

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN TÚI THỪA MECKEL

Hồ Trần Bản<sup>1,2</sup>, Trương Nguyễn Thúy Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn An Trường<sup>1</sup>,  
Phạm Duy Tân<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Hưng<sup>1</sup>, Vũ Minh Thùy<sup>2</sup>, Vũ Trường Nhân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh phổ biến nhất ở đường tiêu hóa, việc chẩn đoán xác định sớm lại gặp khó khăn, tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu mô tả về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán túi thừa Meckel.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán túi thừa Meckel trên bệnh nhi được chẩn đoán túi thừa Meckel sau khi phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2019 đến 31/12/2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** Từ 116 trẻ được thực hiện nghiên cứu, đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất với 61,2%, đa số ở trẻ  $\geq 5$  tuổi. Triệu chứng đau bụng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa và viêm phúc mạc ( $p < 0,01$ ). Nôn ói là triệu chứng lâm sàng thường gặp thứ hai, có mối liên quan với biến chứng tắc ruột và lồng ruột ( $p < 0,02$ ). Nghiên cứu về kết quả cận lâm sàng ghi nhận mối liên quan giữa tăng số lượng bạch cầu  $> 10000$  và tăng chỉ số CRP với thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa và viêm phúc mạc có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,04$ ).

**Kết luận:** Bệnh nhi được chẩn đoán biến chứng túi thừa Meckel có nhiều triệu chứng lâm sàng, chiếm nhiều nhất là đau bụng, đặc biệt ở nhóm trẻ  $> 5$  tuổi. Kết quả xét nghiệm và hình ảnh học đa dạng. Cần phối hợp các kết quả khám lâm sàng lẫn cận lâm sàng một cách hiệu quả để chẩn đoán sớm biến chứng túi thừa Meckel.

**Từ khóa:** túi thừa Meckel, ngoại nhi.

**Viết tắt:** XHTH: xuất huyết tiêu hóa

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN DIAGNOSING MECKEL'S DIVERTICULUM

**Background:** Meckel's diverticulum is the most common congenital abnormality of the gastrointestinal tract, yet early definitive diagnosis is often challenging. However, there are very few studies describing the clinical and subclinical characteristics in the diagnosis of Meckel's diverticulum.

**Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics in the diagnosis of Meckel's diverticulum in pediatric patients diagnosed with Meckel's diverticulum after surgery at Children's Hospital 2 from January 1, 2019, to December 31, 2023.

**Method:** Cross-sectional study.

**Results:** Out of 116 pediatric patients diagnosed post-surgery with Meckel's diverticulum, abdominal pain was the most common clinical symptom with 61,2% of patients, more frequently seen in the  $\geq 5$ -year-old group. There was a correlation between

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Trần Bản

ĐT: 0989037074

Email: hotranban@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 21/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/6/2024

abdominal pain with peritonitis and gastrointestinal bleeding complication of Meckel's diverticulum ( $p < 0,01$ ). Emesis was the second common symptom, correlated with intestinal obstruction and intussusception ( $p < 0,02$ ). 76% elevated white blood count  $> 10000$ , corresponded to gastrointestinal bleeding, peritonitis, and perforation complication ( $p < 0,05$ ). Acceleration in CRP reaction correlated to intestinal obstruction and perforation complication ( $p < 0,04$ ).

**Conclusions:** Pediatric patients with Meckel's diverticulum complications were presented with various symptoms and the most common is abdominal pain in children older than 5 years old. Presentations on laboratory tests and imaging detection are diverse. Necessary to combine effectively clinical and subclinical findings to diagnose complications of Meckel's diverticulum.

**Keywords:** Meckel's diverticulum, pediatric surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa Meckel là bất thường bẩm sinh phổ biến nhất ở đường tiêu hóa. Theo y văn, bất thường này gặp ở khoảng 1% – 2% dân số. Tuy nhiên, việc chẩn đoán xác định sớm túi thừa Meckel thường gặp nhiều khó khăn, vì triệu chứng của túi thừa Meckel không đặc hiệu, cận lâm sàng khảo sát còn nhiều hạn chế, trong khi biến chứng lại đa dạng và có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Cho đến nay, trên thế giới và tại Việt Nam có khá ít nghiên cứu mô tả về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán túi thừa Meckel. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán túi thừa Meckel, từ đó hỗ trợ bác sĩ có thêm góc nhìn và cơ hội chẩn đoán sớm, chính xác cho bệnh nhi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán túi thừa Meckel sau phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2019 đến 31/12/2023.

**Phương pháp lấy mẫu:** Lấy trọn.

**Tiêu chí đưa vào:** Tất cả các bệnh nhi dưới 16 tuổi được phẫu thuật và chẩn đoán túi thừa Meckel sau phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2019 đến 31/12/2023.

**Tiêu chí loại trừ:** Các bệnh nhi không được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 hoặc hồ sơ bệnh án lưu trữ không thu thập đầy đủ các thông tin theo bệnh án nghiên cứu.

**Thu thập và xử lý số liệu:** Thu thập các thông tin theo mẫu phiếu thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn chọn và loại mẫu. Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng Microsoft Excel, SPSS 20. Biến số định lượng trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, biến số định tính trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Giá trị  $p \leq 0,05$ : khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Đồng 2.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

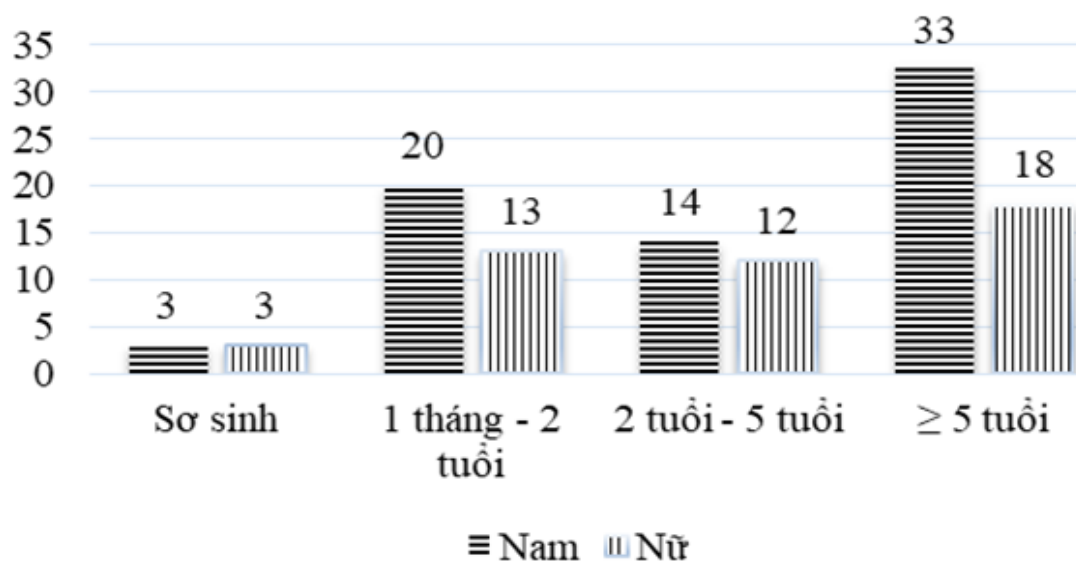
Trong thời gian nghiên cứu, có 116 trường hợp được chẩn đoán túi thừa Meckel sau phẫu thuật.

### 3.1. Đặc điểm dân số chung

#### Giới tính

Tỷ lệ nam/nữ: 1,52/1.

Phân bố giới tính theo nhóm tuổi được thể hiện ở biểu đồ sau:



**Biểu đồ 1: Phân bố giới tính theo nhóm tuổi**

**Tuổi**

Tuổi trung bình của bệnh nhi trong nghiên cứu là  $4,8 \pm 3,9$  tuổi. Bệnh nhi từ 5 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất, với 44%. Tuổi nhỏ nhất được chẩn đoán là 0 ngày tuổi và lớn nhất là 15 tuổi.

**Nơi cư trú**

Có 32 trường hợp bệnh nhi địa chỉ ở Thành phố Hồ Chí Minh (27,6%), 84 trường hợp từ các tỉnh khác (72,4%).

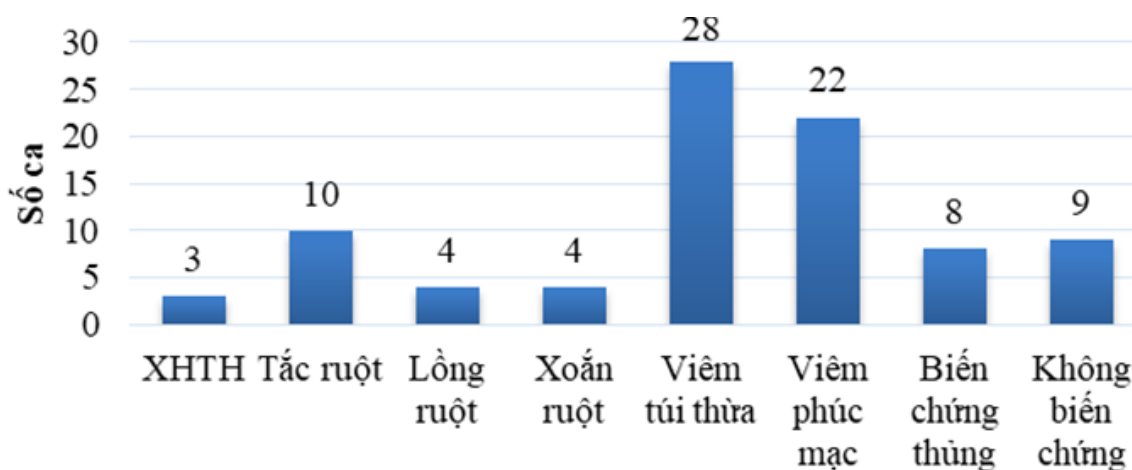
**Thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện trung bình là  $12,24 \pm 7,379$  ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 43 ngày.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**Lý do nhập viện**

Đau bụng là lý do nhập viện chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%), tiếp theo là nôn ói (21,6%) và xuất huyết tiêu hóa (21,6%).



**Thể lâm sàng**

**Biểu đồ 2: Lý do nhập viện đau bụng trong các bệnh cảnh**

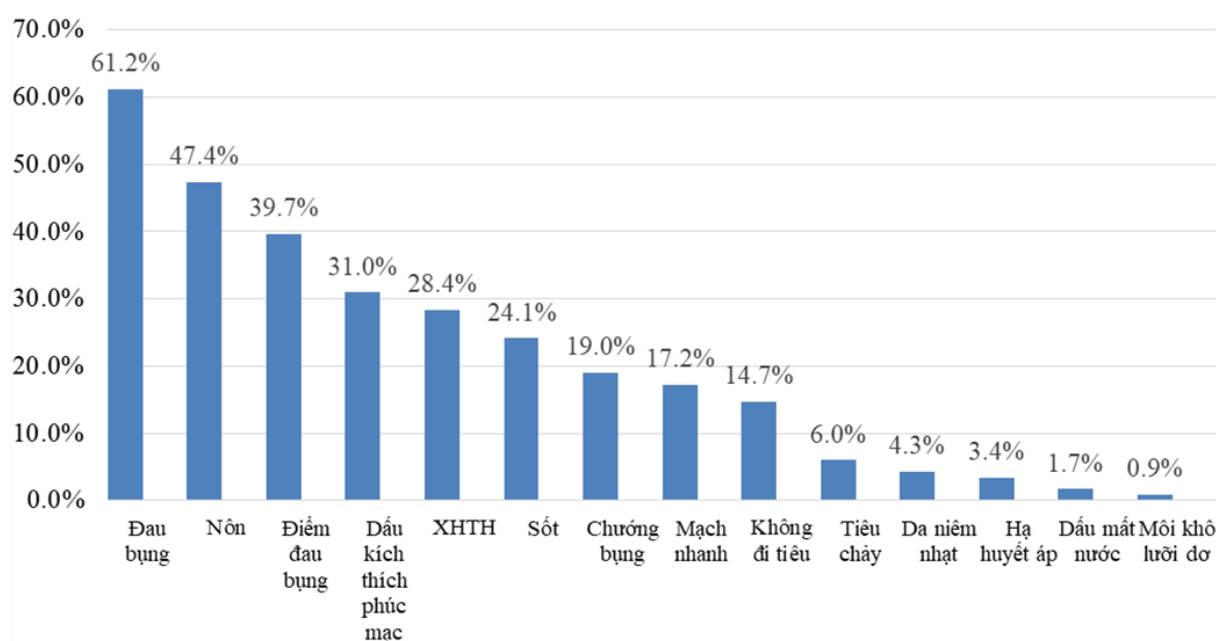
**Bảng 1: Phân bố lý do nhập viện theo tuổi**

	Sơ sinh	1 tháng – 2 tuổi	2 tuổi – 5 tuổi	≥ 5 tuổi	p
Đau bụng	0	5	13	42	0,001
Tiêu chảy	0	1	0	0	0,469
Nôn ói	0	10	12	3	0,001
XHTH	0	10	7	8	0,201
Sốt	0	4	3	3	0,605
Trướng bụng	3	2	2	1	0,001

Đau bụng, nôn ói, trướng bụng là các lý do nhập viện cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi. Có thể thấy nhóm bệnh nhi  $\geq 5$  tuổi chủ yếu nhập viện vì đau bụng.

**Phân bố triệu chứng**

Tỉ lệ các triệu chứng trên 116 trường hợp được thể hiện qua biểu đồ, trong đó đau bụng, nôn và có điếm đau bụng khi thăm khám lần lượt chiếm tỉ lệ cao nhất.

**Biểu đồ 3: Tỉ lệ triệu chứng lâm sàng****Bệnh cảnh lâm sàng**

116 bệnh nhi có túi thừa Meckel sau mổ phân bố bệnh cảnh lâm sàng như bảng 1, trong đó viêm túi thừa là thể lâm sàng chiếm tỉ lệ cao nhất (27,3%). Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình của viêm túi thừa là  $5,48 \pm 3,68$  tuổi.

**Bảng 2: Phân bố bệnh cảnh lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Biến chứng thủng	Không biến chứng
Số trường hợp	28 (16,3%)	26 (15,1%)	9 (5,2%)	4 (2,3%)	47 (27,3%)	28 (16,3%)	14 (8,1%)	16 (9,4%)

**3.3. Mối liên quan của các triệu chứng và bệnh cảnh**  
**Đau bụng**

Sự khác nhau về triệu chứng đau bụng có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa và viêm phúc mạc.

**Bảng 3: Mối liên quan giữa triệu chứng đau bụng và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Đau bụng (n=71)	9 (12,7%)	15 (21,1%)	4 (5,6%)	4 (5,6%)	32 (45,1%)	23 (32,4%)	10 (14,1%)	9 (12,7%)
Không đau bụng (n=45)	19 (42,2%)	11 (24,4%)	5 (11,1%)	0 (0,0%)	15 (33,3%)	5 (11,1%)	4 (8,9%)	7 (15,6%)
p	0,000	0,676	0,283	0,105	0,210	0,009	0,403	0,661

**Nôn**

Sự khác nhau về triệu chứng nôn có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng tắc ruột, lồng ruột và thể không biến chứng.

**Bảng 4: Mối liên quan giữa triệu chứng nôn và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Nôn (n=55)	11 (20,0%)	22 (40,0%)	8 (14,5%)	3 (5,5%)	18 (32,7%)	11 (20,0%)	6 (10,9%)	3 (5,5%)
Không nôn (n=61)	17 (27,9%)	4 (6,6%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	29 (47,5%)	17 (27,9%)	8 (13,1%)	13 (21,3%)
p	0,323	0,000	0,009	0,261	0,105	0,323	0,716	0,013

**Có điểm đau bụng khi thăm khám**

Sự khác nhau về triệu chứng có điểm đau khi khám bụng có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa, tắc ruột, xoắn ruột, viêm túi thừa, viêm phúc mạc, thủng túi thừa và thể không biến chứng.

**Bảng 5: Mối liên quan giữa triệu chứng có điểm đau bụng khi thăm khám và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Có điểm đau bụng (n=46)	2 (4,3%)	6 (13,0%)	1 (2,2%)	4 (8,7%)	28 (60,9%)	22 (47,8%)	10 (21,7%)	1 (2,2%)
Không điểm đau bụng (n=70)	26 (37,1%)	20 (28,6%)	8 (11,4%)	0 (0,0%)	19 (27,1%)	6 (8,6%)	4 (5,7%)	15 (21,4%)
p	0,000	0,050	0,068	0,012	0,000	0,000	0,010	0,003

**Sốt**

Sự khác nhau về triệu chứng sốt chỉ có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng thủng túi thừa.

**Bảng 6: Mối liên quan giữa triệu chứng sốt và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Có sốt (n=28)	4 (14,3%)	5 (17,9%)	0 (0,0%)	1 (3,6%)	14 (50,0%)	9 (32,1%)	7 (25,0%)	4 (14,3%)
Không sốt (n=88)	24 (27,3%)	21 (23,9%)	9 (10,2%)	3 (3,4%)	33 (37,5%)	19 (21,6%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)
p	0,162	0,507	0,078	0,967	0,241	0,256	0,016	0,931

**3.4. Đặc điểm cận lâm sàng****Công thức máu**

Nghiên cứu có 48 trường hợp (41,4%) có thiếu máu, phân bố như sau:

**Bảng 7: Phân bố mức độ thiếu máu**

	Thiếu máu nhẹ	Thiếu máu trung bình	Thiếu máu nặng
Số trường hợp (%)	35 (73%)	11 (23%)	2 (4%)

Sự khác nhau về đặc điểm thiếu máu có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa.

**Bảng 8: Mối liên quan giữa thiếu máu và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Có thiếu máu (n=48)	23 (19,8%)	5 (4,3%)	3 (2,6%)	1 (0,9%)	20 (17,2%)	8 (6,9%)	7 (6,0%)	6 (5,2%)
Không thiếu máu (n=68)	5 (4,3%)	21 (18,1%)	6 (5,2%)	3 (2,6%)	27 (23,3%)	20 (17,2%)	7 (6,0%)	10 (8,6%)
p	0,000	0,09	0,746	0,07	0,795	0,133	0,812	0,483

Nghiên cứu có 88 trường hợp (76%) có tăng bạch cầu. Sự khác nhau về đặc điểm tăng bạch cầu chỉ có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa, thủng túi thừa và viêm phúc mạc.

**Bảng 9: Mối liên quan giữa tăng bạch cầu và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Có tăng bạch cầu (n=88)	16 (13,8%)	19 (16,4%)	7 (6%)	4 (3,4%)	40 (34,5%)	27 (23,3%)	14 (12%)	9 (7,8%)
Không tăng bạch cầu (n=28)	12 (10,3%)	7 (6%)	2 (1,7%)	0 (0%)	7 (6%)	1 (0,9%)	0 (0%)	7 (6%)
p	0,008	0,706	1,000	0,571	0,055	0,004	0,021	0,062

**CRP**

Nghiên cứu có 93 trường hợp (80,2%) được làm xét nghiệm CRP. Ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về CRP ở các thể lâm sàng XHTH, tắc ruột và viêm phúc mạc; tuy nhiên, chỉ ghi nhận tăng CRP có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng viêm phúc mạc.

**Bảng 10: Mối liên quan giữa tăng CRP và các thể lâm sàng**

	XHTH	Tắc ruột	Lồng ruột	Xoắn ruột	Viêm túi thừa	Viêm phúc mạc	Thủng túi thừa	Không biến chứng
Bình thường	13 (14%)	15 (16,1%)	4 (4,3%)	1 (1%)	14 (15%)	5 (5,4%)	3 (3,2%)	4 (4,3%)
> 10 mg/L	4 (4,3%)	7 (7,5%)	2 (2,1%)	3 (3,2%)	28 (30%)	21 (22,6%)	9 (9,7%)	8 (8,6%)
p	0,003	0,009	0,400	0,628	0,058	0,003	0,154	0,421

**Xạ hình với 99mTc – pertechnetate**

Trong 116 trường hợp, chưa ghi nhận trường hợp nào được thực hiện xạ hình với 99mTc-pertechnetate.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm dân số chung**

Phân bố tỷ lệ nam/nữ là 1,52/1, tương đồng với nghiên cứu của Ueberrueck<sup>7</sup> với tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 4,8 ± 3,9. Tuổi nhỏ nhất được chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi là 0 ngày tuổi và lớn nhất là 15 tuổi, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Menezes<sup>5</sup> với bệnh nhi tuổi nhỏ nhất được chẩn đoán là 2 ngày tuổi và lớn nhất là 14 tuổi.

**Đặc điểm lâm sàng**

Lí do nhập viện thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đau bụng với tỉ lệ 42,25%, tương đồng với nghiên cứu của Lã Thanh Nga<sup>2</sup> với đau bụng là lý do nhập viện phổ biến nhất, chiếm tỉ lệ là 50,48%.

Đau bụng và nôn là các triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất với lần lượt là 61,2% và 47,4%, tương đồng với nghiên cứu của Lã

Thanh Nga<sup>2</sup> với tỉ lệ triệu chứng đau bụng và nôn lần lượt là 57,3% và 47,6%, nghiên cứu của Chen<sup>4</sup> với tỉ lệ này lần lượt là 55,36% và 44,64%. Trong khi đó, nghiên cứu của Rho<sup>6</sup> đã báo cáo tỉ lệ triệu chứng đau bụng là 32,4% và nôn là 8,9%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt của chúng tôi và các tác giả khác với Rho<sup>6</sup> có lẽ do cỡ mẫu của nghiên cứu này quá ít.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận xuất huyết tiêu hóa chiếm 28,4% các trường hợp, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khiêm<sup>1</sup> với tỉ lệ 24,2%. Tuy nhiên, tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lã Thanh Nga<sup>2</sup> với xuất huyết tiêu hóa chiếm tỉ lệ 35 và nghiên cứu của Rho<sup>6</sup> với 35,3% trường hợp ghi nhận xuất huyết tiêu hóa.

Trướng bụng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 19% các trường hợp, tỉ lệ này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Lã Thanh Nga<sup>2</sup> báo cáo tỉ lệ chướng bụng chiếm tới 32%, trong khi nghiên cứu của Chen<sup>4</sup> quan sát thấy tỉ lệ chướng bụng chiếm 23,18% các trường hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sốt chiếm 24,1% các trường hợp, tương tự với nghiên cứu của Chen<sup>4</sup> với 23,18% trường hợp có triệu chứng sốt. Tuy nhiên, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khiêm<sup>1</sup> với tỉ lệ triệu chứng sốt là 36,4%. Phần lớn các bệnh nhân sốt của chúng tôi nằm trong thể lâm sàng viêm túi thừa (50,0%) và viêm phúc mạc (32,1%).

Viêm túi thừa là thể lâm sàng chiếm tỉ lệ cao nhất với 27,3%, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khiêm<sup>1</sup> với viêm túi thừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 28,8%. Tuy nhiên, điều này khác biệt so với nghiên cứu của Chen<sup>4</sup> và Blevrakis<sup>3</sup> khi thể lâm sàng viêm túi thừa chiếm tỉ lệ thấp, lần lượt là 15% và 13,3%. Sự khác biệt của tác giả Việt Nam so với các tác giả khác có thể do tại Việt Nam các trường hợp viêm túi thừa được phát hiện muộn hơn, do đó, một số trường hợp đã dẫn tới thể lâm sàng thủng túi thừa. Độ tuổi trung bình của thể lâm sàng viêm túi thừa trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,48 \pm 3,68$  tuổi.

#### **Đặc điểm cận lâm sàng**

Có 41,4% trường hợp có thiếu máu, trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 73%, thiếu máu trung bình chiếm 23% và thiếu máu nặng chiếm 4%. Điều này có khác biệt với nghiên cứu của Lã Thanh Nga<sup>2</sup> khi ghi nhận 32% trường hợp thiếu máu với mức độ thiếu máu nhẹ chiếm 42,1%, trung bình chiếm 44,7% và nặng chiếm 13,2%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có sự tăng về tình trạng thiếu máu nhưng chủ yếu là mức độ thiếu máu nhẹ.

Nghiên cứu của chúng tôi có 93 trường hợp được xét nghiệm CRP với kết quả CRP

tăng > 10 mg/l gặp nhiều nhất ở thể lâm sàng viêm túi thừa với tỉ lệ 30%, sau đó là thể lâm sàng viêm phúc mạc chiếm tỉ lệ 22,6%. Tuy nhiên, chỉ ghi nhận tăng CRP có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng viêm phúc mạc. Điều này không tương đồng với nghiên cứu của Yan<sup>8</sup>, khi ghi nhận kết quả CRP tăng cao có ý nghĩa trước mổ ở thể lâm sàng viêm túi thừa có thủng túi thừa hơn là viêm túi thừa, với mức CRP trung vị của thể lâm sàng viêm túi thừa có thủng túi thừa và viêm túi thừa lần lượt là 99 và 27 mg/L ( $p = 0,035$ ).

Chưa ghi nhận trường hợp nào được thực hiện xạ hình với <sup>99m</sup>Tc-pertechnetate. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Yan<sup>8</sup>, khi không có trường hợp nào được thực hiện xạ hình với <sup>99m</sup>Tc-pertechnetate, mặc dù nghiên cứu đề cập rằng việc sử dụng <sup>99m</sup>Tc-pertechnetate để phát hiện niêm mạc dạ dày lạc chỗ đã được chứng minh là một công cụ hữu ích để chẩn đoán túi thừa Meckel ở những bệnh nhân có chảy máu đường tiêu hóa dưới tái phát hoặc các đợt lồng ruột tái phát, đặc biệt là ở trẻ lớn hoặc lồng ruột mạn tính, với độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao.

#### **V. KẾT LUẬN**

Bệnh nhi được chẩn đoán túi thừa Meckel có nhiều triệu chứng lâm sàng, trong đó đau bụng là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,2% các trường hợp, kế đến là nôn chiếm 47,4% các trường hợp. Thiếu máu chiếm 41,4% trường hợp, trong đó chủ yếu là thiếu máu nhẹ. Sự khác nhau về đặc điểm thiếu máu có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng xuất huyết tiêu hóa. 80,2% trường hợp được làm xét nghiệm CRP và ghi nhận sự tăng



CRP có ý nghĩa thống kê ở thể lâm sàng viêm phúc mạc. Chưa ghi nhận trường hợp nào được thực hiện xạ hình với  $^{99m}\text{Tc}$ -pertechnetate.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Khiêm.** Đặc điểm bệnh lý túi thừa Meckel tại Bệnh viện Nhi Đồng II từ 1/2001 – 3/2007. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2007;11(4):56-61.
2. **Lã Thanh Nga.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị các biến chứng của túi thừa Meckel ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. HCM; 2013.
3. **Blevrakis E, Partalis N, Seremeti C, Sakellaris G.** Meckel's diverticulum in paediatric practice on Crete (Greece): a 10-year review. Afr J Paediatr Surg. 2011;8(3): 279-282. doi:10.4103/0189-6725.91665.
4. **Chen JJ, Lee HC, Yeung CY, et al.** Meckel's Diverticulum: Factors Associated with Clinical Manifestations. ISRN Gastroenterol. 2014; 2014:390869. doi:10.1155/2014/390869
5. **Menezes M, Tareen F, Saeed A, Khan N, Puri P.** Symptomatic Meckel's diverticulum in children: a 16-year review. Pediatr Surg Int. 2008;24(5): 575-577. doi:10.1007/s00383-007-2094-4.
6. **Rho JH, Kim JS, Kim SY, et al.** Clinical Features of Symptomatic Meckel's Diverticulum in Children: Comparison of Scintigraphic and Non-scintigraphic Diagnosis. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2013;16(1): 41-48. doi:10.5223/pghn.2013.16.1.41
7. **Ueberrueck T, Meyer L, Koch A, Hinkel M, Kube R, Gastinger I.** The significance of Meckel's diverticulum in appendicitis--a retrospective analysis of 233 cases. World J Surg. 2005;29(4): 455-458. doi:10.1007/s00268-004-7615-x.
8. **Yan L, Zhou B, Wu P, Tian Y, Lou Y.** Meckel's diverticulum mimicking acute appendicitis in children: a retrospective cohort study. BMC Surg. 2024;24(1):40. doi:10.1186/s12893-024-02323-4