

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM RUỘT THỪA SAU MANH TRÀNG

ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

KIM VĂN VỤ- Trường Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là cấp cứu thường gặp nhất trong các cấp cứu ngoại khoa về bụng ở nước ta cũng như ở các nước khác trên thế giới.

Sự khó khăn trong chẩn đoán sớm VRTC chính là do bệnh cảnh lâm sàng của VRTC khá đa dạng, các thể không điển hình, sự thay đổi vị trí của ruột thừa so với bình thường, hay xảy ra trên các cơ địa khác nhau (người già, trẻ nhỏ, phụ nữ có thai, những BN có các bệnh lý kết hợp...). Thêm vào đó, tình trạng sử dụng kháng sinh và thuốc giảm đau khá tùy tiện hiện nay trong y tế tư nhân và cộng đồng cũng đã ảnh hưởng không nhỏ đến biểu hiện lâm sàng của bệnh.

Trong nước có nghiên cứu về viêm ruột thừa ở nhiều khía cạnh khác nhau, nhưng chưa có đề tài nào đi sâu nghiên cứu VRTC thể sau manh tràng - một thể VRT không điển hình hay gặp. Do đó nghiên cứu này được tiến hành với hai mục tiêu

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chẩn đoán viêm ruột thừa sau manh tràng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng:** Tất cả các bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là VRTC thể sau manh tràng, lưu trữ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ 1/2009 - 12/2011.

2. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, gồm các thông tin liên quan đến các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh được ghi lại trong bệnh án bệnh nhân:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử mổ cũ, tiền sử thai nghén (nữ)

- Lâm sàng: các triệu chứng được mô tả tại thời điểm khám vào viện và được theo dõi tiến triển đến trước lúc mổ:

- o Đau bụng, vị trí, tính chất đau
- o Nhiệt độ lúc vào
- o Phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc
- o Điểm đau: Mac-Burney, điểm trên mào chậu,...

- Cận lâm sàng: Kết quả của các phương pháp cận lâm sàng được ghi nhận ở lần xét nghiệm đầu tiên lúc vào viện.

- o Bạch cầu
- o Siêu âm
- o X-quang ổ bụng không chuẩn bị
- o Chụp cắt lớp vi tính (nếu có)

KẾT QUẢ

Trong 3 năm từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2011

tại Khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có 46 bệnh nhân điều trị viêm ruột thừa thể sau manh tràng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

1. Đặc điểm chung

Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình 38.15 ± 19 tuổi. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 5 tuổi và cao tuổi nhất là 78 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Nhóm tuổi	n (%)	Giới	n (%)
< 10	1 (2.2)	Nam	27 (58.7)
10-19	9 (19.6)	Nữ	19 (41.3)
20-29	6 (13)		
30-39	13 (28.3)		
40-49	5 (10.9)		
50-59	4 (8.7)		
60-69	3 (6.5)		
≥ 70	5 (10.8)		

Nhận xét: Tỷ lệ VRTC thể sau manh tràng cao nhất ở lứa tuổi từ 30-39 tuổi (13 BN, 28.3%), sau đó là lứa tuổi 10-19 (9 BN, 19.6%) và thấp nhất ở lứa tuổi < 10 (1 BN, 2.2%).

- Tỷ lệ VRTC thể sau manh tràng ở hai giới khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$, kiểm định χ^2).

2. Đặc điểm lâm sàng

100% BN có dấu hiệu đau bụng với tính chất, vị trí khác nhau (bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm đau

Tính chất đau	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Đau âm ỉ, liên tục	38 (82.6)	Có phản ứng thành bụng	18 (39.1)
Đau âm ỉ, từng cơn	5 (10.9)	Có điểm đau Mac - Burney	14 (30.4)
Đau dữ dội, liên tục	2 (4.3)	Có dấu hiệu Blumber HCP	5 (10.9)
Đau dữ dội, từng cơn	1 (2.2)		
Vị trí đau bụng	Khởi phát đau	Đến khám	
Hồ chậu phải	17 (37)	29 (63)	
Vùng trên HCP (mạn sườn, hố thất lưng, hạ sườn phải)	7 (16.3)	13 (28.3)	
Vùng khác	22 (46.7)	4 (8.7)	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân thể viêm ruột thừa sau manh tràng có biểu hiện đau âm ỉ và liên tục (82.6%) với vị trí đau và các dấu hiệu như Mac-Burney, Blumber Hồ chậu phải không đặc hiệu. Nhiệt độ lúc vào viện và triệu chứng về tiêu hóa kèm theo được tóm tắt trong bảng 3. Nhiệt độ trung bình của bệnh nhân lúc vào viện là 37.5 ± 0.9 (°C), cao nhất là 39.9 °C và thấp nhất là 36.0 °C.

Bảng 3: Nhiệt độ bệnh nhân lúc vào viện (n=46)

Nhiệt độ	(n%)	Triệu chứng	Có xuất hiện (n%)
----------	------	-------------	-------------------

< 37.5 °C	23 (50)	Buồn nôn	8 (17.4%)
°C	16 (34.8)	Nôn	9 (19.6%)
>38.5 °C	7 (15.2)	Tiêu chảy	13 (28.3%)

3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.1. Số lượng bạch cầu:

Số lượng bạch cầu của các bệnh nhân được xét nghiệm trước mổ trung bình là 14.42 ± 4.35 G/l, trong đó thấp nhất là 5 G/l và cao nhất là 26 G/l. Tỷ lệ bạch cầu trung tính: 79.6 ± 7.6 (%), thấp nhất: 63.6 % và cao nhất: 93.2 % (bảng 4)

Bảng 4. Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu trung tính

Số lượng bạch cầu	n (%)	Tỷ lệ bạch cầu trung tính n (%)	
		> 75%	≤ 75%
< 10 G/l	6 (13)	3 (6.5)	3 (6.5)
10 - 15 G/l	22 (47.8)	31 (67.4)	9 (19.6)
>15 G/l	18 (39.2)		

3.2. CRPhs:

Có 33 (71.7%) trong số 46 bệnh nhân được làm xét nghiệm CRPhs. Giá trị trung bình: 3.677 ± 4.648 (mg/dl), trong đó thấp nhất là 0.014 mg/dl và cao nhất là 18.826 mg/dl (bảng 5)

Bảng 5. Chỉ số CRPhs khi vào viện (n=33)

Số lượng bạch cầu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 0.5 mg/dl	9	27.3
>0.5 mg/dl	24	72.7

3.3. Siêu âm và CT-scanner:

Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 1 (2.2%) bệnh nhân không được làm siêu âm. Bệnh nhân này, làm sàng theo dõi VRT mạn tính nên được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ngay từ đầu. Có 23 trong số 46 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính, chiếm 50% (bảng 6).

Bảng 6. Giá trị chẩn đoán của siêu âm và CT-scanner

	Chẩn đoán đúng VRT bằng siêu âm n (%)	Chẩn đoán đúng VRT bằng CT-Scanner n (%)
Chẩn đoán VRT	23 (51.1%)	23 (100%)
Chẩn đoán vị trí sau manh tràng	4 (8.9%)	14 (60.9%)

Nhận xét: Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán VRT thể sau manh tràng chỉ đạt 8.9%. Nhưng khi có sự kết hợp của chụp CT-Scanner, chẩn đoán đúng VRT thể sau manh tràng tăng lên 60.9%

BÀN LUẬN

1. Phân bố của VRT thể sau manh tràng theo tuổi:

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân VRT thể sau manh tràng là 38.15 ± 19 . Bệnh nhân nhỏ nhất là 5 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi. Thể VRT này gặp ở tất cả các lứa tuổi, hiếm gặp ở trẻ nhỏ, tỷ lệ tăng dần ở tuổi trưởng thành, hay gặp nhất ở tuổi thanh niên và trung niên, nhóm tuổi từ 20 đến 39 tuổi chiếm tới 41.3%. Càng lớn tuổi, tỷ lệ càng giảm đi nhưng không hiếm gặp ở người già (10.8% ở nhóm >70 tuổi). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu VRT nói chung của các tác giả trong nước và trên thế giới.

Như vậy đặc điểm phân bố VRT thể sau manh tràng theo tuổi cũng giống với các thể khác. Nguyên nhân có thể do ở lứa tuổi nhỏ (2-10 tuổi) các nang lympho của ruột thừa ít phát triển, phát triển mạnh ở lứa tuổi dậy thì, trưởng thành, rồi sau đó giảm dần theo tuổi. Trong khi nhiều thống kê cho rằng phi đại các nang lympho ở lớp dưới niêm mạc ruột thừa là nguyên nhân chính (60%) gây tắc nghẽn lòng ruột thừa - một cơ chế VRT.

2. Mối quan hệ giữa VRTC và giới

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ VRT sau manh tràng ở nam/nữ xấp xỉ 1.4/1, nhưng không có sự khác biệt về tỷ lệ VRT thể sau manh tràng giữa nam và nữ. Kết quả này phù hợp với các tác giả nước ngoài như Primates P. và Goldacre M.J thấy tỉ lệ nam/nữ là 1.8/1, Brian C.O. [36] cũng có kết quả tương tự nam 54%, nữ 45%. Nhưng ngược lại nhiều nghiên cứu trong nước cho thấy tỉ lệ nam/nữ ≤ 1. Tuy nhiên trong tất cả các nghiên cứu sự khác biệt giữa nam và nữ đều không có ý nghĩa thống kê.

3. Đặc điểm lâm sàng

3.1. Đau bụng

100% có đau bụng, đó là nguyên nhân chính khiến các bệnh nhân đến viện. Tính chất đau hay gặp đó là đau âm ỉ và liên tục, chiếm 82.6%. Tuy nhiên, đau bụng thường nhẹ, dấu hiệu bụng ngoại khoa (phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc) thường không rõ. Trong nghiên cứu này, tại thời điểm vào viện, dấu hiệu phản ứng thành bụng chỉ chiếm 39.1%. Đó là lý do tại sao bệnh nhân thường đến khám muộn hoặc được theo dõi tại khoa trong thời gian dài. Nếu xét về mặt giải phẫu thì vị trí sau manh tràng được ngăn cách với các vùng khác của ổ bụng rất rõ, ở trên là gan phải, ở trước là manh tràng, ở sau và bên là thành bụng sau bên với khối cơ thất lưng chậu to, ở trong là mạc treo manh tràng, đại tràng lên. Thêm vào đó, ruột thừa viêm sau manh tràng dễ dính vào thành manh tràng hoặc bị mạc nối bọc lại. Do đó ruột thừa chịu ít tác động của động tác khám qua thành bụng, khiến triệu chứng đau mờ nhạt.

Vị trí khởi phát đau bụng trong nghiên cứu cũng khá đa dạng, nhiều nhất là ở hố chậu phải, chiếm 37%, tiếp đó là vùng thượng vị (26.1%), vùng quanh rốn (19.6%), vùng mạn sườn phải (8.7%). Tại thời điểm khám lúc vào viện, nếu chia ổ bụng thành 3 vùng bằng 2 đường thẳng đi qua điểm giữa đòn 2 bên thì vùng 1/3 phải có tỷ lệ đau chiếm khá cao 91.3%. Đối chiếu lên vị trí của ruột thừa ta thấy sự phù hợp, ở sau manh tràng, tùy theo ruột thừa dài hay ngắn mà đầu ruột thừa có thể nằm từ hố chậu phải đến dưới gan.

Đau vùng hố chậu phải và điểm đau Mac-Burney cũng chiếm 1 phần không nhỏ trong VRT thể sau manh tràng. Đau hố chậu phải và đau vị trí khác khu trú hố chậu phải chiếm 63%, điểm đau Mac-Burney chiếm 30.4%. Theo kết quả nghiên cứu của Triệu Dương (2002), điểm đau Mac-Burney có ở tất cả các vị trí ruột thừa [13]. Về mặt giải phẫu học thì điểm đau Mac-Burney tương ứng với điểm gốc ruột thừa, thân và đầu ruột thừa có thể nằm ở các vị trí

khác nhau nhưng gốc ruột thừa luôn cố định khi vị trí manh tràng không thay đổi, đây chính là lý do tại sao dù RT ở vị trí nào thì điểm đau Mac-Burney là hay gặp nhất. Tác giả này còn chỉ ra các điểm đau đặc trưng theo vị trí của ruột thừa, có ý nghĩa trong dự đoán vị trí ruột thừa trong ổ bụng, từ đó tiên lượng tốt cho cuộc mổ và tìm kiếm ruột thừa trong quá trình phẫu thuật. Theo Triệu Triệu Dương, điểm đau niệu quản giữa phải, và đặc biệt là điểm đau mào chậu phải khá đặc trưng trong VRT sau manh tràng [13]. Tuy nhiên trong thống kê của chúng tôi, rất ít các bệnh nhân được mô tả điểm đau này. Có thể các bác sỹ chưa quan tâm đến các điểm đau này hoặc bị lu mờ bởi các điểm đau điển hình của VRT (điểm Mac-Burney).

3.2. Sốt và rối loạn tiêu hóa

Nhiệt độ trung bình đo được ở các bệnh nhân lúc vào viện là 37.5 ± 0.9 ($^{\circ}\text{C}$). Như vậy các bệnh nhân thường có sốt nhẹ, kết quả này cũng tương tự như triệu chứng của VRTC thể điển hình [18]. Có 17.4% các trường hợp có biểu hiện buồn nôn, 19.6% có biểu hiện nôn và 28.3% các trường hợp có biểu hiện tiêu chảy, không có trường hợp nào có biểu hiện táo bón.

4. Đặc điểm cận lâm sàng

4.1. Bạch cầu, CRPhs

Số lượng bạch cầu trung bình 14.42 ± 4.35 G/l, như vậy dao động trong khoảng 10-18 G/l. Kết quả này cũng phù hợp với triệu chứng VRT thể điển hình [18]. Đáng chú ý là tỷ lệ tăng bạch cầu ($> 10\text{G/l}$) và công thức bạch cầu chuyển trái (bạch cầu trung tính $> 75\%$) chiếm khá cao, tới 67.4%. Đây là một dấu hiệu đặc trưng thể hiện quá trình viêm cấp tính. Một chỉ số thể hiện quá trình viêm cũng hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi đó là CRPhs (protein phản ứng C). Tỷ lệ CRPhs tăng > 0.5 mg/dl chiếm tới 72.7% các trường hợp.

4.2. Siêu âm và giá trị chẩn đoán:

Có 45/46 bệnh nhân được tiến hành siêu âm chẩn đoán VRT. Các dấu hiệu siêu âm trong VRT bao gồm ruột thừa to, đường kính $> 6\text{mm}$, ấn đau, ép không xẹp, thâm nhiễm mỡ xung quanh, có lớp dịch xung quanh ruột thừa, có dấu hiệu sỏi trong lòng. Có ít nhất 1 trong các dấu hiệu trên cho phép chẩn đoán VRT trên siêu âm.

Trong nghiên cứu này, mặc dù hệ thống chẩn đoán hình ảnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội rất hiện đại, nhưng tỷ lệ chẩn đoán đúng VRT chỉ đạt 51.1%. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trên các bệnh nhân VRT nói chung của các tác giả trong nước và thế giới. Tỷ lệ phát hiện vị trí sau manh tràng trên siêu âm còn thấp hơn, chỉ đạt 8.9%. Nguyên nhân có thể do hình ảnh ghi nhận được qua siêu âm chỉ là hình ảnh phản âm nên hình ảnh ruột thừa dễ bị che lấp bởi manh tràng và hơi trong lòng của nó. Đó là một hạn chế lớn của siêu âm

trong chẩn đoán các tổn thương trong ổ bụng.

Từ kết quả này cũng cho ta thấy chưa thể loại trừ VRT khi siêu âm ổ bụng trả lời bình thường, đặc biệt là đối với VRT thể sau manh tràng.

4.3. CT-scanner và giá trị chẩn đoán:

23/46 bệnh nhân được chỉ định chụp CT-scanner. Các bệnh nhân này thường có biểu hiện lâm sàng mờ nhạt, hình ảnh siêu âm ổ bụng không có gì đặc biệt. Đây đúng là một phương pháp hình ảnh có giá trị chẩn đoán cao, tỷ lệ chẩn đoán đúng theo nghiên cứu này là rất cao, đạt 100%. Tỷ lệ phát hiện vị trí sau manh tràng đạt 60.9%. Bởi do hình ảnh trên CT-scanner là hình ảnh cắt ngang qua các lớp nên dễ phân định, xác định vị trí của ruột thừa trong ổ bụng và các tổn thương của các tổ chức xung quanh. Mặc dù vậy đây là một kỹ thuật chẩn đoán có giá thành cao, khó có thể áp dụng thường qui trong chẩn đoán VRT. Trong nghiên cứu này, chỉ có 23 trường hợp này được chỉ định chụp CT-scanner khi siêu âm trả lời không VRT, nhưng theo dõi lâm sàng tiến triển (đau bụng tăng, sốt tăng, điểm đau khu trú). Do vậy, theo dõi lâm sàng sát vẫn là yếu tố quan trọng hàng đầu.

KẾT LUẬN

- VRT thể sau manh tràng gặp ở tất cả các lứa tuổi, hay gặp nhất ở nhóm từ 20-39 tuổi (chiếm 41.3%), không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0.05$).

- Có những đặc điểm giống và khác với thể VRT điển hình: Đau hố chậu phải hoặc vị trí khác khu trú hố chậu phải vẫn chiếm tỉ lệ cao 63%, điểm đau Mac-Burney chiếm 30.4%, tính chất đau thường âm ỉ và liên tục (82.8%). Tuy nhiên biểu hiện đau thường mờ nhạt, dấu hiệu bụng ngoại khoa (phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc) chiếm tỉ lệ thấp 39.1%, đau thường nhẹ.

- Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán VRT thể sau manh tràng không cao: Tỷ lệ chẩn đoán đúng VRT đạt 51.1%, chẩn đoán thể sau manh tràng chỉ đạt 8.9%.

- CT-Scanner có giá trị cao trong chẩn đoán VRTC thể sau manh tràng: 100% chẩn đoán đúng VRT, 60.9% phát hiện được vị trí VRT sau manh tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hùng, V., *Viêm ruột thừa* in *Bệnh học ngoại khoa*, B.m.N.-T.Đ.h.Y.H. Nội, Editor 1991, Nhà xuất bản Y học Hà Nội. p. 5 - 13.
2. Hoàng Công Đắc, *Viêm ruột thừa cấp*, in *Bệnh học ngoại khoa - Sau đại học*, Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội, Editor 2006, Nhà xuất bản y học: Hà Nội. p. 171 - 187.
3. Tôn Thất Bách and Trần Bình Giang, *Viêm Ruột Thừa*, in *Tài liệu đào tạo qua mạng* 2004.
4. Quế, Đ.V., *Một số nhận xét về bệnh viêm ruột thừa trong 5 năm tại bệnh viện Việt Đức*, in *Bộ môn Ngoại* 1994, Trường Đại học Y Hà Nội Hà Nội.