

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC CẮT ĐƠN VỊ THẬN TRÊN MẤT CHỨC NĂNG ĐIỀU TRỊ THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI HOÀN TOÀN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO 20 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Mạnh Hùng\*, Vũ Xuân Hoàn\*, Nguyễn Duy Việt\*, Bùi Đức Hậu\*.

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Báo cáo kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 20 trường hợp thận niệu quản đôi được phẫu thuật cắt đơn vị thận trên bằng nội soi qua phúc mạc từ 1.1.2019 tới 30.6.2020. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1/3, cân nặng trung bình là 13Kg, tuổi trung bình là 34 tháng tuổi. Có 8 trường hợp tổn thương bên phải và 12 trường hợp tổn thương bên trái. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $100 \pm 11$  phút, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không có biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 4 ngày. Thời gian theo dõi trung bình là 5 tháng, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, có 2 trường hợp có nang cực trên thận không triệu chứng và 2 trường hợp giãn nhẹ đài bể thận đơn vị thận dưới cả 4 trường hợp đều được chụp xạ hình thận sau mổ cho kết quả bình thường. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên điều trị thận niệu quản đôi là an toàn và hiệu quả.

## SUMMARY

### LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL HEMINEPHROUTERECTOMY FOR TREATMENT OF COMPLETED DUPLEX KIDNEY IN CHILDREN: RESULT OF 20 CASES IN NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

**Introduction:** Inform outcomes of 20 completed duplex kidney patients underwent laparoscopic transperitoneal heminephrourectomy in National Hospital of Pediatrics. **Subject and methods:** Retrospective analysis. **Results:** 20 children included 5 boys and 15 girls, mean aged was 34 months, mean weight was 13kg. There were 8 right side heminephrourectomy and 12 cases in left side, none of them had any complications during or after operation. Mean operative times was 100 mins. Mean postoperative hospital stay was 4 days. Mean time follow-up was 5 months with 2 cases had small cyst upper the affected side kidney and 2 cases had non symptom hydronephrosis. **Conclusion:** Transperitoneal laparoscopic heminephrourectomy is safe and effectiveness.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận niệu quản đôi (TNQĐ) là một trong

những dị tật thường gặp nhất trong các dị tật bẩm sinh của hệ tiết niệu. Bệnh gặp với tỉ lệ 1 trong 125 trẻ sơ sinh còn sống hay khoảng 0,8% dân số. Trẻ nữ có tỷ lệ gặp cao hơn trẻ nam với tỷ lệ 1.6:1. Bào thai học TNQĐ là do sự hình thành bất thường của mầm niệu quản tạo ra hai hình thái chính là TNQĐ không hoàn toàn và TNQĐ đôi hoàn toàn. TNQĐ không hoàn toàn ít khi gây triệu chứng cần phải can thiệp. Tuy nhiên với TNQĐ hoàn toàn, do có bất thường về vị trí của niệu quản đơn vị thận trên, sẽ gây nên các biểu hiện lâm sàng như nhiễm khuẩn tiết niệu hoặc đái rỉ liên tục. Điều trị chủ yếu với các trường hợp này là phẫu thuật cắt bỏ đơn vị thận trên.

Phẫu thuật nội soi cắt đơn vị thận trên trong điều trị TNQĐ được báo cáo lần đầu tiên bởi Jordan và Wilslow năm 1993 [1], kể từ đó có rất nhiều các báo cáo của các tác giả trên thế giới thực hiện thành công phẫu thuật này và tới nay được coi như lựa chọn đầu tay trong phẫu thuật cắt bỏ đơn vị thận trên mất chức năng. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là tính thẩm mỹ, giảm mức độ đau và thời gian hồi phục của bệnh nhân sau mổ, từ đó giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Chúng tôi tóm tắt kinh nghiệm phẫu thuật bước đầu với 18 trường hợp phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên tại bệnh viện Nhi Trung Ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** là 20 trường hợp TNQĐ hoàn toàn được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên mất chức năng tại khoa Tiết Niệu bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1.1.2019 tới 30.6.2020.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

### 3. Mô tả kỹ thuật:

#### a. Chuẩn bị bệnh nhân

- Gây mê: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản thông thường có dùng giãn cơ.

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm nghiêng hoàn toàn 90° bên tổn thương ở trên có đệm ở lưng. Phẫu thuật viên ở đối diện bệnh nhân, dàn nội soi ở sau lưng bệnh nhân.

- Dụng cụ phẫu thuật. Sử dụng dụng cụ phẫu thuật nội soi thông thường. Sử dụng optic nội soi 5mm 0° và các dụng cụ nội soi 5mm khác

\*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: hungdops@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2021

Ngày duyệt bài: 4.5.2021

**b. Trình tự phẫu thuật**

- Đặt dụng cụ phẫu thuật. Đặt các dụng cụ nội soi 5mm như hình vẽ, sử dụng 4 trocar với tổn thương bên phải và 3 trocar với tổn thương bên trái.

- Hạ đại tràng bọc lộ vị trí cực dưới thận và rốn thận.

- Mở phúc mạc sát cực dưới thận bọc lộ niệu quản bệnh (thường giãn to) và niệu quản lành. Hai niệu quản này đi sát nhau và chạy song song.

- Phẫu tích bọc lộ rõ ràng niệu quản bệnh, tiến hành cắt đôi niệu quản bệnh. Phẫu tích giải phóng niệu quản bệnh lên trên tởn rốn thận, tới vị trí rốn thận giải phóng mặt sau niệu quản bệnh.

- Mở phúc mạc cực trên thận bọc lộ tổn thương đơn vị thận trên, xác định nhánh mạch nuôi đơn vị trên thận. Cắt khâu nhánh mạch này.

- Giải phóng bề thận đơn vị thận trên, kéo đoạn niệu quản đơn vị thận trên lên trên rốn thận.

- Cắt đơn vị thận trên theo bề mặt giải phẫu của bề thận trên, sử dụng giao diện nội soi thông thường. đốt điện cầm máu mặt trên cực dưới.

- Giải phóng nốt đoạn dưới của niệu quản bệnh xuống tiểu khung, cắt niệu quản bệnh tối đa. Khâu lại đầu dưới nếu nghi ngờ có tổn thương trào ngược.

- Kiểm tra cầm máu, khâu khếp lại phúc mạc mặt sau.

- Đóng bụng

**4. Chỉ số nghiên cứu:** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ 1.1.2019 tới 30.6.2020 có 20 trường hợp (5 nam và 15 nữ) được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Tuổi trung bình nhập viện là 34 tháng tuổi (7 tháng – 152 tháng), cân nặng trung bình khi nhập viện của bệnh nhân là 13kg (7kg-50kg). 8 trường hợp tổn thương bên phải, 12 trường hợp tổn thương bên trái, không có trường hợp nào phải phẫu thuật cả 2 bên. Có 3 trường hợp tổn thương bên phải phối hợp với thận đôi không hoàn toàn bên trái, và 1 trường hợp có ẩn tinh hoàn kèm theo.

Triệu chứng nhập viện chủ yếu là các biểu hiện của nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 85%, các trường hợp này đều có phối hợp giãn thận và niệu quản đơn vị thận trên. Triệu chứng tiếp theo có thể gặp là rỉ tiểu liên tục không thành bãi với tỉ lệ 20%. Có 3 trường hợp có túi sa niệu quản trong đó chỉ có 1 trường hợp túi sa lớn gây triệu chứng đái rặn. Các bệnh nhân được phẫu

thuật đều có chức năng đơn vị thận trên giảm dưới 10% tổng mức lọc thận của cơ thể.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật**

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả
Số lượng bệnh nhân	20
Tuổi trung bình nhập viện (tháng)	34
Nhỏ nhất	7
Lớn nhất	152
Cân Nặng trung bình (kg)	13,3
Nhỏ nhất	7
Lớn nhất	50
Giới tính: Nam	5 (25%)
Nữ	15 (75%)
Chẩn đoán trước sinh	3 (15%)
Bên tổn thương: Phải	8 (40%)
Trái	12 (60%)
Cả hai bên	0
Triệu chứng lâm sàng	
Nhiễm khuẩn tiết niệu	17 (85%)
Rỉ tiểu liên tục	4 (20%)
Đái rặn, đái khó	1 (5%)
Thương tổn niệu quản đơn vị thận trên phối hợp	
Túi sa niệu quản	3
Niệu quản lạc chỗ	17
Trào ngược bàng quang niệu quản	0
Bệnh lý phối hợp	
Thận niệu quản đôi hoàn toàn	3
bên đối diện	
Ẩn tinh hoàn	1
Khác	0
Chức năng đơn vị thận trên trung bình (%)	8
Creatinin trung bình (mg/dL)	28

Thời gian phẫu thuật trung bình là 100 phút (80 phút -130 phút). Thời gian phẫu thuật với nhóm tổn thương bên phải là 110 phút (100-130 phút), thời gian phẫu thuật trung bình bên trái là 95 phút (80- 105 phút), có 1 trường hợp phẫu thuật bên trái phải sử dụng 4 trocar. Không có trường hợp nào có mất máu trong mổ đáng kể cần phải truyền máu, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Không có biến chứng trong mổ. 3 trường hợp có clip mỏm niệu quản trong mổ và 4 trường hợp đặt dẫn lưu ổ thận sau mổ qua lỗ dụng cụ nội soi.

**Bảng 2: Kết quả phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật**

Kết quả phẫu thuật	
Thời gian phẫu thuật (phút)	100±11
Bên phải	110
Bên Trái	95
Đặt thêm dụng cụ nội soi	1
Truyền máu trong mổ	0

Chuyển mổ mở	0
Biến chứng trong mổ	0
Dẫn lưu hố thận (ca bệnh)	4
Thời gian cho ăn sau mổ (giờ)	24
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	4
Biến chứng sau mổ (ca bệnh)	0
Tồn tại sau phẫu thuật (ca bệnh)	
Nang cực trên thận	2
Giãn bể thận đơn vị dưới	2
Còn mòm niệu quản gây nhiễm khuẩn tiết niệu	0

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm báo cáo ăn được bình thường trong khoảng thời gian 12-24 giờ sau mổ, không có trường hợp nào có các biểu hiện rối loạn tiêu hóa sau 24h phẫu thuật. Giảm đau sau mổ sử dụng trong 48h. Dẫn lưu sau mổ rút sau 2 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 4 ngày (2-7 ngày), thời gian nằm viện trung bình 5,7 ngày (4-13 ngày). Không có bệnh nhân biến chứng sau mổ.

Thời gian theo dõi trung bình 5 tháng (1-17 tháng). Không có trường hợp nào nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ. Không có trường hợp nào phải phẫu thuật lần 2 do còn mòm niệu quản sau phẫu thuật. 2 trường hợp có tổn thương nang cực trên thận sau mổ với đường kính 9 và 20mm. 2 trường hợp có giãn nhẹ đài bể thận dưới sau mổ với đường kính 8 và 13mm. Cả 4 trường hợp trên đều được chụp lại xạ hình thận sau mổ với kết quả bình thường.

#### IV. BÀN LUẬN

Tổn thương thông thường của thận niệu quản đôi hoàn toàn có 3 hình thái chính là niệu quản lạc chỗ, túi sa niệu quản hoặc trào ngược đơn thận dưới. Trong 18 trường hợp báo cáo chúng tôi có 3 trường hợp có túi sa niệu quản và 15 trường hợp niệu quản lạc chỗ. Không có trường hợp nào tổn thương phối hợp trào ngược bàng quang niệu quản do chúng tôi chưa áp dụng phẫu thuật nội soi trong cắt đơn vị thận dưới. Chỉ định phẫu thuật cắt thận trên khi chức năng đơn vị thận trên giảm còn dưới 10% tổng chức năng của hệ tiết niệu [2].

Cùng với sự phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi dần được coi như lựa chọn hàng đầu trong điều trị thận niệu quản đôi có đơn vị thận trên mất chức năng. Phẫu thuật nội soi cắt đơn vị thận trên có thể được thực hiện bằng đường qua phúc mạc hoặc sau phúc mạc. Đường mổ sau phúc mạc cho phép tiếp cận tổn thương ngoài ổ phúc mạc từ đó hạn chế các thương tổn của tạng trong ổ bụng và các thương tổn hệ tiêu hóa nhưng nhược điểm của phương

pháp này là giới hạn không gian phẫu trường và nguy cơ phải chuyển mổ mở do tổn thương phúc mạc. Báo cáo của tác giả Nguyễn Việt Hoa năm 2018 mô tả 31 trường hợp phẫu thuật qua đường sau phúc mạc với tỉ lệ chuyển mổ mở là 9,7% [3], tác giả Leclair MD báo cáo 38 trường hợp tại Pháp với tỉ lệ chuyển mổ mở là 21% [4].

Phẫu thuật nội soi đường qua phúc mạc có ưu điểm về phẫu trường rộng cho phép tiếp cận trực diện và toàn bộ đường bài xuất của hệ tiết niệu với các mốc giải phẫu rõ ràng. Nhược điểm của phương pháp này là nguy cơ tổn thương các tạng trong ổ bụng và rối loạn chức năng hệ tiêu hóa. Tuy nhiên các báo cáo gần đây của các tác giả trên thế giới đều không ghi nhận các biến chứng này. Nghiên cứu tổng kết đa trung tâm của Jing Fu không cho thấy sự khác biệt về kết quả phẫu thuật của hai đường mổ sau hoặc trong phúc mạc và tác giả khuyến cáo việc lựa chọn đường mổ phụ thuộc và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Báo cáo của Castellan và cộng sự thì khuyến cáo sử dụng đường mổ qua phúc mạc đối với trẻ dưới 12 tháng tuổi do lợi thế về phẫu trường của phương pháp này [5]. Borzi PA cũng khuyến cáo không nên sử dụng đường sau phúc mạc đối với trẻ em dưới 5 tuổi [6]. Trong nghiên cứu của mình chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cho phẫu trường rộng rãi, kiểm soát hoàn toàn thận và cuống thận cũng như niệu quản cho tới tận tiểu khung. Phẫu thuật được thực hiện trong thời gian trung bình 100 phút, không có biến chứng phải chuyển mổ mở, không có thương tổn của các tạng trong ổ bụng, không có biểu hiện tắc ruột sau mổ và thời gian cho ăn trung bình là 24h sau mổ. Để hạn chế các thương tổn có thể gặp của các tạng trong ổ bụng, tại bệnh viện Nhi Trung Ương, phẫu thuật nội soi cắt đơn vị thận trên được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm làm nội soi đồng thời chúng tôi sử dụng thêm dụng cụ nội soi thứ 4 trong các trường hợp việc bóc lộ đơn vị thận trên khó khăn do gan hoặc lách che phủ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 4 ngày. Chúng tôi không ghi nhận bất cứ khó khăn nào trong điều trị hậu phẫu.

Các vấn đề sau mổ có thể gặp của phẫu thuật cắt đơn vị thận trên bao gồm có nang dịch trên thận, tổn thương đơn vị thận dưới, nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn do còn túi sa niệu quản hoặc còn mòm niệu quản. Trong nhóm bệnh nhân được báo cáo chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn tại thời điểm khám lại. Trong 3 trường hợp có túi

sa niệu quản có 1 trường hợp túi sa niệu quản lớn đường kính 3cm đã mở túi sa trước khi cắt đơn vị thận, 2 trường hợp còn lại có đường kính túi sa lần lượt là 1,8 và 1,6cm sau khi phẫu thuật cắt đơn vị thận trên đã không ghi nhận còn túi sa niệu quản trên lâm sàng hoặc siêu âm. Với kinh nghiệm của mình chúng tôi ưu tiên phẫu thuật cắt bỏ đơn vị thận trên trước, mở túi sa niệu quản được chỉ định trước mổ nếu túi sa lớn gây sỏi khó hoặc bí đái.

Chúng tôi có 2 trường hợp có tồn tại nang cực trên thận không triệu chứng với đường kính là 9 và 20 mm. Báo cáo của các tác giả khác trên thế giới cũng ghi nhận nang cực trên thận không triệu chứng. Hiorns và cộng sự đã mô tả tỉ lệ hình thành nang nhỏ ở vị trí của thận trên sau phẫu thuật là 60% và 80% các nang dịch này hoàn toàn không có triệu chứng [7]. Với 2 trường hợp nang cực trên thận trong nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận bất cứ triệu chứng nào, kết quả chụp xạ hình thận sau mổ cũng không ghi nhận bất thường. Báo cáo của tác giả Gundeti MS cũng ghi nhận tỉ lệ 6,8% có tổn thương đơn vị thận dưới sau phẫu thuật cắt đơn vị thận trên với cả các trường hợp mổ mở hoặc nội soi [8]. Trong 20 bệnh nhân của nghiên cứu có 2 trường hợp có biểu hiện giãn của bể thận đơn vị thận dưới lần lượt là 8 và 13mm. Chúng tôi đã tiến hành chụp lại xạ hình thận sau phẫu thuật ở các bệnh nhân này, kết quả không có tổn thương nhu mô thận dưới, thuốc lưu thông bình thường qua hệ tiết niệu. Mặc dù cần có thời gian theo dõi lâu dài hơn

nhưng bước đầu có thể thấy phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên hầu như không có biến chứng đặc biệt nào.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên mất chức năng trong điều trị thận niệu quản đôi hoàn toàn ở trẻ em là an toàn và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jordan GH, Winslow BH (1993). "Laparoscopic upper pole partial nephrectomy with ureterectomy". J Urol, 150, 940-943.
2. Whitten SM, Wilcox DT (2001). Duplex systems. Prenat Diagn, 21, 952-7.
3. Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuấn (2018). "Nội soi sau phúc mạc cắt thận phụ mất chức năng trong thận niệu quản đôi: Kinh nghiệm 31 trường hợp". Tạp chí y học Việt Nam, số 1 tháng 6, 132-137.
4. Leclair MD, Vidal I et al (2009). "Retroperitoneal laparoscopic heminephrectomy in duplex kidney in infants and children: a 15-year experience". Eur Urol, 56, 385-389.
5. Castellán M, Gosálbez R et al (2006). "Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic heminephrectomy—what approach for which patient?". J Urol, 176, 2636-2639.
6. Borzi PA, Yeung CK (2004). "Selective approach for transperitoneal and extraperitoneal endoscopic nephrectomy in children". J Urol, 171, 814-816.
7. Hiorns MP, Mazrani W et al (2008). "Follow-up imaging after laparoscopic heminephrectomy in children". Pediatr Radiol, 38, 762-765.
8. Gundeti MS, Ransley PG et al (2005). "Renal outcome following heminephrectomy for duplex kidney". J Urol, 173, 1743-1744.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGỘ ĐỘC MỘT SỐ MA TÚY TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Thị Xuân<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc ma túy không phải nhóm opi tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 72 bệnh nhân ngộ độc ma túy không phải nhóm opidiều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2017 đến 6/2019. **Kết quả:** Loại ma túy thường

gặp: Amphetamin (29,2%), MET (22,2%), MDMA (19,4%), THC (20,8%), Ketamin (8,3%). Đặc điểm lâm sàng chủ yếu về tim mạch và thần kinh trung ương trong hội chứng cường giao cảm và hội chứng serotonin: nhịp tim nhanh (73,6%), tăng huyết áp (45,8%), sốt (43,1%); Rối loạn ý thức 100% (kích thích 58,3%, vật vã 23,6% và 18,1% lờ lững/hôn mê); tăng tiết mồ hôi (77,8%), giãn đồng tử (59,7%), tăng trương lực cơ (55,6%), tăng phản xạ gân xương (47,2%); 84,7% có hội chứng serotonin. Cận lâm sàng: tăng bạch cầu (41,7%), tăng CK (38,9%), tiêu cơ vân (13,9%), suy thận cấp (12,5%), tăng troponinT 10%. **Kết luận:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ngộ độc ma túy cần thiết để chẩn đoán và xử trí cấp cứu cho các bệnh nhân.

**Từ khóa:** ngộ độc ma túy

<sup>1</sup>Trung Tâm Chống Độc - Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Xuân

Email: xuandangthi@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2021

Ngày duyệt bài: 5.5.2021