

CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI

Đỗ Trọng Hải*¹

I. Mở đầu

Cắt ruột thừa qua nội soi lần đầu tiên được Kurt Semm, một nhà sản khoa, thực hiện vào năm 1983 với các chỉ định bao gồm viêm ruột thừa mãn và bán cấp dính vào buồng trứng gây vô sinh, lạc nội mạc tử cung ở ruột thừa. Lúc ấy phẫu thuật viên là người duy nhất quan sát được cuộc mổ qua kính soi, những thành viên khác của ekip mổ không theo dõi và hỗ trợ được cho người mổ chính. Cùng với sự phát triển camera có vi mạch điện tử, phẫu thuật nội soi ngày nay đã tiến một bước dài. Cắt ruột thừa qua nội soi ngày càng phổ biến, giúp tăng cường chất lượng điều trị và giải quyết các tồn tại của mổ mổ như làm giảm tỉ lệ chẩn đoán sai và nhiễm trùng vết mổ cũng như dính ruột sau mổ.

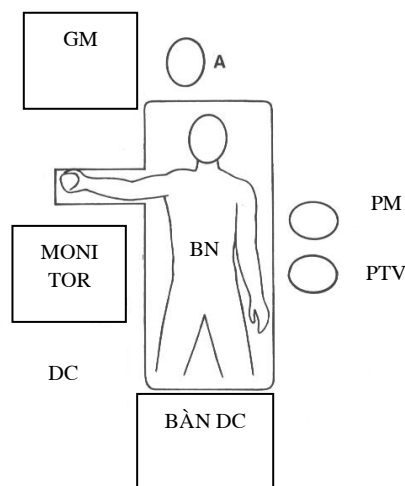
II. Chỉ định

Chỉ định chính là các trường hợp đã chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp hoặc các trường hợp đau hố chậu phải mà chẩn đoán còn nghi ngờ. Các trường hợp biến chứng của viêm ruột thừa như viêm phúc mạc, áp-xe ruột thừa cũng không phải là chống chỉ định mổ nội soi.

Chống chỉ định bao gồm các trường hợp bệnh nhân có tiền căn mổ vùng dưới rốn (tương đối) và các chống chỉ định chung của phẫu thuật nội soi như bệnh nhân có kèm bệnh nội khoa không thể bơm hơi ổ bụng

III. Sắp đặt phòng mổ

Bệnh nhân được đặt nằm ngửa và gây mê nội khí quản. Nên đặt thông tiểu nếu tiền lượng cuộc mổ kéo dài hơn một giờ và để tránh tai biến chọc trocar vào bàng quang. Monitor được đặt bên phải, phía chân bệnh nhân. Phẫu thuật viên chính đứng bên trái bệnh nhân ; người phụ lúc đầu mổ đứng bên phải, và sẽ chuyển sang trái sau khi đặt xong các trocar.



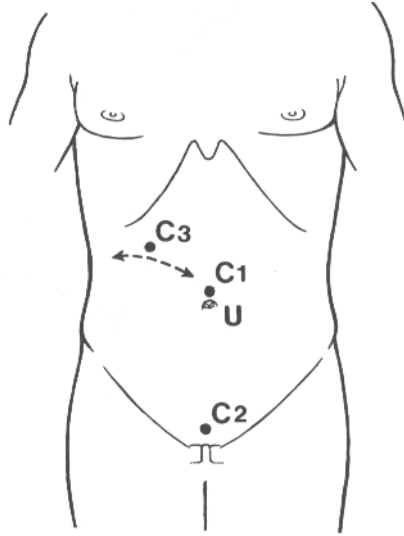
Hình 1 – Tư thế bệnh nhân và vị trí ekip mổ

¹ TS.BS. Giảng viên Bộ môn Ngoại – ĐHYD TP.HCM

IV. Vị trí các ngõ vào

Theo tiêu chuẩn người ta dùng 3 ngõ vào để đặt trocar như sau (hình 2)

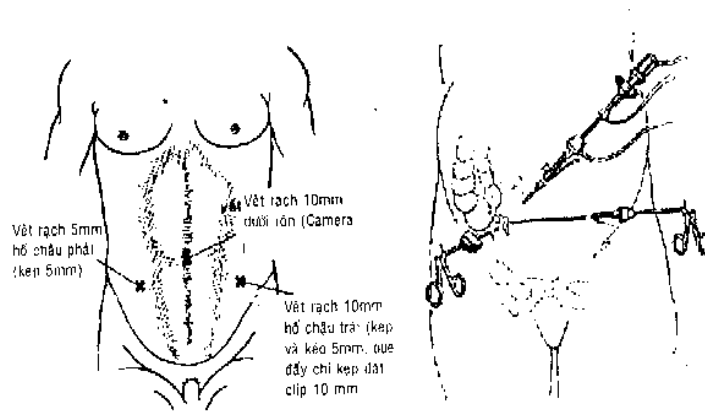
- Lỗ 10 mm ngay dưới lỗ rốn.
- Lỗ 10 mm ở hạ sườn phải (vị trí này có thể thay đổi thấp hơn)
- Lỗ 5mm ở đường giữa trên trên xương mu.



Hình 2 – Vị trí các ngõ vào tiêu chuẩn

Để đạt yêu cầu thẩm mỹ hơn, người ta còn có thể dùng các ngõ vào khác (hình 3)

- Lỗ 10 mm ngay dưới lỗ rốn.
- Lỗ 10 mm ở hố chậu trái
- Lỗ 5mm ở hố chậu phải



Hình 3 - Vị trí các ngõ vào (thẩm mỹ)

V. Kỹ thuật

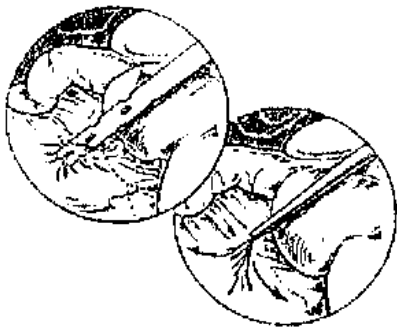
A. Đặt các trocar và bơm CO₂ vào ổ bụng

Rạch một đường thẳng hoặc một vòng cung dài 10 mm dưới rốn . Phẫu tích cẩn thận các lớp cho đến khi vào đến ổ phúc mạc theo phương pháp của Hasson . Đặt một trocar 10mm, qua đó bơm CO₂ vào ổ bụng . Dùng kính soi 10mm thẳng hoặc nghiêng 30⁰, quan

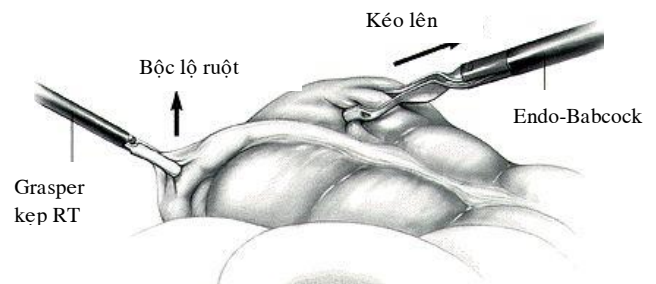
sát toàn thể ổ bụng để khẳng định chẩn đoán và loại trừ các bệnh lý khác . Đặt một trocar 10mm ở hố chậu trái, đây sẽ là ngõ thao tác chính, và một trocar 5mm ở hố chậu phải làm ngõ phụ (hình 3) . Khi đặt trocar, tránh làm tổn thương các mạch máu thượng vị dưới bằng cách chiếu sáng từ trong ra . Xoay bàn mổ bệnh nhân ở tư thế đầu thấp nghiêng trái giúp bộc lộ ruột thừa .

B. Quan sát ổ bụng

Trước khi tiến hành cắt ruột thừa, phẫu thuật viên cần quan sát xem có dịch đục hay dịch mủ vùng hố chậu hay túi cùng Douglas không . Cần hút sạch chúng trước để tránh vấy bẩn dịch sang nơi khác . Có thể tưới rửa với một ít nước và hút sạch (hình 4)



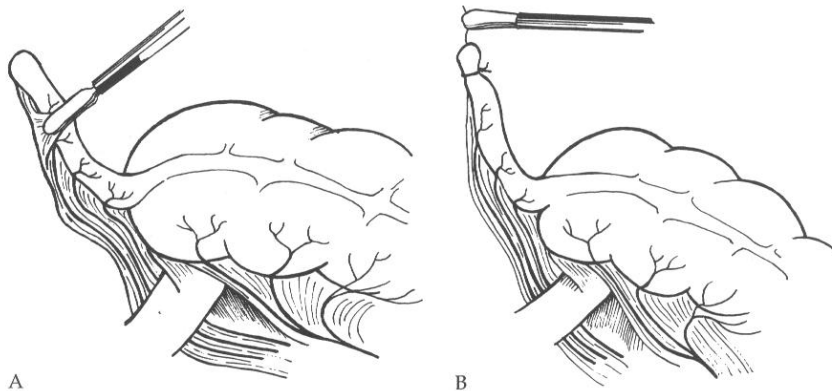
Hình 4 – Tưới rửa hút sạch dịch bẩn trước khi cắt ruột thừa



Hình 5 – Tìm và bộc lộ mạc treo ruột thừa

C. Tìm ruột thừa và bộc lộ mạc treo

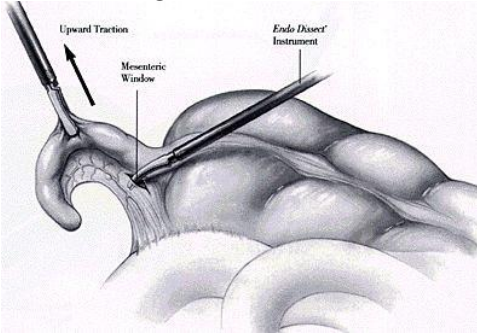
Bước đầu tiên là bộc lộ mạc treo ruột thừa, bằng cách nâng ruột thừa lên về phía thành bụng . Tránh không làm vỡ ruột thừa, nhưng nếu ruột thừa nung mủ căng to, nên dùng một babcock kẹp vào mạc treo . Một cách khác là buộc một vòng nơ vào đầu ruột thừa, cắt chừa một đoạn chỉ 2-3cm và dùng kẹp nắm vào sợi chỉ để nâng ruột thừa lên (hình 5)



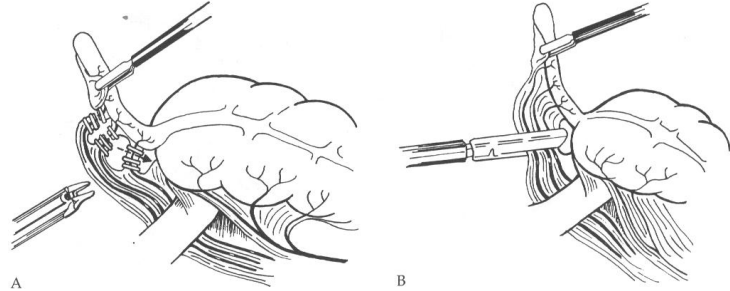
Hình 5 – Tìm và nâng ruột thừa bộc lộ mạc treo

D. Xử lý mạc treo ruột thừa

Có nhiều cách để xử lý mạc treo ruột thừa. Trước hết phải dùng kèm phẫu tích tạo cửa sổ mạc treo ruột thừa, tốt nhất phải rộng 1 cm (hình 6). Cách đơn giản nhất để cắt mạc treo là dùng clip để kẹp động mạch ruột thừa (hai clip về phía đầu gần) và dùng kéo cắt. Ta cũng có thể buộc chỉ (buộc trong cơ thể hay buộc ngoài cơ thể với nơ Roeder), hoặc chỉ đốt điện bằng dao lưỡng cực mà không cần buộc chỉ. Stapler nội soi có thể dùng để cắt các mạc treo và gốc ruột thừa. (hình 7).



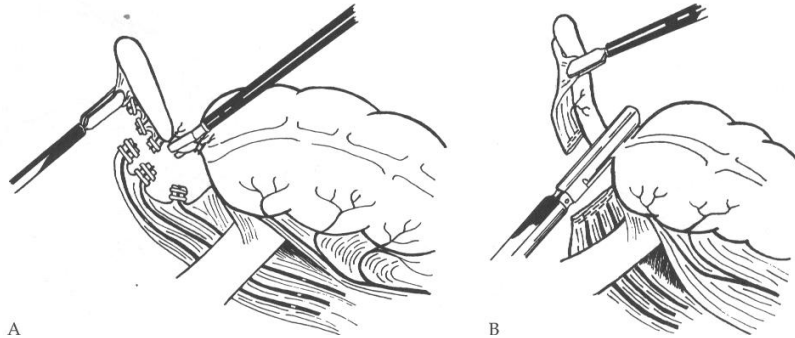
Hình 6 – Tạo cửa sổ mạc treo



Hình 7 – Xử lý mạc treo ruột thừa với clip, stapler hoặc đốt điện (bipolar)

E. Cột cắt ruột thừa

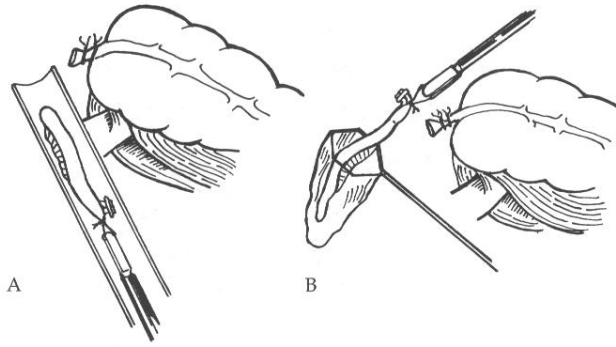
Sau khi đã làm sạch mạc treo tới sát gốc ruột thừa, buộc một nơ tại gốc, một nơ khác cách nơ thứ nhất 10mm. Cắt giữa hai nơ, chỗ cắt cách gốc 3-5mm để tránh tụt nơ (hình 8 A). Có khi ruột thừa được cắt bằng stapler (hình 8B) và cắt trước khi cắt mạc treo. Không cần phải vùi gốc ruột thừa, dù rằng về mặt kỹ thuật điều này có thể thực hiện được.



Hình 8 – Cắt ruột thừa cách nơ ở gốc ít nhất 3 mm hoặc cắt bằng stapler

F. Lấy ruột thừa ra ngoài

Ruột thừa được rút ra ngoài qua trocar 10mm ở hố chậu trái. Tránh không cho ruột thừa chạm vào vết mổ. Nếu ruột thừa lớn không kéo vào lòng trocar được, ta đặt nó vào đầu túi nhựa hay bao cao su để rút ra (hình 9)



Hình 9 - Lấy ruột thừa bằng cách rút qua ống trocar hay cho vào túi nhựa

G. Kiểm tra và rửa hố chậu phải và Douglas

Sau cùng, tưới rửa hố chậu phải bằng một ít dung dịch muối đẳng trương. Trước khi kết thúc cuộc mổ, ta kiểm tra lại gốc và mạc treo ruột thừa bảo đảm không chảy máu.

H. Rút trocar – Khâu các lỗ vào

Sau khi rút các trocar, tháo CO₂, khâu cân cơ ở các vết rạch 10mm. Khâu dưới da. Sau mổ, cho bệnh nhân vận động sớm. Có thể cho xuất viện trong vòng 24 - 48 giờ đối với các ruột thừa cấp chưa có biến chứng.

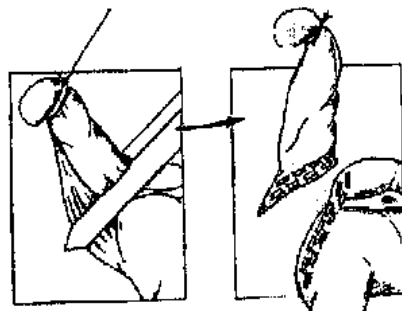
VI. Các thay đổi về kỹ thuật

A. Vị trí đặt các trocar

- Đặt hai trocar ở hố chậu phải và trái, hai dụng cụ sẽ có hướng vuông góc với nhau. Đây là tư thế thuận lợi để thao tác, và hai vết rạch sẽ ở thấp hơn nên có tính thẩm mỹ hơn. Tuy nhiên dụng cụ bên phải sẽ ngược chiều với camera. Hơn nữa, do đoạn dụng cụ ở trong ổ bụng ngắn, khi thao tác tay phẫu thuật viên phải đi một khoảng dài.
- Lựa chọn thứ hai là trocar 10mm đặt ở hố chậu trái nhưng lên cao hơn, trocar 5mm đặt ở trên xương mu. Cần làm xẹp bàng quang trước mổ.

B. Dùng stapler

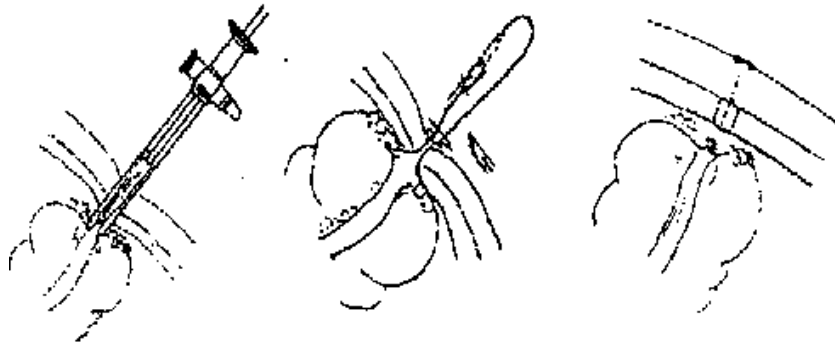
Dùng stapler giúp cuộc mổ đơn giản và nhanh chóng. Có thể làm mỏng mạc treo ruột thừa, để chỉ cần một nhát stapler 30 hay 35mm ta có thể cắt cả ruột thừa và mạc treo của nó (hình 10)



Hình 10 – Cắt ruột thừa và mạc treo bằng một nhát stapler

C. Cắt ruột thừa ngoài ổ bụng

Ở những bệnh nhân có thành bụng mỏng, mạc treo ruột thừa không dày mỡ, ta có thể kéo ruột thừa vào lòng trocar ở hố chậu trái. Rút trocar, xử lý mạc treo và gốc ruột thừa ngoài ổ bụng, sau đó thả manh tràng về lại hố chậu phải (hình 11)



Hình 11 – Cắt ruột thừa ngoài ổ bụng

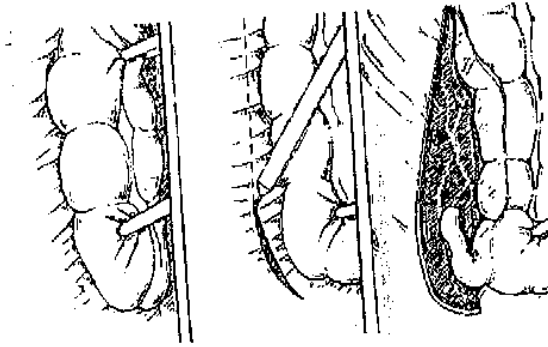
D. Sử dụng các dụng cụ có đường kính rất nhỏ

Phương pháp phẫu thuật với các dụng cụ nhỏ (2-3 mm) gọi là "needlescopic surgery", có thể gọi là "phẫu thuật nội soi với các dụng cụ có đường kính như cái kim" có thể được áp dụng rất tốt cho cắt ruột thừa. Khi đó ngõ vào dưới rốn sẽ dành cho kính soi 3 hay 5mm, ngõ vào ở hố chậu trái là 5mm và hố chậu phải là 2mm. Tổng cộng chiều dài cả ba ngõ vào chỉ khoảng 10-12mm. Để cầm nắm mô được chắc, cần xoay kèm quanh trục của nó. Vì lưỡi kéo nhỏ nên mỗi nhát chỉ cắt được ít mô. Cuộc mổ có thể dài hơn mổ nội soi thông thường một chút. Ngõ 2mm chỉ cần dán băng dính mà không khâu. Các ngõ 5mm chỉ khâu dưới da. Sau mổ bệnh nhân ít đau hơn mổ thông thường

VII. Các trường hợp khó

A. Ruột thừa sau manh tràng

Ruột thừa sau manh tràng không phải hiếm gặp và không phải là chống chỉ định của mổ nội soi. Nhiều trường hợp vẫn có thể dễ dàng xác định và di động ruột thừa. Trong các trường hợp này, dùng kính soi 30⁰ và cho bệnh nhân nghiêng thêm về bên trái sẽ có ích. Các trường hợp khó gồm các ruột thừa nằm một phần hay toàn bộ dưới thanh mạc. Quan sát hố chậu phải thường chỉ nhận diện được manh tràng, đại tràng lên và phúc mạc thành bên mà không thấy ruột thừa. Cần di động một phần manh tràng bằng cách dùng một kẹp Babcock nắm manh tràng kéo vào trong, và phẫu tích mạc Told để bộc lộ ruột thừa (hình 12). Điều quan trọng nhất là cần xác định rõ ruột thừa. Nếu nghi ngờ nên chuyển sang mổ hở



Hình 12 – Di động manh tràng để bộc lộ ruột thừa

B. Gốc ruột thừa mủ

Có thể khâu một mũi chữ X vùi gốc ruột thừa sau khi buộc gốc ruột thừa như thường lệ. Cách thứ hai là dùng stapler cắt bỏ ruột thừa kèm một phần nhỏ đáy của manh tràng. Trong trường hợp khó khăn có khi phải chuyển mổ hở.

C. Viêm phúc mạc

Khi đã thành thạo với cắt ruột thừa viêm cấp, phẫu thuật viên có thể mở rộng sang các trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa. Các phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể mổ thành công qua nội soi khoảng 75% các trường hợp viêm phúc mạc. Cần xác định rõ đầu ruột thừa và gốc ruột thừa. Do ruột thừa thường hoại tử mủn nát, dễ vỡ, ta nên dùng Babcock hay một cái kẹp ruột không sang chấn để kẹp ruột thừa. Chỉ một phần nhỏ ruột thừa sót lại cũng có thể gây áp-xe tồn lưu. Kính nội soi giúp quan sát rõ hố chậu, túi cùng Douglas cũng như các nơi khác trong ổ bụng nên việc hút sạch mủ, mô hoại tử và việc rửa bụng sẽ thuận lợi hơn. Nếu ruột thừa nung mủ căng to, cho ruột thừa vào túi nhựa trước khi rút ra. Nếu cần thiết có thể đặt dẫn lưu qua các lỗ đặt trocar.

VIII. Ưu điểm của phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi

Về mặt chẩn đoán, nội soi ổ bụng giúp quan sát trực tiếp ruột thừa và khẳng định có viêm ruột thừa không. Nếu ruột thừa không viêm, nó giúp chẩn đoán các bệnh lý gây đau hố chậu phải như viêm phần phụ, thai ngoài tử cung, thủng dạ dày. Quan trọng hơn cả, trong nhiều trường hợp nó giúp ta xử trí các tổn thương này mà không cần phải chuyển sang mổ hở. Nếu mở bụng đường Mac Burney, nhưng lại phát hiện ra một thủng dạ dày bị chẩn đoán nhầm là viêm ruột thừa, phẫu thuật viên khi mổ hở đành phải đóng đường Mac Burney và chuyển sang mổ đường giữa trên rốn. Bệnh nhân sẽ chịu hai đường mổ. Nhưng nếu cũng bệnh nhân đó được mổ nội soi, ta chỉ cần thay đổi vị trí trocar là có thể đồng thời khâu lỗ thủng và rửa bụng qua nội soi.

Về mặt điều trị, ưu điểm lớn nhất là bệnh nhân rất ít đau và có thể xuất viện trong vòng 24 – 48 giờ sau mổ. Ngoài ra, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ cũng thấp hơn mổ hở, do ruột thừa được rút qua lòng trocar và không hề chạm vào vết mổ, và vết trocar nội soi không làm xé cơ. Nếu xảy ra, nhiễm trùng vết mổ nội soi cũng chỉ như nhiễm trùng mổ

hở như bung thành bụng hay thoát vị vết mổ. Ngoài ra tỉ lệ dính vùng chậu phải sau mổ nội soi là không đáng kể so với mổ hở.

Một nghiên cứu thực nghiệm tại Bệnh Viện Chợ Rẫy đã so sánh 21 trường hợp mổ nội soi cắt ruột thừa với 24 trường hợp mổ mở [2]. Nhận xét rút ra giống như nghiên cứu của nhiều tác giả khác trên thế giới, mổ nội soi có ưu điểm về mặt: bệnh nhân trung tiện sớm hơn, hậu phẫu bệnh nhân rất ít đau, thời gian nằm viện rút ngắn. Chưa thấy khác biệt nhiều về tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ .

Tác giả	Số ca (NS/mở)	Thời gian mổ (giờ)	Thời gian nằm viện (ngày)	Hoạt động bình thường (ngày)	Nhiễm trùng vết mổ (%)
Martin 1995	81/80	102/82	2,2/4,3	23/23	4/7
Kum 1993	52/57	43/40	3,2/4,2	29/32	0/9
Hebebrand 1994	34/23		1,9/2,4		
Tate 1993	70/70	70/46,5	3,5/3,6	31/36	15/24
Attwood 1992	30/32	61/51	2,5/3,8	21/38	0/3,1
Fraze 1994	37/38	65/87	2,0/2,8	14/25	
BVCR 1997	19/24	74/58	3/5,8		10,5/2,5

Một nghiên cứu khác hồi cứu trên 130 trường hợp cắt ruột thừa nội soi từ tháng 8 năm 1996 đến tháng 8/2000 tại 3 cơ sở : bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện trường Đại Học Y Dược TP. HCM và bệnh viện Hoàn Mỹ [3] cho thấy:

- Số trường hợp viêm ruột thừa sung huyết , nung mủ , hoại tử và viêm phúc mạc khu trú lần lượt là 17% , 67% , 10% và 6%. Có 13 trường hợp ruột thừa nằm sau manh tràng .
- Thời gian mổ trung bình là 66 phút .
- Có 3% trường hợp chuyển sang mổ hở do viêm dính không phẫu tích bọc lộ ruột thừa được hoặc do trực tràng máy bơm CO₂ .
- Thời gian liệt ruột sau mổ trung bình là 28 giờ.
- Tỉ lệ biến chứng 7.7% gồm có :nhiễm trùng lỗ trocar (2.3%), tụ dịch ổ bụng sau mổ (4.6%) điều trị nội ổn, tụ máu thành bụng (0.7%)
- Không có tử vong sau mổ.
- Thời gian nằm viện trung bình là 3,6 ngày

IX. Kết luận:

Hiện nay cắt ruột thừa nội soi hầu như đã trở thành điều trị tiêu chuẩn cho viêm ruột thừa cấp, và ngay cả viêm phúc mạc và áp-xe ruột thừa cũng có thể mổ được qua nội soi trong tay những PTV kinh nghiệm.

Các ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa thể hiện rõ nhất ở các trường hợp sau:

- Bệnh nhân nữ trẻ, nhất là khi phân vân trong chẩn đoán nguyên nhân đau hố chậu phải cấp tính. Hơn nữa, nhóm bệnh nhân này thường ưa chuộng mổ nội soi do ưu điểm thẩm mỹ của phẫu thuật.
- Các bệnh nhân mập, có thành bụng dày mỡ, là những bệnh nhân khi mổ thường ta phải đi những đường mổ rộng, ruột thừa nằm sâu khó thao tác. Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ hở đối với các bệnh nhân này khá cao. Thực tế mổ nội soi ở đây thường dễ hơn mổ hở và làm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ cũng thấp hơn.
- Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm ruột thừa, nhưng khi mổ ra là bệnh lý khác, như thủng dạ dày, thai ngoài tử cung, viêm phần phụ, ... mà chúng ta có thể xử lý được qua nội soi.

Cũng như nhiều nơi trên thế giới, việc áp dụng phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa ở một trung tâm ngoại khoa tuyến chuyên sâu nếu gặp khó khăn, thì đó không phải do khâu kỹ thuật mổ, mà do việc tổ chức được các kíp mổ nội soi trong cấp cứu. Hơn nữa trong một số ca, nhất là những ca đầu, cuộc mổ có thể kéo dài, có thể chiếm phòng mổ và ảnh hưởng đến công tác cấp cứu chung của phòng mổ. Đó chính là thực tế hiện nay cần khắc phục.

X. Tài liệu tham khảo

1. Robert J. Fitzgibbons, Jr , Kenan M. Ulualp:
Laparoscopic appendectomy, Master of surgery, Little Brown, third edition, vol II, 1997, 1412-1419.
2. Nguyễn Tấn Cường:
Cắt ruột thừa qua nội soi, Tài liệu hướng dẫn phẫu thuật nội soi, JICA, BVCR, 1999, 113-121
3. Nguyễn Hoàng Định, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Hoàng Bắc và cs:
Mức độ an toàn và hiệu quả của cắt ruột thừa nội soi, Hội nghị Khoa học Ngoại khoa toàn quốc, Đại học Y Dược TP.HCM, 12/2000.