

- Westman, J.A.; et al.** Feasibility of screening for Lynch syndrome among patients with colorectal cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26, 5783–5788.
2. **De Jong, A.E.; Morreau, H.; van Puijenbroek, M.; Eilers, P.H.; Wijnen, J.; Nagengast, F.M.; Griffioen, G.; Cats, A.; Menko, F.H.; Kleibeuker, J.H.** The role of mismatch repair gene defects in the development of adenomas in patients with HNPCC. *Gastroenterology* 2004; 126, 42–48.
 3. **Nakase K, Matsuda R, Sasaki S, Nakagawa I.** Lynch Syndrome-Associated Glioblastoma Treated With Concomitant Chemoradiotherapy and Immune Checkpoint Inhibitors: Case Report and Review of Literature. *Brain Tumor Res Treat.* 2024 Jan;12(1):70-74
 4. **Turcot J, Despres JP, St Pierre F.** Malignant tumors of the central nervous system associated with familial polyposis of the colon: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1959; 2: 465–468.
 5. **Paraf F, Jothy S, Van Meir EG.** Brain tumor-polyposis syndrome: two genetic diseases? *J Clin Oncol* 1997; 15: 2744–2758.
 6. **Therkildsen C, Ladelund S, Rambech E, Persson A, Petersen A, Nilbert M.** Glioblastomas, astrocytomas and oligodendrogliomas linked to Lynch syndrome. *Eur J Neurol.* 2015 Apr;22(4):717-24. doi: 10.1111/ene.12647. Epub 2015 Jan 19. PMID: 25648859.
 7. **De Rosa M, Fasano C, Panariello L, Scarano MI, Belli G, Iannelli A, Ciciliano F, Izzo P.** Evidence for a recessive inheritance of Turcot's syndrome caused by compound heterozygous mutations within the PMS2 gene. *Oncogene.* 2000 Mar 23;19(13):1719-23. doi: 10.1038/sj.onc.1203447. PMID: 10763829.
 8. **Vasen HF, Stormorken A, Menko FH, Nagengast FM, Kleibeuker JH, Griffioen G, et al.** MSH2 mutation carriers are at higher risk of cancer than MLH1 mutation carriers: a study of hereditary nonpolyposis colorectal cancer families. *J Clin Oncol* (2001) 19:4074–80. doi: 10.1200/JCO.2001.19.20.4074.
 9. **Barrow E, Robinson L, Alduaij W, Shenton A, Clancy T, Laloo F, et al.** Cumulative lifetime incidence of extracolonic cancers in Lynch syndrome: a report of 121 families with proven mutations. *Clin Genet* (2009) 75:141–9. doi: 10.1111/j.1399-0004.2008.01125.x
 10. **Georgescu, M.-M.** (2024). Adult glioblastoma with Lynch syndrome-associated mismatch repair deficiency forms a distinct high-risk molecular subgroup. *Free Neuropathology*, 5, 32.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP KHÔNG BIẾN CHỨNG BẰNG KHÁNG SINH SO VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

Mai Văn Duyệt*, Phạm Văn Năng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh có thể là lựa chọn thay thế phẫu thuật với hiệu quả tương đương. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh so với phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu nhãn mở, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, thiết kế không kém hơn, thực hiện trên 311 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 05/2022 đến 02/2025. Trong đó, 151 bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh, 160 bệnh nhân phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phúc mạc sau 30 ngày không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (1,99% ở nhóm kháng sinh và 1,88% ở nhóm phẫu thuật; chênh lệch 0,11%; 95% CI: -3,17 đến 2,95). Thời gian nghỉ ốm nhóm kháng sinh ngắn hơn ($4,52 \pm 1,13$ ngày so với $6,57 \pm 1,09$ ngày; $p < 0,001$). Tỷ lệ biến chứng chung cao hơn ở nhóm kháng sinh (7,5% so với 3,31%; $p = 0,134$), nhưng tỷ lệ thành công trong 1 năm lại cao hơn (93,13% so với 83,44%; $p =$

0,018). Tỷ lệ tái phát tại thời điểm 1 năm ở nhóm kháng sinh là 17,21%. Không ghi nhận ca tử vong nào trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** Điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh có thể thành công với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và thời gian phục hồi ngắn hơn. Tuy nhiên, vẫn chưa đủ cơ sở để kết luận tính không kém hơn so với phẫu thuật trong thời gian theo dõi 1 năm. **Từ khóa:** Điều trị bảo tồn, phẫu thuật cắt ruột thừa, kháng sinh.

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOMES OF ANTIBIOTIC TREATMENT VERSUS LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY FOR ACUTE UNCOMPLICATED APPENDICITIS

Background: Recent studies suggest that antibiotic treatment for uncomplicated acute appendicitis may be an effective alternative to surgery, with comparable outcomes. **Objective:** To evaluate the outcomes of antibiotic therapy compared to laparoscopic appendectomy in the treatment of acute appendicitis. **Subjects and Methods:** This was an open-label, randomized controlled, non-inferiority clinical trial involving 311 patients diagnosed with acute appendicitis at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2022 to February 2025. Among them, 151 patients received antibiotic treatment, while 160 underwent laparoscopic surgery. **Results:** The 30-day peritonitis rate showed no

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Năng
Email: pvnang@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2025
Ngày duyệt bài: 28.3.2025

significant difference between the antibiotic group (1.99%) and the surgical group (1.88%), with a difference of 0.11% (95% CI: -3.17 to 2.95). The antibiotic group had a shorter sick leave duration (4.52 ± 1.13 days vs. 6.57 ± 1.09 days; $p < 0.001$). Although the overall complication rate was higher in the antibiotic group (7.5% vs. 3.31%; $p = 0.134$), the 1-year success rate was also higher (93.13% vs. 83.44%; $p = 0.018$). However, 17.21% of patients in the antibiotic group experienced recurrence within one year. No deaths were reported during the follow-up period. **Conclusion:** Most cases of uncomplicated acute appendicitis can be successfully treated with antibiotics, showing lower morbidity and faster recovery compared to surgery. Nevertheless, the results are not sufficient to confirm non-inferiority of antibiotic therapy over appendectomy within a one-year follow-up period. **Keywords:** Conservative treatment, appendectomy, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc khoảng 100/100.000 người/năm, thường gặp ở nam hơn nữ (8.6% vs 6.7%). Điều trị chuẩn là phẫu thuật cắt ruột thừa (mổ mở hoặc nội soi) [4]. Tại Mỹ, khoảng 310.000 ca cắt ruột thừa được thực hiện hàng năm, trong đó có đến 15-30% ruột thừa không viêm được xác định qua giải phẫu bệnh, dẫn đến tỷ lệ cắt ruột thừa âm tính khá cao [5].

Mặc dù phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị chuẩn, nhưng vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ như nhiễm trùng vết mổ, dính ruột, tắc ruột... với tỉ lệ 2-23%. Trong khi, điều trị bảo tồn bằng kháng sinh là lựa chọn thay thế cho VRT không biến chứng, dù tỷ lệ thất bại lên đến 13% nhưng ít biến chứng hơn [5].

Nhiều nghiên cứu thế giới khuyến cáo ưu tiên điều trị kháng sinh ngay từ lần nhập viện đầu tiên cho VRT cấp không biến chứng. Hai thử nghiệm lâm sàng năm 2013 và 2018 so sánh hiệu quả giữa kháng sinh và phẫu thuật cung cấp bằng chứng mức 1 (mức độ cao nhất theo phân loại y học dựa trên bằng chứng). Kết quả cho thấy 75-85% bệnh nhân VRT không biến chứng có thể điều trị thành công bằng kháng sinh trong 1 năm theo dõi và 39,1% trong 5 năm, giúp tránh cuộc mổ không cần thiết, giảm nguy cơ tai biến phẫu thuật, tiết kiệm chi phí điều trị [8]. Bên cạnh đó, thử nghiệm lâm sàng CODA năm 2020 tại Mỹ với 1.552 bệnh nhân cũng khẳng định: điều trị kháng sinh không thua kém phẫu thuật trong điều trị VRT cấp không biến chứng [3].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Việt Nam với mong muốn đánh giá kết quả điều trị VRT cấp không biến chứng bằng kháng sinh so với phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân viêm ruột thừa cấp chưa biến chứng tuổi 18-65 được điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 08/2022-02/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tuổi từ 18 đến 60 tuổi ASA I, II

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

CT-scan với hình ảnh viêm ruột thừa và chưa ghi nhận biến chứng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.

CT-scan: viêm ruột thừa có biến chứng (viêm phúc mạc hoặc áp xe ruột thừa), chấn đoán khác, sỏi phân ruột thừa, ruột thừa thủng, khí tự do trong xoang bụng, nghi ngờ u ruột thừa

Không chụp CT-scan

Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính như: suy thận, suy gan, tim mạch nặng, bệnh nội khoa được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch. Bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch (AIDS), ghép tạng.

Chống chỉ định sử dụng kháng sinh hoặc bệnh nhân đang sử dụng kháng sinh điều trị một bệnh lý khác.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu không kém hơn, ngẫu nhiên, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng.

Tất cả bệnh nhân viêm ruột thừa cấp dựa vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và CT-scan sau đó phân bổ ngẫu nhiên vào 2 nhóm, ngày chẵn trong tuần chọn bệnh nhân vào nhóm điều trị bằng kháng sinh (nhóm I) và ngày lẻ chọn bệnh nhân vào nhóm phẫu thuật cắt ruột thừa (nhóm II), xoay vòng cho đến khi lấy đủ mẫu. Kết cục chính của nghiên cứu là viêm phúc mạc sau can thiệp trong 30 ngày sau điều trị ban đầu. Sự không kém hơn được chứng minh nếu giới hạn trên của khoảng tin cậy 95% hai phía cho sự khác biệt về tỷ lệ thấp hơn 10 điểm phần trăm. Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng Y Đức Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Cỡ mẫu: 311 bệnh nhân gồm 2 giới, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu, chia 2 nhóm: nhóm I (151 bệnh nhân) được điều trị bằng kháng sinh, nhóm 2 (160 bệnh nhân) được điều trị bằng phẫu thuật.

* Điều trị bảo tồn

- Kháng sinh tĩnh mạch: Ertapenem 1g/ngày x 3 ngày.

- Sau 72 giờ: chuyển kháng sinh uống: Levofloxacin 500mg/ngày + Metronidazole 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày.

* Tiêu chuẩn đánh giá:

- Chuyển phẫu thuật: lâm sàng nặng lên sau 24 giờ (sốt tăng, đau bụng tăng, cảm ứng phúc mạc) hoặc không cải thiện sau 48 giờ (sốt, bạch cầu không giảm).

- Xuất viện: hết đau/giảm đau rõ, ăn uống được, không sốt, bạch cầu giảm.

- Điều trị thành công: cải thiện lâm sàng, xuất viện không phẫu thuật, không tái phát trong 1 tuần.

- Thất bại: triệu chứng không thuyên giảm/nặng hơn hoặc biến chứng (áp xe, viêm phúc mạc).

* Thời gian theo dõi: 1 tuần, 1 tháng, 1 năm sau xuất viện.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới tính. Đặc điểm lâm sàng: đau hố chậu phải, sốt, thời gian khởi phát. Đặc điểm cận lâm sàng: bạch cầu, CRP. Kết cục chính của nghiên cứu là tỷ lệ viêm phúc mạc trong vòng 30 ngày sau can thiệp. Kết cục phụ: thời gian nằm viện, nghỉ ốm, mức độ đau (VAS), tỷ lệ tái biến, biến chứng, tái phát và thành công giữa 2 nhóm.

Phương pháp thu thập số liệu. Xây dựng bảng thu thập số liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án, thăm khám và kết quả cận lâm sàng.

Phương pháp xử trí và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Tuổi trung bình	39,03 ± 13,59	39,76 ± 13,13	0,628
Giới	Nam 71 (47%)	68 (42,5%)	0,423
	Nữ 80 (53%)	92 (57,5%)	

Nhận xét: Hai nhóm có đặc điểm nhân khẩu học gần tương đồng, tuổi trung bình nhóm I 39,03 ± 13,59, nhóm II 39,76 ± 13,13. Nam 47% nhóm I, 42,5% nhóm II, nữ lần lượt 53% và 57,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Đau hố chậu phải	80 (52,98%)	58 (36,25%)	0,025
Sốt	19 (12,58%)	59 (36,88%)	< 0,001
Thời gian khởi phát (giờ)	20 (3-48)	18 (3-48)	0,848
VAS lúc nhập viện	2,46 ± 1,11	4,24 ± 1,39	< 0,001

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đau hố chậu phải ở nhóm I cao hơn nhóm II (52,98% với 36,25%, p = 0,025). Nhóm II có tỷ lệ sốt cao hơn đáng kể (36,88% với 12,58%, p < 0,001). Thời gian khởi phát bệnh giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,848). Tuy nhiên, mức độ đau theo thang điểm VAS khi nhập viện ở nhóm II cao hơn rõ rệt nhóm I (4,24 ± 1,39 với 2,46 ± 1,11, p < 0,001).

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Chỉ số bạch cầu >10000 (k/ μ L)	100 (66,23%)	128 (80%)	0,006
Chỉ số CRP trung bình (mg/L)	15,2 (0,1-266,9)	21,15 (0,1-338,4)	0,147

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bạch cầu >10.000 k/ μ L ở nhóm II cao hơn đáng kể nhóm I (80% với 66,23%, p = 0,006). Tuy nhiên, CRP trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,147).

Kết quả điều trị sớm

Bảng 4. Đánh giá kết quả điều trị sớm

Đặc điểm		Nhóm I	Nhóm II	p
Thời gian nằm viện (ngày)		2,8 ± 0,85	2,89 ± 1,06	0,429
Thời gian nghỉ ốm (ngày)		4,52 ± 1,13	6,57 ± 1,09	<0,001
Đau (VAS)	Lúc ra viện	2 (2-6)	6 (4-7)	< 0,001
	Sau 1 tuần	2 (1-3)	3 (2-5)	
	Sau 1 tháng	0 (0-1)	1 (0-2)	
Tỉ lệ biến chứng chung		6 (3,31%)	12 (7,5%)	0,135
Biến chứng	Nhiễm trùng	3 (1,99%)	5 (3,13%)	p = 0,326 CI 95% (-3,17%, 2,95%)
	Tắc ruột	0	1 (0,63%)	
	Thoát vị vết mổ	0	1 (0,63%)	
	Viêm phúc mạc khu trú trong 30 sau mổ	3 (1,99%)	3 (1,88%)	
Giải phẫu bệnh ruột thừa bình thường		0	2 (1,25%)	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (p = 0,429). Nhóm II thời gian nghỉ ốm dài hơn, mức độ đau khi xuất viện cao hơn nhóm I (p < 0,001). Tỷ lệ biến chứng nhóm II cao hơn nhóm I (7,5% với 3,31%), CI 95% (-0,79%-9,17%)

nhưng $p=0,135$. Trong nhóm II, 2 trường hợp (1,25%) giải phẫu bệnh ruột thừa bình thường. Tỷ lệ viêm phúc mạc trong 30 ngày sau can thiệp nhóm I cao hơn nhóm II (1,99% với 1,88%) mức khác biệt 0,11; CI 95% (-3,17%-2,95%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,326$).

Kết quả điều trị sau 1 năm

Bảng 5. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 năm

Đặc điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Tỷ lệ thành công trong 1 năm (%)	128 (83,44%)	149 (93,13%)	0,018
Tái phát trong 1 năm	26 (17,21%)	0	
Tử vong	0	0	

Nhận xét: Nhóm II tỷ lệ thành công trong 1 năm cao hơn nhóm I (93,13% với 83,44%, $p = 0,018$). Tại thời điểm 1 năm, 17,21% trường hợp tái phát. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong thời gian theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học, nghiên cứu 311 bệnh nhân với sự phân bố giới tính, tuổi gần tương đồng. Nhóm nhóm I có tuổi trung bình $39,03 \pm 13,59$, nhóm II $39,76 \pm 13,13$. Tỷ lệ nam/nữ lần lượt 47%/53%, 42,5%/57,5% ($p > 0,05$). Kết quả khác biệt với Jehangir Khan (2020) [5], nam mắc VRT cao hơn đáng kể so với nữ (58,46% với 41,54%), tuổi trung bình $29,8 \pm 8,42$. Có thể do khác nhau đặc điểm dân số, thời gian nghiên cứu.

Đau bụng hố chậu phải là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất nhưng sự phân bố tỷ lệ giữa hai nhóm có sự khác biệt đáng kể: nhóm I cao hơn (52,98%) nhóm II (36,25%), $p = 0,025$. Nhóm II tỷ lệ sốt cao hơn rõ rệt (36,88% với 12,58%, $p < 0,001$), cho thấy khả năng biểu hiện triệu chứng toàn thân của nhóm II cao hơn nhóm I. Thời gian khởi phát triệu chứng giữa hai nhóm không khác biệt đáng kể (20 giờ với 18 giờ, $p = 0,848$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu APPAC (2015) [9], phần lớn bệnh nhân nhập viện sau 18 giờ từ khi khởi phát triệu chứng, tỷ lệ gần tương đương giữa hai nhóm (nhóm I 58%, nhóm II 59%). Đây là yếu tố quan trọng tiên lượng bệnh, đặc biệt người cao tuổi (lâm sàng không điển hình, dễ bị chẩn đoán nhầm). Việc chậm trễ chẩn đoán có thể làm tăng nguy cơ biến chứng, nằm viện kéo dài, ảnh hưởng hiệu quả điều trị.

Công thức bạch cầu là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, kết quả nhanh. Tỷ lệ bệnh

nhân có bạch cầu >10.000 k/ μ L ở nhóm II cao đáng kể với nhóm I (80% với 66,23%, $p = 0,006$). Tuy nhiên, một số tác giả ghi nhận chỉ 80% bệnh nhân VRT có tăng bạch cầu, trong khi 70% tăng bạch cầu do nguyên nhân khác, cho thấy giá trị tiên lượng hạn chế [1], [2]. Mặt khác, CRP (mg/L) nhóm II cao hơn nhóm I (15,2 với 21,15, $p=0,147$). Kết quả tương đồng nghiên cứu APPAC (2015) [9], CRP ở nhóm kháng sinh và phẫu thuật lần lượt 29 mg/L và 36 mg/L. Bạch cầu và CRP đều không đủ đặc hiệu để chẩn đoán xác định, một số nghiên cứu gần đây đề xuất kết hợp ba yếu tố: bạch cầu <10.500 k/ μ L, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (Neu%) $<75\%$, CRP trong giới hạn bình thường, có giá trị tiên đoán âm đạt 100% cho VRT cấp [6]. Việc kết hợp này có thể giúp loại trừ VRT ở những bệnh nhân đau bụng không rõ nguyên nhân, giảm tỷ lệ chụp CT-scan hoặc phẫu thuật thăm dò không cần thiết.

Thời gian nằm viện giữa hai nhóm không khác biệt đáng kể ($2,8 \pm 0,85$ với $2,89 \pm 1,06$, $p = 0,429$). Tuy nhiên, thời gian nghỉ ốm nhóm I ngắn hơn đáng kể nhóm II ($4,52 \pm 1,13$ với $6,57 \pm 1,09$, $p = 0,001$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu J. Styruud (2006) [12], nhóm kháng sinh thời gian nghỉ ốm ngắn hơn nhóm phẫu thuật ($5,3 \pm 4,1$ với $6 \pm 4,4$, $p = 0,001$), cho thấy phương pháp này giúp hồi phục nhanh hơn và trở lại công việc sớm hơn. Ngoài ra, đa số bệnh nhân có giảm đau sau điều trị, nhưng mức độ đau nhóm I thấp hơn nhóm II.

Kết cục chính của nghiên cứu là tỷ lệ viêm phúc mạc 30 ngày sau can thiệp khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm I (1,99%, $n=3$) so với nhóm II (1,88%, $n=3$). Các thử nghiệm lâm sàng APPAC hay của Vons với thời gian theo dõi 1 năm cũng không thể chứng minh là kháng sinh không kém hơn phẫu thuật. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Vons bao gồm cả VRT cấp có sỏi phân. Tỷ lệ biến chứng chung ở nhóm II (7,5%) cao hơn nhóm I (3,31%) ($p=0,135$). Cụ thể: nhóm I có 1,99% nhiễm trùng vết mổ; nhóm II: 3,13% nhiễm trùng vết mổ, 0,32% tắc ruột, 1,63% thoát vị vết mổ. Kết quả phù hợp nghiên cứu của Jehangir Khan (2020), tỷ lệ biến chứng nhóm phẫu thuật (15,38%) cao hơn hẳn nhóm kháng sinh (3,08%). Đáng chú ý, tỷ lệ biến chứng sau mổ từ 10-25% theo nhiều nghiên cứu, cao đáng kể so với điều trị bảo tồn [5]. Đặc biệt, nghiên cứu APPAC (2018) [10] chỉ ra sau 5 năm, nhóm phẫu thuật có tỷ lệ biến chứng 24,4%, gấp gần 4 lần nhóm kháng sinh (6,5%) với $p<0,001$. Có 2 trường hợp giải phẫu bệnh

sau mổ ruột thừa bình thường. Tỷ lệ này cũng được ghi nhận ở nghiên cứu khác như APPAC (2018) [10] với 2,2% và COMMA (2021) [7] với 7,1%. Điều này cho thấy việc áp dụng rộng rãi PTNS đôi khi dẫn đến cắt ruột thừa không viêm-cần thiết không cần thiết mà còn tiềm ẩn rủi ro.

Bệnh nhân hai nhóm được tái khám định kỳ 1 tuần, 1 tháng, 1 năm sau xuất viện, thời gian theo dõi tối thiểu 1 năm. Nhóm II có tỷ lệ thành công trong 1 năm cao hơn nhóm I (93,13% so với 83,44%, $p = 0,018$). Tại thời điểm 1 năm, 17,21% bệnh nhân nhóm I tái phát, phải nhập viện phẫu thuật nhưng không biến chứng nặng xảy ra sau mổ. Đặc biệt, không có trường hợp tử vong trong thời gian theo dõi. Về tỷ lệ tái phát, nhiều nghiên cứu ghi nhận nguy cơ sau 1 năm. Cụ thể, Jehangir Khan (2020) [5] báo cáo tỷ lệ tái phát 27,69%, APPAC (2018) [10] theo dõi 5 năm ghi nhận tỷ lệ tái phát tăng dần theo thời gian: 27,3% (năm 1), 35,2% (năm 2) và 39,1% (năm 5). Không có biến chứng nghiêm trọng liên quan việc trì hoãn phẫu thuật.

Nhìn chung, mặc dù điều trị kháng sinh đối với VRT cấp không biến chứng không chứng minh được là không kém hiệu quả hơn so với phẫu thuật cắt ruột thừa. Tuy nhiên, tỷ lệ thành công trong 1 năm theo dõi là 83,3%. Phương pháp này đặc biệt phù hợp trong các điều kiện hạn chế nguồn lực y tế, như vùng sâu vùng xa, bệnh nhân có cơ địa đặc biệt. Điều trị bảo tồn giúp bệnh nhân phục hồi nhanh hơn, giảm nguy cơ tử vong, biến chứng phẫu thuật và biến chứng hậu phẫu. Tuy nhiên, cần theo dõi chặt chẽ trong thời gian nằm viện giúp can thiệp phẫu thuật kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Điều trị VRT cấp không biến chứng bằng kháng sinh không đủ tiêu chuẩn kết luận không kém hơn cắt ruột thừa. Phần lớn các trường hợp VRT cấp không biến chứng có thể được điều trị thành công bằng kháng sinh, với tỷ lệ tái biến và biến chứng thấp hơn so với phẫu thuật. Tuy nhiên, có khả năng tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Năng, Phạm Văn Linh (2014)**, "Viêm ruột thừa", Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa-Gan mật, pp. 102-111.
2. **Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công (2021)**, "Viêm ruột thừa cấp", Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa, pp. 8-32.
3. **Flum D R, Davidson G H, Monsell S E, et al (2020)**, "A Randomized Trial Comparing Antibiotics with Appendectomy for Appendicitis", *N Engl J Med*, 383(20), pp. 1907-1919.
4. **Ilves I, Fagerström A, Herzig K H, et al (2014)**, "Seasonal variations of acute appendicitis and nonspecific abdominal pain in Finland", *World J Gastroenterol*, 20(14), pp. 4037-4042.
5. **Khan J, Kashif M, Ramzan, et al (2020)**, "Comparison of Outcomes Between Antibiotics Treatments Versus Appendectomy Patients With Uncomplicated Acute Appendicitis.", *C Med Forum*, 31(5), pp. 78-81.
6. **Moon H M, Park B S, Moon D J (2011)**, "Diagnostic Value of C-reactive Protein in Complicated Appendicitis", *J Korean Soc Coloproctol*, 27(3), pp. 122-126.
7. **O'Leary D P, Walsh S M, Bolger J, et al (2021)**, "A Randomized Clinical Trial Evaluating the Efficacy and Quality of Life of Antibiotic-only Treatment of Acute Uncomplicated Appendicitis: Results of the COMMA Trial", *Ann Surg*, 274(2), pp. 240-247.
8. **Paajanen H, Grönroos J M, Rautio T, et al (2013)**, "A prospective randomized controlled multicenter trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment of uncomplicated acute appendicitis (APPAC trial)", *BMC Surg*, 13(pp. 3).
9. **Salminen P, Paajanen H, Rautio T, et al (2015)**, "Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial", *Jama*, 313(23), pp. 2340-2348.
10. **Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, et al (2018)**, "Five-Year Follow-up of Antibiotic Therapy for Uncomplicated Acute Appendicitis in the APPAC Randomized Clinical Trial", *Jama*, 320(12), pp. 1259-1265.
11. **Sippola S, Grönroos J, Tuominen R, et al (2017)**, "Economic evaluation of antibiotic therapy versus appendectomy for the treatment of uncomplicated acute appendicitis from the APPAC randomized clinical trial", *Br J Surg*, 104(10), pp. 1355-1361.