

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thanh Nhân, Trần Thế Hưng và Dương Thị Hồng** (2016), "Kiến thức về bệnh đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2", Tạp chí Y học cộng đồng, 31, tr. 69-71.
2. **Đoàn Thị Hồng Thủy, Ngô Huy Hoàng** (2019), "Thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La", Tạp chí Khoa học Điều Dưỡng, 2 (3), tr. 42-54.
3. **Phạm Thị Hoàng Yến, Đỗ Thị Hạnh** (2022), "Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa Nội thận – Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 527 (1), tr.133-136.
4. **American Diabetes Association Professional Practice Committee** (2022), "Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical
- Care in Diabetes", Diabetes Care 1, 45 (Supplement 1), p.17-38.
5. **Culic J. and M.J.C.a. Leppée** (2014). "From Morisky to Hill-bone: self-reports scales for measuring adherence to medication", Coll Antropol, 38(1), p. 55-62.
6. **Franz M., Bantle J.P. et al** (2002), "Evidence - based Nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications", Diabetes care, 25 (1), p.148- 198.7
7. **Ng SH, Chan KH, Lian ZY, Chuah YH, Waseem AN, Kadirvelu A** (2012), "Reality vs. Illusion: Knowledge, attitude and practice among diabetic patients", Int J Collaborat Res Internal Med Public Health, 4 (5), p. 723-732.
8. **Speight J & Bradley C** (2001) The ADKNowl: Identifying knowledge deficits in diabetes care. Diabetic Medicine, 18 (8), p. 626-633.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP KHÔNG BIẾN CHỨNG BẰNG KHÁNG SINH

Mai Văn Đợi¹, Phạm Văn Năng^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa cấp thường gặp trong cấp cứu bụng, nguy cơ mắc khoảng 7-8%. Phẫu thuật cắt ruột thừa là điều trị chủ yếu, tỉ lệ tử vong từ 0,7-2,4% có và không có biến chứng. Hiệu quả điều trị viêm ruột thừa không biến chứng bằng kháng sinh thành công cao (75-85%) trong 1 năm theo dõi đã được chứng minh. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả 136 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 8/2022 đến 2/2025. **Kết quả:** Nam/nữ = 6:7, tuổi trung bình: 38,5±13,7 tuổi. Thời gian khởi phát bệnh, nằm viện và nghỉ ốm trung bình lần lượt là 24,8±20,3 giờ, 2,85±0,84 ngày và 4±0,5 ngày. Trong 24 giờ theo dõi, 2 trường hợp phẫu thuật cấp cứu (1,47%). Nội soi đại tràng bình thường chiếm 88,2% và 11,8% polyp đại tràng (polyp tuyến ống). Trong 1 năm theo dõi, tỉ lệ tái phát, thất bại và tử vong lần lượt là 17,6%; 19,12% và 0%. **Kết luận:** Điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh an toàn và khả thi. 24 giờ đầu điều trị cần theo dõi sát để phát hiện và phẫu thuật cấp cứu các trường hợp thất bại.

Từ khóa: Điều trị bảo tồn, viêm ruột thừa cấp, kháng sinh.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Năng

Email: pvnang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

SUMMARY

EVALUATION OF ANTIBIOTIC TREATMENT OUTCOMES IN UNCOMPLICATED ACUTE APPENDICITIS

Background: Acute appendicitis is common in abdominal emergencies, with a risk of about 7-8%. Appendectomy is the main treatment, with a mortality rate of 0.7-2.4% with and without complications. The success rate of treating uncomplicated appendicitis with antibiotics is high (75-85%) in 1 year of follow-up has been proven. **Objective:** To evaluate the results of conservative treatment of uncomplicated acute appendicitis with antibiotics. Subjects and methods: Prospective, descriptive study of 136 patients with acute appendicitis at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from August 2022 to February 2025. **Results:** Male/female = 6:7, mean age: 38.5±13.7 years old. The average time of disease onset, hospitalization and sick leave were 24.8±20.3 hours, 2.85±0.84 days and 4±0.5 days, respectively. During 24 hours of follow-up, 2 cases underwent emergency surgery (1.47%). Normal colonoscopy accounted for 88.2% and 11.8% of colon polyps (tubular polyps). During 1 year of follow-up, the recurrence, failure and mortality rates were 17.6%; 19.12% and 0%, respectively. **Conclusion:** Treatment of uncomplicated acute appendicitis with antibiotics is safe and feasible. Close monitoring is needed in the first 24 hours of treatment to detect and perform emergency surgery in cases of failure.

Keywords: Conservative treatment, acute appendicitis, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là nguyên nhân đau

bụng cấp cần nhập viện cấp cứu phổ biến. Phẫu thuật cắt ruột thừa là điều trị tiêu chuẩn viêm ruột thừa cấp với giả định ruột thừa viêm sẽ tiến triển từ không đến có biến chứng nếu không phẫu thuật. Ruột thừa viêm có thể thoái lui và không cần điều trị bằng phẫu thuật hay kháng sinh đã được chứng minh trong một số nghiên cứu. Chỉ định cắt ruột thừa trở nên rộng rãi hơn với sự ra đời phẫu thuật nội soi, tăng nguy cơ cắt ruột thừa không viêm, có thể có biến chứng sau mổ [1]. Nhiều câu hỏi đã được đặt ra về tính cần thiết của phẫu thuật trong mọi trường hợp, đặc biệt là viêm ruột thừa không biến chứng [2]. Điều trị bằng kháng sinh khả thi với 75-85% viêm ruột thừa không biến chứng. Thử nghiệm lâm sàng CODA (2020), đánh giá điều trị bằng kháng sinh và phẫu thuật trên 1.552 bệnh nhân, kết quả điều trị kháng sinh không thua kém so với phẫu thuật [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh” tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân viêm ruột thừa cấp không biến chứng tuổi từ 18-60 điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 08/2022 đến 05/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tuổi từ 18 đến 60 tuổi; ASA I, II

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Chụp cắt lớp vi tính với hình ảnh viêm ruột thừa và chưa ghi nhận biến chứng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.

CT-scan: viêm ruột thừa có biến chứng (viêm phúc mạc hoặc áp xe ruột thừa), chẩn đoán khác, sỏi phân trong ruột thừa, ruột thừa thủng, khí tự do trong xoang bụng, nghi ngờ u ruột thừa

Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính như: suy thận, suy gan, tim mạch nặng, bệnh nội khoa được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch.

Chống chỉ định sử dụng kháng sinh hoặc bệnh nhân đang sử dụng kháng sinh để điều trị một bệnh lý khác.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Điều trị bảo tồn. 24-72 giờ đầu:

- Tiết chế ăn uống (nhịn hoặc ăn lỏng ít), truyền dịch trong 24 giờ đầu

- Kháng sinh tĩnh mạch: Ertapenem 1g/ngày x 3 ngày.

- Theo dõi sát sinh hiệu, triệu chứng lâm sàng (2 lần/ngày), xét nghiệm huyết đồ và CRP sau 24 giờ, siêu âm ổ bụng lần 2 sau 48 giờ.

Sau 72 giờ: Chuyển kháng sinh đường uống: Levofloxacin 500mg/ngày + Metronidazole 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Chuyển phẫu thuật: Lâm sàng nặng lên sau 24 giờ (sốt, đau bụng tăng và cảm ứng phúc mạc) hoặc không cải thiện sau 48 giờ (sốt, đau bụng, bạch cầu không giảm).

- Xuất viện: Hết đau/giảm đau rõ, ăn uống được, không sốt, bạch cầu giảm.

- Điều trị thành công: Cải thiện lâm sàng, xuất viện không phẫu thuật, không tái phát trong thời gian theo dõi 1 năm

- Thất bại: Triệu chứng không thuyên giảm/nặng hơn hoặc biến chứng (áp xe, viêm phúc mạc).

Thời gian theo dõi: 1 tuần, 1 tháng, 1 năm sau xuất viện.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới tính. Đặc điểm lâm sàng: thời gian khởi phát, vị trí đau. Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm máu, hình ảnh trên siêu âm và CT scan bụng. Đánh giá kết quả điều trị: diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng, tỉ lệ chuyển mổ cấp cứu trong thời gian nằm viện, thời gian nằm viện, thời gian nghỉ ốm, kết quả nội soi đại tràng, tỉ lệ tái phát và thành công.

Phương pháp thu thập số liệu. Xây dựng bảng thu thập số liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án, thăm khám và kết quả cận lâm sàng.

Phương pháp xử trí và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung. Từ tháng 8/2022 đến 2/2025, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ tiến hành nghiên cứu 136 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp không biến chứng và điều trị bằng kháng sinh. Kết quả cho thấy:

Phân bố giới tính: 63 nam (46,3%) và 73 nữ (53,7%), tỉ lệ nam/nữ $\approx$ 6/7.

Độ tuổi: Trung bình $38,5 \pm 13,7$ tuổi, bệnh nhân trẻ nhất 16 tuổi và lớn nhất 75 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả	
	Tần số(n)	Tỉ lệ(%)
Lý do nhập viện		
Đau quanh rốn + thượng vị	51	37.5
Đau hố chậu phải	76	55.9

Đau hạ vị	9	6,6
Thời gian khởi phát	23 ± 26 (3-120) giờ	
Sốt	17	12,5
Buồn nôn	15	11
Chán ăn	40	29,4
Điểm đau Mc-Burney (+)	118	86,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện do đau hố chậu phải (55,9%), thời gian khởi phát trung bình: 24,8±20,3 giờ. Dấu hiệu McBurney (+) chiếm 86,8%. Các triệu chứng sốt (12,5%), buồn nôn (11%) và chán ăn (29,4%) ít gặp hơn.

Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng			Kết quả	
			Tần số(n)	Tỉ lệ(%)
Chỉ số bạch cầu>10000 (k/ μ L)			91	66,9
Chỉ số CRP (mg/L)		< 10	56	41,2
		$\geq$ 10	80	58,8
Siêu âm	Đường kính RT	< 6 mm	1	0,7
		6-8 mm	69	50,7
		>8mm	66	48,6
	Dịch quanh RT		15	11
	Thâm nhiễm mỡ		122	89,7
CT – scan	Đường kính RT	< 6mm	0	0
		6-8 mm	38	27,9
		> 8 mm	98	72,1
	Dịch quanh RT		5	3,7
	Thâm nhiễm mỡ		110	80,9

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chỉ số bạch cầu >10.000 k/ μ L chiếm 66,9%, Tỉ lệ CRP ≥ 10 mg/L chiếm 58,8%. Trên siêu âm, hầu hết ruột thừa có đường kính ≥6 mm, trong đó 50,7% từ 6-8 mm và 48,6% >8 mm, dịch quanh ruột thừa phát hiện ở 11%, thâm nhiễm mỡ (89,7%). Trên CT- scan, đa số bệnh nhân có đường kính ruột thừa >8 mm (72,1%), dịch quanh ruột thừa gặp ở 3,7%, thâm nhiễm mỡ (80,9%).

Kết quả điều trị

Đặc điểm		Kết quả	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Diễn tiến đau	Giảm đau	134	98,53
	Không cải thiện	0	0
	Tăng đau	2	1,47
Diễn tiến sốt	Không sốt/Hết sốt	119	87,5
	Giảm sốt	15	11,03
	Không giảm/Tăng sốt	2	1,47
Thời gian nằm viện		2,85±0,84 (2-6) ngày	
Thời gian nghỉ ốm		4,5±0,5 (1-5) ngày	
Chuyển mổ cấp cứu trong 24 giờ		2 (1,47%)	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có diễn tiến

lâm sàng thuận lợi, với 98,53% giảm đau và 87,5% hết sốt hoặc không sốt. Chỉ 1,47% bệnh nhân có tăng đau hoặc sốt kéo dài. Thời gian nằm viện trung bình: 2,85 ± 0,84 ngày, nghỉ ốm: 4,5 ± 0,5 ngày. Chỉ có 2 bệnh nhân cần phẫu thuật cấp cứu trong 24 giờ.

Theo dõi

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian theo dõi trung bình		20,36±5,7 (12-30) tháng
Tỉ lệ tái phát trong 1 năm		17,6% (24/136)
Tỉ lệ thành công trong 1 năm		80,88%(110/136)
Nội soi đại tràng	Bình thường	88,2% (120/136)
	Polyp tuyến	11,8% (16/136)
Tử vong		0

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 20,36±5,7 tháng, ngắn nhất 12 tháng và dài nhất 30 tháng. Tỉ lệ tái phát trong 1 năm là 17,6% và 80,88% thành công. Nội soi đại tràng 1 tháng sau khi xuất viện có 88,2% kết quả bình thường, 12,8% polyp tuyến. Không có trường hợp nào tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 136 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp không biến chứng điều trị nội khoa bằng kháng sinh, tỉ lệ nam/nữ là 6/7 và độ tuổi trung bình là 38,5±13,7 tuổi. Kết quả cao hơn nghiên cứu Alnaser (2018) [4] và tương đồng nghiên cứu H.C. Park (2017) [5] với độ tuổi trung bình lần lượt là 34,4 và 38,7 tuổi. Viêm ruột thừa cấp thường gặp ở người trẻ và không có sự khác biệt về giới tính.

Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất khi nhập viện, 55,9% đau khu trú tại hố chậu phải. Tỉ lệ này thấp hơn so nghiên cứu của Vương Thừa Đức nhưng tương đồng với ghi nhận trong nhiều công trình [6]. Đau bụng là triệu chứng khách quan của bệnh nhân khi nhập viện, đồng thời còn tùy thuộc vào vị trí ruột thừa nên tỉ lệ rất khác nhau giữa các tác giả. Tuy nhiên, đau ở hố chậu phải chiếm nhiều nhất. Thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là 24,8±20,3 giờ, đây là yếu tố quan trọng tiên lượng, đặc biệt ở người cao tuổi do triệu chứng mơ hồ, dễ nhầm lẫn bệnh lý mạn tính. Chẩn đoán muộn làm tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian điều trị và giảm hiệu quả sau can thiệp [6]. Về triệu chứng toàn thân, sốt chiếm 12,5%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Minh Đức [6], củng cố nhận định sốt không phải dấu hiệu đặc trưng thể bệnh không biến chứng. Các triệu chứng kèm theo như buồn nôn (11%) và chán ăn (29%), trong đó tỉ lệ chán ăn thấp hơn đáng kể so với tác giả Phạm Văn Năng [7] đặt ra nghi

vấn về giá trị lâm sàng của triệu chứng này trong thực hành hiện đại. Đáng chú ý, dấu hiệu McBurney dương tính xuất hiện ở 86,8% trường hợp, khẳng định có giá trị chẩn đoán. Điều này nhấn mạnh vai trò không thay thế thăm khám lâm sàng dù công nghệ y học có nhiều tiến bộ.

Xét nghiệm công thức bạch cầu có chi phí thấp, dễ áp dụng và kết quả nhanh chóng. Trong nghiên cứu, 66,9% trường hợp có số lượng bạch cầu vượt ngưỡng 10.000k/ μ L. Tuy nhiên, tăng bạch cầu còn từ nhiều nguyên nhân đau bụng khác, cho thấy giá trị chẩn đoán hạn chế. CRP là một dấu ấn viêm phổ biến, có liên quan đến biến chứng viêm ruột thừa. Kết quả nghiên cứu có 58,8% bệnh nhân CRP ≥ 10 mg/L. Mặc dù cả bạch cầu và CRP đều không đủ đặc hiệu để chẩn đoán xác định, tuy nhiên giá trị xét nghiệm bạch cầu và CRP có thể giúp loại trừ viêm ruột thừa.

Hình ảnh học là có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, với siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là hai phương pháp tiêu biểu. Siêu âm nổi bật nhờ tính không xâm lấn, cho kết quả nhanh và độ chính xác cao [8]. Trong nghiên cứu, đường kính ruột thừa được phân thành ba nhóm giúp tăng độ chính xác trong chẩn đoán với 50,7% trường hợp có kích thước 6-8 mm, 48,6% > 8 mm và chỉ 0,7% < 6 mm. Chụp cắt lớp vi tính giúp khắc phục nhiều hạn chế của siêu âm nhờ độ chính xác vượt trội, chúng tôi ghi nhận 72,1% bệnh nhân có đường kính ruột thừa > 8 mm.

Mặc dù, phẫu thuật cắt ruột thừa vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị. Tuy nhiên, điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh đang được chấp nhận và ứng dụng nhờ có nhiều ưu điểm. Phương pháp này đặc biệt phù hợp ở khu vực khó tiếp cận phẫu thuật, như vùng sâu vùng xa, quốc gia đang phát triển hoặc trong đại dịch khi nguồn lực y tế bị hạn chế. Điều trị bảo tồn không chỉ mang lại hiệu quả kinh tế cao hơn mà còn giảm thiểu nguy cơ tử vong, tại biến phẫu thuật và các biến chứng hậu phẫu [4], [9]. Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân đáp ứng tốt với kháng sinh với 98,53% giảm đau và 87,5% ổn định thân nhiệt sau điều trị. Chỉ 2 bệnh nhân (1,47%) tiến triển xấu với triệu chứng đau tăng kèm sốt, cần chuyển mổ cấp cứu trong vòng 24 giờ. Nghiên cứu của Alnaser (2018) trên 90 bệnh nhân ghi nhận tỉ lệ thành công sau 6 tháng là 75,6%, với 11,1% trường hợp phải mổ cấp cứu trong 48 giờ [4]. Tác giả cũng nhấn mạnh tính an toàn của điều trị bảo tồn trong viêm ruột thừa cấp không biến chứng ở lần nhập viện đầu tiên, với tỉ lệ thành công cao và

tỉ lệ tái phát chấp nhận được.

Thời gian nằm viện trung bình là $2,85 \pm 0,84$ ngày và thời gian nghỉ ốm: $4,5 \pm 0,5$ ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Johan Styruđ khi so sánh giữa điều trị nội khoa và phẫu thuật: nhóm dùng kháng sinh có thời gian sử dụng thuốc $3,0 \pm 1,4$ ngày so với $2,6 \pm 1,2$ ngày ở nhóm phẫu thuật; thời gian nghỉ ốm lần lượt là $5,3 \pm 4,1$ ngày và $6,0 \pm 4,4$ ngày. Đặc biệt, nhóm điều trị bảo tồn phục hồi sinh hoạt thường nhật sớm hơn ($8,0 \pm 8,0$ ngày so với $10,1 \pm 7,6$ ngày). Những số liệu trên củng cố ưu điểm của điều trị kháng sinh trong viêm ruột thừa không biến chứng, bao gồm rút ngắn thời gian nằm viện, giảm nguy cơ can thiệp phẫu thuật, đồng thời giúp bệnh nhân sớm trở lại cuộc sống bình thường.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân được theo dõi định kỳ sau xuất viện tại các mốc 1 tuần, 1 tháng và 1 năm, với thời gian theo dõi trung bình $20,36 \pm 5,7$ tháng (12-30 tháng). Kết quả cho thấy 80,88% trường hợp điều trị thành công, trong khi tỉ lệ tái phát chủ yếu tập trung trong năm đầu (17,6%). Nội soi đại tràng theo dõi tại thời điểm 1 tháng phát hiện 88,2% bệnh nhân không có bất thường, 12,8% có polyp tuyến và không ghi nhận ca tử vong nào. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, thử nghiệm CODA (2020) [3] tại Hoa Kỳ trên 1.552 bệnh nhân ghi nhận tỉ lệ tái phát 29% trong 90 ngày, chủ yếu ở các trường hợp có sỏi phân, nhưng cũng không ghi nhận ca tử vong trong thời gian theo dõi. Kết quả này khẳng định điều trị kháng sinh không thua kém phẫu thuật. Tương tự, nghiên cứu APPAC (2018) [10] theo dõi 5 năm báo cáo tỉ lệ tái phát tăng dần: 34% (năm 1), 35,2% (năm 2) và 39,1% (năm 5), song không có biến chứng liên quan đến trì hoãn phẫu thuật. Nhìn chung, tỉ lệ thành công từ 75-85%, thường có nguy cơ tái phát trong 1 năm đầu.

V. KẾT LUẬN

Điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh là phương pháp an toàn và khả thi, nhưng cần theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện sớm thất bại và can thiệp phẫu thuật kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coursey C A, Nelson R C, Patel M B, et al (2010), "Making the diagnosis of acute appendicitis: do more preoperative CT scans mean fewer negative appendectomies? A 10-year study", *Radiology*, 254(2), pp. 460-468.
2. Sippola S, Grönroos J, Tuominen R, et al (2017), "Economic evaluation of antibiotic therapy versus appendectomy for the

- treatment of uncomplicated acute appendicitis from the APPAC randomized clinical trial", Br J Surg, 104(10), pp. 1355-1361.
3. **Flum D R, Davidson G H, Monsell S E, et al (2020)**, "A Randomized Trial Comparing Antibiotics with Appendectomy for Appendicitis", N Engl J Med, 383(20), pp. 1907-1919.
 4. **Alnaser M K H, Hassan Q A, Hindosh L N (2018)**, "Effectiveness of conservative management of uncomplicated acute appendicitis: A single hospital based prospective study", International Journal of Surgery Open, 10(pp. 1-4).
 5. **Park H C, Kim M J, Lee B H (2017)**, "Randomized clinical trial of antibiotic therapy for uncomplicated appendicitis", Br J Surg, 104(13), pp. 1785-1790.
 6. **Vương Thừa Đức, Nguyễn Tạ Quyết (2008)**, "Cắt ruột thừa nội soi ở người nhiều tuổi", Tạp chí Y Học Việt Nam, (1), pp. 207-214.
 7. **Phạm Văn Năng, Phạm Văn Linh (2014)**, "Viêm ruột thừa", Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa- Gan mật, pp. 102-111.
 8. **Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công (2021)**, "Viêm ruột thừa cấp", Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa, pp.8-32.
 9. **Javanmard-Emamghissi H, Boyd-Carson H, Hollyman M, et al (2021)**, "Correction to: The management of adult appendicitis during the COVID-19 pandemic: an interim analysis of a UK cohort study", Tech Coloproctol, 25(1), pp. 149.
 10. **Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, et al (2018)**, "Five-Year Follow-up of Antibiotic Therapy for Uncomplicated Acute Appendicitis in the APPAC Randomized Clinical Trial", Jama, 320(12), pp. 1259-1265.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHI SỐC CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lê Quốc Thắng¹, Lê Huy Thạch¹, Phạm Văn Quang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương đã vượt qua các bệnh lý khác, trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ em. Sốc chấn thương (SCT) vẫn là một nguyên nhân tử vong phổ biến và có thể phòng ngừa được ở bệnh nhân chấn thương nhi khoa. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị SCT tại bệnh viện Nhi Đồng 1. **Mô tả một số yếu tố liên quan đến tử vong và di chứng trong SCT.** **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca SCT ở bệnh nhi nhập khoa Cấp Cứu từ 7/2019-6/2024. **Kết quả:** Ghi nhận 32 ca SCT, 75% là nam, nhóm tuổi 11- <16 chiếm 68,8%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến nhất, cơ chế chính là đụng dập (90,6%). Hôn mê 9,4, suy hô hấp 28,1%. PTS ≤ 8 điểm chiếm 56,2%, vùng chấn thương thường gặp là bụng (68,8%), đa số có tổn thương phối hợp ≥ 2 cơ quan. Lactate > 4 mmol chiếm 65,6%. 4/5 ca báo động đỏ được cứu sống. Tỷ lệ tử vong 6,2%. Yếu tố liên quan đến tử vong và di chứng (p<0,05): CRT >2 giây, PTS ≤5, GCS ≤8, suy hô hấp, pH <7,2, CPR trong điều trị, vận mạch, và lượng dịch truyền lớn. **Kết luận:** Nhận diện sớm các yếu tố liên quan và can thiệp kịp thời đóng vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Sốc chấn thương, chấn thương trẻ em.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC TRAUMATIC SHOCK AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Thắng

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

Introduction: Trauma has surpassed other diseases as the leading cause of death and morbidity among children. Traumatic shock remains a common and preventable cause of mortality in pediatric trauma patients. **Objective:** To investigate the epidemiological, clinical, paraclinical characteristics and outcomes of traumatic shock Children's hospital 1. Describe factors associated with mortality and sequelae in traumatic shock. **Methods:** Case series report study on pediatric traumatic shock patients admitted to the Emergency Department of Nhi Dong 1 Hospital from July 2019 to June 2024. **Results:** A total of 32 traumatic shock cases were recorded, with 75% being male and 68.8% aged 11- <16 years. Traffic accidents were the most common cause, with blunt trauma as the primary mechanism (90.6%). Coma occurred in 9.4%, and respiratory failure in 28.1%. PTS ≤8 (severe and very severe) accounted for 56.2%, with abdominal injuries being the most common (68.8%). Most cases involved multi-organ injuries (≥ 2 organs). Lactate levels > 4 mmol were noted in 65.6% of cases. Among five cases under "Code Red" activation, four survived. The mortality rate was 6.2%. Factors associated with mortality and sequelae (p<0,05) included: CRT >2s, PTS ≤5, GCS ≤8, respiratory failure, traumatic brain injury, altered consciousness, pH <7,2, CPR during treatment, vasopressor use, and a high volume of fluid resuscitation. **Conclusion:** Early identification of associated factors and timely intervention play a critical role in improving prognosis.

Keywords: Traumatic shock, pediatric trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương đã vượt qua các bệnh lý khác, trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ em và thanh thiếu niên. Tình trạng này không chỉ gây ra gánh nặng lớn về thể chất và tâm lý đối với trẻ và gia đình, mà còn