

## TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA VIÊM RUỘT THỪA CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Mai Phan Tường Anh<sup>1</sup>, Thái Thanh Trúc<sup>2</sup>, Mai Quốc Thành<sup>1</sup>,  
Vũ Anh Kiệt<sup>1</sup>, Mai Chí Công<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Viêm ruột thừa (VRT) là một bệnh lý nguy hiểm, khó chẩn đoán sớm cũng như khó phân loại VRT có biến chứng và không biến chứng. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu ước tính tỉ lệ VRT có biến chứng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu bệnh án được tiến hành trên toàn bộ bệnh nhân đã cắt VRT trong vòng 5 năm (từ 2016 đến 2020) tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Nhân dân Gia Định. VRT có biến chứng được xác định thông qua tường trình phẫu thuật.

**Kết quả:** Trong tổng 1950 ca bệnh được thu thập, tỉ lệ viêm ruột thừa có biến chứng chiếm 24,8% tổng số ca VRT đã phẫu thuật. Mối liên quan giữa số lượng bạch cầu, CRP, tuổi, đường kính, vị trí ruột thừa, dịch ổ bụng và số lượng bạch cầu trung tính, số lượng bạch cầu lympho (NLR) với tình trạng VRT biến chứng có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ VRT biến chứng khá thấp so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Cần xem xét các yếu tố có liên quan phát hiện được để từ đó biết được trường hợp nào có nguy cơ cao hoặc không có nguy cơ

có VRT có biến chứng để từ đó có hướng xử lý phù hợp.

**Từ khóa:** Viêm ruột thừa có biến chứng, tỉ lệ, yếu tố liên quan

### SUMMARY

#### PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF COMPLICATED APPENDICITIS AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

**Background:** Appendicitis is one of the most dangerous conditions and difficult to be diagnosed, and differentiate complicated and non-complicated appendicitis. This study was conducted to estimate the prevalence of complicated appendicitis and associated factors at Nhan dan Gia Dinh hospital.

**Methods:** A retrospective cohort study was conducted based on medical charts of all patients undergoing a laparoscopic appendectomy at Nhan dan Gia Dinh hospital during 2016-2020. Complicated appendicitis was confirmed based on surgical reports.

**Results:** Among 1,950 patients included in data analysis, there were 483 patients identified as having complicated appendicitis (24.8%). There were significant differences between patients with and patients without complicated appendicitis in most characteristics measured including age, gender, neutrophil, C-reactive protein, diameter of appendix and appendix position.

**Conclusions:** The prevalence of complicated appendicitis was relatively low compared to what

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thanh Trúc

Email: thaithanhtruc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

reported in Vietnam. Associated factors found in this study should be considered to identify those who had high risk or low risk of complicated appendicitis and to have proper treatment.

**Keywords:** complicated appendicitis, prevalence, associated factors

## I. GIỚI THIỆU

Trong ngoại khoa tiêu hoá, viêm ruột thừa (VRT) là một bệnh nguy hiểm, khó phát hiện ở giai đoạn sớm để điều trị phù hợp. Viêm ruột thừa có thể tiến triển thành viêm phúc mạc, áp xe ruột thừa với gánh nặng bệnh tật lớn thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Đây là một bệnh ngoại khoa tiêu hóa thường gặp với ước tính mỗi người có nguy cơ mắc phải là 7% trong toàn thời gian sống [8]. Viêm ruột thừa không biến chứng là một tình trạng VRT cấp không có dấu hiệu của thủng/vỡ, áp-xe hay nung mủ, hoại tử [8]. Viêm ruột thừa có biến chứng là kết quả của ruột thừa bị vỡ dẫn đến áp-xe hay viêm tấy quanh ruột thừa thể hiện cụ thể là tình trạng VRT hoại tử hoặc VRT thủng hoặc hiện diện một ổ áp-xe quanh ruột thừa.

VRT biến chứng là khái niệm khác với biến chứng của VRT. Biến chứng của VRT gồm có: viêm phúc mạc, áp-xe ruột thừa, đám quánh ruột thừa. Trong khi đó, VRT biến chứng, đặc biệt VRT vỡ có tỉ lệ chung từ 16-40%; tỉ lệ này cao hơn ở những người trẻ (từ 40-57%) và người hơn 50 tuổi (55-70%). Tỉ lệ VRT có biến chứng trong y văn ghi nhận từ 25 đến 40%. Nghiên cứu tại Hoa Kỳ ước tính cứ khoảng 300.000 trường hợp phẫu thuật cắt ruột thừa mỗi năm, thì 25% là

VRT có biến chứng [8]. Ngoài ra, nghiên cứu đoàn hệ trên 895 bệnh nhân đã cắt ruột thừa cho thấy các bệnh nhân đến khám với triệu chứng không điển hình đa số bị VRT có biến chứng [6].

Bên cạnh đó, các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng góp phần chẩn đoán phân loại sớm VRT biến chứng và VRT không biến chứng. Đầu tiên, tuổi và giới, đặc biệt nam, lớn tuổi ( $\geq 52$  tuổi) sức đề kháng của cơ thể và thói quen ăn uống làm cho tỉ lệ VRT có biến chứng tăng lên rõ rệt. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng khi thời gian khởi phát trong vòng gần 24 giờ thì đa phần là VRT cấp chưa biến chứng, ngược lại nếu thời gian khởi phát cơn đau đến lúc nhập viện kéo dài từ 48 giờ trở lên có nguy cơ bệnh nhân đã có VRT có biến chứng [5]. Ngoài ra, các yếu tố sinh hóa chẳng hạn như số lượng bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân, NLR, C-Reactive protein (CRP) được chứng minh có liên quan đến VRT có biến chứng. Thêm vào đó, CT Scan và siêu âm có nhiều giá trị để xác định VRT có biến chứng nhưng thực tế lâm sàng còn hạn chế vì cơ sở vật chất và nhân lực không đủ. Tuy nhiên, mức độ mối liên hệ của các yếu tố này có thể khác nhau tùy theo bối cảnh và đối tượng nghiên cứu,

Chính vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu ước tính tỉ lệ VRT có biến chứng và đánh giá các yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu có thể được dùng để xác định mức độ phổ biến của VRT có biến chứng hiện nay cũng như gợi ý về các yếu tố cần lưu ý trong việc phân định các trường hợp

VRT có biến chứng và VRT không có biến chứng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

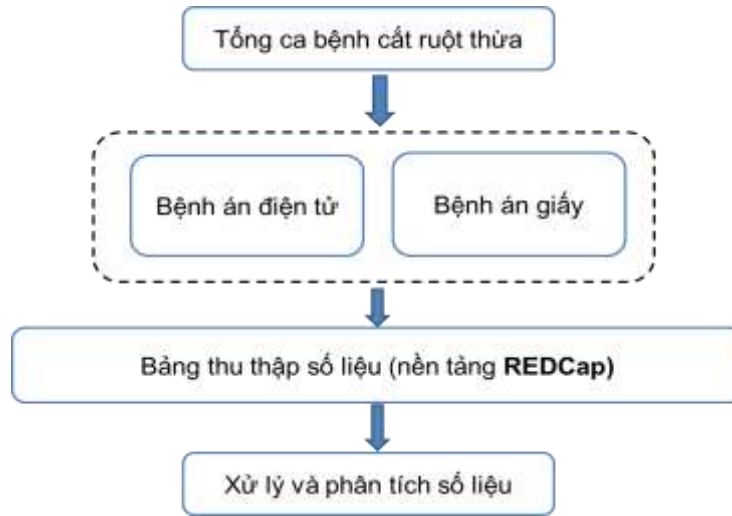
Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện hồi cứu trên hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân đã được mổ cắt ruột thừa tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ năm 2016 - 2020. Dữ liệu thu thập được phân thành 3 nhóm lớn gồm dữ liệu nền, xét nghiệm sinh hóa máu (tổng số bạch cầu hạt, bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho, CRP) và hình ảnh siêu âm bụng tổng quát (mô tả ruột thừa về vị trí, kích thước, thâm nhiễm và dịch ổ bụng). Nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật lấy mẫu toàn bộ.

Viêm ruột thừa có biến chứng được xác định dựa vào kết luận của tường trình phẫu thuật với kết luận VRT có tình trạng viêm phúc mạc, hoặc viêm hoại tử, hoặc vỡ, hoặc tạo ổ áp xe. Tiêu chí chọn mẫu là tất cả bệnh nhân được cắt ruột thừa tại bệnh viện từ 2016 đến 2020. Tiêu chí loại ra gồm các bệnh án không phải là VRT (qua xác định sau mổ và mô bệnh học) hay bệnh nhân tử vong vì lý do khác trong thời gian điều trị.

Để thu thập đầy đủ các số liệu cần thiết, chúng tôi truy cập vào cơ sở dữ liệu hệ thống bệnh án điện tử eHos là chủ yếu, kết hợp bệnh án giấy khoa ngoại tiêu hóa của bệnh viện. Đầu tiên, tất cả các bệnh án có báo cáo đã mổ cắt ruột thừa được thu thập trong vòng 5 năm từ 2016 - 2020. Các bệnh án này được

tổng hợp trên hệ thống của bệnh viện dưới dạng một danh sách liệt kê các thông tin ngắn gọn của bệnh nhân. Sau đó, chúng tôi trích xuất và điền đầy đủ dữ liệu của các bệnh nhân thỏa tiêu chí vào mẫu thu thập trên nền tảng REDCap. Tiếp theo, chúng tôi chọn lọc dữ liệu của các bệnh nhân trên về các chỉ số gồm năm sinh, giới, và xét nghiệm sinh hóa, hình ảnh học. Chúng tôi tiến hành quy trình định dạng và lọc sạch dữ liệu, chọn lọc các đặc tính và số liệu thỏa mãn các biến số trong nghiên cứu, xác định và đưa ra tỉ lệ các trường hợp VRT có biến chứng.

Về phương pháp phân tích thống kê, chúng tôi sử dụng các thống kê mô tả như tần số, tỷ lệ phần trăm (dành cho biến phân nhóm) hay trung bình và độ lệch chuẩn (dành cho biến định lượng có phân phối bình thường) hay trung vị và khoảng tứ vị (dành cho biến định lượng không có phân phối bình thường). Các kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher được dùng để so sánh các đặc điểm giữa nhóm VRT có biến chứng và nhóm VRT không có biến chứng. Với các đặc điểm dạng định lượng thì các kiểm định t (phân phối bình thường) hoặc kiểm định Wilcoxon Ranksum (phân phối không bình thường) được sử dụng. Để ước tính mức độ liên quan của các đặc điểm với VRT có biến chứng thì phương pháp hồi qui logistic được sử dụng và được báo cáo dưới dạng OR kèm khoảng tin cậy 95%. Tất cả các kiểm định được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

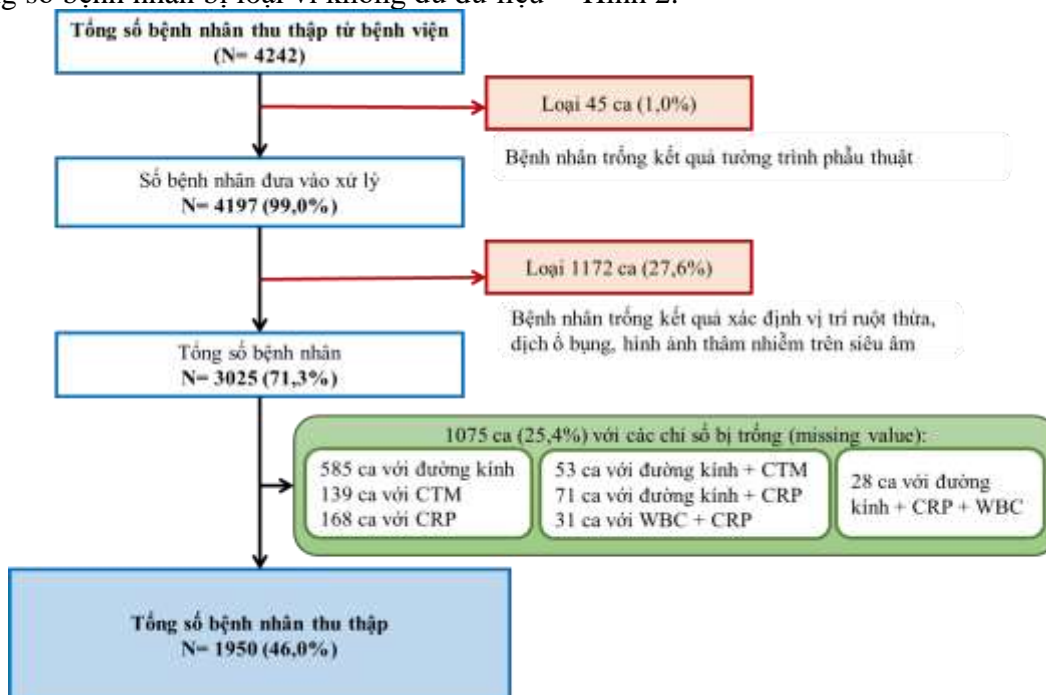


Hình 1. Quá trình thu thập dữ liệu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 4242 bệnh án được thu thập, có khoảng 30% trường hợp không có thông tin về các yếu tố thu thập và khoảng 25% có dữ liệu không có đầy đủ ví dụ có chỉ số này nhưng thiếu chỉ số khác. Vì vậy, sau khi xử lý làm sạch dữ liệu, khoảng một nửa tổng số bệnh nhân bị loại vì không đủ dữ liệu

về tường trình phẫu thuật, trống các dữ liệu về tuổi, giới, tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP, siêu âm bụng tổng quát. Dữ liệu cuối cùng gồm có 1950 ca (chiếm 46,0% trong tổng số bệnh nhân được thu thập). Chi tiết về quá trình làm sạch để có dữ liệu phù hợp cho nghiên cứu được trình bày trong Hình 2.



Hình 2. Kết quả thu thập và chọn lọc các bệnh nhân VRT

Bảng 1 thể hiện đặc điểm của đối tượng được đưa vào phân tích. Kết quả cho thấy nữ giới chiếm 54,6% và cao hơn nam. Tuổi trung bình là  $37,3 \pm 15,9$  tuổi. Về đặc điểm ruột thừa, kết quả cho thấy đường kính ruột thừa vào khoảng  $9,3 \pm 3,0$  mm và đa số (76,8%) ở hố chậu phải và có thâm nhiễm (77,6%). Ngoài ra, hơn  $\frac{1}{4}$  (n=511, 26,2%) có dịch ổ bụng.

**Bảng 1. Các đặc điểm trên bệnh nhân viêm ruột thừa được thu thập**

Các chỉ số	Kết quả
<b>Giới</b>	
Nam	885 (45,4) <sup>c</sup>
Nữ	1065 (54,6)
<b>Tuổi (năm)</b>	$37,3 \pm 15,9^a$
<b>Số lượng bạch cầu đa nhân (<math>10^3/\text{mm}^3</math>)</b>	$14,0 \pm 3,9$
<b>Số lượng bạch cầu trung tính (<math>10^3/\text{mm}^3</math>)</b>	$11,4 \pm 3,9$
<b>Số lượng bạch cầu lympho (<math>10^3/\text{mm}^3</math>)</b>	$1,6 \pm 0,7$
<b>Đường kính (mm)</b>	$9,3 \pm 3,0$
<b>Tỉ số NLR</b>	7,0 (4,5 - 11,0) <sup>b</sup>
<b>Proteine C phản ứng (mg/L)</b>	14,2 (4,6 - 44,6)
<b>Vị trí ruột thừa</b>	
Hố chậu phải	1498 (76,8)
Vị trí khác	452 (23,2)
<b>Thâm nhiễm</b>	
Có	1513 (77,6)
Không	437 (22,4)
<b>Dịch ổ bụng</b>	
Có	511 (26,2)
Không	1439 (73,8)

<sup>a</sup>: Trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, <sup>b</sup>: Trung vị (tứ phân vị), <sup>c</sup>: tần số (tỉ lệ)

Trong tổng số 1950 bệnh nhân được đưa vào phân tích, dựa vào tường trình phẫu thuật, tỉ lệ các ca VRT có biến chứng chiếm gần  $\frac{1}{4}$  trường hợp (24,8%). Kết quả cho thấy giữa nhóm có và không VRT biến chứng có khác biệt có ý nghĩa thống kê trong hầu hết các đặc điểm khảo sát, ngoại trừ giới (p=0,146) và thâm nhiễm (p=0,395). Trong các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê,

kết quả cho thấy bệnh nhân VRT có biến chứng có tuổi cao hơn (p<0,001), WBC cao hơn (p=0,010), bạch cầu trung tính cao hơn (p<0,001), bạch cầu lympho thấp hơn (p<0,001), protein C phản ứng viêm cao hơn (p<0,001) so với bệnh nhân VRT không biến chứng. Ngoài ra, vị trí ruột thừa, tình trạng thâm nhiễm, dịch ổ bụng và đường kính ruột thừa cũng có khác nhau giữa hai nhóm.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa các chỉ số và viêm ruột thừa có biến chứng**

Các chỉ số	VRT biến chứng		P	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
<b>Tuổi</b> (năm)	40,6 ± 17,3 <sup>a</sup>	36,2 ± 15,2	<0,001	1,02 (1,01 - 1,02)
<b>Giới</b> (n(%))				
Nam	233 (48,2)	652 (44,4)	0,146	1,17 (0,95 - 1,43)
Nữ	250 (51,8)	815 (55,6)		
<b>WBC</b> (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	14,4 ± 4,3	13,8 ± 3,8	0,010	1,04 (1,01 - 1,06)
<b>Neu</b> (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	11,9 ± 4,0	11,2 ± 3,8	< 0,001	1,05 (1,02 - 1,08)
<b>Lym</b> (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	1,5 ± 0,7	1,7 ± 0,7	< 0,001	0,61 (0,52 - 0,72)
<b>NLR</b>	8,2 (5,3-12,5) <sup>b</sup>	6,8 (4,4-10,8)	<0,001	1,03 (1,01 - 1,05)
<b>CRP</b> (mg/L)	39,8 (10,9-105,0)	11,0 (3,8-28,8)	< 0,001	1,02 (1,01 - 1,02)
<b>Đường kính</b> (mm)	10,0 ± 2,9	9,1 ± 3,0	<0,001	1,13 (1,09 - 1,18)
<b>Vị trí ruột thừa</b>				
Hố chậu phải	322 (66,7) <sup>c</sup>	1176 (80,2)	<0,001	0,49 (0,39 - 0,63)
Vị trí khác	161 (33,3)	291 (19,8)		
<b>Thâm nhiễm</b>				
Có	368 (76,2)	1145 (78,0)	0,395	0,90 (0,70 - 1,16)
Không	115 (23,8)	322 (22,0)		
<b>Dịch ổ bụng</b>				
Có	172 (35,6)	339 (23,1)	<0,001	1,84 (1,46 - 2,31)
Không	311 (64,4)	1128 (76,9)		

<sup>a</sup>: Trung bình ± độ lệch chuẩn, <sup>b</sup>: Trung vị (tứ phân vị), <sup>c</sup>: tần số (tỉ lệ)

#### IV. BÀN LUẬN

Yếu tố nền của bệnh nhân bao gồm tuổi và giới trong nghiên cứu tương đối phù hợp với y văn. Về độ tuổi, đa số bệnh nhân cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng tại bệnh viện có độ tuổi trung bình khoảng 37,3 (khoảng từ 22 đến 53 tuổi) với tuổi thấp nhất là 11 và cao nhất là 91 tuổi (2016-2020). Điều này là phù hợp với phân bố nhóm tuổi trong độ tuổi lao động và giới của dân số Việt Nam (thông qua tổng điều tra dân số năm 2019) và nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tình trạng VRT biến chứng và không biến chứng xảy ra trải dài từ trẻ em đến cả người cao tuổi [3, 11]. Về yếu tố giới, tỉ lệ nam chiếm 45%

trong tổng 1950 ca. Tỉ lệ này phù hợp với y văn khi một nghiên cứu tổng hợp nhiều bài báo khác cho thấy tỉ lệ nam và nữ gần như bằng nhau ở nhóm VRT cấp hay nghiên cứu tại bệnh viện Nhân dân Gia Định (2018) có tỉ lệ bệnh nhân nam được phẫu thuật cắt ruột thừa là 31,7% [1, 8].

Về tổng số bạch cầu hạt, bạch cầu trung tính và bạch cầu lympho trong nghiên cứu là phù hợp y văn. Cụ thể, tỉ số bạch cầu trung tính và bạch cầu lympho (NLR) trung vị là 7,0 (tứ phân vị là 4,5-11,0) phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hajibandeh khi điểm cắt xác định VRT cấp là 4,7 (độ nhạy 88,89%, độ chuyên 90,91%, AUC 0,96) [7].

Ngoài ra, CRP trung vị (tứ phân vị) là 14,2 (4,6 – 44,6) mg/L. Kết quả này phù hợp với y văn khi CRP bình thường < 10 mg/L, tăng từ hơn 40 mg/L đến hơn 140 mg/L ở VRT cấp và VRT biến chứng. Về đường kính ruột thừa, chỉ số có giá trị trung bình là 9,3 mm (từ 6,3 đến 12,3 mm). So với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Atema, nghiên cứu sử dụng APSI thì nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp [5]. Hơn nữa, đường kính bình thường của ruột thừa thường từ 5-6 mm, trong bài báo của Gomes về phân độ và nhận biết các thể VRT cho thấy đường kính ruột thừa hơn 6mm là một trong nhiều chỉ số hình ảnh học nhận biết tình trạng VRT [4].

Tỉ lệ các ca VRT có biến chứng chiếm khoảng 24,8% so với y văn đây là con số phù hợp và tương tự với nhiều nghiên cứu khác [8]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác tại Việt Nam lại cho thấy tỉ lệ VRT có biến chứng cao hơn và dao động từ 30-40% [1, 2]. Ngoài việc khác nhau trong việc đánh giá thì sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu cũng có thể giải thích cho sự khác biệt này. Ví dụ, nghiên cứu của chúng tôi khác so với nghiên cứu trước đây ở chỗ VRT có biến chứng được đánh giá thông qua cuộc phẫu thuật (dữ liệu từ tường trình phẫu thuật) và vì vậy kết quả chính xác hơn. Tuy nhiên, từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hơn 75% số ca còn lại là những trường hợp VRT không biến chứng. Nếu như quan điểm gần đây cho thấy điều trị nội khoa có thể có hữu ích cho nhiều bệnh nhân thì số lượng 75% phải trải qua phẫu thuật này là con số đáng kể. Từ đây có thể gợi ý về việc sàng lọc chi tiết hơn cho bệnh nhân trước khi quyết định phẫu thuật để hạn chế những rủi ro có thể xảy ra.

Mối liên quan giữa số lượng bạch cầu, CRP, tuổi, đường kính, vị trí ruột thừa, dịch

ổ bụng và tỉ số số lượng bạch cầu trung tính với số lượng bạch cầu lympho (NLR) với tình trạng VRT biến chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điều này phù hợp với các nghiên cứu với đề tài tương tự như bài báo của Hajibandeh khẳng định rằng NLR có thể dùng để phân biệt hai thể VRT và  $NLR = 8,8$  là ngưỡng phân biệt giữa VRT biến chứng và không biến chứng (độ nhạy 76,92%, độ đặc hiệu 100% và AUC 0,91 với  $OR = 43$ ,  $p < 0,0001$ ). Một số nghiên cứu khác chứng tỏ CRP là chỉ số tiên lượng VRT có biến chứng. Chẳng hạn như một nghiên cứu hồi cứu trên 498 bệnh nhân đã mổ cắt ruột thừa chỉ ra CRP có giá trị cao trong phân biệt VRT biến chứng và không biến chứng với  $p < 0,001$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi mang nhiều ý nghĩa thực tế. Ngoài tỉ lệ VRT có biến chứng phát hiện được để từ đó gợi ý về xác suất tiên định VRT có biến chứng của các trường hợp nhập viện có liên quan đến viêm ruột thừa, thì các yếu tố liên quan phát hiện được cũng có nhiều lợi ích. Lưu ý rằng tất cả các yếu tố này là các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng thường quy và dễ dàng có thể có được, kể cả các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế. Điều này có nghĩa là, các cơ sở y tế này có thể sử dụng các yếu tố này để biết được bệnh nhân có nhiều nguy cơ VRT có biến chứng hay không. Trong trường hợp khả năng VRT có biến chứng là rất thấp thì có thể chọn các phương pháp phù hợp hơn cho bệnh nhân. Ngược lại, trong các trường hợp mà căn cứ vào các yếu tố liên quan xác định được bệnh nhân nhiều nguy cơ VRT có biến chứng thì sẽ có thể xử lý sớm một cách phù hợp hoặc chuyển tuyến bệnh viện khi cần thiết.

Nghiên cứu có một số điểm hạn chế nhất định. Thứ nhất, nghiên cứu này hoàn toàn

dựa trên hồi cứu hồ sơ bệnh án và tường trình phẫu thuật. Vì vậy nhiều chỉ số có thể quan trọng với VRT có biến chứng đã không được thu thập một cách đầy đủ do hồ sơ bệnh án hoặc tường trình phẫu thuật không có. Thứ hai, mặc dù phù hợp với thực tế bối cảnh tại Việt Nam trong đó quản lý hồ sơ bệnh án còn thô sơ và dữ liệu bị thiếu hụt rất nhiều, nhưng cỡ mẫu bị giảm đáng kể sau quá trình sàng lọc cũng có thể dẫn đến những sai sót nhất định. Các nghiên cứu cần cân nhắc các thiết kế trong đó có thể theo dõi, đánh giá và ghi nhận thông tin của bệnh nhân trực tiếp, ngay từ đầu để tránh thất thoát dữ liệu và việc diễn giải được chính xác hơn. Thứ ba, nghiên cứu chỉ được tiến hành tại một bệnh viện và kết quả có thể khác so với những nơi khác cũng điều trị VRT. Vì vậy, cần thiết tiến hành nhiều nghiên cứu hơn về vấn đề này tại Việt Nam, đặc biệt chú trọng các cơ sở y tế chăm sóc, sàng lọc sức khỏe ban đầu để có cách xử lý phù hợp hơn cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ VRT biến chứng tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định là 24,8% và VRT có biến chứng có liên quan đến hầu hết các yếu tố, bao gồm tuổi, số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính, số lượng bạch cầu lympho, NLR, CRP, đường kính ruột thừa và vị trí ruột thừa trên siêu âm ổ bụng, có dịch ổ bụng. Chúng tôi đề xuất cần xem xét các yếu tố có liên quan phát hiện được để từ đó biết được trường hợp nào có nguy cơ cao hoặc không có nguy cơ có VRT có biến chứng để từ đó có hướng xử lý phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Quốc Anh** (2018) Đánh giá vai trò của thang điểm mới trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở người lớn, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 88.
2. **Văn Tấn** (2016) "Nghiên cứu bệnh lý ruột thừa đặc điểm, phẫu thuật và kết quả tại bệnh viện Bình Dân (2010-2013)". Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 20 (2)
3. **Tổng cục Thống kê** (2019) Kết quả toàn bộ tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, Việt Nam, tr. 1-842.
4. **Gomes C. A., Sartelli M., Di Saverio S., Ansaloni L., Catena F., Coccolini F., et al.** (2015) "Acute appendicitis: proposal of a new comprehensive grading system based on clinical, imaging and laparoscopic findings". *World J Emerg Surg*, 10 (60)
5. **Avanesov M, Wiese N. J., Karul M., Guerreiro H., Keller S, Busch P., et al.** (2018) "Diagnostic prediction of complicated appendicitis by combined clinical and radiological appendicitis severity index (APSI)". *Eur Radiol*, 28 (9), pp. 3601-3610.
6. **Eddama M., Fragkos K. C., Renshaw S., Aldridge M., Bough G., Bonthala L., et al.** (2019) "Logistic regression model to predict acute uncomplicated and complicated appendicitis". *Ann R Coll Surg Engl*, 101 (2), pp. 107-118.
7. **Hajibandeh S., et al.** (2019) "Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts acute appendicitis and distinguishes between complicated and uncomplicated appendicitis: A systematic review and meta-analysis". *The American Journal of Surgery*, pp. 154-163.
8. **Perez K. S., Allen S. R.** (2018) "Complicated appendicitis and considerations for interval appendectomy". *JAAPA*, 31 (9), pp. 35-41.