

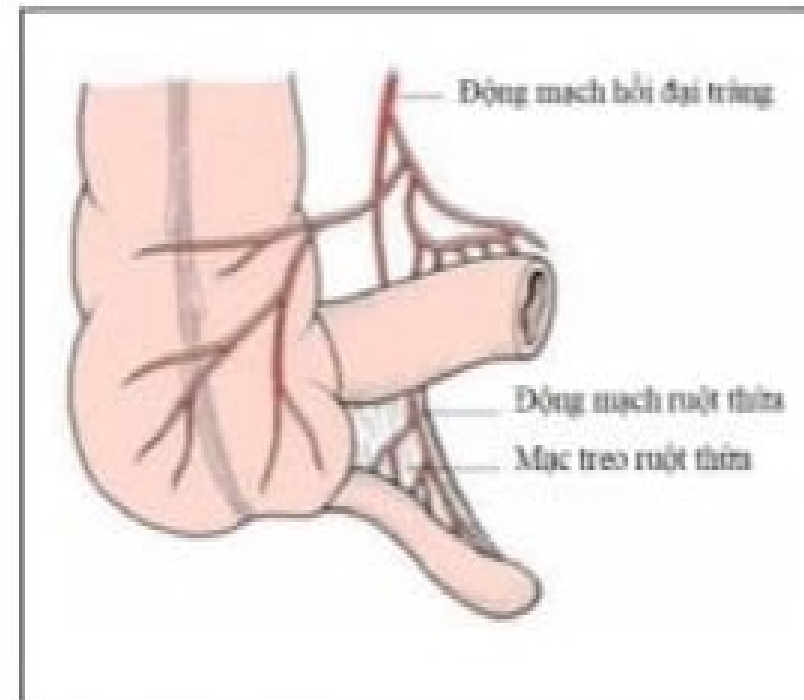
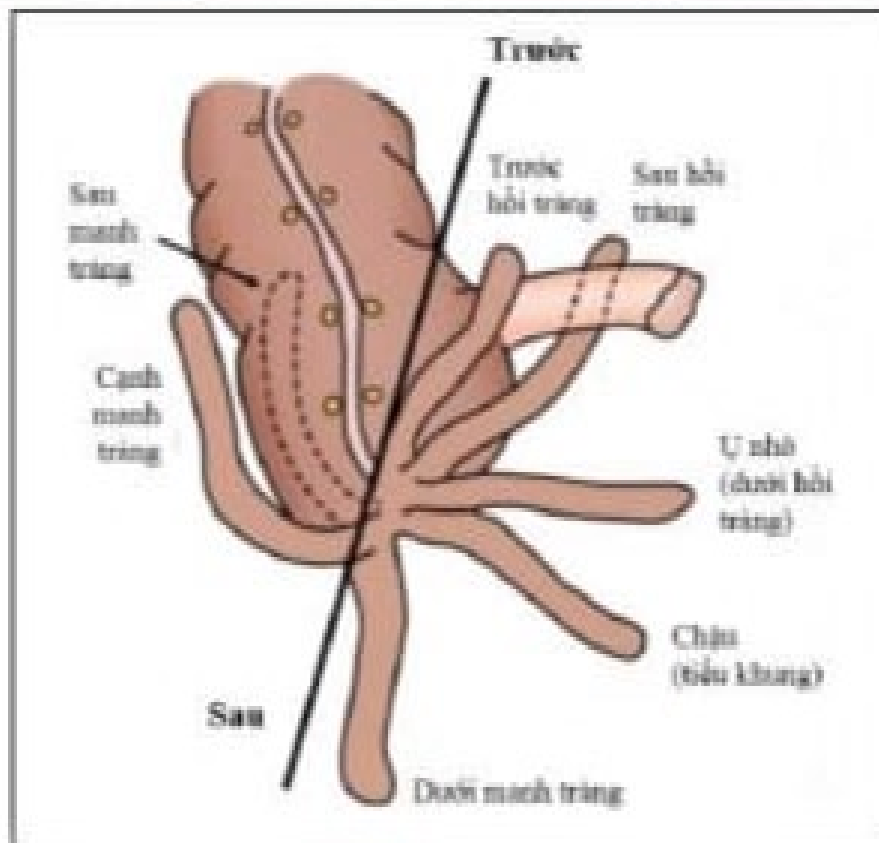
# MỞ ĐẦU

- ▶ VRT : cấp cứu bụng, ngoại khoa thường gặp nhất  
nguy cơ mắc phải (lifetime risk) : 7-8%  
xuất độ : 5,7 – 50/100 000 dân
- ▶ Tuổi thường gặp : 10 – 30, hiếm hơn ở trẻ nhỏ & người già
- ▶ Biểu hiện lâm sàng đa dạng  
chẩn đoán nhầm 15,3%, tương tự tỉ lệ chẩn đoán trễ!!!  
tỉ lệ chẩn đoán nhầm ở nữ > ở nam (22,2% vs 9,3%)
- ▶ Cần được chẩn đoán & điều trị sớm  
mô sớm : tử vong 0,1 – 0,2%  
mô trễ : tử vong 10 – 20%, nguy cơ tắc ruột sau mổ

*The Lancet Vol 386 Sep 26, 2015*

# PHÔI THAI – GIẢI PHẪU – SINH LÝ

- ▶ RT hình thành từ nụ manh tràng ở tuần lễ thứ 6
- ▶ Gốc RT cố định ở đáy manh tràng, là nơi hội tụ 3 dải cơ dọc của đại tràng. Đầu tự do xoay  $360^0$  quanh gốc
- ▶ Động mạch RT là nhánh của động mạch hồi manh đại tràng, tĩnh mạch dẫn lưu máu về hệ cửa
- ▶ RT có chức năng miễn dịch:
  - tế bào đại thực bào tiết chất nhầy kháng khuẩn, bảo vệ niêm mạc ruột
  - tế bào nang bạch huyết tiết kháng thể, kiểm soát VK thiết yếu, dung nạp kháng nguyên từ VK, thức ăn, men tiêu hoá



**Hình 1. Vị trí giải phẫu và máu nuôi ruột thừa**  
(Nguồn hình: Mwachaka P, et al, 2014 [17])

# BỆNH SINH

## ► VRT tắc nghẽn :

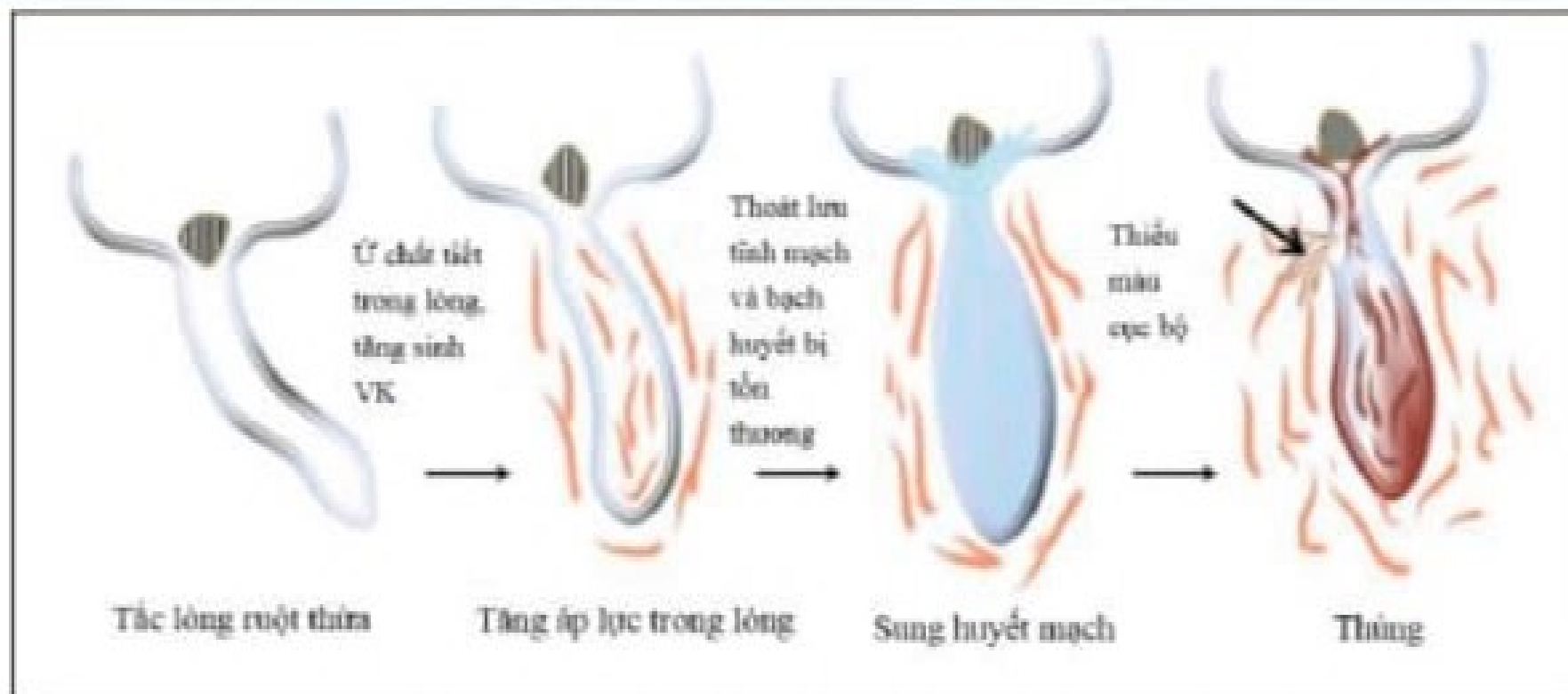
do sỏi phân, tăng sản mô bạch huyết dưới niêm mạc, dị vật, ký sinh trùng, khối u hoặc khối hạch phì đại,...

tắc nghẽn lòng RT gây ứ đọng dịch, tăng sinh vi khuẩn, đình trệ thoát lưu máu tĩnh mạch, tổn thương niêm mạc → hoại tử & thủng RT

## ► VRT xuất tiết:

viêm ở niêm mạc hay các nang bạch huyết, tăng tiết, tắc nhánh tận của động mạch ruột thừa → thiếu máu nuôi và hoại tử RT

# VRT tắc nghẽn



**Hình 2.** Cơ chế bệnh sinh của viêm ruột thừa do tắc nghẽn

(Nguồn hình: <https://epomedicine.com/medical-students/appendix-appendicitis-and-appendicectomy/>)

# LÂM SÀNG: TC CƠ NĂNG

## ► ĐAU:

xuất hiện đầu tiên, bao giờ cũng có  
đau di chuyển (shifting pain) : thượng vị → hố chậu phải  
25% đau ngay từ đầu ở HC (P)  
âm ỉ, liên tục, tăng dần  
vị trí đau có thể thay đổi theo vị trí giải phẫu của RT

## ► RỐI LOẠN TIÊU HÓA

chán ăn/ăn không ngon (sudden anorexia) (>90%)  
nôn/buồn nôn  
tiêu chảy ( trẻ em)/táo bón ( người già)

## ► SỐT

*A characteristic “march” of symptom (tam chứng Murphy)*

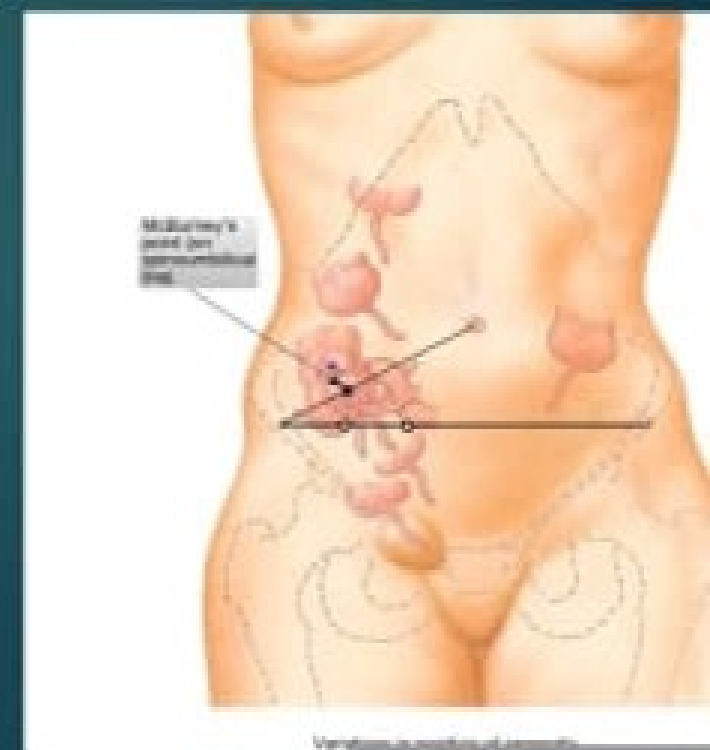
# LÂM SÀNG: TC THỰC THỂ

## ▶ VRT CẤP THỂ ĐIỂN HÌNH

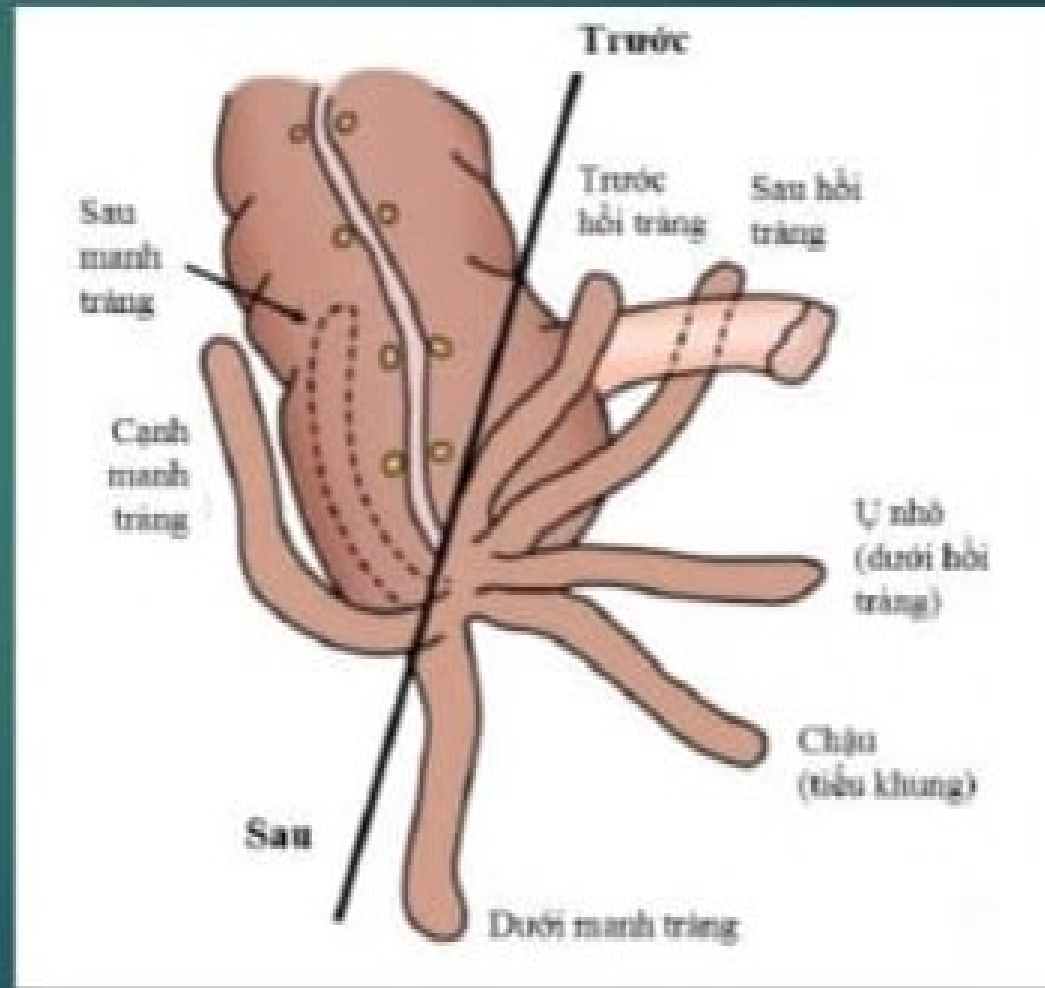
ấn đau  $\frac{1}{4}$  dưới P (các điểm đau McBurney, Lanz, Clado)  
phản ứng dội (dấu hiệu Blumberg): có kích thích phúc mạc  
indirect rebound tenderness: Rovsing, cough test (Dunphy)

## ▶ VIÊM RUỘT THỪA Ở VỊ TRÍ GIẢI PHẪU KHÁC

thường chẩn đoán muộn  
phát hiện vị trí đau bằng các nghiệm pháp



# Các biến thể theo vị trí giải phẫu





# LÂM SÀNG: TC TOÀN THÂN

- ▶ SÓT:  
thường nhẹ, khoảng  $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$ ,  
25-50% không sốt khi vào viện  
sốt cao  $>39^{\circ}\text{C}$  gợi ý VRT có biến chứng
- ▶ Viêm phúc mạc RT hay VRT thể nhiễm độc  
môi khô, lưỡi đỏ  
vết mặt nhiễm trùng  
thay đổi sinh hiệu

# CÁC NHẬN ĐỊNH

- Không phải là một bệnh viêm ruột thừa mà là “những bệnh viêm ruột thừa” (*Henri Mondor*)
- Không có gì dễ như viêm ruột thừa cũng như không có gì khó như viêm ruột thừa. (*Nguyễn Đình Hối*)
- To obtain a confident preoperative diagnostic is still a challenge, since the possibility of an appendicitis must be entertained in any patient presenting with an acute abdomen. (*The Lancet 2016*)

# CẬN LÂM SÀNG

- ▶ Công thức máu: số lượng BC tăng, Neutrophile >70%  
BC > 18.000/mm<sup>3</sup> → VRT có biến chứng  
*không có ngưỡng giá trị nào có ý nghĩa xác định hay loại trừ*
- ▶ CRP : tăng sau 6-12g  
khi triệu chứng >24g, giá trị tiên đoán âm là 100% nếu CRP bình thường

# SIÊU ÂM BỤNG

- ▶ Rẻ tiền, sẵn có, không xâm hại → nên áp dụng rộng rãi
- ▶ Hình ảnh RT viêm :
  - đường kính RT >6mm, đờ không xếp
  - dạng ngón tay chi/hình bìa
  - có sỏi phân, dịch quanh ruột thừa
- ▶ Độ nhạy 83%, độ đặc hiệu 95%, LR+ 86%, LR- 94%
- ▶ Giúp phân biệt các nguyên nhân gây đau bụng khác, đặc biệt là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ
- ▶ Nên ưu tiên sử dụng ở trẻ em, phụ nữ mang thai

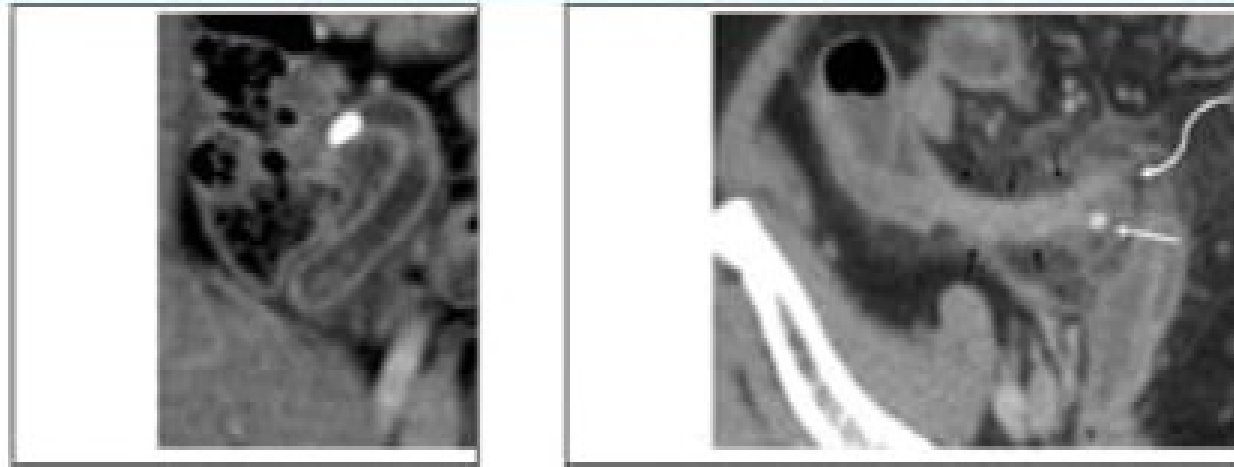


**Hình 5.** Dấu hiệu viêm ruột thừa trên siêu âm bụng: hình bia với đường kính ruột thừa 9,5mm, thành dày, kèm thâm nhiễm mỡ kế cận (trái), hình dấu ngón tay với sỏi phân trong lòng (phải)

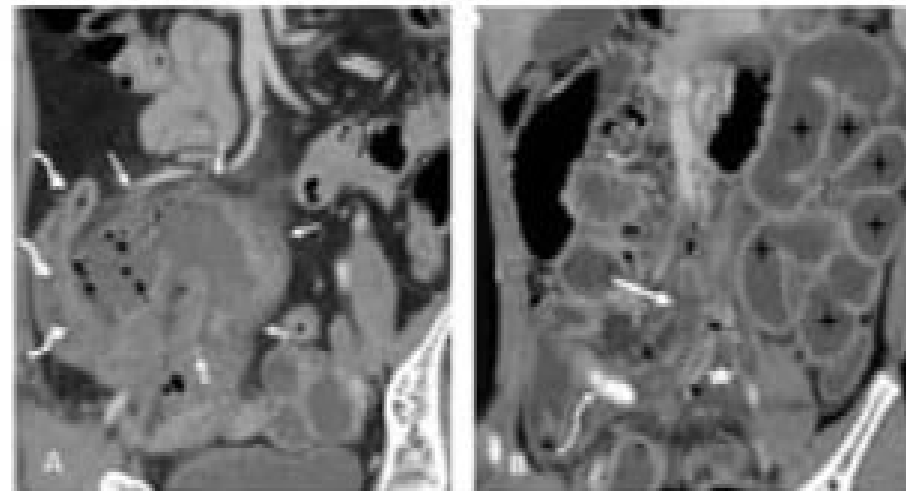
# CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN BỤNG CHẬU

- ▶ Chính xác hơn siêu âm  
độ nhạy 99%, độ đặc hiệu 95%, LR+ 93%, LR- 99%  
dấu hiệu gợi ý: RT căng (>6mm), thành dày (>2mm), tăng đậm độ mỡ quanh RT  
khi VRT vỡ : gián đoạn thành RT, tụ dịch, sỏi phân,...
- ▶ Rất có giá trị trong chẩn đoán các thể VRT không điển hình  
độ chính xác  $\approx$  100% ở người già  
giảm tỉ lệ mổ lách (1,4-7% so với 7,5-20%)  
giảm tỉ lệ mổ trẻ (14% so với 22%)
- ▶ Tránh lạm dụng (**WSES 2020**): khi LS & siêu âm không giúp chẩn đoán được

*World Society of Emergency Surgery*



**Hình 6.** Chụp CT bụng: hình ảnh ruột thừa viêm có sỏi phân gần gốc ruột thừa (trái); ruột thừa viêm vỡ ở đầu với sỏi phân rơi ra ngoài (phải)



**Hình 7.** Chụp CT bụng trong VRT vỡ: (A) Ổ áp xe lớn (các mũi tên thẳng) với dịch và khí bên trong, nằm kế ruột thừa viêm (các mũi tên cong); (B) Ruột thừa viêm (các mũi tên đen) với chỗ gián đoạn thành (mũi tên thẳng, trắng), cô sỏi phân gốc ruột thừa (mũi tên cong, trắng), dịch tự do ổ bụng (ngôi sao trắng) và ruột non dẫn, ứ dịch do viêm phúc mạc.

# CÁC BẢNG ĐIỂM CHẨN ĐOÁN

**Bảng 2. Bảng điểm Alvarado/MANTRELS**

Đặc tính	Điểm
Đau đi chuyển (đau bụng dưới phải)	1
Chán ăn	1
Buồn nôn/nôn	1
Ấn đau bụng dưới phải	2
Có phản ứng dội	1
Sốt	1
Bạch cầu tăng	2
Công thức bạch cầu chuyển trái	1

**Bảng 3. Bảng điểm AIR**

Đặc tính	Điểm
Nôn	1
Đau hố chậu phải	1
Phản ứng dội/dễ kháng: - nhẹ	1
- vừa	2
- nhiều	3
Sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$	1
Bạch cầu ( $\times 10^9/\text{l}$ ): - 10 - 14,9	1
- $\geq 15$	2
Tỉ lệ BC đa nhân: - 70-84%	1
- $\geq 85\%$	2
CRP: - 10 - 49 mg/l	1
- $\geq 50$ mg/l	2

- ▶ Alvarado score (1986)
  - 9-10 : nhiều khả năng
  - 7-8 : có thể bị
  - 5-6 : không chắc bị
  - <5: dường như không phải
- ▶ Appendicitis Inflammatory Response
  - 0-4 : nguy cơ thấp
  - 5-8 : nguy cơ trung bình
  - 9-12 : khả năng VRT rất cao



## Các khuyến cáo

Chẩn đoán VRT là chẩn đoán lâm sàng, cần lâm sàng có giá trị hỗ trợ trong các trường hợp khó hoặc khi cần chẩn đoán phân biệt


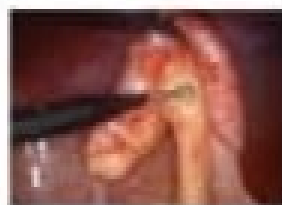

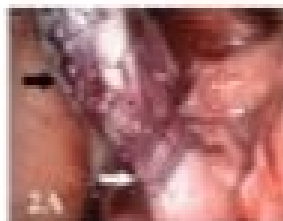
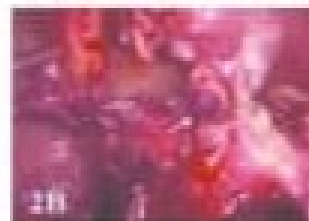

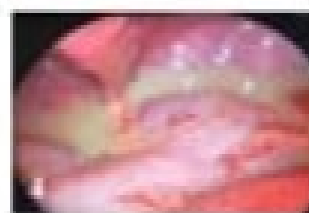
Nếu các triệu chứng không rõ ràng trong lần thăm khám đầu tiên, nên theo dõi trong nhiều giờ, thăm khám lại nhiều lần và kết hợp với các phương tiện cận lâm sàng cho đến khi xác định hoặc loại trừ được chẩn đoán.

Khi chưa loại trừ được chẩn đoán VRT, tránh chỉ định các loại thuốc có thể làm mờ triệu chứng : Kháng sinh, hạ sốt

# Nội soi ổ bụng chẩn đoán

- ▶ Chưa xác định hay loại trừ được VRT và nghi ngờ bụng ngoại khoa khác
- ▶ Chỉ được xem là giải pháp sau cùng, giúp khảo sát trực tiếp RT→chẩn đoán & điều trị


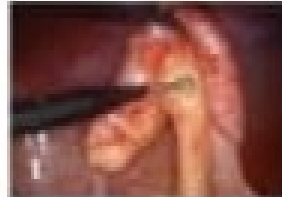





(Nguồn hình: độ 0, 2A, 3B, 4 lấy từ Gomes CA, et al (2015)[1])

Định nghĩa	Hình ảnh đại thể trong mổ nội soi ổ bụng
<b>VRT cấp chưa biến chứng</b> <b>Độ 0:</b> Ruột thừa trắng có vẻ bình thường (viêm nội mạc/viêm quanh ruột thừa) <b>Độ 1:</b> Ruột thừa viêm (sưng huyết, phù nề ± có giả mạc mà không hay chỉ có ít dịch quanh đại tràng)	  
<b>VRT cấp có biến chứng</b> <b>Độ 2:</b> Hoại tử - 2A: Hoại tử một đoạn ở thân (không hay có ít dịch quanh đại tràng) - 2B: Hoại tử ở gốc (không hay có ít dịch quanh đại tràng) <b>Độ 3:</b> 穿孔 (perforation) - 3A: Đám quanh - 3B: Áp xe < 5cm mà không có hơi tự do ổ bụng - 3C: Áp xe > 5cm mà không có hơi tự do ổ bụng <b>Độ 4:</b> Thủng gây viêm phúc mạc toàn thể, có hay không có hơi tự do ổ bụng	   

# Nội soi ổ bụng chẩn đoán

- ▶ Chưa xác định hay loại trừ được VRT và nghi ngờ bụng ngoại khoa khác
- ▶ Chỉ được xem là giải pháp sau cùng, giúp khảo sát trực tiếp RT→chẩn đoán & điều trị

(Nguồn hình: độ 0, 2A, 3B, 4 lấy từ Gomes CA, et al (2015)[1])

Định nghĩa	Hình ảnh đại thể trong mổ nội soi ổ bụng
<b>VRT cấp chưa biến chứng</b> <b>Độ 0:</b> Ruột thừa trắng có vẻ bình thường (viêm nội mạc/viêm quanh ruột thừa) <b>Độ 1:</b> Ruột thừa viêm (sưng huyết, phù nề ± có giả mạc mà không hay chỉ có ít dịch quanh đại tràng)	  
<b>VRT cấp có biến chứng</b> <b>Độ 2:</b> Hoại tử - 2A: Hoại tử một đoạn ở thân (không hay có ít dịch quanh đại tràng) - 2B: Hoại tử ở gốc (không hay có ít dịch quanh đại tràng) <b>Độ 3:</b> 穿孔 (viêm) - 3A: Đám quanh - 3B: Áp xe < 5cm mà không có hơi tự do ổ bụng - 3C: Áp xe > 5cm mà không có hơi tự do ổ bụng <b>Độ 4:</b> Thủng gây viêm phúc mạc toàn thể, có hay không có hơi tự do ổ bụng	   

# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đối với một trường hợp đau bụng cấp ở người khỏe mạnh trước đó, không bao giờ đặt nguy cơ VRT cấp thấp hơn các chẩn đoán phân biệt khác.

## NỘI KHOA

Viêm manh tràng

Viêm túi thừa đại tràng P

Viêm ruột

Nhiễm trùng tiêu

Viêm bàng quang

Sốt xuất huyết

Viêm đáy phổi P

Zonna

## NGOẠI KHOA

Loét DD-TT thủng

Viêm túi thừa Meckel

U manh tràng

Viêm túi mật

## SẢN – PHỤ KHOA

U buồng trứng xoắn

Nang b. trứng xuất huyết

Viêm phần phụ/VPM chậu

Thai ngoài tử cung

Hc Mittelschmerz

# CÁC THỂ LÂM SÀNG

## ▶ THEO CƠ CHẾ BỆNH SINH:

- VRT xuất tiết: đau di chuyển điển hình (shifting pain: visceral→somatic pain)
- VRT tắc nghẽn : đau quặn cơn do tắc nghẽn, diễn tiến nhanh tới VPM

## ▶ THEO DIỄN BIẾN

- diễn biến nhanh trong vòng 24g đầu (thường do tắc nghẽn) dễ lâm với thủng loét DDTT
- thể nhiễm độc : thường gặp ở trẻ nhỏ với TC toàn thân nổi trội

# CÁC THỂ LÂM SÀNG: theo vị trí giải phẫu

- ▶ RT sau manh tràng:  
đau hố thắt lưng hay mào chậu P  
khám: thực hiện nghiệm pháp cơ thắt lưng chậu
- ▶ RT ở tiểu khung :  
triệu chứng đường tiểu  
đau thấp ở hạ vị lệch P  
khám: Thăm Âm-Đ-TT, nghiệm pháp cơ bịt



# CÁC THỂ LÂM SÀNG

## theo lứa tuổi



### ► Trẻ em :

- khó khám, khó khai thác bệnh sử
- TC không điển hình: cơ năng (50-68%), thực thể (17-69%)
- cần phân biệt với nhiều bệnh nội khoa : viêm phổi, nhiễm trùng tiêu hoá, SXH
- NÊN : sử dụng bảng điểm, siêu âm bụng

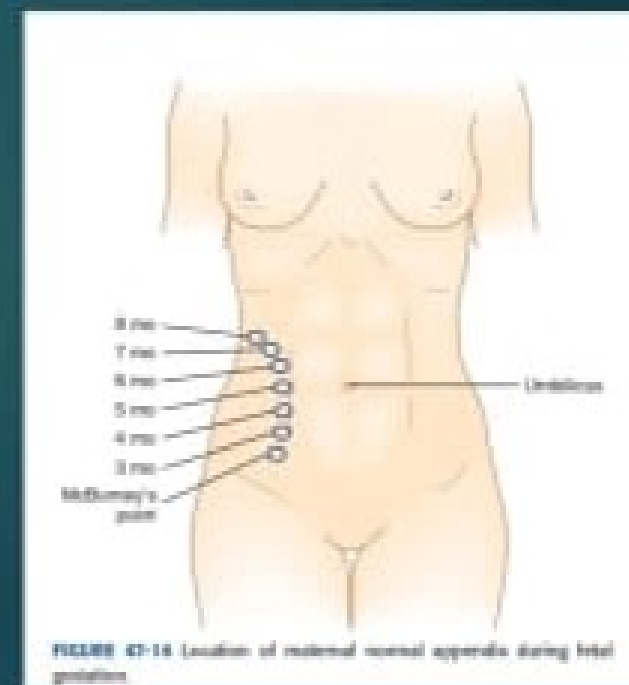
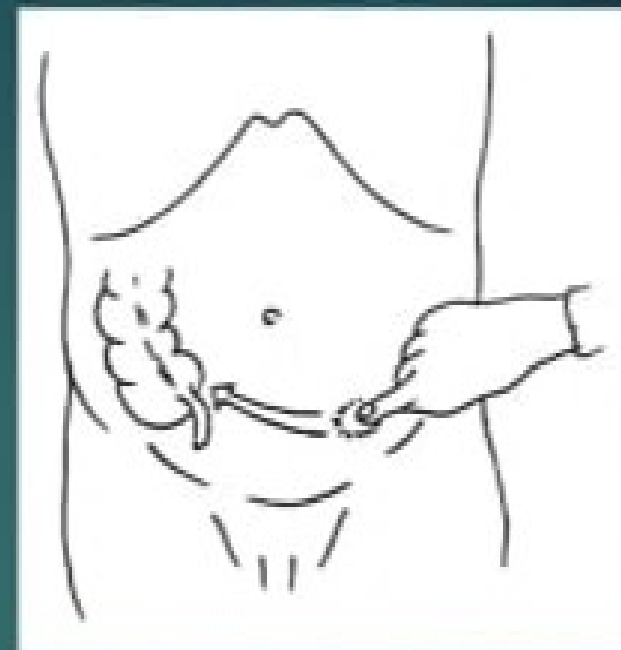
### ► Người già :

- tỉ lệ VPM cao (50% ở BN >65 tuổi) do TCLS không rõ, sức đề kháng yếu, thuốc điều trị bệnh nền che lấp triệu chứng, RT dễ thiếu máu do xơ vữa mạch máu
- 2 thể thường gặp : giả u & bán tắc ruột
- NÊN : CTscan bụng

# CÁC THỂ LÂM SÀNG

## theo cơ địa

- ▶ Béo phì :  
thành bụng dày, khó khám  
tìm dấu hiệu Rovsing  
chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ
- ▶ Phụ nữ mang thai  
tỉ lệ 1/1.400  
là thách thức trong chẩn đoán do:  
vị trí RT thay đổi  
RLTH trong thai kỳ  
phân biệt với các cấp cứu sản khoa
- ▶ Suy giảm miễn dịch: hỗ trợ của CDHA/NS hay chọc dò ổ bụng





# CÁC THỂ LÂM SÀNG

## theo diễn tiến: chưa/có biến chứng

### VIÊM PHÚC MẠC

- VPM tức thì: thường là thể nhiễm độc ở trẻ nhỏ
- VPM sau 24g: là diễn tiến tự nhiên hay gặp nhất
- VPM 2 thì: có “thời gian giảm đau đối trá”, dễ lầm với các bệnh nội khoa
- VPM 3 thì : VRT→áp xe RT→áp xe vỡ gây VPM

### ▶ ĐÁM QUÁNH RT

- bn có sức đề kháng tốt/có “điều trị”
- quánh sau 4-5 ngày, tối đa 10 ngày, giảm dần và biến mất trước 4 tuần
- có thể tự khỏi hoàn toàn/viêm lại về sau/áp xe hoá
- cần phân biệt u manh tràng/u RT

### ▶ Áp xe RT

- sau 3-5 ngày
- khám : khối áp xe rõ + biểu hiện nhiễm trùng

## Áp xe ruột thừa



## Đám quánh ruột thừa

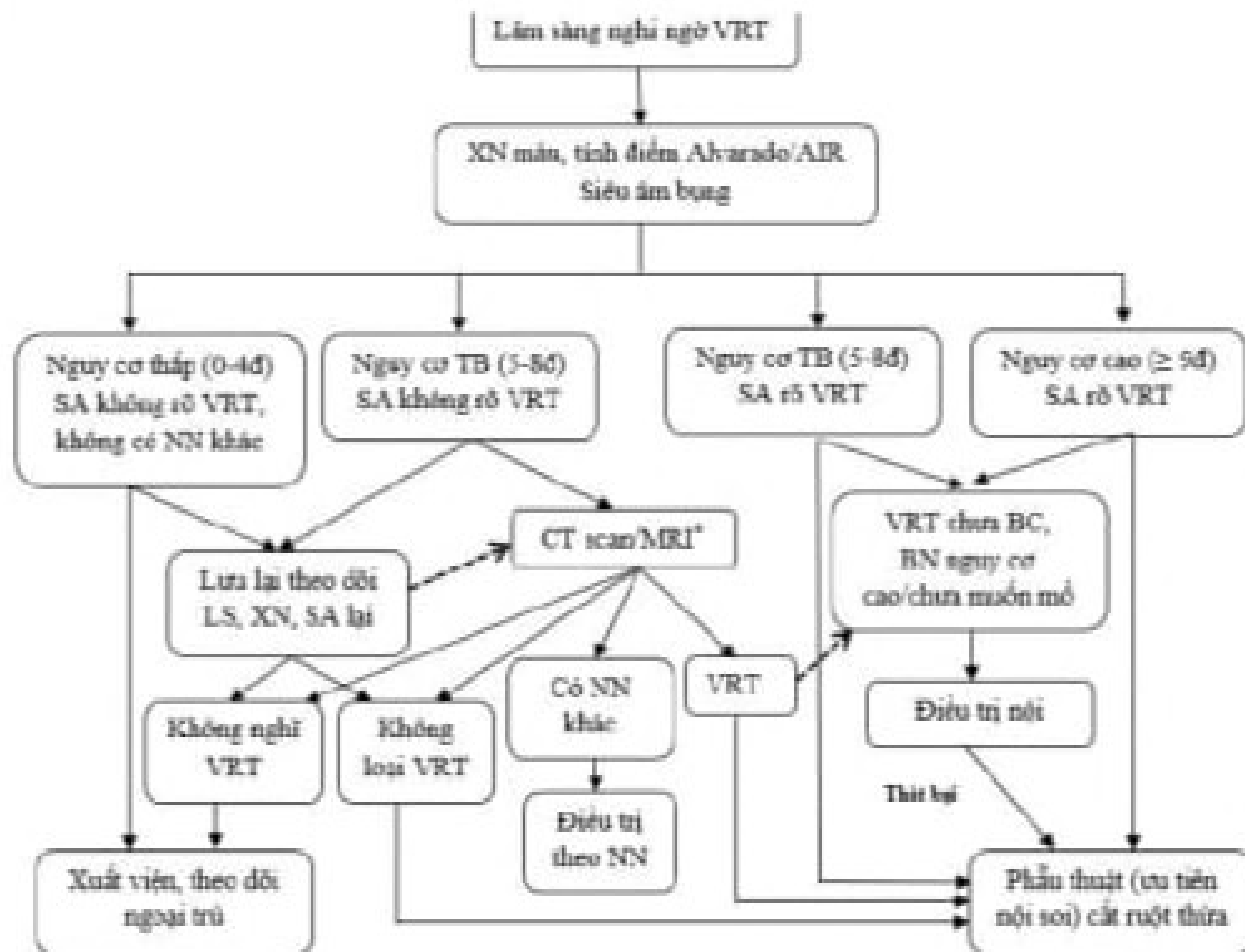


# NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ▶ VRT cấp: phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa  
càng sớm càng tốt, tránh trì hoãn không cần thiết  
KS dự phòng  
mô mỡ / PT nội soi  
khi VRT vỡ : rửa bụng, dẫn lưu, KS điều trị
- ▶ Áp xe ruột thừa :  
bảo tồn bằng KS ± dẫn lưu ổ áp xe qua da  
XU HƯỚNG MỚI: mổ dẫn lưu áp xe ± cắt ruột thừa
- ▶ Đám quánh ruột thừa:  
điều trị KS, cắt ruột thừa “nguội” sau 4 - 6 tuần  
nếu điều trị nội khoa thành công, nên nội soi đại tràng sau 1 tháng → tránh sót u manh tràng/u RT
- ▶ QUAN ĐIỂM MỚI : ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẰNG KHÁNG SINH  
tiêu chuẩn chọn bệnh chặt chẽ  
chỉ nên xem là phương pháp tạm thời khi không thể phẫu thuật  
tỉ lệ tái phát cao (25-30% trong 1 năm)

# BIẾN CHỨNG SAU MỔ

- ▶ Nhiễm trùng vết mổ : <5% trong mổ mở khi VRT chưa vỡ, rất hiếm bị khi mổ nội soi
- ▶ Các biến chứng khác liên quan lỗ trocar : nhiễm trùng, chảy máu, thoát vị
- ▶ Chảy máu trong ổ bụng: đa số do lỗi kỹ thuật
- ▶ Xì mòm RT :
- ▶ Áp xe tồn lưu : tỉ lệ cao ở mổ nội soi so với mổ mở (4,6% vs 1%)
- ▶ Tắc ruột sau mổ



**Chú thích**

TB: trung bình, SA: Siêu âm, NN: nguyên nhân, LS: làm sàng  
 VRT chưa BC (biểu chứng): VRT chưa loại trừ, chưa từng gây viêm phúc mạc, áp xe  
 MRI\*: Chụp MRI nếu chống chỉ định CT do suy thận, có thai,...

# Take Home Message

- ▶ Chẩn đoán VRT là chẩn đoán lâm sàng:  
TCCN : đau – **RLTH** – Sốt (tam chứng Murphy) : **sudden anorexia**  
TCTT : ấn đau tùy theo vị trí GP → các NGHIỆM PHÁP
- ▶ CÁC KHUYẾN CÁO (1)