

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THOÁT VỊ QUA LỖ BỊT HIỂM GẤP

Nguyễn Hoàng Minh Thi, Nguyễn Hữu Trí, Nguyễn Thanh Thảo
Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

Tóm tắt

Thoát vị bịt là một loại thoát vị vùng chậu hiếm gặp, chiếm tỉ lệ # 1% các trường hợp thoát vị trong ổ bụng. Triệu chứng lâm sàng thường không điển hình và dễ bị bỏ sót. Chẩn đoán thoát vị bịt chủ yếu dựa vào các kỹ thuật chẩn đoán như hình ảnh cắt lớp vi tính và siêu âm. Chúng tôi giới thiệu một trường hợp thoát vị bịt ở một bệnh nhân nữ, lớn tuổi, đã được chẩn đoán và điều trị thành công tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Từ khóa: thoát vị bịt, tắc ruột cơ học, tắc ruột non, thoát vị Richter, nghẹt.

Abstract

OBTURATOR HERNIA: A CASE REPORT

Nguyen Hoang Minh Thi, Nguyen Huu Tri, Nguyen Thanh Thao
Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University

Obturator hernia is a rare pelvic hernia which accounts for 1% of all abdominal hernia. Clinical manifestation is usually unspecific. Obturator hernia is often diagnosed by computed tomography or ultrasound. We present a case of obturator hernia in an elderly women who was successfully diagnosed and treated at Hue University of Medicine and Pharmacy.

Keywords: obturator hernia, mechanical obstruction, intestinal obstruction, Richter obturator hernia, strangulation

1. GIỚI THIỆU

Thoát vị bịt là trường hợp thoát vị vùng chậu hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 0,07-1,4% các trường hợp thoát vị trong ổ bụng và chiếm 0,2-5,8% trong các nguyên nhân gây tắc ruột [1], [13]. Theo Sommenet và Coxam đến năm 1961 mới có khoảng 500 trường hợp thoát vị lỗ bịt được thông báo [12].

Thoát vị bịt hay xảy ra ở phụ nữ lớn tuổi, thể trạng gầy, từng sinh đẻ nhiều lần hay ở những bệnh nhân có bệnh lý mạn tính gây tăng áp lực trong ổ bụng (ví dụ như báng, COPD, ho mạn tính) [3], [5], [12].

Triệu chứng lâm sàng ban đầu không đặc hiệu; thoát vị bịt thường được phát hiện khi có biểu hiện của tình trạng hoại tử, viêm phúc mạc do thủng vì vậy tỷ lệ biến chứng và tử vong do thoát vị bịt vẫn khá cao [4].

Hầu hết các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật vì tắc ruột và được chẩn đoán trong khi phẫu thuật. Tỷ lệ chẩn đoán tiền phẫu chỉ khoảng 10-30 % [12]. Hơn 90 % bệnh nhân bị thoát vị bịt được đưa vào bệnh viện với tắc ruột cấp tính, có biểu hiện đau bụng, buồn nôn, nôn mửa [1]. Dấu hiệu Howship-Romberg: đau dọc theo mặt trong của đùi đến đầu gối do sự đè ép lên nhánh trước thần kinh bịt do các thành phần của khối thoát vị, hiện diện trong 15-50 % trường hợp [3], [8], [9], [13], [14]. Tuy nhiên, các dấu hiệu đau này thường bị nhầm lẫn với đau do nguyên

nhân thần kinh cơ, đau khớp phổ biến ở những bệnh nhân lớn tuổi và thường bị bỏ qua. Một dấu hiệu lâm sàng khác của thoát vị bịt là dấu Hannington-Kiff, bệnh nhân không thực hiện được phản xạ khép đùi [1], [7], [14].

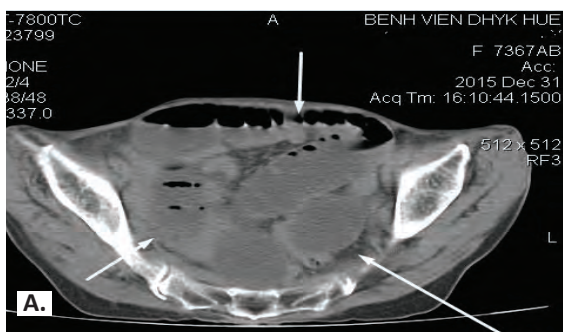
Thoát vị lỗ bịt xảy ra ở ống bịt hay còn gọi là ống dưới mu. Đó là một ống cấu tạo bằng xương và xơ dài 2-3 cm, đường đi của ống chéo xuống dưới ra trước và vào trong, thông giữa khoang chậu hông bé với phần trước trong của đùi, đi qua phần trên của lỗ bịt. Ống bịt có 2 lỗ: lỗ sau và lỗ trước. Lỗ sau nằm trong chậu hông bé có hình bầu dục. Bọc quanh lỗ ở phía dưới là cung xơ của cân cơ bịt trong. Đây là nguyên nhân làm thoát vị bịt hay bị nghẹt. Lỗ này ở dưới hố bẹn trong, giữa bờ của bàng quang và động mạch rốn, được phủ bởi phúc mạc thành và tổ chức tế bào dưới phúc mạc. Lỗ trước ở đùi có giới hạn dưới là dải dưới mu và được che phủ bởi cơ lược. Thần kinh bịt, động mạch bịt và tĩnh mạch bịt đi trong ống bịt và xếp theo thứ tự từ trên xuống dưới. Thành phần thoát vị có thể gặp: ruột non (hay gặp nhất), đại tràng, ruột thừa, túi thừa Meckel, mạc nối, vòi tử cung, thậm chí tử cung [5].

2. BÁO CÁO CA BỆNH

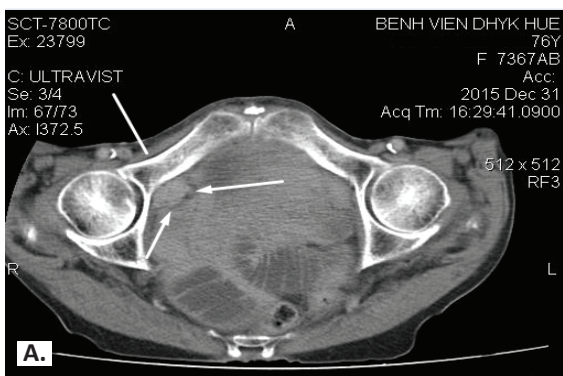
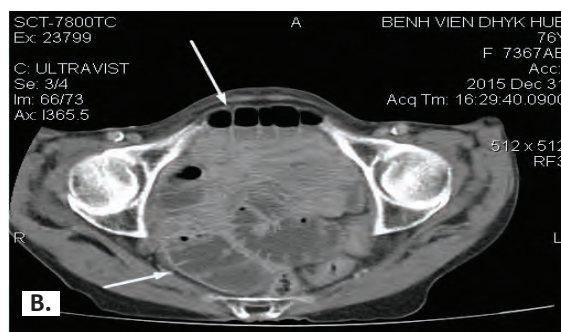
Bệnh nhân Châu Thị H., nữ, 76 tuổi, nhập viện ngày 28/12/2015 tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trường

Đại học Y Dược Huế vì đau quặn bụng. Khởi bệnh cách nhập viện 4 ngày với đau quặn bụng quanh rốn và hông hai bên, đau tăng dần, không lan; nôn ra ít dịch và không đại tiện được. Tiền sử cá nhân mỡ lầy sỏi và tán sỏi thận ngoài cơ thể nhiều lần. Số lượng bạch cầu tăng cao (15,41 G/l); CRP tăng (18,02 mg/dl); điện giải đồ K, Na, Cl giảm nhẹ (các chỉ số lần lượt 2,99; 131, 91,9 mmol/l); bạch cầu niệu. Siêu âm bụng ghi nhận: sỏi bể thận hai bên/hai thận xơ giãn ứ nước độ I. Nang thận phải. Các quai ruột phù nề, ứ dịch, tăng nhu động. Bệnh nhân được điều trị tại khoa Ngoại thận tiết niệu với chẩn đoán nhiễm trùng đường tiểu/Sỏi thận hai bên/Suy dinh dưỡng (BMI =12). Trong quá trình nằm viện, bệnh nhân vẫn còn nôn ít, nôn ra dịch trong, đau bụng lâm râm và không đại tiện được. Lúc này được chỉ định nội soi dạ dày (31/12/2015), phát hiện dạ dày giãn lớn, lòng dạ dày và thực quản có nhiều dịch mật trào ngược lên nên nghĩ nhiều đến tắc ruột phần hạ lưu. Bệnh nhân được chỉ định siêu âm bụng lần hai, lúc này ghi nhận hình ảnh nghĩ đến tắc ruột non (các quai ruột non giãn toàn bộ, phù nề, ứ dịch; còn khung đại tràng xẹp). Xquang bụng đứng cho thấy một vài quai ruột non giãn và hình ảnh mức hơi dịch. Bệnh nhân được chỉ định chụp

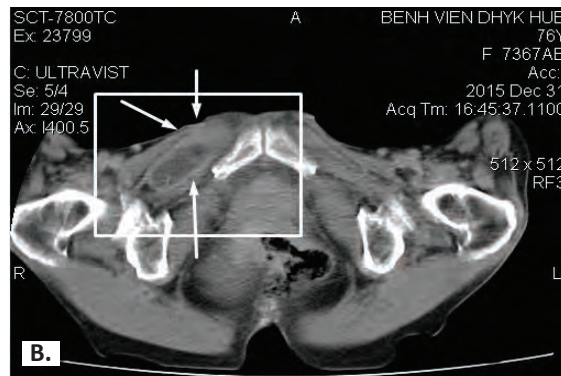
cắt lớp vi tính bụng ngay sau đó. Kết quả chụp cắt lớp vi tính cho thấy các quai ruột non giãn đường kính 35 mm, thành dày nhẹ, phù nề nhưng còn ngấm thuốc đồng đều, tắc đột ngột vị trí hố chậu phải. Hình ảnh thoát vị của quai ruột vùng bẹn phải, cổ túi thoát vị đi dưới ngành trên xương mu, thành còn ngấm thuốc (Hình 1 & Hình 2). Khung đại tràng không giãn. Siêu âm kiểm tra lại sau chụp cắt lớp vi tính bụng, thấy có hình ảnh một quai ruột chui xuống phía dưới ngành trên xương mu phải, nhu động giảm đáng kể (Hình 3). Triệu chứng lâm sàng lúc này ít thay đổi so với lúc nhập viện, nôn giảm, vẫn còn táo bón, bụng mềm, không sờ thấy khối thoát vị ở bẹn và đùi trước và sau khi làm nghiệm pháp gắng sức, dấu hiệu Howship-Romberg (+/-), Hannington-Kiff (-). Cuối cùng, bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị qua lỗ bịt phải và được phẫu thuật cấp cứu ngay sau đó. Lúc mở bụng đường giữa dưới rốn vào ổ phúc mạc, thấy có dịch xuất tiết hồng và thành của hồng tràng cách góc Treitz 80 cm chui vào ống bịt bên phải gây tắc ruột (Hình 4). Đoạn trên giãn lớn, đoạn dưới xẹp. Giải phóng đoạn ruột ra khỏi ống bịt, ủ ấm, thấy hồng trở lại. Vuốt hơi và dịch trên chỗ tắt lên dạ dày, hút qua sonde dạ dày. Khâu ống bịt. Hậu phẫu ổn định.

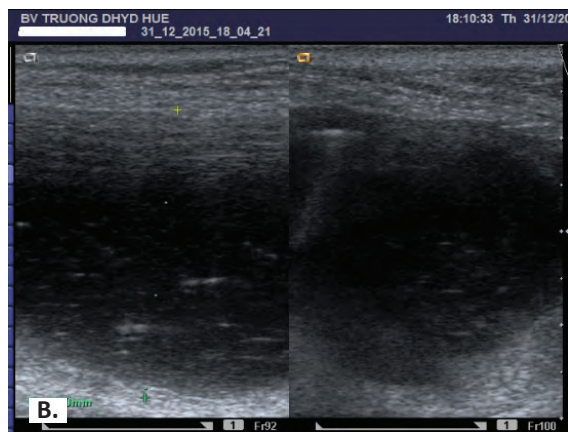
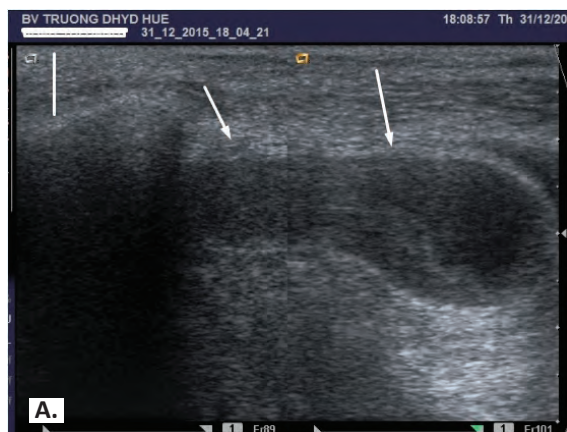


Hình 1A. CLVT mặt phẳng axial không tiêm thuốc, các quai ruột non giãn ứ dịch và hơi, xuất tiết dịch giữa các quai ruột. Sau tiêm (**Hình 1B**) thành ruột phù nề, nhưng ngấm thuốc vẫn đồng đều (mũi tên).

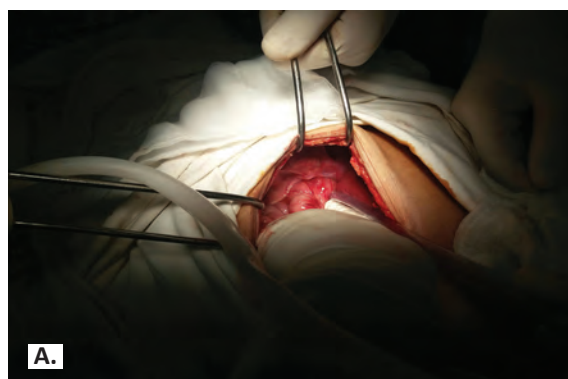


Hình 2A. CLVT mặt phẳng axial sau tiêm thuốc thì tĩnh mạch, bên cạnh các quai ruột non thành dày nhẹ, phù nề, ngấm thuốc đồng đều, thấy tắc đột ngột vị trí hố chậu phải (mũi tên). **Hình 2B.** Hình ảnh thoát vị của quai ruột vùng bẹn phải, thành còn ngấm thuốc.





Hình 3A. Siêu âm 2D ở 1/3 trên đùi phải, ghi nhận một quai ruột (mũi tên), chui xuống phía dưới ngành trên xương mu (đường thẳng), nhu động của đoạn ruột này giảm đáng kể. **Hình 3B.** Các quai ruột non trên chỗ thoát vị giãn lớn, ứ dịch.



Hình 4A. Phẫu thuật bộc lộ quai ruột thoát vị (một đoạn thành của hồng tràng cách góc Treitz 80 cm).

Hình 4B. Quai ruột thoát vị khi lấy ra có ngấn bầm tím biểu hiện vị trí thoát vị.

3. THẢO LUẬN

Thoát vị bịt chiếm 0,07-1,4% trong tổng số các loại thoát vị ổ bụng [1], [13], thường được gọi là “thoát vị của những phụ nữ lớn tuổi thể trạng nhỏ nhắn” và trường hợp của chúng tôi cũng là một nữ bệnh nhân lớn tuổi có chỉ số khối cơ thể thấp BMI=12.

Chẩn đoán sớm thoát vị bịt trên lâm sàng là một thách thức bởi vì triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Chẩn đoán tiền phẫu có thể được xác định bằng các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bao gồm siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. Trong đó, chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy và độ đặc hiệu cao [4]. Nhìn lại trường hợp báo cáo, bệnh nhân chỉ có biểu hiện đau quặn bụng lâm râm, nôn ra ít dịch trong, táo bón. Khám lâm sàng bụng mềm, không sờ thấy khối thoát vị bẹn, đùi trước và sau khi làm nghiệm pháp gắng sức, dấu hiệu Howship-Romberg (+/-), Hannington-Kiff (-). Vì vậy, chẩn đoán xác định thoát vị bịt trên lâm sàng rất khó khăn. Chúng tôi đã chẩn đoán tiền phẫu bằng chụp cắt lớp vi tính và điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh.

Trong phẫu thuật, bộc lộ tại vị trí thoát vị, chúng tôi nhận thấy thành của hồng tràng cách góc Treitz 80 cm chui vào ống bịt bên phải, có ngấn bầm tím biểu hiện vị trí thoát vị (Hình 4). Hình ảnh này gợi ý chúng tôi nghĩ đến loại thoát vị Richter. Đây là loại thoát vị mà chỉ một phần quai ruột bị mắc kẹt chứ không phải toàn bộ chu vi quai ruột bị thoát vị do lỗ thoát vị chỉ “đủ nhỏ” để một phần ruột chui vào và “không đủ lớn” để chứa hết toàn bộ chu vi quai ruột thoát vị. Thành phần thoát vị hay gặp là đoạn cuối hồi tràng [6]. Chính vì thoát vị một phần thành của hồng tràng nên triệu chứng tắc ruột không điển hình. Điều chúng tôi muốn nhấn mạnh ở đây là thoát vị Richter có tiến triển rất nhanh đến thiếu máu ruột gây hoại tử nhanh hơn so với các loại thoát vị nghẹt khác kèm thêm triệu chứng không đặc hiệu dễ dẫn đến chẩn đoán muộn nên mức độ nặng và tử vong sau khi phát hiện sẽ rất cao [6]. Trường hợp chúng tôi báo cáo đã được chẩn đoán tiền phẫu bằng chụp cắt lớp vi tính và điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh. Hậu phẫu ổn định.

4. KẾT LUẬN

Thoát vị bịt là trường hợp rất hiếm gặp. Cần nghĩ đến chẩn đoán này ở bệnh nhân cao tuổi, gầy, đặc biệt là phụ nữ, có các triệu chứng của tắc ruột. Chụp

cắt lớp vi tính là kỹ thuật thường được lựa chọn. Siêu âm có thể phát hiện nếu được khám xét kỹ. Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật sớm giúp làm giảm mức độ nặng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C.Y Lo, Lorentz TG, Lau PW, 1994, "Obturator hernia presenting as small bowel obstruction", *American Journal of Surgery*, vol. 167, no. 4, pp. 396-398.
2. D. W. Ziegler and J. E. Rhoads Jr., 1995, "Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis," *American Journal of Surgery*, vol. 170, no. 1, pp. 67-68.
3. Glicklich M, Eliasoph J., 1989, "Incarcerated obturator hernia: case diagnosed at barium enema fluoroscopy", RadiologyPubmed citation.
4. Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, 2004, "Forty-three cases of obturator hernia", *American Journal of Surgery*, vol. 187, pp. 549-552.
5. Kulkarni, Janugade, Chotai, Vimal Singh and Natchair, 2013, "Obturator hernia: A diagnostic challenge", *International Journal of Surgery Case Reports*, vol. 4, no. 7, pp 606-608.
6. Kumar JayanT, Rajendra Agarwal, SwaTi Agarwal, 2014, "Richter type of incarcerated obturator hernia; misery still continues", *De Gruyter Open*, vol. 85, no. 10, pp. 490-492.
7. Liao, Liu, Chuang Hsu, 2010, "Obturator hernia: a diagnostic challenge of small-bowel obstruction", *The American Journal of the Medical Sciences*, pp. 92-94.
8. M. Kammori, K. I. Mafune, T. Hirashima et al., 2004, "Forty-three cases of obturator hernia," *American Journal of Surgery*, vol. 187, no. 4, pp. 549-552.
9. R. A. Sorabella, D. N. Miniati, and M. L. Brandt, 2005, "Laparoscopic obturator hernia repair in an adolescent," *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 40, no. 12, pp.39-41.
10. Rodríguez-Hermosa Ji, codina-cazador a, ma-roto-genover a et al., 2008, "Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment", *Hernia*, vol.12, pp. 289-97.
11. S. W. Gray, J. E. Skandalakis, R. E. Soria, and J. S. Rowe Jr., 1974, "Strangulated obturator hernia," *Surgery*, vol. 75, no. 1, pp. 20-27.
12. S. S. Chang, Y. S. Shan, Y. J. Lin, Y. S. Tai, and P. W. Lin, 2005, "A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment," *World Journal of Surgery*, vol. 29, no. 4, pp. 450-454.
13. Zhang H, Cong Jc, Chen Cs, 2010, "Ileum perforation due to delayed operation in obturator hernia: a case report and review of literature", *World J gastroenterol*, vol. 16, pp. 26-30.
14. Ziegler DW, Rhoads JE Jr, 1995, "Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis", *American Journal of Surgery*, vol.170, p67-68.