng, hạn chế tổn thương mô xung quanh và rút ngắn được thời gian mổ cũng như mức độ đau sau mổ. Đồng thời cải thiện đáng kể phục hồi sức khỏe sau mổ, thời gian trung tiện trung bình $2,0 \pm 0,5$ ngày; thời gian cho ăn sau mổ $1,67 \pm 0,5$ ngày; thời gian nằm viện trung bình sau mổ $4,78 \pm 1,1$ ngày. Không có trường hợp nào có biến chứng và tử vong sau mổ. Qua kết quả bước đầu chúng tôi ghi nhận được trong 5 năm qua, có thể nói phẫu thuật nội soi không chỉ giúp xác chẩn đoán xác định trong trường hợp hình ảnh học nghi ngờ, mà còn giải quyết triệt để ổ viêm, tránh nguy cơ áp xe hóa hoặc dính ruột về sau nếu điều trị bảo tồn thất bại. Việc lấy bỏ khối máu mạc nối bị hoại tử giúp loại bỏ nhanh chóng nguồn gốc gây viêm phúc mạc khu trú, từ đó rút ngắn thời gian điều trị so với việc chờ đợi khối khối máu tự hấp thu qua điều trị nội khoa thường kéo dài vài tuần và có nguy cơ tái phát đau. Kết quả theo dõi tình trạng sức khỏe người bệnh tại các thời điểm sau mổ 1 tháng ghi nhận 100% có kết quả xếp loại Tốt (không đau,

không sốt, vết mổ liền tốt, các xét nghiệm cận lâm sàng trong giới bình thường) là minh chứng cho sự thành công của quy trình chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế về cỡ mẫu nhỏ do bệnh hiếm gặp và mới chỉ nghiên cứu ở một trung tâm. Do đó, trong nghiên cứu tiếp theo cần phải tiến hành nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để có kết quả đánh giá khách quan hơn.

Kết luận

Nhồi máu mạc nối lớn ở người lớn là bệnh lý hiếm gặp, có các triệu chứng điển hình của một bệnh lý cấp cứu ngoại khoa, cần phải phân biệt với các bệnh lý đau bụng cấp. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và trong mổ. Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị khả thi, kết quả bước đầu cho thấy là an toàn và hiệu quả, có thể cân nhắc lựa chọn điều trị nhồi máu mạc nối lớn cho các trường hợp phù hợp.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Quốc Sơn, Trần Hiếu Học và cộng sự. Đau bụng cấp do nhồi máu mạc nối lớn: Thông báo ca lâm sàng. Tạp chí nghiên cứu y học 138 (2)-2021, 157-163.
2. Phạm Văn Dương, Nguyễn Thị Thúy Diệu và cộng sự. Nhồi máu mạc nối lớn ở trẻ em: Báo cáo ca bệnh hiếm gặp. Tạp chí nghiên cứu y học 172 (11)-2023, 322-326.
3. Đỗ Thị Thảo, Hoàng Đức Vinh và cộng sự. Nhồi máu mạc nối lớn: Nhân một trường hợp. Tạp chí Nhi khoa 2025, 18, 3, 62-68.
4. Nguyễn Văn Hiệu, Hồ Xuân Tuấn, Phạm Hồng Đức. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của người bệnh nhồi máu mạc nối lớn. Tạp chí nghiên cứu y học 181 (08) -2024, 307-316.
5. Trần Bảo Long, Trịnh Quốc Đạt, Nguyễn Đức Anh. Chẩn đoán và điều trị xoắn mạc nối lớn: Nhân hai trường hợp và điểm lại y văn. Tạp chí y học Việt Nam Tập 512 – Tháng 3 – Số 2 – 2022, 192-196.
6. Francesco Esposito et al. Not only fat: omental infarction and its mimics in children. Clinical and ultrasound findings: a pictorial review. Journal of Ultrasound 2020. <https://doi.org/10.1007/s40477-020-00492-5>.
7. Mateusz Kozłowski, Oliwia Piotrowska and Kaja Gizewska-Kacprzak. Omental Infarction in a Child-Conservative Management as an Effective and Safe Strategy in Diagnosis and Treatment. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 8057. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158057>.
8. Diab J, Badiani S, Berney CR. Diagnosis and management of adult omental infarction: 10-year case series. World Journal of Surgery. 2021; 45(6): 1734-1741.
9. Babu M, Avantsa R. Multidetector Computed Tomography Evaluation of Omental Infarct. Journal of Gastrointestinal and Abdominal Radiology. 2020; 3(S 01): S1-S6.
10. Singh A, Gervais D, Lee P, et al. Omental infarct: CT imaging features. Abdominal imaging. 2006; 31:549-554.
11. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. Radiographics. 2005; 25(6):1521-1534.
12. Medina-Gallardo N.A. et al. Omental infarction: Surgical or conservative treatment? A case reports and case series systematic review. Annals of Medicine and Surgery 56 (2020), 186–193.