

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt lách có sử dụng Hem-O-Lok tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Nguyễn Huy Toàn, Lê Anh Xuân, Phạm Minh Tuấn, Trần Văn Thông, Trần Xuân Công, Nguyễn Văn Hương
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Huy Toàn,
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa
Nghệ An
Km5 Đại lộ Lê nin, Nghi Phú,
Vinh, Nghệ An
Điện thoại: 0946 254 777
Email: Drhuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16/01/2025

Ngày chấp nhận đăng:

21/02/2025

Ngày xuất bản: 27/6/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt lách (PTNSCL) có sử dụng Hem-O-Lok tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 31 người bệnh được PTNSCL tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Có 31 người bệnh, 22 nam (71%) và 9 nữ (29%); độ tuổi trung bình $38,95 \pm 11,83$ (18 - 65 tuổi). Kích thước lách trung bình $12,57 \pm 3,43$ (7 - 20,2 cm); nguyên nhân cắt lách: U lách 13 (41,9%), nang lách 08 (25,8%), bệnh máu 06 (19,4%). Tỷ lệ nội soi thành công 29 (93,6%) trong đó cắt lách toàn bộ 26 (83,9%), cắt lách kèm lách phụ 3 (9,7%); kiểm soát động mạch lách tại rốn lách 10 (34,5%). Tai biến chung trong mổ 3 (9,7%); biến chứng rò tụy 1 (3,2%), nhiễm trùng vết mổ 1 (3,2%). Kết quả sau mổ tốt 25 (86,2%); trung bình 4 (13,8%).

Kết luận: Cắt lách nội soi điều trị các bệnh lý về cơ quan tạo máu, bệnh lý nội tại của lách là phương pháp an toàn, tỷ lệ thành công cao. Phẫu thuật sử dụng Hem-O-Lok thay Stapler để kiểm soát mạch máu giúp giảm giá thành cuộc mổ mà vẫn đưa lại kết quả tốt cho người bệnh.

Từ khóa: Cắt lách nội soi, phẫu thuật cắt lách, kỹ thuật cắt lách.

Results of laparoscopic splenectomy with Hem-O-Lok at Nghe An Friendship General Hospital

Nguyen Huy Toan, Le Anh Xuan, Pham Minh Tuan, Tran Van Thong, Tran Xuan Cong, Nguyen Van Huong
Nghe An General Friendship Hospital

Abstract

Introduction: Evaluation of Laparoscopic Splenectomy Outcomes in using Hem-O-Lok at Nghe An Friendship General Hospital.

Patients and Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 31 patients who underwent laparoscopic splenectomy in using Hem-O-Lok at Nghe An Friendship General Hospital from January 2020 to June 2024.

Results: A total of 31 patients were included, 22 males (71%) and 9 females (29%), with a mean age of 38.95 ± 11.83 years (range: 18 – 65 years). The average spleen size was 12.57 ± 3.43 cm (range: 7 – 20.2 cm). The indications for splenectomy were splenic tumors (13 cases, 41.9%), splenic cysts (8 cases, 25.8%), and hematologic diseases (6 cases, 19.4%). The overall surgical success rate was 93.6% (29 cases). Total splenectomy was performed in 26 cases (83.9%), splenectomy associated with accessory spleen removal was in 3 cases (9.7%). Splenic artery control at the splenic hilum was successfully achieved in 10 cases (34.5%). Intraoperative complications were observed in 3 cases (9.7%). Postoperative complications included pancreatic fistula (1 case, 3.2%) and surgical site infection (1 case, 3.2%). Postoperative outcomes were good in 25 cases (86.2%) and moderate in 4 cases (13.8%).

Conclusions: Laparoscopic splenectomy for hematopoietic disorders and intrinsic splenic diseases is a safe and effective procedure with a high successful rate. The use of Hem-O-Lok for vascular control instead of staplers helps to reduce surgical costs while maintaining favorable patient outcomes.

Keywords: Laparoscopic splenectomy, splenectomy surgery, splenectomy technique.

Đặt vấn đề

Từ những năm 1990, khi phẫu thuật nội soi cắt lách (PTNSCL) lần đầu tiên được giới thiệu, phương pháp này đã mang lại kết quả tốt và hạn chế các biến chứng sau phẫu thuật. Ngày nay, phẫu thuật cắt lách nội soi là phương pháp được lựa chọn cho cả các bệnh lý lành tính và ác tính của lách. Tuy nhiên, vẫn còn một số chống chỉ định. Sự phát triển của công nghệ đã cho phép xử lý những trường hợp trước đây được coi là chống chỉ định tuyệt đối cho phẫu thuật xâm lấn tối thiểu bằng các phương pháp nội soi đã được điều chỉnh. Hơn nữa, việc giới thiệu các công cụ nội soi tiên tiến để kiểm soát mạch máu như Stapler, Hem-O-Lok đã giúp giảm bớt các tai biến trong phẫu thuật. Hiện nay, phẫu thuật cắt lách nội soi được coi là an toàn, với kết quả tốt hơn so với phẫu thuật cắt lách mở và kinh nghiệm gia tăng của các phẫu thuật viên cho phép thời gian phẫu thuật so sánh được với phẫu thuật mở [1], [2]. Ở Việt Nam, một số bệnh viện lớn đã thực hiện được kỹ thuật này như Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Bình Dân [3], [4]... Tuy vậy, các nghiên cứu về PTNSCL vẫn chưa được thực

hiện nhiều ở các cơ sở ngoại khoa, đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh. Xuất phát từ thực tế nghiên cứu và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An mong muốn góp phần nghiên cứu nhằm đạt kết quả tốt về cắt lách nội soi phù hợp với hoàn cảnh và điều kiện cơ sở, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả PTNSCL có sử dụng Hem-O-Lok tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

Bao gồm 31 người bệnh được phẫu thuật cắt lách nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh có các bệnh lý được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật cắt lách.

Người bệnh được lựa chọn để thực hiện PTNSCL dựa trên các tiêu chí sau:

Kích thước lách thăm khám trên lâm sàng không to quá độ II (lách to vượt quá bờ sườn ≤ 4 cm) và dọc lách trên siêu âm ≤ 22 cm.

Người bệnh không có các chống chỉ định bơm

hơi ổ bụng để mổ nội soi như suy tim, bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, tăng áp lực nội sọ.

Người bệnh không có bệnh lý nội khoa kèm theo nặng nề (ASA $\leq$ III), không có rối loạn đông máu.

Phương pháp

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh.

Quá trình phẫu thuật được tiến hành trong 5 bước: Tư thế người bệnh đầu cao, chân thấp, nghiêng phải $40^\circ - 45^\circ$.

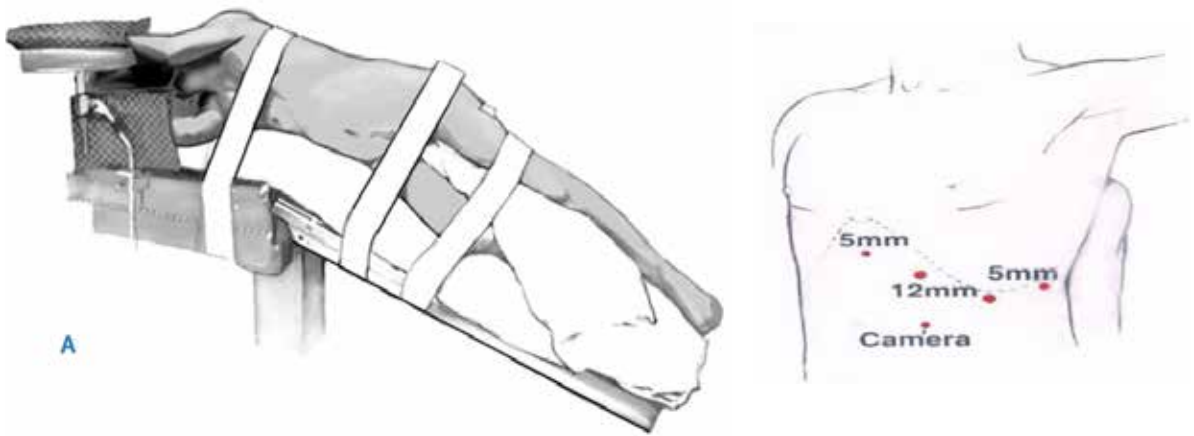
Bước 1: Đặt Trocar

Trocar đầu tiên 10mm vào vị trí dưới rốn hoặc lệch trái trên đường giữa đòn trái (tùy vào kích thước lách)

Trocar thứ 2: 5mm, đặt vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức lệch sang trái.

Trocar thứ 3: 10 mm, đặt dưới bờ sườn trái khoảng giữa bờ sườn và mào chậu, trên đường nách trước.

Trocar thứ 4: Nếu cần, 5mm, đặt ra sau nhất, bờ trước xương sườn thứ 11.



Hình 1: Tư thế và vị trí đặt trocar [5]

Bước 2: Thăm dò ổ bụng: Tìm lách phụ ở những người bệnh mắc bệnh về máu (Thalassemia và xuất huyết giảm tiểu cầu), đánh giá tình trạng tổn thương lách và các cơ quan khác, tình trạng hạch và dịch ổ bụng.

Bước 3: Giải phóng dây chằng quanh lách

Giải phóng đại tràng góc lách, dây chằng quanh

lách, dây chằng lách thận, Cắt dây chằng hoành lách, dây chằng vị lách. Những nhánh của mạch vị ngăn được tách riêng và kẹp bằng Hem-O-Lok, nhánh nhỏ có thể đốt điện. Dây chằng vị lách ở sát phình vị thường rất ngắn, cần phẫu tích riêng, tỷ mỉ và hạn chế đốt điện ảnh hưởng tới phình vị dạ dày.

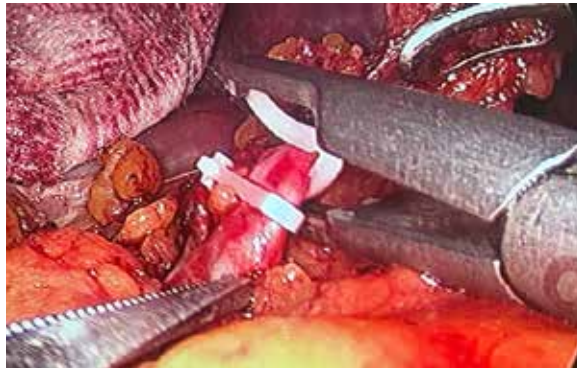


Hình 2: Giải phóng lách [5]

Bước 4: Kiểm soát cuống lách

Tìm động mạch lách ở bờ trên tụy xa rốn lách,

kẹp bằng Hem-O-Lok động mạch trước. Phẫu tích tìm kẹp riêng tĩnh mạch lách sau.



Hình 3: Kiểm soát cuống lách bằng Hem-O-Lok

Bước 5: Lấy bệnh phẩm, đóng bụng, dẫn lưu

Chỉ tiêu nghiên cứu: Giới, tuổi, chỉ số BMI; phân độ lách lớn, kích thước lách trên siêu âm; các dạng tổn thương lách; phương pháp phẫu thuật; phương pháp kiểm soát cuống và đường lấy bệnh phẩm; tai biến trong mổ và chuyển mổ mở; biến chứng sau phẫu thuật, thời gian hậu phẫu; kết quả phẫu thuật.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An thông qua nhằm đảm bảo tính đạo đức, khoa học và khả thi.

Kết quả

Từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024 tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, chúng tôi có 31 người bệnh được PTNSCL, trong đó 22 nam (71%) và 9 nữ (29%); độ tuổi trung bình $38,95 \pm 11,83$ (thấp nhất là 18, cao nhất là 65 tuổi), chỉ số BMI trung bình $20,46 \pm 1,5$ (17 - 22,8).

Phân độ lách to và kích thước lách trên siêu âm

Bảng 1: Phân độ kích thước lách và nguyên nhân cắt lách

Phân độ lách to	N	Tỷ lệ (%)
Bình thường	9	29,1
Độ 1	17	54,8
Độ 2	5	16,1
Tổng	31	100
Kích thước lách trung bình $\bar{X} \pm SD$ Range(cm)		
Nguyên nhân	N	Tỷ lệ (%)
Bệnh máu	6	19,4
Nang lách	8	25,8
U lách	13	41,9
Áp xe lách	4	12,9
Tổng	31	100

Nhận xét:

Có 70,9% lách to độ 2, 3 và kích thước lách trung bình trên siêu âm là $12,57 \pm 3,43$ cm.

Đa số có tổn thương lách trên siêu âm như nang, áp xe hoặc u lách (03 u máu và 10 u lympho) với tỷ lệ 80,6%. 6 người bệnh được chỉ định cắt lách trong bệnh cảnh của các bệnh máu (2 Thalassemia và 4 xuất huyết giảm tiểu cầu).

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Nội soi hoàn toàn		Chuyển mổ	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Cắt lách toàn bộ	26	83,9	2	6,4
Cắt lách toàn bộ kèm lách phụ	3	9,7	0	0
Tổng	29	93,6	2	6,4
Số lượng trocar	Nội soi hoàn toàn		Chuyển mổ	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
3 trocar	2	6,4	0	0
4 trocar	26	83,9	0	0
5 trocar	1	3,2	2	6,4
Tổng	29	93,6	2	6,4
Phương pháp kiểm soát cuống lách		n	Tỷ lệ (%)	
Kiểm soát động mạch lách trước rốn lách		19	65,5	
Kiểm soát động mạch lách tại rốn lách		10	34,5	
Tổng		29	100	

Nhận xét: Có 65,5% động mạch lách được kiểm soát tại rốn lách vì các trường hợp này giải phẫu động mạch lách ở dạng tập trung.

Tai biến, biến chứng

Bảng 3: Tai biến trong mổ và biến chứng

Tai biến trong mổ	n	Tỷ lệ (%)	
Rách bao lách	2	6,4	
Tổn thương mạch rốn lách	1	3,2	
Nguyên nhân chuyển mổ mổ	n	Tỷ lệ (%)	
Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch lách	1	3,2	
Viêm dính vào đại tràng, rốn lách	1	3,2	
Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %	Xử trí
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,2	Thay băng
Rò tụy	1	3,2	Nội khoa
Huyết khối tĩnh mạch lách	1	3,2	Nội khoa
Viêm phổi	2	6,4	Nội khoa

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình $77,03 \pm 13,82$ phút, ngắn nhất 50 phút, dài nhất 125 phút; Thời gian hậu phẫu trung bình $6,36 \pm 1,47$ ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 9 ngày. Hầu hết các người bệnh trung tiện trở lại và được cho ăn đường miệng vào ngày thứ nhất sau mổ. Thời gian hậu phẫu trung bình khoảng 1 tuần, ngắn nhất 3 ngày và dài nhất là 9 ngày. Theo thang điểm đau VAS, sau phẫu thuật không có người bệnh nào đau nhiều và có 95,5% người bệnh đau nhẹ và vừa.

Có 25 (86,2%) người bệnh sau phẫu thuật kết quả tốt, 4 (13,8%) có kết quả trung bình và không trường hợp nào có kết quả xấu.

Bàn luận

Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024, chúng tôi PTNSCL cho 31 người bệnh, tỷ lệ mổ nội soi thành công là 93,6%.

Chỉ định cắt lách

Chỉ định phẫu thuật cắt lách bao gồm các tình trạng có tình trạng tán huyết hoặc giảm tiểu cầu nghiêm trọng, phụ thuộc vào chức năng hệ thống lưới nội mô của lách và/hoặc sản xuất tự kháng thể; các rối loạn ác tính hoặc nhiễm trùng chủ yếu khu trú tại lách như u lympho, áp xe lách ...; cắt bỏ toàn bộ cùng với các cơ quan khác trong phẫu thuật ung thư và các biến chứng hiếm gặp của các rối loạn khác trong đó có tình trạng lách to khổng lồ và/hoặc cường lách kèm theo giảm tế bào máu [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 6 (19,4%) người bệnh bệnh về máu, 2 trường hợp tan máu Thalassemia và 4 trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu; có 13 (41,9%) người bệnh u lách được phẫu thuật và kết quả sau mổ có 10 trường hợp có giải phẫu bệnh kết quả ác tính, tất cả đều là u lympho; 8 (25,8%) nang lách và 4 (12,9%) áp xe lách.

Kỹ thuật cắt lách

Nghiên cứu của chúng tôi có 29 trường hợp mổ nội soi hoàn toàn, trong đó có 3 trường hợp cắt kèm lách phụ. Tư thế người bệnh được áp dụng 100% các trường trong nghiên cứu này là tư thế nghiêng phải 40° - 45° , có gối độn vùng dưới sườn phải cao lên.

Sự kết hợp tư thế nằm nghiêng và kê gối làm tăng khoảng cách bờ sườn và mào chậu, đẩy lách ra nông hơn, tạo ra một trường mổ rộng thuận lợi cho việc tiếp cận, phẫu thuật và xử trí thương tổn. Tư thế này giúp bộc lộ rốn lách rõ ràng vì dạ dày và đại tràng bị kéo ra bởi trọng lực [7]. Đường tiếp cận phụ thuộc vào kỹ thuật viên, kích thước lách, đặc điểm lâm sàng của người bệnh và tình trạng bệnh phối hợp.

Tất cả các trường hợp bệnh về máu (Thalassemia và xuất huyết giảm tiểu cầu) đều được chúng tôi tìm lách phụ để cắt. Bởi vì lách đóng vai trò quan trọng trong việc phá hủy hồng cầu và tiểu cầu bị gắn kháng thể trong các bệnh tan máu tự miễn và xuất huyết giảm tiểu cầu. Nếu còn sót lách phụ, nó vẫn có thể tiếp tục sản xuất kháng thể hoặc bắt giữ và phá hủy hồng cầu/tiểu cầu, khiến bệnh không thuyên giảm hoặc tái phát sau phẫu thuật.

Trong 29 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi thành công, có 2 trường hợp (chiếm 6,4%) dùng 3 trocar khi mổ, 26 trường hợp (chiếm 83,9%) dùng 4 trocar khi mổ, 1 trường hợp (chiếm 3,2%) dùng 5 trocar khi mổ. Trong 18 trường hợp cắt lách nội soi do xuất huyết giảm tiểu cầu của Nguyễn Hoàng Bắc [4], tác giả sử dụng 4 trocar cho 8 trường hợp, 10 trường hợp còn lại là 3 trocar. Tuy xu thế chung hiện nay là giảm thiểu tối đa sang chấn cho người bệnh cũng như nhu cầu thẩm mỹ, nhưng chúng tôi không quan niệm số trocar ít hay nhiều phản ánh trình độ phẫu thuật viên mà hiệu quả công việc phải đặt lên hàng đầu, phẫu thuật phải thuận lợi và an toàn. Chúng tôi thường chọn vị trí trocar thứ 4 trùng với vị trí định dẫn lưu ổ lách. Đối với những trường hợp lách to, vị trí chọc trocar cũng có thể thay đổi linh hoạt vì kích thước lách to có thể làm xoay và che lấp hệ mạch máu ở rốn lách cũng như làm giảm khoảng không phẫu tích. Chúng tôi đặt trocar đầu tiên thường ở dưới cực dưới lách khoảng 4cm, theo chúng tôi đây là vị trí tối ưu, nếu đặt thấp hơn quan sát cuống lách sẽ rất khó khăn, nếu đặt cao hơn thì lại bị hạn chế phẫu trường do lách to.

Trong phẫu thuật cắt lách nội soi, xử lý cuống lách là thì khó khăn nhất, việc phẫu tích đòi hỏi phải cẩn thận tỷ mỉ. Chảy máu trong thì này là nguyên

nhân thường gặp nhất phải chuyển mổ mở. 1 người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi phải chuyển mổ mở vì lý do này.

Về mặt kỹ thuật, chúng tôi thực hiện 2 cách kiểm soát cuống lách.

Kẹp mạch lách tại rốn lách - đi trực tiếp vào cuống lách: Được thực hiện 10 trường hợp. Phương pháp này được áp dụng cho các trường hợp động mạch lách dạng phân tán chia sớm trước khi vào rốn lách. Cụ thể, sau khi đã giải phóng toàn bộ dây chằng quanh lách, chúng tôi tiến hành phẫu tích và kiểm soát mạch lách tại rốn lách. Sử dụng Hem-O-Lock loại polymer để kẹp từng thành phần động mạch và tĩnh mạch lách riêng biệt.

Kẹp động mạch lách trước rốn lách: Đối với các trường hợp giải phẫu động mạch lách phân chia muộn (dạng tập trung) sau khi giải phóng dây chằng quanh lách, chúng tôi tiến hành bóc tách động mạch lách trước khi động mạch đi vào rốn lách. Phương án này thực hiện ở 19 trường hợp chiếm 65,5%. Quá trình phẫu tích mạch máu, chúng tôi sử dụng dao siêu âm Harmonic. Ưu điểm của dao siêu âm là phẫu tích linh hoạt, cầm máu tốt song nhiệt lượng tỏa ra lớn nên phải thận trọng khi phẫu tích tránh gây tổn thương mô xung quanh. Kiểm soát động mạch lách từ phía trước, ở bờ trên tuy có nhiều lợi ích. Thứ nhất, việc bộc lộ động mạch lách ở bờ trên tuy tương đối dễ dàng, nhận ra động mạch lách nhờ đoạn cong của động mạch, vị trí và hướng đi của nó. Chỉ cần mở nếp phúc mạc ở đoạn cong của động mạch ngay bờ trên tụy, trước khi động mạch vào đến rốn lách. Thứ hai là sau khi kẹp động mạch, lách nhỏ đi đáng kể. Lúc này chúng tôi mới thực hiện tiếp tục phẫu tích rốn lách. Mặc dù việc này có vẻ không cần thiết và gây tổn thời gian đối với các trường hợp phẫu tích trực tiếp vào rốn lách khoảng gây chảy máu, nhưng nó lại là phương pháp an toàn nhất khi gặp tai biến chảy máu do bóc tách rốn lách.

Kiểm soát động mạch từ phía sau (sau khi cắt dây chằng lách – thận, kẹp động – tĩnh mạch lách ngay) cũng được nhắc đến bởi các tác giả như Bai Ji [8]. Đường vào từ phía sau phù hợp cho những người bệnh béo vì việc cắt dây chằng vị-lách trở nên khó

khăn hơn ở những người béo. Cắt dây chằng lách-đại tràng sau đó là dây chằng lách-thận có ít mỡ hơn qua đó bộc lộ cuống lách dễ dàng hơn. Tuy nhiên, đường vào này lại kém hiệu quả hơn ở những người bệnh lách to do thiếu không gian thao tác. Phương tiện kiểm soát mạch cuống lách trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng là Hem-O-Lock cỡ ML và cỡ L. Đối với từng mạch máu riêng biệt, chúng tôi sử dụng 3 - 4 Hem-O-Lock thay vì cắt cuống lách bằng Stapler như các nghiên cứu khác, điều này giúp tiết kiệm được chi phí cuộc mổ và hạn chế được tổn thương đuôi tụy do dùng Stapler [9]. Đối với các mạch máu nhỏ < 5 mm, chúng tôi có thể sử dụng dao Ligasure để hàn và cắt mạch còn phần mạch máu để lại vẫn sử dụng Hem-O-Lock.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: Trung bình $77,03 \pm 13,82$ phút, ngắn nhất 50 phút, dài nhất 125 phút. Theo Min Tan (2003), thời gian phẫu thuật trung bình là 110 phút (dao động từ 50 - 270 phút) [9]; Bhattacharya (2021), thời gian PTNSCL trung bình là $129,8 \pm 41,2$ phút [10]. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào bệnh lý nội tại của lách như dính với tổ chức xung quanh, hay độ lớn của lách.

Tai biến trong mổ: Chúng tôi gặp đó là rách bao lách và tổn thương mạch máu phải chuyển mổ mở. Có 2 (9,1%) trường hợp rách bao lách này đều được xử lý thành công bằng đốt dao đơn cực hoặc bipolar và 1 (3,2%) trường hợp chảy máu do rách tĩnh mạch lách trong quá trình phẫu tích. Trường hợp này tĩnh mạch lách dẫn lớn và nằm khuất sau đuôi tụy nên quá trình phẫu tích rất khó khăn, khi chảy máu đã áp dụng cầm máu tạm thời bằng kẹp clip và khâu buộc nhưng không hiệu quả, chúng tôi đã quyết định chuyển mổ mở để xử trí. Một số tai biến trong mổ khác không ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, nhưng đã được nhiều tác giả báo cáo như thủng cơ hoành, chảy máu từ các vị trí khác, tổn thương tạng xung quanh như dạ dày, tụy, ... Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và cộng sự tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 2006 - 2007, trong số 20 người bệnh cắt lách nội soi (với các nguyên nhân khác nhau), có 2 trường hợp chảy máu trong mổ nhưng đều xử

lý được qua nội soi [3]. Chand và cộng sự [11] báo cáo tỷ lệ tổn thương tụy gặp 15% hay gặp là tăng amylase máu đơn độc – biến chứng nhỏ, dịch quanh tụy, áp xe tụy, dịch dẫn lưu giàu amylase, đau sau mổ không điển hình.

Biến chứng sau phẫu thuật: Chúng tôi gặp 01 (3,2%) nhiễm khuẩn vết mổ; 01 (3,2%) rò tụy; 01 (3,2%) huyết khối tĩnh mạch lách và 01 (3,2%) viêm phổi. Tất cả các biến chứng này đều được điều trị nội khoa thành công.

Một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất và có khả năng đe dọa tính mạng sau cắt lách là huyết khối tĩnh mạch mạc treo tràng trên, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1895. Tỷ lệ gặp thực sự của biến chứng này vẫn chưa được xác định do không có hoặc khởi phát triệu chứng không đặc hiệu và sàng lọc sau phẫu thuật không có hệ thống. Tỷ lệ gặp được báo cáo là từ 4,8 đến 51,5%. Hơn nữa, huyết khối tĩnh mạch cửa-lách-mạc treo có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng như thiếu máu cục bộ ruột và thậm chí tử vong. Theo Ludovica Baldari (2023), có 6/22 người bệnh sau cắt lách có biến chứng huyết khối tĩnh mạch cửa-lách trong đó có 2 người bệnh có triệu chứng [12]. Cho đến nay, không có khuyến nghị hướng dẫn cụ thể nào mạnh mẽ ủng hộ việc sử dụng huyết khối dự phòng sau phẫu thuật cắt lách. Tuyên bố đồng thuận của Hiệp hội phẫu thuật nội soi châu Âu (EAES) về Hướng dẫn thực hành lâm sàng cho cắt lách nội soi khuyến cáo dự phòng thuốc chống đông máu quanh phẫu thuật ở tất cả người bệnh [13].

Biến chứng nữa rất nguy hiểm sau cắt lách là tình trạng nhiễm khuẩn tối cấp sau cắt lách. Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính tiến triển nhanh liên quan đến nhiễm khuẩn huyết tự phát, đặc biệt liên quan đến *S. pneumoniae* trong hơn 50% các trường hợp. Biểu hiện không đặc hiệu và thường không có đường vào rõ ràng. Triệu chứng đầu thường bao gồm sốt, rối loạn tiêu hóa và đau lan tỏa; nó có thể tiến triển nhanh chóng thành sốc nhiễm trùng với các rối loạn đông máu hoặc đông máu nội mạch rải rác và ban xuất huyết. Tỷ lệ tử vong do biến chứng này gần 50% và thậm chí còn cao hơn ở những người bệnh

mắc bệnh về huyết học. Trong nghiên cứu của chúng tôi không xuất hiện biến chứng này có thể do chưa có quá trình theo dõi xa. Để giảm nguy cơ xảy ra biến chứng này tiêm vắc-xin phòng ngừa *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* và *H. influenzae* B ít nhất hai tuần trước khi phẫu thuật hoặc trường hợp cấp cứu nên tiêm vắc-xin ít nhất hai tuần sau phẫu thuật [14].

Tất cả người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều đạt kết quả tốt hoặc trung bình, không có trường hợp nào có biến chứng, di chứng nặng nề hoặc tử vong. Trong tổng số 31 người bệnh được chỉ định PTNSCL, có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở, 4 trường hợp có biến chứng sau mổ nhưng ở mức độ nhẹ và được điều trị khỏi bằng nội khoa.

Kết luận

Cắt lách nội soi điều trị các bệnh lý về cơ quan tạo máu, bệnh lý nội tạng của lách là phương pháp an toàn, tỷ lệ thành công cao. Kỹ thuật có thể thực hiện được tại các bệnh viện tuyến tỉnh với các dụng cụ phẫu thuật thông thường có hỗ trợ dao siêu âm, dao hàn mạch và kẹp Hem-O-Lock.

Tài liệu tham khảo

1. B. Delaitre, B. Maignien. "Splenectomy by the laparoscopic approach. Report of a case," *Press. Med.*, 20(44), p. 2263, 1991.
2. E. P. Misiakos, G. Bagias, T. Liakakos, and A. Machairas. "Laparoscopic splenectomy: Current concepts," *World J. Gastrointest. Endosc.*, 9(9), p. 428, 2017.
3. Nguyễn Ngọc Hùng, Quách Văn Kiên, Nguyễn Văn Trường. "Cắt lách nội soi: một số nhận xét về chỉ định, kỹ thuật và biến chứng," *Tạp chí Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), pp. 137–142, 2008.
4. Nguyễn Hoàng Bắc, Huỳnh Nghĩa, Lê Quan Tuấn Anh. "Phẫu thuật nội soi cắt lách điều trị xuất huyết giảm

- tiểu cầu," *Tạp chí Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 7(1), pp. 56–59, 2003.
5. David I. Watson, "Spleen", Clavien PA, *Atlas of Upper Gastrointestinal and Hepato-Pancreato-Biliary Surgery Second Edition*, Springer Science+Business Media, pp 1041-1046, 2016.
6. S. C. Katz, H. L. Pachter, "Indications for splenectomy," *Am Surg*, 72(7), pp. 565–580, 2006.
7. A. Garzi et al., "Laparoscopic splenectomy : posterolateral approach," *Transl Med UniSa* 20(3), pp. 9–12, 2019.
8. B. Ji, Y. Wang, P. Zhang, G. Wang, and Y. Liu. "Anterior versus posterolateral approach for total laparoscopic splenectomy: a comparative study," *Int J Med Sci*, 10(3), pp. 222–229, 2013.
9. M. Tan, C. X. Zheng, Z. M. Wu, G. T. Chen, L. H. Chen, and Z. X. Zhao, "Laparoscopic splenectomy: The latest technical evaluation," *World J. Gastroenterol.*, 9(5), pp. 1086–1089, 2003.
10. P. Bhattacharya, L. Phelan, S. Fisher, S. Hajibandeh, and S. Hajibandeh. "Robotic vs. Laparoscopic Splenectomy in Management of Non-traumatic Splenic Pathologies: A Systematic Review and Meta-Analysis," *Am. Surg.*, 88(1), pp. 38–47, 2022.
11. B. Chand, R. M. Walsh, J. Ponsky, and F. Brody, "Pancreatic complications following laparoscopic splenectomy," *Surg Endosc*, 15(11) pp. 1273–1276, 2001.
12. L. Baldari, L. Boni, B. Giuliani, and E. Cassinotti, "Porto-spleno-mesenteric venous thrombosis after elective splenectomy: a retrospective cohort study," *Front Immunol*, pp. 1–8, 2023.
13. B. Habermalz, S. Sauerland, G. Decker, B. Delaitre, and J.-F. Gigot, "Laparoscopic splenectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES)," *Surg Endosc*, vol. 22(4), pp. 821–48, 2008.
14. R. Buzel , L. Barbier, A. Sauvanet, and B. Fantin, "Medical complications following splenectomy," *J. Visc. Surg.*, 153(4), pp. 277–286, 2016.