

- al. **American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.** (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), e146–e603. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>
3. **European Society of Cardiology.** (2021). ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
4. **Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S.** (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
5. **Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, B., Stone, J. A., Thompson, D. R., & Oldridge, N.** (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 116(10), 682–692. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.01.009>
6. **Arefizadeh, M., Gholami, M., Zarei, M., & Shabani, R.** (2017). Comparison of cardiac rehabilitation outcomes after on-pump and off-pump coronary artery bypass graft surgery. *ARYA Atherosclerosis*, 13(2), 78–84.
7. **Nguyễn Trung Kiên, Tô Gia Kiên, & cộng sự.** (2022). Hiệu quả phục hồi chức năng tim mạch ở bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 512(2), 45–52.
8. **Nguyễn Hoài Nam, Lê Thị Hạ Quyên, & Nguyễn Trung Kiên.** (2024). Thực trạng mức độ gắng sức tim mạch và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân sau phẫu thuật van tim và bắc cầu mạch vành. *Tạp chí Y học Thực hành*, 1098, 56–63.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NANG RUỘT ĐÔI BIỆT LẬP SAU PHỨC MẠC THƯỜNG GÂY VIÊM PHỨC MẠC Ở TRẺ MẮC HỘI CHỨNG DOWN

Ngô Thị Ngọc Anh¹, Phạm Hồng Đức^{1,2}, Trần Quỳnh Chi²

TÓM TẮT

Nang ruột đôi biệt lập (Isolated Enteric Duplication Cyst - IEDC), đặc biệt ở vị trí khoang sau phúc mạc, là một bệnh lý bẩm sinh rất hiếm gặp. Tuy nhiên, nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như thủng gây viêm phúc mạc, tắc ruột, hóa ác tính, thậm chí tử vong. Việc chẩn đoán sớm thường gặp nhiều khó khăn do tính chất hiếm gặp của bệnh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nữ 4 tuổi mắc hội chứng Down, có tiền sử tim bẩm sinh đã phẫu thuật. Bệnh nhi nhập viện với lâm sàng đau bụng tiến triển cấp tính, sốc nhiễm khuẩn và viêm phúc mạc, với chẩn đoán ban đầu nhầm lẫn là áp xe ổ bụng hoặc khối bất thường trong ổ bụng. Chẩn đoán xác định cuối cùng được thực hiện bằng phẫu thuật kèm giải phẫu bệnh. Theo y văn, đây là trường hợp nang ruột đôi biệt lập đầu tiên được báo cáo ở trẻ mắc hội chứng Down, gợi ý một mối liên quan tiềm tàng cần được lưu ý bởi các bác sĩ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. **Từ khóa:** nang ruột đôi biệt lập, khoang sau phúc mạc, hội chứng Down.

SUMMARY

ISOLATED RETROPERITONEAL ENTERIC DUPLICATION CYST PERFORATION IN A CHILD

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Đức

Email: phamhongduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

WITH DOWN SYNDROME: A CASE REPORT

Isolated enteric duplication cyst (IEDC), particularly in the retroperitoneum, is an extremely rare congenital anomaly. If not diagnosed and managed in time, it may lead to serious complications such as perforation with peritonitis, intestinal obstruction, malignant transformation, or even death. Early diagnosis is often challenging due to its rarity. We present a 4-year-old girl with Down syndrome and a history of surgically corrected congenital heart disease, admitted with acute progressive abdominal pain, septic shock, and peritonitis. Initial imaging suggested an intra-abdominal abscess or mass. Definitive diagnosis of retroperitoneal IEDC perforation was achieved through surgery and histopathology. According to the literature, this is the first reported case of retroperitoneal IEDC in a child with Down syndrome, suggesting a potential association that warrants attention from both clinicians and radiologists. **Keywords:** isolated enteric duplication cyst, retroperitoneum, Down syndrome.

I. GIỚI THIỆU

Nang ruột đôi biệt lập là một bất thường bẩm sinh rất hiếm gặp và cho đến hiện nay mới chỉ được báo cáo trong các ca lâm sàng riêng lẻ. Bệnh có xu hướng gặp ở trẻ em nhiều hơn so với người lớn (1). Đặc biệt, nang ruột đôi biệt lập ở khoang sau phúc mạc lại càng hiếm gặp, khiến việc chẩn đoán trước phẫu thuật trở nên khó khăn hơn, có thể dẫn đến sự chậm trễ trong can thiệp và nguy cơ tiến triển biến chứng nặng cho bệnh nhân.

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một

ca nang ruột đôi biệt lập sau phúc mạc với biến chứng thủng gây viêm phúc mạc ở trẻ mắc hội chứng Down, nhằm mục tiêu bàn luận sâu hơn về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học trên siêu âm và cắt lớp vi tính (CLVT), cũng như phương pháp điều trị, đặc biệt nhấn mạnh mối liên hệ tiềm tàng với hội chứng Down.

II. CA LÂM SÀNG

Trẻ nữ 4 tuổi, tiền sử mắc hội chứng Down, viêm phổi nhiều đợt và tim bẩm sinh (thông liên nhĩ, thông liên thất) đã được phẫu thuật. Bệnh nhi có biểu hiện nôn ra thức ăn kèm chướng bụng cách đây 4 ngày, sau đó xuất hiện đau bụng nhiều kèm sốt, li bì. Trẻ được đưa vào bệnh viện tuyến dưới với chẩn đoán theo dõi áp xe ổ bụng, sau đó chuyển lên Bệnh viện Saint Paul. Khi nhập viện, trẻ khó tiếp xúc do chậm phát triển tâm thần, li bì, sốt 39 độ C, bụng chướng căng.

Trên hình ảnh siêu âm ban đầu (H.1) quan sát thấy khối tổn thương lớn hỗn hợp âm gồm thành phần dịch ở trung tâm, thành dày đều, ranh giới rõ, nằm sau đại tràng lên, không thông với các quai ruột kế cận trong ổ bụng.

Hình ảnh CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang (H.2) xác định khối tổn thương ở khoang sau phúc mạc bên phải, nằm sau đại tràng lên, có cấu trúc dạng ống dịch thông nhau kích thước khoảng 100x60mm, dịch tỷ trọng thấp (~15HU). Khối có thành ngấm thuốc sau tiêm và được cấp máu bởi nhánh mạch riêng xuất phát từ mạch máu khoang sau phúc mạc. Ngoài ra, CLVT cũng cho thấy nhiều dịch tự do kèm thâm nhiễm lan tỏa trong ổ bụng, phù hợp với tình trạng viêm phúc mạc.

Sau vào viện 2 giờ, trẻ đột ngột mất ý thức, ngừng tuần hoàn, được chẩn đoán theo dõi Sốc nhiễm khuẩn – Viêm phúc mạc. Bệnh nhi đã được xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn (CPR) và theo dõi. 24 giờ sau, trẻ được tiến hành phẫu thuật lần một, phát hiện dịch viêm mủ khắp ổ bụng và khối tổ chức ở khoang sau phúc mạc nằm sau đại tràng lên. Phẫu thuật viên đã tiến hành bơm rửa ổ bụng và sinh thiết khối tổn thương. Tuy nhiên, kết quả giải phẫu bệnh trả về chỉ là tổn thương viêm mạn tính, chưa đưa ra được chẩn đoán xác định về bản chất của khối.

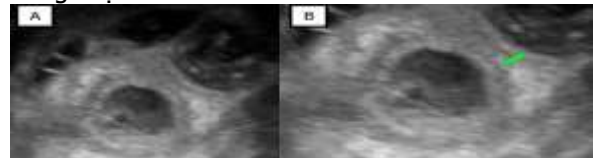
Trong 01 tháng tiếp theo, bệnh nhi được tiếp tục điều trị tại khoa Tăng cường ngoại để kiểm soát tình trạng viêm nhiễm. Tình trạng viêm giảm dần, và trẻ được chụp CLVT đánh giá lại, cho thấy khối tổn thương khoang sau phúc mạc vẫn còn tồn tại với kích thước ít thay đổi, nhưng tình trạng viêm và dịch ổ bụng đã giảm đáng kể.

Sau khi các triệu chứng nhiễm trùng được điều trị ổn định, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lần hai. Trong phẫu thuật, quan sát thấy dịch ổ bụng nhầy bầy, và khối tổ chức khoang sau phúc mạc sau đại tràng lên có cấu trúc giống quai ruột, với một lỗ thủng rò ra dịch nhầy trên khối này (H.3). Bệnh nhân được tiến hành phẫu tích bóc toàn bộ khối tổn thương khỏi tổ chức xung quanh, xác định đây là một cấu trúc dạng quai ruột kín hai đầu, không thông với các quai ruột khác trong ổ bụng và dính sát thành bụng sau. Chẩn đoán trong mổ là theo dõi nang ruột đôi sau phúc mạc.

Khối dạng ruột này sau đó được cắt bỏ hoàn toàn và gửi giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh xác định là mô hồng tràng cấu trúc bình thường, xâm nhập nhiều tế bào viêm, phù hợp với nang ruột đôi (H.4).

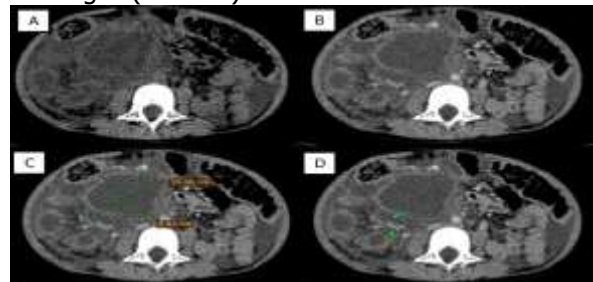
Sau phẫu thuật, trẻ ổn định, hết căng chướng bụng, không nôn, đại tiện bình thường. Không ghi nhận biến chứng sớm sau mổ. Trẻ được xuất viện sau 1 tuần. Tái khám định kỳ sau đó 01 tháng và cho đến hiện tại sau 02 năm không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật, cho thấy kết quả khả quan và điều trị triệt để.

Hình ảnh siêu âm ghi nhận từ thời điểm vào viện (H.1) được xem lại thấy tổn thương là cấu trúc dạng ống dịch thông nhau, với lòng ống có hình ảnh dạng "double wall sign", gợi ý một cấu trúc của quai ruột và phù hợp với chẩn đoán nang ruột đôi.



Hình 1. Siêu âm ổ bụng

A, khối tổn thương khoang sau phúc mạc. B, cấu trúc ống dịch với thành có hình ảnh "double wall sign" (mũi tên).

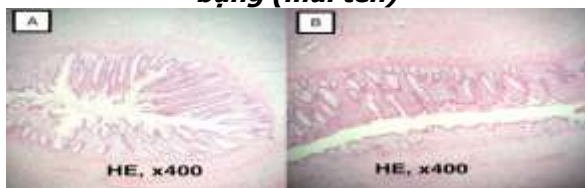


Hình 2. CT bụng tiêm thuốc cản quang

A, cắt ngang trước tiêm: cấu trúc dạng ống có vỏ khoang sau phúc mạc bên phải; B, C, D, cắt ngang sau tiêm: khối tổn thương ngấm thuốc viên, có nhánh mạch nuôi (mũi tên).



Hình 3. Hình ảnh trong phẫu thuật: Nang ruột đôi biệt lập dính sát vào thành bụng sau, không thông với các quai ruột trong ổ bụng (mũi tên)



Hình 4. Ảnh giải phẫu bệnh vi thể

A, cấu trúc lòng ống tương tự các lớp của quai hồng tràng. B, bờ dưới của lòng ống thoái hóa biến đổi cấu trúc lành tính so với bờ trên (mũi tên).

III. BÀN LUẬN

Nang ruột đôi là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp với tỷ lệ mắc được báo cáo là 1/4500, có thể tìm thấy ở bất kỳ vị trí nào trong hệ tiêu hóa từ miệng đến hậu môn. William Ladd đã đề xuất ba tiêu chuẩn chẩn đoán nang ruột đôi và được chấp nhận rộng rãi, bao gồm: (1) có lớp cơ trơn phát triển tốt, (2) cấu trúc biểu mô lót chứa niêm mạc của đường ruột, và (3) gắn chặt với đoạn ruột kế cận (thường có chung một thành). Chúng thường chung nguồn cấp máu với quai ruột kế cận và nằm ở bờ mạc treo của quai ruột (2,3). Tuy nhiên, nang ruột đôi biệt lập (IECD) là một dạng cực kỳ hiếm, đặc trưng bởi việc không có liên quan với quai ruột kế cận và thường có nguồn cấp máu riêng (4). Ca lâm sàng của chúng tôi minh họa một trường hợp IECD ở khoang sau phúc mạc, một trong những vị trí thường gặp nhất của IECD nhưng vẫn là một bệnh lý hiếm (3).

Tính chất hiếm gặp và thách thức trong chẩn đoán ban đầu là điểm nổi bật của ca bệnh này. Trẻ nhập viện với các triệu chứng cấp tính của viêm phúc mạc do nang ruột đôi thủng, nhưng chẩn đoán ban đầu lại nhầm lẫn với áp xe ổ bụng hoặc khối bất thường trong ổ bụng. Điều này phản ánh thực tế lâm sàng khó khăn khi nang ruột đôi bị viêm cấp tính, thành nang phù nề làm hạn chế khả năng nhận định các cấu trúc thành ống tiêu hóa điển hình trên hình ảnh. Tác giả Kyriakos cũng đã báo cáo một ca lâm sàng tương tự về khối nang ruột đôi sau phúc mạc ban đầu

được chẩn đoán là áp xe trong ổ bụng (4).

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò then chốt trong việc gợi ý và xác định bệnh lý này

- Trên siêu âm, đặc điểm quan trọng nhất là tổn thương có cấu trúc thành giống với các lớp của ống tiêu hóa, tạo thành hình ảnh "double wall sign" hay "gut sign" (5). Tuy nhiên, như trong trường hợp của chúng tôi, mặc dù dấu hiệu này đã được ghi nhận trên siêu âm ban đầu (H.1), nhưng trong bối cảnh viêm phúc mạc cấp tính, các dấu hiệu khác của nhiễm trùng và viêm có thể che mờ, dẫn đến chẩn đoán sai lệch.

- Trên CLVT, tổn thương thường có thành ngấm thuốc tương tự các quai ruột khác trong ổ bụng và thường có nguồn cấp máu riêng biệt so với quai ruột lân cận (H.2). CLVT cũng rất có giá trị trong việc xác định các biến chứng như thủng rò gây viêm phúc mạc (5). Tuy nhiên, trong những trường hợp biến chứng cấp tính, hình ảnh có thể nhầm lẫn với ổ áp xe do cùng có cấu trúc lòng chứa dịch, thành dày đều ngấm thuốc, không thông với quai ruột trong ổ bụng và có thâm nhiễm mỡ rộng xung quanh. Vì vậy, việc các bác sĩ điện quang cần có chỉ số nghi ngờ cao và tìm kiếm các dấu hiệu hình ảnh đặc trưng là rất quan trọng.

Mối liên quan mới với hội chứng Down là một điểm độc đáo và đáng chú ý nhất của ca lâm sàng này. Nguồn tin của chúng tôi nhận mạnh rằng "ca lâm sàng nang ruột đôi biệt lập của chúng tôi gặp ở trẻ có Hội chứng Down với tiền sử bất thường bẩm sinh tim mạch đã phẫu thuật, là trường hợp chưa từng được báo cáo trong các ca nang ruột đôi biệt lập trước đây". Điều này gợi ý một khả năng về mối liên quan giữa hội chứng Down và nang ruột đôi biệt lập như một bất thường bẩm sinh đường tiêu hóa kèm theo. Việc đưa ra cảnh báo cho các bác sĩ về khả năng này ở trẻ có hội chứng Down là vô cùng giá trị, nhằm có chẩn đoán và xử trí kịp thời, tránh biến chứng nặng cho người bệnh.

Diễn tiến phức tạp và quản lý đa giai đoạn của bệnh nhân cũng là một bài học kinh nghiệm quý giá. Bệnh nhi đã trải qua giai đoạn nặng với sốc nhiễm khuẩn và ngừng tuần hoàn. Sau khi hồi sức cấp cứu thành công, bệnh nhân đã được thực hiện hai lần phẫu thuật. Lần phẫu thuật đầu tiên, dù đã bơm rửa ổ bụng và sinh thiết, nhưng kết quả giải phẫu bệnh chỉ trả về là "viêm mạn tính". Điều này có thể do tình trạng viêm cấp tính tại thời điểm đó đã làm biến đổi cấu trúc tế bào, khiến việc xác định bản chất của khối nang trở nên khó khăn. Sau một tháng điều trị nội khoa để ổn định tình trạng nhiễm trùng, bệnh nhân mới được tiến hành phẫu thuật lần hai.

Trong lần này, khối tổn thương với cấu trúc dạng quai ruột và lỗ thủng được xác định rõ ràng, cho phép phẫu thuật viên cắt bỏ hoàn toàn và kết quả giải phẫu bệnh sau đó đã xác định chính xác là nang ruột đôi. Điều này làm nổi bật tầm quan trọng của việc kiên trì tìm kiếm chẩn đoán xác định và khả năng cần đến phẫu thuật "second look" trong những trường hợp khó khăn.

Về điều trị, phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối nang ruột đôi là phương pháp tối ưu nhằm điều trị triệu chứng và phòng ngừa biến chứng. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, sau khi tình trạng nhiễm trùng được điều trị ổn định, phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối nang đã mang lại kết quả khả quan, không ghi nhận biến chứng sớm hay muộn sau 2 năm theo dõi. Phương pháp dẫn lưu qua da dịch khối nang ruột đôi biệt lập trước mổ nhằm giảm triệu chứng nhiễm trùng đã được đề xuất ở bệnh nhân người lớn, nhưng chưa có báo cáo nào về hiệu quả ở đối tượng trẻ em (3,4).

IV. KẾT LUẬN

Nang ruột đôi biệt lập ở khoang sau phúc mạc là một bất thường bẩm sinh rất hiếm gặp, đặc biệt khi có biến chứng thủng gây viêm phúc mạc trong ổ bụng. Điều này đặt ra một thách thức lớn trong chẩn đoán xác định sớm, đòi hỏi phân biệt với các nguyên nhân đau bụng cấp tính khác như thủng rò ống tiêu hóa. Trong những trường hợp này, siêu âm và CLVT là các phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất cần thiết và đóng vai trò quan trọng.

Các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần không chỉ nhận biết và tìm kiếm các dấu hiệu hình ảnh đặc trưng của nang ruột đôi biệt lập mà còn cần nhớ

đến khả năng tồn tại của bệnh lý không thường gặp này, đặc biệt trên bệnh nhân có hội chứng Down. Mỗi liên hệ mới giữa nang ruột đôi biệt lập và hội chứng Down được báo cáo trong ca lâm sàng này cần được lưu tâm để đưa ra chẩn đoán và xử trí kịp thời, tránh các biến chứng nặng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fazal FA, Okiro P.** Retroperitoneal isolated enteric duplication cyst. J Pediatr Surg Case Rep [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2025 July 22]; 55:101408. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213576620300415>
- Macpherson RI.** Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc. 1993 Sept;13(5):1063–80.
- Vu DD, Dinh TNH, Dao HT.** The laparoscopic surgery results of isolated enteric duplication in the transverse mesocolon: A case report. MedPharmRes [Internet]. 2023 [cited 2025 July 20];7(s3):s6–11. Available from: http://www.medpharmres.com/archive/view_article?pid=mpr-7-s3-s6
- Kyriakos N, Andreas C, Elena S, Charalampos A, Chrisanthos G.** Infected Completely Isolated Enteric Duplication Cyst Management with Percutaneous Drainage and Surgical Excision after Retreat of Infection: A Case Report. Case Rep Surg [Internet]. 2013 [cited 2025 July 20];2013:108126. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580896/>
- Jezioreczak PM, Warner BW.** Enteric Duplication. Clin Colon Rectal Surg [Internet]. 2018 Mar [cited 2025 Aug 6];31(2):127–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825859/>

THỰC TRẠNG NHIỄM TOXOCARA SPP. Ở NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MINH AN, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2024

Phùng Thị Luyện¹, Luyện Thị Hà², Nguyễn Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm giun đũa chó, mèo (*Toxocara spp.*) là bệnh ký sinh trùng truyền từ động vật sang người, có thể gây tổn thương đa cơ quan và thường biểu hiện mờ nhạt. Bệnh viện Đa khoa Minh An (Nghệ

An) tiếp nhận nhiều trường hợp nghi ngờ nhiễm *Toxocara spp.* nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá thực trạng bệnh. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỷ lệ nhiễm *Toxocara spp.* ở người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Minh An; (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm *Toxocara spp.* **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 392 bệnh nhân có triệu chứng ngứa, phát ban từ tháng 01 đến 08/2024. Các bệnh nhân được chỉ định thực hiện xét nghiệm ELISA phát hiện kháng thể IgG kháng *Toxocara spp.* và xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0 với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm *Toxocara spp.* là

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Đa khoa Minh An, Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Luyện

Email: phungluyen38cns@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025