

Kết quả phẫu thuật mổ mở điều trị viêm ruột thừa cấp cho lực lượng gìn giữ hòa bình tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam - Nam Xu-Đặng

Acute appendicitis among united nations peacekeepers at the Vietnamese Level 2 Field Hospital in South Sudan

Nguyễn Thị Chiên¹, Phạm Hoàng Thành¹,
Ngô Văn Hưng¹, Lê Hồng Nhị¹ và Hoàng Thế Hùng^{1,2*}

¹Bệnh viện Dã chiến cấp 2 số 6 - Cục gìn giữ
Hòa Bình Việt Nam,

²Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị viêm ruột thừa cấp (VRTC) cho lực lượng gìn giữ hòa bình bằng phẫu thuật mổ mở tại Bệnh viện Dã chiến (BVDC) cấp 2 Việt Nam - Nam Xu-Đặng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, không nhóm đối chứng. 30 người bệnh (NB) được chẩn đoán VRTC tại BVDC cấp 2 Việt Nam từ 5/2021 đến 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $29,83 \pm 5,59$, 96,67% là nam giới, lực lượng quân đội chiếm 83,33%, dân sự chiếm 16,67%. Đường kính ruột thừa (RT) trên siêu âm trung bình là $9,36 \pm 3,16$ mm, độ dày thành RT trung bình là $2,47 \pm 0,42$ mm, có 73,33% số NB có RT nằm ở hố chậu phải, 3 NB RT dưới gan, 5 NB RT sau manh tràng chiếm 16,67%. Viêm RT mủ có 16/30 NB (53,34%), có 4 NB thủng RT gây viêm phúc mạc. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $6,33 \pm 2,75$ ngày, có 2 NB (6,67%) biến chứng đều là nhiễm khuẩn vết mổ. Điểm đau trong ngày thứ nhất, ngày thứ 2 sau mổ và thời điểm ra viện lần lượt là $5,57 \pm 1,28$, $3,97 \pm 1,16$ và $1,42 \pm 0,51$ điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa viêm là biện pháp điều trị hiệu quả, đáng tin cậy trong môi trường hoạt động dã chiến không có phương tiện phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, bệnh viện dã chiến, Nam Xu-Đặng, gìn giữ hòa bình.

Summary

Objective: To evaluate the early outcomes of open appendectomy in the treatment of acute appendicitis (AA) among peacekeeping personnel at the Vietnamese Level-2 Field Hospital in South Sudan. **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study without a control group. A total of 30 patients diagnosed with AA were treated at the Vietnamese Level-2 Field Hospital from May 2021 to May 2025. **Result:** The mean age was 29.83 ± 5.59 years; 96.67% were male. Military personnel accounted for 83.33%, and civilians for 16.67%. The average appendiceal diameter on ultrasound was 9.36 ± 3.16 mm, and wall thickness was 2.47 ± 0.42 mm. The appendix was located in the right iliac fossa in 73.33% of cases, subhepatic in 3 cases, and retrocecal in 5 cases (16.67%). Suppurative appendicitis was observed in 16/30 patients (53.34%), and 4 cases had perforated appendix with peritonitis. The average postoperative hospital stay was 6.33 ± 2.75 days. There were two cases (6.67%) of postoperative complications, both being surgical site infections. Pain scores on postoperative day 1, day 2, and at

Ngày nhận bài: 15/7/2025, ngày chấp nhận đăng: 9/9/2025

* Tác giả liên hệ: bshoangthehung@gmail.com - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân

discharge were 5.57 ± 1.28 , 3.97 ± 1.16 , and 1.42 ± 0.51 , respectively. *Conclusion:* Open appendectomy is an effective and reliable treatment for acute appendicitis in field conditions without access to laparoscopic surgery.

Keywords: Acute appendicitis, field hospital, South Sudan, peacekeeping.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là một trong những cấp cứu ngoại khoa phổ biến nhất, có khoảng 50,000 đến 250,000 trường hợp mỗi năm lần lượt ở Anh và Mỹ¹. Tình trạng này nếu không được xử trí kịp thời có thể gây ra áp xe, viêm phúc mạc, thậm chí đe dọa tính mạng người bệnh. Phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa viêm đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn từ khi kỹ thuật này được thực hiện thành công vào năm 1894. Sau hơn 30 năm từ khi kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm được thực hiện, kỹ thuật này đã được sử dụng rộng rãi và dần thay thế mổ mở ở hầu hết các bệnh viện trên thế giới. Cả hai kỹ thuật mổ mở và mổ nội soi cắt ruột thừa viêm đều có các biến chứng trong và sau mổ như: Nhiễm khuẩn vết mổ, áp xe ổ bụng, tắc ruột, dính ruột, máu tụ.... Tuy nhiên, mổ mở thường có thời gian nằm viện dài hơn và có tỷ lệ bệnh nhân nhập viện lại do tắc ruột, dính ruột cao hơn. Đồng thời có mức độ đau sau mổ cao hơn so với mổ nội soi².

Tuy nhiên, ở các khu vực khó khăn về trang thiết bị kỹ thuật như vùng hải đảo, vùng núi, hay ở trong môi trường dã chiến không có hệ thống phẫu thuật nội soi thì mổ mở vẫn là lựa chọn duy nhất để điều trị và cứu sống tính mạng người bệnh. Việt Nam đã triển khai Bệnh viện dã chiến cấp 2 thực hiện nhiệm vụ gìn giữ hòa bình tại Nam Xu-Đăng từ năm 2018. Bệnh viện có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân viên Liên hiệp quốc (LHQ) tại khu vực bang Unity, Nam Xu-Đăng. Bệnh viện được thực hiện các phẫu thuật cấp cứu cứu sống tính mạng người bệnh, trong đó phẫu thuật cắt ruột thừa là một trong những phẫu thuật phổ biến nhất. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị, cung cấp thêm kinh nghiệm cho các phẫu thuật viên trong điều trị người bệnh VRTC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm điều trị viêm ruột thừa cấp cho lực lượng gìn giữ hòa bình bằng phẫu thuật mổ mở tại Bệnh viện dã chiến cấp 2 Việt Nam - Nam Xu-Đăng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

30 người bệnh được mổ mở cắt ruột thừa viêm cấp tại Bệnh viện dã chiến cấp 2 Việt Nam - Nam Xu-Đăng từ 05/2021 – 05/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB được chẩn đoán VRTC và được phẫu thuật mổ mở cắt RT viêm tại BVDC cấp 2 Việt Nam - Nam Xu-Đăng giai đoạn 5/2021 đến 5/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB không đủ hồ sơ bệnh án cả khi nhập viện phẫu thuật và hồ sơ khám lại theo hẹn. Có 01 bệnh án được loại trừ do không có hồ sơ khám lại theo hẹn. Đây là bệnh nhân sau mổ 10 ngày bệnh nhân ổn định và về nước khi hết nhiệm kỳ công tác.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, không có nhóm đối chứng.

Các bước nghiên cứu:

Truy cập hệ thống dữ liệu của BVDC, lập danh sách NB được chẩn đoán và phẫu thuật cắt ruột thừa viêm.

Mượn hồ sơ bệnh án (bệnh án nhập viện khi phẫu thuật, hồ sơ bệnh án khi khám lại theo hẹn).

Thu thập số liệu theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung của NB: Tuổi, giới, chỉ số BMI, độ ASA, đặc điểm ruột thừa (vị trí giải phẫu ruột thừa, kích thước ruột thừa, tổn thương giải phẫu bệnh).

Đặc điểm phẫu thuật (đường mổ, thời gian mổ, chẩn đoán sau mổ, tai biến trong mổ).

Kết quả điều trị:

Biến chứng sau mổ: Nhiễm khuẩn vết mổ, chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Trung tâm kiểm soát và phòng chống bệnh tật Hoa Kỳ năm 2017 (Centers for Disease Control and Prevention - CDC 2017). Gồm nhiễm khuẩn nông, nhiễm khuẩn sâu, nhiễm

khuẩn ổ bụng. Viêm phúc mạc bao gồm các triệu chứng: Đau bụng liên tục kèm theo phản ứng thành bụng, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, siêu âm có dịch tự do trong ổ bụng.

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

Mức độ đau sau mổ theo ngày.

Kỹ thuật mổ: Các bệnh nhân VRTC không có biến chứng và biến chứng viêm phúc mạc khu trú mổ theo đường Mac-Burney. Bệnh nhân VRTC biến chứng VPM toàn thể mổ theo đường trắng giữa trên và dưới rốn. Gốc ruột thừa được khâu buộc bằng chỉ Safil 1/0. Với VRTC không có biến chứng đặt 1 dẫn Douglas, với trường hợp VPM khu trú đặt 1 dẫn lưu Douglas và 1 dẫn lưu dưới gan, với trường hợp viêm phúc mạc toàn thể, đặt 1 dẫn lưu Douglas, 1 dẫn lưu

dưới gan, 1 dẫn lưu hố lách. Sau mổ bệnh nhân được dùng kháng sinh điều trị theo hướng dẫn của tổ chức y tế thế giới.

Xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến liên tục được tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được tính tỷ lệ phần trăm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo quy định và sự cho phép của BVDC cấp 2 số 6 Việt Nam, Nam Xu Đăng, Cục Gìn giữ Hòa bình Việt Nam. Tất cả các người bệnh đều có đơn đồng ý tham gia nghiên cứu. Danh tính NB được mã hóa theo quy định, đảm bảo tính bảo mật. Nhóm tác giả không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (%)	Trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)
Giới	Nam	29 (96,67)	
	Nữ	1 (3,33)	
Tuổi			29,83 ± 5,59 (21 - 41)
Đối tượng	Quân đội	25 (83,33)	
	Cảnh sát	0 (0)	
	Dân sự	5 (16,67)	
BMI	Bình thường	9 (30,0)	25,11 ± 2,66 (21,14 – 31,16)
	Thừa cân	14 (46,7)	
	Béo phì	7 (23,3)	
ASA	I	25 (83,33)	
	II	5 (16,67)	

Nhận xét: Đa số NB trong nghiên cứu là nam giới (96,67%). Chủ yếu NB là lực lượng quân đội các nước Mông Cổ và Ghana chiếm 83,33%. Hầu hết các NB có tình trạng thừa cân hoặc béo phì (chiếm 70%).

Bảng 2. Đặc điểm ruột thừa

Chỉ tiêu		Số lượng (%)	Trung bình (mm) (nhỏ nhất – lớn nhất)
Vị trí RT	Hố chậu phải	22 (73,33)	
	Sau manh tràng	5 (16,67)	
	Dưới gan	3 (10,0)	
Đường kính RT trên siêu âm			9,36 ± 3,16 (6,1-18,0)
Độ dày thành RT trên siêu âm			2,47 ± 0,42 (2,0-3,5)

Chỉ tiêu		Số lượng (%)	Trung bình (mm) (nhỏ nhất – lớn nhất)
Tổn thương giải phẫu RT	VRT xung huyết	6 (20,0)	
	VRT mũ	16 (53,34)	
	VRT hoại tử	4 (13,33)	
	Thủng gây VPM	4 (13,33)	

Phần lớn NB có ruột thừa nằm ở vị trí giải phẫu bình thường ở hố chậu phải chiếm 73,33%. Viêm RT thừa mũ chiếm đa số với 16/30 NB (53,34%), có 4 NB thủng RT gây viêm phúc mạc (2 NB viêm phúc mạc toàn thể, 2 NB viêm phúc mạc khu trú). Có một trường hợp viêm phúc mạc toàn thể không thấy hình ảnh ruột thừa trên siêu âm.

Có 28 NB sử dụng đường mổ Mac-Burney, 2 NB sử dụng đường trắng giữa trên và dưới rốn. Thời gian mổ trung bình là $87,5 \pm 62,76$ phút (40 - 300 phút). Không có bệnh nhân nào xuất hiện tai biến trong mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,33 \pm 2,75$ (từ 3 đến 21 ngày). Thời gian sử dụng kháng sinh $8,57 \pm 2,49$ ngày (từ 3 đến 21 ngày). Có 2 NB biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ chiếm 6,67%.

Bảng 3. Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

Thời điểm	Trung bình	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Ngày thứ nhất sau mổ	$5,57 \pm 1,28$	4 - 8
Ngày thứ 2 sau mổ	$3,97 \pm 1,16$	3 - 7
Thời điểm ra viện	$1,42 \pm 0,51$	1 - 3

Tại thời điểm ngày thứ nhất sau mổ, bệnh nhân đau vừa hoặc đau nặng, tại thời điểm ra viện bệnh nhân chỉ thấy đau nhẹ, không cần dùng thuốc giảm đau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong giai đoạn 2021 đến 2025, BVDC cấp 2 Việt Nam tại Nam Xu-Đăng đã phẫu thuật cho 30 NB VRTC, trong đó có 29 NB là nam giới, chỉ có 1 bệnh nhân nữ. Trong giai đoạn 2007 đến 2012 tại BVDC cấp 2 Bangladesh tại Liberia đã phẫu thuật cho 37 NB VRTC (chiếm 44,57% số NB phẫu thuật lớn) và 100% NB đều là nam giới³. BVDC cấp 2 Việt Nam tại Nam Xu-Đăng cung cấp dịch vụ sức khỏe cho hơn 3600 nhân viên LHQ làm việc tại phân khu Unity phái bộ UNMISS. Qua thực tế làm việc tại BVDC cấp 2 Việt Nam và các thống kê của bệnh viện, tỷ lệ mổ VRTC chiếm khoảng 1 nửa số ca phẫu thuật lớn. Điều này cho thấy các phẫu thuật điều trị bệnh lý vẫn chiếm một tỷ lệ đáng kể trong công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân viên LHQ làm việc tại thực

địa. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới trong độ tuổi lao động, điều này phản ánh đúng thực tế rằng, tỷ lệ nam giới tham gia lực lượng gìn giữ hòa bình vẫn chiếm tỷ lệ gần như tuyệt đối, đặc biệt là thực hiện nhiệm vụ tại các đại bàn khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 NB là lực lượng quân đội, 5 NB là dân sự, không có NB nào là cảnh sát. Lực lượng quân đội, NB đến chủ yếu từ Mông cổ và Ghana, NB là dân sự phần lớn là người dân địa phương Nam Xu-Đăng.

Một đặc điểm đáng lưu ý trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là chỉ số BMI, có 30% số NB có chỉ số BMI bình thường, 46,67% thừa cân và 23,33% là béo phì. Chỉ số BMI có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch và các bệnh mạn tính khác, đồng thời chỉ số BMI cao cũng ảnh hưởng đến khả năng vận động. Người lính được đòi hỏi cao về chỉ số BMI để đảm bảo hoạt động thể chất và tính sẵn sàng chiến đấu, phòng tránh bệnh tật. Đặc biệt người lính tham gia lực lượng gìn giữ hòa bình điều này càng quan trọng, bởi vì họ phải đến một nước

khác để thực hiện nhiệm vụ sẽ có sự thay đổi đáng kể về môi trường, thực phẩm, lối sống. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ cao người lính trong các lực lượng quân đội vẫn thừa cân và có một tỷ lệ nhỏ là béo phì. Như trong nghiên cứu của Raj KT và cộng sự năm 2024 trên 351 người lính Nepal tham gia lực lượng gìn giữ hòa bình, có 46,44% có chỉ số BMI bình thường, thừa cân là 52,99%, chỉ có 0,57% là béo phì⁴. Tại các BVDC cấp 2 của LHQ đều thực hiện kỹ thuật mổ mở để phẫu thuật cắt ruột thừa viêm, vì vậy chỉ số BMI có ảnh hưởng đến quá trình thực hiện phẫu thuật. Do các bệnh nhân béo phì có lớp mỡ vùng mổ dày nên gây khó khăn cho bóc lột ruột thừa.

4.2. Đặc điểm ruột thừa viêm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính ruột thừa trên siêu âm trung bình là $9,36 \pm 3,16$ mm (6,1-18,0mm), độ dày thành ruột thừa trung bình là $2,47 \pm 0,42$ mm (2,0-3,5mm), có 73,33% số NB có ruột thừa nằm ở hố chậu phải, 03 NB RT dưới gan, 5 NB RT sau manh tràng chiếm 16,67%. Trong nghiên cứu của Nhekdim N và cộng sự năm 2024 trên 71 người bệnh được phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi tại Bệnh viện Bạch Mai, có 84,5% số NB có kích thước ruột thừa trên siêu âm lớn hơn 7mm, có 14,1% số NB không thấy hình ảnh ruột thừa trên siêu âm⁵. Nghiên cứu của Lạc Tuệ Minh và cộng sự năm 2019 trên 413 NB VRTC, có 39% số NB có RT nằm ở hố chậu phải, sau manh tràng chiếm 21,1%⁶.

Trong số 30 NB, có 6 NB viêm RT xung huyết, 16 NB viêm RT mũ, 4 NB viêm RT hoại tử, 4 NB thủng gây viêm phúc mạc. Tỷ lệ mổ ở giai đoạn viêm RT mũ và viêm RT xung huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,33% thấp hơn nghiên cứu của Lê Văn Thêm và cộng sự năm 2023, có 82% số NB được phẫu thuật ở giai đoạn viêm RT xung huyết và viêm RT mũ⁷. Điều này là do các bệnh nhân của chúng tôi được khám, điều trị, trong môi trường dã chiến. Các bệnh nhân được khám ở bệnh viện cấp 1 trước (tại đây không có máy siêu âm và không có bác sĩ chuyên khoa về phẫu thuật tiêu hóa) sau đó mới chuyển đến bệnh viện cấp 2 của chúng tôi. Tại BVDC cấp 2 Việt Nam đã có máy siêu âm và bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa để chẩn đoán và phẫu

thuật cho NB VRTC. Tuy nhiên hoạt động trong môi trường dã chiến và hoạt động độc lập nên việc quyết định chẩn đoán, phẫu thuật đều được xem xét cẩn thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân vào viện ngày thứ 3 của bệnh với chẩn đoán viêm ruột thừa sau manh tràng thủng gây viêm phúc mạc khu trú. Đồng thời NB có thể trạng to béo nên gây khó khăn trong phẫu thuật, đặc biệt ruột thừa ở vị trí khó và nhiều tổ chức viêm xung quanh gây khó khăn khi bóc lột ruột thừa. Chính vì vậy thời gian mổ cho bệnh nhân này đã kéo dài lên 300 phút.

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị sau phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình là $6,33 \pm 2,75$ (từ 3 đến 21 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu sử dụng phẫu thuật nội soi là 3,4 đến 4,5 ngày⁸. Nhưng tương tự như các nghiên cứu đối với phẫu thuật mổ mở trong nước, như nghiên cứu của Lữ Văn Trọng và cộng sự năm 2011 trên 131 NB, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,0 \pm 2,85$ ngày⁹. Bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ dài nhất là 21 ngày, đây là NB có biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 2 NB (6,6%). Cả 2 NB biến chứng đều là nhiễm khuẩn vết mổ, trong đó 1 NB cần nhập viện lại điều trị kháng sinh và chăm sóc vết mổ, vết mổ liền sau 17 ngày nằm viện. 1 ca chỉ cần chăm sóc vết mổ và dùng kháng sinh tại đơn vị, vết mổ liền sau 10 ngày. Trong điều kiện dã chiến, NB đến viện của chúng tôi muộn nên làm tăng nguy cơ các biến chứng sau mổ. Mặt khác với điều kiện vô khuẩn trong phòng mổ không được đảm bảo tốt như các bệnh viện trong nước nên cũng góp phần gây ra biến chứng nhiễm khuẩn. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với phẫu thuật nội soi từ 2,2 đến 5,6%⁸. Trong nghiên cứu của Lữ Văn Trọng với các NB mổ mở điều trị VRTC tại Bệnh viện Châu Đốc năm 2010 và 2011, cho thấy tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ là 7,6%⁹. Năm 2022, tác giả Mohammed AO và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 328 NB mổ mở VRTC tại Nam Xu-Đang, cho thấy tỷ lệ biến chứng chung là 8,2% (nhiễm khuẩn vết mổ 6,7%, nhiễm khuẩn ổ bụng 1,5%)¹⁰. Trong một nghiên cứu tại Mỹ

năm 1998 trên 34 NB VRTC được phẫu thuật mổ mở có thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 4 ngày, tỷ lệ biến chứng là 11,8% (bao gồm 2 NB nhiễm khuẩn vết mổ, 1 NB áp xe tồn dư, 1 NB biến chứng tim mạch) ¹¹. Điểm đau của người bệnh trong ngày thứ nhất, ngày thứ 2 sau mổ và thời điểm ra viện lần lượt là $5,57 \pm 1,28$, $3,97 \pm 1,16$ và $1,42 \pm 0,51$ điểm. Trong 2 ngày đầu sau mổ người bệnh được dùng giảm đau đường tĩnh mạch là paracetamol, từ ngày thứ 3 sau mổ, người bệnh chỉ cần dùng thuốc giảm đau đường uống, tại thời điểm ra viện, người bệnh không cần dùng thuốc giảm đau. 100% số bệnh nhân sau khi ra viện được trở về đơn vị cũ, không có NB nào phải hồi hương hoặc chuyển lên tuyến trên. Tương tự như các nghiên cứu khác, NB sau phẫu thuật cắt ruột thừa chỉ đau vừa và nhẹ ở ngày thứ nhất và ngày thứ 2 sau mổ. Từ ngày thứ 3 đau nhẹ hoặc không đau ⁸.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa viêm là biện pháp điều trị hiệu quả, đáng tin cậy trong môi trường hoạt động dã chiến không có phương tiện phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yu MC, Feng YJ, Wang W et al (2017) *Is laparoscopic appendectomy feasible for complicated appendicitis? A systematic review and meta-analysis*. Int J Surg 40: 187-197.
2. Napaphat P, Chumpon W, John A et al (2020) *Comparison of postoperative complications between open and laparoscopic appendectomy: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*. Journal of Trauma and Acute Care Surgery 89(4): 813-820.
3. Uddin MB, Ahmed MU, Haque MA et al (2013) *A retrospective 05 years analysis of operative surgical patients in Bangladesh level II Hospital, UNMIL*. JAFMC Bangladesh 40(1): 14-18.
4. Raj KT, Arun S, Sitaram K et al (2024) *Body mass index among Nepali soldiers serving in the peacekeeping mission of the United Nations: A pre and post deployment comparative study*. MJSBH 23(1). doi:10.3126/mjsbh.v23i175751.
5. Nhekdim N, Trần Hiếu Học, Vũ Đức Long (2024) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân bị viêm ruột thừa cấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí y học Việt Nam 544(3), tr. 310-314.
6. Lạc Tuệ Minh, Nguyễn Thị Tố Quyên, Phạm Ngọc Hoa (2019) *Khảo sát hình thái bình thường của ruột thừa ở người trưởng thành bằng X-quang cắt lớp vi tính*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 23(1), tr. 226-231.
7. Lê Văn Thêm (2023) *Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa cấp điều trị tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn quý 1 năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam 527(1), tr. 45-48.
8. Nguyễn Kỳ Minh, Trần Hiếu Ngân, Nguyễn Văn Tổng và cộng sự (2021) *Kết quả điều trị viêm ruột thừa cấp 1 ổ bằng phẫu thuật nội soi một Trocar tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ*. Tạp chí y dược học Cần Thơ 43, tr. 170-174.
9. Lữ Văn Trọng, Đặng Minh Triết, Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2011) *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm ruột thừa tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang*. Kỷ yếu hội nghị khoa học Bệnh viện An Giang số tháng 10, tr. 184-190.
10. Mohammed OA, Yassir AA, Elssayed OE et al (2022) *Clinical outcomes of laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis in a resource-limited setting*. The ANNALS of African surgery 18(4): 225-229.
11. Michael T, Umur A, Martin G et al (1998) *A comparison of laparoscopic and open appendectomy*. JSLS 2: 153-158.