

TÌNH HÌNH GÂY Mê MỒ NỘI SOI Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NGÃI TRONG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2011

Hoàng Trọng Quang¹, Nguyễn Đình Tín¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ mổ nội soi ở từng loại bệnh, các phương pháp vô cảm thực hiện và tai biến trong phẫu thuật nội soi.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1159 bệnh nhân được phẫu thuật mổ nội soi và mổ hở tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Ngãi từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2011

Kết quả: Trong phẫu thuật nội soi, mổ ruột thừa viêm chiếm tỷ lệ 79,20%, thai ngoài tử cung chiếm tỷ lệ 6,51%. Tỷ lệ mổ nội soi/mổ hở ở bệnh viêm sàng hàm mạn tính và u xơ tuyến tiền liệt là 100%, ruột thừa viêm là 95,32%, cắt túi mật là 80,65%. Tỷ lệ mổ nội soi nói chung đạt 86,54%. Về phương pháp gây mê: Cắt đốt u xơ tuyến tiền liệt và nội soi bàng quang bóp sỏi thì gây tê tủy sống 100%. Các bệnh mổ nội soi có bơm hơi thì hầu hết là gây mê nội khí quản. Tác dụng phụ gồm đau vai sau mổ gặp ở cắt túi mật nội soi chiếm 28%, đau ngực khó thở nhẹ gặp trong cắt túi mật gặp 16%, u nang buồng trứng gặp 10,71%, ruột thừa viêm gặp 5,52%.

Kết luận: Ở Bệnh viện Đa khoa Quảng Ngãi, mổ nội soi từng bước phát triển được áp dụng cho tất cả các khoa hệ ngoại. Tỷ lệ mổ nội soi nói chung chiếm đa số so với mổ mở. Có thể áp dụng nhiều phương pháp vô cảm để thực hiện phẫu thuật nội soi. Tai biến do phẫu thuật nội soi ít gặp, mức độ nhẹ và dễ điều trị.

ABSTRACT

ANESTHESIA FOR LAPAROSCOPY IN QUANG NGAI GENERAL HOSPITAL IN FIRST 6 MONTHS OF 2011

Hoang Trong Quang¹, Nguyen Dinh Tin¹

Objective: Evaluate the rate of the types of laparoscopy, the methods of anesthesia and complications in laparoscopic surgery.

Methods: Cross-sectional descriptive study on 1159 patients were realized laparoscopic and open surgery in Quang Ngai general Hospital from January 2011 to June 2011

Results: In laparoscopy, the rate of appendicectomy was 79.20%, ectopic pregnancy was 6.51%. The ratio of laparoscopy/laparotomy surgery in general was 86.54%, the endoscopy, for chronic sinusitis and prostate hypertrophy was 100%, for appendicectomy was 95.32%,

1. Bệnh viện Đa khoa Quảng Ngãi

for cholecystectomy was 80.65%. For methods of anesthesia: 100% spinal anesthesia for the prostate hypertrophy and gall-bladder stone. The endotracheal anesthesia for the majority of patient with pneumoperitonium. Side effects of laparoscopic surgery include shoulder pain in 28% of cholecystectomy, mild chest pain in cholecystectomy was 16%, ovarian cystectomy was 10.71% and appendicectomy was 5.52%.

Conclusion: In Quang Ngai general hospital, laparoscopy has been gradually developed to be applied to all surgeries. The rate of laparoscopy in general the majority compared to laparostomy. We can apply multiple methods of anesthesia to perform laparoscopy. Complications in laparoscopy was mild and easily treated.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự tiến bộ của các kỹ thuật hiện đại trong lĩnh vực y tế, bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi đã từng bước phát triển phẫu thuật nội soi để phục vụ bệnh nhân trong Tỉnh nhà. Năm 2006 phẫu thuật nội soi bắt đầu được triển khai, từ phẫu thuật nội soi ruột thừa, u xơ tuyến tiền liệt, sỏi niệu quản, nội soi mũi xoang đến cắt tử cung nội soi, cắt đại tràng nội soi, cắt hạch giao cảm ngực và nội soi khớp gối.

Để đánh giá tình hình mổ nội soi so với mổ mở ở các bệnh lý có thể phẫu thuật bằng cả hai phương pháp và phương pháp vô cảm thực hiện cũng như tai biến do phẫu thuật nội soi, chúng tôi nghiên cứu trên 1159 bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi trong 6 tháng đầu năm 2011 với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá tỷ lệ mổ nội soi so với mổ mở ở

từng loại bệnh và tỷ lệ mổ nội soi nói chung so với mổ mở của bệnh viện.

2. Phương pháp vô cảm thực hiện và tai biến trong phẫu thuật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 1159 bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Quảng Ngãi từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2011

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những bệnh nhân mắc các loại bệnh lý có thể vừa phẫu thuật nội soi vừa phẫu thuật mở tại Bệnh viện đa khoa Quảng Ngãi.

- Xử lý số liệu: các phương pháp thống kê thông thường

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ các bệnh phẫu thuật nội soi

Bệnh	RTV	GEU	NS MX	UXỐTTL	UNBT	Túi mật	Tử cung	Khác	Tổng
n	815	67	41	30	28	25	10	13	1029
%	79,20	6,51	3,98	2,92	2,72	2,43	0,97	1,26	100

Ghi chú: RTV: Ruột thừa viêm, GEU: thai ngoài tử cung, NSMX: nội soi mũi xoang, UXỐTTL: u xơ tuyến tiền liệt, UNBT: u nang buồng trứng. Khác: nội soi khớp gối, nội soi cắt đại tràng, nội soi đốt hạch giao cảm.

Nhận xét: Mổ ruột thừa viêm nhiều nhất chiếm tỷ lệ 79,20%, sau đó là thai ngoài tử cung chiếm tỷ lệ 6,51%, các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 2: Tỷ lệ mổ nội soi ở từng loại bệnh

Bệnh	RTV	GEU	NS MX	UXỐTTL	UNBT	Túi mật	Từ cung	Khác	Tổng
Mổ NS	815	67	41	30	28	25	10	13	1029
Mổ mở	40	26	0	0	15	6	34	39	160
%	95,32	72,04	100	100	65,12	80,65	22,73	25,00	86,54

Nhận xét: Hiện nay các bệnh viêm xoang hàm mạn tính, u xơ tuyến tiền liệt mổ nội soi 100%, ruột thừa viêm mổ nội soi đạt tỷ lệ 95,32%, nội soi cắt túi mật đạt tỷ lệ 80,65%. Tỷ lệ mổ nội soi nói chung ở các bệnh lý có thể phẫu thuật bằng cả hai phương pháp nội soi và mổ mở đạt 86,54%.

Mổ mở ở bệnh lý ruột thừa viêm xảy ra ở bệnh nhân không đồng ý mổ nội soi hoặc ở những bệnh nhân có bệnh lý đi kèm như bệnh tim mạch nặng, bệnh phổi nặng, viêm phúc mạc do đến muộn tiền choáng. Ở bệnh lý thai ngoài tử cung mổ mở khi mất máu nhiều tiền choáng và choáng.

Bảng 3: Phương pháp vô cảm thực hiện ở bệnh nhân mổ nội soi

Bệnh Pp vô cảm		RTV	UNBT	GEU	VSH MT	Túi mật	Từ cung	U xơ ttl	Sỏi bq	Tổng
NKQ	n	810	27	67	41	25	10	0	0	980
	%	99,39	96,43	100	100	100	100	0	0	95,24
TTS	n	5	1	0	0	0	0	30	13	49
	%	0,61	3,57	0	0	0	0	100	100	4,76

Nhận xét: Các bệnh mổ không có bơm hơi vào ổ phúc mạc như cắt đốt u xơ tuyến tiền liệt, nội soi bàng quang bóp sỏi thì gây tê tùy sống 100%. Các bệnh mổ có bơm hơi vào ổ phúc mạc thì hầu hết là gây mê nội khí quản, còn gây tê tùy sống là kỹ thuật vừa mới triển khai do vậy số lượng ca của chỉ định này còn thấp, hy vọng trong thời gian đến sẽ tiến hành chỉ định với số lượng ca lớn hơn.

Bảng 4: Tai biến, biến chứng trong và sau mổ

		RTV (n=815)	GEU (n=67)	UNBT (n=28)	Túi mật (n=25)	UXTLT (n=30)
Ngộ độc nước	n	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0
Đau vai	n	85	5	4	7	0
	%	10,43	7,46	14,29	28,00	0,00
Đau ngực, khó thở	n	45	2	3	4	0
	%	5,52	2,99	10,71	16,00	0,00
Tràn khí dưới da	n	0	0	0	0	0
	%					

Nhận xét:

Ngộ độc nước có thể gặp ở bệnh nhân cắt đốt nội soi u xơ tuyến tiền liệt nhưng ở mẫu chúng tôi không gặp, có lẽ do thời gian mổ tối đa hầu hết nhỏ hơn 60 phút.

Tần suất đau vai sau mổ gặp tương đối ở phẫu thuật tăng trên ổ bụng như cắt túi mật nội soi chiếm 28% trường hợp, xử trí chỉ dùng giảm đau thường Paracetamol chuyển thì khỏi. Các trường hợp phẫu thuật ở tăng dưới ổ bụng cũng gặp nhưng không cao.

Đau ngực khó thở nhẹ cũng gặp trong phẫu thuật nội soi ổ bụng, cắt túi mật gặp 16%, u nang buồng trứng gặp 10,71%, ruột thừa viêm gặp 5,52%. Khi xảy ra biến chứng này bệnh nhân được cho làm xét nghiệm ECG, X Quang phổi, kết quả bình thường và dùng giảm đau

thông thường bệnh nhân tự khỏi trong thời gian ngắn.

IV. KẾT LUẬN

1. Ở Bệnh viện Đa khoa Quảng Ngãi, mổ nội soi từng bước phát triển được áp dụng cho tất cả các khoa hệ ngoại.

2. Tỷ lệ mổ nội soi nói chung so với mổ mở đối với các bệnh lý có thể thực hiện cả hai phương pháp là 86,64%. Bệnh viêm xoang hàm mạn tính, u xơ tuyến tiền liệt mổ nội soi 100%, ruột thừa viêm mổ nội soi chiếm 95,32%.

3. Có thể áp dụng nhiều phương pháp vô cảm để thực hiện phẫu thuật nội soi tùy theo từng bệnh lý. Tại bệnh do phẫu thuật nội soi ở Bệnh viện đa khoa Quảng Ngãi gặp tần suất thấp, mức độ thường nhẹ, điều trị tự khỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, Strodel WE, Sirinek KR (2003), Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years?, *Arch Surg*, 138(5), pp.531-5; discussion 535-6.
2. Brunt L.M, Quasebarth M.A (2001), Outcomes analysis of laparoscopic cholecystectomy in the extremely elderly, *Surgical Endoscopy*, 15(7), pp.700-705.
3. Cunningham AJ, Turner J, Rosenbaum S, Rafferty T (1993), Transoesophageal echocardiographic assessment of haemodynamic function during laparoscopic cholecystectomy, *Br J Anaesth*, 70(6), pp.621-5.
4. Dhose K, Lacoste L, Karayan J, Lehuède M.S, Thomas D, Fusciardi J (1996), Haemodynamic and ventilatory changes during laparoscopic cholecystectomy in elderly ASA III patients, *Can J Anaesth*, 43(8), pp.783-8.
5. Joris JL, Noirot DP, Legrand MJ, Jacquet NJ, Lamy ML (1993), Hemodynamic changes during laparoscopic cholecystectomy, *Anesth Analg*, 76(5), pp.1067-71.
6. Joshi GP (2002), Anesthesia for laparoscopic surgery, *Can J Anesth*, 49(6), pp.R1-R5.
7. Malik A. M, et al (2007), Laparoscopic cholecystectomy in the elderly patients: an experience at Liaquat university hospital Jamshoro, *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 19(4).
8. Weber D.M (2003), Laparoscopic surgery an excellent approach in elderly patients, *Arch Surg*, 138, pp.1083-1088.
9. Yetkin G, Uludag M, Oba S, Citgez B, Paksoy I (2009), Laparoscopic cholecystectomy in elderly patients, *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons (JSLS)*, 13, pp.587-591.