

hay gặp 41-60 tuổi, hầu hết là nữ với các triệu chứng thường gặp là khối u vú không đau, vị trí đa dạng, triệu chứng tuy không đặc hiệu nhưng hiếm khi gặp các triệu chứng co kéo da, núm vú hoặc chảy dịch núm vú như với các người bệnh ung thư biểu mô tuyến vú. Các tổn thương trên siêu âm và X-quang tuyến vú thường cho thấy hình ảnh giảm âm và tăng đậm độ. Kết quả mô bệnh học đa phần thuộc tip không tâm mầm với chỉ số Ki67 cao. Chỉ số tiên lượng quốc tế phần lớn thuộc nhóm nguy cơ thấp và trung bình thấp. Ngoài ra nghiên cứu cũng xác định mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số tiên lượng NCCN-IPI với nồng độ LDH và B2-M. Những kết quả này cung cấp thông tin hữu ích cho việc chẩn đoán và điều trị DLBCL biểu hiện ở vú, đồng thời gợi ý rằng nồng độ LDH và B2-M có thể được sử dụng làm chỉ số tiên lượng quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al Battah AH, Al Kuwari EA, Hascsi Z, et al.** Diffuse Large B-Cell Breast Lymphoma: A Case Series. Clin Med Insights Blood Disord. 2017;10:1179545X17725034. doi:10.1177/1179545X17725034
2. **Sun Y, Joks M, Xu LM, et al.** Diffuse large B-cell lymphoma of the breast: prognostic factors and treatment outcomes. OncoTargets Ther. 2016;9:2069-2080. doi:10.2147/OTT.S98566
3. **Cheah CY, Campbell BA, Seymour JF.** Primary breast lymphoma. Cancer Treat Rev. 2014;40(8):900-908. doi:10.1016/j.ctrv.2014.05.010
4. **Joks M, Myśliwiec K, Lewandowski K.** Primary breast lymphoma – a review of the literature and report of three cases. Arch Med Sci. 2011;1:27-33. doi:10.5114/aoms.2011.20600
5. **Sd R, M S, Z S, Km R, Mdc F, Vm D.** Primary and Secondary Breast Lymphoma: Clinical, Pathologic, and Multimodality Imaging Review. Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc. 2019;39(3). doi:10.1148/rg.2019180097
6. **Ganjoo K, Advani R, Mariappan MR, McMillan A, Horning S.** Non-Hodgkin lymphoma of the breast. Cancer. 2007; 110(1):25-30. doi:10.1002/cncr.22753
7. **Yoo C, Yoon DH, Suh C.** Serum beta-2 microglobulin in malignant lymphomas: an old but powerful prognostic factor. Blood Res. 2014; 49(3): 148-153. doi:10.5045/br.2014.49.3.148
8. **Yadav C, Ahmad A, D'Souza B, et al.** Serum Lactate Dehydrogenase in Non-Hodgkin's Lymphoma: A Prognostic Indicator. Indian J Clin Biochem. 2016; 31(2): 240-242. doi:10.1007/s12291-015-0511-3

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA BẰNG KỸ THUẬT DẪN LƯU DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Văn Khăng¹, Lê Thị Yến², Đoàn Thị Kiều Oánh¹,
Nguyễn Thị Thu Thảo¹, Nguyễn Thị Khoi¹, Vũ Đăng Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị áp xe ruột thừa bằng phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu, mô tả chùm ca bệnh. Tổng số 19 bệnh nhân áp xe ruột thừa được tiến hành kỹ thuật dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 19 bệnh nhân (10 bệnh nhân nam và 9 bệnh nhân nữ), tuổi trung bình là 46,84 tuổi (09 – 90). Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng, trong đó 47,37% bệnh nhân có triệu chứng sốt. Kích thước trung bình của ổ áp xe trong nghiên cứu 48,75mm. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được lựa chọn đặt các cỡ sonde 8F, 9F và 10F, trong đó, số trường hợp được sử dụng sonde 10F chiếm tỷ lệ cao nhất 57,89%. Không

trường hợp dẫn lưu nào gặp phải tai biến. Sau điều trị tình trạng lâm sàng bệnh nhân ổn định. Thời gian nằm viện trung bình 6,48 ngày (3-18). Trong tổng số các bệnh nhân, có 21,06% trường hợp bệnh nhân bị tái phát. **Kết luận:** Dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp xâm lấn tối thiểu, an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: áp xe ruột thừa, kỹ thuật dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm, hiệu quả sau điều trị

SUMMARY

EVALUATION THE RESULT OF ULTRASOUND – GUIDED PERCUTANEOUS DRAINAGE FOR THE MANAGEMENT OF APPENDICEAL ABSCESS AT BACH MAI HOSPITAL

Object: Evaluating the result of ultrasound-guided percutaneous drainage for the management of appendiceal abscess at Bach Mai Hospital. **Materials and methods:** Retrospective, cluster analysis. A total of 19 patients diagnosed with appendiceal abscesses underwent ultrasound-guided percutaneous drainage at Bach Mai Hospital from 01/2023 to 04/2024. **Results:** 19 patients (10 men and 9 women), mean age was 46,84 years (09-90). The main clinical signs found were abdominal pain (100%). 47,37% patients were fever. The mean **appendiceal abscess** size was

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leyen060693@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024

48,75mm. Patients in the study were selected to have catheter sizes 8F, 9F, and 10F, in which the number of cases using the 10F catheter accounted for the highest proportion of 57,89%. No cases of complications after drainage. Clinical and laboratory symptoms were significantly reduced compared with pre-drainage. The hospitalization period was an average 6,48 days (3-18). The recurrent appendicitis was 21,06%. **Conclusion:** Ultrasound-guided percutaneous drainage for the management of appendiceal abscesses is a minimally invasive, safe, and effective method. **Keywords:** appendiceal abscess, Ultrasound-guided percutaneous drainage, the outcome after the treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu hay gặp nhất trong số các cấp cứu ngoại tiêu hoá, theo thống kê tại Mỹ mỗi năm có khoảng 300000 trường hợp mổ cắt ruột thừa viêm^{1 2}. Tuy nhiên, 2-7% bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng phức tạp như áp xe ở quanh ruột thừa, đám quanh ruột thừa³.

Với sự phát triển của y học, viêm ruột thừa cấp và áp xe ruột thừa được phát hiện ngày càng nhiều nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như siêu âm, cắt lớp vi tính đa dãy.

Hiện nay có hai phương pháp chính điều trị áp xe ruột thừa là phẫu thuật cấp cứu và điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, khi phẫu thuật cấp cứu được thực hiện cho những trường hợp như vậy, do viêm diện rộng trong khoang bụng nên có thể gặp nhiều biến chứng như dính ruột, nhiễm trùng huyết sau phẫu thuật, tụ dịch trong khoang bụng,... Vì vậy, thời gian gần đây, đối với những bệnh nhân áp xe ruột thừa, thay vì phẫu thuật cấp cứu, xu hướng hiện nay là thực hiện các phương pháp điều trị bảo tồn như dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm phối hợp với kháng sinh trước khi thực hiện cắt ruột thừa ngắt quãng. Tuy nhiên, cho đến nay, phác đồ điều trị tiêu chuẩn vẫn chưa được thiết lập nên vấn đề này vẫn còn gây tranh cãi.

Tại Việt Nam nói chung và Bệnh viện Bạch Mai nói riêng, hàng năm cũng có rất nhiều lượt bệnh nhân được điều trị áp xe ruột thừa bằng phương pháp nội khoa bảo tồn với dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá hiệu quả của phương pháp. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đánh giá kết quả điều trị áp xe ruột thừa bằng kỹ thuật dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Bạch Mai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán áp xe ruột thừa, được điều trị tại BVBM từ tháng 01/2023 tới

tháng 04/2024.

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là áp xe ruột thừa.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm phối hợp với kháng sinh.

- Bệnh nhân có hồ sơ đầy đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Rối loạn đông máu nặng: TC<50 G/l, PT<50%.

- Áp xe vùng hố chậu phải nguyên nhân khác như do túi thừa, áp xe phần phụ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả chùm ca bệnh.

- Quy trình thực hiện: Bệnh nhân có triệu chứng trên lâm sàng, phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT đa dãy) và xét nghiệm cận lâm sàng được chẩn đoán là áp xe ruột thừa. Sau đó, bệnh nhân được tiến hành dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm. Theo dõi và đánh giá tình trạng bệnh nhân sau điều trị.

2.2.2. Kỹ thuật dẫn lưu áp xe ruột thừa

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu được dẫn lưu bằng phương pháp Seldinger hoặc "Trocar" tùy từng ổ dịch, loại sonde dẫn lưu và kinh nghiệm của bác sĩ can thiệp.

- Kỹ thuật Seldinger: Ban đầu ổ tụ dịch được tiếp cận bằng kim 18G, sau đó dùng guide wire dẫn đường, tiếp theo bác sĩ can thiệp sẽ nong tạo đường hầm, cuối cùng là đưa sonde dẫn lưu vào ổ dịch. Kỹ thuật được áp dụng với các ổ dịch nhỏ, vị trí nằm sâu, khó tiếp cận, có rủi ro cao.

- Kỹ thuật "Trocar": Sử dụng loại sonde Pigtail đồng trục đã tích hợp sẵn: kim chọc, catheter và sonde dẫn lưu "đuôi lợn". Khi dẫn lưu, bác sĩ can thiệp tiến hành chọc sonde qua da vào ổ dịch, khi phần đầu sonde đã vào ổ dịch, thì rút kim chọc ở lõi ống sonde ra, sau đó giữ catheter và đồng thời đẩy sonde vào để đầu sonde cuộn lại trong ổ dịch. Kỹ thuật này được áp dụng với các ổ tụ dịch có kích thước lớn, dễ tiếp cận.

- Kích thước sonde: Nghiên cứu sử dụng các sonde Pigtail có kích thước 8F, 9F, 10F, phụ thuộc vào kích thước và tính chất của ổ áp xe.

- Phương pháp hướng dẫn dẫn lưu:

+ Hầu hết ổ tụ dịch được dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Các ổ tụ dịch nằm sâu trong ổ bụng, vị trí khó như sát hoành, gan, cạnh mạch máu lớn, thành bụng dày khó chọc ống dẫn lưu, ổ dịch

hiều vách mà còn đường tiếp cận qua siêu âm sẽ sử dụng dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm, ngược lại nếu ổ dịch vướng hơi nhiều, không quan sát thấy đường tiếp cận qua siêu âm sẽ được dẫn lưu dưới hướng dẫn CLVT.

2.3. Đánh giá kết quả kỹ thuật dẫn lưu

- Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là khi sonde được đặt nằm trong ổ áp xe và giải quyết hoàn toàn áp xe.

- Một thủ thuật được coi là thất bại khi người thực hiện không thể đặt ống dẫn lưu hoặc không hút được dịch sau khi đặt ống thông thành công hoặc nếu hình ảnh theo dõi sau hơn 1 ngày sau thủ thuật cho thấy áp xe lan rộng dẫn đến phải đặt dẫn lưu khác hoặc cắt ruột thừa khẩn cấp.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 19 bệnh nhân với 10 bệnh nhân nam (52,6%) và 9 bệnh nhân nữ (47,4%).

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân 46,84 tuổi, trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 09 tuổi.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n=19)	Tỷ lệ %
Đau bụng	19	100
Sốt	9	47,37
Nôn	4	21,05
Rối loạn đại tiện	5	26,32
Phản ứng thành bụng hố chậu phải	14	73,68
Cảm ứng phúc mạc	1	5,26
Ấn đau hố chậu phải	18	94,74

Trong số các bệnh nhân áp xe ruột thừa, 100% đều có triệu chứng đau bụng, 47,37% bệnh nhân có triệu chứng sốt. Khám lâm sàng thấy có 94,74% bệnh nhân ấn đau vùng hố chậu phải và 73,68% có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải.

Bảng 2. Thời gian tính từ khi xuất hiện đau tới khi bệnh nhân nhập viện

Thời gian	Số bệnh nhân (n=19)	Tỷ lệ %
< 24h	0	0
≥ 24h; < 48h	0	0
≥ 48h; < 72h	3	15,79
≥ 72h	16	84,21

Thời gian trung bình từ lúc xuất hiện triệu chứng đến lúc nhập viện 7,37 ngày. Trong đó, số lượng bệnh nhân đau bụng trên 72 giờ mới

nhập viện chiếm tỷ lệ cao nhất (84,21 %).

Tất cả các bệnh nhân áp xe ruột thừa đều có bạch cầu tăng cao ≥ 10G/L.

3.3. Kích thước ổ áp xe lúc vào viện.

Kích thước ổ áp xe ruột thừa được đo trên cắt lớp vi tính.

Bảng 3. Đặc điểm kích thước ổ áp xe ruột thừa lúc vào viện

Kích thước ổ áp xe (mm)	Số bệnh nhân (n=19)	Tỷ lệ %
≤ 30	0	0
31-40	3	15,79
41-50	5	26,32
>50	11	57,89

Kích thước trung bình của ổ áp xe trong nghiên cứu 48,75 mm. Trong đó, ổ nhỏ nhất kích thước 32mm. Ổ lớn nhất kích thước 72mm. Số lượng kích thước ổ áp xe >50mm chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 57,89%).

3.4. Đặc điểm kỹ thuật dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được dẫn lưu thành công về mặt kỹ thuật.

Bảng 4. Tỷ lệ kích thước sonde dùng trong nghiên cứu

Kích thước sonde	Số lượng (n=19)	Tỷ lệ (%)
8F	2	10,53
9F	6	31,58
10F	11	57,89

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được lựa chọn đặt các cỡ sonde 8F, 9F và 10F, trong đó, số trường hợp được sử dụng sonde 10F chiếm tỷ lệ cao nhất 57,89%.

Trên tổng số 19 lần thực hiện dẫn lưu đều không gặp phải tai biến của thủ thuật dẫn lưu. Tất cả các bệnh nhân đều được dẫn lưu một lần duy nhất, không có biến chứng.

Kháng sinh được sử dụng phối hợp là kháng sinh phổ rộng (Cephalosporin thế hệ 2,3) phối hợp Metronidazole.

3.5. Kết quả sau điều trị

Bảng 5. Bảng thay đổi chỉ số lâm sàng và xét nghiệm sau dẫn lưu

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=19)	Tỷ lệ (%)
Đau	0	0
Sốt	0	0
Bạch cầu	<10 G/L	18
	≥10 G/L	1

Trong tổng số 19 bệnh nhân, sau điều trị bệnh nhân không còn đau, sốt. Hầu hết bệnh nhân có chỉ số xét nghiệm bạch cầu trở về bình thường <10 G/L (chiếm tỷ lệ 94,74%). 01 bệnh nhân có xét nghiệm bạch cầu >10G/L (chiếm

5,26%).

Thời gian nằm viện trung bình 6,48 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 18 ngày.

Bảng 6. Kết quả theo dõi sau 3-6 tháng

		Trong vòng 6 tháng	
		n	%
Không tái phát	Không phẫu thuật	7	36,84
	Phẫu thuật theo hẹn	7	36,84
	Phẫu thuật kèm bệnh khác	1	5,26
Tái phát	Không phẫu thuật	1	5,26
	Phẫu thuật	3	15,8

Trong vòng 03-06 tháng sau điều trị, có tổng 78,94% bệnh nhân không tái phát; trong đó, 36,84% bệnh nhân được phẫu thuật theo hẹn và 36,84% bệnh nhân không phẫu thuật. Có 21,06% bệnh nhân tái phát, trong đó 15,8% bệnh nhân có phẫu thuật khi tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 19 bệnh nhân với 10 bệnh nhân nam (52,6%) và 9 bệnh nhân nữ (47,4%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân 46,84 tuổi, trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 09 tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong số các bệnh nhân áp xe ruột thừa, 100% đều có triệu chứng đau bụng. Triệu chứng sốt hay gặp thứ hai chiếm tỷ lệ 47,37%. Khám lâm sàng thấy có 94,74% bệnh nhân ấn đau vùng hố chậu phải và 73,68% có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải. Kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Karembé Boubacar và cộng sự, trong đó 100% bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng đau, 93,3% bệnh nhân có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải⁴

Thời gian trung bình từ lúc xuất hiện triệu chứng đến lúc nhập viện 7,37 ngày. Trong đó, số lượng bệnh nhân đau bụng trên 72 giờ mới nhập viện chiếm tỷ lệ cao nhất (84,21%).

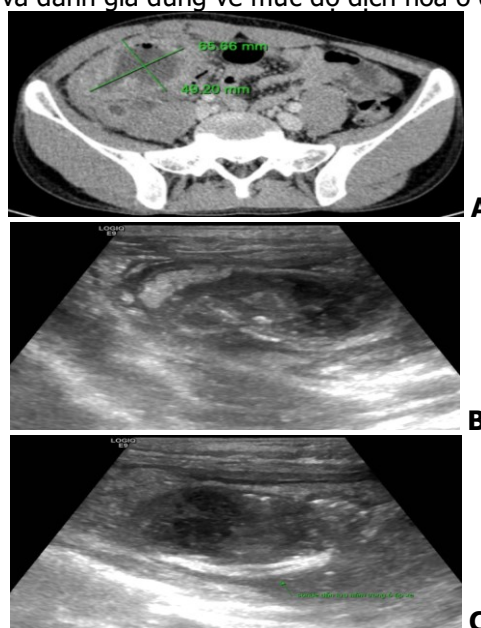
Tất cả các bệnh nhân áp xe ruột thừa đều có bạch cầu tăng cao $\geq 10G/L$. Theo Gordon L.T. trong viêm ruột thừa cấp chỉ có dưới 4% bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường⁵

Kích thước trung bình của ổ áp xe trong nghiên cứu 48,75 mm. Trong đó, ổ nhỏ nhất kích thước 32mm. Ổ lớn nhất kích thước 72mm. Số lượng kích thước ổ áp xe $>50mm$ chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 57,89%).

4.3. Đặc điểm kỹ thuật dẫn lưu ổ áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm. Các bệnh

nhân trong nghiên cứu được lựa chọn đặt các cỡ sonde 8F, 9F và 10F, trong đó, số trường hợp được sử dụng sonde 10F chiếm tỷ lệ cao nhất 57,89%. Hiện nay chưa có sự thống nhất nào về chọn kích cỡ sonde. Tùy vào kích thước và tính chất ổ dịch kết hợp với kinh nghiệm mà bác sỹ can thiệp lựa chọn kích thước sonde phù hợp.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được dẫn lưu thành công về mặt kỹ thuật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hany MA Seif và cộng sự, tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%⁶. Có tỷ lệ đặt dẫn lưu thành công cao như vậy là nhờ các bác sỹ can thiệp có tay nghề cao, dẫn lưu được thực hiện dưới hướng dẫn của phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại và đánh giá đúng về mức độ dịch hóa ổ dịch.



Hình 1: BN Nguyen Trung D. 24 tuổi áp xe ruột thừa

A: Hình ảnh ổ áp xe trên CLVT. B: Hình ảnh ổ áp xe trên siêu âm. C: Hình ảnh đầu sonde dẫn lưu nằm trong ổ áp xe.

Tất cả các trường hợp được dẫn lưu đều không gặp các tai biến do thủ thuật khi dẫn lưu như trong y văn: chảy máu, thủng ruột, vỡ ổ áp xe vào ổ bụng gây viêm phúc mạc. Theo nghiên cứu của tác giả Jeong – Ki Kim và cộng sự, tỷ lệ chọc thủng ruột trong quá trình dẫn lưu ổ áp xe là 5,3%⁷.

Ban đầu, kháng sinh được sử dụng phối hợp theo kinh nghiệm là kháng sinh phổ rộng (Cephalosporin thế hệ 2,3) phối hợp Metronidazole. Sau khi có kết quả nuôi cấy ổ dịch, kháng sinh sẽ được điều chỉnh dựa trên kháng sinh đồ.

4.4. Kết quả sau điều trị. Trong tổng số 19 bệnh nhân, sau điều trị, tất cả bệnh nhân không còn đau, sốt. Hầu hết bệnh nhân có chỉ số xét nghiệm bạch cầu trở về bình thường <10 G/L (chiếm tỷ lệ 94,74%). Kết quả này tương tự theo nghiên cứu của tác giả Suzuki Toshiyoki và cộng sự trên 34 BN, giá trị bạch cầu nằm trong phạm vi bình thường sau khi điều trị⁸. Một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sau điều trị có xét nghiệm bạch cầu >10G/L (chiếm 5,26%) do bệnh nhân đang điều trị bạch cầu cấp.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu là 6,48 ngày. Số ngày nằm viện ít nhất là 3 ngày và nhiều nhất là 18 ngày. Trong vòng 03-06 tháng sau điều trị, có tổng 78,94% bệnh nhân không tái phát; trong đó, 36,84% bệnh nhân được phẫu thuật theo hẹn và 36,84% bệnh nhân không phẫu thuật. 21,06% bệnh nhân tái phát, trong đó 15,8% bệnh nhân được phẫu thuật khi tái phát. Theo kết quả nghiên cứu của Ghaleb Darwazeh và cộng sự, nghiên cứu trên 1400 bệnh nhân điều trị bảo tồn áp xe ruột thừa có tỷ lệ tái phát là 12,4% và thời gian nằm viện là 9,6 ngày, trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tái phát cao hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn⁹.

V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật ít xâm lấn, an toàn và có hiệu quả cao cho các ổ áp xe ruột thừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn ĐH. Bệnh Học Ngoại Khoa Đại Học y Dược TP. Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học; 1988.
2. Sherlock DJ. Acute appendicitis in the over-sixty age group. Br J Surg. 1985;72(3):245-246. doi:10.1002/bjs.1800720337
3. Bradley EL, Isaacs J. Appendiceal abscess revisited. Arch Surg Chic Ill 1960. 1978;113(2): 130-132. doi:10.1001/archsurg.1978.01370140020003
4. Boubacar K, Idrissa T, Issaka D, et al. Appendicular Abscess: Epidemio-Clinical and Therapeutic Aspects in the General Surgery Department of the Reference Health Center of Commune III (C.s.ref CIII) of the District of Bamako. Surg Sci. 2023; 14(2):77-83. doi: 10.4236/ss.2023.142010
5. Gordon LT, James RW. "Appendix", Surgery of the Alimentary Tract. Vol Volume IV.; 2002.
6. Immediate operation versus percutaneous drainage for treatment of appendicular abscess - ScienceDirect. Accessed July 12, 2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/S0378603X15001308>
7. Kim JK, Ryou S, Oh HK, et al. Management of Appendicitis Presenting with Abscess or Mass. J Korean Soc Coloproctology. 2010;26(6):413-419. doi:10.3393/jksc.2010.26.6.413
8. Suzuki T, Matsumoto A, Akao T, Matsumoto H. Interval appendectomy as a safe and feasible treatment approach after conservative treatment for appendicitis with abscess: a retrospective, single-center cohort study. Updat Surg. 2023; 75(8): 2257-2265. doi:10.1007/s13304-023-01679-1
9. Darwazeh G, Cunningham SC, Kowdley GC. A Systematic Review of Perforated Appendicitis and Phlegmon: Interval Appendectomy or Wait-and-See? Am Surg. 2016;82(1):11-15.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II, III BẰNG PHÁC ĐỒ MFOLFOX6 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Đình Nhật Tân¹, Trịnh Lê Huy² Nguyễn Lê Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư đại tràng giai đoạn III và giai đoạn II có các yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2023 và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu bằng phác đồ mFOLFOX6. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 78 bệnh nhân UTĐT giai đoạn III và II có yếu tố nguy cơ cao với hoá trị bổ trợ mFOLFOX6 tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Ninh Bình từ 01/2017 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Nam giới hay gặp, tỷ lệ nam/nữ là 1,52. Nhóm tuổi > 50 tuổi chiếm 70,5%. Các triệu chứng thường gặp: đau bụng (79,5%), rối loạn đại tiện (55,1%). Chủ yếu có ECOG PS 0 (75%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 88,5%. UTĐT trái chiếm 54,4%. Giai đoạn II chiếm đa số (67,9%). Về điều trị, đa phần được điều trị đủ 6 chu kỳ (93,6%). Thời điểm bổ trợ từ 4-6 tuần sau phẫu thuật chiếm 96,1%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là 85,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 87,8%. Những độc tính hệ tiêu hóa thường gặp là nôn, buồn nôn, trong đó thường gặp độ 1-2 (chiếm 66,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có độc tính thần kinh ngoại biên là 28,2%. Độc tính huyết học ít gặp, tỷ lệ giảm bạch cầu hạt là 25,6% trong đó độ 1-2 là 17,9%, độ 3 là 7,7%. **Kết luận:** Phác đồ bổ trợ mFOLFOX6 cải thiện sống thêm và dung nạp tốt trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III và II có nguy cơ cao. **Từ khoá:** Ung thư đại tràng, mFOLFOX6, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Ninh Bình

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Nhật Tân

Email: dinhatan@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024