

CASE REPORT

VIÊM RUỘT THỪA Ở NGƯỜI LỚN TUỔI

BS PHẠM THỊ THANH XUÂN P. SIÊU ÂM
BS NGUYỄN THIÊN HÙNG P. SIÊU ÂM

Bệnh án

- Bệnh nhân nam 78 tuổi
- Địa chỉ: Quảng Ngãi - ĐT: 0973
- Ngày khám bệnh: 29/03/2023
- Lý do khám bệnh: đau vùng chậu hông phải
- Tiền căn: tăng huyết áp, mổ cắt 2/3 dạ dày do loét thủng 2 năm trước

Bệnh sử

Một tháng nay đau bụng lâm râm, đầy hơi, thỉnh thoảng nổi gò vùng chậu hông phải, đi cầu nhiều lần trong ngày, phân nát, không thấy máu. Khám bệnh và điều trị tại địa phương nhưng không giảm. Vài ngày trước đau nhiều vùng chậu hông phải nên đến Medic khám bệnh

Lâm sàng

- HA: 107/75 mmHg, Mạch: 81 lần/phút, chiều cao: 157cm, cân nặng: 45 kg, nhiệt độ: 37 độ C
- Tổng trạng kém
- BN được chỉ định: SA bụng, SA tim, XQ cột sống thắt lưng, XQ phổi, ECG, CT bụng, XN máu

ECG- SA tim

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: 75 Rhythm: XOANG Rate: 65 Interval : PR: 0.16 QRS: 0.08 QT: 0.36

PWave : Ext. Leads BT

: Pre. Leads BT

QRS Complex : Ext. Leads BT

: Pre. Leads BT

ST Segments : Ext. Leads BT

: Pre. Leads BT

TWave : Ext. Leads TD3>TD1, (-)/AVL

: Pre. Leads T<1/8 R/V5V6

UWave : Ext. Leads BT

: Pre. Leads BT

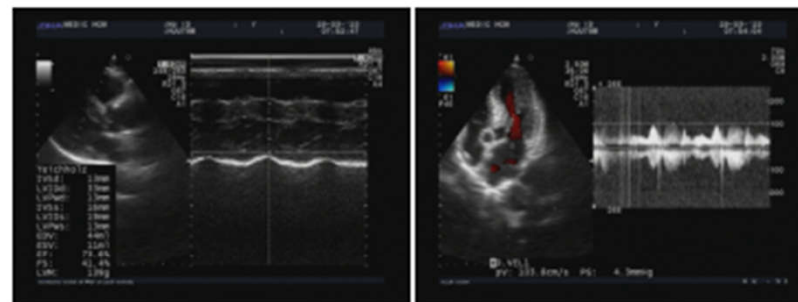
KẾT LUẬN : THIẾU NĂNG VÀNH

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Thất trái dày trung bình, các buồng tim khác trong giới hạn bình thường LVd = 33mm
 Loạn động vách liên thất và thành dưới. Chức năng thất trái bảo tồn EF= 73 % (Teichholz).
 Chức năng tâm thu thất phải TAPSE =20 mm

2- Van 2 lá dày, hở 1/4. Van động mạch chủ dày, hở 1/4
 Tăng áp động mạch phổi nhẹ PAPs=35 mmHg
 Động mạch chủ ngực kích thước bình thường

3- Không tràn dịch màng tim.



KẾT LUẬN:

**BỆNH TIM DO CAO HUYẾT ÁP VÀ THIẾU MÁU CỤC BỘ
 THẤT TRÁI DÀY TRUNG BÌNH BẢO TỒN CHỨC NĂNG TÂM THU
 HỞ VAN 2 LÁ 1/4. HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ 1/4
 TĂNG ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI NHẸ**

Đề nghị:

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 29/03/2023 07:56
 (Bác sĩ đã ký)

XQ phổi



Giờ ĐK : 07:25 AM KQ : 08:38 AM

Lý do khám : XIN KHÁM TỔNG QUÁT
XQ Lồng Ngực Thẳng [In Giấy]

Thành ngực	: vẹo cột sống nhẹ
Màng phổi	: Không có ảnh bất thường
Trung thất	: Không có ảnh bất thường
Tim	: Không có ảnh bất thường
Động mạch chủ	: bung rộng, vôi hóa cung động mạch chủ .
Huyết phế quản	: Không có ảnh bất thường
Phổi	: ảnh xơ nốt vùng trên T, nốt mờ 1 cm cạnh rốn phổi P
Cơ hoành	: Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : Bệnh tim mạch do xơ động mạch, sẹo cũ phổi T, nốt mờ 1 cm vùng giữa phổi P
Đề nghị : MSCT ngực , so phim cũ, siêu âm tim, điện tâm đồ

Ngày 29 tháng 03 năm 2023
Bác sĩ X Quang

XQ cột sống thắt lưng



Lý do khám : XIN KHÁM TỔNG QUÁT

XQ Cột Sống Thắt Lưng T/N [In Giấy]

Thân Đốt Sống	: gai kéo cột sống thắt lưng
Cung Đốt Sống	: hẹp khe khớp sau thắt lưng
Đĩa Dệm	: hẹp đĩa đệm cột sống thắt lưng
Độ Cong Cột Sống	: vẹo cột sống thắt lưng
Mật Độ Xương	: Không có ảnh bất thường
Lỗ Liên Hợp	: Không có ảnh bất thường
Hình Bất Thường	: Không có ảnh bất thường
Cấu Trúc Cận Cột Sống	: Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : Vẹo cột sống thắt lưng, thoái hoá cột sống đĩa đệm cột sống thắt lưng

Đề nghị :

XN máu

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹			
	*		
WBC	8.88	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	63.9	(40 - 74 %)	
% Lym	22.4	(19 - 48 %)	
% Mono	7.2	(3 - 9 %)	
% Eos	6.2	(0 - 7 %)	
% Baso	0.3	(0 - 1.5 %)	
# Neu	5.67	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	1.99	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.64	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.55 H	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.03	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.39	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	13.4	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	40.2	(35 - 52 %)	
MCV	91.6	(80 - 97 fL)	
MCH	30.5	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.3	(31 - 36 g/dL)	
RDW	14.3	(11.0 - 15.7%)	
PLT	428 H	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	8.4	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NUỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:			
1)Chemistry (Sinh Hóa) :			
	*		QTVS044

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(µmol/L)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.009	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(Negative)	
pH	6.5	(4.6-8.0)	
Protein	NEG	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(µmol/L)	
Nitrite	NEG	(Negative)	
Leucocytes	NEG	(Negative)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):			
	.	(particles/µL)	
Red Blood Cells	3	(0 - 15)	
Leucocytes	10	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)	
Uric acid	0	(0 - 6)	
Casts	0	(0 - 6)	
Epithelial Cells	0	(0 - 10)	
Bacteria	0	(0 - 130)	
III. SINH HOÀ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)¹:			
	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	30.27	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	4.92	(4.0 - 6.50 %A1C)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Glucose (mmol/L) (FPG) ¹	5.10	(4.10 • 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	91.80	(73.8 • 106 mg/dL)	
IONOGRAMME ² :	*		QTSH067
Na	133.7	(130 • 145 mmol/L)	
K	4.10	(3.40 • 5.1 mmol/L)	
Ca	2.27	(2.1 • 2.80 mmol/L)	
Cl	101.5	(96 • 108 mmol/L)	
GGT ¹	37.09	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST) ¹	18.22	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT) ¹	10.64	(< 30 U/L)	QTSH013
Uric Acid/Serum ¹	6.45	(M: 3.4 • 7.0; F: 2.4 • 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	11.39 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.992	(M: 0.6 • 1.3; F: 0.5 • 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	78	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
LDL Cholesterol ²	2.75	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 • 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
Triglycerides ¹	0.940	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 • 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Free PSA ²	0.915	(ng/mL)	QTMD147
P.S.A ²	3.72	(< 4 ng/mL)	QTMD038
F.PSA/T.PSA	24.60	(F.PSA/T.PSA > 20%)	
TSH u.sensitive (3rd G) ¹	0.819	(0.32 - 5 µIU/ml)	QTMD009
Free T4 ²	1.07	(0.71 • 1.85 ng/dl)	QTMD036
Troponin-I hs (Abbott) ¹	2.60	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	QTMD011.1

Số trang: 3/4

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
HBsAg (Định tính, qualitative) ¹	POS S/CO 192.4	(Index < 1; S/Co < 1)	QTMD017
Anti HCV (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.140	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018

V. XÉT NGHIỆM ĐẶC BIỆT - SPECIAL TEST

Test H.Pylori C13 (Breath test)	NEG -0.2/1000	(NEG < 4/1000)
---------------------------------	---------------	----------------

Thời gian duyệt: 09:17:54 29/03/2023

Người duyệt: DS.Phạm Văn Đức

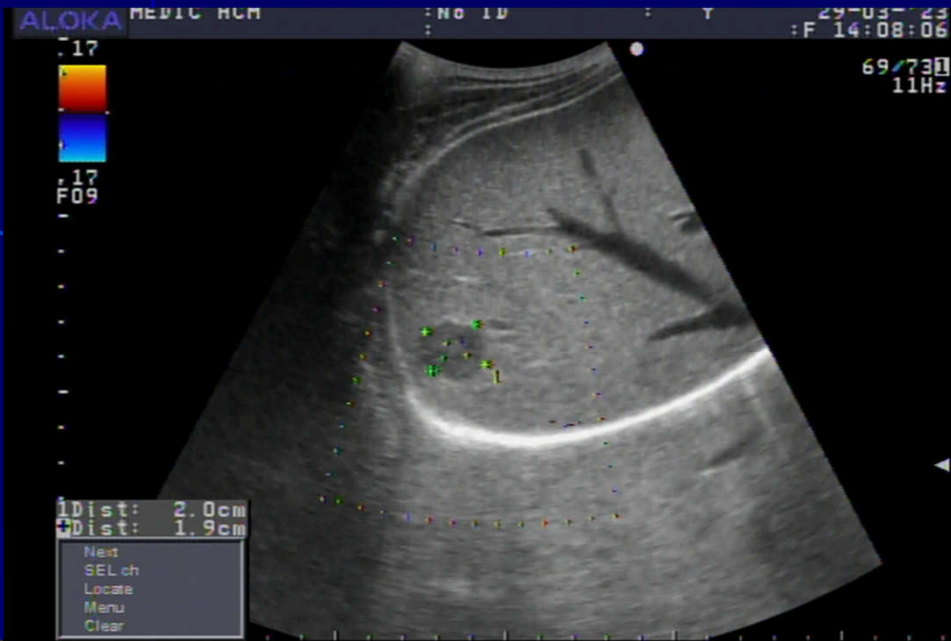
In lần 1: 09:17:55 29/03/2023

Trưởng khoa xét nghiệm



MEDIC CENTER

Siêu âm



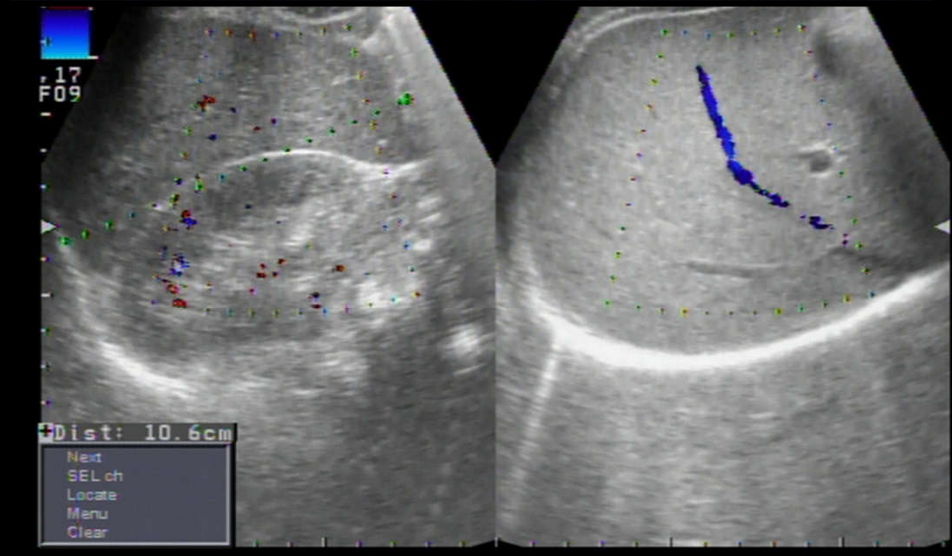
2.5 R17 G71 C5
Mark end point. DVA: 70%



2.5 R12 G80 C5
Mark end point. DVA: 70%

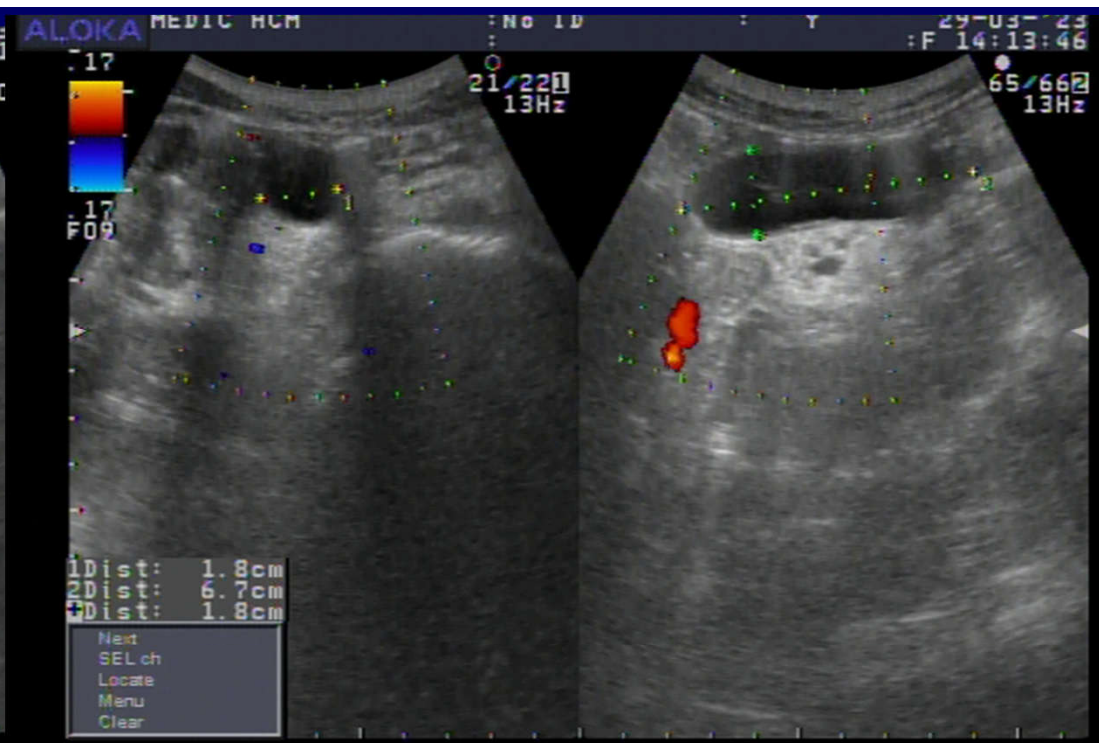


2.5 R17 G82 C5
Mark end point. DVA: 70%



2.5 R17 G86 C5
Mark end point. DVA: 70%

2.5 R17 G86 C5
Mark end point. DVA: 70%

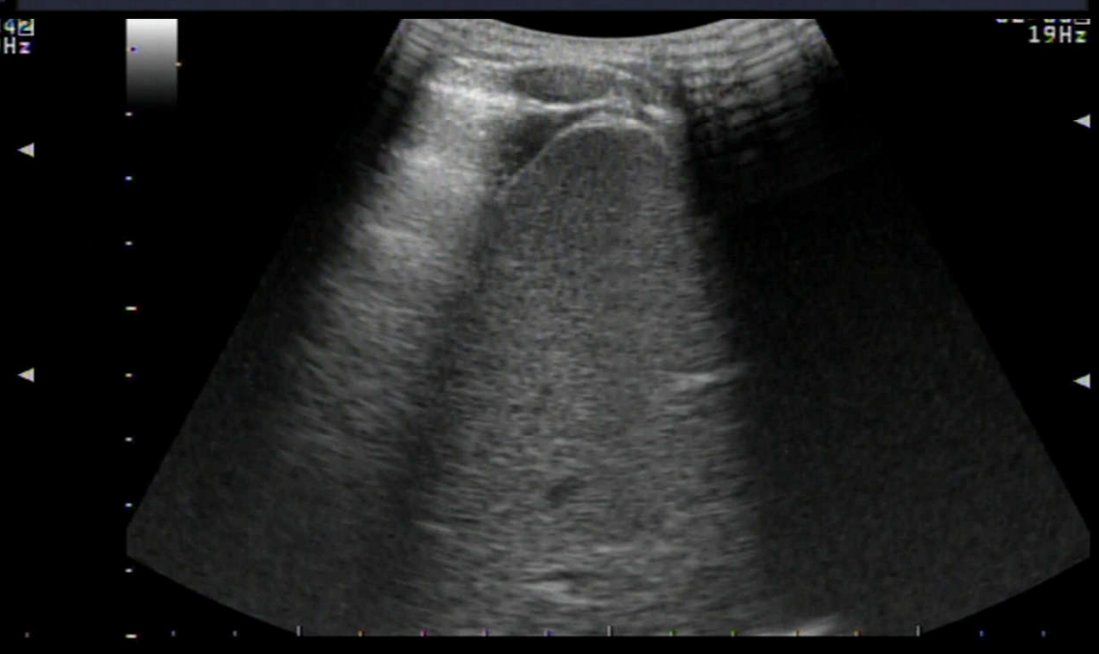
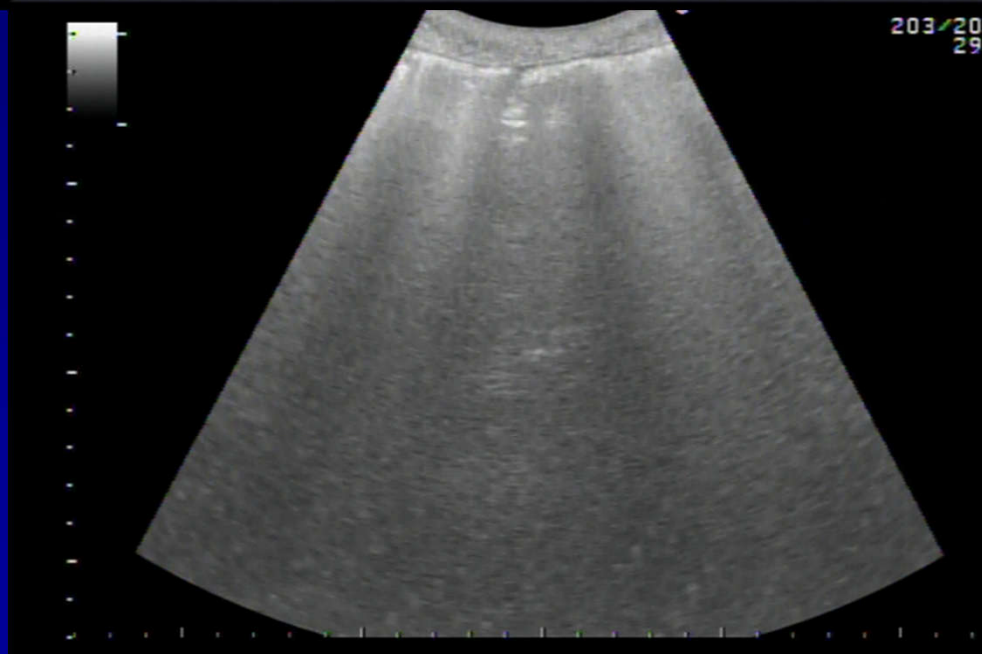


5.0 R17 G69 C5

Mark end point. DVA: 1

2.5 R15 G69 C5

Mark end point. DVA: 70%



5.0 R17 G84 C5

1: Abdomen DVA: 100%

5.0 R10 G83 C5

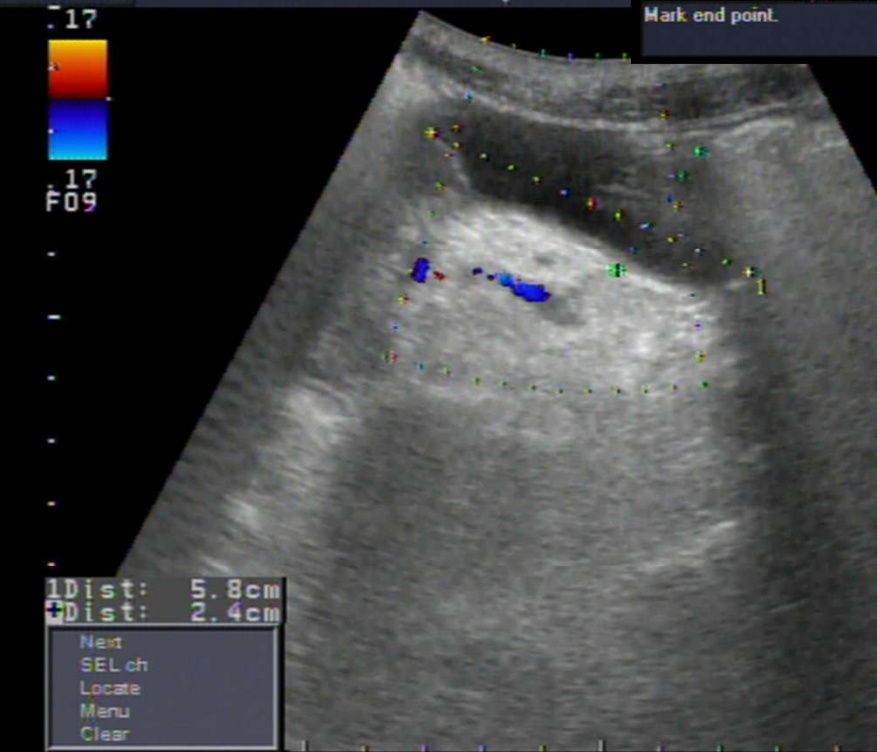
1: Abdomen DVA: 100%



ALOKA MEDIC HCM : No ID

2.5 R12 G75 C5
Mark end point. DUA: 70%

29-03-23 : F 14:19:57



2.5 R12 G75 C5
Mark end point.



2.5 R12 G75 C5
Mark end point. DUA: 70%

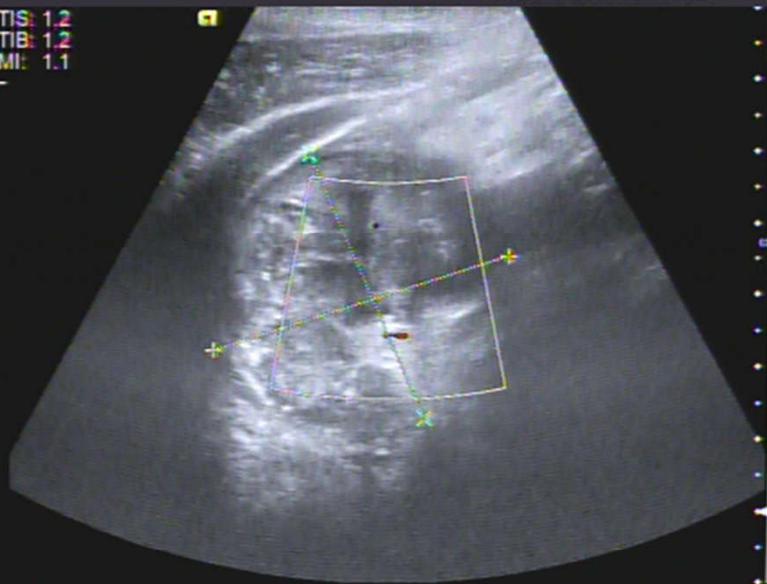
DUA: 70%

2:35:32 PM 3/29/2023
MEDIC 254 HOA HAO

TIS: 1.2
TIB: 1.2
MI: 1.1

SIEMENS
9L4 / OB
General
2D
THI / H8.00 MHz
8 dB / DR 70
SC 2 / DTCE M
Map C / ST 2
C
CDV / 4.00 MHz
0 dB / Flow Gen
PRF 1953 / F 2

D=43.5 mm
D=40.1 mm



12fps 8cm

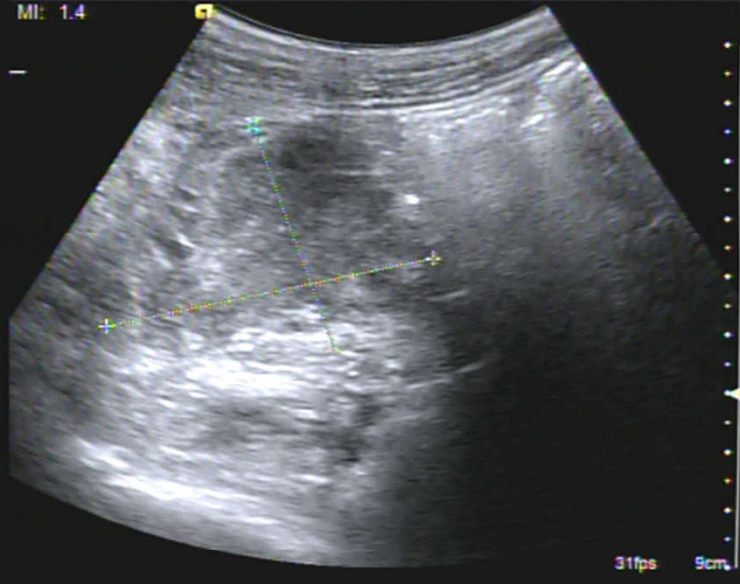
Fr153

2:53:28 PM 3/29/2023
MEDIC 254 HOA HAO

MI: 1.4

SIEMENS
6C1 HD / OB
General
2D 100%
THI / H4.50 MHz
5 dB / DR 65
ASC 3 / DTCE M
Map E / ST 2

D=58.1 mm
D=40.5 mm



31fps 9cm

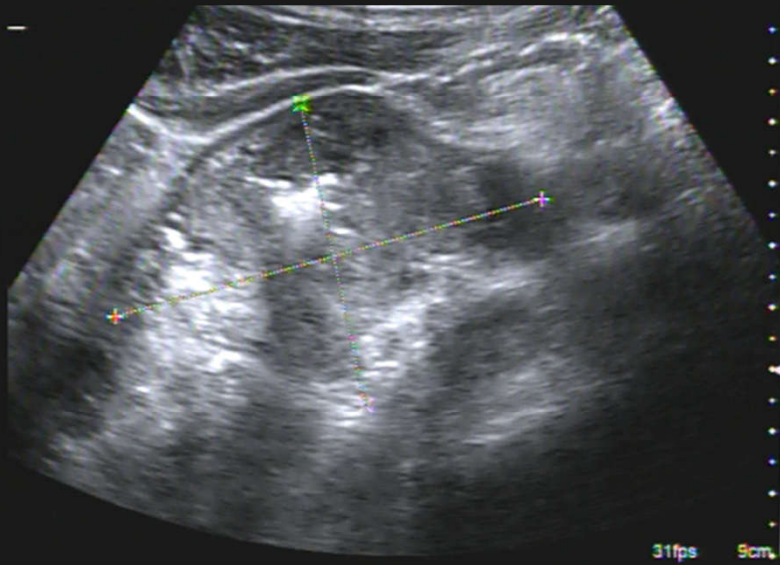
Fr602

2:59:22 PM 3/29/2023
MEDIC 254 HOA HAO

TIS: 0.8
TIB: 0.8
MI: 0.6

General
2D
THI / H4.50 MHz
0 dB / DR 65
ASC 3 / DTCE M
Map E / ST 2

D=72.4 mm
D=49.9 mm

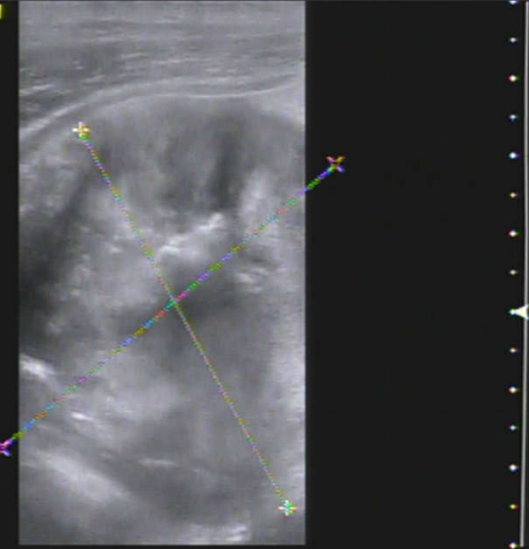


31fps 9cm

Fr518

SIEMENS
9L4 / Thyroid
General
2D 100%
THI / H8.00 MHz
14 dB / DR 70
ASC 5 / DTCE M
Map D / ST 3

D=55.4 mm
D=56.7 mm

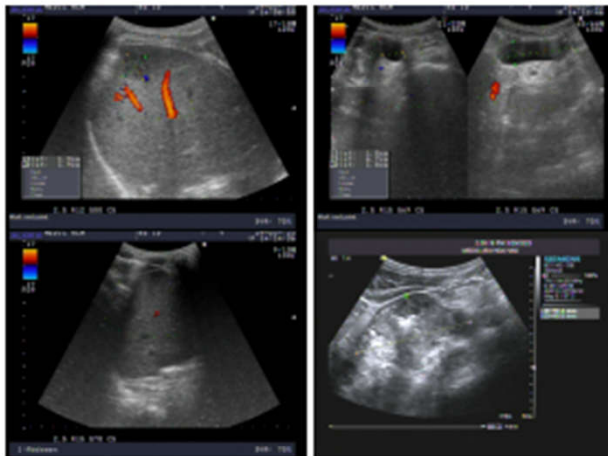


33fps 7cm

Fr502

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: P=106 mm, cấu trúc echo dày, bờ đều, gan trái có 2 nang d=12-15 mm, HPT 6-7 có sang thương echo kém, rim sign(-), D= 19x20mm, có vài xoang nhỏ bên trong, ít mạch máu, ít dịch mật trước gan
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TUY-LÁCH: không to, đồng dạng.- THẬN P- T: không sỏi, không ứ nước.- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.- TIẾN LIỆT TUYẾN: không to - Động mạch chủ bụng không phình.- Không hạch ổ bụng.- Không tràn dịch màng phổi.
- Manh tràng nằm cao dưới gan, có ruột thừa rất to d= 18mm, dài 68mm, dịch bên trong không đông nhất, doppler (-), đầu tự do vùng chậu phải cắm vào 1 đám quánh ruột non # 72x50mm



KẾT LUẬN:

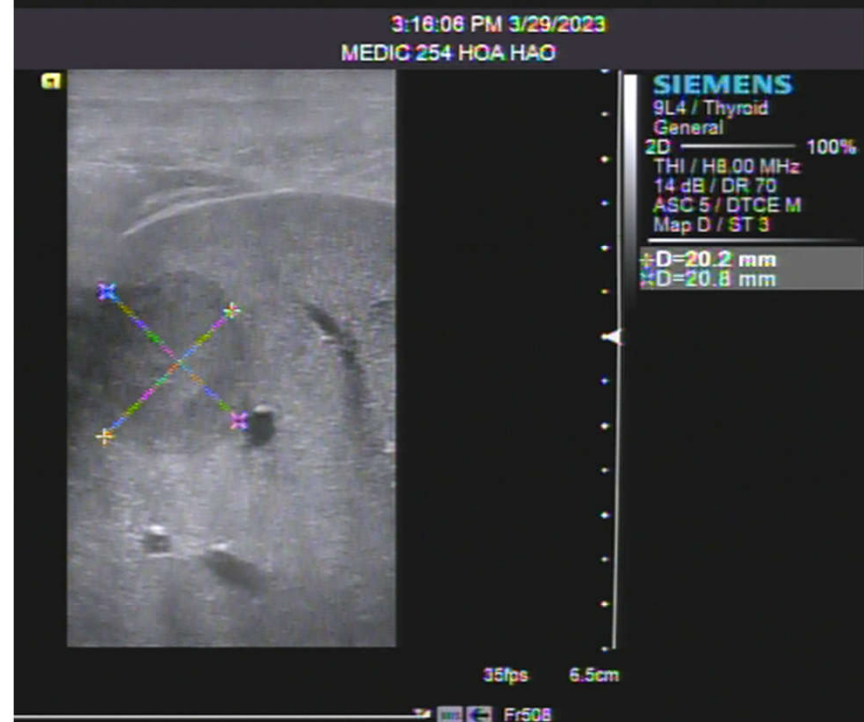
U NHẪY RUỘT THỪA NGHI VỜ TẠO ĐÁM QUẢNH VÙNG HỐ CHẬU PHẢI - U GAN PHẢI KHẢ NĂNG U MẠCH MÁU GAN (HEMANGIOMA)- ÍT DỊCH TỰ DO VÙNG MẬT TRƯỚC GAN - THEO DÕI VIÊM GAN - NANG GAN TRÁI

Đề nghị:

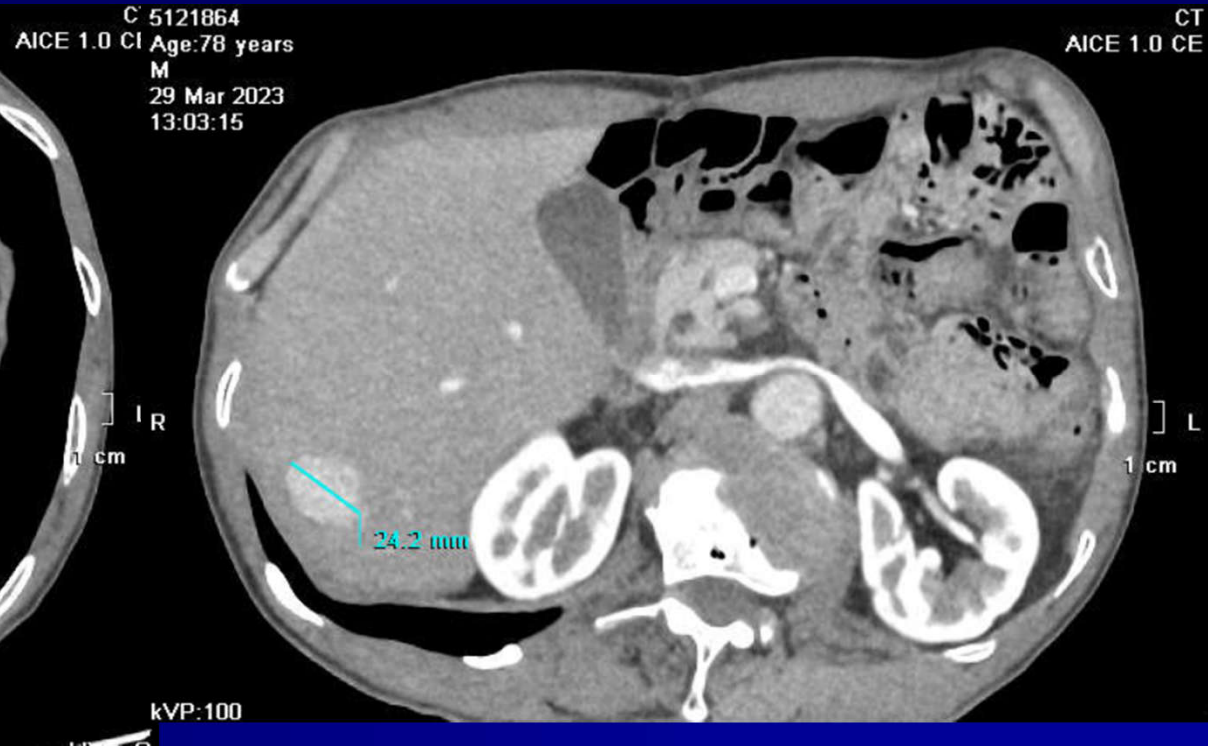
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 29/03/2023 15:40
(Bác sĩ đã ký)



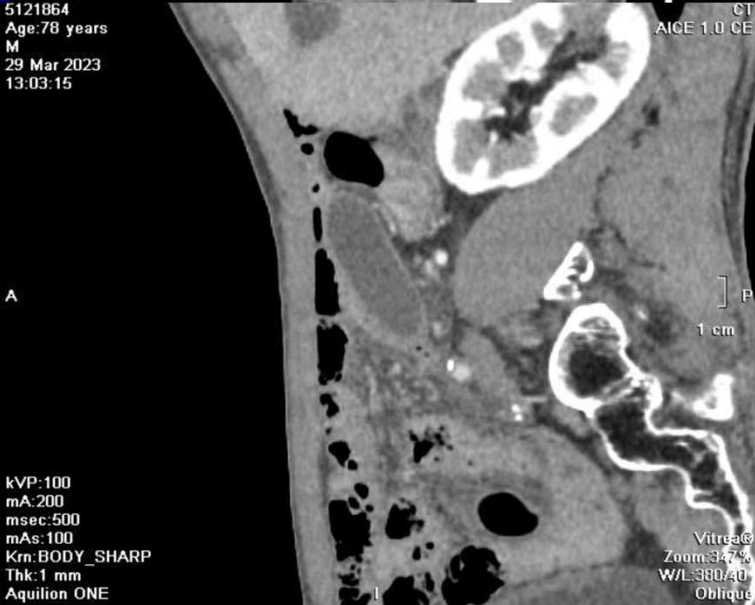
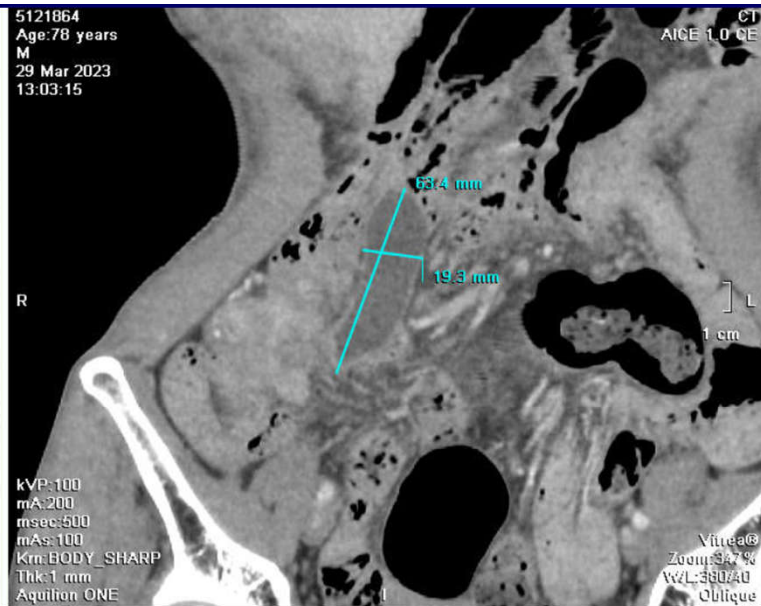
Bs. CKI. Phạm Thị Thanh Xuân



CT bụng



Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Gan phải có thương tổn giảm đậm độ 24mm. Thương tổn bất thuốc cản quang mạnh đồng nhất ở thì động mạch và sau đó đồng đậm độ nhu mô gan xung quanh thì trễ.



Thương tổn dày phù nề thành manh tràng. Thương tổn bất thuốc cản quang mạnh lớp niêm và thanh mạc và có xóa mờ mô mỡ xung quanh.
Ruột thừa kích thước 19mm thành dày nhẹ chứa dịch lộn cợn.
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

Bệnh viện : MEDIC **Khoa** : PK
LÝ DO KHÁM : XIN KHÁM TỔNG QUÁT
Máy : MSCT 640_2
Vùng : CT VÙNG BỤNG **Tiêm chất tương phản**
Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 1mm với máy MSCT Aquilion, không có tiêm thuốc cản quang.

**** KẾT QUẢ:**
Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Gan phải có thương tổn giảm đậm độ 24mm. Thương tổn bắt thuốc cản quang mạnh đồng nhất ở thì động mạch và sau đó đồng đậm độ nhu mô gan xung quanh thì trễ.
Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Túi mật không to, thành mỏng, không thấy sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Tiến liệt tuyến không to.
Thương tổn dày phù nề thành manh tràng. Thương tổn bắt thuốc cản quang mạnh lớp niêm và thanh mạc và có xóa mờ mô mỡ xung quanh.
Ruột thừa kích thước 19mm thành dày nhẹ chứa dịch lợn cợn.
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

***** KẾT LUẬN:**
ADENOMA GAN PHẢI. CĐPB: CAPILLARY HEMANGIOMA
VIÊM MANH TRÀNG
THEO DÕI U NHẢY RUỘT THỪA

*Tp. Hồ Chí Minh, ngày 29/03/2023 13:57
(Bác sĩ đã ký)*

Kết quả phẫu thuật

Số Y Tế TP. Hồ Chí Minh
 Bệnh Viện Nhân Dân 115
 B2A - Ngoại Tổng Quát - KHU A

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
 Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY RA VIỆN

MS. 01/BV-01
 Mã Y tế: 23724368
 Số vào viện: 021179/23

Họ và tên: [Redacted] Tuổi: 78 / Giới tính: Nam
 Dân tộc: Kinh Nghề nghiệp: Loại khác
 Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: CN351512084647351008
 Địa chỉ: Thôn Đê An - Xã Hành Phước - Huyện Nghĩa Hành - Quảng Ngãi
 Đối tượng: BHYT CN351512084647351008

Vào viện lúc: 16 giờ 24 phút, ngày 29 tháng 03 năm 2023
 Ra viện lúc: 16 giờ 30 phút, ngày 11 tháng 04 năm 2023

Chẩn đoán: U manh tràng T4aN1M0;
 Phương pháp điều trị: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và nạo hạch

BÁC SĨ PHẪU THUẬT: Nguyễn Quang Huy;
 BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ: Hồ Đặng Đăng Khoa
 GHI CHÚ: Ra viện uống thuốc theo toa và tái khám theo hẹn

HẸN TÁI KHÁM: 17/04/2023 Tại lầu 4 phòng 442 khoa Ngoại Tổng Quát

Ngày 11 tháng 04 năm 2023
 Trưởng Khoa
 ThS.BS - Giảng viên
 Hồ Đặng Đăng Khoa

BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115
 BSCKT. ĐẶNG KHẢI TOÀN
 PHÓ TRƯỞNG KHOA NGOẠI TỔNG QUÁT

HƯỚNG DẪN KHAI BÁO Y TẾ TRƯỚC KHI VÀO BỆNH VIỆN
 Để được tiếp đón và phục vụ tốt hơn
 - Trước khi đến khám, người bệnh và người nhà vui lòng khai báo y tế bằng phần mềm PC-Covid
 - Tại các cổng, bộ phận sàng lọc của bệnh viện sẽ hỗ trợ quét mã QR.

Mạch: lần/p Nhiệt độ: °C Huyết áp: mmHg

Chẩn đoán: K35.9: Viêm ruột thừa cấp - không đặc hiệu(K35.9); Bệnh lý tăng huyết áp(I10); Suy dinh dưỡng vừa và nhẹ do thiếu protein - nặng lượng(E44); Bất thường của albumin(R77.0); U ác của manh tràng(C18.0)

Thuốc điều trị

1. Auclanityl 875mg + 125mg		10 viên	
Sáng: 1.00	Trưa: 0.00	Chiều: 1.00	Tối: 0.00
Ghi chú: uống			
2. Paracetamol (Acetaminophen)(Tatanol 500mg)		15 Viên	
Sáng: 1.00	Trưa: 0.00	Chiều: 1.00	Tối: 1.00
Ghi chú: Uống			

Lời dặn của bác sĩ:

- Uống thuốc theo toa và tái khám theo hẹn
- Toa từ 1 /04/2023

Toa cấp ngày 10 tháng 04 năm 2023
 Bác sĩ khám bệnh
 (Ký, ghi rõ họ tên)
 Hồ Đặng Đăng Khoa

Bàn luận

Case tương tự khám năm 2005

- BN nam 70 tuổi
- Ngày khám bệnh: 26/12/2005
- Lâm sàng: đau hố chậu phải cấp

06
06
F13

1Dist: 1.27cm
2Dist: 0.29cm
3Dist: 4.73cm
4Dist: 2.42cm

- Next
- SEL ch
- Locate
- Menu
- Clear

9123 2.5 R08 G56 C5

06
06
F11

21/22
5Hz

58/63
5Hz

1Dist: 1.25cm
2Dist: 1.38cm

- Next
- SEL ch
- Locate
- Menu
- Clear

9123 2.5 R08 G56 C5

9123 2.5 R08 G56 C5

1: Abdomen

DVA: 100%

06
06
F09

34/35
8Hz

49/50
10Hz

9123 2.5 R08 G57 C5

9123 2.5 R08 G57 C5

1: Abdomen

DVA: 100%

06
06
F11

93/96
10Hz

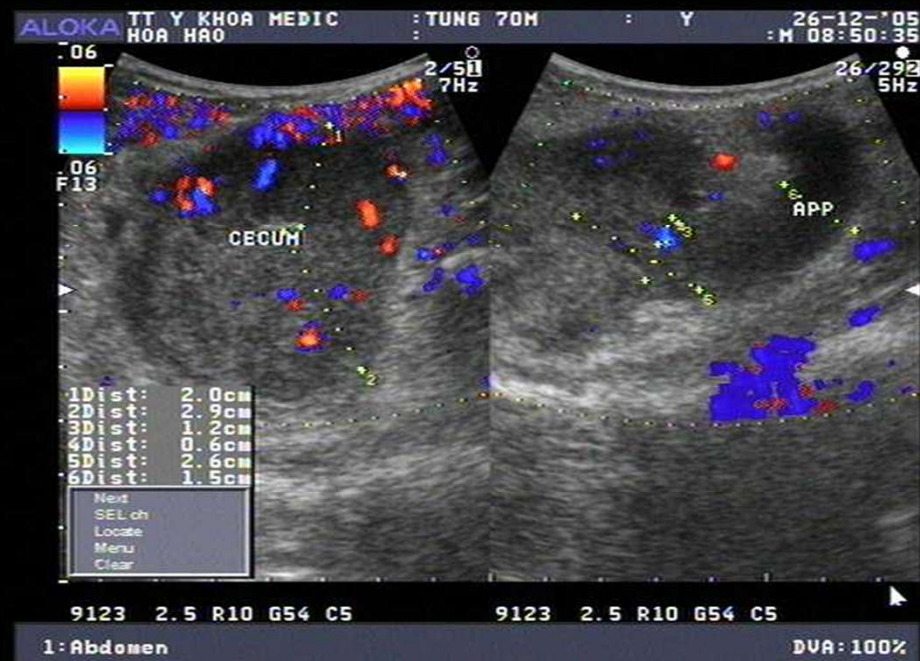
10/11
10Hz

9123 2.5 R08 G57 C5

9123 2.5 R08 G57 C5

1: Abdomen

DVA: 100%



- Chẩn đoán của SA và CT: U manh tràng gây ứ dịch ruột thừa
- Chẩn đoán sau mổ : Ruột thừa dẫn to, viêm cấp / K đại tràng phải lan rộng

Nguyên nhân viêm ruột thừa

- VRT là một cấp cứu vùng bụng với nguy cơ chung trong đời khoảng 8 %, thường xảy ra chủ yếu ở độ tuổi 10-20 tuổi
- Điểm đặc biệt của RT là có rất nhiều mô lympho ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc. Ở người trẻ mô lympho tạo thành lớp liên tục với các nang lympho. Ở người già mô lympho teo dần và biến mất, phần xa của RT cũng bị xơ hóa

- Ở người trẻ nguyên nhân thường là: sỏi phân làm tắc nghẽn lòng RT hoặc do tăng sản bạch huyết
- Ở người già thường xảy ra sau teo RT, xơ hóa thiếu máu cục bộ và u tân sinh.
- K manh tràng hay ĐT phải gây VRT chiếm # 2 % tổng số ca VRT

Khối u đại tràng phải gây VRT

Một số cơ chế được đề xuất

- Tác nghẽn vật lý lồng RT
- Tác nghẽn lòng ruột thừa do những biến đổi viêm xung quanh
- Tác nghẽn đại tràng phải ở xa dẫn đến tăng áp lực manh tràng

- Tỷ lệ mắc k đại tràng tăng gấp 38,5 lần trong số BN trên 40 tuổi bị VRT cấp
- Chỉ 18-38% k đại tràng gây VRT được chẩn đoán và cắt bỏ trong phẫu thuật ban đầu
- VRT xảy ra ở những thập kỷ sau của cuộc đời khả năng liên quan cao với bệnh lý ác tính tiềm ẩn

Chẩn đoán và những hạn chế của chẩn đoán hình ảnh

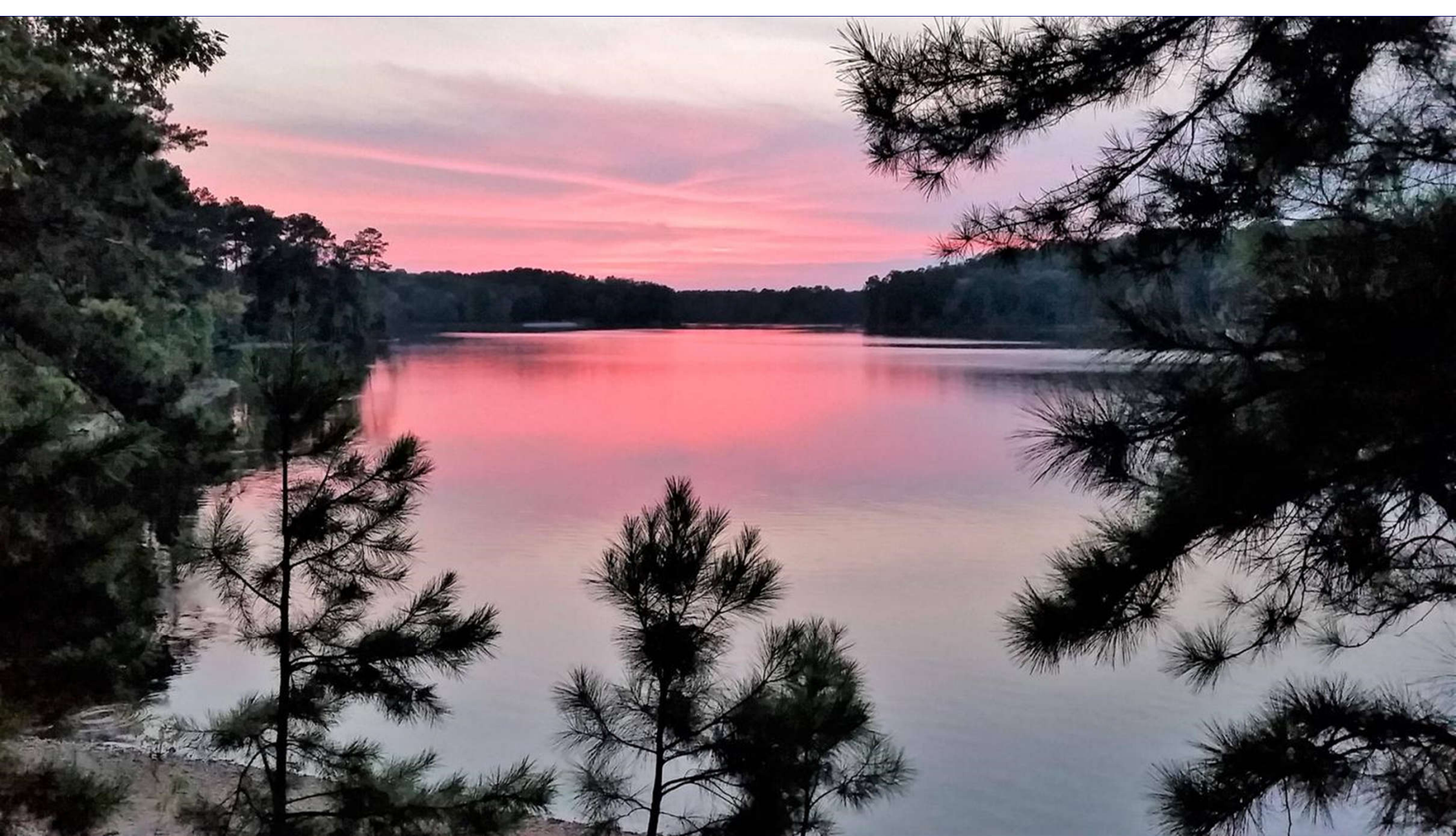
- CT có độ chính xác cao hơn 95 % để chẩn đoán VRT cấp, sỏi phân, bệnh lý ác tính của đại tràng và di căn
- Những hạn chế:
 - Hình ảnh ác tính của đại tràng thay đổi trong bối cảnh viêm cấp tính của VRT
 - Sự căng chướng và biến dạng của đại tràng thường gặp do khối u gây hẹp lòng và xâm nhiễm xung quanh

Kết luận

- VRT có thể là biểu hiện đầu tiên của k đại tràng
- Cần có sự nghi ngờ bệnh lý ác tính tiềm ẩn đối với BN VRT trên 40 tuổi
- Cần có sự hỗ trợ của CT
- Khuyến cáo của y văn: tất cả bệnh nhân VRT trên 40 tuổi nên được nội soi đại tràng 6 tuần sau phẫu thuật

Tài liệu tham khảo

- www.elsevier.com/locate/radcr
Case Report
Metastatic Cecal Adenocarcinoma presenting as acute appendicitis
Neel Shroff, MD, Peeyush Bhargava, MD MBA Department of Radiology, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX, 77555*
- **Annals of Clinical Case Reports**
1 2019 | Volume 4 | Article 1665
Appendicitis Secondary to Cecal Cancer
Thomas Carver, Department of Surgery, Division of Trauma and Critical Care, Medical College of Wisconsin, 8701 Watertown Plank Rd, Milwaukee, WI 53226, USA
- Metastasis to the appendix from adenocarcinoma of the ascending colon
A case report
Yingjie Li, MD, Mingshan Li, MD, Xiaoxia Li, MD, Haiquan Sang, MD, PhD*



CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý THEO DÕI CỦA QUÝ BÁC SĨ