

NSAIDs, ức chế ngưng tập tiểu cầu...

Có mối liên quan giữa tổn thương loét dạ dày và giai đoạn bệnh thận mạn với $p=0,04$ ($<0,05$). Theo nghiên cứu của Chi Chih-Chia Liang (2014), bệnh nhân suy thận mạn từ 65 tuổi trở lên có nguy cơ loét đường tiêu hoá cao hơn nhóm dưới 40 tuổi gấp 1,9 lần. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có nguy cơ cao hơn so với người không mắc bệnh thận mạn, nguy cơ này đặc biệt cao ở các giai đoạn 3,4,5²

V. KẾT LUẬN

Đối với bệnh nhân thận mạn cao tuổi giai đoạn 3,4,5, hình ảnh nội soi ở dạ dày chủ yếu là phù nề, xung huyết với tỉ lệ lần lượt 97,5% và 93,2%, điểm m-Lanza chủ yếu là 3 điểm. Ở tá tràng chủ yếu là loét tá tràng, ít gặp tổn thương phù nề, xung huyết (14,4% và 16,1%), điểm m-Lanza chủ yếu là 5 điểm. Tỷ lệ gặp tổn thương loét dạ dày ở nhóm bệnh thận giai đoạn 4 là 50% cao hơn các giai đoạn còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kovesdy CP.** Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). 2022; 12(1):7-11. doi:10.1016/j.kisu.2021.11.003
2. **Liang CC, Muo CH, Wang IK, et al.** Peptic Ulcer Disease Risk in Chronic Kidney Disease:

Ten-Year Incidence, Ulcer Location, and Ulcerogenic Effect of Medications. *Yamaoka Y, ed. PLoS ONE.* 2014;9(2): e87952. doi:10.1371/journal.pone.0087952

3. **Bùi Văn Long.** Đặc điểm hình ảnh nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 chưa điều trị thay thế (2022);
4. **Đỗ Gia Tuyển.** Bệnh Học Nội Khoa Thận Tiết Niệu. Vol Tập 2. Nhà Xuất bản Y học.; 2021.
5. **Đặng Thị Việt Hà và Hà Phan Hải An.** Đánh giá khối cơ thắt trên và chỉ số khối cơ tim thắt trên ở bệnh nhân thận mạn tính. Published online 2015:65-73.
6. **Trần Văn Vũ, Trần Thị Bích Hương và Đặng Vạn Phước** (2013), Vai trò của định lượng transferrin huyết thanh trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 174-182.
7. **Maw TT, Fried L.** Chronic kidney disease in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 2013;29(3):611-624. doi:10.1016/j.cger.2013.05.003
8. **Đặng Ngọc Tài.** Nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh thận mạn của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Lão khoa trung ương; 2017.
9. **Karahan D, Şahin İ.** Comparison of gastrointestinal symptoms and findings in renal replacement therapy modalities. *BMC Nephrol.* 2022; 23(1):261. doi:10.1186/s12882-022-02893-6.
10. **Pursnani N, Chahar R, Pursnani M, et al.** Study of the clinical profile and upper gastrointestinal endoscopic findings in patients with chronic kidney disease. *Int J Med Sci Public Health.* 2019;(0):1. doi:10.5455/ijmsph.2019.0409830042019.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Trọng Hiền¹, Quách Văn Kiên^{1,2}, Ky Pagna¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2022 đến 6/2023. Tổng cộng có 78 bệnh nhân tham gia, với nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Đa số bệnh nhân có đau bụng khu trú tại hố chậu phải, mạch trung bình là $82,62 \pm 7,97$ lần/phút và 91,03% bệnh nhân có bạch cầu tăng ≥ 10 G/l. Siêu âm và CT scanner là hai phương pháp chính hỗ trợ chẩn đoán,

trong đó siêu âm được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân và cho thấy 55,13% bệnh nhân có dịch tự do trong ổ bụng. Kết quả nội soi cho thấy 69,23% bệnh nhân có ruột thừa viêm vỡ mủ, chủ yếu tại đầu ruột thừa. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị kịp thời để tránh các biến chứng nghiêm trọng và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân VPMRT.

Từ khóa: Viêm phúc mạc ruột thừa, phẫu thuật nội soi, đặc điểm lâm sàng, siêu âm, bạch cầu tăng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PERFORATED APPENDICITIS PERITONITIS IN PATIENTS TREATED WITH LAPAROSCOPIC SURGERY AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

This study aims to describe the clinical and subclinical characteristics of patients with perforated appendicitis peritonitis (PAP) treated with laparoscopic

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

surgery at Viet Duc Friendship Hospital from January 2022 to June 2023. A total of 78 patients participated, with the highest proportion being over 60 years old. Most patients experienced localized pain in the right iliac fossa, with an average heart rate of 82.62 ± 7.97 beats/min and 91.03% of patients showing elevated white blood cell counts ≥ 10 G/l. Ultrasound and CT scans were the two main diagnostic methods, with ultrasound performed on all patients, revealing 55.13% with free fluid in the abdomen. Laparoscopy results showed that 69.23% of patients had ruptured appendicitis, primarily at the appendix head. The study emphasizes the importance of timely diagnosis and treatment to avoid serious complications and improve outcomes for patients with PAP.

Keywords: Perforated appendicitis peritonitis, laparoscopic surgery, clinical characteristics, ultrasound, elevated white blood cells.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là một biến chứng nặng và hay gặp của viêm ruột thừa cấp do viêm ruột thừa cấp vỡ mũ gây ra. Nguyên nhân do viêm ruột thừa muộn, vỡ mũ vào ổ bụng gây một bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng, nếu không được cấp cứu kịp thời có thể dẫn đến tử vong.[1] Hiện nay dù các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính phát triển giúp hỗ trợ chẩn đoán viêm ruột thừa, nhưng vẫn còn tỷ lệ khá cao các trường hợp bệnh nhân đến muộn gây biến chứng viêm phúc mạc.[2, 3] Điều trị VPMRT, phẫu thuật là chỉ định điều trị tuyệt đối. Mục đích phẫu thuật là giải quyết nguyên nhân, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng.[4] Để đạt được hiệu quả cao, việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VPMRT đóng vai trò quan trọng. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện trung ương hạng đặc biệt, đầu ngành về ngoại khoa. Bệnh viện đã triển khai PTNS điều trị VPMRT từ nhiều năm nay, tuy nhiên vẫn chưa có báo cáo nào mang tính hệ thống về ứng dụng PTNS điều trị VPMRT. Câu hỏi được đặt ra là đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân này là gì? Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ 1/2022 đến 6/2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa VPMRT và điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu lựa chọn các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán VPMRT dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật, với kết

quả giải phẫu bệnh xác định là viêm ruột thừa và cấy dịch ổ bụng có nhiễm khuẩn. Các bệnh nhân phải được điều trị bằng phẫu thuật nội soi và có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin. Tiêu chuẩn loại trừ gồm các trường hợp có áp xe ruột thừa, đám quánh ruột thừa, hoặc các bệnh lý khác gây viêm phúc mạc, cũng như những bệnh nhân có bệnh lý cấp tính kèm theo hoặc suy giảm miễn dịch có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 6/2023 đến tháng 11/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả bệnh nhân VPMRT được phẫu thuật nội soi từ 01/2022 đến 06/2023, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.5. Thu thập thông tin: Các thông tin chung về bệnh nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng được trích từ hồ sơ bệnh án và nhập vào phiếu thu thập số liệu theo mẫu. Trong quá trình này, những hồ sơ không đầy đủ thông tin cần thiết sẽ bị loại bỏ để đảm bảo tính chính xác và nhất quán của dữ liệu thu thập.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng thống kê mô tả và các phép so sánh t-test, ANOVA. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Thông tin cá nhân được bảo mật và không gây hại cho đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 trình bày thông tin chung của 78 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Trong đó, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi (38,46%), tiếp theo là nhóm 16-30 tuổi (26,92%). Về giới tính, tỷ lệ nam chiếm 53,85%, nữ chiếm 46,15%. Phần lớn bệnh nhân sống ở nông thôn (44,87%), trong khi đó có 47,44% sống ở thành thị và 7,69% sống ở miền núi. Về nghề nghiệp, 51,28% bệnh nhân làm công việc tự do, 23,08% là hưu trí hoặc nội trợ, và 11,54% là nông dân, công nhân. Chỉ số BMI của bệnh nhân phân bố chủ yếu ở nhóm 18,5 - <23,0 (37,18%) và 23,0 - <25,0 (34,62%).

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	16-30 tuổi	21	26,92
	31-45 tuổi	18	23,08
	46-60 tuổi	9	11,54
	Trên 60 tuổi	30	38,46

Giới tính	Nam	42	53,85
	Nữ	36	46,15
Khu vực sinh sống	Thành thị	37	47,44
	Nông thôn	35	44,87
	Miền núi	6	7,69
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	9	11,54
	Cán bộ viên chức, nhân viên văn phòng	4	5,13
	Tự do	40	51,28
	Hưu trí, ở nhà nội trợ	18	23,08
	Học sinh, sinh viên	7	8,97
Chỉ số BMI	< 18,5	9	11,54
	18,5 - < 23,0	29	37,18
	23,0 - < 25,0	27	34,62
	≥ 25,0	13	16,67

Bảng 2 trình bày các dấu hiệu toàn thân của 78 bệnh nhân. Giá trị mạch trung bình là 82,62 ± 7,97 lần/phút, với giá trị nhỏ nhất là 60 và lớn nhất là 112 lần/phút. Phần lớn bệnh nhân có huyết áp bình thường (92,31%), chỉ có 7,69% bệnh nhân bị huyết áp cao. Nhiệt độ cơ thể dưới 38 độ C chiếm 80,77%, trong khi 16,67% có nhiệt độ từ 38 đến <39 độ C và 2,56% có nhiệt độ ≥39 độ C. Về triệu chứng môi khô lưỡi bẩn, 20,51% bệnh nhân có triệu chứng này, trong khi 79,49% không có.

Về các triệu chứng cơ năng và thực thể, đau bụng tại hố chậu phải và nửa bụng phải chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,87% trường hợp, trong khi đó đau tại nửa bụng trái, nửa bụng dưới và khắp bụng chỉ chiếm lần lượt 2,56%, 1,28% và 1,28%. Chỉ có 1,28% bệnh nhân có triệu chứng nôn, còn lại 98,72% không có triệu chứng này. Tất cả bệnh nhân đều không có triệu chứng tiêu chảy và bí trung đại tiện. Phần lớn bệnh nhân (98,72%) có phản ứng thành bụng, chỉ 1,28% không có. Cảm ứng phúc mạc xuất hiện ở 14,1% bệnh nhân, trong khi 85,9% không có. Triệu chứng chướng bụng gặp ở 28,21% bệnh nhân, còn 71,79% không có dấu hiệu này. Không có bệnh nhân nào có triệu chứng khi thăm trực tràng.

Bảng 2. Dấu hiệu toàn thân, triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhân

Triệu chứng cơ năng		n	%
Mạch	Trung bình ± ĐLC	82,62±7,97	
	Huyết áp bình thường	72	92,31
Huyết áp	Huyết áp cao	6	7,69
	< 38 độ C	63	80,77
Nhiệt độ	38 - < 39 độ C	13	16,67
	≥ 39 độ C	2	2,56
	Có	16	20,51
Môi khô lưỡi bẩn	Không	62	79,49
	Hố chậu phải và nửa bụng phải	74	94,87

	Nửa bụng trái	2	2,56
	Nửa bụng dưới	1	1,28
	Khắp bụng	1	1,28
Nôn	Có	1	1,28
	Không	77	98,72
Tiêu chảy	Có	0	0,00
	Không	78	100,00
Bí trung đại tiện	Có	0	0,00
	Không	78	100,00
Triệu chứng thực thể	Phản ứng thành bụng	77	98,72
	Cảm ứng phúc mạc	11	14,1
	Chướng bụng	22	28,21
	Thăm trực tràng	0	0,00

Bảng 3 trình bày các chỉ số xét nghiệm máu của 78 bệnh nhân. Trong đó, 91,03% bệnh nhân có bạch cầu tăng ≥ 10 G/l, và 85,9% bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (BC DNTT) >75%. Chỉ số glucose máu trung bình là 8,39 ± 9,89 mmol/l, dao động từ 3,19 đến 92,3 mmol/l. Chỉ số ure máu trung bình là 4,94 ± 2,40 mmol/l, với giá trị nhỏ nhất là 1,97 mmol/l và lớn nhất là 14,41 mmol/l. Chỉ số creatinine máu trung bình là 80,61 ± 38,07 μmol/l, dao động từ 2,46 đến 345,91 μmol/l.

Bảng 3. Các chỉ số xét nghiệm máu của bệnh nhân

Xét nghiệm máu		n	%
Bạch cầu	< 10 G/l	7	8,97
	Tăng ≥ 10 G/l	71	91,03
Tỷ lệ BC DNTT	≤ 75%	11	14,1
	> 75%	67	85,9
Glucose máu (mmol/l)	Trung bình ± ĐLC (Min-Max)	8,39±9,89 (3,19-92,3)	
Ure máu (mmol/l)	Trung bình ± ĐLC (Min-Max)	4,94±2,40 (1,97-14,41)	
Creatinine máu (mmol/l)	Trung bình ± ĐLC (Min-Max)	80,61±38,07 (2,46-345,91)	

Bảng 4 trình bày kết quả siêu âm và CT scanner ổ bụng của 78 bệnh nhân. Qua siêu âm, 55,13% bệnh nhân có dịch tự do trong ổ bụng, trong khi qua CT scanner, tỷ lệ này là 75,86%. Thâm nhiễm hố chậu phải được phát hiện ở 94,87% bệnh nhân qua siêu âm và 100% qua CT scanner. Về kích thước ruột thừa, siêu âm cho thấy 6,41% bệnh nhân có kích thước ruột thừa ≤ 7 mm, 62,82% từ 7-10 mm, và 30,77% > 10 mm. Kết quả CT scanner tương ứng là 6,9%, 44,83%, và 48,28%.

Bảng 4. Các chỉ số siêu âm ổ bụng và CT Scanner ổ bụng

Nội dung	Siêu âm ổ bụng		CT Scanner ổ bụng		
	n	%	n	%	
Thấy dịch tự	Có	43	55,13	22	75,86

do trong ổ bụng	Không	35	44,87	7	24,14
Thâm nhiễm hố chậu phải	Có	74	94,87	29	100,00
	Không	4	5,13	0	0,00
Kích thước ruột thừa	≤ 7mm	5	6,41	2	6,9
	>7-10mm	49	62,82	13	44,83
	>10mm	24	30,77	14	48,28

Bảng 5 trình bày vị trí ruột thừa viêm qua nội soi ở 78 bệnh nhân. Trong nhóm ruột thừa viêm vỡ mũ (54 bệnh nhân), 66,67% trường hợp xảy ra ở đầu ruột thừa, 29,63% ở thân và 3,7% ở gốc. Trong nhóm ruột thừa viêm hoại tử (24 bệnh nhân), 45,83% trường hợp xảy ra ở đầu ruột thừa, 37,5% ở thân, 8,33% ở gốc, và 8,33% xảy ra ở cả đầu và thân ruột thừa.

Bảng 5. Vị trí ruột thừa viêm qua nội soi

Vị trí	Ruột thừa viêm vỡ mũ		Ruột thừa viêm hoại tử	
	n	%	n	%
Đầu	36	66,67	11	45,83
Thân	16	29,63	9	37,5
Gốc	2	3,70	2	8,33
Cả đầu và thân	0	0,00	2	8,33
Tổng	54	100,00	24	100,00

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn toàn diện về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân VPMRT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Trong nghiên cứu này, 24/78 bệnh nhân (chiếm 30,77%) có tiền sử bệnh lý khác kèm theo, kết quả này tương đồng với tỷ lệ 28,6% trong nghiên cứu của Lê Thị Đức Hạnh và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ. Điều này cho thấy rằng bệnh lý kèm theo khá phổ biến ở bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT), đặc biệt là ở những người cao tuổi hoặc có tình trạng sức khỏe suy giảm [5]. Sốt, một trong những dấu hiệu của phản ứng viêm, không phổ biến trong nghiên cứu này, với chỉ 25,64% bệnh nhân có sốt nhẹ hoặc vừa. Tỷ lệ này được coi là thấp và có thể là nguyên nhân khiến bệnh nhân chủ quan và nhập viện muộn. Các nghiên cứu trước đó cũng ghi nhận tỷ lệ sốt thấp, như Lê Thị Đức Hạnh (2021) với 22,2% [5] và Trần Đào Minh Ngọc (2022) với chỉ 10,4% [6]. Điều này cho thấy rằng sốt không phải là một triệu chứng chủ yếu ở bệnh nhân VPMRT, và do đó không thể dựa hoàn toàn vào dấu hiệu này để chẩn đoán sớm bệnh. Khi vào viện, chỉ số mạch trung bình của bệnh nhân là $82,62 \pm 7,97$ lần/phút, với giá trị nhỏ nhất là 60 và lớn nhất là 112 lần/phút. Hầu hết bệnh nhân không có

huyết áp cao, chỉ có 7,69% bệnh nhân có huyết áp tăng. Bên cạnh đó, 20,51% bệnh nhân có triệu chứng môi khô lưỡi bẩn, nhưng đây cũng không phải là dấu hiệu đặc trưng của VPMRT, và các nghiên cứu trước đó cũng cho thấy tỷ lệ này không cao.

Đau bụng là triệu chứng quan trọng giúp các bác sĩ xác định tình trạng viêm ruột thừa. Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, trong đó phần lớn đau khu trú tại hố chậu phải và nửa bụng phải (94,87%). So với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Đạt (2019) ghi nhận 62,3% bệnh nhân có đau tại hố chậu phải, tỷ lệ đau trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể giải thích do hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu này được chẩn đoán VPMRT (96,15%), dẫn đến việc triệu chứng đau rõ ràng và khu trú hơn [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Trần Đào Minh Ngọc (2022) [6], chỉ 45,5% bệnh nhân có dấu hiệu đau hố chậu phải, và trong nghiên cứu của Phạm Minh Đức (2017) tỷ lệ này là 40,4% [8]. Điều này cho thấy, đau hố chậu phải mặc dù là triệu chứng quan trọng nhưng vẫn chưa đủ chắc chắn để xác định VPMRT, cần kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác để chẩn đoán chính xác.

Về triệu chứng nôn, chỉ 1,28% bệnh nhân trong nghiên cứu này có triệu chứng, cho thấy rằng nôn không phải là dấu hiệu phổ biến ở bệnh nhân VPMRT. Không có bệnh nhân nào có triệu chứng tiêu chảy hoặc bí trung đại tiện, khẳng định rằng các triệu chứng này không có giá trị cao trong việc chẩn đoán VPMRT. Nghiên cứu của Trần Đào Minh Ngọc (2022) cũng cho kết quả tương tự với nhận định rằng nôn, tiêu chảy và bí trung đại tiện không phải là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán bệnh này [6].

Xét nghiệm cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán VPMRT. Trong đó, bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (BC DNTT) là hai chỉ số được chú ý nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Đạt (2019) ghi nhận 95,2% bệnh nhân có số lượng bạch cầu > 9 G/l và 89% bệnh nhân có tỷ lệ BC DNTT > 70% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,03% bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng ≥ 10 G/l, và 85,9% có tỷ lệ BC DNTT > 75%. Điều này cho thấy sự gia tăng của bạch cầu và BC DNTT có giá trị chẩn đoán VPMRT, phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Bạch cầu và BC DNTT là những chỉ số sinh học phản ánh tình trạng viêm và nhiễm trùng trong cơ thể, do đó, chúng có vai trò quan trọng trong việc xác định bệnh viêm phúc mạc ruột thừa.

Về phương pháp chẩn đoán hình ảnh, siêu

âm và CT scanner là những công cụ quan trọng để hỗ trợ chẩn đoán VPMRT. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được siêu âm, một phương pháp phổ biến với độ chính xác cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa, với tỷ lệ chính xác từ 80-90%. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán đầu tiên được sử dụng do giá thành rẻ và dễ tiếp cận ở các tuyến dưới. Trong khi đó, CT scanner có độ nhạy 93% và độ đặc hiệu 100%, giúp xác định chính xác tình trạng viêm và đánh giá chi tiết hơn về cấu trúc ruột thừa [9]. Tuy nhiên, chỉ có 37,18% bệnh nhân trong nghiên cứu này được chụp CT scanner, do chi phí cao và không phải lúc nào cũng cần thiết, đặc biệt khi siêu âm đã cung cấp đủ thông tin chẩn đoán. Kết quả siêu âm và CT scanner cho thấy đường kính ruột thừa >7 mm chiếm tỷ lệ lớn (>90%) trong cả hai phương pháp, phù hợp với nghiên cứu của Trần Đào Minh Ngọc (2021) ghi nhận 93,5% bệnh nhân có đường kính ruột thừa > 6 mm. Đường kính ruột thừa tăng là một trong những dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán viêm ruột thừa [6].

Vị trí ruột thừa qua nội soi cho thấy 84,62% bệnh nhân có ruột thừa nằm ở hố chậu phải, một vị trí phổ biến, trong khi 15,38% bệnh nhân có ruột thừa nằm sau manh tràng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hưng Đạo (2022), trong đó 86,8% bệnh nhân có ruột thừa nằm ở vị trí bình thường và 13,2% nằm ở vị trí bất thường như sau manh tràng, trong tiểu khung hoặc dưới gan. Những trường hợp ruột thừa ở vị trí bất thường đòi hỏi các bác sĩ phẫu thuật phải có kinh nghiệm để xử lý tốt và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân [10].

Tình trạng ruột thừa qua nội soi cho thấy 69,23% bệnh nhân có ruột thừa viêm vỡ mủ, là nguyên nhân chính dẫn đến VPMRT. Việc vỡ mủ tại ruột thừa giải phóng các chất nhiễm trùng vào ổ bụng, gây ra viêm phúc mạc và có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng toàn thân nếu không được điều trị kịp thời. Trong nhóm bệnh nhân viêm vỡ mủ, 66,67% trường hợp vỡ tại đầu ruột thừa, 29,63% vỡ tại thân, và 3,7% vỡ tại gốc. Bên cạnh đó, 30,77% bệnh nhân có tình trạng ruột thừa viêm hoại tử, điều này cũng là một yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm phúc mạc và các biến chứng nặng nề hơn. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị sớm VPMRT để tránh những hậu quả nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là một tình trạng nghiêm trọng với đặc điểm lâm sàng phổ biến là đau hố chậu phải và sự tăng cao của bạch cầu cùng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính. Siêu âm và CT scanner đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán với độ chính xác cao. Đa số bệnh nhân có ruột thừa viêm vỡ mủ, làm tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng nếu không điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật là yếu tố quyết định giúp cải thiện tiên lượng và giảm tỷ lệ biến chứng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Laura Bălănescu, Alexandru Emil Băetu, Ancuța Mihaela Cardoneanu và các cộng sự.** (2023), "Predictors of Complicated Appendicitis with Evolution to Appendicular Peritonitis in Pediatric Patients", *Medicina*, 59(1).
2. **Atef Mejri, Khaoula Arfaoui, Mohamed Ali Mseddi và các cộng sự.** (2021), "The management of appendicular abscesses in a Tunisian Tertiary Care Hospital", *BMC Surgery*, 21(427).
3. **Ketika Potey, Anitha Kandi, Sarojini Jadhav và Varun Gowda** (2023), "Study of outcomes of perforated appendicitis in adults: a prospective cohort study", *Annals of Medicine and Surgery*, 85(4), tr. 694-700.
4. **A. S. Arutyunyan, D. A. Blagovestnov, P. A. Yartsev và các cộng sự.** (2022), "[Safety and efficacy of laparoscopic approach for widespread appendicular peritonitis]", *Khirurgiia*, (7), tr. 24-32.
5. **Lê Thị Đức Hạnh, Trần Việt Hoàng, Lê Thanh Hùng và Phạm Văn Năng** (2021), "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*, 43/2021.
6. **Ngọc Trần Đào Minh, Phương Nguyễn Duy, Ngân Hoàng Thị và các cộng sự.** (2022), "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*, 16(53).
7. **Nguyễn Quốc Đạt và Phạm Văn Linh** (2019), "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*, 17.
8. **Phạm Minh Đức** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một công trong điều trị viêm ruột thừa cấp, Trường Đại học Y Dược-Đại học Huế.
9. **Võ Duy Long, Lưu Hiếu Thảo và Nguyễn Văn Hải** (2003), Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, Vol. Chuyên đề ngoại khoa, tập 7 phụ bản số 1.
10. **Nguyễn Hưng Đạo** (2022), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại một số tỉnh miền núi phía Bắc", *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 17(2).