

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI XUYÊN THÀNH BỤNG ĐẶT LƯỚI PROLEN NGOÀI PHÚC MẠC TẠI KHOA B15, BỆNH VIỆN TỰQĐ 108

*Triệu Triều Dương\*; Phạm Văn Duyệt\*; Nguyễn Tô Hoài\**

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang có can thiệp không đối chứng 151 bệnh nhân (BN) nam, tuổi > 18, cho thấy mổ nội soi xuyên thành bụng đặt lưới prolen điều trị thoát vị bẹn là kỹ thuật an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện.

*Kết quả:* tuổi trung bình của BN:  $39 \pm 16,15$ . Phân loại tổn thương theo Nyhus: hầu hết BN ở loại IIIa, IIIb và IV (82,78%). Thời gian mổ trung bình  $42 \pm 12,4$  phút (24 - 176 phút), thời gian nằm viện  $3,6 \pm 1,2$  ngày (2 - 8 ngày). 92,05% BN có kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng sau mổ 7,94%. Không có tử vong; 1 BN (0,66%) tái phát sau 9 tháng được mổ nội soi lần hai, kết quả ra viện tốt.

\* Từ khóa: Thoát vị bẹn; Phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng; Đặt lưới prolen ngoài phúc mạc.

## EVALUATION OF RESULTS OF LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PRE-PERITONEAL INGUINAL HERNIA REPAIR AT THE B15 DEPARTMENT, 108 HOSPITAL

### SUMMARY

*A retrospective and prospective cross-sectional interventional study was performed on 151 male patients with age > 18 years old. Laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair (TAPP) is safe, effective and easy to handle.*

*Result: mean age was  $39 \pm 16.15$  years, with classification Nyhus IIIa, IIIb, IV: 82.78%. Mean surgical time was  $42 \pm 12.4$  minutes, mean hospital stay was  $3.6 \pm 1.2$  days (2 - 8 days). 92.05% of patients had good result; complication rate was 7.94%; intraoperative mortality rate was 0%. Only 1 patient had signs of recurrence after 9 months.*

\* *Key words: Inguinal hernia; Transabdominal preperitoneal: Inguinal hernia repair.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp, theo thống kê tại Mỹ, hàng năm có khoảng 800.000 trường hợp thoát vị vùng bẹn - đùi, trong đó, 770.000 trường hợp thoát vị bẹn.

khoảng 100 phương pháp mổ khác nhau,

Phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị bệnh lý này với mục đích che phủ ổ khuyết hổng, có thể bằng cân cơ tự thân hoặc nhân tạo. Bassini thực hiện phẫu thuật lần đầu tiên vào năm 1884, cho đến nay đã có

\* Bệnh viện TỰQĐ 108

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

GS. TS. Lê Trung Hải

nhưng tỷ lệ tái phát sau mổ vẫn cao. Phương pháp dùng mô tự thân nhằm co kéo cân cơ che phủ chỗ khuyết hồng của lỗ bẹn có nhược điểm làm căng giãn đường khâu, là nguyên nhân dẫn đến chậm liền sẹo, đau sau mổ kéo dài, chậm hồi phục vận động... Đồng thời hiện tượng này cũng là nguyên nhân gây thiếu dưỡng, dẫn đến liền sẹo không bền vững và dễ tái phát sau mổ.

Sử dụng mảnh ghép nhân tạo khắc phục được nhược điểm về kích thước, diện tích cần che phủ, vùng bẹn bụng không bị thiếu hụt, căng kéo... Phương pháp này đã được sử dụng khá phổ biến tại các nước Âu - Mỹ. Kỹ thuật này có thể mổ mở đặt mảnh ghép theo Lichtenstein hoặc nội soi xuyên thành bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc (TAPP), hay đặt mảnh ghép dưới da cơ, hoàn toàn ngoài phúc mạc [10].

Phương pháp mổ nội soi được Ger thử nghiệm năm 1982 và Bojagavalensky thực hiện trên người vào năm 1989 với ưu điểm vượt trội vì ít đau sau mổ, hồi phục nhanh, giảm biến chứng, giá trị thẩm mỹ cao. Đặc biệt, phẫu thuật nội soi (PTNS) có ưu điểm vượt trội so với mổ mở khi BN bị thoát vị cả hai bên. Xuất phát từ yêu cầu điều trị ngày càng cao, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp PTNS xuyên thành bụng đặt lưới prolen điều trị thoát vị bẹn.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

151 BN thoát vị bẹn, điều trị bằng PTNS xuyên thành bụng đặt lưới prolen ngoài phúc mạc tại Khoa B15, Bệnh viện T QĐ 108 từ tháng 6 - 2006 đến 6 - 2011.

\* *Tiêu chuẩn chọn BN*: BN nam > 18 tuổi, được chẩn đoán bệnh thoát vị bẹn, bao gồm: thoát vị bẹn trực tiếp, gián tiếp, phối hợp một hoặc hai bên..., điều trị bằng kỹ thuật mổ nội soi xuyên thành bụng đặt lưới prolen ngoài phúc mạc.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*:

- BN thoát vị bẹn mổ theo các phương pháp khác.

- BN có chống chỉ định với gây mê và PTNS ổ bụng.

- BN không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang có can thiệp không đối chứng.

- Cỡ mẫu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học.

\* *Thiết kế nghiên cứu*:

- BN được chẩn đoán và phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus (1991).

- Quy trình phẫu thuật định sẵn, do một kíp mổ duy nhất thực hiện.

- Chẩn đoán xác định bệnh bằng kết quả nội soi khi phẫu thuật, đo lỗ bẹn sâu bằng thước dây.

- Đánh giá mức độ đau sau mổ bằng thang điểm VAS (Visual Analog Scale).

- Đánh giá kết quả sớm sau mổ dựa trên tiêu chuẩn sau:

+ Tốt: không xuất hiện biến chứng sau mổ.

+ Khá: bí tiểu sau mổ, xuất huyết dưới da vùng bẹn, tụ máu bìu tự hấp thu hoặc

chọc hút không tái lập, sưng tinh hoàn điều trị kháng viêm có hiệu quả.

+ Trung bình: tụ máu hoặc tụ thanh dịch vùng mổ, nhiễm khuẩn mảnh ghép, nhiễm khuẩn vết mổ.

+ Kém: tử vong.

- Sử dụng phiếu theo dõi lập sẵn kiểm tra kết quả trong và sau mổ.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm giai đoạn bệnh.

\* Liên quan giữa tuổi và hình thái thoát vị bẹn.

Bảng 1:

	NHÓM TUỔI				TỔNG
	≤ 20	21 - 40	41 - 60	> 60	
Trực tiếp	1	4	7	16	28
Gián tiếp	36	44	34	9	123
Tổng	37	48	41	25	151

Tuổi trung bình của BN  $39 \pm 16,15$  (18 - 80 tuổi). Độ tuổi 21 - 60: 89 BN (58,94%). Thoát vị gián tiếp tăng ở lứa tuổi trước 40: 80/151 BBN (52,98%). Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt giữa tỷ lệ bệnh thoát vị trực tiếp ít hơn so với loại thoát vị gián tiếp so với các tác giả khác.

\* Đặc điểm BN:

Bảng 2:

ĐẶC ĐIỂM		n	TỶ LỆ %
Bệnh lý kết hợp	Cao huyết áp	8	5,29
	Béo phì	1	0,66
	Viêm phế quản mạn	8	5,29
	Táo bón	12	7,95
	U tiên liệt tuyến	9	5,96
Sẹo mổ cũ vùng bụng dưới		17	11,26

25,17% BN thoát vị bẹn có bệnh lý kết hợp, các yếu tố nguy cơ như: táo bón, cao huyết áp, viêm phế quản mạn, u tuyến tiền liệt, béo phì... Thống kê cho thấy bệnh táo bón là nguyên nhân cần được quan tâm vì có tới 12/38 BN (31,57%) và chiếm 7,95% trong tổng số 151 BN. Nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt so với Trịnh Văn Thảo (23,4%) [2]. Hầu hết các tác giả đều thừa nhận, thoát vị bẹn mắc phải hay gặp ở người trưởng thành và người già. Nguyên nhân là do sự lão hóa đã làm suy yếu cân cơ và tăng áp lực ổ bụng do viêm phổi, táo bón, bí đái... là yếu tố cơ hội xé rách cân cơ, gây thoát vị trực tiếp.

Nhìn nhận về các yếu tố nguy cơ làm ảnh hưởng tới quan niệm và chỉ định kỹ thuật vào năm 1991, như sẹo mổ cũ vùng hạ vị, thoát vị tái phát sau mổ mở..., hiện tại, chỉ định phẫu thuật trên những BN này chỉ là tương đối, phụ thuộc chủ yếu vào kinh nghiệm và trang bị của bệnh viện. Nghiên cứu của chúng tôi có 17/151 BN (11,26%) có sẹo mổ cũ sau mổ cắt ruột thừa, mổ mở thoát vị bẹn cũ..., đều được PTNS an toàn, không có sự khác biệt về tai biến và biến chứng so với nhóm BN được mổ lần đầu.

\* Đặc điểm mức độ tổn thương theo Nyhus:

- Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus (1991): loại I: 7 BN (4,64%); loại II: 19 BN (12,58%); loại IIIa: 48 BN (31,79%); loại IIIb: 53 BN (35,10%); loại IV: 24 BN (15,89%). Kết quả này cho thấy, BN của chúng tôi không khác biệt so với Phạm Hữu Thông với 43 BN thoát vị được PTNS bằng cả 2 phương pháp nội soi ngoài phúc mạc và nội soi xuyên thành bụng qua phúc mạc (thoát vị bẹn loại IIIa: 21%; loại IIIb: 65,8%% và

loại IV: 13,2%) [3]. Lương Minh Hải với 52 trường hợp, loại Nyhus IIIb chiếm 50% [1]. Như vậy, hầu hết BN đến viện sau khi có tiền sử bị bệnh kéo dài nhiều năm, họ chỉ chấp nhận phẫu thuật khi khối thoát vị đã sa hoàn toàn khỏi thành bụng.

*\* Đánh giá tổn thương qua hình ảnh nội soi:*

Mức độ tổn thương, nguy cơ gây tắc ruột hoặc hoại tử do nghẹt là những quan tâm đặc biệt của thầy thuốc khi lựa chọn thời điểm can thiệp phẫu thuật. Đánh giá kích thước lỗ bẹn sâu của 151 BN gặp phần lớn loại từ 1,5 - 3 cm (113 BN = 74,83%). Loại nhỏ hơn (1,5 cm) gặp 17 BN (11,26%) và loại > 3 cm: 21 BN (13,91%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trịnh Văn Thảo [2]: loại 1,5 - 3 cm: 85,89%, chỉ có 7 trường hợp lỗ thoát vị > 3 cm (8,23%).

Theo Ger, khi lỗ thoát vị > 3 cm, nên khâu đóng hẹp bớt lỗ bẹn sâu trước khi đặt lưới [6]. Phương pháp cố định mảnh ghép của chúng tôi được khâu bằng chỉ vicryl 3.0 hoặc sử dụng gim cố định lưới. Không có trường hợp nào khâu lỗ thoát vị trước khi đặt lưới, theo dõi trong thời gian nghiên cứu chưa thấy trường hợp nào có biến chứng tụt lưới xuống vùng bẹn biau. Hiện tại, trên thị trường cũng đã cải tiến ứng dụng loại mesh có đầu nút tự dính (TET1208-1510 progrid) giúp cho phẫu thuật viên chỉ cần dán trực tiếp vào phúc mạc mà không phải khâu giữ hoặc đính ghim... nhằm rút ngắn thời gian phẫu thuật và giảm tổn thương gây tụ máu, đau do gim cố định gây nên.

## 2. Kết quả phẫu thuật.

*\* Thời gian phẫu thuật:*

Thời gian mổ trung bình  $42 \pm 12,4$  phút (24 - 176 phút). Cheah W.K thực hiện trên

142 BN với 182 thoát vị, thời gian mổ trung bình 70 phút (30 - 140 phút): 66 phút đối với thoát vị 1 bên, 82 phút đối với thoát vị 2 bên, thời gian mổ trung bình của 55 ca cuối giảm xuống còn 55 phút [4]. Phạm Hữu Thông cũng cho thấy, trong 60 trường hợp đầu tiên, thời gian mổ trung bình 85 phút, nhưng 20 ca tiếp theo, thời gian mổ trung bình 63 phút. Thời gian mổ của thoát vị trực tiếp  $66 \pm 28$  phút, thời gian mổ của thoát vị gián tiếp  $85 \pm 26$  phút [3]. Thời gian phẫu thuật liên quan đến đặc điểm người bệnh béo hay gày, lỗ thoát vị lớn hay nhỏ và quan trọng hơn vẫn là kinh nghiệm phẫu thuật viên.

*\* Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS:*

- Mức độ đau và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau: đau rất nhẹ (0 - 2 điểm): 71 BN (47,01%); đau nhẹ (2 - 4 điểm): 59 BN (39,07%); đau vừa (4 - 6 điểm): 17 BN (11,25%); đau nhiều (6 - 8 điểm): 4 BN (2,67%); đau không thể chịu đựng được (8 - 10 điểm): 0 BN, phù hợp với Lau H [8]: trong 104 BN có tới 30% BN không yêu cầu dùng thuốc giảm đau, Phạm Hữu Thông gặp 86,8% đau nhẹ, 7,9% đau vừa, 5,3% đau nhiều [3].

*\* Tai biến và biến chứng trong phẫu thuật:*

Phẫu tích đặt lưới che phủ hố bẹn cần phải rất thận trọng với nguy cơ chảy máu do tổn thương mạch máu thành bẹn bụng, thừng tinh hay bó mạch thần kinh tinh dẫn đến di chứng làm ảnh hưởng đến chức năng sinh dục... Đây là những tai biến có thể làm thất bại cuộc mổ và phải chuyển mổ mở hoặc để lại các di chứng vĩnh viễn cho người bệnh.

3 BN (1,98%) bị chảy máu do sang chấn động mạch thượng vị dưới trong khi bóc tách phúc mạc, gây tụ máu nhẹ và được khắc phục bằng đốt điện đơn cực. Không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp phẫu thuật hoặc làm tổn thương các thành phần trong ống bẹn...

*\* Biến chứng sớm sau mổ:*

Tụ máu bìu: 2 BN (1,32%); tụ thanh dịch: 3 BN (1,99%); bí tiểu: 7 BN (4,63%); sưng tinh hoàn: 0 BN.

Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật 7,94%, 2 BN (1,32%) tụ máu vùng bìu sau mổ ở nhóm BN bị thoát vị gián tiếp. Theo Palanivelu, tỷ lệ này gặp khoảng 0,2 - 1,5%, nguyên nhân chủ yếu là do phẫu tích xung quanh thừng tinh quá thô bạo, hệ bạch huyết bị phá vỡ, gây tràn dịch màng tinh hoàn, máu hoặc dịch sẽ theo ống bẹn xuống bìu [9]. Theo các tác giả, không nên chọc hút dịch vì sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Dịch và máu sẽ hấp thu hết trong vòng 4 - 6 tuần, sau thời gian này, nếu không cải thiện sẽ tiến hành chọc hút bằng kim nhỏ [9]. Bí tiểu là biến chứng gặp khoảng 1,3 - 5,8%, hay gặp ở BN lớn tuổi, có tiền sử phì đại tiền liệt tuyến. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ động đặt sonde tiểu trước mổ và rút ngay sau khi kết thúc cuộc mổ. Với BN bí tiểu sau phẫu thuật, đặt lại thông tiểu và rút sau 24 giờ. Lau H [8] gặp tỷ lệ bí tiểu sau mổ 4%, Koch và CS gặp 22,2%. Một số tác giả cho rằng, việc sử dụng nhiều thuốc giảm đau gây nghiện sau phẫu thuật và truyền nhiều dịch sau mổ cũng là nguy cơ làm tăng tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật [7].

*\* Đánh giá kết sau mổ:*

Kết quả sớm sau mổ: không có tử vong và biến chứng nghiêm trọng. 139/151 BN (92,05%) có kết quả tốt, khá: 12/151 BN (7,95%). Phương pháp mổ thoát vị bẹn nội soi xuyên thành bụng đặt lưới ngoài phúc mạc an toàn và hiệu quả.

Đánh giá kết quả tại thời điểm tái khám (135 BN): tỷ lệ biến chứng 5,29%, trong đó, dị cảm vùng bẹn 5 BN (3,31%); tràn dịch màng tinh hoàn 2 BN (1,32%), cả 2 BN đều được điều trị bằng chọc hút dịch. 1 BN (0,66%) bị tái phát phải nhập viện sau 9 tháng. Chúng tôi tiếp tục tiến hành mổ nội soi lại và kết quả sau mổ tốt. Không có trường hợp nào bị teo tinh hoàn hoặc để lại các di chứng khác. Kết quả này không khác biệt so với Ferzli: gặp biến chứng 4,8%, tái phát 1,69% [5] và Vanclooster gặp biến chứng 8,4%, tái phát 0,1%.

*\* Thời gian hậu phẫu:*

Thời gian hậu phẫu trung bình  $3,6 \pm 1,2$  ngày (2 - 8 ngày), dài hơn so các tác giả nước ngoài [8], nguyên nhân có lẽ phụ thuộc vào phương pháp thu dung và thói quen của bác sỹ, cũng như thủ tục hành chính của bệnh viện.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt lưới prolen ngoài phúc mạc áp dụng điều trị thoát vị bẹn là phương pháp an toàn, hiệu quả. Không có tử vong, biến chứng sớm sau mổ là 7,94%, tỷ lệ tái phát 0,66%.

Thời gian phẫu thuật ngắn ( $42 \pm 12,4$  phút), ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn ( $3,6 \pm 1,2$  ngày) (2 - 8 ngày).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Lương Minh Hải*. Đánh giá kết quả sớm PTNS đặt lưới ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y - Dược TP. Hồ Chí Minh. 1/2008.
2. *Trịnh Văn Thảo*. Nghiên cứu ứng dụng PTNS đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận án Tiến sĩ Y khoa. Hà Nội. 2010.
3. *Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công*. Kết quả phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngả nội soi ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Tập san Hội nghị Nội soi và PTNS. TP. HCM. 2004, (10), tr.204-209.
4. *Cheah W. K., So J. B., Lomanto D.* Endoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair., Singapore Med J. 2004, Vol 45 (6), pp.267-270.
5. *Ferzli G., Sayad P., Huie F.* Endoscopic extraperitoneal herniorrhaphy. A 5-year experience. Surg Endos. 1998, 12 (11), pp.1311-1313.
6. *Ger R., Monroe K., Duvivier R.* Management of indirect inguinal hernia by laparoscopic closure of the neck of the sac. Am J Sur. 1990, 159, pp.370-373.
7. *Koch C., Grinberg G., Farley D.* Incidence and risk factors for urinary retention after endoscopic hernia repair. The American Journal of Surgery. 2006, Vol 191, Issue 3, pp.381-385.
8. *Lau H, Lee F, Patil N. G.* Two hundred endoscopic xtraperitoneal inguinal hemioplasties: cost containment by reusable instruments. 2002, 115 (6), pp.888-891.
9. *Palanivelu C.* Totally extraperitoneal hernioplasty. Operative Manual of Laparoscopic Hernia Surgery. 2004, Vol 1, pp.99-117.
10. *Rutkow I. M.* Demographic and socioeconomic Aspects of hernia repair in the US in 2003. The Surgical Clinics of North America. 2003, Vol 83, (5), pp.1045-1051.

**Ngày nhận bài: 23/6/2012**

**Ngày giao phản biện: 26/7/2012**

**Ngày giao bản thảo in: 31/8/2012**

