Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 64-67

SMALL BOWEL STRICTURE DUE TO CROHN'S DISEASE IN A FOREIGN PATIENT: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Nguyen Anh Tuan[1]*, Phan Quoc Dung[1], Truong Dinh Khoi[1], Nguyen Le Thao Tram[1], Dang Quynh Anh[1], Nguyen Duong Phi[2]

[1]*Vinmec Nha Trang General Hospital - 42A Tran Phu, Tay Son residential group 1, Nha Trang ward, Khanh Hoa province, Vietnam*

[2]*Department of Orthopedic Trauma, Burns and Plastic Surgery, Ho Chi Minh city Children's Hospital - 15 Vo Tran Chi, Tan Nhut commune, Ho Chi Minh city, Vietnam*

Received: 28/6/2026
Reviced: 23/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Crohn's disease is a chronic, nonspecific inflammatory bowel disease that can affect any part of the gastrointestinal tract from the mouth to the anus. The disease is relatively uncommon in Vietnam and is even rarer when presenting as acute small bowel obstruction requiring emergency surgical intervention. We report the case of a 28-year-old Russian male who was admitted emergently to Vinmec Nha Trang General Hospital with inflammatory small bowel stricture and a perforated Meckel's diverticulum. The patient underwent segmental small bowel resection with primary anastomosis. Histopathological examination confirmed the diagnosis of Crohn's disease, demonstrating transmural inflammation, non-caseating granulomas, and other characteristic microscopic features. Through this case, we review the clinical presentation, diagnostic approach, and management of Crohn's disease complicated by inflammatory small bowel stricture, while emphasizing the pivotal role of histopathology in establishing the definitive diagnosis and guiding postoperative medical therapy.

Keywords: Crohn's disease, Meckel's diverticulum, chronic inflammatory bowel disease, small bowel resection, histopathology.

*Corresponding author
Email: nguyenanhtuan200682@gmail.com **Phone**: (+84) 773897487 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

VIÊM HẸP RUỘT NON DO BỆNH CROHN Ở BỆNH NHÂN NƯỚC NGOÀI: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Anh Tuân[1]*, Phan Quốc Dũng[1], Trương Đình Khôi[1], Nguyễn Lê Thảo Trâm[1], Đặng Quỳnh Anh[1], Nguyễn Dương Phi[2]

[1]Bệnh viện Đa khoa Vinmec Nha Trang - 42A Trần Phú, tổ dân phố 1 Tây Sơn, phường Nha Trang, tỉnh Khánh Hòa, Việt Nam
[2]Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bỏng - Tạo hình, Bệnh viện Nhi đồng thành phố Hồ Chí Minh - 15 Võ Trần Chí, xã Tân Nhựt, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/6/2026
Ngày chỉnh sửa: 23/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Bệnh Crohn là bệnh viêm ruột mạn tính không đặc hiệu, thuộc nhóm bệnh viêm ruột (inflammatory bowel disease), có thể ảnh hưởng đến bất kỳ đoạn nào của ống tiêu hóa từ miệng đến hậu môn. Bệnh tương đối hiếm gặp tại Việt Nam và càng hiếm hơn khi biểu hiện bằng biến chứng tắc ruột non cấp tính đòi hỏi can thiệp phẫu thuật cấp cứu. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam, 28 tuổi, quốc tịch Nga, nhập viện cấp cứu tại Bệnh viện *Đa khoa* Vinmec Nha Trang viêm hẹp ruột non và có túi thừa Meckel thủng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn ruột non, nối ruột ngay thì đầu. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác nhận chẩn đoán bệnh Crohn với hình ảnh viêm xuyên thành toàn lớp, u hạt không bã đậu và các đặc điểm mô bệnh học đặc trưng. Qua trường hợp này, chúng tôi điểm lại các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị bệnh Crohn biến chứng viêm hẹp ruột non, đồng thời nhấn mạnh vai trò quan trọng của giải phẫu bệnh trong chẩn đoán xác định và điều trị nội khoa sau mổ.

Từ khóa: Bệnh Crohn, túi thừa Meckel, viêm ruột mạn tính, phẫu thuật cắt đoạn ruột, giải phẫu bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Crohn là một bệnh viêm ruột mạn tính không đặc hiệu, được mô tả lần đầu tiên bởi Burrill Bernard Crohn và cộng sự vào năm 1932 [1]. Bệnh có thể ảnh hưởng đến toàn bộ ống tiêu hóa nhưng thường gặp nhất ở đoạn cuối hồi tràng và đại tràng phải. Đặc điểm bệnh học đặc trưng là viêm xuyên thành toàn lớp, không liên tục, với sự hình thành các u hạt không bã đậu trong lớp mô đệm [2].

Tại các nước phương Tây, bệnh Crohn có tỷ lệ mắc cao, dao động từ 5-10 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm. Tuy nhiên, tại Việt Nam và các nước Đông Nam Á, bệnh này tương đối hiếm gặp, do đó kinh nghiệm lâm sàng còn hạn chế [3]. Các biến chứng của bệnh Crohn bao gồm tắc ruột, thủng ruột, áp xe, rò và ung thư hóa, trong đó tắc ruột non là biến chứng phổ biến nhất, xảy ra ở khoảng 30-40% bệnh nhân trong suốt quá trình bệnh, đòi hỏi can thiệp phẫu thuật ở một số trường hợp [4].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp: bệnh nhân người Nga nhập viện cấp cứu tại Việt Nam với tắc ruột non hoàn toàn, được phẫu thuật và chẩn đoán xác định bệnh Crohn qua giải phẫu bệnh. Đây là trường hợp đặc biệt không chỉ về mặt lâm sàng mà còn về thách thức trong giao tiếp y tế đa ngôn ngữ và tiếp cận điều trị.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Thông tin bệnh nhân và lý do nhập viện

Bệnh nhân nam, 28 tuổi, quốc tịch Nga, đang du lịch tại Việt Nam. Bệnh nhân được đưa đến Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Vinmec Nha Trang trong tình trạng đau bụng dữ dội vùng rốn và hố chậu phải, kéo dài 3 ngày, bụng không chướng, nôn ói nhẹ, không sốt. Bệnh nhân cho biết đã có tiền sử đau bụng tái diễn nhiều lần trong 2 năm gần đây nhưng chưa được chẩn đoán chính xác. Tại Nga, bệnh nhân đã được nội soi đại tràng một lần nhưng không ghi nhận bất thường rõ ràng. Bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật bụng trước đây, không dùng thuốc thường xuyên, không có tiền sử gia đình mắc bệnh viêm ruột.

2.2. Khám lâm sàng

Lúc nhập viện, bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, mạch 102 lần/phút, huyết áp 105/70 mmHg, nhiệt độ 37,8°C, SpO_2 98% (khí trời). Bụng chướng nhẹ, nhu động ruột giảm. Ấn đau lan tỏa vùng quanh rốn và hố chậu phải, có phản ứng thành bụng. Không ghi nhận vết mổ cũ.

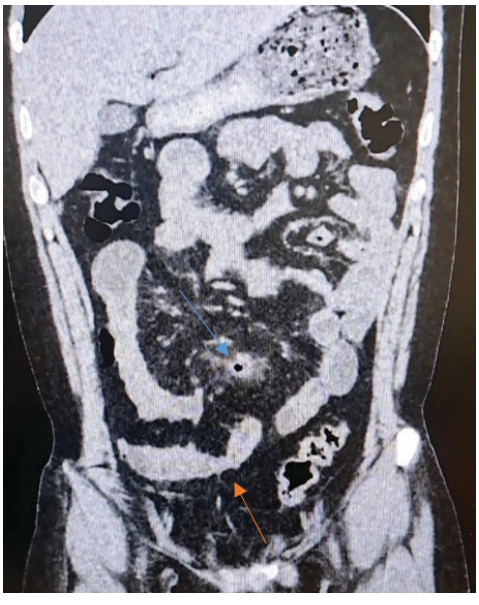
2.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: bạch cầu 14.200/mm^3 (neutrophil 82%), CRP 87 mg/L, albumin 28 g/L, hemoglobin 10,5 g/dL. Chức năng thận và gan trong giới hạn bình thường.

X quang bụng không chuẩn bị: các quai ruột non và đại tràng không giãn; hơi phân bố trong lòng ruột không bất thường; không ghi nhận mức nước-hơi bệnh lý; không thấy hình ảnh tắc ruột; không ghi nhận hơi tự do dưới cơ hoành trên phim tư thế đứng. Chưa thấy bất thường rõ trên X quang bụng thường quy.

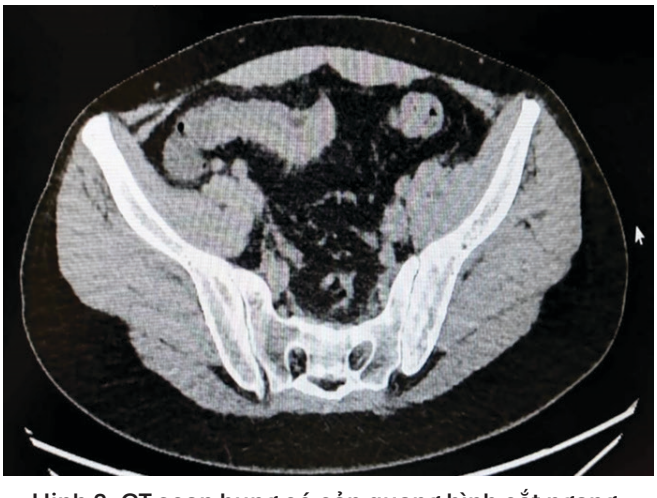
Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang: quai ruột non quanh rốn và hố chậu phải thành dày phù nề, đường kính < 2,5 cm; ghi nhận dày thành nhiều đoạn hồi tràng với tăng ngấm thuốc và phân tầng thành ruột (target sign) phân bố không liên tục (skip lesions); kèm tăng sinh mỡ mạc treo, dấu hiệu comb sign và creeping fat quanh các đoạn ruột tổn thương. Tại vùng hồi tràng xa ghi nhận một cấu trúc dạng túi, một đầu tịt, xuất phát từ bờ đối mạc treo ruột non, thành dày tăng ngấm thuốc, xung quanh có thâm nhiễm mỡ và các bóng khí ngoại lòng ruột kèm ổ dịch khu trú lân cận, phù hợp túi thừa Meckel thủng. Không loại trừ hình thành áp xe khu trú cạnh tổn thương.

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenanhtuan200682@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 773897487 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052



Hình 1. CT scan bụng mặt phẳng trán

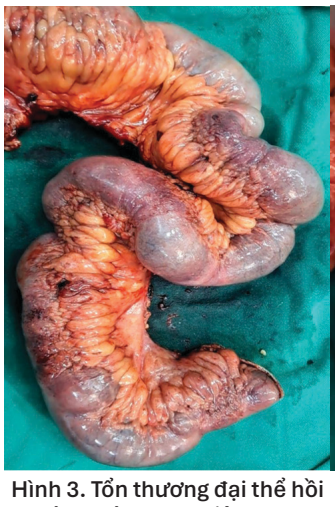
Mũi tên vàng là đoạn hồi tràng dày, hẹp tắc, có dấu hiệu bia bắn (target sign); mũi tên xanh là hơi tự do nghi túi thừa Meckel viêm thủng.



Hình 2. CT scan bụng có cản quang hình cắt ngang: đoạn ruột hồi tràng viêm hẹp tắc

2.4. Phẫu thuật

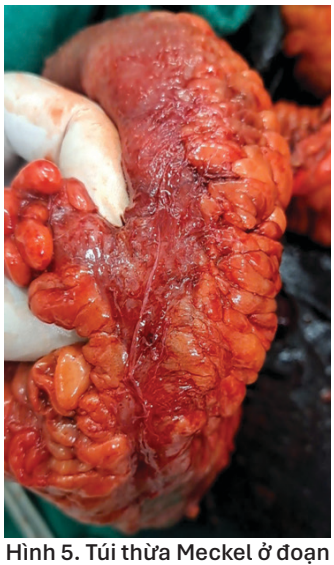
Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cấp cứu sau khi hội chẩn với chẩn đoán trước mổ: viêm túi thừa Meckel thủng. Đầu tiên phẫu thuật nội soi thám sát thấy một đoạn hồi tràng tổn thương dài khoảng 90 cm, để tránh bỏ sót tổn thương lỗ thủng, chúng tôi chuyển mổ mở 5 cm qua đường giữa trên và dưới rốn kéo ruột ra ngoài cắt nối. Trong mổ phát hiện đoạn hồi tràng cách van hồi manh tràng 20 cm có tổn thương điển hình: thành ruột dày cứng như ống cao su, mạc treo ruột non dày và mỡ bao quanh ôm lấy mặt ngoài thành ruột ("creeping fat" - dấu hiệu đặc trưng của bệnh Crohn). Đoạn ruột hồi tràng có 4 đoạn viêm hẹp tắc gần hoàn toàn. Thủng nhỏ ở bờ mạc treo nghi rò ruột do Crohn, có túi thừa Meckel bờ đối mạc treo không thấy lỗ thủng. Tiến hành cắt đoạn hồi tràng 90 cm bao gồm toàn bộ tổn thương với bờ cắt an toàn cách đầu tổn thương ít nhất 2 cm, sau đó nối hỗng tràng với đại tràng lên bên - bên bằng stapler GIA 60 mm và chỉ Vicryl 3/0. Diễn biến trong mổ ổn định, mất máu khoảng 20 ml. Tổng thời gian phẫu thuật 180 phút.



Hình 3. Tổn thương đại thể hồi tràng có 4 đoạn viêm hẹp



Hình 4. Đoạn hồi tràng viêm hẹp (viêm tất cả 5 lớp thành ruột)



Hình 5. Túi thừa Meckel ở đoạn hồi tràng viêm



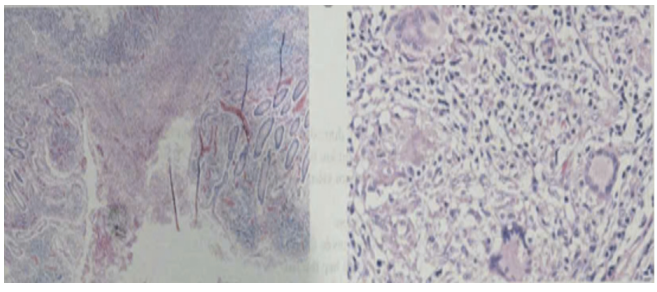
Hình 6. Niêm mạc hồi tràng viêm xếp hình đá cuội đặc trưng của bệnh Crohn

2.5. Giải phẫu bệnh

- Đại thể: đoạn ruột non dài 90 cm, thành dày cứng, lòng ruột hẹp còn khoảng 3-4 mm. Niêm mạc có nhiều vết loét dài, sâu theo chiều dọc, xen kẽ với vùng niêm mạc lành, hình ảnh đá cuội "cobblestone". Bờ cắt không có tổn thương. Tại bờ đối mạc treo ghi nhận một túi thừa Meckel. Vùng bờ mạc treo cạnh chân túi thừa có ổ thủng/rò xuyên thành, kèm thâm nhiễm viêm và dính các mô lân cận.

- Vi thể: hình ảnh viêm hồi tràng mạn tính hoạt động mạnh xuyên thành toàn lớp, với thâm nhiễm tế bào lympho và tương bào lan tỏa từ lớp niêm mạc đến lớp thanh mạc. Ghi nhận các u hạt không bã đậu, trong lớp mô đệm và hạch bạch huyết mạc treo. Các vết loét ăn sâu vào lớp dưới niêm mạc. Lớp dưới niêm mạc xơ hóa nhiều, giải thích cho sự hẹp lòng ruột. Không có bằng chứng của hoại tử bã đậu, không có dấu hiệu nghịch sản hoặc ác tính. Túi thừa Meckel có viêm mạn tính hoạt động xuyên thành; tại vùng bờ mạc treo cạnh chân túi thừa ghi nhận đường rò/thủng xuyên thành kèm phản ứng viêm mủ và mô hạt. Không ghi nhận bằng chứng ác tính.

- Kết luận giải phẫu bệnh: viêm ruột non mạn tính dạng u hạt, xuyên thành, phù hợp với bệnh Crohn. Bờ cắt không có tổn thương. Túi thừa Meckel viêm có biến chứng rò/thủng xuyên thành tại vùng bờ mạc treo cạnh chân túi thừa.



Hình 7. Kết quả giải phẫu bệnh: viêm hồi tràng mạn tính hoạt động mạnh với tình trạng viêm xuyên thành, phù hợp với viêm hồi tràng do bệnh Crohn

2.6. Diễn biến hậu phẫu và điều trị tiếp theo

Sau mổ, bệnh nhân được theo dõi tại Khoa Ngoại Tiêu hóa. Chức năng ruột hồi phục sau 3 ngày. Bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch kết hợp dinh dưỡng sớm qua đường miệng từ ngày hậu phẫu thứ 3. Vết mổ liền tốt, không có biến chứng nhiễm trùng hay xì miệng nối. Sau khi nhận kết quả giải phẫu bệnh, được tư vấn điều trị bệnh Crohn lâu dài. Bệnh nhân xuất viện sau 5 ngày trong tình trạng ổn định.

3. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh Crohn

Bệnh Crohn có tần suất cao ở các nước phương Tây, đặc biệt tại Bắc Mỹ và Tây Âu, với tỷ lệ hiện mắc lên đến 300-400 trường hợp trên 100.000 dân. Tại Việt Nam, bệnh được ghi nhận ngày càng nhiều hơn trong những năm gần đây, có thể do thay đổi lối sống và chế độ ăn theo hướng phương Tây hóa, cũng như nhận thức chẩn đoán được nâng cao. Tuy nhiên, kinh nghiệm điều trị vẫn còn hạn chế so với các nước có tần suất bệnh cao [2-3].

Trường hợp của chúng tôi đặc biệt ở chỗ bệnh nhân là người nước ngoài, đến Việt Nam trong bối cảnh bệnh đang tiến triển và bùng phát thành biến chứng cấp tính. Điều này tạo ra nhiều thách thức: rào cản ngôn ngữ, thiếu hồ sơ bệnh án gốc, và việc tiếp cận thuốc sinh học điều trị bệnh Crohn có thể bị hạn chế trong bối cảnh cấp cứu.

3.2. Vai trò của CT scan trong chẩn đoán tắc ruột non do Crohn

Chụp CT bụng có cản quang là công cụ chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất trong đánh giá tắc ruột non và bệnh Crohn [5-6]. Trong trường hợp này, CT cho phép xác định vị trí tắc nghẽn, mức độ giãn ruột, và đặc điểm tổn thương thành ruột, dày thành ruột khu trú hoặc nhiều đoạn, thường gặp ở hồi tràng cuối, với tăng ngấm thuốc thành ruột và có thể xuất hiện hình ảnh phân tầng thành ruột (target sign) trong giai đoạn viêm hoạt động. Tổn thương thường phân bố không liên tục (skip lesions), xen kẽ giữa các đoạn ruột bệnh lý và các đoạn ruột bình thường. Các dấu hiệu ngoài thành ruột bao gồm tăng sinh và thâm nhiễm mỡ mạc treo, dấu hiệu comb sign do tăng sinh mạch máu mạc treo, cùng hiện tượng creeping fat (fat wrapping) bao quanh đoạn ruột tổn thương. Có thể ghi nhận hạch mạc treo phản ứng lân cận. Trong các trường hợp tiến triển hoặc biến chứng, CT có thể phát hiện hẹp lòng ruột, giãn các quai ruột phía trên, đường rò, áp xe, đám viêm (phlegmon) và các biểu hiện xuyên thành khác. Tổ hợp các dấu hiệu dày thành ruột tăng ngấm thuốc, skip lesions, comb sign và creeping fat là những đặc điểm hình ảnh gợi ý mạnh bệnh Crohn [5-6]. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định vẫn phải dựa vào giải phẫu bệnh.

3.3. Chỉ định phẫu thuật và kỹ thuật mổ

Trong bệnh Crohn, phẫu thuật được chỉ định khi có biến chứng không đáp ứng điều trị nội khoa, bao gồm tắc ruột, thủng, áp xe, rò và xuất huyết. Tắc ruột non do xơ hóa - hẹp lòng ruột (fibrostenotic stricture) là chỉ định phẫu thuật phổ biến nhất trong bệnh Crohn [4]. Nguyên tắc phẫu thuật là cắt tối thiểu đoạn ruột bệnh, đảm bảo bờ cắt đại thể không có tổn thương viêm cấp (bờ cắt cách tổn thương ít nhất 2 cm). Không cần bờ cắt âm tính trên vi thể vì điều này không làm giảm tỷ lệ tái phát [4].

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, tổn thương đơn thuần một đoạn, có thủng đi kèm, tình trạng bệnh nhân cho phép thực hiện nối ruột thì đầu an toàn. Kỹ thuật nối bên - bên hoặc tận - tận đều được chấp nhận; chúng tôi chọn nối bên - bên vì đây là kỹ thuật quen thuộc và phù hợp với nối ruột và đại tràng lên [4].

3.4. Vai trò của giải phẫu bệnh trong chẩn đoán xác định

Giải phẫu bệnh đóng vai trò không thể thay thế trong chẩn đoán xác định bệnh Crohn, đặc biệt trong các trường hợp phẫu thuật cấp cứu khi không có thời gian để thực hiện đầy đủ các phương pháp chẩn đoán nội soi và hình ảnh học trước mổ. Các tiêu chí mô bệnh học xác định bệnh Crohn bao gồm: (1) viêm mạn tính xuyên thành toàn lớp; (2) u hạt không bã đậu trong mô đệm; (3) loét sâu theo chiều dọc; (4) xơ hóa lớp dưới niêm mạc; (5) tổn thương không liên tục (skip lesions). Trong trường hợp của chúng tôi, tất cả các tiêu chí chính đều được xác nhận [2], [5].

3.5. Điều trị nội khoa sau phẫu thuật

Phẫu thuật không chữa khỏi bệnh Crohn; tỷ lệ tái phát lâm sàng sau 5 năm lên đến 50-60% và sau 10 năm trên 70% [7]. Do đó, điều trị nội khoa duy trì sau phẫu thuật là bắt buộc. Các lựa chọn bao gồm: 5-Aminosalicylate (5-ASA), Azathioprine hoặc 6-Mdolizumab) [7-9]. Quyết định điều trị cụ thể cần được thực hiện bởi chuyên gia tiêu hóa. Bệnh nhân của chúng tôi tiếp tục điều trị các thuốc đặc trị cho bệnh Crohn.

4. KẾT LUẬN

Chúng tôi trình bày một trường hợp tắc ruột non có thủng cấp tính ở bệnh nhân nước ngoài, được phẫu thuật thành công và chẩn đoán xác định bệnh Crohn qua giải phẫu bệnh. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đưa bệnh Crohn vào chẩn đoán phân biệt khi gặp bệnh nhân tắc ruột non không có tiền sử phẫu thuật, đặc biệt là bệnh nhân đến từ các nước có tần suất bệnh cao. CT scan là công cụ hình ảnh học quan trọng giúp định hướng chẩn đoán, trong khi giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán. Phẫu thuật cắt đoạn ruột và nối ngay thì đầu là an toàn và khả thi trong các trường hợp được chọn lọc. Điều trị nội khoa duy trì sau phẫu thuật là thiết yếu để kiểm soát bệnh lâu dài.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease. Lancet, 2024, 403 (10432): 1177-1191. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02586-2

[2] Gordon H, Burisch J, Ellul P et al. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: medical treatment. J Crohns Colitis, 2024, 18 (10): 1531-1556. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae091

[3] Eng N.L, Kulaylat A, Jeganathan N.A, Scow J.S, Deutsch M. Meckel's diverticulum charading as Crohn's disease: a single-institution case series. Cureus, 2023, 15 (4): e38191. doi: 10.7759/cureus.38191

[4] Maaser C, Sturm A, Vavricka SR et al. ECCO-ESGAR guideline for diagnostic assessment in IBD part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. J Crohns Colitis, 2019, 13 (2): 144-164. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjy113

[5] Mocci G, Migaleddu V, Cabras F et al. Crohn's disease: radiological answers to clinical questions and review of the literature. J Clin Med, 2024, 13 (14): 4145. doi: 10.3390/jcm13144145

[6] Ungaro R, Mehandru S, Allen P.B, Peyrin-Biroulet L, Colombel J.F. Ulcerative colitis. Lancet, 2023, 402 (10401): 571-584. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00966-2

[7] Caron B, Peyrin-Biroulet L, Sands B.E et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease across the ages in the era of advanced therapies. J Crohns Colitis, 2024, 18 (Suppl 2): ii3-ii15. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae082

[8] Adamina M, Minozzi S, Warusavitarne J et al. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: surgical treatment. J Crohns Colitis, 2024, 18 (10): 1556-1582. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae089

[9] Aras O.Z, Patel A.S, Satchell E.K et al. Comparison of outcomes in small bowel surgery for Crohn's disease: a retrospective NSQIP review. Int J Colorectal Dis, 2024, 39 (1): 118. doi: 10.1007/s00384-024-04661-4