

PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA VIÊM BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN 198

Trần Minh Đạo*

TÓM TẮT

Từ 1999 đến 2009, tại Bệnh viện 198 đã tiến hành cắt ruột thừa viêm (RTV) cho 227 bệnh nhân (BN) (157 nam, 70 nữ) bằng nội soi. Tuổi trung bình 40,5 (từ 15 - 78). Chúng tôi sử dụng chủ yếu bằng 3 trocar. Kết quả rất tốt, biến chứng chung 3,26%, chuyển mổ mở 5,81%, nhiễm trùng lỗ trocar 2,34%, thời gian nằm viện trung bình $4,1 \pm 1,5$ ngày.

* Từ khoá: Ruột thừa viêm; Phương pháp nội soi.

LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY AT 198 HOSPITAL

SUMMARY

From 1999 to 2009, 227 patients (157 men and 70 women) with acute appendicitis were operated by laparoscopy at 198 Hospital, mean age was 40.5 (range 15 - 78). We used 3 trocars. The results were very good with complications: 3.26%, change to open operation 5.81%, site trocars infection 2.34%; the mean hospital stay was 4.1 ± 1.5 days.

* Key words: Appendicitis; Laparoscopic appendectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là một bệnh thường gặp nhất trong cấp cứu ngoại bụng. Chẩn đoán và điều trị nói chung dễ dàng, mổ cắt bằng đường mổ kinh điển Mac Burney vẫn được xem như là một đường mổ chuẩn về mặt kỹ thuật để điều trị bệnh VRT cấp. PTNS cắt ruột thừa được Kurt Semm - một bác sỹ sản khoa người Đức thực hiện lần đầu tiên vào năm 1983 [1, 2], từ đó đến nay PTNS cắt RTV đã nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi, không ngừng được hoàn thiện

và là một kỹ thuật thường quy trong xử lý bệnh viêm ruột thừa cấp tại các cơ sở y tế trong cả nước. Tại Bệnh viện 198, Bộ Công an, PTNS bắt đầu triển khai vào năm 1997 và cũng từ đó cắt RTV đã dần được thực hiện bằng phương pháp nội soi, mặc dù giai đoạn đầu tiến hành được ít do nhiều lý do, nhưng tập trung nhất vẫn là ngại triển khai. Đến nay, cắt bỏ RTV bằng nội soi đã trở thành thường quy tại bệnh viện. Đề tài này nhằm mục đích: *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả PTNS điều trị RTV cấp tại Bệnh viện 198 từ 1 - 1999 đến 12 - 2009.*

* Bệnh viện 198

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Văn Xuyên

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

227 BN được chẩn đoán và chỉ định mổ cắt RTV bằng phương pháp nội soi tại Bệnh viện 198 từ 1 - 1999 đến 12 - 2009.

- Loại trừ các BN không có chỉ định PTNS vì có bệnh toàn thân.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thử nghiệm lâm sàng, không đối chứng.

- Dụng cụ PTNS: do hãng Karl Storz sản xuất.

- Kỹ thuật mổ: bao gồm các bước.

+ BN nằm ngửa.

+ Gây mê nội khí quản.

+ Đặt trocar 10 mm theo phương pháp mở và bơm hơi CO₂ ổ bụng cho đến khi áp lực đạt 10 - 12 mmHg.

+ 2 trocar 5mm ở hố chậu phải (HCF) và hố chậu trái (HCT).

+ Bộc lộ ruột thừa.

+ Cắt mạc treo ruột thừa bằng dao điện, có cầm máu kỹ.

+ Buộc gốc ruột thừa bằng thòng lọng có thắt nút khóa.

+ Cắt ruột thừa cho vào túi nilon hoặc túi condom, tẩm bông betadin chấm vào gốc ruột thừa như mổ mở. Kiểm tra cầm máu và lau tiểu khung.

+ Lấy ruột thừa ra khỏi ổ bụng bằng đường qua ống trocar 10 mm.

+ Rút trocar ra khỏi thành bụng và đóng các lỗ trocar bằng chỉ vicryl 3.0.

- Đánh giá sau mổ:

+ Thời gian trung tiện sau mổ.

+ Biến chứng tại vết mổ.

+ Biến chứng trong ổ bụng.

+ Thời gian nằm viện.

+ Biến chứng xa.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới.

* Tuổi:

15 - 20 tuổi: 42 BN (18,50%); 21 - 30 tuổi: 86 BN (37,88%); 31- 40 tuổi: 51 BN (22,46%); 41 - 50 tuổi: 26 BN (11,46%); 50 - 60 tuổi: 14 BN (6,17%); > 60 tuổi: 8 BN (3,53%).

Tuổi nhỏ nhất: 15 tuổi, cao nhất: 78 tuổi, trung bình: 40,5 tuổi.

* Giới: nam: 157 BN (69,16%); nữ: 70 BN (30,84%). Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ vì bệnh viện chủ yếu nhận BN là công an.

* Giải phẫu bệnh: M1: 76 BN (33,48%); M2: 123 BN (54,18%); M3: 28 BN (12,34%). Đa số RTV ở giai đoạn M2.

* Thời gian mổ ($n = 213$):

Thời gian mổ < 30 phút: 10 BN (4,69%); 31 - 40 phút: 68 BN (31,93%); 41 - 50 phút: 85 BN (39,91%); 51 - 60 phút: 40 BN (18,78%); > 60 phút: 10 BN (4,69%).

Thời gian mổ nhanh nhất: 20 phút; dài nhất: 90 phút; trung bình: $36 \pm 12,46$ phút

* Số lượng BN chuyển mổ mở: ($n = 227$):

Cắt ruột thừa nội soi: 213 BN (94,19%); chuyển mổ mở: 14 BN (5,81%). Tỷ lệ thất bại phải chuyển mổ mở là do những năm đầu tiên triển khai kỹ thuật và gặp trường hợp khó, ruột thừa sau manh tràng.

* Thời gian có nhu động ruột sau mổ. ($n = 213$):

< 24 giờ: 18 BN (8,45%); 24 - 48 giờ: 168 BN (78,87%); > 48 giờ: 27 BN (12,68%). Thời gian có nhu động ruột sớm nhất: 12 giờ; dài nhất: 48 giờ; trung bình: $20 \pm 3,5$ giờ.

* Thời gian nằm viện:

< 3 ngày: 2 BN (0,94%); 3 - 7 ngày: 183 BN (85,91%); > 7 ngày: 28 BN (13,15%). Thời gian nằm viện ngắn nhất: 2 ngày; dài nhất: 8 ngày; trung bình: $4,1 \pm 1,5$ ngày.

* Biến chứng sớm sau mổ:

Biến chứng sớm sau mổ cắt ruột thừa nội soi có tỷ lệ nhỏ (3,26%), chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (2,34%), áp xe tồn dư (0,46%) và 1 BN VRT sau mổ cắt ruột thừa nội soi.

BÀN LUẬN

1. Một số vấn đề về chỉ định PTNS cắt RTV.

Trước đây, khi mới triển khai PTNS, phẫu thuật viên thường ngại cắt ruột thừa bằng nội soi vì đại đa số cho rằng với quan điểm về thẩm mỹ thì đường mổ 3 trocar cũng bằng chiều dài một đường mổ mở khoảng 3 - 5 cm, trong khi đó phải gây mê phức tạp, thời gian mổ kéo dài và việc chuẩn bị mổ phức tạp, nguy cơ nhiễm khuẩn ổ bụng cao và gánh nặng về kinh tế [6]. Tuy nhiên, PTNS cắt RTV đã tỏ rõ những ưu điểm nổi trội so với kỹ thuật mổ mở: giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và tính thẩm mỹ cao, nhiều người bệnh khi đến khám lại không còn sẹo mổ trên thành bụng [5, 7, 8, 10], do vậy nên chỉ định rộng rãi cắt RTV bằng PTNS. Một điểm trước đây chúng tôi cũng còn lo ngại là BN có sẹo cũ ở vùng dưới rốn thường không được chỉ định mổ cắt RTV bằng PTNS, vì sợ khi vào ổ bụng khó, có dính ruột vào thành bụng hoặc dính các quai ruột với nhau. Sau này chúng tôi chỉ định mổ cho tất cả các trường hợp có sẹo mổ cũ dưới rốn, qua mổ nội soi gỡ dính và cắt ruột thừa thuận lợi cùng một lúc giải quyết được 2 việc là gỡ dính để phòng tắc ruột sau này và cắt RTV cho BN. Đối với các BN là người cao tuổi, nếu thể trạng cho phép và không có bệnh lý tim mạch hoặc các bệnh về phổi, chúng tôi vẫn chỉ định mổ nội soi để cắt RTV. Trần Bình Giang [4] cho rằng đối với BN cao tuổi chống chỉ định PTNS là: bệnh lý tim mạch, bao gồm: BN suy tim, ứ huyết còn bù; BN bị bệnh mạch vành; BN có giảm khối lượng tuần hoàn. Bệnh lý hô hấp, bao gồm: khí phế thũng; loạn dưỡng nhu mô phổi.

Và một số bệnh lý đường tiết niệu, tổn thương ở não... chúng tôi cũng đồng tình với quan điểm này, tốt nhất nên gây tê tại chỗ và với một đường rạch ngắn cũng có thể cắt được RTV mà vẫn tránh những biến chứng có thể xảy ra cho BN khi mắc bệnh mạn tính và cao tuổi.

2. Đánh giá kết quả PTNS cắt RTV.

Phẫu thuật nội soi cắt RTV có nhiều ưu điểm: thẩm mỹ, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ, đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước khẳng định [1, 5, 6, 7, 10], chúng tôi cũng có kết quả tương tự. Tuy nhiên, cần bàn thêm về việc sử dụng số trocar, có nên cắt RTV ngoài ổ bụng trong mổ nội soi hay không?

Trong PTNS cắt RTV, nhìn chung phẫu thuật viên thường sử dụng 3 trocar, đặc biệt giai đoạn đầu áp dụng kỹ thuật này, cần thiết phải sử dụng 3 trocar là điều dĩ nhiên, dần dần khi đã thành thạo, chúng tôi chỉ sử dụng 2 trocar, thay thế trocar thứ 3 bằng cách sử dụng một mũi chỉ khâu treo ruột thừa vào thành bụng trước thay cho trocar thứ 3. Áp dụng kỹ thuật này thấy rất thuận lợi, không làm kéo dài cuộc mổ và thao tác dễ dàng, càng về sau kỹ thuật càng thuần thục. Gần đây, một số tác giả [3] còn tiến hành cắt RTV bằng một trocar duy nhất, tuy nhiên đây là loại trocar chuyên biệt, chỉ có ở những trung tâm lớn và đòi hỏi nhiều dụng cụ đi theo, phải có kinh phí lớn, do vậy kéo theo giá thành một ca mổ viêm ruột thừa lên cao. Theo chúng tôi, không nhất thiết phải mổ cắt RTV bằng một trocar khi điều kiện không cho phép. Về việc thực hiện kỹ thuật cắt RTV ở ngoài ổ bụng, trong mổ nội soi cũng cần bàn thêm, một số tác giả đã có các báo cáo về vấn đề này. Tuy vậy, theo chúng tôi khi đã giải phóng ruột thừa và kéo lên thành bụng được thì việc cắt bỏ ruột thừa trong ổ bụng sẽ trở nên dễ dàng hơn bao giờ hết, do đó không nên đưa ruột thừa ra ngoài để cắt, rất dễ bị vỡ khi căng ruột thừa và có thể nhiễm khuẩn vết mổ hoặc có các tổn thương khác tại manh tràng.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 227 BN được tiến hành PTNS cắt RTV tại Bệnh viện 198, Bộ công an chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Về chỉ định: nên chỉ định rộng rãi cho các trường hợp viêm ruột thừa cấp, chỉ cần nhắc các trường hợp chống chỉ định bơm hơi CO₂ ổ bụng.
2. Kết quả PTNS đã được khẳng định, việc sử dụng một trocar hay nhiều trocar không ảnh hưởng đến kết quả mà chủ yếu tăng chi phí cho một ca viêm ruột thừa. Khi đã mổ nội soi, không nhất thiết phải đưa ruột thừa ra ngoài ổ bụng để cắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Đình Hối. Phẫu thuật ít xâm hại ở đường tiêu hóa và gan mật. 2002.
2. Bài giảng 3 ngoại khoa lâm sàng. Viêm ruột thừa cấp. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh. 2004.
3. Nguyễn Tấn Cường, Đỗ Hữu Liệt, Lê Trần Đức Tín. Cắt ruột thừa nội soi với một trocar ở rốn. Y dược học TP.Hồ Chí Minh. 2004.
4. Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách. PTNS ổ bụng. Nhà Xuất bản Y học. 2003.
5. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, Dương Mạnh Hùng. Kinh nghiệm cắt ruột thừa nội soi qua 523 trường hợp. Báo cáo Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc. 2004.
6. Võ Văn Hùng, Đinh Văn Trung, Nguyễn Văn Phúc. Mổ cắt ruột thừa qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ 2001 đến 2002. <http://www.ykhoanet.com/NCKH/bvtiengiang/> moruothua.

7. *Lê Dung Trí, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, Hồ Hữu Thiện.* PTNS cắt RTV ở trẻ em: Kinh nghiệm qua 500 trường hợp tại Bệnh viện Trung ương Huế. Y học thực hành. 2003.

8. *BallCG, Kortbeek JB, Kirkpatrick AW, Mitchell P.* Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis: an evaluation of postoperative factors. Surg. Endosc. 2004, Jun, 18 (6), pp.969-973

9. *Johnson AB, Peetz ME.* Laparoscopic appendectomy is an acceptable alternative for the treatment of perforated appendicitis. Surg. Endosc. 1998, Jul, 12, 7, pp.940-943.

10. *Moberg AC, Montgomery A.* Appendicitis: Laparoscopic versus conventional operation: a study and review of the literature. Surg Laprosc Endosc. 1997, Dec. 7, 6, pp.459-463