

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM RUỘT THỪA Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Tuấn Đạt^{1*}, Phí Thị Hồng Ngọc²

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.73.12

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu 35 trường hợp viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai được điều trị phẫu thuật nội soi.

Kết quả: 100% bệnh nhân được mổ cắt ruột thừa nội soi. Thời gian phẫu thuật trung bình $50,7 \pm 13,6$ phút (30 - 70 phút). Thời gian phẫu thuật kéo dài hơn ở nhóm viêm phúc mạc ruột thừa ($56,7 \pm 8$ (40 - 70) phút) so với viêm ruột thừa mà không có viêm phúc mạc ($p < 0,05$). Có 3 trường hợp phải chuyển viện do sốt, dọa sảy thai, dọa đẻ non. Kết quả điều trị 91,4 % kết quả tốt; 8,6% kết quả trung bình, không có trường hợp nào thai phụ bị tử vong, không có thai nhi bị tử vong.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng có thể ứng dụng an toàn để điều trị viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai, với tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp cho thai phụ và thai nhi.

Từ khóa: Viêm ruột thừa, viêm ruột thừa phụ nữ mang thai.

ABSTRACT

THE RESULTS OF TREATING APPENDICITIS USING LAPAROSCOPIC SURGERY IN PREGNANT WOMEN IN THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Pham Tuan Dat^{1*}, Phi Thi Hong Ngoc²

Objective: To evaluate the results of appendicitis endoscopic surgical treatment in pregnant women at Thai Binh Provincial General Hospital.

Method: Retrospective describe of 35 pregnant women diagnosed with appendicitis treated using laparoscopic surgery.

Results: 100% of patients underwent laparoscopic appendectomy. Average surgery time $50,7 \pm 13,6$ minutes (30 - 70 minutes). Surgery time was longer in the group of appendicitis ($56,7 \pm 8$ (40 - 70) minutes) compared with appendicitis without peritonitis ($p < 0,05$). There were 3 cases of hospital transfer due to

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

- Ngày nhận bài (Received): 01/10/2021; Ngày phản biện (Revised): 05/11/2021;

- Ngày đăng bài (Accepted): 15/11/2021

- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Tuấn Đạt

- Email: dr.phamtuandat@gmail.com; SĐT: 0862588939

fever, threat of miscarriage, threat of preterm birth. Results of treatment 91,4% of the results were good; 8,6% of the average results, no case of death of the pregnant woman, no death of the fetus.

Conclusion: Abdomen endoscopic surgical treatment can be used to treat appendicitis in pregnant women with low rate of complications for both the women and fetus.

Key words: Acute appendicitis, appendicitis in pregnant women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) hiếm gặp ở phụ nữ mang thai, bệnh xuất hiện với tần suất khoảng 1/1500 phụ nữ mang thai. Điều trị VRT ở phụ nữ mang thai còn gây lúng túng cho các phẫu thuật viên do triệu chứng lâm sàng không điển hình, thay đổi theo mỗi giai đoạn của thai kỳ; tử cung mang thai to che lấp phẫu trường gây khó khăn trong phẫu thuật; bên cạnh đó, nếu chỉ định mổ muộn khi ruột thừa (RT) đã vỡ có thể làm tăng tỉ lệ sảy thai, sinh non [1,2].

Ngày nay, đa số các VRT ở phụ nữ mang thai đều được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) với ưu điểm rút ngắn thời gian điều trị, giảm đau, giảm biến chứng, tai biến phẫu thuật hơn phẫu thuật mở [2,3]. Với mong muốn giúp ích cho việc điều trị VRT ở phụ nữ mang thai bằng PTNS tại các cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến huyện, tuyến tỉnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị PTNS VRT ở phụ nữ mang thai tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, giai đoạn 2016 - 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán là VRT ở phụ nữ mang thai, được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân đang mang thai đã được chẩn đoán xác định là VRT và đã được điều trị bằng PTNS ổ bụng.

- Hồ sơ bệnh án ghi đầy đủ thông tin cần thiết cho việc nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu, trên toàn bộ 35 bệnh nhân được chẩn đoán là VRT ở phụ nữ mang thai, được điều trị PTNS tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 01/01/2016 đến 01/05/2020.

* Quy trình kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi

- Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản.

- Tùy theo giai đoạn của thai kỳ mà cách đặt trocar có khác nhau:

+ Trocar đầu tiên 10mm được đặt trên hay ngang rốn tùy theo tuổi thai và chiều cao tử cung và theo phương pháp mở của Hasson. CO₂ được bơm vào với áp lực không quá 12 mmHg.

+ Hai trocar còn lại gồm 1 trocar 5mm và 1 trocar 5mm được đặt theo nguyên tắc hướng về phía RT tạo nên một hình tam giác mà vị trí thay đổi tùy theo chiều cao tử cung trocar thứ 2 đặt ở hạ sườn phải, trocar thứ 3 đặt ở giữa rốn và xương mu khi thai kỳ ở ba tháng đầu và di chuyển lên trên ở giữa 2 trocar đầu khi thai kỳ từ 6 tháng trở lên.

- Bộc lộ mạc treo RT, cầm máu mạc treo bằng dao điện lưỡng cực, thắt gốc RT bằng nút chi trong cơ thể hoặc ngoài cơ thể.

- Cắt bỏ RT, bỏ vào túi ny-lon tránh vấy bẩn xung quanh; lau vùng mổ bằng gạc nhỏ trong trường hợp ổ bụng sạch, rửa khoang ổ bụng trong những trường hợp viêm phúc mạc. Đặt dẫn lưu ổ bụng khi cần thiết.

- Lấy RT qua lỗ trocar 10mm

- Khâu kín các lỗ trocar.

2.3. Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tác giả Nguyễn Tấn Cường [1]

Kết quả phẫu thuật được đánh giá ghi nhận theo

Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai...

hồ sơ bệnh án ngay tại thời điểm bệnh nhân xuất viện. Phân thành 3 mức độ:

- Tốt: không có tai biến chứng trong và sau mổ.
- Trung bình: có tai biến, biến chứng nhưng được xử trí tốt, không phải mổ lại, chuyển tuyến trên hay ảnh hưởng tới tính mạng người bệnh.
- Xấu: sau mổ có biến chứng phải xử trí bằng phẫu thuật lại, bệnh nhân sảy thai hoặc sinh non, chuyển tuyến trên hoặc tử vong.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Độ tuổi bệnh nhân trung bình là $27,9 \pm 5,8$ tuổi (18 - 44 tuổi).
- Độ tuổi thai trung bình là $14,9 \pm 8,7$ tuần, (4 - 35 tuần tuổi),
- 34/35 bệnh nhân đau khởi phát ở HCP với cơn đau bụng âm ỉ liên tục. Bí trung đại tiện (84,6%). Có 34% sốt nhẹ, 6% sốt vừa, còn lại không sốt

Bảng 1: Mối liên quan giữa dấu hiệu phản ứng thành bụng và tuổi thai

Phản ứng thành bụng \ Tuổi thai	3 tháng đầu		3 tháng giữa		3 tháng cuối		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không rõ ràng	6	37,5	6	46,2	4	66,7	16	45,7
Rõ ràng	10	62,5	7	53,8	2	33,3	17	54,3
Tổng	16	100,0	13	100,0	6	100,0	35	100,0

Nhận xét: Dấu hiệu phản ứng thành bụng gặp ở 54,3% bệnh nhân, tuổi thai càng cao dấu hiệu phản ứng thành bụng càng không rõ ràng.

Bảng 2: Mối liên quan giữa điểm đau trên thành bụng và tuổi thai (n = 35)

Điểm đau \ Tuổi thai	3 tháng đầu		3 tháng giữa		3 tháng cuối		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MacBurney	13	76,9	13	100,0	2	40,0	28	80,0
Hạ vị	3	23,1	0	0,0	4	60,0	7	20,0
Tổng	16	100,0	13	100,0	6	100,0	35	100,0

Nhận xét: 3 tháng đầu và 3 tháng giữa đa số bệnh nhân có dấu hiệu ấn đau tại điểm MacBurney. 3 tháng cuối điểm đau có xu hướng lan sang cả vùng hạ vị nhiều hơn là ở vùng hố chậu phải.

Bảng 3: Mối liên quan giữa kết quả siêu âm ổ bụng và tuổi thai (n = 35)

Hình ảnh \ Tuổi thai	3 tháng đầu		3 tháng giữa		3 tháng cuối		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không thấy RT do trương hơi	4	25	5	38,5	3	50	12	40,0
Không thấy RT do tử cung che	0	0,0	3	23,1	1	16,7	4	10,0
Thấy RT	12	75	5	38,5	2	38,5	19	50,0
Tổng	16	100,0	13	100,0	6	100,0	35	100,0

Nhận xét: Tuổi thai càng cao việc đánh giá RT viêm trên siêu âm càng khó khăn, nguyên nhân do ruột chướng hơi và do tử cung che lấp.

3.2. Kết quả PTNS điều trị VRT ở phụ nữ mang thai

Bảng 4: Chẩn đoán phẫu thuật (n = 35)

Tuổi thai Chẩn đoán	3 tháng đầu		3 tháng giữa		3 tháng cuối		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
VRT xung huyết	4	25	0	0,0	1	16,7	5	14,3
VRT mũ	8	50	8	61,5	2	33,3	18	51,4
VPM do VRT	4	25	5	38,5	3	50,0	12	34,3
Tổng	16	100,0	13	100,0	6	100,0	35	100,0

Nhận xét: 100,0% bệnh nhân được PTNS cắt RT; 34,3% trường hợp được chẩn đoán là viêm phúc mạc do VRT.

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật (phút) (n = 35)

Tuổi thai Thời gian phẫu thuật	Giá trị trung bình	Tối thiểu	Tối đa	p
Chung	48,6 ± 14,0	30	90	0,36
Từ dưới 3 tháng	49,2 ± 10,3	30	60	
Trên 3 tháng	47,8 ± 17,6	30	90	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật ở tuổi thai dưới 3 tháng và trên 3 tháng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6: So sánh thời gian phẫu thuật giữa nhóm không viêm phúc mạc và có viêm phúc mạc do viêm ruột thừa (n = 35)

Chẩn đoán Thời gian phẫu thuật	Giá trị trung bình	Tối thiểu	Tối đa	p
VRT không có viêm phúc mạc	44,3 ± 14,6	30	90	0,000
VRT có viêm phúc mạc	56,7 ± 8,0	40	70	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật kéo dài hơn ở nhóm viêm phúc mạc RT ($p < 0,05$)

Biến chứng sau mổ: Không gặp biến chứng do mổ VRT áp xe tồn dư, bục gốc RT, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm sau mổ hay rò manh tràng. Gặp 1 trường hợp (2,9%) dọa sẩy thai; 1 trường hợp (2,9%) dọa đẻ non; 1 trường hợp sốt virus nhưng đều điều trị giữ thai thành công

Kết quả điều trị 91,4% tốt; 8,6% kết quả trung bình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VRT ở phụ nữ mang thai

Độ tuổi của mẹ và thai nhi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả khác, độ tuổi thai nhi tập trung chủ yếu ở 3 tháng đầu

(45,7%) và 3 tháng giữa (37,2%) [1,3].

*Triệu chứng thực thể

Dấu hiệu phản ứng thành bụng trong nghiên cứu có giá trị tiên đoán dương tính thấp (**xem bảng 1**), 3 tháng đầu tỉ lệ này là 62,5% nhưng 3 tháng cuối chỉ xác định được ở 33,3% bệnh nhân. Một lý do mà các tác giả đưa ra là do trong quá trình mang thai, với sự thay đổi của nội tiết tố, trương lực cơ thành bụng thay đổi làm cho dấu hiệu phản ứng thành bụng càng khó được phát hiện [1,4].

Trong các trường hợp phản ứng thành bụng này toàn bộ vẫn biểu hiện ở vùng hố chậu phải (100,0%), bất kể là mang thai 3 tháng đầu, 3 tháng giữa hay 3 tháng cuối của thai kỳ. Tuy nhiên khám chỉ có 1

trường hợp có dấu hiệu Bloomberg, không khám thấy dấu hiệu cảm ứng phúc mạc, không có trường hợp nào ghi nhận khám dấu hiệu Rowsing.

Macburney là một điểm đau quan trọng trong việc xác định tình trạng ruột thừa viêm (**Xem bảng 2**). Điểm Macburney ấn đau thường rõ ràng trong 3 tháng đầu (76,9%) và 3 tháng giữa (100,0%), không rõ ràng trong 3 tháng cuối (40,0%) của thai kỳ. Trước đây các tác giả cho rằng khi tuổi thai càng lớn thì tử cung to dần sẽ đẩy RT lên cao, điểm đau và phản ứng thành bụng thay đổi theo lứa tuổi: 3 tháng đầu biểu hiện ở hố chậu phải, 3 tháng giữa ở mạng sườn phải, 3 tháng cuối ở hạ sườn phải. Các tác giả gần đây như Nguyễn Bùi Nhật Quang [3] cho rằng điểm đau của RT không có sự biến đổi theo thai kỳ, chủ yếu vẫn là đau hố chậu phải, đau mạng sườn phải và hạ sườn phải thường chỉ gặp ở những tuần cuối của thai kỳ.

*** Siêu âm ổ bụng**

Siêu âm ổ bụng chủ yếu có ý nghĩa trong việc đánh giá tình trạng thai nhi, hạn chế trong việc đánh giá ruột thừa viêm. Tác giả Burcu [5] ghi nhận kết quả ruột thừa viêm trên siêu âm ở 12 bệnh nhân (57,1%). Tác giả Norman Oneil Machado [6] gặp 50% bệnh nhân có hình ảnh ruột thừa viêm trên siêu âm. Các phát hiện bao gồm thu thập dịch vùng hố chậu phải trong 5 trường hợp, dày thành RT trong 2 trường hợp.

Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân được siêu âm, tuy nhiên chỉ có 50% quan sát được hình ảnh RT (**Xem bảng 3**). Tuổi thai càng cao thì siêu âm càng khó xác định hình ảnh RT: 3 tháng đầu 75% thấy RT nhưng 3 tháng cuối chỉ quan sát thấy ở 38,5% trường hợp.

Đối chiếu với kết quả điều trị lâm sàng, cho thấy kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác. Siêu âm có giá trị chẩn đoán không cao tuy nhiên giá trị tiên đoán dương tính cao (94,7%).

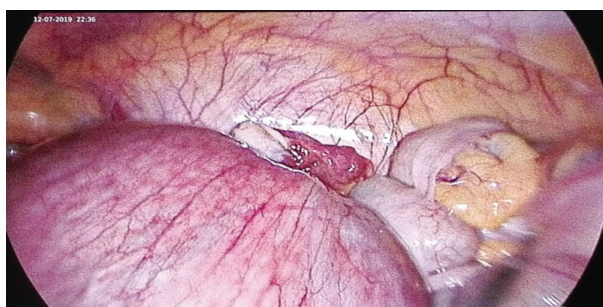
4.2. Kết quả PTNS điều trị VRT ở phụ nữ mang thai

*** Lựa chọn vị trí đặt trocar**

VRT hiện nay có thể mổ nội soi hoặc mổ mở. Lợi điểm nổi bật của mổ nội soi so với mổ hở là khi chẩn đoán không chính xác vẫn có thể xử trí được

thương tổn mà không cần phải chuyển đổi vết mổ như trong mổ hở.

Trong nghiên cứu 100,0% bệnh nhân được mổ bằng PTNS, không có trường hợp nào phải mổ mở. Tất cả trường hợp này đều do các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. 100,0% trường hợp được gây mê nội khí quản. Về kỹ thuật mổ không có biến đổi của các thì: Phẫu thuật viên cần bộc lộ rõ gốc RT trước khi tiến hành đốt cầm máu mạc treo RT bằng kim đốt lưỡng cực. Phẫu tích RT sát gốc, buộc gốc RT bằng chỉ safil 1.0 trước khi cắt RT sát gốc.



Hình 1: Hình ảnh ruột thừa viêm ở phụ nữ mang thai 3 tháng giữa

*** Chẩn đoán phẫu thuật**

VRT ở phụ nữ mang thai gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán của phẫu thuật viên. Có tới 34,3% bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phúc mạc do VRT. Còn lại 54,1% là VRT mù, VRT xung huyết chiếm 14,3%. Kết quả này của nhóm nghiên cứu tương đương với các tác giả khác trong và ngoài nước (**Xem bảng 4**). Trong các bệnh nhân viêm phúc mạc do VRT đều được lau rửa ổ bụng kỹ, chỉ có 1 trường hợp cần đặt dẫn lưu vị trí Douglas và được rút vào giờ thứ 36 sau mổ.

*** Điều trị phẫu thuật**

Đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, nghiên cứu cho thấy 100,0% bệnh nhân được chẩn đoán chính xác là VRT. Kết quả này cao hơn các tác giả nước ngoài.

Nhận định theo kết quả giải phẫu bệnh có 34,3% ruột thừa viêm hoại tử. Như vậy việc theo dõi sát trên lâm sàng, kết hợp nhiều triệu chứng để chẩn đoán là yếu tố quan trọng để tránh cuộc mổ không cần thiết.

Về thời gian phẫu thuật trung bình là $48,6 \pm 14$ phút (30 - 90). Kết quả này tương đương với các tác

giả trong và ngoài nước. Theo tác giả Trần Phùng Dũng Tiến [7] thời gian mổ nội soi trung bình $51,46 \pm 22,97$ phút (15 - 120 phút); tác giả Norman Oneil Machado [6] thời gian phẫu thuật trung bình là 45 phút (từ 25 đến 90 phút). Thời gian phẫu thuật ở tuổi thai dưới 3 tháng và trên 3 tháng không có sự khác biệt ($p = 0,36$) (xem bảng 5).

Như vậy tuổi thai không phải là yếu tố làm kéo dài thời gian phẫu thuật. Đối với các tuổi thai khác nhau, quan trọng là cần lựa chọn đường mổ cho phù hợp. Theo Bhandari [3] thời gian phẫu thuật kéo dài có liên quan đến các biến chứng sau phẫu thuật ($p < 0,05$) như nhiễm trùng vết mổ.

* Biến chứng và kết quả điều trị sau mổ

Sau mổ 100% bệnh nhân được điều trị kháng sinh và thuốc chống co thắt cơ trơn sau mổ (Nospa) truyền đường tĩnh mạch để hạn chế các biến chứng nhiễm trùng và các biến chứng cho thai nhi.

Biến chứng đối với mẹ: chúng tôi không gặp trường hợp nào có các biến chứng đối với thai phụ như nhiễm trùng vết mổ, chảy máu sau mổ, áp xe tồn dư, tắc ruột sớm sau mổ, bực gốc ruột thừa. Kết

quả này thấp hơn các tác giả khác như Trần Phùng Dũng Tiến [7] gặp 01 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ 01 trường hợp bị tắc ruột do dính sau mổ.

Biến chứng đối với thai nhi: Có 02 trường hợp xuất hiện cơn co tử cung bất thường sau mổ: 01 trường hợp (2,9%) dọa sảy thai ở tuần thứ 8, 01 trường hợp (2,9%) dọa sinh non ở tuần thứ 30, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bùi Nhật Quang [4], tác giả gặp biến chứng sảy thai (5,97%), dọa sinh non (2,99%), sinh non (7,46%). Hai trường hợp này đều là các bệnh nhân viêm phúc mạc do VRT. Chúng tôi cho rằng thời gian phẫu thuật kéo dài ở các trường hợp viêm phúc mạc có thể là tăng nguy cơ dọa sảy thai, dọa đẻ non. Hai trường hợp này đều được chuyển điều trị kết hợp tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình, thai phụ giữ thai thành công.

V. KẾT LUẬN

PTNS ổ bụng có thể ứng dụng an toàn để điều trị VRT ở phụ nữ mang thai, bất kể tuổi thai, bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, với tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp cho thai phụ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen Tan Cuong, Do Huu Liet, Tran Chanh Tin. Result of laparoscopic appendectomy in pregnant women, (in Vietnamese), Ho Chi Minh City Journal of Medicine. 2003;7(1):105-112.
2. Vo Duy Long, Nguyen Viet Thanh. Value of using endoscopy to diagnose appendicitis in women of childbearing age, (in Vietnamese), Ho Chi Minh City Journal of Medicine, 2005;9(1):79-82.
3. Bhandari T. R., Shahi S., et al. Acute Appendicitis in Pregnancy and the Developing World, International scholarly research notices, 2017:1-5.
4. Nguyen Bui Nhat Quang. A survey of clinical, subclinical and early result after appendectomy in pregnant women, (in Vietnamese), Ho Chi Minh City Journal of Medicine. 2005;9(1):93-98.
5. Burcu B., Ekin O., et al. Acute appendicitis in pregnancy: Case series and review. Northern clinics of Istanbul. 2016;3(1):60-3.
6. Machado NO, Grant CS. Laparoscopic Appendectomy in all Trimesters of Pregnancy, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2009;13(3):384-90.
7. Tran Phung Dung Tien, Nguyen Tan Cuong, Bui Van Ninh, Vo Tan Long, Le Chau Hoang. Result of laparoscopic appendectomy in pregnant women, (in Vietnamese), Ho Chi Minh City Journal of Medicine. 2005;9(1):93-98.