

bệnh nhân nào hạ tiểu cầu. Tỷ lệ BN có số lượng bạch cầu hạt trung tính giảm độ 1 là 8,7%. Độc tính trên gan chủ yếu độ 1 chiếm 4,3%. Không có độc tính trên thận. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Elwanis M và cs (2009): độc tính chủ yếu ở mức độ trung bình và không có BN nào phải ngừng điều trị; thiếu máu độ 2 gặp trên 4 bệnh nhân (9,3%), hạ bạch cầu trên 2 bệnh nhân (4,7%)².

Theo kết quả bảng 8: Các tác dụng không mong muốn khác chỉ gặp ở độ 1 hay gặp viêm da vùng TSM (32,6%), đau tại vùng hậu môn trong xạ trị (28,3%), viêm bàng quang 15,2%; viêm âm đạo 10,9%, tiêu chảy 15,2%. Các tác dụng phụ khác ít gặp hơn như buồn nôn, nôn, viêm miệng, loét da vùng TSM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013)⁵ và Nguyễn Văn Hiếu (2017)⁸.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời trước mổ đối với UTTT thấp giai đoạn II/III có tỷ lệ đáp ứng cao 76,1%; cải thiện đáng kể tỷ lệ phẫu thuật triệt căn với 89,7% trong đó 53,8% phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Điều trị HXT đồng thời trước phẫu thuật là an toàn, ít độc tính, tác dụng phụ ở mức thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today**. Accessed March 8, 2022. <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. **Elwanis MA, Maximous DW, Elsayed MI, Mikhail NN**. Surgical treatment for locally advanced lower third rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation with capecitabine: prospective phase II trial. *World J Surg Oncol*. 2009;7:52.
3. **Malangone S. Colon, Rectal, and Anal Cancers**. Published online 2019:38.
4. **Trương Thu Hiền, Nguyễn Văn Ba, Phạm Văn Thái, Dương Thùy Linh, Trần Văn Tồn**. Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II, III. *Tạp chí Y học Việt Nam Tập 501 - Tháng 4 - Số 2*. 2021.
5. **Phạm Cẩm Phương** (2012), Nghiên cứu hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong điều trị bệnh UTTT giai đoạn xâm lấn, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **De Bruin AFJ, Nuyttens JJ, Ferenschild FTJ, Planting AST, Verhoef C, de Wilt JHW**. Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer. *Neth J Med*. 2008;66(2):71-76.
7. **De Paoli A, Chiara S, Luppi G, et al**. Capecitabine in combination with preoperative radiation therapy in locally advanced, resectable, rectal cancer: a multicentric phase II study. *Ann Oncol*. 2006;17(2):246-251.
8. **Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quảng, Bùi Công Toàn, Lê Quốc Tuấn**. Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn, tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam. 2017: 60(2).

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Đỗ Thị Thanh Huyền¹, Phạm Thị Yến², Nguyễn Văn Đoàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. **Đối tượng và phương pháp:** 83 bệnh nhân (BN) đau bụng cấp, theo dõi viêm ruột thừa cấp có biến chứng, được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ 8/2021 đến 8/2022. **Kết quả:** Vị trí ruột thừa gặp nhiều nhất ở hố chậu phải (56,1%), đa số ruột thừa viêm có đường kính ≥ 7 mm (97,2%), độ dày thành ≥ 3 mm (64,4%), ngấm thuốc mạnh (84,9%) và thâm nhiễm mỡ (86,3%). Sỏi ruột thừa gặp chỉ có

35,6% trường hợp VRTC. Se, Sp và Acc của CLVT đa dãy chẩn đoán VRTC lần lượt là 93,1%, 100% và 94%. Se, Sp và Acc của CLVT đa dãy chẩn đoán biến chứng VRTC lần lượt là 92%, 91,7% và 91,8%.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, cắt lớp vi tính, độ chính xác.

SUMMARY

THE VALUE OF MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING OF ACUTE APPENDICITIS

Objectives: The aim of this study is to describe imaging and assess the value of multi-slice CT in diagnosing of acute appendicitis. **Subjects and methods:** From August 2021 to August 2022, 83 patients at 103 Military Hospital who presented acute abdominal pain, and were suspected complicated acute appendicitis clinically, were underwent MSCT and surgery. **Results:** The most appendiceal location was found in right iliac foss, the most acute appendicitis had diameter with 7 mm and larger

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Huyền

Email: dothithanhhuyen108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.4.2023

(97.2%), wall thickness with 3 mm and larger (64.4%), contrast enhancement (84.9%), and fat stranding (86.3%). Appendicolith was only found in 35.6%. Se, Sp, Acc of MSCT for acute appendicitis were 93.1%, 100% và 94%. Se, Sp, Acc of MSCT for complicated appendicitis were 92%, 91.7% và 91.8%.

Keywords: Acute appendicitis; Computed tomography; Accuracy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây đau bụng vùng hạ vị và hố chậu phải [1]. Ở Việt Nam, VRTC chiếm 53,38% các trường hợp mổ cấp cứu bụng tại Bệnh viện Việt Đức [2]. Chẩn đoán lâm sàng viêm ruột thừa cấp vẫn luôn là thách thức với các bệnh nhân không có các biểu hiện điển hình và không phải mọi bệnh nhân có lâm sàng điển hình là viêm ruột thừa cấp. Siêu âm là phương pháp được áp dụng rộng rãi để chẩn đoán VRTC. Tuy nhiên siêu âm lại phụ thuộc vào người làm và khó quan sát ruột thừa trên những bệnh nhân béo, chướng hơi và ở những vị trí ruột thừa không điển hình. Vì những lý do đó, các bác sỹ khoa cấp cứu và phẫu thuật viên đã tăng việc sử dụng cắt lớp vi tính thường quy để hỗ trợ chẩn đoán VRTC. Sử dụng thường quy cắt lớp vi tính làm giảm tỷ lệ cắt ruột thừa không viêm mà không làm tăng tỷ lệ chẩn đoán muộn hoặc dương tính giả. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: Mô tả đặc điểm hình ảnh và xác định giá trị của CLVT đa dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 83 bệnh nhân được khám lâm sàng tại khoa khám bệnh, bệnh viện Quân y 103, nghi ngờ VRTC có biến chứng, được chỉ định chụp CLVT để xác định nguyên nhân và tìm biến chứng (nếu có). Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân đau bụng cấp, được chẩn đoán lâm sàng là theo dõi viêm ruột thừa cấp có biến chứng.

- Tất cả các BN được chụp CLVT vùng bụng chậu.

- Được phẫu thuật và làm giải phẫu bệnh (khi cần thiết) để xác định nguyên nhân.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** - Những trường hợp chống chỉ định chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang.

- Những trường hợp không đủ dữ liệu để chọn vào nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Các trường hợp chất lượng ảnh cắt lớp vi

tính không đạt yêu cầu để chẩn đoán.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu. Có đối chiếu hình ảnh CLVT với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

***Kỹ thuật chụp CLVT chẩn đoán viêm ruột thừa cấp:**

- Thực hiện trên máy CLVT 32 dãy (Access, hãng Philips, Hà Lan), tại khoa Xquang chẩn đoán, Bệnh viện Quân y 103. Thuốc cản quang: Tiêm thuốc cản quang iode không ion hóa (chúng tôi sử dụng loại thuốc sau: Omnipaque 300 mgI/100ml), liều 1,5 ml/kg cân nặng, tốc độ bơm 4 ml/giây.

- Chuẩn bị BN: Trong điều kiện cấp cứu, bệnh nhân không phải chuẩn bị gì. Hỏi thông tin về tiền sử dị ứng, giải thích về lợi ích và nguy cơ khi sử dụng thuốc cản quang.

- Các thông số chụp được cài đặt là 100 kVp, 183 mAs. Chụp xoắn ốc từ vòm hoành đến khớp mu trong 1 lần nín thở theo hướng ngang ở tất cả các thì. Độ dày lớp cắt 5 mm. Thì động mạch: Chụp vào giây thứ 30 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc. Thì tĩnh mạch: Chụp vào giây thứ 70 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc. Thì muộn: Chụp sau 5 phút kể từ khi tiêm thuốc cản quang.

*** Phân tích hình ảnh:** - Tái tạo độ dày lớp cắt 1 mm. Sử dụng hình ảnh tái tạo đa bình diện MPR (multiplanar reconstruction) để xác định các đặc điểm của ruột thừa.

- Đánh giá tính chất ngấm thuốc của thành ruột thừa ở thì tĩnh mạch.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán VRTC trên CLVT**

Chẩn đoán VRTC đơn thuần trên CLVT dựa vào các tiêu chuẩn theo tác giả Pinto Leite [3]:

- Đường kính ngang ruột thừa ≥ 7 mm

- Thành ruột thừa dày ≥ 3 mm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm

- Các dấu hiệu viêm quanh ruột thừa: thâm nhiễm mỡ, tụ dịch quanh ruột thừa, hạch mạc treo kích thước lớn, dày thành các tạng lân cận (manh tràng, quai tiểu tràng, bàng quang...)

Chẩn đoán VRTC có biến chứng trên CLVT theo các dấu hiệu của tác giả Horrow [4], gồm:

- Ổ khuyết thuốc khu trú ở thành ruột thừa

- Khí bên ngoài lòng ruột thừa

- Sỏi phân bên ngoài lòng ruột thừa

- Áp xe ruột thừa

- Đám quánh ruột thừa

* Các biến số nghiên cứu:

❖ Đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên CLVT

- Vị trí ruột thừa: Được xác định là vị trí của đầu mút ruột thừa gồm: Hố chậu phải, sau manh tràng, vùng tiểu khung, đường giữa (đầu mút ruột thừa nằm trên đường giữa) và vị trí khác.

- Đường kính ruột thừa: Được đo từ bờ ngoài đến bờ ngoài của thành ruột thừa, vuông góc với trục dọc của ruột thừa. Đo được thực hiện tại điểm có đường kính lớn nhất, ở thì tĩnh mạch.

- Độ dày thành ruột thừa: Được đo vuông góc với trục ruột thừa tại vị trí đường kính ruột thừa lớn nhất. Kích thước lớn nhất của độ dày thành được đo và ghi lại.

- Tính chất ngấm thuốc cản quang của thành ruột thừa: Có ngấm thuốc mạnh hoặc không ngấm thuốc mạnh. Mức độ ngấm thuốc mạnh của ruột thừa được so sánh với các quai ruột tiểu tràng bình thường lân cận.

- Sỏi ruột thừa: Có hay không có. Sỏi ruột thừa là nốt vôi hóa trong lòng ruột thừa ≥ 2 mm, hoặc ngoài lòng ruột thừa trong ổ tụ dịch.

- Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa: Có hay không có. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa biểu hiện là vùng tăng đậm độ trong tổ chức mỡ quanh ruột thừa ở dạng sương mờ và dạng lưới.

- Biến chứng viêm ruột thừa cấp: Có hoặc không. Được xác định theo tiêu chuẩn của Horrow [4]. Khuyết thuốc khu trú thành ruột thừa: Ổ không bắt thuốc cản quang ở thành ruột thừa. Khí ngoài lòng ruột thừa được định nghĩa là các ổ tụ khí ngoài lòng ruột. Sỏi ruột thừa nằm ngoài lòng là cấu trúc tăng đậm độ không bắt thuốc nằm ngoài lòng ruột. Áp xe cạnh ruột thừa: Khối đậm độ dịch có viền ngấm thuốc mạnh, phân múi [3]. Đám quánh ruột thừa: Tổn thương đậm độ mô mềm dạng khối ở vùng hố chậu phải xung quanh ruột thừa viêm [3].

❖ Giá trị của CLVT chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

- Giá trị của CLVT chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

So sánh chẩn đoán VRTC trên CLVT đa dãy với kết quả phẫu thuật và GPB, từ đó tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác.

- Giá trị của CLVT chẩn đoán viêm ruột thừa cấp có biến chứng

So sánh chẩn đoán VRTC có biến chứng trên CLVT đa dãy với kết quả phẫu thuật và GPB, từ đó tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác.

***Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh hai giá trị trung bình sử dụng Test T – Student (hai nhóm). So sánh tỉ lệ bằng test chi bình phương (χ^2). Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Giá trị của CLVT được xác định bằng cách so sánh với kết

quả sau phẫu thuật, tính độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), độ chính xác (Acc).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- 83 BN gồm 42 nam (57,5%) và 31 nữ (42,5%), tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1.

- Tuổi trung bình của nhóm có VRTC là $38,5 \pm 16,7$ (12-87) tuổi, thấp hơn đáng kể so với nhóm không VRTC là $54,7 \pm 19$ (20-84) tuổi ($p < 0,05$).

- Trong 83 BN có 73 BN chẩn đoán xác định là VRTC và 25 BN có biến chứng. Trên CLVT, chẩn đoán được 68 BN VRTC và 27 BN VRTC có biến chứng.

3.2. Đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên CLVT

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh khối viêm ruột thừa trên CLVT

Đặc điểm		n (%)	Đặc điểm		n (%)	
Vị trí (n=73)	HCP	41 (56,1)	Đường kính (mm)	< 7 mm	2 (2,8)	
	Sau manh tràng	17 (23,3)				12,6
	Tiểu khung	7 (9,6)		$\pm 3,1$	≥ 7 mm	71 (97,2)
	Đường giữa	6 (8,2)		(6,2 - 22)		
Khác	2 (2,8)					
Độ dày thành (mm) $3,7 \pm 1,3$ (1,8-7,2)	≥ 3 mm	47 (64,4)	Ngấm thuốc	Có	62 (84,9)	
	< 3 mm	26 (35,6)		Không	11 (15,1)	
Sỏi ruột thừa	Có	26 (35,6)	Thâm nhiễm mỡ	Có	63 (86,3)	
	Không	47 (64,4)		Không	10 (13,7)	

Nhận xét: Vị trí ruột thừa gặp nhiều nhất ở hố chậu phải (56,1%), đa sỏi ruột thừa viêm có đường kính ≥ 7 mm (97,2%), độ dày thành ≥ 3 mm (64,4%), ngấm thuốc (84,9%) và thâm nhiễm mỡ (86,3%). Sỏi ruột thừa gặp chỉ có 35,6% trường hợp VRTC

Bảng 2. Biến chứng viêm ruột thừa cấp trên CLVT

Dấu hiệu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Khuyết thuốc khu trú	27	37
Khí ngoài lòng RT	1	1,4
Sỏi ngoài lòng RT	1	1,4
Áp xe RT	2	2,7
Đám quánh RT	8	11

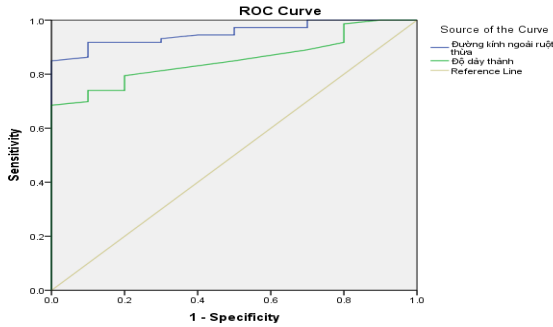
Nhận xét: Trong các dấu hiệu chẩn đoán biến chứng VRTC trên CLVT, khuyết thuốc khu trú gặp nhiều nhất (37%).

3.3. Giá trị của CLVT đa dãy chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Bảng 3. Giá trị của CLVT đa dãy chẩn đoán VRTC đơn thuần

CLVT \ CĐCC	Có VRTC	Không VRTC	Tổng	p
Có VRTC	68	0	68	0,000
Không VRTC	5	10	15	
Tổng	73	10	83	

Nhận xét: Độ nhạy của CLVT đa dãy chẩn đoán VRTC là 93,1%, độ đặc hiệu là 100%, độ chính xác là 94%.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC liên quan giữa đường kính RT và độ dày thành RT trên CLVT với tình trạng có hoặc không có VRTC

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong đối với đường kính ruột thừa 0,95: Giá trị rất tốt, giá trị cut-off 8,95 mm, độ nhạy và độ đặc hiệu cao (84,9% và 100%); Diện tích dưới đường cong đối với độ dày thành ruột thừa 0,85: Giá trị tốt, giá trị cut-off 2,85, độ nhạy và độ đặc hiệu (68,5% và 100%).

Bảng 4. Giá trị của CLVT đa dãy chẩn đoán biến chứng VRTC

CLVT \ CĐCC	Có biến chứng	Không biến chứng	Tổng	p
Có biến chứng	23	4	27	0,000
Không biến chứng	2	44	46	
Tổng	25	48	73	

Nhận xét: Độ nhạy là 92%, độ đặc hiệu 91,7%, độ chính xác 91,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên CLVT

4.1.1. Vị trí ruột thừa. Vị trí ruột thừa bình thường ở hố chậu phải có thể ở trước, sau hoặc dưới hồi tràng. Khi ruột thừa viêm, có thể làm thay đổi vị trí gây thay đổi triệu chứng và chẩn đoán khó khăn. Trong nghiên cứu, vị trí ruột thừa trên những bệnh nhân có viêm ruột thừa cấp ở vị trí bình thường (hố chậu phải) chiếm 56,1%, ruột thừa ở vị trí bất thường chiếm 43,9%. Tỷ lệ ruột thừa ở vị trí bất thường cao

hơn tác giả Doãn Văn Ngọc (39,6%) [2]. Điều này chứng tỏ vị trí bất thường của ruột thừa đã gây khó khăn cho lâm sàng và cận lâm sàng nên đã lựa chọn CLVT để chẩn đoán.

4.1.2. Đường kính ruột thừa. Trong viêm ruột thừa cấp, cơ chế viêm do tắc nghẽn lòng, làm giãn và tăng kích thước ruột thừa. Đường kính ruột thừa là dấu hiệu trực tiếp để đánh giá ruột thừa có viêm hay không. Theo các tác giả, chẩn đoán viêm ruột thừa cấp khi đường kính ruột thừa ≥ 7 mm [5], [3].

Theo Elizabeth, đường kính ruột thừa là tiêu chuẩn đơn tốt nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trên CLVT [6]. Tuy nhiên, theo tác giả Tamburrini, 42% trường hợp ruột thừa bình thường có đường kính trên 6 mm [7]. Theo Elizabeth P, giá trị cutoff của đường kính phù hợp nhất để tối ưu cả độ nhạy và độ đặc hiệu là giữa 8 – 9 mm, khi đó độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 84% và 87%, diện tích dưới đường cong đạt rất tốt 0,91 [6].

Trong nghiên cứu, giá trị cutoff của đường kính ruột thừa trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp là 8,95 mm, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao lần lượt là 84,9% và 100%, diện tích dưới đường cong là 0,95. Như vậy kết quả này tương tự với tác giả Elizabeth.

4.1.3. Độ dày thành ruột thừa. Độ dày thành ruột thừa thường có liên quan mật thiết với đường kính ruột thừa. Khi ruột thừa viêm cấp, các mạch máu trên thành cương tụ, thành ruột thừa phù nề xuất tiết, dần dần đưa đến hoại tử và mất hết cấu trúc lớp. Giá trị cutoff của độ dày thành ruột thừa được sử dụng là 3 mm cho cả siêu âm và cắt lớp vi tính. Trong nghiên cứu, độ dày thành ruột thừa ở nhóm có viêm ruột thừa cấp là 3,7 mm, độ dày nhỏ nhất là 1,8 mm, lớn nhất là 7,3 mm, trong đó có 64,4% bệnh nhân có độ dày ≥ 3 mm.

Khi sử dụng độ dày ruột thừa để chẩn đoán, trong nghiên cứu, giá trị cutoff của độ dày là 2,85 mm, với độ nhạy 68,5% và độ đặc hiệu 100%, diện tích dưới đường cong 0,85. Theo tác giả Choi D. độ dày thành ruột thừa là một trong 4 dấu hiệu có ý nghĩa nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa, với độ nhạy 66%, độ đặc hiệu 96% ($p < 0,001$) [8].

4.1.4. Tính chất ngấm thuốc của ruột thừa. Thành ruột thừa tăng ngấm thuốc mạnh cũng là một tiêu chuẩn chính để chẩn đoán viêm ruột thừa. Tác giả Choi D. thấy dấu hiệu này có tần xuất thứ 4 sau đường kính ruột thừa, dày thành và thâm nhiễm mỡ, với độ nhạy và độ đặc

hiệu lần lượt là 75% và 85% ($p < 0,001$) trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 73 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có 62 (84,9%) bệnh nhân có tăng ngấm thuốc. Có 11 bệnh nhân VRTC không có ngấm thuốc mạnh thành ruột thừa là những trường hợp VRTC có biến chứng hoại tử thành ruột thừa. Như vậy, đây là một dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán viêm ruột thừa khi các tiêu chuẩn khác không đủ thuyết phục.

4.1.5. Sỏi ruột thừa. Sỏi ruột thừa gặp trong khoảng 1/3 số bệnh nhân có viêm ruột thừa cấp. Mặc dù có liên quan đến viêm ruột thừa, nhưng sỏi ruột thừa không có khả năng chẩn đoán khi là một dấu hiệu độc lập bởi vì sỏi ruột thừa cũng thường gặp ở những bệnh nhân không viêm ruột thừa [3]. Theo Choi D., sỏi ruột thừa có độ nhạy thấp chỉ 16%, trong khi độ đặc hiệu gần 100% trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp [8]. Tuy nhiên, biểu hiện sỏi trong lòng ở những bệnh nhân có viêm ruột thừa cấp làm tăng nguy cơ biến chứng [7]. Trong nghiên cứu, ở nhóm có viêm ruột thừa có 26/73 (35,6%) bệnh nhân có sỏi.

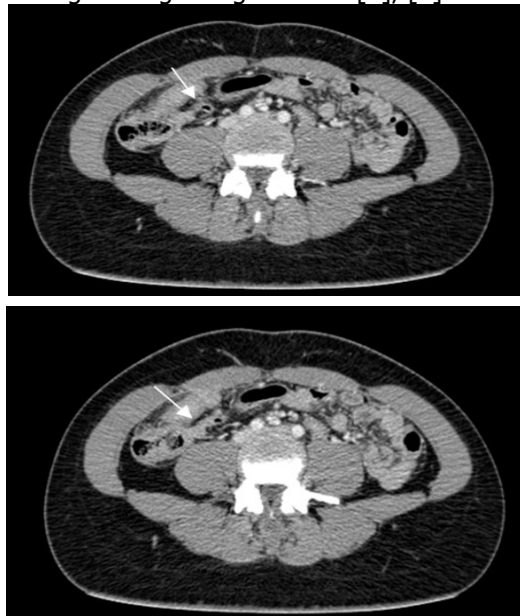
4.1.6. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa.

Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa, chiếm 86,3%. Theo tác giả Choi D. thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 87%, 74% và 78%, và là một trong 4 dấu hiệu hữu ích nhất trong chẩn đoán viêm ruột thừa bằng CLVT đa dãy [8].

4.1.7. Đặc điểm viêm ruột thừa cấp có biến chứng trên CLVT. Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp có biến chứng hay không là vô cùng quan trọng tới thái độ điều trị của bác sĩ lâm sàng, phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu, trên CLVT chẩn đoán được 27/73 trường hợp viêm ruột thừa cấp có biến chứng, chiếm 37%. Trong đó, đặc điểm khuyết thuốc khu trú thành ruột thừa gặp nhiều nhất, 27 bệnh nhân (37%), đám quánh gặp trong 8 bệnh nhân (11%), áp xe gặp 2 bệnh nhân (2,8%), có 1 bệnh nhân có khí và sỏi ngoài lòng ruột thừa (1,4%).

4.2. Giá trị của CLVT đa dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Trên CLVT, chẩn đoán đúng 68 trường hợp có viêm ruột thừa cấp, 5 trường hợp có viêm ruột thừa cấp nhưng CLVT chẩn đoán sai. CLVT chẩn đoán đúng toàn bộ 10 trường hợp không viêm ruột thừa, không có trường hợp nào dương tính giả. Trong 5 trường hợp chẩn đoán sai, có 3 trường hợp có đường kính trên 7 mm, nhưng không có các dấu hiệu

gián tiếp, nên không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trên CLVT. Kết quả trong nghiên cứu với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, lần lượt là 93,1%, 100%, 94%. Kết quả này tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước [2], [6].



Hình 4.1. Ruột thừa tăng kích thước

(Bệnh nhân Đặng Thị Phương T. 31 tuổi, MBN: 22042519. Trên CLVT thấy ruột thừa tăng kích thước, nhưng không thấy được dấu hiệu gián tiếp nào. Chẩn đoán sau phẫu thuật: viêm ruột thừa mù. Chẩn đoán mô bệnh học: viêm ruột thừa cấp)

4.3. Giá trị của CLVT đa dãy trong chẩn đoán biến chứng VRT. CLVT có thể giúp phân biệt chính xác viêm ruột thừa có biến chứng và không biến chứng. Trong nghiên cứu, có 25/73 BN có biến chứng trên giải phẫu bệnh, CLVT chẩn đoán đúng 23 BN, chẩn đoán sai 4 BN, chẩn đoán 47 BN không biến chứng thì đúng 44 BN, sai 2 BN. Các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CLVT chẩn đoán biến chứng viêm ruột thừa cấp lần lượt là 92%, 91,7% và 91,8%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh cắt lớp vi tính 83 bệnh nhân đau bụng cấp, theo dõi viêm ruột thừa cấp có biến chứng, tại Bệnh viện Quân y 103 từ 9/2021 đến 8/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Đa số ruột thừa viêm gặp ở hố chậu phải, có đường kính ≥ 7 mm, thành dày ≥ 3 mm, ngấm thuốc mạnh và có thâm nhiễm mỡ xung quanh. CLVT đa dãy có giá trị cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và viêm ruột thừa cấp có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Iqbal J, Sayani R, Tahir M, et al.** (2018) "Diagnostic efficiency of multidetector computed tomography in the evaluation of clinically equivocal cases of acute appendicitis with surgical correlation", *Cureus*, 10(3).
2. **Doãn Văn Ngọc Đào Danh Vĩnh, Lê Văn Khang,** (2012) "Nghiên cứu giá trị chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp", *Điện quang Việt Nam*, 10, pp. 370-375.
3. **Leite N Pinto, Pereira José M, Cunha R, et al.** (2004) "CT evaluation of appendicitis and its complications: imaging techniques and key diagnostic findings", 185, pp. 406-417.
4. **Horrow Mindy M, White Denise S, Horrow Jay C** (2003) "Differentiation of perforated from nonperforated appendicitis at CT", *Radiology*, 227(1), pp. 46-51.
5. **Danse E., Dragean C.A, Van Nieuwenhove S.** (2019) "Imaging of acute appendicitis for adult patients", *Science Repository*.
6. **Ives Elizabeth P, Sung S, McCue P, et al.** (2008) "Independent predictors of acute appendicitis on CT with pathologic correlation", *Academic radiology*, 15(8), pp. 996-1003.
7. **Tamburrini S, Brunetti A, Brown M, et al.** (2005) "CT appearance of the normal appendix in adults", *European radiology*, 15(10), pp. 2096-2103.
8. **Choi Dongil, Park H, Lee YR, et al.** (2003) "The most useful findings for diagnosing acute appendicitis on contrast-enhanced helical CT", *Acta radiologica*, 44(6), pp. 574-582.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH CỦA HOẠI TỬ RUỘT NON DO TẮC RUỘT THẮT NGHỆT VÀ TẮC MẠCH MẠC TREO

Nghiêm Phương Thảo¹, Lê Thị Diễm Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và so sánh đặc điểm hình ảnh X quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) của hoại tử ruột non (HTRN) do tắc ruột thắt nghẹt (TRTN) và tắc mạch mạc treo (TMMT). Phương pháp: mô tả cắt ngang, hồi cứu. Tất cả bệnh nhân (BN) được chẩn đoán giải phẫu bệnh là hoại tử ruột non được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bình Dân từ 01/01/2017 đến 31/08/2022. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có 40 trường hợp (TH) HTRN, trong đó có 20 TH (50%) TRTN, 13 TH (32,5%) tắc tĩnh mạch (TM) và 7 TH (17,5%) tắc động mạch (ĐM). Tuổi trung bình của các nhóm nguyên nhân lần lượt là 62,30 ± 15,23 (TRTN), 59,85 ± 17,25 (tắc TM), 56,57 ± 14,33 (tắc ĐM). Hoại tử ruột non do TRTN xảy ra ưu thế ở nữ giới (60%), còn do nguyên nhân TMMT thì ưu thế ở nam: 69,23% (tắc TM), 100% (tắc ĐM). Hầu hết các bệnh nhân hoại tử ruột non ở ba nhóm đều có tình trạng giãn quai ruột. Dấu hiệu dày thành ruột và thành ruột có đậm độ cao trên phim không thuốc ở nhóm tắc TM (100% và 61,5%) cao hơn hai nhóm TRTN (60% và 55%) và tắc ĐM (28,6% và 0%); sự khác biệt giữa ba nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các dấu hiệu khí trong thành ruột, khí trong tĩnh mạch cửa và khí tự do trong ổ bụng ít gặp ở cả ba nhóm nguyên nhân. Dấu hiệu dịch tự do trong ổ bụng thường gặp nhất ở nhóm tắc TM (100%), thâm nhiễm mỡ mạc treo đều có tỉ lệ cao nhất ở hai nhóm TRTN và tắc TM (100%); dấu hiệu không tăng quang thành ruột có tỉ lệ cao nhất ở nhóm tắc ĐM (85,7%). **Kết luận:** Chụp XQCLVT có vai trò

quan trọng trong việc chẩn đoán sớm và phân biệt các nguyên nhân gây HTRN.

Từ khóa: X Quang cắt lớp vi tính, hoại tử ruột non, tắc ruột thắt nghẹt, tắc mạch mạc treo.

SUMMARY

CT FEATURES OF SMALL BOWEL NECROSIS DUE TO STRANGULATED BOWEL OBSTRUCTION AND ACUTE OCCLUSIVE MESENTERIC ISCHEMIA

Objectives: The purpose of this study was to describe and compare computed tomography features of small bowel necrosis (SBN) due to strangulated bowel obstruction (SBO) and acute occlusive mesenteric ischemia (AMI). **Methods:** cross-sectional, retrospective description study. All patients with a pathological diagnosis of small bowel necrosis were diagnosed and operated in Binh Dan hospital from January 1, 2017 to August 31, 2022. **Results:** there were 40 cases of SBN, including 20 cases (50%) of SBO, 13 cases (32,5%) of venous occlusion AMI and 7 cases (17,5%) of arterial occlusion AMI. The mean age of SBO was 62,30 ± 15,23, of venous occlusion AMI was 59,85 ± 17,25, of arterial occlusion AMI was 56,57 ± 14,33. Female predominance was found in SBO group (60%) while male predominance in venous occlusion AMI (69,23%) and arterial occlusion AMI (100%). Most of patients SBO had bowel dilatation. Bowel wall thickening and spontaneous hyperattenuation of the bowel wall in venous occlusion AMI (100% and 61,5%, respectively) were significant higher than in SBO (60% and 55%, respectively) and in arterial occlusion AMI (28,6% and 0%, respectively). Pneumoperitoneum, pneumatosis intestinalis, portal venous gas were uncommon CT features of SBN. Free peritoneal fluid was prominent in venous occlusion AMI (100%), mesenteric fat accounted for the highest percentage in both SBO and venous occlusion AMI (100%) while bowel wall

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthaoy2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023