

cancer. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2015;21(37):10675.

9. **Dormand E, Banwell PE, Goodacre TE.** Radiotherapy and wound healing. Int Wound J. 2005; 2(2): 112-127. doi: 10.1111/j.1742-4801.2005.00079.x

10. **Arroyo-Hernández M, Maldonado F, Lozano-Ruiz F, Muñoz-Montaño W, Nuñez-Baez M, Arrieta O.** Radiation-induced lung injury: current evidence. BMC Pulmonary Medicine. 2021;21(1): 9. doi: 10.1186/s12890-020-01376-4

## ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC VÀ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Thành Luân<sup>1</sup>, Lê Văn Thực<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phúc mạc ruột thừa là một biến chứng nặng của viêm ruột thừa cấp. Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đã được ứng dụng khá phổ biến, tuy vậy vẫn cần tiếp tục đánh giá về tính an toàn và hiệu quả. **Đối tượng, phương pháp:** 40 bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa, được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ chuyển mổ là 2,4%, thời gian mổ trung bình  $65,9 \pm 20,257$  phút, thời gian có trung tiện trung bình  $1,72 \pm 0,857$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $6,54 \pm 1,745$  ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Viêm phúc mạc ruột thừa. Phẫu thuật nội soi

### SUMMARY

#### EVALUATION OF BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EARLY RESULTS OF TREATMENT OF APPENDIX PERITONITIS WITH LAPAROSCOPIC SURGERY AT THE 19-8 HOSPITAL

**Background:** Appendicular peritonitis is a serious complication of appendicitis. Laparoscopic procedure had been applied routinely, but it is still in need to measure the efficiency and safety of laparoscopic surgery in treating appendicular peritonitis. **Patients and methods:** Retrospective, from 1-2023 to 9-2023 at hospital, 40 cases of appendicular peritonitis have been treated by laparoscopic approach. **Results:** Conversion rate was 11. 9%. Mean operative time was  $65,9 \pm 20,257$  minutes, mean time of flat us passage was  $1,72 \pm 0,857$  days. Mean hospital stay was  $6,54 \pm 1,745$  days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is safe and efficient option in appendicular peritonitis. **Keywords:** Appendicular peritonitis, Laparoscopic

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là biến chứng nặng, hay gặp của viêm ruột thừa cấp. Nguyên nhân do viêm ruột thừa cấp không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, vỡ mũ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc và dẫn đến nhiễm độc toàn thân nặng, thậm chí dẫn đến tử vong.

VPMRT là một thể viêm phúc mạc thứ phát, nên nguyên tắc điều trị là phẫu thuật càng sớm càng tốt. Phẫu thuật nhằm mục đích cắt ruột thừa, rửa và dẫn lưu ổ bụng. Trong vài thập niên trở lại đây với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi điều trị VPMRT đã được áp dụng rộng rãi. Nhờ những ưu việt của nó so với mổ mở: bệnh nhân (BN) ít đau sau mổ, giảm đáng kể nhiễm khuẩn vết mổ, giảm ngày nằm điều trị sau mổ, hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị VPMRT đã được khẳng định. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị các trường hợp VPMRT tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện 19-8. Qua đó góp phần khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị VPMRT*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 40 bệnh nhân (BN), được chẩn đoán là VPMRT và đã được áp dụng phẫu thuật nội soi. Thời gian từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. Loại trừ các trường hợp có chỉ định mổ mở ngay từ đầu. Những BN chống chỉ định với gây mê nội khí quản và có bơm hơi ổ bụng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang

**2.3. Kỹ thuật và điều trị sau mổ:** Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, trocar 10mm được đặt ở cạnh dưới rốn làm cổng camera, 1 trocar 10mm hố chậu trái, 1 trocar 5mm hạ vị

hoặc hồ chậu phải. Kiểm tra đánh giá tổn thương ổ bụng, ruột thừa, cắt ruột. Rửa ổ bụng bằng NaCl 0,9% ấm. Tùy tình trạng ổ bụng có thể đặt một, hai hoặc ba dẫn lưu. Thuốc kháng sinh được dùng trước mổ, trong và sau mổ, thường được dùng khoảng 5-7 ngày sau mổ, phối hợp 2 đến 3 loại kháng sinh...

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**3.1.1. Thời gian bệnh**

Thời gian (giờ)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 24	6	15
24 – 48	22	55
> 48 – 72	9	22,5
> 72	3	7,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thời gian bệnh trong khoảng < 72 giờ chiếm nhiều nhất (92,5%).

**3.1.2. Các triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Đau vùng hố chậu phải	33	82,5	
Nôn, buồn nôn	13	32,5	
Phản ứng thành bụng	40	100	
Cảm ứng phúc mạc	38	95	
Bạch cầu tăng	30	75	
Siêu âm	Thành RT mất liên tục	18	45
	Dịch ổ bụng	33	82,5
	ĐK RT trung bình (mm)	9,3±2,7	

**Nhận xét:** Đau vùng HCP, phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc là những triệu chứng chính lần lượt chiếm tỷ lệ là 82,5%, 100%, 96,4% và 95%.

**3.1.3. Đặc điểm vi khuẩn học**

Định danh vi khuẩn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
E. coli	33	84,6
Khác	4	10,3
Không mọc	2	5,1

**Nhận xét.** Đa số vi khuẩn định danh là E.coli (84,6%). 4 vi khuẩn khác được định danh là: Comanonas testosterone, Morganella morganii, Staphylococcus haemolyticus, Pseudomonas aeruginosa. Trong đó có 1 trường hợp định danh được 2 vi khuẩn là E.coli và Pseudomonas aeruginosa. 2 trường hợp không mọc vi khuẩn (5,1%).

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**3.2.1. Phương pháp phẫu thuật.**

Phẫu thuật với 03 trocar: 100%. Rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu ổ bụng: 100%. Tỷ lệ chuyển mổ mở: 2,5% (1 trường hợp các quai ruột chướng nhiều chiếm hết khoang phúc mạc khiến thao tác phẫu thuật nội soi khó khăn phẫu thuật viên thấy

không an toàn trong việc tiếp tục mổ nội soi)

**3.2.2. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 60	20	51,3
60 – 120	18	46,2
> 120	1	2,5
Thời gian phẫu thuật trung bình	65,9±20,257	
Thời gian phẫu thuật ngắn nhất	35	
Thời gian phẫu thuật dài nhất	130	

**Nhận xét:** Trung bình 65,9 ± 20,257 phút/ca. Ngắn nhất là 35 phút, dài nhất là 130 phút, đa số thời gian phẫu thuật dưới 120 phút

**3.2.3. Thời gian có lưu thông ruột trở lại**

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	1	2,6
2	16	41
3	17	43,6
4	3	7,7
> 4	2	5,1

**Nhận xét:** Thời gian trung tiện trung bình 1,72± 0,857 ngày, sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 5 ngày.

**3.2.4. Thời gian dùng kháng sinh sau mổ**

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
2	0	0
3	1	2,6
4	0	0
5	9	23,1
6	15	38,5
7	9	23,1

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân được sử dụng kháng sinh trong 5 – 7 ngày sau phẫu thuật (69,3%). Trung bình là 6,41 ± 1,578. Ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 13 ngày.

**3.2.5. Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 5	1	2,6
5 – 7	33	86,4
>7	5	13
Trung bình	6,54 ± 1,745	
Ngắn nhất	3	
Dài nhất	13	

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân nằm viện từ 5 đến 7 ngày sau mổ (84,6%), Trung bình là 6,54 ± 1,745 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 13 ngày.

**3.3. Kết quả chung:** Tốt 100%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Triệu chứng lâm sàng.** VPMRT là một biến chứng nguy hiểm của VRT cấp, tuy nhiên việc chẩn đoán vẫn gặp một số khó khăn do diễn

biến bệnh khó lường, lâm sàng không điển hình, dễ nhầm với các bệnh khác. Trong nghiên cứu có 6 trường hợp từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi phẫu thuật trong vòng 24 giờ ruột thừa đã vỡ (15%). Cũng có nhiều trường hợp (3 BN) từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi vào viện là ngày thứ 3 của bệnh nhưng triệu chứng lâm sàng không điển hình, bệnh nhân vào viện với chẩn đoán khác như viêm dạ dày cấp hoặc nhiễm khuẩn nhiễm độc ăn uống. Vì vậy, khi đứng trước một trường hợp bệnh nhân đau bụng luôn phải nghĩ tới viêm ruột thừa cấp để tránh bỏ sót tổn thương.

Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận: tỷ lệ BN đau hố chậu phải chiếm 82,5%, đau bụng khởi đầu có thể xuất hiện cạnh rốn hoặc vùng thượng vị sau khu trú HCP, tính chất đau khi thì đột ngột khi thì đau âm ỉ, liên tục và tăng dần. Một số trường hợp biểu hiện đau giảm đi sau vài giờ đau tăng trở lại và xuất hiện những triệu chứng của bệnh cảnh VPM toàn thể, hoặc có phản ứng nửa bụng phải.

Các tác giả cũng ghi nhận triệu chứng đau là thường gặp nhất. Venkata A. L. Ma., Krishna M. N. (2016) nghiên cứu 110 ca bệnh báo cáo triệu chứng đau bụng gặp ở 100% trường hợp [1]. Trần Hữu Vinh và cs (2014), Đau vùng hố chậu phải 95,3% [2].

Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là phản ứng vùng hố chậu phải. Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ này là 100%. So với tác giả Trần Hữu Vinh và cs (2014): Đau vùng HCP, bí trung đại tiện, phản ứng nửa bụng phải là những triệu chứng chính lần lượt chiếm tỷ lệ là 95,3%, 85,9% và 92,1% [2]. Nguyễn Quang Huy (2019), cảm ứng phúc mạc gặp ở 11% BN và phản ứng thành bụng gặp ở 68,3% các trường hợp [3].

**4.2. Điều trị phẫu thuật nội soi.** Điều trị VPMRT dù tiến hành phẫu thuật nội soi hay mổ mở thì nhiệm vụ cơ bản vẫn là cắt ruột thừa (giải quyết nguyên nhân), rửa và dẫn lưu ổ bụng. Cũng giống như cắt ruột thừa trong các trường hợp viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng, chúng tôi thường đốt cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao đốt điện đơn cực. Gốc ruột thừa được kẹp bằng hemolock, những trường hợp gốc ruột thừa to chúng tôi buộc gốc bằng mối chỉ Roeder. Những trường hợp gốc ruột thừa bị hoại tử chúng tôi tiến hành khâu.

Việc quan trọng nhất trong phẫu thuật điều trị VPMRT là rửa sạch dịch mủ trong ổ bụng, đây là công việc đòi hỏi kỹ năng và kinh nghiệm phẫu thuật. Vì trong tình trạng viêm phúc mạc, các quai ruột non phù nề chướng hơi và dịch,

làm hạn chế trường mổ, đồng thời rất dễ gây tổn thương các tạng trong ổ bụng khi thao tác. Chúng tôi dùng nước muối sinh lý ấm rửa ổ bụng, bộc lộ các vị trí có nguy cơ đọng dịch mủ, đặc biệt trong những trường hợp bệnh nhân đến muộn, các quai ruột đã chướng hơi nhiều và có xu hướng dính vào nhau. Trong những trường hợp này cần thiết phải tách từng quai ruột ra, rửa từng vùng của ổ bụng tới khi dịch rửa trong là được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 38 bệnh nhân có bơm rửa và dẫn lưu ổ bụng (97,4%) là những trường hợp cần bơm rửa với lượng dịch NaCl 0,9% nhiều, thông thường lớn hơn 1000ml. Lượng dịch trung bình là  $2,11 \pm 0,71$  lít và thực tế chúng tôi thấy rằng khả năng và hiệu quả của việc tưới rửa ổ bụng qua nội soi còn cao hơn so với mổ mở.

Vấn đề đặt dẫn lưu sau mổ, chúng tôi cùng quan điểm với nhiều tác giả khác là đặt dẫn lưu cho tất cả các trường hợp có rửa ổ bụng và rút khi BN có nhu động ruột và dịch dẫn lưu không ra thêm. Trong đó, tỷ lệ đặt 1 ống dẫn lưu túi cùng douglas chiếm đa số (89,7%), 2 dẫn lưu túi cùng douglas và HCP (10,3%).

Theo Bùi Tuấn Anh, Nguyễn Vũ Quang (2014), Tất cả BN đều được rửa ổ bụng qua nội soi. Số lượng dịch rửa: 500 - 12.000 ml, trung bình  $2.300 \pm 2.300$  ml. Lượng dịch rửa nhiều hay ít tùy thuộc vào tình trạng bẩn của ổ bụng. 100% BN đều được dẫn lưu ổ bụng. Trong đó, 61,9% đặt 1 dẫn lưu douglas qua hố chậu phải; 33,3% đặt dẫn lưu douglas và dưới gan; 4,8% được đặt 3 dẫn lưu (douglas, dưới gan, hố lách). Số lượng dẫn lưu tùy thuộc vào tình trạng bẩn của ổ bụng [4]. Theo Yasuharu Ohno và cs (2004), vì những thay đổi về vóc dáng bệnh nhân do tăng trưởng, thể tích nước muối được sử dụng cho bơm rửa phúc mạc được tiêu chuẩn hóa là trên mỗi mét vuông diện tích bề mặt cơ thể ( $l/m^2$ ). Khối lượng nước muối được sử dụng cho bơm rửa phúc mạc thay đổi từ 3-6l [5].

Trong nghiên cứu tỷ lệ chuyển mổ mở là 1 BN (2,5%), tuy nhiên phải hiểu rằng chuyển mổ mở không phải là thất bại của phẫu thuật, mà chỉ là thay đổi cách thức phẫu thuật vì nếu cố làm qua nội soi sẽ kéo dài cuộc mổ và nguy cơ xảy ra tai biến.

Theo Lakshman S. Khiria và cs (2011): tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 83,19% [6].

**4.3. Đặc điểm vi khuẩn học.** Trong 40 bệnh nhân được lấy dịch ổ bụng để nuôi cấy và định danh vi khuẩn thì tỷ lệ gặp các loại vi khuẩn Escherichia coli là thường gặp nhất, 33 trường hợp chiếm 84,6%, tiếp đến là các chủng khác

như là *Comamonas testosteroni*, *Morganella morganii*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Trong đó có 1 trường hợp định danh được 2 vi khuẩn là *E.coli* và *Pseudomonas aeruginosa*. 2 trường hợp (5,1%) không mọc, nguyên nhân có thể là môi trường nuôi cấy vi khuẩn tại khoa vi sinh của Bệnh viện 19-8 chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí, dịch ổ bụng được gửi chứa vi khuẩn kỵ khí.

Theo Jakub Kenig, Piotr Richter (2013), trong số 236 BN được cấy khuẩn có 43% (102) bệnh nhân cho kết quả dương tính, *Escherichia coli*: 76,5% (78), *Proteus mirabilis*: 13,7% (14), *Pseudomonas aeruginosa*: (5), *Citrobacter freundii*: 4,9% và 57% (134) kết quả là âm tính [7].

Theo Nguyễn Quang Huy (2019), *Escherichia coli* là vi khuẩn thường gặp nhất trong VPMRTTT chiếm 56,1%, tiếp đến là các chủng *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp*, *Proteus vulgaris* và *Pseudomonas aeruginosa*. Bên cạnh đó, nghiên cứu có 23,2% các trường hợp cấy không mọc [3].

- Kháng sinh nhạy cảm cao nhất với các chủng vi khuẩn là nhóm Imipenem, Meropenem, Amikacin, Ertamenem, Imipenem, Ciprofloxacin, Ceftriaxone, Piper + Tazo

- Kháng sinh có độ nhạy thấp hơn là Cefepime, Gentamycin.

- Kháng với nhóm kháng sinh Ampicillin, Trimethoprim + sulbactam tỉ lệ cao.

Chúng tôi nhận thấy việc cho kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm, có kết hợp kháng sinh diệt khuẩn kỵ khí, trước khi có kết quả kháng sinh đồ là việc cần thiết. Bởi vì trong điều trị VPMRTTT thì phẫu thuật chỉ là một khâu trong quá trình điều trị, nếu không có điều trị kháng sinh và hồi sức sau mổ đi kèm thì không có kết quả tốt được. Do đó, phải cho sử dụng kháng sinh ngay sau khi có chẩn đoán, trước khi phẫu thuật. Sử dụng các công thức kết hợp: 2 loại kháng sinh, Ertapenem + Metronidazol; Meropenem + Metronidazol và Ceftriaxone + Metronidazol hoặc 3 loại kháng sinh, cùng như trên kết hợp với ciprofloxacin là hợp lý và cho kết quả khả quan. Sau khi có kháng sinh đồ sẽ điều chỉnh kháng sinh cho thích hợp và thực hiện liệu pháp xuống thang tùy theo tình trạng bệnh nhân.

**4.4. Điều trị sau mổ.** Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được dùng phối hợp 2 hoặc 3 loại kháng sinh, trong đó 1 loại là kháng sinh phổ rộng kết hợp với metronidazole 0,5g trong những ngày đầu sau mổ, sau khi có kháng sinh đồ các loại kháng sinh đang dùng hoàn toàn nhạy với vi khuẩn, kết hợp

với tình trạng bệnh nhân ổn định thì giữ nguyên. Nếu độ nhạy kháng sinh ở mức trung gian hoặc kháng sẽ được đổi kháng sinh hay phối hợp với 1 loại kháng sinh nhạy trong kháng sinh đồ. Các phác đồ chúng tôi hay dùng theo kinh nghiệm hoặc dựa vào nghiên cứu của các nghiên cứu tương tự khác hoặc dựa vào khuyến cáo của "Hiệp hội nhiễm trùng và Hiệp hội các bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ" là nhóm Cephalosporin thế hệ II, III kết hợp Metronidazole; Meropenem, Ertapenem, Imipenem + Metronidazole. Các trường hợp kết hợp thêm nhóm Quinolon: Ofloxacin, Ciprofloxacin [9].

Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ của chúng tôi đa số bệnh nhân được sử dụng kháng sinh trong 5 – 7 ngày sau phẫu thuật (69,3%). Trung bình là  $6,41 \pm 1,578$  ngày. Ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 13 ngày. Trong đó có 1 bệnh nhân dùng kháng sinh đường tĩnh mạch đến ngày thứ 3, sau khi trung tiện được, rút dẫn lưu thì xin ra viện về nhà tiếp tục sử dụng kháng sinh tại nhà do có người thân là bác sỹ tại khoa.

Theo T.R. Sai Prasad và cs (2006), phối hợp cephalosporin và metronidazole đường tĩnh mạch trong 7 ngày. Tác giả K. daskalakis và cs (2014), khuyến cáo nên dùng kháng sinh đường tĩnh mạch tối thiểu 3 – 5 ngày [10].

Trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân nằm viện từ 5 đến 7 ngày sau mổ (84,6%), Trung bình là  $6,54 \pm 1,745$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 13 ngày.

Theo Trần Hữu Vinh và cs, Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $6,5 \pm 1,3$  ngày [2].

Theo Fukami Y. và cs (2007) ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là  $11,7 \pm 7,9$  ngày.

Thời gian nằm viện một số bệnh nhân kéo dài có nguyên nhân do chế độ điều trị vì là bệnh viện chuyên ngành nên một số bệnh nhân đã ổn định vẫn được yêu cầu kéo dài ngày nằm. Theo chính sách nên không phản ảnh của những trường hợp viêm ruột thừa có biến chứng dài hơn những trường hợp ruột thừa không có biến chứng. Những bệnh nhân này phải nằm lâu hơn để sử dụng kháng sinh cho đủ liều, có thời gian hồi phục sau mổ và nhất là những bệnh nhân cao tuổi nên cần được điều trị thêm những bệnh lý kèm theo.

100% cho kết quả điều trị sớm sau mổ là tốt. Chỉ có 1 bệnh nhân liệt ruột cơ năng sau mổ, điều trị nội khoa đơn thuần bệnh nhân ổn định trở lại.

## V. KẾT LUẬN

- Đau bụng 100% BN, phản ứng thành

100%, cảm ứng phúc mạc (95%), co cứng thành bụng (5%), bụng chướng (20%).

- Xét nghiệm: Bạch cầu >10 G/l 70%, tỉ lệ bạch cầu hạt trung bình  $82,564 \pm 9,408\%$ .

- Siêu âm thành ruột mất liên tục 45%, đường kính trung bình  $9,3 \pm 2,7\text{mm}$ , dịch ổ bụng 82,5%.

- Đặt 3 trocar 100%, trong đó đa số là ở rốn, hố chậu trái và hố chậu phải.

- Rửa sạch khoang phúc mạc với lượng dịch NaCl 0,9% trung bình là  $2,11 \pm 0,71\text{ l}$ , dẫn lưu khoang phúc mạc 100%.

- Tỷ lệ thành công là 97,5%. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,5%.

- Thời gian mổ nội soi trung bình là  $65,9 \pm 20,257$  phút.

- Thời gian có nhu động ruột trở lại trung bình  $1,72 \pm 0,857$  ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình là  $6,54 \pm 1,745$  ngày.

- Không có trường hợp nào tử vong.

- Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi trong viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể là: Tốt: 100%; Trung bình: 0% và Kém: 0%.

- Kháng sinh được dùng điều trị sau mổ trung bình là  $6,41 \pm 1,578$  ngày.

Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa trong nghiên cứu tại Bệnh viện 19-8 có độ an toàn, tỷ lệ thành công cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krishna M. N. V., Anantha L. M.** (2015), Clinical study of appendicular perforation in a

tertiary care hospital. J. Evid. Based Med. Healthc. 2016; 3(52), 2694-2698.

2. **Trần Hữu Vinh và cs** (2014), Nhận xét kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai, Y học thực hành (905) – SỐ 2.

3. **Nguyễn Quang Huy** (2019), Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa, Học viện quân y, Luận án tiến sĩ y học.

4. **Nguyễn Vũ Quang, Bùi Tuấn Anh** (2014), Nghiên cứu kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng tại bệnh viện 103, Tạp chí Y - Dược học quân sự 8.

5. **Yasuharu O., Junichiro F., Takashi K.** (2004), "Treatment strategy when using intraoperative peritoneal lavage for perforated appendicitis in children: a preliminary report", Pediatric surgery international, 20(7), 534-537

6. **Lakshman S. K., Ramesh A., Narshimhan M. et al** (2011), Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis: is it safe and justified? A retrospective analysis, Surgical

7. **Jakub K., Piotr R.** (2013), The need for culture swabs in laparoscopically treated appendicitis, Videosurgery and other miniinvasive techniques, 8(4), 310.

8. **Kosmas D., Claes J., Lars P.** (2014), The use of pre-or postoperative antibiotics in surgery for appendicitis: a systematic review, Scandinavian Journal of Surgery, 103(1), 14-20.

9. **Yasuyuki F., Hiroshi H., Eiji S. et al** (2007), Value of laparoscopic appendectomy in perforated appendicitis, World journal of surgery, 31(1), 93-97.

10. **TR Sai P., Chan H. C., Anette S. J.** (2006), Laparoscopic appendectomy in children: A trainee's perspective, Annals-academy of medicine Singapore, 35(10), 694.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬA CHỮA HOÀN TOÀN KÊNH NHĨ THẤT BÁN PHẦN TẠI VIỆN TIM TPHCM

Ngô Quốc Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần được thực hiện cho trẻ bị bệnh tim bẩm sinh có tổn thương cơ bản thông liên nhĩ lỗ tiên phát và hở van nhĩ thất nhằm cải thiện tình trạng hở van của tim, suy tim và giảm tăng áp động mạch phổi. Mục tiêu nghiên cứu đánh giá kết quả sớm, ngắn hạn và trung hạn phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần tại Viện Tim TPHCM, trong đó đặc biệt chú ý đến hở van nhĩ thất nặng và tăng áp động mạch phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

trên những bệnh nhân được phẫu thuật triệt để kênh nhĩ thất bán phần tại Viện Tim từ tháng 01/2009 đến 6/2019. Mức độ hở van nhĩ thất và áp lực động mạch phổi được ghi nhận trước mổ, ngay sau mổ, một năm và năm năm. Các biến cố kết cục gồm tử vong trong 30 ngày, biến chứng hậu phẫu sớm và còn sống. **Kết quả:** Có 126 bệnh nhân gồm 73 nam (57,9%), tuổi trung vị 3 tuổi (nhỏ nhất 3 tháng; lớn nhất 16 tuổi). 85 bệnh nhân (67,5%) có hở van nhĩ thất trái nặng trước mổ, 100 bệnh nhân có tăng áp phổi (79,4%) trước mổ. 3 bệnh nhân chết trong 30 ngày đầu (tử vong 2,4%), trong đó 3 bệnh nhân chết do tăng áp động mạch phổi nặng, suy tim. Sau 1 năm, 5 năm có giảm hở van nhĩ thất trái, giảm đường kính thất phải, giảm áp lực động mạch phổi, tỉ lệ tử vong  $3/126(2,4\%)$ . **Kết luận:** Tăng áp động mạch phổi nặng, suy tim là một nguyên nhân chính tử vong trong 30 ngày. Hở van nhĩ thất nặng sau mổ. Sửa van nhĩ thất hiện vẫn là thách thức đối với các phẫu thuật

<sup>1</sup>Viện Tim Tp. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Hùng

Email: drngoquochung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 21.01.2024