

- nu13020621
3. **Trần Khánh Thu, Lê Bạch Mai, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tinh.** Hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;Số 2:119-124. Accessed April 23, 2023. [https://sti.vista.gov.vn/tw/Pages/tai-lieu-khcn.aspx?ItemID=267639&Type_CSDL=TAILIEUKHCN&Keyword=&searchInFields=Title&datasearch=\[%7B%22FieldSearch%22:%22Keyword_Chuan%22,%22Keyword%22:%22Ch%E1%BA%BF%20%20C4%91%E1%BB%99%20%20C4%83n%22,%22Operator%22:%22AND%22%7D\]&NamXuatBan=&LinhVuc_Ma=&ListNamXuatBan=&ListLinhVuc_Ma=](https://sti.vista.gov.vn/tw/Pages/tai-lieu-khcn.aspx?ItemID=267639&Type_CSDL=TAILIEUKHCN&Keyword=&searchInFields=Title&datasearch=[%7B%22FieldSearch%22:%22Keyword_Chuan%22,%22Keyword%22:%22Ch%E1%BA%BF%20%20C4%91%E1%BB%99%20%20C4%83n%22,%22Operator%22:%22AND%22%7D]&NamXuatBan=&LinhVuc_Ma=&ListNamXuatBan=&ListLinhVuc_Ma=)
 4. **Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al.** KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. American Journal of Kidney Diseases. 2020;76(3):S1-S107. doi:10.1053/j.ajkd.2020.05.006
 5. **Palmer SC, Maggo JK, Campbell KL, et al.** Dietary interventions for adults with chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(4):CD011998. doi:10.1002/14651858.CD011998.pub2
 6. **Naithani S, Whelan K, Thomas J, Gulliford MC, Morgan M.** Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. Health Expect. 2008; 11(3): 294-303. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00495.x
 7. **Wolide AD, Kumela K, Kerga F, et al.** Knowledge, attitude, and practices toward chronic kidney disease among care providers in Jimma town:cross-sectional study. BMC Public Health. 2020;20(1):1079. doi:10.1186/s12889-020-09192-5
 8. **Pisani A, Riccio E, Bellizzi V, et al.** 6-tips diet: a simplified dietary approach in patients with chronic renal disease. A clinical randomized trial. Clin Exp Nephrol. 2016;20(3):433-442. doi:10.1007/s10157-015-1172-5
 9. **Chen X, Wei G, Jalili T, et al.** The Associations of Plant Protein Intake With All-Cause Mortality in CKD. Am J Kidney Dis. 2016;67(3):423-430. doi:10.1053/j.ajkd.2015.10.018
 10. **Nguyễn Minh Tú, Trần Bình Thăng, Nguyễn Đức Dân.** Kiến thức, thái độ và thực hành về sử dụng muối ăn của người dân thành phố Huế năm 2022: 1. 2022;(60):39-53. doi:10.53522/ttcc.vi60.76516

ĐỒNG THUẬN CHẨN ĐOÁN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Nguyễn Đình Minh¹, Phạm Thu Huyền², Phạm Thị Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu mức độ đồng thuận của các bác sĩ (BS) có kinh nghiệm khác nhau trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (VRT) dựa trên các dấu hiệu cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh 60 trường hợp chẩn đoán VRT trên lâm sàng, trong đó 30 trường hợp có kết quả sau phẫu thuật là VRT, được chụp CLVT ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4 đến 10/2022. Hình ảnh CLVT được 3 bác sĩ có thâm niên khác nhau (18 năm, 5 năm và 2 năm) đọc kết quả độc lập. So sánh sự đồng thuận trong nhận định các dấu hiệu CLVT và kết quả chẩn đoán VRT của các bác sĩ với nhau. **Kết quả:** gồm 42 nữ và 18 nam. Tuổi trung bình là 41,90 ± 21,42 tuổi (thấp nhất là 5 và cao nhất là 93 tuổi). So sánh sự đồng thuận chẩn đoán VRT trên CLVT cho thấy có tính đồng thuận cao giữa các BS mặc dù có thâm niên khác nhau, với chỉ số kappa ở mức độ tốt và rất tốt tương ứng cho BSA-BSB, BSA-BSC và cả 3 BS là 0,93; 0,73 và 0,78 (p<0,01). Dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước có đồng thuận ở mức độ tốt giữa các bác sĩ với kappa tương ứng cho BSA-

BSB, BSA-BSC và cả 3 BS là 0,62; 0,80 và 0,68 (p<0,01). Dấu hiệu sỏi phân trong ruột thừa có đồng thuận tốt giữa BSA-BSB và cả 3 BS với kappa tương ứng là 0,75 và 0,67 (p<0,01). Các dấu hiệu dịch trong lòng ruột thừa, không có khí trong ruột thừa hay thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa có tính đồng thuận trung bình với kappa từ 0,44 đến 0,57. **Kết luận:** Mức độ đồng thuận giữa các bác sĩ đạt mức tốt trong chẩn đoán VRT trên CLVT. Dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước, sỏi phân trong lòng ruột thừa có mức độ đồng thuận tốt.

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

SUMMARY

INTERAGREEMENT OBSERVER ON CT SCAN IN DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

Objective: study the inter-observer agreement among radiologists with different level of experience in the diagnosis of acute appendicitis (AA) based on CT imaging. **Subjects and methods:** A comparing cross-sectional descriptive study of 60 cases with clinically suspected appendicitis, of which 30 patients with postoperative results confirming AA, who underwent abdominal CT at Viet-Duc Friendship hospital from April to October 2022. CT images were read independently by three radiologists with different levels of experience (18 years, 5 years 2 years). The inter-observe agreements in the interpretation of CT findings and the ability of diagnosis of AA among the physicians was compared. **Results:** 42 females and

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: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

18 males were included in the study with a mean age of 41.90 ± 21.42 years (range 5 – 93 years). The inter-observer agreement in the diagnosis of AA based on CT findings showed a good agreement among the radiologists, with kappa values ranging from good to excellent for radiologist A-B, A-C, and all three radiologists, at 0.93, 0.73, and 0.78, respectively ($p < 0,01$). The appendiceal enlargement had good agreement with kappa values for radiologist A-B, radiologist A-C, and all three radiologists at 0.62, 0.80, and 0.68, respectively ($p < 0,01$). The presence of appendicolith showed good agreement between radiologist A-B and all three radiologists, with kappa values of 0.75 and 0.67, respectively ($p < 0,01$). The signs of fluid collection, intraluminal air, and fat stranding around the appendix had moderate agreement, with kappa ranging from 0.44 to 0.57. **Conclusion:** There was good agreement among the radiologists in diagnosis of AA on CT scan. The appendiceal enlargement and presence of appendicolith showed good agreement too.

Keywords: acute appendicitis, abdominal emergency, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là nguyên nhân hay gặp gây đau bụng cấp, cần có chẩn đoán sớm nhằm hạn chế các biến chứng xảy ra. Chẩn đoán VRT trước đây thường dựa trên lâm sàng và xét nghiệm máu. Tuy nhiên, nếu chỉ căn cứ vào lâm sàng thì rất khó để giảm tỷ lệ phẫu thuật cắt ruột thừa không viêm (chiếm 10-30%) hoặc xác định được thủng ruột thừa trước khi phẫu thuật.¹ Cắt lớp vi tính (CLVT) được sử dụng như một phương pháp chẩn đoán thường quy trong phát hiện VRT có độ tin cậy cao và chính xác. CLVT được chỉ định nhằm bổ sung cho những hạn chế của siêu âm trong chẩn đoán VRT. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT là 95% và 94% trong chẩn đoán VRT. Khả năng bị VRT khi kết quả CLVT dương tính là 92% và nếu CLVT âm tính là 0,04%.² Các dấu hiệu CLVT của VRT bao gồm các dấu hiệu gián tiếp và trực tiếp nhanh chóng cung cấp các thông tin chi tiết về tình trạng ruột thừa và các thành phần liên quan.¹ Tuy nhiên, chẩn đoán VRT dựa trên CLVT có thể phụ thuộc vào chủ quan người đọc. Nghiên cứu cho thấy kinh nghiệm của bác sĩ đọc kết quả CLVT sẽ ảnh hưởng đến độ tin cậy của chẩn đoán VRT.^{3,4} Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng chẩn đoán và mức độ đồng thuận về chẩn đoán VRT trên CLVT của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm khác nhau tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân (BN)

đau bụng cấp với chẩn đoán lâm sàng là theo dõi VRT. Bệnh nhân được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và được theo dõi, điều trị (phẫu thuật hay không phẫu thuật) tại bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn chọn loại trừ: 1- Bệnh nhân không được điều trị tại bệnh viện Việt Đức. 2- Hình ảnh CLVT ổ bụng không đạt tiêu chuẩn đánh giá. 3- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Thời gian nghiên cứu: tháng 4/2022 - 10/2022

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Các BN trong nghiên cứu được chụp CLVT ổ bụng (Máy chụp Optima, GE Healthcare System, thông số quét 120KV, 175mA); chụp lấy từ vòm hoành đến bờ dưới xương mu; các thì trước và sau tiêm thuốc cản quang (Xenetix 100ml/350mg) liều 1,5ml/kg.

Các BN thu thập vào nghiên cứu được chia thành 2 nhóm:

. Nhóm viêm ruột thừa: xác định dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

. Nhóm không viêm ruột thừa: các BN không phẫu thuật trong 2 tuần, hoặc kết quả phẫu thuật không phải VRT.

- Hình ảnh CLVT được lưu trữ trên hệ thống lưu trữ hình ảnh (PACS) và được đọc bởi 03 bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm khác nhau về đọc CLVT ổ bụng trong cấp cứu: Bác sĩ A (BSA) có 18 năm kinh nghiệm. Bác sĩ B (BSB) 5 năm kinh nghiệm và Bác sĩ C (BSC) là bác sĩ nội trú có 2 năm kinh nghiệm.

- Kết quả mô bệnh học sau mổ hoặc theo dõi sau điều trị được thu thập từ hồ sơ bệnh án hoặc trên hệ thống bệnh án điện tử (HIS).

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhóm nghiên cứu: tuổi, giới tính (nam và nữ).

- Các dấu hiệu CLVT: ruột thừa tăng kích thước (ruột thừa có đường kính ngang > 6mm), ruột thừa thành dày (thành ruột thừa ≥ 3 mm), dịch trong ruột thừa (lòng ruột thừa có phần không ngấm thuốc sau tiêm), khí trong lòng ruột thừa (cấu trúc tỷ trọng âm trong ruột thừa), sỏi phân ruột thừa (cấu trúc tăng tỷ trọng tự nhiên trong lòng ruột thừa), thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa (tăng tỷ trọng tổ chức mỡ quanh ruột thừa).^{5,6}

- Chẩn đoán viêm ruột thừa:

+ Viêm ruột thừa trên CLVT: dựa trên các dấu hiệu hình ảnh của CLVT.

+ Viêm ruột thừa: xác định bằng kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

+ Không viêm ruột thừa: khi không phẫu thuật và được theo dõi tiếp 2 tuần sau đó hoặc mô bệnh học sau phẫu thuật không phải là viêm ruột thừa.

- Đánh giá khả năng chẩn đoán VRT trên CLVT của từng bác sĩ trong nhóm nghiên cứu dựa trên: độ nhạy (Sn), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV), độ chính xác (Acc).

- Đánh giá sự đồng thuận giữa các bác sĩ trong chẩn đoán VRT bằng CLVT:

+ Mức độ đồng thuận giữa 2 bác sĩ được đánh giá thông qua chỉ số Cohen' Kappa.

+ Mức độ đồng thuận của cả 3 bác sĩ được đánh giá bằng chỉ số Fleiss'Kappa.

Giá trị kappa tương ứng với mức độ đồng thuận: thấp (< 0,20), yếu (0,20- 0,40), trung bình (0,41- 0,60), tốt (0,61 – 0,80), rất tốt (0,81- 1,00).

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA).

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành độc lập, không gây ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, không làm ảnh hưởng đến quyền được khám và chữa bệnh của người tham gia. Mọi thông tin thu được đều đảm bảo bí mật. thu thập số liệu khách quan phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu bao gồm 60 BN thỏa mãn điều kiện nghiên cứu. Kết quả 30 BN có kết quả sau

Bảng 2. Mức độ đồng thuận chẩn đoán VRT của các Bác sĩ trên CLVT

Dấu hiệu CLVT	Chỉ số Kappa					
	Cohen Kappa BSA-BSB		Cohen Kappa BSA-BSC		Fleiss Kappa BSA-BSB-BSC	
	k	p	k	p	k	p
Kích thước ruột thừa >6mm	0,62	<0.01	0,80	<0.01	0,68	<0,01
Dày thành ruột thừa >3mm	0,52	<0.01	0,60	<0.01	0,51	<0,01
Sỏi phân trong lòng ruột thừa	0,75	<0.01	0,59	<0.01	0,67	<0,01
Dịch trong lòng ruột thừa	0,56	<0.01	0,48	<0.01	0,50	<0,01
Không có khí trong ruột thừa	0,60	<0.01	0,38	<0.01	0,44	<0,01
Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa	0,66	<0.01	0,46	<0.01	0,57	<0,01
Chẩn đoán VRT	0,93	<0.01	0,73	<0.01	0,78	<0,01

Chẩn đoán VRT trên CLVT có tính đồng thuận cao giữa các bác sĩ với chỉ số kappa ở mức độ tốt và rất tốt tương ứng cho BSA-BSB, BSA-BSC và cả 3 BS là 0,93; 0,73 và 0,78 (với p<0,01). Dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước có tính đồng thuận ở mức độ tốt, với kappa tương

phẫu thuật là VRT và 30 BN là không VRT.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình của các BN là 41,90 ± 21,42 tuổi (thấp nhất là 5 tuổi và cao nhất là 93 tuổi). Nhóm VRT có tuổi trung bình là 40,2 ± 19,33 và nhóm không VRT là 43,6 ± 23,54 tuổi, không có sự khác biệt ý nghĩa về tuổi giữa 2 nhóm với p > 0.05.

- Nghiên cứu có 42 nữ và 18 nam với tỷ lệ nữ/ nam = 2.3 :1. Nhóm VRT có tỷ lệ nữ/nam là 1,5 :1 và nhóm không VRT có tỷ lệ nữ/nam là 4:1. Nữ luôn chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.2. Giá trị và mức độ đồng thuận của các Bác sĩ trong chẩn đoán VRT trên CLVT

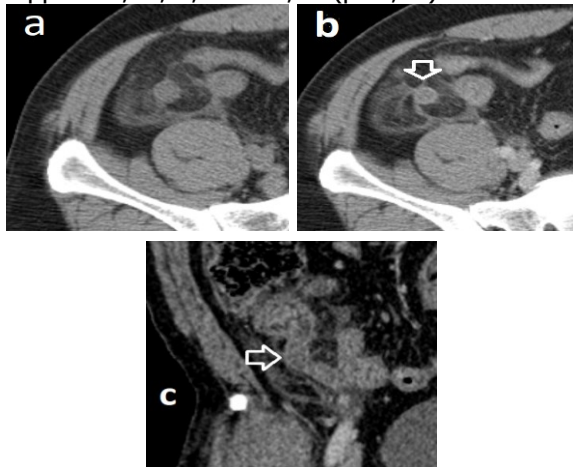
Bảng 1. Giá trị chẩn đoán VRT trên CLVT của các Bác sĩ đối chiếu với Phẫu thuật

Bác sĩ CĐHA	Sn %	Sp %	PPV %	NPV %	Acc %
BS A (18 năm kinh nghiệm)	96,7	90	90,6	96,4	93,3
BS B (5 năm kinh nghiệm)	93,3	86,7	87,5	92,9	90
BS C (BSNT 02 năm kinh nghiệm)	93,3	73,3	77,8	91,7	83,3

Theo thâm niên kinh nghiệm, BSA có 18 năm kinh nghiệm có kết quả chẩn đoán cao nhất với Sn: 96,7%, Sp: 90,0%, PPV: 90,6%, NPV: 96,4%, Acc: 93,3%. BSB với 05 năm kinh nghiệm có Sn: 93,3%, Sp: 86,7%, PPV: 87,5%, NPV: 92,9% và Acc: là 90%. BSC có 02 năm kinh nghiệm có kết quả chẩn đoán thấp nhất với Sn: 93,3%, Sp: 73,3%, PPV: 77,8% và NPV: 91,7% và Acc: 83,3%.

ứng là 0,62; 0,80 và 0,68 (p<0,01). Dấu hiệu sỏi phân trong ruột thừa có tính đồng thuận với kappa là 0,75 và 0,67 (p<0,01). Các dấu hiệu dịch trong lòng ruột thừa, không có khí trong ruột thừa hay thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa có tính đồng thuận trung bình cho cả 3 BS với

kappa là 0,50; 0,44 và 0,57 ($p < 0,01$).



Hình 1. Hình viêm ruột thừa trên CLVT trước và sau tiêm cản quang ở bệnh nhân nam 46t

Ruột thừa tăng kích thước, tụ dịch trong lòng ruột thừa (mũi tên), dịch và thâm nhiễm mỡ xung quanh trên lát cắt axial trước tiêm cản quang (a), axial (b) và coronal chếch (c) sau tiêm cản quang tĩnh mạch.

IV. BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa là một bệnh lý thường gặp và cần được chẩn đoán chính xác để phẫu thuật kịp thời, tránh các biến chứng không mong muốn như thủng, áp xe hay viêm phúc mạc. Cắt lớp vi tính là phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường được chỉ định trong chẩn đoán VRT nhằm bổ sung cho kết quả siêu âm trong các trường hợp khó chẩn đoán. Do đó, các bác sĩ đọc kết quả cần có những kỹ năng nhất định nhằm phát hiện chính xác các dấu hiệu VRT trên CLVT, đồng thời loại trừ các bệnh khác không phải VRT.

Nghiên cứu của Hof và cộng sự so sánh khả năng chẩn đoán của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm khác nhau (gồm các bác sĩ nội trú, bác sĩ trẻ và các chuyên gia) cho thấy VRT được chẩn đoán trên CLVT với tỷ lệ là 69%, 74% và 80%. Bên cạnh đó, giá trị chẩn đoán VRT trên CLVT của các nhóm có Sp là 94%, 94% và 100%; Sn là 81%, 88% và 100%; PPV là 98,6%, 98,7% và 100%; NPV là 50%, 68% và 81%.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở các bác sĩ có kinh nghiệm khác nhau theo thâm niên (gồm có 2 năm kinh nghiệm, 5 năm và 18 năm). Kết quả cho thấy Sn là 93,3%, 93,3% và 96,7%; Sp là 73,3%, 86,7% và 90%; PPV là 77,8%, 87,5% và 90,6%; NPV là 91,7%, 92,9% và 96,4%, với Acc là 83,3%, 90% và 93,3%. Như vậy, kết quả của chúng tôi là cao hơn so với nghiên cứu của Hof và cộng sự. Điều này có thể giải thích là

ngiên cứu của Hof thì chẩn đoán VRT chỉ dựa trên hình ảnh CLVT không tiêm thuốc cản quang, mặt khác, nghiên cứu đã thực hiện nhiều năm trước đó khi mà các thể hệ máy chụp cũ với các lát cắt dày 5mm vùng tiểu khung, do đó, chất lượng hình ảnh kém hơn so với trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này sẽ ảnh hưởng đến khả năng phát hiện các dấu hiệu VRT của các bác sĩ.

CLVT được đánh giá là có độ chính xác cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa hay viêm túi thừa cấp tính. Các nghiên cứu cho thấy, giá trị chẩn đoán của CLVT ổ bụng ở các bệnh nhân đau bụng cấp có độ chính xác khoảng 78%. Đã có một số nghiên cứu về sự đồng thuận của các bác sĩ trong chẩn đoán bệnh lý cấp cứu bụng trên CLVT. Tuy nhiên, kết quả về sự đồng thuận của các bác sĩ là rất khác nhau, từ yếu đến rất tốt. Sự đồng thuận chẩn đoán yếu được cho là trong các trường hợp khó chẩn đoán hoặc các dấu hiệu không đặc hiệu.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán VRT trên CLVT có tính đồng thuận tốt giữa các bác sĩ mặc dù kinh nghiệm khác nhau với chỉ số kappa tương ứng cho BS1-BS3, BS1-BS2 và cả 3 BS là 0,73, 0,93 và 0,78 ($p < 0,01$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đây với kappa 0,73-0,88.⁸ Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự đồng thuận giữa các bác sĩ có kinh nghiệm (BSA-BSB) là cao hơn hẳn so với bác sĩ có ít kinh nghiệm (BSA-BSC). Như vậy, mặc dù các dấu hiệu VRT là tương đối điển hình và chẩn đoán là không quá khó, tuy nhiên, đối với các trường hợp khó thì các bác sĩ nên hội chẩn hoặc tham khảo các chuyên gia trong chẩn đoán bệnh này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự đồng thuận tốt trong đánh giá hầu hết các dấu hiệu viêm ruột thừa trên CLVT giữa các bác sĩ có kinh nghiệm (BSA-BSB) như dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước ($k=0,62$), sỏi phân trong ruột thừa ($k=0,75$), thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa ($k=0,66$). Tuy nhiên, một số dấu hiệu chỉ đạt mức đồng thuận trung bình như dày thành ruột thừa $>3\text{mm}$ ($k=0,52$), không có khí trong lòng ruột thừa ($k=0,6$). Điều đó cho thấy đây là các dấu hiệu đôi khi khó xác định, tùy thuộc chủ quan vào cách thức đo đạc cũng như mở cửa sổ trên hình ảnh CLVT. Tương tự, sự đồng thuận giữa các bác sĩ có kinh nghiệm và ít kinh nghiệm (BSA-BSC) đạt mức tốt ở các dấu hiệu tăng kích thước ruột thừa ($k=0,8$). Các dấu hiệu còn lại chỉ đạt mức trung bình, thậm chí dấu hiệu không có khí trong ruột thừa đạt mức độ yếu. Như vậy, mặc dù chẩn đoán là không khó nhưng các bác

sĩ ít kinh nghiệm cần phải có thêm thời gian để nhận định các dấu hiệu VRT trên CLVT một cách chính xác hơn.



Hình 2. Hình viêm ruột thừa trên CLVT trước và sau tiêm cản quang ở bệnh nhân nữ 21t

Ruột thừa tăng kích thước, tụ dịch và bóng khí trong lòng ruột thừa, có sỏi phân (mũi tên) thâm nhiễm mỡ xung quanh trên lát cắt axial trước tiêm cản quang (a), axial (b) và sagittal (c) sau tiêm cản quang tĩnh mạch.

Xem xét sự đồng thuận của cả 3 BS, chúng tôi nhận thấy các dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước sỏi phân trong lòng ruột thừa đạt mức độ đồng thuận tốt ($k = 0,68$ và $0,67$). Đây là các dấu hiệu dễ phát hiện trên CLVT, tuy nhiên, các dấu hiệu này là không đặc hiệu cho VRT vì một số các trường hợp bình thường cũng có thể kích thước ruột thừa tăng hay có sỏi phân trong lòng. Do đó, trong chẩn đoán cần phải phối hợp thêm các dấu hiệu khác đặc hiệu hơn. Các dấu hiệu như dày thành ruột thừa $>3\text{mm}$, dịch trong lòng ruột thừa, không có khí trong ruột thừa, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa chỉ đạt được mức độ đồng thuận trung bình ($k: 0,41-0,60$). Điều đó cho thấy sự khó khăn trong nhận định các dấu hiệu này trên CLVT, nhất là đối với các bác sĩ trẻ, còn ít kinh nghiệm. Kết quả này cho thấy mặc dù được sử dụng thường xuyên trong chẩn đoán VRT, tuy nhiên CLVT chỉ nên được sử dụng ở các cơ sở có các chuyên gia về CLVT nhằm giảm thiểu sự sai sót khi đánh giá các dấu hiệu ở bệnh VRT.

Nghiên cứu này còn có một số hạn chế do mỗi bác sĩ có chuyên sâu về một lĩnh vực khác nhau, đồng thời, nghiên cứu hồi cứu nên thiếu hụt thông tin về tình trạng lâm sàng của bệnh

nhân. Bên cạnh đó, nghiên cứu này thu thập các bệnh nhân được chỉ định chụp CLVT vì nghi ngờ VRT nên sẽ gây ra những ám thị nhất định cho bác sĩ trong việc đưa ra chẩn đoán cuối cùng.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù cắt lớp vi tính là xét nghiệm thường được sử dụng trong chẩn đoán VRT. Sự khác nhau về kinh nghiệm và thâm niên công tác sẽ ảnh hưởng đến nhận định kết quả trên CLVT. Tuy nhiên, các bác sĩ có kinh nghiệm khác nhau vẫn có thể đạt được sự đồng thuận tốt trong kết luận VRT trên CLVT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lai V, Chan WC, Lau HY, Yeung TW, Wong YC, Yuen MK.** Diagnostic power of various computed tomography signs in diagnosing acute appendicitis. *Clinical Imaging.* 2012/01/01/2012;36(1):29-34. doi:https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2011.04.003
- Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al.** Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.* Apr 15 2020;15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3
- Kim J, Kim K, Kim J, et al.** The learning curve in diagnosing acute appendicitis with emergency sonography among novice emergency medicine residents. *Journal of Clinical Ultrasound.* 2018;46(5):305-310. doi:https://doi.org/10.1002/jcu.22577
- Shahbazipar M, Seyedhosseini J, Vahidi E, Motahar Vahedi HS, Jahanshir A.** Accuracy of ultrasound exam performed by emergency medicine versus radiology residents in the diagnosis of acute appendicitis. *Eur J Emerg Med.* Aug 2019; 26(4):272-276. doi:10.1097/mej.0000000000000547
- Doãn Văn Ngọc, Đào Danh Vinh, Lê Văn Khang.** Nghiên cứu giá trị của chụp Cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. *Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam.* 07/11 2022;(10):370-375. doi:10.55046/vjrn.10.276.2012
- Hong HS, Cho HS, Woo JY, et al.** Intra-Appendiceal Air at CT: Is It a Useful or a Confusing Sign for the Diagnosis of Acute Appendicitis? *Korean J Radiol.* Jan-Feb 2016;17(1):39-46. doi:10.3348/kjr.2016.17.1.39
- in't Hof KH, Krestin GP, Steijerberg EW, et al.** Interobserver variability in CT scan interpretation for suspected acute appendicitis. *Emerg Med J.* Feb 2009;26(2):92-4. doi:10.1136/emj.2008.058990
- van Randen A, Laméris W, Nio CY, et al.** Inter-observer agreement for abdominal CT in unselected patients with acute abdominal pain. *European Radiology.* 2009/06/01 2009;19(6):1394-1407. doi:10.1007/s00330-009-1294-9.