

7. Chan H, Tang YL, Lv XH, et al. Risk Factors Associated with Renal Involvement in Childhood Henoch-Schönlein Purpura: A Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(11):e0167346. doi:10.1371/journal.pone.0167346

8. Ma DQ, Li Y, Han ZG, Zheng M, Xu N, Fan XJ. Analysis on kidney injury-related clinical risk factors and evaluation on the therapeutic effects of hemoperfusion in children with Henoch-Schönlein purpura. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21(17):3894-3899.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ LỖ THÙNG Ở BỆNH NHÂN THÙNG TẠNG RỒNG TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024 – 2025

Trần Kim Cúc¹, Phạm Thị Kim Mỹ², La Văn Phú¹, Huỳnh Minh Phú¹,
Võ Huỳnh Nhu², Phạm Việt Mỹ³, Nguyễn Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng tạng rỗng (TTR) là một tình trạng tổn thương là một trong những cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất. Nếu chẩn đoán càng muộn thì nguy cơ tử vong càng cao. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, chính xác ở bệnh nhân (BN) TTR là rất cần thiết để ra kế hoạch điều trị kịp thời và hợp lý. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dây trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân TTR tại Thành phố Cần Thơ năm 2024 – 2025. **Kết quả:** 85 BN TTR với 52,9% là nam giới và 47,1% là nữ giới, tuổi trung bình là 62,04±15,89 tuổi. Đặc điểm chụp CLVT: 95,3% BN có khí ở trong phúc mạc, 52,9% khí ở khoang sau phúc mạc, 50,6% dày thành ống tiêu hóa, 89,4% BN có thâm nhiễm khu trú quanh nơi tổn thương, 98,8% BN có dịch tự do trong ổ bụng và 58,8% BN có hình ảnh mất liên tục thành ống tiêu hóa. Chụp CLVT trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân TTR theo diện tích dưới đường cong ROC là tốt (95,3%), $p < 0,001$, với độ nhạy là 94,4%, và độ đặc hiệu là 88,1%. **Kết luận:** chụp CLVT có thể giúp chẩn đoán xác định vị trí lỗ thủng trong TTR.

Từ khóa: thủng tạng rỗng, chụp cắt lớp vi tính

SUMMARY

RESEARCH ON THE CHARACTERISTICS AND VALUE OF MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING PERFORATION SITES IN PATIENTS WITH HOLLOW VISCUS PERFORATION IN CAN THO CITY IN 2024 – 2025

Background: Hollow viscus perforation represents one of the most common surgical abdominal emergencies. Delayed diagnosis

significantly increases the risk of mortality. Therefore, early and accurate diagnosis is essential to ensure timely and appropriate treatment planning. **Objectives:** To describe the characteristics and evaluate the diagnostic value of multi-slice computed tomography in identifying the perforation site in patients with hollow viscus perforation in Can Tho City in 2024–2025. **Results:** A total of 85 patients with hollow viscus perforation were included in the study, with 52.9% male and 47.1% female. The mean age was 62.04 ± 15.89 years. Computed tomography findings revealed that 95.3% of patients had intraperitoneal free air, 52.9% had retroperitoneal air, 50.6% showed bowel wall thickening, 89.4% exhibited localized inflammatory infiltration around the site of injury, 98.8% had free intraperitoneal fluid, and 58.8% demonstrated discontinuity of the gastrointestinal wall. The diagnostic performance of multi-slice computed tomography in localizing the perforation site was high, with an area under the ROC curve of 95.3% ($p < 0.001$), a sensitivity of 94.4%, and a specificity of 88.1%. **Conclusion:** Computed tomography can aid in accurately identifying the perforation site in cases of hollow viscus perforation.

Keywords: Hollow viscus perforation, computed tomography scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tạng rỗng là một tình trạng tổn thương, ảnh hưởng đến các lớp của đường tiêu hóa (bao gồm thực quản, dạ dày, ruột non và đại tràng) dẫn đến sự tràn khí và chất lỏng từ ống tiêu hóa vào bụng hoặc trung thất. Nếu chẩn đoán càng muộn thì nguy cơ tử vong càng cao, theo một nghiên cứu ở Ấn Độ, tỷ lệ tử vong dao động từ 29-45% ở nhóm nguy cơ trung bình và cao, nên rất nguy hiểm [7]. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, chính xác ở bệnh nhân TTR là rất cần thiết để ra kế hoạch điều trị kịp thời và hợp lý.

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán TTR. Đặc biệt chụp cắt lớp vi tính cho phép xác định khí tự do trong ổ bụng dù lượng khí có thể rất ít, chỉ một vài bóng khí [5]. Hơn thế nữa, CLVT có thể cho thấy nguyên nhân

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Cúc

Email: trankimcuc.cantho@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

trong phần lớn các trường hợp, điều mà cả X-quang lẫn siêu âm khó cho thấy được. Đặc biệt, chụp CLVT cũng có hiệu quả trong việc xác định vị trí của TTR. Từ đó, giúp các phẫu thuật viên chủ động trong kế hoạch phẫu thuật, lựa chọn được phương pháp điều trị phù hợp và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân [6]. Tuy nhiên, ở khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về đặc điểm và giá trị của chụp CLVT đa dãy trong việc xác định vị trí thủng ở bệnh nhân TTR. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng tại Thành phố Cần Thơ năm 2024 – 2025". Với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng tại Thành phố Cần Thơ năm 2024 – 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả BN nghi ngờ TTR được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và được chẩn đoán xác định là thủng dạ dày hoặc ruột trong biên bản phẫu thuật từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025 tại Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng trên lâm sàng, có chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang.
- Được thực hiện phẫu thuật ổ bụng có thủng ống tiêu hóa.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ được lưu trữ tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ. Không nhận vào nghiên cứu nếu bệnh nhân có một trong những vấn đề như sau:

- Bệnh nhân TTR có kèm theo thủng tạng đặc hoặc kèm tổn thương mạch máu lớn.
- Bệnh nhân có kèm thủng bàng quang hoặc tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Ngoại Tổng quát, Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Cỡ mẫu: chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu.

α : sai sót loại 1 = 0,05;

d: sai số tương đối cho phép = 0,06

1- α : hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là 95%
→ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p: là tỷ lệ khí tự do trong ổ bụng trên chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân thủng tạng rỗng. Theo nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự, tỷ lệ này là: 91,3% [2].

Với các dữ liệu trên chúng tôi tính được:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,913 \times (1-0,913)}{0,06^2} = 85$$

Chúng tôi thu được 85 bệnh nhân thủng tạng rỗng được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và được chẩn đoán xác định là thủng dạ dày hoặc ruột trong biên bản phẫu thuật.

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân có bệnh nhân TTR được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và được chẩn đoán xác định là thủng dạ dày hoặc ruột trong biên bản phẫu thuật thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ thì đưa vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân thủng tạng rỗng: khí trong ổ bụng, dày thành ống tiêu hóa, mất liên tục thành ống tiêu hóa, thâm nhiễm mỡ khu trú quanh nơi tổn thương, dịch tự do trong ổ bụng, hình ảnh thoát thuốc cản quang từ lòng ống tiêu hóa.

- Tính độ nhạy, độ đặc hiệu của chụp CLVT trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng TTR.

Phương pháp thu thập mẫu: Khám lâm sàng, chụp X-quang, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang và ghi nhận vị trí thủng tạng rỗng từ biên bản phẫu thuật của phẫu thuật viên.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi đề cương được hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học xét duyệt đề cương nghiên cứu khoa học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với số 24.355. HV/PCT-HĐĐD cấp ngày 28 tháng 6 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích 85 trường hợp thủng tạng rỗng với 52,9% là nam giới và 47,1% là nữ giới, tuổi trung bình là $62,04 \pm 15,89$ tuổi, chúng tôi ghi nhận kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân thủng tạng rỗng

Bảng 1. Đặc điểm khí trong ổ bụng và

sau phúc mạc ở bệnh nhân thủng tạng rỗng trên chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm khí trong ổ bụng và sau phúc mạc ở bệnh nhân thủng tạng rỗng trên chụp cắt lớp vi tính	Tần số (n=85)	Tỷ lệ (%)
Khí trong phúc mạc	81	95,3
Khí sau phúc mạc	45	52,9

Nhận xét: Bệnh nhân TTR khi chụp CLVT ổ bụng phát hiện được khí trong ổ bụng chiếm tỷ lệ cao 95,3%, 52,9% có khí khoang sau phúc mạc.

Bảng 2. Dấu hiệu gián tiếp của thủng tạng rỗng trên chụp cắt lớp vi tính

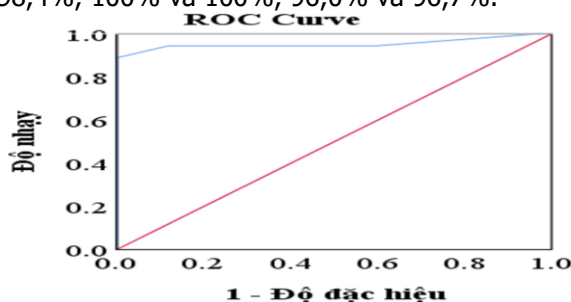
Dấu hiệu gián tiếp của thủng tạng rỗng trên chụp cắt lớp vi tính	Tần số (n=85)	Tỷ lệ (%)
Dày thành ống tiêu hoá	43	50,6
Thâm nhiễm khu trú quanh nơi tổn thương	76	89,4
Dịch tự do trong ổ bụng	84	98,8

Nhận xét: Bệnh nhân TTR có thâm nhiễm

Bảng 4. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán từng vị trí lỗ thủng

Vị trí thủng tạng rỗng trên chụp CLVT	Phẫu thuật				
	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Giá trị dự đoán dương tính	Giá trị dự đoán âm tính
Dạ dày	88,9%	100%	97,6%	100%	97,1%
Tá tràng	77,8%	97,4%	95,3%	77,8%	97,4%
Ruột non	90,9%	98,4%	96,5%	95,2%	96,9
Ruột thừa	100%	100%	100%	100%	100%
Đại tràng	96,0%	96,7%	96,5%	92,3%	98,3%

Nhận xét: Ở bệnh nhân thủng tạng rỗng, chụp CLVT đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Vị trí thủng dạ dày, tá tràng, ruột non, ruột thừa và đại tràng có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88,9% và 100%, 77,8% và 97,4%, 90,9% và 98,4%, 100% và 100%, 96,0% và 96,7%.



Biểu đồ 1. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng theo diện tích dưới đường cong
Diện tích dưới đường cong: 95,3%, $p < 0,001$ (độ nhạy: 94,4%, độ đặc hiệu: 88,1%)

Nhận xét: Chụp CLVT trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân TTR theo diện tích dưới

khu trú quanh nơi tổn thương và có dịch tự do trong ổ bụng chiếm tỷ lệ rất cao lần lượt là 89,4% và 98,8%, 50,6% bệnh nhân có dấu hiệu dày thành ống tiêu hoá.

Bảng 3. Dấu hiệu trực tiếp của thủng tạng rỗng trên chụp cắt lớp vi tính

Dấu hiệu trực tiếp của thủng tạng rỗng trên chụp cắt lớp vi tính	Tần số (n=85)	Tỷ lệ (%)
Mất liên tục thành ống tiêu hoá	50	58,8
Hình ảnh thoát thuốc cản quang từ lòng ống tiêu hoá	0	0,0

Nhận xét: Hơn phân nửa bệnh nhân TTR có hình ảnh mất liên tục thành ống tiêu hoá trên chụp CLVT với tỷ lệ 58,8%. Do bệnh nhân không uống thuốc có chất tương phản nên không ghi nhận trường hợp nào có hình ảnh thoát thuốc cản quang từ lòng ống tiêu hoá.

3.2. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng

đường cong ROC là tốt (95,3%), $p < 0,001$ với độ nhạy là 94,4% và độ đặc hiệu là 88,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân thủng tạng rỗng. Chụp CLVT đóng vai trò quan trọng trong việc xác định chính xác vị trí lỗ thủng ở BN thủng tạng rỗng thông qua các hình ảnh trực tiếp và gián tiếp. Về hình ảnh trực tiếp, qua nghiên cứu 85 BN TTR, chúng tôi ghi nhận 58,8% BN có hình ảnh mất liên tục thành ống tiêu hoá. Do trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân không uống thuốc có chất tương phản nên không ghi nhận trường hợp nào có hình ảnh thoát thuốc cản quang từ lòng ống tiêu hoá. Hình ảnh gián tiếp thường thấy là hình thoát khí tự do vào trong khoang phúc mạc hoặc sau phúc mạc. Vì vậy, khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu đặc trưng cần được tìm kiếm trên CLVT ở bệnh nhân nghi ngờ thủng tạng rỗng. Trong nghiên cứu này 95,3% BN TTR có khí ở trong phúc mạc, 52,9% khí ở khoang sau phúc mạc trên chụp CLVT. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thu Huyền với tỷ lệ khí tự

do ổ bụng xuất hiện với tần suất cao nhất đạt 91,3% ở các bệnh nhân TTR [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng ghi nhận khí ở trong ổ bụng hoặc sau phúc mạc ở BN TTR chiếm 74,2% [4]. Phạm Minh Quang nghiên cứu trên BN TTR do dị vật, hình ảnh chụp CLVT ghi nhận: 76,7% BN có hình ảnh mất liên tục thành ống tiêu hoá, 70,0% có tụ khí cạnh ống tiêu hoá [3]. Tuy nhiên, hình ảnh mất liên tục đường tiêu hoá lại chiếm tỷ lệ rất cao ở các nghiên cứu về TTR ở vị trí dạ dày – tá tràng: Vũ Ngọc Dương và cộng sự ghi nhận 81,9% có hình ảnh mất liên tục thành dạ dày tá tràng, 96,4% BN có khí tự do trong ổ bụng [1]. Sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu cho thấy chụp CLVT có giá trị trong chẩn đoán xác định TTR, đặc biệt là TTR ở vị trí thủng dạ dày tá tràng. Do đó, sử dụng CLVT đa dãy kết hợp với mở cửa sổ khí có thể phát hiện lượng khí rất nhỏ trong ổ bụng giúp giảm bớt tỷ lệ bỏ sót tổn thương. Nghiên cứu của Drakopoulos D và cộng sự cũng có kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi [6].

Các dấu hiệu gián tiếp khác chúng tôi ghi nhận thâm nhiễm khu trú quanh nơi tổn thương và dịch tự do trong ổ bụng chiếm tỷ lệ rất cao lần lượt là 89,4% và 98,8%, 50,6% BN có dấu hiệu dày thành ống tiêu hoá. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu trên. Tuy nhiên, các dấu hiệu này là không đặc hiệu, có thể xuất hiện ở các bệnh lý khác nhau như nhồi máu ruột, viêm ruột. Kết hợp các dấu hiệu giúp nâng cao giá trị chẩn đoán chính xác của CLVT trong chẩn đoán thủng tạng rỗng.

4.2. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng. Thủng tạng rỗng là một trong những cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất, nguyên nhân có thể là một trong những biến chứng của ổ loét dạ dày-tá tràng, viêm ruột cấp hay các biến chứng của phẫu thuật, nội soi. Nếu chẩn đoán càng muộn thì nguy cơ tử vong càng cao. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, chính xác ở bệnh nhân thủng tạng rỗng là rất cần thiết để ra kế hoạch điều trị kịp thời và hợp lý. Qua nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân TTR, chụp CLVT đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Vị trí thủng dạ dày, tá tràng, ruột non, ruột thừa và đại tràng có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88,9% và 100%, 77,8% và 97,4%, 90,9% và 98,4%, 100% và 100%, 96,0% và 96,7%. Theo diện tích dưới đường cong ROC, chụp CLVT trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân TTR là tốt (95,3%), $p < 0,001$, với độ nhạy là 94,4% và độ đặc hiệu là 88,1%.

Tác giả Phạm Thu Huyền nghiên cứu trên 127 BN được chẩn đoán xác định TTR trong phẫu thuật, được chụp CLVT ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 07/2021 đến 06/2022. Kết quả, thủng dạ dày – hành tá tràng thường gặp khí dưới vòm hoành chiếm 90% với độ nhạy: 90%, giá trị dự đoán âm tính: 91,7%, OR = 9,2 (95%CI: 3,0-28,1, $p < 0,01$), khí quanh dây chằng liềm/tròn chiếm 67,5% với giá trị dự đoán âm tính: 81,4%, OR = 3,9 (95%CI: 1,8-8,7, $p < 0,05$), khí quanh khoảng cửa chiếm 42,5% với độ đặc hiệu: 85,1%, giá trị dự đoán âm tính: 76,3%, OR = 4,2, (95%CI: 1,8-9,9, $p < 0,05$), khí trên mạc treo đại tràng ngang 100% với nhạy: 100%, giá trị dự đoán âm tính: 100% ($p < 0,05$) [2]. Phạm Minh Quang đã nghiên cứu và đưa ra kết luận thủng đường tiêu hóa do dị vật là cấp cứu ngoại khoa hiểm gặp, biểu hiện lâm sàng đa dạng. Cắt lớp vi tính với độ nhạy 100% và kết hợp các đặc điểm như mất liên tục thành và khí cạnh ống tiêu hóa giúp giá trị tiên đoán dương đạt 94,4% và độ đặc hiệu 83,3% [3]. Lee D và cộng sự chụp ghi nhận CLVT có độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 93% trong việc xác định vị trí thủng dạ dày – tá tràng không do chấn thương [8].

Vì vậy, chụp CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán xác định bệnh lý thủng tạng rỗng và đặc biệt là có ý nghĩa trong chẩn đoán xác định vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng.

V. KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính đa dãy giúp chẩn đoán xác định vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Ngọc Dương, Nguyễn Đình Minh, cộng sự (2023), "Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán thủng dạ dày - tá tràng". Tạp chí Y Dược học Quân sự, 9 (95-105).
2. Phạm Thu Huyền, Nguyễn Đình Minh, cộng sự (2022), "Vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán vị trí lỗ thủng ở bệnh nhân thủng tạng rỗng". Tạp chí Nghiên cứu Y học, 160 (12V2), 45-54.
3. Phạm Minh Quang (2023), "Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của thủng tiêu hóa do dị vật tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 65 (30-36).
4. Nguyễn Văn Thắng, Nguyễn Thành Luân, Đinh Việt Khôi (2021), "Đặc điểm hình ảnh thủng tạng rỗng trên x quang, cắt lớp vi tính và siêu âm ổ bụng". Tạp chí Y học Việt Nam, 505 (2), 209-212.
5. Campos AMV, Rodríguez CM, et al (2020), "Gastrointestinal perforation caused by ingested fish bone. Computed tomography findings in 58 patients". Radiologia (Engl Ed), 62 (5), 384-391.
6. Drakopoulos D, Arcon J, et al (2021), "Correlation of gastrointestinal perforation location and amount of free air and ascites on CT imaging".

- Abdom Radiol (NY), 46 (10), 4536-4547.
7. **Gaurav K, Kumar K, et al** (2024), "Effectiveness of Mannheim's Peritonitis Index in Patients With Peritonitis Secondary to Hollow Viscus Perforation in a Tertiary Care Hospital in Jharkhand, India". Cureus, 16 (5), 1-14.
 8. **Lee D, Park MH, et al** (2016), "Multidetector CT diagnosis of non-traumatic gastroduodenal perforation". J Med Imaging Radiat Oncol, 60 (2), 182-6.

THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HOÁ NĂM 2024

Nguyễn Thị Lệ Thủy¹, Phạm Thu Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch đường tiêu hoá tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch đường tiêu hoá tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. **Kết quả:** Hầu hết NB đều lo âu, trong đó: 82,8% NB mức độ lo âu nhẹ, 13,8% lo âu vừa và 3,4% NB không lo âu. Trong đó có 74,1% NB lo lắng đau sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất, 65,5% NB lo lắng giảm sút sức khoẻ do phẫu thuật và 60,3% lo lắng giảm/mất nguồn thu do nghỉ ốm. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết NB đều lo âu trước phẫu thuật, cần tăng cường tổ chức tư vấn GDSK cho người bệnh phẫu thuật

Từ khóa: Lo âu, trước phẫu thuật

SUMMARY

ANXIETY OF PATIENTS BEFORE PLANNED GASTROINTESTINAL SURGERY AT THANH HOA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: Describe the current anxiety of patients before planned gastrointestinal surgery at Thanh Hoa General Hospital. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study on 58 patients before planned gastrointestinal surgery at Thanh Hoa General Hospital. **Results:** Most patients were anxious, of which: 82.8% had mild anxiety, 13.8% had moderate anxiety and 3.4% had no anxiety. Of which, 74.1% of patients were worried about postoperative pain, accounting for the highest rate, 65.5% of patients were worried about reduced health due to surgery and 60.3% were worried about reduced/lost income due to sick leave. **Conclusion:** The research results showed that most patients were anxious before surgery, it is necessary to strengthen the organization of health education counseling for surgical patients. **Keywords:** Anxiety, before surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị tích

cực nhưng khi đối mặt với một cuộc phẫu thuật người bệnh đều xuất hiện tâm lý lo âu ở các mức độ khác nhau, đặc biệt là các cuộc phẫu thuật có kế hoạch. Kết quả nghiên cứu của Ali chỉ ra rằng lo âu trước phẫu thuật ảnh hưởng tiêu cực đến sự phục hồi gây mê và kiểm soát đau sau phẫu thuật¹. Lo âu quá mức và liên tục có thể ảnh hưởng đến thể chất, tâm lý, chất lượng cuộc sống và có thể kéo dài thêm tình trạng bệnh lý. Trong những năm gần đây, Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tâm lý lo âu của người bệnh trước phẫu thuật. Nghiên cứu của Phạm Thị Hoàng Yến khảo sát tâm lý người bệnh trước phẫu thuật có 87,1% người bệnh sợ đau, 82,5% người bệnh lo sợ sẽ lâu hồi phục². Nghiên cứu của Huỳnh Lê Phương về mức độ lo âu trước mổ của người bệnh khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy 17,89% người bệnh có trạng thái lo âu với tổng điểm lo âu (HADS-A) ≥ 11 và 17,57% người bệnh có trạng thái trầm cảm với tổng điểm trầm cảm³ (HADS-D) ≥ 11 . Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật là một công tác quan trọng vì ảnh hưởng trực tiếp quá trình cũng như kết quả phẫu thuật. Chuẩn bị người bệnh tốt sẽ làm giảm các tai biến trong và sau phẫu thuật, giúp người bệnh có tâm lý thoải mái và yên tâm tin tưởng hơn khi phẫu thuật.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá là bệnh viện tuyến cao nhất tại tỉnh Thanh Hoá, được đầu tư trang thiết bị hiện đại cũng như đội ngũ nhân viên y tế trình độ cao. Trong năm 2022, có 7.187 ca phẫu thuật, trong đó có 6.627 ca phẫu thuật có kế hoạch, chiếm 92% tổng số ca. Khi có chỉ định phẫu thuật, trước đó một ngày, người bệnh và người nhà sẽ được nhân viên y tế tư vấn, động viên, giải thích về những nội dung liên quan đến ca phẫu thuật, nhằm giảm bớt lo lắng cho người bệnh trước. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy

Email: nguyenthilethuy@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025