

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VIÊM RUỘT THỪA CẤP Ở TRẺ EM

Hồ Hữu Thiện^{1*}

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.68.8

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. Kết quả giải phẫu bệnh đại thể trong phẫu thuật viêm ruột thừa cấp ở trẻ em.

Đối tượng, phương pháp: 120 bệnh nhi được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp dựa vào đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm (số lượng bạch cầu máu) và kết quả siêu âm. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt ruột thừa. Đánh giá kết quả giải phẫu bệnh đại thể trong lúc phẫu thuật bao gồm: ruột thừa viêm hoặc ruột thừa viêm có biến chứng.

Kết quả: Trẻ bị viêm ruột thừa cấp có tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$ tuổi, nhóm ≥ 5 tuổi chiếm 91,7%. Viêm ruột thừa cấp ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Tỷ lệ nam/nữ = 1,9/1. Sốt chiếm tỷ lệ cao (71,7%), chủ yếu là sốt nhẹ đến vừa. Nhiệt độ trung bình lúc vào viện là $37,8 \pm 0,7^\circ\text{C}$. Đau 1/4 hố chậu phải khi ho, gõ hoặc nhảy lò cò và Macburney (+) là các triệu chứng thực thể hay gặp (95% và 98,3%). Đa số trẻ viêm ruột thừa cấp có số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng (95,8% và 94,2%). Siêu âm kết luận ruột thừa viêm trong 99,2% trường hợp. Kết quả phẫu thuật: 71,7% trường hợp ruột thừa ở giai đoạn viêm nang mủ, ruột thừa nằm ở HCP chiếm tỷ lệ 77,5%. Viêm ruột thừa có biến chứng chiếm tỷ lệ 28,3%.

Kết luận: Chẩn đoán viêm ruột thừa ở trẻ em cần kết hợp triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và siêu âm bụng, nhất là trong những trường hợp trẻ nhỏ hoặc biểu hiện lâm sàng không điển hình. Tỷ lệ viêm ruột thừa có biến chứng vẫn còn cao ở trẻ em. Với điều trị hậu phẫu tích cực đã đem lại kết quả tốt trong hầu hết các trường hợp.

Từ khoá: Ruột thừa viêm, trẻ em, biến chứng

ABSTRACT

CLINICAL FEATUTES, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND INTRA-OPERATIVE FINDINGS OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Ho Huu Thien^{1*}

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of acute appendicitis in children; and to determine the operative findings of acute appendicitis surgery in children. **Methods:** A total 120 pediatric patients who diagnosed with acute appendicitis based on clinical characteristics, laboratory tests (white blood cell count) and ultrasound results underwent appendectomy. The operative findings were determined as: uncomplicated appendicitis and complicated appendicitis.

¹Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 02/3/2021; Ngày phản biện (Revised): 06/4/2021;

- Ngày đăng bài (Accepted): 27/4/2021

- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Hữu Thiện

- Email: thientrangduc@hotmail.com; SĐT: 0905130430

Results: The mean of age was 9.6 ± 3.1 years. The age group of ≥ 5 years accounted for 91.7%. Appendicitis is higher in boys than in girls. Male/female ratio was 1.9/1. Fever was the most seen (71.7%) which was mainly mild to moderate level. The average temperature at admission was $37.8 \pm 0.7^\circ\text{C}$. Right quadrant pain when coughing, knocking or jumping and Macburney (+) are common physical symptoms (95% and 98.3%, respectively). The majority of children with acute appendicitis had an increased white leukocytes count and neutrophils (95.8% and 94.2%, respectively). Ultrasound could detect appendicitis in 99.2% of cases. Intra-operative findings were: 71.7% of cases of appendix in the period of purulent inflammation. Appendix located in normal location was in 77.5%. Complicated appendicitis accounted for 28.3%.

Conclusion: The diagnosis of appendicitis in children requires a combination of clinical symptoms, laboratory tests and abdominal ultrasound, especially in the case of small children or with atypical clinical manifestations. Complicated appendicitis remains high in children. Most appendicitis cases in children have a good outcome because of the perfectly post-operative treatment.

Keywords: Appendicitis, children, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là cấp cứu hay gặp nhất trong bệnh lý bụng ngoại khoa ở trẻ em, chiếm khoảng 20-30% trường hợp trẻ nhập viện vì đau bụng cấp [1].

Chẩn đoán viêm ruột thừa ở trẻ em đặc biệt là trẻ nhỏ thường khó hơn ở người lớn. Do ở trẻ em có các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, phức tạp, thay đổi theo từng lứa tuổi, từng bệnh nhi, các rối loạn về đường tiêu hóa rất hay gặp nên dễ chẩn đoán nhầm với nhiều bệnh khác. Quá trình diễn tiến rất nhanh do khi ruột thừa viêm bị vỡ, các mạc nối lớn chưa phát triển đầy đủ sẽ không có khả năng bọc lại ruột thừa vỡ, gây ra viêm phúc mạc khu trú và nặng hơn là viêm phúc mạc toàn thể, đe dọa tính mạng của trẻ [2]. Viêm ruột thừa ở trẻ dưới 3 tuổi có bệnh cảnh lâm sàng dễ bỏ sót, thường được chẩn đoán ở giai đoạn vỡ [3]. 5% trẻ em viêm ruột thừa cấp không được chẩn đoán trong lần vào viện đầu tiên, tỷ lệ sai sót trong chẩn đoán ban đầu viêm ruột thừa cấp dao động từ 28% đến 57% ở trẻ lớn cho đến gần 100% ở trẻ nhỏ hơn 2 tuổi [4].

Ngày nay, tuy đã có sự hiểu biết đầy đủ hơn về sinh bệnh học, tích lũy về kinh nghiệm khám lâm sàng và tiến bộ về các biện pháp hỗ trợ cho chẩn đoán cũng như điều trị, tỉ lệ chẩn đoán viêm ruột thừa muộn còn cao được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Chẩn đoán muộn kéo dài thời gian nằm viện trung bình (6 ngày với 3 ngày), tăng tỉ lệ ruột thừa vỡ mủ (74% với 29%) và tăng tỉ lệ biến chứng (28% với 10%) [5].

Chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cấp thường dựa vào kết quả sau phẫu thuật và xét nghiệm giải phẫu bệnh. Hiện nay, chẩn đoán chính xác ruột thừa viêm đã được cải thiện qua việc áp dụng một số xét nghiệm như bạch cầu và CRP trong máu, siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính, nhưng chưa có phương pháp chẩn đoán trước mổ nào đem lại kết quả chắc chắn. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm viêm ruột thừa để có thái độ xử trí đúng đắn vẫn còn là một thách thức rất lớn.

Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa cấp ở trẻ em.
2. Kết quả giải phẫu bệnh đại thể trong phẫu thuật viêm ruột thừa cấp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân vào viện vì đau bụng cấp được chẩn đoán viêm ruột thừa tại Trung tâm nhi khoa và khoa Ngoại nhi - Cấp cứu bụng Bệnh viện Trung Ương Huế từ 11/2017 - 06/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Trẻ ≤ 15 tuổi; (2) Vào viện vì đau bụng cấp và được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là VRTC hoặc VRTC có biến chứng; (3) Có đầy đủ xét nghiệm công thức máu và siêu âm bụng khi vào viện; (4) Có kết quả chẩn đoán đại thể ruột thừa rõ ràng trong phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc.

Phương pháp chọn mẫu, cỡ mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện lấy tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi cỡ mẫu là 120.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Các biến số về lâm sàng: dựa vào hỏi bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ do 2 bác sĩ thực hiện độc lập: bác sĩ nhi khoa và bác sĩ ngoại nhi hoặc ngoại tiêu hoá. Nếu các triệu chứng, dấu hiệu được ghi nhận không thống nhất, 2 bác sĩ thảo luận và cùng kiểm tra lại.

- Các biến số cận lâm sàng:

+ Số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu đa nhân trung tính: mẫu máu để làm công thức bạch cầu sẽ được làm tại khoa Thăm dò chức năng Trung Tâm Nhi Khoa và khoa Huyết Học Bệnh Viện Trung Ương Huế, được sử dụng phương pháp đếm bạch cầu máu ngoại vi bằng máy tự động Sysmex SX-800i Kobe của Nhật.

+ Siêu âm ổ bụng: Siêu âm được thực hiện tại khoa Thăm dò chức năng Trung Tâm Nhi Khoa hoặc khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Trung Ương Huế bằng máy siêu âm SIEMENS với đầu dò convex 5MHz để thăm khám tổng quát và đầu dò Linear 7.5MHz để quan sát ruột thừa.

- Các biến số về kết quả giải phẫu bệnh ruột thừa:

+ Viêm ruột thừa cấp: Dựa vào kết quả khi phẫu thuật với hình ảnh đại thể ruột thừa bị viêm xung huyết, ruột thừa nang mủ chưa vỡ và trong ổ bụng chỉ thấy tổn thương của ruột thừa mà không có tổn thương của các cơ quan khác.

+ Viêm ruột thừa cấp có biến chứng: Dựa vào kết quả khi phẫu thuật với hình ảnh đại thể ruột thừa viêm có tình trạng viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể.

Hình ảnh đại thể ruột thừa:

+ Ruột thừa viêm xung huyết: cương tụ các mạch máu dưới thanh mạc, thâm nhập viêm lớp dưới niêm mạc, chưa có phản ứng của phúc mạc.

+ Ruột thừa viêm nang mủ: ruột thừa sưng to, cương màu đỏ thẫm, phù nề, thành dày, trên bề mặt ruột thừa có ít giả mạc, đôi khi có các nốt mủ, trong

lòng ruột thừa có mủ. Ổ phúc mạc có nước trong xuất tiết.

+ Viêm ruột thừa hoại tử: ruột thừa màu xanh ngà, điểm những mảng thối rữa màu đen, các lớp của thành ruột thừa bị hủy hoại nặng, trong ổ phúc mạc có dịch đục, thối do vi khuẩn yếm khí phát triển.

+ Ruột thừa thủng: trong ổ bụng có mủ, thành ruột viêm đỏ, có nhiều giả mạc bao bọc. Ruột thừa mất tính liên tục, bị thủng ở bất kỳ vị trí nào. Có thể viêm màng bụng trong ruột thừa hoại thư, ổ bụng có dịch đục lơ lơ không thành mủ, thối, quanh chỗ ruột thừa bị thủng có giả mạc màu lá cây chết xanh đen.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Tiến hành thu thập thông tin theo bộ câu hỏi có sẵn.

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học có sử dụng phần mềm SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này thực hiện dựa trên thăm khám lâm sàng và làm xét nghiệm thường quy (công thức máu và siêu âm bụng).

Bố mẹ trẻ được cung cấp thông tin đầy đủ và ký vào bản đồng thuận phẫu thuật khi có chỉ định.

Quy trình điều trị (phẫu thuật) đúng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và không phát sinh chi phí bất thường nào cho gia đình bệnh nhi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố bệnh theo tuổi và giới

		n	%
Tuổi	≤ 5	10	8,3
	6 - 10	66	55,0
	11 - 15	44	36,7
	Tổng	120	100
	X ± SD (năm)	9,6 ± 3,1	
Giới	Nam	79	65,8
	Nữ	41	34,2

Bệnh viện Trung ương Huế

Tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi, tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$. Đa số bệnh nhân VRTC thuộc nhóm > 5 tuổi (91,7%). VRTC ở trẻ nam cao hơn nữ, tỷ lệ nam / nữ = 1,9 / 1.

Bảng 2: Phân bố bệnh theo nhiệt độ lúc vào viện

Thân nhiệt (°C)	Tổng	
	n	%
Không sốt	34	28,3
Sốt nhẹ	34	28,3
Sốt vừa	43	35,9
Sốt cao	9	7,5
Tổng	120	100
$X \pm SD(^{\circ}C)$	$37,8 \pm 0,7$	

Phần lớn trẻ VRTC có sốt lúc vào viện (71,7%), chủ yếu là sốt nhẹ đến sốt vừa. Nhiệt độ trung bình lúc vào viện là $37,8 \pm 0,7^{\circ}C$.

Bảng 3: Phân bố bệnh theo triệu chứng thực thể

Thực thể	Tổng	
	n	%
Đau bụng	120	100
Đau 1/4 dưới bụng phải khi ho gõ hoặc nhảy lò cò	114	95,0
MacBurney (+)	118	98,3
Bụng chướng	17	14,2
Phản ứng thành bụng vùng HCP (+)	74	61,7
Phản ứng toàn bụng (+)	20	16,7

Tất cả bệnh nhân vào viện đều có đau bụng (100%). Đau hố chậu phải khi ho gõ hoặc nhảy lò cò và MacBurney (+), phản ứng thành bụng HCP (+) là triệu chứng thực thể hay gặp trong VRTC.

3.2. Cận lâm sàng

Bảng 4: Phân bố bệnh theo số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu	Tổng	
	n	%
Tăng $\geq 10000/mm^3$	115	95,8
Bình thường	5	4,2
Tổng	120	100

Đa số trẻ VRTC có số lượng bạch cầu tăng $\geq 10000/mm^3$ (95,8%).

Bảng 5: Phân bố bệnh theo số lượng BCĐNTT

Số lượng BCĐNTT	Tổng	
	n	%
Tăng $\geq 7500/mm^3$	113	94,2
Bình thường	7	5,8
Tổng	120	100

Đa số trẻ VRTC có số lượng BCĐNTT tăng $\geq 7500/mm^3$ (94,2%).

Bảng 6: Hình ảnh siêu âm ổ bụng

Siêu âm bụng	Tổng	
	n	%
Nhìn thấy ruột thừa	120	100
Đường kính RT > 6 mm	114	95,0
Đề RT không xếp	106	88,3
Phản ứng viêm xung quanh RT	114	95,0
Dịch trong lòng RT	110	91,7
Sỏi phân	36	30,0
Có biến chứng	12	10

Quan sát được ruột thừa đường kính RT > 6 mm, phản ứng viêm xung quanh, có dịch trong lòng ruột thừa và đề RT không xếp là hình ảnh hay gặp trong siêu âm VRTC.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 7: Chẩn đoán sau phẫu thuật

Chẩn đoán sau phẫu thuật	Tổng	
	n	%
Có biến chứng	34	28,3
Không biến chứng	86	71,7
Tổng	120	100

Có 34/120 trẻ có biến chứng VRTC (28,3%).

Bảng 8: Vị trí ruột thừa trong phẫu thuật

Vị trí ruột thừa	Tổng	
	n	%
Bình thường	93	77,5
Sau manh tràng	19	15,8
Dưới gan	2	1,7
Tiểu khung	6	5,0

Đa số ruột thừa ở vị trí bình thường (77,5%).

Bảng 9: Hình ảnh đại thể ruột thừa

Hình ảnh đại thể ruột thừa	Tổng	
	n	%
RT viêm	29	24,2
RT nang mủ	57	47,5
RT hoại tử	4	3,3
RT vỡ mủ, thủng	30	25,0
Tổng	120	100

Đa số ruột thừa ở giai đoạn viêm, nang mủ (71,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Bệnh lý VRTC gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào của trẻ em, tỷ lệ tăng dần theo lứa tuổi. Theo thống kê cho thấy trong tổng số VRTC ở trẻ em thì lứa tuổi sơ sinh chiếm khoảng 0,1%, dưới 1 tuổi chiếm 0,7%, dưới 2 tuổi khoảng 2%, dưới 5 tuổi khoảng 5%. Lứa tuổi hay gặp nhất từ 7 - 12 tuổi. Tỷ lệ VPMRT cao nhất ở tuổi 3 - 4 tuổi [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thấp nhất là 4 tuổi và tuổi cao nhất là 15 tuổi, tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$. Trong đó ở bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ trẻ mắc VRTC chủ yếu là ở nhóm trẻ > 5 tuổi chiếm 91,7%.

Nghiên cứu của Ngô Thị Hoa trên 130 trẻ được phẫu thuật viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện trung ương Huế cho thấy nhóm > 5 tuổi chiếm 90%, tuổi trung bình $9,8 \pm 3,1$ tuổi thấp nhất là 3 tuổi, cao nhất là 15 tuổi và trẻ dưới 5 tuổi có tỷ lệ gặp biến chứng của VRTC cao hơn [7]. Nghiên cứu của Bùi Chín cho thấy nhóm > 5 tuổi chiếm 95,4 % so với 4,6% của nhóm ≤ 5 tuổi, thấp nhất là 3 tuổi, cao nhất là 15 tuổi, trung bình là $10,4 \pm 3,1$ tuổi [8].

Theo nghiên cứu của Muller và cộng sự [9], trong 1420 trẻ bị đau bụng cấp có 66 trẻ (5%) bị viêm ruột thừa cấp, tuổi trung bình 9,9 tuổi, đa số ở độ tuổi 7 - 12 tuổi (74,3%), dưới 7 tuổi chiếm 6%. Soomro B.A [10] và Gendel I. và cộng sự [11] cũng có kết quả nghiên cứu tương tự.

Theo y văn, tỷ lệ VRTC ở trẻ nam cao hơn ở trẻ nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ VRTC gặp ở trẻ trai cao hơn trẻ gái (65,8% so với 34,2%). Tỉ lệ trẻ nam/nữ là 1,9. Nghiên cứu của Muller và cộng sự có 66 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp, trong đó 45 bệnh nhân nam (68%) và 21 bệnh nhân nữ (32%), tỷ lệ nam/nữ là 2,1 [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Tân Hùng cũng cho thấy tỷ lệ trẻ nam chiếm đa số trong VRTC với tỷ lệ nam/nữ = 1,81 [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 71,7% bệnh nhi có sốt lúc vào viện, chủ yếu là sốt nhẹ đến sốt vừa. Nhiệt độ trung bình là $37,8 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$, trong đó nhiệt độ thấp nhất là $36,5^{\circ}\text{C}$, nhiệt độ cao nhất là $40,3^{\circ}\text{C}$.

Nghiên cứu của Ngô Thị Hoa có kết quả tương tự với 82,5% trẻ có sốt lúc vào viện, nhiệt độ trung bình là $38,1 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$, có sự liên quan giữa nhiệt độ và biến chứng của ruột thừa viêm [7]. Nghiên cứu của Bùi Chín cho thấy tỷ lệ trẻ VRTC có sốt là 67,9%, nhiệt độ trung bình là $37,9 \pm 0,62^{\circ}\text{C}$ [8]. Nghiên cứu của Gender I và cộng sự cho thấy nhiệt độ trung bình của trẻ VRTC là $37,4 \pm 0,8^{\circ}\text{C}$ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhiệt độ trung bình của trẻ có ruột thừa bình thường là $36,9 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$ [11]. Nghiên cứu của Muller [9], VRTC có sốt chiếm 47,1%, độ nhạy 47,1%, độ đặc hiệu 73,3%.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, điểm Macburney (+) (98,3%), đau 1/4 dưới bụng phải khi ho, gõ hoặc nhảy lò cò (95%) và phản ứng thành bụng HCP (61,7%) là triệu chứng thực thể thường gặp trong viêm ruột thừa cấp. Bụng chướng và phản ứng thành bụng toàn bụng ít gặp hơn. Trong nghiên cứu của Ngô Thị Hoa, tỷ lệ trẻ có điểm đau McBurney (+) là 98,5%, đau HCP 96,2%; triệu chứng bụng chướng, phản ứng thành bụng HCP (+), phản ứng toàn bụng (+) ở nhóm ≤ 5 tuổi có tỷ lệ cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [7]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ bụng chướng, phản ứng thành bụng HCP, phản ứng thành bụng toàn bụng (+) gặp nhiều hơn ở trẻ ≤ 5 tuổi, trong đó dấu hiệu phản ứng thành bụng toàn bụng (+) có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ, việc thăm khám bụng đặc biệt khó khăn hơn người lớn do trẻ thường hay quấy khóc hoặc sợ hãi gây căng cơ. Vì vậy, việc thăm khám là khâu quan trọng nhất để quyết định chẩn đoán. Cần khám lặp lại để so sánh tình trạng căng cơ bụng sau mỗi lần khám và nên thực hiện trên cùng một thầy thuốc. Tốt nhất là nên cho mẹ bế trẻ và đánh lạc hướng trẻ để giảm bớt tình trạng căng cơ bụng. Ngoài ra ta có thể xác định các triệu chứng bằng cách dỗ dành, động viên trẻ tạo môi trường gần gũi tránh làm trẻ lo sợ.

Nghiên cứu của Nguyễn Tân Hùng, các triệu chứng thực thể hay gặp ở nhóm bệnh nhân VRTC là phản ứng thành bụng HCP chiếm 88%; đau 1/4 dưới bụng phải khi ho, gõ hoặc nhảy lò cò 98,6%, hai triệu chứng này ở nhóm bệnh nhân VRTC cao hơn nhóm không VRTC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Đây là những triệu chứng trung thành và quan trọng, có giá trị quyết định chẩn đoán, luôn cho hiệu quả chính xác nhất của VRTC [12]. Nghiên cứu của Muller cho thấy, đau HCP (90,2%), độ nhạy 90,2%, độ đặc hiệu 6,7%; phản ứng thành bụng vùng HCP (96,1%), độ nhạy 96,1%, độ đặc hiệu 6,7% [9]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều tác giả, theo y văn đau HCP và Macburney (+), phản ứng thành bụng HCP là các triệu chứng kinh điển VRTC.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng trong viêm ruột thừa cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ VRTC có số lượng bạch cầu và BCĐNTT tăng (95,8% và 94,2%). Số lượng bạch cầu máu trung bình $16257,8 \pm 4167,6/\text{mm}^3$, số lượng BCĐNTT trung bình $13160,9 \pm 4031,9/\text{mm}^3$. Nhóm VRTC có biến chứng có số lượng trung bình bạch cầu và BCĐNTT cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo Nguyễn Tân Hùng, nhóm VRTC có số lượng bạch cầu và số lượng BCĐNTT tăng chiếm tỷ lệ cao (91,7% và 88,9%) [12]. Nghiên cứu của Yahya A. Al-Abed và cộng sự,

có sự khác biệt về số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính giữa nhóm VRTC và nhóm ruột thừa bình thường $p < 0,001$ [13].

Nghiên cứu của Trần Văn Dể và cộng sự, số lượng bạch cầu trung bình là $14,377 \pm 4396/\text{mm}^3$, tỷ lệ bệnh nhân VRTC có bạch cầu tăng trên 10000/ mm^3 chiếm chủ yếu (89,1%), độ nhạy 89,07%, độ đặc hiệu 50%, giá trị tiên đoán dương tính 99,06% và giá trị tiên đoán âm tính 7,1%. Tỷ lệ BCĐNTT tăng >70% chiếm đa số (87,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [14].

Nghiên cứu của Bùi Chín, số lượng bạch cầu $\geq 10000/\text{mm}^3$ chiếm đa số (61,5%), số lượng bạch cầu trung bình là $12,1 \pm 4,3 \times 10^9/\text{L}$, không có sự khác biệt số lượng bạch cầu trung bình và tỷ lệ BCĐNTT giữa 2 nhóm VRTC và VPM RT [8]. Ngô Thị Hoa cũng có kết quả nghiên cứu tương tự [7].

Tuy nhiên, nghiên cứu của Phan Thanh Lương và cộng sự, số lượng bạch cầu trung bình là $14022 \pm 4820/\text{mm}^3$, số lượng bạch cầu tăng khi mức độ tổn thương giải phẫu bệnh lý nặng, số lượng bạch cầu ở nhóm VPM ruột thừa ($15190 \pm 5004/\text{mm}^3$) tăng cao hơn VRTC ($12780 \pm 4309/\text{mm}^3$) ($p < 0,05$) [15]. Nghiên cứu của Sahbaz N.A và cộng sự nghiên cứu trên 159 bệnh nhân VRTC cũng ghi nhận số lượng bạch cầu tăng cao hơn ở nhóm VRTC có biến chứng $p < 0,05$ [16].

Nhìn chung hầu hết các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy số lượng bạch cầu và BCĐNTT tăng cao trong bệnh viêm ruột thừa cấp, nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả như vậy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ được siêu âm bụng ngay khi nghi ngờ VRTC trên lâm sàng. 99,2% trường hợp VRTC được kết luận ruột thừa viêm đúng với chẩn đoán sau phẫu thuật. 100% trường hợp khảo sát được ruột thừa, trong đó đường kính ruột thừa > 6mm (95%), dịch trong lòng ruột thừa (91,7%), đề không xếp (88,3%) và phản ứng viêm quanh ruột thừa (95%) là dấu hiệu thường thấy. Sỏi phân chỉ có trong 36 trường hợp (30%).

Nghiên cứu của Ngô Thị Hoa cho thấy 90% trường hợp có đường kính ruột thừa > 6mm, 99,2% đề ruột thừa không xếp, 98,5% phản ứng viêm xung quanh ruột thừa, 53,8% trường hợp có dịch trong lòng ruột thừa, 27,7% trường hợp có sỏi phân [7].

Nghiên cứu của Tôn Thanh Trà và cộng sự cho thấy 45/58 trường hợp thấy hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm, độ nhạy của siêu âm là 77,6%, độ đặc hiệu là 98,7%, giá trị tiên đoán dương là 97,8%, giá trị tiên đoán âm là 77,9% [17]. Nghiên cứu của Phạm Thị Minh Rạng và Phạm Lê An (2012) cho thấy siêu âm bụng chẩn đoán VRTC ở trẻ em có độ nhạy là 52,8%, độ đặc hiệu là 71,8% [18].

4.3. Đánh giá ruột thừa viêm trong phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 93 trường hợp ruột thừa ở vị trí bình thường (77,5%), 19 trường hợp ruột thừa ở vị trí sau manh tràng (15,8%), 2 trường hợp nằm dưới gan (1,7%) và 6 trường hợp ruột thừa ở tiểu khung (5%). Bảng 3.26 cho thấy triệu chứng rối loạn xuất tiêu có liên quan đến vị trí ruột thừa ở tiểu khung ($p < 0,05$).

Kết quả tương tự ở nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Hoa với 77,7% ruột thừa ở vị trí bình thường, 12,3% ruột thừa ở vị trí sau manh tràng và 2,3% ruột thừa dưới gan, 7,7% ở tiểu khung [7], và vị trí ruột thừa ở tiểu khung thường có triệu chứng rối loạn xuất tiêu. Nghiên cứu của Nguyễn Tân Hùng có 86,6% ruột thừa ở vị trí bình thường, 13,4% ruột thừa ở vị trí khác. Theo Phan Thanh Lương và cộng sự, ruột thừa ở HCP 80,6%, manh tràng 10,5%, vị trí khác 19,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh đại thể ruột thừa được đánh giá dựa vào quan sát và đánh giá của phẫu thuật viên lúc phẫu thuật. Theo y văn, VRTC có 4 thể tương ứng với 4 giai đoạn phát triển của bệnh: Ruột thừa sung huyết → Ruột thừa nang mủ → Ruột thừa hoại tử → Ruột thừa vỡ mủ. Trong đó, với bệnh lý VRTC, hình ảnh ruột thừa xung huyết hoặc nang mủ, chưa vỡ, gốc ruột thừa bình thường, không có giả mạc và không dính là VRTC chưa có

biến chứng, còn hình ảnh ruột thừa hoại tử và ruột thừa thủng, vỡ mủ là ruột thừa viêm có biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 24,2% trường hợp ruột thừa viêm xung huyết, 47,5% trường hợp ruột thừa nang mủ, 3,3% trường hợp ruột thừa hoại tử và 25% trường hợp ruột thừa vỡ mủ. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Chín, với ruột thừa sung huyết 5,5%, ruột thừa nang mủ 64,2%, ruột thừa hoại tử 10,9% và ruột thừa vỡ mủ 19,5% [8]. Như vậy, tại thời điểm phẫu thuật, ruột thừa chủ yếu ở giai đoạn sung huyết và nang mủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này hoàn toàn phù hợp do phần lớn bệnh nhi vào viện trong 24 giờ đầu kể từ lúc khởi phát triệu chứng. Theo tiến triển của bệnh, thời gian khởi phát triệu chứng càng dài, ruột thừa sẽ tiến triển sang hoại tử và vỡ mủ, gây nên bệnh cảnh VRTC có biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

- Trẻ bị viêm ruột thừa cấp có tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$ tuổi, nhóm ≥ 5 tuổi chiếm 91,7%.

- Viêm ruột thừa cấp ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Tỷ lệ nam/nữ = 1,9/1.

- Sốt chiếm tỷ lệ cao (71,7%), chủ yếu là sốt nhẹ đến vừa. Nhiệt độ trung bình lúc vào viện là $37,8 \pm 0,7^\circ\text{C}$. Về mặt nhiễm trùng chiếm tỷ lệ thấp (36,7%).

- Đau 1/4 hố chậu phải khi ho, gõ hoặc nhảy lò cò và Macburney (+) là các triệu chứng thực thể hay gặp (95% và 98,3%).

Đặc điểm cận lâm sàng

- Đa số trẻ viêm ruột thừa cấp có số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng (95,8% và 94,2%).

- Siêu âm kết luận ruột thừa viêm trong 99,2% trường hợp.

Hình ảnh ruột thừa khi phẫu thuật

- 71,7% trường hợp ruột thừa ở giai đoạn viêm nang mủ, ruột thừa nằm ở HCP chiếm tỷ lệ 77,5%.

- Viêm ruột thừa có biến chứng chiếm tỷ lệ 28,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stringer MD. Acute appendicitis: Acute appendicitis. J Paediatr Child Health, 53(11), 1071 - 1076. 2017
2. Phan Văn Linh. Ruột thừa viêm cấp, Ngoại Bệnh Lý tập 1, Nhà xuất bản Y học, 96 - 108. 2008
3. Nguyễn Hữu Chí, Võ Hà Nhật Thúy, Đào Trung Hiếu. Đặc điểm lâm sàng và siêu âm viêm ruột thừa ở trẻ dưới 3 tuổi phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, số 15(3), 88 - 92. 2011
4. Almaramhy HH. Acute appendicitis in young children less than 5 years: review article, Ital J Pediatr, 43. 2017
5. Naiditch JA, Lautz TB, Daley S, Pierce MC, Reynolds M. The implications of missed opportunities to diagnose appendicitis in children. Acad Emerg Med 2013;20:592-6
6. Bộ Y tế. Viêm ruột thừa ở trẻ em, Cấp cứu ngoại khoa Tập 1, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 486 - 496. 2021
7. Ngô Thị Hoa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm ruột thừa cấp ở trẻ em, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược Huế. 2015
8. Bùi Chín. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và ứng dụng thang điểm Linberg cải tiến để chẩn đoán viêm ruột thừa trẻ em, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Dược Huế. 2004
9. Muller AM, Kaucevic M, Coerdts W, Turial S. Appendicitis in childhood: correlation of clinical data with histopathological findings. Klin Padiatr 2010;222:449-54
10. Soomro BA. Acute Appendicitis in children, J Surg Pak, 151-154. 2008
11. Gendel I, Gutermacher M, Buklan G, Lazar L, Kidron D, Paran H, et al. Relative value of clinical, laboratory and imaging tools in diagnosing pediatric acute appendicitis. Eur J Pediatr Surg 2011;21:229-33
12. Nguyễn Tân Hùng. Nghiên cứu áp dụng thang điểm chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Hà Nội. 2014
13. Al-Abed YA, Alobaid N, Myint F. Diagnostic markers in acute appendicitis. Am J Surg 2015;209:1043-7
14. Trần Văn Dế, Trần Văn Tuấn. Điều trị viêm ruột thừa chưa có biến chứng ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, số 19, 34-48. 2015
15. Phan Thanh Lương, Trần Ngọc Bích. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh lý trong viêm ruột thừa cấp ở trẻ em, Tạp chí ngoại khoa, số 2, 27-32. 2003
16. Sahbaz NA, Bat O, Kaya B, Ulukent SC, Ilkgul O, Ozgun MY, et al. The clinical value of leucocyte count and neutrophil percentage in diagnosing uncomplicated (simple) appendicitis and predicting complicated appendicitis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2014;20:423-6
17. Tôn Thanh Trà, Tôn Thất Quỳnh Ái. Siêu âm cấp cứu trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, số 15(4), 35-41. 2011
18. Phạm Thị Minh Rạng, Phạm Lê An. Giá trị thang điểm Alvarado và siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trẻ em, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, số 16, 96-101. 2012