

Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm

Chan Tha Vong*; Lê Trung Hải**

TÓM TẮT

Nội soi ổ bụng có giá trị cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (VRTC) với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 66,7%, giá trị tiên đoán d- ơng tính 99,2%, giá trị tiên đoán âm tính 100% và tỷ lệ chẩn đoán sai 0,8%. Ph- ơng pháp chẩn đoán nội soi có độ nhạy cao nhất và tỷ lệ chẩn đoán sai thấp nhất so với các ph- ơng pháp chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán siêu âm.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt ruột thừa trong điều trị VRTC là một ph- ơng pháp điều trị an toàn và có hiệu quả. Bệnh nhân (BN) hồi phục sau mổ nhanh, ngày nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao. Tỷ lệ biến chứng thấp (1,6%) và không có tử vong sau mổ.

* Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp; Phẫu thuật nội soi.

Study on diagnosis and result of laparoscopic appendectomy

SUMMARY

Laparoscopy was a high value method for diagnosis of acute appendicitis with sensitivity of 100%, specificity of 66.7%, positive predictive value of 99.2%, negative predictive value of 100% and incorrect diagnosis rate of 0.8%. Laparoscopy was the best method in diagnosis of acute appendicitis compared to clinical and ultrasonic methods.

Laparoscopic appendectomy was safe and efficient with early recovery of health, shortening hospital stay, better cosmesis, less morbidity (1.6%) and no post-operative mortality.

* Key words: Acute appendicitis; Laparoscopic appendectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là bệnh hay gặp nhất trong cấp cứu ngoại bụng. Những tr- ờng hợp triệu chứng lâm sàng điển hình, việc chẩn đoán sẽ thuận lợi hơn. Tuy nhiên, nhiều tr- ờng hợp VRTC, bệnh cảnh không điển hình, có diễn biến đa dạng và phức

tạp, gặp nhiều khó khăn trong chẩn đoán. Năm 1980, Semm là ng- ời đầu tiên tiến hành cắt ruột thừa nội soi. Lúc đầu, PTNS cắt ruột thừa gây ra nhiều tranh cãi. Một số tác giả cho rằng kỹ thuật này thực hiện khó, thời gian mổ kéo dài, chi phí tốn kém, tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn ổ bụng nhiều hơn mổ mở.

* Bệnh viện 103, Lào

** Bệnh viện 103, Việt Nam

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

Tuy nhiên, cho đến nay nhiều tác giả thừa nhận PTNS cắt ruột thừa có nhiều - u việt hơn so với mổ mở nh- : giảm biến chứng sau mổ, đỡ đau, phục hồi l- u thông tiêu hoá sớm, ngày nằm điều trị ngắn và ng- ời bệnh nhanh chóng trở lại hoạt động bình th- ờng. Trên thế giới và ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về PTNS cắt ruột thừa trong điều trị VRTC. Tuy nhiên, vẫn còn có những ý kiến khác nhau về vai trò của PTNS trong điều trị VRTC. Xuất phát từ thực tế đất n- ớc Lào với dân số còn ít, nh- ng bệnh VRTC vẫn đứng hàng đầu các bệnh cấp cứu ngoại khoa. Trên thực tế hiện nay, máy móc, trang thiết bị mới đ- ợc triển khai, có thể đáp ứng nhu cầu điều trị.

Đề tài góp phần nghiên cứu giá trị chẩn đoán nội soi và đánh giá kết quả PTNS cắt ruột thừa viêm tại Bệnh viện 103.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

125 BN đ- ợc chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và thực hiện PTNS cắt ruột thừa viêm tại Bệnh viện 103 từ 8 - 2009 đến 11 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Số liệu chung:*

Tuổi, giới, thời gian BN có triệu chứng lâm sàng đến khi vào viện, thời gian từ khi vào viện đến khi phẫu thuật.

* *Nghiên cứu chẩn đoán VRTC:*

- Nghiên cứu chẩn đoán lâm sàng:

+ Triệu chứng lâm sàng: đau bụng vùng hố chậu phải (HCP), sốt, rối loạn tiêu hóa, ấn điểm Mac-Burney đau, có phản ứng thành bụng, nghiệm pháp Shotkin Blumberg (+), có co cứng thành bụng...

+ Xét nghiệm bạch cầu: số l- ợng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

- Ph- ơng pháp chẩn đoán siêu âm: siêu âm chẩn đoán ruột thừa viêm có ít nhất một trong những dấu hiệu sau: đ- ờng kính ruột thừa > 6 mm, có dịch xung quanh ruột thừa, ấn đau khi siêu âm, ruột thừa cắt ngang thấy hình bia, cắt dọc thấy hình ngón tay đi gang, thành ruột thừa dày > 3 mm.

- Ph- ơng pháp chẩn đoán nội soi:

+ Mức độ tổn th- ơng đại thể của ruột thừa: theo phân loại của Saminov A.A. (1987): ruột thừa xung huyết (ruột thừa s- ng to, thanh mạc thô, giãn mạch, xung huyết, xuất tiết), ruột thừa mũ (ruột thừa s- ng to, thanh mạc xung huyết và mờ đục có phủ tơ huyết, lòng ruột thừa chứa đầy mũ, mạc treo nề xung huyết), ruột thừa hoại tử (viêm mũ đã lan ra tổ chức ruột thừa, vào mạc treo ruột thừa gây nên huyết khối các mạch nuôi d- ờng ruột thừa, ruột thừa to, bề mặt thanh mạc có những đốm hoại tử. Thành ruột thừa màu xám dễ vỡ, khi vỡ có dịch mũ từ trong lòng ruột thừa chảy ra).

+ Các biến chứng và vị trí ruột thừa.

- Đối chiếu ph- ơng pháp chẩn đoán lâm sàng, siêu âm, nội soi với kết quả giải phẫu bệnh lý.

* *PTNS cắt ruột thừa viêm:*

- Chuẩn bị BN, trang thiết bị và dụng cụ nội soi.
- Kỹ thuật mổ nội soi cắt ruột thừa viêm: đặt trocar và bơm hơi phúc mạc. Cắt ruột thừa nội soi trong ổ bụng: kẹp nâng căng mạc treo ruột thừa. Giải phóng mạc treo và cầm máu động mạch ruột thừa. Kẹp các clip và cắt ruột thừa. Lấy ruột thừa và đóng các lỗ trocar.

* *Đánh giá kết quả PTNS cắt ruột thừa viêm:*

- Ghi nhận các chỉ tiêu: số l- ợng trocar, dẫn l- u ổ bụng, thời gian phẫu thuật.
- Thống kê tai biến trong mổ, nguyên nhân và tỷ lệ chuyển mổ mở, số ngày dùng kháng sinh sau mổ, thời gian đau sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian ăn đ- ợc sau mổ, thời gian nằm viện, biến chứng và tử vong sau mổ.
- Đánh giá kết quả chung sau mổ: tốt, trung bình và xấu.

* *Xử lý số liệu:* theo ch- ơng trình phần mềm Epi. info tại Học viện Quân y.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Số liệu chung.

Tổng số 125 BN, tuổi trung bình 33 ± 15 (10 - 79 tuổi), nam 68 BN (54,4%), nữ 57 BN (45,6%), thời gian BN có triệu chứng lâm sàng đến khi vào viện trung bình $24,84 \pm 14,22$ giờ (4 - 74 giờ), thời gian từ khi vào viện đến khi phẫu thuật trung bình $5,18 \pm 2,27$ giờ (1 - 12 giờ).

2. Kết quả chẩn đoán.

* *Chẩn đoán lâm sàng:*

- Các triệu chứng lâm sàng trong VRTC: đau bụng vùng HCP: 125 BN (100%); sốt: 87 BN (69,6%); rối loạn tiêu hóa: 92 BN (73,6%); ấn HCP hoặc điểm Mc Burney đau: 125 BN (100%); có phản ứng thành bụng: 125 BN (100%); nghiệm pháp Shotkin- Blumberg (+): 96 BN (76,8%); có co cứng thành bụng: 6 BN (4,8%).

- 108 BN (86,4%) xét nghiệm máu: số l- ợng bạch cầu $> 10.000/mm^3$ máu, 105 BN (84%) có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính $> 70\%$.

- Đối chiếu chẩn đoán lâm sàng với giải phẫu bệnh lý: độ nhạy 96,7%, độ đặc hiệu 66,7%, giá trị tiên đoán d- ơng tính 99,2%, giá trị tiên đoán âm tính 33,3%, tỷ lệ chẩn đoán sai 4%.

3. Chẩn đoán siêu âm.

- 109 BN (87,2%) có dấu hiệu siêu âm của VRTC, 16 BN (12,8%) không có dấu hiệu siêu âm.

- Đối chiếu chẩn đoán siêu âm với giải phẫu bệnh lý: độ nhạy 88,5%, độ đặc hiệu 66,7%, giá trị tiên đoán d- ơng tính 99,1%, giá trị tiên đoán âm tính 12,5%, tỷ lệ chẩn đoán sai 12%.

* *Chẩn đoán nội soi:*

Bảng 1: Kết quả chẩn đoán nội soi so với giải phẫu bệnh lý.

		CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH		
		VRTC	Ruột thừa không viêm	Tổng
Chẩn đoán nội soi	VRTC	122	1	123
	Không bệnh	0	2	2
	Tổng số	122	3	125

- Độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 66,7%, giá trị tiên đoán d- ơng tính 99,2%, giá trị tiên đoán âm tính 100%, tỷ lệ chẩn đoán sai 0,8%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng qua nội soi 99,2%.

- Xác định có dịch trong ổ bụng: 109 BN (87,2%), viêm phúc mạc: 7 BN (5,6%).

- Vị trí của ruột thừa: sau manh tràng: 22 BN (17,2%), giữa các quai ruột: 4 BN (3,2%), ở vị trí bình th- ờng: 99 BN (79,2%).

* So sánh giá trị các ph- ơng pháp chẩn đoán:

Bảng 2:

PHƯƠNG PHÁP	ĐỘ NHẢY	ĐỘ ĐẶC HIỆU	TỶ LỆ CHẨN ĐOÁN SAI
Chẩn đoán lâm sàng	96,7%	66,7%	4%
Chẩn đoán siêu âm	88,5%	66,7%	12%
Chẩn đoán nội soi	100%	66,7%	0,8%
p	< 0,05	> 0,05	< 0,05

* Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh lý:

Bảng 3:

PHÂN LOẠI GIẢI PHẪU BỆNH LÝ	n = 125	%
Ruột thừa không viêm	3	2,4
VRTC xung huyết	41	32,8
Viêm ruột thừa mũ	32	25,6
Viêm ruột thừa hoại tử	49	39,2

3. Kết quả điều trị PTNS cắt ruột thừa.

- Các chỉ tiêu phẫu thuật:

+ Số l- ợng trocar: đặt 3 trocar: 121 BN (96,8%), 4 BN đặt 4 trocar do ruột thừa dính và quặt ng- ợc sau manh tràng.

+ Dẫn l- u ổ bụng: 17 BN (13,6%).

+ Thời gian phẫu thuật trung bình: 48,44 ± 12,12 phút (15 - 90 phút).

- *Đánh giá kết quả phẫu thuật:*

- + Tai biến trong mổ: không gặp.
- + Tỷ lệ chuyển mổ mở: 2 BN (1,6%), nguyên nhân: 1 BN có túi thừa manh tràng viêm mủ và 1 BN VRTC hoại tử có khó khăn về kỹ thuật.
- + Số ngày dùng kháng sinh trung bình: $5,02 \pm 1,03$ (3 - 7 ngày).
- + Thời gian đau sau mổ trung bình: $23,2 \pm 8,68$ giờ (10 - 68 giờ).
- + Thời gian trung tiện sau mổ trung bình: $22,32 \pm 7,44$ giờ (12 - 48 giờ).
- + Thời gian ăn uống đ- ợc sau mổ trung bình: $25,62 \pm 11,76$ giờ (10 - 48 giờ).
- + Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2 BN (1,6%) có nhiễm khuẩn nhẹ lỗ trocar.
- + Không có tr- ờng hợp nào tử vong sau PTNS.
- + Ngày điều trị trung bình: $5,33 \pm 1,14$ ngày (3 - 7 ngày).

BÀN LUẬN

1. Về chẩn đoán VRTC.

- Chẩn đoán lâm sàng VRTC dựa chủ yếu vào các triệu chứng lâm sàng mà thầy thuốc phát hiện đ- ợc, ngoài ra còn tham khảo xét nghiệm máu, siêu âm. Việc chẩn đoán lâm sàng phụ thuộc vào trình độ, kinh nghiệm của thầy thuốc và thời gian theo dõi BN tr- ớc mổ dài hay ngắn. Nếu thời gian dài, độ chính xác cao, đồng nghĩa với bỏ lỡ cơ hội mổ sớm VRTC. Kết quả nghiên cứu cho thấy: chẩn đoán lâm sàng có độ nhạy 96,7%, độ đặc hiệu 66,7%, tỷ lệ chẩn đoán sai 4%. Muốn giảm tỷ lệ chẩn đoán sai, thầy thuốc phải khám xét kỹ mủ, chi tiết, không nên bỏ sót một dấu hiệu nào. Kết quả thu đ- ợc qua nghiên cứu t- ơng tự kết quả của một số tác giả trong và ngoài n- ớc.

- Kết quả siêu âm: 87,2% BN có dấu hiệu của viêm ruột cấp. So sánh với chẩn đoán giải phẫu bệnh cho thấy: siêu âm có độ nhạy 88,5%, độ đặc hiệu 66,7%, tỷ lệ chẩn đoán sai 12%. Kết quả này t- ơng tự với nghiên cứu của Davidson P.M (1999), Triệu Triệu D- ơng (2002) có độ nhạy 80 - 90%, độ đặc hiệu 95 - 100%. Nhiều tác giả cho rằng siêu âm có giá trị tốt trong chẩn đoán VRTC, nhất là chẩn đoán lâm sàng ch- a rõ, hoặc trong những tr- ờng hợp cần theo dõi.

- Nội soi giúp xác định ruột thừa viêm hay không viêm: hình ảnh ruột thừa đ- ợc camera truyền phóng đại lên màn hình nên quan sát rất rõ. Kết quả chẩn đoán nội soi có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 66,7%, tỷ lệ chẩn đoán sai 0,8%. Các kết quả này cho phép chẩn đoán xác định VRTC tr- ớc khi quyết định cắt ruột thừa viêm. Thống kê của Enochsson (2004): nội soi chẩn đoán VRTC có độ nhạy 98 - 100%, độ đặc hiệu 90 - 96%. Nhiều tác giả đánh giá cao vai trò của nội soi trong chẩn đoán VRTC, đặc biệt ở nữ đang độ tuổi sinh đẻ và giúp phân biệt với các bệnh sản phụ khoa. Đây là một - u việt lớn của PTNS so với mổ mở cắt ruột thừa cũng nh- các ph- ơng pháp chẩn đoán khác. Nội soi còn giúp phát hiện các bệnh kèm theo. Brian C.O (1996) đ- a ra bậc thang quyết định cho cắt ruột thừa trong chẩn đoán nội soi - phẫu thuật.

+ Ruột thừa viêm có chỉ định cắt bỏ ruột thừa.

+ Ruột thừa không viêm nh- ng có bệnh của cơ quan nằm trong tiểu khung nh- : u nang buồng trứng, viêm phần phụ, bệnh Crohn thì nên cắt bỏ ruột thừa để tránh nhầm lẫn giữa viêm ruột thừa với các bệnh này.

+ Nếu ruột thừa không viêm, nh- ng có bệnh khác rõ ràng trong ổ bụng xa vị trí ruột thừa, tiến hành điều trị bệnh tiên phát mà không cắt ruột thừa.

- Nội soi không chỉ xác định ruột thừa có viêm hay không mà còn đánh giá mức độ tổn thương của bệnh, làm cơ sở để ra ph- ơng pháp điều trị hữu hiệu, đồng thời tiên l- ợng bệnh (phát hiện có dịch ổ bụng, viêm phúc mạc cũng nh- vị trí của ruột thừa...).

- So sánh chẩn đoán nội soi với chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán siêu âm, nội soi chẩn đoán có độ nhạy cao nhất (100%), tỷ lệ sai thấp nhất (0,8%) giúp làm tăng độ chính xác trong chẩn đoán bệnh VRTC và phân biệt với các bệnh khác.

2. Về kết quả PTNS cắt ruột thừa viêm.

- Kazemier G (1997) cùng nhiều tác giả nhận xét: thời gian phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi th- ờng dài hơn phẫu thuật mở. Thời gian cắt ruột thừa nội soi rút ngắn khi phẫu thuật viên được huấn luyện tốt, thành thạo trong kỹ thuật mổ nội soi. Kết quả nghiên cứu cho thấy: thời gian phẫu thuật trung bình: $48,44 \pm 12,12$ phút, t- ơng tự nh- thống kê của Kum C.K (1993): thời gian mổ nội soi không dài hơn mổ mở, còn Pier A. và Gotg F (1993) thấy thời gian cắt ruột thừa nội soi ngắn hơn rõ rệt so với mổ mở. Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi là 1,6%. Theo nhiều tác giả, tỷ lệ chuyển mổ mở có thể tới 6,4 - 7,6% và phụ thuộc vào chỉ định cũng nh- trình độ phẫu thuật viên. Khi đánh giá, tiên l- ợng những tr- ờng hợp mổ nội soi phức tạp, nên chuyển mổ mở, giúp tránh các tai biến và biến chứng.

- Kết quả sau mổ: thời gian trung tiện sớm, ít đau và có thể cho ăn uống sớm sau mổ cho thấy - u thế của PTNS cắt ruột thừa viêm. Nhận xét này phù hợp với nhiều tác giả khác và được giải thích do PTNS ít gây tổn thương các tạng ổ bụng, việc phục hồi sau mổ sớm hơn. Với các - u điểm khác nh- ít biến chứng sau mổ (1,6%), thời gian nằm viện ngắn (trung bình $5,33 \pm 1,14$ ngày), thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn và tính thẩm mỹ cao đã cho thấy PTNS cắt ruột thừa là một kỹ thuật an toàn và có hiệu quả tốt trong điều trị VRTC.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 125 BN được chẩn đoán VRTC và PTNS cắt ruột thừa tại Bệnh viện 103 từ 8 - 2009 đến 11 - 2009, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Nội soi có giá trị tốt trong chẩn đoán VRTC với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 66,7%, giá trị tiên đoán d- ơng tính 99,2%, giá trị tiên đoán âm tính 100%, tỷ lệ chẩn đoán sai 0,8%. Ph- ơng pháp chẩn đoán nội soi có độ nhạy cao nhất và tỷ lệ chẩn đoán sai thấp nhất so với các ph- ơng pháp chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán siêu âm.

- PTNS cắt ruột thừa trong điều trị VRTC là một ph- ơng pháp điều trị an toàn và có hiệu quả tốt. BN hồi phục sau mổ nhanh, ngày nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao. Tỷ lệ biến chứng thấp (1,6%) và không có tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Triệu Triệu D- ơng*. Nghiên cứu chẩn đoán VRTC qua nội soi. Luận án Tiến sỹ. 2002.
2. *Nguyễn C- ờng Thịnh*. So sánh phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi và cắt ruột thừa mở trong điều trị VRTC. Đặc san Tiêu hoá Việt Nam. 2005.
3. *Brian C.O*. Laparoscopic appendectomy. Principles of laparoscopic surgery, basic and advanced techniques. 1996, 15, pp.268-276.
4. *Davidson P.M, Douglas C.D, Hosking C.S*. Graded compression ultrasonography in the assessment of the tough decision acute abdomen in childhood. *Pediatr Surg Int*. 1999, 15 (1), pp.32-35.
5. *Enochsson L, Gudbjartsson J, Hellberg, Fenyo G*. The fenyo-lindberg scoring sytem for appendicitis increases poritive predictive value in fertile women. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*. 2004, 18, pp.1509-1513.
6. *Kazemier G, Zeeuw G.D, Lange J.F, Hop W.C.J*. Laparoscopic vs open appendectomy: a randomized clinical trial. *Surg Endosc*. 1997, 11, pp.336-340.
7. *Kum C.K, Ngoi S.S, Goh P.M, TeKant Y, Isaac J.R*. Randomized controlled trial comparing laparoscopic and open appendicectomy. *Br J*. 1993, 80 (12), pp.1599-1600.
8. *Pier A, Gotz F, Bacher C, Ibald R*. Laparoscopic appendectomy. *World T Surg*. 1993, 17 (1), pp.29-33.