

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI MỘT CỔNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

LÊ MẠNH HÀ và CS

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá mức độ an toàn, tính khả thi và kết quả bước đầu phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi một cổng điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 32 bệnh nhân, được chẩn đoán ruột thừa viêm cấp và được phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi một cổng tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012 có theo dõi và tái khám sau mổ.

Kết quả: Gồm 32 bệnh nhân, tuổi trung bình là $35,2 \pm 13,5$ (16-59). Có 46,9% nam, 53,1% nữ, tỷ lệ nam/nữ 0,88/1. Vị trí ruột thừa thường gặp nhất là ổ hố chậu phải 75,0%, dưới gan 3,1%. Thời gian mổ trung bình $40 \pm 23,7$ phút (25-150), đặt thêm trocar thứ 2 để thao tác 6,2%, thời gian nằm viện trung bình $3,6 \pm 1,5$ ngày, từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 65,6%, nhiễm trùng rốn sau mổ chiếm 3,1%. Tái khám sau mổ 2 đến 4 tuần không gặp biến chứng khác.

Kết luận: Cắt ruột thừa nội soi một cổng cho thấy

tính an toàn, là một kỹ thuật ít xâm lấn và có tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Ruột thừa viêm, Cắt ruột thừa nội soi một cổng.

SUMMARY

Purpose: Evaluation of safety, feasibility and early results from Single port laparoscopic appendectomy for acute appendicitis at Hue Central Hospital.

Patients and methods: Consist of 32 patients who were operated to Single port laparoscopic appendectomy at Hue Central Hospital from march 2011 to December 2012 with follow up and postoperative re-examination.

Results: 32 patients, mean age 35.2 ± 13.5 (16-59). 46.9% male, 53.1% female, rate male/female 0.88/1. Right Iliad fosse was the most common 75.0%, infrahepatic position 3.1%. Mean operation time 40 ± 23.7 minutes (25-150), insertion of a second port 6.2%), postoperative hospital stay 3.6 ± 1.5 days, 3-5

days 65.6%. Postoperative complications: umbilical infection 3.1%. Follow up postoperative 2-4 weeks without other complications.

Conclusions: Single - port intracorporeal appendectomy procedure is a safe, minimal invasive procedure with excellent cosmetic results.

Keywords: Appendicitis, Single Port Laparoscopic Appendectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt ruột thừa mở đã được biết đến đầu tiên vào năm 1763 và đối với phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi thì K Semm là người đầu tiên thực hiện thành công vào năm 1982 [5]. Cho đến nay, cắt ruột thừa nội soi đã trở thành tiêu chuẩn vàng để điều trị ruột thừa viêm cấp [7],[9].

Với quan điểm phẫu thuật ít xâm lấn mà giải quyết được tận gốc vấn đề bệnh tật, cùng với những nỗ lực không ngừng trong phát triển kỹ thuật mới nhằm tăng tính thẩm mỹ, nhanh hồi phục sau mổ, nhiều cải tiến đã được ứng dụng như sử dụng các công cụ có kích thước nhỏ, phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên và phẫu thuật nội soi một cổng ra đời [7],[11].

Phẫu thuật nội soi một cổng được Pelosi và cộng sự mô tả và thực hiện đầu tiên trong điều trị mổ cắt ruột thừa vào năm 1992, đến nay trên thế giới đã có nhiều báo cáo về ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng vào điều trị viêm ruột thừa cũng như nhiều bệnh lý khác [10].

Tại Bệnh Viện Trung Ương Huế, chúng tôi đã bắt đầu triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi một cổng vào điều trị nhiều bệnh lý như cắt dạ dày, cắt túi mật, cắt lách, lồng ruột, cắt đại tràng, cắt ruột thừa và bước đầu đã mang lại những kết quả đáng khích lệ. Xuất phát từ kết quả ứng dụng chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi một cổng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 32 bệnh nhân, được phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi một cổng tại BVTW Huế từ 3/2011 đến 12/2012.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các bệnh nhân được chẩn đoán ruột thừa viêm cấp không có biến chứng, dựa vào thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chúng tôi loại trừ các trường hợp

- Bệnh nhân có triệu chứng của viêm phúc mạc.
- Bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật nội soi như: bệnh lý hô hấp, tim mạch, bệnh lý rối loạn đông máu...
- Ruột thừa viêm ở phụ nữ có thai.

2. Phương pháp nghiên cứu: NC tiến cứu mô tả lâm sàng có theo dõi và tái khám.

3. Trang thiết bị: Dàn máy nội soi Karl-Storz, dụng cụ một cổng của Covidien hoặc Johnson và các dụng cụ phẫu thuật nội soi thông thường quy, dao điện...

4. Kỹ thuật tiến hành: Gồm 4 thì

- *Thì 1: Đặt trocar và bơm hơi vào ổ phúc mạc:*

Dụng cụ một cổng có đường kính 20mm, được đặt theo phương pháp Hasson cải tiến. Dùng dụng cụ kẹp

và nâng vòng cân rốn lên. Rạch da chính giữa rốn dài 20mm. Bộc lộ đường trắng. Dùng dao mổ đường trắng, sau đó dùng Kelly tách phúc mạc vào ổ phúc mạc. Sau khi kiểm tra đã vào ổ phúc mạc, đặt trocar 20mm với 3 kênh vào: 1 kênh 10mm để đưa đèn soi, 2 kênh còn lại mỗi kênh 5 mm để đưa dụng cụ thao tác. Bơm hơi ổ phúc mạc: chúng tôi sử dụng khí CO₂ để bơm với áp lực ổ phúc mạc duy trì 10 - 12mmHg.

Cho bàn mổ nằm nghiêng bên trái, đặt đầu thấp khoảng 30°.

Đưa đèn soi 30° vào ổ phúc mạc qua kênh 10mm để kiểm tra tình trạng ổ phúc mạc. Kiểm tra và đánh giá tình trạng ruột thừa, tình trạng tiểu khung. Nếu ruột thừa bị viêm thì tiến hành cắt ruột thừa nội soi một cổng.

- *Thì 2: Giải phóng mạc treo ruột thừa.*

- *Thì 3: Xử lý gốc ruột thừa, cắt ruột thừa bỏ vào túi nilon.*

- *Thì 4: Súc rửa ổ phúc mạc, lấy ruột thừa ra ngoài và tạo hình rốn.*

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3/2011 đến tháng 12/2012, 32 trường hợp viêm ruột thừa cấp được tiến hành phẫu thuật nội soi một cổng với kết quả thu được như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

	n = 32	%
Tuổi trung bình (thấp nhất 16, cao nhất 59)	35,2±13,5	
Giới: nam/nữ	15/17	0,88/1
Vị trí ruột thừa		
Hố chậu phải	24	75,0
Sau manh tràng	5	15,6
Tiểu khung	2	6,3
Dưới gan	1	3,1

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

	n = 32	%
Lý do đặt thêm trocar		
Ruột thừa sau manh tràng	1	3,1
Viêm phúc mạc khu trú	1	3,1
Biến chứng: Nhiễm trùng rốn	1	3,1
Thời gian mổ trung bình (25 - 150)	40 ± 23,7	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	3,6 ± 1,5	
Dưới 3 ngày	6	18,8
Từ 3 - 5 ngày	21	65,6
Trên 5 ngày	5	15,6

Tái khám sau 2 - 4 tuần: Không gặp trường hợp nào thoát vị thành bụng, sẹo xấu, nhiễm trùng vết mổ hay tụ dịch sau mổ, tắc ruột do dính, viêm mủm cắt ruột thừa và không có tử vong.

BÀN LUẬN

Về tuổi và giới: Qua nghiên cứu 32 trường hợp cắt ruột thừa nội soi một cổng từ tháng 3/2011 đến tháng 12/2012 tại Bệnh Viện Trung Ương Huế, chúng tôi nhận thấy rằng: tuổi thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất 59 tuổi, tuổi trung bình là 35,2 ± 13,5 và tỷ lệ nam/nữ là 0,88/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Cường và Đỗ Hữu Liệt [1], tuổi trung bình là 28,02, thấp nhất là 16 và cao nhất là 68, tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ là 0,5/1.

Về vị trí ruột thừa: Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí ruột thừa ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0%, điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu

của các tác giả trong và ngoài nước [2],[6].

Kết quả phẫu thuật và chuyển đổi kỹ thuật: Trong quá trình phẫu thuật, có 2 trường hợp chiếm 6,2% phải đặt thêm 1 trocar 5mm ở hố chậu phải. Một trường hợp viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ mũ đòi hỏi phải súc rửa và một trường hợp khó xác định gốc ruột thừa do ruột thừa nằm sau manh tràng. Theo nghiên cứu của O uz Ates và cộng sự [10], tỷ lệ đặt thêm trocar thứ 2 là 7,9%, theo Hong T H và cộng sự [8] tỷ lệ đặt thêm trocar thứ 2 là 6%.

Về thời gian mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ ngắn nhất là 25 phút, dài nhất 150 phút và trung bình $40 \pm 23,7$ phút. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả, theo O uz Ates và cộng sự [10], thời gian mổ trung bình là $38 \pm 5,6$ phút, theo Hong T H và cộng sự [8] là 40,8 phút, theo Lee và cộng sự [9] là $75,9 \pm 27,4$ phút. Có sự khác nhau về thời gian mổ giữa các tác giả có thể là do tiêu chuẩn chọn bệnh, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên và trang thiết bị chuyên dụng ở mỗi cơ sở khác nhau. Theo các tác giả, những trường hợp ruột thừa ở vị trí sau manh tràng, dưới gan hay viêm phúc mạc khu trú do ruột thừa vỡ mũ thì khó phẫu thuật hơn nên thời gian mổ cho những trường hợp này kéo dài hơn [4],[6].

Những tai biến và biến chứng thường gặp trong và sau mổ cắt ruột thừa nội soi là tổn thương các tạng khi đặt trocar hay khi thao tác, áp-xe thành bụng, chảy máu vết mổ, dò mồm cắt ruột thừa, tắc ruột sau mổ [4]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng rốn gặp 1 trường hợp chiếm 3,1%, không gặp biến chứng khác và tai biến trong mổ. Theo Hong T H và cộng sự [8] nhiễm trùng rốn gặp 3% và được điều trị bảo tồn thành công. Theo Brosseuk D T và cộng sự [3], cắt ruột thừa nội soi là an toàn ngay cả đối với viêm ruột thừa hoại tử, qua đó phân nào cho thấy tính ưu việt của phẫu thuật nội soi. Những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ phúc mạc luôn có thời gian nằm viện ngắn hơn so với bệnh nhân được mổ mở [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian nằm viện từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 65,6%.

Tái khám sau mổ 2-4 tuần chúng tôi nhận thấy, hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng với vết mổ, không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hay ổ đọng dịch sau mổ và đặc biệt sẹo tại rốn cơ nhỏ hoặc không nhìn thấy.

KẾT LUẬN

- Đây là một kỹ thuật an toàn, khả thi và có tính thẩm mỹ cao phù hợp với xu hướng phẫu thuật ít xâm nhập hiện nay cũng như trong tương lai.

- Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi cần có một đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi cũng như các trang thiết bị chuyên dụng, hiện đại mà không phải ở bất cứ trung tâm nào cũng thực hiện được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Cường, Đỗ Hữu Liệt, Lê Trần Đức Tín (2008), "Cắt ruột thừa nội soi với một trocar rốn", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12(4), tr: 126 – 130.
2. Bailey R.W, Flowers J.L. (1995), "Appendectomy", *Complication of Laparoscopic Surgery*, 6, pp. 161 – 183.
3. Brosseuk D T, Bathe O F (1999), "Day – care laparoscopic appendectomies", *Can J Surg. Apr*, 42(2): 138 – 42.
4. Canes D, Desai M M, Aron M, Haber G P, Goel R K (2008), *Transumbilical Single-Port Surgery: Evolution and Current Status*, Cleveland, Ohio, USA, Vol 54, p:1020–1030.
5. David H. Berger (2007), "The appendix", *Schwartz' Principles of Surgery*, The McGraw-Hill Companies.
6. Fitzgibbons R.I., Ulualp K. M (1997), "Laparoscopic Appendectomy", *Mastery of Surgery*, 130, p:1412 – 1419.
7. Frutos M D, Abrisqueta J, Luján J A, García A (2011), Single incision transumbilical laparoscopic appendectomy initial experience, *CIR ESP*, Vol 89(1), p:37–41.
8. Hong T H, Kim H L, Lee Y S, Kim J J, Lee K H, You Y K (2009), "Transumbilical single - port laparoscopic appendectomy (TUSPLA): scarless intracorporeal Appendectomy", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 19(1), p:75-8.
9. Lee, Junhyun M D; Baek, Jongmin MD; Kim, Wook MD (2010), "Laparoscopic Transumbilical Single - port Appendectomy: Initial Experience and Comparison With Three-port Appendectomy", *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, Volume 20 – Issue 2 –pp 100 -103.
10. Oğuz A, Gülce H, Mustafa O, Feza M. A (2007), "Single-port laparoscopic appendectomy conducted intracorporeally with the aid of a transabdominal sling suture", *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 42, p: 1071 – 1074.
11. Sato N, Kojika M, Yaegashi Y, Suzuki Y, Kitamuya M, Kitamuya M, Endo S, Satio K (2004), "Minilaparoscopic appendectomy using a needle loop retractor offers optimal cosmetic results", *Surg Endosc*, p:1578 – 1581.