

**HIỆU QUẢ CHO ĂN SỚM SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI
VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA Ở TRẺ EM
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ**

*Bùi Khắc Qui¹, Nguyễn Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Ngọc Hon¹,
Đào Thị Thu Sang¹, Huỳnh Út Thịnh¹, Võ Ngọc Lan², Võ Quang Huy^{1*}*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

*Email: vqhuy@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/02/2025

Ngày phản biện: 28/3/2025

Ngày duyệt đăng: 25/4/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở trẻ em, viêm phúc mạc do viêm ruột thừa là bệnh lý cấp tính thường gặp. Cho ăn sớm sau phẫu thuật là một trong những phương pháp góp phần giúp bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ. Nhưng hiện nay, hiệu quả của phương pháp cho ăn sớm sau phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em chưa được đánh giá cụ thể. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em bị viêm phúc mạc do viêm ruột thừa điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, (2) Đánh giá hiệu quả cho ăn sớm sau phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng với 83 bệnh nhân có độ tuổi ≤ 15 tuổi được phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa và được cho ăn/uống sớm trong vòng 24 giờ sau mổ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $9,4 \pm 2,9$ tuổi, vị trí khởi phát đau bụng chủ yếu quanh rốn 34 trường hợp (41%); buồn nôn/nôn 66 trường hợp (79,5%); ấn đau hố chậu phải 83 trường hợp (100%); thời gian phẫu thuật trung bình 75 ± 27 phút. Số lượng bạch cầu trung bình là 16.765 ± 4.841 tế bào/mm³. Siêu âm bụng quan sát thấy hình ảnh ruột thừa 77 trường hợp (92,8%). Sau mổ bệnh nhân có nôn là 16 trường hợp (19,3%). Thời gian bắt đầu cho ăn/uống sau mổ là $14,8 \pm 4,73$ giờ. Có biến chứng sau mổ là 4 trường hợp (4,8%, $p=0,02$), thời gian trung tiện trung bình là $21,8 \pm 15,75$ giờ, $p < 0,001$. Thời gian nằm viện trung bình là $8,3 \pm 2,24$ ngày, $p > 0,05$. **Kết luận:** Cho ăn sớm sau phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa là an toàn, rút ngắn thời gian phục hồi nhu động ruột, giảm tỷ lệ biến chứng. Tuy nhiên, thời gian nằm viện chưa có sự khác biệt so với cho ăn theo truyền thống.

Từ khóa: Cho ăn sớm, phẫu thuật nội soi, viêm phúc mạc ruột thừa.

ABSTRACT

**EFFECTIVENESS OF EARLY FEEDING
AFTER LAPAROSCOPIC APPENDICULAR PERITONITIS SURGERY
IN CHILDREN AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL**

*Bui Khắc Qui¹, Nguyen Thu Hien¹, Nguyen Thi Ngoc Hon¹,
Dao Thi Thu Sang¹, Huynh Ut Thinh¹, Vo Ngoc Lan², Vo Quang Huy^{1*}*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Children's Hospital

Background: In children, appendicitis peritonitis is a common acute disease. Early feeding after surgery is one of the methods that helps patients recover early after surgery. But currently, the effectiveness of early feeding methods after laparoscopic appendicitis peritonitis in children has not been specifically evaluated. **Objectives:** (1) To describe the clinical and subclinical characteristics of children with peritonitis due to appendicitis treated at Can Tho Children's Hospital. (2) To

evaluate the effectiveness of early feeding after laparoscopic surgery for appendiceal peritonitis in children at Can Tho Children's Hospital. **Materials and methods:** This is a non-controlled clinical intervention study involving 83 patients aged ≤ 15 years who underwent laparoscopic surgery for appendiceal peritonitis and were given early feeding/drinking within 24 hours post-surgery. **Results:** The mean age was 9.4 ± 2.9 years. Initial abdominal pain was mainly around the navel in 34 cases (41%). Nausea/vomiting occurred in 66 cases (79.5%). Right iliac fossa tenderness was present in all 83 cases (100%). The mean surgery duration was 75 ± 27 minutes. The average white blood cell count was 16.765 ± 4.841 cells/mm³. Abdominal ultrasound observed the appendix in 77 cases (92.8%). Postoperative vomiting occurred in 16 cases (19.3%). The mean time to start feeding after surgery is 14.8 ± 4.73 hours. Complications after surgery were noted in 4 cases (4.8%, $p=0.02$). The mean time for bowel movement recovery was 21.8 ± 15.75 hours, $p < 0.001$. The mean hospital stay was 8.3 ± 2.24 days, $p > 0.05$. **Conclusions:** Early feeding after laparoscopic surgery for appendiceal peritonitis is safe, shortens the time for bowel movement recovery and reduces the rate of complications. However, the length of hospital stay is not different from traditional feeding.

Keywords: Early feeding, laparoscopic surgery, appendicular peritonitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho ăn sớm sau phẫu thuật đã được áp dụng ở nhiều nơi trên thế giới và cho thấy được sự an toàn, hiệu quả hồi phục sau mổ của bệnh nhân như rút ngắn thời gian có nhu động ruột, giảm tỷ lệ biến chứng, giảm thời gian nằm viện,... [1]. Ở trẻ em, viêm phúc mạc do viêm ruột thừa là nguyên nhân phổ biến nhất và tỷ lệ cao hơn nhiều so với người lớn [2]. Mong muốn hồi phục sau mổ sớm ở những bệnh nhân viêm phúc mạc do viêm ruột thừa, giảm được tỷ lệ biến chứng. Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu: 1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em bị viêm phúc mạc do viêm ruột thừa điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. 2) Đánh giá hiệu quả cho ăn sớm sau phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Trẻ em ≤ 15 tuổi được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật nội soi là viêm phúc mạc do viêm ruột thừa và có khả năng ăn uống bằng đường miệng hoặc ống thông sau mổ.

+ Gia đình và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Chẩn đoán sau mổ có kèm theo các bệnh lý khác như viêm túi thừa Meckel, viêm túi thừa manh tràng, u manh tràng, lồng ruột, xoắn mạc nối lớn,...

+ Trẻ được nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch sau phẫu thuật.

+ Trẻ mắc các bệnh lý nội khoa nặng kèm theo: suy tim, suy thận, suy dinh dưỡng nặng,...

+ Gia đình và bệnh nhân không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- Cỡ mẫu:

Được tính theo công thức: $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$, với $\alpha=0,05$, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1,96$, $d=0,05$, $p=0,9445$ (là tỷ lệ trẻ bị viêm phúc mạc ruột thừa trong số viêm ruột thừa có biến chứng theo nghiên cứu của Trần Quảng Đại và Trương Nguyễn Uy Linh (2016) [3]). Như vậy, cỡ mẫu cần tối thiểu là 81. Thực tế nhóm nghiên cứu thu thập được 83 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, điều trị trước khi nhập viện.

+ Ghi nhận đặc điểm lâm sàng trước, trong và sau phẫu thuật. Đặc điểm cận lâm sàng (số lượng bạch cầu, tỷ lệ neutrophil, siêu âm ổ bụng).

+ Cho ăn sớm sau mổ: trong vòng 12-24 giờ sau mổ, bắt đầu cho bệnh nhân uống nước đường khoảng 20–100mL, uống từ từ nhiều cỡ nhỏ. Nếu dung nạp tốt (không đau bụng, nôn/buồn nôn, sinh hiệu ổn), thì bệnh nhân được uống sữa hoặc cháo trắng loãng tùy theo khả năng dung nạp của bệnh nhân và những ngày sau tăng dần mức độ thức ăn từ mềm sang đặc dựa vào đánh giá của bác sĩ lâm sàng. Đánh giá hiệu quả thông qua thời gian bắt đầu có trung tiện, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ và theo dõi sau xuất viện 7 và 30 ngày.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 27.0.

- **Địa điểm, thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số: 23.106.SV/HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $9,4 \pm 2,9$ tuổi.

Giới tính: nam có 53 trường hợp (63,9%), giới tính nữ có 30 trường hợp (36,1%).

Điều trị trước khi nhập viện: số bệnh nhân được điều trị trước khi nhập viện (kháng sinh, giảm đau-hạ sốt, không rõ loại) là 64 trường hợp (77,1%), còn lại không điều trị trước khi nhập viện là 19 trường hợp (22,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (n=83)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí khởi phát đau bụng	Thượng vị	21	25,3	
	Quanh rốn	34	41	
	Hố chậu phải	22	26,5	
	Hạ vị	5	6	
	Không rõ	1	1,2	
Rối loạn tiêu hóa	Chán ăn	Có	48	57,8
		Không	35	42,2
	Buồn nôn/nôn	Có	66	79,5
		Không	17	20,5
	Tiêu lỏng	Có	21	25,3
		Không	62	74,7
Triệu chứng thực thể	Bụng trướng	Có	7	8,4
		Không	76	91,6
	Ăn đau hố chậu phải	Có	83	100
		Không	0	0
	Đề kháng thành bụng	Có	65	78,3
		Không	18	21,7
	Cảm ứng phúc mạc khắp bụng	Có	6	7,2
		Không	77	92,8

Nhận xét: Vị trí khởi phát đau bụng ở quanh rốn chiếm tỷ lệ cao nhất với 34 trường hợp (41%), thấp nhất là không rõ vị trí khởi phát đau có 1 trường hợp (1,2%). Triệu chứng rối loạn tiêu hóa thường gặp là chán ăn (48 trường hợp, chiếm 57,8%) và buồn nôn (66 trường hợp, chiếm 79,5%). Triệu chứng thực thể đa số là ấn đau hố chậu phải với 83 trường hợp (100%) và đề kháng thành bụng 65 trường hợp (78,3%).

Đặc điểm lâm sàng trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là 75±27 phút. Lượng dịch rửa ổ bụng trung bình là 1.656±864mL. Có dẫn lưu ổ bụng với 22 trường hợp (26,5%), không có dẫn lưu ổ bụng là 61 trường hợp (73,5%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật (n=83)

Đặc điểm		n (%)
Nôn sau mổ	Không	67 (80,7%)
	Có	16 (19,3%)
Hít sặc		0 (0%)
Trung tiện sau mổ (giờ)		Trung bình±độ lệch chuẩn: 21,8±15,75
Đại tiện sau mổ (giờ)		Trung bình±độ lệch chuẩn: 55,5±36,6
Biến chứng hậu phẫu	Không	79 (95,2%)
	Nhiễm trùng vết mổ	0 (0%)
	Áp xe tồn lưu	3 (3,6%)
	Dính ruột	1 (1,2%)
	Tử vong	0 (0%)
Thời gian nằm viện (ngày)		Trung bình±độ lệch chuẩn: 8,3±2,24
Tái khám sau mổ ngày 7	Tái nhập viện	4 (4,8%)
	Không ghi nhận bất thường	79 (95,2%)
Đặc điểm		n (%)
Tái khám sau mổ ngày 30	Tái nhập viện	0 (0%)
	Không ghi nhận bất thường	83 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ nôn sau mổ là 16 trường hợp (19,3%). Không có tình trạng hít sặc khi cho ăn sớm. Có 3 trường hợp áp xe tồn lưu sau mổ (3,6%). Tái khám sau mổ 7 ngày ghi nhận tái nhập viện là 4 trường hợp (4,8%). Tái khám sau mổ 30 ngày không ghi nhận bất thường.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n=83)

Đặc điểm		n (%)	
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi			
Bạch cầu (tế bào/mm ³)		Trung bình±độ lệch chuẩn	16.765±4.841
Neutrophil (%)		Trung bình±độ lệch chuẩn	82,6±6,86
Siêu âm bụng			
Quan sát được hình ảnh ruột thừa	Có	77 (92,8%)	
	Không	6 (7,2%)	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung bình là 16.765±4.841 tế bào/mm³, tỷ lệ Neutrophil trung bình là 82,6±6,86%. Tỷ lệ quan sát được hình ảnh ruột thừa qua siêu âm bụng là 77 trường hợp (92,8%), còn lại 6 trường hợp không phát hiện được hình ảnh ruột thừa qua siêu âm bụng chiếm 7,2%.

3.3. Đặc điểm cho ăn sớm sau mổ

Bảng 4. Đặc điểm cho ăn sớm sau mổ (n=83)

Đặc điểm		n (%)
Thời gian bắt đầu cho ăn/uống sau mổ (giờ)		Trung bình±độ lệch chuẩn 14,8±4,73
Phương pháp cho ăn	Đường miệng	83 (100)
	Thông dạ dày	0 (0)
Loại thức ăn của bữa ăn đầu tiên	Lỏng	83 (100)
	Mềm	0 (0)
	Đặc	0 (0)

Nhận xét: Thời gian bắt đầu cho ăn/uống sau mổ trung bình là 14,7±4,73 giờ. Phương pháp cho ăn và loại thức ăn của bữa ăn đầu tiên, toàn bộ đều được cho ăn qua đường miệng và là thức ăn lỏng với 83 trường hợp (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình 9,4±2,9 tuổi có sự tương đồng với nghiên cứu của Trần Việt Hoàng (2023) với độ tuổi trung bình là 9,01±3,77 tuổi [7]. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị trước khi nhập viện là 77,1%, cao hơn so với tỷ lệ được điều trị trước khi nhập viện của Lâm Quốc Thắng (2018) là 26,9% [6].

Vị trí khởi phát đau bụng ở quanh rốn chiếm tỷ lệ cao nhất 41%, khác với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tánh (2024) có tỷ lệ vị trí khởi phát đau bụng vùng hố chậu phải thường gặp nhất chiếm 40,1% [8]. Sự khác biệt về vị trí khởi phát đau bụng giữa các nghiên cứu có thể do thay đổi vị trí ruột thừa hoặc ở trẻ nhỏ triệu chứng không điển hình làm trẻ không thể mô tả chính xác vị trí đau. Triệu chứng rối loạn tiêu hóa thường gặp là buồn nôn (79,5%), chán ăn (57,8%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tánh buồn nôn hoặc nôn (73,9%), chán ăn (37,8%) [8], khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Triệu chứng thực thể luôn gặp là ấn đau hố chậu phải, kể đến là đề kháng thành bụng chiếm 78,3%, tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tánh về triệu chứng ấn đau hố chậu phải (97,7%) và đề kháng thành bụng (83%) [8].

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi trung bình là 75±27 phút. So với thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Mai Thị Diễm My (2018) là 90,2±21,8 phút cho thấy có sự rút ngắn đáng kể thời gian phẫu thuật [5]. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Trần Việt Hoàng (2023) có thời gian phẫu thuật trung bình là 73,5 phút thì sự khác biệt không đáng kể [7].

Số lượng bạch cầu trung bình trong nghiên cứu là 16.765±4.841 tế bào/mm³. Nghiên cứu của Trần Việt Hoàng (2023) tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bạch cầu trung bình là 16.592±4.860 tế bào/mm³ [7]. Chúng tôi ghi nhận 77/83 trường hợp (92,8%) quan sát được hình ảnh ruột thừa trên siêu âm bụng, thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Đức Hạ (2022) là tất cả trường hợp đều phát hiện hình ảnh viêm ruột thừa, đạt tỷ lệ 100% [9]. Sự chênh lệch này có thể do sự khác nhau trong lựa chọn đối tượng nghiên cứu, giữa người thực hiện siêu âm và thiết bị siêu âm tại bệnh viện.

4.2. Cho ăn sớm sau mổ và đánh giá hiệu quả

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bắt đầu cho ăn uống trở lại trung bình là 14,7±4,67 giờ sớm hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh (2023) có thời gian khởi động nuôi dưỡng qua đường miệng trung bình là

65,0±20,3 giờ [4], nghiên cứu của Trần Quảng Đại (2016) có thời gian cho ăn đường miệng trung bình là 1,91±0,7 ngày [3], không ghi nhận trường hợp nào có hít sặc hay tử vong, tỷ lệ tái khám sau mổ 30 ngày không có trường hợp nào ghi nhận bất thường. Từ đó thấy được cho ăn sớm sau mổ là an toàn, khả thi.

Tỷ lệ biến chứng ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,8% thấp hơn khi so với nghiên cứu của Trần Việt Hoàng (2023) là 13,6% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tình trạng nhiễm trùng vết mổ, trong khi ở một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Việt Hoàng (2023) tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 6,5% trong 13,6% biến chứng xảy ra [7], hay nghiên cứu của Mai Thị Diễm My (2018) là 4,3% trong 7,6% biến chứng xảy ra [5].

Cho ăn sớm giúp phục hồi sớm nhu động ruột (biểu hiện bằng trung tiện) đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu liên quan như nghiên cứu của Selda Rızalar và Ayfer Özbaş (2018) [1], hay nghiên cứu của Trần Phước Hồng (2019) [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện lần đầu tiên là 21,8±15,75 giờ, ngắn hơn so với cho ăn theo kiểu truyền thống theo nghiên cứu của Mai Thị Diễm My (2018) là 29,37±17,82 giờ có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$) [5].

Đối với thời gian nằm viện, nhiều nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng cho ăn sớm sau mổ giúp rút ngắn thời gian nằm viện [11]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 8,3±2,24 ngày, không có sự khác biệt khi so sánh với thời gian nằm viện trong nghiên cứu của Lâm Quốc Thắng (2018) là 7,79±1,95 ngày ($p=0,051$) [6], nguyên nhân dẫn đến điều này có thể là do phác đồ chăm sóc của bệnh viện bao gồm kháng sinh sau mổ, đánh giá khác nhau giữa các bác sĩ điều trị để có thể cho bệnh nhân xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Cho ăn sớm sau phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em là an toàn, có hiệu quả trong rút ngắn thời gian xuất viện trung tiện của bệnh nhân, giảm tỷ lệ biến chứng. Tuy nhiên, chưa có sự khác biệt trong việc giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân so với cho ăn theo kiểu truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rızalar S., Özbaş A. Effect of Early Postoperative Feeding on the Recovery of Children Post Appendectomy. *Gastroenterology Nursing*. 2018. 41(2), 131-140, doi:10.1097/SGA.0000000000000279.
2. Snyder K.B., Hunter C.J., Buonpane C.L. Perforated Appendicitis in Children: Management, Microbiology, and Antibiotic Stewardship. *Paediatric Drugs*. 2024. 26(3), 277-286, doi:10.1007/s40272-024-00630-0.
3. Trần Quảng Đại, Trương Nguyễn Uy Linh. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2016. 20(1), 180-184.
4. Nguyễn Thị Kim Anh, Lư Thị Mỹ Thục, Trương Thị Phương. Thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhi sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nhi khoa*. 2023. 16(3), 38-44, doi:10.52724/tcnk.v16i3.212.
5. Mai Thị Diễm My, Trần Văn Dể. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2017-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018. 29-45.
6. Lâm Quốc Thắng, Phạm Văn Năng. Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2018. (15), 125-132.
7. Tran H.V., Quang H.V., Long D.T., The H.C., Dang C.P., et al. Laparoscopic treatment of appendiceal peritonitis without drainage in children-A prospective randomized clinical trial. *Journal of Pediatric Surgery Open*. 2023. 3, 100046, doi:10.1016/j.jpso.2023.100046.

8. Nguyễn Hữu Tánh, Nguyễn Hải Tâm, Nguyễn Tuấn Nhật, Nguyễn Nhất Kỳ Quan, Danh Nhó, và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị thang điểm Alvarado trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. (73), 38-44, doi:10.58490/ctump.2024i73.2466.
 9. Hoàng Đức Hạ, Cao Thanh Đỗ. Nhận xét giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng, năm 2018-2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 510(1), 165-169, doi:10.51298/vmj.v510i1.1923.
 10. Trần Phước Hồng, Nguyễn Thanh Long, Lê Thúy Oanh, Nguyễn Tiến Trung. Nghiên cứu kết quả cho ăn sớm sau mổ trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. *Hội Nghị Khoa Học Công Nghệ*. 2019, 80-87.
 11. Huỳnh Giới, Hồ Văn Quang. Đánh giá hiệu quả của hồi phục tăng cường trong phẫu thuật điều trị viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 543(3), doi:10.51298/vmj.v543i3.11562.
-