

lập kế hoạch hoạt động y tế.

5.3. Biểu mẫu, sổ sách: do việc ghi chép quá nhiều sổ và biểu mẫu nên việc thu thập số liệu thường không đầy đủ, độ tin cậy chưa cao và không ghi chép đầy đủ nội dung quy định trong các sổ. Việc hoàn thành báo cáo các sổ sách và biểu mẫu đúng thời hạn chiếm nhiều thời gian công tác của cán bộ Trạm.

5.4. Hệ thống thu thập thông tin : Công tác quản lý thông tin y tế tại 7 trạm y tế xã đã có những nỗ lực đáng kể, tuy nhiên vẫn chưa đáp ứng hết yêu cầu và tính chất quan trọng của công tác quản lý thông tin.

Tại Trạm y tế xã, việc tạo điều kiện cho công tác quản lý thông tin vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Từ phương tiện làm việc, trang thiết bị phục vụ cho công tác thu thập quản lý thông tin còn rất thiếu. Bên cạnh đó với 3 cán bộ /xã so với nhu cầu công việc đang thực hiện là khó hoàn thành tốt việc thu thập và báo cáo.

Hệ thống công tác viên ở các thôn bản hoạt động chưa đều và thù lao chưa cao nên chưa động viên việc báo cáo đúng hạn và đầy đủ.

Do đó đòi hỏi phải có những giải pháp để khắc phục tình trạng trên nhằm đưa công tác quản lý thông tin y tế trở thành một phương tiện quan trọng trong việc giúp các nhà quản lý lập kế hoạch, đưa công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân ngày càng tốt hơn.

KẾT LUẬN:

Qua điều tra nghiên cứu tình hình quản lý thông tin y tế tại 7 xã nghèo của huyện Nam Đông, Thừa Thiên Huế có thể rút ra một số kết luận sau đây:

1. Sự quản lý chỉ đạo công tác quản lý thông tin y tế của UBND xã và TTYT huyện: việc giám sát, chỉ đạo của UBND xã và TTYT huyện là có thực hiện nhưng chưa thường xuyên, chưa đưa kế hoạch quản lý thông tin y tế vào kế hoạch hàng tháng của địa phương.

2. Công tác quản lý thông tin tại Trạm y tế xã:

+ Các hoạt động y tế được thể hiện hầu hết trong sổ sách, biểu mẫu, báo cáo thống kê tại Trạm nhưng việc ghi chép chưa đầy đủ theo yêu cầu.

+ Số liệu của một số chương trình y tế như TCMR, ARI, CDD, SDD, tử vong, SKSS cần phải xem xét cho sát với thực tế.

+ Phương tiện phục vụ cho công tác quản lý thông tin tại trạm y tế còn thiếu làm công tác thu thập và báo cáo thống kê chưa hoàn chỉnh.

+ Hệ thống nhân viên y tế thôn bản hoạt động còn

yếu còn yếu.

KIẾN NGHỊ

1. Cần tinh gọn các biểu mẫu, sổ sách báo cáo thống kê đối với hoạt động của Trạm y tế xã và cấp phát kịp thời đầy đủ cho các trạm.

2. TTYT huyện cần có biện pháp chỉ đạo, giám sát thường xuyên hơn đối với công tác quản lý thông tin y tế tại Trạm, cần có sự hợp tác liên ngành về quản lý thông tin y tế.

3. Tổ chức tập huấn cho cán bộ y tế về công tác thống kê, quản lý thông tin y tế bằng phương pháp "cầm tay chỉ việc" đặc biệt là đối với cán bộ người dân tộc.

4. Xây dựng mạng lưới thu thập thông tin ở các thôn bản gồm có nhân viên y tế thôn bản, hội viên Hội chữ thập đỏ để bảo đảm thực hiện chế độ báo cáo thông tin định kỳ cho Trạm.

5. Xây dựng tổ quản lý thông tin y tế tại TTYT huyện, tận dụng máy tính hiện có của TTYT để lưu trữ và xử lý số liệu cho các trạm y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Bí thư TW, Chỉ thị 06 - CT/TW ngày 22/1/2002 về việc "Củng cố và hoàn thiện mạng lưới Y tế cơ sở"

2. Bộ Y tế, Quyết định số 370/2002/QĐ - BYT ngày 7/2/2002 của Bộ trưởng Y tế ban hành "Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001 - 2010".

3. Chính phủ, Quyết định số 35/2001/QĐ - TTg ngày 19/3/2001 của Thủ tướng Chính phủ về chiến lược "Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010".

4. Bộ Y tế, Các biểu mẫu thống kê y tế ở tuyến y tế cơ sở do Bộ Y Tế năm 1999.

5. Bộ Y tế, Niên giám Thống kê y tế năm 2002, Hà nội 2003

6. Hoàng Đình Huế: Đánh giá thực trạng và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến công tác thống kê y tế ở huyện Lương Sơn, Hoà Bình năm 1998.

7. UBDS-GĐ-TE, Điều tra nhân khẩu học và Sức khỏe 2002, Hà nội 2003

8. Tài liệu của Hội thảo cấp vùng Đông Nam á: "Quản lý thông tin cho các chương trình y tế có hiệu quả" (Managing Information for Effective Health Programs East Asia Regional) do cơ quan Population Reference Bureau, USA (PRB) tổ chức tại Hà nội từ ngày 8 đến 19/12/2003.

LẤY SỎI NIỆU QUẢN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC NHÂN 17 TRƯỜNG HỢP MỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

NGUYỄN QUANG, TRẦN BÌNH GIANG, VŨ NGUYỄN KHẢI CÀ,
NGUYỄN PHƯƠNG HỒNG, HOÀNG LONG, LÊ VIỆT KHÁNH
Bệnh viện Việt Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự phát triển của khoa học, kỹ thuật, đã có nhiều phương pháp can thiệp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả cao được áp dụng trong chẩn đoán và điều trị. Trong những năm cuối thập kỷ 80 của thế kỷ 20,

phẫu thuật nội soi ổ bụng mới chỉ mang tính chất thử nghiệm. Tình trạng này đã thay đổi mạnh mẽ trong 24 tháng, từ 1989 đến 1990. Năm 1991, Schuessler và cs báo cáo kinh nghiệm đầu tiên sử dụng nội soi ổ bụng để cắt hạch bịt trong ung thư tuyến tiền liệt sau khi thực hiện trường hợp đầu tiên năm 1989 [7]. Clayman và

đồng nghiệp (1991) tiến hành trường hợp cắt thận đầu tiên trên lâm sàng. Năm 1990, Sanchez-de-Badajoz và cs báo cáo trường hợp thất bại giãn tĩnh mạch đầu tiên [6]. Sau đó phẫu thuật nội soi ổ bụng trong tiết niệu được phát triển mạnh mẽ như: cắt bỏ hạch bạch huyết, cắt búi giãn tĩnh mạch, cắt thận qua phúc mạc và sau phúc mạc, cắt bỏ thận và niệu quản, cắt thận bán phần, cắt tuyến thượng thận, cắt chỏm nang thận,..... phẫu thuật nội soi đường qua phúc mạc và sau phúc mạc đã được chỉ định mở rộng để điều trị các bệnh lý tiết niệu lành tính, ác tính cũng như trong ghép thận.

Tại Bệnh viện Việt Đức, lấy sỏi niệu quản qua phẫu thuật nội soi được thực hiện từ tháng 10 năm 2004 và trong thời gian gần đây đã được tiến hành thường xuyên hơn. Với mong muốn triển khai và phát triển kỹ thuật mới trong điều trị các bệnh lý tiết niệu, chúng tôi nghiên cứu 17 trường hợp đầu tiên lấy sỏi niệu quản qua phẫu thuật nội soi sau phúc mạc để đánh giá bước đầu hiệu quả, độ an toàn và rút ra một số kinh nghiệm để phát triển kỹ thuật này được tốt hơn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 11/2004 đến tháng 4/2005, tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã thực hiện 17 trường hợp đầu tiên lấy sỏi niệu quản trên qua phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, có 8 nam, 9 nữ, tuổi từ 16 đến 70.

Các bệnh nhân đến viện vì có cơn đau quặn thận hoặc đau lưng. Có 2 trường hợp mổ cũ của bụng (mổ viêm ruột thừa, mổ chấn thương bụng)

2. Phương pháp nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được làm bệnh án theo một mẫu thống nhất, các bệnh nhân đều được làm các xét nghiệm cận lâm sàng, chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị, chụp niệu đồ tĩnh mạch, siêu âm ổ bụng-hệ tiết niệu, trong một số trường hợp sỏi chưa rõ ràng thì bệnh nhân được chụp bể thận-niệu quản ngược dòng

Trong trường hợp sỏi di chuyển, tiền lượng gây khó khăn cho phẫu thuật thì bệnh nhân được đặt sonde niệu quản để cố định sỏi và tạo điều kiện để lấy sỏi dễ dàng hơn. Trong trường hợp khó đặt sonde niệu quản thì có thể chỉ đặt dây dẫn (guide wire) qua sỏi.

Mô tả phương pháp lấy sỏi qua nội soi ổ bụng

Bệnh nhân được đặt tư thế nằm nghiêng, có gối đỡ phần dưới bờ sườn để làm mở rộng vùng phẫu thuật.

Các nghiên cứu giải phẫu đã chứng minh rằng phúc mạc không bao giờ ra sau quá đường nách sau. Hơn nữa, đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng, phúc mạc càng bị đẩy ra trước, tránh bị tổn thương khi phẫu thuật [7].

Các vị trí trocar và kỹ thuật chọc

* Vị trí trocar đầu tiên, còn là vị trí để bóc tách phúc mạc ra khỏi thành bụng. Rạch da dài 1,5 cm, vị trí ở bờ ngoài khối cơ lưng, giữa bờ dưới sườn 12 và mào chậu. Tách cơ thất lưng chậu ra khỏi cân ngực thất lưng trước. Rạch lớp cân ngực thất lưng trước và đi vào khoang sau phúc mạc.

Dùng ngón tay bóc tách lớp phúc mạc ra khỏi thành bụng sau. Sau đó, đưa trocar 10mm đầu tù vào khoang sau phúc mạc và kẹp da cân tránh không cho không khí thoát ra ngoài trong quá trình tiến hành thủ thuật.

Luồn ống soi 0° để thăm dò khoang sau phúc mạc.

* Trocar thứ 2: vị trí dưới sườn 12, trên đường nách

giữa, trocar 5mm

* Trocar thứ 3: vị trí trên đường nách giữa, ngay trên mào chậu, trocar 10mm, để đưa các dụng cụ hỗ trợ và lấy sỏi.

Phẫu tích thận, niệu quản

Xác định cực dưới thận và cơ đai chậu. Phẫu tích bóc lộ niệu quản. Niệu quản có thể nhìn thấy ở ngay dưới mặt sau dưới thận. Khi đã xác định được niệu quản, sẽ dễ dàng xác định được vị trí đoạn niệu quản có sỏi như chỗ phình niệu quản.

Lấy sỏi

Sau khi xác định vị trí sỏi, rạch dọc niệu quản. Niệu quản được kéo căng, không làm xoắn vặn để có thể lấy sỏi thuận lợi. Sỏi được lấy ra qua lỗ trocar 10 mm. Nếu sỏi quá to, không lấy trực tiếp qua lỗ trocar được thì cho sỏi vào túi, bóp vỡ sỏi và lấy mảnh ra qua lỗ trocar 10mm.

Bơm rửa và khâu niệu quản

Dùng ống nhựa 8 Ch bơm rửa niệu quản trên và dưới sỏi. Kiểm tra sự lưu thông niệu quản. Đặt dẫn lưu bể thận-niệu quản bằng ống nhựa hoặc ống JJ. Khâu niệu quản bằng chỉ vicryl 4/0.

Đặt dẫn lưu và đóng bụng

Đặt dẫn lưu ổ mổ bằng ống cao su qua lỗ trocar 5mm. Cố định dẫn lưu.

Lỗ Trocar 10mm được đóng theo cách thông thường (khâu cân, da).

ống dẫn lưu được rút sau 24 giờ nếu không chảy, nếu còn chảy thì lưu thêm 24 giờ nữa rồi rút. ống dẫn lưu bể thận – niệu quản được rút sau 3-7 ngày.

Theo dõi bệnh nhân

Trong mổ:

Bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ về huyết động, các tai biến có thể xảy ra như: thủng phúc mạc, thủng – thương tổn tạng trong ổ bụng, thương tổn tạng sau phúc mạc, chảy máu – số lượng máu mất, thời gian mổ.

Khả năng sỏi chạy lên thận, gặp khó khăn khi lấy sỏi, phải mở rộng đường mổ lấy sỏi.

Sau mổ:

Bệnh nhân được theo dõi về huyết động, tình trạng toàn thân, tình trạng bụng, số lượng, tính chất dịch chảy qua ống dẫn lưu; số lượng, tính chất nước tiểu hàng ngày, thời gian lập lại tự thông đường tiêu hoá, thời gian nằm viện

Bệnh nhân được khám lại sau thời gian 1 tháng về lâm sàng và siêu âm

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Diễn biến trong mổ

Diễn biến	
Lượng máu mất	20 – 500 ml
Rối loạn huyết áp	1/17
Truyền máu	0
Thủng phúc mạc	2
Thủng tạng trong ổ bụng	0
Thủng tạng sau phúc mạc	0
Không lấy được sỏi qua nội soi, phải mở rộng vết mổ lấy sỏi	2/17
Thời gian phẫu thuật	30 – 130 phút

Lượng máu mất không nhiều từ 20 ml đến 100 ml, có

1 trường hợp gặp khó khăn trong việc lấy sỏi, sỏi chạy lên thận, trong quá trình lấy sỏi có chảy máu hệ thống đài bể thận, máu chảy nhiều đến 500 ml, nhưng không phải truyền máu. Trường hợp này cũng làm kéo dài thời gian cuộc mổ tới 130 phút và phải mở rộng vết mổ, các trường hợp còn lại thời gian phẫu thuật từ 30 phút đến 70 phút. Một trường hợp khác gặp khó khăn khi lấy sỏi, sỏi chạy lên thận, cũng phải mở rộng vết mổ lấy sỏi, trường hợp này không chảy máu nhưng thời gian mổ kéo dài 120 phút.

Có 2 trường hợp trong quá trình bóc tách phúc mạc thì bị thủng phúc mạc, phải khâu phúc mạc. Không gặp trường hợp nào bị thủng các tạng lân cận

Bảng 2: Diễn biến sau mổ

Diễn biến	
Tình trạng toàn thân ổn định	17/17
Đau bụng nhiều cần can thiệp	0/17
Chảy máu	0/17
Nhiễm trùng vết mổ	0/17
Dịch dẫn lưu	Màu đỏ – hồng
Rút dẫn lưu	2 ngày – 5 ngày
Nước tiểu	Vàng – hồng
Rút sonde niệu đạo	3 – 4 ngày
Rút ống niệu quản	3 – 7 ngày
Ngày nằm viện	3 – 5 ngày

Sau mổ, tình trạng toàn thân của các bệnh nhân ổn định. Bệnh nhân thường thấy có đau bụng nhẹ vùng phẫu thuật nhưng không cần can thiệp gì đặc biệt.

Không gặp biến chứng sau mổ.

Dịch dẫn lưu thường có màu hồng hoặc đỏ với số lượng ít, chỉ có 1 trường hợp dịch dẫn lưu ra nhiều 200 ml/24 giờ. Sau 4 ngày theo dõi, dịch dẫn lưu ra ít dần, ngày thứ 5 hết dịch và ống dẫn lưu được rút sau ngày thứ 5. Bệnh nhân ra viện ổn định.

Theo dõi nước tiểu không có gì đặc biệt.

Các bệnh nhân được rút ống niệu quản sau 3- 7 ngày, thuận lợi, không có trường hợp nào không rút được ống do ống không xuống bằng quang hoặc khâu phải ống.

Theo dõi sau mổ 1 tháng, tất cả các bệnh nhân không đau vùng mổ, không ai bị sốt hoặc nhiễm trùng.

BÀN LUẬN

1. Chỉ định mổ [1,2,3,5]

Điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu có 5 phương pháp như sau: phẫu thuật mở cổ điển, tán sỏi ngoài cơ thể, tán và lấy sỏi nội soi ngược dòng, tán và lấy sỏi thận qua da, gần đây là lấy sỏi qua nội soi ổ bụng.

Mỗi phương pháp có một chỉ định điều trị riêng. Tuy nhiên, tại từng vị trí sỏi thì việc cân nhắc chỉ định điều trị phương pháp nào còn nhiều bàn cãi. Ví dụ như sỏi trên thận thường thích hợp cho tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi qua da; sỏi niệu quản đoạn dưới thường thích hợp cho tán sỏi nội soi ngược dòng, nhưng nếu sỏi chạy lên niệu quản đoạn trên hoặc vào hệ đài bể thận thì phương pháp này còn hạn chế (nhất là đối với ống soi cứng hoặc thành phần sỏi khó tán).

Đối với trường hợp sỏi niệu quản đoạn trên thì tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi nội soi ngược dòng niệu quản có kết quả không cao. Với phẫu thuật mở cổ điển, bệnh

nhân phải chịu vết mổ dài sườn thắt lưng với các cơ bị cắt, dễ nhiễm trùng vết mổ, thường có đau nhiều sau mổ, thời gian nằm viện dài, cần nhiều thời gian để hồi phục sức khoẻ.

Gần đây, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi ổ bụng và nhiều ứng dụng của phương pháp này trong tiết niệu đã góp phần vào điều trị các bệnh lý tiết niệu ít sang chấn, trong đó có chỉ định điều trị sỏi niệu quản trên. Chúng tôi đã chọn 17 trường hợp sỏi niệu quản trên có chỉ định điều trị ngoại khoa để làm phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi. Vì là những trường hợp đầu tiên nên chúng tôi chọn những trường hợp sỏi niệu quản mở lần đầu, loại trừ những trường hợp viêm nhiễm nặng: thận ứ mủ, viêm thận bể thận dính, dị dạng (thận móng ngựa, ...), thận độc nhất; có bệnh toàn thân như: bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mạn, bệnh lý rối loạn đông máu, tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột; tiền sử bệnh đái đường.

2. Đường mổ [4,5]

Về phẫu thuật nội soi bụng có 2 ngã: qua phúc mạc và sau phúc mạc.

Ngả qua phúc mạc có phẫu trường rộng rãi hơn, tuy nhiên con đường này có thể gây nhiều biến chứng như tổn thương ruột, mạch máu,... [7]

Đã có nhiều thủ thuật tiết niệu được thực hiện bằng con đường nội soi ổ bụng sau phúc mạc và đã chứng tỏ lợi thế. Vì không đi qua phúc mạc nên đã giảm nguy cơ thương tổn tạng, mạch máu và các mố giải phẫu như dây chằng Cooper, mạch chậu,... có thể nhìn thấy rõ ràng. Thoát vị qua diện chọc Trocar, dính ruột sau phẫu thuật giảm hơn so với con đường qua phúc mạc.

Chúng tôi chọn đường sau phúc mạc vì niệu quản nằm sau phúc mạc, sỏi niệu quản thường gây ứ nước thận, sau khi đặt trocar có thể vào trực tiếp vị trí có sỏi niệu quản, trong quá trình phẫu tích không bị nước tiểu vào trong ổ bụng, hậu phẫu đơn giản hơn và phù hợp với quan điểm phẫu thuật mở điều trị sỏi niệu quản là đi sau phúc mạc.

Tuy nhiên, chúng tôi cũng thấy rằng phẫu trường hẹp là một trong những trở ngại chính của đường sau phúc mạc, đặc biệt trong trường hợp khoảng cách giữa bờ dưới sườn và bờ trên mào chậu ngắn, bệnh nhân có nhiều mỡ

3. Kỹ thuật mổ:

Chúng tôi sử dụng kỹ thuật nội soi mở để đặt trocar đầu tiên và bơm hơi sau phúc mạc. Vị trí trocar đầu tiên ở bờ ngoài khối cơ lưng giúp tránh xa phúc mạc, sau khi đặt ống kính soi xác định ngay được một mốc giải phẫu là khối cơ thắt lưng chậu, góp phần xác định cực dưới thận (phía trước bên cơ thắt lưng) và niệu quản (nằm trước cơ thắt lưng, dưới cực dưới thận).

Các tác giả nước ngoài dùng bóng để bóc tách phúc mạc. Chúng tôi dùng ngón tay để đẩy phúc mạc, sau đó dùng ống kính phối hợp với bơm hơi bóc tách phúc mạc cho kết quả chấp nhận được, chỉ có 2/17 trường hợp bị thủng phúc mạc dễ dàng khắc phục được bằng khâu lại phúc mạc.

Chúng tôi thấy 3 trocar là đủ, trong phần lớn các trường hợp chỉ sử dụng 3 trocar để hoàn thành quá trình phẫu tích và lấy sỏi. Chỉ có 2/17 trường hợp cần phải sử dụng trocar thứ tư để bộc lộ trường mổ rõ hơn.

Trong quá trình phẫu tích niệu quản và lấy sỏi phải rất cẩn thận, tránh để sỏi chạy ngược lên bể-đài thận, nếu cần thì dùng pince không máu kẹp niệu quản phía trên sỏi. Tuy nhiên, nếu niệu quản giãn nhiều, sỏi nằm sát bể thận, sỏi tròn di động, ... thì rất khó kiểm soát viên sỏi. Chúng tôi gặp 2 trường hợp sỏi chạy ngược lên thận, khi đó việc lấy sỏi hết sức khó khăn và phải mở rộng vết mổ để lấy sỏi.

Sau khi lấy sỏi xong, chúng tôi đặt một ống plastic 8Ch: Từ bể thận xuống bàng quang. Việc đặt ống này nhằm khâu niệu quản thuận lợi hơn, không bị hẹp niệu quản, đảm bảo lưu thông nước tiểu sau mổ, tránh dò rỉ nước tiểu. Kết quả cho thấy chỉ có 1 bệnh nhân có nước tiểu qua ống dẫn lưu nhiều trong những ngày sau mổ (200 ml/24 giờ) nhưng tình trạng chung của bệnh nhân vẫn bình thường. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân do khâu niệu quản mũi rời không kín làm dò nước tiểu ra ngoài. Tuy nhiên, do có ống niệu quản nằm trong nên có lưu thông nước tiểu từ thận xuống bàng quang nên dịch ra ít dần và hết sau ngày thứ 5, tình trạng chung bệnh nhân vẫn bình thường, bệnh nhân ra viện ổn định. Qua đó, chúng tôi cũng nhận xét rằng khâu niệu quản mũi rời trên một ống niệu quản đặt từ bể thận xuống bàng quang là đủ để đóng kín niệu quản và đảm bảo lưu thông niệu quản.

4. Kết quả

Do đây là những trường hợp đầu tiên nên chúng tôi chưa bàn đến thời gian phẫu thuật. Mục đích đặt ra ban đầu của chúng tôi là tiến hành lấy sỏi, đảm bảo đúng kỹ thuật và hạn chế tai biến có thể xảy ra. Tuy nhiên, kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật từ 30 phút – 130 phút, có 2 trường hợp thời gian phẫu thuật kéo dài 120-130 phút, còn lại từ 30-70 phút, theo chúng tôi như vậy là chấp nhận được.

Một điều rõ ràng là hậu phẫu bệnh nhân đơn giản hơn rất nhiều so với mổ mở do tình trạng bệnh nhân ổn định, không phải theo dõi một vết mổ dài.

So với mổ mở thì phẫu thuật nội soi sau phúc mạc đã giảm bớt nhu cầu thuốc giảm đau sau mổ (thường chỉ dùng giảm đau 1-2 ngày), rút ngắn thời gian nằm viện (còn 3-5 ngày) và thời gian hồi phục sức khỏe, quay lại với công việc.

Hai điều bất lợi: thời gian mổ kéo dài do sỏi chạy lên thận, chảy máu liên quan đến lấy sỏi chạy lên bể-đài thận. Chúng tôi sẽ cố gắng khắc phục, hạn chế nguy cơ sỏi chạy lên thận, như vậy cũng sẽ hạn chế được nguy cơ chảy máu. Một điều đáng lưu ý là cần tìm đúng các mốc giải phẫu: cơ thắt lưng chậu, cực dưới thận để tìm niệu quản, khi đã tìm thấy niệu quản rồi thì cần nhẹ nhàng, tránh đẩy sỏi chạy ngược lên trên thận. Trong trường hợp sỏi chạy lên thận thì kết hợp với mở rộng vết mổ lấy sỏi, không có trường hợp nào không lấy được sỏi.

Ngoài ra, không gặp biến chứng khác trong và sau mổ như: thủng ruột, thủng mạch máu,...

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc đã đảm bảo được các yêu cầu thao tác của phẫu thuật mổ cổ điển trong điều trị sỏi niệu quản trên, đồng thời có lợi ích là một

phẫu thuật ít gây sang chấn. Tuy có bất lợi trong phẫu thuật do trường mổ hẹp nhưng khi khắc phục được nhược điểm này thì kỹ thuật này đã chứng tỏ một ưu thế so với phẫu thuật mổ cổ điển: ít tai biến, hậu phẫu nhẹ nhàng, ngày nằm viện ngắn, bệnh nhân sớm hồi phục sức khỏe trở về với sinh hoạt thường ngày.

SUMMARY:

Upper ureteral calculi removal by retroperitoneal laparoscopic lithotomy.

(Report of first 17 cases).

Objective: To report some results of laparoscopy in the treatment of upper ureteral calculi

Patients and methods: A prospective study carried out on 17 patients with upper ureteral stones treated by retroperitoneal laparoscopy (8 men, 9 women, age: 16-70) in Viet Duc University Hospital from November 2004 to April 2005.

Results: The blood loss was usually not much (20-100ml). Two difficulties were met during performing lithotomy, stones were moved up to kidney and we had to enlarge the trocar sites to remove the stones. Two peritoneal but no visceral perforations were occurred. Patients' postoperative general condition was stable. There were no special signs or severe complications besides mild abdominal pain at the operative sites which was no need to treat. Postoperative one-month follow-up shows good result.

Conclusion: Retroperitoneal laparoscopic lithotomy mimics traditional open surgery in the treatment of upper ureteral stones, moreover, it is a mini-invasive procedure. It has the advantage over traditional open surgery in low complication rates, pain medication requirements, lengths of hospital stay, and times to return to normal activity after surgery.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang TD, Dretler SP: Laparoscopic pyelolithotomy in an ectopic kidney. J Urol 1996;156:1753.
2. Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC, Darshane AS: Retroperitoneal laparoscopic pyelolithotomy. J Urol 1994;151:927-929.
3. Inderbir S.G., Kurt K., Anoop M.M., Ralph V. C.: Campbell's Urology, 2003. Chapter 100: Basics of laparoscopic urologic surgery
4. Jay T.B., Louis R.K.: Chapter 103: Laparoscopic surgery of the kidney Campbell's Urology, 2003.
5. John B.A. – Chapter 127: Laparoscopic retroperitoneal renal procedure. Glenn's Urologic Surgery, 5th edition, p: 1043-1049.
6. John B.A., Louis R.K. – Chapter 60: Ureteral Surgery. Smith's textbook of Endourology, 1996, p: 962-976.
7. Leonard G.G, David M.A. – Chapter 122: Basic laparoscopy: transperitoneal and extraperitoneal approaches. Glenn's Urologic Surgery, 5th edition, p: 1001-1011.