

Nghiên cứu của Yoon Ok Jang 2012 [7] trên 12 bệnh nhân (11 nam, 1 nữ) xơ gan do rượu đã được khẳng định bằng mô học, không uống rượu trong ít nhất 6 tháng. Phân lập BM-MSc và nuôi cấy trong 1 tháng, thu được  $5 \times 10^7$  tế bào, truyền 02 lần qua động mạch gan vào tuần thứ 4 và 8, 11 bệnh nhân đã hoàn thành nghiên cứu. Theo hệ thống xơ hóa Laennec, cải thiện mô học được quan sát thấy ở 6 trên 11 bệnh nhân (54,5%); điểm Child-Pugh cải thiện ở mười bệnh nhân (90,9%). Không có biến chứng đáng kể hoặc tác dụng phụ đã được quan sát trong nghiên cứu này, tác giả kết luận: Các tế bào gốc trung mô có nguồn gốc từ tủy xương điều trị trong bệnh xơ gan do rượu gây ra sự cải thiện về mặt mô học ở bệnh xơ gan.

Những kết quả trên dẫn khẳng định tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp sử dụng ABMi sẽ là một liệu pháp hứa hẹn trong tương lai cho những bệnh nhân xơ gan tiến triển.

#### V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Phương pháp ghép tế bào gốc tủy xương tự thân cho bệnh nhân xơ gan là an toàn, khả thi, không ghi nhận tai biến, biến chứng.

- Sau 6 tháng theo dõi cho thấy có sự cải thiện nồng độ albumin ở T3, T6 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Không có cải thiện bilirubin, prothrombin ở thời điểm 3 và 6 tháng sau điều trị.

**Kiến nghị:** Tiếp tục nghiên cứu và tổng kết với số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian theo

dõi dài hơn để có thể đánh giá toàn diện tính an toàn và hiệu quả của phương pháp sử dụng tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị bệnh xơ gan mất bù do rượu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gordon, M.Y., et al.,** Characterization and clinical application of human CD34+ stem/progenitor cell populations mobilized into the blood by granulocyte colony-stimulating factor. *Stem Cells*, 2006. **24**(7): p. 1822-30.
2. **am Esch, J.S., 2nd, et al.,** Portal application of autologous CD133+ bone marrow cells to the liver: a novel concept to support hepatic regeneration. *Stem Cells*, 2005. **23**(4): p. 463-70.
3. **Gangji, V., et al.,** Treatment of osteonecrosis of the femoral head with implantation of autologous bone-marrow cells. A pilot study. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 2004. **86**(6): p. 1153-1160.
4. **Bai, Y.Q., et al.,** Outcomes of autologous bone marrow mononuclear cell transplantation in decompensated liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*, 2014. **20**(26): p. 8660-6.
5. **Kim, J.K., et al.,** Autologous bone marrow infusion activates the progenitor cell compartment in patients with advanced liver cirrhosis. *Cell Transplant*, 2010. **19**(10): p. 1237-46.
6. **Saito, T., et al.,** Potential therapeutic application of intravenous autologous bone marrow infusion in patients with alcoholic liver cirrhosis. *Stem Cells Dev*, 2011. **20**(9): p. 1503-10.
7. **Jang, Y.O., et al.,** Histological improvement following administration of autologous bone marrow-derived mesenchymal stem cells for alcoholic cirrhosis: a pilot study. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 2014. **34**(1): p. 33-41.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG VIÊM RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng\*, Nguyễn Trung Kiên\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu 82 trường hợp được phẫu thuật nội soi để điều trị các biến chứng viêm ruột thừa trong 3 năm tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Biến chứng viêm ruột thừa gặp ở cả nam và nữ, tỉ lệ nam/ nữ là 1,4/1. Vị trí thủng ở

thân ruột thừa hay gặp nhất (68,3%). Trong phẫu thuật cắt ruột thừa, kẹp gốc ruột thừa bằng hemolock là chủ yếu (90,2%), thời gian mổ trung bình là  $65,1 \pm 15,2$  phút, thời gian nằm viện trung bình là  $5,68 \pm 1,2$  ngày. Không có tai biến trong mổ, không có tử vong. Tỉ lệ biến chứng là 7,3%. Kết quả tốt là 92,7%, trung bình là 7,3%, xấu 0%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả

**Từ khóa:** Viêm phúc mạc ruột thừa, áp xe ruột thừa, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, phẫu thuật nội soi ổ bụng.

#### SUMMARY

**LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREAT APPENDICITIS COMPLICATION AT BACH MAI HOSPITAL**

\*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng  
Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com  
Ngày nhận bài: 16.2.2022  
Ngày phản biện khoa học: 4.4.2022  
Ngày duyệt bài: 15.4.2022

**Objectives:** To evaluate results of laparoscopic surgery to treat appendicitis complications at Bach Mai Hospital. **Subjects and research methods:** retrospective descriptive study of 82 cases of laparoscopic surgery to treat complications of appendicitis in 3 years at General Surgery Department, Bach Mai Hospital. **Results:** Complications of appendicitis were found in both men and women. Male/female is 1.4/1. The most common perforation site in the appendix body (68.3%). In appendectomy, clamping the appendiceal stump by hemolock was the predominant (90.2%), the average operation time was 65.1±15.2 minutes, the average time in hospital was 5,68 ± 1,2 days. There were no intraoperative complications, no deaths. The complication rate was 7.3%. Good result is 92.7%, average is 7.3%, bad is 0%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to treat appendicitis complications is a minimally invasive, safe and effective surgery

**Keywords:** Appendicitis peritonitis, appendiceal abscess, laparoscopic appendectomy, laparoscopic surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, phổ biến ở tất cả các tuyến y tế. Vẫn còn tỷ lệ khá cao các trường hợp bệnh viêm ruột thừa đến muộn gây biến chứng viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) hoặc áp xe ruột thừa (AXRT). Điều trị biến chứng của viêm ruột thừa bao gồm giải quyết nguyên nhân là cắt ruột thừa và giải quyết biến chứng là lau rửa và dẫn lưu ổ bụng. Phẫu thuật nội soi là phẫu thuật xâm hại tối thiểu với ưu điểm ít đau đớn, nhanh phục hồi, giảm đáng kể nhiễm khuẩn vết mổ. Mặc dù vậy việc ứng dụng phẫu thuật nội soi vào điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đòi hỏi phẫu thuật viên phải có chuyên môn tốt, kỹ năng thành thạo [4], [5]. Tại Bệnh viện Bạch Mai, phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa đã được ứng dụng mang lại kết quả tốt. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa tại Bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng viêm phúc mạc toàn thể và áp xe ruột thừa trong ổ bụng.

- Bệnh nhân được áp dụng qui trình mổ hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi do một nhóm các phẫu thuật viên có trình độ tương đương thực hiện.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán là đám quánh

### Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Viêm phúc mạc RT (n = 60)	Áp xe RT (n = 22)
≤ 30	20 (33,3)	10 (45,5)

ruột thừa.

- Chẩn đoán trước mổ là biến chứng viêm ruột thừa nhưng sau mổ là các bệnh lý khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**2.3. Qui trình phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa:**

2.3.1. Đặt Trocar, bơm CO<sub>2</sub>: Thường đặt 3 trocar, có thể 4 trocar khi cần thiết

+ Trocar thứ nhất (10 mm) đặt tại rốn hoặc cạnh rốn theo kỹ thuật mở của Hasson. Khí bơm là CO<sub>2</sub> với áp lực 12 – 14 mmHg,

+ Trocar thứ hai (10mm) thường được đặt ở vùng mạn sườn trái (có thể đặt cao hơn để rửa hố lách, mặt trên gan).

+ Trocar thứ ba (5mm) đặt ở hố chậu trái hoặc hạ vị tùy theo thói quen phẫu thuật viên.

+ Có thể đặt thêm trocar thứ tư (5mm) ở hố chậu phải hoặc mạn sườn phải khi cần vén manh tràng để bộc lộ ruột thừa.

2.3.2. Kiểm tra, đánh giá thương tổn: đưa ống soi qua trocar rốn quan sát toàn bộ ổ bụng. Tìm ruột thừa, xác định hình thái tổn thương ruột thừa qua nội soi. Trước khi cắt ruột thừa nên hút tối đa dịch mủ trong ổ bụng, có thể lấy dịch làm xét nghiệm, cấy khuẩn làm kháng sinh đồ.

2.3.3. Cắt ruột thừa: Cầm máu mạc treo ruột thừa bằng clip hoặc bằng dao đốt điện lưỡng cực, cắt mạc treo ruột thừa. Kẹp gốc ruột thừa bằng hemolock, hoặc khâu buộc gốc ruột thừa hoặc thắt gốc ruột thừa bằng mối chỉ Roeder

2.3.4. Làm sạch ổ bụng: Lau rửa ổ bụng bằng Natri Clorua 0,9% tới khi dịch trong, lấy giả mạc. Trong thì này tư thế bệnh nhân được thay đổi phù hợp vị trí lau rửa (đầu thấp, đầu cao, nghiêng phải, nghiêng trái).

2.3.5. Dẫn lưu, kết thúc cuộc mổ: có thể một, hai hay ba tùy tình trạng ổ bụng bẩn hay sạch. Thường đặt một dẫn lưu Douglas qua hố chậu phải.

### 2.4. Phân loại kết quả phẫu thuật:

- Tốt: phẫu thuật an toàn không có tai biến, biến chứng sớm sau mổ.

- Trung bình: có các biến chứng sớm sau mổ nhưng nhẹ, điều trị nội khoa khỏi và ra viện.

- Xấu: có biến chứng sớm phải mổ lại, bệnh nhân tử vong.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

82 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa từ 2019 đến 2021 tại Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả như sau

Tuổi	31 – 60	18 (30,0)	8 (36,4)
	≥ 60	22 (36,7)	4 (18,1)
Giới	Nam	34 (56,7)	14 (63,6)
	Nữ	26 (43,3)	8 (36,4)
Thời gian từ khi đau đến khi mổ	< 24 giờ	11 (18,3)	0 (0,0)
	24 – 48 giờ	35 (58,4)	9 (40,9)
	>48 giờ	14 (23,3)	13 (59,1)
Địa dư hành chính	Thành thị	26 (43,3)	6 (27,3)
	Nông thôn	29 (46,7)	15 (68,2)
	Miền núi	6 (10,0)	1 (4,5)
Sử dụng kháng sinh	Có dùng	7 (11,7)	6 (27,3)
	Không dùng	53 (88,3)	16 (72,7)
Bệnh phối hợp	Tăng huyết áp	6 (10,0)	2 (9,1)
	Đái đường	2 (3,3)	1 (4,5)
	Hô hấp	2 (3,3)	0 (0,0)
<b>Tổng</b>		<b>60</b>	<b>22</b>

**Nhận xét:** Các biến chứng của viêm ruột thừa hay gặp ở độ tuổi > 30, tuổi trung bình là 38,2 ±17,17. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Bệnh nhân ở vùng nông thôn hay gặp hơn (53,6%). Thời gian từ khi đau bụng cho đến khi được phẫu thuật trên 24 giờ là chủ yếu (86,5%), trong đó sau 48 giờ là 27 trường hợp chiếm 32,9%. Có 13 trường hợp sử dụng kháng sinh điều trị (15,8%)

**Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng		VFMRT (n=60)		AXRT (n=22)	
		n	%	n	%
Vị trí đau	Hố chậu phải	8	13,3	21	95,4
	Nửa bụng phải	37	61,6	1	4,6
	Khắp bụng	15	26,1	0	0,0
Tính chất đau	Am i liên tục	41	68,3	17	77,3
	Thành cơn	19	31,7	5	22,7
Nôn	Buồn nôn- nôn	20	33,3	4	18,2
	Không nôn	40	66,7	18	81,8
Rối loạn đại tiện.	Bình thường	49	81,6	20	90,9
	Bí trung đại tiện	7	11,7	0	0,0
	Ia lỏng	4	6,7	2	9,1
Thực thể	Phản ứng thành bụng	46	76,7	18	81,8
	Blumberg (+)	8	13,3	3	13,6
	Chướng bụng	6	10,0	1	4,6
Toàn thân ( sốt)	Không	10	16,7	7	31,8
	Có	50	83,3	15	68,2

**Nhận xét:** Vị trí đau: ở nhóm VFMRT thường đau nửa bụng phải chiếm 61,6% trong khi đó ở nhóm AXRT thường đau ở vị trí HCP chiếm 94,4%. Tính chất đau cả 2 nhóm đều có tính chất đau âm i liên tục không thành cơn (68,3), (77,3%). Có 4 trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa ia lỏng. 65,8% biến chứng viêm ruột thừa có phản ứng thành bụng. Tỷ lệ sốt trong biến chứng viêm ruột thừa là 79,3%.

**Bảng 3.3. Cận lâm sàng**

Cận lâm sàng		VFMRT		AXRT	
		n	%	n	%
Số lượng BC	<10 G/L	4	16,7	3	13,6
	10-15 G/L	24	40,0	12	54,6
	>15 G/L	32	53,3	7	31,8
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	<70%	3	5,0	2	9,1
	>70%	57	95,0	19	90,9
Siêu âm	Không thấy ruột thừa	8	13,3	4	18,2
	Viêm phúc mạc RT	52	86,7		
	Ap xe RT			18	81,8
Chụp cắt lớp	Viêm phúc mạc RT	21	100		
	Ap xe RT			12	100

**Nhận xét:** Tỷ lệ BC tăng trên 10 G/L trong biến chứng viêm ruột thừa là 75 trường hợp (91,4%), trong đó tăng trên 15 G/L có 39 trường hợp (47,5%). Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính ở 2 nhóm đều tăng >70% là chủ yếu (95,0%) và (77,2%). Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính đa số phát hiện tình trạng viêm ruột thừa và các biến chứng

**Bảng 3.4. Hình ảnh tổn thương và xử trí qua phẫu thuật nội soi.**

Tổn thương và xử trí trong mổ		VFMRT (n=60)		AXRT (n=22)	
		n	%	N	%
Ổ bụng ( vị trí mổ)	Hố chậu phải	21	35,0	22	100
	Lan tới Douglas	27	45,0	0	0,0
	Khắp bụng	12	20,0	0	0,0
Vị trí ruột thừa	Hố chậu phải	45	75,0	17	77,3
	Sau manh tràng	9	15,0	4	18,2
	Trong tiểu khung	6	10,0	1	4,5
Tình trạng ruột thừa	Vỡ	46	76,7	14	63,6
	Hoại tử	11	18,3	6	27,3
	Mùn nát	3	5,0	2	9,1
Vị trí vỡ (thủng) ruột thừa	Gốc RT	6	10,0	8	36,4
	Thân RT	44	73,3	12	54,5
	Ngọn RT	10	16,7	2	9,1
Xử lý gốc ruột thừa	Kẹp hemolock	56	93,4	18	81,8
	Khâu	2	3,3	0	0,0
	Buộc	2	3,3	4	18,2
Rửa ổ bụng	Không	0	0,0	2	9,1
	Có	60	100	22	100

**Nhận xét:** Dịch mủ trong viêm phúc mạc ruột thừa có thể gặp ở hố chậu phải hay khắp ổ bụng, ruột thừa thường thủng (vỡ) ở thân hay gặp (68,3%), Kẹp gốc ruột thừa bằng hemolock là chủ yếu (90,2%)

**Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật**

Kết quả phẫu thuật		VFMRT (n=60)		AXRT (n=22)	
		n	%	N	%
Thời gian phẫu thuật	<60 phút	31	51,7	12	54,5
	60-90 phút	25	41,6	7	31,8
	>90 phút	4	6,7	3	13,7
Cách thức mổ	Nội soi	60	100	19	86,3
	Chuyển mổ mở	0	0,0	3	13,6
Thời gian có trung tiện	<1 ngày	4	6,7	1	4,5
	1-2 ngày	45	75,0	15	68,2
	2-3 ngày	11	18,3	6	27,3
Thời gian rút ống dẫn lưu	<2 ngày	6	10,0	8	36,4
	2-3 ngày	44	73,3	12	54,5
	>3 ngày	10	16,7	2	9,1
Biến chứng sau mổ	Không có biến chứng	56	93,4	20	90,9
	Áp xe tồn dư	2	3,3	2	9,1
	Nhiễm trùng vết mổ	2	3,3	0	0,0
Thời gian nằm viện	<3 ngày	6	10,0	2	9,1
	>3 ngày	54	90,0	20	90,9

**Nhận xét:** - Thời gian mổ ngắn nhất của biến chứng viêm ruột thừa là 30 phút, dài nhất là 90 phút, thời gian mổ trung bình của 2 nhóm là  $65,1 \pm 15,2$  phút. Có 3 trường hợp chuyển mổ mở ở nhóm áp xe ruột thừa 3,6%.

- Thời gian có trung tiện là  $2,1 \pm 0,5$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ chủ yếu > 3 ngày 90,2%. Ngắn nhất là 2 ngày dài nhất là 7 ngày, trung bình là  $5,68 \pm 1,2$  ngày. Tỷ lệ biến chứng là

6 trường hợp (7,3%)

**Bảng 3.6. Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng VRT**

Kết quả		n=82	Tỷ lệ %
Kết quả điều trị	Tốt	76	92,7
	Trung bình	6	7,3
	Xấu	0	0
	<b>Tổng</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu không có

trường hợp nào tử vong (0%). Kết quả tốt : 92,7%. Kết quả trung bình: 7,3%. Không bệnh nhân nào có biến chứng sớm phải mổ lại.

#### IV. BÀN LUẬN

82 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa cho thấy độ tuổi trung bình của biến chứng ruột thừa hay gặp ở độ tuổi > 30, tuổi trung bình là  $38,2 \pm 17,17$ . Tỷ lệ giữa nam/ nữ và giữa thành thị và nông thôn là tương đương nhau. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh, Triệu Quốc Đạt (2006) có độ tuổi trung bình là  $37,58 \pm 19,12$  [6].

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đau đến khi được phẫu thuật chủ yếu là trên 24 giờ (86,5%), điều này phù hợp với diễn biến của một viêm phúc mạc ruột thừa hay áp xe ruột thừa. Nguyên nhân thường thấy là do các bệnh nhân chịu đựng đau, chủ quan không đi khám, chỉ đến khi ruột thừa biến chứng vỡ gây đau nhiều làm người bệnh không chịu được mới đến cơ sở y tế để khám và điều trị. Ngoài ra cũng có không ít các trường hợp 13/82 (15,8%) được dùng kháng sinh điều trị trước đó với những chẩn đoán là bệnh lý khác. Bảng 3.1 cũng cho thấy chỉ có 10 bệnh nhân (12,2%) có tiền sử bệnh lý mạn tính. Điều này có thể giải thích là do phần lớn bệnh nhân viêm ruột thừa có biến chứng ở độ tuổi chưa cao, vì vậy ít gặp các bệnh lý mạn tính kèm theo.

**Đau bụng:** Là triệu chứng đầu tiên và quan trọng, bắt gặp ở tất cả các bệnh nhân. Vị trí đau lúc đầu có thể đau khu trú hố chậu phải, đau âm ỉ, liên tục tăng dần rồi lan ra nửa bụng phải và khắp ổ bụng là dấu hiệu cơ năng thường gặp trong biến chứng viêm phúc mạc ruột thừa (87,7%). Nguyễn Đình Hồi nhận xét: đối với viêm phúc mạc toàn thể thì đau ngày một tăng lên, và không còn khu trú hố chậu phải nữa mà lan ra khắp bụng [1]. Nhiều tác giả cho rằng, biểu hiện lâm sàng chính của AXRT là đau bụng dưới phải, buồn nôn hay nôn và sờ được khối đau ở vùng này [7], [8], [9]. Nôn, buồn nôn và Rối loạn tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm một tỉ lệ không cao 24 trường hợp (29,2%) và 11 trường hợp (13,4%) bảng 3.2. Điều này có thể do các bệnh nhân của chúng tôi đến viện không quá muộn khi mà tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc cũng như những rối loạn toàn thân chưa quá nặng nề.

Phản ứng thành bụng là triệu chứng thực thể, điển hình gặp ở hầu hết các trường hợp. Mức độ phản ứng có thể khác nhau tùy theo bệnh nhân già hay trẻ, đến sớm hay muộn nhưng thường ở hố chậu phải bao giờ cũng phản ứng mạnh hơn

và đau hơn. Đây được coi là dấu hiệu có giá trị để chẩn đoán biến chứng của viêm ruột thừa. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có cảm ứng phúc mạc có thể do bệnh nhân của chúng tôi đến viện chưa quá muộn. Tỷ lệ sốt trong biến chứng viêm ruột thừa là 79,3% (bảng 3.2). Kết quả của chúng tôi phù hợp các nghiên cứu khác [8] [9].

**Công thức máu:** Trong viêm ruột thừa nói chung và các biến chứng ruột thừa nói riêng, số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng, đồng thời tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cũng tăng. Nếu lấy giá trị bạch cầu bình thường là <10 G/L thì trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng viêm ruột thừa có tỉ lệ bạch cầu tăng là 91,4% và tỉ lệ đa nhân trung tính tăng >70% là 92,6%. Theo Gordon L.T. trong viêm ruột thừa cấp chỉ có dưới 4% bệnh nhân có số lượng bạch cầu cũng như tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính bình thường.

**Chẩn đoán hình ảnh:** Theo nhiều tác giả thì siêu âm ổ bụng là một phương pháp hiệu quả trong chẩn đoán viêm ruột thừa cũng như các biến chứng của nó. Siêu âm chẩn đoán có độ nhạy 83,7%, độ đặc hiệu 96%, giá trị tiên đoán dương tính 89,7%, giá trị tiên đoán âm tính 93,2%, tỷ lệ chẩn đoán đúng 92,2% [9]. Mặt khác siêu âm là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh đơn giản, dễ trang bị, cho kết quả nhanh, rẻ tiền, bệnh nhân không phải chịu tia. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được siêu âm. Kết quả cho thấy phát hiện hình ảnh ruột thừa viêm là 85,3%. Có 12 trường hợp không phát hiện ruột thừa viêm phải chụp CT mới phát hiện. Như vậy kết hợp với lâm sàng, xét nghiệm máu thì siêu âm là một xét nghiệm có ý nghĩa trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Siêu âm, CT bụng vừa giúp xác định chẩn đoán, vừa giúp đo được kích thước ổ mủ, ngoài ra còn giúp chẩn đoán phân biệt với bệnh khác.

**Tổn thương và xử trí phẫu thuật:** Trong nghiên cứu 100% các trường hợp ổ bụng có dịch mủ và giả mạc, dịch mủ có thể ít và khu trú ở hố chậu phải khi ruột thừa mới vỡ, bệnh nhân đến sớm hay trong áp xe ruột thừa nhưng có thể lan xuống Douglas hay khắp ổ bụng khi bệnh nhân để muộn. Theo Nguyễn Đình Hồi dịch mủ trong viêm phúc mạc ruột thừa có thể ít, có thể khá nhiều. Đặc điểm của nó là có mùi rất thối "mùi khó quên", và có độc tính cao [1]. Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi gặp dịch mủ tập trung ở hố chậu phải cho đến lan ra khắp ổ bụng (bảng 3.4)

Vị trí ruột thừa có thể ở hố chậu phải nhưng cũng có thể trong tiểu khung, dưới gan, sau

manh tràng, trong rễ mạc treo hồi tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm VFMRG gặp ruột thừa ở vị trí sau: HCP (75,0%), sau manh tràng (15,0%) và trong tiểu khung (10,0%). Còn ở nhóm AXRT gặp ruột thừa ở vị trí sau: HCP (77,3%), sau manh tràng (18,2%) và trong tiểu khung (4,5%). Trong biến chứng viêm ruột thừa, ruột thừa có thể bị thủng ở một chỗ hay hoại tử mủ nát, từ đó dịch mủ chảy vào ổ bụng gây viêm phúc mạc. Chúng tôi gặp tất cả các dạng tổn thương từ thủng một lỗ đến hoại tử mủ nát, trong đó thủng hay gặp nhất (73,1%) và thủng hay gặp ở thân ruột thừa (90,2%) (Bảng 3.4)

**Xử lý gốc ruột thừa:** Có nhiều phương pháp xử lý gốc ruột thừa như buộc, khâu trong đó dùng hemolock kẹp gốc ruột thừa trong phẫu thuật nội soi hay được sử dụng nhất. Thật vậy chúng tôi dùng hemolock để kẹp gốc ruột thừa cho hầu hết các trường hợp, chỉ có 6 trường hợp được buộc do gốc ruột thừa to, nguy cơ đứt khi kẹp và có 2 trường hợp phải khâu. Chúng tôi không phải dẫn lưu manh tràng cho trường hợp nào. Tuy nhiên chúng tôi cho rằng nên chủ động dẫn lưu manh tràng khi gốc ruột thừa mủ, nát vì đây là biện pháp chủ động, an toàn và hiệu quả. Chúng tôi cũng làm sạch ổ bụng bằng rửa dung dịch natriclorua 0,9% và đặt dẫn lưu ổ bụng cho tất cả các trường hợp.

**Thời gian phẫu thuật:** Phần lớn các tác giả trong nước và ngoài nước đều nhận xét thời gian mổ trung bình của phẫu thuật nội soi điều trị các biến chứng viêm ruột thừa dài hơn mổ mở. Tuy nhiên các tác giả đều cho rằng thời gian phẫu thuật nội soi có thể được rút ngắn lại khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm hơn, các trang thiết bị phẫu thuật đầy đủ hơn. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là  $65 \pm 15,2$  phút, thời gian ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 90 phút. Thời gian phẫu thuật bị kéo dài trong các trường hợp ổ bụng bẩn, nhiều dịch mủ và giả mạc khắp ổ bụng, ruột thừa sau manh tràng, do dính, do các quai ruột chướng khó khăn trong cắt ruột thừa. Thời gian mổ trung bình của Đỗ Minh Đại, Nguyễn Hoàng Bắc là 78 phút [2], của Nguyễn Cường Thịnh là  $70,32 \pm 17,57$  phút [6]. Chúng tôi phải chuyển mổ mở 3 trường hợp trong nhóm áp xe ruột thừa do các quai ruột dính, không tiếp cận để cắt ruột thừa được, các bệnh nhân đều khỏi bệnh và ra viện. Đây chỉ nên coi là cách thức giải quyết để đạt mục tiêu an toàn cho người bệnh vì nếu cố gắng làm phẫu thuật nội soi nguy cơ tai biến cao và thời gian mổ kéo dài.

Thời gian phục hồi nhu động ruột của chúng

tôi là  $2,1 \pm 0,5$ . Đây là một dấu hiệu rất có ý nghĩa trong theo dõi điều trị sau mổ. Nó không những giúp dinh dưỡng cho bệnh nhân sớm hơn đồng thời theo dõi tình trạng ổ bụng, diễn biến ống dẫn lưu. Khi bệnh nhân có trung tiện, bụng mềm, ống dẫn lưu không ra dịch là thời điểm chỉ định rút dẫn lưu ổ bụng và có kế hoạch cho bệnh nhân ra viện. Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là  $5,68 \pm 1,2$  ngày tương tự các tác giả khác Đỗ Minh Đại là 6,2 ngày, Nguyễn Cường Thịnh là 7,01 ngày [2], [6]. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 7,3%, tuy nhiên các biến chứng này đều được điều trị nội khoa mà không phải mổ lại hay rò manh tràng. Với cách đánh giá kết quả như mục 2.4 thì kết quả phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa của chúng tôi có tỉ lệ tốt là 92,7%, trung bình là 7,3%, xấu là 0%. Kết quả này cũng tương đương với của các tác giả đã thông báo [2], [3], [6].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa là phương pháp ít xâm hại, an toàn và hiệu quả nếu được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có trình độ chuyên môn tốt, kỹ năng thành thạo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hôi (1988), "Viêm ruột thừa", Bệnh ngoại khoa đường tiêu hóa, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 113-161.
2. Đỗ Minh Đại, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Tấn Cường (2003), "Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 7 phụ bản số 1, tr. 95-99.
3. Hồ Hứa Đức (2011), "Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa và áp xe ruột thừa". Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15 (Phụ bản của Số 2), tr.273-275.
4. Gordon L.T., James R.W. (2002), "Appendix", Surgery of the Alimentary tract, Volume IV, p.180-190.
5. Peter SDS, Aguayo P, Fraser JD, et al (2010), "Initial laparoscopic appendectomy versus initial nonoperative management and interval appendectomy for perforated appendicitis with abscess: a prospective randomized trial". J Pediatr Surg. 45, pp.236-240.
6. Nguyễn Cường Thịnh, Triệu Quốc Đạt (2006), "Phẫu Thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa", Y học Việt Nam, số đặc biệt tháng 2/2006, tr. 64-69.
7. Kaya B, Sana B, Eris C, et al (2012), "Immediate appendectomy for appendiceal mass". Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 18(1), pp. 71-74.
8. Choudhary SK (2014), "Appendicular mass – early appendectomy vs interval appendectomy". Int J Pharm Bio Sci, 5(1), pp.400-404.
9. Kim JK, Ryoo S, Oh Hk, et al (2010), "Management of appendicitis presenting with abscess or mass". J Korean Soc Coloproctol, 26, pp.413-419.