

Nhận xét thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc

Evaluating the situation of diagnosis of appendiceal peritonitis in Northern mountainous hospitals

Nguyễn Hưng Đạo*,
Trịnh Hồng Sơn**

*Trung tâm Y tế huyện Chiêm Hóa,
**Bệnh viện Việt Đức Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu hồi cứu mô tả tiến hành trên 468 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/9/2017, tại các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc. *Kết quả:* Bệnh chủ yếu gặp trong độ tuổi lao động 19 - 60 tuổi; tỷ lệ nam/nữ tương đương; thời gian từ khi đau tới khi vào viện chủ yếu trên 24 giờ; đa số các bệnh nhân có sốt chiếm 68,2%; một số bệnh nhân gặp tình trạng nôn, buồn nôn, rối loạn đại tiện; tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau và phản ứng thành bụng trên lâm sàng, bụng chướng và cảm ứng phúc mạc thường gặp; đa số các bệnh nhân có tăng bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 79,3%; tỉ lệ chẩn đoán đúng viêm phúc mạc ruột thừa trước phẫu thuật là 50,4%. *Kết luận:* Chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại các tỉnh miền núi phía Bắc đã có nhiều tiến bộ góp phần vào việc ứng dụng điều trị phẫu thuật nội soi để giảm thiểu biến chứng và tăng cường chất lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm phúc mạc ruột thừa, thực trạng chẩn đoán, bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.

Summary

Objective: To evaluate the situation of diagnosis of appendiceal peritonitis in some Northern mountainous general hospitals. *Subject and method:* A retrospective descriptive study on 468 cases who was diagnosed with appendiceal peritonitis and treated by laparoscopic surgery from January 1, 2015 to September 31, 2017 at Northern mountainous hospitals. *Result:* The disease was mainly seen in the working age group 19 - 60 years old; male/female ratio was equal; time from pain to surgery was mostly > 24 hours; most of the patients had fever accounted for 68.2%; some patients had vomiting, nausea, bowel disorders; all patients had clinical symptoms of abdominal pain and reaction, other common symptoms were abdominal distension and peritoneal tenderness; the majority of patients had an increase in neutrophil,

Ngày nhận bài: 9/2/2022, *ngày chấp nhận đăng:* 15/3/2022

Người phản hồi: Nguyễn Hưng Đạo, Email: bienpham1102@gmail.com - Trung tâm Y tế huyện Chiêm Hóa

accounting for 79.3%; the correct diagnosis rate of appendiceal peritonitis before surgery was 50.4%. *Conclusion:* The appendiceal peritonitis diagnosis in some Northern mountainous general hospitals had made many advances, contributed to the application of laparoscopic surgery to minimize complications and improve the quality of life for patients.

Keywords: Appendiceal peritonitis, situation of the diagnosis, Northern mountainous hospitals.

1. Đặt vấn đề

Viêm phúc mạc ruột thừa là tình trạng viêm phúc mạc do viêm ruột thừa muộn biến chứng thủng hay hoại tử. Chẩn đoán chính xác viêm phúc mạc ruột thừa đến muộn thường gặp nhiều khó khăn, việc chẩn đoán muộn dẫn đến bệnh nhân không được cấp cứu và điều trị kịp thời có thể bệnh nhân sẽ tử vong do nhiễm khuẩn, nhiễm độc. Các tỉnh miền núi phía Bắc với địa bàn rộng, có nhiều dân tộc khác nhau sinh sống, kinh tế nói chung còn nghèo, cùng với phong tục tập quán lạc hậu, giao thông đi lại không thuận lợi.... Nhân lực về bác sĩ ngoại khoa, bác sĩ gây mê, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh còn thiếu và trình độ không đồng đều. Trang thiết bị y tế còn thiếu thốn, thể hệ máy thì cũ hơn cho nên chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa ở đây còn có nhiều khó khăn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét thực trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại các tỉnh miền núi phía Bắc.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa (viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể, viêm phúc mạc ruột thừa khu trú), được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, từ 01/01/2015 đến 31/09/2017 tại 8 bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc gồm Bắc Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, Hà Giang, Hòa Bình, Sơn La, Tuyên Quang thực hiện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Gồm tất cả các bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi có chẩn đoán xác định trong phẫu thuật là viêm phúc mạc ruột thừa.

Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh hình ảnh đại thể khẳng định ruột thừa vỡ.

Bệnh nhân được điều tra theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Thông tin của bệnh nhân trên bệnh án gốc không được ghi nhận đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật theo quy trình kỹ thuật viêm phúc mạc ruột thừa.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Bệnh nhân được ghi nhận thông tin từ khi vào viện cho đến khi ra viện theo cùng một mẫu bệnh án nghiên cứu. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, thời gian đau đến khi vào viện; triệu chứng toàn thân; triệu chứng cơ năng; triệu chứng thực thể. Triệu chứng cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu; siêu âm ổ bụng

2.3. Xử lý số liệu

Thu thập thông tin

Tất cả các bệnh nhân được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất gồm toàn bộ các chỉ tiêu nghiên cứu nêu trên. Việc thu thập thông tin do trực tiếp các phẫu thuật viên tham gia phẫu thuật tại 8 Bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc tiến hành.

Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

Sử dụng các test thống kê y học thích hợp.

3. Kết quả

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $35,90 \pm 20,04$ năm. Bệnh nhân từ 30 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,2%. Tỷ lệ nam giới là 51,5%, nữ giới 48,5%.

Bảng 1. Thời gian từ lúc bệnh nhân đau đến khi vào viện

Thời gian (giờ)	Số bệnh nhân (n = 468)	Tỷ lệ %
Dưới 6	15	3,2
Từ 6 đến dưới 12	43	9,2
Từ 12 đến dưới 24	103	22,0
Từ 24 đến dưới 48	182	38,9
Từ 48 đến dưới 72	84	17,9
Từ 72 trở lên	41	8,8
Trung bình \pm SD (min - max)	$41,52 \pm 36,74$ (3 - 321)	

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian từ khi đau tới lúc vào viện từ 24 đến dưới 48 giờ chiếm 38,9%; bệnh nhân đau dưới 6 giờ có 3,2%. Thời gian đau tới khi được vào viện trung bình là $41,52 \pm 36,74$ giờ.

Tỷ lệ bệnh nhân có sốt chiếm tỷ lệ cao nhất 68,2%. Tỷ lệ sốt cao chiếm 21,2%.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n=468)	Tỷ lệ %	
Đau bụng	Vị trí	Vùng hố chậu phải	432	92,3
		Thượng vị	50	10,7
		Hạ sườn phải	12	2,6
		Quanh rốn	125	26,7
		Hạ vị	28	6,0
		Hố chậu trái	2	0,4
		Nhiều vị trí	236	50,4
	Diễn biến	Liên tục	451	96,4
		Thành cơn	17	3,6
Buồn nôn và nôn		146	31,2	
Bí trung tiện		25	5,3	
Tính chất đi ngoài	Bí đại tiện	30	6,4	
	Phân bình thường	403	86,1	

	Phân lỏng	32	6,8
	Táo bón	3	0,6

Nhận xét: Đau bụng vùng hố chậu phải gặp nhiều nhất 92,3%, đau liên tục 96,4%.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n = 468)	Tỷ lệ %
Bụng chướng	Nhiều	11	2,4
	Vừa	18	3,8
	ít	132	28,2
Ấn đau hố chậu phải		468	100,0
Phản ứng thành bụng hố chậu phải		468	100,0
Cảm ứng phúc mạc		196	41,9
Co cứng thành bụng		5	1,1
Sờ thấy khối trong ổ bụng		11	2,4

Nhận xét: 100% bệnh nhân có ấn đau và phản ứng thành bụng hố chậu phải. Tỷ lệ bệnh nhân có chướng bụng chiếm 34,4%. Trong nghiên cứu thấy tỷ lệ tăng bạch cầu trên 10G/L chiếm 79,3%, tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trên 70% chiếm 88%.

Bảng 4. Kết quả siêu âm ổ bụng, đối chiếu với phẫu thuật

Hình ảnh siêu âm (n = 468)		Đánh giá trong phẫu thuật		Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Độ chính xác (%)
		Có	Không			
Dịch ổ bụng	Có (n = 80)	80	0	17,3	-	17,3
	Không (n = 385)	381	7			
	Tổng	461	7			
Ruột thừa tăng kích thước \geq 6mm	Có (n = 220)	220	0	47,0	-	47,0
	Không (n = 248)	248	0			
	Tổng	468	0			
Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa	Có (n = 214)	214	0	45,7	-	45,7
	Không (n = 254)	254	0			
	Tổng	468	0			
Ruột thừa vỡ	Có (n = 1)	1	0	0,2	-	0,2
	Không (n = 467)	467	0			
	Tổng	468	0			
Khối áp xe ruột thừa	Có (n = 3)	2	1	28,6	99,8	98,7
	Không (n = 465)	5	460			

	465)					
	Tổng	7	461			
Sỏi phân	Có (n = 17)	4	13	16,7	97,1	92,9
	Không (n = 451)	20	431			
	Tổng	24	444			

Nhận xét: Chẩn đoán dịch ổ bụng bằng siêu âm đạt độ nhạy 17,3%, ruột thừa tăng kích thước 47%.

Bảng 5. So sánh chẩn đoán trước và trong phẫu thuật

Trong phẫu thuật (n = 468) Trước phẫu thuật	Viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể (n = 359)	Viêm phúc mạc ruột thừa khu trú (n = 109)
Viêm phúc mạc ruột thừa (Viêm phúc mạc/ Viêm phúc mạc ruột thừa) (n = 236)	206 (57,4%)	30 (27,5%)
Viêm ruột thừa (n = 231)	152 (42,3%)	79 (72,5%)
Tắc ruột (n = 1)	1 (0,3%)	0
Chẩn đoán đúng	50,4% (p<0,001)	

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán chính xác viêm phúc mạc ruột thừa chỉ đúng 50,4%.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng viêm phúc mạc ruột thừa

Thời gian viêm ruột thừa: Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra bệnh lý viêm phúc mạc ruột thừa thường tiến triển sau 24 giờ, nhưng vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa sớm trước 12 giờ. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian đau tới khi được vào viện trung bình là 41,52 giờ. Tỷ lệ viêm phúc mạc ruột thừa trước 24 giờ là 34,4% là một tỷ lệ không nhỏ để bị bỏ sót (Bảng 1). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Sheu BF (2007) [1].

Triệu chứng toàn thân viêm phúc mạc ruột thừa: Trong nghiên cứu của chúng tôi khi tiếp nhận các bệnh nhân đều vào viện trong trạng thái tỉnh táo; có 68,2% bệnh nhân sốt, tỷ lệ sốt cao chiếm 21,2%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả

tương tự tác giả Bickell (2005) [2], Sheu (2007) [1].

Triệu chứng cơ năng viêm phúc mạc ruột thừa: Chúng tôi ghi nhận tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng trong đó đa số bệnh nhân đau bụng vùng hố chậu phải chiếm 92,3%; tỷ lệ bệnh nhân có đau nhiều vị trí chiếm 50,4%. Tỷ lệ buồn nôn và nôn chiếm 31,2%; tỷ lệ bí trung tiện 5,3%; tỷ lệ bí đại tiện chiếm 6,4%; tỷ lệ đi ngoài phân lỏng chiếm 6,8% (Bảng 2). Các tác giả khác cũng chỉ ra triệu chứng đau bụng đặc biệt là đau bụng nhiều vị trí là dấu hiệu cơ năng đặc trưng của viêm phúc mạc ruột thừa Kramer (1999) [3], Nguyễn Quang Huy [4].

Triệu chứng thực thể: Nghiên cứu cho thấy triệu chứng thực thể là đau hố chậu phải, phản ứng thành bụng hố chậu phải đều gặp 100% ngoài ra tỷ lệ bệnh nhân có chướng bụng chiếm 34,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có đau và phản ứng thành bụng hố chậu phải là 100% (Bảng 3). Kết quả của

chúng tôi tương đương với tác giả Sheu (2007) [1]. Thăm khám lâm sàng vẫn là yếu tố quyết định chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tuy nhiên vẫn có những sai khác giữa chẩn đoán trước và sau mổ.

Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm: Nghiên cứu thấy trên siêu âm độ nhạy và độ chính xác khi phát hiện dịch ổ bụng 17,2%; ruột thừa tăng kích thước là 47% (Bảng 4). Tác giả Tzanakis (2005) nhận xét độ chính xác của siêu âm chẩn đoán dịch ổ bụng đối với những bệnh nhân béo hoặc bệnh nhân có thành bụng dày thì chẩn đoán chính xác của siêu âm chỉ là 50% trong các trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa [5]. Như vậy, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng nhiều nhất phù hợp với điều kiện vật chất trang thiết bị của các địa phương và kinh tế của bệnh nhân. Tuy nhiên, độ nhạy, độ đặc hiệu cũng như độ chính xác của siêu âm tại các tỉnh miền núi phía Bắc còn thấp. Cần phải tăng cường đào tạo chuyên sâu đội ngũ bác sĩ chẩn đoán hình ảnh để cải thiện tình trạng chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa nói riêng và các bệnh lý ngoại khoa nói chung.

4.2. Chẩn đoán trước và trong phẫu thuật

So sánh kết quả chẩn đoán trước và trong phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa, tỷ lệ chẩn đoán đúng chỉ là 50,4%; trong đó tỷ lệ chẩn đoán đúng viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể là 57,4%; viêm phúc mạc ruột thừa khu trú là 27,5% (Bảng 5). Như vậy, độ chính xác của chẩn đoán viêm

phúc mạc ruột thừa trước phẫu thuật ở mức trung bình.

5. Kết luận

Siêu âm phát hiện kích thước ruột thừa to trên 6mm là 47%, hình ảnh thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa 45,7%. Tỷ lệ chẩn đoán chính xác viêm phúc mạc ruột thừa 50,4%.

Tài liệu tham khảo

1. Sheu BF, Chiu TF, Chen JC et al (2007) *Risk factors associated with perforated appendicitis in elderly patients presenting with signs and symptoms of acute appendicitis*. ANZ J. Surg 77(8): 662-666.
2. Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C (2006) *How time affects the risk of rupture in appendicitis*. J Am Coll Surg 202(3): 401-406.
3. Kraemer M, Kremer K, Leppert R, Yang Q, Ohmann C, Fuchs KH (1999) *Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute Abdominal Pain Study Group*. Eur J Surg 165(5): 473-480.
4. Nguyễn Quang Huy and Vũ Huy Nùng, Văn Tần (2018) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh và vi khuẩn học trong viêm phúc mạc ruột thừa toàn thể*. Tạp chí Y học Việt Nam, 471, tr. 14-17.
5. Tzanakis NE, Efstathiou SP, Danulidis K et al (2005) *A new approach to accurate diagnosis of acute appendicitis*. World J. Surg 29(9): 1151-1156.