



Phẫu thuật cắt thận nội soi sau phúc mạc kinh nghiệm 21 trường hợp đầu tại Bệnh viện Bạch Mai

Nguyễn Minh Tuấn*, Nguyễn Ngọc Bích*, Nguyễn Phú Việt**

TÓM TẮT

Chủ đề: phẫu thuật nội soi sau phúc mạc (PTNS SPM) cắt thận. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả sớm của PTNS SPM cắt thận. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả có phân tích. **Đối tượng:** 21 trường hợp được cắt thận nội soi sau phúc mạc tại khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 3/2007 đến tháng 01/2009, gồm 2 trường hợp teo thận tăng huyết áp, 2 trường hợp thận teo có triệu chứng đau mỗi thắt lưng nhưng không tăng huyết áp, 14 trường hợp thận ứ nước do sỏi và 3 trường hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản. **Kết quả:** các bệnh nhân nghiên cứu có tuổi từ 24 - 74; thời gian mổ trung bình 126 phút, thời gian lập lại lưu thông ruột 1,7 ngày, thời gian trung bình rút dẫn lưu sau mổ 2,2 ngày, thời gian nằm viện sau mổ 4,2 ngày. **Kết luận:** PTNS SPM cắt thận là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả, cần được áp dụng rộng rãi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ tháng 3 năm 2007 tại khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai đã tiến hành cắt thận qua nội soi sau phúc mạc cho các trường hợp (TH) 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 (PT), qua bài báo này chúng tôi muốn trình bày một số kinh nghiệm ở các TH cắt thận đầu tiên được thực hiện trong thời gian qua.

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả sớm qua 21 trường hợp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc (PTNS SPM) cắt thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Teo thận tăng huyết áp.
- Thận ứ nước do tắc nghẽn: sỏi bể thận, niệu quản (NQ), hẹp khúc nối bể thận - NQ.

Các bệnh nhân (BN) trên được chẩn đoán xác định mất chức năng của thận bằng các dấu hiệu lâm sàng gợi ý, các xét nghiệm huyết học, sinh hoá cơ bản, sau đó được xác định bằng hình ảnh như siêu âm, UIV, CT, MSCT, xạ ký thận.

* Khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai

** Khoa Phẫu thuật Tiết niệu - Bệnh viện 103

2. Phương pháp phẫu thuật cắt thận nội soi sau phúc mạc

- Chuẩn bị BN trước mổ như các TH mổ tiêu hóa được thụt tháo và nhịn ăn vào buổi sáng trước khi PT.

- Gây mê nội khí quản, đặt thông dạ dày và sonde tiểu trước khi tiến hành PT cho tất cả BN.

- Phương tiện và dụng cụ: bộ mổ nội soi của hãng Karl storz với đầy đủ dụng cụ giống như trong PT nội soi ổ bụng thông thường, có thêm kim kẹp kim, Hemo - lock, kính soi 10mm 0⁰ và 30⁰.

+ Tư thế BN: Nằm nghiêng 90⁰, có đệm vùng eo lưng, bàn mổ có thể gấp tối đa để làm tăng khoảng cách bờ sườn và mào chậu. Kẹp mổ đứng phía lưng BN.

+ Các bước PT: tạo khoang sau PM và vị trí các trocar: rạch da ngay đầu, dưới xương sườn XII dài khoảng 2 cm dùng kelly tách cho đến dưới lớp cân ngang để vào khoang sau PM, sau đó dùng ngón tay bóc tách vào mặt sau thận, những trường hợp thận to chúng tôi dùng kim hút làm xẹp thận sau đó dùng ngón tay gắng theo phương pháp Gaur bơm 400 - 600 ml không khí. Một trocar 10mm được đặt vào chỗ mở và qua đó CO₂ được bơm vào với áp lực 14 -15 mmHg, sau đó ống kính được đưa vào dùng kính soi và đẩy rộng thêm phẫu trường. Các Trocars khác sẽ là: đường nách sau (10 mm) dưới xương sườn XII và đường 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 PT ở đường nách trước nhằm nâng thận khi phẫu tích vào rốn thận. Sau khi vào khoang sau PM chúng tôi tiến hành quan sát và phẫu tích NQ và củng cố thận.

+ Xác định cơ thắt lưng chậu, NQ đi theo NQ để lên rốn thận hoặc tìm động mạch thận dựa vào nhịp đập, làm căng củng cố thận bằng cách đẩy về

phía bụng. Hoặc đi dựa theo TMSD bên trái để lên tìm TM thận. Động mạch thận luôn được nhìn thấy trước vì nằm ở nông hơn so với tĩnh mạch thận. Kẹp cắt theo thứ tự động mạch thận, tĩnh mạch bằng Hemo - lock và Clip, sau đó giải phóng tổ chức quanh thận. Sau khi đã cắt củng cố thận, cắt NQ bóc tách thận ra khỏi cân Gerota. Thận được lấy qua lỗ trocar 10 đầu tiên mở rộng sau đó đặt dẫn lưu hố thận.

- Theo dõi trong và sau mổ:

+ Các thông số trong mổ, lượng máu mất.

+ Theo dõi dịch dẫn lưu.

+ Thời gian trung tiện sau mổ, mức độ đau sau mổ.

+ Tình trạng chân trocar.

+ Các biến chứng PT như: chảy máu, nhiễm khuẩn vết mổ.

+ Thời gian nằm viện sau mổ.

+ Đánh giá chung người bệnh trước khi ra viện ở các mức độ: tốt, trung bình, xấu và tử vong.

III. KẾT QUẢ

Thời gian từ tháng 3/2007 đến 2/2009, chúng tôi đã phẫu thuật 21 TH; cắt thận gồm 9 nam và 13 nữ, tuổi trung bình 45,8 (thấp nhất 24 cao nhất 74). Tổn thương bệnh lý thận bên phải 8 và thận trái 13 TH.

1. Các dấu hiệu lâm sàng của BN nghiên cứu

Bảng 1. Các dấu hiệu lâm sàng chính

Các dấu hiệu lâm sàng	Số BN
Đau vùng thắt lưng	19/21
Cao huyết áp	2/21
Thận to	17/21
Thận teo	4/21
Tiền sử nhiễm khuẩn tiết niệu	17/21
Đái máu	4/21

Nhận xét: triệu chứng lâm sàng của BN trong nghiên cứu, đa phần BN có triệu chứng đau vùng thắt lưng và nhiễm khuẩn niệu.



2. Kết quả đánh giá hình ảnh và chức năng thận được phẫu thuật

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị cho tất cả các TH, trong đó có sỏi thận và NQ, bóng thận to 12/21.

- Siêu âm 21/21: 4 TH xác định thận teo không xác định được ranh giới tuỷ vỏ, 17 TH nhu mô thận mỏng, đài bể thận giãn, chụp niệu đồ tĩnh

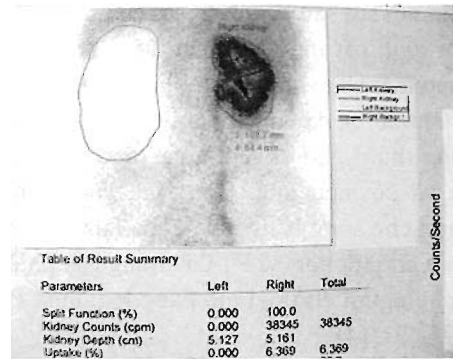


Hình ảnh 1. MSCT thận: thận trái

mạch 21/21: tất các thận bệnh đều mất chức năng.

- Chụp MSCT hệ tiết niệu trên 21/21 TH để xác định thận ứ nước (17 TH), teo (4) và đánh giá số lượng và kích thước mạch máu trước khi cắt.

- Xạ hình thận 21/21: được thực hiện trên những BN mà các xét nghiệm cận lâm sàng khác còn chưa thuyết phục để chỉ định cắt thận, các thận bệnh đều có chức năng giảm dưới 15%.



Hình ảnh 2. Xạ hình thận trái mất chức năng, ĐM thận trái teo nhỏ

3. Các chỉ định cắt thận

Bảng 2. Các chỉ định cắt thận trong nghiên cứu

Các nguyên nhân	Số BN
Thận teo, cao huyết áp	4
Thận ứ nước do sỏi bể thận	5
Thận ứ nước do sỏi NQ	9
Thận ứ nước do hẹp khúc nối	3
Tổng số	21

Chỉ định cắt thận trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm đa số là những BN có triệu chứng thận ứ nước.

4. Những nhận xét trong PT và kết quả sau mổ

Chúng tôi đã thực hiện 21 trường hợp cắt thận sau PM với các kết quả sau:

- Tiến hành thuận lợi: 16/21 TH.
- Thời gian PT 60 - 180 phút, trung bình 126 phút.
- Lượng máu mất: không đáng kể, không có TH nào phải truyền máu trong và sau mổ.
- Thời gian có lưu thông ruột trở lại: 1 đến 3 ngày, trung bình 1,5 ngày.
- Sau mổ thời gian rút dẫn lưu 2 - 3 ngày, trung bình 2, 2 ngày.
- Không có tử vong và nhiễm khuẩn vết mổ.
- Thời gian nằm viện 3 - 6 ngày, trung bình 4,2 ngày.

- Tất cả các BN đều hài lòng vì diễn biến sau mổ đơn giản và chỉ phải dùng thuốc giảm đau ngày thứ nhất và thứ 2 sau mổ, thẩm mỹ.

IV. BÀN LUẬN

1. Lịch sử

Sau TH cắt thận qua nội soi được Clayman và cộng sự ở bệnh viện Saint Louis (Mỹ) thực hiện năm 1990, cũng như các loại hình PT nội soi ổ bụng khác cắt thận qua nội soi đã được thực hiện một cách rộng rãi vì các ưu thế của nó, nhất là các TH người sống cho thận để ghép [3].

Hiện nay, có 2 đường vào để cắt thận trong ổ bụng và sau PM. Về mặt kỹ thuật có một vài điểm khác nhau và các tác giả chưa thống nhất con



đường nào là ưu việt hơn cả vì còn phụ thuộc vào bản chất tổn thương của thận [4], [5], [6], [10]. Với đường vào sau PM có nhiều những khó khăn như phẫu trường hẹp, các mốc giải phẫu khó xác định hơn, so với PT nội soi qua PM. Để vào sau PM, Gaur ở Ấn Độ, mô tả kỹ thuật tạo khoang sau PM bằng ngón tay gắng. Đây là một bước tiến lớn trong PT nội soi sau PM, năm 1993 ông đã báo cáo TH cắt thận nội soi sau PM đầu tiên của mình [6].

Các chỉ định cắt thận ban đầu được tiến hành cho các thận mất chức năng lạnh tính (teo thận cao huyết áp, ú nước...), dần dần người ta thấy cắt thận cho các ung thư ở giai đoạn T1 và T2 cũng được thực hiện và có hiệu quả. Đặc biệt, cắt thận ở những người cho sống bằng nội soi đã làm tăng số lượng người cho (donor) vì PT đã không gây phiền hà nhiều cho người cho sau mổ bằng loại hình PT này [1], [2], [3], [4].

Tại Việt Nam, năm 2003, Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự báo cáo 2 TH cắt thận nội soi qua PM điều trị thận ú nước mất chức năng tại bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh [1].

Vũ Lê Chuyên và cộng sự tại Bệnh viện Bình Dân báo cáo kinh nghiệm qua 40 TH cắt thận qua PM [1], Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng báo cáo 24 TH cắt thận nội soi sau phúc mạc [2].

Trần Ngọc Sinh và cộng sự đã thực hiện cắt thận nội soi để ghép thận (2005) cho 13 TH đầu tiên tại Việt Nam [3].

Các tác giả đều thấy những ưu điểm hơn hẳn của PT nội soi so với mổ mở để cắt thận trên các phương diện: hậu phẫu đơn giản, giảm đau sau mổ, thẩm mỹ... cho BN [11].

2. Chỉ định phẫu thuật

Trong nghiên cứu này chúng tôi có 17 BN thận ú nước, 4 BN thận teo, cao huyết áp. Với những ưu thế vượt trội của PT nội soi như thời gian nằm viện ngắn, ít dùng giảm đau sau mổ, lượng máu mất ít, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp. Hiện nay, trên thế giới, cũng như ở nước ta, PT nội soi cắt thận điều trị một số bệnh thận lạnh tính mất chức năng ngày càng trở nên phổ biến. Nó trở thành tiêu chuẩn vàng để điều trị các bệnh thận lạnh tính mất chức năng như: nhiễm trùng niệu mạn tính do trào ngược, hẹp khúc nối bể thận NQ, sỏi thận NQ, hẹp NQ, teo thận gây tăng huyết áp, thận ú nước do các nguyên nhân khác và kể cả trong ung thư thận giai

đoạn sớm. Đặc biệt, PT nội soi cắt thận rất có ý nghĩa với người hiến thận [3], [5], [6], [10].

3. Ưu điểm của đường mổ sau phúc mạc

Trong 21 BN của chúng tôi thì có 19 BN là những BN mổ gần đây nhất từ tháng 7 năm 2008, vì sau khi chúng tôi đã mổ qua PM tương đối thành thạo và có một số kinh nghiệm nhất định thì kỹ thuật này mới được triển khai nhiều. Theo Ben [4], không có sự khác biệt giữa mổ sau PM và trong PM. Cho dù mổ trong PM phẫu trường rộng hơn, các mốc giải phẫu rõ ràng hơn như gan, lách, cơ hoành. Các thông số như thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, tổn thương mạch, tỷ lệ phải chuyển mổ mở và thời gian nằm viện giữa 2 nhóm là như nhau. Những phẫu thuật viên niệu có thói quen đi sau PM vì đã từng mổ mở sau PM, với lý do tránh các tai biến như dính ruột, thoát vị lỗ trocar, tổn thương ruột và các tạng khác. Tuy nhiên, theo Marc [8] trong khi mổ đường sau PM nhất là bên phải có thể tổn thương tĩnh mạch chủ dưới là rất nặng. Tai biến tổn thương mạch máu báo cáo 6,6% những tổn thương chính thường gặp là: tĩnh mạch thận, tĩnh mạch thất lưng, tĩnh mạch sinh dục và tĩnh mạch chủ dưới.

Theo chúng tôi chọn đường mổ như thế nào còn tùy thuộc vào tình trạng BN, sở trường của phẫu thuật viên, nhưng ở các BN có khả năng viêm nhiễm thì không nên đi qua PM và nên tránh những BN đã có tiền sử mổ cũ ở vị trí định PT nhưng các tác giả cũng cho rằng những TH u thận nên đi trong ổ bụng để kiểm tra tình trạng xâm lấn và di căn hơn là sau PM [1], [5], [6], [10].

4. Một số tai biến

Chảy máu là một tai biến đáng ngại trong cắt thận trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 TH rách tĩnh mạch thận chảy máu do thao tác trong khi phẫu tích rốn thận khó nhưng được xử trí ngay lượng máu mất không đáng kể. Các TH sau này chúng tôi dùng Hemo-lock nên khống chế cuống thận rất tốt. Việc phẫu tích quanh thận sẽ rất khó khăn ở những TH có viêm dính tổ chức mỡ quanh thận sau viêm thận, áp xe thận những TH này sẽ gây chảy máu hoặc khó khăn cho lấy thận.

Tổn thương các tạng, mạch máu trong PT: các tác giả thường thông báo tổn thương mạch máu trong mổ nội soi cắt thận chiếm 0,05%, trong PT nội soi nói chung, 3/4 tổn thương mạch máu là do lỗi đặt trocar và chọc kim Veress [6]. Trong nghiên cứu có 1 TH bị rách tĩnh mạch thận trong quá trình phẫu tích, nhưng



xử trí được qua nội soi. Theo các nghiên cứu của nước ngoài, đánh giá vai trò của chụp MSCT Scanner tiết niệu. Nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân được chụp MSCT Scanner tiết niệu nên chúng tôi đánh giá được số lượng mạch máu thận, các bất thường về giải phẫu trước mổ. Do đó chúng tôi tiếp cận cuống thận nhanh, tự tin và an toàn, giảm thiểu được các biến chứng trong phẫu thuật kể cả những biến chứng nhẹ.

5. Kết quả sau mổ

Các kết quả sau mổ của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác về các mặt: Thời gian PT tương đối ngắn (60 phút). Thời gian PT kéo dài (180 phút) cho các TH cắt thận đầu tiên và những trường hợp thận viêm dính, tính trung bình cho các ca mổ là 126 phút. Kinh nghiệm 24 TH cắt thận của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự có kết quả với thời gian mổ trung bình 144 phút. Các tác giả nước ngoài có thời gian PT trung bình cũng tương đương như Rassweiler (1996): 106 phút trên 200 BN [12], Hemal (2001): 100 phút trên 185 BN [7].

Thời gian lập lại lưu thông ruột: ưu thế của PT nội soi là ít xâm lấn do vậy thời gian này thường ngắn hơn nhiều so với mổ mở. Thời gian này của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác: trung bình 1,7 ngày [4], [6], [8], [9].

Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu là 4,2 ngày tương tự như các tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự ở Bệnh viện Bình Dân từ 2 đến 6 ngày, tùy theo nhóm bệnh [3]. So sánh thời gian nằm viện của các nghiên cứu của Rassweiler là từ 4 - 7 ngày [11], của Hemal là 3,4 ngày [7].

V. KẾT LUẬN

Qua 21 BN được PT nội soi sau phúc mạc cắt thận, với kinh nghiệm còn ít nhưng chúng tôi thấy rằng đây là PT ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả cao. Với thời gian mổ trung bình 126 phút, không có trường

hợp nào phải chuyển mổ mở, không có BN nào phải truyền máu, diễn biến sau mổ thuận lợi: thời gian lập lại lưu thông ruột ngắn (1,7 ngày), nằm viện ngắn thời gian sau mổ (4,2 ngày). Tuy với kinh nghiệm ban đầu nhưng chúng tôi nhận thấy rằng PT này sẽ dần thay thế để cắt thận điều trị một số bệnh thận lành tính, kể cả ung thư thận, cũng như một phần thưởng cho những người hiến thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên và CS (2005), "Những kinh nghiệm qua 40 trường hợp cắt thận bệnh lý qua nội soi ổ bụng", *Y học Việt Nam*, tập 313, tr. 33-38.
2. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên và CS (2006), "Cắt thận nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính: kinh nghiệm ban đầu qua 24 trường hợp", *Y học Việt Nam*, tập 319, tr. 49-58.
3. Trần Ngọc Sinh và CS (2005), "Phẫu thuật cắt thận nội soi để ghép: nhân 13 trường hợp đầu tiên tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Y học Việt Nam*, Tập 313; tr.508-514.
4. Ben Ch, Arun S, Declan M, (2007). "Laparoscopic Retroperitoneal Nephrectomy for Giant Hydronephrosis: When simple nephrectomy isn't simple". *Journal of Endourology* Vol 21, No 4, April, pp.437- 441.
5. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al (1991), "Laparoscopic nephrectomy: initial case report", *J Urology*; 146; pp.278-282.
6. Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC.(1993), "Retroperitoneal laparoscopic nephrectomy: initial case report". *J Urol*; 149: 103-105.
7. Hemal AK, et al, (1996), "Retroperitoneoscopic nephrectomy for benign diseases of the kidney: Prospective nonrandomized comparison with open surgical nephrectomy", *J Endourol* 1999;13(6):425.
8. Marc Mc, Sam B, Bhayani, Albert O, William J, et al (2004), "Vena caval transection during retroperitoneoscopic nephrectomy: report of the complication and review of the literature". *The Journal of Urology*, July Vol. 172, 183-185.
9. Modi PR, Kadam GV, Dodiya S, et al. (2005), "Retroperitoneal Laparoscopic Nephrectomy". *Indian Journal of Urology*, Vol 21, Issue2, pp 102-105.
10. Ramsay L. Kuo, MD, Tiberio M. Siqueira, Jr, MD, et al (2003), "Laparoscopic Simple Nephrectomy". *Essential Urologic Laparoscopy* pp: 79-120.
11. Rassweiler (1998), "Retroperitoneoscopy: experience with 200 cases", *The Journal of Urology*, Vol 160, pp.1265-1269.

SUMMARY

RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY - THE PRELIMINARY EXPERIENCE OF 21 CASES IN THE SURGICAL DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Aims: we report our early results with 21 cases of retroperitoneal laparoscopic nephrectomy in the surgical department of Bachmai hospital. **Materials and method:** prospective study of 21 patients with benign non-functioning kidneys undergoing retroperitoneal laparoscopic nephrectomy from March 2007 to February 2009, including 9 males and 13 females who's age ranged from 24 - 74 years, mean 45.2. **Preoperative diagnosis** include 14 hydronephrosis, 2 kidney hypertensive atrophy, 2 kidney atrophy, 3 ureteropelvic junction obstruction. **Results:** mean operating time is 126 min (60 - 180); drain removal at 2.2 days (2 - 3); post-op hospital stay: 4.2 days (3 - 6). **Conclusion:** retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for benign non-functioning kidneys which is a safe, effective procedure which will be done largely in the future at our hospital.