

PHÁT TRIỂN KỸ THUẬT LÀM GIẢM TỶ LỆ TAI BIẾN CỦA PHẪU THUẬT MỜ LẤY THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG

*Trần Văn Hình**; *Hoàng Mạnh An**; *Lê Trung Hải**; *Nguyễn Đức Tụng**
*Vũ Đình Cầu**; *Nguyễn Thị Ánh Hoàng**; *Nguyễn Phú Việt** và CS

TÓM TẮT

Tiến hành phẫu thuật lấy thận ghép từ người cho sống trên 94 bệnh nhân (BN) tại Bệnh viện 103, từ 6 - 1992 đến 04 - 2012, chia BN thành 2 nhóm:

Nhóm 1: lấy đường qua phúc mạc (27 BN).

Nhóm 2: lấy đường sau phúc mạc (67 BN).

Kết quả: 18/94 BN (19,18%) có tai biến trong phẫu thuật, gồm: rách phúc mạc, rách tĩnh mạch (TM) thận, thủng TM thận, rách bao thận, tụ máu dưới bao, chảy máu lớn do tụt mỏm cụt động mạch, tổn thương thanh mạc cơ đường ống tiêu hoá.

Nhóm lấy thận qua phúc mạc có tỷ lệ tai biến cao hơn nhóm lấy thận qua đường sau phúc mạc (11/27 BN = 40,74% so với 7/67 BN = 10,4%) ($p < 0,05$).

Lấy thận ghép từ người cho sống theo kỹ thuật đường ngoài phúc mạc có nhiều ưu điểm, với tỷ lệ tai biến và biến chứng ít hơn so với kỹ thuật lấy qua phúc mạc.

* Từ khóa: Lấy thận ghép từ người cho sống; Ghép thận; Cắt thận ghép.

TECHNICAL IMPROVEMENT OF LIVING DONOR NEPHRECTOMY IN REDUCING OPERATIVE COMPLICATION RATE

SUMMARY

From June, 1992 to April, 2012, living donor nephrectomy was performed on 94 cases. All cases were divided into 2 groups:

Group 1: Transperitoneal nephrectomy (27 cases).

Group 2: Retroperitoneal nephrectomy (67 cases).

Results: The rate of intraoperative complications was 19.18% (18/94 cases), including: peritoneal tear, renal vein torn, renal vein pierced, renal capsule torn, subcapsular hematoma, critical hemorrhage from the peak of renal artery (due to losing tie), bowel musculoserosa injuries. The complications in transperitoneal nephrectomy were higher than that of retroperitoneal procedure (11/27 cases = 40.74% vs 7/67 cases = 10.4%).

Conclusion: Retroperitoneal living donor nephrectomy is more effective with less complication than transperitoneal approach.

** Key words: Living donor nephrectomy; Renal transplantation; Nephrectomy.*

* Bệnh viện 103

Phân biện khoa học: PGS. TS. Mai Văn Viện

TS. Nguyễn Trường Giang

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ở nước ta, thận ghép chủ yếu lấy từ người sống cho thận (living donor). Lấy thận ghép từ người sống có những yêu cầu khác biệt so với lấy thận ghép từ người chết não. Trong phẫu thuật, cần bảo đảm 2 nguyên tắc: tuyệt đối an toàn với người cho và thận lấy ra phải đảm bảo nguyên vẹn về hình thể, cấu trúc mạch máu, niệu quản phải đủ dài, thuận lợi cho ghép.

Làm thế nào để hoàn thiện kỹ thuật lấy thận ghép từ người sống để tuân thủ 2 nguyên tắc trên, nhằm cung cấp thận có chất lượng tốt phục vụ cho ghép mà vẫn đảm bảo an toàn với người cho là vấn đề cần được tiếp tục nghiên cứu nhằm dần hoàn thiện kỹ thuật này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phẫu thuật lấy thận ghép từ người cho sống trên 94 BN tại Bệnh viện 103, từ tháng 6 - 1992 đến 04 - 2012, chia BN thành 2 nhóm:

Nhóm 1: lấy thận qua đường phúc mạc (27 BN).

Nhóm 2: lấy thận qua đường sau phúc mạc (67 BN).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung.

Tuổi người cho trung bình $43,9 \pm 9,4$, thấp nhất 27 tuổi, cao nhất 67 tuổi.

Người cho thận ghép cùng huyết thống 73 BN (77,66%), không cùng huyết thống 21 BN (22,34%).

Lấy thận trái chiếm tuyệt đại đa số (95,7%).

2. Đường mổ lấy thận và thời gian mổ.

Bảng 1: Đường lấy thận.

LOẠI TAI BIẾN	ĐƯỜNG QUA PHÚC MẠC	ĐƯỜNG NGOÀI PHÚC MẠC	TỔNG
n	27	67	94
%	28,72	71,27	100

Bảng 2: Thời gian phẫu thuật và hồi phục nhu động ruột.

NHÓM	ĐƯỜNG QUA PHÚC MẠC	ĐƯỜNG NGOÀI PHÚC MẠC	p
Thời gian mổ trung bình (phút) (tối đa - tối thiểu)	$152,1 \pm 22,8$ (120 - 180)	$159,1 \pm 31,2$ (135 - 195)	$> 0,05$
Thời gian hồi phục nhu động ruột trung bình (ngày)	$3,2 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,5$	$< 0,05$

Trong 27 BN đầu tiên, chúng tôi sử dụng đường mổ qua phúc mạc, đây là đường mổ quen thuộc với các nhà phẫu thuật bụng, là kết quả chuyển giao kỹ thuật của chuyên gia Đài Loan cho Việt Nam. Kỹ thuật này được Bộ Y tế đưa vào quy trình kỹ thuật lấy thận ghép từ người cho sống. Đường mổ này thường vướng các tạng trong ổ bụng nên phải che phủ tốt, hậu phẫu nặng nề hơn đối với người cho thận vì phải mở qua phúc mạc. Sau một thời gian rút kinh nghiệm và hoàn thiện kỹ thuật, 67 BN sau sử dụng đường mổ thất lưng sau phúc mạc, hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian có nhu động ruột 1,8 ngày, thấp hơn nhóm kia có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Schnitzbauer A.A (2006) nghiên cứu 70 BN phẫu thuật lấy thận cho ghép từ người sống, trong đó 36 BN (51,4%) mổ mở với đường mổ qua phúc mạc, thời gian phẫu thuật 140 ± 37 phút, 34 BN (48,6%) mổ theo đường sau phúc mạc, thời gian phẫu thuật 132 ± 26 phút. Tác giả thấy, đường mổ sau phúc mạc an toàn, hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian phục hồi đường tiêu hoá ở nhóm mổ sau phúc mạc $1,6 \pm 0,8$ ngày.

3. Tai biến và biến chứng liên quan kỹ thuật.

Bảng 3:

LOẠI TAI BIẾN	ĐƯỜNG QUA PHÚC MẠC	ĐƯỜNG NGOÀI PHÚC MẠC	TỔNG (%)
Rách phúc mạc	0	1	1 (1,06)
Rách TM thận	3	0	3 (3,19)
Thủng TM thận	1	3	4 (4,25)
Rách bao thận	2	1	3 (3,19)
Tụ máu dưới bao	3	1	4 (4,25)
Chảy máu lớn do tụt mỏm cụt động mạch	1	0	1 (1,06)
Tổn thương thanh mạc cơ đường ống tiêu hoá	1	1	2 (2,12)
Tổng số tai biến (%)	11 (40,74)	7 (10,44)	18 (19,15)

- 18/94 BN (19,15%) có tai biến trong mổ, trong đó nhóm lấy thận qua đường thắt lưng sau phúc mạc có tỷ lệ tai biến 10,44%, thấp hơn nhóm lấy thận qua đường qua phúc mạc (40,74%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ chung này có phần cao hơn một số tác giả nước ngoài, do các tai biến tập trung chủ yếu ở nhóm mổ qua phúc mạc khi chúng ta mới áp dụng kỹ thuật này nên chưa hoàn thiện.

Đường mổ qua phúc mạc mặc dù thuận lợi cho việc bóc tách vào mặt trước thận và rốn thận, cho phép bộc lộ cuống thận đến sát động mạch, TM chủ. Tuy nhiên, do BN nằm ngửa, trường mổ sâu, luôn bị các tạng trong ổ bụng có xu hướng che lấp, do đó, nếu không che phủ và bộc lộ tốt, rất dễ có tai biến như tổn thương các tạng, thậm chí tổn thương cả thận lấy. Đường mổ sau phúc mạc nông hơn do BN nằm nghiêng,

dễ dàng bóc tách vào mặt trước, mặt sau của thận và bộc lộ cuống thận đến tận động mạch chủ và TM chủ, ngoài ra cho phép lấy được toàn bộ niệu quản đến sát bàng quang mà không phải thay đổi tư thế BN. Chính những điều này đã giải thích tại sao nhóm mổ qua phúc mạc có tỷ lệ tai biến nhiều hơn nhóm mổ sau phúc mạc.

- Phẫu thuật lấy thận ghép từ người cho sống cần các yêu cầu như: ưu tiên an toàn tuyệt đối với người cho thận, hậu phẫu phải nhẹ nhàng, thận được lấy trong những điều kiện lý tưởng, trong mổ không được chạm mạnh vào thận, thao tác nhẹ nhàng, không giằng kéo cuống thận gây nguy cơ biến đổi chức năng thận, bảo vệ tối đa về giải phẫu thận, giảm thời gian thiếu máu nóng càng ngắn càng tốt. Tuy nhiên, trong mổ lấy thận cho ghép vẫn có thể xảy ra tai biến với thận lấy và với người cho thận. Các tai biến thường gặp là:

- Tổn thương nhẹ trên bề mặt thận như: rách bao thận, tụ máu dưới bao, nguyên nhân thường do bề mặt thận có các sẹo viêm dính, bao thận dính nhiều với tổ chức xung quanh, khi bóc tách, bao thận rách, gây chảy máu rỉ rả trên bề mặt nhu mô thận. Hoặc khi bóc tách thận khó khăn làm tụ máu dưới bao thận, khi rửa thận dịch tràn nhiều dưới bao, chèn ép vào nhu mô, xử trí sau rửa phải rạch bao thận tháo bỏ dịch hay máu tụ dưới bao. Những tổn thương này hay gặp ở người cho không cùng huyết thống vì xảy ra viêm khe thận nhiều hơn.

- Rách TM thận 3 BN (3,19%), đều gặp ở nhóm lấy thận qua phúc mạc. Nguyên nhân do trường mổ sâu, các tạng trong phúc mạc luôn có xu hướng che lấp vào trường mổ, hoặc TM thận hợp lưu muộn nhưng

phẫu thuật viên không đánh giá được, phải dùng đầu dissector bóc tách làm rách TM thận. Cả 3 BN này đều dùng chỉ mạch máu khâu lại TM thận rách bằng 1 - 2 mũi chỉ, sau đó tiếp tục bóc tách và cắt thận.

- Thủng TM thận 4 BN (4,25%), do quá trình xử trí các nhánh bên quá nhỏ của TM thận: đứt cầm máu hay buộc các nhánh TM quá nhỏ của TM thận, các nhánh TM nhỏ này bị đứt gây một lỗ thủng nhỏ ở TM thận. Mặc dù phân loại hay y văn không nhắc đến thể thủng, nhưng trong thực tế vẫn gặp và chúng tôi vẫn xếp vào nhóm "thủng", tai biến này nhẹ và dễ khắc phục hơn rách TM, chỉ cần khâu lại bằng 1 mũi chỉ.

- Chảy máu lớn do tụt móm cụt động mạch là tai biến nặng nhất trong phẫu thuật lấy thận sau tổn thương động mạch chủ. Trường hợp này gặp ở BN có nhiều (3) động mạch. Khi mổ theo đường qua phúc mạc, phẫu thuật viên chỉ đánh giá và kẹp được 2 động mạch, còn 1 động mạch bỏ sót, khi cắt bị tụt gây chảy máu lớn phải truyền 750 ml máu trong mổ. Trên thực tế lâm sàng, số lượng động mạch trong mổ thường cao hơn hoặc bằng số lượng động mạch trên chụp mạch trước mổ, nguyên nhân do một số mạch máu quá nhỏ hoặc chụp không đúng thì động mạch.

Chúng tôi nhận thấy, mạch máu thận càng đơn giản thì phẫu thuật lấy thận ghép càng an toàn đối với người cho và cả với thận ghép. Khi số lượng động mạch thận nhiều, hoặc thân chung động mạch thận ngắn, động mạch chia nhánh sớm, nguy cơ tai biến trong mổ với người cho thận càng cao. Trong lựa chọn lấy thận cho ghép, nhiều tác giả khuyên không nên chọn người cho thận cao tuổi,

thận có nhiều mạch máu, hoặc động mạch thận phân nhánh sớm. Trường hợp bắt buộc phải lấy thận có nhiều mạch máu, trong mổ thao tác phải thận trọng, tỉ mỉ, chiến thuật xử lý mạch máu phải linh hoạt, đảm bảo an toàn với người cho phải được đặt lên hàng đầu.

Dunn JF (1986) theo dõi 300 BN cho thận ghép gặp các tai biến, biến chứng: huyết khối hoặc hình động mạch đùi (0,4%), rách lách (0,3%), tổn thương tụy (0,2%). Bloohme I và CS (1992) theo dõi 490 người cho thận thấy các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ (1%); áp xe thành bụng (2%); xạ phổi (4,7%); tắc mạch phổi (0,2%). 94% người cho được hỏi đều sẵn sàng cho lại thận nếu như người thân cần.

Matas AJ (2003) theo dõi 10.828 BN mổ lấy thận ghép tại Mỹ, trong đó, phẫu thuật mổ mở chiếm 52,3%, mổ nội soi có hỗ trợ bàn tay 20,7% và mổ nội soi không hỗ trợ bàn tay 27%. Tai biến, biến chứng trong và sau mổ: 2 BN (0,02%) tử vong do phẫu thuật, 1 BN tồn tại tình trạng sống thực vật. Biến chứng chảy máu phải can thiệp mổ lại 0,4% ở nhóm mổ mở; 1,0% ở nhóm mổ nội soi có hỗ trợ bàn tay và 0,9% ở nhóm mổ nội soi không hỗ trợ bàn tay. Tỷ lệ biến chứng chung ở nhóm mổ mở 0,6%, cao hơn nhóm nội soi (1,6%).

KẾT LUẬN

Qua phẫu thuật lấy thận ghép từ người cho sống thấy 18/94 BN (19,15%) có tai biến trong mổ, trong đó, nhóm lấy thận qua đường thắt lưng sau phúc mạc có tỷ lệ tai

biến (10,44%), thấp hơn nhóm lấy thận qua đường qua phúc mạc (40,74%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình ghép thận từ người sống cho thận. Hội đồng tư vấn chuyên môn ghép tạng. Hà Nội. 2002.

2. Lê Trung Hải. Một số kinh nghiệm bước đầu qua ghép thận từ người cho sống. Tạp chí Ngoại khoa. 2004, 54 (4), tr.11-14.

3. Trần Văn Hinh. Phân bố mạch máu vùng cuống thận và ý nghĩa trong phẫu thuật ghép thận. Y học Việt Nam. 8/2005, tr.608-613.

4. Nguyễn Thị Ánh Hoàng. Nghiên cứu phẫu thuật lấy thận ghép ở người cho sống. Luận án Tiến sỹ. Học viện Quân y. 2008.

5. Dư Thị Ngọc Thu. Rút kinh nghiệm về kỹ thuật ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy với người cho sống có quan hệ huyết thống. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2006, tr.34-72.

6. Dunn JF. Living kidney donors. A 14 years experience. Ann Surg. 1986, 203 (6), pp.634-643.

7. Schnitzbauer AA, Loss M. Mini-incision for strictly retroperitoneal nephrectomy in living kidney donation & flank incision. Nephrol Dial Transplant. 2006, 21 (10), pp.2948-2952.

