

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Trần Văn Việt Hoàng^{1*}
Phan Quốc Khánh², Lê Việt Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang 88 người bệnh theo dõi viêm ruột thừa cấp, có chụp cắt lớp vi tính xác định chẩn đoán, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026.

Kết quả: Trên nhóm nghiên cứu, cắt lớp vi tính chẩn đoán viêm ruột thừa cấp có độ nhạy 94,73%, độ đặc hiệu 100%. Trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp bằng cắt lớp vi tính, hình ảnh đường kính ruột thừa có độ nhạy 85,5%, độ đặc hiệu 100%; hình ảnh độ dày thành ruột thừa có độ nhạy 71,1%, độ đặc hiệu 100%; giá trị cut-off của đường kính ruột thừa và độ dày thành ruột thừa trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp lần lượt là 8,15 mm và 3,0 mm. Trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp có biến chứng, hình ảnh cắt lớp vi tính có độ nhạy 91,67%, độ đặc hiệu 94,23% và dấu hiệu khuyết thuốc khu trú có giá trị nhất, với độ nhạy 87,5%, độ đặc hiệu 92,3%.

Kết luận: Cắt lớp vi tính là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị lớn trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, viêm ruột thừa cấp, giá trị chẩn đoán.

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS AT MILITARY HOSPITAL 4, MILITARY REGION 4

ABSTRACT

Objectives: To determine the diagnostic value of computed tomography (CT) in the diagnosis of acute appendicitis.

Subjects and methods: A retrospective and prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 88 patients with suspected acute appendicitis who underwent computed tomography (CT) for diagnostic confirmation and subsequently received surgical treatment at Military Hospital 4, Military Region 4, from January 2024 to January 2026.

Results: In the study population, CT for the diagnosis of acute appendicitis demonstrated a sensitivity of 94.73% and a specificity of 100%. For the diagnosis of acute appendicitis using CT, an increased appendiceal diameter had a sensitivity of 85.5% and a specificity of 100%, while increased appendiceal wall thickness had a sensitivity of 71.1% and a specificity of 100%. The optimal cutoff values for appendiceal diameter and appendiceal wall thickness in the diagnosis of acute appendicitis were 8.15 mm and 3.0 mm, respectively. For the diagnosis of complicated acute appendicitis, CT demonstrated a sensitivity of 91.67% and a specificity of 94.23%. Among the CT findings, focal contrast enhancement defect had the highest diagnostic value, with a sensitivity of 87.5% and a specificity of 92.3%.

Conclusions: Computed tomography is a highly valuable imaging modality for the diagnosis of acute appendicitis, demonstrating high sensitivity and specificity.

Keywords: Computed tomography; acute appendicitis; diagnostic value.

Chịu trách nhiệm nội dung: Trần Văn Việt Hoàng, Email: hoangtranvnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/3/2026; mời phản biện khoa học: 3/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026

¹Trường Đại học Y khoa Vinh.

²Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các ca cấp cứu bụng ngoại khoa, viêm ruột thừa cấp (VRTC) là mặt bệnh thường gặp nhất. Ở Việt Nam, VRTC chiếm 53,38% các trường hợp mổ cấp cứu bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức [1] và 40,5% tại Bệnh viện Quân y 103 [2]. Bệnh thường có biểu hiện lâm sàng điển hình, nhưng một số trường hợp có triệu chứng không đặc hiệu hoặc diễn biến không điển hình, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cấp cứu ổ bụng khác. Việc chẩn đoán sai hay chậm trễ không chỉ dẫn đến những cuộc mổ không cần thiết mà còn làm tăng nguy cơ vỡ ruột thừa, gây viêm phúc mạc và nhiều biến chứng nguy hiểm.

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng rộng rãi trong hỗ trợ chẩn đoán VRTC do tính thuận tiện, không xâm lấn và chi phí thấp. Song thực tế cho thấy siêu âm khó quan sát được ruột thừa ở những người béo phì, ống tiêu hóa nhiều hơi hoặc ruột thừa nằm ở vị trí bất thường. Do đó, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã trở thành công cụ hỗ trợ chẩn đoán VRTC hữu ích, được chỉ định ở những cơ sở y tế có điều kiện với tính khách quan, độ nhạy, độ đặc hiệu đáng tin cậy [3]. Ngoài việc giúp xác định nhanh trường hợp VRTC, CLVT còn có khả năng phát hiện sớm các biến chứng, hỗ trợ lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, giảm tỉ lệ sai sót điều trị.

Tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4), máy CLVT đã được đưa vào sử dụng từ lâu và cho thấy hiệu quả rõ rệt trong hỗ trợ chẩn đoán, điều trị, theo dõi người bệnh (NB). Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách cụ thể giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC tại đây. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá giá trị của chụp CLVT trong chẩn đoán VRTC tại BVQY4/QK4.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

88 NB đau bụng cấp tính, vào Bệnh viện Quân y 4 (Quân khu 4) cấp cứu, chẩn đoán ban đầu theo dõi VRTC, từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: sau khi có chẩn đoán ban đầu, NB được chụp CLVT ổ bụng (có tiêm thuốc cản quang) hỗ trợ chẩn đoán trước mổ; sau đó, NB được hội chẩn, thống nhất chẩn đoán, ra chỉ định và được phẫu thuật điều trị nguyên nhân (cắt ruột thừa viêm với NB VRTC hoặc xử trí tổn thương khác trong ổ bụng).

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB có phim CLVT không đủ chất lượng hình ảnh để phân tích, không đồng ý

tham gia nghiên cứu (với tiến cứu); NB thiếu thông tin nghiên cứu (với hồi cứu).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: chọn tất cả NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán VRTC chưa biến chứng trên CLVT theo tiêu chuẩn của Pinto Leite [4]: đường kính ngang ruột thừa ≥ 7 mm; thành ruột thừa dày ≥ 3 mm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm; có 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).

+ Chẩn đoán VRTC có biến chứng trên CLVT theo tiêu chuẩn của Horrow [5]: ổ khuyết thuốc khu trú ở thành ruột thừa; có khí bên ngoài lòng ruột thừa; có sỏi phân bên ngoài lòng ruột thừa; có ổ áp xe hoặc đám quánh ruột thừa.

+ Chụp CLVT bởi máy 32 dãy (hãng GE, Hoa Kỳ), với thuốc cản quang không ion hóa Xenetix 300 mg/100 ml (liều 1,5 ml/1kg); đọc, phân tích và đánh giá hình ảnh bởi bác sĩ chuyên khoa; thực hiện quy trình đọc phim độc lập và không bị chi phối bởi thông tin, triệu chứng lâm sàng của NB.

+ Đánh giá giá trị chẩn đoán VRTC và VRTC có biến chứng của CLVT bằng cách đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh và đối chiếu với chẩn đoán của phẫu thuật viên trong phẫu thuật, bao gồm các giá trị: độ nhạy (Sensitivity - Se), độ đặc hiệu (Specificity - Sp), giá trị tiên lượng dương tính (Positive predictive value - PPV), giá trị tiên lượng âm tính (Negative predictive value - NPV). Cách tính các giá trị này như sau:

Chẩn đoán CLVT	Kết quả giải phẫu bệnh và chẩn đoán của phẫu thuật viên	
	(+)	(-)
(+)	TP	FP
(-)	FN	TN
Độ nhạy: $Se = TP / (TP + FN)$		
Độ đặc hiệu: $Sp = TN / (FP + TN)$		
Giá trị tiên đoán dương: $PPV = TP / (TP + FP)$		
Giá trị tiên đoán âm: $NPV = TN / (FN + TN)$		
<i>TP là trường hợp CLVT chẩn đoán đúng; FP là trường hợp CLVT dương tính nhưng thực tế NB không VRTC; FN là trường hợp CLVT âm tính nhưng thực tế NB có VRTC; TN là trường hợp CLVT âm tính đúng.</i>		

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm NB: tuổi và giới tính.

+ Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC chưa có biến chứng và VRTC có biến chứng: Se, Sp, PPV, NPV.

- Đạo đức: nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y khoa Vinh và lãnh đạo thông qua. Thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích khoa học và được bảo mật. Nghiên cứu không làm thay đổi quy trình chẩn đoán, điều trị thường quy của NB.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0; áp dụng công thức để tính Se, Sp, PPV, NPV.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố NB VRTC theo giới tính

Đặc điểm		Số NB (n = 76)	Tỉ lệ (%)	p
Giới tính	Nam giới	46	60,5	> 0,05
	Nữ giới	30	39,5	

NB nam (60,5%) nhiều hơn NB nữ (39,5%), tỉ lệ giới tính NB nam/nữ $\approx 1,53/1$ ($p > 0,05$).

Bảng 2. Phân bố chẩn đoán của NB nghiên cứu sau phẫu thuật theo nhóm tuổi

Tuổi	Chẩn đoán sau phẫu thuật		Tổng
	VRTC (n, %)	Không VRTC (n, %)	
≤ 20	12 (15,8)	1 (8,3)	13 (14,8)
21-40	36 (47,4)	2 (16,7)	38 (43,2)
41-60	19 (25,0)	5 (41,7)	24 (27,2)
> 60	9 (11,8)	4 (33,3)	13 (14,8)
Tổng	76 (100)	12 (100)	88 (100)
$\bar{X} \pm SD$	$39,59 \pm 17,37$	$55,17 \pm 20,47$	$41,72 \pm 18,49$
Min-max	12-87	19-86	12-87
p	0,006		

Trong 88 NB nghiên cứu, có 76 NB (86,4%) VRTC và 12 NB (13,6%) không VRTC. Tuổi trung bình của NB VRTC là $39,59 \pm 17,37$ tuổi (với 72,4% từ 21-60 tuổi) và của NB không VRTC là $55,17 \pm 20,47$ tuổi; khác biệt tuổi trung bình NB có và không VRTC có ý nghĩa thống kê ($p = 0,006$).

Bảng 3. Phân bố NB VRTC theo biến chứng

VRTC (n = 76)	Số NB	Tỉ lệ (%)
Có biến chứng	24	31,6
Không có biến chứng	52	68,4

Trong số 76 NB VRTC thì có 24 NB VRTC (31,6%) có biến chứng.

3.2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC

Bảng 4. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC (đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh)

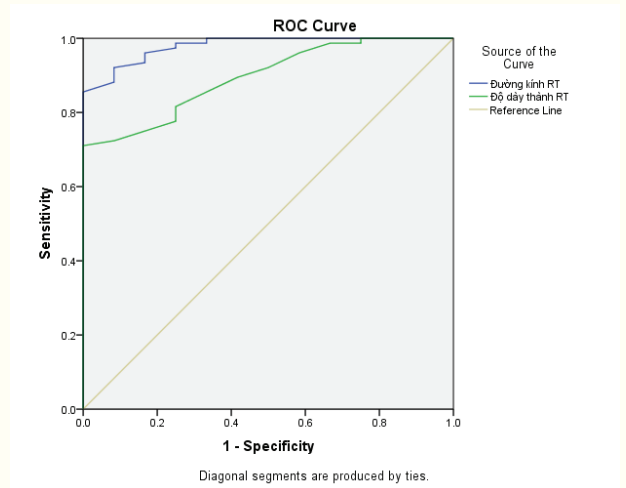
Chẩn đoán CLVT	Kết quả giải phẫu bệnh		Tổng	p
	VRTC	Không VRTC		
VRTC	72	0	72	< 0,001
Không VTTC	4	12	16	
Tổng	76	12	88	
Se (%)	94,73			< 0,001
Sp (%)	100			
PPV (%)	100			
NPV (%)	75			

Chẩn đoán VRTC trên CLVT có độ nhạy Se = 94,73% và độ đặc hiệu Sp = 100%.

Bảng 5. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC có biến chứng (đối chiếu với chẩn đoán của phẫu thuật viên trong mổ)

Chẩn đoán CLVT	Chẩn đoán của phẫu thuật viên		Tổng	p
	Có BC	Không BC		
Có BC	22	3	25	< 0,001
Không BC	2	49	51	
Tổng	24	52	76	
Se (%)	91,67			< 0,001
Sp (%)	94,23			
PPV (%)	88,00			
NPV (%)	96,08			

Chẩn đoán VRTC có biến chứng trên CLVT có độ nhạy Se = 91,67%, độ đặc hiệu Sp = 94,23%.



Biểu đồ giá trị chẩn đoán VRTC của chỉ số đường kính, độ dày thành ruột thừa qua đường cong ROC.

- Giá trị chẩn đoán VRTC của hình ảnh đường kính và độ dày thành ruột thừa qua đường cong ROC:

+ Đường kính ruột thừa: với điểm cut-off 8,15 mm, CLVT có độ nhạy Se = 85,5%, độ đặc hiệu Sp = 100%; diện tích dưới đường cong (AUC) đạt 0,979 (có giá trị chẩn đoán rất tốt, với $p < 0,001$).

+ Độ dày thành ruột thừa: với điểm cut-off 3,0 mm, CLVT có độ nhạy Se = 71,1% và độ đặc hiệu Sp = 100%; diện tích dưới đường cong (AUC) đạt 0,895 (có giá trị chẩn đoán tốt, với $p < 0,001$).

Bảng 6. Giá trị của các hình ảnh chẩn đoán biến chứng VRTC trên CLVT (đối chiếu với chẩn đoán của phẫu thuật viên trong mổ)

Hình ảnh CLVT chẩn đoán biến chứng	Chẩn đoán CLVT	Phẫu thuật viên		Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	p
		Có	Không					
Khuyết thuốc khu trú	Có	21	4	87,5	92,3	84,0	94,1	0,000
	Không	3	48					
Khí ngoài lòng ruột thừa	Có	2	0	8,3	100	100	70,3	0,103
	Không	22	52					
Sỏi ruột thừa ngoài lòng	Có	2	0	8,3	100	100	70,3	0,103
	Không	22	52					
Áp xe ruột thừa	Có	4	0	16,7	100	100	72,2	0,008
	Không	20	52					
Đám quánh ruột thừa	Có	8	2	33,3	96,2	80	75,8	0,001
	Không	16	50					

Dấu hiệu khuyết thuốc khu trú có giá trị nhất trong chẩn đoán biến chứng VRTC trên CLVT với độ nhạy Se = 87,5% và độ đặc hiệu Sp = 92,3%.

4. BÀN LUẬN

Trong 88 NB nghiên cứu, có 76 NB chẩn đoán sau phẫu thuật là VRTC, với tỉ lệ VRTC ở nam giới (60,5%) nhiều hơn nữ giới (39,5%); tương đương nghiên cứu của Balthazar [6] (tỉ lệ NB nam và nữ lần lượt là 52% và 48%). Cả hai nghiên cứu đều cho thấy VRTC gặp nhiều ở nam giới hơn nữ giới. Ở nữ giới, đặc biệt trong độ tuổi sinh đẻ, các triệu chứng đau hố chậu phải thường dễ nhầm lẫn với các bệnh lý phụ khoa, như viêm phần phụ, xoắn buồng trứng hay vỡ nang noãn... Điều này giải thích tại sao vai trò của CLVT lại trở nên quan trọng đối với nhóm đối tượng này nhằm loại trừ các tổn thương phối hợp và giảm thiểu tỉ lệ phẫu thuật nhầm. Mặc dù có sự khác biệt về tần suất xuất hiện bệnh giữa hai giới, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu này, NB VRTC thường gặp ở độ tuổi từ 21-40 tuổi (47,4%), trung bình là 39,59 $\pm$ 17,37 tuổi; thấp hơn nhiều so với nhóm không VRTC (55,17 $\pm$ 20,47 tuổi). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Mai Công Sao [7] (NB VRTC trung bình 38 $\pm$ 15 tuổi), Nguyễn Đình Minh [3] (trung bình 39,52 $\pm$ 18,48 tuổi). Qua đó cho thấy, NB VRTC tập trung nhiều nhất ở độ tuổi lao động và thanh thiếu niên. Điều này phù hợp với đặc điểm

chung của bệnh lý này là thường khởi phát ở người trẻ tuổi. Điều đó có thể giải thích là do ở người trẻ, hệ thống nang bạch huyết dưới niêm mạc ruột thừa phát triển rất mạnh mẽ. Khi có các kích thích viêm tại chỗ hoặc toàn thân, các nang này dễ dàng quá sản và phì đại, gây bít tắc lòng ruột thừa - vốn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến phản ứng viêm. Ngược lại, ở những NB lớn tuổi hơn, cơ chế gây tắc nghẽn thường liên quan đến các yếu tố cơ học như sỏi phân, dị vật hoặc các biến đổi thoái hóa của thành ruột thừa. Khi lòng ruột thừa bị tắc nghẽn, áp suất nội lòng tăng nhanh do dịch tiết không được lưu thông, gây ứ trệ tuần hoàn và tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập, dẫn đến hoại tử niêm mạc và các biến chứng nguy hiểm nếu không được can thiệp kịp thời.

Nghiên cứu 88 NB có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ VRTC thì có 76 NB chẩn đoán xác định VRTC bằng kết quả giải phẫu bệnh (sau phẫu thuật). 12 NB còn lại nhập viện với chẩn đoán ban đầu nghi ngờ VRTC do có các triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm giống VRTC; tuy nhiên, CLVT không ghi nhận hình ảnh VRTC mà phát hiện dấu hiệu hình ảnh các bệnh lý khác. Những NB này được phẫu thuật điều trị theo bệnh lý tương ứng. Kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán cuối cùng ở 12 NB này không phải VRTC, bao gồm 3 trường hợp viêm manh tràng, 2 trường hợp viêm mù buồng trứng phải, 2 trường hợp u manh tràng,

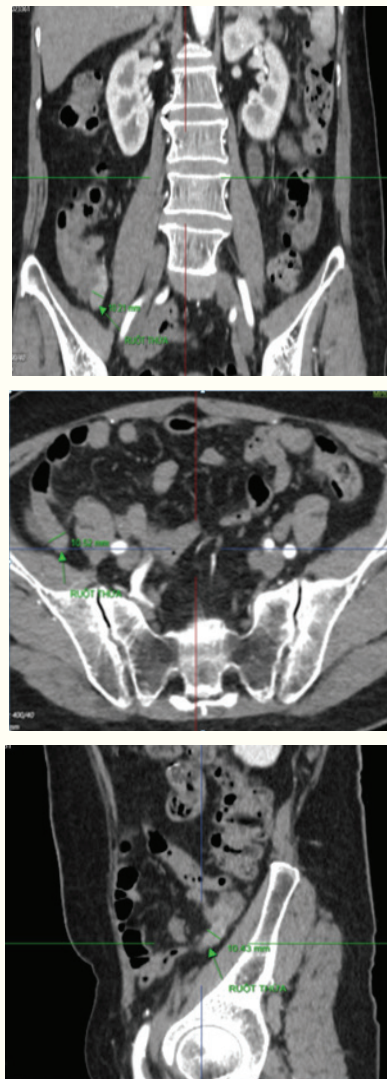
1 trường hợp dị vật vùng hồi manh tràng, 1 trường hợp hoại tử mạc nối do nhồi máu mạc nối, 1 trường hợp nhồi máu mạc treo, 1 trường hợp viêm túi thừa Meckel và 1 trường hợp lồng ruột.

Đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC (đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh), thấy giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC có độ nhạy là 94,73%, độ đặc hiệu là 100%; tương đương với các nghiên cứu của Mai Công Sao và cộng sự [7] (độ nhạy là 97,5%, độ đặc hiệu là 95,2%), Nguyễn Đình Minh [3] (độ nhạy là 96%, độ đặc hiệu là 90%). Trong nghiên cứu này, CLVT chẩn đoán chính xác 72 NB VRTC và ghi nhận có 4 trường hợp âm tính giả. Mặc dù các trường hợp âm tính giả đều có kích thước ruột thừa lớn hơn 7 mm, nhưng thiếu các dấu hiệu gián tiếp điển hình như thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa hay tụ dịch khu trú nên không đủ tiêu chuẩn để khẳng định tình trạng viêm trên hình ảnh [4]. Sai sót này có thể xuất phát từ việc NB đang ở giai đoạn viêm xung huyết sớm, khi tổn thương chưa lan tỏa ra lớp mỡ xung quanh, hoặc do ruột thừa nằm ở các vị trí giải phẫu khó quan sát (như sau manh tràng). Ngoài ra, ở những NB quá gầy, việc thiếu hụt lớp mỡ nền tương phản cũng khiến các dấu hiệu viêm trở nên mờ nhạt, dễ dẫn đến nhận định nhầm lẫn với một ruột thừa bình thường chứa dịch.

Đối với giá trị của các chỉ số hình ảnh kích thước ruột thừa, phân tích đường cong ROC cho thấy cả đường kính và độ dày thành ruột thừa đều có ý nghĩa thống kê rất cao trong chẩn đoán VRTC, với $p < 0,001$. Tuy nhiên, đường kính ruột thừa thể hiện giá trị chẩn đoán cao hơn so với độ dày thành ruột thừa (diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,979 so với 0,895). Tại điểm cut-off tối ưu là 8,15 mm, đường kính ruột thừa cho độ nhạy 85,5% và độ đặc hiệu đạt mức tuyệt đối 100%. Trong khi đó, với điểm cut-off 3,0 mm, độ dày thành ruột thừa có độ đặc hiệu tương đương (100%) nhưng độ nhạy thấp hơn rõ rệt (71,1%). Kết quả này cho thấy đường kính ruột thừa là chỉ số có độ tin cậy và giá trị dự báo tốt hơn độ dày thành ruột thừa. Đồng quan điểm với nghiên cứu của tác giả Elizabeth, khi đường kính ruột thừa là tiêu chuẩn đơn tốt nhất để chẩn đoán VRTC trên CLVT, điểm cut-off 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 chỉ số có giá trị rất tốt với 0,91 [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC có hay không có biến

chứng (đối chiếu với chẩn đoán của phẫu thuật viên trong mổ) có độ nhạy là 91,67% và độ đặc hiệu là 94,23%. Trong số 76 trường hợp VRTC thì có 24 trường hợp đã xảy ra biến chứng và 52 trường hợp là VRTC đơn thuần. Tuy nhiên, trên CLVT chẩn đoán đúng 22 trường hợp VRTC có biến chứng, sai 3 trường hợp; đồng thời CLVT chẩn đoán đúng 49 trường hợp không xảy ra biến chứng, sai 2 trường hợp. Sự sai sót trong chẩn đoán thường rơi vào những trường hợp ruột thừa hoại tử giai đoạn sớm, khi các tổn thương mất liên tục của thành ruột thừa còn quá nhỏ, khó có thể quan sát bằng mắt thường hay trên hình ảnh CLVT mà chỉ có thể khẳng định qua phân tích vi thể trên giải phẫu bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần tương đồng với nghiên cứu của Tsuboi [9], với các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 95%, 96,8%. Nhìn chung, CLVT vẫn có giá trị lớn giúp chẩn đoán biến chứng trong VRTC.



Hình ảnh trường hợp âm tính giả trong chẩn đoán VRTC trên CLVT.

Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán VRTC có biến chứng trên CLVT của Horrow [5], khi phân tích sâu vào các dấu hiệu hình ảnh cụ thể, khuyết thuốc khu trú thành ruột thừa ghi nhận chỉ số này có giá trị chẩn đoán ưu thế nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu này đạt độ nhạy 87,5%, độ đặc hiệu 92,3%; cao hơn đáng kể so với báo cáo của Sarah D. [10] (độ nhạy 64% và độ đặc hiệu 80%). Các dấu hiệu áp xe, khí ngoài lòng ruột có độ đặc hiệu cao lần lượt là 99% và 98%, nhưng độ nhạy thấp (34% và 35%); tương đương nghiên cứu của Tsuboi [9] (dấu hiệu khuyết thuốc khu trú thành ruột thừa có giá trị chẩn đoán biến chứng cao, với độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 96,8%, các dấu hiệu còn lại có độ nhạy từ 22,5-40%, độ đặc hiệu cao từ 96,2-100%). Sở dĩ dấu hiệu này có giá trị tin cậy cao vì đây là dấu hiệu trực tiếp phản ánh tình trạng tưới máu và sự toàn vẹn của thành ruột thừa, dễ đánh giá, trong khi các dấu hiệu còn lại là dấu hiệu gián tiếp.

Trên hình ảnh CLVT, thấy ruột thừa tăng kích thước > 7 mm, nhưng không thấy dấu hiệu gián tiếp khác (như thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa hoặc tụ dịch khu trú...). Kết quả phẫu thuật xác định viêm ruột thừa mủ, trong khi giải phẫu bệnh chẩn đoán VRTC. Đây là trường hợp NB tới sớm, thời gian khởi phát triệu chứng dưới 24 giờ, khi quá trình viêm có thể còn ở giai đoạn đầu và chưa hình thành đầy đủ các biểu hiện hình ảnh điển hình. Đồng thời, có thể giải thích do NB thể trạng gây nên dấu hiệu phụ thâm nhiễm mỡ rất khó quan sát, chỉ thấy ruột thừa tăng kích thước.

CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán VRTC. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định, như cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, đặc biệt, số lượng không VRTC ít, dẫn đến việc tính toán độ đặc hiệu có thể bị ảnh hưởng do số lượng mẫu đối chứng thấp. Ngoài ra, việc đánh giá các dấu hiệu hình ảnh trên CLVT cũng có thể chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố, như mức độ biểu hiện của tổn thương, sự hiện diện của các bệnh lý phối hợp trong ổ bụng, kinh nghiệm của người đọc phim... Những yếu tố này có thể phần nào ảnh hưởng đến khả năng nhận định và đánh giá các dấu hiệu hình ảnh. Trong thời gian tới, các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thực hiện tại nhiều cơ sở y tế khác nhau có thể giúp làm rõ hơn giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu này.

5. KẾT LUẬN

Cắt lớp vi tính là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cấp với độ nhạy 94,73% và độ đặc hiệu 100%. Kỹ thuật này giúp phân

biệt hiệu quả các trường hợp có biến chứng, trong đó, khuyết thuốc khu trú là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán tốt nhất. Việc sử dụng cắt lớp vi tính giúp khắc phục những hạn chế của lâm sàng và siêu âm, hỗ trợ quyết định điều trị ngoại khoa chính xác và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Doãn Văn Ngọc, Đào Danh Vĩnh và Lê Văn Kháng, "Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp", *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, 10, tr. 370-375, 2022.
2. Lê Thế Trung, Phạm Gia Khánh, *Viêm ruột thừa cấp*, Bệnh học ngoại khoa, Nhà Xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 258-277, 2002.
3. Nguyễn Đình Minh và Phạm Thu Huyền, "Đặc điểm cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524 (2), 2023.
4. Nuno Pinto Leite, José M. Pereira, Rui Cunha, et al., "CT evaluation of appendicitis and its complications: imaging techniques and key diagnostic findings", *AJR American journal of roentgenology*, 185 (2), pp. 406-417, 2005.
5. Mindy M. Horrow, Denise S. White, và Jay C. Horrow, "Differentiation of perforated from nonperforated appendicitis at CT", *Radiology*, 227(1), pp. 46-51, 2003.
6. Balthazar E.J., Rofsky N.M., và Zucker R., "Appendicitis: the impact of computed tomography imaging on negative appendectomy and perforation rates", *The American Journal of Gastroenterology*, 93(5), pp. 768-771, 1998.
7. Mai Công Sao và Lê Som Lan, Lâm Nguyễn Nhã Trúc, Nguyễn Đình Thái, "Xác định giá trị của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp", *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*, 22(5), pp. 105-108, 2018.
8. Elizabeth P. Ives, Sung S., McCue P., et al., "Independent predictors of acute appendicitis on CT with pathologic correlation", *Academic Radiology*, 15(8), pp. 996-1003, 2008.
9. Masahiro Tsuboi, Kei Takase, Iwao Kaneda, et al., "Perforated and nonperforated appendicitis: defect in enhancing appendiceal wall--depiction with multi-detector row CT", *Radiology*, 246(1), pp. 142-147, 2008.
10. Sarah D. Bixby, Lucey B.C., Soto J.A., et al., "Perforated versus Nonperforated Acute Appendicitis: Accuracy of Multidetector CT Detection", *Radiology*, 241(3), pp. 780-786, 2006. □