

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ DẪN LƯU ÁP XE RUỘT THỪA QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM SAU 12 THÁNG TẠI TRUNG TÂM ĐIỆN QUANG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Imaging Characteristics and Outcomes of Ultrasound-Guided Percutaneous Drainage of Appendicular Abscess after 12 months at Bach Mai Hospital

Lê Văn Kháng, Đoàn Thị Kiều Oánh*, Nguyễn Thị Thu Thảo*,
Nguyễn Thị Khoi*, Lê Thị Yến**, Vũ Đăng Lưu**

SUMMARY

Objectives: Imaging characteristics of appendicular abscess on ultrasound and computed tomography, and outcomes of ultrasound-guided percutaneous drainage of appendiceal abscess after 12 months at Bach Mai Hospital.

Methods: 19 patients diagnosed with appendicular abscess were treated conservatively with antibiotics, combined with ultrasound-guided percutaneous abscess drainage, at the Radiology Center, Bach Mai Hospital, from March 2023 to April 2025.

Results: The study included 19 patients (10 males, 9 females) with a mean age of 47 years. On ultrasound and computed tomography, 18 patients (94.74%) had abscesses located in the right iliac fossa, while 1 patient (5.26%) had an abscess in the left iliac fossa. The appendix was visualized within the abscess in 12 cases (63.16%) on ultrasound and in all cases on computed tomography. The mean abscess size was 48.75 ± 13.12 mm. The technical and clinical success rate of drainage was 100%, with no reported complications. During the 12-month follow-up after treatment, 78.94% of patients experienced no recurrence, of whom 31.58% remained stable throughout the follow-up period without requiring interval surgery.

Conclusion: Ultrasound-guided percutaneous drainage is a feasible and minimally invasive option with promising early outcomes for selected patients with appendicular abscess

Keywords: *appendicular abscess, conservative management, ultrasound-guided percutaneous drainage.*

* Viện Điện quang Chẩn đoán và
Can thiệp, Bệnh viện Bạch Mai

** Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
Bệnh viện đa khoa Hùng Vương

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là một trong những cấp cứu ngoại khoa phổ biến nhất trên thế giới, với tỷ lệ mắc bệnh tích lũy trong suốt cuộc đời dao động từ 6,7% đến 8,6% [1]. Trong đó, áp xe ruột thừa (AXRT) là một biến chứng nghiêm trọng, hình thành sau khi ruột thừa bị thủng và được các cấu trúc lân cận bao bọc nhằm khu trú ổ nhiễm trùng, chiếm khoảng 10% các trường hợp viêm ruột thừa cấp [2].

Phẫu thuật cắt ruột thừa sớm được xem là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị viêm ruột thừa [3]. Tuy nhiên, đối với các trường hợp đã biến chứng thành áp xe, phẫu thuật cấp cứu vẫn còn nhiều tranh luận do nguy cơ gặp phải các tình trạng phức tạp như viêm dính nặng, tổn thương các tạng lân cận, rò tiêu hóa hoặc phải thực hiện các phẫu thuật mở rộng như cắt đoạn manh tràng. Ngoài ra, can thiệp phẫu thuật trong giai đoạn nhiễm trùng cấp tính còn làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và liệt ruột kéo dài.

Cùng với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh và các kỹ thuật can thiệp, điều trị bảo tồn kết hợp kháng sinh phổ rộng và dẫn lưu qua da đã trở thành một lựa chọn an toàn và hiệu quả trong xử trí AXRT3. Phương pháp này giúp kiểm soát ổ mủ, giảm nhu cầu phẫu thuật cấp cứu và hạn chế các biến chứng liên quan.

Trong các phương tiện hướng dẫn can thiệp, siêu âm đóng vai trò quan trọng nhờ ưu điểm chi phí thấp, tính phổ biến, khả năng quan sát thời gian thực và đặc biệt là không gây nhiễm xạ, điều này có ý nghĩa lớn đối với các nhóm BN nhạy cảm như trẻ em và phụ nữ mang thai. Mặc dù chụp cắt lớp vi tính có độ chính xác cao trong chẩn đoán và đánh giá mức độ lan rộng của áp xe, siêu âm vẫn là phương tiện hữu hiệu trong hướng dẫn thủ thuật dẫn lưu một cách an toàn và chủ động.

Tại Việt Nam, kỹ thuật dẫn lưu áp xe ruột thừa qua da dưới hướng dẫn siêu âm ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm hình ảnh học của AXRT cũng như kết quả của phương pháp dẫn lưu này còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

- 19 BN được chẩn đoán là AXRT, đã được điều trị tại Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 03/2023 tới tháng 04/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các BN được chẩn đoán xác định là AXRT được điều trị bằng phương pháp điều trị bảo tồn phối hợp kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những BN có hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu về hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính trên hệ thống lưu trữ và những BN không được theo dõi đầy đủ sau 12 tháng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán áp xe ruột thừa: Áp xe ruột thừa là một biến chứng của viêm ruột thừa cấp khi ổ viêm được khu trú và hình thành ổ mủ quanh ruột thừa. Việc chẩn đoán dựa trên sự kết hợp giữa lâm sàng, cận lâm sàng, và chẩn đoán hình ảnh.

+ Lâm sàng: BN thường biểu hiện đau hố chậu phải kéo dài, sốt và hội chứng nhiễm trùng, đôi khi sờ thấy khối đau tại vùng này.

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng thường ghi nhận bạch cầu và CRP tăng cao.

+ Siêu âm: Ổ dịch không đồng nhất vị trí hố chậu phải, có thể thấy hoặc không thấy hình ảnh ruột thừa vỡ liên tiếp với ổ áp xe

+ Cắt lớp vi tính: chụp cắt lớp vi tính bụng có cản quang được xem là tiêu chuẩn vàng, cho phép phát hiện ổ mủ khu trú quanh ruột thừa và đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu.

- Theo dõi BN sau điều trị tại thời điểm 12 tháng: đánh giá lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm hoặc cắt lớp vi tính).

Dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm

Chỉ định

- Ổ áp xe đã hình thành rõ ràng, thường kích thước $\geq 3\text{cm}$, quan sát rõ trên siêu âm.

- Điều trị nội khoa (kháng sinh) không hiệu quả, lâm sàng BN vẫn đau, sốt, bạch cầu cao sau 48-72 giờ điều trị.

Chống chỉ định

- BN bị rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.
- Không có đường vào an toàn trên siêu âm: Ổ áp xe bị che bởi quai ruột, mạch máu lớn hoặc cơ quan quan trọng.
- Viêm phúc mạc toàn thể.

Quy trình dẫn lưu:

- Kiểm tra hồ sơ: các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã có và xét nghiệm đầy đủ và chuẩn bị BN.

- Siêu âm xác định ổ AXRT, xác định đường vào ổ áp xe qua da sao cho đường vào ổ áp xe ngắn nhất. Kim chọc tránh đi qua các mạch máu, ruột. Dùng kỹ thuật doppler và đè ép đầu dò để tìm đường vào ổ áp xe an toàn nhất.

- Sát trùng vùng chọc
- Gây tê tại chỗ
- Tiến hành dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa.
- + Các BN trong nghiên cứu được dẫn lưu bằng phương pháp Seldinger hoặc "Trocac" tùy từng ổ dịch, loại sonde dẫn lưu và kinh nghiệm của bác sĩ can thiệp.

+ Kích thích sonde dẫn lưu: Có thể sử dụng các cỡ sonde dẫn lưu khác nhau dựa vào kích thước và tính chất của ổ áp xe: từ 6F đến 14F.

Các tai biến có thể xảy ra trong và sau dẫn lưu

- Nhiễm trùng: lan truyền của các chất chứa trong ổ áp xe đến các khoảng trống hoặc cơ quan lân cận, nhiễm trùng huyết thoáng qua và nhiễm trùng huyết thực sự. đặt ống thông kéo dài, có thể xảy ra nhiễm trùng tại chỗ ở vị trí tiếp cận da.

- Chảy máu Các ổ dịch có thể nằm sau, liền kề hoặc xung quanh các cấu trúc mạch máu, bên trong các cấu trúc mạch máu. Ngoài ra, quá trình viêm cũng làm tăng sinh mạch quanh ổ áp xe. Do đó, dẫn lưu áp xe có nguy cơ gây ra các biến chứng chảy máu, bao gồm rách mạch, giả phình động mạch và hình thành lỗ rò mạch máu.

- Chọc thủng ống tiêu hóa: thành đại tràng, ruột non
- Vỡ ổ áp xe vào khoang phúc mạc gây viêm phúc mạc

Đánh giá kết quả kỹ thuật dẫn lưu.

- Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là khi sonde được đặt nằm trong ổ áp xe và giải quyết hoàn toàn áp xe.

- Một thủ thuật được coi là thất bại khi người thực hiện không thể đặt ống dẫn lưu hoặc không hút được dịch sau khi đặt ống thông thành công hoặc nếu hình ảnh theo dõi sau hơn 1 ngày sau thủ thuật cho thấy áp xe lan rộng dẫn đến phải đặt dẫn lưu khác hoặc cắt ruột thừa khẩn cấp.

- Kết quả sớm được coi là tốt khi BN cải thiện rõ rệt về lâm sàng và cận lâm sàng sau điều trị, bao gồm hết sốt, giảm hoặc hết đau bụng, tình trạng toàn thân ổn định, bạch cầu trở về bình thường hoặc giảm đáng kể, đồng thời hình ảnh học cho thấy ổ áp xe thu nhỏ hoặc biến mất, không xuất hiện biến chứng trong thời gian theo dõi sớm.

- Tái phát sau điều trị bảo tồn kết hợp dẫn lưu áp xe ruột thừa được định nghĩa là sự xuất hiện trở lại của tình trạng viêm ruột thừa hoặc áp xe quanh ruột thừa sau khi BN đã hồi phục hoàn toàn về lâm sàng và cận lâm sàng.

Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu, số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 19 BN với 10 BN nam (52,6%) và 9 BN nữ (47,4%). Độ tuổi trung bình của BN $47 \pm 27,3$ tuổi, trong đó, BN lớn tuổi nhất là

90 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 9 tuổi. Nhóm tuổi ≥60 tuổi hay gặp nhất (chiếm tỷ lệ 31,58%).

Trong 19 BN nghiên cứu, tất các các BN đều có triệu

chứng đau bụng, Giải thích trong đó 16 BN đau bụng hố chậu phải (84,21%). 9 BN có triệu chứng sốt (47,37%). 94,74% BN có phản ứng thành bụng hố chậu phải.

3. Đặc điểm hình ảnh ổ áp xe ruột thừa trên siêu âm và CLVT

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh của AXRT trên siêu âm

			Số lượng BN (n= 19)	Tỷ lệ %
Siêu âm	Ổ áp xe HCP		18	94,74
	Ổ áp xe vị trí khác trong ổ bụng		1	5,26
	Hồi âm	Trống âm	0	0
		Giảm âm	0	0
		Hỗn hợp âm	19	100
	Thâm nhiễm mỡ xung quanh		10	100
	RT trong ổ áp xe		12	63,16

Nhận xét: Trong số 19 BN nghiên cứu, 18 BN có ổ áp xe ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ 94.74%. 01 BN (5,26%) có ổ áp xe vùng hố chậu trái. Trên siêu âm, chỉ quan sát

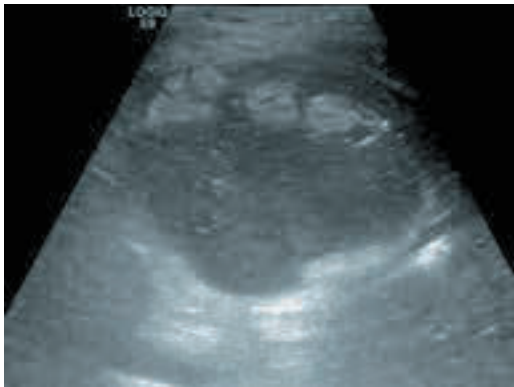
thấy hình ảnh ruột thừa trong ổ áp xe ở 12 trường hợp BN (63,16%). Tất cả các trường hợp dịch trong ổ áp xe không đồng nhất và có thâm nhiễm mỡ xung quanh.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh của AXRT trên CLVT

		SL BN (n= 19)	Tỷ lệ %
CLVT	Ổ áp xe HCP	18	94,74
	Ổ áp xe vị trí khác trong ổ bụng	1	5,26
	Khí trong ổ áp xe	11	57,89
	Sỏi phân	3	15,8
	RT trong ổ áp xe	19	100
	Thành ổ áp xe ngấm thuốc rõ	19	100
	Tỷ trọng dịch: 18,79±5.39HU (9-33)		

Nhận xét: Tất cả các BN đều nhìn thấy hình ảnh RT trong ổ áp xe trên cắt lớp vi tính và thành ổ áp xe ngấm thuốc rõ. 3 trường hợp (15,8%) quan sát thấy sỏi phân

đoạn gốc ruột thừa. 11 trường hợp (57,89%) có khí trong ổ áp xe.



Hình ảnh ổ áp xe ruột thừa trên siêu âm: ổ dịch không đồng nhất vùng hố chậu phải kèm thâm nhiễm mỡ xung quanh



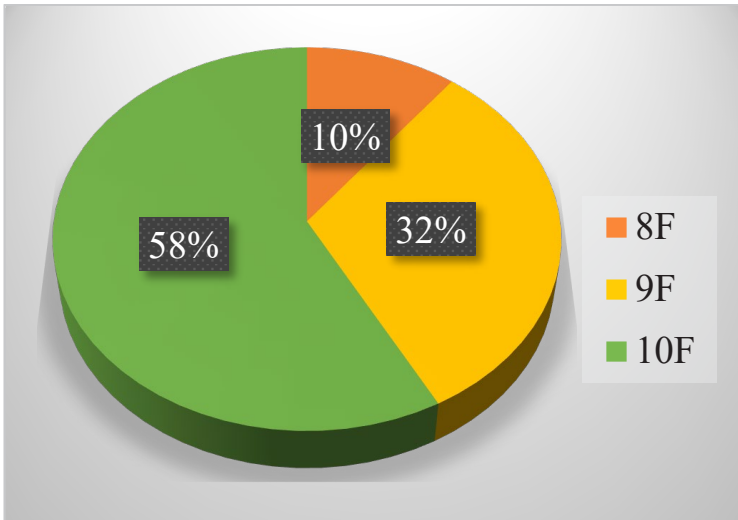
Hình ảnh ổ áp xe ruột thừa trên CLVT: ổ dịch-khí vùng hố chậu phải, vỏ dày, có hình ảnh ruột thừa vỡ đi vào ổ áp xe, thâm nhiễm mỡ xung quanh.

Nguồn: BN Bùi Văn N, 46 tuổi - Bệnh viện Bạch Mai - Mã lưu trữ K35/434

Kích thước trung bình của ổ áp xe trong nghiên cứu 48,75 ± 13,12mm. Trong đó, ổ nhỏ nhất kích thước 32mm, ổ lớn nhất kích thước 72mm.

4. Đặc điểm dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm

Trong nghiên cứu của tôi, 100% BN được dẫn lưu thành công về mặt kỹ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ kích thước sonde dùng trong nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu, sonde 10F được đặt chiếm tỷ lệ cao nhất 57,89%. Sonde 8F được đặt với tỷ lệ thấp nhất 10%.

Trên tổng số 19 lần thực hiện dẫn lưu đều không gặp phải tai biến của thủ thuật dẫn lưu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN được sử dụng kháng sinh phối hợp là kháng sinh phổ rộng nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (68,42%) hoặc nhóm Carbapenem (31,58%) phối hợp với nhóm 5- Nitro Imidazol (Metronidazol).

5. Đánh giá kết quả điều trị sau khi ra viện 12 tháng

Bảng 3. Đánh giá kết quả sau khi ra viện 12 tháng

		Trong vòng 12 tháng	
		n	%
Không tái phát	Không phẫu thuật	6	31.58
	Phẫu thuật theo hẹn	8	42.10
	Phẫu thuật kèm bệnh khác	1	5.26
Tái phát	Không phẫu thuật	1	5,26
	Phẫu thuật	3	15,80
Tổng		19	100

Nhận xét: trong vòng 12 tháng, có 78,94% BN không bị tái phát, trong đó 31.58% BN không phẫu thuật ngắt quãng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của tôi thực hiện trên 19 BN với 10 BN nam (52,6%) và 9 BN nữ (47,4%) với độ tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu là $47 \pm 27,42$, trong đó, BN lớn tuổi nhất là 90 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 9 tuổi. Tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Zaza Demetrashvili và cộng sự, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,9 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 25:23 [4]. Số lượng 19 BN được dẫn lưu áp xe ruột thừa được đưa vào nghiên cứu trong vòng một năm tại Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai có thể được giải thích bởi tỷ lệ biến chứng áp xe thấp nhờ sự tiến bộ của y học, chẩn đoán và phẫu thuật sớm viêm ruột thừa, cùng với việc nhiều trường hợp được điều trị bảo tồn hoặc xử trí tại các cơ sở y tế tuyến dưới. Ngoài ra, vai trò tiếp nhận chủ yếu các ca bệnh phức tạp của bệnh viện tuyến cuối và việc loại trừ những trường hợp không đầy đủ dữ liệu theo dõi cũng góp phần làm giảm số lượng BN trong nghiên cứu.

100% BN trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng. Khám lâm sàng thấy có 94,74% BN có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải. Kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Karembé Boubacar và

cộng sự: 100% BN trong nghiên cứu có triệu chứng đau; 93,3% BN có triệu chứng đau có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải [5].

2. Đặc điểm hình ảnh ổ áp xe ruột thừa trên siêu âm và CLVT

Trong số 19 BN nghiên cứu, cả trên siêu âm và cắt lớp vi tính đều quan sát thấy 18 BN có ổ áp xe ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ 94.74%. 01 BN (5,26%) có ổ áp xe vùng hố chậu trái. Quan sát thấy hình ảnh ruột thừa trong ổ áp xe ở 12 trường hợp BN (63,16%) trên siêu âm và tất cả các BN trên cắt lớp vi tính.

Siêu âm thường là phương tiện hình ảnh đầu tay trong định hướng chẩn đoán nhờ tính sẵn có, không sử dụng tia xạ. Theo Karembé Boubacar và cộng sự, độ nhạy chung của siêu âm trong chẩn đoán thủng là 86%, độ đặc hiệu chỉ là 60% [5]. Ngoài ra, siêu âm có giá trị trong đánh giá tính chất dịch của ổ áp xe (dịch mủ, dịch đặc, có vách hay không), từ đó giúp định hướng chiến lược dẫn lưu phù hợp. Ngoài ra, siêu âm cho phép lựa chọn đường vào an toàn, theo dõi trực tiếp kim và ống dẫn lưu trong quá trình can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dịch trong ổ áp xe không đồng nhất và thâm nhiễm mỡ xung quanh được ghi nhận ở 100% trường hợp, khẳng định đây là những dấu hiệu hình ảnh điển hình của áp xe ruột thừa. Dịch không đồng nhất phản ánh sự hiện diện của mủ và tổ chức hoại tử, giúp phân biệt

áp xe với các ổ dịch đơn thuần, trong khi thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa biểu hiện phản ứng viêm lan tỏa của mô mỡ mạc treo. Kết quả này phù hợp với y văn và có thể liên quan đến việc các BN trong nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn muộn khi ổ áp xe đã hình thành rõ ràng.

Tuy nhiên, siêu âm có thể bị hạn chế ở những BN béo, nhiều hơi trong ruột hoặc khi ổ áp xe nằm sâu, chứa nhiều khí. Trong khi đó, CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn, cho phép đánh giá chính xác vị trí, kích thước, mức độ lan rộng của ổ áp xe, mối liên quan với các tạng lân cận và phát hiện các biến chứng kèm theo. Sự phối hợp giữa hai phương pháp giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán và định hướng chiến lược điều trị tối ưu cho BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy 100% trường hợp xác định được ruột thừa nằm trong ổ áp xe với thành ngấm thuốc rõ. Dấu hiệu này không chỉ giúp khẳng định chẩn đoán áp xe ruột thừa mà còn cho thấy quá trình viêm đã được khu trú tốt. Sự khu trú này tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm, giúp tăng tỷ lệ thành công và giảm nguy cơ biến chứng [6]. Tỷ lệ có khí trong ổ áp xe trong nghiên cứu là 57,89%, tương đương với kết quả của Marin và cộng sự (54%) [6]. Sự hiện diện của khí trong ổ dịch được xem là bằng chứng điển hình của tình trạng thủng ruột thừa, góp phần củng cố chẩn đoán và định hướng chiến lược điều trị thích hợp. Khí có thể xuất phát từ sự thoát hơi từ lòng ruột sau khi thủng hoặc do hoạt động của các vi khuẩn sinh hơi. Đây là một yếu tố gây khó khăn cho quá trình làm thủ thuật dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm. Chúng tôi ghi nhận 15,8% trường hợp có sỏi phân (appendicolith). Sỏi phân ở gốc ruột thừa là một dấu hiệu hình ảnh quan trọng trên CLVT, phản ánh cơ chế tắc nghẽn lòng ruột thừa và liên quan chặt chẽ đến nguy cơ thủng cũng như hình thành áp xe. Ngoài giá trị chẩn đoán, sự hiện diện của sỏi phân còn được xem là yếu tố tiên lượng bất lợi, do có thể duy trì tình trạng nhiễm trùng dai dẳng và làm tăng nguy cơ thất bại của điều trị bảo tồn hoặc dẫn lưu qua da. Vì vậy, dấu hiệu này cần được lưu ý trong việc lập kế hoạch điều trị và theo dõi sau can thiệp. Tỷ trọng dịch trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 18,79 HU, phù hợp với định nghĩa áp xe trên chẩn đoán hình

ảnh (0–20 HU). Giá trị này khẳng định tính chất mũ của ổ dịch, qua đó củng cố chỉ định can thiệp dẫn lưu.

Kích thước trung bình của ổ áp xe trong nghiên cứu $48,75 \pm 13,12$ mm. Trong đó, ổ nhỏ nhất kích thước 32mm, ổ lớn nhất kích thước 72mm. Tương tự với nghiên cứu của E Zarba Meli và cộng sự cho thấy kích thước trung bình của áp xe là 5 cm (từ tối thiểu 3 cm đến tối đa 9 cm) [7].

3. Đặc điểm dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm

Trong nghiên cứu, các sonde được lựa chọn cỡ 8F, 9F, 10F, trong đó, số trường hợp được sử dụng sonde 10F chiếm tỷ lệ cao nhất 57,89%. Hiện nay chưa có sự thống nhất nào về chọn kích cỡ sonde. Tùy vào kích thước và tính chất ổ dịch kết hợp với kinh nghiệm mà bác sĩ can thiệp lựa chọn kích thước sonde phù hợp.

Trong nghiên cứu của tôi, 100% BN được dẫn lưu thành công về mặt kỹ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm. Tất cả BN đều được đánh giá kỹ về mặt hình ảnh và liên quan với các tạng trên siêu âm, CLVT trước thủ thuật và được thực hiện dẫn lưu bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN được sử dụng kháng sinh phối hợp là kháng sinh phổ rộng nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (68,42%) hoặc nhóm Carbapenem (31,58%) phối hợp với nhóm 5- Nitro Imidazol (Metronidazol). Phác đồ này phù hợp với các nghiên cứu đã có trước đây, như của tác giả Yeong-Soo Jo và cộng sự [8] và tác giả Nguyễn Nam Hùng [9].

4. Đánh giá kết quả điều trị sau khi ra viện 12 tháng

Trong vòng 12 tháng sau điều trị, 15 BN (78,94%) không bị tái phát, trong đó, 08 BN (42,1%) quay lại bệnh viện và phẫu thuật nội soi ngắt quãng theo hẹn, 06 BN (31,58%) không phẫu thuật: BN theo dõi sau điều trị tại nhà, không thấy còn triệu chứng nên không đến viện mổ ngắt quãng theo hẹn. 01 BN (5,26%) BN phẫu thuật kèm bệnh khác: BN tái khám sau 04 tháng có khối u nang buồng trứng, BN vào viện mổ u nang buồng trứng và cắt ruột thừa phối hợp. 21,06% BN nhân tái phát, trong đó, 03 BN (15,8%) có phẫu thuật nội soi khi tái phát, 01 BN

(5,26%) không phẫu thuật: BN tái phát sau khi ra viện 01 tháng, BN đau HCP, siêu âm thấy còn ổ áp xe vị trí HCP, BN tiếp tục được chỉ định dẫn lưu dịch mủ trong ổ áp xe và điều trị nội khoa. Sau theo dõi, đến nay BN chưa bị tái phát lại, do vậy BN không đến viện mổ ngắt quãng theo hẹn. Theo nghiên cứu của Jeong Ki Kim và cộng sự theo dõi 48 BN được điều trị bảo tồn, trong đó 26 BN đã trải qua ca phẫu thuật ngắt quãng sau khi điều trị bảo tồn và 22 BN được theo dõi mà không phẫu thuật (thời gian trung bình là 37,8 tháng), trong đó 3 BN đã cắt ruột thừa do viêm ruột thừa tái phát (trung bình là 56,7 ngày sau cơn đau ban đầu [10]. Như vậy, phương pháp cho hiệu quả tương đối tốt, BN có thể không cần phẫu thuật nếu không bị tái phát. Tỷ lệ tái phát sau điều trị áp xe ruột thừa bằng phương pháp nội khoa kết hợp dẫn lưu qua da phụ thuộc vào nhiều yếu tố liên quan đến BN, đặc điểm ổ áp xe. Các yếu tố như tuổi cao, suy giảm miễn dịch, bệnh lý nền (đái tháo đường, béo phì) có thể làm giảm khả năng kiểm soát nhiễm trùng. Đặc điểm ổ áp xe như

kích thước lớn, nhiều vách, chứa dịch đặc hoặc nằm sâu, khó tiếp cận dễ dẫn đến dẫn lưu không triệt để. Việc theo dõi sau điều trị, chỉ định cắt ruột thừa trì hoãn và mức độ tuân thủ của BN là những yếu tố quan trọng giúp giảm nguy cơ tái phát lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu áp xe ruột thừa qua da dưới hướng dẫn hình ảnh cho kết quả bước đầu khả quan, là một phương pháp điều trị ít xâm lấn và khả thi ở những BN được lựa chọn phù hợp. Kỹ thuật này giúp kiểm soát hiệu quả ổ mủ, cải thiện tình trạng nhiễm trùng và tạo điều kiện thuận lợi cho điều trị tiếp theo. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng dẫn lưu áp xe không phải là phương pháp điều trị triệt để viêm ruột thừa, mà chủ yếu nhằm xử trí ổ mủ. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế mạnh hơn là cần thiết để đánh giá toàn diện hiệu quả lâu dài của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Appendicitis - A SAGES Publication. SAGES. September 26, 2023. Accessed April 10, 2026. <https://www.sages.org/publications/guidelines/guideline-for-the-diagnosis-and-treatment-of-appendicitis/>
2. R. K H. Appendicular Abscess: An Update on Current Management: Narrative Review Article. *SAR J Surg.* 2024;5(06):55-60. doi:10.36346/sarjs. 2024. v05i06.001
3. Hussain MI, Al-Akeely MH, Alam MK, Al-Qahatani HH, Al-Salamah SM, Al-Ghamdi OA. Management of appendiceal abscess.
4. Demetrashvili Z, Kenchadze G, Pipia I, Ekaladze E, Kamkamidze G. Management of Appendiceal Mass and Abscess. An 11-Year Experience. *Int Surg.* 2015;100(6):1021-1025. doi:10.9738/INTSURG-D-14-00179.1
5. Boubacar K, Idrissa T, Issaka D, et al. Appendicular Abscess: Epidemio-Clinical and Therapeutic Aspects in the General Surgery Department of the Reference Health Center of Commune III (C.s.ref CIII) of the District of Bamako. Published online 2023:Surgical Science. doi:10.1186/s12893-021-01424-8
6. Marin D, Ho LM, Barnhart H, Neville AM, White RR, Paulson EK. Percutaneous Abscess Drainage in Patients With Perforated Acute Appendicitis: Effectiveness, Safety, and Prediction of Outcome. *Am J Roentgenol.* 2010; 194(2):422-429. doi:10.2214/AJR.09.3098
7. Zarba Meli E, Mazzocchi P, Lepiane P, et al. [The role of surgery in the treatment of appendicular abscesses]. *Minerva Chir.* 1997;52(5):577-581.

8. Jo YS, Yang SS, Im YC, Park DJ, Kim and GY. Therapeutic Consideration of Periappendiceal Abscess: an Evaluation of Non-surgical Treatment Followed by Minimally Invasive Interval Appendectomy. *J Minim Invasive Surg.* 2017; 20(4):129-136. doi:10.7602/jmis.2017.20.4.129

9. Nguyễn Nam Hùng. *Nghiên Cứu về Chỉ Định và Điều Trị Nội Khoa Áp Xe Ruột Thừa*. 2008. Luận án tiến sỹ

10. Kim JK, Ryoo S, Oh HK, et al. Management of Appendicitis Presenting with Abscess or Mass. *J Korean Soc Coloproctology.* 2010;26(6):413-419. doi:10.3393/jksc.2010.26.6.413

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh áp xe ruột thừa trên siêu âm, cắt lớp vi tính và kết quả dẫn lưu áp xe ruột thừa qua da dưới hướng dẫn siêu âm sau 12 tháng tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp: 19 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán áp xe ruột thừa được tiến hành điều trị bảo tồn kháng sinh kết hợp với dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm ở Trung tâm điện quang bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 4 năm 2025. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 19 BN (10 nam và 9 nữ), tuổi trung bình là 47 tuổi. Trên siêu âm và cắt lớp vi tính, 18 BN có ổ áp xe ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ 94,74%. 01 BN (5,26%) có ổ áp xe vùng hố chậu trái. Quan sát thấy hình ảnh ruột thừa trong ổ áp xe ở 12 trường hợp BN (63,16%) trên siêu âm và tất cả các BN trên cắt lớp vi tính. Kích thước trung bình của ổ áp xe trong nghiên cứu $48,75 \pm 13,12$ mm. Tỷ lệ thành công của dẫn lưu là 100%. Không trường hợp nào có biến chứng. Theo dõi trong vòng 12 tháng sau điều trị, 78,94% không bị tái phát, trong đó 31,58% BN ổn định trong quá trình theo dõi, không phẫu thuật ngắt quãng.

Kết luận: Dẫn lưu áp xe ruột thừa qua da dưới hướng dẫn siêu âm cho kết quả bước đầu khả quan, là một phương pháp điều trị ít xâm lấn và khả thi ở những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

Từ khóa: áp xe ruột thừa, điều trị bảo tồn, dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm

Người liên hệ: Đoàn Thị Kiều Oánh. Email: oanhdoan991996@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/02/2026. Ngày nhận phản biện: 28/02/2026. Ngày chấp nhận đăng: 20/03/2026