

Tay chân miệng nặng chiếm 26,6% tổng số ca nhập viện trong năm 2023, chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi. Biểu hiện thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật và tổn thương đa cơ quan xuất hiện với tỷ lệ đáng kể. Việc phát hiện sớm và phân độ đúng có vai trò quan trọng trong điều trị và hạn chế biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh, N. L., Nguễn, O. P., & Ngô, O. T.** (2025). Đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến bệnh tay chân miệng tại tỉnh Cà Mau giai đoạn 2017-2023. *Tap Chí Y học Việt Nam*. 547(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v547i2.13002>
2. **Thu, L. T., & An, P. N.** (2024). 17. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tay chân miệng ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020-2022. *Tap Chí Y học Công đồng*, 65(CĐ 7 - NCKH). <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCĐ7.1310>
3. **Solomon Tom và cs.** (2010). Virology, pathogenesis, and epidemiology of enterovirus 71. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(11): 778–790.
4. **Chau NVV, Thuong TC, Hung NT, et al.** Emerging Enterovirus A71 Subgenogroup B5 Causing Severe Hand, Foot, and Mouth Disease, Vietnam, 2023. *Emerg Infect Dis*. 2024 Feb;30(2): 363-367. doi: 10.3201/eid3002.231024.
5. **Chen KT, Chang HL, Wang ST, et al.** Epidemiologic features of hand-foot-mouth disease and herpangina caused by enterovirus 71 in Taiwan, 1998-2005. *Pediatrics*. 2007 Aug; 120(2):e244-52. doi: 10.1542/peds.2006-3331.
6. **Xing W, Liao O, Viboud C, et al.** Hand, foot, and mouth disease in China, 2008-12: an epidemiological study. *Lancet Infect Dis*. 2014 Apr;14(4): 308-318. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70342-6.
7. **Duan X, Zhang C, Wang X, et al.** Molecular epidemiology and clinical features of hand, foot and mouth disease requiring hospitalization after the use of enterovirus A71 inactivated vaccine in chenadu, China, 2017-2022: a descriptive study. *Emerg Microbes Infect*. 2022 Dec;11(1):2510-2519. doi: 10.1080/22221751.2022.2125346.
8. **Bộ Y tế** (2021). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị tay chân miệng. Ban hành kèm theo Quyết định số 3415/QĐ-BYT ngày 14/7/2021.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG XƠ HÓA CẦU THẬN TRONG BỆNH THẬN IGA

Cao Thị Như^{1,3}, Đỗ Gia Tuyền¹,
Nguyễn Thùy Dương², Nghiêm Trung Dũng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đối chiếu tổn thương xơ hóa cầu thận trên 80 bệnh nhân mắc bệnh thận IgA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 80 bệnh nhân mắc IgAN từ tháng 09 năm 2023 đến tháng 01 năm 2025. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đái máu vi thể chiếm 75% và THA (27,5%). Thời gian từ khi chẩn đoán đến sinh thiết thận là $12,42 \pm 25,67$ tháng. Lắng đọng miễn dịch hay gặp nhất là IgA ở gian mạch (100%) và C3 ở gian mạch (88,7%). Đặc điểm mô bệnh học hay gặp nhất là tăng sinh tế bào gian mạch (27,5%) và xơ hóa cầu thận cục bộ (57,5%). Tỷ lệ xơ hóa cầu thận cao hơn ở nhóm bệnh nhân có THA và protein niệu $\geq 1\text{g/ngày}$. Lắng đọng C3 gian mạch càng nhiều thì tổn thương xơ hóa cầu thận càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh thận IgA diễn biến thầm lặng trong nhiều

năm với triệu chứng đái máu vi thể tuy nhiên lại dẫn đến xơ hóa cầu thận và suy giảm chức năng thận theo thời gian. **Từ khóa:** Bệnh thận IgA, sinh thiết thận, xơ hóa cầu thận

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SOME CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES AND GLOMERULONOSCLEROSIS IN IGA NEPHROPATHY

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics and compare glomerulosclerosis lesions in 80 patients with IgA nephropathy. **Subjects and methods:** cross-sectional, prospective study on 80 patients with IgAN from September 2023 to January 2025. **Results:** The most common clinical symptoms were microscopic hematuria (75%) and hypertension (27.5%). The time from diagnosis to renal biopsy was 12.42 ± 25.67 months. The most common immune deposits were IgA in the mesangium (100%) and C3 in the mesangium (88.7%). The most common histopathological features were mesangial cell proliferation (27.5%) and focal glomerulosclerosis (57.5%). The rate of glomerulosclerosis was higher in the group of patients with hypertension and proteinuria $\geq 1\text{g/day}$. The more mesangial C3 deposition, the more glomerulosclerotic lesions increased, the difference was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** IgA nephropathy progresses

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: ngiemtrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

silently for many years with symptoms of microscopic hematuria, but leads to glomerulosclerosis and renal function decline over time. **Keywords:** IgA nephropathy, kidney biopsy, glomerulosclerosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận IgA (IgAN) đặc trưng bởi sự lắng đọng globulin miễn dịch A ở gian mạch cầu thận là nguyên nhân hàng đầu gây viêm cầu thận nguyên phát và bệnh thận mạn tính ở người trưởng thành¹. 30-40% bệnh nhân mắc IgAN sẽ tiến triển thành bệnh thận giai đoạn cuối trong vòng 20-30 năm kể từ thời điểm được chẩn đoán². Cơ chế bệnh sinh của bệnh được mô tả ở cấp độ phân tử với vai trò trung tâm là những phức hợp miễn dịch chứa các phân tử IgA1 bất thường với liên kết O-glycan. Nguyên nhân chính của IgAN do nhiều yếu tố phức tạp trong đó có vai trò đóng góp của di truyền kết hợp với các yếu tố môi trường. Hiện tại chưa có dấu ấn sinh học đặc hiệu nào được chứng minh có thể chẩn đoán xác định IgAN. Sinh thiết thận vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh và tổn thương mô bệnh học cũng đã được chứng minh là yếu tố độc lập tiên lượng diễn biến bệnh. Những yếu tố đã được xác định có ý nghĩa dự đoán tiến triển của IgA bao gồm protein niệu dai dẳng, mức lọc cầu thận tại thời điểm chẩn đoán, tăng huyết áp và các tổn thương mô bệnh học dựa trên phân loại Oxford^{3,4}. Nhằm mục đích tìm hiểu mối liên quan giữa tổn thương mô bệnh học và các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng chúng tôi tiến hành đặt vấn đề nghiên cứu *"Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương xơ hóa cầu thận trong bệnh thận IgA"* với 2 mục tiêu như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân mắc bệnh thận IgA
2. Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương xơ hóa cầu thận ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 80 bệnh nhân mắc IgAN nguyên phát được chẩn đoán tại trung tâm thận tiết niệu và lọc máu, Bv Bạch Mai

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán IgAN nguyên phát theo tiêu chuẩn của KDIGO 2021⁵

+ BN được sinh thiết thận chẩn đoán IgAN: trên mô bệnh học nhuộm miễn dịch huỳnh quang thấy bắt màu IgA ở gian mạch cầu thận mức độ ưu thế hoặc đồng ưu thế với các dấu ấn miễn dịch khác (IgG, IgM, C3, C4).

+ Xác định điểm MEST – C theo phân loại Oxford 2016⁶

+ Loại trừ tất cả các nguyên nhân gây IgAN thứ phát

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN < 15 tuổi
- BN mắc các bệnh cầu thận thứ phát do lupus, đái tháo đường, viêm gan B, C, xơ gan rượu...
- Những BN có mẫu sinh thiết dưới 8 cầu thận trên KHVQH⁷

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiền cứu

2.2.2. Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai
- Thời gian nghiên cứu: tháng 9 năm 2023 đến tháng 1 năm 2025

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Những BN được chẩn đoán viêm cầu thận nguyên phát nghi ngờ IgAN được nhập viện và tiến hành sinh thiết thận tại trung tâm thận tiết niệu và lọc máu. Sau khi có kết quả sinh thiết thận là bệnh thận IgA sẽ được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu và thu thập các số liệu:

- + Đặc điểm tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng
- + Các xét nghiệm máu, nước tiểu
- + Tổn thương mô bệnh học theo phân loại Oxford 2016

- Quy trình sinh thiết thận: thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm, bằng súng sinh thiết Bard, kỹ thuật free hand. Bệnh phẩm sinh thiết thận gồm 2 mảnh: một mảnh được cố định trong lọ thủy tinh có nắp đậy đựng 3ml Formol trung tính 10%, mảnh còn lại bảo quản trong lọ thủy tinh có nắp đậy đựng 3ml nước muối sinh lý. Mảnh cố định Formol trung tính được cố định từ 3-4h rồi theo qui trình chuyển, đúc, cắt, nhuộm các phương pháp thường quy gồm H&E, PAS, bạc và Masson. Mảnh được bảo quản trong nước muối sinh lý được xử lý cho phương pháp nhuộm MDHQ: cắt lạnh 3 - 4 μ m theo thứ tự: IgG, IgA, IgM, C3, C4, C1q.

2.3. Phân tích số liệu

- Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)
- Biến liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn), và các biến phân loại được biểu diễn bằng tần suất (n) và tỷ lệ (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm bệnh
Nam giới	40 (50%)

Nữ giới	40 (50%)
Tuổi trung bình (năm)	33,65 ± 9,17
Creatinin (mmol/l)	144,86 ± 168,05
Protein (g/l)	67,47 ± 8,72
Albumin (g/l)	37,63 ± 6,20
Protein niệu (g/24h)	3,45 ± 4,11
Hồng cầu niệu (tb/μl)	166,94 ± 83,31

Các bệnh nhân mắc IgAN có độ tuổi trung bình trẻ (33,65 ± 9,17) và có suy giảm chức năng thận với nồng độ creatinin huyết thanh trung bình 144,86 ± 168,05 mmol/l

3.2. Đặc điểm lâm sàng và tổn thương mô bệnh học

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Bảng 2: Một số triệu chứng lâm sàng thường gặp tại thời điểm sinh thiết thận

Đặc điểm	n	%
Phù (n=80)	19	23,8
Tăng huyết áp (n=80)	22	27,5
Đái máu đại thể (n=80)	13	16,3
Đái máu vi thể (n=80)	60	75,0

Thời gian từ khi chẩn đoán đến sinh thiết thận: 12,42±25,67 tháng; Thời gian dài nhất: 144 tháng

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đái máu vi thể (75%). Đái máu đại thể hiếm gặp hơn.

3.2.2. Hình thái tổn thương mô bệnh học theo phân loại Oxford

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương mô bệnh học theo phân loại Oxford

KHVQH	n (%)	Dấu ấn (MDHQ)	Am tính (n (%))	1+ n (%)	2+ n (%)	3+ n (%)
M0	58 (72,5%)	IgA	0	61	19	0
M1	22 (27,5%)		(0%)	(76,3%)	(23,8%)	(0%)
E0	74 (92,5%)	IgG	78	2	0	0
E1	6 (7,5%)		(97,5%)	(2,5%)	(0%)	(0%)
S0	34 (42,5%)	IgM	79	1	0	0
S1	46 (57,5%)		(98,8%)	(1,3%)	(0%)	(0%)
T0	58 (72,5)	C3	9	60	11	0
T1	22 (27,5%)		(11,3%)	(74,9%)	(13,8%)	(0%)
T2	0 (0%)					
C0	76 (95%)	C4	80	0	0	0
C1	4 (5%)		(100%)	(0%)	(0%)	(0%)
C2	0 (0%)					
		C1q	80 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Lắng đọng miễn dịch hay gặp nhất là IgA ở gian mạch và C3 ở gian mạch. Đặc điểm mô bệnh học hay gặp nhất là tăng sinh tế bào gian mạch và xơ hóa cầu thận cục bộ.

3.3. Môi liên quan giữa tổn thương xơ hóa cầu thận và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

3.3.1. Tổn thương xơ hóa cầu thận và THA, mức độ protein niệu

Bảng 4: Môi liên quan giữa tổn thương xơ hóa cầu thận và THA, mức độ protein niệu

	Không xơ hóa cầu thận (S0)	Có xơ hóa cầu thận (S1)	p
THA (n=22)	9(40,9%)	13(59,1%)	<0,05
Không THA (n=58)	25(43,1%)	33(56,9%)	>0,05
Protein niệu <1g/24h (n=13)	6(46,2%)	7(53,8%)	>0,05
Protein niệu ≥1g/24 giờ (n=67)	28(41,8%)	39(58,2%)	<0,05

Nhóm BN có THA và protein niệu >1g/24 giờ có tỷ lệ xơ hóa cầu thận cao hơn.

3.3.2. Liên quan lắng đọng C3 gian mạch và tổn thương xơ hóa cầu thận

Bảng 5: Môi liên quan giữa lắng đọng

C3 gian mạch và xơ hóa cầu thận

Lắng đọng C3 gian mạch	Am tính (n=9)	1+ (n=60)	2+ (n=11)	p
Không có xơ hóa cầu thận (S0)	8 (88,9%)	21 (35%)	7 (63,6%)	<0,05
Có xơ hóa cầu thận (S1)	1 (11,1%)	39 (65%)	4 (36,4%)	

Lắng đọng C3 gian mạch nhiều thì tổn thương xơ hóa cầu thận càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc IgAN rất khác nhau giữa các nhóm dân tộc/chủng tộc, cao nhất ở những người gốc Đông Á, tiếp theo là người da trắng và tương đối hiếm ở những người có nguồn gốc châu Phi cận Sahara. Tỷ lệ mắc bệnh thận được ước tính là 2–10 trên 100.000 người-năm và đạt đỉnh trong thập kỷ thứ hai và thứ ba của cuộc đời⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 33,65 ± 9,17 năm (bảng 1) cũng phù hợp với độ tuổi thường gặp trong IgAN. Nhóm bệnh nhân mắc bệnh thường gặp trong độ tuổi lao động do đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như đời sống kinh tế

của bản thân gia đình người bệnh và đồng thời tác động đến nền kinh tế chung của xã hội.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đái máu vi thể phát hiện tình cờ (75%) và thời gian từ khi chẩn đoán đến sinh thiết thận là $12,42 \pm 25,67$ tháng và có bệnh nhân lâu nhất là 144 tháng (bảng 2). Điều này cho thấy những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nhẹ thường không được chỉ định sinh thiết thận sớm. Do đó, tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ mắc IgAN thực sự có thể cao hơn mức được công nhận. Đồng thời triệu chứng lâm sàng của bệnh thường diễn biến âm thầm trong nhiều năm, nhiều tháng và dẫn đến suy giảm chức năng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi có protein niệu 24 giờ trung bình là $3,45 \pm 4,11$ (g/24 giờ) và hồng cầu niệu trung bình $166,94 \pm 83,31$ (tb/ μ l). Triệu chứng cận lâm sàng trong IgAN không có gì đặc biệt ngoài bất thường nước tiểu với hồng cầu niệu và/hoặc protein niệu dẫn tới chỉ định sinh thiết thận. Những bất thường xét nghiệm nước tiểu là thường gặp và thường là dấu hiệu chỉ điểm cho sinh thiết thận để chẩn đoán IgAN. Tuy nhiên, hiện nay ở nước ta sinh thiết thận chỉ thực hiện được ở những cơ sở y tế lớn như các bệnh viện tuyến trung ương nên tỷ lệ mắc bệnh IgAN có thể cao hơn so với các số liệu báo cáo. Đồng thời, điều này cũng đặt ra vấn đề là bệnh nhân không được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời dẫn đến tình trạng xơ hóa cầu thận và dẫn suy giảm chức năng thận theo thời gian.

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng sinh gian mạch chiếm 27,5% (bảng 3) trong nghiên cứu này. Nghiên cứu của tác giả Alamartine và cộng sự cho thấy nhóm có tăng sinh gian mạch chiếm 21%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về huyết áp, mức lọc cầu thận và protein niệu giữa nhóm có và không có tăng sinh gian mạch. Một nghiên cứu rất lớn là nghiên cứu VALIGA trên 1147 bệnh nhân mắc IgAN đến từ 13 nước châu Âu cho thấy có 28% có tăng sinh gian mạch. Xơ hóa ổ cục bộ là đặc điểm mô bệnh học gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 57,5%. Teo ống thận, xơ tổ chức kẽ là một biểu hiện mạn tính trên mô bệnh học, chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi (xơ hóa mức độ T1 chiếm 27,5%). Trong IgAN tương tự bệnh xơ hóa ổ mảnh, xơ sẹo ống kẽ thận thường tương xứng với mức độ xơ hóa cầu thận và có thể kết hợp với thâm nhiễm viêm tổ chức kẽ không đặc hiệu mức độ nhẹ. Protein niệu là một dấu ấn sinh học được xác nhận để tiên lượng suy thận và đánh giá hiệu quả điều trị IgAN. So với những bệnh nhân có protein niệu trung bình $<0,5$ g/ngày, những bệnh nhân có

protein niệu 0,5-1g/ngày có nguy cơ tiến triển bệnh thận cao gấp 9,1 lần và những người có protein niệu >1 g/ngày có nguy cơ tiến triển bệnh thận cao gấp 46,5 lần¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có protein niệu ≥ 1 g/24 giờ có tỷ lệ xơ hóa cầu thận (58,2%) cao hơn so với nhóm không xơ hóa cầu thận (41,8%) (bảng 4). Mức độ lắng đọng IgA ở gian mạch cầu thận trong nghiên cứu của chúng tôi là lắng đọng 1+ chiếm 76,3%, lắng đọng 2+ chiếm 23,8%. Lắng đọng C3 gian mạch cũng thường gặp trong nghiên cứu này chiếm 88,7%. Nghiên cứu của tác giả Nasri và cộng sự cho thấy mức độ lắng đọng C3 gian mạch là một yếu tố tiên lượng nặng, có liên quan thuận với nồng độ creatinine máu cũng như các đặc điểm mô bệnh học khác như tăng sinh gian mạch, tăng sinh nội mao mạch và xơ hóa cầu thận cục bộ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh thận IgA thường diễn biến thầm lặng trong nhiều năm với đái máu vi thể không triệu chứng và dẫn đến xơ hóa cầu thận. Những bệnh nhân có protein niệu ≥ 1 g/24 giờ có tỷ lệ xơ hóa cầu thận (58,2%) cao hơn so với nhóm không xơ hóa cầu thận (41,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gleeson PJ, O'Shaughnessy MM, Barratt J. IgA nephropathy in adults—treatment standard. *Nephrol Dial Transplant*. 2023;38(11):2464-2473. doi:10.1093/ndt/gfad146
2. Rajasekaran A, Julian BA, Rizk DV. IgA nephropathy: An interesting autoimmune kidney disease. *Am J Med Sci*. 2021;361(2):176-194. doi:10.1016/j.amjms.2020.10.003
3. Pattapornpisut P, Avila-Casado C, Reich HN. IgA Nephropathy: Core Curriculum 2021. *Am J Kidney Dis*. 2021;78(3):429-441. doi:10.1053/j.ajkd.2021.01.024
4. Gaumond L, Lamarche C, Beauchemin S, et al. Identification of inflammatory biomarkers in IgA nephropathy using the NanoString technology: a validation study in Caucasians. *Inflamm Res*. 2024;73(3):447-457. doi:10.1007/s00011-023-01848-3
5. Rovin BH, Adler SG, Barratt J, et al. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. *Kidney Int*. 2021; 100(4): S1-S276. doi:10.1016/j.kint.2021.05.021
6. Trimarchi H, Barratt J, Cattran DC, et al. Oxford Classification of IgA nephropathy 2016: an update from the IgA Nephropathy Classification Working Group. *Kidney Int*. 2017; 91(5): 1014-1021. doi:10.1016/j.kint.2017.02.003
7. Najafian B, Lusco MA, Alpers CE, Fogo AB. Approach to Kidney Biopsy: Core Curriculum 2022. *Am J Kidney Dis*. 2022;80(1):119-131. doi:10.1053/j.ajkd.2021.08.024
8. Rodrigues JC, Haas M, Reich HN. IgA Nephropathy. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 2017;12(4):677-686. doi:10.2215/CJN.07420716

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT VÁT MANH TRÀNG ĐIỀU TRỊ U TÂN SINH NHẦY RUỘT THỪA ĐỘ THẤP

Huỳnh Thanh Long^{1,2}, Nguyễn Mạnh Khiêm¹,
Lương Duy Trường³, Ngô Minh Hiếu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh u nhầy ruột thừa (Appendiceal Mucinous Neoplasm - AMN) là bệnh lý hiếm gặp, hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng đặc hiệu, thường được phát hiện tình cờ trong phẫu thuật, chụp cắt lớp vi tính, siêu âm ổ bụng hoặc nội soi đại tràng. Điều trị u nhầy ruột thừa vẫn còn tranh cãi, chủ yếu xoay quanh chẩn đoán và phân loại trước mổ, lựa chọn phương pháp phẫu thuật và mức độ phẫu thuật. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ 72 tuổi, nhập viện vì đau bụng âm ỉ hố chậu phải, triệu chứng kéo dài khoảng 3 tháng. Bạch cầu 4,73 k/uL (trung tính 51,9%). Siêu âm bụng ghi nhận tổn thương dạng nang vùng hố chậu phải kích thước khoảng 86x18mm, giới hạn rõ, bờ đều, thành mỏng có vài nốt vôi. MSCT cho thấy ruột thừa xuất phát từ mặt trong manh tràng, đường kính khoảng 25mm, lòng chứa dịch, xung quanh không thâm nhiễm rõ. Bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa và một phần đáy manh tràng bằng máy cắt nối tự động và stappler nội soi 60mm. Thời gian mổ 60 phút, lượng máu mất không đáng kể. Bệnh nhân xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 3, không ghi nhận biến chứng. **Kết luận:** U nhầy ruột thừa là bệnh lý hiếm gặp, thường phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật nội soi điều trị u nhầy ruột thừa đã trở thành phương pháp ưu tiên. Sử dụng máy cắt nối tự động trong nội soi giúp tăng độ chính xác, rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm nguy cơ biến chứng, đạt tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: U nhầy ruột thừa, Tân sinh nhầy ruột thừa độ thấp, Phẫu thuật nội soi

SUMMARY

CASE REPORT: A CASE OF LAPAROSCOPIC PARTIAL CECECTOMY FOR LOW-GRADE APPENDICULAR MUCOUS NEOPLASM

Introduction: Appendiceal Mucinous Neoplasm (AMN) is a rare disease. Most patients do not exhibit specific symptoms, and the disease is often discovered incidentally during surgery, CT scans, abdominal ultrasounds, or colonoscopies. The treatment of appendiceal mucinous neoplasm remains controversial, primarily revolving around issues of diagnosis and classification of AMN prior to surgery, the choice of surgical method, and the extent of the surgical procedure. **Clinical Case:** A 72-year-old

female patient was admitted with dull abdominal pain in the right iliac fossa, which had persisted for about 3 months. Her white blood cell count was 4.73 k/uL, with neutrophils at 51.9%. An abdominal ultrasound revealed a cystic lesion measuring approximately 86 x 18 mm, and MSCT indicated that the appendix was enlarged, measuring about 25 mm in diameter, with fluid in the lumen and no surrounding infiltration. The patient underwent a 60-minute laparoscopic surgery to remove the appendix and part of the cecum using an automatic anastomosis cutter and a 60 mm endoscopic stapler. The patient was discharged on the 3rd postoperative day without complications. **Conclusion:** AMN is a rare disease, often discovered incidentally through imaging diagnosis. Laparoscopic surgery has become the preferred treatment method for appendiceal mucocoele. The use of an automatic anastomosis cutter in endoscopy also enhances accuracy, shortens surgery time, and reduces the risk of complications, achieving a high success rate.

Keywords: Appendiceal Mucinous Neoplasm, Low-Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm, Laparoscopic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh u nhầy ruột thừa (Appendiceal Mucinous Neoplasm - AMN) là bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 0.2% - 0.3% các ca phẫu thuật cắt ruột thừa^{1,2}, đặc trưng bởi sự sản xuất và tích tụ chất nhầy trong lòng ruột thừa, do sự tắc nghẽn mạn tính hoặc tăng sản niêm mạc ruột thừa và có khả năng ác tính.

Kết quả giải phẫu bệnh u nhầy ruột thừa đa số là U tuyến nhầy (Mucinous Adenoma) hoặc tăng sản nhầy độ thấp của ruột thừa (Low-Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm - LAMN), thường được coi là lành tính, còn lại tỷ lệ ác tính chỉ khoảng 10%²⁻⁴. Bệnh lý này thường xuất hiện ở những bệnh nhân trên 50 tuổi, với tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn so với nam giới²⁻⁴.

Sự hiểu biết về AMN đã có tiến bộ đáng kể trong những năm gần đây, đặc biệt về phân loại, chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Tuy nhiên, điều trị u nhầy ruột thừa vẫn còn tranh cãi, chủ yếu xoay quanh chẩn đoán và phân loại trước mổ, lựa chọn phương pháp phẫu thuật và mức độ phẫu thuật: cắt ruột thừa đơn thuần (appendectomy), cắt vát manh tràng (partial cecectomy) hoặc cắt đại tràng phải (right hemicolectomy).

Nhân một trường hợp u nhầy ruột thừa đã được chúng tôi chẩn đoán trước mổ và lên

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: htlong@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025