

ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC

NGÔ THANH LIÊM

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT
NỘI SOI MỘT CÔNG SAU PHÚC MẠC
CẮT THẬN MẤT CHỨC NĂNG
DO BỆNH LÝ LÀNH TÍNH**

Ngành: NGOẠI KHOA
Mã số: 9.72.01.04

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:
PGS.TS. NGUYỄN KHOA HÙNG
PGS.TS. HOÀNG VĂN TÙNG

HUẾ - 2022

Công trình được hoàn thành tại:
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. NGUYỄN KHOA HÙNG

PGS.TS. HOÀNG VĂN TÙNG

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Đại học Huế
họp tại

Vào lúc.....giờ.....ngày.....tháng..... năm 2022

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1.Thư viện Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

2.Thư viện Quốc gia Việt Nam

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận mất chức năng là hậu quả của nhiều bệnh lý gây ra như bệnh mạch máu thận, bệnh lý chủ mô thận hay là bệnh lý của đường bài xuất. Thận mất chức năng có thể là đơn thuần không để lại nguy hiểm gì cho bệnh nhân nếu như chỉ mất chức năng một bên, hoặc có thể kết hợp với một hoặc nhiều biến chứng khác như tăng huyết áp, viêm xơ gây đau đặc biệt là ứ mủ nhiễm khuẩn [111]. Trong trường hợp thận mất chức năng có các biến chứng kèm theo thì phẫu thuật cắt bỏ thận là phương pháp điều trị triệt để nhất bằng phẫu thuật mở hay bằng phẫu thuật nội soi ít làm tổn thương thành bụng [118].

Phẫu thuật nội soi cắt bỏ thận có thể tiếp cận qua đường sau phúc mạc hay trong ổ phúc mạc. Đường sau phúc mạc có nhược điểm là các mốc giải phẫu ít hơn so với việc tiếp cận thận trong phúc mạc. Ngoài việc ít các điểm mốc giải phẫu, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc còn có phẫu trường hẹp do bị giới hạn bởi xương sườn phía trên và mào chậu phía dưới, điều này dẫn đến giảm biên độ thao tác dụng cụ và phẫu trường hạn chế đặc biệt trong trường hợp thận ứ nước lớn hay khối u thận lớn [124].

Mặc dù có những hạn chế trên, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc có rất nhiều lợi thế so với phương pháp xuyên phúc mạc. Ngoài việc ruột được bảo vệ bởi lớp phúc mạc nguyên vẹn và ít có biến chứng thoát vị qua lỗ trocar, phương pháp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tiếp cận nhanh và trực tiếp đến thận. Điều này là lợi thế quan trọng nhất của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc giúp cường thận được kiểm soát nhanh chóng mà không cần phẫu tích vén đại tràng, lách, gan, tụy để bộc lộ thận. Điều này đặc biệt có ý nghĩa trong trường hợp bệnh nhân có tiền sử đã trải qua phẫu thuật nhiều lần trong ổ phúc mạc [124].

Phẫu thuật nội soi cắt bỏ thận đã được chứng minh là giảm đau sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn hơn, và kết quả thẩm mỹ tối ưu so với phẫu thuật mở truyền thống [34, 124]. Mặc dù vậy, phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn vẫn chưa làm hài lòng các nhà phẫu thuật. Tuy quá trình phẫu thuật được hoàn thành chỉ bởi 3 vết chọc trocar rất nhỏ nhưng quá trình lấy bệnh phẩm cắt bỏ ra ngoài cơ thể qua một vết mổ bổ sung lại làm mất đi những nỗ lực cố gắng của phẫu thuật viên. Vết mổ bổ sung này làm gia tăng mức độ xâm lấn cũng như tai biến biến chứng của PTNS tiêu chuẩn cắt thận. Cắt thận bằng phẫu thuật nội soi một công (PTNSMC) ra đời là một bước tiến lớn khi kết hợp được các

trô-ca chung qua một vết mổ nhỏ duy nhất và tận dụng vết mổ nhỏ này để lấy bệnh phẩm ra ngoài cơ thể. Nhờ vậy, PTNSMC không có các vết chọc trocar nên các biến chứng liên quan đến đặt trocar (tổn thương cơ, mạch máu, tạng, ruột, đau và nhiễm trùng lỗ trocar...) không xuất hiện khi so sánh với PTNS tiêu chuẩn. Lợi thế của PTNSMC là thẩm mỹ, giảm đau và thời gian phục hồi nhanh hơn so với phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn (Merseburger và cộng sự, 2013) [101].

Với mong muốn cho bệnh nhân được hưởng lợi các ưu điểm của PTNSMC cũng như các ưu điểm của PTNS sau phúc mạc, một số tác giả khác đã kết hợp lợi ích của PTNSMC với các lợi ích của PTNS sau phúc mạc vào một phương pháp PTNS mới – Phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc [29, 31, 32, 40, 48, 99, 101, 114, 116, 138, 149, 151, 161]. Ở nước ta, PTNSMC sau phúc mạc được nhóm tác giả Trần Ngọc Khánh và Lê Đình Khánh [5] thực hiện vào năm 2014 cho thấy thời gian mổ ngắn và thẩm mỹ cao nhưng cũng đặt ra nhiều vấn đề cần làm sáng tỏ thêm như: đánh giá mức độ hài lòng, mức độ đau, đối tượng hưởng lợi nhất của PTNSMC sau phúc mạc... Nhằm góp phần đánh giá kết quả cắt thận mất chức năng lành tính bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính”** nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thận mất chức năng được cắt thận bằng PTNSMC sau phúc mạc*

2. *Xác định một số đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả PTNSMC sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính.*

2. Những đóng góp mới của đề tài luận án

Luận án đã đóng góp cho chuyên ngành ngoại tiết niệu các số liệu nghiên cứu về lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân có thận mất chức năng có chỉ định cắt thận.

Luận án đã chỉ ra sự tương quan giữa độ mỏng nhu mô thận trên cắt lớp vi tính với mức lọc cầu thận còn lại tương ứng trên thận đồ đồng vị phóng xạ. Từ đó có thể chỉ định cắt thận mất chức năng dựa vào độ mỏng nhu mô thận trên cắt lớp vi tính trong các tình huống chưa có thận đồ đồng vị phóng xạ.

Đối với thực tiễn tại Việt Nam, trừ một số thành phố lớn, đa số các trung tâm y tế chưa được trang bị máy chụp thận đồ đồng vị

phóng xạ nên sự tương quan này là căn cứ để có thể chẩn đoán thận mất chức năng trước mổ dựa vào CLVT.

Thực hiện cắt thận bằng phẫu thuật nội soi một công sau phúc mạc là an toàn, khả thi, đường cong huấn luyện đạt được sau 15 bệnh nhân. Phương pháp này mang lại cho người bệnh các ưu điểm của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc như thời gian mổ ngắn, ruột được bảo vệ bởi lớp phúc mạc nguyên vẹn, áp dụng được trên các bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật bụng trong ổ phúc mạc. Luận án cũng cho thấy các bệnh nhân có tiền sử dẫn lưu thận ra da không phải là chống chỉ định của phẫu thuật nội soi một công sau phúc mạc cắt thận. Ngoài ra, nhờ sự kết hợp các dụng cụ vào một lỗ duy nhất trên thành bụng và tận dụng lỗ duy nhất này để lấy bệnh phẩm cắt bỏ ra ngoài cơ thể, phương pháp mới này mang lại ưu điểm giảm đau sau phẫu thuật, phục hồi nhanh, thẩm mỹ và đạt được sự hài lòng cao từ người bệnh.

3. Cấu trúc của luận án

Luận án dài 135 trang. Đặt vấn đề: 2 trang, tổng quan: 28 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 26 trang, kết quả nghiên cứu: 31 trang, bản luận: 45 trang, kết luận: 2 trang. Trong luận án có 44 bảng, 6 biểu đồ, 1 sơ đồ, 10 hình. Tài liệu tham khảo có 166, trong đó có 12 tiếng Việt và 154 tiếng Anh.

Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. CHẨN ĐOÁN THẬN MẤT CHỨC NĂNG

Chẩn đoán bằng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thường gặp trên những bệnh nhân thận mất chức năng là đau âm ỉ vùng thắt lưng. Cơn đau quặn thận có thể xảy ra nếu thận còn một ít chức năng lọc. Đau nhiều hơn vùng thắt lưng khi viêm thận bể thận cấp, thận ứ mủ. Các triệu chứng cơ năng khác có thể bao gồm rối loạn tiểu tiện, tiểu mủ, tiểu máu. Khám thực thể có thể thấy thận lớn, thậm chí thận lớn gồ lên vùng thắt lưng có thể thấy được bằng mắt hay rung thận đau khi thận bị viêm. Ngoài ra có thể khám phát hiện các biến chứng khác của thận mất chức năng như nhiễm khuẩn tiết niệu tái đi tái lại, sốt, tăng huyết áp hay đau dai dẳng [13].

Tuy vậy các triệu chứng này không đặc hiệu vì chúng có thể xuất hiện trên một thận bệnh lý có chức năng hoàn toàn bình thường. Do đó, các triệu chứng lâm sàng chỉ giúp người thầy thuốc phát hiện

bệnh lý tại thận để kịp thời thăm dò chức năng thận và đưa ra xử trí phù hợp giúp bảo tồn chức năng thận.

Chẩn đoán gợi ý thận mất chức năng bằng xét nghiệm hình ảnh và tìm nguyên nhân gây bệnh

Những thận ứ nước lớn nhu mỏng trên siêu âm hay hình ảnh bóng thận lớn trên X quang bụng không chuẩn bị gợi ý đến một thận giảm hay mất chức năng. Chụp CLVT giúp tính được thể tích nhu mô thận từng bên chính là thể tích thận chức năng, từ đó tính được tỷ lệ phần trăm chức năng thận từng bên tương ứng [106, 150]. Như vậy, trên hình ảnh chụp CLVT, độ mỏng nhu mô thận càng mỏng thì thể tích nhu mô của thận đó càng giảm dẫn đến tỷ lệ phần trăm chức năng thận càng giảm [106, 150].

Chẩn đoán xác định thận giảm, mất chức năng

Mặc dù cắt lóp vi tính có thể ước tính được mức lọc cầu thận từng bên nhưng phụ thuộc vào chất lượng của máy chụp cắt lóp vi tính cũng như phần mềm xử lý hình ảnh có bản quyền. Việc xác định một thận mất chức năng hoàn toàn dựa vào cắt lóp vi tính ít chính xác vì tương tự như phim niệu đồ tĩnh mạch, thuốc cản quang có thể xuất hiện trong hệ thống bài xuất vào thì muộn. Hiện nay xạ hình thận bằng đồng vị phóng xạ là phương pháp chính xác nhất giúp chẩn đoán thận mất chức năng một bên, giúp người thầy thuốc đưa ra phương án điều trị phù hợp là giải phóng tất nghẽn hay cắt thận.

1.2. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẮT THẬN MẤT CHỨC NĂNG

Phẫu thuật mở cắt bỏ thận được Simon thực hiện đầu tiên vào năm 1862. Mãi đến năm 1990, Clayman và cộng sự mới thực hiện thành công trường hợp cắt thận bằng phẫu thuật nội soi đầu tiên. Là một phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, với việc giảm được kích thước vết mổ, phẫu thuật nội soi đã mang lại kết quả chu phẫu tốt hơn mổ mở như mất máu ít hơn, thời gian phục hồi nhanh hơn, ít tai biến biến chứng, bệnh nhân giảm đau sau phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn hơn [124].

PTNSMC là phương pháp ít xâm lấn hơn PTNS tiêu chuẩn. Qua một lỗ duy nhất trên thành bụng, các dụng cụ và ống kính nội soi được đưa vào cơ thể để thực hiện phẫu thuật và sau mổ tận dụng lỗ duy nhất này để lấy bệnh phẩm ra ngoài giúp bệnh nhân thỏa mãn được niềm đam mê thẩm mỹ, giảm đau, thời gian nằm viện ngắn [101, 124]. Việc giảm từ 3-4 tro-ca trong PTNS tiêu chuẩn xuống còn 1 vết rạch da nhỏ trong PTNSMC đã giảm thiểu các biến chứng gây ra bởi các lỗ

trô-ca (chấn thương cơ - thần kinh thành bụng, chấn thương tạng và ruột, thoát vị trô-ca, nhiễm trùng trô-ca). Chấn thương thành bụng do trô-ca được giảm thiểu sẽ tạo điều kiện giúp BN có hậu phẫu ít đau hơn, nhanh phục hồi sau mổ nên thời gian nằm viện ngắn hơn. Ngoài ra giảm được số lượng trô-ca sẽ giúp cải thiện về thẩm mỹ cho BN [21, 27, 124]. Hội tiết niệu thận học châu Âu cũng đã có hướng dẫn điều trị các bệnh lý tiết niệu bằng PTNS và lợi ích về thẩm mỹ của PTNSMC cũng được khuyến cáo sử dụng với mức độ chứng cứ cao nhất [101].

Các tiến bộ của phẫu thuật nội soi chưa dừng lại ở đó, ngày nay, với sự phát triển vượt bậc của khoa học, nhiều cải tiến của dụng cụ uốn cong, công nghệ rô-bốt giúp các bác sĩ thực hiện cắt thận bằng phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên mà không còn để lại sẹo [65].

1.3. CÁCH CẢI TIẾN KỸ THUẬT KHI SỬ DỤNG BỘ DỤNG CỤ THĂNG CỦA PTNS TIÊU CHUẨN VÀO PTNSMC

Khắc phục va chạm giữa các trô-ca với nhau và giữa các tay nắm dụng cụ với nhau: Vị trí của các trô-ca trong PTNS tiêu chuẩn cung cấp tam giác phẫu thuật thuận lợi và tam giác này đa phần bị mất khi sử dụng dụng cụ PTNS tiêu chuẩn ứng dụng vào PTNSMC. Nguyên nhân do các dụng cụ và ống kính nội soi ổ bụng được đặt xuyên qua một vết rạch da nên các dụng cụ gần như song song và nằm vị trí tương đối sát nhau. Chính vì vậy nhược điểm là tầm nhìn hạn chế do trục của ống kính nội soi ổ bụng không linh hoạt và bị che khuất một phần bởi dụng cụ. Do các dụng cụ sát nhau nên sự va chạm của dụng cụ xảy ra cả bên trong cũng như bên ngoài [124].

Phía bên ngoài phẫu trường xảy ra sự va chạm của các đầu trô-ca với nhau và nếu các đầu trô-ca càng lớn thì sự va chạm càng nhiều. Khắc phục va chạm này bằng cách sử dụng các trô-ca đầu nhỏ và điều chỉnh độ nông sâu của các trô-ca để chúng nằm ở các độ cao khác nhau [162]. Ngoài ra các tay nắm dụng cụ cũng va chạm với nhau và va chạm với ống kính nội soi cũng làm cho quá trình phẫu thuật khó khăn hơn. Nguyên nhân là do các tay nắm này nằm sát nhau ở cùng độ cao và có thể khắc phục bằng cách dùng các dụng cụ dài ngắn khác nhau. Mục đích để các tay nắm chuyển động trên các độ cao khác biệt và tránh xung đột với nhau. Một ống kính nội soi cực dài hoặc cực ngắn với thiết kế nguồn sáng thẳng hàng cũng là giải pháp để khắc phục va chạm giữa ống kính nội soi với dụng cụ nội soi [45].

Phía bên trong ổ bụng cũng xảy ra sự va chạm của các đầu dụng cụ do mất nguyên tắc tam giác đặc biệt là lúc đưa dụng cụ từ

ngoài vào. Tuy vậy dụng cụ PTNS tiêu chuẩn là sẵn có, có thể ứng dụng trong PTNSMC mà không tốn chi phí lớn cũng như không cần thời gian huấn luyện làm quen dụng cụ sau khi khắc phục một số nhược điểm trên [45, 124].

Phục hồi nguyên tắc tam giác và tạo độ căng trong lúc phẫu tích:

Một trong các yếu tố quan trọng khi phẫu tích chính là lực kéo phản lực với tạng đích cần bóc tách, lực kéo căng rất cần thiết và thuận lợi cho việc bóc lột các lớp mô quanh cơ quan đích. Sử dụng các dụng cụ nội soi một cổng uốn cong hay khớp nối chuyên dụng thì việc tạo nên lực căng trở nên thuận lợi và dễ dàng hơn [45]. Tuy vậy, khi ứng dụng các dụng cụ thẳng của PTNS tiêu chuẩn để thực hiện PTNSMC, thì các dụng cụ này sẽ có hướng song song với nhau và nằm sát nhau. Do đó nếu không có phương pháp khắc phục thì không thể tạo nên lực căng [123, 124].

Khi chưa thực hiện bắt chéo dụng cụ, hai tay phẫu thuật viên nắm hai dụng cụ, một dụng cụ tạo sức căng ở tay trái và một dụng cụ cắt đốt mô trên tay phải. Lúc này hai dụng cụ song song và sát nhau nên biên độ của dụng cụ sang hai bên rất hẹp và tất nhiên sẽ không tạo nên lực căng. Việc thực hiện bắt chéo dụng cụ để tạo được lực căng lên cơ quan đích giúp dễ dàng phẫu tích các lớp giải phẫu. Kỹ thuật bắt chéo dụng cụ sẽ làm biên độ dụng cụ sang hai bên rộng hơn, lúc này tay trái làm căng mô cơ quan ở phía bên phải trong lúc tay phải sẽ tiến hành cắt đốt và phẫu tích mô cơ quan phía bên trái [123].

Điều chỉnh ống kính nội soi và phẫu tích chính xác mục tiêu: Dù đã thực hiện bắt chéo để phục hồi nguyên tắc tam giác và tạo lực căng nhưng dụng cụ phẫu tích vẫn va chạm với ống kính nội soi đặc biệt khi phẫu thuật viên muốn thay đổi góc phẫu tích hoặc tăng lực căng lên mô cơ quan để phẫu tích chính xác mục tiêu. Sự va chạm này càng rõ rệt khi sử dụng ống kính nội soi có dây nguồn sáng vuông góc [45]. Lúc này người cầm ống kính nội soi phải điều chỉnh liên tục trục ống kính cũng như phối hợp xoay góc nhìn 30° của ống kính nội soi liên tục để tìm được vị trí tối ưu nhất. Tuy vậy, ngay cả khi ống kính nội soi đã ở vị trí và góc nhìn tối ưu nhất vẫn xảy ra va chạm với dụng cụ phẫu tích, “thả lỏng” ống kính nội soi tự do theo biên độ của dụng cụ sẽ giúp dụng cụ phẫu tích hoàn thành được bước cắt đốt mô. Như vậy việc điều chỉnh liên tục ống kính của người phụ theo thao tác của PTV rất cần thiết để hoàn thành PTNSMC bằng dụng cụ thẳng tiêu chuẩn, do đó sự phối hợp đồng bộ của kíp PTV là rất quan trọng [107, 153].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Thận bệnh lý mất chức năng hoàn toàn.
- Hoặc thận bệnh lý giảm chức năng nghiêm trọng có MLCT < 10ml/p (Theo Hemal và cs năm 2010) [69] hoặc tỷ lệ chức năng thận từng phần < 10% (Theo Naghiyev và cộng sự 2017 [110]) trên BN có chức năng thận đối diện còn bù trừ tốt (>60 ml/p).
- Có biến chứng như đau không đáp ứng với thuốc điều trị, nhiễm khuẩn tiết niệu, tăng huyết áp.
- 16 tuổi trở lên không phân biệt nam nữ
- Chỉ số ASA ≤ 3
- Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư
- Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị
- Viêm thận bể thận cấp có hoặc không có nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện Trung Ương Huế.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả, can thiệp lâm sàng, không đối chứng

2.2.1.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức nghiên cứu xác định tỷ lệ và p là tỷ lệ thành công. Theo nghiên cứu của một số tác giả, tỷ lệ thành công của các nghiên cứu dao động từ 93.8% đến 100% [29, 40, 48, 116, 149]. Do đó chúng tôi chọn p là giá trị trung vị 96,9%. Vậy $p = 0,969$, $n = 46,2$. Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là $n \geq 47$.

2.2.2. Các bước tiến hành và xác định các biến số nghiên cứu

2.2.2.1. Ghi nhận các đặc điểm chung và các triệu chứng lâm sàng:

Tuổi, giới, nơi sinh sống, nghề nghiệp, ASA, tiền sử phẫu thuật

2.2.2.2. Các xét nghiệm liên quan đến máu

2.2.2.3. *Các xét nghiệm liên quan đến nước tiểu:*

2.2.2.4. *Các xét nghiệm liên quan đến hình ảnh:* thận đồ đồng vị phóng xạ:

2.2.2.5. *Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:* Chuẩn bị BN trước phẫu thuật và khảo sát yếu tố làm BN quan tâm trước mổ:

2.2.2.6. *Tiến hành cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc và theo dõi trong mổ*

- Tư thế BN phẫu thuật và vị trí PTV

+ Tư thế phẫu thuật: Sau khi gây mê nội khí quản, bệnh nhân được đặt thông dạ dày và thông tiểu. Đặt tư thế nằm nghiêng 90 độ như trong mổ mở.

+ PTV chính đứng phía sau lưng BN để tiến hành phẫu thuật. Người phụ đứng cao hơn PTV trên bục hoặc ngồi ghế thấp hơn PTV tránh được xung đột cánh tay. Dụng cụ viên đứng đối diện.

- Trang thiết bị và dụng cụ phẫu thuật

- Tiến hành phẫu thuật: Bao gồm 7 bước

Bước 1: Đặt cổng nội soi và một số thay đổi kỹ thuật

Đặt cổng nội soi SILS Port (Covidien) vào khoang sau phúc mạc. Đặt cổng nội soi theo phương pháp Hasson. Rạch da 2,5cm trên đường xiên hông dưới xương sườn 12 trên đường nách giữa. Cắt tổ chức dưới da để bộc lộ các lớp cơ chéo bụng ngoài, chéo bụng trong và ngang bụng. Dùng Kelly đầu tù tách qua các lớp cơ này, hạn chế tối đa tổn thương thần kinh cơ và bộc lộ lớp phúc mạc. [24].



Hình 2.1. Rạch da 2,5 cm và dùng Kelly đầu tù tách qua các lớp cơ thành bụng sau bên (Ảnh từ BN số 30).

Bước 2: Sử dụng tro-ca thao tác và một số thay đổi kỹ thuật trong mổ

Hoán đổi rô-ca, Khắc phục va chạm giữa các rô-ca với nhau, Khắc phục va chạm giữa các tay nắm dụng cụ với nhau. Dùng các dụng cụ dài ngăn khác nhau và nắm ngược dụng cụ, bắt chéo dụng cụ, điều chỉnh ống kính nội soi và phẫu tích chính xác mục tiêu, thả lỏng ống kính theo biên độ dụng cụ (Hình 2.4).



Hình 2.4. Nắm ngược dụng cụ, bắt chéo và sử dụng các dụng cụ dài, ngăn khác nhau khắc phục xung đột tay nắm dụng cụ (Ảnh từ BN số 30)

Bước 3: Phẫu tích cuống thân

Bước 4: Phẫu tích niếu quản (NQ) và chẩn đoán xác định nguyên nhân gây bệnh

Bước 5: Cắt rời động mạch tĩnh mạch và niếu quản

Bước 6: Phẫu tích nhu mô thận

Bước 7: Lấy bệnh phẩm và kết thúc phẫu thuật



Hình 2.7. Lấy bệnh phẩm qua cổng nội soi (Ảnh từ BN số 38).



Hình 2.8. Dẫn lưu qua vết mổ, đóng vết mổ (Ảnh từ BN số 38).

- Theo dõi trong mổ: Tỷ lệ thành công của PTNSMC sau PM cắt thận, thể tích máu mất trong mổ, tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật, biểu đồ thời gian phẫu thuật.

2.2.2.7. Theo dõi sau mổ và đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân

- Đánh giá đau sau mổ và kiểm soát đau

- Đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân với chương trình tăng cường phục hồi sớm sau phẫu thuật

- Biến chứng sau mổ: Phân độ biến chứng sau mổ theo Clavien sửa đổi.

- Thời gian nằm viện

2.2.2.8. Theo dõi tái khám

- Tái khám sau 1 tháng

+ Khám lâm sàng:

+ Đánh giá mức độ hài lòng của BN theo thang điểm Likert truyền thống: Phòng vấn đề khảo sát mức độ hài lòng của BN một số đặc điểm sau [96, 122]:

- Phẫu thuật này không làm tổn hại đến cơ thể của Ông/Bà?
- Ông/bà đánh giá mức độ hài lòng như thế nào về đau sau phẫu thuật?
- Ông/bà đánh giá mức độ hài lòng như thế nào về sự phục hồi sau phẫu thuật?
- Ông/bà đánh giá mức độ hài lòng như thế nào về thời gian nằm viện?
- Ông/bà đánh giá mức độ hài lòng như thế nào về viện phí chi trả?

- Tái khám sau 6 tháng

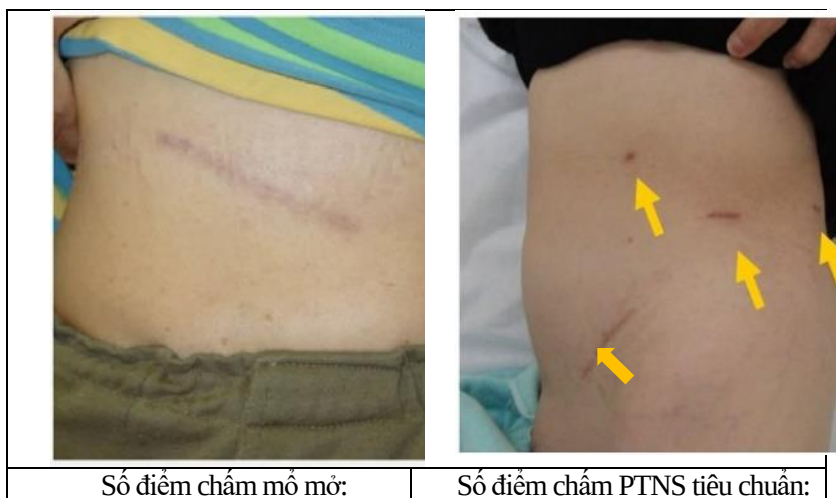
+ Khám lâm sàng: Khám toàn trạng bệnh nhân và ghi nhận dấu hiệu đau vết mổ, thoát vị vết mổ, sự liền sẹo vết mổ.

+ Khảo sát quan điểm thẩm mỹ của BN về vết mổ (thang điểm 10):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rất xấu		Xấu		Bình thường		Đẹp		Rất đẹp	

• Đánh giá thẩm mỹ các loại vết mổ qua bộ hình ảnh có sẵn (thang điểm 10)

Có 2 ảnh theo thứ tự là vết sẹo của từng phương pháp cắt thận là PTNS tiêu chuẩn, phẫu thuật mở. BN cho điểm mỗi vết mổ dựa trên thang điểm 10 bằng cách chấm điểm trên mỗi ảnh đó [164].



Hình 2.9. Bệnh nhân tái khám chấm điểm vết mổ qua bộ hình ảnh [164].

• BN tự chấm điểm vết mổ PTNSMC sau PM của chính mình:



Hình 2.10. Bệnh nhân chấm điểm vết mổ một công sau 6 tháng
(Ảnh từ BN số 38)

Lấy trung bình cộng số điểm của các BN tái khám để đánh giá điểm thăm mý PTNSMC sau PM cắt thận.

+ Đánh giá mức độ hài lòng của BN: Theo thang điểm Likert truyền thống:

Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	5 điểm

Phòng vấn đề khảo sát mức độ hài lòng của BN một số đặc điểm sau đây [96, 122]:

- Ông bà hài lòng về vết mổ này?
- Hầu hết mọi người thấy vết mổ của Ông/Bà đẹp?
- Ông/Bà hài lòng với phương pháp PTNSMC
- Ông bà vẫn chọn phương pháp PTNSMC nếu một lần nữa cần

một cuộc phẫu thuật tương tự.

2.3. PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm thống kê Medcalc 20.0

2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Được chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

Chương 3 **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

3.1. ĐẶC ĐIỂM LS, CLS CỦA BN THẬN GIẢM, MẤT CHỨC NĂNG

Lâm sàng

- Tuổi TB là 62 ± 12.9 tuổi. Nam/Nữ= 1.45/1. BMI trung bình 19.9 ± 2.1 kg/m².
- TS vết mổ cũ dẫn lưu thận tối thiểu vùng hông cùng bên là 9,3%. Các BN này vẫn được cắt thận nội soi một công thành công.
- 70.4% BN có thời gian phát hiện bệnh trên 12 tháng. Vào viện với lý do đau thắt lưng chiếm đến 81.5%. Có 7/54 BN đau quặn thận cấp lúc vào viện, chiếm 13% (trong đó có 3/7 BN đau quặn thận có triệu chứng tiêu hóa kèm theo lúc nhập viện cấp cứu, chiếm 42.9%).
- Khám thấy thận lớn ở 57.4% BN.

Cận lâm sàng

Bảng 3.12. Phân bố độ ứ nước trên CLVT

Độ ứ nước trên CLVT	n	%
Độ 1	0	0
Độ 2	1	2,2
Độ 3	26	56,5
Độ 4	16	34,8
Thận teo	3	6,5
Tổng	46	100

- Ứ nước độ 3 và độ 4 trên CLVT là 91,3%.

Bảng 3.12. Phân bố độ mỏng nhu mô thận trên CLVT

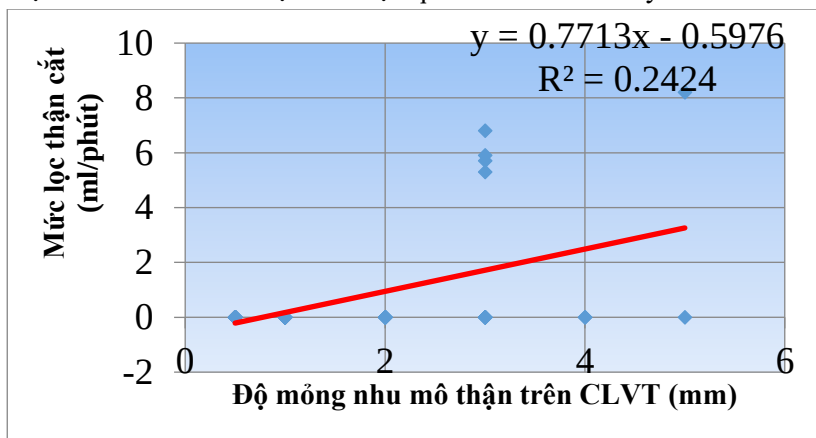
Độ mỏng nhu mô trên CLVT (mm)	n	%	Trung bình $\pm$ SD (Lớn nhất – Nhỏ nhất)
0.5	19	41,3	1,4 $\pm$ 1,1 (0,5 – 5,0)
1	11	23,9	
2	8	17,4	
3	5	10,9	
4	2	4,3	
5	1	2,2	
Tổng	46	100	

Độ mỏng nhu mô thận trên CLVT là 1.4 $\pm$ 1.1 mm

Bảng 3.13. Mức lọc cầu thận thận cắt trên TĐĐVPX

Mức lọc thận cắt (ml/p)	n	%	Trung bình $\pm$ SD (Lớn nhất – Nhỏ nhất)
0	48	88,9	0,62 $\pm$ 1,9 (0 – 8,2)
1 – 10	6	11,1	
> 10	0	0	
Tổng	54	100	

Tất cả BN được làm TĐĐVPX. 100% BN có mức lọc thận cắt dưới 10 ml/p. Có đến 48/54 BN (88,9%) có thận mất chức năng hoàn toàn và 11,1% BN có thận giảm chức năng nghiêm trọng (thận còn chức năng nhưng rất kém, MLCT nhỏ hơn 10 ml/p hoặc tỷ lệ phần trăm chức năng thận từng phần nhỏ hơn 10%) kèm biến chứng buộc phải cắt thận. Sự tương quan giữa độ mỏng nhu mô thận trên CLVT với MLCT của thận trên TĐĐVPX được thể hiện qua biểu đồ dưới đây:



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa độ mỏng nhu mô thận trên CLVT và MLCT ($p < 0,05$, $R^2 = 0,2424$)

Đặc điểm của thận được xác định sau mổ

- 53.7% BN có thể tích thận lớn hơn 300 ml, những BN này đều được chọc hút nước tiểu làm xẹp thận (trong đó có 3 BN có thận ứ nước không lồ, chiếm 5.6%). Có 38,9% BN không chọc hút nước tiểu trong mổ có thể tích thận <300 ml.

- Có 96.3% BN có độ mỏng nhu mô thận được xác định sau mổ nhỏ hơn 5 mm. Độ mỏng nhu mô trung bình là 1.9 ± 1.3 mm. Có mối tương quan giữa độ mỏng nhu mô thận xác định sau mổ với mức lọc thận cắt ($r = 0.4, p < 0.05$).

- Thận có 1 ĐM và 1 TM chiếm 61.1%. Có 13% BN có các nhánh mạch máu bất thường. Nguyên nhân gây thận giảm, mất chức năng do sỏi chiếm 75.9%.

3.2. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PTNSMC SAU PHÚC MẠC CẮT THẬN

PTNSMC sau phúc mạc cắt thận kết hợp được các kênh thao tác qua một lỗ duy nhất và tận dụng lỗ duy nhất này để lấy bệnh phẩm. Kết quả của phương pháp khả thi, an toàn, mang lại giá trị thẩm mỹ, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn và mức độ hài lòng bệnh nhân cao.

Đặc điểm kỹ thuật PTNSMC sau phúc mạc cắt thận

- Sử dụng cổng vào SILS Covidien. Đặt cổng nội soi xiên hông bằng kỹ thuật mở Hasson. Thời gian đặt cổng nội soi trung bình là 5.5 ± 1.5 phút. Thời gian đặt cổng có tương quan thuận với chỉ số BMI ($r = 0.62$).

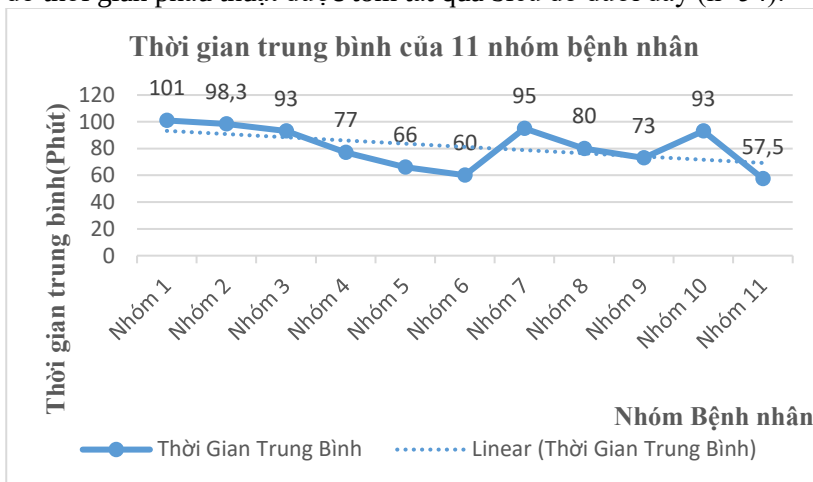
- Các dụng cụ PTNS thẳng tiêu chuẩn bắt chéo nhau để phục hồi nguyên tắc tam giác và tăng lực căng khi phẫu tích. Nếu vẫn còn xảy ra xung đột dụng cụ với ống kính, người phụ “thả lỏng” ống kính theo thao tác của PTV.

- Tỷ lệ thành công bằng PTNSMC 98,1%, chuyển PTNS tiêu chuẩn chiếm 1,9%. Không có chuyển mổ mở.

- Có 80.8% BN vào trực tiếp cuống thận tại gốc thành công và 19,2% BN được phẫu tích gần rốn thận do viêm dính nhiều, viêm dính dữ dội. Các BN có thận không viêm, viêm ít (chiếm 44,5%) đều vào được cuống thận trực tiếp thành công và được cắt nhu mô trong mạc thận thành công. Có sự liên quan giữa kỹ thuật phẫu tích cuống thận, kỹ thuật phẫu tích nhu mô với mức độ viêm dính ($P < 0.05$).

Theo dõi trong mổ

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 81.1 ± 26 phút. Có sự liên quan thời gian phẫu thuật với BMI và thận viêm ($P < 0.05$). Đường cong huấn luyện đạt được và các tai biến trong mổ giảm thiểu sau 15 BN. Biểu đồ thời gian phẫu thuật được tóm tắt qua biểu đồ dưới đây ($n=54$):



Biểu đồ 3.5. Biểu đồ thời gian trong PTNSMC sau PM cắt thận

Theo dõi hậu phẫu

- Mức độ đau vết mổ trung bình ngay sau mổ là 4.0 ± 1.3 . Mức độ đau có liên quan thời gian mổ ($P < 0.05$). Thời gian tiêm giảm đau là 1.8 ± 0.9 ngày.

Bảng 3.37. Sự phục hồi của BN sau PTNSMC cắt thận ($n=52$)

Yếu tố phục hồi (giờ)	n	Trung Bình $\pm$ SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian BN tự ngồi dậy tại giường	52	$8,5 \pm 3,8$	4	20
Thời gian phục hồi nhu động ruột	52	$17,2 \pm 9,6$	6	42
Thời gian rút dẫn lưu	52	$36,5 \pm 9,2$	24	56
Thời gian BN tự hoạt động cơ bản	52	$38,3 \pm 4,8$	32	54
Thời gian BN sinh hoạt bình thường trở lại	52	58.0 ± 5.0	52	74

- Các BN có thời gian rút dẫn lưu dài hơn có liên quan với thận viêm dính.
- Biến chứng sau mổ chỉ gặp trên 1 BN, đó là nhiễm khuẩn vết mổ, chiếm 1.9%.
 - Nằm viện trung bình 5.7 ± 1.3 ngày.

Tái khám

Bảng 3.42. Mức độ hài lòng của bệnh nhân (n=52)

Yếu tố khảo sát	Điểm hài lòng theo thang điểm Likert truyền thống										
	1 điểm		2 điểm		3 điểm		4 điểm		5 điểm		TB $\pm$ SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Phẫu thuật này không làm tổn hại đến cơ thể của Ông/Bà	0	0,0	2	3,8	2	3,8	25	48,1	23	44,2	4,3 $\pm$ 0,7
Ông/Bà hài lòng về đau sau phẫu thuật	0	0,0	0	0,0	1	1,9	18	34,6	33	63,5	4,6 $\pm$ 0,5
Ông/Bà hài lòng về sự phục hồi sau phẫu thuật	0	0,0	2	3,8	3	5,8	20	38,5	27	51,9	4,4 $\pm$ 0,8
Ông/Bà hài lòng về thời gian nằm viện	0	0,0	1	1,9	2	3,8	26	50,0	23	44,2	4,4 $\pm$ 0,7
Ông/Bà hài lòng về viện phí chi trả	0	0,0	0	0,0	5	9,6	16	30,8	31	59,6	4,5 $\pm$ 0,7

- 92.3% BN cho rằng PTNSMC đã không làm tổn hại đến cơ thể của họ hay mức độ xâm lấn ít tại thời điểm 1 tháng.

Bảng 3.44. Mức độ hài lòng của bệnh nhân (n=35)

Yếu tố khảo sát	Điểm hài lòng theo thang điểm Likert truyền thống										TB ± SD
	1 điểm		2 điểm		3 điểm		4 điểm		5 điểm		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ông Bà hài lòng về vết mổ này	0	0,0	0	0,0	2	5,7	12	34,3	21	60,0	4,5 ± 0,6
Hầu hết mọi người thấy vết mổ của Ông/Bà đẹp	0	0,0	1	2,9	2	5,7	12	34,3	20	57,1	4,4 ± 0,7
Ông/Bà hài lòng với phương pháp PTNSMC	0	0,0	0	0,0	3	8,6	8	22,9	24	68,6	4,6 ± 0,7
Ông bà vẫn chọn PTNSMC nếu một lần nữa cần một cuộc phẫu thuật tương tự	0	0,0	0	0,0	1	2,9	6	17,1	28	80,0	4,8 ± 0,5

- Số điểm trung bình của vết sẹo PTNSMC của lần mổ này là 8.1 ± 1.0 điểm, tương ứng với đẹp. Có 94.3% BN hài lòng về vết mổ khi tái khám thời điểm 6 tháng.

- Có 97.1% BN vẫn chọn PTNSMC nếu phải trải qua một cuộc phẫu thuật tương tự.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM LS, CLS CỦA BN THẬN GIẢM, MẤT CHỨC NĂNG

Lâm sàng:

BN có tiền sử dẫn lưu thận ra da hoặc PCNL không phải là chống chỉ định của PTNS sau PM: Nghiên cứu của chúng tôi có 9,3% BN có tiền sử PCNL, dẫn lưu thận ra da. Đối với những BN có tiền sử dẫn lưu thận ra da hoặc PCNL, dù chỉ để lại vết tích nhỏ trên da nhưng luôn có viêm dính nhu mô thận với thành bụng sau (ngay vị trí ống dẫn lưu thận đi qua). Mặc dù vậy, điều này không phải là trở ngại lớn của PTNSMC sau PM. Trong những trường hợp viêm dính này, kỹ thuật đặt cổng nội soi kiểu Hasson thuận lợi cho việc gỡ dính nhu mô thận khỏi cơ thành bụng sau và là một kỹ thuật phù hợp, an toàn. Theo Patel (2020) [124] dẫn lưu thận qua da không phải là chống chỉ định của PTNS sau PM nhưng chúng ta không nên đặt cổng nội soi gần với vị trí dẫn lưu thận trước đó.

PTNS sau phúc mạc được ưu tiên hơn ngã xuyên phúc mạc đối với các BN có TS phẫu thuật bụng: Đối với các BN có tiền sử phẫu thuật trong ổ phúc mạc, theo Audebert (2000) [18], tỷ lệ xảy ra dính ruột ở rốn có thể lên đến 50% sau phẫu thuật mở bụng đường giữa và 23% sau mổ đường mổ ngang dưới rốn [18]. Khi các cơ quan trong ổ bụng bị dính do các lần mổ trước, việc phẫu tích gỡ dính sẽ tăng nguy cơ chảy máu cơ quan và thủng ruột, hơn nữa các biến dạng về giải phẫu do dính cũng làm khó khăn hơn trong việc bộc lộ rõ ràng các cơ quan trong lúc phẫu tích. Chính vì những bất lợi và khó khăn như vậy nên các tài liệu trước đây đã xem tiền sử phẫu thuật bụng thậm chí như là một chống chỉ định tương đối của PTNS ổ bụng [66].

Chính vì vậy, khi thực hiện PTNS trên BN có TS phẫu thuật bụng trước đây nên cân nhắc một số điểm quan trọng. Thứ nhất là

phương pháp PTNS cắt thận sau PM được ưu tiên hơn vì không có sự khác biệt về thời gian mổ, mất máu hoặc thời gian nằm viện giữa BN có TS mổ bụng và không có TS mổ bụng [159]. Thứ hai là tro-ca đầu tiên phải cách xa vết sẹo của lần phẫu thuật trước và cuối cùng là nên đặt tro-ca đầu tiên theo phương pháp Hansson hoặc sử dụng tro-ca quang học để ngăn ngừa tổn thương ruột [66].

TS phẫu thuật bụng trong NC của chúng tôi chiếm 7.4%. Những BN này hoàn toàn không có viêm dính khoang sau PM nên phẫu thuật tiến hành thuận lợi.

Cận lâm sàng:

Xác định độ mỏng nhu mô thận

Ngoài việc phát hiện sỏi và phân độ ứ nước, CLVT còn có các ưu điểm khác như phát hiện các bất thường về giải phẫu hệ tiết niệu, phát hiện các tổn thương viêm dính quanh thận, phân biệt được thành phần sỏi tiết niệu và đo độ mỏng nhu mô thận [102].

Trong 46 BN được chụp CLVT của chúng tôi, có 100% BN có độ mỏng nhu mô thận không quá 5mm. Trong đó có 65.2% BN có độ mỏng nhu mô thận trên CLVT không quá 1 mm. Độ mỏng nhu mô thận trung bình là 1.4 ± 1.1 mm. Điều này giải thích số lượng BN có thận mất chức năng hoàn toàn trong NC của chúng tôi cao.

Nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.2) cho thấy sự tương quan giữa độ mỏng nhu mô trên CLVT với MLCT trên xạ hình thận của thận bệnh lý tương tự như nghiên cứu của Morrisroe năm 2010 [106] và Singh năm 2021 [150]. Do đó, trên hình ảnh chụp CLVT, độ mỏng nhu mô thận càng nghiêm trọng thì thể tích thận chức năng của thận đó càng giảm và dẫn đến tỷ lệ chức năng thận từng phần của thận đó càng giảm [106, 150]. Zengin và cs (2015) [166] cho rằng khi nhu mô thận mỏng như tờ giấy thì thận mất chức năng và lúc đó không còn thấy hình ảnh thuốc cản quang trong hệ thống bài xuất.

Ưu điểm của CLVT là ngoài việc có thể khảo sát được các bất thường kèm theo về giải phẫu và cho chẩn đoán chính xác bệnh lý phổi

hợp thì sự ước tính MLCT bằng CLVT là đơn giản, dễ thực hiện và có thể thay thế TĐĐVPX [75, 106, 111].

Hạn chế của NC này là chưa chụp CLVT cho toàn bộ BN và chất lượng của máy CLVT chưa cao. Máy chụp CLVT trong nghiên cứu này cũng chưa kèm theo phần mềm tích hợp để tính phần trăm thể tích thận chức năng từng bên từ đó tính được MLCT từng bên tương ứng.

4.2. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PTNSMC SAU PHÚC MẠC CẮT THẬN

Đặc điểm kỹ thuật PTNSMC sau phúc mạc cắt thận

Hình ảnh hiển thị không rõ ràng kết hợp việc giảm áp lực phẫu trường đột ngột khi hút bằng nội soi là nguyên nhân khiến ống kính nhòe và khiến thời gian hút nước tiểu qua nội soi kéo dài hơn. Do đó, theo chúng tôi, việc hút nước tiểu làm xẹp thận nên thực hiện bằng phương pháp Hasson, sau khi hút xẹp thận, chúng tôi dùng gạc làm khô phẫu trường trước khi đặt cổng nội soi SILS Port. Nhờ vậy, việc chọc hút nhanh hơn và phẫu trường không bị nhòe ống kính nội soi như trong các trường hợp chọc hút bằng kỹ thuật nội soi.

Việc đổi tro-ca 10 mm để kẹp mạch máu thận được thực hiện đơn giản và nhanh chóng. Tình huống này áp dụng trên những BN có TM lớn, không thể kẹp bằng hem-o-lok qua tro-ca 5mm, chiếm 57,7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy vậy, có 2 BN dù đã đổi tro-ca nhưng đường kính TM vẫn lớn hơn kích thước của Hem-o-lok lớn nhất. Chúng tôi đã dùng sợi chỉ để làm nhỏ đường kính TM trước khi kẹp TM (3,8% số trường hợp).

Theo dõi trong mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi tương đương với tác giả Chen [29] và nhanh hơn nhiều so với các tác giả khác khi thực hiện PTNSMC sau PM cắt thận do các bệnh lý lạnh tính.

Trong nghiên cứu này, nghiên cứu viên làm phụ tá và cùng người hướng dẫn thực hiện phẫu thuật trong 30 trường hợp đầu tiên. Biểu đồ

3.5 cho thấy thời gian phẫu thuật giảm dần khi các kỹ năng đạt được sau 15 BN và tiếp tục giảm thêm cho đến BN số 30.

Từ BN số 31(bắt đầu từ nhóm BN số 7), nghiên cứu viên tự mình thực hiện cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc cùng với 2 phụ tá. Biểu đồ 3.5 cho thấy các kỹ năng cũng đạt được sau 15 BN khi phẫu thuật cùng người phụ tá thứ nhất. Sau đó, biểu đồ thời gian phẫu thuật tăng lên rõ rệt ở nhóm BN số 10. Nguyên nhân là do có sự tham gia phẫu thuật của người phụ tá thứ hai. Sự thay đổi người phụ tá thứ hai cần thời gian để làm quen các kỹ năng cần thiết của phương pháp phẫu thuật nội soi một cổng. Trong đó kỹ năng điều chỉnh ống kính nội soi theo thao tác PTV là rất quan trọng.

Như vậy việc điều chỉnh liên tục ống kính của người phụ theo thao tác của PTV rất cần thiết để hoàn thành PTNSMC bằng dụng cụ thẳng tiêu chuẩn. Điều này khẳng định rằng sự phối hợp đồng bộ của kíp PTV và người phụ là rất quan trọng [107, 153].

Theo dõi hậu phẫu

Chúng tôi không dùng morphin để giảm đau cho BN nên các bệnh nhân trong nghiên cứu này không chịu những tác dụng phụ của Morphin trong đó có chậm phục hồi nhu động ruột và gây nghiện.

Thời gian nằm viện trung bình của các BN trong NC của chúng tôi là 5.7 ± 1.3 ngày tương đương với tác giả Ryu [138] và dài ngày hơn nhiều so với tác giả Chueh [31] và Singh [151]. Tuy vậy chúng tôi cho BN ra viện khi BN không còn đau vết mổ, không có biến chứng sau mổ hoặc biến chứng đã được giải quyết, khi BN đã tự mình thực hiện được các chức năng cơ bản trong đời sống hàng ngày như tự ăn uống, tự sử dụng nhà vệ sinh, tự tắm rửa, tự mặc trang phục, tự mình đi lại và tự điều khiển các hoạt động cơ bản. Nếu căn cứ vào thời gian rút dẫn lưu và thời gian sử dụng thuốc giảm đau để cho BN xuất viện thì các BN trong NC của chúng tôi có thể xuất viện sau phẫu thuật trung bình 2 ngày tương đương với NC của Chueh [31] và Singh [151].

Tái khám

92.3% BN cho rằng PTNSMC đã không làm tổn hại đến cơ thể của họ, 98.1% BN hài lòng về mức độ đau sau phẫu thuật, 90.4% BN hài lòng về sự phục hồi sau phẫu thuật. Những nguyên nhân khiến một số BN không hài lòng về sự xâm lấn tối thiểu của PTNSMC là những BN nữ trẻ tuổi. Nguyên nhân đem lại sự hài lòng về chi phí với tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi là việc sử dụng hem-o-lok để kiểm soát mạch máu có hiệu quả chi phí hơn việc sử dụng kim bấm mạch [98]. Ngoài ra, việc lấy bệnh phẩm ra ngoài cơ thể trong tất cả BN nghiên cứu cũng không sử dụng các dụng cụ chuyên dụng mà chỉ dùng các bao bệnh phẩm thông thường. Kỹ thuật bơm bóng khoang sau PM bằng bóng tự chế và việc sử dụng các dụng cụ thẳng trong bộ dụng cụ PTNS tiêu chuẩn cũng giúp cho việc tiết kiệm chi phí trên nghiên cứu này.

Nếu phải trải qua một cuộc phẫu thuật tương tự, có 97.1% BN vẫn chọn phương pháp PTNSMC và 2.9% BN không có ý kiến (BN này chịu chi phí điều trị cao do phải sử dụng kim bấm mạch). Điều này cho thấy tỷ lệ BN hài lòng cao với PTNSMC và vẫn tiếp tục lựa chọn PTNSMC nếu một lần nữa phải nhập viện.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm LS, CLS của BN thận giảm, mất chức năng

Lâm sàng

- Tuổi TB là 62 ± 12.9 tuổi. Nam/Nữ = 1.45/1. BMI trung bình $19.9 \pm 2.1 \text{ kg/m}^2$.
- TS vết mổ cũ dẫn lưu thận tối thiểu vùng hông cùng bên là 9,3%. Các BN này vẫn được cắt thận nội soi một cổng thành công.
- Độ mỏng nhu mô thận trên CLVT là $1.4 \pm 1.1 \text{ mm}$ và có tương quan với MLCT.
- Xạ hình chẩn đoán chức năng thận ở tất cả BN.
- Có 38,9% BN không chọc hút nước tiểu trong mổ có thể tích thận <300 ml.

2. Một số đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả PTNSMC sau phúc mạc cắt thận

PTNSMC sau phúc mạc cắt thận kết hợp được các kênh thao tác qua một lỗ duy nhất và tận dụng lỗ duy nhất này để lấy bệnh phẩm. Kết quả của phương pháp khả thi, an toàn, mang lại giá trị thẩm mỹ, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn và mức độ hài lòng bệnh nhân cao.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 81.1 ± 26 phút. Có sự liên quan thời gian phẫu thuật với BMI và thận viêm ($P < 0.05$). Đường cong huấn luyện đạt được và các tai biến trong mổ giảm thiểu sau 15 BN.
- Mức độ đau vết mổ trung bình ngay sau mổ là 4.0 ± 1.3 . Mức độ đau có liên quan thời gian mổ ($P < 0.05$). Thời gian tiêu giảm đau là 1.8 ± 0.9 ngày.
- - Nằm viện trung bình 5.7 ± 1.3 ngày.

Tái khám

- 92.3% BN cho rằng PTNSMC đã không làm tổn hại đến cơ thể của họ hay mức độ xâm lấn ít tại thời điểm 1 tháng.
- Số điểm trung bình của vết sẹo PTNSMC của lần mổ này là 8.1 ± 1.0 điểm, tương ứng với đẹp. Có 94.3% BN hài lòng về vết mổ khi tái khám thời điểm 6 tháng.
- Có 97.1% BN vẫn chọn PTNSMC nếu phải trải qua một cuộc phẫu thuật tương tự.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

- 1. Ngô Thanh Liêm, Nguyễn Khoa Hùng, Hoàng Văn Tùng (2021),** Phẫu thuật cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc bằng dụng cụ thẳng tiêu chuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 509. Số chuyên đề VUNA – Tháng 12/2021. Tr 144-150.

- 2. Ngô Thanh Liêm, Nguyễn Khoa Hùng, Hoàng Văn Tùng (2018),** Phẫu thuật cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc: Kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, an toàn và thẩm mỹ. *Tạp chí Y Dược học – Hội nghị khoa học sau đại học lần thứ 10 - Trường đại học Y Dược – Đại học Huế*, Số 6, Tập 8, tháng 12/2018. Tr 23-26.