

# PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN THẬN TRONG BỆNH LÝ THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI: KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU

*Trương Thanh Tùng\**; *Hoàng Long\*\**  
*Trần Bình Giang\*\**; *Trần Văn Hình\*\*\**

## TÓM TẮT

Từ tháng 01 - 2006 đến 02 - 2010, nghiên cứu 10 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bán phần thận trong bệnh lý thận niệu quản (NQ) đôi. Kết quả cho thấy:

Tuổi trung bình 27,6 (22 - 39). 8 BN được cắt thận bán phần theo đường ổ bụng, 2 BN theo đường sau phúc mạc. Cắt NQ thấp 8 trường hợp, cao 2 trường hợp. Thời gian mổ trung bình 125,8 ± 31,4 phút (85 - 180). Lượng máu mất trong mổ < 100 ml. Thời gian nằm viện trung bình 5,5 ngày (4 - 6). Không gặp tai biến, biến chứng lớn, chỉ gặp 2 trường hợp chảy máu nhỏ. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

PTNS cắt thận bán phần trong bệnh lý thận NQ đôi là phẫu thuật an toàn, hiệu quả và mang tính thẩm mỹ, giúp BN rút ngắn ngày nằm điều trị cũng như khả năng phục hồi nhanh.

\* Từ khóa: Thận niệu quản đôi; Cắt thận bán phần; Phẫu thuật nội soi.

## LAPAROSCOPIC HEMINEPHRECTOMY IN THE DUPLEX KIDNEY: THE INITIAL EXPERIENCE

### SUMMARY

*From January, 2006 to February, 2010, studying 10 patients undergone laparoscopic heminephrectomy in the duplex kidney, the result showed that:*

*The average age was 27.6 years (22 - 39). 8 patients were performed transperitoneal route, and 2 patients were retroperitoneal. 8 cases were divided the ureter at low, and 2 cases were high. The average operative time was 125.8 ± 31.4 minutes (85 - 180). The estimated blood loss < 100 ml. The average hospital stay was 5.5 days (4 - 6). There were no considerable complications intra and post operation except 2 cases having minor bleeding. There were not any cases have to convert to open.*

*Laparoscopic heminephrectomy in the duplex kidney is a safe, efficient and cosmetic surgery, it gave the patient having the short hospital stay and rapid convalescence.*

\* *Key words: Duplex kidney; Heminephrectomy; Laparoscopic surgery.*

---

\* Bệnh viện 354

\*\* Bệnh viện Việt Đức

\*\*\* Bệnh viện 103

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

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Các dị tật bẩm sinh thuộc cơ quan tiết niệu sinh dục chiếm 1/3 dị tật bẩm sinh của người. Dị tật thận NQ đôi hoàn toàn hay gặp hơn, chiếm khoảng 1/125 các trường hợp quan sát [2, 6]. Chỉ định can thiệp phẫu thuật khi một trong hai NQ giãn kết hợp với thận tương ứng giãn và mất chức năng. Can thiệp phẫu thuật bao gồm cắt bỏ phần thận bệnh lý cũng như một phần hay toàn bộ NQ liên quan. PTNS cắt nửa thận cực trên được Jordan và Winslow mô tả lần đầu vào năm 1993 [8]. Đến nay, phẫu thuật này đã trở thành kỹ thuật phổ biến cho điều trị BN bị thận NQ đôi. Qua kinh nghiệm những trường hợp đã triển khai tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá bước đầu ưu nhược điểm của phương pháp phẫu thuật này.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

10 BN thận NQ đôi hoàn toàn được PTNS cắt phần thận bệnh lý (ứ niệu và mất chức năng) từ 01 - 2006 đến 02 - 2010 tại Bệnh viện Việt Đức.

Chẩn đoán phần thận ứ niệu mất chức năng dựa trên kết quả siêu âm, chụp UIV, chụp CT và chụp xạ hình thận đánh giá trước mổ.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của 6 BN, tiến cứu 4 BN.

BN đều được thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu chung và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê. Quá trình phẫu thuật tiến hành trên cùng một dàn máy PTNS của hãng Karl-Storz với bộ vi xử lý CCD 3 chip.

#### \* Kỹ thuật mổ:

BN được gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày, sonde niệu đạo, làm sạch ruột và sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ. Có thể đặt thêm catheter vào NQ không bệnh lý cùng bên trước mổ.

- Phẫu thuật theo đường qua ổ bụng: BN nằm nghiêng đối diện 60 - 70<sup>0</sup> có độ thắt lưng, vai và hông cố định. Đặt trocar 10 mm ở đường trắng bên ngang rốn theo phương pháp mở (trường hợp BN gày đặt trocar đầu qua rốn), các trocar thứ 2, 3 (5 mm và 10 mm) ở vị trí trên mào chậu và dưới bờ sườn, khi cần đặt thêm trocar thứ 4 để vén tạng. Bơm khí cacbon dioxit áp lực 10 - 12 mmHg. Bóc tách mạc Toldt, hạ đại tràng, bộc lộ khoang sau phúc mạc, cân Gerota và cơ Psoas. Phẫu tích xác định NQ và tách NQ bệnh lý để kẹp cắt bằng clip. Giải phóng ngược NQ bệnh lý lên trên, xác định mạch máu nuôi phần thận bệnh lý, kẹp và cắt những mạch đó bằng các clip và Hem-o-lock. Cắt phần thận bệnh lý còn lại, kiểm tra lại diện cắt. Lấy bệnh phẩm ra ngoài bằng túi nilon nội soi qua lỗ trocar Optic.

- Phẫu thuật theo đường sau phúc mạc: BN nằm nghiêng đối diện 90<sup>0</sup> có độ thắt lưng, vai và hông cố định. Đặt trocar 10 mm ở đường nách sau, giữa đầu xương sườn XII và mào chậu theo phương pháp mở, các trocar thứ 2, 3 (5 mm và 10 mm) ở trên đường nách giữa và

nách trước. Bơm khí cacbon dioxit áp lực 10 - 12 mmHg. Xẻ cân Gerota vào tìm mốc cơ Psoas. Phẫu tích xác định NQ và tách NQ bệnh lý để kẹp cắt bằng clip. Giải phóng ngược NQ bệnh lý lên trên, xác định mạch máu nuôi phần thận bệnh lý, kẹp và cắt các mạch đó bằng clip và Hem-o-lock. Cắt phần thận bệnh lý còn lại, kiểm tra lại diện cắt. Lấy bệnh phẩm ra ngoài bằng túi nilon nội soi qua lỗ trocar Optic.

\* Theo dõi BN:

Trong mổ, theo dõi huyết động, hô hấp, lượng máu mất, thời gian mổ; sau mổ theo dõi nước tiểu, tình trạng ổ bụng, lỗ chân các trocar, thời gian phục hồi ăn uống, thời gian nằm viện (tính từ khi mổ đến khi ra viện). Ghi chép các trường hợp tai biến, biến chứng.

Dùng phối hợp kháng sinh giữa nhóm cephalosporin thế hệ III với metronidazol hoặc nhóm quinolon. Giảm đau dùng tuý theo từng BN với các thuốc thuộc nhóm morphine và non-steroid.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm BN.**

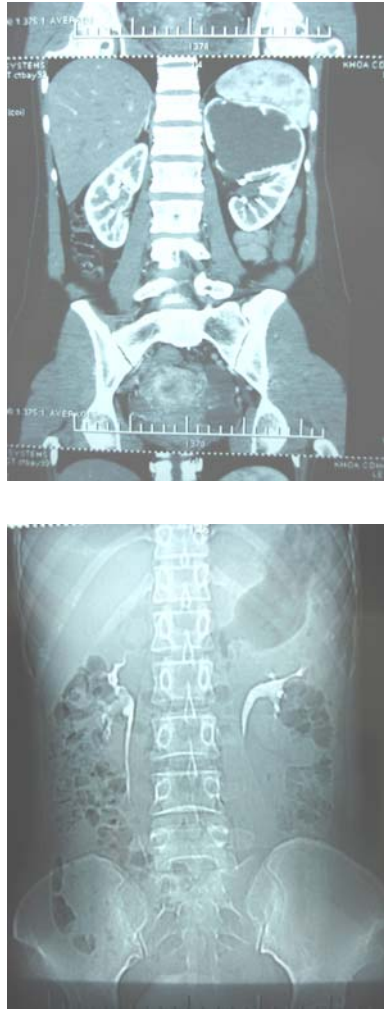
Tuổi trung bình của BN 27,6 (22 - 39), tỷ lệ nữ/nam là 10/10. Theo Chung, SD (2007), các dị tật thận NQ đôi thường được phát hiện từ khi còn nhỏ, đến lứa tuổi trưởng thành, bệnh thường hay gặp ở phụ nữ hơn [5]. Nguyễn Văn Ân (2008), báo cáo 16 trường hợp cắt bán phần thận trên dị tật thận NQ đôi ở người trưởng thành có tỷ lệ nữ/nam là 12/4 [1].

Đau tức vùng thắt lưng cùng bên do thận NQ đôi giãn ứ niệu gặp ở tất cả BN, chỉ có 3 trường hợp sốt và 2 trường hợp có són tiểu. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân (2008) cũng cho thấy triệu chứng chủ yếu là đau thắt lưng cùng bên thận bệnh lý [1]. Theo Hedican, SP (2006), các dị tật thận NQ đôi thường kết hợp với một bất thường NQ đổ vào bàng quang và đây chính là nguyên nhân gây thận ứ niệu và nhiễm trùng lâu ngày dẫn đến mất chức năng thận bệnh lý [6].

### **2. Chẩn đoán trước mổ và chỉ định.**

Chẩn đoán trước mổ chủ yếu dựa vào siêu âm, chụp UIV và chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm cho hình ảnh tương đối rõ ràng về thận và NQ bệnh lý bị giãn ứ niệu, UIV lại có thể cho thấy hình ảnh phân đôi của hệ thống đài bể thận và niệu quản. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính vẫn là phương pháp cho phép đánh giá về mặt hình ảnh một cách tốt nhất, qua đây chúng ta không chỉ phác họa được hình thể mà còn đánh giá được cả chức năng của thận bệnh lý. Tất cả BN trong nghiên cứu đều được làm siêu âm, chụp UIV và chụp cắt lớp vi tính trước mổ, qua đó đã xác định được vị trí, mức độ tắc nghẽn NQ hay trào ngược bàng quang NQ, túi sa NQ vào bàng quang. So sánh chẩn đoán hình ảnh trước mổ và chẩn đoán đại thể khi mổ chúng tôi thấy không có sự khác biệt về kết quả. Gặp 6 trường hợp trào ngược bàng quang NQ, 2 trường hợp túi sa NQ vào bàng quang, 1 trường hợp hẹp NQ đoạn thành bàng quang

và 1 trường hợp NQ đổ ra ngoài bàng quang, tất cả đều có NQ bệnh lý bị giãn và chạy ngoằn ngoèo.



Hình 1: Thận phụ cực trên bên trái (phim CT và UIV).

Chức năng thận phụ bệnh lý được đánh giá trên chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang hoàn toàn phù hợp với kết quả chụp xạ hình thận (thực hiện trên 4 BN đều có chức năng thận phụ bệnh lý trên chụp xạ hình thận giảm rõ rệt). Theo Schlüssel, RN (2002), các trường hợp có biểu hiện đau tức vùng thắt lưng do căng giãn ứ niệu hay nhiễm trùng ngược dòng thì chỉ định cắt bỏ phần thận bệnh lý là cần thiết [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân (2008) cho thấy đa số các trường hợp đều chỉ định cho cắt thận phụ mất chức năng trong bệnh lý thận NQ đôi [1].

Chỉ định PTNS cắt thận và NQ bệnh lý trong bệnh thận NQ đôi cho đến nay đa số thực hiện trên trẻ em, việc thực hiện ở người lớn thường khó khăn hơn do đã có những biến chứng nhất định (giãn thận và NQ, tăng sinh mạch máu, viêm dính do nhiễm trùng ngược dòng). PTNS qua ổ bụng có khoang làm việc rộng hơn và thường sử dụng cho những trường hợp

thận giãn lớn, cần lấy NQ xuống sát thành bàng quang để tránh biến chứng viêm nhiễm tồn dư mỗm cụt NQ còn lại [4, 9]. Chúng tôi gặp 8 trường hợp dùng đường qua ổ bụng, chỉ có 2 trường hợp vào theo đường sau phúc mạc do NQ giãn vừa phải và không cần thiết phải lấy NQ xuống đến tiểu khung.

### **3. Quá trình tiến hành.**

Xử lý NQ: theo Hedican, SP (2006), nên cắt NQ ở mức càng thấp càng tốt để tránh biến chứng nhiễm trùng mỗm cụt NQ còn lại, nếu chưa cắt được hết đoạn NQ bệnh lý, cần hút hết dịch còn đọng lại trong NQ rồi mới kẹp clip [6]. Janetschek, G (1997) khuyên nên giải phóng và cắt NQ bệnh lý trước rồi mới giải phóng và cắt phần thận bệnh lý để tránh rạch 2 vết mổ trong trường hợp phải chuyển mổ mở do quá trình giải phóng và cắt phần thận bệnh lý khó khăn và có nhiều khả năng phải chuyển mổ mở hơn [7]. Chúng tôi đã kẹp mỗm NQ bệnh lý bằng clip cỡ lớn có tăng cường thêm các mối buộc, cắt NQ ở mức sát xuống tiểu khung và thành bàng quang cho 8 trường hợp NQ giãn xuống thấp, chỉ có 2 trường hợp NQ giãn vừa nên kẹp cắt NQ ở mức cao hơn. Tất cả đều được cắt NQ bệnh lý trước khi giải phóng xử lý cuống thận cũng như cắt phần thận bệnh lý.

Xử lý vùng cuống thận: theo Hedican, SP (2006), Hoàng Long (2010), việc phẫu tích bóc tách NQ và bể thận bệnh lý ở vùng cuống thận phải hết sức thận trọng, đặc biệt trong trường hợp viêm dính, tránh gây tổn thương các mạch cuống thận cũng như NQ và bể thận của thận lành, với trường hợp NQ được cắt rồi, có thể lộn phần NQ đã giải phóng vào trong lòng bể thận kéo ngược lên để tạo thuận lợi cho giải phóng và xử lý quanh cuống thận [3, 6]. Trong nghiên cứu, khi bóc tách phần quanh cuống, chúng tôi không gặp trường hợp nào khó khăn, sử dụng kỹ thuật kéo ngược phần NQ đã cắt vào trong lòng bể thận rất thuận lợi cho phẫu tích bóc tách vùng quanh cuống thận. Đa số không cần xử lý mạch nuôi vùng thận bệnh lý mà chỉ cần cầm máu kỹ diện cắt tiếp xúc với phần nhu mô thận lành.

Xác định ranh giới cắt phần thận bệnh lý: theo Hedican, SP (2006), phần thận bệnh lý thường dễ dàng nhận ra khi soi bằng dụng cụ nội soi hay kẹp mạch cực thận do biến đổi màu sắc so với phần thận lành [6]. Chung SD (2007) khuyên có thể dùng chất chỉ thị màu như xanh methylene bơm ngược từ NQ lành lên để phân biệt ranh giới thận lành và thận bệnh lý [5]. Các trường hợp trong nghiên cứu đều nhận biết ranh giới dễ dàng mà không phải dùng thủ thuật trên, do phần thận bệnh lý ứ niệu và giãn mỗm, vấn đề chủ yếu là không nên cắt quá vào nhu mô phần thận lành do dễ gây chảy máu cho diện cắt.

### **4. Một số kết quả.**

Thời gian mổ trung bình  $125,8 \pm 31,4$  phút (85 - 180), lượng máu mất trong mổ < 100 ml, thời gian nằm viện trung bình là 5,5 ngày (4 - 6). Không xảy ra các tai biến trong mổ cũng như biến chứng sau mổ nào đáng kể, chỉ có 2 trường hợp chảy máu ít ở diện cắt thận bệnh lý, nhưng về sau đã xử lý bằng đốt điện và khâu cầm máu tốt. Theo dõi sau mổ 3 tháng

không thấy trường hợp nào xuất hiện rò hay nhiễm trùng mủm cụt NQ, thoát vị và nhiễm trùng lỗ trocar. Kết quả của chúng tôi khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với Nguyễn Văn Ân, Janetschek, G và Chung SD [1, 5, 7].

## KẾT LUẬN

Qua những trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy: PTNS cắt bán phần thận trong bệnh lý thận đôi là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả và mang tính thẩm mỹ, giúp BN rút ngắn ngày nằm điều trị cũng như khả năng phục hồi nhanh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ân và CS. PTNS ổ bụng cắt bán phần thận NQ trên dị tật thận NQ đôi ở người trưởng thành. Y học TP.HCM, 2008, 12( 4), tr.140-144.
2. Trần Đức Hòa. Dị tật bẩm sinh của thận, đường dẫn niệu trên và cơ quan sinh dục. Bệnh học Tiết niệu. NXB Y học. 2003, tr.573-588.
3. Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca. Cắt bán phần thận NQ qua nội soi ổ bụng do dị tật thận NQ đôi ở phụ nữ trưởng thành. Y học Việt Nam/ 2010, 375 (2), tr.268-276.
4. Brehmer B., Makris A., Jakse G. Laparoscopic heminephrectomy and resection of ectopic ureter in an adult. Urol Int. 2007, 79 (3), pp.280-283.
5. Chung SD, Hung SF, Tai HC, Chueh SC, Yu HJ. Laparoscopic heminephrectomy in adult females with complete duplication and an ectopic ureter. JTUA. 2007, 18, pp.161-163.
6. Hedican SP, Nakada SY. Renal surgery: Benign disease, cyst ablation, and calicelectomy. Textbook of Endourology. BC Decker Inc. 2006, pp.505-532.
7. Janetschek G., Seibold J., Radmayr C., Bartsch G. Laparoscopic heminephrectomy in pediatric patients. The Journal of Urology. 1997, 158 (5), pp.1928-1930.
8. Jordan GH., Winslow BH. Laparoendoscopic upper pole partial nephrectomy with ureterectomy. The Journal of Urology, 1993, 150 (3), pp.940-943.
9. Schlussek RN., Retik AB. Ectopic ureter, ureterocele, and other anomalies of the ureter. Campbell's Urology. WB Saunders. 2002, pp.2007-2052.