

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BỆNH VIỆN BÌNH DÂN LẦN THỨ 19 NGÀY 06 - 07 THÁNG 04 NĂM 2018

TỔNG QUAN

- 1 Tiến bộ trong điều trị ngoại khoa ung thư tụy tạng
* Lê Quang Nghĩa
- 7 Gây mê hồi sức trong phẫu thuật ghép gan
* Nguyễn Văn Chùng, Nguyễn Văn Chính,
Trần Đỗ Anh Vũ
- 13 Nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản
* Đào Quang Oánh
- 19 Testosterone: hư cấu và thực tế lâm sàng
* Mai Bá Tiến Dũng
- 24 Điều trị testosterone bổ sung và bệnh lý tuyến tiền
liệt
* Đào Quang Oánh
- 31 Cập nhật chẩn đoán và vai trò của ung bướu nội
khoa trong điều trị bướu biểu mô tuyến ức: thực tế
và triển vọng
* Võ Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Hoàng Quý
- 36 Chất chống oxy hóa: quan điểm trong điều trị vô
sinh nam
* Mai Bá Tiến Dũng
- 41 Bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu
thuật ung thư trực tràng
* Phan Thanh Tuấn, Trần Văn Minh Tuấn, Hồ Tiến Duy
- 49 Liệu pháp kích điện thần kinh chày sau điều trị bảo
tồn các rối loạn chức năng sàn chậu
* Nguyễn Trung Vinh, Đặng Duy Anh

NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 56 Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh
trong sử dụng kháng sinh dự phòng ở các khoa
ngoại tại bệnh viện Bình Dân
* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Huỳnh Lê Hạ,
Bùi Hồng Ngọc
- 64 Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang
không xâm lấn cơ bằng cắt đốt qua ngả niệu đạo với
laser thulium yag kết hợp hóa trị trong bàng quang
sau phẫu thuật
* Nguyễn Hoàng Luông, Hà Văn Bằng
- 70 U mạch cơ mỡ thận – báo cáo trường hợp lâm sàng
* Trần Ngọc Khánh, Ngô Thanh Liêm, Hoàng Phong,
Đinh Thị Phương Hoài
- 74 Đánh giá kết quả điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng
phương pháp nong bóng hơi nội soi
* Nguyễn Khôi, Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức,
Nguyễn Văn Hùng, Trần Quang Trình

(Xem tiếp trang 640)

ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU MẠN TÍNH CHI DƯỚI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẦN KINH GIAO CẢM THẮT LƯNG

Hồ Huỳnh Long*, Nguyễn Văn Việt Thành*, Trần Công Quyền*, Hồ Hoàng Trung*

TÓM TẮT

Mở đầu: Phẫu thuật mở cắt thần kinh giao cảm cần một đường mổ dài, có cắt và tách cơ, gây đau sau mổ cho bệnh nhân và thời gian hồi phục kéo dài. Phẫu thuật nội soi hông lưng cắt thần kinh giao cảm sau phúc mạc là một kỹ thuật mổ ít xâm lấn nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả của kỹ thuật mổ mở truyền thống.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của kỹ thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng qua nội soi hông lưng ngả sau phúc mạc.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt các trường hợp cắt thần kinh giao cảm thắt lưng L2 – L4 qua nội soi hông lưng ngả sau phúc mạc.

Kết quả: 40 bệnh nhân (30 nam: 10 nữ) có độ tuổi trung bình là 53,5 (28 – 85 tuổi) được phẫu thuật nội soi cắt thần kinh giao cảm thắt lưng. Những bệnh nhân này đều bị tắc động mạch mạn tính chi dưới và không còn chỉ định phục hồi lưu thông mạch máu. Một trường hợp tổn thương niệu quản và một trường hợp chuyển mổ mở được ghi nhận. Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 90 phút và đau sau mổ ít. Tình trạng đau và loạn dưỡng chi do thiếu máu nuôi được cải thiện rõ trên các bệnh nhân.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thần kinh giao cảm thắt lưng là một kỹ thuật mổ ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: Cắt thần kinh giao cảm thắt lưng, nội soi sau phúc mạc.

ABSTRACT

TREATMENT LOWER LIMB CHRONIC ISCHEMIA WITH RETROPERITONEAL ENDOSCOPIC LUMBAR SYMPATHECTOMY

Ho Huynh Long, Nguyen Van Viet Thanh, Tran Cong Quyen, Ho Hoang Trung

* Y Học TP. Hồ Chí Minh * Supplement Vol. 22 - No 2- 2018: 153 - 157

Background: The conventional lumbar sympathectomy procedure through the extraperitoneal route requires a muscle cutting-splitting incision, which leads to significant postoperative pain and prolonged convalescence. Retroperitoneoscopic lumbar sympathectomy successfully combines the advantages of minimally invasive surgery with the effectiveness of the open procedure.

Objective: This study aims at evaluating results of retroperitoneal endoscopic lumbar sympathectomy.

Methods: Case series report: excision of ganglia L2 – L4 of the lumbar sympathetic chain were performed by retroperitoneal endoscopic access.

Results: Forty patients (30 males: 10 females) were submitted to retroperitoneal endoscopic lumbar sympathectomy, mean age of 53,5 years (28 – 85). They had chronic peripheral arterial disease, with no possibility of revascularization. There were one intraoperative cutting ureter, and only the need of converting to open surgery. Mean operative time was 90 minutes. All the patients had significant improvement of pain or dystrophic changes and postoperative pain was little. All the patients had significant improvement of ischemic pain or dystrophic changes.

* Bệnh viện Bình Dân.

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Văn Việt Thành ĐT: 0977903015 Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Conclusion: Sympathectomy can be performed by retroperitoneal endoscopy using the advantages of a minimally invasive surgery. This is safe and effective technique.

Keywords: Lumbar sympathectomy, retroperitoneal endoscopy.

MỞ ĐẦU

Tắc động mạch mãn tính chi dưới là tình trạng hẹp hoặc tắc hoàn toàn động mạch chính cung cấp máu nuôi chân. Tình trạng này diễn ra trong nhiều tháng, nhiều năm, qua nhiều giai đoạn. Nguyên nhân thường gặp là xơ vữa động mạch và bệnh Buerger⁽¹⁾. Hiện nay, về mặt ngoại khoa, có nhiều phương pháp điều trị. Tối ưu nhất vẫn là phẫu thuật phục hồi lưu thông lòng mạch. Tuy nhiên, thực tế không phải lúc nào cũng thực hiện được điều này. Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân thường đến khám khi tình trạng bệnh đã nặng nên chỉ định phục hồi lưu thông lòng mạch khó thực hiện. Trong những trường hợp phục hồi lưu thông mạch máu không còn chỉ định, phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng là phương pháp phẫu thuật tương đối nhẹ nhàng được lựa chọn^(2,5,6). Cắt thần kinh giao cảm thắt lưng đơn thuần sẽ giảm đau cho bệnh nhân, cải thiện chất lượng cuộc sống nhưng không cải thiện được tỷ lệ đoạn chi chung cuộc. Nhưng, phẫu thuật tái lưu thông lòng mạch kết hợp với cắt thần kinh giao cảm thắt lưng lại cho một kết quả khả quan trong điều trị. Trước đây, cắt thần kinh giao cảm thắt lưng được thực hiện gần như hoàn toàn là mổ hở. Đường mổ dài, đôi khi phải cắt cơ làm cho bệnh nhân đau sau mổ kéo dài, thời gian lành bệnh lâu, nhưng hiệu quả đôi khi lại không cao. Điều này đã làm cho một số bác sĩ phẫu thuật cân nhắc có nên cắt thần kinh giao cảm trong điều trị viêm tắc động mạch mãn tính chi dưới nữa hay không. Ngày nay, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, cắt thần kinh giao cảm thắt lưng được thực hiện qua nội soi hông lưng ngã sau phúc mạc. Kỹ thuật này đã khắc phục được những nhược điểm của phương pháp mổ hở. Đau sau mổ được cải thiện đáng kể, thời gian hồi phục nhanh chóng, giảm thiểu thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ. Cắt thần kinh giao cảm thắt lưng có thể được thực hiện đơn

thuần hoặc kết hợp với phẫu thuật tái lưu thông lòng mạch nhằm đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân^(3,4,7).

Mục tiêu nghiên cứu

1. Áp dụng phẫu thuật nội soi cắt thần kinh giao cảm thắt lưng điều trị viêm tắc động mạch mãn tính chi dưới.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị của kỹ thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng qua nội soi.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt các trường hợp.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bị viêm tắc động mạch mãn tính chi dưới tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân bị viêm tắc động mạch mãn tính chi dưới được điều trị bằng kỹ thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng qua nội soi tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân bị viêm tắc động mạch mãn tính chi dưới được điều trị bằng phương pháp khác tại bệnh viện Bình Dân.

Kỹ thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng qua nội soi

Chỉ định

Bệnh nhân đau chân lúc nghỉ, loét hoại tử mà không còn khả năng làm phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu, cụ thể:

Tắc động mạch nhỏ ở 1/3 dưới cẳng chân hoặc bàn chân.

Tắc động mạch lớn (động mạch khoeo trở lên), động mạch phía dưới không tái hiện trên phim chụp động mạch cản quang.

Kỹ thuật thực hiện

Gây mê nội khí quản.

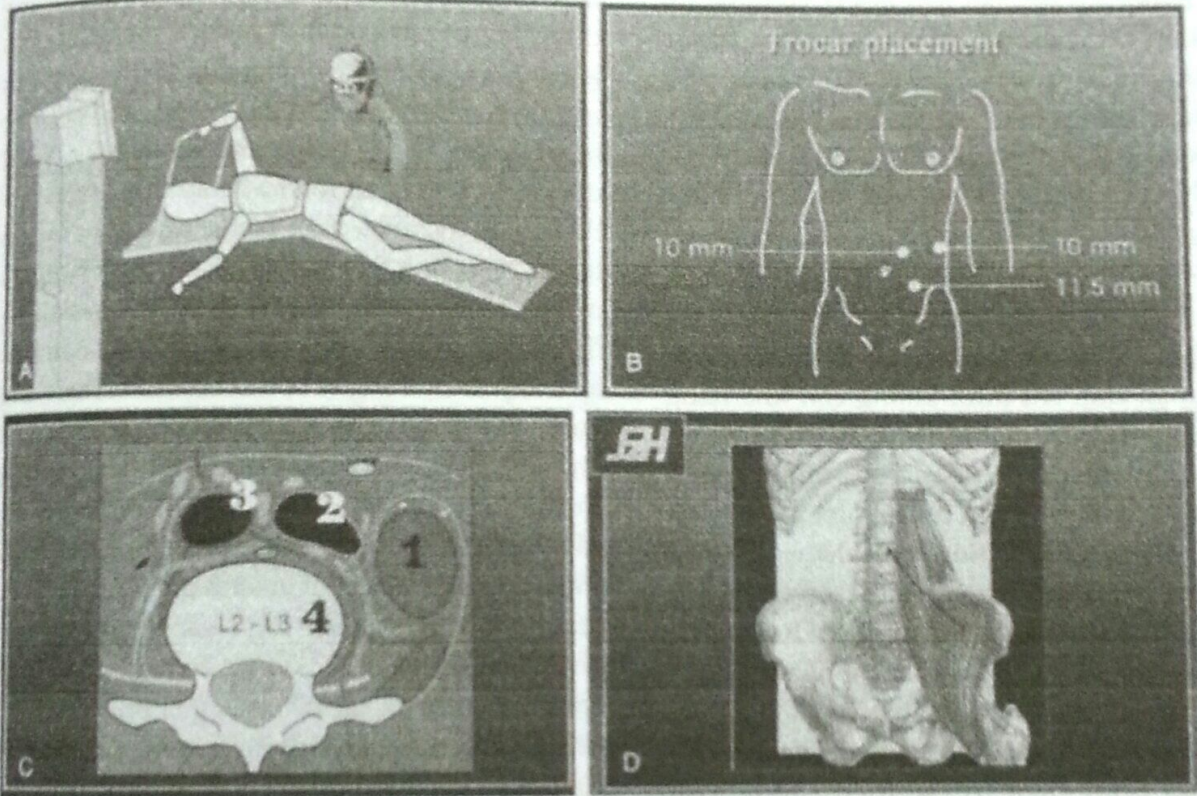
Bệnh nhân nằm tư thế nghiêng sang bên không mổ 90°.

Bàn mổ được bẻ gập góc 30°, đầu và chân thấp, hông và eo cao.

Trocar thứ nhất 10mm được đặt ở vị trí đầu xương sườn 12, khoang sau phúc mạc được tạo

bằng bóng và được duy trì bằng bơm CO2. Sau đó, vào thêm 2 trocar: 1 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, để thao tác, nếu cần có thể vào thêm trocar thứ 4 để vén phúc mạc.

Chuỗi hạch giao cảm được phẫu tích và cắt từ L2 – L4, gửi giải phẫu bệnh.



Hình 1: Tư thế bệnh nhân và vị trí trocar

KẾT QUẢ

Tuổi và giới

Giới tính: 40 trường hợp: 30 nam: 10 nữ.

Tuổi trung bình: 53,5 tuổi (28 – 85).

Chẩn đoán

Tắc động mạch mạn tính do Buerger: 28 (70%). Tắc động mạch mạn tính do xơ vữa động mạch: 8 (20%). Raynaud: 4 (10%).

Phương pháp mổ

Cắt L2 – L4 qua nội soi hông lưng ngoài phúc mạc. 19 trường hợp nội soi cắt thần kinh giao cảm thắt lưng bên T. 17 trường hợp nội soi cắt thần kinh giao cảm thắt lưng bên P. 4

trường hợp nội soi cắt thần kinh giao cảm thắt lưng 2 bên.

Giải phẫu bệnh

100% chuỗi hạch thần kinh.

Kết quả phẫu thuật

Máu mất trong lúc mổ: không đáng kể. Thời gian mổ trung bình: 90 phút. Chuyển mổ hở 1 trường hợp do rách phúc mạc. Biến chứng: 1 trường hợp tổn thương niệu quản.

Hậu phẫu

Các bệnh nhân đều giảm đau sau mổ.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng trong điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới được

thực hiện từ rất lâu. Royle, Julio Diez là những tác giả đầu tiên thực hiện kỹ thuật này và báo cáo vào năm 1924⁽⁸⁾. Để tiếp cận chuỗi hạch giao cảm, bác sĩ phẫu thuật cần một đường mổ dài, đôi khi phải cắt cơ vì phẫu trường khá sâu và hẹp. Năm 1973, Wittmoser, một bác sĩ phẫu thuật người Áo lần đầu tiên mô tả kỹ thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng qua ngã sau phúc mạc dưới sự hỗ trợ của nội soi⁽⁹⁾. Tuy nhiên, phải đến năm 1996, nhiều nghiên cứu về cắt hạch thần kinh thắt lưng qua nội soi để điều trị các bệnh lý thiếu máu mãn tính chi dưới mới được báo cáo⁽¹⁰⁾.

Về chỉ định điều trị, chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm thắt lưng chủ yếu cho những trường hợp viêm tắc động mạch mạn tính chi dưới không còn khả năng phục hồi lưu thông mạch máu. Đây là chỉ định không thay đổi dù là mổ hở hay mổ nội soi⁽⁶⁾. Tuy nhiên, với ưu điểm ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả, phẫu thuật nội soi cắt thần kinh giao cảm được chỉ định ngày một rộng rãi hơn trong một số bệnh lý khác: bệnh Raynaud, tăng tiết mồ hôi chân quá mức, giảm đau... Đối với bệnh viêm tắc động mạch mạn tính chi dưới, cắt thần kinh giao cảm đơn thuần có hiệu quả trong điều trị các triệu chứng loạn dưỡng, đau do nguyên nhân thiếu máu, cải thiện chất lượng phần nào cuộc sống cho bệnh nhân. Thế nhưng, phương pháp này vẫn không cải thiện được tỉ lệ đoạn chi chung cuộc dù là mổ hở hay mổ nội soi. Với lợi điểm ít xâm lấn hơn so với mổ hở, một số tác giả đã thực hiện cắt thần kinh giao cảm thắt lưng qua nội soi trên cả những bệnh nhân còn chỉ định phục hồi lưu thông mạch máu. Theo quan điểm của họ, việc kết hợp nhiều phương pháp điều trị sẽ đem lại hiệu quả tốt hơn cho bệnh nhân^(8,9,11,13).

Về kỹ thuật mổ, bệnh nhân nằm nghiêng 90° với một gối kê dưới hông lưng đối bên, có bẻ bàn mổ. Tư thế này làm cột sống uốn lên, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tìm chuỗi hạch giao cảm thắt lưng. Khoang sau phúc mạc là một khoang

lông lẻo, được bóc tách dễ dàng. Có nhiều kỹ thuật tạo khoang sau phúc mạc nhưng kỹ thuật tạo khoang bằng bóng được Gaur mô tả vào năm 1992 và áp dụng phổ biến cho đến nay. Kỹ thuật tạo khoang bằng bóng có ưu điểm an toàn, dễ thực hiện và cho phẫu trường rộng rãi. Khoang được duy trì bằng áp lực CO₂ 12- 15mm Hg. Do khoang sau phúc mạc lỏng lẻo và nhiều mạch máu nhỏ nên việc sử dụng CO₂ có thể gặp các biến chứng không mong muốn như tràn khí dưới da và nguy cơ toan hô hấp do ứ thán nếu thời gian mổ quá lâu. Trong quá trình phẫu thuật, việc tránh làm rách phúc mạc là điều quan trọng vì khi phúc mạc bị rách, CO₂ sẽ vào trong ổ bụng. Khi đó, khoang sau phúc mạc sẽ bị mất áp lực, phẫu trường sẽ bị thu hẹp, các tạng trong bụng có thể theo chỗ rách vào phẫu trường gây khó khăn cho thao tác. Chúng tôi đã gặp một trường hợp rách phúc mạc làm mất phẫu trường gây khó khăn cho quá trình phẫu thuật và phải chuyển mổ hở để cắt thần kinh giao cảm. Để tìm đúng chuỗi hạch giao cảm, bác sĩ phẫu thuật phải nắm vững đặc điểm giải phẫu của chuỗi hạch giao cảm và các cấu trúc giải phẫu lân cận. Chuỗi hạch giao cảm thắt lưng luôn nằm sát trên cột sống và có hình dạng chuỗi hạch. Đây là đặc điểm quan trọng để phân biệt chuỗi hạch giao cảm với các sợi thần kinh khác. Trong quá trình phẫu tích, chúng tôi nhận thấy một số cấu trúc giải phẫu quan trọng như niệu quản, tĩnh mạch chủ dưới, động mạch chủ bụng phải được tìm thấy trước khi cắt chuỗi hạch giao cảm để tránh tổn thương các cơ quan này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, một trường hợp đứt niệu quản do sai lầm trong quá trình nhận định chuỗi hạch giao cảm được ghi nhận. Biến chứng này được xử trí theo đúng chuyên khoa niệu và không để lại di chứng sau mổ. Qua 40 trường hợp, chúng tôi nhận thấy việc tiếp cận, phẫu tích chuỗi hạch giao cảm chỉ an toàn, chính xác nếu phẫu trường rõ ràng (không rách phúc mạc và chảy máu) và các cấu trúc giải phẫu lân cận được phẫu tích rõ ràng. Quá trình phẫu thuật được thực hiện thông

thường với 3 trocar, trong đó 2 trocar 10mm và 1 trocar 5mm. Các trocar được đặt cách nhau tối thiểu 5cm để thuận lợi cho thao tác khi phẫu thuật. Tuy nhiên, trong những trường hợp khó, chúng tôi sử dụng thêm trocar thứ tư để vén phúc mạc hay vén cơ.

Về hiệu quả điều trị, 100% kết quả giải phẫu bệnh là chuỗi hạch thần kinh. Đau do nguyên nhân thiếu máu đều giảm trên tất cả các bệnh nhân. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã thực hiện mổ cho 28 trường hợp bệnh Buerger, 8 trường hợp viêm tắc động mạch mạn tính do nguyên nhân xơ vữa động mạch và 4 trường hợp bệnh Raynaud. Đối với các trường hợp Raynaud, triệu chứng rối loạn vận mạch được cải thiện rõ rệt. Sự cải thiện về tưới máu được ghi nhận tốt hơn trên các bệnh nhân bị Buerger so với những bệnh nhân bị xơ vữa động mạch^(12,14).

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thần kinh giao cảm thất lung an toàn và hiệu quả. Đây là kỹ thuật mổ ít xâm lấn, có thể thay thế được kỹ thuật mổ hở truyền thống. Với lợi điểm ít xâm lấn, phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm có thể được chỉ định trong những bệnh lý khác bên cạnh những bệnh lý mạch máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adson AW, Brown GE (1925). Treatment of Raynaud's disease by lumbar ramisection and ganglionectomy and perivascular sympathetic neurectomy of the common iliac arteries. *JAMA*;84:1908-10.
2. Beglaibter N, Berlatzky Y, Zamir O, Spira RM, Freund HR (2002). Retroperitoneoscopic lumbar sympathectomy. *J Vasc Surg*;35:815-7.

3. Coptcoat LT, Cross FW (1994). *Laparoscopic retroperitoneal surgery*. In: Coptcoat MJ, Joyee AD, editors. *Laparoscopy in urology*. Oxford: Blackwell.
4. Cross FW, Cotton LT (1985). Chemical lumbar sympathectomy for ischemic rest pain. A randomized, prospective controlled clinical trial. *Am J Surg*;150:341-5.
5. Diez J (1924). Un nuevo metodo de simpatectomia periférica para el tratamiento de las afecciones tróficas y gangrenosas de los miembros. La disociación fascicular. *Bol Soc Cir Buenos Aires*;8:792-4.
6. Dormandy JA, Rutherford RB (2000). Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg*; 31(1 Pt 2): S1-S296.
7. Gaur DD (1992). Laparoscopic operative retroperitoneoscopy: use of a new device. *J Urol*;148:1137-9.
8. Kathouda N, Wattanasirichaigoon S, Tang E, Yassini P, Ngaorungsri U (1997). Laparoscopic lumbar sympathectomy. *Surg Endosc*;11:25760.
9. Kauffman P (1994). *Simpatectomias*. In: Raia AA, Zerbini EJ, editores. *Clínica cirúrgica Alpio Corr. a Neto*. 4a ed. S. Paulo: Sarvier; p. 84-101.
10. Phạm Thọ Tuấn Anh (1996). Hướng chẩn đoán và điều trị ngoại khoa tắc động mạch mãn tính chi dưới. Luận án chuyên khoa cấp II ngành ngoại lồng ngực tim mạch, đại học Y Dược TP.HCM
11. Puech-Le. o P (1996). *Cirurgia do sistema nervoso simpático: bases técnicas*. In: Goffi FS, editor. *Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. 4a ed. S. Paulo: Atheneu; p. 200-3.
12. Redman DR, Robinson PN, Al-Kutoubi MA (1986). Computerised Tomography guided lumbar sympathectomy. *Anaesthesia*;41:39-41.
13. Shionoya S (1998). Diagnostic criteria of Buerger's disease. *Int J Cardiol*;66(Supply): S243-5.
14. Yoshida WB, Lem.nica L, Rollo HA, et al (1994). Bloqueo simpático lombar com fenol nas oclusões arteriais crônicas de membros inferiores. *Cir Vasc Angiol*;10:20-4.

Ngày nhận bài báo: 10/10/2017

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 25/11/2017

Ngày bài báo được đăng: 25/03/2018