

VIÊM RUỘT THỪA CẤP

1-Đại cương:

Dịch tễ học: viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất. Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh hơi cao hơn so với nữ (1,7:1). Độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất: 15-30 tuổi.

Cơ chế hầu hết là do tắc nghẽn lòng ruột thừa. Nguyên nhân của sự tắc nghẽn thường gặp nhất là sự phì đại hạch bạch huyết thành ruột thừa do viêm nhiễm. Các nguyên nhân gây tắc nghẽn khác là: sạn phân, dị vật, u bướu...

Giải phẫu: ruột thừa có chiều dài thay đổi (2-20 cm). Gốc ruột thừa là nơi hội tụ của ba dải cơ dọc của manh tràng. Gốc ruột thừa tương đối cố định về mặt giải phẫu, nhưng đầu ruột thừa có thể thay đổi vị trí. Đầu của ruột thừa có thể nằm ở các vị trí sau: sau manh tràng trong phúc mạc (65%), chậu hông (30%), sau phúc mạc (2%), trước hồi tràng (1%), sau hồi tràng (0,4%). Khi manh tràng thay đổi vị trí (do ruột xoay chưa hoàn chỉnh), ruột thừa có thể nằm ở cao hơn vị trí bình thường (dưới gan). Ở BN bị đảo ngược phủ tạng, ruột thừa nằm ở hố chậu trái.

Vi khuẩn học: vi khuẩn gây bệnh bao gồm cả chủng hiếu khí và yếm khí. Chủng vi khuẩn hiếu khí thường gặp nhất là *E. coli*, chủng yếm khí thường gặp nhất là *Bacteroides fragilis*. Cây khuẩn dịch quanh ruột thừa cho kết quả dương tính trong hầu hết các trường hợp ruột thừa đã vỡ mũ. Một tỉ lệ đáng kể các trường hợp ruột thừa hoại tử cũng cho kết quả cấy khuẩn dương tính. Tuy nhiên, đối với các trường hợp còn lại, tỉ lệ cấy khuẩn dương tính thường không đáng kể.

Thể lâm sàng của viêm ruột thừa cấp (hình 1): chiếm tỉ lệ cao nhất là viêm ruột thừa chưa vỡ mũ. Viêm ruột thừa chưa vỡ mũ diễn tiến qua ba giai đoạn: phù nề (sung huyết), nung mủ, hoại tử. Ruột thừa viêm vỡ mũ tự do dẫn đến viêm phúc mạc, trước tiên là viêm phúc mạc chậu, sau đó là viêm phúc mạc toàn thể. Ruột thừa vỡ mũ nhưng được khu trú bởi các quai ruột hay mạc nối lớn bao quanh dẫn đến hình thành áp-xe ruột thừa. Số lượng mủ trong áp-xe ruột thừa có thể thay đổi. Nếu mủ được dẫn lưu ngược vào manh tràng, phản ứng nhiễm trùng có thể được dập tắt, dẫn đến hình thành đám quánh ruột thừa. Ngược lại, ổ áp-xe có thể vỡ mũ, gây viêm phúc mạc (kỳ hai). Đám quánh ruột thừa cũng có thể là kết quả của sự bao bọc ruột thừa, viêm nhưng chưa vỡ mũ, bởi các tạng chung quanh, kết hợp với hoạt động của các đại thực bào cùng các bạch cầu, làm cho phản ứng viêm ruột thừa bị dập tắt.

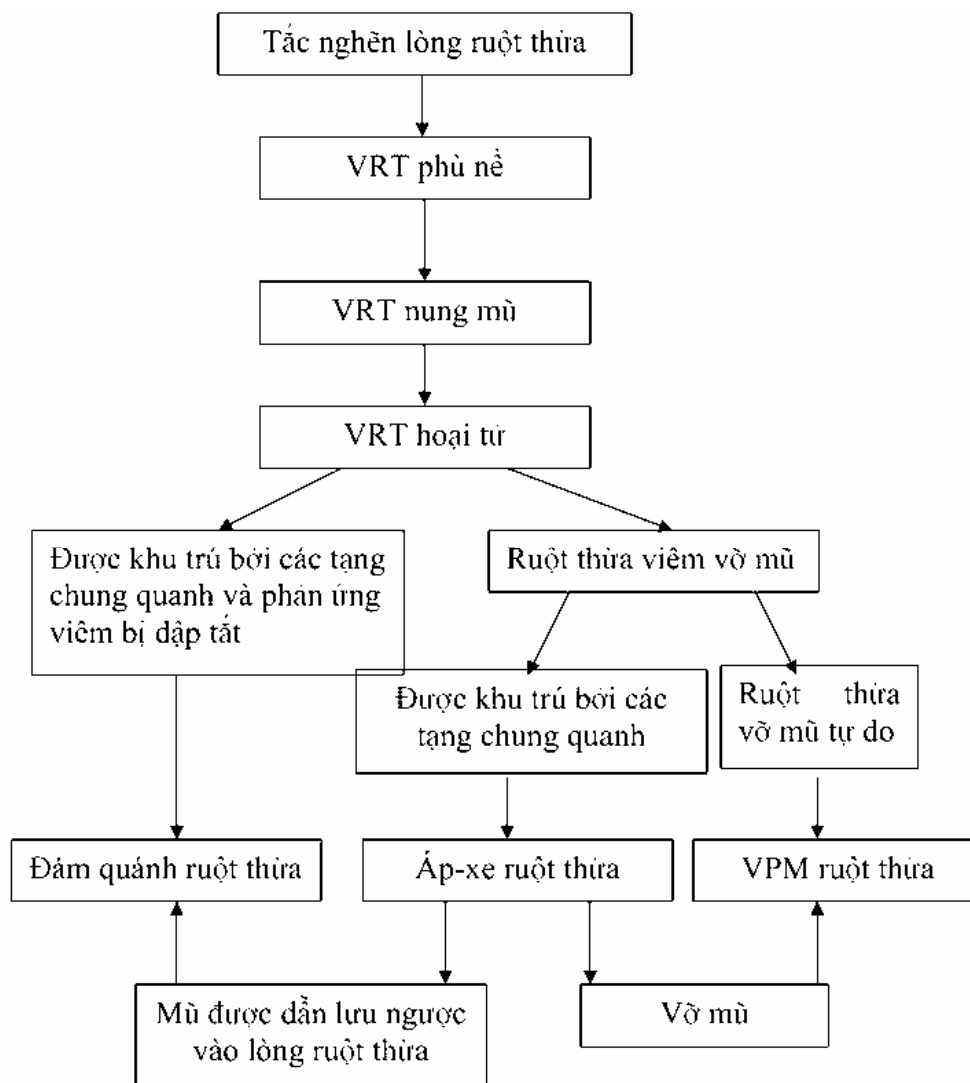
Ruột thừa, khi bị viêm cấp tính, thường vỡ mũ sau 24 giờ. Ở một số BN, ruột thừa có thể vỡ mũ sau 12 giờ. Có trường hợp ruột thừa vỡ mũ sau 6 giờ kể từ lúc BN khởi phát cơn đau. Trên thực tế lâm sàng, không thể đoán trước được khi nào thì một ruột thừa viêm cấp sẽ vỡ mũ.

Tiên lượng của một BN bị viêm ruột thừa cấp phụ thuộc vào các yếu tố: thể lâm sàng của viêm ruột thừa, tuổi tác của BN, các bệnh lý nội khoa mà BN mắc phải.

Viêm ruột thừa mãn tính là một bệnh lý hiếm gặp của ruột thừa. Nguyên nhân là do lòng ruột thừa bị tắc nghẽn sau đó tự tái thông thương và hiện tượng này có thể lặp đi lặp lại nhiều lần.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:



Hình 1- Diễn tiến và các thể lâm sàng của viêm ruột thừa cấp

2.1.1-Viêm ruột thừa chưa vỡ mủ:

Triệu chứng cơ năng: đau bụng và chán ăn là triệu chứng luôn có mặt. Trong trường hợp điển hình, BN trước tiên sẽ có cảm giác âm ỉ vùng bụng quanh rốn hay thượng vị, sau đó cơn đau sẽ di trú xuống $\frac{1}{4}$ bụng dưới phải. BN có thể sốt nhẹ. Nôn ói có thể xảy ra nhưng thường không đáng kể.

Khám lâm sàng: BN thường sốt nhẹ (thân nhiệt thường khoảng 38°C). Dấu hiệu thường gặp nhất khi khám bụng là ấn đau vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng. Nếu ruột thừa nằm ở vị trí thường gặp nhất của nó, BN sẽ đau nhiều nhất khi ấn bụng ở vị trí tương ứng với điểm Mc Burney. Dấu hiệu gồng cơ ở vùng này (đề kháng thành bụng) hay phản ứng dội, hay phản ứng thành bụng, nếu có, sẽ có giá trị cao trong chẩn đoán.

2.1.2-Viêm phúc mạc ruột thừa:

BN bị đau bụng với các tính chất như đã mô tả trong phần trên. Sau 24 giờ, BN đau nhiều hơn và lan rộng hơn.

BN thường sốt vừa hay sốt cao (thân nhiệt $39-40^{\circ}\text{C}$).

Khám bụng: bụng chướng hơi, có dấu hiệu gồng cơ và ấn đau vùng dưới rốn (viêm phúc mạc chậu) hay khắp bụng (viêm phúc mạc toàn thể)

2.1.2-Áp-xe ruột thừa:

BN bị đau bụng với các tính chất như đã mô tả trong phần trên. Sau 24 giờ, BN đau nhiều hơn nhưng vẫn khu trú ở $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng. Sốt vừa hay sốt cao (thân nhiệt 39-40°C). Khám bụng: bụng xẹp. Nếu thành bụng mỏng, có thể thấy một khối hơi gồ lên trên thành bụng vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải. Một khối ấn rất đau luôn luôn sờ được ở vùng này.

2.1.3-Đám quánh ruột thừa:

BN bị đau bụng với các tính chất như đã mô tả trong phần trên. Sau 24 giờ, BN bớt đau hẳn. Khám lâm sàng thấy BN không sốt, tuy nhiên khám bụng sờ thấy một khối chắc không đau ở vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:**2.2.1-Xét nghiệm huyết học:**

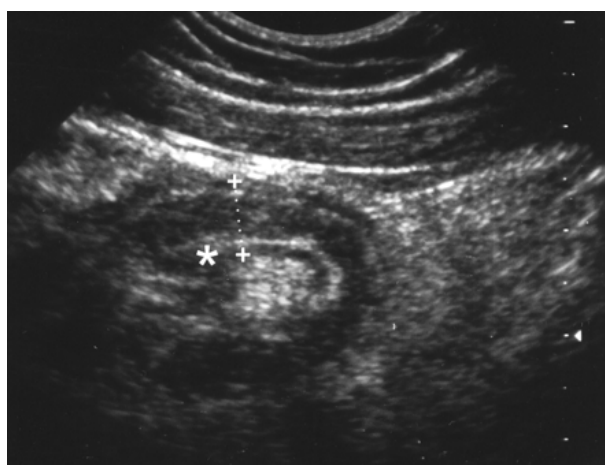
Số lượng bạch cầu tăng (12.000-18.000, trong trường hợp ruột thừa chưa vỡ mủ), tỉ lệ neutrophil tăng. Hầu hết BN bị viêm phúc mạc ruột thừa có số lượng bạch cầu trên 18.000. Số lượng bạch cầu bình thường nhưng tỉ lệ neutrophil tăng cũng có giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa. Số lượng bạch cầu bình thường không loại trừ chẩn đoán viêm ruột thừa.

2.2.2-Xét nghiệm nước tiểu: Có thể có tiểu mủ nhẹ, tiểu hồng cầu vi thể nếu ruột thừa viêm nằm trong hốc chậu, cạnh bàng quang.

2.2.3-X-quang bụng không sửa soạn không có giá trị chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Một số dấu hiệu X-quang có tính chất gợi ý như: sỏi phân cản quang, liệt đoạn cuối hồi tràng, cột sống cong, lõm về bên phải... Trong viêm phúc mạc ruột thừa, trên X-quang bụng có thể thấy: hơi tự do trong xoang bụng (chiếm tỉ lệ rất nhỏ: 1-2%), mất đường sáng của lớp mỡ tiền phúc mạc vùng hố chậu phải, bóng cơ psoas bị mờ, liệt ruột (ruột chướng hơi), có dịch giữa các quai ruột (khoảng cách giữa các quai ruột tăng)...Hiện nay X-quang bụng không còn được chỉ định để chẩn đoán viêm ruột thừa.

2.2.4-Siêu âm:

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp (hình 2):



Hình 2- Hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên siêu âm ở một BN 19 tuổi: cấu trúc hình ống, kích thước 8 mm, ấn không xẹp. Có hiện tượng viêm lớp mỡ quanh ruột thừa

Dấu hiệu trực tiếp:

- Cấu trúc hình ống (hay hình tròn), đường kính ≥ 7 mm, ép không xẹp
- Đường niêm mạc mất liên tục

o Hình ảnh sỏi phân

Dấu hiệu gián tiếp: ít dịch vùng $\frac{1}{4}$ bụng dưới phải.

Khi ruột thừa vỡ mũ, gây viêm phúc mạc: các quai ruột chướng hơi, có dịch trong xoang bụng.

Áp-xe ruột thừa: khối có phản âm của mũ hay hỗn hợp ở $\frac{1}{4}$ dưới phải bụng.

Siêu âm có giá trị chẩn đoán khá cao (độ nhạy > 85%, độ đặc hiệu > 90%).

Các trường hợp làm hạn chế vai trò chẩn đoán của siêu âm: ruột thừa sau manh tràng hay manh tràng chướng hơi, ruột thừa trong chậu hông, ruột thừa đã vỡ mũ...

2.2.5-X-quang điện toán cắt lớp (CT):

Tốt nhất là chụp với thuốc cản quang trong lòng đại tràng và hồi tràng.

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp:

- o Ruột thừa căng to (hình bia, hình ảnh “vàng hào quang”), lòng ruột thừa không có thuốc cản quang
- o Có tụ dịch quanh ruột thừa
- o Thành manh tràng dày, phù nề (tăng đậm độ)
- o Phản ứng viêm của các bờ mỡ quanh ruột thừa (hình ảnh “mỡ dơ”)

Các dấu hiệu của áp-xe hay khối viêm tấy ruột thừa: khối có đậm độ của mũ hay đậm độ hỗn hợp.

CT có độ nhạy trên 90%. Giá trị chẩn đoán của CT đối với áp-xe ruột thừa cao hơn viêm ruột thừa chưa vỡ mũ.

2.2.6-Y học hạt nhân:

Nguyên tắc: dùng bạch cầu (hay IgG) được đánh dấu bằng Tc 99m để phát hiện các tổn thương viêm nhiễm.

Thời gian thực hiện: 1-3 giờ, chưa kể thời gian đánh dấu phóng xạ.

Được chỉ định khi nghi ngờ viêm ruột thừa mãn tính (BN có những cơn đau vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải, các chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT, X-quang đại tràng, nội soi đại tràng... cho kết quả âm tính).

2.2.7-Nội soi xoang bụng chẩn đoán:

Chỉ định thường nhất là chẩn đoán phân biệt giữa viêm ruột thừa cấp với các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu ở phụ nữ.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Trong thực tế viêm ruột thừa cấp cần được chẩn đoán phân biệt với tất cả các bệnh lý gây đau bụng cấp khác (bảng 1)

Đối tượng	Chẩn đoán	Đặc điểm
Trẻ em	Viêm dạ dày-ruột cấp tính	BN tiêu chảy, nôn ói nhiều. Xét nghiệm phân cho thấy có sự hiện diện nhiều bạch cầu
	Viêm túi thừa Meckel	Ngoài vị trí đau ở gần rốn hơn so với vị trí đau của viêm ruột thừa cấp, các triệu chứng lâm sàng khác của viêm túi thừa Meckel tương tự như triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa cấp
	Viêm hạch mạc treo	BN thường có triệu chứng viêm đường hô hấp trên

		kèm theo. Siêu âm có thể phát hiện hạch mạc treo phì đại
	Lồng ruột	Chẩn đoán sẽ rõ ràng nếu như khối lồng sờ được ở vùng quanh rốn
Người trẻ	Con đau quặn thắt	Đau bụng đột ngột, dữ dội, đau lan ra vùng hông lưng hay xuống đùi. Xét nghiệm nước tiểu cho thấy có sự hiện diện nhiều hồng cầu. Siêu âm có thể cho hình ảnh thận chướng nước, niệu quản giãn
	Thoát vị bẹn nghẹt, viêm hay xoắn tinh hoàn cấp	Chẩn đoán sẽ được xác định khi thăm khám vùng bẹn bìu (xem bài thoát vị thành bụng)
	Áp-xe cơ thắt lưng chậu	Dấu hiệu cơ thắt lưng chậu dương tính. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm
Trẻ gái, phụ nữ	Nang trứng vỡ (hội chứng Mittelschmerz) hay nang hoàng thể vỡ	Không sốt, số lượng bạch cầu không tăng, cơn đau xuất hiện vào khoảng giữa chu kỳ kinh (nang trứng vỡ) hay cuối kỳ kinh (nang hoàng thể vỡ). Chẩn đoán xác định bằng nội soi xoang bụng
	Các khối u buồng trứng gây đau (xoắn u nang buồng trứng)	Thăm âm đạo sờ được khối đau cạnh tử cung. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm
	Thai ngoài tử cung	Trễ kinh hay ra huyết âm đạo bất thường, xét nghiệm thai dương tính, siêu âm không thấy túi thai trong tử cung
	Bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu	Sốt, đau bụng vùng hạ vị. Thăm âm đạo: âm đạo có huyết trắng đục và hôi, lỗ cổ tử cung bệnh nhân đau nhiều, sờ được khối đau cạnh tử cung. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm hay nội soi xoang bụng
	Sỏi kẹt cổ tử mật	Bụng đau dữ dội hơn, nôn ới nhiều. Có thể sờ thấy túi mật thông dưới bờ sườn phải. Siêu âm: túi mật căng to, có sỏi nằm ở vùng cổ tử mật
Người trung niên, lớn tuổi	Ung thư manh tràng	Bụng đau âm ỉ kéo dài, có hội chứng thiếu máu, có khối u không đau hay đau ít vùng ¼ dưới phải bụng. Chẩn đoán xác định bằng X-quang đại tràng hay CT
	Lao hồi manh tràng	Bụng đau âm ỉ kèm tiêu chảy kéo dài. Bụng sờ được khối u không đau hay đau ít vùng cạnh phải rốn. X-quang phổi có thể có tổn thương lao tiến triển. Chẩn đoán xác định bằng X-quang đại tràng hay CT
	Áp-xe gan	Sốt, đau hạ sườn phải. Khám thấy gan to đau. Dấu hiệu rung gan dương tính. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm
	Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng	Tiền căn đau vùng thượng vị, cơn đau khởi phát đột ngột và dữ dội, X-quang có hơi tự do trong xoang bụng
	Viêm tụy cấp	Xét nghiệm amylase sẽ khẳng định chẩn đoán

Bảng 1- Các chẩn đoán phân biệt của viêm ruột thừa cấp

2.4-Thái độ chẩn đoán:

2.4.1-BN nhập viện vì đau bụng khu trú:

Phần lớn (60%) các trường hợp viêm ruột thừa cấp được chẩn đoán xác định bằng khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng (bảng 2).

Đau thượng vị hay quanh rốn sau đó di trú xuống ¼ dưới phải bụng
 Chán ăn
 Sốt nhẹ (thân nhiệt 38oC) hay BC $\geq$ 12.000
 Bụng ấn đau khu trú ¼ dưới phải

Bảng 2- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Trong trường hợp không điển hình (bảng 3), có thể cần đến vai trò của các chẩn đoán hình ảnh.

BN có độ tuổi trên 30 hay nhỏ hơn 15, BN là phụ nữ (đặc biệt phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục), BN lớn tuổi.
BN có những cơn đau tương tự trước đó
BN đau kéo dài trên 24 giờ
BN có các triệu chứng “không phù hợp”: nôn ói nhiều, đau dữ dội, tiêu chảy, tiểu gắt, rối loạn kinh nguyệt, ra huyết âm đạo bất thường...
BN có vị trí đau “không phù hợp” (đau thấp ở vùng hạ vị hay cao ở hạ sườn)

Bảng 3- Các dấu hiệu ít phù hợp với chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Siêu âm, do có tính cơ động, rẻ tiền và có giá trị chẩn đoán cao, là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa trước tiên. Khi nghi ngờ ruột thừa viêm nằm ở trong hốc chậu, CT thường được chỉ định hơn là siêu âm qua ngã âm đạo. Khi chưa loại trừ được bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, hoặc các trường hợp siêu âm hay CT cho kết quả âm tính, nội soi xoang bụng thường được chỉ định.

Chú ý:

Nên xét nghiệm thai (QS) cho tất cả các BN nữ

Đừng quên thăm khám vùng bẹn búi và thăm âm đạo/trực tràng ở BN có vị trí đau thấp

2.4.2-BN nhập viện vì đau bụng toàn thể:

Yêu cầu trước tiên là chẩn đoán xác định BN có bụng ngoại khoa hay không (bảng 4). Cần chú ý đến biểu hiện nhiễm trùng (sốt, bạch cầu tăng), bụng ấn đau và gõ cơ lan rộng, có dịch trong xoang bụng (trên siêu âm hay CT).

<i>Các dấu hiệu nghi ngờ một “bụng ngoại khoa”</i>	<i>Các dấu hiệu của một “bụng nội khoa”</i>
<i>Đau dữ dội trong vòng 1 giờ trước nhập viện</i> <i>Đau bụng trước khi nôn ói</i> <i>Thân nhiệt > 38 °C</i> <i>Nhịp tim > 110/phút</i> <i>Số lượng bạch cầu tăng, tỉ lệ neutrophil tăng</i> <i>Dấu hiệu của phúc mạc</i> <i>Tuổi > 65</i>	<i>Không chán ăn</i>

Bảng 4- Các dấu hiệu nghi ngờ một bụng ngoại khoa

Cũng cần nghĩ đến một số bệnh lý ngoài xoang bụng (bảng 5) có thể làm cho BN có cảm giác đau bụng.

<i>Tim mạch:</i> <i>Viêm phổi</i> <i>Viêm mũ màng phổi</i> <i>Nhồi máu cơ tim</i> <i>Thấp tim cấp</i> <i>Phình ĐMC ngực bóc tách</i> <i>Huyết học:</i> <i>Bệnh bạch cầu</i> <i>Đợt cấp bệnh hồng cầu liềm</i> <i>Thần kinh:</i> <i>Viêm tủy sống</i> <i>U tủy</i> <i>Herpes Zoster</i> <i>Động kinh thể bụng (abdominal epilepsy)</i>	<i>Niệu khoa:</i> <i>Viêm bể thận</i> <i>Áp-xe quanh thận</i> <i>Sỏi thận, sỏi niệu quản gây bế tắc</i> <i>Viêm tiền liệt tuyến</i> <i>Viêm túi tinh</i> <i>Viêm mào tinh</i> <i>Bệnh chuyển hoá:</i> <i>Tăng urê huyết tương</i> <i>Nhiễm toan tiểu đường</i> <i>Porphyria</i> <i>Đợt cấp bệnh Addison</i> <i>Ngộ độc:</i> <i>Nhiễm trùng huyết</i> <i>Côn trùng, rắn, nhện cắn</i>
--	--

<i>Migrain thể bụng</i>	<i>Thuốc</i> <i>Ngộ độc chì</i>
-------------------------	------------------------------------

Bảng 5- Các bệnh lý ngoài xoang bụng gây triệu chứng đau bụng

Việc kế tiếp là phải loại trừ bệnh lý viêm phúc mạc nhưng không có chỉ định hay chưa cần thiết phải điều trị bằng phẫu thuật (viêm phúc mạc nguyên phát) (bảng 6). Đối tượng cần phải nghĩ đến và loại trừ viêm phúc mạc nguyên phát là: BN nghiện rượu mãn, BN suy thận mãn, BN có hội chứng thận hư...

Tác nhân:

Escherichia coli

Klebsiella

Streptococcus Pneumoniae

Enterococcus faecalis

Chẩn đoán bằng CHỌC HÚT DỊCH BẮNG:

Bạch cầu > 500/mm³, neutrophil > 250/mm³

Cấy dịch báng: thường âm tính

Triệu chứng:

Đau bụng (không có phản ứng dội)

Sốt, ớn lạnh

Số lượng bạch cầu tăng

Bảng 6- Viêm phúc mạc nguyên phát

Có thể chẩn đoán phân biệt giữa viêm phúc mạc ruột thừa và viêm phúc mạc thứ phát do các nguyên nhân khác: cần dựa vào tiền căn, bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các chẩn đoán cận lâm sàng. Các dấu hiệu nghiêng về chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa là: BN trong độ tuổi “viêm ruột thừa”, BN có tiền căn khoẻ mạnh, BN sốt vừa hay sốt cao, bụng ấn đau nhiều nhất ở vùng 1/4 dưới phải.

2.4.3-BN nhập viện vì khối u đau ở bụng:

Bắt buộc phải có các chẩn đoán hình ảnh.

Nếu BN đau cấp tính: siêu âm là chọn lựa trước tiên, kế đến là CT.

Nếu BN đau kéo dài: siêu âm, CT, nội soi đại tràng hay X-quang đại tràng thường được chỉ định để loại trừ các “khối u” không có nguồn gốc từ viêm ruột thừa (u manh tràng hay đại tràng lên, lao hồi manh tràng, u sau phúc mạc...). Nếu BN có các hình ảnh sau đây, chẩn đoán áp-xe ruột thừa sẽ được loại trừ: thành manh tràng hay đại tràng lên dày và nham nhở, thành hồi tràng dày và lòng hồi tràng bị hẹp lại, thuộc cản quang hiện diện trong lòng ruột thừa...

2.4.4-BN có thai:

Viêm ruột thừa cấp và viêm túi mật cấp là hai bệnh lý gây đau bụng phổ biến nhất ở phụ nữ mang thai.

Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở phụ nữ mang thai cần chú ý đến các đặc điểm sau đây:

- Sau tháng thứ năm, vị trí giải phẫu của ruột thừa bắt đầu thay đổi: ruột thừa được nâng cao dần và xoay hướng về giữa bụng.
- Nôn ói có thể là triệu chứng của thai kỳ trong ba tháng đầu.
- Phụ nữ có thai thường có số lượng bạch cầu cao hơn bình thường.

Siêu âm có giá trị trong chẩn đoán, nhưng độ nhạy không cao bằng trường hợp không mang thai.

Các chẩn đoán X-quang phải được hạn chế tối đa, đặc biệt là trong ba tháng đầu của thai kỳ.

Thái độ chẩn đoán:

- o Phải nghĩ đến chẩn đoán viêm ruột thừa cấp nếu thai phụ có triệu chứng đau vùng bụng phía bên phải.
- o Siêu âm luôn cần thiết để chẩn đoán viêm ruột thừa và đánh giá tình trạng của túi mật, thận phải, thai, nhau và tử cung.
- o Chỉ cần nghi ngờ viêm ruột thừa cấp cũng đủ để có chỉ định phẫu thuật trong tất cả các tháng của thai kỳ.

3-Điều trị:

3.1-Viêm ruột thừa chưa vỡ mũ:

3.1.1-Thái độ điều trị:

Phẫu thuật cắt ruột thừa là phương pháp điều trị duy nhất và được xếp vào loại phẫu thuật khẩn cấp. Điều trị nội khoa với kháng sinh liều cao (hiệu quả có thể đến 60%) chỉ được chỉ định ở BN không thể tiếp cận được các cơ sở ngoại khoa (vùng sâu, trên biên...)

3.1.2-Chuẩn bị phẫu thuật:

BN nhịn ăn uống, được truyền dịch. Dịch truyền được chọn là Ringer's lactate, hay Ringer-Glucose 5%. Nếu phương pháp vô cảm được chọn lựa là gây mê toàn thân, BN sẽ được đặt một thông dạ dày.

Kháng sinh cần thiết để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Việc sử dụng kháng sinh trong trường hợp ruột thừa chưa vỡ mũ là kháng sinh dự phòng. Loại kháng sinh được chọn lựa là cefoxitin hay cefotetan. Kháng sinh thường được cho thêm một liều thứ hai cách liều đầu 12 giờ. Thời gian sử dụng kháng sinh có thể kéo dài hơn, nếu như khi mổ tổn thương là viêm ruột thừa hoại tử, xoang bụng có dịch đục, sốt sau mổ...

3.1.3-Nguyên tắc phẫu thuật:

- o Đường rạch da: đường chéo ở ¼ bụng dưới phải
- o Khi vào xoang bụng, chú ý đến tính chất và màu sắc của dịch, nếu có
- o Tìm manh tràng trước, lần theo ba dải cơ dọc của manh tràng để tìm ruột thừa
- o Đưa ruột thừa về phía vết mổ. Nếu manh tràng kém di động, có thể phải rạch nếp gấp phúc mạc để di động manh tràng
- o Kẹp cắt mạc treo ruột thừa trước khi kẹp cắt gốc ruột thừa
- o Gốc ruột thừa có thể buộc hay khâu buộc, có thể vùi gốc hay không. Nếu vùi gốc ruột thừa, chú ý kiểm tra van hồi manh tràng
- o Chạm sạch dịch trong xoang bụng vùng hố chậu phải. Nếu dịch đục và phúc mạc hố chậu phải bị viêm khu trú, có thể tưới rửa khu trú hố chậu phải
- o Không dẫn lưu
- o Đóng bụng, khâu da kỳ đầu

3.1.4-Các tình huống đặc biệt của phẫu thuật:

Khi gốc ruột thừa bị hoại tử và tổn thương hoại tử lan rộng ra phần đáy manh tràng manh tràng, tùy mức độ có thể chọn một trong các phương pháp sau:

- o Khâu manh tràng kỳ đầu, dẫn lưu cạnh manh tràng
- o Mở manh tràng ra da (trực tiếp hay qua ống)

- o Cắt khối hồi-manh tràng

Nếu tìm thấy ruột thừa bình thường: mở rộng vết mổ, thám sát hồi tràng, manh tràng, phần phụ, đại tràng xích-ma, tìm xem có hạch mạc treo hay viêm túi thừa Meckel. Nếu xoang bụng có dịch vàng xanh: đóng vết mổ, mở bụng đường giữa, tìm và xử trí tổn thương. Đa số các tác giả đồng ý cắt ruột thừa, trừ trường hợp có tổn thương (viêm nhiễm, u bướu) ở vùng đáy manh tràng (vì có thể gây dò manh tràng).

3.1.5-Chăm sóc sau mổ:

- o Cho BN ăn ngay sau khi BN tỉnh hẳn
- o Có thể cho xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2
- o Thời gian để BN có thể trở lại hoạt động bình thường: từ 2-6 tuần

3.1.6-Điều trị viêm ruột thừa cấp bằng phẫu thuật nội soi:

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa ngày càng được nhiều phẫu thuật viên tiến hành. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi vẫn chưa được xem là một biện pháp điều trị thường quy đối với viêm ruột thừa cấp.

Lợi điểm của cắt ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi là: ít nhiễm trùng vết mổ hơn, ít đau sau mổ hơn, thẩm mỹ hơn, thời gian nằm viện tương đối ngắn hơn, thời gian trở lại hoạt động bình thường ngắn hơn, ít dính ruột sau mổ hơn.

Tuy nhiên, so với mổ mở, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa có những hạn chế sau: thời gian mổ kéo dài hơn, tỉ lệ nhiễm trùng trong xoang bụng sau mổ cao hơn.

Những BN bị viêm ruột thừa có thành bụng dày mỡ, có ruột thừa viêm nằm ở vị trí không bình thường, chưa loại trừ được bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu là những “ứng cử viên” cho phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi.

3.2-Áp-xe ruột thừa:

Nếu ổ áp-xe vách hoá rõ: dẫn lưu mũ đơn thuần là phương pháp được chọn lựa trước tiên. Việc cố gắng cắt ruột thừa có thể dẫn đến nhiều biến chứng và di chứng sau mổ. Nếu thành bụng là một phần của thành ổ áp-xe, có thể điều trị không phẫu thuật bằng cách chọc hút mũ (lưu catheter hay chọc hút nhiều lần đều được chấp nhận) dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật dẫn lưu ngoài phúc mạc.

Nếu các tạng chung quanh ruột thừa dính lỏng lẻo: cố gắng tìm và cắt ruột thừa và xử lý gốc ruột thừa tốt, kết hợp dẫn lưu tại chỗ.

Kháng sinh: luôn được cho ngay sau khi có chẩn đoán. Loại kháng sinh và thời gian sử dụng kháng sinh tuân theo nguyên tắc như trong viêm phúc mạc ruột thừa.

3.3-Đám quánh ruột thừa: cắt ruột thừa trì hoãn (cắt ruột thừa “nguội”) sau 4-12 tuần.

3.4-Viêm phúc mạc ruột thừa:

Phẫu thuật là chỉ định tuyệt đối.

BN cần phải được hồi sức và chuẩn bị trước mổ:

- o Bồi hoàn dịch và điện giải
- o Kháng sinh: chưa có một phác đồ điều trị kháng sinh nào được cho là tối ưu trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa. Cần chú ý các điều sau đây khi chỉ định kháng sinh:
 - Phổ kháng sinh phải bao gồm chủng gram âm yếm khí

- Việc kết hợp nhiều loại kháng sinh sẽ làm tăng nguy cơ vi khuẩn kháng thuốc
- Các phác đồ điều trị kháng sinh sau đây có thể được cân nhắc đến:
 - Gentamycine + metronidazole
 - Cephalosporin thế hệ ba + metronidazole
 - Imipenem

- o Cho BN thuốc giảm đau, hạ sốt
- o Đặt thông dạ dày

Nguyên tắc phẫu thuật:

- o Gây mê toàn thân
- o Rạch da đường giữa, dưới rốn
- o Không cần cắt mũ (trừ trường hợp BN bị suy giảm miễn dịch, mắc các bệnh lý làm thay đổi chủng vi khuẩn thường trú ở ruột)
- o Sau khi cắt ruột thừa, rửa xoang bụng bằng nước ấm, đặt dẫn lưu Douglas. Cân nhắc đến việc đặt nhiều ống dẫn lưu nếu xoang phúc mạc viêm nhiễm nặng.
- o Đa số phẫu thuật viên chọn phương pháp khâu da kỳ đầu thay vì khâu da kỳ đầu muộn như trước đây, trừ trường hợp hầu như chắc chắn có nhiễm trùng vết mổ.

Sau mổ:

- o Cho BN vận động sớm
- o Cho thuốc giảm đau, kháng sinh, tiếp tục bồi hoàn nước và điện giải. Kháng sinh thường được kéo dài 7-10 ngày sau mổ (hay 24 giờ kể từ lúc BN hết sốt và công thức bạch cầu trở lại bình thường).
- o Khi có trung tiện, bắt đầu cho BN ăn uống.
- o Ống dẫn lưu thường được rút vào ngày hậu phẫu 3-5. Có thể siêu âm bụng kiểm tra trước khi rút ống dẫn lưu, tuy nhiên, lượng và tính chất dịch qua ống dẫn lưu có vai trò quyết định đến việc rút ống dẫn lưu hơn là kết quả siêu âm bụng.

Phẫu thuật nội soi có thể được tiến hành ở BN bị viêm phúc mạc ruột thừa. Tuy nhiên, tỉ lệ áp-xe tồn lưu sau phẫu thuật nội soi cao hơn đáng kể so với mổ mở.

3.5-Kết quả phẫu thuật:

Tỉ lệ biến chứng: 10%.

Tỉ lệ tử vong:

- o Viêm ruột thừa chưa vỡ mũ: 0%
- o Viêm phúc mạc ruột thừa: 1% (người lớn tuổi: 5%)

3.6-Biến chứng phẫu thuật:

3.6.1-Nhiễm trùng vết mổ:

Tỉ lệ dưới 5% nếu viêm ruột thừa chưa có biến chứng.

Chẩn đoán: sốt, đau vết mổ ngày càng tăng. Nếu nhiễm trùng nông: vết mổ sưng, đỏ. Nhiễm trùng nông có thể dẫn đến áp-xe dưới da nếu không được phát hiện sớm. Nhiễm

trùng sâu (nhiễm trùng trong lớp cân cơ thành bụng) thường chỉ được chẩn đoán khi đã hình thành áp-xe trong thành bụng. Áp-xe thành bụng khác tụ dịch thành bụng ở chỗ BN có dấu nhiễm trùng. Chẩn đoán áp-xe thành bụng và tụ dịch thành bụng bằng siêu âm.

Xử trí: nếu nhiễm trùng nông được phát hiện sớm, cắt chỉ, rửa vết thương bằng các dung dịch sát trùng (Bétadine) sẽ cho kết quả tốt. Khâu da kỳ hai khi vết thương sạch. BN bị áp-xe dưới da và áp-xe thành bụng phải được mở vết thương tháo mủ kết hợp chăm sóc vết thương và kháng sinh uống. Khối tụ dịch thành bụng thường được chọc hút bằng kim to.

3.6.2-Áp-xe tồn lưu trong xoang bụng:

BN sốt, đau và chướng bụng, chậm trung tiện. BN có thể tiêu chảy (do bán tắc ruột) hay tiêu phân nhầy lất nhắt (áp-xe cùng đồ sau kích thích trực tràng). Cần làm CT hay siêu âm để xác định vị trí, kích thước, số lượng ổ áp-xe.

Xử trí:

- o Nếu BN ổn định (bụng chướng và đau ít), siêu âm cho thấy bụng có ổ tụ dịch có thể chọc hút được: chọc hút dịch kết hợp kháng sinh.
- o Nếu BN ổn định (bụng chướng và đau ít), siêu âm bụng có ít dịch hay tụ dịch nhiều ổ: thử điều trị với kháng sinh (gentamycin kết hợp metronidazole, hay imipenem, hay đổi kháng sinh khác nếu thấy cần thiết). Nếu không đáp ứng: phẫu thuật.
- o Nếu BN không ổn định (sốt cao, bụng chướng và đau nhiều), siêu âm bụng có tụ dịch lượng nhiều: phẫu thuật rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng

3.6.3-Dò manh tràng:

Vết mổ chảy dịch kéo dài. BN có thể sốt hay không. Cần chụp X-quang đường dò hay quang đại tràng để xác định chẩn đoán. Siêu âm giúp loại trừ áp-xe tồn lưu nếu BN có sốt.

Xử trí: rửa vết thương bằng các dung dịch sát trùng (Bétadine), kháng sinh. Mổ cắt khối hồi manh tràng nếu sau 2 tuần mà chỗ dò chưa lành.

3.6.4-Các biến chứng khác:

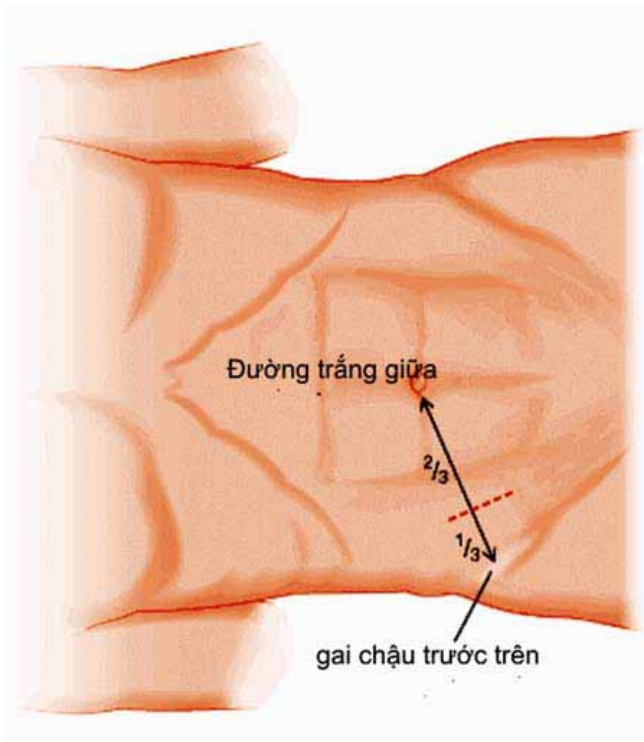
- o Chảy máu
- o Tắc ruột (1%): nguy cơ dính ruột ở BN bị viêm ruột thừa chưa vỡ mủ là không đáng kể, nhưng sẽ tăng đáng kể đối với BN bị viêm ruột thừa vỡ mủ.
- o Thoát vị vết mổ: nguy cơ thoát vị vết mổ tỉ lệ thuận với nhiễm trùng vết mổ.
- o Vô sinh
- o Nhiễm trùng tiêu
- o Viêm phổi...

Chú ý:

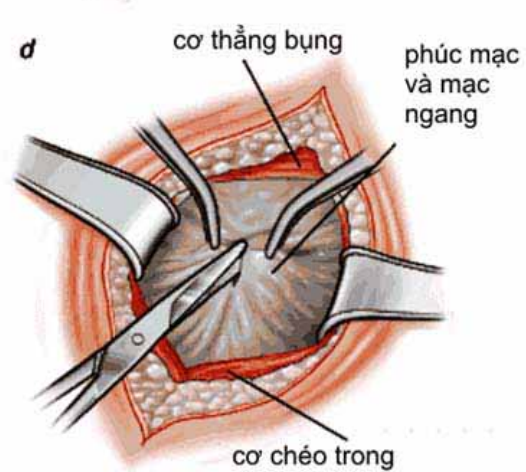
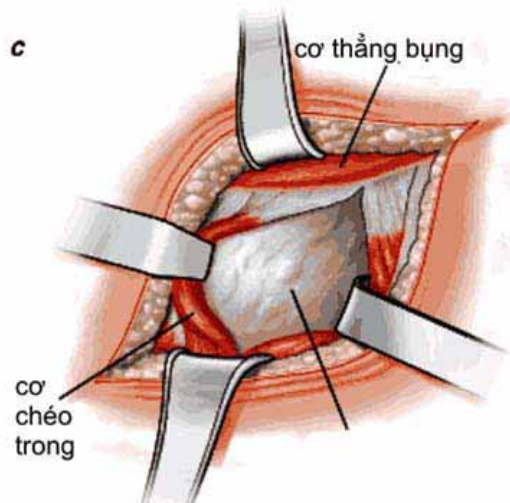
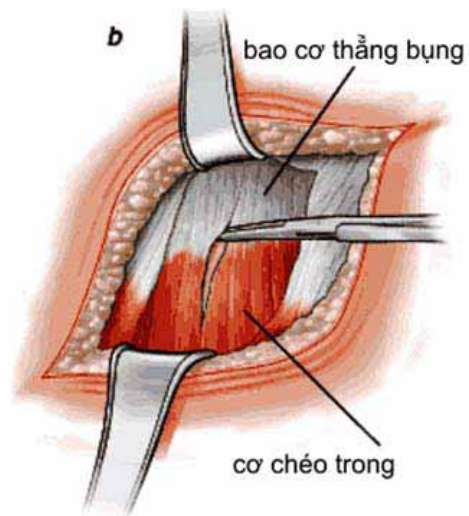
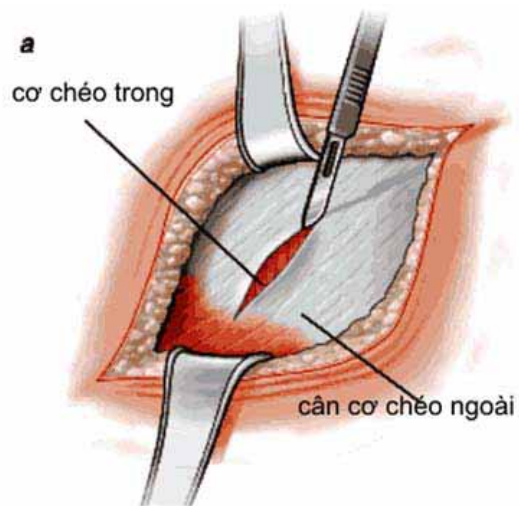
*Tất cả mọi BN đều có thể bị viêm ruột thừa
Tất cả ruột thừa viêm đều cuối cùng dẫn đến hoại tử
Tất cả mọi trường hợp viêm ruột thừa đều nên được phẫu thuật khẩn cấp*

4-Kỹ thuật phẫu thuật:

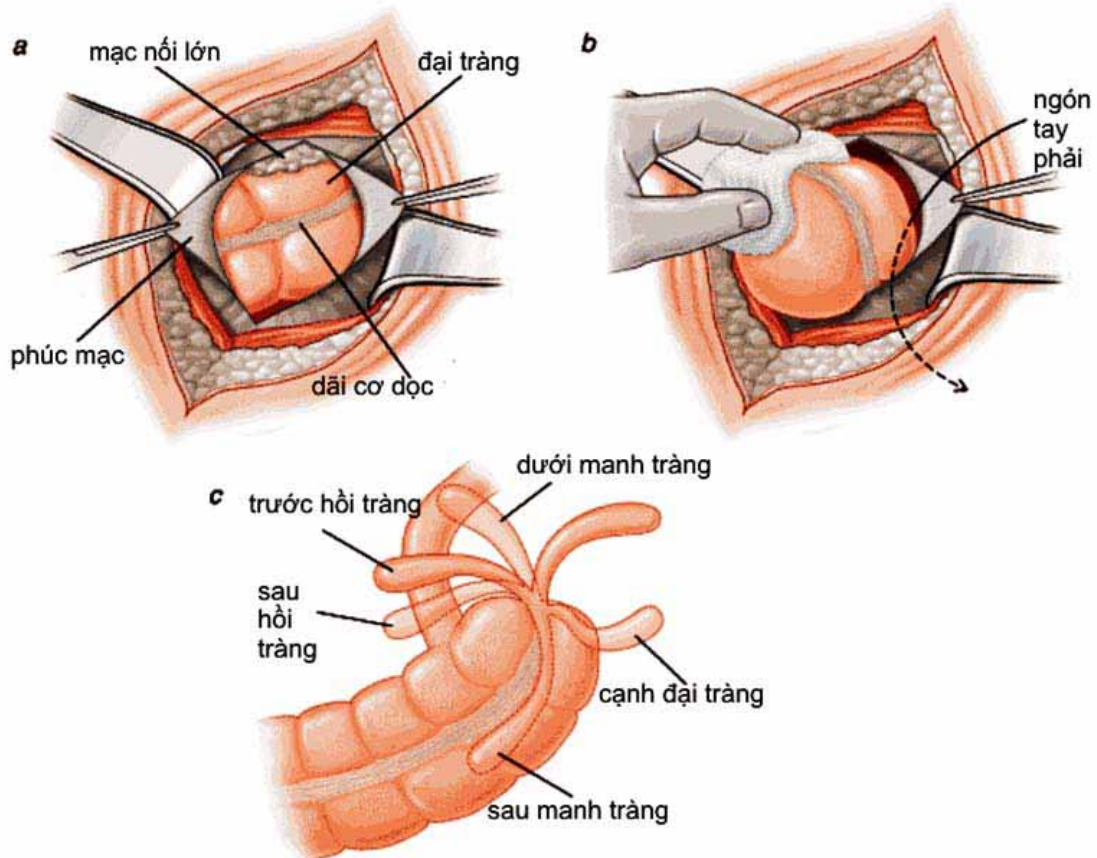
4.1-Cắt ruột thừa (mổ mở):



Sau khi BN được gây mê, rửa thành bụng với dung dịch sát khuẩn và trải khăn vô khuẩn, bộc lộ vùng bụng $\frac{1}{4}$ dưới phải. Rạch da theo đường chéo vuông góc với đường thẳng nối gai chậu trước trên và rốn, cách gai chậu trước trên khoảng 2-3 cm (đường Mc Burney)

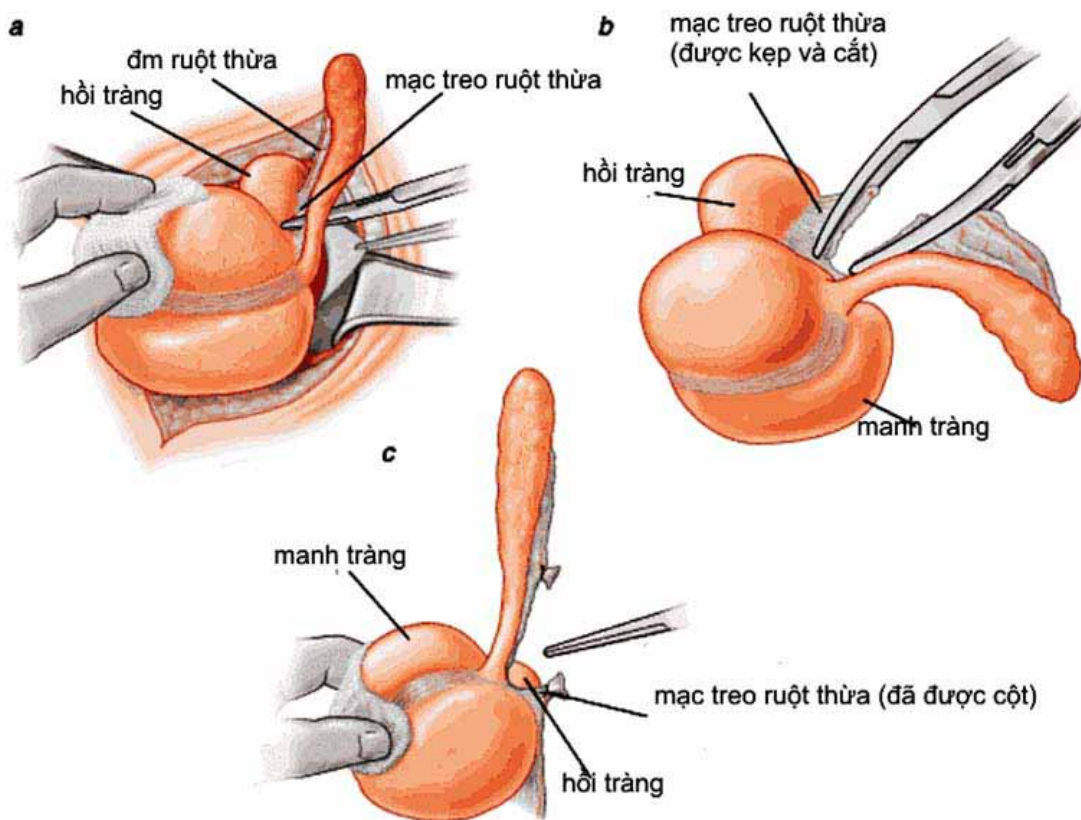


Tiếp tục cắt lớp mỡ và lớp cân dưới da (cân Scapa) cho đến lớp cân chéo ngoài. Rạch cân chéo ngoài, trước tiên bằng dao, sau đó dùng kéo xẻ dọc theo thớ các sợi cân. Tiếp tục tách các sợi cơ chéo trong và cơ ngang bụng, theo hướng gần như vuông góc với hướng rạch cân chéo ngoài. Phức mạc thành sau đó được nhấc lên (cẩn thận để tránh phạm phải các tạng). Xẻ phức mạc theo chiều ngang. Nếu cần phải mở rộng vết mổ, cắt mở lá trước cơ thẳng bụng và vén cơ thẳng bụng vào trong (không cắt ngang cơ thẳng bụng).



Khi vào xoang phúc mạc, trước tiên nhận xét tính chất của dịch hiện diện trong xoang phúc mạc (màu sắc, mùi). Dịch đục, có mùi thối chứng tỏ ruột thừa viêm đã thủng. Tìm manh tràng. Lần theo các dải cơ dọc của manh tràng. Nơi hội tụ của ba dải cơ dọc là vị trí gốc ruột thừa. Đưa manh tràng và ruột thừa về phía trường mổ. Nếu bước này khó thực hiện, cầm giữ và kéo nhẹ manh tràng bằng một miếng gạc ướt bằng tay trái, dùng ngón trỏ của bàn tay phải lần theo thân ruột thừa, quét nó về phía trường mổ (cẩn thận tránh làm vỡ ruột thừa). Nếu manh tràng cố định, rạch nếp gấp phúc mạc, bắt đầu từ gốc hồi-manh tràng, vòng xuống dưới rồi ra phía ngoài, để di động manh tràng.

Cầm giữ ruột thừa bằng kẹp mô Babcock. Kẹp cắt mạc treo ruột thừa (có động mạch ruột thừa) và buộc bằng chỉ tan 3-0. Dùng kẹp động mạch mosquito thẳng kẹp sát gốc ruột thừa, sau đó nhả kẹp và dời kẹp xuống kẹp một lần nữa ở vị trí cách đó 3 mm. Buộc gốc ruột thừa hai lần tại vị trí mô bị nghiền, bằng chỉ tan 2-0. Dùng dao cắt ruột thừa dọc theo mặt dưới của kẹp.



Ít khi cần phải vùi gốc ruột thừa, trừ trường hợp nghi ngờ mòm ruột thừa có thể bị hoại tử. Trong trường hợp này, khâu mũi túi quanh gốc ruột thừa, vùi mòm ruột thừa vào và xiết nơ buộc. Chú ý kiểm tra van hồi-manh tràng sau khi vùi gốc ruột thừa.

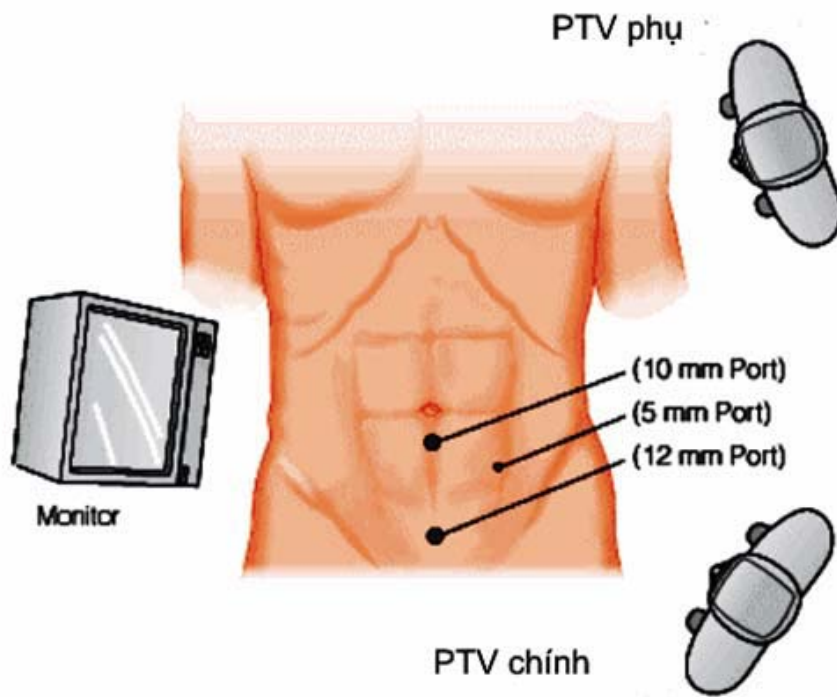
Nếu ruột thừa đã vỡ mũ, bơm rửa và hút sạch vùng chậu và rãnh cạnh đại tràng.

Khâu đóng phúc mạc bằng chỉ tan 3-0. Khâu đóng lớp cơ chéo trong và cơ ngang bụng bằng chỉ tan 2-0, lớp cân cơ chéo ngoài bằng chỉ tan 2-0, lớp cân Scapa bằng chỉ tan 2-0. Da được khâu đóng bằng chỉ tan 4-0 mũi khâu dưới da, sau đó tăng cường bằng một băng dán (Steri-Strips). Nếu nghi ngờ có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, không khâu lớp dưới da, chỉ dán băng dán tăng cường.

4.2- Cắt ruột thừa (mổ nội soi):

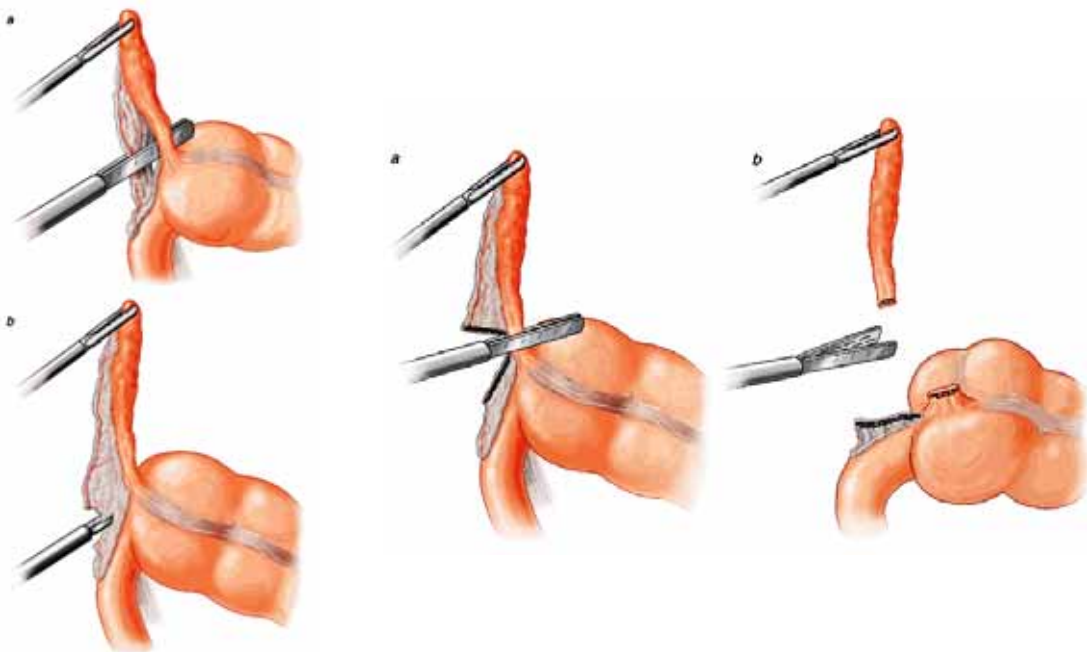
BN được gây mê, nằm ngửa, hay tay khép dọc thân mình. Thông dạ dày và thông tiểu nên được đặt một cách thường quy. Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái BN. Người phụ (cầm camera) đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính và gần vai BN. Monitor được đặt ở phía bên phải.

Trocar đầu được đặt ngay dưới rốn. Sau khi bơm hơi xoang bụng, ống soi được đưa vào để quan sát. Chỉ sau khi chẩn đoán chắc chắn viêm ruột thừa, hai trocar còn lại mới được đặt tiếp. Tuy nhiên, ở nhiều BN, viêm ruột thừa chỉ được xác định sau khi đặt trocar thứ hai và thứ ba để bộc lộ ruột thừa.



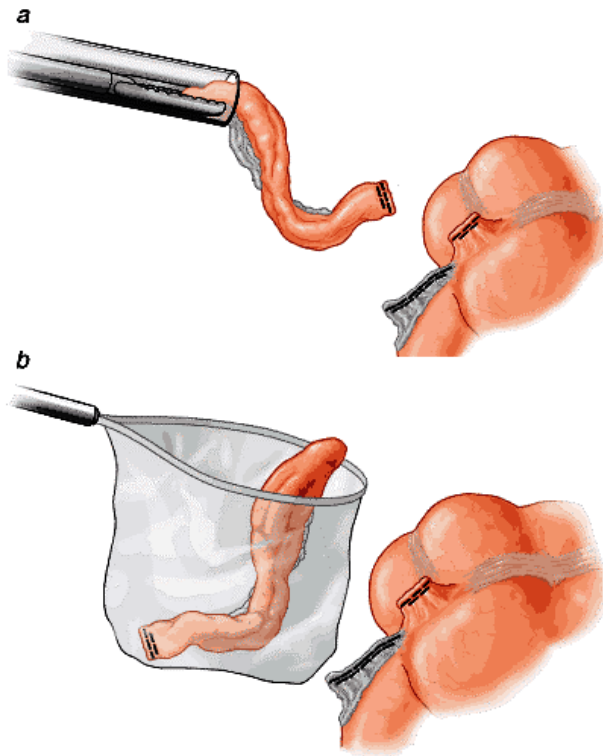
Nếu xoang bụng có mũ, phải hút sạch mũ nhưng không bơm rửa để bảo đảm dịch mũ không lan tràn sang các vùng khác.

Sau khi bộc lộ ruột thừa, lần theo thân ruột thừa để đến gốc ruột thừa. Nếu manh tràng cố định, tốt nhất là di động manh tràng, bằng cách cắt nếp gấp phúc mạc, bắt đầu từ hồi tràng tận, vòng quanh đáy manh tràng đến cạnh ngoài đại tràng lên, bằng dao cắt siêu âm.



Đầu ruột thừa được giữ và kéo ra trước và xuống dưới, để trình bày mạc treo ruột thừa hình tam giác. Một cửa sổ được tạo ra ở giữa gốc ruột thừa và mạc treo. Mạc treo ruột thừa được kẹp cắt bằng một GIA (gastrointestinal anastomosis) với cartridge mạch máu. Nếu việc tạo ra một cửa sổ như trên không thể thực hiện được, cắt mạc treo ruột thừa từ đầu xuống gốc ruột thừa.

Gốc ruột thừa được làm sạch bằng cách cắt bỏ các mô mỡ bao quanh. Cắt ruột thừa bằng GIA với cartridge ruột.



Ruột thừa sau đó được lấy ra khỏi xoang bụng. Ruột thừa viêm nhẹ có thể được đưa qua các cổng trocar. Ruột thừa viêm hoại tử hay đã vỡ mũ phải được cho vào bao trước khi đem ra ngoài. Phẫu trường được bơm rửa và hút sạch. Kiểm tra cầm máu. Kiểm tra đáy manh tràng để chắc chắn mỏm ruột thừa được đóng tốt. Rút trocar. Khâu đóng các lỗ đặt trocar. Lỗ đặt trocar nào có đường kính trên 5mm phải được đóng lớp cân cơ.