

# BÁO CÁO CA BỆNH: VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA Ở TRẺ ĐẸ NON

Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1,2,✉</sup>, Nguyễn Thanh Thảo<sup>2</sup>, Vũ Mạnh Hoàn<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh (Neonatal Appendicitis - NA) là một bệnh rất hiếm gặp với tỉ lệ 0,04 - 0,2%. Bệnh có xu hướng xuất hiện ở trẻ đẻ non với tỉ lệ biến chứng thủng/vỡ ruột thừa cao và diễn biến nhanh chóng dẫn đến viêm phúc mạc. Chẩn đoán bệnh thường muộn do các triệu chứng lâm sàng kín đáo, không đặc hiệu và bệnh hiếm gặp. Tỷ lệ tử vong cao 23%. Hầu hết các trường hợp được chẩn đoán trong mổ. Chúng tôi báo cáo ca bệnh đầu tiên được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ sơ sinh 8 ngày tuổi, đẻ non 33 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

**Từ khóa:** Viêm ruột hoại tử, viêm ruột thừa sơ sinh, sơ sinh.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ sơ sinh với tỉ lệ 0,04 - 0,2%.<sup>1</sup> Viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng kín đáo, không đặc hiệu, thường chỉ được chẩn đoán khi phẫu thuật hoặc giải phẫu tử thi. Ở trẻ sơ sinh, tỉ lệ ruột thừa viêm gây thủng là 75 - 85%, tỉ lệ tử vong là 23%.<sup>2</sup> Chúng tôi báo cáo một trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ sơ sinh 8 ngày tuổi, đẻ non 33 tuần, cân nặng 2000 gram lần đầu tiên được chẩn đoán tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân là trẻ gái, con lần 1, tuổi thai 33 tuần, đẻ thường, cân nặng lúc sinh 2000 gram. Sau sinh, trẻ khóc yếu, theo dõi ngạt nhẹ, không rõ thang điểm Apgar. Trẻ được xử trí thở oxy ngay sau sinh. Mẹ 28 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, khám và siêu âm thai không phát hiện bất thường. Trẻ ỉa phân su trong vòng 24 giờ, bụng mềm, không chướng, dịch dạ dày vàng nhạt, toàn trạng ổn định.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: quynhnnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/06/2022

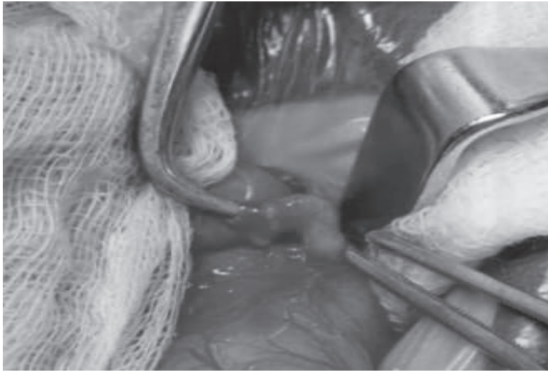
Ngày được chấp nhận: 21/07/2022

Xét nghiệm ngày đầu tiên sau đẻ: Bạch cầu: 8,23 G/l, NEUT: 3,22 G/l, Tiểu cầu: 262 G/l, CRP: 2,59 mg/l, soi phân: hồng cầu, bạch cầu âm tính, siêu âm bụng và Xquang bụng không chuẩn bị không phát hiện bất thường. Sau sinh, trẻ được điều trị kháng sinh (Ampicillin + Gentamycin), nuôi dưỡng tĩnh mạch một phần. Trẻ được cho ăn sữa mẹ ngay từ ngày đầu sau sinh, sau đó ăn tăng dần và ăn sữa mẹ hoàn toàn lúc trẻ được 7 ngày tuổi.

Ngày thứ 8 sau sinh, trẻ xuất hiện nhiều cơn ngừng thở, bụng chướng nhẹ, ăn không tiêu, dịch dạ dày vàng nhạt, phân vàng, trẻ không nôn, không sốt. Xét nghiệm: Bạch cầu: 2,2 G/l, NEUT: 0,47 G/l, Tiểu cầu: 161 G/l, CRP: 15,8 mg/l. Xquang bụng không chuẩn bị: thành ruột dày, có khí tự do ổ bụng. Siêu âm ổ bụng: dịch tự do ổ bụng, dịch đục, có khí tự do ổ bụng. Trẻ được chuyển vào đơn vị điều trị tích cực: thở máy, nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh (Meropenem + Vancomycin) và hội chẩn cấp cứu với bác sĩ chuyên khoa Ngoại, chọc dịch ổ bụng thấy dịch đục, tiến hành cấy dịch ổ bụng và chuyển mổ cấp cứu. Chẩn đoán trước phẫu thuật: theo dõi viêm phúc mạc thủng ruột.

Trong phẫu thuật, ghi nhận tình trạng dịch

ổ bụng đục mủ tại túi cùng Douglas, hố chậu phải và dưới gan; ruột thừa viêm mủ đã hoại tử, thủng tại phần đầu, xung quanh khu vực hồi manh tràng có giả mạc bám. Kiểm tra các cơ quan, bộ phận khác không thấy bất thường. (Hình 1).



**Hình 1. Hình ảnh ruột thừa viêm mủ đã hoại tử và vỡ của bệnh nhân**

Trẻ được xử lý: đốt điện mạc treo ruột thừa, cắt ruột thừa sát gốc, rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý và đặt 1 dẫn lưu ổ bụng tại túi cùng Douglas. Chẩn đoán sau mổ: Viêm phúc mạc ruột thừa do ruột thừa viêm hoại tử gây thủng. Trẻ được cai máy thở sau 1 ngày phẫu thuật, rút dẫn lưu ổ bụng sau 2 ngày, ăn sữa mẹ hoàn toàn sau 10 ngày và kết thúc điều trị kháng sinh trong vòng 12 ngày. Về kết quả xét nghiệm của trẻ: cấy dịch ổ bụng có vi khuẩn *Klebsiella pneumonia* kháng Cephalosporin thế hệ III, còn nhạy với Meropenem và Gentamycin, chụp khung đại tràng và giải phẫu bệnh không nghĩ đến bệnh Hirschsprung. Trẻ được ra viện sau mổ 2 tuần.

### III. BÀN LUẬN

Trẻ sơ sinh có nhiều yếu tố bảo vệ giúp chống lại tình trạng viêm ruột thừa như tư thế nằm, ruột thừa hình phễu.<sup>2</sup> Cơ chế gây viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh còn nhiều tranh cãi. Martin và Perrin cho rằng sự tắc nghẽn trong lòng ruột do bệnh Hirschsprung, bệnh xơ nang, thoát vị bẹn có thể đóng vai trò trong cơ chế bệnh sinh.<sup>3</sup>

Ngoài ra, hơn 50% trường hợp viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh là trẻ đẻ non, tương tự như 90% trường hợp viêm ruột hoại tử là trẻ sinh non.<sup>4</sup> Do đó, Bax và cộng sự đã đặt ra giả thuyết rằng viêm ruột thừa là một dạng của viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh.<sup>5</sup> Tại Việt Nam, hiện nay mới có hai báo cáo lâm sàng của các tác giả Hồ Hữu Thiện,<sup>6</sup> Nguyễn Thanh Xuân tại Bệnh viện Trung ương Huế.<sup>7</sup>

Tỉ lệ tử vong của viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh cao tới 78% trong giai đoạn 1901 - 1975, sau đó nhanh chóng giảm xuống còn 33% từ năm 1976 - 1984 nhờ sự tiến bộ của liệu pháp kháng sinh, quy trình chăm sóc đặc biệt cho trẻ sơ sinh. Tỉ lệ này tiếp tục giảm còn 28% trong giai đoạn 1985 - 2003 và hiện nay là 23%.<sup>2</sup> Một số yếu tố được cho là nguyên nhân khiến tỉ lệ tử vong cao ở trẻ sơ sinh mắc viêm ruột thừa là: Sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị do triệu chứng thường không đặc hiệu và kín đáo; viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh dễ vỡ gây viêm phúc mạc; hệ miễn dịch chưa trưởng thành, cơ thể non yếu, đặc biệt ở trẻ đẻ non.

Triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh thường mơ hồ: chướng bụng (89%), nôn (54%), đau bụng (48%), kích thích hoặc li bì (36%) và sốt (31%).<sup>2</sup> Siêu âm có thể hữu ích cho việc chẩn đoán viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh khi kết hợp với các biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên, tiêu chuẩn siêu âm cụ thể để chẩn đoán viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh chưa được báo cáo. Một số yếu tố gợi ý trên siêu âm bao gồm: ruột thừa hình chóp nằm ở vị trí cao, thường ở vùng bụng bên phải hoặc dưới gan; hình ảnh ổ áp xe nằm dưới gan gợi ý ruột thừa bị thủng; ruột co cứng, giảm nhu động.<sup>8</sup>

Các biến chứng của viêm ruột thừa sơ sinh bao gồm tắc ruột và thủng ruột thừa.<sup>9,10</sup> Tỉ lệ viêm ruột thừa gây thủng ở trẻ sơ sinh chiếm 75 - 85%, gây biến chứng viêm phúc mạc biểu hiện bằng hình ảnh khí tự do ổ bụng trên Xquang

bụng không chuẩn bị và dịch đục, dịch tự do ổ bụng trên siêu âm ổ bụng. Viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh thường chỉ được chẩn đoán xác định sau khi phẫu thuật hoặc giải phẫu tử thi.<sup>11</sup>

Ở ca bệnh của chúng tôi, trẻ có những yếu tố nguy cơ như: đẻ non, tiền sử ngạt nhẹ sau đẻ, nhiễm trùng do *Klebsiella pneumoniae*. Nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ đẻ non chủ yếu là các vi khuẩn gram âm với các mầm bệnh phổ biến là *Acinetobacter* spp, *Klebsiella* spp, *E coli*. Hiện nay tại các đơn vị hồi sức sơ sinh, các vi khuẩn này có mức độ kháng kháng sinh cao, không chỉ đối với các kháng sinh thường dùng mà còn với những kháng sinh được gọi là dự trữ như cephalosporin phổ mở rộng và carbapenems. Nghiên cứu trên các trẻ sơ sinh được phẫu thuật vì viêm ruột hoại tử, căn nguyên vi sinh của kết quả cấy dịch màng bụng là *Klebsiella pneumoniae* trong khi đó *Escherichia coli* là vi khuẩn thường gặp trong viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ lớn.<sup>12</sup> Lâm sàng có biểu hiện giống như một tình trạng viêm ruột hoại tử/nhiễm khuẩn huyết: cơn ngừng thở, bụng chướng nhẹ, dịch dạ dày vàng nhạt, ăn không tiêu. Triệu chứng trên siêu âm ổ bụng và Xquang bụng không chuẩn bị gợi ý tình trạng viêm phúc mạc do thủng ruột: dịch tự do ổ bụng, dịch đục và hình ảnh khí tự do ổ bụng. Chẩn đoán xác định được đưa ra trong phẫu thuật, khi quan sát thấy hình ảnh ruột thừa viêm mũ đã vỡ cùng với dịch đục trong ổ bụng (Hình 1).

Trường hợp mà chúng tôi gặp được chẩn đoán sớm, trong vòng 1 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng nhưng đã có biến chứng viêm phúc mạc do ruột thừa viêm đã vỡ và cần phẫu thuật cấp cứu. Kết quả này tương tự với báo cáo của Raveenthiran V.<sup>2</sup> rằng trẻ sơ sinh viêm ruột thừa có biến chứng thủng ruột thường được chẩn đoán và điều trị sớm hơn. Nguyên nhân là bởi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng do viêm phúc mạc rầm rộ và rõ ràng hơn.

Chẩn đoán loại trừ bệnh Hirschsprung thông qua kết quả giải phẫu bệnh và chụp khung đại tràng, một trong những yếu tố nguy cơ gây viêm ruột thừa ở trẻ sơ sinh. Không có biến chứng hậu phẫu nào xảy ra và trẻ được xuất viện sau mổ 2 tuần.

#### IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán viêm ruột thừa sớm ở trẻ sơ sinh là một thách thức với các nhà lâm sàng do triệu chứng thường kín đáo và không điển hình, khó phân biệt với tình trạng viêm ruột hoại tử và các tình trạng nhiễm trùng sơ sinh khác. Các biện pháp giúp giảm tỉ lệ tử vong chủ yếu dựa vào điều trị kháng sinh, phát hiện sớm biến chứng và chăm sóc đặc biệt sau phẫu thuật. Cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn để làm rõ căn nguyên, yếu tố nguy cơ của bệnh lý này trên trẻ sơ sinh và xác định phương pháp tiếp cận để chẩn đoán, xử trí kịp thời.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khan RA, Menon P, Rao KLN. Beware of neonatal appendicitis. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2010; 15(2): 67-69. doi:10.4103/0971-9261.70646.
2. Raveenthiran V. Neonatal Appendicitis (Part 1): A Review of 52 cases with Abdominal Manifestation. *J Neonatal Surg.* 2015; 4(1):4.
3. Martin LW, Perrin EV. Neonatal perforation of the appendix in association with Hirschsprung's disease. *Ann Surg.* 1967; 166(5): 799-802. doi:10.1097/00000658-196711000-00010.
4. Karaman A, Cavuşoğlu YH, Karaman I, Cakmak O. Seven cases of neonatal appendicitis with a review of the English language literature of the last century. *Pediatr Surg Int.* 2003; 19(11): 707-709. doi:10.1007/s00383-003-1030-5.
5. Bax NM, Pearse RG, Dommering N, Molenaar JC. Perforation of the appendix in the neonatal period. *J Pediatr Surg.* 1980; 15(2): 200-202. doi:10.1016/s0022-3468(80)80020-0.

6. Ho HT. Neonatal appendicitis: An experience with 2 cases at Hue Central Hospital. *jcmhch*. 2021; (69). doi:10.38103/jcmhch.2021.69.5.
7. Nguyen TX, Dang NT, Phan HT, Pham NH, Vu HA. Perforated Acute Appendicitis in a Six-Day-Old Neonate: A Rare Differential Diagnosis of Neonatal Peritonitis. *Case Rep Gastroenterol*. 2021; 15(1): 188-194. doi:10.1159/000512425.
8. The sonographic features of neonatal appendicitis: A case report - PubMed. Accessed June 19, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29137008/>.
9. Naito T, Teramen H, Hayashi H, et al. Colon stenosis due to acute neonatal appendicitis in a preterm baby: a case report. *BMC Pediatr*. 2019; 19(1): 492. doi:10.1186/s12887-019-1873-0.
10. Jan IA, Hariz SB, Zidgali FA, Saqi ZL, Lutf GH. Acute appendicitis causing small intestinal band obstruction in a premature baby: A case report. *Journal of Neonatal Surgery*. 2020; 9: 12-12. doi:10.47338/jns.v9.533
11. Schwartz KL, Gilad E, Sigalet D, Yu W, Wong AL. Neonatal acute appendicitis: a proposed algorithm for timely diagnosis. *Journal of Pediatric Surgery*. 2011; 46(11): 2060-2064. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.07.018.
12. Mollitt DL, Tepas JJ, Talbert JL. The microbiology of neonatal peritonitis. *Arch Surg*. 1988; 123(2): 176-179. doi:10.1001/archsurg.1988.01400260056006.

## Summary

### CASE REPORT: APPENDICEAL PERITONITIS DUE TO PERFORATED ACUTE APPENDICITIS IN A NEONATE

Neonatal appendicitis is an extraordinarily rare disease with an incidence rate between 0.04% - 0.2%. It tends to occur in premature infants, with increased perforation rate and rapid progression to peritonitis. This disease is often diagnosed late and has a high mortality rate of 23% due lack of specific signs and low index of suspicion. Almost all cases were found during surgery suspected as other diagnoses. We report the first case of perforated acute appendicitis in an 8-day-old preterm baby born at 33 weeks of gestation at the National Children's Hospital.

**Keywords:** Necrotizing enterocolitis, neonatal appendicitis, neonate.