

#### IV. KẾT LUẬN

Đây là một trong những bài báo nghiên cứu đầu tiên mô tả tương đối đầy đủ thực trạng triển khai hoạt động CSSK NCT tại các TYT xã. Hiện tại, TYT xã đã thực hiện các nhiệm vụ, từ sàng lọc phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán và điều trị, theo dõi chăm sóc và PHCN cho NCT. Về KCB BHYT, NCT là nhóm đối tượng sử dụng dịch vụ chính tại TYT xã. Hầu hết bệnh nhân THA đang quản lý tại TYT xã là NCT (80%). Tuy nhiên, TYT cần phải tăng cường hơn nữa chức năng quản lý sức khỏe cho NCT tại cộng đồng như lập hồ sơ quản lý sức khỏe và KSK định kỳ cho NCT. Chỉ có khoảng ¼ người NCT được lập hồ sơ quản lý sức khỏe tại TYT xã và được KSK định kỳ. Ngoài ra, KCB tại nhà cho NCT cũng là lĩnh vực TYT chưa thực hiện. Những hạn chế về điều kiện nguồn lực và cơ chế tài chính, nguồn nhân lực, sự sẵn có của thuốc và các phương tiện chuyên môn, trong chỉ đạo điều hành hỗ trợ chuyên môn từ chính quyền và các cơ quan chuyên môn cấp trên là những rào cản, thách thức lớn cần phải giải quyết để các TYT xã thực hiện tốt chức năng vụ của mình trong CSSK NCT.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

##### 1. Tổng cục Thống kê, Dự báo dân số Việt Nam

- 2014 -2049. 2016, Hà Nội: Nhà xuất bản Thông tấn.
2. **Boutayeb, A. and S. Boutayeb**, The burden of non communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*, 2005. 4(1): p. 2.
3. **Viện nghiên cứu Y - Xã hội học**, Điều tra quốc gia người cao tuổi Việt Nam 2011: Những kết quả chính. 2012: Hà Nội.
4. **Bộ Y tế**. Việt Nam còn nhiều thách thức trong công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. 2018 08/10/2018 Truy cập ngày 22/03/2021]; Available from: [https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset\\_publisher/7ng11fEWgASC/content/viet-nam-con-nhieu-thach-thuc-trong-cong-tac-cham-soc-suc-khoe-nguoi-cao-tuoi?inheritRedirect=false](https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/viet-nam-con-nhieu-thach-thuc-trong-cong-tac-cham-soc-suc-khoe-nguoi-cao-tuoi?inheritRedirect=false).
5. **Oanh, T.T.M., et al.**, Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ các trạm y tế xã các vùng miền. 2010, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế: Hà Nội.
6. **Nguyen, Q.N., et al.**, Implementing a hypertension management programme in a rural area: Local approaches and experiences from Ba-Vi district, Vietnam. *BMC Public Health*, 2011. 11: p. 325.
7. **Mendis, S., et al.**, Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential noncommunicable disease interventions. *Int J Hypertens*, 2012. 2012: p. 584041.
8. **Minh, H.V., et al.**, Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam. *Int J Health Plann Manage*, 2014. 29(2): p. e159-73.

## VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI BỆNH VIỆN E

Doãn Văn Ngọc<sup>1,2</sup>, Hoàng Đình Âu<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá vai trò của siêu âm (SA) trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (VRTC); **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 81 trường hợp VRTC được phẫu thuật tại bệnh viện E, có kết quả giải phẫu bệnh, được SA chẩn đoán trước mổ; **Kết quả:** tuổi trung bình là 37,4 ± 15,2, nhỏ nhất là 12, lớn nhất là 93, nhóm tuổi 17-40 chiếm tỉ lệ cao nhất (53,1%), tỷ lệ nam/ nữ ~ 1,13/1; ruột thừa (RT) ở hố chậu phải chiếm 82,7%; đường kính RT ≥ 7 mm chiếm 79%, độ dày thành RT ≥ 3 mm chiếm 56,8%; thâm nhiễm mỡ quanh RT chiếm 87,6%; dịch trong lòng RT chiếm 85,2%, RT không

xẹp khi ép đầu dò chiếm 93,8%; sỏi phân chiếm 23,4%; độ nhạy của siêu âm khi chẩn đoán VRTC là 83,7%, độ chính xác là 83,9%, giá trị dự báo dương tính là 100%. **Kết luận:** SA có giá trị cao và đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán VRT cấp, là chỉ định đầu tay của bác sĩ lâm sàng trước bệnh cảnh đau bụng cấp. **Từ khóa:** siêu âm, viêm ruột thừa cấp, đau bụng cấp.

#### SUMMARY

##### ROLE OF ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS AT E HOSPITAL

**Objectives:** to evaluate the role of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. **Subjects and methods:** a retrospective, cross-sectional study of 81 cases of acute appendicitis operated at hospital E, with pathological results, preoperatively diagnosed by ultrasound. **Results:** mean age was 37.4 ± 15.2, youngest was 12, oldest was 93, age group 17-40 accounted for the highest percentage (53.1%), male/female ratio ~ 1.13/1; appendix in right iliac fossa occupied 82.7%; appendix diameter ≥ 7 mm accounted for 79%, wall thickness ≥ 3 mm accounted

<sup>1</sup>Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

<sup>3</sup>Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

for 56.8%; peri-appendicular infiltration accounted for 87.6%; fluid in the appendix lumen accounted for 85.2%, the appendix did not collapse when squeezing the probe accounted for 93.8%; fecal stones accounted for 23.4%; the sensitivity of ultrasound for the acute appendicitis was 83.7%, accuracy was 83.9%, positive predictive value was 100%. **Conclusion:** Ultrasonography had the high value and played an important role in the diagnosis of acute appendicitis, as the first choice imaging modality for clinicians in front of an acute abdominal pain.

**Keywords:** ultrasound, acute appendicitis, acute abdominal pain.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là cấp cứu hay gặp nhất trong bệnh lý ngoại khoa bụng, chiếm tới 53% mổ cấp cứu bụng tại bệnh viện Việt Đức. Hiện nay có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán lâm sàng, các xét nghiệm và nhiều phương pháp tính điểm khác nhau được báo cáo để hướng dẫn chẩn đoán VRTC, tuy nhiên để đưa ra quyết định phẫu thuật hay không phẫu thuật trước bệnh cảnh đau bụng cấp vẫn còn là một thách thức. Các trường hợp VRTC có triệu chứng lâm sàng không điển hình, chẩn đoán vẫn gặp nhiều khó khăn.

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (CDHA) như siêu âm (SA), cắt lớp vi tính (CLVT) góp phần cải thiện độ chính xác trong chẩn đoán VRTC, giảm tỉ lệ mổ ruột thừa không viêm cũng như ruột thừa viêm biến chứng vỡ, trong đó SA là phương pháp CDHA đầu tay trong chẩn đoán VRTC [1]. Ưu điểm của SA là không gây nhiễm xạ, thuận tiện, giá thành rẻ, nhưng nhược điểm là phụ thuộc kinh nghiệm người làm, gặp khó khăn ở người béo, ruột chướng hơi. Tại bệnh viện E, hàng ngày có nhiều bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật VRTC, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về vai trò siêu âm trong chẩn đoán VRTC trong những năm gần đây. Đề tài được thực hiện với mục tiêu đánh giá vai trò của siêu âm trong chẩn đoán ruột thừa cấp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### + Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán lâm sàng trước mổ là VRTC
- Được SA trước khi mổ
- Được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

+ Chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn tất cả các đối tượng đủ

tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2022 tại bệnh viện E. Cỡ mẫu 81.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm ruột thừa trên siêu âm:

#### Tiêu chuẩn chính:

- Có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa
- Đường kính ruột thừa  $\geq 7\text{mm}$

#### Tiêu chuẩn phụ:

- Ấn đầu dò ruột thừa không xẹp
- Tụ dịch trong lòng ruột thừa
- Tụ dịch quanh ruột thừa.
- Sỏi trong lòng ruột thừa

**2.3. Phương tiện nghiên cứu:** Máy siêu âm LOGIQ P7 của hãng GE Healthcare, Mỹ; đầu dò Convex 4C-RS (3.5 đến 5 Mhz) và Linear 3L-PA (7.5 đến 12 Mhz)

### 2.4. Thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Tính giá trị của siêu âm theo công thức:

$$\text{Độ nhạy: } Se = a/(a+c)$$

$$\text{Độ đặc hiệu: } Sp = d/(b+d)$$

$$\text{Độ chính xác: } Acc = (a+d)/(a+b+c+d)$$

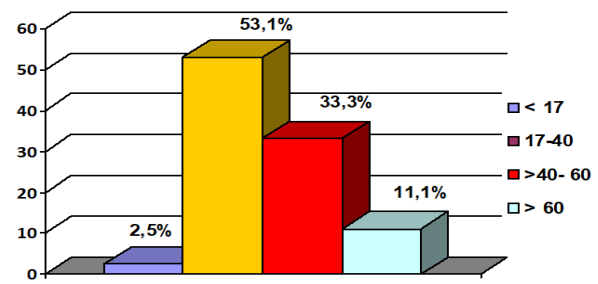
**Giá trị dự báo dương tính: PPV =  $a/(a+b)$**

Giá trị dự báo âm tính: NPV =  $d/(c+d)$

Trong đó: a: dương tính thật; b: dương tính giả; c: âm tính giả; d: âm tính thật

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

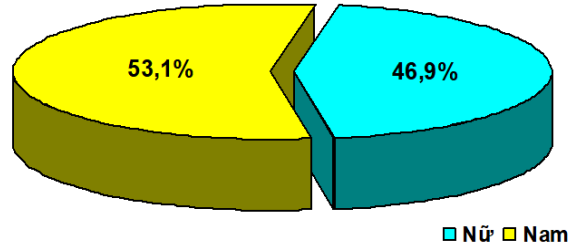
- Tuổi:



**Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

**Nhận xét:** tuổi trung bình là  $37,4 \pm 15,2$ , nhỏ nhất là 12, lớn nhất là 93.

- Giới:



**Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** nam chiếm tỷ lệ 53,1%, tỉ lệ nam/nữ là 1,13/1.

- Vị trí ruột thừa xác định trên siêu âm:

**Bảng 1: Vị trí ruột thừa xác định trên SA**

| Vị trí ruột thừa | n         | %          |
|------------------|-----------|------------|
| Hố chậu phải     | 67        | 82,7       |
| Sau manh tràng   | 11        | 13,6       |
| Không thấy RT    | 3         | 3,7        |
| <b>Tổng</b>      | <b>81</b> | <b>100</b> |

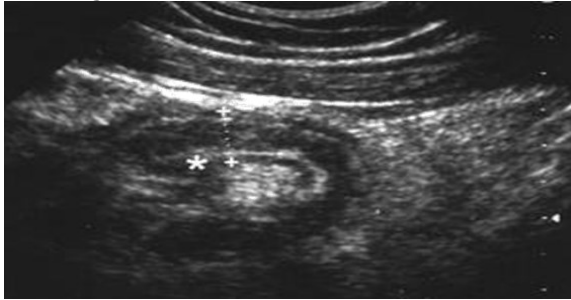
**Nhận xét:** Ruột thừa ở vị trí bình thường (HCP) chiếm 82,7%.

- Đường kính ruột thừa trên siêu âm:

**Bảng 2: Đường kính ruột thừa xác định trên SA**

| Đường kính ruột thừa | n         | %          |
|----------------------|-----------|------------|
| ≥ 7 mm               | 64        | 79,0       |
| < 7mm                | 14        | 17,3       |
| Không rõ kích thước  | 3         | 3,7        |
| <b>Tổng</b>          | <b>81</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Đường kính trung bình  $9,53 \pm 3,37$  mm; nhỏ nhất 6mm, lớn nhất là 19 mm. RT viêm có đường kính ≥ 7mm chiếm tỉ lệ cao 79,0%.



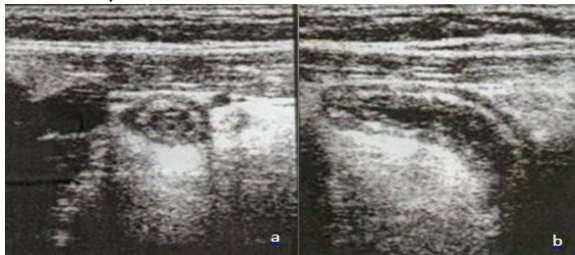
**Hình 1: Hình ảnh ruột thừa to, đường kính 9 mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh. GPB: VRTC giai đoạn sớm. Trần Thanh T. 54 tuổi, MBA 2208031**

- Thành ruột thừa trên siêu âm:

**Bảng 3: Đặc điểm dày thành ruột thừa**

| Độ dày thành RT | n         | %          |
|-----------------|-----------|------------|
| ≥ 3mm           | 46        | 56,8       |
| < 3mm           | 32        | 39,5       |
| Không rõ độ dày | 3         | 3,7        |
| <b>Tổng</b>     | <b>81</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** ruột thừa thành dày ≥ 3mm chiếm 56,8%.



**Hình 2: Dấu hiệu hình bia bắn (a) và dấu**

**hiệu ngón tay (b); GPB VRTC giai đoạn sớm; Mai Văn G. 32 tuổi, MBA 2203143**

- Các đặc điểm khác:

**Bảng 4. Các đặc điểm khác trên siêu âm VRTC**

| Đặc điểm siêu âm VRTC                | n  | %    |
|--------------------------------------|----|------|
| Dấu hiệu hình bia, dấu hiệu ngón tay | 59 | 72,8 |
| Dịch quanh ruột thừa                 | 32 | 39,5 |
| Dịch hố chậu phải                    | 9  | 11,1 |
| Dịch Douglas                         | 6  | 7,4  |
| Sỏi phân trong ruột thừa             | 19 | 23,4 |
| Dịch trong ruột thừa                 | 69 | 85,2 |
| Thâm nhiễm mỡ xung quanh ruột thừa   | 71 | 87,6 |
| Phản ứng hạch lympho                 | 15 | 18,5 |
| Ruột thừa không xẹp khi đè ép đầu dò | 76 | 93,8 |

**Nhận xét:** Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh RT chiếm 87,6%, RT không xẹp khi ép đầu dò 93,8%, và dịch trong RT 85,2%.

- Đối chiếu kết quả siêu âm với phẫu thuật:

**Bảng 5: Kết quả siêu âm**

| Kết luận siêu âm | n         | %          |
|------------------|-----------|------------|
| Theo dõi VRTC    | 43        | 53,1       |
| VRTC             | 25        | 30,9       |
| Bình thường      | 13        | 16,0       |
| <b>Tổng</b>      | <b>81</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** siêu âm chẩn đoán VRTC 30,9%, theo dõi VRTC chiếm 53,1%

**Bảng 6: Giá trị của SA trong chẩn đoán VRTC**

| Siêu âm \ GPB | GPB       | VRT      | Không VRT | Tổng |
|---------------|-----------|----------|-----------|------|
| Dương tính    | 67        | 0        | 67        |      |
| Am tính       | 13        | 1        | 14        |      |
| <b>Tổng</b>   | <b>80</b> | <b>1</b> | <b>81</b> |      |

**Nhận xét:** giá trị của siêu âm trong chẩn đoán VRT cấp là:

Độ nhạy Se =  $67/80 = 83,7\%$ ; Độ đặc hiệu Sp = 1/1

Độ chính xác Acc =  $68/81 = 83,9\%$

**Giá trị dự báo dương tính: PPV = 67/67 = 100%**

Giá trị dự báo âm tính: NPV = 1/14

#### IV. BÀN LUẬN

**Tuổi.** Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình  $37,4 \pm 15,2$ , nhỏ nhất 12, lớn nhất 93 tuổi, nhóm tuổi 17-40 chiếm tỉ lệ cao nhất (53,1%), nhóm dưới 17 tuổi có tỉ lệ VRT thấp nhất (2,5%).

Doãn Văn Ngọc nghiên cứu 117 trường hợp VRTC chụp CLVT đa dãy cho thấy tuổi trung bình  $40,1 \pm 20,8$ , nhỏ nhất 5 tuổi, lớn nhất 86 tuổi, nhóm tuổi trên 50 chiếm tỉ lệ cao nhất [2]. Khác biệt này có thể do khác nhau tiêu chuẩn lựa

chọn và đối tượng nghiên cứu.

Các nang lympho của RT kém phát triển ở lứa tuổi nhỏ (2-10 tuổi), phát triển mạnh ở lứa tuổi dậy thì, trưởng thành, rồi sau đó giảm dần theo tuổi. Cơ chế gây viêm ruột thừa hầu hết do tắc nghẽn lòng RT trong đó nguyên nhân của sự tắc nghẽn hay gặp nhất là sự phì đại mô bạch huyết thành RT do viêm nhiễm. Ở lứa tuổi 20-30, lớp dưới niêm mạc có nhiều nang bạch huyết nhất, do đó tỷ lệ VRT cũng thường gặp hơn các độ tuổi khác.

**Giới.** Theo Doãn Văn Ngọc VRTC gặp ở nữ, tỷ lệ nam/nữ 1/1,25 [2]. Theo Nguyễn Văn Sơn: nam 54,76 %, tỷ lệ nam/nữ 1,21/1 [3].

Trong nghiên cứu này, nam chiếm 53,1%, tỷ lệ nam/ nữ 1,13/1, phù hợp với các nghiên cứu ở trên. Có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn và số lượng đối tượng nghiên cứu.

**Vị trí ruột thừa.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân siêu âm xác định RT ở vị trí bình thường (HCP) chiếm tỉ lệ cao 82,7%, RT nằm sau manh tràng chiếm 13,6%, có 3,7% trường hợp không xác định được RT trên SA nên không xác định được rõ vị trí. Theo Doãn Văn Ngọc RT ở vị trí bình thường chiếm 69,2% sau manh tràng 16,2%, tiểu khung 12%, dưới gan 0,9% [2]. Theo Nguyễn Văn Sơn, RT ở vị trí bình thường chiếm 80,49 %, sau manh tràng chiếm 14,63 %, hạ sườn phải chiếm 4,88 % [3]. Khác biệt này có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn và số lượng đối tượng nghiên cứu.

Chẩn đoán VRTC trên SA thường bắt đầu bằng việc tìm RT. Ruột thừa ở vị trí bất bình thường sẽ gây khó khăn cho siêu âm trong tìm kiếm. Trường hợp RT sau manh tràng phải dùng kỹ thuật ấn mạnh đầu dò, ép manh tràng xẹp lại, thổi khí để xác định rõ RT.

**Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa.** Là dấu hiệu trực tiếp khẳng định viêm RT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp 87,6% trường hợp thâm nhiễm mỡ, tương tự kết quả của Doãn Văn Ngọc (88%) [2], cao hơn kết quả của Mai Thế Khải (32,39 %) [4]. Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ trên SA là hình ảnh tăng âm tổ chức mỡ quanh ruột thừa. Phát hiện thâm nhiễm mỡ phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người làm, phụ thuộc vào độ nét của máy, phụ thuộc vào ruột thừa viêm sớm hay muộn...

**Đường kính ruột thừa.** Đường kính RT là dấu hiệu trực tiếp để đánh giá RT có viêm hay không. Theo y văn, trước đây người ta coi đường kính RT viêm là > 6mm, tuy nhiên hiện nay người ta dùng chỉ số  $\geq 7$ mm để cải thiện độ đặc hiệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường

kính trung bình của RT trên siêu âm là  $9,53 \pm 3,37$  mm; nhỏ nhất 6mm, lớn nhất là 19 mm. Đường kính RT viêm  $\geq 7$ mm chiếm tỉ lệ cao 79,0%, có 3,7% trường hợp không thấy được hình ảnh RT trên SA nên không xác định được đường kính RT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, tuy nhiên các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam, các tác giả thường lấy mốc đường kính > 6 mm, để phân loại RT viêm. Theo Nguyễn Văn Sơn, tỷ lệ ruột thừa viêm có đường kính > 6 mm chiếm 100% [3], theo Doãn Văn Ngọc tỷ lệ ruột thừa viêm có đường kính RT  $\geq 7$  mm chiếm 95,7% [2]. Sự khác biệt này, do mốc phân loại RT viêm khác với các tác giả trước đây, cũng như khác nhau về phương pháp và đối tượng nghiên cứu.

Để đánh giá đường kính RT cần phải cắt ngang RT từ gốc đến ngọn, đo ở vị trí RT có đường kính lớn nhất.

**Đặc điểm dày thành ruột thừa.** Độ dày thành ruột thừa có liên quan mật thiết với đường kính RT. Theo y văn, đường kính RT bình thường có thành dày 1-2 mm, RT viêm có thành dày  $\geq 3$  mm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, RT thành dày  $\geq 3$ mm chiếm 56,8%, RT thành dày < 3mm chiếm 39,5%, có 3,7% trường hợp siêu âm không tìm thấy RT nên không xác định được đường kính và độ dày thành RT, phù hợp với Nguyễn Văn Khoa [5].

**Dấu hiệu hình bia, dấu hiệu ngón tay.** Đây là 2 dấu hiệu đặc trưng của bệnh nhân VRTC trên SA, tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng quan sát được 2 dấu hiệu này. Dấu hiệu ngón tay bản chất là hình ảnh RT có hình dạng là cấu trúc ống với một đầu tịt trên mặt cắt trục dọc, dấu hiệu hình bia bản chất là hình ảnh các vòng tròn đồng tâm trên mặt cắt ngang của RT (đường kính lớn hơn 6mm, thành RT lớn hơn 3mm, ranh giới giữa các lớp có phần nhợt nhạt do tình trạng viêm phù nề, đè ép không xẹp).

Trong nghiên cứu của chúng tôi 72,8% có dấu hiệu này thấp hơn so với các kết quả nghiên cứu khác. Theo Mai Thế Khải có tới 93,36% số ca có dấu hiệu ngón tay và 85,45% số ca có dấu hiệu hình bia [4], theo Huỳnh Quang Huy 100% trường hợp có 2 dấu hiệu này [6]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn và số lượng đối tượng nghiên cứu.

**Ruột thừa không xẹp khi đè ép đầu dò.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 93,8% trường hợp ruột thừa không đè nén được trên SA, giá trị này thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh

Quang Huy [6], Nguyễn Văn Sơn [3], cả 2 nghiên cứu này đều có 100% ruột thừa đè ép không xẹp trên SA, khá tương đồng so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

**Dịch quanh ruột thừa, trong HCP, dịch Douglas.** Quá trình viêm phát triển qua thành RT và phúc mạc. Trong những giờ đầu, phúc mạc phản ứng lại bằng cách tiết dịch, lúc đầu dịch trong và vô khuẩn, nếu quá rình viêm vẫn tiếp diễn thì chất dịch trở nên đục và có vi khuẩn, bắt đầu gây viêm phúc mạc có mủ. Dịch này đọng lại nhiều nhất ở túi cùng Douglas gây viêm phúc mạc mà không gây thủng RT. SA là phương tiện chẩn đoán tốt dịch trong ổ bụng, dù là khu trú hay lan tỏa.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 39,5% trường hợp có dịch quanh RT, 11,1% có dịch ở HCP, có 7,4% có dịch ở túi cùng Douglas nhưng chưa có trường hợp nào gây viêm phúc mạc. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Doãn Văn Ngọc 7,7% dịch quanh RT, 3,4% dịch ở HCP, 3,4% dịch ở túi cùng Douglas [2] và nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn 80,49 % trường hợp có dịch ở HCP, 25,61% trường hợp có dịch ở túi cùng Douglas [3]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn và số lượng đối tượng nghiên cứu.

**Sỏi phân trong RT, dịch trong RT.** Theo Nguyễn Văn Sơn tỷ lệ sỏi phân là 10,98% [3], theo Doãn Văn Ngọc tỷ lệ sỏi phân là 35% [2]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sỏi phân trong lòng RT là 23,4% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Doãn Văn Ngọc, cao hơn Nguyễn Văn Sơn. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn và số lượng đối tượng nghiên cứu.

Có 1 trường hợp chúng tôi thấy sỏi phân lấp đầy lòng RT, song RT không to, thành RT không dày, không thấy hình ảnh thâm nhiễm mỡ xung quanh RT, không thấy hình ảnh tụ dịch quanh RT, nên kết luận trên SA là sỏi RT, không thấy dấu hiệu RT viêm. Tuy nhiên, dựa vào triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm khác bệnh nhân vẫn được chỉ định mổ, kết quả GPB là VRTC giai đoạn sớm. Khi phát hiện sỏi phân trong RT mà chưa thấy các dấu hiệu trực tiếp của VRT, trong khi lâm sàng có dấu hiệu VRTC thì có thể đã có VRT ở giai đoạn sớm. Chứng tỏ, sỏi phân trong lòng RT là một dấu hiệu gián tiếp rất có ý nghĩa trong chẩn đoán VRTC.

Dấu hiệu dịch trong lòng RT cũng có ý nghĩa gợi ý RT viêm, trong nghiên cứu của chúng tôi, SA phát hiện 85,2% trường hợp VRTC có dịch trong lòng RT.

**Phản ứng hạch mạc treo.** Ngoài các dấu hiệu quan sát được ở trên, ta còn có thể quan sát được phản ứng hạch mạc treo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 18,5% trường hợp có phản ứng hạch mạc treo, cao hơn kết quả nghiên cứu của Mai Thế Khải 7,04 % [4], thấp hơn so với kết quả của Doãn Văn Ngọc 25,7% [2]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn và số lượng đối tượng NC.

**Giá trị của SA trong chẩn đoán VRTC.** Trong các nghiên cứu trước đây về VRTC, các kết quả về độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác có khác nhau.

**Bảng 7: So sánh giá trị của SA trong chẩn đoán VRTC của các nghiên cứu trong và ngoài nước**

| Nghiên cứu          | Độ nhạy (%) | Độ đặc hiệu (%) | Độ chính xác (%) |
|---------------------|-------------|-----------------|------------------|
| Nguyễn Văn Sơn [3]  | 97,6        | 100             | 98               |
| Nguyễn Văn Khoa [5] | 67,64       | 75              | 73,53            |
| Trần Công Hoan [7]  | 96,7        | 89,1            | 93,7             |
| Balthazar           | 76          | 91              | 83               |
| Chúng tôi           | 83,7        | -               | 83,9             |

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, SA có độ nhạy 83,7 %, độ chính xác 83,9 % tương tự kết quả nghiên cứu của Balthazar, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khoa, nhưng thấp hơn so với kết quả Nguyễn Văn Sơn và Trần Công Hoan. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn, số lượng đối tượng nghiên cứu và kinh nghiệm của người siêu âm.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình  $37,4 \pm 15,2$ , nhỏ nhất 12, lớn nhất 93, nhóm tuổi 17-40 chiếm tỉ lệ cao nhất (53,1%), tỷ lệ nam/ nữ  $\sim 1,13/1$ .

- Ruột thừa ở vị trí bình thường (hở chậu phải) 82,7%.

- Đường kính RT  $\geq 7$  mm chiếm 79%, độ dày thành RT  $\geq 3$  mm chiếm 56,8%.

- Thâm nhiễm mỡ quanh RT 87,6%. Dịch trong lòng RT 85,2%, RT không xẹp khi ép đầu dò 93,8%. Sỏi phân chiếm 23,4%.

- Trong chẩn đoán VRTC, SA có độ nhạy 83,7%, độ chính xác 83,9%, giá trị dự báo dương tính 100%.

Siêu âm có giá trị cao, có đủ độ tin cậy và đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán VRT cấp, là chỉ định đầu tay của bác sĩ lâm sàng trước bệnh cảnh đau bụng cấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gerhard Mostbeck, E Jane Adam, Michael Bachmann Nielsen, et al** (2016), "How to diagnose acute appendicitis: ultrasound first", *Insights Imaging*, 7(2), 255-263.
2. **Doãn Văn Ngọc, Lê Mỹ Hạnh, Phạm Quang Huy, Phùng Hải Nam** (2022), "Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp", *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*, Vol. 38, No. 2 (2022), 99-108.
3. **Nguyễn Văn Sơn** (2001), Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp qua đối chiếu với lâm sàng, phẫu thuật, giải phẫu bệnh, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Mai Thế Khải, Bùi Diệu Minh** (2012), "Giá trị của siêu âm 2D trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*, 12(1), tr. 203-207.
5. **Nguyễn Văn Khoa** (2005), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa cấp ở người cao tuổi", *Tạp chí Y Dược học quân sự*, 30(5), tr. 94-102.
6. **Huyền Quang Huy, Hoàng Minh Lợi** (2010), Nghiên cứu giá trị của siêu âm doppler màu trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, *Tạp chí Y học thực hành*, 708(3), tr. 54- 58.
7. **Trần Công Hoan** (2013), "Siêu âm chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện Việt Đức", *Tạp chí Y học thực hành*, 874(6), tr. 29-31.

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GLUCOSE, HBA1C VỚI BỆNH LÝ VÕNG MẠC MẮT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Đỗ Đình Tùng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Việt Thịnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Với mục tiêu làm rõ mối liên quan giữa Huyết áp, Lipid máu, quản lý glucose và HbA1c; là cơ sở để sàng lọc và phòng bệnh võng mạc mắt đái tháo đường chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. Tiến hành khám lâm sàng, cận lâm sàng và đáy mắt của 145 người đái tháo đường, tuổi trung bình  $60,88 \pm 8,11$  cho thấy: Tỷ lệ có tổn thương võng mạc ở nhóm có tiền sử THA (58,3%) cao hơn nhóm không có tiền sử THA (28,4%), sự khác biệt với  $p < 0,05$ ,  $OR = 3,01$ . Chỉ số BMI liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ, nhóm thừa cân béo phì tỷ lệ có tổn thương võng mạc (70,8%) cao hơn nhóm còn lại (37,2%) với  $OR = 4,1$ . Chưa thấy mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với nguy cơ mắc bệnh võng mạc đái tháo đường. Nhóm có glucose máu  $> 7 \text{mmol/l}$  có nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ cao hơn ( $OR = 2,2$ ), sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Nhóm kiểm soát HbA1c kém ( $> 7,5\%$ ) có tỷ lệ mắc bệnh VMĐTĐ cao hơn nhóm kiểm soát HbA1c trung bình hoặc tốt (4,4-7,5%), lần lượt là (54,1%, 28,6%),  $p < 0,05$ ,  $OR = 2,80$ . Kết luận: Bệnh nhân béo phì, tăng huyết áp và kiểm soát đường huyết kém có nguy cơ mắc bệnh VMĐTĐ cao hơn với chỉ số nguy cơ lần lượt là 4,2; 3,01 và 2,2,  $p < 0,005$ .

**Từ khóa:** Đái tháo đường; biến chứng; Bệnh lý võng mạc mắt

## SUMMARY

### RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL FEATURES, GLUCOSE, HbA1C WITH DIABETIC RETINOPATHY OF DIABETES

With the goal of clarifying the relationship between Blood pressure, blood lipids, glucose and HbA1c management with Diabetic Retinopathy (DR) to serve as a basis for the screening and prevention of diabetic retinopathy, we carried out this study. Conducting examination of 145 diabetic patients, average age  $60.88 \pm 8.11$  showed that: The rate of retinopathy in the group with a history of hypertension (58.3%) was higher than the group without a history of hypertension (28.4%),  $p < 0.05$ ,  $OR = 3.01$ . BMI had a statistically significant relationship with the risk of DR, the overweight and obese group had a higher rate of DR (70.8%) than the other group (37.2%) with  $OR = 4.1$ . An association between dyslipidemia and the risk of DR had not been found. The group with blood glucose  $> 7 \text{mmol/l}$  had a higher risk of DR ( $OR = 2.2$ ), the difference was not statistically significant. The poor HbA1c control group ( $> 7.5\%$ ), had a higher DR rate than the moderate or good HbA1c control group (4.4-7.5%), respectively (54.1%, 28.6%),  $p < 0.05$ ,  $OR = 2.80$ . Conclusion: Patients with obesity, hypertension and poor glycemic control had a high risk of DR with a OR index of 4.2; 3.01 and 2.2,  $p < 0.005$ .

**Keywords:** Diabetes; Complications; Retinopathy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ) là biến chứng hay gặp nhất trong bệnh lý mắt do đái tháo đường.

Ước tính rằng vào năm 2040, 642 triệu người sẽ mắc đái tháo đường, 35% (224 triệu) trong số đó sẽ có bệnh VMĐTĐ, và 11% (70 triệu) sẽ bị

<sup>1</sup>Học viên Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023