

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT THẬN QUA NỘI SOI SAU PHÚC MẠC TRONG THẬN MẤT CHỨC NĂNG DO BỆNH LÝ LÀNH TÍNH

Hoàng Đức Minh¹, Trương Vinh Quý¹,
Nguyễn Văn Bình¹, Nguyễn Hồng Dương¹,
Trương Xuân Nhuận¹, Trần Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục đích: Để đánh giá kết quả cắt thận qua nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 9 năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi giới thiệu 43 trường hợp được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận trong khoảng thời gian 4 năm bắt đầu từ tháng 9 năm 2013.

Kết quả: Tuổi trung bình là 52,6 tuổi (28-72 tuổi). 23 nam và 20 nữ. 25 bên trái, 18 bên phải. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận thành công trong 38 trường hợp (88,4%). 5 trường hợp chuyển mổ mở (11,6%) đều do tiếp cận khó khăn trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 112,7 phút (70-210 phút), máu mất trung bình trong mổ là 45,7ml (15-170ml) và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 4,3 ngày (3-9 ngày). 21,1% biến chứng (8/38 trường hợp), không có biến chứng nặng. Không có trường hợp nào can thiệp lại sau mổ. Không có trường hợp nào tử vong. Chỉ định cắt thận mất chức năng cho thận ứ nước là 19/38 trường hợp (50,0%), thận teo là 13/38 trường hợp (34,2%) và thận đa nang trong 6/38 trường hợp (15,8%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả với ưu điểm vượt trội trong điều trị thận mất chức năng do bệnh lý lành tính mà không chịu ảnh hưởng bởi nguyên nhân hay sinh bệnh học.

Từ khóa: cắt thận, thận, bệnh lý lành tính, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

ABSTRACT

EVALUATION OUTCOMES OF THE LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL NEPHRECTOMY FOR BENIGN NON-UNCTIONING KIDNEYS

Hoang Duc Minh¹, Truong Vinh Quy¹,
Nguyen Van Binh¹, Nguyen Hong Duong¹,
Truong Xuan Nhuan¹, Tran Quoc Tuan¹

Objective: To assess results of retroperitoneoscopy nephrectomy for benign non-function kidneys from September 2013 to September 2017 at Quang Tri general hospital.

Materials and Methods: The study comprised 43 patients who underwent retroperitoneoscopic nephrectomy during a 4 years period beginning from September 2013.

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị

- Ngày nhận bài (Received): 4/2/2018; Ngày phản biện (Revised): 10/2/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 7/3/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Hoàng Đức Minh
- Email: hoangducminh20032003@gmail.com

Results: Mean age of surgery was 52.6 years (28-72 years), 23 males and 20 females. 25 patients underwent left nephrectomy; 18 underwent right nephrectomy. Retroperitoneoscopic nephrectomy were completed successfully in 38 patients (88.4%). There was 5 patients required conversion to open surgery (11.6%), all cases by poor progression. The mean operating time was 112.7 minutes (range 70 to 210), mean blood loss was 45.7 ml (range 15 to 170 ml), and mean post-operation hospital stay was 4.3 days (range 3 to 9). A total of 21.1% complications (8/38 cases), no severe complications occurred. No re-intervention was needed. No case was mortality. The indications for surgery included hydronephrosis in 19/38 cases (50.0%), atrophic kidney in 13/38 cases (34.2%) and multicystic kidney in 6/38 cases (15.8%).

Conclusions: Retroperitoneoscopic nephrectomy can be performed safely and successfully with obvious advantages for benign nonfunctioning kidneys regardless of the etiology or pathogenesis.

Keywords: nephrectomy, kidney, benign, retroperitoneoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận mất chức năng là một bệnh lý đường tiết niệu khá thường gặp và do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra: viêm thận bể thận mạn, bệnh lý thận do tắc nghẽn hoặc trào ngược, lao thận, thận đa nang loạn sản, tăng huyết áp do mạch máu thận, bệnh lý xơ cứng thận, tăng huyết áp sau ghép thận, teo thận... [1], [5].

Trước đây, phẫu thuật mở là thường quy trong các phẫu thuật cắt thận [1], [5]. Vào năm 1990, Clayman R. V. và cộng sự đã thực hiện thành công cắt thận nội soi qua phúc mạc đầu tiên trên thế giới đối với bệnh nhân lớn tuổi với khối u thận khoảng 3cm [6]. Vào năm 1993, Gau D. áp dụng cắt thận nội soi qua đường tiếp cận sau phúc mạc [11].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) trong cắt thận có thể tiếp cận qua 2 đường: xuyên phúc mạc và sau phúc mạc [8], [9].

Tại Việt Nam, PTNS sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản đã được Lê Đình Khánh và cộng sự [2] triển khai đầu tiên vào năm 2001. Đến năm 2003 thì trường hợp cắt thận qua nội soi sau phúc mạc đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân [1], năm 2004 tại Bệnh viện Việt Đức [3] và ngày càng được ứng dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm tiết niệu trên cả nước [1], [3], [4].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị, phẫu thuật nội soi đã được triển khai từ năm 2005. Trong đó, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị sỏi niệu quản đã được tiến hành từ năm 2007, đến 2009 thì

được áp dụng đối với cắt thận trong điều trị những bệnh lý lành tính gây mất chức năng thận.

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá sự an toàn và hiệu quả của PTNS sau phúc mạc trong điều trị thận mất chức năng do các bệnh lý lành tính được thực hiện từ tháng 9/2013 đến tháng 9/2017 tại Bệnh viện của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán thận mất chức năng có biến chứng do các bệnh lý lành tính và được điều trị bằng phẫu thuật cắt thận qua nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 9 năm 2017.

*** Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- Bệnh nhân có thận mất chức năng do bệnh lý lành tính gây ra biến chứng: đau thắt lưng, tiểu buốt, tiểu rất, tiểu máu, tiểu đục, tăng huyết áp, nhiễm trùng đường tiểu dai dẳng, khám thấy thận lớn,

- Chức năng thận còn lại còn tốt.

- Bệnh nhân được cắt thận qua PTNS sau phúc mạc.

- Khám trước mê có ASA $\leq$ 3.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi: có các bệnh lý tim mạch, hô hấp, rối loạn đông chảy máu, nội tiết ...

- Bệnh lý thận ác tính.

- Nhiễm khuẩn thành bụng.
- Bệnh nhân có tiền sử mổ sau phúc mạc.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu tiến triển.

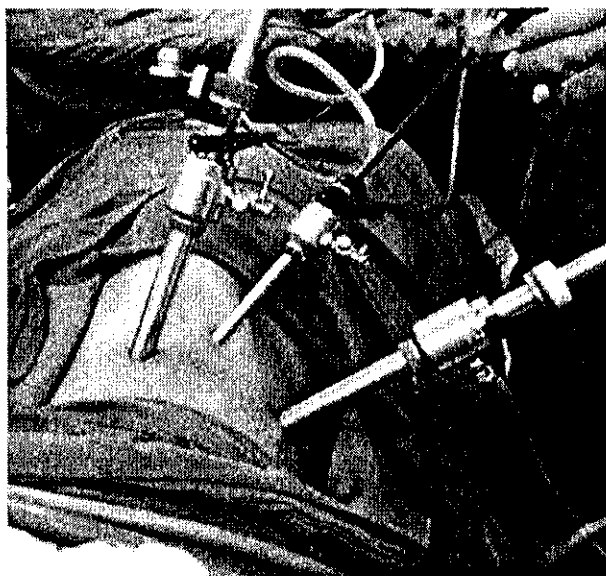
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, không đối chứng.

2.3. Nội dung nghiên cứu

*** Kỹ thuật nội soi sau phúc mạc điều trị sỏi bể thận**

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế như phẫu thuật sỏi thận mở.

Vị trí đặt Trocars (Hình 2.1)



Hình 2.1. Vị trí đặt Trocar

- Trocar thứ nhất (camera) (10 mm) được đặt gần đầu xương sườn XI, dưới xương sườn XII (hình 2.2).



Hình 2.2. Kẹp và cắt niệu quản

- Trocar thứ hai (10 mm) được đặt trên đường mào chậu đường nách sau.

- Trocar thứ ba (5 mm) được đặt ở vị trí đường nách trước sao cho 3 trocars tạo ra một tam giác đều.

- Khi cần đặt trocar thứ 4: được dùng trong các trường hợp khó, vị trí tùy từng trường hợp.

Tuy nhiên vị trí đặt trocars và số trocars có thể thay đổi tùy theo tính chất của khối u cũng như thói quen của phẫu thuật viên.

- Sau đó đặt trocar 10 mm đầu tù vào khoang sau phúc mạc vừa tạo xong rồi bơm hơi đến áp lực 12 – 13 mm.

Kỹ thuật cắt thận qua phẫu thuật nội soi sau phúc mạc:

- Mở cân Gerota, định vị cơ thắt lưng chậu để xác định cực dưới thận và niệu quản. Cực dưới thận được di động và nâng lên để cho phép tiếp cận rốn thận.

- Bộc lộ niệu quản đoạn sát bể thận, kẹp và cắt niệu quản (hình 2.2).

- Tiếp theo, các mạch máu rốn thận được phẫu tích bóc lộ. Xác định ĐM, TM thận, kẹp cắt bằng hem-o-lok ĐM thận trước sau đó TM sau (hình 2.3, 2.4).

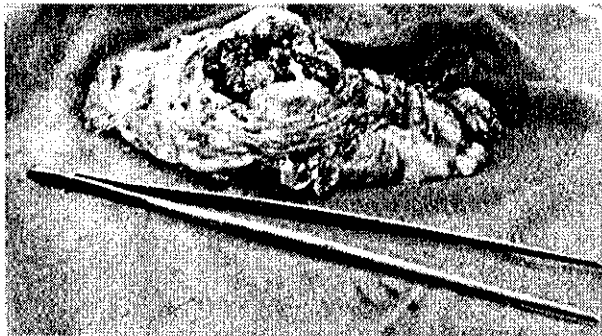


Hình 2.3. Kẹp và cắt ĐM thận



Hình 2.4. Kẹp và cắt TM thận

- Cuối cùng, thận được di động toàn bộ khỏi tổ chức mô xung quanh. Cũng có thể kẹp cắt niệu quản, bóc tách thận trước rồi mới xử lý mạch máu.



Hình 2.5. Thận mất chức năng do sỏi

- Đưa bệnh phẩm vào bao. Đối với các trường hợp thận ứ nước lớn có thể chủ động chọc hút nước khi tiếp cận ban đầu để làm xẹp thận giúp cho quá trình thao tác được thuận lợi hơn.

- Đặt dẫn lưu hố thận, lấy bệnh phẩm ra ngoài, đóng các lỗ trocar (hình 2.5).

2.4. Xử lý số liệu

Tất cả các trường hợp nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được ghi nhận vào phiếu theo dõi và số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Bệnh nhân

Tuổi: trung bình là $52,6 \pm 8,1$ tuổi (28-72).

Giới: Nam/nữ = 23/20.

3.2. Quá trình phẫu thuật

Phía cắt thận: Bên trái/ bên phải = 25/18.

Bảng 3.1. Số trocar sử dụng

Số Trocar sử dụng	n	%
3	35	81,4
4	8	18,6
Tổng	43	100

Bảng 3.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	n	%
Thành công	38	88,4
Chuyển mổ mở & Nguyên nhân	5 (Do viêm dính ở bể thận và xung quanh nhiều)	11,6
Tổng	43	100

Tai biến trong phẫu thuật: không có tai biến nào nghiêm trọng.

Số lượng máu mất trung bình: $45,7 \pm 33,8$ ml (15 – 170 ml).

Thời gian phẫu thuật trung bình: $112,7 \pm 44,9$ phút (70 – 210 phút).

3.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Thời gian có nhu động ruột trung bình: $1,6 \pm 1,2$ ngày (1 – 3 ngày).

Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình: $2,6 \pm 1,6$ ngày (2 – 5 ngày).

Bảng 3.3. Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng	n	%
Đau sau mổ	4	10,5
Sốt sau mổ	3	7,9
Tràn khí dưới da	1	2,6
Không có biến chứng	30	79,0
Tổng	38	100

Thời gian hậu phẫu trung bình: $4,3 \pm 1,4$ ngày (3 – 9 ngày).

3.4. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả cho thấy chỉ định cắt thận gồm: ứ nước mất chức năng do sỏi thận – niệu quản chiếm 19/38 TH (50,0%); do thận teo là 13/38 TH (34,2%), thận đa nang chiếm 6/38 TH (15,8%).

Bảng 3.4. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả GPB	N	%
Do sỏi thận – niệu quản	19	50,0
Thận teo	13	34,2
Thận đa nang	6	15,8
Tổng	38	100

IV. BÀN LUẬN

PTNS cắt thận được thực hiện đầu tiên bởi Clayman R. V. vào năm 1990 [6] và nổi lên như một phương pháp lựa chọn hàng đầu trong phẫu thuật cắt thận của các nhà tiết niệu. Chỉ định cắt thận ngày càng được mở rộng từ cắt thận đơn thuần trong các bệnh lý lành tính cho đến cắt thận tận gốc và cắt thận niệu quản tận gốc trong các bệnh lý ác tính [9].

Nhiều nghiên cứu với số lượng lớn đã cho thấy rằng phẫu thuật nội soi cắt thận có nhiều ưu điểm nổi trội hơn so với phẫu thuật mở: giảm đau sau mổ, giảm lượng máu mất, giảm biến chứng trong mổ, thẩm mỹ và nhanh chóng hồi phục sức khỏe hơn qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật hơn. Thời gian nằm viện trong PTNS giảm đến

50% và thời gian quay hồi phục sức khỏe hoàn toàn là ngắn hơn hẳn so với phẫu thuật mở. Với trình độ chuyên môn và kinh nghiệm ngày càng tăng thì thời gian phẫu thuật ngày càng được rút ngắn một cách đáng kể. Chính vì vậy, ngày nay cắt thận qua PTNS trở thành một lựa chọn đầu tiên trong điều trị bệnh lý thận mất chức năng [3], [5], [7].

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận thành công

Bảng 4.1. So sánh kết quả phẫu thuật với các tác giả

Nghiên cứu	Thành công (%)	Chuyển mổ mở và nguyên nhân (%)
Nguyễn P. C. Hoàng [1]	91,6%	8,4% (4,2% viêm dính nhiều; 4,2% chảy máu).
Đỗ Trường Thành [3]	97,7%	2,3% do chảy máu
Dương Văn Trung [4]	85,7%	14,3% do rách phúc mạc
Cheema I. A. [5]	95,0%	5,0% (2,5% do chảy máu, 2,5% (do viêm dính nhiều)
Gupta N. P. [9]	93,7%	6,3%
Hemal A. K. [11]	90,3%	9,7%
Chúng tôi	88,4%	11,6% (đều do viêm dính nhiều)

Từ bảng 4.1 cho thấy tỷ lệ thành công của chúng tôi là tương tự với các tác giả khác. Qua đó cho thấy PTNS sau phúc mạc cắt thận là một phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao và nguyên nhân chuyển mổ mở hay gặp nhất là do tình trạng viêm dính tại rốn thận cũng như quanh thận [1], [8], [10].

Thời gian phẫu thuật

Bảng 4.2. So sánh thời gian phẫu thuật với các tác giả

Nghiên cứu	n	Năm	TG phẫu thuật TB (phút)
Nguyễn P. C. Hoàng [1]	24	2006	127,1 ± 42,6 phút (30–230)
Đỗ Trường Thành [3]	86	2010	124,6 ± 36 phút
Dương Văn Trung [4]	7	2008	93 phút (75 – 150 phút)
Cheema I. A. [5]	120	2012	125 phút (70 – 310 phút)
Gupta N. P. [9]	351	2007	129,3 (65 – 255 phút)
Hemal A. K. [11]	185	2008	100 phút (45 – 240 phút)
Chúng tôi	38	2017	112,7 ± 44,9 phút (70 – 210 phút)

Qua bảng 4.2 cho thấy thời gian phẫu thuật của chúng tôi là tương tự với các tác giả khác. Điều này phụ thuộc vào nhiều yếu tố: bệnh lý gây thận mất chức năng, tình trạng bệnh nhân, trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên...

Trong 10 trường hợp đầu tiên thì có đến 3 trường hợp chuyển mổ mở xảy ra trong thời điểm

này và thời gian phẫu thuật kéo dài trung bình đến 171,8 phút. Tuy nhiên trong 28 trường hợp sau thì không có trường hợp nào chuyển mổ mở và thời gian phẫu thuật trung bình được rút ngắn còn 103,1 phút. Điều này phù hợp với các nghiên cứu là đường cong huấn luyện trong kỹ thuật này là rất quan trọng [5], [7], [8].

Thời gian hậu phẫu

Bảng 4.3. So sánh thời gian hậu phẫu với các tác giả

Nghiên cứu	n	Năm	TG hậu phẫu TB (ngày)
Nguyễn P. C. Hoàng [1]	24	2006	1,66 ± 0,63 ngày (1 – 3 ngày)
Đỗ Trường Thành [3]	86	2010	5,3 ± 1,7 ngày
Dương Văn Trung [4]	7	2008	3,5 ngày (3 – 5 ngày)
Checma I. A. [5]	120	2012	3,9 ngày (3 – 6 ngày)
Gupta N. P. [9]	351	2007	3,8 ngày (2 – 7 ngày)
Hemal A. K. [11]	185	2008	3 ngày (2 – 8 ngày)
Chúng tôi	38	2017	4,3 ± 1,4 ngày (3 – 9 ngày)

Như vậy thời gian hậu phẫu của chúng tôi là tương tự với các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Cắt thận qua PTNS sau phúc mạc là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả với ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật mở trong điều trị thận bệnh lý lành tính mất chức năng: giảm đau sau mổ, thời gian

nằm viện ngắn ngày, hồi phục sức khoẻ nhanh hơn và thẩm mỹ. Phẫu thuật này đã trở thành lựa chọn đầu tay trong điều trị bệnh lý thận lành tính tại nhiều trung tâm tiết niệu lớn trên thế giới và cả nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Tế Kha, Ngô Đại Hải, Trần Thượng Phong, Trần Quang Phúc (2006), “Cắt thận qua nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính: kinh nghiệm ban đầu qua 24 trường hợp”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số đặc biệt tháng 2, tr. 269- 279.
2. Lê Đình Khánh, Phạm Như Hiệp, Dương Đăng Hỷ (2002), “Phẫu thuật nội soi qua đường sau phúc mạc điều trị sỏi niệu quản tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Y học TP.HCM*, Tập 2, tr. 329-333.
3. Đỗ Trường Thành, Lê Nguyên Vũ, Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Nguyễn Quang (2010), “Kết quả cắt thận mất chức năng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Việt Đức – nhân 86 trường hợp”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 375, Phụ bản số 2, tr. 250-254.
4. Dương Văn Trung (2008), “Đánh giá kết quả bước đầu cắt thận nội soi qua đường sau phúc mạc trong thận mất chức năng do sỏi”, In: <http://www.hospitalvnpt.com.vn/index.php/vi/nghien-cuu-khoa-hoc/ngoi-tiet-nieu/144-cat-than-qua-noi-soi>.
5. Checma I. A., Manecksha R. P., Murphy M., Flynn R. (2012), “Laparoscopic Nephrectomy: Initial Experience with 120 cases”, *Ir Med J*, 103(2), pp. 49-51.
6. Clayman R. V. et al. (1991), “Laparoscopic nephrectomy: initial case report”, *J Urol*, 146, pp. 278-82.
7. Dunn M. D. et al. (2000), “Laparoscopic versus open radical nephrectomy: A 9-year experience”, *J Urol*, 164, pp. 1153-9.
8. Gupta N. P., Goel R., Hemal A. K., Dogra P. N., Seth A., Aron M., et al. (2007), “Should retroperitoneoscopic nephrectomy be the standard of care for benign non-functioning kidneys: An outcome analysis based on experience of 449 cases in 5-year period”, *J Urol*, 172, pp. 1411–3.
9. Gupta N. P. et Gautam G. (2005), “Laparoscopic nephrectomy for benign non functioning kidneys”, *J Minim Access Surg*, 1(4), pp. 149–154.
10. Hemal A. K., Talwar M., Wadhwa S. N., Gupta N. P. (1999), “Retroperitoneoscopic nephrectomy for benign diseases of the kidney. Prospective nonrandomized comparison with open surgical nephrectomy”, *J Endourol*, 13, pp. 425–3.
11. Hemal A. K., Gupta N. P., Wadhwa S. N., Goel A., Kumar R. (2008), “Retroperitoneoscopic nephrectomy and nephroureterectomy for benign non-functioning kidneys: A single-center experience”, *Urology*, 57, pp. 644.