

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ CẮT TÚI MẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Bình Giang¹, Trịnh Văn Tuấn²

¹Bệnh viện Việt Đức, ²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ cắt túi mật tại bệnh viện Việt Đức. Kết quả: 30 bệnh nhân bao gồm nữ 17 (56,7%), nam 13 (43,3%), tuổi trung bình $42,6 \pm 14,1$ (dao động từ 19 - 72 tuổi), chỉ số BMI trung bình $20,6 \pm 2,6$ (dao động từ 16 - 25,3 kg/m²). Chỉ định phẫu thuật do sỏi túi mật 18 (60%), polype 8 (26,7%), sỏi và polype 3 (10%), u túi mật 1 (3,3%). Phẫu thuật nội soi một lỗ tiến hành trong toàn bộ nghiên cứu bằng một trocar qua rốn với đường rạch da 2 cm; 2 trường hợp (6,7%) phải đặt thêm trocar, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Tai biến trong mổ chảy máu 2 (6,7%); biến chứng sau mổ chảy máu vết mổ 1 (3,3%), nhiễm trùng vết mổ 1 (3,3%). Kết luận: mổ nội soi một lỗ cắt túi mật là phương pháp hiệu quả, ít biến chứng, hầu như không để lại sẹo trên thành bụng, là hướng phát triển mới cho lĩnh vực phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: nội soi một lỗ, cắt túi mật nội soi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi cắt túi mật được Phillip Mouret [1] thực hiện đầu tiên vào năm 1987 tại Pháp. Thành công của phương pháp này đã mở ra một cuộc cách mạng trong lĩnh vực ngoại khoa, được ví như "cách mạng Pháp lần thứ 2", ý nói rằng phẫu thuật nội soi cũng làm thay đổi thế giới như cuộc cách mạng Pháp năm 1789.

Năm 1992, Pelosi [2] và cộng sự thực hiện thành công phẫu thuật nội soi một lỗ (single-port - access - SPA) cắt ruột thừa bằng một dụng cụ đặt qua đường rạch da cạnh rốn chứa 3 kênh để đưa dụng cụ vào ổ bụng (camera 1 lỗ 10 mm, dụng cụ 2 lỗ 5 mm).

Năm 1997 Navara và cộng sự [3] lần đầu tiên thực hiện một đường rạch duy nhất ở rốn (single-incision laparoscopic surgery - SILS) để đưa vào ổ bụng 2 trocar 10 mm, kết hợp dùng kim khâu cố định túi mật lên thành bụng để cắt túi mật.

Năm 2007, Jacques Marescaux [4] đã thực hiện thành công ca mổ cắt túi mật nội soi đầu tiên qua đường âm đạo (natural orifice transluminal endoscopic surgery - NOTES) bằng ống nội soi mềm và các dụng cụ luồn trong các kênh phẫu thuật của ống nội soi này.

Năm 2009, Hội nghị Phẫu thuật nội soi châu Âu lần thứ 17 tổ chức tại Thụy Sĩ đã công nhận kỹ thuật mổ nội soi một lỗ (single - port - access).

Ở Việt Nam, kỹ thuật mổ nội soi một lỗ để điều trị các bệnh trong ổ bụng đã được áp dụng trong những năm gần đây [5, 6]. Tuy nhiên việc áp dụng kỹ thuật này còn nhiều tranh luận, hoài nghi về tính khả thi, độ an toàn và phạm vi ứng dụng. Nhiều tác giả lo ngại về khả năng kiểm soát tổn thương, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống [2, 6]. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật mổ nội soi một lỗ cắt túi mật tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Địa chỉ liên hệ: Trịnh Văn Tuấn, bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà Nội

Email: tuan_thuy@yahoo.com

Ngày nhận: 26/03/2013

Ngày được chấp thuận: 20/5/2013

Bệnh nhân chẩn đoán xác định có bệnh lý túi mật được chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7/2010 đến 6/2012

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ở mọi lứa tuổi
- Không phân biệt giới tính
- Chẩn đoán xác định trên siêu âm, chụp cắt lớp có bệnh lý túi mật được chỉ định phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sỏi túi mật có bilirubin máu cao không đo bệnh lý đường mật
- Sỏi túi mật kèm bệnh lý của gan mật sỏi mật, u đường mật, u gan

2. Phương pháp: mô tả tiền cứu

Kỹ thuật thực hiện

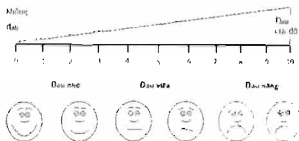
Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm ngửa, nghiêng trái 15° - 30° , đầu cao. Phẫu thuật viên đứng bên trái người bệnh, người phụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên. Đặt trocarat 3 kênh của hãng COVIDIEN (hình 1) thông qua vết rạch dài 1,5 - 2 cm cạnh rốn hoặc qua rốn sau đó bơm CO_2 vào ổ bụng, duy trì áp lực 12 mmHg. Dụng cụ phẫu thuật sử dụng như dụng cụ mổ nội soi thông thường. Các bước tiến hành bóc lộ tam giác Calot để vào cổ túi mật, cầm máu đông mạch túi mật để cắt làm như trong mổ nội soi truyền thống.



Hình 1. Dụng cụ nội soi 1 lỗ chứa 3 kênh của hãng COVIDIEN

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới
- Thời gian phẫu thuật



Hình 2. Thang điểm VAS [7]

- Số trocarat phải sử dụng thêm hoặc phải thay đổi kỹ thuật mổ (phẫu thuật nội soi truyền thống hoặc chuyển mổ mở)
- Đánh giá mức độ đau sau mổ đưa vào thang điểm VAS (Visual analogue scale - hình 2)
- Thời gian sử dụng giảm đau sau mổ.
- Thời gian nằm viện sau mổ
- Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trực tiếp trên bệnh nhân nên các thông tin riêng về bệnh tật trong hồ sơ bệnh án được giấu mã số để đảm bảo tính chính xác, hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 7/2010 đến tháng 6/2012, sử dụng ống trocarat 3 kênh của hãng Covidien, chúng tôi đã thực hiện cắt túi mật nội soi 1 lỗ (single porte acces - SPA) cho 30 bệnh nhân, bao gồm 17 nữ (56,7%) và 13 nam (43,3%); tuổi từ 19 - 72 (trung bình $42,6 \pm 14,1$ tuổi), chỉ số BMI từ 16,0 đến $25,3 \text{ kg/m}^2$ (trung bình $20,6 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$). 8 trường hợp (26,6%) có tiền sử can thiệp phẫu thuật ổ bụng, trong đó có 1 trường hợp cắt đoạn đa dây, 3 trường hợp (10%) có bệnh lý tim mạch, 5 trường hợp

(16,7%) có viêm da đáy. Chẩn đoán bệnh lý túi mắt trước mổ dựa vào thăm khám lâm

sàng, xét nghiệm và thăm dò hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp (bảng 1).

Bảng 1. Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán	n	%
Viêm túi mắt do sỏi	18	60,0
Polype túi mắt	8	26,7
Viêm túi mắt do sỏi + polype	3	10,0
U túi mắt	1	3,3
Tổng số	33	100

Như vậy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán là sỏi túi mắt (18/30) hoặc polyp túi mắt (8/30), chỉ có 1 trường hợp được chẩn đoán U túi mắt (u tuyến cơ túi mắt) nhưng kết quả giải phẫu bệnh là viêm mạn tính xơ hóa ở thanh mạc túi mắt, không có tế bào ác tính. Phẫu thuật nội soi cắt túi mắt 1 lỗ bằng một dụng cụ 3 kênh được thực hiện

trong toàn bộ nhóm nghiên cứu với một đường rạch cạnh rốn 1,5 - 2 cm. Có 2 trường hợp phải đặt thêm trocar do chảy máu trong mổ nhưng không có trường hợp nào phải chuyển phẫu thuật nội soi truyền thống hoặc mổ mở. Thời gian phẫu thuật, thời gian giảm đau sau mổ, thời gian có trung tiện, ngày nằm viện sau mổ, tai biến và biến chứng (bảng 2).

Bảng 2. Theo dõi sau mổ

Theo dõi sau mổ	Trung bình	Dao động
Thời gian phẫu thuật (phút)	61,0 ± 30,0	20 - 160
Thời gian sử dụng thuốc giảm đau (ngày)	1,9 ± 0,7	1 - 3
VAS thời điểm 6 giờ sau mổ (điểm)	3,30 ± 0,95	
VAS thời điểm 12 giờ sau mổ (điểm)	2,20 ± 1,03	
VAS thời điểm 24 giờ sau mổ (điểm)	1,30 ± 0,48	
Thời gian có trung tiện (ngày)	2,1 ± 0,5	1 - 3
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	3,2 ± 1,0	2 - 5

Tai biến chảy máu trong mổ có 2 trường hợp (6,7%). Biến chứng sau mổ gặp chảy máu vết mổ 1 trường hợp (3,3%) phải khâu lại vết mổ ngay trong ngày đầu hậu phẫu và 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Không có tử vong trong nghiên cứu. Bệnh nhân ra viện sau 2 - 5 ngày (trung bình 3,1 ± 0,9 ngày). Khám

lại sau 1 tháng không có di chứng và biến chứng. Vết mổ cạnh rốn đảm bảo thẩm mỹ và hầu như không có sẹo.

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi Pelosi và cộng sự (1992) [2] thực hiện thành công phẫu thuật nội soi một lỗ

(SPA) cắt ruột thừa, SPA nhanh chóng được sử dụng rộng rãi trong các phẫu thuật ổ bụng như cắt túi mật, cắt ruột thừa, tuyến thượng thận, thoát vị vì ít tai biến, biến chứng và hầu như không để lại sẹo trên thành bụng.

Chúng tôi thực hiện SPA cho 30 trường hợp bệnh lý túi mật có chỉ định mổ với độ tuổi trung bình $42,6 \pm 14,1$ tuổi, nam 43,3%, nữ 56,7%, chỉ số BMI $20,6 \pm 2,6$. Kết quả trên của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Triều Triều Dương [6] (2011) tuổi trung bình 47,6, nữ 59,3%, IBM 22,3 nhưng thấp hơn của Curcillo [8] (2010) tuổi trung bình 46, nữ 87%, IBM 27,3

Thời gian phẫu thuật trung bình 61 ± 30 phút So với nghiên cứu của Triều Triều Dương [6] 37,4 phút thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn nhưng tương đương với nghiên cứu của P G Curcillo [10] 71 phút, U Fumagalli [9] 65 phút

Hạn chế của kỹ thuật mổ nội soi một lỗ là sử dụng dụng cụ phẫu thuật phức tạp và trường thao tác hẹp. Một số tác giả [2; 4, 6, 8] cho rằng trong trường hợp bóc lộ khó khăn túi mật, nhất là ở những người đã có mổ cũ ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang, người có chỉ số BMI cao, viêm túi mật mạn tính nhiều, di dạng động mạch túi mật thì nên chủ động đặt thêm 1 trocar tại vị trí cần đặt dẫn lưu để kẹp giữ túi mật hoặc chuyển sang phương pháp mổ nội soi truyền thống nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm biến chứng. Nghiên cứu của Triều Triều Dương [6] (2011), tại biến trong mổ chủ yếu là chảy máu giường túi mật gặp 3/83 trường hợp (3,8%), trong đó 2 trường hợp phải đặt thêm trocar để cầm máu, 1 trường hợp phải chuyển phẫu thuật nội soi truyền thống. Chúng tôi gặp chảy máu trong mổ 2/30 trường hợp (6,7%) do di dạng của động mạch túi mật làm thời gian mổ kéo dài tới 160 phút và phải truyền tới 2500 ml máu nhưng

không phải thay đổi kỹ thuật mổ. Theo chúng tôi, cắt túi mật nội soi 1 lỗ bước đầu chỉ nên áp dụng ở những trường hợp do sỏi hoặc polyp túi mật, viêm túi mật không có biến chứng, những trường hợp chẩn đoán u túi mật cần được cân nhắc kỹ, đánh giá kỹ tổn thương trong mổ, đặt thêm trocar nếu cần. Theo Mutter [10] những bệnh nhân có biểu hiện viêm túi mật có biến chứng (viêm hoại tử, áp xe hóa, viêm phúc mạc mật...) không nên áp dụng kỹ thuật cắt túi mật nội soi 1 lỗ.

Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm đau (VAS), chúng tôi thấy thời điểm đau nhất là trong khoảng 6h đầu sau mổ (VAS 3,30 điểm). Sau 24 - 48h bệnh nhân đau rất ít (VAS 1,3 điểm) do đó chỉ cần dùng thuốc giảm đau cho bệnh nhân từ ngày thứ 2 sau mổ. Theo Aprasad [11], mổ nội soi một lỗ ít gây sang chấn thành bụng hơn so với nội soi truyền thống (3 - 4 trocar) nên người bệnh thường chỉ đau nhiều nhất trong 6 giờ đầu nhưng giảm đi rõ rệt vào những giờ sau.

Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,9 \pm 0,7$ ngày, của U Fumagalli [9] là 1,0 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,2 \pm 1,0$ ngày, tương đương với nghiên cứu của Triều Triều Dương [6] là $3,73 \pm 0,9$ ngày.

Biến chứng sau mổ theo Curcillo [8] (2010) có thể gặp áp xe rốn, lu máu, nhiễm trùng vết mổ. Chúng tôi gặp 2 trường hợp biến chứng sau mổ, trong đó 1 chảy máu vết mổ phải khâu lại để cầm máu ngay trong ngày đầu sau mổ và 1 nhiễm trùng vết mổ. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu khi ra viện và khám lại sau 2 tháng thấy vết mổ liền tốt, thẩm mỹ và hầu như không còn sẹo.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi một lỗ trong cắt túi mật là phương pháp hiệu quả, tại biến trong mổ

6,7%, biến chứng sau mổ 3,3%, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục trung bình $3,2 \pm 1$ ngày và hầu như không để lại sẹo

Phẫu thuật là một bước phát triển mới, mở ra triển vọng tốt cho lĩnh vực phẫu thuật nội soi ổ bụng không để lại sẹo

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Khoa phẫu thuật cấp cứu bụng và phong mô nội soi 1 bệnh viện Việt Đức đã giúp đỡ trong quá trình nghiên cứu và thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William C Dooley (1992). *History of laparoscopy and cholecystectomy* Laparoscopic Surgery 1, 1 - 5
2. Pelosi MA, Pelosi III MA (1992): *Laparoscopic appendectomy using a single umbilical puncture (minilaparoscopy)* J Reprod Med 37 588-504
3. Navarra G, Pozza E, Occhionorelli S et al (1997). *One wound laparoscopic cholecystectomy* Br J Surg 84, 695 - 699
4. Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S et al (2007): *Surgery without scars. report of transumbilical cholecystectomy in a human being* Arch Surg, 142, 823 - 826
5. Nguyễn Đình Hải, Nguyễn Hoàng Bắc (2001). *Cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi* Ngoại khoa, XLV (1), 7 - 14
6. Triệu Triều Dương, Hồ Hữu An, Nguyễn Mạnh Chung (2011). *Ứng dụng phương pháp mổ nội soi một lỗ qua rốn điều trị bệnh viêm túi mật tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí y - dược học quân sự số chuyên đề ngoại bụng, 44 - 50
7. Nord E. (1991): *The validity of a visual analogue scale in determining social utility weights for health states* International Journal of Health Planning and Management 6, 234 - 242
8. Paul G Curcillo, Andrew S Wu, Erica R Podolsky et al (2010). *Single-port-access (SPA™) cholecyst-ectomy a multi-institutional report of the first 297 cases* Surg Endosc. 24 (8), 1854 - 1860
9. Fumagalli U, Verrusio C, Elmore U et al (2010). *Preliminary results of transumbilical single-port laparoscopic cholecystectomy* Updates Surg. 62, 105 - 109
10. Mutter D, Callari C, Diana M, Dallemagne B et al (2011). *Single port laparoscopic cholecystectomy which technique. which surgeon. for which patient? A study of the implementation in a teaching hospital* J Hepatobiliary Pancreat Scien 18, 453 - 457
11. Prasad A, Mukherjee Ka, Kaul S & Kaur M (2010). *Post operative pain after cholecystectomy conventional laparoscopy versus single incision laparoscopic surgery (SILS)*. Apollo Medicine 7(2), 124 - 128.

Summary

EVALUATE PRELIMINARY RESULTS OF A SINGLE - PORT - ACCESS (SPA) IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Objective of this study was to evaluate the preliminary results of a Single-Port-Access (SPA) in laparoscopic cholecystectomy Patients were diagnosed and were selected for cholecystectomy, at Viet Duc hospital The results showed that 30 patients including women 17 (56.7%), male 13 (43.3%), the age from 19 to 72 (average 42.6 ± 14.1 years old), BMI index from 16 to 25.3 kg/m^2 (average $20.6 \pm 2.6 \text{ kg/m}^2$), SPA cholecystectomy due to gallbladder stones 18 cases (60%).

polyps 8 (26.7%), gallbladder stones and polyps 3 (10%), gallbladder tumor 1 (3.3%). Surgery was performed on 28 cases (93.3%) by an umbilical incision of 2 cm through the skin with a COVIDIEN port, extra trocars were administered in 2 cases (6.7%), and no open surgery was necessary. Bleeding during the operation occurred in 2 cases (6.7%), postoperative bleeding from incision 1 case (3.3%), infection of incision 1 (3.3%). In conclusion, SPA cholecystectomy is an effective method, with less complication, resulting in almost no scarring on the abdominal wall, is a new direction for the field of laparoscopic surgery

Key words: Single-port-access, Cholecystectomy