

VIÊM RUỘT THỪA

PGS.TS. NGUYỄN TRUNG TÍN

VIÊM RUỘT THỪA

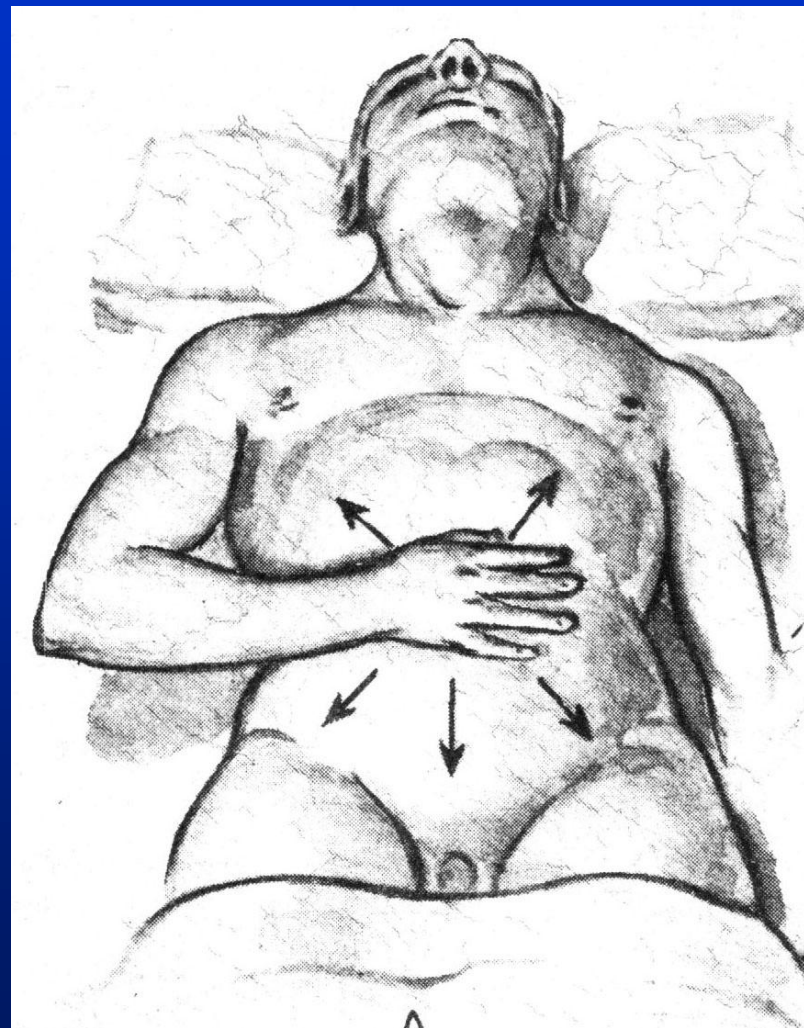
Viêm ruột thừa được định nghĩa là viêm niêm mạc ruột thừa và lan dần ra các lớp của ruột thừa.



1/5 các trường hợp ruột thừa viêm bị chẩn đoán lầm;

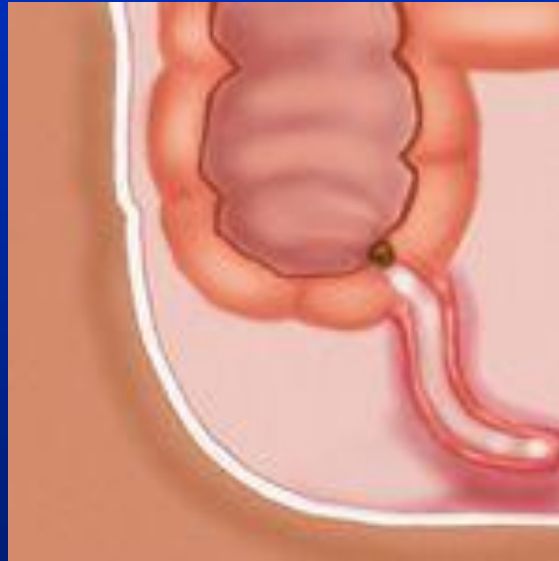
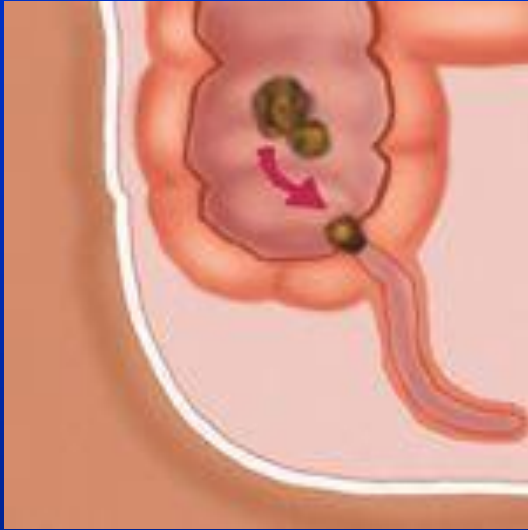
15-40% bệnh nhân cắt ruột thừa trong cấp cứu mà ruột thừa bình thường.

**Ruột thừa và ruột non
có chung nguồn gốc là
ruột giữa do đó đau
khởi đầu do hệ thần
kinh tự động truyền
về đám rối quanh rốn
hoặc đám rối dương ở
thượng vị.**



NGUYÊN NHÂN

VRT là do tắc nghẽn trong lòng ruột thừa.



**Thiếu máu lâu ngày
có mủ luôn**

Những nguyên nhân gây tắc nghẽn gồm có:

Tăng sản mạch bạch huyết

Ứ đọng phân hay sỏi phân (thường gặp ở người có tuổi), ký sinh trùng đường ruột (đặc biệt ở các nước phương Đông), hay hiếm hơn do vật lạ hay do u.

Sỏi phân là những vật cứng trong ruột thừa được tạo nên từ muối canxi và các chất xơ không được tiêu hóa hết tạo nên chất nền cho phân khô tích tụ lại.

SINH LÝ BỆNH

Diễn tiến viêm ruột thừa tùy thuộc vào 4 yếu tố:

- + Thể tích lòng ruột thừa
- + Mức độ tắc nghẽn
- + Xuất tiết của niêm mạc ruột thừa
- + Tính không đàn hồi của thanh mạc ruột thừa

SINH LÝ BỆNH (2)

Tắc nghẽn gây tăng áp lực trong lòng ruột thừa.

→ Gây xuất tiết liên tục dịch và dịch nhày từ niêm mạc và gây ứ đọng những chất này.

→ Đồng thời vi trùng trong lòng ruột thừa phát triển, tụ tập nhiều bạch cầu và tạo ra mủ và làm tăng thêm áp lực trong lòng ruột thừa.

Sự ứ trệ trong tĩnh mạch và bạch huyết giúp cho vi trùng dễ xâm nhập vào thành của ruột thừa và tạo nên các vết loét ở niêm mạc ruột thừa.

Đây là giai đoạn viêm ruột thừa sung huyết.

Niêm mạc tiếp tục xuất tiết trong lòng ruột thừa gây *tắc nghẽn mao mạch, thiếu máu ruột thừa*: đây là giai đoạn viêm ruột thừa nung mủ.

Lớp thanh mạc viêm tấy của ruột thừa tiếp xúc với lá thành của phúc mạc gây nên cảm giác đau ở vùng hố chậu phải.

Trong vòng vài giờ, tình trạng khu trú trở nên nặng hơn do *huyết khối của động mạch và tĩnh mạch của ruột thừa*, đưa tới thủng và hoại tử ruột thừa.

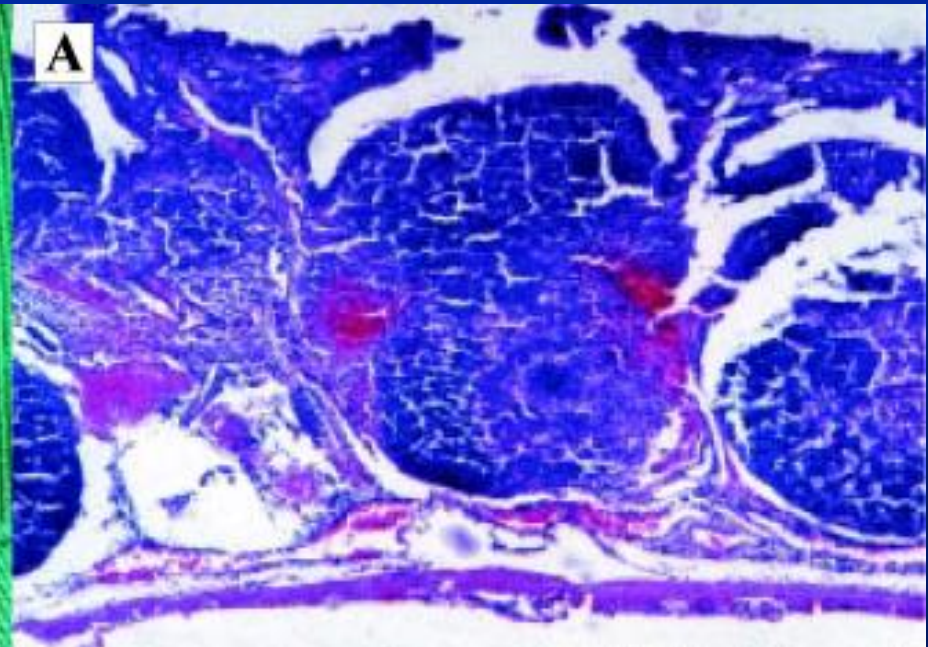
Đây là giai đoạn viêm ruột thừa hoại tử. Nếu diễn tiến tiếp tục, áp xe quanh ruột thừa hay viêm phúc mạc có thể xảy ra.

GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Viêm ruột thừa xung huyết
- Viêm ruột thừa nang mủ
- Viêm ruột thừa hoại tử

Viêm ruột thừa xung huyết

Thành ruột thừa cứng mạch máu nổi rõ, niêm mạc sung huyết phù nề, có chất ứ đọng bên trong. Mô học thấy từng vùng có tổ chức liên kết bị phá hủy và bạch cầu thấm nhập chung quanh.



Viêm ruột thừa xung huyết

Ruột thừa bình thường



Ruột thừa viêm

Viêm ruột thừa nung mủ

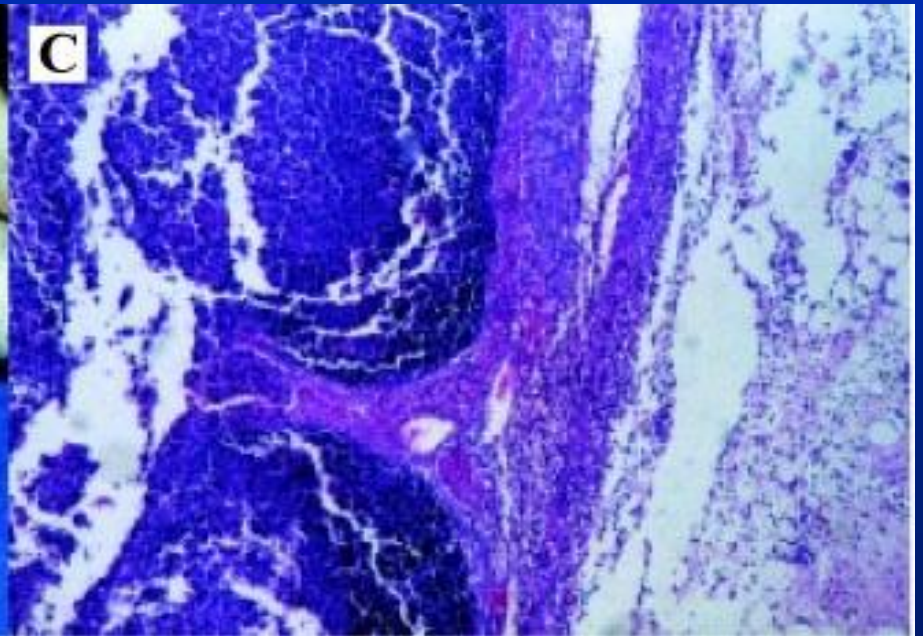
Ruột thừa sưng mọng, thanh mạc sung huyết nhiều, có giả mạc bao quanh, niêm mạc sưng đỏ chứa mủ.



Viêm ruột thừa nung mũ

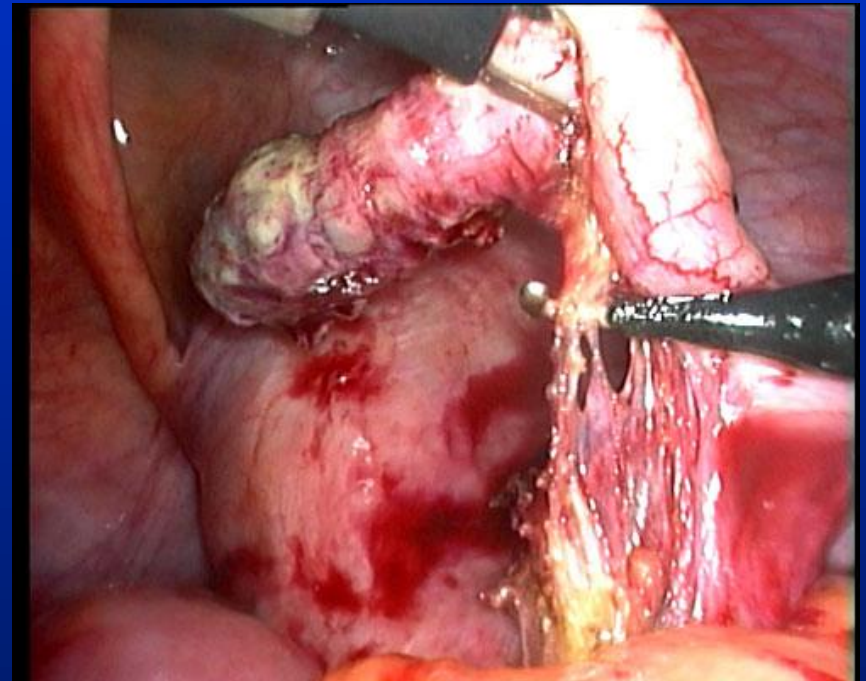


Viêm ruột thừa hoại tử



Viêm ruột thừa hoại tử

Chỗ hoại tử đỏ sẫm hoặc tím đen, mạc treo ruột thừa cũng phù nề.



TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân phụ thuộc vào vị trí, tuổi và mức độ viêm của ruột thừa.

Một số bệnh khác có thể có triệu chứng cơ năng hay bệnh sử tương tự như viêm ruột thừa.

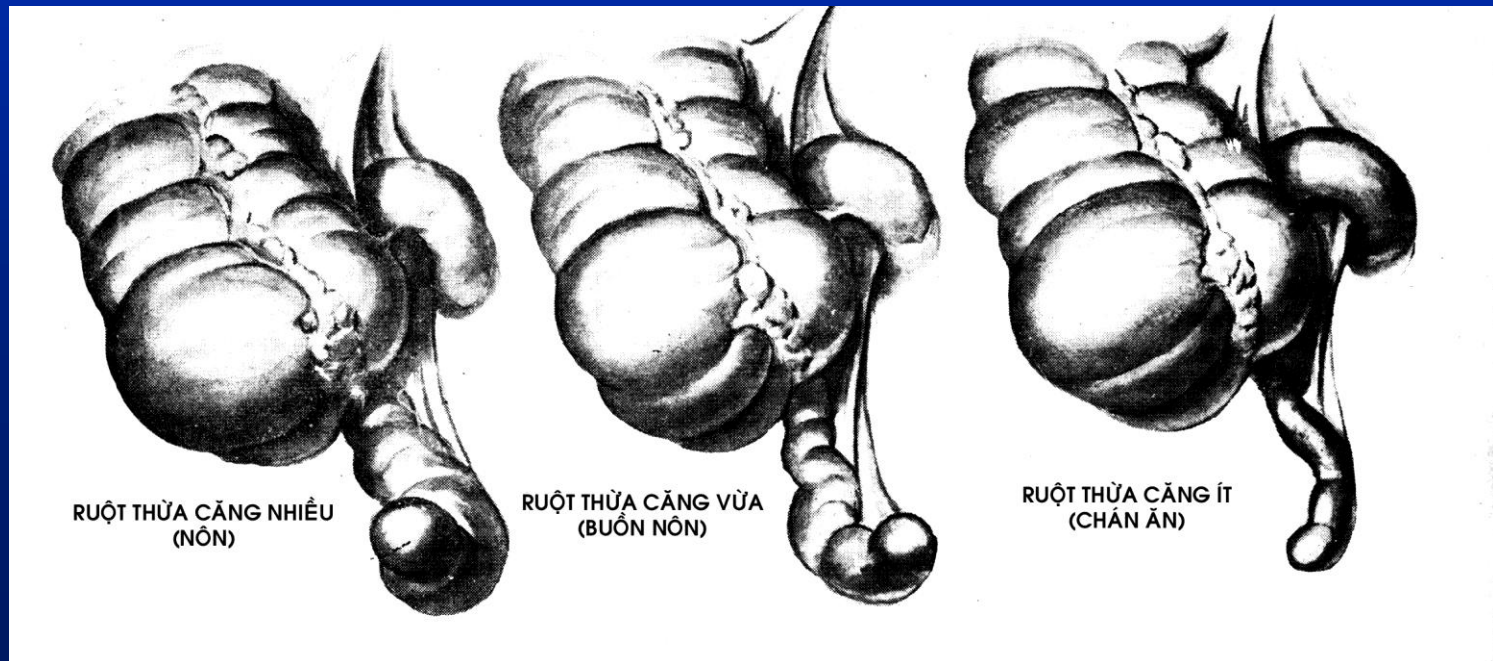
TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (2)

Dáng đi bệnh nhân VRT



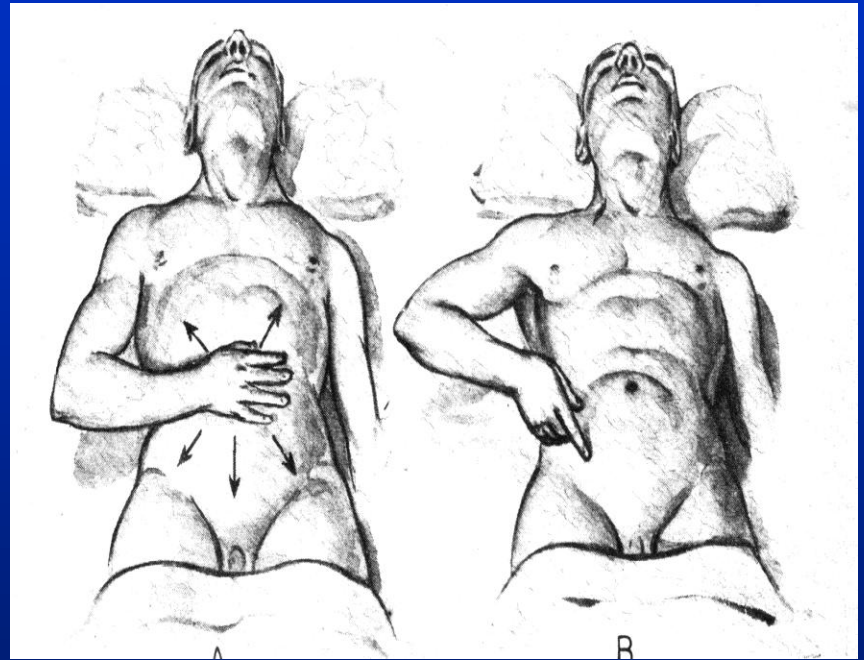
TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (3)

Triệu chứng kinh điển là *chán ăn và đau vùng quanh rốn, sau đó bệnh nhân buồn nôn và đau ở vùng hố chậu phải, nôn chỉ xảy ra trong khoảng 50% các trường hợp.*



TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (4)

Đau di chuyển từ vùng quanh rốn xuống hố chậu phải là triệu chứng phân biệt nhất trong bệnh sỏi. Triệu chứng này có độ nhạy và độ đặc hiệu khoảng 80%.



TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (5)

Tiêu chảy và táo bón có thể có trong khoảng 18% bệnh nhân và đó *không phải là những triệu chứng loại trừ khả năng viêm ruột thừa.*

Tiêu chảy gặp ở trẻ em nhiều hơn.

Tiêu lỏng là triệu chứng của viêm ruột thừa thể nhiễm độc hay ruột thừa nằm cạnh gây kích thích đại tràng chậu hông.

TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (6)

Ở người trưởng thành, trong khoảng 80% trường hợp các triệu chứng xảy ra trong vòng 48 giờ, tuy nhiên ở người lớn tuổi thời gian này có thể kéo dài hơn.

Khoảng 2% bệnh nhân có thời gian xuất hiện các triệu chứng trên kéo dài đến hơn 2 tuần.

TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (7)

Khoảng 23% bệnh nhân có tiền sử đau tương tự. Tiền sử đau tương tự không phải là yếu tố loại trừ viêm ruột thừa.

TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG (8)

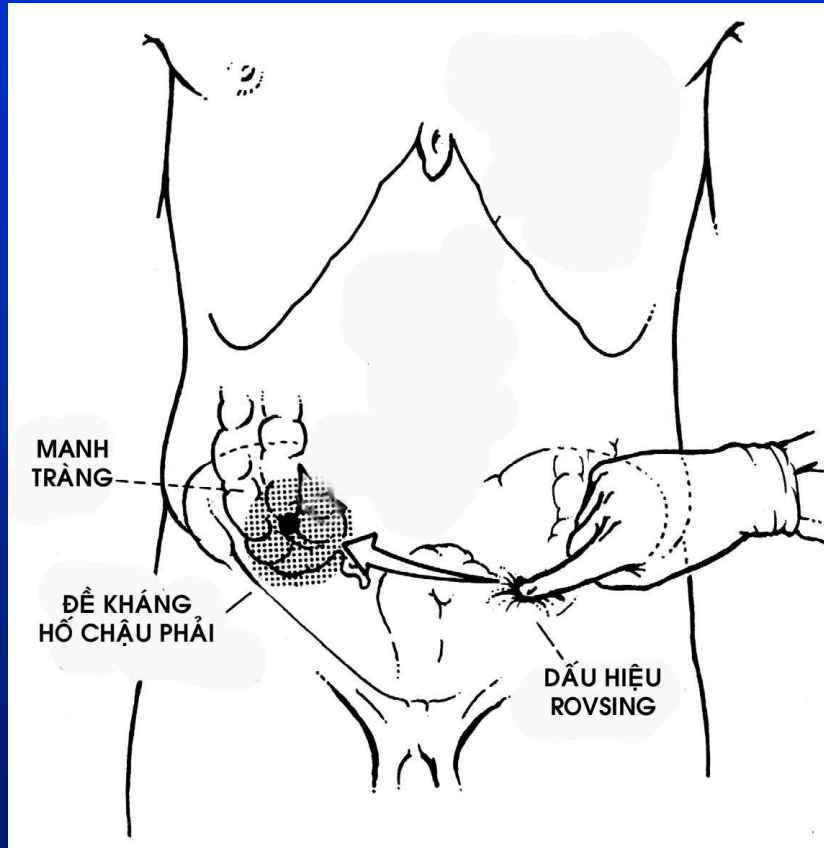
Ruột thừa nằm gần bàng quang hay niệu quản có thể gây các triệu chứng tiểuắt nhất, tiểu ra máu hay tiểu mủ.

Ở nam giới có triệu chứng của viêm bàng quang rõ phải tính đến khả năng ruột thừa ở vùng tiểu khùng bị viêm.

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

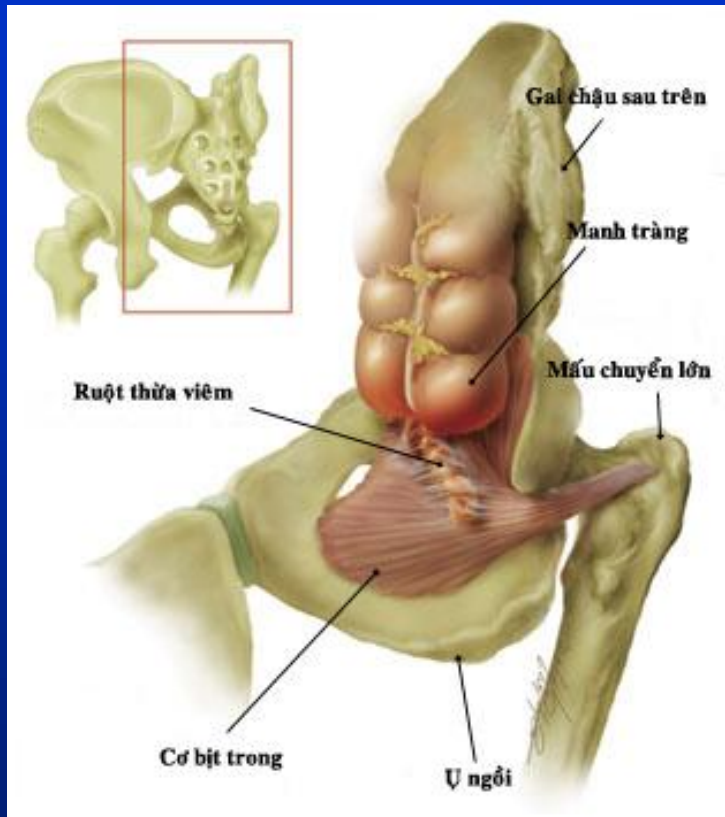
Đau khi sờ ở vùng hố chậu phải hiện diện trong 96% bệnh nhân nhưng không phải là triệu chứng đặc hiệu.

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (2)



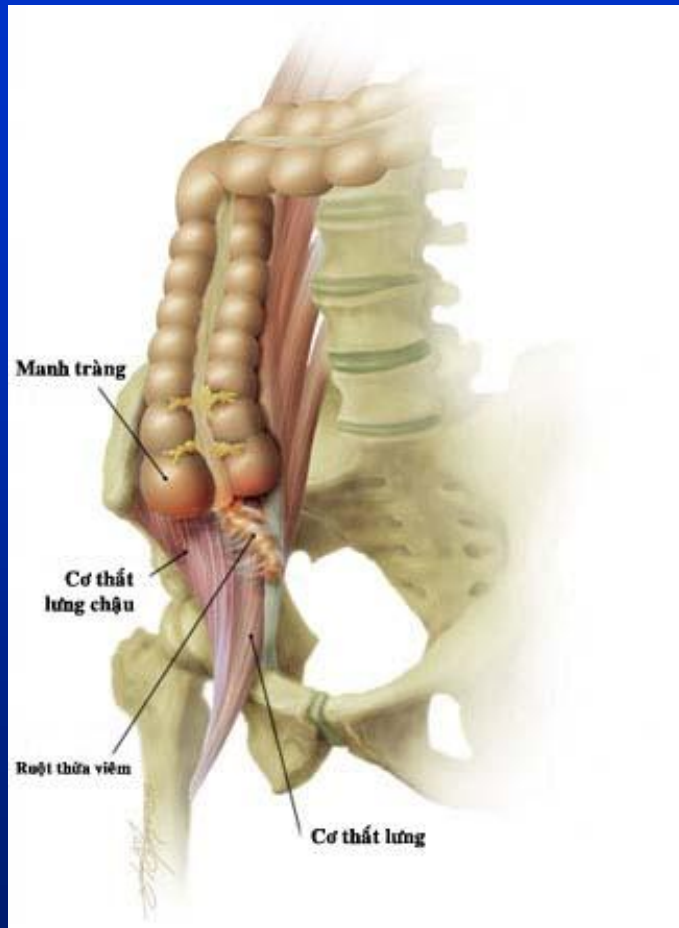
Các dấu hiệu Rovsing
(đau hố chậu phải khi
sờ hố chậu trái)

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (3)



Dấu cơ bịt (đau khi **xoay trong đùi** bên phải đang gấp)

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (4)



Dấu hiệu cơ thắt (đau hố chậu phải khi duỗi đùi phải tối đa)

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (5)

Dấu hiệu ho dương tính (ho gây đau nhiều ở vùng hố chậu phải-dấu hiệu Dunphi).

Tương tự đau nhiều hố chậu phải phát sinh khi gõ một vùng khác của bụng, hay gõ mạnh vào gót bệnh nhân → viêm phúc mạc khu trú.

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (6)

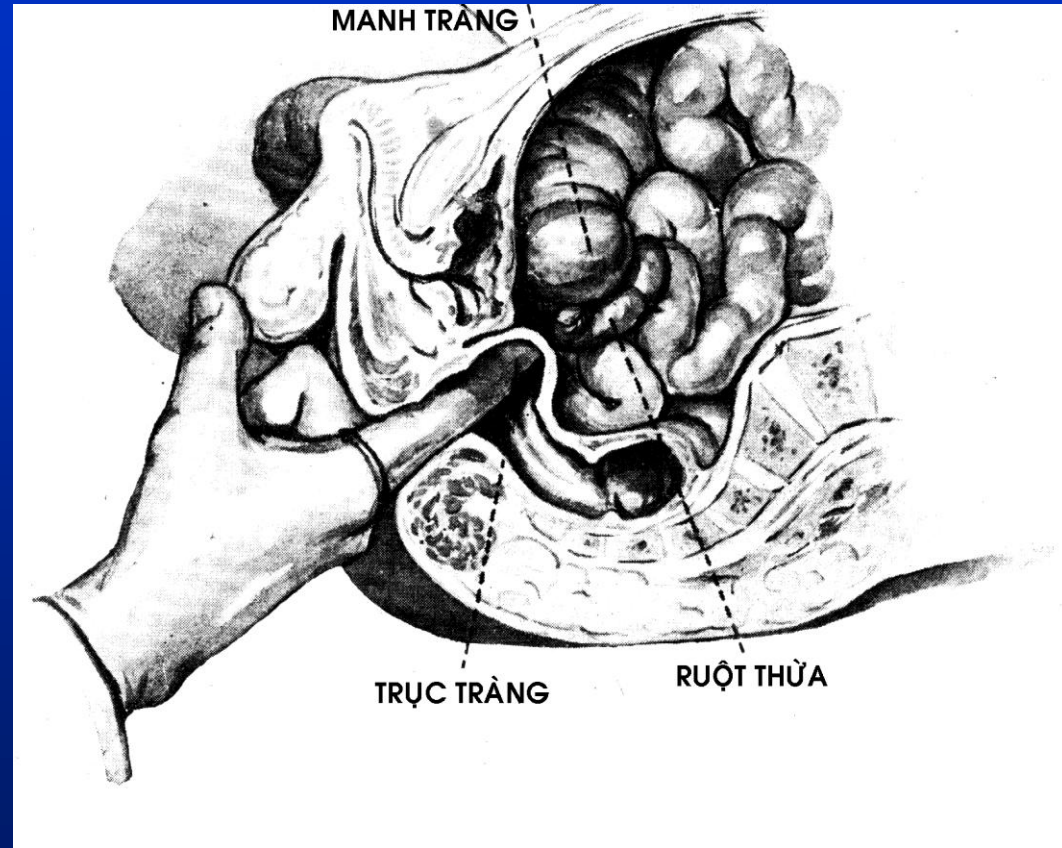
Triệu chứng đặc hiệu nhất khi thăm khám là phản ứng dội, đau khi gõ, co cứng hay đề kháng thành bụng.



TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (7)

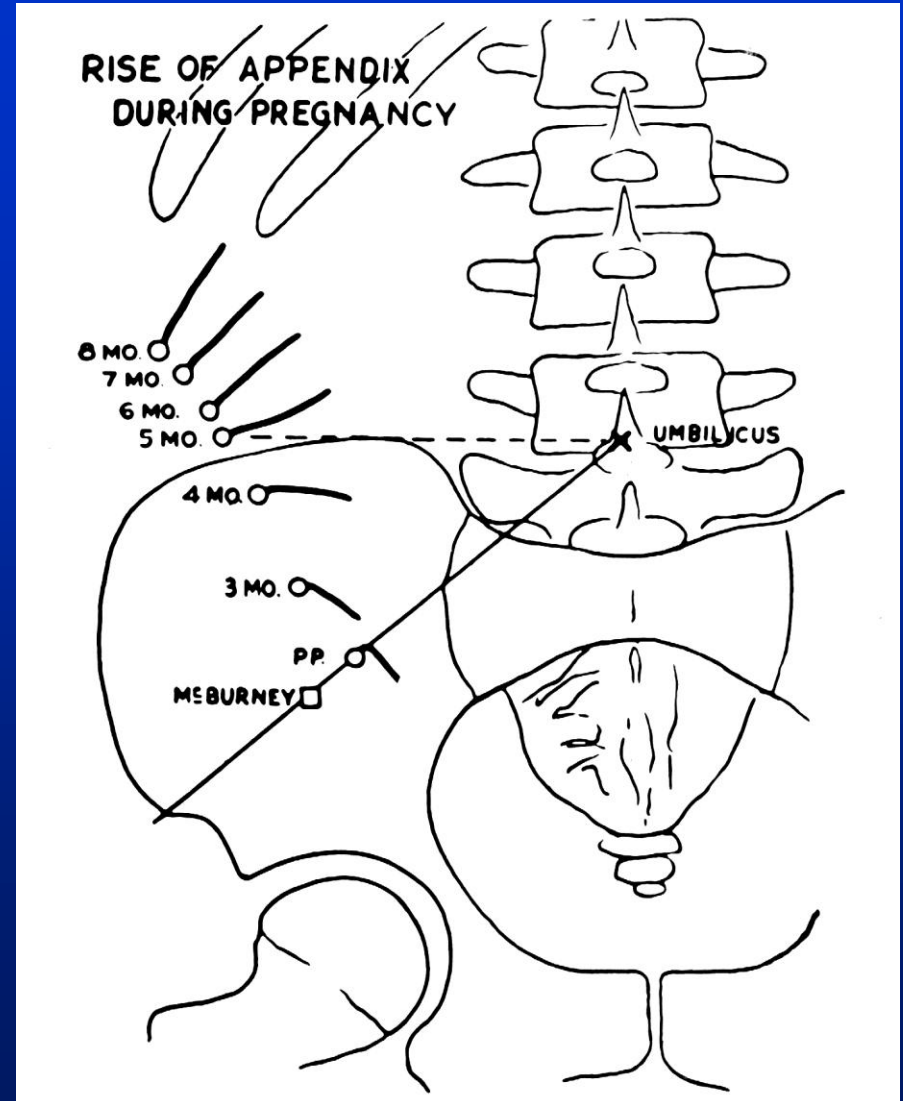
Không thăm khám trực tràng để đưa đến việc chẩn đoán và điều trị sai lầm.

Giúp ích trong trường hợp RT vùng chậu.



TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ (8)

Chú ý ở phụ nữ đang mang thai, điểm đau sẽ di chuyển dần lên phía trên theo thai kỳ



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- o CƠN ĐAU QUẢN MẬT HAY VIÊM TÚI MẬT
- o Táo bón
- o Bệnh viêm túi thừa
- o Lạc nội mạc tử cung
- o Viêm dạ dày ruột
- o Bệnh viêm ruột

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- o Nhồi máu mạc treo
- o Nang buồng trứng
- o Xoắn buồng trứng
- o Lồng ruột ở trẻ em

CẬN LÂM SÀNG

Công thức bạch cầu:

80-85% người trưởng thành viêm ruột thừa có bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$

Bạch đa nhân trung tính $>75\%$ (78% bệnh nhân)

$<4\%$ bệnh nhân có viêm ruột thừa mà bạch cầu $<10.000/\text{mm}^3$ và bạch cầu đa nhân trung tính $<75\%$

C-reactive protein

CRP là yếu tố phản ứng do gan sinh ra, trong giai đoạn cấp tính để đáp ứng lại tình trạng nhiễm trùng.

Lượng CRP trong máu tăng trong vòng 6-12 giờ sau khi có tình trạng viêm mô cấp tính.

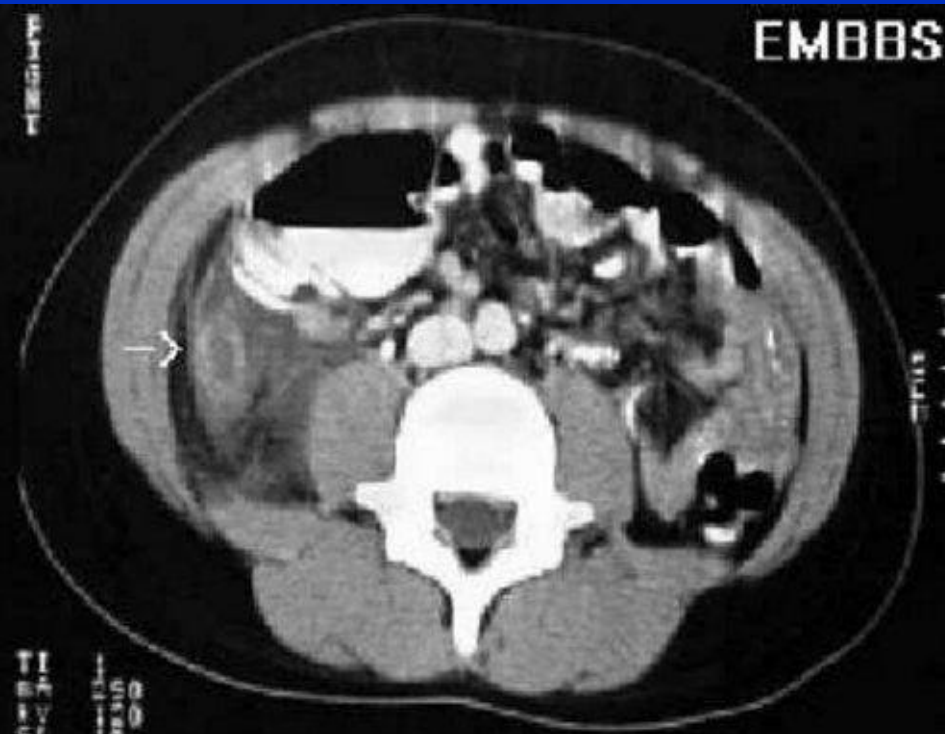
Hai nghiên cứu ở người trưởng thành:

Số lượng bạch cầu $< 10.500/\text{mm}^3$, bạch cầu đa nhân trung tính $< 75\%$, và CRP bình thường có giá trị tiên đoán âm viêm ruột thừa cấp 100%.

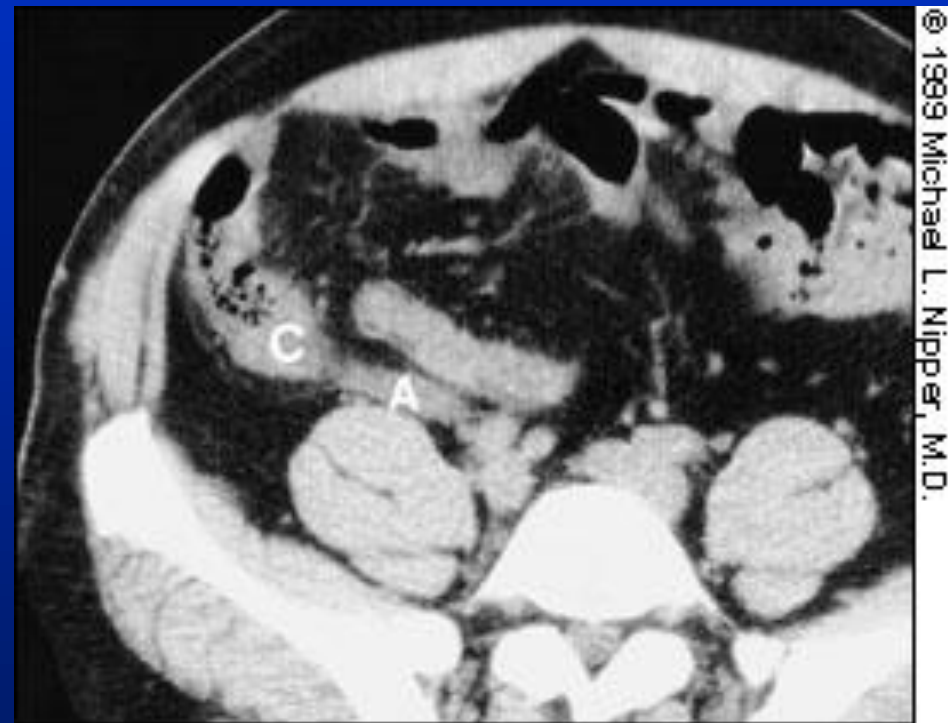
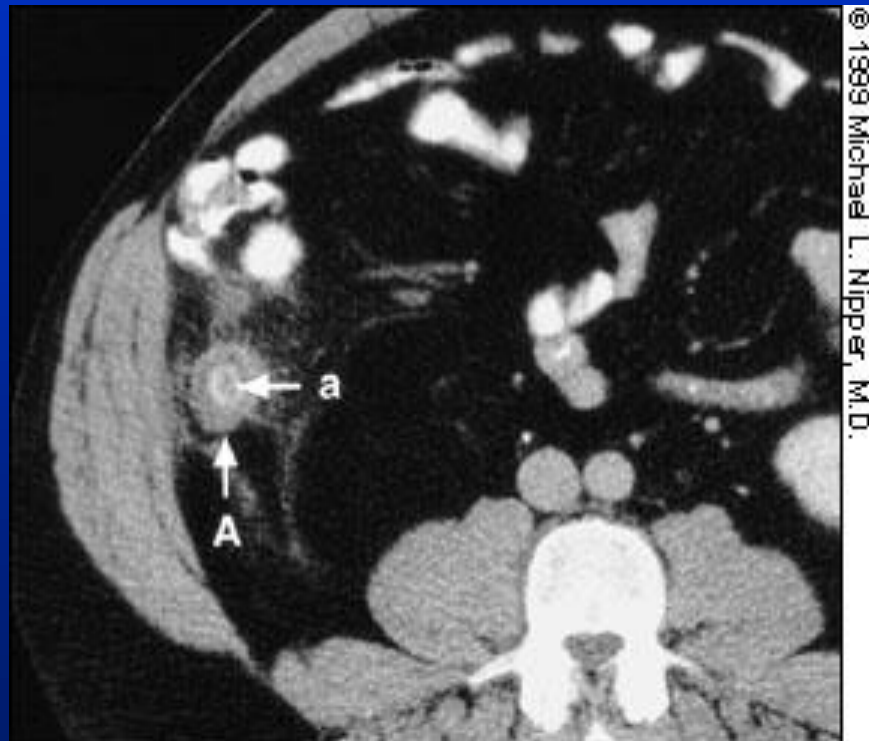
CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

CT BỤNG là một trong những phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất trong lượng giá bệnh nhân có bệnh cảnh viêm ruột thừa không điển hình.

CT BỤNG (3)



CT BỤNG (4)

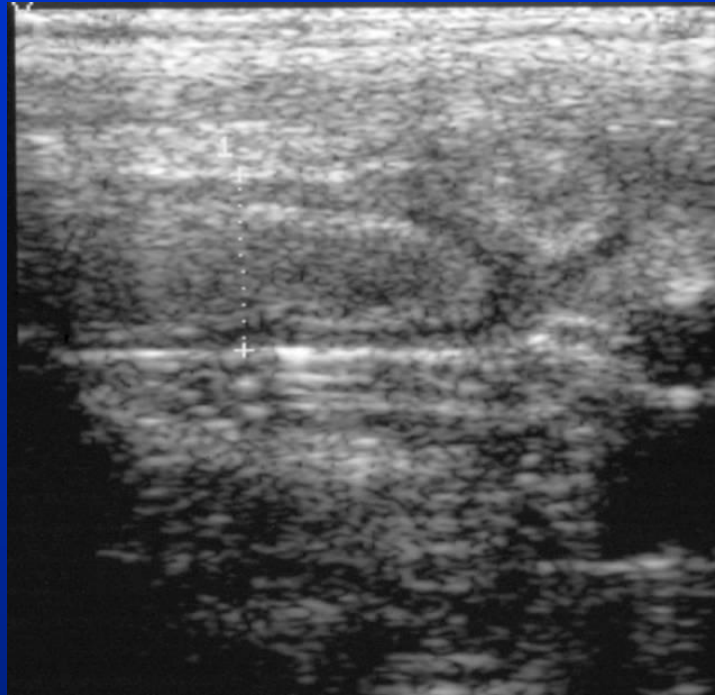


CỘNG HƯỞNG TỪ HẠT NHÂN

CT không thực hiện được cho nữ có thai →
Cộng hưởng từ hạt nhân – MRI

Giá trị không cao hơn CT

SIÊU ÂM



Đường kính ngoài >6 mm, đề không xẹp, mất nhu động, hay có dịch chung quanh là các đặc tính của ruột thừa viêm.

SIÊU ÂM (2)

Nhiều nghiên cứu cho thất độ nhạy từ 85-90% và độ đặc hiệu từ 92-96%.

Lợi điểm của siêu âm là không tiếp xúc với tia, và có khả năng chẩn đoán các nguyên nhân đau bụng khác, đặc biệt trong nhóm phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.

SIÊU ÂM (3)

Nhược điểm của siêu âm là phương tiện phụ thuộc vào người sử dụng.

Dương tính nghĩa là viêm ruột thừa. Nhưng nếu âm tính thì không đủ **độ nhạy** để loại trừ viêm ruột thừa.

DIỄN TIẾN BỆNH

Viêm phúc mạc

Bệnh bắt đầu bằng cơn đau dữ dội ở hố chậu phải

Khám bụng thấy co cứng và đau toàn thể ổ bụng, nhiều nhất ở hố chậu phải.

Các triệu chứng nhiễm trùng rõ: mạch nhanh trên 100/phút, sốt cao trên **39°C** trở lên.

ÁP XE RUỘT THỪA

Ruột thừa sưng mủ, mạc nối và các quai ruột đến bao bọc lấy ruột thừa. Mủ mỗi ngày một nhiều nhưng được bọc trong một túi ngăn cách rõ rệt với xoang phúc mạc còn lại.

Khám bụng, thấy ở vùng hố chậu phải có khối u đường kính thay đổi từ 5-10 cm, liền với gai chậu trước trên, thường có hình mô cau, mềm ấn rất đau.

Toàn thân bệnh nhân có dấu nhiễm trùng nặng, sốt cao lưỡi đỏ, bạch cầu cao từ 15.000-20.000.

Ổ áp xe ngày một lớn, nếu không can thiệp đúng lúc sẽ vỡ vào xoang phúc mạc gây viêm phúc mạc.

ĐÁM QUÁNH RUỘT THỪA

Ruột thừa viêm được mạc nổi lớn, các quai ruột bao bọc lại và do sức đề kháng tốt của cơ thể hay do tác dụng kháng sinh quá trình viêm lui dần rồi được dập tắt.

Bệnh nhân khám bệnh sau khi đã đau 2-3 ngày, đau có giảm nhưng không hết hẳn.

Khám vùng hố chậu phải có **một mảng cứng**
cứng giới hạn không rõ, ấn không đau.

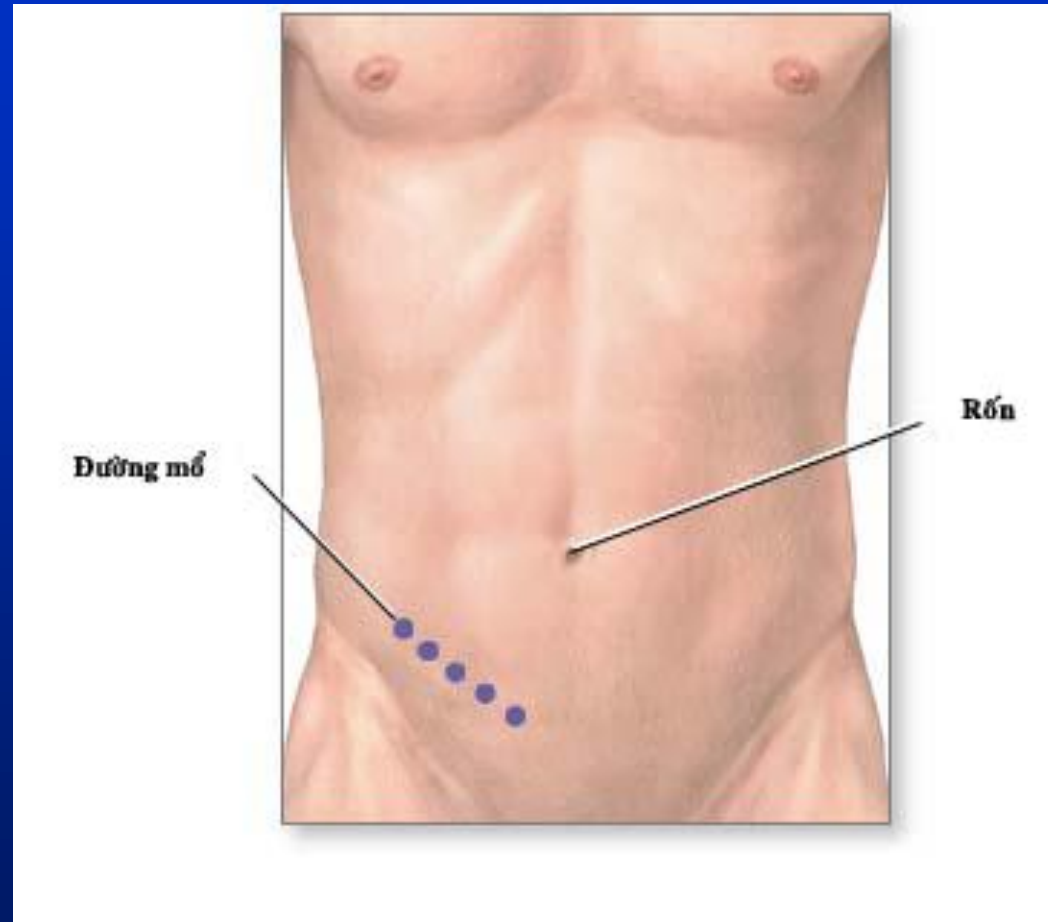
ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật là chỉ định tuyệt đối cho bệnh nhân có chẩn đoán viêm ruột thừa

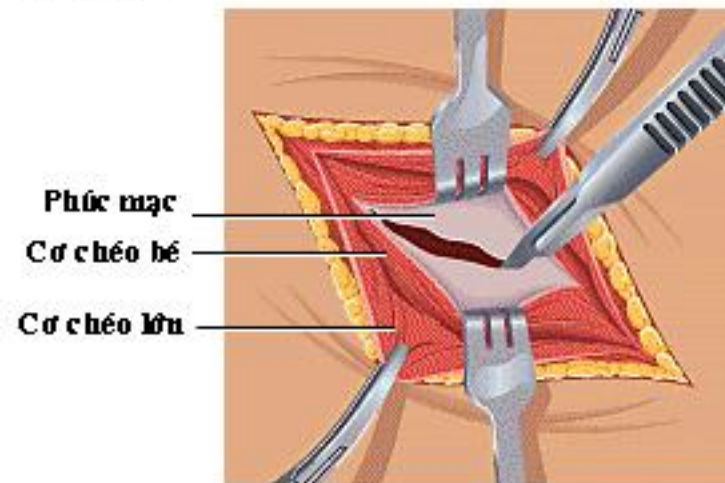
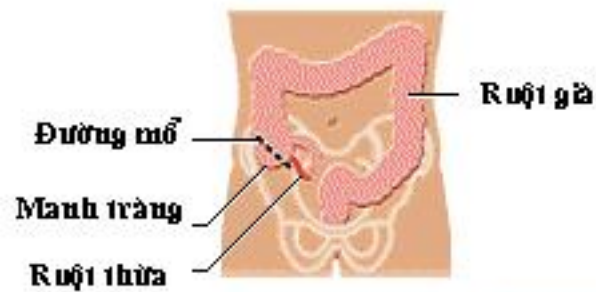
- Mở mở
- Phẫu thuật nội soi

MỔ MỎ

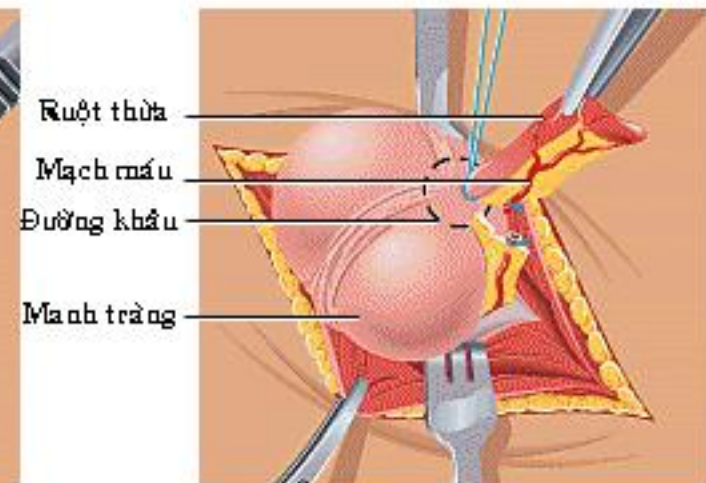
Đường mổ
McBurney



MỔ MỎ (2)



Đường rạch phúc mạc



Cắt bỏ ruột thừa

MỔ MỎ (3)

Đường mổ
McBurney

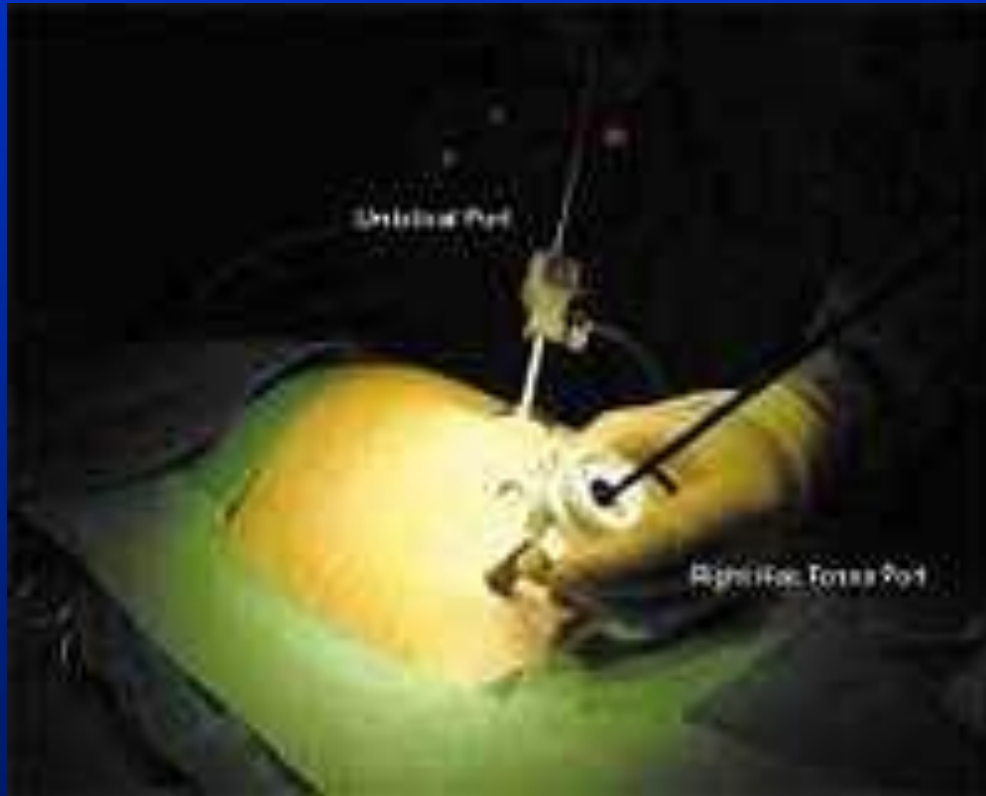


MỔ MỎ (4)



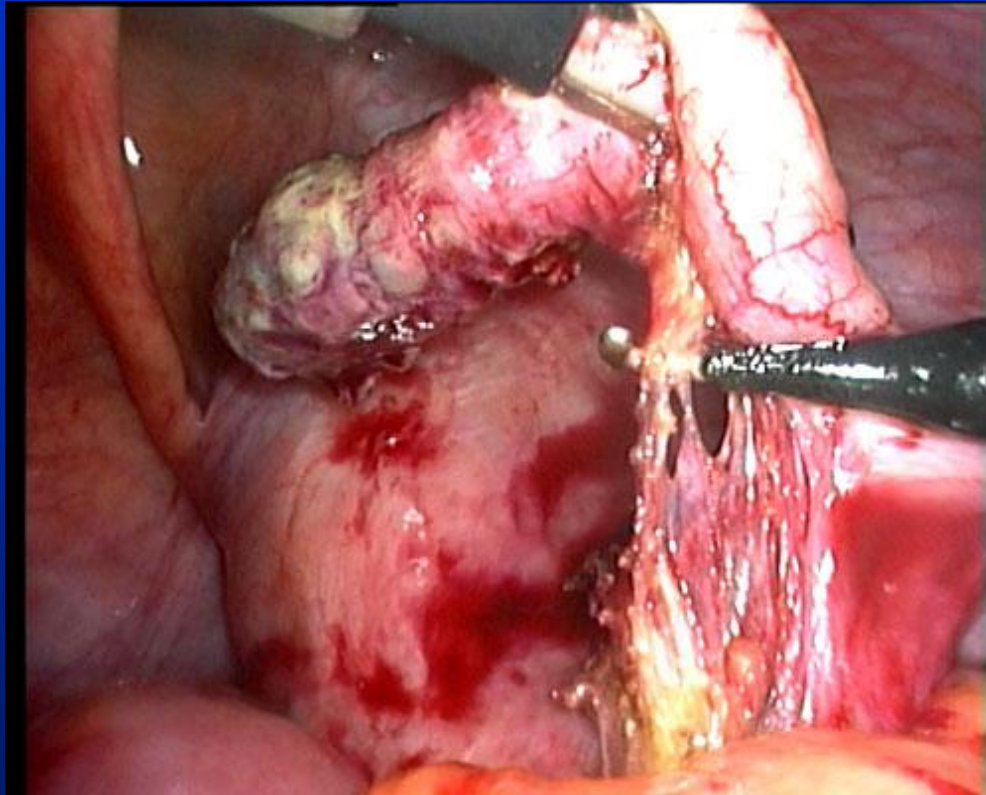
Đường mổ
Rockey Davis

PHẪU THUẬT NỘI SOI



- Vết sẹo nhỏ
- Thời gian nằm viện ngắn
- Thời gian hồi phục nhanh

PHẪU THUẬT NỘI SOI



- Vết sẹo nhỏ
- Thời gian nằm viện ngắn
- Thời gian hồi phục nhanh
- Ít gây dính ruột

Điều trị cho bệnh nhân nghi ngờ viêm ruột thừa cấp:

Thực hiện đường truyền tĩnh mạch và truyền dung dịch muối tích cực khi có các dấu mất nước hay nhiễm trùng huyết.

Tuyệt đối không cho ăn hay uống

KHÁNG SINH TRƯỚC VÀ SAU MỔ

- ❖ Làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ
- ❖ Nên sử dụng kháng sinh gram âm và kháng sinh điều trị vi trùng kỵ khí.
- ❖ Cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân có áp xe ruột thừa hay nhiễm trùng huyết.

VIÊM RUỘT THỪA KHÔNG BIẾN CHỨNG

- ❖ Mổ mở hay phẫu thuật nội soi
- ❖ Cắt ruột thừa và không dẫn lưu
- ❖ Sử dụng kháng sinh dự phòng

VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

- ❖ Mổ mở hay phẫu thuật nội soi
- ❖ Cắt ruột thừa và dẫn lưu ổ bụng
- ❖ Sử dụng kháng sinh điều trị

ÁP XE, ĐÁM QUÁNH RUỘT THỪA

- ❖ Có thể dẫn lưu mũ bằng kim lớn hay ống dẫn lưu
- ❖ Điều trị kháng sinh
- ❖ Cắt ruột thừa sau 3 tháng

VIÊM RUỘT THỪA MẠN TÍNH

- Đau hố chậu phải như viêm ruột thừa cấp tính
- Thường chỉ đau âm râm, đôi khi đau nhiều như viêm ruột thừa cấp tính
- Có thể đau là triệu chứng duy nhất
- Đôi khi đi kèm sốt, tiêu chảy và nôn ói
- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào CT và MRI

GIẢM ĐAU

Trong quá khứ, người ta cho điều trị giảm đau có thể làm các phát hiện của người thầy thuốc sai lệch.

8 nghiên cứu đối chứng phân phối ngẫu nhiên: sử dụng các thuốc giảm đau cho đau bụng cấp chưa có chẩn đoán rõ ràng thì *an toàn*; không làm sai lệch các phát hiện của người thầy thuốc khi thăm khám.

PHÒNG NGỪA VIÊM RUỘT THỪA

- Không thể phòng ngừa viêm ruột thừa
- Nhưng những người có chế độ ăn nhiều xơ sợi (ăn nhiều rau, trái cây) thì ít viêm ruột thừa

ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA BẰNG KHÁNG SINH

- Salminen phân phối ngẫu nhiên 530 bn thành 2 nhóm điều trị: **nhóm phẫu thuật cắt RT** và **điều trị kháng sinh trong 10 ngày**
- **Nhóm cắt RT** 99,6 % thành công.
- **Nhóm điều trị KS và theo dõi 1 năm:**
 - 73 % không cần phẫu thuật
 - 27% cần phải cắt ruột thừa / 1 năm
 - Không có biến chứng

- JAMA, June 16, 2015

Antibiotic Therapy vs Appendectomy
for Treatment of Uncomplicated Acute
Appendicitis. The APPAC Randomized
Clinical Trial

- Ertapenem only a single, daily dose. Intravenous ertapenem sodium (1 g/d) was administered for 3 days
- The clinical status of patients in the antibiotic group was reevaluated within 12 to 24 hours after admission by the surgeon on call.

- If the surgeon suspected progressive infection, perforated appendicitis, or peritonitis, the patient underwent appendectomy.
- Intravenous antibiotic treatment was followed by 7 days of oral levofloxacin (500 mg once daily) and metronidazole (500 mg 3 times per day).

KHÁNG SINH điều trị VRT

Điều trị kháng sinh cho những trường hợp có nhiễm trùng huyết và cho những bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật.

Điều trị không mổ viêm ruột thừa được thực hiện ở những nơi không thể cắt được ruột thừa hay trong những trường hợp phẫu thuật có nguy cơ cao.

KHÁNG SINH điều trị VRT(2)

20 bệnh nhân được siêu âm chẩn đoán viêm ruột thừa:

- **các triệu chứng giảm trong 95% bệnh nhân điều trị đơn thuần bằng kháng sinh,**
- **tuy nhiên 37% bệnh nhân có viêm ruột thừa tái phát sau 14 tháng.**