

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG BẰNG KỸ THUẬT NỘI SOI NGOÀI PHÚC MẠC

Lê Quốc Phong¹, Phạm Như Hiệp¹, Nguyễn Văn Liễu², Phan Đình Tuấn Dũng², Lê Lộc¹

(1) Bệnh viện Trung ương Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thoát vị bụng là bệnh lý thường gặp trong ngoại khoa, điều trị thoát vị bụng bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP) được ứng dụng khắp nơi trên thế giới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, gồm 93 bệnh nhân 102 trường hợp thoát vị bụng được mổ bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc, từ tháng 10 năm 2010 đến tháng 3 năm 2013 tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Tuổi trung bình $51,9 \pm 19$, thoát vị nguyên phát 94,1%, thoát vị tái phát 5,9%, tụ máu vết mổ 3,2%, tụ dịch vết mổ 9,5%, nhiễm trùng vết mổ 0%, chuyển mổ hở 6,9%, tỉ lệ tái phát 1,1%. **Kết luận:** Điều trị thoát vị bụng bằng tấm lưới nhân tạo polypropylene bằng kỹ thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc là phẫu thuật có giá trị và hiệu quả, thời gian phẫu thuật ngắn, tỉ lệ các biến chứng và tái phát thấp.

Từ khóa: Thoát vị bụng; nội soi ngoài phúc mạc.

Abstract

RESULTS OF USING POLYPROPYLENE MESH BY TOTAL EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC FOR INGUINAL HERNIAS REPAIR

Le Quoc Phong¹, Pham Nhu Hiep¹, Nguyen Van Lieu², Phan Dinh Tuan Dung², Le Loc¹

(1) Hue Central Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Inguinal hernia is a common disease in general surgery, it is treated by total extraperitoneal (TEP) procedure. It is also applicated worldwide. **Study objectives:** The results of using polypropylene mesh by TEP for inguinal hernias. **Materials and Method:** Prospective study of 93 patients with 102 inguinal hernias hernioplasty by TEP from November 2010 to March 2013 in Hue Central Hospital. **Results:** The mean age 51.9 ± 19 , primary hernia 94.1%, recurrent hernia 5.9%, hematoma 3.2%, seroma 9.5%, wound infection 0%, conversion 6.9%, recurrence rate 1.1%. **Conclusions:** Hernioplasty by TEP for inguinal hernias are valuable and effective, shorter surgical time, low complications post-operation and low recurrence rate.

Keywords: inguinal hernia; TEP.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bụng là bệnh lý hay gặp, được thực hiện trong phẫu thuật tiêu hóa, nhất là ở người già. Thoát vị bụng xảy ra 11 trường hợp trên 10.000 dân tuổi từ 16-24 và 200 trường hợp trên 75 tuổi. Mỗi năm, phẫu thuật thoát vị bụng ở Phần Lan 11.000 trường hợp, Hà Lan 33.000 trường hợp, Anh hơn 80.000 trường hợp, Mỹ hơn 800.000 trường hợp. Tại Pháp, phẫu thuật thoát vị bụng mỗi năm là 100.000 trường hợp. Bất kỳ nỗ lực nào làm giảm được 1% tỉ lệ tái thì giảm được 1000 trường hợp phẫu thuật thoát vị bụng tái phát mỗi năm [4].

Thoát vị bụng được điều trị bằng các kỹ thuật cổ điển sử dụng mô tự thân như: Bassini, Shouldice, Mc

Vay, Nyhus, Berliner... Tỉ lệ tái phát vẫn còn khá cao, ở Mỹ tỉ lệ tái phát là 10-20%, châu Âu là 10-30%, Đức là 14,7%, Thụy Điển và Đan Mạch là 16%. Nghiên cứu nhiều trung tâm cho thấy tỉ lệ tái phát: Shouldice 6,1%, Bassini 8,6%, Mc Vay 11,2 [13]. Welsh và Alexander đã báo cáo 207.635 trường hợp thoát vị bụng bằng kỹ thuật Shouldice, tỉ lệ tái phát là 1% [15]. Ở Việt Nam tỉ lệ tái phát, theo Bùi Đức Phú là 19% [4], Nguyễn Văn Liễu kỹ thuật Shouldice là 1,3% [2], Ngô Viết Tuấn kỹ thuật Berliner là 3,8% [3].

Việc ứng dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường thành sau ống bụng, đã được sử dụng rộng rãi là “tiêu chuẩn vàng” điều trị thoát vị bụng. Năm 1989, Lichtenstein và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật mang

- Địa chỉ liên hệ: Lê Quốc Phong, email: drlequocphong@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.2.6

- Ngày nhận bài: 20/3/2014 * Ngày đồng ý đăng: 26/4/2014 * Ngày xuất bản: 6/5/2014

tên ông với tỉ lệ tái phát là 0,2%. Nghiên cứu của Ramshaw và cộng sự 300 (TAPP) tỉ lệ tái phát 2% và 300 (TEP) tỉ lệ tái phát 0,3%. Kỹ thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc, xâm nhập tối thiểu, thẩm mỹ, hồi phục nhanh, thời gian trở lại lao động sớm [15].

Việc sử dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc, những năm gần đây cho kết quả khả quan, phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài **“Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc”** với mục đích:

- Nghiên cứu về đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn: tuổi, giới, vị trí, phân loại thoát vị.
- Kết quả ứng dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 93 bệnh nhân với 102 trường hợp thoát vị bẹn, 95 trường hợp thoát vị bẹn được đặt tấm lưới nhân tạo bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc, tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 10.2010 đến 3.2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu lâm sàng, tiến cứu mô tả có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

2.3. Chỉ định

- Thoát vị bẹn thường một bên hoặc hai bên, thoát vị bẹn tái phát.
- Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị bẹn độ IIIA, IIIB và IV theo phân loại của Nyhus.

2.4. Phương pháp vô cảm

- Gây mê nội khí quản.

2.5. Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo nội soi ngoài phúc mạc

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, thoát vị một bên tay bên đối diện thoát vị đặt dọc theo thân. Thoát vị hai bên đặt hai tay dọc theo thân.

- Kỹ thuật: Đặt 3 trocar dọc đường giữa dưới rốn: trocar 10mm ngay dưới rốn, bơm CO₂ áp lực 10 - 12mmHg và tạo khoang ngoài phúc mạc bằng đầu Optic.

- Sau đó đặt trocar 5mm thứ nhất ở vị trí trung điểm của rốn và xương mu, trocar 5mm thứ 2 ngay trên xương mu. Phẫu tích bóc lộ khoang Retzius, khoang Bogros, dây chằng Cooper, động mạch thượng vị dưới, tĩnh mạch và túi thoát vị.

- Đối với túi thoát vị trực tiếp phẫu tích đẩy vào khoang phúc mạc, túi thoát vị gián tiếp phẫu tích ra khỏi tĩnh mạch, kẹp lại bằng clip hoặc hemolock và cắt rời.

- Đặt tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylene 7,5x15 cm che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, giữ tấm lưới bằng dụng cụ phẫu tích, xả khí CO₂ và khâu cân cơ chỉ vicryl 2.0 và may da chỉ Nylon 3.0 [6], [7], [8].

2.6. Kết quả sau phẫu thuật

2.6.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Ghi nhận những tai biến và biến chứng do gây mê và do phẫu thuật:

- Thương tổn mạch máu, thương tổn thần kinh, thương tổn ống dẫn tinh.

- Tụ dịch vùng bẹn, tụ máu vùng bẹn, tụ máu vùng bẹn - bìu, nhiễm trùng vết mổ, sưng vùng bìu, viêm tinh hoàn, teo tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn.

2.6.2. Kết quả theo dõi lâu dài

Phương pháp theo dõi:

- Bệnh nhân đến khám định kỳ theo hẹn tại khoa phòng.

- Điện thoại trực tiếp liên lạc với bệnh nhân để thu thập thông tin.

2.7. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học, Excel 2007 và SPSS 15.0 for Window.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm thoát vị bẹn

Đặc điểm thoát vị bẹn	TEP (N=93, n=102)
Tuổi	51,9±19 (20-78)
Nam/Nữ	92/1
Thoát vị một bên	84 (90,3%)
Thoát vị hai bên	9 (9,7%)
Thoát vị nguyên phát	96 (94,1%)
Thoát vị tái phát	6 (5,9%)
Thoát vị gián tiếp	48 (47,1%)
Thoát vị trực tiếp	35 (34,3%)
Thoát vị phối hợp	19 (18,6%)

Bảng 2. Đặc điểm gây mê

Đặc điểm gây mê	TEP (N=93, n=102)
ASA	
I	75 (80,6%)
II	17 (18,3%)
III	1 (1,1%)
Phương pháp vô cảm	
Nội khí quản	93 (100%)

Bảng 3. Biến chứng trong mổ

Biến chứng trong mổ	TEP (N=93, n=102)
Chảy máu động mạch thượng vị dưới	1 (1%)
Thủng phúc mạc	15 (14,7%)
Chuyển mổ hở Lichtenstein	7 (6,9%)
Tổn thương ống dẫn tinh	0 (0%)

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	TEP* (N=86, n=95)
Bí tiểu	6 (6,9%)
Tụ dịch vùng bẹn	9 (9,5%)
Tụ máu vùng bẹn	3 (3,2%)
Tụ máu vùng bẹn - bìu	2 (2,1%)
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0%)
Sưng vùng bìu	1 (1,1%)
Tràn dịch màng tinh hoàn	1 (1,1%)

Bảng 5. Thời gian mổ, nằm viện, và trở lại lao động

Thời gian	TEP* (N=86, n=95)
Thời gian mổ (phút)	61,3±15,8 (45-135)
Thời gian nằm viện (ngày)	5,4 ±1,6 (3-9)
Thời gian trở lại lao động (ngày)	15,6±6,3 (7-35)

Bảng 6. Kết quả từ 6 tháng đến 2 năm

Kết quả từ 6 tháng đến 2 năm	TEP* (N=86, n=95)
Đau kéo dài	1 (1,1%)
Tràn dịch màng tinh hoàn	2 (2,1%)
Teo tinh hoàn	0 (0%)
Tái phát	1 (1,1%)

Bảng 4.1. Kết quả phân loại thoát vị bẹn của các tác giả

Tác giả	Thoát vị gián tiếp	Thoát vị trực tiếp	Thoát vị phối hợp
Nguyễn Văn Liễu [2]	72,22%	16,20%	11,58%
Amid P. K [5]	44%	43,1%	12,5%
Frey M. D [9]	47,4%	36,4%	16,1%
Sakorafas G. H [12]	55%	30%	15%
Chúng tôi (TEP)	47,1%	34,3%	18,9%

Nghiên cứu này, TEP được chỉ định bệnh nhân ≥ 20 tuổi, kết hợp đánh giá thương tổn phân độ theo Nyhus: IIIA, IIIB, IV. Chỉ định dùng tấm lưới nhân tạo: thoát vị một bên, thoát vị hai bên, thoát vị tái phát, khi bệnh nhân có cấu trúc thành sau ống bẹn bị suy yếu [13]. Nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc sử dụng tấm lưới polypropylene với kích thước 7,5x15 cm chiếm 100% của hãng B|Braun.

TEP*: có 7 trường hợp chuyển mổ hở bằng kỹ thuật Lichtenstein

N: số bệnh nhân, **n:** số thoát vị bẹn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật trường hợp thoát vị bẹn bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy, tuổi trung bình $51,9 \pm 19$ (20-78). Theo Nguyễn Văn Liễu tuổi trung bình là $54,16 \pm 27,36$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 91 tuổi. Theo Ngô Viết Tuấn tuổi trung bình là $61,67 \pm 13,12$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 90 tuổi. Nhận thấy rằng: tuổi lớn nhất gần tương đương nhau, tuy nhiên tuổi trung bình nghiên cứu này cao hơn so với tác giả Nguyễn Văn Liễu và Ngô Viết Tuấn [2], [4]. Nghiên cứu của Gokalp A tuổi trung bình 47 (18-59) [10].

4.2. Vị trí, phân loại, phân độ thoát vị bẹn, kích thước tấm lưới

Qua 93 bệnh nhân với 102 trường hợp thoát vị bẹn, chúng tôi đều dựa vào thăm khám lâm sàng, vị trí thoát vị. Thoát vị một bên 90,3% và thoát vị hai bên 9,7%. Nghiên cứu của Amid P. K, Lichtenstein I. L với mẫu 5000 gồm: thoát vị 1 bên chiếm 73% và thoát vị 2 bên chiếm 27% [5]. Kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu trong khi mổ, thoát vị bẹn gián tiếp 47,1%, thoát vị bẹn trực tiếp 34,3%, thoát vị bẹn thể phối hợp 18,6%.

4.3. Kết quả sớm sau mổ

Nghiên cứu này, thủng phúc mạc chiếm 14,7%, xảy ra khi bóc tách túi thoát vị gián tiếp ra khỏi thủng tinh thường do túi thoát vị lớn, dính. Biến chứng này không chỉ làm giảm thể tích phẫu trường mà còn gây nguy cơ tổn thương tạng, dính ruột và thoát vị nội. Các trường hợp này, chúng tôi dùng kim Verres chọc vào ổ phúc mạc vị trí ngang

rõn để giảm áp lực CO_2 trong ổ bụng, tạo điều kiện thuận lợi, tránh thu hẹp phần trường. Tỷ lệ chuyển đổi từ mổ nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc sang mổ hở kỹ thuật Lichtenstein 6,9%. Lý do: chảy máu động mạch thượng vị dưới không cầm máu được, phúc mạc mỏng, khiếm khuyết rộng, dính nhiều không bóc tách được khoang ngoài phúc mạc. Nghiên cứu của Eker tỉ lệ chuyển mổ hở 6,6% [7]. Nghiên cứu của Brandt - Kerkhof A tỉ lệ chuyển mổ hở 6,1% [6]. So với hai tác giả này thì tỉ lệ chuyển mổ hở của chúng tôi cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng sau mổ bằng kỹ thuật TEP: tụ dịch vùng bẹn 9,5%, tụ máu vùng bẹn 3,3%, tụ máu vùng bẹn - bìu 2,1%, sưng vùng bìu 1,1%, tràn dịch màng tinh hoàn 1,1%. Tụ máu vùng bẹn và vùng bẹn – bìu thường do túi thoát vị lớn, dính vào tổ chức xung quanh phải bóc tách nhiều, cầm máu không kỹ, phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm, để tránh tụ máu cần phẫu tích cẩn thận, cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu khi cầm máu không tốt. Siêu âm kiểm tra, nếu khối máu tụ nhỏ hấp thu sau khi dùng kháng sinh, giảm đau. Khối máu tụ lớn chọc hút hoặc dẫn lưu dưới siêu âm. Tụ dịch xảy ra khi đặt tấm lưới vào vùng bẹn như là một dị vật gây kích thích tăng tiết dịch, tự hấp thu sau 6 – 8 tuần, những khối tụ dịch lớn cần chọc hút dưới siêu âm. Viêm tinh hoàn, sưng vùng bìu dùng kháng viêm.

Nghiên cứu của Eklund A và cộng sự, 665 TEP, biến chứng sau mổ: tụ máu 1,5%. Biến chứng sau 1 tuần: tụ máu 10,5%, tụ dịch 0,9%, nhiễm trùng nông/viêm bàng quang 1,4% [8]. Nghiên cứu của Neumayer L và cộng sự, biến chứng sau mổ. TEP: nhiễm trùng đường tiểu 1%, tụ máu hoặc tụ dịch 16,4%, viêm tinh hoàn 1,4%, nhiễm trùng vết mổ 1%, đau thần kinh 4,2% [11].

Các nghiên cứu, hầu hết có các biến chứng thường gặp như: tụ dịch, tụ máu, viêm tinh hoàn, đau sau mổ, mỗi nghiên cứu có tỉ lệ khác nhau. Đối chiếu

kết quả nghiên cứu của Neumayer L và Eklund A cho thấy, kết quả nghiên cứu này tương đối khả quan hơn, tỉ lệ các biến chứng sau mổ thấp [8], [11].

Biến chứng do vô cảm: Nghiên cứu của chúng tôi, TEP: bí tiểu 6,9%. Nghiên cứu của Eklund A, TEP: bí tiểu 4,2% [8]. Nghiên cứu của Neumayer L, TEP: bí tiểu 2,8% [11]. Chúng tôi dùng phương pháp chườm nóng hoặc xoa bóp vùng trên xương mu cho bệnh nhân tiểu khó và đặt sonde tiểu cho bệnh nhân bí tiểu. Để khắc phục tình trạng bí tiểu sau mổ, Finlay và cộng sự đã nêu lên được tầm quan trọng của việc vận động sớm ở những bệnh nhân hậu phẫu mổ thoát vị bẹn. Ông khẳng định, đây là biện pháp tốt nhất để tránh ứ đọng nước tiểu sau mổ.

4.4. Kết quả theo dõi từ 6 tháng đến 2 năm

Nghiên cứu này, mổ nội soi ngoài phúc mạc (TEP) kết quả trong thời gian theo dõi sau 2 năm: đau kéo dài sau mổ 1,1%, tràn dịch màng tinh hoàn 2,1%, teo tinh hoàn 0%, tái phát 1,1%. Nghiên cứu so sánh của Neumayer L và cộng sự, biến chứng lâu dài mổ nội soi: viêm tinh hoàn hoặc có vấn đề về tinh hoàn 1,9%, nhiễm trùng 0,4%, đau thần kinh hoặc đau khác 9,8%, tỉ lệ tái phát 10,1% [11]. Nghiên cứu của Ramshaw và cộng sự, 300 (TAPP) tỉ lệ tái phát là 2% và 300 (TEP) tỉ lệ tái phát 0,3% [15]. Các tác giả vẫn đề cập đến với tỉ lệ thấp như: tràn dịch màng tinh hoàn chiếm 0,7% và 1%. Teo tinh hoàn: mổ lần đầu hiếm gặp chiếm 0,1%, ở bệnh nhân mổ thoát vị tái phát lên đến 0,9%. Tác giả Bùi Đức Phú, tỉ lệ teo tinh hoàn là 3,8%. Tạ Xuân Sơn, tỉ lệ teo tinh hoàn là 4,94% [2], [3].

5. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo polypropylene bằng kỹ thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc là phẫu thuật có giá trị thẩm mỹ, đạt hiệu quả cao, thời gian phẫu thuật ngắn, hồi phục nhanh, thời gian trở lại lao động sớm, tỉ lệ các biến chứng và tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Thừa Đức (2003), “Nhận xét về kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, 174-180.
2. Nguyễn Văn Liễu (2006), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân ≥ 40 tuổi”, *Y học thực hành*, 217-225.
3. Bùi Đức Phú (1998), “Đánh giá kết quả lâu dài các phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn tại Huế”, *Tạp san nghiên cứu khoa học*, 41-28.
4. Ngô Viết Tuấn (2000), “Phẫu thuật Shouldice cải biên hai lớp trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi”, *Luận án tiến sĩ y học*, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 1-147.
5. Amid P. K, Lichtenstein I. L (1996), “Technique facilitating improved recovery following hernia repair”, *Contemporary surgery*, Vol 49, N₀ 2, 62-66.
6. Brandt - Kerkhof A et al (2011), “Follow-up period of 13 years after endoscopic total extraperitoneal repair of inguinal hernia: a cohort study”, *Surg Endosc*, 25, 1624-1629.
7. Eker H.H et al (2012), “Randomized clinical trial

- of total extraperitoneal inguinal hernioplasty vs Lichtenstein repair", *Arch Surg*, 147 (3), 256-260.
8. Eklund A, Rudberg C và cộng sự (2006), "Short-term results of a randomized clinical trial comparing Lichtenstein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair", *British Journal of Surgery*, 93, 1060-1068.
 9. Frey D. M et al (2007), "Randomized clinical trial of Lichtenstein's operation versus mesh plug for inguinal hernia repair", *British journal surgery*, 94, 36-41.
 10. Gokalp A et al (2003), "A prospective randomized study of Lichtenstein open tension-free versus laparoscopic totally extraperitoneal techniques for inguinal hernia repair", *Acta chir belg*, 103, 502-506.
 11. Neumayer L et al (2004), "Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 350, No. 18, 1819-1827.
 12. Sakorafas G. H et al (2001), "Open tension free repair of inguinal hernias; the Lichtenstein technique", *BMC Surgery*, 1-3.
 13. 13. Pelissier. E, Marre. P, Damas. J M (2000), "Traitement chirurgical des hernies inguinales, Choix d'un procédé", *EMC*, 40-138, 1-3.
 14. Ramshaw et al (2003), "Polyester (Parietex) mesh for total extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair", *Surg Endosc*, 17, 498-501.
 15. Scott D. J, Jones D. B (1999), "Hernia", *Selected readings in general surgery*, Vol 26, N_o 4, pp 1-50.