

Thể lâm sàng và biến chứng của bệnh túi thừa Meckel: Nhân loạt trường hợp lâm sàng và hồi cứu y văn

Đặng Trần Khiêm^{1,2}, Phan Lê Anh Minh^{2,3}, Huỳnh Quang Nghệ², Lê Huy Lưu^{1,2}

1. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, 3. Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Địa chỉ liên hệ:

Đặng Trần Khiêm,
Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
217, Hồng Bàng, P.11, Quận 5,
TP Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0772 389 193
Email: khiemdangtran@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/01/2025

**Ngày chấp nhận đăng:
14/3/2025**

Ngày xuất bản: 27/6/2025

Tóm tắt

Túi thừa Meckel (TtM) là cấu trúc bất thường ở ruột non, có tần suất vào khoảng 0,6% - 4%. Đa số TtM chỉ được phát hiện khi có biến chứng hoặc tình cờ trong phẫu thuật một bệnh khác. Biến chứng của TtM có thể viêm đơn thuần gây đau, hoặc tình trạng đe dọa tính mạng như: viêm phúc mạc do viêm thủng TtM, xuất huyết tiêu hoá từ TtM hoặc tắc ruột do viêm dính từ TtM. Chúng tôi trình bày quá trình chẩn đoán và xử trí chuỗi ca lâm sàng: viêm TtM, viêm phúc mạc do thủng TtM, xuất huyết tiêu hoá từ TtM, tắc ruột do dính từ TtM và trường hợp vô tình phát hiện TtM trong phẫu thuật. Kinh nghiệm qua những tình huống thực tế này giúp minh họa thêm hiểu biết về bệnh sinh và đặc điểm lâm sàng của TtM.

Từ khóa: Túi thừa Meckel, biến chứng túi thừa Meckel, chẹn cắt lớp vi tính.

Meckel's diverticulum, clinical features and complications: Case series and literature review

Dang Tran Khiem^{1,2}, Phan Le Anh Minh^{2,3}, Huynh Quang Nghe², Le Huy Luu^{1,2}

1. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 2. Nguyen Tri Phuong Hospital, 3. Pham Ngoc Thach Medical University

Abstract

Meckel's diverticulum (MD) is an abnormal structure in the small intestine, with a prevalence ranging from 0.6% to 4%. The majority of MD cases are identified incidentally during surgery for other conditions or upon the occurrence of complications. Complications of MD can range from simple inflammation causing abdominal pain to life-threatening conditions, such as peritonitis due to perforated MD, gastrointestinal bleeding, or intestinal obstruction caused by adhesions related to MD. Herein, we present a series of cases

illustrating the diagnosis and management of MD which complicated including MD inflammation, peritonitis due to perforation of MD, gastrointestinal bleeding, intestinal obstruction caused by adhesions related to MD, or incidental detection of MD during surgery. Insights from these clinical scenarios provide a more comprehensive understanding of the pathogenesis and clinical characteristics of MD.

Keywords: Meckel's diverticulum, Meckel's diverticulum complications, computed tomography.

Đặt vấn đề

Năm 1598, phẫu thuật viên người Đức Wilhelm Fabricius Heldanus lần đầu tiên mô tả về tình trạng túi thừa thật ở ruột non [1]. Tiếp sau đó, những nhà giải phẫu khác như Levator và Ruysch cũng mô tả về cấu trúc này vào các năm 1671 và 1730 [2], [3]. Tuy nhiên, mãi đến năm 1809, nhà giải phẫu học người Đức Johann Friedrich Meckel mới xác lập được nguồn gốc phôi thai của cấu trúc túi thừa ruột non được mô tả trước đây. Tên của ông sau đó được đặt cho cấu trúc giải phẫu bất thường này [4].

Túi thừa Meckel là cấu trúc giải phẫu bất thường phổ biến ở ruột non do ống noãn hoàng phát triển không hoàn chỉnh trong thời kì phôi thai. Đây là túi thừa thật dài khoảng 3 cm, có đầy đủ các lớp thành ruột. Túi thừa Meckel có thể tìm thấy cách van hồi manh tràng từ 7 đến 200 cm với vị trí thường gặp nhất cách van hồi manh tràng khoảng 50 cm [5]. Tần suất trong dân số vào khoảng 0,6 - 4,0% trong hầu hết các báo cáo và thường không có triệu chứng lâm sàng [3], [5]. Việc chẩn đoán các thể bệnh túi thừa Meckel thường bị bỏ qua và chỉ phát hiện tình cờ khi phẫu thuật với một chẩn đoán bệnh khác như viêm ruột thừa hoặc viêm phúc mạc, tắc ruột... [5-7]. Một số túi thừa Meckel được phát hiện khi làm chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Các biến chứng của túi thừa Meckel thường bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác của đường tiêu hóa và chỉ được phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn trễ và nặng. Những loại biến chứng của túi thừa Meckel có thể gặp ở dạng đơn giản như viêm đơn thuần gây đau và rối loạn tiêu hoá, đến

tình trạng có thể đe dọa tính mạng như: viêm phúc mạc do thủng túi thừa Meckel, xuất huyết tiêu hóa từ túi thừa Meckel hoặc tắc ruột do viêm dính từ túi thừa Meckel [3], [8].

Trên thực tế, chúng tôi đã gặp gần như toàn bộ những tình huống kể trên, bao gồm cả những trường hợp tình cờ phát hiện khi phẫu thuật bệnh khác, được mô tả qua loạt ca lâm sàng.

Mô tả loạt ca lâm sàng

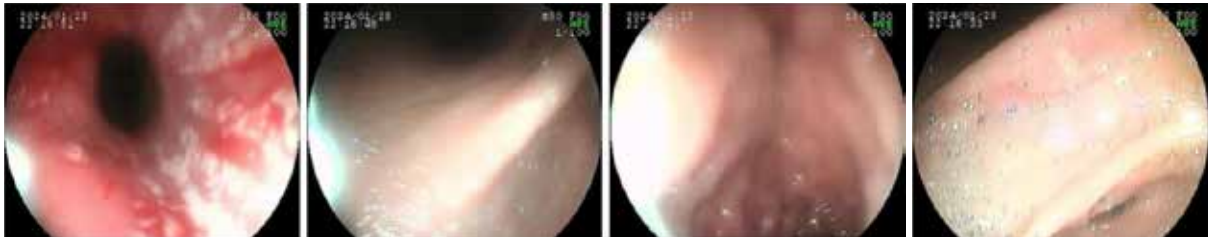
Từ tháng 05/2022 đến tháng 07/2024, chúng tôi ghi nhận một loạt trường hợp liên quan đến nhiều dạng biểu hiện lâm sàng và biến chứng của túi thừa Meckel.

Trường hợp lâm sàng xuất huyết tiêu hóa từ túi thừa Meckel

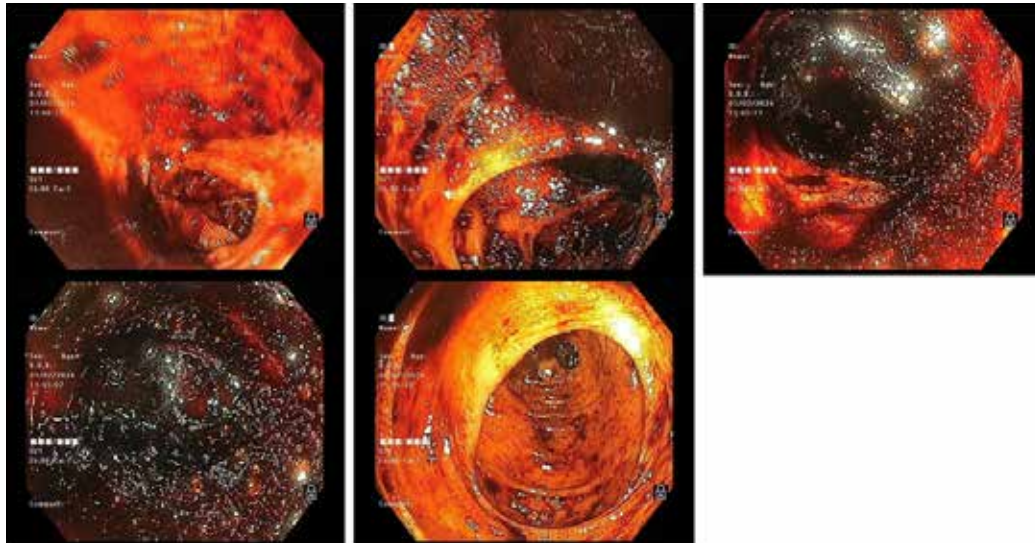
Người bệnh nữ, 57 tuổi, nhập viện vì thiếu máu nặng kèm đi ngoài phân đen. Người bệnh có tiền sử điều trị viêm loét dạ dày tá tràng và có hội chứng Cushing do thuốc. Xét nghiệm lúc nhập viện ghi nhận hemoglobin 37 g/L, hematocrit 13,2%, INR 1,22, số lượng bạch cầu 14,94 K/uL. Các xét nghiệm sinh hoá trong giới hạn bình thường.

Người bệnh được nội soi dạ dày-tá tràng, nội soi đại tràng kết hợp với chụp CLVT bụng chậu có cản quang khảo sát hệ mạch máu tạng 2 lần. Đồng thời, người bệnh được điều trị hồi sức nội khoa, truyền hồng cầu lắng (20 đơn vị), nuôi ăn hỗ trợ trong thời gian 6 ngày đầu sau khi nhập viện.

Kết quả chụp CLVT bụng chậu khảo sát động mạch 2 lần vào ngày 3 và ngày 6 sau nhập viện không ghi nhận hình ảnh thoát thuốc cản quang vào lòng ruột.



A

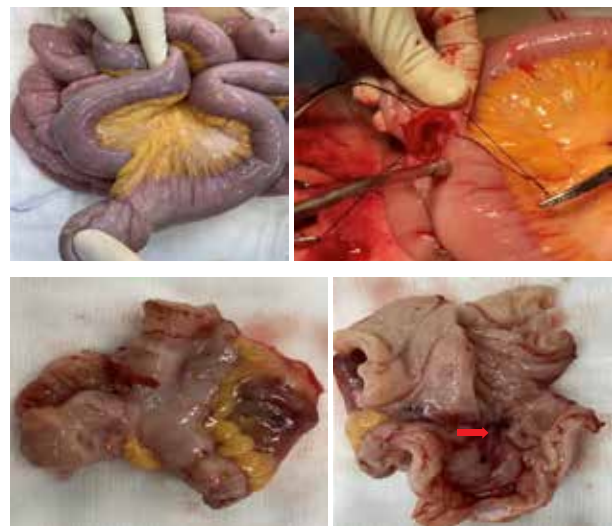


B

Hình 1: (A) Nội soi dạ dày (Ngày 1): Loét hang vị Forrest III. (B) Nội soi đại tràng (Ngày 4): Khung đại tràng và đoạn cuối hồi tràng đọng nhiều máu đỏ nâu.

Người bệnh được chỉ định phẫu thuật vào ngày 6 sau khi điều trị nội không thành công vì tình trạng xuất huyết tiêu hoá tiếp diễn ảnh hưởng tới huyết động. Phẫu thuật nội soi (PTNS) thám sát, chuyển sang đường mổ nhỏ quanh rốn thấy sang thương trong mổ là ngòai mạch máu hoạt động tại chân của túi thừa Meckel, cách van hồi manh tràng khoảng 60 cm (Hình 2). Người bệnh được cắt đoạn hồi tràng chứa túi thừa chảy máu, nối hồi tràng tận-tận.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ghi nhận: viêm túi thừa cấp tính, hai rìa diện cắt không tế bào ác tính. Hậu phẫu người bệnh cải thiện, huyết động học ổn định, không còn đi ngoài phân đen; hemoglobin và hematocrit của người bệnh tăng dần. Người bệnh được xuất viện sau mổ 10 ngày trong tình trạng ổn định.



Hình 2: Hình ảnh túi thừa Meckel xuất huyết trong lúc phẫu thuật (hình trên phải) và bệnh phẩm đoạn ruột non chứa túi thừa Meckel đã cắt (hình dưới) và vị trí chảy máu đã khâu đánh dấu (mũi tên đỏ).

Trường hợp lâm sàng viêm phúc mạc do viêm thủng túi thừa Meckel

Người bệnh nam, 32 tuổi, nhập viện vì đau bụng dữ dội quanh rốn lan ra nửa bụng phải. Trước khi khởi phát cơn đau khoảng 1 giờ, người bệnh chơi với con khoảng 3 tuổi và cho bé nhảy lên bụng nhiều lần. Cơn đau đột ngột tăng dần và lan khắp bụng kèm cảm

giác buồn nôn và vã mồ hôi lạnh, bụng gồng cứng.

Người bệnh được chụp CLVT bụng chậu, ghi nhận có khí và dịch tự do trong ổ bụng và hình ảnh một đoạn ruột non mất liên tục nghỉ thủng (Hình 3A). Công thức máu bạch cầu 14 G/L. Người bệnh được chẩn đoán viêm phúc mạc toàn thể do thủng tạng rỗng và thực hiện PTNS ổ bụng thám sát.



Hình 3: (A) Hình ảnh túi thừa Meckel viêm thủng trên chụp CLVT (vòng tròn đỏ). (B) Hình ảnh túi thừa Meckel viêm thủng trong mổ.

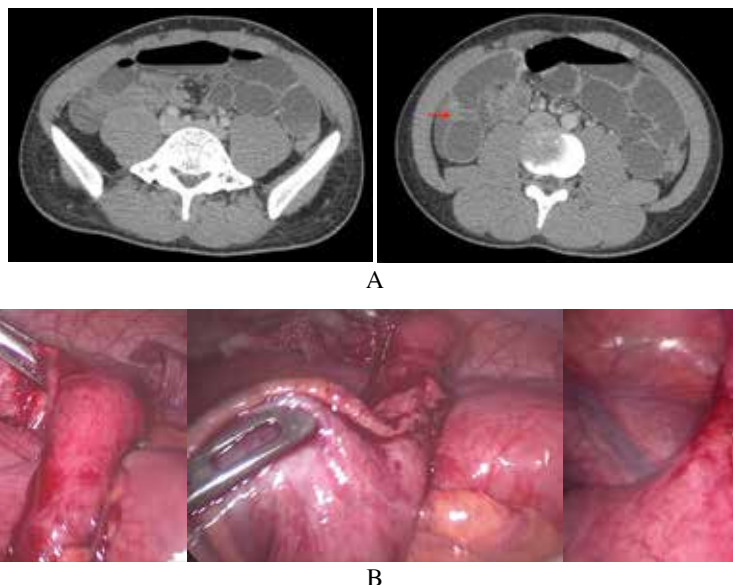
Trong mổ ghi nhận có nhiều dịch đục, có khối viêm ở vùng bụng phải dính chặt vào thành bụng và các quai ruột kế cận. Kíp mổ gỡ dính phát hiện một cấu trúc dạng túi của ruột non, rách toác hơn phân nửa khẩu kính (Hình 3B). Qua thám sát xác định cấu trúc này là túi thừa Meckel. Phần túi thừa viêm thủng được cắt bỏ và đoạn ruột non được khâu lại.

Kết quả giải phẫu bệnh: Viêm túi thừa cấp tính.

người bệnh sau mổ phục hồi tốt và xuất viện sau 4 ngày.

Trường hợp lâm sàng tắc ruột do viêm dính từ túi thừa Meckel

Người bệnh nam 21 tuổi, nhập viện vì đau bụng quặn từng cơn trên nền âm ỉ vùng bụng dưới phải; kèm chướng bụng tăng dần, nôn ói ra dịch thức ăn và bí trung đại tiện. Chụp CLVT ghi nhận tắc ruột non nghỉ do viêm đoạn hồi manh tràng, dịch bụng lượng nhiều.



Hình 4: (A) Hình ảnh MSCT tắc ruột non và hình ảnh quai ruột non thoát vị qua vị trí viêm dính của túi thừa Meckel tương ứng trong mổ (mũi tên đỏ). (B) Hình ảnh túi thừa Meckel viêm dính tạo thành lỗ thoát vị và có quai ruột non chui qua và hình ảnh túi thừa Meckel sau khi được gỡ dính.

Người bệnh được PTNS thám sát, ghi nhận cấu trúc dạng túi thừa nghĩ là túi thừa Meckel ở đoạn hồi tràng viêm dính vào thành bụng tạo thành lỗ thoát vị nội và một phần ruột non chui qua lỗ thoát vị gây tắc ruột. Kíp mổ thực hiện gỡ dính giải phóng lỗ thoát vị và cắt bỏ túi thừa Meckel.

Kết quả giải phẫu bệnh: Phù hợp viêm túi thừa mạn tính.

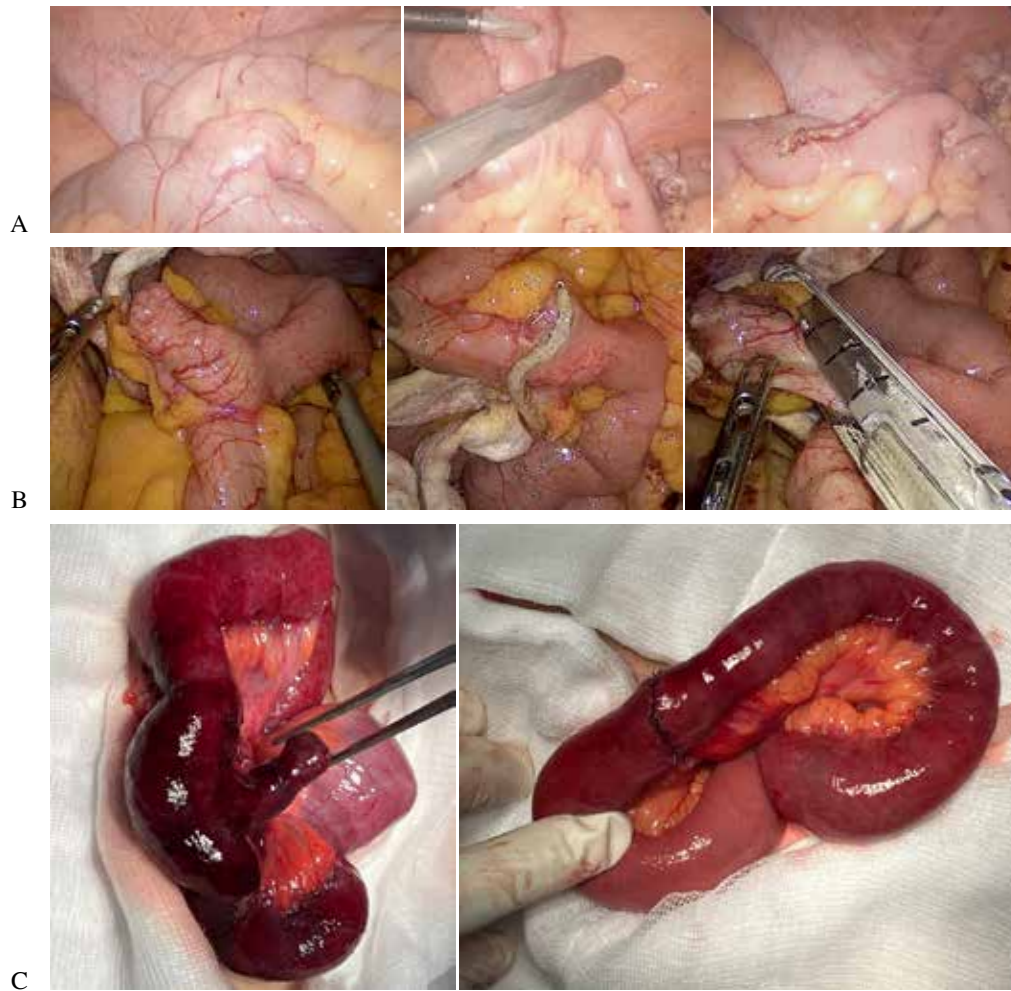
Người bệnh tiếp tục được điều trị tình trạng liệt ruột sau phẫu thuật, lâm sàng cải thiện và được xuất viện sau 7 ngày.

Trường hợp tình cờ phát hiện túi thừa Meckel trong lúc phẫu thuật bệnh khác

Chúng tôi có 4 trường hợp phát hiện túi thừa Meckel tình cờ khi phẫu thuật một bệnh khác. Kết quả được tóm tắt như bảng sau.

Bảng 1: Tóm tắt 4 trường hợp phát hiện và cắt bỏ túi thừa Meckel trong lúc phẫu thuật bụng vì bệnh lý khác

	Trường hợp 1	Trường hợp 2	Trường hợp 3	Trường hợp 4
Lý do phẫu thuật	Nữ, 34 tuổi Chẩn đoán: Viêm ruột thừa cấp Điều trị: PTNS cắt ruột thừa	Nam 39 tuổi Chẩn đoán: Viêm ruột thừa cấp/Chẩn đoán trong mổ: Viêm ruột thừa sung huyết Điều trị: PTNS cắt ruột thừa	Nữ 81 tuổi Chẩn đoán: U đại tràng phải, túi thừa Meckel lớn Điều trị: PTNS cắt đại tràng phải	Nam 51 tuổi Chẩn đoán: Thoát vị bẹn trái nghẹt Điều trị: Mổ mở giải phóng khối thoát vị, cắt bỏ đoạn ruột non hoại tử, có chứa túi thừa Meckel, phục hồi thành bẹn phương pháp Lichtenstein
Tình trạng túi thừa Meckel và sang thương khác	Túi thừa không viêm, cách van hồi manh tràng 50 cm, ruột thừa viêm sung huyết	Túi thừa viêm cách van hồi manh tràng 40 cm, ruột thừa viêm sung huyết	Túi thừa lớn cách van hồi manh tràng 80 cm, không viêm	Túi thừa phát hiện tình cờ trong đoạn ruột non hoại tử (thoát vị Littre)
Xử trí túi thừa	Cắt túi thừa bằng Stapler	Cắt túi thừa bằng Stapler	Cắt túi thừa bằng Stapler	Cắt đoạn hồi tràng hoại tử có chứa túi thừa Meckel
Giải phẫu bệnh	Phù hợp viêm túi thừa mạn tính	Viêm túi thừa cấp tính từ lớp đệm niêm mạc tới thanh mạc	Phù hợp mô túi thừa ruột non	Mô ruột non và túi thừa hoại tử
Kết cuộc điều trị	Xuất viện khỏe mạnh	Xuất viện khỏe mạnh	Xuất viện ổn định	Xuất viện khỏe mạnh



Hình 5: (A) Hình ảnh túi thừa Meckel phát hiện trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa và được cắt bằng Stapler. (B) Hình ảnh túi thừa Meckel được phát hiện trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và được cắt bằng Stapler. (C) Hình ảnh túi thừa Meckel trong khối thoát vị bẹn nghẹt (thoát vị Littre) được cắt bỏ, ruột non được nối tận-tận.

Bàn luận

Túi thừa Meckel là một bất thường giải phẫu ở ruột non thường gặp nhất. Tuy nhiên, chỉ 4,2% - 9,0% trong số này phát triển thành biến chứng trong suốt cuộc đời của người bệnh. Tỷ lệ người bệnh vào viện vì viêm túi thừa Meckel chỉ bằng khoảng một nửa so với viêm ruột thừa cấp [5], [9]. Y văn đã chỉ ra rằng đây vẫn là một thách thức trong chẩn đoán và điều trị do sự trùng lặp triệu chứng với các bệnh khác, sự quan tâm chưa đúng mực và đầy đủ của các nhà lâm sàng với bệnh lý này cũng như biểu hiện lâm sàng đa dạng của chúng [3], [8], [10]. Dựa trên số lượng biến chứng đa dạng của túi thừa Meckel,

các nhà nghiên cứu đã quan sát và thấy rằng một số biến chứng thường gặp hơn ở trẻ em, một số khác thì thường gặp ở người lớn [3]. Cũng như tỷ lệ nam giới mắc bệnh nhiều hơn và đa phần xảy ra ở người trẻ tuổi [5]. Các nghiên cứu cũng cho thấy 3 biến chứng phổ biến nhất của túi thừa Meckel là: tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa và viêm túi thừa (bao gồm cả viêm và thủng túi thừa). Các nghiên cứu khác nhau cũng nhận thấy sự liên quan giữa mô dạ dày lạc chỗ với các biến chứng của túi thừa Meckel đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa và đây cũng là dạng mô lạc chỗ phổ biến nhất được tìm thấy ở túi thừa Meckel, sau đó là mô tụy lạc chỗ [5].

Bảng 2: Biến chứng của túi thừa Meckel: tần suất, nguyên nhân, biểu hiện ở trẻ em/người lớn và triệu chứng lâm sàng [3]

	Xuất huyết	Tắc ruột non	Viêm túi thừa Meckel (Viêm và thủng)		U bướu
Tần suất	25% - 50%	22% - 50%	20%		0,5% - 1,9%
Trẻ em	Thường gặp nhất	Thường gặp thứ hai			
Người lớn	Thường gặp nhất		Thường gặp thứ hai		
Nguyên nhân	Niêm mạc dạ dày và mô tụy lạc chỗ, khối u (u carcinoid, ung thư biểu mô tuyến, u trung mô lành tính, u hạch tố, u lympho, u mô), phytobezoars...	Lồng ruột, xoắn ruột, thoát vị Littre, đa túi thừa, sỏi phân, khối u, tắc phân su, xoắn ruột, tắc ruột do sỏi mật, hạt thực vật...	Viêm túi thừa Tắc nghẽn do: sỏi phân, dị vật, ký sinh trùng, loét niêm mạc hồi tràng do viêm mạc dạ dày lạc chỗ, xoắn túi thừa	Thủng túi thừa Tiến triển của viêm túi thừa: loét niêm mạc hồi tràng lân cận, chấn thương do nuốt phải dị vật, khối u	Nhóm ác tính: carcinoids, u trung mô, adenocarcinoma, u tế bào nhỏ Nhóm lành tính: u mô, u thần kinh và u mạch máu
Triệu chứng	Tiêu máu đỏ bầm hoặc phân có dây máu, nhầy nhớt (thường gặp ở trẻ em) Phân đen và đau bụng quặn cơn (thường gặp ở người lớn) Xuất huyết mạn tính dẫn đến thiếu máu hoặc thiếu sắt	Đau bụng quặn cơn và bí trung đại tiện (tuỳ thuộc vào cơ chế, vị trí tắc và mức độ tắc ruột) Đầy hơi Buồn nôn và nôn Tiêu lỏng Táo bón	Đau hoặc khó chịu vùng bụng mức độ từ trung bình tới nặng Ấn đau ¼ dưới bụng phải, giống viêm ruột thừa cấp Sốt Buồn nôn và nôn	Đau bụng Ấn đau khu trú hoặc khắp bụng với phản ứng dội hoặc đề kháng thành bụng do viêm phúc mạc Dẫn các quai ruột Sốt Buồn nôn và nôn	Khối u có thể có nhiều biểu hiện như: cơn đau bụng cấp, thủng túi thừa, chảy máu, lồng ruột và tắc ruột dẫn đến các tình trạng cấp cứu

Có một số giả thuyết được đặt ra về tính chất khác nhau giữa tỉ lệ biến chứng của túi thừa Meckel ở trẻ em và người lớn. Một nghiên cứu của Negrea và Gheban công bố năm 2012 đã cho thấy mật độ các sợi thần kinh ở thành túi thừa Meckel được lát bằng niêm mạc ruột nhiều hơn so với niêm mạc dạ dày lạc chỗ và thành hồi tràng. Điều này gợi ý rằng mật độ thần kinh cao hơn dẫn đến nhu động ruột tại chỗ mạnh hơn có thể gây lồng ruột ở túi thừa Meckel. Mật độ này giảm dần theo tuổi, do đó giải thích được lý do tại sao các biến chứng của túi thừa Meckel thường gặp ở người trẻ tuổi [11]. Trong một nghiên cứu khác của Yi-Yuan Tseng và cộng sự công bố năm 2009 đã đề xuất giả thuyết rằng sự bài tiết acid của niêm mạc dạ dày lạc chỗ ở túi

thừa Meckel giảm dần theo độ tuổi tăng dần. Điều này cũng giúp giải thích cho tần suất xuất huyết túi thừa thường gặp hơn ở trẻ lớn hơn và tắc ruột thừa gặp ở trẻ nhỏ tuổi hơn [12]. Năm 2013, Chen-Chuan Huang và cộng sự công bố một nghiên cứu hồi cứu 100 trẻ em có túi thừa Meckel đã ghi nhận sự bài tiết acid ở nam giới cao hơn ở nữ. Điều này giải thích cho lý do nam giới có tỉ lệ bị biến chứng túi thừa Meckel cao hơn nữ giới đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa [13].

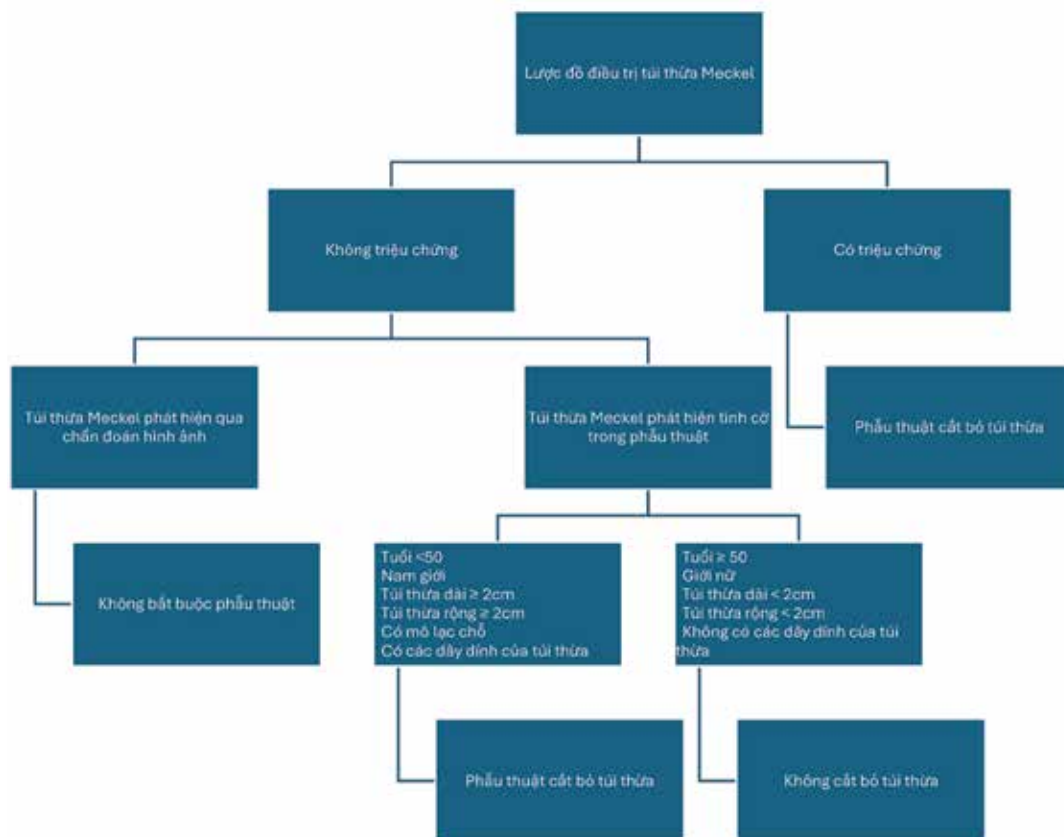
Chẩn đoán bệnh lý của túi thừa Meckel vẫn còn là một thách thức lớn, thường nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm loét đại tràng, viêm dạ dày ruột, cơn đau quặn mật, viêm túi thừa đại tràng và đặc biệt là viêm ruột thừa cấp. Do bệnh cảnh lâm sàng

dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác nên thường người bệnh bị chậm trễ trong chẩn đoán, dẫn đến tăng tỉ lệ tử vong, đặc biệt ở người cao tuổi [2].

Hiện tại, phẫu thuật cắt túi thừa hoặc cắt đoạn ruột non chứa túi thừa là phương pháp được lựa chọn phổ biến cho trường hợp túi thừa Meckel có biến chứng. Một số tác giả ưu tiên chọn cắt đoạn ruột non chứa túi thừa hơn là cắt túi thừa đơn thuần nhằm lấy bỏ toàn bộ mô dạ dày/tụy lạc chỗ trên thành ruột [1]. Tuy nhiên, điều trị túi thừa Meckel tình cờ phát hiện trong phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu của Zani và cộng sự cho thấy rằng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt túi thừa Meckel dự phòng là 5,3% trong khi để lại túi thừa thì chỉ có 1,3% trường hợp phát triển thành biến chứng. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu cũng ước tính cần phải cắt bỏ khoảng 750 túi thừa Meckel để ngăn chặn một người bệnh có nguy cơ phát triển thành biến chứng. Trong

khi đó, Cullen và cộng sự lại không đồng ý quan điểm này và cho rằng nguy cơ phát triển túi thừa Meckel có triệu chứng không giảm theo tuổi tác và cho rằng cắt bỏ dự phòng được khuyến nghị trừ phi có các chống chỉ định như viêm phúc mạc toàn thể hoặc các tình trạng khác khiến việc cắt bỏ trở tiềm ẩn nhiều tai biến, biến chứng hơn [4].

Một số tác giả khác lại ủng hộ việc cắt bỏ dự phòng túi thừa Meckel phải thỏa một số tiêu chí nhất định làm tăng khả năng phát triển thành biến chứng của túi thừa Meckel. Nghiên cứu hồi cứu của Mayo Clinic từ năm 1950 tới năm 2002 khảo sát 1476 người bệnh đã xác định được 4 tiêu chí: giới tính nam, dưới 50 tuổi, chiều dài túi thừa lớn hơn 2 cm và có mô lạc chỗ. Khi người bệnh có túi thừa Meckel đáp ứng lần lượt từ 1 đến 4 tiêu chí, thì tỉ lệ người bệnh sẽ phát triển thành túi thừa Meckel có triệu chứng sẽ tăng dần từ 17%, 25%, 42% đến 70% [1].



Hình 6: Lược đồ điều trị túi thừa Meckel của tác giả Kuru [3]

Kết luận

Biểu hiện lâm sàng của bệnh túi thừa Meckel rất đa dạng, trong đó viêm túi thừa Meckel thường bị chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa cấp. Xuất huyết tiêu hóa, viêm phúc mạc và tắc ruột do viêm túi thừa Meckel là các biến chứng nặng cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Túi thừa Meckel phát hiện tình cờ khi phẫu thuật bệnh lý khác là tình huống thường gặp. Trong trường hợp này, việc cắt bỏ túi thừa Meckel dự phòng để tránh biến chứng là một lựa chọn điều trị cần được cân nhắc.

Tài liệu tham khảo

1. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005;241(3):529-533. doi:10.1097/01.sla.0000154270.14308.5f
2. Malik AA, Shams ul B, Wani KA, Khaja AR. Meckel's diverticulum-Revisited. *Saudi J Gastroenterol.* 2010;16(1):3-7. doi:10.4103/1319-3767.58760
3. Kuru S, Kismet K. Meckel's diverticulum: clinical features, diagnosis and management. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110(11):726-732. doi:10.17235/reed.2018.5628/2018
4. Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, Hodge DO, Zinsmeister AR, Melton LJ. Surgical management of Meckel's diverticulum. An epidemiologic, population-based study. *Ann Surg.* 1994;220(4):568-569. doi:10.1097/00000658-199410000-00014
5. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine* (Baltimore). 2018;97(35):e12154. doi: 10.1097/MD.00000000000012154
6. Hivre M, Ghongade P, Patil PU, Gupta A, Gupta D. Tubercular Meckel diverticulitis mimicking acute appendicitis. *Saudi J Gastroenterol.* 2023;12(1):64-66. doi:10.4103/sjhs.sjhs_2_23
7. Bejiga G, Ahmed Z. Gangrenous Meckel's diverticulum with small bowel obstruction mimicking complicated appendicitis: Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022;97doi:10.1016/j.ijscr.2022.107419
8. Bayissa BB, Yahya A. The uncommon complications of Meckels diverticulum: A single center case series study and literature review. *Int J Surg Open.* 2023;54doi:10.1016/j.ijso.2023.100613
9. Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? *Ann Surg.* 2008;247(2):276-281 doi:10.1097/SLA.0b013e31815aaaf8
10. Ajman HB, Majid Z, Tahir F, Sagheer S. Axial Torsion and Gangrene: An Unusual Complication of Meckel's Diverticulum. *Cureus.* 2020;12(1)doi:10.7759/cureus.6702
11. Negrea V, Gheban D. Nervous structure of Meckel's diverticulum in children. *Rom J Morphol Embryol.* 2012;53(3):573-6.
12. Tseng YY, Yang YJ. Clinical and diagnostic relevance of Meckel's diverticulum in children. *Eur J Pediatr.* 2009;168(12):1519-23. doi:10.1007/s00431-009-1023-z
13. Huang CC, Lai MW, Hwang FM, Yeh YC, Chen SY, Kong MS, et al. Diverse presentations in pediatric Meckel's diverticulum: a review of 100 cases. *Pediatr Neonatol.* 2014;55(5):369-75. doi:10.1016/j.pedneo.2013.12.005