

Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Bạch Mai

Trần Hiếu Học^{1,2}, Đỗ Việt Anh², Trần Quế Sơn^{1,2}, Nguyễn Ngọc Hùng², Hoàng Anh², Nguyễn Vũ Quang², Nguyễn Đình Quyên², Vũ Đức Long² và cộng sự

1. Trường Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện Bạch Mai

Địa chỉ liên hệ:

Trần Hiếu Học,
Đại học Y Hà Nội
Bệnh viện Bạch Mai
78 Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 0913 563 135
Email: hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/12/2024

Ngày chấp nhận đăng:

28/02/2025

Ngày xuất bản: 28/3/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa cấp ở phụ nữ mang thai có sự khác biệt so với người bình thường nên chẩn đoán, điều trị có những khó khăn nhất định. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp ở phụ nữ có thai.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu các ca bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2020 đến 12/2022, thu thập các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và các kết quả chính của phẫu thuật.

Kết quả: Tổng số 57 người bệnh, tuổi trung bình 27,7 (19 – 38) tuổi, tỷ lệ nhóm tuổi ≤ 30 , 31 – 35 và > 35 tuổi lần lượt là 70,1%, 24,6% và 5,3%. Tỷ lệ sản phụ có tuổi thai 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối là 26,3%, 59,6% và 14,1%. Diễn biến bệnh ≤ 24 giờ và > 24 giờ là 63,1% và 36,9%. Dấu hiệu đau bụng cấp, sốt và nôn là 100%, 59,7% và 35,1%. Tỷ lệ bạch cầu tăng là 96,5%. Siêu âm thấy ruột thừa to và thâm nhiễm mỡ là 98,3% và 100%. Ruột thừa viêm ở đầu, thân và vỡ là 42,1% và 58,9% và 33,3%. Thời gian mổ và nằm viện là 56,7 (40 – 120) phút và 3,1 (1-7) ngày. Đặt trocar kiểu A hoặc B áp dụng chủ yếu cho thai kỳ đầu và giữa 84,21%. Biến chứng gồm 1 ca áp xe tồn dư và 3 ca dọa sảy thai.

Kết luận: Viêm ruột thừa có thể gặp ở cả ba kỳ của quá trình thai nghén, có trường hợp ruột thừa đã vỡ nhưng phẫu thuật nội soi vẫn là phương pháp điều trị khả thi và hiệu quả.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, phẫu thuật nội soi, phụ nữ có thai.

Outcomes of laparoscopic appendectomy for pregnant at Bach Mai Hospital

Tran Hieu Hoc^{1,2}, Do Viet Anh², Tran Que Son^{1,2}, Nguyen Ngoc Hung², Hoang Anh², Nguyen Vu Quang², Nguyen Dinh Quyen², Vu Duc Long² et al

1. Hanoi Medical University, 2. Bach Mai Hospital

Abstract

Introduction: Acute appendicitis in pregnant women is different from that in normal people. Therefore, treatment has certain difficulties. The study aims to describe the clinical characteristics and results of laparoscopic appendectomy.

Patients and Methods: The clinical data of all patients who underwent laparoscopic appendectomy during pregnancy at Bachmai Hospital between January 2020 and December 2022.

Results: Fifty-seven patients underwent laparoscopic appendectomy during pregnancy. The mean age was 27.7 (19 – 38) years. The rate of the age groups ≤ 30 , 31 – 35, and > 35 years was 70.1%, 24.6%, and 5.3%, respectively. The percentage of the first, second, and third trimesters was 26.3%, 59.6%, and 14.1%. The disease progression ≤ 24 hours and 24 hours $>$ was 63.1% and 36.9%. Signs of abdominal pain, fever, and vomiting were 100%, 59.7%, and 35.1%, respectively. Abdominal ultrasound showed that the enlarged appendix and fat infiltrated at 98.3% and 100%. Inflammatory appendicitis in the head, body, and rupture was 42.1%, 58.9%, and 33.3%. The mean operation time and hospital length stay were 56.7 (40 – 120) minutes and 3.1 (1-7) days. Insertion of trocar type A or B was mainly applied to early and middle pregnancy period in 84.21%. Complications included one intra-abdominal abscess and miscarriages were observed.

Conclusions: Appendicitis can be seen in all three trimesters of pregnancy. Laparoscopic appendectomy can be safely and effectively performed for all periods of pregnancy and in complicated case such as an appendix ruptures..

Keywords: acute appendicitis, laparoscopic surgery, pregnancy.

Đặt vấn đề

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 60-70% các cấp cứu ngoại khoa về bụng, trong đó khoảng 1/800 – 1/1.500 xảy ra ở những phụ nữ mang thai. Tỷ lệ sảy thai chiếm khoảng 2% và có thể tăng tới 6% nếu bị biến chứng như viêm phúc mạc hay áp xe. Tương tự, tỷ lệ sinh non cũng khoảng 4% đến 11%.[1] Ở thời kỳ mang thai, người phụ nữ có nhiều

thay đổi sinh lý và nội tiết cùng với sự to dần của tử cung khiến những mốc giải phẫu của các tạng trong ổ bụng thay đổi làm trở ngại cho việc thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng và cả việc phẫu thuật. Theo một số tác giả, VRTC ở phụ nữ có thai dễ bị chẩn đoán nhầm với một số bệnh lý sản phụ khoa. Chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật sớm giúp giảm tỷ lệ sảy thai, sinh non và các biến chứng cho sản phụ.[2-4] Ở nhóm người bệnh này trong 3 tháng đầu, VRTC

có thể dẫn tới biến chứng 3-15% và tăng lên 20-30% ở giai đoạn sau của thai kỳ. Điều trị viêm ruột thừa cấp bằng phẫu thuật nội soi đã dần thay thế mổ mở kinh điển với những ưu điểm được khẳng định qua nhiều nghiên cứu và điều này cũng được áp dụng tương tự đối với phụ nữ có thai.[3, 5]

Tại Bệnh viện Bạch Mai, nhiều người bệnh bị viêm ruột thừa được mổ cấp cứu, không ít trong số đó là phụ nữ mang thai. Vậy, chẩn đoán bệnh ở đối tượng này ra sao, và PTNS có khả thi, an toàn là câu hỏi đặt ra. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những phụ nữ có thai bị viêm ruột thừa cấp và kết quả phẫu thuật nội soi nhóm người bệnh này tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020 – 2022.

Đối tượng và phương pháp

Đối tượng nghiên cứu: là các phụ nữ có thai đã được phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2020 đến 12/2022.

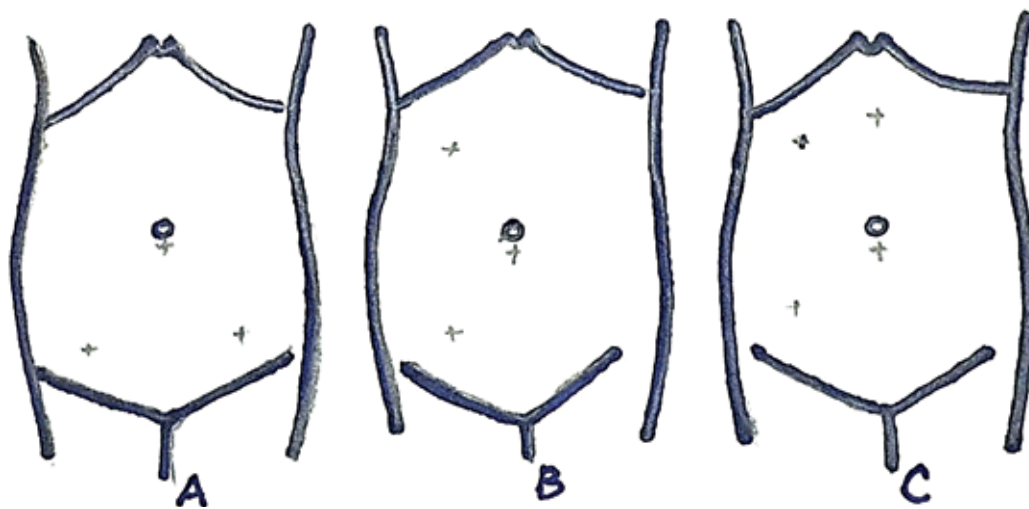
Tiêu chuẩn lựa chọn: ca bệnh đầy đủ hồ sơ bệnh án, phụ nữ đang có thai, chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa và biến chứng viêm phúc mạc được khẳng định bằng giải phẫu bệnh lý; được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: không có kết quả giải phẫu bệnh, ruột thừa viêm trong bệnh cảnh của viêm phúc mạc do nguyên nhân khác.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả hồi cứu. Thông tin người bệnh được thu thập dựa trên bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện, liên hệ với người bệnh qua điện thoại, thư điện tử; mời đến khám lại để xác định kết quả xa liên quan đến thai và sản phụ. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm: (i) đặc điểm chung: tuổi mẹ, tuổi thai, số lần sinh, bệnh nội ngoại khoa kết hợp; (ii) Lâm sàng: cơ năng, thực thể, thời gian biểu hiện đau bụng tới khi đến viện và đến khi được mổ; (iii) Cận lâm sàng gồm xét nghiệm bạch cầu, kích thước ruột thừa, thâm nhiễm trên siêu âm; (iv) Trong mổ: tổn thương (ổ bụng, ruột thừa), vị trí đặt trocar theo 3 kiểu như hình 1 (kiểu A: HCP-HCT-rốn; kiểu B: HCP- HSP- rốn; kiểu C: HCP-HSP- rốn hoặc thượng vị), các phương thức xử trí ruột thừa viêm (mọc treo, gốc), thời gian mổ, dẫn lưu. (v) Kết quả sớm: diễn biến (thời gian trung tiện, cho ăn), có dùng thuốc giảm co hay không, biến chứng sau mổ về ngoại khoa và về sản khoa.

Phân tích và xử lý số liệu: các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, mô tả các biến định lượng dưới dạng giá trị trung bình, biến định tính dưới dạng tỷ lệ %.

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu này nhằm mục đích khoa học, toàn bộ các thông tin nghiên cứu đều được bảo mật theo đúng quy định về bảo mật thông tin tại Bệnh viện Bạch Mai. Các số liệu thu thập được chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.



Hình 1: Các kiểu đặt trocar A – B – C

Kết quả

Trong thời gian từ tháng 1/2020 đến 12/2022 có 57 trường hợp với những đặc điểm chung và lâm sàng như trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và lâm sàng (n=57)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình	27,7 ± 4,4		
Nhóm tuổi	19 – 25	19	33,3
	26 – 30	21	36,8
	31 – 35	14	24,6
	> 35	3	5,3
Tuổi thai	3 tháng đầu	15	26,3
	3 tháng giữa	34	59,6
	3 tháng cuối	8	14,1
Tiền sử sản khoa	Chưa có con	41	71,9
	Có 1 con	10	17,5
	Có 2 con	6	10,6
Tiền sử nội ngoại khoa	Mổ cũ	1	1,7
	Bệnh nội khoa mạn tính	6	10,5
Đặc điểm lâm sàng			
Thời gian khởi phát bệnh	< 24h	36	63,1
	24 – 48h	14	24,6
	> 48h	7	12,3
Thời gian chờ mổ	< 6h	21	36,8
	6 – 12h	32	56,1
	> 12h	4	7,1
Sốt	< 37,5°C	23	40,3
	Sốt nhẹ (37,5 – 38,5°C)	29	50,9
	Sốt cao (> 38,5°C)	5	8,8

Đau	Hố chậu phải	38	66,7
	Hạ sườn phải	7	12,3
	Hạ vị	1	1,7
	Mạn sườn phải	8	14,1
	Khắp bụng	3	5,2
Nôn, buồn nôn		20	35,1
Rối loạn tiêu hóa	Táo bón, ỉa chảy	10	17,5
	Phản ứng thành bụng	44	77,2
	Cảm ứng phúc mạc	13	22,8

Nhận xét: viêm ruột thừa gặp nhiều hơn ở kỳ thai giữa và phụ nữ có thai lần đầu. Đa số người bệnh đến viện sớm, các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở người bệnh trong nghiên cứu là đau bụng và nôn.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Cận lâm sàng		Số NB	Tỷ lệ %
Bạch cầu (n=57)	< 10 G/L	2	3,5
	Số lượng 10 - < 16 G/L	29	50,9
	≥ 16 G/L	26	45,6
	Tỷ lệ đa nhân trung tính		
	< 70%	0	0
	≥ 70%	57	100
Siêu âm (n=57)	Kích thước RT < 6mm	1	1,7
	> 6mm	56	98,3
	Dịch ổ bụng	32	56,1
	Phản ứng viêm	57	100

Nhận xét: hầu hết có bạch cầu tăng 96,5%, siêu âm thấy ruột thừa tăng kích thước 98,3% và có thâm nhiễm mỡ xung quanh.

Bảng 3. Tình trạng tổn thương qua nội soi và kết quả phẫu thuật

Tình trạng ổ bụng		n	%
Dịch ổ bụng	Không	13	22,8
	Dịch trong	24	42,1
	Dịch đục, giả mạc khu trú	17	29,8
	Dịch đục, giả mạc khắp ổ bụng	3	5,2
Tình trạng ruột thừa			
Tổn thương bệnh lý	Sung huyết	24	42,1
	Mưng mủ	14	24,6
	Hoại tử, đã vỡ	19	33,3
Vị trí tổn thương	Đầu	24	42,1
	Thân	33	57,9
Kết quả phẫu thuật			
Thời gian PT (phút)	VRT cấp, mũ	37	65,0
	Áp xe ruột thừa	3	5,2
	Viêm phúc mạc RT	17	29,8
	Trung bình	56,7 ± 17,1	
Kiểu đặt trocar	A	20	35,1
	B	34	59,7
	C	3	5,2
Dẫn lưu ổ bụng	1	16	28,1
	2	6	10,5
Thời gian có nhu động ruột (ngày)	Ngày thứ 1	35	61,4
	Ngày thứ 2	17	29,8
	Ngày thứ 3	5	8,8
Thời gian dùng giảm co thắt (ngày)	2 ngày	27	47,4
	3 ngày	16	28,1
	>3 ngày	14	24,5

Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	2 ngày	1	
	3 ngày	12	
	4 ngày	9	
Thời gian nằm viện (ngày)		3,16 ± 1,42 (1-7)	
Biến chứng	Áp xe tồn dư	1	1,7
	3 tháng đầu	1 (thai lưu)	
	3 tháng giữa	2 (dọa sảy, dọa đẻ non)	
Biến chứng về sản khoa	3 tháng cuối	0	

Nhận xét: 20 ca (35%) viêm phúc mạc, trong đó ruột thừa vỡ là 33,3%. Diễn biến sau mổ thuận lợi, ít biến chứng cả đối với thai phụ và thai nhi.

Bảng 4. Liên quan tuổi thai với vị trí đặt trocar khi mổ nội soi và với các thể viêm ruột thừa

Kiểu đặt trocar	Kiểu A	Kiểu B	Kiểu C
Tuổi thai	n (%)	n (%)	n (%)
≤ 12 tuần (kỳ đầu)	16 (28,07)	0 (0)	0 (0)
13-28 tuần (kỳ giữa)	4 (7,02)	28 (49,12)	2 (3,51)
≥ 29 tuần (kỳ cuối)	0 (0)	6 (10,53)	1 (1,75)
Thể viêm ruột thừa			
Viêm ruột thừa xung huyết	9 (15,79)	14 (24,56)	0 (0)
Viêm ruột thừa mũ	7 (12,28)	7 (12,28)	0 (0)
Áp xe ruột thừa	2 (3,51)	1 (1,75)	0 (0)
Viêm phúc mạc ruột thừa	2 (3,51)	12 (21,05)	3 (5,26)

Nhận xét: kỳ đầu và giữa thường sử dụng đặt trocar kiểu A hoặc B, nếu có viêm phúc mạc thì đặt kiểu B hoặc C.

Bàn luận

Đặc điểm chung của người bệnh:

Tuổi của sản phụ bị viêm ruột thừa cấp trung bình là $27,7 \pm 4,4$ (19 – 38) tương tự như nhiều nghiên cứu khác.[6, 7] Điều này cũng dễ hiểu vì đây là lứa tuổi sinh đẻ chủ yếu và khi có thai đều có thể bị viêm cấp tính ruột thừa. Tuổi thai gặp nhiều nhất là ở 3 tháng giữa thai kỳ (58,6%) còn kỳ đầu và kỳ cuối có tỷ lệ thấp. Các nghiên cứu khác nhau cho ra các con số không hoàn toàn giống nhau nhưng hầu hết đều thấy ở 3 tháng giữa thai kỳ chiếm tỷ lệ cao.[1, 5] Can thiệp phẫu thuật thường dễ gây sảy thai cho sản phụ ở kỳ đầu hay đẻ non ở kỳ cuối hơn là kỳ giữa. Số sản phụ có tiền sử sảy thai cũng không nhiều, chỉ có 2 trường hợp và các sản phụ này cũng không bị sảy thai trong và sau mổ viêm ruột thừa lần này.

Đặc điểm lâm sàng:

Thời gian bị bệnh đa số là sớm, đến viện trước 24h (60,1%) thời gian chờ mổ tại bệnh viện hầu hết dưới 12h, có thể thấy cũng còn tương đối dài do lượng người bệnh cấp cứu phải mổ tại bệnh viện Bạch Mai cao, phải ưu tiên những ca mổ khác cần cấp cứu hơn. Mặc dù vậy tất cả những trường hợp chẩn đoán VRTC đều được xử trí kịp thời, không có biến chứng viêm phúc mạc nào xảy ra tại bệnh viện, các trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa đều được phẫu thuật sớm nhất có thể trong điều kiện của bệnh viện. Bazdar và cs cũng có kết quả và đưa ra nhận xét là viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai thường đến viện muộn hơn.[8] Đa số người bệnh có sốt và biểu hiện dấu hiệu nhiễm trùng với tỷ lệ nhiệt độ $>37,5$ chiếm 56,5%. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho kết quả hầu hết có sốt, có biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng. Nhưng Bazdar nhận thấy các NB của mình thường dấu hiệu sốt nhẹ hơn. Đau bụng là triệu chứng luôn có, vị trí khu trú đa phần là ở hố chậu phải, tuy nhiên cũng có khi ở mạng sườn thậm chí hạ sườn phải với những trường hợp thai ở kỳ giữa và nhất là kỳ cuối như kết quả trong bảng 1. Trong nghiên cứu 27 NB của Atef Meijri, tỷ lệ đau khu trú hố chậu phải là 75%, còn lại cũng đau mạn sườn phải và hạ sườn phải.[6] Các dấu hiệu cơ năng

khác gặp tỷ lệ thấp, tuy nhiên triệu chứng nôn, buồn nôn hay gặp hơn rối loạn tiêu hóa và đây là biểu hiện có thể bị nhầm lẫn với triệu chứng thai nghén nhất là ở 3 tháng đầu thai kỳ.

Đặc điểm cận lâm sàng:

Xét nghiệm bạch cầu với tỷ lệ đa nhân trung tính tăng cũng thường thấy và có giá trị trong chẩn đoán bệnh, tất nhiên đây cũng là chỉ số có giá trị tham khảo. Các NB của chúng tôi có bạch cầu trung bình $15,58 \pm 3,72$, bạch cầu trung tính chiếm $84,43 \pm 5,16$. Nghiên cứu của Trần Phùng Dũng Tiến cũng có kết quả bạch cầu trung bình 14G/L.[3] Nhận xét của chúng tôi cũng giống như ý kiến nhận xét của Meijri [6] hay Gentle [9]. Trong khuyến cáo của mình, Di Saverio cũng nhấn mạnh giá trị của các xét nghiệm biểu thị viêm như CRP trong chẩn đoán. [2] Siêu âm là một thăm dò rất hữu ích cho các trường hợp viêm ruột thừa nói chung, đặc biệt ở phụ nữ mang thai vì tính an toàn cho thai nhi. Hầu hết các NB của chúng tôi đều thấy ruột thừa tăng kích thước và có thâm nhiễm mỡ xung quanh. Thai Dinal với 97 trường hợp cũng cho thấy 59,79% ruột thừa tăng kích thước và 60,82% có thâm nhiễm mỡ nhưng có tới 39,93% không nhìn thấy hình ảnh ruột thừa trên siêu âm.[10] Có thể khi tử cung to dần lên làm thay đổi vị trí giải phẫu và gây khó khăn cho việc tìm ruột thừa viêm trên siêu âm.

Kết quả phẫu thuật:

Cả ba kỳ của thai nghén đều có thể thực hiện phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm. Điều này tương tự với nghiên cứu gần đây của Choi Yun Suk, với 50/68 trường hợp VRT có thai được mổ nội soi, chủ yếu tập trung ở 2 kỳ đầu của thai kỳ, có 6/68 trường hợp ở kỳ cuối. [5] Tác giả nhận định sự tiến bộ của PTNS giúp có thể áp dụng hầu hết ở các kỳ thai với ưu điểm là có thể thăm dò được các tổn thương, khẳng định chẩn đoán từ đó xử lý tổn thương phù hợp đồng thời cũng có thể dễ dàng chuyển mổ mở nếu gặp khó khăn. Tuy nhiên, với sự to lên của buồng tử cung dẫn tới hạn chế phẫu trường thì ở kỳ cuối và cuối kỳ giữa sẽ gặp khó khăn hơn khi PTNS. Có thể thấy nghiên cứu của chúng tôi có nét tương đồng với các tác giả như Meijri và cs [6] hay

Guňkova và cs [7], việc thăm dò ổ bụng qua nội soi giúp chẩn đoán chính xác cũng như hạn chế việc tác động đến tử cung, hạn chế nguy cơ tai biến sản khoa, thuận lợi cho việc phát hiện và xử lý thương tổn. Nếu nội soi thăm dò gặp khó khăn vẫn có thể chuyển hướng sang mổ mở rất thuận tiện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 trường hợp ruột thừa viêm xung huyết (41,4%), 14 ruột thừa viêm mủ (24,13%), còn lại 20 trường hợp ruột thừa viêm hoại tử đã vỡ (20%). Không ghi nhận trường hợp nào viêm ở gốc ruột thừa nên 100% các trường hợp đều kẹp gốc ruột thừa bằng Hem-o-lok. Nhiều trường hợp có dịch ổ bụng nhưng chủ yếu dịch đục hoặc trong còn số ít là dịch mủ lan rộng. Hầu hết đều được hút hoặc rửa và số ít là phải đặt dẫn lưu trong đó có 3 trường hợp viêm phúc mạc toàn thể là 3 NB ở kì thai giữa. Theo nghiên cứu của Thai Dinal và cs (2017) có 54,64% viêm mủ (53NB), thể hiện số thai phụ đến viện muộn nhiều.[10] Thời gian phẫu thuật của chúng tôi trung bình 56,7 phút, cũng tương đương với các nghiên cứu như của Mejri (2022)[6] hay Thai Dinal (2017)[10] từ khoảng 40 đến 60 phút. Choi (2023) cho thấy thời gian mổ không chênh lệch nhau giữa kỳ đầu và kỳ giữa (62 và 69 phút) nhưng mổ lâu hơn rõ rệt ở kỳ thai cuối (104 phút).[5] Tất cả các người bệnh đều được hội chẩn với chuyên khoa sản để dùng thuốc giảm co như Drotaverine, Spasmaverin và theo dõi, một số có kết hợp thêm Progesterone theo chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa sản. Có 1 trường hợp thuộc kỳ đầu bị thai lưu sau khi đã ra viện được thông tin lại, 2 trường hợp kỳ giữa có dấu hiệu dọa đẻ non được vào điều trị nội trú tại khoa Sản phụ ổn định và sau đó sinh con bình thường. Trong nghiên cứu của Thai Dinal có 63/97 được dùng thuốc giảm co 1-2 ngày còn lại dùng ≥ 3 ngày.[10] Dẫn lưu ở 22 người bệnh hầu hết được rút sau khoảng 48 – 72 giờ sau mổ, một số bị viêm phúc mạc thì rút vào ngày thứ 4. Theo nghiên cứu của Thai Dinal, các trường hợp mổ mở được rút dẫn lưu sau 2 ngày còn với mổ nội soi chủ yếu rút sau 3 ngày.[10]

Thời gian nằm viện trung bình 3,1 ngày (1-7 ngày), và nằm lâu hơn là những người bệnh bị áp xe

hay viêm phúc mạc. Theo Choi Y.S (2023) thời gian nằm viện của nhóm có thai dài hơn nhóm không có thai (6,3 và 3,8 ngày) và dài hơn ở những trường hợp thai kỳ giữa.[5] Trong nghiên cứu của Thai Dinal thì viêm ruột thừa cấp nằm viện 4,7 ngày, áp xe ruột thừa nằm 8,8 ngày và viêm phúc mạc 6,1 ngày.[10] Bazdar và cs cũng có kết quả thời gian nằm viện ở phụ nữ có thai dài hơn các NB thông thường ($3,31 \pm 1,22$ ngày so với $1,78 \pm 0,87$).[8]

Liên quan tuổi thai với vị trí đặt trocar khi mổ nội soi và với các thể viêm ruột thừa

Trong số 57 trường hợp mổ nội soi, tuổi thai trung bình là $18,05 \pm 8,51$ tuần tuổi, với tối đa là 35 tuần và thấp nhất là 1 tuần tuổi. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa tập trung chủ yếu ở đối tượng có thai trong 3 tháng đầu và giữa thai kì với số lượng lần lượt là 16 ca và 34 ca, tương ứng với 27,59% và 58,62%. Trong các đối tượng ở 3 tháng cuối thai kì, có 6/57 trường hợp đặt 3 trocar: vị trí rốn, hố chậu phải, hạ sườn phải và 1 trường hợp đặt 4 trocar: vị trí rốn, hố chậu phải, thượng vị, hạ sườn phải - trường hợp này viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa, thai buông tử cung to nên phẫu trường bị hạn chế.

Trong kì giữa và kì cuối của thai kì, đặt trocar kiểu B được ưu tiên hơn cả do sự to lên của tử cung khiến phẫu trường hạn chế, đặt trocar theo kiểu A không còn phù hợp. Điều này tương tự trong nghiên cứu của một số tác giả khác áp dụng với nhóm người bệnh có tuổi thai trên 24 tuần.[6,7] Theo Thai Dinal, so sánh sự khác biệt giữa phương pháp phẫu thuật với số tuổi thai thì tỷ lệ mổ nội soi cao hơn mổ mở: mổ nội soi chiếm 67,01%; trong khi đó mổ mở chiếm 32,99%. Với tuổi thai càng cao thì tỷ lệ mổ mở càng lớn.[10]

Tuy nhiên, với sự tiến bộ của PTNS cùng với việc các phẫu thuật viên dày dặn kinh nghiệm, chỉ định mổ nội soi ngày càng được nới rộng, kể cả với các người bệnh có thai ở kì cuối của thai kì. Việc nội soi thăm dò ổ bụng trước giúp phẫu thuật viên chẩn đoán chính xác và tiên lượng được thương tổn, từ đó đưa ra hướng xử trí hợp lý (tiếp tục phẫu thuật nội soi hoặc chuyển mổ mở).[2,5]

Kết luận

Phụ nữ có thai có thể bị viêm ruột thừa ở mọi kỳ nhưng kỳ giữa gặp nhiều hơn. Triệu chứng lâm sàng đôi khi không rõ ràng nhưng cận lâm sàng đặc biệt là siêu âm có giá trị nhiều trong chẩn đoán bệnh. Phẫu thuật nội soi là khả thi với sự thay đổi vị trí đặt các trocar tùy theo tuổi thai do thay đổi mức độ lớn của tử cung. Kết quả phẫu thuật có độ an toàn với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và nằm viện ngắn.

Tài liệu tham khảo

1. Aptilon Duque G, Oladipo AF, Lotfollahzadeh S. Appendicitis in Pregnancy. StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. 2025.
2. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15(1):27.
3. Trần Phùng Dũng Tiến và cs. Kết quả cắt ruột thừa nội soi trên người bệnh có thai.. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2005;9(1):93-98.
4. Ishaq A, Khan MJH, Pishori T, et al. Location of appendix in pregnancy: does it change? Clin Exp Gastroenterol. 2018;11:281-287.
5. Choi YS, Seo JH, Yi JW, et al. Clinical Characteristics of Acute Appendicitis in Pregnancy: 10-Year Experience at a Single Institution in South Korea. J Clin Med. 2023;12(9).
6. Mejri A, Arfaoui K, Trigui E. Acute appendicitis in pregnant women: A Tunisian center experience. Medicine (Baltimore). 2022;101(29):e28574.
7. Gunkova P, Tulinsky L, Toman D, et al. Acute appendicitis in pregnancy - do we treat correctly, or do we delay unnecessarily? Ginekol Pol. 2024;95(2):126-131.
8. Bazdar S, Dehghankhalili M, Yaghmaci S, et al. Acute Appendicitis during Pregnancy; Results of a Cohort Study in a Single Iranian Center. Bull Emerg Trauma. 2018;6(2):122-127.
9. Gentles JQ, Meglei G, Chen L, et al. Is neutrophilia the key to diagnosing appendicitis in pregnancy? Am J Surg. 2020;219(5):855-859.
10. Dinal T. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật viêm ruột thừa cấp ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sĩ Y học. 2017;Trường Đại học Y Hà Nội.