

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN CÓ HỖ TRỢ CỦA CẦN NÂNG CÓ NẮP CỔ TỬ CUNG

Bach Cẩm An¹, Phan Thị Duyên Hải², Lê Sỹ Phương¹, Trần Minh Thắng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi có sử dụng cần nâng tử cung có nắp cổ tử cung (Vcare) cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 100%, trọng lượng tử cung trung bình: $380 \pm 70,3$ gram, thời gian phẫu thuật trung bình: $68,2 \pm 25,2$ phút, lượng máu mất trong phẫu thuật khoảng $40 \pm 15,5$ ml, tai biến trong mổ: 0 %, biến chứng sau mổ: 4,55%. Sử dụng loại cần nâng này giúp dễ dàng trong cắt tử cung, hạn chế tai biến trong và sau mổ.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC TOTAL HYSTERECTOMY WITH MANIPULAR INSTRUMENT (V Care)

Bach Cam An¹, Phan Thi Duyen Hai²,
Le Sy Phuong¹, Tran Minh Thang¹

32 patients were performed laparoscopic total hysterectomies at Hue Central Hospital. We used manipulator (Vcare) in this operation. The result: successful ratio of laparoscopic operation is 100%, mean operative time $68,2 \pm 25,2$ minute, mean lost blood is $40 \pm 15,5$ ml, mean uterine weight is $380 \pm 70,3$ g, peroperative complication was 0 %, postoperative complication ratio was 3,12%. This operation was easier, limited peroperative and postoperative complications with manipulator.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Khoa Sản Bệnh viện Trung ương Huế, phẫu thuật cắt tử cung nội soi đã được triển khai vào những năm 2003 và đã trở thành phẫu thuật thường quy. Gần đây để hoàn thiện hơn nữa chúng tôi sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung và một số thay đổi về kỹ thuật giúp cho việc phẫu thuật được dễ dàng, giúp giảm thời gian phẫu thuật, hạn chế chảy máu

và tránh được các biến chứng

Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài “**Phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần có hỗ trợ của cần nâng có nắp cổ tử cung**” với mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả của phương pháp cắt tử cung toàn phần qua nội soi có hỗ trợ của cần nâng có nắp cổ tử cung.
2. Hiệu quả của một số cải tiến trong kỹ thuật.

1. BVTW Huế

2. Trường ĐH Y Dược Huế

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

32 bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung toàn phần được sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung trong khoảng thời gian từ 6/2006-6/2008.

1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung toàn phần.

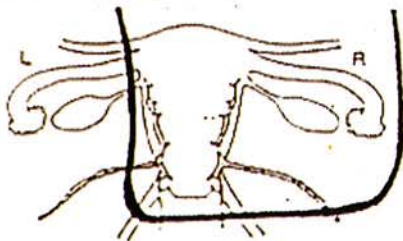
1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có chống chỉ định phẫu thuật nội soi
- Tử cung có u xơ quá lớn, vị trí khó phẫu thuật, có dính nhiều với tổ chức xung quanh, có kèm các khối u phần phụ phức tạp.

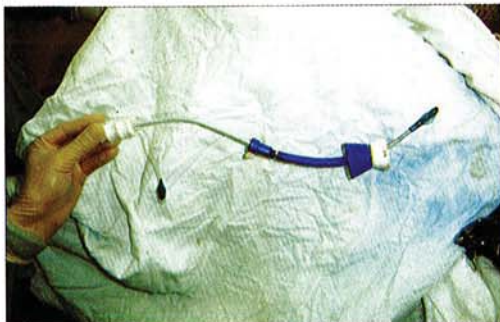
2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu ứng dụng lâm sàng tiến cứu

2.1. Kỹ thuật: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật theo phân loại của Nezhat và Lui *. Cắt tử cung toàn phần qua nội soi - (typ 3). Cắt tử cung được thực hiện hoàn toàn bởi nội soi cho đến khi mở túi cùng trước và túi cùng sau. Thành âm đạo được đóng bằng nội soi hoặc bằng đường âm đạo (hình 1).

(c)



H. 1



H. 2



H. 3

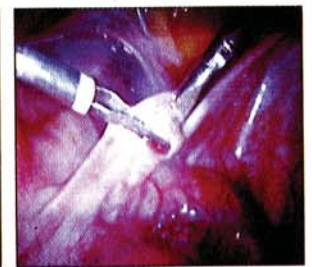
Đặt cần nâng tử cung : Sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung (V care), tiến hành sát khuẩn, đo buồng tử cung, ước lượng trên cần nâng, cố định nắp cần nâng, đưa cần nâng vào buồng tử cung, cố định cần nâng (H. 2)

Thì phẫu thuật nội soi

Bước 1. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng (H. 3)

Bước 2. Đốt và cắt cuống mạch phần phụ, dây chằng tròn

Tử cung đẩy về phía đối diện của phẫu thuật viên, dùng dao điện lưỡng cực đốt và cắt vòi trứng, dây chằng tròn, dây chằng tử cung buồng trứng. Phức mạc được cắt thẳng đứng song song với cạnh của tử cung. Nếu cắt cả phần phụ thì đốt và cắt dây chằng thất lưng buồng trứng trước rồi cắt dây chằng tròn cách tử cung khoảng 2 cm.



Đốt và cắt cuống mạch

Bước 3. Mở phúc mạc bằng quang tử cung

Đẩy tử cung lên cao tối đa và đưa sang bên đối diện, lá phúc mạc trước của dây chằng rộng và phúc mạc bàng quang tử cung được

Bệnh viện Trung ương Huế

nhấc lên với một pince có máu, nhấc lên đốt và cắt với dao điện lưỡng cực. Đẩy túi cùng bàng quang bằng cách đốt các dải xơ, đẩy bàng quang xuống tận túi cùng trước âm đạo. Đốt cầm máu sát về phía tử cung.

Bước 4. Đốt và cắt động mạch tử cung

Người phụ 2 đẩy tử cung tối đa về bên đối diện. Người phụ 1 dùng pince có máu kéo đầu dây chằng tròn về phía bên đối diện. Bộc lộ rõ động mạch tử cung. Đốt động mạch tử cung nhiều lần bằng dao lưỡng cực rồi cắt ít một. Đốt cháy động mạch tử cung bên đối diện trước khi cắt động mạch tử cung.

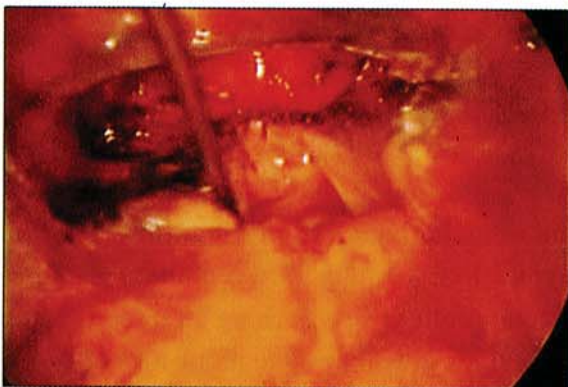
Bước 5. Cắt tử cung hoàn toàn phía trên dây chằng tử cung cùng

Sử dụng dao điện đơn cực cắt vòng quanh âm đạo nơi được đánh dấu bằng phía trên nắp cổ tử cung cho đến khi tử cung cắt hoàn toàn khỏi âm đạo

Bước 6. Mở âm đạo

Đặt van âm đạo, bộc lộ túi cùng trước, bên và sau. Dùng kèm pozziz kẹp 2 mép cổ tử cung và kéo xuống. Sau khi lấy tử cung ra, vòm âm đạo và phúc mạc được đóng lại bằng mũi khâu vắt với chỉ Vicryl 1.0 qua đường âm đạo hoặc đường bụng.

Bước 7. Nội soi kiểm tra



Sau khi đóng vòm âm đạo. Tiếp tục mở khí, cho khí vào ổ bụng. Tiếp tục nội soi, cầm máu kỹ, kiểm tra niệu quản, bàng quang. Rửa ổ bụng sạch, lấy hết máu cục bằng nước

muối sinh lý. Khi phẫu thuật đã hoàn thiện, xả khí CO₂. Đóng các lỗ Trocart bằng chỉ Dalflon. Ở vị trí trocart 10mm đóng 2 lớp: lớp trong đóng cân bằng vicryl 0, lớp ngoài bằng dalfilon.

2.2. Kháng sinh

Sử dụng kháng sinh sau mổ nhóm cephalosporin, đường tĩnh mạch.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý theo phương pháp thống kê y học

III. KẾT QUẢ

1. Tiền sử sản khoa

Bảng 1: Số con hiện có

Số con	N	%
0	0	0,00
1-2	76	57,58
> 2	56	42,42
Tổng	132	100

2. Đặc điểm phần phụ

Bảng 2 : Đặc điểm phần phụ

Phần phụ	N	%
Bình thường	70	53,03
U lạc nội mạc	26	19,70
U nang khác	36	27,27
Tổng số	132	100

3. Vị trí nhân xơ theo giải phẫu

Bảng 3: Vị trí nhân xơ theo giải phẫu

Vị trí nhân xơ	N	%
Thân tử cung	91	69,94
Eo tử cung	26	16,70
Cổ tử cung	0	0,00
Buồng tử cung	15	11,36
Tổng cộng	132	100,0

4. Tỷ lệ phẫu thuật thành công

Bảng 4 : Tỷ lệ phẫu thuật thành công

Loại phẫu thuật	N	%
Cắt TC qua nội soi	132	100
Thất bại chuyển mổ mở	0	0
Tổng	132	100

5. Trọng lượng tử cung

Bảng 5: Trọng lượng tử cung

Trọng lượng tử cung	N	%
200- < 300 gr	72	54,54
300- < 400 gr	36	27,27
≥ 400 gr	24	18,19
Tổng	132	100

6. Thời gian phẫu thuật

Bảng 6 : Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	N	%
≤ 60	45	34,09
60-80	70	53,03
80-100	15	11,36
≥ 100	2	1,52
Tổng	132	100

7. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 7 : Ước lượng máu mất và Hb trước và sau mổ

Lượng máu mất	N	%	Hb trước mổ	Hb sau mổ
< 50 ml	78	59,09	11,5± 1,5 (g/l)	10,5±1,57 (g/l)
50 - 99 ml	42	31,82		
≥ 100 ml	12	9,09		
Tổng số	132	100	p>0,05	

8. Tai biến trong mổ

Bảng 8 : Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	N	%
Tổn thương hệ tiết niệu	0	0
Tổn thương hệ tiêu hóa	0	0
Không có tai biến	132	100
Tổng số	132	100

9. Biến chứng sau mổ

Bảng 9. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	%
Tụ dịch ổ bụng	6	4,55
Biến chứng khác	0	0,00
Không biến chứng	126	95,45
Tổng số	132	100

III. BÀN LUẬN

Số con hiện có

Theo Chu Thị Bá trong nhóm cắt tử cung đường âm đạo có hỗ trợ nội soi bệnh nhân

chưa có con chiếm tỷ lệ thấp 4,1%. Số lần sinh ít ảnh hưởng đến chỉ định cắt tử cung qua nội soi. Tuy vậy tình trạng kém giãn nở âm đạo do chưa sinh sẽ làm khó khăn cho thì lấy tử cung qua âm đạo ở u xơ to.

Đặc điểm phần phụ

Theo Reich H bệnh lý phần phụ kèm theo không phải là chống chỉ định hoàn toàn trong cắt tử cung nội soi. Ngược lại phẫu thuật cắt hoặc gỡ dính giải phóng tử cung giúp cho cắt đường dưới dễ dàng, đặc biệt khi có cần nâng có hiệu quả tốt.

Vị trí nhân xơ theo giải phẫu

Nên thận trọng khi chỉ định cắt tử cung qua nội soi ở u xơ tử cung to ở eo, vì ở vị trí này nhân xơ thường làm biến dạng đường đi của niệu quản và che lấp tầm nhìn của phẫu thuật viên và choáng hết phẫu trường do đó dễ làm tổn thương bàng quang và niệu quản. Tuy nhiên tai biến này có thể hạn chế nếu có cần nâng giúp bộc lộ phẫu trường rõ ràng.

Tỷ lệ thành công là 100% so với một nghiên cứu của chúng tôi trước đây thì tỷ lệ thành công là 95,8%. Có lẽ do thuần thực về kỹ năng phẫu thuật và lựa chọn đối tượng phẫu thuật kỹ hơn cũng như được sử dụng cần nâng mới.

Trọng lượng tử cung

Raju đề nghị cắt tử cung toàn phần ở u xơ có kích thước bằng tử cung có thai dưới 14 tuần. Philips đề nghị nên cắt ở u xơ dưới 8 tuần. Trong nghiên cứu này trọng lượng tử cung trung bình là 380 ± 70,3 gram tương ứng với tuổi thai 10 tuần. Theo chúng tôi thì có kỹ thuật tốt kết hợp với dụng cụ nâng tử cung hoàn chỉnh giúp hạn chế phần nào hạn chế của phẫu thuật đối với u xơ tử cung có trọng lượng lớn.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 68,2 ±

Bệnh viện Trung ương Huế

25,2 phút. Thời gian phẫu thuật là một thông số được báo cáo trong hầu hết các nghiên cứu. Tuy nhiên mỗi nghiên cứu khác nhau cho một thông số khác nhau. Sở dĩ có sự khác biệt là do tiêu chuẩn chọn bệnh, trình độ phẫu thuật viên, trang thiết bị mổ nội soi. Trong nghiên cứu trước đây của chúng tôi khi chưa có cần nâng có nắp cổ tử cung thì thời gian phẫu thuật trung bình là $84,2 \pm 21,0$ phút. Có sự khác biệt có ý nghĩa khi so với kết quả trong nghiên cứu này. Có lẽ một phần do thành thạo về kỹ thuật, còn lại là do sự thuận lợi khi sử dụng cần nâng này nên phẫu trường được bộc lộ tốt hơn. Chúng tôi có thể dùng dao điện đơn cực cắt quanh âm đạo phía trên chỗ bám tận của dây chằng tử cung cùng. Do đó rút ngắn được thời gian phẫu thuật.

Ước lượng máu mất và Hb trước và sau mổ

Không có trường hợp nào phải truyền máu trong phẫu thuật. Không có sự khác biệt giữa Hb trước và sau mổ. Điều này phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước. Theo kinh nghiệm của chúng tôi phần lớn mất máu thường ở thì cắt động mạch tử cung. Do đó để tránh mất máu thường chúng tôi đốt động mạch tử cung bên đối diện trước, sau đó mới tiến hành cắt động mạch. Hơn nữa với cần nâng này ở thì khi đẩy tử cung lên trên nắp cổ tử cung có tác dụng chẹn động mạch tử cung âm đạo nên hạn chế lượng máu mất, đồng

thời giữ cho phẫu trường rõ ràng dễ thao tác.

Tai biến trong mổ

Lupascu trong 25 trường hợp biến chứng trong phẫu thuật gồm 1 vết thương bàng quang, 3 trường hợp tắc ruột. Theo các tác giả trong và ngoài nước thì biến chứng hay gặp trong phẫu thuật là tổn thương niệu quản, bàng quang, trực tràng. Trong thời gian đầu triển khai kỹ thuật này chúng tôi có một trường hợp vết thương niệu quản (2,2%). Trong nghiên cứu này tỷ lệ biến chứng trong mổ chúng tôi không gặp. Có lẽ do lựa chọn bệnh kỹ hơn, kỹ thuật hoàn thiện hơn. Thêm vào đó với việc sử dụng loại cần nâng này giúp bộc lộ phẫu trường rõ ràng hơn. Tách xa được bàng quang và trực tràng. Nắp của cần nâng khi úp vào cổ tử cung tạo ranh giới rõ ràng giúp cho việc dùng dao điện đơn cực cắt vòng quanh âm đạo để lấy tử cung. Hơn nữa cắt tử cung hoàn toàn phía trên dây chằng tử cung cùng giúp cho bảo tồn được nơi bám tận của dây chằng này, cũng như an toàn và thuận tiện trong đóng móm cắt bằng đường âm đạo hay nội soi ổ bụng.

Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ không có biến chứng là 95,45%, chỉ có 6 trường hợp tụ dịch vết mổ. Nhờ để lại nơi bám tận của dây chằng tử cung cùng đó chính là phương tiện tránh sa móm cắt âm đạo về sau.

Ưu điểm của sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung

Ưu điểm	Không sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung (n=45)	Sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung (n=132)
Bộc lộ rõ phẫu trường	95 %	100 %
Thay đổi vị trí TC dễ dàng	90 %	100 %
Hạn chế chảy máu	93,7 %	96,88 %
Tai biến trong mổ	2,2 %	0 %
Cắt móm âm đạo dễ	88,8 %	96,88 %
Đóng móm cắt dễ	91,11%	100 %

Bảng trên là so sánh nghiên cứu này với cùng một nghiên cứu trước đó của chúng tôi khi chưa sử dụng cần nâng có nắp cổ tử cung. Bộc lộ phẫu trường rõ ràng, thay đổi vị trí tử cung dễ dàng. Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn cũng như phục hồi mổ mổ cắt và hạn chế các tai biến của phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 32 bệnh nhân cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi có hỗ trợ của cần nâng có nắp cổ tử cung chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ phẫu thuật thành công :100%

Trọng lượng tử cung trung bình : $280 \pm 70,3$ gram

Thời gian phẫu thuật trung bình : $68,2 \pm 25,2$ phút

Lượng máu mất trong phẫu thuật khoảng $40 \pm 15,5$ ml

Tai biến trong mổ : 0 %

Biến chứng sau mổ : 4,55%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan R, Ait Kenhead Daved J, Rowbotham,

Graham Smith (2001), *Physiology and measurement Of pain. Text book of Anaesthesia. Churchill Livingstone four edition.*

2. American college of Obstetricians and Gynecologist 409 12 street, SW Washington, DC 20024 - 2188. (2001), *Surgical complication. Precipitous update in Obstetrics and Gynecology*, Page 270 -287. ISBN 0 - 915473 - 22 - 4.

3. Atabekoglu C, Sonmezer M, Gungor M, Aytac R, Ortac F, Unlu C. (2004), "Tissue trauma in abdominal and laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy".41: J Am Assoc Gynecol Laparosc. Nov;11(4):467-72.

4. Balfour RP. (1999), "Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy--190 cases: complications and training". 80:J. Obstet. Gynaecol. Mar;19(2):164-6.

5. Holub Z, Bartos P (1999), "The definition of laparoscopic hysterectomy" Ceska. Gyneko. Sep;64(5):326-7.

6. Lansac.J. Body.G. Magnin.G (1998). *La pratique chirurgicale en gynecologie - obstetrique. Masson, Paris*, ISBN: 2-225-85391-6. page 181-183.