

## ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN LƯNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC. KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

*Trương Hoàng Minh\**

*Trần Lê Duy Anh\**

*Trần Văn Hình\*\**

*Phạm Quang Vinh\*\**

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 50 bệnh nhân (BN) điều trị sỏi niệu quản (SNQ) đoạn lưng bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc (PTNSSPM) tại Bệnh viện Nhân Dân 115. Kết quả: thời gian mổ trung bình 92,21 phút (35 - 210 phút); 7 BN (14%) phải chuyển mổ mở, chủ yếu do không tìm được niệu quản và sỏi di chuyển; 1 BN suy thận. Thời gian nằm viện trung bình 4,74 ngày (2 - 11 ngày). PTNSSPM điều trị SNQ đoạn lưng là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả.

\* Từ khoá: Sỏi niệu quản; Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

## RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC URETEROLITHOTOMY FOR UPPER URETERAL STONES. INITIAL RESULTS AT 115 HOSPITAL

Truong Hoang Minh

Tran Le Duy Anh

Tran Van Hinh

Pham Quang Vinh

### SUMMARY

*The research was carried out on 50 patients, who undergone retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper ureteral stones at 115 Hospital. Results: mean operative time was 92.21 minutes (35 - 210 minutes); 7 patients (14%) were switched to open surgery due to not be able to find ureter or migration of the stones. One patient with renal failure. Hospital stay was ranged from 2 to 11 days (mean 4.74 days). Conclusions: the retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper stones is safe, highly effective and minimal invasive method.*

*\* Key words: Ureteral stones; Retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, nhiều phương pháp ít xâm lấn được áp dụng hiệu quả để điều trị SNQ. Đối

với các trường hợp SNQ đoạn thắt lưng thì PTNSSPM được chỉ định hàng đầu. Tại Việt Nam, đã có nhiều trung tâm niệu thực hiện kỹ thuật này và thu được những kết quả khả quan.

\* Bệnh viện Nhân Dân 115

\*\* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

Bệnh viện Nhân Dân 115 được trang bị hệ thống máy nội soi Karl-Storz, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp nội soi sau phúc mạc nhằm góp thêm 1 phương pháp ít xâm lấn điều trị SNQ.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

50 BN được chẩn đoán SNQ đoạn thất lưng nhập Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 10 - 2006 đến 6 - 2008.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

\* *Chỉ định*: SNQ có kích thước  $\geq 7$  mm nằm ở đoạn thất lưng tương ứng với vị trí từ đầu trên khớp cùng chậu tới cực dưới thận.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*:

- Đã mổ mở vào khoang sau phúc mạc.
- Có chống chỉ định về vấn đề vô cảm.

Các số liệu được mã hóa và xử lý với phần mềm SPSS 11.5

\* *Kỹ thuật mổ*:

- Vô cảm: mê nội khí quản.
- Tư thế BN: như mổ mở.
- Tạo khoang bằng bơm khí.
- Phẫu tích tìm niệu quản và vị trí sỏi nhờ xác định cực dưới thận và cơ đáy chậu.
- Lấy sỏi: sử dụng dao lạnh hoặc dao điện.
- Kiểm tra lưu thông niệu quản bằng dây oxy 8Fr.
- Tùy theo từng trường hợp có đặt ống sonde JJ thường không đặt thông niệu quản.
- Khâu niệu quản và đặt dẫn lưu ổ mổ.
- Rút dẫn lưu ổ mổ khi khô, rút sonde JJ sau 1 tháng lúc tái khám.

\* *Đánh giá kết quả*:

- Thành công: tiếp cận sỏi, lấy sỏi, phục hồi lưu thông niệu quản.

- Thất bại: không tiếp cận được sỏi, chuyển mổ mở.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Kích thước sỏi trên KUB: trung bình 12,72 mm (nhỏ nhất 7 mm, lớn nhất: 23 mm).

- Vị trí sỏi trên KUB: từ L<sub>2</sub> đến bể thận: 6/50 BN (12%), từ dưới L<sub>2</sub> đến L<sub>4</sub>: 38/50 BN (76 %), từ dưới L<sub>2</sub> xuống tới L<sub>5</sub>: 6/50 BN (12%).

- Sỏi khảm vào niêm mạc niệu quản: 27/50 BN (54%).

- Tình trạng suy thận: 1 BN (2%) có suy thận với BUN/huyết thanh: 84 mg%, creatinine/huyết thanh: 4,4 mg%.

- Thời gian mổ trung bình 92,21 phút (lâu nhất 210 phút, nhanh nhất 35 phút).

\* *Lý do kéo dài thời gian mổ*: tìm và khâu phục hồi thành niệu quản khó khăn do xơ hóa xung quanh niệu quản: 9 BN (20,9%); rách phúc mạc: 3 BN (7%); sỏi khảm, lấy khó khăn: 1 BN (2,3%); sỏi nằm sát bể thận: 1 BN (2,3%); rò khí CO<sub>2</sub> qua lỗ trocar: 1 BN (2,3%).

\* *Tỷ lệ thành công*: 43/50 BN (86%); thất bại: 7/50 BN(14%), lấy trọn sỏi 43/43 BN (100%). Đoạn lưng giữa có tỷ lệ thành công cao nhất 32/38 BN(84,2%), đoạn lưng cao có tỷ lệ thất bại nhiều nhất: 1/6 BN (16,7%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,573$ ; test  $\chi^2$ ).

Tỷ lệ thành công ở nhóm BN sỏi khảm và không khảm vào niêm mạc niệu quản như nhau (18/20 BN và 25/27 BN) với  $p = 0,574$  (test  $\chi^2$ ).

\* *Lý do thất bại*: hẹp niệu quản dưới sỏi: 1 BN; không tìm được niệu quản do viêm:

1 BN; không tìm thấy niệu quản: 2 BN; không tìm thấy niệu quản do xơ hóa sau phúc mạc: 1 BN; sỏi di chuyển xuống thấp: 1 BN; thận ứ mủ: 1 BN. 1 BN sốt 1 ngày sau mổ, 8/43 BN hậu phẫu xì rò nước tiểu nhiều qua ống dẫn lưu, chúng tôi tiến hành đặt sonde JJ, hết xì rò ngay sau đó. Không có trường hợp nào chảy máu phải truyền máu hoặc can thiệp ngoại khoa. Các biến chứng tập trung ở nhóm BN có thời gian

mổ lâu (> 120 phút), thời gian mổ càng lâu, tỷ lệ các biến chứng càng nhiều ( $p = 0,02$ ; test  $\chi^2$ ). Đau sau mổ trung bình 2,51 ngày (1 - 8 ngày), thời gian nằm viện trung bình 4,74 ngày (ngắn nhất 2 ngày, lâu nhất 11 ngày), thời gian đặt dẫn lưu lâu, thời gian nằm viện càng dài ( $p = 0,02$ ).

## BÀN LUẬN

### 1. Kết quả chung.

Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi thành công khi lấy sạch sỏi, khôi phục được sự thông thương bình thường của niệu quản. So sánh với các tác giả trong và ngoài nước có kết quả sau:

TÁC GIẢ	n	KÍCH THƯỚC SỎI (mm)	TẠO KHOANG	SỐ TROCAR	TỶ LỆ THÀNH CÔNG	THỜI GIAN MỔ (phút)	THỜI GIAN NÀM VIỆN (ngày)	CHUYỂN MỔ MỞ
Gaur (1996)	21		Túi nước	3	18/21	60	1	3/21
Demirci (2004)	21		Khí	3	17/21	105 (45 - 190)	6 (3 - 22)	4/21
Jeong (2006)	12	18,1 (10 - 25)	Khí		6/12	109 (90 - 120)	4,6 (2 - 7)	6/12
Derouiche (2008)	50	17 mm	Khí		46/50	97 (35 - 170)	6,8	4/50
Quang (2005)	31		Khí trời	3 - 4	29/31	30 - 80 (120 - 130)	2,3 (4 - 5)	2/31
Kha (2005)	148		Khí trời	3 - 4	147/148	78,8	5,58	1/148
T.H.Minh (2008)	50	12,72 (7 - 23)	Khí trời	3 - 4	43/50 86%	92,21 (35 - 210)	4,74 (2 - 11)	7/50

Sỏi nằm ở vị trí đoạn lưng giữa có tỷ lệ thành công cao nhất, vì ở vị trí này sau khi đưa trocar vào có thể thấy sỏi ngay, ít phải bóc tách, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê do số mẫu nhỏ.

Chúng tôi phải chuyển mổ mở 7 ca, chủ yếu là do không tìm thấy niệu quản, hoặc không tiếp cận được sỏi do viêm dính xung

quanh niệu quản. Những ca này thường là loạt ca đầu, còn chưa có kinh nghiệm. Mốc giải phẫu quan trọng định hướng cho quá trình phẫu thuật là cơ thắt lưng chậu. Niệu quản sẽ nằm ở phần cân mỡ được vén ra trước chứ không sát trên cơ này. Khi bóc tách niệu quản tránh làm tổn thương tĩnh mạch cạnh niệu quản hay tĩnh mạch sinh

dục sẽ làm tẩm nhuộm máu, khó khăn cho tìm niệu quản. Việc bóc tách niệu quản thường dễ, tuy nhiên đối với sỏi nằm lâu, viêm dính xung quanh niệu quản thì cần phải nhẹ nhàng. Khi thấy sỏi cần kẹp bằng kim Babcock để giữ niệu quản trên sỏi tránh sỏi di chuyển (1 BN sỏi lên bể thận, phải chuyển mổ mở). Kiểm tra lưu thông niệu quản bằng ống nhựa 8 Fr qua trocar và chỗ xẻ niệu quản xuống dưới và bơm nước muối sinh lý 9‰, nếu thấy nhẹ tay và không trào ngược chứng tỏ niệu quản thông tốt. 1 BN sau khi lấy sỏi, thấy mũ trên thận chảy xuống, chuyển mổ mở và mở thận ra da, chúng tôi đưa vào nhóm thất bại.

## 2. Về thời gian mổ.

Trung bình 92,21 phút, nếu so sánh với các phương pháp khác còn dài, có lẽ do kỹ thuật này mới áp dụng tại Bệnh viện Nhân dân 115. Mặt khác, kỹ thuật được thực hiện bởi nhiều bác sỹ khác nhau, có trình độ tay nghề khác nhau, nên thời gian mổ còn dài. Sỏi khảm vào niêm mạc niệu quản sẽ gây khó khăn cho lấy sỏi, trong nghiên cứu này thời gian lấy sỏi ở nhóm sỏi khảm là 92,6 phút và ở nhóm không khảm là 91,67 phút ( $p = 0,935$ ; t-test).

## 3. Tai biến, biến chứng.

BIẾN CHỨNG	TỶ LỆ % THEO GAUR	TỶ LỆ % TRONG NGHIÊN CỨU NÀY
Chảy máu	3,33	0
Tràn khí dưới da	6,67	2,32
Sốt sau mổ	6,67	2,32
Tăng CO <sub>2</sub> /máu	3,33	0
Rách phúc mạc	0	6,98
Rò nước tiểu kéo dài	66,67	18,60

Rò nước tiểu sẽ làm vết mổ lâu lành, dễ có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện dài, gây khó chịu và lo lắng cho BN. Derouiche gặp 21,74% xì rò nước tiểu kéo dài sau mổ, của Jeong là 16,67% và Kha là 12,93%. Nguyên nhân chủ yếu do khâu niệu quản không kín, cột chỉ không chặt do sợ hẹp niệu quản. Tuy nhiên, chỉ cần đặt sonde JJ, BN sẽ hết rò, sau đó hẹn tái khám 1 tháng để rút sonde.

TÁC GIẢ	n	XÌ RÒ NƯỚC TIỂU SAU MỔ
Demirci (2004)	21	2 (đặt sonde JJ sau mổ)
Derouiche (2008)	50	10 (đặt sonde JJ sau mổ)
Kha (2005)	148	18 (đặt sonde JJ sau mổ)
Chúng tôi (2008)	50	8 (đặt sonde JJ sau mổ)

Trong quá trình phẫu tích tìm niệu quản và sỏi, có thể gây thủng phúc mạc, khí CO<sub>2</sub> thoát vào ổ bụng gây khó khăn cho quá trình thao tác, 3 BN bị thủng phúc mạc, chúng tôi khâu lại ngay sau đó, 1 BN không khâu nhưng vẫn thực hiện thành công, tuy nhiên sẽ kéo dài thời gian phẫu thuật.

Các trường hợp rách phúc mạc là do đầu tiên chưa có kinh nghiệm khi bóc tách niệu quản. Rò khí CO<sub>2</sub> qua chân lỗ trocar gây tràn khí dưới da (1 BN), tuy nhiên không cần can thiệp gì, BN tự khỏi sau 24 giờ.

## KẾT LUẬN

Nội soi sau phúc mạc lấy SNQ đoạn lưng là một phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả và an toàn. Ích lợi của phương pháp này là ít gây đau cho BN, ít tổn thương, có tính thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, phù hợp với điều kiện Việt Nam. Tỷ lệ thành

công phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm thao tác của phẫu thuật viên, cụ thể là tiếp cận được sỏi và kỹ thuật khâu kín niệu quản nhằm tránh xì rò niệu quản hoặc hẹp niệu quản. Điều trị biến chứng xì rò niệu quản đơn giản là đặt thông JJ. Nội soi sau phúc mạc góp thêm một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với sỏi niệu quản nói chung và sỏi niệu quản đoạn lưng nói riêng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy. Phẫu thuật lấy sỏi niệu quản. Niệu học tập, 5. NXB Y học. tr.56-64.
2. Nguyễn Quang và CS. Lấy sỏi niệu quản bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, kinh nghiệm ban đầu 31 trường hợp tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2005, 313, tr.134-143.
3. Demirci D, Gulmez I, Ekmekcioglu O, Karacagil M. Retroperitoneoscopic ureterolithotomy for the treatment of ureteral calculi. Urol Int. 2004, 73 (3), pp.234-237.
4. Derouiche A, Belhaj K, Garbouj N, Hentati H, Ben Slam MR, Chebil M. Prog Urol. 2008, May, 18 (5), pp.281-287.
5. Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC, Darshane AS, Shah BC. Retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for multiple upper mid ureteral calculi. J.Urol. 1994, 151 (4), pp.1001-1002.
6. Jeong BC, Park HK, Byeon SS, Kim HH. Retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper ureter stones. Journal Korean Med Sci. 2006, Jun, 21 (3), pp.441-444.
7. Wrigley MW, Abbondati GG. Anesthesia for major abdominal laparoscopic surgery. Isis Medical Media. 2001, pp.9-15.

