

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY SỎI NIỆU QUẢN TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN NGỌC BÍCH, PHẠM VIỆT HÀ,
TRỊNH MINH THANH, NGUYỄN MINH TUẤN
Khoa Ngoại Beenhj viee Bạch Mai

TÓM TẮT

Chủ đề: Lấy sỏi niệu quản bằng phẫu thuật nội soi
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các bệnh nhân có sỏi niệu quản ở 2/3 trên được phẫu thuật qua ổ bụng và sau phúc mạc

Kết quả: 44 trường hợp được phẫu thuật giai đoạn 10/2005 đến 6/2008 gồm Có 27 nam và 17 nữ tuổi thấp nhất từ 21 đến 68. Trong đó có 30 TH lấy sỏi sau phúc mạc. Kích thước sỏi nhỏ nhất là 0,8cm, lớn nhất là 2,5cm

Thời gian mổ trung bình 90±10 phút (nhỏ nhất là 30 và lâu nhất là 180 phút). Thời gian nằm viện trung bình 06±02 ngày, (ít nhất là 03 ngày, nhiều nhất là 23 ngày) 2 trường hợp rò nước tiểu sau mổ. Không có tai biến nguy hiểm và tử vong do phẫu thuật.

Theo dõi từ 1 đến 2 tháng sau mổ tất cả các bệnh nhân đều ổn định, sinh hoạt bình thường.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít sang chấn, biến chứng, bệnh nhân sớm hồi phục sức khỏe và PT có tính thẩm mỹ.

Từ khoá: sỏi niệu quản, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY:

Upper ureteral calculi removal by laparoscopic ureterolithotomy in the treatment of ureteral stones.

Objectives: the laparoscopic ureterolithotomy in the treatment of the upper ureteral stones.

Patients and methods: From 10/2005 to 06/2008 a prospective study carried out on 44 patients who have upper ureteral stones treated by laparoscopic ureterolithotomy in surgery departement of Bach Mai hospital. In which 30 patients have undergone retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy. All the patients had urinary ultrasound and UIV before the operation. We did interrupted or surjet sutures with 3/0 or 4/0 absorbables fil af ter retrieving the stones. All the patients have been reevaluated after one or two months post operation.

Results: There are 30 cases of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy and 14 cases of transperitoneal laparoscopic ureterolithotomy (27 men, 17 women, age: 18-73). The size of stones is from 0.8cm to 2.5 cm. There are 2 cases in which the stones moved up to the kidney, 5 cases in which the peritoin was perforated. There was no severe complication such as visceral perforation. Mean operative time was about 90 minutes. Patients postoperative general conditon was stable. The mean hospital stay was 6 days. There is no significant complication except two cases with leakage but resolved itself after two and four weeks. Postoperative one and two month follow-up show good results

Conclusions: laparoscopic ureterolithotomy is safe,

efficace, mini-invasive procedure in the treatment of ureteral stones. It has advantage over open surgery in low complications rates and plasty.

Keywords: aparoscopic ureterolithotomy, ureteral stones.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Gần đây cùng với sự phát triển các kỹ thuật nội soi ổ bụng trong phẫu thuật tiêu hóa thì lấy sỏi niệu quản qua nội soi trong và ngoài phúc mạc được coi như là một phương pháp thay thế phẫu thuật mổ mở. Wickham 1979 là người đầu tiên giới thiệu mổ nội soi lấy sỏi niệu quản qua đường sau phúc mạc. Gaur năm 1992 đã làm bóng để tạo khoảng sau phúc mạc đủ rộng để cho thao tác phẫu thuật và từ đó phẫu thuật nội soi sau phúc mạc được thực hiện ngày càng nhiều. Tại Việt Nam 03/2002 Lê Đình Khánh lần đầu tiên báo cáo 7 trường hợp lấy sỏi niệu quản qua nội soi sau phúc mạc sau đó đã có rất nhiều các báo cáo khác như của Đoàn Trí Dũng, Võ Văn Quý, Vũ Oanh, Nguyễn Quang và Trần Bình Giang, Vũ Lê Chuyên và cộng sự... Các tác giả trên đã thu được những kết quả khả quan và đều nhận xét đây là một phương pháp phẫu thuật ít sang chấn rút ngắn ngày điều trị, có tính thẩm mỹ và cần phát triển rộng rãi. Tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã tiến hành thực hiện mổ nội soi lấy sỏi niệu quản qua đường trong và sau phúc mạc từ tháng 10/2005. Công trình này nhằm xem xét các chỉ định, kỹ thuật và kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật mới trên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Các bệnh nhân được mổ lấy sỏi niệu quản qua nội soi từ tháng 10/2005 đến tháng 06/2008. Chẩn đoán bệnh dựa vào đau thắt lưng, các chẩn đoán cận lâm sàng khác, vị trí, kích thước của sỏi được đánh giá bằng siêu âm, chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị. Chức năng thận được đánh giá bằng các xét nghiệm sinh hóa urê, creatinin, chụp niệu đồ tĩnh mạch, chụp xạ hình thận. Chúng tôi loại trừ những bệnh nhân đã được mổ lấy sỏi và những trường hợp suy thận nặng, thận viêm nhiễm nặng hoặc thận bên mổ bị giảm chức năng nhiều, loại trừ những trường hợp mắc bệnh nội khoa có chống chỉ định của mổ nội soi như bệnh van tim, bệnh lý rối loạn đông máu...

Mô tả phương pháp lấy sỏi niệu quản qua nội soi trong phúc mạc: bệnh nhân tư thế nằm nghiêng, Trocart 1 cạnh rốn trên đường bờ ngoài cơ thẳng to, trocart 2 ở dưới bờ sườn và trocart 3 ở hố chậu phải hoặc hố chậu trái, có thể dùng thêm trocart 4 tùy theo vị trí để vén gan hoặc gạt đại tràng làm rộng phẫu trường. Hạ đại tràng, đi ra sau phúc mạc, thường bắt đầu đi từ chỗ niệu quản bắt chéo động mạch chậu và đi lên trên để tìm sỏi, mổ niệu quản lấy sỏi, đặt ống thông niệu quản bằng quang, dẫn lưu cạnh niệu quản sau khi đã lấy sỏi ra ngoài. Còn lấy sỏi niệu quản qua nội soi sau phúc mạc chúng tôi

tiến hành như sau: bệnh nhân tư thế nằm nghiêng. Trocart 1 đặt ở đầu dưới ngoài xương sườn 12, dùng ngón tay tách đến khoang sau phúc mạc và dùng bóng tự tạo, túi nước hoặc ống soi để tạo khoang sau phúc mạc trước khi đặt trocart này, bơm CO₂, đặt tiếp trocart 10 trên đường nách giữa và ngay phía trên mào chậu, trocart 5 ở đường nách trước hoặc đường nách sau ở khoảng giữa 2 trocart 10, có thể dùng trocart thứ 4 để vén gạt làm rộng phẫu trường. Phẫu tích tìm niệu quản dựa vào cơ thắt lưng chậu, mở niệu quản lấy sỏi, đặt ống thông niệu quản hoặc không, đặt dẫn lưu sau phúc

mạc sau khi đã lấy sỏi ra ngoài. Chúng tôi theo dõi trong mổ các tai biến có thể xảy ra, tính thời gian mổ, sau mổ theo dõi dẫn lưu, mức độ đau trong những ngày đầu. Các bệnh nhân sau khi ra viện được kiểm tra lại từ 1 đến 2 tháng để đánh giá kết quả điều trị.

KẾT QUẢ

44 trường hợp được phẫu thuật được tổng hợp như sau :

Các số liệu trước mổ:

Vị trí sỏi

Vị trí của sỏi	Sỏi ngang L2		Sỏi ngang L3		Sỏi ngang L4		Sỏi ngang L5		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Bên phải	10	22,7	11	25	07	16,1	02	4,6	30	68,2
Bên trái	03	6,8	08	18,2	03	6,6	0	0	14	31,8
Tổng cộng	13	29,5	19	43,2	10	22,7	02	4,6	44	100

Sỏi bên phải có 30 ca tỉ lệ 68,2%

Sỏi bên trái có 14 ca, tỉ lệ 31,8%

Kích thước của sỏi

Kích thước của sỏi	Sỏi ≤1cm		1cm < sỏi ≤2cm		Sỏi >2 cm	
	n	%	n	%	n	%
Bên phải	12	27,2	15	34,1	03	6,8
Bên trái	06	13,7	03	6,8	05	11,4
Tổng cộng	18	40,9	18	40,9	8	18,2

Kích thước sỏi nhỏ nhất là 0,8cm, lớn nhất là 2,5cm

Các số liệu trong mổ

Các số liệu trong mổ	n	Tỉ lệ %
Thủng phúc mạc (lấy sỏi sau phúc mạc)	05	11,4
Tìm không thấy niệu quản	01	2,3
Thủng các cơ quan lân cận	0	0
Thủng mạch máu lớn	0	0
Sỏi chạy lên thận	02	4,5
Đặt ống thông niệu quản bàng quang	20	45,5
Khâu niệu quản mũi rời	10	22,7
Khâu niệu quản mũi vắt	34	77,3
Dùng 03 trocart	28	63,6
Dùng 04 trocart	16	36,4
Tạo khoang sau phúc mạc bằng bóng khí	27	90
Tạo khoang sau phúc mạc bằng nước	01	3,3
Tạo bằng ống soi	02	6,7

Thời gian mổ trung bình 90±10 phút, nhanh nhất là 30 phút, chậm nhất là 180 phút

Lượng máu mất trong mổ chúng tôi nhận thấy là không đáng kể.

Các số liệu sau mổ

Các bệnh nhân sau mổ đều có tràn khí nhẹ dưới da bụng và ngực nhưng mức độ không đáng kể và hết sau từ 3 đến 5 ngày sau mổ

Có 2 trường hợp phẫu thuật lấy sỏi nội soi qua đường sau phúc mạc không đặt ống thông niệu quản bàng quang và khâu niệu quản bằng mũi rời bị rò nước tiểu sau mổ, nước tiểu chảy qua ống dẫn lưu ngay từ những ngày đầu sau mổ.

Hậu phẫu chỉ trừ 02 trường hợp có rò niệu quản sau mổ các bệnh nhân còn lại đều có lưu thông lại ruột trong ngày thứ 1 sau mổ và được rút dẫn lưu sau 48 giờ. Riêng 2 trường hợp có rò nước tiểu sau mổ, nước tiểu chảy qua ống dẫn lưu sau phúc mạc ở bệnh nhân

thứ nhất là khoảng 200 ml/24h và giảm nhanh ở những ngày tiếp theo cho đến ngày thứ 10 thì chỉ còn ra vài ml và được rút dẫn lưu, ở bệnh nhân thứ 2 lượng nước tiểu qua dẫn lưu sau phúc mạc nhiều hơn khoảng từ 800 đến 1000 ml/24h bệnh nhân này đến ngày thứ 17 sau mổ được rút dẫn lưu sau khi đã được kiểm tra không có sỏi ở đoạn dưới, sau khi rút dẫn lưu bệnh nhân vẫn phải đóng bím nhưng lượng nước tiểu giảm dần vài khi ra viện chỉ thấm hết 1 bím trong 24h, kiểm tra lại sau mổ 01 tháng bệnh nhân chỉ còn thấm ít dịch ở lỗ dẫn lưu không đáng kể.

Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết chọc trocart sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình 06±02 ngày, ít nhất là 03 ngày, nhiều nhất là 23 ngày

BÀN LUẬN

Chỉ định mổ: Sỏi niệu quản đoạn lưng trước đây khi chưa có nội soi sau phúc mạc hoặc qua ổ bụng thì thường được tán sỏi ngoài cơ thể hoặc nội soi tán sỏi ngược dòng từ bàng quang tuy nhiên do đường niệu quản mà các mảnh vụn của sỏi sau khi được tán phải đi qua còn khá dài nên thường khó ra, gây đau đớn cho người bệnh và thường không thể lấy sạch sỏi trong 1 lần can thiệp. Rofeim năm 2001(7) cho rằng chỉ định lấy sỏi nội soi trong hoặc ngoài phúc mạc được đặt ra ở những trường hợp sỏi niệu quản đoạn lưng đã tán sỏi thất bại, bệnh viện không có các phương tiện lấy sỏi ít sang chấn khác, hoặc khi bệnh nhân cần phải điều trị một bệnh phối hợp bằng phẫu thuật nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp đã tán sỏi nhưng thất bại, sỏi rắn không vỡ, 01 trường hợp mổ vừa lấy sỏi niệu quản qua nội soi sau phúc mạc và cắt túi mật nội soi điều trị sỏi túi mật.

Niệu quản bình thường có độ rộng khoảng 3 đến 5mm nên trên lý thuyết thì những viên sỏi < 5mm là có thể tự đào thải ra ngoài bằng đường tự nhiên (90%) sỏi từ 6mm trở lên dễ bị kẹt ở đoạn niệu quản sát bàng quang. Nếu như tán sỏi nội soi có ưu thế đối với sỏi niệu quản 1/3 dưới, tán sỏi qua da có rất nhiều hiệu quả đối với các sỏi ở đài bể thận thì nội soi lấy sỏi niệu quản sau phúc mạc và trong phúc mạc lại có rất nhiều ưu điểm đối với sỏi đoạn lưng. Chúng tôi chỉ định lấy sỏi niệu quản qua nội soi bằng đường trong và ngoài phúc mạc cho những bệnh nhân có kích thước sỏi >7mm gây tắc

đường niệu bao gồm từ vị trí sát khúc nối bể thận niệu quản cho đến đoạn lưng thấp, sỏi niệu quản ngang mức với bó mạch chậu.

Đường mổ: Để tiếp cận niệu quản đoạn lưng nhiều tác giả chọn đường sau phúc mạc với lý do tiếp cận được nhanh, trực tiếp niệu quản ít có khả năng gây tổn thương tạng, rò nước tiểu vào ổ bụng tuy nhiên phẫu trường thường hẹp, các phẫu thuật viên mới bắt đầu làm nội soi thường khó xác định các mốc giải phẫu, dễ lạc đường khi tìm niệu quản và nhiều khi gặp khó khăn trong việc tạo phẫu trường nhất là khi bị thủng phúc mạc. Vì thế vẫn có nhiều phẫu thuật viên lựa chọn đường qua ổ bụng vì phẫu trường rộng, thao tác dễ dàng, các mốc giải phẫu rõ ràng và cũng không sợ bị rò nước tiểu vì có đặt ống thông niệu quản bàng quang. Vũ Lê Chuyên và Ngô Thanh Mai năm 2005 (2) đã so sánh và thấy rằng độ an toàn và hiệu quả của 2 đường tiếp cận trên là như nhau. Chúng tôi có 2 nhóm lấy sỏi qua phúc mạc và sau phúc mạc. Kết quả điều trị ở 2 nhóm này là không khác nhau, đều không có biến chứng tổn thương tạng, thủng mạch máu lớn và nhóm bệnh nhân được lấy sỏi qua phúc mạc cũng không bị rò nước tiểu vào ổ bụng vì đều đã được đặt ống thông niệu quản bàng quang. Chúng tôi thấy rằng mỗi đường mổ đều có ưu và nhược điểm riêng, sự lựa chọn đường mổ nào là tùy thuộc vào thói quen của phẫu thuật viên.

Kỹ thuật mổ:

Đặt trocar: Cuộc mổ có được tiến hành thuận lợi và dễ dàng hay không là phụ thuộc rất nhiều vào sự lựa chọn vị trí của trocar. Đối với lấy sỏi nội soi ngoài phúc mạc thì vị trí trocar đầu tiên cũng giống như các nghiên cứu khác là ở đầu ngoài và dưới xương sườn XII nơi mà khi nằm nghiêng phúc mạc thường không bị dính vào và dễ bóc tách. Để tạo khoang phúc mạc có nhiều cách, sau khi tách một phần phúc mạc qua vết rạch bằng ngón tay chúng tôi thường dùng phương pháp ngón tay găng bơm khoảng 400ml khí giống như các nghiên cứu trước đây (1,2,6). Chúng tôi cũng thấy rằng dùng ngay chính ống soi để bóc tách phúc mạc cũng rất nhanh và hiệu quả, không nên dùng bóng nước vì nếu vỡ thì sẽ mất thời gian hút và nước sẽ làm lóa ống soi. Trocar thứ hai ở ngay trên mào chậu và đường nách giữa. Qua các nghiên cứu trước đây chúng tôi thấy cách đặt trocar thứ 3 thường khác nhau, trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thấy nếu sỏi ở bên phải thì nên đặt trocar thứ 3 ở vị trí trên mào chậu và trên đường nách sau. Nếu sỏi ở bên trái thì trocar thứ 3 có thể đặt ở giữa 2 trocar trước trên đường nách trước hoặc là trên mào chậu, nằm trên đường nách sau, sau đó ống soi sẽ được đưa về trocar thứ 2 để trợ thủ cầm, người mổ sẽ dùng trocar 1 và 3 để phẫu tích, trong trường hợp phẫu trường hẹp cần phải vén tổ chức thì có thể dùng trocar thứ 4 thường là ở ngay dưới bờ sườn trên đường nách giữa hoặc nách trước.

Phẫu tích tìm niệu quản phải luôn luôn dựa vào mốc là cơ thắt lưng chậu, niệu quản thường nằm vào trong, có thể ở ngay sát cơ thắt lưng chậu hoặc là cách xa một đoạn và đi sát vào phúc mạc. Chúng tôi chỉ có một ca không tìm thấy niệu quản đó là do trong quá trình phẫu tích phẫu thuật viên mới làm chưa mạnh dạn và chưa có kinh nghiệm mặc dù đã xác định được các mốc giải phẫu nhưng do làm rách phúc mạc nên phẫu trường hẹp lại khó khăn phải chuyển mổ mở.

Đối với mổ nội soi qua đường phúc mạc thì vị trí trocar 1 thường là ở ngang rốn và trên đường bờ ngoài cơ thẳng to, trocar 2 và 3 được lần lượt đặt ở hạ sườn và hố chậu, chúng tôi thường dùng 4 trocar khi lấy sỏi qua đường trong phúc mạc để đảm bảo các tạng được gạt, vén tốt và không gây tổn thương tạng. Sau khi hạ đại tràng chúng tôi thường tìm niệu quản bắt đầu từ chỗ niệu quản bắt chéo động mạch chậu và phẫu tích đi lên trên để tìm sỏi, không có trường hợp nào không tìm thấy niệu quản khi đi qua phúc mạc.

Khi tìm thấy niệu quản nếu niệu quản không giãn thì tiếp tục phẫu tích theo niệu quản lên phía trên, nhiều khi dễ nhầm niệu quản với bó mạch sinh dục, kinh nghiệm của chúng tôi thấy rằng khi nghi ngờ thì có thể đưa sát ống soi quan sát, nếu thấy đập theo nhịp mạch thì thường là bó mạch sinh dục, còn thấy các thớ trắng đục, không đập theo nhịp mạch, có mạch máu nhỏ chạy như mạng nhện mờ mờ trên bề mặt thì đó là niệu quản, nếu vẫn chưa chắc chắn thì có thể phẫu tích lên trên cho đến bờ dưới thận. Sau khi phát hiện được sỏi chúng tôi thường dùng móc hình chữ L có gắn dao điện để mở niệu quản lấy sỏi, có máy hút kèm. Chúng tôi không dùng dao lạnh để mở niệu quản vì vừa khó đưa vào, lại nguy hiểm, thao tác lâu, mất thời gian, khi rạch niệu quản lại dễ chảy máu. Sau khi lấy sỏi bao giờ cũng nên kiểm tra lưu thông hai đầu niệu quản. Sau khi kiểm tra xong chúng tôi đặt ống thông niệu quản cho tất cả các trường hợp lấy sỏi niệu quản nội soi qua phúc mạc và chỉ đặt 6 trong tổng số 30 ca được mổ lấy sỏi niệu quản qua nội soi sau phúc mạc. Chúng tôi thấy rằng nên đặt ống thông niệu quản cho tất cả các can thiệp đi qua phúc mạc để tránh rò nước tiểu vào ổ bụng còn đối với lấy sỏi nội soi qua đường sau phúc mạc thì nếu không có lưu thông hoặc tắc nghẽn phía dưới hoặc không có sỏi thận kèm theo thì việc đặt hay không là tùy thuộc sự quen làm khâu qua nội soi và đánh giá tình trạng của niệu quản của phẫu thuật viên. Khâu lại niệu quản chúng tôi chủ yếu là khâu vắt 34 trường hợp chiếm 77,3% có ưu điểm nhanh và kín, không sợ hẹp nếu đặt ống thông niệu quản, một số tác giả (3,4,5,9) thấy rằng không có sự khác biệt về hiệu quả giữa khâu vắt và khâu mũi rời khi có đặt ống thông niệu quản, tuy nhiên khâu mũi rời thường mất nhiều thời gian và thao tác hơn so với khâu vắt.

Các tai biến trong mổ:

Thủng phúc mạc: Khi lấy sỏi qua nội soi sau phúc mạc một tai biến hay gặp trong mổ đó là thủng phúc mạc, chúng tôi gặp 4 trường hợp trong quá trình phẫu tích do đi lạc đường và 1 trường hợp khi tạo khoang phúc mạc đã bị thủng, 3 trường hợp phải chuyển mổ mở 2 trường hợp còn lại chúng tôi đặt thêm trocar vén thì vẫn lấy được sỏi. Thủng phúc mạc khí vào ổ bụng dễ đẩy trở lại làm cho phẫu trường sau phúc mạc hẹp lại, một số tác giả (3,8) đã khâu lại phúc mạc, chúng tôi thấy rằng khâu lại phúc mạc là một thao tác khá khó vì lúc đó phẫu trường đã bị hẹp, phúc mạc lại rất mỏng, nếu khâu không đúng có thể làm rách thêm và mất thời gian vì vậy chúng tôi thấy rằng không nên khâu phúc mạc khi bị thủng mà nên đặt thêm một trocar nữa để vén phúc mạc.

Sỏi chạy lên thận: Chúng tôi gặp 2 trường hợp sỏi chạy lên thận phải chuyển mổ mở. Khi phẫu tích niệu quản cần phải từ từ và nhẹ nhàng để tránh sỏi chạy lên

niệu quản, tuy nhiên khi sỏi tròn nhẵn, di động niệu quản phía trên giãn thì rất khó kiểm soát, thường chúng tôi dùng cặp chặn phía trên sỏi rồi mở niệu quản giống như kinh nghiệm của một số tác giả (3,4,5)

Thùng các cơ quan lân cận: Chúng tôi không gặp trường hợp nào, theo một số tác giả (3,6) thì đi qua phúc mạc hay gặp tai biến này hơn vì phải hạ đại tràng, bên phải nếu sỏi ở sát bề thận thì còn phải lưu ý đến tá tràng đặc biệt là các trường hợp viêm dính.

Kết quả

Trừ 2 trường hợp rò nước tiểu sau mổ các ca còn lại đều có hậu phẫu ổn định, đau ít, trung tiện trong ngày đầu sau mổ và đến ngày thứ 3 đã có thể ngồi dậy và đi lại, dẫn lưu ổ mổ được rút sau 48h, ống thông niệu quản thường được chúng tôi rút sau 2 tuần và đều không gặp khó khăn gì.

Rò nước tiểu

Rò nước tiểu sau mổ chúng tôi gặp hai trường hợp là những trường hợp đi sau phúc mạc khâu niệu quản mũi rời, không đặt ống thông niệu quản và nên không có rò nước tiểu vào trong ổ bụng mà rò ra ngoài theo ống dẫn lưu sau phúc mạc, theo một số tác giả (3,4,8) thì phần lớn là do sẽ tự liền nếu không có bất tắc phía dưới, chúng tôi không đặt JJ cho trường hợp nào vì khi có rò đưa dây dẫn lên niệu quản có thể dây dẫn sẽ theo lỗ rò ra khỏi niệu quản và làm cho lỗ rò rộng hơn khó liền vì thế chúng tôi chỉ kiểm tra không có tắc nghẽn phía dưới thì không can thiệp gì thêm.

Nhiễm trùng vết mổ trocar: chúng tôi không gặp trường hợp nào

Chảy máu sau mổ: chúng tôi không gặp ca nào, lượng máu mất trong mổ cũng rất ít và không có bệnh nhân nào phải truyền máu sau mổ.

Thời gian mổ và thời gian nằm viện: Thời gian mổ của Gaur là 60 phút của Quang năm 2005 là 80 phút, của Dũng năm 2002 là 121 phút, của Lê Đình Khánh năm 2001 là 140 phút. Bất lợi lớn nhất của mổ nội soi là thời gian kéo dài hơn so với mổ mở tuy nhiên khi phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm, quen làm thì thời gian mổ sẽ được rút xuống và cũng không hơn nhiều so với mổ mở cụ thể là chúng tôi đã có ca mổ chỉ mất có 30 phút.

Thời gian nằm viện của chúng tôi ít nhất là 3 ngày và nhiều nhất là 23 ngày. Có 2 bệnh nhân có thời gian nằm viện lâu thì 1 bệnh nhân có rò nước tiểu, bệnh nhân còn lại do nhà ở xa nên chúng tôi cho nằm viện để rút luôn ống thông niệu quản sau 2 tuần.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản là một phẫu thuật ít sang chấn và hiệu quả đối với sỏi niệu quản

đoạn 1/3 trên và 1/3 giữa. Phẫu thuật có nhiều ưu điểm hơn mổ mở thông thường như bệnh nhân không phải chịu một đường mổ dài, có tính thẩm mỹ, an toàn, thời gian hồi phục sau mổ nhanh và ít đau vì vậy cần phải mở rộng, phát triển kỹ thuật này trở thành thường quy khi đó các thao tác của phẫu thuật viên sẽ ngày càng thành thục và bất lợi duy nhất của phẫu thuật nội soi là thời gian mổ sẽ được rút ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Khánh, Phạm Như Hiệp, Dương Đăng Hỷ: Phẫu thuật nội soi ổ bụng qua đường sau phúc mạc điều trị sỏi niệu quản tại bệnh viện Trung ương Huế. Y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản của tập số 6, số 2, 2002, tr 329-333

2. Ngô Thanh Mai, Vũ Lê Chuyên và cộng sự: Phân tích hiệu quả và độ an toàn của hai phương pháp nội soi hông lưng và nội soi ổ bụng qua phúc mạc trong phẫu thuật lấy sỏi niệu quản đoạn lưng. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 313, số đặc biệt, 2005, tr 163-169

3. Nguyễn Quang, Trần Bình Giang, Vũ Nguyễn Khải Ca, Nguyễn Phương Hồng, Hoàng Long, Lê Việt Khánh, Nguyễn Đức Tiến: Lấy sỏi niệu quản đoạn trên bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc. Y học Việt Nam, số đặc biệt, tập 319 chuyên đề phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp, 2006, tr 228-238

4. Nguyễn Hoàng Đức, Trần Lê Linh Phương, Nguyễn Tân Cương, Vũ Hồng Thịnh: Hiệu quả của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản đoạn sau lưng. Y học Việt Nam, số đặc biệt, tập 319 chuyên đề phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp, 2006, tr 306-312.

5. Dương Văn Trung: Kết quả bước đầu lấy sỏi niệu quản nội soi sau qua đường sau phúc mạc tại bệnh viện bưu điện I Hà Nội. Y học Việt Nam, số đặc biệt, tập 319 chuyên đề phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp, 2006, tr 301-305.

6. Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC, Darshane AS: Retroperitoneal laparoscopic pyelolithotomy. J. Urol 1994, 151, tr 927-929.

7. Rofeim O, Yohannes P, Badlani GH: Does laparoscopic ureterolithotomy replace shock-wave lithotripsy or ureteroscopy for ureteral stones? Current Opinion in Urology, 2001, 11, tr 287-291.

8. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, Madhusudhana HR, Gopichand M: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical consideration and long term follow-up. BJU international, 2002, 89, tr 339-343

9. Rodrigo SS, Pedro R, Marcos AS: Retroperitoneoscopy for treatment of renal and ureteral stones. Int Braz J. Urol 2005, 31 tr 111-116