

biến chứng hay không có biến chứng mà mức độ khác nhau [6].

**4.1.2. Phân độ, phân loại, số lượng và tần số xuất hiện các búi trĩ.** Phân loại theo giải phẫu: theo thống kê của chúng tôi trĩ hỗn hợp gấp có 21 trường hợp trĩ nội độ 3 chiếm 50% và 21 trường hợp trĩ hỗn hợp chiếm 50%, không có trường hợp trĩ vòng. Phân loại theo biến chứng có 3 bệnh nhân có trĩ tắc mạch chiếm 7,1%, có 11 bệnh nhân chảy máu trĩ cấp chiếm 26,2% và 28 bệnh nhân mắc trĩ đơn thuần chiếm 66,7%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Chung (2018) tỷ lệ trĩ tắc mạch chiếm 34,1%, trĩ chảy máu cấp tính gấp 10,1%. Số lượng búi trĩ chúng tôi gặp ít nhất 1 búi, nhiều nhất 4 búi, trong các trường hợp 3 búi trĩ trở lên thường có các búi chính rất to, kèm theo là các búi trĩ nhỏ. Kết quả thống kê của chúng tôi phù hợp với các tài liệu mô tả hay gặp các búi trĩ ở vị trí 3h, 8h, 11h của Phan Sỹ Thanh Hà (2017) [2], Nguyễn Đức Trọng (2018) [6].

**4.1.3. Mức độ thiếu máu.** Xét nghiệm công thức máu kiểm tra và đánh giá mức độ thiếu máu qua hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit. Kết quả thống kê của chúng tôi thấy có 3 trường hợp có thiếu máu nhẹ chiếm 7,1% ngoài ra không ghi nhận các trường hợp thiếu máu vừa và nặng. Tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Chung (2018) với thiếu máu vừa 2 bệnh nhân chiếm 1,6%, thiếu máu nhẹ chiếm

6,2% (8 bệnh nhân), thiếu máu nặng không gặp trường hợp nào [6].

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: 100% bệnh nhân có triệu chứng đau vùng hậu môn, 90,5% chảy máu khi đi đại tiện và 83,3% đại tiện sa búi trĩ. Về phân độ trĩ có 21 trường hợp trĩ nội độ 3 chiếm 50% và 21 trường hợp trĩ hỗn hợp chiếm 50%. Phân loại trĩ theo biến chứng có trĩ tắc mạch chiếm 7,1%, chảy máu trĩ cấp chiếm 26,2% và trĩ đơn thuần chiếm 66,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chung** (2018), Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Milligan-Morgan tại bệnh viện Thái Nguyên, Đại học Y Thái Nguyên.
2. **Phan Sỹ Thanh Hà** (2017), "Các yếu tố ảnh hưởng đến vết mổ sau phẫu thuật ferguson điều trị bệnh trĩ", Tạp Chí Y học Việt Nam, Số 2, tập 454.
3. **Nguyễn Văn Hải, Đỗ Đình Công** (2021), Ngoại khoa cơ sở, NXB Y học, TP.HCM.
4. **Hà Văn Quyết, Phạm Đức Tuấn** (2020), Bài Giảng Bệnh học ngoại khoa, NXB Y học, Hà Nội.
5. **Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công** (2021), Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, NXB Y học, TP.HCM.
6. **Nguyễn Đức Trọng** (2018), Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Milligan-Morgan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội.
7. **Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS** (2015), "Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy", Br J Surg, 92:1481-7.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U BUỒNG TRỨNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Vũ Thị Huệ<sup>3</sup>, Nguyễn Tuấn Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Phạm Tiến Đạt<sup>1</sup>,  
Tăng Văn Dũng<sup>2</sup>, Trương Quang Vinh<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. **Đối tượng nghiên cứu:** 365 phụ nữ được chẩn đoán là u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1/1/2018 đến 31/12/2019. Có giải phẫu bệnh là

u buồng trứng. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Nhóm từ 45 tuổi trở lên chiếm 35,9%, thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (2,7%). U BT phát hiện khi khám phụ khoa 36,7%, siêu âm là 26,8%. Siêu âm: kích thước u chủ yếu ở mức từ 5 đến 10 cm (71,0%). Tính chất u chủ yếu là trống âm, giảm âm chiếm 62,2%, có vách, có nhú chiếm 6,5%. Nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 73,8%, Kết quả mô bệnh học chủ yếu là U nang nước (68,5%), và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%. **Kết luận:** Lâm sàng U BT nghèo nàn, phát hiện u khi khám phụ khoa và siêu âm rất cao. Siêu âm là thăm dò quan trọng nhất về tính chất khối u BT. Nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 73,8%, Kết quả mô bệnh học chủ yếu là U nang nước (68,5%), và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%. **Từ khóa:** u buồng trứng, lâm sàng, cận lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn,

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quang Vinh

Email: drvinh1277@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

## CHARACTERISTICS OF OVARIAN TUMOR PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** Description of clinical and paraclinical characteristics of ovarian tumor patients who underwent surgery at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive study included 365 women diagnosed with ovarian tumors underwent surgery at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2018 to December 31, 2019. The hispathological results were ovarian tumors. **Results:** The group aged 45 and over accounted for 35.9%, the lowest was the group under 20 years old (2.7%). Ovarian tumors were detected during routine gynecological examinations at 36.7%, and ultrasound at 26.8%. The tumor size on ultrasound is mainly between 5 and 10 cm (71.0%). The tumor's properties are mainly anechoic and hypoechoic (62.2%), and only papillary projection were present in 6.5%. CA-125 concentration below 35 IU/ml accounted for 73.8%. The main histopathological results were ovarian cystic neoplasms (68.5%), and the lowest was ovarian cancer (0.4%). **Conclusions:** The clinical characteristics of ovarian tumors are often poor, and tumors are often detected during routine gynecological examination and ultrasound. Ultrasound is the most important test for ovarian tumor characteristics. CA-125 levels below 35 IU/ml account for 73.8%. The main histopathological result is ovarian cystic neoplasm (68.5%), and the lowest is ovarian cancer, accounting for 0.4%. **Key word:** ovarian tumor, clinical, paraclinical characteristics

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng thường diễn biến một cách âm thầm lặng lẽ, không có dấu hiệu lâm sàng điển hình, nhưng bất cứ lúc nào cũng có thể gây ra các biến chứng như xoắn u, vỡ u, chảy máu, hoại tử, chèn ép, phát hiện muộn nếu ung thư ... Năm 2020, trên thế giới tỷ lệ mắc mới của UBT là 6,6%, tỷ lệ tử vong do UBT lên tới 4,2%,<sup>1</sup> số ca UBT mắc ở Việt Nam là 1404 ca. Theo Tổ chức y tế thế giới, hay gặp nhất là các khối u biểu mô buồng trứng gồm: u nang nước, u nang nhầy, u nang dạng lạc nội mạc tử cung, u tế bào sán và u Brenner<sup>2</sup>.

Tại bệnh viện phụ sản Nam Định, mỗi năm có khoảng 200 ca u nang buồng trứng được phẫu thuật. Trước một khối u buồng trứng cần phải trả lời đây là u cơ năng hay thực thể, nếu là u thực thể nghĩ tới lành tính hay ác tính?

Tuy nhiên việc chẩn đoán, u buồng trứng như thế nào cần có câu trả lời nhằm rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có khối u buồng trứng được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Nam Định.*

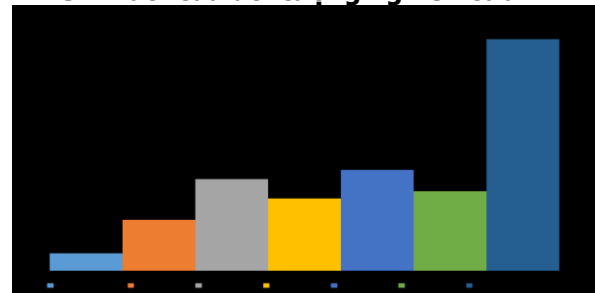
## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 365 phụ nữ được chẩn đoán là u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1/1/2018 đến 31/12/2019. Có giải phẫu bệnh là u buồng trứng.

**Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả,

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1 Phân bố người bệnh mắc UBT theo tuổi**

**Nhận xét:** Nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ nhiều nhất, chiếm 35,9% tiếp đến là nhóm từ 35 đến 39 tuổi (15,6%) và thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (chiếm 2,7%).

### 3.2. Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh phát hiện khối u

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh phát hiện khối u**

| Hoàn cảnh phát hiện  | Số lượng   | Tỷ lệ %      |
|----------------------|------------|--------------|
| Khám phụ khoa        | 134        | 36,7         |
| Siêu âm              | 98         | 26,8         |
| Đau bụng dưới        | 87         | 23,8         |
| Tự sờ thấy u         | 21         | 5,9          |
| Rối loạn kinh nguyệt | 25         | 6,8          |
| <b>Tổng số</b>       | <b>365</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Hoàn cảnh phát hiện khối u chủ yếu là khám phụ khoa chiếm 36,7%, tiếp đến là siêu âm chiếm 26,8%, đau bụng dưới là 23,8 % và rối loạn kinh nguyệt là 12,7%.

### 3.3. Triệu chứng thực thể

**Bảng 3.2. Khám lâm sàng**

| Đặc điểm             |               | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------------|---------------|----------|---------|
| Vị trí U             | Một bên       | 342      | 93,7    |
|                      | Hai bên       | 23       | 6,3     |
| Kích thước U         | ≤5 cm         | 44       | 12,1    |
|                      | 5-10 cm       | 295      | 80,8    |
|                      | >10 cm        | 26       | 7,1     |
| Mức độ di động của U | Đê            | 202      | 55,3    |
|                      | Hạn chế       | 144      | 39,5    |
|                      | Không di động | 19       | 5,2     |

**Nhận xét:** Vị trí u chủ yếu là một bên chiếm 93,7% với kích thước chủ yếu từ 5 đến 10 cm chiếm 80,8%; cùng với mức độ di động của u

khi khám lâm sàng là dễ chiếm 55,3%.

#### 3.4. Đặc điểm u trên siêu âm

**Bảng 3.3. Đặc điểm u buồng trứng trên siêu âm**

| Kích thước u        | Số lượng   | Tỷ lệ %      |
|---------------------|------------|--------------|
| <5 cm               | 60         | 16,4         |
| 5-10 cm             | 259        | 71,0         |
| >10 cm              | 46         | 12,6         |
| <b>Tổng số</b>      | <b>365</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Trung bình</b>   | 7,12±2,61  |              |
| <b>Nhỏ nhất</b>     | 4,0        |              |
| <b>Lớn nhất</b>     | 18,4       |              |
| Tính chất U         | Số lượng   | Tỷ lệ %      |
| Trống âm và giảm âm | 227        | 62,2         |
| Tăng âm             | 66         | 18,1         |
| Âm hỗn hợp          | 48         | 13,2         |
| Có vách, có nhú     | 24         | 6,5          |
| <b>Tổng số</b>      | <b>365</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Trên siêu âm, kích thước u chủ yếu ở mức từ 5 đến 10 cm chiếm 71,0%; trong đó kích thước trung bình là 7,12 cm. Tính chất u chủ yếu là trống âm, giảm âm chiếm 62,2%, tiếp đến là tăng âm chiếm 18,1% và thấp nhất là có vách, có nhú chiếm 6,5%.

#### 3.5. Nồng độ CA-125

**Bảng 3.4. Nồng độ CA – 125**

| Nồng độ CA - 125 | Mổ mở (n,%) | Mổ nội soi (n,%) | Chung (n,%) |
|------------------|-------------|------------------|-------------|
| < 35 UI/ml       | 52(19,3%)   | 217(80,7%)       | 269(73,8%)  |
| ≥ 35 UI/ml       | 12(24,0%)   | 38(76,0%)        | 50(13,6%)   |
| Không làm        | 5(10,8%)    | 41(89,2%)        | 46(12,6%)   |
| Trung bình       | 25,33±39,19 | 25,44±19,92      | 25,80±24,70 |
| Lớn nhất         | 0,13        | 1,0              | 320,5       |
| Nhỏ nhất         | 320,5       | 198,0            | 0,13        |
| p                | >0,05       |                  |             |

**Nhận xét:** Nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 73,8%, từ 35 UI/ml có 13,6% trong đó nồng độ CA-125 trung bình là 320,5. Có 45 ca không làm CA-125.

**3.6. Kết quả mô bệnh học.** Kết quả mô bệnh học chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu.** Nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ nhiều nhất (35,9%), thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (chiếm 2,7%). U buồng trứng có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào của người phụ nữ, nhất là chị em phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Theo

nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Uyển Trang, Võ Đông Hải, Phạm Văn Năng năm 2015 trên 75 bệnh nhân u có khối u buồng trứng lành tính tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy độ tuổi hay gặp là từ 20 đến 39 tuổi<sup>3</sup>. Theo Trần Minh Hiếu, Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u lành tính là 37,0 ±15,8 thấp hơn so tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u ác tính là 48,8 ± 10,3. Nguyễn Thị Như Ngọc, u quái buồng trứng có tuổi trung bình 30,42 tuổi<sup>5</sup>

**4.2. Triệu chứng cơ năng.** Nghiên cứu này cho thấy phát hiện khối u khi khám phụ khoa là 36,7%, tiếp đến là siêu âm chiếm 26,8%, đau bụng dưới là 23,8 % và rối loạn kinh nguyệt là 12,7%. Triệu chứng cơ năng nhìn chung là nghèo nàn.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải chỉ có 22,9% liên quan với tiền sử rối loạn kinh nguyệt, có thể nhận định sự xuất hiện u buồng trứng không có mối liên quan rõ ràng với tính chất kinh nguyệt<sup>6</sup>.

**4.4. Khám lâm sàng.** Vị trí u chủ yếu là một bên chiếm 93,7% . Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hải cũng cho thấy phần lớn u một bên chiếm 94,4%, chỉ có 5,6% là u hai bên<sup>6</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi khám lâm sàng cùng với mức độ di động của U khi khám lâm sàng là dễ chiếm 55,3%. Bình thường các khối u buồng trứng lành tính sẽ có mật độ mềm, ranh giới rõ, có di động.

Kết quả nghiên cứu của Trần Thanh Hồng cũng cho thấy tỷ lệ khối u di động chiếm tỷ lệ khá cao lên đến 82,5%, di động hạn chế hoặc không di động chiếm 17,5%<sup>7</sup>.

Tính chất di động của khối u là một trong các yếu tố quan trọng, liên quan đến việc quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng như yếu tố tiên lượng cho cuộc phẫu thuật. Các khối u dính nhiều thường gây khó khăn cho phẫu thuật.

**4.4. Đặc điểm siêu âm.** Siêu âm phụ khoa là một thăm dò cận lâm sàng hỗ trợ rất đắc lực cho bác sỹ trong quá trình chẩn đoán khối u buồng trứng. Hình ảnh siêu âm có thể cho phép chẩn đoán chính xác về số lượng khối u, kích thước khối u, vị trí khối u, tính chất khối u. Với các đặc điểm như số lượng, kích thước, vị trí khối u, người thầy thuốc giàu kinh nghiệm có thể đánh giá được qua thăm khám lâm sàng. Nhưng các đặc điểm về mật độ âm, phản ánh tính chất khối u thì phải qua hình ảnh siêu âm mới có thể xác định được.

Ngày nay siêu âm hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán u buồng trứng, đây là phương pháp thăm dò chính, chẩn đoán nhanh, tùy thuộc vào kích thước và tính chất u mà cho

những hình ảnh khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trên siêu âm, kích thước U chủ yếu ở mức từ 5 đến 10 cm chiếm 71,0%; trong đó kích thước trung bình là 7,12 cm.

Có nhiều tiêu chuẩn trên siêu âm để dựa vào đó dự báo nguy cơ ác tính của khối u, Theo nghiên cứu của Nguyệt Dang Thị Minh 2024<sup>8</sup>, Trong tổng số 422 phụ nữ nghiên cứu, Simple rules có thể phân loại 395 trường hợp (93,6%), trong đó số u lành tính là 365 (92,4%), u ác tính là 29 (7,3%), còn lại 27 trường hợp không phân loại được (6,4%). Trong các trường hợp được phân tích, có được độ nhạy là 86,7%, độ đặc hiệu là 99,2%

Còn nhiều tiêu chuẩn được quy định trên siêu âm và có những tiêu chuẩn phù hợp và có giá với các loại u khác nhau, cần được sử dụng phổ biến trên thực hành giúp cho các bác sĩ phụ khoa thuận lợi hơn trong điều trị.

**4.5. Nồng độ CA-125.** Theo nhiều tác giả thì CA-125 có giá trị trong việc theo dõi tiến triển của ung thư buồng trứng hơn là chẩn đoán ung thư buồng trứng. 85% ung thư biểu mô buồng trứng có CA-125 > 35 UI/ml, 50 % ung thư buồng trứng giai đoạn đầu có CA-125 < 35 UI/ml. Nồng độ CA-125 > 65 UI/ml ở phụ nữ mãn kinh và trên 200 UI/ml trong độ tuổi sinh đẻ có giá trị dự báo dương tính cao trong chẩn đoán ung thư buồng trứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 73,8%, từ 35 UI/ml trở lên chiếm 13,6%, không làm chiếm 12,6%(46 ca).

Các trường hợp không làm xét nghiệm CA-125. Trong 46 trường hợp không làm thì có 1 trường hợp bị ung thư buồng trứng lúc đầu được chỉ định mổ nội soi, sau chuyển mổ mở.

Qua đây, chúng tôi thấy rằng tuy nồng độ CA-125 cao không có giá trị quyết định chẩn đoán ung thư buồng trứng nhưng lại có ý nghĩa gợi ý quan trọng để các bác sĩ lâm sàng xem xét kỹ lưỡng, tỉ mỉ, cân nhắc từng ca bệnh hơn nữa để có thể đưa ra chẩn đoán và phương pháp xử trí chuẩn xác nhất. Và cần đưa CA-125 vào làm xét nghiệm thường quy đối với tất cả các trường hợp UBT để tránh bỏ sót tổn thương.

Đối với các trường hợp có nồng độ CA-125 tăng (chiếm 13,6%) thì nên xem xét và tư vấn bệnh nhân tiến hành thêm các xét nghiệm như HE4 để không bỏ sót các trường hợp có khả năng ung thư buồng trứng để kịp thời có biện pháp xử lý phù hợp với từng bệnh nhân.

Tại bệnh viện phụ sản Nam Định hiện tại mới chỉ xét nghiệm được CA-125, chưa làm được HE4 nên việc chẩn đoán khối u buồng trứng còn bị

hạn chế. Hy vọng sau nghiên cứu này thì trong thời gian tới, xét nghiệm HE 4 sẽ được thực hiện trên những người bệnh có khối u buồng trứng.

**4.6. Kết quả mô bệnh học.** Kết quả mô bệnh học cho thấy chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%.

Theo nghiên cứu của tác giả Marek Nowak và cộng sự năm 2002 trên 326 bệnh nhân có khối u buồng trứng độ tuổi từ 18 đến 39 tuổi cho thấy có 18,4% xác định khối u ác tính, 2,1% khối u nghi ngờ và 79,5% là u lành tính<sup>9</sup>.

Cần dựa vào lâm sàng các tiêu chuẩn trên siêu âm và chất chỉ điểm khối u giúp cho việc dự báo trước mổ về nguy cơ ác tính, để can thiệp sớm tránh bỏ sót tổn thương ung thư.

## V. KẾT LUẬN

Nhóm từ 45 tuổi trở lên chiếm 35,9%, thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (2,7%). Hoàn cảnh phát hiện khi khám phụ khoa chiếm 36,7%, tiếp đến là siêu âm chiếm 26,8%, đau bụng dưới là 23,8 % và rối loạn kinh nguyệt là 12,7%. Trên siêu âm, kích thước u chủ yếu ở mức từ 5 đến 10 cm chiếm 71,0%; trong đó kích thước trung bình là 7,12 cm. Tính chất u chủ yếu là trống âm, giảm âm chiếm 62,2%, có vách, có nhú chiếm 6,5%. Nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml chiếm 73,8%, Kết quả mô bệnh học chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71(3), 209–249.
2. **Lê Quang Vinh, Lê Đình Hòa, Đinh Xuân Tú.** Nghiên cứu hình thái học các khối u buồng trứng đã được phẫu thuật tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh từ 10/2000 đến 6/2002. Tạp chí y học Việt Nam. 2002. Chuyên đề giải phẫu bệnh- y pháp năm 2002 số 1011:tr.72-74.
3. **Huỳnh Thị Uyên Trang, Võ Đông Hải và Phạm Văn Năng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi khối U buồng trứng lành tính tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2015.
4. **Trần Minh Hiền, Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Tuấn Minh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương - Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 532-Tháng 11 số 1B năm 2023.
5. **Nguyễn Thị Như Ngọc, Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Tuấn Minh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân teratome buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 531-Tháng 10 số 1B năm 2023.
6. **Nguyễn Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng, cận

- lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi khối u buồng trứng tại bệnh viện Sản - Nhi Bắc Giang. 2016. Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
7. **Trần Thanh Hồng.** Nghiên cứu phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh. 2019. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Nguyet Dang Thi Minh, Thi Nguyen Van, Minh Nguyen Tuan and al.** IOTA Simple Rules:

- An Efficient Tool for Evaluation of Ovarian Tumors by Non – Experienced but Trained Examiners – A Prospective Study, Tạp chí HELIYON, 2024
9. **Marek Nowak, Marian Szpakowski,** Andrzej Malinowski et al. Ovarian tumors in the reproductive age group. Ginekologia polska. 2002. 73(4):354-358.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Dương Thị Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hoá<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 77 bệnh nhân được khám, chẩn đoán viêm phúc mạc do viêm ruột thừa và được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 12/2022 – 12/2023. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau tại hố chậu phải (96,1%), Đau âm ỉ, liên tục (87,0%). Đa số vị trí khởi phát đau là hố chậu phải (77,9%). Triệu chứng toàn thân phổ biến: 64,9% bệnh nhân có tần số mạch 81 - 100 l/p. Các triệu chứng thực thể thường gặp là: dấu hiệu Blumberg hố chậu phải 51,9%; ấn đau ổ điểm khác (49,4%). Đa số bệnh nhân có bạch cầu tăng > 10,0 G/L (81,8%). 58,4% bệnh nhân có kích thước ruột thừa 8-11 mm và 81,8% bệnh nhân phát hiện dịch ổ bụng khi siêu âm.

**Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân, viêm ruột thừa, viêm phúc mạc.

### SUMMARY

#### SURVEY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF APPENDICITIS PERITONITIS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

**Objective:** The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of appendicitis peritonitis at Can Tho General Hospital in 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 77 patients examined, diagnosed with appendicitis peritonitis and underwent laparoscopic appendectomy at Can Tho General Hospital from December 2022 to December 2023. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Common functional symptoms are pain in the right iliac fossa (96.1%), dull, continuous pain (87.0%). The majority of pain onset locations are the right iliac fossa (77.9%).

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản  
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hiền  
Email: 5802805233@stu.vttu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 7.01.2025  
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025  
Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Common systemic symptoms: 64.9% of patients have a pulse rate of 81 - 100 beats/min. Common physical symptoms are: Blumber sign in the right iliac fossa 51.9%; pain on palpation at other points (49.4%). Most patients had leukocytosis > 10.0 G/L (81.8%). 58.4% of patients had an appendix size of 8-11 mm and 81.8% of patients had abdominal fluid detected by ultrasound. **Keywords:** clinical, paraclinical, patient, appendicitis, peritonitis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 60-70% các cấp cứu ngoại khoa về bụng. Viêm phúc mạc ruột thừa là tình trạng viêm phúc mạc do viêm ruột thừa cấp vỡ mũ hoặc hoại tử, thường sau 48 giờ, có thể viêm phúc mạc khu trú hoặc viêm phúc mạc toàn thể [3]. viêm phúc mạc ruột thừa được chẩn đoán trước phẫu thuật bằng các dấu hiệu lâm sàng, xét nghiệm máu, siêu âm. Chụp cắt lớp vi tính [1], [5]. Các trường hợp này một số có chỉ định mổ mở, một số chỉ định phẫu thuật nội soi [6]. Tuy nhiên kết quả điều trị phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, tính chất của viêm phúc mạc và trong một số trường hợp phụ thuộc vào trình độ của tuyến điều trị cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2023.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** các bệnh nhân được khám, chẩn đoán viêm phúc mạc do viêm ruột thừa và được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 12/2022 – 12/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ ≥16 tuổi. Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phúc mạc do viêm ruột thừa, được can thiệp bằng phẫu thuật nội soi. Bệnh nhân có bệnh án lưu trữ tại phòng hồ sơ tại bệnh viện, có đầy đủ