

- Pham Anh Gia, et al. (2021). Psychological Stress Risk Factors, Concerns and Mental Health Support Among Health Care Workers in Vietnam During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak. *Front Public Health*, **9**, 628341.
5. Pappa S., Ntella V., Giannakas T., et al. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*, **88**, 901–907.
6. Vizheh M., Qorbani M., Arzaghi S.M., et al. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord*, **19**(2), 1967–1978.
7. Mo Y., Deng L., Zhang L., et al. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*, **28**(5), 1002–1009.
8. Nguyen Phuc Thanh Nhan, Le Dinh Duong, Robert Colebunders, et al. (2021). Stress and Associated Factors among Frontline Healthcare Workers in the COVID-19 Epicenter of Da Nang City, Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*, **18**(14), 7378.

CẮT TÚI MẬT NỘI SOI DO VIÊM TÚI MẬT CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐẢO NGƯỢC PHỦ TẠNG: CA LÂM SÀNG

Trần Mạnh Hùng¹, Trần Quế Sơn²

TÓM TẮT

Cắt túi mật nội soi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh sỏi túi mật. Đảo ngược phủ tạng là một tình trạng rất hiếm gặp nhưng không phải là chống chỉ định của phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Chúng tôi thông báo một trường hợp cắt túi mật nội soi do viêm túi mật cấp đã được điều trị thành công ở một bệnh nhân nam giới, 29 tuổi bị đảo ngược phủ tạng. Bệnh nhân có biểu hiện đau bụng dưới sườn trái. Chẩn đoán viêm túi mật và đảo ngược phủ tạng dựa vào chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Chúng tôi sử dụng 3 trocar (2 trocar 10 mm và 1 trocar 5 mm), đồng thời sử dụng tay trái qua cổng trocar 10-mm để phẫu tích và kẹp hem-o-loc ống cổ túi mật. Thời gian mổ 74 phút, không mất máu trong mổ. Bệnh nhân ra viện sau 4 ngày điều trị, không tai biến và biến chứng. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên (với một, hoặc nhiều trocar); tuy nhiên, phẫu thuật nội soi là một thách thức do sự chuyển vị của các cơ quan trong ổ bụng, làm tăng thời gian can thiệp của phẫu thuật.

Từ khóa: cắt túi mật, sỏi túi mật, phẫu thuật nội soi, đảo ngược phủ tạng.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN A PATIENT WITH SITUS INVERSUS TOTALIS PRESENTING WITH ACUTE CHOLECYSTITIS: A CASE REPORT

Laparoscopic cholecystectomy is the standard treatment for cholelithiasis. Situs Inversus Totalis (SIT) is a very rare condition but not a contraindication to laparoscopic cholecystectomy. We described a successful laparoscopic cholecystectomy

for acute cholecystitis in a 29-year-old male with SIT. The patient complained of abdominal discomfort just below the left costal margin. Computed tomography of the abdomen was used to diagnose cholecystitis and Situs Inversus Totalis. We used three trocars (2 trocar-10 mm and one trocar-5 mm) and dissected and clamped the cystic duct with the left hand through the 10-mm trocar port. The surgery time was 74 minutes, and there was no blood loss during the surgery. After four days of treatment, the patient was discharged from the hospital without complications. **Conclusion:** The surgical approach chosen depends on the surgeon's experience (either with one trocar, three trocars, or four trocars); nevertheless, the procedure tends to be highly challenging due to the transposition of abdominal organs, increasing the surgical time of the intervention.

Keywords: cholecystectomy; cholelithiasis; laparoscope; situs inversus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảo ngược phủ tạng (Situs inversus totalis - SIT) là một tình trạng bẩm sinh hiếm gặp, được mô tả lần đầu tiên bởi Fabricius vào năm 1600. Căn bệnh này là một tình trạng di truyền lặn trên NST thường, mặc dù nó có thể được liên kết với nhiễm sắc thể X, và cũng đã được tìm thấy ở các cặp song sinh giống hệt nhau với tỷ lệ mắc bệnh ước tính trong khoảng 1: 10.000 đến 1:20.000 dân số. Tỷ lệ như nhau ở cả hai giới tính (1).

Bệnh lý được đặc trưng bởi sự chuyển vị của các cơ quan chính ở lồng ngực và tất cả các cơ quan nội tạng ở bụng sang phía đối diện của cơ thể. Gan và túi mật nằm ở bên trái của bụng, trong khi dạ dày và lá lách nằm ở bên phải. Bệnh lý này cũng có thể liên quan đến một số bất thường khác bao gồm giãn phế quản, viêm xoang và thiếu lông mao khí quản-phế quản, được gọi là hội chứng Kartagener (2). Chính vì vậy, viêm túi mật cấp khó được chẩn đoán với

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaim@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

một cơn đau ở dưới sườn trái.

Cắt túi mật nội soi là kỹ thuật tiêu chuẩn để điều trị sỏi túi mật ở phần lớn các bệnh viện hiện nay (3). Mặc dù vậy, ở bệnh nhân bị đảo ngược phủ tạng, các vị trí trocar, màn hình mổ thay đổi so với vị trí thông thường sẽ gây khó khăn cho các phẫu thuật viên, đặc biệt trong những trường hợp viêm túi mật cấp. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật cũng đặt ra những thách thức đối với bác sĩ phẫu thuật thuận tay phải (4),(5),(6). Đến nay, trên 40 bài báo mở và trên 91 báo cáo về cắt túi mật nội soi ở những bệnh nhân bị đảo ngược phủ tạng đã được thông báo (4).

Chúng tôi trình bày một trường hợp viêm túi mật cấp ở một bệnh nhân mắc chứng đảo ngược phủ tạng cần phẫu thuật cắt túi mật nội soi, thảo luận về tính khả thi của nó và xem xét các kỹ thuật phẫu thuật trong y văn.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

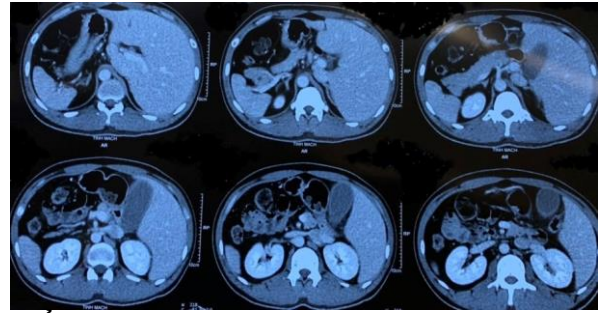
Bệnh nhân nam, 29 tuổi (sinh 1992, ngày vào 17/2/2021 – ra 21/2/2021). Tiền sử khỏe mạnh, không tăng huyết áp, đái tháo đường, đã được phát hiện bị đảo ngược phủ tạng từ nhỏ. Gia đình không có ai được phát hiện đảo ngược phủ tạng.

Bệnh nhân có biểu hiện đau bụng vùng dưới sườn trái 2 ngày, kèm theo sốt nhẹ, và không nôn. Bệnh nhân được vào phòng khám của chúng tôi trong tình trạng huyết động ổn định (mạch 80 lần/phút; huyết áp 12/80 mmHg), da cùng mạc mắt không vàng, niêm mạc mắt hồng. Dưới sườn trái ấn đau và có phản ứng thành bụng, các vùng khác ở ổ bụng không có gì đặc biệt.

Các xét nghiệm máu có kết quả: bạch cầu 13.210/mL, hồng cầu 4.3 T/L, tiểu cầu 250 G/L, prothrombin 108%, fibrinogen 5.2g/L, IRN 0,95, ure 4.2mmol/L, glucose 5,4mmol/L, creatinin 70µmol/L, GOT 76U/L, GPT 56U/L, amylase 60U/L, Natri 141mmol/L, Kali 3,5mmol/L, Clo 106mmol/L.

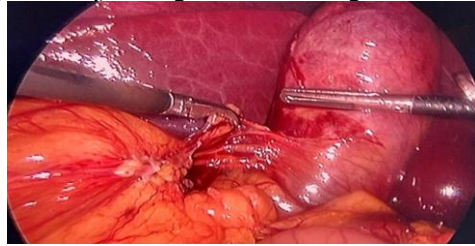
Siêu âm ổ bụng cho thấy gan và túi mật nằm bên trái ổ bụng, đầu tụy bên trái, lách ở bên phải, túi mật kích thước 30x77 mm, dày thành túi mật quanh chu vi 4 mm, trong lấp đầy sỏi bùn và nhiều sỏi nhỏ, viên lớn nhất 6 mm. Đường mật trong gan và ống mật chủ không giãn.

Chụp cắt lớp vi tính 32 dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy túi mật giãn, đường kính ngang 40 mm, thành dày 7 mm, ngấm thuốc lớp niêm mạc, thâm nhiễm xung quanh. Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Tụy không to, có nang vùng đuôi tụy 9 mm. Ổ bụng không có dịch tự do. Phát hiện đảo ngược phủ tạng hoàn toàn: Gan túi mật bên trái, lách và dạ dày bên phải (Ảnh 1).



Ảnh 1. Hình ảnh viêm túi mật cấp và phủ tạng bị đảo ngược (gan, túi mật nằm bên trái, lách ở bên phải ổ bụng)

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là viêm túi mật cấp do sỏi trên bệnh nhân bị đảo ngược phủ tạng hoàn toàn, và được chỉ định mổ cấp cứu. Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, dạng hai chân. Phẫu thuật viên và phụ mổ đứng bên phải, màn hình ti vi để bên trái của bệnh nhân. Chúng tôi đặt 3 trocar, trong đó một trocar-10mm ở dưới rốn, trocar-10mm dưới mũi ức là cổng thao tác chính, và trocar-5mm mạng sườn trái ngang rốn để kéo nâng túi mật. Bơm hơi ổ bụng, quan sát thấy ổ bụng có dịch tiết dưới gan, gan nằm bên trái hồng đẹp. Túi mật viên dày thành được mạc nối lớn bọc lại. Dạ dày, đại tràng, lách bị đảo ngược hoàn toàn so với giải phẫu thông thường (Ảnh 2). Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt túi mật, kẹp ống cổ túi mật bằng hai hem-o-lok. Trong mổ không mất máu, thời gian mổ 74 phút. Giải phẫu bệnh sau mổ trả lời túi mật viêm cấp do sỏi. Bệnh nhân ra viện sau 4 ngày điều trị, không có biến chứng.



Ảnh 2. Túi mật viêm cấp, căng to, thành dày nhưng chưa hoại tử.

III. BÀN LUẬN

Đảo ngược phủ tạng (Situs inversus totalis - SIT) là một dị tật bẩm sinh khoảng 0,01% dân số (6). Bệnh lý được đặc trưng bởi sự chuyển vị của cả nội tạng ngực và bụng ngược lại so với giải phẫu bình thường. Ngoài ra, cơ thể bị đảo ngược phủ tạng có thể kết hợp với các dị tật bẩm sinh khác, chẳng hạn như tam chứng Kartagener bao gồm đảo ngược phủ tạng, viêm xoang và giãn phế quản, và hội chứng

Yoshikawa được đặc trưng bởi các triệu chứng đảo ngược phủ tạng, loạn sản thận hai bên, xơ hóa tuyến tụy và phân su (5). Chẩn đoán viêm túi mật cấp ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng còn nhiều thách thức do sự bất thường vị trí giải phẫu của túi mật. Bệnh nhân thường biểu hiện đau hạ vị hoặc hạ sườn trái, dẫn đến việc chẩn đoán và xử trí chậm trễ. Tuy nhiên, với chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ có thể chẩn đoán sớm tổn thương như trường hợp của chúng tôi thông báo (4),(1).

Ca phẫu thuật nội soi cắt túi mật đầu tiên được thực hiện thành công bởi Mouret vào năm 1987, và kể từ đó nó đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn vàng trong điều trị sỏi túi mật (7). Trường hợp trong báo cáo của chúng tôi là viêm túi mật cấp do sỏi, có diễn biến trong vòng 48 giờ, chúng tôi không điều trị kháng sinh mà chỉ định mổ cấp cứu cắt túi mật ngay vì đây là khoảng thời gian hợp lý để phẫu thuật nội soi cắt túi mật, để hạn chế các khó khăn về viêm dính cũng như những biến đổi khác về giải phẫu do túi mật viêm gây ra.

Năm 1991, Campos và sipes đã thực hiện phẫu thuật cắt túi mật nội soi thành công đầu tiên ở bệnh nhân bị đảo ngược phủ tạng (8). Cho đến nay, trên 91 trường hợp đã được báo cáo trong y văn (9). Không có trường hợp nào có biến chứng hoặc phải chuyển mổ mở. Trường hợp trong báo cáo của chúng tôi cũng là một minh chứng cho thấy phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng hoàn toàn khả thi với thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn. Vì vậy, cũng như các tác giả khác chúng tôi cho rằng phẫu thuật nội soi được coi là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và không bị chống chỉ định đối với bệnh nhân bị đảo ngược phủ tạng (2),(7),(6),(5).

Tuy nhiên, đảo ngược phủ tạng có đặc điểm giải phẫu bất thường, gây ra khó khăn lớn trong việc thực hiện phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Phẫu thuật viên phải khắc phục những thói quen tư duy và kỹ thuật mổ thông thường. Các vị trí đặt trocar, vị trí phẫu thuật viên, xác định tam giác Calot, và phương pháp bóc tách túi mật hoàn toàn khác cách mổ thông thường được sử dụng cho bệnh nhân có giải phẫu bình thường. Các bác sĩ phẫu thuật phải hiểu rõ về giải phẫu của ống mật túi mật, tĩnh mạch cửa, động mạch gan và các cấu trúc quan trọng khác ở bên phải của túi mật ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng. Trong trường hợp này, phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân để dễ dàng tiếp cận tam giác Calot. Chúng tôi chỉ đặt 3 trocar, trong đó sử

dụng trocar 10 mm ở dưới mũi ức như thông thường là cổng thao tác chính để phẫu tích, kẹp Hem-o-lok động mạch và ống cổ túi mật. Chúng tôi sử dụng thao tác chính bằng tay trái, ngoài ra cổng trocar 5 mm ở mạng sườn trái để nâng và kéo túi mật. Đối với phẫu thuật viên thuận tay phải, tay trái thường không linh hoạt bằng tay phải trong quá trình phẫu thuật, nhưng vẫn có thể sử dụng nó một cách thuận tiện với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi. Tay phải của bác sĩ phẫu thuật có thể dễ dàng xoay và kéo túi mật, cho phép nhìn rõ giải phẫu xung quanh tam giác Calot. Kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy nên phẫu tích nhẹ nhàng để tránh chảy máu và đảm bảo vùng phẫu thuật vẫn rõ ràng. Những khó khăn về giải phẫu hình ảnh phản chiếu và kỹ thuật là những thách thức chính của phẫu thuật viên khi thực hiện phẫu thuật ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng, đặc biệt là phẫu thuật viên thuận tay phải. Để hạn chế những khó khăn trong quá trình phẫu tích, phần lớn các phẫu thuật viên sử dụng 4 trocar hoặc sử dụng kỹ thuật cắt túi mật một đường rạch mang lại một số thuận lợi cho việc bóc tách bằng tay phải (7),(5). Màng và cộng sự đặt ba trocar nằm theo đường thẳng giữa, trong đó hai trocar 10 mm nằm ở phía dưới và 5 mm dưới mũi ức. Phương pháp này giảm một lỗ mổ và có thể sử dụng được tay phải để phẫu tích (10). Những trường hợp khó xác định mốc giải phẫu đường mật thì chụp đường mật trong mổ, chụp đường mật bằng tiêm indocyanin xanh là những giải pháp đã được áp dụng trên thế giới. Tùy từng ca bệnh cụ thể mà các bác sĩ phẫu thuật nên lựa chọn cách tiếp cận phù hợp để đảm bảo phẫu tích rõ ràng động mạch và ống cổ túi mật trước khi kẹp và cắt rời túi mật.

IV. KẾT LUẬN

Đảo ngược phủ tạng là một dạng giải phẫu bẩm sinh hiếm gặp với sự chuyển vị hình ảnh phản chiếu của các phủ tạng. Sự thay đổi giải phẫu này có thể ảnh hưởng đến việc định vị các triệu chứng ở bệnh nhân sỏi đường mật, dẫn đến sự chậm trễ trong chẩn đoán và xử trí. Cắt túi mật nội soi để điều trị viêm túi mật cấp do sỏi có thể được thực hiện một cách an toàn ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng. Tuy nhiên, đây được coi là một kỹ thuật khó và thường phải thay đổi kỹ thuật so với phẫu thuật cắt túi mật nội soi thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bozkurt S, Coskun H, Atak T, Kadioglu H.** Single Incision Laparoscopic Cholecystectomy in

- situs Inversus Totalis. Journal of surgical technique and case report. 2012;4(2):129-31.
2. **Demetriades H, Botsios D, Dervenis C, Evagelou J, Agelopoulos S, Dadoukis J.** Laparoscopic cholecystectomy in two patients with symptomatic cholelithiasis and situs inversus totalis. Digestive surgery. 1999;16(6):519-21.
 3. **Jaffray B. Minimally invasive surgery.** Archives of disease in childhood. 2005;90(5):537-42.
 4. **Alam A, Santra A.** Laparoscopic cholecystectomy in a case of situs inversus totalis: a review of technical challenges and adaptations. Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery. 2017;21(2):84-7.
 5. **Du T, Hawasli A, Summe K, Meguid AA, Lai C, Sadoun M.** Laparoscopic Cholecystectomy in a Patient with Situs Inversus Totalis: Port Placement and Dissection Techniques. The American journal of case reports. 2020;21:e924896.
 6. **He T, Zou J, Song H, Yi B, Sun K, Yang J, et al.** Laparoscopic Cholecystectomy in a Patient With Situs Inversus Totalis Presenting With Cholelithiasis: A Case Report. Frontiers in surgery. 2022;9:874494.
 7. **Jhobta RS, Gupta A, Negi B, Negi K.** Single-incision laparoscopic cholecystectomy using conventional instruments in situs inversus totalis. BMJ case reports. 2018;11(1).
 8. **Campos L, Sipes E.** Laparoscopic cholecystectomy in a 39-year-old female with situs inversus. Journal of laparoendoscopic surgery. 1991;1(2):123-5; discussion 6.
 9. **AlKhlaywy O, AlMuhsin AM, Zakarneh E, Taha MY.** Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: Case report with review of techniques. International journal of surgery case reports. 2019;59:208-12.
 10. **Meng Y, Guo H, Peng J, Zhang X, Yang X.** Modified laparoscopic cholecystectomy for cholecystolithiasis with situs inversus totalis: A case report. Asian journal of surgery. 2022;45(3):978-9.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CỦA 18 THÔNG SỐ XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU TẠI CÁC PHÒNG XÉT NGHIỆM

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT

Trước khi tiến hành can thiệp bằng phương pháp phẫu thuật, người bệnh cần phải được thực hiện xét nghiệm tiền phẫu để các bác sĩ đánh giá và quyết định, các xét nghiệm cần phải thực hiện bao gồm định nhóm máu, điện giải đồ máu, chức năng gan, chức năng thận, HIV, HBV, HCV và đánh giá chức năng đông máu. Trong đó xét nghiệm đánh giá chức năng đông máu có ý nghĩa rất quan trọng, thông qua đó các bác sĩ có thể trì hoãn ca mổ hoặc chuẩn bị các biện pháp dự phòng trong trường hợp không thể trì hoãn phẫu thuật [2]. Như vậy có thể nói bên cạnh việc duy trì các biện pháp để đảm bảo chất lượng đối với các xét nghiệm nói chung, thì việc cần quan tâm và tăng cường kiểm soát chất lượng các xét nghiệm đông máu là rất quan trọng, và cần phải được ưu tiên [1],[4],[7]. Với tầm quan trọng kể trên, nhóm nghiên cứu tiến hành quan sát và đánh giá chất lượng của 18 thông số xét nghiệm đông máu trên 147 phòng xét nghiệm nhằm rút ra những nhận định quan trọng, từ đó giúp các phòng xét nghiệm có những biện pháp hiệu quả, trúng đích trong việc khắc phục sai số, hạn chế những sai sót tương tự trong tương lai. Kết quả ghi nhận: (1). Sai số trung bình của năm 2021 cải thiện so với 2020 và 2009, đồng thời giảm dần ở các mẫu khi quan sát riêng 12 mẫu của năm 2021; (2). Các thông số Factor, D-Dimer và Thrombin Time rất ít sai số, thông

số PT activity, PT as a ratio có sai số khá cao (>10%); (3). Nhóm thiết bị bán tự động có tỉ lệ % z-score vượt ± 3 cao hơn so với thiết bị tự động; (4). Các mẫu có nồng độ bất thường (cao hoặc thấp) thường xảy ra sai số hơn các nồng độ trong ngưỡng giá trị bình thường.

Từ khóa: đông máu, sai số, z-score, PT score, RSZ.

SUMMARY

INVESTIGATE THE QUALITY OF 18 COAGULATION PARAMETERS AT MEDICAL LABORATORIES

Before performing surgical intervention, the patient needs to have pre-operative tests for the doctor to evaluate and decide, the tests need to be performed include blood grouping, blood electrolytes, liver function, kidney function, HIV, HBV, HCV and coagulation function. In particular, the test to evaluate the clotting function has a very important meaning, through which doctors can delay the surgery or prepare preventive measures in case the surgery cannot be delayed [2]. Thus, it can be said that besides maintaining plan to ensure the quality of tests in general, it is very important to pay attention to and strengthen the quality control of coagulation tests and need to be prioritized [1],[4],[7].

With the importance above, the research team observed and evaluated the quality of 18 coagulation test parameters in 147 laboratories, in order to propose important conclusions, thereby helping laboratories to take effective and targeted methods in correcting and limiting similar errors in the future. Results: (1). The average error of 2021 improved compared to 2020 and 2009, and gradually decreased in the samples when observing 12 samples of 2021 separately; (2). Factor, D-Dimer and Thrombin Time

*Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm

Email: trhuutam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 11.5.2022