

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA VIÊM CẤP QUA NGÃ NỘI SOI MỘT CỔNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

*Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Trần Văn Nghĩa
Bệnh viện Trung ương Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Cắt ruột thừa nội soi đang ngày càng trở nên phổ biến để điều trị ruột thừa viêm cấp. Kể từ lần đầu tiên được đề cập đến, kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi đã có nhiều thay đổi theo thời gian. Nghiên cứu này, chúng tôi trình bày kết quả của một kỹ thuật mới đó là cắt ruột thừa nội soi thông qua một cổng duy nhất. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 11 năm 2011, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 28 trường hợp ruột thừa viêm bằng phương pháp cắt ruột thừa nội soi một cổng tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Tổng số 28 bệnh nhân có 57,1% là nữ, 42,9% là nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,3. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,4. Trong số đó, có 2 bệnh nhân cần phải đặt thêm trocar thứ 2 (7,2%). Thời gian mổ trung bình 44,6 phút, thời gian nằm viện trung bình 3-5 ngày chiếm 71,4%. Có 1 trường hợp (3,6%) bị nhiễm trùng rốn sau mổ. Theo dõi bệnh nhân sau 2 đến 4 tuần, chúng tôi không gặp biến chứng nào. **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.

Abstract

ASSESSMENT OF RESULTS OF SINGLE-PORT LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Pham Nhu Hiep, Ho Huu Thien, Pham Anh Vu, Tran Van Nghia

Background: Laparoscopic appendectomy (LA) is becoming popular for the treatment of acute appendicitis. Since it was the first described, LA has been modified various times. We present the results of a new technique of LA conducted through a single port. **Materials and methods:** From March 2011 to November 2011, we have performed 28 operations Single Port Laparoscopic Appendectomy at the Surgical Department of Hue Central Hospital. **Results:** There were 28 patients, 57.1% were female, 42.9% were male, rate female/male was 1.3. The mean age is 36.4. The second port insertion was required in 2 patients (7.2%). Mean operation time was 44.6 minutes and postoperative hospital stay 3-5 days took 71.4%. Postoperative complications occurred in 1 case (3.6%) was of omphalitis. During 2-4 weeks follow up no problem related to the appendectomy have been reported. **Conclusions:** Single - port intracorporeal appendectomy procedure is a safe, minimal invasive procedure with excellent cosmetic results.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ trường hợp cắt ruột thừa đầu tiên được biết đến vào năm 1763, phẫu thuật cắt ruột thừa đã có nhiều thay đổi. Đối với phẫu

thuật cắt ruột thừa, Semm là người đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi vào năm 1982 [3].

Gần đây trong kỹ thuật mổ nội soi cắt

ruột thừa trên thế giới cũng như ở Việt Nam, nhiều cải tiến đã được ứng dụng như: sử dụng các công cụ có kích thước nhỏ [8], sử dụng 1 trocar có kênh thao tác hay sử dụng 2 trocar trong kỹ thuật cắt ruột thừa ngoài cơ thể có hạn chế trong việc bộc lộ, xử lý ruột thừa và mạc treo ruột thừa, hay phẫu thuật nội soi bằng 2 trocar có cải tiến bằng việc sử dụng vòng chỉ treo ruột thừa thay thế trocar thứ 3 trong điều trị ruột thừa viêm cấp chưa có biến chứng.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã bắt đầu triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi một cổng để cắt ruột thừa. Đây là một kỹ thuật phát triển theo xu hướng phẫu thuật ít xâm lấn. Kết quả ban đầu cho thấy kỹ thuật này an toàn và khả thi. Tuy nhiên, để triển khai được kỹ thuật này đòi hỏi cần có một đội ngũ phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, các trang thiết bị chuyên dùng, hiện đại mà không phải ở bất cứ trung tâm nào cũng có được.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích: *“Đánh giá kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi một cổng”*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 28 bệnh nhân được phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi một cổng tại BVTW Huế từ 3/2011 đến 11/2011.

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

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có triệu chứng của viêm phúc mạc.
- Bệnh nhân có sẹo mổ cũ ở đường giữa.
- 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu, có can thiệp và không so sánh.

2.3. Kỹ thuật tiến hành : Gồm 4 thì

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

Trocar 20mm cạnh rốn được đặt theo phương pháp Hasson cải tiến. Dùng Fixe champs kẹp và nâng vòng cân rốn lên cao. Rạch da chính giữa rốn dài 20 mm. Bộc lộ đường trắng. Dùng dao mở 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 10 mm để đưa camera, 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. Áp lực ổ phúc mạc duy trì 12 mmHg.

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

Đưa optique 30° vào ổ phúc mạc qua kênh 10 mm để kiểm tra tình trạng ổ phúc mạc. Kiểm tra và đánh giá tình trạng ruột thừa, tình trạng tiêu 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.*

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3/2011 đến tháng 11/2011 chúng tôi tiến hành phẫu thuật 28 trường hợp ruột thừa viêm theo phương pháp nội soi một cổng, có kết quả như sau:

3.1. Tuổi

Tuổi nhỏ nhất là từ 18, lớn nhất là 55 tuổi, trung bình là 36,4 tuổi.

3.2. Giới tính

Gồm 28 bệnh nhân, trong đó nữ chiếm 57,1%, nam chiếm 42,9%, tỷ lệ nữ/nam là 1,3

3.3. Vị trí ruột thừa

Bảng 1. Vị trí ruột thừa trong mổ

Vị trí ruột thừa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hố chậu phải	25	89,3
Tiểu khung	1	3,6
Dưới gan	2	7,1
Tổng	28	100

Vị trí ruột thừa ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất (89,3%).

3.4. Thay đổi kỹ thuật trong mổ

Bảng 2. Thay đổi kỹ thuật trong mổ

Lý do đặt thêm trocar	Số bệnh nhân	Tỷ lệ(%)
Ruột thừa sau manh tràng	1	3,6
Viêm phúc mạc khu trú do ruột thừa vỡ mũ	1	3,6
Tổng	2	7,2

Đặt thêm trocar do ruột thừa sau manh tràng 3,6% và viêm phúc mạc khu trú do ruột thừa vỡ mũ 3,6%.

3.5. Tai biến và biến chứng

- Không có tai biến trong mổ.1.5
- Có 1 bệnh nhân (3,6%) bị nhiễm trùng rốn.

3.6. Thời gian mổ

Bảng 3. Thời gian mổ

Thời gian mổ (phút)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
	25	150	44,6

Thời gian mổ trung bình là 44,6 phút.

3.7. Thời gian nằm viện

Bảng 4. Thời gian nằm viện.

Số ngày nằm viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 3	3	10,7
3 – 5	20	71,4
> 5	5	17,9
Tổng	28	100

Thời gian nằm viện trung bình từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 71,9 %.

3.8. Kết quả tái khám sau 2 - 4 tuần

Không có bệnh nhân nào nhiễm trùng vết mổ hay tụ dịch sau mổ.

tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất 55 tuổi, tuổi trung bình là 36,4. Tỷ lệ nữ/nam là 1,3.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí ruột thừa ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất (89,3%), điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Trong quá trình mổ, có 2 trường hợp (7,2%) phải đặt thêm 1 trocar 5 mm ở hố chậu phải. Trong đó, một trường hợp viêm phúc

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 28 trường hợp cắt ruột thừa nội soi một cổng từ tháng 3/2011 đến tháng 11/2011 tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi nhận thấy rằng:

mạc do ruột thừa vỡ mũ đòi hỏi phải súc rửa ổ phúc mạc và trường hợp thứ hai là chúng tôi khó xác định gốc ruột thừa do ruột thừa nằm sau manh tràng, nên để thuận lợi cho quá trình phẫu thuật, chúng tôi đã đặt thêm trocar. Điều này cũng dễ hiểu vì đây là một kỹ thuật mới ở trong cũng như ngoài nước, nên trong những cas đầu kỹ năng của các phẫu thuật viên còn hạn chế. Theo nghiên cứu của Oğuz Ates và cộng sự [7] thì tỷ lệ đặt thêm trocar thứ 2 là 7,9%, theo Hong TH và cộng sự [5] tỷ lệ này 6%, những trường hợp ruột thừa nằm 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. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ dài nhất 150 phút, trung bình 44,6 phút. Thời gian mổ trung bình theo Oğuz Ates và cộng sự [7] là $38 \pm 5,6$ phút, theo Hong TH và cộng sự [5] là 40,8 phút, theo Lee và cộng sự [6] là $75,9 \pm 27,4$ phút. Sở dĩ có sự khác nhau về thời gian mổ giữa các tác giả là do: tiêu chuẩn chọn bệnh khác nhau, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên và trang thiết bị chuyên dụng cũng khác nhau ở mỗi cơ sở.

Những tai biến và biến chứng hay gặp trong và sau mổ như: Tổn thương các tạng khi đặt trocar hay khi thao tác, áp-xe thành bụng, chảy máu vết mổ, dò móm cắt ruột thừa, tắc ruột sau mổ [1], [4]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, chỉ

có 1 trường hợp (3,6%) biến chứng và không có trường hợp nào tai biến trong mổ; trường hợp này là do nhiễm trùng rốn. Theo Hong TH và cộng sự [5] cũng có 3% trường hợp bị nhiễm trùng rốn và trường hợp này được điều trị bảo tồn. Theo báo cáo của Brosseuk DT [2] thì cắt ruột thừa nội soi là an toàn ngay cả đối với viêm ruột thừa hoại tử. Qua đó cho thấy tính ưu việt của phương pháp này. Những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ phúc mạc luôn có thời gian nằm viện ngắn hơn so với bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian nằm viện từ 3-5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%).

Sau 2-4 tuần tái khám, hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng với vết mổ, không có trường hợp nào có nhiễm trùng vết mổ hay tụ dịch sau mổ và đặc biệt sẹo tại rốn rất nhỏ hoặc không nhìn thấy.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 28 trường hợp cắt ruột thừa nội soi một cổng tại Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi có nhận xét sau:

- 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 tương lai.

- Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi cần đội ngũ phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, các trang thiết bị chuyên dụng, hiện đại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bailey R.W., Flowers J.L. "Appendectomy", (1995), *Complication of Laparoscopic Surgery*, 6, pp. 161 – 183.
2. Brosseuk DT, Bathe OF. Day – care laparoscopic appendectomies. *Can J Surg*. 1999 Apr; 42(2): 138 – 42.
3. David H. Berger, (2007), "The appendix", *Schwartz' Principles of Surgery*, The McGraw-Hill Companies.
4. Fitzgibbons R.I., Ulualp K. M., (1997), "Laparoscopic Appendectomy", *Mastery of Surgery*, 130, 1412 – 1419.
5. 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", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 19(1), pp. 75-8.
6. Lee, Junhyun MD; Baek, Jongmin

- MD; Kim, Wook MD, PhD (2010), "aparoscopic Transumbilical Single - port Appendectomy: Initial Experience and Comparison With Three-port Appendectomy", Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques, Volume 20 – Issue 2 –pp 100 -103.
7. 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.
 8. 8 . Sato N , Kojika M, Yaegashi Y, Suzuki Y, Kitamuya M, Kitamuya M, Endo S, Satio K (2004), "Minilaparcopic appendectomy using a needle loop retractor offers optimial cosmetic results", Surg Endose, pp 1578 – 1581.
 9. Townsend C.M., Beauchamp R. D., Evers B. M., Mattox K. L. (2004), "Management of Acute Trauma ", Sabiston Textbook of Surgery, 20, pp. 517 – 518.