

SIÊU ÂM CẤP CỨU TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Tôn Thanh Trà ¹, Tôn Thất Quỳnh Ái ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa cấp là một bệnh lý cấp cứu phổ biến. Viêm ruột thừa chiếm khoảng 7 -10 % trong toàn dân số ở Châu Âu hoặc Mỹ. Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp thường là một quyết định lâm sàng và không khó đối với những trường hợp điển hình. Tuy nhiên trong những bệnh cảnh lâm sàng không điển hình, việc chẩn đoán khó khăn dẫn đến bỏ sót viêm ruột thừa hoặc chẩn đoán nhầm viêm ruột thừa trước mổ. Siêu âm mang lại hiệu quả trong chẩn đoán đã được chứng minh, tuy nhiên việc thực hiện siêu âm bởi bác sĩ cấp cứu có giá trị như thế nào là mục tiêu của nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị của siêu âm cấp cứu trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Đối tượng và phương pháp: Tiến cứu, mô tả. Các bệnh nhân nghi ngờ viêm ruột thừa cấp sẽ được siêu âm bởi bác sĩ cấp cứu. Ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, kết quả xét nghiệm, phẫu thuật và mô học.

Kết quả: Trong 105 bệnh nhân đau hố chậu phải nghi ngờ viêm ruột thừa cấp được nghiên cứu, có 58 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Tuổi trung bình là 32, nam chiếm 59,6%. Thời gian từ lúc đau bụng đến khi vào cấp cứu trung bình là 14,2 giờ, có 31 % bệnh nhân có sốt và 88 % bệnh nhân có bạch cầu > 10 000 /ml. 45/ 58 trường hợp (77,6 %) thấy hình ảnh viêm ruột thừa, có 6 trường hợp chỉ thấy dịch ở hố chậu phải, 07 trường hợp siêu âm bình thường. Độ nhạy của siêu âm là 77,6 %, độ đặc hiệu là 98,7 %, giá trị tiên đoán dương là 97,8% , giá trị tiên đoán âm là 77,9 %.

Kết luận: Siêu âm có giá trị góp phần vào chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Kết quả siêu âm tại giường do bác sĩ cấp cứu thực hiện không có sự khác biệt so với siêu âm do các bác sĩ chuyên khoa thực hiện trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở các nghiên cứu được báo cáo.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, siêu âm bụng cấp cứu

ABSTRACT

ABDOMINAL ULTRASOUND BY EMERGENCY PHYSICIAN IN DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

Ton Thanh Tra ¹, Ton That Quynh Ai ²

Background: Acute appendicitis is a common disease in emergency department. The overall rate of acute appendicitis is about 7 -10 % in population during their lifetime. Ultrasound seems

1. BV Chợ Rẫy, 2. ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh

to help in non-typical clinical presentation cases but how is ultrasound by emergency physician in diagnosis of acute appendicitis is our aim of this study. Aim of study: The role of ultrasound in diagnosis of acute appendicitis.

Method: Prospective, case study. Patients with suspicion of acute appendicitis were referred to ultrasound examination by emergency physician (the author of research). The clinical presentations, laboratory results, operation and histology will be followed up.

Results: 105 patients were study, in which 58 patients were diagnosed acute appendicitis in operation and histology, positive ultrasound was 45 cases (77.6 %), the sensitiveness is 77.6 %, the specificity is 97.8%, PPV = 97.8 % and NPV = 77.9 %

Conclusion: Ultrasound by emergency physician in acute appendicitis has the same result if comparing with the ultrasound by radiologist or registrar surgeon.

Key word: Acute appendicitis, ultrasound by emergency physician

I. MỞ ĐẦU

Viêm ruột thừa cấp là một bệnh lý thường gặp tại cấp cứu. Thống kê ở các nước Châu Âu và Mỹ cho thấy viêm ruột thừa cấp chiếm từ 7-10% dân số. Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp thường là một quyết định lâm sàng và thường không khó đối với những trường hợp điển hình. Tuy nhiên trong những bệnh cảnh lâm sàng không điển hình, việc chẩn đoán khó khăn dẫn đến bỏ sót viêm ruột thừa hoặc chẩn đoán nhầm viêm ruột thừa trước mổ. Từ khi ra đời, siêu âm tỏ ra là một phương tiện chẩn đoán hiệu quả. Nhiều nghiên cứu về giá trị của siêu âm được thực hiện cho thấy giá trị tích cực của siêu âm góp phần vào chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và giúp chẩn đoán phân biệt những bệnh lý khác biểu hiện lâm sàng tương tự. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị của siêu âm cấp cứu trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân vào cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy trong ca thường trực có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ viêm ruột thừa cấp sẽ được đưa vào nghiên cứu. Thời gian từ 1/6/2010 đến 31/12/2010. Địa điểm: Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu, mô tả.

- Các bệnh nhân nghi ngờ viêm ruột thừa cấp

sẽ được siêu âm bởi bác sỹ cấp cứu. Ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, kết quả xét nghiệm, phẫu thuật và mô học.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm Siemens, có 2 đầu dò convex 3.5 MHz và linear 7.0 MHz.

- Xử lý số liệu: Chương trình SPSS 14.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm được đưa vào nghiên cứu

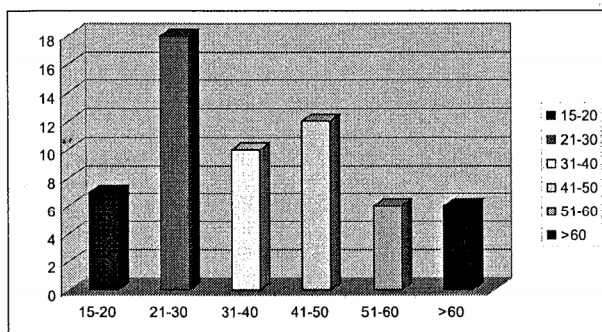
Có 105 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó 58 trường hợp được xác định viêm ruột thừa cấp chiếm 55,2 %, số còn lại là rối loạn tiêu hóa, nhiễm trùng tiểu, đau quặn thận phải, viêm tụy hay bệnh lý gan mật.

Bảng 1: Phân bố bệnh lý trong nhóm nghiên cứu

Bệnh	Số lượng	Tỉ lệ %
Viêm ruột thừa	58	55,2
Rối loạn tiêu hóa	23	21,9
Bệnh gan mật tụy	11	10,4
Bệnh phụ khoa	8	7,6
Đau quặn thận phải	5	4,7
Tổng	105	100 %

3.2. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân viêm ruột thừa cấp

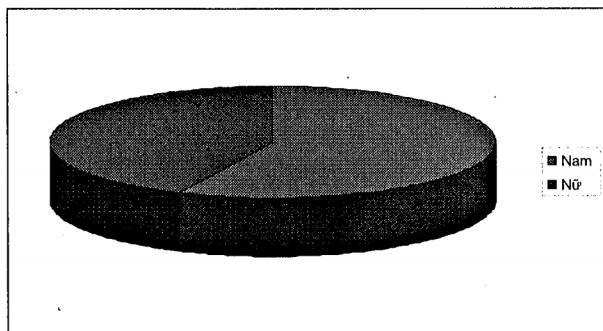
3.2.1. Tuổi



Sơ đồ 1: Phân bố theo tuổi

Tuổi trung bình là 32,08; nhỏ nhất là 15, lớn nhất là 83. Phần lớn bệnh nhân bị viêm ruột thừa ở tuổi trẻ, cao nhất ở nhóm 21- 30 tuổi.

3.2.2. Giới



Sơ đồ 2 : Phân bố theo giới tính

Nam 33 trường hợp chiếm 56,9 %, nữ có 25 trường hợp chiếm 43,1 %, tỉ lệ nam/ nữ là 1,3: 1.

3.2.3. Thời gian từ lúc đau bụng đến lúc nhập viện

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo thời gian từ lúc đau bụng đến khi vào cấp cứu

Thời gian	N	%
< hoặc = 6 giờ	5	8,6
> 6-12	17	29,3
> 12 -24	24	41,4
> 24-48	7	12
> 48 giờ	5	8,6
Tổng	58	100 %

Thời gian từ lúc đau bụng đến lúc nhập viện trung bình là 14 giờ, sớm nhất là 04 giờ (1 trường

hợp), lâu nhất là 72 giờ (4 trường hợp), chỉ có 5 trường hợp đến trước 6 giờ.

3.2.4. Tình trạng thân nhiệt của bệnh nhân khi nhập viện

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo tình trạng thân nhiệt.

Nhiệt độ	N	%
< 37,5	31	53,4
37,5- 38	18	31
> 38	9	15,6
Tổng	58	100 %

Có 27 trường hợp (46,6%) ghi nhận sốt từ 37,5 độ trở lên, 31 trường hợp (53,4%) không ghi nhận sốt.

3.2.5. Số lượng bạch cầu

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu	N	%
< 10 000/ml	7	12
10 000-12 000	11	19
> 12 000/ml	40	69
Tổng	58	100

Số lượng bạch cầu trung bình là 14012/ml, thấp nhất là 4020/ml, cao nhất là 26090/ml, trong đó có 7 ca bạch cầu < 10 000/ml, chiếm 12 %, có 40 bệnh nhân (69 %) có bạch cầu > 12000/ml.

3.2.6. Đặc điểm của ruột thừa bị viêm

- Đường kính ruột thừa đo được trên siêu âm: đường kính đo được trên siêu âm ở 45 trường hợp viêm ruột thừa cấp có kích thước nhỏ nhất là 6 mm, lớn nhất là 12 mm và trung bình là 8,13mm.

- Giai đoạn viêm của ruột thừa trên giải phẫu bệnh lý: trong 58 trường hợp viêm ruột thừa có 45 viêm ruột thừa mũ, 05 trường hợp viêm ruột thừa hoại tử, còn lại 07 trường hợp viêm ruột thừa sung huyết.

Bảng 5: Các giai đoạn ruột thừa viêm trên giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Xung huyết	7	12
Viêm mũ	46	79,3

Hoại tử	5	8,6
Tổng	58	100 %

Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật ở giai đoạn viêm mủ chiếm 79,3 %, hoại tử thủng ruột thừa gây viêm phúc mạc chiếm 8,6 %; còn số lượng viêm xung huyết chiếm 12 %.

3.3. Đặc điểm của kết quả siêu âm trên đối tượng được chẩn đoán ruột thừa viêm

Bảng 6: Kết quả siêu âm

Hình ảnh siêu âm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Finger sign	45	77,6
Dịch ổ chậu phải	6	10,3
Bình thường	7	12
Tổng	58	100 %

Có 45 trường hợp thấy được hình ảnh ruột thừa trên siêu âm, 06 trường hợp chỉ thấy tụ dịch vùng ổ chậu phải, 07 trường hợp còn lại siêu âm cho kết quả hoàn toàn bình thường.

Bảng 7: Hình ảnh siêu âm ruột thừa với chẩn đoán ruột thừa viêm (theo ma trận)

Bệnh	Có bệnh	Không bệnh	Tổng
Test (+)	45	1	46
Test (-)	13	46	59
Tổng	58	47	105

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân viêm ruột thừa cấp

Viêm ruột thừa cấp với những biểu hiện lâm sàng không điển hình vẫn là một khó khăn trong chẩn đoán tại cấp cứu. Ngày nay, với sự phát triển của ngành chẩn đoán hình ảnh, các phẫu thuật viên hy vọng rằng tỉ lệ chẩn đoán nhầm viêm ruột thừa trước mổ còn 10-15 % [3], [4], [7], [13]. Vì vậy, các phương tiện kỹ thuật góp phần chẩn đoán viêm ruột thừa trước mổ vẫn thật sự cần thiết.

Trong nhóm nghiên cứu này có 55,2 % bệnh nhân đau hố chậu phải được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp đã được phẫu thuật và làm giải phẫu bệnh lý. Với mục tiêu không bỏ sót viêm

ruột thừa cấp trong những trường hợp đau hố chậu phải vào cấp cứu bằng sự kết hợp tốt các xét nghiệm cận lâm sàng và hội chẩn với bác sĩ Ngoại tổng quát, chúng tôi đã loại trừ được khá nhiều trường hợp đau hố chậu phải không phải viêm ruột thừa tại cấp cứu mà không phải nhập viện. Tuy nhiên vẫn có 1 trường hợp (0,9%) chẩn đoán sót viêm ruột thừa cấp tại cấp cứu. Tỉ lệ chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cùng tương tự nhóm nghiên cứu của tác giả Charles. Trong 302 trường hợp đau hố chậu phải được tác giả này nghiên cứu thì tỉ lệ viêm ruột thừa cấp là 139 chiếm 46% còn lại là các bệnh lý viêm dạ dày ruột, bệnh lý nhiễm trùng phần phụ, viêm hạch mạc treo, viêm cơ psoas [5]. Nghiên cứu của A.S.Shirazi (2010) trên 110 bệnh nhân đau hố chậu phải nghi ngờ viêm ruột thừa cũng ghi nhận chỉ có 54 bệnh nhân có kết quả viêm ruột thừa còn lại là những bệnh lý khác [4].

Bên cạnh đó, có 03 trường hợp chẩn đoán lầm trước mổ chiếm tỉ lệ 4.9 % đều xảy ra ở bệnh nhân nữ mà cả 3 trường hợp là do bệnh lý buồng trứng phải (nang xuất huyết, áp xe, viêm). Điều này cho thấy chẩn đoán viêm ruột thừa không phải lúc nào cũng dễ.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có biểu hiện viêm ruột thừa đến muộn khả năng do Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối nên bệnh nhân có biểu hiện viêm ruột thừa đã được chẩn đoán ở các tuyến trước và chuyển Bệnh viện Chợ Rẫy vì các bệnh lý kèm theo như Basedow, suy tim, rung nhĩ,... hay bệnh lý nội khoa phối hợp khác. Có 1 trường hợp viêm ruột thừa cấp diễn tiến khá nhanh, bệnh nhân vào cấp cứu sau 4 giờ đau bụng, biểu hiện lâm sàng và siêu âm khá rõ do có sỏi phân gây tắc nghẽn và kích thước ruột thừa đo được trên siêu âm là 9mm cùng với hình ảnh sỏi phân.

Sốt là biểu hiện của phản ứng viêm, xảy ra khi tình trạng viêm kéo dài trên 6 giờ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận là 46,6% trong đó phần lớn nhiệt độ từ 37,5 -38°C chiếm 31%. Số lượng bệnh nhân sốt có thể cao hơn do

còn có trường hợp không ghi nhận thân nhiệt hoặc thời gian kẹp nhiệt chưa đủ.

Cũng do thời điểm nhập viện khá muộn, trung bình là 14,2 giờ nên phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có số lượng bạch cầu tăng khá rõ (tỉ lệ > 12 000/ml chiếm 60%) còn tỉ lệ bạch cầu > 10 000 là 88%. Số lượng bạch cầu trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Sanjay. Theo Sanjay, tỉ lệ bạch cầu > 12000/ml chiếm 2/3 trường hợp với độ nhạy 98 % và độ đặc hiệu 95 % [23]. Còn theo nghiên cứu của PL Goh thì bạch cầu hơn 12 000 /ml là yếu tố chẩn đoán viêm ruột thừa với độ nhạy là 77,8% và độ đặc hiệu 77,3 % [18]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Gulzar S thì 61,2 % bệnh nhân có bạch cầu > 10 000 /ml thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (88%) có lẽ là do bệnh nhân đến sớm hơn.

4.2. Đặc điểm của kết quả siêu âm trên đối tượng được chẩn đoán ruột thừa viêm

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 trường hợp được chẩn đoán viêm ruột thừa trước mổ, có 3 trường hợp mổ ra thấy hình ảnh ruột thừa bình thường nhưng phát hiện bệnh lý khác (viêm áp xe vòi trứng phải, nang buồng trứng xuất huyết và viêm dính phần phụ phải). Cả 03 trường hợp này đều ở bệnh nhân nữ và đã được cắt ruột thừa. Tỉ lệ chẩn đoán nhầm trước mổ là 4,9 %.

Phần lớn các tác giả nghiên cứu đều lấy tiêu chí cấu trúc hình ống kích thước lớn hơn hoặc bằng 6 mm đề không xếp ở vùng hố chậu phải là tiêu chuẩn chẩn đoán viêm ruột thừa trên siêu âm và gọi là test dương. Những dấu hiệu còn lại như dịch hố chậu phải, các quai ruột dẫn, nhu động ruột giảm hay hạch vùng hố chậu phải chỉ là dấu hiệu gợi ý hoặc góp phần vào chẩn đoán và vẫn được xem là test âm. Chúng tôi cũng áp dụng tiêu chí này để kết luận có hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên siêu âm hay không. Từ kết quả của bảng 7, trong nghiên cứu của chúng tôi: Độ nhạy: $45/58 = 77,6\%$; Độ đặc hiệu: $46/47 = 97,8\%$; Giá trị tiên đoán dương là $45/46: 97,8\%$; Giá trị tiên đoán âm là $46/59: 77,9\%$; Độ chính xác của siêu âm là $(45 + 46)/105 = 86,7\%$.

Bảng 8. Độ nhạy, độ đặc hiệu siêu âm được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa

Tác giả	n	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Sanjay	52	83	97
Rebaca	52	83.7	97.4
Mohammad Akba	60	81.8	95.5
Taurof	52	83	88
Phạm Minh Hải	57	75.9	-
Chúng tôi	58	77.7	97.8

Khi so sánh với kết quả của các tác giả khác (bảng 8) thì độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm bởi bác sĩ cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự so với các nghiên cứu được công bố được thực hiện bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Phải chăng nhóm bệnh nhân của chúng tôi phần lớn đến muộn nên bệnh cảnh lâm sàng rõ hơn và việc phát hiện ruột thừa trên siêu âm cũng dễ hơn, bằng chứng là kích thước ruột thừa đo được trung bình là 8,1 mm. Mặt khác, bệnh nhân Việt Nam thể trạng gầy, thành bụng mỏng là một lợi thế cho chúng tôi khi làm siêu âm. Ngoài ra, người làm siêu âm đã được đào tạo siêu âm cơ bản, đã từng làm siêu âm nhiều năm và được trang bị máy siêu âm Siemens với độ phân giải khá tốt với đầu dò linear 7.0 MHz rất thích hợp cho việc siêu âm ruột thừa viêm ở người Việt Nam.

Các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đã công bố dù được làm siêu âm bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hay phẫu thuật viên ngoại khoa đều cho kết quả dao động từ 70-97 % đối với độ nhạy và 80-97% đối với độ đặc hiệu. Một nghiên cứu phân tích đa biến của Khayal. A và cộng sự năm 2007 trên 45 nghiên cứu, 13064 bệnh nhân ở Châu Âu, Mỹ và Châu Á ghi nhận độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp là 83,69 % và 95,89 %. Cũng trong nghiên cứu này, tác giả cho thấy chụp CT Scan có can quang cho kết quả tốt hơn với độ nhạy 93,44 % và độ đặc hiệu là 93,33 % [14]. Tuy nhiên, tác giả khuyến cáo nên chọn lựa xét

nghiệm ban đầu là siêu âm còn CT Scan chỉ nên chỉ định trong một số trường hợp cần nhắc.

Một nghiên cứu khác của John Fox và cộng sự năm 2007 ở Mỹ hồi cứu giá trị siêu âm bụng cấp cứu được thực hiện bởi 14 Bác sĩ học chuyên khoa cấp cứu chỉ được đào tạo siêu âm cơ bản và đã thực hiện > 500 ca siêu âm, làm siêu âm trên 155 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp. Kết quả cho thấy độ nhạy chỉ đạt 39%, độ đặc hiệu 90% [10]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do nhóm bệnh nhân này phần lớn thừa cân hoặc béo phì, thành bụng dày khó khảo sát mà khảo sát ruột thừa viêm trên siêu âm là một kỹ thuật tương đối khó cần phải được huấn luyện. Mặt khác, trong nhóm nghiên cứu này, có tỉ lệ trẻ em là 64 chiếm 41,2 % mà viêm ruột thừa ở trẻ em khó chẩn đoán hơn ở người lớn.

Một nghiên cứu khác của Erick và L Ridley (2010) ở Mỹ, 67 bệnh nhân nghi ngờ viêm ruột thừa cấp được làm siêu âm bởi Bác sĩ cấp cứu cho thấy độ nhạy là 82 %, độ đặc hiệu 87 % [8], các Bác sĩ cấp cứu này được huấn luyện làm siêu âm ruột thừa trong 16 giờ và đã thực hiện 25-50 trường hợp viêm ruột thừa chính xác được kiểm chứng bởi CT scan.

Một nghiên cứu hồi cứu khác của Fox JC và cộng sự năm 2008 trên 132 bệnh nhân trong đó có 44 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp cho kết quả độ nhạy 65%, độ đặc hiệu 90%, giá trị tiên đoán dương 84% và giá trị tiên đoán âm là 76% và tác giả cũng ghi nhận rằng nếu được hỗ trợ của siêu âm Doppler màu thì độ nhạy của siêu âm đạt đến 97 % [13].

Trong khi đó, nghiên cứu của A Y C Sui và C H Chung ở Hồng Kông năm 2007 trên 85 bệnh nhân trong đó có 27 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp được thực hiện bởi bác sĩ cấp cứu cho kết quả độ nhạy 62.1 % và độ đặc hiệu 83,9 % [15]

Bảng 9: Độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm do bác sĩ cấp cứu thực hiện

Tác giả	Số bệnh nhân	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Erik	28	82	87

Fox JC	44	65	90
AYC Sui	27	62,1	83,9
Chúng tôi	58	77,6	97,7

Nói chung, với các bác sĩ đã được đào tạo siêu âm cơ bản và được huấn luyện làm siêu âm trong viêm ruột thừa cấp thì kết quả siêu âm cho độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối giống nhau. Chính vì lẽ đó, việc đào tạo cơ bản siêu âm cho bác sĩ cấp cứu cũng như siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp là cần thiết để giúp các bác sĩ cấp cứu có khả năng chẩn đoán viêm ruột thừa cấp.

Tỉ lệ chẩn đoán nhầm trước mổ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 4,9 %, thấp hơn rất nhiều so với y văn nhưng cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Võ Thị Mỹ Ngọc tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2009 trên 2428 trường hợp được chỉ định phẫu thuật với chẩn đoán viêm ruột thừa cấp có tỉ lệ chẩn đoán nhầm là 2,3 %, tác giả cho rằng các yếu tố làm tăng nguy cơ chẩn đoán nhầm viêm ruột thừa trước mổ là không xem xét đến thời gian đau, không khai thác kỹ thứ tự xuất hiện đau và sốt, khám phụ khoa chưa hiệu quả và chưa phân tích hết kết quả xét nghiệm máu và nước tiểu [2].

Do thời gian lấy mẫu ngắn nên số lượng bệnh nhân chưa nhiều, chưa phản ánh đầy đủ thực trạng bệnh nhân vào cấp cứu, đặc điểm của cấp cứu làm ca kíp vì vậy không thể nghiên cứu tất cả các bệnh nhân viêm ruột thừa trong thời gian nghiên cứu. Kết quả siêu âm cũng chỉ được thực hiện bởi 1 người giúp cho việc nghiên cứu được đồng nhất hơn nhưng lại không thể đánh giá cho tất cả các Bác sĩ cấp cứu do chất lượng siêu âm không đồng đều bởi kết quả siêu âm phụ thuộc rất lớn vào người làm.

V. KẾT LUẬN

1. Bệnh cảnh lâm sàng viêm ruột thừa vào cấp cứu không điển hình vẫn là một khó khăn trong chẩn đoán. Bệnh nhân viêm ruột thừa vào cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy thường muộn (trung

Bệnh viện Trung ương Huế

bình là 14,02 giờ) và vẫn còn trường hợp chẩn đoán nhầm trước mổ (4,9 %) và cả chẩn đoán sót chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tại cấp cứu (0,9%).

2. Có 60% bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có bạch cầu > 12 000/ ml và chỉ có 44,6 % bệnh nhân được ghi nhận có sốt.

3. Độ nhạy của siêu âm cấp cứu trong chẩn

đoán viêm ruột thừa là 77,6%, độ đặc hiệu là 97,8%, giá trị tiên đoán dương là 97,8% và giá trị tiên đoán âm là 77,9%.

4. Khả năng chẩn đoán siêu âm của bác sĩ cấp cứu trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp không có sự khác biệt so với việc siêu âm được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa trong các nghiên cứu đã được công bố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 25 tài liệu tham khảo, do điều kiện in ấn có giới hạn, nếu có nhu cầu xin độc giả liên hệ với tác giả.