

Đa cho thấy đa số chất lượng ghi chép đạt yêu cầu. Tuy nhiên còn một số tiêu chí chưa đạt do vậy chúng tôi khuyến nghị với Bệnh viện cũng như khoa Ngoại cần đẩy mạnh hơn nữa công tác quản lý, kiểm tra, giám sát việc ghi chép HSBA thời gian tới, trong toàn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án.
2. **M. Zegers et al. (2011)**, "Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care?", *BMJ Qual Saf.* 20(4): 314-8.
3. **World Health Organization Western Pacific Regional Office (2006)**, Medical record manual: A guide for developing country.
4. **Lê Thị Mận (2013)**, Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2013, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. **Nguyễn Thị So Em (2014)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại bệnh viện Đa khoa huyện Thanh Bình tỉnh Đồng Tháp năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.
6. **Trình Thế Tiến (2017)**, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Trà Lĩnh, tỉnh Cao Bằng năm 2017, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
7. **Mai Thị Ngọc Lan (2016)**, Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2016, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học y tế Công cộng, Hà Nội.
8. **Nguyễn Thái Hà (2017)**, Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội khoa nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà, tỉnh Quảng Ninh năm 2017, Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

U LYMPHO MANH TRÀNG - CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Đàm Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

U lympho ống tiêu hóa chiếm 5-20% các u lympho ngoài hạch và thường ở dạ dày và ruột non, rất hiếm gặp ở ruột già. Các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu do đó thường chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Các đặc điểm hình ảnh phải được nắm rõ bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh bởi nó đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh, từ đó đưa ra phương án điều trị tối ưu cho bệnh nhân. Bài trình bày này sẽ tập trung vào hình ảnh cắt lớp vi tính của u lympho manh tràng, giúp phát hiện bệnh, đánh giá tình trạng khối u của bệnh nhân và thảo luận về chẩn đoán xác định u lympho nguyên phát tại hạch và ngoài hạch. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh u lympho manh tràng với toàn bộ lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán xác định cho bạn đọc cùng tham khảo.

Từ khóa: U lympho ống tiêu hóa, u lympho manh tràng, u lympho manh tràng, u lympho nguyên phát tại hạch và ngoài hạch

SUMMARY

CECUM LYMPHOMA – RADIOLOGY AND CASE REPORT

Gastrointestinal lymphomas represent 5–20% of extranodal lymphomas and mainly occur in the

stomach and small intestine and rarely present in the large bowel. Clinical symptom are not specific, thus often determining a delay in the diagnosis. Imaging features at conventional and cross-sectional imaging must be known by the radiologist since he/she plays a pivotal role in the diagnosis and disease assessment, thus assisting in the choice of the optimal treatment to patients. This review focuses on computed tomography of cecum lymphoma, helping in the diagnosis of this disease, evaluating the tumor status of the patient and discussing to definitions of primary nodal and extranodal lymphoma. We introduce cecum lymphoma case with full clinical, radiology, diagnosis for your reference.

Keywords: Gastrointestinal lymphomas, colorectal lymphoma, cecum lymphoma, primary nodal and extranodal lymphoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ống tiêu hóa chiếm 5-20% u lympho ngoài hạch [1]: dạ dày là vị trí hay gặp nhất, thứ hai là ruột non (trong đó hồi tràng (60-65%), hỗng tràng (20-35%), tá tràng (6-8%)) và sau đó là u lympho đại trực tràng [2]. U lympho nguyên phát ruột già chỉ chiếm 0,4% tất cả các khối u đại tràng và u lympho đại trực tràng chiếm 6-12% u lympho ống tiêu hóa [3]. Manh tràng và trực tràng thường là đoạn bị ảnh hưởng nhiều nhất so với các đoạn khác của u lympho ruột già với khoảng 76% [4].

U lympho nguyên phát ruột già thường ở dạng khu trú lớn, trên toàn bộ chu vi, đa phần

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Tuấn Đạt

Email: damtuandat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023

phức tạp, nhiều khối sát cạnh nhau và thâm nhiễm rộng xung quanh [2]. Trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh thường biểu hiện khá giống các khối u ruột già khác hoặc bệnh lý viêm, do đó thường khó trong chẩn đoán phân biệt [2]. Chẩn đoán phân biệt bao gồm tất cả các tổn thương viêm, ung thư tại chỗ và di căn liên quan ống tiêu hóa.

Trên cắt lớp vi tính (CLVT), với tình trạng dày lên rất mạnh của thành ống tiêu hóa (> 20mm), dạng tổ chức đặc, trên toàn bộ chu vi, tạo khối không rõ ràng, ngấm thuốc mạnh và trên toàn bộ tổn thương cùng với sự hiện diện của nhiều hạch xung quanh gợi ý cho sự tăng sinh của tế bào lympho. Mặt khác, dày quanh chu vi nhưng không liên tục, theo từng đoạn (5-20mm), dày theo nhiều lớp, ngấm thuốc cản quang không đồng nhất, xen kẽ theo các lớp của ống tiêu hóa với quầng giảm tỷ trọng dưới niêm mạc và lớp ngoài dày đặc thường gợi ý các bệnh lý viêm [5]. Trong u lympho manh tràng cũng như đại tràng trực tràng, tổn thương thường lớn và trên đoạn dài hơn so với ung thư biểu mô tuyến. Ngoài ra, vị trí thường nằm ở gần van hồi manh tràng, phát triển vào đoạn cuối hồi tràng. Tuy nhiên, kể cả với các hình ảnh đặc trưng thì trên CLVT không có chẩn đoán xác định cho u lympho ống tiêu hóa nói chung và manh tràng nói riêng. Nhiệm vụ của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần nhận diện các hình ảnh gợi ý đến u lympho ống tiêu hóa để phục vụ tiếp cận chẩn đoán và điều trị.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

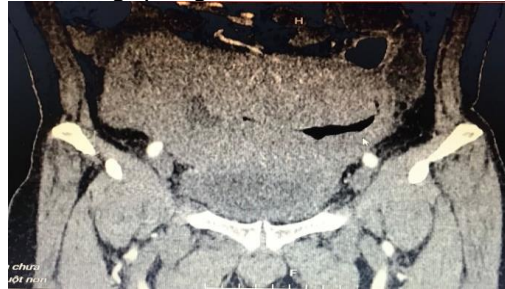
Lâm sàng: Bệnh nhân nam, 64 tuổi, vào viện vì rối loạn tiêu hóa, đi ngoài phân lỏng từng đợt, mỗi đợt 2-3 ngày rồi tự hết; đau bụng âm ỉ vùng quanh rốn, không rõ điểm đau khu trú; bệnh nhân không nôn, không sốt. Bệnh diễn biến khoảng 2 tháng nay, đợt này các triệu chứng tần suất tăng lên, bệnh nhân đi khám. Tiền sử không phát hiện bệnh gì đặc biệt. Triệu chứng thực thể nổi bật với khối vùng hạ vị và quanh rốn, khối lớn, ấn chắc, có di động, không có phản ứng thành bụng.

Cắt lớp vi tính: (có hình ảnh kèm theo)

- **Mô tả:** Hình ảnh khối lớn vùng hạ vị, ngay dưới đại tràng phải, kích thước ~ 75x100x175mm. Khối dạng dày thành ống tiêu hóa, bên trong chứa khí, dày nhất ~ 42mm, tổn thương khắp quanh chu vi ống tiêu hóa. Khối mất ranh giới thành dưới với bàng quang, phần còn lại ranh giới rõ, bờ kém đều; không đánh giá được liên quan với ruột non. Thành ruột đoạn

tổn thương không tạo các lớp, tạo cấu trúc khối không rõ, rành. Sau tiêm cản quang khối ngấm thuốc mạnh. Tổn thương chiếm trọn cả manh tràng và một phần đại phải. Đại tràng ngang, đại tràng trái, đại tràng sigma và trực tràng thành mỏng, ranh giới rõ. Gan, lách, tụy, thận nhu mô đều, không thấy khối bất thường trước và sau tiêm cản quang.

- **Kết luận:** Khối u manh tràng – đại tràng phải ngấm thuốc mạnh sau tiêm cản quang, có xâm lấn bàng quang.



Hình 1: Trên mặt phẳng coronal, khối mất ranh giới với bàng quang



Hình 2: Khối trên mặt phẳng axial



X-quang tim phổi thẳng:

- Trung thất bình thường, không rộng.
- Hai trường phổi sáng.
- Góc sườn hoành hai bên nhọn,
- Không thấy tràn dịch màng phổi.

Xét nghiệm công thức máu cơ bản:

WBC: 28.4 G/l RBC: 3,6T/l

HGB: 10,5g/dL HCT: 30,4%
 PLT: 645G/l MCV: 84,3fl
 MCH: 29,2 g/dl MCHC: 35,6 g/dl
 Lym: 19,2% Mid: 9,1%
 Grand: 71,7%.

Bệnh nhân được phẫu thuật lấy khối u và làm giải phẫu bệnh. Trong mổ: Toàn bộ tiểu khung là khối u lớn, đặc, xuất phát từ manh tràng, đoạn u trên manh tràng hoại tử, ở giữa có mũ; khối lan lên một phần đại tràng phải và đoạn cuối hồi tràng. U âm lẫn thành bụng trước, xâm lấn bàng quang và niệu quản hai bên. Bệnh nhân được cắt toàn bộ tổn thương u, cắt đại tràng phải, cắt bàng quang đưa 02 niệu quản qua da. Kiểm tra gan, mật, tụy, lách, dạ dày, tá tràng bình thường.

Giải phẫu bệnh:

- Đại thể: 02 đoạn đại tràng gồm 8cm và 22cm, niêm mạc đại tràng nhẵn, chứa mạc treo có khối ranh giới không rõ đã cắt vỡ thành nhiều mảnh, diện cắt màu nâu đen.

- Vi thể: mảnh sinh thiết là thành đại tràng có u, u lan tỏa từ lớp cơ đến tổ chức mỡ mạc treo ruột. Tế bào u đơn dạng, kích thước nhỏ, chất nhiễm sắc dạng muối tiêu, bào tương hẹp. Các tế bào này sắp xếp lan tỏa

- Kết luận: U lympho không Hodgkin không lan tỏa.

Sau phẫu thuật: Bệnh nhân thể trạng yếu, không đủ điều kiện điều trị tiếp hóa chất hay xạ trị. Bệnh nhân suy kiệt với các triệu chứng lâm sàng sau mổ nặng nề, ăn uống kém, đại tiểu tiện thất thường. Bệnh nhân qua đời sau 6 tuần phát hiện bệnh.

III. BÀN LUẬN

U lympho manh tràng là bệnh cảnh hiếm gặp, chỉ chiếm một phần nhỏ trong các khối u ống tiêu hóa cũng như trong nhóm bệnh u lympho mà như ở phần đặt vấn đề đã đề cập. Ở bệnh nhân này, việc chẩn đoán xác định có được sau phẫu thuật, chẩn đoán trước mổ cho u lympho manh tràng ít được nghĩ đến, do đó việc bàn luận sẽ chủ yếu là hồi cứu và so sánh với lý thuyết, với các nghiên cứu đã có.

Lâm sàng:

Tuổi và giới: bệnh nhân giới tính nam, 64 tuổi. Phù hợp với nhiều nghiên cứu đều cho kết quả với lympho manh tràng và ống tiêu hóa nói chung hay gặp hơn ở nam (nam:nữ ~ 1,5:1), tuy nhiên tuổi hơi cao hơn so với trung bình là 55 tuổi [4, 6].

Ba triệu chứng lâm sàng nổi bật ở bệnh nhân này là đau bụng, rối loạn tiêu hóa và sờ thấy

khối ở bụng. Do khối u lớn và nằm ở toàn bộ manh tràng, một phần đại tràng phải, cả van hồi mang tràng và đoạn cuối hồi tràng nên đau bụng, rối loạn tiêu hóa hoàn toàn xảy ra, khối sờ thấy ở thành bụng cũng phù hợp với kích thước trên phim chụp CLVT. Theo nghiên cứu của C.W.Fan và cộng sự năm 2000 trên các bệnh nhân u lympho ruột già [7]: hai triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng (62%) và sờ thấy khối ở bụng (54%) xuất hiện ở bệnh nhân báo cáo; triệu chứng sút cân phổ biến thứ ba nhưng không thấy ở bệnh nhân này. Ngoài ra, manh tràng cũng là vị trí hay gặp nhất trên các bệnh nhân u lympho ruột già theo nghiên cứu này (45%), cũng như đã trình bày ở phần đặt vấn đề.

Cận lâm sàng:

Cắt lớp vi tính: hình ảnh trên phim chụp có những đặc điểm cho khối u lympho manh tràng được mô tả như sau: khối lớn dày > 20mm, trải dài ~ 175mm, trên toàn bộ chu vi manh tràng; khối lan cả lên phần dưới đại tràng phải, van hồi manh tràng và đoạn cuối hồi tràng; tạo cấu trúc khối không rõ ràng; ngấm thuốc rất mạnh sau tiêm cản quang; xung quanh có hạch bất thường; không có triệu chứng tắc ruột trên phim chụp [1, 2].

Tuy nhiên các hình ảnh khối u xâm lấn các cơ quan lân cận: niệu quản, bàng quang và thành bụng - sau mổ - thì ít được nhắc tới trong các tài liệu. Thậm chí u lympho nguyên phát ống tiêu hóa còn được mô tả với một khối khu trú ống tiêu hóa, không có thâm nhiễm mỡ hay xâm lấn cơ quan lân cận [1]

Về chẩn đoán xác định: Bệnh nhân này có triệu chứng khi vào viện nổi bật là sự bất thường lớn trong xét nghiệm công thức máu và khối u ống tiêu hóa trên chụp CLVT. Do có cả biểu hiện khu trú (trên chẩn đoán hình ảnh) và biểu hiện của rối loạn lan tỏa (trên xét nghiệm công thức máu) nên việc chẩn đoán xác định u tại manh tràng là u nguyên phát hay thứ phát trên bệnh cảnh u lympho lan tỏa không phải lúc nào cũng rõ ràng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Năm 1961, Dawson và cộng sự đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán u lympho đại trực tràng nguyên phát với 5 tiêu chuẩn [8]:

1, Không thấy hạch bất thường khi thăm khám lâm sàng.

2, Xquang ngực không thấy dấu hiệu của hạch trung thất.

3, Số lượng bạch cầu (cả tổng số và bạch cầu từng loại) trong giới hạn bình thường.

4, Khi phẫu thuật, chỉ thấy hạch lân cận

quanh vùng tổn thương.

5, Không thấy khối ở gan, lách.

Với tiêu chuẩn chẩn đoán này, bệnh nhân chưa hội đủ cả 5 tiêu chuẩn do bất thường về số lượng bạch cầu.

Tuy nhiên, năm 2003, Krol và cộng sự đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán khác cho u lympho nguyên phát tại hạch và ngoài hạch [9]. Theo nghiên cứu này của Krol, có khoảng 10% bệnh nhân không xác định được u lympho là tại hạch hay ngoài hạch, tức tương tự bệnh nhân được trình bày, chưa thể xác định là nguyên phát tại hạch hay là hệ quả của u lympho lan tỏa tại hạch. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ sống chung ở những bệnh nhân u lympho tại hạch hay ngoài hạch không có khác biệt [9]. Họ đã đề xuất một định nghĩa "tự do" hơn về u lympho nguyên phát ngoài hạch bao gồm tất cả các bệnh nhân mắc u lympho mà xác định được rõ ràng một vị trí ngoài hạch, ngay cả khi có bệnh lan tỏa, miễn là triệu chứng của bệnh lý ngoài hạch gây lên bệnh cảnh chủ yếu của bệnh nhân.

Xét trên bệnh nhân này, đã đáp ứng đủ 4/5 tiêu chuẩn kinh điển năm 1961 chỉ có triệu chứng xét nghiệm gợi ý dấu hiệu bệnh lý lympho lan tỏa. Nhưng bệnh nhân có bệnh cảnh lâm sàng chủ đạo do khối u tại hạch gây ra, có bằng chứng trên giải phẫu bệnh sau mổ là u lympho không Hodgkin. Nên chúng ta vẫn có thể xác định chẩn đoán ở bệnh nhân này là U lympho manh tràng nguyên phát.

Về nội soi ống tiêu hóa, do thể trạng yếu và khối u quá lớn nên việc nội soi sinh thiết không được đặt ra. Nếu có thể, đây là phương tiện chẩn đoán vô cùng hữu hiệu ở bệnh nhân này.

Về chỉ định phẫu thuật: Bệnh nhân vào viện với triệu chứng lâm sàng nổi bật do khối u manh tràng, chẩn đoán trước mổ chưa xác định u lympho nên chỉ định phẫu thuật chủ yếu để giải quyết triệu chứng lâm sàng và lấy khối u làm giải phẫu bệnh xác định chẩn đoán.

Hiện không có nghiên cứu nào ngẫu nhiên đánh giá hiệu quả của phẫu thuật hay rõ ràng về chỉ định phẫu thuật cho bệnh lý này. Chỉ một nghiên cứu nhỏ cho rằng phẫu thuật cắt khối u được đặt ra để ngăn ngừa biến chứng thủng tạng [4].

Sau phẫu thuật: Bệnh nhân sau phẫu thuật khối u, với bệnh cảnh lâm sàng và rối loạn xét nghiệm nặng nề, thể trạng suy kiệt nên không đủ điều kiện xét điều trị hóa chất nên vấn đề chẩn đoán tận gốc chưa được đặt ra. Cần thiết hơn nữa sẽ là xét nghiệm hóa mô miễn dịch để

định type tế bào và có thể sinh thiết tủy xương để xác định có hay không u lympho nguyên phát cũng như xác định nguyên nhân bất thường trong công thức máu.

Tiền lượng lâm sàng vô cùng xấu và bệnh nhân qua đời sớm sau khi chẩn đoán xác định cũng làm cho việc nghiên cứu bị hạn chế, đặc biệt về phần điều trị và tiên lượng sống.

IV. KẾT LUẬN

U lympho manh tràng nguyên phát là một bệnh hiếm gặp. Tiên lượng rất nặng nề ở bệnh lý này do triệu chứng lâm sàng mơ hồ và phát hiện khi đã muộn. Phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay cho bệnh lý này là cắt lớp vi tính để đánh giá khối u, góp phần chẩn đoán xác định và tiên lượng bệnh nhân. Chẩn đoán xác định u lympho nguyên phát tại hạch hay ngoài hạch theo cập nhật mới nhất của Krol năm 2003 [9] tuy nhiên tỷ lệ sống và đáp ứng điều trị của hai nhóm này ít khác biệt. Vấn đề điều trị vẫn còn đang nhiều thảo luận và chưa có phác đồ thật rõ ràng.

Với bệnh lý này, vai trò của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh là cần nắm được triệu chứng hình ảnh và tiêu chuẩn chẩn đoán để định hướng cho chẩn đoán xác định và hướng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ghimire, P., Wu, G.-Y., Zhu, L.:** Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol.* 17, 697–707 (2011). <https://doi.org/10.3748/wjg.v17.i6.697>
2. **Levine, M.S., Rubesin, S.E., Pantongrag-Brown, L., Buck, J.L., Herlinger, H.:** Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: radiographic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 168, 165–172 (1997). <https://doi.org/10.2214/ajr.168.1.8976941>
3. **Choi, D., Lim, H.K., Lee, S.J., Lim, J.H., Kim, S.H., Lee, W.J., Lee, J.H., Kim, Y.-H., Rhee, P.-L., Kim, J.J., Ko, Y.H.:** Gastric Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma. *American Journal of Roentgenology.* 178, 1117–1122 (2002). <https://doi.org/10.2214/ajr.178.5.1781117>
4. **Bairey, O., Ruchlemer, R., Shpilberg, O.:** Non-Hodgkin's lymphomas of the colon. *Isr Med Assoc J.* 8, 832–835 (2006)
5. **CT enterography as a powerful tool for the evaluation of inflammatory activity in Crohn's disease: relationship of CT findings with CDAI and acute-phase reactants | SpringerLink,** <https://link.springer.com/article/10.1007/s11547-013-0377-5>
6. **Fan, C.W., Changchien, C.R., Wang, J.Y., Chen, J.S., Hsu, K.C., Tang, R., Chiang, J.M.:** Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum.* 43, 1277–1282 (2000). <https://doi.org/10.1007/BF02237436>

7. **Fan, C.W., Changchien, C.R., Wang, J.Y., Chen, J.S., Hsu, K.C., Tang, R., Chiang, J.M.:** Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum*. 43, 1277–1282 (2000). <https://doi.org/10.1007/BF02237436>
8. **Dawson, I.M.P., Cornes, J.S., Morson, B.C.:** Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. *British Journal of Surgery*. 49, 80–89 (2005). <https://doi.org/10.1002/bjs.18004921319>
9. **Krol, A.D.G., Cessie, S. le, Snijder, S., Kluijn-Nelemans, J.C., Kluijn, P.M., Noordijk, E.M.:** Primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma (NHL): the impact of alternative definitions tested in the Comprehensive Cancer Centre West population-based NHL registry. *Annals of Oncology*. 14, 131–139 (2003). <https://doi.org/10.1093/annonc/mdg004>

ĐẶC ĐIỂM CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA

Nguyễn Đình Minh¹, Phạm Thu Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa (VRT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh 50 BN nghi ngờ viêm ruột thừa trên lâm sàng, có 25 BN kết quả giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa, được chụp CLVT ổ bụng cấp cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** gồm 16 nam và 34 nữ. Tuổi trung bình là 41,43 ± 20,55 tuổi (từ 5 đến 83 tuổi). Các dấu hiệu VRT trên CLVT gồm tăng kích thước ruột thừa >6mm (100%), đường kính trung bình ruột thừa 10,02 ± 1,90 mm, dày thành ruột thừa >2mm (84%), sỏi phân ruột thừa (48%), dịch trong lòng ruột thừa (80%), độ dày dịch trong lòng ruột thừa 4,08 ± 2,94 mm, khí trong lòng ruột thừa (24%), thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa (88%), phúc mạc quanh ruột thừa ngấm thuốc mạnh (92%). Các dấu hiệu trên đây đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không VRT (p<0,01). **Kết luận:** Các dấu hiệu bất thường trên Cắt lớp vi tính là đặc trưng trong chẩn đoán viêm ruột thừa.

Từ khóa: viêm ruột thừa, cấp cứu bụng, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CT SCAN IN DIAGNOSIS OF APPENDICITIS

Objective: study the characteristics of CTscan imaging in the diagnosis of acute appendicitis. **Subjects and methods:** A comparing cross-sectional descriptive study in 55 patients with clinically suspected acute appendicitis, 25 of them were appendicitis on anatomical pathology, undergoing emergency abdominal CT scan at VietDuc hospital from May to October 2022. **Results:** 16 men and 34 women, mean age was 41.42 ± 20.55 years old (from

5 to 83). CT signs of acute appendicitis included increased appendix diameter >6mm (100%), mean appendix diameter 10.02 ± 1.90 mm, thickening of appendix wall >2mm (84%), presence of an appendicolith (40,8%), presence of appendix lumen fluid (80%), thickness of appendix lumen fluid 4.08 ± 2.94 mm, air in the appendix lumen (24%), infiltration of peri-appendiceal fat (88.0%), enhanced thickening of adjacent peritoneum (92%). All of the above CT signs had statistically significant differences compared with the non-appendicitis group (p<0.01). **Conclusion:** Abnormal signes on CT are typical characteristics in the diagnosis of appendicitis.

Keywords: acute appendicitis, abdominal emergency, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một cấp cứu ngoại khoa với nguy cơ gặp trong cả cuộc đời khoảng 7-8%, chiếm khoảng 40% - 50% trong tổng số bệnh nhân (BN) vào viện với tình trạng đau bụng cấp.[1] Biểu hiện lâm sàng VRT rất đa dạng nên bệnh dễ bị bỏ qua hoặc chẩn đoán nhầm với các nguyên nhân đau bụng khác. Chẩn đoán nhầm hoặc muộn bệnh VRT có thể gây nên các biến chứng nguy hiểm như viêm phúc mạc, nhiễm trùng huyết, dính ruột... Chụp CLVT chẩn đoán VRT được sử dụng từ những năm cuối thập niên 90 thế kỷ trước với tính khách quan, độ nhạy, độ đặc hiệu là đáng tin cậy.[2], [3] Nhận biết các dấu hiệu hình ảnh VRT trên CLVT là rất quan trọng để chẩn đoán xác định, đồng thời phân biệt với các bệnh lý khác cũng như phát hiện biến chứng của bệnh này. Tuy nhiên, các dấu hiệu hình ảnh trong VRT trên CLVT cũng có thể gặp trong các bệnh lý cấp cứu bụng khác. Do vậy, cần thiết phải có những nghiên cứu nhằm đánh giá các dấu hiệu đặc trưng trên CLVT giúp chẩn đoán xác định. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh của các dấu hiệu VRT trên CLVT tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023