Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp tại Trung tâm Y tế huyện Di Linh, tỉnh Lâm Đồng

Bùi Thị Thuỳ Vy[1], Hoàng Danh Tấn[2], Lê Thành Quang[1], Lý Hữu Phú[2]

1. Trung tâm Y tế huyện Di Linh, 2. Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:
Bùi Thị Thuỳ Vy,
Trung tâm Y tế huyện Di Linh
Đường Phạm Ngọc Thạch, tổ 4 TT Di Linh, huyện Di Linh, tỉnh Lâm Đồng
Điện thoại: 0368 884 868
Email: bttvy.ckingoai22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/01/2024
Ngày chấp nhận đăng: 26/6/2024
Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị viêm ruột thừa (VRT) cấp đã được ứng dụng rộng rãi và thường quy tại các bệnh viện cấp Tỉnh, Thành phố trên khắp cả nước. Tuy nhiên, ở các tuyến cơ sở, nhất là Trung tâm Y tế (TTYT) các Huyện vùng sâu, việc ứng dụng PTNS này vẫn còn nhiều hạn chế, do nhiều lý do như: thiếu thốn về vật tư y tế, trang thiết bị, nhất là nguồn nhân lực. Nghiên cứu (NC) này thực hiện nhằm đánh giá kết quả của PTNS điều trị VRT cấp tại TTYT huyện Di Linh.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Kết quả: 174 người bệnh (NB) được chẩn đoán và chỉ định PTNS điều trị VRT cấp, tỷ lệ chẩn đoán xác định bệnh dựa trên các dấu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, kết hợp hình ảnh học trên siêu âm là 92.5%. Tuổi trung bình là 35, tỷ lệ nữ/ nam = 1.5/1; 97 NB (55.7%) VRT chưa biến chứng, 64 NB (36.8%) VRT có biến chứng viêm phúc mạc, thời gian từ lúc khởi phát đau bụng đến khi phẫu thuật (PT) trung bình 18 giờ, thời gian chờ mổ trung bình 3.3 giờ. 161 NB VRT cấp được PTNS cắt ruột thừa thành công (100%) không có trường hợp (TH) nào chuyển mổ hở, không có tai biến biến chứng trong mổ, tỉ lệ biến chứng chung sau mổ 4.6%; 6 NB (3.4%) nhiễm trùng vết mổ; 2 NB (1.1%) áp xe tồn lưu, không có NB mổ lại, không có NB tử vong.

Kết luận: PTNS điều trị VRT cấp tại TTYT quận huyện là an toàn và khả thi, nên được đầu tư mạnh mẽ hơn để đáp ứng tốt cho nhu cầu người dân địa phương và giảm tải cho tuyến trên.

Từ khoá: phẫu thuật nội soi, viêm ruột thừa cấp, điều trị viêm ruột thừa.

Results of laparoscopic surgery for acute appendicitis at Di Linh District Health Center, Lam Dong Province

Bui Thi Thuy Vy[1], Hoang Danh Tan[2], Le Thanh Quang[1], Ly Huu Phu[2]

1. Di Linh District Health Center, 2. University Medical Center Ho Chi Minh City

Abstract

Introduction: Nowaday, laparoscopic surgery (LS) for acute appendicitis (AA) has been widely and routinely applied in provincial and central hospitals across the country. However, at the primary health centers, especially in remote area, the application of LS still faces many limitations, due to various reasons such as: lack of medical supplies, equipments, especially human resoures. This study was conducted to evaluate the results of LS for treating AA at Di Linh District health center.

Methods: Descriptive retrospective study.

Results: 174 patients were diagnosed AA and indicated for LS, with a definitive diagnosis rate based on clinical signs, laboratory tests and imaging studies via ultrasound at 92.5%. The average age of patients was 35 years old, female/male ratio of 1.5/1; 97 cases (55.7%) had uncomplicated appendicitis, 64 patients (36.8%) had complicated appendicitis with peritonitis. The average time from the onset to surgery was 18 hours, with an average waiting time for surgery of 3.3 hours. 161 patients with AA underwent successful laparoscopic appendectomy (100%), with no case converted to open surgery, no intraoperative complications, and an overall postoperative complication rate of 4.6%, 6 patients developed surgical site infections, 2 patients had residual absecesses (accounted for 3.4% and 1.1%) respectively. No cases were required reoperation, and there were no fatalities.

Conclusion: Laparoscopic surgery for AA at district health centers is safe and feasible, and should be more strongly invested in to better meet the needs of the local population and alleviate the burden on higher-level facilities.

Keyword: Laparoscopic surgery, acute appendicitis, treatment of appendicitis.

Đặt vấn đề

Viêm ruột thừa cấp là bệnh cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp, (chiếm 60-70% các TH cấp cứu), theo các NC trong nước, tỷ lệ PTNS điều trị VRT cấp chiếm 53% tổng số các PT cấp cứu ổ bụng [1, 2].

Hiện nay, chẩn đoán bệnh chủ yếu vẫn dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm máu, kết hợp với hình ảnh học siêu âm với tỉ lệ chẩn đoán chính xác bệnh được chấp thuận 80-90%. Các TH khó chẩn đoán, cần thiết chụp cắt lớp vi tính (CLVT), giúp tăng tỷ lệ chẩn đoán bệnh đến 97-98% [3], đôi khi cần PTNS ổ bụng thám sát khi CLVT không xác định rõ.

Hiện, PTNS là phương pháp điều trị chủ yếu trong VRT cấp [4], và thường quy ở các bệnh viện cấp Tỉnh, Thành phố. Tuy nhiên, tại các tuyến y tế cơ sở cấp Quận Huyện, là tuyến đầu tiếp nhận điều trị, nhằm giải áp cho các tuyến trên thì việc

ứng dụng PTNS trong điều trị VRT vẫn còn nhiều hạn chế do thiếu thốn vật tư y tế, trang thiết bị, và nhất là nguồn nhân lực. Vì vậy chúng tôi thực hiện NC này với mục tiêu đánh giá PTNS điều trị VRT cấp tại TTYT huyện Di Linh có thực sự an toàn và khả thi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các TH được chẩn đoán VRT cấp và điều trị bằng PTNS tại TTYT huyện Di Linh từ tháng 9/2020 – 8/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

NB có chống chỉ định mổ nội soi.

NB được mổ mở.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu.

Phương pháp tiến hành

Chúng tôi thu thập danh sách NB có chẩn đoán VRT cấp và được chỉ định PTNS cắt ruột thừa trong vòng hai năm từ tháng 9/2020 đến tháng 8/2022 tại TTYT huyện Di Linh. Sàng lọc và chọn lọc các hồ sơ thoả tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ. Các biến số được ghi nhận và tổng hợp theo biểu mẫu thu thập số liệu.

Định nghĩa biến số

Chúng tôi thu thập các biến số sau:

Các biến số về đặc điểm dân số: tuổi, giới, tiền căn, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Các biến số kết quả điều trị: phương pháp mổ, thời gian mổ, biến chứng trong và sau mổ, thời gian nằm viện.

Xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án, nhập liệu trên phần mềm Excel, sau đó phân tích bằng phần mềm R phiên bản 2.0. Chúng tôi sử dụng các thống kê mô tả như tần số, tỷ lệ phần trăm (dành cho biến phân nhóm) hay trung bình và độ lệch chuẩn (dành cho biến định lượng có phân phối bình thường) hay trung vị và khoảng tứ vị (dành cho biến định lượng không có phân phối bình thường).

Y đức

Nghiên cứu này đã được sự đồng ý của ban giám đốc TTYT huyện Di Linh, và được duyệt đề cương theo số 1148/SYT-NVY ngày 05/5/2022.

Kết quả

Từ tháng 9/2020 đến tháng 8/2022, chúng tôi thu thập được 174 NB thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu

		Số lượng
Giới tính	Nam	70 (40.2%)
	Nữ	104 (59.8%)
Nhóm tuổi	< 20	22 (12.6%)
	20-40	90 (51.7%)
	40-60	53 (30.5%)
	> 60	9 (5.2%)
Tiền căn	PT ổ bụng	15 (8.6%)
	Bệnh lý nội khoa	8 (4.5%)

Tuổi trung bình là 35, nhỏ nhất 8 tuổi, 75 tuổi lớn nhất. Tỉ lệ nữ/nam = 1,5/1.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán

Bảng 3.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán

		Số lượng
Lý do vào viện	Đau bụng	174 (100%)
	Khác	0 (0.0%)
Thời gian đau đến lúc nhập viện	Dưới 12 giờ	90 (51.7%)
	Từ 12 đến 24 giờ	52 (29.9%)
	Sau 24 giờ	32 (18.4%)
Vị trí khởi phát đau	Thượng vị	63 (36.2%)
	Quanh rốn	20 (11.5%)
	Đau hố chậu phải (HCP)	74 (42.5%)
	½ bụng dưới	1 (0.6%)
	Khắp bụng	11 (6.3%)
	Thượng vị và HCP	5 (2.9%)
Tính chất đau bụng	Âm ỉ tăng dần	146 (83.9%)
	Quặn cơn	7 (4.0%)
	Mơ hồ, không rõ tính chất	21 (12.1%)

		Số lượng
Triệu chứng kèm theo	Chán ăn	73 (42.0%)
	Buồn nôn, nôn	44 (25.3%)
	Tiêu chảy	14 (8.0%)
Nhiệt độ lúc nhập viện	Bình thường (< 37.5^{O}C)	111 (63.8%)
	Sốt nhẹ (37,6-38,5^{O}C)	56 (32.2%)
	Sốt cao (> 38,5^{O}C)	7 (4.0%)
Khám bụng	Đau HCP	144 (82.7%)
	Đau đề kháng HCP	28 (16.1%)
	Đau đề kháng khắp bụng	1 (0.6%)
	Đau không điển hình	1 (0.6%)
Bạch cầu máu	< 4	2 (1.2%)
	4-10	25 (14.4%)
	10 - 15	93 (53.4%)
	> 15	54 (31.0%)
Bạch cầu đa nhân trung tính	Bình thường	35 (20.1%)
	Tăng (> 75%)	139 (79.9%)
Siêu âm bụng	Thấy ruột thừa viêm	125 (71.8%)
	Không thấy ruột thừa viêm	49 (28.2%)
Thời gian đau đến lúc PT	< 12 giờ	36 (20.7%)
	12-24 giờ	80 (46.0%)
	> 24 giờ	58 (33.3%)
Chẩn đoán sau mổ theo nhóm VRT	VRT có biến chứng	64 (36.8%)
	VRT chưa biến chứng	97 (55.7%)
	VRT thứ phát	13 (7.5%)

Thời gian trung bình NB đến khám bệnh sau khi khởi phát đau khoảng 12 giờ, ngắn nhất 2 giờ, dài nhất 120 giờ.

Thời gian từ khi khởi phát đau đến khi NB được PT: trung bình 18 giờ, ngắn nhất 5 giờ, dài nhất 120 giờ. Hầu hết các ca mổ là VRT giai đoạn sớm < 24 giờ (76.7%).

13TH VRT thứ phát (7.5%): 08 TH do viêm mủ tai vòi, 01 TH do thủng dạ dày, 01 TH do u buồng trứng xoắn hoại tử, 01 TH do thai ngoài tử cung vỡ, 01 TH viêm thủng bít hồi tràng, 01 TH hoại tử thủng manh tràng do u đại tràng góc lách gây tắc ruột.

Kết quả điều trị nhóm viêm ruột thừa cấp

Bảng 3.3 Kết quả điều trị

		VRT chưa biến chứng (N=97)	VRT có biến chứng (N=64)	Tổng (N=161)
Phương pháp PT	PTNS	97 (100%)	64 (100%)	161 (100%)
	PTNS chuyển mổ mở	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Dẫn lưu sau mổ	Có	0 (0.0%)	29 (45.3%)	29 (18.0%)
	Không	97 (100%)	35 (54.7%)	132 (82.0%)
Biến chứng sau mổ	Áp xe tồn lưu	1 (1.0%)	1 (1.6%)	2 (1.2%)
	Nhiễm trùng vết mổ	2 (2.1%)	4 (6.2%)	6 (3.8%)
Kết quả điều trị	Thời gian nằm viện	4.92 ± 1.24	6.11 ± 1.78	6.11 ± 1.78
	Chuyển viện	2 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	Nhập viện lại	1 (1.0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)

161 NB VRT cấp đều được PTNS thành công, kể cả 15 TH có tiền căn mổ ổ bụng trước đó. Thời gian mổ trung bình 50 23 phút, ngắn nhất 15 phút và dài nhất 150 phút. Không có tai biến biến chứng trong mổ.

NC chúng tôi có 2 TH chuyển lên tuyến trên: 1 TH theo dõi u đại tràng góc gan xuất huyết/ hậu phẫu 4 cắt ruột thừa nội soi và 1 TH phù phổi cấp/ hậu phẫu giờ thứ 4 PTNS cắt ruột thừa. 2 TH nhập viện lại do áp xe tồn lưu, chúng tôi điều trị nội khoa, bệnh ổn, xuất viện sau 7 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình 5.44 1.72 ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 12 ngày. VRT có biến chứng: thời gian nằm viện trung bình 6 ngày, chưa biến chứng 4 ngày.

Bàn luận

Đặc điểm dân số

Nhìn chung, VRT cấp thường gặp ở người trẻ, ít gặp ở người cao tuổi, tương đồng với các NC của Trần Như Ý và Lữ Văn Trạng [3, 5]. NC cũng ghi nhận: nữ mắc VRT nhiều hơn nam, các NC trong và ngoài nước đều ghi nhận tương tự [6, 7].

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Hầu hết NB vào viện vì đau bụng, đau khởi phát vùng thượng vị hoặc quanh rốn sau đó chuyển đau vùng HCP, phù hợp với y văn [5, 6, 8]. Một số ít NB (12.1%) đau mơ hồ rất khó khăn cho chẩn đoán. Chúng tôi theo dõi sát, thăm khám nhiều lần, xét nghiệm máu và siêu âm kiểm tra lại để có được chẩn đoán đúng. Hơn 1/2 NB vào viện khi đau bụng khởi phát dưới 12 giờ, và 1/5 NB nhập viện muộn (sau 24 giờ), sớm hơn so với NC tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương [8]. Điều này có thể do khoảng cách địa lý: hầu hết NB trong NC của chúng tôi là dân địa phương.

Sốt thường ít gặp trong VRT cấp giai đoạn sớm, thường gặp ở giai đoạn muộn, khi ruột thừa có biến chứng hoại tử hoặc thủng [9]. NC của chúng tôi ghi nhận: gần 64% NB nhập viện sớm, không sốt, 4% NB sốt cao (≥ 38.5°C). So với NC của Lê Văn Thêm, Lữ Văn Trạng lần lượt là 36% và 30% ; 18% và 20.6% [5, 8]. Sự khác biệt này là do NB chúng tôi nhập viện sớm hơn và cũng phù hợp với kết quả sau mổ trong NC chúng tôi, đa phần là VRT cấp chưa biến chứng. Triệu chứng ấn đau HCP kèm phản ứng dội, đề kháng thành bụng là các dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán VRT, cần sự tinh tế và kinh nghiệm lâm sàng, hơn nữa các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến sự cảm nhận của bác sĩ như thành bụng dầy mỡ hoặc cơ thành bụng quá yếu. Phần lớn NB của chúng tôi ghi nhận ấn đau nhiều vùng HCP, một số ít NB đến muộn hơn có đề kháng HCP, phù hợp với diễn tiến lâm sàng và y văn.

Cận lâm sàng: Trong VRT cấp, cơ thể đáp ứng với tình trạng nhiễm trùng cấp bằng cách gia tăng bạch cầu (WBC) phản ứng và chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Theo y văn, VRT cấp ở giai đoạn sớm WBC thường tăng nhẹ (10-15K/uL), ở giai đoạn muộn WBC thường tăng cao (> 15K/uL) [6], NC của chúng tôi cũng ghi nhận tương tự, tương đương với NC của Tiền Nguyễn Hải Quyên (2022) và Trần Như Ý (2023) [3, 7]. Siêu âm vẫn là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay với độ nhạy và độ đặc hiệu cao (85% và 90%) [6]. Trong NC, chúng tôi thấy rõ hình ảnh ruột thừa viêm trên siêu âm (71,8%), thấp hơn so với NC của Tiền Nguyễn Hải Quyên là 96.8% [7], Trần Như Ý là 81.7% [3]. Do siêu âm còn phụ thuộc nhiều vào trình độ, kinh nghiệm bác sĩ thực hiện và máy siêu âm có tốt hay không. TTYT huyện Di Linh đang sử dụng siêu âm trắng đen 2D và bác sĩ siêu âm cũng không chuyên sâu về ổ bụng.

NC tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương: thời gian khởi phát đau đến khi PT từ 12-24 giờ là 36%, > 24 giờ là 38% [8]. NB của chúng tôi được PT sớm hơn, do đa số họ là dân địa phương. Ngoài ra, thời gian chờ PT: NC của chúng tôi tương đồng với NC tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang: 70.8% NB phẫu thuật trong vòng 6 giờ đầu sau khi nhập viện, 23.6% là từ 6 đến 12 giờ sau nhập viện [5]. Về chẩn đoán: theo y văn tỉ lệ chẩn đoán không chính xác VRT là 10-20% [6]. Chúng tôi có 13 TH (7.5%) chẩn đoán không chính xác, cao hơn chút ít so với NC của Trần Như Ý là 5% [3]. Theo WSES 2020 với những TH khó, cần thiết phải có phương tiện CLVT hỗ trợ. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT rất cao (95% và 96%) [9]. Hiện, TTYT huyện Di Linh chưa được trang bị phương tiện này.

Kết quả điều trị

Sau 2 năm triển khai PTNS, chúng tôi đã PTNS cắt ruột thừa thành công cho 161 TH viêm ruột thừa cấp. Không có TH nào chuyển mổ mở kể cả khi NB có vết mổ cũ gây dính nhiều, hoặc ruột thừa viêm thể khó, hoặc có biến chứng phức tạp. So với NC tại ở TTYT huyện Võ Nhai tỉnh Thái Nguyên, tỷ lệ PTNS cắt ruột thừa là 97,2% và chuyển mổ mở là 2.3% [10]. Thời gian PT trung bình của chúng tôi tương đồng với các NC khác trong nước: 45 - 75 phút [3, 10]. NC chúng tôi không ghi nhận NB nào có biến chứng trong mổ, tương đồng với Lữ Văn Trạng, của Trần Như Ý là 2.6% [3, 5]. Biến chứng chung

sau mổ thấp và thời gian nằm viện ngắn, tương đồng với các NC khác trong nước [3, 5, 10].

VRT cấp là một trong các bệnh cấp cứu thường gặp nhất, PTNS hầu như đã trở thành điều trị tiêu chuẩn ngay cả với VRT có biến chứng. PTNS giúp nâng cao chất lượng điều trị, giảm tỷ lệ biến chứng, ít đau sau mổ. Việc áp dụng PTNS cắt ruột thừa tại TTYT huyện an toàn và hiệu quả giúp đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khoẻ cho người dân địa phương và góp phần giảm tải áp lực y tế cho tuyến trên. Ngoài ra, điều trị tại TTYT địa phương còn góp phần giảm chi phí điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên, là một NC hồi cứu nên chúng tôi vẫn có các hạn chế của NC, cỡ mẫu không quá lớn, không đủ để đại diện cho dân số chung.

Kết luận

PTNS điều trị VRT cấp tại TTYT huyện Di Linh là an toàn và khả thi với tỉ lệ chẩn đoán chính xác bệnh cao, PTNS thành công cao, rất ít biến chứng trong và sau mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn ngoại Trường đại học Y Hà Nội, Bệnh học ngoại khoa. 2002: Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Hồng Ninh, N.T.N.A., Nhận xét về giá trị các phương pháp chẩn đoán viêm ruột thừa. Khoa học và Công nghệ, 2014. 1: p. 137-142.
3. Trần Như Ý, et al., Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa tại bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023(61): p. 78-84.
4. Ruffolo, C., et al., Acute appendicitis: what is the gold standard of treatment? World J Gastroenterol, 2021. 19(47): p. 8799-807.
5. Lữ Văn Trạng, et al., Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm ruột thừa tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang. 2011.
6. Martin, R.F. and S.K. Kang, Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. Uptdate2023 https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation, 2021.
7. Tiền Nguyễn Hải Quyên, et al., Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng người bệnh viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022(54): p. 50-55.
8. Thêm, L.V., Đặc điểm lâm sàng của người bệnh viêm ruột thừa cấp điều trị tại bệnh viên đa khoa tỉnh hải dương năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 500(1).
9. Di Saverio, S., et al., Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg, 2020. 15(1): p. 27.
10. Trần Đức Quý, Vũ Thị Hồng Anh, and H.V. Rã, Kết qủa phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp tại Trung tâm y tế huyện Võ Nhai, Tỉnh Thái Nguyên TNU Journal of Science and Technology, 2020. 225(11): p. 45-49.