NHẬN XÉT KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

TRẦN HỮU VINH và CS

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Viêm phúc mạc ruột thừa là một biến chứng nặng của viêm ruột thừa cấp. Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đã được ứng dụng khá phổ biến, tuy vậy vẫn cần tiếp tục đánh giá về tính an toàn và hiệu quả.* ***Đối tượng, phương pháp:*** *64 bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thưa, được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viên từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 1 năm 2013. Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.* ***Kết quả:*** *Tỷ lệ chuyển mở là 11,9%, thời gian mổ trung bình 75,4 ± 27,5 phút, thời gian có trung tiện trung bình 45,3 ± 20,4 giờ, tỷ lệ biến chứng chung là 18,92 % (tắc ruột sớm, áp xe tồn dư, nhiễm khuẩn chân trocar lần lượt là 2,7%; 2,7%; 13,52%). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,5 ± 1,3 ngày.* ***Kết luận:*** *Phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa an toàn, hiệu quả.*

Từ khóa: *Viêm phúc mạc ruột thừa. Phẫu thuật nội soi.*

SUMMARY

Background: *Appendicular peritonitis is a serious complication of appendicitis. Laparoscopic procedure had been applied routinely, but it is still in need to measure the efficiency and safety of laparoscopic surgery in treating appendicular peritonitis.* ***Patients and methods:*** *Retrospective, from 1-2010 to 1-2013 at hospital, 64 cases of appendular peritonitis have been treated by laparoscopic approach.* ***Results:*** *Conversion rate was 11.9%. Mean operative time was 75.4 ± 27.5 minutes, mean time of flatus passage was 45.3 ± 20.4 hours. Overall complication rate was 18.92% (trocar site infection, postoperative intra-abdominal abscess and early intestinal obstruction were 13.52%, 2.7% and 2.7% respectively). Mean hospital stay was 6.5 ± 1.3 days.* ***Conclusion:*** *Laparoscopic surgery is safe and efficient option in appendicular peritonitis.*

Keywords: *Appendicular peritonitis. Laparoscopic.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là biến chứng nặng, hay gặp của viêm ruột thừa cấp. Nguyên nhân do viêm ruột thừa cấp không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, vỡ mủ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc và dẫn đến nhiễm độc toàn thân nặng, thậm chí dẫn đến tử vong.

VPMRT là một thể viêm phúc mạc thứ phát, nên nguyên tắc điều trị là phẫu thuật càng sớm càng tốt. Phẫu thuật nhằm mục đích cắt ruột thừa (giải quyết nguyên nhân), rửa và dẫn lưu ổ bụng. Trong vài thập niên trở lại đây với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đã được áp dụng. Nhờ những ưu việt của nó so với mổ mở: bệnh nhân ít đau sau mổ, giảm đáng kể nhiễm khuẩn vết mổ, giảm ngày nằm điều trị sau mổ, hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa đang dần được khẳng định.

Đã có nhiều báo cáo cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến, biến chứng sau mổ giữa mổ nội soi và mổ mở. Góp phần nhỏ nghiên cứu để khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị các trường hợp VPMRT tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 64 bệnh nhân (BN), trong đó nam là 37 BN (57,8%), nữ là 27 BN (42,2%) với tuổi trung bình là 36,7±19,6 (11-89). Được chẩn đoán là VPMRT và đã được áp dụng phẫu thuật nội soi. Thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 1 năm 2013. Loại trừ các trường hợp có chỉ định mổ mở ngay từ đầu. Những BN chống chỉ định với gây mê nội khí quản và có bơm hơi ổ bụng.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang. Ghi nhận đặc điểm lâm sàng của VPMRT, giá trị của nội soi trong chẩn đoán VPMRT. Đánh giá kết quả phẫu thuật.

3. Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, 1trocar 10mm được đặt ở cạnh dưới rốn làm cổng camera, 1 trocar 10mm mạn sườn trái, 1 trocar 5mm hạ vị. Kiểm tra đánh giá tổn thương ổ bụng, ruột thừa, cắt ruột thừa (kẹp gốc ruột thừa bằng hemolock hoặc khâu). Rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý ấm, có thể pha bethadine loãng làm tăng hiệu quả tưới rửa. Tuỳ tình trạng ổ bụng có thể đặt một, hai hoặc ba dẫn lưu.Thuốc kháng sinh được dùng trước mổ, trong và sau mổ thường được dùng khoảng 5-7 ngày sau mổ, phối hợp 2 kháng sinh Sulperazon và Dalacin C. Giảm đau sau mổ thường dùng Morphin kết hợp paracetamol.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Thời gian bệnh

Bảng 1: Thời gian bệnh (từ khi đau bụng tới khi được mổ)

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 24 giờ	12	18,75
>24 – 72 giờ	37	57,82
>72 giờ	15	23,43
Tổng	64	100

Nhận xét: Thời gian bệnh trong khoảng 24-72 giờ chiếm nhiều nhất (57,82%). Thời gian bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,7 ± 25,5 giờ.

1.2. Các triệu chứng lâm sàng: (Bảng 2)

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau vùng hố chậu phải	61	95,3
Sốt	59	92,1
Bí trung đại tiện	55	85,9
Nôn, buồn nôn	31	48,4
Phản ứng nửa bụng phải	59	92,1
Cảm ứng phúc mạc bụng	16	25,0
Thăm trực tràng đau	48	75,0
Bạch cầu tăng	57	89,0
Siêu âm ổ bụng có dịch	48	75,0

Nhận xét: Đau vùng HCP, sốt, bí trung đại tiện, phản ứng nửa bụng phải là những triệu chứng chính lần lượt chiếm tỷ lệ là 95,3%, 92,1%, 85,9% và 92,1%.

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Phương pháp phẫu thuật: Cắt RT nội soi trong ổ bụng: 51 TH (79,6%). Cắt RT ngoài ổ bụng: 5 TH (7,8%). Rửa ổ bụng - dẫn lưu: 58 TH (90,6%). Tỷ lệ chuyển mổ mở: 12,5% (trong số 8 trường hợp chuyển mổ mở có 1 trường hợp do tai biến thủng ruột non, 3 TH hoại tử gốc ruột thừa, 4 trường hợp còn lại do các quai ruột chướng).

2.2. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3: Thời gian phẫu thuật (nội soi)

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 60	4	7,15
60 – 120	48	85,70
> 120	4	7,15
Tổng	56	100

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 77,4 ± 25,7 phút, trong đó thời gian mổ từ 60-120 phút chiếm 85,7%.

2.3. Thời gian trung tiện: (Bảng 4)

Thời gian có trung tiện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 24 giờ	5	8,92
>24 – 48 giờ	29	51,58
>48 – 72 giờ	22	39,30
Tổng	56	100

Nhận xét: Thời gian có trung tiện trung bình 43,5±22,4 giờ.

2.4. Biến chứng sớm sau mổ của 56 BN phẫu thuật nội soi: (Bảng 4)

Biến chứng sớm sau mổ	Số bệnh nhân (56)	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn chân trocar	5	8,9
Áp xe tồn dư	2	3,57
Tắc ruột sớm sau mổ	2	3,57
Tổng	9	16,06%

Nhận xét: Có 2 trường hợp biến chứng áp xe dư và rò tiêu hoá làm kéo dài thời gian nằm điều trị, 5 trường hợp nhiễm khuẩn chân trocar (lỗ rốn) được hướng dẫn thay băng tại nhà. 2 TH tắc ruột sau mổ vào ngày thứ 5 và 7 được mổ mở gỡ dính, lau rửa ổ bụng vì rất nhiều giả mạc.

2.5. Thời gian nằm viện: (Bảng 5)

Thời gian nằm viện sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 5 ngày	3	5,35
5-7 ngày	48	85,7
> 7 ngày	5	8,95
Tổng	56	100

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,5 ± 1,3 ngày.

3. Kết quả chung: Tỷ lệ tốt 46 BN (82,14%), trung bình 6 BN (10,71), xấu 4 BN (7,15%).

BÀN LUẬN

1. Triệu chứng lâm sàng: Viêm phúc mạc ruột thừa là một biến chứng nguy hiểm của viêm ruột thừa cấp, tuy nhiên việc chẩn đoán vẫn gặp một số khó khăn do diễn biến bệnh khó lường, lâm sàng không điển hình, dễ nhầm với các bệnh khác. Trong nghiên cứu có 8 trường hợp từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi phẫu thuật trong vòng 24 giờ ruột thừa đã vỡ (12,5%). Cũng có nhiều trường hợp từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi vào viện là ngày thứ 3 của bệnh nhưng triệu chứng lâm sàng không điển hình (12 BN), bệnh nhân vào viện với chẩn đoán sốt chưa rõ nguyên nhân hoặc nhiễm khuẩn nhiễm độc ăn uống (7 BN). Vì vậy, khi đứng trước một trường hợp bệnh nhân đau bụng luôn phải nghĩ tới viêm ruột thừa cấp để tránh bỏ sót tổn thương. Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận: tỷ lệ BN đau hố chậu phải chiếm 95,3%, đau bụng khởi đầu có thể xuất hiện cạnh rốn hoặc vùng thượng vị sau khu trú tạ HCP, tính chất đau khi thì đột ngột khi thì đau âm ỉ, liên tục và tăng dần. Một số trường hợp biểu hiện đau giảm đi sau vài giờ đau tăng trở lại và xuất hiện những triêu chứng của bệnh cảnh VPM toàn thể, hoặc có phản ứng nửa bụng phải. Các tác giả cũng ghi nhận triệu chứng đau là thường gặp nhất. Tỷ lệ này của Nguyễn Cường Thịnh ghi nhận là 96,3%.

- Hội chứng nhiễm trùng: trong nhóm nghiên cứu ghi nhận 92,1% BN có sốt cao, 89% có chỉ số bạch cầu tăng cao. Mức độ nhiễm trùng nhiễm độc phụ thuộc vào thể VPMRT, phụ thuộc vào thể trạng của BN. Tỷ lệ này của nghiên cứu không có sự khác biệt so với kết quả của các tác giả. Theo Nguyễn Cường Thịnh ghi nhận tỷ lệ này tương ứng là 93,8% và 90,1%.

- Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là phản ứng vùng hố chậu phải. Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ này là 92,1% so với kết quả được ghi nhận của Nguyễn Cường Thịnh là 93,8%, và các tác giả khác không thấy có sự khác biệt.

- Các xét nghiện cận lâm sàng: Siêu âm là phương phuáp chẩn đoán hình ảnh dễ thực hiện nhất và có tỷ lệ độ chuẩn và độ chính xác cao. Tỷ lệ BN có dịch trong ổ bụng với các mức độ khác nhau chiếm 75% trên kết quả siêu âm. Các tác giả cũng nghi nhận siêu âm có dịch trong ổ bụng là dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán VPMRT, và các tác giả khuyên rằng trong các trường hợp còn nghi ngờ thì nên khám lâm sàng và siêu âm nhiều lần để so sánh, khi các triệu chứng lâm sàng và dịch trong ổ bụng qua siêu âm tăng hơn so với trước thì nên mổ.

2. Điều trị phẫu thuật nội soi: Điều trị viêm phúc mạc ruột thừa dù tiến hành phẫu thuật nội soi hay mổ mở thì nhiệm vụ cơ bản vẫn là cắt ruột thừa (giải quyết nguyên nhân), rửa và dẫn lưu ổ bụng. Cũng giống như cắt ruột thừa trong các trường hợp viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng, chúng tôi thường đốt cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao đốt điện đơn cực. Gốc ruột thừa được kẹp bằng hemolock, những trường hợp gốc ruột thừa to chúng tôi buộc gốc bằng mối chỉ Roeder. Những trường hợp gốc ruột thừa bị hoại tử chúng tôi tiến hành khâu vùi. Có 3 TH khâu nội soi thất bại chúng tôi phải mổ mở và đặt dẫn lưu manh tràng qua gốc ruột thừa.

Việc quan trọng nhất trong phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc ruột thừa là rửa sạch dịch mủ trong ổ bụng, đây là công việc đòi hỏi kỹ năng và kinh nghiệm phẫu thuật. Vì trong tình trạng viêm phúc mạc, các quai ruột non phù nề chướng hơi và dịch, làm hạn chế trường mổ, đồng thời rất dễ gây tổn thương các tạng trong ổ bụng khi thao tác. Ở đây chúng tôi dùng nước muối sinh lý ấm tưới rửa ổ bụng, có thể pha thêm bethadine loãng vào nước muối để tăng hiệu quả làm sạch ổ bụng. Điều quan trọng khi rửa là phải bộc lộ được các vị trí có nguy cơ đọng dịch mủ, đặc biệt trong những trường hợp bệnh nhân đến muộn, các quai ruột đã có xu hướng dính vào nhau. Trong những trường hợp này cần thiết phải tách từng quai ruột ra. Không nên cố lấy hết giả mạc trong những trường hợp bám chắc do có nguy cơ chảy máu, tổn thương ruột. Việc tưới rửa được tiến hành từng vùng của ổ bụng tới khi dịch rửa trong là được. Có tác giả cho rằng không nên rửa quá nhiều nước và không rửa ra xa vùng ruột thừa nếu không thấy dịch mủ vì sợ dịch mủ sẽ lan ra những vùng không có tổn thương. Theo quan điểm chúng tôi tiến hành rửa ổ bụng rộng rãi bộc lộ hết các vị trí có thể đọng dịch, dịch rửa sẽ được dẫn lưu hết khi bệnh nhân ngồi dậy, tập vận động. Trong thực tế chúng tôi thấy rằng khả năng và hiệu quả của việc tưới rửa ổ bụng qua nội soi còn cao hơn so với mổ mở. Điều này được nhiều tác giả đồng thuận hơn. Vấn đề đặt dẫn lưu sau mổ: còn có những ý kiến cho rằng không cần thiết vì đây là dị vật gây chảy máu và dính sau mổ. Chúng tôi cùng quan điểm với nhiều tác giả khác là đặt dẫn lưu cho tất cả các trường hợp sau khi tưới rửa ổ bụng và rút khi BN có nhu động ruột và không chảy dịch. Theo ghi nhận của các tác giả: trong VPM có sự mất cân bằng giữa tiết dịch và hấp thu dịch của lá phúc mạc, quá trình tiết dịch tăng trong khi quá trình hấp thu dịch giảm.

Trong nghiên cứu tỷ lệ chuyển mổ mở là 8 BN (12,5%), tuy nhiên phải hiểu rằng chuyển mổ mở không phải là thất bại của phẫu thuật. Tất cả 8 trường hợp chuyển mổ mở đều khỏi bệnh và ra viện, do số lượng ít nên chúng tôi không có so sánh thống kêtrong nghiên cứu này. Chuyển mổ mở ở đây chỉ là thay đổi cách thức phẫu thuật vì nếu cố làm qua nội soi sẽ kéo dài cuộc mổ và nguy cơ xảy ra tai biến. Tỷ lệ chuyển mổ mở rất khác nhau tùy từng nghiên cứu: Wullstein C. (2001) có tỷ lệ chuyển mổ mở là 59/776 (7,6%); Lin H. (2006) là 8,79%; của Andreas K. (2006) là 4,8%.

Các biến chứng sau mổ hay được nhắc đến là áp xe tồn dư sau mổ, tụ dịch sau mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, ít gặp hơn là rò manh tràng, tắc ruột sớm. Hầu hết các tác giả nhất trí cho rằng mổ nội soi làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ so với mổ mở.

Taqi E. (2007) nghiên cứu trên 281 bệnh nhận thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ của mổ nội soi / mổ mở là 1,5% / 9,5% sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Theo Lin H. (2006) là 15,2% ở nhóm nội soi và 30,7% ở nhóm mổ mở, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Với biến chứng áp xe tồn dư sau mổ có tác giả cho rằng mổ nội soi làm tăng tỷ lệ áp xe tồn dư. Tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu cho thấy không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ áp xe tồn dư giữa nhóm mổ nội soi và mổ mở. Nghiên cứu của Wullstein C. (2001) có tỷ lệ này ở 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở lần lượt là 4,1% và 4,9%, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p<0.005); kết quả tương tự như trong nghiên cứu của Khalili T.M. (1999) là 1% và 1,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào rò manh tràng, có 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công, ra viện, một trường hợp áp xe tồn dư sau mổ phải mổ lại. Nhiễm khuẩn chân trocar gặp 5 trường hợp (7,8%) chủ yếu gặp chân trocar ở rốn. Tuy nhiên nhiễm khuẩn chân trocar sau mổ nội soi với nhiễm khuẩn vết mổ trong mổ mở, hoàn toàn không ảnh hưởng tới sinh hoạt của bệnh nhân, không làm tăng ngày điều trị sau mổ. Bệnh nhân được cho ra viện hướng dẫn thay băng ở nhà.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Một số triệu chứng lâm sàng chính: đau bụng chiếm 95,2%, hội chứng nhiễm trùng chiếm 92,1%, phản ứng vùng hố chậu phải chiếm 93%, ổ bụng có dịch trên siêu âm chiếm 75%. Tỷ lệ tốt 46 BN (82,14%), trung bình 6 BN (10,71), xấu 4 BN (7,15%).

2. Phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa là an toàn và đạt được hiểu quả điều trị. Mặc dù còn tỉ lệ biến chứng sau mổ như: nhiễm trùng chân trocar (8,9%) điều này không gây ảnh hưởng tới sinh hoạt của bệnh nhân. Áp xe tồn dư sau mổ là 3,57%, tắc ruột sớm sau mổ là 3,57%. Tuy vậy phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm so với mổ mở: bệnh nhân ít đau đớn, nhanh phục hồi, sẹo mổ mang tính thẩm mỹ cao. Song phẫu thuật nội soi trong viêm phúc mạc ruột thừa vẫn là phẫu thuật đòi hỏi kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nó cần tiếp tục được nghiên cứu hoàn thiện và khẳng định hiệu quả trong quá trình thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Tấn Cường (2004); "Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa"; *Y học Việt Nam Tập 491; tr:227-30*

2. Nguyễn Cường Thịnh, Triệu Quốc Đạt (2006); "Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa"; *Y học Việt Nam Tập 319; tr:64-69.*

3. Agresta F, Ciardo L.F., Mazzarrolo G., et al (2006), "Peritonitis: laparoscopic approach", *World Journal of Emergency Surgery*, 1:910.1186/1749-7922-1-9.

4. Albright J.B., Fakhre G.P., Nields W.W., et al (2007), "Incidental appendectomy: 18 year pathologic survey and cost effectiveness in the nonmanaged care setting", *J Am Coll Surg*, Vol 205, pp.298-306.

5. Andreas Kiriakopoulos, Dimitrios Tsakayannis, Dimitrios Linos (2006), "Laparoscopic Management of Complicated Appendicitis", *JSLS* 10, p. 453–456.

6. Ball C.G., Kortbeek J.G., et al (2004), "Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis an evaluation of postoperative factors", *Surg Endosc* 18, pp. 969-973.

7. Lin H.F., Wu J.M., Tseng L.M., Chen K.H., Huang S.H., Lai I.R. (2006), "Laparoscopic versus open appendectomy for perforated appendicitis", J Gastrointest Surg., Jun 10(6), p. 906-10.

8. Navez B., Delgadillo X., Cambier E., Richir C., Guiot P. (2001), "Laparoscopic aproach for acute appendicular peritonitis: Efficacy and Safety: a report of 96 consecutive cases", *Surg laparosc Endosc Percutan Tech*, vol 11(5), p. 313-316.

9. Taqi E., Al Hadher A., Ryckman J., et al (2008), "Outcome of laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis", *J Pediatr Surg.*, 43(5), p. 893-895.

10. Wullstein C., Barkhausen S., Gross E. (2001), "Results of laparoscopic vs. conventional appendectomy in complicated appendicitis", Dis Colon Rectum., Nov 44(11), p. 1700-5.