

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA Ở TRẺ EM BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Lâm Quốc Thăng^{1*}, Phạm Văn Năng²

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lamquocthanglx@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa là bệnh ngoại khoa thường gặp nhất trong cấp cứu ở người lớn cũng như trẻ em. Phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa đã trở thành quy ước. Tuy nhiên, áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em vẫn chưa được thực hiện một cách thường quy. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 04/2016 đến 6/2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, mô tả, không đối chứng với 52 bệnh nhi viêm phúc mạc ruột thừa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 04/2016 đến 06/2017. **Kết quả:** Trong 52 bệnh nhi, có 57,7% nam và 42,3% nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1,36. Tuổi trung bình là $7,96 \pm 3,17$ (2-15). Số trocar sử dụng trong mổ là 3 (10-5-5 mm). Áp lực ổ bụng là 10-12mmHg, không có biến chứng tăng CO₂ máu. Thời gian trung bình cho một ca phẫu thuật: $70,67 \pm 16,06$ phút. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $7,79 \pm 1,95$ ngày. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 98,07%, chỉ có một bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở. Kết quả của phẫu thuật nội soi: loại tốt chiếm tỷ lệ 96,15%, loại trung bình 3,85%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em hoàn toàn an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, viêm phúc mạc ruột thừa.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RESULTS LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN CHILDREN WITH COMPLICATE APPENDECITIS

Lam Quoc Thang¹, Pham Van Nang²

1. An Giang Center General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Laparoscopic appendectomy (LA) was performed in adult in 1983 by Kurt Semm. The first report of LA in children was by Ure et al in 1991 and become popular now, but LA in children have just applied in Cantho's Children Hospital by 2015. **Purpose:** This study evaluates the outcome of LA in complicate appendicitis from April 2016 to June 2017 in Cantho's Children Hospital. **Subjects and methods:** We performed a prospective study of 52 children undergoing LA for complicate appendicitis (CA) from April 2016 to June 2017 in Cantho's Children Hospital. **Results:** The study included 52 patients who underwent LA for CA. Male female ratio was 1.36 (57,7% males and 42,3% females), aged 2 to 15 years (mean $7,96 \pm 3,17$). We used 3 trocars (one trocar 10mm under umbilicus, two trocars 5 mm in the right quadrant and suprapubic). Abdominal pressures changed from 10 to 12mmHg and without complication of increased PCO₂. The mean operating time was $70,67 \pm 16,06$ minutes. Minor post operative complications were 3,85%, 01 case change to open appendectomy. The mean length of hospital stay was $7,79 \pm 1,95$ days. **Conclusions:** LA is a safe and effective laparoscopic procedure in children with complicate appendicitis.

Key words: Laparoscopic appendectomy, complicate appendicitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là bệnh ngoại khoa thường gặp nhất trong cấp cứu ở người lớn cũng như trẻ em và ở cả hai giới. Ở trẻ em, viêm ruột thừa xảy ra ở mọi lứa tuổi và chiếm tỉ lệ 1/3 các bệnh có liên quan đến đau bụng cấp được nhập viện.

Từ trước đến nay, phương pháp mổ mở được áp dụng rộng rãi và được mặc nhiên công nhận là phương pháp điều trị thường quy cho bệnh lý viêm ruột thừa. Hiện nay, mổ nội soi cắt ruột thừa đang dần trở nên phổ biến cho các bệnh nhân viêm ruột thừa cấp và viêm phúc mạc ở trẻ em.

Tại Cần Thơ một nghiên cứu cắt ruột thừa nội soi điều trị viêm ruột thừa chưa có biến chứng đã được thực hiện năm 2015 và cho kết quả rất khả quan. Tuy nhiên, áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em vẫn chưa được thực hiện một cách thường quy và vì thế chưa thể đánh giá hiệu quả và so sánh với các tác giả trong và ngoài nước.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm phúc mạc ruột thừa, tuổi từ 15 trở xuống.

Được gia đình tự nguyện đồng ý mổ nội soi thừa sau khi được giải thích lợi ích của phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Không có tiền sử vết mổ cũ ở vùng bụng.

Không có chống chỉ định thực hiện PTNS trên bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có biến chứng đám quánh ruột thừa; các chống chỉ định của gây mê, hồi sức và bơm khí CO₂ phúc mạc; các chống chỉ định khác như rối loạn đông máu...

Chẩn đoán sau mổ là các bệnh lý khác ngoài bệnh lý viêm phúc mạc ruột thừa

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, mô tả, không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu tính theo công thức, tối thiểu là 49 bệnh nhân. Chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Thời gian lấy mẫu từ tháng 4/2016 đến tháng 6/2017. Thực tế qua thu thập số liệu, mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 52 bệnh nhân.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: Giới, tuổi.

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng: yếu tố thời gian có triệu chứng đau bụng đến lúc phẫu thuật, từ khi vào viện cho đến khi được phẫu thuật. Triệu chứng cơ năng: Đau bụng, sốt, nôn, triệu chứng về tiêu hoá. Các triệu chứng thực thể viêm phúc mạc. Cận lâm sàng: Công thức máu, kết quả siêu âm ổ bụng.

Trong lúc phẫu thuật: áp lực bơm hơi ổ bụng. Tình trạng ổ bụng: dịch ổ bụng. Vị trí RT trong ổ bụng. Tình trạng RT. Những khó khăn gặp trong mổ Thời gian mổ: được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến khi đóng xong các lỗ trocar.

Sau phẫu thuật: thời gian lưu thông tiêu hoá trở lại; tình trạng vết mổ; các biến chứng sau phẫu thuật; thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Chăm sóc và theo dõi hậu phẫu: bồi hoàn nước và điện giải; dùng kháng sinh sau phẫu thuật; giảm đau; thăm khám bệnh nhân hàng ngày cho đến khi ra viện; xuất viện, hẹn bệnh nhân khám lại sau phẫu thuật 1 tháng.

Phương pháp đánh giá kết quả

Tiêu chuẩn thành công của PTNS: cắt được RT và xử lý được gốc RT, lau rửa ổ bụng và dẫn lưu (nếu có), bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện. Cắt được RT, bệnh nhân không có các biến chứng như: nhiễm trùng trocar, có ổ đọng dịch trong ổ bụng điều trị nội khoa có kết quả, không phải mổ lại, khỏi và ra viện.

Phẫu thuật nội soi không thành công khi: không thực hiện được việc tìm và cắt RT; phải chuyển sang mổ mở. Có các biến chứng như chảy máu sau mổ, áp xe trong ổ bụng.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: Tốt khi bệnh nhân khỏi hoàn toàn không có các biến chứng liên quan tới cuộc mổ như dò chỉ hay nhiễm khuẩn vết mổ, dính và tắc ruột sau mổ, thoát vị lỗ trocar. Trung bình: bệnh nhân có các biến chứng nhẹ do PTNS nhưng điều trị khỏi như dò chỉ, đau vết mổ. Xấu: có biến chứng điều trị không kết quả, phải mổ lại do tắc ruột, do thoát vị lỗ trocar.

2.2.4. Tiến hành nghiên cứu

Trang thiết bị phẫu thuật nội soi

Chúng tôi sử dụng bộ PTNS của hãng Olympus.

Kỹ thuật mổ cắt ruột thừa qua nội soi

Rạch da qua rốn dài 1 cm, mở cân cơ, phúc mạc, đặt ống soi 10 mm góc 30°. Vào bụng 03 trocar. Bộc lộ RT, đốt điện mạch máu mạc treo ruột thừa để cầm máu và cắt đốt mạc treo ở phía sát ruột thừa cho tới tận gốc ruột thừa. Cột gốc RT bằng nút Roeder chỉ Vicryl 1-0 sau đó cắt ruột thừa và cho vào bao đựng bệnh phẩm. Rửa ổ bụng bằng NaCl 0,9% đến nước trong, lấy bỏ các giả mạc, đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần. Gửi giải phẫu bệnh mẫu RT.

2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: đánh giá kết quả sớm bằng khám hoặc quan sát trực tiếp bệnh nhân trước mổ và sau mổ, ghi chép đầy đủ các thông tin về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình mổ, quá trình theo dõi và điều trị sau mổ, theo mẫu phiếu thu thập số liệu. Xử lý kết quả: số liệu được tập hợp và xử lý thông kê trên phần mềm thống kê SPSS 16.0 và bảng tính Excel 2013. Kết quả so sánh khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: bệnh nhi được gia đình tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặt điểm chung

Tuổi: tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu: $7,96 \pm 3,17$ tuổi, có 82,69% bệnh nhân ở độ tuổi từ 5 đến 15 tuổi chiếm phần lớn số trẻ được phẫu thuật nội soi.

Giới tính: trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 30 bệnh nhân là trẻ nam chiếm tỷ lệ 57,69% và 22 bệnh nhân là trẻ nữ chiếm tỷ lệ 42,31%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Điều trị trước khi nhập viện: có 14 bệnh nhân được điều trị trước vào viện (sử dụng kháng sinh, giảm đau hoặc tự uống thuốc không rõ loại ...) chiếm 26,9%, có 27/52 bệnh nhân không có điều trị trước vào viện chiếm 73,1%.

Thời gian có triệu chứng khởi phát đến lúc nhập viện: phân bố bệnh nhân theo thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (đau bụng, sốt) đến khi nhập viện. Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đau bụng đến lúc nhập viện là $47,06 \pm 31,91$ giờ.

Thời gian nhập viện đến lúc mổ: thời gian trung bình từ khi vào viện đến khi được phẫu thuật là $6,44 \pm 4,89$ giờ, thấp nhất là 2 giờ và cao nhất là 24 giờ. Có 53,85% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được thực hiện phẫu thuật trước 6 giờ từ lúc nhập viện và 46,15% BN được phẫu thuật sau nhập viện từ 6 đến 24 giờ.

Thời gian có triệu chứng khởi phát đến lúc mổ: thời gian trung bình từ khi có triệu chứng khởi phát đến khi được phẫu thuật là $53,50 \pm 31,30$ giờ, sớm nhất là 15 giờ và muộn nhất là 191 giờ.

Triệu chứng cơ năng: tri giác, đau bụng, nôn ói, tiêu chảy, thân nhiệt.

Triệu chứng thực thể

Phản ứng phúc mạc

Đa số bệnh nhân có đề kháng thành bụng và cảm ứng phúc mạc chiếm 96,16%.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo triệu chứng cảm ứng phúc mạc

Phản ứng phúc mạc	n	Tỷ lệ(%)
Không phản ứng thành bụng	2	3,85
Đề kháng thành bụng	44	84,62
Cảm ứng phúc mạc	6	11,54
Tổng cộng	52	100

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu: có 94,23% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có số lượng bạch cầu tăng cao trên $10.000/mm^3$. Số lượng bạch cầu trung bình $16.880 \pm 4.786 /mm^3$, nhỏ nhất là $7.500 / mm^3$ và lớn nhất là $32.300 / mm^3$.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu	n	Tỷ lệ (%)
6.000-10.000/ mm^3	3	5,77
>10.000/ mm^3	49	94,23
Tổng cộng	52	100

Bạch cầu đa nhân trung tính: tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu đa nhân trung tính > 70% (90,38 %).

Siêu âm: đa số bệnh nhân trên siêu âm có dấu ngón tay chiếm 71,15%, có dấu hình bia chiếm 82,69%, dịch ổ bụng 7,69% các bệnh nhân.

Chẩn đoán sau mổ: chẩn đoán sau mổ chiếm 76,92% là viêm phúc mạc khu trú với 40 bệnh nhân, viêm phúc mạc toàn thể chiếm 8 bệnh nhân (15,38%) và 4 bệnh nhân áp xe ruột thừa (7,69%).

3.4. Kết quả điều trị: có 51/52 bệnh nhân được mổ nội soi, chiếm tỉ lệ 98,08%.

Vị trí ruột thừa: Ở hố chậu phải (63,46%), sau manh tràng chiếm 17,31 % và vị trí tiểu khung chiếm 19,23%.

Vị trí tổn thương: hầu hết vị trí thương tổn đều nằm ở đầu ruột thừa (75%), ở thân ruột thừa chiếm 23,08 % và có 01 bệnh nhân tổn thương ở gốc ruột thừa.

Tình trạng gốc ruột thừa: Gốc ruột thừa còn tốt chiếm 98,08% bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân gốc ruột thừa thủng, chiếm 1,92%.

Đại thể ruột thừa: Ruột thừa thủng gấp 1,26 lần ruột thừa hoại tử.

Phương pháp cắt ruột thừa: có 48/52 bệnh nhân phẫu thuật cắt ruột thừa xuôi dòng, 4/52 bệnh nhân phải cắt ngược dòng.

Phương pháp xử lý ổ bụng: phương pháp rửa bụng và dẫn lưu chiếm tỉ lệ cao nhất là 63,46%, phương pháp ít sử dụng nhất là lau bụng kèm dẫn lưu chiếm 3,85%.

Phương pháp lấy ruột thừa: sử dụng túi bệnh phẩm để lấy ruột thừa chiếm 75% với 39 bệnh nhân.

Chuyển mổ mở: có 1/52 bệnh nhân chiếm 1,92% phải chuyển mổ mở.

Khó khăn và tai biến trong phẫu thuật

Chảy máu: tỉ lệ bệnh nhân khó kiểm soát chảy máu trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa rất thấp, chỉ xảy ra trên 4 bệnh nhân, chiếm 7,69%. Nguyên nhân là do mạc treo ruột thừa mủn nát. Tất cả đều được xử trí ngay trong cuộc mổ.

Thời gian trung bình PTNS cắt ruột thừa: thời gian phẫu thuật trung bình là 70,67 ± 16,06 phút. Nhanh nhất là 35 phút và lâu nhất là 100 phút. Không có sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật trung bình và vị trí của ruột thừa trong ổ bụng với $p > 0,05$. Có 49 bệnh nhân được phẫu thuật từ 90 phút trở xuống, chiếm tỷ lệ 94,23%.

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa sau mổ: thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trong 24 giờ đầu sau mổ chiếm tỷ lệ thấp (5,77%) và đa số bệnh nhân tái lập lưu thông tiêu hóa sau 24 và 48 giờ. Riêng bệnh nhân mổ mở trung tiện sau mổ là 72 giờ.

Kháng sinh sau mổ: đa số bệnh nhân sau mổ đều phối hợp sử dụng 3 thuốc Cephalosporin3, Metronidazole, Aminoglycoside chiếm 61,54%.

Thời gian đau sau mổ: mức độ đau sau mổ ngày 3 giảm nhiều so với ngày 1 ở cả 3 nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú, viêm phúc mạc toàn thể và áp xe ruột thừa.

Thời gian nằm viện: thời gian nằm viện trung bình 7,79 ± 1,95 ngày. Số ngày nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, số ngày nằm viện dài nhất là 16 ngày.

Biến chứng sau PTNS cắt RT: biến chứng sớm và nhẹ sau mổ là nhiễm trùng vết mổ, chiếm tỷ lệ 3,85% và đều được điều trị nội khoa.

Theo dõi kết quả xuất viện sau 01 tháng: tại thời điểm sau xuất viện 1 tháng, tất cả bệnh nhi có vết mổ lành sẹo tốt, không có tình trạng đau vết mổ trong sinh hoạt và học tập hàng ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian trung bình từ lúc khởi bệnh đến khi được phẫu thuật

Đau bụng chiếm 100% các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phan Xuân Cảnh và cs.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bạch cầu: số lượng bạch cầu: Số lượng bạch cầu trung bình là 16880 ± 4.786 BC/ mm^3 (từ 7.500 – 32.300 BC/ mm^3). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả cao hơn nghiên cứu của Phan Xuân Cảnh và nghiên cứu của Ching-Chung Tsai .

Kết quả của chẩn đoán siêu âm: hiện nay hầu hết các cơ sở y tế đều áp dụng siêu âm như là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh được ưu tiên thực hiện trong chẩn đoán VRT. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được siêu âm trước mổ với tỷ lệ chẩn đoán chính xác so với kết quả giải phẫu bệnh là 82,69%. Kết quả của chúng tôi tương tự so với Trần Công Hoan (80,6%) và tác giả cũng cho rằng xác định dịch ổ bụng chỉ là dấu hiệu phụ, không đặc hiệu do đó khi không xác định được dịch tự do trong ổ bụng ở bệnh nhân theo dõi VRT cần thực hiện lại nhiều lần để tìm các dấu hiệu chắc chắn khác. Tất cả bệnh nhân vào viện đều ghi nhận có dịch ổ bụng trong lúc mổ, chiếm 100%. Tuy nhiên, trên siêu âm chỉ ghi nhận được 4/52 bệnh nhân có dịch ổ bụng.

4.3. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị VPMRT ở trẻ em

Vị trí của ruột thừa: vị trí bất thường của ruột thừa là một trong những nguyên nhân gây khó khăn trong việc chẩn đoán. So sánh vị trí RT với kết quả ở bảng 3 cho thấy thời gian PTNS trung bình ruột thừa ở vị trí sau manh tràng là 78,33 phút so với vị trí bình thường (68,03 phút) hoặc tiểu khung (72,50phút) có dài hơn . Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác.

Xử lý ruột thừa: trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân (52/52) được PTNS với số lượng trocar là 3 : 1 trocar 10 mm đặt ở rốn để cho đèn soi 30° và 2 trocar 5 mm đặt ở hố chậu trái và hạ vị dùng cho kênh thao tác theo tác giả Trần Thanh Trí, Younan Nowzaradan MD và Ciro Esposito . Chúng tôi dùng dao đốt đơn cực để xử lý mạc treo ruột thừa ngược dòng hoặc xuôi dòng tùy theo vị trí của ruột thừa. Góc ruột thừa được thắt bằng 02 nút chỉ Roeder Vicryl 1-0. Tuy nhiên, có 01 bệnh nhân hoại tử tại góc ruột thừa, cột không thành công, chúng tôi phải chuyển mổ mở để khâu lại góc ruột thừa. Trong nghiên cứu chúng tôi 98,08% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được cắt ruột thừa trong ổ bụng và để tránh nhiễm khuẩn, chúng tôi dùng 01 túi đựng bệnh phẩm cho ruột thừa vào và đưa ra khỏi ổ bụng qua ngã trocar rốn 10mm ở cuối cuộc mổ.

Tỉ lệ chuyển mổ mở: húng tôi có 01 bệnh nhân hoại tử sát góc ruột thừa gây 01 lỗ thủng ở manh tràng (biểu đồ 3.6) gây khó khăn cho khâu qua nội soi nên chúng tôi đã chuyển sang mổ mở để xử lý góc ruột thừa bằng khâu tăng cường. Tỉ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi tương đương với tác giả Ciro Esposito và Phan Xuân Cảnh, ít hơn so với các tác giả Trần Thanh Trí và Trần Ngọc Sơn. Do trong thời gian đầu còn hạn chế về mặt kỹ thuật và kinh nghiệm nên đã phải chuyển mổ mở một trường hợp, chúng tôi tin rằng theo thời gian khi kinh nghiệm tăng lên chúng tôi có thể xử lý những trường hợp tương tự hoàn toàn bằng PTNS. Tuy nhiên, vấn đề cốt lõi là sự an toàn của người bệnh, do vậy không nên coi chuyển mổ mở là thất bại mà nên coi đó là sự chuyển đổi cách xử lý cho những trường hợp khó.

Thời gian phẫu thuật nội soi: thời gian trung bình để tiến hành phẫu thuật nội soi VPMRT ở trẻ em của chúng tôi là $70,67 \pm 16,06$ phút, nhanh nhất là 35 phút và lâu nhất là 100 phút. Thời gian PTNS trung bình trên bệnh nhân VPMRT của chúng tôi tương đương với Ching-Chung Tsai, Trần Ngọc Sơn, dài hơn so với tác giả Phan Xuân Cảnh nhưng ngắn hơn so với tác giả Trần Thanh Trí và Mohammad Reza Vahdad.

Kết quả theo dõi và điều trị sau phẫu thuật nội soi***Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa***

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trong 24 giờ đầu sau mổ chiếm tỷ lệ thấp (5,77%) và đa số bệnh nhân tái lập lưu thông tiêu hóa sau 24 và 48 giờ. Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trung bình là $46,29 \pm 27,5$ giờ. So sánh thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trung bình với các tác giả khác có cùng thiết kế nghiên cứu tại biểu đồ 4.2, chúng tôi thấy thời gian này tương đương với kết quả tác giả Vũ Trường Nhân (43,2 giờ) và Xiaolin Wang, nhưng sớm hơn tác giả Trần Thanh Trí.

Thời gian bệnh nhân đau sau phẫu thuật nội soi

Trong nghiên cứu này, toàn bộ bệnh nhân được chúng tôi sử dụng Paracetamol truyền tĩnh mạch liều duy nhất sau khi tỉnh hẳn tại phòng hậu phẫu tùy theo cân nặng của trẻ, sau đó chuyển sang đường uống khi bệnh nhân đã có tái lập lưu thông tiêu hóa.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật được tính từ ngày bệnh nhân được PTNS cho đến ngày bệnh nhân ra viện. Kết quả ở bảng 3.36 cho thấy thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $7,79 \pm 1,95$ ngày, nhóm bệnh nhân được xuất viện sau 5 ngày sau mổ là 2 (3,8%) và 16 ngày sau mổ là 1 (1,9%). Dài hơn so với thời gian nằm viện trung bình của tác giả Trần Ngọc Sơn ($6,1 \pm 2$ ngày), Vũ Trường Nhân và cs ($5,7 \pm 2$ ngày) và tác giả Ciro Esposito (5,2 ngày).

Đau và nhiễm trùng vết mổ trong thời gian hậu phẫu, mặc dù chỉ xảy ra trên số ít bệnh nhân, nhưng ảnh hưởng đến thời gian nằm viện cũng như chi phí phẫu thuật VRPMT ở trẻ em.

Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sớm sau PTNS đối với VRT ở trẻ em thường gặp nhất là nhiễm trùng lỗ trocar và áp xe tồn lưu trong ổ bụng và có tỷ lệ thấp hơn so với VRT vỡ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trên 52 bệnh nhân ở có 2 bệnh nhân nhiễm trùng lỗ trocar chiếm tỷ lệ 3,85% và điều trị nội khoa thành công.

Áp xe tồn lưu sau phẫu thuật: nghiên cứu của chúng tôi chưa gặp bệnh nhân nào, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, cần nghiên cứu thêm trên cỡ mẫu lớn hơn.

Kết quả theo dõi và đánh giá sau xuất viện

Với tiêu chuẩn được nêu trong phương pháp đánh giá kết quả, chúng tôi có 50/52 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 96,15% và 2/52 có kết quả trung bình, chiếm tỷ lệ 3,85%. Tất cả 52 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được tái khám sau 1 tuần và sau 1 tháng xuất viện, đều có kết quả vết mổ lành sẹo tốt, không đau vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân được điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ ngày 01 tháng 04 năm 2016 đến ngày 30 tháng 06 năm 2017, chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

Nhóm tuổi trên 5 tuổi chiếm hơn 82,69% bệnh nhân, tỷ lệ nam/nữ là 1,36 lần. Đau hố chậu phải và đau khắp bụng chiếm tỷ lệ 98,08%. Đa số bệnh nhân vào viện có sốt chiếm 94,23%. Có 96,16% bệnh nhân có đề kháng và phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải. 94,23% bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng cao trên $10.000/\text{mm}^3$. Số lượng bạch cầu trung bình: $16.880 \pm 4.786 /\text{mm}^3$.

Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng sau mổ rất thấp: nhiễm trùng vết đặt trocar chiếm 3,85% và đều điều trị nội khoa thành công, không có tai biến trong mổ và không có tử vong trong và sau mổ. Thời gian trung bình cho một ca phẫu thuật: 70,67 ± 16,06 phút. Đa số bệnh nhân tái lập lưu thông tiêu hóa sau mổ 24 và 48 giờ, lần lượt là 69,23% và 25%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 7,79 ± 1,95 ngày. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 98,07%, chỉ có một bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở. Kết quả của phẫu thuật nội soi: loại tốt chiếm tỷ lệ 96,15%, loại trung bình 3,85%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Xuân Cảnh, Phạm Văn Phú và cs (2013), “ Phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định”, *Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định*, tr. 1-6.
2. Nguyễn Văn Hải (2010), “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa số 1 tỉnh Lào Cai”, Chuyên đề SDB: Đại hội hội phẫu thuật nội soi Châu Á Thái Bình Dương (ELSA) lần thứ X, 4-5-6(60), tr. 140-144.
3. Vũ Trường Nhân, Trương Anh Mậu (2009), “So sánh kết quả điều trị viêm ruột thừa bằng mổ nội soi và mổ mở tại Bệnh viện Nhi Đồng 2”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 13(6), tr. 6-9.
4. Trần Ngọc Sơn, Vũ Mạnh Hoàn, Nguyễn Thanh Liêm, (2011), “Điều trị viêm ruột thừa thủng ở trẻ em : so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15(3), tr.43-47.
5. Trần Thanh Trí, Trần Quốc Việt (2013), “Kết quả PTNS trong điều trị viêm ruột thừa có biến chứng tại bệnh viện Nhi đồng 2”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 17(3), tr. 50-60.
6. Trần Văn Tuấn (2015), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả siêu âm trong chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị viêm ruột thừa chưa có biến chứng ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi”, *Luận án Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Cần Thơ*, tr.1-80.
7. Akhigbe T. et al (2013), “Open Versus Laparoscopic Appendectomy In Children: A Comparison Of Outcomes”, *The Internet Journal of Surgery*, 30(3).
8. Ching-Chung Tsai et al (2012), “Laparoscopic versus open appendectomy in the management of all stages of acute appendicitis in children: a retrospective study”, *Pediatrics & Neonatology*, 53(5), pp. 289-294.
9. Ciro Esposito et al (2007), “Laparoscopic versus Open Appendectomy in Children: A Retrospective Comparative Study of 2,332 cases”, *World J Surg*, pp. 750-755.
10. Hannan M.J. (2014), “Laparoscopic appendectomy in children: experience in a single centre in chittagong, bangladesh”, *Minim Invasive Surg*, 2014.
11. Markar S.R. et al (2012), “ Laparoscopic versus open appendectomy for complicated and uncomplicated appendicitis in children”, *J Gastrointest Surg*, 16(10), pp. 1993-2004.
12. Masoomi H. et al (2012), “Comparison of outcomes of laparoscopic versus open appendectomy in children: data from the Nationwide Inpatient Sample (NIS), 2006-2008”, *World J Surg*, 36(3), pp. 573-578.
13. Mohamed Yasser Abdelaty et al (2014), “Laparoscopic versus open appendectomy in children”, *Menoufia Medical Journal*, 27(2), pp. 244-248.
14. Shun Zhang (2017), “Laparoscopic Appendectomy in Children With Perforated Appendicitis: A Meta-Analysis”, *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2017, pp.00: 000-000.
15. Vahdad M.R. et al (2013), “Laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis in children has complication rates comparable with those of open appendectomy”, *J Pediatr Surg*, 48(3).

(Ngày nhận bài: 09/03/2018 - Ngày duyệt đăng: 12/05/2018)
