

CẮT TÚI MẬT NỘI SOI MỘT CỔNG (SINGLE PORT) TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

*Phạm Xuân Đông, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ,
Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Trần NghiêM Trung,
Phạm Trung Vỹ, Văn Tiến Nhân, Trần Văn Nghĩa
Bệnh viện Trung ương Huế*

Tóm tắt:

Mục đích: Đánh giá kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật cắt túi mật nội soi một cổng (Single Port) tại BVTW Huế. **Đối tượng và phương pháp:** 29 bệnh nhân được chẩn đoán Polyp túi mật, sỏi túi mật (TM) có triệu chứng viêm túi mật cấp hoặc mạn tính và được phẫu thuật cắt túi mật nội soi một cổng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 12 năm 2011. **Kết quả:** Nam/nữ: 0,45/1. Tuổi: $49,24 \pm 16,43$ (21 – 81), 40 - 60 chiếm 54,6%. Viêm túi mật do sỏi: 75,9%, polyp túi mật 17,3%, u cơ túi mật 3,4%. Đặt thêm trocar thứ 2 do khó phẫu tích cổ TM 10,2%, do chảy máu khó cầm 6,8%, đặt thêm 2 trocar 3,4%. Chảy máu trong mổ 10,3%. Thời gian mổ trung bình $76,2 \pm 33,5$ phút, thời gian nằm viện từ 4 – 6 ngày 51,7%. Đau vết mổ sau ra viện 2 tuần 6,9%, không có ổ đọng dịch và không có nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Cắt túi mật nội soi một cổng cho thấy tính an toàn, ít biến chứng, có thể thực hiện với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: Cắt túi mật nội soi một cổng, sỏi túi mật.

Abstract:

SINGLE PORT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN HUE CENTRAL HOSPITAL

*Pham Xuan Dong, Pham Nhu Hiep, Ho Huu Thien, Pham Anh Vu,
Phan Hai Thanh, Nguyen Thanh Xuan, Tran Nghiem Trung,
Pham Trung Vy, Van Tien Nhan, Tran Van Nghia
Hue Central Hospital*

Purpose: Evaluating the initial results in applying single port laparoscopic cholecystectomy at Hue Central Hospital. **Patients and methods:** 29 patients diagnosed gallbladder polyps, gallstones with symptoms of acute or chronic cholecystitis and were surgeried by single port laparoscopic cholecystectomy at Hue Central Hospital from March 2011 to December 2011. **Results:** Male/female was 0.45/1. Age: 49.24 ± 16.43 (21-81), 40 to 60 years 54.6%. Cholecystitis: 75.9%, 17.3% gallbladder polyp, gallbladder adenomyomatosis 3.4%. Added 1 trocar because of difficult dissection surgery 10.2%; difficultly in handing bleeding (6.8%), added 2 trocar (3.4%). Intraoperative bleeding was 10.3%. Operating time was 76.2 ± 33.5 minutes, number of days hospitalized: 4 - 6 days 51.7%. Incision pain after 2 weeks of hospital discharge was 6.9%, without seromas and incision infection. **Conclusions:** Single port laparoscopic cholecystestomy is safe, has fewer complications, can be done with experienced surgeons laparoscopic surgery.

Keywords: Single port laparoscopic cholecystectomy, gallbladder stone.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi Phillipe Mouret thực hiện cắt túi mật nội soi lần đầu tiên năm 1987, cắt túi mật nội soi hầu như đã hoàn toàn thay thế phẫu thuật mở kinh điển, cũng như được chấp nhận nhanh chóng và phổ biến rộng rãi trên thế giới trong một thời gian ngắn và trở thành “tiêu chuẩn vàng” trong cắt túi mật.

Với quan điểm phẫu thuật càng ít xâm lấn mà vẫn đạt kết quả tốt, đã có rất nhiều hướng phát triển khác nhau như: phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery), mini laparoscopy, robot,... là những phương pháp đang thực hiện trên thế giới.

Tại BVTW Huế phẫu thuật nội soi một cổng đã được thực hiện từ tháng 10 năm 2010 trên nhiều bệnh lý như cắt đại tràng, dạ dày, ruột thừa, túi mật nội soi và dần dần đi vào thường quy. Mục tiêu:

1. *Tìm hiểu đặc điểm của kỹ thuật cắt túi mật nội soi một cổng.*

2. *Đánh giá kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật cắt túi mật nội soi một cổng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 29 BN, nam: 31,1%, nữ: 68,9%, nam/nữ: 0,45/1. Tuổi trung

bình $49,24 \pm 16,43$ (21 - 81), tuổi thường gặp nhất là 40 - 60 tuổi 54,6%. Được phẫu thuật nội soi một cổng cắt túi mật tại BVTW Huế từ 3/2011 đến 12/2011.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi túi mật, polyp túi mật, u cơ túi mật có chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi một cổng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có chống chỉ định phẫu thuật nội soi

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

Kỹ thuật tiến hành

- Bơm hơi ổ phúc mạc:

+ Lộn rốn ra ngoài và nâng thừng rốn lên, rạch da theo đường thẳng dọc giữa rốn 1,5 – 2cm, tách lớp tổ chức mỡ dưới da cho tới đường trắng giữa.

+ Rạch cân và phúc mạc, đặt cổng vào sao cho lớp cân rốn nằm giữa dụng cụ.

+ Bơm CO₂ vào ổ phúc mạc qua nòng ngoài trocar với áp lực 12 mmHg.

- Thăm dò ổ bụng và tiến hành phẫu thuật

+ Bộc lộ tam giác Calot, ống túi mật và động mạch túi mật, kẹp và cắt bằng dụng cụ nội soi cổ điển, bóc túi mật ra khỏi giường túi mật và cầm máu giường túi mật

+ Đưa túi mật ra ngoài qua lỗ rạch đặt dụng cụ nội soi một cổng

- Đóng cân và tạo hình rốn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm túi mật

Bảng 1. Đặc điểm túi mật

Bệnh lý túi mật	n	%
Viêm TM do sỏi	22	75,9
Polyp TM	5	17,3
Sỏi và polyp	1	3,4
U cơ TM	1	3,4
Tổng số	29	100

Sỏi túi mật đơn thuần chiếm 75,9%

3.2. Đặc điểm kỹ thuật trong mổ:

Thời gian mổ

Thời gian mổ trung bình là $76,2 \pm 33,5$ phút (30-150).

Bảng 2. Các kỹ thuật bổ sung

Thay đổi kỹ thuật	n	%
Thêm 1 trocar*	4	13,8
Thêm 2 trocar	1	3,4
Khâu treo TM**	1	3,4
Tổng	6	20,6

* : Do khó phẫu tích cổ TM và do dụng cụ

** : Túi mật khó giữ bằng dụng cụ nội soi nên phải khâu treo túi mật lên thành bụng

3.3. Biến chứng

Bảng 3. Biến chứng trong mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu trong mổ	3	10,3
Thủng túi mật	4	13,8
Tổng	7	24,1

Chảy máu trong mổ chiếm 10,3%, nhưng chỉ có 2 trường hợp phải đặt thêm trô ca (1 đặt thêm 2 trô ca).

3.4. Đánh giá kết quả

Bảng 4. Đau sau mổ

Đau sau mổ (ngày)	n	%
1	3	10,3
2	5	17,3
3	14	48,3
4	4	13,8
> 4	3	10,3
Tổng	29	100

Đau sau mổ 3 ngày chiếm 48,3%, trên 4 ngày chiếm 10,3%.

Bảng 5. Thời gian nằm viện

Số ngày nằm viện	n	%
≤ 3	4	13,8
4 - 6	15	51,7
> 6	10	34,5
Tổng	29	100

Thời gian nằm viện từ 4 – 6 ngày chiếm 51,7%, trung bình $5,42 \pm 1,47$.

Đau vết mổ: sau ra viện 2 tuần chiếm 6,9%, đau bụng 3 BN (10,3%). không có ổ đọng dịch sau mổ, không có thoát vị rốn sau mổ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi và giới: Trong nghiên cứu này, bệnh thường gặp ở lứa tuổi trung niên $49,24 \pm 16,43$ (21 – 81 tuổi), độ tuổi thường gặp nhất là 40 – 60 tuổi 54,6%, nữ mắc bệnh nhiều hơn nam với tỷ lệ 0,45/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Paul, Curcillo và Andrew [11] tuổi trung bình là 46 (từ 17 – 87) tuổi, theo Triệu Triệu Dương [1], tỷ lệ nam/nữ là 0,4/1. Nghiên cứu của Nguyễn Tăng Miên và Lê Văn Tâm [3] số lượng nam và nữ gần như ngang nhau 58/62 và bệnh nhân dưới 50 tuổi chiếm 73,3%, chỉ có 26,7% bệnh nhân trên 50 tuổi.

4.2. Đặc điểm túi mật: Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy cơ cấu bệnh lý trong cắt túi mật nội soi gồm viêm túi mật do sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất 75,9%, polyp túi mật đơn thuần 17,3% và polyp túi mật kèm sỏi 3,4%, một trường hợp u cơ túi mật chiếm 3,4%. Nguyễn Cường Thịnh [4] thống kê qua 1231 trường hợp cắt túi mật nội soi nhận thấy viêm túi mật do sỏi là 84,24%, theo nghiên cứu của Triệu Triệu Dương [1] trên 83 BN, viêm túi mật do sỏi là 86,7%. Aurora D. Pryor và cộng sự [5] cho rằng đối với viêm túi mật cấp nên mổ trong vòng 72 giờ đầu sẽ thuận lợi hơn, do khi viêm túi mật cấp giai đoạn sớm, có dính quanh túi mật nhiều nhưng dễ gỡ vì dịch viêm quanh túi mật chưa tổ chức hoá thành dải xơ dày [5].

4.3. Tai biến, biến chứng và thời gian mổ: Tỷ lệ tai biến và biến chứng chung trong nghiên cứu này là 24,1%, trong đó biến chứng chảy máu trong mổ là 10,3%, không có nhiễm trùng vết mổ, không có tổn thương đường mật, tổn thương tạng và động dịch sau mổ. Theo nghiên cứu của Triệu Triệu Dương [1] tỷ lệ tai biến và biến chứng là 27,3%, trong đó 3,6% chảy máu trong mổ, 6,0% nhiễm trùng vết mổ và 1,2% có ổ động dịch sau mổ.



Hình ảnh trong mổ và vết mổ ngày thứ 3 sau mổ

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu này là $73,3 \pm 15,3$ phút, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của JH Kim, YK You [8] là 58,2 phút tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của Ma, Jun MD, Cassera [9] là 88,5 phút. Thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài trong trường hợp túi mật viêm dính, xơ teo, viêm mũ, bất thường ống cổ TM và động mạch TM cũng như bóc tách TM ra khỏi giường. Theo Đỗ Trọng Hải và Nguyễn Tuấn [2] thời gian mổ trên 120 phút, xảy ra tai biến trong mổ như tổn thương đường mật, chảy máu nhiều phải truyền máu, thủng tạng, phải chuyển mổ mở do dính là tiêu chuẩn của cuộc mổ khó khăn.

4.4. Thay đổi kỹ thuật trong mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp (13,8%) phải đặt thêm trocar 5mm ở thượng vị, 1 trường hợp (3,4%) phải đặt thêm 02 trocar ở thượng vị và hạ sườn phải vì phẫu tích khó khăn cổ túi mật và chảy máu động mạch túi mật, và không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tùy tình hình cụ thể mà có

thể thay vì đặt trocar 5mm ở thượng vị thì có thể đặt trocar 5mm dưới hạ sườn phải ngang rốn trên đường nách trước hay nách giữa của BN với mục đích kẹp giữ túi mật và đặt dẫn lưu dưới gan sau mổ nếu có chỉ định.

Theo nghiên cứu của JH Kim, YK You [8] tỷ lệ chuyển về phẫu thuật nội soi truyền thống là 7,5% (8/106), Prashanth P. Rao [10] là 15% (3/20). Theo Triệu Triệu Dương và Hồ Hữu An [1] cần đánh giá mức độ thương tổn, tình trạng BN trước và trong mổ để chủ động đặt thêm trocar hay kịp thời chuyển về phương pháp mổ nội soi truyền thống nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh, rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm biến chứng trong và sau mổ. Theo Didier Mutter và cộng sự [7] khi thấy khó khăn trong mổ, khi xảy ra các tai biến và các biến chứng thì nên chuyển mổ mở để kiểm tra và giải quyết phẫu thuật tiếp, không nên coi mổ mở là một thất bại của phẫu thuật nội soi.

Tuy nhiên đây lại là kỹ thuật khó, vì hạn chế của kỹ thuật mổ nội soi một công là hiện tượng hình ảnh nội dòng, trường thao tác hẹp cũng như hạn chế thao tác của dụng cụ phẫu thuật. Vì vậy đòi hỏi phẫu thuật viên phải là người có tay nghề giỏi và nhạy cảm trong từng thao tác xử trí [6].

4.5. Thời gian nằm viện và tái khám: Thời gian nằm viện được tính từ ngày phẫu thuật đến lúc ra viện, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện từ 4 – 6 ngày chiếm 51,7%, trung bình $5,42 \pm 1,47$ ngày, tất cả BN trong nghiên cứu đều ổn định và ra viện, không có biến chứng nghiêm trọng như dò mật, tổn thương cơ quan lân cận và không chuyển mổ mở. Theo Nguyễn Cường Thịnh [4] thời gian nằm viện trung bình là 5,1 ngày, tuy nhiên

nghiên cứu của Triệu Triệu Dương [1] có thời gian nằm viện ngắn hơn $3,73 \pm 0,88$ ngày. Tuy nhiên theo nhiều tác giả, lợi điểm nằm viện không nổi trội trong tình trạng của các bệnh viện ở nước ta do tình hình thực tế trùng với ngày nghỉ cuối tuần.

Việc tái khám được chúng tôi hẹn BN tái khám sau 2 tuần ra viện, kết quả tái khám không có ổ đọng dịch sau mổ và không có nhiễm trùng vết mổ, không có thoát vị rốn qua vết mổ, do vết mổ rất nhỏ 1,5 - 2cm, lại ở ngay rốn nên trước và sau mổ không có sự khác biệt lớn về thương tổn trên cơ thể người bệnh, vết thương nhanh chóng liền sẹo, chăm sóc đơn giản, không thấy rõ khi sẹo lành tốt và co rúm.

5. KẾT LUẬN

1. Tuổi trung bình $49,24 \pm 16,43$ (21-81), 40 - 60 tuổi chiếm 54,6%. Nam: 31,1%, nữ: 68,9%, tỷ lệ nam/nữ là 0,45/1. Sỏi túi mật chiếm đa số (75,9%), đặc biệt có 1 trường hợp u cơ túi mật (3,4%).

2. Thời gian mổ trung bình là $76,2 \pm 33,5$ phút, đặt thêm trocar do khó phẫu tích cổ túi mật và do dụng cụ, (1 trocar 13,8%, 2 trocar 3,4%), 2 trường hợp do chảy máu trong mổ (6,9%). Không có bệnh nhân phải chuyển mổ mở.

3. Đau sau mổ 3 ngày 48,3%, trên 4 ngày 10,3%, đau vết mổ sau ra viện 2 tuần 6,9%, không có ổ đọng dịch và không có nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện từ 4 – 6 ngày là 51,7%.

4. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi một công là phương pháp an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ, có thể thực hiện trên các loại bệnh lý của túi mật. Khi gặp các khó khăn về kỹ thuật thì có thể đặt thêm tro ca mà vẫn đảm bảo kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu Triệu 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 TWQĐ 108”, Tạp chí y dược học quân sự số chuyên đề ngoại bụng, tr: 44-50.

2. Đỗ Trọng Hải, Nguyễn Tuấn (2004), “Yếu tố dự đoán khó khăn của cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 8, Phụ bản của Số 1, 14 – 17.
3. Nguyễn Tăng Miên, Lê Văn Tầm (2008), “Cắt túi mật nội soi điều trị polyp túi mật”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 12, Phụ bản của Số 4, tr: 225 - 229.
4. Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình (2008), “Đánh giá kết quả cắt túi mật nội soi qua 1231 trường hợp”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 12, Phụ bản của Số 4, tr: 11-15.
5. Aurora D. Pryor, John R. Tushar, Louis R. DiBernardo (2010), “Single-port cholecystectomy with the TransEnterix SPIDER: simple and safe”, Department of Surgery, Duke University, USA, Surg Endosc 24: 917–923.
6. D. Papagoras, M. Kanara, Charilaos Argiropoulos-Rakas, G. Tsianos (2011), “Single Port Access Laparoscopic Cholecystectomy (with video): Letter to the Editor”, World J Surg 35:235–236.
7. Didier Mutter, Joël Leroy, MD, Ronan Cahill and Jacques Marescaux (2008), “A Simple Technical Option for Single-Port Cholecystectomy”, From IRCAD/EITS, Digestive and Endocrine Surgery, 1 Place de l'Hôpital, Strasbourg, France. *SURG INNOV* 15: 332-334.
8. JH Kim, YK You, TH Hong, SK Lee, JH Park, YC Yoon, JG Kim (2010), “Single-port laparoscopic cholecystectomy: A comparative study in 106 initial cases”, Asian Journal of Endoscopic Surgery, Vol3, (3): 127–132.
9. Ma, Jun MD, Cassera, Maria A., Spaun, Georg O, Hammill, Chet W., Hansen, Aliabadi-Wahle, Shaghyegh MD, “Randomized Controlled Trial Comparing Single-Port Laparoscopic Cholecystectomy and 4-Port Laparoscopic Cholecystectomy”, Annals of Surgery.
10. Prashanth P. Rao, Sonali M. Bhagwat, Abhay Rane & Pradeep P. Rao (2008), “The feasibility of single port laparoscopic cholecystectomy: a pilot study of 20 cases, East Surrey Hospital, Redhill, UK, HPB, (10): 336-340.
11. Paul G. Curcillo II, Andrew S. Wu, Erica R. Podolsky (2009), “Single-port-access(SPA) cholecystectomy: a multi-institutional report of the first 297 cases”, Surg Endosc, DOI 10.1007/s00464-009-0856-x. Received: 25 April 2009/ Accepted: 21 November 2009.