

## PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN TRÊN TẠI BỆNH VIỆN 103

*Trương Thanh Tùng\**; *Nguyễn Phú Việt\*\**  
*Trần Văn Hình\*\**; *Lê Anh Tuấn\*\**

### TÓM TẮT

Theo dõi 25 bệnh nhân (BN) đ-ợc phẫu thuật nội soi (PTNS) sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản (SNQ) đoạn trên tại Bệnh viện 103 từ tháng 5 - 2006 đến 6 - 2009, kết quả cho thấy:

Sỏi khúc nối bể thận niệu quản 16%, SNQ đoạn trên 84%. Kích th-ớc sỏi trung bình 1,3 cm (1 - 1,8 cm). Thời gian mổ trung bình 72,24 phút (50 - 120 phút), thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình 1,84 ngày (1 - 2 ngày), thời gian rút dẫn l-u trung bình 2,2 ngày (2 - 3 ngày) và thời gian nằm viện trung bình 4,64 ngày (3 - 7 ngày). Không có tr-ờng hợp nào phải chuyển mổ mở với tỷ lệ sạch sỏi 100%. Kiểm tra sau mổ 1 tháng không BN nào có biểu hiện hẹp niệu quản.

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

## RETROPERITONEOSCOPIC UPPER URETERAL LITHOTOMY IN 103 HOSPITAL

**Truong Thanh Tung**  
**Nguyen Phu Viet**  
**Tran Van Hinh**  
**Le Anh Tuan**

### SUMMARY

*From May 2006 to June 2009, 25 patients underwent retroperitoneoscopic upper ureteral lithotomy in 103 Hospital, the result showed that:*

*The stones of ureteropelvic junction was 16%, upper ureteral stones was 84%, the mean (range) stone size was 1.3 cm (1 - 1.8). The mean (range) time of operation, analgesic requirement, drain removal and duration of hospitalization was 72.24 min (50 - 120), 1.84 days (1 - 2), 2.2 days (2 - 3) and 4.64 days (3 - 7), respectively. There was no conversion to open surgery with the rate of stone free was 100%. After 1 month post-operation, there was no ureteral stricture.*

*\*Key words: Ureteral calculi; Laparoscopy; Retroperitoneoscopy.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản th-ờng gây nên các biến chứng tắc nghẽn đ-ờng niệu với biểu hiện đau quặn thận, tiểu máu và sớm gây tổn th-ơng

tại thận. Tỷ lệ sỏi tự dịch chuyển thoát ra ngoài tùy thuộc vào vị trí, kích th-ớc và thời gian xuất hiện triệu chứng. Với SNQ kích th-ớc < 4 mm, tỷ lệ tự thoát là 80%, sỏi ≥ 6 mm: 21%,

\* Bệnh viện 354

\*\* Bệnh viện 103

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

sỏi 1/3 trên: 22% và sỏi 1/3 d-ới: 71% [9]. Tán sỏi ngoài cơ thể, tán SNQ nội soi ng-ợc dòng hay lấy sỏi qua da xuôi dòng là những lựa chọn điều trị can thiệp ít xâm lấn đầu tiên cho SNQ đoạn trên. Tuy nhiên, những tr-ờng hợp sỏi rắn, sỏi lớn hay sỏi lèn chặt vào đoạn niệu quản hẹp thì các ph-ơng pháp trên gặp khó khăn, để tránh một cuộc mổ mở, PTNS sau phúc mạc lấy SNQ là ph-ơng pháp thay thế tốt trong những tình huống này [8].

Tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103, PTNS sau phúc mạc lấy SNQ đoạn trên đ-ợc thực hiện từ 2006, nh-ng chỉ định đang còn hạn chế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm làm rõ hơn -u nh-ợc điểm cũng nh-kết quả của ph-ơng pháp lấy SNQ đoạn trên bằng PTNS sau phúc mạc.

**□□I T□□NG VÀ PH□□NG PH□□P  
NGHI□□N C□□U**

**1. □□i t□□ng nghi□□n c□□u.**

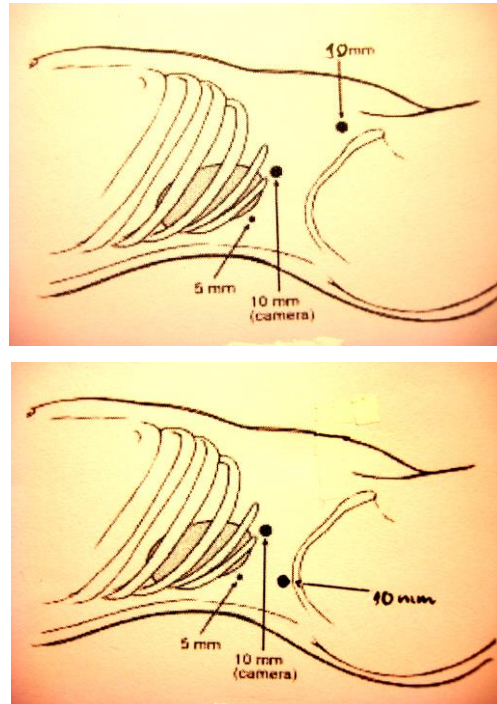
25 BN đ-ợc chẩn đoán và điều trị SNQ đoạn trên bằng PTNS sau phúc mạc tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103 từ 05 - 2006 đến 06 - 2009.

**2. Ph□□ng ph□□p nghi□□n c□□u.**

Mô tả, tiến cứu có phân tích. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung và theo một quy trình thống nhất. Kỹ thuật mổ đ-ợc thực hiện trên dàn máy nội soi Karl - Storz với bộ vi xử lý CCD tricam.

\* K□thu□t m□□

BN đ-ợc gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày, sonde niệu đạo và kháng sinh dự phòng (nhóm cephalosphrin kết hợp với nhóm quinolon) tr-ớc mổ.



Hình 1: Vị trí đặt trocar trong mổ lấy sỏi nội soi sau phúc mạc.

BN nằm nghiêng 90° có đột thắt l-ng, vai và hông cố định. Sau khi rạch da 1 - 1,5 cm, đặt trocar đầu tiên (10 mm) ở đ-ờng nách giữa, phía d-ới nút s-ờn XII. Đặt bóng tay găng kiểu Gaur bơm 500 ml hơi để tạo khoang [6]. Bơm khí CO<sub>2</sub> tốc độ ban đầu 2,5 ml/giây, duy trì áp lực 12 mmHg. Đặt ống kính soi 30° để quan sát và tách rộng khoang sau phúc mạc, d-ới sự quan sát của ống kính soi đặt tiếp trocar thứ 2, 3 (5 và 10 mm) tại đ-ờng nách sau và đ-ờng nách tr-ớc phía trên mào chậu hoặc trên trục x-ơng s-ờn XII. Xác định cơ Psoas và xẻ cân Gerota vào tìm niệu quản, tại vị trí có SNQ đoạn trên th-ờng phình to hơn, tổ chức quanh niệu quản có thể viêm dính. Sau khi cố định niệu quản phía trên sỏi, dùng móc nội soi rạch mở niệu quản lấy sỏi và đ-a ra ngoài qua đ-ờng trocar 10 hoặc qua túi nội soi nếu sỏi to. Dùng catheter 8 ch hoặc 6 ch

bơm rửa niệu quản và kiểm tra I-u thông, đặt nòng niệu quản 6 ch bề thận bàng quang, đặt dẫn I-u cạnh niệu quản qua lỗ trocar optic, khâu đóng niệu quản bằng 2 - 3 mũi rời vicryl 3.0. Đặt dẫn I-u khoang sau phúc mạc, đóng chân các lỗ trocar 1 - 2 lớp. Dẫn I-u khoang sau phúc mạc rút sau 24 giờ, sonde modelage rút sau 7 - 10 ngày.

\* Theo d[ ] BN:

Tình trạng toàn thân trong và sau mổ, tai biến biến chứng, thời gian mổ, thời gian dùng thuốc giảm đau, thời gian rút dẫn I-u và ngày nằm viện. Kiểm tra siêu âm và X quang sau mổ 1 tháng.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đối tượng.

25 BN (15 nam, 10 nữ), tuổi trung bình 46,26 năm (dao động 29 - 70 tuổi) và chỉ số BMI từ 19 - 24. Tỷ lệ SNQ phải 52%, trái 48%; sỏi nằm ở vị trí khúc nối bể thận niệu quản 16%, SNQ đoạn trên 84%.

### 2. Kích thước sỏi.

Bảng 1: Kích thước sỏi trung bình qua các nghiên cứu [3, 7, 10].

TÁC GIẢ	NĂM	SỐ LƯỢNG BN	KÍCH THƯỚC SỎI TRUNG BÌNH (cm)
Tr- ợng Thanh Tùng	2009	25	1,3 (1 - 1,8)
Nguyễn Hoàng Đức	2006	20	1,5 (1 - 2,5)
Kijvikal K	2006	30	1,90 (1 - 4)
Nouira Y	2004	6	2,57 (1,8 - 4,0)

Kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu này t- ợng đ- ợng với Nguyễn Hoàng Đức (2006), nh- ng thấp hơn so với các tác giả n- ớc ngoài, có lẽ trong những tr- ờng hợp sỏi lớn th- ờng chỉ định mổ mổ. Ngoài kích thước sỏi, chức năng thận và mức độ giãn của đài bể thận cùng bên có sỏi cũng

là một yếu tố để chỉ định mổ mổ hay mổ nội soi. Tất cả BN trong nghiên cứu này đều có chức năng thận tốt và đài bể thận giãn ở mức ≤ độ 2. Theo Rofeim O (2001), lấy SNQ bằng PTNS sau phúc mạc đ- ợc chỉ định khi: tán sỏi ngoài cơ thể thất bại, sỏi không thể điều trị bằng tán SNQ ng- ợc dòng hay khi không có máy tán sỏi ngoài cơ thể và máy tán SNQ ng- ợc dòng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi căn cứ vào các yếu tố: mật độ cản quang, kích thước và vị trí sỏi để chỉ định PTNS sau phúc mạc ngay từ đầu cho cả 25 BN mà không sử dụng các ph- ơng pháp khác (tán sỏi ngoài cơ thể, tán SNQ ng- ợc dòng).

### 3. Số lượng trocar.

Chúng tôi không gặp khó khăn khi sử dụng 3 trocar (2 - 10 mm và 1 - 5 mm) và tạo khoang làm việc sau phúc mạc theo kiểu bóng tay găng của Gaur, chỉ gặp khó khăn khi BN béo, khoảng cách giữa bờ d- ới s- ờn và bờ trên mào chậu ngăn hay trong những tr- ờng hợp có thủng phúc mạc. 3 BN (12%) thủng phúc mạc, trong đó 1 BN phải đặt thêm trocar thứ 4 và 2 BN vẫn tiếp tục làm mà không cần khâu phúc mạc.

### 4. K[ ] qu[ ] và tai bi[ ], bi[ ]n ch[ ].

Chảy máu trong mổ 4 BN (16%) với l- ợng máu mất không đáng kể (thấm - ớt 2 - 3 miếng gạc con), đây là những tr- ờng hợp niệu quản đoạn sỏi có viêm dính hay làm tổn th- ơng các mạch nuôi niệu quản, trong quá trình phẫu tích, xử trí chỉ cần ép gạc và đốt cầm máu bằng dao điện. Không có BN nào bị tổn th- ơng các mạch máu lớn hay cơ quan lân cận cũng nh- sỏi chạy lên thận không lấy đ- ợc. Không gặp biến chứng nhiễm trùng khoang sau phúc mạc sau mổ. Sau mổ 2 BN (8%) rò n- ớc tiểu khoảng 300 - 500 ml, 1 BN tự hết rò sau ngày thứ 7, 1 BN hết sau khi đặt sonde JJ ng- ợc dòng, nguyên nhân rò có thể do tụt sonde Modelage trên BN khâu

đóng niệu quản bằng các mũi chỉ rời vicryl. Bùi Chín (2006) nghiên cứu 51 BN thấy, tỷ lệ thủng phúc mạc 9,8%, sỏi lên thận 3,9%, không có tổn thương cơ quan lân cận, rò nước tiểu 9,8%. Nguyễn Quang (2006) nghiên cứu 52 BN gặp tỷ lệ thủng phúc mạc 9,6%, sỏi chạy lên thận 3,8%, rò nước tiểu sau mổ 3,8%. Kijvikai K (2006) nghiên cứu 30 BN, không có tai biến - biến chứng. Deniz D (2004) thấy 2/21 BN bị tràn khí ổ bụng da bìu [1, 4, 5, 7].

Trong điều kiện chỉ định đang còn hạn chế và mới triển khai kỹ thuật, thời gian mổ trung bình của của nghiên cứu này là 72,24 phút (50 - 120 phút), khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với: Bùi Chín (2006) 59,4 phút (20 - 120), Nguyễn Hoàng Đức (2006) 61 phút (45 - 90), Deniz D (2004) 105 phút (45 - 190) [1, 3, 5]. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 1,84 ngày (1 - 2 ngày), thời gian rút sonde dẫn niệu (2 - 3 ngày) và thời gian nằm viện 4,64 ngày (3 - 7 ngày). Đây là những ưu điểm của PTNS so với mổ mở, việc chăm sóc hậu phẫu thuận lợi nhẹ nhàng và ngắn hơn. Theo Bùi Chín (2006), thời gian rút dẫn niệu 4,09 ngày, thời gian nằm viện 5,2 ngày. Đoàn Trí Dũng (2002), rút dẫn niệu 2 ngày, nằm viện 5,26 ngày. Deniz D (2004), thời gian nằm viện 6 ngày (3 - 22). Kijvikai K (2006), thời gian rút dẫn niệu 2,86 ngày (2 - 10) [1, 2, 5, 7]. Chúng tôi không gặp trường hợp nào phải chuyển mổ mở với tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 100%. Kiểm tra sau mổ 1 tháng được 11 BN, không trường hợp nào có biểu hiện chít hẹp niệu quản.

### KẾT LUẬN

PTNS sau phúc mạc lấy SNQ là một trong những chỉ định cho SNQ đoạn trên, đặc biệt trong những trường hợp sỏi rỗng và có kích thước lớn. Mặc dù phẫu thuật hẹp

niệu quản nếu kỹ thuật được thao tác thành thạo thì phương pháp này lại chứng tỏ ưu việt so với mổ mở ở các mặt: ít xâm lấn, hậu phẫu nhẹ nhàng, ngày nằm viện ngắn, khả năng phục hồi và thẩm mỹ tốt hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Chín, Võ Lê Chuyên và CS. PTNS sau phúc mạc lấy SNQ đoạn trên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2006, 319, tr.319-325.
2. Đoàn Trí Dũng. Một số nhận xét về phẫu thuật mở niệu quản lấy sỏi qua ngã nội soi sau phúc mạc. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2003, 7 (1), tr.12-15.
3. Nguyễn Hoàng Đức và CS. Kết quả bước đầu của phẫu thuật lấy SNQ đoạn trên nội soi tối thiểu sau phúc mạc. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2006, 10 (1), tr.86-89.
4. Nguyễn Quang, Trần Bình Giang và CS. Lấy SNQ trên bằng PTNS sau phúc mạc. Tạp chí Y học Việt Nam. 2006, 319, tr.228-238.
5. Deniz D. et al. Retroperitoneoscopic ureterolithotomy for the treatment of ureteral calculi. Urol Int. 2004, 73, pp.234-237.
6. Gaur D.D. Laparoscopic operative retroperitoneoscopy: Use of a new device. J Urol. 1992, 148, pp.1137-1139.
7. Kijvikai K, Patcharatrakul S. Laparoscopic ureterolithotomy: its role and some controversial technical considerations. Int J Urol. 2006 Mar, 13 (3), pp.206-210.
8. Menon M, Resnick M.I. Urinary lithiasis: etiology, diagnosis and medical management. Campbell's Urology. 2002, pp.3227-3452.
9. Morse R.M., Resnick M.I. Ureteral calculi: natural history and treatment in an era of advanced technology. J Urol. 1991 Feb, 145 (2), pp.263-265.
10. Noura Y et al. Laparoscopic retroperitoneal ureterolithotomy: initial experience and review of literature. J Endourol. 2004 Aug, 18 (6), pp.557-561.

