

## Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

Nguyễn Hữu Trí<sup>1,2\*</sup>, Nguyễn Thành Khang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Quang<sup>3</sup>

(1) Bộ môn Giải phẫu - Phẫu thuật thực hành, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

(3) Trung tâm Cấp cứu - Đột quỵ, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và được xác định trong mổ có viêm phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. **Kết quả:** Bệnh nhân bị viêm phúc mạc ruột thừa có tuổi trung bình 54,9 tuổi. Nữ chiếm 58,6%. BMI ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%, tỷ lệ thừa cân béo phì lên tới 29,7%; có 62,2% bệnh nhân được đánh giá có chỉ số ASA 2, 3. Thời gian từ khi khởi phát tới khi vào viện trung bình là  $30,8 \pm 29,1$  giờ. Viêm phúc mạc toàn thể chiếm tỷ lệ 24,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $60,5 \pm 17,2$  phút. 45,9% trường hợp được đặt dẫn lưu ổ phúc mạc. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong lúc mổ hoặc phải chuyển qua mổ mở. Thời gian trung tiện lại sau mổ trung bình là  $20,2 \pm 12$  giờ, thời gian sử dụng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ trung bình là  $1,53 \pm 0,7$  giờ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $5,3 \pm 1,3$  ngày. Có 2,7% có biến chứng nhiễm trùng chân ống dẫn lưu. Đánh giá kết quả điều trị có 97,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt. Không có tử vong 30 ngày sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa là phương pháp an toàn, hiệu quả; bệnh nhân có thể phục hồi tốt trong thời gian ngắn.

**Từ khóa:** viêm phúc mạc ruột thừa, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, viêm ruột thừa cấp, dẫn lưu ổ phúc mạc.

## Evaluation of the results of laparoscopic appendectomy for appendicitis peritonitis treatment

Nguyen Huu Tri<sup>1,2\*</sup>, Nguyen Thanh Khang<sup>1</sup>, Nguyen Van Quang<sup>3</sup>

(1) Department of Anatomy and Practical Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Department of Digestive Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

(3) General Emergency and Stroke Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

### Abstract

**Objectives:** To evaluate the results of laparoscopic appendectomy for appendicitis peritonitis treatment. **Methods:** Prospective study, including 37 patients diagnosed with appendicitis peritonitis based on clinical and subclinical symptoms and determined during surgery to have peritonitis due to ruptured appendix and treated with laparoscopic surgery from April 2022 to June 2023 at the Department of Digestive Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Patients with appendicitis peritonitis had an average age of 54.9 years. The females accounted for 58.6%. Normal BMI accounted for the highest rate at 56.8%, the rate of overweight and obesity was up to 29.7%; there were 62.2% of patients were assessed to have ASA index 2 or 3. The average time from onset to hospital admission was  $30.8 \pm 29.1$  hours. Generalized peritonitis accounts for 24.3%. The average surgical time was  $60.5 \pm 17.2$  minutes. Peritoneal drainage was placed in 45.9% of cases. There were no cases of complications during surgery or conversion to open surgery. The average time to return to fart after surgery was  $20.2 \pm 12$  hours, the average time to use analgesic after surgery was  $1.53 \pm 0.7$  hours. The average postoperative hospital stay was  $5.3 \pm 1.3$  days. There were 2.7% of patients had complication of abdominal drainage site infection. Evaluating treatment results, there were 97.3% of patients achieved good results. There was no 30-day mortality. **Conclusions:** Laparoscopic surgery to treat appendicitis peritonitis is a safe and effective method. Patients can recover well in a short time.

**Keywords:** appendicitis peritonitis, laparoscopic appendectomy, acute appendicitis, abdominal drainage.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, phẫu thuật điều trị viêm ruột thừa cấp bao gồm cả phẫu thuật mở lẫn phẫu thuật nội soi. Sau những do dự của thời gian đầu áp dụng phẫu thuật nội soi, hiện nay phẫu thuật nội soi đã trở thành phương pháp chuẩn trong điều trị viêm ruột thừa cấp [1] với các ưu điểm như giảm đau sau mổ, thẩm mỹ hơn, giảm tỷ lệ biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và thời gian quay lại làm việc ngắn hơn...[2].

Trong một thời gian dài, nhiều người lo ngại về phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa có thể làm tăng áp xe tồn lưu sau mổ. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn như giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ [3], [4], giảm thời gian nằm viện sau mổ, giảm tỷ lệ biến chứng nói chung, giảm tỷ lệ tắc ruột sau mổ, không làm tăng áp xe tồn lưu [4]. Từ đó các tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi nên được áp dụng điều trị viêm phúc mạc ruột thừa [4],[5].

Tuy vậy, vẫn còn nhiều vấn đề tranh cãi liên quan đến phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. Theo Guideline năm 2020 của WSES (World Society of Emergency Surgery), ở bệnh nhân trưởng thành, việc súc rửa ổ phúc không có bất kỳ ưu điểm nào cao hơn so với việc chỉ hút dịch trong viêm ruột thừa và việc đặt dẫn lưu sau cắt ruột thừa đối với viêm phúc mạc ruột thừa cũng không được khuyến khích. Việc dẫn lưu không những không có lợi ích trong việc ngăn ngừa áp xe trong ổ bụng mà còn dẫn đến thời gian nằm viện lâu hơn và cũng có bằng chứng về tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong ở những bệnh nhân trong nhóm đặt dẫn lưu [5].

Do đó đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa hiện nay là vấn đề có ý nghĩa thực tiễn điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và được xác định trong mổ có viêm phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chẩn đoán trước mổ viêm phúc mạc ruột thừa nhưng có kèm theo các bệnh lý nặng chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa ở bệnh nhân có thai.

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu.

**2.3. Phương tiện nghiên cứu:** hệ thống trang thiết bị và dụng cụ phẫu thuật nội soi của hãng KARL-STORZ.

### 2.4. Kỹ thuật tiến hành

- **Chuẩn bị bệnh nhân:** bệnh nhân được truyền dịch, kháng sinh tĩnh mạch trước mổ, bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa.

- Gây mê nội khí quản.

- Phẫu thuật viên đứng bên trái của bệnh nhân, màn hình bên phải hướng về phía phẫu thuật viên. Người phụ mổ đứng cùng bên, phía trên phẫu thuật viên.

### Phương pháp phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi với 3 trocar. Trocar 10 mm đặt cạnh rốn theo kỹ thuật Hasson cải tiến. Sau khi bơm CO<sub>2</sub> ổ phúc mạc với áp lực 12 mmHg. Đưa camera vào ổ phúc mạc, dưới kiểm soát của camera, đặt trocar 5 mm ở hố chậu phải và hố chậu trái. Quan sát tình trạng ổ phúc mạc, đặc điểm ruột thừa, các quai ruột, dịch, mủ, manh tràng...Viêm phúc mạc ruột thừa biểu hiện với tình trạng mủ, giả mạc vùng hố chậu phải hoặc toàn bộ ổ phúc mạc, có thể phát hiện chỗ hoại tử, thủng trên thành ruột thừa.

- Sau khi hút dịch, mủ trong trường hợp ổ phúc mạc có nhiều dịch mủ, bệnh nhân được chuyển sang tư thế đầu thấp, nghiêng trái. Bộc lộ ruột thừa. Phẫu tích giải phóng ruột thừa nếu ruột thừa dính. Giải phóng mạc treo ruột thừa đến rốn gốc ruột thừa. Thông thường chúng tôi cầm máu động mạch ruột thừa bằng đốt điện. Làm nơ Roeder ở ngoài đưa vào qua trocar 5 mm ở hố chậu trái để buộc gốc ruột thừa. Cắt gốc ruột thừa bằng kéo nội soi. Ruột thừa được bỏ vào bao nylon.

- Trường hợp gốc ruột thừa hoại tử không thể buộc có thể khâu gốc ruột thừa bằng chỉ tiêu chặm. Nếu gốc ruột thừa hoại tử, mủ không khâu kín được có thể dẫn lưu manh tràng qua lỗ gốc ruột thừa đưa ra hố chậu phải hoặc cắt manh tràng kèm gốc ruột thừa bằng endo-GIA.

Súc rửa ổ phúc mạc sạch bằng dung dịch NaCl 0,9%. Trường hợp gốc ruột thừa không bị mủ nát hoặc ổ phúc mạc được súc rửa sạch thì không cần đặt dẫn lưu. Nếu không sẽ đặt ống dẫn lưu ổ phúc mạc. Đưa ruột thừa ra ngoài qua lỗ trocar cạnh rốn. Rút các trocar và đóng các lỗ trocar.

**Điều trị sau mổ:** Bệnh nhân được nhịn ăn, truyền dịch đến khi có nhu động ruột trở lại. Kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch, Metronidazole 0,5 x 2 chai/ngày. Giảm đau Paracetamol đường

tĩnh mạch đến khi bệnh nhân ăn uống trở lại thì chuyển sang đường uống.

2.5. Đánh giá kết quả điều trị

- Tốt: diễn tiến trong và sau mổ tốt, không sốt sau mổ, đau vết mổ ít, trung tiện sớm, hồi phục nhanh, vết mổ khô và không có các biến chứng sau mổ.

- Khá: Diễn tiến trong mổ tốt, vết mổ tụ máu, ứ dịch hay nhiễm trùng đáp ứng điều trị tốt. Liệt ruột sau mổ kéo dài hoặc áp xe tồn lưu nhưng điều trị nội khoa đáp ứng tốt.

- Xấu: bị tai biến trong mổ hoặc bị các biến chứng bực mồm ruột thừa, dò manh tràng, áp xe tồn lưu,

áp xe thành bụng, tắc ruột cần can thiệp ngoại khoa.

- Tái khám: Hẹn bệnh nhân tái khám sau khoảng 4 tuần.

- Số liệu được xử lý theo thống kê y học với phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2023 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế có 37 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi (năm) (TB ± SD)		54,9 ± 17,6
Nữ (n,%)		21 (56,8%)
Nông thôn (n,%)		24 (64,9%)
BMI (kg/m <sup>2</sup> , n(%))	< 18,5	5 (13,5%)
	18,5 - 22,9	21 (56,8%)
	23 - 24,9	7 (18,9%)
	≥ 25	4 (10,8%)
ASA (n, %)	ASA 1	14 (37,8%)
	ASA 2	16 (43,2%)
	ASA 3	7 (18,9%)

(TB: trung bình)

Tỷ lệ thừa cân béo phì là 29,7%; có 62,2% bệnh nhân được đánh giá có chỉ số ASA 2, 3.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Kết quả
Bệnh kèm (n,%)		15 (40,5%)
Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng tới khi vào viện (giờ) (TB ± SD)		30,8 ± 29,1
Sốt (n, %)		17 (45,9%)
Vị trí khởi phát đau bụng	Hố chậu phải (n,%)	9 (24,3%)
	Quanh rốn (n,%)	15 (40,5%)
	Thượng vị (n,%)	13 (33,2%)
Đau bụng khu trú hố chậu phải (n,%)		37 (100%)
Sử dụng kháng sinh, giảm đau trước vô viện (n,%)		6 (16,2%)
Chán ăn (n,%)		20 (54,1%)
Buồn nôn, nôn (n,%)		16 (43,2%)
Rối loạn đại tiện (n,%)		18 (48,6%)
Điểm đau Mac-Burney (n,%)		36 (97,3%)
Dấu dội (n,%)		21 (56,8%)
Phản ứng thành bụng (n,%)		37 (100%)

(TB: trung bình)

Có 40,5% bệnh nhân có mắc các bệnh lý kèm theo. Tất cả bệnh nhân đều đau bụng khu trú hố chậu phải, phản ứng thành bụng chiếm 100%.

**Bảng 3.** Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		Kết quả
Số lượng bạch cầu	$\geq 10$ G/l (n, %)	32 (86,5%)
	$> 15$ G/l (n, %)	16 (42,2%)
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính ( $\geq 75\%$ ) (n, %)		32 (86,5%)
Siêu âm	Kích thước ruột thừa $> 6$ mm (n, %)	34 (97,3%)
	Dịch ổ phúc mạc (n, %)	12 (32,4%)
Có chụp cắt lớp vi tính (n, %)		9 (24,3%)

Số trường hợp có số lượng bạch cầu tăng chiếm đa số với  $\geq 10$  G/l và  $> 15$  G/l lần lượt chiếm 86,5% và 42,2%.

Trên siêu âm phát hiện kích thước ruột thừa  $> 6$  mm là 97,3%, dịch ổ phúc mạc 32,4%.

**Bảng 4.** Đặc điểm trong mổ

Đặc điểm		Kết quả
Thể viêm phúc mạc (n,%)	Viêm phúc mạc toàn thể	9 (24,3%)
	Viêm phúc mạc khu trú	28 (75,7%)
Thời gian mổ (phút) (TB $\pm$ SD)		60,5 $\pm$ 17,2
Đặt dẫn lưu (n, %) (TB: trung bình)		17 (45,9%)

Viêm phúc mạc toàn thể chiếm tỷ lệ 24,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 60,5  $\pm$  17,2 phút. 45,9% trường hợp được đặt dẫn lưu ổ phúc mạc.

Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong lúc mổ hoặc phải chuyển qua mổ mở.

**Bảng 5.** Kết quả sau mổ

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian trung tiện lại sau mổ (giờ) (TB $\pm$ SD)		20,2 $\pm$ 12
Thời gian sử dụng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ (ngày) (TB $\pm$ SD)		1,53 $\pm$ 0,7
Thời gian sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch sau mổ (ngày) (TB $\pm$ SD)		4,35 $\pm$ 1,9
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày) (TB $\pm$ SD)		5,3 $\pm$ 1,3
Biến chứng sớm sau mổ (n, %)		1 (2,7%)
Đánh giá kết quả điều trị	Tốt	36 (97,3%)
	Khá	1 (2,7%)

(TB: trung bình)

Có 1 trường hợp (2,7%) có biến chứng sớm sau mổ nhiễm trùng chân ống dẫn lưu, điều trị nội khoa và hồi phục, không cần phải mổ lại.

Kết quả tái khám, tất cả các trường hợp đều hồi phục tốt.

#### 4. BÀN LUẬN

Với 37 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ mủ, độ tuổi trung bình là 54,9  $\pm$  17,6. Kết quả này cao hơn so với các tác giả khác như nghiên cứu của Tep Lunheng là 37,79  $\pm$  17,55 tuổi [6], Vũ Đức Tùng và cộng sự (cs) là 44,9  $\pm$  16,13 tuổi [7]. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,8% không chênh lệch nhiều so với nam giới.

Nghiên cứu của các tác giả Tep Lunheng, Vũ Đức Tùng và cs, Phạm Đình Giới cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ nữ lần lượt là 53%, 55,4%, 57,5% và 54,5% [7], [9]. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sinh sống ở nông thôn với 64,9%, kết quả này tương tự với các tác giả Dương Mạnh Hùng với 61,4% [8], Phạm Đình Giới với 71,6% [9].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thừa cân béo

phì là 29,7%; có 62,2% bệnh nhân được đánh giá có chỉ số ASA 2, 3, tỷ lệ mắc bệnh kèm lên tới 40,5%. Những bệnh nhân có bệnh kèm, có chỉ số ASA cao là các yếu tố nguy cơ liên quan tỷ lệ biến chứng sau mổ. Ngoài ra, thừa cân, béo phì là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ.

Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện là một trong những yếu tố quan trọng liên quan đến tỷ lệ viêm phúc mạc, tỷ lệ biến chứng sau mổ [10]. Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng tới khi vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi là  $30,8 \pm 29,1$  giờ. Nghiên cứu của Li và cs cho thấy nhóm bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện từ 24 đến 48 giờ có nguy cơ dẫn đến viêm ruột thừa có biến cao gấp 1,84 lần so với nhóm trước 24 giờ ( $p < 0,05$ ) [10].

Đau bụng là triệu chứng cơ năng thường gặp, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng này và đau đều khu trú hố chậu phải. Tuy nhiên trước đó, vị trí khởi phát cơn đau đa dạng như quanh rốn, hố chậu phải, thượng vị với tỷ lệ lần lượt là 40,5%, 33,2% và 24,3%. Sốt, chán ăn, nôn, rối loạn đại tiện xuất hiện lần lượt ở 45,9%, 54,1%, 43,2% và 48,6% trường hợp. Điều này cho thấy các triệu chứng cơ năng không đặc hiệu gây khó khăn trong chẩn đoán và bệnh nhân nhập viện muộn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp có số lượng bạch cầu tăng trên 10G/l và trên 15G/l lần lượt là 86,5% và 42,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Tep Lunheng với số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/l và 15 G/l lần lượt là 87,5% và 53,6% [5], tác giả Phạm Đình Giới với số lượng bạch cầu tăng trên 10G/l là 88,6% [9].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được tiến hành mổ nội soi cắt ruột thừa viêm, không có trường hợp nào phải chuyển qua mổ mở, không có biến chứng xảy ra trong mổ. Điều này như các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa.

Một trong những vấn đề liên quan đến phẫu thuật là việc đặt dẫn lưu ổ phúc mạc hay không. Đây là một vấn đề vẫn còn bàn cãi ở nước ta cũng như trên thế giới về những lợi ích cũng như bất lợi của việc đặt dẫn lưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ

lệ đặt dẫn lưu là 45,9%, trong khi nghiên cứu của tác giả Tep Lunheng [6] có 100% trường hợp đặt dẫn lưu.

Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Petrowsky và cs (2004) cho thấy nhiều loại phẫu thuật tiêu hóa không cần đặt dẫn lưu ổ phúc mạc như: cắt gan, cắt đại trực tràng, cắt ruột thừa viêm bất kể giai đoạn bệnh lý của ruột thừa [11]. Theo nghiên cứu của Khan và cs (2015), so sánh giữa nhóm bệnh nhân có và không đặt dẫn lưu ổ phúc mạc sau phẫu thuật ống tiêu hóa với hai nhóm tương đồng về các chỉ số như tuổi, giới, BMI, chỉ số ASA cho thấy nhóm có đặt dẫn lưu có thời gian nằm viện dài hơn ( $9 \pm 4$  so với  $5 \pm 3,4$  ngày,  $p < 0,001$ ), nhóm đặt dẫn lưu ổ phúc mạc có tỷ lệ nhiễm trùng da và tỷ lệ biến chứng sau mổ chung tăng hơn so với nhóm không đặt dẫn lưu (35,85% so với 16,11%,  $p < 0,01$ ) [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh nhân trung tiện trở lại sau mổ trung bình là  $20,2 \pm 12$  giờ. Kết quả này sớm hơn so với nghiên cứu của một số tác giả như Vũ Đức Tùng và cs ( $47,78 \pm 6,78$  giờ) [7], tác giả Tep Lunheng ( $2,25 \pm 0,5$  ngày) [6].

Thời gian sử dụng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $1,5 \pm 0,7$  ngày, kết quả này ngắn hơn so với tác giả Phạm Đình Giới với thời gian sử dụng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch thường là 2 hoặc 3 ngày chiếm tỷ lệ cao [9]. Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,3 \pm 1,3$  ngày tương đương với tác giả Tep Lunheng ( $5,86 \pm 1,5$  ngày) [6], ngắn hơn so với hầu hết nghiên cứu của các tác giả trong nước như Phạm Đình Giới ( $6,2 \pm 1,5$  ngày) [9], Vũ Đức Tùng và cs ( $7,03 \pm 1,13$ ) [7].

Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, chỉ có 1 trường hợp (2,7%) có biến chứng sớm sau mổ là nhiễm trùng chân dẫn lưu, được điều trị nội khoa và hồi phục, không cần phải mổ lại. Có tới 97,3% bệnh nhân có kết quả hồi phục tốt sau mổ, kết quả này cao hơn tác giả Tep Lunheng (93,2%) [6]. Không có trường hợp nào có kết quả phục hồi xấu. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc do ruột thừa viêm là an toàn và hiệu quả.

## 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa là phương pháp an toàn, hiệu quả; bệnh nhân có thể phục hồi tốt trong thời gian ngắn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ruffolo C, Fiorot A, Pagura G, et al. Acute appendicitis: what is the gold standard of treatment? *World J Gastroenterol* 2013;19: 8799–807
2. Dumas RP, Subramanian M, Hodgman E, Arevalo M, Nguyen G, Li K, Aijwe T, Williams B, Eastman A, Luk S, Minshall C, Cripps MW. Laparoscopic Appendectomy: A Report on 1164 Operations at a Single-Institution, Safety-Net Hospital. *Am Surg*. 2018 Jun 1;84(6):1110-1116. PMID: 29981657.
3. Markides G, Subar D, Riyad K. Laparoscopic versus open appendectomy in adults with complicated appendicitis: systematic review and meta-analysis. *World J Surg*. 2010 Sep;34(9):2026-40. doi: 10.1007/s00268-010-0669-z. PMID: 20549210.
4. Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic appendectomy is superior to open surgery for complicated appendicitis. *Surg Endosc*. 2019 Jul;33(7):2072-2082. doi: 10.1007/s00464-019-06746-6. Epub 2019 Mar 13. PMID: 30868324.
5. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, Boermeester M, Sartelli M, Coccolini F, Tarasconi A, de' Angelis N. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020 Dec;15:1-42.
6. Tep Lunheng. Đánh giá kết quả điều trị biến chứng viêm ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bạch Mai [Luận văn thạc sỹ y học]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
7. Vũ Đức Tùng, Lô Quang Nhật. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại trung tâm y tế huyện Thanh Sơn tỉnh Phú Thọ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 532: 17-20.
8. Dương Mạnh Hùng. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. [Luận văn tiến sĩ]. Trường Đại học Y Dược Huế; 2009.
9. Phạm Đình Giới. Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa [Luận văn chuyên khoa cấp II]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
10. Li J, Xu R, Hu DM, Zhang Y, Gong TP, Wu XL. Effect of Delay to Operation on Outcomes in Patients with Acute Appendicitis: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gastrointest Surg*. 2019 Jan;23(1):210-223. doi: 10.1007/s11605-018-3866-y. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980978.
11. Petrowsky H., Demartines N., Rousson V., et al. (2004), Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analyses, *Ann Surg*, 240(6), pp.1074–1084.
12. Khan S., Rai P., Misra G. (2015), Is prophylactic drainage of peritoneal cavity after gut surgery necessary?: A non-randomized comparative study from a teaching hospital, *J Clin Diagn Res*, 9(10), PC01–PC03.