

## PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Đức Tiến\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 60 bệnh nhân (BN) viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) ở người cao tuổi, điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS), thấy:

Tuổi trung bình:  $72 \pm 9,1$  (60 - 92 tuổi). 58% BN đặt trocar ở rốn + hố chậu phải + hố chậu trái. 100% BN cắt mạc treo ruột thừa (RT) và xử lý gốc RT trong ổ bụng. Thời gian phẫu thuật trung bình  $87 \pm 28,9$  phút (40 - 180 phút). Tỷ lệ thành công của PTNS điều trị VPMRT 93%. Không có biến chứng trong mổ. 80% BN có trung tiện ngày thứ hai và ba. Thời gian nằm viện sau mổ  $4,7 \pm 1,9$  ngày (2 - 10 ngày). Kết quả tốt: 88%, trung bình: 20% và xấu: 2%. Nhiễm trùng lỗ trocar: 2 BN (3%). Điều đó cho thấy VPMRT ở BN cao tuổi đều có thể thực hiện qua nội soi với kết quả tốt, an toàn và hiệu quả cao.

\* Từ khóa: Viêm phúc mạc ruột thừa; Phẫu thuật nội soi; Người cao tuổi.

## LAPAROSCOPIC SURGERY FOR APPENDICITIS PERITONITIS IN ELDERLY

### SUMMARY

*The study included 60 elderly patients, who underwent laparoscopic surgery for treatment of appendicitis peritonitis, the results shown: mean age:  $72 \pm 9.1$  (60 - 92 years). Transumbilical trocar + HCP + HCT have been applied in 58% of patients. Appendical mesenterectomy and intra-abdominal cavity appendical radix management have been done in 100% of patients. Mean operative time was  $87 \pm 28.9$  minutes (40 - 180 minutes).*

*Successful result of laparoscopic surgery in treatment of appendicitis peritonitis is 93%. Intra-operative complication: non: 80% of patients were able to fart in the 2<sup>nd</sup> & 3<sup>rd</sup> day. Length of post-operative hospital stay:  $4.7 \pm 1.9$  (2 - 10 days). Excellent result: 88%, good: 20%, bad: 2%. Infection at trocar-incision: 2 cases (3%). Laparoscopic surgery can be applied for elderly patients for treatment of appendicitis peritonitis. This is a safe and effective treatment method.*

\* Key words: Appendicitis peritonitis; Laparoscopic surgery.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa ở người cao tuổi là một biến chứng nặng của viêm RT. Chẩn đoán khó khăn do những đặc thù về tuổi tác, tâm lý, khả năng phối hợp của BN

với thầy thuốc khi thăm khám, bệnh mạn tính kèm theo, đặc biệt là bệnh tim mạch và đường hô hấp. Điều trị VPMRT là mổ cấp cứu. Tỷ lệ biến chứng sau mổ rất cao, nghiên cứu của Bouillot và Styruud từ 14,2 - 40% [8].

\* *Bệnh viện Việt Đức*

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

Ở người cao tuổi còn gặp các biến chứng: viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, tắc mạch huyết khối... làm tình trạng bệnh nặng thêm và làm tăng tỷ lệ tử vong. Năm 1983, Kurt Seem thực hiện thành công ca cắt RT qua nội soi ổ bụng đầu tiên, phẫu thuật này nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi với nhiều ưu điểm. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm *đánh giá kết quả PTNS trong điều trị VPMRT ở người cao tuổi tại Bệnh viện Việt Đức.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

## NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

60 BN, tuổi  $\geq 60$ , chẩn đoán VPMRT, điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 - 2005 đến 8 - 2010.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả, cắt ngang, không đối chứng.

Ghi số liệu BN trong bệnh án từ khi vào viện đến khi ra viện theo cùng một mẫu nghiên cứu với đầy đủ các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, số liệu trong, sau mổ.

\* *Phẫu thuật nội soi:*

BN được gây mê nội khí quản, tư thế nằm đầu dốc  $30^{\circ}$  và nghiêng trái  $30^{\circ}$ . Sử dụng 3 - 4 trocar. Trước hết, lấy dịch mủ để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, hút tối đa dịch mủ trong ổ bụng. Sau đó, bộc lộ RT. Kiểm soát động mạch mạc treo RT, gốc RT buộc chỉ vicryl 2.0, cắt RT không vùi, lấy RT qua túi plastic. Tưới rửa ổ bụng bằng huyết thanh mặn 0,9% pha betadine, đặt một dẫn lưu Douglas hay hố chậu phải tùy từng BN. Đóng các lỗ trocar. Trường hợp RT hoại tử sát gốc, khâu một mũi chữ U, chữ X hay khâu một túi vùi gốc RT. Nếu manh tràng phù nề và mủ nát, thực hiện dẫn lưu manh tràng qua gốc RT khâu cố định vào thành bụng.

Đánh giá khó khăn và biến chứng trong mổ, chuyển mổ mở, bệnh kết hợp, thời gian mổ. Theo dõi và điều trị sau mổ: thời gian đau sau mổ, thời gian lưu thông tiêu hoá trở lại, tình trạng vết mổ, kháng sinh sau mổ, các biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, kết quả giải phẫu bệnh lý, kết quả cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

## BÀN LUẬN

Tuổi trung bình:  $72 \pm 9,1$  (60 - 92 tuổi). Lứa tuổi hay gặp trong nhóm nghiên cứu từ 60 - 69 tuổi (45%), phù hợp với Guller. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ở nam là 47% và ở nữ là 53%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với  $p > 0,05$ . Kết quả này tương đương nghiên cứu của Yamini: tỷ lệ VPMRT ở nam là 48,5% và ở nữ 51,5%.

93% BN sử dụng 3 trocar, chỉ có 7% phải đặt thêm trocar thứ tư. Vị trí trocar ở trên rốn + hố chậu phải + hố chậu trái (58%) theo chúng tôi nhằm tạo điều kiện thuận lợi để hút rửa ổ bụng. 21 BN (35%) đặt trocar ở trên rốn + hố chậu trái + hạ vị. 4 BN (7%) phải mở lỗ trocar

thứ tư ở hố chậu phải vì khi đặt 3 trocar: trên rốn + hố chậu trái + hạ vị không thực hiện được phẫu tích RT. Kết quả nghiên cứu có 56 BN (93%) được cắt mạc treo RT và xử lý gốc RT trong ổ bụng qua nội soi. Xử lý mạch máu RT thường sử dụng kẹp đốt điện lưỡng cực rồi cắt, có tác giả cầm máu bằng clip kẹp động mạch RT và cắt giữa 2 clip, có tác giả dùng kẹp ghim cắt thẳng (Endo TA30) để cắt mạc treo RT. Trong nghiên cứu này sử dụng kẹp đốt điện lưỡng cực, giải phóng mạc treo RT tận gốc RT. Bộc lộ RT tới sát đáy manh tràng. Theo Trần Bình Giang [2], có thể dùng một sợi chỉ đã tạo thông lộng sẵn cho vào để thắt gốc RT, có thể dùng một thông lộng tự tạo, có thể khâu qua gốc RT và làm nút thắt trong ổ bụng, cũng có thể dùng dụng cụ khâu cắt tự động (Endo TA30) để cắt gốc RT khi gốc to và mũn, nếu gốc RT quá mũn, có nguy cơ rò manh tràng sau mổ, có thể đặt dẫn lưu manh tràng qua gốc RT ra ngoài. Việc khâu túi vùi mỏm RT tùy thuộc thói quen của phẫu thuật viên [6]. Điều này phù hợp nghiên cứu của chúng tôi: 77% BN buộc gốc RT bằng chỉ vicryl 2.0, 14 BN (23%) phải khâu gốc RT do RT mũn tận gốc hay khi buộc chỉ gốc RT mũn quá nên bị đứt, phải khâu mũi chữ U làm nút buộc bên trong ổ bụng. Lấy bỏ RT qua một túi ni lông tại lỗ trocar rốn. Bơm rửa ổ phúc mạc, đây là bước quan trọng để điều trị viêm phúc mạc do viêm RT. Trước hết, hút mủ tối đa trước khi cắt RT, sau khi cắt RT xong, tiến hành bơm rửa thực sự. Trong nghiên cứu này, 80% BN phải tưới rửa ổ bụng bằng huyết thanh mặn 0,9% + betadin pha loãng. Tưới rửa và hút cho tới khi nước trong. Việc lấy bỏ giả mạc, chủ trương chỉ lấy chỗ nào nhiều và dễ bóc. Đa số phải đặt dẫn lưu ổ bụng (80%) để dẫn tối đa hết dịch tồn đọng sau rửa. 12 BN không cần đặt dẫn lưu ổ bụng, tuy nhiên, sau mổ không BN nào bị áp xe tồn dư.

Thời gian PTNS trung bình:  $87 \pm 25,1$  phút (40 - 180 phút), phù hợp với nghiên cứu của T.R. Sai Prasad:  $74,5 \pm 29,8$  phút, Stoltzing H.: 75 phút [7]. Nhiều tác giả cho rằng thời gian PTNS sẽ được rút ngắn nếu phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm và trang thiết bị tốt [6, 9].

Trong PTNS, các tạng ít bị sang chấn hoặc sang chấn nhẹ hơn so với mổ mở, Anderson D.G. (1997), Đỗ Minh Đại [1] cũng nhận xét thời gian trung tiện sau PTNS điều trị viêm phúc mạc do viêm RT sớm hơn so với mổ mở. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ có trung tiện trong ngày đầu tiên sau mổ là 15%, ngày thứ hai 38%, ngày thứ ba 45%. Chỉ có 2% đến ngày thứ tư mới có trung tiện.

Điều trị VPMRT bằng PTNS ổ bụng có tỷ lệ biến chứng chung rất thấp, J.F.Y. Lee và CS là 40%, Mancini G.J. là 50% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 30%, chủ yếu nhiễm trùng vết mổ (15%). Đau sau mổ, theo Đỗ Minh Đại: từ 2 - 7 ngày, của chúng tôi: 1 - 3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ ở nghiên cứu này là  $4,7 \pm 1,9$  ngày (2 - 10 ngày), tương đương với Mancini G.J. là 3,2 ngày, Cueto J. và Harrell là 3,5 ngày. Đa số BN được mổ trong 2 ngày đầu (59%). 2 BN được mổ sau 5 ngày. 44 BN viêm RT mủ (73%). Viêm RT hoại tử: 16 BN (27%). Kết quả: tốt: 88%, xấu: 2%. Nhiễm trùng lỗ trocar: 2 BN (3%).

## KẾT LUẬN

Người cao tuổi bị VPMRT thường kèm theo bệnh mạn tính, chẩn đoán thường muộn. Nghiên cứu 60 BN cao tuổi bị VPMRT được điều trị bằng PTNS ổ bụng tại Bệnh viện Việt

Đức từ tháng 1 - 2005 đến 8 - 2010, thấy tỷ lệ thành công rất cao (93%), chỉ có 7% không thực hiện được PTNS, phải chuyển sang mổ mở vì lý do viêm dính nhiều, bụng chướng nhiều, tiền sử mổ bụng cũ, trong mổ huyết áp cao. Điều này cho thấy, nếu có trang thiết bị đầy đủ và phẫu thuật viên mổ nội soi có nhiều kinh nghiệm thì hầu hết VPMRT ở BN cao tuổi đều có thể thực hiện qua nội soi. PTNS điều trị VPMRT ở người cao tuổi rất an toàn và hiệu quả cao, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn, đau sau mổ ngắn, hồi phục sức khỏe nhanh và mức độ hài lòng cao.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Minh Đại, Phan Thanh Nguyên, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Ngọc Bảo Long. PTNS điều trị VPMRT. Y học thực hành. 2004, 491, tr.230.
2. Trần Bình Giang. PTNS ổ bụng. NXB Y học. 2002.
3. Bouillot J.L., Aouad K., Alamovich B., Thomas F., Sellam P., Fourmes Traux J., Bethoux J.P., Alexandre J.H. Laparoscopic appendicetomy in the adult. Cchirurgie. 1998, 123 (3), pp.263-269.
4. J.F.Y. Lee, C.K. Leow, W.Y. Lau. Appendicitis in the elderly. Australian and New Zealand Journal of Surgery. 2001, 70 (8), pp.593-596.
5. Mancini G.J, Mancini M.L, Nelson H.S. Efficacy of laparoscopic appendectomy in appendicitis with peritonitis. Am Surg. 2005, 71 (1), pp.1-4.
6. Sozuer E.M, Berdirli A, Ulusal M, Kayhan E, Ylmaz Z. Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdominal pain. J Laparo Endosc Adv Surg Tech A. 2000, 10 (4), pp.2003-2007.
7. Stoltzing H, Thon K. Perforated appdendicitis is laparoscopic operation advisable? Dig Surg. 2000, 17 (6), pp.610-616.
8. Styruđ J, Eriksson S, Gramstriom L. Treatment of perforated apperdicitis: an analysis of 362 patients treated during 8 years. Danderyyd. Sweden Dig Surg. 1998, 15, pp.683-686.
9. Wang Y.C, Yang H.R, Chung B.K, Jeng L.B, Chen R.J. Laparoscopy appendectomy in the elderly. Sugical Endoscopy. 2006, 20 (6), p.887.