

**SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC**

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

**KẾT QUẢ ÁP DỤNG
PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM RUỘT THỪA
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC**

**Chủ nhiệm đề tài: Bs CKII Tạ Tiến Mạnh
Thành viên: Bs CKI Giang Văn Long**

MÈO VẠC, NĂM 2021

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

KẾT QUẢ ÁP DỤNG
PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM RUỘT THỪA
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

MÈO VẠC, NĂM 2021

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Phôi thai học và giải phẫu ruột thừa	3
1.1.1. Phôi thai học.....	3
1.1.2. Giải phẫu ruột thừa	3
1.2. Giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh.....	5
1.2.1. Giải phẫu bệnh	5
1.2.2. Sinh lý bệnh	6
1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.....	8
1.3.1. Triệu chứng lâm sàng.....	8
1.3.2. Triệu chứng cận lâm sàng	10
1.4. Phẫu thuật cắt RT nội soi	11
1.5. Chỉ định và chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.....	13
1.5.1. Chỉ định.....	13
1.5.2. Chống chỉ định.....	14
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	15
2.1. Đối tượng nghiên cứu	15
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	15
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	15
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	15
2.2.1. Loại hình nghiên cứu.	15
2.2.2. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.....	15
2.3. Quy trình phẫu thuật nội soi VRT tại bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc	16
2.3.1. Trang thiết bị	16
2.3.2. Chuẩn bị bệnh nhân.....	17
2.3.3. Kỹ thuật.....	17
2.3.4. Những thay đổi về kỹ thuật mổ VRT.....	20
2.3.5. Biến chứng	21
2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	22

2.4.1. Đặc điểm lâm sàng.....	22
2.4.2. Đặc điểm cận lâm sàng	23
2.4.3. Kết quả trong mổ.....	24
2.4.4. Đánh giá kết quả sau mổ	25
2.5. Xử lý số liệu.....	25
2.5.1. Thu thập số liệu.....	25
2.5.2. Phương pháp xử lý số liệu	25
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	26
3.1. Đặc điểm chung.....	26
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.....	26
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	26
3.2. Đặc điểm lâm sàng.....	26
3.2.1. Dấu hiệu sốt	26
3.2.2. Thời gian từ khi xuất hiện đau đến khi vào viện	27
3.2.3. Triệu chứng cơ năng	27
3.2.4. Triệu chứng thực thể	28
3.3. Đặc điểm cận lâm sàng	28
3.3.1. Huyết học	28
3.3.2. Siêu âm ổ bụng.....	28
3.4. Đánh giá kết quả trong mổ.....	29
3.4.1. Thời gian phẫu thuật	29
3.4.2. Phương pháp xử trí ruột thừa bằng PTNS	29
3.4.3. Phương pháp cắt ruột thừa nội soi	30
3.4.4. Tai biến trong mổ	31
3.4.5. Xử lý ổ bụng.....	31
3.4.6. Nội soi chuyển mổ mở	31
3.5. Đánh giá kết quả sau mổ	31
3.5.1. Thời gian trung tiện.....	31
3.5.2. Thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi	32
3.5.3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi	33
3.5.4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật nội soi	33

3.5.5. Kết quả trước khi ra viện:	33
Chương 4: BÀN LUẬN	35
4.1. Đặc điểm chung.....	35
4.1.1. Tuổi:	35
4.1.2. Giới:	35
4.2. Đặc điểm lâm sàng.....	35
4.3. Đặc điểm cận lâm sàng	36
4.3.1. Kết quả xét nghiệm máu	36
4.3.2. Kết quả siêu âm.....	37
4.4. Đánh giá kết quả trong mổ.....	37
4.4.1. Thời gian phẫu thuật	37
4.4.2. Phương pháp xử trí ruột thừa bằng PTNS.....	38
4.4.3. Nội soi chuyển mổ mở	39
4.5. Đánh giá kết quả sau mổ	39
4.5.1. Thời gian trung tiện.....	39
4.5.2. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ.....	39
4.5.3. Thời gian nằm viện:	40
4.5.4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật nội soi	40
4.5.5. Kết quả trước khi ra viện	40
KẾT LUẬN	42
KIẾN NGHỊ	44
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BC	: Bạch cầu
BN	: Bệnh nhân
CS	: Cộng sự
GPBL	: Giải phẫu bệnh lý
HCP	: Hồ chậu Phải
MNL	: Mạc nối lớn
MTRT	: Mạc treo ruột thừa
PTNS	: Phẫu thuật nội soi
PTV	: Phẫu thuật viên
RN	: Ruột non
RT	: Ruột thừa
VPM	: Viêm phúc mạc
VRT	: Viêm ruột thừa
NCKH	: Nghiên cứu khoa học
BVĐK	: Bệnh Viện Đa Khoa

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1:	Phân bố bệnh theo nhóm tuổi	26
Bảng 3.2:	Phân bố bệnh theo giới	26
Bảng 3.3:	Tỷ lệ bệnh nhân theo các mức độ sốt	27
Bảng 3.4:	Thời gian từ khi xuất hiện đau đến khi vào viện	27
Bảng 3.5:	Các triệu chứng cơ năng	27
Bảng 3.6:	Các triệu chứng thực thể	28
Bảng 3.7:	Số lượng bạch cầu.....	28
Bảng 3.8:	Hình ảnh siêu âm ổ bụng	29
Bảng 3.9:	Phân bố thời gian phẫu thuật	29
Bảng 3.10.	Phân loại bệnh nhân dựa theo kỹ thuật cắt gốc RT	30
Bảng 3.11.	Phương pháp cắt ruột thừa nội soi	30
Bảng 3.12:	Tai biến trong mổ.....	31
Bảng 3.13:	Xử lý ổ bụng	31
Bảng 3.14:	Tỷ lệ nội soi chuyển mổ mở	31
Bảng 3.15.	Thời gian trung tiện	32
Bảng 3.16.	Thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi	32
Bảng 3.17.	Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi	33
Bảng 3.18:	Biến chứng sớm sau mổ.....	33
Bảng 3.19:	Kết quả trước khi ra viện	34

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1 Giải phẫu ruột thừa.....	3
Hình 1.2 Động mạch mạc treo ruột thừa.....	4
Hình 1.3 Phòng mổ Nội soi Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc	12
Hình 1.4 Phòng mổ Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc.....	13
Hình 1.5 Hệ thống PTNS và máy gây mê [Ảnh tác giả].....	16
Hình 1.6 Cắt mạc treo RT trên bệnh nhân Hoàng Văn C 27 tuổi[Ảnh tác giả]	18
Hình 1.7 Cắt RT trên bệnh nhân Hoàng Văn C 27 tuổi[Ảnh tác giả].....	19
Hình 1.8 Vị trí đặt trocar	20
Hình 1.9 Ảnh Ruột thừa viêm bệnh nhân Sùng Xía C [Ảnh tác giả].....	23

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một bệnh thường gặp nhất trong các cấp cứu ngoại khoa về ổ bụng, chỉ tính riêng ở Mỹ mỗi năm có khoảng 300.000 trường hợp mổ cắt ruột thừa viêm [1]. Ở Việt Nam theo thống kê của Nguyễn Trịnh Cơ (1973) và một số tác giả khác cho thấy tỷ lệ mổ cắt ruột thừa viêm chiếm 40,5% - 49,8% tổng số các cấp cứu về ổ bụng [2]. Viêm ruột thừa xảy ra ở mọi lứa tuổi.

Điều trị VRT là mổ cấp cứu ngay khi được chẩn đoán xác định. Mục đích là cắt ruột thừa, lau rửa và dẫn lưu ổ bụng tránh áp xe tồn dư, kháng sinh sau mổ. Leap và Ramenfrky là người đầu tiên đề xuất đưa nội soi vào chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và kết hợp với cắt ruột thừa bằng kỹ thuật có mở bụng hỗ trợ, kỹ thuật “ngoài” vào năm 1981. Cắt ruột thừa nội soi tiếp sau đó cũng được Kurt Semm thực hiện từ năm 1983. Ngày nay phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi ở nhiều nơi trên thế giới.

Ở Việt Nam, cũng có nhiều công trình nghiên cứu áp dụng PTNS để điều trị VRT đạt kết quả tốt, tỷ lệ thành công cao như của Đỗ Minh Đại, Nguyễn Hoàng Bắc là 96%. Đã có một số công trình nghiên cứu áp dụng PTNS điều trị VRT như của Lê Dũng Trí, Phạm Như Hiệp và cộng sự (1999 - 2006) tại Bệnh viện Trung ương Huế, của Vũ Thanh Minh (2001 - 2003) tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Ở BVĐK huyện Mèo Vạc từ trước tới nay, VRT chỉ phẫu thuật mổ mở, có nhiều nhược điểm của phẫu thuật mổ mở như chúng ta đã biết. Chính vì vậy, vấn đề cấp thiết đối với bệnh viện đặt ra là phải triển khai phẫu thuật nội soi để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân và nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh. Với nỗ lực đào tạo con người, đầu tư trang thiết bị y tế - cơ sở hạ tầng... kể từ năm 2019 đến nay bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc đã áp

dụng, triển khai phẫu thuật nội soi nói chung, trong đó có phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, đã thu được nhiều kết quả khả quan, đem lại lợi ích – sự hài lòng cho nhiều bệnh nhân.

Hiện nay, Tại BVĐK huyện Mèo Vạc, hầu hết các bệnh nhân VRT được điều trị bằng PTNS nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành đề tài “**Kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa tại bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc**” nhằm hai mục tiêu:

- 1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm ruột thừa.*
- 2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc.*

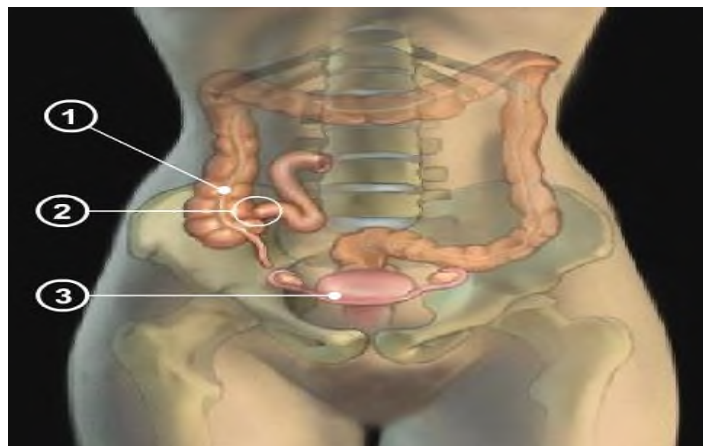
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Phôi thai học và giải phẫu ruột thừa

1.1.1. Phôi thai học

Cuối tháng thứ ba của đời sống trong bụng mẹ, do quá trình phát triển quai ruột giữa của thai nhi, các quai ruột đã thoát vị thụt vào trong khoang màng bụng. Đoạn gần của hồi tràng là đoạn thụt vào trước tiên. Lúc bấy giờ nó được xếp đặt ở bên trái của khoang màng bụng. Sau đó đến lượt mình, các quai ruột tiếp theo được xếp đặt về bên phải. Nụ manh tràng xuất hiện ở giai đoạn phôi dài 12mm dưới dạng một chỗ phình hình nón ở ngách phía đuôi của quai ruột nguyên thủy, đó là đoạn thụt vào sau cùng. Lúc này nó nằm ở góc trên bên phải khoang màng bụng, ngay dưới thùy gan phải. Sau đó manh tràng dần dần hạ thấp xuống hố chậu phải, như vậy đại tràng lên và đại tràng góc gan của khung đại tràng đã được tạo ra. Đồng thời ở đầu xa của manh tràng nảy ra túi thừa hẹp, đó chính là mầm ruột thừa, mầm này phát triển thành ruột thừa khi đại tràng phải hạ thấp dần xuống hố chậu phải.

1.1.2. Giải phẫu ruột thừa



Hình 1.1. Giải phẫu ruột thừa [6]

(1) Giải cơ dọc của đại tràng (2) Góc hồi manh tràng (3) Tử cung

Ruột thừa là một đoạn ruột tịt của ống tiêu hoá dài 8 - 10cm, đường kính 0,5 - 1cm.

+ Vị trí: ruột thừa ở đáy manh tràng, gốc RT là nơi hội tụ của ba dải cơ dọc ở đáy manh tràng, dưới góc hồi manh tràng 2 - 3 cm.

+ Vị trí ruột thừa so với manh tràng.

- Vị trí bình thường: ruột thừa ở đáy manh tràng, gốc RT là nơi hội tụ ba dải cơ dọc, dưới góc hồi manh tràng 2 - 3cm.

- Ở sau manh tràng.

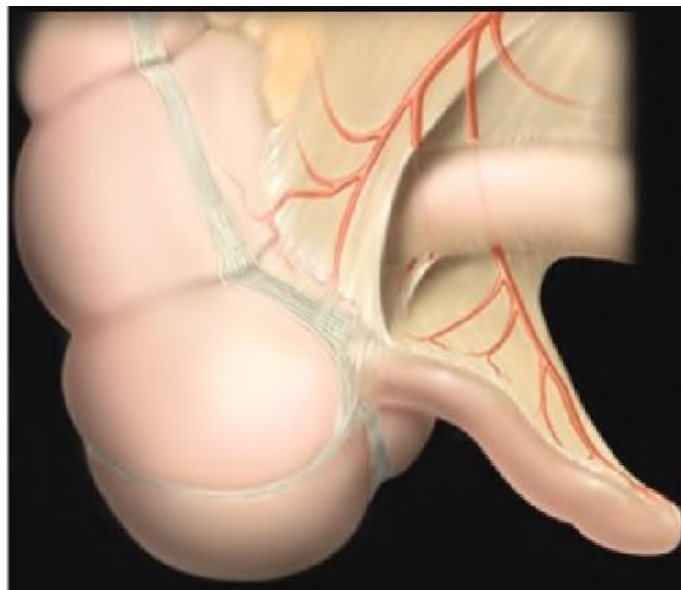
- Ở dưới hồi tràng.

- Ở trong tiểu khung.

Sự hiểu biết về vị trí giải phẫu bất thường của RT rất quan trọng trong phẫu thuật cắt RT nói chung và đối với PTNS cắt RT nói riêng, vì ứng với mỗi vị trí có một kỹ thuật thay đổi cần thiết để cắt RT.

+ RT liên quan phía sau với niệu quản phải và bó mạch chậu ngoài, liên quan bên phải với bó mạch thừng tinh phải và dây thần kinh sinh dục đùi.

+ Mạc treo ruột thừa nằm sau dưới góc hồi manh tràng. Động mạch ruột thừa được chia nhánh từ động mạch hồi manh đại tràng.



Hình 1.2. Động mạch mạc treo ruột thừa [6]

+ Cấu tạo RT:

RT có thành dày, lòng RT nhỏ không đều có hình khế có dung tích 0,5 - 1ml thông với manh tràng qua van hình bán nguyệt gọi là van Gerlach. RT gồm 4 lớp từ ngoài vào trong là thanh mạc, cơ, dưới niêm mạc và niêm mạc.

- Lớp thanh mạc: là lớp vỏ bọc ngoài dính với lớp cơ nhưng khi RT viêm có thể bóc tách được dễ dàng.

- Lớp cơ: là loại cơ trơn, trong là lớp cơ vòng, ngoài là lớp cơ dọc, vì là đoạn cuối của manh tràng nên có hệ thần kinh tự động giống như ở đại tràng, ở đầu RT lớp cơ mỏng hay không có, nên khi bị viêm hay vỡ thủng ở đầu.

- Lớp dưới niêm mạc: được tạo bởi mô liên kết tương đối dày, có nhiều mạch máu, đôi khi có nhiều tổ chức mỡ.

- Lớp niêm mạc: gồm 3 phần là: lớp biểu mô, lớp đệm và cơ niêm. Lớp biểu mô giống biểu mô đại tràng có 3 loại tế bào là tế bào hấp thu, tế bào hình đài tiết nhầy và tế bào ưa bạc; Lớp đệm là lớp mô liên kết có nhiều tuyến Lieberkuhn, nhiều nang bạch huyết nhỏ và lớn phát triển xuống cả lớp dưới niêm mạc; Lớp cơ niêm là dải cơ trơn không liên tục mỏng và bị ngắt quãng bởi các nang bạch huyết.

+ Sinh lý RT: Cho đến nay người ta mới biết vai trò của RT trong việc tạo ra các tế bào miễn dịch IgA giúp cho ruột chống đỡ với các bệnh nhiễm trùng. Ở những người đã cắt RT tỷ lệ bị tiêu chảy cao hơn người bình thường.

1.2. Giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh

1.2.1. Giải phẫu bệnh

Tuỳ theo giai đoạn của bệnh, có thể gặp các hình thái:

a, Viêm RT xuất tiết

- Nhìn bề ngoài kích thước của RT bình thường hoặc hơi to, các mạch máu RT giãn to, ngoằn ngoèo, thanh mạc có thể mất vẻ láng bóng

- Vi thể: xâm nhập tế bào viêm ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.

- Không có dịch phản ứng trong phúc mạc, nếu có là dịch vô khuẩn.

b, Viêm RT mũ:

- RT căng mọng, đỏ sẫm, thành dày, bên trên thành có những ổ mũ nhỏ, mặt ngoài có giả mạc, trong lòng RT có mũ.

- Ổ bụng có dịch, có thể là dịch đục, nhưng nuôi cấy không có vi khuẩn.

c, Viêm RT hoại tử

- Tổn thương hoại tử có thể toàn bộ hay một phần RT. Khi hoại tử, từng phần hay toàn bộ RT mủn nát, có những vùng chảy máu, tím đen, trong lòng có mũ nhày.

- Vi thể: Phá huỷ hoàn toàn các lớp thành ruột thừa.
- Dịch ổ bụng có màu đen, thối, đôi khi có hơi, cấy dịch có vi khuẩn.

d, Viêm RT thủng

- Phần hoại tử của RT thủng gây viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú.
- Viêm phúc mạc khu trú (áp xe RT) là do phản ứng của các tạng lân cận đến khu trú ổ mũ của RT vỡ lại. Tuy nhiên viêm phúc mạc khu trú có thể vỡ gây nên viêm phúc mạc toàn thể.

- Nếu sức đề kháng của cơ thể tốt, ruột thừa được mạc nối lớn bao bọc dính vào các tạng xung quanh, có thể tạo thành đám quánh ruột thừa, đám quánh có thể áp xe hoá hình thành ổ mũ ở giữa, ổ mũ này có thể vỡ gây viêm phúc mạc toàn thể.

1.2.2. Sinh lý bệnh

Ruột thừa viêm là do sự kết hợp giữa lòng RT bị tắc và nhiễm khuẩn, ngoài ra còn có nguyên nhân tắc nghẽn mạch máu.

1.2.2.1. Tắc lòng ruột thừa

Sự tắc nghẽn lòng ruột thừa khoảng 60% là liên quan tới sự phì đại của các nang lympho ở lớp dưới niêm mạc, 38% là do ứ trệ phân hay sỏi phân, 4% là do các dị vật khác (giun đũa, giun kim...chui vào), 1% do co thắt hay do bị gấp, bị thắt nghẹt do dây chằng và bị dính.

Phì đại nang lympho của ruột thừa dẫn đến bí tắc lòng ruột thừa hay gặp ở trẻ em. Các nang lympho này đáp ứng với một loạt tình trạng nhiễm khuẩn, có thể là một nhiễm khuẩn hô hấp cấp, viêm tai mũi họng hay là một nhiễm khuẩn tại ruột... Tắc nghẽn do sỏi phân cũng là một nguyên nhân hay gặp. Sự tạo thành sỏi phân có thể được thúc đẩy bởi chế độ ăn ít xơ giàu tinh bột. Khởi đầu của quá trình này là việc mắc kẹt một mẫu sỏi thực vật trong lòng ruột thừa, kích thích việc tiết và lắng đọng chất nhầy giàu canxi, khi sỏi phân đạt đến kích thước khoảng 1 cm nếu không bị tống ra khỏi lòng ruột thừa thì nó có thể gây tắc lòng ruột thừa và viêm ruột thừa xảy ra [6].

1.2.2.2. Nhiễm khuẩn ruột thừa

Sau tắc lòng ruột thừa, các quá trình được tiếp diễn như sau: áp lực lòng ruột thừa ngày càng tăng lên làm cản trở tuần hoàn bạch mạch, dẫn đến phù nề ruột thừa và vi khuẩn bắt đầu xâm nhập gây loét niêm mạc. Tiếp theo, tuần hoàn tĩnh mạch bị tắc, gây phù nề, thiếu máu thành ruột thừa. Lúc này vi khuẩn thâm nhập qua thành ruột thừa, gây nên giai đoạn chảy máu. Cuối cùng sự tiến triển của bệnh gây huyết khối tĩnh mạch và chèn ép động mạch của ruột thừa. Vùng nghèo mạch máu nuôi dưỡng nhất của ruột thừa (phần bê tự do) bị hoại tử trước tiên với các điểm nhồi máu. Viêm ruột thừa hoại tử sẽ dẫn đến giai đoạn tiếp theo là viêm ruột thừa thủng gây viêm phúc mạc.

Nếu ruột thừa không tiến triển quá nhanh thì các quai ruột và mạc nối lớn sẽ tới bao bọc lấy ruột thừa, khi vỡ tạo thành viêm phúc mạc khu trú.

Vi khuẩn trong lòng ruột thừa phát triển và gây viêm. Ngoài ra nhiễm khuẩn ruột thừa còn có thể do vi khuẩn đến bằng đường máu, từ các ổ nhiễm khuẩn ở nơi khác như phổi, tai - mũi - họng, mô mềm, ... nhưng nguyên nhân này hiếm gặp.

Các vi khuẩn đã phân lập được từ dịch ổ bụng khi ruột thừa vỡ hay gặp nhất là *Escherichia coli*, *Proteus*, *Valgaris*, *Klebseilla*, *Pseudomonas*, vi khuẩn

gram âm yếm khí loại Ristella và các loại trực khuẩn dạng E. coli, vi khuẩn gram dương có liên cầu khuẩn tan máu β nhóm A và B, liên cầu α , γ , tụ cầu vàng, phế cầu. Ở trẻ em Bacteroid, Escherichia coli và Streptococci là các loại vi khuẩn thường phân lập được.

1.2.2.3. Tắc nghẽn mạch máu ruột thừa

Thường do các nguyên nhân sau đây:

- Tắc lòng ruột thừa: áp lực trong lòng ruột thừa tăng lên gây tắc nghẽn mạch máu nhỏ tới nuôi dưỡng thành ruột, gây thiếu dưỡng thành ruột thừa.
- Nhiễm khuẩn: Độc tố của vi khuẩn gram âm gây tắc mạch khu trú sẽ làm tổn thương hoại tử một vùng của ruột thừa. Nếu tắc mạch lan toả trên khắp ruột thừa thì sẽ làm hoại tử toàn bộ niêm mạc ruột thừa, gây nên bệnh cảnh lâm sàng rất trầm trọng và nguy kịch.

1.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

**** Triệu chứng cơ năng***

- Đau bụng: đau bụng là triệu chứng đầu tiên luôn gặp và quan trọng nhất. Khởi đầu đau ở HCP hay quanh rốn, có khi ở trên rốn rồi sau nhiều giờ mới khu trú ở HCP. Trong VRT thường đau không nhiều, chỉ âm ỉ thỉnh thoảng có lúc trội lên, đau không thành cơn. Lúc đầu đau ít, sau đó đau tăng dần [6].

- Buồn nôn và nôn: là những dấu hiệu không thường xuyên, xảy ra sau khi đau. Bệnh nhân có khi chỉ buồn nôn, đôi khi nôn ra thức ăn, thậm chí nôn ra dịch mật. Nôn do sự kích thích phúc mạc, cũng có thể do phản ứng của cơ thể. [6].

- Rối loạn tiêu hoá: có thể gặp dưới các dạng bí trung đại tiện, đi ngoài phân lỏng....

*** Triệu chứng toàn thân**

- Bệnh nhân thường có sốt nhưng sốt không cao, thân nhiệt chỉ thay đổi trong khoảng $37^{\circ}5$ đến 38°C . Khi sốt cao là RT đã hoá mủ hoặc vỡ.

- Kèm theo sốt là vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, dấu hiệu mất nước rõ....

*** Triệu chứng thực thể**

- Đau HCP: Khi thăm khám vùng HCP bệnh nhân đau. Có thể đau ở các điểm Mac Burney, Clado, Lanz, điểm sau trên mào chậu phải (trong VRTC sau manh tràng) hoặc cả vùng HCP ấn đau trong đó điểm Mac Burney đau nhất, đây là triệu chứng hay gặp và quan trọng nhất trong chẩn đoán VRTC [1]. Tuy nhiên khi RT thay đổi vị trí, điểm đau có thể thay đổi.

- Phản ứng cơ vùng HCP: do ổ bụng bị kích thích trong quá trình viêm các cơ co phản xạ có tính chất tự vệ chống đau khi bàn tay thầy thuốc ấn sâu vào thành bụng vùng HCP [1].

Lúc đầu khi sờ tay vào thành bụng vẫn thấy mềm mại, ấn sâu một chút thì thấy cơ thành bụng co lại ngay. Bệnh nhân đau tăng, không ấn sâu thêm được. Tùy thuộc mức độ viêm của RT mà có các mức độ phản ứng cơ khác nhau từ không rõ đến rõ, thậm chí co cứng thành bụng ở giai đoạn VPM do thủng RT.

- Kích thích phúc mạc (còn gọi là dấu hiệu Blumberg hoặc Shotkin Blumberg).

Khi thăm khám dùng đầu ngón tay ấn nhẹ, từ từ vào điểm đau nhất ở vùng HCP, bệnh nhân vẫn chịu được, sau đó thả tay ra đột ngột, bệnh nhân đau tăng. Có tác giả coi dấu hiệu này như là biểu hiện sớm của VPM và gần như đi cùng với phản ứng cơ. Nhiều tác giả cho rằng trong VRTC nếu Blumberg dương tính mà phản ứng cơ thành bụng không có thì phải xem lại.

- Các dấu hiệu khác:

Ngoài các dấu hiệu kể trên các tác giả còn đề cập đến những dấu hiệu khác như tăng cảm giác da vùng HCP, Obrasov, Rosing ...

- Thăm trực tràng: Có thể thấy túi cùng bên phải đau.

1.3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

1.3.2.1. Công thức máu và bạch cầu

Giá trị của xét nghiệm BC trong chẩn đoán VRTC đã trở thành kinh điển trước tất cả các trường hợp nghi ngờ VRTC. Người thầy thuốc luôn yêu cầu xét nghiệm máu thường quy, trong đó quan tâm hơn cả là số lượng BC, khi bạch cầu tăng là những chỉ số khẳng định hội chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng. Hầu hết bệnh nhân VRTC có số lượng BC tăng trên 12.000BC/mm³. Tuy vậy một số bệnh nhân thì BC chỉ hơi tăng hoặc bình thường.

1.3.2.2. Siêu âm

Siêu âm chẩn đoán VRTC là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mới được áp dụng năm 1981; siêu âm đã trở thành một phương tiện hữu ích cho các nhà lâm sàng

Siêu âm trong những trường hợp VRTC có thể nhìn thấy RT dạng hình bia (khi cắt ngang), hoặc hình ngón tay đeo găng (khi cắt dọc). Độ nhạy của phương pháp này từ 75 - 89%, độ đặc hiệu từ 86 - 100%. Những trường hợp VRT muộn có thể thấy RT to, dịch quanh RT hoặc dịch nhiều trong ổ bụng. Tuy nhiên, kết quả sẽ hạn chế trong những trường hợp VRT sau mãn tràng.

1.3.2.3. Chụp cắt lớp vi tính

Có độ chính xác cao trong những trường hợp khó chẩn đoán hoặc cần chẩn đoán phân biệt như các khối u với ổ áp xe, hay VPM do bệnh lý khác trong ổ bụng.

Các dấu hiệu đặc hiệu cho VRT gồm: kích thước ruột thừa to, thành ruột thừa dày, áp xe quanh ruột thừa và có dịch, khí ngoài lòng ống. Các dấu hiệu áp xe quanh ruột thừa và khí ngoài lòng ống cho thấy có độ đặc hiệu theo thứ tự là 99% và 98% đối với VRT thủng. Tuy nhiên, độ nhạy của các dấu hiệu này thấp (34% và 35%). Vì vậy, khi có kích thước RT to, thành RT dày, có dịch, khí ngoài lòng ống quanh ruột thừa hoặc áp xe quanh ruột thừa, chúng ta có thể chẩn đoán là viêm ruột thừa. Các dấu hiệu khác như dịch tự do và khuyết bất quang thành khu trú thấy nhạy hơn (theo thứ tự là 37% và 64%) nhưng ít đặc hiệu (76% và 80%) theo Bixby và cộng sự trong nghiên cứu 62 bệnh nhân viêm ruột thừa thủng và 182 bệnh nhân VRT không thủng.

1.4. Phẫu thuật cắt RT nội soi

Nội soi đã được ứng dụng từ rất lâu. Năm 1901, Ott một nhà phụ khoa ở Petrograd đã giới thiệu việc thăm dò nội soi ổ bụng.

Năm 1951 Kalk đã chuẩn hoá kỹ thuật nội soi bằng cách sử dụng các trocar.

Năm 1980, Kurt Semm, một nhà phụ khoa ở trường đại học Kiel đã thực hiện trường hợp đầu tiên cắt RT qua nội soi ổ bụng trên một RT không viêm.

Năm 1994, trong một báo cáo về cắt RT qua nội soi ở trung tâm Y khoa Harbor Mỹ, Hernan I.V và cộng sự đã kết luận: cắt RT qua nội soi không chỉ là một biện pháp an toàn và hiệu quả mà còn có giá trị làm giảm tỉ lệ cắt RT không viêm, ngày nằm viện ngắn, có giá trị thẩm mỹ cao so với phương pháp mổ kinh điển.

Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt túi mật nội soi được thực hiện lần đầu tiên ở Bệnh viện Chợ Rẫy tháng 9/1992, Bệnh viện Việt Đức tháng 11/1993, sau đó là các cơ sở phẫu thuật khác như Bệnh viện Bình dân, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, BVTU' QĐ108, Viên Quân y 103....Phẫu thuật cắt RTV nội soi cũng được thực hiện ngay sau đó.

Tại Hà Giang, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa đã được áp dụng ở các bệnh viện tuyến huyện từ năm 2012, đi tiên phong là Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Quang, Bệnh viện ĐK khu vực Yên Minh. Đến nay đã triển khai ở 7/10 huyện của tỉnh Hà Giang (*huyện Quản Bạ, Đồng Văn, Bắc Mê chưa áp dụng*).

Trần Bình Giang và cộng sự (2004) [1] đánh giá cao vai trò của nội soi trong điều trị VRT.

Những ưu thế của mổ cắt RT qua nội soi:

- Cho phép quan sát toàn bộ ổ bụng.
- Chẩn đoán và xử trí các thương tổn không phải là VRT khi chẩn đoán trước mổ chưa rõ ràng.
- Giảm bớt chấn thương tổ chức, nhanh chóng lập lại lưu thông ruột.
- Giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, người bệnh nhanh chóng trở lại hoạt động bình thường.
- Giảm tỉ lệ nhiễm trùng thành bụng sau mổ.



Hình 1.3. Phòng mổ nội soi Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc [Ảnh tác giả]



Hình 1.4. Phòng mổ Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc [Ảnh tác giả]

1.5. Chỉ định và chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

1.5.1. Chỉ định

Nội soi cho phép có thể thăm dò được toàn bộ ổ bụng, nên có thể cắt được RT ở vị trí bất thường mà không cần phải mở rộng hay thay đổi đường mổ. Ngay cả trong các trường hợp cần thiết phải chuyển sang phẫu thuật mở bụng thì nội soi cũng cho phép định hướng đường vào vùng thương tổn, do vậy nó có ưu điểm trong các trường hợp viêm phúc mạc chưa rõ nguyên nhân.

Soi ổ bụng thể hiện tính ưu việt của nó trong chẩn đoán đau bụng hố chậu phải, có nhiều bệnh lý phụ khoa, gây nên các triệu chứng giống như viêm ruột thừa. Nó cho phép chẩn đoán chính xác và giảm tỷ lệ cắt RT không viêm, đồng thời có thể giải quyết những nguyên nhân khác có thể gây đau bụng.

Ở người béo bệu vào khoang phúc mạc cần phải có đường rạch rộng và rất hay bị nhiễm khuẩn vết mổ thì phẫu thuật nội soi ổ bụng thể hiện ưu thế rõ rệt so với phẫu thuật mở.

Trong viêm phúc mạc toàn thể, phẫu thuật nội soi cho phép rửa sạch ổ bụng và cắt RT đã thủng mà không làm tổn thương thành bụng nhiều như phẫu thuật mở. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, áp xe thành bụng cũng giảm trong những trường hợp này.

Phẫu thuật nội soi có thể áp dụng thành công trong các trường hợp phụ nữ có thai, trẻ nhỏ và người già.

1.5.2. Chống chỉ định

Những chống chỉ định của PTNS ở Việt Nam hiện nay:

- Bệnh lý hô hấp: Tràn khí - tràn dịch khoang màng phổi, hen phế quản
- Bệnh lý tim mạch: Các bệnh tim bẩm sinh.
- Bệnh lý tiết niệu: Suy thận độ 3,4, viêm cầu thận cấp - mạn tính, hội chứng thận hư.
- Bệnh thần kinh: Tăng áp lực nội sọ, chấn thương sọ não, u não, bệnh nhân tăng nhãn áp.
- Bệnh nhân có tiền sử mổ bụng vùng dưới rốn nhiều lần phức tạp.
- Bụng quá chướng: Gặp khó khăn cho việc đặt trocar cũng như việc thăm dò, xử lý các thương tổn trong ổ bụng.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các Bệnh nhân được chẩn đoán là VRT và được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là VRT, có chỉ định phẫu thuật nội soi.
- Các bệnh nhân đã được điều trị bằng PTNS.
- Những bệnh nhân này có hồ sơ đầy đủ các dữ liệu chẩn đoán trước mổ, cách thức phẫu thuật, kết quả theo dõi và điều trị sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị VRT được mổ mở ngay từ đầu.
- Chẩn đoán sau mổ không phải VRT.
- Thông tin không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Loại hình nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.

Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án điều trị tại khoa ngoại BVĐK huyện Mèo Vạc, ghi nhận đầy đủ các thông tin theo tiêu chuẩn lựa chọn vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 16.0

2.3. Quy trình phẫu thuật nội soi VRT tại bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc

2.3.1. Trang thiết bị : Sử dụng dàn máy nội soi Karl Storz



Hình 1.5. Hệ thống PTNS và máy gây mê [Ảnh tác giả]

* **Nguồn sáng:** Nguồn sáng Xenon 300W, công suất 300W

* **Hệ thống camera nội soi**

* **Màn hình**

* **Hệ thống bơm hơi tự động**

- Áp suất nén tối đa 30mmHg.
- Hệ thống điều áp tự động, làm cho áp lực khí trong ổ bụng ít biến đổi.
- Hệ thống báo động bằng ánh sáng và âm thanh.

*** Các dụng cụ phẫu thuật nội soi**

- Các trocar 5mm và 10mm
- Các kẹp phẫu tích, có răng, không răng, cong, thẳng
- Kẹp cong đầu tù, đầu nhọn
- Kéo thẳng, kéo cong
- Móc phẫu tích (Hook), kẹp đốt điện lưỡng cực (Bipolar)
- Kẹp mang kim
- Que đẩy chỉ
- Hệ thống hút và tưới rửa ổ bụng
- Túi nylon để lấy bệnh phẩm
- Gạc con sợi và không sợi
- Chỉ Vicryl 2/0.

*** Dao mổ điện công suất cao 350W**

2.3.2. Chuẩn bị

*** Chuẩn bị bệnh nhân:**

- Kháng sinh trước mổ, vệ sinh vùng mổ
- Bệnh nhân nằm ngửa.
- Đặt sonde bàng quang, sonde dạ dày.
- Vô cảm: gây mê Nội khí quản

*** Dụng cụ , trang thiết bị:** Hệ thống máy PTNS của hãng Kantozt....

*** Kíp mổ:** Phẫu thuật viên chính đứng bên trái BN, người phụ mổ đứng đối diện PTV, người cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên.

2.3.3. Kỹ thuật

*** Bơm hơi phúc mạc:**

Áp lực ổ bụng đủ lớn giúp cho việc quan sát các tạng trong đó được dễ dàng, sức chịu đựng áp lực có thể tới 15 -18 mmHg, thường dùng 12mmHg ở người lớn và 8mmHg ở trẻ em < 12 tuổi. Tạo ra áp lực này tương ứng với

việc bơm vào ổ bụng từ 1 - 3 lít CO₂. Áp dụng kỹ thuật mở theo phương pháp Hasson.

Rạch da ngay rốn dài 1 - 1,5 cm, bóc tách cân, cơ, mở phúc mạc. Đặt Trocar 10 mm vào lỗ vừa mở. Cố định Trocar.

Trocar ở rốn là đường vào của Camera, sau khi thăm khám toàn bộ ổ bụng để loại trừ các bệnh lý khác và xác định chẩn đoán, tiến hành các bước tiếp theo.

Dưới sự hướng dẫn của Camera trong ổ bụng, sau khi đã bơm hơi phúc mạc, thì việc đặt các Trocar khác trở nên dễ dàng hơn.

Trong phẫu thuật nội soi thường sử dụng 3 Trocar:

- + Trocar 10 mm đặt ở rốn, là kênh chiếu sáng và Camera.
- + Trocar 10 mm đặt ở hố chậu trái, là kênh làm việc chính.
- + Trocar 5 mm đặt ở trên xương mu hoặc cạnh rốn phải trên đường rạch trước (là kênh hỗ trợ tùy theo thói quen của Phẫu thuật viên).

** Kỹ thuật cắt RT trong ổ bụng :*

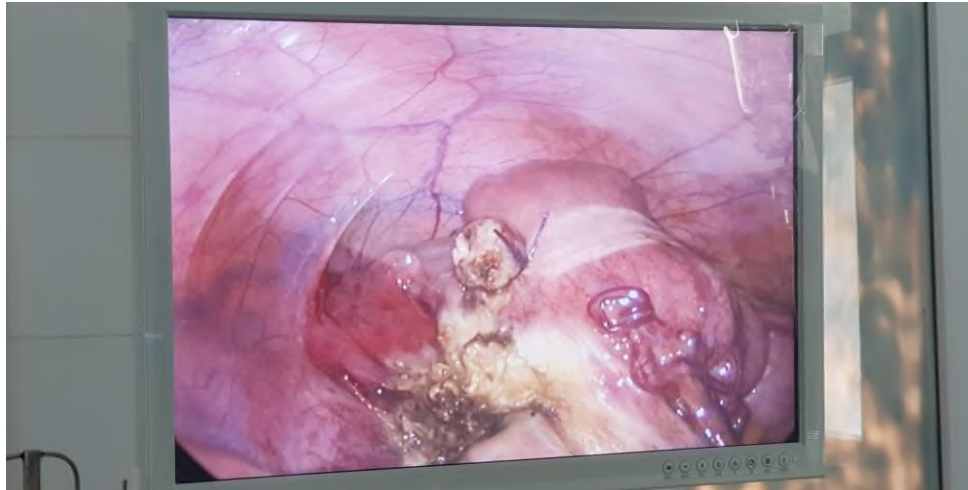
- + Cắt mạc treo RT: Dùng một kẹp dụng cụ 5 mm đưa qua Trocar 5 mm nâng RT lên để bộc lộ mạc treo RT. Mạc treo cùng với động mạch RT được phẫu tích và cắt bằng cách đốt điện, qua Trocar 5 mm hay 10 mm.



Hình 1.6. Cắt mạc treo RT trên bệnh nhân Hoàng Văn C 27 tuổi

[Ảnh tác giả]

+ Cắt ruột thừa: Sau khi phẫu tích và đốt điện cầm máu mạc treo RT đến sát gốc, dùng chỉ Vicryl số 02 buộc sát gốc RT, cắt RT cách nơi phía gốc ít nhất 5 mm để khỏi tuột, không cần vùi mủm RT hoặc vùi mủm tùy thói quen phẫu thuật viên.



Hình 1.7. Cắt ruột thừa trên bệnh nhân Hoàng Văn C 27 tuổi [Ảnh tác giả]

+ Đưa ruột thừa ra ngoài: Nếu RT có đường kính dưới 5 mm thì kéo trực tiếp qua Trocar. Nếu RT từ 5 mm trở lên thì đưa nó vào một túi plastic chuyên dụng rồi lấy ra khỏi ổ bụng, có thể mở rộng đường mổ để lấy khi RT quá to.

+ Rửa ổ bụng: bằng NaCl 9%, lau hút sạch.

+ Đặt dẫn lưu: tùy tình trạng ổ bụng có hoặc không đặt dẫn lưu. .

+ Tháo hơi ổ bụng và đóng các vết mổ.

** Kỹ thuật cắt RT ngoài ổ bụng:*

Sau khi đã thăm dò xác định RT, bóc tách gỡ dính, cắt mạc treo ruột thừa, đưa RT ra ngoài, sau đó tiến hành cắt RT theo phương pháp cổ điển. Sau khi cắt xong, cầm máu, đưa phần còn lại vào ổ bụng (hiếm khi áp dụng tại bệnh viện mèo vạc).

** Phẫu thuật nội soi thành công khi:*

- Cắt được RT qua nội soi và xử lý được gốc RT, lau rửa ổ bụng, có hoặc không dẫn lưu, không phải chuyển mổ mở.

** Phẫu thuật nội soi không thành công khi:*

- Không thực hiện được việc tìm và cắt RT, hoặc chảy máu, thủng ruột...phải chuyển sang mổ mở.

2.3.4. Những thay đổi về kỹ thuật mổ VRT

*** Vị trí đặt các Trocar**

Người ta có thể sử dụng tối đa 5 đường vào trong nội soi ổ bụng (tương ứng với 5 Trocar), nhưng thông thường hay dùng 3 vị trí. Nhiều người thích sử dụng các vị trí như đã mô tả ở trên.

Trocar ở HCP, ở đường giữa trên xương mu, hay ở HCT đều là các vị trí nằm dưới đường Bikini, tăng tính thẩm mỹ cho bệnh nhân. Nếu sử dụng Trocar ở những vị trí này thì bàng quang phải rộng.



Hình 1.8 Vị trí đặt troca [Ảnh tác giả]

*** Kỹ thuật buộc RT và mạc treo RT bằng một nơ chỉ duy nhất**

Để đơn giản hoá việc cắt RT, an toàn và có thể thực hiện bởi các phẫu thuật viên mới bắt đầu cắt RT nội soi, đầu RT được cố định bằng một nơ chỉ Roeder. Mỏm RT được được tiệt khuẩn bằng đốt điện.

*** Kỹ thuật cắt RT ngược dòng**

Cũng như trong phẫu thuật mở, việc bộc lộ và phẫu tích động mạch RT sẽ gặp khó khăn nếu ruột thừa quặt ngược, chạy lên trên có thể tới tận gan, hay khi ruột thừa viêm dính vào thành chậu bên, hoặc ruột thừa cùng trong bao thanh mạc và dính sát thành manh tràng. Trong những trường hợp này cần phải gỡ dính, bộc lộ đáy manh tràng và gốc ruột thừa.

Manh tràng được kéo về phía đầu và phía trong của bệnh nhân, dùng kéo phẫu tích đưa qua Trocar ở HCP, gỡ dính phía sau và phía ngoài của manh tràng. Thủ thuật này khiến cho manh tràng và đoạn cuối hồi tràng quay về phía trái của bệnh nhân, do đó bộc lộ được mặt sau của nó. Nếu phẫu tích khó khăn thì bệnh nhân được nằm ở tư thế Trendelenburg và nghiêng về bên trái. Kẹp và cắt gốc ruột thừa trước, rồi cắt dần mạc treo.

** Trường hợp gốc ruột thừa mủn*

Thỉnh thoảng gặp trường hợp ruột thừa bị hoại tử nặng nề, gốc ruột thừa mủn nát, có hai cách giải quyết:

+ Buộc gốc ruột thừa như thông thường và vùi gốc ruột thừa bằng đường khâu vùi chữ Z, cách này phải áp dụng kỹ thuật khâu trong cơ thể.

+ Dùng kẹp nội soi kẹp gốc ruột thừa thêm một phần nhỏ của manh tràng lành.

2.3.5. Biến chứng

Cũng như với phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi VRT cũng có thể xảy ra những tai biến trong lúc phẫu thuật và các biến chứng sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên, không có bằng chứng rõ ràng để chứng minh rằng các biến chứng của phẫu thuật nội soi xảy ra nhiều hơn so với phẫu thuật mở. Trên thực tế, những báo cáo ban đầu đã chỉ ra rằng, những biến chứng của phẫu thuật nội soi ít xảy ra hơn so với phẫu thuật mở. Mặc dù vậy, những thông tin gần đây đã lưu ý rằng, ở mỗi bước thao tác của phẫu thuật nội soi như: trong lúc vào khoang phúc mạc, bộc lộ và thắt động mạch ruột thừa, cắt ruột thừa,

kéo bệnh phẩm ra ngoài, hay khi kiểm tra và rửa khoang phúc mạc....., đều có thể gặp phải những tai biến như đối với phẫu thuật mở. Nhưng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở cũng có rất nhiều sự khác biệt.

Những biến chứng của phẫu thuật nội soi có thể gặp là

** Các tai biến trong khi phẫu thuật*

+ Chảy máu

- Từ thành bụng do Trocar làm tổn thương các mạch máu thành bụng.

- Từ mạc treo ruột thừa.

- Do chọc phải các mạch máu lớn.

+ Tổn thương ở thành bụng, ở manh tràng do nhiệt.

+ Tổn thương các tạng xung quanh khi phẫu tích.

+ Thủng ruột khi chọc Trocar hay do đốt điện.

+ Tắc mạch do khí CO₂.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Truy tim mạch do ảnh hưởng của bơm hơi phúc mạc.

** Các biến chứng sau phẫu thuật:*

+ Thoát vị qua lỗ chọc Trocar.

+ Tụ máu thành bụng.

+ Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vết mổ.

+ Rò vết mổ.

+ Áp xe túi cùng Douglas.

+ Tắc ruột do dính sau mổ.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.1. Đặc điểm lâm sàng

2.4.1.1. Các yếu tố dịch tễ học

- Tuổi
- Giới : nam và nữ.

2.4.1.2. Các triệu chứng lâm sàng

- + Thời gian từ khi xuất hiện đau đến khi vào viện (tính theo giờ).
- + Triệu chứng toàn thân : sốt
- + Triệu chứng cơ năng: đau bụng, nôn hoặc buồn nôn.
- + Triệu chứng thực thể: ấn đau HCP, phản ứng vùng HCP.

2.4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

2.4.2.1. Huyết học

- Số lượng bạch cầu: < 10 G/l, 10-15 G/l, > 15 G/l

2.4.2.2. Siêu âm ổ bụng

Bệnh nhân được siêu âm tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc. Các tiêu chuẩn chẩn đoán VRT bằng siêu âm theo tiêu chuẩn của Verroken R. và cộng sự (1996) là:

Dấu hiệu VRT xung huyết, mưng mủ:

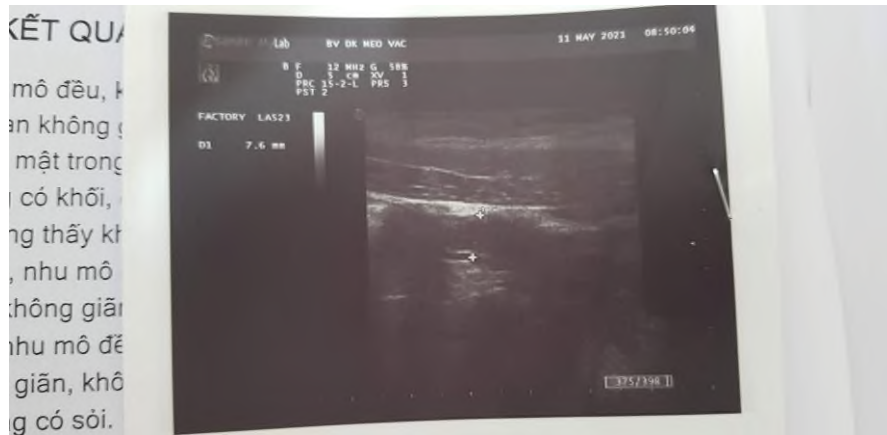
- Kích thước ruột thừa to, thành dày.
- Phản ứng viêm xung quanh RT.
- Có thể thấy dịch xung quanh hoặc sỏi phân trong lòng RT.

Dấu hiệu của VRT vỡ:

- Tăng âm của đường bao quanh ruột thừa
- Không có hoặc đứt đoạn siêu âm lớp dưới niêm mạc.
- Có dịch ổ bụng.

Hoại tử ở thành ruột thừa:

- Xoắn vặn cấu trúc lớp đồng tâm ở thành ruột thừa.
- Dấu hiệu hình hạt cà phê trong áp xe ruột thừa.



Hình 1.9 Ảnh Ruột thừa viêm bệnh nhân Sùng Xía C [Ảnh tác giả]

Chẩn đoán dương tính khi có một dấu hiệu siêu âm. Hoặc có các hình ảnh: Ruột thừa tăng kích thước, ấn không xẹp và đau có đầy đáy manh tràng, có dịch HCP và Douglas, trên và dưới gan hoặc có hình MNL, các quai ruột bọc quanh RT và bên trong có hình ảnh ổ dịch bao quanh ruột thừa.

2.4.3. Kết quả trong mổ

*** Thời gian phẫu thuật**

Tính từ khi rạch da đến đóng mũi khâu cuối cùng (*tính bằng phút*)

*** Nội soi chuyển mổ mở**

*** Phương pháp xử trí ruột thừa**

(1) Trong ổ bụng. (2) Ngoài ổ bụng. (3) Cắt ruột thừa, buộc gốc. (4) Cắt ruột thừa, buộc gốc, vùi mỡ. (5) Cắt xuôi dòng. (6) Cắt ngược dòng. (7) Dẫn lưu ổ bụng. (8) Không dẫn lưu ổ bụng.

*** Tai biến trong mổ**

+ Chảy máu

- Từ thành bụng do Trocar làm tổn thương các mạch máu thành bụng.

- Từ mạc treo ruột thừa.

- Do chọc phải các mạch máu lớn.

+ Tổn thương ở thành bụng, ở manh tràng do nhiệt.

+ Tổn thương các tạng xung quanh khi phẫu tích.

- + Thủng ruột khi chọc Trocar hay do đốt điện.
- + Tắc mạch do khí CO₂.
- + Tràn khí màng phổi.
- + Truy tìm mạch do ảnh hưởng của mơn hơi phúc mạc.

2.4.4. Đánh giá kết quả sau mổ (chỉ đánh giá những trường hợp phẫu thuật nội soi thành công)

* **Biến chứng sau mổ** : chảy máu lỗ trocar, áp xe tồn dư, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi ứ đọng, tắc ruột, viêm phúc mạc...

* **Thời gian trung tiện** : tính từ thời điểm kết thúc phẫu thuật tới lúc trung tiện (tính bằng ngày)

* **Thời gian nằm viện sau mổ** : tính từ lúc phẫu thuật tới khi ra viện. Ngày phẫu thuật được tính là ngày thứ nhất sau mổ (tính bằng ngày).

* **Đánh giá kết quả trước khi ra viện**: Tiêu chuẩn do nhóm nghiên cứu đưa ra:

- Tốt: phẫu thuật nội soi thành công, không có tai biến, không có biến chứng sau mổ, bệnh nhân ổn định ra viện.
- Trung bình: phẫu thuật nội soi thành công, có các biến chứng sau mổ nhưng chỉ cần điều trị nội khoa và ra viện.
- Kết quả kém: có biến chứng sau mổ phải mổ lại, tử vong sau mổ.

2.5. Xử lý số liệu

2.5.1. Thu thập số liệu

Sử dụng bệnh án đủ tiêu chuẩn tại phòng Kế hoạch tổng hợp - lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc. Thu thập các thông tin theo 1 mẫu bệnh án thống nhất.

2.5.2. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 16.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong một năm, từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2021 có 88 ca VRT được mổ tại BVĐK huyện Mèo Vạc. Trong đó có 80 được phẫu thuật nội soi và đủ điều kiện lựa chọn, có kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	N	%
Từ 0 - 15 tuổi	12	15
Từ 16 - 60 tuổi	57	71,25
Từ 61 tuổi trở lên	11	13,75

Nhận xét: Độ tuổi trung bình các bệnh nhân là: $36,55 \pm 19,56$. Không gặp ca bệnh VRT ở độ tuổi dưới 6 tuổi và trên 70 tuổi. Tuổi nhỏ nhất 07 tuổi, tuổi cao nhất 66 tuổi.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Bảng 3.2: Phân bố bệnh theo giới

Giới	n	Tỉ lệ %
Nam	35	44
Nữ	45	56
Tổng	80	100

Nhận xét: Trong 80 BN VRT có: 45 nữ (56%) và 35 nam (44%)

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Dấu hiệu sốt

Bảng 3.3: Tỷ lệ bệnh nhân theo các mức độ sốt

Sốt	N	%
Không sốt	06	7
Sốt nhẹ $\leq 38,5$	60	75
Sốt cao $\geq 38,5$	14	18
Tổng	80	100

Nhận xét:

- Hầu hết bệnh nhân có sốt chiếm 93%

3.2.2. Thời gian từ khi xuất hiện đau đến khi vào viện**Bảng 3.4: Thời gian từ khi xuất hiện đau đến khi vào viện**

Thời gian (giờ)	N	%
≤ 24	50	62
24 - 48	27	34
48 - 72	03	04
Tổng	80	100

Nhận xét: Hầu hết 62% bệnh nhân đến sớm trước 24h. Trong đó có 3 bệnh nhân (4%) đến muộn sau 48 giờ.

3.2.3. Triệu chứng cơ năng**Bảng 3.5: Các triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng đau		N	%
Đau bụng	Có	80	100
	Không	0	0
Nôn và buồn nôn	Có	51	64
	Không	29	36

Nhận xét:

- Đa số bệnh nhân đau bụng hố chậu phải và nửa bụng phải (100%).
- Dấu hiệu nôn và buồn nôn là 64%.

3.2.4. Triệu chứng thực thể**Bảng 3.6: Các triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể		N	%
Ấn đau HCP	Có	80	100
	Không	0	0
Phản ứng thành bụng vùng HCP	Có	80	100
	Không	0	0
Tổng		80	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân có phản ứng thành bụng.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**3.3.1. Huyết học****Bảng 3.7: Số lượng bạch cầu**

Công thức bạch cầu		N=80	%
Số lượng Bạch cầu	< 10 G/L	12	15
	10 - 15 G/L	34	42,5
	> 15 G/L	34	42,5

Nhận xét: 85% trường hợp có số lượng BC tăng trên 10G/l, 42,5% số trường hợp có Bạch cầu tăng trên 15G/l.

3.3.2. Siêu âm ổ bụng

Bảng 3.8: Hình ảnh siêu âm ổ bụng

Hình ảnh siêu âm		N=80	%
Ruột thừa	Thấy RT viêm	72	90
	Không thấy RT	8	10
Tổng		80	100

Nhận xét:

Có 100% bệnh nhân (80 ca) được làm siêu âm chẩn đoán, trong đó 90% bệnh nhân thấy hình ảnh RT viêm, còn 10% bệnh nhân không nhìn thấy RT.

3.4. Đánh giá kết quả trong mổ**3.4.1. Thời gian phẫu thuật****Bảng 3.9: Phân bố thời gian phẫu thuật**

Thời gian (phút)	N	%
≤ 30	28	35
31 - 60	49	61,25
> 60	3	3,75
Tổng	80	100
Trung bình	37,25	
Ngắn nhất	26	
Dài nhất	92	

Nhận xét:

Thời gian mổ trung bình: 37,25 phút , thời gian ngắn nhất 26 phút, thời gian dài nhất là 92 phút.

3.4.2. Phương pháp xử trí ruột thừa bằng PTNS

Bảng 3.10. Phân loại bệnh nhân dựa theo kỹ thuật cắt gốc RT

Kỹ thuật	N	Tỷ lệ %
Trong ổ bụng	80	100
Ngoài ổ bụng chuyển mổ mở	0	0
Tổng	80	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân được cắt RT trong ổ bụng không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

3.4.3. Phương pháp cắt ruột thừa nội soi

Bảng 3.11. Phương pháp cắt ruột thừa nội soi

Kỹ thuật cắt RT	N	Tỷ lệ %
Cắt RT xuôi dòng	68	85
Cắt RT ngược dòng	12	15
Tổng	80	100

Nhận xét: 85% bệnh nhân được cắt ruột thừa xuôi dòng, 15% bệnh nhân được cắt ngược dòng.

3.4.4. Kỹ thuật xử lý gốc RT

Bảng 3.12: Xử lý gốc RT

Xử lý gốc ruột thừa	N	Tỷ lệ %
Khâu gốc RT không vùi gốc	68	85
Khâu gốc RT và vùi gốc	12	15
Tổn thương tạng xung quanh	0	0

Nhận xét: 85% bệnh nhân có khâu góc RT không vùi.

3.4.5. Tai biến trong mổ

Bảng 3.13: Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	N	Tỉ lệ %
Chảy máu	0	0
Thủng ruột	0	0
Tổn thương tạng xung quanh	0	0

Nhận xét: Chưa có trường hợp nào xảy ra tai biến

3.4.6. Xử lý ổ bụng

Bảng 3.14: Xử lý ổ bụng

Phương pháp	N	Tỉ lệ %
Lau rửa ổ bụng + không dẫn lưu	56	70
Lau rửa ổ bụng + dẫn lưu	24	30

Nhận xét: 70% bệnh nhân được lau rửa ổ bụng nhưng không cần dẫn lưu. 30% bệnh nhân lau rửa ổ bụng và dẫn lưu.

3.4.7. Nội soi chuyển mổ mở

Bảng 3.15: Tỷ lệ nội soi chuyển mổ mở

Phương pháp	N=80	Tỉ lệ %
Phẫu thuật nội soi	100	100
Chuyển mổ mở	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của PTNS điều trị VRT là 100%, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

3.5. Đánh giá kết quả sau mổ

3.5.1. Thời gian trung tiện

Bảng 3.15. Thời gian trung tiện

Thời gian (ngày)	N	Tỷ lệ %
1 ngày	1	1,25
2 ngày	60	75
3 ngày	16	20
> 3 ngày	3	3,75
Tổng	80	100

Nhận xét:

- Thời gian trung bình bệnh nhân trung tiện được là $2,27 \pm 0.52$ ngày
- Đa số bệnh nhân có trung tiện trong ngày thứ 2 (75%) và ngày thứ 3 (20%).
- Có trung tiện trong ngày đầu là 1,25 %.
- Chỉ có 03 trường hợp (3,75%) có trung tiện vào ngày thứ 4 tương ứng với 3 bệnh nhân đến muộn và có bóp bụng.

3.5.2. Thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi**Bảng 3.16. Thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi**

Thời gian (ngày)	N	Tỷ lệ %
1 ngày	0	0
2 ngày	10	42
3 ngày	11	46
>3 ngày	3	12
Tổng	24	100

Nhận xét: Trong 80 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công chỉ có 24 bệnh nhân phải đặt dẫn lưu ổ bụng. Đã số thời gian rút ống dẫn lưu sau phẫu thuật là: 2,7 ngày (từ 2 đến 5 ngày). Trong đó có 3 bệnh nhân dẫn lưu trên 3 ngày.

3.5.3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi

Bảng 3.17. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi

Thời gian (ngày)	N	Tỷ lệ %
< 5 ngày	26	32,5
5 - 7 ngày	51	63,75
> 7 ngày	3	3,75
Tổng	80	100

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 5,3 ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 12 ngày.

3.5.4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật nội soi

Bảng 3.18: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Áp xe tồn dư	2	2,5
Nhiễm trùng lỗ trocar	0	0
Khác	0	0

Nhận xét: Có 2 ca áp xe tồn dư chiếm 2,5% .

3.5.5. Kết quả trước khi ra viện:

Bảng 3.19: Kết quả trước khi ra viện

Kết quả	N	Tỷ lệ %
Tốt	75	93,75
Trung bình	5	6,25
Kém	0	0
Tổng	80	100

Nhận xét : Kết quả phẫu thuật tốt chiếm 93,75%, trung bình 6,25% không có kém.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy: VRT gặp ở tất cả các lứa tuổi, lứa tuổi 16 - 60 tuổi gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 71,25%. Độ tuổi trung bình các bệnh nhân là: $36,55 \pm 19,56$. **Tuổi nhỏ nhất là 07 tuổi, tuổi cao nhất là 66 tuổi.**

So sánh tuổi trung bình của bệnh nhân viêm ruột thừa được chọn cắt ruột thừa theo nhiều tác giả.

Tác giả	Số bệnh nhân	Tuổi trung bình
Nguyễn Văn Khoa ^[11]	104	25(11-72)
Phạm Minh Hải ^[12]	59	32,88
Chúng tôi	80	36,55(6 -70)

Theo chúng tôi, cắt ruột thừa nội soi có thể thực hiện cho mọi nhóm lứa tuổi, tốt nhất là tuổi thanh niên hay trung niên vì có thể tự chủ được phần lớn mọi hoạt động.

4.1.2. Giới

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ VRT ở nam là 44% và ở nữ là 56%. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Yamini cho thấy tỷ lệ VRT ở nam là 48,5% và ở nữ là 51,5%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy:

- Thời gian từ khi xuất hiện đau đến khi vào viện: **Sớm nhất 04 giờ, muộn nhất 48 giờ.** Các bệnh nhân trên địa bàn huyện hầu như bệnh nhân đến viện < 24h chiếm 62% qua đây thấy rằng người dân đã dần có ý thức khám

chữa bệnh tại cơ sở y tế khi xuất hiện đau... đặc biệt là đau bụng, ngoài ra có 34% là đến trong thời gian 24 - 48 giờ cũng không phải là quá muộn đối với viêm ruột thừa, chỉ có 3 trường hợp chiếm 4% bệnh nhân nhà tự ý điều trị bằng phương pháp dân gian bóp bụng (*cuốn khăn chặn quanh bụng*) làm cho tình trạng bệnh khi đến viện ngày càng trầm trọng hơn.

- Sốt là một biểu hiện toàn thân của hội chứng nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phổ biến bệnh nhân có sốt nhẹ $\leq 38,5$ độ chiếm 75%, sốt cao $> 38,5$ độ chiếm 18%. Nhưng vẫn gặp bệnh nhân có thân nhiệt không tăng chiếm 7% (Bảng 3.3).

- Triệu chứng cơ năng đau bụng, nôn hoặc buồn nôn: bao giờ cũng có biểu hiện đau bụng chiếm 100%. Nôn hoặc buồn nôn, chiếm 64,0% (Bảng 3.5).

- Triệu chứng thực thể khi thăm khám là ấn đau HCP chiếm 100%, dấu hiệu gặp nhiều nhất là phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải (100% bệnh nhân) (Bảng 3.6).

Đặc điểm lâm sàng qua nghiên cứu cho thấy kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu của tác giả khác[3]

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Kết quả xét nghiệm máu

Nguyễn Văn Khoa và Phạm Gia Khánh (1995) cho thấy số lượng bạch cầu cao gặp ở 83,66%, BCĐNTT cao trên 70% là 84,7% [11].

Trong nghiên cứu này cho thấy 85% trường hợp có số lượng BC tăng trên 10G/l, 42,5% số trường hợp có Bạch cầu tăng trên 15G/l. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu trước.

Có 15% BN có số lượng bạch cầu thấp hơn nhưng vẫn có phản ứng thành bụng trên lâm sàng.

4.3.2. Kết quả siêu âm

Hình ảnh siêu âm ổ bụng để chẩn đoán VRT được nhiều tác giả đánh giá cao, các tác giả nhận xét chẩn đoán bằng siêu âm có độ nhạy cao 89%, độ đặc hiệu 95%, độ chính xác 90%.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có 90% trường hợp phát hiện được hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm: kích thước RT to hơn bình thường; có dấu hiệu có dịch xung quanh RT; tại điểm RT ấn đầu dò đau và RT không xẹp; xâm nhiễm mỡ xung quanh ruột thừa kèm theo với đầy đầy manh tràng. Có 10% trường hợp không tìm thấy ruột thừa, do bụng bệnh nhân chướng, nhiều hơi, kết quả siêu âm bình thường và một số ít trường hợp có kết quả dịch ổ chậu phải, ổ bụng. Như vậy siêu âm tại bệnh viện đa khoa Mèo Vạc thực sự là một yếu tố cận lâm sàng có giá trị giúp chuẩn đoán xác định VRT. Tuy nhiên, kết quả siêu âm còn phụ thuộc vào độ phân giải cao của máy siêu âm và trình độ người làm siêu âm.

4.4. Đánh giá kết quả trong mổ

4.4.1. Thời gian phẫu thuật

Kết quả ở bảng 3.9 cho thấy thời gian trung bình để tiến hành một ca phẫu thuật: 37,25 phút . Thời gian thực hiện phẫu thuật hay gấp: 37 phút đến 60 phút. Đa số các trường hợp phẫu thuật chỉ cần thời gian tối đa là 60 phút.

So sánh kết quả PTNS với một số tác giả

<div>Tác giả</div> <div>Kết quả</div>	Nguyễn Văn Khoa (1996): [11] n = 91	Phạm Minh Hải, Lê Quan Anh Tuấn, Nguyễn Hoàng Bắc(2008), [12] n = 59
Thời gian PT trung bình (phút)	42	36

Chuyển từ PTNS sang mở mở (%)	3,4	9,9
----------------------------------	-----	-----

So sánh với kết quả của tác giả khác, ta thấy chúng tôi có thời gian phẫu thuật cũng gần tương đương với tác giả Phạm Minh Hải, Lê Quan Anh Tuấn, Nguyễn Hoàng Bắc và ngắn hơn tác giả Nguyễn Văn Khoa

Thời gian phẫu thuật được rút ngắn còn phụ thuộc vào thao tác của phẫu thuật viên, tình trạng ổ bụng và kỹ thuật thắt gốc ruột thừa bằng chỉ.

Mặc dù mới triển khai kỹ thuật này tại BV Mè o vạc, tuy nhiên trong tương lai gần, với số ca mổ nội soi nhất định, PTV càng thành thạo với các thao tác kỹ thuật, việc rút ngắn thời gian phẫu thuật sẽ được ghi nhận.

4.4.2. Phương pháp xử trí ruột thừa bằng PTNS

* *Kỹ thuật cắt ruột thừa*: 100% các trường hợp trong NC của chúng tôi được thực hiện cắt RT trong ổ bụng, điều này nói lên năng lực làm chủ kỹ thuật mổ nội soi của các PTV, kỹ thuật này tránh được việc mở thành bụng để đưa ruột thừa ra ngoài để cắt, bệnh nhân có vết mổ nhỏ vừa thẩm mỹ và nhanh phục hồi vết mổ hơn.

* *Phương pháp cắt ruột thừa*: Chúng tôi thực hiện cắt RT xuôi dòng trong ổ bụng cho 68 ca (85%), chỉ có 12 ca (15%) thực hiện cắt ruột thừa xuôi dòng do vị trí ruột thừa nằm vị trí bất thường, bị che lấp bởi quai ruột, giả mạc... không tiếp cận được phần thân và đầu ruột thừa. Trong số các trường hợp cắt RT ngược dòng có thời gian mổ dài hơn, đặc biệt ca bệnh nhân Ly Thị C, 62 tuổi, thời gian mổ kéo dài lên tới 92 phút và phải đặt dẫn lưu ổ bụng cho thấy khi cắt ngược dòng làm diện phẫu tích rộng rãi hơn, nguy cơ tiết dịch, tụ dịch sau mổ khiến PTV quyết định đặt dẫn lưu sau mổ. Việc đưa RT ra ngoài sau khi cắt khỏi ổ phúc mạc có thể lấy qua Trocar 10mm hoặc đặt RT

vào túi li- lon rồi lấy túi ra qua trocar 10mm hoàn toàn không tiếp xúc RT với vết mổ thành bụng, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ..

* *Kỹ thuật xử lý gốc RT*: có 68 ca (85%) không vùi gốc sau khi cắt RT những trường hợp này PTV thấy việc khâu bọc gốc RT thật sự chắc chắn, chỉ có 12 ca (15%) được khâu vùi gốc RT bằng mũi chữ X hoặc hình túi để tăng cường, do tình trạng viêm quanh gốc RT, mạc treo RT dày và nhiều mỡ bảo đảm cho việc không để dò gốc manh tràng trong giai đoạn hậu phẫu.

* *Các tai biến trong mổ*: chúng tôi không gặp tai biến trong mổ, do việc chỉ định PTNS VRT được hội chẩn, tiên lượng và lựa chọn áp dụng PTNS rất chặt chẽ, đồng thời các PTV được đào tạo khá tốt để làm chủ kỹ thuật này.

* *Chỉ định đặt dẫn lưu trong mổ*: Có 24 ca (30%) được chỉ định đặt dẫn lưu trong mổ (*dẫn lưu HCP hoặc cùng đồ tùy trường hợp*) nhằm mục đích dẫn lưu dịch còn lưu sót trong ổ bụng, dự đoán nguy cơ dò đường tiêu hóa.

4.4.3. Nội soi chuyển mô mỡ

Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ chuyển mô mỡ là 0. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu Lê Dũng Trí.

Sở dĩ chúng tôi đạt được kết quả này là do chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân bụng không chướng nhiều nên tiến hành phẫu thuật nội soi được dễ dàng hơn, rút ngắn thời gian phẫu thuật.

4.5. Đánh giá kết quả sau mổ

4.5.1. Thời gian trung tiện

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật là thời gian được tính từ khi bệnh nhân được phẫu thuật xong tới khi bệnh nhân có trung tiện trở lại. Kết quả thống kê ở bảng 3.15 cho thấy thời gian liệt ruột trung bình là $2,27 \pm 0,52$ ngày (từ 1 đến 4 ngày). Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy thời gian

có nhu động ruột trở lại không khác so với bệnh nhân được mổ mở theo kỹ thuật kinh điển trong y văn.

4.5.2. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ

Có 88% trường hợp đặt dẫn lưu được rút dẫn lưu trong 3 ngày đầu vì ống dẫn lưu đã đạt mục tiêu điều trị; có 3 ca ống dẫn lưu được rút vào các ngày: Ca Ly Mí M, 42 tuổi, rút ngày thứ 8, ca Hoàng Văn H, 19 tuổi rút ngày thứ 7 và ca Thò Thị Ch, 66 tuổi rút ngày thứ 9 sau mổ, đây là 3 trường hợp đến muộn sau 48h tình trạng ổ bụng bần, viêm lan trong khoang bụng, việc lau rửa ổ bụng không thể tuyệt đối.

4.5.3. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 10 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $5,3 \pm 1,52$ ngày (từ 3 đến 10 ngày). Bệnh nhân nằm viện 5-6 ngày chiếm đa số (49%). Các bệnh nhân ra viện vết mổ nhỏ, thẩm mỹ, không đau vết mổ, vận động sớm, ăn – tiêu hóa thuận lợi, thực sự là lợi thế của PTNS.

4.5.4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật nội soi

Sau mổ chúng tôi chưa ghi nhận bệnh nhân nào có biến chứng sớm sau phẫu thuật nội soi.

4.5.5. Kết quả trước khi ra viện

Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá kết quả sau mổ đã được đặt ra, chúng tôi nhận thấy số BN đạt kết quả tốt là 100%, không có trường hợp nào tử vong hay nặng xin về.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Dũng Trí, Phạm Như Hiệp kết quả tốt là 98,2%, trung bình 1,8%.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi là an toàn và hiệu quả, so với mổ mở thì tỷ lệ biến chứng thấp hơn nhiều, thời gian nằm viện ngắn hơn, chóng hồi phục sức khỏe cho người bệnh.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không làm so sánh với mổ mở, hy vọng trong tương lai có những nghiên cứu khác kiểm định lại những nhận xét này.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VRT

1.1. Triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy:

- Sốt là một biểu hiện toàn thân của hội chứng nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phổ biến bệnh nhân có sốt nhẹ chiếm 75%, sốt cao chiếm 18%. Nhưng vẫn gặp bệnh nhân có thân nhiệt không tăng chiếm 7%.

- Triệu chứng cơ năng bao giờ cũng có, biểu hiện đau bụng chiếm 100%. Nôn, chiếm 64,0%.

- Triệu chứng thực thể khi thăm khám là ấn đau HCP chiếm 100%, dấu hiệu gặp nhiều nhất là phản ứng thành bụng (100% bệnh nhân).

1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu

Kết quả nghiên cứu thể hiện ở bảng 3.7 cho thấy kết quả này phù hợp với biểu hiện trong y văn đã nêu.

Bạch cầu tăng cao là triệu chứng cận lâm sàng rất hay gặp và có giá trị trong chẩn đoán VRT.

Kết quả siêu âm

Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm trước phẫu thuật là 89%, nhưng chỉ quan sát được hình ảnh ruột thừa viêm ở 45% bệnh nhân.

Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Verroken R (1996). Nguyên nhân có thể do tình trạng bụng chướng hơi, các quai ruột giãn nên khó thăm khám được ruột thừa và tình trạng ổ bụng, và phụ thuộc vào trình độ thăm khám của người làm siêu âm.

2. Đánh giá kết quả PTNS

- Thời gian trung bình cho 1 ca phẫu thuật: $65,19 \pm 19.64$, đa số chỉ cần 60 phút cho 1 ca phẫu thuật.
- Thời gian phục hồi nhu động ruột : $2,27 \pm 0.52$ ngày
- Ngày nằm viện trung bình: $5,3 \pm 1,52$ ngày.
- Tỷ lệ cắt RT qua nội soi thành công: 100%
- Kết quả sớm: Tốt: 80 BN, đạt 100%.

Như vậy PTNS ổ bụng điều trị VRT rất an toàn và hiệu quả cao, so với mổ mở thì tỷ lệ biến chứng thấp hơn nhiều, thời gian nằm viện ngắn hơn, mức độ đau ít và ngắn hơn, chóng hồi phục sức khỏe và mức độ người bệnh hài lòng cao.

KIẾN NGHỊ

1. Phẫu thuật nội soi trong điều trị VRT nên được triển khai rộng rãi tại các bệnh viện tuyến Huyện, phát triển dần dần trở thành thường qui.
2. Phẫu thuật viên cần được đào tạo cơ bản về phẫu thuật nội soi, từng bước hoàn thiện và mở rộng phạm vi ứng dụng của PTNS trong điều trị ngoại khoa tại bệnh viện tuyến huyện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Trần Bình Giang** (2002), *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Nhà xuất bản y học.
2. **Nguyễn Trinh Cơ (1985)**: “Viêm ruột thừa cấp tính”, Chuyên khoa ngoại, NXB y học Hà Nội, tr 45-62.**Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội** (2002), *Bệnh học ngoại khoa*.
3. **Hoàng Công Đắc** (1999), "Viêm ruột thừa", *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, pp. 119 - 135.
4. **Lê Dũng Trí, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc và CS** (2006), "Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm ở trẻ em: Kinh nghiệm qua 500 trường hợp tại BVTW Huế", *Tạp chí y học thực hành*.
5. **Nguyễn Đình Hối** (1992), *Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa*, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Nguyễn Đình Hối (1988)**: “Viêm ruột thừa”, *Bệnh học ngoại khoa*, Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh, tr 113-161.
7. **Đỗ Kính** (1988), "Hệ tiêu hóa", *Nhà xuất bản y học*, pp. 492 - 504.
8. **Vũ Thanh Minh** (2003), "Nghiên cứu ứng dụng cắt ruột thừa nội soi trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương", *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
9. **Nguyễn Quang Quyền** (1993), *Giải phẫu bụng*, Nhà xuất bản y học Hà Nội.
10. **Nguyễn Xuân Thụ** (1991), *Bệnh lý ngoại khoa sau đại học*, Học viện Quân Y, pp. 293 - 297.

11. **Nguyễn Văn Khoa (1996):** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tính”, Luận án PTS khoa học Y - Dược Hà Nội.
12. **Phạm Minh Hải, Lê Quan Anh Tuấn, Nguyễn Hoàng Bắc(2008),** “Cắt ruột thừa nội soi, phẫu thuật trong ngày”. Tạp chí y học, ĐH Y dược TP Hồ Chí Minh, tập 12(4), tr 338-341.

Thêm: 1-2 bệnh nhân minh họa bằng hình ảnh.

HỒ SƠ BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1. HÀNH CHÍNH

Họ và tên:.....Tuổi.....Giới: Nam ☐, Nữ ☐

Địa chỉ: Số nhà:Ngõ :..... Thôn(phố):.....

Xã(phường):.....Quận(huyện):.....

Tỉnh(TP):.....Điện thoại:.....

Số hồ sơ bệnh án:.....

Ngày, giờ vào viện:.....

Ngày ra viện:.....

II. CHUYÊN MÔN

1. Lý do vào viện:.....

- Thời gian từ khi đau đến khi vào viện (giờ):

$\leq 24h$ ☐

$> 24h - 48h$ ☐

$>48h - 72h$ ☐

$> 72h$ ☐

2. Khám lâm sàng

2.1. Toàn thân

- Tỉnh táo ☐ Khác.....)

- Mạch.....l/p, HA.....mmHg, NT.....l/p

- Nhiệt độ: Không sốt ☐

Sốt nhẹ < 38.5 ☐

Sốt cao ≥ 38.5 ☐

- Môi khô, lưỡi bẩn có ☐ không ☐

3.2. Cơ năng

+ Đau bụng : có ☐ không ☐

+ Nôn, buồn nôn có ☐ không ☐

3.3. Thực thể:

+ Chảy máu ☐

+ Thủng ruột ☐

+ Tổn thương tạng xng quanh ☐

+ Khác

- Xử trí khi chuyển mổ mở:.....

6. Đánh giá kết quả sau mổ

- Thời gian có trung tiện sau mổ: Giờ

- Thời gian rút dẫn lưu sau mổ:Giờ

- Biến chứng sau mổ: Có ☐ Không ☐.

+ Nhiễm trùng tại lỗ trocar ☐

+ Áp xe tồn dư trong ổ bụng ☐ + Loét vùng tỳ đè ☐

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu ☐ + Viêm phổi ☐

+ Tắc ruột ☐ + Khác

7. Đánh giá kết quả trước khi ra viện

Tốt ☐

Trung bình ☐

Xấu ☐

8. Số ngày điều trị nội trú sau mổ:

Nhận xét hoặc bổ sung thêm:

.....
.....
.....
.....

Ngày..... Tháng..... Năm 2021

Người thu thập

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU
Tên đề tài: “Kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa tại bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc”

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Số bệnh án	Ngày vào viện	Ngày ra viện
1	Lù Văn L	19	Nam	2000015695	09/06/2020	15/06/2020
2	Liềng Thị C	40	Nữ	2000015877	11/06/2020	16/06/2020
3	Ly Mí M	42	Nam	2000016127	14/06/2020	24/06/2020
4	Sùng Thị L	30	Nữ	2000016275	15/06/2020	22/06/2020
5	Lầu Vả Th	60	Nam	2000017290	25/06/2020	03/07/2020
6	Mua Mí G	27	Nam	2000018396	04/07/2020	10/07/2020
7	Hoàng Văn H	19	Nam	2000020435	18/07/2020	26/07/2020
8	Vương Thị T	30	Nữ	2000023443	10/08/2020	17/08/2020
9	Vừ Thị S	37	Nữ	2000023524	10/08/2020	17/08/2020
10	Thò Mí D	52	Nam	2000023859	12/08/2020	17/08/2020
11	Vàng Thị M	52	Nữ	2000024128	14/08/2020	20/08/2020
12	Phùng Mí S	42	Nam	2000024223	17/08/2020	24/08/2020
13	Vàng Mí N	19	Nam	2000025596	26/08/2020	01/09/2020
14	Lù A Tr	39	Nam	2000025887	30/08/2020	07/09/2020
15	Hoàng Văn Ch	27	Nam	2000026421	04/09/2020	10/09/2020
16	Sùng Thị Ch	53	Nữ	2000028006	18/09/2020	25/09/2020
17	Thò Thị Ch	66	Nữ	2000028031	19/09/2020	29/09/2020
18	Tráng Thị L	31	Nữ	2000028446	23/09/2020	30/09/2020
19	Thò Thị S	43	Nữ	2000028505	24/09/2020	30/09/2020
20	Chu Văn A	21	Nam	2000029737	06/10/2020	09/10/2020
21	Vàng Mí T	37	Nam	2000029885	08/10/2020	13/10/2020
22	Thò Mí Ch	30	Nam	2000030172	10/10/2020	16/10/2020
23	Triệu Mùi N	21	Nữ	2000030984	18/10/2020	23/10/2020
24	Vàng Thị M	28	Nữ	2000031164	20/10/2020	26/10/2020
25	Thò Mí T	27	Nam	2000031060	19/10/2020	26/10/2020
26	Ma Thị S	34	Nữ	2000031322	21/10/2020	26/10/2020
27	Lý Mạnh Q	10	Nam	2000032318	29/10/2020	03/11/2020
28	Già Mí S	10	Nam	2000032377	29/10/2020	04/11/2020

29	Phùng Thị U	55	Nữ	2000032828	03/11/2020	11/11/2020
30	Thò Thị S	40	Nữ	2000033809	06/11/2020	11/11/2020
31	Ma Thị H	50	Nữ	2000035266	18/11/2020	23/11/2020
32	Lù A T	56	Nam	2000035781	20/11/2020	27/11/2020
33	Mua Thị Ch	34	Nữ	2000035864	22/11/2020	27/11/2020
34	Sùng Thị Ch	35	Nữ	2000035870	22/11/2020	27/11/2020
35	Châu Văn Thọ	46	Nam	2000036012	23/11/2020	30/11/2020
36	Vừ Mí L	14	Nam	2000037626	05/12/2020	14/12/2020
37	Ma Thị Đ	54	Nữ	2000039044	20/12/2020	25/12/2020
38	Sùng Thị L	42	Nữ	2000039456	24/12/2020	29/12/2020
39	Giàng Mí P	48	Nam	2000040099	30/12/2020	06/01/2021
40	Vàng Thị M	19	Nữ	2000040170	31/12/2020	06/01/2021
41	Sùng Mí M	41	Nam	2000040217	31/12/2020	06/01/2021
42	Giàng Thị H	15	Nữ	2100000011	01/01/2021	08/01/2021
43	Ly Mí V	53	Nam	2100001255	14/01/2021	22/01/2021
44	Và Mí C	14	Nam	2100002088	21/01/2021	27/01/2021
45	Hờ Mí M	24	Nam	2100003646	07/02/2021	11/02/2021
46	Ly Thị C	62	Nữ	2100003919	15/02/2021	22/02/2021
47	Hạ Mí Th	8	Nam	2100005286	05/03/2021	12/03/2021
48	Thò Nhè T	44	Nam	2100005981	12/03/2021	19/03/2021
49	Hoàng Thị K	56	Nữ	2100006167	15/03/2021	22/03/2021
50	Vàng A Ẻ	26	Nam	2100007280	25/03/2021	30/03/2021
51	Sùng Mí C	40	Nam	2100007234	25/03/2021	01/04/2021
52	Tô Thị N	35	Nữ	2100007126	23/03/2021	02/04/2021
53	Thò Thị M	32	Nữ	2100007947	01/04/2021	09/04/2021
54	Phàn Linh P	12	Nam	2100008087	04/04/2021	13/04/2021
55	Sùng Mí M	29	Nam	2100008597	09/04/2021	14/04/2021
56	Thò Chá P	47	Nam	2100008599	09/04/2021	16/04/2021
57	Già Mí N	7	Nam	2100008732	12/04/2021	20/04/2021
58	Lù Xuân T	58	Nam	2100009506	20/04/2021	28/04/2021
59	Giàng Thị Ch	65	Nữ	2100009724	22/04/2021	29/04/2021
60	Tàng Văn T	36	Nam	2100010114	24/04/2021	29/04/2021
61	Vàng Thị S	46	Nữ	2100010219	25/04/2021	04/05/2021
62	Ma Thị S	25	Nữ	2100010214	25/04/2021	04/05/2021
63	Sùng Văn B	31	Nam	2100010769	01/05/2021	05/05/2021

64	Lý Xà S	53	Nữ	2100010713	29/04/2021	07/05/2021
65	Đặng Văn Th	34	Nam	2100010840	03/05/2021	12/05/2021
66	Già Thị D	51	Nữ	2100010872	03/05/2021	13/05/2021
67	Sùng Xía C	51	Nam	2100011963	10/05/2021	18/05/2021
68	Vàng Mí H	17	Nam	2100011965	10/05/2021	17/05/2021
69	Vàng Thị S	51	Nữ	2100012008	11/05/2021	17/05/2021
70	Hò Thị D	31	Nữ	2100012049	11/05/2021	17/05/2021
71	Lục Văn L	37	Nam	2100012451	15/05/2021	19/05/2021
72	Vừ Thị V	57	Nữ	2100012616	17/05/2021	25/05/2021
73	Hoàng Thị Đ	62	Nữ	2100013455	25/05/2021	03/06/2021
74	Giàng Mí S	20	Nam	2100013740	28/05/2021	03/06/2021
75	Vừ Mí S	43	Nam	2100013936	31/05/2021	07/06/2021
76	Mua Mí Ph	27	Nam	2100013945	31/05/2021	07/06/2021
77	Lầu Thị Dư	61	Nữ	2100014199	02/06/2021	10/06/2021
78	Sùng Thị Ch	62	Nữ	2100014510	05/06/2021	11/06/2021
79	Lý Thị Th	33	Nữ	2100015077	11/06/2021	17/06/2021
80	Thò Mí L	27	Nam	2100015138	12/06/2021	18/06/2021

Ngày 20 tháng 7 năm 2021

Người lập danh sách

Xác nhận của phòng KHTH

Thủ trưởng đơn vị