

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN THANH TÙNG

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU
THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH ĐIỀU
TRỊ MỘT SỐ BỆNH VỀ MÁU
THƯỜNG GẶP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRẦN THANH TÙNG

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU
THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH ĐIỀU
TRỊ MỘT SỐ BỆNH VỀ MÁU
THƯỜNG GẶP**

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số : 62720125

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

GS.TS. Nguyễn Ngọc Bích

HÀ NỘI – 2017

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Thanh Tùng, nghiên cứu sinh khóa 28 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Ngoại tiêu hóa xin cam đoan.

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy GS.TS. Nguyễn Ngọc Bích.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã công bố tại Việt Nam

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 28 tháng 05 năm 2017

Người viết cam đoan

Trần Thanh Tùng

CHỮ VIẾT TẮT

ASH	: Hội các nhà huyết học Mỹ
BN	: Bệnh nhân
CHA	: Cao huyết áp
CT	: Chụp cắt lớp vi tính
ĐTĐ	: Đái tháo đường
MMCL	: Mở mở cắt lách
PTNS	: Phẫu thuật nội soi
PTCLNS	: Phẫu thuật nội soi cắt lách
PTV	: Phẫu thuật viên
TC	: Tiểu cầu
TH	: Trường hợp
XHGTC	: Xuất huyết giảm tiểu cầu

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN	3
1.1. Giải phẫu lách và vai trò của lách trong một số bệnh về máu	3
1.1.1. Giải phẫu lách trong PTCLNS.....	3
1.1.2. Vai trò của lách trong một số bệnh lý về máu	10
1.2. Chỉ định PTCLNS trong một số bệnh lý về máu	12
1.2.1. PTCLNS trong bệnh lý về máu lành tính	12
1.2.2. Cắt lách do những bệnh máu ác tính.....	17
1.3. Phẫu thuật cắt lách trong một số bệnh về máu.	18
1.3.1. Một số vấn đề chung	19
1.3.2. Vấn đề về chỉ định mổ	23
1.3.3. Vài nét về lịch sử phẫu thuật cắt lách điều trị bệnh về máu	25
1.3.4. Phẫu thuật mổ mở cắt lách.....	26
1.3.5. Phẫu thuật nội soi cắt lách	27
1.3.6. Một số phẫu thuật nội soi cắt lách khác	29
1.3.7. Biến chứng của phẫu thuật cắt lách.	32
1.4. Vài nét so sánh PTCLNS và mổ mở cắt lách kinh điển.....	36
1.4.1. Về tính khả thi.....	36
1.4.2. Độ an toàn	37
1.4.3. Hiệu quả phẫu thuật.	38
1.5. Tình hình nghiên cứu PTCLNS trong điều trị một số bệnh máu	41
1.5.1. Tình hình nghiên cứu PTCLNS trong điều trị một số bệnh máu trong nước	41
1.5.2. Tình hình nghiên cứu PTCLNS trong điều trị một số bệnh máu trên thế giới	42
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	45
2.1. Đối tượng nghiên cứu	45
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn BN	45
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	47
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	47
2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu	47

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu.....	48
2.2.3. Các tiêu chí để đánh giá	49
2.3. Xử lý số liệu	66
2.4. Về đạo đức nghiên cứu	66
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	68
3.1. Tuổi và giới	68
3.1.1. Tuổi	68
3.1.2. Giới tính	69
3.1.3. Phân bố tuổi theo giới tính.....	69
3.2. Đặc điểm lâm sàng và chỉ định mổ	70
3.2.1. Chỉ số BMI	70
3.2.2. Chỉ số ASA	70
3.2.3. Tiền sử ngoại khoa và bệnh lý phối hợp	71
3.2.4. Thời gian bị bệnh	72
3.2.5. Biến chứng do dùng corticoid.....	72
3.2.6. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật	73
3.2.7. Bệnh lý về máu có chỉ định mổ	74
3.2.8. Chỉ định mổ.....	74
3.2.9. Kết quả giải phẫu bệnh	75
3.3. Đặc điểm cận lâm sàng	75
3.3.1. Máu ngoại vi	75
3.3.2. Xét nghiệm tủy đồ	76
3.3.3. Kết quả siêu âm.....	76
3.3.4. Phân bố kích thước lách theo chẩn đoán bệnh.....	77
3.3.5. Kết quả chụp CT	77
3.4. Những diễn biến trong phẫu thuật.....	78
3.4.1. Phương pháp phẫu thuật	78
3.4.2. Số lượng và vị trí trocar	78
3.4.3. Tai biến trong phẫu thuật	79
3.4.4. Nguyên nhân chuyển mổ mở	79
3.4.5. Hình ảnh đại thể lách và phương tiện kiểm soát cuống lách	80
3.4.6. Kiểm soát cuống lách	80

3.4.7. Mối liên quan giữa phương pháp kiểm soát cường lách và tỷ lệ chuyên mô mỡ.....	81
3.4.8. Mối liên quan giữa phương pháp kiểm soát cường lách với thời gian mô và lượng máu mất ước tính	82
3.4.9. Lách phụ.....	83
3.4.10. Lấy bệnh phẩm	83
3.4.11. Dẫn lưu hó lách	83
3.4.12. Thời gian phẫu thuật.	84
3.5. Các kết quả sau phẫu thuật cắt lách nội soi	84
3.5.1. Biến chứng sớm và tử vong sau mổ	84
3.5.2. Mức độ đau sau mổ ở BN PTCLNS hoàn toàn	85
3.5.3. Thời gian dùng giảm đau paracetamol	85
3.5.4. Thời gian lưu thông ruột trở lại, thời gian rút các ống thông và dẫn lưu	86
3.5.5. Thời gian nằm viện	86
3.5.6. Sự thay đổi về số lượng tiểu cầu sau phẫu thuật ở nhóm BN XHGTC	87
3.6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng PTCLNS	90
3.6.1. Kích thước lách	90
3.6.2. Số lượng tiểu cầu trước mổ	91
3.6.3. Bệnh lý nền đòi hỏi phải cắt lách	92
3.6.4. Chỉ số BMI	93
3.7. Phân loại đáp ứng sau mổ theo hội huyết học Mỹ	94
3.7.1. Tình trạng đáp ứng sớm tiểu cầu sau phẫu thuật	94
3.7.2. Tình trạng đáp ứng sớm về tiểu cầu sau phẫu thuật trong nhóm tiểu cầu trước mổ <20 G/l.....	95
3.7.3. Kết quả theo dõi sau 21,4 tháng.....	95
3.8. Phân loại đánh giá kết quả chung PTCLNS	96
Chương 4: BÀN LUẬN.....	97
4.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu.....	97
4.1.1. Tuổi và giới	97
4.1.2. Lâm sàng	98
4.1.3. Cận lâm sàng.	100

4.2. Chỉ định PTCLNS	102
4.2.1. Bệnh lý về máu lành tính	102
4.2.2. PTCLNS cho bệnh lý ác tính	104
4.3. Bàn về kỹ thuật.....	106
4.3.1. Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mô.....	106
4.3.2. Số lượng và vị trí trocar	108
4.3.3. Lách phụ.	109
4.3.4. Cách kiểm soát cuống lách	112
4.3.5. Dẫn lưu ổ lách sau cắt lách	116
4.3.6. Lấy lách ra khỏi ổ bụng	116
4.3.7. Tai biến trong mổ	118
4.4. Kết quả sau mổ.....	119
4.4.1. Thời gian mổ	119
4.4.2. Biến chứng sớm sau mổ	120
4.4.3. Thời gian dùng giảm đau paracetamol và hồi phục sau mổ	125
4.4.4. Thời gian nằm viện	125
4.4.5. Xếp loại bệnh nhân theo đáp ứng với điều trị trong nhóm bệnh lý XHGTC tự miễn	126
4.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.....	130
4.5.1. Kích thước lách	130
4.5.2. Số lượng tiểu cầu trước mổ.....	133
4.5.3. Bệnh lý nền đòi hỏi phải cắt lách	134
4.5.4. Béo phì	136
4.5.5. Kết quả chung của phẫu thuật	137
KẾT LUẬN	138
KIẾN NGHỊ	140
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN TÀI LIỆU THAM KHẢO PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Kết quả phẫu thuật cắt lách điều trị XHGTC tự miễn của một vài tác giả trên thế giới	13
Bảng 3.2.	Chỉ số BMI.....	70
Bảng 3.3.	Tình trạng sức khỏe BN trước khi phẫu thuật theo thang điểm ASA.....	70
Bảng 3.4.	Tiền sử ngoại khoa và bệnh lý phối hợp.....	71
Bảng 3.5.	Khoảng thời gian đã mắc bệnh của BN	72
Bảng 3.6.	Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật	73
Bảng 3.7.	Bệnh lý về máu có chỉ định mổ	74
Bảng 3.8.	Chỉ định mổ cắt lách trong nhóm bệnh lý về máu lành tính ..	74
Bảng 3.9.	Kết quả giải phẫu bệnh	75
Bảng 3.10.	Số lượng tiểu cầu trước phẫu thuật.....	75
Bảng 3.11.	Kích thước lách trên siêu âm	76
Bảng 3.12.	Phân bố kích thước lách theo chẩn đoán bệnh	77
Bảng 3.13.	Kết quả chụp CT	77
Bảng 3.14.	Số trocar sử dụng	78
Bảng 3.15.	Tai biến trong phẫu thuật.....	79
Bảng 3.16.	Chuyển mổ mở.....	79
Bảng 3.17.	Phương tiện kiểm soát cuống lách.....	80
Bảng 3.18.	Phương pháp kiểm soát cuống lách	80
Bảng 3.19.	Liên quan giữa phương pháp kiểm soát cuống lách và tỷ lệ chuyển mổ mở.....	81
Bảng 3.20.	Phương pháp kiểm soát cuống lách với thời gian mổ và lượng máu mất ước tính	82

Bảng 3.21.	Liên quan giữa kẹp mạch lách tại rốn lách với thời gian mổ và lượng máu mất ước tính.....	82
Bảng 3.22.	Lách phụ	83
Bảng 3.23.	Thời gian phẫu thuật	84
Bảng 3.24.	Các biến chứng sớm sau mổ (n=145).....	84
Bảng 3.25.	Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS	85
Bảng 3.26.	Thời gian rút các ống thông và dẫn lưu	86
Bảng 3.27.	Thời gian nằm viện	86
Bảng 3.28.	Phân bố thời gian nằm viện theo số lượng tiểu cầu trước phẫu thuật.....	87
Bảng 3.29.	So sánh số lượng tiểu cầu thời điểm trước mổ, sau phẫu thuật 24h-48h và khi ra viện.	88
Bảng 3.30.	Kết quả phẫu thuật trong nhóm TC đặc biệt thấp.....	89
Bảng 3.31.	Liên quan giữa kích thước lách và kết quả phẫu thuật	90
Bảng 3.32.	Liên quan giữa số lượng TC trước mổ trong nhóm BN XHGTC với kết quả phẫu thuật.....	91
Bảng 3.33.	Liên quan giữa bệnh lý nền đòi hỏi phải cắt lách với kết quả phẫu thuật.....	92
Bảng 3.34.	Ảnh hưởng của BMI đến kết quả phẫu thuật.....	93
Bảng 3.35.	Kết quả theo dõi sau 21,4 tháng	95
Bảng 3.36.	Kết quả chung PTCLNS	96
Bảng 4.37.	Tuổi TB sau cắt lách ở BN XHGTC tự miễn của một số tác giả.	98
Bảng 4.38.	Thời gian phẫu thuật cắt lách nội soi.....	120
Bảng 4.39.	Thời gian nằm điều trị tại viện sau phẫu thuật	126

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi	68
Biểu đồ 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới.....	69
Biểu đồ 3.3.	Phân bố tuổi theo giới	69
Biểu đồ 3.4.	Số BN xuất hiện biến chứng do dùng corticoid.	73
Biểu đồ 3.5.	Lách phụ	83
Biểu đồ 3.6.	Tình trạng đáp ứng sớm tiểu cầu sau phẫu thuật.....	94
Biểu đồ 3.7.	Tình trạng đáp ứng sớm về tiểu cầu sau phẫu thuật trong nhóm tiểu cầu trước mổ <20.....	95

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Dây chằng quanh lách.....	4
Hình 1.2.	Động mạch lách	6
Hình 1.3.	Phân nhánh động mạch lách	7
Hình 1.4.	Liên quan với đuôi tụy.....	9
Hình 1.5.	Vị trí lách phụ	9
Hình 2.1.	Dàn máy phẫu thuật nội soi	53
Hình 2.2.	Bộ dụng cụ PTLCNS	53
Hình 2.3.	Tư thế bệnh nhân và sơ đồ kẹp mỏ.....	55
Hình 2.4.	Vị trí đặt trocar.....	56
Hình 2.5.	Lách phụ phát hiện trong mổ	57
Hình 2.6.	Giải phóng cực dưới lách.....	58
Hình 2.7.	Cắt dây chằng lách thận	58
Hình 2.8.	Cắt dây chằng vị lách.....	59
Hình 2.9.	Kiểm soát động mạch lách.....	59
Hình 2.10.	Lấy lách qua túi đựng bệnh phẩm.....	61
Hình 2.11.	Thuốc đánh giá đau nhìn hình đồng dạng VAS, Astra – Zeneca ..	64
Hình 4.1.	Hình ảnh lách phụ trong mổ	110

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt lách là một trong những phương pháp điều trị bệnh lý về máu nhất là trong xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn có hiệu quả mà đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và khẳng định [1],[2],[3]. Phương pháp này được áp dụng từ trước khi có glucocorticoids [4]. Ngày nay, với những bệnh máu lành tính, phẫu thuật cắt lách đã trở thành một phương pháp điều trị quan trọng sau khi điều trị bằng corticoid không có hiệu quả (cắt lách đạt tỷ lệ khỏi khoảng 60 - 80%),[5],[6]. Phẫu thuật cắt lách đối với BN bệnh máu ác tính chủ yếu nhằm mục đích chẩn đoán, hoặc xác định giai đoạn bệnh, hiếm khi nhằm để điều trị [7],[8].

Bệnh nhân bị bệnh về máu phải cắt lách thường là những bệnh nhân đã trải qua điều trị nội khoa, sử dụng nhiều thuốc, truyền nhiều máu hoặc các chế phẩm máu [4],[9]. Những bệnh nhân này hay gặp trong bệnh cảnh giảm tế bào máu, dễ xuất huyết, dễ nhiễm trùng và thiếu máu. Do vậy cắt lách cho những bệnh nhân bị bệnh về máu có những yêu cầu cần ưu tiên riêng đó là: hạn chế mất máu, hạn chế các can thiệp nặng nề để chảy máu và nhiễm khuẩn. Những yêu cầu đó có phần phù hợp với phẫu thuật nội soi.

Trên thế giới, từ khi PTCLNS lần đầu tiên được thực hiện bởi Delaitre vào năm 1991 [10], cho đến nay đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy tính khả thi của phẫu thuật này trong điều trị bệnh lý về máu lành tính cũng như ác tính. Cùng với sự phát triển ngày càng rộng rãi của phẫu thuật nội soi, thì cắt lách bằng phẫu thuật nội soi đã trở thành sự lựa chọn đối với những lách bình thường và to vừa. PTCLNS là phẫu thuật ít xâm lấn, tỏ ra ưu thế hơn hẳn mổ mở cắt lách truyền thống như: Tránh vết mổ lớn, lượng máu mất ít hơn, ít đau sau mổ, giảm các biến chứng liên quan đến vết mổ như thoát vị vết mổ, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ đặc biệt trên các bệnh nhân có biểu hiện tác dụng phụ của corticoid, giảm thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ cao, phẫu

trường rộng rãi, dễ dàng quan sát các cấu trúc, giảm tổn thương vùng đuôi tụy [10],[11],[12],[13].

Ở Việt Nam, một số bệnh viện đã bước đầu thực hiện được kỹ thuật này. Từ năm 2003 - 2005, tại bệnh viện Bình Dân - thành phố Hồ Chí Minh, Nguyễn Hoàng Bắc [14] cắt lách nội soi cho 18 TH XHGTC với thời gian mổ trung bình là 90 phút, không có tai biến biến chứng nào đáng kể. Bệnh viện Việt Đức [16], năm 2005, Nguyễn Ngọc Hùng và cộng sự thực hiện 20 TH PTCLNS có 1 tai biến rách đại tràng, 2 TH chảy máu và một biến chứng huyết khối tĩnh mạch cửa. Tại bệnh viện Bạch Mai, năm 2007, Nguyễn Ngọc Bích [15] cắt lách nội soi trên 60 TH với các nguyên nhân khác nhau, có 1 tai biến thủng cơ hoành, 1 biến chứng chảy máu sau mổ.

Hiện nay, cũng đã có một số báo cáo về PTCLNS được áp dụng cả trong một số trường hợp chấn thương lách, hay bệnh xơ gan lách to cần phải cắt lách. Tuy vậy, với các trường hợp lách có kích thước lớn, kỹ thuật còn đang bàn luận, chưa thống nhất. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về PTCLNS trong các bệnh lý về máu chưa được thực hiện nhiều ở các cơ sở ngoại khoa.

Xuất phát từ thực tế nghiên cứu và điều trị trong nước cũng như trên thế giới, 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: **“Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt lách điều trị một số bệnh về máu thường gặp”** với hai mục tiêu:

- 1. Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt lách trong điều trị một số bệnh về máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai.*
- 2. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt lách và phân tích một số yếu tố có liên quan đến kết quả phẫu thuật.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu lách và vai trò của lách trong một số bệnh về máu

1.1.1. Giải phẫu lách trong PTCLNS

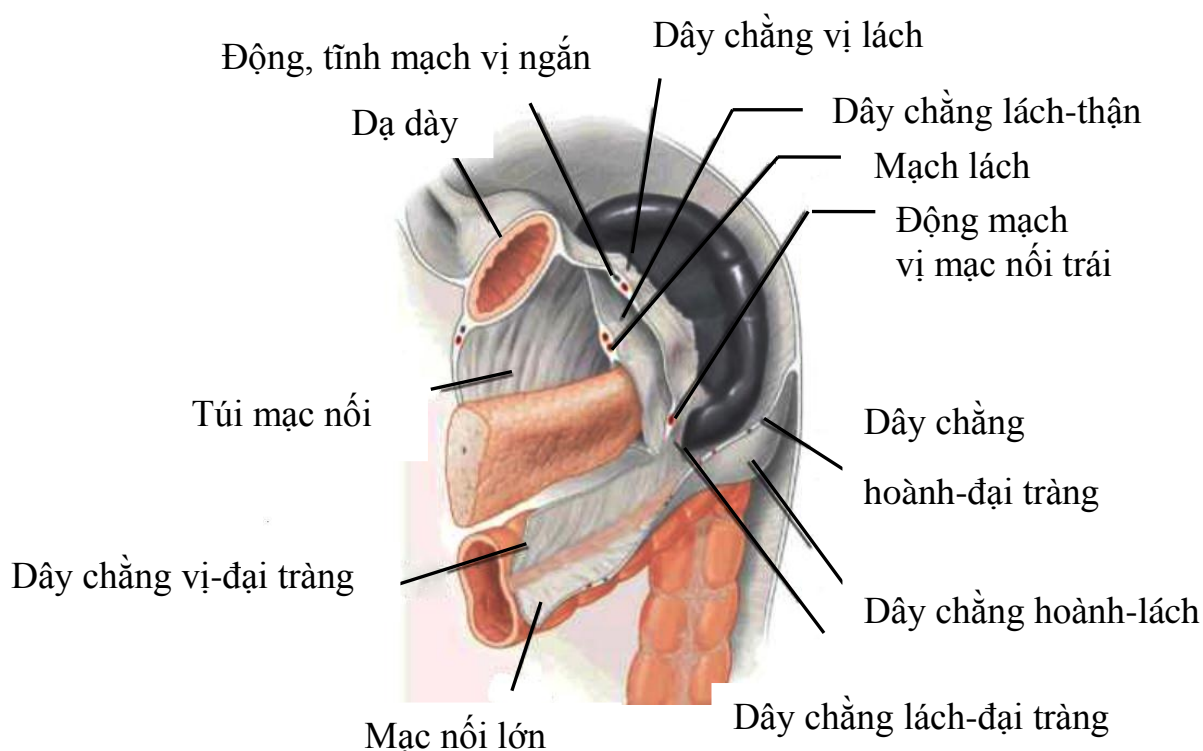
Lách là một khối lớn của mô bạch huyết và mạch máu. Lách nằm ở phần tư trên trái của bụng và trong một cái hốc được tạo bởi cơ hoành ở phía trên, dạ dày ở trong, thận trái cùng tuyến thượng thận trái ở phía sau, dây chằng hoành kết tràng ở dưới và thành ngực ở ngoài.

Lách bình thường người trưởng thành có trọng lượng trung bình 150 gram, giới hạn bình thường khá rộng từ 80 đến 300 gram(<50 gram). Kích thước bình thường của lách dài từ 9 - 11cm, rộng 7cm, dày 4cm [20]

1.1.1.1. Đặc điểm giải phẫu dây chằng quanh lách

Lách được bao bọc toàn bộ bởi phúc mạc trừ rốn lách. Lách có 8 dây chằng gồm: dây chằng vị-lách, dây chằng lách-thận, dây chằng hoành-lách, dây chằng lách-đại tràng, dây chằng tụy-lách, nếp phúc mạc trước lách, dây chằng hoành-đại tràng, và tụy-đại tràng [18],[19],[20]. Ba trong số dây chằng này là thứ yếu [21].

Các dây chằng này có thể quá dài, quá ngắn, quá hẹp, quá rộng hoặc bất thường, tuy các bất thường từ bào thai này là lành tính nhưng nó cũng tạo ra các bệnh lý như lách lạc chỗ, xoắn mạch lách, sa lách. Việc di chuyển lách phụ thuộc chủ yếu vào sự lỏng lẻo của các dây chằng và chiều dài mạch lách [25].



Hình 1.1. Dây chằng quanh lách [17]

Dây chằng vị-lách: là một phần của mạc treo vị sau giữa dạ dày và lách. Phần trên dây chằng dạ dày lách chứa các động mạch vị ngấn và phần dưới của dây chằng này chứa mạch máu của mạch vị mạc nối trái. Mạch máu vị ngấn và mạch máu vị mạc nối trái nên được thắt từng cái một. Dây chằng vị lách nên được cắt giữa hai cái clip kẹp mạch máu để tránh gây chảy máu sau khi cắt dây chằng.

Dây chằng lách-thận: là phần sau của mạc treo vị sau nguyên thủy. Dây chằng lách thận bao bọc các mạch máu lách và đuôi tụy. Lớp ngoài của dây chằng vị lách hình thành nên lớp sau của dây chằng lách thận. Sự chia cắt bất cẩn dây chằng lách thận có thể làm tổn thương mạch máu vị ngấn. Dây chằng lách thận bản thân nó là vô mạch, nhưng nó bao bọc mạch máu lách và đuôi tụy, nên khi cắt hoặc bóc tách để di động lách thì phải cẩn thận. Độ hiệu quả di động lách không phụ thuộc vào dây chằng lách thận, nhưng phụ thuộc nhiều vào chiều dài của các mạch máu lách sau khi cắt dây chằng.

Dây chằng hoành-lách: là sự quặt ngược của mạc treo ruột đến thành sau thân vị và mặt dưới cơ hoành tại vùng cực dưới của lách gắn với dạ dày. Dây chằng hoành-lách đến rốn lách thì nó chứa đuôi tụy và mạch máu lách bao gồm luôn nguyên ủy của động mạch vị mạc nối trái.

Dây chằng lách-kết tràng: là vết tích của đầu bên trái của mạc treo kết tràng ngang. Các mạch máu khác thường và ngoằn ngoèo của lách hoặc động mạch vị mạc nối trái có thể đứt gãy để làm tổn thương khi cắt dây chằng này một cách không cẩn thận và sẽ gây chảy máu nhiều.

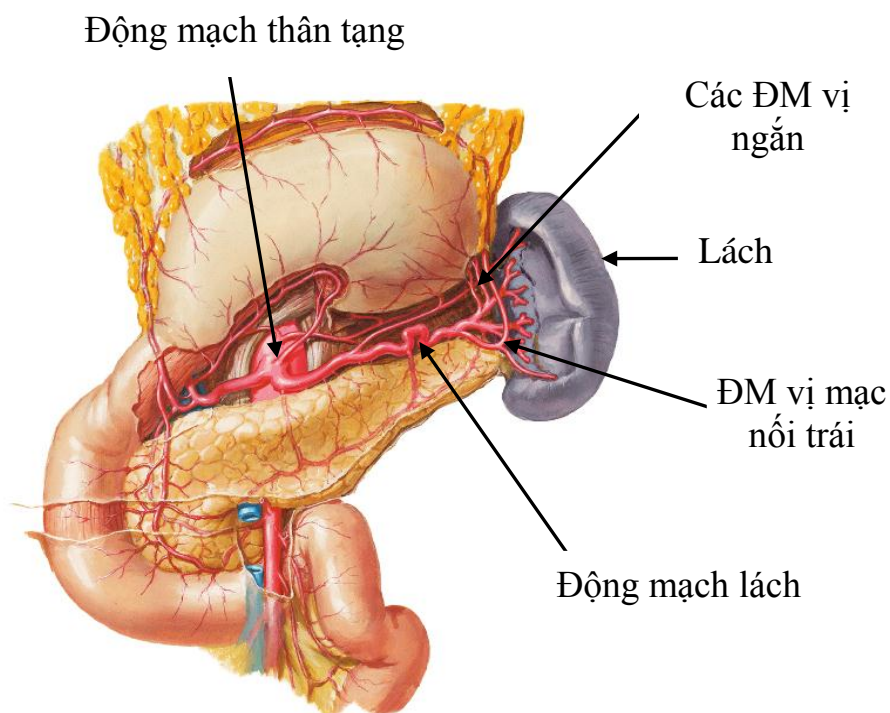
Dây chằng tụy-lách: xuất hiện khi đuôi tụy chưa chạm tới lách. Dây chằng tụy lách thường mỏng. Trong trường hợp đủ dài, phẫu thuật viên có thể kiểm soát cuống lách bằng kẹp cuống lách. Nếu dây chằng này ngắn hoặc không có, cần phải phẫu tích đuôi tụy tránh làm tổn thương tụy.

Dây chằng hoành-kết tràng: phát triển từ chỗ nối ruột giữa và ruột sau. Lách phát triển nên dây chằng này bị biến dạng và hình thành nên một cái túi nâng đỡ lách. Dây chằng hoành kết tràng nối giữa kết tràng góc lách với cơ hoành, được xem như sàn lách. Trong phẫu thuật cắt lách, dây chằng này như chướng ngại vật tại rãnh cạnh kết tràng góc lách.

1.1.1.2. Đặc điểm giải phẫu cuống lách

Động mạch lách, tĩnh mạch lách, thần kinh và các mạch bạch huyết của lách đều chạy trong 2 lá của dây chằng lách thận và hợp thành cuống lách để đi vào rốn lách.

Chảy máu là một trong những tai biến chính và là nguyên nhân chủ yếu phải chuyển mổ mở trong PTCLNS. Việc nắm vững giải phẫu cuống lách, sự phân chia mạch máu các bất thường về giải phẫu mạch lách góp phần quan trọng vào sự thành công của phẫu thuật.



Hình 1.2. Động mạch lách [17]

Động mạch lách

Động mạch lách là một nhánh của động mạch thân tạng, xuất phát từ động mạch bụng chạy ngang sang trái dọc theo sau bờ trên của tụy, đến đuôi tụy thì vắt qua mặt trước đuôi tụy và cùng đuôi tụy nằm trong dây chằng lách thận [19],[20].

Chiều dài thay đổi từ 8 đến 32 cm, đường kính 0,5 đến 1,2 cm. Tuy nhiên những số liệu nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy đường kính ngoài trung bình của ĐM lách của người Việt Nam nhỏ hơn khá nhiều. Theo Nguyễn Xuân Thùy là $3,5 \pm 0,27$ mm [22].

Nhánh bên: Trên đường đi dọc sau bờ trên tụy và ở cuống lách, động mạch lách và 2 ngành tận của nó tách ra những nhánh bên, gồm 3 loại:

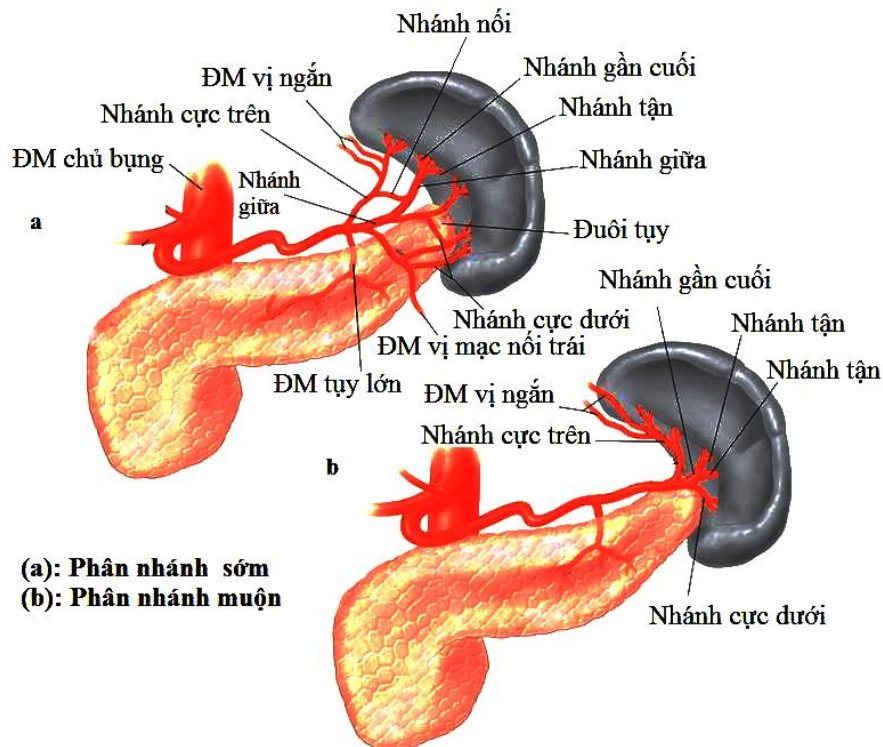
- Các nhánh tụy cho thân và đuôi tụy (trong đó có động mạch tụy lưng, động mạch tụy lớn, động mạch đuôi tụy).
- Các nhánh vị.

- Các động mạch cực: Ngoài các nhánh lách là các nhánh tận bậc II chui vào rốn lách, còn có thể có 1 động mạch cực trên lách (không hằng định) tách trực tiếp từ động mạch lách hoặc từ 1 động mạch vị ngắn, và động mạch cực dưới tách từ động mạch lách hoặc nhánh tận cực dưới.

Sự phân chia động mạch ở rốn lách

Tới gần rốn lách, thì động mạch lách chia thành 2, ít gặp hơn là 3 ngành cùng, mỗi ngành lại tách ra từ 2 đến 4 nhánh bậc 2, chạy vào rốn lách, gọi là các nhánh lách. Sự phân chia động mạch ở rốn lách là cơ sở cho việc chia phân thùy lách, rất có ý nghĩa cho cắt lách bán phần hay phẫu thuật bảo tồn lách. [22],[24].

Trong nghiên cứu 100 trường hợp về mạch máu lách, Michels ghi nhận động mạch lách có hai loại: loại phân nhánh chiếm 70% trường hợp, loại bó chiếm 30% trường hợp. Xử trí cắt lách đối với loại bó thực hiện khó khăn hơn đối với loại phân nhánh [26],[27].



Hình 1.3. Phân nhánh động mạch lách [17]

Loại phân nhánh sớm – Dạng phổ biến: động mạch lách phân nhánh nuôi từng thùy lách ở xa rốn lách. Khi đó mặt trong lách sẽ có hình răng cưa. Trường hợp này có thể phẫu tích cắt rời từng nhánh nuôi phân thùy dễ hơn loại phân nhánh muộn hay loại bó.

Loại phân nhánh muộn – Dạng ít gặp hơn; các nhánh mạch máu nuôi phân thùy được chia và chạy sát lách, thường nằm trong rốn lách rồi mới phân nhánh vào lách. Trong trường hợp này phẫu tích dễ gây chảy máu.

Theo Michels, cần có kinh nghiệm xử lý cả hai dạng bó mạch trên. Đó là luôn tìm động mạch từ bờ trên tụy xa rốn lách: như vậy sẽ xử lý cả hai dạng phân nhánh sớm và muộn. Sau khi xử lý động mạch sẽ xử lý tĩnh mạch lách sau, vì khi xử lý động mạch trước ngăn nguồn cung cấp máu, máu từ lách về tuần hoàn theo đường tĩnh mạch, điều này giúp giảm kích thước lách và nguy cơ chảy máu trong phẫu thuật.

Tĩnh mạch lách

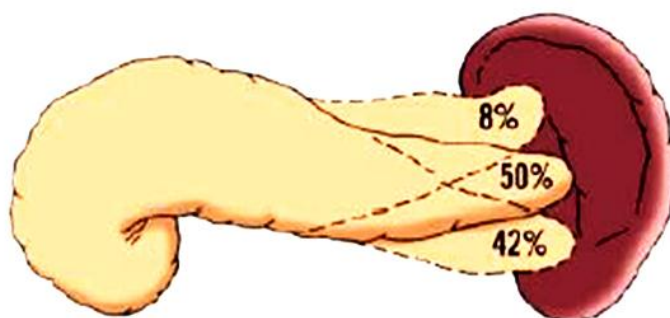
Gồm 5 - 6 nhánh từ rốn lách đi ra, hợp lại thành 2 nhánh chính, rồi thành một tĩnh mạch lách đi theo ngược chiều động mạch lách, thường ở dưới động mạch và chạy sau bờ trên thân tụy, đến gần cổ tụy thì nhận thêm tĩnh mạch mạc treo tràng dưới tạo thành một thân chung lách - mạc treo tràng dưới, (danh pháp quốc tế vẫn gọi đoạn này là tĩnh mạch lách), trước khi hợp với tĩnh mạch mạc treo tràng trên thành tĩnh mạch cửa

Tĩnh mạch lách chạy song hành cùng động mạch, động mạch có thể chạy phía trước, sau, hoặc quanh tĩnh mạch (54% phía sau, 44% xung quanh, và 2% phía trước). Trong nghiên cứu về giải phẫu lách, người ta thấy rằng phần lớn các nhánh tĩnh mạch vị ngắn đi vào cực trên của lách trực tiếp từ vòng mạch bờ cong.

Liên quan với đuôi tụy

Tụy là một tạng nằm gần lách dễ bị chấn thương do giải phẫu nằm liền kề với rốn lách, do đó có nguy cơ bị tổn thương khi bóc tách bó mạch ở rốn

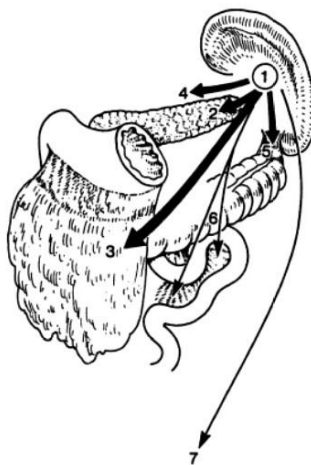
lách. Trong một nghiên cứu tiền cứu cho thấy 15% bệnh nhân bị chấn thương tụy mà lách to là nguy cơ cao của chấn thương này. Một nửa số bệnh nhân chấn thương tụy có tăng amylase máu trong khi số khác bị viêm tụy hoặc rò tụy cần phải kéo dài thời gian nằm viện sau mổ.



Hình 1.4. Liên quan với đuôi tụy [17]

1.1.1.3. Lách phụ

Lách phụ: Việc tái phát bệnh sau cắt lách trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn chủ yếu là do còn sót tế bào lách. Điều này có thể do còn sót lách phụ do tế bào lách, trong quá trình phẫu thuật nội soi đã rơi vào ổ bụng hay do chấn thương vỏ nang lách, phát triển thành tổ chức mang tính chất của lách. Việc phát hiện lách phụ là cực kỳ quan trọng đặc biệt đối với những trường hợp XHGTC tự miễn và cường lách [1],[11],[13]. Vị trí hay gặp lách phụ được minh họa trong hình dưới đây.



Hình 1.5. Vị trí lách phụ [23]

Hình 1.5: Vị trí của lách phụ theo trật tự tần suất gặp phải giảm dần: 1 - rốn lách, 2 - đuôi tụy, 3 - mạc nối lớn, 4 - dọc theo động mạch lách, 5 - trong dây chằng lách đại tràng, 6 - trong mạc treo đại tràng hoặc ruột non, 7 - dọc theo bó mạch tuyến sinh dục.

Vị trí hay gặp lách phụ nhất là rốn lách, mạc nối vị lách, và dọc theo đuôi tụy. Nên tiến hành tìm kiếm lách phụ một cách có hệ thống và phương pháp trước khi cắt lách để không làm cho các mô bị che mờ bởi máu và dịch bơm rửa. Ngay cả khi đã tìm thấy một lách phụ thì vẫn tiếp tục việc tìm kiếm này vì có nhiều trường hợp bệnh nhân có nhiều hơn một lách phụ.

1.1.2. Vai trò của lách trong một số bệnh lý về máu

1.1.2.1. Chức năng sinh lý của lách

- *Chức năng bảo vệ (chức năng miễn dịch)*: Làm sạch dòng máu do các đại thực bào đảm nhiệm. Khi kháng nguyên xâm nhập vào dòng máu, ở lách xuất hiện những thay đổi hình thái, các kháng thể đầu tiên xuất hiện trong máu. Trong trường hợp kháng nguyên xuất hiện lần thứ hai, lách lặp lại những biến đổi như lần đầu nhưng phản ứng mạnh hơn nhiều. Khi bắt đầu đáp ứng miễn dịch, lách là cơ quan chế tiết kháng thể nhiều nhất cơ thể, sau đó giảm dần vì chức năng này cũng xuất hiện ở các cơ quan bạch huyết ngoại vi khác.

- *Tạo tế bào máu*: Từ trong kỳ phôi thai, lách tham gia tạo hồng cầu, bạch cầu có hạt. Từ khi trẻ ra đời và suốt cuộc đời người lách tạo lympho bào. Vai trò này do tủy trắng đảm nhiệm.

- *Tiêu hủy các tế bào máu*: Lách là nơi kiểm soát chất lượng các tế bào máu khi đi qua lách. Những tế bào già hoặc bất thường, kể cả tiểu cầu không còn hoạt động chức năng vì vi trùng, bị phá hủy trong các lỗ lưới của dây Billroth thuộc tủy đỏ. Những tế bào không còn khả năng hoạt động chức năng, bị các đại thực bào ăn và phá hủy trong bào tương của chúng. Trong khi đó các tế bào bình thường quay lại dòng máu.

- *Tích trữ máu:* Ở người, khả năng tích trữ máu trong lách không lớn, khi cơ thể có nhu cầu, máu sẽ được đưa ra vòng tuần hoàn. Sự bổ sung này mang tính chất nhất thời và trong trường hợp khẩn cấp. Lách dự trữ khoảng 1/3 số lượng tiểu cầu, và chỉ khoảng 30ml hồng cầu cho cơ thể.

1.1.2.2. Vai trò của lách trong một số bệnh lý về máu

Đối với bệnh lý máu tự miễn, lách là nơi tạo ra các kháng thể kháng tiểu cầu, hồng cầu và cũng chính là nơi phá hủy các tế bào máu nhạy cảm với kháng thể. Sự bất thường hoặc các bệnh lý của lách dẫn đến hai hội chứng chính: cường lách và lách to. Cường lách dẫn đến tình trạng thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu. Các biểu hiện này có thể đơn thuần hay kết hợp cùng với nhau. Kết quả được minh chứng sau khi cắt lách, số lượng tế bào máu tăng đáng kể [28],[29].

Giảm tiểu cầu trong cường lách chủ yếu do tiểu cầu bị giam giữ trong lách, có đến 98% tiểu cầu bị giam giữ trong lách khi lách to, và có những bằng chứng chứng minh đời sống tiểu cầu ngắn lại [30],[31].

Giảm bạch cầu trung tính chủ yếu do tình trạng bạch cầu bị giữ lại trong bề tĩnh mạch và bị thực bào. Cường lách cũng thường xảy ra ở những bệnh nhân có suy tủy xương. Tình trạng tăng sinh tế bào máu ngoài tủy xương làm gan, lách to, xương tăng sinh [29]. Lách to là triệu chứng thường gặp nhất trong các bệnh rối loạn tăng sinh dòng limpho và tăng sinh dòng tủy. Quá trình tăng chuyển hóa dẫn đến sụt cân, sốt, ra nhiều mồ hôi, đau âm ỉ vùng hạ sườn trái kết hợp với giảm dòng máu và dẫn đến nhồi máu [32].

Bằng thực nghiệm, các tác giả cũng chứng minh được rằng lách của bệnh nhân suy tủy xương chưa rõ nguyên nhân đã tăng cường chức năng thực bào, tăng cường phá hủy hồng cầu và tiểu cầu, đồng thời sinh kháng thể hoạt hóa T độc, sản xuất các cytokine như IFN γ gây ra ức chế quá trình tạo máu [33]. Dựa trên cơ sở đó, một số tác giả áp dụng phương pháp cắt lách cho những bệnh nhân suy tủy chưa rõ nguyên nhân và thấy hiệu quả ở 50% các

trường hợp [33],[34]. Sau khi cắt lách số lượng tế bào máu tăng, số lần truyền máu giảm đáng kể.

1.2. Chỉ định PTCLNS trong một số bệnh lý về máu

1.2.1. PTCLNS trong bệnh lý về máu lành tính

1.2.1.1. Xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn (Immune thrombocytopenic purpura - ITP)

Xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn còn được gọi là xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát. Tiểu cầu giảm, hoạt động của tủy xương bình thường, loại trừ những nguyên nhân gây giảm tiểu cầu khác là đặc điểm chính của bệnh này [35].

Tỷ lệ bệnh nhân XHGTC tự miễn khoảng 2.92 – 3.3 /100000 ở người lớn (cao hơn ở phụ nữ là 3.03/100000 và ở nam giới là 2.77/100000) và 1.9-6.4/100000 ở trẻ em [36],[37]. Corticoids được sử dụng điều trị từ những năm 1950 và cho đến nay vẫn là liệu pháp đầu tay điều trị XHGTC tự miễn . Tỷ lệ đáp ứng ổn định khoảng 20-40% bệnh nhân [38],[39].

Mặc dù có những thuốc mới để điều trị XHGTC tự miễn kháng corticoid như Rituximab và thuốc kích tiểu cầu như romiplostim và eltrombopag, nhưng cắt lách vẫn là phương pháp hữu hiệu với những trường hợp bệnh nhân không đáp ứng.

Cắt lách được chỉ định khi bệnh nặng, không đáp ứng hoặc đáp ứng không tốt với điều trị nội khoa, số lượng tiểu cầu nhỏ hơn 20.000/mm³. Theo khuyến cáo của hội huyết học Mỹ (ASH- 2011 [40]), thời gian nên trì hoãn sau 12 tháng thay vì 6 tháng như trước đây. Điều trị cắt lách có thể giúp đạt khỏi bệnh hoàn toàn hoặc lâu dài trên 70% bệnh nhân trẻ em và 60% - 80% ở người lớn tùy từng nghiên cứu [41],[42].

Cắt lách có 2 tác dụng chủ yếu: thứ nhất là làm mất nơi chính phá hủy tiểu cầu nhạy cảm với kháng thể; thứ hai làm mất nơi sinh kháng thể kháng tiểu cầu.

Bảng 1.1. Kết quả phẫu thuật cắt lách điều trị XHGTC tự miễn của một vài tác giả trên thế giới

Tác giả	Nước	Số BN	PP mổ	Đáp ứng hoàn toàn	Đáp ứng một phần	Không đáp ứng	Tái phát
Zheng và CS 2011 [2]	Trung Quốc	127	NS	79,5%	9,5%	11%	9,7%
Gonzalez-Porras và CS 2013 [5]	Tây Ban Nha	218	NS,MM	80,7%	8,3%	11%	36,1%
Motalvo và CS 2014 [6]	Mexico	150	NS	88,7%	2,7%	8,6%	
Rijcken và CS 2014 [43]	Đức	72	NS	77,8%	9,7%	12,5%	30,2%
Cai và CS 2014 [44]	Trung Quốc	88	NS	77,3%	19,3%	3,4%	
Navez và CS 2015 [45]	Bi	82	NS	72%	24,4%	3,6%	

Chú thích: NS: nội soi; MM: mổ mở

Khi nghiên cứu về đáp ứng cắt lách sau mổ ở bệnh nhân XHGTC miễn dịch, Goldenstatter và cộng sự [46] cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và không đáp ứng sau mổ cắt lách lần lượt là 87%,5% và 8% so với 17%,12% và 70% khi bệnh nhân được điều trị bằng thuốc.

Tuy nhiên, không có yếu tố chắc chắn nào trước mổ có giá trị tiên lượng việc đáp ứng với cắt lách hay không [106],[128]. Thất bại của việc cắt lách trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn có thể do còn sót lách phụ

hoặc các tế bào lách mọc lại trong ổ bụng do rách bao lách trong quá trình phẫu thuật [115].

1.2.1.2. Thiếu máu tan máu tự miễn

Thiếu máu tan máu tự miễn là hậu quả của sự hình thành các kháng thể bất thường do cơ thể tự sinh ra chống lại kháng nguyên có trên hồng cầu, kháng thể bất thường đó là tự kháng thể.

Hậu quả của sự hình thành các kháng thể bất thường chống lại kháng nguyên có trên hồng cầu của bệnh nhân (thường gặp là kháng thể IgG, IgM gắn bổ thể) gây nên hiện tượng vỡ hồng cầu.

Thiếu máu tan máu tự miễn kháng corticoid có thể điều trị bằng cắt lách hay rituximab, tỷ lệ đáp ứng là tương đương nhau [47]. Vì vậy quyết định lựa chọn phương pháp điều trị tùy thuộc vào các phản ứng phụ. Nghiên cứu của Reynaud Q và CS [47] phân tích tổng hợp 21 nghiên cứu sử dụng rituximab (364 BN) cho thấy tỷ lệ phản ứng phụ là 38 TH chiếm 14%, 16 TH là sốt, rét run và 22 TH là nặng, 17 TH tử vong (4,6%).

Chỉ định cắt bỏ lách khi đã điều trị nội khoa sau một năm mà không có kết quả và bệnh nhân dưới 40 tuổi thì kết quả tốt hơn. Tỷ lệ đáp ứng sau mổ cắt lách khoảng 50%-80%, tùy theo nguyên nhân, bệnh nhân có kháng thể nóng IgG không cố định bổ thể sẽ tốt hơn kháng thể nóng IgG cố định bổ thể T. Kháng thể IgM “lạnh” thì cắt lách không có kết quả tốt [7],[8].

1.2.1.3. Xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (Thrombocytopenia Purpura-TTP)

Hay còn gọi là hội chứng Moschcowtz, bệnh lý hiếm gặp, tần suất 4,5/1.000.000 người mỗi năm. Xuất huyết giảm tiểu cầu được đặc trưng bởi năm dấu hiệu: Sốt, giảm tiểu cầu, thiếu máu tan máu, rối loạn về thần kinh và suy thận.

Cắt lách được chỉ định khi lọc huyết tương thất bại hoặc bệnh tái phát khi dừng điều trị nội khoa. Hơn 50% bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối có đáp ứng tốt [8],[49].

1.2.1.4. Bệnh lý bất thường màng hồng cầu

Hồng cầu nhỏ hình cầu (*hereditary spherocytosis*) hay *Minskowski Chauffard*: Là bệnh lý phổ biến nhất trong các bệnh bất thường màng hồng cầu mà cắt lách được chỉ định.

Cắt lách làm giảm tỷ lệ tan huyết; qua đó, giải quyết tình trạng thiếu máu. Ở trẻ nhỏ, cắt lách thường được tiến hành một thời gian ngắn sau khi được chẩn đoán là hồng cầu hình cầu di truyền. Tuy nhiên, nên hoãn phẫu thuật này cho đến khi trẻ được 4 – 6 tuổi nhằm bảo vệ chức năng miễn dịch ở trẻ trước nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn bùng phát sau mổ cắt lách (OPSI).

Tỷ lệ sỏi túi mật ở các bệnh nhân hồng cầu hình cầu khá cao, tương tự như trong các bệnh lý huyết tán khác. Do đó, nên thực hiện siêu âm bụng trước khi cắt lách. Nếu có sỏi túi mật, cắt túi mật khi cắt lách.

Theo Steven C.Katz và CS, tỷ lệ đáp ứng lên đến 90% sau cắt lách [8].

Hồng cầu hình elip di truyền

Bệnh thiếu máu liên quan đến cấu trúc bất thường của hồng cầu có thể kể đến nữa là bệnh hồng cầu hình elip di truyền (*hereditary elliptocytosis*). Bệnh cũng do bất thường của màng hồng cầu và gia tăng sự phá hủy hồng cầu.

Phẫu thuật cắt lách thường được tiến hành khi có tình trạng thiếu máu tan huyết nặng, tương tự như bệnh hồng cầu hình cầu di truyền [4],[50].

1.2.1.5. Thiếu máu tán huyết do bất thường về men trong hồng cầu

Thiếu men pyruvate kinase là bệnh lý di truyền lặn nhiễm sắc thể thường, làm giảm khả năng biến dạng của hồng cầu mà kết quả là tình trạng tan huyết.

Lách là nơi bắt giữ và tiêu hủy các hồng cầu thiếu men pyruvate kinase. Những bệnh nhân này thường có triệu chứng thiếu máu, lách to, kết hợp với bệnh lý sỏi mật do hậu quả của tan máu mạn tính.

Cắt lách không loại bỏ được tình trạng tan máu nhưng làm tăng hàm lượng hemoglobin, giúp làm giảm nhu cầu truyền máu ở bệnh nhân [51]. Tuy

nhiên, do những vấn đề về miễn dịch được đề cập ở trên, các bác sĩ nên trì hoãn cắt lách cho đến khi bệnh nhi 4 tuổi.

Thiếu men G6PD là một bệnh lý di truyền liên quan đến nhiễm sắc thể giới tính X. Đây là bệnh thường gặp ở người châu Phi, Trung Đông, người Địa Trung Hải xưa. Thiếu máu tan huyết xảy ra sau khi có tình trạng nhiễm trùng hay khi sử dụng các chất có tính oxy hóa cao. Hiếm khi có chỉ định cắt lách ở bệnh nhân thiếu men G6PD [4],[50],[8].

1.2.1.6. Bệnh lý hemoglobin

Đối với thalassemia và hồng cầu hình liềm, cường lách là một yếu tố đe dọa đến mạng sống bệnh nhân. Cường lách làm cho lách to dần, gây đau và cần truyền máu nhiều hơn ở bệnh nhi.

Tuy nhiên, cắt lách không điều trị được nguyên nhân bệnh sinh, và các yếu tố nguy cơ sau cắt lách như nhiễm khuẩn, huyết khối tĩnh mạch. Do đó, một số chỉ định cắt lách đối với thalassemia như sau [7],[8],[52]:

- Lách to độ IV, cường lách, áp xe lách và nhồi máu lách diện rộng.
- Truyền hồng cầu khối >240 ml/kg/năm.
- Trẻ trên 6 tuổi để giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Trước khi cắt lách, nên khuyến bệnh nhân tiêm phòng *Streptococcus pneumoniae*, *Nesseria meningitidis*, viêm gan siêu vi B. Và sau cắt lách cần sử dụng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhi đến năm 16 tuổi.

1.2.1.7. Cường lách nguyên phát

Cường lách là tình trạng lách to kết hợp với giảm một hay nhiều dòng tế bào máu, mà không tìm thấy nguyên nhân nào khác gây cường lách. Mặc dù cường lách thường là thứ phát do tăng áp lực tĩnh mạch cửa hay bệnh máu ác tính. Đối với những trường hợp cường lách nguyên phát hay thứ phát và có triệu chứng, cắt lách có hiệu quả làm giảm các triệu chứng gây ra bởi lách to, cải thiện sự thiếu hụt tế bào máu, loại bỏ khả năng bệnh ác tính tiềm ẩn. Xét

nghiệm mô bệnh học lách cho thấy khoảng 40%-70% là u lympho ở những người được chẩn đoán ban đầu là cường lách nguyên phát [53].

1.2.1.8. Suy tủy xương [34]

Ở người trưởng thành, lách có chức năng sinh kháng thể tham gia đáp ứng miễn dịch. Ngoài ra, lách còn là nơi tiêu huỷ những tế bào hồng cầu, tiểu cầu già cỗi, mất chức năng.

Cắt lách cho bệnh nhân suy tủy xương chưa rõ nguyên nhân sẽ có tác dụng kéo dài đời sống hồng cầu, làm tăng số lượng tiểu cầu vì không còn nơi tiêu huỷ. Ngoài ra, còn có tác dụng làm giảm lượng kháng thể hoạt hoá T độc, do vậy tủy được giải phóng, khả năng sinh máu ở tủy được phục hồi.

Kết quả ổn định được khoảng 50% các trường hợp [34].

1.2.2. Cắt lách do những bệnh máu ác tính [4],[50]

1.2.2.1. U lympho

Bệnh Hodgkin

Trước đây, phẫu thuật bụng để chẩn đoán giai đoạn (có thể gồm cả cắt lách) Ngay nay, sự phát triển mạnh mẽ của CT scan và PET CT đã giúp chẩn đoán giai đoạn Hodgkin không cần mổ bụng.

Chỉ định mổ cắt lách trong bệnh này có xu hướng giảm đi rõ rệt. Bệnh Hodgkin thường được hóa trị; những trường hợp được chẩn đoán sớm thường được xạ trị.

Tuy nhiên đối với bệnh nhân ở giai đoạn sớm (giai đoạn I hoặc II) và khi các phương tiện chẩn đoán khác cho kết quả không rõ ràng, thì việc cắt lách để xác định giai đoạn bệnh vẫn có ý nghĩa, lựa chọn tốt nhất là phẫu thuật cắt lách nội soi [54].

U lympho không Hodgkin

Lách to hay cường lách là triệu chứng thường gặp trong quá trình diễn tiến của u lympho không Hodgkin.

Chỉ định cắt lách có thể là biện pháp điều trị hay chẩn đoán: khi lách to gây triệu chứng mau no (*early satiety*), khó chịu và đau bụng. Bên cạnh đó, cắt lách còn được chỉ định khi cường lách với các triệu chứng như thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu đa nhân.

Cắt lách cải thiện tình trạng giảm tế bào máu ở khoảng 72%-82% bệnh nhân, và có thể đạt được sự ổn định kéo dài. Tuy vậy tỷ lệ tử vong và biến chứng khoảng 2,9% và 37 % [55].

1.2.2.2. Ung thư bạch cầu (*leukemia*)

- *Ung thư bạch cầu tế bào tủy*: trước đây, được biết đến là bệnh ung thư bạch cầu có chỉ định phẫu thuật. Cắt lách đóng vai trò phân loại trong điều trị bệnh nhân. Ngày nay hiếm khi chỉ định cắt lách.
- *Ung thư bạch cầu dòng lympho mãn*: cắt lách làm cải thiện thời gian sống của bệnh nhân [8].
- *Ung thư bạch cầu dòng tủy mãn*: Cắt lách làm giảm triệu chứng của bệnh và cải thiện tình trạng giảm tế bào máu. Tuy vậy, không cải thiện thời gian sống và gia tăng biến chứng tắc mạch [8],[56].

1.3. Phẫu thuật cắt lách trong một số bệnh về máu.

Khi so sánh với điều trị nội khoa trong điều trị một số bệnh về máu, nghiên cứu của Knauer EM và cộng sự cũng chỉ ra rằng cắt lách là an toàn [105] và có hiệu quả cao trên quan điểm lui bệnh hoàn toàn hay một phần. Một số các nghiên cứu khác cũng cho thấy tính ưu việt về kết quả điều trị sau khi cắt lách do có tỷ lệ lui bệnh hoàn toàn cao hơn cũng như không bị tác dụng phụ do điều trị bằng thuốc [106],[107],[108]. Một số dạng khác của XHGTC như do truyền tắc mạch hay HIV dương tính cũng có thể được điều trị bằng cắt lách [83]. Cắt lách cũng được chỉ định trong các trường hợp thiếu máu do tan máu bao gồm như tăng hồng cầu hình cầu di truyền, thalassemia trực tiếp có cường lách thứ phát hay thiếu máu nặng do tan máu tự miễn không đáp ứng với điều trị nội khoa.

1.3.1. Một số vấn đề chung

Về chuẩn bị bệnh nhân

Trong hầu hết các nghiên cứu, xét nghiệm trước mổ được khuyến cáo nhằm đạt được các thông tin sau: kích thước và thể tích lách, có lách phụ hay không, tình trạng thiếu máu, số lượng tiểu cầu [3],[9],[57],[58],[97].

Nên tiêm phòng viêm màng não, phế cầu, và *Hemophilus influenza B* cho một số ca chọn lọc.

Chống đông sau mổ bằng heparin dưới da nên được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân và kéo dài cho nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

Truyền tiểu cầu trước mổ.

Theo quan điểm của một số nhà huyết học, lượng tiểu cầu trước mổ trên $50 \times 10^9 / l$ có thể chấp nhận được [3]. Đối với những trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn khi số lượng tiểu cầu xuống thấp hơn $20 \times 10^9 / l$ thì nên điều trị trước bằng steroid hay globulin miễn dịch, có thể truyền tiểu cầu trong mổ cho những bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa trước mổ.

Theo Martin Arnau và CS [60], tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện sau PTCLNS dường như có liên quan đến mức độ xuất huyết do đó nên có những nỗ lực đặc biệt để tăng số lượng tiểu cầu trước mổ ví dụ như truyền steroids hay truyền tiểu cầu cho một số ca chọn lọc trong mổ sau khi tách cuống lách. Có thể điều trị globulin miễn dịch khoảng 400mg/kg/ ngày trong 3- 5 ngày ít nhất 1 tuần trước mổ để tăng số lượng tiểu cầu lên mức trung bình là 50 hay 80-90x10⁹/l. Trong trường hợp có thiếu máu, truyền hồng cầu khối trước mổ để tăng lượng Hb lên trên 10g/dl.

Tuy nhiên nếu không đưa được số lượng tiểu cầu lên mức này thì cũng không phải là chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt lách (PTCLNS) vì liệu pháp điều trị bằng steroid kéo dài nhiều khi cũng không đảm bảo được kết quả tốt hơn [3],[9].

Năm 2003, Keidar và cộng sự [9] báo cáo một nghiên cứu PTCLNS cho 12 bệnh nhân bị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn kháng điều trị nặng, số lượng tiểu cầu $<20 \times 10^9/l$. Họ thấy vẫn khả thi làm PTCLNS cho những bệnh nhân có lượng tiểu cầu thấp chỉ có tỷ lệ biến chứng cao hơn 33%, thời gian nằm viện cũng dài hơn trung bình là 5.5 ngày so với những bệnh nhân có lượng tiểu cầu trước mổ cao hơn. Không có số liệu so sánh với MMCL cho những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu rất thấp.

Năm 2016, khi so sánh kết quả phẫu thuật của 3 nhóm bệnh nhân (tổng số 199 BN) với số lượng tiểu cầu lần lượt là nhóm I: $< 10 \times 10^9/L$; nhóm II: $10 \times 10^9/L - 50 \times 10^9/L$; và nhóm III: $> 50 \times 10^9/L$. Martin Arnau và cộng sự [60] nhận thấy thời gian mổ ở nhóm III thấp hơn nhóm I và II; lượng máu mất trong mổ và thời gian nằm viện cao hơn ở nhóm I. Tác giả kết luận PTCLNS vẫn an toàn và hiệu quả khi số lượng tiểu cầu đặc biệt thấp.

Tiêm vaccine

Nguy cơ nhiễm khuẩn bùng phát sau mổ cắt lách là một trong những nhiễm khuẩn huyết đe dọa đến tính mạng ở những bệnh nhân cắt bỏ lách. Nguyên nhân chủ yếu là do nhiễm khuẩn có vỏ (gram âm) mà bình thường bị loại trừ nhờ lách. Nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhất trong vòng 2 năm đầu sau cắt lách, tuy nhiên có 1/3 trường hợp nhiễm khuẩn lại xảy ra sau 5 năm cắt lách. Do đó bệnh nhân có nguy cơ nhiễm khuẩn cả đời. Mặc dù tỷ lệ này khá thấp chỉ 3.2%, nhưng tỷ lệ tử vong ở nhóm bị nhiễm khuẩn là rất cao 40-50%. Bệnh nhân thalassemia thể lớn và thiếu máu hồng cầu hình liềm là nhóm có nguy cơ cao nhất [61].

Tiêm phòng viêm phổi do liên cầu, phế cầu, *H.influenza B* và não mô cầu ít nhất 15 ngày trước mổ. Hay trong một số trường hợp khẩn cấp thì trong vòng 30 ngày sau mổ [62],[63].

Kháng sinh dự phòng

Nên dùng kháng sinh ngay trước mổ tại phòng mổ. Cần giải thích nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ cho bệnh nhân.

Kháng sinh được dùng chủ yếu là cefazolin có thể thay bằng clindamycin đường tĩnh mạch ngay trước mổ và tiếp tục sau mổ bằng amoxicillin tĩnh mạch có thể thay bằng erythromycin [3].

Bệnh nhân nên sử dụng kháng sinh penicillin V đường uống (có thể thay bằng erythromycin đường uống nếu dị ứng với penicillin) ít nhất 2 năm ở người lớn và 5 năm ở trẻ em sau mổ cắt lách [62]. Theo Legrand A và CS [62], cũng như hội huyết học Anh [63], khuyến cáo rằng nên áp dụng liệu pháp kháng sinh cả đời (ví dụ như luôn có sẵn amoxicillin để sử dụng ngay khi có bất kỳ triệu chứng nào của cảm cúm).

Chẩn đoán hình ảnh trước mổ: Đánh giá kích thước lách, tìm kiếm lách phụ

Đánh giá kích thước lách

Kích thước lách là yếu tố quan trọng nhất quyết định kỹ thuật nội soi có phù hợp hay không.

Tất cả các bệnh nhân người lớn được lên lịch mổ cắt lách đều phải được siêu âm đánh giá kích thước và thể tích lách trước mổ.

Đối với những bệnh nhân bệnh máu lành tính, siêu âm là đủ để đánh giá đặc điểm giải phẫu của lách như kích thước lách, tình trạng mạch máu, tình trạng bệnh phối hợp như sỏi mật [58].

Đối với những bệnh nhân bệnh máu ác tính, CT có thể cung cấp thông tin chính xác hơn về kích thước cũng như thể tích của lách tình, trạng hạch rốn lách, tình trạng phản ứng viêm quanh bao lách và nhồi máu lách- những lý do có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong mổ [97].

Đối với những trường hợp lách to, PTCLNS vẫn là một phương pháp an toàn và được ưu tiên chọn lựa so với MMCL ở những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm [64],[65].

Trong trường hợp lách quá to >20cm, phẫu thuật cắt lách nội soi có thêm một “bàn tay hỗ trợ” - HALS hay phẫu thuật mổ mở cắt lách nên được cân nhắc, bởi vì lách càng to thì nguy cơ mổ mở càng cao.

PTCLNS với “bàn tay hỗ trợ”, là một biến thể của PTCLNS, với việc thêm một đường mổ phụ dài khoảng 7-8cm đủ rộng để cho một bàn tay của phẫu thuật viên. Nên cân nhắc áp dụng kỹ thuật này để tránh phải chuyển sang mổ mở. Đối với những trường hợp lách quá to nên áp dụng kỹ thuật này ngay từ đầu để rút ngắn thời gian phẫu thuật và hạn chế lượng máu mất trong mổ.

Gây tắc động mạch lách

Trong các trường hợp lách quá to việc gây tắc động mạch trước mổ có thể áp dụng để ngăn biến chứng chảy máu trong mổ.

Năm 2007 Naoum và cộng sự [66] so sánh 18 bệnh nhân được gây tắc động mạch lách ngay trước mổ PTCLNS và 18 bệnh nhân chỉ áp dụng PTCLNS cho thấy lượng máu mất giảm đáng kể ở nhóm có áp dụng gây tắc động mạch lách, đặc biệt ở những trường hợp có lách to hơn 18cm. Tuy nhiên không có sự khác biệt về biến chứng sau mổ cũng như trong thời gian bình phục và thời gian đánh hơi sau mổ hay thời gian nằm viện. Những tác giả này kết luận rằng việc kết hợp gây tắc động mạch lách và PTCLNS mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân những người còn lo lắng về biến chứng chảy máu và truyền máu như bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu nặng, bệnh nhân bị Jehovah's Witnesse hay những bệnh nhân béo phì khó thực hiện một số kỹ thuật trong mổ.

Tìm kiếm lách phụ

Trong quá trình điều trị các bệnh máu tự miễn như xuất huyết tự miễn, thiếu máu tan máu tự miễn bằng phương pháp PTCLNS, việc kiểm tra lách phụ thường quy để tránh nguy cơ tái phát bệnh là cần thiết [67]

Nhiều báo cáo [89],[113],[67],[186],[187] cho thấy tỷ lệ phát hiện được lách phụ trong quá trình PTCLNS và MMCL cho kết quả tương tự nhau. Tỷ

lệ phát hiện lách phụ sẽ cao nhất khi phối hợp với cả chẩn đoán hình ảnh trước mổ [119].

Gần đây, Barbaros và cộng sự báo cáo về việc sử dụng que thăm dò tia gamma cầm tay trong mổ để tìm kiếm lách phụ cho độ nhạy đạt 100% (2/17 bệnh nhân), trong đó có một trường hợp đã không phát hiện được bằng CT trước mổ. Hai trường hợp có lách phụ này đã được chỉ định làm CT trước mổ nhưng không phát hiện ra. Do đó tác giả khuyên nên sử dụng que thăm dò tia gamma cầm tay như một biện pháp bổ trợ tìm kiếm lách phụ [68].

1.3.2. Vấn đề về chỉ định mổ

PTCLNS được khuyến cáo cho cả các trường hợp bệnh lách lành tính và ác tính. Một số trường hợp lách to, phẫu thuật có thể gặp nhiều khó khăn và nguy cơ biến chứng cao, do đó cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm.[99]. Trong trường hợp đòi hỏi phải lấy lách nguyên vẹn để đánh giá mô bệnh học hoặc tránh sự reo rắc tế bào u cần có “bàn tay hỗ trợ” hay đường rạch phụ. Trong chỉ định điều trị các giai đoạn của u lympho Hodgkin việc cắt lách, bóc tách hạch ổ bụng trên và quanh gan phải được thực hiện trong quá trình nội soi ổ bụng. Còn để bóc tách hạch quanh động mạch chủ bụng, hạch vùng chậu và đùi cũng như đưa bệnh phẩm ở vùng bụng trên rón ra ngoài cần sử dụng thêm đường mổ dưới rốn.

Chỉ định cắt lách cho PTCLNS và MMCL là như nhau. Cắt lách có thể được áp dụng nhằm ngăn sự gia tăng của tế bào hạt và giảm triệu chứng của lách to gây ra như căng bụng, cảm giác đầy tức chán ăn hay để chẩn đoán giai đoạn trong trường hợp bệnh lách ác tính, mặc dù trường hợp bệnh lách ác tính có thể chẩn đoán bằng các phương tiện khác [69],[70].

Nhiều bệnh ác tính liên quan đến lách đòi hỏi cắt lách để chẩn đoán cũng như điều trị. Chỉ định cắt lách bao gồm bệnh máu ác tính như rối loạn tăng sinh tủy, bệnh tăng sinh dòng lympho như ung thư bạch cầu dòng lympho mạn tính với lách rất to, xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn hay thiếu máu

tan máu tự miễn, ung thư bạch cầu tế bào tủy, u lympho lách với tế bào lympho có lông. Bởi vì bệnh máu ác tính thường dẫn đến lách to, do đó nên có khuyến cáo cho trường hợp lách to.

Một số trường hợp cắt lách nhằm chẩn đoán hay phân loại giai đoạn của bệnh lấy đi các phần còn nguyên vẹn để làm giải phẫu bệnh. Để đạt được yêu cầu này cần có thêm một đường mổ phụ 8-10cm hay thực hiện kỹ thuật một “bàn tay hỗ trợ” không cần đường mổ phụ.

Bệnh lý ác tính có nguồn gốc nguyên phát từ lách thường rất hiếm chủ yếu nổi lên là u thành mạch lympho, u mạch máu ác tính như hemangiosarcoma hay u lympho ác tính. Phần lớn u lách là do di căn như u melano ác tính hay ung thư buồng trứng.

Theo Silecchia [71] và cộng sự PTCLNS đối với bệnh máu ác tính có thời gian mổ kéo dài hơn, tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao hơn, nhưng sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê. Tác giả kết luận nên áp dụng PTCLNS cho những bệnh nhân có bệnh máu ác tính.

Năm 2004, Walsh và cộng sự [72] so sánh kết quả phẫu thuật của 2 phương pháp PTCLNS và PTCLNS có “bàn tay hỗ trợ” áp dụng với 73 TH u lympho và 86 TH XHGTC tự miễn. Kết quả cho thấy, với BN u lympho, thời gian mổ lâu hơn, lượng máu mất nhiều hơn và thời gian nằm viện dài hơn, nhưng không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng. Tác giả kết luận PTCLNS là an toàn, với các TH lách to, PTCLNS có thêm một bàn tay hỗ trợ làm giảm tỷ lệ chuyển mổ mở và tỷ lệ tai biến. Trong trường hợp lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lách nên được chia nhỏ thành từng phần khoảng 3cm trước khi cho vào túi.

Một số tác giả khác [97],[73] thì cho rằng PTCLNS cho các bệnh nhân bị bệnh lách ác tính có thể được thực hiện như kỹ thuật phẫu thuật nội soi thông thường nhưng nên mở thêm một đường mổ bên để lấy bệnh phẩm. Đáp ứng lâm sàng của những bệnh nhân không có bệnh máu là khá tốt.

Đối với các trường hợp u mạch lách các yếu tố tiên lượng trước mổ là khó khăn, việc sử dụng kỹ thuật PTCLNS có thêm một “bàn tay hỗ trợ” để có thể cảm giác đánh giá tổn thương đặc biệt là các tổn thương ác tính ví dụ như hạch vùng tụy hay dạ dày [73].

Để tránh bị rơi tế bào u ra ổ bụng hay tại chỗ đặt trocar nên tỉ mỉ cẩn thận lấy và đưa từng phần bệnh phẩm. Bắt buộc phải đặt lách vào trong một túi dày trước khi kẹp nát hay để lấy ra nguyên vẹn.

1.3.3. Vài nét về lịch sử phẫu thuật cắt lách điều trị bệnh về máu

Phẫu thuật cắt lách được thực hiện đầu tiên bởi Andriano Zaccarello năm 1549 ở một phụ nữ Nepal với biểu hiện lách to [trích theo Hiatt 4]

Phẫu thuật cắt lách để điều trị một số bệnh lý về máu được y văn xác nhận có từ thế kỷ IXX:

Năm 1887, Spencer Wells cắt lách bệnh nhân là một phụ nữ 22 tuổi có nhiều đọt vàng da tái phát và lách to [74].

Năm 1895, J. Bland Sutton, cắt lách thành công cho 2 trường hợp hồng cầu hình cầu di truyền, ông cũng báo cáo một ca cắt lách do lách không cố định.

Năm 1911, Michel báo cáo cắt lách thành công cho bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn [75].

Năm 1916, Hermann Schloffer, phẫu thuật viên người Áo, đã lần đầu cắt lách cho bệnh nhân bị XHGTC tiên phát [4].

Những năm 1970, chỉ định phổ biến là trong bệnh ung thư Hodgkin [4].

Trong những năm 1990, Phillips và Carroll [76], Cuschieri [77], Thibault [78] và Delaitre [10], báo cáo những ca cắt lách nội soi đầu tiên. Kể từ đó, phẫu thuật nội soi cắt lách đã trở thành một phương pháp tiêu chuẩn cho phần lớn các trường hợp cắt lách.

Một loạt các nghiên cứu trong nước [14],[15],[16] cũng như nước ngoài [82],[83],[84] đã đưa ra các bằng chứng cho thấy tính ưu việt của PTCLNS như giảm đau sau mổ, giảm các biến chứng, sự phục hồi sớm và bệnh nhân

sớm trở lại cuộc sống bình thường. Tuy nhiên trong một số trường hợp chỉ định của nó vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Cho đến nay, các chỉ định loại trừ của cắt lách nội soi vẫn chưa được định nghĩa rõ ràng [3].

Hàng năm tại Mỹ [79] có khoảng 25000 trường hợp cắt lách do các nguyên nhân khác nhau. Có nhiều chỉ định cắt lách nhưng có thể quy về 2 chỉ định chính: nội khoa và ngoại khoa.

Chỉ định cắt lách ngoại khoa là vỡ lách do chấn thương. Nhưng ngày nay chỉ định này cũng có nhiều thay đổi [80],[81]. Một số chỉ định cắt lách nội khoa như bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu tan máu bẩm sinh...

1.3.4. Phẫu thuật mổ mở cắt lách

Chỉ định

Vai trò mổ mở cắt lách ngày nay chỉ giới hạn trong một số các trường hợp cấp cứu chấn thương, xơ gan, hay lách quá to. Trong 306 trường hợp cắt lách của Musser G [129], chủ yếu lách to trong bệnh cảnh xơ tủy xương, ung thư bạch cầu tế bào tủy, ung thư bạch cầu mạn tính dòng lympho và dòng tủy.

Kỹ thuật

Đường mổ có thể chọn là đường trắng giữa hay đường dưới sườn trái. Một số ít các trường hợp có thể là đường trắng giữa và thêm đường ngang sang trái. Trong bất kể trường hợp nào thì bệnh nhân cắt lách có giảm tiểu cầu đặc biệt phải chú ý cầm máu vết mổ.

Phẫu thuật cắt lách trong những trường hợp lách to là phẫu thuật phức tạp, đặc biệt là vấn đề cầm máu trong mổ và chảy máu sau mổ. Nguy cơ chảy máu khi thao tác trên một tạng lớn giàu mạch máu, có thể viêm dính với các tạng lân cận nhất là với cơ hoành (do nhiễm trùng, áp xe, nhồi máu...) và trong bệnh lý nền là các rối loạn huyết học (giảm tiểu cầu), hay các nguy cơ do dùng thuốc điều trị trước đó.

Việc thắt động mạch lách trước là cần thiết nhằm hạn chế chảy máu và làm lách nhỏ đi.

Trong giải phóng dây chằng quanh lách, nguy cơ có thể tổn thương phình vị dạ dày khi không chế mạch vị ngắn.

Tĩnh mạch lách và động mạch lách nên buộc riêng rẽ, tĩnh mạch đôi khi phải dùng clamp mạch máu và khâu vắt bằng chỉ khâu mạch máu.

Cắt lách trong bệnh lý về máu phải chú ý tìm và cắt lách phụ. Vị trí thường gặp là ở rốn lách, dây chằng quanh lách, mạc nối lớn, mạc treo ruột, buồng trứng, tinh hoàn.

Việc sử dụng dẫn lưu ổ lách còn tùy theo quan điểm phẫu thuật viên, tuy có nghiên cứu cho rằng dẫn lưu có thể làm tăng nguy cơ áp xe dưới hoành từ 0,4%-12% cho tới 6,5%-48% [196]. Nếu có thể, nên chọn dẫn lưu kín.

Ưu điểm:

Áp dụng được cho đại đa số các trường hợp phải cắt lách. Đặc biệt trong các trường hợp lách to.

Thời gian mổ nhanh.

Phù hợp với điều kiện trang thiết bị và gây mê ở Việt Nam, không đòi hỏi các trang thiết bị đắt tiền.

Nhược điểm:

Vết mổ lớn, thiếu thẩm mỹ, có thể có các biến chứng liên quan đến vết mổ.

Thời gian hồi phục sau mổ chậm.

Tỷ lệ tai biến, biến chứng cao hơn so với phẫu thuật nội soi.

1.3.5. Phẫu thuật nội soi cắt lách

Trong những năm 1990, Phillips và Carroll [76], Cuschieri. [77], Thibault. [78] và Delaitre. [1], báo cáo những ca cắt lách nội soi đầu tiên.

Cho đến nay, phẫu thuật cắt lách nội soi đã trở thành một phương pháp tiêu chuẩn cho phần lớn các trường hợp cắt lách.

Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ trọn vện lách và lách phụ nếu có, tránh làm rách bao lách, đặc biệt đối với các trường hợp bệnh lý tự miễn. Đối với một số trường hợp cần lấy lách nguyên vẹn để chẩn đoán thì có thể cần thêm một đường rạch phụ.

Một số đặc điểm về kỹ thuật:

Tư thế mở: *Tư thế nằm ngửa* thường được áp dụng trong những năm đầu của PTCLNS. Tư thế này cho phép tiếp cận dễ dàng vào túi mạc nối và cho phẫu trường tốt nhất cho rốn lách [59]. Nhược điểm của tư thế này là khó bộc lộ và cắt các dây chằng, mạch máu phần lưng và rốn lách do liên quan với đuôi tụy [57].

Tư thế nằm ngửa được chỉ định cho những trường hợp cần thực hiện nhiều thủ thuật phối hợp như cắt lách đồng thời cắt túi mật, sinh thiết hạch hay sinh thiết tổ chức [98]. Một số tác giả như Trias hay Targarona cho rằng kỹ thuật này tạo điều kiện thuận lợi đặc biệt cho những ca có lách quá to, do có thể buộc động mạch sớm giảm nguy cơ chảy máu trong mổ [130],[131].

Tư thế mở nghiêng bên, ban đầu được gọi là kỹ thuật mở “treo lách” được Delaitre [132] và cộng sự áp dụng, bệnh nhân được đặt trên bàn ở tư thế nằm nghiêng sang phải và nâng mạng sườn trái của bệnh nhân lên 40-45° so với mặt bàn mổ bằng thiết bị gối kê. Tư thế này giúp dễ tiếp cận mặt sau của lách và dây chằng quanh lách, tạo điều kiện cho bóc tách dây chằng mạch máu vùng rốn lách mà vẫn bảo tồn được đuôi tụy. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm nhất do đáp ứng được yêu cầu của phẫu thuật và thích hợp cho nhiều chỉ định [133],[134].

Một số tác giả như Park A [90], Bedirli [134] hay Gossot D [135] áp dụng *tư thế nghiêng bên hoàn toàn* với các trường hợp lách to. Bệnh nhân được đặt ở tư thế nghiêng 90° với mặt bàn mổ. Lách và ruột lệch về trung tâm theo nguyên lý trọng lượng tạo điều kiện cho bóc tách dây chằng và cấu trúc vùng rốn lách. Tư thế này giúp cho kiểm soát an toàn mạch máu, giảm nguy cơ gây tổn thương tụy. Báo cáo của các tác giả này cho thấy có sự giảm đáng kể về thời gian mổ, số lượng trocar cần dùng và lượng máu truyền cũng như thời gian nằm viện. Tỷ lệ chuyển mổ mở cũng thấp hơn ở một nghiên cứu khi áp dụng tư thế nghiêng bên hoàn toàn [135].

Cách tiếp cận cuống lách: Tiếp cận cuống lách từ phía sau: cắt dây chằng lách thận giúp nâng lách lên cao hơn nữa để bóc tách và phẫu tích mạch máu ở rốn lách. Đối với các trường hợp lách có kích thước trung bình hay to vừa thì thường chọn cách di chuyển dây chằng lách thận trước là phù hợp, do nó giúp cho việc bóc tách rốn lách và thắt mạch máu dễ dàng hơn.

Tiếp cận cuống lách từ phía trước: Đối với những trường hợp lách to, khi tiếp cận cuống lách từ phía sau, thì kích thước lớn của lách sẽ gây khó khăn, vì không đủ không gian thao tác. Nếu không thể cắt dây chằng lách thận trước, trong trường hợp này nên cắt dây chằng vị-lách trước, sau đó tách hệ mạch máu ở rốn lách. Cuối cùng là cắt dây chằng lách-thận, ta cần để lại khoảng 1-2cm dây chằng vùng rốn lách để kẹp và nâng lách.

Ưu điểm:

Quan sát và tiếp cận phẫu trường tốt hơn, đặc biệt với lách là tạng nằm sâu trong ổ bụng.

Đau sau mổ ít hơn, hồi phục sau mổ nhanh hơn.

Sau mổ ít ảnh hưởng đến chức năng hô hấp hơn.

Ít có biến chứng liên quan đến vết mổ.

Vết mổ có tính thẩm mỹ hơn.

Nhược điểm:

Thời gian mổ thường lâu hơn, PTCLNS tối ưu với các TH lách có kích thước trung bình và to vừa.

Khống chế chảy máu khó khăn hơn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Tỷ lệ phát hiện lách phụ có vẻ ít hơn so với mổ mở.

Cần có trang thiết bị đắt tiền.

1.3.6. Một số phẫu thuật nội soi cắt lách khác

1.3.6.1. Phẫu thuật nội soi cắt lách có bàn tay hỗ trợ

PTCLNS có bàn tay hỗ trợ là một biến thể của PTCLNS truyền thống. Đối với những trường hợp lách quá to, nên áp dụng kỹ thuật này ngay từ đầu

để rút ngắn thời gian phẫu thuật và hạn chế lượng máu mất trong mổ, cũng như tránh phải chuyển mổ mở [3]. Các tác giả như Kercher KW [211], Rosen M [213], gợi ý rằng nên áp dụng phẫu thuật này cho các trường hợp có lách lớn hơn 22cm.

Khi áp dụng kỹ thuật này các tác giả như Kaban GK [210], Backus CL, Heniford BT [212] đều thích để bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng hoặc nằm nghiêng bên phải 45° . Phẫu thuật có thêm một đường mổ phụ dài khoảng 7-8cm đủ rộng để cho một bàn tay của phẫu thuật viên. Nó có thể nằm ở đường giữa trên rốn hay đường giữa bên phải ổ bụng [211],[213] hay có thể chọn đường MacBurney [214]. Vị trí đường rạch tùy thuộc vào kích thước của lách, tại vị trí được chọn sẽ được đặt một cổng để đưa tay vào ổ bụng trong khi vẫn duy trì bơm khí phúc mạc.

Việc đưa được một bàn tay vào trong ổ bụng giúp cho phép cảm nhận và hỗ trợ quá trình phẫu thuật như cắt lấy và đặt lách to vào trong một túi để đưa ra ngoài. Hơn thế nữa còn giúp kiểm soát một số tình huống không lường trước được như chảy máu và dính. Sau đó lách sẽ được đưa ra ngoài nhờ thông qua đường mổ phụ mà không phải kẹp nát. Nhược điểm của phương pháp này là bàn tay và cẳng tay của phẫu thuật viên có thể cản trở việc thực hiện một số thủ thuật theo báo cáo của phẫu thuật viên con số này lên đến 21% [215],[216].

Trong nghiên cứu một loạt ca lâm sàng gồm 56 trường hợp có lách to Targarona và cộng sự [217] cho thấy thời gian nằm viện của nhóm PTCLNS có bàn tay hỗ trợ thấp hơn hẳn PTCLNS truyền thống do có ít biến chứng hơn. Mặc dù việc có thêm một đường mổ phụ làm tăng chấn thương thành bụng nhưng phẫu thuật này vẫn có đầy đủ ưu điểm của PTCLNS cổ điển như thời gian nằm viện ngắn hơn, trở lại chế độ ăn đường miệng sớm hơn và ít đau sau mổ hơn so mổ mở cắt lách.

1.3.6.2. PTCLNS một vết mổ

PTNS một vết mổ đã được ghi nhận là an toàn và có tính khả thi trong cắt ruột thừa [219], cắt túi mật [218], cắt đại tràng [220]. Với nỗ lực giảm thiểu hơn nữa sang chấn cho bệnh nhân và tính thẩm mỹ, cũng đã có một vài báo cáo về tính khả thi của PTCLNS một vết mổ [221].

Theo Fan Y [222], trong 105 BN PTCLNS một vết mổ của 29 nghiên cứu cho thấy, thời gian mổ thay đổi 28 – 420 phút, lượng máu mất ước tính từ 0-350ml, tỷ lệ chuyển đổi tổng thể là 4,8%, trong đó 2 BN chuyển mổ mở (1,9%), nguyên nhân là do lách to và chảy máu. Tỷ lệ tử vong là 0%.

1.3.6.3. Nội soi cắt lách qua lỗ tự nhiên

Phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên được coi là bước phát triển mới trong phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Tuy vậy, việc phẫu thuật một tạng đặc, nằm sâu dưới vòm hoành trái là thách thức lớn với các PTV.

PTCLNS truyền thống được đa số PTV lựa chọn với lách có kích thước bình thường hoặc to vừa. Tuy nhiên, lấy lách qua thành bụng vẫn đòi hỏi phải mở rộng lỗ trocar hoặc có một đường rạch phụ với những trường hợp cần lấy lách nguyên vẹn. PTCLNS lấy lách qua lỗ âm đạo đã được mô tả từ những năm 1990s, nhưng kỹ thuật này chưa được áp dụng rộng rãi [223], mới chỉ dừng lại ở một vài báo cáo riêng lẻ.

Trong báo cáo của Eduardo M và Targarona [224], tác giả thực hiện phẫu thuật trên bệnh nhân nữ 65 tuổi, chẩn đoán lách đa nang. Về kỹ thuật, tác giả sử dụng 3 trocar nhỏ (1 trocar 5mm và 2 trocar 3mm vùng dưới sườn trái) và 1 trocar 12mm qua âm đạo. Lách cắt ra được cho vào túi lấy qua túi cùng Douglas. Thời gian mổ là 180 phút, lượng máu mất ước tính khoảng 50ml. BN ra viện sau 48h sau mổ. Tác giả kết luận, PTCLNS qua âm đạo có thể thực hiện an toàn, giảm sang chấn thành bụng.

1.3.7. Biến chứng của phẫu thuật cắt lách.

Cắt lách có thể có những biến chứng về chức năng miễn dịch hay huyết học của lách. Có thể chia làm 4 nhóm biến chứng chính: chảy máu, huyết khối, nhiễm trùng và biến chứng liên quan đến kỹ thuật.

1.3.7.1. Chảy máu

Năm 1866 Bryan [136] cắt lách cho bệnh nhân trẻ tuổi bị ung thư bạch cầu, bệnh nhân chết hai tiếng sau mổ do chảy máu.

Tỷ lệ chảy máu trong ổ bụng sau mổ cắt lách trong trường hợp lách to khoảng 4% - 6% [137],[138].

1.3.7.2. Thuyên tắc mạch

Thuyên tắc mạch chiếm 2-11% [139],[148] và phổ biến hơn ở những bệnh nhân cường lách hay rối loạn sinh tủy, hay bệnh máu ác tính và lách to [144]. Những nguyên nhân được giả định bao gồm việc loại bỏ lách, (sự loại bỏ yếu tố thể dịch được lách sản xuất hay thay đổi chức năng tiểu cầu, tăng tiểu cầu) và tình trạng tắc mạch kéo dài từ phần còn lại của mạch máu lách dẫn đến tổn thương nội mạc và gây ứ trệ máu.

Tắc mạch cửa là một trong những biến chứng nguy hiểm đến tính mạng có thể xảy ra trong vòng vài tháng sau mổ. Nó có thể dẫn đến nhồi máu ruột non và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tỷ lệ tắc mạch theo báo cáo từ 0.7%-14% [140],[141] sau mổ cắt lách và có thể lên đến 80% ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao [142].

Triệu chứng thường mơ hồ, và gồm đau khắp bụng buồn nôn, sốt, tắc ruột, ỉa chảy, và giảm ngon miệng, và một số triệu chứng khác. Khó khăn trong chẩn đoán thường dẫn đến chậm trễ vài tuần điều trị.

Có thể dùng siêu âm Doppler hay CT để chẩn đoán. MRI cũng có thể giúp chẩn đoán với độ chính xác cao. Chưa có sự liệu nào đáng tin cậy chứng minh CT tốt hơn siêu âm Doppler trong chẩn đoán thuyên tắc mạch [143],[144].

Sau khi có chẩn đoán nên sử dụng ngay liệu pháp chống đông đường tĩnh mạch và sau đó có thể dùng wafarin đường uống khi ra viện hay heparin có trọng lượng phân tử thấp. Liệu pháp chống đông toàn thân với streptokinase và alteplase cũng là một lựa chọn khác nhưng ít khi được áp dụng. Tiêu chuẩn áp dụng wafarin hiện tại là duy trì INR ở mức 2-3 trong vòng 6 tháng trong khi đó tác giả Ikeda lại khuyên nên giữ INR từ 1.5 đến 2 trong vòng 3 tháng [144].

Tiêu chuẩn sử dụng thuốc chống đông là chưa rõ ràng. Mặc dù phần lớn các tác giả đều chủ trương điều trị chống đông ngay cho các bệnh nhân có triệu chứng của tắc mạch. Tuy vậy có một số bằng chứng cho thấy nhu cầu dùng thuốc chống đông phụ thuộc vào vị trí bị huyết khối chứ không phải việc tồn tại khối tắc mạch [144]. Trong hoàn cảnh này, nếu vị trí tắc mạch ở tĩnh mạch cửa trong gan thì ít nghiêm trọng hơn tắc mạch ở tĩnh mạch mạc treo - vì phải điều trị ngay. Vấn đề đặt ra là liệu các tắc mạch nhỏ không có triệu chứng được phát hiện nhờ CT có nên điều trị heparin không vẫn còn chưa rõ.

Việc có nên áp dụng liệu pháp chống đông bằng heparin dưới da vẫn còn gây tranh cãi. Theo Van't Riet M [143], thì thấy liệu pháp này là không đủ để ngăn huyết khối ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao và khuyên nên phối hợp heparin và chống ngưng tập tiểu cầu và wafarin đường uống khi ra viện.

1.3.7.3. Nhiễm trùng

Nguy cơ nhiễm trùng có thể tăng lên do dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị ở những bệnh nhân cắt lách do rối loạn huyết học.

Nguy cơ sớm: trong vòng 30 ngày sau mổ, phổ biến là biến chứng hô hấp, áp xe dưới hoành từ 1,2% - 5% [150],[129],[147],[148],[149].

Nguy cơ muộn: Nhiễm khuẩn sau mổ cắt lách

Theo báo cáo của hai nhà khoa học King và Schumacker [152], mô tả tình trạng nhiễm khuẩn rất nặng ở 5 trẻ em bị cắt lách trong bệnh di truyền hồng cầu hình cầu, đã tập trung sự chú ý đến vai trò của lách trong cơ chế đề

kháng của cơ thể. Tiếp theo, hai ông đã có rất nhiều nghiên cứu xác nhận sự tồn tại của hội chứng nhiễm khuẩn nặng sau cắt lách.

Ngày nay quan điểm về hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính sau cắt lách (OPSS - overwhelming postsplenectomy sepsis) đã được thống nhất. Vấn đề là tỷ lệ xuất hiện hội chứng này là bao nhiêu và cơ sở sinh học cũng như chiến lược điều trị để ngăn chặn hội chứng này như thế nào?

Hội chứng có yếu tố lâm sàng, vi khuẩn học và có liên quan rất rõ rệt đến tuổi [153]:

Hội chứng lâm sàng:

- Thường biểu hiện bằng nhiễm khuẩn huyết phối hợp với viêm màng não, nhiễm virus và thường không thấy ổ nhiễm khuẩn rõ ràng.

- Khởi phát thường đột ngột và tiến triển rất nhanh, 2/3 số BN chết sau khi khởi bệnh khoảng 12-24h. Nhuộm Gram trực tiếp thường thấy vi khuẩn dày đặc trên lam máu.

- Hay gặp ban xuất huyết, đông máu rải rác trong lòng mạch và chảy máu tuyến thượng thận.

Yếu tố vi khuẩn học:

Khoảng 60% là do phế cầu với nhiều nhóm khác nhau, 25% do *Haemophilus influenza B* và não mô cầu, ngoài ra *E. Coli*, *Staphylococcus* và *Streptococcus*. Gần đây có thêm cả *Enterobacter* và nấm *Candida albicans* có lẽ do lạm dụng kháng sinh cũng như việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và hóa trị [149].

Sự liên quan đến tuổi:

Hội chứng này có mối liên quan rõ rệt đến tuổi, nó thường gặp ở người trẻ. Horan và Colebath thấy nhiễm khuẩn nặng ở 5% trẻ dưới 1 tuổi và 1,8% trẻ em trên 1 tuổi khi bị cắt lách [153]. Còn Eraklis và Filler báo cáo tỷ lệ nhiễm khuẩn nặng ở trẻ dưới 4 tuổi cao gấp 2 lần trẻ trên 4 tuổi [154]. Có 2/3 số trường hợp nhiễm khuẩn nặng xảy ra trong 2 năm đầu sau phẫu thuật cắt

lách và cũng có cá biệt trường hợp xảy ra sau hàng chục năm sau phẫu thuật cắt lách.

Tần suất gặp hội chứng trên thay đổi tùy thuộc vào lách được cắt bởi lý do nào [157]. Nói chung, nguy cơ cao hơn ở những BN có chỉ định cắt lách bởi các bệnh về máu. Tuy vậy, việc cắt lách do chấn thương cũng làm tăng khả năng nhiễm khuẩn. Nguy cơ tương đối đã được Singer [155] xác nhận: nguy cơ chết do nhiễm khuẩn ở trẻ bình thường khi 1 tuổi khoảng 0,3%, từ 1-7 tuổi khoảng 0,07% và 5-14 tuổi khoảng 0,02%. Còn nguy cơ cụ thể ở nhóm trẻ đã bị cắt lách tăng cao khác nhau theo nguyên nhân: hơn khoảng 58 lần ở trẻ cắt lách do chấn thương và 1000 lần ở trẻ cắt lách do bệnh Thalassemia thể lớn.

1.3.7.4. Biến chứng liên quan đến kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tụ máu, thoát vị vết mổ và dính ruột từ 2% - 7% [129],[137],[147],[149]. Sử dụng corticoid, xạ trị, hóa trị cũng làm tăng nguy cơ này.

Tái tạo lách: vỡ bao lách làm tế bào lách rơi vào ổ bụng và lách phụ (có khoảng từ 10% - 30% [156] thậm chí lên đến 40% trong bệnh hồng cầu hình cầu di truyền [129]) có thể là nguyên nhân tái phát bệnh.

Tổn thương tạng lân cận: tổn thương đại tràng, ruột là hiếm gặp 0.3% - 2% [129],[137],[138],[149], song có thể xảy ra với các trường hợp lách to, viêm dính nhiều.

Tổn thương tụy thường gặp hơn 2% - 7% [129],[138],[149], có thể xảy ra trong trường hợp lách to viêm dính nhiều vùng cuống lách, hay khi cố gắng cầm máu đuôi tụy.

Tổn thương hình vị dạ dày (hay gặp những năm 1960) có thể hạn chế bằng đặt sond dạ dày trước mổ, phẫu tích cẩn thận vùng mạch vị ngấn. Gần đây tổn thương này ít được nhắc đến [7, 129, 136, 138, 149]150.

1.4. Vài nét so sánh PTCLNS và mổ mở cắt lách kinh điển

1.4.1. Về tính khả thi

Theo số liệu từ NIS (Nationwide Inpatient Sample) được Matharoo [101] nghiên cứu cộng gộp công bố năm 2014, từ năm 2005 đến 2010, tại Mỹ có 37006 bệnh nhân cắt lách do các bệnh lý máu (loại bỏ các TH cắt lách bán phần, cắt lách do chấn thương, bất thường về mạch máu hoặc cắt lách và tụy) trong đó: 81,4% (30.108 BN) là mổ mở, 18,6% (6898 BN) PTCLNS, tỷ lệ chuyển mổ mở là 28,4% (1960 BN).

Tỷ lệ chuyển mổ mở khá cao trong nhóm bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn, lách to, u lách và nguyên nhân chủ yếu do lách to và chảy máu. Tỷ lệ này cao hơn khi so với nhóm PTNS cơ bản và PTNS nâng cao. Ví dụ như trong PTNS cắt đại tràng hay PTNS giảm béo phì thì tỷ lệ chuyển mổ mở lần lượt là 15,8% [102] và 2,2% [103].

Kết quả này cho thấy bản thân PTCLNS là một trong các phẫu thuật khó, và nó đòi hỏi sự thành thạo, kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như phương tiện thực hiện.

Tuy vậy ngày càng có nhiều báo cáo cho thấy tính khả thi của cắt lách nội soi đối với bệnh nhân có kích thước lách lớn hay do nguyên nhân ác tính.

Trong 24 trường hợp PTCLNS cho bệnh máu ác tính của Heniford [97], kích thước lách trung bình là 18,3 cm, trọng lượng 865,7g (250g-3300g), không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không có tử vong và thời gian nằm viện trung bình 2,1 ngày.

Watanabe và cộng sự [104] so sánh hai nhóm mổ mở (28 TH) và mổ nội soi (25 TH) ở những bệnh nhân lách to, cứng lách. Tác giả cho thấy, thời gian mổ dài hơn (205 phút so với 173 phút), lượng máu mất nhiều hơn (750ml so với 359 ml) ở nhóm bệnh nhân mổ mở.

1.4.2. Độ an toàn

Cắt lách nội soi cho đến nay đã được công nhận là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả trong điều trị một số bệnh máu bởi các tác giả trong nước cũng như nước ngoài [1],[2],[5],[14],[15],[16]. Tuy nhiên do nhu mô lách giòn, dễ chảy máu và nằm sâu ở góc phần tư trên bên trái của ổ bụng có liên quan với thùy gan trái, dạ dày, đuôi tụy, thận trái. Phẫu thuật viên đối mặt với nhiều khó khăn trong phẫu thuật cắt lách nội soi. Vì vậy chỉ định chủ yếu vẫn là các bệnh lý thông thường của lách. Nhiều nhất là bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu [105],[166] tiếp theo là bệnh lý cường lách, thiếu máu huyết tán. Chỉ định cắt lách nội soi cho các bệnh lý ác tính của lách cũng còn nhiều khó khăn do: có nhiều hạch, lách thường to [69],[174], đường rạch lớn 8-12cm để lấy lách ra [97],[70].

Nội soi cắt lách được các PTV lựa chọn nhiều hơn so với mổ mở do làm giảm tỷ lệ biến chứng cũng như rút ngắn thời gian hồi phục [98],[109],[110],[111].

Mặc dầu chỉ có số ít thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh hai phương pháp mổ mở và nội soi [82] nhưng vẫn đạt được sự đồng thuận cho rằng phẫu thuật nội soi ưu việt hơn hẳn kỹ thuật mổ mở trong hầu hết các trường hợp có chỉ định cắt lách [3]. Do đó PTCLNS được coi là phương pháp tiêu chuẩn cho phần lớn các chỉ định, chỉ có một số giới hạn trong các trường hợp chấn thương lách, lách quá to hay tình trạng bệnh phối hợp nghiêm trọng

Nghiên cứu của Kiarash Kojouri [1], thống kê từ 1966 đến 2004, tỷ lệ tử vong trong nhóm mổ mở cắt lách do XHGTC tự miễn là 1% (48BN/4955BN) so với PTCLNS là 0.2% (3BN/1301BN). Tỷ lệ biến chứng cũng ít hơn trong nhóm PTCLNS là 9.6% so với 12.9%.

Còn theo kết quả nghiên cứu tại Mỹ của Matharoo [101], từ năm 2005 đến 2010 với 37006 TH cắt lách, tỷ lệ biến chứng của nhóm PTCLNS là

7,37%, thấp hơn khi so với nhóm MMCL (10,39%). Cụ thể, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch của hai nhóm theo thứ tự lần lượt là 0,6% và 0,93%, chảy máu sau mổ là 2,49% và 3,31%, viêm phổi là 1,34% và 2,45%, tỷ lệ tử vong là 1,32% và 2,53%.

Phần lớn các tác giả đều công bố rằng PTCLNS có lượng máu mất ít hơn so với MMCL. Tỷ lệ biến chứng trong mổ có vẻ là tương tự giữa 2 phương pháp. Biến chứng sau mổ bao gồm biến chứng ở phổi như viêm phổi và xẹp phổi cũng như nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng ổ bụng. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng này ở nhóm PTCLNS thấp hơn so với MMCL. Đặc biệt trong nhóm bệnh lý về máu tự miễn.

1.4.3. Hiệu quả phẫu thuật.

Thời gian hồi phục, tính thẩm mỹ

Nghiên cứu của Donini và CS cho thấy hồi phục sau mổ nhanh hơn ở nhóm PTCLNS và lượng thuốc giảm đau sau mổ được sử dụng ở nhóm này cũng thấp hơn so với MMCL [83]. Thời gian cho đến khi trở lại sinh hoạt bình thường ở nhóm PTCLNS cũng ngắn hơn đáng kể so với MMCL. Nhóm PTCLNS cũng cho kết quả vết mổ thẩm mỹ hơn so với MMCL [112].

Đối với các trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn – chỉ định phổ biến nhất của PTCLNS, kết quả thành công được đánh giá bằng chỉ số tiểu cầu sau mổ. Một số nghiên cứu chỉ ra không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 phương pháp PTCLNS và MMCL [120],[121],[122],[123]. Velanovich và cộng sự [113] báo cáo về chất lượng cuộc sống sau PTCLNS, cho thấy PTCLNS cho thời gian phục hồi nhanh hơn MMCL về tình trạng sức khỏe nói chung, hoạt động thể chất cũng như tình trạng đau toàn thân.

Về thời gian mổ.

PTCLNS có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với MMCL. Nhưng theo các tác giả khác nhau khoảng thời gian này cũng có sự khác biệt lớn. Tuy nhiên, có một xu hướng là thời gian phẫu thuật sẽ rút ngắn dần lại nhờ có những tiến bộ

trong kỹ thuật cũng như trình độ của phẫu thuật viên [83],[84]. Những bài báo cáo gần đây cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật giữa 2 phương pháp PTCLNS và MMCL trong các trường hợp cắt lách có kích thước trung bình và hơi lớn [91]. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng thời gian phẫu thuật có tương quan trực tiếp với kích thước của lách [98],[114], nghiên cứu này cũng báo cáo 100% các trường hợp cắt lách có chiều dài hơn 27cm phải chuyển sang mổ mở. Do đó cắt lách quá to được coi như là một chống chỉ định tương đối của PTCLNS.

Theo nghiên cứu của Pace và CS [115] khi so sánh 25 trường hợp được PTCLNS bởi các PTV có kinh nghiệm và 25 trường hợp PTCLNS khác do các bác sỹ thực tập tiến hành dưới sự giám sát của các PTV có kinh nghiệm, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng trong mổ, nhu cầu truyền máu, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian nằm viện hay biến chứng sau mổ.

Dagash và CS sau khi xem xét các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng không tồn tại một con số cụ thể nào về số ca phẫu thuật PTCLNS để chứng minh rằng đó là một phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm [116].

Ngược lại, theo Rattner và CS [117] thì cho rằng đây là phẫu thuật cần phải được đào tạo bài bản, họ cũng định nghĩa “độ lạnh nghề - learning curve” [117],[118] là giảm thời gian cần phẫu thuật, giảm tỷ lệ chuyển mổ mở hay giảm tỷ lệ biến chứng sau khi đã phẫu thuật ít nhất 10 [117] hay 20 bệnh nhân [118].

Về chi phí mổ

Chi phí phẫu thuật bao gồm chi phí mổ, chi phí nằm viện và các chi phí xã hội khác như mất ngày công lao động. Chi phí mổ của PTCLNS cao hơn MMCL do thiết bị kỹ thuật đắt hơn, sử dụng các vật sử dụng một lần và có thể do thời gian phẫu thuật lâu hơn, tuy vậy tổng chi phí không cao hơn đáng kể so với MMCL, thậm chí tổng chi phí PTCLNS có thể còn thấp hơn MMCL do thời gian nằm viện ngắn hơn, hoạt động trở lại bình thường sớm hơn. Theo

Cordera và CS [119], tổng chi phí của PTCLNS và MMCL lần lượt là \$8,134 và \$8,200. Còn theo Donini [83] thì chi phí phẫu thuật cũng liên quan đến tuổi, kích thước lách và tỷ lệ biến chứng chứ không phải chỉ do kỹ thuật. Do đó cần có một nghiên cứu kỹ lưỡng khác về hiệu quả của chi phí.

Kết quả lâu dài của PTCLNS điều trị bệnh lý về máu.

Một số nghiên cứu có thể chỉ ra được kết quả điều trị lâu dài tương tự nhau giữa 2 phương pháp MMCL và PTCLNS [120],[121],[122],[123],[124],[125]. Liệu các biến lâm sàng khác nhau có thể là yếu tố tiên lượng đối với đáp ứng sau mổ cắt lách hay không vẫn còn cần được bàn luận. Một số tác giả khi nghiên cứu về bệnh nhân XHGTC tự miễn nhận thấy không tồn tại bất kỳ yếu tố tiên lượng nào trước mổ [124]. Mặc dù trong một số nghiên cứu khác việc phân tích đơn biến gợi ý một số yếu tố tiên lượng như tuổi, đáp ứng điều trị trước đó với steroid, thời gian mắc bệnh. Hơn thế nữa không có một yếu tố trước mổ nào được đề cập đến trong các nghiên cứu đơn lẻ lại nhất quán tiên đoán được đáp ứng sau mổ cắt lách [1].

Katkhouda và cộng sự nghiên cứu 52 bệnh nhân PTCLNS do XHGTC tự miễn [106] và nhận thấy tuổi (>40 hay <40) là một yếu tố tiên lượng được sự thành công hay thất bại của của phẫu thuật theo phân tích đa biến. Một số yếu tố tiên lượng khác theo phân tích đơn biến là đáp ứng điều trị trước mổ với steroid và số lượng tiểu cầu lúc ra viện.

Việc không phát hiện bỏ sót lách phụ là nguyên nhân làm bệnh tái phát [115],[126]. Taragona và CS [126] thông báo trong 48 TH PTNSCL, 9 TH tái phát thì có 3 BN do còn sót lách phụ. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Pace và cộng sự có 3 trong số 9 bệnh nhân không đáp ứng tốt với PTCLNS là do có tế bào lách phụ được tìm thấy [115]. Do đó họ cũng kết luận rằng việc bóc tách tế bào tuyến lách cẩn thận cho kết quả lui bệnh chấp nhận được.

Một số tác giả cũng báo cáo rằng khi áp dụng PTCLNS thì nguy cơ bỏ sót lách phụ cao hơn [187],[188] nhưng theo phần lớn số liệu thống kê [67],[186],[208] thì tỷ lệ này là tương đương ở cả 2 nhóm mổ mở và mổ nội soi.

1.5. Tình hình nghiên cứu PTCLNS trong điều trị một số bệnh máu

1.5.1. Tình hình nghiên cứu PTCLNS trong điều trị một số bệnh máu trong nước

Các công trình nghiên cứu công bố trong nước về áp dụng PTCLNS trong điều trị bệnh máu có nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [14] năm 2003, thực hiện 18 trường hợp cắt lách nội soi để điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn. Tuổi trung bình là 30 tuổi (13-57 tuổi). Nam chiếm 22,3%, nữ chiếm 77,7%. PTCLNS thành công trong 100% TH. Sau 48 giờ, số lượng tiểu cầu tăng trên 100 G/L ở 17/18 bệnh nhân. Thời gian mổ trung bình là 90 phút (50-140 phút). Thời gian nằm viện trung bình là 3 ngày. Không có tai biến và biến chứng nào đáng kể.

Tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai, Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2005-2008) [15] đã nghiên cứu ứng dụng cắt lách nội soi trên 60 trường hợp với các nguyên nhân bệnh máu khác nhau. Kết quả có 1 tai biến thủng cơ hoành và 1 biến chứng chảy máu sau mổ do hoại tử phình vị dạ dày, với 3 trường hợp chảy dịch vết mổ. Tỷ lệ PTNS thành công là 100%, không có trường hợp nào chuyển mổ mở.

Tại Bệnh viện Việt Đức, Nguyễn Ngọc Hùng và cộng sự [16] (2006-2007) đã thực hiện 20 ca PTCLNS với các chỉ định đa dạng như XHGTC, cường lách, xơ gan lách to, sarcome lách, u máu lách, nhồi máu lách và 1 trường hợp chấn thương lách. Kết quả 1 tai biến rách đại tràng, 2 TH chảy máu, 1 biến chứng huyết khối tĩnh mạch cửa, thời gian phẫu thuật từ 80 – 180 phút. Thời gian nằm viện trung bình 5 ngày.

Bùi Hải Nam (2011-2014) [85] tổng kết 31 trường hợp PTCLNS có 2 TH chuyển mổ mở, trong đó 1 TH do kích thước lách quá to tiếp cận cuống lách khó khăn. 1 TH lách đã vỡ từ trước tạo nên ổ viêm dính bóc tách gây chảy máu nhiều.

Lê Phương Linh [86], năm 2012 tổng kết 53 trường hợp cắt lách tại bệnh viện Bạch Mai do XHGTC tiên phát, không trường hợp nào phải truyền

máu trong phẫu thuật, không xảy ra các tai biến như tổn thương, chảy máu các tạng xung quanh, không có trường hợp nào tử vong, và cũng không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Các tác giả đều có chung nhận xét về tính khả thi và an toàn của phẫu thuật cũng như các ưu điểm của phẫu thuật nội soi về thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Tuy vậy các nghiên cứu chủ yếu là nghiên cứu hồi cứu mô tả, đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân XHGTC tiên phát thường có kích thước lách trung bình và nhỏ, các tác giả cũng chưa phân tích rõ các yếu tố ảnh hưởng tới thành công của cuộc mổ.

1.5.2. Tình hình nghiên cứu PTCLNS trong điều trị một số bệnh máu trên thế giới

Phẫu thuật cắt lách trước đây, được thực hiện bằng mổ mở với các đường mổ bụng rộng rãi có thể là đường trắng giữa trên rốn, hay đường dưới bờ sườn trái hoặc đường trắng bên trái. Đó là phẫu thuật nặng nề cho người bệnh, có nhiều các biến chứng như chảy máu, tổn thương các tạng lân cận, và đặc biệt gây đau nhức cho người bệnh sau mổ, vì có đường mổ rộng nên nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao, tỷ lệ tử vong thay đổi tùy theo bệnh và tùy tác giả, từ 2-17% [4],[87]. Đặc biệt, với các đường mổ dài và rộng thì thiếu thảm mỹ nhất là đối với người trẻ tuổi.

Với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi ổ bụng, đây là một loại hình phẫu thuật ít xâm hại, nên cắt lách cũng đã được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi. Được Delaitre thông báo từ năm 1991 [10], sau đó là một loạt các công trình được thông báo như của Carroll, Philips và Carroll BJ năm 1992 [76], Flowers và cộng sự 1996 [88], Gigot và cộng sự 1994 [89], Park và cộng sự năm 1997 [90]... Đến nay, PTCLNS đã được nghiên cứu áp dụng với nhiều loại bệnh về máu và ngày càng được phổ biến rộng rãi với nhiều công trình được công bố.

Năm 1995, Yee và cộng sự [91] nghiên cứu 25 trường hợp PTCLNS và 25 trường hợp mổ mở, kết quả cho thấy thời gian mổ trung bình dài hơn ở nhóm PTCLNS (198 ph so với 156 ph), 4 TH chuyển mổ mở. Thời gian cho ăn trở lại là 2.1 ngày, nằm viện trung bình 5,1 ngày, khác biệt có ý nghĩa so với nhóm mổ mở. Không có sự khác biệt nào về lượng máu mất trong mổ, tỷ lệ biến chứng giữ hai nhóm.

Kết quả nghiên cứu cộng gộp của Sajida Ahad [87] năm 2012 với 1644 TH cắt lách nội soi và 851 TH mổ mở cắt lách cho thấy tỷ lệ biến chứng và tử vong nhóm mổ nội soi là 12% và 1,4% so với 24 % và 3,3% trong nhóm mổ mở, thời gian mổ và thời gian nằm viện trong nhóm mổ nội soi lần lượt là 119 phút và 3 ngày so với 103 phút và 6 ngày ở nhóm mổ mở.

Tại hội nghị phẫu thuật nội soi Châu Âu được tổ chức tại Hy Lạp, một hội đồng các chuyên gia gồm 9 phẫu thuật viên, 1 nhà huyết học và 3 nhà nghiên cứu được thành lập vào tháng 5 năm 2007 [3]. Qua tham khảo 202 tài liệu được công bố đã đi đến kết luận: phẫu thuật nội soi ưu việt hơn hẳn kỹ thuật mổ mở trong hầu hết các trường hợp có chỉ định cắt lách, cho dù thời gian mổ nội soi có vẻ lâu hơn. Tuy nhiên, các báo cáo gần đây cho thấy sự khác biệt là không lớn.

Cắt lách nội soi cũng đã được báo cáo là an toàn và hiệu quả ở những bệnh nhân có kích thước lách lớn ví dụ như trong các bệnh máu ác tính hay do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, thậm chí không cần phương pháp “ bàn tay hỗ trợ” [92],[93].

Hashizume và cộng sự [94] nghiên cứu một loạt ca lâm sàng gồm 73 bệnh nhân có tăng áp lực tĩnh mạch cửa được làm PTCLNS năm 2002. Họ quan sát thấy chuyển mổ mở chiếm 4,1% do chảy máu, thời gian mổ trung bình là 210 ± 102 phút và lượng máu mất trung bình là 375 ± 352 ml. kết luận lại PTCLNS không chỉ đảm bảo an toàn mà còn có kết quả tốt tuy nhiên còn phụ thuộc vào kỹ thuật tiến hành.

Nghiên cứu của Terrosu 2002 [95] cho thấy lách to trên 23 cm sẽ gây khó khăn do thiếu không gian thao tác. Đối với những trường hợp này nội soi vẫn khả thi nhưng nên có thêm “bàn tay hỗ trợ” hay gây tắc động mạch lách trước mổ.

Đối với các trường hợp lách to, một số tác giả gây tắc động mạch lách trước mổ. Kỹ thuật gây tắc động mạch lách trước mổ được tác giả Poulin [96] mô tả chi tiết và phát triển. Các tác giả này áp dụng kỹ thuật này trước mổ để làm giảm kích thước lách tạo điều kiện cho các thao tác trong mổ đặc biệt đối với những trường hợp lách rất to và giảm biến chứng chảy máu là một trong những nguy cơ phải chuyển mổ mở.

Đối với bệnh máu ác tính, chỉ định cắt lách ngày nay đã giảm đi nhờ sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, huyết học và ung thư. Tuy nhiên vẫn có nhiều bệnh ác tính liên quan đến lách đòi hỏi cắt lách để chẩn đoán cũng như điều trị [97], bao gồm bệnh máu ác tính như rối loạn tăng sinh tủy, bệnh bạch cầu dòng lympho mạn tính, bệnh bạch cầu tế bào tóc, u lympho lách với tế bào lympho có lông [98],[99]. Một số trường hợp cắt lách nhằm chẩn đoán hay phân loại giai đoạn của bệnh lấy đi các phần còn nguyên vẹn để làm giải phẫu bệnh.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm những bệnh nhân có bệnh lý về máu được PTCLNS tại khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2010 đến tháng 6/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn BN

- Bệnh nhân không phân biệt nam, nữ ở mọi lứa tuổi được chẩn đoán bệnh máu tại khoa Huyết Học Bệnh viện Bạch Mai và Viện Huyết Học - Truyền Máu Trung Ương.

- Bệnh nhân có chỉ định can thiệp phẫu thuật cắt lách để điều trị bệnh về máu sau khi đã hội chẩn với các bác sỹ huyết học: xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn, cường lách, thalassemie, u lympho... Cụ thể là những bệnh nhân:

- + XHGTC tự miễn không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc phụ thuộc corticoids theo tiêu chí:
 - Điều trị trên 6 tháng bằng corticoid và các thuốc ức chế miễn dịch khác thất bại hoặc người bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch tái phát nhiều lần.
 - Tình trạng sinh mẫu tiêu cầu trong tuỷ còn tốt.
 - Người bệnh đồng ý phẫu thuật.
- + Tan máu tự miễn, hội chứng Evans:
 - Điều trị 3-6 tháng bằng corticoid và các thuốc ức chế miễn dịch thất bại hoặc phụ thuộc liều cao corticoid.
 - Người bệnh tự nguyện.
- + Cường lách nguyên phát
 - Giảm tế bào máu ngoại vi, không đáp ứng với điều trị nội khoa
 - Tuỷ giàu tế bào tăng sinh phản ứng

- + Suy tủy xương
 - Chẩn đoán xác định là suy tủy xương toàn bộ chưa rõ nguyên nhân, có rối loạn cân bằng về miễn dịch ở máu.
 - Điều trị thuốc ức chế miễn dịch từ 3 -6 tháng không hiệu quả
 - Tuổi từ 16 – 50 tuổi

+ Thalassemie

- Thalassemia thể nặng và có biểu hiện cường lách
 - * Lách to tới hố chậu + hiệu quả truyền máu thấp hay
 - * Truyền khối hồng cầu > 250ml /kg /năm để giữ Hb > 10g/dL hay
 - * Cần truyền khối hồng cầu > 1,5 lần để nâng Hb > 10 g/dL hay
 - * Thời gian giữ Hb ổn định bị giảm nhanh sau truyền máu
- Tuổi > 6 tuổi

+ Các trường hợp có tổn thương u lách đơn thuần.

- Có kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với bệnh về máu.

- Điều kiện để tiến hành phẫu thuật nội soi:

+ Kích thước lách trên lâm sàng độ I (quá bờ sườn \leq 2cm), độ II (quá bờ sườn > 2cm - 4cm) và trên siêu âm \leq 22cm.

+ Bệnh nhân 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

+ Bệnh nhân không có bệnh lý nội khoa kèm theo nặng nề (ASA: IV, V), không có rối loạn đông máu.

+ Bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật lớn ở tầng trên ổ bụng.

- Nghiên cứu sinh mổ chính hoặc tham gia mổ theo một quy trình đã thống nhất để thu thập thông tin trước, trong và sau mổ.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mổ cắt lách nội soi do u lách, nang lách, áp xe lách, u mạch lách. HIV hay các chỉ định khác, nhưng kết quả giải phẫu bệnh không do bệnh về máu.

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật lớn ở tầng trên ổ bụng.

- Kích thước lách trên lâm sàng: độ III (quá bờ sườn > 4cm đến rốn), độ IV (lách to quá rốn).

- Kích thước lách trên siêu âm trên 22 cm.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả tiền cứu, theo dõi dọc.

Các dữ liệu được thu thập tiền cứu ở tất cả các bệnh nhân nghiên cứu. Các bệnh nhân có đủ tiêu chí được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án chung bao gồm các yếu tố trước mổ, trong mổ, sau mổ được giả thiết là liên quan tới kết quả áp dụng PTCLNS.

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức nghiên cứu xác định tỷ lệ [45]:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n = Cỡ mẫu tối thiểu

$Z = 1,96$ (Hệ số tin cậy ứng với $\alpha = 0,05$)

$\varepsilon = 0,1$ (Độ chính xác tương đối mong muốn, thường chọn từ 0,1 đến 0,4)

$p = 0,716$ (Tỷ lệ phẫu thuật thành công chung của PTCLNS theo Matheroo GS và cộng sự [101], thống kê các nghiên cứu từ 2005 đến 2010, trên cơ sở dữ liệu Nationwide Inpatient Sample).

Thay vào công thức ta được số bệnh nhân tối thiểu 108.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

2.2.2.1. Thu thập số liệu từ thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng

- Đối tượng nghiên cứu được tuân theo quy trình thu thập số liệu gồm các bước: hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, siêu âm bụng. . .

- Sau đó bệnh nhân được chuẩn bị theo các bước: Điều chỉnh các chỉ số huyết học, sinh hóa, đặc biệt là chuẩn bị tiểu cầu.

+ Đối với các trường hợp XHGTC, tiểu cầu $\geq 20G/l$, không cần truyền tiểu cầu trước mổ.

+ Khi số lượng tiểu cầu xuống thấp hơn 20 G/l thì điều trị trước bằng corticoids hay globulin miễn dịch và truyền tiểu cầu lên $\geq 20G/l$.

+ Với các trường hợp tiểu cầu không thể lên $\geq 20G/l$, cần thiết phải dự trữ tiểu cầu trước và sau mổ, truyền tiểu cầu ngay trong mổ, sau khi kẹp động mạch lách.

- Tư vấn tiêm vaccine phòng bệnh viêm não mô cầu, phế cầu và *H.influenza B*.

- Thăm khám tiền mê trước mổ.

- Giải thích kỹ cho gia đình các yếu tố nguy cơ tai biến, biến chứng như chảy máu khó cầm phải chuyển mổ mở, và được sự đồng ý tham gia điều trị bằng PTCLNS.

2.2.2.2. Thu thập số liệu trong mổ

- Tư thế mổ bệnh nhân

- Số lượng, vị trí trocar đầu tiên

- Thời gian phẫu thuật

- Các phát hiện trong mổ: kích thước lách, lách phụ. . .

- Các kỹ thuật thực hiện trong mổ

- Các tai biến diễn ra trong mổ

2.2.2.3. Thu thập số liệu trong thời kỳ hậu phẫu

Các diễn biến về quá trình điều trị bao gồm biến chứng phẫu thuật, mức độ đau, thời gian có lưu thông đường tiêu hóa, thời gian rút các ống dẫn lưu, thời gian nằm viện và các chỉ số xét nghiệm theo dõi đến khi ra viện.

2.2.3. Các tiêu chí để đánh giá

Các thông tin nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất với những nội dung chính sau:

2.2.3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Tuổi: tuổi trung bình của các BN tính bằng năm.

Nhóm tuổi được chia thành năm nhóm như sau:

+ Nhóm 1: Từ 10 -20 tuổi

+ Nhóm 2: Từ 21-30 tuổi

+ Nhóm 3: Từ 31-40 tuổi

+ Nhóm 4: Từ 41-50 tuổi

+ Nhóm 5: Từ 51-60 tuổi

+ Nhóm 6: > 60 tuổi

- Giới: Nam, Nữ.

- Phân bố tuổi theo giới tính

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) theo cách phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới:

+ Công thức tính BMI: $BMI = W/(H)^2$

$W = \text{Trọng lượng cơ thể (kg)}$

$H = \text{chiều cao cơ thể (m}^2\text{)}$

+ Phân loại BMI:

	BMI (kg/m²)
Gầy	BMI < 18
Bình thường	$18 \leq \text{BMI} < 23$
Tiền béo phì	$23 \leq \text{BMI} < 25$
Béo phì độ I	$25 \leq \text{BMI} < 30$
Béo phì độ II	$30 \leq \text{BMI}$

Phân loại tình trạng sức khỏe BN trước khi phẫu thuật theo thang điểm ASA (American Society of Anesthesiologist) - Hội các nhà gây mê Hoa Kỳ, 2014 [151].

Phân loại bệnh nhân theo thang điểm ASA

Bình thường	Bệnh nhân sức khỏe bình thường
Độ I	Tình trạng sức khỏe tốt
Độ II	Có một bệnh nhưng không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Ví dụ: cao huyết áp nguyên phát, thiếu máu, béo phì tuổi già, viêm phế quản mạn.
Độ III	Có bệnh có ảnh hưởng tới sinh hoạt của bệnh nhân. Cao huyết áp nguyên phát ít đáp điều trị, đái đường kèm biến chứng mạch máu...
Độ IV	Có bệnh nặng đe dọa đến tính mạng. Như phình động mạch chủ, suy tim xung huyết, hen phế quản nặng, bệnh van tim...
Độ V	Tình trạng bệnh quá nặng, hấp hối khó có khả năng sống được 24 giờ dù có được mổ hay không. Chảy máu do vỡ phình mạch chủ bụng không kiểm soát, chấn thương sọ não...

- Thời gian phát hiện bệnh được tính từ khi có triệu chứng lâm sàng đầu tiên phát hiện bệnh lý là nguyên nhân cho đến khi được phẫu thuật đến lúc được điều trị phẫu thuật. Thời gian phát hiện bệnh được tính bằng năm, theo các mức: < 1 năm, 1 - < 2 năm, 2 - < 3 năm, 3 - < 4 năm, 4 - < 5 năm và > 5 năm.

- Tiền sử bệnh lý nội, ngoại khoa ảnh hưởng tới khả năng phẫu thuật và kết quả sau mổ: tiền sử mổ bụng, tim mạch, hô hấp, rối loạn chuyển hóa và các bệnh lý phối hợp khác.

2.2.3.2. Các đặc điểm lâm sàng

- Hội chứng xuất huyết xuất huyết dưới da (đa hình thái, đa lứa tuổi, tập trung da vùng bụng, trước trong cẳng tay, ..), xuất huyết niêm mạc (chảy máu chân răng, rong kinh, ỉa phân đen..).

- Hội chứng thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, mệt mỏi. Phân loại thiếu máu theo chỉ số Hemoglobin.
- Biến chứng do dùng Corticoid kéo dài (mặt tròn như mặt trăng, vết rạn da, tình trạng phân bố lại mỡ trong cơ thể...)
- Các triệu chứng khác: gan to, lách to, hạch to.
- Bệnh lý về máu có chỉ định PTCLNS, tính theo tỷ lệ phần trăm
 - + XHGTC tự miễn
 - + Cường lách
 - + Thalassemie
 - + Tan máu tự miễn
 - + Hội chứng Evans
 - + Suy tủy
 - + U lách
- Phân độ lách to trên lâm sàng.
 - + Không sờ thấy lách
 - + Lách to độ 1 (mấp mé bờ sườn đến 2cm so với bờ sườn trái)
 - + Lách to độ 2 (lách to quá bờ sườn từ 2 -4cm)
- Các biểu hiện của chèn ép do lách to trên lâm sàng: tức nặng vùng hạ sườn trái, ăn mau no...

2.2.3.3. Cận lâm sàng trước mổ

- Công thức máu:
 - + Số lượng tiểu cầu.
 - + Số lượng hồng cầu.
 - + Hemoglobin.
 - + Hematocrit.
- Phân loại thiếu máu theo chỉ số Hemoglobin
 - + Thiếu máu mức độ nhẹ: Hb từ 90-120g/L.

+ Thiếu máu mức độ trung bình: Hb từ 70-90g/L.

+ Thiếu máu nặng: Hb <70g/L.

- Tình trạng sinh máu ở tuỷ xương:

+ Tuỷ đồ.

+ Sinh thiết tuỷ xương.

- Siêu âm bụng: Bệnh nhân được siêu âm tại phòng siêu âm thuộc khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai với các đầu dò 3MHz, 3.5MHz, 5MHz do các bác sỹ được bệnh viện giao trách nhiệm thực hiện trên cơ sở chung một phác đồ và nhận định về:

+ Tình trạng chung ổ bụng, hình ảnh bệnh lý phối hợp: sỏi túi mật...

+ Kích thước lách đo chiều dài hai cực, các tổn thương nhu mô lách...

+ Định nghĩa kích thước lách trên siêu âm [3]

Định nghĩa kích thước lách trên siêu âm	Kích thước lách (KTL)
Lách bình thường	KTL < 11 cm
Lách to vừa	$11 \leq \text{KTL} < 15$ cm
Lách to	$15 \leq \text{KTL} < 20$ cm
Lách rất to	$20 \leq \text{KTL} \leq 22$ cm

+ Lách phụ, hạch rốn lách.

+ Hệ tĩnh mạch cửa

- Chụp cắt lớp vi tính 32 dãy, có thuốc cản quang: Tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được chỉ định là nhóm bệnh nhân có kết quả siêu âm cho hình ảnh bất thường trong ổ bụng như: u lách, nang lách, hay các bệnh lý phối hợp khác.

2.2.3.4. Quy trình phẫu thuật

Trang thiết bị phẫu thuật:

- Bàn mổ: Có khả năng quay các hướng, nâng lên, hạ xuống, gập góc...
- Hệ thống thiết bị mổ nội soi của hãng Karl Storz:



Hình 2.1. Dàn máy phẫu thuật nội soi



Hình 2.2. Bộ dụng cụ PTLCNS

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Tất cả BN đều được bác sỹ phẫu thuật và bác sỹ gây mê thăm khám trước mổ.
- BN và gia đình được giải thích những nguy cơ có thể xảy ra trong và sau mổ.
- BN được hướng dẫn vệ sinh cơ thể, thực tháo hoặc dùng thuốc làm sạch đại tràng vào tối hôm trước mổ.
- BN nhịn ăn uống tuyệt đối vào ngày mổ. BN được đặt ống thông dạ dày, ống thông tiêu tại phòng mổ.
- Kháng sinh dự phòng tiêm lúc khởi mê: Cefazolin 1g x 1 lọ.

Vô cảm bệnh nhân: Tất cả BN được gây mê toàn thân, đặt nội khí quản. Có máy theo dõi áp lực CO₂ (Pa CO₂) và áp lực CO₂ khí thở ra (Pet CO₂) để các bác sỹ gây mê chủ động điều chỉnh thuốc mê và thông khí.

Ống thông dạ dày đặt sau khi gây mê.

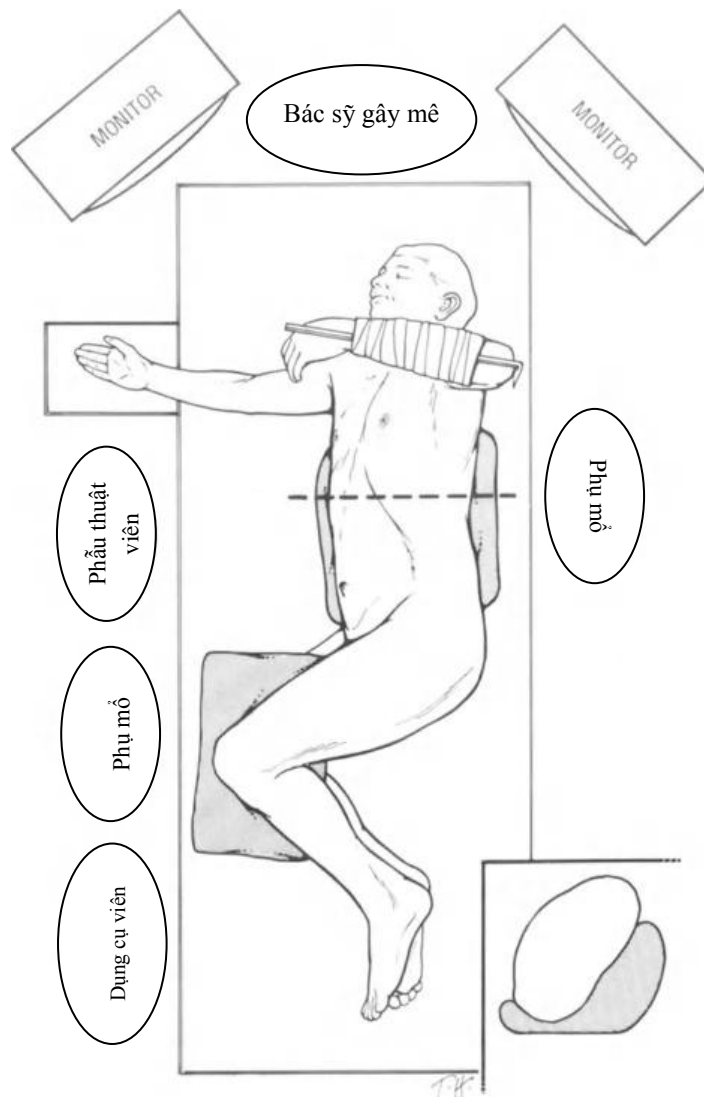
Tư thế bệnh nhân:

BN nằm nghiêng bên phải 50⁰ - 70⁰, kê độn ở dưới hạ sườn phải, tay trái bệnh nhân vắt cao và được đỡ bởi dụng cụ treo tay. Vai và hông BN được giữ nghiêng cố định.

Vị trí kẹp mổ

Phẫu thuật viên và người phụ giữ camera đứng bên phải bệnh nhân, người phụ hai (nếu có) đứng bên trái.

Dụng cụ viên đứng đối diện với PTV chính.



Hình 2.3. Tư thế bệnh nhân và sơ đồ kíp mổ [4]

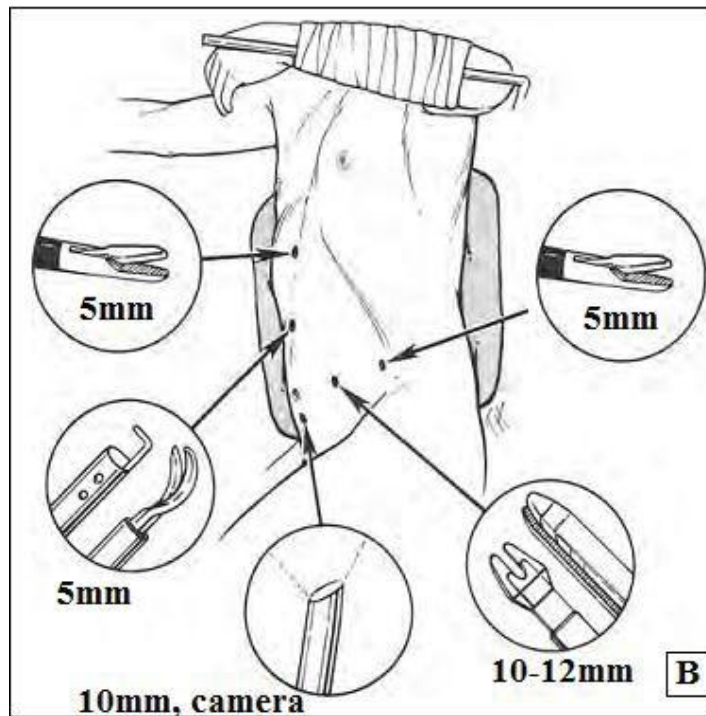
Quy trình phẫu thuật

Bước 1: Vị trí đặt trocar:

- Trocar đầu tiên: 10 mm, đặt theo phương pháp mở của Hasson. Vị trí chính xác để đặt lỗ trocar đầu tiên sẽ phụ thuộc vào kích thước lách khám trên lâm sàng.

+ Đối với bệnh nhân không sờ thấy lách to trên lâm sàng, chọn vùng trên rốn lệch trái ở đường giữa đòn trái.

+ Đối với các trường hợp lách to dưới sườn trái thì trocar đầu tiên đặt thấp hơn cực dưới lách khoảng 4cm.



Hình 2.4. Vị trí đặt trocar [4]

Bơm hơi ổ bụng, thường khoảng 12-14 mm thủy ngân. Các trocar tiếp theo được nhìn trực tiếp dưới kính soi, mũi trocar hướng về hố lách.

- Trocar thứ 2: 5mm, đặt vùng thượng vị, ngay dưới mũi ức lệch sang trái. Tay trái phẫu thuật viên dùng các dụng cụ không gây sang chấn để cầm, giữ tổ chức.

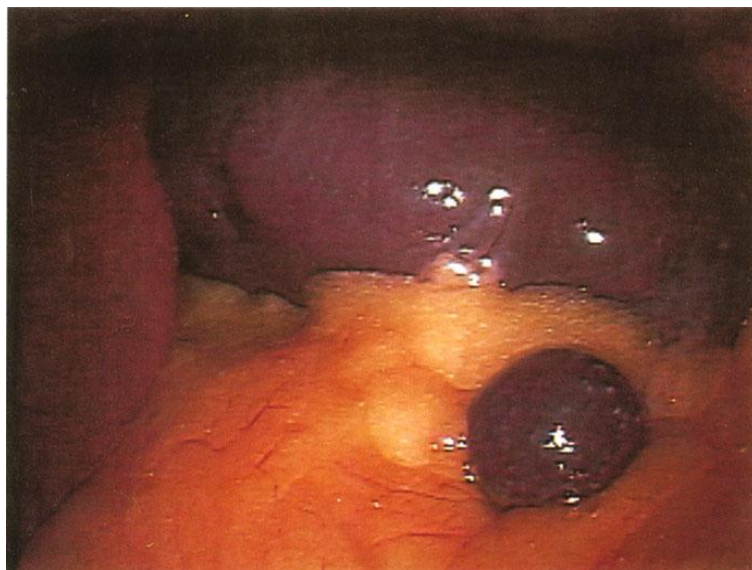
- Trocar thứ 3: 10 mm, đặt dưới bờ sườn trái khoảng giữa bờ sườn và mào chậu, trên đường nách trước. Tay phải phẫu thuật viên dùng các dụng cụ kéo, kẹp phẫu tích, kẹp Hem-o-lok.

- Trocar thứ 4: nếu cần, 5mm, đặt ra sau nhất, bờ trước xương sườn thứ 11. Người phụ 2 có thể dùng dụng cụ không sang chấn để luồn dưới rốn lách, nâng lách lên (sau khi đã giải phóng dây chằng quanh lách), hoặc để hút rửa, và giữ túi lấy lách.

- Vị trí tối ưu của các trocar đối với các trường hợp lách to là dưới bờ dưới lách khoảng 4cm, song song với hạ sườn trái, nhưng vẫn phải đảm bảo các dụng cụ kiểm soát được đến cơ hoành.

Bước 2: Thăm dò ổ bụng tìm lách phụ

Quy trình thăm dò ổ bụng được bắt đầu bằng xoay bàn mổ sang trái để bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa hơn, tư thế này cho phép tìm lách phụ dễ dàng hơn, thường thấy ở vị trí rốn lách, dây chằng lách, mạc nối, mạc treo ruột non, và lá tạng phúc mạc khung chậu. Phải thăm dò các khu vực này thật cẩn thận, cũng đã có những ghi nhận trường hợp tìm thấy lách phụ ở phúc mạc hạ sườn phải.



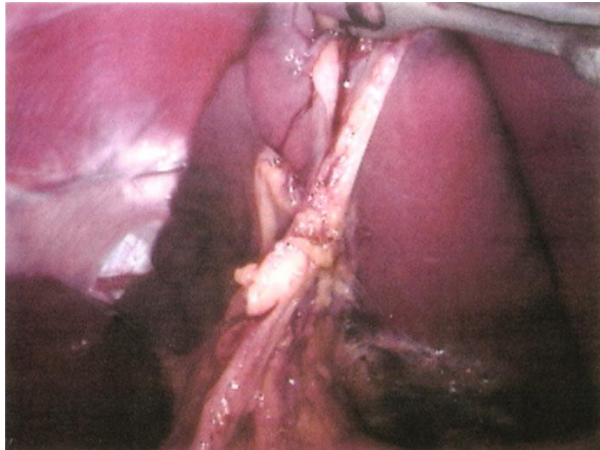
Hình 2.5. Lách phụ phát hiện trong mổ [4]

Bước 3: Giải phóng dây chằng quanh lách

Tư thế đầu cao, nghiêng phải giúp các tạng dồn xuống phần thấp ổ bụng, giúp bộc lộ lách và các dây chằng dễ dàng hơn. Tránh các thao tác trực tiếp vào lách làm giảm khả năng rách bao lách gây chảy máu.

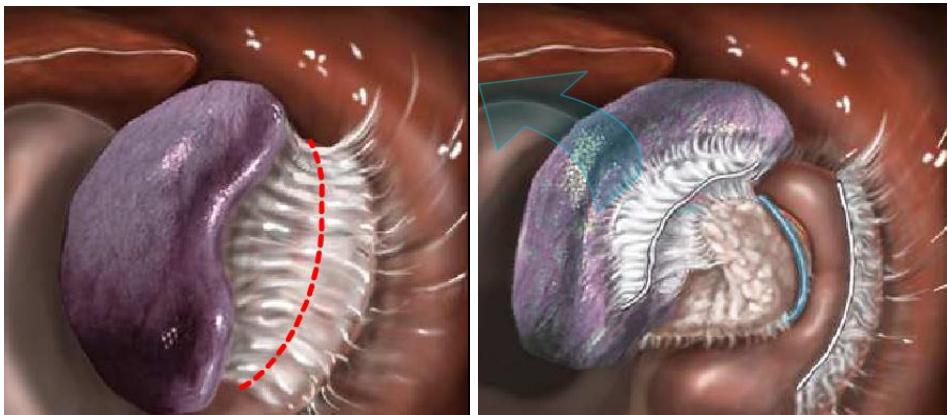
Giải phóng dây chằng quanh lách bắt đầu bằng việc hạ đại tràng góc lách bộc lộ rộng vùng lách.

Giải phóng cực dưới lách bằng đốt điện, phẫu tích và cắt các mạch cực dưới bằng clip thường 10mm hay hem-o-lok. Thường có một nhánh mạch đi vào cực dưới lách, đó là những nhánh phụ của hệ mạch vành vị, hoặc nhánh cực dưới xuất phát từ động mạch lách và được kiểm soát ngay thì này.



Hình 2.6. Giải phóng cực dưới lách [4]

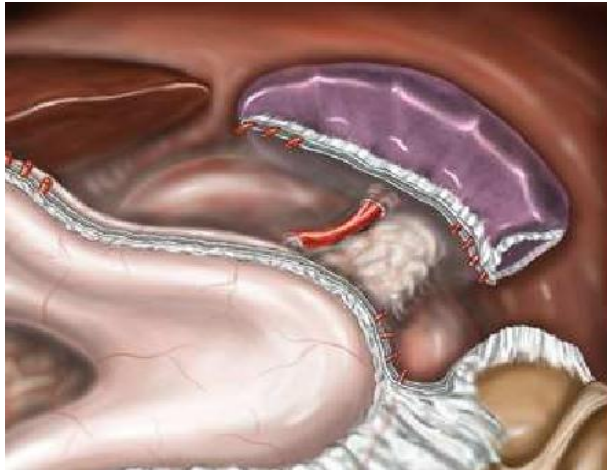
Cắt dây chằng lách thận, giải phóng mặt sau lách đến sát cực trên và các nhánh phình vị dạ dày.



Hình 2.7. Cắt dây chằng lách thận (theo websurg)

Cắt dây chằng hoành lách.

Giải phóng dây chằng vị lách. Những nhánh của mạch vị ngấn 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, tử mĩ và hạn chế đốt điện ảnh hưởng tới phình vị dạ dày

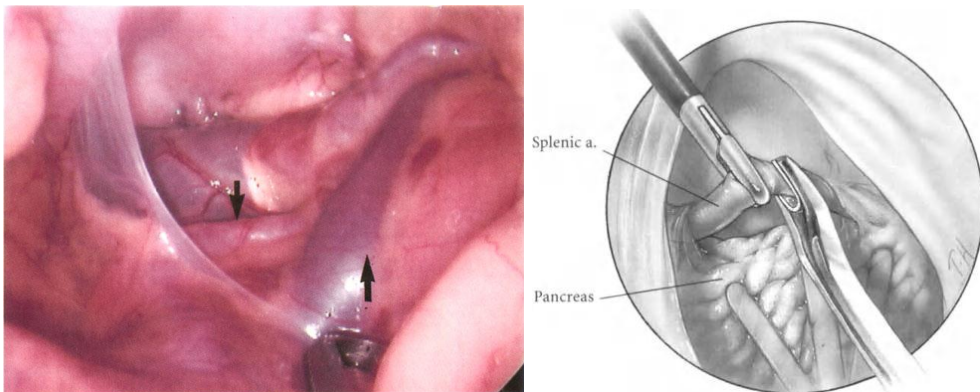


Hình 2.8. Cắt dây chằng vị lách (theo websurg)

Bước 4: Kiểm soát cuống lách

Kẹp động mạch lách trước rốn lách: Với những trường hợp lách có kích thước lớn, thực hiện kẹp động mạch lách trước rốn lách.

Động mạch lách được nhận biết là chạy dọc bờ trên thân tụy. Bộc lộ động mạch lách và kẹp bằng Hem-o-lok làm giảm kích thước lách và hạn chế chảy máu. Tĩnh mạch lách được phẫu tích và kẹp sau khi kiểm soát động mạch.



Hình 2.9. Kiểm soát động mạch lách [4]

Kẹp mạch lách tại rốn lách: Với những trường hợp lách có kích thước trung bình hoặc to vừa, phẫu tích tại rốn lách. Nâng cực dưới của lách và bộc lộ rõ vùng cuống mạch chính. Các động, tĩnh mạch lách, được tách riêng và cặp bằng các Hem-o-lock. Những trường hợp mạch lách nhỏ, không cần thiết phải tách riêng động tĩnh mạch lách, có thể kẹp ngay tại rốn lách.

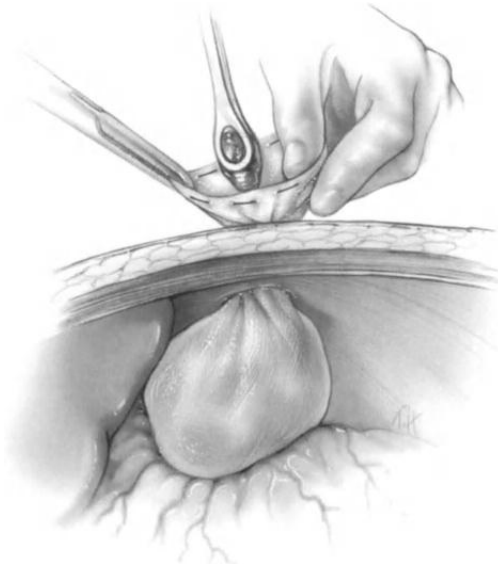
Như vậy, với bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi đã thay đổi một số cải tiến bằng việc giải phóng toàn bộ dây chằng quanh lách trước khi kiểm soát cuống lách. Chúng tôi thực hiện việc giải phóng dây chằng lách thận và hoành lách trước, luôn để lại khoảng 1-2cm dây chằng tại rốn lách để cầm giữ, tránh thao tác trực tiếp vào lách, nhưng không kiểm soát động tĩnh mạch lách ngay mà tiếp tục giải phóng dây chằng vị lách. Lúc này lách chỉ liên quan với đuôi tụy

- Đối với lách có kích thước trung bình và nhỏ, trong trường hợp cần dùng trocar thứ 4, chúng tôi đưa một dụng cụ đầu tù luôn dưới cuống lách và nâng lên, tạo nên tư thế “bập bênh” ở cuống lách giúp khoảng cách cuống lách và đuôi tụy rộng hơn, rất dễ thao tác vào cuống lách. Động tĩnh mạch lách được kẹp riêng tại rốn lách.

- Đối với lách có kích thước lớn, thực hiện việc kiểm soát động mạch lách trước. Động mạch lách được phẫu tích tại vị trí bờ trên thân tụy, kẹp bằng Hem-o-lok. Sau đó mới đi phẫu tích vào rốn lách.

Bước 5: Lấy lách qua túi bệnh phẩm

Lách đã cắt được đặt vào túi đựng bệnh phẩm chắc chắn, tránh rách túi, rơi tế bào lách vào ổ bụng. Túi được đặt tại vị trí hố lách, mở rộng miệng túi, hướng về phẫu thuật viên. Người phụ hai cầm mép sau túi. Phẫu thuật viên, tay trái cầm mép trước, tay phải kẹp vào mép dây chằng cực dưới lách cho lách vào túi.



Hình 2.10. Lấy lách qua túi đựng bệnh phẩm [4]

Rửa sạch hố lách, kiểm tra cầm máu và đặt dẫn lưu.

Đối với các bệnh lý như XHGTC tự miễn, lách có thể nghiền nhỏ lấy qua lỗ trocar mở rộng.

Đối với một số bệnh lý như bệnh máu ác tính, nhằm tránh phát tán tế bào ác tính vào ổ bụng, hay trường hợp lách to không vừa túi, thường mở rộng lỗ trocar để lấy lách nguyên vẹn.

2.2.3.5. Các chỉ số thu thập trong mổ

- Số trocar (3, 4, 5), tại biến đặt trocar.
- Thời gian phẫu thuật, kể từ khi đặt trocar cho đến khi đóng da bụng.
- Cách thức mổ:
 - + Mổ nội soi
 - + Nội soi chuyển mổ mở
- Phải chuyển mổ mở vì lý do:
 - + Lách quá to.
 - + Viêm dính nhiều
 - + Chảy máu không kiểm soát được.
 - + Tổn thương các tạng khác.

- Những nhận xét về lách trong mổ:
 - + Kích thước lách
 - + Có lách phụ hay không.
- Cách kiểm soát cuống lách:
 - + Thất động mạch lách trước rốn lách:
 - Thất động mạch lách trước rốn lách từ phía trước ở bờ trên tụy
 - + Thất động mạch lách tại rốn lách
 - Thất động mạch lách, tĩnh mạch lách tại rốn lách
 - Không tách riêng được động mạch và tĩnh mạch lách
- Phương tiện để kiểm soát mạch
 - + Clip bạc
 - + Hem-o-lok
 - + Khâu tăng cường
 - + Phối hợp
- Cách lấy bệnh phẩm: lấy bằng túi đựng, qua lỗ trocar cạnh rốn mở rộng 2-3 cm hoặc mở rộng 5-7cm trong trường hợp cần lấy lách nguyên vẹn.
- Dẫn lưu:
 - + Hồ lách
 - + Douglas
 - + Không dẫn lưu
- Các tai biến trong phẫu thuật:
 - + Tổn thương các tạng xung quanh.
 - + Chảy máu không kiểm soát được, cần phải truyền máu bổ sung.
 - + Lượng máu mất ước tính trong mổ: Lượng máu mất (được tính bằng ml dựa vào lượng dịch ở bình hút trừ đi dịch rửa bơm vào, trong trường hợp máu chảy chỉ thấm đủ mèche tai mũi họng hoặc nằm trong ống hút coi như không đáng kể, được coi là 5 ml). Thu thập các BN phải truyền máu trong mổ.

2.2.3.6. Các chỉ số thu thập sau mổ.

- Thời gian cho ăn trở lại: tính bằng ngày, kể từ ngày đầu sau mổ.
- Thời gian trung tiện trở lại: tính bằng ngày, kể từ ngày đầu sau mổ.
- Thời gian rút dẫn lưu: tính bằng ngày, kể từ ngày đầu sau mổ.
- Tiêu chuẩn ra viện:
 - Bệnh nhân đã ăn uống trở lại
 - Sinh hoạt cá nhân nhẹ nhàng.
 - Các biến chứng, tai biến đã được xử lý.
 - BN ra viện được chuyển lại viện huyết học truyền máu hoặc khoa huyết học để theo dõi và xử trí tiếp theo chuyên ngành.
- Ra viện sớm nhất.
- Ra viện muộn nhất.
- Thời gian nằm viện trung bình: tính bằng ngày.

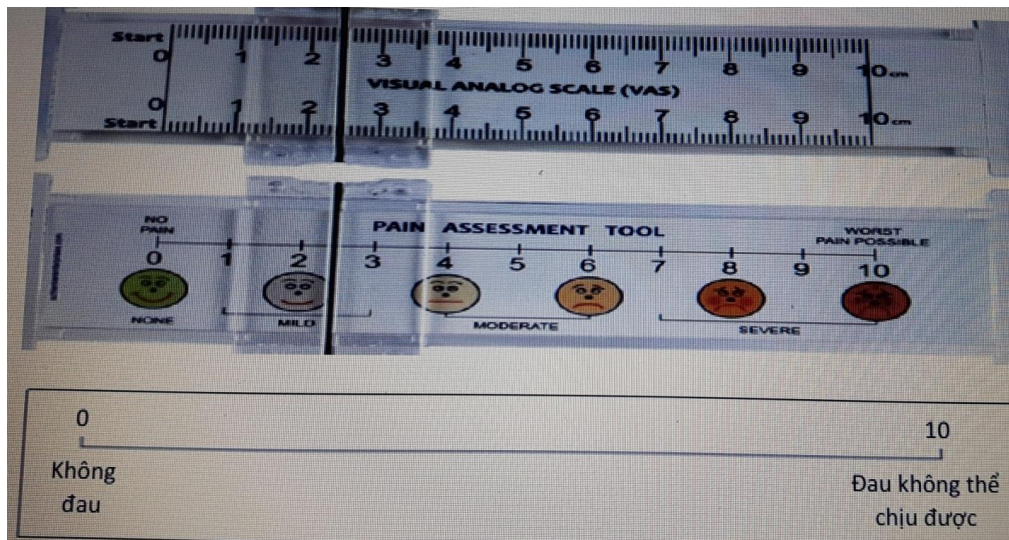
* **Biến chứng sau mổ:**

- Trong ổ bụng:
 - + Chảy máu trong ổ bụng sau mổ.
 - + Viêm phúc mạc.
 - + Tổn thương các tạng xung quanh.
- Nhiễm trùng:
 - + Nhiễm trùng vết mổ.
 - + Sốt.
 - + Viêm phổi: Bệnh nhân sốt, ho, đau ngực, nghe phổi có rales ẩm, chụp Xquang ngực có nốt mờ hoặc đám mờ ở phổi.

* **Tử vong sau mổ:** Là những diễn biến nặng gia đình xin về hoặc tử vong trong thời gian nằm viện. Được xác định có liên quan tới diễn biến của bệnh và phương pháp điều trị.

* **Mức độ đau sau mổ:** Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau dựa trên thước đo mức độ đau. Thước đo này chiều dài 10cm. Hai đầu thước đo là hai mức độ 0: không đau và 10: đau không chịu nổi. Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau trong vòng 1 phút và chỉ mức độ đau trên thước với 10 điểm chia cách nhau 1cm. Cách tính mức độ đau dựa vào khoảng cách theo cm từ 0 đến vị trí bệnh nhân chỉ mức độ đau. Khả năng đau từ 0 đến 10, điểm càng cao là càng đau.

Sau khi BN chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ.



Hình 2.11. Thước đánh giá đau nhìn hình đồng dạng VAS, Astra – Zeneca

- Loại 1 (0-2 điểm): đau rất nhẹ, bệnh nhân không yêu cầu giảm đau sau mổ
- Loại 2 (2- 4 điểm): đau nhẹ, bệnh nhân yêu cầu giảm đau đường uống
- Loại 3 (4-6 điểm): đau vừa, cần dùng các loại giảm đau không gây nghiện
- Loại 4 (6- 8 điểm): rất đau, phải dùng các thuốc giảm đau gây nghiện
- Loại 5 (8-10 điểm): đau không chịu nổi kể cả dùng giảm đau gây nghiện
- Số thuốc giảm đau cần dùng, loại thuốc, liều lượng.
- Số ngày dùng thuốc giảm đau

*** Kết quả cận lâm sàng:**

- Số lượng tiểu cầu sau 24h, 48h, trước khi xuất viện hoặc chuyển sang khoa khác điều trị tiếp.

- Số lượng hồng cầu, bạch cầu.

- Kết quả siêu âm kiểm tra

2.2.3.7. *Xếp loại đáp ứng với điều trị BN XHGTC tự miễn:* Phân loại đáp ứng theo hội huyết học Mỹ [158],[159]

+ Đáp ứng tốt: khi số lượng tiểu cầu tăng lên ≥ 100.000 TC/mm³ máu so với trước phẫu thuật.

+ Đáp ứng trung bình: khi số lượng tiểu cầu tăng 30.000 – 100.000 TC/mm³ so với trước phẫu thuật

+ Không đáp ứng: khi số lượng tiểu cầu ≤ 30.000 TC/mm³ sau khi phẫu thuật.

2.2.3.8. *Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật cắt lách nội soi.*

Kết quả tốt:

- Cắt lách thuận lợi qua nội soi, không có tai biến trong mổ.

- Không có biến chứng sau mổ.

- Sinh hoạt ăn uống vận động sớm.

Kết quả trung bình:

- Cắt được lách qua nội soi nhưng có tai biến nhẹ (rách bao lách, thủng cơ hoành, tổn thương tạng khác) nhưng xử trí được trong cuộc phẫu thuật, không phải chuyển mổ mở.

- Có thể có các biến chứng sau mổ, nhưng được điều trị bảo tồn, không phải mổ lại

- Sinh hoạt ăn uống vận động bình thường.

Kết quả xấu:

- Có tai biến trong phẫu thuật không xử trí được phải chuyển mổ mở

- Biến chứng nghiêm trọng sau mổ, phải mổ lại để xử lý

Kết quả rất xấu

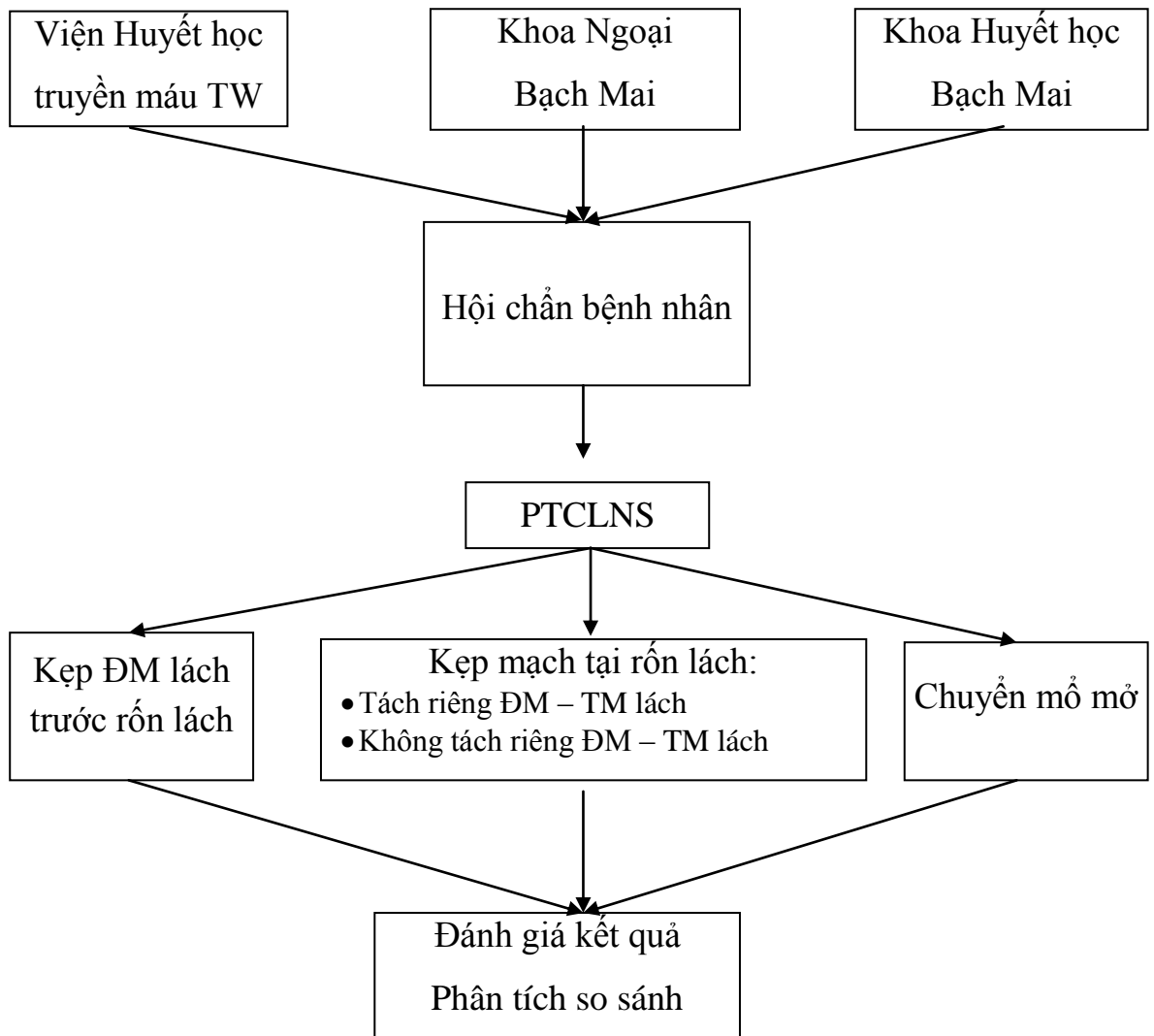
Bệnh nhân tử vong. Bệnh nhân nặng xin về

2.3. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

2.4. Về đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt của trường Đại học Y Hà Nội, Bộ Giáo dục và Đào tạo quyết định.
- Trong nghiên cứu hồ sơ bệnh án và có tính chất bảo mật, không vi phạm về vấn đề y đức.
- Quy trình phẫu thuật nội soi cắt lách được thông qua hội đồng khoa học điều trị bệnh viện Bạch Mai.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 3/2010 đến 6/2016, tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai, có 153 bệnh nhân được thực hiện cắt lách nội soi gồm 49 nam và 104 nữ đạt tiêu chuẩn lựa chọn là đối tượng nghiên cứu. Kết quả phân bố như sau:

3.1. Tuổi và giới

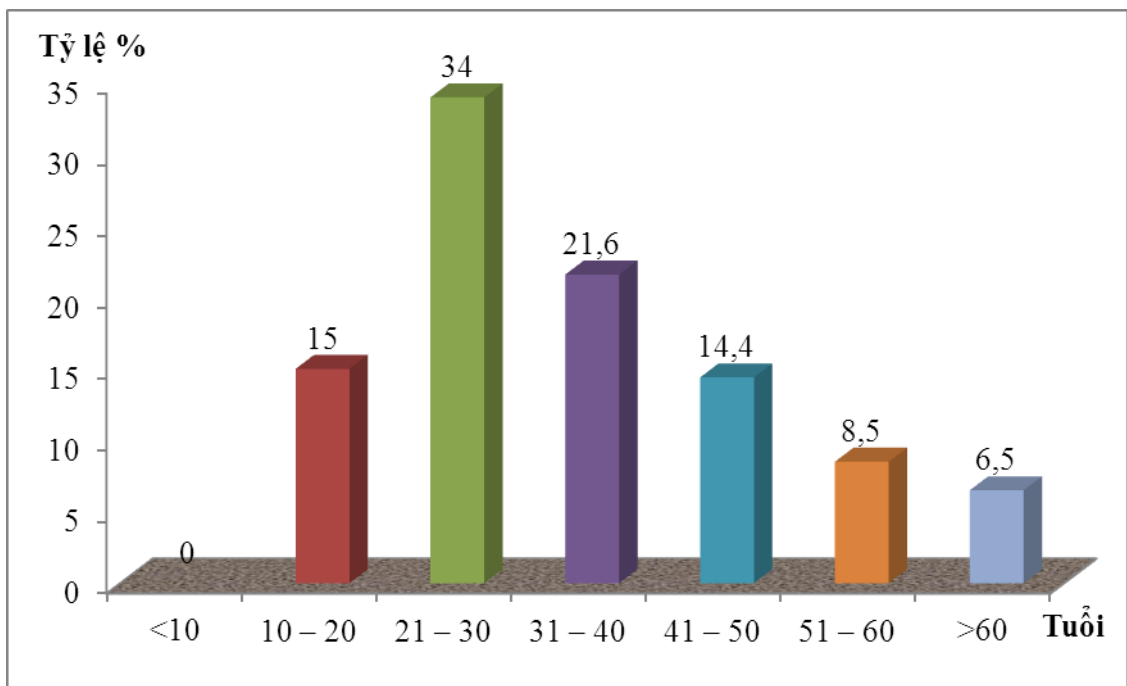
3.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình: $\bar{X} \pm SD = 34,2 \pm 13,8$ (tuổi).

Nhỏ nhất 10 tuổi, lớn nhất 71 tuổi

Tuổi trung bình nhóm BN XHGTC: 33,48 tuổi

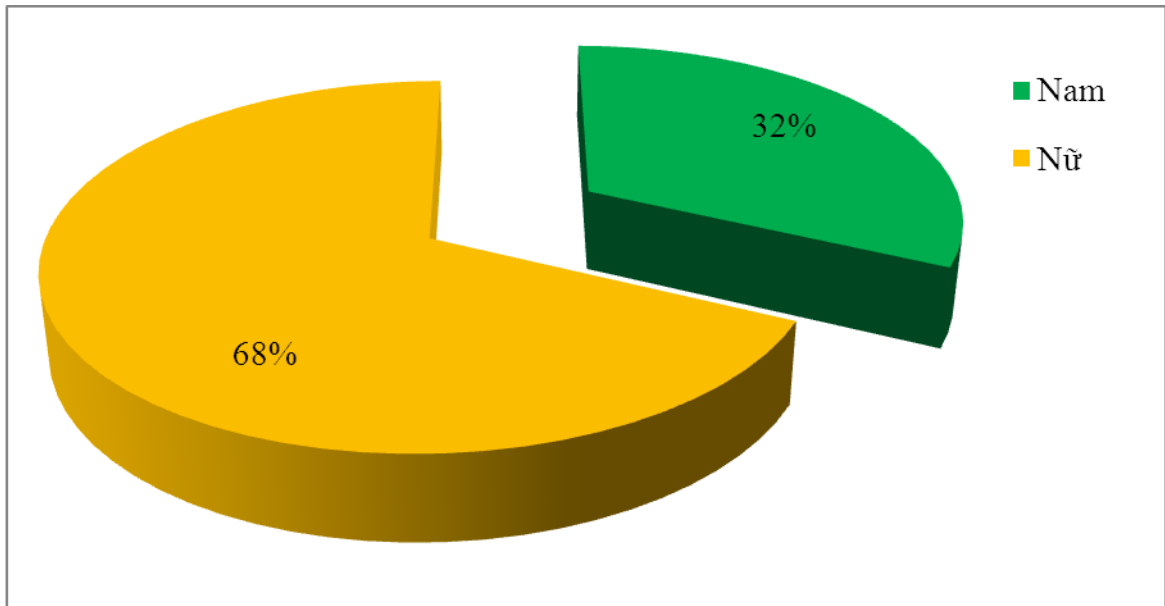
Tuổi trung bình nhóm BN bệnh lý khác: 41,36 tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Lứa tuổi hay gặp nhất là 21-40 tuổi chiếm 55,6%

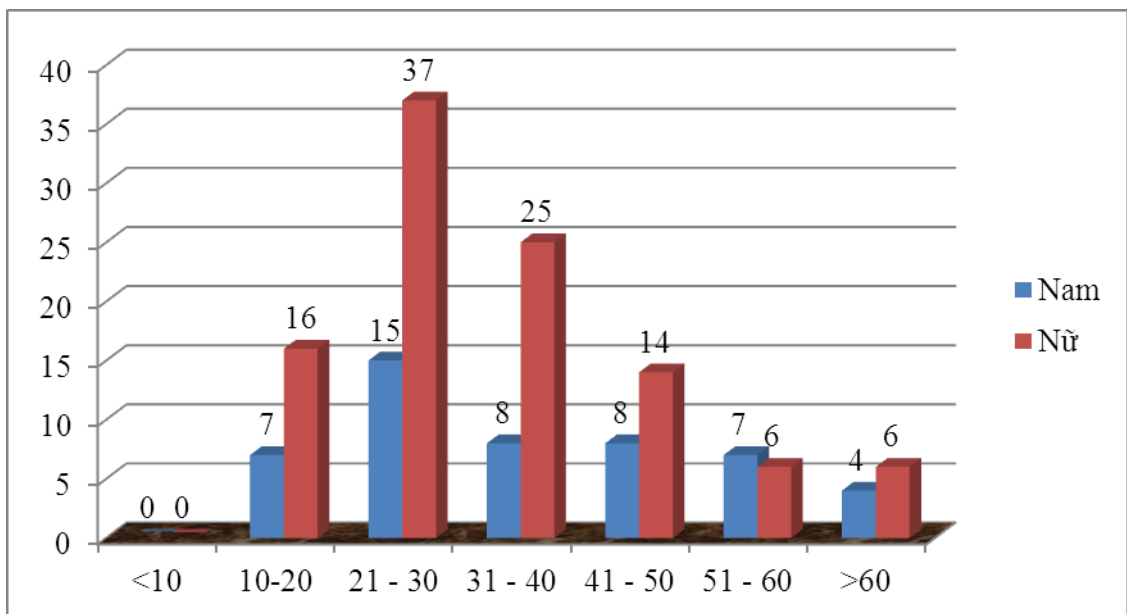
3.1.2. Giới tính



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Số BN nữ nhiều hơn nam Tỷ lệ nam/nữ = 1/2.12.

3.1.3. Phân bố tuổi theo giới tính



Biểu đồ 3.3. Phân bố tuổi theo giới

Nhận xét: Trong các nhóm tuổi từ 10-50 tuổi, số lượng bệnh nhân nữ chiếm đa số.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và chỉ định mổ

3.2.1. Chỉ số BMI

Bảng 3.2. Chỉ số BMI

BMI (kg/m ²)	Số BN (n = 153)	Tỷ lệ (%)
Gầy (BMI < 18)	0	0
Bình thường (18 ≤ BMI < 23)	53	34,6
Tiền béo phì (23 ≤ BMI < 25)	67	43,8
Béo phì độ I (25 ≤ BMI < 30)	33	21,6
Béo phì độ II (30 ≤ BMI)	0	0
Tổng số	153	100
Giá trị trung bình	23,6±1,7	

Nhận xét: BN tiền béo phì và béo phì độ I chiếm 66,4%. Không có BN nào mắc béo phì độ II trở lên.

3.2.2. Chỉ số ASA

Bảng 3.3. Tình trạng sức khỏe BN trước khi phẫu thuật theo thang điểm ASA

ASA	Số BN (n = 153)	Tỷ lệ (%)
Độ I	18	11,8%
Độ II	75	49%
Độ III	60	39,2%
Tổng số	153	100,0

Nhận xét: Các bệnh nhân có chỉ số ASA độ II và III, chiếm 88,2%. Trong đó ASA độ II chiếm 49%.

3.2.3. Tiền sử ngoại khoa và bệnh lý phối hợp

Bảng 3.4. Tiền sử ngoại khoa và bệnh lý phối hợp

	Số BN	Tỷ lệ %
Tiền sử ngoại khoa	8	5,2
Cắt ruột thừa	1	0,6
Mổ sản phụ khoa	7	4,6
CHA	27	17,6
ĐTĐ	12	7,8
Bệnh lý khác	13	8,5
Ung thư ống tai	1	0,6
Sỏi gan phải	1	0,6
U xơ tử cung	2	1,3
Glôcôm	1	0,6
Xuất huyết tiêu hóa do loét hành tá tràng	5	3,3
Basedow	1	0,6
Động kinh	1	0,6
Lupus	1	0,6

Nhận xét: CHA và ĐTĐ chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong các bệnh lý nội khoa lần lượt là 17,6% và 7,8%. Trong các bệnh lý phối hợp, tiền sử xuất huyết tiêu hóa có 5 TH chiếm 3,3% và Glôcôm 1 TH (0,6%) do liên quan đến sử dụng corticoid kéo dài.

3.2.4. Thời gian bị bệnh

Bảng 3.5. Khoảng thời gian đã mắc bệnh của BN

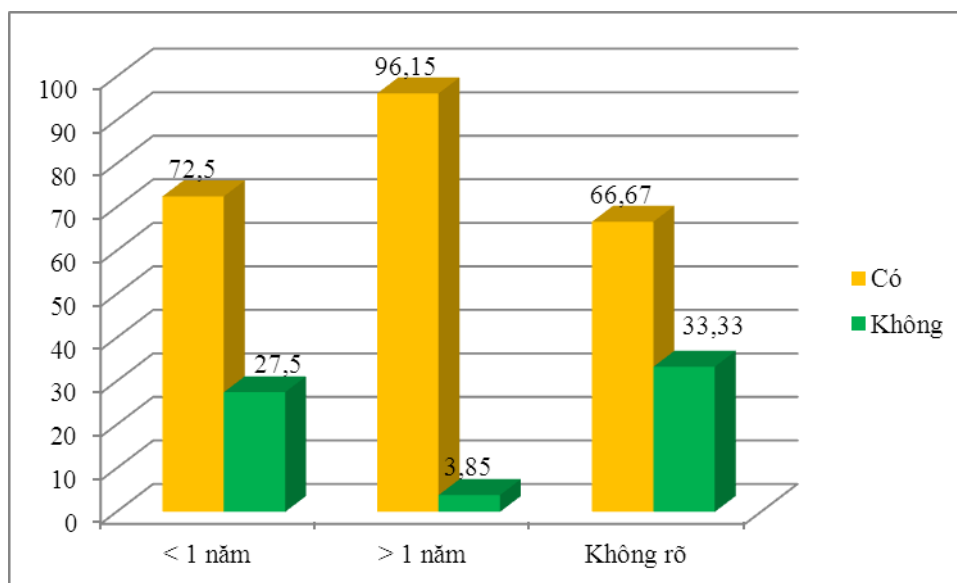
Thời gian mắc bệnh trung bình là 34,8 tháng

Thời gian mắc bệnh (T)	n	%
T < 1 năm	40	26,7
1 năm ≤ T < 2 năm	27	18
2 năm ≤ T < 3 năm	29	19,3
3 năm ≤ T < 4 năm	23	15,3
4 năm ≤ T < 5 năm	4	2,7
5 năm ≤ T	24	16
Không rõ	3	1,9
Tổng	150	100

Nhận xét: Thấy thời gian mắc bệnh của bệnh nhân được cắt lách dưới 1 năm là 40 trường hợp (chiếm 26,1%). Đa số là các bệnh nhân có thời gian bị bệnh trên 1 năm chiếm 71,8%.

3.2.5. Biến chứng do dùng corticoid

Có 147 BN được điều trị corticoid, 6 BN không dùng corticoid trong bệnh cảnh u lách và thalassemie. Trong đó 131 trường hợp có biến chứng corticoid chiếm 89,12 %. Các biến chứng được ghi nhận như xuất hiện các vết rạn da bụng, tích mỡ dưới da bụng, mặt. 1 TH bị Glôcôm do có liên quan đến sử dụng corticoid kéo dài, đã được hội chẩn với chuyên khoa mắt



Biểu đồ 3.4. Số BN xuất hiện biến chứng do dùng corticoid.

Nhận xét: 104 trường hợp có tiền sử mắc bệnh được điều trị nội khoa trên 1 năm, trong đó có 100 trường hợp (chiếm **96,15%**) có các biến chứng do dùng corticoid. 40 trường hợp được điều trị nội khoa dưới 1 năm, trong đó có 29 trường hợp (chiếm **72,5%**) xuất hiện các biến chứng do dùng corticoid.

3.2.6. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 3.6. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Biểu hiện		Số BN	
		n	Tỷ lệ %
Xuất huyết	Dưới da	104	67,97
	Niêm mạc	72	47,1
	Tạng	0	0
Thiếu máu	Nhẹ (Hb >90-120g/l)	51	33,33
	Vừa (Hb 70-90g/l)	27	17,6
	Nặng (Hb <70g/l)	0	0
Tức nặng vùng hạ sườn trái		16	10,5
Khám lách trên lâm sàng	Lách không to	130	85,0
	I	18	11,8
	II	5	3,2

Nhận xét: Trên lâm sàng, biểu hiện xuất huyết chiếm chủ yếu với tỷ lệ 67,97%, thiếu máu chiếm 50,9%. Lách to trên lâm sàng chiếm 15,0% (độ I: 18 bệnh nhân có tỷ lệ 11,8%, độ II: 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,2%).

3.2.7. Bệnh lý về máu có chỉ định mổ

Bảng 3.7. Bệnh lý về máu có chỉ định mổ

	n	%
XHGTC tự miễn	139	90,8
Cường lách	5	3,3
Suy tủy	1	0,7
Thalassemie	3	1,9
Tan máu tự miễn	1	0,7
Evans	1	0,7
U lympho lách	3	1,9
Tổng	153	100

Nhận xét: Chỉ định cắt lách chủ yếu là bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn có 139 TH chiếm 90,8%. Cường lách 5 bệnh nhân chiếm 3,3%. Thalassemie 3 bệnh nhân và u lách có 3 bệnh nhân chiếm 1,9%. Còn lại là các nguyên nhân như suy tủy, tan máu tự miễn, hội chứng Evans chiếm 2,1%.

3.2.8. Chỉ định mổ

Bảng 3.8. Chỉ định mổ cắt lách trong nhóm bệnh lý về máu lành tính

		Số BN	Tỷ lệ %
Bệnh lý lành tính (150 BN)	Không đáp ứng điều trị nội khoa	54	36,0
	Phụ thuộc corticoid	96	64,0
Tổng		150	100

Nhận xét: Trong 150 BN có bệnh máu lành tính, chỉ định mổ do phụ thuộc corticoids chiếm 64%, 36% BN không đáp ứng với corticoids

3.2.9. Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 3.9. Kết quả giải phẫu bệnh

Chẩn đoán sau mổ	Kết quả giải phẫu bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
Bệnh máu lạnh tính	Quá sản tủy đỏ mô lách	150	98%
Bệnh máu ác tính	U lympho non Hodgkin	3	2%
Tổng		153	100%

Nhận xét: Kết quả giải phẫu bệnh với những bệnh máu lạnh tính là quá sản tủy đỏ mô lách. 3 TH chẩn đoán trước mổ là u lách cho kết quả giải phẫu bệnh là u lympho non Hodgkin

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Máu ngoại vi

* Số lượng tiểu cầu:

Bảng 3.10. Số lượng tiểu cầu trước phẫu thuật

Số lượng tiểu cầu trước phẫu thuật (TC: đơn vị G/l)	n	%	
XHGTC (n=139)	$2 \leq TC < 20$	46	33.1
	$20 \leq TC < 50$	61	43.9
	$50 \leq TC < 100$	26	18.7
	$100 \leq TC \leq 241$	6	4.3
	Tổng	139	100
	Giá trị trung bình	36,6±34,5	
Bệnh lý khác (n=14)	Giá trị trung bình	98,6±63,4	

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm XHGTC có số lượng tiểu cầu thấp nhất là 2 G/l, bệnh nhân có số lượng tiểu cầu cao nhất là 241 G/l, số lượng tiểu cầu trung bình 36.6 G/l. Và kết quả phân loại như sau:

Số lượng tiểu cầu máu ngoại vi dưới 20 G/l chiếm tỉ lệ khá cao 46 bệnh nhân (**33,1%**), 61 bệnh nhân (43,9%) có số lượng tiểu cầu 20 - 50 G/l, vậy tổng số bệnh nhân có số lượng tiểu cầu <50 G/l là 77%. Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu > 50G/l chiếm 23%. Chỉ có 6 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu >100G/l chiếm 4,3%.

Trong nhóm bệnh lý về máu khác giá trị trung bình tiểu cầu trước mổ là 98,6 G/l. Số lượng TC thấp nhất là 34 G/l, cao nhất là 256 G/l.

3.3.2. Xét nghiệm tủy đồ

Tất cả các bệnh nhân được nghiên cứu trong nhóm bệnh lý lành tính đều được làm tủy đồ (150 trường hợp), với kết quả là: giảm tiểu cầu ngoại vi, tủy tăng sinh lành tính. Sinh tủy bình thường là một trong những tiêu chuẩn bắt buộc để chỉ định cắt lách.

3.3.3. Kết quả siêu âm

Trong 153 trường hợp siêu âm, có 2 TH phát hiện thấy lách phụ.

Đánh giá kích thước lách được thể hiện ở bảng sau.

Bảng 3.11. Kích thước lách trên siêu âm

Kích thước lách (KTL)	n	%
$7\text{cm} \leq \text{KTL} < 11\text{ cm}$	61	39,9
$11\text{ cm} \leq \text{KTL} < 15\text{ cm}$	61	39,9
$15\text{ cm} \leq \text{KTL} < 20\text{ cm}$	25	16,3
$20\text{ cm} \leq \text{KTL} \leq 22\text{ cm}$	6	3,9
Tổng	153	100

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có kích thước lách bình thường và to vừa (< 15 cm) chiếm 79,7%. Kích thước lách to ($\geq 15\text{ cm}$) có 31 TH, trong đó lách rất to ($\geq 20\text{ cm}$) 6 TH chiếm 3,9%. Kích thước lách nhỏ nhất là 7 cm, lớn nhất 22 cm.

3.3.4. Phân bố kích thước lách theo chẩn đoán bệnh

Bảng 3.12. Phân bố kích thước lách theo chẩn đoán bệnh

Kích thước lách (KTL)	XHGTC		Bệnh lý khác		Tổng		p-value
	n	%	n	%	n	%	
$7\text{cm} \leq \text{KTL} < 11\text{ cm}$	61	43,9	0	0,0	61	39,9	<0,01
$11\text{ cm} \leq \text{KTL} < 15\text{ cm}$	59	42,5	2	14,3	61	39,9	
$15\text{ cm} \leq \text{KTL} < 20\text{ cm}$	19	13,7	6	42,9	25	16,3	
$20\text{ cm} \leq \text{KTL} \leq 22\text{ cm}$	0	0	6	42,9	6	3,9	
Tổng	139	100	14	100	153	100	
Giá trị trung bình	11,5±2,9		18,4±2,9		12,1±3,5		<0,01

Nhận xét: Lách trong bệnh lý XHGTC thường có kích thước bình thường và to vừa chiếm 86,3% không có TH nào lách có kích thước $\geq 20\text{cm}$. Đối với nhóm bệnh lý cường lách, thalassemie và u lách, kích thước lách thường to. Trong 14 TH không phải XHGTC thì kích thước lách to $\geq 15\text{ cm}$ là 12 TH chiếm 85,8%, 6 bệnh nhân trong số này có kích thước lách rất to $\geq 20\text{ cm}$ chiếm 42,9%. Kích thước lách lớn nhất trong nhóm nghiên cứu là 22cm. Sự khác biệt về kích thước lách ở nhóm bệnh XHGTC tự miễn và bệnh lý về máu khác là có ý nghĩa thống kê.

3.3.5. Kết quả chụp CT

Bảng 3.13. Kết quả chụp CT

Kết quả chụp CT	Số BN (27 TH)	Tỷ lệ %
Lách to	27	100
Lách phụ	1	3,7
U lách	3	11,1
Hạch rốn lách	0	0

Nhận xét: Trong 31 TH lách $\geq 15\text{ cm}$ trên siêu âm, chỉ định chụp CT 27 TH, lách phụ được phát hiện 1 TH tương ứng với kết quả trên siêu âm, U lách có 3 TH chiếm 11,1%.

3.4. Những diễn biến trong phẫu thuật

3.4.1. Phương pháp phẫu thuật

Trong 153 trường hợp, PTCLNS hoàn toàn thực hiện 145 TH chiếm 94,8%. 8 TH chuyển mổ mở chiếm 5,2%. Tất cả các trường hợp chuyển mổ mở đều do chảy máu không kiểm soát được bằng nội soi, phải chuyển mổ mở.



BN Trần Thị H 34 T, chẩn đoán XHGTC, mã hồ sơ 160301094

Tất cả các bệnh nhân đều được đặt ở tư thế nghiêng phải 50° - 70° so với bàn mổ, tay trái vắt cao, có đệm vùng ngực phải, chân dưới co, chân trên duỗi nhằm làm rộng vùng sườn chậu.

3.4.2. Số lượng và vị trí trocar

Bảng 3.14. Số trocar sử dụng

Số trocar sử dụng	Số BN	Tỷ lệ %
3 trocar	94	61,4
4 trocar	59	38,6
5 trocar	0	0
Tổng	153	100

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được dùng 3 trocar trong mổ (61,4%). Trocar đầu tiên được đặt bằng phương pháp mở của Hasson, vị trí đặt trocar này ở trên rốn, lệch trái nằm trên đường giữa đòn trái. Có 59 trường hợp cần dùng thêm trocar thứ 4, đặt ở đầu trước xương sườn thứ 11, đây là trocar được đặt muộn nhất, thường được dùng để luồn dưới cuống lách, nâng lên khi phẫu tích vào rốn lách hoặc để hút rửa và cho lách vào túi lấy ra.

3.4.3. Tai biến trong phẫu thuật

Bảng 3.15. Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến trong phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Thủng cơ hoành	1	0,6
Chảy máu không kiểm soát phải chuyển mổ mở	8	5,2%
Rách bao lách	11	7,2%
Tổng	20	13,1%

Nhận xét: trong 153 TH, không trường hợp nào phải truyền máu trong phẫu thuật, không có trường hợp nào tử vong. Xảy ra 1 tai biến thủng cơ hoành, 8 trường hợp phải chuyển mổ mở do chảy máu đều nằm trong nhóm bệnh lý XHGTC tự miễn. Rách bao lách là tai biến thường gặp nhất 7,2%.

3.4.4. Nguyên nhân chuyển mổ mở

Thất bại trong cầm máu bằng Hem-o-lok, clip và khâu cầm máu là nguyên nhân của việc chuyển mổ mở. Không bệnh nhân nào được sử dụng Stapler

Bảng 3.16. Chuyển mổ mở

Nguyên nhân chuyển mổ mở	Bệnh nhân	
	n	%
Tôn thương tĩnh mạch lách	5	3,3
Tôn thương động mạch lách	2	1,3
Tôn thương mạch vị ngắn	1	0,65
Tổng	8	5,2

Nhận xét: 8 trường hợp chuyển mổ mở (5,2%) là do chảy máu khó cầm khi phẫu tích vào cuống lách, trong đó tổn thương tĩnh mạch lách chiếm tỷ lệ cao nhất 3,3 % các trường hợp.

3.4.5. Hình ảnh đại thể lách và phương tiện kiểm soát cuống lách

Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào lách to quá rốn hay tới màu chầu.

Phương tiện kiểm soát cuống lách.

Bảng 3.17. Phương tiện kiểm soát cuống lách

Phương tiện kiểm soát cuống lách	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kẹp Hem-o- lok đơn thuần	84	54,9
Phối hợp Hem-o-lok và clip	57	37,3
Phối hợp Hem-o-lok và khâu buộc	12	7,8
Tổng	153	100

Nhận xét: Cách kiểm soát cuống lách dùng kẹp Hem-o-lok 100% các TH. Khâu cầm máu rốn lách sau khi kẹp Hem-o-lok ở 12 TH chiếm 7,8%.

3.4.6. Kiểm soát cuống lách

Bảng 3.18. Phương pháp kiểm soát cuống lách (n=153)

Phương pháp kiểm soát cuống lách		Số BN	Tỷ lệ %
Kẹp ĐM lách trước rốn lách		26	17
Kẹp mạch lách tại rốn lách	Tách riêng ĐM-TM lách tại rốn lách.	79	51,6
	Không tách riêng ĐM-TM lách tại rốn lách	48	31,4
Tổng		153	100

Nhận xét: Có 83 % số BN được kẹp mạch lách tại rốn lách, trong đó 51,6 % là tách riêng động mạch và tĩnh mạch lách.

3.4.7. Mối liên quan giữa phương pháp kiểm soát cường lách và tỷ lệ chuyển mổ mở

Bảng 3.19. Liên quan giữa phương pháp kiểm soát cường lách và tỷ lệ chuyển mổ mở

Phương pháp kiểm soát cường lách		BN chuyển mổ mở		BN PTCLNS thành công	
		n	%	n	%
Kẹp ĐM lách trước rốn lách (26 TH)		1	3,8	25	96,2
Kẹp mạch lách tại rốn lách (127 TH)	Tách riêng ĐM-TM lách tại rốn lách (79 TH)	3	3,8	76	96,2
	Không tách riêng ĐM-TM lách tại rốn lách (48 TH)	4	8,3	44	91,7
Tổng		8	5,2	145	94,8

Nhận xét: Những trường hợp không tách riêng được động mạch và tĩnh mạch lách khi kiểm soát cường lách cho tỷ lệ chuyển mổ mở cao nhất 8,3%. Tỷ lệ chuyển mổ mở chung của nhóm nghiên cứu là 5,2%.

3.4.8. Mối liên quan giữa phương pháp kiểm soát cường lách với thời gian mổ và lượng máu mất ước tính

Bảng 3.20. Phương pháp kiểm soát cường lách với thời gian mổ và lượng máu mất ước tính (n = 145)

Kỹ thuật mổ	BN	n	Thời gian mổ	Lượng máu mất ước tính
Kẹp ĐM lách trước rốn lách		25	91,0±20,6	31,6±24,1
Kẹp mạch lách tại rốn lách		120	72,0±19,0	39,7±26,4
Tổng	n = 145		p < 0,01	p = 0,17

Nhận xét: Ngoài 1 TH phải chuyển mổ mở, kẹp động mạch lách trước khi đi vào phẫu tích rốn lách trong 25 TH lách to (những trường hợp lách có kích thước to dựa vào đánh giá trên siêu âm trước mổ và quan sát trong mổ).

Những bệnh nhân được kẹp động mạch lách trước rốn lách có thời gian mổ trung bình lâu hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm kẹp mạch lách tại rốn lách (91,0±20,6 phút so với 72,0±19,0 phút), nhưng lượng máu mất ước tính ít hơn, mặc dù sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.21. Liên quan giữa kẹp mạch lách tại rốn lách với thời gian mổ và lượng máu mất ước tính (n = 120)

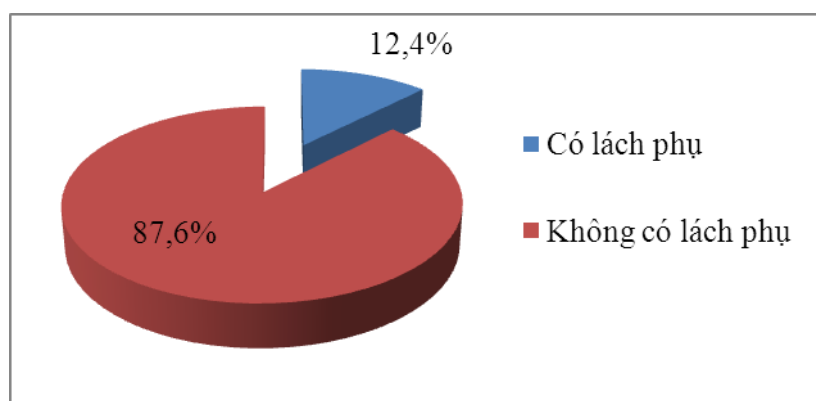
Kẹp mạch lách tại rốn lách	n	Thời gian mổ	Lượng máu mất trung bình ước tính (ml)
Kẹp ĐM-TM lách riêng	76	70,3±18,0	40,1±26,5
Không kẹp ĐM-TM lách riêng	44	75,0±20,6	38,9±26,5
Tổng	120	p=0,31	p=0,83

Nhận xét: 120 TH còn lại thực hiện phẫu tích trực tiếp vào rốn lách, có 76 TH kẹp được ĐM-TM lách riêng, 44 TH không phẫu tích động mạch, tĩnh mạch riêng rẽ. Sự khác biệt về thời gian mổ và lượng máu mất ước tính là không có ý nghĩa thống kê.

3.4.9. Lách phụ

Bảng 3.22. Lách phụ

	Lách phụ	n	%
Phát hiện trước mổ qua siêu âm, chụp CT	Có lách phụ	2	1,3
	Không có lách phụ	151	98,7
Phát hiện trong mổ	Có lách phụ	19	12,4
	Không có lách phụ	134	87,6



Biểu đồ 3.5. Lách phụ

Nhận xét: Có 19 TH trong nhóm nghiên cứu, lách phụ được phát hiện trong mổ. Đặc biệt có 1 TH có hai lách phụ. Tỷ lệ phát hiện lách phụ là 12,4%. Trong 153 TH siêu âm trước mổ, lách phụ được phát hiện trong 2 TH.

3.4.10. Lấy bệnh phẩm

Ngoài 8 trường hợp mổ nội soi chuyển mở, 131 trường hợp (90,3%) cắt lách nội soi chúng tôi lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar mở rộng 2-3 cm sau khi cho lách vào túi và tháo clip hút máu ở lách. 14 TH (9,7%) trong đó có 3 TH u lách, lách có kích thước to, phải mở rộng lỗ trocar 5-7 cm .

3.4.11. Dẫn lưu hố lách.

128 bệnh nhân sau mổ được đặt dẫn lưu hố lách chiếm 88,3% các trường hợp.

3.4.12. Thời gian phẫu thuật.

$$\bar{X} \pm SD = 75,3 \pm 20,5 \text{ (phút)}$$

Bảng 3.23. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ (TGM: phút)	XHGTC		Bệnh lý khác		Tổng		p-value
	n	%	n	%	n	%	
$40 \leq \text{TGM} < 70$	53	40,5	1	7,1	54	37,2	<0,01
$70 \leq \text{TGM} \leq 90$	56	42,8	1	7,1	57	39,3	
$90 < \text{TGM} \leq 120$	22	16,8	12	85,7	34	23,5	
Tổng	131	100	14	100	145	100	
Trung bình	72,5±18,7		101,4±19,3		75,3±20,5		

Nhận xét: Thời gian trung bình là 75,3 phút, trong đó nhanh nhất là 40 phút và lâu nhất là 120 phút.

Nhóm bệnh nhân XHGTC có thời gian mổ trung bình 72,5 phút, nhóm các bệnh lý khác có thời gian mổ trung bình là 101,4 phút, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

3.5. Các kết quả sau phẫu thuật cắt lách nội soi.

3.5.1. Biến chứng sớm và tử vong sau mổ

Có 21 trường hợp (14,5%) sốt với nhiệt độ trung bình $38,5 \pm 0,5$ (độ C). Những BN này sốt kéo dài sau mổ mà không rõ nguyên nhân nhiễm trùng, thường được dùng hạ sốt đường uống và truyền solumedrol.

Bảng 3.24. Các biến chứng sớm sau mổ (n=145)

Biểu hiện	Có		Cách thức xử trí
	n	Tỷ lệ %	
Chảy máu trong ổ bụng	2	1,4	Mổ lại
Thủng tạng viêm PM	0	0	
Tụ dịch ổ lách	3	2,1	Điều trị nội khoa 2 BN, chọc hút dưới siêu âm 1 BN
Viêm Phổi	6	4,1	Điều trị nội khoa
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	
Tử vong	0	0	
Tổng số	11	7,6	

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi sau mổ 6 TH chiếm 4,1%. 2 TH chảy máu sau mổ phải mổ lại, đều mổ mở. Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào tử vong hay nặng xin về.

3.5.2. Mức độ đau sau mổ ở BN PTCLNS hoàn toàn

Ngoài 8 TH chuyển mổ mở, có 2 TH chảy máu sau mổ, phải mổ lại. Còn lại 143 BN thực hiện PTCLNS được đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS như sau.

Bảng 3.25. Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

Mức độ đau sau mổ	Số lượng BN (n = 143)	Tỷ lệ (%)
Đau ít	102	71,3
Đau vừa	37	25,9
Đau nhiều	4	2,8
Đau rất nhiều	0	0
Tổng số	143	100,0

Nhận xét: Trong 143 bệnh nhân được PTCLNS hoàn toàn, có 97,2% chỉ đau mức độ ít và vừa, 4 bệnh nhân (2,8%) đau nhiều, không có BN nào đau rất nhiều.

3.5.3. Thời gian dùng giảm đau paracetamol

$$\bar{X} \pm SD = 1,43 \pm 0,69 \text{ (ngày)}$$

Tất cả các bệnh nhân được giảm đau, bằng paracetamol (thường dùng 2 biệt dược là Viramol và Perfalgan) sau mổ, trung bình 1.43 ngày. Ít nhất là dùng 1 ngày, nhiều nhất là dùng 3 ngày.

3.5.4. Thời gian lưu thông ruột trở lại, thời gian rút các ống thông và dẫn lưu

Nhu động ruột đánh giá trở về bình thường khi có trung tiện, thời gian trung bình là 1,34 ngày, ít nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 3 ngày

Bảng 3.26. Thời gian rút các ống thông và dẫn lưu

Dẫn lưu	Số lượng BN	Tối thiểu (ngày)	Tối đa (ngày)	Thời gian trung bình (ngày)
Ống thông dạ dày	143	1	3	1,37 ± 0,43
Ống thông tiểu	143	1	2	1,41 ± 0,39
Dẫn lưu hố lách	128	1	4	1,53 ± 0,68

Nhận xét: Dẫn lưu hố lách được đặt trong 128 TH chiếm 89,5%. Các chỉ định đặt dẫn lưu hố lách chủ yếu dựa vào thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

3.5.5. Thời gian nằm viện

Bảng 3.27. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 3 ngày	19	13,2
4 ngày - 6 ngày	105	73,4
7 - 12 ngày	19	13,3
Tổng	143	100
Trung bình	5,1±1,7	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 5,1 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, lâu nhất là 12 ngày sau mổ. Trong đó có 105 trường hợp (chiếm 73,4%) nằm điều trị tại khoa sau phẫu thuật từ 4 đến 6 ngày.

Bảng 3.28. Phân bố thời gian nằm viện theo số lượng tiểu cầu trước phẫu thuật

Thời gian nằm viện (ngày)	Tiểu cầu trước phẫu thuật (n= 143 BN)								p-value
	<20 G/l		20 - < 50 G/l		≥50 G/l		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤ 3 ngày	3	7,3	12	18,8	4	10,5	19	13,3	0,10
4 ngày - 6 ngày	33	80,5	47	73,4	25	65,8	105	73,4	
7 - 12 ngày	5	12,2	5	7,8	9	23,7	19	13,3	
Tổng	41	100	64	100	38	100	143	100	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	5,1±1,7		4,8±1,7		5,5±1,7		5,1±1,7		0,08

Nhận xét: Sự khác nhau về thời gian nằm viện tại khoa phẫu thuật của các nhóm bệnh nhân có số lượng tiểu cầu khác nhau là không có ý nghĩa thống kê. Kể các những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu <20 G/l, thời gian nằm viện trung bình cũng chỉ là 5.1 ngày

3.5.6. Sự thay đổi về số lượng tiểu cầu sau phẫu thuật ở nhóm BN XHGTC

Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là XHGTC chiếm 90.8%. Những bệnh nhân này thường có số lượng tiểu cầu trước mổ rất thấp. Số lượng tiểu cầu trước mổ trung bình là 36,6±34,5 G/l (min = 2 G/l, max = 241 G/l). Đáng lưu ý là số lượng tiểu cầu trước mổ < 50G/l chiếm 77%.

Sau mổ, số lượng tiểu cầu tăng trung bình là 152,0 G/l ±122 G/l (min = 2,8 G/l, max = 823 G/l). Tuy vậy cũng có những trường hợp đáp ứng sớm là không tốt, tiểu cầu thậm chí giảm so với trước mổ, chiếm tỷ lệ 2,9% (4BN/139BN).

Bảng 3.29. So sánh số lượng tiểu cầu thời điểm trước mổ, sau phẫu thuật 24h-48h và khi ra viện.

Thời điểm		Số lượng tiểu cầu máu ngoại vi (G/l)				$\bar{X} \pm SD$	p < 0,01
		< 20	20 - < 50	50- <100	≥ 100		
Trước mổ	Số BN	46	61	26	6	36,6±34,5	
	Tỷ lệ %	33,1	43,9	18,7	4,3		
Sau mổ 24h- 48h	Số BN	1	15	33	90	108,6±93,7	
	Tỷ lệ %	0,7	10,8	23,7	64,7		
Khi ra viện	Số BN	3	13	37	86	152±122,0	
	Tỷ lệ %	2,1	9,4	26,6	61,9		

Nhận xét: Tỷ lệ BN có tiểu cầu trước mổ < 50 G/l là 77%. Khi ra viện tỷ lệ BN có tiểu cầu > 50 G/l là 88,5%. Số lượng tiểu cầu bệnh nhân tăng dần sau mổ, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.30. Kết quả phẫu thuật trong nhóm TC đặc biệt thấp ($\leq 10G/l$)

STT	TC trước mổ	TC khi ra viện	Thời gian mổ (phút)	Máu mất (ml)	Thời gian nằm viện (ngày)	Lách phụ	Chuyển mổ mở
1	10	195	90	70	6	Có	
2	9	137	70	70	4		
3	2	58	70	100	10		Chuyển mổ mở
4	10	60	70	70	3		
5	5	123	120	90	5		
6	5	151	65	100	8	Có	
7	9	174	90	100	4		
8	7	50	80	70	4		
9	8	92	75	80	5	Có	
10	8	252	100	70	5		
11	9	14	100	80	5		
12	8	102	100	80	6		
13	9	163	100	50	6		
14	10	93	85	90	6		
15	4	48	75	70	3		
16	9	20	95	180	6		Chuyển mổ mở
17	9	57	80	60	5		
18	3	212	105	60	4		
19	8	71	100	140	8		Chuyển mổ mở
20	3	83	60	60	4		
21	6	2,8	60	70	4		
22	7	491	60	60	5		
23	7	32	80	90	4		
24	10	221	85	100	4		
25	5,7	79	55	80	5	Có	
26	4	93	50	60	4		
Giá trị TB	7,1 G/l	118,2 G/l	81,5 phút	82,7 ml	5,1 ngày		

Nhận xét: Có 26 BN tiểu cầu trước mổ $\leq 10G/l$. Số lượng tiểu cầu trung bình trước mổ là 7,1 G/l. Khi ra viện số lượng tiểu cầu tăng trung bình là 118,2 G/l. Thời gian mổ trung bình 81,5 phút và lượng máu mất ước tính là 82,7ml, thời gian nằm viện trung bình là 5,1 ngày. Có 3 TH phải chuyển mổ mở trong nhóm này.

3.6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng PTCLNS

3.6.1. Kích thước lách

Bảng 3.31. Liên quan giữa kích thước lách và kết quả phẫu thuật

Kích thước lách						p
		<11 cm	11- < 15 cm	15- < 20 cm	≥ 20 cm	
Kết quả phẫu thuật						
	145 BN	Thời gian mổ trung bình (phút)	71,8 $\pm 20,3$	72,4 $\pm 19,7$	84,2 $\pm 16,2$	101,3 $\pm 16,6$
Lượng máu mất trung bình (ml)		39,7 $\pm 26,5$	49,7 $\pm 40,6$	44,8 $\pm 34,5$	17,5 $\pm 13,9$	0,06
Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ (%)		1,67	1,79	0	0	
153 BN	Tỷ lệ chuyển mổ mở (%)	1,64	8,2	8,0	0	

Nhận xét: Sự khác biệt về thời gian mổ và lượng máu mất ước tính trong mổ ở nhóm bệnh nhân có kích thước lách khác nhau là khác nhau có ý nghĩa thống kê. Đối với các trường hợp lách có kích thước > 20 cm, thời gian mổ trung bình lâu nhất, là 101.3 phút. Trong 6 TH lách có kích thước ≥ 20 cm, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

3.6.2. Số lượng tiểu cầu trước mổ

Trong tổng số 139 bệnh nhân XHGTC tự miễn, có 46 TH chiếm gần 1/3 số bệnh nhân, có số lượng tiểu cầu trước mổ rất thấp (< 20 G/l). Những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu < 20 G/l là nhóm bệnh nhân mà chúng tôi đã cố gắng nâng tiểu cầu trước mổ lên bằng nhiều biện pháp khác nhau như dùng corticoid liều cao, truyền tiểu cầu máy trước mổ, song cũng không có hiệu quả, những TH này phải dự trữ sẵn khối tiểu cầu để truyền ngay trong mổ (khi đã kẹp được cuống lách) hoặc ngay sau mổ.

Bảng 3.32. Liên quan giữa số lượng TC trước mổ trong nhóm BN XHGTC với kết quả phẫu thuật

Số lượng TC		TC	TC	TC	P
		< 20 G/l	20- < 50 G/l	≥ 50 G/l	
Kết quả phẫu thuật	Thời gian mổ trung bình (phút)	80,2±16,8	72,2±18,5	62,2 ±17,9	$< 0,01$
	Lượng máu mất trung bình (ml)	62,6±32,5	30,5±24,2	30,0±35,0	$< 0,01$
	Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ (%)	2,4 (1/41)	0	3,3 (1/30)	
	Tỷ lệ chuyển mổ mở (%)	8,7	3,3	6,25	

Nhận xét: Với bệnh nhân có số lượng TC < 20 G/l, thời gian mổ trung bình lâu hơn (80,2 phút so với 72,2 phút và 62,2 phút ở những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu từ 20 - < 50 G/l và ≥ 50 G/l), và lượng máu mất ước tính cũng nhiều hơn. Tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân này.

3.6.3. Bệnh lý nền đòi hỏi phải cắt lách

Ngoài bệnh lý XHGTC tự miễn có chỉ định cắt lách, trong nghiên cứu này chúng tôi có 14 TH bệnh lý khác là cường lách, thalassemie, suy tủy, hội chứng Evans, u lympho Non Hodkin. Những bệnh nhân này có thời gian mổ trung bình lâu hơn, tuy vậy hiện tượng chảy máu khó cầm ít xảy ra hơn nên lượng máu mất trung bình ước tính ít hơn đáng kể. Chuyển mổ mở, tai biến, cũng như biến chứng chảy máu sau mổ không được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân không phải bệnh lý XHGTC tự miễn

Bảng 3.33. Liên quan giữa bệnh lý nền đòi hỏi phải cắt lách với kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Bệnh lý nền		
		XHGTC	Bệnh lý khác	p
145 BN	Thời gian mổ trung bình (phút)	72,5±18,8	101,4±19,3	<0,01
	Lượng máu mất trung bình (ml)	39,8±34,8	24,3±21,4	> 0,01
	Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ (%)	1,52	0	
153 BN	Tỷ lệ chuyển mổ mở (%)	5,76	0	

Nhận xét: Thời gian mổ, lượng máu mất trung bình và tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm XHGTC tự miễn cao hơn ở nhóm bệnh lý khác.

3.6.4. Chỉ số BMI

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là XHGTC tự miễn, có thời gian dùng corticoid kéo dài, nên dẫn đến tình trạng thừa cân, tích nước, phân bố lại mỡ trong cơ thể, tập trung chủ yếu ở phần bụng. Những bệnh nhân này làm cho cuộc mổ khó khăn hơn thể hiện ở thời gian mổ kéo dài hơn, lượng máu mất trung bình ước tính nhiều hơn, tỷ lệ chuyển mỡ mỡ cũng cao hơn so với những bệnh nhân có BMI bình thường

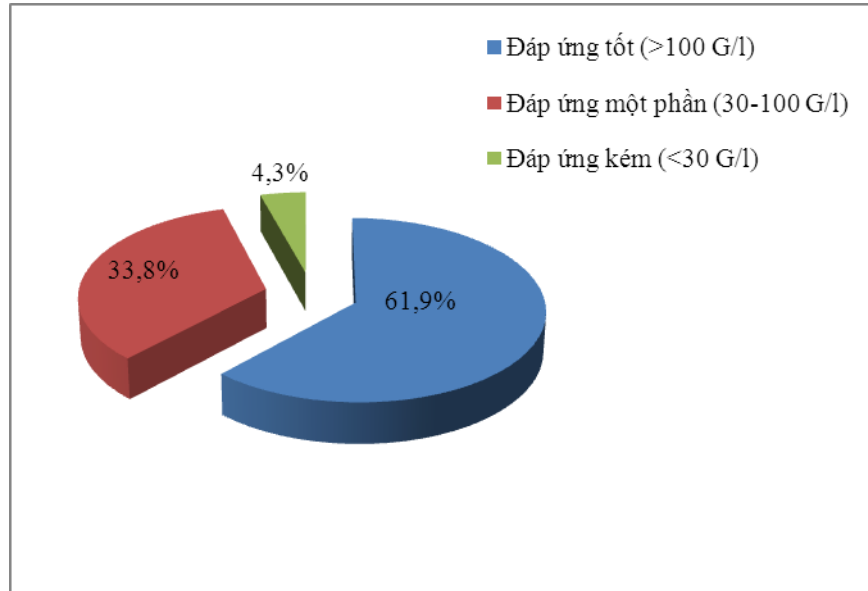
Bảng 3.34. Ảnh hưởng của BMI đến kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		BMI		p
		Bình thường (BMI < 23)	Thừa cân (BMI ≥ 23)	
145 BN	Thời gian mổ trung bình (phút)	69,0±18,8	78,7±20,6	<0,01
	Lượng máu mất trung bình (ml)	36,9±31,0	39,0±35,9	0,46
	Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ (%)	1,96	1,06	
153 BN	Tỷ lệ chuyển mỡ mỡ (%)	3,8	6,0	

Nhận xét: Nhóm BN có BMI ≥ 23 (thừa cân) có thời gian mổ trung bình, lượng máu mất và tỷ lệ chuyển mỡ mỡ cao hơn nhóm BN có BMI bình thường.

3.7. Phân loại đáp ứng sau mổ theo hội huyết học Mỹ

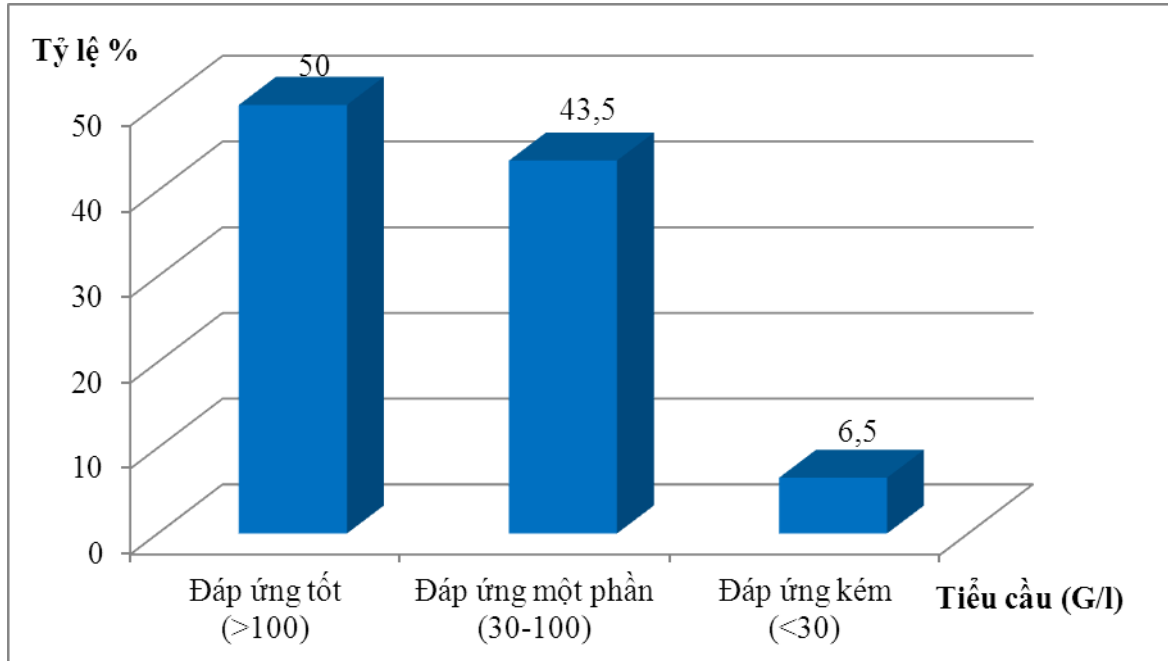
3.7.1. Tình trạng đáp ứng sớm tiêu cầu sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.6. Tình trạng đáp ứng sớm tiêu cầu sau phẫu thuật

Nhận xét: Trong 139 trường hợp XHGTC tự miễn, tỷ lệ có đáp ứng sớm sau mổ 95,7%, trong đó đáp ứng tốt 86 TH chiếm 61,9%, đáp ứng một phần chiếm 33,8%. Có 6 TH chiếm 4,3% bệnh nhân đáp ứng sớm là không tốt khi tiêu cầu sau mổ < 30G/l.

3.7.2. Tình trạng đáp ứng sớm về tiểu cầu sau phẫu thuật trong nhóm tiểu cầu trước mổ <20 G/l



Biểu đồ 3.7. Tình trạng đáp ứng sớm về tiểu cầu sau phẫu thuật trong nhóm tiểu cầu trước mổ <20

Nhận xét: Có 46 TH bệnh nhân có tiểu cầu trước mổ rất thấp (< 20 G/l). Sau mổ tiểu cầu bệnh nhân có đáp ứng tốt (23 BN) và đáp ứng một phần (20 BN) là 93,5%, số đáp ứng kém là 6,5%.

3.7.3. Kết quả theo dõi sau 21,4 tháng

Bảng 3.35. Kết quả theo dõi sau 21,4 tháng

Khả năng đáp ứng	XHGTC	
	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	59	74.6
Đáp ứng một phần	13	16.5
Không đáp ứng	7	8.9
Tổng	79	100

Nhận xét: Sau mổ chúng tôi theo dõi được 79 TH chiếm 51.6% trong khoảng thời gian trung bình là 21.4 tháng. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 74,6%. Đáp ứng một phần 13 TH chiếm 22%. Những bệnh nhân đáp ứng một phần thường phải tiếp tục sử dụng corticoid nhưng với liều thấp hơn đáng kể. Số bệnh nhân không đáp ứng là 7 TH chiếm 4,6%.

Trong số các trường hợp không đáp ứng đã có 3 TH tử vong do xuất huyết tạng thời gian theo dõi trung bình là 13.1 tháng.

3.8. Phân loại đánh giá kết quả chung PTCLNS

Bảng 3.36. Kết quả chung PTCLNS

Phân loại kết quả phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	133	86,9
Trung bình	10	6,5
Xấu	10	6,5
Rất xấu	0	0
Tổng	153	100

Nhận xét: BN được PTCLNS thuận lợi, không có tai biến, biến chứng sau mổ chiếm 86,9% các trường hợp. 6,5% BN có kết quả trung bình bao gồm 1 TH tai biến thủng cơ hoành, xử trí được bằng nội soi, 3 TH tụ dịch ổ lách sau mổ, 6 TH viêm phổi, đều được điều trị nội khoa thành công. 10 TH có kết quả xấu chiếm 6,5 % gồm: 8 BN phải chuyển mổ mở, 2 BN phải mổ lại do chảy máu sau mổ. Không có TH nào tử vong hay nặng xin về.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới

153 bệnh nhân cắt lách trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nam là 49 và số bệnh nhân nữ là 104, tỉ lệ nam/nữ là 1: 2.1. Như vậy, bệnh nhân nữ chiếm đa số. Theo Park AE, Birgisson G, Mastrangelo MJ. và cộng sự qua nghiên cứu ở 203 bệnh nhân sau cắt lách nội soi trong đó có 122 BN nữ và 81 BN nam [160], trong khi nghiên cứu của Nirav Y. Patel, và cộng sự (60 bệnh nhân cắt lách) tỉ lệ nữ chiếm 63% [161]. Tỷ lệ nữ giới cũng chiếm 60,8% theo Carlos Rodriguez khi nghiên cứu 439 TH PTCLNS [13]. Nhìn chung, trong các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh về máu gặp nhiều ở nữ giới hơn nam giới, đặc biệt trong nhóm XHGTC miễn dịch. Tuy nhiên, tỉ lệ này cũng khác nhau theo nghiên cứu của từng tác giả.

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu: 34,2 tuổi, bao gồm các bệnh nhân có độ tuổi từ 10 tuổi đến 71 tuổi, trong đó chúng tôi gặp nhiều nhất (55,6%) là tuổi từ 20 đến 40, trong nhóm này sự khác biệt về giới là rất đáng kể, chủ yếu là bệnh nhân nữ (xin xem biểu đồ 3.3).

Theo nghiên cứu của Carlos Rodriguez trong 439 TH cắt lách do các nguyên nhân khác nhau, tuổi trung bình của các bệnh nhân 50 tuổi, bao gồm các bệnh nhân có tuổi từ 3 đến 88 [13], trong đó nhóm bệnh nhân XHGTC tự miễn là 41 tuổi, nhóm bệnh lý về máu lành tính khác là 44 tuổi và nhóm bệnh lý ác tính là 63 tuổi. Nghiên cứu của Chung C.W, bệnh nhân XHGTC tự miễn cắt lách có tuổi trung bình 34 tuổi, bao gồm các bệnh nhân từ 17 đến 56 tuổi [162]. Như vậy, các nghiên cứu đều có điểm chung là PTCLNS của các bệnh nhân XHGTC tự miễn gặp chủ yếu là tuổi trẻ.

Tuổi bệnh nhân bản thân nó là một cản trở đối với phẫu thuật nội soi, tuy nhiên thành công của PTCLNS lại chủ yếu phụ thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng phối hợp có thể được đánh giá bằng thang điểm ASA [160]. BN nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là ASA độ II và III chiếm 88,2%. Chúng tôi cho rằng BN có chỉ số ASA độ IV kết hợp với bệnh lý về máu mạn tính không còn phù hợp với chỉ định mổ nội soi. Theo nghiên cứu của Park AE [160], kết quả thực hiện PTCLNS cho những người lớn tuổi > 65, những người thường có chỉ số ASA cao cho thấy thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng ở nhóm này cao hơn.

Bảng 4.37. Tuổi TB sau cắt lách ở BN XHGTC tự miễn của một số tác giả.

Tác giả	n	Tuổi trung bình sau cắt lách
Carlos Rodriguez. (2016) [13]	439	50 (3 - 88 tuổi)
Park AE [42]	203	44 (16-77 tuổi)
Chung C.W. (2016) [162]	40	50 (3 - 88 tuổi)
Nguyễn Ngọc Bích [15]	60	28 (17 – 46 tuổi)
Lê Phương Linh [86]	57	28.98 (11 - 61 tuổi)
Chúng tôi	153	34,2 (10 – 71 tuổi)

4.1.2. Lâm sàng

4.1.2.1. Thời gian bị bệnh và biến chứng do dùng corticoids

Những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu: 40 trường hợp có thời gian mắc bệnh được điều trị nội khoa dưới 1 năm chiếm 27,2%, trong đó 29 trường hợp chiếm 72,5% có xuất hiện các biến chứng do dùng corticoid. Có 104 trường hợp được điều trị nội khoa trên 1 năm (70,7%), trong đó có 100 trường hợp có xuất hiện các biến chứng do dùng corticoids chiếm 96,15% với các mức độ khác nhau. Như vậy, tổng số có 131 trường hợp (chiếm 89,12%) có biến chứng do dùng corticoid, và tỉ lệ gặp biến chứng do dùng corticoid tăng

tỉ lệ thuận với thời gian điều trị nội khoa ở các bệnh nhân. Đối với bệnh lý về máu tự miễn như XHGTC, điều trị khởi đầu là corticoid hoặc các thuốc globulin miễn dịch trong trường hợp có chống chỉ định dùng corticoid. Mặc dù đáp ứng sớm với corticoid lên đến 70-90% bệnh nhân, nhưng phần lớn lại tái phát khi dùng thuốc [163],[164]. Các biến chứng của dùng corticoid kéo dài lên bệnh nhân đã được y văn ghi nhận có thể là CHA, ĐTĐ, xuất huyết tiêu hóa. Ngoài ra, do bệnh nhân khi dùng corticoid kéo dài sẽ có sự thay đổi phân bố mỡ trong cơ thể, lượng mỡ tập trung nhiều vào vùng mặt, vùng bụng, thành bụng dày, nên áp dụng phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân hơn.

4.1.2.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật

Những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, có biểu hiện xuất huyết dưới da chiếm tỉ lệ cao 104 bệnh nhân (67,97%), biểu hiện thiếu máu có 78 bệnh nhân (50,9%); 130 bệnh nhân (85,0%) có lách kích thước bình thường, còn lại 23 bệnh nhân có lách to theo thăm khám trên lâm sàng, cảm giác tức nặng vùng hạ sườn trái chỉ gặp ở 10,5% các trường hợp.

Xuất huyết là triệu chứng chính và thường gặp trong các bệnh lý về máu, đặc biệt là bệnh nhân XHGTC tự miễn, xuất huyết có thể là xuất huyết dưới da tự nhiên, chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, đi ngoài phân đen, kinh nguyệt kéo dài, đi tiểu ra máu... Biểu hiện thiếu máu thường tương xứng với mức độ xuất huyết. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu 50,9%, một phần do bệnh lý đã được chẩn đoán và điều trị truyền máu trước đó.

Lách bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu thường có kích thước trung bình hoặc to vừa, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi kích thước lách trung bình trong nhóm bệnh nhân XHGTC tự miễn là $11,5 \pm 2,9$ cm, không có trường hợp nào lách to đường kính trên 20 cm đo qua siêu âm. Kết quả giải

phẫu bệnh đều là quá sản tủy đỏ lành tính, phù hợp với chẩn đoán XHGTC tự miễn.

Với các bệnh nhân cường lách, u lách, thalassemia kích thước lách thường to. Kích thước lách trung bình ở nhóm bệnh nhân không phải XHGTC tự miễn là $18,4 \pm 2,9$ cm. Lách to có thể gây đầy bụng, nặng tức vùng hạ sườn trái, ăn mau no.

4.1.3. Cận lâm sàng.

4.1.3.1. Tủy đỏ.

Tất cả các bệnh nhân được nghiên cứu trong nhóm bệnh lý lành tính đều được làm tủy đỏ (150 trường hợp), với kết quả là: giảm tế bào ngoại vi, tủy tăng sinh lành tính. Sinh tủy bình thường là một trong những tiêu chuẩn để chỉ định cắt lách. Ngoại trừ 1 TH suy tủy, tủy đỏ nghèo tế bào. Phù hợp với các kết quả xét nghiệm tủy đỏ của bệnh theo y văn [165].

Tủy đỏ là xét nghiệm cơ bản, thường quy và bắt buộc đối với bệnh lý về máu, nó có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Với các bệnh lý về máu phải cắt lách, xét nghiệm tủy đỏ trả lời câu hỏi liệu tủy có khả năng sinh sản các tế bào máu bị thiếu hụt do lách tiêu hủy hay không.

4.1.3.2. Số lượng tiểu cầu trong máu ngoại vi.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân chủ yếu là XHGTC tự miễn có 139 TH chiếm 90,8%. Chúng tôi chia số lượng tiểu cầu thành 4 nhóm (<20 G/l, 20-50 G/l, 50G/l – 100G/l và >100 G/l) dựa vào sự đáp ứng hay không đáp ứng với điều trị nội khoa ở bệnh nhân XHGTC tự miễn.

Số lượng tiểu cầu máu ngoại vi dưới 20 G/l chiếm tỉ lệ khá cao 46 bệnh nhân (33,1%), 61 bệnh nhân (43,9%) có số lượng tiểu cầu 20 - <50 G/l, như vậy nhóm bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trước mổ < 50 chiếm đến 77% các TH. Tiểu cầu ≥ 50 chiếm 23% các TH, trong đó 4,3% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu ≥ 100 G/l. Từ đó có thể thấy chỉ có 4,3% bệnh nhân có đáp ứng với điều trị nội khoa, nhưng cũng còn có thể có một số bệnh nhân mới được truyền tiểu cầu trước khi phẫu thuật ?. Còn phần lớn 95,7% bệnh nhân không

có đáp ứng hoặc đáp ứng không hoàn toàn với điều trị nội khoa (phù hợp với chỉ định cắt lách nội soi).

Đối với những trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn, khi số lượng tiểu cầu xuống thấp hơn $20 \times 10^9/l$ thì nên điều trị trước bằng steroid hay globulin miễn dịch, có thể truyền tiểu cầu trong mổ cho những bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa trước mổ.

Theo quan điểm của hội phẫu thuật nội soi châu Âu [3] lượng tiểu cầu trước mổ trên $50 \times 10^9/l$ có thể chấp nhận được. Trong trường hợp, số lượng tiểu cầu thấp thì có nguy cơ cao chảy máu trong mổ nên điều trị bằng prednisolon 1mg/kg ngày khoảng 5-7 ngày trước mổ để nâng được số lượng tiểu cầu lên $50 \times 10^9/l$. Tuy nhiên nếu không đưa được số lượng tiểu cầu lên mức này thì cũng không phải là chống chỉ định của cắt lách PTCLNS vì liệu pháp điều trị bằng steroid kéo dài cũng không đảm bảo được kết quả tốt hơn.

Theo nghiên cứu của Keidar A và CS [9], khi số lượng tiểu cầu thấp hơn $20 \times 10^9 /l$ thì cũng không loại trừ phương pháp PTCLNS – dù lượng tiểu cầu thấp có tỷ lệ biến chứng cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điểm này, BN có tiểu cầu trước mổ $<20G/l$ có thời gian mổ trung bình lâu hơn, lượng máu mất ước tính nhiều hơn tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn (xin xem bảng 3.32) nhưng thời gian nằm viện cũng tương tự như các nhóm khác (bảng 3.28).

4.1.3.3. Giá trị của chẩn đoán hình ảnh trước mổ

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được lên lịch mổ cắt lách đều phải được siêu âm đánh giá kích thước và thể tích lách trước mổ. Kích thước lách bình thường và to vừa (<15 cm) chiếm 78,5%. Có 6 TH kích thước lách > 20 cm chiếm 3,9%. Kích thước lách lớn nhất là 22cm có 1 BN.

Chụp CT lớp mỏng cũng có thể được chỉ định nếu cần thêm thông tin về giải phẫu của lách cũng như xác định lách phụ hoặc nghi ngờ tổn thương ác tính. Cả 3 BN u lympho lách trong nghiên cứu đều được chụp CT trước mổ để đánh giá thêm thông tin về vị trí u, tình trạng hạch rốn lách.

Chúng tôi cũng có cùng quan điểm với Katkhouda [58] khi cho rằng, đối với những bệnh nhân bệnh máu lạnh tính, siêu âm là đủ để đánh giá đặc điểm giải phẫu của lách như kích thước lách, tình trạng mạch máu, tình trạng bệnh phối hợp như sỏi mật. Đối với bệnh tan máu hay XHGTC tự miễn cũng có thể chỉ định CT xoắn ốc lớp mỏng để tìm lách phụ. Đối với những bệnh nhân bệnh máu ác tính CT có thể cung cấp thông tin chính xác hơn về kích thước cũng như thể tích của lách tình trạng hạch rốn lách tình trạng phản ứng viêm quanh bao lách và nhồi máu lách- những lý do có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong mổ [97].

4.2. Chỉ định PTCLNS

4.2.1. Bệnh lý về máu lạnh tính

Qua nghiên cứu 153 TH bệnh lý về máu có chỉ định cắt lách, bệnh lý lạnh tính có 150 TH, chủ yếu là XHGTC tự miễn chiếm tới 90,8%. Chỉ định mổ do phụ thuộc corticoids chiếm 64%, 36% BN không đáp ứng với corticoids.

Trong trường hợp bệnh máu lạnh tính, xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn là chỉ định phổ biến nhất trong hầu hết các nghiên cứu, chiếm đến 50-80% trường hợp cắt lách nội soi [105],[166]. Các trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu có triệu chứng mà không đáp ứng với điều trị nội khoa thì cũng nên cân nhắc áp dụng PTCLNS, ví dụ như các trường hợp phải dùng corticoids tới liều độc để đạt được sự lui bệnh hay ban xuất huyết tái phát sau khi đã đáp ứng với điều trị ban đầu bằng corticoids [106, 119]. Lách của bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn thường có kích thước bình thường hay to nhẹ, do

đó những bệnh nhân này thường được lựa chọn cho phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn này.

Corticoids được giới thiệu từ năm 1950 [167] để điều trị XHGTC tự miễn, cho đến nay vẫn được sử dụng là thuốc đầu tay trong điều trị XHGTC nguyên phát [168]. Tuy nhiên, chỉ 20%-40% đạt được sự đáp ứng ổn định. Hơn nữa, theo Aledort LM và CS [172], biến chứng đái tháo đường, béo phì, xuất huyết tiêu hóa cao gấp 2 lần, cũng như nhồi máu cơ tim, loãng xương cao gấp 3 lần ở những BN XHGTC điều trị bằng corticoids sau 1 năm so với những người có cùng độ tuổi và giới tính. Việc truyền các globulin miễn dịch kháng D và truyền globulin miễn dịch cũng chỉ đạt hiệu quả trong giai đoạn ngắn 24-48h trong khoảng 60-80% các bệnh nhân và hiếm khi đạt kết quả lâu dài trên 4 tuần [169],[170]. Đặc biệt, trong nghiên cứu của Cohen và CS [171], tỷ lệ tử vong sau 5 năm đối với các bệnh nhân XHGTC có số lượng tiểu cầu < 30G/l là 2,2% với BN <40 tuổi và 47,8% với các BN > 40 tuổi..

Trong một vài thập kỷ trước, cắt lách là lựa chọn đầu tiên đối với các bệnh nhân thất bại với điều trị corticoids. Ngày nay với một vài thuốc mới được lựa chọn như phương pháp điều trị thay thế đối với các trường hợp không đáp ứng với corticoids (như kháng thể kháng CD20 đơn dòng Rituximab, phân tử tạo tiểu cầu tổng hợp, Eltrombopag và Romiplostim) liệu rằng cắt lách có còn là liệu pháp điều trị ưu tiên nữa không?. Kết quả nghiên cứu lâu dài về các thuốc này còn chưa rõ ràng [170], bởi vì các thuốc này tỏ ra hiệu quả trong gian đoạn ngắn hạn. Eltrombopag và Romiplostim đã được FDA chứng nhận có hiệu quả lâm sàng nhưng nhiều quốc gia vẫn chưa sẵn có để sử dụng. Ngoài ra, các nghiên cứu về tác dụng phụ của biện pháp điều trị nội khoa là rõ ràng, ví dụ như Rituximab gây những phản ứng quá mẫn nặng nề, sốt, rét run [170], danazol gây nổi mụn, nam hóa, độc tế bào gan..

Trong nghiên cứu này, thời gian điều trị được tính từ lúc phát hiện bệnh đến lúc mổ, trung bình là 34,8 tháng với tỷ lệ bệnh nhân có số lượng tiểu cầu

rất thấp (< 20G/l) chiếm 33,1%, tỷ lệ biến chứng do dùng corticoid là 89,11%. Qua đó có thể thấy việc điều trị nội khoa rất khó khăn.

Vì những lý do trên mà cắt lách vẫn là sự lựa chọn ưu tiên khi điều trị nội khoa không đạt được hiệu quả lâm sàng. Một nghiên cứu cộng gộp 23 báo cáo với 1223 bệnh nhân cho thấy cắt lách nội soi đạt tỷ lệ khỏi lâu dài lên đến 72% [173]. Trong số 79 TH chúng tôi theo dõi được trong khoảng thời gian trung bình là 21,4 tháng, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 74.6%, đáp ứng một phần là 22%.

4.2.2. PTCLNS cho bệnh lý ác tính

Phẫu thuật cắt lách đối với BN bệnh máu ác tính chủ yếu nhằm mục đích chẩn đoán, hoặc xác định giai đoạn bệnh, hiếm khi nhằm để điều trị. Ba trong số 153 BN của chúng tôi được chẩn đoán trước mổ là u lách. Kết quả giải phẫu bệnh là u lympho Non-Hodkin. Chúng tôi cũng đã loại ra khỏi đối tượng nghiên cứu những trường hợp trước mổ chẩn đoán là u lách được PTCLNS nhưng kết quả giải phẫu bệnh là những bệnh lý khác như u mạch lách hay viêm hoại tử, không phải bệnh lý về máu.

Nhìn chung, những trường hợp u lách, lách có kích thước thường to. Chúng tôi đều chỉ định chụp CT trước mổ đánh giá tổn thương u, hạch rốn lách và tổn thương các tạng khác. Trong nghiên cứu, không có bệnh nhân nào đã có bệnh lý về máu ác tính được chẩn đoán trước mổ, mà còn phù hợp với chỉ định mổ cắt lách nội soi, những trường hợp này đều đòi hỏi phải mổ mở vì lách quá to.

Chỉ định cắt lách trong bệnh máu ác tính đối với PTCLNS và MMCL là như nhau. Ngày nay, chỉ định cắt lách trong bệnh máu ác tính giảm đáng kể do sự phát triển của chuyên ngành huyết học, chẩn đoán hình ảnh và ung thư. Tuy vậy, trong một số trường hợp nhất định, cắt lách có thể được áp dụng để ngăn sự gia tăng của tế bào hạt và giảm triệu chứng của lách to gây ra như căng bụng, cảm giác đầy tức chán ăn hay để chẩn đoán giai đoạn trong trường

hợp bệnh lách ác tính, mặc dù trường hợp bệnh lách ác tính có thể chẩn đoán bằng các phương tiện khác.

Đối với những trường hợp bệnh lý ác tính cần cắt lách, PTCLNS nên được áp dụng [3]. Bệnh lý ác tính thường kèm theo tuổi cao, lách to, trong một số trường hợp lách quá to có thể đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn, nhưng vẫn có thể khả thi đối với các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm. Đây là vấn đề vẫn còn đang tranh cãi.

Nghiên cứu của Bagrodia và cộng sự [100] trong 1344 BN cắt lách do bệnh lý lành tính và 371 BN do nguyên nhân ác tính, cho thấy PTCLNS vẫn khả thi và an toàn, mặc dù bệnh lý ác tính cần cắt lách có tỷ lệ biến chứng cao hơn, 27,2% so với 14,1% ở BN bệnh lý về máu lành tính.

Nhiều bệnh ác tính liên quan đến lách đòi hỏi cắt lách để chẩn đoán cũng như điều trị [99],[97],[174]. Chỉ định cắt lách trong bệnh máu ác tính như rối loạn tăng sinh tủy, bệnh tăng sinh dòng lympho như bệnh bạch cầu dòng lympho mạn tính với lách rất to, bệnh bạch cầu tế bào lông, u lympho lách với tế bào lympho có lông.

Khi cắt lách nhằm chẩn đoán hay phân loại giai đoạn của bệnh, lách lấy ra cần nguyên vẹn để làm giải phẫu bệnh. Để đạt được yêu cầu này cần có thêm một đường mổ phụ 8-10cm hay thực hiện kỹ thuật một “bàn tay hỗ trợ” không cần đường mổ phụ [70],[97].

Bệnh lý ác tính có nguồn gốc nguyên phát từ lách thường rất hiếm, chủ yếu là u thành mạch lympho, u mạch máu ác tính như hemangiosarcoma hay u lympho ác tính. Phần lớn u lách là do di căn như u melano ác tính hay ung thư buồng trứng [175].

4.3. Bàn về kỹ thuật

4.3.1. Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mổ



BN Nguyễn Thị Hồng N 24T, chẩn đoán XHGTC mã hồ sơ 160302726

Tư thế bệnh nhân được áp dụng 100% các TH trong nghiên cứu này là tư thế nghiêng phải 50° - 70° , có gối độn vùng dưới sườn phải cao lên. PTV và phụ mổ chính đứng bên phải bệnh nhân, phụ mổ hai đứng bên trái bệnh nhân. Sự kết hợp tư thế nằm nghiêng và kê gối đã 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. Trong quá trình phẫu thuật có sự thay đổi tư thế trong quá trình mổ nhằm tạo thuận lợi cho việc phẫu tích.

Trocar đầu tiên được đặt theo phương pháp mở của Hasson. Sau khi đặt trocar và tìm kiếm lách phụ, chúng tôi tiến hành cắt dây chằng lách - đại tràng và lách - thận, tiếp theo xoay bàn mổ sang trái để bệnh nhân ngửa hơn, ở tư thế này việc tiếp cận cắt dây chằng vị - lách và kiểm soát cuống lách có nhiều thuận lợi.

PTCLNS có thể áp dụng ở tư thế nằm nghiêng bên hay nửa bên hay nằm ngửa. Đường tiếp cận phụ thuộc vào kỹ thuật viên, kích thước lách, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân và tình trạng bệnh phổi hợp.

Tư thế nằm ngửa thường được áp dụng trong những năm đầu của PTCLNS [59],[57],[178]. Tư thế này cho phép tiếp cận dễ dàng vào túi mạc nối và cho phẫu trường tốt nhất cho rốn lách [59]. Nhược điểm của tư thế này là khó bộc lộ và cắt dây chằng, mạch máu phần lưng và rốn lách do liên quan với đuôi tụy [57].

Tư thế nằm ngửa được chỉ định cho những trường hợp cần thực hiện nhiều thủ thuật phổi hợp [98] như cắt lách đồng thời cắt túi mật, sinh thiết hạch hay sinh thiết tổ chức. Sau đó có thể điều chỉnh bàn mổ để đạt tư thế nghiêng bên để tạo thuận lợi cho cắt lách [130]. Tuy nhiên, cũng có thể để bệnh nhân ở tư thế nghiêng bên sau đó xoay bàn mổ để chuyển bệnh nhân về tư thế nằm ngửa. Casaccia và cộng sự cho rằng kỹ thuật này tạo điều kiện thuận lợi đặc biệt cho những ca có lách quá to, do có thể buộc động mạch sớm giảm nguy cơ chảy máu trong mổ [98].

Đối với tư thế mổ nghiêng bên ban đầu được gọi là kỹ thuật mổ treo lách – hanging spleen technique, được Delaitre và cộng sự [132],[179] áp dụng. Bệnh nhân được đặt trên bàn ở tư thế nằm nghiêng, nâng phía trái của bệnh nhân lên 40-45° so với mặt bàn mổ [133] bằng thiết bị chuyên dụng như túi đậu. Bằng cách này có thể điều chỉnh được tư thế của bệnh nhân cho phù hợp với yêu cầu của phẫu thuật. Một số tác giả thích áp dụng tư thế nửa bên lúc bắt đầu phẫu thuật để bộc lộ túi mạc nối nhỏ, tách các nhánh vị ngắn [133]. Sau đó điều chỉnh về tư thế nghiêng bên để lách và các tạng khác như dạ dày ruột dồn về trung tâm ổ bụng do trọng lượng. Tư thế này giúp dễ tiếp cận mặt sau của lách và dây chằng quanh lách [57],[133] tạo điều kiện cho bóc tách dây chằng mạch máu vùng rốn lách mà vẫn bảo tồn được đuôi tụy. Đây là

phương pháp có nhiều ưu điểm nhất do đáp ứng được yêu cầu của phẫu thuật và thích hợp cho nhiều chỉ định [134].

Với tư thế nghiêng bên hoàn toàn bệnh nhân được đặt ở tư thế nghiêng 90° với mặt bàn mổ. Lách và ruột lệch về trung tâm theo nguyên lý trọng lượng, tạo điều kiện cho bóc tách dây chằng và cấu trúc vùng rốn lách. Tư thế này giúp cho kiểm soát an toàn mạch máu, quan sát phẫu trường tốt, giảm nguy cơ gây tổn thương tụy [90],[135],[180],[181]. Báo cáo của Gossot D và cộng sự, có sự giảm đáng kể về thời gian mổ, số lượng trocar cần dùng và lượng máu truyền cũng như thời gian nằm viện [135]. Tỷ lệ chuyển mổ mở cũng thấp hơn ở một nghiên cứu khi áp dụng tư thế nghiêng bên hoàn toàn [130]. Một số tác giả khác cũng khuyên nên áp dụng tư thế nghiêng bên hoàn toàn cho các trường hợp có lách to [57].

4.3.2. Số lượng và vị trí trocar

Trong 145 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi thành công, có 89 trường hợp (chiếm 61,4%) dùng 3 trocar khi mổ, 56 trường hợp (chiếm 38,6%) dùng 4 trocar khi mổ. 8 TH chuyển mổ mở chiếm 5,2%. Trong 18 TH cắt lách nội soi do XHGTC của Nguyễn Hoàng Bắc [14], tác giả sử dụng 4 trocar cho 8 TH, 10 TH còn lại là 3 trocar, còn theo Bùi Hải Nam [85] trong 31 trường hợp cắt lách nội soi tác giả dùng 3 trocar trong 32.3% các trường hợp.

Như vậy, phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu cần dùng 3 trocar trong mổ (61,4%). Trocar đầu tiên được đặt bằng phương pháp mở của Hasson, vị trí đặt trocar này ở trên rốn, lệch trái nằm trên đường giữa đòn trái. 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.

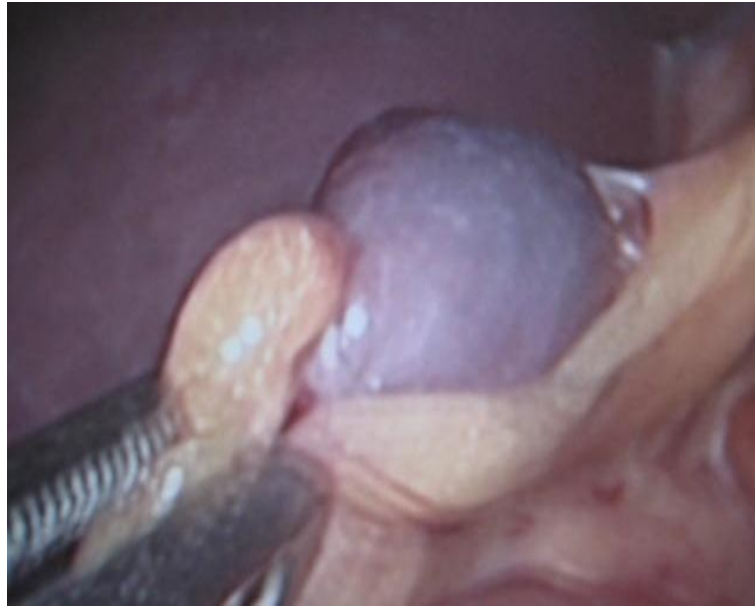
Có 59 trường hợp cần dùng thêm trocar thứ 4, đặt ở đầu trước xương sườn thứ 11. Đây là trocar được đặt muộn nhất, được dùng để luồn dưới cuống

lách, nâng lên khi phẫu tích vào rốn lách hoặc để hút rửa phẫu trường và cho lách vào túi lấy ra. Tuy xu thế chung hiện nay là giảm thiểu tối đa sang chấn cho bệnh nhân 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.

4.3.3. Lách phụ.

Việc tái phát bệnh sau cắt lách chủ yếu do XHGTC tự miễn là do còn sót tế bào lách. Điều này có thể do còn sót lách phụ sau PTCLNS hay do tế bào lách, trong quá trình PTCLNS đã rơi vào ổ bụng hay do chấn thương vỏ nang lách, phát triển thành tổ chức mang tính chất của lách [186],[119],[68],[182]. Theo Targarona (1999) [182] tỷ lệ lách phụ từ 12 -15%, hầu hết lách phụ nằm ở rốn lách. Mặc dù cũng có một vài báo cáo của Esposito [183], hay của Rege [184] cho thấy, lách phụ có thể được phát hiện tốt hơn nhờ phẫu thuật nội soi, do sự phóng đại phẫu trường. Tuy nhiên, do thiếu đi cảm giác sờ nắn-cảm giác nhiều khi rất quan trọng để đánh giá tổn thương, hay đôi khi lách phụ bị che khuất bởi tổ chức, hoặc những vị trí mà camera có thể không quan sát thấy, mà có thể còn sót lách phụ. Để hạn chế nguy cơ này, ổ bụng phải được quan sát kỹ lưỡng, đặc biệt ở vùng rốn lách, đuôi tụy, mạc nối lớn, mạc treo đại tràng, dây chằng vị lách, vị đại tràng, trước khi tiến hành phẫu tích. Theo Curtis và cộng sự [238], lách phụ tập trung chủ yếu ở gần rốn lách lên đến 87%.



Hình 4.1. Hình ảnh lách phụ trong ổ

Nguồn: Bệnh nhân Đinh Thị H, 42T, MSHS (140014123)

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ phát hiện lách phụ trong ổ là 12,4% (19 BN). Chỉ có 2 TH siêu âm trước mổ phát hiện lách phụ. Tỷ lệ phát hiện lách phụ trước mổ là 10,5% (2TH/19TH).

Theo chúng tôi, tư thế mổ trong nghiên cứu cũng góp phần giúp phát hiện lách phụ thuận lợi hơn. Tư thế nghiêng bên làm mạc nối lớn và dạ dày, đại tràng có xu thế đổ xuống dưới theo nguyên lý về trọng lượng, giúp quan sát cuống lách dễ dàng hơn. Phát hiện và loại bỏ lách phụ ngay trong thì đầu của phẫu thuật cũng là một trong những kinh nghiệm chúng tôi thu được trong quá trình nghiên cứu, lúc này phẫu trường còn sạch, không bị máu cục che khuất. Có một trường hợp hai lách phụ được phát hiện trong ổ, một lách phụ ở vị trí mạc nối lớn, một ở rốn lách, vì vậy trong quá trình phẫu thuật vẫn luôn lưu ý tìm kiếm và phát hiện lách phụ.

Trong quá trình điều trị các bệnh máu tự miễn như xuất huyết tự miễn, thiếu máu tan máu tự miễn bằng phương pháp PTCLNS, các nhà khoa học cũng khuyến cáo nên kiểm tra lách phụ thường quy để tránh nguy cơ tái phát bệnh [3].

Nhu cầu cần chẩn đoán lách phụ trước mổ bằng chẩn đoán hình ảnh là chưa rõ ràng. Năm 2004, Napoli và cộng sự [185] đã xuất bản một nghiên cứu gồm 22 bệnh nhân được chụp CT đa dãy trước mổ để tìm lách phụ. Họ nhận thấy CT chẩn đoán đúng vị trí và số lượng lách phụ trước mổ với độ nhạy là 100%.

Tuy nhiên, các nghiên cứu có sử dụng CT để tìm lách phụ khác lại đưa ra tỷ lệ thành công thấp hơn. Trong một nghiên cứu trên 58 bệnh nhân XHGTC tự miễn được cắt lách bằng PTCLNS của Stanek A và CS [186], chụp CT xoắn ốc trước mổ, siêu âm ổ bụng, một trường hợp được chụp nhấp nháy đồ, thì có 3 bệnh nhân chụp CT chẩn đoán có lách phụ, còn siêu âm ổ bụng thì không phát hiện được trường hợp nào. Một trường hợp được chẩn đoán có lách phụ bằng CT, sau đó được khẳng định bằng chụp nhấp nháy đồ. Trong mổ, 3 trường hợp có lách phụ đều được tìm thấy. Ngoài ra, có 3 trường hợp khác có dấu hiệu của sót mô tế bào lách sau mổ, đã được làm chụp nhấp nháy đồ và khẳng định có lách phụ (mà không phát hiện ra trước và trong mổ). Do đó độ nhạy chỉ đạt 43% khi chẩn đoán bằng hình ảnh trước mổ.

Sau nghiên cứu đầu tiên về chẩn đoán lách phụ trước mổ, Gigot và cộng sự [187] đã nhận thấy kết quả của các nghiên cứu chẩn đoán lách phụ trước mổ đã có nhiều cải thiện đáng kể từ khi có kỹ thuật chụp CT độ phân giải cao. Họ công bố tỷ lệ tìm thấy lách phụ đạt tới 100% bằng chụp CT xoắn ốc không liên quan đến kích thước của lách. Do đó họ tiến hành chẩn đoán lách phụ thường quy tại viện nghiên cứu của họ.

Gần đây, Barbaros và cộng sự [68] báo cáo về việc sử dụng que thăm dò tia gamma cầm tay trong mổ để tìm kiếm lách phụ cho độ nhạy đạt 100%

(2/17 bệnh nhân), trong đó có một trường hợp đã không phát hiện được bằng CT trước mổ. Hai trường hợp có lách phụ này đã được chỉ định làm CT trước mổ nhưng không phát hiện ra cũng như không chẩn đoán được trong mổ bằng phương pháp thăm dò ổ bụng, que thăm dò tia gamma hay chụp nhấp nháy đồ sau mổ. Do đó các tác giả đều khuyên nên sử dụng que thăm dò tia gamma cầm tay như một biện pháp hỗ trợ tìm kiếm lách phụ.

Những số liệu này gợi ý sự gia tăng về những tiến bộ kỹ thuật của CT, tỷ lệ phát hiện lách phụ trước mổ cũng như vị trí của nó. Một số nghiên cứu kỹ lưỡng khác so sánh tỷ lệ phát hiện được lách phụ trong quá trình PTCLNS và MMCL cho kết quả tương tự nhau [58],[67],[186],[188]. Tỷ lệ phát hiện lách phụ sẽ cao nhất khi phối hợp với cả chẩn đoán hình ảnh trước mổ [119].

Do đó thăm dò nghiên cứu kỹ lưỡng tìm kiếm lách phụ trong quá trình phẫu thuật cũng là một bắt buộc.

4.3.4. Cách kiểm soát cuống lách

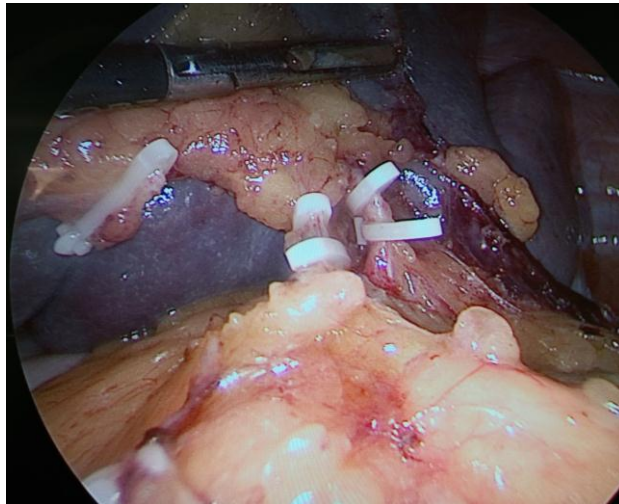
Trong phẫu thuật cắt lách nội soi, xử lý cuống lách là thì khó khăn nhất, việc phẫu tích đòi hỏi phải cẩn thận tỷ mỉ. Chảy máu trong thì này là nguyên nhân thường gặp nhất phải chuyển mổ mở.

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

Phương án thứ nhất: kẹp mạch lách tại rốn lách - đi trực tiếp vào cuống lách, được thực hiện 127 TH, tỷ lệ thành công là 94,5%, trong đó, 79 TH tách riêng động mạch và tĩnh mạch lách, 48 TH không tách riêng động mạch và tĩnh mạch lách. Phương án này được áp dụng cho các trường hợp lách có kích thước bình thường và to vừa. 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. Thời gian mổ giảm đi đáng kể, nhưng lượng máu mất ước tính là nhiều hơn tuy

chưa có ý nghĩa thống kê so với phương án kẹp động mạch lách trước rốn lách (xin xem bảng 3.20).

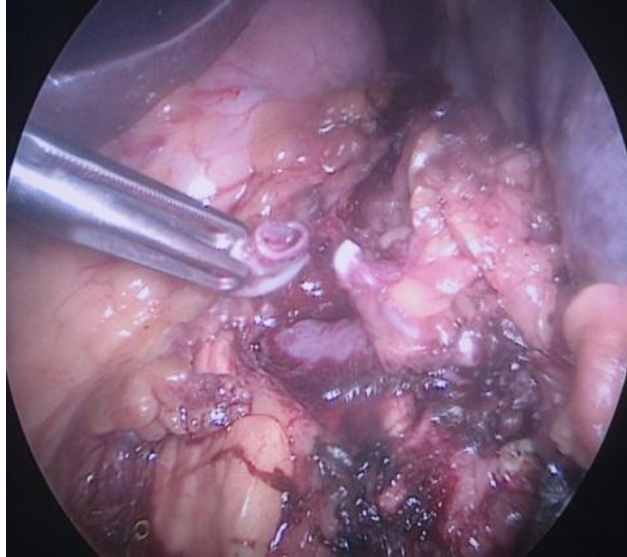
Trong 48 TH không tách riêng được động mạch và tĩnh mạch lách, có 4 TH phải chuyển mổ mở. Những BN này thường có kích thước mạch nhỏ - không cần thiết phải tách riêng, hoặc chảy máu xảy ra khi đang phẫu tích. Kết quả cho thấy, tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn ở nhóm này (8,3%-bảng 3.19). Tuy thời gian mổ nhanh hơn, nhưng lượng máu mất ước tính nhiều hơn so với việc tách riêng rẽ động tĩnh mạch, dầu vậy, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (bảng 3.21).



BN Nông Thị T 25 T, chẩn đoán XHGTC mã hồ sơ 160301600

Phương án thứ hai: Kẹp ĐM lách trước rốn lách. Đối với lách có kích thước lớn hơn (được đánh giá trước mổ qua siêu âm, CT và quan sát trong mổ), 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 26 TH chiếm 17,0%. Tỷ lệ thành công là 96,2%. Một TH phải chuyển mổ mở do tổn thương động mạch. Thời gian mổ trung bình lâu hơn so với đi trực tiếp vào rốn lách là $90,8 \pm 20,2$, tuy nhiên lượng máu mất ước tính ít hơn (bảng 3.20).

Chúng tôi thấy rằng việc tách động mạch từ phía trước, ngay ở bờ trên tụy không quá khó khăn, lách có kích thước lớn thì động mạch thường lớn và dễ nhận biết.



BN Nguyễn Trung T, 64 T. Chẩn đoán cường lách. Mã hồ sơ 140305046

Đối với các trường hợp lách có kích thước lớn, kiểm soát động mạch lách từ phía trước, ở bờ trên tụy có nhiều lợi ích. Thứ nhất, việc bộc lộ động mạch lách ở bờ trên tụy 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 tốn thời gian đối với các trường hợp phẫu tích trực tiếp vào rốn lách không gây chảy máu, nhưng nó lại là phương pháp an toàn nhất khi gặp biến chứng chảy máu do bóc tách rốn lách. Trong 25 TH kẹp được động mạch lách trước khi đi vào rốn lách, lượng máu mất ước tính là ít hơn so với phẫu thuật ngay vào rốn lách (bảng 3.20).

Kiểm soát động mạch từ phía sau (sau khi cắt dây chằng lách – thận, tác giả kẹp động – tĩnh mạch lách ngay) cũng được nhắc đến bởi các tác giả như Bai Ji [189]. Đường vào từ phía sau phù hợp cho những bệnh nhân 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 bệnh nhân lách to do thiếu không gian thao tác.

Vì lý do kinh tế, trong nghiên cứu này chúng tôi không có trường hợp nào sử dụng Stapler. Tất cả các bệnh nhân đều sử dụng Hem-o-lok để kẹp mạch. Việc phẫu tích đều dùng dao điện đơn cực. Có 12 TH cần khâu tăng cường do chảy máu rỉ rả ở đuôi tụy.

Chảy máu là một trong những biến chứng chính và là nguyên nhân phải chuyển mổ mở của PTCLNS. Việc sử dụng stapler giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật và hạn chế nguy cơ chảy máu khi phẫu tích rốn lách so với kỹ thuật buộc hay kẹp clip trước đó [180],[190]. Gần đây dao siêu âm và dao LigaSureTM được sử dụng để cầm máu khi bóc tách các bó mạch cực của lách và các nhánh vị ngấn [191], mô giàu mạch máu [99],[114],[192], thậm chí cả mạch máu lớn vùng rốn lách [193]. Romano và cộng sự báo [194] cáo tính an toàn khi sử dụng LigaSureTM cắt bó mạch rốn lách với đường kính lên đến 7mm ở những bệnh nhân có lách kích thước từ bình thường đến hơi to. Tác giả này cũng báo cáo lượng máu mất ít hơn, thời gian phẫu thuật ngắn hơn và thậm chí chi phí thấp hơn so với các kỹ thuật khác.

Yuney và cộng sự [191] thực hiện PTCLNS cho 10 bệnh nhân XHGTC tự miễn có sử dụng LigaSureTM để cầm máu rốn lách. Lượng máu mất trung bình là 60ml và thời gian phẫu thuật trung bình là 93 phút không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay biến chứng giai đoạn sau mổ.

Gelmini và cộng sự [195] báo cáo việc thực hiện PTCLNS cho 63 bệnh nhân có sử dụng LigaSureTM (như một phương tiện cầm máu duy nhất), cho thấy lệ chuyển mổ mở 79%, lượng máu mất trung bình 65ml (0-100ml), thời gian mổ trung bình 120 phút trong đó 17 TH mổ đồng thời với các phẫu thuật

khác. Những tác giả này kết luận sử dụng LigaSure™ cùng với tư thế nghiêng bên cho kết quả an toàn, rút ngắn thời gian mổ và rẻ hơn so với Strapler.

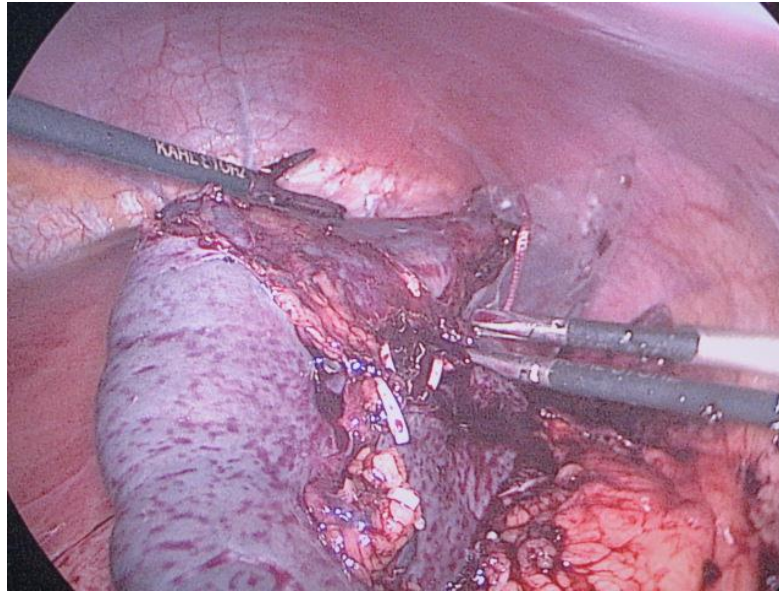
4.3.5. Dẫn lưu ổ lách sau cắt lách

Dẫn lưu ổ lách được đặt trong 128 TH, và thời gian trung bình để rút dẫn lưu là $1,53 \pm 0,68$ ngày. Các trường hợp đặt dẫn lưu sau cắt lách chủ yếu phụ thuộc vào quan điểm của phẫu thuật viên và không có số liệu có giá trị trong vấn đề này. Cả 3 TH tụ dịch ổ lách đều có đặt dẫn lưu, hai BN không cần can thiệp gì thêm vì ổ tụ dịch nhỏ, trường hợp còn lại vị trí dẫn lưu không nằm trong ổ dịch, qua siêu âm kiểm tra có tụ dịch vùng ổ lách 54x25x50 mm bệnh nhân này có sốt 38 độ, điều trị kháng sinh 12 ngày kết hợp dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm bệnh nhân ổn định.

Trong nghiên cứu của R. Vecchio và cộng sự [196] với 209 BN cắt lách (104 TH mổ mở và 105 TH mổ nội soi), tác giả cho rằng việc đặt dẫn lưu không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng kể cả dẫn lưu bình thường hay dẫn lưu có hệ thống hút. Ngoài ra nó còn có tác dụng quan trọng trong phát hiện sớm chảy máu sau mổ. Ở chiều ngược lại, trong một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm trên 209 bệnh nhân bị XHGTC tự miễn, Delaitre và cộng sự [197] tỷ lệ bị biến chứng nhiễm trùng ở nhóm đặt dẫn lưu 13,7% cao hơn nhóm không đặt 5%, mặc dù sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê.

4.3.6. Lấy lách ra khỏi ổ bụng

Khi thực hiện PTCLNS, thì lấy lách ra khỏi ổ bụng là một thủ thuật khó và có thể tốn nhiều thời gian đặc biệt ở những ca lách to. Đôi khi phải cần thêm một đường mổ phụ. Trong nghiên cứu này, ngoài 8 trường hợp mổ nội soi chuyển mở, 131 trường hợp (90,3 %) cắt lách nội soi, chúng tôi lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar mở rộng 2-3 cm, sau khi cho lách vào túi và tháo clip hút máu ở lách. 14 TH (9,7 %) lách có kích thước to, không vừa túi phải mở rộng lỗ trocar 5-7 cm để lấy ra.

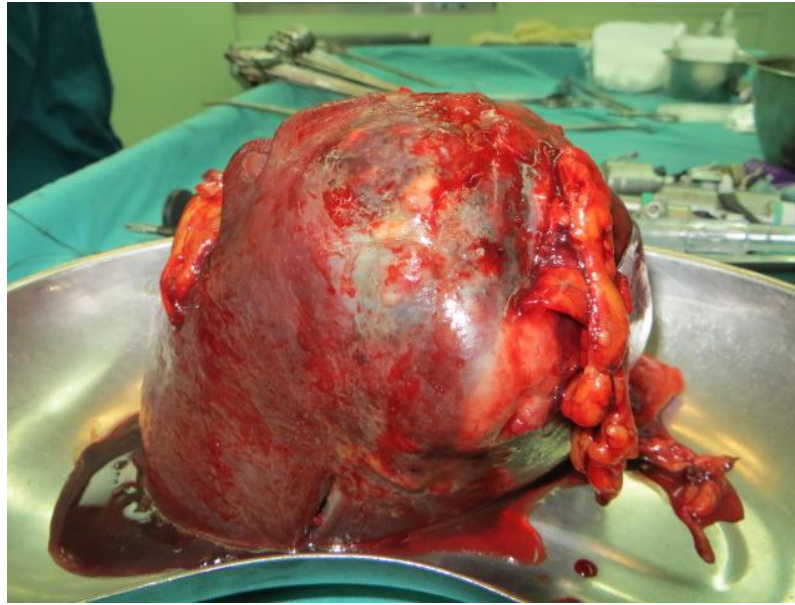


BN Đinh Thị Đ 30T, chẩn đoán XHGTC, mã hồ sơ 140042490

Đối với các bệnh máu lạnh tính, sau khi cho lách vào túi và kẹp nát lách trước khi lấy ra. Nên thật cẩn thận để tránh rách bao làm rơi tế bào lách ra ngoài. Rơi tế bào lách vào ổ bụng có thể dẫn đến việc mô tế bào dạng lách tái tạo sau mổ và là nguyên nhân tái phát một số bệnh cả lạnh tính và ác tính. Do đó quy trình kẹp phải được hoàn toàn thực hiện trong túi.

Một số tác giả đã báo cáo các trường hợp rách bao trong quá trình kẹp lách trong túi [119] do đó nên dùng túi dai và dụng cụ không sắc nhọn để kẹp. Các phần này sau đó được đưa ra ngoài bằng hút, kẹp forceps hoặc cả hai. Đặc tính của túi giới hạn khả năng sử dụng của nó. Một số chất liệu như polyurethane dễ bị thủng khi kẹp trong khi loại làm từ nylon thì bền hơn. Một số túi có sẵn cho PTCLNS lại không thể chứa được lách quá to lớn hơn 15cm bề ngang [198],[199].

Thường thì các mảnh của lách sau kẹp vẫn đủ để làm giải phẫu bệnh đặc biệt là trong các trường hợp XHGTC tự miễn. Đối với các trường hợp nghi ngờ di căn ác tính hay có hạch lympho đơn độc, phân loại giai đoạn bệnh hay bệnh lách ác tính lách nên được lấy ra nguyên vẹn [200].



BN Trần Hải K 43 T, chẩn đoán U lympho lách

Mã hồ sơ 140305582

4.3.7. Tai biến trong mổ

Trong tất cả các trường hợp phẫu thuật, không có trường hợp nào phải truyền máu, không có trường hợp nào tử vong. Tai biến thủng cơ hoành khi đốt điện được ghi nhận ở 1 TH, xử lý thành công bằng khâu nội soi, và 8 trường hợp phải chuyển mổ mở do chảy máu không cầm được bằng nội soi.

Rách bao lách cần được hạn chế do có thể làm rơi tế bào lách vào trong ổ bụng và có thể dẫn đến tình trạng chảy máu khó cầm. Trong nghiên cứu, có 11 TH chiếm 7,2% tổn thương bao lách trong quá trình phẫu tích. Kinh nghiệm thu được cho thấy, việc tránh các thao tác trực tiếp vào lách bằng cách, khi cắt các dây chằng quanh lách, chúng tôi thường để lại 1-2cm dây chằng quanh lách để cầm và không thao tác trực tiếp vào lách.

So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và CS tại Bệnh viện Việt Đức 2006 -2007, trong số 20 bệnh nhân 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 [16]. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự, trong

60 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi cho các bệnh máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai (5-2005 đến 7-2008), có 1 tai biến thủng cơ hoành [15].

Chảy máu trong ổ là một trong những tai biến chính có thể là nguyên nhân phải chuyển mổ mở. Điều này chủ yếu là do rách mạch rốn lách hay tổn thương nhánh vị ngấn, tổn thương bao lách, tổn thương nhu mô lách và có thể gia tăng do một số bệnh tiềm tàng. Một số các báo cáo sử dụng dụng cụ không sang chấn trong PTCLNS nhằm hạn chế khả năng rách bao lách và chảy máu [134].

Có thể xảy ra chấn thương các tạng hay tổ chức xung quanh đặc biệt là tổn thương đại tràng, tụy, dạ dày, cơ hoành. Chand và cộng sự [201] báo cáo tỷ lệ chấn 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. Chỉ nên đặt ống dẫn lưu trong những trường hợp nghi ngờ chấn thương tụy. Những bệnh nhân có lách to có nguy cơ đáng kể chấn thương tụy có thể do khó khăn khi thực hiện kỹ thuật đặt kẹp quanh rốn lách. Những tác giả này không nhận thấy mối tương quan giữa tỷ lệ viêm tụy với kinh nghiệm của PTV. Họ gợi ý nên sớm áp dụng kỹ thuật “bàn tay hỗ trợ” để làm giảm nguy cơ chấn thương tụy trong trường hợp lách quá to. Họ cũng khuyến cáo nên kiểm tra nồng độ amylase ngày 1 sau mổ thường quy để cảnh báo PTV và thay đổi biện pháp điều trị sau mổ nếu cần thiết.

4.4. Kết quả sau mổ

4.4.1. Thời gian mổ

Thời gian mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 75,3 phút, trong đó nhanh nhất là 40 phút và lâu nhất là 120 phút. So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và CS tại Bệnh viện Việt Đức 2006 -2007, trong số 20 bệnh nhân cắt lách nội soi (với các nguyên nhân khác nhau), thời gian mổ từ 80 đến 180 phút [16]. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và

cộng sự trong 60 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi cho các bệnh máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai (5-2005 đến 7-2008), thời gian mổ trung bình là 48 phút [15].

Bảng 4.38. Thời gian phẫu thuật cắt lách nội soi.

<i>Tác giả</i>	n	Thời gian
Nguyễn Ngọc Hùng (2007) [16]	20	80 – 180 phút
Nguyễn Ngọc Bích (2008) [15]	60	Trung bình 48 phút
Bùi Hải Nam [85]	31	151.4 phút
Tan M [57]	86	110 phút (50-270 phút)
Chúng tôi	145	75,3 phút

PTCLNS có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với mổ mở cắt lách. Nhưng theo các tác giả khác nhau khoảng thời gian này cũng có sự khác biệt lớn. Tuy nhiên, có một xu hướng là thời gian phẫu thuật sẽ rút ngắn dần lại nhờ có những tiến bộ trong kỹ thuật cũng như trình độ của phẫu thuật viên [83,84]. Những bài báo cáo gần đây cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật giữa 2 phương pháp này trong các trường hợp cắt lách có kích thước trung bình và hơi lớn. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng thời gian phẫu thuật có tương quan trực tiếp với kích thước của lách [98], nghiên cứu này cũng báo cáo 100% các trường hợp cắt lách có chiều dài hơn 27cm phải chuyển sang mổ mở

4.4.2. Biến chứng sớm sau mổ

Thời gian sau mổ, chúng tôi có 2 trường hợp (1,4%) phải mổ lại do biến chứng chảy máu trong ổ bụng sau mổ, mổ lại đều mổ mở. Có 21 trường hợp (14,5%) sốt với nhiệt độ trung bình $38,5 \pm 0,5$ (độ C), những BN này sốt

kéo dài sau mổ mà không rõ nguyên nhân nhiễm trùng, thường được dùng hạ sốt đường uống và truyền solumedrol. Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi, 6 trường hợp (4,1%) được phối hợp chẩn đoán và điều trị cùng với các bác sỹ thuộc chuyên ngành hô hấp.

Bệnh nhân bị bệnh về máu phải cắt lách thường là những bệnh nhân đã trải qua điều trị nội khoa kéo dài, sử dụng nhiều thuốc đặc biệt là các thuốc ức chế miễn dịch, truyền nhiều máu hoặc các chế phẩm máu. Những bệnh nhân này thường trong bệnh cảnh giảm tế bào máu, dễ xuất huyết, dễ nhiễm trùng và thiếu máu. Ưu thế của phẫu thuật nội soi là xâm lấn tối thiểu, do đó tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ rất thấp, chúng tôi không gặp trường hợp nào có bằng chứng về nhiễm trùng vết mổ.

Trong khi đó tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau cắt lách mổ mở truyền thống khá cao, theo Chu Xoãng (2001) [239] trong 75 bệnh nhân cắt lách mổ mở gặp 27 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 36%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự, trong 60 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi cho các bệnh máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai (5-2005 đến 7-2008), có 1 biến chứng chảy máu sau mổ do hoại tử phình vị dạ dày, và 3 trường hợp chảy dịch vết mổ [15]. So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và CS tại Bệnh viện Việt Đức 2006 -2007, trong số 20 bệnh nhân cắt lách nội soi (với các nguyên nhân khác nhau), 1 trường hợp có biến chứng huyết khối tĩnh mạch cửa được phát hiện sau mổ và điều trị ổn định bằng thuốc chống đông [16].

Biến chứng hay gặp thứ hai trong nghiên cứu là tụ dịch ổ lách, 2 TH đều được điều trị nội khoa không cần can thiệp gì thêm, 1 TH phải chọc dẫn lưu qua siêu âm.

Một số biến chứng sau cắt lách theo y văn có thể là chảy máu sau mổ, áp xe dưới cơ hoành, tắc mạch máu sâu, tắc thân tĩnh mạch lách, viêm phổi,

xẹp phổi, viêm tụy, tắc ruột, nhiễm khuẩn thành bụng, tụ máu thành bụng, và thoát vị thành bụng và một số biến chứng khác nữa [230],[231]. Tỷ lệ biến chứng cao đáng kể sau khi chuyển mổ mở [230]. Điều trị biến chứng này nên theo tiêu chuẩn lâm sàng.

Đối với những bệnh nhân đau bụng không đặc hiệu nên cân nhắc nghĩ đến và có hướng chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sớm. Tắc mạch cửa và lách là một trong những biến chứng nguy hiểm đến tính mạng có thể xảy ra trong vòng vài tháng sau mổ [232],[233]. Nó có thể dẫn đến nhồi máu ruột non và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch theo báo cáo từ 0.7% [140]-14% [141] sau mổ cắt lách và có thể lên đến 80% [142] ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao. Cho đến hiện nay vai trò của PTCLNS và MMCL đối với huyết khối tĩnh mạch vẫn còn chưa rõ ràng. Trong khi một số nghiên cứu thấy không có sự ảnh hưởng của phương pháp phẫu thuật đến huyết khối tĩnh mạch [234],[235] thì một số khác lại thấy tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch ở nhóm PTCLNS cao hơn đáng kể so với MMCL [236],[144].

Khi tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ của hình thành huyết khối tĩnh mạch, Petit P và cộng sự [144] cho rằng, rối loạn tăng sinh tủy do liên quan đến bệnh lý tăng đông, thiếu máu tan máu, cường lách hay bệnh máu ác tính và lách to là các yếu tố nguy cơ cao. Lách to có liên quan đến đường kính tĩnh mạch lách và phần mạch còn lại sau cắt có liên quan đến việc hình thành tắc mạch và là nguyên nhân của tắc mạch. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch dường như có liên quan trực tiếp đến kích thước lách, cũng được thống nhất bởi các tác giả khác [142],[146],[232],[233]. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như yếu tố kỹ thuật buộc động mạch quá sớm, sử dụng kẹp mạch máu nội soi, buộc đoạn xa và gần của tĩnh mạch lách, thay đổi về huyết học (đánh giá số lượng tiểu cầu sau mổ). tuy nhiên vai trò của nó trong việc hình thành cục máu đông vẫn còn chưa rõ.

Triệu chứng thường mơ hồ và gồm đau khắp bụng buồn nôn, sốt, bán tắc ruột, ỉa chảy, và giảm ngon miệng, và một số triệu chứng khác [236],[146],[143].

Khó khăn trong chẩn đoán thường dẫn đến chậm trễ vài tuần điều trị [142],[235],[146],[144]. Có thể dùng siêu âm Doppler hay CT để chẩn đoán. MRI cũng có thể giúp chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch với độ chính xác cao [142]. Chưa có sự liệu nào đáng tin cậy chứng minh CT tốt hơn siêu âm Doppler trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch. Tỷ lệ phát hiện tắc mạch bằng siêu âm Doppler có thể còn thấp vì phụ thuộc vào trình độ người làm siêu âm và do hạn chế tầm nhìn ví dụ trong trường hợp bệnh nhân béo phì hay chướng bụng trong những ngày đầu sau mổ [144], [205]. Việc sử dụng CT có tiêm thuốc cản quang không chỉ giúp chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch mà còn giúp loại trừ các biến chứng khác trong ổ bụng [235].

Sau khi có chẩn đoán nên sử dụng ngay liệu pháp chống đông đường tĩnh mạch và sau đó có thể dùng wafarin đường uống khi ra viện hay heparin có trọng lượng phân tử thấp [142]. Liệu pháp chống đông toàn thân với streptokinase và alteplase cũng là một lựa chọn khác nhưng ít khi được áp dụng. Tiêu chuẩn áp dụng wafarin hiện tại là duy trì INR ở mức 2-3 trong vòng 6 tháng trong khi đó tác giả Ikeda lại khuyên nên giữ INR từ 1.5 đến 2 trong vòng 3 tháng [236].

Tiêu chuẩn sử dụng thuốc chống đông là chưa rõ ràng. Mặc dù phần lớn các tác giả đều chủ trương điều trị chống đông ngay cho các bệnh nhân có triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch, tuy vậy có một số bằng chứng cho thấy nhu cầu dùng thuốc chống đông phụ thuộc vào vị trí bị huyết khối chứ không phải việc tồn tại khối tắc mạch [144]. Trong hoàn cảnh này, nếu vị trí tắc mạch ở tĩnh mạch cửa trong gan thì ít nghiêm trọng hơn tắc mạch ở mạc treo lớn- vì phải điều trị ngay [236],[144]. Vấn đề đặt ra là liệu các tắc mạch nhỏ không có triệu chứng được phát hiện nhờ CT có nên điều trị heparin không vẫn còn chưa rõ.

Bệnh nhân có một hay nhiều yếu tố nguy cơ đề cập trên cần được giám sát cẩn thận để tìm triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch. Liệu pháp chống đông sau mổ thường quy và kiểm tra chẩn đoán hình ảnh thường xuyên nên được áp dụng cả sau khi bệnh nhân ra viện, đặc biệt những bệnh nhân bị tăng sinh tủy thiếu máu tan máu và lách to [205]. Mặc dù ảnh hưởng của tắc mạch trên các trường hợp bị huyết khối vẫn còn chưa rõ thì vẫn nên áp dụng liệu pháp chống đông lâu dài ví dụ bằng acid salicylic cho những bệnh nhân nguy cơ cao [235],[233].

Việc có nên áp dụng liệu pháp chống đông bằng heparin dưới da vẫn còn gây tranh cãi. Một số tác giả thì thấy liệu pháp này là không đủ để ngăn huyết khối tĩnh mạch ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao [143],[205] và khuyến nên phối hợp heparin và chống ngưng tập tiểu cầu và wafarin đường uống khi ra viện [235].

Nguy cơ nhiễm khuẩn bùng phát sau mổ cắt lách là một trong những nhiễm khuẩn huyết đe dọa đến tính mạng ở những bệnh nhân cắt bỏ lách. Nguyên nhân chủ yếu là do nhiễm khuẩn có vỏ (gram âm) mà bình thường bị loại trừ nhờ lách. Nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhất trong vòng 2 năm đầu sau cắt lách tuy nhiên có 1/3 trường hợp nhiễm khuẩn lại xảy ra sau 5 năm cắt lách do đó bệnh nhân có nguy cơ nhiễm khuẩn cả đời. Mặc dù tỷ lệ này khá thấp chỉ 3,2% nhưng tỷ lệ tử vong ở nhóm bị nhiễm khuẩn là rất cao 40-50%. Bệnh nhân thalassemia thể lớn và thiếu máu hồng cầu hồng cầu hình liềm là nhóm có nguy cơ cao nhất [61]. Tiêm phòng viêm phổi do liên cầu, *H.influenza* típ B và não mô cầu ít nhất 15 ngày trước mổ hay trong một số trường, hợp khẩn cấp thì trong vòng 30 ngày sau mổ [62],[63].

Nên dùng kháng sinh ngay trước mổ tại phòng mổ. Cần giải thích nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ cho bệnh nhân.

Kháng sinh được dùng chủ yếu là cefazolin có thể thay bằng clindamycin đường tĩnh mạch ngay trước mổ và tiếp tục sau mổ bằng

amoxicillin tĩnh mạch có thể thay bằng erythromycin. Bệnh nhân nên sử dụng kháng sinh penicillin V đường uống (có thể thay bằng erythromycin đường uống nếu dị ứng với penicillin) ít nhất 2 năm ở người lớn và 5 năm ở trẻ em sau mổ cắt lách [62]. Một số tác giả khuyến cáo rằng nên áp dụng liệu pháp kháng sinh cả đời (ví dụ như luôn có sẵn amoxicillin để sử dụng ngay khi có bất kỳ triệu chứng nào của cảm cúm [63]

4.4.3. Thời gian dùng giảm đau paracetamol và hồi phục sau mổ

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được dùng được giảm đau, hạ sốt bằng paracetamol (thường dùng 2 biệt dược là Viramol và Perfalgan) sau mổ. Trong đó, bệnh nhân dùng ít nhất là dùng 1 ngày, nhiều nhất là dùng 3 ngày, thời gian dùng trung bình là 1,43 ngày. BN đau nhiều, được đánh giá theo thang điểm VAS, chiếm 2,8%.

Thời gian xuất hiện lưu thông ruột trở lại trung bình $1,34 \pm 0,43$ ngày. Thời gian lưu ống thông dạ dày trung bình là $1,37 \pm 0,43$ ngày, ống thông tiểu là $1,41 \pm 0,39$ ngày và dẫn lưu hố lách là $1,53 \pm 0,68$ ngày. Thời gian lưu dẫn lưu hố lách lâu nhất là 4 ngày.

Theo nghiên cứu của Phillips [112], hồi phục sau mổ nhanh hơn ở nhóm PTCLNS và lượng thuốc giảm đau sau mổ được sử dụng ở nhóm này cũng thấp hơn so với MMCL. Thời gian cho đến khi trở lại sinh hoạt bình thường ở nhóm PTCLNS cũng ngắn hơn đáng kể so với MMCL. Velanovich [113] và cộng sự báo cáo về chất lượng cuộc sống sau PTCLNS cho thấy, phẫu thuật này cho thời gian phục hồi nhanh hơn mổ mở cắt lách về tình trạng sức khỏe nói chung, hoạt động thể chất cũng như tình trạng đau toàn thân.

4.4.4. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm điều trị tại khoa sau phẫu thuật trung bình là $5,1 \pm 1,7$ (ngắn nhất là 3 ngày, lâu nhất là 12 ngày, 73,4% bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 4-6 ngày). Theo Lê Phương Linh trong 57 TH là 4,89 ngày, trong đó có 32 trường hợp (chiếm 60,38%) điều trị tại khoa từ 4 đến 6 ngày. So với

nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng và CS tại Bệnh viện Việt Đức 2006 - 2007, trong số 20 bệnh nhân cắt lách nội soi (với các nguyên nhân khác nhau), thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày [16]. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự, trong 60 trường hợp phẫu thuật cắt lách nội soi cho các bệnh máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai (5-2005 đến 7-2008), thời gian nằm viện trung bình là 4,5 ngày [15]. Như vậy, khoảng thời gian nằm điều trị tại viện sau phẫu thuật cắt lách nội soi là khá giống nhau.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm BN có số lượng tiểu cầu trước mổ $\leq 10G/l$ cũng chỉ là 5,1 ngày, cũng phần nào cho thấy hiệu quả của PTCLNS. Những bệnh nhân này thường điều trị trước mổ kéo dài, truyền nhiều chế phẩm máu cũng như các thuốc ức chế miễn dịch, việc điều trị rất khó khăn.

Bảng 4.39. Thời gian nằm điều trị tại viện sau phẫu thuật

Tác giả	n	TG trung bình
Nguyễn Ngọc Hùng (2007) [16]	20	5 ngày
Nguyễn Ngọc Bích (2008) [15]	60	4,5 ngày
Park AE [160]	203	2,7 ngày
Chúng tôi	145	5,1 \pm 1,7 ngày

4.4.5. Xếp loại bệnh nhân theo đáp ứng với điều trị trong nhóm bệnh lý XHGTC tự miễn

Kết quả sớm sau mổ

Trong nghiên cứu này của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu là XHGTC chiếm 90.8%. Những bệnh nhân này thường có số lượng tiểu cầu trước mổ rất thấp. Đặc biệt bệnh nhân có số lượng tiểu cầu $< 50G/l$ chiếm 77%. Sau mổ, số lượng tiểu cầu của bệnh nhân tăng lên đáng kể, trung bình $152\pm 122,0 G/l$, tiểu cầu của bệnh nhân $> 50G/l$ khi ra viện chiếm 88,5% (bảng 3.29). Tuy vậy

cũng có những trường hợp đáp ứng sớm là không tốt, tiểu cầu thậm chí giảm so với trước mổ, chiếm tỷ lệ 2,9% (4BN/139BN).

So với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2003) thì sau 48h, số lượng tiểu cầu tăng lên trung bình là 100.000/ml [14]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự [15], số lượng tiểu cầu tăng lên sau mổ 24h là 16.000/ml.

Một trong những lý do chính là cho các kết quả nghiên cứu trước đây khác nhau là không có định nghĩa rõ ràng về những tiêu chuẩn được coi là đáp ứng tốt sau mổ cắt lách. Trong khi một số tác giả thì coi số lượng tiểu cầu tăng trên $50 \times 10^9/l$ sau mổ là một tiêu chí thì một số tác giả khác lại đưa ra một con số cao hơn $150 \times 10^9/l$.

Gần đây các tiêu chuẩn về định nghĩa cũng như phân loại kết quả điều trị đối với bệnh lý XHGTC tự miễn đã thống nhất. Theo hiệp hội các nhà huyết học Mỹ (ASH) [158], tiểu cầu $< 100G/l$ là giảm tiểu cầu. Sau mổ cắt lách, tiểu cầu $> 100G/l$ và từ 30 – 100 G/l được gọi là đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần. Việc khuyến cáo tiểu cầu $> 100G/l$ là ngưỡng giới hạn trên vì 3 lý do: trong vòng hơn 10 năm theo dõi, chỉ 6,9% bệnh nhân có tiểu cầu trong khoảng 100G/l-150G/l có thể giảm tiểu cầu xuống $< 100G/l$. Đối với các trường hợp khỏe mạnh ở một số nước, giá trị tiểu cầu cũng chỉ khoảng 100-150G/l và cuối cùng là ngưỡng này đã loại bỏ phần lớn các trường hợp tiểu cầu thấp liên quan đến thai kỳ.

Căn cứ vào tiêu chuẩn của ASH, kết quả theo dõi sớm trong nghiên cứu có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 61,9%, đáp ứng một phần 33,8%. Tỷ lệ đáp ứng sớm có kết quả không tốt với cắt lách là 4,3%. Tổng tỷ lệ có đáp ứng sau cắt lách là 95,7% (biểu đồ 3.6).

Đặc biệt với các trường hợp có số tiểu cầu trước mổ rất thấp (46 TH), những bệnh nhân này điều trị nội khoa trước mổ rất khó khăn, dùng corticoid,

truyền globulin và tiểu cầu trước mổ nhưng cũng không hiệu quả. Sau mổ tiểu cầu bệnh nhân có đáp ứng tốt và đáp ứng một phần là 93,5%, số đáp ứng kém là 6,5% (biểu đồ 3.7). Kết quả này cũng tương tự như của Keidar và cộng sự [9], trong số 12 TH tiểu cầu < 20G/l (trung bình là 6,6G/l), tác giả có 75% đáp ứng từ tốt đến rất tốt, tỷ lệ biến chứng là 33% và thời gian nằm viện trung bình là 5,5 ngày. Còn trong 10 TH có số lượng tiểu cầu < 1G/l của Zhong và cộng sự [237], tác giả cắt lách nội soi cấp cứu với thời gian mổ trung bình là 157 phút, lượng máu mất trung bình là 44ml, không có tai biến nào trong mổ. Qua 28 tháng theo dõi, không có biến chứng nào đáng kể.

Như vậy, nhìn chung các nghiên cứu cho thấy tính khả thi của PTCLNS đối với các trường hợp tiểu cầu rất thấp trong bệnh lý XHGTC tự miễn, tỷ lệ đáp ứng sau mổ tương tự như những trường hợp khác, theo chúng tôi đây là kết quả đáng khích lệ khi điều trị nội khoa trước mổ đối với nhóm bệnh nhân này rất khó khăn.

Kết quả theo dõi sau 21,4 tháng.

Sau mổ chúng tôi theo dõi được 79 TH chiếm 51,6% trong khoảng thời gian trung bình là 21.4 tháng. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 74,6%. Đáp ứng một phần 13 TH chiếm 22%. Những bệnh nhân đáp ứng một phần thường phải tiếp tục sử dụng corticoid nhưng với liều thấp hơn đáng kể. Số bệnh nhân không đáp ứng là 7 TH chiếm 4.6%. Trong số các trường hợp không đáp ứng đã có 3 TH tử vong do xuất huyết tạng thời gian theo dõi trung bình là 13,1 tháng.

PTCLNS là phương pháp có hiệu quả tốt lâu dài trong điều trị bệnh máu chủ yếu là XHGTC tự miễn. Tuy nhiên không có yếu tố tiên lượng chắc chắn trước mổ để đảm bảo kết quả điều trị tích cực.

Một số nghiên cứu có thể chỉ ra được kết quả điều trị lâu dài tương tự nhau giữa 2 phương pháp MMCL và PTCLNS [121],[122],[123],[124],[120].

Liệu các biến lâm sàng khác nhau có thể là yếu tố tiên lượng đối với đáp ứng sau mổ cắt lách hay không vẫn còn cần được bàn luận. Theo Tsereteli và CS, trong một nghiên cứu về bệnh nhân XHGTC tự miễn, tác giả không nhận thấy tồn tại bất kỳ yếu tố tiên lượng nào trước mổ cho kết quả đáp ứng tốt sau cắt lách [124]. Nghiên cứu của Kojouri K [1], trên 2623 BN XHGTC và của Balague C [206], cũng cho kết quả tương tự.

Mặc dù trong một số nghiên cứu khác việc phân tích đơn biến gợi ý một số yếu tố tiên lượng như tuổi, đáp ứng điều trị trước đó với steroid, thời gian mắc bệnh. Katkhouda và cộng sự [106] nghiên cứu 52 bệnh nhân PTCLNS do XHGTC tự miễn và nhận thấy tuổi (>40 hay <40) là một yếu tố tiên lượng được sự thành công hay thất bại của của phẫu thuật theo phân tích đa biến. Một số yếu tố khác theo phân tích đơn biến, là đáp ứng điều trị trước mổ với steroid và số lượng tiểu cầu lúc ra viện, cũng có giá trị tiên lượng.

Ojima và cộng sự [121] tiến hành nghiên cứu trên 32 bệnh nhân bị XHGTC tự miễn được theo dõi trung bình là 8,3 năm cho biết số lượng tiểu cầu ngày thứ bảy sau mổ có thể dự đoán được kết quả lâu dài sau mổ. Tuổi lúc phẫu thuật, thời gian từ khi chẩn đoán cho đến lúc cắt lách, và đáp ứng đối với điều trị ban đầu bằng steroid không có giá trị tiên đoán. Bảy bệnh nhân chiếm 21,9% không đáp ứng đối với cắt lách. Không có bệnh nhân nào còn tuyến lách phụ được khám lại một tháng sau mổ bằng CT ổ bụng.

Pace và cộng sự [115] quan sát 3 trong số 9 bệnh nhân không đáp ứng tốt với PTCLNS cho thấy tế bào lách phụ được tìm thấy. Do đó họ cũng kết luận rằng việc bóc tách lách cẩn thận, cũng như không bỏ sót lách phụ cho kết quả lui bệnh chấp nhận được. Mặc dù trong một nghiên cứu về bệnh nhân XHGTC tự miễn tuổi còn trẻ đáp ứng tốt với điều trị bằng steroid và khoảng thời gian từ khi chẩn đoán bệnh đến khi phẫu thuật ngắn cho tỷ lệ thoái bệnh cao hơn thì vẫn không dự đoán được sự thành công của cắt lách trước mổ [128].

4.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

4.5.1. Kích thước lách

Trong các bệnh lý về máu có chỉ định ngoại khoa, bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn có đặc tính lách có kích thước trung bình và hơi to, rất thích hợp với phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu của chúng tôi có 139 trường hợp XHGTC tự miễn, trong đó kích thước bình thường và to vừa chiếm 86,4%, kích thước lách to từ 15-20 cm chiếm 13,7%, không có TH nào lách > 20 cm. Những bệnh lý khác như cường lách, thalassemie, u lách, thường kích thước lách to, có thể sờ thấy trên lâm sàng, trên siêu âm đường kính lớn hơn 15cm chiếm 85,8% các trường hợp. Có 6 TH kích thước lách >20cm, kích thước lách lớn nhất là 22cm. Với các TH kích thước lách to > 15 cm, thời gian mổ kéo dài hơn chủ yếu do phẫu tích và kẹp động mạch lách trước, sau đó chúng tôi mới phẫu tích vào rốn lách. Có thể đó là lý do làm lượng máu mất trong mổ ở nhóm này giảm đáng kể.

Lách khỏe mạnh ở người bình thường khi đo xấp xỉ 11x17x4cm và nặng 100-250g (trọng lượng lách ướt). Y văn hiện nay chưa thống nhất cách gọi tên lách to. Kích thước lách là yếu tố quan trọng nhất đánh giá khả năng thành công của PTCLNS. Theo hội phẫu thuật nội soi châu Âu [3], lách to được định nghĩa là trục dọc của nó vượt quá 15cm và lách rất to thì trục này lớn hơn 20cm. Kích thước của lách được đo trên siêu âm hay CT-scanner. Đối với những trường hợp lách to hơn một kích thước nhất định thì đó chính là một thách thức đối với PTCLNS. Nhiều tác giả cũng khuyên rằng, nên chọn lựa cắt lách nội soi với kích thước < 15cm [99],[176],[228].

Cách thức điều trị PTCLNS trong các trường hợp lách to còn chưa thống nhất. Lách to được coi như là chống chỉ định tương đối của PTCLNS, nhưng trong các báo cáo gần đây nội soi vẫn đảm bảo tính khả thi và khuyến khích áp dụng [64],[65].

Định nghĩa về trọng lượng có vẻ không thích hợp bởi vì trọng lượng của lách chỉ có thể đo được sau mổ và không có giá trị tiên lượng cho cách thức mổ. Thêm vào đó trong một nghiên cứu 58 lách lợn Walsh [204] và cộng sự cho thấy trọng lượng từng phần của lách thấp hơn nhiều trọng lượng được ước tính của lách còn nguyên vẹn. Một phân loại kích thước của lách theo trọng lượng từng phần là rất khó khăn và không đảm bảo tính chính xác. Do đó, kích thước của lách nên được đánh giá theo đơn vị chiều dài cm trước mổ. Một số tác giả cũng cân nhắc độ dài dọc lách là một yếu tố tiên đoán hợp lý [98],[99]. Tuy nhiên, do hình dạng lách, nên thuật ngữ chiều dài lớn nhất là có vẻ hợp lý nhất.

Đo chiều dài lách bằng siêu âm có thể cho thông tin đáng tin cậy [11], [99],[208],[209]. Cũng có thể áp dụng CT mặc dù nó khá đắt và cũng không có nhiều ưu điểm hơn so với siêu âm trong việc xác định kích thước lách. Mặc dù MRI cho kết quả tốt trong việc phát hiện tìm ra đặc điểm bệnh lý của lách nhưng nó không có vai trò đáng kể trong việc xác định kích thước của lách trước mổ [207] do chi phí cao và ít phổ biến ở một số nước.

Đối với những trường hợp lách to (không phải quá to) PTCLNS vẫn là một phương pháp an toàn và được ưu tiên chọn lựa so với MMCL ở những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm [3].

Phần lớn các nghiên cứu PTCLNS ở bệnh nhân lách to [97],[100],[114],[120] đều chỉ ra rằng PTCLNS có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, lượng máu mất nhiều hơn cũng như có nhiều biến chứng sau mổ hơn thời gian nằm viện lâu hơn tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn so với PTCLNS ở những bệnh nhân có kích thước lách bình thường [12]. Một nghiên cứu trên 142 bệnh nhân không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng trong mổ và thời gian nằm viện. Do đó PTCLNS vẫn là một phương pháp tối ưu cho những trường hợp cắt lách [65].

Trong trường hợp lách quá to >20cm kỹ thuật nội soi có thêm một bàn tay hay kỹ thuật mổ mở nên được cân nhắc bởi vì lách càng to thì nguy cơ mổ mở càng cao. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 6 TH lách có kích thước từ 20cm trở lên, lớn nhất là 22cm. Sự khác biệt về thời gian mổ và lượng máu mất ước tính trong mổ ở nhóm bệnh nhân có kích thước lách khác nhau là khác nhau có ý nghĩa thống kê. Đối với các trường hợp lách có kích thước > 20 cm, thời gian mổ trung bình lâu hơn là 101.3 phút, nhưng hầu như không mất máu (trung bình 17,5 ml), chúng tôi cho rằng việc thắt động mạch lách trước khi phẫu tích rốn lách làm hạn chế nguy cơ chảy máu. Chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển mổ mở ở nhóm bệnh nhân này và chúng tôi cũng không có kinh nghiệm trong việc áp dụng “bàn tay hỗ trợ” đối với những trường hợp lách to do thiếu phương tiện.

Trong khi một số tác giả đưa ra một mức đánh giá là lớn hơn 600g [65],[210],[211],[212] thì một số khác lại đặt mức 1000g [198],[213],[225],[226],[227]. Các tác giả này cũng bất đồng về việc sử dụng chuẩn đoán hình ảnh đánh giá kích thước lách trước mổ. Một số tác giả sử dụng con số chiều dài lớn hơn 15cm [99],[176],[228] một số chọn con số 16 [212], 17 [64],[211], hay 20cm [70],[229].

Đôi khi thuật ngữ lách khổng lồ hay lách cực đại chỉ những lách có chiều dài lớn hơn 22cm và trọng lượng lớn hơn 1600g [64],[65], [211],[212]. Những trường hợp này là một thách thức rất lớn đối với PTCLNS vì giới hạn khoang làm việc trong ổ bụng, khó thực hiện các thao tác trong ổ bụng và lấy lách quá to ra khỏi ổ bụng

Một số tác giả nhận thấy tất cả lách quá to có chiều dài lớn hơn 27cm [174] hay 30cm [160] đều yêu cầu chuyển mổ mở dù đã thử áp dụng PTCLNS và PTCLNS có “bàn tay hỗ trợ” từ đầu, Một số khác thì gợi ý nên “bàn tay hỗ trợ” cho tất cả các trường hợp lách có chiều rộng lớn hơn 19cm

và chiều dài lớn hơn 22cm [65],[211] hay 23cm [97],[166]. Những khó khăn trong phẫu thuật càng tăng, có thể được đánh giá bằng thời gian phẫu thuật lượng máu mất tỷ lệ chuyển mổ mở, khi kích thước và trọng lượng của lách càng tăng.

Một số nghiên cứu chỉ ra kết quả phẫu thuật kém với trọng lượng lách lớn hơn 500g [69] hay 1000g [99]. Trong nghiên cứu ca lâm sàng trên 60 bệnh nhân Terrosu và cộng sự [95] nhận thấy thời gian phẫu thuật ngắn hơn ở nhóm lách có kích thước bình thường so với nhóm có trọng lượng lớn 2000g nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Họ cũng nhận thấy giới hạn của PTCLNS là lách có trọng lượng vượt quá 2000g và kích thước lớn hơn 23cm. Một nhóm gợi ý nên mổ mở cho những trường hợp trọng lượng lách ước tính nặng hơn 1000g hay độ dài lớn hơn 20cm [99].

4.5.2. Số lượng tiểu cầu trước mổ

Số lượng tiểu cầu trước mổ cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả mổ nội soi. Trong tổng số 139 bệnh nhân XHGTC tự miễn, có 33,1% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trước mổ thấp (< 20 G/l), những bệnh nhân này có thời gian mổ trung bình lâu hơn (81,3 phút so với 72,1 phút và 62,6 phút ở những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu từ $20 - < 50$ G/l và ≥ 50 G/l), nguyên nhân chủ yếu do chảy máu rỉ rả từ rốn lách, chỗ phẫu tích. Tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân này.

Những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu < 20 là nhóm bệnh nhân mà chúng tôi đã cố gắng nâng tiểu cầu trước mổ lên bằng nhiều biện pháp khác nhau như dùng corticoid liều cao, truyền tiểu cầu máy trước mổ song cũng không có hiệu quả, chúng tôi thường phải dự trữ sẵn khối tiểu cầu để truyền ngay trong mổ (khi đã kẹp được cuống lách) hoặc ngay sau mổ.

Khi phân tích sâu hơn về kết quả phẫu thuật, trong nhóm BN có số lượng tiểu cầu ≤ 10 G/l, cho thấy kết quả đáp ứng sau mổ là khá tốt, với giá trị

trung bình tiểu cầu tăng 118,2G/l. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm BN này là 5,1 ngày, tỷ lệ chuyển mổ mở là 11,5%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Zhong Wu [237], khi nghiên cứu 10 TH bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trước mổ < 1G/l, thời gian mổ trung bình là 157,0 phút lượng máu mất ước tính là 44ml.

Năm 2003 Keidar và cộng sự [9] báo cáo một nghiên cứu PTCLNS cho 12 bệnh nhân bị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn không đáp ứng với điều trị nội khoa, số lượng tiểu cầu < 20x10⁹/l. Họ thấy vẫn khả thi làm PTCLNS cho những bệnh nhân có lượng tiểu cầu thấp. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng cao hơn 33% thời gian nằm viện cũng dài hơn trung bình là 5,5 ngày so với những bệnh nhân có lượng tiểu cầu trước mổ cao hơn. Không có số liệu so sánh về MMCL cho những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu rất thấp. Tỷ lệ biến chứng dường như có liên quan đến mức độ xuất huyết do đó nên cố gắng tăng số lượng tiểu cầu trước mổ ví dụ như truyền steroids hay truyền tiểu cầu cho một số ca chọn lọc trong mổ sau khi tách cuống lách. Có thể điều trị globulin miễn dịch khoảng 400mg/kg/ ngày trong 3- 5 ngày ít nhất 1 tuần trước mổ để tăng số lượng tiểu cầu lên mức trung bình là 50 [59] hay 80-90x10⁹/l [57]. Trong trường hợp có thiếu máu truyền hồng cầu khối trước mổ để tăng lượng Hb lên trên 10g/dl.

4.5.3. Bệnh lý nền đòi hỏi phải cắt lách

Ngoài bệnh lý XHGTC tự miễn có chỉ định cắt lách, trong nghiên cứu, chúng tôi có 14 TH bệnh lý khác là cường lách, thalassemie, suy tủy, hội chứng Evans, u lympho Non Hodgkin. Những bệnh nhân này có thời gian mổ trung bình lâu hơn. Nhưng hiện tượng chảy máu khó cầm ít xảy ra hơn nên lượng máu mất trung bình ước tính ít hơn đáng kể. Chuyển mổ mở, tai biến, cũng như biến chứng chảy máu sau mổ không được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân không phải bệnh lý XHGTC tự miễn.

Cắt lách trong nhóm bệnh lý XHGTC tự miễn, khó khăn chủ yếu do bệnh nhân có số lượng TC trước mổ khá thấp, thấp nhất là 2 G/l, nhưng có một số yếu tố thuận lợi như bệnh nhân tuổi trẻ, kích thước lách thường không lớn, ít khi có tình trạng viêm dính. Với những TH bệnh lý khác đòi hỏi phải cắt lách, khó khăn thường gặp do kích thước lách lớn làm thiếu không gian thao tác và tình trạng viêm dính hay nhiều hạch rốn lách. Trong nghiên cứu này chỉ có 3 TH bệnh lý ác tính, không đủ để đưa ra kết luận, tuy vậy chúng tôi thấy vẫn có tính khả thi khi kích thước lách $\leq 22\text{cm}$. Thời gian mổ kéo dài chủ yếu do phải làm thêm các thao tác như rạch thêm đường mổ phụ để lấy lách ra.

Silecchia và cộng sự [71] đã làm một nghiên cứu so sánh 2 nhóm được PTCLNS nhóm 1 gồm 24 bệnh nhân bị bệnh ác tính và nhóm 2 có 52 bệnh nhân bệnh lành tính, cho thấy thời gian PTCLNS ở nhóm 1 dài hơn chủ yếu do cần làm thêm một số thủ thuật do lách to hơn, tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao hơn và tỷ lệ biến chứng thì thấp hơn; nhưng những khác biệt này là chưa có ý nghĩa thống kê. Các tác giả này cũng đưa ra kết luận là cho dù là nguyên nhân ác tính hay lách quá to thì vẫn nên lựa chọn PTCLNS cho bệnh nhân.

Năm 2004 Walsh và cộng sự [72] đánh giá kết quả phẫu thuật của 2 phương pháp PTCLNS và PTCLNS có “bàn tay hỗ trợ” trên 211 bệnh nhân chia làm 2 nhóm bệnh nhân: nhóm 1: 73 bệnh nhân bị tăng sinh dòng lympho với nhóm 2: gồm 86 bệnh nhân XHGTC tự miễn. Nghiên cứu cho kết quả ở nhóm PTCLNS cho bệnh nhân tăng sinh dòng lympho thời gian phẫu thuật kéo dài hơn lượng máu mất nhiều hơn thời gian nằm viện cũng dài hơn, sự khác biệt này là đáng kể. Các tác giả cũng cho rằng PTCLNS là an toàn đối với bệnh nhân tăng sinh dòng lympho, nếu PTCLNS có thêm một “bàn tay hỗ trợ” tỷ lệ chuyển mổ mở và tình trạng bệnh là thấp. Trong trường hợp lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lách nên được chia nhỏ thành từng phần khoảng 3cm trước khi cho vào túi.

Một số tác giả khác thì cho rằng PTCLNS cho các bệnh nhân bị bệnh lách ác tính có thể được thực hiện như kỹ thuật phẫu thuật thông thường nhưng nên mở thêm một đường mổ bên để lấy bệnh phẩm. Đáp ứng lâm sàng của những bệnh nhân không có bệnh máu là khá tốt [73],[97].

Đối với các trường hợp u mạch lách, các yếu tố tiên lượng trước mổ là khó khăn, việc sử dụng kỹ thuật PTCLNS nên thêm một “bàn tay hỗ trợ” để có thể cảm giác đánh giá tổn thương, đặc biệt là các tổn thương ác tính ví dụ như hạch vùng, tụy hay dạ dày [73].

Để tránh bị rơi tế bào u ra ổ bụng hay tại chỗ đặt trocar, nên tỉ mỉ cẩn thận lấy và đưa từng phần bệnh phẩm. Bắt buộc phải đặt lách vào trong một túi dày trước khi kẹp nát hay để lấy ra nguyên vẹn.

4.5.4. Béo phì

Tỷ lệ bệnh nhân có cân nặng bình thường trong nghiên cứu là 53 BN chiếm 34,6%. Các bệnh có tình trạng thừa cân và tiền béo phì chủ yếu liên quan đến việc sử dụng corticoid kéo dài (chiếm 65,4%), nên dẫn đến tình trạng thừa cân, tích nước, phân bố lại mỡ trong cơ thể, tập trung chủ yếu ở phần bụng. Những bệnh nhân này làm cho cuộc mổ khó khăn hơn thể hiện ở thời gian mổ kéo dài hơn, lượng máu mất trung bình ước tính nhiều hơn, tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao hơn (bảng 3.34). Mổ mở ở những bệnh nhân béo phì cũng khó khăn hơn và đường mổ thường kéo dài, lâu liền và tỷ lệ biến chứng vết mổ cũng cao hơn.

Béo phì có thể gây ra một số khó khăn trong quá trình phẫu thuật như không gian làm việc trong ổ bụng nhỏ, tầm nhìn hạn chế. Theo Weiss và cộng sự [202], BMI có liên quan làm tăng lượng máu mất nhưng không ảnh hưởng gì đến thời gian mổ thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng. Hơn thế nữa nên lựa chọn PTCLNS vì những bệnh nhân béo phì thường đặc biệt hưởng nhiều lợi ích do tỷ lệ biến chứng thấp hơn. Đối lập với kết quả trên Delaitre và cộng sự [197] thì báo cáo tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn hẳn ở những bệnh nhân béo phì, lên đến 37,9%.

Để đánh giá tác động của béo phì lên kết quả của PTCLNS, Weiss và cộng sự đã phân tích số liệu 112 bệnh nhân được chia thành từng nhóm BMI trước khi tiến hành PTCLNS. Các tác giả này cũng thông báo rằng sự khác biệt thời gian phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê giữa ở có BMI >40. tỷ lệ biến chứng và chuyển mổ mở cũng cao hơn ở nhóm này nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt nào được đề cập trước đó được chỉ ra giữa nhóm có BMI <30 và nhóm có BMI từ 30-40. Lượng máu mất trong mổ cũng tương tự ở cả 3 nhóm nghiên cứu [203].

4.5.5. Kết quả chung của phẫu thuật

Qua 153 BN được PTCLNS cho thấy kết quả khả quan. 133 BN (86,9%) có kết quả phẫu thuật tốt. 6,5 % BN có kết quả trung bình bao gồm 1 TH tai biến thủng cơ hoành, xử trí được bằng nội soi, 3 TH tụ dịch ổ lách sau mổ, 6 TH viêm phổi, đều được điều trị nội khoa thành công. 10 TH có kết quả xấu chiếm 6,5 % gồm: 8 BN phải chuyển mổ mở, 2 BN phải mổ lại do chảy máu sau mổ. Không có TH nào tử vong hay nặng xin về.

Như vậy, kết quả của phẫu thuật do rất nhiều yếu tố góp phần tạo nên, trong đó phải kể đến các yếu tố gây khó khăn cho phẫu thuật: lách to, số lượng tiểu cầu trước mổ thấp, bệnh lý về máu đòi hỏi phải cắt lách, tình trạng thừa cân cũng như trình độ và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Bên cạnh đó, thể trạng và sức đề kháng của bệnh nhân, điều trị, theo dõi và tiên lượng diễn biến sau mổ của nhân viên y tế cũng góp phần không nhỏ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 153 bệnh nhân được PTCLNS tại khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2010 đến tháng 6/2016. Cho phép rút ra một số kết luận sau:

1. Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt lách trong điều trị một số bệnh về máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai

1.1. Chỉ định

Bệnh lý về máu có chỉ định cắt lách nội soi: Xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn chiếm phần lớn 139 TH: 90,8%. Ngoài ra có một số nguyên nhân khác như cường lách 5 TH: 3,3%. Thalassemia 3 TH: 1,9%. U lympho lách 3 TH: 1,9%. Suy tủy 1 TH: 0,7%; Tan máu tự miễn 1 TH: 0,7%; Hội chứng Evans 1 TH: 0,7%.

Điều kiện để PTCLNS là:

BN không có các rối loạn về đông máu, bệnh lý nội khoa kèm theo nặng nề (ASA < III) hay các chống chỉ định bơm hơi ổ bụng để mổ nội soi: suy tim, bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, tăng áp lực nội sọ.

Kích thước lách trên lâm sàng:	Không to 130 TH	: 85%
	To độ I 18 TH	: 11,8%
	To độ II. 5 TH	: 3,2%
Kích thước lách trên siêu âm	< 15 cm 121 TH:	79.1%
	15-<20 cm 25 TH	: 16,3%
	≥ 20 -22cm 6 TH:	3,9 %

1.2. Ứng dụng kỹ thuật bao gồm

Tư thế BN nghiêng bên phải 50° - 70° , kê độn ở dưới hạ sườn phải, có thay đổi trong mổ nhằm phù hợp với việc tìm kiếm lách phụ và bộc lộ cuống lách, được áp dụng trong 100% các trường hợp.

Sử dụng 3 trocar: 94 TH chiếm 61,4%.

4 trocar : 59 TH chiếm 38,6%.

Giải phóng toàn bộ dây chằng quanh lách 100% TH

Kiểm soát mạch lách: Kẹp ĐM lách trước rốn lách 25 TH: 17,2% có thời gian mổ $91,0 \pm 20,6$ phút, lượng máu mất ước tính $31,6 \pm 24,1$ ml.

Kẹp mạch tại rốn lách 120 TH: 82,8% có thời gian mổ $72,0 \pm 19,0$ phút, lượng máu mất ước tính $39,7 \pm 26,4$ ml.

2. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt lách

2.1. Kết quả sớm của phẫu thuật

- Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 145 TH: 94,8%.
- Tỷ lệ chuyển mổ mở 8 TH : 5,2%.
- Thời gian mổ trung bình $75,3 \pm 20,5$ phút.
- Lách phụ phát hiện trong mổ 19 TH: 12,4%.
- Tỷ lệ tai biến: 13,1%. Tỷ lệ biến chứng: 7,6%, chảy máu sau mổ 2 TH: 1,4%.
- Không có trường hợp nào cần truyền máu trong mổ.
- Không có trường hợp nào tử vong sau mổ liên quan đến phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện $5,1 \pm 1,7$ ngày.
- Đáp ứng sớm sau mổ trong nhóm bệnh nhân XHGTC tự miễn: đáp ứng hoàn toàn là 61,9%, đáp ứng một phần là 33,8% và không đáp ứng là 4,3%.

2.2. Một số yếu tố tiên lượng có liên quan đến kết quả của phẫu thuật

Kích thước lách to ≥ 15 cm có thời gian mổ trung bình lâu hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

BN với TC trước mổ thấp ($<20\text{G/l}$) có thời gian mổ trung bình, lượng máu mất ước tính và tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn.

PTCLNS trong bệnh lý XHGTC tự miễn có thời gian mổ trung bình ngắn hơn so với nhóm bệnh lý về máu khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

BN thừa cân ($\text{BMI} \geq 23$) có thời gian mổ kéo dài hơn, lượng máu mất trung bình ước tính nhiều hơn, tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao hơn.

KIẾN NGHỊ

Thắt động mạch lách ở bờ trên tụy, trước khi kiểm soát cuống lách tỏ ra có hiệu quả và an toàn trong PTNSCL với những trường hợp lách to, vì vậy nên được thực hiện thường quy.

Với các trường hợp XHGTC tụy miễn có chỉ định cắt lách, nhưng số lượng tiểu cầu rất thấp ($\leq 10G/l$), mà không nâng lên được, PTCLNS vẫn có thể tiến hành được an toàn và hiệu quả.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trần Thanh Tùng, Triệu Văn Trường, Nguyễn Ngọc Bích (2016). Kết quả phẫu thuật cắt lách nội soi có cải tiến trong điều trị một số bệnh về máu tại Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí y học Việt Nam số 2, tập 446*, 108-111.
2. Trần Thanh Tùng, Triệu Văn Trường, Nguyễn Ngọc Bích (2016). Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt lách để điều trị một số bệnh về máu thường gặp, *Tạp chí y học Việt Nam số 2, tập 446*, 148-152.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kojouri K, Vesely SK, Terrell DR, George JN. (2004). with idiopathic thrombocytopenic purpura: a systematic review to assess long-term platelet count responses, prediction of response, and surgical complications. *Blood*. 104, 2623–2634.
2. Zheng CX, Zheng D, Chen LH, Yu JF, Wu ZM. (2011). Laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenic purpura at a teaching institution. *Chin Med J (Engl)*. 124, 1175-1180.
3. B. Habermalz S, Sauerland G, Decker B et al (2008). Neugebauer “Laparoscopic splenectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc*. 22, 821–848.
4. Hiatt Phillips. Morgenstern (Eds) (1996). *Surgical Diseases of the Spleen*, 131-142.
5. Gonzalez-Porras JR, Escalante F, Pardal E et al. (2013). Safety and efficacy of splenectomy in over 65-yrs-old patients with immune thrombocytopenia. *Eur J Haematol*. 91, 236-241.
6. Montalvo J, Velazquez D, Pantoja JP et al. (2014). Laparoscopic splenectomy for primary immune thrombocytopenia: clinical outcome and prognostic factors. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 24, 466-470.
7. Marble KR, Deckers PJ, Kern KA. (1993) Changing role of splenectomy for hematologic disease. *J Surg Oncol*, 52,169-71.
8. Steven C.Katz, MD, H.Leon Pachter, MD (2006). Indication for Splenectomy. *The American Surgeon* 72,7; *Research Library*, 565.
9. Keidar A, Sagi B, Szold A (2003). Laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenic purpura in patients with severe refractory thrombocytopenia. *Pathophysiol Haemost Thromb* 33:116–119

10. Delaitre B, Maignien B (1992). Laparoscopic splenectomy: technical aspects. *Surg Endosc.* 6, 305-308
11. Poulin EC, Thibault C, Mamazza J (1995). Laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc.* 9, 172-177
12. Pugliese R, Sansonna F, Scandroglio I et al. (2006). Laparoscopic splenectomy: a retrospective review of 75 cases. *Int Surg.* 91, 82–86
13. Carlos Rodriguez-Otero Luppi¹, Eduardo M et al (2016). Clinical, Anatomical, and Pathological Grading Score to Predict Technical Difficulty in Laparoscopic Splenectomy for Non-traumatic Diseases. *World J Surg.* 00268-016-3683
14. Nguyễn Hoàng Bắc, Huỳnh Nghĩa, Lê Quan Anh Tuấn. (2003). Phẫu thuật nội soi cắt lách điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 7. Phụ bản số 1. 56-59.
15. Nguyễn Ngọc Bích (2009). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt lách cho các bệnh máu thường gặp tại bệnh viện Bạch Mai 2005-2008. *Tạp chí Y học thực hành.* Tập 662. Phụ bản số 5, 34-36.
16. Nguyễn Ngọc Hùng, Quách Văn Kiên, Nguyễn Văn Trường và cộng sự (2008). Cắt lách nội soi: một số nhận xét về chỉ định, kỹ thuật và biến chứng. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12 - Phụ bản của Số 4 – 2008. 137-142.
17. Frank H, Netter MD (1997). *Translator Professor.* Nguyễn Quang Quyền, NXB Y học, 303-307
18. Lê Văn Cường, Nguyễn Trường Kỳ (2013). Lách, *Giải phẫu sau đại học.* Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, 1, 338-372.
19. Nguyễn Quang Quyền (2006). Lách, *Giải phẫu học.* Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, 2, 114-118.
20. Trinh Văn Minh (2002). *Giải phẫu người.* tập 2. Nhà xuất bản Hà Nội, 18, 305-317.

21. Panagiotis N, Skandalakis MD, Gene L. et al (1993). Surgical anatomy and Embryology. *Surg Clinics of North America*, 73 – 4
22. Nguyễn Xuân Thùy (2006). *Nghiên Cứu phân thùy lách theo động mạch và tĩnh mạch, ứng dụng trong cắt lách bán phần*. Luận án tiến sỹ y học, Bộ giáo dục và đào tạo, BYT, Trường ĐHY HN.
23. Poulin EC, Thibault C (1993). The anatomical basis for laparoscopic splenectomy. *Can J Surg*. 36, 484-488.
24. Trần Bình Giang, Nguyễn Xuân Thùy (1999). Sự phân chia của mạch lách (động mạch và tĩnh mạch) trong cuống lách. *Tạp chí y học Việt Nam*, 1, 24-28.
25. Trịnh Cao Minh (2010). *Cắt bỏ lách*. Phẫu thuật thực hành cho bác sỹ đa khoa dài hạn quân y. 5-6.
26. Michels NA (1942): The variational anatomy of the spleen and splenic artery. *Am J Anat*. 70, 21.
27. Michels NA (1995). Blood supply and Anatomy of the upper Abdominal Organ, with a Descriptive Atlas, Philadelphia, *JB Lippincott*.
28. Clarke PJ, Morris PJ (1994). Surgery of the spleen. In: Oxford textbook of Surgery, vol. 2. *Morris and Matt Oxford University Pres.*.
29. Lewis SM, Swirsk D. (1996). The spleen and its disorders. In: Weatherall D, Ledingham JG, Warrel DA, editors. *Oxford textbook of Medicine*, vol. 3.
30. Aster RH. (1966). Pooling of platelets in the spleen: the role in the pathogenesis of ‘hypersplenic’ thrombocytopenia. *J Clin Invest*; 45, 645e57.
31. Coon WW. (1985). Splenectomy for splenomegaly and secondary hypersplenism. *World J Surg*. 0, 437e43.

32. Young AE, Timothy AR. (1998). The spleen and lymphoma. In: Barnard, Young, editors. The new Aird's companion in surgical studies. 2nd ed.
33. Speck, B., Tichelli, A., Widmer, E., Harder, F. et al (1996). Splenectomy as an adjuvant measure in the treatment of severe aplastic anaemia. *British Journal of Hematology*, 92,818-824
34. Nguyễn Thị Lan (2001). *Kết quả nghiên cứu điều trị suy tủy xương chưa rõ nguyên nhân bằng phương pháp cắt lách*. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
35. Bộ môn Nội trường Đại học Y Hà Nội (2007). Hội chứng xuất huyết. *Nội khoa cơ sở tập II*. NXB Y học, 59-70.
36. Zheng D et al. (2016). Laparoscopic splenectomy for primary immune thrombocytopenia: Current status and challenges.
37. Guillaume Moulis, Aurore Palmaro, et al (2014). Epidemiology of incident immune thrombocytopenia: a nationwide population-based study in France. *Blood*. 124, 3308-3315.
38. British Committee for Standards in Haematology General Haematology Task Force. (2003) Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. *Br J Haematol*. 120, 574-596
39. Rodeghiero F. (2003). Idiopathic thrombocytopenic purpura: an old disease revisited in the era of evidence-based medicine. *Haematologica* 88, 1081-1087.
40. Neunert C, Lim W, Crowther M, Cohen A, et al (2011). The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*. 117, 4190-4207.
41. Nguyễn Hà Thanh (2007). *Bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân*. Bài giảng bệnh học nội khoa tập I. NXB Y học. 25-29.

42. Giuseppe Leone and Eligio Pizzigallo (2015) Bacterial Infections Following Splenectomy for Malignant and Nonmalignant Hematologic Diseases. *Mediterr J Hematol Infect Dis*, 7(1).
43. Rijcken E, Mees ST, Bisping G, Krueger K, et al (2014). Laparoscopic splenectomy for medically refractory immune thrombocytopenia (ITP): a retrospective cohort study on longtime response predicting factors based on consensus criteria. *Int J Surg*. 12, 1428-1433
44. Cai Y, Liu X, Peng B. (2014). Should we routinely transfuse platelet for immune thrombocytopenia patients with platelet count less than $10 \times 10^9/L$ who underwent laparoscopic splenectomy? *World J Surg*. 38, 2267-2272.
45. Navez J, Hubert C, Gigot JF, Navez B, et al (2015). Does the site of platelet sequestration predict the response to splenectomy in adult patients with immune thrombocytopenic purpura? *Platelets*. 26, 573-576.
46. Goldenstatter M, Lamprecht B, Klingler A, et al (2002). Splenectomy versus medical treatment for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Surg*. 184, 606-610.
47. Zanella A, Barcellini W. (2014) Treatment of autoimmune hemolytic anemias. *Haematologica*. 99(10), 1547-54.
48. Reynaud Q, Durieu I, Dutertre M, et al (2015). Efficacy and safety of rituximab in auto-immune hemolytic anemia: A meta-analysis of 21 studies. *Autoimmun Rev*. 14(4), 304-13.
49. Schlinkert RT, Mann D. (1995). Laparoscopic splenectomy offers advantages in selected patients with immune thrombocytopenic purpura. *Am J Surg*; 170:624-7.
50. Beauchamp R. D. (2008), Sabiston textbook of surgery, volume 2, 18th edition, *Saunders Elsevier*, 1624 – 1654.

51. George Musser, MD., Gary Lazar, MD., William Ronand W Busuttill, MD, PhD (1984). Splenectomy for Hematologic Disease - The UCLA Experience with 306 Patients. *Ann Surg*, 200(1), 40–45.
52. Tạ Thị Thu Hòa (1994), *Bước đầu đánh giá liệu pháp cắt lách trong điều trị Thalassemia và một số thay đổi trong máu ngoại vi sau cắt lách*. luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, BYT Trường ĐHY HN.
53. C. C. Cronin, M. P. Brady, C. Murphy, E. et al (1994). Splenectomy in patients with undiagnosed splenomegaly. *Postgrad Med J*; 70(822): 288–291.
54. Sombeck MD, Mendenhall NP, Kaude JV, et al (1993). Correlation of lymphangiography, computed tomography, and laparotomy in the staging of Hodgkin's disease. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 15;25(3):425-9
55. Lehne G, Hannisdal E, Langholm R, Nome O (1994). 10-year experience with splenectomy in patients with malignant non-Hodgkin's lymphoma at the Norwegian Radium Hospital. *Cancer*; 74:933-9
56. Bouvet M, Babiera GV, Termuhlen PM, et al (1997). Splenectomy in the accelerated or blastic phase of chronic myelogenous leukemia: a single-institution, 25-year experience. *Surgery*; 122(1):20-5
57. Tan M, Zheng CX, Wu ZM, Chen GT, Chen LH, Zhao ZX (2003). Laparoscopic splenectomy: the latest technical evaluation. *World J Gastroenterol*. 9, 1086–1089.
58. Katkhouda N, Manhas S, Umbach TW, Kaiser AM (2001). Laparoscopic splenectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 11, 383–390.
59. Kuriansky J, Ben Chaim M, Rosin D, et al (1998). Posterolateral approach: an alternative strategy in laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc*. 12, 898–900.

60. Martin Arnau B, Turrado Rodriguez V, et al (2016). Impact of preoperative platelet count on perioperative outcome after laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Cir Esp.* 94(7), 399-403.
61. Bisharat N, Omari H, Lavi I, Raz R (2001). Risk of infection and death among postsplenectomy patients. *J Infect* 43,182–186
62. Legrand A, Bignon A, Borel M, Zerbib P, Langlois J, Chambon JP, Lebuffe G, Vallet B (2005). Perioperative management of asplenic patients. *Ann Fr Anesth Reanim.* 24, 807–813
63. (1996) Guidelines for the prevention and treatment of infection in patients with an absent or dysfunctional spleen. Working Party of the British Committee for Standards in Haematology Clinical Haematology Task Force. *BMJ.* 312, 430–434
64. Grahn SW, Alvarez J III, Kirkwood K (2006). Trends in laparoscopic splenectomy for massive splenomegaly. *Arch Surg.* 141, 755–762.
65. Heniford BT, Park A, Walsh RM, Kercher KW, Matthews BD, Frenette G, Sing RF (2001). Laparoscopic splenectomy in patients with normal-sized spleens versus splenomegaly: does size matter? *Am Surg.* 67, 854–858.
66. Naoum JJ, Silberfein EJ, Zhou W, et al (2007). Concomitant intraoperative splenic artery embolization and laparoscopic splenectomy versus laparoscopic splenectomy. *Am J Sur.* 193(6), 713-8.
67. Velanovich V, Shurafa M (2000) Laparoscopic excision of accessory spleen. *Am J Surg.* 180, 62–64.
68. Barbaros U, Dinccag A, Erbil Y, Mercan S, et al (2007). Handheld gamma probe used to detect accessory spleens during initial laparoscopic splenectomies. *Surg Endosc.* 21:115–119.

69. Berman RS, Yahanda AM, Mansfield PF, et al (1999). Laparoscopic splenectomy in patients with hematologic malignancies. *Am J Surg.* 178:530–536 42.
70. Cavaliere D, Torelli P, et al (2004). Outcome of laparoscopic splenectomy for malignant hematologic diseases. *Tumori.* 90, 229–232 4
71. Silecchia G, Boru CE, Fantini A, et al (2006). Laparoscopic splenectomy in the management of benign and malignant hematologic diseases. *JSLs*, 10:199–205 46.
72. Walsh RM, Brody F, Brown N (2004). Laparoscopic splenectomy for lymphoproliferative disease. *Surg Endosc* 18:272–275.
73. Yano H, Imasato M, Monden T, Okamoto S (2003). Handassisted laparoscopic splenectomy for splenic vascular tumors: report of two cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 13, 286–289 44.
74. Wells, T.S. (1888). Remarks on splenectomy with a report of a successful case. *Med. Chir. Trans.* 71:255.
75. Micheli, F.(1911). Effetti immediati della splenectomia in un caso di ittero emolitico splenomegalico acquisito tipo Hayem-Widal (ittero splenoemolitico). *Clin. Med. Ital.* 50, 453,
76. Carroll B, Phillips E (1991). Laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc.* 6, 183-185.
77. Cuschieri A, Shimi S, Banting S, Vander Valpen G (1992). Technical aspects of laparoscopic splenectomy: hilar segmental devascularization and instrumentation. *J R Coll Surg Edinb.* 37(6), 414-416.
78. Thibault C, Mamazza J, Letourneau R, Poulin E (1992). Laparoscopic splenectomy: operative technique and preliminary report. *Surg Laparosc Endosc*, 2(3), 248-253.
79. National Hospital Discharge Survey. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

80. Trần Bình Giang (2001). *Nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn lách do chấn thương tại bệnh viện Việt - Đức*. Luận án tiến sỹ y học, Bộ giáo dục và đào tạo, BYT, Trường ĐHY HN.
81. Trần Văn Đáng (2010). *Nghiên cứu chỉ định và kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách do chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương*. Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân Y.
82. Konstadoulakis MM, Lagoudianakis E, Antonakis PT et al (2006). Laparoscopic versus open splenectomy in patients with beta thalassemia major. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 16, 5–8.
83. Donini A, Baccarani U, Terrosu G, Corno V et al (1999). Laparoscopic vs open splenectomy in the management of hematologic diseases. *Surg Endosc*. 13, 1220–1225.
84. Lozano-Salazar RR, Herrera MF, Vargas-Vorackova F, Lopez-Karpovitch X (1998). Laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Am J Surg*. 176, 366–369.
85. Bùi Hải Nam (2015). *Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật cắt lách nội soi trong điều trị một số bệnh lý của lách*. Luận văn thạc sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
86. Lê Phương Linh (2012). *Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt lách nội soi điều trị bệnh giảm tiểu cầu vô căn tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai*. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa khóa 2006-2012. Đại học Y Hà Nội.
87. Sajida Ahad, Chad Gonczy, Vriti Advani, Stephen Markwell, Imran Hassan (2013). True benefit or selection bias: an analysis of laparoscopic versus open splenectomy from the ACS-NSQIP. *Surg Endosc*. 27, 1865–1871.
88. Lefor AT, Melvin WS, Bailey RW, Flowers JL (1993). Laparoscopic splenectomy in the management of immune thrombocytopenia purpura. *Surgery*. 114, 613-618.

89. Gigot JF, Healy ML, Ferrant A, Michaux JL, Njinou B, Kestens PJ (1994). Laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Br J Surg.* 81, 1171-1172.
90. Park A, Gagner M, Pomp A (1997). The lateral approach to laparoscopic splenectomy. *Am J Surg* 173, 126–130.
91. Yee LF, Carvajal SH, de Lorimier AA, Mulvihill SJ (1995). Laparoscopic splenectomy: the initial experience at University of California, San Francisco. *Arch Surg.* 130, 874–879.
92. Xiao-Li Zhan, Yun Ji, Yue-Dong Wang (2014). Laparoscopic splenectomy for hypersplenism secondary to liver cirrhosis and portal hypertension. *World J Gastroenterol.* 21; 20(19), 5794–5800.
93. Zhou J, Wu Z, Cai Y, et al. (2011). The feasibility and safety of laparoscopic splenectomy for massive splenomegaly: a comparative study. *J Surg Res.* 171, e55–e60.
94. Hashizume M, Tomikawa M, Akahoshi T, et al (2002). Laparoscopic splenectomy for portal hypertension. *Hepatogastroenterology.* 49, 847–852.
95. Terrosu G, Baccarani U, Bresadola V, et al (2002). The impact of splenic weight on laparoscopic splenectomy for splenomegaly. *Surg Endosc.* 16, 103–107
96. Poulin EC, Mamazza J, Schlachta CM. (1998). Splenic artery embolization before laparoscopic splenectomy. An update. *Surg Endosc.* 12(6), 870-5.
97. Heniford BT, Matthews BD, Answini GA, Walsh RM (2000). Laparoscopic splenectomy for malignant diseases. *Semin Laparosc Surg.* 7, 93–100.
98. Casaccia M, Torelli P, Squarcia S, et al (2006). Laparoscopic splenectomy for hematologic diseases: a preliminary analysis performed on the Italian Registry of Laparoscopic Surgery of the Spleen (IRLSS). *Surg Endosc.* 20, 1214–1220

99. Boddy AP, Mahon D, Rhodes M (2006). Does open surgery continue to have a role in elective splenectomy? *Surg Endosc.* 20, 1094–1098 40.
100. Bagrodia N, Button AM, Spanheimer PM, et al (2014). Morbidity and mortality following elective splenectomy for benign and malignant hematologic conditions: analysis of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program data. *JAMA Surg.* 149(10), 1022–1029
101. Matharoo GS, Afthinos JN, Gibbs KE (2014). Trends in splenectomy: where does laparoscopy stand? *JSLS.* 18, 4.
102. Simorov A, Shaligram A, Shostrom V, et al. (2012). Laparoscopic colon resection trends in utilization and rate of conversion to open procedures: a national database review of academic medical centers. *Ann Surg.* 256, 462– 468.
103. Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE. (2003). Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. *Arch Surg.* 138, 957–961.
104. Watanabe Y, Horiuchi A, Yoshida M, et al (2007). Significance of laparoscopic splenectomy in patients with hypersplenism. *World J Surg.* 31, 549–555
105. Knauer EM, Ailawadi G, Yahanda A, et al (2003). 101 laparoscopic splenectomies for the treatment of benign and malignant hematologic disorders. *Am J Surg.* 186, 500–504.
106. Katkhouda N, Grant SW, Mavor E, et al (2001). Predictors of response after laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Surg Endosc.* 15, 484–488.
107. Gadenstatter M, Lamprecht B, Klingler A, et al (2002). Splenectomy versus medical treatment for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Surg.* 184, 606–610.

108. Khan LR, Nixon SJ (2007). Laparoscopic splenectomy is a better treatment for adult ITP than steroids—it should be used earlier in patient management: conclusions of a ten-year follow-up study. *Surgeon*. 5, 3–4, 6–8
109. Sampath S, Meneghetti AT, MacFarlane JK, Nguyen NH, Benny WB, Panton ON (2007). An 18-year review of open and laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Surg*. 193, 580–584
110. Berends FJ, Schep N, Cuesta MA, et al (2004). Hematological long-term results of laparoscopic splenectomy for patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: a case-control study. *Surg Endosc*. 18, 766–770.
111. Tanoue K, Okita K, Akahoshi T, et al (2002). Laparoscopic splenectomy for hematologic diseases. *Surgery*. 131, S318–S323
112. Phillips EH, Carroll BJ, Fallas MJ (1994). Laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc*. 8, 931–933.
113. Velanovich V (2000). Laparoscopic vs open surgery: a preliminary comparison of quality-of-life outcomes. *Surg Endosc*. 14, 16–21.
114. Targarona EM, Espert JJ, Cerdan G, et al (1999). Effect of spleen size on splenectomy outcome: a comparison of open and laparoscopic surgery. *Surg Endosc*. 13, 559–562.
115. Pace DE, Chiasson PM, Schlachta CM, Mamazza J, Poulin EC (2003). Laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Surg Endosc*. 17, 95–98.
116. Dagash H, Chowdhury M, Pierro A (2003). When can I be proficient in laparoscopic surgery? A systematic review of the evidence. *J Pediatr Surg*. 38, 720–724.
117. Rattner DW, Apelgren KN, Eubanks WS (2001). The need for training opportunities in advanced laparoscopic surgery. *Surg Endosc*. 15, 1066–1070.

118. Peters MB Jr, Camacho D, Ojeda H et al (2004). Defining the learning curve for laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenia purpura. *Am J Surg.* 188, 522–525.
119. Cordera F, Long KH, Nagorney DM, McMurtry EK, Schleck C, Ilstrup D, Donohue JH (2003). Open versus laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura: clinical and economic analysis. *Surgery.* 134, 45–52.
120. Trias M, Targarona EM, Espert JJ, Cerdan G, Bombuy E, Vidal O, Artigas V (2000). Impact of hematological diagnosis on early and late outcome after laparoscopic splenectomy: an analysis of 111 cases. *Surg Endosc.* 14, 556–560.
121. Ojima H, Kato T, Araki K, Okamura K, et al (2006). Factors predicting long-term responses to splenectomy in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *World J Surg.* 30, 553–559 155.
122. Friedman RL, Fallas MJ, Carroll BJ, Hiatt JR, Phillips EH (1996). Laparoscopic splenectomy for ITP: the gold standard. *Surg Endosc.* 10, 991–995 156.
123. Marassi A, Vignali A, Zuliani W, Biguzzi E, Bergamo C, Gianotti L, Di Carlo V (1999). Splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura: comparison of laparoscopic and conventional surgery. *Surg Endosc.* 13, 17–20 157.
124. Tsereteli Z, Smith CD, Branum GD, Galloway JR, Amerson RJ, Chakaraborty H, Hunter JG (2001). Are the favorable outcomes of splenectomy predictable inpatients with idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP)? *Surg Endosc.* 15,1386–1389.

125. Yikun Qu, Jian Xu , Chengbin Jiao, et al (2014). Long-Term Outcomes of Laparoscopic Splenectomy Versus Open Splenectomy for Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *Int Surg.* 99, 286–290
126. Facon T, Caulier MT, Fenaux P, Plantier I, et al (1992). Accessory spleen in recurrent chronic immune thrombocytopenic purpura. *Am J Hematol.* 41(3), 184-9.
127. Taragona EM, Espert JJ, Balangué C, Sugranes G, Ayuso C, Lomena F, Bosch F, Trias M (1998) Residual splenic function after laparoscopic splenectomy. *Arch Surg.* 133, 56–60
128. Kwon HC, Moon CH, Cho YR, et al. (2005) Prognostic factors of response to laparoscopic splenectomy in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Korean Med Sci* 20:417–420
129. Musser G, Lazar G, Hocking W, Busuttill RW (1984). Splenectomy for hematologic disease - the UCLA experience with 306 patients. *Ann Surg.* 200:40-45
130. Trias M, Targarona EM, Balague C (1996). Laparoscopic splenectomy: an evolving technique: a comparison between anterior and lateral approaches. *Surg Endosc.* 10,389–392
131. Trias M, Targarona EM, Moral A, Prados M (1994). Laparoscopic splenectomy: technical aspects and preliminary results. *Endosc Surg Allied Technol.* 2:288–292.
132. Delaitre B, Bonnichon P, Barthes T, Dousset B (1995). Laparoscopic splenectomy: the ‘‘hanging spleen technique’’ in a series of nineteen cases. *Ann Chir.* 49, 471–476.
133. Dexter SP, Martin IG, Alao D, Norfolk DR, McMahon MJ (1996). Laparoscopic splenectomy: the suspended pedicle technique. *Surg Endosc.* 10, 393–396.

134. Bedirli A, Sozuer EM, Saglam A, Sakrak O, Guler I, Kucuk C, Aritas Y (2003). Grasper-assisted versus traditional laparoscopic splenectomy in the management of hematologic disorders. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 13, 359–363.
135. Gossot D (1998). Laparoscopic splenectomy: value of the posterior approach. *Ann Chir*. 52, 940–945
136. Bryant T (1866). Case of excision of the spleen from an enlargement of the organ attended with leukocythemia. *Guys Hosp Rep* 12:444-455
137. Jacobs P, Wood L, Dent DM (1992). Splenectomy in the chronic myeloproliferative syndromes. *S Afr Med J*. 81, 499-503
138. Letoquart J-p, La Gamma A, Kunin N, Grosbois B, Mambrini A, Leblay R (1993). Splenectomy for splenomegaly exceeding 1000 grams: analysis of 47 patients. *Br J Surg*. 80, 334-335
139. Ellison EC, Fabri PJ (1983). Complications of splenectomy: etiology, prevention and management. *Surg Clin N Am*. 63(6), 1313-1330
140. Rattner DW, Ellman L, Warshaw AL (1993). Portal vein thrombosis after elective splenectomy: an underappreciated, potentially lethal syndrome. *Arch Surg*. 128,565–570
141. Harris W, Marcaccio M (2005) Incidence of portal vein thrombosis after laparoscopic splenectomy. *Can J Surg*. 48, 352–354.
142. Romano F, Caprotti R, Conti M, Piacentini MG, Uggeri F, Motta V, Pogliani EM (2006). Thrombosis of the splenoportal axis after splenectomy. *Langenbecks Arch Surg*. 391, 483–488.
143. Van't Riet M, Burger JW, et al (2000). Diagnosis and treatment of portal vein thrombosis following splenectomy. *Br J Surg* 87, 1229–1233.
144. Petit P, Bret PM, Atri M, Hreno A, Casola G, Gianfelice D (1994). Splenic vein thrombosis after splenectomy: frequency and role of imaging. *Radiology*. 190,65–68.

145. K, Fujie Y, Kitani K, Seki Y, Hata T, Shingai T, et al. (2007). Total splenic vein thrombosis after laparoscopic splenectomy: a possible candidate for treatment. *Am J Surg.* 193, 21–25.
146. Fujita F, Lyass S, Otsuka K, et al (2003). Portal vein thrombosis following splenectomy: identification of risk factors. *Am Surg.* 69, 951– 956.
147. Danforth DN, Fraker DL (1991). Splenectomy for the massively enlarged spleen. *Am Surgeon.* 57, 108-113.
148. MacRae HM, Yakimets WW, Reynolds T (1992). Perioperative complications of splenectomy for hematologic disease. *Can J Surg* 35, 432-436.
149. Horowitz J, Smith JL, Weber TK, et al (1996). Postoperative complications after splenectomy for hematologic malignancies. *Ann Surg* 223, 290-296.
150. Marble KR, Deckers PJ, Kern KA (1993). Changing role of splenectomy for hematologic disease. *J Surg Onc.* 52,169-171.
151. American Society of Anesthesiologist (2014). Asa physical status classification system. Last approved by the ASA House of Delegates on October 15.
152. King H, Shumacker H.B (1952), Splenic studies: I. Susceptibility to infection after splenectomy performed in infancy. *Ann.Surg.*136, 239-242
153. Horan M, Colebath JH (1962) Relation between splenectomy and subsequent infection, A clinical study, *Arch.Dis.Child,* 371 -398
154. Eraklis A.T, Filler R.N (1972). Splenectomy in childhood, a review of 1413 cases, *J. Pediatr. Surg,* 7, 383-388
155. Singer D.B (1973), Post – Splenectomy sepsis. *Per. Pediator. Patho* pp 285.
156. Schwartz SI (1981). Splenectomy for hematologic disease. *Surg Clin N Am* 61:117-125

157. Francke EL, Neu HC (1981). Postsplenectomy infection. *Surg Clin N Am.* 64,135-155
158. Rodeghiero F, Stasi R et al (2009). Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood;* 113, 2386-2393.
159. Cindy Neunert, Wendy Lim, Mark Crowther, et al (2011). The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia *blood*, 21 april _ volume 117, number 16
160. Park AE, Birgisson G, Mastrangelo MJ, Marcaccio MJ, Witzke DB (2000). Laparoscopic splenectomy: outcomes and lessons learned from over 200 cases. *Surgery*, 128, 660–667.
161. Nirav Y. Patel, M.D et al (2012). Outcomes and complications after splenectomy for hematologic disorders. *The American Journal of Surgery*, Vol 204, No 6.
162. Chul-Woon C and al (1999). Laparoscopic Splenectomy for Immune Thrombocytopenic Purpura – Long term result of 40 Laparoscopic Splenectomies. *Yonsei Medical.* Vol. 40. 578-582.
163. DiFino SM, Lachant NA, Kirshner JJ, Gottlieb AJ (1980). Adult idiopathic thrombocytopenic purpura. Clinical findings and response to therapy. *Am J Med*, 69(3), 430-442.
164. Mazzucconi MG, Fazi P, Bernasconi S, et al (2007). Thrombocytopenia Working Party. Therapy with high-dose dexamethasone (HD-DXM) in previously untreated patients affected by idiopathic thrombocytopenic purpura: a GIMEMA experience. *Blood;* 109(4):1401-1407

165. Phan Thị Thu Anh (2007). *Sinh lý bệnh tạo máu*. Sinh lý bệnh và miễn dịch – phần sinh lý bệnh học. NXB Y học. 156-169.
166. Walsh RM, Heniford BT, Brody F, Ponsky J (2001) The ascendance of laparoscopic splenectomy. *Am Surg* 67:48–53
167. Bethell FH, Meyers MC, Miller S, Bullock WH. (1951). Effects of ACTH and cortisone on idiopathic thrombocytopenic purpura. *Trans Assoc Am Physicians*; 64: 199-203.
168. Provan D, Stasi R, Newland AC, et al (2010). International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*; 115: 168-186.
169. Despotovic JM, Lambert MP, Herman JH, et al (2012). RhIG for the treatment of immune thrombocytopenia: consensus and controversy (CME). *Transfusion*; 52: 1126-1136.
170. Ghanima W, Khelif A, Waage A, Michel M, Tjønnfjord GE, Romdhan NB, Kahrs J, Darne B, Holme PA (2015). Rituximab as secondline treatment for adult immune thrombocytopenia (the RITP trial): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*; 385: 1653-1661
171. Cohen YC, Djulbegovic B, Shamai-Lubovitz O, Mozes B (2000). The bleeding risk and natural history of idiopathic thrombocytopenic purpura in patients with persistent low platelet counts. *Arch Intern Med*. 160:1630–1638.
172. Aledort LM, Lyons RM, Okano G, Levenque J (2006). Restrospective Matched Cohort Study of Immune Thrombocytopenic Purpura (ITP): Complications Related to Corticosteroid (CS) Use: Orlando, Florida. *Blood* 108:3295.

173. Mikhael J, Northridge K, et al (2009). Short-term and long-term failure of laparoscopic splenectomy in adult immune thrombocytopenic purpura patients: a systematic review. *Am J Hematol*; 84: 743-748
174. Schlachta CM, Poulin EC, Mamazza J (1999). Laparoscopic splenectomy for hematologic malignancies. *Surg Endosc*. 13:865–868
175. Klinger PJ, Smith SL, Abendstein BJ, Hinder RA (1998). Handassisted laparoscopic splenectomy for isolated splenic metastasis from an ovarian carcinoma: a case report with review of the literature. *Surg Laparosc Endosc*. 8:49–54
176. Khoursheed M, Al-Sayegh F, Al-Bader I, Kanawati N, Maroof R, Asfar S, Dashti H (2004). Laparoscopic splenectomy for hematological disorders. *Med Princ Pract*. 13, 122–125.
177. Cobb WS, Heniford BT, Burns JM, Carbonell AM, Matthews BD, Kercher KW (2005) Cirrhosis is not a contraindication to laparoscopic surgery. *Surg Endosc*. 19, 418–423.
178. Delaitre B, Maignien B (1991). Splenectomy by the laparoscopic approach: report of a case. *Presse Med*. 20:2263.
179. Delaitre B (1995). Laparoscopic splenectomy, the hanged spleen technique. *Surg Endosc*. 9,528-529.
180. Szold A, Sagi B, Merhav H, Klausner JM (1998). Optimizing laparoscopic splenectomy: technical details and experience in 59 patients. *Surg Endosc*. 12, 1078–1081.
181. Nageli J, Lange J (1997). Indications, technique, and outcome of laparoscopic splenectomy. *Ther Umsch*. 54:510–514
182. Targarona EM, Espert JJ, Piulachs J, Lacy AM, Bosch F, Trias M (1999). Laparoscopic removal of accessory spleens after splenectomy for relapsing autoimmune thrombocytopenic purpura. *Eur J Surg*. 165, 1199–1200.

183. Esposito C, Corcione F, Garipoli V, et al (1997). Pediatric laparoscopic splenectomy : are there real advantages in comparison with the traditional open approach ? *Pediatr Surg Int* 12 : 509-510.
184. Rege R V, Merria M L T, Joehl R J, (1996). Laparoscopic splenectomy. *Surg Clin North Am* 76 : 459-468
185. Napoli A, Catalano C, Silecchia G, et al (2004). Laparoscopic splenectomy: multidetector row CT for preoperative evaluation. *Radiology*. 232, 361–367.
186. Stanek A, Stefaniak T, Makarewicz W, et al (2005) Accessory spleens: preoperative diagnostics limitations and operational strategy in laparoscopic approach to splenectomy in idiopathic thrombocytopenic purpura patients. *Langenbecks Arch Surg*. 390, 47–51.
187. Gigot JF, Mabrut JY, Matairie S, Jamar F, Ferrant A, van Beers BE, Gianello P (2002). Failures following laparoscopic splenectomy and their management with special reference to accessory spleens and splenosis. *Prob Gen Surg*. 19, 80–94.
188. Gigot JF, Jamar F, Ferrant A, et al (1998). Inadequate detection of accessory spleens and splenosis with laparoscopic splenectomy: a shortcoming of the laparoscopic approach in hematologic diseases. *Surg Endosc*. 12, 101–106.
189. Bai Ji, Yingchao Wang, et al (2013). Anterior Versus Posterolateral Approach for Total Laparoscopic Splenectomy: A Comparative Study *International Journal of Medical Sciences*, 10(3), 222-229.
190. Miles WF, Greig JD, Wilson RG, Nixon SJ (1996). Technique of laparoscopic splenectomy with a powered vascular linear stapler. *Br J Surg*. 83:1212–1214
191. Yu`ney E, Hobek A, Keskin M, et al (2005). Laparoscopic splenectomy and LigaSure. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 15, 212–215
192. Rothenberg SS (1996). Laparoscopic splenectomy using the harmonic scalpel. *J Laparoendosc Surg*. 6(Suppl 1), S61–63.

193. Schaarschmidt K, Kolberg-Schwerdt A, Lempe M, Saxena A (2002). Ultrasonic shear coagulation of main hilar vessels: a 4- year experience of 23 pediatric laparoscopic splenectomies without staples. *J Pediatr Surg.* 37, 614–616
194. Romano F, Caprotti R, Franciosi C, De Fina S, Colombo G, Uggeri F (2002). Laparoscopic splenectomy using Ligasure: preliminary experience. *Surg Endosc.* 16:1608–1611
195. Gelmini R, Romano F, et al (2006). Sutureless and stapleless laparoscopic splenectomy using radiofrequency: LigaSure device. *Surg Endosc.* 20:991–994
196. R. Vecchio, E Intagliata, S. Marchese, S. Battaglia, RR. Cacciola, E. Cacciola (2015). Surgical drain after open or laparoscopic splenectomy: is it needed or contraindicated? *G Chir Vol.* 36 - n. 3,101-105
197. Delaitre B, Blezel E, Samama G, et al (2002). Laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 12:412–419
198. Zacharoulis D, O'Boyle C, Royston CM, Sedman PC (2006). Splenic retrieval after laparoscopic splenectomy: a new bag. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 16:128–132
199. Lai PB, Leung KL, Ho WS, Yiu RY, Leung BC, Lau WY (2000). The use of liposucker for spleen retrieval after laparoscopic splenectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 10:39–40
200. Seelig MH, Senninger N, Kocher T (2004). Laparoscopic splenectomy: first experiences with a 3-trocar-technique and the hanging-spleen-maneuver'. *Zentralbl Chir.* 129:387–390
201. Chand B, Walsh RM, Ponsky J, Brody F (2001). Pancreatic complications following laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc* 15, 1273–1276.

202. Weiss CA III, Kavic SM, Adrales GL, Park AE (2005). Laparoscopic splenectomy: what barriers remain? *Surg Innov*, 12:23–29
203. Dominguez EP, Choi YU, Scott BG, Yahanda AM, Graviss EA, Sweeney JF (2007). Impact of morbid obesity on outcome of laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc*, 21:422–426
204. Walsh RM, Chand B, Brodsky J, Heniford BT (2003). Determination of intact splenic weight based on morcellated weight. *Surg Endosc*. 17, 1266–1268.
205. Chaffanjon PC, Brichon PY, Ranchoup Y, Gressin R, Sotto JJ (1998). Portal vein thrombosis following splenectomy for hematologic disease: prospective study with Doppler color flow imaging. *World J Surg*. 22, 1082–1086.
206. Balague C, Vela S, Targarona EM, et al. (2006). Predictive factors for successful laparoscopic splenectomy in immune thrombocytopenic purpura: study of clinical and laboratory data. *Surg Endosc*. 20, 1208–1213.
207. Elsayes KM, Narra VR, Mukundan G, Lewis JS Jr., Menias CO, Heiken JP (2005). MR imaging of the spleen: spectrum of abnormalities. *Radiographics*. 25, 967–982.
208. Katkhouda N, Hurwitz MB, Rivera RT, Chandra M, Waldrep DJ, Gugenheim J, Mouiel J (1998). Laparoscopic splenectomy: outcome and efficacy in 103 consecutive patients. *Ann Surg*. 228:568–578
209. Yetter EM, Acosta KB, Olson MC, Blundell K (2003). Estimating splenic volume: sonographic measurements correlated with helical CT determination. *AJR Am J Roentgenol*. 181, 1615–1620.
210. Kaban GK, Czerniach DR, Cohen R, et al (2004). Hand-assisted laparoscopic splenectomy in the setting of splenomegaly. *Surg Endosc*. 18, 1340–1343.

211. Kercher KW, Matthews BD, Walsh RM, et al (2002). Laparoscopic splenectomy for massive splenomegaly. *Am J Surg*. 183, 192–196.
212. Backus CL, Walsh RM, Matthews BD, Sing RF, Heniford BT (2000). Hand-assisted laparoscopic splenectomy. *Surg Technol Int*. IX:95–100
213. Rosen M, Brody F, Walsh RM, Ponsky J (2002). Hand-assisted laparoscopic splenectomy vs conventional laparoscopic splenectomy in cases of splenomegaly. *Arch Surg*. 137, 1348–1352.
214. Meijer DW, Gossot D, Jakimowicz JJ, De Wit LT, Bannenberg JJ, Gouma DJ (1999) Splenectomy revised: manually assisted splenectomy with the dexterity device—a feasibility study in 22 patients. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 9, 507–510.
215. Targarona EM, Gracia E, Rodriguez M, Cerdan G, Balague C, Garriga J, Trias M (2003) Hand-assisted laparoscopic surgery. *Arch Surg*. 138, 133–141.
216. Litwin DE, Darzi A, Jakimowicz J, Kelly JJ, Arvidsson D, Hansen P, Callery MP, Denis R, Fowler DL, Medich DS, et al. (2000). Hand-assisted laparoscopic surgery (HALS) with the HandPort system: initial experience with 68 patients. *Ann Surg*. 231, 715–723.
217. Targarona EM, Balague C, Cerdan G, Espert JJ, Lacy AM, Visa J, Trias M (2002) Hand-assisted laparoscopic splenectomy (HALS) in cases of splenomegaly: a comparison analysis with conventional laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc*, 16: 426– 430.
218. Wu SD, Han JY, Tian Y (2011). Single-incision laparoscopic cholecystectomy versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a retrospective comparative study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*; 21:25.

219. Amos SE, Shuo-Dong W, Fan Y, Tian Y, Chen CC (2012). Single-incision versus conventional three-incision laparoscopic appendectomy: a single centre experience. *Surg Today*; 42:542.
220. Gash KJ, Goede AC, Chambers W, Greenslade GL, Dixon AR. (2011). Laparoendoscopic single-site surgery is feasible in complex colorectal resections and could enable day case colectomy. *Surg Endosc*; 25:835
221. Barbaros U, Dinc,ç,ag A. (2009). Single incision laparoscopic splenectomy: the first two cases. *J Gastrointest Surg*; 13:1520.
222. Y. Fan, S. D. Wu, J. Kong, Y. Su, Y. Tian and H. Yu (2014), Feasibility and safety of single-incision laparoscopic splenectomy: a systematic review, *J Surg Res*, 186(1), 354-62.
223. Vereczkei A, Illenyi L, Arany A, Szabo Z, Toth L, Horváth OP. (2003). Transvaginal extraction of the laparoscopically removed spleen. *Surg Endosc*; 17:157.
224. Eduardo M. Targarona, Cristina Gomez, et al (2009), NOTES-Assisted Transvaginal Splenectomy: The Next Step in the Minimally Invasive Approach to the Spleen. *Surgical Innovation* Volume 16 Number 3 September 218-222.
225. Targarona EM, Espert JJ, Balague C, Piulachs J, Artigas V, Trias M (1998). Splenomegaly should not be considered a contraindication for laparoscopic splenectomy. *Ann Surg* 228:35–39.
226. Smith L, Luna G, Merg AR, McNevin MS, Moore MR, Bax TW (2004). Laparoscopic splenectomy for treatment of splenomegaly. *Am J Surg* 187, 618–620.
227. Patel AG, Parker JE, Wallwork B, et al (2003). Massive splenomegaly is associated with significant morbidity after laparoscopic splenectomy. *Ann Surg*. 238,235–240

228. Brodsky JA, Brody FJ, Walsh RM, Malm JA, Ponsky JL (2002). Laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc.* 16, 851–854
229. Casaccia M, Torelli P, Cavaliere D, Santori G, Panaro F, Valente U (2005). Minimal-access splenectomy: a viable alternative to laparoscopic splenectomy in massive splenomegaly. *JSLs.* 9, 411–414
230. Pomp A, Gagner M, Salky B, Caraccio A, et al (2005). Laparoscopic splenectomy: a selected retrospective review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 15, 139–143.
231. Rosin D, Brasesco O, Rosenthal RJ (2001). Laparoscopic splenectomy: new techniques and indications. *Chirurg,* 72, 368–377.
232. Svensson M, Wiren M, Kimby E, Hagglund H (2006). Portal vein thrombosis is a common complication following splenectomy in patients with malignant haematological diseases. *Eur J Haematol* 77, 203–209.
233. Pietrabissa A, Moretto C, Antonelli G, Morelli L, Marciano E, Mosca F (2004). Thrombosis in the portal venous system after elective laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc.* 18, 1140–1143.
234. Winslow ER, Brunt LM (2003). Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: a meta-analysis with an emphasis on complications. *Surgery.* 134, 647–655.
235. Winslow ER, Brunt LM, Drebin JA, Soper NJ, Klingensmith ME (2002). Portal vein thrombosis after splenectomy. *Am J Surg,* 184, 631–636.
236. Ikeda M, Sekimoto M, Takiguchi S, et al. (2005). High incidence of thrombosis of the portal venous system after laparoscopic splenectomy: a prospective study with contrast-enhanced CT scan. *Ann Surg.* 241, 208–216.

237. Zhong Wu, Jin Zhou, Prason Pankaj, Bing Peng (2011). Laparoscopic splenectomy for immune thrombocytopenia (ITP) patients with platelet counts lower than $1 \times 10^9/L$.
238. George M. Curtis and David Movitz (1946), The Surgical, significance of the accessory spleen. *Ann Surg.* 123(2), 276–298.
239. Chu Xoǎng (2001). *Kết quả phẫu thuật cắt lách điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu*, Luận án Tiên sĩ y học, Học viện Quân Y.

Mã BA:.....

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH

I. Hành chính

1. Họ tên bệnh nhân:.....Tuổi:.....
2. Giới: Nam Nữ
3. Nghề nghiệp: Công nhân Nông dân Viên chức Hưu trí
Khác.....
4. Địa chỉ:.....
5. Điện thoại liên hệ:.....
6. Ngày vào viện:...../...../.....Ngày vào khoa Ngoại:...../...../.....
7. Ngày mổ:...../...../..... Ngày ra viện:/...../.....

II. Thông tin trước mổ

1. Chẩn đoán trước mổ

XHGTC		
U lách		
Áp xe lách		
Cường lách		
Nang lách		
Suy tủy		
Thalassemie		
Tan máu tự miễn		
Nhồi máu lách		
Nguyên nhân khác		

2. **Bệnh sử**

Thời gian phát hiện bệnh:

< 3 tháng 3- <6 tháng 6th- <1 năm 1- <2 năm
2- <3 năm 3- <4 năm 4 - < 5 năm ≥ 5 năm

Các triệu chứng liên quan:.....

Đã điều trị:.....

Thời gian dùng corticoid

Có biến chứng corticoid Có Không

3. **Khám lâm sàng**

Mạch:.....lần/phút, HA:...../.....mmHg Nhiệt độ:.....°C

Cao:.....cm Cân nặng:.....kg

BMI:.....

Hội chứng thiếu máu

Hội chứng xuất huyết: XHDD XHNM XH tạng

Gan to Không Có

Hạch to, Không Có

Lách to: Không Có độ 1: độ 2: độ 3: độ 4:

Các triệu chứng thực thể khác:.....

4. **Bệnh kèm theo**

Tim mạch Tiểu đường Tăng huyết áp Bệnh phổi mạn tính

Bệnh lý nội khoa khác Có Không bệnh cụ thể là gì

Tiền sử ngoại khoa khác (cụ thể:))

Tiền sử sản khoa (cụ thể:.....))

Tiền sử khác:.....

5. **Xét nghiệm máu**

	Trước PT	Sau PT (24h – 48h)	Trước ra viện
SL tiểu cầu			
MPV			
PT			
APTT			
Fibrinogen			
SL hồng cầu			
Hb			
Hct			
SL bạch cầu			

6. Siêu âm

Kích thước lách <11 cm 11- <15 cm: 15 - < 20 cm: ≥ 20 cm

Lách phụ

Hạch rốn lách

Bệnh lý kèm theo phát hiện trên siêu âm

7. Kết quả chụp CT

III. Thông tin trong mổ

Tổng thời gian mổ:.....phút

Số Trocart:

Tư thế

Đường vào kiểm soát cuống lách: Trước Sau Trước-sau

Lách phụ Có Không Vị trí:

Số nhánh ĐM lách tại rốn lách.....

Lượng máu mất:

<10ml 10 - 50ml 51 - 100ml 101 - 250ml 251- 500ml

Dựa vào dịch hút:

Dựa vào cân gạc nội soi:

Truyền máu trong mổ: Có (số lượng:.....ml), Không

Tai biến trong phẫu thuật

Tổn thương tạng: Có Không

Tụy

Dạ dày

Ruột non

Đại tràng

Gan

Thủng cơ hoành

Rách bao lách

Có

Không

Chảy máu.....

Mổ mở và nguyên nhân

Vật tư tiêu hao trong mổ:

Số lượng hemolock:.....(Kẹp TM:....., Kẹp ĐM:.....)

Số lượng Clip:.....

Lấy bệnh phẩm bằng túi: Có: Không: Mở bụng lấy bệnh phẩm

Điểm ASA: 1 2 3 4 5

Nhận định riêng của PTV: Dễ Trung bình

Khó Rất khó

Kết quả phẫu thuật: Tốt Trung bình

Xấu

VI. Theo dõi kết quả sớm sau phẫu thuật cắt lách nội soi:

Giảm đau: Có Không , Số loại thuốc giảm đau:...

Loại 1: Hoạt chất:..... Tổng liều:..... Số ngày dùng:.....

Loại 2: Hoạt chất:.....Tổng liều:..... Số ngày dùng:.....
 Đánh giá mức độ đau sau mổ (theo VAS):.....
 Dẫn lưu hố lách: Có Không
 Ngày rút: Dưới 24h 24 - 48h 49 - 72h > 72h
 Sonde DD: Có Không
 Ngày rút: Dưới 24h 24 - 48h 49 - 72h > 72h
 Sonde bàng quang: Có Không
 Ngày rút: Dưới 24h 24 - 48h 49 - 72h > 72h
 Trung tiện: Dưới 24h 24 - 48h 49 - 72h > 72h
 Ăn trở lại: Dưới 24h 24 - 48h 49 - 72h > 72h
 HA sau mổ: Bình thường Tăng (...../.....mmHg)
 XN sau mổ:

Lần 1:

CTM: HC.....Hb:.....Hct:.....BC:.....Tiểu cầu:.....
 Sinh hóa máu: Ure:.....Creatinin:.....

Lần 2:

CTM: HC:.....Hb:.....Hct:.....BC:.....Tiểu cầu:.....
 Sinh hóa máu: Ure:.....Creatinin:.....

Truyền máu sau mổ: Có Không

+ KTC:đơn vị.
 + KHC:đơn vị.
 + HTT:đơn vị.

Biến chứng sau mổ: Có Không
 Sốt Chảy máu Viêm phúc mạc
 Nhiễm trùng chân trocar Thoát vị
 Tụ dịch hố lách Viêm phổi
 Nguyên nhân khác:

Kết quả GPB:

Lành tính Ác tính

Thời gian nằm viện

Người lập phiếu