

phong. Sau điều trị, thể âm hư có 11,3% khỏi liệt, thể huyết hư sinh phong không bệnh nhi nào khỏi liệt. Tổn thương não trên cộng hưởng từ, gặp nhiều nhất ở thùy thái dương (73,3%). Tổn thương càng đa dạng kết quả điều trị càng thấp, có sáu bệnh nhi tổn thương một vị trí trên não (11,3%) khỏi liệt. Hào châm có tác dụng thông kinh hoạt lạc nên phục hồi được các di chứng liệt. Sau điều trị các chỉ số phát triển về tâm thần - vận động tăng so với trước điều trị, phù hợp với độ liệt vận động của trẻ theo thang điểm Henry và trắc nghiệm Denver II, cho thấy hào châm có hiệu quả trong phục hồi chức năng tâm - vận động ở bệnh nhi di chứng sau viêm não cấp do HSV.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thu Hương, Phạm Nhật An** (2018). Các yếu tố tiên lượng viêm não cấp ở trẻ em theo căn nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 11(1), 127 - 130.

2. **Anders Hjalmarsson, Paul Blomqvist** (2007). Herpes simplex encephalitis in Sweden

1990 - 2001 incidence, morbidity and mortality". Clinical Infectious Diseases; 45: 875 - 880.

3. **Lê Trọng Dũng, Phạm Nhật An** (2011). Viêm não do virus Herpes Simplex type 1 ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 4, 6 - 10.

4. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006)**. Viêm não Nhật Bản, Nhi khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 71 - 78.

5. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008)**. Cơ chế tác dụng của châm cứu, điện châm, châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, NXB Y học, Hà Nội, tr.192 - 203, 223 - 225.

6. **W. K. Frakenburg (1990)**. Guide for Denver II practice, Department of pediatrics, University of Colorado Health Sciences center, Denver USA.

7. **Đặng Minh Hằng** (2014). Các nghiên cứu điều trị viêm não của y học cổ truyền Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, 42, 95-99.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT THẬN GIẢM, MẤT CHỨC NĂNG DO BỆNH LÝ LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

ĐOÀN TIẾN DƯƠNG<sup>1</sup>, TRẦN ĐỨC QUÝ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 06 năm 2021.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, không so sánh. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tuổi từ 18 trở lên, được chẩn đoán thận mất chức năng do sỏi thận hay sỏi niệu quản, chưa có biểu hiện suy thận và có chỉ định cắt thận. Tình trạng thận bệnh lý được đánh giá qua, CT và thận đồ đồng vị phóng xạ. Các yếu tố như lượng máu mất, thời gian mổ, tai biến-biến chứng trong lúc mổ và sau mổ ghi nhận.

**Kết quả:** Tổng cộng 77 BN. Tuổi trung bình:  $55,16 \pm 12,03$  tuổi tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1:1. Thể tích mất máu trung bình trong khi mổ:  $45,32 \pm 53,73$  ml. Thời gian mổ trung bình:  $64,86 \pm 9,92$  phút phút. Thời gian nằm viện trung bình:  $4,5 \pm 2,1$  ngày. Có 90,9% bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả tốt

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do sỏi là một kỹ thuật an toàn có tỷ lệ thành công cao. Nói chung so với mổ mở, thời gian mổ không kéo dài hơn bao nhiêu nhưng ít tai biến - biến chứng, ít đau hậu phẫu và phục hồi nhanh hơn.

**Từ khóa:** Thận mất chức năng, cắt thận, nội soi sau phúc mạc.

#### SUMMARY

CLINICAL PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF THE LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL NEPHRECTOMY FOR

Chịu trách nhiệm: Đoàn Tiến Dương

Email: doantienduong@gmail.com

Ngày nhận: 15/3/2021

Ngày phản biện: 12/4/2021

Ngày duyệt bài: 22/4/2021

## **BENIGN NON-FUNCTIONING KIDNEYS AT BAC GIANG PROVINCE GENERAL HOSPITAL**

**Objectives:** To evaluate the results of laparoscopic retroperitoneal nephrectomy due to benign pathology at Bac Giang general hospital from October 2015 to June 2021.

**Materials and methods:** Prospective, cross-sectional, non-comparative study. Criteria for selection of patients: age 18 or older, diagnosed kidney failure due to kidney stones or ureteral stones, no signs of renal failure and indications for nephrectomy. Pathological kidney status was assessed by CT and radioisotope nephrography. Factors such as blood loss, surgery time, complications-intraoperative and postoperative complications were recorded.

**Results:** A total of 77 patients. Mean age: 55.16 ± 12.03 years old. The male/female ratio is 1:1. Average volume of blood loss during surgery: 45.32 ± 53.73 ml. Average surgery time: 64.86 ± 9.92 minutes. Average length of hospital stay: 4.5 ± 2.1 days. There are 90.9% of patients with good results after surgery

**Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic nephrectomy is a safe technique with a high success rate. In general, compared with open surgery, the surgery time is not much longer but there are fewer complications - complications, less postoperative pain and faster recovery.

**Keywords:** Kidney failure, nephrectomy, retroperitoneal endoscopy.

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Phẫu thuật nội soi cắt thận bệnh lý lành tính được chỉ định trong các trường hợp thận mất chức năng do các bệnh lý của đường tiết niệu như sỏi, viêm nhiễm, lao, hẹp niệu quản, thận đa nang, dị dạng bẩm sinh,... Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc có độ an toàn cao [2]. Phương pháp này có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở được áp dụng cùng với sự phát triển không ngừng của phẫu thuật nội soi cũng như những thành tựu của Y học giúp người bệnh phục hồi nhanh [6].

Từ những năm cuối thế kỷ XX, phẫu thuật nội soi ổ bụng phát triển rộng rãi và đạt được kết quả rất tốt. Những can thiệp tiết niệu áp dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng đã chứng tỏ được nhiều ưu điểm cả đối với người bệnh cũng như kinh tế y tế [8]. Năm 1990, Clayman R.V. áp dụng nội soi qua phúc mạc để cắt u thận lần đầu tiên trên thế giới [10], [9]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi đã được triển khai rộng rãi trong việc điều trị các bệnh lành tính và ác tính của đường tiết niệu. Năm 1993 tại Ấn Độ Gaur D. thực hiện cắt thận nội soi qua đường sau phúc mạc [12], Rassweiler J.J. (1993) đã tổng kết kinh nghiệm

cắt thận nội soi cho 444 trường hợp bệnh lý lành tính và 38 trường hợp bệnh lý ác tính. Năm 2002, sau khi đánh giá kết quả trên gần 1500 trường hợp cắt thận nội soi, Hội Nội khoa châu Âu (EAU) đã chấp nhận ứng dụng phẫu thuật nội soi được chỉ định trong những trường hợp cắt thận bệnh lý lành tính mất chức năng.

Phẫu thuật nội soi cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang được tiến hành lần đầu tiên vào tháng 10 năm 2015 và đã đạt được những kết quả và kinh nghiệm bước đầu. Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 06 năm 2021.

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **1. Đối tượng nghiên cứu**

77 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận giảm, mất chức năng do bệnh lành tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 10/2015 đến tháng 06/2021.

#### **1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới có thận giảm, mất chức năng do bệnh lý lành tính như: Sỏi thận, sỏi niệu quản, hẹp niệu quản, phình to niệu quản hoặc trào ngược bàng quang - niệu quản,... được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc với một kỹ thuật thống nhất về quy trình kỹ thuật.

- Sau mổ có kết quả giải phẫu bệnh là thận mất chức năng lành tính.

#### **1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận do bệnh lý ác tính của thận.

- Các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính.

- Chống chỉ định gây mê nội khí quản:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do bệnh lý lành tính tại các bệnh viện tuyến trung ương chuyển về hoặc kỹ thuật khác.

#### **2. Nội dung nghiên cứu**

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân.

#### **3. Phương pháp nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

- Xử lý số liệu sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới		Nữ		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤20 tuổi	0	0	0	0		
21 – 30 tuổi	3	7,9	0	0	3	3,9
31 – 40 tuổi	2	5,3	3	7,7	5	6,5
41 – 50 tuổi	5	13,2	9	23,1	14	18,2
51 – 60 tuổi	14	36,8	14	35,9	28	36,4
≥61 tuổi	14	36,8	13	33,3	27	35,1
Tổng số	38	100	39	100	77	100

Nhận xét:

- Trong 77 bệnh nhân tham gia nghiên cứu độ tuổi thấp nhất là 21 tuổi. Tuổi cao nhất là 81 tuổi. Độ tuổi trung bình là 55,16 ± 12,03 tuổi.

- Tỷ lệ nam: nữ là 1:1.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Lâm sàng		
Đau hố thắt lưng	72	93,5
Cơn đau quặn thận	7	9,1
Đái buốt, đái rắt, đái đục	25	32,5
Thực thể		
Chạm thận bập bênh thận (+)	46	59,7
Viêm tấy hố thận	33	42,9
Toàn thân		
Nhiễm khuẩn niệu (sốt)	14	18,2

Nhận xét:

- Đau hố thắt lưng chiếm tỉ lệ cao nhất 93,5%.

- Đái buốt đái rắt chiếm tỉ lệ 32,5%.

- Dấu hiệu chạm thận bập bênh thận xác định thận to chiếm tỉ lệ 59,7%. Viêm tấy hố thận chiếm tỉ lệ 42,9%.

- Nhiễm khuẩn niệu chiếm tỉ lệ 18,2%.

Bảng 3. Đặc điểm CLVT

Chụp CLVT		Số lượng	Tỷ lệ
Mức độ giãn thận	Không	3	3,9
	Độ 1	3	3,9
	Độ 2	1	1,3
	Độ 3	14	18,2
	Độ 4	56	72,7
Chức năng thận	Tốt	0	0
	Giảm	6	7,8
	Kém	71	92,2

Nhận xét: Mức độ giãn thận trên CLVT gặp nhiều nhất là giãn thận độ IV. 92,2% bệnh nhân có chức năng thận kém, giảm chức năng thận gặp ở 7,8%.

Bảng 4. Đặc điểm chụp đồng vị

Chức năng thận	Số lượng	Tỷ lệ
0-5%	52	67,5
6-10%	20	26
11-15%	5	6,5

Nhận xét: 67,5% bệnh nhân có thận mất chức năng chiếm tỉ lệ cao.

Bảng 5. Nguyên nhân thận mất chức năng

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ
Sỏi niệu quản	46	59,7
Sỏi thận	12	15,6
Hẹp khúc nối bể thận niệu quản	11	14,3
Thận teo	5	6,5
Hẹp niệu quản	3	3,9

Nhận xét: Nguyên nhân hay gặp nhất làm thận mất chức năng là sỏi niệu quản chiếm tỉ lệ 59,7%, do sỏi thận chiếm tỉ lệ 15,6%, do hẹp khúc nối bể thận niệu quản là 14,3%, thận teo là 6,5%.

Bảng 6. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ	Số lượng	Tỷ lệ
≤ 60 phút	27	45,1
61-90 phút	48	62,3
≥ 90 phút	2	2,6

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 64,86±9,92 phút trong đó thời gian phẫu thuật 60- 90 phút chiếm 62,3%.

Bảng 7. Lượng máu mất và truyền máu trong phẫu thuật

Lượng máu mất	
Thấp nhất	20ml
Cao nhất	500ml
Trung bình	45,32 ± 53,73
Truyền máu trong phẫu thuật	1,3(%)

Nhận xét: Lượng máu mất thấp nhất là 20ml, lượng máu mất nhiều nhất là 500ml. Có 1 bệnh nhân phải truyền máu trong phẫu thuật.

Bảng 8. Các tai biến

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ
Rách phúc mạc	Có	3
	Không	72
Tổn thương mạch máu	Có	1
	Không	76
Tràn khí dưới da	Có	18
	Không	59

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất là tràn khí dưới da 23,4%. Rách phúc mạc là 6,5%, tổn thương mạch máu và tổn thương tạng là 3,9%.

Bảng 9. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Sốt	4	5,2
Chảy máu	1	1,3
Tụ máu	1	1,3
Nhiễm trùng chân troca	1	1,3

Nhận xét: Biến chứng sau mổ gặp bệnh nhân có sốt là 5,2%, các biến chứng khác chỉ gặp ở 1,3% bệnh nhân.

Bảng 10. Thời gian hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
≤ 4	27	35,1
4-7	45	58,4
> 7	5	6,5

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là  $5,13 \pm 1,40$  ngày. Trong đó thấp nhất là 3 ngày cao nhất là 11 ngày.

**Bảng 11. Kết quả chung**

Kết quả phẫu thuật	BN	Tỷ lệ
Tốt	70	90,9
Trung bình	7	9,1
Tổng	77	100

Nhận xét: Có 90,9% bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả tốt, 9,1% bệnh nhân có kết quả trung bình. Trong nghiên cứu này của chúng tôi không gặp kết quả xấu.

## **BÀN LUẬN**

### **1. Tuổi và giới**

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi. Tuổi trung bình của nghiên cứu là  $55,16 \pm 12,03$ . Lứa tuổi thường gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm 54,6%. Tổng nhóm tuổi dưới 60 chiếm tỉ lệ cao 74,9%.

Theo Nguyễn Minh Tuấn(2016) trong 82 BN nghiên cứu có 1 BN 15 tuổi là nhỏ nhất, BN có tuổi cao nhất là 77 tuổi [5]. So với một số tác giả nước ngoài Theo Cem Yucel (2018) cho thấy tuổi trung bình là  $46,1 \pm 16,3$  tuổi [11].

Qua các nghiên cứu trên thấy rằng BN mắc bệnh thận MCN do các bệnh lành tính có thể gặp ở bất kể lứa tuổi nào, trong đó độ tuổi còn lao động gặp nhiều nhất, BN cao tuổi cũng chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu. Vì vậy, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng đem lại lợi ích lớn cho BN, giúp BN đỡ đau, thời gian trở lại lao động, sinh hoạt sớm đem lại lợi ích kinh tế cho gia đình và xã hội.

Trong 77 bệnh nhân nghiên cứu có 38 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 49,3%. Tỉ lệ nam/nữ là 1/1.

### **2. Các triệu chứng lâm sàng**

Đau hố thắt lưng chiếm tỉ lệ cao nhất 93,5%. Đái buốt đái rắt chiếm tỉ lệ 32,5%. Dấu hiệu chàm thận bập bênh thận xác định thận to chiếm tỉ lệ 59,7%. Viêm tấy hố thận chiếm tỉ lệ 42,9%. Nhiễm khuẩn niệu chiếm tỉ lệ 18,2%.

### **3. Chụp cắt lớp vi tính**

Ngày nay chụp CLVT được áp dụng rộng rãi trong bệnh lý tiết niệu, giúp xác định toàn diện cả hình thể và chức năng thận, đặc điểm bệnh lý lành tính hay ác tính. Hình ảnh cắt lớp cho thấy thận to, thận teo cũng như các nguyên nhân gây mất chức năng thận. Chính những ưu điểm trên mà trong nghiên cứu này 100% BN được chụp CLVT: Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ giãn thận độ 4 trên chụp CLVT là 72,7%. Chức năng thận kém gặp ở 92,2% các bệnh nhân. Kết quả của Nguyễn Minh Tuấn (2016) trong 76 BN được chụp CLVT, CLVT 64

dây có 49 BN thận giãn độ IV (66,2%), 72 BN chức năng thận kém (97,3%), 2 BN chức năng thận giảm (2,7%). Phát hiện 25 BN có 1 ĐMT (48,0%) và 2 BN có 2 ĐMT (3,8%) [5].

### **4. Chụp đồng vị phóng xạ**

Trong nghiên cứu của chúng tôi 67,5% bệnh nhân có thận mất chức năng chiếm tỉ lệ cao. Theo Nguyễn Minh Tuấn TĐĐVPX được thực hiện ở 79/82 BN nghiên cứu với kết quả thu được hết sức ý nghĩa: 50 trường hợp chức năng thận bệnh lý chỉ còn <10% (63,3%), có nhiều trường hợp chức năng thận bệnh lý là 0% [5].

### **5. Nguyên nhân gây thận mất chức năng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi Nguyên nhân hay gặp nhất làm thận mất chức năng là sỏi niệu quản chiếm tỉ lệ 59,7%, do sỏi thận chiếm tỉ lệ 15,6%, do hẹp khúc nối bể thận niệu quản là 14,3%, thận teo là 6,5%. Theo Trần Đức Minh Kết quả cho thấy chỉ định cắt thận ứ nước mất chức năng do sỏi thận - niệu quản chiếm 18/31 TH (58,1%); do thận teo là 8 TH (25,8%), thận đa nang chiếm 3 TH (9,6%); thận - niệu quản phụ mất chức năng chiếm 2 TH (6,5%) [1].

Vì vậy, việc phát hiện và điều trị sớm bệnh lý sỏi và dị tật bẩm sinh đường tiết niệu có ý nghĩa rất quan trọng.

### **6. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận MCN cũng là 1 vấn đề cần quan tâm bởi nó có ảnh hưởng lớn đến BN vì thời gian phẫu thuật kéo dài có thể làm tăng các nguy cơ rối loạn về khí máu trong và sau mổ, những thay đổi về nội tiết và làm chậm quá trình phục hồi lưu thông ruột sau mổ, đặc biệt trên BN cao tuổi có bệnh tim phổi kèm theo. Ngoài việc phụ thuộc tổn thương bệnh lý, mức độ phức tạp của tổn thương hay mức độ khó của phẫu thuật, thời gian mổ còn phụ thuộc chính vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $64,86 \pm 9,92$  phút trong đó thời gian phẫu thuật 60- 90 phút chiếm 62,3%.

Theo kết quả của Nguyễn Minh Tuấn(2016) thời gian phẫu thuật trung bình là  $87,78 \pm 31,36$  phút [5].

Theo Hoàng Đức Minh (2015) thời gian phẫu thuật trung bình là  $125,8 \pm 42,5$  (70 – 215 phút) [1].

### **7. Lượng máu mất và truyền máu**

Trong nghiên cứu này của chúng tôi lượng máu mất trung bình là  $45,32 \pm 53,73$ ml, thấp nhất là 20ml. Chúng tôi có 1 bệnh nhân mất 500ml máu và phải truyền 1 đơn vị máu. Đây là bệnh nhân có tai biến trong mổ là rách phúc mạc.

Theo Trần Thanh Phong lượng máu mất: Máu mất trung bình  $48,55 \pm 22,41$  ml (ít nhất 25ml, nhiều nhất 150 ml) [4].

Theo Đào Quang Oánh, máu mất trung bình 43,5 ml (5 - 200 ml) [3].

#### **8. Các tai biến trong phẫu thuật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có tai biến GMHS và tổn thương tạng. Trần khí dưới da gặp ở 23,4% các trường hợp phẫu thuật nội soi rách phúc mạc 3,9% tổn thương mạch máu là 1,3%.

Trần khí dưới da cũng là tai biến chúng tôi gặp phải trong nghiên cứu với các BN cắt thận có tràn khí vùng ngực và cổ bên phải số lượng ít, BN được theo dõi không có rối loạn thông khí và không cần xử trí gì thêm.

Rách phúc mạc là 1 tai biến nhẹ có thể gặp ở ngay thì đầu khi đặt trocar mù hay lúc đặt các trocar tiếp theo nhưng chưa vén phúc mạc hoàn toàn, ngoài ra cũng có thể gặp khi phẫu tích giải phóng mặt trước thận ở thì cuối trên những trường hợp thận viêm dính nhiều. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn (2016) có 4,9% bị rách phúc mạc [5].

Trong nghiên cứu này có 1 BN 81 tuổi chảy máu trong ổ khoảng 500ml làm thay đổi huyết động nhẹ phải truyền 250ml máu và 300ml plasma. Đây là trường hợp cắt thận bên trái khó do viêm dính quanh thận nhiều bóc tách thận cuống thận khó gây tổn thương tĩnh mạch sinh dục. Trong quá trình phẫu thuật máu không chảy nữa nên chúng tôi không cần phải chuyển ổ mổ.

#### **9. Thời gian lưu thông ruột, rút ống thông và dẫn lưu**

Trong nghiên cứu này thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa trung bình là  $1,12 \pm 0,32$  ngày, chủ yếu từ 1 đến 2 ngày. Kết quả này cũng gặp trong các nghiên cứu: Nguyễn Minh Tuấn (2016) nghiên cứu cắt thận sau phúc mạc có thời gian lập lại lưu thông tiêu hóa sau mổ là  $1,4 \pm 0,52$  ngày [5]. Theo Hoàng Đức Minh Thời gian có nhu động ruột trung bình:  $1,4 \pm 1,7$  ngày (1 - 3 ngày) [1].

#### **10. Biện chứng sau mổ**

Chúng tôi gặp 4 bệnh nhân có sốt sau mổ tuy nhiên cả 4 bệnh nhân này chỉ sốt trong ngày đầu sau mổ, sau khi dùng hạ sốt các bệnh nhân đều ổn định. 1 bệnh nhân có tụ máu và 1 bệnh nhân có nhiễm trùng chân troca.

#### **11. Thời gian hậu phẫu**

Với những ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt thận MCN sau phúc mạc kể trên đã giúp những BN rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ. Đây cũng là ưu thế của bất kỳ phẫu thuật nào

áp dụng kỹ thuật nội soi. Thời gian hậu phẫu trung bình là  $5,13 \pm 1,40$  ngày. Trong đó thấp nhất là 3 ngày cao nhất là 11 ngày. Thời gian nằm viện chủ yếu là từ 4-7 ngày chiếm tỉ lệ 58,4%.

Kết quả của chúng tôi cao hơn so với một số tác giả khác như Hoàng Đức Minh, thời gian hậu phẫu trung bình là  $5,13 \pm 1,40$  ngày. Trong đó thấp nhất là 3 ngày cao nhất là 11 ngày [1]. Theo Trần Thanh Phong, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $4,12 \pm 1,54$  ngày (ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 6 ngày) [4]. Trần Hữu Vinh, thời gian nằm viện 3 - 6 ngày, trung bình 4,2 ngày [7].

#### **12. Kết quả phẫu thuật chung**

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tốt là 90,1%, kết quả trung bình là 9,9% trong nghiên cứu này chúng tôi không có kết quả xấu.

Kết quả của một số tác giả khác: Hoàng Đức Minh Phẫu thuật thành công: 31/33 TH (93,9%). - Chuyển phẫu thuật mở và nguyên nhân: 2/33 TH (6,1%): cả 2 TH đều do thận viêm dính ở bề thận và xung quanh nhiều [1]. Theo Trần Hữu Vinh tiến hành thuận lợi: 16/21 TH [7].

#### **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận mất chức năng do sỏi là một kỹ thuật an toàn có tỷ lệ thành công cao. Nói chung so với mổ mở, thời gian mổ không kéo dài hơn bao nhiêu nhưng ít tai biến, biến chứng, ít đau hậu phẫu và phục hồi nhanh hơn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Hoàng Đức Minh** (2015). Đánh giá kết quả cắt thận qua nội soi sau phúc mạc trong thận mất chức năng do bệnh lý lành tính, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 19(4), tr. 220 - 225.
2. **Ngô Thanh Liêm và Nguyễn Khoa Hùng** (2018). Phẫu thuật nội soi một cổng cắt thận sau phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí Y học lâm sàng (47), tr. 5 - 8.
3. **Đào Quang Oánh** (2008). Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bệnh lý lành tính, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 12(1), tr. 1 - 7.
4. **Trần Thanh Phong** (2011). Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bệnh lý kết quả bước đầu tại Bệnh viện Nhân dân 115, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 15(1), tr. 190 - 194.
5. **Nguyễn Minh Tuấn** (2016). Nghiên cứu phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận điều trị bệnh lý lành tính, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
6. **Trương Thanh Tùng** (2019). Phẫu thuật nội soi cắt thận trên người sống cho thận ghép tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa: Nhân 3

trường hợp đầu tiên, Tạp chí Y - Dược Quân sự. 3, tr. 72-78.

7. **Trần Hữu Vinh** (2013). Phẫu thuật cắt thận nội soi sau phúc mạc kinh nghiệm 21 trường hợp đầu tại Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành. 899 (12), tr. 65 - 68.

8. **Kevin Cwach và Louis Kavoussi** (2016). Past, present, and future of laparoscopic renal surgery, Investigative and clinical urology. 57(Suppl 2), tr. S110 - S113.

9. **Siddharth Jain và các cộng sự** (2018). This challenging procedure has successful outcomes: Laparoscopic nephrectomy in inflammatory renal diseases", Urology annals. 10(1), tr. 35 - 40.

10. **Angus Chin On Luk, Rajadoss Muthu Krishna Pandian và Rakesh Heer** (2018). Laparoscopic renal surgery is here to stay, Arab journal of urology. 16(3), tr. 314 - 320.

11. **Cem Yucel và các cộng sự** (2018). Laparoscopic Transperitoneal Nephrectomy in Non-functioning Severe Hydronephrotic Kidneys With or Without Renal Stone, Cureus. 10(12), tr. e3729 - e3729.

12. **Durga D. GAUR** (1994). Laparoscopic Condom Dissection: New Technique of Retroperitoneoscopy, JOURNAL OF ENDOUROLOGY. 8(2), tr. 149-151.

## KIẾN THỨC VỀ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA TUẤN THÀNH, HUYỆN QUẾ VỠ, TỈNH BẮC NINH NĂM 2020

**NGUYỄN TRẦN KIÊN,  
TRẦN THỊ HƯƠNG TRÀ, TRẦN THỊ NGUYỆT**  
*Trường Đại học Y Hà Nội*

### TÓM TẮT

Tỷ lệ tăng huyết áp trong cộng đồng ngày càng gia tăng, gây ra nhiều ảnh hưởng xấu cho gia đình và xã hội. Nghiên cứu khảo sát được thực hiện nhằm tìm hiểu kiến thức về tăng huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp đang được quản lý tại Phòng khám Đa khoa Tuấn Thành, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc Ninh. Nghiên cứu được tiến hành với phương pháp mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn 240 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. Kết quả khảo sát cho thấy kiến thức về tăng huyết áp của bệnh nhân còn hạn chế. Chỉ có 70,0% bệnh nhân tăng huyết áp biết chính xác chỉ số dùng để chẩn đoán đánh giá tăng huyết áp và 49,2% biết rằng cần theo dõi huyết áp thường xuyên/hàng ngày. Kiến thức chung về các yếu tố nguy cơ, các biến chứng và các biện pháp điều trị vẫn còn kém, cần phải cải thiện và nâng cao.

**Từ khóa:** Kiến thức, tăng huyết áp.

### SUMMARY

The prevalence of hypertension in the community is increasing, causing many negative effects for the family and society. The research was conducted to get to know about knowledge about hypertension of the hypertensive patients managed at Tuan Thanh Polyclinic - Que Vo District - Bac Ninh Province. The study with a cross-sectional descriptive method, using questionnaires that interviewed 240 primary hypertensive patients. Results show that the patient's knowledge about hypertension is limited. Only 70.0% of hypertensive patients know the number of blood pressure used to diagnose hypertension and 49.2% know that blood pressure should be monitored regularly/daily. The general knowledge of risk factors, complications, and treatment options is still poor, and needs to be improved and enhanced.

**Keywords:** Knowledge, Hypertension.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính phổ biến và ngày càng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), THA ảnh hưởng đến sức khỏe của hơn 1 tỉ người trên thế giới và là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng nhất liên

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trần Kiên  
Email: kientrang2007@gmail.com  
Ngày nhận: 04/3/2021  
Ngày phản biện: 26/3/2021  
Ngày duyệt bài: 15/4/2021