

- 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)". Eur J Vasc Endovasc Surg (2018) 55, 305-368.
3. **Jaff MR, White CJ, Hiatt WR, Fowkes GR, Dormandy J, Razavi M, Reekers J, Norgren L.** An Update on Methods for Revascularization and Expansion of the TASC Lesion Classification to Include Below-the-Knee Arteries: A Supplement to the Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). TASC Steering Committee, J Endovasc Ther. 2015;22(5):663. Epub 2015 Aug 3.
 4. **Cheuk Pang Wong, Lok Pong Chan et al.** Efficacy and Safety of Intravascular Lithotripsy in Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. Volume 63, Issue 3, March 2022, Pages 446-456.
 5. **Kyu Kim, Young-Guk Ko et al** (2018). Clinical Outcomes of Subintimal vs. Intraluminal Revascularization Approaches for Long Femoropopliteal Occlusions in a Korean Multicenter Retrospective Registry Cohort. Circ J 2018 Jun 25;82(7):1900-1907.
 6. **Baril DT, Chaer RA, Rhee RY, et al** (2010). "Endovascular interventions for TASC II D femoropopliteal lesions". J Vasc Surg, 51(6):1406-12.
 7. **Naoki Hayakawa, Satoshi Kodera et al** (2022). "Clinical outcome of drug-coated balloon versus scaffold device in patients with superficial femoral artery chronic total occlusion". Heart Vessels. 2022 Feb;37(2):282-290.
 8. **Kobayashi, K. Hirano, M. Nakano et al.** (2015). "Predictors of nonhealing in patients with critical limb ischemia and tissue loss following successful endovascular therapy". Catheter Cardiovasc Interv, 85(5), pp. 850-858.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH U NHẦY RUỘT THỪA TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Đinh Văn Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm hình ảnh của u nhầy ruột thừa (UNRT) trên cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 40 bệnh nhân (BN) đã được phẫu thuật và chẩn đoán UNRT trên mô bệnh học, được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến 10/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 40 BN đã được phẫu thuật, chẩn đoán UNRT trên mô bệnh học và được chụp CLVT trước đó được chia thành 03 nhóm UNRT ác tính (UNRTA) (10%), lành tính viêm (UNRTV) (15%) và lành tính không viêm (UNRTL) (75%). Các trường hợp UNRT viêm hay ác tính đều có có triệu chứng lâm sàng kèm theo. Trên hình ảnh CLVT, UNRT giãn với đường kính lớn (trung bình 23.7mm), có đậm độ thấp (trung bình 20.3±9.4HU), có tỷ lệ vôi hóa thành khoảng 45%, ít gặp sỏi phân (5%). UNRT lành tính đều có thành nhẵn (100%). U nhầy viêm và ác tính đều có thâm nhiễm xung quanh ruột thừa. UNRT ác tính đều có dày thành không đều ruột thừa, có tỷ lệ mất liên tục thành cao (50%), thường có tổn thương phúc mạc, mạc nối. **Kết luận:** Các dấu hiệu đường kính lớn (trung bình 23.7mm), đậm độ dịch trong lòng ruột thừa thấp (trung bình 20.3HU), vôi hóa thành, không có sỏi phân gợi ý chẩn đoán UNRT. Dày thành không đều, dịch ổ bụng, tổn thương phúc mạc, mạc

nối là các dấu hiệu cao gợi ý UNRT ác tính.

Từ khóa: Mucocoele, u nhầy ruột thừa, ung thư biểu mô nhầy ruột thừa.

SUMMARY

CT FINDING OF MUCOCELE ADE OF THE APPENDIX

Objective: Evaluation of Imaging Features of Appendiceal Mucinous Neoplasms (Appendiceal mucocoele) on Computed Tomography (CT). **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study on 40 patients, who underwent surgery and were diagnosed with appendiceal mucocoele on histopathology, who had CT scans at at Hanoi University of Medicine Hospital from January 2021 to October 2024. **Results:** The study was conducted on 40 patients who had undergone surgery, were diagnosed with appendiceal mucocoele based on histopathology, and had previously undergone CT scans. The patients were divided into three groups: malignant appendiceal mucocoele (10%), inflammatory appendiceal mucocoele (15%), and non-inflammatory benign appendiceal mucocoele (10%). Cases of inflammatory or malignant appendiceal mucocoele all presented with associated clinical symptoms. On CT imaging, the appendiceal mucocoele was dilated with a large diameter (average 23.7mm), had low density (average 20.3±9.4HU), with calcification seen in about 45% of cases, and fecaliths were found in only 5% of cases. Benign appendiceal mucocoele had smooth walls (100%). Both inflammatory and malignant appendiceal mucocoeles showed surrounding infiltration. Malignant appendiceal mucocoele had uneven wall thickening, with a high rate of wall discontinuity (50%), and often showed damage to the peritoneum and omentum. (50%), and was frequently associated with peritoneal and omental

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

involvement. **Conclusion:** Features such as a large diameter (mean 23.7mm) and calcification of the wall suggest the diagnosis of appendiceal mucocele. Irregular wall thickening, abdominal fluid, peritoneal and omental lesion involvement are high indicators of malignant appendiceal mucocele.

Keywords: Mucocele, appendiceal mucocele, mucinous adenocarcinoma of the appendix.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy ruột thừa (UNRT), còn được hay gọi là mucocele ruột thừa là bệnh lý hiếm gặp của đường tiêu hóa, với tỷ lệ báo cáo khi cắt ruột thừa là 0.2-0.6%¹. UNRT chỉ tình trạng tích tụ chất nhầy trong lòng ruột thừa. UNRT được phân loại theo đặc điểm mô học, có thể là kết quả của tình trạng tăng tiết và tắc nghẽn dịch nhầy trong lòng ruột thừa (simple mucocele), do tăng sản niêm mạc (Mucosal hyperplasia), hay u nang tuyến nhầy do biểu mô tuyến loạn sản (Mucinous cystadenoma) hay ung thư nang tuyến nhầy (Mucinous cystadenocarcinoma)². Như vậy UNRT có thể là lành tính hay ác tính. UNRT có thể phát hiện tình cờ, hoặc có triệu chứng lâm sàng như đau bụng, sốt hay sờ thấy khối ở bụng... Các trường hợp chất nhầy chứa các tế bào u biểu mô có loạn sản thấp hoặc cao, tình trạng vỡ ruột thừa có thể dẫn tới sự phát tán biểu mô sản xuất nhầy vào trong khoang bụng, gây ra dịch ổ bụng hay u giả nhầy phúc mạc.

Phát hiện và chẩn đoán UNRT là rất quan

trọng, do UNRT có khả năng vỡ, di căn vào ổ bụng, ác tính và cũng có thể làm thay đổi phương pháp phẫu thuật so với những chẩn đoán khác như viêm ruột thừa. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm chỉ ra các đặc điểm của u nhầy trên CLVT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn:

(1) BN được phẫu thuật và chẩn đoán UNRT trên mô bệnh học

(2) BN đã được chụp CLVT

(3) Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

(1) BN từ chối tham gia trong quá trình nghiên cứu.

(2) BN không có phim CLVT không đúng kỹ thuật hoặc không đủ thông tin hồ sơ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, n = 40 BN

2.3. Phân tích và xử lý số liệu.

Xử lý số liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi trên 40 BN thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

		Tổng n=40 %	UNRTV(1) n=6 15%	UNRTA(2) n=4 10%	UNRTL(3) n=30 75%	P
Tuổi		65.9 ± 2.9	65.6 ± 7.9	74.0 ± 2.1	66.7 ± 6.8	0.938
Giới	Nam	17(42,5%)	4(66,7%)	2(50,0%)	11(36,7%)	0.378
	Nữ	23(57,5%)	3(50,0%)	2(50,0%)	18(60%)	
Lâm sàng	Đau bụng	22(55%)	6(100%)	4(100%)	12(40%)	0.003*
	Sốt	5(12,5%)	4(66,7%)	1(25,0%)	0(0%)	0.000*
	Sờ thấy khối	6(15,0%)	1(16,7%)	1(25,0%)	4(13,3%)	0.777
	Không triệu chứng	18(45%)	0(0%)	0(0%)	18(60%)	0.003*
Tăng bạch cầu		8(30%)	6(100%)	1(25,0%)	2(6,7%)	0.000*

* Giá trị $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi gồm 40 BN được chẩn đoán UNRT (UNRT) trên CLVT được chia làm 3 nhóm: UNRT không viêm lành tính (UNRTL), UNRT viêm lành tính (UNRTV), UNRT ác tính (UNRTA). Tỷ lệ ác tính chiếm 10%. Tuổi trung bình của BN là 65.9 ± 2.9 tuổi, độ tuổi giữa các nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. UNRT có biểu chứng

viêm hay ác tính đều có triệu chứng, trong đó có 18% không có triệu chứng đều thuộc nhóm UNRTL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. UNRTV đều có tăng bạch cầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với các nhóm còn lại với $p < 0.05$

3.2. Đặc điểm hình ảnh trên CLVT của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Các đặc điểm hình ảnh CLVT của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm trên CLVT	Tổng n=40 %	UNRTV (1) n=6 %	UNRTA (2) n=4 %	UNRTL (3) n=30 %	P
Đường kính (mm)	23.7±9.7	27.5±3.7	16.0±2.1	25.2±1.8	0.043*
Đậm độ dịch (HU)	20.3±9.4	19.5±7.4	23.5±5.6	20,0±6.7	0.723
Vôi hóa thành	18 (45%)	1 (33,3%)	1 (25%)	16 (53,3%)	0.18
Sỏi phân	2 (5%)	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (3,3%)	0.442
Thâm nhiễm xung quanh	10 25%	6 (100%)	4 (100%)	0 (0%)	0.000*
Dày thành không đều	4 (10%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0.000*
Mất liên tục thành	2 (5%)	0 (0%)	2 (50%)	0 (0%)	0.008*
Dịch ổ bụng	4 (10%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0.000*
Tổn thương mạc nối	4 (10%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0.000*

* Giá trị $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: Nghiên cứu thấy ở 40 BN UNRT có đường kính RT trung bình là 23.7mm, đậm độ dịch trung bình trong lòng RT là 20.3HU. Vôi hóa thành chiếm 45%. Chỉ có 2% có sỏi phân trong lòng. Tất cả các trường hợp ác tính đều có dày thành không đều, tổn thương phúc mạc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu trên 40 BN với độ tuổi hay gặp là trung niên, trung bình là 65.9 ± 2.9 tuổi, một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng UNRT thường gặp tuổi trên 50.^{3,4} Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ $\sim 3/2$, tỷ lệ giới tính của UNRT còn nhiều tranh cãi, một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng tỷ lệ gặp ở nữ cao hơn nam.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới giữa các nhóm.

Các BN UNRT trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 57,5% số BN có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng đau bụng trong trường hợp có tổn thương ruột thừa rất dễ nhầm lẫn với bệnh lý viêm ruột thừa cấp. Nghiên cứu của J Ruiz-Tovar cũng chỉ ra rằng có tới 50% BN bị UNRT có triệu chứng giống viêm ruột thừa cấp (VRTC).⁵ UNRT biến chứng viêm và ác tính đều có triệu chứng lâm sàng (100%) so với nhóm lành tính (43,3%). Như vậy, khi BN có biểu hiện lâm sàng gợi ý UNRTV hay UNRTA so với UNRTL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Tỷ lệ UNRTA trong nhóm chúng tôi là 10%, các trường hợp này đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô nhầy ruột thừa. Hiện nay còn khá ít các nghiên cứu nói về tỷ lệ ung thư biểu mô nhầy ruột thừa trong UNRT. Nghiên cứu của Wang có tỷ lệ ác tính là 27.8%.⁶

4.2. Đặc điểm hình ảnh

Đường kính ruột thừa. UNRT trong nghiên cứu này có đường kính trung bình là

26.1±9.7mm, với đường kính nhỏ nhất là 12mm và lớn nhất là 50mm. Các nghiên cứu khác như Lien cũng đã chỉ ra rằng đường kính ruột thừa > 16mm có giá trị chẩn đoán UNRT với độ nhạy là 83% và độ đặc hiệu là 92% hay như Genevieve chỉ ra rằng, với ngưỡng 12mm, có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 86,4% và độ chính xác là 88,9% và khi đường kính ruột thừa trên 17mm, độ đặc hiệu tăng lên 98,2%, tuy nhiên độ đặc hiệu giảm xuống 61,9%.^{7,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ giữa các nhóm UNRTV và UNRTL. Tuy nhiên nhóm UNRTA lại có đường kính nhỏ hơn đáng kể so với nhóm UNRTL và UNRTV (lần lượt là 16mm, 25mm và 27mm). Nghiên cứu của Wang lại chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đường kính của nhóm mucocoele ruột thừa lành và ác.⁶ Điều này có thể giải thích rằng, trong nghiên cứu của chúng tôi các BN có UNRTA đều có dấu hiệu vỡ, di căn ổ bụng làm cho đường kính của ruột thừa giảm đáng kể.

Vôi hóa thành. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18/40 BN (45%) UNRT có vôi hóa thành. Nghiên cứu của Genevieve nhận định rằng vôi hóa thành có giá trị chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa cấp với UNRT có viêm.⁷ Nhận định này cũng đã được nghi nhận nhiều trên y văn trong nước và thế giới. Tuy nhiên vôi hóa thành chỉ gặp ở dưới 50% các trường hợp UNRT.^{7,9} Như vậy với UNRT, vôi hóa thành là dấu hiệu có độ đặc hiệu cao nhưng lại có độ nhạy thấp. Điều này có thể giải thích do vôi hóa thành ruột thừa chủ yếu do quá trình viêm mạn. Vôi hóa thường biểu hiện dưới hình cong hoặc chấm trên CT. Trong nghiên cứu của chúng tôi nghi nhận tỷ lệ vôi hóa thành giữa các nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhận định này tương tự với nghiên cứu của Wang.⁶

Đậm độ và sỏi phân trong lòng ruột

thừa. Trong nghiên cứu này, đậm độ trung bình của UNRT là 20.3 ± 9.4 HU, tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước và thế giới.^{6,9} Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so về tỷ trọng dịch trong lòng RT giữa 3 nhóm nghiên cứu với $p > 0.05$. UNRT thường được nhận định là có tỷ trọng thấp do quá trình tích lũy và ứ đọng chất nhầy. Tỷ trọng UNRT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Wang.⁶ Genevieve cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ trọng trong lòng RT giữa nhóm UNRTC và UNRT.⁷ Điều này có thể giải thích do trong VRT cũng xuất tiết nhiều dịch ngoài niêm mạc hay các tế bào viêm.

Sỏi phân trong UNRT chiếm 2/40 BN (5%), trong đó có 1/6 BN thuộc nhóm UNRTV và 1/30 BN thuộc nhóm UNRTL. Như các y văn khác đã nhận định, sỏi phân thường nguyên nhân gây VRTC do gây ứ đọng dẫn đến tình trạng viêm cấp của ruột thừa. Điều này khác với UNRT đây là tổn thương mạn tính. Một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng sỏi phân có giá trị chẩn đoán VRTC so với UNRT có biến chứng viêm.⁷

Độ dày thành. Không có sự khác biệt giữa độ dày thành trong UNRTL và UNRTV trong nghiên cứu của chúng tôi. Các trường hợp này chúng tôi đều quan sát thấy thành ruột thừa đều, nhẵn. Nhận định này cũng tương tự với nghiên cứu của L. Bennett.¹⁰ Và trong UNRTA đều quan sát thấy hình ảnh RT dày thành và ngấm thuốc không đều (tỷ lệ 100%). Sự khác biệt về thành độ dày thành RT của nhóm UNRTA và các nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này cũng đã được khẳng định trong nghiên cứu của tác giả chỉ có 22% trường hợp có dày thành không đều.⁶ Điều này có thể do các trường hợp UNRTA trong nghiên cứu của chúng tôi đều phát hiện ở tình trạng muộn, có di căn mạc nối.

Thâm nhiễm xung quanh. Trong UNRTV hay UNRTA đều có hiện tượng tổn thương mỡ xung quanh ruột thừa (100%), khác với UNRTL, không nghi nhận trường hợp nào có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Hình ảnh này cũng phù hợp với bệnh học tương ứng và cũng đã được nhắc đến trong nghiên cứu của Wang.⁶ Như vậy nếu hình ảnh có tổn thương mỡ xung quanh nghi UNRT có thể hướng tới UNRT có biến chứng viêm, ác tính.

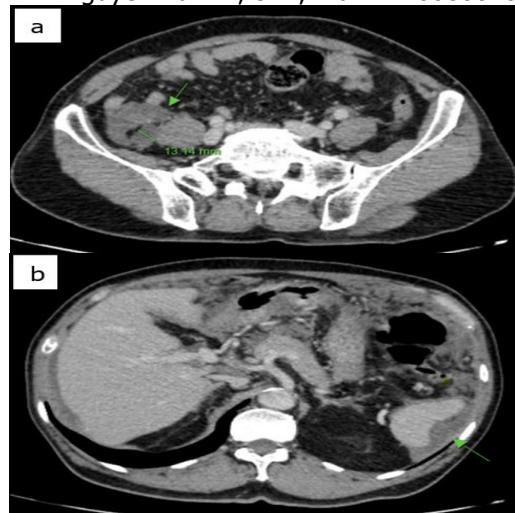
Dịch ổ bụng, tổn thương mạc nối mạc nối. Trong nghiên cứu của chúng tôi UNRTV và UNRTL đều không ghi nhận trường hợp nào có

dịch ổ bụng hay tổn thương phúc mạc nhưng 100% trường hợp UNRTA đều có tổn thương mạc nối kèm dịch ổ bụng. Tổn thương mạc nối của chúng tôi đều cho thấy hình ảnh dày mạc nối, các nốt ngấm thuốc mạc nối bất thường. Có 2/4 có tình trạng giả nhầy phúc mạc (Pseudomyxoma peritonei – PMP), biểu hiện bằng các hình ảnh vỏ sò trên các tạng đặc. UNRTL cũng có thể gây có thể gây PMP, nghiên cứu của chúng tôi không nghi nhận trường hợp UNRTL vỡ nào. Như vậy, cũng như các nghiên cứu của Lien, nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chỉ ra rằng UNRT ác có tỷ lệ di căn mạc nối, vỡ ruột thừa cao.⁸ Nghiên cứu của Dachman cũng đã chỉ ra rằng tỷ lệ di căn phúc mạc chủ yếu là do RT vỡ và hiếm khi có lan truyền về mặt huyết học.



Hình 1. Hình CLVT của BN UNRTL: Ruột thừa kích thước to với đường kính ~31mm, thành có vôi hóa, thành mỏng, nhẵn, trong chứa dịch đậm độ thấp

BN Nguyễn Văn T., 57T, mã BN 2008007827



Hình 2. Hình CLVT của BN ung thư biểu mô nhầy ruột thừa di căn mạc nối

a: ruột thừa đường kính ~13mm, dày thành không đều tạo khối ngấm thuốc (mũi tên), b: dịch tự do ổ bụng ẩn lõm bờ gan, lách trong bệnh cảnh u giả nhầy phúc mạc. Các nốt ngấm thuốc mạc nối (mũi tên) dạng thứ phát.

BN Trần Khắc B., 74T, mã BN 2212037027

V. KẾT LUẬN

UNRT hay gặp ở độ tuổi trung niên (trung bình 65.9 ± 2.9), nữ gặp nhiều hơn nam, đa số UNRT là không viêm lành tính (75%), tuy nhiên có thể gặp UNRT ác tính hoặc viêm mủ.

Các dấu hiệu đường kính lớn (trung bình 23.7mm), đậm độ dịch trong lòng ruột thừa thấp (trung bình 20.3HU), vôi hóa thành, không có sỏi phân gợi ý chẩn đoán UNRT.

UNRT có dày thành không đều, dịch ổ bụng, tổn thương phúc mạc, mạc nối là các dấu hiệu cao gợi ý UNRT ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Misdraji, J.; Yantiss, R. K.; Graeme-Cook, F. M.; Balis, U. J.; Young, R. H. Appendiceal Mucinous Neoplasms: A Clinicopathologic Analysis of 107 Cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 2003, 27 (8), 1089–1103. <https://doi.org/10.1097/00000478-200308000-00006>.
2. Louis, T. H.; Felter, D. F. Mucocele of the Appendix. *Bayl. Univ. Med. Cent. Proc.* 2014, 27 (1), 33–34. <https://doi.org/10.1080/08998280.2014.11929046>.
3. Appendiceal mucinous cystadenoma - **ClinicalKey**. <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S2211568413002416> (accessed 2025-01-07).
4. Rabie, M. E.; Al Shraim, M.; Al Skaini, M. S.; Alqahtani, S.; El Hakeem, I.; Al Qahtani, A. S.; Malatani, T.; Hummadi, A. Mucus Containing Cystic Lesions "Mucocele" of the

Appendix: The Unresolved Issues. *Int. J. Surg. Oncol.* 2015, 2015, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2015/139461>.

5. Ruiz-Tovar, J.; Teruel, D. G.; Castiñeiras, V. M.; Dehesa, A. S.; Quindós, P. L.; Molina, E. M. Mucocele of the Appendix. *World J. Surg.* 2007, 31 (3), 542–548. <https://doi.org/10.1007/s00268-006-0454-1>.
6. Wang, H.; Chen, Y.-Q.; Wei, R.; Wang, Q.-B.; Song, B.; Wang, C.-Y.; Zhang, B. Appendiceal Mucocele: A Diagnostic Dilemma in Differentiating Malignant From Benign Lesions With CT. *Am. J. Roentgenol.* 2013, 201 (4), W590–W595. <https://doi.org/10.2214/AJR.12.9260>.
7. CT diagnosis of mucocele of the appendix in patients with acute appendicitis - **PubMed**. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19234237/> (accessed 2025-01-07).
8. Lien, W.-C.; Huang, S.-P.; Chi, C.-L.; Liu, K.-L.; Lin, M.-T.; Lai, T.-I.; Liu, Y.-P.; Wang, H.-P. Appendiceal Outer Diameter as an Indicator for Differentiating Appendiceal Mucocele from Appendicitis. *Am. J. Emerg. Med.* 2006, 24 (7), 801–805. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2006.04.003>.
9. Sơn T. Q.; Thành N. T. UNRT: Thông báo lâm sàng và tổng quan y văn. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học* 2024, 183 (10), 412–421. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v183i10.2769>.
10. Bennett, G. L.; Tanpitukpongse, T. P.; Macari, M.; Cho, K. C.; Babb, J. S. CT Diagnosis of Mucocele of the Appendix in Patients with Acute Appendicitis. *Am. J. Roentgenol.* 2009, 192 (3), W103–W110. <https://doi.org/10.2214/AJR.08.1572>.

KẾT QUẢ SÀNG LỌC LO ÂU, TRẦM CẢM, STRESS BẰNG DASS-21 Ở HỌC SINH PHỔ THÔNG LONG BÌNH, TỈNH AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Đăng Khoa¹, Lê Minh Thi¹, Ngô Anh Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả sàng lọc lo âu, trầm cảm, stress bằng DASS-21 ở học sinh trung học phổ thông Long Bình, tỉnh An Giang năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng thang đánh giá DASS-21 sàng lọc dấu hiệu lo âu, trầm cảm, stress cho 366 học sinh trung học phổ thông Long Bình, tỉnh An Giang vào tháng 06/2024. **Kết quả:** học sinh có dấu hiệu lo âu là 61,2% (mức độ nhẹ là 9,3%, mức độ vừa là 24,0%, mức độ nặng là 12,6% và rất nặng là 15,3%). Học sinh có dấu hiệu trầm cảm là 47,3% (mức độ nhẹ là 15,8%, mức độ vừa là 18,0%, mức độ nặng là 8,5%

và rất nặng là 4,9%). Học sinh có dấu hiệu stress là 38,0% (mức độ nhẹ là 12,8%, mức độ vừa là 16,4%, mức độ nặng là 11,5% và rất nặng là 4,9%). Có 28,1% học sinh không có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm; 24,6% học sinh có 1 biểu hiện; 20,0% học sinh có 2 biểu hiện và 27,3% học sinh có cả 3 biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm. **Kết luận:** Các biểu hiện lo âu, trầm cảm, stress ở học sinh trung học khá phổ biến nhưng chủ yếu ở mức độ vừa và nhẹ. Cần có sự quan tâm đúng mức hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho các học sinh trung học.

Từ khóa: lo âu, trầm cảm, stress, trung học phổ thông, An Giang

SUMMARY

SCREENING RESULTS FOR STRESS, ANXIETY, AND DEPRESSION USING DASS-21 AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN LONG BÌNH, AN GIANG PROVINCE, 2024

Objective: Describe the results of screening for anxiety, depression, and stress using the DASS-21 in

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Thi

Email: lmt@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025