

## ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP MỔ NỘI SOI MỘT LỖ QUA RỖN ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM TÚI MẬT TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108

*Triệu Triều Dương\*;<sup>1</sup> Hồ Hữu An\*;<sup>2</sup> Nguyễn Mạnh Chung\**

### TÓM TẮT

Từ 3 - 2010 đến 11 - 2010, nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có can thiệp, theo dõi dọc và không đối chứng với phương pháp mổ nội soi truyền thống trên 83 bệnh nhân (BN), tuổi trung bình:  $47,6 \pm 13,5$ , tỷ lệ nam/nữ: 24/59, chỉ số BMI  $22,3 \pm 2,4$  (18,3 - 32,9). Kết quả: thời gian phẫu thuật:  $37,35 \pm 22,73$  phút. Không khác biệt về tỷ lệ tai biến, biến chứng, thời gian hậu phẫu giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Không có BN tử vong và chuyển mổ mở. Tỷ lệ biến chứng 10,8%, trong đó 6% nhiễm trùng vết mổ rốn, 3,6% chảy máu giường túi mật trong mổ, 1,2% đọng dịch sau mổ phải xử lý chọc hút. Thời gian hậu phẫu:  $3,73 \pm 0,88$  ngày. Phương pháp mổ nội soi một lỗ qua rốn an toàn, hiệu quả, có thể áp dụng cho những trường hợp viêm túi mật cấp, BN có yếu tố nguy cơ cao như béo phì, mổ cũ, xơ gan.

\* Từ khóa: Viêm túi mật cấp; Mổ nội soi một lỗ qua rốn.

## APPLICATION OF TRANSUMBILICAL SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN TREATMENT OF GALLBLADDER DISEASES AT 108 HOSPITAL.

### SUMMARY

*From 3 - 2010 to 11 - 2010, a prospective study, cross-sectional description, longitudinally follow-up was carried out on 83 patients underwent single-port laparoscopic cholecystectomy. Male/female ratio: 24/59, average age was  $47.6 \pm 13.5$ , BMI was  $22.3 \pm 2.4$  kg/m<sup>2</sup> (range 18.3 - 32.9 kg/m<sup>2</sup>), mean operative time was  $37.35 \pm 22.73$  minutes. There was no difference in the rate of complications and postoperative time in the two groups ( $p > 0.05$ ). There were no open conversion, no death. Complication rate was 10.8% (included 6% umbilical incision infection, 3.6% bleeding during surgery, 1.2% abdominal cavity collective fluid. Postoperative stay was  $3.73 \pm 0.88$  days. Single port laparoscopic cholecystectomy is safe, effective and can be applied to patients with acute cholecystitis and with high risk factors such as obesity, previous abdominal surgery, cirrhosis. etc.*

\* Key words: Acute cholecystitis; Single-port cholecystectomy.

---

\* Bệnh viện TWQĐ108

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ý tưởng sử dụng nội soi để chẩn đoán bệnh được nhiều tác giả đề cập từ thời Hypocrat. Nhưng đến năm 1987, sau thành công của GS. Phillip Mouret, ngành phẫu thuật nội soi (PTNS) mới chính thức được công nhận và phát triển. Đến nay, PTNS cắt túi mật là lựa chọn hàng đầu cho cả thầy thuốc và BN [2].

Dựa trên nguyên lý cơ bản của nội soi truyền thống, các phẫu thuật viên và nhà sản xuất đã nghiên cứu cải tiến, đưa ra sáng kiến lựa chọn đường mổ qua lỗ tự nhiên với mục đích không để lại sẹo và giảm thiểu biến chứng do phẫu thuật gây nên. Kỹ thuật có tên là mổ không sẹo hay phẫu thuật "single-site" hoặc "single-port"... Trường hợp đầu tiên được Navara thực hiện vào năm 1997, ông tiến hành cắt túi mật nội soi bằng 2 trocar 10 mm đặt qua vết rạch rốn, kết hợp dùng kim khâu cố định túi mật lên thành bụng... Ngày 18 - 6 - 2009, Hội nghị Phẫu thuật nội soi châu Âu lần thứ 17 tổ chức tại Thụy Sĩ đã công nhận kỹ thuật mổ không sẹo (single port).

Trên thế giới, việc áp dụng kỹ thuật này để điều trị bệnh 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 PTNS truyền thống. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Nghiên cứu phạm vi ứng dụng của kỹ thuật mổ nội soi single-port và kết quả sớm điều trị ngoại khoa bệnh lý túi mật.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

BN được chẩn đoán viêm túi mật hay polyp túi mật, có chỉ định PTNS cắt túi mật, điều trị tại Khoa B15, Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 3 đến 12 - 2010. Không phân biệt mức độ và giai đoạn bệnh.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang, có can thiệp và theo dõi dọc.

- Để đánh giá khả năng thực hiện kỹ thuật, chia BN thành 2 nhóm: nhóm viêm cấp, bán cấp và nhóm viêm mạn, polyp. Đánh giá khả năng thực hiện kỹ thuật ở hai nhóm BN có yếu tố nguy cơ (xơ gan, béo phì, vết mổ cũ...) và nhóm không có yếu tố nguy cơ.

- Sử dụng phần mềm thống kê y học Epi.info 3.5.1.

\* *Kỹ thuật thực hiện:*

- BN gây mê nội khí quản, đặt tư thế 2 chân dạng, nghiêng trái 15 - 30<sup>0</sup>, đầu cao. Phẫu thuật viên chính đứng giữa 2 chân BN, phẫu thuật viên phụ đứng bên trái BN. Đặt triport thông qua một vết rạch dài 1,5 - 2 cm ở rốn BN. Bơm CO<sub>2</sub> ổ bụng, duy trì với áp lực 12 mmHg. Dụng cụ phẫu thuật dùng như dụng cụ mổ nội soi thông thường.

- Quá trình thực hiện:

+ Dưới hình ảnh camera, khảo sát ổ bụng và đánh giá tổn thương, xác định và tiên lượng khả năng phẫu thuật. Trong trường hợp viêm túi mật cấp có chỉ định đặt dẫn lưu dưới gan sau mổ, phẫu thuật viên

có thể chủ động đặt thêm một trocar 5 mm (vị trí dưới hạ sườn phải ngang rốn trên đường nách trước hay nách giữa của BN với mục đích kẹp giữ túi mật).

+ Xác định tam giác Calot, dùng Grasper kẹp giữ và phẫu tích bộc lộ ống cổ túi mật bằng dao siêu âm. Kẹp ống cổ túi mật bằng Hemolock, cắt 100% động mạch túi mật

bằng dao siêu âm. Kiểm tra cầm máu, bổ sung bằng dao điện đơn cực.

+ Lau rửa trường phẫu hoặc đặt dẫn lưu dưới gan cho BN viêm túi mật cấp mủ hoại tử, hoặc khi có biến chứng trong mổ gây thủng túi mật, chảy máu... Cho túi mật vào bao nilon, lấy qua lỗ rốn. Khâu tạo hình lỗ rốn.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của BN.

Từ tháng 3 - 2010 đến 11 - 2010, 83 BN được thực cắt túi mật nội soi một lỗ. Tuổi trung bình của BN  $47,6 \pm 13,5$  (17 - 76 tuổi), chỉ số BMI  $22,3 \pm 2,4$ , trong đó 10 BN béo phì độ I và 1 BN béo phì độ II (BMI = 32,9). 12/83BN (14,5%) mổ cũ, 4/12 BN (33,3%) mổ từ 2 - 4 lần.

Bảng 1: Đánh giá kết quả sớm trong và sau mổ.

	SỐ LƯỢNG	THỜI GIAN PHẪU THẬT (phút)	TỶ LỆ CHUYỂN NỘI SOI NHIỀU LỖ	THỜI GIAN HẬU PHẪU (ngày)
Viêm cấp	5 (6,0%)	$72,00 \pm 28,42$	2	$4,80 \pm 0,84$
Viêm bán cấp	6 (7,2%)	$64,17 \pm 20,10$	0	$3,67 \pm 0,82$
Viêm mạn tính	61 (73,5%)	$31,88 \pm 12,85$	0	$3,70 \pm 0,86$
Polyp	11 (13,3%)	$37,27 \pm 38,82$	1	$3,45 \pm 0,82$
Tổng	83 (100%)	$37,35 \pm 22,73$	3 (3,6%)	$3,73 \pm 0,88$

Túi mật viêm mạn: 61 BN (73,5%), viêm cấp và bán cấp: 11 BN (13,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình:  $37,35 \pm 22,73$  phút. 3 BN chuyển nội soi nhiều lỗ. Không có BN nào chuyển mổ mở. Thời gian hậu phẫu trung bình  $3,73 \pm 0,88$  ngày.

\* Tai biến và biến chứng sớm: rò mật: 0 BN; tổn thương cơ quan lân cận: 0 BN; chảy máu: 3 BN (3,6%); đọng dịch sau mổ:

1 BN (1,2%); nhiễm trùng vết mổ: 5 BN (6,0%); mổ lại: 0 BN.

1 BN áp xe dư được chọc hút dưới siêu âm, BN ổn định, 3 BN chảy máu, 2 BN phải đặt thêm trocar để cầm máu.

Tỷ lệ biến chứng: 10,8%, trong đó, 5 BN (6%) nhiễm trùng vết mổ, 3 BN (3,6%) chảy máu trong mổ và 1 BN đọng dịch sau mổ.

*Bảng 2:* Đánh giá tính khả thi và phạm vi sử dụng kỹ thuật dựa trên các chỉ tiêu được thực hiện ở hai nhóm viêm cấp, bán cấp và viêm mãn.

ĐẶC ĐIỂM	BN		
	Viêm túi mật cấp, bán cấp (n = 11)	Viêm túi mật mạn và polyp (n = 72)	p
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	67,7 ± 23,3	31,9 ± 12,8	0,000*
Thời gian trung tiện (ngày)	2,2 ± 0,4	1,8 ± 0,5	0,014*
Thời gian hậu phẫu (ngày)	4,2 ± 0,9	3,7 ± 0,9	0,094
Tỷ lệ tai biến, biến chứng	27,3% (3)	6,6% (4)	0,057

Thời gian nằm viện, tai biến và biến chứng không khác biệt giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ). Thời gian phẫu thuật ở nhóm viêm cấp và bán cấp cao hơn nhóm viêm mạn ( $p < 0,05$ ).

*Bảng 3:* Đánh giá khả năng thực hiện kỹ thuật ở những BN có yếu tố nguy cơ (béo phì, mỡ cũ, xơ gan) với nhóm không có yếu tố nguy cơ.

ĐẶC ĐIỂM	BN		p
	Có yếu tố nguy cơ (n = 27)	Không có yếu tố nguy cơ (n = 56)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	44,6 ± 26,1	31,9 ± 12,8	0,004*
Thời gian trung tiện (ngày)	2,0 ± 0,6	1,8 ± 0,5	0,114
Thời gian hậu phẫu (ngày)	3,9 ± 0,9	3,7 ± 0,9	0,345
Tỷ lệ tai biến, biến chứng	4 (14,8%)	5 (8,9%)	0,666

Không có sự khác biệt về tai biến, biến chứng cũng như thời gian hậu phẫu ( $p > 0,05$ ). Thời gian phẫu thuật và các yếu tố nguy cơ trong phẫu thuật tương quan thuận với nhau ( $r = 0,62$ ), thời gian phẫu thuật tăng theo yếu tố nguy cơ (tình trạng viêm của túi mật, mỡ cũ, béo phì, xơ gan).

## BÀN LUẬN

PTNS cắt túi mật đã phát triển và được chấp nhận rộng rãi trên thế giới, nó được xem như là tiêu chuẩn vàng cho phẫu thuật cắt túi mật. Trong nghiên cứu này, bệnh thường gặp ở lứa tuổi trung niên ( $47,6 \pm 13,5$  tuổi), nữ mắc bệnh nhiều hơn nam (24/59), phù hợp với một số tác giả [1, 5, 7]. 10 BN béo phì độ I và 1 BN béo phì độ II (BMI = 32,9), thấp hơn nghiên cứu của Roberts K.E., Solomon D. (2009): BMI: 30,2 (18,5 - 44,6) [9]. Chris Edwards (2009): BMI: 26,5 (17,3 - 39,1) [1]. Đặc điểm này có thể là yếu tố liên quan đến tỷ lệ chuyển mổ nội soi truyền thống và mổ mở của các tác giả cao hơn chúng tôi [1, 8, 9].

Thời gian phẫu thuật trung bình:  $37,35 \pm 22,73$  phút, thấp hơn so với Chris Edwards (69,5 phút) [1], Roberts K.E. là 80 phút [9], Nguyễn Tấn Cường 52 phút [7]. 3 BN chuyển mổ nội soi truyền thống, trong đó 2 BN (2,4%) chủ động đặt thêm một trocar 5 mm ở dưới bờ sườn phải trên đường rạch trước hoặc rạch sau, do BN này có tình trạng viêm túi mật cấp, túi mật căng, thành dày, phù nề xung huyết và viêm dính nhiều. Chúng tôi chủ động đặt thêm trocar tại vị trí sẽ đặt dẫn lưu sau mổ với mục đích kẹp giữ túi mật cho trường hợp tổn thương túi mật có chỉ định đặt dẫn lưu dưới gan sau mổ (viêm túi mật cấp, viêm túi mật hoại tử...) và rút dẫn lưu sau 24 giờ. 1 BN (1,2%) chuyển mổ nội soi truyền thống (đặt 3 trocar), do có bất thường đường mật trên nền bệnh xơ gan, làm cho việc cầm máu khó khăn, thực hiện kỹ thuật không đảm bảo an toàn. Hạn chế của kỹ thuật mổ nội soi một lỗ là hiện tượng hình ảnh nội dòng, trường thao tác hẹp cũng như việc hạn chế của dụng cụ phẫu thuật. 9 BN (10,8%) có biến chứng, trong đó, 5 BN (6%) nhiễm trùng vết mổ, 3 BN (3,6%) chảy máu trong mổ và 1 BN đờng dịch sau mổ. Tỷ lệ này phù hợp với một số tác giả công bố trước đó (5 - 12%) [1, 6, 9]. 3 BN chảy máu trong mổ ở nhóm xơ gan, viêm cấp hoại tử phải mổ cấp cứu hoặc bất thường giải phẫu của đường mật. 1 BN đờng dịch sau mổ, tiến hành chọc hút dẫn lưu dưới siêu âm kết hợp sử dụng kháng sinh mạnh, cho kết quả tốt. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 6%, cao hơn của Chris Edward (không có BN nào) Nguyên nhân nhiễm trùng vết mổ seọ rốn ở nghiên cứu này có thể do trong quá trình phẫu thuật, dụng cụ mổ chưa đảm bảo vô trùng, sau khi phát hiện và khắc phục, không có trường hợp nào bị nhiễm trùng tiếp theo. Tất cả BN biến chứng đều ổn định ra viện, không có biến chứng nghiêm trọng như rò mật, tổn thương cơ quan lân cận, không phải mổ mở, 3/83 BN đặt thêm trocar để cầm máu, thấp hơn so với Robert KE (5,4% biến chứng tổn thương đường mật) và Chris Edward (8,7% biến chứng phải chuyển mổ mở = 6/80 BN).

Tỷ lệ tai biến, biến chứng, thời gian hậu phẫu ở nhóm viêm cấp, bán cấp và nhóm có yếu tố nguy cơ so với nhóm chứng khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật ở nhóm này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Kinh nghiệm cho thấy, cần đánh giá mức độ thương tổn, tình trạng BN trước và trong mổ, chủ động đặt thêm 1 trocar tại vị trí sẽ đặt dẫn lưu để kẹp giữ túi mật hay kịp thời chuyển phương pháp mổ nội soi truyền thống nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm biến chứng.

Hạn chế của nghiên cứu này là chúng tôi không so sánh đánh giá kết quả giữa phương pháp mổ nội soi truyền thống và mổ nội soi single-port. Nhưng không có sự khác biệt giữa 2 kỹ thuật này, chứng tỏ phương pháp mổ single-port khả dĩ và có triển vọng ứng dụng tốt.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật single-port là phương pháp an toàn, hiệu quả, giá trị thẩm mỹ cao, ít đau sau mổ, thời gian hậu phẫu ngắn và có thể chỉ định cho các giai đoạn bệnh cũng như BN có yếu tố nguy cơ cao.

- Tỷ lệ viêm cấp 6%, bán cấp 7,2%, viêm mạn 73,5%, polyp 13,3%.
- Thời gian phẫu thuật 37,3 phút; hậu phẫu 3,7 ngày.
- Không tử vong, không chuyển mổ mở, biến chứng 10,8% (6% nhiễm trùng vết mổ, 3,6% chảy máu trong mổ, 1,2% đọng dịch sau mổ).
- Sau mổ không để lại sẹo.
- Nên tăng cường thêm 1 trocar nếu viêm túi mật cấp hoại tử có yếu tố nguy cơ cao: 2/83 BN (2,4%).
- Tổn thương quá phức tạp không đảm bảo an toàn nên chuyển mổ nội soi truyền thống: 1/83 BN (1,2%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Chris Edwards, et al.* Single-incision laparoscopic cholecystectomy is feasible: initial experience with 80 cases. *Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-010-0943-z* Received: 7 May 2009/Accepted: 21 November, 2009.
2. *Hirano Y, Watanabe T, Uchida T, et al.* Single-incision laparoscopic cholecystectomy: single institution experience and literature review. *World J Gastroenterol.* 2010, Jan, 14,16 (2), pp.270-274.
3. *Hodgett SE, Hernandez JM, Morton CA, et al.* Laparoendoscopic single site (LESS) cholecystectomy. *J Gastrointest Surg.* 2009, Feb, 13 (2), pp.188-92. Epub 2008 Nov 22.
4. *Kuon Lee S, You YK, Park JH, et al.* Single-port transumbilical laparoscopic cholecystectomy: a preliminary study in 37 patients with gallbladder disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009, Aug, 19 (4), pp.495-499.
5. *Nguyen Tan Cuong, et al.* Laparoscopic cholecystectomy using single umbilical trocar. 10<sup>th</sup> Meeting of Endoscopic and Laparoscopic Surgeon of ASIA. Hanoi. 2010, 25-27, November.
6. *Podolsky ER, Rottman SJ, Curcillo PG 2nd.* Single-port access (SPA) cholecystectomy: two year follow-up. *JLS.* 2009, Oct-Dec, 13 (4), pp.528-535.
7. *Roberts KE, Solomon D, Duffy AJ, Bell RL.* Experience with 56 consecutive cases and a review of the literature. *J Gastrointest Surg.* 2010, Mar, 14 (3), pp.506-510. Epub 2009 Dec 5.8.
8. *Sanjay K. Bhasin, J.G Langer.* Laparoscopic cholecystectomy: An experience of 200 cases. 2004, Vol 6, No 2, April-June.
9. *Shaikh. A.R, et al.* Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. *JLS.* 2009, 13, pp.592-596.
10. *Solomon D, Bell RL, Duffy AJ, Roberts KE.* Single-port cholecystectomy: small scar, short learning curve. *Surg Endosc.* 2010, Apr, 17.