

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA LƯƠNG TÀI**

**NGUYỄN ĐỨC THÀNH**

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI**  
**VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA TẠI**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA LƯƠNG TÀI GIAI ĐOẠN 2023-2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**BẮC NINH - 2026**

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA LƯƠNG TÀI**

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI**  
**VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA TẠI**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA LƯƠNG TÀI GIAI ĐOẠN 2023-2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Người thực hiện: Nguyễn Đức Thành**

**BẮC NINH – 2026**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN</b> .....	<b>4</b>
1.1. Giải phẫu ruột thừa .....	4
1.2. Giải phẫu bệnh ruột thừa.....	5
1.3. Nguyên nhân, bệnh sinh hình thành viêm ruột thừa.....	6
1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng viêm phúc mạc ruột thừa.....	7
1.5. Phương pháp điều trị viêm phúc mạc ruột thừa .....	10
1.6. Biến chứng sau mổ của viêm phúc mạc ruột thừa .....	13
1.7. Một số nghiên cứu đánh giá phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa .....	15
1.8. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu .....	17
1.9. Sơ đồ nghiên cứu.....	17
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	<b>19</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	19
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	19
2.3. Thiết kế nghiên cứu .....	19
2.4. Cỡ mẫu .....	19
2.5. Phương pháp chọn mẫu .....	20
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	20
2.7. Biến số nghiên cứu: .....	23
2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá.....	28
2.9. Phương pháp phân tích số liệu .....	29
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu.....	30
2.11. Sai số, hạn chế và cách khắc phục của nghiên cứu: .....	30
<b>Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	<b>32</b>
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	32
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng .....	34

3.3. Kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa .....37

**Chương 4: DỰ KIẾN BÀN LUẬN ..... 41**

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....41

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:.....42

4.3. Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa :.....41

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN ..... 42**

**DỰ KIẾN KIẾN NGHỊ..... 42**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phụ lục 01: PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN

Phụ lục 02: KẾ HOẠCH NGHIÊN CỨU

Phụ lục 03: KINH PHÍ NGHIÊN CỨU

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BCĐNTT	: Bạch cầu đa nhân trung tính
BN	: Bệnh nhân
HCP	Hố chậu phải
MNL	: Mạc nối lớn
MTRT	: Mạc treo ruột thừa
PTNS	: Phẫu thuật nội soi
PTV	: Phẫu thuật viên
RT	: Ruột thừa
SA	: Siêu âm
VPM	: Viêm phúc mạc
VPMKT	: Viêm phúc mạc khu trú
VPMRT	: Viêm phúc mạc ruột thừa
VPMTT	: Viêm phúc mạc toàn thể
VRT	: Viêm ruột thừa

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	32
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	32
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	33
Bảng 3.4. Tiền sử bản thân .....	33
Bảng 3.5. Đặc điểm BMI.....	33
Bảng 3.6. Thời gian đau bụng đến khi phẫu thuật .....	34
Bảng 3.7. Triệu chứng cơ năng.....	34
Bảng 3.8. Triệu chứng toàn thân.....	35
Bảng 3.9. Triệu chứng thực thể .....	35
Bảng 3.10. Xét nghiệm máu .....	36
Bảng 3.11. Hình ảnh siêu âm ổ bụng .....	36
Bảng 3.12. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.....	37
Bảng 3.13. Tình trạng ổ bụng .....	37
Bảng 3.14. Vị trí ruột thừa.....	37
Bảng 3.15. Tình trạng ruột thừa.....	38
Bảng 3.16. Phương pháp xử trí gốc ruột thừa .....	38
Bảng 3.17. Thời gian phẫu thuật.....	39
Bảng 3.18. Kết quả phẫu thuật.....	39
Bảng 3.19. Số loại kháng sinh dùng sau phẫu thuật .....	39
Bảng 3.20. Thời gian nằm viện.....	40
Bảng 3.21. Biến chứng sớm sau mổ .....	40
Bảng 3.22. Đánh giá kết quả sớm .....	40

## **DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ**

Sơ đồ 1.1. Sơ đồ nghiên cứu.....	18
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ vị trí kíp mổ.....	23
Biểu đồ 3.1. Chẩn đoán trong phẫu thuật.....	38
Biểu đồ 3.2. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật.....	39

## **DANH MỤC HÌNH**

Hình 1.1. Giải phẫu manh tràng và ruột thừa.....	4
--	---

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là tình trạng viêm nhiễm phúc mạc do viêm ruột thừa cấp tiến triển gây hoại tử hoặc thủng ruột thừa, làm vi khuẩn và dịch nhiễm khuẩn lan vào ổ phúc mạc. Viêm phúc mạc ruột thừa là do ruột thừa viêm vỡ vào ổ bụng tự do gây nên, có 2 thể là viêm phúc mạc toàn thể (VPMTT) và viêm phúc mạc khu trú (VPMKT). Cũng có khi viêm ruột thừa diễn biến qua các thể áp xe ruột thừa hay đám quánh ruột thừa áp xe hóa rồi vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc thì hai [8].

Cắt ruột thừa nội soi được Kurt Semm thực hiện lần đầu tiên vào năm 1983. Ngày nay phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt ruột thừa đã được phổ cập ở nhiều cơ sở ngoại khoa trên thế giới và trong nước vì có nhiều ưu điểm như ít đau, phục hồi sức khỏe nhanh, thời gian nằm viện ngắn, thẩm mỹ và ít biến chứng về thành bụng. Đặc biệt phẫu thuật nội soi ổ bụng có ưu điểm lớn trong việc phát hiện, xử lý các tổn thương phối hợp như viêm túi thừa Meckel, chữa ngoài tử cung vỡ [4].

Trên thế giới, đã có rất nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa chứng tỏ sự ưu việt so với mổ mở. Trong một nghiên cứu của M. Nagori trên 309 bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa tại Ấn Độ năm 2025 đã đánh giá: điều trị viêm phúc mạc ruột thừa qua nội là một biện pháp an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ [14].

Ở Việt Nam, có nhiều công trình nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi để điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đạt kết quả tốt, tỷ lệ thành công cao như của Nguyễn Hưng Đạo [3], Vũ Đức Tùng [12]...

Tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp, viêm phúc mạc do viêm ruột thừa đã được triển khai từ năm 2019 và đã được thực hiện thường quy. Trong những năm qua tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài mỗi năm đã tiến hành phẫu thuật cho hàng trăm trường hợp

bệnh lý ngoại khoa khác nhau nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tế đó tôi tiến hành đề tài “***Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài giai đoạn 2023-2026***”

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài từ tháng 1/2023 – 5/2026.*
- 2. Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài từ tháng 1/2023 – 5/2026.*

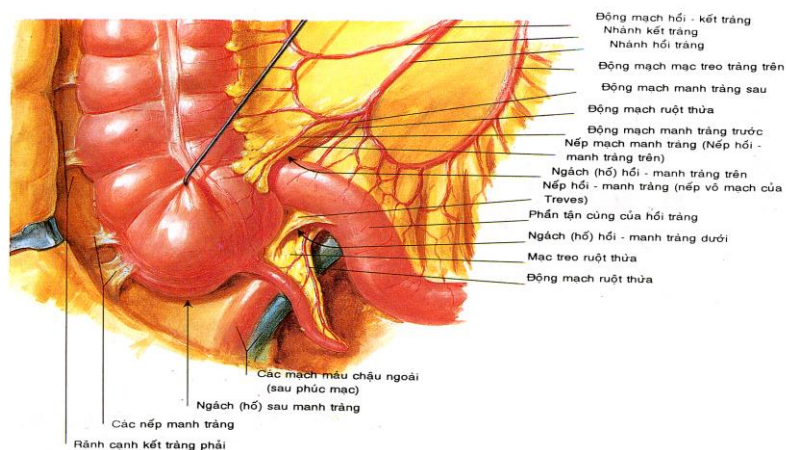
## Chương 1

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Giải phẫu ruột thừa

##### 1.1.1. Đại thể

Ruột thừa (RT) là một ống hẹp hình con giun đất to, rộng 5 – 7 mm, dài 2 -20 cm, trung bình 8 cm, đầu nhọn hay phình tròn, bám vào thành sau trong của manh tràng, ở dưới góc hồi manh tràng trên dưới 2cm [6]. Vị trí ruột thừa ở đáy manh tràng, gốc RT là nơi hội tụ của ba dải cơ dọc ở đáy manh tràng, dưới góc hồi manh tràng 2 – 3 cm, ở trẻ em đáy manh tràng hình nón cân đối, đỉnh hình nón ở dưới điểm gốc ruột thừa. Ở trẻ lớn do manh tràng phát triển không đều nên ruột thừa nằm quay sang trái, ra sau và vào trong. Trong quá trình phát triển bào thai, manh tràng lúc đầu nằm dưới sườn trái ở tháng thứ ba, sau đó quay sang dưới sườn phải vào tháng thứ tư và cuối cùng kết thúc quá trình quay ở hố chậu phải (HCP). Quá trình đó có thể dừng lại bất thường ở bất kỳ chỗ nào, gây nên ruột thừa lạc chỗ [6]. Theo Nguyễn Quang Quyền RT ở hố chậu phải chiếm 53,3%, sau manh tràng 30%, còn lại RT ở tiểu khung, sau hồi tràng và vào trong ổ bụng giữa các quai ruột [7].



**Hình 1.1: Giải phẫu manh tràng và ruột thừa**

( Nguồn:Atlas giải phẫu học – Nguyễn Quang Quyền )

Mạc treo ruột thừa: RT được treo vào manh tràng và hồi tràng nhờ mạc treo nối tiếp với phần cuối của mạc treo ruột non, trong mạc treo ruột thừa có động mạch ruột thừa [7].

### **1.1.2. Vi thể**

Ruột thừa có thành rất dày. Áo thanh mạc bọc kín xung quanh, trừ ở đường bám của mạc treo ruột thừa. Các sợi cơ dọc tập trung các dải cơ từ manh tràng dàn thành một lớp dày đều. Các sợi cơ vòng tạo thành một lớp dày hơn cơ dọc. Lớp niêm mạc phát triển mạnh, chứa nhiều khối mô bạch huyết, đẩy lớp niêm mạc lồi vào trong lòng ống làm cho lòng ống thu hẹp rất nhỏ và có hình thể không đều. Lớp niêm mạc có ít các tuyến ăn sâu vào giữa mô bạch huyết. Niêm mạc và dưới niêm mạc ruột thừa có nhiều nang bạch huyết đến nỗi có người coi ruột thừa như một tuyến hạnh nhân. Sự cấp máu phong phú và sự biệt hoá mô học của nó làm cho người ta phải nghĩ đó là một cấu trúc đặc biệt hơn là một di tích cần cỗi thoái hoá [6].

## **1.2. Giải phẫu bệnh viêm ruột thừa [1]**

Trong viêm ruột thừa cấp có 4 thể giải phẫu bệnh tương đương với giai đoạn tiến triển của bệnh.

### **- Viêm ruột thừa thể xuất tiết**

Kích thước ruột thừa bình thường hoặc hơi to, đầu tù hơi dài hơn bình thường, màu sắc bình thường, có mạch máu to ngoằn ngoèo. Vi thể thấy ngấm tế bào viêm ở thành ruột thừa nhưng không có áp xe. Không có dịch phản ứng trong phúc mạc nếu có là dịch trong vô trùng.

### **- Viêm ruột thừa mũ**

Ruột thừa căng mọng thành mất bóng có dính giả mạc, đầu tù và dài. Trong lòng ruột thừa có mũ thối, có những ổ loét nhỏ ở niêm mạc, ổ áp xe ở thành ruột thừa. Khi áp lực trong lòng ruột thừa căng dịch thoát ra ngoài ổ bụng màu đục không thối, cấy không có vi khuẩn.

- Viêm ruột thừa hoại tử

Ruột thừa như lá úa hoại tử đen từng mảng trên thanh mạc. Tiến triển này là hậu quả do tắc mạch tiên phát hoặc thứ phát sau ruột thừa nung mủ gây nên khi đó ruột thừa lẫn lộn 2 quá trình hoại tử và nhiễm trùng. Vi thể thấy phá huỷ hoàn toàn các lớp của thành ruột thừa. Dịch trong ổ bụng có màu đen và thối đôi khi có hơi, cấy dịch có vi trùng.

- Viêm ruột thừa thủng

Thủng là hậu quả của hoại tử và áp lực mủ quá căng trong lòng ruột thừa. Thủng dẫn tới viêm phúc mạc tức thì toàn thể hoặc khu trú. Viêm phúc mạc khu trú là do phản ứng của các tạng lân cận đến khu trú ổ viêm lại. Cũng có khi ruột thừa viêm được mạc nối lớn và các tạng lân cận đến khu trú lại để đưa bạch cầu sang tiêu viêm biểu hiện trên lâm sàng là đám quánh ruột thừa, đôi khi đám quánh áp xe hoá và như vậy giữa đám quánh hình thành ổ mủ, ổ mủ này có thể vỡ ra gây viêm phúc mạc toàn thể.

### **1.3. Nguyên nhân, bệnh sinh hình thành viêm ruột thừa [11]**

#### ***1.3.1. Nguyên nhân viêm ruột thừa***

Nguyên nhân gây viêm ruột thừa là do nhiễm khuẩn trong lòng ruột thừa bị bít tắc. Sự quá sản tổ chức lympho ở thành ruột thừa là nguyên nhân chính gây tắc lòng ruột thừa. Ngoài ra có thể gặp do các nguyên nhân gây tắc khác: sỏi phân, ký sinh trùng( giun đũa chui vào ruột thừa), các dị vật ( hạt quả)...[11].

#### ***1.3.2. Bệnh sinh viêm phúc mạc ruột thừa***

Khi lòng ruột thừa bị tắc nghẽn gây ứ đọng dịch tiết dẫn tới tăng áp lực trong lòng ruột thừa, ứ trệ tuần hoàn, vi khuẩn phát triển chuyển chất tiết thành mủ. Giai đoạn đầu quá trình này gây viêm, phù thành ruột thừa và có những nốt loét ở niêm mạc ruột thừa. Khi mở thấy trong ổ bụng có nước dịch tiết trong, vô khuẩn ở vùng hố chậu phải, ruột thừa sưng to mất bóng, các

mạch máu giãn to trên thành ruột thừa. Đây là viêm ruột thừa xung huyết.

Nếu tiếp tục phát triển, quá trình viêm càng làm tăng áp lực dẫn tới ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch và thiếu máu nuôi dưỡng. Vi khuẩn phát triển ra thành ruột thừa. Khi mở trong ổ bụng có dịch đục, ruột thừa viêm mọng, có giả mạc xung quanh, trong lòng chứa mủ. Giai đoạn này là viêm ruột thừa mủ.

Trong trường hợp khi mạch máu ruột thừa bị tắc do huyết khối nhiễm khuẩn do vi khuẩn yếm khí dẫn tới hoại tử ruột thừa, thấy trên ruột thừa có những nốt hoại tử hay toàn bộ ruột thừa màu cỏ úa, mủn nát.

Giai đoạn cuối cùng khi ruột thừa bị thủng dẫn tới chảy mủ ra ngoài. Nếu khu trú lại bởi tổ chức xung quanh gồm ruột, mạc nối, phúc mạc dính lại tạo thành ổ áp xe ruột thừa.

Trong trường hợp mủ chảy vào ổ phúc mạc tự do sẽ gây viêm phúc mạc toàn thể [11].

#### **1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng viêm phúc mạc ruột thừa [8]**

##### ***1.4.1 Triệu chứng lâm sàng***

Viêm phúc mạc gồm viêm phúc mạc toàn thể và viêm phúc mạc khu trú, tùy vào tình trạng bệnh mà có lâm sàng khác nhau

##### ***1.4.1.1 Viêm phúc mạc toàn thể***

##### **a. Viêm phúc mạc tức thì**

Viêm ruột thừa sau 24 giờ không được theo dõi và xử lý kịp thời ruột thừa tự do trong ổ bụng, vỡ mủ gây ra viêm phúc mạc toàn thể. Bệnh nhân đau bụng không khu trú ở hố chậu phải mà lan ra khắp bụng, có cảm giác phúc mạc và hội chứng nhiễm trùng rõ, bạch cầu cao.

##### **b. Viêm phúc mạc thì 2**

Đau hố chậu phải và sốt sau đó thì dịu đi, thời gian dịu đi, thời gian dịu đi gọi là “ thời gian khỏi đối trá”. Sau đó lại đau và đau lan ra khắp bụng, bụng co cứng, có cảm ứng phúc mạc và có hội chứng nhiễm trùng rõ.

### c. Viêm phúc mạc thì 3

Là do ổ áp xe ruột thừa vỡ ra gây viêm phúc mạc toàn thể.

Dù ở thể lâm sàng khác nhau nhưng khi đã viêm phúc mạc toàn thể của viêm ruột thừa đều có triệu chứng tương tự như sau:

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng, lúc đầu đau thượng vị hay quanh rốn, sau lan xuống và khu trú ở HCP, hoặc đau HCP ngay, đau âm ỉ, liên tục, tăng dần và có khi có một thời gian giảm đau, sau đó đau dữ dội lên và đau lan ra khắp bụng. Buồn nôn và nôn. Bí trung đại tiện, hoặc bí đại, đôi khi có thể ỉa lỏng thường gặp ở trẻ em.

- Triệu chứng toàn thân: tinh thần tỉnh đôi khi hốt hoảng mệt mỏi hoặc mê sảng, sốt cao dao động hoặc tình trạng nhiễm độc bệnh nhân lơ mơ, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh, huyết áp bình thường hoặc thay đổi. Nếu BN đến muộn có tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, vật vã hay li bì, thiếu niệu hay vô niệu, nặng thì truy tìm mạch.

- Thực thể:

+ Nhìn: Thấy bụng trướng đều, ít di động theo nhịp thở vì đau.

+ Sờ nắn: Đau khắp bụng, đau nhất vùng hố chậu phải, đôi khi bụng co cứng và có cảm ứng phúc mạc.

+ Gõ thấy đục ở hai hố chậu và vùng hạ vị.

+ Thăm trực tràng hay âm đạo: túi cùng Douglas phồng và cùng đồ phải rất đầy và đau.

+ Chọc dò: Thấy mũ trắng đục, mùi thối, soi có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá.

#### 1.4.1.2 Viêm phúc mạc khu trú hay áp xe ruột thừa [8]

\* Áp xe ngoài phúc mạc:

Khi ruột thừa nằm sát thành bụng bên hoặc sau bên hoặc sau như: ruột thừa sau manh tràng khi bị vỡ mũ, lúc đó các tạng lân cận cùng mạc nối lớn tới bao bọc khu trú ổ mũ lại, biệt lập nó với các tạng còn lại ở trong ổ bụng bởi thành trong, còn thành ngoài chính là thành bụng. Thăm khám thấy một khối dính sát thành bụng trước bên hoặc sau bên liên tục với mào chậu, khối tròn, căng, ranh giới rõ, ấn đau, đôi khi sắp vỡ ra da làm ta thấy dấu hiệu: sưng, nóng, đỏ, đau. Trường hợp này cần phải chẩn đoán phân biệt thêm với áp xe cơ thành bụng và áp xe cơ đáy chậu.. Nếu áp xe cơ đáy chậu thường có co chân, không đi lại được và phân biệt với u manh tràng xâm lấn vào thành bụng gây áp xe cơ thành bụng. Cần làm siêu âm và chụp khung đại tràng để chẩn đoán xác định. Khi chọc dò nếu ra mũ thối thường là áp xe ruột thừa. Nếu mũ trắng không thối nuôi cấy vô khuẩn thường là áp xe cơ đáy chậu. Xử trí: Chọc dò trên điểm nào đau nhất, phồng nhất, căng nhất, gần thành bụng nhất, tốt nhất là chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm và theo kim chọc dò để rạch tháo mũ ngoài phúc mạc, không nhất thiết phải cắt ruột thừa. Nếu khi rạch không thấy ruột thừa thì chỉ cần tháo mũ để da hở hoàn toàn và hẹn bệnh nhân sau 6 tháng vào mổ cắt ruột thừa.

\* Áp xe trong phúc mạc:

- Khi ruột thừa nằm quanh rễ mạc treo, ruột thừa vỡ mũ được rễ mạc treo cùng các quai ruột và mạc nối lớn tới khu trú ổ mũ lại, ổ mũ này ở giữa bụng không dính với thành bụng trước và thành bụng bên. Bệnh nhân thường sốt cao dao động có dấu hiệu tắc ruột hoặc bán tắc ruột, khám thấy khối u cạnh rốn bên phải cách xa thành bụng, ranh giới rõ, ấn rất đau, không di động.

- Áp xe trong tiểu khung:

Khi ruột thừa vỡ nằm sâu dưới tiểu khung thường thấy bệnh nhân đau vùng hạ vị, hố chậu phải đau ít và đau mơ hồ, phản ứng thành bụng không rõ, chủ yếu là đau vùng trên xương mu bên phải, sốt dao động. Có đái rất, đái buốt, thậm trí bí đái, có kèm theo hội chứng rối loạn tiêu hoá giống như lỵ:

đau quặn, mót rặn, phân nhày lẫn máu, thăm trực tràng và âm đạo, túi cùng Douglas và cùng đồ bên phải đầy và đau, cơ thắt hậu môn nhão.

### **1.4.2. Cận lâm sàng**

#### *1.4.2.1. Xét nghiệm máu*

Công thức máu: Bạch cầu cao  $> 10.000/mm^3$ , chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT). Tuy nhiên, bạch cầu không tăng song song với mức tổn thương ruột thừa. Một số bệnh nhân, nhất là người già, số lượng bạch cầu có thể hoàn toàn bình thường [10].

CRP: CRP (C-reactive protein) là protein pha cấp do gan sản xuất, tăng nhanh khi cơ thể có phản ứng viêm hoặc nhiễm trùng. Giá trị CRP bình thường  $< 10 \text{ mg/L}$ ; trong viêm phúc mạc ruột thừa, CRP thường tăng  $> 50 \text{ mg/L}$ , và có thể  $> 100 \text{ mg/L}$  trong các trường hợp viêm phúc mạc nặng hoặc ruột thừa vỡ.

#### *1.4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh*

\* Siêu âm ổ bụng: có thể thấy ruột thừa to trên 6 mm, thành dày, có dịch quanh ruột thừa và thâm nhiễm mỡ xung quanh [10]

\* Xquang bụng không chuẩn bị: Không cho thấy dấu hiệu gì đặc biệt. Riêng ở trẻ nữ nhi, dấu hiệu viêm ruột thừa muộn được phát hiện qua phim chụp bụng không chuẩn bị với hình ảnh nhiều mức nước hơi của các quai ruột non tập trung ở hố chậu phải [10]. Xquang có hình ảnh tắc ruột trong áp xe ruột thừa [8].

\* Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng:

Thấy kích thước ruột thừa to, thành dày, ngấm thuốc không đều hoặc thành ruột thừa không liên tục ở thì tiêm thuốc cản quang, có khí, có dịch và thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa.

Là phương pháp có độ nhạy cao trong chẩn đoán dịch và khí tự do trong ổ bụng và có thể xác định nguyên nhân viêm phúc mạc, nhất là các trường hợp khó [10].

## 1.5. Phương pháp điều trị

Nguyên tắc:

- Khi đã chẩn đoán là VPMRT thái độ xử trí là mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.

- Cắt ruột thừa, nếu góc mủ nát, đáy manh tràng viêm dày, mủ thì nên mở thông manh tràng để tránh bục góc ruột thừa.

- Lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu ở túi cùng Douglas.

- Hồi sức tích cực, điều trị kháng sinh trước, trong và sau mổ tùy theo tiến triển của tình trạng nhiễm khuẩn.

### 1.5.1. Phẫu thuật mở [1]

- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.

- Vô cảm bằng tê tuỷ sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tuỷ sống để giảm đau sau mổ.

- Kỹ thuật:

+ Rạch da: Theo đường mổ ruột thừa bình thường ( đường Mc Burney) nếu là ruột thừa viêm không có kèm theo yếu tố bất thường khác, hoặc theo đường trắng bên phải, hoặc đường trắng giữa kéo dài tùy theo yêu cầu phẫu thuật.

Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến góc ruột thừa tại đáy manh tràng, nhất thiết phải tìm thấy và xác định góc ruột thừa. Nếu có ổ áp xe trong bụng do ruột thừa thì phải loại bỏ bằng cách hút rửa sạch và gỡ hết tổ chức viêm, nếu ổ áp xe dính chặt quá có thể không gỡ nhưng phải dẫn lưu. Cố gắng làm sạch tối đa vùng hố chậu phải, tiểu khung và ổ bụng bằng cách rửa nước muối đẳng trương, lau hút sạch và dẫn lưu đưa ra thành bụng bên phải.

Cắt ruột thừa: là kỹ thuật quan trọng nhất. Bộc lộ ruột thừa rõ ràng từ đầu ruột thừa đến góc nơi tận cùng của 3 dải cơ dọc manh tràng. Bộc lộ mạc treo ruột thừa trong đó có động mạch ruột thừa, cặp cắt ruột thừa sát gốc buộc

bằng chỉ hoặc các vật liệu khác như clip. Cặp cắt mạc treo ruột thừa bằng cách buộc chỉ hoặc clip hoặc dụng cụ khác. Nếu góc ruột thừa viêm mủ nát hoại tử rộng ứ mủ phải cắt lọc làm sạch rồi dùng chỉ khâu đóng hai lớp.

Đóng bụng theo các lớp cân cơ, da hoặc đóng bụng toàn thể mũi rời nếu ổ bụng viêm phúc mạc nặng [8].

### **1.5.2. Phẫu thuật nội soi [2]**

#### **1.5.2.1. Chỉ định và chống chỉ định**

\* Chỉ định:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VPMRT.
- Bệnh nhân đau HCP và có dấu hiệu VPM nhưng chẩn đoán lâm sàng chưa xác định rõ VPMRT hay bệnh cấp cứu ngoại khoa khác.

Để xem xét chỉ định phẫu thuật nội soi đối với viêm phúc mạc do viêm ruột thừa, tốt nhất ta nên đánh giá các chống chỉ định.

\* Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối:
  - + Huyết động không ổn định
  - + Phẫu thuật viên không có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi
  - + Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

Bệnh tim mạch: bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, sốc chấn thương, sốc mất máu do giảm khối lượng tuần hoàn...

Bệnh lí phổi: rối loạn chức năng hô hấp không đáp ứng được tăng thông khí khi PaCO<sub>2</sub> tăng trong quá trình bơm CO<sub>2</sub> ổ bụng như: Bệnh phổi mạn tính, khí phế thũng, hen phế quản...

Bệnh lí thần kinh: Người bệnh tăng áp lực nội sọ, tăng nhãn áp, bệnh glacom, di chứng chấn thương sọ não...

- Chống chỉ định tương đối:

- + Tình trạng chướng hơi ống tiêu hoá nhiều có thể dẫn tới nguy cơ gặp

biến chứng khi vào trocar, cầm nắm ruột.

- + Tiền căn phẫu thuật ổ bụng nhiều lần trước đó
- + Bệnh phổi nặng
- Cân nhắc chuyển mổ mở trong các tình huống:
  - + Dính nhiều do tình trạng viêm hoặc do những lần phẫu thuật trước.
  - + Không kiểm soát được chảy máu.
  - + Phát hiện bệnh lý khác mà không thể xử trí qua phẫu thuật nội soi.

#### *1.5.2.2. Mục đích của PTNS điều trị VPMRT*

Cũng giống như phẫu thuật mở, PTNS điều trị VPMRT cũng cần đạt được các yêu cầu sau:

- Tìm và cắt được RT: cầm máu và cắt mạc treo RT, buộc gốc ruột thừa hay khâu gốc RT, hoặc dẫn lưu manh tràng tùy từng trường hợp.
- Lau, rửa sạch khoang phúc mạc, dẫn lưu ổ bụng.
- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp với Metronidazole (trước, trong và sau mổ).

### **1.6 Biến chứng sau mổ của viêm phúc mạc ruột thừa [8]**

#### ***1.6.1 Biến chứng sớm***

##### **a. Chảy máu sau mổ**

- Chảy máu trong ổ bụng do tuột động mạch mạc treo ruột thừa, chảy máu từ chỗ bóc tách manh tràng ra khỏi thành bụng sau để cắt ruột thừa sau manh tràng, chảy máu từ mạch mạc nối lớn...

- Chảy máu từ thành bụng do các mạch máu ở thành bụng như mạch thượng vị và các mạch khác: gây tụ máu ở thành bụng là nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, toác vết mổ và thoát vị thành bụng sau mổ.

##### **b. Viêm phúc mạc sau mổ**

- Viêm phúc mạc khu trú: Do mũ lau chưa sạch hoặc bục gốc ruột thừa. Cần mổ để làm sạch ổ áp xe, gỡ dính lập lại lưu thông đường tiêu hoá, làm sạch ổ bụng.

- Viêm phúc mạc toàn thể: Do lau rửa mũ chưa sạch hoặc ổ áp xe vỡ ra hoặc bục gốc ruột thừa dịch tiêu hoá tràn lan khắp ổ bụng có hội chứng viêm phúc mạc rõ.

#### c. Rò manh tràng

Manh tràng rò dính sát với thành bụng làm dịch tiêu hoá và phân chảy trực tiếp ra ngoài không gây nên biến chứng viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể, nếu bệnh nhân đi ngoài được ruột lưu thông tốt rò manh tràng sẽ bớt dần và tự khỏi. Nếu rò không tự khỏi sau 6 tháng khoét lỗ rò manh tràng và đóng lại hoặc cắt đoạn manh tràng không bình thường đi thậm trí cắt sát hoặc dưới van Bauhin rời cầm hoặc nối hồi đại tràng.

#### d. Nhiễm trùng thành bụng

- Vết mổ tẩy đờ tụ máu ở dưới, làm bệnh nhân luôn thấy vết mổ căng và đau. Phải cắt chỉ tháo hết máu tụ trước 72 giờ. Nếu sau 72 giờ máu tụ này sẽ bội nhiễm.

- Áp xe thành bụng: do tụ máu, dập nát cơ, cần cắt chỉ, tháo mũ.

- Toác thành bụng: Cần kiểm tra có thể có viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể trong ổ bụng hoặc áp xe thành bụng hoặc bệnh nhân ho nhiều làm đứt cân thành bụng hoặc khâu lấy ít cân và khi cử động mạnh cân bị xé rách cho nên khi mổ toác thành bụng phải kiểm tra còn áp xe tồn dư trong ổ bụng không trước khi đưa ruột vào và đóng lại thành bụng.

#### e. Áp xe tồn dư sau mổ

Áp xe tồn dư sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa là biến chứng nhiễm trùng trong ổ bụng xuất hiện sau phẫu thuật do ổ nhiễm khuẩn chưa được làm sạch hoàn toàn hoặc dẫn lưu không hiệu quả.

Thường xuất hiện sau mổ 3–7 ngày với biểu hiện sốt kéo dài, đau bụng, chướng bụng và bạch cầu tăng.

Khám có thể thấy đau khu trú vùng hố chậu phải, hạ vị hoặc vùng dưới gan tùy vị trí ổ áp xe.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm hoặc CT- Scanner ổ bụng phát hiện ổ dịch khu trú trong ổ bụng.

### **1.6.2 Biến chứng muộn**

- Tắc ruột sau mổ: Thường do lau rửa ổ bụng chưa sạch, cần lau sạch ổ bụng và khuyến bệnh nhân vận động sớm sau mổ.

- Sa lòi thành bụng: Do nhiễm trùng thành bụng hoại tử cân cơ thành bụng. Làm tụt cân là nguyên nhân chính để sa lòi ra qua đây.

## **1.7. Một số nghiên cứu đánh giá phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa**

### **1.7.1 Một số nghiên cứu đánh giá phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa trên thế giới**

Nghiên cứu của P. Patel tại Bệnh viện chuyên khoa cao cấp Health One, Ấn Độ trên tạp chí Pubmed đăng ngày 14 tháng 9 năm 2025 khi so sánh phẫu thuật cắt ruột thừa có biến chứng mổ mở và mổ nội soi trên 282 bệnh nhân cho thấy phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật ngắn hơn, tỷ lệ tắc ruột thấp hơn ( 7,1% so với 26,3%,  $p= 0,025$ ), thời gian nằm viện ngắn hơn ( 5 ngày so với 7 ngày,  $p < 0,001$ ) [16].

Tại nghiên cứu của M. Mollah năm 2024 khi nghiên cứu từ năm 2019-2023 tại Bệnh viện Đại học Y Sheikh Sayera, Bangladesh tiến hành trên 50 bệnh nhân bị viêm phúc mạc ruột thừa cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình trong nhóm phẫu thuật nội soi, thời gian phẫu thuật là  $60,30 \pm 10,30$  phút, với một trường hợp chảy máu và một trường hợp nhập ICU, không có trường hợp tử vong và ba biến chứng trong phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là  $1,10 \pm 0,26$  ngày. Thuốc giảm đau đường uống được sử dụng trong  $3,05 \pm 0,66$  ngày, và đường tiêm trong  $1,04 \pm 0,24$  ngày. Có bảy biến chứng sau phẫu thuật, trong đó nhiễm trùng vết mổ là phổ biến nhất (ba trường hợp) [15].

Trong một nghiên cứu của M. Nagori trên 309 bệnh nhân viêm phúc mạc

ruột thừa tại Ấn Độ năm 2025 đã đánh giá, điều trị viêm phúc mạc ruột thừa qua nội là một biện pháp an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ [14].

### ***1.7.2 Một số nghiên cứu đánh giá phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa tại Việt Nam***

Vũ Đức Tùng, Lô Quang Nhật (2023): Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại TTYT huyện Thanh Sơn tỉnh Phú Thọ thấy: tỉ lệ xử trí thành công của PTNS là 92.5 %, trung bình là 7,5 %, xấu là 0 %. Biến chứng sau mổ là 2,5 % (ổ dịch tồn dư vùng HCP), không có biến chứng tử vong. Tuổi trung bình là  $44,90 \pm 16,3$ , tỉ lệ chuyển mổ mở là 5,0%, thời gian phẫu thuật trung bình  $654,75 \pm 10,82$  phút, thời gian hậu phẫu trung bình  $7,03 \pm 1,13$  ngày [12].

Trần Mạnh Hùng, Nguyễn Trung Kiên (2022): Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa tại Bệnh Viện Bạch Mai thấy: biến chứng viêm ruột thừa gặp ở cả nam và nữ, tỉ lệ nam/ nữ 1,4/1, vị trí thủng ở thân ruột thừa là hay gặp nhất (68,3%), thời gian mổ trung bình  $65,1 \pm 15,2$  phút, thời gian nằm viện trung bình là  $5,68 \pm 1,2$  ngày, kết quả xử trí tốt là 92,7 %, trung bình là 7.3%, xấu là 0 %, tỉ lệ biến chứng là 7,3 %, không có biến chứng tử vong [5].

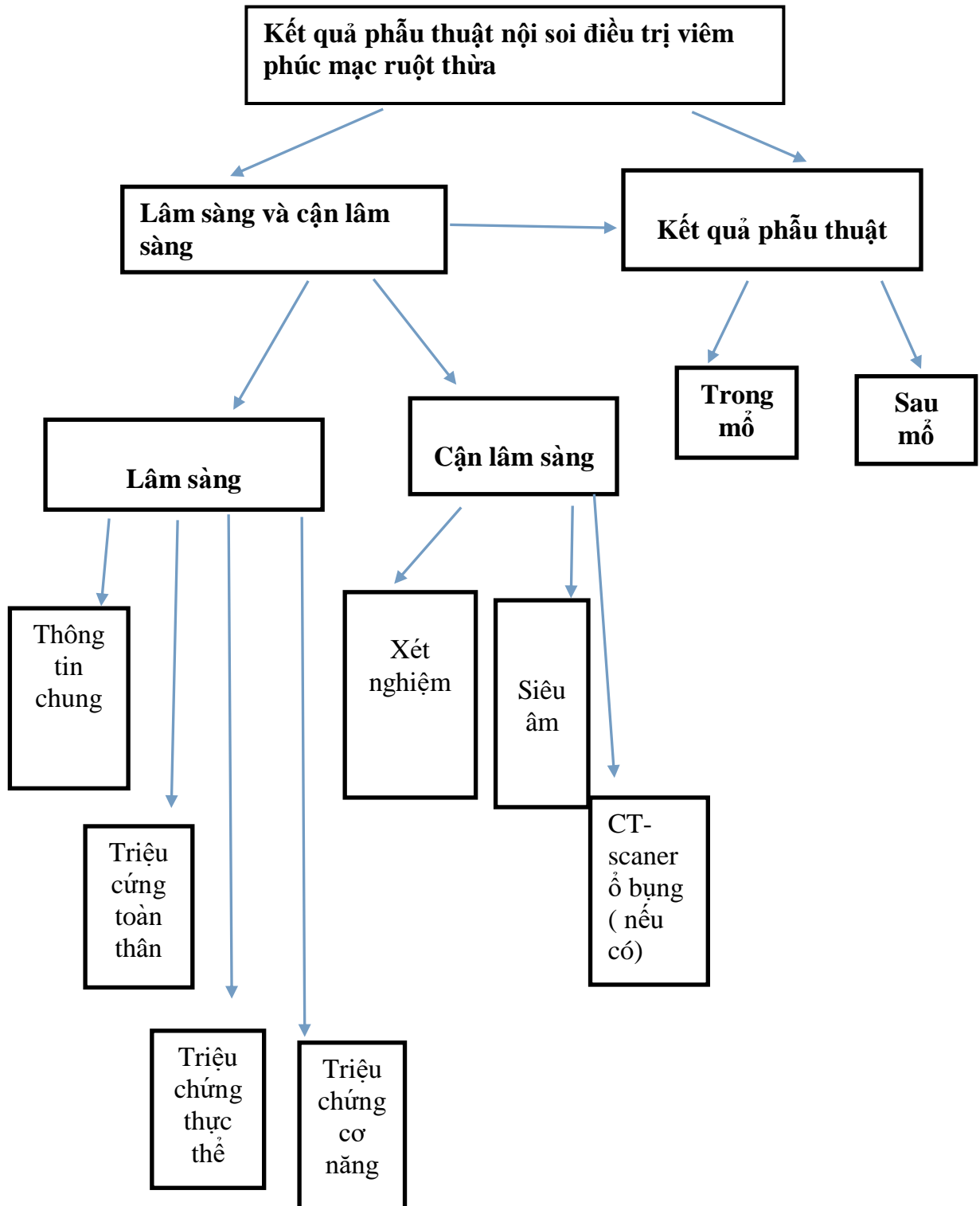
Nguyễn Hưng Đạo (2022): Khi nghiên cứu đánh giá kết quả 468 bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại các tỉnh miền núi phía Bắc đánh giá tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 97,6%, nguyên nhân chuyển mổ mở đa phần do không có khả năng cắt ruột thừa, đa số bệnh nhân được cắt ruột thừa xuôi dòng, thời gian phẫu thuật nội soi trung bình 50,35 phút, có 6 bệnh nhân gặp biến chứng sớm sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 7,13 ngày và đưa ra kết luận phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc có tỷ lệ thành công cao, có tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. [3].

### **1.8. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu**

Bệnh viện Đa khoa Lương Tài là đơn vị hạng II có chức năng: Khám, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trong khu vực. Bệnh viện Đa khoa Lương Tài hiện có 13 khoa, phòng và có 248 cán bộ, viên chức, lao động; hiện có 200 giường kế hoạch và 220 giường thực kê. Trong những năm qua Bệnh viện Đa khoa Lương Tài đã được đầu tư nhiều trang thiết bị hiện đại phục vụ cho công tác khám, bệnh chữa bệnh như: Hệ thống phẫu thuật nội soi, hệ thống nội soi hệ tiêu hóa, hệ thống nội soi tai mũi họng, X-Quang kỹ thuật số, siêu âm 3D/4D, chụp cắt lớp vi tính, thận nhân tạo, sinh hóa tự động, huyết học tự động... Từ khi thành lập năm 2019, khoa Ngoại tổng hợp điều trị hàng trăm ca phẫu thuật mổ phôi và mổ cấp cứu mỗi năm với nhân lực 2 bác sỹ chuyên khoa 2, 1 bác sỹ chuyên khoa 1, 3 bác sỹ đa khoa và 11 điều dưỡng, phục vụ khám chữa bệnh ngoại khoa trên địa bàn các xã quanh khu vực [13].

## 1.9. Sơ đồ nghiên cứu

### SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC



Sơ đồ 1.1: Sơ đồ nghiên cứu

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài từ 1/2023- 5/2026.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng

- Chẩn đoán trong và sau mổ là VPMRT được điều trị bằng PTNS.
- Hồ sơ đầy đủ các dữ liệu chẩn đoán trước mổ, cách thức phẫu thuật, kết quả theo dõi và điều trị sau mổ.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- VPMRT được mổ mở ngay từ đầu.
- Chẩn đoán sau mổ không phải VPMRT.

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 5 năm 2026
- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Lương Tài

#### 2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

#### 2.4. Cỡ mẫu

Trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2026 lấy toàn bộ đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn được lựa chọn.

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó:

- **n**: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu
- **$Z_{1-\alpha/2}$** : hệ số tin cậy ở mức tin cậy 95% ( $Z = 1,96$ )

- **p**: tỷ lệ ước tính của biến nghiên cứu
- **d**: sai số cho phép của nghiên cứu

Do số lượng bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài trong giai đoạn 2023–2026 không nhiều, nghiên cứu tiến hành lấy mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Dự kiến số bệnh nhân thu thập được khoảng 40 trường hợp.

## **2.5. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ

Các bệnh nhân sẽ được lựa chọn liên tiếp theo thời gian nhập viện, nếu đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ thì sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu. Việc thu thập mẫu được tiến hành cho đến khi kết thúc thời gian nghiên cứu.

## **2.6. Phương pháp thu thập số liệu**

### **2.6.1 Phương pháp nghiên cứu**

Thu thập thông tin trên hồ sơ bệnh án theo mẫu phiếu thu thập (Phụ lục 1)

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả lâm sàng, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

- **Giai đoạn hồi cứu:** Từ tháng 01/2023 đến hết tháng 02/2026, tiến hành thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài. Tất cả các dữ liệu được ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- **Giai đoạn tiền cứu:** Từ tháng 03/2026 đến tháng 05/2026, các bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài sẽ được khám, theo dõi và thu thập số liệu trực tiếp theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế sẵn.

Tất cả các số liệu thu thập được sẽ được kiểm tra, mã hóa và nhập vào bảng dữ liệu nghiên cứu để phục vụ cho quá trình xử lý và phân tích thống kê.

## **2.6.2 Phương tiện nghiên cứu**

2.6.2.1. Mô tả phương pháp mổ nội soi điều trị VPMRT [4]

2.6.2.1.1. *Trang thiết bị: Sử dụng dàn máy mổ nội soi hãng Karl Storz.*

\* Nguồn sáng:

Nguồn sáng lạnh Xenon 300W, cường độ ánh sáng 300W. Nguồn sáng được dẫn qua dây cáp quang dài 250 cm, 4,8mm, nối với camera.

\* Hệ thống camera nội soi:

- Độ phân giải trung tâm đạt trên 450 dòng. Chức năng Zoom với tiêu cự 25-50mm. Điều khiển tạo hình ảnh tự động có hệ thống khử nhiễu (anti moire/anti-gird filter). Độ nhạy ánh sáng mức tối thiểu 3 lux.

- Tốc độ ghi hình tự động hoặc có thể điều chỉnh.

\* Màn hình : loại chuyên dụng cho PTNS

\* Hệ thống bơm hơi tự động:

- Áp suất nén tối đa 30mmHg.

- Hệ thống điều áp tự động, làm cho áp lực khí trong ổ bụng ít biến đổi.

- Hệ thống báo động bằng ánh sáng và âm thanh.

\* Các dụng cụ phẫu thuật nội soi:

- Các trocar 5mm và 10mm

- Các kẹp phẫu tích, có răng, không răng, cong, thẳng

- Kẹp cong đầu tù, đầu nhọn

- Kéo thẳng, kéo cong

- Móc phẫu tích (Hook), kẹp đốt điện lưỡng cực (Bipolar)

- Kẹp mang kim

- Kẹp mang clip

- Que đẩy chỉ

- Hệ thống hút và tưới rửa ổ bụng

- Túi nylon để lấy bệnh phẩm
- Gạc con sợi và không sợi
- Chỉ Vicryl 2/0 đến số 1.
- \* Dao mổ điện công suất cao.

#### 2.6.2.1.2. Các bước tiến hành

- Kiểm tra hồ sơ: Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định.

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

- Thực hiện kỹ thuật:

+ Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

+ Tư thế: BN nằm ngửa.

PTV đứng bên trái người bệnh; Người cầm kính soi đứng bên phải PTV; Màn hình để bên phải ngang bụng người bệnh; Bàn dụng cụ và dụng cụ viên ngang gối người bệnh.

+ Kỹ thuật tiến hành trong PTNS cắt ruột thừa điều trị viêm ruột thừa

Bước 1: Sát trùng da và trải toan sao cho bộc lộ toàn bộ ổ bụng.

Bước 2: Vào trocar rốn 10mm. Quan sát toàn bộ ổ bụng, sau đó vào 2 trocar 5mm (có thể 1 trocar 11mm và 1 trocar 5mm) ở hố chậu trái và hạ vị dưới quan sát của kính soi.

Bước 3: Tư thế đầu thấp nghiêng trái, chỉnh áp lực ổ bụng từ 10-12 mmHg.

Bước 4: Bộc lộ phẫu trường, bộc lộ ruột thừa đến tận gốc, có thể cần di động manh tràng trong những trường hợp ruột thừa sau manh tràng.

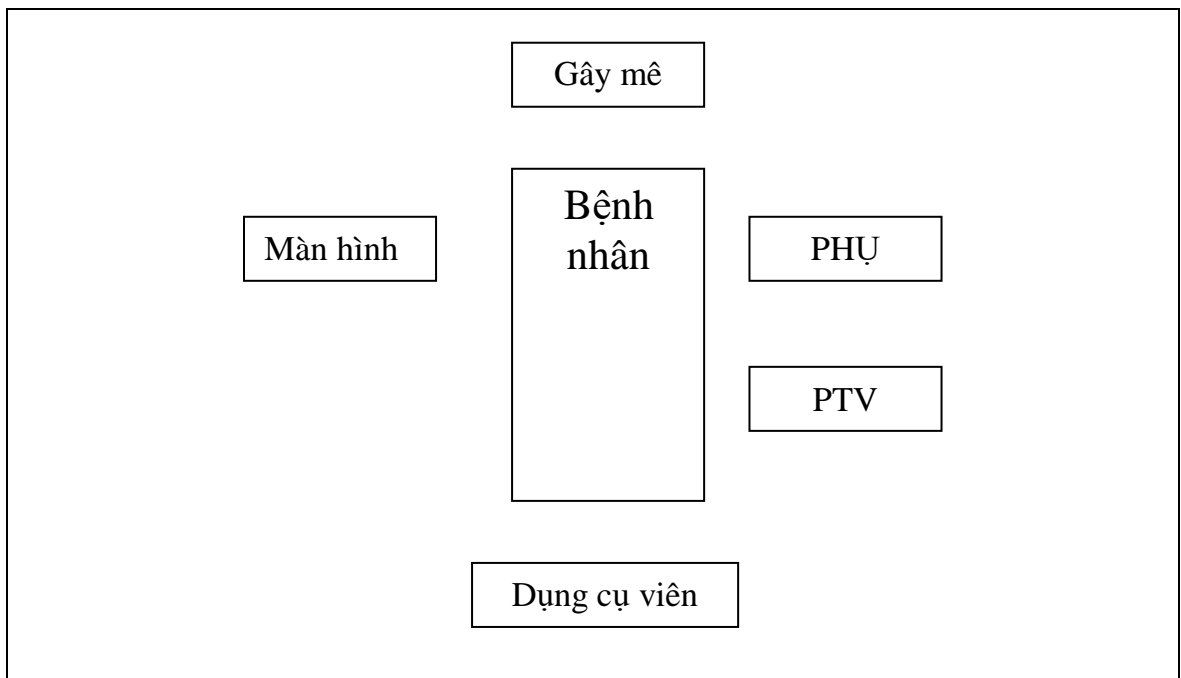
Bước 5: Đốt cắt mạc treo ruột thừa, cắt mạc treo sát đến gốc ruột thừa.

Bước 6: Buộc và cắt gốc ruột thừa (có thể dùng stappler hoặc là khâu vùi gốc), cho ruột thừa vào bao bệnh phẩm. Nếu ruột thừa hoại tử hoặc thủng đến sát gốc thì phải khâu gốc ruột thừa.

Nếu tình trạng viêm phúc mạc lan rộng, có thể đặt thêm trocar để có thể thám sát và hút rửa toàn bộ ổ bụng, rửa bụng kỹ bằng dd NaCl 0,9%.

Bước 7: Kiểm tra cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, lấy bao bệnh phẩm ruột thừa qua lỗ trocar rón.

Bước 8: Đóng các lỗ trocar.



**Hình 2.1. Sơ đồ vị trí kẹp mổ.**

### 2.7. Biến số nghiên cứu:

STT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	PP thu thập biến
<b>A</b>	<b>Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu</b>			
A1	Tuổi	Thời điểm nghiên cứu trừ năm sinh	Định lượng	HSBA
A2	Giới tính	Giới tính của đối tượng nghiên cứu Nam/ nữ	Định tính	HSBA
A3	Nghề nghiệp	Công việc hàng	Định tính	HSBA

STT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	PP thu thập
		ngày		
A4	Tiền sử	Là các bệnh mà bệnh nhân mắc phải trước khi vào viện	Định tính	HSBA
A5	BMI	Chỉ số khối cơ thể của bệnh nhân, được tính theo công thức: BMI = Cân nặng (kg) / [Chiều cao (m)] <sup>2</sup>	Định lượng	HSBA
<b>B</b>	<b>Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phúc mạc ruột thừa</b>			
<b>B1</b>	<b>Triệu chứng cơ năng</b>			
B1.1	Đau bụng	Là cảm giác đau tức vùng bụng của bệnh nhân	Định tính	HSBA
B1.2	Buồn nôn, nôn	Là cảm giác buồn nôn ở cổ họng, nôn ra thức ăn hay dịch	Định tính	HSBA
B1.3	Vị trí đau	Vị trí trên thành bụng bệnh nhân thấy xuất hiện đau bụng : thượng ị, quanh rốn, hố chậu phải,	Định tính	HSBA

<b>STT</b>	<b>Biến số</b>	<b>Định nghĩa biến</b>	<b>Phân loại biến</b>	<b>PP thu thập</b>
B1.4	Thời gian đau	Là thời gian bệnh nhân bắt đầu có dấu hiệu đau bụng	Định lượng	HSBA
<b>B2</b>	<b>Triệu chứng thực thể</b>			
B2.1	Sốt	Là khi đo nhiệt độ > 37,5oC	Định tính	HSBA
B2.2	Hội chứng nhiễm trùng	Bệnh nhân có dấu hiệu môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi	Định tính	HSBA
B2.3	Ấn đau hố chậu phải	Là khi khám ấn vùng hố chậu phải bệnh nhân đau nhiều	Định tính	HSBA
B2.4	Phản ứng thành bụng	Là khi khám ấn bụng vùng hố chậu phải có lực tác động lại đầu ngón tay do cơ thành bụng tạo ra		
B2.5	Cảm ứng phúc mạc	Là khi khám ấn bệnh nhân đau khắp bụng, sờ nhẹ vào bụng cũng đau		
B3	Xét nghiệm bạch cầu trong máu	Bạch cầu trong máu tăng cao (Giá trị bình thường từ	Định lượng	HSBA

STT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	PP thu thập
		4-10 G/L), tăng cao là > 10 G/l		
B4	Xét nghiệm bạch cầu đa nhân trung tính	Tăng cao (cao là > 75%)	Định lượng	HSBA
B5	CRP	Nồng độ C-reactive protein trong máu, chỉ điểm phản ứng viêm	Định lượng	HSBA
B6	Hình ảnh ruột thừa trong siêu âm ổ bụng	Kích thước ruột thừa, mức độ hoại tử thành ruột thừa	Định tính	HSBA
B7	Hình ảnh CLVT trong chụp CLVT ổ bụng không tiêm thuốc cản quang	Hình ảnh ruột thừa vỡ, áp xe ruột thừa, dịch khí tự do ổ bụng, hình ảnh ruột thừa tăng kích thước	Định tính	HSBA
<b>C</b>	<b>Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa</b>			
C1	Tính chất dịch ổ bụng	dịch mũ hay dịch đục	Định tính	HSBA
C2	Vị trí ruột thừa trong ổ bụng	Ruột thừa vị trí HCP, sau manh tràng, dưới gan, tiểu khung, khác	Định tính	HSBA
C3	Có dính	Dính vào thành bụng, mạc nối	Định tính	HSBA

<b>STT</b>	<b>Biến số</b>	<b>Định nghĩa biến</b>	<b>Phân loại biến</b>	<b>PP thu thập</b>
		lớn, giữa các quai ruột		
C4	Phương pháp xử trí góc ruột thừa	Buộc gốc ruột thừa, khâu góc ruột thừa, dẫn lưu	Định tính	HSBA
C5	Xử lý ổ bụng	Lau rửa ổ bụng kết hợp đặt dẫn lưu ổ bụng, không dẫn lưu ổ bụng	Định tính	HSBA
C6	Thời gian mổ	Thời gian tính từ lúc rạch da đến lúc đóng bụng xong, tính bằng phút	Định lượng	HSBA
<b>D</b>	<b>Theo dõi và điều trị sau mổ</b>			
D1	Thời gian trung tiện	Có trung tiện tính bằng ngày	Định lượng rời rạc	HSBA
D2	Số loại kháng sinh sau mổ	Số nhóm kháng sinh được dùng trong quá trình nằm viện	Định lượng	HSBA
D3	Thời gian nằm viện	Là thời gian được tính từ lúc bệnh nhân vào viện đến khi ra viện, tính bằng ngày.	Định lượng rời rạc	HSBA
D4	Các biến chứng sớm sau mổ	Chảy máu lỗ troca, nhiễm	Định tính	HSBA

STT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	PP thu thập
		trùng, áp xe tồn dư, rò manh tràng, viêm phúc mạc		

## 2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

- Tiêu chuẩn xác định sốt:

Sốt được xác định khi nhiệt độ cơ thể  $> 37,5^{\circ}\text{C}$ .

- Tiêu chuẩn xác định tăng bạch cầu:

Tăng bạch cầu khi số lượng bạch cầu máu  $> 10 \text{ G/L}$ .

- Tiêu chuẩn xác định tăng bạch cầu đa nhân trung tính:

Tăng khi tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính  $> 75\%$ .

- Tiêu chuẩn xác định CRP tăng:

CRP tăng khi nồng độ CRP  $> 10 \text{ mg/L}$ .

- Tiêu chuẩn xác định viêm phúc mạc ruột thừa trong mổ:

Dựa vào hình ảnh quan sát trong phẫu thuật như: Ruột thừa viêm hoại tử hoặc vỡ.

Có dịch mủ hoặc dịch đục trong ổ bụng.

- Biểu chứng sớm sau mổ

Bao gồm các biểu chứng xuất hiện trong thời gian nằm viện sau phẫu thuật:

+ Chảy máu sau mổ.

+ Nhiễm trùng vết mổ hoặc nhiễm trùng lỗ trocar.

+ Áp xe tồn dư ổ bụng.

+ Dò manh tràng

+ Viêm phúc mạc

- Tỷ lệ thành công trong phẫu thuật: bệnh nhân được phẫu thuật nội soi

thành công, không có tai biến trong mổ, không phải chuyển mổ mở.

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật:

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá theo tác giả Nguyễn Hữu Trí [9], Vũ Đức Tùng [12] kết quả điều trị chia thành tốt, trung bình, kém với các tiêu chí sau:

+ 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, viêm phúc mạc cần can thiệp ngoại khoa hoặc tử vong.

## **2.9. Phương pháp phân tích số liệu**

### **2.9.1. Công cụ thu thập số liệu**

Số liệu được thu thập thông qua phiếu thu thập được thiết kế dựa vào các thông tin trên hồ sơ bệnh án với các nhóm nội dung sau [Phụ lục 1].

### **2.9.2. Phân tích số liệu**

Bước 1: Chuẩn bị số liệu: Kiểm tra lại toàn bộ các phiếu điều tra thu thập, loại trừ các phiếu điền không đầy đủ thông tin, không đúng.

Bước 2: Nhập liệu: Toàn bộ số liệu thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.0.

Bước 3: Làm sạch số liệu: Sau khi hoàn tất nhập liệu, các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét lại toàn bộ và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập liệu.

Bước 4: Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi thu thập, được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến định tính được biểu thị bằng tỷ lệ %. Các biến định lượng được biểu thị bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

- Mối liên quan giữa các biến được xác định dựa trên giá trị OR, 95% CI, p.

### **2.10. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, vì lợi ích của bệnh nhân.

- Bệnh nhân được giải thích rõ ràng mục đích, phương pháp, quyền lợi và tự nguyện tham gia nghiên cứu, nếu bệnh nhân không đồng ý có thể từ chối.

- Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Lương Tài và thông qua hội đồng xét duyệt đề cương Sở y tế.

- Đảm bảo bí mật về thông tin người được nghiên cứu, tôn trọng hạnh phúc, lòng tin và nhận thức của bệnh nhân.

- Kết quả được phản hồi lại tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài.

### **2.11. Sai số, hạn chế và cách khắc phục của nghiên cứu:**

#### ***2.11.1 Sai số, hạn chế:***

- Tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài những bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa có kèm theo nhiều bệnh lý nền nặng, hoặc cao tuổi (trên 80 tuổi) thì sẽ chuyển tuyến trên điều trị nên số lượng bệnh nhân không nhiều, chủ yếu là bệnh nhân trẻ tuổi, không có hoặc ít bệnh lý nền.

- Trong bệnh lý viêm phúc mạc ruột thừa bệnh nhân khi bắt đầu đau triệu chứng nhẹ, đau thoáng qua nên khi đến viện khám nhiều bệnh nhân không nhớ rõ được thời gian bắt đầu đau là khi nào.

- Tại trung tâm chưa có kíp trực phẫu thuật tại viện 24/24 mà trực thường trú nên nhiều khi từ lúc vào viện đến khi phẫu thuật còn bị kéo dài.

#### ***2.11.2 Cách khắc phục:***

- Nâng cao chất lượng chuyên môn hồi sức cấp cứu bệnh nhân trong vào sau mổ để có thể nhận phẫu thuật được những bệnh nhân cao tuổi, có

nhiều bệnh lý nền nặng, giữ được bệnh nhân tại bệnh viện.

- Bệnh viện duy trì cấp trực phẫu thuật tại viện để có thể thực hiện khi có bệnh nhân đến khám.

### Chương 3

#### DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 5 năm 2026, tại Bệnh viện Đa khoa Lương Tài đã phẫu thuật nội soi điều trị được ...trường hợp viêm phúc mạc do viêm ruột thừa với kết quả như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Từ 20 tuổi trở xuống		
Từ 21 – 60 tuổi		
Trên 60 tuổi		
Tuổi trung bình		
Tuổi lớn nhất		
Tuổi nhỏ nhất		
<b>Tổng số</b>		

**Nhận xét:**

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Giới	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nam		
Nữ		
<b>Tổng số</b>		

**\*Nhận xét:**

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp**

<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Công chức, viên chức		
Công nhân		
Nông dân		
Học sinh		
<b>Tổng số</b>		

\* Nhận xét:

**Bảng 3.4. Tiền sử bản thân**

<b>Tiền sử bản thân</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Bệnh mạn tính		
Mổ cũ		
Khỏe mạnh		
<b>Tổng số</b>		

\* Nhận xét:

**Bảng 3.5 Đặc điểm BMI**

<b>Phân loại BMI</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Thiếu cân (<18,5)		
Bình thường (18,5–22,9)		
Thừa cân (23–24,9)		
Béo phì ( $\geq 25$ )		
<b>Tổng</b>		

Nhận xét:

**Bảng 3.6. Thời gian đau bụng đến khi phẫu thuật**

<b>Thời gian (giờ)</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
< 24h		
Từ 24h đến < 48h		
Từ 48h đến 72h		
>72h		
<b>Tổng số</b>		

**\*Nhận xét:**

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:**

**3.2.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3.7. Triệu chứng cơ năng**

<b>Triệu chứng cơ năng</b>		<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Lý do vào viện	Đau bụng		
	Sốt		
	Khác		
	<b>Tổng</b>		
Khởi phát	Từ từ		
	Đột ngột		
	<b>Tổng</b>		
Vị trí đau	HCP, nửa bụng phải		
	Thượng vị		
	Đau bụng quanh rốn		
	Khác		
	<b>Tổng</b>		
Tính chất đau	Âm ỉ, liên tục		
	Thành cơn		
	Kết hợp		

	<b>Tổng</b>		
Buồn nôn, nôn	Có		
	Không		
	<b>Tổng</b>		

**\*Nhận xét:**

**Bảng 3.8. Triệu chứng toàn thân**

Triệu chứng toàn thân		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Sốt	Có		
	không		
<b>Tổng số</b>			
Hội chứng nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi	Có		
	Không		
<b>Tổng số</b>			

**\*Nhận xét:**

**Bảng 3.9. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Ấn đau HCP	Có		
	Không		
	<b>Tổng</b>		
Phản ứng thành bụng HCP	Có		
	Không		
	<b>Tổng</b>		
Cảm ứng phúc mạc	Có		
	Không		
	<b>Tổng</b>		
Bụng chướng	Có		

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
	Không		
	<b>Tổng</b>		

\* Nhận xét:

### 3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3.10. Xét nghiệm máu**

Số lượng BC		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Số lượng BC	$\leq 10$ G/L		
	$> 10$ G/L		
<b>Tổng</b>			
Tỷ lệ BCDNTT	$\leq 75\%$		
	$>75\%$		
<b>Tổng</b>			
Chỉ số CRP	$\leq 10$ mg/l		
	$>10$ mg/l		
<b>Tổng</b>			

\* Nhận xét:

**Bảng 3.11. Hình ảnh siêu âm ổ bụng**

Kết quả siêu âm		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Thấy ruột thừa	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			
Ruột thừa tăng kích thước	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			
Ấn không xẹp	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			

Áp xe ruột thừa	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			

\* Nhận xét:

**Bảng 3.12. Hình ảnh CLVT ổ bụng**

Kết quả CLVT ổ bụng		Số BN	Tỉ lệ (%)
Hình ảnh ruột thừa	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			

\* Nhận xét:

### 3.3. Kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa

#### 3.3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong phẫu thuật

**Bảng 3.13. Tình trạng ổ bụng**

Tình trạng ổ bụng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Dịch trong ổ bụng	Dịch đục		
	Mủ		
	<b>Tổng</b>		
Giả mạc	Có		
	Không		
	<b>Tổng</b>		
Dính mạc nối lớn, tạng khác	Có		
	Không		
	<b>Tổng</b>		

\* Nhận xét:

**Bảng 3.14. Vị trí ruột thừa**

Vị trí ruột thừa	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
RT ở hố chậu phải		
RT ở sau manh tràng		

RT trong tiêu khung		
RT vị trí khác		
<b>Tổng cộng</b>		

**Nhận xét:**

**Bảng 3.15. Tình trạng ruột thừa**

Tình trạng ổ bụng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
VRT hoại tử vỡ	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			
Gốc ruột thừa mủn	Có		
	Không		
<b>Tổng</b>			

**\* Nhận xét:**

**Biểu đồ 3.1. Chẩn đoán trong phẫu thuật ( dự kiến biểu đồ hình tròn)**

**\* Nhận xét:**

**3.3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa**

**Bảng 3.16. Phương pháp xử trí gốc ruột thừa**

Kỹ thuật cắt RT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Buộc gốc RT		
Khâu gốc RT		
Dẫn lưu gốc ruột thừa		
<b>Tổng</b>		

**\* Nhận xét:**

**Bảng 3.17. Thời gian phẫu thuật**

<b>Thời gian phẫu thuật (phút)</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Dưới 60 phút		
Từ 60 phút đến < 90 phút		
Thời gian trung bình		
Thời gian phẫu thuật lớn nhất		
Thời gian phẫu thuật nhỏ nhất		
<b>Tổng</b>		

**\* Nhận xét:**

**Bảng 3.18. Kết quả phẫu thuật**

<b>Kết quả</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Thành công		
Thất bại chuyển mổ mở		
<b>Tổng</b>		

**\* Nhận xét:**

### **3.3.3. Nhận xét kết quả sớm sau phẫu thuật**

**Biểu đồ 3.2. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật ( dự kiến biểu đồ hình tròn)**

**\* Nhận xét:**

**Bảng 3.19. Số loại kháng sinh sau mổ**

<b>Số loại kháng sinh sau mổ</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Một loại		
Hai Loại		
Ba Loại		
<b>Tổng</b>		

**\* Nhận xét:**

**Bảng 3.20. Thời gian nằm viện**

<b>Thời gian nằm viện (ngày)</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Từ 3 đến 5 ngày		
Trên 5 ngày		
Thời gian trung bình		
Thời gian nằm viện lớn nhất		
Thời gian nằm viện nhỏ nhất		
<b>Tổng</b>		

\* Nhận xét:

**Bảng 3.21. Biến chứng sớm sau mổ**

<b>Biến chứng</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Không có biến chứng		
Nhiễm trùng lỗ Trocart		
Áp xe tồn dư		
Viêm phúc mạc		
Dò manh tràng		
Chảy máu sau mổ		
<b>Tổng</b>		

\* Nhận xét:

**Bảng 3.22. Đánh giá kết quả sớm**

<b>Kết quả</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Tốt		
Trung bình		
Xấu		
<b>Tổng</b>		

\* Nhận xét:

## **Chương 4**

### **DỰ KIẾN BÀN LUẬN**

- 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**
- 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**
- 4.3. Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa**

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN**

**DỰ KIẾN KIẾN NGHỊ**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Bộ Y tế, Số 201/QĐ-BYT (2014): Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa – chuyên khoa phẫu thuật tiêu hoá và phẫu thuật nội soi, 22. Cắt ruột thừa mở ở, lau rửa ổ bụng, điều trị viêm phúc mạc ruột thừa, tr 63.
2. Bộ Y tế, Số 7708/QĐ-BYT (2016): Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật nội soi, 148. Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi ổ bụng, tr 562.
3. 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*, tập 17- Số 2/2022, tr. 102 - 108.
4. Phạm Đức Huân (2025), Cắt ruột thừa nội soi, *Bài giảng phẫu thuật nội soi cơ bản*, Nhà xuất bản Y học, tr. 139.
5. Trần Mạnh Hùng, Nguyễn Trung Kiên (2022), “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị biến chứng viêm ruột thừa tại bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí y học Việt Nam tập*, 513( 2), tr. 312 – 317.
6. Trịnh Văn Minh (2010), Manh và trùng tràng *Giải phẫu người tập 2*, NXB Giáo dục Việt Nam, tr.420-430.
7. Nguyễn Quang Quyền (2015), Ruột già, *Giải phẫu bụng*, NXB Y học Hà Nội, tr 168- 180.
8. Hà Văn Quyết (2006), Viêm ruột thừa, *Bệnh học ngoại dùng cho sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 171
9. Nguyễn Hữu Trí (2024), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ”, *Tạp chí Y Dược Huế*, số 1 tập 14/2024, tr 190-194.

10. Trịnh Văn Tuấn (2020), Viêm ruột thừa, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa dùng cho sinh viên y năm thứ 4*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 14.
11. Trịnh Văn Tuấn (2006), Viêm ruột thừa, *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 14.
12. Vũ Đức Tùng, Lô Quang Nhật (2023), “ Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại TTYT huyện Thanh Sơn tỉnh Phú Thọ”, *Tạp chí y học Việt Nam* tập, 532(1), tr. 17 – 21.
13. Trung tâm Y tế huyện Lương Tài (2025). *Kế hoạch phát triển khoa Ngoại Tổng hợp năm 2026*.

## **Tiếng Anh**

14. M. Nagori (2025), A study of Laparoscopic Versus Open Appendectomy for Patients with Perforated Appendicitis at tertiary hospital in Central India, *European Journal of Cardiovascular Medicine*, V. 15, pg 45-49.
15. M. Rahman Mollah (2024), Management of Complicated Appendicitis Comparative Study of Outcomes between Laparoscopic VS Open Procedures, *Original Article*, V.06, pg 208-217.
16. P. Patel (2025) Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Complicated and Uncomplicated Appendicitis in Adults: A Two-Year Single-Center Retrospective Cohort Study, *Open Access Original Article*, V. 17 (9).

**Phụ lục 01**

**PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN**

Họ và tên:.....

Điện thoại:..... BMI.....

Số bệnh án:.....

Ngày vào viện:.....

Ngày ra viện: .....

Ngày phẫu thuật:..... Thời gian nằm viện sau PT:.....ngày.

<b>TT</b>	<b>Nội dung thu thập</b>	<b>Kết quả thu thập</b>	<b>Mã</b>	<b>Ghi chú</b>
<b>A</b>	<b>Thông tin chung</b>			
A1	Tuổi	..... tuổi		
A2	Giới tính	1. Nam 2. Nữ	1 2	
A3	Nghề nghiệp	1. Cán bộ viên chức 2. Công nhân 3. Nông dân 4. Trẻ em 5. Học sinh	1 2 3 4 5	
A4	Tiền sử bản thân	1. Tim mạch 2. Hô hấp 3. Đái tháo đường 4. Tiền sử mổ cũ 5. Khỏe mạnh	1 2 3 4 5	
A5	Thời gian từ khi xuất hiện đau bụng đến khi được phẫu thuật	1. < 24 giờ 2. Từ 24 giờ đến < 48 giờ 3. Từ 48 giờ đến 72 giờ	1 2 3	

<b>TT</b>	<b>Nội dung thu thập</b>	<b>Kết quả thu thập</b>	<b>Mã</b>	<b>Ghi chú</b>
		4. > 72h		
<b>B</b>	<b>Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu</b>			
<b>B1</b>	<b>Triệu chứng cơ năng</b>			
B1.1	Lý do vào viện	1. Đau bụng 2. Sốt 3. Khác	1 2 3	
B1.2	Khởi phát	1. Đột ngột 2. Từ từ	1 2	
B1.3	Vị trí đau	1. Hố chậu phải, nửa bụng phải 2. Thượng vị 3. Đau bụng quanh rốn 4. Khác	1 2 3 4	
B1.4	Tính chất cơn đau	1. Âm ỉ, liên tục 2. Thành cơn 3. Kết hợp	1 2 3	
B1.5	Buồn nôn	1. Có 2. Không	1 2	
<b>B2</b>	<b>Triệu chứng toàn thân</b>			
B2.1	Sốt	1. Có 2. Không	1 2	

<b>TT</b>	<b>Nội dung thu thập</b>	<b>Kết quả thu thập</b>	<b>Mã</b>	<b>Ghi chú</b>
B2.2	Hội chứng nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bản, hơi thở hôi	1. Có 2. Không	1 2	
<b>B3</b>	<b>Triệu chứng thực thể</b>			
B3.1	Ấn đau HCP	1. Có 2. Không	1 2	
B3.2	Phản ứng thành bụng HCP	1. Có 2. Không	1 2	
B3.3	Cảm ứng phúc mạc	1. Có 2. Không	1 2	
B3.4	Bụng chướng	1. Có 2. Không	1 2	
<b>B4</b>	<b>Kết quả xét nghiệm</b>			
B4.1	Số lượng bạch cầu máu	1. $\leq 10$ G/L 2. $> 10$ G/L	1 2	
B4.2	Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	1. $\leq 75$ % 2. $> 75$ %	1 2	
B4.3	CRP	1. $\leq 10$ mg/l 2. $> 10$ mg/l	1 2	
<b>B5</b>	<b>Kết quả siêu âm ổ bụng</b>			
B5.1	Thấy ruột thừa	1. Có 2. Không	1 2	
B5.2	Ruột thừa tăng kích	1. Có	1	

<b>TT</b>	<b>Nội dung thu thập</b>	<b>Kết quả thu thập</b>	<b>Mã</b>	<b>Ghi chú</b>
	thước	2. Không	2	
B5.3	Ấn không xếp	1. Có 2. Không	1 2	
B5.4	Áp xe ruột thừa	1. Có 2. Không	1 2	
<b>B6</b>	<b>Chụp CT Scanner ổ bụng</b>			
B6.1	Hình ảnh ruột thừa	1. Có 2. Không	1 2	
<b>C</b>	<b>Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa</b>			
<b>C1</b>	<b>Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong phẫu thuật</b>			
C1.1	Tình trạng ổ bụng			
C1.1.1	Dịch ổ bụng	1. Không có dịch 2. Dịch đục 3. Mủ	1 2 3	
C1.1.2	Giả mạc	1. Có 2. Không	1 2	
C1.1.3	Dính mạc nối lớn, tạng khác	1. Có 2. Không	1 2	
C1.2	Vị trí ruột thừa	1. RT ở hố chậu phải 2. RT sau manh tràng 3. RT trong tiểu khung 4. RT dưới gan 5. Khác	1 2 3 4 5	
C1.3	Tình trạng ruột thừa			

<b>TT</b>	<b>Nội dung thu thập</b>	<b>Kết quả thu thập</b>	<b>Mã</b>	<b>Ghi chú</b>
C1.3.1	VRT hoại tử vỡ	1. Có 2. Không	1 2	
C1.3.2	Gốc ruột thừa mủn	1. Có 2. Không	1 2	
C1.4	Chẩn đoán trong phẫu thuật	1. VPM ruột thừa toàn thể 2. VPM ruột thừa khu trú	1 2	
<b>C2</b>	<b>Kết quả phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa</b>			
C2.1	Phương pháp xử trí ruột thừa	1. Buộc gốc ruột thừa 2. Khâu gốc ruột thừa 3. Dẫn lưu gốc ruột thừa	1 2 3	
C2.2	Thời gian phẫu thuật	.....Phút	1	
C2.3	Kết quả phẫu thuật	1. Thành công 2. Chuyển mổ mở	1 2	
<b>C3</b>	<b>Kết quả theo dõi và điều trị sau mổ</b>			
C3.1	Thời gian trung tiện	.....Ngày		
C3.2	Số loại kháng sinh	1.1 loại 2.2 loại 3.3 loại	1 2 3	
C3.2	Thời gian nằm viện sau mổ	.....Ngày		
C3.3	Biến chứng sớm sau mổ	1. Không có biến chứng 2. Nhiễm trùng lỗ Trocart 3. Áp xe tồn dư 4. Dò manh tràng 5. Biến chứng khác	1 2 3 4 5	

<b>TT</b>	<b>Nội dung thu thập</b>	<b>Kết quả thu thập</b>	<b>Mã</b>	<b>Ghi chú</b>
		6. Tử vong	6 7	
C3.4	Đánh giá kết quả sớm	1. Tốt 2. Trung bình 3. Xấu	1 2 3	

*Lương Tài, ngày tháng năm 2026*

**Người thu thập thông tin**

**Phụ lục 2**  
**KẾ HOẠCH NGHIÊN CỨU**

<b>TT</b>	<b>Hoạt động</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Người thực hiện</b>	<b>Kết quả</b>
1	Xây dựng đề cương nghiên cứu	Tháng 11 - 12/2025	NCV	Các thông tin và tài liệu có liên quan
2	Bảo vệ đề cương tại đơn vị, hoàn thiện đề cương và nộp về Sở Y tế	Trước 20/01/2025	NCV	
3	Bảo vệ đề cương tại Sở Y tế	Tháng 3	NCV	Đề cương được thông qua
5	Thu thập số liệu	Tháng 4-6	NCV, ĐTV	Số liệu thu thập đầy đủ, chính xác
6	Nhập số liệu, phân tích số liệu, viết báo cáo	Tháng 6 đến tháng 9	NCV	Hoàn thiện báo cáo đề tài nộp Hội đồng khoa học Sở Y tế

**Phụ lục 3**  
**KINH PHÍ NGHIÊN CỨU DỰ KIẾN**

<b>TT</b>	<b>Nội dung công việc</b>	<b>Diễn giải</b>	<b>Kinh phí</b>
1	Tập huấn điều tra viên	2 người x 200.000	400.000
2	Phô tô, in ấn tài liệu	(Đề cương, Phiếu hỏi, báo cáo, đề tài...)	2.00.000
3	Văn phòng phẩm	(Giấy, bút,...)	500.000
4	Điều tra viên thu thập thông tin		1.000.000
5	Khác	Chi phí dự trừ phát sinh	1.100.000
	<b>Tổng</b>		<b>5.000.000</b>

