

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM RUỘT THỪA VỠ

NINH VIỆT KHẢI, TRỊNH HỒNG SƠN,
NGUYỄN THANH LONG, PHẠM THẾ ANH
Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp thường gặp nhất trong cấp cứu ngoại khoa. Cắt ruột thừa nội soi lần đầu tiên được thực hiện bởi Kurt Semm vào năm 1983 tại Thụy sỹ(**Error! Reference source not found.**) và được giới thiệu là một phương pháp khác thay thế phẫu thuật cắt ruột thừa mở kinh điển. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi đã không được chấp nhận rộng rãi cho đến khi phẫu thuật nội soi đã trở nên thông dụng vào cuối những năm 1980 và đặc biệt là sự thành công của phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Nhiều nghiên cứu tiến cứu đã cho thấy thời gian nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao hơn khi so sánh với phẫu thuật cắt ruột thừa mở kinh điển. Ngày nay, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa trở thành phương pháp điều trị thường quy đối với viêm ruột thừa cấp.

Viêm ruột thừa cấp bị vỡ có thể gây ra áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc khu trú hoặc viêm phúc mạc toàn

thể. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa đối với những trường hợp này sẽ khó khăn hơn do tình trạng bụng chướng, các quai ruột dính bọc xung quanh ruột thừa viêm và đặc biệt là việc rửa khoang ổ bụng cần phải thực hiện cẩn thận để tránh áp xe tồn dư sau phẫu thuật. Mục đích của nghiên cứu này là để đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi đối với viêm ruột thừa cấp đã vỡ tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2009 đến 12/2009.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân bị viêm ruột thừa cấp đã bị vỡ được tiến hành phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2009 đến 6/2010. Tuổi, giới, tiền sử, các triệu chứng lâm sàng, kết luận của siêu âm, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện được thu thập. Chẩn đoán viêm ruột thừa vỡ được xác định bởi tổn thương trong mổ được mô tả bởi những từ như vỡ hoặc thủng ruột thừa, áp xe, mũ trong cách thức phẫu

thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Số liệu được phân tích bởi phần mềm SPSS (version 18.0 for window).

KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2009 có 87 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cấp vỡ. Trong số này, 32 bệnh nhân (36,7%) được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tuổi trung bình là 44,3±3,3 (từ 15 đến 82), bao gồm 15 nam và 17 nữ. Dấu hiệu thường gặp nhất là đau hố chậu phải (81,2%). Khoảng thời gian từ khi xuất hiện dấu hiệu đầu tiên đến khi vào viện trên 48h chiếm tỉ lệ cao nhất (65,6%), bên cạnh đó thì khoảng thời gian dưới 24h chiếm tỉ lệ 21,9% cho thấy là quá trình vỡ diễn ra nhanh là khá thường gặp. Cảm ứng phúc mạc, một dấu hiệu điển hình của biến chứng vỡ trong viêm ruột thừa biểu hiện ở 22 bệnh nhân (68,7%). Độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán là 87,5%

Bảng 1: Các dữ liệu trước mổ

Tuổi	44.3±3.3 (15– 82)
Giới (nam/nữ)	15:17
Dấu hiệu đầu tiên	
Đau thượng vị	3 (9,4%)
Đau quanh rốn	3 (9,4%)
Đau hố chậu phải	26 (81,2%)
Thời gian từ khi bị bệnh đến khi vào viện	
<24h	7 (21,9%)
24h – 48h	4 (12,5%)
> 48h	21 (65,6%)
Bệnh phối hợp	1 (3,1%)
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	3 (9,4%)
Nhiệt độ >37.5oC	21 (65,6%)
Bụng chướng	19 (59,4%)
Cảm ứng phúc mạc (tại chỗ và toàn thể)	22 (68,7%)
Bạch cầu > 9×10 ⁹ /l	26 (81,3%)
Siêu âm xác định viêm ruột thừa	28 (87,5%)

Những dữ liệu trong mổ được tổng kết trong bảng 2. Có 2 bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở do nhưng khó khăn gặp phải khi bóc lộ ruột thừa trong áp xe ruột thừa. Thời gian trung bình ở 30 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi là 83±4,8 phút (trong khoảng từ 45 đến 120 phút). 29 bệnh nhân (96,7%) bị viêm ruột thừa thủng được thực hiện phẫu thuật nội soi với 3 trocar, chỉ có 1 trường hợp phải đặt 4 trocar. 19 bệnh nhân (63,4%) được thực hiện dẫn lưu sau mổ.

Bảng 2: Dữ liệu trong mổ

Chuyển mổ mở	2 (6,2)
Thời gian phẫu thuật nội soi (phút, n=30)	83±4,8 (45-120)
3 trocar (n=30)	29 (96,7%)
Kỹ thuật xử lý gốc ruột thừa (n=30)	
Buộc gốc với nơ ngoài cơ thể	15 (50%)
Khâu và buộc gốc trong cơ thể	11 (36,7%)
Clip	4 (13,3%)
Dẫn lưu sau mổ (n=30)	19 (63,4%)

Thời gian nằm viện trung bình là 4.8±0.33 ngày (từ 2 đến 10 ngày). Nhiễm trùng vết mổ xảy ra ở 2 bệnh nhân, áp xe tồn dư trong ổ bụng xảy ra ở 2 bệnh nhân nhưng điều trị nội khoa với kháng sinh là đủ mà không cần phẫu thuật lại. Tỉ lệ tử vong là 0%

Bảng 3 Dữ liệu sau mổ (n=30)

Thời gian nằm viện	4,8±0,33 (2-10)
Nhiễm trùng vết mổ	2 (6,6%)
Áp xe tồn dư	2 (6,6%)
Viêm phổi	0
Tử vong	0

BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa vỡ là một biến chứng của viêm ruột thừa cấp. Viêm ruột thừa vỡ có thể gây ra áp xe hoặc viêm phúc mạc toàn thể do đó những biến chứng sau mổ như nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư trong ổ bụng, dính ruột, tắc ruột có thể tăng lên. Chẩn đoán sớm và chính xác viêm ruột thừa cấp vẫn là một vấn đề khó khăn. Mặc dù với những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính thì tỉ lệ chẩn đoán sai vẫn còn khá cao – tỉ lệ cắt ruột thừa không viêm khoảng từ 15%-33% (4), tỉ lệ viêm ruột thừa vỡ trung bình trong một số nghiên cứu là khoảng 15%(10) (thay đổi từ 9.5%-34%). E. Murphy and K. Mealy chỉ ra rằng thời gian từ khi xuất hiện dấu hiệu đầu tiên tới khi vào viện của nhóm viêm ruột thừa vỡ lớn hơn nhóm chưa vỡ một cách có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ dấu hiệu đầu tiên đến khi vào viện trên 48h là thường gặp nhất chiếm 65.6%, bệnh nhân thường vào bệnh viện sau khi đã sử dụng thuốc giảm đau, kháng sinh mà không đỡ. Bên cạnh đó, biểu hiện lâm sàng không điển hình cũng gây khó khăn trong chẩn đoán, 10 bệnh nhân (31.3%) không có cảm ứng thành bụng mặc dù viêm ruột thừa đã vỡ. Theo Steve L. Lee et al, mức độ chính xác của đánh giá dựa vào lâm sàng là khoảng 74.9% (4), thay đổi từ 71%-97% tùy theo các tác giả (2).

Siêu âm được thực hiện thường quy đối với tất cả bệnh nhân, độ nhạy của siêu âm là 87.5%, siêu âm không thể khẳng định viêm ruột thừa ở 4 bệnh nhân do tình trạng bụng chướng (khó quan sát). Cả 4 bệnh nhân này đều được chỉ định chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang nhưng 1 bệnh nhân chụp cắt lớp vi tính cũng không kết luận được viêm ruột thừa, trong cách thức phẫu thuật mô tả ruột thừa đã viêm thủng ở đầu, gốc và thân ruột thừa có kích thước bình thường. Nghiên cứu của Rao và cộng sự cho thấy dấu hiệu ruột thừa to (đường kính lớn hơn 6mm) và thành ruột thừa không cản quang có giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa với độ nhạy là 93% và độ đặc hiệu là 100%, còn dấu hiệu thâm nhiễm mỡ thì độ đặc nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 80%. Những dấu hiệu khác như sỏi phân trong ruột thừa, khí ngoài lòng ruột có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp (2). Giá trị chẩn đoán đúng của siêu âm vào khoảng 71% - 98% và chụp cắt lớp vi tính là 93% - 98% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê đánh giá lâm sàng của phẫu thuật viên (2)(7). Tuy nhiên, trong thực tế khi tiến hành chẩn đoán thì việc kết hợp giữa khám lâm sàng, xét nghiệm và các thăm dò chẩn đoán hình ảnh là rất quan trọng và không thể tách rời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chuyển mổ mở là 6.2% là tương đương với các nghiên cứu khác về phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi (bao gồm viêm ruột thừa cấp đã vỡ và chưa vỡ) (10) và thấp hơn khi so với Mancini GJ và cộng sự (39%, chỉ đối với viêm ruột thừa đã vỡ). Ba ports được áp dụng trong 96.7% các trường hợp, port 10mm đặt cạnh rốn là dành cho camera và bơm hơi, 2 vị trí ports còn lại là khác nhau tùy từng phẫu thuật viên: vị trí trên xương mu và mạng sườn phải (tiện lợi cho dẫn lưu sau mổ) hoặc hố chậu trái (tiện lợi cho

thao tác khi phẫu thuật và rửa ổ bụng). Trong nhiều nghiên cứu, thời gian mổ trung bình của phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi là lớn hơn so với mổ mở một cách có ý nghĩa (10). tuy nhiên sự khác biệt này càng ít dần trong những năm gần đây (6). Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 83 ± 4.8 (thay đổi từ 45-120 phút), tương tự với các nghiên cứu khác (10). Xử trí gốc ruột thừa bằng nơ buộc ngoài cơ thể, khâu và buộc trong cơ thể là kỹ thuật được sử dụng chủ yếu trong bệnh viện của chúng tôi (86.7%), sử dụng clip đối với gốc ruột thừa chỉ có 13.3%, không trường hợp nào dùng endostapler hoặc endoloop (giá thành đắt).

Bệnh nhân sẽ được cho ra viện khi tình trạng bụng mềm, không sốt và có trung và đại tiện, vết mổ khô. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 4.8 ± 0.33 (thay đổi từ 2-10 ngày), trong các nghiên cứu khác thì thời gian nằm viện thay đổi từ 2 - 5 ngày (10). Thời gian nằm viện của bệnh nhân mổ nội soi viên ruột thừa là ngắn hơn bệnh nhân mổ mở một cách có ý nghĩa và ưu điểm này vẫn được khẳng định ở các trường hợp viêm ruột thừa vỡ. Do đó mổ nội soi đã tiết kiệm chi phí nằm viện, phục hồi nhanh (6), (10). Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ biến đổi khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng trong phân tích meta (meta analysis) cho thấy nhóm mổ mở có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với mổ nội soi (10).. Ngược lại, một vài nghiên cứu lại cho thấy phẫu thuật nội soi trong viêm ruột thừa vỡ có thể dẫn đến tăng tỷ lệ áp xe tồn dư sau mổ (6) và đặc biệt khá cao (24%) trong nghiên cứu của Stacy L. Krisher (8). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 6.6%, tuy nhiên mức độ nhiễm trùng nhẹ xảy ra vào ngày thứ 4 sau mổ. Vết mổ liền tốt với điều trị kháng sinh và thay băng chăm sóc vết mổ hàng ngày. Áp xe tồn dư trong ổ bụng có tỷ lệ là 6.6%. Bệnh nhân quay trở lại viện với biểu hiện đau nhẹ vùng hố chậu phải, siêu âm phát hiện ổ dịch nhỏ (đường kính < 3cm) xung quanh có thâm nhiễm mỡ. Cả 2 bệnh nhân đều được điều trị khỏi và ổn định sau 7 ngày với kháng sinh mà không cần mổ lại hay bất cứ can thiệp nào khác.

Nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật nội soi trong viêm ruột thừa vỡ đã đạt được kết quả tốt với thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân nhanh hồi phục không có trường hợp nào tử vong, không có trường hợp nào phải mổ lại, và tỷ lệ biến chứng thấp.

SUMMARY

Background:

Laparoscopic appendectomy has been popularly applied to treat acute appendicitis and obtained good result and clear benefit of short length of hospital stay, less pain, less scarring, less incision hernia...In the cases of perforated appendicitis, laparoscopic appendectomy is also indicated and more and more performed. However some reports showed that intra abdominal abscess rate may have a trend to increase. The aim of this study was to assess the outcome of laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis.

Result: From January 2009 to December 2009, 32 patients with perforated appendicitis was performed

laparoscopic appendectomy in VietDuc hospital, conversion rate was 6.2%.. The median time of laparoscopic surgery was 83 ± 4.8 minutes, ligation with extracorporeal knot (like Roeder loop), suture and ligation was the most common techniques to treat a appendiceal base (86.7%). The median length of hospital stay of the laparoscopic appendectomy patients was 4.8 ± 0.33 days (range 2-10). Wound infection rate and intraabdominal abscess rate were both 6.6%, no one need a reoperation, conservative treatment with antibiotics for these patients was enough. Mortality rate was zero.

Conclusion: laparoscopic appendectomy is safe and obtain good outcome for perforated appendicitis with short length of hospital stay and only few postoperative complications, zero percent of reoperation and zero percent of mortality.

Keywords: Laparoscopic appendectomy

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeffrey Lukish, MD; David Powell, MD; Steve Morrow, MD; David Cruess, PhD; Phil Guzzetta, MD. Laparoscopic Appendectomy in Children - Use of the Endoloop vs the Endostapler
2. Erik B. Wilson, MD; J. Christopher Cole, MD; Michael L. Nipper, MD; Donald R. Cooney, MD; Randall W. Smith, MD. Computed Tomography and Ultrasonography in the Diagnosis of Appendicitis When Are They Indicated?
3. Fadi Abou-Nukta, MD; Charles Bakhos, MD; Kervin Arroyo, MD; Young Koo, DDS; Jeremiah Martin, MD; Randolph Reinhold, MD; Kenneth Ciardiello, MD. Effects of Delaying Appendectomy for Acute Appendicitis for 12 to 24 Hours
4. Steven L. Lee, MD; Alicia J. Walsh, BS; Hung S. Ho, MD. Computed Tomography and Ultrasonography Do Not Improve and May Delay the Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis.
5. Christian Ohmann, PhD; Claus Franke, MD; Qin Yang, PhD; and the German Study Group of Acute Abdominal Pain. Clinical Benefit of a Diagnostic Score for Appendicitis. *Results of a Prospective Interventional Study*
6. H. M. Paterson, M. Qadan, S. M. de Luca, S. J. Nixon and S. Paterson-Brown. Changing trends in surgery for acute appendicitis
7. Patrick Ho-Yu Chung, Kwong-Leung Chan and Paul Kwong-Hang Tam. Risk factors for morbidities in laparoscopic appendectomy for acute appendicitis of paediatric patients *sash_453* 69..
8. Shyr-Chyr Chen, MD; Fang-Yue Lin, MD, PhD; Yeu-Sheng Hsieh, PhD; Wei-Jao Chen, MD, PhD. Accuracy of Ultrasonography in the Diagnosis of Peritonitis Compared With the Clinical Impression of the Surgeon
9. Stacy L. Krisher, MD; Allen Browne, MD; Albert Dibbins, MD; Nancy Tkacz, PNP; Michael Curci, MD. Intra-abdominal Abscess After Laparoscopic Appendectomy for Perforated Appendicitis
10. C.P.Fischer, MD, MPH; Antonio Cascateda, MD; Fabienne Moore, MD, MPH. Laparoscopic appendectomy: indication and controversies