

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

NGUYỄN HÙNG ĐẠO

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA
TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC**

Chuyên ngành : Ngoại tiêu hóa

Mã số : 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

Người hướng dẫn khoa học: GS.TS. TRỊNH HỒNG SƠN

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện
vào hồi: giờ, ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia.
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể là tình trạng viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ gây ra. Chẩn đoán và điều trị bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa thường khó khăn và tốn kém, nhiều trường hợp nếu không được cấp cứu và điều trị kịp thời bệnh nhân có thể tử vong do nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn tại 12 bệnh viện đa khoa tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc (2010-2011) thấy tỷ lệ viêm phúc mạc ruột thừa 19,2%.

Các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa cho thấy đây là phương pháp an toàn, hiệu quả và tỏ rõ nhiều ưu việt so với phẫu thuật mở. Đã có một số tác giả trong nước báo cáo kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi tỷ lệ phẫu thuật thành công cao từ 84-96,3%.

Các tỉnh miền núi phía Bắc là những địa phương có nền kinh tế chậm phát triển, đời sống khó khăn, hệ thống y tế chưa phát triển đồng bộ, nhân lực thiếu, trình độ còn hạn chế và không đồng đều, thiếu các trang thiết bị hiện đại, khiến cho việc chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ngoại khoa, trong đó có viêm phúc mạc ruột thừa còn gặp nhiều khó khăn.

Cho đến nay chưa có một nghiên cứu nào về phẫu thuật nội soi điều trị, viêm phúc mạc ruột thừa tại các tỉnh miền núi phía Bắc, vì vậy để đánh giá thực trạng chẩn đoán, điều trị viêm phúc mạc ruột thừa nhằm nâng cao chất lượng điều trị tại đây, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu:

- 1. Nhận xét thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc giai đoạn 2015-2017.*
- 2. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu trên 468 bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa được phẫu thuật nội soi tại 8 bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc trong thời gian tháng 1/2015 đến hết tháng 9/2017.

Thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa

Thực trạng thăm khám lâm sàng: bệnh nhân có sốt 68,2%, đau bụng, phản ứng thành bụng 100%, tỉ lệ khám phát hiện có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc là 41,9%

Thực trạng thăm khám cận lâm sàng: công thức máu có bạch cầu $>10G/L$ là 79,3%; tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính $\geq 70\%$ là 88,0%; siêu âm chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa đạt độ nhạy và độ chính xác là 47,0%, chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa đạt độ nhạy, độ chính xác là 44,2%.

Thực trạng chẩn đoán: tỷ lệ chẩn đoán chính xác viêm phúc mạc ruột thừa đối chiếu phẫu thuật đạt 50,4%.

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa : vị trí ruột thừa bình thường 86,8%; kẹp gốc ruột thừa bằng Hemolock/Clip 54,9%; thời gian phẫu thuật nội soi 50,35 phút; tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa là 97,6%; biến chứng sớm là 1,3%; thời gian nằm viện trung bình là 7,13 ngày; kết quả chung: tốt (98,7%), trung bình (1,3%).

Những đóng góp trên có tính thiết thực, góp phần nêu ra thực trạng, qua đó nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án dài 144 trang bao gồm: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 40 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 28 trang, kết quả nghiên cứu 29 trang, bàn luận 42 trang, kết luận 2 trang, 1 trang kiến nghị. 2 công trình nghiên cứu được công bố, 46 bảng, 07 biểu đồ, 12 hình ảnh. Luận án có 120 tài liệu tham khảo.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu sinh lý và giải phẫu bệnh, sinh lý bệnh của ruột thừa và phúc mạc

1.1.1. Giải phẫu và sinh lý

1.1.2. Giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh

1.2. Chẩn đoán xác định viêm phúc mạc ruột thừa

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng toàn thân: Chú ý tình trạng nhiễm khuẩn và sốt.

Triệu chứng cơ năng: Đánh giá tình trạng đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện.

Triệu chứng thực thể: Đánh giá tình trạng chướng bụng, sờ nắn đau khắp bụng nhất là hố chậu phải, đôi khi co cứng thành bụng, dấu hiệu cảm ứng phúc mạc.

1.2.2. Cận lâm sàng

1.2.2.1. Xét nghiệm máu

Công thức máu: số lượng bạch cầu và tỉ lệ phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính.

1.2.2.2. Các phương pháp hỗ trợ chẩn đoán

- Chụp X-Quang bụng không chuẩn bị
- Siêu âm
- Chụp CLVT

1.2.3. Vi khuẩn và giải phẫu bệnh viêm phúc mạc ruột thừa

1.2.3.1. Giải phẫu bệnh

- Viêm phúc mạc do ruột thừa viêm thủng
- Viêm phúc mạc do ruột thừa hoại tử

1.2.3.2. Vi khuẩn

Xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn từ dịch ổ bụng để phân lập các chủng vi khuẩn làm kháng sinh đồ giúp cho việc điều trị sau phẫu thuật đạt kết quả tốt hơn

1.3. Chẩn đoán các thể bệnh viêm phúc mạc ruột thừa

- Viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể
- Viêm phúc mạc ruột thừa khu trú

1.4. Chẩn đoán phân biệt

1.4.1. Phân biệt với các bệnh không phải viêm phúc mạc

1.4.2. Phân biệt với các bệnh viêm phúc mạc khác

1.5. Điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

1.5.1. Phương pháp

Phương pháp điều trị bao gồm: điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa

Điều trị nội khoa: sử dụng kháng sinh phổ rộng.

Điều trị ngoại khoa bao gồm phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi

1.5.2. Lịch sử, chỉ định và chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

1.5.2.1. Lịch sử phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

1.5.2.2. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định

Cắt ruột thừa nội soi được chỉ định trong hầu hết các trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa, tuy nhiên còn phụ thuộc vào kinh nghiệm phẫu thuật viên và phương tiện trang thiết bị phẫu thuật nội soi.

Chống chỉ định

Không áp dụng phẫu thuật nội soi trong những trường hợp sau:

- + Viêm RT đã có biến chứng đám quánh.
- + Các chống chỉ định của gây mê và bơm hơi phúc mạc:
 - Tràn khí màng phổi.
 - Sốc giảm thể tích.
 - Tăng áp lực nội sọ.
 - Glaucomme góc đóng không đáp ứng với điều trị.
 - Thân nhiệt bị tụt dưới 35,5 độ.
 - Rối loạn đông máu.
 - Tiền sử đã bị phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
 - Các bệnh tim bẩm sinh nặng.

1.5.3. Các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

Hầu hết các tác giả cho thấy phẫu thuật nội soi có tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện cũng như thời gian phục hồi ngắn hơn phẫu thuật mở. Các tác giả thấy tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi dao động từ 81,4% đến 97%; tỉ lệ áp xe ổ bụng trung bình 8%; tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trung bình 6,7%.

1.6. Thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc

1.6.1. Đặc điểm địa lý, kinh tế và xã hội

Các tỉnh miền núi phía Bắc còn nhiều khó khăn về kinh tế xã hội: có diện tích rộng, địa hình khá phức tạp, có nhiều dãy núi cao, độ dốc lớn, giao thông còn hạn chế cách thủ đô Hà Nội xa, địa bàn chủ yếu là rừng núi ít lợi thế về tài nguyên và thương mại, dân cư chủ yếu là dân tộc thiểu số, kinh tế chính vẫn là nông nghiệp, thu nhập bình quân đầu người còn rất thấp. Ảnh hưởng nhiều đến chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc ruột thừa nói riêng và các bệnh lý ngoại khoa nói chung.

1.6.2. Thực trạng xử lý viêm phúc mạc ruột thừa tại các bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc

Sự thiếu hụt nguồn nhân lực ngoại khoa, gây mê hồi sức, chẩn đoán hình ảnh cũng như các hệ thống thiết bị làm hạn chế phát triển các kỹ thuật chẩn đoán như chụp CLVT chỉ định hạn chế, do đó một số bệnh chẩn đoán chưa được đầy đủ, đặc biệt là các trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa khu trú.

1.6.3. Tình hình chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại các tỉnh miền núi phía Bắc

Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn trên 3594 bệnh nhân viêm ruột thừa được chẩn đoán và điều trị tại 12 bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc: tỉ lệ bệnh nhân vào viện muộn sau 24 giờ cao chiếm 38,8%; triệu chứng chẩn đoán chủ yếu là dựa vào lâm sàng đau bụng hố chậu phải, sốt, phản ứng thành bụng. Siêu âm có độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 90%; CLVT có độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 95%. Chẩn đoán trước phẫu thuật đa số chẩn đoán được viêm ruột thừa chiếm

79,49% hoặc viêm phúc mạc viêm ruột thừa khu trú 14,36% hoặc viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể 4,86%.

1.7. Kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại các bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc

Mặc dù thiếu nguồn nhân lực chuyên về phẫu thuật nội soi, các trang thiết bị chưa đồng bộ nhưng tỉ lệ phẫu thuật nội soi thành công tại các tỉnh miền núi phía Bắc khá cao do áp dụng qui trình phẫu thuật từ nghiên cứu cấp nhà nước của Trịnh Hồng Sơn (2012).

Trịnh Hồng Sơn công bố nghiên cứu về điều trị VRT tại 12 tỉnh miền núi phía Bắc, nghiên cứu trên 3594 bệnh nhân tỷ lệ VFM ruột thừa là 19,22%, trong đó bước đột phá là có 1643 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm 45,7%. Kết quả cho thấy trong nhóm phẫu thuật nội soi tỉ lệ VPM ruột thừa khu trú 115 BN chiếm 14,36%; VPM ruột thừa toàn thể 21 BN chiếm 4,86%, trong nghiên cứu tác giả kết luận tất cả các tỉnh đã triển khai tốt kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán VPM ruột thừa được chỉ định phẫu thuật nội soi từ 01/01/2015 đến 31/9/2017 tại 8 bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc (Điện Biên, Sơn La, Hòa Bình, Cao Bằng, Tuyên Quang, Bắc Kạn, Hà Giang, Bắc Giang).

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Gồm tất cả các bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi có chẩn đoán xác định trong phẫu thuật là viêm phúc mạc ruột thừa (phẫu thuật viên có mô tả ruột thừa đã vỡ) thực hiện tại 8 bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.

- Kết quả giải phẫu bệnh: Hình ảnh đại thể và vi thể ruột thừa kết luận là ruột thừa viêm thủng hoặc viêm hoại tử chia làm 2 nhóm bệnh nhân:

+ Viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể: đau tăng lên, sau đó đau khắp bụng thể trạng suy sụp về mặt hốc hác; nhiệt độ 39 - 40°C ; có thể có rét run; bụng chướng, bí trung đại tiện hoặc ỉa lỏng. Khám thấy tăng cảm giác da bụng, cảm ứng phúc mạc khắp bụng nhưng nếu khám kỹ vẫn thấy đau nhất ở hố chậu phải. Đánh giá trong mổ, RT đã vỡ mũ hoặc bị hoại tử, ổ bụng có dịch mũ, giả mạc lan tràn ở nhiều vùng trong ổ bụng.

+ Viêm phúc mạc ruột thừa khu trú: Đau tăng lên nhưng khu trú ở hố chậu phải kèm theo sốt, nhưng vẫn còn trung tiện được. Khám thấy có khối vùng hố chậu, đau chói, ranh không rõ. Viêm phúc mạc, khu trú sẽ tiến triển thành áp-xe ruột thừa. Đánh giá trong mổ, RT đã vỡ mũ hoặc bị hoại tử, nhưng dịch mũ, giả mạc chỉ ở một vùng của vị trí ruột thừa, quá trình viêm được khu trú lại bởi mạc nối lớn, mạc treo và các quai ruột.

- Bệnh nhân được điều tra theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.
- Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thông tin trên bệnh án mẫu không được ghi nhận đầy đủ trong bệnh án gốc.
- Chẩn đoán sau phẫu thuật là viêm phúc mạc do các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2015 đến 31/9/2017.

2.2.2. Cơ mẫu và cách chọn mẫu: Lựa chọn mẫu thuận tiện

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu lựa chọn được 468 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

2.2.3.1. Trang thiết bị phục vụ chẩn đoán

2.2.3.2. Trang thiết bị cho phẫu thuật nội soi.

a. Hệ thống phẫu thuật nội soi.

b. Dụng cụ phẫu thuật nội soi

2.2.4. Quy trình chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc ruột thừa:
theo đề tài Khoa học công nghệ cấp Nhà nước mã số ĐTĐL.2009G/49.

2.2.4.1. Quy trình chẩn đoán:

(1) Chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng viêm phúc mạc ruột thừa ➔
(2) Chẩn đoán xác định viêm phúc mạc ruột thừa ➔ (3) Chẩn đoán
khả năng điều trị.

2.2.4.2. Phẫu thuật nội soi

Các bước tiến hành phẫu thuật nội soi

a. Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật

* Tư thế người bệnh

Sau khi được gây mê NKQ - dẫn cơ dài, hoặc gây tê tùy sống, người bệnh được nằm đầu dốc 30° và nghiêng trái 30°.

* Phẫu thuật viên và phụ 1 đứng bên trái người bệnh

Phụ dụng cụ đứng bên phải người bệnh.

Bàn dụng cụ ở phía chân bệnh nhân. Màn hình ở bên phải người bệnh. Nếu có màn hình thứ hai thì đặt ở phía sau phẫu thuật viên.

b. Bơm hơi phúc mạc và đặt trocar

+ Kỹ thuật bơm hơi vào ổ bụng (sử dụng kỹ thuật mở)

+ Phẫu thuật nội soi VPM ruột thừa thường sử dụng 3 trocar

Kỹ thuật cắt RT trong ổ bụng:

Kỹ thuật thông dụng nhất gồm các bước như sau: Cắt mạc treo RT ; cắt ruột thừa; đưa ruột thừa ra ngoài; làm sạch ổ bụng; đặt dẫn lưu; tháo hơi ổ bụng và đóng các vết mổ.

d. Đặt dẫn lưu ổ bụng

Nên đặt một dẫn lưu Douglas hay hố chậu phải, bằng 1 sonde nhựa nhỏ hay to tùy từng trường hợp.

e. Xử trí các tình huống phức tạp

f. Chuyển phẫu thuật mở

Trong trường hợp tiên lượng không thể giải quyết bằng phẫu thuật nội soi như: có tai biến trong phẫu thuật, tổn thương phúc tạp không xử lý được qua nội soi, vị trí ruột thừa khó cắt qua nội soi, không xử lý được ổ bụng, ... các phẫu thuật viên sẽ chuyển phẫu thuật mở để đảm

bảo an toàn cho bệnh nhân.

g. Thay đổi về kỹ thuật trong cắt RT nội soi

h. Biến chứng

* *Các tai biến trong khi phẫu thuật:* chảy máu, tổn thương ở thành bụng, ở manh tràng do nhiệt, tổn thương các tạng xung quanh khi phẫu tích, thủng ruột khi chọc trocar hay do đốt điện, tắc mạch do khí CO₂, tràn khí màng phổi, trụy tim mạch do ảnh hưởng của bơm khí phúc mạc.

* *Các biến chứng sau phẫu thuật:* thoát vị qua lỗ chọc trocar, tụ máu thành bụng, nhiễm khuẩn hoặc áp xe vết mổ, rò vết mổ, áp xe túi cùng Douglas, tắc ruột do dính sau phẫu thuật.

2.2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.5.1. Đặc điểm chung

- Tuổi, giới
- Địa dư: chia 8 tỉnh nghiên cứu
- Dân tộc
- Nghề nghiệp: Làm ruộng, tiểu thương, công nhân, viên chức, công chức.

2.2.5.2. Thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc

Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: tinh thần, hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, mất nước...

- Triệu chứng cơ năng: bao gồm đau bụng và rối loạn tiêu hóa

- Triệu chứng thực thể: bụng chướng, đau hố chậu phải, phản ứng thành bụng hố chậu phải, cảm ứng phúc mạc, co cứng thành bụng.

Cận lâm sàng: xét nghiệm máu, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm vi khuẩn học

Xét nghiệm giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể, hình ảnh vi thể

Các yếu tố nguy cơ gây viêm phúc mạc ruột thừa

- Bệnh lý kèm theo
- Nguyên nhân liên quan đến điều kiện tự nhiên và xã hội.
- Thời gian từ khi bị bệnh đến khi vào viện
- Các nguyên nhân liên quan đến thái độ xử lý ban đầu và dùng thuốc trước phẫu thuật.

Phân loại chẩn đoán trước và trong phẫu thuật: VPM ruột thừa toàn thể; VPM ruột thừa khu trú; Các chẩn đoán khác trước phẫu thuật

2.2.5.3. Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột

thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc
Điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi

- Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê tùy sống
- Kỹ thuật đặt trocar: số lượng và vị trí đặt trocar
- Đánh giá, khảo sát ổ bụng
- Xác định vị trí và tổn thương ruột thừa trong phẫu thuật
- Kỹ thuật cắt ruột thừa
- Kỹ thuật xử lý gốc ruột thừa
- Cách đưa ruột thừa ra ngoài
- Kỹ thuật xử lý ổ bụng
- Dẫn lưu ổ bụng
- Ghi nhận thời gian phẫu thuật
- Ghi nhận tai biến trong phẫu thuật
- Tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở, nguyên nhân chuyển mổ mở và mối liên quan với một số yếu tố: vị trí ruột thừa, chẩn đoán trong phẫu thuật, thời gian đau tới khi vào viện.

+ Tiêu chuẩn thành công của phẫu thuật nội soi: Cắt và xử lý được gốc RT, lau rửa ổ bụng và dẫn lưu, bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện.

Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

- Thời gian dùng thuốc giảm đau đau sau phẫu thuật
- Kháng sinh sau phẫu thuật
- Thời gian trung tiện
- Theo dõi dẫn lưu ổ bụng
- Biến chứng sớm sau phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện
- Phân loại kết quả chung:
 - + Tốt: bệnh nhân khỏi hoàn toàn không có các tai biến trong phẫu thuật và các biến chứng sau mổ.
 - + Trung bình: bệnh nhân có các biến chứng nhẹ điều trị nội khoa khỏi và ổn định ra viện.
 - + Xấu: Bệnh nhân có tai biến trong phẫu thuật hoặc biến chứng sau phẫu thuật phải mổ lại hoặc bệnh nhân tử vong.

2.2.6. Thu thập thông tin và xử lý số liệu

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 35,90. Nam giới chiếm 51,5%.

3.2. Thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc

3.2.1. Lâm sàng

3.2.1.1. Triệu chứng toàn thân

Các bệnh nhân đều tỉnh táo; có 68,2% bệnh nhân sốt.

3.2.1.2. Triệu chứng cơ năng

Tất cả các bệnh nhân đều có đau bụng trong đó đau bụng hố chậu phải chiếm tỉ lệ cao nhất 92,3%.

3.2.1.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.7. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n=468)	Tỉ lệ (%)
Bụng chướng	Nhiều	11	2,4
	Vừa	18	3,8
	Ít	132	28,2
Ấn đau hố chậu phải		468	100,0
Phản ứng thành bụng hố chậu phải		468	100,0
Cảm ứng phúc mạc		196	41,9
Co cứng thành bụng		5	1,1
Sờ thấy khối trong ổ bụng		11	2,4

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có ấn đau và phản ứng thành bụng hố chậu phải

3.2.2. Cận lâm sàng

3.2.2.1. *Xét nghiệm công thức máu:* Tỷ lệ tăng bạch cầu trên 10G/L chiếm 79,3%. Tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính trên 70% chiếm 88,0%.

3.2.2.2. Siêu âm ổ bụng

Siêu âm đạt độ nhạy và độ chính xác là 47%.

3.2.2.3. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có độ nhạy và chính xác là 44,2%.

3.2.2.4. Vi khuẩn và giải phẫu bệnh

Vi khuẩn: Tỷ lệ nuôi cấy có vi khuẩn *E. Coli* là 73,2%.

Giải phẫu bệnh: Đại thể ruột thừa đa số là viêm mù thủng 56,8%; Vi thể là VRT mù chiếm 63,5%

3.2.3. Các yếu tố nguy cơ gây biến chứng viêm phúc mạc ruột thừa

3.2.3.1. Bệnh kèm theo

Tỷ lệ bệnh nhân có phẫu thuật ổ bụng từ trước là 3,8%.

3.2.3.3. Khoảng cách địa lý

Bệnh nhân cách bệnh viện tỉnh dưới 30 km chiếm 50,4%, trên 100km chiếm 2,6%.

3.2.3.4. Thời gian bệnh nhân đau đến lúc vào viện

Bệnh nhân có thời gian từ khi đau tới lúc vào viện từ 24 đến dưới 48 giờ chiếm 38,9%; bệnh nhân đau dưới 6h có 3,2%.

3.2.3.5. Dùng thuốc trước khi chẩn đoán VPM ruột thừa

Tỷ lệ dùng thuốc kháng sinh trước khi chẩn đoán bệnh 5,3%

Tỷ lệ dùng thuốc giảm đau trước khi chẩn đoán bệnh 5,1%.

3.2.3.6. Thời gian từ lúc vào viện đến khi phẫu thuật

Thời gian từ lúc vào viện đến khi phẫu thuật dưới 6 giờ là 53,4%; có 1,3% phẫu thuật sau vào viện trên 72 giờ.

3.2.3.7. Nhập viện đúng khoa

Tỷ lệ bệnh nhân vào sai khoa là 3,7%.

3.2.4. Chẩn đoán

Bảng 3.17. So sánh chẩn đoán trước và trong phẫu thuật

Trong phẫu thuật (n=468)	VPM ruột thừa toàn thể (n=359)	VPM ruột thừa khu trú (n=109)
Trước phẫu thuật		
VPM ruột thừa (VPM/VPM ruột thừa) (n=236)	206 (57,4%)	30 (27,5%)
VRT (n=231)	152 (42,3%)	79 (72,5%)
Tắc ruột (n=1)	1 (0,3%)	0
p	<i>< 0,001</i>	
Chẩn đoán đúng	50,4%	

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán chính xác viêm phúc mạc ruột thừa chỉ đúng 50,4%.

3.3. Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc

3.3.1. Kết quả trong phẫu thuật

3.3.1.1. Phương pháp vô cảm

Tỷ lệ gây mê nội khí quản chiếm 87,7%

3.3.1.2. Số lượng vị trí trocar

Hầu hết các bệnh nhân được đặt 3 trocar chiếm 99,1%

3.3.1.3. Đánh giá tình trạng ổ bụng

Tỷ lệ bệnh nhân không có dịch ổ bụng chiếm 1,5%.

3.3.1.4. Xác định vị trí và tổn thương RT trong phẫu thuật

Đa số RT ở vị trí bình thường ở hố chậu phải chiếm 86,8%

Vị trí thủng đa số ở vùng thân chiếm 41,0%.

3.3.1.5. Các kỹ thuật xử lý trong phẫu thuật

Kỹ thuật cắt xử lý gốc RT

- Kỹ thuật cắt RT xuôi dòng chiếm đa số trường hợp 96,9%.
- Buộc gốc RT bằng chỉ 34,8%; kẹp gốc RT bằng Hemolock/Clip 54,9%.

Cách đưa RT ra ngoài xử lý làm sạch ổ phúc mạc và đặt dẫn lưu

Lấy RT qua túi plastic chiếm 70,7%; Kỹ thuật xử lý ổ bụng chủ yếu là rửa ổ bụng bằng muối 70,5%.

Vị trí đặt dẫn lưu

Đa số dẫn lưu được đặt ở Douglas chiếm 93,1%. Có 50 bệnh nhân không được đặt dẫn lưu ổ bụng.

3.3.1.6. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $50,35 \pm 17,87$ phút.

3.3.1.7. Tai biến

Trong quá trình phẫu thuật có 1 bệnh nhân có tổn thương thủng ruột non, 1 bệnh nhân chảy máu trong phẫu thuật.

3.3.1.8. Nguyên nhân và các yếu tố liên quan tới chuyển phẫu thuật mở

Bảng 3.26. Nguyên nhân chuyển phẫu thuật mở

Nguyên nhân	VPM toàn thể n (%)	VPM khu trú n (%)	Số bệnh nhân (n=468)
Tổn thương thủng ruột non trong phẫu thuật	1 (0,27)	0	1 (0,2)
Không xử trí được gốc RT	1 (0,27)	0	1 (0,2)
Không có khả năng làm sạch ổ bụng sau khi cắt RT	1 (0,27)	1 (0,9)	2 (0,4)
Không thể cắt được RT	6 (1,7)	1 (0,9)	7 (1,5)
Tổng	9 (2,5)	2 (1,8)	11 (2,4)
p	0,598		

Nhận xét: Nguyên nhân bệnh nhân chuyển phẫu thuật mở đa số là ổ bụng dính nhiều không thể cắt được RT chiếm 1,5%.

Bảng 3.28. Tương quan đơn biến của các yếu tố với chuyển phẫu thuật mở

Các yếu tố	p	OR	Khoảng tin cậy OR	
			Thấp	Cao
Thời gian đau tới khi vào viện (trên 48 giờ so với dưới 48 giờ)	<0,001	29,74	3,77	234,84
Phân loại chẩn đoán trong phẫu thuật (VPM ruột thừa toàn thể so với VPM ruột thừa khu trú)	0,508	0,727	0,155	3,416
Phân loại vị trí RT (bất thường so với bình thường)	0,045	3,931	1,116	13,844

Nhận xét: Thời gian đau tới khi vào viện > 48 giờ và vị trí RT bất thường là yếu tố tiên lượng chuyển phẫu thuật mở với $p < 0,05$.

3.3.2. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

3.3.2.1. Thời gian dùng thuốc giảm đau

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật là 2,56 ngày.

3.3.2.2. Sử dụng kháng sinh

Kháng sinh nhóm 5-nitro-imidazol được dùng nhiều nhất với tỉ lệ 85,6%. Thời gian sử dụng kháng sinh 7 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 27,4%; ≥ 10 ngày chiếm 9,0%.

Đa số các bệnh nhân được sử dụng 2 kháng sinh phối hợp 72,2%; có 1 bệnh nhân dùng 6 loại kháng sinh, trung bình $2,24 \pm 0,61$ kháng sinh trên một bệnh nhân.

3.3.2.3. Thời gian trung tiện sau mổ

Thời gian bệnh nhân trung tiện trung bình là $2,31 \pm 0,51$ ngày trong đó ngày thứ 2 chiếm 70,5%.

3.3.2.4. Thời gian rút ống dẫn lưu

Thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật trung bình là $5,05 \pm 1,79$ (2-17) trong đó thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật tại thời điểm 4 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất là 23,4%; có 1 bệnh nhân rút ống dẫn lưu sau 17 ngày.

3.3.2.5. *Biến chứng*Bảng 3.34. *Biến chứng*

Biến chứng	VPM toàn thể n (%)	VPM khu trú n (%)	Số bệnh nhân (n=457)
Chảy máu	1 (0,3)	0	1 (0,2)
Nhiễm khuẩn chân trocar	0	2 (1,9)	2 (0,4)
Áp xe tồn dư	3 (0,9)	0	3 (0,7)
Tổng	4 (1,2)	2 (1,9)	6 (1,3)
p	0,429		

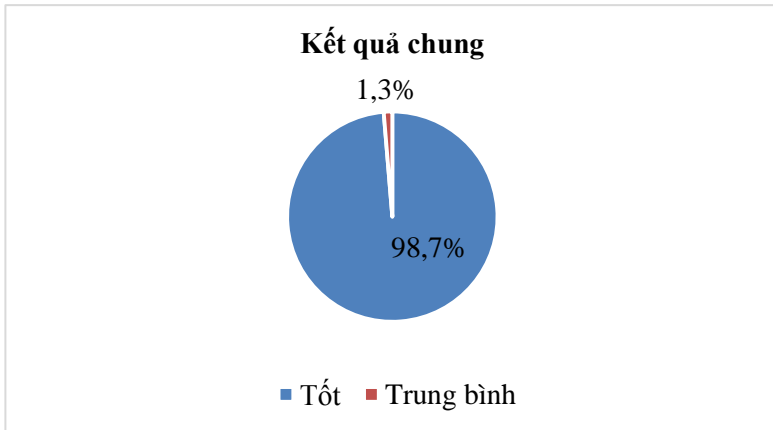
Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 1,3%.

3.3.2.6. *Thời gian nằm viện*

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,13 ngày

3.3.2.7. *Tỷ lệ thành công*

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 97,6%.

3.3.2.8. *Kết quả chung*Biểu đồ 3.7. *Kết quả chung*

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công có kết quả tốt chiếm 98,7%, trung bình 1,3%.

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi, giới

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm phúc mạc RT có độ tuổi trung bình là $35,90 \pm 20,04$ thấp nhất là trẻ em 2 tuổi và cao nhất là 87 tuổi; độ tuổi 31-60 chiếm tỉ lệ cao nhất 43,2%. Nam giới chiếm 48,5%. Nhiều nghiên cứu khác về viêm phúc mạc ruột thừa cũng cho tỉ lệ tương tự.

4.1.2. Địa dư

Bệnh nhân được phẫu thuật tại tỉnh Bắc Kạn là 20,7%; Điện Biên hoặc Sơn La 1,3%. Sự khác biệt của các tỉnh là rất lớn, liên quan đến quan điểm, trình độ của phẫu thuật viên, trang thiết bị y tế, điều kiện về gây mê hồi sức, cấp cứu.

4.1.3. Dân tộc

Nghiên cứu cho thấy đối tượng bệnh nhân chủ yếu là dân tộc Kinh 30,6% và Tày 28,6%; dân tộc Giáy và Hoa chiếm 0,4%, dân tộc Sán Chỉ chiếm 0,2%.

4.1.4. Nghề nghiệp

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nông dân chiếm cao nhất 60,3%.

4.2. Thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng viêm phúc mạc ruột thừa

4.2.1.1. Triệu chứng toàn thân

Các bệnh nhân đều vào viện trong tình trạng tinh táo hoàn toàn, 68,2% bệnh nhân có sốt.

4.2.1.2. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng là triệu chứng cơ năng cảnh báo trước tất cả các bệnh lý về ổ bụng, các BN thường đau hố chậu phải liên tục tăng dần.

Kết quả nghiên cứu cho thấy đau bụng vùng hố chậu phải chiếm 92,3%; đau nhiều vị trí chiếm 50,4%. Tỉ lệ buồn nôn và nôn chiếm 31,2%; tỉ lệ bí trung tiện 5,3%; tỉ lệ bí đại tiện chiếm 6,4%.

4.2.1.3. Triệu chứng thực thể

Nghiên cứu cho thấy triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ấn đau hố chậu phải, phản ứng thành bụng HCP 100% ngoài ra còn có tỉ lệ bệnh nhân có chướng bụng chiếm 34,4%. Trong chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa dấu hiệu phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc là yếu tố tiên quyết hàng đầu.

4.2.2. Cận lâm sàng

4.2.2.1. Số lượng bạch cầu

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tăng bạch cầu $\geq 10\text{G/L}$ chiếm 79,3%; tỉ lệ bệnh nhân có bạch cầu bình thường 4-10 G/L là 20,3%. Tỉ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính $\geq 70\%$ chiếm 88,0%.

Điều đó cho thấy số lượng bạch cầu và tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng là một dấu hiệu có giá trị giúp chẩn đoán VPM ruột thừa.

4.2.2.2. Siêu âm và cắt lớp vi tính

* Siêu âm

Giá trị chẩn đoán của SA nói chung có độ chính xác là 47%.

Tác giả Tzanakis (2005), công bố độ chính xác của SA chỉ là 50% trong các trường hợp VRT vỡ, so với những trường hợp VRT cấp độ chính xác lên đến 80%.

Do vậy trong VPM ruột thừa SA không phải là yếu tố quyết định. Nhưng SA là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng nhiều nhất phù hợp với điều kiện vật chất trang thiết bị của các địa phương.

* Cắt lớp vi tính

Trong 52 bệnh nhân được chụp CLVT: kết luận hình ảnh ruột thừa viêm là 44,2%.

4.2.2.3. Giải phẫu bệnh và vi khuẩn

* Đặc điểm vi khuẩn học

Thực tế chỉ có 112 trường hợp được cấy vi khuẩn là do thời điểm nghiên cứu 3 tỉnh chưa có nuôi cấy vi khuẩn (Sơn La, Bắc Kạn, Cao Bằng), 3 tỉnh mới có xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn từ 2016 (Hà Giang, Hòa Bình, Điện Biên). Hầu hết các mẫu nuôi cấy có vi khuẩn *E. Coli* chiếm 73,2%.

** Hình ảnh đại thể và vi thể ruột thừa*

Về đại thể, nghiên cứu cho thấy RT sau phẫu thuật có thủng 100%. Trong đó RT hoại tử thủng là 41%, RT viêm mũ thủng là 56,8% và mũ nát toàn bộ là 2,1%. Vị trí thủng ở vùng thân chiếm 41,0%; ngọn 39,7%; tiếp theo là gốc chiếm 14,1%; ngọn, thân 3,0%.

Về mặt vi thể, hình ảnh VRT mũ là 63,5%, hình ảnh VRT hoại tử là 36,5%.

4.2.3. Các yếu tố nguy cơ gây viêm phúc mạc ruột thừa

4.2.3.1. Tiền sử bệnh tật và bệnh kèm theo

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng cũ, đặc biệt đường mổ dưới rốn, sẽ làm phẫu thuật nội soi khó khăn hơn. Các bệnh lý kèm theo tăng nguy cơ của gây mê hồi sức và điều trị hậu phẫu, thậm chí có những bệnh tim mạch hô hấp là chống chỉ định của phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng từ trước là 3,8%.

4.2.3.2. Khoảng cách địa lý

Nghiên cứu cho thấy đa số các bệnh nhân ở cách bệnh viện tỉnh gần nhất dưới 30 km chiếm 50,4%, trên 100 km chiếm 2,6%.

4.2.3.3. Thời gian viêm ruột thừa

Tỉ lệ VPM ruột thừa trước 24 giờ là 34,4%.

4.2.3.3. Dùng kháng sinh và giảm đau trước khi chẩn đoán

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi gặp tỉ lệ dùng thuốc kháng sinh trước khi chẩn đoán bệnh 5,3% và tỉ lệ dùng thuốc giảm đau trước khi chẩn đoán bệnh 5,1%.

4.2.3.4. Thời gian chờ phẫu thuật và khoa cho nhập viện

Thời gian từ khi vào viện đến khi được phẫu thuật đa số dưới 6 giờ 53,4%. Thời gian từ khi vào viện đến khi được phẫu thuật trung bình là 9,61 giờ. Tỉ lệ bệnh nhân nhập viện ban đầu vào đúng khoa cấp cứu hoặc ngoại tổng hợp là 96,3%.

4.2.4. Các đặc điểm chẩn đoán và chỉ định điều trị phẫu thuật nội soi

4.2.4.1. Chẩn đoán trước và trong phẫu thuật nội soi

Độ chính xác của chẩn đoán trước phẫu thuật là 50,4%. Độ chính xác của chẩn đoán VPM ruột thừa trước phẫu thuật ở mức trung bình.

4.2.4.2. Chỉ định phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa

4.3. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại các tỉnh miền núi phía Bắc

4.3.1. Kết quả trong phẫu thuật

** Phương pháp vô cảm*

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ gây mê nội khí quản chiếm 87,7%; gây tê tủy sống chiếm 12,3% (Biểu đồ 3.5).

** Vị trí đặt trocar*

Nghiên cứu cho thấy hầu hết các bệnh nhân được đặt 3 trocar chiếm 99,1. Hầu hết các bệnh nhân được đặt trocar tại vị trí Rốn + MSP + HCT chiếm 43,5% (Bảng 3.18).

Đa số các tác giả cho rằng chỉ cần 3 trocar là đủ để thao tác kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi vẫn đảm bảo.

** Đánh giá tổn thương trong phẫu thuật*

Tình trạng ổ bụng

Nghiên cứu cho thấy được tỉ lệ bệnh nhân không có dịch ổ bụng chiếm 1,5%.

Vị trí ruột thừa

Đa số ruột thừa của bệnh nhân nằm ở vị trí bình thường chiếm 86,8%

Đánh giá tổn thương

Tất cả các bệnh nhân khi phẫu thuật đều phát hiện thủng ruột thừa. Vị trí thủng đa số ở vùng thân chiếm 41,0%; ngọn 39,7%.

** Kỹ thuật cắt ruột thừa, làm sạch ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng*

Kỹ thuật cắt và xử lý gốc ruột thừa

Kỹ thuật cắt RT xuôi dòng chiếm đa số trường hợp 96,9%

Xử lý gốc RT

Nghiên cứu cho thấy xử lý kẹp gốc RT bằng Hemolock/Clip 54,9%.

Cách đưa RT ra ngoài

Việc đưa ruột thừa trực tiếp qua trocar thực hiện khi ruột thừa có thể nằm trong lòng trocar 10mm mới đảm bảo an toàn tránh nhiễm khuẩn chân lỗ trocar.

Xử lý làm sạch ổ phúc mạc

Để đảm bảo rửa sạch ổ bụng, phẫu thuật viên phải rửa sạch các khoang phúc mạc kèm theo hút mủ và lấy giả mạc.

** Thời gian phẫu thuật*

Nghiên cứu thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 50,35 phút.

Theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên thì việc cốt lõi của phẫu thuật là phải xử trí triệt để các tổn thương và tránh biến chứng chứ không phải chạy theo thời gian.

** Tai biến*

Chúng tôi gặp 1 trường hợp tổn thương thủng ruột non được chuyển phẫu thuật mở để xử trí khâu chỗ rách thành ruột, kết quả ra viện ổn định; 1 trường hợp chảy máu mạc treo ruột thừa trong phẫu thuật được xử trí cầm máu bằng nội soi không phải chuyển phẫu thuật mở.

** Tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở và nguyên nhân*

Trong nghiên cứu cho thấy có 11 (2,4%) bệnh nhân phải chuyển phẫu thuật mở (Bảng 3.27), trong đó:

- 1 BN tổn thương ruột trong phẫu thuật
- 1 BN không khâu buộc được gốc RT.
- 9 BN không xử lý được gốc RT bao gồm: 6 BN tổn thương phức tạp và ổ bụng dính không xử lý được gốc RT bằng nội soi; 2 BN có khả năng cắt được RT qua nội soi nhưng không có khả năng làm sạch ổ bụng; 1 BN bóc tách RT khỏi mạc treo khó khăn.

Việc chuyển phẫu thuật mở vì đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và không kéo dài cuộc phẫu thuật.

** Các yếu tố liên quan tới chuyển phẫu thuật mở*

Khi phân tích mối tương quan đơn biến với chuyển phẫu thuật mở chúng tôi thấy thời gian đau tới khi vào viện > 48 giờ và vị trí ruột thừa bất thường là yếu tố tiên lượng chuyển phẫu thuật mở.

4.3.2. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

4.3.2.1. Chăm sóc điều trị sau phẫu thuật

Thời gian dùng thuốc giảm đau

Đau là một triệu chứng bắt buộc phải điều trị cho người bệnh, việc dùng thuốc giảm đau được quy ước ngừng sử dụng giảm đau khi đánh giá VAS dưới 4 điểm. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật trong nghiên cứu trung bình là $2,56 \pm 1,33$ (1-8).

Dùng thuốc kháng sinh

Nghiên cứu cho thấy kháng sinh nhóm 5-nitro-imidazol được dùng nhiều nhất với tỉ lệ 85,6%. Thời gian sử dụng kháng sinh 7 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 27,4%. Đa số các bệnh nhân được sử dụng 2 kháng sinh phối hợp 72,2%.

Điều trị kháng sinh sau phẫu thuật VPM ruột thừa cần có sự phối hợp kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm và ưu tiên kết hợp thêm kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí.

Thời gian trung tiện

Thời gian có trung tiện trung bình là $2,31 \pm 0,51$ (2-5) ngày.

Thời gian rút dẫn lưu

Thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật trung bình là 5,05 ngày.

Biến chứng

Thống kê cho thấy 2 trường hợp nhiễm khuẩn chân trocar được điều trị bằng vệ sinh thay băng tại chỗ và kết hợp dùng kháng sinh. Với 3 trường hợp có áp xe tồn dư sau phẫu thuật chúng tôi điều trị kháng sinh tích cực kết hợp với chọc hút mủ, bệnh nhân ổn định, nguyên nhân nhiều khả năng là do rửa ổ bụng chưa sạch hoặc hút chưa hết dịch rửa. Chúng tôi cũng gặp 1 trường hợp chảy máu sau phẫu thuật phải điều trị cầm máu và truyền bù khối lượng tuần hoàn sau đó bệnh nhân ổn định.

Thời gian nằm viện

Thống kê cho thấy thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,13 \pm 1,82$ (4-19). BN nằm viện dài ngày thường do tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và áp xe tồn dư phải điều trị kháng sinh dài ngày.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi VPM ruột thừa cũng tương đối ngắn đây là ưu điểm nổi bật của phẫu thuật nội soi.

** Tỷ lệ tử vong*

Thống kê cho thấy chúng tôi không có BN nào tử vong trong và sau mổ.

** Đánh giá kết quả chung*

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có kết quả chung tốt chiếm 98,7%; 1,3% bệnh nhân có kết quả trung bình do gặp biến chứng có thể xử trí nội soi được.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 468 bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa tại 8 bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc trong thời gian tháng 1 năm 2015 đến tháng 9 năm 2017, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa

Trong 468 bệnh nhân có độ tuổi trung bình 35,9; tỉ lệ nam/nữ 0,94, dân tộc Kinh chiếm 30,6%, Tày 28,7%, tỉnh có số bệnh nhân mổ nhiều nhất Bắc Kạn 20,7%.

Triệu chứng lâm sàng: Bệnh nhân có sốt 69,2%; Bệnh nhân có đau bụng, phản ứng thành bụng 100%; Tỉ lệ khám phát hiện có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc là 41,9%.

Triệu chứng cận lâm sàng: Công thức máu có bạch cầu $>10G/L$ là 79,3%; tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính $\geq 70\%$ là 88,0%. Siêu âm chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa đạt độ nhạy và độ chính xác là 47,0%. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa đạt độ nhạy, độ chính xác là 44,2%.

2. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa

2.1. Đánh giá kết quả trong mổ

Tỷ lệ chẩn đoán chính xác viêm phúc mạc ruột thừa đối chiếu phẫu thuật đạt 50,4%. Tỷ lệ gây mê nội khí quản chiếm 87,7%. Kỹ thuật cắt ruột thừa xuôi dòng chiếm 96,9%, Kỹ thuật xử lý gốc ruột thừa: Buộc gốc bằng chỉ 34,8%; kẹp gốc bằng Hemolock/Clip 54,9%. Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình $50,35 \pm 17,87$ phút. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa là 97,6%.

2.2. Đánh giá kết quả sớm

Thời gian dùng thuốc giảm đau là $2,56 \pm 1,33$ ngày. Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là $5,05 \pm 1,79$ ngày. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $6,98 \pm 1,82$ ngày. Biến chứng sớm sau phẫu thuật là 1,3%. Thời gian nằm viện trung bình là $7,13 \pm 1,82$ ngày. Kết quả chung: tốt (98,7%), trung bình (1,3%)

KIẾN NGHỊ

Để nâng cao chất lượng điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại các Bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc, cần:

- Tiếp tục triển khai ứng dụng quy trình chẩn đoán và điều trị viêm phúc mạc ruột thừa thuộc đề tài cấp Nhà nước mã số: ĐTĐL.2009G/49.

- Tăng cường tập huấn, đào tạo nguồn nhân lực bác sĩ gây mê hồi sức, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa và phẫu thuật nội soi. Tăng cường trang thiết bị chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật nội soi, thay thế các thiết bị đã cũ, hỏng.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Hưng Đạo, Trịnh Hồng Sơn (2022), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại một số tỉnh miền núi phía Bắc. *Tạp Chí Y dược lâm sàng* 108, 2(17): 102-107.
2. Nguyễn Hưng Đạo, Trịnh Hồng Sơn (2022), Nhận xét thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía bắc. *Tạp Chí Y dược lâm sàng* 108, 2(17): 115-119.