

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM CỦA
PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA TẠI
BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ 2021 – 2022**

Trần Như Ý, Huỳnh Cẩm Đào, Triệu Kim Ngân, Trần Cát Minh,
Trần Hoàng Diệu, Trịnh Đình Thi, Võ Thị Hậu, Mai Văn Đợi*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Email: trannhuy1204@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/5/2023

Ngày phản biện: 19/6/2023

Ngày duyệt đăng: 07/7/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa là bệnh lý thường gặp nhất trong cấp cứu bụng ngoại khoa với phương pháp điều trị chính là phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả 78 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $44,5 \pm 15,14$, tỉ lệ nữ/nam 1,36/1. Bệnh nhân vào viện vì đau hố chậu phải chiếm 82,1%, 94,9% ấn đau điểm McBurney. Số lượng bạch cầu tăng chiếm 82,1%, Neutrophil > 75% chiếm 56,4%, khẩu kính ruột thừa trên siêu âm > 6mm chiếm 82,1%. Chẩn đoán trước mổ: Viêm ruột thừa cấp 88,5%, viêm phúc mạc ruột thừa 7,7%, áp xe ruột thừa 3,8%. Tai biến trong mổ có 2 trường hợp (2,6%): 1 thủng hồi tràng (xử trí: khâu lỗ thủng hồi tràng) và 1 thủng manh tràng (xử trí: cắt manh tràng và nối hồi tràng với đại tràng lên). Thời gian phẫu thuật trung bình $74,81 \pm 44,36$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $4,14 \pm 1,58$ ngày. 2,6% bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh, tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Viêm ruột thừa, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, bệnh viện.

ABSTRACT

**CLINICAL, PARACLINICAL FINDINGS AND THE EARLY OUTCOMES
OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY FOR APPENDICITIS IN
CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL
2021 – 2022**

Tran Nhu Y, Huynh Cam Dao, Trieu Kim Ngan, Tran Cat Minh,
Tran Hoang Dieu, Trinh Dinh Thi, Vo Thi Hau, Mai Van Doi
Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

Background: Appendicitis is the most common disease in surgical abdominal emergencies and laparoscopic appendectomy is the main method to treat appendicitis. **Objectives:** To investigate the clinical, paraclinical findings and evaluate the early outcomes of laparoscopic appendectomy for appendicitis in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** This was a descriptive research including all patients who underwent laparoscopic appendectomy from June 2021 to December 2022 in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** A total of 78 patients underwent laparoscopic appendectomy, the median age was 44.5 ± 15.14 years and the ratio of female/male was 1.36/1. Patients admitted to the hospital because of abdominal pain in the right iliac fossa were 82.1% and McBurney's point pain was 94.9%. The increased white blood cell count accounted for 82.1%, of which the Neutrophil > 75% accounted for 56.4%. Patients with appendicitis on abdominal ultrasound is 82.1%. Preoperative diagnosis:

acute appendicitis accounted was 88.5%, appendicitis peritonitis was 7.7%, appendiceal abscess was 3.8%. The intraoperative complications were recorded in 2 cases (2.6%): ileal and cecal perforation. Mean operative time was 74.81 ± 44.36 minutes. Mean duration of hospital stay was 4.14 ± 1.58 days. There were 2 cases of surgical site infection (2.6%). **Conclusions:** Laparoscopic appendectomy is a safe and effective procedure that helps patients recover quickly, has a low complication rate and short duration of hospitalization.

Keywords: Appendicitis, laparoscopic appendectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là bệnh lý thường gặp nhất trong cấp cứu bụng ngoại khoa, biểu hiện triệu chứng lâm sàng khá đa dạng. Chẩn đoán VRT dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Đặc biệt, chụp CT scans bụng có cản quang giúp giảm thiểu chẩn đoán sai chỉ còn dưới 5% [9]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phương pháp điều trị chính được các phẫu thuật viên lựa chọn. Đây là phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh, tỉ lệ biến chứng thấp, tính thẩm mỹ cao, thời gian nằm viện ngắn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị VRT tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán VRT và được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán trước và sau mổ là VRT cấp, được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. ASA: từ I đến III. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi, đang trong thai kỳ hoặc cho con bú, viêm phúc mạc có huyết động học không ổn định. Bệnh tim phổi nặng chống chỉ định gây mê nội khí quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu tiến cứu:** Mô tả thực hiện ở 78 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa từ tháng 6/2021 đến 12/2022 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- Kỹ thuật:

Chuẩn bị trước mổ: Làm các xét nghiệm tiền phẫu. Cho bệnh nhân nhịn ăn, đi tiêu trước khi vào phòng mổ. Da bụng được chuẩn bị thường quy với dung dịch sát khuẩn povidine.

Chuẩn bị bệnh nhân: Vô cảm: Gây mê nội khí quản. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa.

Các bước phẫu thuật:

+ Vị trí đặt trocar: Trocar số 1:10 mm đặt ở vị trí dưới rốn. Trocar số 2:5 mm đặt ở hố chậu phải hoặc hố chậu trái. Trocar số 3:10 mm đặt ở hạ vị trên xương mu.

+ Thăm dò ổ bụng: Tư thế đầu thấp, nghiêng trái, tìm và quan sát ruột thừa để xác định chẩn đoán, sau đó kiểm tra các tổn thương kết hợp.

+ Bộc lộ ruột thừa, xử trí mạc treo và cột gốc ruột thừa bằng nơ Roeder, cắt ruột thừa cách gốc 3-5mm. Lấy ruột thừa ra ngoài, đặt dẫn lưu nếu có viêm phúc mạc hay áp xe ruột thừa. Đóng các lỗ trocar.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, lý do vào viện.

Lâm sàng: Sốt, đau bụng, chán ăn, buồn nôn, nôn, điểm McBurney, phản ứng dội, đề kháng thành bụng, cảm ứng phúc mạc. Cận lâm sàng: bạch cầu, neutrophil, siêu âm, chụp CT scans.

Điều trị: Đánh giá lúc mổ: chẩn đoán đại thể tổn thương ruột thừa, tai biến trong lúc mổ, chuyển đổi phẫu thuật, thời gian mổ, đặt dẫn lưu. Kết quả sau phẫu thuật: đau sau mổ (thang điểm VAS), thời gian phục hồi nhu động ruột, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ (nhiễm trùng vết mổ, thoát vị vết mổ, áp xe tồn lưu, máu tụ thành bụng, tắc ruột sau mổ), thời gian rút ống dẫn lưu, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm chung	n (%)
Tuổi	44,5 ± 15,14 (18- 96)
Nữ/Nam	1,3/1
Lâm sàng	
Đau hố chậu phải	64 (82,1)
Buồn nôn	25 (32,1)
Chán ăn	14 (17,9)
Sốt	20 (25,6)
Ấn đau điểm McBurney	74 (94,9)
Đề kháng thành bụng	18 (23,1)
Cảm ứng phúc mạc	1 (1,3)
Phản ứng dội	6 (7,7)
Cận lâm sàng	
Số lượng bạch cầu tăng	64 (82,1)
Neutrophil > 75%	44 (56,4)
Đường kính ruột thừa trên siêu âm > 6mm	64 (82,1)
Chụp CT scans	13 (16,7)
Đường kính trung bình của ruột thừa trên CT scans	10,73 ± 2,71(mm)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 44,5 ± 15,14 (18- 96). 100% bệnh nhân vào viện vì đau bụng, trong đó 82,1% đau hố chậu phải. Các triệu chứng kèm theo bao gồm: buồn nôn (32,1%), chán ăn (17,9%), sốt (25,6%). Ấn đau điểm McBurney chiếm 94,9%. Đề kháng thành bụng (23,1%), cảm ứng phúc mạc (1,3%), phản ứng dội (7,7%). Số lượng bạch cầu tăng chiếm 82,1%, trong đó, tỉ lệ Neutrophil > 75% chiếm 56,4%. Có 82,1% trường hợp đường kính ruột thừa trên siêu âm > 6mm. Có 13 trường hợp được chỉ định chụp CT scans chiếm tỉ lệ 16,7%. Đường kính trung bình của ruột thừa trên CT scans là 10,73 ± 2,71mm.

3.2 Kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Phẫu thuật (phút)	30	290	74,81 ± 44,36
Phục hồi nhu động ruột (giờ)	24	48	31,31 ± 10,67

Thời gian	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Nằm viện (ngày)	2	12	4,14 ± 1,58
Trở lại công việc bình thường (ngày)	4	30	9,23 ± 3,97
Mức độ đau 24 giờ sau mổ (%)			
Không	0		
Đau nhẹ	69,2		
Đau vừa	21,8		
Đau nhiều	9		
Kết quả GPB	100% viêm ruột thừa		

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 74,81 ± 44,36 phút. Thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình là 31,31 ± 10,67 giờ. Thời gian nằm viện trung bình là 4,14 ± 1,58 ngày. Đau sau mổ ghi nhận được số bệnh nhân đau nhẹ sau mổ chiếm tỉ lệ cao nhất với 69,2%, đau nhiều chiếm tỉ lệ ít nhất với 9%. 100% kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với đại thể ruột thừa.

Bảng 3. Chẩn đoán trước và sau mổ

Thể viêm ruột thừa	Chẩn đoán trước mổ n (%)	Chẩn đoán sau mổ n (%)
Viêm ruột thừa cấp	69 (88,5)	47 (60,3)
Viêm phúc mạc ruột thừa	6 (7,7)	28 (35,9)
Áp xe ruột thừa	3 (3,8)	3 (3,8)

Nhận xét: Chẩn đoán trước mổ VRT cấp chiếm 88,5% trường hợp, có 6 ca (7,7%) viêm phúc mạc ruột thừa và 3 ca (3,8%) áp xe ruột thừa so với chẩn đoán sau mổ VRT cấp chiếm 60,3%, viêm phúc mạc ruột thừa chiếm 35,9%. Áp xe ruột thừa chiếm 3,8%.

Bảng 4. Tỉ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

	n (%)
Tai biến trong mổ	
Chảy máu	0 (0)
Thủng tạng	2 (2,6)
Chuyên mô mỡ	2 (2,6)
Biến chứng sau mổ	
Tắc ruột sau mổ	0 (0)
Áp xe tồn lưu	0 (0)
Viêm phúc mạc sau mổ	0 (0)
Tử vong	0 (0)
Nhiễm trùng vết mổ	2 (2,6)

Nhận xét: 2 trường hợp (2,6%) thủng ruột (hồi tràng và manh tràng). 2,6% bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Không tử vong trong và sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu (NC) chúng tôi ghi nhận 78 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 44,5 ± 15,14. Kết quả này cao hơn NC của Salminen và cộng sự (cs) nghiên cứu 530 trường hợp VRT với độ tuổi trung bình là 35 tuổi (27-46) [13]. Trong khi đó độ tuổi trung bình trong NC của Nguyễn Quốc Đạt là 45 tuổi, tương đồng với chúng tôi. Tỉ lệ nữ/nam chúng tôi ghi nhận là 1,36/1, thấp hơn so với các NC của các tác giả Kamlesh, Sunita và SuJan gặp ở nữ cao hơn khoảng 1,5 lần so với nam giới (60% so với 40%) [11], trong khi đó tỉ lệ này cao hơn NC của tác giả Nguyễn Quốc Đạt và tỉ lệ này là 1/1 [2]. Nhìn chung,

VRT thường gặp ở những bệnh nhân trẻ tuổi và tỉ lệ mắc bệnh nữ giới có xu hướng tăng nhẹ hơn nam giới.

Chúng tôi ghi nhận tất cả các bệnh nhân vào viện vì đau bụng với nhiều vị trí khác nhau. Trong đó, đau hố chậu (P) chiếm 82,1% các trường hợp. Triệu chứng này trong NC của Nguyễn Quốc Đạt [2] và Nguyễn Hưng Đạo với kết quả lần lượt là 62,3% và 92,3% [1]. Điểm McBurney đau là triệu chứng rất có giá trị trong chẩn đoán VRT cấp, được tác giả người Mỹ đưa ra năm 1889 và vẫn còn nguyên giá trị chẩn đoán cho đến ngày nay. Triệu chứng này trong NC của chúng tôi chiếm tỉ lệ 94,9%. NC khác ở Việt Nam của tác giả Phạm Minh Đức (2017) có 77,9% trường hợp đau điểm Mc Burney [3]. Ngoài ra, các triệu chứng kèm theo trong NC của chúng tôi là buồn nôn, nôn ói (32,1%), chán ăn (17,9%). NC của Phạm Minh Đức, buồn nôn chiếm tỉ lệ 25% [3]. Mặc dù, triệu chứng chán ăn chiếm tỉ lệ thấp nhưng là triệu chứng có giá trị góp phần chẩn đoán VRT. Chỉ khoảng 25,6% bệnh nhân có biểu hiện sốt. Tỉ lệ bệnh nhân bị sốt thấp hơn so với NC của Trần Đào Minh Ngọc (2022) là 89,6% [5]. Kết quả này sự tương đồng với NC của Phạm Minh Đức (2017) với tỉ lệ 27,9% [3]. Trong NC này, hầu hết bệnh nhân đến nhập viện sớm khi có triệu chứng đau bụng. Tuy nhiên, theo y văn có khoảng 2-6% bệnh nhân đến bệnh viện muộn khi đã hình thành 1 khối ở hố chậu phải và những phụ nữ trẻ tuổi thường có chẩn đoán sai và thực hiện 1 cuộc mổ không cần thiết.

Siêu âm là một trong những cận lâm sàng dễ thực hiện, được xem như là một phương tiện để chẩn đoán các trường hợp đau bụng cấp với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 86% và 81%. NC này 100% bệnh nhân được chỉ định siêu âm và ghi nhận đường kính ruột thừa $\geq 6\text{mm}$ là 82,1% và $< 6\text{mm}$ là 17,9%. Tại Việt Nam, 2 NC của Trần Đào Minh Ngọc (2022) và Phạm Minh Đức (2017) cho tỉ lệ lần lượt là 93,5% [5] và 75% [3]. Ngoài ra trên siêu âm còn ghi nhận các dấu hiệu khác như: hình bia và hình ngón tay trên mặt cắt ngang và dọc, thành ruột thừa mất liên tục, phù nề, dịch quanh ruột thừa hay các khoang trong xoang bụng. Tuy nhiên, giới hạn của siêu âm khi ruột thừa ở vị trí bất thường, đặc biệt là sau manh tràng hoặc sau hồi tràng hay bệnh nhân đến muộn đã có dấu hiệu viêm phúc mạc, các quai ruột chướng hoặc bệnh nhân béo phì. NC này có 18,3% không thấy hình ảnh VRT trên siêu âm.

CT scans là một phương tiện đáng tin cậy hơn siêu âm để chẩn đoán VRT khi bệnh nhân có triệu chứng không điển hình, trẻ em, người lớn tuổi và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ với độ nhạy, độ đặc hiệu là 94% và 95%. NC này ghi nhận có 13 (16,7%) trường hợp chụp CT scans để chẩn đoán VRT, các bệnh nhân này có bệnh sử không rõ ràng và đã dùng thuốc nhiều ngày trước đó. Một vài tác giả ở các nước phát triển đề nghị CT scans nên được thực hiện cho tất cả những trường hợp nghi ngờ VRT cấp để giảm thiểu đến mức thấp nhất chẩn đoán sai trước mổ [14]. Tuy nhiên, theo số liệu của NC này, với 100% chẩn đoán sau mổ là VRT thì chúng tôi đề nghị rằng CT nên thực hiện ở những trường hợp khó chẩn đoán như bệnh sử không rõ ràng hay không phát hiện hình ảnh VRT trên siêu âm.

Các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán VRT cấp bao gồm: số lượng bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, CRP sẽ có liên quan đến VRT nhưng đáng tin cậy nhất là số lượng bạch cầu chứ không phải là tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính hay CRP. Đa số bệnh nhân trong NC này có tình trạng tăng bạch cầu với lệ 82,1% và tỉ lệ neutrophil trong công thức bạch cầu $> 75\%$ chiếm đến 56,4%. Số lượng bạch cầu cùng với CT scans cung cấp thông tin hữu ích cho các phẫu thuật viên đưa ra quyết định trước mổ. Cùng với số lượng bạch cầu tăng và hình ảnh VRT trên CT scans giúp giảm thiểu tỉ lệ cắt ruột thừa bình thường dưới mức 5% [9].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị VRT cấp được báo cáo lần đầu tiên bởi Semm [12] với ưu điểm như ít đau sau mổ, thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh, ít nhiễm trùng vết mổ và chi phí thấp hơn so với mổ mở. Do đó, PTNS đã phát triển nhanh, trở thành một phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị VRT trên toàn thế giới, mặc dù, thời gian phẫu thuật dài hơn so với mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình chúng tôi ghi nhận là $74,81 \pm 44,36$ phút, ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 290 phút, tương tự như NC của Nguyễn Quốc Đạt (2018) [2] là 75 phút, và Lê Quang Huy (2015) [4] là $71,671 \pm 32,126$ phút. Trong khi đó thời gian phẫu thuật của các tác giả nước ngoài tương đối ngắn trung bình là 43 phút trong bài báo của Ahmed NC 108 trường hợp cắt ruột thừa nội soi điều trị VRT cấp ở Ấn Độ [8]. NC cũng ghi nhận chẩn đoán sau mổ VRT cấp chiếm tỉ lệ cao nhất 60,3%, viêm phúc mạc ruột thừa 35,9% và áp xe ruột thừa chỉ chiếm 3,8%. Tỷ lệ này không tương đồng so với NC của Võ Văn Tiệp (2018) ghi nhận VRT cấp chiếm 38,5%, viêm phúc mạc khu trú chiếm 36,9% và viêm phúc mạc toàn thể chiếm 24,6% [6], sự khác biệt này có thể do đối tượng NC, thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện khác nhau. PTNS mang lại nhiều lợi điểm cho nhiều bệnh nhân đặc biệt là ít đau sau mổ. NC chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có đau nhẹ sau mổ (69,2%) và 9% bệnh nhân đau nhiều sau mổ. Tỷ lệ này tương tự NC của Lê Quang Huy (2015) với 7,9%, đau nhiều và 47,4% đau ít sau mổ là [4].

Có 2 trường hợp (2,6%) xảy ra tai biến trong mổ. Cả 2 bệnh nhân này đều được chẩn đoán trong mổ là áp xe ruột thừa, bệnh nhân vào viện muộn, ngày 4 và 5 sau khi đau bụng. Có 1 trường hợp thủng hồi tràng và 1 trường hợp thủng manh tràng ghi nhận khi gỡ dính. Cả 2 ca đều được chuyển mổ mở bằng đường mổ nhỏ dưới rốn sau khi đi động manh tràng. Ca đầu tiên được xử trí bằng khâu lại lỗ thủng hồi tràng, ca thứ 2 phải cắt manh tràng và nối hồi tràng với đại tràng lên. Bệnh nhân hồi phục sau mổ tốt, nhiễm trùng vết mổ được chăm sóc tại chỗ và xuất viện ngày 9 và 12 sau mổ.

Thời gian phục hồi nhu động ruột trong NC này là $31,31 \pm 10,67$ giờ. Thời gian này càng ngắn bệnh nhân hồi phục sau mổ nhanh và xuất viện sớm. Tuy nhiên, thời gian phục hồi lưu thông ruột tùy thuộc vào nhiều yếu tố như viêm ruột thừa có biến chứng hay chưa biến chứng, cơ địa bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh lý nền kết hợp. Nhiều NC chứng minh rằng PTNS có thời gian phục hồi lưu thông ruột ngắn hơn so với mổ mở.

Kết luận tử vong do VRT cấp thì rất khó bởi vì có liên quan rất nhiều yếu tố và tỉ lệ tử vong sau cắt ruột thừa nội soi thì gần như bằng không [15]. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng và tử vong thì tăng một cách rõ rệt ở những bệnh nhân lớn tuổi, nam sử dụng steroid, bệnh nền, viêm phổi và chảy máu sau mổ. Trong NC này không ghi nhận các biến chứng lớn, tắc ruột cũng như tử vong trong và sau mổ. Tuy nhiên, có 2,6% nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của các tác giả khác như Võ Văn Tiệp (2018) [6] là 3,1% và Lê Quang Huy (2015) [4] là 6,6%. Nhiều NC nước ngoài khuyến khích sử dụng kháng sinh phổ rộng quanh phẫu thuật để hạn chế các biến chứng, đặc biệt là nhiễm trùng vết mổ [10].

Thời gian nằm viện trung bình trong NC này là $4,14 \pm 1,58$ ngày, dài hơn so với các NC nước ngoài là 1,7 ngày và 2 ngày trong NC của Amed và Rajab Ali [7], [8]. Chúng tôi nghĩ rằng thời gian nằm viện và thời gian phẫu thuật kéo dài trong NC này do phải xử trí các ca có tai biến trong mổ nên ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung. Thời gian trở lại công việc thường ngày trung bình là $9,23 \pm 3,97$ (4-30) ngày, cho đa số bệnh nhân trở lại công việc thường ngày sớm, tiết kiệm chi phí cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm ruột thừa trước mổ dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, số lượng bạch cầu tăng và siêu âm bụng, chỉ chụp CT scans trong những trường hợp khó chẩn đoán. Phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cho kết quả khả quan, an toàn và biến chứng có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hưng Đạo và Trịnh Hồng Sơn. Nhận xét thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc. *Tạp chí Y dược Lâm sàng* 108, 2022, 17(2), 115-120.
2. Nguyễn Quốc Đạt. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
3. Phạm Minh Đức. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một công trong điều trị viêm ruột thừa cấp. Trường Đại học Y Dược Huế. 2017.
4. Lê Quang Huy và Phạm Văn Linh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ruột thừa viêm muộn bằng phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2015.
5. Trần Đào Minh Ngọc, Nguyễn Duy Phương, Hoàng Thị Ngân, Nguyễn Thị Nhâm và Nguyễn Thị Đan. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Đại học Tây Nguyên năm 2021. *Tạp chí Khoa học Tây Nguyên*, 2022, 16(53), 45-49.
6. Võ Văn Tiệp. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
7. Rajab Ali. Laparoscopic Appendectomy for Acute Appendicitis: Is This a Feasible Option for Developing Countries. 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023097/>.
8. Hakeem Vaqar Ahmed. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: an observational study from a peripheral hospital with limited facilities in Kashmir, India. *International Surgery Journal*, 2020, 7(3), <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20200810>.
9. Jeon BG. Predictive factors and outcomes of negative appendectomy. *Am J Surg*, 2017, 213(4), 731-738, <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.05.020>.
10. Stewart D. The management of acute appendicitis. In: Cameron JL, Cameron AM, editors. *Current surgical therapy*, 2014, 252-255.
11. Kamlesh Dhruv, Sunita Meshram, Sujana Narayan Agrawal. A study of surgical profile of patients undergoing appendectomy. *International Surgery Journal*, 2017, 4(4), 1360-1363, <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20171142>
12. Semm K. Endoscopic appendectomy. 1983. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6221925/>.
13. Salminen P, Paajanen H, Rautio T. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. 2015. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2320315>.
14. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, Mostafavi AA, McCabe CJ. Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. 1998. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199801153380301>.
15. Perri S, Amendolara M, Gallo G, Valenti G, Meneghini G, et al. Laparoscopic appendectomy in clinical practice. Aesthetic and functional advantages. *G Chir*. 1993. 14(6), 313-319.