

lại với nhóm kháng sinh này.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các chủng *S. pneumoniae* nhạy cảm hoàn toàn vancomycin và linezolid, tuy vậy, một số nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy có sự xuất hiện của các chủng *S. pneumoniae* kháng vancomycin [1, 8]. Mặt khác, nghiên cứu cũng không phân lập được chủng vi khuẩn nào kháng rifampin, tuy nhiên, kháng sinh này cần được phối hợp với các kháng sinh khác chứ không nên sử dụng độc lập để điều trị các trường hợp nhiễm *S. pneumoniae* [7]. Dù có khác biệt về tỷ lệ đề kháng của *S. pneumoniae* với các kháng sinh này giữa các nghiên cứu trong nước [1, 3], kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy đây là các kháng sinh hữu hiệu trong điều trị các nhiễm khuẩn do *S. pneumoniae* gây ra, đặc biệt trong các trường hợp cần điều trị ngay cho người bệnh khi chưa có kết quả kháng sinh đồ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp dữ liệu quan trọng về đặc điểm phân bố và tính kháng kháng sinh của các chủng *S. pneumoniae* phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2023. Vi khuẩn này chủ yếu gây ra các nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ nhỏ, có xu hướng phân bố giảm dần theo lứa tuổi. Đồng thời, nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc quản lý chặt chẽ sử dụng kháng sinh để kiểm soát hiệu quả

tình trạng kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* do vi khuẩn này đã đề kháng ở mức độ cao một số kháng sinh thông dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tiến Lợi và cộng sự**, Tính nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi phế cầu tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2021-2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 516(2): p. 276-279.
2. **Nguyễn Thị Hương và cộng sự**, Tình hình kháng kháng sinh của *Streptococcus pneumoniae* gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024. 541(3): p. 339-343.
3. **Trần Quang Khải và cộng sự**, Tỷ lệ phân lập, đề kháng kháng sinh của *Streptococcus pneumoniae* gây viêm phổi nặng ở trẻ em Cần Thơ. Tạp chí nghiên cứu Y học, 2021. 145(9): p. 229-240.
4. **Bộ Y tế**, Quyết định 26/QĐ-BYT về việc "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành vi sinh y học". 2014.
5. **World Health Organization (WHO)**. Pneumonia in children. 2022 15 September 2024]; Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
6. **Cherazard, R., et al.**, Antimicrobial Resistant *Streptococcus pneumoniae*: Prevalence, Mechanisms, and Clinical Implications. Am J Ther, 2017. 24(3): p. e361-e369.
7. **Clinical and laboratory standards institute (CLSI)**, Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing, 34th Editio. 2023.
8. **Sung, H., et al.**, Vancomycin-tolerant *Streptococcus pneumoniae* in Korea. J Clin Microbiol, 2006. 44(10): p. 3524-8.

MÔ TẢ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên cắt lớp vi tính. Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính 16 dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng trước mổ là viêm ruột thừa. Được chụp cắt lớp vi tính không tiêm thuốc cản quang và giải phẫu bệnh tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải dương. **Kết quả và kết luận:** Đặc điểm của viêm ruột thừa trên cắt lớp vi tính: đường kính ruột thừa >6mm chiếm 96,77%, thành ruột thừa dày >3mm chiếm 77,4%,

96,8% các chất chứa trong lòng ruột thừa là dịch, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm chiếm 92,5%, dày thành manh tràng quanh gốc ruột thừa viêm 33,9%. Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa: Tỷ lệ phát hiện đúng vị trí ruột thừa chiếm 95,3%. Giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa của cắt lớp vi tính có độ nhạy 95,2%, độ chính xác 92,2%, giá trị dự báo dương tính là 96,7%.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp

SUMMARY

DESCRIPTION OF CT SCAN IMAGING OF ACUTE APPENDICITIS AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: Describe the imaging characteristics of acute appendicitis on computed tomography (CT). Evaluate the value of 16-slice computed tomography in the diagnosis of acute appendicitis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on patients clinically diagnosed with appendicitis before

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân
Email: nguyenthanhluan27291@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

surgery. Underwent non-contrast computed tomography and pathology at Hai Duong Provincial General Hospital. **Results and Conclusions:** Characteristics of appendicitis on computed tomography (CT): Appendix diameter >6mm in 96.77% of cases. Appendix wall thickness >3mm in 77.4% of cases. 96.8% of the contents within the appendix lumen are fluid. Peri-appendiceal fat infiltration in 92.5% of cases. Cecal wall thickening around the appendix base in 33.9% of cases. The value of computed tomography (CT) in the diagnosis of appendicitis: The correct detection rate of the appendix location is 95.3%. The diagnostic value of computed tomography for appendicitis has a sensitivity of 95.2%, accuracy of 92.2%, and a positive predictive value of 96.7%.

Keywords: Acute appendicitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là bệnh lý thường gặp nhất trong cấp cứu ngoại khoa ổ bụng. Bệnh gặp ở cả hai giới, với mọi lứa tuổi, mọi chủng tộc. Tỷ lệ viêm ruột thừa ở Mỹ là 250.000 ca/năm và ở Anh là 40.000 ca/năm [1],[2]. Ở Việt Nam tại bệnh viện Việt Đức viêm ruột thừa chiếm 53,8% (Tôn Thất Bách và cộng sự – 2004) số ca mổ cấp cứu bụng.

Viêm ruột thừa cấp có thể chẩn đoán bằng lâm sàng và xét nghiệm máu khi ruột thừa ở vị trí bình thường, biểu hiện toàn thân và tại chỗ rõ. Tuy nhiên những trường hợp không điển hình (biểu hiện lâm sàng không điển hình chiếm trên 30% [3]) hay ruột thừa ở vị trí bất thường việc chẩn đoán trở nên khó khăn.

Ngày nay nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật đã có nhiều phương pháp mới giúp hỗ trợ cho bác sĩ trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Những phương pháp này giúp cải thiện đáng kể tỉ lệ chẩn đoán đúng và phát hiện sớm ruột thừa viêm, giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng cho bệnh nhân. Trong đó, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ngày càng thể hiện vai trò của mình với các nhà lâm sàng học trong chẩn đoán viêm ruột thừa do độ chính xác cao giá thành rẻ, dễ sử dụng có thể áp dụng ở hầu hết các bệnh viện[4],[5].

Hiện nay, trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Tuy nhiên tại Hải Dương cũng chưa có nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng trước mổ là viêm

ruột thừa. Chụp cắt lớp vi tính không tiêm thuốc cản quang tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Có kết quả giải phẫu bệnh tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ được lưu trữ tại kho lưu trữ hồ sơ của Bệnh Viện đa khoa Tỉnh Hải Dương.

- **Tiêu chuẩn loại trừ.** Phụ nữ có thai. Bệnh nhân không hợp tác. Bệnh nhân có rối loạn tâm thần. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối chiếu kết quả cắt lớp vi tính với phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

- **Chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện), lựa chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy hăng Hitachi tại bệnh viện đa khoa tỉnh, chiều dày lớp cắt 5 mm tái tạo 1,25mm.

- Hồ sơ lưu trữ của các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

- **Xử lý số liệu.** Số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** - Quá trình nghiên cứu đảm bảo không ảnh hưởng đến sức khỏe và quyền lợi của bệnh nhân.

- Các thông tin về bệnh nhân được mã hoá, nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

- Đề tài nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành đánh giá một số chỉ số của ruột thừa trên 64 bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi đã thu được kết quả như sau:

Có 62 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa sau phẫu thuật. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $42,8 \pm 23,2$ tuổi, trong đó thấp nhất là 6 tuổi và cao nhất là 95 tuổi. Nữ chiếm tỷ lệ 51,6% và nam chiếm tỷ lệ 48,4% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

- **3.2. Đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa trên cắt lớp vi tính**

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thấy được ruột thừa trên cắt lớp vi tính. Có 61 bệnh nhân chẩn đoán viêm ruột thừa trên cắt lớp vi tính đúng với kết quả sau phẫu thuật.

3.2.1. Vị trí của ruột thừa trên cắt lớp vi tính. Vị trí ruột thừa ở hố chậu phải: 53 bệnh nhân chiếm 86,88%, sau manh tràng: 5 bệnh nhân chiếm 8,19%, dưới gan: 3 bệnh nhân chiếm 4,93%, không phát hiện thấy ruột thừa viêm ở vị trí khác. Với $P < 0,001$.

3.2.2. Đường kính ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính

Bảng 1. Đường kính ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính

Đường kính RT	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
>6mm	60	96,77%
≤6mm	2	3,23%
Tổng	62	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có đường kính ruột thừa viêm > 6 mm là 60 chiếm 96,77%, bệnh nhân có đường kính ruột thừa ≤6 mm là 2 chiếm 3,23% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

3.2.3. Độ dày thành ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính. Độ dày thành ruột thừa viêm trung bình là $3,67 \pm 0,84$ mm. Ruột thừa có độ dày nhỏ nhất là 1,9 mm và lớn nhất là 5,6 mm.

	TB	±2SD	Min	Max
Độ dày thành ruột thừa	3,67	0,84	1,9	5,6

Bảng 2. Độ dày thành ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính

Độ dày thành RT	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
>3mm	54	87%
<3mm	8	13%
Tổng	62	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có độ dày thành ruột thừa viêm ≤3 mm là 8 chiếm 13%, bệnh nhân có độ dày thành ruột thừa >3 mm là 54 chiếm 87% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

3.2.4. Chất chứa trong lòng ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính

Bảng 3. Các chất chứa trong lòng ruột thừa viêm

Chất chứa trong ruột thừa	Số lượng	%
Dịch	33	53,2
Khí	2	3,2
Dịch – Khí	2	3,2
Dịch – Sỏi	21	33,9
Dịch – Khí – Sỏi	4	6,5
Tổng	62	100%

Trong số những bệnh nhân viêm ruột thừa được nghiên cứu, trên cắt lớp vi tính quan sát thấy tỉ lệ ruột thừa viêm chứa dịch chiếm tỉ lệ cao (96,8%) chỉ có 2 bệnh nhân trong lòng ruột thừa chứa khí chiếm 3,2%, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

3.2.5. Đặc điểm viêm xung quanh ruột thừa trên cắt lớp vi tính

a. **Thâm nhiễm mỡ xung quanh ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính**

Bảng 4. Tỉ lệ thâm nhiễm mỡ xung quanh ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính

Thâm nhiễm mỡ	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
Có	59	95,2 %
Không	3	4,8 %
Tổng	62	100%

Bệnh nhân có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm là 59 chiếm 95,2%, bệnh nhân không có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm là 3 chiếm 4,8% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

b. **Dày thành manh tràng trên cắt lớp vi tính**

Bảng 5. Độ dày thành manh tràng trên cắt lớp vi tính

Độ dày thành manh tràng	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
>5mm	20	32,3%
≤5mm	42	67,7%
Tổng	62	100%

Nhận xét: Độ dày thành manh tràng trung bình là $5,09 \pm 1,95$ mm. Manh tràng có độ dày nhỏ nhất là 2,2 mm và lớn nhất là 11 mm. Bệnh nhân có độ dày thành manh tràng ≤5 mm là 42 chiếm 67,7 %, bệnh nhân có độ dày thành manh tràng > 5 mm là 20 chiếm 32,3 % sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$.

c. **Hạch viêm lân cận ruột thừa viêm**

Bảng 6. Tỉ lệ hạch viêm lân cận ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính

Hạch viêm lân cận	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
Có	41	66,1 %
Không	21	33,8 %
Tổng	62	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có hạch viêm lân cận quanh ruột thừa viêm là 41 chiếm 66,1%, bệnh nhân không có hạch viêm lân cận quanh ruột thừa viêm là 21 chiếm 33,8% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$.

3.3. Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp so với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh

Bảng 7. Sự phù hợp của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán vị trí ruột thừa so với phẫu thuật

Cắt lớp vi tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng vị trí	61	95,3
Sai vị trí	3	4,7
Tổng	64	100

Nhận xét: Số bệnh nhân được chẩn đoán đúng vị trí ruột thừa bằng cắt lớp vi tính 61 chiếm 95,3%. Có 3 bệnh nhân có kết quả chẩn đoán vị trí trên cắt lớp vi tính khác với kết quả sau mổ chiếm 4,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Bảng 8. Kết luận của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (n=64)

Chẩn đoán của CLVT	Cắt lớp vi tính	
	Số lượng BN	Tỷ lệ %
VRT	61	95,3
Không VRT	3	4,7
Tổng	64	100

Nhận xét: Từ các đặc điểm trên cắt lớp vi tính đưa ra kết luận viêm ruột thừa 61 bệnh nhân viêm ruột thừa chiếm 95,3%, 3 bệnh nhân không viêm ruột thừa chiếm 4,7%.

Bảng 9. Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa so với giải phẫu bệnh

CLVT \ GPB	VRT	Không VRT	Tổng
Dương tính	59	2	61
Âm tính	3	0	3
Tổng	62	2	64

Nhận xét: Độ nhạy (Sn): 95,1%, độ chính xác (Acc): 92,1%, Giá trị dự báo dương tính 96,7%.

Số bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa trên cắt lớp vi tính là 61. Trong đó có 59 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa sau phẫu thuật chiếm 96,7%, 2 bệnh nhân được chẩn đoán không viêm ruột thừa sau phẫu thuật chiếm 3,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu. Trong 62 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 6, cao tuổi nhất là 95 tuổi, tuổi trung bình là $40,39 \pm 19,41$ tuổi, hay gặp nhất là độ tuổi từ 16-59 và ít gặp hơn ở độ tuổi < 15 và > 60 . Ở trẻ em ruột thừa hình tháp các nang bạch huyết mới bắt đầu tăng sinh để đạt cực đại ở tuổi trưởng thành, ở người già các tuyến và nang teo lại, niêm mạc biến thành mô sợi nên lòng ruột thừa rộng hơn nên ít bị tắc nghẽn và ít gây viêm ruột thừa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm ruột thừa ở nam giới và nữ giới kết quả này cũng tương đồng với các báo cáo trước đây.

4.2. Đặc điểm của viêm ruột thừa cấp trên cắt lớp vi tính

4.2.1. Quan sát thấy ruột thừa trên cắt

lớp vi tính. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều quan sát thấy ruột thừa trên cắt lớp vi tính. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Doãn Văn Ngọc [6] (n= 91, 91%) và Đinh Thu Hằng [7] (n = 158, 88,1%) có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn các nghiên cứu trên. Như vậy chụp cắt lớp vi tính có khả năng phát hiện ruột thừa cao ở cả ruột thừa bình thường và ruột thừa viêm. Là phương pháp thăm khám có giá trị trong chẩn đoán viêm ruột thừa và loại trừ.

4.2.2. Vị trí ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính. Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp chúng tôi thấy ruột thừa ở hố chậu phải: chiếm 84,4 %, sau manh tràng: 10,9 %, dưới gan: 4,7 %. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy ruột thừa có thể ở nhiều vị trí, tuy vị trí hay gặp nhất hố chậu phải xong ở các vị trí khác cũng gặp một tỉ lệ không nhỏ nhất là sau manh tràng [6],[7]. Việc thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng cần được thực hiện toàn diện, tỉ mỉ, tránh đánh giá cục bộ một vị trí dẫn đến bỏ sót chẩn đoán viêm ruột thừa.

4.2.3. Đường kính ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính. Đường kính ruột thừa là dấu hiệu trực tiếp để đánh giá ruột thừa có viêm hay không. Theo nghiên cứu của Rao và cs đường kính của ruột thừa viêm là $> 6\text{mm}$ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính ruột thừa viêm $> 6\text{mm}$ chiếm 96,77%, chỉ 3,23% có đường kính $\leq 6\text{mm}$. Đường kính ruột thừa nhỏ nhất xác định trên cắt lớp vi tính là 5,7 mm và lớn nhất là 16 mm. Trường hợp ruột thừa có đường kính ngang 16mm nằm sau manh tràng tuy nhiên các dấu hiệu viêm gián tiếp kín đáo và lâm sàng không rõ, ở bệnh nhi 6 tuổi, bệnh nhân được chẩn đoán là u nhầy ruột thừa trên siêu âm. Một trường hợp khác, ruột thừa viêm có đường kính 5,7mm kèm theo đó có dày thành ruột, thâm nhiễm mỡ rõ và hạch xung quanh. Như vậy, đường kính ruột thừa tăng $> 6\text{mm}$ là một dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán viêm ruột thừa xong không thể chỉ căn cứ vào đơn độc dấu hiệu này để chẩn đoán mà cần phối hợp với các dấu hiệu khác nhằm tránh bỏ sót tổn thương.

4.2.4. Đặc điểm thành ruột thừa viêm trên cắt lớp vi tính. Nghiên cứu 62 trường hợp viêm ruột thừa, chúng tôi thấy hầu hết có dày thành chiếm 77,4%, còn 22,6% ruột thừa có thành dày bình thường. Độ dày thành ruột thừa thường có liên quan mật thiết với đường kính ruột thừa. Ruột thừa bình thường có độ dày 1-2 mm, ruột thừa viêm có thành dày trên 3 mm [8]. Do thành ruột thừa chứa các nang bạch huyết đồng thời quá trình viêm gây tắc nghẽn cũng làm phù nề nhanh chóng thành ruột.

4.2.5. Chất chứa trong lòng ruột thừa viêm. Ruột thừa bình thường trong lòng chứa dịch, khí. Trong nghiên cứu của chúng tôi chứa dịch chiếm 96,8% trong đó tỉ lệ ruột thừa chứa sỏi-dịch chiếm 33,9%. Dịch trong lòng ruột thừa viêm chiếm tỉ lệ cao chứng tỏ quá trình viêm đã làm thành ruột thừa phù nề, xuất tiết dịch vào trong lòng ruột thay thế dần khí. Trong số 3 bệnh nhân không được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trên cắt lớp vi tính có 1 bệnh nhân đường kính ruột thừa 9mm trong lòng RT chứa đầy dịch, 1 bệnh nhân đường kính ruột thừa 10 mm trong lòng chứa dịch và sỏi phân nhưng không thấy các dấu hiệu gián tiếp khác, tuy vậy trên giải phẫu bệnh đã có tổn thương viêm ruột thừa giai đoạn sớm. Như vậy sỏi phân trong ruột thừa cũng là tác nhân gây tắc nghẽn lòng ruột từ đó tạo điều kiện cho quá trình viêm phát triển. Đây cũng là những yếu tố cần bổ sung vào kinh nghiệm để chẩn đoán.

4.2.6. Các dấu hiệu viêm quanh ruột thừa trên cắt lớp vi tính

a. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa trong viêm ruột thừa cấp. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa là dấu hiệu gợi ý quan trọng nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, biểu hiện bằng hình ảnh thâm nhiễm các bờ mỡ quanh ruột thừa, đánh giá mức độ thâm nhiễm mỡ bằng cách so sánh đậm độ mỡ quanh ruột thừa với đậm độ mỡ ở nơi nào đó trong vùng bụng chậu [42,[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thâm nhiễm mỡ trên cắt lớp vi tính chiếm 92,5% trong tổng số bệnh nhân viêm ruột thừa cấp.

Theo Doãn Văn Ngọc tỉ lệ thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm là 84,6% [6]. Như vậy thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa cũng là một dấu hiệu gián tiếp rất có giá trị trong chẩn đoán ruột thừa viêm.

b. Dày thành manh tràng quanh gốc ruột thừa viêm. Viêm manh tràng tạo nên do quá trình viêm từ ruột thừa lan vào thành manh tràng quanh gốc ruột thừa. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả độ dày thành manh tràng trung bình là $5,09 \pm 1,95$ mm. Bệnh nhân có độ dày thành manh tràng ≤ 5 mm là 42 chiếm 67,7 %, bệnh nhân có độ dày thành manh tràng > 5 mm là 20 chiếm 32,3 % sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$. Theo Rao PM và cs dấu hiệu này gặp ở 30% trường hợp viêm ruột thừa cấp [5]. Nghiên cứu của tác giả Doãn văn Ngọc cho tỷ lệ 26,4% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33,9% có dày thành manh tràng, tương đương kết quả của Rao và cao hơn của Doãn Văn Ngọc.

c. Hạch viêm lân cận. Theo Rao và cs trên

cắt lớp vi tính có thể thấy hạch to ở 19,8% trường hợp viêm ruột thừa cấp [5]. Theo Đinh Thu Hằng hạch to mạc treo ruột chiếm 34,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thấy hạch mạc treo trong viêm ruột thừa cấp chiếm 66,1% cao hơn kết quả của Rao P.M và Đinh Thu Hằng.

4.3. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, cắt lớp vi tính có độ nhạy 95,2%, độ chính xác 92,2%, giá trị dự báo dương tính là 96,7%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Cắt lớp vi tính chẩn đoán sai 3 bệnh nhân trong đó 1 bệnh nhân có tăng kích thước và dày thành ruột thừa và trong lòng chứa đầy sỏi phân tuy nhiên không có các dấu hiệu gián tiếp khác nên không được chẩn đoán viêm ruột thừa, nhưng trên GPB trả lời là viêm ruột thừa cấp giai đoạn sớm. Có 2 bệnh nhân có các dấu hiệu của viêm ruột thừa trên cắt lớp vi tính nhưng GPB không viêm ruột thừa, trên phẫu thuật có viêm dính dây chằng ở hố chậu phải và viêm phần phụ phải ứ mủ lan tới ruột thừa. Đây là những bệnh lý rất dễ gây nhầm lẫn trong chẩn đoán cần được bổ sung thêm vào kinh nghiệm trong chẩn đoán ruột thừa viêm. Cắt lớp vi tính tuy có độ chính xác cao nhưng vẫn không thể thay thế hoàn toàn được các phương pháp thăm khám khác, cần có sự phối hợp nhiều phương pháp thăm khám như lâm sàng, xét nghiệm, siêu âm để có kết quả chính xác trước phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm của viêm ruột thừa trên cắt lớp vi tính. Đường kính ruột thừa > 6 mm chiếm 96,77%, thành ruột thừa dày > 3 mm chiếm 77,4%, 96,8% các chất chứa trong lòng ruột thừa là dịch, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm chiếm 92,5%, dày thành manh tràng quanh gốc ruột thừa viêm 33,9%.

5.2. Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Giá trị cắt lớp vi tính: Tỉ lệ phát hiện đúng vị trí ruột thừa chiếm 95,3%. Giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa của cắt lớp vi tính có độ nhạy 95,2%, độ chính xác 92,2%, giá trị dự báo dương tính là 96,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deng, Y., et al., Seasonal and day of the week variations of perforated appendicitis in US children. *Pediatric surgery international*, 2010. 26(7): p. 691-696.
2. Simpson, J., et al., Acute appendicitis—a benign disease? *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2008. 90(4): p. 313-316.
3. Berry, J. & Malt, R. A. (1984). Appendicitis near

- its centenary. *Ann Surg*, 200(5), 567-575.
4. **Puylaert, J. B.** (1986). Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology*, 158(2), 355-360.
 5. **Rao, P. M., Rhea, J. T., Novelline, R. A., McCabe, C. J., Lawrason, J. N., Berger, D. L., et al.** (1997). Helical CT technique for the diagnosis of appendicitis: prospective evaluation of a focused appendix CT examination. *Radiology*, 202(1), 139-144.
 6. **Đoãn Văn Ngọc** (2010), Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 7. **Đinh Thu Hằng** (2017), Đánh giá giá trị của siêu âm và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp đối chiếu với thang điểm Alvarado. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 8. **Birnbaum, B.A. and S.R. Wilson.** (2000). Appendicitis at the millennium. *Radiology*. 215(2): p. 337-348.

TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN SUY GIÁP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN

Nguyễn Thị Thu Thảo¹, Cao Đình Hưng^{1,2}, Lê Hoài Việt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy giáp là tình trạng suy giảm chức năng của tuyến giáp, dẫn đến lượng hormone tuyến giáp sản xuất không đáp ứng đủ với nhu cầu của cơ thể. Bệnh nhân suy giáp kèm theo đái tháo đường và bệnh thận mạn sẽ khó kiểm soát đường huyết và diễn tiến suy giảm chức năng thận nhanh chóng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, số liệu thống kê về tỷ lệ mắc cũng như các yếu tố dự đoán làm gia tăng tình trạng suy giáp ở nhóm người mắc đái tháo đường típ 2 kèm bệnh thận mạn vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm ra các thông tin quan trọng về vấn đề trên, từ đó hỗ trợ cải thiện chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và các yếu tố dự đoán suy giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên các đối tượng được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 kèm theo bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 đến 5 (có hoặc không lọc máu) điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết – Thận và Lọc máu bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 11/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu đã thu thập số liệu từ 136 bệnh nhân mắc đái tháo đường típ 2 kèm theo bệnh thận mạn, kết quả ghi nhận tỷ lệ suy giáp được phát hiện là 16,9%, trong đó tất cả các bệnh nhân là suy giáp dưới lâm sàng. Tỷ lệ suy giáp gia tăng theo mức độ đậm nhạt, chiếm 15,6% ở mức đậm nhạt vi thể và 50,0% ở mức đậm nhạt đại thể ($p = 0,001$). Ngoài ra, các đối tượng với mức HbA1c $\geq 10\%$ có tỷ lệ mắc suy giáp cao hơn so với nhóm HbA1c $< 10\%$ ($p = 0,005$). Khi thực hiện phân tích hồi quy đa biến nhằm xác định các yếu tố dự đoán suy giáp ở bệnh nhân mắc đái tháo đường típ 2 kèm theo bệnh thận mạn, kết quả ghi nhận BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (OR=4,64; $p=0,012$) và hút thuốc lá (OR=9,23; $p=0,008$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy

tỷ lệ không nhỏ các đối tượng mắc đái tháo đường kèm bệnh thận mạn có tình trạng suy giáp. Do đó, cần tiến hành tầm soát phát hiện sớm suy giáp trên các đối tượng này, đặc biệt là với trường hợp có mức BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ và hút thuốc lá. **Từ khóa:** Suy giáp, Đái tháo đường típ 2, Bệnh thận mạn.

SUMMARY

PREVALENCE AND PREDICTORS OF HYPOTHYROIDISM IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Background: Hypothyroidism is a condition characterized by reduced thyroid gland function, leading to insufficient production of thyroid hormone to meet the body's needs. Patients with hypothyroidism coexisting with diabetes and chronic kidney disease face challenges in blood glucose control and a rapid decline in kidney function. However, in Vietnam, data on the prevalence and predictors contributing to hypothyroidism in individuals with type 2 diabetes and chronic kidney disease remains limited. Therefore, this study aims to provide critical insights into this issue, thereby supporting the improvement of healthcare for affected patients.

Objective: To determine the prevalence and predictors of hypothyroidism in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease. **Method:** A cross-sectional study was conducted on individuals diagnosed with type 2 diabetes accompanied by chronic kidney disease at stages 3 to 5 (with or without dialysis), receiving outpatient treatment at the Endocrinology–Nephrology and Dialysis Clinic of Gia Định People's Hospital from November 2022 to October 2023. **Result:** The study collected data from 136 patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease, revealing a hypothyroidism prevalence of 16,9%, with all cases being subclinical hypothyroidism. The prevalence of hypothyroidism increased with the severity of proteinuria, accounting for 15,6% in microalbuminuria and 50.0% in macroalbuminuria ($p = 0,001$). Additionally, individuals with HbA1c levels $\geq 10\%$ had a higher prevalence of hypothyroidism compared to those with HbA1c levels $< 10\%$ ($p = 0,005$). Multivariate regression analysis identified several predictors for

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025