

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT CỔNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Phạm Minh Đức

Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Cắt ruột thừa nội soi với 3 trocar kinh điển đã được sử dụng phổ biến. Ở nghiên cứu này, chúng tôi giới thiệu kết quả của kỹ thuật mới trong cắt ruột thừa nội soi với một cổng được sử dụng. Đối tượng và phương pháp: Từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 10 năm 2013, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 86 trường hợp ruột thừa viêm bằng phương pháp cắt ruột thừa nội soi một cổng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế. Chúng tôi sử dụng cổng SILS Port của hãng Covidien với dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng thông thường. **Kết quả:** Tổng số 86 bệnh nhân có 52,33% là nữ, 47,67% là nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,09. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,09. Trong số đó có 2 bệnh nhân cần phải đặt thêm trocar thứ 2 (2,33%). Thời gian mổ trung bình 42,03 phút, thời gian nằm viện trung bình là 3,37 ngày. Có 2 trường hợp (2,33%) bị nhiễm trùng rốn sau mổ. Theo dõi bệnh nhân sau 2 tuần, có 2 trường hợp (2,33%) bị nhiễm trùng vết mổ. **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: nội soi một cổng, viêm ruột thừa cấp

Abstract

EARLY RESULTS OF SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

Pham Minh Duc

Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University

Background: Conventional three-port laparoscopic appendectomy is becoming popular for the treatment of acute appendicitis. In this report, we present the early results of a new technique of laparoscopic appendectomy conducted through a single-port. **Patients and Methods:** From March 2011 to October 2013, we have performed 86 operations Single Port Laparoscopic Appendectomy at Hue University Hospital and Hue Central Hospital. SILS Port (Covidien) is used, it can be performed with basic laparoscopic instruments. **Results:** In this study, 86 patients underwent Single-Port laparoscopic appendectomy, among them 52.33% were female, 47.67% were male, female/male ratio was 1.09. The mean age was 33.09. Another trocar insertion was required in 2 patients (2.33%). The mean operation time was 42.03 minutes and mean postoperative hospital stay 3.37 days. Postoperative complication occurred in 2 case (2.33%) was of omphalitis. During 2 weeks follow up, 2 case (2.33%) was of omphalitis. **Conclusions:** Single - port intracorporeal appendectomy is a safe, minimal invasive procedure with excellent cosmetic results.

Key words: Single Port Laparoscopic Appendectomy, appendectomy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất. Năm 1983, ca cắt ruột thừa nội soi lần đầu tiên đã được thực hiện bởi Kurt Semm [12], từ đó phẫu thuật nội soi đã phát triển rộng rãi và được thực hiện thường quy. Trong quá trình phát triển của phẫu thuật nội soi theo quan điểm phẫu thuật thâm nhập tối thiểu, các phẫu thuật viên đã cố gắng phát huy hơn về ưu điểm thẩm mỹ của phương pháp này, nhưng vẫn đảm bảo sự an toàn và ưu điểm

của phẫu thuật nội soi kinh điển, bằng cách giảm từ ba cổng xuống còn hai cổng rồi còn một cổng qua vết sẹo tự nhiên ở rốn hay qua lỗ tự nhiên.

Phương pháp phẫu thuật nội soi một cổng được thực đầu tiên bởi Pelosi [10] [11] vào năm 1992 để cắt ruột thừa với dụng cụ tự chế. Cho đến nay, có nhiều phẫu thuật viên đã thực hiện phương pháp nội soi một cổng cho nhiều phẫu thuật khác như cắt túi mật, cắt đại tràng. Tuy nhiên để thực hiện phương pháp này cần có độ thuần thục về kỹ năng

- Địa chỉ liên hệ: Phạm Minh Đức, email: phamminhducdr@yahoo.com

- Ngày nhận bài: 10/12/2016; Ngày đồng ý đăng: 12/2/2017; Ngày xuất bản: 25/2/2017

DOI: 10.34071/jmp.2017.1.16

phẫu thuật nội soi, vì không còn thuận lợi trong việc chủ động đặt trocar theo nguyên tắc tam giác, mà các dụng cụ được đưa vào một cổng nên dễ xảy ra sự xung đột giữa các dụng cụ này.

Từ năm 1999, ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế đã triển khai thực hiện phương pháp phẫu thuật nội soi kinh điển để cắt ruột thừa viêm [1][3][4]. Cho đến nay, Bệnh viện đã sử dụng rộng rãi phương pháp nội soi này và áp dụng cho rất nhiều loại phẫu thuật khác nhau từ việc cắt ruột thừa, cắt túi mật cho đến cắt toàn bộ đại tràng, cắt thực quản, cắt gan [1][2][5]. Tháng 3 năm 2011, Bệnh viện lần đầu triển khai phẫu thuật nội soi một cổng để điều trị viêm ruột thừa cấp. Trong vòng 2 tháng, từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2011, các tác giả tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế đã thực hiện được phẫu thuật nội soi một cổng cho 20 trường hợp ruột thừa viêm cấp chưa có biến chứng và thu được kết quả ban đầu tốt. [4]

Từ đó chúng tôi thực hiện đề tài này để đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi một cổng trong điều trị viêm ruột thừa cấp.

Với hai mục tiêu:

- *Đánh giá khả năng triển khai phẫu thuật nội soi một cổng điều trị viêm ruột thừa cấp;*

- *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một cổng điều trị viêm ruột thừa cấp.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 86 bệnh nhân chẩn đoán viêm ruột thừa cấp được phẫu thuật nội soi một cổng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 03/2011 đến tháng 10/2013.

3.1. Tuổi

Bảng 1. Tuổi

	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình
Tuổi (năm)	73	16	33,09

Tuổi trung bình là 33,09 tuổi.

3.2. Giới tính

Bảng 2. Giới tính

Giới tính	Nữ	Nam	Nữ/Nam
Tỷ lệ (%)	52,33	47,67	1,09

Tỷ lệ nữ/nam là 1,09.

3.3. Thời gian đau

Tính từ khi xuất hiện cơn đau cho đến lúc lập thủ tục phẫu thuật.

Bảng 3. Thời gian đau

	Dài nhất	Ngắn nhất	Trung bình
Thời gian đau (giờ)	31	6	17,42

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp dựa trên triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Viêm ruột thừa cấp đã có biến chứng.

Bệnh nhân có sẹo mổ cũ đường giữa liên quan đến vùng rốn.

Ruột thừa viêm ở phụ nữ có thai.

Có kèm theo bệnh lý chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

Bệnh nhân không hợp tác điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu.

- Chọn bệnh dựa trên đối tượng nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Dụng cụ phẫu thuật: Cổng Single Port của hãng Covidien.

Dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng truyền thống.

Optique đường kính 10mm, góc nhìn 30°

1 trocar 10mm, 2 trocar 5mm

- Kỹ thuật phẫu thuật:

Đặt cổng Single Port đường kính 20mm qua đường mổ trên rốn theo phương pháp Hasson cải tiến.

Bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực 12 mmHg.

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

Tiến hành đánh giá và cắt ruột thừa.

Lấy ruột thừa ra ngoài trực tiếp qua đường mổ.

Tạo hình rốn.

- Đánh giá theo dõi bệnh nhân trong quá trình nằm viện và tái khám sau 2 tuần, 3 tháng.

3. KẾT QUẢ

Tổng số lượng bệnh nhân: n = 86

3.4. Vị trí ruột thừa

Vị trí của ruột thừa được phẫu thuật viên xác định trong quá trình phẫu thuật.

Bảng 4. Vị trí ruột thừa trong phẫu thuật

Vị trí	Số lượng (ca)	%
Hố chậu phải	69	80,23
Tiểu khung	4	4,65
Dưới gan	1	1,16
Sau manh tràng	7	8,14
Sau hồi tràng	3	3,49
Ngoài manh tràng	2	2,33
Tổng	86	100

Vị trí ruột thừa ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất (80,23%).

3.5. Chuyển đổi kỹ thuật trong phẫu thuật

Bảng 5. Chuyển đổi kỹ thuật trong phẫu thuật

Lý do	Kỹ thuật	N	%
Ruột thừa sau manh tràng	Đặt thêm 1 trocar	1	1,16
Ruột thừa nằm dưới gan	Đặt thêm 1 trocar	1	1,16
Tổng		2	2,32

Đặt thêm trocar do ruột thừa sau manh tràng 1,16% và ruột thừa nằm dưới gan 1,16%.

3.6. Tai biến trong phẫu thuật

Không có tai biến trong quá trình phẫu thuật.

3.7. Thời gian phẫu thuật

Bảng 6. Thời gian phẫu thuật

	Dài nhất	Ngắn nhất	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (giờ)	150	25	42,03

Thời gian mổ trung bình là 42,03 phút.

3.8. Biến chứng sau phẫu thuật

Có 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ (2,33%).

3.9. Thời gian nằm viện

Bảng 7. Thời gian nằm viện

	Dài nhất	Ngắn nhất	Trung bình
Thời gian nằm viện (ngày)	12	2	3,37

3.10. Kết quả tái khám

Sau 2 tuần có 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,33 %.

Sau 3 tháng các bệnh nhân có vết mổ liền tốt không thấy sẹo hay chỉ thấy sẹo nhỏ ở rốn.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm có 86 bệnh nhân trong đó nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 73 tuổi, với độ tuổi trung bình là 33,09. Tỷ lệ nữ và nam gần như bằng nhau là 1,09. Thời gian xuất hiện cơn đau dài nhất là 31 giờ và ngắn nhất là 6 giờ, với thời gian đau trung bình 17,42 giờ.

Chúng tôi sử dụng cổng SILS Port của hãng Covidien, đây là cổng làm bằng chất dẻo có đường kính của đoạn eo là 20mm.

Do đó, mở đường mổ nhỏ hơn 20mm thì vẫn có thể đưa cổng này qua vết mổ. Tất cả các ca mổ đều được thực hiện với dụng cụ nội soi thẳng truyền thống.

Trong 86 trường hợp đã phẫu thuật thì vị trí ruột thừa nằm ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 80,23%, sau manh tràng 7 trường hợp (8,14%) và nằm dưới gan 1 trường hợp (1,16%). Trong quá trình mổ, có 2 trường hợp (2,32%) phải đặt thêm 1 trocar 5mm ở hố chậu phải. Trong đó, cả hai trường hợp này chúng tôi gặp khó khăn trong việc xác định gốc ruột thừa, nên để thuận lợi cho quá trình phẫu thuật, chúng tôi đã đặt thêm trocar; hai ca này rơi vào những ca mổ đầu tiên khi chúng tôi mới bắt đầu triển khai kỹ thuật. Điều này cũng dễ hiểu vì đây là một kỹ thuật mới ở trong cũng như ngoài nước, nên

trong những ca đầu kỹ năng cũng như kinh nghiệm của các phẫu thuật viên còn hạn chế. Theo nghiên cứu của Oğuz Ates và cộng sự [9] thì tỷ lệ đặt thêm trocar thứ 2 là 7,9%, theo Hong TH và cộng sự [8] tỷ lệ này 6%. Tất cả các trường hợp đều không có tai biến trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên, với ruột thừa nằm ở vị trí sau manh tràng, dưới gan thì khó phẫu thuật hơn nên thời gian phẫu thuật cho những trường hợp này kéo dài hơn. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật dài nhất là 150 phút. Về sau thì thời gian phẫu thuật được rút ngắn lại, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 25 phút, trung bình thời gian phẫu thuật là 42,03 phút. Thời gian mổ trung bình theo Oğuz Ates và cộng sự [9] là $38 \pm 5,6$ phút, theo Hong TH và cộng sự [8] là 40,8 phút, Kang J và cộng sự [7] là 65,88 phút.

Sau phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (2,33%) biến chứng; 2 trường hợp này là do nhiễm trùng rốn. Theo Hong TH và cộng sự [8] cũng có 3% trường hợp bị nhiễm trùng rốn và trường hợp này được điều trị nội khoa bảo tồn. Theo Kang J và cộng sự [7] có 6 trường hợp (5,35%) nhiễm trùng

vết mổ ở rốn. Cả 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng vùng rốn thì chúng tôi điều trị nội khoa, 1 bệnh được điều trị trong vòng 12 ngày, 1 bệnh điều trị trong vòng 9 ngày. Đây là 2 trường hợp có thời gian nằm viện dài nhất, phần lớn bệnh nhân nằm viện từ 2 đến 3 ngày, với thời gian nằm viện trung bình là 3,37 ngày.

Sau 2 tuần tái khám, có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ đã được kê đơn thuốc điều trị nội khoa ở nhà. Và đặc biệt sau 3 tháng, hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng với vết mổ, sẹo mổ tại rốn rất nhỏ hoặc không nhìn thấy.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 86 trường hợp cắt ruột thừa nội soi một cổng chúng tôi có nhận xét:

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

Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi cần đội ngũ phẫu thuật viên có kỹ năng và kinh nghiệm, bệnh viện có các trang thiết bị chuyên dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, Hồ Hữu Thiện (2005), “Viêm phúc mạc ruột thừa trẻ em: phẫu thuật kinh điển hay nội soi”, *Tạp chí thông tin y học*, tr. 115-119.
2. Phạm Như Hiệp, Lê Dũng Trí (2005), “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi trong bệnh lý viêm ruột thừa cấp ở trẻ em”, *Y học thực hành*, tr 64-68.
3. Nguyễn Văn Liễu (2005), “Đánh giá kết quả điều trị ruột thừa viêm bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Huế”, *Y học thực hành*, tr 697 – 701.
4. Nguyễn Văn Liễu, Nguyễn Hữu Trí, Nguyễn Đoàn Văn Phú (2008), “Nghiên cứu ứng dụng điều trị ruột thừa viêm bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế qua 2139 trường hợp”, tr 215 – 219.
5. Phan Hải Thanh (2011), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở bệnh nhân cao tuổi”, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Dược Huế.
6. Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp, Phạm Minh Đức (2011), “Kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng”, *Y học thực hành*, 5, tr. 142-144.
7. Kang J, Bae BN, Gwak G, Park I, Cho H, Yang K, Kim

- KW, Han S, Kim HJ, Kim YD (2012), Comparative study of a single-incision laparoscopic and a conventional laparoscopic appendectomy for the treatment of acute appendicitis, *J Korean Soc Coloproctol*, 28(6):304-8
8. Hong TH, Kim HL, Lee YS, Kim JJ, Lee KH, You YK, Oh SJ, Park SM, (2009), “Transumbilical single-port laparoscopic appendectomy (TUSPLA): scarless intracorporeal Appendectomy”, *JLaparoendosc Adv Surg Tech A*, 19(1), pp. 75-8.
9. Oğuz Ates, Gülce Hakgüder, Mustafa Olguner, Feza M. Akgür, (2007), “Single-port laparoscopic appendectomy conducted intracorporeally with the aid of a transabdominal sling suture”, *Journal of Pediatric Surgery*, Volum 42, pp. 1071 – 1074.
10. Pelosi MA, Pelosi MA (1992), 3rd Laparoscopic appendectomy using a single umbilical puncture (minilaparoscopy), *J Reprod Med*, 37, pp. 588–94
11. Pelosi MA, Pelosi MA (1992), 3rd Laparoscopic supracervical hysterectomy using a single-umbilical puncture (mini-laparoscopy), *J Reprod Med*, 37, pp. 777–84
12. Semm K. (1983), Endoscopic appendectomy, *Endoscopy*, 15(2), pp. 59–64