

PHẪU THUẬT NỘI SOI RUỘT THỪA

*Nguyễn Tăng Miên, Lê Văn Tâm, Phan Phú Kiêm
Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng*

Abstract:

Aim: This report aims to review the pathology, the manner of solution of the appendicitis as well as the surgical technique and the evaluation of the laparoscopic appendectomy.

Method: This is a prospective study of 1463 cases of laparoscopic appendectomy from January 2002 to September 2007 at the Hoan My Danang Hospital. The criteria for selection of patients were as follow: The patient might weigh over 10 kg. In cases of peritonitis, there were no contra-indications but the patient had to show no signs of marked toxi-infection. Patients with cardio-vascular problems still had indication for laparoscopic appendectomy, but a cardiac echo-doppler was needed.

Results: The total number of patients was 1463, in whom there were 698 males and 765 females. The youngest was 3 and the oldest was 98 years old. There were 1214 cases of severe appendicitis (82.98%), 10 cases of congestion (0.68%), 10 cases of secondary appendicitis (0.68%) due to other intra-abdominal infection, 9 cases of preventive appendectomy. There were 59 cases of gangrenous appendicitis (4.03%), 36 abscesses (2.4%). Of 125 cases of peritonitis (8.54%), 32 of them were local- and 93 cases were diffuse peritonitis.

The mean operative time was 51 minutes (15-160mn). The average time of first flatus passage was 35 hours 15 minutes. The mean hospital stay was 43 hours. There were 4 conversions to open appendectomy (0.27%), 3 cases of re-intervention (0.20%) and 1 hernia at RLQ trocar port. There was no mortality.

Conclusion: Laparoscopic appendectomy provokes little pain with rapid recovery time. The hospital stay is short. The patient is soon backed to normal activities, convenient to all who need an early return to works. It is preferred in obese patients that needs a large incision for an open approach, in diabetic patients or athletes or in all who are very concerned about cosmesis of the abdomen.

Laparoscopic surgery can apply to all position and level of infection of the appendix. Laparoscopic appendectomy is safe and efficacious for all forms of appendicitis.

I-Mở đầu:

Phẫu thuật nội soi là một loại phẫu thuật mới, nhưng nhờ có những ưu điểm riêng nên càng ngày loại phẫu thuật này càng được áp dụng rộng rãi khắp thế giới để mổ cho rất nhiều loại bệnh, ngay cả với những loại bệnh rất khó và phức tạp, trên nhiều lãnh vực ngoại khoa khác nhau. Viêm ruột thừa tất nhiên cũng không thể đi ra ngoài qui trình chung của khuynh hướng phẫu thuật này. Nhưng điều khó nhất, có lẽ, vẫn là khâu tổ chức làm sao để có thể mổ cấp cứu bất cứ lúc nào cho viêm ruột thừa, một bệnh không những thường gặp mà còn mang đầy tính khẩn trương. Ở nước ta, trong thời gian đầu việc thực hiện phẫu thuật này diễn tiến rất chậm chạp. Số lượng các trường hợp được mổ rất ít. Bệnh viện Việt Đức Hà nội từ 1993 đến 2001 mổ được 21 trường hợp⁽¹²⁾. Bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh và bệnh viện Hoàn Mỹ I, từ 8-1996 đến 8-2000 mổ được 130 trường hợp⁽²⁵⁾. Một số công trình cho thấy vẫn còn một số vấn đề tồn tại trong mổ nội soi ruột thừa^(4, 7, 33, 37). Tính thuyết phục của phẫu thuật nội soi đối với ruột thừa cũng khác với túi mật⁽¹⁷⁾. Vì thế chúng tôi báo cáo công trình cắt ruột thừa nội soi này nhằm mục đích tổng kết tình hình bệnh lý, cách thực hiện, kỹ thuật mổ cùng đánh giá kết quả của phương pháp này.

II- Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu 1463 hồ sơ mổ cắt ruột thừa viêm nội soi tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng từ tháng 1-2002 đến tháng 9-2007. Tuy bệnh nhân ở dạng mổ cấp cứu, nhưng các trường hợp mổ nội soi phải đáp ứng với các tiêu chuẩn chọn bệnh trước mổ như xét nghiệm về chức năng đông máu toàn bộ, urê, creatinin máu, ASAT, ALAT, tổng phân tích nước tiểu. Siêu âm ổ bụng. Trẻ em và người lớn tuổi cần làm thêm ECG và X quang phổi. Nếu bệnh nhân có bệnh kèm, có thể có các xét nghiệm thích hợp khác. Nếu bệnh nhân có bệnh tim mạch, bắt buộc có đánh giá chức năng tim với echodoppler. Những bệnh nhân có vết mổ cũ vẫn có chỉ định mổ nội soi nhưng có sự chú ý cẩn thận khi đặt trocar. Không chống chỉ định trong trường hợp viêm phúc mạc khu trú hay toàn bộ với điều kiện bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm độc nặng. Trọng lượng bệnh nhân lớn hơn 10 kg ở trẻ em. Tất cả ruột thừa cắt bỏ đều được gửi làm giải phẫu bệnh lý.

Kỹ thuật mổ:

a)- Máy móc và dụng cụ mổ:

+ Dàn máy Olympus gồm: Màn hình màu (Color videomonitor), máy quay hình (Camera control unit), nguồn sáng xénon (Xenon light source), máy bơm hơi CO2 lưu lượng cao (High flow insufflation unit), máy đốt đơn và lưỡng cực (Electrical-surgical unit: mono + bipolar), máy quay video ghi hình lưu trữ (Videotape recorder), máy hút và tưới rửa (Suction irrigator).

+ Dụng cụ gồm: Trocar 10mm : 2 cái, trocar 5mm : 2 cái. Telescope 30⁰. Kéo, que móc, maryland, grasper, que đẩy chỉ, ống hút rửa mỗi thứ 1 cái. Máy gây mê, giúp thở, monitoring. Khí bơm ổ bụng là CO2. Áp lực ổ bụng từ 7-12 mm Hg.

b)-Gây mê: nội khí quản. Tiền mê với Hypnovel, atropine, dimedron. Gân đây không tiền mê. Khởi mê với propofol, fentanyl. Giãn cơ với suxamethonium và giãn cơ dài với arduan và norcuron, sau này dùng Tractrium. Duy trì nội khí quản với forane, fentanyl, cevorane. Theo dõi các thông số sinh tồn của bệnh nhân trên máy monitoring Critikon và Dash 2000, sau này thay thế bằng máy Phillip và Dash 4000 (Pet CO2) về huyết áp tự động (NBP), SpO2, ECG, nhịp thở và nhiệt độ.

c)- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, tư thế Trendelenbourg 15 độ, có thể nghiêng nhẹ 10-15 độ về phía trái.

d)- Vị trí phẫu thuật viên: Phẫu thuật viên chính đứng bên trái bệnh nhân, đối diện màn hình. Phẫu thuật viên phụ đứng bên phải phẫu thuật viên chính. Trợ dụng cụ đứng đối diện với phẫu thuật viên.

e)- Đường mổ: Mỡ 3 lỗ: rốn 10mm, hố chậu trái 10mm và hố chậu phải 5mm, hoặc rốn 10mm, hố chậu trái 5mm và hố chậu phải 5mm.

f)- Cách mổ: Với grasper và maryland, phẫu thuật viên thám sát tổn thương. Tìm ruột thừa. Gỡ dính nếu có mạc nối đến bám ở hố chậu phải. Đốt và cắt mạc treo ruột thừa với điện lưỡng cực. Cột và cắt gốc ruột thừa. Lau sạch vùng mổ. Lấy ruột thừa ra khỏi ổ bụng. Đóng vết mổ.

III- Kết quả:

1) Tổng số bệnh nhân : 1463, gồm 698 nam và 765 nữ. Tỷ lệ nam/nữ: 91,24%.

2) Địa phương: Có 1191 bệnh nhân ở tại TP Đà Nẵng (81,4%) và 273 bệnh nhân ở nơi khác (18,6%), trong đó có 68 bệnh nhân ở Quảng Ngãi, là tỉnh ở cách bệnh viện Hoàn Mỹ 125 kilomet.

3) Tuổi:

Bảng 1: Tuổi bệnh nhân

<10	10-16	17-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80; >90	Tổng số
44	152	151	351	314	216	104	70	47	8 4	1463
196		881				119				
13,38%		10,32		60,21%		7,10%		8,77%		100%

4) Nhiệt độ:

Bảng 2: Thân nhiệt bệnh nhân khi nhập viện.

Thân nhiệt (độ C)	37 ⁰	<= 38 ⁰	>38 ⁰	>= 39 ⁰	>= 40 ⁰	Tổng số
Tỷ lệ từng mức	46,56%	37,57%	8,7%	6,3%	0,87%	100%
Tỷ lệ từng nhóm	84,13%		8,7%	7,17%		100%

5) Số lượng bạch cầu:

Bảng 3: Số lượng bạch cầu.

Bạch cầu/ml máu	<7000	7-10.000	>10.000	>15.0000	>20.000	Tổng số
Số % trường hợp	4,4%	21,1%	48,9%	21,96%	3,64%	100%

6) Đánh giá thời gian:

Bảng 4: Thời gian từ cơn đau đầu tiên đến lúc nhập viện, từ khi nhập viện đến khi mổ, thời gian mổ, thời gian trung tiện sau mổ, thời gian nằm viện.

Thời gian	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Từ cơn đau đầu tiên đến lúc nhập viện	2 giờ	10 ngày	21giờ 24 ph
Từ khi nhập viện đến lúc mổ			3 giờ 10ph
Thời gian trung tiện sau mổ	7giờ 30 phút	68 giờ (120giờ b/n VPM)	35giờ 15phút
Thời gian mổ	15 phút	160 phút	51 phút
Thời gian nằm viện	24 giờ	144 giờ	43 giờ

7) Tai biến và Biến chứng:

Bảng 5: Tai biến và biến chứng.

Tai biến và biến chứng	Số trường hợp
Tụ máu vết mổ	1
Chảy máu khi chọc trocar	1
Thoát vị lỗ trocar sau mổ (ở hố chậu trái)	1
Phôi mạc nổi lớn (hậu phẫu)	1
Viêm phúc mạc sau mổ	2
Ap xe cùng đồ sau mổ	1
Chuyển mô mỡ	4 (0,27%)

8) *Tổn thương:***Bảng 6: Tổn thương tìm thấy khi mổ.**

Tổn thương	Số trường hợp
Ruột thừa viêm cấp	1.214 (82,98%)
Ruột thừa hoại tử	59 (4,03%)
Abcess ruột thừa	36 (2,46%)
Viêm phúc mạc toàn thể	93 (6,35%)
Viêm phúc mạc khu trú	32 (2,18%)
Ruột thừa viêm thứ phát	10 (0,68%)
Ruột thừa sung huyết	10 (0,68%)
Cắt ruột thừa phòng ngừa	9 (0,61%)
Ruột thừa sau manh tràng	43 (2,93%)
Rt bên phải manh tràng/rãnh đại tràng	31 (2,11%)
Ruột thừa ở tiểu khung	18 (1,23%)
Ruột thừa dính vào thành sau ổ bụng	8 (0,54%)
Ruột thừa ở hố chậu trái	2
Ruột thừa sau hồi tràng	6 (0,41%)
Ruột thừa góc gan	1
Có dịch ổ bụng, giả mạc	661 (45,18%)
Vỡ nang Graaf (phóng noãn)	20 (1,36%)
U nang buồng trứng	11 (0,75%)
Nứt hay vỡ u nang buồng trứng	8 (0,54%)
Xoắn u nang buồng trứng	2
Ap xe vòi trứng	5
Lạc nội mạc tử cung	5
Viêm phần phụ kèm theo	3
Có thai	13 (0,88%)
Thai ngoài tử cung	2
Hội chứng Fitz-Curtis-Hugh	1
Có vết mổ cũ	63 (4,30%)
Varice ruột thừa	1
Sliding hernia	1
Lách phụ	1
Viêm manh tràng	8 (0,54%)
Hoại tử, viêm bờm mở (appendagitis)	6 (0,41%)
Hoại tử một mảng mạc nối lớn	4 (0,27%)
Phân rơi trong ổ bụng (stercolith)	6 (0,41%)

IV- Bàn luận:

Tất cả các trường hợp viêm ruột thừa ở Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng đều được chỉ định mổ cấp cứu nội soi trừ những trường hợp có chống chỉ định như có bệnh tim mạch, hoặc có tình trạng nhiễm độc nặng. Những bệnh nhân có trọng lượng cơ thể dưới 10 kg, chúng tôi cũng không chỉ định mổ nội soi vì không thể theo dõi carbonic máu, còn về phương diện phẫu thuật thì không có gì chống chỉ định⁽²⁶⁾.

Trong thời gian từ 1-2002 đến 9-2007, chúng tôi đã mổ nội soi cho 1463 trường hợp ruột thừa. Không có khác biệt về số lượng giữa nam và nữ. Trẻ em dưới 10 tuổi có 44 trường hợp và từ 10 tuổi đến 16 tuổi có 152 trường hợp. Tổng cộng lứa tuổi trẻ em (< 16 tuổi) có 196 em chiếm 13,38%. Lứa tuổi từ 20-50 có 881 bệnh nhân chiếm 60,21%, nhiều nhất là lứa tuổi 21-30 chiếm 23,99% (xem bảng 1). Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi và lớn nhất là 98 tuổi, trung bình 33,42 tuổi.

Tổn thương do viêm cấp chiếm 1214 trường hợp (82,98%).

Có 125 (8,54%) trường hợp viêm phúc mạc (toàn thể hay khu trú), trong đó có một bệnh nhân 3 tuổi và một bệnh nhân 91 tuổi (xem bảng 6).

Gần nửa tổng số bệnh nhân không có sốt khi nhập viện. Nhiệt độ 37⁰ chiếm 46,76%. Tổng số bệnh nhân dưới 38⁰ chiếm 84,44%. Số bệnh nhân có thân nhiệt trên 38 độ chỉ chiếm 15,66% nhưng trong số đó có bệnh nhân sốt trên 40 độ (xem bảng 2).

Số lượng bạch cầu trên 10.000/ml chiếm 48,9 %, và trên 15.000 chiếm 21,96 % và trên 20.000 chiếm 3,64% (xem bảng 3).

Như vậy, có nhiều bệnh nhân không sốt và bạch cầu tăng không cao lắm. Điều này gây khó khăn trong việc chẩn đoán.

Có 39,8% bệnh nhân khởi đau ở thượng vị rồi sau đó khu trú tại hố chậu phải, và 60,2% bệnh nhân khởi đau ngay tại hố chậu phải. Dấu hiệu đau ở thượng vị trước khi khu trú tại hố chậu phải là một dấu hiệu quý để chẩn đoán.

Thời gian từ cơn đau đầu tiên đến lúc bệnh nhân đến bệnh viện trung bình 21 giờ 24 phút là thời gian tương đối dài. Thậm chí có một bệnh nhân nhập viện sau ngày thứ mười.

Thời gian từ khi nhập viện đến khi mổ là 3 giờ 10 phút, là thời gian tương đối chấp nhận được, và đó cũng là thời gian theo dõi, tiến hành xét nghiệm, làm thủ tục mổ. Trong mổ nội soi có những xét nghiệm cần tuân thủ hơn trong mổ hở.

Có 45,18% số bệnh nhân có dịch xuất tiết, dịch đục ở cùng đồ, ở hố chậu phải hoặc có ít giả mạc ở quanh ruột thừa. Có 20 trường hợp có kèm theo phồng noãn. Có 2 trường hợp viêm phần phụ và 4 trường hợp áp xe vòi trứng. Có 3 trường hợp có xuất tiết nhiều trong khi ruột thừa không viêm nhiều (forme catarrhale).

Không phải trường hợp nào có dịch hoặc viêm phúc mạc cũng đều dẫn lưu. Với 661 trường hợp có dịch ổ bụng và 125 viêm phúc mạc, chúng tôi chỉ dẫn lưu có 136 trường hợp. Vấn đề rửa ổ bụng cũng cần cần nhắc. Ngay cả viêm phúc mạc cũng không rửa một cách máy móc mà chỉ cần lau bằng gạc cũng đủ. Chúng tôi chỉ rửa ổ bụng có 76 trường hợp, trong đó có 74 trường hợp có kèm theo dẫn lưu cùng đồ. Số lượng nước rửa thay đổi từ vài trăm millilitre đến vài litre.

Có 63 trường hợp có vết mổ cũ ở bụng (có 36 trường hợp vết mổ giữa dưới rốn, 17 trường hợp có vết mổ Pfannelstiehl do mổ phụ sản, 4 vết mổ giữa trên rốn, 4 vết mổ giữa trên và dưới rốn, 1 vết Rocky Davis và 1 vết mổ Kocher) nhưng vẫn không cần dùng thủ thuật Hasson để đặt trocar, trừ một trường hợp bệnh nhân có vết mổ giữa và thành bụng dày.

Có 43 (2,93%) trường hợp ruột thừa sau manh tràng toàn bộ hay một phần. Có một trường hợp ruột thừa sau manh tràng phải mở thêm một lỗ thứ tư ở hạ sườn phải để dễ thao tác cắt ruột thừa. Có 31 (2,11%) trường hợp ruột thừa nằm dọc theo rãnh phải đại tràng (paracoeal hay paracolic). Có 6 trường hợp ruột thừa nằm sau góc hồi manh tràng hay hồi tràng và đặc biệt có một trường hợp ruột thừa ở góc gan. Ruột thừa ở tiểu khung có 18 trường hợp. Ruột thừa ở tiểu khung thường khó chẩn đoán và dễ lầm với viêm phần phụ. Có 8 trường hợp ruột thừa dính vào thành sau và nằm ngay dưới manh tràng. Đặc biệt có 2 trường hợp ruột thừa nằm bên trái, trong đó 1 trường hợp do ruột ngưng quay và 1 trường hợp do đảo ngược phủ tạng hoàn toàn. Trường hợp sau này được chẩn đoán trước mổ. (xem bảng 5).

Những trường hợp ruột thừa sau manh tràng hay sau góc hồi manh tràng hay hồi tràng là những trường hợp khó mổ vì dễ chạm vào các quai ruột và nếu có chảy máu thì cầm máu khó khăn hơn nếu chỉ sử dụng 3 lỗ ở rốn và hai hố chậu. Tất nhiên với những trường hợp này thời gian mổ sẽ phải kéo dài hơn.

Ở trẻ em, với áp lực ở ổ bụng được giữ ở 7mm Hg cũng đủ để mổ. ở người lớn áp lực tối đa 12mm Hg hay thấp hơn tùy theo thể trạng bệnh nhân⁽²⁶⁾. Thời gian mổ thay đổi tùy thuộc vào vị trí, độ dính, tổn thương của ruột thừa. Thời gian mổ ngắn nhất là 15 phút và dài nhất là 160 phút (viêm phúc mạc).

Về các lỗ đặt trocar, chúng tôi thường dùng 3 lỗ:

- Lỗ ở rốn để đưa telescope 10mm vào ổ bụng, luôn luôn dùng trocar 10 mm.
- Lỗ ở hố chậu phải 5mm và lỗ ở hố chậu trái có thể 5mm hay 10mm.

Có thể thay lỗ ở hố chậu phải ở trên đường giữa, gần xương vệ nhưng theo kinh nghiệm thấy không tiện lợi bằng lỗ đặt ở hố chậu phải.

- Nếu đặt lỗ 10mm ở hố chậu trái thì rất thuận tiện trong việc đưa mèche hoặc condom hay endobag vào ổ bụng. Và khi lấy mèche ra khỏi ổ bụng cũng dễ dàng hơn. Có khi ruột thừa nhỏ có thể lấy ruột thừa trực tiếp qua lỗ này cũng rất thuận tiện.

- Nếu đặt lỗ 5mm ở hố chậu trái thì khi đưa mèche hoặc condom vào ổ bụng sẽ phải dùng lỗ ở rốn như vậy có một lúc dụng cụ di chuyển trong ổ bụng không được thấy rõ vì không có đèn hướng dẫn. Khi rút mèche hay condom có chứa ruột thừa đều phải đưa qua lỗ 10mm ở rốn, trong trường hợp này thao tác cần sự khéo léo.

Không có sự khác biệt lắm giữa hai cách đặt các lỗ ở hố chậu trái. Tuy nhiên nếu muốn tiện lợi hơn thì dùng lỗ 10mm và nếu muốn thẩm mỹ hơn thì dùng lỗ 5mm.

Trong trường hợp với 2 lỗ 5mm ở hai hố chậu, với grasper ở hố chậu phải có thể kẹp mèche, condom đưa thẳng vào lòng trocar 10mm ở rốn rồi kéo ra ngoài khi hai trocar nằm thẳng hàng nhau.

Nên dùng trocar 10 mm ở hố chậu trái thì có thể lấy mèche hay condom ra ngã lỗ hố chậu trái, nhất là khi phải dùng nhiều mèche. Nếu có dịch ổ bụng nhiều hay có mủ (trong viêm phúc mạc khu trú), chỉ cần hút và lau sạch ổ bụng là đủ. Nếu cần có thể dẫn lưu cùng đồ xuyên ra hố chậu phải qua lỗ đặt trocar 5mm.

Để không chế mạch máu ruột thừa, lúc đầu chúng tôi cột mạc treo ruột thừa với noeud Roeder ngoài ổ bụng và siết với que đẩy chỉ. Cắt gốc mạc treo bằng kéo. Chúng tôi không kẹp mạc treo ruột thừa với clip vì mạc treo thường rộng nên khó khống chế⁽²⁶⁾. Sau này chúng tôi dùng điện lưỡng cực để đốt, rất tiện lợi. Sau đó cột gốc ruột thừa với một noeud Roeder bằng Vicryl số 1 làm sẵn ở ngoài, đưa vào ổ bụng, siết chặt và cắt gốc ruột thừa. Guillem P. và Cs⁽¹⁴⁾ khuyên trong những trường hợp có phân đông cục (stercolith) thì nên cột hai noeud ở gốc ruột thừa để tránh bị áp xe sau mổ. Còn Beldi G. và Cs⁽⁶⁾ thì khuyên chỉ nên cột noeud là đủ.

Trước khi cắt gốc ruột thừa nên đưa vào ổ bụng một condom hay endobag hoặc ở ngã hố chậu trái hoặc ngã rốn. Thao tác tiếp theo là dùng grasper kẹp gần sát gốc ruột thừa nơi đã được cột noeud rồi dùng kéo cắt ngang, sau đó đưa luôn ruột thừa vào condom, tránh phải làm thêm một noeud phía phần đã cắt, tốn thời gian.

Có thể đốt đơn cực mồm cắt ruột thừa hay bôi bétadin nếu muốn. Chúng tôi thích đốt đơn cực hơn.

Trong trường hợp viêm ruột thừa vỡ mủ gây viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể, các thao tác không có gì khác với các thao tác mổ ở trên, chỉ khác ở chỗ cần kiểm tra kỹ các quai ruột, tránh sót mủ. Rửa sạch ổ bụng với nhiều dịch huyết thanh mặn và dẫn lưu cùng đồ. Với nội soi chúng ta vẫn rửa ổ bụng sạch, thậm chí rất sạch. Ball C.G. và Cs.⁽⁵⁾ thì những trường hợp ruột thừa viêm có biến chứng nên mổ nội soi tốt hơn mổ hở vì ít biến chứng hơn, và ngày nằm viện cũng ngắn hơn. Ball cho rằng ruột thừa viêm có biến chứng thì mổ nội soi là sự lựa chọn tối ưu nhất. Yao và Cs.⁽⁴⁰⁾ cũng thấy rằng mổ nội soi có thể thực hiện trong viêm ruột thừa vỡ mủ và cả áp xe nữa. Ngay cả ở trẻ em thì viêm ruột thừa có biến chứng vẫn thực hiện được với nội soi⁽³²⁾.

Chúng tôi có 14 bệnh nhân có thai từ HCG (+) đến vài tuần và lớn nhất là 8 tháng đều được mổ an toàn. Affleck cũng như Rollins và Cs^(1, 34) cho rằng mổ nội soi ruột thừa hay cắt túi mật vẫn an toàn cho phụ nữ có thai và không có gì khác biệt về tai biến cho tử cung, sảy thai hay lúc sanh, kể cả về trọng lượng hay chỉ số Apgar sau 5 phút của trẻ sơ sinh.

Tuy chúng tôi không có dụng cụ nhỏ để dùng cho trẻ em, nhưng với dụng cụ của người lớn vẫn dùng tốt cho trẻ em. Trong 196 trường hợp mổ ở trẻ em, chỉ có một trường hợp bị áp xe túi cùng Douglas do không lau túi cùng ở bệnh nhân viêm ruột thừa hoại tử trước khi đóng bụng. Theo Vernon và Cs⁽³⁸⁾ thì cắt ruột thừa cho trẻ em vẫn rất an toàn. Suttie S.A. và Cs⁽³⁶⁾ so sánh cắt ruột thừa trong cơ thể và ngoài cơ thể ở trẻ em thì thấy mổ ngoài cơ thể nhanh hơn và không có gì khác biệt về các chỉ số khác so với mổ trong cơ thể.

Ở người già, viêm ruột thừa thường có diễn tiến và kết cục khác so với người thường^(15, 35), có thể vì phản ứng của người già kém nhạy cảm, cho nên được phát hiện chậm hơn.

Khâu các lỗ đặt trocar với vicryl số 1 hay 2/0. Đặc biệt ở rốn cần khâu kỹ tránh thoát vị về sau. Khi mổ xong, chúng tôi vẫn duy trì khí CO₂ để khâu vết mổ ở rốn với mục đích tránh khâu cả mạc treo (hoặc đôi khi cả quai ruột) lên thành bụng, cùng kiểm tra chảy máu vết mổ ở rốn (chúng tôi gặp 3 lần) khi đổi đèn soi qua lỗ 10mm ở hố chậu trái.

Thời gian mổ trung bình là 51 phút, dài hơn so với mổ hở, nhưng không quá dài, dễ bàn cãi.

Thời gian trung tiện sau mổ 35 giờ 15 phút ngắn hơn so với mổ hở nhiều. Theo Nouaille J.M.⁽²²⁾ thì 98% bệnh nhân trung tiện ở ngày thứ nhất. Vì thế bệnh nhân được phép ăn, uống cũng sớm hơn mổ hở. Điều này kéo theo thời gian nằm viện sau mổ ngắn, trung bình 43 giờ là một lợi thế rất rõ của phẫu thuật này^(2, 26, 37). Trung bình bệnh nhân xuất viện vào đầu ngày thứ ba. Theo Nouaille J.M.⁽²⁷⁾ xuất viện trong ngày thứ nhất chiếm 70% và ngày thứ hai chiếm 27%. Trong khi đó Alvarez⁽³⁾ mổ những trường hợp viêm ruột thừa vỡ mủ xuất viện sau 24 giờ (38 bệnh nhân) mà không có trường hợp nào tái nhập viện hay biến chứng áp xe.

Trong 1463 trường hợp được mổ không có trường hợp nào bị tai biến trong lúc mổ. Có 2 trường hợp bị biến chứng viêm phúc mạc sau mổ. Nguyên do khi cắt ruột thừa, phẫu thuật viên đã vô ý để thoát chất chứa trong ruột thừa bắn ra ngoài không kiểm soát được. Bệnh nhân này được mổ hở và xuất viện an toàn. Bệnh nhân thứ hai được mổ lại ở một bệnh viện khác. Một trường hợp khác bị áp xe cùng đồ do phẫu thuật viên không kiểm tra cùng đồ. Theo Agresta và Cs⁽²⁾ biến chứng trong khi mổ là 0,39% so với 0% trong mổ hở.

Chúng tôi có 4 trường hợp chuyển mổ hở vì không xác định được ruột thừa do ruột thừa thành nang quá to, 1 trường hợp áp xe sau manh tràng, 1 do góc và thân ruột thừa không rõ ràng và 1 do phẫu thuật viên không tự tin vào mũi chỉ cột gốc ruột thừa. Để tránh chuyển mổ hở hoặc giảm biến chứng nhiễm trùng sau mổ, cần phải khéo léo trong mổ⁽³⁾. Alvarez⁽³⁾ nghiên cứu viêm ruột thừa vỡ mũ, tỷ lệ chỉ định mổ lúc đầu 67% sau tăng lên 100% và tỷ lệ chuyển mổ hở là 100% hạ xuống còn 22%. Carus T.⁽⁹⁾ thì tỷ lệ mổ lại là 1,4%, nhiễm trùng vết mổ là 3,5%.

Tỷ lệ thủng, chẩn đoán sai, biến chứng sau mổ và tử vong có thể liên hệ đến thời gian trôi qua từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện và đến lúc được mổ^(15, 35). Theo Rub và Cs.⁽³⁵⁾ tỷ lệ viêm ruột thừa vỡ là 43% và tử vong là 3,2%.

Điều thú vị trong mổ nội soi là phát hiện dễ dàng một số tổn thương kèm theo hay không phải do viêm ruột thừa như trường hợp viêm bờm mỡ (epiploic appendagitis) mà chúng tôi có 6 trường hợp. Triệu chứng viêm bờm mỡ gần giống với viêm ruột thừa nên rất dễ lầm khi chẩn đoán. Viêm bờm mỡ rất ít gặp, có thể chẩn đoán chính xác bằng CT Scan với biểu hiện của một mảnh mỡ của thành trước-bên của đại tràng, bao bọc bằng một viên giảm âm và có có những hình ảnh tâm nhuộm mỡ quanh đại tràng^(7,30). Bệnh có thể tự khỏi mà không cần mổ xẻ gì⁽²²⁾. Ngoài ra, trong khi mổ cắt ruột thừa chúng tôi còn mổ kèm các tổn thương tìm thấy khác như: vỡ nang Graaf (20 trường hợp), u nang buồng trứng (11 trường hợp), nút hay vỡ u nang buồng trứng (8 trường hợp) và cắt u nang có/không có xoắn (3 trường hợp), lạc nội mạc tử cung (5 trường hợp), abcès vòi trứng (5 trường hợp), thai ngoài dạ con (2 trường hợp), nhồi máu một mảng mạc nối lớn (4 trường hợp), viêm manh tràng (8 trường hợp).

Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ.

Có 1 trường hợp tụ máu ở lỗ trocar. Không có tai biến do đặt trocar, ngay cả với những trường hợp có vết mổ cũ. Có 1 trường hợp chảy máu ở lỗ trocar, phải mở rộng để khâu cầm máu vì thành bụng rất dày do nhiều mỡ, về sau gây thoát vị thành bụng. Có 15 trường hợp không dung nạp chỉ Vicryl tại vết khâu lỗ trocar.

Không có trường hợp nào tử vong. Theo Agresta⁽²⁾ tỷ lệ tử vong sau mổ là 0,4% và tỷ lệ mổ lại là 1,1%. Tỷ lệ mổ lại của chúng tôi là 0,5%.

Cắt ruột thừa nội soi có thể có chẩn đoán chính xác hơn khi mổ, đánh giá các thương tổn đầy đủ hơn, ít biến chứng sau mổ hơn, ngày nằm viện ngắn hơn^(2, 23, 26). Điều này đặc biệt rõ trong những trường hợp viêm ruột thừa hoại tử hay vỡ mũ, thời gian nằm viện và cả thời gian mổ cũng ngắn hơn⁽²⁴⁾.

Cắt ruột thừa nội soi đã được phổ biến trên thế giới từ hơn thập niên qua và đã được chứng minh là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả^(19, 20). Điều này cũng được Hội nghị Âu châu của Hội Phẫu thuật nội soi Châu Âu E.A.E.S.1995 xác nhận (Surg. Endosc. 9:556, 1995)⁽¹⁹⁾. Riêng chúng tôi thấy rằng dù ruột thừa ở bất cứ vị trí nào và ở giai đoạn nào của thời kỳ viêm đều có thể mổ cắt bỏ ruột thừa trọn vẹn với kết quả tốt ở người lớn và trẻ em. Điều này phù hợp với một số tác giả^(9, 11, 13, 16, 17, 29, 31).

VI- Kết luận:

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là một phẫu thuật ít đau, thời gian trung tiện sau mổ nhanh nên bệnh nhân ăn uống sớm hơn. Do đó thời gian nằm viện ngắn. Bệnh nhân chóng trở lại sinh hoạt bình thường, thích hợp với những người cản trở lại công việc sớm.

Phẫu thuật nội soi có thể áp dụng cho tất cả các trạng thái nhiễm trùng và các vị trí của ruột thừa.

Mặt khác, với phẫu thuật nội soi, vết mổ nhỏ nên rất thẩm mỹ, phù hợp cho nữ giới, cho những người béo phì (thường vết mổ hở rất lớn), hay những bệnh nhân bị tiểu đường (tránh nhiễm trùng vết mổ), các vận động viên hay cho tất cả những ai lưu tâm đến vẻ đẹp thẩm mỹ ở bụng.

Phẫu thuật nội soi ruột thừa là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo:

- 1-Afflect DG., Handrahan DL., Egger MJ., Price RR.: Laparoscopic management of appendicitis and cholelithiasis during pregnancy. Am. J. Surg. 1999 Dec.; 178(6): 523-9.
- 2-Agresta F., De Simone P., Michelet I., Orsi G., Mainante P., Trentin G., Bedin N.: The rationale of laparoscopic treatment in acute appendiceal disease. In Medline 2000
- 3- Alvarez C., Voitk AJ.: The road to ambulatory laparoscopic management of perforated appendicitis. Am. J. Surg. 2000 Jan.; 179(1):63-6.

- 4- Azaro EM., Amaral PC., Ettinger JE., Souza EL., Fortes MF., Alcantara RS., Regis AB., Sousa MM., Fogganoli WG., do-Carmo VM., Galvao TD., Stagliorio EP., Santana PA. Jr., Fabel E.: laparoscopic versus open appendectomy : a comparative study. *JLS*. 1999 Oct.-Dec.; 3(4): 279-83.
- 5- Ball C.G., Kortbeek J.B., Kirkpatrick A.W., Mitchell P.: Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis : an evaluation of postoperative factors. *Surg. Endosc.* 2004 Jun.; 18(6):969-973.
- 6- Beldi G., Muggli K., Hebling C., Schlumpt R.: Laparoscopic Appendectomy Using Endoloops: A prospective Randomized Trial. *Surg. Endosc.* 2004 May; 18(5):749-750.
- 7- Bennett J., Boddy A, Rhodes M: Choice of approach for appendectomy: a meta-analysis of open versus laparoscopic appendectomy. *Surg. Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007 Aug;17(4) 245-255.
- 8- Boudiaf M., ZidiSH., Soyer P., Hamidou Z., Panis Y., Felage JP., Rymer R.: Les appendicites epiploiques primitives: diagnostic tomodensitometrique pour un traitement conservateur. *Presse Med.* 2000 Fev.; 29(5):231-6.
- 9- Carus T.,Greb W., Sarwas T., Coburg AJ.: Laparoscopic appendectomy in advabced stage of appendicitis . In *Medline* 2000.
- 10- Cobben LP., de Van Otterloo AM., Puylaert JB.: Spontaneous resolving appendicitis: frequency and national history in 60 patients. *Radiology* 2000 May; 215(2):349-52.
- 11- Croce E., Olmi S., Azzola M., Russo R.: Laparoscopic appendectomy and mini laparoscopic approach: a retrospective review after 8-years' experience. *JLS*. 1999 Oct.-Dec.; 3(4):285-92.
- 12- Đỗ kim Sơn và Cs: Laparoscopic surgery at VietDuc University Hospital Hanoi. *Scientific Researches, Vietduc University Hospital, tome II,2001, 35-40.*
- 13-Grabham JA., Sutton C., Nicholson MI.: A case for the removal of the “normal” appendix at laparoscopy for suspected acute appendicitis. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1999 Jul.; 81(4): 279-80.
- 14-Guillem P., Mulliez E., Proye C., Pattou F.: Retained appendicolith after laparoscopic appendectomy: the need for systemic double ligation of the appendiceal base. *Surg. Endosc.* 2004 Apr.; 18(4):717-718.
- 15-Hardin DM. Jr.:Acute Appendicitis:Review and update. *Am. Fam. Physician* 1999 Nov.; 60(7):2027-34.
- 16-Heinzelmann M., Schob O., Gianom D., Olatz A., Simen H.P.: Role of Laparoscopy in the management of acute appendicitis. *Medline* 2000.
- 17- Holeczy P., Novak P., Milina J., Ovasky M.:Laparoscopic appendectomy in acute appendicitis . In *Medline* 2000.
- 18- Jones AE, Phillips AW, Jarvis JR, Sargen K: The value of routine histopathological examination of appendectomy specimens. *BMC Surg.* 2007 Aug 10;7:17.
- 19- Keith N, Alpelgren và Cs. : Laposcopic appendectomy and the management of gynecologic pathologic conditions found at laparoscopy for presumed appendicitis. *Surgical Clinics of north America*, 1996 Jun.; 76: 469-482.
- 20- Klingler Anton và Cs. : Laparoscopic appendectomy does not change the incidence of postoperative infectious complication. *The Am.J of Surg.* 1996, 175(3): 232-235.
- 21- Moreno-Sanz C, Porcual-Pedreno A, Picazo-Yeste JS, Seoane-Gonzalez JB: Laparoscopic appendectomy during pregnancy: between personal experience and scientific evidence. *J Am Coll Surg.* 2007 Jul. 205(1) 37-42.
- 22- Michael Sand, Marcos Gelos,Falk GB, Daniel Sand, Till HW, Lars Steintraesser, Benno Mann: Epiploic appendagitis – clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis: *BMC Surgery* 2007;7:11doi:10.1186/1471-2482-7-11.
- 23- Nana AM, Ouandji CN, Simoens C, Smets D, Mendes da CostaP: Laparoscopic appendectomies: results of a monocentric prospective and non-randomized study. *Hepatology*; 2007 Jun.;54(76):1146-52.
- 24- Nguyen DB., Silen W.,Hodin RA.:a Appendectomy in the pre- and post-laparoscopic eras. *J.Gastrointest. Surg.* 1999 Jan.; 3(1):67-73.
- 25- Nguyễn hoàng Định và Cs: Mức độ an toàn và hiệu quả của cắt ruột thừa nội soi. *Hội nghị khoa học chào mừng thiên niên kỷ thứ 3. Hội ngoại khoa Việt nam* 8-9.12.2000, 41. *Ngoại Khoa, số 4-2001, 6-10.*

- 26- Nguyễn Tăng Miên, Phan Phú Kiêm, Trần văn Long, Nguyễn Thị Lệ Hoa: Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. Nội san Y khoa Bệnh viện Hoàn Mỹ 2003, Số 3: 11-18.
- 27- Nguyễn Tăng Miên, Phan Phú Kiêm: Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi. Tập san Hội nghị Nội soi và Phẫu thuật nội soi. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh 2004; 90-95.
- 28- Nouaille J.M.: L'abord coelioscopique de l'appendice. Les techniques d'appendicectomies. In Chirurgie digestive par voie coelioscopique. Ed. Maloine 1991, 156-161.
- 29- Ozmen MM., Zulfikoroğlu B., Tanik A., Kale İT.: laparoscopic versus open appendectomy : prospective randomized trial. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan.Tech. 1999 Jun.; 9(3):187-9.
- 30- Patel VG, Rao A, Williams R, Vrinisavan R, Fortson JK, Weaver WL: Cecal epiploic appendagitis: adiagnostic and therapeutic dilemma. Am Surg. 2007 Aug; 73(8):828-30.
- 31- Paya K., Rauhofer U., Rebhandl W., Deluggi S., Horcher E.: Perforating appendicitis , an indicating for laparoscopy? Surg. Endosc. 2000 Feb.; 14(2):182-4.
- 32- Plattner V., Raffaitin P., Mirallie E., Lejus C., Heloury Y.: Appendicite compliquées de l'enfant: laparoscopie ou Mac Burney? Ann. Chir. 1997; 51(9): 990-4.
- 33- Polaka N, Sadhasivam S, Kiran RP, Parithivel V: Complicated appendicitis-is the laparoscopic approach appropriate? A comparative study with the open approach: outcome in a community hospital setting. Am Surg. 2007 Aug; 73:37-41.
- 34- Rollins M.D., Chan K.J., Price P.R.: Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy: a new standard of care. Surg. Endosc. 2004 Feb.; 18(2):237-241.
- 35- Rub R., Margel D., Soffer D., Kluger Y.: Appendicitis in the elderly: What has changed? Medline 2000.
- 36- Suttie SA.: Outcome after intra and extra-corporeal laparoscopic appendectomy technique. Surg. Endosc. 2004 Jul.; 18(7):1123-1125.
- 37- Tanaka S, Kubota D, Lee SH, Oba K, Matsuyama M: Effectiveness of laparoscopic approach for acute appendicitis. Osaka City Med J. 2007 Jun; 53(1):1-8.
- 38- Vernon A.H., Georgeson F.K., Harmon C.M.: Pediatric laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. Surg. Endosc. 2004 Jan.; 18(1): 75-79.
- 39- Welte FJ, Grosso M: Left sided appendicitis in a patient with congenital gastrointestinal malrotation: a case report. J Med Case Reports. 2007 Sep; 19; 1(1):92.
- 40- Yao CC., Lin CS., Yang CC.: Laparoscopic appendectomy for ruptured appendicitis . Surg. Laparosc. Endosc. Percutan.Tech. 1999 Aug.; 9(4):271-3.