

- in patients with diabetes mellitus without systemic hypertension versus diabetes mellitus with systemic hypertension*, Am J Cardiol 94: 395-399.
22. Valle R, Bagolin E, Canali C, et al (2006), *The BNP assay does not identify mild left ventricular diastolic dysfunction in asymptomatic diabetic patients*, Eur J Echocardiogr 7: 40-44.
 23. Rana BS, Davies JI, Band MM, et al (2006), *B-type natriuretic peptide can detect silent myocardial ischaemia in asymptomatic type 2 diabetes*, Heart 92: 916-920.
 24. Vergès B, Zeller M, Desgrès J, et al (2005), *High plasma N-terminal pro-brain natriuretic peptide level found in diabetic patients after myocardial infarction is associated with an increased risk of in-hospital mortality and cardiogenic shock*, Eur Heart J 26: 1734-1741.
 25. James SK, Lindahl B, Timmer JR, et al (2006), *Usefulness of biomarkers for predicting long-term mortality in patients with diabetes mellitus and non-ST-elevation acute coronary syndromes (a GUSTO IV substudy)*, Am J Cardiol 97: 167-172.
 26. Bhalla MA, Chiang A, Epshteyn VA, et al (2004), *Prognostic role of B-type natriuretic peptide levels in patients with type 2 diabetes mellitus*, J Am Coll Cardiol 44: 1047-1052.
 27. Dawson A, Jeyaseelan S, Morris AD and Struthers AD, (2005), *B-type natriuretic peptide as an alternative way of assessing total cardiovascular risk in patients with diabetes mellitus*, Am J Cardiol 96: 933-934.
 28. Gaede P, Hildebrandt P, Hess G, et al (2005), *Plasma N-terminal pro-brain natriuretic peptide as a major risk marker for cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria*, Diabetologia 48: 156 -163.
 29. Tarnow L, Hildebrandt P, Hansen BV, et al (2005), *Plasma N-terminal pro-brain natriuretic peptide as an independent predictor of mortality in diabetic nephropathy*, Diabetologia 48: 149-155.
 30. Pfister R, Tan D, Thekkanal J, et al (2007), *NT-proBNP measured at discharge predicts outcome in multimorbid diabetic inpatients with a broad spectrum of cardiovascular disease*, Acta Diabetol 44: 91-97.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT ĐẶT TẮM NHÂN TẠO HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC QU NGÃ NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THOÁT VỊ BỆ

Phan Đình Tuấn Dũng¹, Phạm Như Hiệp², Lê Lộc²

(1) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn là một trong những loại phẫu thuật thường được thực hiện trong lĩnh vực ngoại tiêu hoá. Phẫu thuật thoát vị bẹn bằng nội soi dần trở thành một phương pháp điều trị chuẩn trong điều trị thoát vị bẹn trên toàn thế giới. Mục tiêu của đề tài nhằm đánh giá tính hiệu quả và độ an toàn của phương pháp phẫu thuật đặt tấm nhân tạo ngoài phúc mạc qua ngã nội soi trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn một bên

hoặc hai bên, điều trị phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc qua ngã nội soi (TEP) từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 12 năm 2011. Nghiên cứu đánh giá về các đặc điểm phẫu thuật, biến chứng, thời gian nằm viện và đánh giá tái khám sau phẫu thuật. **Kết quả:** 35 bệnh nhân đã được phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm nhân tạo ngoài phúc mạc bằng nội soi. Độ tuổi trung bình là $51,3 \pm 13,8$ tuổi (nhỏ nhất 31 tuổi, lớn nhất 72 tuổi). 94,3% là thoát vị bẹn một bên, 2 trường hợp (5,7%) là thoát vị bẹn hai bên. Đặc điểm phẫu thuật: thủng phúc mạc trong quá trình phẫu thuật chiếm tỷ lệ 14,3%, không có trường hợp nào tổn thương các mạch máu lớn trong phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là $66,52 \pm 17,4$ phút (45 – 115 phút) đối với thoát vị bẹn 1 bên và 107,5 phút (95 – 120 phút) đối với thoát vị bẹn 2 bên. Thời gian theo dõi trung bình là 9,6 tháng (3-18 tháng). Tái khám sau mổ: 2/35 (5,7%) bệnh nhân còn cảm giác đau khi tái khám vào tháng thứ 3, không có trường hợp nào tụ dịch ở vết mổ, không có trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt tấm nhân tạo ngoài phúc mạc bằng nội soi (TEP) có tính an toàn và hiệu quả cao. Kỹ thuật này có thể được áp dụng rộng rãi và nên được xem như là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn.

Từ khóa: *Thoát vị bẹn, TEP, phẫu thuật nội soi*

Abstract:

LAPAROSCOPIC TOTAL EXTRAPERITONEAL (TEP) REPAIR OF INGUINAL HERNIA: A PROSPECTIVE CONTROLLED STUDY

Phan Dinh Tuan Dung¹, Pham Nhu Hiep², Le Loc²

(1) Dep. of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hue Central Hospital

Objectives: Inguinal hernia is the most common hernia and inguinal hernia repair is the most frequently performed operation in general surgery. Hernioplasty by laparoscopy was gradually the standard method for inguinal hernia repair all over the world. The objective of this study is to demonstrate the effectiveness and safety of laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernia repair. **Materials and methods:** A prospective analysis of patients, admitted for groin hernia and operated by laparoscopic TEP hernia repair, performed between June 2010 and December 2011. Data were collected regarding general characteristics, complication rates, length of hospital stay and the recurrence rate postoperative of this laparoscopic method. **Results:** 35 patients underwent laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernia repair with an average age of 51.3 ± 13.8 years (range 31 – 72 years); 5.7% of the inguinal hernias were operated bilaterally, peritoneal laceration was noticed during dissection in 14.3%, there was no injury of the inferior epigastric vessels during dissection. Unilateral hernia had an operative time of 66.52 ± 17.4 minutes (range 45 – 115 minutes) and bilateral hernia took 107.5 minutes (range 95 – 120 minutes). All of these patients in the study were controlled, 5.7% had seroma at the time 3 months postoperative, there were no recurrences during follow-up ranging from 3 – 18 months (average 9.6 months). **Conclusions:** The laparoscopic (TEP) repair of inguinal hernia is safe and effective. That laparoscopy method should be the gold standard technique in treatment for the repair of inguinal hernias.

Keywords: *Groin hernia – TEP hernioplasty - laparoscopy*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn là một trong những phẫu thuật thường được thực hiện nhất trong điều trị ngoại khoa tiêu hoá [8]. Ở Mỹ,

có hơn 700.000 trường hợp thoát vị bẹn được phẫu thuật mỗi năm. Ở Hà Lan, mỗi năm có trên 33.500 trường hợp thoát vị bẹn được phẫu thuật [11].

Từ trước đến nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật sử dụng kỹ thuật mở trong điều trị bệnh lý thoát vị vùng bẹn bẹn như phẫu thuật mở sử dụng mô tự thân (Bassini, Shouldice...) hay dùng tấm nhân tạo (Lichtenstein năm 1974). Tuy nhiên quan điểm điều trị chuẩn trong phẫu thuật thoát vị bẹn đã thay đổi dần kể từ năm 1987, khi phẫu thuật nội soi tiêu hoá lần đầu được báo cáo bởi Phillip Mouret. Phẫu thuật nội soi đã được xem như là một phương pháp điều trị chuẩn từ khi Arregui cùng cộng sự [1] báo cáo phương pháp điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật đặt tấm nhân tạo xuyên phúc mạc (TAPP- Transabdominal preperitoneal) trong những năm đầu thập kỷ 1990, và sau đó vào năm 1993, MacKernan và Law [9] đã báo cáo về kỹ thuật điều trị thoát vị bẹn bằng đặt tấm nhân tạo trước phúc mạc (TEP- Totally Extraperitoneal). Tuy nhiên, kỹ thuật TEP đã dần trở nên phổ biến hơn so với kỹ thuật TAPP do sự xâm nhập tối thiểu và phòng tránh được những nguy cơ tổn thương các tạng trong phúc mạc cũng như nguy cơ viêm dính tạng sau phẫu thuật [8]. Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nội soi bằng kỹ thuật TEP đã được hầu hết phẫu thuật viên lựa chọn [14].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn đã được ứng dụng từ những năm 1999, tuy nhiên do điều kiện trang thiết bị đặc biệt là sự cung ứng của tấm nhân tạo nên việc triển khai kỹ thuật này còn hạn chế. Đến nay, với sự nâng cấp toàn diện trang thiết bị, trình độ phẫu thuật được nâng cao toàn diện và tấm nhân tạo được cung ứng đầy đủ, phẫu thuật điều trị bệnh lý thoát vị bẹn qua ngã nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đang dần trở thành một trong những phương pháp điều trị chuẩn trong điều trị bệnh lý này. Mục tiêu của đề tài này nhằm đánh giá về tính hiệu quả và sự an toàn của kỹ thuật TEP trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả những bệnh nhân vào viện với chẩn đoán thoát vị bẹn 1 bên hoặc 2 bên, được

phẫu thuật điều trị bằng phương pháp đặt tấm nhân tạo trước phúc mạc (TEP) từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 12 năm 2011 tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa và Ngoại Nhi - Cấp cứu Bụng - Bệnh viện Trung ương Huế và Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, có can thiệp

- Phương pháp phẫu thuật: Kỹ thuật đặt 3 trocars dọc đường giữa dưới rốn được thực hiện.

Trocart đầu tiên được đặt ngay dưới rốn theo kỹ thuật mở của Hassan cho đầu dò 0° đường kính 10mm. Chúng tôi mở da khoảng 2cm ngay dưới rốn, phẫu tích tách lớp cân cơ cho đến lá sau của cân cơ ngang bụng, hướng về phía bên thoát vị, sau đó đặt trocart, bơm CO₂ đến áp lực 10-12mmHg rồi tiến hành phẫu tích tạo phẫu trường bằng đầu của camera.

Trocart thứ 2 với khẩu kính 5mm được đặt ở vị trí trung điểm đường nối giữa rốn và xương mu trên đường trắng giữa dưới rốn dưới sự quan sát trực tiếp của đầu camera. Trocart thứ 3 được đặt ngay phải trên xương mu 2cm trên đường trắng giữa dưới rốn.

Lớp phúc mạc thành được phẫu tích ra khỏi thành bụng trước bằng đầu dò camera cho đến khi bộc lộ được lớp cân trắng của xương mu. Tiếp tục phẫu tích bộc lộ dây chằng Cooper, động mạch thượng vị dưới, tĩnh mạch và túi thoát vị. Trong trường hợp túi thoát vị trực tiếp thì phẫu tích và đẩy lại vào trong xoang phúc mạc. Với thể thoát vị bẹn gián tiếp, túi thoát vị được phẫu tích ra khỏi tĩnh mạch và cố định lại. Tiếp tục phẫu tích và bộc lộ được cơ đáy chậu để tạo khoang trống cho việc đặt tấm polypropylene. Phẫu tích phúc mạc ra khỏi bó mạch tĩnh mạch, ống dẫn tinh, bó mạch chậu ngoài và thành bụng sau. Phẫu tích và lấy đi các búi mỡ tiền phúc mạc ở vùng lỗ cơ lược. Đánh giá thành bẹn sau, ghi nhận loại và kích thước lỗ thoát vị.

Trong quá trình phẫu tích nếu làm thủng phúc mạc, phẫu trường sẽ bị thu hẹp, cần dùng kim Verres chọc vào ổ phúc mạc vị trí ngang rốn để làm giảm áp lực CO₂ trong ổ bụng, tạo

điều kiện thuận lợi, tránh làm thu hẹp phẫu trường.

Sử dụng mảnh ghép polypropylene kích thước 10x15cm đặt vào che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, mảnh ghép có thể được để nguyên hoặc cắt lỗ. Mảnh ghép khi trải ra phải phẳng, không được gấp và bờ dưới phải áp sát thành bụng sau. Tấm nhân tạo chỉ được cố định trong trường hợp túi thoát vị trực tiếp lớn. Lớp phúc mạc thành được phẫu tích xuống thấp ở mức có thể theo khoang phúc mạc và sau đó đặt túi thoát vị nằm trước tấm nhân tạo. Trường hợp lỗ thoát vị <3cm thì không cần cố định mảnh ghép, trong trường hợp lỗ thoát vị ≥ 3 cm thì khâu cố định mảnh ghép vào dây chằng lược và thành bụng.

Trong trường hợp thoát vị bẹn 2 bên, 2 tấm nhân tạo được sử dụng trên cùng vị trí đặt các trocars.

Khí CO₂ được xả, trocar 10 ở rốn được lấy ra, cân cơ được khâu lại bằng chỉ Vicryl 2.0, khâu da bằng chỉ Propylene 3.0.

2.3. Đặc điểm nghiên cứu:

- Những đặc điểm trong phẫu thuật: loại thoát vị (trực tiếp, gián tiếp), chảy máu (tổn thương động mạch thượng vị dưới, các mạch máu lớn), các biến chứng khác (như tổn thương ruột, tổn thương cổ bàng quang, tổn thương thừng tinh, thủng phúc mạc) và thời gian phẫu thuật.

- Thời gian nằm viện

- Theo dõi: Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi và tái khám vào tháng thứ 3, tháng thứ 6 và tháng thứ 12 sau phẫu thuật nhằm phát hiện những biến chứng như khối máu tụ, đau mạn tính, nhiễm trùng và thoát vị tái phát.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 9.0

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 12 năm 2011 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa và Ngoại nhi - Cấp cứu Bụng - Bệnh viện Trung ương Huế và Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế bao gồm 35 bệnh nhân như sau:

+ Tuổi và giới: 100% bệnh nhân trong

nghiên cứu là nam giới, độ tuổi trung bình là $51,3 \pm 13,8$ tuổi (nhỏ nhất 31 tuổi, lớn nhất 72 tuổi).

+ Đặc điểm phẫu thuật:

- Phẫu thuật tạo khoang trước phúc mạc bằng đầu optique được thực hiện dễ dàng với tỷ lệ thành công 100%, không có trường hợp nào tổn thương động mạch thượng vị dưới trong quá trình phẫu tích.

- Thủng phúc mạc chiếm tỷ lệ 14,3% (5/35), trường hợp này chúng tôi dùng kim Verres chọc vào ổ phúc mạc vị trí ngang rốn để làm giảm áp lực CO₂ trong ổ bụng, tạo điều kiện thuận lợi, tránh làm thu hẹp phẫu trường.

- Quá trình phẫu tích túi thoát vị trực tiếp hay gián tiếp, không có tổn thương thừng tinh, bàng quang, mạch máu hoặc ruột trong suốt quá trình phẫu thuật.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $66,52 \pm 17,4$ phút (45 – 115 phút) đối với thoát vị bẹn 1 bên và 107,5 phút (95 - 120 phút) đối với thoát vị bẹn 2 bên.

- Thời gian nằm viện trung bình là $3,8 \pm 0,45$ ngày (ngắn nhất 3 ngày - dài nhất 5 ngày).

+ Theo dõi - Tái khám:

- Vào tháng thứ 3 sau phẫu thuật: có 2/35 (5,7%) trường hợp còn đau tại vết mổ, không có trường hợp nhiễm trùng nào được ghi nhận.

- Vào tháng thứ 6 và 9: không có trường hợp máu tụ, nhiễm trùng tấm nhân tạo hay tái phát được ghi nhận trong lô nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn qua nội soi bằng đặt tấm nhân tạo trước phúc mạc (TEP) đã trở nên phổ biến như là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả và có hiệu quả kinh tế [14]. Thời gian gần đây, kỹ thuật TEP được xem như là một trong những kỹ thuật được ưa chuộng trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân là nam giới. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $51,3 \pm 13,8$ tuổi (trong đó nhỏ nhất 31 tuổi, lớn nhất 72 tuổi). Kết quả này tương đối phù hợp với một số kết quả của các tác giả khác như Brij B. [3], Froeling B [4].

Loại thoát vị: Hầu hết các nghiên cứu về thoát vị bẹn đều cho thấy rằng tỷ lệ thoát vị bẹn hai bên chiếm tỷ lệ khoảng 10% ở Châu Âu và chiếm 14% ở Mỹ [1]. Các tác giả Saggar VR. và Saganri R. đã báo cáo trong nghiên cứu của họ vào năm 2007 đã cho thấy rằng tỷ lệ thoát vị bẹn hai bên có tỷ lệ thấp hơn 8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp thoát vị bẹn hai bên chiếm tỷ lệ 5,7%, trong đó có 1 trường hợp thoát vị tái phát bên trái.

+ Đặc điểm phẫu thuật và các tai biến, biến chứng

Vấn đề quan trọng nhất trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nội soi là tiêu chuẩn tạo 1 phẫu trường (khoảng trước phúc mạc) để qua đó túi thoát vị được phẫu tích và xử lý, các cấu trúc giải phẫu được nhận biết và tẩm nhân tạo được đặt vào đúng vị trí [1]. Trong bước này, một số tác giả cho rằng nếu sử dụng bóng để phẫu tích tạo phẫu trường thì sẽ dễ dàng, nhanh và an toàn hơn cho bệnh nhân [4], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu tích khoang trước phúc mạc để tạo phẫu trường được thực hiện trước tiên bằng ống kính phẫu tích trực tiếp, không có trường hợp tổn thương động mạch được ghi nhận. Trong trường hợp làm tổn thương động mạch thượng vị dưới thì sẽ rất khó để thực hiện động tác phẫu tích. Tác giả Mahesh C. cùng cộng sự đã báo cáo rằng bằng cách sử dụng bóng để tạo phẫu trường, có đến 10,3% trường hợp có tổn thương động mạch thượng vị dưới được ghi nhận [1]. Theo chúng tôi, nếu trình độ và kinh nghiệm được nâng lên, thì kỹ thuật sẽ được thực hiện với các động tác nhẹ nhàng hơn và tránh được tình trạng làm tổn thương các mạch máu.

Thùng phúc mạc là một trong những lý do thường gặp để chuyển phẫu thuật TEP hay TAPP sang phẫu thuật mở. Theo Mabesh C. Misra thì túi thoát vị gián tiếp và thoát vị lớn chính là điều kiện thuận lợi cho tình trạng thùng phúc mạc xảy ra [8]. Thùng phúc mạc trong quá trình phẫu thuật thay đổi từ 10 đến 64% trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Biến chứng này không chỉ làm giảm thể tích phẫu trường gây khó khăn cho phẫu thuật mà còn

gây nguy cơ tổn thương dính ruột và thoát vị nội [8], [10]. Thoát vị gián tiếp có tỷ lệ thùng phúc mạc lớn hơn so với thoát vị trực tiếp do ảnh hưởng của quá trình phẫu tích túi thoát vị. Bringman cùng cộng sự [2] báo cáo trong nghiên cứu của mình rằng tỷ lệ này chiếm hơn 50%. Lau [7] cho rằng thùng phúc mạc dễ có nguy cơ xảy ra nhất khi đang thực hiện phẫu tích túi thoát vị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thùng phúc mạc chiếm tỷ lệ 14,3% (5/15), trường hợp này chúng tôi dùng kim Verres chọc vào ổ phúc mạc vị trí ngang rốn để làm giảm áp lực CO₂ trong ổ bụng, tạo điều kiện thuận lợi, tránh làm thu hẹp phẫu trường. Quá trình phẫu tích túi thoát vị trực tiếp hay gián tiếp, không có tổn thương thương tổn, bàng quang, mạch máu hoặc ruột trong suốt quá trình phẫu thuật. Trong nghiên cứu của mình, tác giả Moreno Egea A cho rằng tổn thương ruột non trong phẫu thuật thay đổi từ 0 - 0,6% và ruột non là tạng dễ tổn thương nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $66,52 \pm 17,4$ phút (45 – 115 phút) đối với thoát vị bẹn 1 bên và $107,5$ phút (95 - 120 phút) đối với thoát vị bẹn 2 bên. Hầu hết các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác đều cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là từ 45 đến 82 phút tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Mirsa cho rằng thời gian này là $75,9 \pm 24,1$. Còn tác giả Bringman trong nghiên cứu của mình cho thấy rằng thời gian này là 54 - 61 phút.

Thời gian nằm viện trung bình là $3,8 \pm 0,45$ ngày (ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 5 ngày). Nghiên cứu của các tác giả khác [2], [8] cho thấy kết quả thời gian nằm viện ngắn hơn với thời gian nằm viện trung bình là 1,2 ngày.

Tụ thanh dịch là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi với tỷ lệ từ 1,9% đến 11% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp tụ thanh dịch nào được phát hiện.

Đau là một trong những biến chứng hay gặp trong phẫu thuật thoát vị bẹn. Triệu chứng đau nên được xem như là một biến chứng xấu khi nó kéo dài và gây triệu chứng trong 1 thời gian dài sau phẫu thuật.

Nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ này thường vào khoảng 5% đến 10%. Lý do hay gặp nhất của đau là tình trạng làm kích thích hay tổn thương thần kinh chậu bẹn hay thần kinh chậu hạ vị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vào thời điểm tháng thứ 3 sau phẫu thuật, có 2 bệnh nhân (5,7%) có triệu chứng đau khi tái khám. Tuy nhiên vào thời điểm 6 tháng, không có trường hợp nào còn triệu chứng đau. Chúng tôi cũng đồng ý với kết luận rằng với độ tuổi < 65, thoát vị hai bên hay thoát vị gián tiếp là những yếu tố thuận lợi gây ra tỷ lệ đau sau mổ cao [8].

Tái phát là một trong những biến chứng xấu của phẫu thuật thoát vị bẹn. Do đó phẫu thuật viên cần phải nắm vững kiến thức giải phẫu vùng bẹn và các bước kỹ thuật để làm giảm tỷ lệ tái phát ở mức thấp nhất. Tác giả Phillips Eh cho rằng 80% trường hợp thoát vị tái phát sau phẫu thuật điều trị thoát vị

bẹn nội soi là do tấm nhân tạo quá nhỏ và không phủ được toàn bộ nền ống bẹn [6]. Fitzgibbons và cộng sự [5] lại cho rằng yếu tố làm tăng nguy cơ thoát vị tái phát là kinh nghiệm phẫu thuật viên, phẫu trường không đủ rộng, tấm nhân tạo có kích thước nhỏ, không cố định làm cho tấm nhân tạo gập hay trượt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp tái phát nào được ghi nhận trong thời gian theo dõi tái khám, có lẽ do cỡ mẫu chúng tôi vẫn còn nhỏ và thời gian theo dõi còn ngắn.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng đặt tấm nhân tạo ngoài phúc mạc (TEP) đã trở nên là một phương pháp điều trị thoát vị bẹn an toàn, có hiệu quả cao. Phương pháp này nên là một trong những kỹ thuật điều trị chuẩn trong điều trị các bệnh lý thoát vị vùng bẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arregui ME, Davis CJ, Yucel O, Nagan RF (1992), Laparoscopic mesh repair of inguinal hernia using a preperitoneal approach: a preliminary report, *Surg Laparosc Endosc* 2(1): 53-58.
2. Bringman S, Ek A, Haglind E, Heikkinen T, Kald A, Kylberg F, Ramel S, Wallon C, Anderberg B (2001), Is a dissection balloon beneficial in totally extraperitoneal endoscopic hernioplasty? A randomized prospective multicenter study, *Surg Endosc* 15(3): 266-270.
3. Brij B. Agarwal, Krishma Adit Argawal, Krishan C Mahajan (2009), Prospective double-blind randomized controlled study comparing heavy and lightweight polypropylene mesh in totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: early results, *Surg Endosc* 23: 242-247.
4. Froeling FM, Deprest JK, Ankum WM, Mendels EL, Meijer DW, Bannenberg J (2000), Controlled balloon dilatation for laparoscopic extraperitoneal bladder neck suspension in patients with previous abdominal surgery, *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* (10)1: 27-30.
5. Fitzgibbons RJ, Puri V (2006), Laparoscopic inguinal hernia repair, *Am Surg* 72(3): 197-206.
6. Phillips EH, Rosenthal R, Fallas M, Carroll B, Arregui M, Corbitt J, Fitzgibbons R, Seid A, Schultz L, Toy F, Wadell R, McKernan B (1995), Reason for early recurrence following laparoscopic hernioplasty, *Surg Endosc* 9: 140-145.
7. Lau H, Patil NG, Yuen WK, Lee F (2002), Management of peritoneal tear during endoscopic extraperitoneal inguinal hernioplasty, *Surg Endosc* 16 (910): 1474-1477.
8. Mabesh C. Misra, Sareesh Kumar, Virinder K. Bansal (2008), Total extraperitoneal (TEP) mesh repair of inguinal hernia in the developing world: comparison of low-cost indigenous balloon dissection versus direct telescopic dissection: a prospective randomized controlled study, *Surg Endosc* 22: 1947-1958.
9. MacKernan JB, Laws HL (1993), Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach, *Surg Endosc* 7(1): 26-28.
10. G. Muzio, K. Bernard, C. Polliand, N. Rizk, G. Champault (2006), Impact of peritoneal

- tears on the outcome and late results (4 years) of endoscopic totally extraperitoneal inguinal hernioplasty, *Hernia* 10: 426-429.
11. M.T.T. Knook, L. Stassen, H.J Bonjer (2001), Impact of randomized trials on the application of endoscopic techniques for inguinal hernia repair in the Netherlands, *Surg Endosc* 15: 55-58.
 12. Om Tania, Mayank Jain, Shashi Khanna, Bimalendu Sen (2009) Laparoscopic repair of recurrent groin hernia: results of a prospective study, *Surg Endosc* 23: 734-738.
 13. Rutkow IM (1998), Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United State in the 1990s, *Surg Clin North Am* 78(6): 941-951.
 14. WB Bowne, CB Morgenthal, AE Castro, P. Shah, GS Ferzli (2007), The role of endoscopic extraperitoneal herniorrhaphy: Where do we stand in 2005, *Surg Endosc* 21: 707-712.
 15. Wellwood J, Sculpher MJ, Stoker D, Nicholls GJ, Geddes C, Whitehead A, Singh R, Spiegelhalter D (1998), Randomised controlled trial of laparoscopic versus open mesh repair for inguinal hernia: outcome and cost, *BMJ* 317 (7151): 103-110.

PHÁT HIỆN SỚM VI KHUẨN LAO KHÁNG THUỐC VÀ ĐA KHÁNG THUỐC BẰNG KỸ THUẬT KHÁNG SINH ĐỒ SOI KÍNH HIỂN VI (MODS)

*Ngô Viết Quỳnh Trâm¹, Nguyễn Thị Châu Anh¹, Nguyễn Hoàng Bách¹,
Huỳnh Hải Đường¹, Lê Nữ Xuân Thanh¹, Lê Xuân Cường², Piero Cappuccinelli^{1,3}*

(¹) Trung tâm Carlo Urbani - Bộ môn Vi sinh - Trường Đại học Y Dược Huế

(²) Khoa Lao - Bệnh viện Trung ương Huế,

(³) Khoa Vi sinh thực nghiệm và lâm sàng, Đại học Sassari-Italy)

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Bệnh lao luôn vẫn còn là nguyên nhân chính gây tử vong ở nhiều nước trên thế giới. Nếu được phát hiện sớm và điều trị thích hợp, khả năng truyền bệnh của bệnh nhân lao nhanh chóng bị mất và bệnh nhân sẽ được lành bệnh. **Mục tiêu:** Sử dụng kỹ thuật kháng sinh đồ bằng soi kính hiển vi (MODS) để nuôi cấy vi khuẩn lao và phát hiện sớm khuẩn lao kháng và đa kháng thuốc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 252 mẫu đàm của bệnh nhân có triệu chứng nghi lao hoặc được chẩn đoán lao được điều trị ít hơn 2 tuần. Cấy bằng phương pháp MODS và phát hiện độ nhạy cảm với 4 loại kháng sinh Isoniazid: 0,1 µg/ml; Rifampicin: 1 µg/ml, Streptomycin: 2 µg/ml và Ethambutol: 2,5 µg/ml. Kỹ thuật realtime PCR 16S được sử dụng để kiểm tra kết quả nuôi cấy bằng phương pháp MODS trong trường hợp dương tính trước 7 ngày hoặc âm tính nhưng AFB dương tính. **Kết quả:** Thời gian trung bình cấy MODS phát hiện vi khuẩn lao và lao kháng thuốc là 9 ngày Kỹ thuật MODS phát hiện 153 mẫu đàm có vi khuẩn lao (60,7%) và 46 (30,1%) chủng vi khuẩn lao kháng thuốc. Có 30 chủng lao (19,6%) kháng với chỉ một loại kháng sinh: 8 chủng kháng RIF, 6 chủng kháng INH và 2,0% chủng đề kháng với mỗi loại kháng sinh STR and EBM; 13 chủng vi khuẩn lao đa kháng (kháng đồng thời với Isoniazid và Rifampicin) và 14 chủng lao đề kháng với hai kháng sinh hay nhiều hơn). **Kết luận:** MODS là một kỹ thuật rẻ tiền, cho kết quả nhanh cho phép phát hiện đồng thời vi khuẩn lao và lao kháng thuốc, có thể áp dụng chẩn đoán thường quy.