

**MỘT SỐ NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU QUA 6 TRƯỜNG HỢP  
CẮT THẬN NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN 103**

*Trương Thanh Tùng\**

*Nguyễn Phú Việt\*\**

*Trần Văn Hình\*\**

**TÓM TẮT**

Từ 05 - 2008 đến 12 - 2008, 6 bệnh nhân (BN) mất chức năng thận do bệnh lý lành tính đ- ợc điều trị cắt thận nội soi (CTNS) tại Bệnh viện 103.

Thời gian mổ trung bình 174 phút (90 - 180 phút), thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 2,33 ngày, thời gian nằm viện trung bình 5 ngày.

Chuyển mổ mở 1 tr- ờng hợp. Không có tai biến, biến chứng xảy ra (kiểm tra sau mổ 3 tháng đ- ợc 4 tr- ờng hợp).

\* Từ khóa: Bệnh thận; Cắt thận nội soi.

**SOME INITIAL REMARKS ON 6 CASES OF  
LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY IN 103 HOSPITAL**

**Truong Thanh Tung**

**Nguyen Phu Viet**

**Tran Van Hinh**

**SUMMARY**

*From 05 - 2008 to 12 - 2008, laparoscopic nephrectomy was performed on 6 patients with benign nonfunctioning kidney in 103 Hospital.*

*Mean operative duration was 174 minutes (80 - 180 minutes), mean analgesic requirement was 2.33 days, mean hospitalization was 5 days.*

*1 case had to change to open surgery. No found any disasters or complications (examining after 3 months for 4 cases).*

\* *Key words: Kedney disease; Laparoscopic nephrectomy.*

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Từ khi Gustav Simon thực hiện ca cắt thận đầu tiên vào năm 1869 cho đến giữa những năm 1990, các phương pháp cắt thận đều được thực hiện bằng mổ mở kinh điển. Tháng 06 - 1990, Clayman và CS tại trường

Đại học Washington đã tiến hành ca cắt CTNS đầu tiên [6]. Nhiều trung tâm khác trên thế giới đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật CTNS vào điều trị bệnh lý lành tính và ác tính của thận hay cắt thận trong ghép thận (live-donor nephrectomy) [5, 8, 9].

\* *Bệnh viện 354*

\*\* *Bệnh viện 103*

*Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải*

Tại Việt Nam, Bệnh viện Bình Dân và Bệnh viện Việt Đức đã tiến hành CTNS từ giữa năm 2004. Đến nay, CTNS đã được thực hiện tại nhiều trung tâm lớn trên toàn quốc. Bệnh viện 103 bắt đầu tiến hành CTNS từ tháng 05 - 2008 với 6 trường hợp. Chúng tôi thực hiện bài viết này nhằm đưa ra một số nhận xét bước đầu, góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

6 BN được chẩn đoán thận mất chức năng do bệnh lý lành tính và điều trị CTNS tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện 103 từ tháng 05 - 2008 đến 12 - 2008 (đánh giá chức năng thận bằng chụp phóng xạ thận với chất  $^{99m}\text{Tc-DTPA}$ , khi chức năng thận còn < 10% có chỉ định cắt thận và từ 10 - 20% nên cân nhắc).

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả, tiến cứu. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung. BN được lựa chọn, chuẩn bị và điều trị theo một quy trình thống nhất. Kỹ thuật cắt thận được thực hiện bởi cùng một ekip phẫu thuật viên trên dàn máy nội soi của hãng Karl-Storz.

\* Kỹ thuật mổ: tất cả BN được gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày và sonde niệu đạo trước mổ, với CTNS qua ổ bụng khi chuẩn bị mổ chú ý làm sạch ruột.

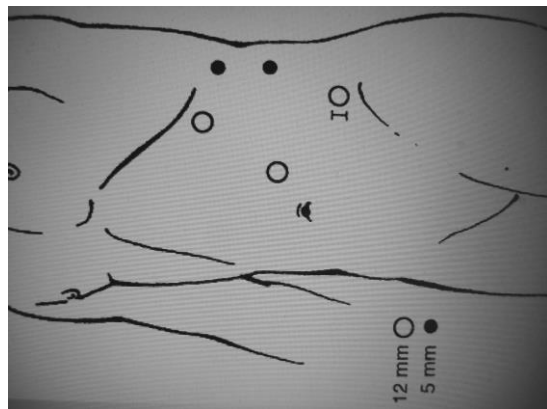
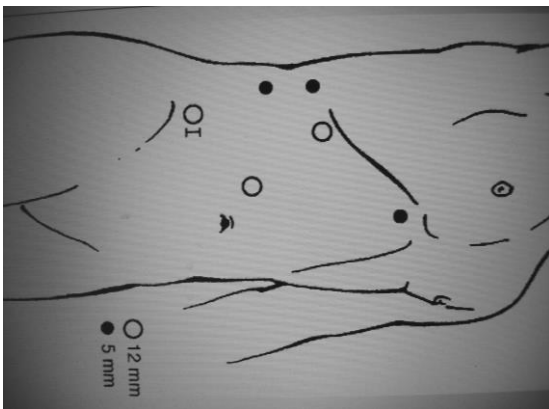
\* Cắt thận nội soi sau phúc mạc: BN nằm nghiêng  $90^\circ$  có độn vùng thắt lưng, cố định vai và hông. Sau khi rạch da 1 - 1,5 cm, đặt trocar đầu tiên tại điểm trên mào chậu ở đường nách giữa hơi lùi về phía sau theo

phương pháp mở, dùng kelly tách cơ để vào khoang sau phúc mạc, tách rộng khoang bằng đầu trocar tù, đặt bóng tay gắng bơm hơi (khoảng 500 ml) tạo khoang theo kiểu Gaur, đặt trocar 10 mm và bơm khí  $\text{CO}_2$  với áp lực 12 mmHg, đặt ống kính soi ( $30^\circ$ ) để quan sát và tách rộng thêm khoang sau phúc mạc, dưới quan sát của ống kính soi đặt tiếp trocar thứ 2, 3 (5 mm và 10 mm) tại góc sừng sườn XII và điểm cắt của đường nách trước với đường theo trục xương sườn XII. Xác định cơ Psoas và xẻ dọc cân Gerota, tìm niệu quản và đi ngược lên để vào khoang thận, kéo thận ra phía trước nhằm bộc lộ rõ cuống thận, kẹp cắt động mạch thận trước, rồi mới cắt tĩnh mạch bằng các clip titanium hay Hem-o-lock, tĩnh mạch được tăng cường bằng các mối chỉ buộc vicryl 2.0, kẹp cắt niệu quản cũng bằng clip hoặc mối chỉ buộc, giải phóng thận khỏi khoang thận và lấy ra ngoài bằng túi lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar optic.

\* CTNS qua ổ bụng: BN nằm tư thế nửa nghiêng ( $45^\circ - 60^\circ$ ) có độn ở vùng thắt lưng ngang mức trên rốn, cố định vai và hông. Đặt trocar 10 mm của ống soi ở đường trắng bên ngang rốn, các trocar thứ 2, 3 (5 mm và 10 mm) ở vị trí trên mào chậu trên đường nách trước và dưới bờ sườn ngang mức trung điểm đường nối mũi ức và rốn, khi cần có thể đặt thêm trocar thứ 4 để vén tạng trong ổ bụng. Bơm hơi ổ bụng tốc độ 2 - 3l/phút, duy trì áp lực 10 - 12 mmHg. Rạch và bóc tách mạc Toldt, hạ đại tràng đẩy vào trong đến khi bộc lộ được cân Gerota và cơ Psoas (rạch mạc Toldt thận trái từ ngang

mức động mạch chậu đi dần lên phía trên của lách, cắt cả dây chằng lách đại tràng và dây chằng lách thận để di động tối đa lách và đuôi tụy ra khỏi mặt trước thận; bóc mạc Toldt thận phải từ manh tràng đi lên phía cơ hoành, cắt cả dây chằng tam giác và dây chằng vành để bóc lộ hết được cực trên thận, bóc tách tá tràng để bóc lộ tĩnh mạch chủ dưới). Tiếp theo, bóc lộ và bóc tách

niệu quản, xác định cuống thận, kẹp cắt động mạch thận trước rồi mới cắt tĩnh mạch bằng các clip titanium, Hem-o-lock, tĩnh mạch được tăng cường bằng các mối chỉ buộc vicryl 2.0, kẹp cắt niệu quản cũng bằng clip hoặc mối chỉ buộc, giải phóng thận khỏi khoang thận và lấy ra ngoài bằng túi lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar optic.



Hình 1: Các vị trí đặt trocar trong cắt thận nội soi qua ổ bụng bên phải và bên trái.

*\* Theo dõi bệnh nhân:*

- Trong mổ và sau mổ: theo dõi tình trạng toàn thân, huyết động, hô hấp, lượng nước tiểu, tình trạng bụng, lỗ chân các trocar có chảy máu không.
- Các ngày sau theo dõi tình trạng vết mổ, toàn thân, dẫn lưu, thời gian lặp lại lưu thông tiêu hóa, thời gian nằm viện (tính từ khi mổ đến khi ra viện).
- Kháng sinh dùng phối hợp giữa nhóm cephalosporin với metronidazol hoặc nhóm quinolon. Giảm đau dùng tùy theo từng BN với các thuốc thuộc nhóm morphine và non-steroid.
- Sau mổ nhiều nhất 2 ngày cho làm lại các xét nghiệm điện giải, amylaza, creatinin máu và siêu âm vùng hố thận đã cắt. Hẹn kiểm tra lại sau mổ 3 tháng.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ  
BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm bệnh nhân.**

Với 4 nam, 2 nữ. Tuổi trung bình 44, cao nhất 62, thấp nhất 20. Lứa tuổi chủ yếu mắc bệnh là trung niên trở lên, bị sỏi tiết niệu đã điều trị nội khoa nhiều lần hoặc điều trị ngoại khoa nhưng có biến

chứng tắc nghẽn niệu quản dẫn đến giãn và mất chức năng thận (1 trường hợp mổ sỏi niệu quản cũ). 1 BN (20 tuổi) có hội chứng Jonction, đây là bệnh lý bẩm sinh thường biểu hiện bệnh trước tuổi trưởng thành với hình ảnh điển hình là giãn lớn bể thận. 1 BN thận đôi, niệu quản đôi có bất thường bẩm sinh hệ tiết niệu, trường hợp này có cả sỏi niệu quản kết hợp gây tắc nghẽn dẫn đến giãn và mất chức năng thận. Hầu hết BN đều vào viện với biểu hiện tức nặng vùng thắt lưng bên bệnh, 2 trường hợp đau âm ỉ rõ rệt hơn và sốt nhẹ, đây là 2 trường hợp ứ mủ thận. Hoàng Long (2006) nghiên cứu 35 trường hợp CTNS qua ổ bụng thấy có 10 nam và 25 nữ với lứa tuổi từ 18 - 75, tỷ lệ nhóm bệnh ứ nước thận 51,42%, 22,8% BN có tiền sử mổ cũ. Ran Katz và CS (2004) nghiên cứu 20 bệnh nhân CTNS gặp 9 nam và 11 nữ, lứa tuổi trung bình 52 (20 - 77), 15% có mổ cũ ở thận cùng bên và 75% có tiền sử lấy sỏi thận qua da (percutaneous nephrolithotomy) [3,10].

## 2. Chỉ định mổ.

Cho đến nay chỉ định CTNS đã được mở rộng hơn, đặc biệt trong những trường hợp u thận giai đoạn sau hay cắt thận trong ghép thận, kỹ thuật hỗ trợ bằng tay (hand assisted) thường được sử dụng để hỗ trợ trong những trường hợp này [4, 5, 7]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thận giãn ứ niệu mất chức năng là 100%, do mới bước đầu triển khai kỹ thuật nên việc lựa chọn BN còn khu trú ở nhóm này, trong thời gian tới chúng tôi sẽ mở rộng

chỉ định sang các nhóm khác như thận teo, u thận giai đoạn sớm... Mặc dù còn hạn chế về chỉ định và bước đầu triển khai kỹ thuật nhưng trong 6 BN nghiên cứu chỉ có 2 trường hợp thận ứ mủ và 1 BN có tiền sử mổ cũ ở niệu quản cùng bên, đây là những yếu tố gây khó khăn cho quá trình phẫu thuật do tính chất gây dính vùng quanh thận của bệnh lý, đòi hỏi phẫu thuật viên phải thành thạo hơn về chuyên môn kỹ thuật. 4 BN nguyên nhân do sỏi niệu quản, trong đó 2 BN là sỏi niệu quản thấp (qua đoạn bất chéo động mạch chậu), chúng tôi vẫn chỉ định và cố gắng lấy đoạn niệu quản bỏ đi xuống dưới sỏi.

## 3. Quá trình tiến hành.

- Sử dụng 2 đường mổ sau phúc mạc và qua ổ bụng. Trong đó, 1 BN đầu tiên được làm sau phúc mạc, 5 BN tiếp theo làm qua ổ bụng. Theo hướng dẫn trên máy nội soi của Hiệp hội Thận học châu Âu (EAU), chỉ định cho đường sau phúc mạc hay qua ổ bụng là như nhau và tùy thuộc vào thói quen của phẫu thuật viên, tuy nhiên mỗi đường có một ưu điểm riêng. Đối với những phẫu thuật viên mới làm CTNS, nên sử dụng đường qua ổ bụng do có khoang phúc mạc rộng rãi, dễ thao tác và có các mốc giải phẫu rõ ràng hơn, đặc biệt khi BN có tiền sử mổ sau phúc mạc cũ nên sử dụng đường này. Tuy nhiên khi đi qua ổ bụng sẽ có nguy cơ gây tổn thương các tạng trong ổ bụng, tỷ lệ gây dính ruột sau mổ hay thoát vị thành bụng sẽ cao hơn. Chỉ định đường sau phúc mạc thường được áp dụng cho

thận giãn không quá to hay BN có tiền sử mổ qua ổ bụng, với đường này phẫu thuật viên có thể tiếp cận cuống thận tốt hơn, nhưng mất thời gian tạo khoang làm việc sau phúc mạc [5, 7].

- Chúng tôi đặt trocar đầu tiên theo phương pháp mở. Theo Trần Bình Giang (2003), đây là phương pháp hạn chế được tối đa các tai biến do chọc trocar gây nên [2]. Sử dụng trocar 3 (2 trocar 10 mm và 1 trocar 5 mm), chỉ có 1 trường hợp sử dụng thêm 1 trocar vén gan do cắt thận bên phải qua ổ bụng.

- Sau khi hạ mạc Toldt, đẩy đại tràng vào trong để tiếp cận cuống thận, việc xác định các mạch cuống thận không mấy khó khăn, mặc dù tất cả BN đều có thận giãn đè đẩy làm mất giải phẫu bình thường của cuống thận. 2 BN có 1 động mạch thận và đều ở bên thận trái, các trường hợp còn lại có từ 2 - 3 động mạch. Theo nghiên cứu của Trịnh Xuân Đàn (1999), các dị dạng động mạch thận thường gặp ở bên phải hơn bên trái [1]. Các tĩnh mạch thận có từ 2 - 3 nhánh với đặc điểm bị đè đẩy mỏng và dẹt hơn, vì vậy phải phẫu tích tốt mới bộc lộ rõ được, đặc biệt trong trường hợp hội chứng Junction có bể thận giãn lớn chèn ép làm các mạch thận dẹt mỏng rõ, rất khó phát hiện. Dùng 3 - 5 clip hoặc Hem-o-lock để kẹp và cắt các mạch cuống thận, những tĩnh mạch to có thể bổ sung bằng mối chỉ buộc vicryl 2.0, trong nghiên cứu này không có trường hợp nào bị chảy máu do tuột clip hay mối chỉ buộc. Theo Hoàng Long (2006), sử dụng clip để kẹp mạch cuống thận và bổ sung bằng các mối chỉ buộc vẫn an toàn và

giảm được chi phí cho BN hơn so với dùng endo-GIA [3].

- 2 BN thận ứ mủ đều được cắt qua đường ổ bụng, mặc dù khi vào thấy tổ chức quanh thận dính hơn nhưng chúng tôi vẫn tiếp tục làm nội soi với quá trình phẫu tích tỉ mỉ, bơm rửa khoang thận cẩn thận, kết quả cắt được thận mà không có tai biến, biến chứng nào cho người bệnh. Theo Ran Katz (2004), CTNS vẫn phù hợp trong những trường hợp ứ mủ thận [10]. Bệnh phẩm cho vào túi nội soi, dùng kéo đưa qua miệng túi cắt thành mảnh nhỏ để lấy ra ngoài, cách làm này vừa đảm bảo lấy hết bệnh phẩm, vừa không làm nhiễm bẩn khoang bụng.

#### 4. Một số kết quả.

- Thời gian mổ trung bình 174 phút (90 - 180 phút), 1 BN cắt thận sau phúc mạc mất 180 phút, 1 BN chuyển mổ mở mất 300 phút. Kercher (2003) cho rằng thời gian mổ nội soi trung bình dài hơn mổ mở (115 - 200 phút so với 95 - 190 phút). Theo Ran Katz (2004), thời gian mổ CTNS trung bình 224 phút (140 - 325 phút), Hoàng Long (2006) là 82 phút (50 - 125 phút) [3, 9, 10].

- Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 2,33 ngày, trong đó 5 BN dùng 2 ngày và 1 trường hợp dùng đến 4 ngày (đây là trường hợp phải chuyển mổ mở), thời gian nằm viện trung bình 5 ngày. Theo Kercher (2003), nhu cầu dùng thuốc giảm đau trong phẫu thuật CTNS giảm hơn so với mổ mở 4 lần và thời gian nằm viện rút ngắn hơn 2 lần [9].

- Không có tai biến, biến chứng xảy ra (kiểm tra sau mổ 3 tháng được 4 trường hợp). Chuyển mổ mở 1 BN do có bệnh lý thận đôi, niệu quản đôi bẩm sinh làm biến đổi các mốc giải phẫu, dẫn đến chảy máu trong quá trình phẫu tích. Theo nghiên cứu của NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2005), tỷ lệ chuyển mổ mở là 0 - 10%, tổn thương ruột < 1%, tổn thương động mạch 3% và tổn thương lách 2% [4].

### KẾT LUẬN

Bước đầu triển khai kỹ thuật CTNS tại Bệnh viện 103, với chỉ định còn hạn chế trong nhóm thận giãn ứ niệu, mất chức năng do bệnh lý lành tính và ưu tiên nhiều cho kỹ thuật CTNS qua ổ bụng, đã đem lại kết quả tốt cho 6 BN với thời gian mổ trung bình 174 phút, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 2,33 ngày, thời gian nằm viện trung bình 5 ngày, chuyển mổ mở 1 trường hợp và không có tai biến, biến chứng xảy ra (kiểm tra sau mổ 3 tháng được 4 trường hợp). Trong thời gian tới, chúng tôi sẽ mở rộng chỉ định và nghiên cứu với quy mô lớn hơn để đáp ứng yêu cầu, nâng cao chất lượng điều trị của bệnh viện.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Xuân Đán. Nghiên cứu giải phẫu hệ thống bể đái thận và mạch máu thần kinh thận của người Việt Nam trưởng, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội. 1999.

2. Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách. Phẫu thuật nội soi ổ bụng. NXB Y học. 2003.

3. Hoàng Long, Trần Bình Giang và CS. Cắt thận nội soi qua phúc mạc nhân 35 trường hợp phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí thông tin y dược. 2006, 9, tr. 32-38.

4. Andrew D. Laparoscopic nephrectomy (including nephroureterectomy). National Institute for Health and Clinical Excellence. 2005.

5. Bishoff JT, Kavoussi LR. Laparoscopic surgery of the kidney. Campbell's Urology. 2002, 4, chapter.103.

6. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al. Laparoscopic nephrectomy. N Engl J Med. 1994, 324, pp.1370.

7. Doublet JD, et al. Guidelines on laparoscopy. European Association of Urology. 2001.

8. Jacobs SC, Cho E, Dunkin BJ, et al. Laparoscopic nephrectomy in the markedly obese living renal donor. Urology. 2000, 56, pp.926-929.

9. Kercher KW et al. Laparoscopic vs open nephrectomy in 210 consecutive patients. Surg Endosc. 2003, 17, pp.1889-1895.

10. Ran Katz et al. Laparoscopic nephrectomy for infected, obstructed and non-functioning kidneys. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004, 14, pp.340-343.

