

DÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2007

TRẦN HIẾU HỌC, NGUYỄN NGỌC BÍCH
LÊ HOÀI GIANG
Và các cộng sự khoa Ngoại BV Bạch Mai

TÓM TẮT

Chủ đề : Cắt viêm ruột thừa cấp bằng phẫu thuật nội soi

Đối tượng và phương pháp :

Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân viêm ruột thừa cấp được điều trị bằng PTNS tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai trong năm 2007.

Xác định những ưu điểm của PTNS.

Kết quả : Trên 307 bệnh nhân gồm 150 nam và 157 nữ, tuổi thấp nhất 12, cao nhất 82 sau khi phẫu thuật và theo dõi cho thấy: thời gian mổ trung bình $66 \pm 24,9$ phút, thời gian liệt ruột sau mổ $21,5 \pm 13,9$ giờ, thời gian đau sau mổ $1,6 \pm 1,4$ ngày, thời gian nằm viện $2,8 \pm 1,9$ ngày, tỷ lệ biến chứng thấp: nhiễm khuẩn vết mổ 0,3%, không có tử vong phẫu thuật có tính thẩm mỹ cao.

Đặc biệt PTNS có giá trị trong trường hợp chẩn đoán viêm ruột thừa khó và giúp phát hiện các tổn thương phối hợp như u nang buồng trứng, viêm phần phụ...

Phẫu thuật nội soi có thể được áp dụng thường quy trong điều trị viêm ruột thừa cấp ở các cơ sở y tế.

Từ khóa: viêm ruột thừa cấp, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

The study was performed in 307 patients with acute appendicitis treated by laparoscopic operation at Surgical Department of Bach Mai Hospital from January to December 2007. The results showed that the laparoscopic operation had several advantages: few complications (infection 0.3%; none death); time of intestinal panalisation was 21.5 ± 13.9 h; time of pain was 1.6 ± 1.4 day; time of hospitalization was 2.8 ± 1.9 day; perfect aestheticism. This method was valuable for appendicitis with difficult diagnosis and easy to detect the combinative injury. The laparoscopic operation for acute appendicitis is applicable generally.

Keywords: acute appendicitis, laparoscopic operation

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là một cấp cứu thường gặp nhất trong số các bệnh lý cấp cứu về bụng với tỷ lệ gần 50%. Trong nhiều năm trước cho tới thập kỷ 80 của thế kỷ trước, phẫu thuật mổ kinh điển cắt ruột thừa viêm qua đường rạch hố chậu phải vẫn là phương pháp được lựa chọn. Kể từ khi K. Semm rồi Schrieber thực hiện cắt ruột thừa qua nội soi và đặc biệt là sau trường hợp cắt túi mật qua nội soi có video hỗ trợ của P.Mourret thì phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng đã được nhiều người chú ý. Phương pháp cắt ruột

thừa qua nội soi ổ bụng đã tỏ ra có nhiều ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật mổ mở kinh điển [8], [9].

Ở nước ta, phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp đã được áp dụng khá phổ biến ở nhiều cơ sở y tế [1], [2], [3], [5], [7]. Tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai Hà Nội, phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi mật được thực hiện từ 1993 và áp dụng cho điều trị viêm ruột thừa cấp từ 1996. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt ruột thừa viêm qua nội soi ổ bụng nhằm nhận xét những ưu điểm và vai trò của phẫu thuật nội soi trong phát hiện, xử lý các tổn thương phối hợp và chẩn đoán viêm ruột thừa khó.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa cấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai trong năm 2007. Loại trừ khỏi nghiên cứu này những bệnh nhân viêm ruột thừa cấp nhưng không mổ bằng phương pháp nội soi hoặc chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa cấp được mổ bằng phương pháp nội soi nhưng chẩn đoán sau mổ là bệnh lý khác.

- Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả và phân tích lại hồ sơ bệnh án dựa vào các chỉ số sau:

+ Đặc điểm chung về tuổi, giới, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp. Chú ý tiền sử mổ cũ ổ bụng.

+ Trong mổ đánh giá tình trạng ruột thừa viêm, các tổn thương phối hợp khác và cách thức xử lý.

+ Sau mổ theo dõi để phát hiện các biến chứng như các trường hợp mổ bụng thông thường.

Số liệu thu thập được xử lý bằng thống kê y sinh học.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung

- Tuổi và giới: Trong 1 năm từ tháng 1/2007 đến hết tháng 12/2007 có 307 bệnh nhân được điều trị viêm ruột thừa cấp bằng phẫu thuật nội soi bao gồm 150 nam và 157 nữ, tuổi thấp nhất là 12, tuổi cao nhất là 82. Bảng 1: Phân chia nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ
12 - 20	62	20,2
21 - 30	96	31,3
31 - 40	58	18,9
41 - 50	37	12,1
51 - 60	40	13,0
61 - 70	9	2,9
71 - 72	4	1,3
> 80	1	0,3
Tổng số	307	100,0

Kết quả cho thấy bệnh viêm ruột thừa cấp có thể gặp ở mọi lứa tuổi và không có sự khác nhau giữa hai giới.

2. Lâm sàng

- Đau bụng: có 146 bệnh nhân (47,6%) thấy đau khởi đầu ở hố chậu phải, 128 bệnh nhân đau từ vùng khác (thượng vị, quanh rốn, hạ sườn phải) rồi khu trú hố chậu phải và có 33 trường hợp đau ở vị trí ngoài hố chậu phải.

Hầu hết các bệnh nhân đều đau liên tục (267 BN chiếm 86,9%), và mức độ đau âm ỉ (297 BN chiếm 96,7%).

- Đa số bệnh nhân có sốt, nhiệt độ trung bình $37,5 \pm 0,7$.

- Thời gian từ lúc đau bụng đến khi được mổ trung bình $25,6 \pm 14,8$ (sớm nhất là 8 giờ và chậm nhất 100 giờ).

- Chẩn đoán trước mổ được ghi nhận trong bảng 2
Bảng 2: Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ	n	Tỷ lệ
Viêm ruột thừa cấp	275	89,6
Nghi viêm ruột thừa	18	5,9
U nang buồng trứng xoắn	2	0,6
Viêm phúc mạc khu trú	5	1,6
Viêm phúc mạc toàn thể	7	2,3

3. Đánh giá trong mổ

- Số trocars sử dụng: có 304 trường hợp dùng 3 trocars (99,0%) và 3 trường hợp dùng 4 trocar.

- Tình trạng ổ bụng được mô tả trong bảng 3
Bảng 3: Tình trạng ổ bụng

Tình trạng ổ bụng	n	Tỷ lệ (%)
Khô	212	69,1
Dịch trong	63	20,1
Dịch đục	32	10,8

- Tình trạng ruột dính do viêm: đa số các trường hợp không có dính (205 BN chiếm 66,8%), có dính ít 77 trường hợp và dính nhiều 25 trường hợp.

- Vị trí ruột thừa: 254 trường hợp ruột thừa ở vị trí bình thường (82,7%), sau manh tràng 33 và vị trí khác 20 trường hợp (dưới gan, trong tiểu khung).

- Các tổn thương khác thấy được trong khi mổ:

+ Có u nang buồng trứng: 3

+ Nang buồng trứng chảy máu: 1

+ Vỡ nang De Graff: 2

+ Viêm phần phụ: 4

+ Viêm ruột thừa ở bệnh nhân có xoắn trung tràng: 1

+ U ruột non: 1

- Cắt ruột thừa

+ Xử lý mạc treo: chủ yếu bằng đốt điện (294 trường hợp chiếm 96,7%), buộc chỉ 12 trường hợp và dùng stapler 1 trường hợp.

+ Cắt ruột thừa xuôi dòng 292 trường hợp (95,1%) và cắt ngược dòng 15 trường hợp.

+ Xử lý gốc ruột thừa: chủ yếu là thắt gốc bằng endo-loop tự tạo hoặc clips gần đây chúng tôi có dùng Hem-o-lok

+ Lấy ruột thừa trực tiếp qua trocar 281 trường hợp và cho ruột thừa vào túi nylon để lấy ở 36 bệnh nhân.

- Tai biến trong mổ: có 3 trường hợp bị chảy máu từ động mạch ruột thừa được xử lý bằng clip hoặc đốt điện, ngoài ra không có tai biến khác.

- Rửa ổ bụng và dẫn lưu

+ Tiến hành rửa ổ bụng cho 40 trường hợp và không rửa 267 trường hợp.

+ Dẫn lưu ổ bụng thực hiện ở 36 trường hợp.

- Chuyển mổ mở: 5 trường hợp, trong đó 4 trường hợp vì dính ruột và 1 trường hợp do hết CO₂ giữa cuộc mổ.

- Tổn thương giải phẫu bệnh lý như trong bảng 4

Bảng 4: Tổn thương giải phẫu bệnh

Tổn thương giải phẫu bệnh	n	Tỷ lệ
Xung huyết	131	42,6
Viêm mủ	145	47,2
Hoại tử	14	4,6
Thủng	17	5,6

- Thời gian phẫu thuật trung bình $66,5 \pm 24,9$ phút (nhẹ nhất 30 phút và lâu nhất 180 phút).

4. Diễn biến sau mổ

- Thời gian bệnh nhân nhu động ruột trở lại trung bình $21,5 \pm 13,9$ giờ (sớm nhất là 8 giờ và chậm nhất là 72 giờ).

- Thời gian bệnh nhân có đau sau mổ trung bình $1,6 \pm 1,5$ ngày (ngắn nhất 1 ngày và dài nhất là 4 ngày).

- Thời gian nằm viện trung bình $2,8 \pm 1,9$ ngày (nhẹ nhất 1 ngày và lâu nhất là 10 ngày).

- Nhiễm trùng vết mổ: 1 trường hợp.

- Tử vong: không có trường hợp nào.

BÀN LUẬN

1. Kết quả của phẫu thuật

- Tai biến trong mổ: có 3 trường hợp bị chảy máu trong khi mổ được xử lý ngay. Hai trường hợp bị chảy máu từ thành bụng nơi đặt trocar 10mm, một được xử lý bằng đốt điện và một bằng khâu cầm máu. Một trường hợp chảy máu từ động mạch ruột thừa được cầm máu bằng đốt điện. Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi được xử lý mạc treo ruột thừa bằng đốt điện như nhiều tác giả áp dụng [2], [3], [5], [6]. Chúng tôi không gặp các tai biến khác trong số 307 bệnh nhân mổ năm 2007, có thể do phẫu thuật này đã được thực hiện thường quy và các phẫu thuật viên tương đối có kinh nghiệm.

- Thời gian mổ phụ thuộc vào tính phức tạp của bệnh lý và trình độ của phẫu thuật viên [1], [2], [3], [5], [8], [9]. Thời gian mổ của chúng tôi trung bình là $66,5 \pm 24,9$ tương tự như của một số tác giả: Nguyễn Tấn Cường 66 phút [1], Phan Khánh Việt 43 phút [7], Ngô Việt Thành 60,85 phút [6], Kum 43 phút.

- Tỷ lệ chuyển mổ mở: chúng tôi có 5 trường hợp phải chuyển mổ mở (1,6%) trong đó có 4 bệnh nhân bị dính ruột nhiều không thể tiến hành nội soi được. Trong 25 bệnh nhân được ghi nhận có dính ruột chỉ có 4 trường hợp dính nhiều mới phải chuyển mổ mở. Một trường hợp đáng tiếc phải chuyển mổ mở vì lý do hết khí CO₂ khi đang mổ giữa chừng. Nhiều tác giả cũng nhận xét và có tỷ lệ chuyển mổ mở từ 3 đến trên 5% [1], [5], [6], [7].

- Nhiễm trùng vết mổ: các vết mổ nhỏ 10mm và 5mm chỉ tiếp xúc với trocar làm giảm nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ. Đây cũng là một ưu điểm của phẫu thuật nội soi. Chúng tôi chỉ gặp 1 biến chứng nhiễm trùng vết mổ, cũng tương tự kết quả của các tác giả khác: Trần Bình Giang 0,6% [5], Nguyễn Tấn Cường 2,3% [1], Ngô Việt Thành 2% [6], Grandjean 2,3% [9].

- Thời gian liệt ruột và đau sau mổ

Đây cũng là tiêu chuẩn quan trọng đánh giá ưu thế của phẫu thuật nội soi. Thực tế cho thấy bệnh nhân đều thấy thoải mái và dễ chịu sau mổ vì đau ít và có trung tiện sớm. Thời gian có trung tiện trong nghiên cứu này trung bình là 21,5 giờ, sớm nhất là 8 giờ và chậm nhất là 72 giờ (bệnh nhân này bị viêm ruột thừa và có dị tật xoắn trung tràng).. Thời gian đau, mức độ đau sau mổ nhìn chung ít hơn so với mổ mở, trung bình trong nghiên cứu là 1,6±1,4 ngày. Kết quả này cũng tương tự như nhận xét của nhiều tác giả khác [2], [5], [6], [7], [8].

2. Tính thẩm mỹ và độ an toàn của phẫu thuật nội soi

Với vết mổ thông thường trong viêm ruột thừa được thay thế bằng các vết rạch nhỏ để đặt trocar ở những vị trí khó phát hiện mang lại tính thẩm mỹ tốt, nhất là những trường hợp mổ khó hay có tổn thương phối hợp cần phải mở rộng đường mổ. Tất cả các nghiên cứu đều khẳng định ưu điểm này của phẫu thuật nội soi [1], [2], [5], [7], [8]. Một số tác giả còn áp dụng phẫu thuật nội soi cho các trường hợp viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai và đã chứng minh tính hiệu quả và an toàn của nó [1]. Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào được tiến hành ở phụ nữ có thai, chúng tôi sẽ áp dụng và thông báo kết quả ở một báo cáo sau này.

3. Vai trò của nội soi ổ bụng trong việc phát hiện và xử lý các tổn thương phối hợp hay các bất thường trong mổ và chẩn đoán viêm ruột thừa khó

Do tính phức tạp và đa dạng về bệnh cảnh lâm sàng của viêm ruột thừa mà các tác giả trước đây đã gọi là "các bệnh viêm ruột thừa". Nhiều trường hợp chẩn đoán khó mặc dù có sự hỗ trợ của các phương tiện hiện đại, người thầy thuốc phải chọn lựa chỉ định mổ hay không mổ với mục đích giảm tỷ lệ mổ nhầm nhưng cũng tránh các biến chứng nếu để muộn. Trong trường hợp này phẫu thuật nội soi có ưu điểm là có thể xác định chẩn đoán ruột thừa viêm hay phát hiện tổn thương khác, đặc biệt nhất là đối với những phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ. Trong thống kê này có 11

trường hợp có bệnh phối hợp thì 10 bệnh nhân là phụ nữ tuổi sinh đẻ gồm: nang buồng trứng 3; vỡ nang DeGraff 2; nang buồng trứng chảy máu 1; viêm phần phụ 4. Tất cả các trường hợp này đều được xử lý bằng phẫu thuật nội soi một cách thuận tiện mà không phải chuyển đường mổ hay kéo dài đường mổ như trong mổ mở. Có 32 trường hợp có dịch đục hoặc mủ trong ổ phúc mạc đã được rửa sạch khá dễ dàng.

Với vai trò chẩn đoán, nội soi ổ bụng mở rộng khái niệm "nội soi chẩn đoán" trong các trường hợp nghi ngờ bệnh lý bụng ngoại khoa nói chung và nghi viêm ruột thừa nói riêng [3]. Chúng tôi có 20 trường hợp chẩn đoán trước mổ nghi viêm ruột thừa, nội soi phát hiện 2 trường hợp u nang buồng trứng và 3 trường hợp viêm phần phụ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt ruột thừa viêm qua nội soi ổ bụng ngày càng được áp dụng phổ biến và chứng tỏ tính ưu việt so với mổ mở kinh điển. Trong năm 2007 tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai có 307 trường hợp viêm ruột thừa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Phương pháp này có tính an toàn cao, rút ngắn thời gian hồi phục sau mổ và nằm viện, tỷ lệ biến chứng thấp và có thể áp dụng trong cấp cứu thường quy. Phẫu thuật nội soi ổ bụng có ưu điểm lớn trong việc phát hiện, xử lý các tổn thương phối hợp và chẩn đoán viêm ruột thừa khó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Hoàng Bắc (2001), Đánh giá mức độ an toàn và hiệu quả của cắt ruột thừa nội soi, *Tạp chí Ngoại khoa*, (4), tr 6-10.
2. Cao Việt Dũng, Trần Hồ Nhi (2004). Phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng tại khoa Ngoại tổng quát bệnh viện tỉnh Khánh Hòa, *Y học thực hành*, 491, tr 217-221.
3. Đỗ Minh Đại và cs (2004). Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. *Y học thực hành*, 491, tr 227-230.
4. Nguyễn Hoàng Đình, Nguyễn Tấn Cường (1997), Phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng. *Y học TP HCM* 4 (1), tr 16-24.
5. Trần Bình Giang, Lê Việt Khánh, Nguyễn Thị Hương (2004). Đối chiếu kết quả sớm phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng và mổ bụng kinh điển điều trị viêm ruột thừa cấp. *Y học thực hành*, 491, tr 249-255.
6. Ngô Việt Thành (2000). Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị viêm ruột thừa cấp. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội*.
7. Phan Khánh Việt (1998). So sánh phẫu thuật kinh điển và phẫu thuật nội soi ổ bụng trong cắt ruột thừa viêm cấp. *Luận văn thạc sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội*.
8. Cristalli B. et al (1991) " Appendicectomy intrapéritonéale par coelioscopie: résultats préliminaire d'une nouvelle technique", *J.Chir*, (128), p 302-305.
9. Grandjean J.P, Arefiev A. (1999) "L'appendicectomy par voie coelioscopie: réflexions à partir d'une série homogène de 906 cas", *Ann Chir*, 53 (4), p 280-284.