

# TRƯỜNG HỢP THOÁT VỊ BỊT NGHỆT HIẾM GẶP

NGUYỄN MINH CHÂU,  
ĐINH XUÂN DUY, NGUYỄN ANH SƠN,  
VŨ THỊ THANH HƯƠNG,  
ĐỖ THỊ HỒNG LIÊN, TRẦN CÔNG HOAN  
*Bệnh viện E Trung ương*

## TÓM TẮT

Thoát vị bịt là một dạng thoát vị bụng hiếm gặp và là một thách thức chẩn đoán. Nó thường gặp ở phụ nữ già, gầy mòn. Chẩn đoán trước phẫu thuật khó khăn với các triệu chứng và dấu hiệu không đặc hiệu, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do thiếu máu cục bộ và hoại tử ruột. Chụp cắt lớp vi tính là phương thức chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn để chẩn đoán thoát vị bịt. Chúng tôi thông báo một trường hợp tắc ruột non do thoát vị bịt nghẹt được chẩn đoán trước phẫu thuật trên cắt lớp vi tính.

**Từ khóa:** Tắc ruột non, thoát vị bịt, thoát vị nghẹt, cắt lớp vi tính.

## SUMMARY

RARE CASE OF INCARCERATED  
OBTURATOR HERNIA: CASE REPORT

Obturator hernia is a rare form of abdominal hernia and a diagnostic challenge. It is commonly seen in elderly thin females. The preoperative diagnosis is typically difficult with non-specific signs and symptoms which resultant increased morbidity and mortality due to bowel ischemia/gangrene. Computed tomography is the imaging modality of choice to diagnose obturator hernias. We presents a case of 84-year-old thin female presenting with small bowel obstruction due to right sided incarcerated obturator hernia which preoperative diagnosis by computed tomography

**Keywords:** Intestinal obstruction, obturator hernia, Incarcerated hernia, computed tomography.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Minh Châu

Email: doctorchau2003@gmail.com

Ngày nhận: 21/9/2020

Ngày phản biện: 19/10/2020

Ngày duyệt bài: 02/11/2020

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết các thoát vị ra ngoài ổ bụng được tìm thấy ở vùng bẹn là thoát vị bẹn hoặc thoát vị đùi [1]. Thoát vị bịt rất hiếm gặp chỉ chiếm 0,05 đến 1,4% các thoát vị ổ bụng [2] và chiếm 0,2 - 1,6% tắc ruột non cơ học, mặc dù hiếm nhưng nó có tỷ lệ tử vong cao nhất dao động từ 13-40% trong thoát vị ổ bụng [1]. Chẩn đoán lâm sàng đầy thách thức và thường bị bỏ qua do hiếm gặp, vị trí sâu, các triệu chứng và dấu hiệu thường mơ hồ và không đặc hiệu. Thoát vị bịt thường xảy ra ở phụ nữ già, gầy, đẻ nhiều và các bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng [1],[2],[3],[4],[5]. Cắt lớp vi tính là phương pháp hình ảnh giúp thiết lập sớm chẩn đoán và điều trị phẫu thuật là bắt buộc, điều trị muộn có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao, tăng tỷ lệ biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện [6]. Chúng tôi trình bày trường hợp của một phụ nữ lớn tuổi bị tắc ruột thứ phát do thoát vị bịt nghẹt.

## GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

- BN nữ, 83 tuổi, địa chỉ: Thanh Trì - Hà Nội. Tiền sử: Mổ sỏi túi mật năm 2010. Lý do vào viện: Đau bụng quanh rốn ngày thứ 3 kèm theo nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện. Khám lâm sàng: Thể trạng gầy gò, óm yếu, nhiệt độ 37,3 độ C, HA 110/70 mmHg, mạch 89 lần/phút, sọ mổ cũ đường trắng giữa, bụng chướng nhẹ, đau trên rốn, quanh rốn liên tục 3 ngày, phản ứng thành bụng (+), thăm trực tràng rỗng. XN máu, sinh hóa không có gì bất thường.

- *Phim X-quang bụng không chuẩn bị:* Hình mức nước hơi nằm giữa ổ bụng và sắp theo hình bậc thang từ hố chậu phải sang hạ sườn trái vòm hơi rộng và thấp.

- *Siêu âm:* Quai ruột giãn chứa dịch, quai giãn lớn nhất đường kính 34mm, tăng nhu động, thành dày, có ít dịch giữa các quai ruột.



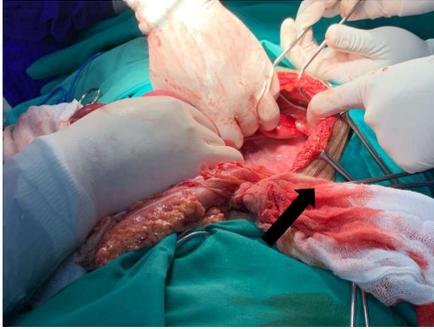
**Hình 1. X-quang bụng không chuẩn bị và siêu âm ổ bụng**

- CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang thấy hình ảnh giãn các quai ruột non có vị trí chuyển tiếp ở lỗ bịt phải do thoát vị quai hồi tràng qua lỗ bịt kích thước 18x10mm, quai nghẹt dày thành, ngấm thuốc không đồng nhất.



**Hình 2. CLVT hướng axial và coronal: giãn các quai ruột non, có quai ruột non (hồi tràng) chui vào lỗ bịt phải kích thước 18x10mm (mũi tên), lỗ bịt trái không thấy thoát vị.**

- BN được mổ cấp cứu với chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị bịt phải: Mỏ bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn ~25cm, kiểm tra thấy dạ dày-tá tràng dính vào thành bụng, các quai ruột non giãn to, cách góc Treitz 120cm có đoạn ruột thoát vị qua lỗ bịt (P). Tiến hành: Gỡ dính dạ dày và tá tràng, mở rộng lỗ bịt, giải phóng quai ruột thoát vị, kiểm tra thấy 5cm ruột tím đen, hoại tử, cắt đoạn ruột hoại tử nối tận tận hai lớp, khâu đóng lỗ bịt bằng Vicryl số 1. BN ra viện sau 2 tuần trong tình trạng ổn định.



Hình 3. Hình ảnh phẫu thuật cho thấy một quai ruột chui vào trong lỗ bịt phải (đầu mũi tên)

### BÀN LUẬN

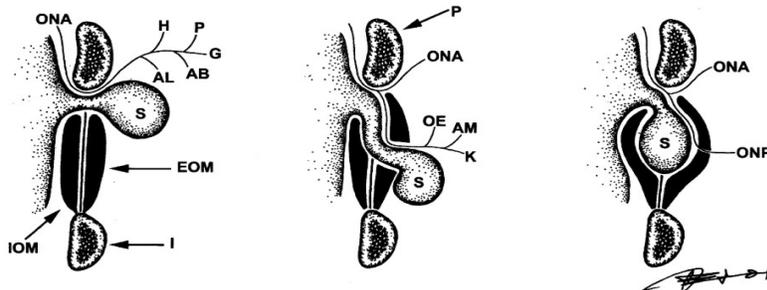
Thoát vị bịt rất hiếm gặp, được Arnaud de Ronsil báo cáo lần đầu tiên vào năm 1724 và được Henry Ombre điều trị thành công vào năm 1851 [1]. Thoát vị bịt xảy ra khi nội tạng ổ bụng đi qua lỗ bịt nơi thần kinh mạch máu bịt chui qua. Thoát vị bịt thường xảy ra ở phụ nữ, gấp 6-9 lần so với nam giới do khung chậu rộng và đường kính ngang lớn [2]. Các yếu tố khác có liên quan đến thoát vị bịt là già, gầy mòn, đờ nhiều, bệnh nhân tăng áp lực trong ổ bụng (như COPD, táo bón...). Ngoài ra, mất tổ chức mỡ ngoài phúc mạc quanh thần kinh và mạch máu bịt do tuổi, suy dinh dưỡng làm cho ống bịt rộng, lỏng lẻo sản chậu và dễ dàng thoát vị [2].

Lỗ bịt là lỗ lớn nhất cơ thể được cấu tạo bởi ngành ngồi và xương mu và được bao phủ bởi màng bịt. Phần trước trên màng bịt có lỗ cho động mạch, tĩnh mạch và thần kinh bịt chui qua, đi qua giữa cơ bịt trong và cơ bịt ngoài. Túi thoát vị có thể phát triển qua khiếm khuyết này và một cơ quan, phần lớn là hồi tràng, đôi khi là mạc nối, ruột thừa, buồng trứng... chui vào đó [4]. Thoát vị thường xảy ra ở bên phải bởi vì đại tràng sigma bao phủ lỗ bịt trái có thể ngăn ngừa thoát vị, thoát vị bịt hai bên gặp khoảng 20%.

Thoát vị bịt thường liên quan tới thoát vị Richter. Thoát vị bịt nghẹt có tỷ lệ tử vong lên tới 70%. Dấu hiệu tắc ruột gặp trong 90% các trường hợp [5].

Thoát vị bịt tiến triển qua 3 giai đoạn: Giai đoạn 1 (giai đoạn tiền thoát vị) tổ chức mỡ và mô liên kết tiền phúc mạc đi vào lỗ chậu của ống bịt, giai đoạn 2 (phát triển) bắt đầu khi biến đổi tối thiểu đến hình thành túi phúc mạc thực sự; giai đoạn 3 được đặc trưng bởi các triệu chứng có ý nghĩa do thoát vị nghẹt của một cơ quan [2],[5]. BN của chúng tôi thuộc giai đoạn 3 của thoát vị do đã có hình ảnh túi thoát vị thực sự và triệu chứng tắc ruột rõ ràng.

Thể thoát vị bịt được phân loại dựa vào đường hình thành thoát vị. Thể đầu tiên và phổ biến nhất là theo đường lỗ ngoài ống bịt, túi thoát vị được tìm thấy phía trước cơ bịt ngoài và phía dưới cơ lược, đây là con đường giống đường đi của nhánh trước thần kinh bịt. Thể thứ 2 theo đường đi nhánh sau thần kinh bịt, và túi thoát vị nằm giữa bó giữa và sau cơ bịt ngoài, túi thoát vị nằm sau cơ khép gần. Thể thứ 3 rất hiếm gặp với túi thoát vị nằm giữa cơ và màng bịt trong và bịt ngoài [5]. Bệnh nhân của chúng tôi thuộc thể thoát vị thứ 1.



Hình 4. Biểu đồ cắt dọc 3 thể thoát vị bịt. Hình bên trái: túi thoát vị đi qua lỗ ngoài ống bịt dọc theo nhánh trước thần kinh bịt. Hình giữa: túi thoát vị đi xuống dưới giữa cơ bịt trong và ngoài rồi đi vào giữa bó trên và giữa của cơ bịt ngoài, dọc theo hướng đi nhánh sau thần kinh bịt. Hình bên phải: túi thoát vị nằm giữa các cơ bịt.

Chẩn đoán đúng trước phẫu thuật là khó khăn, chỉ chiếm dưới 10% các trường hợp. Các triệu chứng và dấu hiệu đặc trưng không phổ biến. Lâm sàng có thể gặp nôn, đau bụng thấp, hội chứng tắc ruột, triệu chứng nhẹ không đau bụng có thể do tắc ruột không hoàn toàn hoặc thoát vị kiểu Richter. Dấu hiệu thần kinh bịt (Howship-Romberg) là dấu hiệu đặc trưng của bệnh mặc dù được báo cáo chỉ xuất hiện trong 10-15% các trường hợp, dấu hiệu biểu hiện đau tăng lên khi duỗi thẳng, giạng ra và xoay trong khớp háng do chèn ép thần kinh bịt, dấu hiệu Hannington Kift có thể thấy mất phản xạ cơ khép đùi còn phản xạ gối. Ngoài ra sờ thấy khối khi kiểm tra âm đạo hoặc trực tràng nên cảnh báo cho lâm sàng chẩn đoán này, nó cũng có thể được phát hiện tình cờ trong khi mổ nội soi phụ khoa [2],[3].

Phim X-quang chụp bụng không chuẩn bị và siêu âm ổ bụng thường cho thấy dấu hiệu tắc ruột, tuy nhiên CLVT được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhất là trong cấp cứu. Nó có thể giúp chẩn đoán trước phẫu thuật, giảm thời gian từ khi nhập viện đến khi can thiệp điều trị. Chẩn đoán và điều trị muộn có thể phải cắt bỏ ruột non trong 25 đến 50% các trường hợp [3].

Trên phim X-quang ổ bụng: Hình ảnh thoát vị nghẹt có thể thấy khí ở vùng lồng bịt kèm giãn quai ruột non, mặc dù có hiệu quả kinh tế nhưng phim X-quang chỉ được chẩn đoán trong 50-60% các trường hợp [5].

Siêu âm có thể chẩn đoán thành công tắc ruột thứ phát do thoát vị bịt. Dấu hiệu siêu âm gợi ý nghẹt ruột ở tất cả các hình thái tắc ruột non thứ phát do thoát vị là dịch tự do trong túi thoát vị, dịch trong quai ruột bị thoát vị, dày thành ruột trong túi thoát vị và giãn các quai ruột trong ổ bụng. Hạn chế của siêu âm là phụ thuộc người làm, vùng bụng sâu, đặc biệt những bệnh nhân có cửa sổ hồi âm kém [5].

Trường hợp X-quang và siêu âm ở BN nghi ngờ tắc ruột có kết quả âm tính hoặc nghi ngờ thì kỹ thuật được lựa chọn là CLVT có tiêm thuốc, CLVT xác định chính xác vị trí thoát vị bịt (giữa cơ bịt ngoài và cơ lược), thoát vị bịt một hay hai bên, đánh giá mức độ nghiêm trọng của tắc ruột non, có giá trị trong xác định tắc ruột quai kín và nghẹt ruột. Đánh giá ngấm thuốc thành ruột ở thì động mạch và tĩnh mạch [5],[6].

Có nhiều kỹ thuật can thiệp khác nhau để sửa chữa khiếm khuyết đã được mô tả trong y văn. Phẫu thuật mở đường giữa dưới là cách

xử trí phẫu thuật phổ biến nhất trong các trường hợp cấp cứu, mặc dù vậy, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt người cao tuổi mắc các bệnh phổi và tim kèm theo. Thăm dò nội soi ổ bụng được sử dụng trong sửa chữa chọn lọc và cấp cứu, có tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và thời gian nằm viện thấp hơn. Tuy nhiên, cách tiếp cận phẫu thuật này bị giới hạn ở những bệnh nhân ổn định, không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó, phần lớn các sửa chữa sử dụng lưới nhưng không có nghiên cứu, tuy nhiên có tỷ lệ tái phát, nó không được khuyến cáo để sửa chữa thoát vị nghẹt và thủng. Dây chằng của túi thoát vị được thực hiện bằng chỉ không tiêu, mũi khâu liên tục và đóng lỗ thoát vị bằng vật liệu sinh học hoặc tổng hợp [3].

#### KẾT LUẬN

Thoát vị bịt là loại thoát vị hiếm gặp, hay gặp ở phụ nữ cao tuổi, gây yếu, triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và không đặc hiệu nên thường chẩn đoán muộn gây thiếu máu ruột, hoại tử ruột, tỷ lệ tử vong cao. Ngày nay, chụp CLVT được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán trước phẫu thuật, nên cần được chỉ định sớm sau khi loại trừ thoát vị đùi và thoát vị bẹn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hodgins, N., et al.**, *Obturator hernia: A case report and review of the literature*. International Journal of Surgery Case Reports, 2013. **4**: p. 889-892.
2. **Ayoub, K., et al.**, *Left sided Richter type obturator hernia causing intestinal obstruction: A case report*. Annals of medicine and surgery (2012), 2018. **36**: p. 1-4.
3. **Sá, N.C., et al.**, *Rare case of incarcerated obturator hernia: Case report and review of literature*. International journal of surgery case reports, 2017. **37**: p. 157-160.
4. **Losanoff, J.E., J.W. Richman Bw Fau - Jones, and J.W. Jones**, *Obturator hernia*. Journal of the American College of Surgeons, 2001. **194**(5): p. 657-663.
5. **Darwish, S. and D.J. Bell**, *A rare presentation of small bowel obstruction*. BJR case reports, 2017. **3**(1): p. 1-3.
6. **Munoz-Forner, E., et al.**, *Computed tomographic diagnosis of obturator hernia and its surgical management: a case series*. International journal of surgery case reports, 2006. **5**: p. 139-142.