

VIÊM RUỘT THỪA

PHẠM VI ÁP DỤNG PHÁC ĐỒ

Phác đồ này được áp dụng cho bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và phụ nữ có thai.

I. ĐẠI CƯƠNG (ĐỊNH NGHĨA)

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa và thường là nguyên nhân gây đau bụng cấp ở cả trẻ em và người trưởng thành dưới 50 tuổi. Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 20 đến 30.

Tuy ngày càng có nhiều xét nghiệm mới để chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng tỷ lệ không chẩn đoán được vẫn ở mức 15 - 15,3%. Tỷ lệ này cao hơn ở nữ giới.

Có khoảng 14 loại vi khuẩn gây viêm ruột thừa, đa phần là *Escherichia coli* và *Bacteroides fragilis*. Vì vậy, ngoài phẫu thuật cắt ruột thừa (mở hay nội soi) là điều trị chuẩn, sử dụng kháng sinh dự phòng để làm giảm tình trạng nhiễm trùng vết mổ và apxe trong ổ bụng với VRT cấp chưa có biến chứng và kháng sinh điều trị cho VRT cấp có biến chứng (hoại tử, áp xe RT, viêm phúc mạc RT) là cần thiết. Kháng sinh thường được dùng 24 – 48h sau mổ đối với ruột thừa chưa vỡ và 7 - 10 ngày sau mổ đối với ruột thừa đã vỡ.

Ở phụ nữ có thai, nguy cơ sảy thai sau mổ ruột thừa là 4%.

II. DỊCH TỄ HỌC-SINH BỆNH HỌC

Mỗi năm có khoảng 250.000 ca viêm ruột thừa ở Mỹ với tỷ lệ nam:nữ là 1,4:1. Nguy cơ bị viêm ruột thừa ít nhất 1 lần trong đời ở nam và nữ lần lượt là 8,6% và 6,7%. Tỷ lệ viêm ruột thừa mỗi năm là 10/10.000.

Chẩn đoán viêm ruột thừa khó khăn do liên quan đến những cơ quan xung quanh ruột thừa kể cả ở nam và ở nữ và các vị trí khác nhau của ruột thừa.

Nguồn gốc của ruột thừa là từ manh tràng, cách phía dưới valve hồi manh tràng khoảng 3 cm. Ruột thừa dài trung bình khoảng 8-10cm, đôi khi dài tới 25cm.

Các vị trí của ruột thừa : quặt ngược sau manh tràng, dưới manh tràng, trong tiểu khung, trước hồi tràng, sau hồi tràng...

Sự tắc trong lòng ruột thừa là nguyên nhân chủ yếu gây viêm ruột thừa. Quá trình diễn tiến bệnh chia làm 5 giai đoạn : (1) tắc lòng ruột thừa gây căng lòng ruột, (2) gây tiết T8-T10 thần kinh tạng dẫn đến đau bụng ở vùng thượng vị kéo dài từ 4-6 giờ, (3) áp lực trong lòng ruột tăng dẫn đến tăng áp lực trong lòng

mạch ở thành ruột thừa đưa đến tắc nghẽn mạch máu và thiếu máu nuôi mô,(4) sự thiếu máu nuôi dẫn đến phản ứng viêm và xâm nhập vi khuẩn vào thành ruột thừa,(5) phản ứng viêm và xâm nhập vi trùng xuyên qua thành ruột gây viêm phúc mạc thành và đau khu trú ở ¼ dưới phải.

Thời gian diễn ra quá trình này có thể thay đổi. Một số nghiên cứu cho là thời gian trung bình dẫn đến hoại tử là 46-71 giờ. Tuy nhiên đa số đồng ý là 80% ruột thừa vỡ sau 48 giờ đau.

Một số thể khác là viêm ruột thừa tái phát, viêm ruột thừa bán cấp, viêm ruột thừa mạn tính.

III. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Tắc nghẽn ở lòng ruột thừa (60%) do:

- Sỏi phân mà nhân của các hòn sỏi này là các sợi xơ của đồ ăn, là giun đũa, giun kim, sán dây, là carcinoma, carcinoid.
- Cũng có thể là các hạch bạch huyết tăng sản to lên (nguyên phát hay thứ phát từ một nguồn nhiễm, đặc biệt ở trẻ em).
- Tắc nghẽn còn do chèn ép từ ngoài, xoắn vặn, bị gập.

Thương tổn viêm có thể bắt đầu từ một chỗ loét niêm mạc.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1.1 LÂM SÀNG:

- Bệnh sử : theo nghiên cứu của Wagner và cộng sự (meta-analysis)
 - + Triệu chứng gợi ý : (1) đau di chuyển từ thượng vị hay quanh rốn sang hố chậu phải(+LR=3,1), (2) xuất hiện đau ở hố chậu phải (+LR =8), (3) đau trước, sau đó nôn ói(+LR=2,76).
 - + Triệu chứng không gợi ý : (1) không đau ở hố chậu phải (-LR=0,2), có tiền sử đau trước đó (kể cả viêm ruột thừa tái phát cũng không nghĩ chẩn đoán cấp cứu cho bệnh nhân -LR=0,3).
 - + Triệu chứng không cải thiện thêm chẩn đoán là nôn ói và không thèm ăn. Tuy rằng y văn ghi nhận 90% bệnh nhân viêm ruột thừa than phiền là không thèm ăn. Trong nghiên cứu này thì độ nhạy của không thèm ăn trung bình là 68% và độ đặc hiệu là 36%.
 - + Theo ACEP clinical policy 2010 thì đau hố chậu phải, đau di chuyển và quá trình đau góp phần trong chẩn đoán viêm ruột thừa.

- Thăm khám lâm sàng :

- + Triệu chứng ấn đau ở điểm Mc-Burney, ngoài ra một số điểm khác như điểm Lanz, Clado là những dấu chứng ban đầu, sau đó diễn tiến qua có phản ứng dội, đề kháng thành bụng, co cứng thành bụng nhẹ và co cứng thành bụng dữ dội.
- + Dấu hiệu cơ thắt lưng chậu, dấu cơ bịt, Rovsing, tăng cảm giác da vùng bụng.
- + Sốt từ 37,3 – 38 °C.
- + Vẻ mặt nhiễm trùng : môi khô, lưỡi đỏ, hơi thở hôi.
- + Cũng giống như bệnh sử, không thể dựa vào 1 dấu hiệu riêng lẻ trong thăm khám để chẩn đoán viêm ruột thừa. Tuy nhiên có vài dấu hiệu giúp tiên đoán viêm ruột thừa : phản ứng thành bụng và co cứng thành bụng vùng hố chậu phải.

1.2 CẬN LÂM SÀNG

- Bilan XN thường quy

- + Xét nghiệm trong viêm ruột thừa cấp bao gồm : bạch cầu tăng, công thức bạch cầu lệch trái, CRP tăng.

	Sử dụng nhiều	Ít sử dụng	Không sử dụng
Bệnh sử	Đau di chuyển Đau hố chậu (P) Đau trước, sau đó ói	Nôn ói Giới nam	Không thèm ăn Buồn nôn Đau tăng khi ho hay đi chuyên
Thăm khám lâm sàng	Đau hố chậu phải Co cứng thành bụng	Phản ứng dội Đề kháng Đau khi gõ Nhiệt độ >38,3 °C (101 °F) Dấu cơ psoas	Thăm trực tràng Dấu Rovsing Tăng nhiệt độ vùng hố chậu (P)
Xét nghiệm thường qui	WBC ≥ 10 và CRP ≥ 8	WBC > 15 Đa nhân > 85%	WBC > 10

- Bilan XN hình ảnh học

- + Siêu âm : hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm là ruột thừa ấn không xẹp với đường kính > 6 mm. Ngoài ra là hình ảnh tăng âm, thâm nhiễm mỡ xung quanh (dấu của phản ứng viêm) và ổ apxe.
Siêu âm là lựa chọn đầu tiên trong chẩn đoán viêm ruột thừa.
- + CT scan: hình ảnh viêm ruột thừa là (1) tăng đường kính ngang của ruột thừa > 6 mm, (2) thành ruột thừa dày > 2mm, (3) sỏi phân (30%), (4) dấu phản ứng viêm xung quanh (thâm nhiễm mỡ, co kéo mạc treo, dịch quanh ruột thừa).

CT được chỉ định khi lâm sàng và siêu âm gặp khó khăn trong chẩn đoán.

+ MRI: thường được sử dụng cho các trường hợp VRT khó chẩn đoán ở thai phụ hay người chống chỉ định chụp CT bụng (độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 98%).

- Hệ thống tính điểm: có một vài hệ thống điểm số được sử dụng trong chẩn đoán viêm ruột thừa như thang điểm của Alvarado hay MANTRELS và một số khác như Kharbanda và Lintula.

	Các biến	Giá trị
Bệnh sử	- Đau di chuyển	1
	- Khô khan thêm ăn	1
	- Buồn nôn - nôn ói	1
Thăm khám lâm sàng	- Đau vùng hố chậu phải	2
	- Phản ứng dội	1
	- Nhiệt độ $\geq 37.3C$	1
Xét nghiệm	- WBC $> 10.000/\mu L$	2
	- Công thức bạch cầu lệch trái ($> 75\%$ neutrophil)	1
Tổng số điểm		10

Tóm lại: Viêm ruột thừa cấp là một vấn đề tiếp tục đặt ra những tình huống khó xử cho các nhà lâm sàng. Mặc dù chỉ với các dấu chứng lâm sàng không đủ để chẩn đoán viêm ruột thừa nhưng không thể xem nhẹ tầm quan trọng của bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Lợi ích mang lại khi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm thường qui và xét nghiệm hình ảnh được xem xét cùng nhau sẽ giúp ích nhiều hơn và tránh bỏ sót.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT RUỘT THỪA VỠ HAY CHƯA VỠ

Phân biệt ruột thừa vỡ hay không trước mổ cần thiết để tư vấn cho bệnh nhân về chọn lựa điều trị ban đầu (cắt ruột thừa sớm hay muộn), nguy cơ biến chứng và dự hậu sau mổ. Theo nghiên cứu của Anderson thì các dấu chứng về phản ứng viêm như bạch cầu và CRP cao là có giá trị trong chẩn đoán. Williams và cộng sự có phát triển thang điểm đánh giá ruột thừa vỡ ở trẻ em dựa trên các yếu tố cơ bản là bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm thường qui, các dấu chứng trên CT. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ được thực hiện ở 1 trung tâm và không thực hiện trên người trưởng thành.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Viêm ruột do *Yersinia*, *Campylobacter*, *Salmonella*.
- Viêm mạc nối lớn.

- Nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm đài bể thận.
- Thoát vị, tắc ruột, túi thừa manh tràng, xoắn manh tràng.
- Xoắn tinh hoàn ở nam.
- Riêng ở nữ: viêm phúc mạc chậu, nang buồng trứng vỡ, apxe tai vòi, xoắn buồng trứng và thai ngoài tử cung vỡ.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1.1 Điều trị hỗ trợ

- Bù dịch đường tĩnh mạch (Lactat Ringer hay NaCl 0,9%) kết hợp điều trị triệu chứng (chống nôn, giảm đau...).
- Kháng sinh:
 - + Kháng sinh dự phòng thường được sử dụng trong viêm ruột thừa chưa vỡ để ngừa nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng sau mổ.
 - + Chọn kháng sinh có phổ kháng khuẩn trên vi khuẩn Gram âm và kỵ khí.
 - + Cephalosporin thế hệ 2, 3 (Cefotetan, Cefoxitin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ceftazidim có thể được lựa chọn.
 - + Các Penicillin (ampicillin, piperacillin, ticarcillin) kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase (Clavulanat, Sulbactam, Tazobactam) cũng thường được sử dụng đơn trị.
 - + Ở những người dị ứng với Penicillin thì Carbapenem là lựa chọn tốt.
 - + Aminoglycoside sử dụng trong điều trị vi khuẩn Gram (-) nhưng khi phối hợp với Penicillin sẽ làm tăng độc tính nên thường ít được lựa chọn.
 - + Phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí là cần thiết, nhất là khi VRT có biến chứng áp xe hay viêm phúc mạc ruột thừa.
 - + Trong trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ để chọn kháng sinh thích hợp.

Nhóm bệnh nhân	Đơn trị liệu	Đa trị liệu
Người trưởng thành	Cefoxitin, Ertapenem, Moxifloxacin, Tigecyclin hoặc Ticarcillin-Clavulanic acid	Metronidazol kết hợp với Cephazolin, Cefuroxim, Ceftriaxon, Cefotaxim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**
Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ*	Imipenem-cilastatin, Meropenem, Doripenem hoặc Piperacillin-tazobactam	Metronidazol kết hợp với Cefepim, Ceftazidim, Ciprofloxacin hoặc Levofloxacin**

* Các yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, suy đa tạng, dinh dưỡng kém.
- Suy giảm miễn dịch.
- Viêm phúc mạc toàn thể, APACHE > 15, hoặc điều trị ban đầu muộn > 24 giờ.

** Fluroquinolon chỉ được sử dụng khi tỉ lệ nhạy với *E. coli* > 90% tại nơi sử dụng.

Ngưng kháng sinh khi bệnh nhân không sốt và bạch cầu về bình thường

2. PHẪU THUẬT

+ Cắt ruột thừa mở mổ: hạn chế cho các trường hợp chống chỉ định mổ nội soi (choáng nhiễm trùng, suy hô hấp nặng...) hay bị viêm phúc mạc toàn thể nặng (bụng trướng nhiều, giả mạc lan tỏa, khó bộc lộ ruột thừa).

+ Cắt ruột thừa nội soi: ưu tiên chọn lựa cho hầu hết các trường hợp còn lại.

Theo SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons):

- Cắt ruột thừa nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả trong viêm ruột thừa không biến chứng và có thể thay thế phẫu thuật tiêu chuẩn cắt ruột thừa hở (level 1, grade A).
- Mổ nội soi là phương pháp phẫu thuật an toàn đối với ruột thừa vỡ (level 2, grade B), và là phương pháp được ưa chuộng hơn (level 3, grade C).
- Mổ nội soi thường được lựa chọn trong điều trị cho người lớn tuổi (level 2, grade B).
- Mổ nội soi có thể an toàn cho sản phụ nghi ngờ viêm ruột thừa (level 2, grade B).
- Mổ nội soi là biện pháp an toàn và hiệu quả trên người béo phì (level 2, grade B) và có thể là biện pháp được thích hơn (level 3, grade C).

3. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG ÁP-XE RUỘT THỪA

3.1 ĐỊNH NGHĨA

Khối ruột thừa là hậu quả sau cùng của thủng thành ruột thừa được phân loại từ viêm tấy (đám quánh) đến áp-xe ruột thừa. Khối này bao gồm: ruột thừa, mạc nối, ruột non, đại tràng...

3.2 CÁC QUAN ĐIỂM ĐIỀU TRỊ

3.2.1 Phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu:

- Dễ dẫn đến vậy nhiễm sang những vùng khác trong ổ bụng và khó khăn trong mổ do tình trạng phù nề, mô hoại tử dễ dẫn đến rò tiêu hoá. Ngoài ra, còn dễ tụ dịch sau mổ và dính ruột.

- Tình trạng viêm có thể gây chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính và dẫn đến cắt đại tràng, hay bệnh lý ác tính nhưng chỉ phẫu thuật cắt ruột thừa.
- Có vẻ là phương pháp điều trị hơi quá tay so với điều trị nội khoa bảo tồn.
- Tỷ lệ biến chứng khoảng 26%.

a) 3.2.2 Điều trị bảo tồn không mổ và chờ mổ sau 6-10 tuần:

- Điều trị bảo tồn bao gồm kháng sinh đường truyền phổ rộng và cho ruột nghỉ ngơi.
- Tỷ lệ thành công từ 76% - 97%. Tỷ lệ thất bại từ 9% - 15%, tỷ lệ này không bao gồm điều trị với chọc hút dẫn lưu.
- Thời gian chờ mổ sau điều trị bảo tồn từ 6 - 10 tuần vì tỷ lệ tái phát viêm ruột thừa sau điều trị bảo tồn và chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính khác (ung thư, Crohn, lao ...) khoảng 5%.
- Tỷ lệ tái phát nhiều thay đổi từ 15% - 37%.

b) 3.3.3 Điều trị bảo tồn không mổ và theo dõi không có phẫu thuật:

- Do tỷ lệ tái phát ngày càng giảm và tỷ lệ tái phát thường diễn ra khoảng 5 tháng đầu sau điều trị bảo tồn, sau 2 năm thì tỷ lệ tái phát giảm rất thấp.
- Đối với bệnh nhân trên 40 tuổi sau khi điều trị bảo tồn 2 - 4 tuần phải tầm soát bằng nội soi đại tràng hay chụp đại tràng hoặc chụp CT scan để tránh chẩn đoán lầm với bệnh lý ác tính.

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP-XE RUỘT THỪA

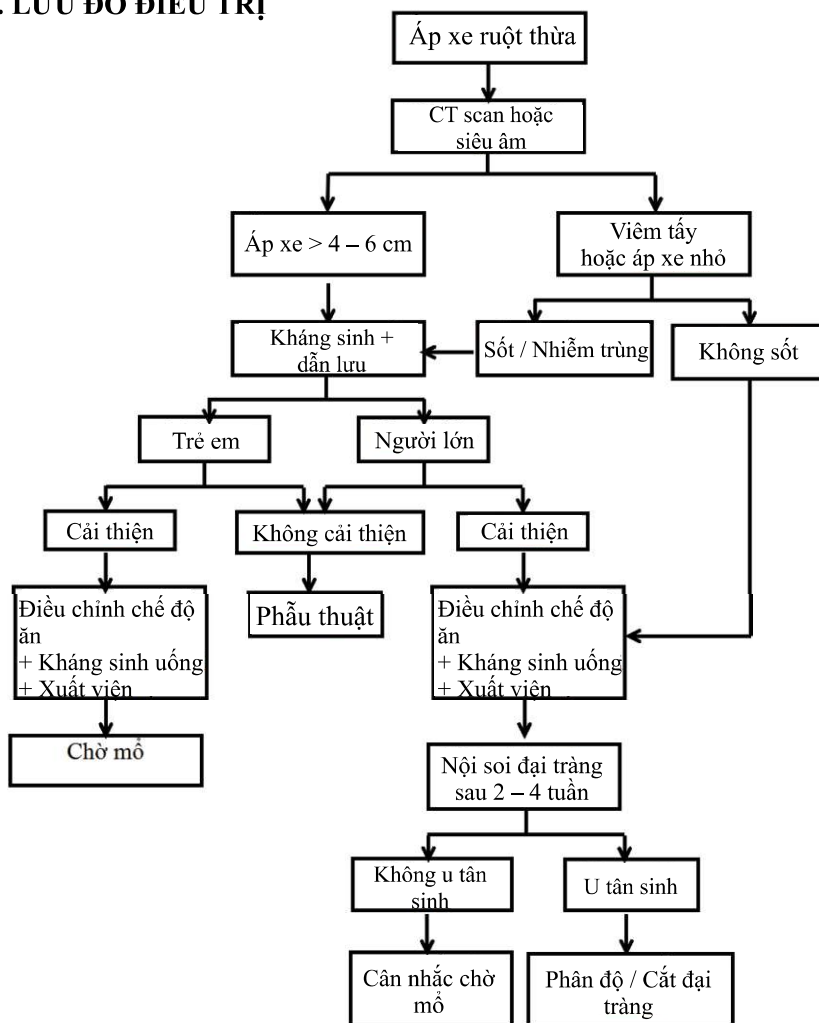
Áp-xe ruột thừa được chẩn đoán dựa vào CT Scan hoặc siêu âm, dựa vào kích thước ổ áp-xe:

1. Nếu ổ áp-xe nhỏ hay chỉ là viêm tấy sẽ theo dõi sinh hiệu:
 - a. Không sốt (hạ sốt): điều trị kháng sinh đường uống kết hợp chế độ ăn và có thể xuất viện nếu tình trạng ổn định.
 - b. Sốt hay có tình trạng nhiễm trùng: điều trị kháng sinh phổ rộng và/hoặc dẫn lưu ổ áp-xe.
2. Nếu ổ áp-xe lớn hơn 4-6 cm: điều trị kháng sinh phổ rộng và/hoặc dẫn lưu ổ áp-xe.
 - a. Đối với trẻ em
 - Tình trạng cải thiện : điều chỉnh chế độ ăn + kháng sinh đường uống + xuất viện.
 - Nếu tình trạng không cải thiện sau vài ngày (sốt cao, bạch cầu máu tăng cao) thì phẫu thuật.
 - b. Đối với người lớn:
 - Tình trạng không cải thiện thì phẫu thuật.

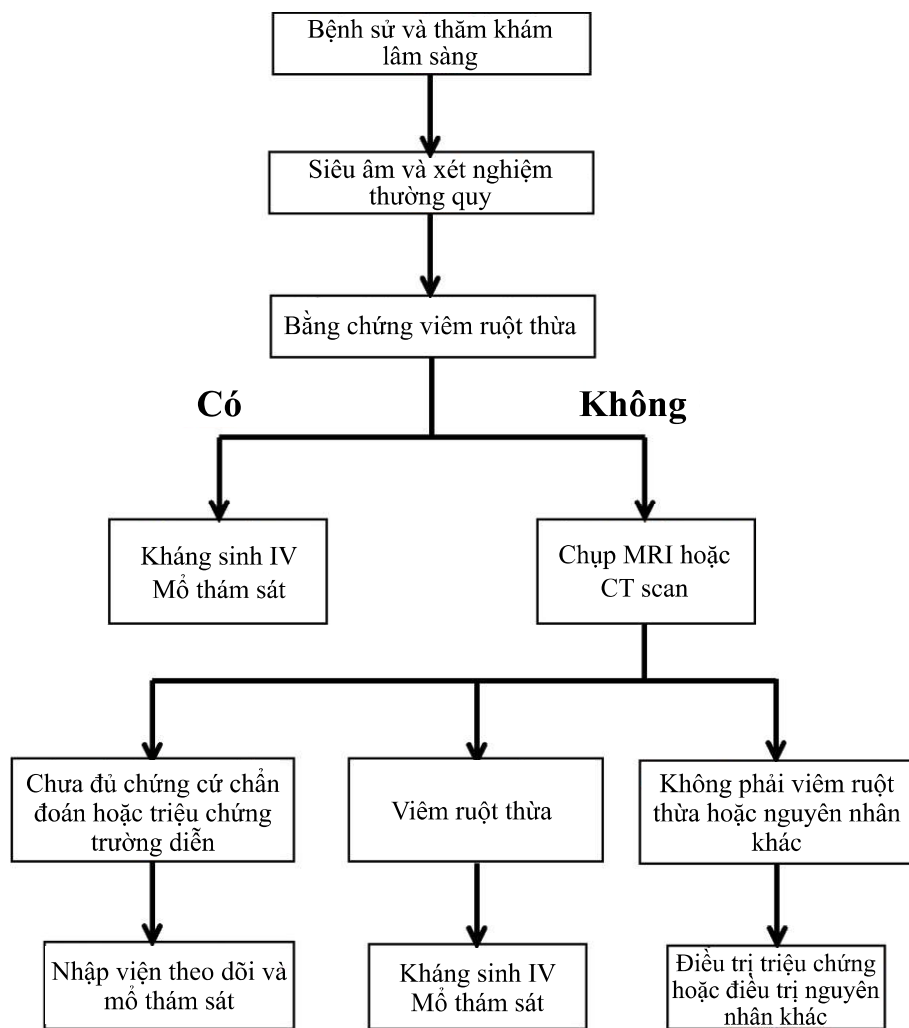
- Tình trạng cải thiện: điều chỉnh chế độ ăn + kháng sinh đường uống + xuất viện, sau đó hẹn bệnh nhân tái khám sau 2-4 tuần để soi đại tràng (hay chụp đại tràng) tầm soát u tân sinh vì có khoảng 5% là ung thư đại tràng. Nếu không có u tân sinh thì chờ sau 6-10 tuần sẽ phẫu thuật cắt ruột thừa. Nếu có u tân sinh, đánh giá giai đoạn và phẫu thuật cắt đại tràng.

Dẫn lưu ổ áp-xe có thể qua trực tràng hay qua âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm nếu ở vị trí hợp lý hay dẫn qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT scan.

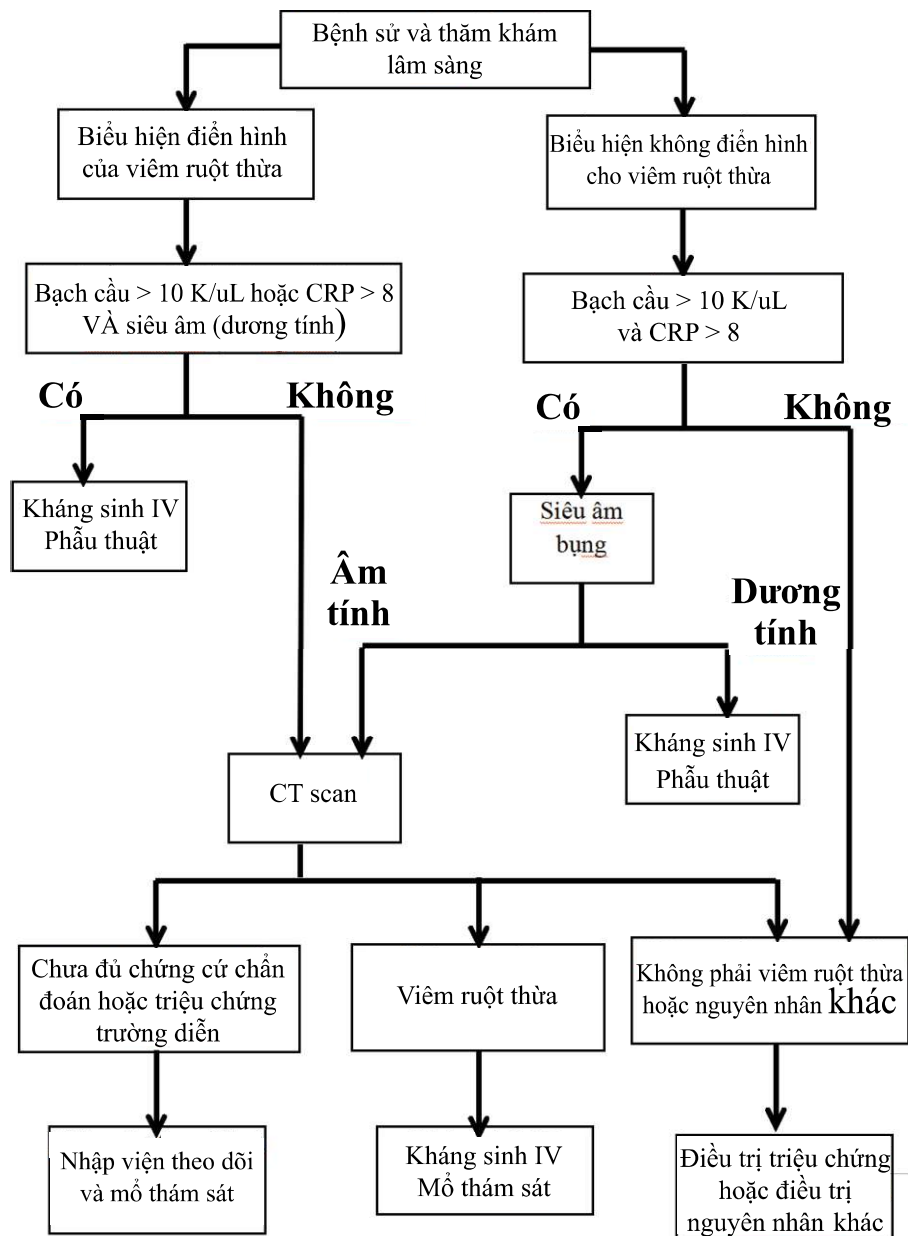
VI. LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ



Lưu đồ áp xe ruột thừa



Lưu đồ xử trí viêm ruột thừa cho phụ nữ có thai



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. A. Cole, N. Maldonado (2011). Evidence-based management of suspected appendicitis in the emergency department. *Emergency Medicine Practice*, 13 (10).
www.ebmedicine.net (CME program).
2. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (2009). Guidelines for laparoscopic appendectomy.
<http://www.sages.org>
3. C. J. Wray, L. S. Kao, S. G. Millas, K. Tsao, T. C Ko (2013). Acute appendicitis: Controversies in diagnosis and management. *Current Problem in Surgery*, 50: 54–86.
4. S. Craig, C. R. Taylor, L. Incesu. Appendicitis.
www.medscape.com”
5. Nguyễn Đình Hồi. Viêm ruột thừa thể lâm sàng- diễn biến- điều trị. *Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa* (1994). Nhà xuất bản Y học.
6. D. H. Berger. Chapter 30: The Appendix. In *Schwartz's Principles of Surgery* 9th ed. (2009), McGraw-Hill.
7. Solomkin JS, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children. *Clinical infectious disease*, 2010; 50: 133-164.