

VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA TRẺ SƠ SINH: BÁO CÁO MỘT CA BỆNH

Trần Minh Long^{1,✉}, Đậu Việt Hùng², Nguyễn Ngọc Hòa³, Đỗ Văn Lợi⁴

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

⁴Trường Đại học Phenika;

Báo cáo một trường hợp trẻ sơ sinh nam là một trong hai bé sinh đôi, đẻ mổ của sản phụ làm thụ tinh trong ống nghiệm, mổ đẻ lúc 36 tuần tuổi, mẹ vỡ ối trước đó 20 giờ; sau mổ trẻ được nhập khoa sơ sinh vì nhiễm khuẩn sơ sinh, chẩn đoán viêm màng não. Quá trình điều trị xuất hiện viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ. Trẻ được điều trị bằng phẫu thuật và hồi sức tích cực, kết quả hồi phục tốt ra viện. Ca bệnh này cho thấy vai trò quan trọng của theo dõi sát triệu chứng tiêu hóa ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn kéo dài nhằm chẩn đoán sớm viêm ruột thừa. Viêm ruột thừa cấp ở trẻ sơ sinh là bệnh lý rất hiếm gặp, việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng không điển hình. Vì vậy, bệnh thường được phát hiện muộn và dễ diễn tiến thành viêm phúc mạc, làm nặng thêm tình trạng toàn thân của trẻ.

Từ khóa: Viêm ruột thừa sơ sinh, viêm phúc mạc, đẻ non.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở trẻ lớn và người trưởng thành, bệnh chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời dưới 24 - 36 giờ đầu thường khỏi hoàn toàn và không để lại biến chứng đặc biệt nào. Viêm ruột thừa là một cấp cứu phổ biến ở trẻ em với tỉ lệ mắc khoảng 109 ca trên 100.000 trẻ mỗi năm, chiếm gần 13% tổng số ca viêm ruột thừa trên toàn cầu, bệnh xảy ra nhiều nhất ở độ tuổi từ 10 - 14 tuổi. Trẻ nhỏ dưới 5 tuổi dễ gặp biến chứng nặng viêm phúc mạc hoặc áp-xe ruột thừa do chẩn đoán muộn.¹ Tuy nhiên, viêm ruột thừa lại cực kỳ hiếm gặp ở lứa tuổi sơ sinh, với tỷ lệ mắc được báo cáo chỉ từ 0,04 - 0,2%.^{2,3} Biến chứng viêm phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ rất hay gặp do nhầm lẫn với các triệu chứng tiêu hóa của trẻ.⁴ Bệnh biểu

hiện lâm sàng nghèo nàn, không đặc hiệu, bệnh thường được chẩn đoán muộn khi đã có biến chứng viêm phúc mạc, làm tăng tỷ lệ tử vong và biến chứng nặng.⁵ Tổn thương ruột thừa thường chỉ được phát hiện sau khi thăm dò ổ bụng. Nhiều yếu tố góp phần gây chậm trễ trong chẩn đoán bao gồm tính hiếm gặp của bệnh, sự tương đồng về biểu hiện với các bệnh lý tiêu hóa sơ sinh thường gặp hơn. Việc báo cáo các ca bệnh viêm ruột thừa sơ sinh có ý nghĩa thực tiễn trong nâng cao nhận thức lâm sàng và kinh nghiệm chẩn đoán.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, sinh ngày 19/10/2025, mã hồ sơ 25079702, tỉnh Hà Tĩnh. Trẻ là con lần 1, đây là trẻ thứ nhất trong cặp song sinh thai IVF, sinh mổ khi tuổi thai 36 tuần, cân nặng lúc sinh 2400 gram. Sau sinh điểm Apgar 1 phút 5 điểm, 2 phút 10 điểm; thể trạng non yếu. Mẹ có tiền sử rỉ ối 20 giờ trước sinh, PARA 0102, quá trình mang thai không ghi nhận bất thường.

Tác giả liên hệ: Trần Minh Long

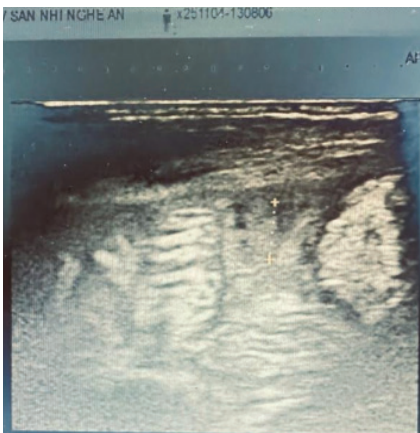
Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận: 16/01/2026

Ngày được chấp nhận: 10/02/2026

Trẻ sinh lúc 23h35 ngày 19/10/2025, được chuyển Khoa Sơ sinh lúc 0h30 ngày 20/10/2025. Chẩn đoán ban đầu: trẻ đẻ non 36 tuần và nhiễm khuẩn sơ sinh. Trẻ được điều trị kháng sinh Unasyl phối hợp gentamycin. Sau 6 ngày điều trị (26/10/2025), trẻ sốt, được chọc dịch não tủy và xét nghiệm dịch não tủy (Màu: đỏ; Số tế bào hồng cầu: 410/mL; Bạch cầu 64 tế bào/mL; Cl⁻: 119,49 mmol/L; Glucose 2,62 mmol/L; Protein 156,32 g/L); trẻ được chẩn đoán viêm màng não. Kháng sinh được đổi sang Meropenem, trẻ đáp ứng điều trị tốt. Sau 3 ngày (29/10/2025) từ khi đổi kháng sinh,

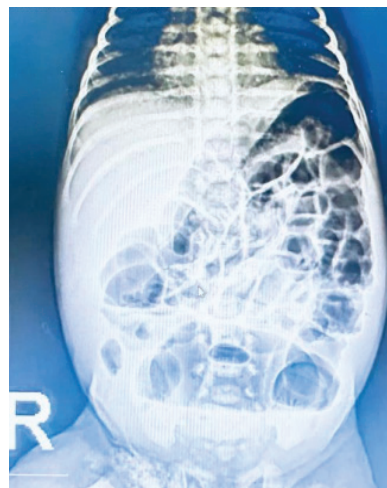


Hình 1. Siêu âm hình ảnh dịch vùng hố chậu phải

Trẻ được phẫu thuật mở bụng lúc 15h45 ngày 04/11/2025. Trong mổ ghi nhận đại tràng và vùng hồi manh tràng dính thành khối ở hố chậu phải, có ít dịch mủ và giả mạc. Ruột thừa ở tiểu khung, vỡ đoạn ngọn, mủn nát. Tiến hành cắt ruột thừa, bơm rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu Douglas. Chẩn đoán sau mổ: viêm phúc mạc khu trú do viêm ruột thừa. Sau mổ ngày 04/11/2025, trẻ được điều trị hồi sức tích cực tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa: trẻ được thở máy có an thần, sau đó được thôi thở máy, thở oxy và thôi thở oxy hoàn toàn. Trẻ được

trẻ xuất hiện rối loạn tiêu hóa, được bổ sung thêm men tiêu hóa. Đến ngày điều trị thứ 15 (04/11/2025), trẻ xuất hiện da tái, bụng mềm, chướng vừa, phản ứng thành bụng dương tính. Chẩn đoán lúc này là viêm phúc mạc nghi do thủng tạng rỗng trên nền viêm màng não.

Ngày 04/11/2025, kết quả siêu âm ghi nhận hình ảnh viêm phúc mạc, có dịch trong ổ bụng nghi nhiều do ruột thừa vỡ, chưa loại trừ túi thừa Meckel vỡ. Chụp X-quang bụng thấy nhiều quai ruột giãn kèm các mức nước - hơi (Hình 1; 2). Trẻ được chẩn đoán trước mổ viêm phúc mạc khu trú nghi thủng tạng rỗng.



Hình 2. Hình ảnh các quai ruột giãn và có mức hơi nước

nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch, sau đó tập ăn sữa qua ống thôngsonde dạ dày, tiếp tục điều trị kháng sinh theo phác đồ. Sau 25 ngày điều trị (ngày 15/11/2025), trẻ tỉnh táo, thở đều, ăn sữa tốt đường miệng, bụng mềm, đi ngoài phân vàng và được cho ra viện. Khi ra viện, bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ; viêm màng não ổn định ở trẻ đẻ non 36 tuần.

III. BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh là bệnh lý rất

hiếm gặp, thường được ghi nhận ở trẻ sinh non, trẻ có nhiễm khuẩn sơ sinh, trẻ suy giảm miễn dịch hoặc kèm theo các dị tật bẩm sinh khác; Bệnh có thể diễn biến thành viêm phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ làm nặng thêm tình trạng trẻ sơ sinh nếu không chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ ở trẻ sơ sinh là bệnh lý cực kỳ hiếm gặp trên toàn thế giới, với số lượng ca bệnh chủ yếu được ghi nhận dưới dạng báo cáo ca lâm sàng hoặc chuỗi ca nhỏ. Do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với viêm ruột hoại tử hoặc nhiễm khuẩn sơ sinh, bệnh thường được chẩn đoán muộn, làm tăng nguy cơ viêm phúc mạc và tử vong.⁶ Tại Việt Nam, các báo cáo về viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ sơ sinh còn rất hạn chế, chủ yếu là các ca đơn lẻ. Việc công bố thêm các trường hợp được chẩn đoán và xử trí thành công có ý nghĩa quan trọng, góp phần nâng cao nhận thức và cải thiện tiên lượng cho bệnh lý hiếm gặp này.⁷⁻⁹ Trẻ sơ sinh trong báo cáo của chúng tôi là trẻ nam, sinh mổ khi tuổi thai 36 tuần, có tiền sử mẹ vỡ ối sớm 20 giờ trước sinh; ngay trong tuần đầu sau sinh mổ,

trẻ xuất hiện viêm màng não với các biểu hiện lâm sàng và bất thường xét nghiệm dịch não tủy được trình bày ở Bảng 1.

Viêm ruột thừa cấp tính hiếm gặp ở trẻ sơ sinh, ngay cả ở trẻ sơ sinh đủ tháng. Báo cáo ca bệnh này là một bổ sung cho y văn hiện có, giúp chúng ta hiểu rõ hơn về căn bệnh này. Aslam mô tả một trẻ sinh non có dịch hút dạ dày xanh lục và quai ruột giãn trên X-quang, điều trị như viêm ruột hoại tử nhưng không cải thiện. Trẻ chướng bụng khi bú nên được mổ thăm dò ngày thứ 45 sau sinh, phát hiện viêm ruột thừa dính với hồi tràng và manh tràng. Sau mổ 2 tháng, trẻ không đáp ứng kháng sinh trong nhiễm trùng huyết và tử vong.⁹ Đây là trường hợp nặng phát hiện muộn dẫn đến trẻ tử vong. Một phân tích tổng hợp các ca bệnh trên PubMed và Google Scholar (chỉ lấy bài có tóm tắt tiếng Anh) đã loại trừ các báo cáo không rõ tuổi thai, loại ra các trường hợp phát hiện viêm ruột thừa sau tử vong và trẻ tử vong sau cắt ruột thừa. Sau khi rà soát y văn, ghi nhận các trường hợp trẻ gần đủ tháng bị viêm ruột thừa thủng kèm viêm phúc mạc nhưng vẫn sống sót và không để lại biến chứng (Bảng 2).⁶

Bảng 2. Một số báo cáo ca bệnh⁶

	Tác giả	Năm xuất bản	Tuổi thai (tuần)	Tuổi lúc mổ (ngày)
1	Schorlemmer & Herbst ⁽⁸⁾	1983	26	12
2	Bose & Wakeman	2017	27-4/7	30
3	Mammou et al. ⁽⁵⁾	2015	32	2
4	Beluffi & Alberici ⁽⁹⁾	2002	30	18
5	Mathew et al. ⁽¹⁰⁾	2015	33	4
6	El-Gohary & Al Jubouri ⁽¹¹⁾	2014	33	5
7	Narasimharao et al. ⁽¹²⁾	1987	32	12
8	Nichol et al. ⁽¹³⁾	2004	32	15
9	López-Valdés & Escarcega-Servin ⁽¹⁴⁾	2016	34-2/7	0
10	Jahangiri et al. ⁽¹⁵⁾	2013	32	20

	Tác giả	Năm xuất bản	Tuổi thai (tuần)	Tuổi lúc mổ (ngày)
11	Arias-Llorente et al. ⁽¹⁶⁾	2014	33	14
12	Vakrilova et al. ⁽¹⁷⁾	2014	31-4/7	25
13	Barbosa et al. ⁽¹⁸⁾	2000	34	9
14	Semerici et al. ⁽¹⁹⁾	2017	35	5
15	Haider et al. ⁽²⁰⁾	2017	29	54

Viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như chướng bụng, rối loạn tiêu hóa và dấu hiệu nhiễm khuẩn, nên rất khó chẩn đoán trước mổ. Trong đó, chướng bụng là dấu hiệu thường gặp nhất, xuất hiện ở khoảng 75% bệnh nhân; các biểu hiện khác gồm nôn, kém bú, , đau bụng, rối loạn thân nhiệt, nhiễm trùng huyết, thay đổi da, lơ lơ, triệu chứng hô hấp, khối ổ bụng và đi ngoài ra máu, tăng bạch cầu máu. Bệnh nhân của chúng tôi có nhiều dấu hiệu trong số này.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong viêm ruột thừa sơ sinh nhìn chung không đặc hiệu. X-quang bụng thường chỉ có giá trị khi ruột thừa đã vỡ; Trong ca bệnh này, hình ảnh X-quang ghi nhận nhiều quai ruột giãn kèm mức nước hơi bất thường tại thời điểm nghi ngờ thủng. Chụp cắt lớp vi tính được khuyến cáo thường quy, siêu âm bụng để tiến hành ngay tại giường có thể phát hiện áp-xe hoặc tụ dịch khu trú ở hố chậu phải, trong trường hợp ruột thừa nằm cao hoặc tình trạng phù nề, dịch quanh ruột thừa vỡ có thể khiến tổn thương bị bỏ sót; khi đó cần nghi ngờ và đánh giá thêm các cấu trúc lân cận. Siêu âm cũng có thể nhầm lẫn với các tổn thương dạng nang như u bạch mạch, làm chẩn đoán phân biệt khó khăn hơn.³ Ca bệnh chúng tôi báo cáo, trẻ có tiền sử nhiễm khuẩn sơ sinh và viêm màng não, triệu chứng bụng xuất hiện muộn khi ruột thừa đã vỡ và gây viêm phúc mạc. Theo Arias-Llorente, viêm ruột thừa sơ sinh là bệnh lý rất hiếm gặp; tỷ lệ mắc thấp cùng biểu hiện không điển hình

thường dẫn đến chẩn đoán muộn, làm tăng nguy cơ viêm phúc mạc và tử vong.² Do đó, viêm ruột thừa cần được đưa vào chẩn đoán phân biệt các trường hợp nhiễm khuẩn ổ bụng ở trẻ sơ sinh nhằm can thiệp kịp thời, tránh nguy cơ tử vong do chẩn đoán muộn. Để phân biệt viêm phúc mạc ruột thừa với viêm ruột hoại tử sơ sinh, trên lâm sàng với viêm ruột hoại tử thường gặp ở trẻ sinh non, nhẹ cân, diễn biến tăng dần, hay có thiếu máu, toan chuyển hóa và X-quang có khí trong thành ruột. Trong khi viêm phúc mạc do ruột thừa sơ sinh hay gặp ở trẻ đủ tháng, khởi phát đột ngột, suy sụp nhanh khi ruột thừa vỡ. Viêm ruột hoại tử thường tổn thương nhiều đoạn ruột, còn viêm phúc mạc ruột thừa thì thương tổn khu trú tại ruột thừa rồi mới đến toàn ổ bụng; Trên X-quang, viêm ruột hoại tử có khí thành ruột và có thể kèm theo khí tĩnh mạch cửa; viêm phúc mạc ruột thừa ruột thừa thường chỉ có hơi tự do ổ bụng khi thủng.⁶

Phẫu thuật mở bụng sớm kết hợp hồi sức tích cực và kháng sinh phù hợp là yếu tố then chốt cải thiện tiên lượng viêm ruột thừa sơ sinh. Divarci ghi nhận nhiều trẻ được chẩn đoán tràn khí phúc mạc trên siêu âm, mổ cấp cứu phát hiện ruột thừa thủng và hồi phục tốt sau cắt ruột thừa, qua đó nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán hình ảnh và can thiệp sớm đối với bệnh lý hiếm gặp này.⁴ Vấn đề phẫu thuật mở bụng hay phẫu thuật nội soi còn tùy tình trạng bệnh nhi. Ở trẻ sơ sinh bị viêm phúc mạc ruột thừa, việc lựa chọn giữa mổ mở và nội soi còn nhiều tranh luận vì đặc thù tuổi rất nhỏ và diễn biến bệnh

nặng. Phẫu thuật nội soi giúp giảm sang chấn, ít đau và phục hồi nhanh hơn nhưng đòi hỏi trang thiết bị chuyên dụng và phẫu thuật viên và kíp gây mê giàu kinh nghiệm. Trong các trường hợp viêm phúc mạc lan tỏa, chướng bụng nhiều hoặc huyết động không ổn định, mổ mở thường được ưu tiên để kiểm soát nhiễm trùng và rửa ổ bụng triệt để. Hiện nay, xu hướng là cân nhắc nội soi ở trẻ sơ sinh ổn định, còn các trường hợp nặng vẫn thiên về mổ mở nhằm đảm bảo an toàn tối đa.¹² Trong thực hành lâm sàng, nhiều trường hợp khó chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ổ bụng khác, bác sĩ lâm sàng cho bệnh nhi lên phòng mổ, gây mê rồi đặt camera nội soi thăm dò vừa chẩn đoán và xử trí theo thương tổn luôn.

Phân biệt thái độ xử trí khác nhau giữa hai hình thái bệnh viêm ruột thừa sơ sinh và viêm ruột hoại tử điển hình trẻ sơ sinh ổn định (có thể điều trị bảo tồn: nhịn ăn, kháng sinh, có hoặc không dẫn lưu ổ bụng; với viêm ruột thừa sơ sinh, thường không được khuyến cáo điều trị bảo tồn.^{5,8} Phân biệt sớm viêm ruột thừa sơ sinh với các nguyên nhân đau bụng khác, cân nhắc phẫu thuật sớm là hết sức cần thiết. Một phân tích tổng hợp các ca viêm ruột thừa sơ sinh, trong đó thấy đa số trường hợp có bệnh kèm như thoát vị bẹn, Hirschsprung và bệnh lý tim - phổi, chỉ 10 ca không có bệnh phối hợp và được xem là do viêm ruột hoại tử khu trú ở ruột thừa; phần lớn là trẻ sinh non, nhẹ cân với chướng bụng và diễn biến nặng, thường dễ nhầm lẫn với viêm ruột hoại tử hoặc các bệnh viêm ruột khác trước mổ.¹⁰ Ca bệnh chúng tôi nêu trên nằm trong bệnh cảnh tương tự đó là sơ sinh non tháng và kèm nhiễm khuẩn có triệu chứng tiêu hóa rối trên lâm sàng và X-quang.

IV. KẾT LUẬN

Viêm ruột thừa cấp ở trẻ sơ sinh là bệnh lý hiếm gặp, bệnh có nguy cơ biến chứng nặng viêm phúc mạc và tử vong cao nếu chẩn đoán

muộn. Cần lưu ý đến khả năng viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh có nhiễm khuẩn kéo dài kèm theo biểu hiện tiêu hóa như nôn, chướng bụng. Việc thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng tại cơ sở chuyên khoa, kết hợp kinh nghiệm của bác sĩ nhi khoa và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp X-quang bụng hay chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có giá trị trong chẩn đoán. Phẫu thuật mở bụng kịp thời cùng với điều trị hồi sức tích cực góp phần cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ran He, et al. The incidence and temporal trend of appendicitis in children: An analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *J Gastrointest Surg*. 2025 Feb; 29(2): 101935. doi: 10.1016/j.gassur.2024.101935.
2. Arias-Llorente RP, et al. Acute neonatal appendicitis: A diagnosis to consider in abdominal sepsis. *J Neonatal Perinatal Med*. 2014 Jan 1; 7(3): 241-6. doi: 10.3233/NPM-14814003.
3. Ivanova E, Garunkštienė R, Liubšys A. Appendicitis in a newborn: case report and review of the literature. *Acta Medica Lituanica*. 2022; 29(1): 131-135.
4. Divarc A, Bas E, et al. OP-114 A rare clinic in the neonatal period: neonatal appendicitis and the review of the literature. *BMJ Paediatrics Open*. 2024. 8(Suppl 5): A51.3-A52. doi:10.1136/bmjpo-2024-EPAC.113.
5. Tumen A, Chotai PN, William JM, et al. Neonatal perforated appendicitis attributed to localized necrotizing enterocolitis of the appendix: a review. *J Neonatal Surg*. 2017; 6(3): 60.
6. Mahmoud R Manasra, et al. Perforated neonatal appendicitis mimicking necrotizing enterocolitis in a premature neonate: a case report and literature review. *J Surg Case Rep*. 2024 Jul 29; doi: 10.1093/jscr/rjae471.

7. Huỳnh Nhất Hạnh Nhân, và cs. Abscess ruột thừa ở trẻ sơ sinh: Báo cáo ca lâm sàng và tổng quan y văn. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 21(4): 224.

8. Thanh Thảo, Vũ Mạnh Hoàn, và cs. Báo cáo ca bệnh: Viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ đẻ non. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2022; 156(8): 276-279.

9. Ho Huu Thien. Neonatal appendicitis: An experience with 2 cases at Hue Central Hospital. *Journal of Clinical Medicine* - No. 69/2021:26-32. DOI: 10.38103/jcmhch.2021.69hh.

10. Aslam Y, Hasan H, Mirza A, et al. Neonatal

appendicitis with necrotizing enterocolitis. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2022; 34(3): 578-580.

11. Andrew Tumen, et al. Neonatal Perforated Appendicitis Attributed to Localized Necrotizing Enterocolitis of the Appendix: A Review. *J Neonatal Surg*. 2017 Aug 10; 6(3): 60. doi: 10.21699/jns.v6i3.535.

12. Evan P Nadler, et al. Laparoscopic appendectomy in children with perforated appendicitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2006 Apr; 16(2): 159-63. doi: 10.1089/lap.2006.16.159.

Summary

PERITONITIS SECONDARY TO APPENDICITIS IN A NEONATE: A CASE REPORT

We report a case of a male neonate, one of twins conceived by in vitro fertilization, delivered by cesarean section at 36 weeks of gestation, with a history of prolonged rupture of membranes. The infant was admitted for neonatal sepsis and meningitis, and subsequently developed peritonitis due to a perforated appendix. Timely surgical intervention combined with intensive supportive care resulted in a favorable outcome. This case emphasizes the importance of close monitoring of gastrointestinal symptoms in neonates with prolonged infection, as neonatal appendicitis is an extremely rare condition with nonspecific clinical manifestations, often leading to delayed diagnosis and progression to peritonitis.

Keywords: Neonatal appendicitis, peritonitis, prematurity.