

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP TRONG CHẬU HÔNG NHỎ

Nguyễn Trọng Hòe¹; Nguyễn Hoàng Gia¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, không đối chứng 69 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Khoa Phẫu thuật Bụng, Bệnh viện Quân y 103 từ 01 - 01 - 2015 đến 31 - 11 - 2016. **Kết quả:** tuổi trung bình 29,5; tỷ lệ viêm phúc mạc 31,9%, thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được phẫu thuật trung bình 48,5 giờ. Triệu chứng gợi ý viêm ruột thừa trong chậu hông nhỏ gồm: đau vùng hạ vị hoặc phần thấp hố chậu phải (46,4%), đại tiện lỏng, nát (18,8%), phản ứng cơ thành bụng vùng hố chậu phải không rõ (27,5%). Hình ảnh viêm ruột thừa phát hiện trên siêu âm 88,2%; ghi nhận vị trí ruột thừa trong chậu hông nhỏ 38,3%. Thời gian mổ trung bình 55,7 phút; chuyển mổ mở 2,9%. Thời gian phục hồi lưu thông ruột trung bình 25,3 giờ, thời gian nằm viện trung bình 4,5 ngày. Biến chứng sau mổ 1,4%. **Kết luận:** chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ thường khó, tỷ lệ biến chứng viêm phúc mạc cao do triệu chứng không điển hình, dễ nhầm với rối loạn tiêu hóa. Siêu âm là biện pháp chẩn đoán có giá trị cả về bệnh lý và vị trí ruột thừa. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa đạt kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

* Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ; Đặc điểm bệnh học; Kết quả phẫu thuật.

Pathological Characteristics and Results of Laparoscopic Surgery in Treatment of Acute Appendicitis in Minor Pelvis

Summary

Objectives: To study the clinical, subclinical characteristics, and evaluate the results of laparoscopic surgery in the treatment of acute appendicitis in minor pelvis. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective, descriptive, uncontrolled study on 69 patients with acute appendicitis in minor pelvis, who were treated by laparoscopy at Department of Abdominal Surgery, 103 Military Hospital from 01 - 01 - 2015 to 31 - 11 - 2016. **Results:** The mean age was 29.5 years old. The number of cases of peritonitis complication was 22 (31.9%). The mean preoperative pain time was 48.5 hours; pain in hypogastric region or lower right iliac fossa were 46.4%; loose bowel was 18.8%; abdominal muscle reaction was not clear (27.5%);

1. Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Trọng Hòe (tronghoe103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 14/02/2019; Ngày phản biện đánh giá bài báo: 30/03/2019

Ngày bài báo được đăng: 25/04/2019

ultrasound sonography diagnostic appendicitis was 8.2% and appendicitis in minor pelvis was 38.3%. The mean operation time was 55.7 minutes; the postoperative complication rate was 1.4%; the average recovery peristalsis time was 25.3 hours; the mean length of hospital stay was 4.5 days. Conclusions: Acute appendicitis in minor pelvis had high peritonitis complication rates, symptoms were not typical leading to delays in diagnosis. Laparoscopic appedicectomy has many advantages and good results, lower complications rate, short length of hospital stay.

** Keywords: Acute appendicitis in minor pelvis; Pathological characteristics; Surgical results.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ là một thể không điển hình về vị trí của bệnh viêm ruột thừa cấp. Bệnh cảnh dễ nhầm với nhiều bệnh lý khác nên dẫn tới chẩn đoán và xử trí muộn khi viêm ruột thừa đã có biến chứng. Vì vậy, câu hỏi được đặt ra là: làm thế nào để chẩn đoán sớm, những triệu chứng nào gợi ý viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ?. Mặt khác, phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ có thuận lợi và khó khăn gì không, kết quả như thế nào?.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ, kể cả trường hợp có biến chứng viêm phúc mạc, được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa tại Khoa Phẫu thuật Bụng, Bệnh viện Quân y 103 từ 01 - 01 - 2015 đến 31 - 11 - 2016.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang, không đối chứng.

* *Kỹ thuật mổ:*

BN được gây mê nội khí quản, đặt tư thế đầu thấp nghiêng trái. Phẫu thuật viên

đứng bên trái BN. Người phụ thứ nhất đứng phía trên cùng phía với phẫu thuật viên. Phụ dụng cụ đứng bên phải phía dưới BN.

Kỹ thuật dùng 3 đường vào: trocar thứ nhất (10 mm) trên rốn, đặt và bơm hơi theo phương pháp mở của Hasson, dùng cho kính soi; trocar thứ hai (5 mm) ở hạ vị cách bờ trên xương mu 2 cm để sử dụng kìm kẹp, nâng, giữ; trocar thứ 3 (10 mm) ở hố chậu trái để phẫu tích là kênh thao tác chính.

Các biến nghiên cứu được thu thập qua hỏi bệnh, tư liệu trong bệnh án điều trị BN gồm: tuổi, giới, thời gian từ lúc đau đến khi nhập viện, thời gian từ lúc nhập viện đến khi quyết định phẫu thuật, các triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa cấp, kết quả xét nghiệm bạch cầu, công thức bạch cầu, hình ảnh siêu âm ruột thừa, vị trí ruột thừa trên siêu âm. Kết quả phẫu thuật: tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian phẫu thuật, biến chứng phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ...

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 69 BN, tuổi trung bình $29,5 \pm 18,9$, nhỏ nhất 6 tuổi, lớn nhất 83 tuổi, tập trung nhiều nhất trong nhóm tuổi < 30 (62,3%). Trong đó, 37 nam (53,6%), 32 nữ (46,4%), tỷ lệ nam/nữ 1,16:1.

** Đặc điểm lâm sàng:*

Thời gian đau trước mổ trung bình $48,5 \pm 38,9$ giờ; thời gian đau trước vào viện $38,9 \pm 37,8$ giờ; thời gian đau từ khi vào viện tới lúc mổ trung bình $9,6 \pm 7,6$ giờ. 38 BN phẫu thuật sau 12 giờ vào viện, trong đó 10 BN phẫu thuật sau 24 giờ. 22 BN (31,9%) có biến chứng viêm phúc mạc. Đại tiện lỏng, nát gập 13 BN (18,8%). Đau vùng hạ vị hoặc phần thấp hố chậu phải 32 BN (46,4%). Phản ứng cơ thành bụng vùng hố chậu phải rõ 50 BN (72,5%), phản ứng cơ thành bụng không rõ 9 BN (27,5%); dấu hiệu cảm ứng phúc mạc dương tính 55 BN (80,9%).

** Đặc điểm cận lâm sàng:*

Số lượng bạch cầu ≥ 10 G/l: 59 BN (85,5%), tỷ lệ bạch cầu trung tính $\geq 75\%$: 52 BN (75,4%), thấy hình ảnh ruột thừa viêm trên siêu âm 60/68 BN (88,2%), vị trí ruột thừa trong chậu hông nhỏ trên siêu âm: 23/60 BN (38,3%).

** Kết quả phẫu thuật:*

Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình 55,7 phút ($n = 67$), chuyển mổ mở 2 BN (2,9%) do viêm phúc mạc muộn, bụng trướng, nhiều mủ và giả mạc, không có tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng sớm sau phẫu thuật 1 BN (1,4%), do chảy máu sau mổ qua dẫn lưu nhưng không phải phẫu thuật lại; không có biến chứng áp xe dư hay xì bục gốc ruột thừa. Thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình 25,3 giờ. Thời gian nằm viện trung bình $4,5 \pm 2,3$ ngày; thời gian nằm viện của nhóm không có biến chứng $3,6 \pm 1,3$ ngày.

BÀN LUẬN

Nói về vị trí không điển hình của ruột thừa, có rất nhiều cách xếp loại khác nhau [6]. Tuy nhiên, xét về góc độ ảnh hưởng tới triệu chứng lâm sàng, một số tác giả xếp loại ruột thừa nằm trong chậu hông nhỏ là những trường hợp ruột thừa nằm thấp hơn vị trí bình thường [2, 4]. Wakeley nghiên cứu vị trí của ruột thừa trên 1.000 trường hợp thấy ruột thừa nằm ở vùng chậu hoặc xuống thấp chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (31,01%) chỉ sau ruột thừa sau manh tràng [8]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xếp loại ruột thừa trong chậu hông nhỏ là những trường hợp có ruột thừa nằm hoàn toàn trong chậu hông nhỏ, hoặc có 2/3 chiều dài nằm trong chậu hông nhỏ, gốc ruột thừa vẫn có thể nằm ở hố chậu phải. Khi đó ruột thừa có thể liên quan đến các tạng khác như bàng quang, trực tràng, tử cung, buồng trứng phải ở phụ nữ. Cũng có nghiên cứu về vị trí của ruột thừa, nhưng không nhắc đến ruột thừa trong chậu hông nhỏ như một thể bất thường vị trí [7].

Tỷ lệ biến chứng viêm phúc mạc trong nhóm nghiên cứu khá cao (31,8%). Điều này được giải thích do nhiều nguyên nhân, nguyên nhân chính là do chẩn đoán muộn, diễn biến lâm sàng không điển hình: thay vì đau khu trú ở hố chậu phải như những BN viêm ruột thừa cấp thông thường, BN lại đau ở vùng hạ vị hoặc phần thấp của hố chậu phải (46,4%), đại tiện lỏng, nát (18,8%) nên BN không nghĩ bị viêm ruột thừa cấp mà nghĩ bị rối loạn tiêu hóa, nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống nên tự điều trị, đến khi triệu chứng rầm rộ mới đi khám bệnh và phát hiện viêm phúc mạc. Mặt khác, khi viêm ruột thừa trong chậu

hông nhỏ, ruột thừa sẽ được ruột non, đại tràng Sigma, tử cung, phần phụ và mạc nối lớn ngăn cách với thành bụng trước nên phản ứng cơ thành bụng và đau khi thăm khám thường không rõ ràng (27,5% phản ứng cơ thành bụng không rõ ràng). Việc chẩn đoán chậm thể hiện ở thời gian đau trung bình 48,4 giờ, trong đó thời gian đau trước vào viện 38,9 giờ. Mặt khác, viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ là thể viêm ruột thừa cấp không điển hình về vị trí, từ đó dẫn đến lâm sàng không điển hình, chẩn đoán phân biệt [7], dẫn đến chẩn đoán nhầm. Chẩn đoán xác định viêm ruột thừa cấp chậm có thể xảy ra, đặc biệt với bác sỹ trẻ chưa có nhiều kinh nghiệm. Vì vậy, nhiều BN trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán sau khi vào viện 12 - 24 giờ. Điều đó cho thấy chẩn đoán sớm viêm ruột thừa cấp với ruột thừa nằm trong chậu hông nhỏ vẫn khó khăn.

Siêu âm cấp cứu được các bác sỹ lâm sàng thực hiện tại Khoa Phẫu thuật Bụng. Kết quả cho thấy tỷ lệ phát hiện hình ảnh ruột thừa khá cao (60/68 BN = 88,2%). Một số trường hợp không thấy hình ảnh ruột thừa, chỉ thấy ổ dịch tại vị trí tương ứng, dịch ổ bụng trong trường hợp viêm phúc mạc có thể do BN đến muộn, ruột thừa đã hoại tử, vỡ, khó phát hiện trên siêu âm. Mặc dù tỷ lệ phát hiện hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên siêu âm cao, nhưng tỷ lệ ghi nhận vị trí ruột thừa còn thấp (38,3%). Chúng tôi cho rằng, vấn đề này là do bác sỹ siêu âm chưa thấy hết tầm quan trọng của việc xác định vị trí ruột thừa viêm trong tiên lượng độ khó của phẫu thuật và dự kiến vị trí đặt trocar sao cho phẫu thuật thuận lợi nhất.

Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị: 67/69 BN được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm trong chậu hông nhỏ thành công cho thấy ưu điểm vượt trội của phẫu thuật nội soi so với mổ mở khi có những thay đổi về vị trí giải phẫu của ruột thừa. Phẫu thuật nội soi vẫn thực hiện bình thường, không phải thay đổi đường vào của dụng cụ nội soi khi vị trí ruột thừa thay đổi, trong khi đó phẫu thuật mở phải thay đổi vị trí và kích thước đường mổ. Chuyển mổ mở 2 trường hợp do ruột thừa nằm sâu trong tiểu khung đã vỡ, nhiều giả mạc, các quai ruột và mạc nối lớn dính rất nhiều, bụng trương, phẫu tích khó khăn nên phải mổ mở. Theo quan điểm của chúng tôi, những trường hợp viêm phúc mạc muộn, quai ruột trương nhiều không nên cố gắng phẫu thuật nội soi vì nguy cơ tổn thương tạng cao, khó làm sạch ổ bụng và tăng nguy cơ biến chứng sau mổ.

Biến chứng sớm sau mổ 1 BN, do chảy máu sau mổ 1 BN, được điều trị nội khoa ổn định không phải can thiệp lại. Không có biến chứng nhiễm trùng vết mổ hay áp xe tồn dư. Kết quả này có thể do kỹ thuật lấy ruột thừa ra khỏi ổ bụng bằng túi, chỉ định đặt dẫn lưu ổ bụng hợp lý và theo dõi chăm sóc sau mổ tốt.

Thời gian phục hồi nhu động ruột sau mổ trung bình 25,3 giờ. Mổ nội soi rút ngắn thời gian phục hồi lưu thông ruột so với mổ mở, do ít đụng chạm, lôi kéo các quai ruột. Sau mổ, BN đau ít (95,7%) nên có thể vận động sớm sau mổ, ra viện sớm. Đây là một ưu điểm của phẫu thuật nội soi.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu 4,5 ngày; đối với nhóm không có biến chứng viêm phúc mạc 3,6 ngày, tương đương với kết quả của Đỗ Trọng Hải (3,3 ngày). Thời gian nằm viện trung bình có thay đổi ở nhiều nghiên cứu khác nhau [1, 3, 5, 9], nhưng nhìn chung các tác giả đều nhận thấy thời gian nằm viện của nhóm phẫu thuật nội soi ngắn hơn nhiều so với nhóm phẫu thuật mở [9].

KẾT LUẬN

Viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ là một thể viêm ruột thừa cấp không điển hình theo vị trí, có tỷ lệ biến chứng viêm phúc mạc cao (31,9%); tỷ lệ chẩn đoán chậm cao do bệnh cảnh không điển hình (55% chẩn đoán sau 12 giờ vào viện), dễ nhầm với các bệnh lý rối loạn tiêu hóa (18,8%). Một số triệu chứng có giá trị gợi ý chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ là đau hạ vị hoặc phần thấp của hố chậu phải (46,4%); đại tiện lỏng, nát (18,8%); phản ứng cơ thành bụng không rõ ràng (27,5%). Siêu âm rất có giá trị trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và vị trí ruột thừa (thấy hình ảnh ruột thừa viêm 88,2% và ghi nhận hình ảnh ruột thừa viêm trong chậu hông nhỏ 38,3%).

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa thành công cho hầu hết các trường hợp viêm ruột thừa cấp trong chậu hông nhỏ, ngay cả những trường hợp có biến chứng viêm phúc mạc, xử trí linh hoạt khi có thay đổi bất thường về vị trí ruột thừa (97,1%). Kết quả sau mổ tốt: thời gian nằm viện ngắn ($4,5 \pm 2,3$ ngày), ít biến chứng (1,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Đỗ Trọng Hải*. Ưu điểm và hiệu quả của cắt ruột thừa nội soi trong điều trị viêm ruột thừa cấp. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2003, tập 7, tr.100-104.
2. *Phạm Đức Huấn*. Viêm ruột thừa. Cấp cứu Ngoại khoa. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam. Hà Nội. 2010, tr.108-118.
3. *Lê Thanh Sơn*. Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Quân y 103. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở. Học viện Quân y. Hà Nội. 2010.
4. *Nguyễn Áu Thực*. Viêm ruột thừa cấp. Bệnh học Ngoại khoa sau đại học, tập 2. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. Hà Nội. 2002, tr.258-277.
5. *Kargar S, Mirshamsi M.H, Zare M et al*. Laparoscopic versus open appendectomy; Which method to choose?. A prospective randomized comparison. Acta Med Iran. 2011, 49 (6), pp.352-356.
6. *Michael J, Zinner Stanley W. Ashley*. Appendix, Meckel's, and other small bowel diverticula. Maingot's Abdominal Operations. 2013, 12, pp.623-647.
7. *Palanivelu C, Rangarajan M, John S.J et al*. Laparoscopic appendectomy for appendicitis in uncommon situations: The advantages of a tailored approach. Singapore Med J. 2007, 48 (8), pp.737-740.
8. *Wakeley C.P*. The position of the vermiform appendix as ascertained by an analysis of 10,000 cases. J Anat. 1933, 67 (Pt 2), pp.277-283.
9. *Wei H.B, Huang J.L, Zheng Z.H et al*. Laparoscopic versus open appendectomy: A prospective randomized comparison. Surg Endosc. 2010, 24 (2), pp.266-269.