

- Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. *Children* (Basel). 2022;9(11). doi: 10.3390/children9111742.
7. **Bộ Y Tế.** Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai 2016 November 15.
 8. **World Health Organization.** Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants 2023 [9 August 2023]. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>.
 9. **Lê Thị Hoàng Uyên, Võ Minh Tuấn.** Tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn đến 6 tháng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Mèkông. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 22(1):166 - 73.
 10. **Nie J, Zhang L, Song S, Hartnett AJ, Liu Z, Wang N, et al.** Exclusive breastfeeding in rural Western China: does father's co-residence matter? *BMC Public Health*. 2021;21(1):1981. doi: 10.1186/s12889-021-12025-8.

TƯƠNG QUAN GIỮA THỜI GIAN CHỜ MỔ VÀ KẾT CỤC SAU MỔ Ở BỆNH NHÂN VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Mai Phan Tường Anh¹, Trần Thủy Cát², Phan Minh Trí²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa cấp là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến, cần can thiệp kịp thời để tránh biến chứng. Tuy nhiên, do áp lực bệnh viện, phẫu thuật viêm ruột thừa cấp thường bị trì hoãn, gây lo ngại cho bệnh nhân và thân nhân về nguy cơ tiến triển bệnh. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa thời gian chờ mổ và kết cục sau phẫu thuật ở bệnh nhân viêm ruột thừa cấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ ngày 01/01/2024 đến 30/06/2024. Bệnh nhân được chia thành bốn nhóm dựa vào thời gian chờ mổ (≤ 12 giờ hoặc >12 giờ) và thời gian khởi phát triệu chứng (≤ 24 giờ hoặc >24 giờ). Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng Microsoft Excel và Stata 14. **Kết quả:** Có tổng cộng 420 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Đa số bệnh nhân (75%) đến bệnh viện trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát triệu chứng, và 80% được phẫu thuật trong vòng 12 giờ sau nhập viện. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ viêm ruột thừa có biến chứng, biến chứng sau mổ, hoặc thời gian nằm viện giữa các nhóm. **Kết luận:** Thời gian chờ phẫu thuật (trước hay sau 12 giờ) không làm tăng nguy cơ viêm ruột thừa có biến chứng, biến chứng sau mổ hoặc kéo dài thời gian nằm viện. Kết quả này cho thấy việc trì hoãn phẫu thuật ngắn hạn trong bệnh viện đối với viêm ruột thừa cấp là an toàn.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, trì hoãn phẫu thuật, kết cục sau mổ, thời gian nằm viện, cắt ruột thừa, tỷ lệ biến chứng.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SURGERY WAIT TIME AND POSTOPERATIVE OUTCOMES IN PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS

Background: Acute appendicitis is a common

surgical emergency that requires timely intervention to prevent complications. However, surgical delays often occur due to hospital workload prioritization, leading to concerns among patients and their families about potential risks. **Objective:** This study aims to evaluate the relationship between surgical delay time and postoperative outcomes in patients with acute appendicitis. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted at Gia Dinh People's Hospital from January 1, 2024, to June 30, 2024. Patients were categorized into four groups based on preoperative waiting time (≤ 12 hours or >12 hours) and symptom onset duration (≤ 24 hours or >24 hours). Data were collected from medical records and analyzed using Microsoft Excel and Stata 14. **Results:** A total of 420 patients met the inclusion criteria. The majority (75%) presented to the hospital within 24 hours of symptom onset, and 80% underwent surgery within 12 hours of admission. There was no statistically significant difference in the rate of complicated appendicitis, postoperative complications, or hospital length of stay between groups. **Conclusions:** The timing of surgery (before or after 12 hours) did not increase the risk of complicated appendicitis, postoperative complications, or prolonged hospital stay. These findings support the safety of short in-hospital surgical delays in acute appendicitis cases. **Keywords:** Acute appendicitis, surgical delay, postoperative outcomes, hospital stay, appendectomy, complication rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là bệnh cấp cứu ngoại khoa phổ biến, cần phẫu thuật sớm để tránh biến chứng nguy hiểm [1],[2],[3],[4]. Tuy nhiên, do áp lực bệnh viện đa khoa, phẫu thuật viêm ruột thừa cấp thường bị trì hoãn để ưu tiên các ca cấp cứu nặng hơn. Bên cạnh đó người bệnh và thân nhân người bệnh thường lo ngại rằng việc trì hoãn phẫu thuật có thể làm vỡ ruột thừa hoặc bệnh tiến triển xấu hơn.

Một số nghiên cứu cho thấy viêm ruột thừa thủng có thể không phụ thuộc vào thời gian trì hoãn phẫu thuật và việc trì hoãn trong thời gian ngắn không làm tăng biến chứng [1], [5], [6], [7].

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Phan Tường Anh

Email: mptuonganh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

Nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa thời gian chờ mổ và kết cục sau phẫu thuật ở bệnh nhân viêm ruột thừa cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu được thực hiện tại khoa Ngoại tiêu hoá bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 01/01/2024 đến 30/06/2024, Cỡ mẫu được thu tuyển liên tục theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả người bệnh được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp được phẫu thuật cắt ruột thừa trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các trường hợp người bệnh có thai, có bệnh lý khác kèm theo nặng lên sau mổ: cơn hen cấp, đợt cấp COPD, suy tim nặng, bệnh mạch vành không kiểm soát, viêm ruột thừa thứ phát hoặc giải phẫu bệnh sau mổ không phù hợp viêm ruột thừa (Ung thư ruột thừa, u nhầy ruột thừa, ruột thừa không viêm) và các trường hợp không đủ dữ kiện trong hồ sơ bệnh án.

Phân nhóm nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được chia thành 4 nhóm dựa vào hai yếu tố là thời gian chờ mổ và thời gian khởi phát bệnh trong đó thời gian chờ mổ trên hay dưới 12 giờ và thời gian khởi phát bệnh trên 24 giờ hay dưới 24 giờ.

- Nhóm A1: số bệnh nhân có thời gian chờ mổ ≤ 12 giờ và có thời gian khởi phát bệnh ≤ 24 giờ
- Nhóm A2: số bệnh nhân có thời gian chờ mổ > 12 giờ và có thời gian khởi phát bệnh ≤ 24 giờ
- Nhóm B1: số bệnh nhân có thời gian chờ mổ ≤ 12 giờ và có thời gian khởi phát bệnh > 24 giờ
- Nhóm B2: số bệnh nhân có thời gian chờ mổ > 12 giờ và có thời gian khởi phát bệnh > 24 giờ

2.3 Phương pháp phân tích số liệu

Thu thập số liệu. Thông tin dữ liệu nghiên

cứ được lấy từ hồ sơ bệnh án (hồ sơ giấy) của Bệnh viện Nhân dân Gia Định và trên phần mềm điện tử theo hướng dẫn của bảng thu thập số liệu chuẩn.

Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập từ hồ sơ bệnh án được nhập và xử lý với phần mềm Microsoft Excel sau đó được phân tích các số liệu qua phần mềm Stata 14.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu tuân theo các nguyên tắc đạo đức của tuyên bố Helsinki 2013 và được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Nhân dân Gia Định (số 48/NDGD-HĐĐĐ ngày 10/04/2024). Các thông tin thu thập được mã hóa, lưu trữ trên máy tính và hoàn toàn giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian từ 09/2021 đến 06/2022 có 420 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm phân bố về giới và tuổi

Nhóm	Nam	Nữ	Tuổi TB (Giá trị lớn nhất- nhỏ nhất)	Tổng
Nhóm A1	112	148	38,64 $\pm$ 15,53 (15-82)	260
Nhóm A2	22	33	33,91 $\pm$ 14,97 (16-69)	55
Nhóm B1	29	47	40,51 $\pm$ 16,74 (15-78)	76
Nhóm B2	11	18	38,7 $\pm$ 14,21 (19-71)	29

Nghiên cứu 420 trường hợp VRT tại bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy nam mắc VRT nhiều hơn nữ (tỉ lệ 1:1,5). Đa số bệnh nhân đến bệnh viện sớm trong vòng 24 giờ khởi phát triệu chứng (75%) và đa số bệnh nhân được mổ sớm trong vòng 12 giờ sau nhập viện (80%)

Bảng 2: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm A1	Nhóm A2	Nhóm B1	Nhóm B2
Mạch (l/p)	91,5 $\pm$ 16	89,4 $\pm$ 12,8	89,4 $\pm$ 13,5	92,6 $\pm$ 14,5
Đau thượng vị/quanh rốn chuyển hố chậu P (n)	110	20	27	10
Đau hố chậu P đơn thuần (n)	129	28	46	17
Đau hạ vị	2	1	1	1
Đau thượng vị/quanh rốn (n)	19	6	2	1
Sốt [n(%)]	66 (25,4)	12 (21,8)	23 (30,3)	12 (41,4)
Nôn ói	62	18	10	9
Tiêu chảy	24	4	8	4
Nhiệt độ (°C)	37,3 $\pm$ 0,6	37,4 $\pm$ 0,65	37,3 $\pm$ 0,44	37,6 $\pm$ 0,8
Bệnh nền (nói chung) [n(%)]	34 (13,1)	5 (9,1)	11 (14,5)	3 (10,3)
Đái tháo đường [n(%)]	4 (1,5)	2 (3,6)	1 (1,3)	0
Bạch cầu $> 10k$ [n(%)]	225 (86,5)	47 (85,5)	45 (65,8)	16 (55,2)
% Neu $> 75\%$ [n(%)]	205 (78,8)	38 (69)	31 (40,8)	14 (48,3)

CRP > 10 [n(%)]	138 (53,1)	19 (34,5)	58 (76,3)	20 (69)
Chỉ có Siêu âm bụng tổng quát [n(%)]	179 (68,9)	19 (34,6)	41 (54)	10 (34,5)
Có kèm chụp cắt lớp vi tính [n(%)]	81 (31,2)	36 (65,5)	35 (46,1)	19 (65,5)

Tình trạng lâm sàng, tiền căn, bệnh nền và các xét nghiệm giữa các nhóm không khác biệt nhiều, tuy nhiên nhiệt độ trung bình của người bệnh nhóm B2 cao hơn các nhóm khác, nồng độ CRP thấp nhất ở nhóm A1, các nhóm càng vào bệnh viện muộn hoặc càng được phẫu thuật muộn thì càng được chỉ chụp cắt lớp vi tính nhiều hơn.

Bảng 3: Hình ảnh đại thể ruột thừa

Nhóm	Nhóm A		Nhóm B		Tổng n (%)
	Nhóm A1 n (%)	Nhóm A2 n (%)	Nhóm B1 n (%)	Nhóm B2 n (%)	
VRT sung huyết	38 (14,6)	10 (18,2)	15 (19,7)	7 (24,1)	70 (16,7)
VRT mũ	193 (74,2)	43 (78,2)	48 (63,2)	21 (72,4)	304 (72,4)
VRT hoại tử	12 (4,6)	0	9 (11,8)	1 (3,4)	22 (5,2)
VPM khu trú RT	17 (6,5)	2 (3,6)	4 (5,3)	0	23 (5,5)
Tổng	260	55	76	29	420

Bảng 4: Phân loại viêm ruột thừa

Nhóm	n (%)		n (%)		Tổng n (%)
	Nhóm A1 n (%)	Nhóm A2 n (%)	Nhóm B1 n (%)	Nhóm B2 n (%)	
VRT không biến chứng	231 (88,8)	53 (96,4)	63 (82,9)	28 (96,6)	375 (89,3)
VRT có biến chứng	29 (11,2)	2 (3,6)	13 (17,1)	1 (3,4)	45 (10,7)
Tổng	260	55	76	29	420

Có 89,3% số ca viêm ruột thừa cấp có chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa không biến chứng (trong đó 1/5 số ca là viêm ruột thừa sung huyết và 4/5 số ca là viêm ruột thừa mũ) còn lại là viêm ruột thừa có biến chứng bao gồm viêm ruột thừa hoại tử và viêm phúc mạc ruột thừa. Tuy nhiên tỉ lệ viêm ruột thừa biến chứng và không biến chứng không khác biệt giữa các nhóm.

Bảng 5: Thời gian nằm viện trung bình

Thời gian	TB ± ĐLC		TB ± ĐLC	
	Nhóm A1	Nhóm A2	Nhóm B1	Nhóm B2
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	2,18 ± 0,82	2,045 ± 0,95	2,184 ± 1,02	2,19 ± 1,15

(TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn)

Bảng 6: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Nhóm A1	Nhóm A2	Nhóm A1	Nhóm A2	Tổng
Nhiễm trùng vết mổ	8	4	5	1	18
Tụ dịch sau mổ	1				1
Áp xe tồn lưu	1	1			2
Viêm mủm cụt	1				1
Tổng	11/260 (4.23%)	5/55 (9.09%)	5/76 (6.6%)	1/29 (3.45%)	22/420 (5%)

Thời gian nằm viện và các biến chứng sau mổ không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận đa phần (75%) bệnh nhân đến bệnh viện trong 24 giờ đầu khởi phát triệu chứng, trong khi ở nước ngoài, bệnh nhân đến bệnh viện khá trễ, 55-70% bệnh nhân đến bệnh viện khi đã xuất hiện triệu chứng hơn 24 giờ. Bên cạnh đó 70-90% bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 12 giờ sau nhập viện, trong khi hai nghiên cứu còn lại, tỉ lệ phẫu thuật sớm trong vòng 12 giờ ở chỉ ở mức khoảng 30% do thiếu phẫu thuật viên và đội ngũ gây mê vào ban

đêm [6].

Nghiên cứu của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của các tác giả khác với tỉ lệ viêm ruột thừa có biến chứng: viêm ruột thừa không biến chứng là 1:7. Trong khi đó tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả O.Claydon là khoảng 1:2 [3]. Nghĩ sự khác biệt này là do chưa tính đến yếu tố thời gian bệnh sử. Nghiên cứu cho thấy thời gian chờ mổ > 12g không có sự liên quan với tỉ lệ viêm ruột thừa có biến chứng và phù hợp các nghiên cứu khác trên thế giới.

Tỉ lệ biến chứng sau mổ ở bốn nhóm không có khác biệt tương tự như nghiên cứu của tác giả Jalava [6] và tác giả Van Dijk [4]. Về thời

gian nằm viện thì thời gian chờ mổ ít hay nhiều hơn 12 giờ đều không làm tăng tỉ lệ viêm ruột thừa có biến chứng, không tăng biến chứng sau mổ và không kéo dài thời gian nằm viện có ý nghĩa.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm ruột thừa đến bệnh viện trước hay sau 24 giờ cũng như được mổ trước hay sau 12 giờ đều không làm tăng tỉ lệ viêm ruột thừa có biến chứng, không tăng biến chứng sau mổ và không kéo dài thời gian nằm viện có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhangu A, et al.** Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *The Lancet*. 2015, 386 (10000):p1278-1287.
2. **Drake FT, et al.** Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. *JAMA Surg*. 2014, 149(8):837-44.
3. **Claydon O, Down B and Kumar S.** Patient Outcomes Related to In-Hospital Delays in Appendicectomy for Appendicitis: A Retrospective Study. *Cureus*. 2022, 14(3):e23034.
4. **van Dijk ST, et al.** Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg*. 2018, 105(8):933-945.
5. **Livingston EH, et al.** Disconnect between incidence of nonperforated and perforated appendicitis: implications for pathophysiology and management. *Ann Surg*. 2007, 245(6):886-92.
6. **Jalava K, et al.** Role of preoperative in-hospital delay on appendiceal perforation while awaiting appendicectomy (PERFECT): a Nordic, pragmatic, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2023, 402(10412):1552-1561.
7. **Bhangu A.** Safety of short, in-hospital delays before surgery for acute appendicitis: multicentre cohort study, systematic review, and meta-analysis. *Ann Surg*. 2014, 259(5):894-903.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ THỜI GIAN CỬA-DÂY DẪN TRONG CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TIỀN PHÁT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN

Trần Hòa^{1,2*}, Triệu Quang Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da. 2) Xác định thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu trên 107 bệnh nhân STEMI nhập viện Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được can thiệp mạch vành qua da tiên phát trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024. **Kết quả:** STEMI vùng thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất với 49 (45,8%), vùng thành trước chiếm 44 (41,1%), vùng trước vách chiếm 15 (14,0%). Thời gian cửa-dây dẫn có trung vị: 59 phút (56-88), tỉ lệ thời gian cửa-dây dẫn đạt mục tiêu: 61,7%. Các phân đoạn của thời gian cửa-dây dẫn: nhập khoa cấp cứu-đo điện tâm đồ: 3 phút, đo điện tâm đồ-chẩn đoán STEMI: 8 phút, chẩn đoán STEMI-hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp: 12 phút, hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp-bệnh nhân đến cath-lab: 14 phút, nhập viện-đến cath-lab: 39 phút, đến cath-lab-đâm kim: 11 phút, đâm kim-dây dẫn qua sang thương: 11 phút. **Kết luận:** trong nghiên cứu của

chúng tôi thời gian cửa-dây dẫn có trung vị: 59 phút, tỉ lệ thời gian cửa-dây dẫn đạt mục tiêu: 61,7%.

Từ khóa: thời gian cửa-dây dẫn, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, PARA CLINICAL CHARACTERISTICS, AND DOOR-TO-WIRE TIME IN PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing primary percutaneous coronary intervention (PCI) and to determine the door-to-wire time in primary PCI for STEMI patients. **Methods:** this retrospective study was conducted on 107 STEMI patients admitted to the University Medical Center Ho Chi Minh City and undergoing primary PCI according to the European Society of Cardiology guidelines from January 2024 to April 2024. **Results:** Inferior STEMI was the most common type, accounting for 49 cases (45.8%), followed by anterior STEMI in 44 cases (41.1%) and septal STEMI in 15 cases (14.0%). The median door-to-wire time was 59 minutes (range: 56–88 minutes), with 61.7% of cases meeting the target time. The median times for each segment of the door-to-wire process were as follows: emergency department arrival to ECG: 3 minutes, ECG to STEMI diagnosis: 8 minutes, STEMI diagnosis to consultation with an

¹Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hòa

Email: tranhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025