

PHẪU THUẬT CẮT THẬN NỘI SOI MỘT CỔNG SAU PHÚC MẠC: KỸ THUẬT XÂM LẤN TỐI THIỂU, AN TOÀN VÀ THẨM MỸ

Ngô Thanh Liêm¹, Nguyễn Khoa Hùng², Hoàng Văn Tùng²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, chuyên ngành Ngoại tiết niệu

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Rút ra một số kinh nghiệm sau 45 trường hợp phẫu thuật cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân thận mất chức năng, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một cổng cắt thận sau phúc mạc tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 05/2015 đến tháng 08/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình $50,5 \pm 9,5$ (37-71) tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 22/23, 21/45 (46,7%) thận phải mất chức năng, 24/45 (53,3%) thận trái mất chức năng. Thành công 42/45, thất bại 3/45. Thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 50 phút, lâu nhất là 155 phút, trung bình là 87,5 phút. Ra viện sau 5-7 ngày, cổng nội soi được đặt qua một lỗ nhỏ 2,5 cm rạch theo đường xiên hông và chỉ sử dụng dụng cụ thẳng để phẫu thuật. **Kết luận:** Đây là phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, thẩm mỹ.

Từ khóa: Cắt thận nội soi, phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc.

Abstract

RETROPERITONEALS SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY: MINI-INVASIVE TECHNICAL, SAFETY AND COSMETIC

Ngô Thanh Liêm¹, Nguyễn Khoa Hùng², Hoàng Văn Tùng²

(1) PhD Students of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Objective: Outcome of 45 retroperitoneal single incision laparoscopic nephrectomy of benign nonfunction kidneys at Hue Central Hospital. **Patients and method:** A prospective study was performed on 45 patients with benign nonfunction kidney, treated by retroperitoneal single incision laparoscopic nephrectomy at Department of General Surgery - Hue Central Hospital from May 2015 to August 2018. **Results:** Success: 42/45 patients. Mean operating time 87.5mins (50 - 155 mins), postoperative hospital stay 5-7 days. SILS Port of Covidien was inserted by 2.5 cm skin transverse incision, standard straight laparoscopic instruments were used instead of rotic instruments. **Conclusion:** This is a mini-invasive technical, safety and cosmetic

Keywords: retroperitoneal single incision laparoscopic nephrectomy, single port nephrectomy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt thận đã phát triển từ lâu, và hầu hết các tác giả đều tìm cách lấy thận đã cắt ra ngoài một cách thẩm mỹ nhất. Ngày nay, phẫu thuật nội soi cắt thận qua ngã trong phúc mạc và qua ngã sau phúc mạc không ngừng phát triển. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là tránh cho BN phải có một đường mổ xiên hông dài (đường mổ thường để lại khá nhiều di chứng đau sau nhiều tháng). Cắt thận nội soi 3 hay 4 trocar đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước báo cáo, các tác giả thường lấy thận ra ngoài qua vết mổ rạch dài thêm giữa 2 trocar hay rạch thêm một đường riêng biệt dài khoảng 4-5 cm làm mất đi tính thẩm mỹ. Phẫu thuật nội soi một cổng là phẫu thuật ít xâm lấn với vết rạch da tối đa chỉ 2,5cm, qua đó các dụng cụ và ống soi được đưa

vào cơ thể để phẫu tích và sau phẫu thuật thì các bệnh phẩm kích thước lớn cũng được lấy ra ngoài qua đường mổ 2,5cm này.

Chúng tôi áp dụng phẫu thuật cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc nhằm lấy thận ra ngoài qua cổng nội soi để tránh nhiều trocar nội soi không cần thiết và qua đó đánh giá kết quả ứng dụng của phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc trong các bệnh lý thận lành tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 5/2015 đến tháng 8/2018 có 45 bệnh nhân được chẩn đoán thận mất chức năng và được cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế.

- Địa chỉ liên hệ: Ngô Thanh Liêm, email: liemntyk@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2018.6.3

- Ngày nhận bài: 9/10/2018, Ngày đồng ý đăng: 9/11/2018, Ngày xuất bản: 17/11/2018

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân có kết quả xạ hình thận dưới 10% sau khi giải phóng tắt nghẽn và thận đối bên chức năng còn bình thường, không có vết mổ cũ cùng bên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu loạt trường hợp có theo dõi

2.2.2. Phương tiện dụng cụ

Cổng nội soi là Sils-Port của Covidien, dụng cụ thao tác là dụng cụ thẳng của phẫu thuật nội soi (PTNS) kinh điển.

2.2.3. Tiến hành phẫu thuật

Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ như trong PTNS 3 trocar kinh điển

Vị trí phẫu thuật viên:

Phẫu thuật viên (PTV) chính và phụ đứng cùng bên phía lưng bệnh nhân, màn hình ở phía bụng bệnh nhân

Đặt cổng nội soi:

Rạch da 2,5 cm ở vị trí đầu xương sườn 12 hoặc dưới xương sườn 12 (trường hợp xương sườn 12 dài). Tách cơ vào khoang sau phúc mạc, dùng ngón tay trở tách phúc mạc ra trước. Trước khi đặt cổng nội soi chúng ta chủ động mở nhu mô thận hút hết nước tiểu rồi dùng gạc làm khô toàn bộ phẫu trường. Dùng 2 farabeuf banh hai mép vết mổ để đặt cổng

3.2. Kết quả thận đồ đồng vị phóng xạ

40/45 kết quả thận đồ thận mất chức năng hoàn toàn, 5/45 có kết quả đồng vị phóng xạ < 10% (sau khi giải phóng tắt nghẽn) và không có trường hợp nào trên 10%

3.3. Thể tích mất máu:

Máu mất trong mổ trung bình: $55 \pm 9,5$ (30 -100) ml

3.4. Các kết quả khác trong nghiên cứu

nội soi, lắp hệ thống CO2, kiểm tra bảo đảm không có khí xì ra ngoài trường mổ.

Đặt trocar:

Đặt trocar 10 mm cho optic và 2 trocar 5mm cho dụng cụ thao tác. Trocar 5mm này có thể dễ dàng thay thế bằng trocar 10mm trong trường hợp cần dùng clip hay hem-o-lok kích cỡ 10mm, vị trí trocar thao tác 5mm sẽ được thay bằng trocar thao tác 10mm để có thể đưa dụng cụ kích thước lớn vào.

Niệu quản và cơ thắt lưng là mốc quan trọng để định hình phẫu trường, tìm và kẹp cắt động mạch, tĩnh mạch thận, niệu quản sau đó thận sẽ được bóc tách khỏi tổ chức xung quanh và phúc mạc phía trước rồi được bỏ vào bao trước khi lấy ra ngoài.

Đánh giá kết quả:

Phẫu thuật thành công hay thất bại, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, có phải chuyển thêm máu trong mổ hay không, tai biến trong mổ

Theo dõi hậu phẫu:

Thời gian đau sau mổ, thời gian rút dẫn lưu sau mổ, mất máu sau mổ, ngày nằm viện

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi và giới tính:

Tuổi trung bình $50,5 \pm 9,5$ (37-71) tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 22/23, 21/45(46,7%) thận phải mất chức năng, 24/45(53,3%) thận trái mất chức năng.

Bảng 1. Thời gian cuộc mổ

T/g mổ (p)	n	Tỷ lệ %
70-90	16	35,6
90-110	20	44,4
110-130	6	13,3
130-150	2	4,5
150-170	1	2,2
Tổng cộng	45	100

Thời gian mổ ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 155 phút, trung bình là $87,5 \pm 11,75$ phút.

Bảng 2. Tai biến biến chứng

Tai biến, biến chứng	n	Tỷ lệ %
Rách phúc mạc	2	4,4
Chảy máu vết mổ	1	2,2
Tràn khí dưới da	5	11
Tụ dịch	1	2,2

Bảng 3. Thời điểm trung tiện sau

Khoảng thời gian (giờ)	n	Tỷ lệ %
<24	9	20
24-48	28	62,2
>48	8	17,8
Tổng cộng	45	100

Hầu hết bệnh nhân trung tiện trở lại trước 48 giờ sau mổ, chiếm hơn 80%. Sớm nhất là sau mổ 18 giờ bệnh nhân trung tiện trở lại bình thường được, muộn nhất là 72 giờ, trung bình là $36,5 \pm 11,5$ giờ.

Bảng 4. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ

Thời gian	n	Tỷ lệ %
1 ngày	0	0
2 ngày	11	24,5
3 ngày	15	33,3
4 ngày	9	20
5 ngày	8	17,8
6 ngày	1	2,2
7 ngày trở lên	1	2,2
Tổng cộng	45	100

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là $3,5 \pm 1,15$ ngày.

Có 1 bệnh nhân đau vết mổ kiểu dị cảm, đáp ứng với neurontin, nằm viện 10 ngày.

Bảng 5. Thời gian nằm viện

Thời gian (ngày)	n	Tỷ lệ %
<5	4	8,9
5-7	36	80
>7	5	11,1
Tổng cộng	45	100

Nằm viện sau mổ ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 10 ngày, trung bình là $6,25 \pm 1,25$ ngày. Phần lớn bệnh nhân ra viện trước 7 ngày, chiếm 88,9%. Bệnh nhân nằm viện kéo dài 10 ngày là bệnh nhân đau vết mổ (đáp ứng với thuốc giảm đau thần kinh)

4. BÀN LUẬN

Theo chúng tôi việc tìm niệu quản bể thận nên làm trước tiên, sau khi xác định được bể thận chúng tôi phẫu tích cực trên và bờ trong của thận để tìm mạch máu thận. Phần thận tiếp xúc với phúc mạc có nhiệm vụ nâng thận lên nên chúng tôi thường phẫu tích sau cùng, như vậy thận sẽ không bị sa xuống thuận lợi cho việc kiểm soát mạch máu rốn thận. Các trường hợp sỏi thận thường gây viêm dính nhiều hơn sỏi niệu quản, việc tiếp cận mạch máu rốn thận cũng khó hơn do quá trình viêm tại thận diễn ra âm ỉ và rốn thận thường có các hạch phản ứng viêm khiến việc bóc lộ các mạch máu khó khăn. Các trường hợp thận mất chức năng do sỏi niệu quản thường dễ phẫu tích và hầu như rất ít chảy máu, khi phẫu

tích xuống niệu quản thường chỉ thấy viêm dính ít ở vị trí viên sỏi niệu quản. 3 trường hợp thất bại chúng tôi hồi cứu lại thì đây là 3 trường hợp thận mất chức năng do sỏi san hô đài bể thận gây thận ứ mủ, vì vậy quá trình viêm tại thận và hạch phản ứng viêm xuất hiện nhiều ở rốn thận nên phẫu tích rất khó khăn. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là $87,5 \pm 11,75$ phút, máu mất trung bình là $55 \pm 9,5$ (30 -100) ml, dùng thuốc giảm đau trung bình $3,5 \pm 1,15$ ngày.

Vũ Lê Chuyên và Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2011) phẫu thuật nội soi cắt thận qua một cổng xuyên phúc mạc, các dụng cụ và kính soi được đưa qua một vết mổ 2,5 cm tại rốn. Theo tác giả báo cáo thời gian mổ trung bình là 170 phút, máu mất trung bình 204 ml, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ là 4 ngày [1][2].

Nghiên cứu của Woong Kyu Han cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 151 phút, máu mất trung bình là 108 ml, nằm viện trung bình 3,1 ngày và không có biến chứng nào là trầm trọng. [5]

Zhi Chen báo cáo 16 trường hợp cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc trên bệnh lý thận mất chức năng lạnh tính, cổng nội soi được đặt qua một vết rạch da 3 cm trên đường xiên hông và dưới sườn 12. Tác giả có sử dụng dụng cụ cong chuyên dụng. Báo cáo ghi nhận 15/16 trường hợp thành công, thời gian phẫu thuật trung bình là 85 phút, máu mất trung bình 56 ml, nằm viện trung bình là 4 ngày và không có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ nào là trầm trọng. Kết luận của tác giả cho thấy rằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc một cổng cắt thận là một phẫu thuật an toàn, khả thi và kết quả thẩm mỹ cao.[6]

Báo cáo của Takatsugu Okegawa cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 265,2 phút, máu mất trung bình là 96,7 ml. Trong đó có 11 trường hợp cắt thận mất chức năng lạnh tính và 12 trường hợp cắt thận tận gốc do bệnh lý ung thư. Thời gian phẫu thuật trung bình của báo cáo này tương đối dài do trong nghiên cứu của tác giả có cả những trường hợp cắt thận trong bệnh lý ung thư.

Tác giả đưa ra kết luận rằng phẫu thuật nội soi một cổng ít đau hơn và thời gian dùng giảm đau ngắn hơn phẫu thuật nội soi kinh điển [4]. So sánh các tác giả chúng tôi thấy thời gian mổ của chúng tôi có phần nhanh hơn, thời gian dùng thuốc giảm đau là tương đương với nhiều tác giả trong và ngoài nước [3],[4],[5],[6]

Một số khó khăn gặp phải và cách khắc phục

- *Mất nguyên tắc tam giác*: Do các dụng cụ song song với nhau.

Khắc phục:

+ Sử dụng dụng cụ bẻ cong hoặc có khớp: tuy nhiên chúng tôi dùng dụng cụ thẳng.

+ Bắt chéo dụng cụ là khá cần thiết.

- *Tình trạng cọ sát và va chạm nhau của dụng cụ*:

Khắc phục:

+ Chọn dụng cụ mảnh

+ Chọn dụng cụ có chiều dài khác nhau giúp dễ thao tác hơn.

+ Sử dụng optique endo-eye cũng giúp dễ thao tác hơn.

- *Những hạn chế liên quan đến bệnh nhân*:

+ Bệnh nhân quá béo hay quá gầy: bệnh nhân quá béo sẽ rất khó khăn ở thì đặt cổng nội soi, những bệnh nhân quá gầy thì sẽ làm phẫu trường hẹp lại. Chúng tôi thường chủ động hút nước làm xẹp thận ngay, phẫu trường sẽ rất rộng nên dễ thao tác hơn.

5. KẾT LUẬN

Thời gian nằm viện trung bình là 6,25 ngày, máu mất trung bình khoảng 50ml, sau thời gian trung bình là 36 giờ thì bệnh nhân có thể ăn uống trở lại bình thường, từ ngày thứ 4 trở đi bệnh nhân không dùng thuốc giảm đau, chỉ một vết mổ ngắn 2,5cm nên có tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Cát, Nguyễn Tiến Đệ, Đỗ Vũ Phương, Chung Tuấn Khiêm, Trần Ngọc Khắc Linh, Đỗ Lệnh Hùng(2011): *Phẫu Thuật nội soi một vết mổ trong tiết niệu: ứng dụng ban đầu tại bệnh viện Bình Dân*. Y học thực hành, số 769+770, tr 315-324.
2. Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Tiến Đệ, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Phát, Trần Ngọc Khắc Linh, Đỗ Lệnh Hùng(2011): *"Kinh nghiệm cắt thận bằng phẫu thuật nội soi một vết mổ sau 18 tháng thực hiện"*. Y học thực hành, số 769+770, tr 309-314.
3. Greco F, Veneziano D, Wagner S, Kawan F, Mohammed N, Hoda M.R, Fornara P(2012), Laparoendoscopic Single-Site Radical Nephrectomy for Renal Cancer: Technique and Surgical Outcomes, European Urology. Jul 2012, Vol. 62, No. 1: 168-174
4. Okegawa T, Itaya N, Hara H, Nutahara K, Higashihara E(2012), Initial operative experience of single-port retroperitoneal laparoscopic nephrectomy. International Journal of Urology, Volume 19, Issue 8, pages 778-782, August 2012
5. Han W.K, Park Y.H, Jeon H.G, Jeong W, Rha K.H, Choi H, Kim H.H,(2010) The Feasibility of Laparoendoscopic Single-Site Nephrectomy: Initial Experience Using Home-made Singleport Device UrologyVolume 76, Issue 4, October 2010, Pages 862-865
6. Chen Z, Chen X, Luo Y.C, Yao He, Li N.N, Xie C.Q, Lai C(2012). Retroperitoneal Laparoendoscopic Single-Site Simple Nephrectomy: Initial Experience . Journal of Endourology. June 2012, 26(6): 647-651