

## NHỒI MÁU MẠC NỔI LỚN: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

**Đỗ Thị Thảo\*, Hoàng Đức Vinh, Nguyễn Thị Hà, Dương Văn Long, Triệu Thị Hồng Thái,  
Trần Thị Vân Hải, Nguyễn Văn Sơn, Ngô Quang Duy, Chu Thanh Sơn**  
*Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Smart City*

### TÓM TẮT

Nhồi máu mạc nối lớn (NMMNL) là nguyên nhân hiếm gặp gây đau bụng cấp ở trẻ em, hơn 85% các trường hợp được báo cáo xảy ra ở người lớn [1,2]. Dấu hiệu lâm sàng không đặc hiệu và chẩn đoán ban đầu thường bị nhầm lẫn là viêm ruột thừa cấp vì vậy dẫn tới quyết định phẫu thuật sớm chưa cần thiết. Chúng tôi báo cáo 01 ca bệnh trẻ nữ 10 tuổi tiền sử khoẻ mạnh được chẩn đoán NMMNL được điều trị bảo tồn thành công. Trẻ khám với triệu chứng đau bụng hố chậu phải (HCP), sốt, khám có phản ứng thành bụng ở HCP. Trẻ được chẩn đoán xác định NMMNL dựa trên kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Trẻ được điều trị nội khoa bằng kháng sinh ceftriaxone, metronidazol, giảm đau. Bệnh tiến triển tốt và trẻ xuất viện sau 5 ngày điều trị tại khoa nhi. Trẻ được theo dõi ngoại trú và tái khám sau 1 tháng, các triệu chứng hoàn toàn ổn định.

**Từ khóa:** Nhồi máu mạc nối lớn, đau bụng cấp.

### CASE REPORT: A CHILD WITH OMENTAL INFARCTION

**Do Thi Thao\*, Hoang Duc Vinh, Nguyen Thi Ha, Duong Van Long, Trieu Thi Hong Thai,  
Tran Thi Van Hai, Nguyen Van Son, Ngo Quang Duy, Chu Thanh Son**  
*Vinmec Smart City Hospital*

Omental Infarction (OI) is a rare cause of acute abdominal pain in children, with more than 85% of cases reported in adults [1,2]. Clinical signs are nonspecific, and the initial diagnosis is frequently mistaken for acute appendicitis, which can lead to an early unnecessary surgical.

A 10-year-old girl without significant previous medical history presented with 20-hour history of right lower quadrant abdominal (RLQ) pain, fever and focal tenderness in the RLQ. The diagnosis of OI was made, using abdominal ultrasound and enhanced CT scan findings. She received conservative management with antibiotics including ceftriaxone, metronidazole and analgesia. Her condition gradually resolved, and The child was discharged five days hospitalisation. She was rechecked after 1 month with the symptoms-free.

**Key words:** Omental Infarction, acute abdominal pain.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng cấp ở trẻ em là nguyên nhân phổ biến nhất khiến trẻ phải nhập viện cấp cứu. Trong các nguyên nhân gây đau bụng cấp ở trẻ, NMMNL là nguyên nhân hiếm gặp, chiếm khoảng 15% các trường hợp và chiếm khoảng

0,024 – 0,1% số ca phẫu thuật do nghi ngờ viêm ruột thừa [4, 5]. Biểu hiện lâm sàng của bệnh giống với các bệnh viêm ruột thừa cấp, viêm túi thừa mạc nối lớn và viêm mô mỡ mạc treo.

Siêu âm ổ bụng là phương thức được lựa chọn để đánh giá ban đầu cho những bệnh nhân này,

Nhận bài: 15-5-2025; Phản biện: 25-5-2025; Chấp nhận: 25-6-2025

Người chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Thảo

Email: dothithaohmuc@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Smart City

đặc hiệu hơn là chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang.

Nhồi máu mạc nối lớn được phân loại theo nguyên nhân: do huyết khối của mô đệm mạc nối lớn bao gồm nguyên phát hoặc thứ phát sau các bệnh khác hoặc do xoắn. Nguyên nhân gây ra NMMNL chưa rõ. Nhồi máu mạc nối lớn nguyên phát xảy ra khi không tìm thấy nguyên nhân ví dụ bệnh lý ổ bụng hoặc chấn thương [6]. Nó cũng có thể là kết quả của sự xoắn mạc nối lớn theo chiều dọc theo trục dài của mạc nối lớn dẫn tới suy giảm của lượng máu nuôi dưỡng và gây thiếu máu cục bộ.

Dưới đây chúng tôi trình bày ca lâm sàng một trường hợp NMMNL được chẩn đoán và điều trị bảo tồn tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Smart City vào tháng 4 năm 2025.

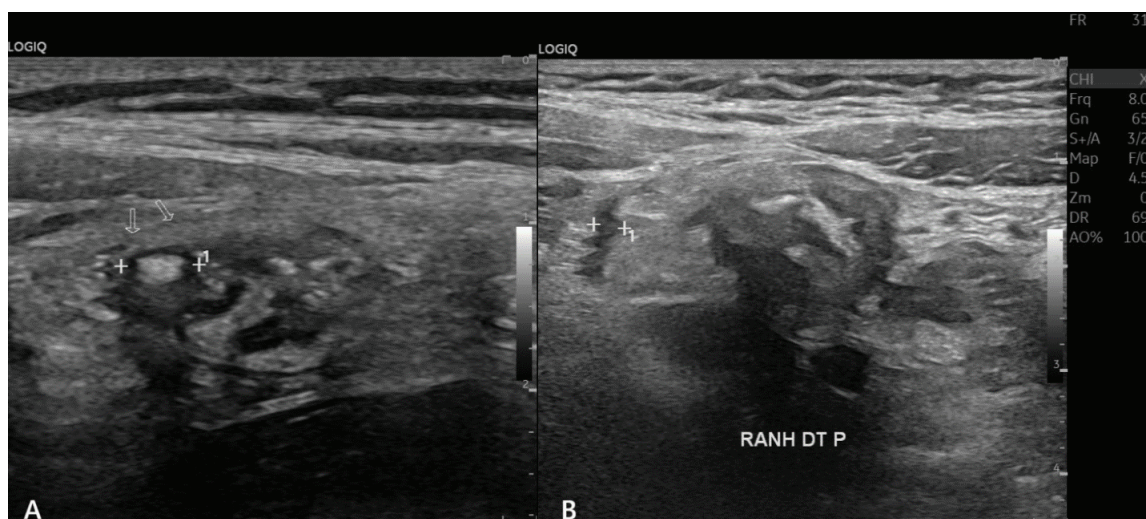
## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Một trẻ nữ 10 tuổi tiền sử khỏe mạnh vào viện vì đau bụng giờ thứ 20, cơn đau xuất hiện đột ngột, không sau bữa ăn thịnh soạn, tính chất đau âm ỉ, thành cơn, không có tư thế giảm đau cụ thể, đau tăng khi vận động, kèm theo sốt 38,5°C, không nôn, không buồn nôn, phân bình thường, không bí tiểu, nước tiểu bình thường. Trẻ được

chẩn đoán theo dõi viêm ruột thừa tại tuyến trước chỉ định nhập viện để phẫu thuật, gia đình xin chuyển Vinmec điều trị tiếp.

Tại Bệnh viện Vinmec Smart City, thăm khám ghi nhận triệu chứng có ấn đau hố chậu phải, phản ứng thành bụng rõ, điểm McBurney dương tính, chẩn đoán sơ bộ theo dõi viêm ruột thừa cấp, thang điểm PAS 6 điểm. Trẻ được chỉ định làm xét nghiệm máu và siêu âm ổ bụng.

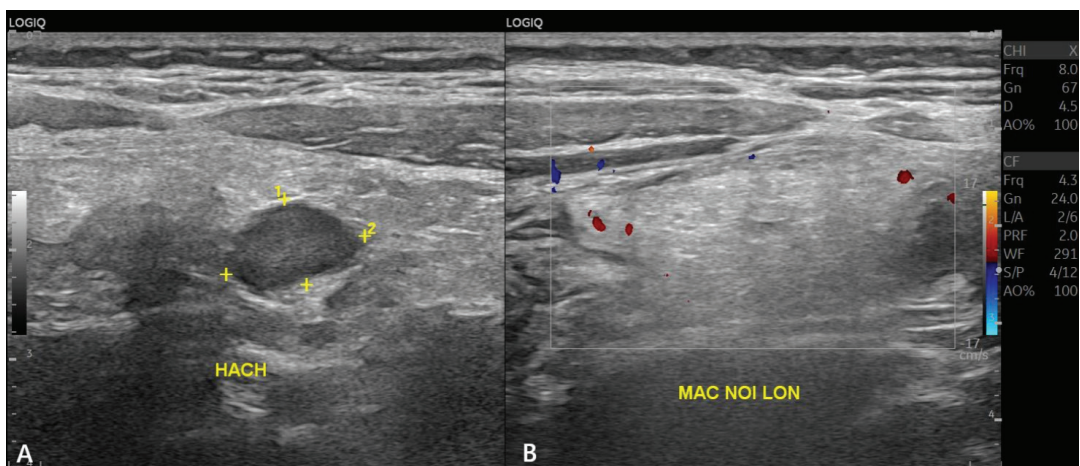
Xét nghiệm máu: Bạch cầu (BC) 12.6 G/L, BC đa nhân trung tính 81,3%, CRP: 11,5 mg/L. Siêu âm ổ bụng: Đáy manh tràng xuống nằm xuống thấp, ruột thừa nằm sâu trong tiểu khung, đường kính ngang khoảng 4,2 mm, trong lòng có sỏi phân, không thấy thâm nhiễm hay tụ dịch bất thường quanh ruột thừa. Hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên dày thành đều quanh chu vi, nhưng vẫn quan sát được các lớp của ống tiêu hóa. Tụ ít dịch không đồng nhất ở rãnh thành đại tràng phải. Đặc biệt, vùng hố chậu phải ghi nhận hình ảnh dày khu trú kèm thâm nhiễm không đồng nhất của mạc nối lớn lớn quanh góc hồi-manh tràng. Chụp cắt lớp ổ bụng có tiêm thuốc cản quang được chỉ định để làm rõ tổn thương trên kết quả siêu âm ổ bụng trước đó.



**Hình 1.** Hình ảnh siêu âm tại ổ bụng tại vị trí tiểu khung (A) và hố chậu phải (B).

(A) Vị trí tiểu khung ghi nhận hình ảnh ruột thừa (mũi tên) đường kính khoảng 4mm, lòng chứa sỏi phân, thành mỏng, không thấy thâm nhiễm hay tụ dịch bất thường lân cận.

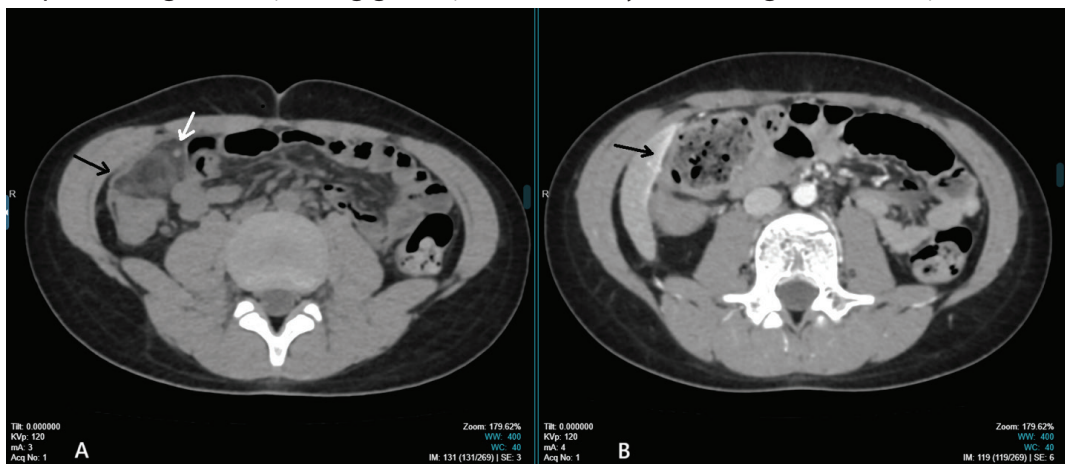
(B) Vị trí hố chậu phải ghi nhận dày thành đều quanh chu vi đại tràng phải kèm ít dịch rãnh cạnh đại tràng.



**Hình 2.** Hình ảnh siêu âm tại ổ bụng tại vị trí mạn sườn phải (A,B).

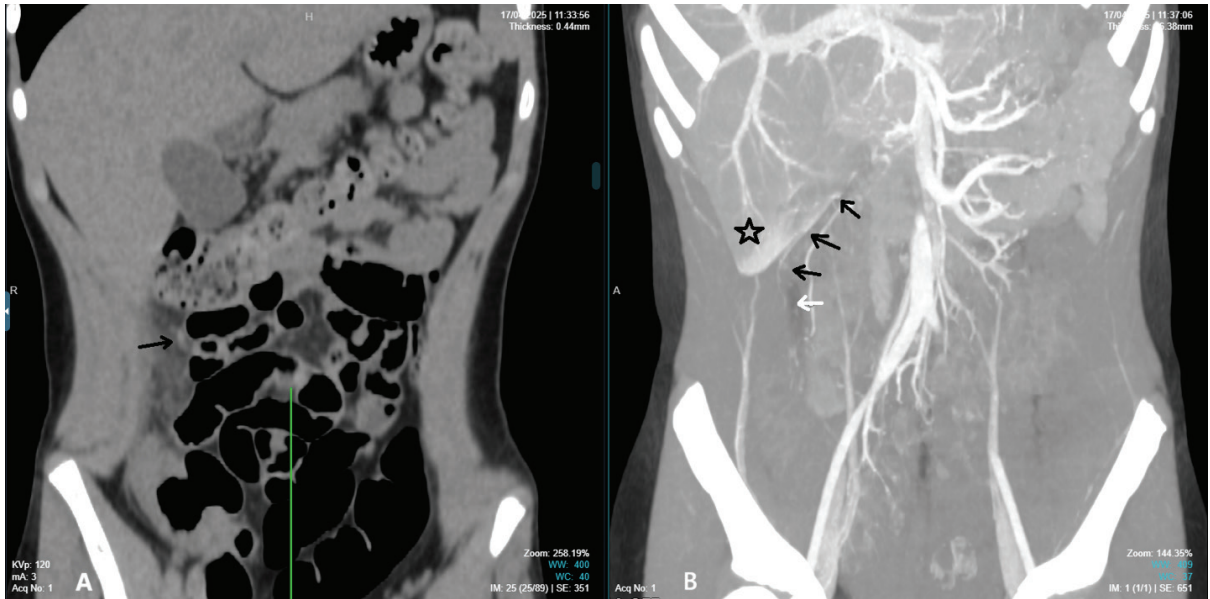
- (A) Vài hạch mạc treo tăng kích thước vùng mạn sườn phải được ghi nhận, sơ bộ các hạch này vẫn còn giữ cấu trúc của hạch bình thường, bờ đều, ranh giới rõ, thâm nhiễm nhẹ lân cận.
- (B) Đám thâm nhiễm mạc nối lớn vùng mạn sườn phải tương ứng với vị trí điểm đau của bệnh nhân trên lâm sàng, bờ ranh giới không rõ. Trên siêu âm Doppler phát hiện một vài nốt tín hiệu tương đương mạch máu rải rác.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang: hình ảnh đám thâm nhiễm mạc nối lớn vùng mạn sườn và hố chậu phải, bờ ranh giới không rõ. Bên trong đám có cấu trúc hình ống giãn, tăng tỷ trọng tự nhiên trước tiêm. Trên phim chụp sau tiêm thấy cấu trúc này có liên tục với đoạn cắt cụt đột ngột của một nhánh động mạch mạc treo tràng trên, gợi ý huyết khối. Ngoài ra, phúc mạc thành và phần bao gan lân cận cũng ghi nhận hình ảnh dày lên kèm ngấm thuốc mạnh khu trú.



**Hình 3.** Phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm trên mặt phẳng axial thì trước tiêm (A) và thì động mạch (B).

- (A) Phim chụp trước tiêm ghi nhận đám thâm nhiễm mỡ vùng hố chậu và mạn sườn phải, tương ứng với vị trí điểm đau trên lâm sàng. Dày thành khu trú phúc mạc thành (mũi tên đen) và nốt tăng tỷ trọng tự nhiên trước tiêm (mũi tên trắng) bên trong đám.
- (B) Phim chụp thì động mạch ghi nhận dày thành và ngấm thuốc khu trú bao gan vị trí tương ứng với đám thâm nhiễm.



**Hình 4.** Phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm trên mặt phẳng coronal thì trước tiêm (A) và dựng hình MIP (Maximum Intensity Projection) động mạch (B)

(A) Cấu trúc hình ống tăng tỷ trọng tự nhiên trước tiêm (mũi tên đen).

(B) Vị trí đoạn cắt cụt (mũi tên trắng) của nhánh mạch mạc treo tràng trên (các mũi tên đen) tương ứng với vị trí của cấu trúc tăng tỷ trọng tự nhiên thì trước tiêm. Để ý thấy bao gan lân cận cũng ngấm thuốc mạnh (dấu sao).

Dựa trên triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu và các chẩn đoán hình ảnh, trẻ được chẩn đoán xác định: nhồi máu mạc nối lớn tiên phát. Chẩn đoán phân biệt của nhồi máu mạc nối lớn nguyên phát bao gồm một số tình trạng cấp tính ở vùng hố chậu phải như viêm ruột thừa, viêm túi thừa manh tràng hoặc đại tràng phải, và viêm mạc nối lớn thứ phát. Trong viêm ruột thừa, hình ảnh thường ghi nhận ruột thừa giãn, thành dày, có thâm nhiễm mỡ xung quanh hoặc tụ dịch cạnh ruột thừa. Trong khi đó, nhồi máu mạc nối lớn biểu hiện dưới dạng một đám mỡ hoại tử khu trú, thường nằm phía trước đại tràng phải và tách rời khỏi ruột thừa. Viêm túi thừa manh tràng hay đại tràng phải thường đi kèm hình ảnh túi thừa viêm, dày thành ruột, và viêm mô mỡ lân cận, mặt khác, tổn thương do nhồi máu mạc nối thường có ranh giới không đều, không liên quan trực tiếp đến thành ruột. Viêm mạc nối lớn thứ phát có thể xảy ra trong bối cảnh lan viêm từ các tạng ổ bụng, tuy nhiên thường không có hình ảnh huyết khối động mạch kèm theo. Việc

phát hiện cấu trúc hình ống tăng tỷ trọng tự nhiên trước tiêm, liên tục với đoạn cắt cụt của một nhánh động mạch mạc treo tràng trên trên thì động mạch của CT scan, là dấu hiệu gợi ý rõ ràng nhất cho chẩn đoán nhồi máu mạc nối lớn nguyên phát.

Kế hoạch điều trị bảo tồn với kháng sinh bao gồm ceftriaxone liều 80 mg/kg/ngày, và metronidazol liều 30 mg/kg/ngày, giảm đau, ăn lỏng dễ tiêu, theo dõi sát dấu hiệu lâm sàng. Nếu diễn biến nặng hoặc không đáp ứng với điều trị bảo tồn sẽ tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng.

Thăm dò căn nguyên: siêu âm tim không phát hiện bất thường vấn đề tăng đông kết quả bình thường, không phát hiện bất thường giải phẫu, u cục trong ổ bụng và mạc nối lớn, trẻ không thừa cân, BMI: 14,39, nghi ngờ NMMNL tiên phát ở trẻ em.

Sau 5 ngày điều trị, trẻ hết đau bụng, bụng mềm, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc

âm tính, không sốt, ăn tiêu, không bí trung đại tiện, trẻ được xuất viện theo dõi điều trị ngoại trú với kháng sinh cefixime và metronidazole thêm 5 ngày.

Sau 1 tháng khám lại, trẻ hoàn toàn khỏe mạnh bình thường, không còn triệu chứng lâm sàng, siêu âm ổ bụng: hình ảnh ổ tăng hồi âm ở trong đại tràng lên, tương ứng với tổn thương nhồi máu mạc nối đã biết, kích thước giảm so với các lần trước. Hiện tại không thấy biến chứng hoại tử hay áp xe.

### III. BÀN LUẬN VÀ TỔNG QUAN VỀ BỆNH NHỒI MÁU MẠC NỐI LỚN Ở TRẺ EM

Nhồi máu mạc nối lớn là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ em. Bệnh được lần đầu tiên mô tả bởi Bush và cộng sự vào năm 1896, sau đó Eittel và cộng sự đã mô tả trường hợp xoắn mạc nối lớn vào năm 1899, tình trạng này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi với tỷ lệ nam/nữ là 2:1, đây là chẩn đoán hiếm được xem xét đến nhất trong các căn nguyên gây đau bụng cấp tính và là thách thức lớn với các bác sĩ lâm sàng và phẫu thuật [7].

Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân NMMNL thường không đặc hiệu bao gồm các biểu hiện đau bụng cấp tính hoặc bán cấp không đặc hiệu vùng hố chậu phải. Cơn đau có thể khởi phát sau bữa ăn thịnh soạn hoặc chuyển động đột ngột, mức độ nặng dần theo thời gian, và thường bệnh nhân đến khám vào ngày thứ 3 sau khi khởi phát các triệu chứng. Đôi khi, cơn đau có thể thay đổi khi vận động, điều này có thể gợi ý chẩn đoán. Các triệu chứng khác có thể có sốt, chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, tiểu khó. Với bệnh nhân NMMNL cần phải chẩn đoán phân biệt với viêm ruột thừa cấp, viêm túi thừa, viêm mô mỡ mạc treo. Ca bệnh của chúng tôi trẻ có sốt, đau bụng hố chậu phải, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc hố chậu phải do đó giai đoạn đầu trẻ được chẩn đoán ở tuyến trước là viêm ruột thừa.

Khám thực thể thường có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, đôi khi có thể sờ thấy khối u.

Chẩn đoán NMMNL không thể chỉ dựa trên lâm sàng vì triệu chứng giống với nhiều bệnh lý ngoại khoa khác. Trước khi có siêu âm ổ bụng

và chụp CT, chẩn đoán NMMNL được thực hiện trong quá trình phẫu thuật. Hiện nay, siêu âm và chụp cắt lớp ổ bụng là các biện pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò chính cho phép chẩn đoán chính xác tránh phẫu thuật không cần thiết. Siêu âm ổ bụng: là phương pháp chẩn đoán NMMNL an toàn, giá rẻ, có thể lặp lại nhiều lần với độ nhạy 60 – 80%. Hình ảnh tổn thương là khối tăng âm hình tam giác, bầu dục thường nằm ở bên phải mạc nối lớn, bên dưới bờ gan ngay sau thành bụng trước có kích thước thay đổi 3,5 – 15,5 cm và không có dòng máu bên trong trên doppler màu. Hạn chế của siêu âm bao gồm bụng chướng hơi, bệnh nhân đau không hợp tác khi đặt đầu dò hay trong giai đoạn rất sớm của bệnh. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhờ độ đặc hiệu và độ nhạy cao, đồng thời có thể tìm các nguyên nhân gây tổn thương thứ phát, tuy nhiên do ảnh hưởng của tia X, giá thành cũng như tính sẵn có nên đây không được coi là lựa chọn đầu tay cho chẩn đoán. Ca bệnh của chúng tôi đã phát hiện các tổn thương ở mạc nối lớn và không thấy tổn thương viêm ruột thừa bằng siêu âm ổ bụng, tuy vậy chẩn đoán xác định chỉ được thiết lập sau khi bệnh nhân được chụp CL ổ bụng có cản quang.

Nguyên nhân gây ra NMMNL vẫn chưa được biết đầy đủ. NMMNL nguyên phát khi không tìm thấy nguyên nhân cụ thể, ví dụ như chấn thương bụng hoặc các bệnh lý ổ bụng. NMMNL có thể do xoắn mạc nối lớn theo chiều dọc dẫn tới giảm lượng máu được cung cấp và gây thiếu máu cục bộ. Mạc nối lớn được cấp máu mới nhánh phải và trái của động mạch mạc nối lớn. Thông thường, đoạn phải của mạc nối lớn hay bị nhồi máu hơn so với bên trái do dài, nặng và di động hơn bên trái. Tuy vậy, một số trường hợp bên trái đã được mô tả [8]. Các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất ở trẻ em là béo phì và bất thường giải phẫu mạc nối, ví dụ như mạc nối lớn chẻ đôi hoặc mạc nối lớn phụ, cuống mạc nối lớn dài và bất thường mạch máu.

NMMNL thứ phát phổ biến hơn dạng nguyên phát và các nguyên nhân phổ biến như dính mạc nối lớn, thoát vị bẹn, u nang và khối u. Ca bệnh của chúng tôi không có các yếu tố nguy cơ bao

gồm béo phì cũng như tổn thương thứ phát sau các nhóm bệnh lý tim mạch, tăng đông hay các khối u vùng bụng. Ca bệnh này chúng tôi phân loại là nhồi máu mạc nối lớn nguyên phát.

Việc điều trị NMMNL vẫn còn tranh cãi. Vì NMMNL là tình trạng lành tính có thể tự khỏi, bệnh nhân có thể an toàn với điều trị bảo tồn bằng nội khoa. Lựa chọn điều trị bảo tồn có thể áp dụng với các trường hợp không có biến chứng, bệnh nhân được nhập viện, nghỉ ngơi, thuốc giảm đau, kháng sinh, và khám lâm sàng đánh giá thường xuyên. Tình trạng lâm sàng tự hồi phục hoàn toàn trong khoảng 2 tuần, trong thời gian đó, trẻ được theo dõi ngoại trú bằng khám lâm sàng và siêu âm tại các cơ sở y tế. Siêu âm ổ bụng đóng vai trò quan trọng trong quá trình theo dõi ở trẻ em được điều trị bằng phương pháp bảo tồn, nếu tình trạng xấu dần của các triệu chứng thì cần được phẫu thuật kịp thời.

Phẫu thuật nội soi được cân nhắc ở bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn, đau bụng nặng hơn, dấu hiệu phúc mạc tồn tại dai dẳng. Trong ca bệnh của chúng tôi bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công và xuất viện sau 5 ngày điều trị nội trú, sau 1 tháng khám lại tình trạng bệnh nhân ổn định hoàn toàn và không còn triệu chứng.

#### IV. KẾT LUẬN

NMMNL là một bệnh hiếm gặp ở trẻ em, biểu hiện lâm sàng có thể rất giống với nhiều bệnh lý ngoại khoa như viêm ruột thừa cấp, viêm túi thừa mạc nối lớn và viêm mô mỡ mạc treo và có thể đưa đến việc phẫu thuật không cần thiết cho bệnh nhân. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là phương thức để chẩn đoán xác định cũng như giúp tìm nguyên nhân. Điều trị bảo tồn được áp dụng với những trường hợp chưa có biến chứng. Cần khám lâm sàng đánh giá thường xuyên và theo dõi bằng siêu âm trong quá trình điều trị. Khi thất bại hoặc các triệu chứng tồn tại dai dẳng, phẫu thuật nội soi được đặt ra cho bệnh nhi. Nhân trường hợp ca lâm sàng được chẩn đoán NMMNL ở trẻ em nhập viện tại khoa nhi Bệnh viện Vinmec Smart City, được chẩn đoán sớm và điều trị bảo tồn thành công. Chúng tôi đưa ra với

mục đích khái quát lại về lâm sàng, cận lâm sàng cũng như góp phần chứng minh điều trị bảo tồn là phương pháp hiệu quả an toàn trong điều trị NMMNL.

#### Lời cảm ơn

Nhóm tác giả cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng tại khoa Nhi cũng như các bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ ngoại khoa và ban giám đốc Bệnh viện Vinmec Smart City đã tham gia trong việc chẩn đoán, điều trị, theo dõi và chăm sóc bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schlesinger AE, Dorfman SR, Braverman RM.** Sonographic appearance of omental infarction in children. *Pediatr Radiol* 1999;29(8):598-601. <https://doi.org/10.1007/s002470050657>
2. **Karak PK, Millmond SH, Neumann D et al.** Omental infarction: report of three cases and review of the literature. *Abdom Imaging* 1998;23(1):96-99. <https://doi.org/10.1007/s002619900294>
3. **Esposito F, Serafino MD, Mauro A et al.** Not only fat: omental infarction and its mimics in children. Clinical and ultrasound findings: a pictorial review. *J Ultrasound* 2020;23(4):621–629. <https://doi.org/10.1007/s40477-020-00492-5>
4. **Rimon A, Daneman A, Gerstle JT, Ratnapalan S.** Omental infarction in children. *J Pediatr* 2009;155(3):427–431.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.03.039>
5. **Gupta L, Saxena AK, Sodhi KS et al.** Omental infarction: an unusual cause of right iliac fossa pain in children. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2016;21(1):33–35. <https://doi.org/10.4103/0971-9261.164637>
6. **Sarac AM, Yegen C, Aktan O, Yalin R.** Primary torsion of the omentum mimicking acute appendicitis: report of case. *Surg Today* 1997;27(3):252–253. <https://doi.org/10.1007/bf00941655>

7. **Helmrath MA, Dorfman SR, Minifee PK et al.** Right lower quadrant pain in children caused by omental infarction. *Am J Surg* 2001;182(6):729–732. [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(01\)00825-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(01)00825-x)
8. **Catania VD, di Giacomo V, Bonomo R, Guarino N.** Omental infarction in children misdiagnosed as acute appendicitis. *Ann Pediatr Surg* 2015;11(3):200–202. <http://dx.doi.org/10.1097/01.XPS.0000464143.40761.b2>