

## NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP

### Value of CT- Scanner in the diagnosis of acute appendicitis

*Doãn Văn Ngọc\*, Đào Danh Vĩnh\*\*, Lê Văn Kháng\*\*, Phạm Minh Thông\*\**

#### SUMMARY

Acute appendicitis is most common in emergency surgical abdominal pathology. CT- Scanner is usually applied in atypical form of acute appendicitis which making difficult for diagnosis. Prompt CT-Scanner diagnosis can reduce the follow-up time, exclude the wrong so as justify the perforated one.

**Objective:** Imaging description and assess the value of CT-Scanner in diagnosis of acute appendicitis.

**Subjects and Methods:** Cross-section descriptions of 92 subjects were clinically diagnosed pre-operation. CT scanner was carried out also before surgery. The CT-Scanner results was confronted to results of surgery and anatomopathology. Study performed in the Department of Surgery of Bach Mai Hospital from December 2008 to July 2010.

**Results:** The average diameter of the appendix inflammation was  $10.32 \pm 0.49$  mm (min 5 mm, max 30 mm). Inflamed appendix diameter was more than 6 mm (83.5%) and wall thickness more than 2 mm (85.7%). Fat infiltration and fluid around the appendix was 84.6% and 50.5%, respectively. Appendix high density was compared with caecum (29.7%) and appendix enhancement was 89.0%. Thickness of caecum localized around the base of the appendix (26.4%). Stone of appendix, ganglion mesentericum and perforation complication were seen in 38.5%, 12.9% and 29.7%, respectively.

**Conclusion:** The CT-Scanner was very effective in diagnosis of appendicitis, especially in difficult cases. It confirmed the location, size and complications of appendicitis. The value of this modality is higher than US.

**Key words:** Acute Appendicitis, Acute abdominal pain, CT scanner.

\* Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh  
thuộc khoa Y Trường Đại học  
Quốc gia Hà Nội.

\*\* Khoa Chẩn đoán hình ảnh,  
Bệnh viện Bạch Mai.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là cấp cứu hay gặp nhất trong bệnh lý ngoại khoa bụng, chiếm 53,38% mổ cấp cứu bụng tại Bệnh viện Việt Đức. Với VRTC điển hình, chẩn đoán lâm sàng (LS) thường dễ dàng. Trường hợp không điển hình, ruột thừa (RT) ở vị trí bất thường việc chẩn đoán trở nên khó khăn, ngay cả khi RT ở HCP cũng có 14,2% chỉ chẩn đoán được khi đã hoại tử. Chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) được sử dụng ngày càng tăng trong thập niên qua nhằm mục đích cải thiện độ chính xác chẩn đoán. Một số nghiên cứu đã kết luận hình ảnh học trong VRTC đã làm giảm cả việc cắt RT âm tính và tỉ lệ vỡ. Ở Việt Nam, tại các bệnh viện lớn như Bạch Mai, Việt Đức, Chợ Rẫy... đã áp dụng các phương pháp siêu âm (SA), chụp cắt lớp vi tính (CLVT) như là một thăm khám bổ sung trước những trường hợp VRTC không điển hình, trong đó chụp CLVT đã tỏ ra là một phương pháp có lợi thế hơn SA.

Đề tài "Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp" nhằm 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT của VRTC.
- Đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

- Chẩn đoán lâm sàng trước mổ là VRT.
- Có chụp CLVT trước mổ.
- Có kết quả giải phẫu bệnh.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Những đối tượng không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn vàng:** kết quả giải phẫu bệnh (GPB) có VRT hoặc không VRT.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu: không xác suất (mẫu tiện lợi).

Cỡ mẫu: từ tháng 12 năm 2008 đến tháng 7 năm 2010, tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai có 1294 BN

mổ VRTC, trong đó có 154 BN được chụp CLVT, chúng tôi chọn được 92 đối tượng có đủ tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó 91 đối tượng được GPB chẩn đoán là VRTC, 1 đối tượng được GPB chẩn đoán là ung thư biểu mô RT.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm hình CLVT

**Bảng 1. Vị trí RT xác định trên CLVT**

Vị trí RT	Số lượng BN	Tỉ lệ %
HCP	46	50,5
Sau manh tràng	24	26,4
Hạ sườn phải	4	4,4
Tiểu khung	8	8,8
Không xác định được	9	9,9
Tổng số	91	100

**Bảng 2. Đường kính RT trên CLVT**

Đường kính RT trên CLVT	Số lượng BN	Tỉ lệ %
≤ 6 mm	6	6,6
> 6 → 15 mm	70	76,9
> 15 mm	6	6,6
Không xác định	9	9,9
Tổng số	91	100

Đường kính trung bình  $10,32 \pm 0,49$  mm ( $p < 0,01$ ), nhỏ nhất 5 mm, lớn nhất mm.

**Bảng 3. Đặc điểm dày thành ruột thừa trên CLVT**

Đặc điểm dày thành RT	Số lượng BN	Tỉ lệ %	
Có dày	Dày liên tục	53	58,2
	Dày không liên tục	25	27,5
Không dày	4	4,4	
Không xác định	9	9,9	
Tổng số	91	100	

**Bảng 4. Thâm nhiễm mỡ quanh RT trên CLVT**

Thâm nhiễm mỡ RT	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Có thâm nhiễm	77	84,6
Không thâm nhiễm	14	15,4
Tổng số	91	100

**Bảng 5. Độ đậm của RT so với manh tràng trước tiêm**

Độ đậm RT so với MT	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Tăng độ đậm	27	29,7
Đồng độ đậm	40	43,9
Giảm độ đậm	15	16,5
Không xác định	9	9,9
Tổng số	91	100

**Bảng 6. Mức độ ngấm thuốc của RT sau tiêm thuốc cản quang**

Mức độ ngấm thuốc của RT		Số lượng BN	Tỉ lệ %
Ngấm thuốc	Dạng viên liên tục	45	49,5
	Dạng viên không liên tục	36	39,5
Không ngấm thuốc		1	1,1
Không xác định		9	9,9
Tổng số		91	100

**Bảng 7. Dấu hiệu dày thành manh tràng trên CLVT**

Dày thành manh tràng	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Có dày thành MT	24	26,4
Không dày thành MT	67	73,6
Tổng	91	100

**Bảng 8. Dấu hiệu gợi ý khác của VRTC trên CLVT**

Dấu hiệu	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Dịch quanh ruột thừa	46	50,5
Dịch hố chậu phải	33	36,5
Dịch Douglas	17	18,7
Sỏi phân ruột thừa	35	38,5
Hạch mạc treo	11	12,9

**Bảng 9. Chẩn đoán biến chứng vỡ RT trên CLVT**

Biến chứng	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Có vỡ RT	27	29,7
Không vỡ RT	64	70,3
Tổng	91	100

**2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRT**

92 trường hợp chẩn đoán trước mổ có siêu âm trước khi chụp CLVT.

**Bảng 10. Đối chiếu kết quả CLVT với SA**

Siêu âm \ CLVT	Không VRTC	TD VRTC	VRTC	Tổng số
Không VRTC	3	3	26	32
TD VRTC	1	12	31	44
VRTC	1	1	14	16
Tổng số	5	16	71	92

**Bảng 11. Giá trị của SA trong chẩn đoán VRTC**

SA \ GPB	VRT	Không VRT	Tổng
Dương tính	59	1	60
Âm tính	32	0	32
Tổng	91	1	92

Se = 64,8%, Acc = 64,1%, PPV = 98,3%.

**Bảng 12. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán vị trí RT**

CLVT \ PT	Đúng vị trí	Sai vị trí	Tổng
Dương tính	81	2	83
Âm tính	9	0	9
Tổng	90	2	92

Se = 90,0%, Acc = 88,0%, PPV = 97,6%.

**Bảng 13. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán đường kính RT**

CLVT \ GPB	Đúng kích thước	Sai kích thước	Tổng
Dương tính	75	8	83
Âm tính	9	0	9
Tổng	84	8	92

Sn = 89,3%, Acc = 81,5%, PPV = 90,4%.

**Bảng 14. Kết quả chẩn đoán vỡ RT của CLVT so với phẫu thuật**

CLVT \ Phẫu thuật	Có vỡ RT	Không vỡ RT	Tổng
Có vỡ RT	26	2	28
Không vỡ RT	5	59	64
Tổng	31	61	92

Se= 83,9%, Sp= 96,7%, Acc= 92,4 %, PPV= 92,9%, NPV= 92,2 %, (p>0,05).

**Bảng 15.** Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC

CLVT \ GPB	VRT	Không VRT	Tổng
Dương tính	86	1	87
Âm tính	5	0	5
Tổng	91	1	92

Se = 94,5 %, Acc = 93,5 %, PPV = 98,8 %

**Bảng 16.** So sánh giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC với các tác giả khác

Tác giả \ Giá trị	Se	Sp	Acc	PPV
Balthazar (1991), n=100	98%	83%	93%	90%
Malone (1993), n=80	87%	97%	93%	94%
Balthazar (1994), n=100	96%	89%	94%	96%
Rao (1997) n=100	100%	95%	98%	97%
Ihab (2000), n=100	96%	100%	99%	100%
Nancy (2001), n=55	97%	93%		90%
Raj (2001), n=100	93%	97%	96%	
Chúng tôi (2010), n=92	94,5%		93,5%	98,8%

## IV. BÀN LUẬN

### 1. Về đặc điểm hình ảnh của CLVT

#### 1.1. Vị trí RT

RT ở vị trí bình thường (HCP) chiếm 50,6%, có 39,6% ở vị trí bất thường. Tỷ lệ RT ở vị trí bất thường cao hơn kết quả của Trần Hiếu Học (17,3%) [1]. Điều đó chứng tỏ vị trí bất bình thường của RT đã gây khó khăn cho LS và SA nên đã lựa chọn CLVT để chẩn đoán.

#### 1.2. Đường kính RT trên CLVT

Bảng 2 cho thấy, RT viêm có đường kính trung bình  $10,32 \pm 0,49$  mm ( $p < 0,01$ ), thấp hơn so với Caroline ( $11,7 \pm 0,2$  mm) [4], khác biệt này có thể do RT của người Việt Nam có đường kính nhỏ hơn so với người Phương Tây.

Có 2 trường hợp RT kích thước 30 mm, trong đó 1 chưa vỡ (BN nữ có bệnh kết hợp là đái tháo đường, vào viện ngày thứ 4 sau khi xuất hiện cơn đau đầu tiên). 1 đã vỡ (BN nam vào viện ngày thứ 3 sau khi xuất hiện triệu chứng đau đầu tiên). Có 2 trường hợp RT viêm

có đường kính 5 mm (kết quả GPB đại thể 4 và 5 mm), chúng tôi chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu: có thâm nhiễm mỡ và tụ dịch quanh RT, trường hợp này cần chẩn đoán phân biệt với viêm bờm mỡ dựa vào đặc điểm ngấm thuốc cản quang của RT sau tiêm.

#### 1.3. Đặc điểm dày thành RT

Độ dày thành RT thường có liên quan mật thiết với đường kính RT. Theo y văn, RT bình thường có thành dày 1-2 mm, RT viêm dày trên 2 mm. Trên 91 trường hợp GPB chẩn đoán VRTC, chúng tôi thấy hầu hết trên CLVT có thành dày (85,7%) trong đó dày liên tục 58,2%, thành dày không liên tục 27,5% liên quan với RT có biến chứng vỡ (bảng 3).

#### 1.4. Dấu hiệu viêm quanh RT

Là dấu hiệu gợi ý quan trọng nhất để chẩn đoán VRTC, biểu hiện hình ảnh thâm nhiễm các bờm mỡ quanh RT; đánh giá mức độ thâm nhiễm mỡ bằng so sánh đậm độ mỡ quanh RT với mỡ ở nơi nào đó trong vùng bụng chậu. Trong bảng 4, thâm nhiễm mỡ trên CLVT chiếm 84,6%, tuy vậy có 15,4% không thấy thâm nhiễm mỡ do BN gầy, ổ bụng ít mỡ, khó đánh giá thâm nhiễm mỡ.

#### 1.5. Dấu hiệu tăng đậm độ RT so với manh tràng trước tiêm thuốc cản quang

Bảng 5 cho thấy: tỉ lệ tăng đậm độ RT so với manh tràng (MT) trước tiêm 29,7%, tương tự với kết quả của Whitley (30%) [10]. Có 16,5% RT giảm đậm độ, GPB cho kết quả VRTC hoại tử.

#### 1.6. Mức độ ngấm thuốc của RT sau tiêm thuốc cản quang

Trong bảng 6, tỉ lệ ngấm thuốc chiếm 89,0%, trong đó ngấm dạng viền liên tục 49,5%, kết quả GPB là VRTC giai đoạn sớm và muộn chưa có biến chứng vỡ. Ngấm thuốc dạng viền không liên tục chiếm 39,5%, kết quả GPB là VRTC giai đoạn muộn có biến chứng vỡ và VRTC hoại tử. Có 1 trường hợp không ngấm thuốc chiếm 1,1%, kết quả GPB là VRTC hoại tử.

#### 1.7. Dấu hiệu viêm quanh manh tràng khu trú tại gốc RT

Viêm manh tràng do quá trình viêm từ RT lan vào thành manh tràng quanh gốc RT. Trong bảng 7, 26,4% trường hợp có dày thành manh tràng, thấp hơn kết quả của Rao (30%) [7]. Sự khác biệt này có thể do Rao dùng

thuốc cản quang đường uống, dễ thấy dấu hiệu này hơn chúng tôi (dùng thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch).

### 1.8. Các dấu hiệu gợi ý khác của VRTC

Sỏi phân trong lòng RT là 38,5% thấp hơn kết quả của Mindy [6], cao hơn của Richard (30%) [8]. Có 1 trường hợp chúng tôi thấy sỏi phân lấp đầy lòng RT, song không thấy dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp của VRT. Kết quả GPB là VRTC giai đoạn sớm. Nhận xét này coi là kinh nghiệm để xác định VRT sớm.

### 1.9. Chẩn đoán biến chứng vỡ RT của CLVT

Việc chẩn đoán VRT biến chứng vỡ quyết định thái độ xử trí. Tỷ lệ RT vỡ trên CLVT là 29,7% cao hơn của Balthazar (28%) [2], thấp hơn của Masahiro (39,2%) [5] và Mindy (41,5%) [6], khác biệt này có thể do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, tỷ lệ VRT biến chứng vỡ của chúng tôi phù hợp với Bernard [3] trên 16-39%.

## 2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán

### 2.1. Kết quả của siêu âm trong chẩn đoán VRTC

Những trường hợp cần chụp CLVT là những trường hợp mà SA gặp khó khăn (do RT ở vị trí bất bình thường, bệnh nhân béo, bụng nhiều hơi...). Trong quá trình thu thập số liệu, chúng tôi thấy nhiều trường hợp định hướng lâm sàng là bệnh khác như viêm tụy cấp, đau thượng vị, đau bụng không rõ nguyên nhân... làm siêu âm không chú ý tìm.

### 2.2. Đối chiếu vị trí RT trên CLVT và phẫu thuật

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán vị trí RT là Se = 90,0%, Acc = 88,0%, PPV = 97,6%. Như vậy, trong chẩn đoán vị trí RT CLVT có giá trị cao.

Trong 92 trường hợp chẩn đoán trước mổ VRTC có 9 trường hợp CLVT không thấy RT nên không xác định được vị trí. Phẫu thuật cho thấy có 5 trường hợp ở HCP, 2 trường hợp ở HSP, 1 trường hợp ở tiểu khung và 1 trường hợp ở vị trí khác (nằm giữa ổ bụng). Có 1 trường hợp CLVT chẩn đoán RT nằm ở HCP nhưng phẫu thuật thấy RT nằm sâu phía sau thành bụng sau. 1 trường hợp CLVT chẩn đoán RT sau manh tràng nhưng phẫu thuật thấy RT ở HCP.

### 2.3. Đối chiếu kết quả CLVT và GPB đại thể

Từ bảng 13, đường kính RT có Sn = 89,3%, Acc

= 81,5%, PPV = 90,4%. 9 trường hợp không thấy trên CLVT nên không xác định được đường kính RT, 83 trường hợp còn lại chẩn đoán đúng 75, sai 8. Trong 8 trường hợp sai có 1 trường hợp CLVT xác định đường kính RT là 5 mm, GPB đại thể 7 mm, 5 trường hợp CLVT: 7-8 mm, GPB: 4-6 mm, 2 trường hợp CLVT: 12 và 15 mm, GPB: 20 mm.

### 2.4. Đối chiếu kết quả chẩn đoán biến chứng vỡ RT của CLVT với PT

Dựa vào bảng 14 chúng tôi tính được giá trị của CLVT trong chẩn đoán biến chứng vỡ RT là Se = 83,9%, Sp = 96,7%, Acc = 92,4 %, PPV = 92,9%, NPV = 92,2 %, (p>0,05). Theo Masahiro, CLVT chẩn đoán RT vỡ có Se = 95%, Sp = 96,8%, Acc = 96,1% [5]. Theo Mindy vỡ RT trên CLVT có Se = 94,9%, Sp = 94,5% [6]. Sarah B [9] cho rằng trong chẩn đoán RT vỡ, CLVT có Se thấp (75%), Sp cao (93-98%). Trên CLVT chúng tôi chẩn đoán 28 trường hợp có vỡ RT thì đúng 26 trường hợp, sai 2 trường hợp, chẩn đoán 64 trường hợp không vỡ thì đúng 59, sai 5. Hai trường hợp dương tính giả có 1 là RT kích thước 30x40 mm chẩn đoán nhầm là ổ áp xe, khi mổ là RT viêm to, căng mọng mũ nhưng chưa vỡ, 1 trường hợp trên CLVT có hình khối viêm kích thước 44x10 mm, không rõ hình RT to, chẩn đoán nhầm là ổ áp xe RT, nhưng phẫu thuật là túi thừa viêm còn RT viêm xung huyết, GPB cho kết quả RT phản ứng viêm nhẹ, túi thừa viêm tấy. Như vậy trong chẩn đoán áp xe RT, CLVT có Se không cao và Sp cao. Sự khác biệt trong chẩn đoán áp xe RT của CLVT và phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

### 2.5. Đối chiếu kết quả chẩn đoán VRTC của CLVT với GPB

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC của chúng tôi tương tự các tác giả nước ngoài. Giá trị của CLVT và siêu âm tương ứng là Se 94,5% và 64,8%, Acc 93,5% và 64,1%, PPV 98,8% và 98,3%. Se và Acc của siêu âm thấp nhiều so với CLVT. Điều đó chứng tỏ rằng, trong những trường hợp VRTC không điển hình, khó chẩn đoán CLVT có giá trị cao hơn hẳn SA.

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh CLVT trong chẩn đoán VRTC. Đường kính trung bình của RT viêm 10,32 ± 0,49 mm

(nhỏ nhất 5 mm, lớn nhất 30 mm). Đường kính RT viêm có kích thước trên 6 mm chiếm 83,5%, thành dày > 2 mm (85,7%). Các dấu hiệu: thâm nhiễm mỡ quanh RT (84,6%), tụ dịch quanh RT (50,5%), tăng đậm độ so với manh tràng trước tiêm (29,7%), ngấm thuốc cản quang sau tiêm (89,0%), dày thành manh tràng khu trú quanh góc RT (26,4%), sỏi phân RT (38,5%), hạch mạc

treo (12,9%). Tỷ lệ VRTC được CLVT xác định có biến chứng vỡ là 29,7%.

Giá trị của CLVT trong chẩn đoán VRTC chúng tôi thấy có giá trị cao trong chẩn đoán vị trí, kích thước, xác định và biến chứng VRTC. Trong chẩn đoán xác định VRTC CLVT có giá trị cao hơn SA.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Hiếu Học và cs. (2009), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm ruột thừa cấp tại khoa ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2007", *Tạp chí Y học thực hành*, (tập 662, số 5), tr 47-49.

2. Balthazar E J và cs. (1991), "Appendicitis: Prospective Evaluation with High-Resolution CT" *Radiology*, 180: 21-24.

3. Bernard A B (2000), "Appendicitis at the Millennium", *Radiology*, 215: 337-348.

4. Caroline K và cs. (2004), "Acute Appendicitis: Comparison of Low-Dose and Standard-Dose Unenhanced Multi-Detector Row CT", *Radiology*, 232: 164-172.

5. Masahiro T và cs. (2008), "Perforated and Nonperforated Appendicitis: Defect in Enhancing

Appendiceal Wall-Depiction with Multi-Detector Row CT", *Radiology*, 246:142-147.

6. Mindy M H (2003), "Differentiation of Perforated from Nonperforated Appendicitis at CT", *Radiology* 227:46-51.

7. Rao P M và cs. (Feb 1997), "Appendicitis: use of arrowhead sign for diagnosis at CT", *Radiology*, 202:363-366.

8. Richard M và cs. (1994), "Acute appendicitis: A practical approach", *The Radiologist*, No 1, p 187.

9. Sarah D B và cs. (2006), "Perforated versus Nonperforated Acute Appendicitis: Accuracy of Multidetector CT Detection", *Radiology*, 241:780-786.

#### TÓM TẮT

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là cấp cứu hay gặp nhất trong bệnh lý ngoại khoa bụng. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) được chỉ định trong những trường hợp VRTC không điển hình, khó chẩn đoán đã làm giảm thời gian theo dõi lâm sàng (LS), giảm cả việc cắt ruột thừa (RT) âm tính cũng như tỉ lệ vỡ.

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá giá trị của chụp CLVT trong chẩn đoán VRTC.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 92 đối tượng được chẩn đoán LS trước mổ là VRTC, được chụp CLVT trước khi có chẩn đoán trước mổ, có kết quả giải phẫu bệnh (GPB), được mổ tại Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2008 đến tháng 7 năm 2010. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, so sánh kết quả chụp CLVT với phẫu thuật và GPB.

**Kết quả:** đường kính trung bình của RT viêm  $10,32 \pm 0,49$  mm (nhỏ nhất 5 mm, lớn nhất 30 mm). Đường kính RT viêm có kích thước trên 6 mm (83,5%), thành dày > 2 mm (85,7%). Thâm nhiễm mỡ quanh RT (84,6%). Tụ dịch quanh RT (50,5%). Tăng đậm độ so với manh tràng trước tiêm (29,7%). Ngấm thuốc cản quang sau tiêm (89,0%). Dày thành manh tràng khu trú quanh góc RT (26,4%), sỏi phân RT (38,5%), hạch mạc treo (12,9%). Tỷ lệ VRTC được CLVT xác định có biến chứng vỡ là 29,7%.

**Kết luận:** CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán vị trí, kích thước, chẩn đoán xác định và chẩn đoán biến chứng VRTC. Trong chẩn đoán xác định VRTC CLVT có giá trị cao hơn SA.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **TS. Bùi Văn Giang**