

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

Phạm Thị Thu¹, Trần Thị Vân Anh¹
¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm ruột thừa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả thực hiện với 68 người bệnh viêm ruột thừa có biến chứng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Sử dụng phương pháp thu thập số liệu từ hồ sơ có sẵn kết hợp theo dõi trực tiếp. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng phổ biến là đau hố chậu phải và nửa bụng phải (82,3%). Tỷ lệ người bệnh có số lượng bạch cầu > 15X1000/mm³ là cao nhất nhất chiếm 51,5%, trong đó tỷ lệ người bệnh có bạch cầu đa nhân trung tính trên 80% chiếm 52,9%. Tỷ lệ người bệnh mổ nội soi chiếm 61,7%. Phần lớn gốc ruột thừa được buộc

hoặc khâu buộc 97%. Sau phẫu thuật, có 57,4% số người bệnh được đặt 02 dẫn lưu trong phẫu thuật. Thời gian liệt ruột trung bình sau mổ là 53 giờ. Phần lớn kết quả nuôi cấy dịch ổ bụng có vi khuẩn mọc 77,9%. Có 16,0% các trường hợp có nhiễm trùng lỗ Trocar hoặc nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận.** Kết quả điều trị VRT không gặp tai biến trong phẫu thuật. Tuy nhiên, vẫn còn tình trạng nhiễm trùng Trocar, nhiễm trùng vết mổ, áp xe, tắc ruột. Vì vậy nên thực hiện truyền thông những lợi ích của việc đi khám bệnh khi có dấu hiệu nghi ngờ VRT.

Từ khóa: Viêm ruột thừa, biến chứng, kết quả điều trị.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF COMPLICATED APPENDICITIS AND OUTCOME OF TREATMENT IN THE NAMDINH GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical, laboratory and treatment outcomes of appendicitis. **Method:** A descriptive study was conducted with 68 patients with complicated appendicitis at Nam Dinh Provincial General Hospital. Using the method of data collection from available records combined with direct monitoring. **Result:** The common functional symptom

was pain in the right iliac fossa and right half of the abdomen (82.3%). The percentage of patients with white blood cell count > 15X1000/mm³ was the highest, accounting for 51.5%, of which the proportion of patients with neutrophils over 80% accounted for 52.9%. The proportion of patients undergoing laparoscopic surgery accounted for 61.7%. Most of the appendix stump is tied or sutured 97%. After surgery, 57.4% of patients were placed 02 drainages in surgery. The mean time of ileus after surgery was 53 hours. Most of the results of peritoneal fluid culture had 77.9% bacteria. There are 16.0% of cases with Trocar hole infection or wound infection. **Conclusion:** VRT

Người chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu
Email: phamthithudd@gmail.com
Ngày phản biện: 27/5/2021
Ngày duyệt bài: 01/6/2021
Ngày xuất bản: 28/6/2021

treatment results have no complications during surgery. However, there was still Trocar infection, wound infection, abscess, intestinal obstruction. Therefore, it is advisable to communicate the benefits of medical examination when there are signs of suspicion of VRT.

Keywords: *Appendicitis, complications, treatment results.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp chiếm 60-70% các trường hợp cấp cứu về ổ bụng [1]. VRT có bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, những triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không đặc hiệu. Do vậy, việc chẩn đoán VRT vẫn là thách thức. Mặc dù đã có những hiểu biết nhất định và các phương tiện chẩn đoán VRT nhưng tỷ lệ VRT có biến chứng vẫn còn cao. Việc chẩn đoán muộn và không được điều trị kịp thời gây ra rất nhiều khó khăn trong việc phẫu thuật cũng như điều trị hậu phẫu cho những người bệnh VRT có biến chứng.

Trong nhiều năm trước đây, phẫu thuật mổ mở kinh điển cắt ruột thừa viêm vẫn được được lựa chọn. Sau những năm đầu thập niên 90 với sự bùng nổ phẫu thuật nội soi lan nhanh trên thế giới thì cắt ruột thừa viêm bằng nội soi cũng phát triển theo. Ban đầu, phẫu thuật nội soi với những trường hợp VRT có biến chứng còn có nhiều quan điểm chưa thống nhất, nhưng cùng với sự phát triển mạnh mẽ của dụng cụ phẫu thuật, sự tiến bộ của gây mê hồi sức, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa có biến chứng cho thấy hiệu quả không khác gì mổ mở truyền thống cộng thêm các ưu điểm mà phẫu thuật nội soi mang lại [3].

Tuy nhiên, với các trường hợp VRT 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 bầy, các quai ruột

trướng... Ở các khu vực kém và đang phát triển, trình độ dân trí chưa cao, khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người dân còn hạn chế, việc những người bệnh VRT được chẩn đoán muộn là chuyện không hiếm gặp. Hơn nữa, có rất nhiều người bệnh đến viện với tình trạng áp xe ruột thừa vỡ, nhiễm trùng nhiễm độc nặng hay bao gồm cả nhiễm khuẩn huyết. Thêm vào đó, đội ngũ phẫu thuật viên, gây mê hồi sức gặp không ít khó khăn khi điều trị những ca bệnh này. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về viêm ruột thừa ở các khía cạnh khác nhau, tuy nhiên nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh VTR có biến chứng vẫn còn chưa nhiều. Bên cạnh đó các nghiên cứu về vấn đề này thường chỉ sử dụng kết quả từ hồ sơ bệnh án, phương pháp này có nhiều điểm thuận tiện, tuy nhiên cũng có thể bị ảnh hưởng do thiếu thông tin. Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm ruột thừa có biến chứng và kết quả điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định*” với 02 mục tiêu: (i) mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng VRT có biến chứng; (ii) Mô tả kết quả điều trị VRT có biến chứng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán VRT có biến chứng phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định và hồ sơ bệnh án của những người bệnh này.

- Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

+ Người bệnh được chẩn đoán VRT có biến chứng, các người bệnh này có triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của VRT có biến chứng viêm phúc mạc (VFM) khu trú,

VFM toàn thể, Áp xe ruột thừa phẫu thuật kể cả mổ mở và nội soi ổ bụng. Các người bệnh này được chẩn đoán trong mổ, sau mổ đều là VFM do VRT.

+ Hồ sơ của người bệnh có đầy đủ các dữ liệu chẩn đoán trước mổ, cách thức phẫu thuật, kết quả theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được chẩn đoán sau mổ là VFM do nguyên nhân khác không phải ruột thừa, người bệnh có đám quánh ruột thừa.

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang định lượng

2.2.2. Cỡ mẫu

Tổng số đã có 68 người bệnh được chẩn đoán VRT có biến chứng phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định từ 01/01/2019 đến 30/06/2019 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ như đã nêu trên.

2.2.3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ nghiên cứu được xây dựng dựa trên tài liệu bệnh học về viêm ruột thừa và một số nghiên cứu trước có liên quan [1], [2]. Bộ công cụ gồm 04 phần:

+ Thông tin chung về người bệnh: thông tin về nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, ...); tiền sử, bệnh sử thăm khám lâm sàng; lý do vào viện, thời gian xuất hiện triệu chứng, thời gian phẫu thuật...

+ Thông tin về thăm khám lâm sàng: Triệu chứng toàn thân, triệu chứng cơ năng, dấu hiệu thực thể, thăm khám trực tràng.

+ Thông tin về cận lâm sàng: Công thức

máu, Xquang ổ bụng và lồng ngực, siêu âm ổ bụng...

+ Kết quả điều trị sau mổ: thời gian đau sau mổ, thời gian lưu thông tiêu hoá trở lại, thời gian để dẫn lưu, tình trạng vết mổ, chân dẫn lưu, các biến chứng sau phẫu thuật, kết quả cấy dịch ổ bụng...

- Phương pháp thu thập thông tin: Kết hợp sử dụng phương pháp phỏng vấn thông tin người bệnh, thăm khám lâm sàng và thông tin sẵn có từ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

+ Sử dụng các thông tin có sẵn trong hồ sơ bệnh án của người bệnh để ghi chép vào phiếu thu thập thông tin đã soạn sẵn.

+ Đánh giá kết quả sớm bằng khám quan sát người bệnh trực tiếp trước mổ và sau mổ, ghi đầy đủ thông tin dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình mổ, quá trình theo dõi sau mổ, mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.2.4. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập được làm sạch và nhập bằng phần mềm EpiData 3.1. Quá trình nhập liệu được nhập 2 lần riêng biệt bằng 2 người khác nhau, sau đó so sánh giữa 2 bản số liệu để tìm ra những sai sót và sửa chữa. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS trước khi đưa vào phân tích. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm và bảng để tóm tắt biến số theo mục tiêu nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong số 68 người bệnh VRT có 47% là nam và 53% là nữ. Phần lớn người bệnh VRT trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 33,8%, trong đó nam là 34,4% và nữ là 33%. Không có sự khác biệt giữa về tuổi giữa hai nhóm nam và nữ. Độ tuổi trung bình của người bệnh VRT là $45,1 \pm 3,4$, trong đó người bệnh cao tuổi nhất là 94, nhỏ tuổi nhất là 2.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh VRT (n=68)

Triệu chứng	SL	TL %	
Triệu chứng cơ năng			
Đau hố chậu phải và đau ½ bụng phải	56	82,3	
Đau khắp bụng	12	17,7	
Nôn+ buồn nôn	53	77,9	
Rối loạn tiêu hóa(táo, đại tiện lỏng)	21	30,9	
Rối loạn tiểu tiện(bí đái, đái buốt, rắt)	11	16,2	
Triệu chứng thực thể			
Bụng chướng	60	88,3	
Phản ứng thành bụng	68	100	
Co cứng thành bụng	5	7,4	
Cảm ứng phúc mạc	63	92,6	
Khối trong ổ bụng	22	32,4	
Triệu chứng toàn thân			
Môi khô - lưỡi bẩn	25	36,8	
Sốt	Không sốt	11	16,2
	37,1 ^o - 38,0 ^o C	35	54,5
	38,1 ^o – 39 ^o C	14	20,6
	>39 ^o C	8	8,7

Đặc điểm lâm sàng của người bệnh VRT: Triệu chứng cơ năng phổ biến là đau hố chậu phải và nửa bụng phải (82,3%), nôn (77,9%). Triệu chứng thực thể: dấu hiệu phổ biến là phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải (HCP) chiếm 100%, cảm ứng phúc mạc chiếm 92,6% và có 32,4% các trường hợp có khối vùng HCP. Triệu chứng toàn thân phần lớn là người bệnh có sốt, chủ yếu là sốt nhẹ và vừa, có 8,7% người bệnh sốt cao.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh VRT (n=68)

Đặc điểm cận lâm sàng	SL	TL %	
Số lượng bạch cầu			
< 4 x 1000/mm ³	2	2,9	
4 x 1000/mm ³ – 10 x 1000/mm ³	8	11,8	
10 x 1000/mm ³ – 15 x 1000/mm ³	23	33,8	
>15 x 1000/mm ³	35	51,5	
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính			
Dưới 70%	13	19,1	
70 – 80%	19	27,9	
> 80%	36	52,9	
Kết quả siêu âm ổ bụng			
Dịch ổ bụng	Có	32	47
	Không	36	53
Kích thước ruột thừa	To	26	38,2
	Bình thường	3	4,4
	Không thấy	39	57,4
	Áp xe ruột thừa	6	8,8

Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh VRT: Người bệnh VRT có số lượng bạch cầu cao nhất chiếm 51,5%, nhưng người có số lượng bạch cầu nhỏ hơn 4000m³ chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,9%. Người bệnh có bạch cầu đa nhân trung tính trên 80% chiếm 52,9% và số lượng bạch cầu dưới 70% chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,1%.

3.3. Kết quả điều trị viêm ruột thừa biến chứng

Bảng 3. Kết quả trong phẫu thuật cho người bệnh VRT

Điều trị VRT		SL	TL %
Cách thức mổ	Nội soi	42	61,7
	Mở mở	21	30,9
	Nội soi chuyển mở	5	7,4
Tình trạng ổ bụng	Dịch tiết	2	2,9
	Dịch đục	35	51,5
	Mủ	31	45,6
Vị trí ruột thừa	Giả mạc	56	82,4
	Hố chậu phải	45	66,2
	Sau manh tràng	15	22,0
	Tiểu khung	6	8,8
	Dưới gan	1	1,5
Tình trạng ruột thừa	Giữa ổ bụng	1	1,5
	Đầu	26	38,2
	Thân	24	35,3
	Sát gốc	15	22,1
Chẩn đoán trong phẫu thuật	Toàn bộ	3	4,4
	Viêm phúc mạc (VFM) khu trú	28	41,2
	VFM toàn thể	21	30,9
	Áp xe ruột thừa	19	27,9

Kết quả trong phẫu thuật VRT: Phần lớn người bệnh được mổ nội soi 61,7%, mổ mở ngay từ đầu 30,9%, ổ bụng đã có mủ và giả mạc. Vị trí ruột thừa ở hố chậu phải chiếm 66,2% và manh tràng chiếm 22%. Tỷ lệ chẩn đoán trong mổ là VFM khu trú 41,2%, có tới 30,9% là viêm phúc mạc toàn thể.

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật cho người bệnh VRT

Kết quả phẫu thuật		SL	TL %
Xử lý gốc ruột thừa	Buộc gốc	33	48,5
	Khâu gốc	33	48,5
	Khâu + vùi gốc	1	1,5
	Dẫn lưu manh tràng qua gốc RT	1	1,5
Xử lý ổ bụng	Lau rửa + dẫn lưu	68	100
	Số dẫn lưu 1	6	8,8
	Số dẫn lưu 2	39	57,4
	Số dẫn lưu 3	20	29,4
Thời gian mổ	Số dẫn lưu 4	3	4,4
	≤ 60 phút	25	36,8
	61 - 90 phút	39	57,3
	91 - 120 phút	3	4,4
	> 120 phút	1	1,5
So sánh thời gian mổ		Mổ nội soi (n = 42)	Mổ mở (n = 21)
Thời gian phẫu thuật trung bình		72,9± 16,4	74,3± 16,9

Kết quả phẫu thuật của người bệnh VRT: Phần lớn gốc ruột thừa được buộc hoặc khâu buộc 97%. Có 57,4% số người bệnh được đặt 02 dẫn lưu trong phẫu thuật, 29,4% được đặt 03 dẫn lưu, 100% các trường hợp được đặt dẫn lưu ổ bụng. Không có sự khác biệt giữa thời gian mổ của nhóm mổ nội soi cũng như mổ mở.

Bảng 5. Theo dõi và điều trị sau phẫu thuật

Theo dõi và điều trị sau phẫu thuật		SL	TL %
Thời gian liệt ruột sau phẫu thuật	≤ 24 giờ	2	2,9
	24 -48 giờ	35	51,5
	48 – 72 giờ	28	41,2
	> 72 giờ	3	4,4
Nuôi cấy dịch ổ bụng	Dương tính	53	77,9
	Âm tính	12	17,6
	Không làm	3	4,4
So sánh		Mỡ nội soi (n = 42)	Mỡ mỡ (n = 21)
Thời gian điều trị trung bình theo nhóm		8,8± 0,4	10± 0,4

Thời gian liệt ruột trung bình sau mổ là 53 giờ, ca có thời gian liệt ruột sau mổ sớm nhất là 24 giờ, muộn nhất là 96 giờ. Phần lớn kết quả nuôi cấy dịch ổ bụng có vi khuẩn mọc 77,9%. Có sự khác biệt của ngày điều trị sau mổ giữa nhóm mỡ nội soi và mỡ mỡ ($p=0,01$).

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	SL	TL %
Chảy máu trong ổ bụng	0	0
Chảy máu vết mổ, lỗ Trocar	0	0
Nhiễm trùng vết mổ, lỗ Trocar	11	16,0
Ổ đọng dịch, áp xe tồn dư	2	3,0
Tắc ruột sớm	1	1,5
Rò manh tràng	0	0

Có 16,0% các trường hợp có nhiễm trùng lỗ Trocar hoặc nhiễm trùng vết mổ đều được thay băng làm sạch vết mổ, có 2 trường hợp có áp xe tồn dư trong đó có 1 trường hợp phải mổ lại làm sạch ổ áp xe.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh

Trong số 68 người bệnh, nhóm tuổi > 65 chiếm tỷ lệ cao 33,8%, đặc biệt là những người bệnh lớn tuổi có các bệnh lý kèm theo như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh lý về hô hấp kèm theo... gây khó khăn trở ngại trong gây mê phẫu thuật cũng như điều trị sau mổ. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Trần Hồng Dũng [2]

Người bệnh có triệu chứng đau HCP nhiều hơn, ngoài ra triệu chứng buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa cũng hay gặp. Triệu chứng toàn thân biểu hiện với mức độ khác nhau của hội chứng nhiễm trùng, thường người bệnh có biểu hiện sốt nhẹ 37,1 -38,9°C chiếm 63,2%, nhưng vẫn có những người bệnh không sốt 16,2%. Phần lớn người bệnh đến muộn có biểu hiện chướng bụng và khi khám có 88,3% người bệnh có bụng trướng, 100% có phản ứng thành bụng rõ ràng, cảm ứng phúc mạc 92,6%, đặc biệt có 32,4% khám thấy có khối trong ổ bụng ở HCP, đây là triệu chứng lâm sàng của áp xe ruột thừa, ruột thừa viêm được các quai ruột, mạc nối lớn đến bao bọc lại, khối lờn càng cứng chắc thì trong phẫu thuật càng khó khăn. Nếu là mạc nối, tổ chức bầy thì nên cắt ruột thừa và cả phần mạc nối lớn bọc quanh. Đặc điểm lâm sàng này phù hợp với nghiên cứu của Phùng Đức Toàn [3] và các tác giả khác [4], [5].

Sự tăng của số lượng bạch cầu và tỷ lệ của bạch cầu đa nhân trung tính với 85,3% có BC > 10 x 1000/mm³, tỷ lệ bạch cầu đa

nhân trung tính > 70% là 80,9%. Tuy nhiên có 2,9% số trường hợp bạch cầu không tăng lại là trường hợp VFM toàn thể khi mổ ra ổ bụng ngập mủ có thể là người bệnh nhiễm trùng nhiễm độc quá nặng, sự tăng bạch cầu để chống nhiễm trùng không đáp ứng nổi. Như vậy công thức bạch cầu vẫn phản ánh khá chính xác tình trạng nhiễm trùng trong ổ bụng của những trường hợp VFMR.

4.2. Kết quả điều trị

Tỷ lệ người bệnh phẫu thuật nội soi là 61,7%, mổ mở 30,7%, nội soi chuyển mổ mở là 7,4%. Như vậy mặc dù viêm ruột thừa có biến chứng viêm phúc mạc tỷ lệ mổ nội soi vẫn khá cao. Phẫu thuật nội soi có những ưu điểm là một phẫu thuật ít xâm lấn, vết mổ thành bụng nhỏ, ít đau sau phẫu thuật, phục hồi nhanh hơn, thẩm mỹ tốt. Do đó phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm ruột thừa đã thành thường quy cho cả trẻ em và người lớn, ban đầu với VRT có biến chứng thủng gây VFM việc áp dụng phẫu thuật nội soi còn chưa được thống nhất, tuy nhiên qua nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả và tính an toàn cao [3], [4].

Tình trạng ổ bụng có ảnh hưởng rất lớn đến thời gian phẫu thuật và quá trình điều trị hậu phẫu, nguyên nhân chủ yếu của quyết định chuyển từ phẫu thuật nội soi sang mổ mở. Tình trạng ổ bụng bẩn, các quai ruột có phản ứng viêm, dính việc phẫu tích cắt ruột thừa cũng như làm sạch ổ bụng gặp rất nhiều khó khăn, việc gỡ dính các quai ruột dính với nhau trong mổ rất quan trọng, nó làm tránh việc tắc ruột sớm sau mổ do quai ruột gập góc, ứ dịch sau mổ. Trong nghiên cứu này có 97,1 % các trường hợp có dịch đục hoặc mủ, chỉ có 2,9% trường hợp có dịch tiết đây là trường hợp VFM

khu trú tạo thành ổ áp xe ruột thừa chưa vỡ, chỉ có dịch tiết trong ổ bụng, ổ áp xe được quây bọc lại.

Vị trí ruột thừa là một trong những nguyên nhân gây khó khăn trong việc chẩn đoán: vị trí hay gặp nhất là hố chậu phải 66,2%, sau manh tràng 22%, kết quả này tương tự các nghiên cứu trong, ngoài nước về vị trí ruột thừa. Vị trí hoại tử của ruột thừa: tỷ lệ hoại tử của ruột thừa ở đầu cao nhất 38,2%, ở thân 35,3% kết quả này phù hợp với những nghiên cứu về mô học của ruột thừa, phần đầu tổ chức mỏng manh nhất dễ thủng, hoại tử nhất. Việc chẩn đoán trong mổ dựa vào tình trạng ổ bụng mà đưa ra các mức như VFM khu trú dịch mủ chỉ khu trú quanh ruột thừa viêm đã hoại tử, hay áp xe ruột thừa mủ được mạc nối lớn, các quai ruột bọc lại cùng với ruột thừa, đặc biệt VFM toàn thể khi mủ lan tràn khắp ổ bụng gây nên tình trạng viêm nhiễm rất nặng tỷ lệ này là 30,9%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 75 phút cao hơn so với nghiên cứu của Mohammad SM 2006 (62 phút) [6], Phùng Đức Toàn 2010 (74 phút) [3] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Rambha Rai 2007 (106 phút) [7] và Thambidorai CR 2008 (112 phút) [8]. Như vậy thời gian phẫu thuật của chúng tôi là trung bình so với các nghiên cứu trên. Thời gian trung bình của mổ nội soi và mổ mở không có sự khác biệt với $p=0,769$. Thời gian liệt ruột sau mổ được tính từ lúc bắt đầu mổ xong đến khi người bệnh có trung tiện trở lại, thời gian liệt ruột trung bình là 53 giờ, kết quả này tương tự của Phùng Đức Toàn là 56 giờ [3].

Ngày điều trị sau mổ tính từ lúc bắt đầu kết thúc cuộc mổ đến khi người bệnh được xuất viện: thời gian trung bình điều trị sau mổ là $9,4 \pm 0,3$ ngày, con số này cao hơn với ngày điều trị sau mổ của VRT cấp trung

bình là 5 ngày, có nhiều nguyên nhân: do người bệnh hồi phục chậm, dẫn lưu được rút chậm và cũng một phần do những biến chứng sau mổ như nhiễm trùng vết mổ phải ở lại viện chăm thay băng. Có sự khác biệt giữa ngày điều trị của nhóm mổ mở và nhóm mổ nội soi $p=0,01$. Với việc mổ nội soi người bệnh sớm trở lại sinh hoạt bình thường, đau vết mổ ít hơn, giúp rút ngắn thời gian điều trị hậu phẫu.

Biến chứng hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ hay lỗ Trocar chiếm 16,0%, đây là biến chứng hay gặp do tình trạng ổ bụng bẩn, để khắc phục tình trạng này trong mổ mở cần che chắn vết mổ thật tốt, khi đóng bụng cũng phải đúng quy cách. Đáng lưu ý ở đây là 02 trường hợp có áp xe tồn dư, trong đó có 1 trường hợp phải mổ lại sau 1 tháng. Còn các biến chứng khác chỉ cần điều trị nội khoa. Như vậy phẫu thuật nội soi khá tốt trong điều trị VFMRT, với kháng sinh, lau rửa ổ bụng và dẫn lưu. Nuôi cấy dịch ổ bụng có 65 trường hợp chiếm 81,5%, tỷ lệ này khá thấp thường tỷ lệ vi khuẩn mọc sấp xỉ 100%, có thể trong quy trình nuôi cấy việc bảo quản dịch ổ bụng trước khi nuôi cấy vi khuẩn chưa được chú ý.

5. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, đối tượng trong nghiên cứu vẫn còn xuất hiện các triệu chứng chiếm tỷ lệ cao như: đau bụng (82,3%), bụng trướng do liệt ruột cơ năng (88,3%) hay các phản ứng thành bụng (100%). Ngoài ra, tình trạng bạch cầu tăng cao chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Về kết quả điều trị, đa số người bệnh được chỉ định mổ nội soi (61,7%); thời gian liệt ruột sau phẫu thuật từ 24-48 giờ chiếm 51,5%; không gặp các tai biến trong phẫu thuật, tuy nhiên vẫn còn tình trạng nhiễm trùng Trocar, nhiễm trùng vết mổ, áp xe, tắc ruột. Thời gian mổ trung bình 75

phút. Thời gian liệt ruột sau mổ là 53 giờ= 2,2 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội (2002), *Bệnh học ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trần Hồng Dũng (2016), *Đánh giá kết quả phẫu thuật viêm ruột thừa tại Bệnh viện đa khoa Gia Rai*. Đề tài cấp Viện.
3. Phùng Đức Toàn (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Aaron M, Merhoff G. et al. (2000), *Laparoscopic versus open Appendectomy*, Am.J. Surg, 7(9), pp.375-381.
5. Arnold P, Friedrich Gotz. et al. (1993), *Laparoscopic appendectomy*, World.J.Surg, 17(1), pp. 123-125.
6. Mohammad SM et al. (2006), *Randomizeid controlled trial comparing laparoscopic and open appendicectomy*, B. J. Surg, 50, pp. 1-600.
7. Rambha Rai, Chan-Hon Chui, Sai Prasad TR. (2007), *Perforated Appendicitis in Children: Benefits of Early Laparoscopic Surgery*, Am. Surg, 3(6), pp. 277-80.
8. Thambidorai CR, Aman Fuad Y. *Laparoscopic appendicectomy for complicated appendicitis in children*. Singapore Med J. 2008 Dec;49(12):994-7.