

TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN ĐƠN THUẦN

Trương Thanh Tùng*, Vũ Nguyễn Khải Ca**,
Hoàng Long**, Đỗ Trường Thành**, Nguyễn Quang**, Trần Bình Giang**,
Nguyễn Đức Tiến**, Trần Văn Hình***, Nguyễn Phú Việt***

TÓM TẮT

Nghiên cứu 130 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt thận đơn thuần tại 2 trung tâm, chúng tôi nhận thấy:

Tuổi trung bình 48,15 năm (5 - 75), Thận giãn ứ niệu do hội chứng Junction 15,38%, do sỏi tiết niệu 62,31%. Thận teo 22,31%. Thận bị nhiễm trùng 14,62%. Tỷ lệ TB-BC 14,62%. Tỷ lệ tai biến trong mổ 9,23%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 5,39%. Chuyển mổ mở 3,08%, nguyên nhân chuyển mổ mở do chảy máu và tổn thương mạch máu.

*Từ khóa: Tai biến - biến chứng; Phẫu thuật nội soi; Cắt thận đơn thuần.

SUMMARY

Disaster - complication of laparoscopic simple nephrectomy

Study on 130 cases undergone laparoscopic simple nephrectomy at 2 centres, we realize that:

Mean age 48,15 years (range 5 - 75). Hydronephrosis because of: junction syndrom was 15.38%; urological calculi was 62.31%. Renal atrophy was 22.31%. Chronic renal infection was 14.62%. The disaster-complication rate was 14.62%. The operative disaster rate was 9.23%. The postoperative complication rate was 5.39%. Conversion to open surgery was 3.08%, the cause of conversion to open surgery is bleeding and vascular injury.

* **Key words:** Disaster - complication; Laparoscopic surgery; Simple nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, cắt thận nội soi đang ngày càng được chỉ định thường xuyên hơn cho

những bệnh lý lành tính, ác tính hay cắt thận để ghép (live-donor) tại các trung tâm ngoại khoa lớn trên toàn quốc. Qua kinh nghiệm từ 2 trung tâm (Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện 103), chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích và đánh giá những tai biến - biến chứng (TB-BC) xảy ra trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt thận đơn thuần (simple nephrectomy).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

130 bệnh nhân (BN) bao gồm: nam 84BN, nữ 46BN. Được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thận đơn thuần (CTĐT) do các bệnh thận lành tính tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện 103 từ tháng 01/2006 đến tháng 08/2010.

Đánh giá mất chức năng thận khi chụp phóng xạ thận với 99mTc-DTPA < 10% (cần nhắc chỉ định cắt thận khi < 20%).

2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả có phân tích. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung. Các BN được lựa chọn, chuẩn bị và điều trị theo một quy trình thống nhất. Cắt thận theo kỹ thuật CTĐT và được thực hiện trên dàn máy nội soi Karl-Storz.

3. 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.

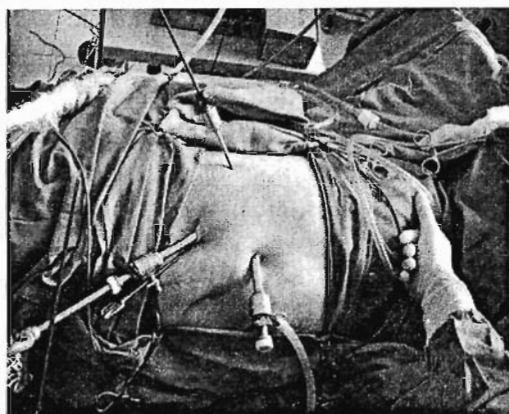
*Cắt thận nội soi qua ổ bụng.

BN nằm nghiêng đối diện (60° - 70°) có

* Bệnh viện 354; **Bệnh viện Việt Đức; ***Bệnh viện 103

độn thất lưng, vai và hông cố định. Đặt trocar 10mm ở đường trắng bên ngang rốn theo phương pháp mở, các trocar thứ 2, 3 (5mm và 10mm) ở vị trí trên mào chậu và dưới bờ sườn, khi cần đặt thêm trocar thứ 4 vén tạng. Bơm khí CO₂ tốc độ ban đầu 2,5l/phút, duy trì áp lực 10 - 12mmHg. Bóc tách mạc Toldt, hạ đại tràng bọc lộ cân Gerota, xẻ qua cân

vào mặt trước thận. Phẫu tích xác định cuống thận, kẹp cắt động mạch, tĩnh mạch thận bằng các clip titanium, Hem-o-lock, tĩnh mạch tăng cường bằng các mối chỉ buộc vicryl 2.0. Bóc tách, kẹp cắt niệu quản bằng clip hoặc mối chỉ buộc, giải phóng thận khỏi khoang và lấy ra ngoài bằng túi nilon nội soi qua lỗ trocar optic.



Hình 1 : Vị trí trocar trong CTĐT (qua ổ bụng và sau phúc mạc).

* Cắt thận nội soi sau phúc mạc.

BN nằm nghiêng đối diện 90° có độn thất lưng, vai và hông cố định. Rạch da 1,5cm ở đường nách giữa trên mào chậu theo phương pháp mở, tách cơ vào khoang sau phúc mạc, tạo khoang kiểu Gaur (500ml không khí), đặt trocar 10mm, bơm khí CO₂ tốc độ ban đầu 2,5l/phút, duy trì áp lực 10 - 12mmHg, đặt các trocar thứ 2, 3 (5mm và 10mm) ở đường nách sau và đường nách trước dưới xương sườn XII. Xác định cơ Psoas, xẻ cân Gerota vào khoang thận, kéo thận ra phía trước bọc lộ cuống thận, kẹp cắt động mạch, tĩnh mạch thận bằng các clip titanium hay Hem-o-lock, tĩnh mạch tăng cường bằng các mối chỉ buộc vicryl 2.0. Tỉn niệu quản kẹp cắt bằng clip hoặc mối chỉ buộc, giải phóng thận khỏi khoang thận và lấy ra ngoài bằng túi nilon nội soi qua lỗ trocar optic.

4. Theo dõi bệnh nhân.

Trong mổ theo dõi huyết động, hô hấp, và các tai biến có thể xảy ra: chảy máu; tổn thương tạng; tổn thương ruột; tổn thương mạch máu; tràn khí dưới da; tắc mạch khí; tràn khí màng phổi ... Sau mổ theo dõi toàn thân, lượng nước tiểu, và các biến chứng có thể xảy ra: Tụ máu vùng bụng, búi; đau tại chỗ; chảy máu sau mổ; thoát vị lỗ trocar; nhiễm trùng lỗ trocar; tràn dịch màng tinh hoàn cấp; nghẽn các tĩnh mạch sâu; cơn globulin niệu kịch phát ...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân:

Lứa tuổi trung bình 48,15 năm (5 - 75), với chỉ số BMI (body mass index) từ 19 - 30. Các BN từ lứa tuổi trưởng thành trở xuống thường có nguyên nhân là hội chứng Junction (15,38%), trong khi các BN từ lứa tuổi trưởng

thành trở lên lại thường do bị sỏi tiết niệu lâu ngày gây thận giãn ứ niệu mất chức năng (62,31%). Các trường hợp (TH) thận teo chiếm 22,31%, thận bị nhiễm trùng từ trước 14,62%, và BN có tiền sử mổ cũ 6,92%. Xếp loại sức khỏe BN trước mổ ở độ ASA: I 21,54%; II 69,15%; và III 9,23% (ASA - American Society of Anesthesiologists: Hội gây mê Mỹ). Vũ Lê Chuyên (2005) nghiên cứu 40TH PTNS qua ổ bụng cắt thận, lứa tuổi trung bình $52,4 \pm 17,1$ năm, thận ứ niệu mất chức năng 17/40, thận teo mất chức năng 12/40. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2005) nghiên cứu 24 TH PTNS sau phúc mạc cắt thận, lứa tuổi 17 - 72 năm, ASA II: 15/24, thận ứ niệu 13/24, thận teo 10/24 [1, 2].

2. Các tai biến - biến chứng:

Tỷ lệ TB-BC gặp 14,62%. Chuyển mổ mở 3,08%, nguyên nhân chuyển mổ mở do: tổn thương mạch máu 1TH; chảy máu diện phẫu tích và không nhận biết được cuống thận 3TH. Rassweiler JJ (1998) nghiên cứu đa trung tâm trên 482TH cắt thận nội soi (444TH cắt thận lạnh tính) cho thấy tỷ lệ TB-BC 6% và chuyển mổ mở 10%. Hemal AK (1999) nghiên cứu 126TH PTNS CTĐT có 17% gặp TB-BC và 12% chuyển mổ mở. Kim BS (2009) nghiên cứu 505TH cắt thận nội soi qua ổ bụng có 13,70% TB-BC và 3% phải chuyển mổ mở [4, 6, 10].

Qua các nghiên cứu, nhiều tác giả cho rằng tỷ lệ TB-BC trong PTNS cắt thận nói chung tăng lên trong các nhóm BN có: tiền sử mổ cũ; BMI cao (> 30); độ ASA cao (III, IV); thận bị nhiễm trùng mãn tính từ trước; viêm bể thận u hạt vàng hay lao thận [6, 7, 9]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ thấy tỷ lệ TB-BC tăng trong nhóm: có độ ASA cao (25,00%); thận bị nhiễm trùng từ trước (21,05%). Tỷ lệ TB-BC không tăng ở các TH có tiền sử mổ cũ do chúng tôi đã chủ động

lựa chọn đường vào theo nguyên tắc tránh đường vào cũ, đồng thời thận trọng trong quá trình đặt trocar và phẫu tích.

2.1. Tai biến trong mổ:

Tỷ lệ tai biến chung trong mổ là 9,23%. Trong đó chảy máu là tai biến thường gặp nhất 5/12 TH, chảy máu xuất phát từ diện tiếp xúc tuyến thượng thận hay các TH có viêm dính quanh thận gây khó khăn cho quá trình phẫu tích và đi vào cuống thận gặp 3/5TH, chảy máu từ tĩnh mạch sinh dục 1/5TH, và chảy máu từ động mạch phụ cực trên thận 1/5TH. Các TH còn lại: tràn khí dưới da 4/12TH; tổn thương tạng (rách bao lách) 1/12TH; tổn thương ruột (ruột non do đầu Hook đâm vào) 1/12TH; tổn thương mạch máu (phần còn lại của tĩnh mạch thận trong cắt thận phải) 1/12TH. Gill IS (1995) nghiên cứu 185TH cắt thận nội soi cho thấy tai biến tổn thương mạch máu 1,5%, tràn khí màng phổi 0,5%. Rassweiler JJ (1998), tổn thương mạch máu 4,6%, tổn thương ruột 0,6% [3, 10].

Tràn khí dưới da thường biểu hiện rõ ràng với biểu hiện sờ lép búp dưới da quanh vùng bụng hay bìu. Các TH tràn khí dưới da đều liên quan đến vết rạch da cân quá rộng, không ôm sát chân vỏ trocar, trong khi chỉ dùng kim răng chuột để kẹp giữ phần da nhằm tránh thoát khí CO_2 ra ngoài. Mặc dù theo Ng CS (1999) tỷ lệ gặp tai biến tràn khí dưới da trong PTNS sau phúc mạc thường cao hơn so với PTNS qua ổ bụng nhưng trong nghiên cứu này tỷ lệ tràn khí dưới da lại chia đều cho cả đường qua ổ bụng (2TH) và đường sau phúc mạc (2TH) [8].

Cả 2TH tổn thương tạng và ruột đều liên quan đến đường qua ổ bụng, trong khi 1TH duy nhất tổn thương mạch lại theo đường sau phúc mạc. Phù hợp với nhận định của: Kavoussi (1993), PTNS đường qua ổ bụng

thường hay xảy ra tổn thương ruột và các tạng hơn đường sau phúc mạc; và Vallancien G (2002), PTNS đường sau phúc mạc dễ gây tổn thương các mạch máu lớn hơn đường qua ổ bụng [5, 11].

2.2. Biến chứng sau mổ:

Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 5,39%. Bao gồm: tụ máu dưới da 2/7TH; đau thần kinh cơ 3/7TH; nhiễm trùng lỗ trocar 2/7TH. Tất cả các biến chứng đều khỏi sau vài ngày theo dõi và thay băng. Chúng tôi không gặp biến chứng thoát vị lỗ trocar; nghẽn tĩnh mạch sâu hay cơn globulin niệu kịch phát. Theo Gill IS (1995) biến chứng sốt sau mổ hay gặp nhất là 1,5%, tiếp đến là tổn thương thần kinh cơ 1%, và thoát vị lỗ trocar 1%. Rassweiler JJ (1998), tụ máu dưới da chiếm tỷ lệ cao nhất 1,4%, sốt sau mổ 0,8%, và thoát vị lỗ trocar 0,2% [3, 10].

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tỷ lệ TB-BC của 130TH được PTNS CTĐT tại 2 trung tâm Ngoại khoa chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ TB-BC gặp 14,62%. Tỷ lệ TB-BC tăng trong nhóm: có độ ASA cao (25,00%); thận bị nhiễm trùng từ trước (21,05%).

Tỷ lệ tai biến chung trong mổ 9,23%. Bao gồm: chảy máu 5/12 TH; tràn khí dưới da 4/12TH; tổn thương tạng (rách bao lách) 1/12TH; tổn thương ruột (ruột non do đầu Hook đâm vào) 1/12TH; tổn thương mạch máu (phần còn lại của tĩnh mạch thận trong cắt thận phải) 1/12TH.

Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ 5,39%. Bao gồm: tụ máu dưới da 2/7TH; đau thần kinh cơ 3/7TH; nhiễm trùng lỗ trocar 2/7TH.

Chuyển mổ mở 3,08%, nguyên nhân chuyển mổ mở do: tổn thương mạch máu 1TH; chảy máu diện phẫu tích và không nhận biết được cuống thận 3TH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên và CS. Những kinh nghiệm qua 40 trường hợp cắt thận bệnh lý qua nội soi ổ bụng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2005, số đặc biệt tháng 8, tr. 33-38.
2. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và CS. Cắt thận qua nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính: kinh nghiệm ban đầu qua 24 trường hợp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2005, số đặc biệt tháng 8, tr. 39-48.
3. Gill IS et al, "Complications of laparoscopic nephrectomy in 185 patients: a multi-institutional review", J Urol, 1995, 154, pp.479.
4. Hemal AK, Wadhwa SN, Kumar M, Gupta NP. Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for giant hydronephrosis. The Journal of urology. 1999, 162(1), pp. 35-39.
5. Kavoussi LR, Sosa E, Chandoke P, et al, "Complications of laparoscopic pelvic lymph node dissection", J Urol, 1993, 149, pp.322-325.
6. Kim BS, Yoo ES, Kwon TG, "Complications of transperitoneal laparoscopic nephrectomy: a single-center experience", Urology, 2009, 73(6), pp.1283-7.
7. Kim M, Moore DK, Moore RG, "Laparoscopic simple nephrectomy: Current status", Textbook of Laparoscopic Urology, Informa Healthcare USA, 2006, pp.241.
8. Ng CS, Gill IS, Sung G, et al, "Retroperitoneoscopic surgery is not associated with increased carbon dioxide absorption", J Urol, 1999, 162, pp.1268-1272.
9. Parsons JK, Varkarakis I, Rha KH, et al, "Complications of abdominal urologic laparoscopy: Longitudinal five-year analysis", Urology, 2004, 63, pp.27-32.
10. Rassweiler J, Frede T, Henkel TO, Stock C, Alken P. Nephrectomy: A Comparative Study between the Transperitoneal and Retroperitoneal Laparoscopic versus the Open Approach. Eur Urol. 1998, 33, pp. 489-496.
11. Vallancien G, Cathelineau X, Baumert H, et al, "Complications of transperitoneal laparoscopic surgery in urology: Review of 1,311 procedures at a single center", J Urol, 2002, 168, pp.23-26