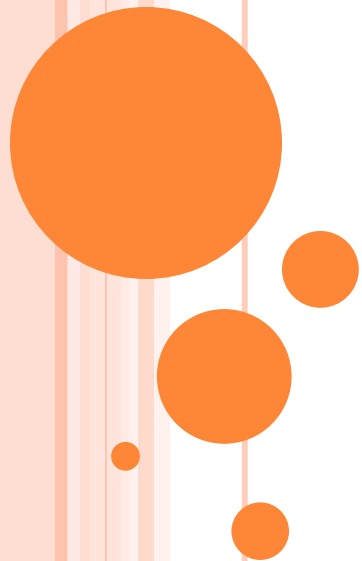


# NHỒI MÁU MẠC NỔI LỚN VÀ MỘT SỐ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

BSNT CĐHA KHÓA 35  
PHAN NHẬT ANH



# MỤC TIÊU

- Mô tả được đặc điểm hình ảnh của nhồi máu MNL.
- Nêu được một số chẩn đoán phân biệt hay gặp.



# ĐẠI CƯƠNG

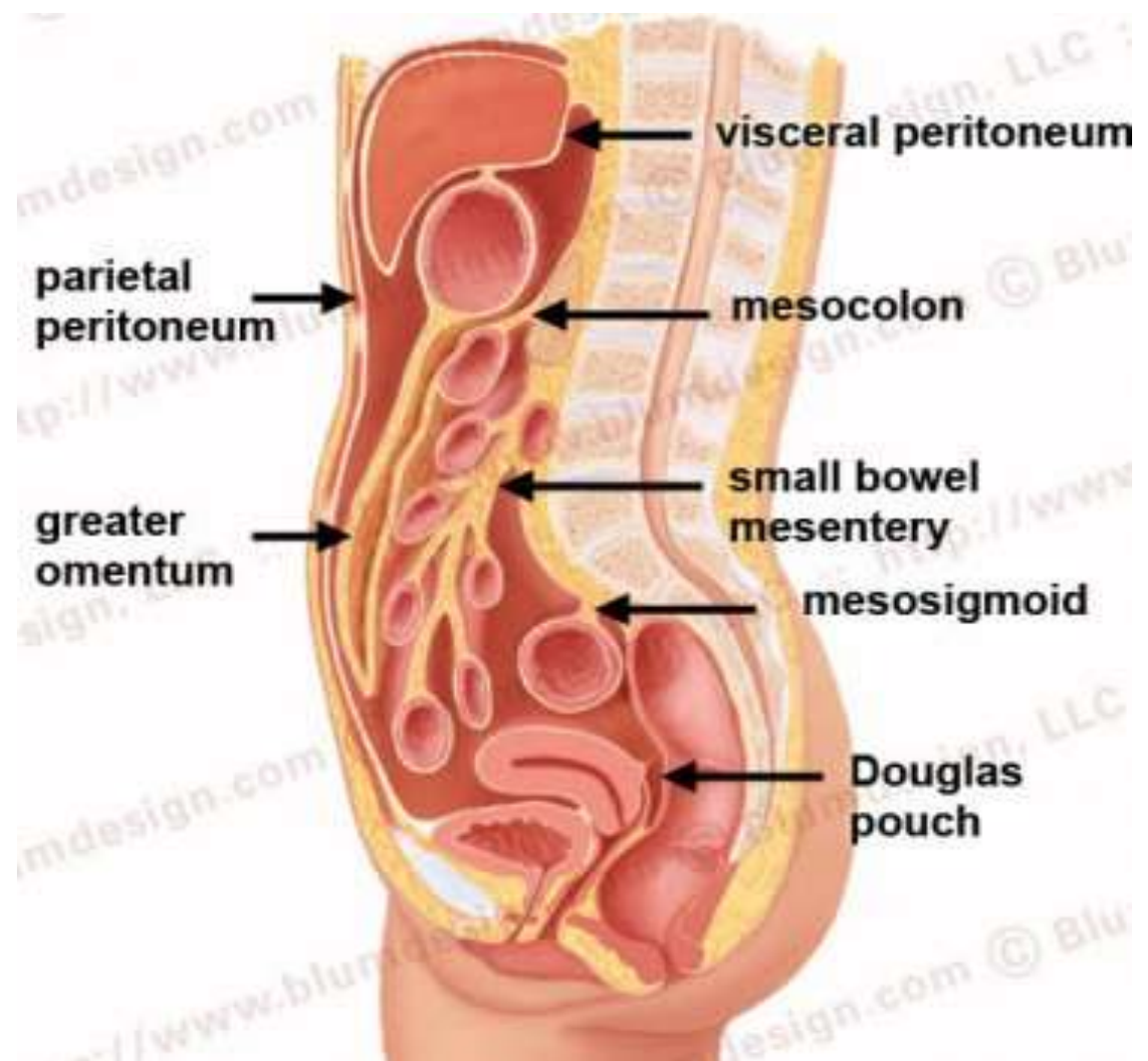
- Là bệnh hiếm gặp
- Nhồi máu mạc nối lớn: Omental infarction
- Chẩn đoán dựa vào TD lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

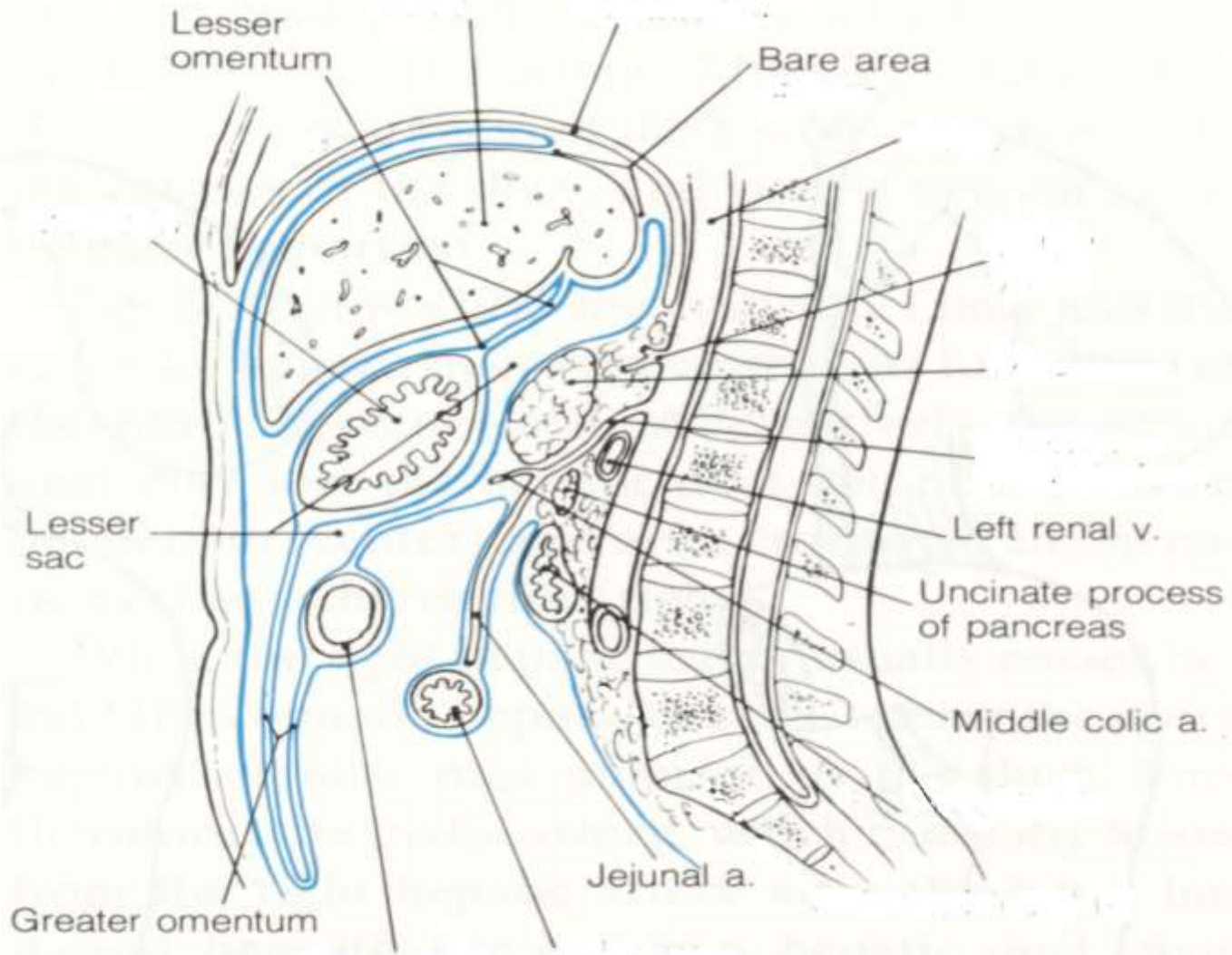


# GIẢI PHẪU

## Phúc mạc:

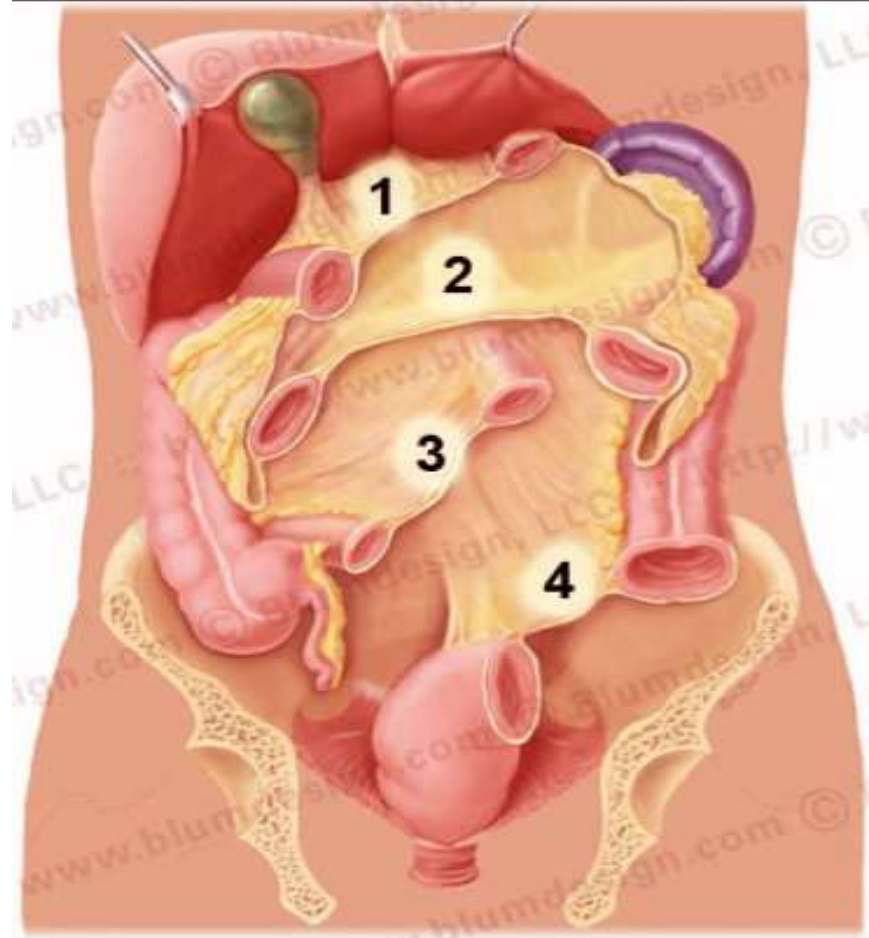
- Phúc mạc thành: che phủ mặt trong thành ổ bụng.
- Phúc mạc tạng: bọc các tạng.
- Mạc nối, mạc treo, dây chằng: phần trung gian giữa hai phần trên / giữa phúc mạc hai tạng.
- Ổ phúc mạc: khoang nằm giữa các phần trên.
- Khoang ngoài phúc mạc: giữa ổ phúc mạc và thành bụng, chứa mạc ngoài phúc mạc và tạng ngoài phúc mạc.






## **MẠC TREO:** *NỐI GIỮA PHỨC MẠC BỌC RUỘT VÀ PHỨC MẠC THÀNH BỤNG SAU.*

- Mạc treo ruột non.
- Mạc treo đại tràng ngang.
- Mạc treo đại tràng sigma.
- Mạc treo ruột thừa.



# MẠC NỔI

- ✓ Mạc nổi: phần trung gian giữa phúc mạc bọc dạ dày và phúc mạc thành/ phúc mạc các tạng quanh dạ dày.
  - Mạc nổi nhỏ:
    - Dây chằng gan – vị.
    - Dây chằng gan – tá tràng.
  - Mạc nổi lớn:
    - Dây chằng vị - hoành
    - Dây chằng vị - tỳ.
    - Dây chằng vị - đại tràng.
  - Ngoài ra còn dây chằng tì – tụy, tì – thận, tì – hoành.
- 



# GIẢI PHẪU MẠC NÓI LỚN

MẠC  
NÓI LỚN

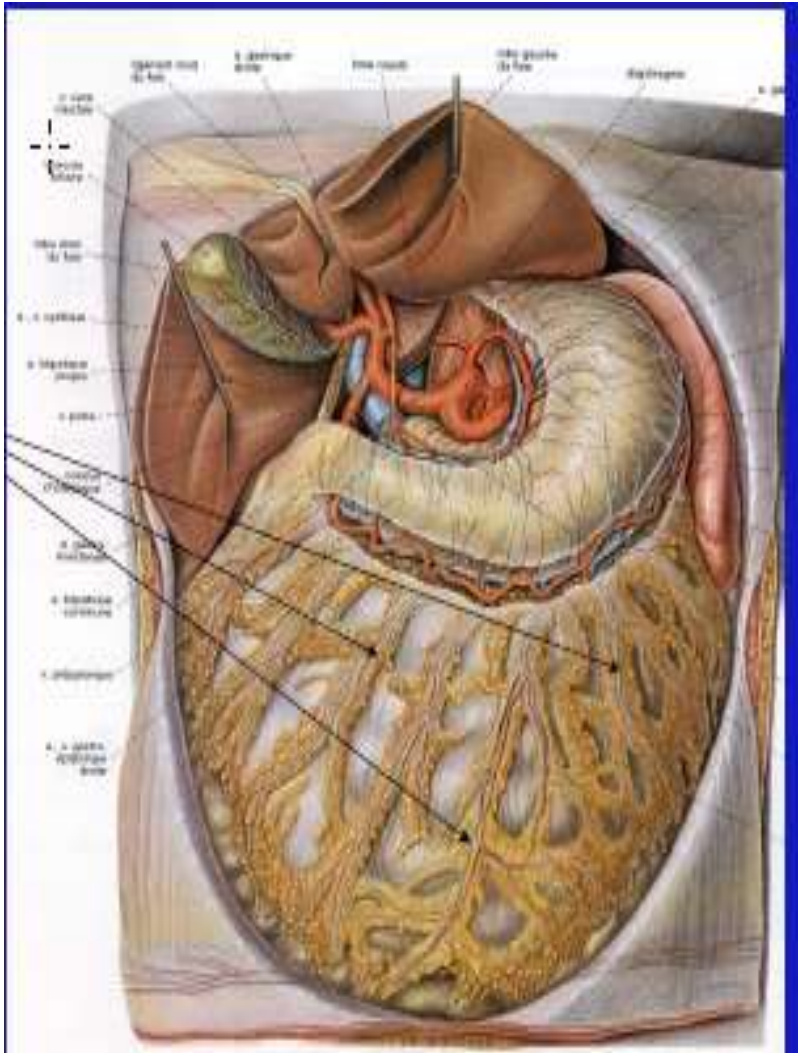


Fig. 296. Anatomical illustration of the abdominal cavity showing the large intestine and associated structures.

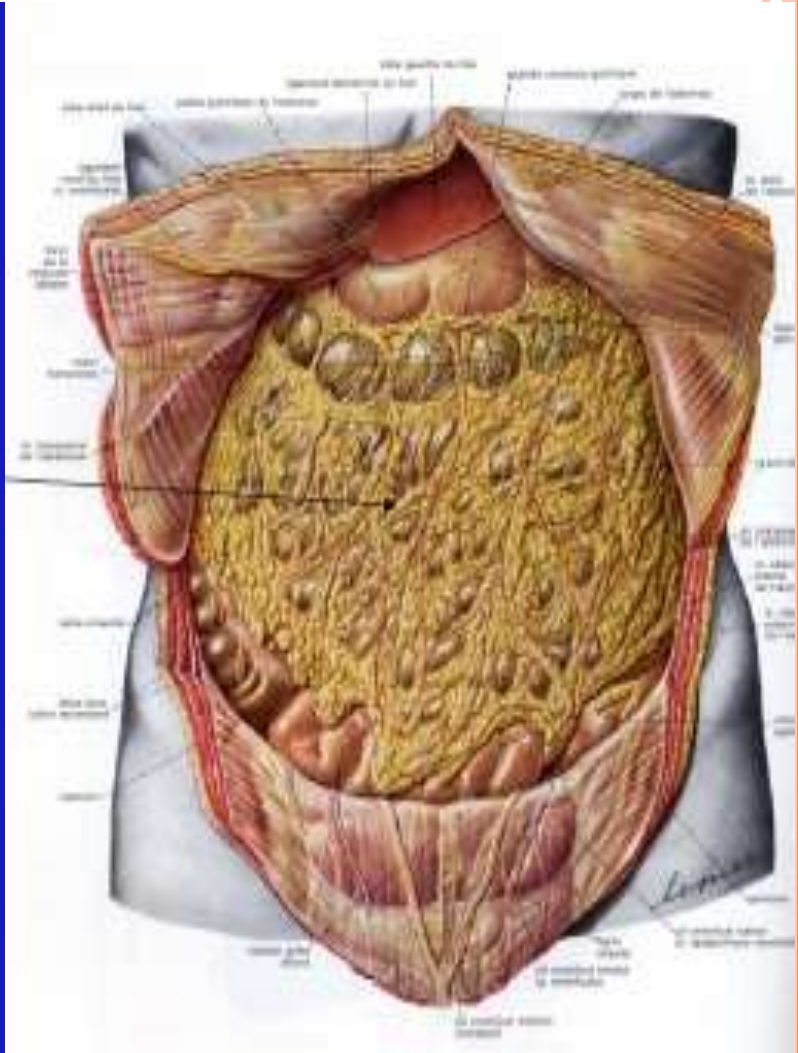
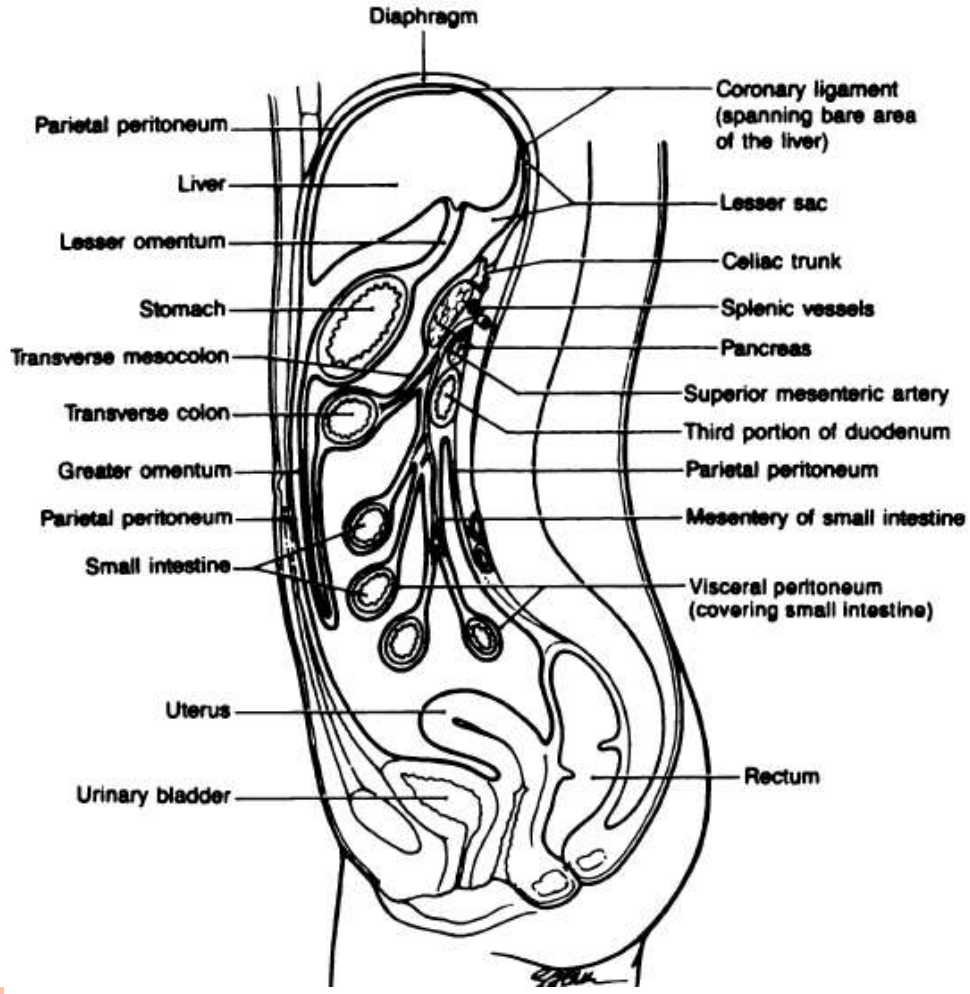
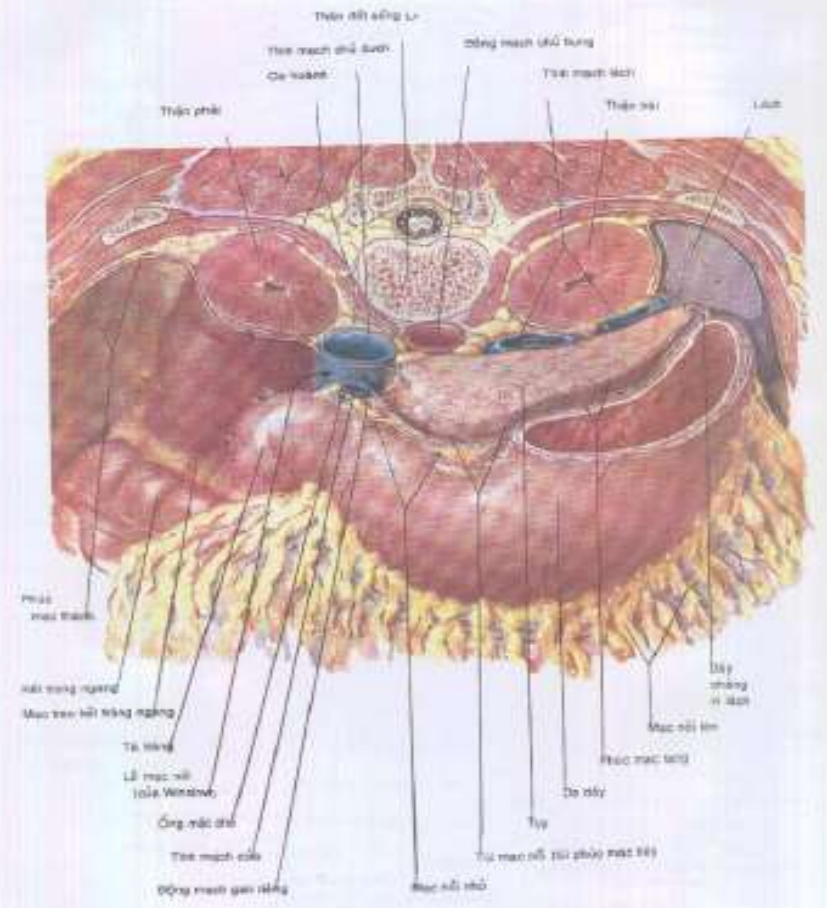


Fig. 296. Anatomical illustration of the abdominal cavity showing the large intestine and associated structures.

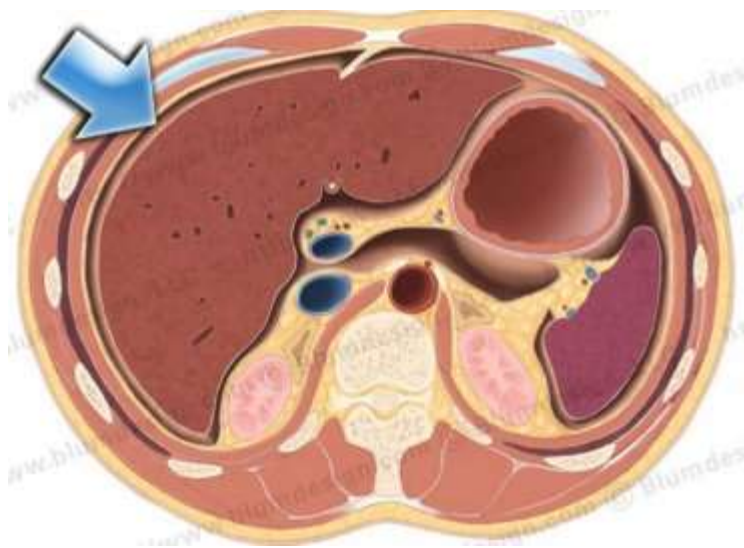
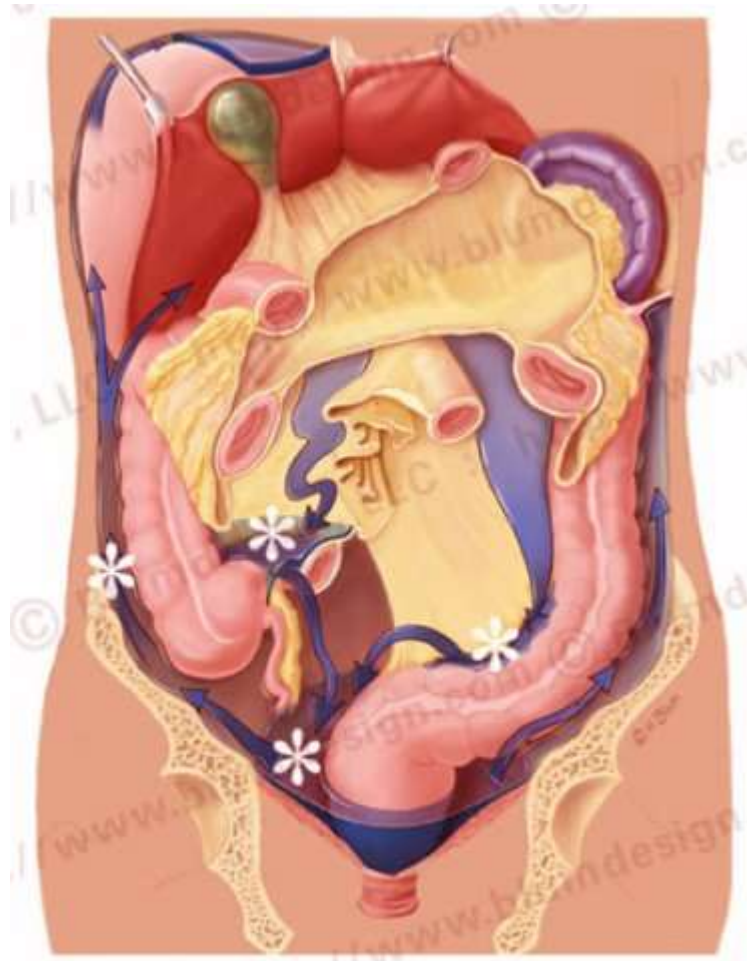


**Túi mạc nối : thiết đồ ngang**

ANAM THIEM HUBHI 331







## CHỨC NĂNG CỦA MẠC NỔI LỚN

- Chức năng thấm hút và dính.
- Hàng rào bảo vệ chống đỡ vi khuẩn và bao vây ổ viêm.
- Khi bị VK xâm nhập sẽ gây VPM



## NGUYÊN NHÂN NHỒI MÁU MNL

- **Huyết khối tĩnh mạch:** béo phì, hôn mê, ăn nhiều, dùng thuốc nhuận tràng., sau PT, thay đổi tư thế đột ngột...
- **Xoắn:**
  - **Nguyên phát** (hiếm hơn); phần MNL di động xoay quanh 1 trục, gặp ở BN (béo phì, MNL phân đôi, bất thường BS)
  - **Thứ phát:** (Hay gặp): thường kết hợp trong bệnh cảnh nang BT xoắn, viêm seo, thoát vị



# LÂM SÀNG

- Bệnh cảnh giống VRT, viêm túi mật, u nang BT xoắn..
- Phản ứng thành bụng vùng nửa bụng phải
- Có thể nôn, buồn nôn
- XN: Bạch cầu tăng nhẹ, CRP ít tăng
- Chẩn đoán hình ảnh: dựa vào siêu âm và CLVT



# SIÊU ÂM



- Trước ĐT+ sát thành bụng trước.
- Khối giả tổ chức mô: tăng âm, không di động, không tăng sinh mạch.
- Thường gặp ở nửa bụng phải.
- Cần thiết phải loại trừ bệnh cấp tính: VTM, VRT, UNBT xoắn...

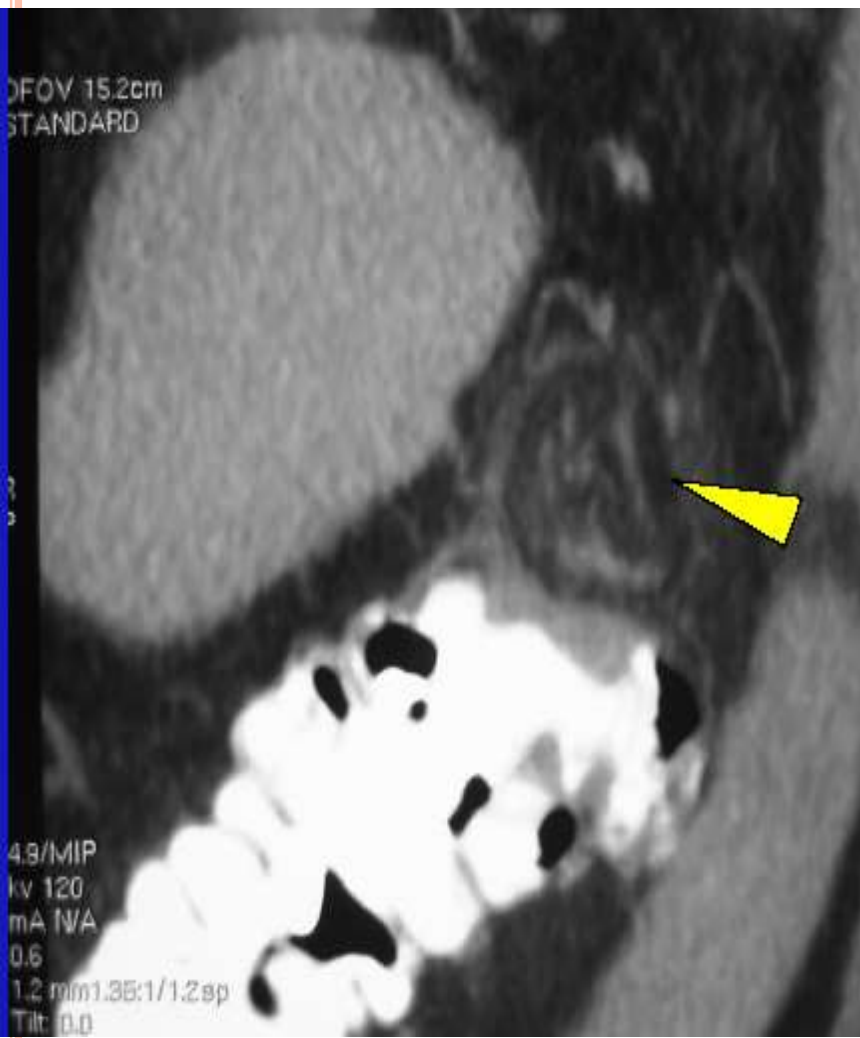


# CẮT LỚP VI TÍNH

- PP chẩn đoán tốt nhất.
- Vị trí: Ngay sau thành bụng trước vùng MSP (trước ĐT phải hoặc trái)
- Kích thước: >5cm
- Đặc điểm tổn thương: Thâm nhiễm mỡ mạc nối không đều trong ổ bụng, có tĩnh mạch giãn nằm bên trong tổ chức mạc nối tổn thương.
- Dày phúc mạc lá thành.
- Dịch dục rãnh thành đại tràng một bên.
- Không có dấu hiệu viêm túi mật cấp, VRT cấp
- Nếu xoắn: **DH lồi xoáy**



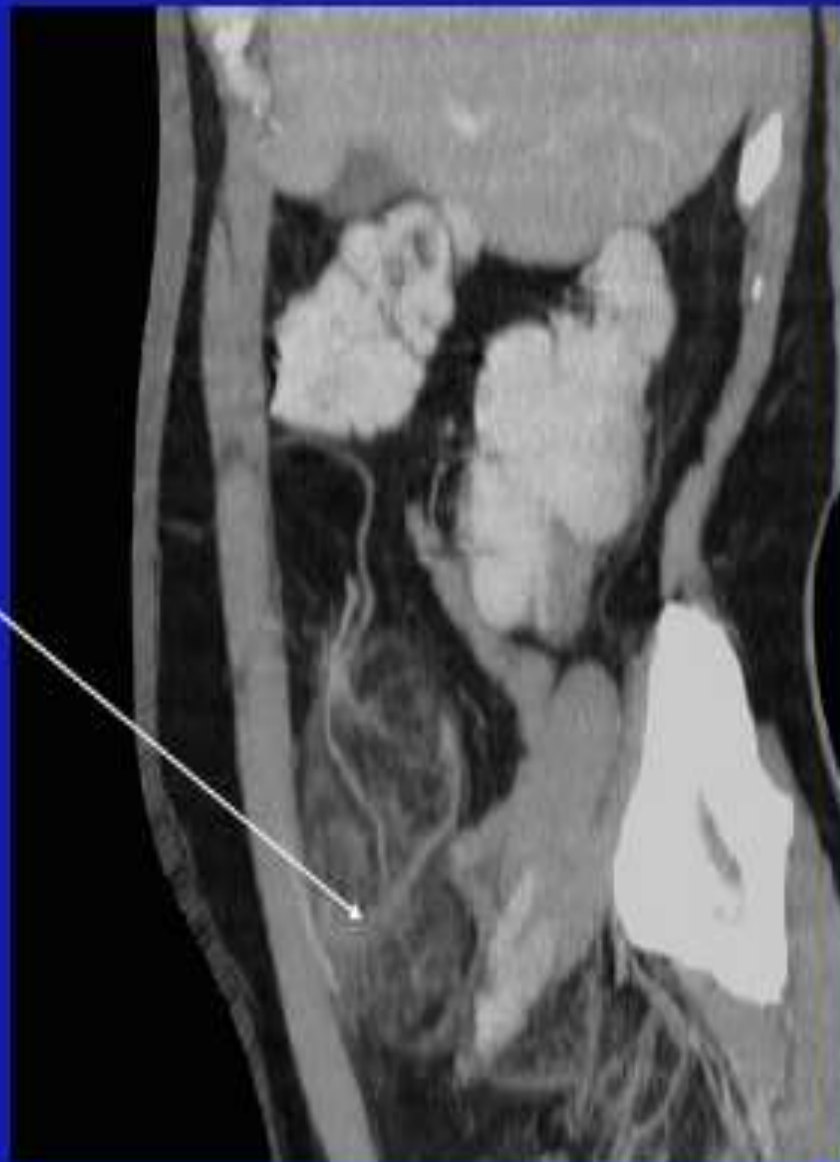


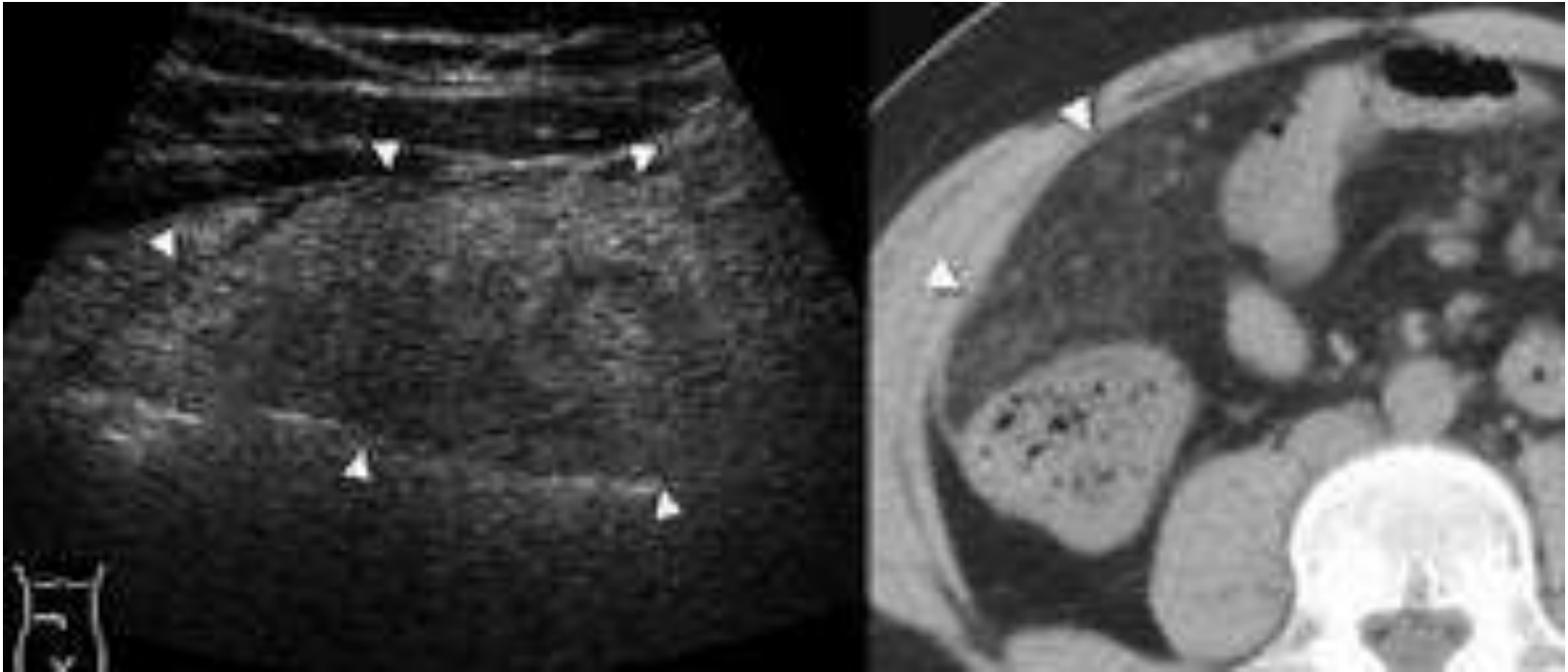


Mạch mạc nối



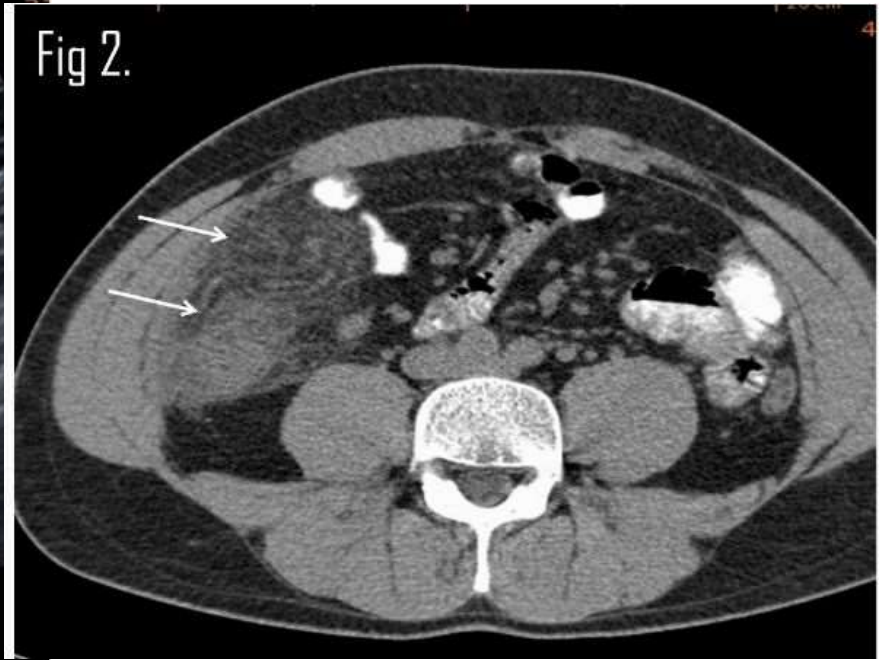
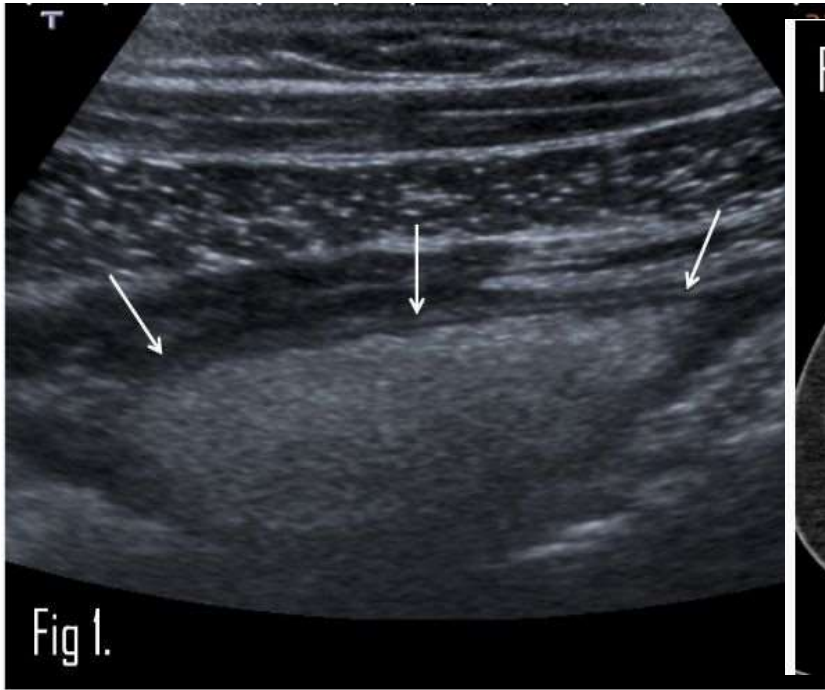
Vùng hoại tử





BN NAM, 41T CĐ HOẠI TỬ MẠC  
NÓI LỚN

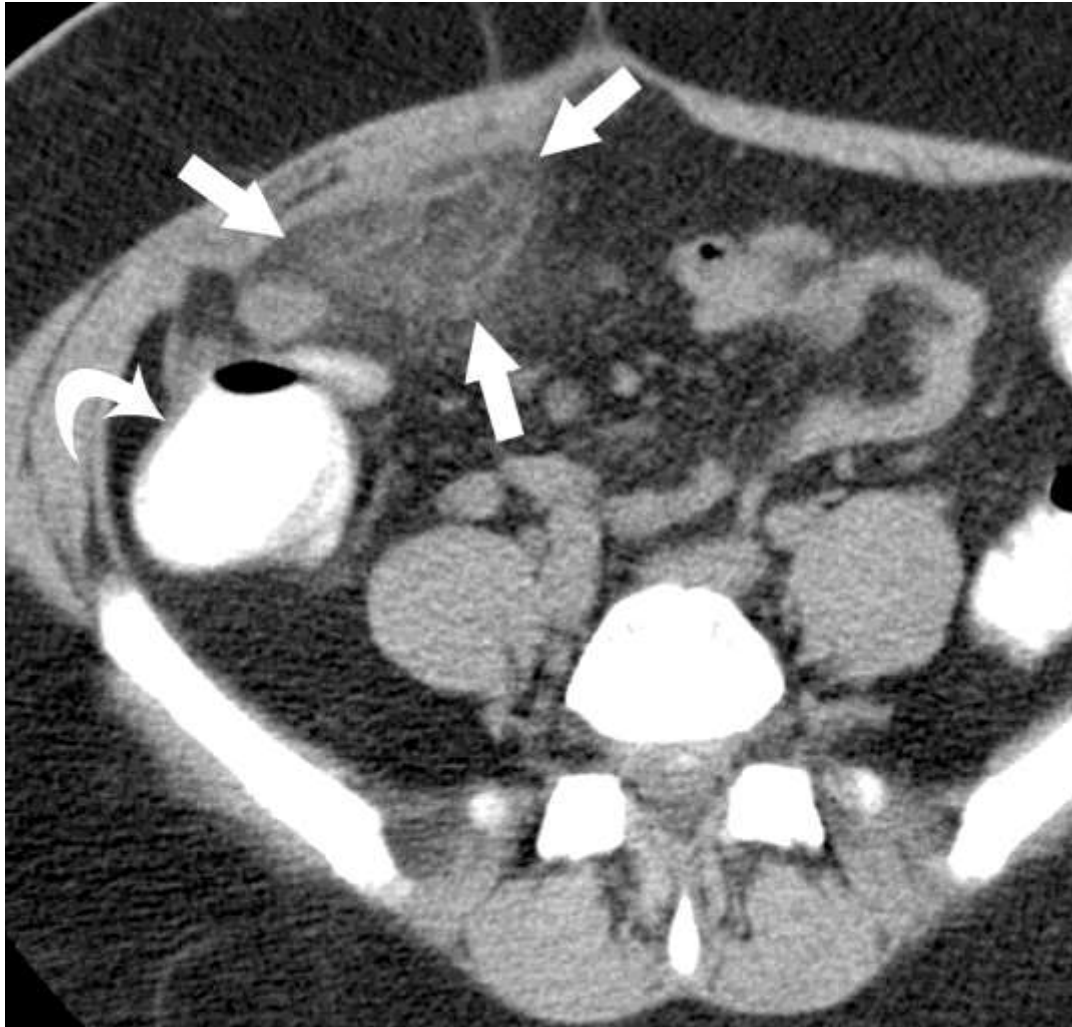




BN NAM 22T, ĐAU HSP, CĐ:  
NMMNL



**Figure 12. Acute omental infarction in a young woman.**

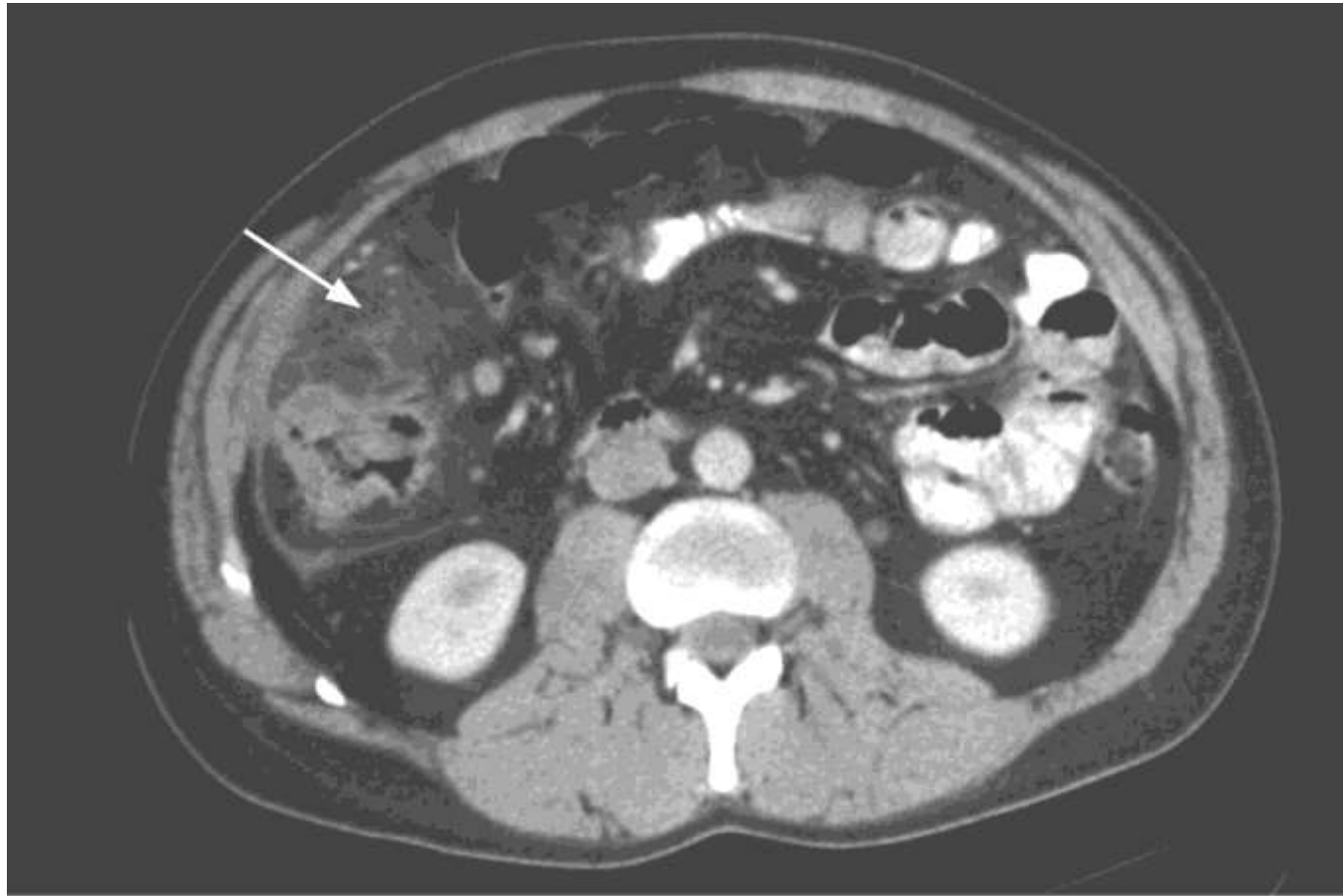


Singh A K et al. Radiographics 2005;25:1521-1534

**RadioGraphics**

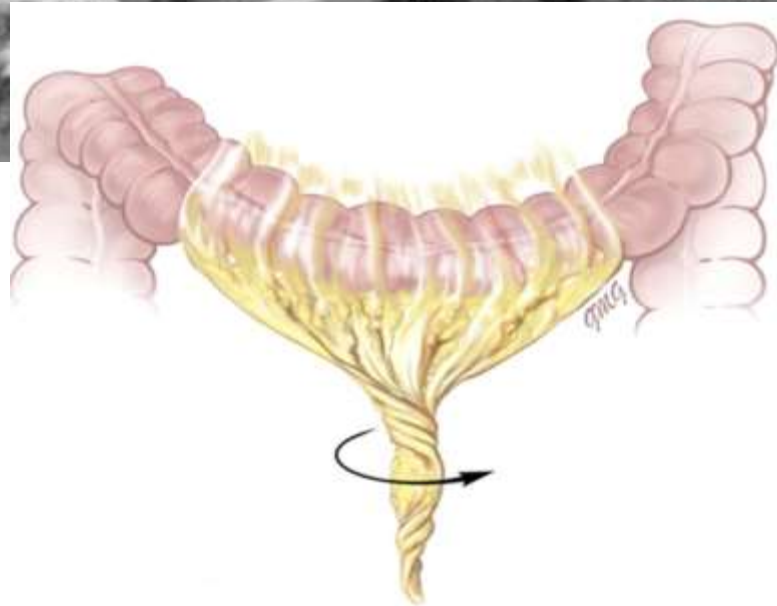
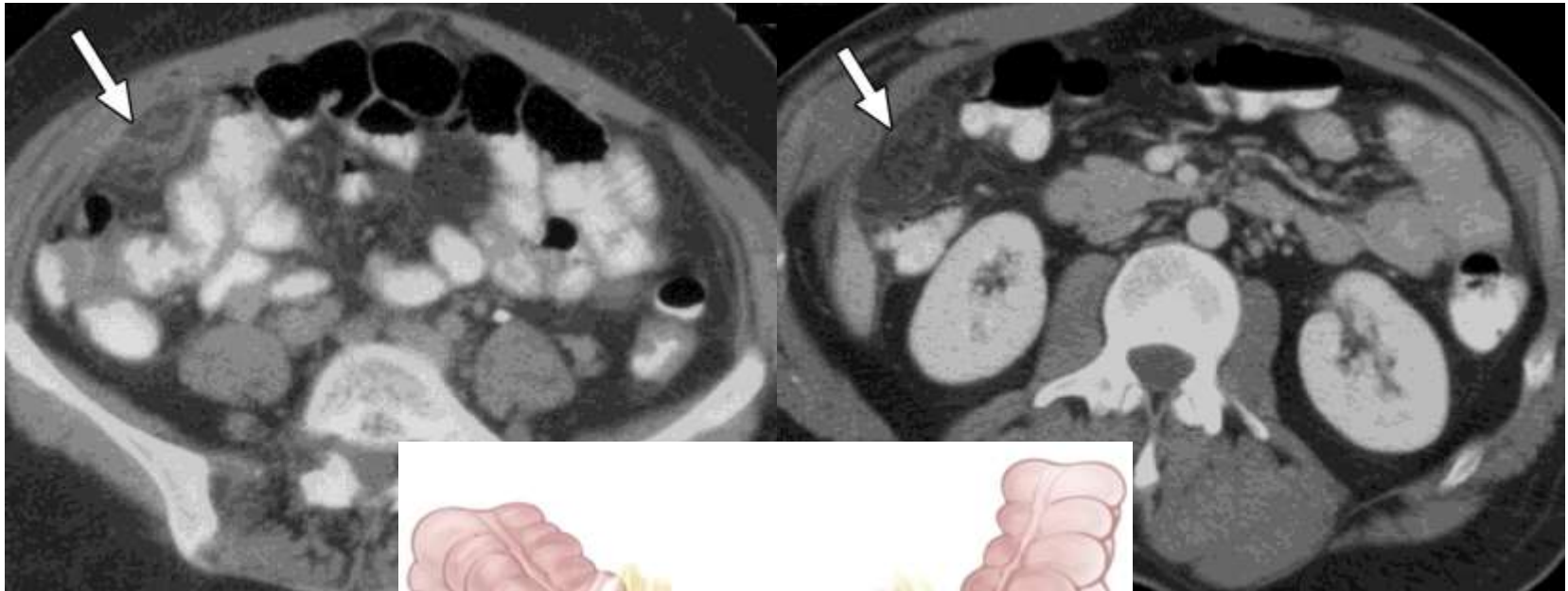






**Omental infarct on the right side of the abdomen as indicated by the arrow in a 38-year-old man.**

Lapsia S , Ghai S BMJ Case Reports  
2009;2009:bcr.2006.042226



BN nữ 30 T đau bụng HSP 3 ngày







**Xoắn mạc nối: DH**  
xoáy trong mạc  
nối



# BIẾN CHỨNG ÁP XE HÓA



BN nữ 76 tuổi, sau mổ 5 ngày cắt lách,  
đuôi tụy, đại tràng



# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm bờm mỡ mạc nối:
- Viêm túi thừa
- Viêm ruột thừa.
- Viêm túi thừa Meckel
- Bệnh Crohn
- Một số bệnh lý khác gây đau nửa bụng phải: Viêm đại tràng, Viêm túi mật, Viêm tụy cấp, Thủng dạ dày, u nang buồng trứng xoắn.....



## VIÊM BỜM MỠ: EPIPLOIC APPENDAGITIS

- Bờm mỡ: Cấu trúc xuất phát từ thanh mạc đại tràng
- Chứa mỡ và mạch máu
- Nhiều ở đại tràng trái và trực tràng
- Xảy ra do xoắn hoặc tắc mạch trung tâm của bờm mỡ.



# LÂM SÀNG

- Đau bụng giả ngoại khoa.
- Phản ứng thành bụng
- Nôn buồn nôn
- Bạch cầu có thể tăng



# SIÊU ÂM



- Khối hình tròn hoặc hình bầu dục ranh giới rõ.
- Trung tâm tăng âm không đồng nhất: do thâm nhiễm tổ chức mỡ
- Có viền giảm âm xung quanh (viêm PM lân cận).
- Không có tăng sinh mạch.

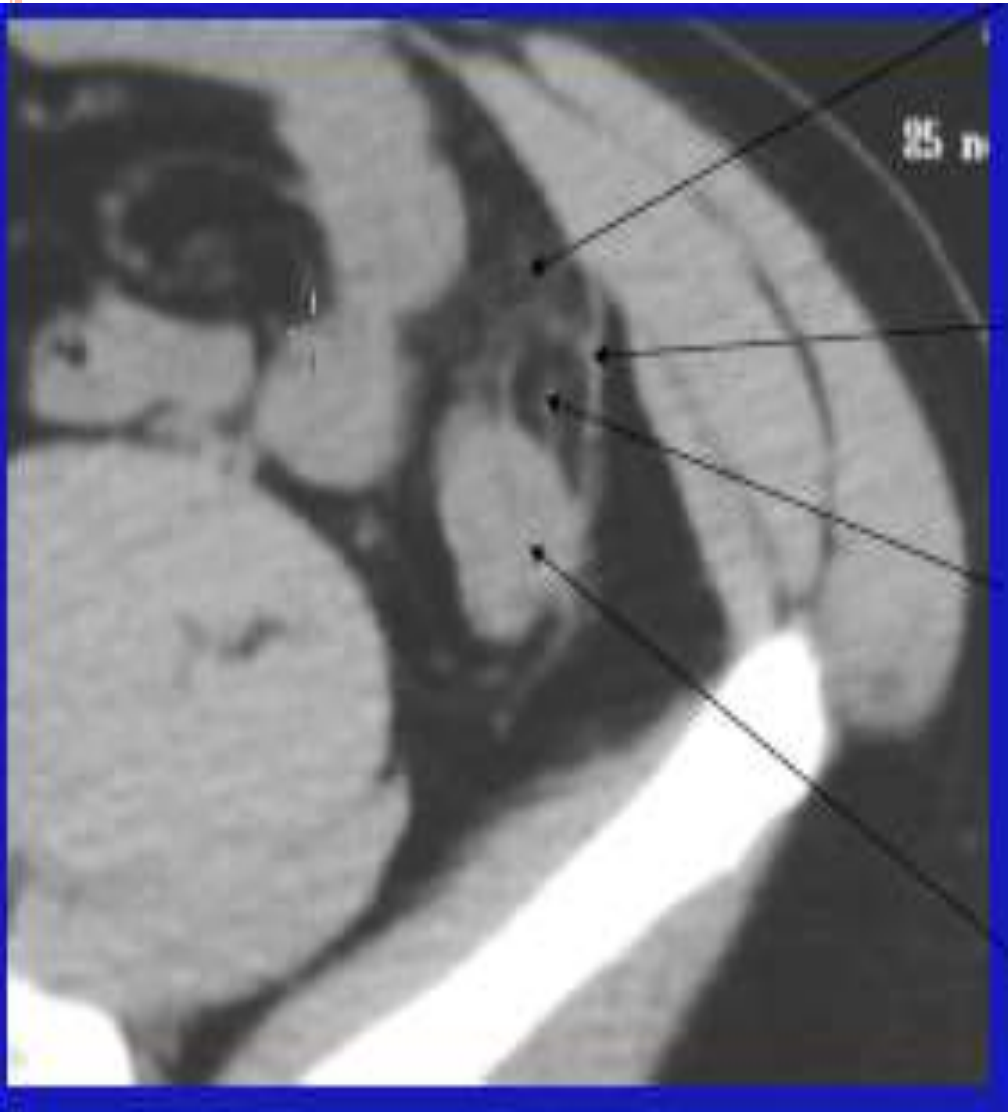


# CẮT LỚP VI TÍNH

- Ổ nhỏ hình bầu dục nằm trước hoặc trước bên đại tràng.
- Giảm tỷ trọng của mỡ
- Bao quanh bởi viền tổ chức: Do viêm phúc mạc lân cận
- Trung tâm có chấm tăng tỷ trọng do huyết khối tĩnh mạch hoặc xuất huyết.
- Thành đại tràng lân cận thường không dày.



# Thâm nhiễm mỡ xung quanh



Sự dày thành xung quanh

Phần tử trung tâm (Cuống mạch: có thể chảy máu hoặc HK)

Đại tràng bên cạnh







Viêm bờm mỡ ở BN nữ 33T đau bụng HSP

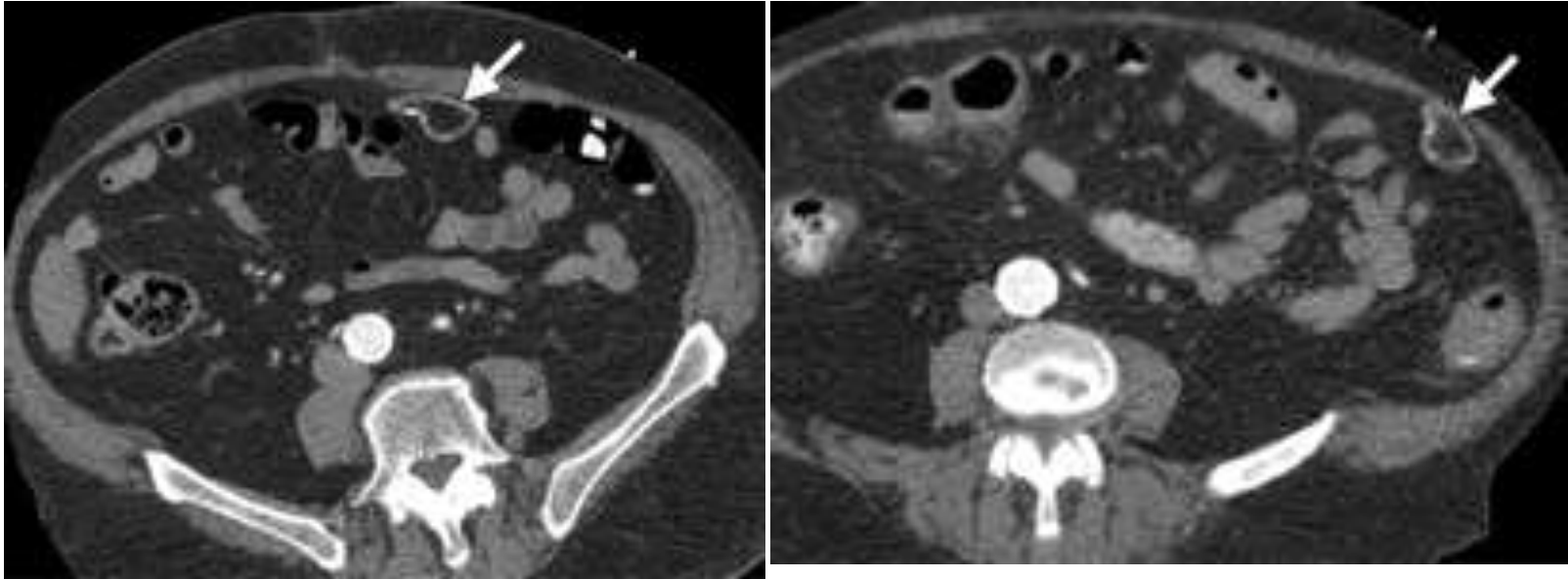




Viêm bờm mỡ ở BN nam 23  
tuổi đau bụng MST



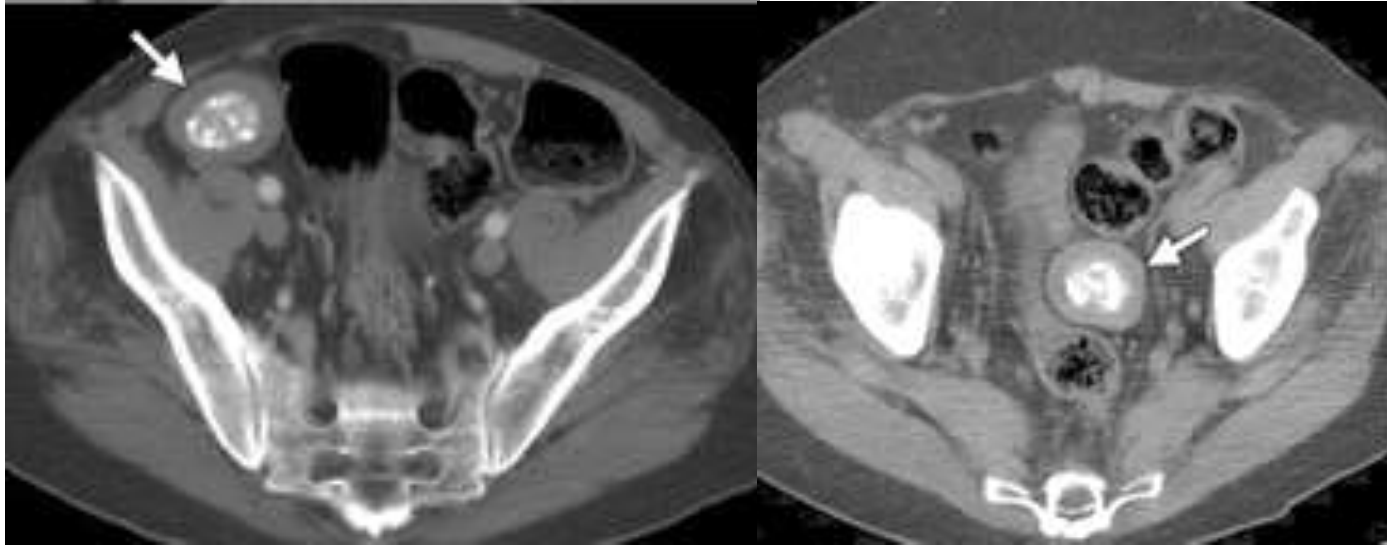
# VIÊM BỜM MỠ THƯỜNG CÓ VÔI HÓA Ở THÀNH



Viêm bờm mỡ có vôi hóa ở BN nam 74 T



# DH QUẢ TRỨNG LUỘC: GẶP TRONG TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH



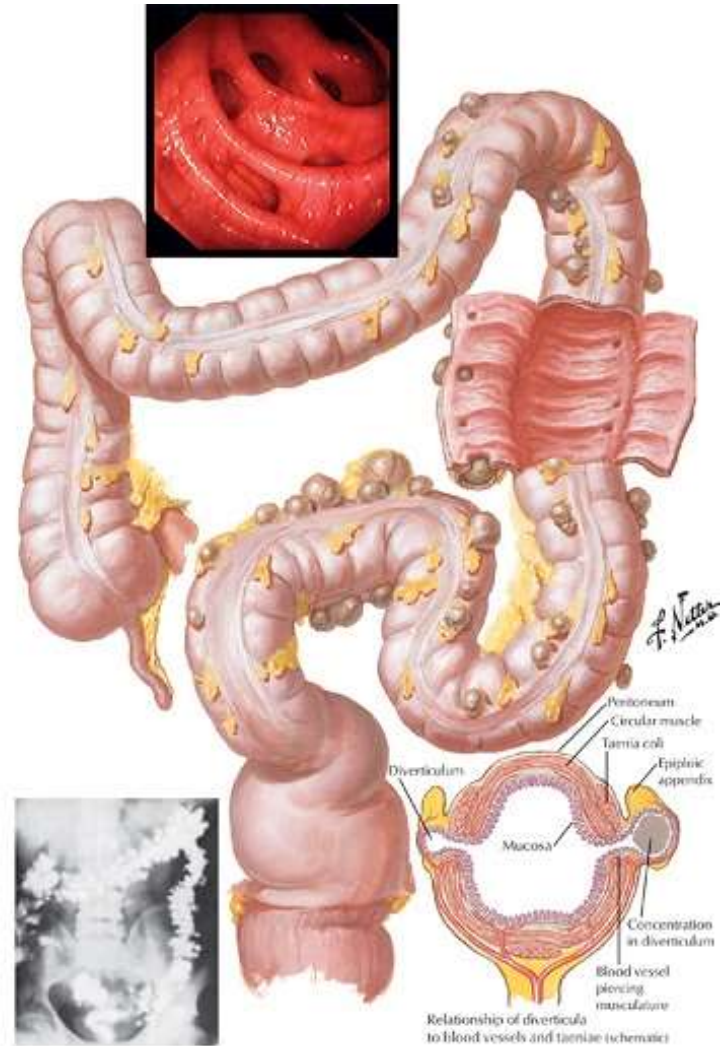
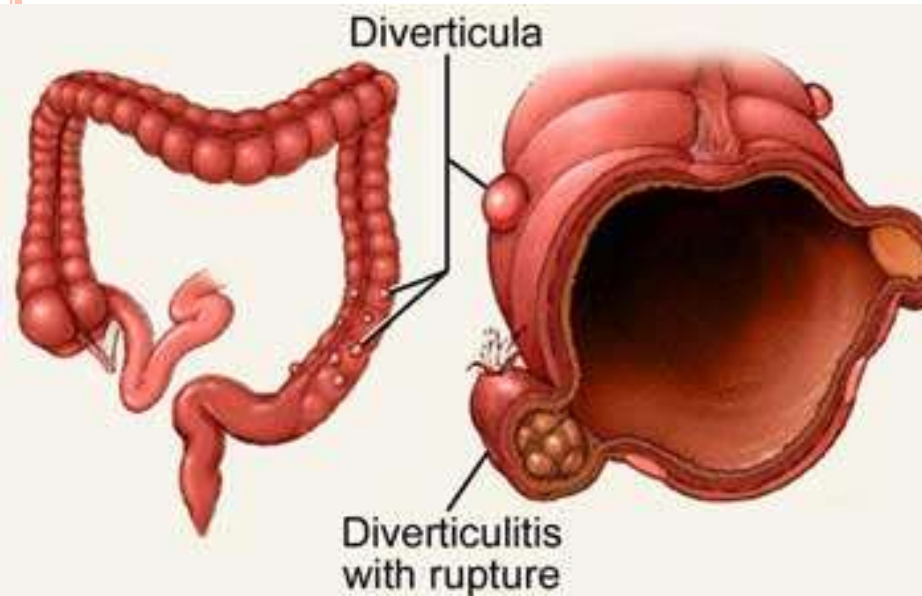
BN NAM 58 TUỔI CHẨN VIÊM BỒM MỠ CÓ VÔI HÓA TRUNG TÂM



## VIÊM TÚI THỪA (ACUTE DIVERTICULITIS)

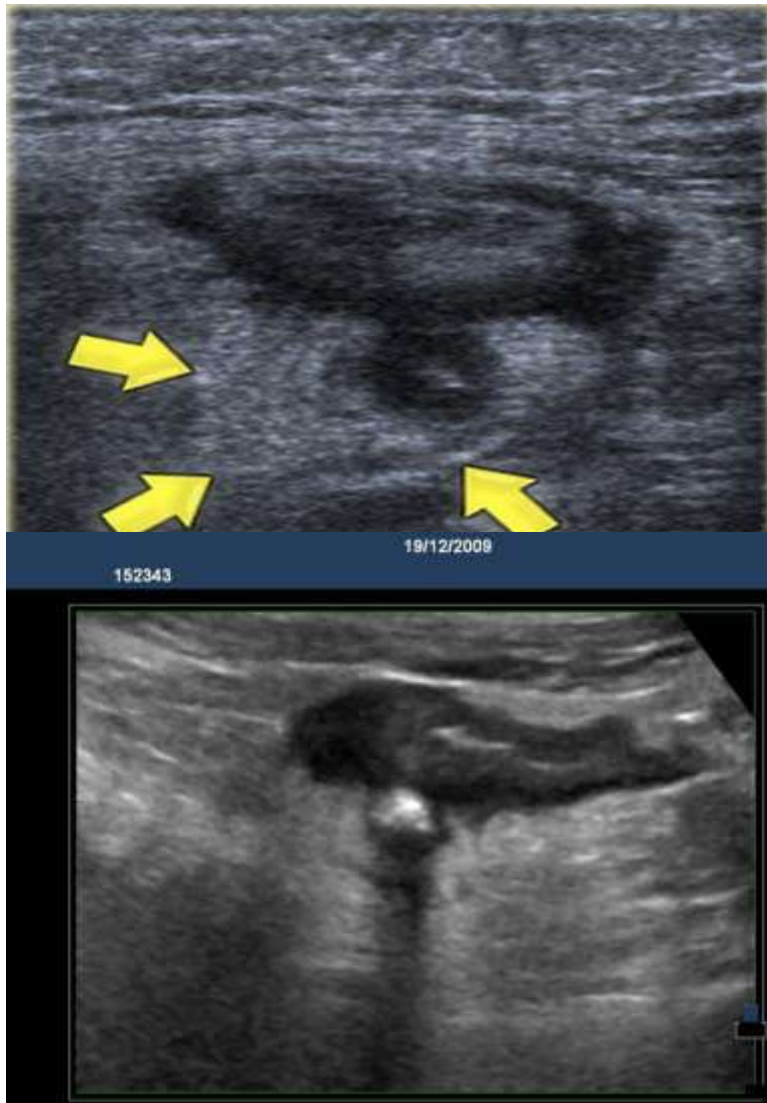
- Lâm sàng giống viêm ruột thừa: Sốt, đau bụng, phản ứng thành bụng, nôn hoặc buồn nôn, bạch cầu tăng cao.
- Có thể thứ phát sau viêm bờm mỡ.
- Có thể tiến triển thành **Áp xe hoặc thủng**
- Chẩn đoán dựa vào siêu âm và cắt lớp vi tính.
- Điều trị nội khoa, chỉ mổ khi có biến chứng







# SIÊU ÂM

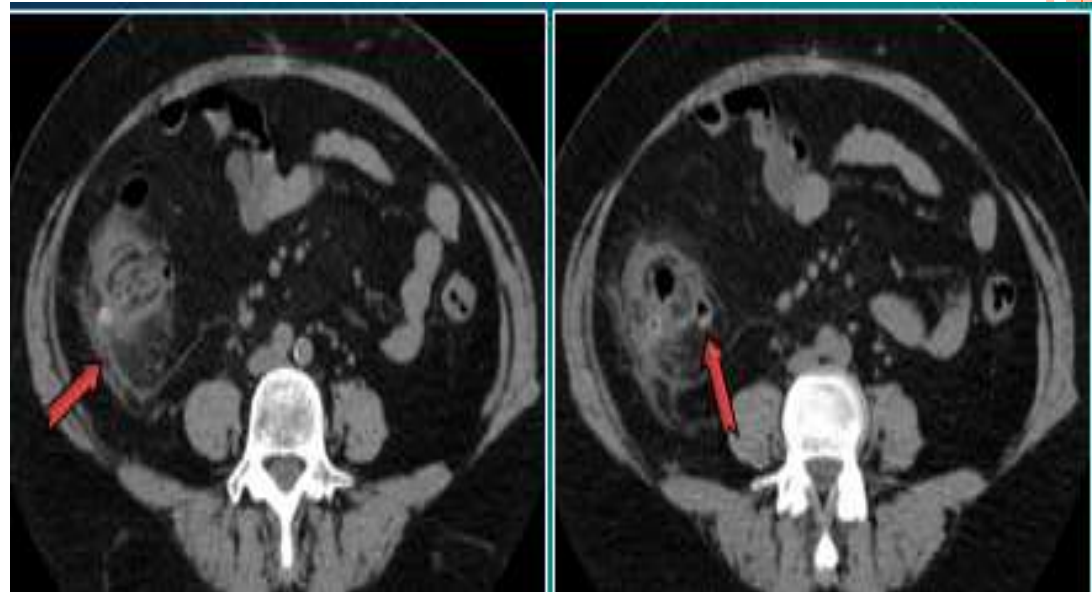


- Cấu trúc nằm cạnh đại tràng bên trong chứa khí hoặc sỏi phân.
- Thành túi thừa dày, thâm nhiễm tổ chức mỡ xung quanh.
- Dày thành ĐT xung quanh.

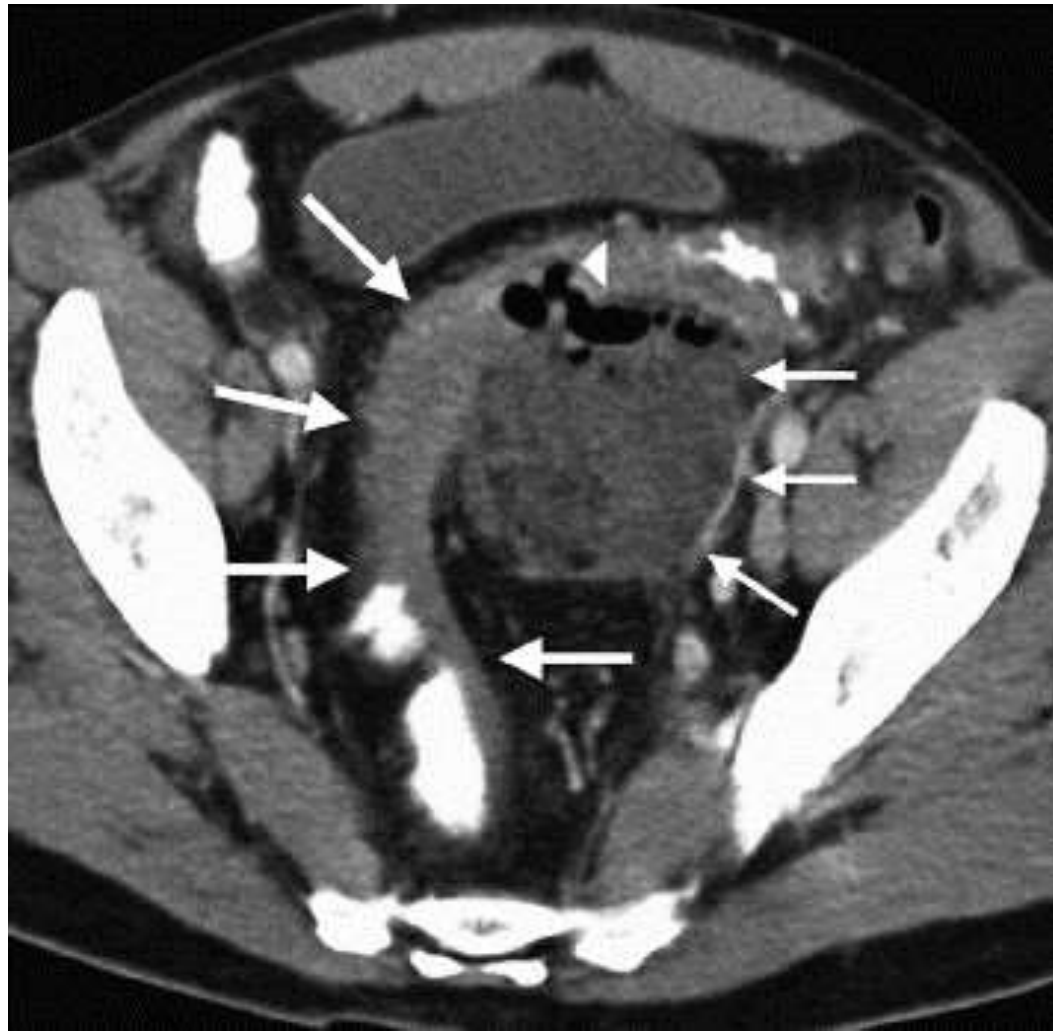


# CẮT LỚP VI TÍNH

- Giống siêu âm nhưng rõ hơn.
- Giúp phân biệt rõ và đánh giá được tình trạng ngấm thuốc của túi thừa và thành đại tràng kế cận.







Bc thủng túi thừa ĐT Sigma

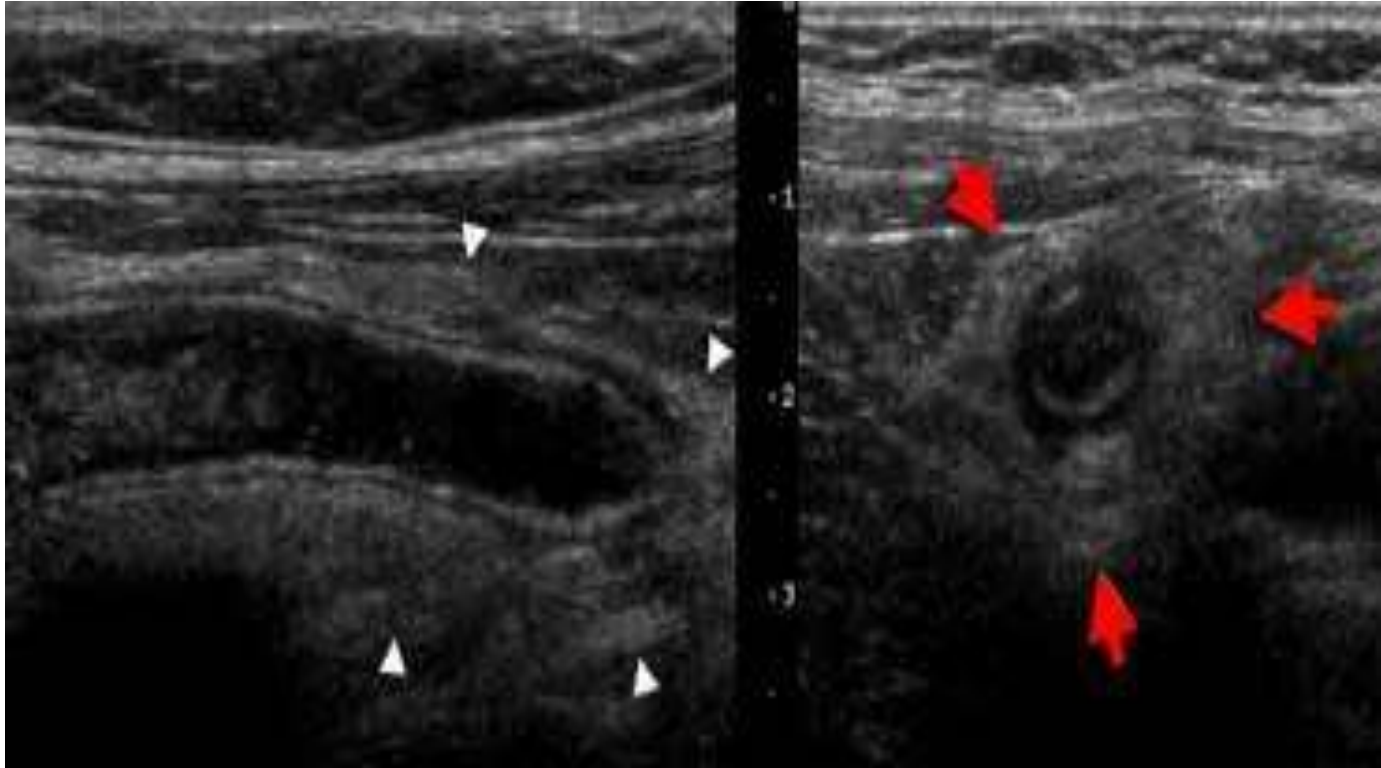


## VIÊM RUỘT THỪA CẤP( *APPENDICITIS*)

- Hay gặp hơn.
- Bệnh cảnh viêm ruột thừa: sốt , đau bụng HCP ấn đau, phản ứng thành bụng, BC tăng.
- Chẩn đoán dựa vào: Theo dõi lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh thấy ruột thừa viêm.
- *Là bệnh lý cần phải loại trừ trước khi chẩn đoán bệnh lý khác.*



# SIÊU ÂM



# CLVT



FIGURE 1. Axial CT demonstrates a round structure in the right lower abdomen (arrow) with enhancement of its wall and surrounding mesenteric fat stranding.

- RT tăng kích thước: ĐK ngang  $>7\text{mm}$
- RT thành dày ngấm thuốc mạnh sau tiêm
- Bên trong chứa đầy dịch hoặc sỏi phân.
- Chú ý RT chứa khí gần như không viêm kể cả kích thước to (Cần tìm NN khác gây RT to)
- Thâm nhiễm mỡ và dịch xung quanh.



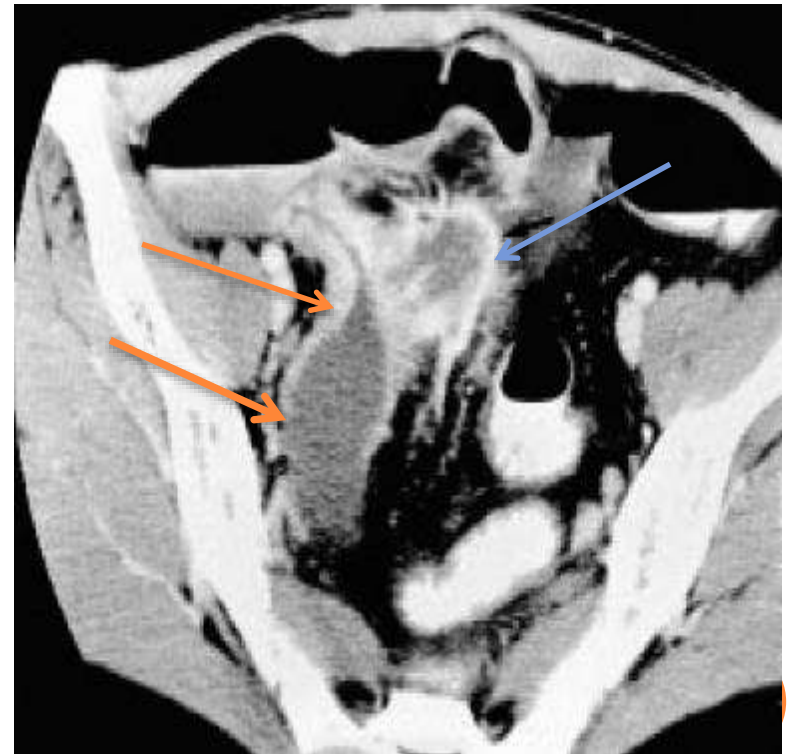
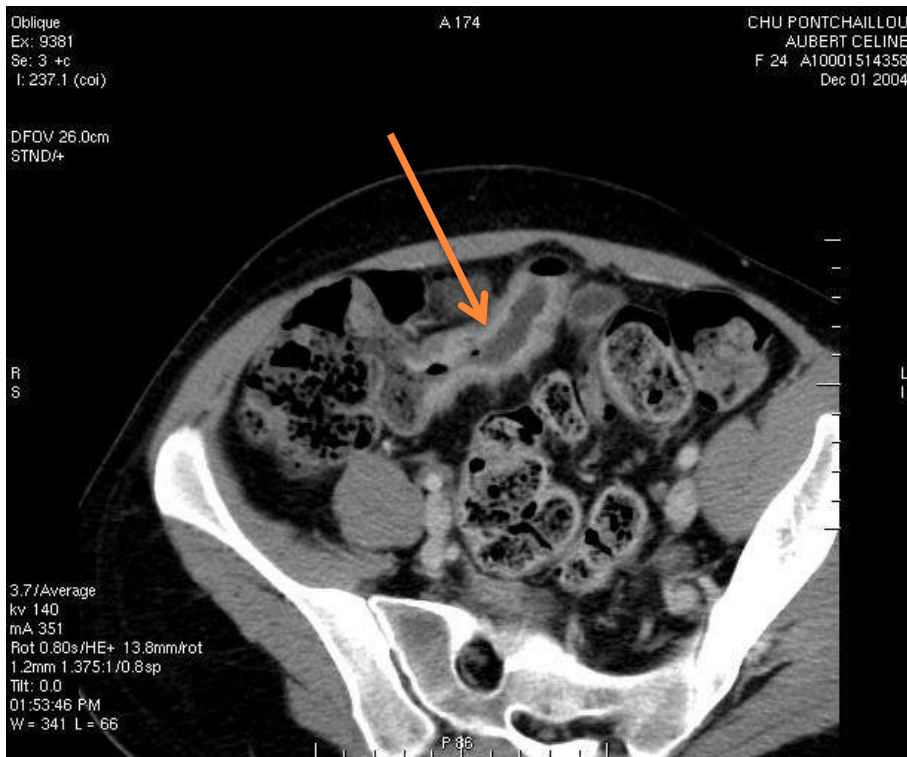
## BỆNH CROHN

- **Hình ảnh:** dày thành kèm hẹp một đoạn ruột non và đoạn ruột phía trên giãn.
- **Đánh giá tình trạng viêm nhiễm:** bắt thuốc ở thành ruột tổn thương và DH răng lược (giãn nở mạch mạc treo vùng tổn thương).
- **Đánh giá tình trạng ptr bệnh:** hạch mạc treo và tình trạng thâm nhiễm mỡ mạc treo (tăng đậm độ mỡ mạc treo).
- **Đánh giá biến chứng:** Khối viêm tấy (Plegmon), áp xe, rò

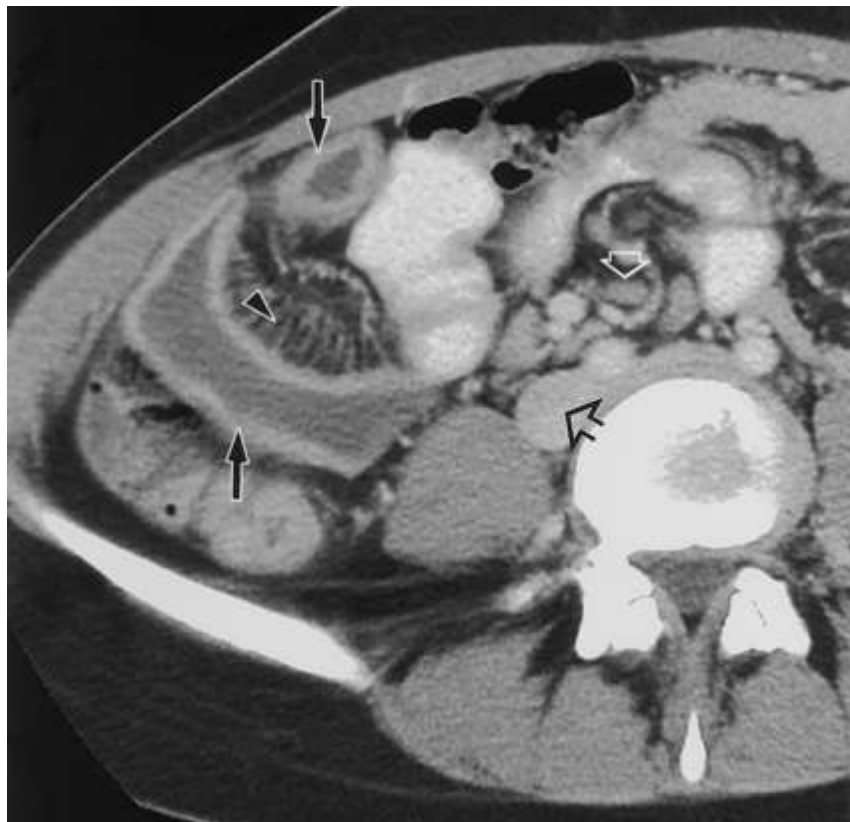


*Tái tạo theo trục quai ruột bị tổn thương  
(mũi tên: thành ruột dày)*

*Hẹp quai ruột kèm giãn trước hẹp (mũi tên).  
Ổ áp xe bên cạnh*



*Dấu hiệu răng lược (đầu mũi tên), hạch ổ bụng (mũi tên rỗng), dày thành ruột (mũi tên)*



*Dấu hiệu răng lược và thâm nhiễm mỡ mạc treo*





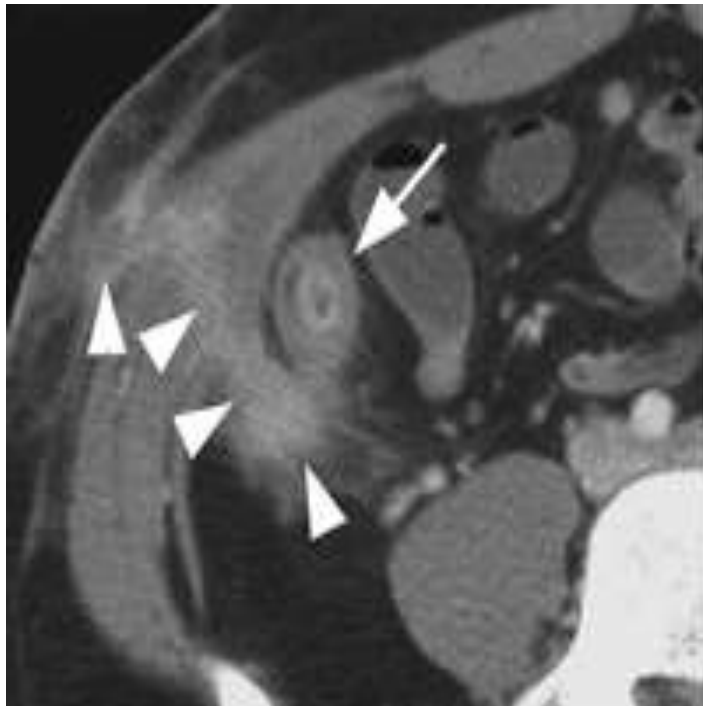
*Phlegmon-bắt thuốc cản quang*

*Ổ áp xe với bóng khí ở trong, bắt thuốc ở vách*





*Hồi tràng cuối dày, bắt thuốc với đường rò từ hồi tràng ra (không thấy trên chụp lưu thông)*



*Dò hồi-hồi tràng, hình ảnh giãn quai ruột phía trước*



## VIÊM TÚI THỪA MECKEL

- Nằm ở bờ tự do đoạn cuối hồi tràng.
- Cách góc hồi manh tràng khoảng 30-90cm.
- Được cấu tạo bởi thành TB hồi tràng và các TB lạc chỗ của niêm mạc dạ dày, tụy..
- Biến chứng: Viêm, thủng, XHTH, lồng ruột...

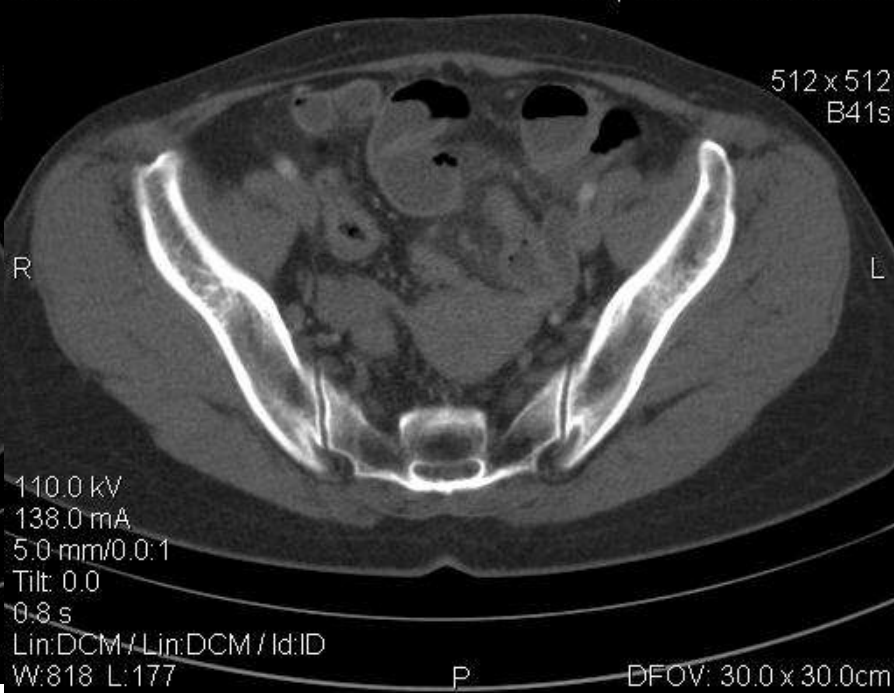
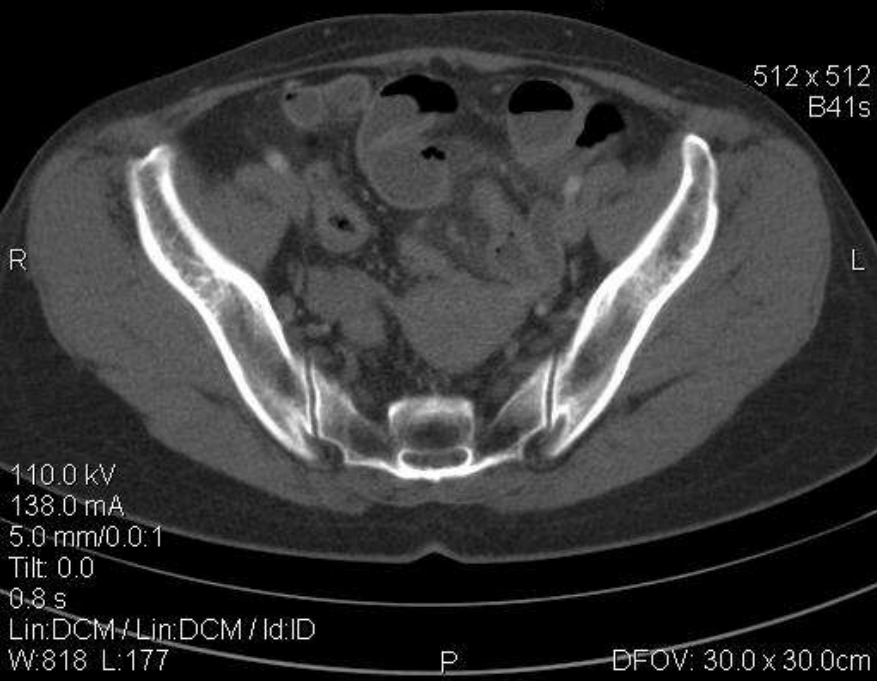


Emotion Duo  
Ex: 1  
AbdRoutine 5.0 B41s  
Se: 4/7  
Im: 22/34  
Ac: I301.5

A KHOA CDHA - BV VIETDUC  
LE THI LY F.48  
1964 Apr 01 F TD VRRRT  
Acc:  
2012 Apr 01  
Acq Tm: 20:05:54.836954

Emotion Duo  
Ex: 1  
AbdRoutine 5.0 B41s  
Se: 4/7  
Im: 22/34  
Ac: I301.5

A KHOA CDHA - BV VIETDUC  
LE THI LY F.48  
1964 Apr 01 F TD VRRRT  
Acc:  
2012 Apr 01  
Acq Tm: 20:05:54.836954



Viêm túi thừa Meckel



## CÁC BỆNH LÝ KHÁC

- Viêm đại tràng
- Viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp, thủng dạ dày tá tràng, u nang buồng trứng xoắn..
- Cần tìm các DH của các bệnh cảnh trên
- Những bệnh cảnh này đều có thể dẫn đến đau khu trú HCP.



# KẾT LUẬN

- Nhồi máu MNL là bệnh hiếm gặp
- Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu nên dễ bỏ qua.
- Chẩn đoán dựa vào chẩn đoán hình ảnh: siêu âm có tính chất gợi ý, CLVT giúp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.
- Điều trị: KS, giảm đau, có thể nội soi cắt bỏ phần mạc nối lớn bị viêm có BC (viêm PM, dính, áp xe hóa..).
- Tiến triển trên LS: khởi sau 7-10 ngày
- Tiến triển trên CLVT: thường chậm, sau 6 tháng.



**THANK YOU FOR YOUR ATTENTION !**

