

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Văn Sách, Phan Văn Bé, Lâm Quốc Thắng, Hồ Nguyễn Hoàng  
Khoa Ngoại, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay nhiều cơ sở trong nước đã và đang áp dụng ngày càng phổ biến phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi trong điều trị viêm ruột thừa cấp nhưng cũng còn nhiều quan điểm khác nhau về ưu điểm so với mổ mở và chỉ định của phẫu thuật nội soi trong trường hợp viêm ruột thừa có biến chứng. Chúng tôi nghiên cứu tiền cứu 83 trường hợp cắt ruột thừa nội soi nhằm đánh giá những ưu điểm và hiệu quả của phẫu thuật này trong điều trị viêm ruột thừa cấp kể cả những trường hợp có biến chứng.

**Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, không đối chứng 83 bệnh nhân cắt ruột thừa nội soi điều trị viêm ruột thừa từ 05/2005 đến 03/2008 tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

**Kết quả:** Số trường hợp viêm ruột thừa sung huyết, nang mủ, hoại tử thủng gây viêm phúc mạc lần lượt là 10 (12,0%), 53 (63,9%) và 20 (24,1%). Thời gian mổ trung bình 62,83phút. Thời gian nằm viện trung bình 4,7 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung 3,6%, trong đó nhiễm trùng vết mổ 1 ca (1,2%), tụ dịch ổ bụng 1 (1,2%), áp xe tồn lưu 1 (1,2%). Không có tử vong.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi có nhiều ưu điểm và hiệu quả giúp nâng cao chất lượng điều trị. Bệnh nhân hồi phục nhanh, tỉ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện ngắn.

## SUMMARY

**Background:** In recent years, laparoscopic appendectomy has been used more and more commonly but its role, its advantages and efficiency in acute appendicitis is still controversial, especially in complicated cases. This study aimed at evaluating its advantages and efficiency.

**Methods:** Eighty three cases of laparoscopic appendectomies in acute appendicitis were prospectively studied between May 2005 and March 2008 in An Giang General hospital

**Results:** The numbers of cases of catarrhal, suppurative, gangrenous appendicitis and localized peritonitis were 10 (12.0%), 53 (63.9%), and 20 (24.1%) respectively. The mean operation time was 62.83 minutes. The mean hospital stay was 4.7 days. Overall complication rate was 3.6%. The rates of trocar site infection, postoperative intra-abdominal and abscess intra-abdominal 1.2%, 1.2% and 1.2% respectively. There was no mortality.

**Conclusions:** Laparoscopic appendectomy has a lot of advantages and efficacy. It enhances the quality of treatment with low rate of complications and short hospital stay.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm ruột thừa (VRT) là bệnh ngoại khoa thường gặp nhất trong cấp cứu. Từ năm 1886 Mac Burney đã mô tả phẫu thuật cắt ruột thừa mổ mở và cho đến nay phẫu thuật này vẫn còn được dùng để điều trị VRT vì tính hiệu quả, an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, trừ các trường hợp khó do ruột thừa ở vị trí bất thường hoặc bệnh nhân quá mập, thành bụng dày mỡ.

Cắt ruột thừa qua nội soi lần đầu tiên được Kurt Semm, một nhà sản khoa, thực hiện vào năm 1983. Lúc đó các chỉ định bao gồm viêm ruột thừa mãn và bán cấp dính vào buồng trứng gây vô sinh, lạc nội mạc tử cung ở ruột thừa.

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi có các ưu điểm như giúp chẩn đoán chính xác, dễ dàng xử trí ruột thừa ở vị trí bất thường, bệnh nhân ít đau, thời gian liệt ruột ngắn, giảm các biến chứng vết mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỉ lệ dính ruột sau mổ.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

- (1) Xác định những ưu điểm và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị VRT cấp kể cả các trường hợp VRT đã có biến chứng.
- (2) Rút ra những chỉ định của cắt ruột thừa nội soi trong điều trị VRT .

## **PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **Đối tượng nghiên cứu**

**Chọn bệnh:** Bệnh nhân VRT cấp kể cả các trường hợp đã có biến chứng được mổ nội soi cắt ruột thừa.

**Loại trừ:** Viêm ruột thừa mổ mở. Bệnh nhân cắt ruột thừa cơ hội.

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

**Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang

**Thời gian nghiên cứu:** Từ 05/2005 đến 03/2008

### **Chỉ định cắt ruột thừa nội soi**

VRT cấp kể cả các trường hợp đã có biến chứng thủng ruột thừa gây viêm phúc mạc. Chống chỉ định khi bệnh nhân có kèm theo các bệnh nội khoa chống chỉ định bơm hơi ổ bụng.

### **Kỹ thuật**

Bệnh nhân được đặt nằm ngửa và gây mê nội khí quản. Bệnh nhân được đặt thông tiểu để tránh tai biến chọc trocar vào bàng quang. Monitor được đặt bên phải, phía chân bệnh nhân. Phẫu thuật viên chính đứng bên trái bệnh nhân; người phụ mổ lúc đầu đứng bên phải và sẽ chuyển sang trái sau khi đặt xong trocar rốn.

Kỹ thuật dùng 3 ngõ vào: ngõ thứ nhất (10mm) dưới rốn dùng cho kính soi, ngõ thứ hai (10 mm) ở hố chậu trái, và ngõ thứ ba (5mm) trên xương mu hoặc ở hố chậu phải.

Sau khi phẫu tích bộc lộ ruột thừa và tạo cửa sổ, mạc treo ruột thừa thường được đốt lưỡng cực. Góc ruột thừa được cột 2 nơ bằng chỉ Vicryl 1.0, không vùi góc RT. Lau sạch hố chậu phải bằng gạc nhỏ.

Trong trường hợp viêm phúc mạc, chúng tôi tưới rửa và hút sạch dịch, mũ hố chậu, túi cùng Douglas và rãnh đại tràng và đặt dẫn lưu ổ bụng. Ruột thừa được cho vào bao cao su để lấy ra ngoài qua trocar rốn. Khâu cân cơ và da các ngõ vào.

### **Thu thập và xử lý số liệu**

Ghi nhận các yếu tố về đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, các dấu hiệu lâm sàng, thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng hậu phẫu, thời gian liệt ruột sau mổ và thời gian nằm viện. Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 12.0

### **KẾT QUẢ**

Trong tổng số 83 trường hợp cắt ruột thừa nội soi do viêm ruột thừa có 26 bệnh nhân nam (31,3%) và 57 bệnh nhân nữ (68,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/2. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,93 (nhỏ nhất 13 tuổi và lớn nhất là 77 tuổi). Thời gian đau trước mổ trung bình là 27,48 giờ. Có 27 ca (32,5%) ruột thừa sưng to nhìn thấy trên siêu âm.

Đặc điểm giải phẫu bệnh: Số trường hợp viêm ruột thừa sung huyết, nung mủ, hoại tử gây viêm phúc mạc lần lượt là 10 (12,0%), 53 (63,9%), 20 (24,1%).

Có 61 (73,5%) trường hợp ruột thừa ở vị trí thường gặp, 14 (16,9%) trường hợp ruột thừa nằm sau manh tràng và có 8 (9,6%) trường hợp ruột thừa dưới gan.

Thời gian mổ trung bình 62,83 phút. Nhanh nhất 30 phút, dài nhất 160 phút. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ hở. Thời gian liệt ruột sau mổ trung bình là 29,16 giờ

Tỷ lệ biến chứng chung là 3,6% (3 trường hợp) gồm có: 1 (1,2%) nhiễm trùng lỗ trocar, 1 (1,2%) tụ dịch trong ổ bụng và 1 (1,2%) áp xe tồn lưu.

Không có tử vong sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình là 4,7 ngày.

### **Tóm tắt kết quả nghiên cứu**

	<b>Số liệu</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Giới Nam	26	31,3
Nữ	57	68,7
Tuổi trung bình	33,93	<i>nhỏ tuổi nhất: 13, lớn tuổi nhất: 77</i>
Thời gian đau trung bình trước mổ (giờ)	27,48	
Siêu âm thấy RT viêm	27	32,5

VRT sung huyết	10	12,0
Nung mũ	53	63,9
Hoại tử gây VPM	20	24,1
RT sau manh tràng	14	16,9
RT dưới gan	8	9,6
Thời gian mổ trung bình (phút)	62,83	<i>Ngắn nhất: 30</i> <i>Dài nhất: 160</i>
Chuyển mổ hở	0	
Tai biến (thủng, chảy máu, ...)	0	
Thời gian trung tiện trung bình (giờ)	29,16	
Biến chứng	3	3,6
Nhiễm trùng lỗ trocar	1	1,2
Tụ dịch trong ổ bụng	1	1,2
Áp xe tồn lưu	1	1,2
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	4,7	<i>Ngắn nhất: 2</i> <i>Dài nhất: 8</i>

## BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây có rất nhiều nghiên cứu khẳng định phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi có hiệu quả và nhiều ưu điểm so với cắt ruột thừa kinh điển trong điều trị viêm ruột thừa cấp, ngay cả trường hợp viêm phúc mạc hay áp xe ruột thừa. Các quan điểm khác cho rằng cắt ruột thừa nội soi có thể dễ dẫn đến tai biến hơn và làm kéo dài cuộc mổ.

Các tai biến do cắt ruột thừa nội soi có thể gặp:

- Tai biến do chọc trocar: gây tổn thương mạch máu thượng vị dưới và tổn thương các tạng trong ổ bụng (ruột, bàng quang v.v...).
- Tai biến do bơm khí CO<sub>2</sub> ổ bụng.
- Tổn thương ruột do đốt điện, nhất là khi ruột chướng.

Chúng tôi dùng phương pháp bơm hơi mở của Hasson nên tránh được tai biến tổn thương tạng. Với áp lực hơi trong ổ bụng không quá 12 cmHg, chúng tôi cũng chưa gặp trường hợp thuyên tắc khí nào. Để tránh tai biến do đốt điện, chúng tôi kiểm tra các lớp cách điện của dụng cụ, phải thấy rõ toàn bộ phần đầu kim loại của dụng cụ khi đốt điện, tốt nhất là đốt điện lưỡng cực. Tai biến chảy máu mạc treo ruột thừa chúng tôi cũng không gặp ca nào. Động mạch ruột thừa được xử lý bằng cách đốt lưỡng cực.

Biến chứng sau mổ **3,6%** trong đó tỷ lệ nhiễm trùng lỗ trocar 1,2% (so với tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ mở theo y văn là từ 4-8%). Tỷ lệ nhiễm trùng thấp có thể do ruột thừa được đặt trong bao cao su và rút ra qua lòng trocar. Trường hợp nhiễm trùng lỗ trocar của chúng tôi chỉ cần chăm sóc tại chỗ. Trường hợp tụ dịch hố chậu phải sau mổ chúng tôi điều trị nội khoa, bệnh nhân ổn định. Trường hợp áp xe tồn lưu (xuất viện 7 ngày bệnh nhân trở lại với tình trạng sốt, đau bụng, siêu âm có dịch HCP và Douglas) chúng tôi mổ lại rửa bụng và dẫn lưu ổn định.

Thời gian liệt ruột sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 29,16 giờ. Mổ nội soi làm giảm thời gian liệt ruột so với mổ mở do ít đụng chạm, lôi kéo các quai ruột, và sau mổ ít đau nên bệnh nhân có thể đi lại ngay ngày sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 4,7 ngày. Đây cũng là một ưu điểm của mổ nội soi.

Chúng tôi gặp 14 trường hợp (16,9%) ruột thừa sau manh tràng và 8 trường hợp ruột thừa dưới gan (9,6%). Các trường hợp này không phải là chống chỉ định đối với mổ nội soi. Đặc biệt ở bệnh nhân mập thành bụng dày mỡ, dưới kính nội soi phẫu thuật viên sẽ thấy rõ chi tiết hơn và thực hiện phẫu thuật dễ dàng hơn mà không phải mở rộng đường mổ. Trong các ca này không có trường hợp nào chúng tôi phải chuyển mổ mở và phải đục thêm lỗ trocar.

Nhược điểm của mổ nội soi là thời gian mổ kéo dài, thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 62,83 phút tính từ lúc rạch da cho tới lúc khâu da.

## **KẾT LUẬN**

Cắt ruột thừa nội soi có nhiều ưu điểm và hiệu quả trong điều trị viêm ruột thừa cấp ngay cả trong trường hợp ruột thừa có biến chứng. Mổ nội soi giúp nâng cao chất lượng điều trị, giảm tỉ lệ biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Nếu có đủ trang thiết bị dụng cụ và phẫu thuật viên được huấn luyện về kỹ thuật mổ nội soi thành thạo thì việc triển khai mổ cắt ruột thừa nội soi trong cấp cứu là việc nên thực hiện.

## **Tài liệu tham khảo**

1. Đỗ Minh Đại, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Tấn Cường, Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc RT tại BV Hoàn Mỹ tháng 6 năm 2000 – tháng 12 năm 2003.
2. Đỗ Trọng Hải, Cắt ruột thừa nội soi trong tài liệu hướng dẫn phẫu thuật nội soi, Bệnh viện ĐHYD, 2002, trang 1-9.
3. Nguyễn Phi Ngọc (2004). Kết quả một năm thực hiện phẫu thuật nội soi. Tập san hội nghị nội soi và phẫu thuật nội soi. Tr 336 – 338
4. Nguyễn Đình Thạch (2004). Cắt ruột thừa qua ngã nội soi ổ bụng trong điều trị viêm ruột thừa cấp và biến chứng. Tập san hội nghị nội soi và phẫu thuật nội soi. Tr 361 – 365.
5. Nguyễn Hoàng Định, Nguyễn Tấn Cường. Phẫu thuật cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng. Y học TPHCM, 1997;4(1):16-24.
6. Nguyễn Hoàng Định, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Hoàng Bắc, Phạm Văn Nhân, Đỗ Minh Đại. Đánh giá mức độ an toàn và hiệu quả của cắt ruột thừa nội soi. Ngoại khoa số 4, 2001:6-10
7. Tài liệu hướng dẫn phẫu thuật nội soi JICA-CRH Technical Cooperation Project 1999. Cắt ruột thừa nội soi, trang 113-121.
8. D. E. Moor et al (2005). Cost perspectives of laparoscopic and open appendectomy. Surgical Endoscopy Volume 19, number 3 March 2005. pp:374-378.
9. Hellberg A, Rudberg C et al Prospective randomized multicentre study of laparoscopic versus open open appendectomy. Br J Surg 1999; 86:48-53.
10. Jeffrey G. Turker. Bruce J. Ramshaw. Laparoscopic Appendectomy. Mastery of Endoscopic and Laparoscopic Surgery, W.Stephen Eubanks, Lippincott Williams and Wilkins, 200:355-363.