

Hình 3. Kháng sinh đồ *Salmonella* spp.

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát 250 mẫu thức ăn đường phố tại Phường Bình Lợi Trung cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn là 72,00%, cao hơn so với báo cáo của Raza và cộng sự (2021) tại Pakistan (37,81%) [6]. Xét riêng từng loại thực phẩm, tỷ lệ nhiễm ở bánh mì thịt, gói cuốn, cơm, bún riêu và bánh tráng trộn lần lượt là 100% (50/50); 86% (43/50); 68% (34/50); 54% (27/50) và 52% (26/50) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, ANOVA). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm *Salmonella* spp. (5%) thấp hơn đáng kể so với kết quả của Raza và cộng sự tại Pakistan (40%) [6]; *E. coli* (23,89%) cũng thấp hơn rõ rệt so với báo cáo tại Mozambique và Indonesia (63%) cũng như nghiên cứu của Ferrari và cộng sự tại Brazil [6]. Về tình hình kháng thuốc, chủng *E. coli* trong nghiên cứu thể hiện mức độ kháng Tetracycline (23,26%) nhưng duy trì sự nhạy cảm cao với nhóm Cephalosporin, tương đồng với công bố của Fusaro và cộng sự (2024) [7]. Điểm khác biệt đáng lưu ý là tỷ lệ kháng Sulfamethoxazole/Trimethoprim đạt 11,63%, trái ngược với sự nhạy cảm hoàn toàn được ghi nhận trong nghiên cứu của Fusaro. Đối với *Salmonella* spp., ghi nhận sự đề kháng mạnh nhất với Cefoxitin (66,67%), kể đến là Tetracycline và Nalidixic acid (33,33%). So với nghiên cứu của Zahra Rahimi Nadi và cộng sự, vi khuẩn tại khu vực khảo sát cho thấy xu hướng kháng Tetracycline cao hơn nhưng lại nhạy cảm hơn với Nalidixic acid (33,33% so với 65%) [8].

V. KẾT LUẬN:

Kết quả khảo sát cho thấy thức ăn đường phố tại Phường Bình Lợi Trung, TP.HCM có tỷ lệ nhiễm khuẩn cao (72%). Trong đó, gói cuốn 50/50 (100%), bánh mì thịt có 43/50 (86%), bánh tráng trộn 34/50 (68%), bún riêu 27/40 (54%) và cơm 26/50 (52%). Từ các mẫu nhiễm phân lập được *E. coli* (23,89%) và *Salmonella* spp. (5,00%). Đáng chú ý, 43 chủng *E. coli* ghi nhận mức kháng Tetracycline (23,26%) và

Cefoxitin (16,28%), riêng mẫu C-7 xuất hiện sự đề kháng đồng thời 6/10 loại kháng sinh gồm Tetracycline, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ofloxacin, Nalidixic acid, Sulfamethoxazole/Trimethoprim. Ngược lại, các chủng *E. coli* phân lập được từ bún riêu không ghi nhận hiện tượng kháng thuốc. Trong khi *Salmonella* spp. kháng mạnh Cefoxitin (66,67%), Tetracycline và Nalidixic acid (33,33%), Gentamycin (11,11%).

VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường thanh tra, kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm đường phố, đặc biệt tại khu vực trường học và bệnh viện; đồng thời áp dụng các biện pháp xử lý hành chính nghiêm đối với các cơ sở vi phạm điều kiện chế biến, bảo quản và kinh doanh thực phẩm. Chính quyền địa phương cần xây dựng và triển khai chương trình quản lý thức ăn đường phố theo hướng quy hoạch khu vực kinh doanh hợp vệ sinh, kết hợp đẩy mạnh truyền thông nhằm nâng cao nhận thức cộng đồng về nguy cơ ô nhiễm vi sinh vật, đặc biệt là vi khuẩn kháng kháng sinh. Các cơ quan chuyên môn cần tăng cường giám sát vi sinh, theo dõi xu hướng đề kháng thuốc của vi khuẩn phân lập từ thực phẩm, đồng thời xây dựng cơ sở dữ liệu cảnh báo phục vụ hoạch định chính sách và định hướng sử dụng kháng sinh hợp lý. Người kinh doanh thực phẩm cần tuân thủ nghiêm quy định vệ sinh trong chế biến, sử dụng nguyên liệu có nguồn gốc rõ ràng, bảo đảm thực phẩm được nấu chín, che đậy và bảo quản trong điều kiện thích hợp; đồng thời bảo quản riêng biệt thực phẩm sống và chín nhằm hạn chế nguy cơ nhiễm và lan truyền vi khuẩn kháng thuốc. Ngoài ra, cần khuyến khích nghiên cứu về mối liên hệ giữa thực phẩm đường phố và vi khuẩn đa kháng, làm cơ sở đề xuất biện pháp can thiệp phù hợp nhằm bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được tài trợ bởi Trường Đại học Văn Lang với mã số đề tài 2410-DT-KDU-SV-003.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Báo Công an Thành phố Hồ Chí Minh.** (2016, December 20). Việt Nam có 10 ngàn người ngộ độc thực phẩm.
2. **Bộ Y tế.** (2025, November 12). Đã xác định tác nhân gây ngộ độc hơn 300 người sau ăn Bánh mì cóc có B. Cổng thông tin Bộ Y tế.
3. **Clinical and Laboratory Standards Institute.** (2022). Performance standards for antimicrobial susceptibility testing (32nd ed.; CLSI supplement M100).
4. **Bộ Y tế (2017),** Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng, NXB Y Học.

5. QCVN 8-3:2012/BYT Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với ô nhiễm vi sinh vật trong thực phẩm - Hà Nội 2012
6. **José, A., Paiva, A. D., & Barbosa, A. (2023).** Microbiology of street food: Understanding risks to improve safety. *Journal of Applied Microbiology*, 134(8).
7. **Fusaro, C., et al. (2024).** Antibiotic-resistant bacteria isolated from street foods: A systematic review. *Antibiotics*, 13(6), 481.
8. **Nadi, Z. R., Salehi, T. Z., Tamai, I. A., et al. (2020).** Evaluation of antibiotic resistance and prevalence of common *Salmonella enterica* serovars isolated from foodborne outbreaks. *Microchemical Journal*, 155, 104660.

TỶ LỆ TÁI PHÁT VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA VIÊM RUỘT THỪA CẤP KHÔNG BIẾN CHỨNG

Lê Nguyên Khôi¹, Lê Kim Long^{1*}, Võ Đại Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị kháng sinh cho viêm ruột thừa cấp (VRTC) không biến chứng ngày càng được sử dụng như lựa chọn thay thế phẫu thuật ở nhóm người bệnh chọn lọc. Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ thành công ban đầu và nguy cơ tái phát dài hạn trong thực hành lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ theo dõi dọc tại Bệnh viện Trưng Vương, tuyển các trường hợp VRTC không biến chứng được xác định bằng CT và điều trị kháng sinh ban đầu từ 06/2015–08/2020. Tiêu chuẩn CT không biến chứng: không thủng, không áp-xe, không đám quánh, không khí tự do và không dịch tự do nhiều; sỏi phân không loại trừ. Phác đồ: ceftriaxone + metronidazole; nếu dị ứng cephalosporin dùng ciprofloxacin + metronidazole. Người bệnh theo dõi nội trú tối thiểu 48 giờ; chuyển phẫu thuật khi đau tăng, sốt kéo dài, bạch cầu tăng, có dấu viêm phúc mạc hoặc diễn tiến xấu. Thành công ban đầu: xuất viện không phẫu thuật; thất bại: phải phẫu thuật trong đợt điều trị. Theo dõi sau xuất viện qua điện thoại; phân tích sống còn Kaplan–Meier và log-rank ($p < 0,05$). **Kết quả:** Trong 5.750 trường hợp, có 222 ca điều trị nội khoa; tuổi trung bình $39,2 \pm 14,1$, nam 42,7%. Tỷ lệ thành công ban đầu 95,5% (212/222), thất bại 4,5% (10/222); không tử vong. Trong 212 ca thành công, theo dõi được 164 ca (mất liên lạc 48); thời gian theo dõi trung vị 19 tháng, tối đa 75 tháng. Có 33 ca tái phát; tỷ lệ tái phát tích lũy tại 12/24/36/48 tháng lần lượt 13,7%/17,4%/21,2%/28,6%. Giới nam liên quan có ý nghĩa với tái phát ($p = 0,013$); các yếu tố khác không khác biệt. **Kết luận:** Điều trị kháng sinh VRTC không biến chứng có hiệu quả ban đầu cao và an toàn, nhưng nguy cơ tái phát tăng theo thời gian; cần chọn bệnh phù hợp, theo dõi nội trú ≥ 48 giờ và sẵn sàng chuyển phẫu thuật khi thất bại. **Từ khóa:** viêm

ruột thừa cấp không biến chứng; điều trị kháng sinh; điều trị không phẫu thuật; tái phát; Kaplan–Meier.

ABSTRACT

RECURRENCE RATE AND ASSOCIATED FACTORS AFTER NON-OPERATIVE TREATMENT FOR UNCOMPLICATED ACUTE APPENDICITIS

Background: Antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis has increasingly been adopted as an alternative to surgery in selected patients. This study aimed to quantify initial treatment success and long-term recurrence in routine clinical practice. **Methods:** We conducted a longitudinal cohort study at Trung Vuong Hospital including patients with CT-confirmed uncomplicated acute appendicitis treated initially with antibiotics between June 2015 and August 2020. Uncomplicated disease on CT was defined as absence of perforation, abscess, phlegmon, pneumoperitoneum, and significant free fluid; an appendicolith was not an exclusion criterion. The antibiotic regimen was ceftriaxone plus metronidazole; in patients with cephalosporin allergy, ciprofloxacin plus metronidazole was used. Patients were observed as inpatients for at least 48 hours. Surgery was considered for worsening pain, persistent fever, rising leukocyte count, signs of peritonitis, or clinical deterioration. Initial success was defined as discharge without appendectomy; failure as appendectomy during the index admission. Recurrence was confirmed by discharge documentation with appendectomy or by CT in patients managed nonoperatively at recurrence. Post-discharge follow-up was performed by scheduled telephone contacts; loss to follow-up was treated as censoring in survival analyses. Cumulative recurrence was estimated using Kaplan–Meier methods, and associated factors were assessed with the log-rank test ($p < 0.05$). **Results:** Among 5,750 patients with acute appendicitis, 222 had uncomplicated disease and received antibiotics; mean age was 39.2 ± 14.1 years and 42.7% were male. Initial treatment success was 95.5% (212/222), with an in-hospital failure rate requiring appendectomy of 4.5% (10/222); no deaths occurred. Of the 212 initially successful patients, 164 were followed (48 lost), with a median follow-up of 19 months

¹Bộ môn Ngoại khoa, Khoa Y, Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Trưng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Kim Long

Email: longlk@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 5.2.2026

Ngày duyệt bài: 12.3.2026

(maximum 75 months). Thirty-three recurrences were observed. The cumulative recurrence rates at 12, 24, 36, and 48 months were 13.7%, 17.4%, 21.2%, and 28.6%, respectively. Male sex was significantly associated with recurrence ($p=0.013$); no other factors showed significant differences. **Conclusions:** Nonoperative management of CT-confirmed uncomplicated acute appendicitis with antibiotics was safe and achieved a high initial success rate, but recurrence increased over time. Careful patient selection, inpatient observation for at least 48 hours, and prompt conversion to surgery when treatment fails are warranted. Male sex was associated with recurrence in this cohort. **Keywords:** *uncomplicated acute appendicitis; antibiotics; nonoperative management; recurrence; Kaplan–Meier.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt ruột thừa là điều trị chuẩn của viêm ruột thừa cấp (VRTC) trong nhiều thập kỷ. Tuy nhiên, bằng chứng hiện đại cho thấy một tỷ lệ đáng kể VRTC không biến chứng có thể điều trị thành công bằng kháng sinh, giúp tránh phẫu thuật trong giai đoạn ngắn hạn và có thể giảm một phần gánh nặng can thiệp cho người bệnh. Hướng dẫn WSES 2020 thừa nhận điều trị kháng sinh là một lựa chọn hợp lý ở nhóm VRTC không biến chứng được chọn lọc, với điều kiện chẩn đoán chính xác và theo dõi chặt chẽ để phát hiện thất bại sớm [1].

Các thử nghiệm lớn cho thấy chiến lược kháng sinh có thể không kém phẫu thuật về chất lượng sống ngắn hạn, song tỷ lệ phải cắt ruột thừa trong thời gian theo dõi và nguy cơ tái phát vẫn đáng kể, đặc biệt ở một số phân nhóm nguy cơ [2-5]. Do đó, điều trị kháng sinh trong VRTC không biến chứng cần được hiểu đúng bản chất: đây là chiến lược “tránh hoặc trì hoãn phẫu thuật” ở một tỷ lệ người bệnh, chứ không phải là “thay thế phẫu thuật” một cách tuyệt đối.

Tại Bệnh viện Trưng Vương, số ca điều trị không phẫu thuật tăng theo thời gian. Trong bối cảnh đó, việc đánh giá kết quả ngắn hạn và kết quả xa của điều trị nội khoa trong thực hành thường quy, đồng thời xác định các yếu tố liên quan đến tái phát, là cần thiết để chuẩn hóa lựa chọn người bệnh, tư vấn nguy cơ – lợi ích và nâng chất lượng quyết định điều trị chung giữa bác sĩ và người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) mô tả kết quả ngắn hạn của điều trị kháng sinh ban đầu ở VRTC không biến chứng; (2) ước tính tỷ lệ không tái phát theo thời gian bằng Kaplan–Meier; và (3) khảo sát các yếu tố liên quan đến tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu có theo dõi dọc được thực hiện tại Bệnh viện Trưng Vương – Thành phố Hồ Chí Minh. Dân số mục tiêu là các trường hợp VRTC không biến chứng điều trị tại bệnh viện. Dân số chọn mẫu gồm tất cả trường hợp VRTC không biến chứng được điều trị bằng kháng sinh ngay từ đầu trong khoảng thời gian 06/2015–08/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: chẩn đoán xác định VRTC không biến chứng trên CT, với các dấu hiệu loại trừ thể biến chứng gồm: không thủng, không áp-xe, không đám quánh, không dịch tự do nhiều và không khí tự do. Trong nghiên cứu này, hiện diện sỏi phân không được xem là tiêu chuẩn loại trừ và không được coi là dấu hiệu “cản trở” điều trị nội khoa.

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc người bệnh không đồng ý tiếp tục theo dõi sau khi đáp ứng điều trị nội khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phác đồ kháng sinh: ceftriaxone phối hợp metronidazole. Trường hợp dị ứng cephalosporin, chuyển sang ciprofloxacin (phối hợp metronidazole).

Sau khi bắt đầu kháng sinh, người bệnh được theo dõi nội trú tối thiểu 48 giờ. Chỉ định chuyển mổ được xem xét khi lâm sàng không cải thiện hoặc xấu đi, biểu hiện bằng đau tăng, sốt kéo dài, bạch cầu tăng, xuất hiện dấu hiệu kích thích phúc mạc hoặc các dấu hiệu gợi ý thất bại điều trị theo đánh giá của bác sĩ điều trị.

Biên số và định nghĩa kết cục:

- Kết cục ngắn hạn trong đợt nằm viện: đáp ứng điều trị nội khoa.

- Đáp ứng: xuất viện mà không cần can thiệp phẫu thuật.

- Không đáp ứng (thất bại sớm): phải phẫu thuật trong đợt nhập viện/theo dõi nội trú tại bệnh viện.

- Ở nhóm không đáp ứng, mức độ viêm ruột thừa được phân loại theo ghi nhận phẫu thuật: viêm ruột thừa không biến chứng, viêm phúc mạc khu trú và viêm phúc mạc toàn thể.

- Tử vong liên quan phương thức điều trị nội khoa được ghi nhận dạng có/không.

- Kết cục dài hạn: tái phát VRTC ở nhóm đáp ứng điều trị nội khoa ban đầu. Tái phát được ghi nhận khi có bằng chứng chẩn đoán xác định thông qua giấy ra viện và được xử trí bằng phẫu thuật cắt ruột thừa, hoặc được chụp CT xác nhận trong trường hợp người bệnh tiếp tục lựa chọn điều trị nội khoa. Thời điểm tái phát được

tính từ ngày xuất viện đến ngày có chẩn đoán và nhập viện tái phát.

Thu thập dữ liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án để ghi nhận biến số lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh CT. Người bệnh sau đó được liên hệ qua điện thoại theo các mốc theo dõi định kỳ; trường hợp không liên lạc được hoặc từ chối cung cấp thông tin được xem là mất dấu. Các trường hợp mất dấu được xử lý như trường hợp censored tại thời điểm liên hệ cuối cùng trong phân tích Kaplan–Meier.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0. Biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố. Biến định danh được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ.

Kaplan–Meier được sử dụng để ước tính tỷ lệ tái phát tích lũy tại các thời điểm 12, 24, 36 và 48 tháng sau xuất viện. Log-rank test được dùng để đánh giá sự khác biệt nguy cơ tái phát giữa các nhóm theo từng yếu tố; p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trưng Vương chấp thuận (số văn bản: 856/HĐĐĐ-BVTV; ngày chấp thuận: 13/08/2019). Dữ liệu được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu; việc liên hệ người bệnh qua điện thoại được thực hiện trên nguyên tắc tôn trọng quyền riêng tư và quyền từ chối cung cấp thông tin.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu ghi nhận 5.750 trường hợp VRTC, trong đó có 222 trường hợp VRTC không biến chứng được điều trị nội khoa ban đầu.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=222)

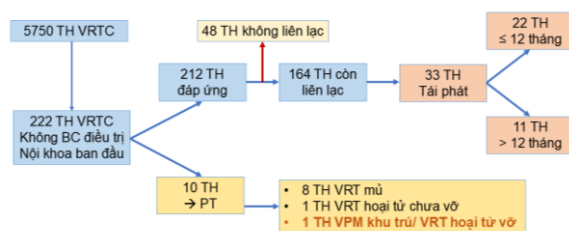
Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), trung bình ± SD	39,2 ± 14,1
Giới nam (%)	42,70%
Thời gian đau > 24 giờ (%)	31,10%
Số lượng bạch cầu, trung bình ± SD	12,9 ± 3,9
NEU%, trung bình ± SD	68,2 ± 25,0
Đường kính ruột thừa (mm), trung bình ± SD	9,5 ± 1,9
Hiện diện sỏi phân (%)	9,10%
Thâm nhiễm mỡ (%)	88,40%
Ứ dịch lòng ruột thừa (%)	64,60%

Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình khoảng 40, tỷ lệ nam chiếm dưới một nửa. Khoảng một phần ba người bệnh nhập viện sau 24 giờ khởi phát đau. Trên CT, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa và ứ dịch vùng ruột thừa là các dấu hiệu thường gặp; sỏi phân ghi nhận với tỷ lệ thấp.

Ngoài ra, số lượng trường hợp điều trị không phẫu thuật tăng dần theo thời gian. Cụ thể, số ca điều trị nội khoa theo năm lần lượt là 10 (2015), 26 (2016), 29 (2017), 34 (2018), 47 (2019) và 62 (2020), phản ánh xu hướng mở rộng chỉ định điều trị kháng sinh tại bệnh viện trong giai đoạn nghiên cứu.

3.2. Kết quả ngắn hạn của điều trị nội khoa VRTC không biến chứng

Về kết quả ngắn hạn, 212/222 trường hợp đáp ứng điều trị nội khoa và xuất viện không phẫu thuật, tương ứng tỷ lệ thành công ban đầu 95,5%. Có 10/222 trường hợp thất bại (4,5%) và phải phẫu thuật trong đợt nhập viện.



Hình 1. Lưu đồ nghiên cứu điều trị nội khoa viêm ruột thừa cấp không biến chứng

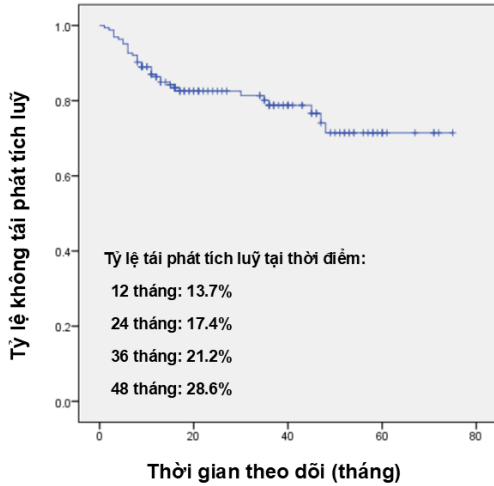
Không ghi nhận tử vong liên quan phương thức điều trị. Trong 10 trường hợp phẫu thuật ở cùng đợt nhập viện, ghi nhận 8 trường hợp viêm ruột thừa mũ, 1 trường hợp viêm ruột thừa hoại tử chưa vỡ và 1 trường hợp viêm ruột thừa hoại tử vỡ kèm viêm phúc mạc khu trú; không ghi nhận viêm phúc mạc toàn thể.

3.3. Kết quả theo dõi dài hạn và tỷ lệ không tái phát

Trong 212 trường hợp đáp ứng điều trị nội khoa ban đầu, liên lạc theo dõi được 164 trường hợp (mất dấu 48). Thời gian theo dõi trung vị là 19 tháng và tối đa 75 tháng. Có 33 trường hợp tái phát, trong đó 22 trường hợp tái phát trong vòng 12 tháng và 11 trường hợp tái phát sau 12 tháng.

Phần lớn trường hợp tái phát được điều trị bằng phẫu thuật cắt ruột thừa (31/33). Hai trường hợp còn lại lựa chọn tiếp tục điều trị nội khoa tại Bệnh viện Trưng Vương và được chụp CT xác nhận tái phát theo tiêu chuẩn nghiên cứu; cả hai trường hợp này được nội soi đại tràng và không ghi nhận bất thường.

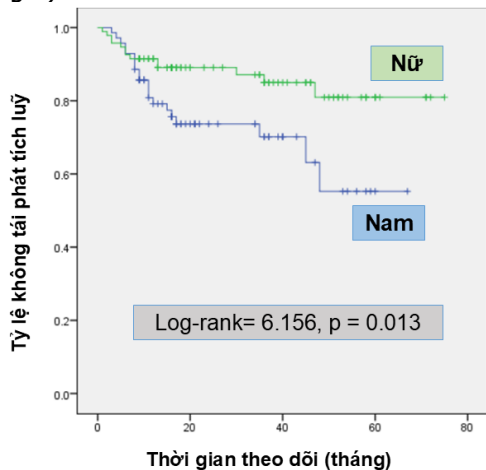
Tỷ lệ tái phát tích lũy theo Kaplan–Meier lần lượt là 13,7% tại 12 tháng, 17,4% tại 24 tháng, 21,2% tại 36 tháng và 28,6% tại 48 tháng. Tương ứng, tỷ lệ không tái phát ước tính theo thời gian là 86,3%, 82,6%, 78,8% và 71,4% tại các mốc 12, 24, 36 và 48 tháng.



Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan–Meier tỷ lệ không tái phát viêm ruột thừa sau điều trị nội khoa

3.4. Yếu tố liên quan tái phát

Khi phân tích các yếu tố liên quan bằng log-rank, giới tính nam có liên quan có ý nghĩa thống kê với tái phát (log-rank=6,156; p=0,013) (Biểu đồ 2). Các yếu tố còn lại như thời gian đau >24 giờ, số lượng bạch cầu, NEU%, đường kính ruột thừa, thời gian sử dụng kháng sinh và hiện diện sỏi phân không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tái phát và không tái phát (Bảng 2).



Biểu đồ 2. Đường cong Kaplan–Meier thời gian không tái phát viêm ruột thừa theo giới tính

Bảng 2. So sánh đặc điểm giữa nhóm VRTC được điều trị nội khoa không tái phát và tái phát (n=164)

Biến số	Không tái phát (n=131)	Tái phát (n=33)	P
Tuổi (năm), trung bình ± SD	39,4 ± 13,9	38,3 ± 15,1	>0,05
Giới nam, n (%)	50 (38,2)	20 (60,6)	0,013
Thời gian đau >24 giờ, n (%)	40 (30,5)	11 (33,3)	>0,05
Thời gian sử dụng KS (ngày), trung bình ± SD	8,5 ± 1,6	8,5 ± 2,2	>0,05
Bạch cầu (10 ³ /μL), trung bình ± SD	12,9 ± 3,8	13,2 ± 3,9	>0,05
NEU (%), trung bình ± SD	67,6 ± 25,9	70,4 ± 21,8	>0,05
Đường kính ruột thừa (mm), trung bình ± SD	9,5 ± 1,8	9,3 ± 2,4	>0,05
Sỏi phân, n (%)	12 (9,2)	3 (9,1)	>0,05

Sự khác biệt đáng chú ý nhất giữa hai nhóm là tỷ lệ nam cao hơn ở nhóm tái phát; các biến còn lại không cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến.

III. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điều trị nội khoa VRTC không biến chứng tại Bệnh viện Trưng Vương có tỷ lệ đáp ứng ban đầu cao (95,5%) và không ghi nhận tử vong. Đây là tín hiệu tích cực, phù hợp với quan điểm hiện đại: kháng sinh có thể là một lựa chọn thay thế cho phẫu thuật ở nhóm VRTC không biến chứng được chọn lọc, với điều kiện chẩn đoán hình ảnh chắc chắn và theo dõi sát để phát hiện thất bại sớm. Hướng dẫn WSES 2020 nhấn mạnh yêu cầu “kỷ luật” trong triển khai: xác định đúng thể bệnh và sẵn sàng chuyển phẫu thuật khi thất bại nhằm tránh diễn tiến nặng và biến chứng [1].

Tuy nhiên, kết quả xa cho thấy tái phát tích lũy tăng theo thời gian và không thể coi là “hiếm”. Đây là điểm phải nói thẳng khi tư vấn: chiến lược kháng sinh không miễn phí, nó “đổi” một cuộc phẫu thuật sớm lấy một nguy cơ tái phát về sau, và người bệnh cần chấp nhận rủi ro này một cách có thông tin. Trong APPAC trial, kháng sinh giúp đa số người bệnh tránh phẫu thuật trong 1 năm, nhưng theo dõi 5 năm cho thấy nguy cơ tái phát/phải cắt ruột thừa tích lũy

có thể đạt 39,1% [3,4]. Điều đó củng cố cách hiểu đúng bản chất: kháng sinh là chiến lược "trì hoãn hoặc tránh mổ ở một tỷ lệ người bệnh", không phải là "thay thế phẫu thuật" tuyệt đối.

CODA trial cho thấy kháng sinh không kém phẫu thuật về chất lượng sống ngắn hạn, nhưng gần 3/10 người bệnh nhóm kháng sinh đã phải cắt ruột thừa trong 90 ngày theo dõi; đặc biệt, nhóm có sỏi phân có nguy cơ phải cắt ruột thừa và biến chứng cao hơn [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sỏi phân không được xem là chống chỉ định và cũng không cho thấy khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tái phát và không tái phát. Dù vậy, kết quả này cần diễn giải thận trọng vì tỷ lệ sỏi phân trong mẫu thấp (9,1%) và số biến cố tái phát hạn chế, làm giảm lực thống kê. Thực hành hợp lý là không "tự động loại trừ" mọi trường hợp có sỏi phân khỏi điều trị nội khoa, nhưng cũng không được xem nhẹ tín hiệu nguy cơ tử các thử nghiệm lớn; nhóm này cần được tư vấn kỹ hơn về nguy cơ thất bại và/hoặc tái phát, đồng thời cần kế hoạch chuyển mổ rõ ràng nếu diễn tiến bất lợi.

Phân tích yếu tố liên quan cho thấy giới tính nam liên quan có ý nghĩa với tái phát ($p=0,013$). Đây là phát hiện có giá trị gợi ý trong tư vấn nguy cơ, nhưng chưa thể kết luận là yếu tố tiên đoán độc lập vì nghiên cứu chưa thực hiện mô hình đa biến (Cox regression) và số biến cố tái phát còn hạn chế. Các yếu tố khác như thời gian đau, bạch cầu, NEU%, đường kính ruột thừa và sỏi phân không khác biệt có ý nghĩa trong so sánh hai nhóm. Điều này phản ánh tính không đồng nhất của VRTC không biến chứng, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu nghiên cứu tiền cứu, cỡ mẫu lớn hơn để xây dựng mô hình phân tầng nguy cơ có giá trị ứng dụng.

Một điểm cần nhìn nhận thẳng thắn là: dù tiêu chuẩn CT đã loại trừ dấu hiệu biến chứng, vẫn có 10 trường hợp thất bại phải phẫu thuật trong đợt nằm viện và đa số có hình ảnh viêm mù/hoại tử. Điều này có thể phản ánh sai phân loại do giới hạn của CT, hoặc tiến triển bệnh trong quá trình theo dõi. Nghiên cứu của Lietzen và cộng sự cho thấy CT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhưng không tuyệt đối, vẫn có dương tính giả khoảng 1,3% [6]. Vì vậy, chiến lược nội khoa chỉ an toàn khi đi kèm theo dõi động học và tiêu chuẩn chuyển mổ nghiêm ngặt. Việc quy định theo dõi nội trú tối thiểu 48 giờ trong nghiên cứu là một "điểm gác an toàn" quan trọng.

Các phân tích gộp gần đây tiếp tục củng cố bức tranh tổng thể: kháng sinh có thể giúp tránh phẫu thuật ở một tỷ lệ người bệnh, nhưng kèm

nguy cơ thất bại/can thiệp phẫu thuật trong theo dõi và tái nhập viện cao hơn so với phẫu thuật. Meta-analysis của Herrod và cộng sự (BJS Open 2022) và Xu và cộng sự (BMC Surg 2023) đều cho thấy điều trị kháng sinh có tỷ lệ thất bại cũng như can thiệp phẫu thuật trong thời gian theo dõi cao hơn, dù có thể giảm một số biến chứng phẫu thuật ở nhóm không cần mổ [5,7]. APPAC II với phân tích kết cục 3 năm cũng cho thấy lựa chọn kháng sinh (đặc biệt đường uống) là hướng đi tiềm năng nhưng vẫn còn tranh luận về tiêu chí không kém hơn và tỷ lệ phải mổ trong theo dõi [8]. Trong bối cảnh đó, số liệu từ Bệnh viện Trưng Vương bổ sung bằng chứng thực hành tại Việt Nam rằng quỹ đạo tái phát tăng dần theo thời gian và phải được đưa vào quyết định điều trị ngay từ đầu.

Nghiên cứu có hạn chế cần nêu rõ: thiết kế hồi cứu làm tăng nguy cơ sai lệch chọn mẫu và thông tin; có 48 trường hợp mất dấu sau điều trị thành công ban đầu, có thể làm đánh giá thấp tỷ lệ tái phát; xác nhận tái phát đã siết bằng giấy ra viên/phẫu thuật hoặc CT, nhưng vẫn có khả năng bỏ sót tái phát điều trị nơi khác; và chưa thực hiện Cox đa biến nên chưa kiểm soát nhiễu và chưa xác định yếu tố tiên đoán độc lập.

Thông điệp thực hành nên được chốt rõ: điều trị kháng sinh cho VRTC không biến chứng chỉ hợp lý khi cơ sở có CT tin cậy, theo dõi nội trú đủ dài để "bắt" thất bại sớm, và có tiêu chuẩn chuyển mổ nhất quán. Nếu dùng kháng sinh như một cách "né mổ" mà thiếu kỷ luật chẩn đoán và theo dõi, rủi ro sẽ chuyển từ phẫu thuật sang biến chứng muộn – điều đó không thể chấp nhận về mặt an toàn.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa bằng kháng sinh có thể là một lựa chọn phù hợp ở người bệnh VRTC không biến chứng được chọn lọc tại cơ sở có chẩn đoán CT chắc chắn và quy trình theo dõi chặt chẽ, với khả năng chuyển phẫu thuật kịp thời khi thất bại.

Tuy nhiên, nguy cơ tái phát tích lũy theo thời gian là thực tế cần được tư vấn rõ ràng và đặt đúng vị trí trong quyết định điều trị chung. Các nghiên cứu tiền cứu với theo dõi chuẩn hóa và phân tích đa biến là cần thiết để xây dựng mô hình phân tầng nguy cơ tái phát/thất bại và tối ưu hóa chỉ định điều trị nội khoa.

TUYÊN BỐ VỀ XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.