

**KẾT QUẢ CẮT THẬN MẮT CHỨC NĂNG DO CÁC BỆNH LÝ LÀNH TÍNH
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC
(NHÂN 21 TR- ỜNG HỢP)**

*Nguyễn Minh Tuấn**
*Nguyễn Ngọc Bích**
*Nguyễn Phú Việt***
*Phạm Duy Hùng***

TÓM TẮT

21 tr- ờng hợp đ- ợc cắt thận nội soi sau phúc mạc tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3 - 2007 đến tháng 02 - 2009, gồm 2 tr- ờng hợp teo thận cao huyết áp, 2 tr- ờng hợp teo thận có triệu chứng đau mỗi thấ t l- ng nh- ng không cao huyết áp, 14 tr- ờng hợp thận ứ n- ớc do sỏi và 3 tr- ờng hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản. Kết quả cho thấy tuổi BN từ 24 - 74; thời gian mổ trung bình 126 phút, thời gian lập lại l- u thông ruột 1,7 ngày, thời gian trung bình rút dẫn l- u sau mổ 2,2 ngày, thời gian nằm viện sau mổ 4,2 ngày. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả, có thể áp dụng rộng rãi.

* Từ khoá: Cắt thận; Nội soi sau phúc mạc.

**THE RESULTS OF RESECTION OF BENIGN NON-FUNCTIONAL KIDNEY
BY RETROPERITONEOSCOPIC NEPHRECTOMY
(ON OCCASION OF 21 CASES)**

Nguyen Minh Tuan
Nguyen Ngoc Bich
Nguyen Phu Viet
Pham Duy Hung

SUMMARY

21 patients with benign non-functioning kidneys undergoing retroperitoneoscopic nephrectomy from March, 2007 to February, 2009, including 9 males and 13 females, age ranged from 24 - 74 years, mean 45.2. Preoperative diagnosis included 14 hydronephrosis, 2 hypertensive atrophy kidneys, 3 ureteropelvic junction obstruction. The results showed that: mean operating time: 126 min (60 - 180); drain removal at 2.2 days (2 - 3); post-operative hospital stay: 4.2 days (3 - 6). Retroperitoneoscopic nephrectomy for benign non-functioning kidneys is a safe, effective operation.

** Key words: Nephrectomy; Retroperitoneoscopy nephrectomy.*

* *Bệnh viện Bạch Mai*

** *Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đặng Ngọc Hùng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ tháng 3 - 2007 tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai đã tiến hành cắt thận qua nội soi sau phúc mạc cho những BN thận mất chức năng do các nguyên nhân khác nhau. Nhằm tìm hiểu các chỉ định, kỹ thuật cũng như lợi ích của phẫu thuật, chúng tôi muốn trình bày một số kinh nghiệm ở BN cắt thận nội soi trong thời gian qua.

ĐỐI T- ỢNG VÀ PH- ƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- + Chỉ định cắt thận đã mất chức năng.
- Teo thận cao huyết áp.
- Thận ứ n- ớc do tắc nghẽn: sỏi bể thận, niệu quản (NQ), hẹp khúc nối bể thận-NQ
- Các BN trên đ- ợc chẩn đoán xác định mất chức năng thận bằng các dấu hiệu lâm sàng gợi ý, xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, sau đó chẩn đoán bằng hình ảnh nh- siêu âm, UIV, CT, MSCT, xạ ký thận.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Chuẩn bị BN tr- ớc mổ nh- mổ tiêu hóa (thực tháo và nhịn ăn vào buổi sáng tr- ớc khi phẫu thuật.
- Gây mê nội khí quản, đặt thông dạ dày và sonde tiểu tr- ớc khi tiến hành phẫu thuật cho BN.
- Ph- ơng tiện và dụng cụ: bộ mổ nội soi của hãng Karl Stor với đầy đủ dụng cụ giống nh- trong phẫu thuật nội soi ổ bụng thông th- ờng, có thêm kẹp kim, Hemolock, kính soi 10 mm 0° và 30°.

T- thế BN: nằm nghiêng 90°, có độ cong eo l- ớn, bàn mổ có thể gấp tối đa để tăng khoảng cách bờ s- ườn và mào chậu. Kíp mổ đứng phía sau BN.

Các b- ớc phẫu thuật: tạo khoang sau phúc mạc và vị trí các trocar: rạch da ngay đầu d- ới x- ơng s- ườn XII dài khoảng 2 cm, dùng kelly tách cho đến d- ới lớp cân ngang để vào khoang sau phúc mạc, sau đó dùng ngón tay bóc tách vào mặt sau thận, những tr- ờng hợp thận to dùng kim hút làm xẹp thận, sau đó dùng ngón tay gắng theo ph- ơng pháp Gaur bơm 400 - 600 ml không khí. Một trocar 10 mm đ- ợc đặt vào chỗ mổ và qua đó bơm CO₂ vào với áp lực 14 - 15 mmHg, đ- a ống kính vào, dùng kính soi và đẩy rộng thêm phẫu tr- ờng. Các trocar khác: đ- ờng nách sau (10 mm) d- ới x- ơng s- ườn XII và đ- ờng nách sau trên mào chậu 3 cm (5 mm). Khi cần thiết có thể dùng thêm trocar 5 mm ở các vị trí thuận tiện cho phẫu thuật ở đ- ờng nách tr- ớc nhằm nâng thận khi phẫu tích vào rốn thận. Sau khi vào khoang sau phúc mạc tiến hành quan sát và phẫu tích NQ và cuống thận.

Xác định cơ thắt l- ớn chậu, NQ đi theo để lên rốn thận, hoặc tìm động mạch thận dựa vào nhịp đập, làm căng cuống thận bằng cách đẩy về phía bụng. Hoặc đi dựa theo tĩnh mạch sau d- ới bên trái để lên tìm tĩnh mạch thận. Động mạch thận luôn nhìn thấy tr- ớc vì nằm nông hơn so với tĩnh mạch. Kẹp cắt theo thứ tự động mạch, tĩnh mạch bằng Hemolock và clip, sau đó giải phóng tổ chức quanh thận. Sau cắt cuống thận, cắt NQ bóc tách thận ra khỏi cân Gerota. Lấy thận qua lỗ trocar 10 đầu tiên mở rộng, sau đó đặt dẫn l- u hố thận.

- Theo dõi trong và sau mổ:
 - . Các thông số trong mổ, l- ợng máu mất.
 - . Theo dõi dịch dẫn l- u.

- . Thời gian trung tiện, mức độ đau sau mổ.
- . Tình trạng chân các trocar.
- . Các tai biến, biến chứng phẫu thuật nh- chảy máu, nhiễm khuẩn vết mổ.
- . Thời gian nằm viện sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3 - 2007 đến 2 - 2009, chúng tôi đã phẫu thuật cắt thận bằng ph- ơng pháp nội soi sau phúc mạc cho 21 BN, gồm 9 nam và 13 nữ, tuổi trung bình 45,8 (24 - 74). Cắt thận bên phải 8 tr- ờng hợp và bên trái 13 tr- ờng hợp.

- + Các triệu chứng lâm sàng chính.
- Đau vùng thắt l- ợng: 19/21 BN.
- Tăng huyết áp: 02/21 BN.
- Thận to: 17/21 BN.
- Thận teo: 04/21 BN.
- Đái máu: 04/21 BN.
- + Xạ hình thận: 100% BN có kết quả xạ hình thận < 15%.
- + Chỉ định cắt thận:
 - Thận teo: 04 BN.
 - Thận to ứ n- ớc do sỏi thận: 05 BN.
 - Thận to ứ n- ớc do sỏi niệu quản: 09 BN.
 - Thận ứ n- ớc do bệnh lý khúc nối: 03 BN.
- + Một số kết quả phẫu thuật:
 - Thời gian mổ: 60 - 180 phút (trung bình 126 phút).
 - L- ợng máu mất: 30 - 100ml (trung bình 56 ml).
 - Số l- ợng 3 trocar: 21 BN (100%).
 - Thời gian có l- u thông ruột trở lại: 1 - 3 ngày, trung bình 1,5 ngày.
 - Thời gian rút dẫn l- u: 2 - 3 ngày, trung bình 2,2 ngày.
 - Thời gian nằm viện sau mổ: 3 - 6 ngày; trung bình 4,2 ngày.
 - Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ: 1 - 2 ngày.
 - Không có tử vong trong mổ, không có biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn vết mổ.

BÀN LUẬN

Năm 1990, Clayman thực hiện ca cắt thận nội soi đầu tiên qua ngả trong ổ bụng đã mở ra kỷ nguyên điều trị cắt thận bằng ph- ơng pháp nội soi. Năm 1993, Gaur phát minh ra ph- ơng pháp tạo khoang sau phúc mạc bằng cách sử dụng ngón tay găng bơm bóng và cũng chính ông là người thực hiện ca cắt thận nội soi sau phúc mạc đầu tiên. Từ đó đến nay, phẫu thuật nội soi trở thành phẫu thuật - a thích để cắt thận bệnh lý cũng nh- cắt thận cho ghép thận [3].

Lựa chọn đ- ờng vào trong phúc mạc hay sau phúc mạc phụ thuộc vào nhiều yếu tố và ch- a có sự thống nhất [4, 5, 6, 10]. Nói chung, việc lựa chọn đ- ờng vào phụ thuộc chính vào thói quen của phẫu thuật viên, sau đó là tính chất bệnh lý, thể hình của người bệnh. Đ- ờng vào sau phúc

mạc tuy có nh- ợc điểm phẫu tr- ờng hẹp, các mốc giải phẫu khó xác định hơn, nh- ng lại quen với các nhà tiết niệu hơn và đặc biệt tránh đ- ợc các tổn th- ơng tạng khi phải đi qua ổ bụng.

Các chỉ định cắt thận ban đầu đ- ợc tiến hành cho các tr- ờng hẹp thận mất chức năng do bệnh lý lành tính, đặc biệt là thận ứ n- ớc do sỏi hay thận teo. Dần dần chỉ định đ- ợc mở rộng cho các tr- ờng hẹp ung th- thận T1 và T2. Đặc biệt, chỉ định cắt thận bằng nội soi ở ng- ời sống cho thận đã làm tăng số l- ợng ng- ời cho vì phẫu thuật ít gây phiền hà cho ng- ời bệnh sau mổ [1, 2, 3, 4].

Đây là nghiên cứu kết quả đầu tiên áp dụng kỹ thuật cắt thận tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi chỉ áp dụng cắt thận cho những tr- ờng hẹp thận mất chức năng do bệnh lý lành tính, trong đó chủ yếu là thận ứ n- ớc (17/21 BN). Chỉ định cắt thận teo thực hiện trên 4 BN (19%). Điều này cũng phù hợp với lâm sàng, đa số thận mất chức năng là những tr- ờng hẹp thận ứ n- ớc lớn do sỏi NQ. Kết quả này cũng t- ơng đồng với chỉ định của Cẩm Hoàng hay Vũ Lê Chuyên [1, 2].

Ưu điểm của đ- ờng mổ sau phúc mạc đã đ- ợc nhiều tác giả khẳng định. Theo Ben [4], không có sự khác biệt giữa mổ trong phúc mạc hay sau phúc mạc. Chúng tôi thấy rằng đ- ờng vào sau phúc mạc rất phù hợp với đặc điểm vóc dáng của ng- ời Việt Nam, việc tạo khoang sau phúc mạc th- ờng khá dễ dàng do BN ít béo. Khả năng tiếp cận cuống thận theo ngả sau phúc mạc cũng rất thuận lợi, ít khi phải dùng tới 4 trocar. Khi tiếp cận cuống thận bằng đ- ờng sau phúc mạc, phẫu thuật viên tiếp cận đ- ợc ngay động mạch thận và có thể kẹp cắt động mạch thận tr- ớc, không gây ứ máu trong thận. Với những tr- ờng hẹp thận ứ n- ớc lớn, việc chủ động tháo bớt n- ớc thận trong mổ tạo cho chúng ta một tr- ờng mổ khá rộng rãi. Đ- ờng vào sau phúc mạc tỏ ra - u việt cho tr- ờng hẹp thận có khả năng viêm nhiễm, chỉ phát hiện đ- ợc trong mổ. Tuy nhiên, với tr- ờng hẹp có mổ cũ ở khoang sau phúc mạc hay lao thận thì phẫu tích khoang sau phúc mạc sẽ rất khó khăn do dính và đây cũng là nguyên nhân thất bại của nhiều tr- ờng hẹp cắt thận nội soi [2].

Cắt thận nội soi sau phúc mạc cho các thận mất chức năng do bệnh lý lành tính th- ờng ít tai biến và an toàn. Một số tai biến đã đ- ợc thông báo, nh- ng với tỷ lệ rất hiếm là rách tĩnh mạch chủ, tĩnh mạch sinh dục gây chảy máu lớn. Sử dụng Hemolock kẹp mạch máu thận cho phép khống chế cuống thận an toàn và chắc chắn.

Một nh- ợc điểm của cắt thận nội soi là thời gian mổ kéo dài hơn so với mổ mở. Thời gian mổ sẽ rút ngắn hơn khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Chúng tôi không dùng dao siêu âm để giải phóng tổ chức mỡ quanh thận. Việc sử dụng dao siêu âm chắc chắn sẽ rút ngắn đáng kể thời gian mổ và giảm số l- ợng máu mất trong mổ.

Kết quả rõ ràng nhất của cắt nội soi là tình trạng đau sau mổ. Không có tr- ờng hẹp nào đau nhiều. 10 BN chỉ đau ít và không cần tiêm thuốc giảm đau. BN nhanh chóng phục hồi nhu động ruột và ăn sớm. Thời gian nằm viện ngắn. Chúng tôi ch- a gặp tr- ờng hẹp nào bị thoát vị qua chân trocar.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do các bệnh lý lành tính là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả cao. Không có tai biến và biến chứng nặng. Tỷ lệ thành công 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên và CS. Những kinh nghiệm qua 40 tr- ờng hẹp cắt thận bệnh lý qua nội soi ổ bụng. Y học Việt Nam. 2005, tập 313, tr.33-38.

2. *Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên.* Cắt thận nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính: kinh nghiệm ban đầu qua 24 tr- ờng hợp. Y học Việt Nam. 2006, 319, tr.49-58.
3. *Trần Ngọc Sinh và CS.* Phẫu thuật cắt thận nội soi để ghép: nhân 13 tr- ờng hợp đầu tiên tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Y học Việt Nam. 2005, tập 313, tr.508-514.
4. *Ben Ch, Arun S.* Laparoscopic retroperitoneal nephrectomy for giant hydronephrosis: when simple nephrectomy isn't simple. Journal of Endourology. 2007, vol 21, No 4, April, pp.437- 441.
5. *Clayman RV, Kavoussi LR.* Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J. Urol.1991, 146, pp.278-282.
6. *Gaur DD.* Retroperitoneal laparoscopic nephrectomy: initial case report. J. Urol. 1993,149, pp.103-105.
7. *Hemal AK.* Retroperitoneoscopic nephrectomy for benign diseases of the kidney: Prospective nonrandomized comparison with open surgical nephrectomy. J. Endourology. 1996, 13 (6). 425.
8. *Marc Mc, Sam B.* Vena caval transection during retroperitoneoscopic nephrectomy: report of the complication and review of the literature. J. Urol. 2004, July, Vol 172, pp.183-185.
9. *Modi PR, Kadam GV.* Retroperitoneal laparoscopic nephrectomy. Indian Journal of Urology. 2005, Vol 21, issue 2, pp.102-105.
10. *Ramssweiler.* Retroperitoneoscopy: experience with 200 cases. J. Urol. 1998, Vol 160, pp.1265- 1269.