

Thoát vị Petersen báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp và tổng quan y văn

Huỳnh Bảo Ngọc^{1,2}, Lê Anh Tú, Huỳnh Thị Thương Thương²

¹Khoa Chẩn đoán Hình Ảnh, Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Bộ môn Chẩn Đoán Hình Ảnh, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Thoát vị nội là tình trạng hiếm gặp, chiếm tỉ lệ rất thấp từ dưới 1% đến 5,8% trong số những nguyên nhân gây tắc ruột non. Thoát vị Petersen là một dạng thoát vị nội hiếm gặp, chỉ chiếm tỷ lệ 7,5% các trường hợp thoát vị nội và thường xảy ra sau phẫu thuật nối dạ dày - hồi tràng, cả ở trước và sau mạc treo đại tràng ngang. Thoát vị Petersen xảy ra khi một phần ruột hoặc mạc treo ruột thoát vị qua khoang được giới hạn bởi mạc treo đại tràng ngang, phúc mạc thành sau và quai ruột nối. Thoát vị Petersen hiếm gặp, triệu chứng lâm sàng không điển hình và có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, như tắc ruột, thiếu máu cục bộ, hoại tử ruột và tử vong. Vì vậy, việc phát hiện sớm là hết sức cần thiết và chụp Xquang cắt lớp vi tính (CLVT) có vai trò quan trọng, được xem là phương tiện hình ảnh học đầu tay trong chẩn đoán.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp thoát vị Petersen xảy ra ở bệnh nhân nữ 45 tuổi sau phẫu thuật Roux-en-Y cắt bán phần dạ dày để điều trị ung thư dạ dày, bệnh nhân có lâm sàng nghi ngờ tắc ruột, được chẩn đoán tắc ruột quai kín nghi do thoát vị Petersen bằng CLVT và điều trị thành công tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, từ đó tổng hợp các dấu hiệu hình ảnh CLVT, gợi ý chẩn đoán.

Từ khóa: Thoát vị nội, thoát vị Petersen.

Abstract

Petersen's hernia case report and literature review

Internal hernia is a rare condition, accounting for a very low incidence ranging from less than 1% to 5.8% among the causes of small bowel obstruction. Petersen's hernia is a rare type of internal hernia, representing only 7.5% of internal hernia cases and commonly occurring after gastrojejunostomy, both in antecolic and retrocolic positions. Petersen's hernia occurs when part of the intestine or mesentery herniates through the space bounded by the transverse mesocolon, the retroperitoneum and the mesentery of the gastrojejunostomy's limb. Petersen's hernia is rare, its clinical symptoms are atypical, and it can lead to serious complications such as bowel obstruction, ischemia, intestinal necrosis, and death. Therefore, early detection is crucial, and computed tomography (CT) plays an important role, considered the first-line imaging modality in diagnosis.

We report a case of Petersen's hernia in a 45-year-old female patient following Roux-en-Y subtotal gastrectomy for gastric cancer. The patient presented with clinical suspicion of bowel obstruction and was diagnosed with closed-loop obstruction, likely due to Petersen's hernia, on CT scan. She was successfully treated at Gia Dinh People's Hospital. Based on this case, we summarize the CT imaging findings suggestive of this diagnosis.

Keywords: Internal hernia, Petersen's hernia.

Ngày nhận bài:

04/08/2025

Ngày phân biện:

04/09/2025

Ngày đăng bài:

20/01/2026

Tác giả liên hệ:

Huỳnh Bảo Ngọc

Email: huynhbaongoccdha@gmail.com

ĐT: 0944433514

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội là sự di chuyển bất thường các tạng trong ổ bụng, qua các khe hở tự nhiên hoặc khiếm khuyết phúc mạc và mạc nối. Thoát vị nội có thể xảy ra nguyên phát qua các lỗ tự nhiên như khe Winslow hoặc các lỗ tạo ra trong quá trình xoay của ruột trong thời kỳ phôi thai. Thoát vị nội thứ phát xảy ra khi các tạng thoát vị qua các lỗ khiếm khuyết mạc treo sau phẫu thuật, chấn thương, ... Các dạng thoát vị nội thường gặp bao gồm: thoát vị cạnh tá tràng, thoát vị qua khe Winslow, thoát vị quanh mạc manh tràng, thoát vị mạc treo đại tràng xích – ma, thoát vị qua mạc treo ruột non, ... [1, 2] Thoát vị Petersen là một dạng thoát vị nội hiếm gặp chỉ chiếm khoảng 7,5% các trường hợp thoát vị nội và vì vậy ít được đề cập trong y văn trong nước. Triệu chứng lâm sàng của thoát vị Petersen thường không đặc hiệu, tuy nhiên có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, như tắc ruột, thiếu máu ruột, hoại tử ruột và tử vong. Việc phát hiện sớm là hết sức cần thiết trong điều trị và tiên lượng, trong đó chụp Xquang cắt lớp vi tính (CLVT) có vai trò quan trọng, được xem là phương tiện hình ảnh học đầu tay trong chẩn đoán [3, 4].

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi, nhập viện vì đau bụng quanh rốn, bệnh nhân có tiền căn ung thư dạ dày và được điều trị phẫu thuật cắt bán phần dạ dày tái lập lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối dạ dày – hồng tràng kiểu Roux-en-Y, với quai đến (quai Roux) đi trước mạc treo đại tràng ngang, đồng thời nối hồng tràng – hồng tràng kiểu Y nhằm lưu thông dịch mật, tuy vào tháng 6 năm 2023. Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân bụng chướng, gõ vang, ấn đau quanh rốn, lâm sàng nghi ngờ có tình trạng tắc ruột. Bệnh nhân được chụp Xquang bụng đứng, hình ảnh nghi ngờ tắc ruột với mực nước – hơi vùng hông trái kèm dẫn vại quai ruột non.



Hình 1. X Quang bụng đứng

Bệnh nhân sau đó được chụp X Quang cắt lớp vi tính ruột non có cản quang (và tiêm cản quang thì tĩnh mạch) (CT enterography), ghi nhận có hình ảnh dẫn các quai ruột non vùng hông trái, đường kính lớn nhất khoảng 30mm, đồng thời với hình ảnh hai điểm chuyển tiếp nằm gần nhau ở vùng giữa bụng, gợi ý một tình trạng tắc ruột quai kín. Trên hình cắt lớp vi tính bụng của bệnh nhân cũng ghi nhận hình ảnh mạch máu mạc treo phù nề giữa các quai ruột dẫn (dấu hiệu “mắt bão”), cuộn xoáy mạch máu mạc treo (dấu “xoáy nước”), đẩy bó mạch mạc treo tràng trên ra trước và sang trái, đồng thời cũng ghi nhận phù nề, kéo dài mạch máu mạc treo, cho dấu hiệu “cây nấm” trên hình mặt phẳng vành, các dấu hiệu này kết hợp tiền căn phẫu thuật cắt bán phần dạ dày, Roux-en-Y gợi ý nguyên nhân tắc ruột quai kín do thoát vị nội qua khe Petersen.



Hình 2. Dấu hiệu mắt bão – mạch máu mạc treo phù nề nằm giữa các quai ruột non giãn



Hình 3. Dấu hiệu cây nấm – mạch máu mạc treo phù nề, kéo dẫn trên hình mặt phẳng vành



Hình 4. Dấu xoáy nước – cuộn xoáy mạch máu mạc treo

Bệnh nhân sau đó được phẫu thuật cấp cứu, tường trình phẫu thuật ghi nhận tình trạng tắc ruột quai kín, ruột non thoát vị nội ngược chiều kim đồng hồ qua khe Petersen, chưa ghi nhận tình trạng thiếu máu ruột. Tiến hành tháo xoắn theo chiều kim đồng hồ, giải phóng tạng thoát vị. Đồng thời phẫu thuật cũng ghi nhận khe Petersen rộng, nguy cơ thoát vị cao, tiến hành khâu khếp kín khe Petersen, khâu lỗ mạc treo miệng nối ruột non bằng monosyn 4.0. Sau phẫu thuật tình trạng bệnh nhân ổn, và được xuất viện sau hai tuần điều trị.

3. BÀN LUẬN

Thoát vị nội là cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp, chiếm tỉ lệ rất thấp từ dưới 1% đến 5,8% trong số những nguyên nhân gây tắc ruột non. Thoát vị nội sau phẫu thuật Roux-en-Y là nhóm thoát vị nội hiếm gặp, bao gồm thoát vị qua mạc treo đại tràng ngang, thoát vị qua mạc treo ruột non, thoát vị qua vị trí nối hồng tràng – hồng tràng và thoát vị Petersen. Trong đó, thoát vị Petersen chiếm tỷ lệ rất thấp (7,5%), thoát vị Petersen xảy ra khi một phần ruột hoặc mạc treo ruột thoát vị qua khoang được giới hạn bởi mạc treo đại tràng ngang, phúc mạc thành sau và quai ruột nối (khoảng Petersen) [3-7]. Một số nghiên cứu cũng gần đây đã cho thấy, thoát vị nội thường xảy ra ở những trường hợp phẫu thuật nội soi hơn là phẫu thuật hở với giả thuyết phẫu thuật hở tạo nhiều dây dính hơn, từ đó hạn chế thoát vị nội [8].

Về triệu chứng, lâm sàng của thoát vị Petersen đa dạng, bệnh nhân có thể biểu hiện buồn nôn, nôn, đau bụng, đôi khi có thể chẩn đoán nhầm với rối loạn tiêu hoá. Biểu hiện lâm sàng của thoát vị Petersen phụ thuộc vào thời gian tắc ruột, khả năng tự thoát thoát vị của các quai ruột và có hay không tình trạng thắt nghẹt mạch máu mạc treo. Trong các trường hợp nặng, tình trạng tắc ruột quai kín có thể tiến triển thiếu máu, hoại tử ruột và có thể dẫn đến tử vong [3-7]. Chính vì lâm sàng không đặc hiệu nên hình ảnh học mà cụ thể là Xquang cắt lớp vi tính đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán tình trạng thoát vị nội hiếm gặp này.

Trên Xquang cắt lớp vi tính, các bước tiếp cận chẩn đoán thoát vị Petersen tương tự tiếp cận một trường hợp thoát vị nội, bao gồm:

+ *Nhận diện tình trạng tắc ruột quai kín*: là một dạng tắc ruột trong đó quai ruột bị tắc tại hai điểm tạo hình ảnh quai ruột đóng. Dấu hiệu trực tiếp trên Xquang cắt lớp vi tính là hình ảnh quai ruột dạng chữ U hoặc C, chứa đầy dịch, giãn căng, có hai điểm chuyển tiếp. Đặc biệt hình ảnh các quai ruột tập trung thành dạng hình túi tương đối đặc trưng cho tắc ruột quai kín do thoát vị nội [9].

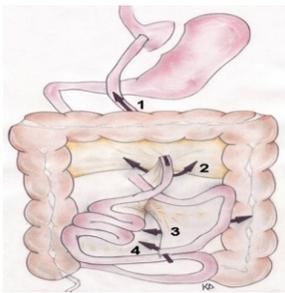
+ *Nhận diện cổ túi thoát vị*: trong trường hợp tắc ruột quai kín do thoát vị nội, cổ túi thoát vị là nơi hội tụ mạch máu mạc treo bị căng dẫn, hội tụ của quai ruột đến và quai ruột đi, cho hình ảnh hai vị trí chuyển tiếp nằm cạnh nhau. Hiện tượng sung huyết và xoắn vặn của các mạch máu mạc treo tại cổ túi thoát vị cũng có thể xuất hiện trong một số trường hợp và giúp xác định vị trí lỗ thoát vị. Tuy nhiên, những dấu hiệu này phản ánh tình trạng thắt nghẹt ruột và không đặc hiệu hoàn toàn cho thoát vị nội [9].

+ *Phân tích sự dè dặt cấu trúc và mạch máu bất thường*: nhận diện và phân tích được sự vị trí bất thường của các quai ruột như tình trạng các quai ruột non nằm sát thành bụng trái hoặc phải mà không có lớp mỡ ngăn cách với thành bụng và sự dịch chuyển của mạch máu xung quanh túi thoát vị, vị trí cổ túi thoát vị không chỉ giúp chẩn đoán thoát vị nội và còn có thể gợi ý phân biệt các loại thoát vị nội [7, 9].

Đối chiếu với ca lâm sàng của chúng tôi, hình ảnh Xquang cắt lớp vi tính của bệnh nhân ghi nhận một tình trạng tắc ruột quai kín với dẫn các quai ruột non vùng bụng trái nằm sát thành bụng, thấy hình ảnh hai điểm chuyển tiếp. Đồng thời, các quai ruột tập trung hình túi với hai điểm chuyển tiếp ở gần gợi ý một tình trạng tắc ruột quai kín do thoát vị nội. Tại vị trí cổ túi thoát vị - nơi tập trung hai điểm chuyển tiếp gần nhau, có hình ảnh tập trung và kéo dẫn mạch máu mạc treo, đẩy bó mạch mạc treo tràng trên ra trước và sang trái, hình ảnh này càng củng cố gợi ý một trường hợp thoát vị nội có tắc ruột quai kín.

Trong một nghiên cứu của tác giả Lockhart nhằm tập trung phân tích hình ảnh Xquang cắt lớp vi tính ở các bệnh nhân sau phẫu thuật Roux-en-Y cho thấy các dấu hiệu cuộn xoáy mạch máu mạc treo (dấu xoáy nước) xuất hiện

đơn lẻ có độ nhạy 61- 83%, độ đặc hiệu lên đến 94% trong chẩn đoán thoát vị nội liên quan đến phẫu thuật, kết hợp dấu hiệu xoáy nước với dấu hiệu hình nấm – hình ảnh kéo dài mạch máu mạc treo (trên mặt phẳng vành) cho độ nhạy tốt hơn với 78 – 83%. Dấu hiệu mạch máu mạc treo phù nề giữa các quai ruột dẫn (dấu mất bão) có độ nhạy thấp (6-17%) nhưng độ đặc hiệu cao lên đến 100% trong chẩn đoán thoát vị Petersen. Đối chiếu với ca lâm sàng của chúng tôi, cũng ghi nhận hình ảnh cuộn xoáy mạch máu mạc treo (hình 4), dấu hiệu cây nấm (hình 3) và dấu hiệu mất bão (hình 2). Vị thoát vị nội sau phẫu thuật Roux-en-Y tương đối hiếm gặp, không có nhiều nghiên cứu về các dấu hiệu hình ảnh để phân biệt các loại thoát vị nội sau phẫu thuật nối dạ dày – hồi tràng này. Đến nay, chỉ có nghiên cứu của tác giả Kawkabani Marchini thực hiện trên 34 bệnh nhân thoát vị nội sau phẫu thuật, tác giả ghi nhận 04 loại thoát vị nội xảy ra sau phẫu thuật Roux-en-Y bao gồm thoát vị qua mạc treo đại tràng ngang, thoát vị qua mạc treo ruột non, thoát vị vị trí nối hồi tràng – hồi tràng, thoát vị Petersen, đồng thời trong nghiên cứu của mình, tác giả cũng tìm ra các dấu hiệu có giá trị trong phân biệt các loại thoát vị nội kể trên.



Hình 5. Các loại thoát vị nội sau phẫu thuật Roux-en-Y

“Nguồn: Kawkabani Marchini, 2011”[7]

1 – qua mạc treo đại tràng ngang, 2 – thoát vị Petersen, 3 – qua mạc treo ruột non, 4 – vị trí hồi tràng – hồi tràng

Trong nghiên cứu trên 34 bệnh nhân thoát vị nội của mình, tác giả Kawkabani Marchini đã gợi ý các đặc điểm phân biệt các loại thoát vị nội sau phẫu thuật Roux-en-Y, cụ thể:

+ Thoát vị qua mạc treo đại tràng ngang: vị trí các quai ruột non dẫn ở ¼ bụng trên trái, giữa lách và dạ dày. Cổ túi thoát vị nằm gần vị trí tại mạc treo đại tràng ngang.

+ Thoát vị qua mạc treo ruột non: tại vị trí cổ túi thoát vị, bó mạch mạc treo tràng trên bị đẩy lệch sang phải.

+ Thoát vị qua vị trí nối hồi tràng – hồi tràng: cổ túi thoát vị gần vị trí miệng nối.

+ Thoát vị Petersen: các quai ruột dẫn ở vùng giữa bụng trái, áp sát thành bụng. Tại vị trí cổ túi thoát vị, bó mạch mạc treo tràng trên bị đẩy lệch ra trước, sang trái [7].

Bên cạnh các dấu hiệu kể trên, một số tác giả còn báo cáo thêm dấu hiệu “bánh sandwich” trong chẩn đoán thoát vị Petersen. Cụ thể, trong một báo cáo ca bệnh năm 2023 trên một bệnh nhân cắt gần toàn bộ dạ dày và nối Billroth II, tác giả Bùi Thị Thanh Tâm đã ghi nhận hình ảnh một quai ruột non nằm bất thường giữa quai nối hồi tràng và đại tràng ngang (dấu hiệu bánh sandwich) gợi ý tình trạng thoát vị nội vào khe Petersen [10].

Như vậy ở ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật cắt bán phần dạ dày, nối dạ dày – hồi tràng, trên Xquang cắt lớp vi tính, có tình trạng tắc ruột quai kín với các quai ruột non dẫn với hai điểm chuyển tiếp nằm gần nhau, một cách tinh tế, có thể thấy các dấu hiệu “xoáy nước”, “hình nấm” và “mất bão”, đồng thời khi phân tích sâu hơn, có thể nhận diện các vị trí bất thường của các tạng trong ổ bụng, cụ thể là các quai ruột non dẫn nằm áp sát thành bụng trái, có sự đẩy bó mạch mạc treo tràng trên sang trái. Tổng hợp tất cả dấu hiệu này gợi ý một tình trạng tắc ruột quai kín do thoát vị nội – gợi ý thoát vị Petersen và chẩn đoán này trên hình ảnh học đã được xác nhận qua tường trình phẫu thuật. Chính sự phát hiện kịp thời, bệnh nhân được nhanh chóng phẫu thuật, tránh biến chứng nghiêm trọng như thiếu máu, hoại tử ruột.

4. KẾT LUẬN

Thoát vị Petersen là thoát vị nội hiếm gặp, xảy ra ở những bệnh nhân sau phẫu thuật Roux-en-Y. Với triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và hình ảnh kín đáo, tuy nhiên có thể để lại hậu quả nặng nề nếu không chẩn đoán kịp thời, thoát vị Petersen vẫn còn là một thách thức với cả các nhà lâm sàng và hình ảnh học. Qua ca lâm sàng hiếm gặp, được chẩn đoán qua Xquang cắt lớp vi tính và điều trị phẫu thuật

thành công tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, chúng tôi tổng hợp các dấu hiệu hình ảnh gợi ý chẩn đoán thoát vị Petersen nhằm đóng góp tư liệu lâm sàng, gợi ý cho chẩn đoán những trường hợp tương tự về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lanzetta, M.M., et al., Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. *Acta Biomed*, 2019. 90(5-s): p. 20-37.
2. Martin, L.C., E.M. Merkle, and W.M. Thompson, Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol*, 2006. 186(3): p. 703-17.
3. Faria, G., et al., Petersen's space hernia: A rare but expanding diagnosis. *Int J Surg Case Rep*, 2011. 2(6): p. 141-3.
4. Michel Macareno, A., et al., Petersen's space hernia as an immediate complication in a patient undergoing gastric bypass: a case report. *J Surg Case Rep*, 2024. 2024(9): p. rjae589.
5. El Nogoomi, I., et al., Petersen's Hernia After Roux-en-Y Gastric Bypass: A Case Report. *Cureus*, 2023. 15(12): p. e50757.
6. Lockhart, M.E., et al., Internal hernia after gastric bypass: sensitivity and specificity of seven CT signs with surgical correlation and controls. *AJR Am J Roentgenol*, 2007. 188(3): p. 745-50.
7. Kawkabani Marchini, A., et al., The four different types of internal hernia occurring after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass performed for morbid obesity: are there any multidetector computed tomography (MDCT) features permitting their distinction? *Obes Surg*, 2011. 21(4): p. 506-16.
8. Higa, K.D., T. Ho, and K.B. Boone, Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obes Surg*, 2003. 13(3): p. 350-4.
9. Doishita, S., et al., Internal Hernias in the Era of Multidetector CT: Correlation of Imaging and Surgical Findings. *Radiographics*, 2016. 36(1): p. 88-106.
10. Bùi Thị Thanh Tâm, et al., Thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày: báo cáo 2 trường hợp và tổng quan y văn. *Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam*, 2023. 51.