

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

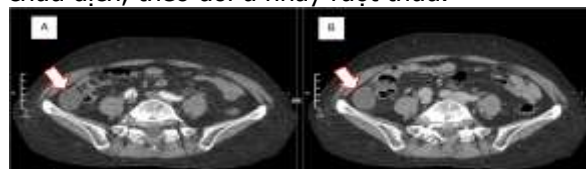
chương trình phẫu thuật nội soi cắt vét manh tràng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, chúng tôi so sánh với tài liệu y văn hiện nay để tìm hiểu về dịch tễ học, biểu hiện lâm sàng, biến chứng, chẩn đoán và phương pháp điều trị của bệnh lý ít gặp này.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Quách Hồng A., nữ, 72 tuổi, sống tại Bình Dương, mã bệnh án 25018117. Tiền sử tăng huyết áp kiểm soát tốt, tái khám định kỳ hàng tháng, viêm gan siêu vi chưa rõ loại đã bỏ trị; không ghi nhận tiền sử đái tháo đường hay bệnh lý hô hấp. Bệnh nhân nhập viện ngày 08/04/2025 vì đau bụng âm ỉ hố chậu phải, thỉnh thoảng quặn cơn, không lan, không tư thế giảm đau. Triệu chứng đau kéo dài khoảng 3 tháng trước nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không nôn, ăn uống được, tiểu phân vàng, tiểu vàng trong, không sụt cân, BMI 23,5 kg/m². Khoảng 1 tuần trước nhập viện, bệnh nhân đau tăng dần vùng hố chậu phải, có cảm giác nóng lạnh, uống thuốc giảm đau Paracetamol không đỡ nên nhập viện Nguyễn Tri Phương.

Khám lâm sàng ghi nhận bụng mềm, ấn đau khu trú hố chậu phải, dấu McBurney dương tính, không sờ thấy khối bất thường vùng bụng. Chẩn đoán tại thời điểm nhập viện là theo dõi viêm ruột thừa cấp. Bệnh nhân được chỉ định siêu âm bụng. Kết quả siêu âm 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; kết luận: Tổn thương dạng nang vùng hố chậu phải.

Bệnh nhân sau đó được chỉ định chụp MSCT bụng có cản quang. Kết quả MSCT cho thấy ruột thừa xuất phát từ mặt trong manh tràng đi xuống dưới vào trong, đường kính ruột thừa khoảng 25mm, lòng chứa dịch, xung quanh không thâm nhiễm rõ. Không thấy dịch ổ bụng. Các quai ruột không giãn, thành không dày. MSCT kết luận: Ruột thừa kích thước lớn, lòng chứa dịch, theo dõi u nhầy ruột thừa.



Hình 1: Hình ảnh u nhầy ruột thừa trên MSCT bụng thì động mạch (a) và thì tĩnh mạch (b) (Quách Hồng A., số BA: 25018117)

Nội soi đại tràng ghi nhận trĩ nội, khung đại tràng bình thường; lỗ ruột thừa khó quan sát; van Bauhin bình thường; niêm mạc hồi tràng mềm mại, không loét; đại tràng không u, không

loét, trực tràng nhẵn. Ruột còn ít phân vàng, phần quan sát bình thường (Thang điểm Boston T3N3P2: 8 điểm). Nội soi dạ dày cho thấy viêm sung huyết hang vị, clo test âm tính; dẫn tĩnh mạch thực quản độ I, không dấu đỏ.

Siêu âm đàn hồi gan kết luận gan nhu mô thô, bờ không đều; đánh giá xơ gan độ F4 (Theo xếp loại Metavir – LB). Siêu âm tim: chức năng tâm thu thất trái bảo tồn; rối loạn thư giãn thất trái; hở van 2 lá 1/4. Xét nghiệm máu lúc nhập viện: Bạch cầu 4,73 k/uL (trung tính 51,9%), Hồng cầu 3,88 T/L, Huyết sắc tố 126 g/L, Hematocrit 36,6%, Tiểu cầu 87 k/uL; TQ: 10,2s, TCK: 28,4s, Nhóm máu O+; AST: 27,4 U/L, ALT: 15,98 U/L; Creatinin: 76,8 umol/L, Glucose: 5,26 mmol/L; Albumin 45,66 g/L, Điện giải đồ: K+ 3,48 mmol/L; CEA: 5,6 ng/mL.

Lên chương trình phẫu thuật, khám tim mạch và nội tiêu hóa trước mổ. Về tim mạch, đánh giá có thể phẫu thuật, nguy cơ tim mạch chu phẫu thấp. Khám nội tiêu hóa kết luận theo dõi xơ gan do virus B hoặc C, viêm dạ dày tá tràng – GERD – xơ gan child A, dẫn tĩnh mạch thực quản độ 1 không dấu son. Bệnh nhân xuất viện tái khám. Do tiểu cầu 87 k/uL, bệnh nhân được truyền 01 đơn vị tiểu cầu trước mổ. Tiểu cầu sau truyền là 156 k/uL. Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng là 2 lọ Cefoperazone 2g. Trong ngày phẫu thuật, người bệnh được truyền mũi kháng sinh đầu tiên (01 lọ) trong vòng 1 giờ trước rạch da; các mũi tiếp theo lặp lại sau mỗi cách 8 giờ.

Đặt 4 trocar gồm trocar 10mm – trocar rốn cho camera, trocar 12mm - hố chậu trái, trocar 5mm – hông trái và trocar 5mm - hố chậu phải. Khám thấy ổ bụng sạch, gan xơ dạng đầu đinh, bờ lồi nhẵn, không thấy tổn thương nghi ngờ u gan; dạ dày, ruột non, đại tràng bình thường; không thấy dịch ổ bụng; ruột thừa ở vị trí thông thường, căng to, kích thước khoảng 9x4cm, chưa có lỗ thủng, gốc ruột thừa và manh tràng mềm mại, không hạch hố chậu phải.

Đốt mạc treo ruột thừa đến gốc và dùng máy cắt nối tự động và 01 stappler nội soi loại 60mm cắt ruột thừa và 1 phần đáy manh tràng (Hình 2).



Hình 2. Cắt ruột thừa và 1 phần đáy manh tràng (Quách Hồng A., số BA: 25018117)

Trong quá trình phẫu thuật làm không làm

vỡ ruột thừa. Phẫu trường được lau sạch và không đặt dẫn lưu ổ bụng. Bệnh phẩm ruột thừa được đưa vào bao, lấy ruột thừa qua lỗ trocar rốn để gửi Giải phẫu bệnh lý (Hình 3).



Hình 3. Bệnh phẩm U nhầy ruột thừa
(Quách Hồng A., số BA: 25018117)

Sau mổ bệnh nhân được giảm đau tích cực kết hợp Paracetamol và Kevindol đường tĩnh mạch. Bệnh nhân trung tiện được vào ngày hậu phẫu thứ 1 và được cho ăn lỏng. Trước khi xuất viện bệnh nhân được siêu âm bụng kiểm tra, kết quả không ghi nhận tụ dịch sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Mẫu mô có dạng ruột thừa, kích thước 8x3x2cm, trong lòng

III. BÀN LUẬN

U nhầy ruột thừa thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi, nữ giới mắc nhiều hơn nam giới. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Thảo trên 192 ca bệnh tại Việt Nam cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,7 \pm 13,7$ tuổi. Bệnh nhân AMN chủ yếu ở độ tuổi từ 50 đến 80, trong khi bệnh nhân viêm ruột thừa cấp chủ yếu từ 20 đến 50 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ nữ/nam của AMN là 1,8/1⁴.

Bệnh u nhầy ruột thừa không có triệu chứng lâm sàng điển hình. Một số bệnh nhân có thể cảm thấy đau ở hố chậu phải và sờ thấy khối u nếu lớn.

Siêu âm ổ bụng thường cho thấy đặc điểm "vỏ củ hành tây" (onion skin appearance), đây là hình ảnh đặc thù của u nhầy ruột thừa, giúp phân biệt với các bệnh lý khác. Nghiên cứu của Wan-Ching Lien cũng kết luận đường kính ruột thừa từ 15 mm trở lên trên siêu âm cho thấy sự hiện diện của u nhầy ruột thừa với độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 92%⁵.

Khi được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính, u nhầy ruột thừa thường biểu hiện dưới dạng nang đồng nhất có độ giảm xạ (hypoattenuating material) với giá trị Hounsfield tương tự như nước, lấp đầy lòng ruột thừa, đường kính thường lớn hơn 15 mm⁴. Một dấu hiệu quan trọng là canxi hóa vỏ nang; nốt vôi hóa ở thành u nhầy thường gợi ý khả năng ác tính. Nếu u nhầy mở rộng vào vùng chậu ở bệnh nhân nữ, cần phân biệt với khối u nang buồng trứng và áp xe tai vòi - buồng trứng. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Thảo cho thấy khi đường kính

ruột thừa ≥ 15 mm trên CT scan, độ nhạy chẩn đoán u nhầy ruột thừa đạt 86,5%, độ đặc hiệu 85% và độ chính xác 89,6%⁴. Vôi hóa thành ruột thừa trong u nhầy ruột thừa là một dấu hiệu có tính đặc hiệu cao (99,2%), tuy nhiên, dấu hiệu này chỉ xuất hiện ở dưới 50% các trường hợp do quá trình viêm mạn tính liên quan đến chất nhầy, và ít gặp hơn trong trường hợp viêm ruột thừa cấp tính⁴. Sự hiện diện của sỏi phân cũng là một đặc điểm quan trọng để phân biệt giữa viêm ruột thừa cấp và u nhầy ruột thừa.

Ca bệnh của chúng tôi ghi nhận đường kính ruột thừa khoảng 25mm, lòng chứa dịch, xung quanh không thâm nhiễm rõ, thành mỏng có vài nốt vôi, phù hợp với chẩn đoán u nhầy ruột thừa.

Nội soi đại tràng là một phương pháp cần thiết để kiểm tra thêm các tổn thương ở đại tràng và đánh giá mức độ xâm lấn của khối u. Khoảng 13% - 42% bệnh nhân bị u nhầy ruột thừa có kèm theo tổn thương đại tràng⁶. Khi thực hiện nội soi đại tràng, tổn thương u nhầy ruột thừa thường xuất hiện dưới dạng khối bóng, tròn nhỏ ra từ lỗ ruột thừa, với dịch nhầy chảy ra qua gốc ruột thừa, còn được mô tả là "volcano sign"⁷. Đặc biệt, khi nghi ngờ có u nhầy, việc sinh thiết bằng kim nhỏ không được khuyến cáo, vì có thể làm tăng nguy cơ vỡ khối u và dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng.

Nguyên nhân gây ra AMN vẫn chưa được hiểu rõ. Một số giả thiết cho rằng bệnh bắt đầu từ sự biến đổi của các tế bào biểu mô trong niêm mạc ruột thừa, dẫn đến tăng sản xuất chất nhầy^{2,8}. Mức độ ác tính của các khối u này rất khác nhau, từ những tổn thương lành tính đến ung thư xâm lấn có khả năng di căn xa. Việc phân loại AMN rất quan trọng vì nó định hướng cho việc điều trị và tiên lượng.

Nhóm Ung thư Bề mặt Phúc mạc Quốc tế (PSOGI) đã đề xuất một phân loại đồng thuận vào năm 2012, được chấp nhận rộng rãi hiện nay^{1,8}. Phân loại này tập trung vào các tổn thương tân sinh biểu mô nhầy và hành vi của chúng, chia u nhầy ruột thừa thành hai nhóm chính: Tổn thương nhầy ruột thừa không phải khối u (Non-neoplastic appendiceal mucocoele) và tổn thương nhầy ruột thừa có khối u (Appendiceal mucinous neoplasms - AMN). Đến năm 2019, Tổ chức Y tế Thế giới - WHO đưa ra phân loại về các khối u biểu mô không phải thần kinh nội tiết của ruột thừa đã kế thừa và tinh chỉnh các khái niệm từ phân loại của PSOGI năm 2012. Các phân loại chính theo WHO 2019^{1,8} bao gồm:

Tổn thương không tân sinh (Non-neoplastic lesions):

- Nang chứa chất nhầy đơn thuần (Simple mucus retention cyst / Simple mucocoele): Đây là tổn thương lành tính nhất, thường do tắc nghẽn cơ học (ví dụ: sỏi phân) dẫn đến tích tụ chất nhầy. Lớp niêm mạc ruột thừa vẫn bình thường hoặc chỉ có những thay đổi thoái hóa nhẹ, không có tăng sản hay loạn sản tế bào.

- Tăng sản niêm mạc (Mucosal hyperplasia) / Polyp răng cưa không loạn sản (Sessile serrated lesion without dysplasia): Sự tăng sinh lành tính của các tế bào biểu mô, không có dấu hiệu loạn sản.

Tân sinh biểu mô nhầy ruột thừa (Appendiceal Mucinous Neoplasms - AMN):

- Tân sinh nhầy ruột thừa độ thấp (Low-Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm - LAMN): Tương ứng với "U nang tuyến nhầy" (Mucinous cystadenoma) trong các phân loại cũ. Đây là loại phổ biến nhất, tế bào có độ ác tính thấp, có thể xâm lấn thành ruột thừa nhưng thường không di căn. Nếu khối u vỡ, có thể gây Pseudomyxoma Peritonei (PMP) - u giả nhầy phúc mạc. Các đột biến gen như KRAS, GNAS và FAT4 thường gặp trong AMN và PMP.

+ LAMN không có tế bào biểu mô ngoài phúc mạc: Tế bào nhầy chỉ giới hạn trong ruột thừa hoặc phúc mạc lân cận.

+ LAMN có tế bào biểu mô ngoài phúc mạc: Tế bào nhầy đã lan ra ngoài phúc mạc, tiên lượng xấu hơn.

- Tân sinh nhầy ruột thừa độ cao (High-Grade AMN - HAMN): Tế bào có đặc điểm ác tính rõ ràng hơn LAMN, nguy cơ xâm lấn và di căn cao hơn, cũng có thể gây PMP.

- Ung thư biểu mô tuyến nhầy ruột thừa (Mucinous adenocarcinoma of the appendix - MACA): Dạng ác tính thực sự, có bằng chứng xâm lấn vào mô đệm của ruột thừa hoặc lan ra ngoài. Thường liên quan đến u giả nhầy phúc mạc độ cao và có tiên lượng xấu hơn. WHO 2019 phân biệt các biến thể ác tính như Ung thư biểu mô tế bào nhầy và Ung thư biểu mô tế bào cốc. Ung thư biểu mô tế bào nhầy hiếm gặp và rất ác tính, thường có tiên lượng xấu.

Phương pháp điều trị AMN phụ thuộc vào loại u, giai đoạn bệnh, mức độ lan rộng (đặc biệt là PMP) và tình trạng sức khỏe bệnh nhân.

AMN chưa vỡ, khu trú tại ruột thừa: Cắt ruột thừa đơn thuần (Appendectomy) là đủ nếu u được loại bỏ hoàn toàn và không có dấu hiệu dịch nhầy lan ra ngoài. Một số trường hợp LAMN, nếu nghi ngờ xâm lấn đáy ruột thừa hoặc có tế bào nhầy ở bờ cắt, có thể cần cắt vét manh tràng hoặc cắt nửa đại tràng phải để loại bỏ triệt để.

AMN nguy cơ cao, đã vỡ hoặc gây PMP: Phẫu thuật loại bỏ khối u (CRS – Cytoreductive

Surgery) kết hợp hóa trị nội phúc mạc nóng sau mổ (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy - HIPEC) là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, mang lại hiệu quả cao nhất. CRS nhằm cắt bỏ toàn bộ khối u thấy được trong ổ bụng, có thể bao gồm cắt bỏ nhiều cơ quan (phúc mạc, mạc nối, lách, túi mật, ruột, tử cung, buồng trứng...). Mức độ hoàn thành CRS (CC score) là yếu tố tiên lượng quan trọng. HIPEC được thực hiện ngay sau CRS, dùng hóa chất nóng (như Mitomycin C hoặc Oxaliplatin) bơm tuần hoàn trong ổ bụng 60–90 phút. Nhiệt độ cao giúp tăng hấp thu và hiệu quả hóa chất, tiêu diệt tế bào ung thư còn sót. Chỉ định CRS-HIPEC phụ thuộc mô bệnh học của PMP (DPAM tiên lượng tốt hơn PMCA), chỉ số ung thư phúc mạc (PCI - Peritoneal Cancer Index, đánh giá mức độ lan rộng của khối u trong ổ bụng), thể trạng bệnh nhân và kinh nghiệm của trung tâm phẫu thuật.

Trước đây, phẫu thuật nội soi gặp nhiều hạn chế với u nhầy ruột thừa lớn, thâm nhiễm, viêm dính do nguy cơ vỡ. Tuy nhiên, với sự phát triển của máy cắt nối tự động, phẫu thuật nội soi cắt u nhầy ruột thừa có thể thực hiện hoàn toàn bằng nội soi. Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa và một phần manh tràng bằng máy cắt nối tự động và stappler nội soi 60mm. Trong quá trình mổ, u nhầy không bị vỡ và bệnh phẩm được lấy nguyên vẹn; bệnh nhân phục hồi tốt ngay sau mổ, không có biến chứng. Nhiều tác giả nhận định phẫu thuật nội soi cắt u nhầy ruột thừa và một phần manh tràng là an toàn và khả thi^{3,9,10}.

Kết quả mô bệnh học sau mổ cũng trả lời là Tân sinh nhầy ruột thừa độ thấp (LAMN) và diện cắt không tế bào u. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm đối với u nhầy ruột thừa là 91 - 100% nhưng giảm xuống còn 25% đối với Ung thư biểu mô tuyến nhầy ruột thừa².

IV. KẾT LUẬN

U nhầy ruột thừa là bệnh lý hiếm gặp, thường phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật rất quan trọng để lên kế hoạch can thiệp và giảm thiểu biến chứng. Phẫu thuật nội soi đã trở thành phương pháp điều trị ưu tiên nhờ giảm đau, thời gian hồi phục nhanh và ít sẹo. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. Jan 2020;76(2):

- 182-188. doi:10.1111/his.13975
2. **Singh MP.** A general overview of mucocoele of appendix. J Family Med Prim Care. Dec 2020; 9(12): 5867-5871. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1547_20
 3. **Morano WF, Gleeson EM, Sullivan SH, et al.** Clinicopathological Features and Management of Appendiceal Mucocoeles: A Systematic Review. Am Surg. Feb 1 2018;84(2):273-281.
 4. **Đỗ Thị Thu Thảo, Đỗ Hải Thanh Anh, Võ Tấn Đức, sự vc.** Khảo sát đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của u nhầy ruột thừa. Y học TP Hồ Chí Minh. 2021;25(1)(1):38 – 45.
 5. **Lien WC, Huang SP, Chi CL, et al.** Appendiceal outer diameter as an indicator for differentiating appendiceal mucocoele from appendicitis. Am J Emerg Med. Nov 2006;24(7):801-5. doi:10.1016/j.ajem.2006.04.003
 6. **Vyas J, Badgurjar M, Saxena P, Parihar S, Thakor P.** Prudent planning in management of mucocoele of appendix. Int J Surg Case Rep. Apr 2021; 81:105766. doi:10.1016/j.ijscr.2021.105766
 7. **Vashistha N, Deo A, Singhal D.** Gastrointestinal: Mucocoele appendix with atypical "volcano sign". J Gastroenterol Hepatol. Jan 2022;37(1):45. doi:10.1111/jgh.15541
 8. **Lê Minh Huy, My DHT.** Đặc điểm giải phẫu bệnh tân sinh chế nhày ruột thừa. Y học Việt Nam. 2022;521(242 - 248)(12)
 9. **Sun P, Jiang F, Sun H, et al.** Minimally invasive surgery for appendiceal intussusception caused by mucocoele of the appendix: case report and review of the literature. J Gastrointest Oncol. Feb 2020; 11(1): 102-107. doi:10.21037/jgo.2019. 12.01
 10. **Khan A, AlSubaie RS, Almohammed Saleh AA.** Mucocoele of the Appendix: A Case Report and Review of Literature. Cureus. Jun 2023;15(6): e40168. doi:10.7759/cureus.40168

ĐẶC ĐIỂM IGE TOÀN PHẦN VÀ BẠCH CẦU ÁI TOAN Ở TRẺ EM MẮC HEN PHẾ QUẢN VÀ VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Cao Việt Tùng^{1,2}, Nguyễn Thị Vân Anh¹, Nguyễn Văn Khiêm^{1,2}

TÓM TẮT

Hen phế quản và viêm mũi dị ứng là hai bệnh lý dị ứng đường hô hấp thường gặp ở trẻ em, có cơ chế bệnh sinh liên quan đến viêm type 2 qua trung gian IgE và bạch cầu ái toan. Trong bối cảnh ngày càng có nhiều liệu pháp sinh học nhắm trúng đích, việc xác định đặc điểm miễn dịch type 2 ở từng kiểu hình lâm sàng là cần thiết nhằm định hướng phân tầng và cá thể hóa điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm nồng độ IgE toàn phần và tỷ lệ bạch cầu ái toan (Eosinophil %) ở trẻ em mắc hen phế quản, viêm mũi dị ứng, và phối hợp cả hai; đồng thời đánh giá mối tương quan giữa hai chỉ số này trong từng nhóm bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 532 trẻ mắc hen phế quản và/hoặc viêm mũi dị ứng tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2022 đến 12/2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và xét nghiệm. IgE toàn phần và Eosinophil% được phân tích mô tả, so sánh giữa các nhóm bằng ANOVA và đánh giá tương quan bằng hệ số Pearson và Spearman. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ đồng mắc hen phế quản và viêm mũi dị ứng chiếm 25,8%. Nồng độ IgE trung bình cao nhất được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân đồng mắc hen phế quản và viêm mũi dị ứng ($1906,5 \pm 1143,9$ IU/mL), cao hơn có ý nghĩa so với nhóm hen phế quản đơn thuần ($831,4 \pm 498,8$ IU/mL) và viêm mũi dị ứng đơn thuần ($882,5 \pm$

$529,5$ IU/mL) với $p < 0,01$. Tỷ lệ Eosinophil cũng cao nhất ở nhóm phối hợp ($7,52 \pm 4,10\%$), cao hơn so với hen phế quản ($5,5 \pm 2,2\%$) và viêm mũi dị ứng ($5,9 \pm 2,36\%$). Tồn tại tương quan thuận mức độ vừa giữa IgE và Eosinophil% ở nhóm hen phế quản đơn thuần ($r = 0,38$; $p < 0,001$), trong khi ở nhóm phối hợp và nhóm viêm mũi dị ứng đơn thuần, mối tương quan yếu hơn và không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** IgE toàn phần và Eosinophil% là hai chỉ số sinh học phản ánh đặc trưng viêm typ 2 ở trẻ mắc hen phế quản và viêm mũi dị ứng, đặc biệt ở nhóm phối hợp. Việc sử dụng đồng thời hai chỉ số này có thể giúp nhận diện nhóm bệnh nhân có viêm type 2 nổi trội, từ đó hỗ trợ phân tầng và định hướng điều trị nhắm trúng đích.

Từ khóa: hen phế quản, viêm mũi dị ứng, IgE toàn phần, Eosinophil

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TOTAL IgE AND EOSINOPHILS IN CHILDREN WITH ASTHMA AND ALLERGIC RHINITIS

Asthma and allergic rhinitis are two of the most common respiratory allergic diseases in children, both of which share a type 2 immune-inflammatory mechanism mediated by IgE and eosinophils. In the context of emerging targeted biological therapies, identifying type 2 inflammatory features across clinical phenotypes is essential for guiding stratification and personalized treatment. **Objective:** To describe the characteristics of total IgE levels and peripheral eosinophil percentages in children diagnosed with asthma, allergic rhinitis, or both; and to evaluate the correlation between these two biomarkers within each disease group. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 532 children diagnosed with asthma and/or allergic rhinitis

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khiêm

Email: khiemnv@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 16.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025