

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM RUỘT THỪA BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC TÂY NGUYÊN

Bùi Quang Chiến<sup>1</sup>, Phương Minh Hải<sup>1</sup>

Ngày nhận bài: 09/10/2024; Ngày phản biện thông qua: 06/12/2024; Ngày duyệt đăng: 15/01/2025

### TÓM TẮT

Viêm ruột thừa cấp là một bệnh phổ biến nhất trong cấp cứu ngoại khoa ổ bụng. Viêm ruột thừa cấp chia ra thành 2 loại: không biến chứng và có biến chứng. Viêm ruột thừa có biến chứng được định nghĩa là viêm ruột thừa thủng, áp – xe ruột thừa, viêm phúc mạc ruột thừa. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng thường có triệu chứng đau bụng dữ dội. Đau chủ yếu vùng hố chậu phải hoặc có thể đau vùng quanh rốn, thượng vị lan ra. Dấu cảm ứng phúc mạc hiện diện trong đa số các trường hợp 94,8%. Triệu chứng toàn thân sốt thường gặp và thường sốt cao từ 39 độ C trở lên; điều trị trước khi vào viện ảnh hưởng triệu chứng sốt. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện thường từ 36 đến 48 giờ. Trong quá trình thực hành lâm sàng cần lưu ý các trường hợp bệnh nhân có vị trí ruột thừa đặc biệt sau manh, đại tràng sẽ không có dấu cảm ứng phúc mạc. Viêm ruột thừa có biến chứng có bệnh cảnh lâm sàng đa dạng cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để giảm thiểu nguy cơ kết quả xấu nghiêm trọng.

**Từ khóa:** viêm ruột thừa biến chứng, lâm sàng, đặc điểm.

### 1. MỞ ĐẦU

Viêm ruột thừa cấp là một bệnh thường gặp nhất trong các cấp cứu ngoại khoa về bụng. Viêm ruột thừa cấp có bệnh cảnh đa dạng, không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặc hiệu, do vậy việc chẩn đoán viêm ruột thừa cấp vẫn là một thử thách lớn đối với các thầy thuốc. Ngày nay, dù đã có sự hỗ trợ của các phương tiện hiện đại như siêu âm các loại, chụp cắt lớp điện toán, cộng hưởng từ,... thế nhưng việc chẩn đoán các trường hợp viêm ruột thừa cấp không có triệu chứng điển hình vẫn có thể bị bỏ sót và chúng ta vẫn còn gặp nhiều các dạng biến chứng của viêm ruột thừa như viêm ruột thừa thủng, viêm phúc mạc và áp xe ruột thừa. Theo như Peres KS (Perez et al., 2018) trong số 300.000 bệnh nhân cắt ruột thừa mỗi năm thì có tới 25% là do viêm ruột thừa biến chứng.

Với các trường hợp viêm ruột thừa có biến chứng có rất nhiều nguy cơ trước, trong và sau mổ. Một trong những biến chứng đó là do sự viêm dính, ruột thừa hoại tử, ổ bụng quá bẩn, các quai ruột trưởng, nhiễm trùng nhiễm độc nặng... sẽ dẫn đến hạn chế trong kết quả điều trị rất nhiều. Vì vậy việc nắm vững các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng là một trong các yếu tố quan trọng góp phần giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời; từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và đem lại kết quả cao cho điều trị nhóm bệnh này.

Trên thế giới cũng đã có nhiều nghiên cứu của các tác giả từ những năm 2004 như Ball. C (Ball et al., 2004) hay như các nghiên cứu mới

đây của Haset Dagne (Dagne & Abebaw, 2022), Reddy Rahul Krishna (Reddy et al., 2024), Surabhi A (Surabhi et al., 2023)... về đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả điều trị viêm ruột thừa có biến chứng.

Tại Việt Nam, cũng đã có các tác giả báo cáo các nghiên cứu riêng lẻ về các biến chứng của viêm ruột thừa: “viêm phúc mạc” như Nguyễn Quốc Đạt (Đạt & Linh, 2018), Nguyễn Hưng Đạo (Đạo & Sơn, 2021)... Tuy nhiên có rất ít tài liệu báo cáo đầy đủ về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng như định nghĩa viêm ruột thừa có biến chứng của Mariage M và cộng sự (Mariage et al. 2019). Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng tại bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên.

### 2. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Dựa vào số liệu số liệu mã bệnh viêm ruột thừa có biến chứng tại Bệnh viện trường Đại học Tây Nguyên trong các năm từ 01/2021 đến 9/2021 số lượng là 120 trường hợp, từ 01/2022 đến 9/2021 là 130 trường hợp, từ 01/2023 đến 9/2023 là 100 trường hợp. Nên nhóm nghiên cứu ước lượng cỡ mẫu từ tháng 01/2024 đến tháng 9/2024 khoảng 100 trường hợp.

**Phương pháp chọn mẫu:**

Tiến hành chọn liên tiếp tất cả những bệnh nhân

<sup>1</sup>Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên;

Tác giả liên hệ: Bùi Quang Chiến; ĐT: 0978678992; Email: quangchienqnavn@gmail.com.

nhập viện điều trị tại khoa Ngoại – Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến 9/2024 và thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

*Tiêu chuẩn chọn vào:*

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa có biến chứng trước mổ.

Bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa có biến chứng dù trước mổ là chẩn đoán khác.

*Tiêu chuẩn loại ra:* Hồ sơ không đủ thông tin.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu theo bộ công cụ xây dựng sẵn:

- Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân
- Một số thông tin về đặc điểm bệnh lý

## 2.2. Nội dung nghiên cứu

**Nội dung:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng trước mổ và trong mổ như đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới; đặc điểm trước mổ: lý do vào viện, thời gian khởi phát, đặc điểm đau bụng, đặc điểm thực thể, triệu chứng toàn thân; điều trị tuyến trước; tiền sử.

## 2.3. Phạm vi nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa có biến chứng từ 01/2024 đến 9/2024. Tại BV Trường Đại học Tây Nguyên.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/2024 đến 9/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên.

## 2.4. Cách thức tiến hành

Khám bệnh trực tiếp bệnh nhân vào viện và tra cứu hồ sơ bệnh án để ghi nhận vào phiếu điều tra.

**Ghi nhận đặc điểm trước mổ:**

Đặc điểm chung: giới, tuổi, dân tộc; Lý do vào viện; Bệnh sử: Thời gian đau bụng từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện; Vị trí đau bụng ban đầu; Hướng lan của đau bụng; Tính chất đau; Triệu chứng đi kèm; *Khám thực thể:* Vị trí đau, Mức độ, đau thành bụng, sờ có khối hay không; *Triệu chứng toàn thân:* Sốt, môi khô, lưỡi bẩn, mạch, huyết áp, nhịp thở.

**Ghi nhận đặc điểm trong mổ:** Vị trí ruột thừa.

## 3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

#### 3.1.1. Giới

- Trong 96 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi có nam chiếm 49%; còn nữ chiếm 51%.

- Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, Nguyễn Hưng Đạo (Đạo & Sơ, 2021) tỉ lệ nam là 48,5%

còn nữ là 51,5%. Còn nghiên cứu của Phạm Thị Thu (Thu, 2021) thì tỉ lệ nam là 47% còn nữ là 53%. Trái lại, trong nghiên cứu ở Ethiopia (Dagne & Abebaw, 2022), một nước Châu Phi thì tỉ lệ nữ chỉ chiếm 41,5% còn nam chiếm 58,5%.

- Nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của các tác giả trong nước là tương tự nhau với tỉ lệ nữ cao hơn nam một ít; điều này có thể là do yếu tố chọn bệnh của bác sĩ phẫu thuật muốn đem lại tính thẩm mỹ cho phụ nữ nhiều hơn. Tuy nhiên kết quả của Ethiopia lại khác có nam cao hơn nữ đáng kể có thể do tính chất văn hóa của 2 châu lục có sự khác nhau.

#### 3.1.2. Tuổi

Tuổi mổ trung bình 33.7 tuổi, nhỏ nhất là 7 tuổi và lớn nhất là 67 tuổi.

Tương tự như chúng tôi, nghiên cứu của Ball (Ball et al., 2004) có tuổi mổ trung bình là 35, giới hạn từ 10 đến 77. Còn trong nghiên cứu của Mahmoud có tuổi mổ từ 18 - 65, trung bình 31, 77 tuổi (Mahmoud et al., 2020). Phân nhóm tuổi: nhóm tuổi chiếm cao nhất là nhóm 21 – 60 tuổi chiếm đến 69,9%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Surabhi và cs năm 2023 báo cáo độ tuổi trung bình là 32, 89 và nhóm tuổi 21 đến 59 chiếm 73,56% (Surabhi et al., 2023).

Điểm chung của các nhóm nghiên cứu là độ tuổi tập trung vào tuổi lao động là chính, vì vậy viêm ruột thừa có biến chứng ảnh hưởng tới lao động. Điều này có thể lý giải vì theo như Lê Văn Cường (Cường, 2011): “lòng ruột thừa có thể mở rộng ra ở giai đoạn thiếu niên nhưng nó có thể sẽ bị tắc một phần hay tắc hoàn toàn ở giai đoạn trung niên”.

## 3.2. Đặc điểm trước phẫu thuật

#### 3.2.1. Lý do vào viện

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều vào viện vì đau bụng. Đau bụng là nguyên nhân chính thôi thúc bệnh nhân đến khám với cơ sở y tế. Điều này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quốc Đạt (Đạt & Linh, 2018), Lê Thị Đức Hạnh (Hạnh và cộng sự, 2023) và bệnh học viêm ruột thừa trong sách Nguyên lý Ngoại khoa Schwartz (Dahdaleh et al., 2019) hay sách Sabiston (Richmond, 2017).

#### 3.2.2. Thời gian khởi phát đến khi nhập viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện trung bình 34,3 giờ  $\pm$  8,3. Đây cũng chính là thời gian mà nguy cơ chuyển từ viêm ruột thừa cấp bình thường sang viêm ruột thừa biến chứng. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quốc Đạt (Đạt & Linh, 2018) chiếm 61,6% hay báo cáo

của Lê Thị Đức Hạnh thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện trung bình là:  $31,8 \pm 17,8$  giờ và phù hợp với sinh lý bệnh viêm ruột thừa theo như Lê Nữ Hoài Hiệp (Hiệp, 1998) hay Dahdaleh Fadi S (Dahdaleh et al., 2019) đã đề cập.

### 3.2.3. Đặc điểm đau bụng

Trong nghiên cứu chúng tôi, đa số bệnh nhân có triệu chứng đau bụng khu trú vùng hố chậu phải, kể đến là đau thượng vị hoặc quanh rốn di chuyển xuống hố chậu phải.

Tương tự báo cáo của Nguyễn Quốc Đạt cũng có 62,3% đau khu trú hố chậu phải, 21,2% đau thượng vị quanh rốn, 3,4% đau hạ vị, 13% đau toàn bụng. Còn báo cáo của Haset Dagne thì tỉ lệ đau tại hố chậu phải chiếm 45,2%, và đau quanh rốn chiếm 15,5% (Dagne & Abebaw, 2022). Ngoài ra nghiên cứu của Dinc T và cộng sự năm 2022, có tỉ lệ đau hố chậu phải lên đến 89,7% (Dinc et al., 2022).

Tỉ lệ bệnh nhân đau thượng vị hay vùng rốn sau đó lan xuống bụng bên phải hay toàn ổ bụng trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỉ lệ đáng kể. Điều này là đặc điểm cần lưu ý trong bệnh học viêm ruột thừa, đó là đau viêm ruột thừa có thể không đau ngay hố chậu phải mà nó có thể đau từ thượng vị hay rốn làm bệnh nhân và cả nhân viên y tế dễ nhầm lẫn bệnh lý dạ dày, ruột. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý đau mà Saran Lotfollahzadeh đã đề cập (Lotfollahzadeh et al., 2024). Và đặc biệt hơn, dấu hiệu đau thượng vị cũng được nghiên cứu của Naderan Mohammad báo cáo chiếm tới 37%, là một yếu tố tiên lượng cho viêm ruột thừa chuyển sang viêm ruột thừa biến chứng có ý nghĩa thống kê (Naderan et al., 2016).

### 3.2.4. Đặc điểm triệu chứng khám thực thể

#### Mức độ đau thành bụng khi khám

Nghiên cứu chúng tôi có đến 94,8% là có dấu cảm ứng phúc mạc, còn lại 5,2% là dấu hiệu phản ứng thành bụng. Kết quả này tương tự nghiên cứu Haset Dagne có dấu cảm ứng phúc mạc là 97,5%, không có dấu cảm ứng phúc mạc là 2,5% (Dagne & Abebaw, 2022). Trong khi nghiên cứu của Naderan Mohammad (Naderan et al., 2016) thì dấu cảm ứng phúc mạc chiếm 88%, 11% là dấu gồng cứng bụng và 1% mức độ đau thấp hơn dấu cảm ứng phúc mạc. Ngoài ra báo cáo của Phạm Thị Thu (Thu, 2021) có 92,6% dấu cảm ứng phúc mạc, còn 7,4% dấu gồng cứng.

Trong 5% bệnh nhân không có dấu cảm ứng phúc mạc trong nghiên cứu chúng tôi. Tất cả đều có phản ứng thành bụng rõ và chủ yếu là bệnh nhân có ruột thừa sau đại tràng lên và nằm vùi trong thanh mạc thành sau ổ bụng phải. Dùng kiểm định

Chi bình phương có  $P < 0,05$  nên sự khác biệt giữa vị trí sau manh - đại tràng vùi trong phúc mạc là có liên quan đến mức độ đau thành bụng và điều này có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể được giải thích vị trí ruột thừa nằm sâu, lại nằm trong hố có đại tràng đè lên nên tình trạng viêm phúc mạc được khu trú và triệu chứng sờ khám thường không có dấu cảm ứng phúc mạc rõ. Những trường hợp này lại có dấu hiệu cơ thắt lưng chậu đi kèm là chỉ điểm rõ hơn tình trạng bệnh nhân. Điều này tương tự nghiên cứu của Bayissa Badhaasaa Beyene có 23 trường hợp chiếm 17,2% có dấu cơ thắt lưng chậu (Bayissa et al., 2022). Còn Reddy Rahul Krishna báo cáo 12% có dấu cơ thắt lưng chậu.

#### Khám sờ thấy khối ở thành bụng

Nghiên cứu chúng tôi có 11 trường hợp chiếm 11,45% bệnh nhân khi khám sờ thấy khối.

Nghiên cứu của Phạm Thị Thu có 22 trường hợp chiếm 32,4% sờ thấy khối trong ổ bụng, nghiên cứu của Nguyễn Hưng Đạo (Đạo & Sơn, 2021) thì sờ thấy khối chiếm 2,4%. Tác giả nước ngoài Dagne sờ thấy có khối trong 35 trường hợp chiếm 8,1% (Dagne & Abebaw, 2022). Ngoài ra còn Naderan báo cáo có 19 trường hợp chiếm 9,5% bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng là sờ thấy khối trong ổ bụng (Naderan et al., 2016).

Các trường hợp này khi mổ vào đều là áp - xe ruột thừa và dính nhiều. Dấu hiệu sờ thấy khối trước mổ là quan trọng chỉ ra áp - xe ruột thừa.

### 3.2.5. Đặc điểm triệu chứng toàn thân

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đều có sốt lúc vào viện. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng sốt cao từ 39 độ C chiếm 89,6%, còn lại là sốt nhẹ.

Nghiên cứu của Phạm Thị Thu (Thu, 2021) có đến 83,8% bệnh nhân có sốt nhẹ đến cao. Nguyễn Hưng Đạo (Đạo & Sơn, 2021) thì báo cáo có đến 62,4% là có sốt. Còn nghiên cứu của Nguyễn Quốc Đạt (Đạt & Linh, 2018) có tỷ lệ sốt 66,4%, trong đó bệnh nhân sốt nhẹ và vừa là chiếm đa số 58,2%, có 8,2% bệnh nhân sốt cao  $>39$  độ C. Trong khi đó nghiên cứu của Reddy (Reddy et al., 2024) có 45% bệnh nhân sốt, tương tự nghiên cứu Bayissa Badhaasaa Beyene có 48% bệnh nhân sốt (Bayissa et al., 2022).

Nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trong nước đều có tỉ lệ sốt cao hơn các tác giả nước ngoài. Điều này có thể là do yếu tố điều trị trước khi nhập viện ở cơ sở trong quản lý bệnh ban đầu tại các nước khác nhau. Một đặc điểm nổi bật trong nghiên cứu là nhóm bệnh sốt nhẹ đều rơi vào nhóm đã có điều trị trước, điều này có ý nghĩa thống kê

với  $P < 0,05$ .

3.2.6. Điều trị tuyến trước

Nghiên cứu chúng tôi có đến 22 trường hợp chiếm 22,9% là đã qua điều trị tại phòng khám, bệnh viện hoặc tự mua thuốc điều trị.

Nghiên cứu của Bayissa Badhaasaa Beyene có 62 trường hợp chiếm 23,2% bệnh nhân đã qua các cơ sở y tế khám và điều trị (Bayissa et al., 2022). Đặc điểm khám và điều trị trước sẽ ảnh hưởng đến triệu chứng của bệnh nhân đặc biệt là sốt. Bệnh nhân đã qua điều trị trước vào viện thì biểu hiện triệu chứng sốt sẽ khác và thường sốt nhẹ hơn so với bệnh nhân chưa điều trị gì, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi với  $p < 0,05$ .

3.3. Tiền sử phẫu thuật

Các nghiên cứu của Phạm Thị Thu (Thu, 2021), Nguyễn Quốc Đạt (Đạt & Linh, 2018), Nguyễn Hưng Đạo (Đạo & Sơn, 2021) và các tác giả trong nước cũng như nghiên cứu của Bayissa Badhaasaa Beyene (Bayissa et al., 2022), Reddy Rahul Krishna (Reddy et al., 2024) và các tác giả nước ngoài không có sự ghi nhận về tiền sử phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp (100% là mổ sản phụ khoa), chiếm 12,5% và tất cả đều phẫu thuật nội soi thành công.

Như vậy tiền sử mổ vùng bụng không ảnh hưởng nhiều đến phẫu thuật nội soi như các phương pháp phẫu thuật nội soi thông thường khác. Tuy nhiên, khi có tiền sử mổ ổ bụng trước đó, khi vào trocar đòi hỏi phẫu thuật viên phải cẩn thận, thường là vào mổ thay như vào kín bình thường để tránh tổn thương tạng do dính và do ruột chướng do viêm phúc mạc.

3.4. Vị trí ruột thừa

Bảng 1. Vị trí ruột thừa trong mổ

| Vị trí                            | n         | %          |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Sau manh tràng                    | 24        | 25         |
| Hố chậu phải                      | 60        | 62,5       |
| Giữa ổ bụng                       | 1         | 1          |
| Sau manh đại tràng dưới thanh mạc | 5         | 5,2        |
| Tiểu khung                        | 6         | 6,3        |
| <b>Tổng</b>                       | <b>96</b> | <b>100</b> |

Nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ ruột thừa nằm ở hố chậu phải (HCP) là nhiều nhất, kể đến là sau manh tràng; tỉ lệ ruột thừa sau manh tràng là 30,2 %, đặc biệt là có 5 trường hợp nằm dưới thanh mạc. Kết quả này cũng tương tự báo cáo của Phạm Thị Thu (Thu, 2021) 66,2% ruột thừa ở HCP, 22% là sau manh tràng, tiểu khung 8,8%, giữa ổ bụng 1,5%. Còn nghiên cứu của Nguyễn Quốc Đạt (Đạt & Linh, 2018) có 17,8% trường hợp ruột thừa nằm sau manh tràng. Trái lại nghiên cứu của Souza Sandro (Souza et al., 2015) có đến 43,5% là ruột thừa sau manh tràng và đây là vị trí phổ biến nhất. Vị trí sau manh tràng, đặc biệt là sau dưới thanh mạc nữa là một vị trí khó, ảnh hưởng nhiều đến triệu chứng lâm sàng và quá trình mổ như mức độ đau đã đề cập trên hay thời gian mổ.

4. KẾT LUẬN

Viêm ruột thừa có biến chứng là một bệnh cảnh chiếm tỉ lệ khá cao của bệnh viêm ruột thừa. Phần lớn bệnh nhân có đau bụng và đau bụng nhiều, mức độ cảm ứng phúc mạc chiếm đa số khi khám nhóm bệnh nhân này. Tuy nhiên cần lưu ý các trường hợp bệnh nhân có ruột thừa sau manh, đại tràng hoặc vùi trong thanh mạc thành sau sẽ không có dấu cảm ứng phúc mạc. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện thường quá 24 giờ, phần lớn bệnh nhân có sốt khi nhập viện, có tỉ lệ đáng kể bệnh nhân đã điều trị trước khi vào viện và điều này ảnh hưởng đến triệu chứng lâm sàng. Vì vậy biểu hiện lâm sàng của viêm ruột thừa có biến chứng là khá phong phú và đa dạng nên cần phải được thăm khám lâm sàng thật kỹ để chẩn đoán và điều trị kịp thời, đem lại hiệu quả cao cho bệnh nhân.



## CLINICAL CHARACTERISTICS OF COMPLICATED APPENDICITIS IN TAY NGUYEN UNIVERSITY HOSPITAL

Bui Quang Chien<sup>1</sup>, Phuong Minh Hai<sup>2</sup>

Received Date: 09/10/2024; Revised Date: 06/12/2024; Accepted for Publication: 15/01/2025

### ABSTRACT

Acute appendicitis is one of the most common conditions in abdominal surgical emergencies. Acute appendicitis is divided into two types: uncomplicated and complicated. Complicated appendicitis is defined as perforated appendicitis, appendiceal abscess, or peritonitis due to appendicitis. Research findings indicate that patients with complicated appendicitis often present with severe abdominal pain. The pain is mainly localized to the right iliac fossa or may be around the umbilical area and epigastric region. Signs of peritoneal irritation are present in the majority of cases, around 94.8%. Systemic symptoms, such as fever, are common, typically with high temperatures of 39 degrees Celsius or above; treatment prior to hospital admission can affect fever symptoms. The time from the onset of symptoms to hospital admission is usually between 36 to 48 hours. During clinical practice, it is important to note that in cases where the appendix is located unusually behind the cecum or colon, peritoneal signs may not be present. Complicated appendicitis presents a diverse clinical picture and requires early diagnosis and timely treatment to reduce the risk of severe complications.

**Keywords:** *complicated appendicitis, clinical, characteristics.*

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

#### Tài liệu tiếng Việt

- Lê Văn Cường (2011). *Giải phẫu học sau đại học*, Vol. 1, tr.489-490. Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Hưng Đạo, Trịnh Hồng Sơn (2021). Kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi tại một số Bệnh viện đa khoa tỉnh Miền núi phía Bắc. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 506(2).
- Nguyễn Quốc Đạt, Phạm Văn Linh (2018). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 3, tr. 8 -15.
- Lê Thị Đức Hạnh và cs (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa thành phố cần thơ năm 2020 - 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (43), tr. 118-124.
- Lê Nữ Hoài Hiệp (1998). Viêm ruột dư cấp. Nguyễn Đình Hối, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, (tr. 208-236). TP Hồ Chí Minh.
- Phạm Thị Thu (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa có biến chứng và kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Khoa học điều dưỡng*, 4(2), tr. 94-101.

#### Tài liệu tiếng nước ngoài

- Ball, C. G, et al (2004). Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis: an evaluation of postoperative factors. *Surg Endosc*, 18(6), pp. 969-73.
- Bayissa, Badhaasaa Beyene, et al (2022). Predictors of complicated appendicitis among patients presented to public referral hospitals in Harari region, Eastern Ethiopia: a case-control study. *Surgery in Practice and Science*, 9, pp. 100072.
- Dagne, H, Abebaw, T. A (2022). Characteristics of Patients Presented with Complicated Appendicitis in Adama, Ethiopia: A Cross-Sectional Study, 14, pp. 573-580.
- Dahdaleh, Fadi S., et al (2019). The Appendix. Brunicaudi, F. Charles, et al, *Schwartz's Principles of Surgery, 11e*, (pp. 1243 -1246). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Dinç, T., et al (2022). Complicated or non-complicated appendicitis? That is the question. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 28(3), pp. 390-394.
- Lotfollahzadeh, S., et al (2024). Appendicitis. *StatPearls*. Treasure Island (FL) with ineligible companies: StatPearls Publishing

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University;

Corresponding author: Bui Quang Chien; Phone: 0978678992; Email: quangchienqnavn@gmail.com. \*\*

- Mahmoud, Samir Hosny., et al (2020). Evaluation the role of laparoscopic management of complicated appendicitis.*International Surgery Journal*, 7(3), pp. 636-639.
- Mariage, M., et al (2019). Surgeon's Definition of Complicated Appendicitis: A Prospective Video Survey Study.*Euroasian J Hepatogastroenterol*, 9(1), pp. 1-4.
- Naderan, Mohammad., et al (2016). Risk factors for the development of complicated appendicitis in adults.*Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi*, 32(1), pp. 37.
- Perez, K. S., Allen, S. R. (2018). Complicated appendicitis and considerations for interval appendectomy. *Jaapa*, 31(9), pp. 35-41.
- Reddy, Rahul Krishna., et al (2024). Characteristics and Outcomes of Acute Appendicitis in Lautoka Aspen Hospital, Fiji: An Observational Retrospective Study (09/22–09/23).*World J Surg Surgical Res.* 2024; 7, 1525.
- Richmond, B. (2017). Appendix. Courtney M. Townsend Jr. JR, et al, *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*, (pp. 1296 - 1297). Philadelphia, PA Elsevier, Inc.
- Souza, Sandro Cilindro de., et al (2015). Vermiform appendix: positions and length-a study of 377 cases and literature review.*Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 35, pp. 212-216.
- Surabhi, A., et al (2023). Post-Operative Outcomes of Laparoscopic Appendectomy in Acute Complicated Appendicitis: A Single Center Study.*Cureus*, 15(5), pp. e38868.