

Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp: Màng ngăn tá tràng ở người lớn

Hoàng Phúc Thanh^{1,2}, Lê Việt Khánh², Dương Trọng Hiền^{1,2}

1. Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Địa chỉ liên hệ:

Hoàng Phúc Thanh,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0983 685 402
Email: phuc thanh.2402.hmu@
gmail.com

Ngày nhận bài: 09/9/2025

Ngày chấp nhận đăng:
13/10/2025

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Màng ngăn tá tràng là dị tật bẩm sinh hiếm gặp, thường được phát hiện ở trẻ sơ sinh, ở người lớn rất hiếm. Chiến lược tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh lý màng ngăn tá tràng còn nhiều thách thức và thường chậm trễ. Tại đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp người bệnh 31 tuổi được chẩn đoán màng ngăn tá tràng và phẫu thuật cắt màng ngăn nối thông tá hỗng tràng. Người bệnh hồi phục tốt sau 4 tháng. Màng ngăn tá tràng ở người trưởng thành dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm. Nội soi kết hợp chẩn đoán hình ảnh có giá trị gợi ý. Phẫu thuật là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, giúp phục hồi lưu thông ruột và cải thiện chất lượng sống.

Từ khóa: Màng ngăn tá tràng, Dị tật bẩm sinh, Tắc nghẽn tá tràng, Người lớn.

Rare clinical case report: Duodenal web in the adult

Hoang Phuc Thanh^{1,2}, Le Viet Khanh², Duong Trong Hien^{1,2}

1. University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, 2. Viet Duc University Hospital

Abstract

Duodenal webs are a rare congenital anomaly and are exhibited infrequently in the adults. The strategy of diagnosis and definitive management is challenging and commonly delayed. We report a case of a 31-year-old patient was admitted with abdominal pain and diagnosed of duodenal webs by endoscopy and imaging, underwent surgical excision of the web with duodenojejunostomy. Histopathology examination of postoperative specimen demonstrates the chronic inflammation without malignancy. The patient recovered

well and was nearly asymptomatic at 4-month follow-up. Adult duodenal web is exceptionally rare and easily misdiagnosed. Combined endoscopic and imaging evaluation is crucial for diagnosis. Surgical excision remains the gold standard treatment, restoring luminal patency and improving outcomes.

Keywords: Duodenal web, Congenital anomaly, Duodenal obstruction, Adult.

Đặt vấn đề

Màng ngăn tá tràng là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của đường tiêu hóa, chiếm khoảng 1/10.000 đến 1/40.000 trẻ em sinh sống.[1] Màng ngăn là một cấu trúc màng được hình thành trong lòng tá tràng có thể gây cản trở lưu thông một phần hay toàn bộ tá tràng. [2] Trường hợp màng ngăn có lỗ thủng ở giữa vẫn cho phép lưu thông ruột một phần, khiến các triệu chứng nhẹ, mơ hồ kéo dài đến tuổi trưởng thành. Hiện nay tỉ lệ mắc bệnh ở người lớn vẫn chưa được biết rõ.[1]

Việc chẩn đoán dị tật này ở người lớn gặp nhiều khó khăn và thường chậm trễ do các triệu chứng không đặc hiệu và có sự liên quan với các dị tật bẩm sinh khác.[3]

Màng ngăn tá tràng có thể được cắt bỏ hoàn toàn hoặc nông giãn ra bằng phẫu thuật hoặc bằng can thuật nội soi dạ dày tá tràng. Báo cáo này trình bày một trường hợp màng ngăn tá tràng được phát hiện và điều trị thành công bằng phẫu thuật ở người trưởng thành.

Ca lâm sàng

Người bệnh nữ, 31 tuổi, nhập viện vì đau bụng vùng hạ sườn phải và thượng vị kèm theo nôn nhiều sau ăn trong vòng 4 tháng gần đây. Các triệu chứng tăng dần và sụt khoảng 4 kg trong 1 tháng. Người bệnh có tiền sử điều trị ổn định viêm tụy cấp một đợt cách 4 tháng bằng nhịn ăn và truyền dịch. Không có tiền sử bệnh bẩm sinh được chẩn đoán. Đợt này người bệnh khám tại tuyến cơ sở được chẩn đoán là theo dõi u tá tràng với hình ảnh dày thành tá tràng trên phim chụp cộng hưởng từ ổ bụng (MRI) (Hình 1). Người bệnh được chuyển đến khám tại bệnh viện tuyến chuyên khoa.



Hình 1: Hình ảnh dày thành tá tràng trên phim chụp cộng hưởng từ ổ bụng (mũi tên)

Khám lâm sàng thời điểm nhập viện người bệnh tỉnh táo, bụng không chướng, đau vùng thượng vị, không có khối bất thường. Người bệnh có các đợt viêm tụy cấp tái diễn trong đợt điều trị đặc biệt xuất hiện sau ăn đường miệng và giảm khi nhịn ăn. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân khác không thấy tình trạng tắc mật (Bilirubin toàn phần 15,0 umol/l, Bilirubin trực tiếp 2,9 umol/l), không có viêm tụy tự miễn (IgG4 17,70 mg/dL).

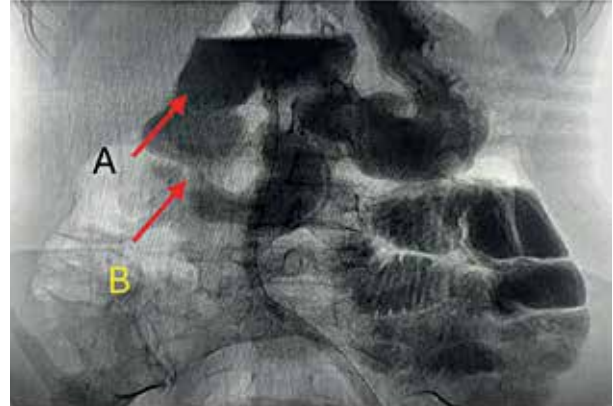
Nội soi dạ dày lần đầu thấy đoạn tá tràng D2 thành dày gây hẹp lòng tá tràng, máy soi không đi qua được. Siêu âm nội soi không phát hiện khối u bất thường của tá tràng hay đầu tụy. Khi tình trạng viêm tụy giảm, người bệnh được tiến hành chụp phim cộng hưởng từ, kết quả cho thấy hình ảnh dày nhẹ thành tá tràng đoạn D2, theo dõi túi thừa gố dưới tá tràng. Nội soi dạ dày lần 2 cho thấy hành tá tràng giãn lớn, D2 tá tràng có đoạn niêm mạc co rút, cuộn vào trong lòng tá tràng. Không quan sát thấy nhú tá lớn (Hình 2). Chụp CT-scan có uống thuốc

cản quang không thấy rõ được hình ảnh màng ngăn tá tràng, theo dõi hội chứng kìm động mạch, lồng 1 đoạn gối dưới vào đầu D3 tá tràng. Đầu tụy tăng

kích thước 26mm, ống tụy giãn nhẹ 4mm. XQ có uống thuốc cản quang thấy D1, D2 tá tràng giãn nghi ngờ có điểm thắt nhỏ lại tại D2 (Hình 3).



Hình 2: D2 tá tràng có đoạn niêm mạc rúm hẹp lại cuộn vào trong lòng tá tràng (mũi tên)



Hình 3: Hình ảnh XQ có uống thuốc cản quang thấy giãn lớn D1 (mũi tên A) và nghi ngờ điểm thắt nhỏ D2 (mũi tên B)

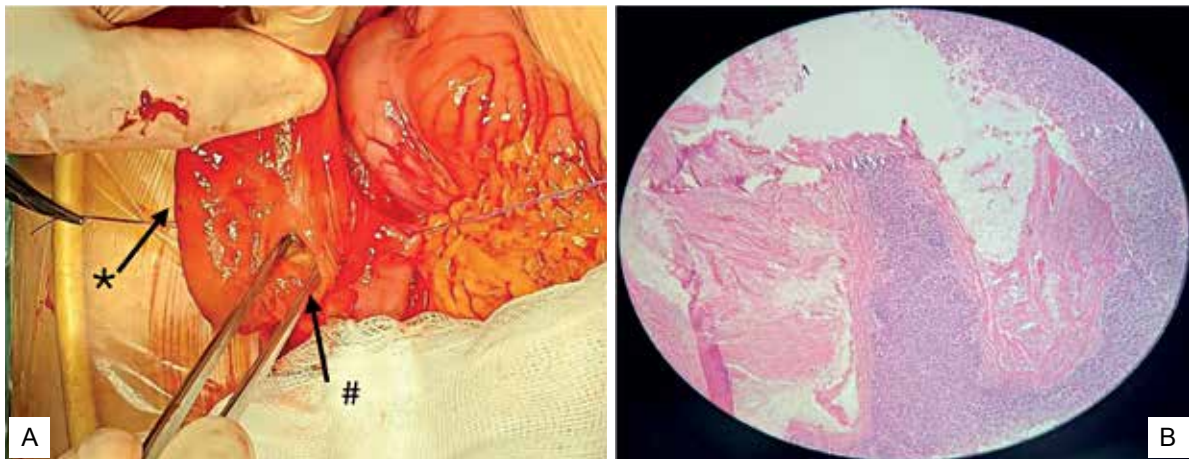
Nội soi dạ dày lần 3 cho thấy ứ đọng bã thức ăn ở D2 tá tràng, theo dõi tổn thương màng ngăn tá tràng đường kính 8mm (Hình 4).



Hình 4: Hình ảnh bã thức ăn trong lòng D2 tá tràng và tổn thương theo dõi là màng ngăn tá tràng

Người bệnh được chỉ định phẫu thuật cắt màng ngăn tá tràng. Thăm dò ban đầu cho thấy hành tá tràng và đoạn đầu tá tràng giãn, đoạn D2 tá tràng bên ngoài có vị trí thắt ngang hẹp hơn, nhu mô đầu tụy mềm mại, góc giữa động mạch mạc treo tràng

trên và động mạch chủ hẹp do mất lớp mỡ. Quyết định mở dọc D2 kiểm tra thấy tổn thương màng ngăn tá tràng không hoàn toàn có lỗ đường kính khoảng 8mm. Nhú tá lớn nằm ngay sát chân thành sau màng ngăn và bị che lấp (Hình 5A).



Hình 5: (A) Đường mổ dọc tá tràng và màng ngăn được kéo lộn ra ngoài (mũi tên *) với lỗ thông nhỏ khoảng 8mm (mũi tên #), (B) mô bệnh học bệnh phẩm màng ngăn tá tràng sau mổ

Màng ngăn được cắt bỏ và một quai hồi tràng được đưa lên nối với vị trí mổ tá tràng. Đặt ống thông mũi tá tràng trong mổ và rút bỏ vào ngày thứ 5 khi người bệnh đã dung nạp được chế độ ăn bằng đường uống.

Hai mảnh bệnh phẩm kích thước 3,5x3 cm và 3x3cm cho kết quả mô bệnh học: tổ chức niêm mạc tá tràng viêm mạn tính, không có tế bào ác tính (Hình 5B).

Người bệnh diễn tiến hồi phục sau mổ tốt tuy nhiên triệu chứng đầy bụng sau ăn không liên tục do chậm làm rỗng dạ dày do tình trạng giãn mạn tính của tá tràng trước đó. Người bệnh được xuất viện vào ngày thứ 10 sau phẫu thuật mà không có biến chứng. Các triệu chứng chướng bụng sau ăn không liên tục của người bệnh giảm dần trong tháng đầu và người bệnh tăng được 2kg. Thời điểm kiểm tra lại sau 4 tháng tình trạng ăn uống được cải thiện tốt không còn triệu chứng khó chịu sau ăn

Bàn luận

Dị tật màng ngăn tá tràng là hậu quả của quá trình tái thông lòng ruột không hoàn toàn trong quá trình phát triển của ruột trong thời kỳ phôi thai và thường thấy ở phần thứ hai của tá tràng vì đây là phần cuối cùng được tái thông.[4] Theo thời gian dưới tác động của nhu động ruột màng này dần dần

bị đẩy ra xa, tạo ra hình ảnh giống như một chiếc túi và dấu hiệu “windsock deformity” đặc trưng trên hình ảnh chụp cản quang.[5] Điều này cho phép giải thích triệu chứng nôn sau ăn và viêm tụy tái lại nhiều lần ở người bệnh của chúng tôi sau khi người bệnh ăn trở lại, túi thức ăn gây bí tắc nhú tá lớn là nguyên nhân.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là chướng bụng, đau và nôn do tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần. [3] Theo các báo cáo đã công bố, dị tật này có thể là độc lập hoặc kết hợp với các dị tật bẩm sinh khác như tụy hình nhẫn hay tụy đôi, đây là nguyên nhân gây viêm tụy ở cả trẻ em và người lớn.[6,7] Hiện nay chưa có bộ tiêu chuẩn riêng chính thức để chẩn đoán màng ngăn tá tràng, các chẩn đoán chủ yếu dựa vào các báo cáo và mô tả kinh điển về bệnh với các đặc điểm: biểu hiện lâm sàng tắc nghẽn tá tràng, hình ảnh giãn dạ dày – tá tràng, “bóng đôi” (double bubble) hay “windsock deformity” trên X-quang có cản quang và thấy màng ngăn tá tràng qua nội soi định hướng đến chẩn đoán trước mổ là màng ngăn tá tràng, chẩn đoán xác định cần được thực hiện dựa trên thăm dò trong mổ.[8] Trong trường hợp của chúng tôi, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng ban đầu hướng đến một tình trạng viêm tụy cấp thể rãnh. Tuy nhiên kết quả nội soi dạ dày tá tràng, chụp X-quang có cản quang và MRI có kết quả gợi ý về

một màng ngăn tá tràng không hoàn toàn, thăm dò trong mổ giúp chẩn đoán xác định tình trạng màng ngăn tá tràng.

Điều trị phẫu thuật là phương pháp chính được các tác giả ủng hộ. Phương pháp này bao gồm mổ dọc tá tràng sau đó cắt bỏ màng ngăn tá tràng. [1,9] Trong những năm gần đây, đã có báo cáo về phương pháp điều trị cắt hoặc nong màng ngăn qua nội soi dạ dày tá tràng. [10] Một số tác giả cho rằng phương pháp này có lợi vì là can thiệp tối thiểu không để lại sẹo nhưng lại đi kèm với nguy cơ cắt bỏ không hoàn toàn, thủng tá tràng, chảy máu và cần nong nhiều lần. [6,7] Trong trường hợp của chúng tôi, chúng tôi đã phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn màng ngăn và thực hiện miệng nối tá tràng – hỗng tràng do nhú tá lớn nằm rất sát với màng ngăn và hội chứng kim động mạch ở người bệnh. Hiện tại bệnh nhân đã phẫu thuật được 4 tháng và không còn triệu chứng.

Trong trường hợp báo cáo, người bệnh được chẩn đoán tương đối đầy đủ nhờ phối hợp giữa nội soi, CT-scan và MRI. Phẫu thuật được thực hiện thành công, giúp cải thiện triệu chứng rõ rệt.

Kết luận

Màng ngăn tá tràng là một dị tật hiếm gặp, có thể tồn tại đến tuổi trưởng thành với triệu chứng không đặc hiệu. Cần nghĩ đến chẩn đoán này ở các người bệnh có triệu chứng tắc nghẽn tá tràng mạn tính hay viêm tụy tái diễn nhưng không rõ nguyên nhân. Việc phối hợp nội soi và chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp phục hồi lưu thông tá tràng và cải thiện chất lượng sống.

Tài liệu tham khảo

1. Ladd AP, Madura JA. Congenital Duodenal Anomalies in the Adult. Arch Surg. 2001;136(5):576-584. doi:10.1001/archsurg.136.5.576
2. Morris G, Kennedy A, Cochran W. Small Bowel Congenital Anomalies: a Review and Update. Curr Gastroenterol Rep. 2016;18(4):16. doi:10.1007/s11894-016-0490-4
3. Savino A, Rollo V, Chiarelli F. Congenital duodenal stenosis and annular pancreas: a delayed diagnosis in an adolescent patient with Down syndrome. Eur J Pediatr. 2007;166(4):379-380. doi:10.1007/s00431-006-0241-x
4. Gupta R, Mathur P, Gubbi S, Gupta PK, Shukla R, Bhandari A. More Distally Located Duodenal Webs: A Case Series. J Neonatal Surg. 2016;5(4):56. doi:10.52783/jns.v5.321
5. Singh A, Sharma C, Barolia D, Raipuria G, Chaturvedi V. Delayed presentation of the duodenal web with malrotation. Menoufia Med J. 2020;33(4):1418-1420. doi:10.4103/mmj.mmj_272_18
6. Alizai NK, Puntis JWL, Stringer MD. Duodenal web presenting with acute pancreatitis. J Pediatr Surg. 1997;32(8):1255-1256. doi:10.1016/S0022-3468(97)90696-5
7. Kollias J, Toouli J. Duodenal Web and Pancreas Divisum Causing Pancreatitis in an Adult. HPB Surg. 1994;7(3):231-235. doi:10.1155/1994/58620
8. Applebaum H, Sydorak R. Chapter 81 - Duodenal Atresia and Stenosis—Annular Pancreas. In: Coran AG, ed. Pediatric Surgery (Seventh Edition). Mosby; 2012:1051-1057. doi:10.1016/B978-0-323-07255-7.00081-7
9. Jangid MK, Ahmad R, Pandre S. Delayed presentation of a congenital duodenal web managed successfully with incision of web. BMJ Case Rep CP. 2020;13(12):e237307. doi:10.1136/bcr-2020-237307
10. Wu L, Jia G, Hu Y, Zhu L, Wang S. A rare case of duodenal diaphragm in an adult during ERCP treatment for choledocholithiasis. BMC Surg. 2020;20(1):273. doi:10.1186/s12893-020-00934-1