

## NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC

Nguyễn Hưng Đạo\*, Trịnh Hồng Sơn\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả tiến hành trên 468 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán VPMRT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ 01/01/2015 đến 31/9/2017 tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc. **Kết quả và kết luận:** Bệnh chủ yếu gặp trong độ tuổi lao động 19-60; tỉ lệ nam/nữ tương đương; thời gian từ khi đau tới khi vào viện đa phần > 24 giờ; Tỉ lệ gặp RT vị trí bất thường là 13,2%; Các nguyên nhân gây VPMRT gặp phải bao gồm trình độ học vấn thấp, trẻ em dưới 5 tuổi, người già ≥ 60 tuổi, phụ nữ có thai, phẫu thuật ổ bụng từ trước; đa số các bệnh nhân có sốt chiếm 62,4%; tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng cơ năng đau bụng, một số bệnh nhân gặp tình trạng nôn, buồn nôn, rối loạn đại tiện; tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau và phản ứng thành bụng trên lâm sàng, triệu chứng hay gặp khác là bụng chướng và cảm ứng phúc mạc; đa số các bệnh nhân có tăng BCDNTT chiếm 79,3%; tỉ lệ làm xét nghiệm CRP là 10,2% trong đó tỉ lệ CRP tăng chiếm 93,75%; có 112 (23,9%) bệnh nhân được lấy mẫu cấy vi khuẩn; tỉ lệ phát hiện vi khuẩn E. Coli là 73,2%; Klebsiella là 5,4%; Pseudomonas 4,5%; Enterococcus là 1,8%; loại khác 9,8%.

**Từ khóa:** Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT)

### SUMMARY

#### DIAGNOSIS OF APPENDICEAL PERITONITIS IN NORTHERN MOUNTAINOUS HOSPITALS

**Objective:** To study the diagnosis of appendiceal peritonitis in some general hospitals in the Northern mountainous province. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study conducted on 468 cases of patients diagnosed with appendiceal peritonitis treated by laparoscopic surgery from January 1, 2015 to September 31, 2017 at northern mountainous hospital. **Results and conclusion:** The disease was mainly seen in the working age group 19-60; male/female ratio was equal; time from pain to surgery was mostly > 24 hours; The rate of abnormal position appendix was 13.2%; The causes of appendiceal peritonitis included low education level, children under 5 years old, elderly people ≥ 60 years

\*Bệnh viện Đa khoa Chiêm Hóa

\*\*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hưng Đạo

Email: bienpham1102@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2021

Ngày duyệt bài: 25/8/2021

old, pregnant women, previous abdominal surgery; most of the patients had fever accounted for 62.4%; all patients have symptoms of abdominal pain, some patients have vomiting, nausea, bowel disorders; All patients had clinical symptoms of abdominal pain and reaction, other common symptoms were abdominal distension and peritoneal tenderness; the majority of patients had an increase in neutrophil, accounting for 79.3%; the rate of doing CRP test is 10.2%, of which the rate of CRP increase accounts for 93.75%; 112 (23.9%) patient's sample were taken for bacterial cultures; the percentage of samples detecting bacteria accounted for 23.9%; E. Coli detection rate was 73.2%; Klebsiella 5.4%; Pseudomonas 4.5%; Enterococcus 1.8%; other 9.8%.

**Key words:** Appendiceal peritonitis (AP)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một trong những cấp cứu ngoại khoa gặp hàng đầu. Viêm phúc mạc (VPM) do viêm ruột thừa (VRT) là một biến chứng nặng hay gặp trong thực hành lâm sàng. Việc phẫu thuật và điều trị bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) sẽ tốn kém, khó khăn và để lại nhiều di chứng so với giai đoạn sớm. Các tỉnh miền núi phía Bắc với địa bàn rộng, có nhiều dân tộc khác nhau sinh sống, kinh tế nói chung còn nghèo, cùng với phong tục tập quán lạc hậu, giao thông đi lại không thuận lợi.... Tình hình y tế còn nhiều bất cập: thiếu nhân lực cũng như trang thiết bị dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán VPMRT. Việc chẩn đoán sớm VPMRT giúp đưa ra chỉ định mổ phù hợp đặc biệt với sự tiến bộ của y học trong ứng dụng phẫu thuật nội soi vào VPMRT. Do vậy việc phát hiện và chẩn đoán sớm VPMRT rất quan trọng trong việc giảm thiểu biến chứng và tỉ lệ tử vong của bệnh nhân.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán VPMRT (VPMRT, VPMKT, Áp xe RT) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ 01/01/2015 đến 31/9/2017 tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.

#### a. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là VPM do VRT, các bệnh nhân này có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của một VRT có biến chứng VPM được điều trị bằng PTNS tại 8 bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh là: Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Sơn La, Tuyên Quang.

- Các bệnh nhân này có chẩn đoán trong mổ và sau mổ đều là VPM do VRT.
- Những bệnh nhân này có hồ sơ đầy đủ các dữ liệu chẩn đoán trước mổ, cách thức phẫu thuật, kết quả theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ.
- Không có tiền sử mổ cũ từ hai lần trở lên hoặc bệnh nhân có đường mổ cả đường trắng giữa trên và dưới rốn
- Không có chống chỉ định trong phẫu thuật nội soi.
- Sau khi đã giải thích cho bệnh nhân hay người đại diện bệnh nhân về lợi ích và nguy cơ của phương pháp phẫu thuật nội soi, được họ đồng ý để tiến hành nghiên cứu.

**b. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không ghi chép đầy đủ các mục trong bệnh án mẫu nghiên cứu.
- Đám quán ruột thừa
- Chẩn đoán sau mổ là VPM do các nguyên nhân khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**a. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật theo một quy trình kỹ thuật thống nhất do các phẫu thuật viên của 8 bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh là Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Sơn La, Tuyên Quang thực hiện.

**b. Các chỉ tiêu nghiên cứu.** Bệnh nhân được ghi nhận trong bệnh án từ khi vào viện cho đến khi ra viện theo cùng một mẫu bệnh án nghiên cứu. Khám lại sau 3 tháng thông qua khám trực tiếp hoặc qua điện thoại.

**Đặc điểm chung**

- Tuổi, giới
- Thời gian bị bệnh đến khi được mổ

**Triệu chứng lâm sàng**

- Triệu chứng toàn thân VPMRT
- Triệu chứng cơ năng VPMRT
- Triệu chứng thực thể VPMRT

Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm CTM, CRP
- Siêu âm ổ bụng
- Nuôi cấy vi khuẩn

**c. Thu thập thông tin và xử lý số liệu.**

**Thu thập thông tin.** Tất cả các bệnh nhân được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất gồm toàn bộ các chỉ tiêu nghiên cứu nêu trên. Việc thu thập thông tin do trực tiếp các phẫu thuật viên tham gia phẫu thuật tại 8 Bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi: Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Sơn La, Tuyên Quang.

**Phương pháp xử lý số liệu**

- Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng

phần mềm SPSS 18.

- Sử dụng các test thống kê y học thích hợp

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành thông qua đồng thuận của hội đồng đạo đức viện nghiên cứu 108.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

Tuổi	Số bệnh nhân (n=468)	Tỷ lệ %
≤18	108	23,1
19 - 30	95	20,3
31-59	202	43,2
≥ 60	63	13,5
Trung bình	35,90 ± 20,04 (2-87)	

**- Phân bố bệnh nhân theo giới tính:** Nam 48,5%; Nữ: 51,5%

**Bảng 2. Thời gian bệnh nhân đau đến lúc vào viện**

Thời gian (giờ)	Số bệnh nhân (n=468)	Tỷ lệ %
Dưới 6 giờ	15	3,2
6-12 giờ	43	9,2
>12-24 giờ	103	22,0
>24-48 giờ	182	38,9
>48-72 giờ	84	17,9
>72 giờ	41	8,8
Trung bình ± SD (min-max)	41,52 ± 36,74 (3-321)	

**Bảng 3. Vị trí ruột thừa**

Vị trí ruột thừa	Số bệnh nhân (n=468)	Tỷ lệ %
Hố chậu phải	406	86,8
Hố chậu phải dưới manh tràng	1	0,2
Hố chậu phải quặt sau manh tràng	7	1,5
Hố chậu phải quặt ngược sau hồi tràng	1	0,2
Sau manh tràng	29	6,2
Tiểu khung	18	3,8
Dưới gan	4	0,9
Tiểu khung góc HCP	1	0,2
Dính thành bụng sau bên	1	0,2

**Bảng 4. Các nguyên nhân do VRT trên bệnh nhân có nguy cơ cao**

Các yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân (n=468)	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn thấp (mù chữ hoặc chỉ biết viết)	65	13,9
Trẻ em dưới 5 tuổi	22	4,7
Người già ≥ 60 tuổi	63	13,5
Phụ nữ có thai	4	0,9

Phẫu thuật lấy thai từ trước	11	2,4
Phẫu thuật ổ bụng khác từ trước	7	1,4

**Bảng 5. Triệu chứng toàn thân**

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n=468)	Tỉ lệ (%)
Tinh thần	Tinh táo	468	100
Sốt	Không sốt (<37,5°C)	176	37,6
	Sốt nhẹ (37,5°C-38°C)	193	41,2
	Sốt cao (>38°C)	99	21,2

**Bảng 6. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n=468)	Tỉ lệ (%)
Vị trí	Đau vùng hố chậu phải	432	92,3
	Đau thượng vị	50	10,7
	Đau hạ sườn phải	12	2,6
	Đau quanh rốn	125	26,7
	Đau hạ vị	28	6,0
	Hố chậu trái	2	0,4
	Đau nhiều vị trí	236	50,4
Buồn nôn và nôn		146	31,2
Bí trung tiện		25	5,3
Bí đại tiện		30	6,4

**Bảng 7. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n=468)	Tỉ lệ (%)
Bụng chướng	Chướng nhiều	11	2,4
	Chướng vừa	18	3,8
	Chướng ít	132	28,2
Đau hố chậu phải		468	100,0
Phản ứng thành bụng HCP		468	100,0
Cảm ứng phúc mạc		196	41,9
Cơ cứng thành bụng		5	1,1
Sờ thấy khối trong ổ bụng		11	2,4
Thăm trực tràng có đau		18	3,8

**Bảng 8. Số lượng bạch cầu, tỉ lệ BCDNTT và phản ứng CRP**

Số lượng bạch cầu, tỉ lệ BCDNTT và CRP		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	
Bạch cầu (n=468)	Số lượng bạch cầu	≤ 4G/L	2	0,4
		4G/L - 10G/L	95	20,3
		≥ 10G/L	371	79,3
	Tỉ lệ BCDNTT	<70%	56	12,0
	≥ 70%	412	88,0	
CRP (n=48)	Có	< 5	3	6,25
		≥ 5	45	93,75

**Bảng 9. Hình ảnh siêu âm ổ bụng**

Hình ảnh siêu âm		Số bệnh nhân (n=468)	Tỉ lệ (%)
Dịch ổ bụng	Có	80	17,1
	Không	388	82,9
Kích thước ruột thừa	Không to	7	1,5
	To	220	47,0
Dày thành RT siêu âm	Không thấy	241	51,5
	Thấy	81	17,3
Thâm nhiễm mỡ RT		214	45,7
Dày thành manh tràng		8	1,7
RT vỡ trên SA		1	0,2
Khối khu trú vùng HCP		30	6,4
Ap xe RT		3	0,6
Sỏi phân		17	3,6

**Bảng 10. Số lượng vi khuẩn trên/máu**

N=101(+)/112		
Nuôi cấy âm tính	n	%
1 vk	97	86,6
2 vk	3	2,7
≥ 3 vk	1	0,9
<b>Tổng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Bảng 11. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn**

Loại vi khuẩn	Số bệnh nhân (n=112)	Tỉ lệ (%)
Ecoli	82	73,2
Klebsiella	6	5,4
Phế cầu	0	0
Acinetobacter	0	0
Pseudomonas	5	4,5
Enterococcus	2	1,8
Tụ cầu	0	0
Khác	11	9,8

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 468 bệnh nhân được PTNS VPMRT tại các viện tỉnh miền núi phía Bắc có độ tuổi trung bình 35,90 ± 20,04 thấp nhất là trẻ em 2 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Độ tuổi 31-60 chiếm tỉ lệ cao nhất 43,2%; độ tuổi ≤18 chiếm tỉ lệ 23,1%; độ tuổi 19-30 chiếm 20,3%; độ tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ thấp nhất 13,5%. Như vậy lứa tuổi hay gặp nhất là trong khoảng 19-60 tuổi chiếm 63,5%. Đây là lứa tuổi lao động chính của xã hội điều này cho thấy sự ảnh hưởng của VPMRT với năng suất lao động xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được tỉ lệ nam nữ gần tương đương nhau: nam chiếm 48,5%; nữ chiếm 51,5%; tỉ lệ nam/nữ 0,94. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với các tác giả Ndofor, Elhadidi, Gomes

[1], [2], [3].

Như vậy VPMRT có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy các thống kê có kết quả khác nhau nhưng đa số các báo cáo đều ghi nhận lứa tuổi 20-60 chiếm tỉ lệ cao nhất. Có sự khác biệt về phân bố giới giữa các nghiên cứu trong khi đa số chỉ ra tỉ lệ gặp VPMRT ở nam cao hơn nhưng nghiên cứu của chúng tôi lại chỉ ra tỉ lệ nam/nữ gần tương đương có thể do đặc trưng vùng miền.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng VPMRT

**4.2.1. Thời gian viêm ruột thừa.** Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra bệnh lý VPM RT thường tiến triển sau 24 giờ, nhưng vẫn có một tỉ lệ không nhỏ bệnh nhân VPMRT sớm trước 12 giờ. Do đó chúng tôi phân mốc thời gian dưới 6 giờ; 6-12 giờ, 12-24 giờ, 24-48 giờ, 48-72 giờ, > 72 giờ để cảnh báo VPMRT có thể xảy ra sớm trước 24 giờ và các bác sĩ khám bệnh không nên chủ quan bỏ qua triệu chứng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi Đa số các bệnh nhân có thời gian từ khi đau tới lúc được vào viện là trong khoảng 24-48 giờ chiếm 38,9%; tỉ lệ bệnh nhân đau từ 12-24 giờ chiếm 22,0%; tỉ lệ bệnh nhân đau từ 48-72 giờ chiếm 17,9%; tỉ lệ bệnh nhân đau > 72 giờ chiếm 8,8%; tỉ lệ bệnh nhân đau tới khi vào viện 6-12 h chiếm 3,2%; tỉ lệ bệnh nhân đau <6h thấp chiếm 3,2%. Thời gian đau tới khi được vào viện trung bình là 41,52 giờ. Tỉ lệ VPMRT trước 24 giờ là 34,4% là một tỉ lệ không nhỏ để bị bỏ sót. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Sheu B.F. (2007) [4].

Như vậy vì nhiều lý do khác nhau từ phía BN cũng như từ thầy thuốc mà thời gian từ khi BN bắt đầu có triệu chứng đau đến khi được phẫu thuật khá dài dẫn tới tăng nguy cơ VPMRT.

#### 4.2.2. Các yếu tố nguy cơ gây VPMRT

**Vị trí ruột thừa bất thường.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được Đa số ruột thừa của bệnh nhân nằm ở vị trí bình thường ở hố chậu phải chiếm 86,8%; có 13,2% ruột thừa ở vị trí bất thường trong đó sau manh tràng chiếm 6,2%; trong tiểu khung chiếm 3,8%; hố chậu phải quặt ngược sau manh tràng chiếm 1,5%; dưới gan chiếm 0,9%; hố chậu phải dưới manh tràng hoặc hố chậu phải quặt ngược sau hồi tràng hoặc tiểu khung góc hố chậu phải hoặc dính thành bụng sau bên chiếm 0,2%.

**Các yếu tố nguy cơ cao.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ các yếu tố nguy cơ cao gây VRT trên bệnh nhân bao gồm: trình độ học vấn thấp chiếm 13,9%; trẻ em chiếm 4,7%; người già chiếm 13,5%; phụ nữ có thai chiếm 0,9%; phẫu thuật lấy thai tử trước 2,4%, phẫu thuật ổ

bụng khác tử trước 1,4%.

#### 4.2.3. Triệu chứng toàn thân VPM RT

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi tiếp nhận các bệnh nhân đều vào viện trong trạng thái tỉnh táo; có 37,6% bệnh nhân không sốt, tỉ lệ sốt nhẹ chiếm 41,2% và sốt cao chiếm 21,2%..

**4.2.4. Triệu chứng cơ năng VPM RT.** Đau bụng là triệu chứng cơ năng cảnh báo trước tất cả các bệnh lý về ổ bụng, các BN thường khởi phát đau ở vùng thượng vị hay cạnh rốn sau đó khu trú ở hố chậu phải. Đau âm ỉ liên tục và tăng dần. Đau có thể giảm đi một thời gian khi RT bị vỡ (do giảm áp lực trong lòng RT), nhưng ngay sau đó đau sẽ lan tỏa khắp bụng biểu hiện tình trạng VPM- đây là triệu chứng cơ năng thường gặp và dẫn tới việc bệnh nhân phải nhập viện. Khi có tình trạng VPMRT bệnh nhân sẽ có thể xuất hiện các triệu chứng của ứ tắc đường tiêu hóa như nôn, buồn nôn, bí trung, đại tiện, rối loạn tiêu hóa.

Chúng tôi ghi nhận tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng trong đó đa số bệnh nhân đau bụng vùng hố chậu phải chiếm 92,3%; đau quanh rốn chiếm 23,7%; đau thượng vị chiếm 10,7%; đau hạ vị chiếm 6,0%; đau hạ sườn phải chiếm 2,6%; đau nhiều vị trí chiếm 50,4%. Tỉ lệ buồn nôn và nôn chiếm 31,2%; tỉ lệ bí trung tiện 5,3%; tỉ lệ bí đại tiện chiếm 6,4%.

Kramer (1999) nghiên cứu có 22% BN bị VRT vỡ mủ, nhưng có tỉ lệ 31% cắt RT âm tính ở những BN có triệu chứng kéo dài > 48 giờ. Triệu chứng đau dài hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm VRT vỡ mủ: ở BN có thời gian đau < 12 giờ chỉ có 9% là vỡ mủ, nhưng tỉ lệ 20% BN VRT vỡ có đau 12-24 giờ, tỉ lệ 25% BN RT vỡ có thời gian đau 24-72 giờ và tỉ lệ 22% BN VRT vỡ có thời gian đau kéo dài 2-7 ngày [5].

#### 4.2.5. Triệu chứng thực thể của VPM.

Nghiên cứu của chúng tôi thu được triệu chứng thực thể thường gặp nhất là đau hố chậu phải, phản ứng thành bụng HCP 100% ngoài ra còn có Tỉ lệ bệnh nhân có chướng bụng chiếm 34,4% trong đó 2,4% bệnh nhân chướng bụng nhiều; 3,8% bệnh nhân chướng bụng vừa và 28,2% bệnh nhân chướng bụng ít. Tỉ lệ bệnh nhân có đau và phản ứng thành bụng HCP là 100%. Không có bệnh nhân nào tăng cảm giác da vùng HCP. Tỉ lệ bệnh nhân có cảm ứng phúc mạc là 41,9%; tỉ lệ bệnh nhân có co cứng thành bụng là 1,1%; có 2,4% bệnh nhân khi thăm khám có sờ thấy khối trong ổ bụng; tỉ lệ bệnh nhân được thăm trực tràng có đau chiếm 3,8%.

Bickell (2005) những yếu tố nguy cơ gây VPMRT là: nam giới, thời gian đau  $\geq$  36 giờ, tuổi

≥ 65, nhiệt độ cơ thể ≥ 38,9 độ C [6].

Sheu (2007) ghi nhận những yếu tố nguy cơ dẫn tới VPMRT là: nam giới, sốt > 38 độ C, suy nhược cơ thể, thời gian khởi bệnh và thời gian nằm theo dõi tại phòng cấp cứu kéo dài, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính > 76% và RT nằm ở vị trí sau manh tràng. Dấu hiệu đau lan tỏa, tăng cảm giác ở hố chậu phải gặp ở 86,7%, và cũng chỉ có 75,7% BN có phản ứng hố chậu phải và tỉ lệ RT nằm sau manh tràng là 18,4% [4].

Thăm khám lâm sàng vẫn là quyết định chẩn đoán VPMRT tuy nhiên vẫn có những sai khác giữa chẩn đoán trước và sau mổ. Do đó cần có thêm sự trợ giúp từ các phương tiện cận lâm sàng đặc biệt là siêu âm giúp chẩn đoán xác định chính xác.

#### 4.2.6. Đặc điểm cận lâm sàng

##### 4.2.6.1. Số lượng bạch cầu và CRP

**Số lượng bạch cầu.** Đặc trưng của VPM RT là tình trạng tăng số lượng bạch cầu thể hiện quá trình viêm cấp hệ thống. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tăng bạch cầu ≥ 10G/L chiếm 79,3%; tỉ lệ hạ bạch cầu ≤ 4G/L chiếm 0,4%, tỉ lệ bệnh nhân có bạch cầu bình thường 4-10 G/L là 20,3%; tỉ lệ tăng % bạch cầu đa nhân trung tính ≥ 70% chiếm 88,0%.

Elhadidi (2020) nghiên cứu trên 120 BN VPMRT có số lượng bạch cầu trung bình là 16,1 ± 1,5 G/L ở nhóm được PTNS [2].

Như vậy số lượng bạch cầu tăng là một dấu hiệu có giá trị giúp chẩn đoán VPMRT. Số lượng bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi tăng cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác.

**CRP.** Trong nghiên cứu của chúng tôi do điều kiện trang thiết bị hạn chế nên chỉ có 48 (10,2%) bệnh nhân được làm xét nghiệm CRP trong đó tỉ lệ bệnh nhân có tăng CRP ≥ 5 chiếm 9,6%.

Tác giả Salem (2007) nhận xét tăng đồng bộ cả CRP và bạch cầu > 10G/L luôn là dấu hiệu rất có giá trị giúp chẩn đoán các trường hợp VRT có biến chứng [8].

Theo một số tác giả số lượng bạch cầu là xét nghiệm có giá trị hơn CRP trong chẩn đoán VRT cấp nhưng ngược lại CRT có giá trị cao hơn trong chẩn đoán các trường hợp VPMRT. Tuy nhiên do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên chưa thể khẳng định chắc chắn vai trò CRP trong chẩn đoán VPMRT.

4.2.6.2. Siêu âm. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được dữ kiện siêu âm của tất cả các bệnh nhân cho thấy sự phổ biến của siêu âm tại các tỉnh miền núi phía Bắc trong chẩn đoán VPMRT nói riêng và trong các bệnh lý khác nói chung. Những dấu hiệu trên siêu âm giúp

chẩn đoán VPMRT bao gồm: hình ảnh RT bệnh lý, VRT được định hướng chẩn đoán khi xuất hiện hình ảnh cấu trúc hình ống đờ không xẹp, cấu trúc này ít di động trên mặt cắt ngang với thành RT và hình ảnh có dịch trong khoang phúc mạc là rất có giá trị chẩn đoán xác định VPMRT do RT, ngoài ra có thể quan sát hình ảnh khối khu trú, áp xe RT, sỏi phân, tuy nhiên việc chẩn đoán xác định phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cũng như kết hợp với các dữ kiện lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân có dịch ổ bụng trên siêu âm là 17,0%; tỉ lệ ruột thừa tăng kích thước quan sát được trên siêu âm là 47,0%; tỉ lệ siêu âm ghi nhận dày thành RT siêu âm 17,3%; thâm nhiễm mỡ RT 45,7%; dày thành manh tràng 1,7%; RT vỡ trên SA 0,2%; khối khu trú vùng HCP là 6,4%; áp xe ruột thừa là 0,6%; sỏi phân là 3,6%.

Như vậy siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng nhiều nhất phù hợp với điều kiện vật chất trang thiết bị của các địa phương và kinh tế của BN. Chụp CLVT sẽ được sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán khó khăn do độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn.

##### 4.2.6.3. Đặc điểm vi khuẩn trong mẫu bệnh phẩm và sử dụng kháng sinh

Nghiên cứu của chúng tôi có 112 (23,9%) bệnh nhân được lấy mẫu cấy vi khuẩn; tỉ lệ cấy không mọc là 2,4%; tỉ lệ mẫu phát hiện vi khuẩn khi nuôi cấy chiếm 21,5%; tỉ lệ phát hiện vi khuẩn E. Coli là 17,5%; Klebsiella là 1,3%; Pseudomonas 1,1%; Enterococcus là 0,4%; loại khác 2,4%.

Các trường hợp nuôi cấy không mọc có thể do mẫu thực sự không có vi khuẩn hoặc mẫu có vi khuẩn kị khí nhưng nuôi cấy trong môi trường hiếu khí nên không phát hiện được. Do đó chúng tôi thường kết hợp sử dụng kháng sinh nhóm 5-nitro-imidazol để kháng chủng kị khí.

## V. KẾT LUẬN

Việc chẩn đoán chính xác và phát hiện sớm VPMRT tại các tỉnh miền núi phía Bắc đã có nhiều tiến bộ góp phần vào việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong VPMRT để giảm thiểu biến chứng và tăng cường chất lượng sống cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B Ndofor (2016)**, "Comparing laparoscopic appendectomy to open appendectomy in managing generalised purulent peritonitis from complicated appendicitis: the uncharted path", S Afr J Surg pp. 30-34.
2. **Amro Elhadidi (2020)**, "Laparoscopicvs open appendectomy in the management of appendicitis complicated by generalized peritonitis: a

- prospective randomized trial", The Egyptian Journal of Surgery, pp. 429-437.
3. **Carlos Augusto Gomes (2020)**, "Laparoscopic versus open approach for diffuse peritonitis from appendicitis ethiology: a subgroup analysis from the Physiological parameters for Prognosis in Abdominal Sepsis (PIPAS) study", Updates in Surgery, pp. 1-7.
  4. **Sheu B.F. (2007)**, "Risk factors associated with perforated appendicitis in elderly patients presenting with signs and symptoms of acute appendicitis", ANZ J. Surg., pp. 662-666.
  5. **Matthias Kraemer (1999)**, "Perforating Appendicitis: is it a Separate Disease?", Eur J Surg., pp. 473-480.
  6. **Nina A Bickell (2005)**, "How Time Affects the Risk of Rupture in Appendicitis", J Am Coll Surg., pp. 401-406.
  7. **S. Towfigh (2006)**, "Laparoscopic appendectomy significantly reduces length of stay for perforated appendicitis", Surg Endosc., pp. 495-499.
  8. **Ta Salem (2007)**, "Prospective study on the role of C-reactive protein (CRP) in patients with an acute abdomen", Ann R Coll Surg Engl, pp. 233-237.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH LÂM SÀNG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU Ở BỆNH NHÂN TÁO BÓN DO CƠ THẮT CƠ MỤ TRỰC TRÀNG (ANISMUS)

Đặng Mai Quỳnh<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>2</sup>, Hoàng Đình Âu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang từ 7/2020 – 7/2021. **Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng được thăm khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Có 16 nữ, 14 nam độ tuổi trung bình là 46,4 ± 16,8. Rặn, gắng sức khi đi đại tiện lớn hơn ¼ số lần là triệu chứng phổ biến nhất với 96,67%. Tỷ lệ triệu chứng phân vón cục lớn nhón hoặc cứng và cần sự trợ giúp khi đi đại tiện lần lượt là 93,33% và 86,67% với điểm Rome IV để đánh giá táo bón trung bình là 4,17 ± 1,085. Có sự khác biệt đáng kể về các số đo của góc hậu môn trực tràng (ARA), độ hạ sàn chậu (M), độ mở ống hậu môn, chiều dài (H) và độ dày của cơ mu trực tràng qua các thì nghỉ, valsava, tổng phân phù hợp những đặc điểm của bệnh lý cơ thắt cơ mu trực tràng. **Kết luận:** Cộng hưởng từ động học sàn chậu đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng.

**Từ khóa:** cơ thắt cơ mu trực tràng, cộng hưởng từ động học sàn chậu, táo bón, Rome IV

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES AND MAGNETIC RESONANCE DEFECOGRAPHY IN PATIENTS WITH ANISMUS

**Objective:** We describe clinical and characteristics dynamic MR defecography in patients with anismus. **Methods:** Describing cross-study from 07/2020 to

07/2021. **Research object:** The patient has been clinically diagnosed as constipation because anismus, who were indicate magnetic resonance defecography at Ha Noi Medical University Hospital. **Results:** This study included 16 females and 14 males; the mean age is 46,4 ± 16,8 years old. Straining more than one – fourth (25%) of during defecations is the most common symptom (96,67%). The prevalence of lumpy or hard stools and manual maneuvers to facilitate is 93,33% and 86,67% with the average Rome IV score for diagnosing constipation is 4,17 ± 1,085. There were significant differences in measurements of length (H) and thickness of the puborectalis muscle, anorectal angle (ARA), pelvic floor descent (M), and anal canal opening cross the phases rest, valsava, and defecation and prolonged defecation time were consistent with the features of anismus pathology. **Conclusion:** constipation because anismus has typical sex, age, and MRI features.

**Keywords:** MR defecography, constipation, Anismus, Rome IV.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một vấn đề lâm sàng thường gặp, gây ảnh hưởng đến 20% dân số [1] có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và gây ra các áp lực về tâm lý đáng kể. Táo bón có nhiều nguyên nhân, tuy nhiên sự phối hợp bất thường dẫn đến giãn không đầy đủ hoặc cơ thắt nghịch lý của các cơ vùng sàn chậu là cơ mu trực tràng và cơ thắt hậu môn khi cố gắng tổng phân trong trực tràng là một nguyên nhân quan trọng [2]. Chẩn đoán táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng được đưa ra dựa trên lâm sàng với các triệu chứng và thang điểm đánh giá riêng nhưng để xác định chính xác nguyên nhân đôi khi còn gặp khó khăn, cần sự hỗ trợ thêm của các phương pháp khác trong đó có chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán hình ảnh đối với vùng sàn chậu bao

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021