

CẮT LÁCH NỘI SOI: CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ

*Hồ Văn Linh, Dương Xuân Lộc, Nguyễn Đình Đạt, Phan Đình Tuấn Dũng,
Hoàng Trọng Nhật Phương, Đặng Ngọc Hùng, Phan Hải Thanh, Phạm Anh Vũ,
Phạm Như Hiệp, Lê Mạnh Hà, Lê Lộc
Bệnh viện Trung ương Huế*

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đưa ra một vài nhận xét về đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt lách bệnh lý lành tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 40 bệnh nhân bệnh lý lách lành tính được phẫu thuật cắt lách nội soi ở Bệnh viện Trung ương Huế từ 2009 - 2013. Phân tích các đặc điểm về bệnh lý, kỹ thuật và đánh giá kết quả. **Kết quả:** Phẫu thuật cắt lách nội soi chỉ định chủ yếu vẫn là bệnh lý lành tính của lách. Tuổi nhỏ nhất 16, lớn nhất 67, trung bình 36 ± 9.2 . tỷ lệ nam/nữ = 1/3. Số lượng tiểu cầu đếm được trước phẫu thuật trung bình 17.700 (0 - 76.000). Phân độ lách lớn trên lâm sàng từ I – III. Phẫu thuật thành công (93,10%), hai trường hợp chuyển đổi kỹ thuật (6,90%). Tỷ lệ biến chứng (0%). Thời gian nằm viện 5 - 7 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt lách nội soi an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Nội soi, lách.

Abstract

LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY: INDICATIONS AND RESULTS

*Ho Van Linh, Duong Xuan Loc, Nguyen Dinh Dat, Phan Dinh Tuan Dung,
Hoang Trong Nhat Phuong, Dang Ngoc Hung, Phan Hai Thanh,
Pham Anh Vu, Pham Nhu Hiep, Le Manh Ha, Le Loc.
Hue Central Hospital*

Purpose: This study was evaluated report pathology and results of laparoscopic splenectomy of the benign spleen disease. **Methods:** All 40 pateints of laparoscopic splenectomy in Hue Central Hospital (2009 - 2013) are assembled, analyse the pathology, surgical techniques, complications and results. **Results:** Laparoscopic splenectomy was indicated of major benign spleen disease. Mean age 36 ± 9.2 (range 16 - 67). The spleen was classification I - III stage. Successfull laparoscopic splenectomy (93.10%), two pateints were going on laparostomy. Low rate of complication is presented. Duration of stay in hospital was 5 to 7 days. **Conclusion:** Laparoscopic splenectomy was safe and effective.

Key words: Laparoscopic, spleencectomy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là tạng nằm sâu trong vòm hoành bên trái, bản chất nhu mô lách rất giòn, dễ chảy máu và mỗi khi đã chảy máu thì rất khó cầm máu. Việc phẫu thuật mở bụng để cắt lách thì không còn bàn luận. Vấn đề đặt ra trong chỉ định cắt lách nội soi như thế nào để cho hiệu quả cao, an toàn và rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhân.

Cắt lách nội soi được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới bởi Delaitre B vào năm 1991[8]. Sau đó là báo cáo của Carroll BJ, Philips và Poulins năm 1992[10]. Emmermann A và cộng sự năm 1995 thực hiện nghiên cứu 16 bệnh

nhân cắt lách nội soi [9]. Đến nay phẫu thuật cắt lách nội soi đã được thực hiện rộng rãi trên thế giới cũng như trong nước cho tất cả các bệnh lý của lách. Phần lớn các nghiên cứu đều cho kết quả tốt nhưng vẫn còn đó tiềm ẩn nhiều tai biến, biến chứng có thể coi là một thách thức của nhiều phẫu thuật viên do bản chất của lách dễ tổn thương, giàu mạch máu và liên quan về vị trí giải phẫu, mặt khác tai biến xảy ra có thể liên quan với bệnh lý của lách. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đưa ra một vài nhận xét về đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt lách bệnh lý lành tính.

- Địa chỉ liên hệ: Hồ Văn Linh, email: drlinh2000@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2013.4.7

- Ngày nhận bài: 10/4/2013 * Ngày đồng ý đăng: 25/5/2013 * Ngày xuất bản: 27/8/2013

2. ĐỐI TƯỢNG

2.1. Đối tượng

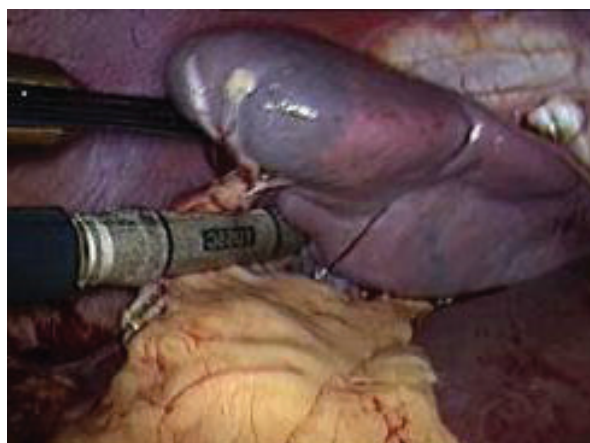
Gồm 40 bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách nội soi ở Bệnh viện Trung ương Huế từ 2010 đến 2013. Chúng tôi đã ghi nhận, phân tích các đặc điểm bệnh lý, kỹ thuật, tai biến và biến chứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả.

Kỹ thuật

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm ngửa dạng hai chân, nghiêng bên phải khoảng 60 độ, đầu cao và chân thấp tối đa. Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân. Phụ mổ đứng bên trái và dụng cụ viên đứng bên phải phẫu thuật viên. Trocart đầu tiên (dùng cho camera) đặt dưới rốn trên đường trắng giữa, trocart thứ hai tại điểm giữa đường thẳng nối mũi ức và rốn, trocart thứ 3 trên đường trung đòn trái cách bờ sườn khoảng 3 - 5cm, trocart cuối cùng trên đường nách sau bên trái cách mỏm chậu từ 3 - 5cm tùy vào kích thước của lách. Sau khi bơm hơi áp lực ổ bụng từ 10 - 12 mmHg, quan sát ổ phúc mạc đánh giá tổng quát mật độ dính, tăng sinh mạch. Tiến hành gỡ dính để tiếp cận cực dưới của lách, giải phóng dây chằng đại tràng - lách, dây chằng thận lách từ phía sau. Cắt dây chằng vị - lách cùng các động mạch vị ngăn từ cực dưới lên cực trên của lách ở phía trước. Phẫu tích bộc lộ rõ đuôi tụy và cuống lách, phẫu tích đuôi tụy ra khỏi cuống lách. Cắt cuống lách bằng dụng cụ đinh ghim (endo GIA) hoặc buộc chỉ hoặc kẹp clip. Bệnh phẩm cho vào túi nylon và lấy ra ngoài qua lỗ trocart 10 mm dưới rốn. Đặt dẫn lưu hố lách cho tất cả các trường hợp.



Hình 1: Kẹp cuống lách bằng endo GIA

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung

Tuổi: nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 67 tuổi, trung bình 36 ± 9.2

Giới: nam / nữ = 1/3

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý trong chỉ định cắt lách nội soi

Bệnh lý lách	N	%
Xuất huyết giảm TC	19	47,5
Cường lách	11	27,5
β thalassemia	9	22,5
α thalassemia	1	2,5

Bảng 2. Kích thước lách trên lâm sàng

Phân độ lách lớn	N	%
Độ I	16	40.0
Độ II	17	42.5
Độ III	7	17.5

Kích thước của lách trên lâm sàng cũng như trên chẩn đoán hình ảnh thường là độ I và II 33/40 (82,5%).

Bảng 3. Các chỉ số huyết học trước phẫu thuật

Các thông số	Tối đa ($10^3/\text{ml}$)	Tối thiểu ($10^3/\text{ml}$)	Trung bình ($10^3/\text{ml}$)
Tiểu cầu	76	0	17,7
Hồng cầu	5,6	3,2	3,9
Bạch cầu	22,3	8,1	1,7
Tỷ prothrombin (%)	100	56	73

Hầu hết bệnh nhân có tình trạng thiếu nặng về số lượng tiểu cầu trước phẫu thuật, do đặc điểm bệnh lý của lách. 19/40 bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu phải được truyền tiểu cầu 1 giờ trước mổ hoặc trong mổ, 2/40 BN có số lượng tiểu cầu đếm được trước mổ dưới 15.000, nhưng tỷ prothrombin trên 70%, độ tập trung tiểu cầu bình thường, co cục máu hoàn toàn, chúng tôi vẫn chỉ định phẫu thuật cắt lách nội soi thành công.

Bảng 4. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	N	%
Chảy máu chuyển mổ mở	2	5
Chảy máu cầm được trong mổ nội soi	1	2,5
Truyền máu sau mổ	3	7,5

Chúng tôi có 2 bệnh nhân (BN) phải chuyển đổi kỹ thuật do chảy máu không kiểm soát được qua nội soi. 2 BN này có lách lớn độ III, viêm dính nhiều và có tăng sinh mạch máu vùng rốn lách. Trong quá trình phẫu tích đã làm rách tĩnh mạch lách.

Bảng 5: Các chỉ số huyết học sau PT 12 giờ

Các thông số	Tối đa (10 ³ /ml)	Tối thiểu (10 ³ /ml)	Trung bình (10 ³ /ml)
Tiểu cầu	632	16(*)	279
Hồng cầu	4,7	3,9	4,4
Bạch cầu	15,7	5,2	7.1

(*) Một BN sau cắt lách 6 giờ số lượng tiểu cầu đếm được 16.000, không thay đổi so với trước và sau phẫu thuật, mặc dù BN này được truyền 250 ml tiểu cầu.

Bảng 6: Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật(phút)	105,8 ± 17,5 (75 – 190)
Lượng máu mất (ml)	50,2 ± 8,9
Thời gian trung tiện (giờ)	22,3 ± 8,8 (24 – 48)
Thời gian nằm viện (ngày)	5,7 ± 0,6 (5 – 7)
Dịch dẫn lưu (ml)	38,9 ± 11,2 (10 – 100)

Thời gian phẫu thuật ngắn nhất 75 phút, dài nhất 190 phút, trung bình 105,8 ± 17,5 phút ($p < 0,05$). Lượng máu mất trong mổ trung bình khoảng 50,2 ± 8,9 ml ($p > 0,05$). Có 3 trường hợp phải truyền máu sau mổ từ 250 – 500ml. Trong đó có 2 BN phải mổ hở do chảy máu không cầm được. Tất cả bệnh nhân đều phải đặt dẫn lưu ổ bụng sau phẫu thuật và rút dẫn lưu sau 24 giờ. Tổng số lượng dịch qua dẫn lưu là 38,9 ± 11,2 (10ml – 100ml). Thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình 22,3 ± 8,9 giờ (24 – 48 giờ) sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện từ 5 – 7 ngày.

Không có biến chứng và tất cả bệnh nhân đều có huyết động ổn định sau mổ.

4. BÀN LUẬN

Chỉ định: Cắt lách nội soi cho đến nay đã được công nhận là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả của các tác giả trong nước cũng như nước ngoài. Phẫu thuật nội soi được chỉ định cho lách bệnh lý và cả trong chấn thương lách [1]. Tuy nhiên do nhu mô lách giòn, dễ chảy máu và nằm sâu ở góc phần tư trên bên trái của ổ bụng có liên quan với thủy gan trái, dạ dày, đuôi tụy, thận trái. Phẫu thuật viên đối mặt với nhiều khó khăn trong phẫu thuật cắt lách nội soi. Vì vậy chỉ định chủ yếu vẫn là các bệnh lý thông thường của lách. Nhiều nhất là

bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu (47,5%), tiếp theo là bệnh lý cường lách (27,5%), thiếu máu huyết tán (22,5%). Chúng tôi thống nhất quan điểm với một số tác giả chỉ định cắt lách nội soi cho các bệnh lý ác tính của lách là không nên do: có nhiều hạch, đường rạch hở để lấy lách ra khá lớn.

Điều trị trước phẫu thuật: Trong chỉ định phẫu thuật cắt lách nội soi của bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu chiếm tỷ lệ nhiều nhất (47,5%). Theo một số tác giả cần được điều trị trước phẫu thuật để đạt số lượng tiểu cầu trên 30.000. Theo Delaitre số lượng tiểu cầu đếm được trước phẫu thuật trong khoảng 3000 - 444.000. Tuy nhiên vẫn có nhiều ý kiến cho rằng chỉ cần số lượng tiểu cầu đạt trên 10.000 [8]. Nghiên cứu của chúng tôi, số lượng tiểu cầu đếm được từ 0 – 76.000, trung bình 17.700. Tất cả 19/40 bệnh nhân bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu đều được dùng liệu pháp corticoid trước phẫu thuật với liều 1mg/kg trên 10 ngày và được truyền tiểu cầu từ 125ml – 250ml trước hoặc trong phẫu thuật.

Kỹ thuật: Tư thế bệnh nhân trong phẫu thuật nội soi cắt lách cho đến nay vẫn còn nhiều bàn cãi. Delaitre và Maigneant đã thực hiện cắt lách nội soi đầu tiên trên thế giới với tư thế nằm ngửa [8], nhưng nhiều tác giả cho rằng với tư thế này của bệnh nhân thì phẫu thuật viên gặp nhiều bất lợi do lách là tạng nằm sâu dưới cơ hoành trái, bị che lấp dạ dày và thủy gan trái, để phẫu tích các dây chằng và cuống lách phải kéo dạ dày ra trước và sang bên phải, động tác này rất dễ gây chảy máu, ngoài ra ở tư thế này việc tiếp cận mặt sau của lách cũng rất khó khăn.

Theo chúng tôi: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, dạng hai chân, bàn phẫu thuật nghiêng phải 45°, đầu cao chân thấp 45 - 60°. Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân, người phụ đứng bên phải bệnh nhân cầm camera và vén thủy trái của gan. Không phải hoàn toàn như Gossot sử dụng “đường vào từ phía sau” [2] để giải phóng dây chằng lách đại tràng, dây chằng lách thận. Ở tư thế BN như thế này cũng rất thuận lợi cho việc giải phóng dây chằng lách – đại tràng, dây chằng lách – thận và dây chằng hoành – lách từ phía sau. Tiếp theo chúng tôi sẽ giải phóng dây chằng vị – lách từ phía trước. Đến đây việc bóc lộ cuống lách rất dễ dàng và có nhiều cách để kiểm soát bó mạch lách như buột bằng chỉ, kẹp bằng clip và tốt nhất là sử dụng endo GIA stapler. Phần lớn chúng tôi sử dụng endo GIA để kẹp cuống lách.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian từ 75 – 190 phút, trong đó có 5 BN đầu tiên và 5 BN có lách lớn độ III thời gian phẫu thuật kéo dài nhất do thao tác và thời gian đưa lách ra ngoài ổ bụng khá dài, phải mất từ 30 – 45 phút. Theo Min Tan, Zhen-Xian Zhao thời gian mổ 50 – 270 phút [2]. Có lẽ có sự khác nhau về chỉ định giữa chúng tôi và tác giả.

Trong mổ cần phải tìm để phát hiện và cắt bỏ lách phụ tránh tái phát do sót lách phụ. Chúng tôi gặp một bệnh nhân có lách phụ.

Biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng hay gặp nhất là abscess dưới cơ hoành trái, chảy máu, viêm phổi. Theo Delaitre tỉ lệ biến chứng chung 12 - 14%, Eduardo M.Targarona (18%) [4][5], trong nghiên cứu này không gặp những biến chứng abscess dưới cơ hoành, chảy máu, viêm phổi, nhiễm trùng lỗ trocar. Có 3 BN phải truyền máu sau mổ từ 250ml – 500ml, trong đó có 1 BN số lượng hồng cầu đếm được dưới 3 triệu và 2 BN chảy máu trong mổ không cầm được phải chuyển đổi kỹ thuật. Nhiều tác giả báo cáo ngoài những biến chứng trên còn có biến chứng khác rất ít gặp nhưng vô cùng nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân, nếu không được tiên lượng và chẩn đoán sớm, đó là huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc huyết khối tĩnh mạch mạc treo ruột, Maria-Theresa Krauth (3,3%)[7], Van't Riet (2%), Trần Bình Giang (5%)[1], chúng tôi chưa gặp trường hợp nào huyết khối tĩnh mạch sau cắt lách nội soi trong thời gian

3 năm nay. Huyết khối tĩnh mạch sau mổ liên quan đến nhiều nguyên nhân, Hector Rodriguez-Luna and Hugo E. Vargas cho rằng huyết khối thường gặp trên những bệnh nhân cường lách và có xơ gan, có rối loạn về chức năng đông máu (26%). Một lý do khác gây nên huyết khối sau mổ cắt lách nội soi là áp lực dương tính trong ổ bụng sau bơm hơi phúc mạc gây giảm lưu lượng dòng chảy của hệ cửa. Một khi đã có chẩn đoán huyết khối hệ cửa sau mổ, việc điều trị chống đông hệ thống phải được tiến hành ngay lập tức, vì 90% trường hợp hệ cửa có tắc cấp do huyết khối có thể lưu thông trở lại. Van't Riet M nhận thấy tất cả những BN được phát hiện sớm và điều trị chống đông trong vòng 10 ngày đều tan được huyết khối [11].

Chuyển đổi kỹ thuật theo Tarik Zafer Nursal 3/25 (3%) [6], A.N Dalvi 3/26[3] (11,5%), chúng tôi 2/40 (5%).

KẾT LUẬN

Cắt lách nội soi chỉ định cho tất cả các bệnh lý về máu liên quan đến lách. Kỹ thuật có tính an toàn và hiệu quả khi lách có phân độ từ I đến độ III. Tư thế bệnh nhân nằm ngửa hai chân dạng có nhiều thuận lợi cho việc quan sát cũng như phẫu tích cuống lách từ phía trước. Cắt lách nội soi có thể chỉ định cho những lách lớn độ IV. Tuy nhiên, để thực hiện thành công phẫu thuật cắt lách nội soi điều cần thiết người phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Hùng, Trần Bình Giang (2008), “Cắt lách nội soi: một số nhận xét về chỉ định, kỹ thuật và biến chứng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* (12) 4, trg 136 – 142.
2. Min Tan, Zhen-Xian Zhao (2003), “Laparoscopic splenectomy: the latest technical evaluation”, *World J Gastroenterol* 9(5), page 1086-1089.
3. A.N Dalvi (2005), “Laparoscopic splenectomy using conventional instruments”, *Journal of Minimal Access Surgery* (2)1, page 63 – 69.
4. Eduard M. Targarona (2008), “Portal Vein Thrombosis After Laparoscopic Splenectomy: The Size of the Risk”, *Surgical Innovation* (15)4, page 266 – 270.
5. Eduardo M. Targarona (2000), “Complications of Laparoscopic Splenectomy”, *Arch Surg* (135), page 1137 – 1140.
6. Tarik Zafer Nursal (2009), “Reaching proficiency in laparoscopic splenectomy”, *World J Gastroenterol*, 15(32), page 4005 – 4008.
7. Maria-Theresa Krauth (2008), “The postoperative splenic/portal vein thrombosis after splenectomy and its prevention – an unresolved issue”, *Medical University of Vienna, Währingergürtel*, page 18 – 20.
8. Delaitre B, Maignien B (1991), “Splenectomie par voie laparoscopique, 1 observation(letter)”, *Presse Med* (20), page 2263.
9. Emmermann A, Zornig C, Peiper M, Weh HJ, Broelsch CE (1995), “Laparoscopic splenectomy. Technique and results in a series of 27 cases”, *Surg Endosc* (9), page 924-7.
10. Carroll BJ, Phillips EH, Semel CJ (1992), “Laparoscopic splenectomy”, *SurgEndos*, (6), page 183–185.
11. Van't Riet M, Burger JWA, van Muiswinkel JM (2000). “Diagnosis and treatment of portal vein thrombosis following splenectomy”, *Br J Surg* (87), page 1229–1233.