

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA VỚI ĐƯỜNG VÀO TỐI THIỂU DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CAMERA TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI

BÙI SỸ TUẤN ANH,
NGUYỄN VŨ MINH THIÊN, TRẦN KIÊN
Bệnh viện Giao thông Vận tải

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera tại Bệnh viện Giao thông Vận tải, đưa ra nhận xét về hiệu quả của phương pháp.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 105 bệnh nhân được tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera tại Bệnh viện Giao thông Vận tải trong 2 năm: từ tháng 3/2017 đến tháng 6/2020.

Kết quả: có 105 bệnh nhân thành công (100%), trong đó có 64 nam (61%) và 41 nữ (39%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân 54 ± 10 tuổi (từ 28 đến 73 tuổi) không có bệnh nhân chuyển mổ mở (0%). Thời gian mổ trung bình 90 ± 10 phút (ca ngắn nhất 75 phút, dài nhất 130 phút). Thời gian nằm viện trung bình 8,8 ngày (ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 14 ngày). Tỷ lệ bệnh nhân hết sạch sỏi trên 90%. Kích thước sỏi trung bình 25 ± 10 mm (lớn nhất 45 mm). 100% các ca tán sỏi bằng laser. Thời gian rút dẫn lưu bể thận trung bình: 3,2 ngày, rút dẫn lưu hố thận: 4,5 ngày, rút sonde JJ sau 07 ngày. Biến chứng chảy máu sau mổ: 0% áp xe quanh thận: 0%.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera là một phương pháp tán sỏi có tỷ lệ thành công cao, hiệu quả tốt, an toàn, hạn chế tai biến biến chứng, hồi phục nhanh có thể áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: Sỏi thận, đường vào tối thiểu, hố thận.

SUMMARY

EVALUATED THE EFFECTIVENESS OF MINIMUM PERCUTANEOUS WITH CAMERA-GUIDED AT DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY OF TRANSPORT HOSPITAL

Introduction: Minimally invasive treatments have almost completely replaced open surgery in the management of the kidney stone disease.

Our study aimed to evaluate the effectiveness of minimum percutaneous with

camera-guided at Department of General Surgery of Transport Hospital from 03 - 2017 to 06 - 2020.

Material and Methods: Propective study of 105 kidney stone cases treated by minimum percutaneous with camera-guided management at Department of General Surgery of Transport Hospital from 03 - 2017 to 06 - 2020. Patients underwent endotracheal anesthesia. Minimum percutaneous renal access tract was performed under camera guidance with Amplatz dilation sheath 18fr. Holmium laser nephrolithotripsy was used with semi-rigid ureteroscope. **Objective:** Evaluate the postoperative stone free rate and complication rate.

Results: 105 cases with successful rate 100%. 64 males (61%) and 41 females (39%) with the average age of 54 ± 10 (range from 28 to 73 years old). Stone site: Renal pelvis 36%; in scattered calyx 44%; staghorn calculi 30%. Right kidney stone 26%; left kidney stone 46%; two-side kidney stone 28%. Stone size mean 25 ± 10 mm (range from 20 to 45). Average operative time: 90 minutes (range from 75 -130). Laser lithotripsy and stone removal are successful in 100% cases. The mean of hospital stay 8.8 day (range from 7 to 14). Nephrostomy tube removal after 3.2 day (range from 2 to 5). Retroperitoneal tube removal after 4.5 day (range from 4 to 7). Sonde JJ removal after 07 day.

Conclusion: Minimum percutaneous with camera-guided offers many advantages and should be popular chosen in the treatment of kidney stone.

Keywords: Kiney stone, mini-PCNL, minimally invasive treatment, retroperitoneal.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là một bệnh lý rất thường gặp, chiếm tỷ lệ 40% trong số các bệnh nhân sỏi tiết niệu nói riêng và chiếm 1-4% dân số Việt Nam nói chung. Chính vì mức độ phổ biến của bệnh lý này nên đã có rất nhiều phương pháp khác nhau được đưa ra để điều trị sỏi thận. Xu hướng hiện nay là các phương pháp ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả cao.

Tán sỏi thận qua da là một kỹ thuật cao, ít xâm hại, trong quá trình tiến hành người bệnh ít chảy máu, ít đau và thời gian hồi phục nhanh, sớm trở lại công việc so với phẫu thuật mở. Kỹ

Chịu trách nhiệm: Bùi Sỹ Tuấn Anh

Email: drtuananhbvg@gmail.com

Ngày nhận: 12/10/2020

Ngày phân biện: 19/11/2020

Ngày duyệt bài: 10/12/2020

thuật này còn tránh được sẹo mổ lớn cho người bệnh, đồng nghĩa với việc tránh được các biến chứng của một vết mổ rộng để vào thận lấy sỏi, khắc phục được tình trạng sót sỏi, giảm tối đa tình trạng nhiễm trùng vết mổ so với phương pháp mổ thường.

Tại Bệnh viện Giao thông Vận tải, phương pháp tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera đã được đưa vào triển khai từ đầu năm 2017. Qua hơn 3 năm, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật trên 105 bệnh nhân, đem lại kết quả tốt. Qua đây, chúng tôi thực hiện nghiên cứu báo cáo nhằm đánh giá kết quả, hiệu quả của phương pháp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

105 bệnh nhân được tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera tại Bệnh viện Giao thông Vận tải trong thời gian từ 3-2017 đến 6-2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân có tuổi từ 28 đến 75 không phân biệt giới tính.

Sỏi bể thận, đài bể thận có ĐK ≥ 20 mm.

Sỏi niệu quản sát bể thận (sỏi nằm ở vị trí tiếp nối giữa bể thận và niệu quản).

Sỏi rải rác các đài bể thận.

Sỏi san hô < 50 mm.

Sỏi sót trên bệnh nhân đã tán sỏi ngoài cơ thể

Sỏi thận trên bệnh nhân không có dị dạng bất thường thận niệu quản.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Những bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng; thận ứ nước trên CLVT mất chức năng, siêu âm đài bể thận giãn rộng, nhu mô mỏng < 5mm, (bình thường nhu mô thận dày # 15mm).

Bệnh nhân có rối loạn yếu tố đông máu, các bệnh nhân có chống chỉ định của gây mê nội khí quản.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả không đối chứng

Phương pháp phẫu thuật

Vô cảm: Gây mê nội khí quản

Bệnh nhân tư thế dạng chân, đặt catheter bể thận – niệu quản – niệu đạo. Đặt 1 đường truyền dịch liên tục vào catheter này để bơm nước vào bể thận.

Chuyển tư thế: bệnh nhân nằm nghiêng sang bên đối diện bên dự kiến tán sỏi, có gối đệm kê ở eo lưng.

Rạch da ngay đầu dưới xương sườn XII trên đường nách giữa dài khoảng 1,5cm, tách cân cơ lưng, dùng pince bóc tách khoang lưng hông. Đặt bóng cao su vào khoang vừa bóc tách, bơm 200-

250ml khí để làm rộng thêm khoang làm việc. Sau đó xả hơi và rút bóng, đặt trocar 10mm vào vị trí này, bơm khí CO₂ với áp lực 12mmHg.

Đặt ống soi qua trocar này. Dưới hướng dẫn của camera đặt thêm 1 trocar 5mm trên đường nách sau cho cho người mổ chính. Dùng pince phẫu tích khoang sau phúc mạc, tách lớp mỡ cạnh thận, bộc lộ thận.

Chọc kim thăm dò qua da vào bể thận dưới hướng dẫn của camera, sau đó nong tạo đường hầm vào bể thận, đặt Amplatz vào đường hầm.

Đặt ống soi qua đường hầm vào bể thận, tìm và tán sỏi bằng laser Holmium. Vụn sỏi được bơm rửa ra ngoài dưới áp lực nước qua máy bơm.

Sau khi kiểm tra hết sỏi, rút catheter bể thận - niệu quản, đặt JJ niệu quản xuôi dòng. Rút máy, đặt dẫn lưu bể thận bằng sonde Foley. Đặt dẫn lưu hố thận bằng sonde silicone qua lỗ trocar 10mm. Khâu cố định dẫn lưu.

3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

KẾT QUẢ

Trong 105 bệnh nhân có 64 bệnh nhân nam (61%), 41 bệnh nhân nữ (39%). Độ tuổi trung bình: 54 \pm 10 tuổi. Bệnh nhân cao tuổi nhất: 73, nhỏ tuổi nhất: 28

Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện suy thận trước mổ: 67 ca (63.8%)

Bệnh nhân được gây mê NKQ 100%.

Không có bệnh nhân chuyển mổ mở.

Thời gian mổ trung bình: 90 \pm 10 phút. dài nhất 130 phút, ngắn nhất: 75 phút.

Vị trí sỏi:

+ Bên trái: 26%, bên phải 46%, cả 2 bên 28%.

+ Sỏi rải rác các nhóm đài: 44%; sỏi bể thận: 36%; sỏi san hô: 30%

Kích thước sỏi trung bình: 25 \pm 10 mm, lớn nhất: 45mm

Tỷ lệ hết sạch sỏi là 87%

Tỷ lệ sót sỏi: 13%

Thời gian rút dẫn lưu bể thận trung bình: 3,2 ngày (2- 5 ngày)

Thời gian rút dẫn lưu hố thận trung bình: 4,5 ngày (4 - 7 ngày)

Thời gian rút sonde JJ trung bình: 07 ngày

Biến chứng chảy máu sau mổ: 0 ca (0%)

Biến chứng áp xe quanh thận, hố thận: 0 ca (0%)

Thời gian nằm viện trung bình: 8,8 ngày (7- 14 ngày)

Thời gian hậu phẫu trung bình: 7,6 ngày (6 - 10 ngày)

BÀN LUẬN

Tuổi và giới. Bệnh nhân chủ yếu nằm trong

độ tuổi lao động, yêu cầu một phương pháp mổ ít tổn thương, hồi phục nhanh, hạn chế biến chứng và giảm khả năng lao động sau này. Phương pháp này giúp bệnh nhân sớm trở lại lao động và sinh hoạt.

Tất cả các bệnh nhân đều được chụp CTScanner trước mổ nhằm đánh giá chức năng thận, hình dáng, đường đi hệ tiết niệu, vị trí sỏi, độ dày của nhu mô thận, tư thế nằm của thận nhằm định hướng cho quá trình chọc kim tạo đường hầm.

Thời gian mổ được rút ngắn dần. Ban đầu thời gian mổ kéo dài > 3 tiếng. Sau khi thành thạo phương pháp và tích lũy kinh nghiệm, chúng tôi đã rút ngắn được thời gian mổ xuống dưới 90 phút.

Không có trường hợp chuyển mổ mở. Dưới sự hướng dẫn của camera trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi có thể định vị vị trí chọc kim để tạo đường hầm vào thận, cũng hạn chế các biến chứng trong quá trình tán sỏi, không phải dừng cuộc mổ để chuyển phương pháp.

Tỷ lệ sạch sỏi cao. Hầu hết các bệnh nhân hết sỏi qua 1 lần phẫu thuật. Ở các bệnh nhân sỏi rải rác nhiều vị trí, chúng tôi vẫn có thể chọc đường dò thứ 2, 3 dưới hướng dẫn của camera để tiếp tục tán sỏi.

Phương pháp Tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera có những ưu điểm: Bệnh nhân ít đau, hồi phục nhanh, sớm trở lại lao động và làm việc, phẫu thuật viên là người chủ động trước, trong và sau phẫu thuật.

Phương pháp chưa gặp các biến chứng như chọc kim vào đại tràng, màng phổi: dưới hướng dẫn tường minh của camera, chúng tôi không bị phạm vào các lối nói trên. Tỷ lệ biến chứng này ở phương pháp của chúng tôi là 0%.

Apex sau mổ: Do đặt dẫn lưu vào khoang sau phúc mạc sau khi rút máy nên dịch máu, nước tiểu, dịch rửa được dẫn lưu hết ra ngoài. Tỷ lệ biến chứng này ở phương pháp của chúng tôi là 0%.

Biến chứng chảy máu do chọc dò bể thận: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi chưa gặp biến chứng chảy máu đến mức phải thêm trocar khâu cầm máu nhu mô. Trong trường hợp chảy máu chúng tôi có thể bơm rửa qua lỗ trocar 1 hoặc đặt thêm trocar thứ 3 khâu cầm máu hoặc bơm rửa nếu cần thiết.

Sự độc lập và chủ động của phẫu thuật viên trước trong và sau phẫu thuật. Trước mổ chúng tôi không cần sự hỗ trợ của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh hoặc các phương tiện như máy siêu âm, C-arm. Trong mổ, phẫu thuật viên trực tiếp

nhìn thấy điểm chảy và nguồn chảy máu ở bề mặt hoặc bên trong nhu mô thận và có hướng xử trí. Sau mổ, chúng tôi đặt dẫn lưu khoang sau phúc mạc qua lỗ trocar 1 để theo dõi và bơm rửa khi cần thiết.

KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da với đường vào tối thiểu dưới hướng dẫn của camera là một phương pháp tán sỏi thận có tỷ lệ thành công cao, an toàn, ít biến chứng, là một lựa chọn trong các phương pháp tán sỏi thận qua da điều trị sỏi thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Y Dược TP HCM** (2006), “Phẫu thuật ít xâm hại trong”. Tiết niệu học, NXB Y học TP HCM.
2. **Lê Quang Cát, Nguyễn Bửu Triều** (1991). “Giải phẫu xoang thận người và các vấn đề trong mổ bể thận lấy sỏi. Hình thái học 2:2-16.
3. **Lê Sĩ Trung**, (2002). “Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nội soi tán sỏi qua da phối hợp với tán sỏi ngoài cơ thể trong điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu”, Tạp chí Ngoại khoa, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học tham gia hội nghị Ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ 12: 279 – 283.
4. **Ngô Gia Hy** (1980), “Sỏi cơ quan tiết niệu”. Niệu học 1 NXB Y học - TP Hồ Chí Minh: 50-146.
5. **Nguyễn Kỳ** (2003). “Phương pháp điều trị ngoại khoa về sỏi đường tiết niệu” Bệnh học tiết niệu. NXB Y học Hà Nội: 255-268.
6. **Trần Đức Hòe** (2002). “Phẫu thuật qua da của sỏi thận”. NXB Khoa học và kỹ thuật Hà Nội: 442-477.
7. **Frank H. Netter** (1972), “Atlas of Human Anatomy”, CiBa, Geigy Corporation, pp. 338, 351.
8. **Grave FT**, (1979) “The anatomy of the intrarenal arteries and its application to the sergmental resection of the kidney”. Br. J. Surg 42: 132 - 139.
9. **Mani Menon, M.D.** (1998). “Urinary lithiasis: Etiology, Diagnosis, and Medical management”. Campells urology (3): 2661 - 2734.
10. **Murphy B. T, Pyrah L. N.**, (1962). “The composition, structure, and mechanisms of the formation of urinary calculi”. Br. J. Urol 34: 129-159.
11. **Sampaio FJB, Arago A H M**, (1990). “Anatomical relationship between the intrarenal arteries and the kidney collecting system”. J. Urol. 143: 679 - 681.
12. **Sampaio F J B, Arago A H M**, (1990). “Anatomical relationship between the renal venous arrangement and the kidney collecting system”. J. Urol. 144: 1089 - 1093.
13. **Sampaio FJB, Passos MARF**, (1992). “Renal arteries: Anatomic study for surgical and radiological practice”. Surg. Radio. Anat.14: 113 - 117.