

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

PHẠM VĂN THƯƠNG

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT
VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ
QUA Ổ BỤNG ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PHÚC MẠC
ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN**

Chuyên ngành : Ngoại khoa

Mã số : 9720104

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội - 2018

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Triệu Triều Dương**
- 2. GS.TS. Trịnh Hồng Sơn**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện
vào hồi: giờ ngày tháng năm 2018

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia.
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. **Phạm Văn Thương, Triệu Triều Dương, Trịnh Hồng Sơn** (2018), "Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 13, số 1/2018, tr. 106-112.

2. **Phạm Văn Thương, Triệu Triều Dương, Trịnh Hồng Sơn** (2018), "Kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 13, số 1/2018, tr. 93-98.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hoặc một điểm yếu của thành bụng vùng bẹn, trên đây chằng bẹn ra dưới da hay xuống bìu. Đây là bệnh lý ngoại khoa thường gặp trên thế giới cũng như Việt Nam. Mỗi năm thế giới có khoảng 20 triệu bệnh nhân (BN) phẫu thuật thoát vị bẹn.

Điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật (PT) là phương pháp chủ yếu. Năm 1884, phẫu thuật Bassini ra đời, cho đến nay, đã có hàng trăm loại phẫu thuật nhằm cải thiện kết quả điều trị. Năm 1987 đánh dấu kỷ nguyên ra đời của phẫu thuật nội soi (PTNS). Hiện nay có hai phương pháp phẫu thuật nội soi đang được ứng dụng rộng rãi để điều trị thoát vị bẹn là: qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc (TAPP) và đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP).

Phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc (SILS-TAPP) điều trị thoát vị bẹn được Kroh thực hiện đầu tiên năm 2009, cho kết quả tốt. Từ đó đến nay, nhiều tác giả nghiên cứu và có chung nhận định đây là phương pháp an toàn, hiệu quả, tăng tính thẩm mỹ và giảm đau sau mổ. Tuy nhiên, nhược điểm của kỹ thuật là hạn chế tam giác phẫu thuật dẫn đến thao tác khó khăn, đặc biệt khi xử trí các tai biến trong mổ.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi TAPP một lỗ là một cách tiếp cận khác trong điều trị thoát vị bẹn, chưa được áp dụng rộng rãi và còn nhiều tranh luận trong việc lựa chọn phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “**Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn**”, nhằm hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu một số đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu tiến hành trên 91 BN với 97 lỗ thoát vị được PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ tháng 7/2011 đến tháng 7/2015.

Đây là luận án đầu tiên ở Việt Nam nghiên cứu về đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi TAPP một lỗ điều trị TVB.

Về đặc điểm kỹ thuật: Đề tài cho thấy 100% nhận định được các mốc giải phẫu quan trọng, phát hiện thêm 2 lỗ TV bên đối diện trong mổ, 52,58% kéo túi TV vào trong ổ bụng, 100% cố định mảnh ghép bằng protack vào các vị trí dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng. Có 3,09% tai biến, 2,2% phải thêm trocar. Thời gian mổ trung bình $45,88 \pm 16,46$ phút.

Về kết quả phẫu thuật: Phẫu thuật TAPP một lỗ điều trị TVB là phương pháp an toàn, khả thi, không trường hợp nào tử vong, tỷ lệ tai biến thấp. Thời gian đau sau mổ trung bình 2,55 ngày, biến chứng sớm 8,8%, thời gian nằm viện trung bình 6,76 ngày. Theo dõi sau mổ trung bình 32,6 tháng. Có 5,75% biến chứng xa và 1,15% tái phát

Những đóng góp trên có tính thiết thực, giúp cho các phẫu thuật viên có thêm một phương pháp để lựa chọn trong điều trị TVB. Kết quả nghiên cứu đã có những đóng góp mới, khẳng định tính an toàn, khả thi, hiệu quả, tăng tính thẩm mỹ và giảm đau sau mổ của phẫu thuật TAPP một lỗ.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 132 trang: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 32 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang, kết quả nghiên cứu 32 trang, bàn luận 40 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. 2 công trình nghiên cứu, 39 bảng, 08 biểu đồ, 46 hình ảnh. 139 tài liệu tham khảo, trong đó 18 tài liệu tiếng Việt, 121 tài liệu tiếng nước ngoài.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. GIẢI PHẪU LIÊN QUAN ĐẾN TVB

* **Thành bụng vùng bẹn:** gồm các lớp: Da, lớp mỡ dưới da, lớp mạc nông, mạc của cân cơ chéo bụng ngoài, cân và cơ chéo bụng trong, cân và cơ ngang bụng, mạc ngang, lớp mỡ trước PM và cuối cùng là PM thành.

* **Các dây chằng:** dây chằng Henlé, dây chằng bẹn, dây chằng Cooper, cung chậu lược, dải chậu mu, dây chằng gian hố.

* **Mạch máu vùng bẹn:** được cung cấp bởi các động mạch (ĐM): ĐM mũ chậu nông, ĐM thượng vị nông và ĐM thẹn ngoài nông, ĐM thượng vị dưới và ĐM mũ chậu sâu. Các nhánh tĩnh mạch đi cùng ĐM và cùng tên, chúng đều đổ vào tĩnh mạch đùi.

* **Thần kinh vùng bẹn:** gồm các nhánh: TK chậu - bẹn, chậu - hạ vị và nhánh sinh dục đùi.

* **Ổng bẹn:** là một khe nằm giữa các lớp cân cơ của thành bụng, đi từ lỗ bẹn sâu đến lỗ bẹn nông dài khoảng 4 – 6 cm, gồm 4 thành (trước, sau, trên dưới) và 2 lỗ (lỗ bẹn sâu, lỗ bẹn nông). Đây là điểm yếu của thành bụng nên thường xảy ra TVB.

* **Các tam giác vùng bẹn:** Hesselbach, Doom, Pain.

Khi cố định mảnh ghép cần tránh khâu hoặc bắn ghim vào tam giác Doom và tam giác Pain vì sẽ gây chảy máu trong và sau mổ, tê bì và đau vùng bẹn bìu do tổn thương các ĐM và TK tại vùng này.

1.2. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI TVB

1.2.1. Chẩn đoán

1.2.1.1. Lâm sàng

1.2.1.2. Cận lâm sàng

1.2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

1.2.2. Phân loại

1.2.2.1. *Theo vị trí giải phẫu:* TVB trực tiếp (TV hình thành từ thành sau của ổng bẹn, tạng chui qua vùng tam giác Hesselbach), TVB gián

tiếp (TV chui vào lỗ bẹn sâu, đi cùng thùng tinh qua lỗ bẹn nông xuống bìu), TVB hỗn hợp (TV chiếm hết cả hai hố bẹn).

1.2.2.2. Theo Nyhus: Loại I (TVB gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường, sàn bẹn bình thường), loại II (TVB gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng và biến dạng, sàn bẹn bình thường), loại IIIA (mọi TV trực tiếp), loại IIIB (TV gián tiếp, lỗ bẹn sâu giãn rộng và biến dạng, sàn bẹn bị phá hủy hoặc TV hỗn hợp), loại IIIC (TV đùi), loại IV (mọi TVB tái phát).

1.3. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TVB

1.3.1. Lịch sử

1.3.2. Chỉ định và chống chỉ định

1.3.3. Phẫu thuật mở

1.3.3.1. Các phương pháp sử dụng mô tự thân

Bassini (khâu gân kết hợp với cung đùi), *McVay* (khâu dây chằng Cooper với gân kết hợp hoặc cơ ngang bụng), *Shouldice* (sàn bẹn được phục hồi bốn lớp, bằng các mũi khâu liên tục).

1.3.3.2. Phương pháp sử dụng mảnh ghép nhân tạo

Lichtenstein (1984): che phủ thành sau ống bẹn bằng mảnh ghép.

1.3.4. Phẫu thuật nội soi ba lỗ

1.3.4.1. TEP ba lỗ:

PTNS ba lỗ đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.

1.3.4.2. TAPP ba lỗ

PTNS ba lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc.

1.3.5. Phẫu thuật nội soi TEP một lỗ

PTNS một lỗ đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.

1.4. ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT PTNS MỘT LỖ QUA Ổ BỤNG ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PM ĐIỀU TRỊ TVB

1.4.1. Chỉ định và chống chỉ định

1.4.1.1. Chỉ định: TVB ở người lớn, phân loại Nyhus I/ II/ III/ IV.

1.4.1.2. Chống chỉ định: BN không có khả năng gây mê toàn thân hoặc bơm hơi vào khoang PM, bệnh rối loạn đông máu, BN có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc khu trú vùng chậu, TVB nghẹt có tình trạng viêm phúc mạc, BN đang mang thai.

1.4.2. Đặc điểm kỹ thuật

*** Bước vào ổ bụng:** Theo Tanoue K.: Rạch da dọc chính giữa và xuyên qua rốn dài khoảng 15 – 25 mm, dùng kocher để hỗ trợ đặt cổng SILS vào ổ bụng qua vết mổ. Sau đó bơm hơi với áp lực 12 mmHg. Đặt trocar qua SILS-Port để đưa các dụng cụ PT.

*** Bước nhận định mốc giải phẫu, đánh giá, phân loại TV trước và sau khi bộc lộ PM**

Thành phần trong túi TV: Ruột, mạc nối, bàng quang,...

Đo kích thước lỗ TV

Bộc lộ PM và xác định mốc giải phẫu

Tanoue K.: Rạch PM từ dây chằng rốn giữa đến gai chậu trước trên cùng bên. Xác định các mốc: dây chằng Cooper, các tam giác Doom, Pain,.... Tạo khoang trước PM đủ rộng để đặt mảnh ghép. Lưu ý các trường hợp có tiền sử PT vùng bẹn bụng có dính, thay đổi cấu trúc vùng sàn bẹn, cần phẫu tích gỡ dính xác định các mốc giải phẫu, tránh làm tổn thương tạng, mạch máu hoặc TK.

*** Bước phẫu tích và xử lý túi thoát vị**

Wu S.: Đối với TV gián tiếp, tiến hành thắt và cắt; đối với TV trực tiếp, túi TV được kéo trở lại ổ bụng.

*** Bước đặt và cố định mảnh ghép**

Đa phần các tác giả sử dụng một loại mảnh ghép cho tất cả các BN trong nghiên cứu. Mảnh ghép được cuộn lại, đưa qua trocar 10mm vào ổ bụng, trải phẳng để che phủ sàn bẹn và cố định bằng protack hoặc khâu vào dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng.

*** Bước đóng phúc mạc.**

Phần lớn các tác giả đóng lại PM thành bụng bằng protack. Một số tác giả khác đóng bằng chỉ vicryl hoặc keo sinh học.

*** Bước đóng vết mổ:** Tanoue K. đóng vết mổ 2 lớp bằng chỉ tự tiêu

*** Thời gian phẫu thuật:** Từ 38,7 – 136 phút, tùy từng nghiên cứu, phụ thuộc vào loại TV và phương pháp cố định mảnh ghép.

1.4.3. Ưu, nhược điểm và cách khắc phục

Ưu điểm: Tính thẩm mỹ cao, có thể điều trị TVB tái phát hoặc TVB nghẹt, phẫu trường rộng, dễ dàng xác định thành phần túi TV, kiểm tra các tạng trong ổ bụng và có thể phát hiện thêm lỗ TV thứ hai.

Nhược điểm: Va chạm dụng cụ, hạn chế tam giác PT, nguy cơ dính sau mổ.

Một số cách khắc phục nhược điểm

Sử dụng trocar và các dụng cụ phẫu thuật có chiều dài khác nhau, optic dài (50 cm) với ống kính nội soi có góc nhìn 30° hay 45°.

1.5. KẾT QUẢ PTNS MỘT LỖ QUA Ổ BỤNG ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ TVB

1.5.1. Kết quả sớm

Thời gian trung tiện, đau sau mổ

Nghiên cứu của Yilmaz H.: tất cả BN được ăn uống sau mổ 6 tiếng và trung tiện trong vòng 24 tiếng.

Sato H. và Hany E.B. thấy tình trạng đau sau mổ của PTNS một đường rạch ít hơn do chỉ có duy nhất một vết mổ. Chan Y.W. cho rằng chấn thương thành bụng trong khi PT và việc cố định mảnh ghép vào vùng bẹn là nguyên nhân gây ra tình trạng đau sau mổ.

Biến chứng sớm

Bí tiểu: Buckley F.P., Ece I. và Tai H.C. gặp 6,6% - 11,1%.

Nhiễm khuẩn vết mổ: Buckley F.P., Tanoue K. gặp 0,5% - 1,6%.

Tụ máu vùng bìu: Ece I. và Tanoue K. gặp 1,0% - 1,6%.

Tụ dịch vùng bìu: Ece I. và Tanoue K. gặp 3,3% - 4,5%.

Tê bì vùng đùi ngoài: Bittner R. và Tanoue K. gặp 0,3% - 1,1%.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Theo Sinha R., Hany E.B., Ece I. và Tanoue K., từ 1,5 – 6,7 ngày.

Đánh giá kết quả sớm: Sinha R. (2015) phẫu thuật TAPP một lỗ điều trị TVB cho 183 BN: Tốt 95,1%, khá 4,4%, trung bình 0,5%, kém 0%.

1.5.2. Kết quả xa

Biến chứng xa: Tùy từng nghiên cứu, có thể gặp: đau mạn tính vùng bẹn – bìu, đau thừng tinh và tinh hoàn, rối loạn xuất tinh và đau

trong quá trình sinh hoạt tình dục, mảnh ghép di chuyển, nhiễm khuẩn mảnh ghép, thoát vị vết mổ, tràn dịch màng tinh hoàn,...

Theo Sinha R. và Buckley F.P., tổng biến chứng xa từ 0,97–7,8%.

Tái phát: Tỷ lệ tái phát từ 0 – 2,9% tùy từng nghiên cứu.

Đánh giá kết quả xa: Theo Sinha R. (2015) PT cho 183 BN kết quả là: Tốt 98,91%, khá 0%, trung bình 0%, kém 1,09%.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân bị TVB, được điều trị theo phương pháp PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài PM từ tháng 07/2011 đến hết tháng 07/2015 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và được theo dõi đến tháng 04/2016

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- BN bị thoát vị bẹn (trực tiếp/ gián tiếp hay hỗn hợp; một bên/ hai bên; nguyên phát/ tái phát) được điều trị theo phương pháp PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài PM.
- Bệnh án đầy đủ, đảm bảo các thông tin chỉ tiêu nghiên cứu.
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- TVB nghẹt, Nyhus IIIC (TV đùi).
- PT nội soi TAPP một lỗ điều trị TVB kèm theo các PT khác.
- BN có bệnh nội khoa nặng, không có khả năng gây mê toàn thân hoặc bơm khí CO₂ vào khoang PM.
- BN có rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn toàn thân hoặc khu trú tại vùng chậu, phân loại ASA > III.
- BN không đồng ý tham gia hoặc không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu, có can thiệp, theo dõi dọc và không so sánh.

*** Cỡ mẫu nghiên cứu:**

- Nhóm hồi cứu: Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, có 39 BN
- Nhóm tiến cứu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức, với độ tin cậy 95%. Số BN nhóm tiến cứu là 52 BN

2.2.2. Quy trình kỹ thuật được thực hiện trong nghiên cứu

- BN được gây mê nội khí quản, đặt thông tiêu
- Tư thế BN: nằm ngửa, tư thế Trendelenburg (đầu thấp 10–15°), hai tay khép dọc thân mình và nghiêng sang bên đối diện với TV

Các bước phẫu thuật

- Bước 1: Vào ổ bụng bằng đường rạch da dọc chính giữa, qua rốn dài 15-20mm và đặt cổng SILS-Port
- Bước 2: Nhận định mốc giải phẫu quan trọng, đánh giá phân loại TV trước và sau khi bộc lộ PM
- Bước 3: Phẫu tích và xử lý túi TV.
- Bước 4: Đặt và cố định mảnh ghép bằng protack vào các vị trí dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ ngang bụng và cơ thẳng bụng
- Bước 5: Đóng lại PM thành bụng bằng protack
- Bước 6: Đóng lại vết mổ

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.3.1. Đặc điểm kỹ thuật PT nội soi TAPP một lỗ điều trị TVB

❖ *Một số đặc điểm BN liên quan đến chỉ định và kỹ thuật mổ:* Tuổi, giới, bệnh nội khoa kết hợp, tiền sử ngoại khoa, thời gian mắc bệnh, phân loại sức khỏe theo ASA, BMI, phân loại TVB (một bên/hai bên, nguyên phát/tái phát, theo vị trí giải phẫu, theo Nyhus)

❖ *Đặc điểm kỹ thuật*

Bước 1: Vào ổ bụng và đặt cổng SILS-Port: có một số nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật: Thành bụng dày, thành bụng dính, thành bụng dày và dính

Bước 2: Nhận định thành phần trong túi TV (Ruột non, đại tràng, mạc nối, bàng quang hoặc thành phần khác). Đo kích thước lỗ TV (<1,5 cm, 1,5 - 3 cm, > 3 cm). Bộc lộ PM xung quanh lỗ TV. Nhận định các mốc giải phẫu (ĐM thượng vị dưới, dây chằng Cooper, bó

mạch thừng tinh, gai chậu trước trên, các tam giác vùng bẹn,...). Một số nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật

Bước 3: Phẫu tích và xử lý túi TV (Thắt và cắt túi TV, kéo túi TV vào trong ổ bụng). Một số nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật: Đính, tổn thương mạch máu, tổn thương tạng,...

Bước 4: Đặt và cố định mảnh ghép: Kích thước mảnh ghép (6x11 cm, 8 x 13 cm, 15 x 15 cm). Một số nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật: Mảnh ghép bị bung ra khi đưa qua chân trocar 10 mm, mảnh ghép bị cuộn lại hoặc trôi ra khỏi vị trí đặt, khi bắn protack trượt.

Bước 5: Đóng phúc mạc: PM bị căng, PM không căng.

Bước 6: Đóng lại vết mổ: có một số nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật: Thành bụng dày, thành bụng dính, thành bụng dày và dính

Thêm trocar trong mổ: Không thêm, thêm 1 trocar, thêm 2 trocar

Thời gian PT: Liên quan với: Tiền sử ngoại khoa, thể loại TV (nguyên phát, tái phát), bên TV (một bên, hai bên)

2.2.3.2. Kết quả điều trị

- **Kết quả sớm:** Thời gian trung tiện, thời gian đau sau mổ, biến chứng sớm, thời gian nằm viện sau mổ, đánh giá kết quả sớm theo tác giả Sinha R. gồm 4 mức tốt, khá, trung bình, kém.

- **Kết quả xa:** Tỷ lệ BN theo dõi xa, biến chứng xa, tái phát. Đánh giá kết quả xa theo Sinha R. gồm 4 mức tốt, khá, trung bình, kém.

2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Nhóm hồi cứu: Từ tháng 07/2011 đến tháng hết tháng 12/2012 có 39 BN. Nhóm tiền cứu: Từ tháng 01/2013 đến hết tháng 07/2015 có 52 BN.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu của đề tài

Chương 3 **KẾT QUẢ**

Từ tháng 7/2011 đến hết tháng 7/2015 tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 có 91 BN với 97 lỗ TV được PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài PM điều trị TVB.

3.1. ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT PTNS MỘT LỖ QUA Ổ BỤNG ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PM ĐIỀU TRỊ TVB

3.1.1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình: $53,24 \pm 17,44$ (19 – 84 tuổi). 100% BN là nam. 19,8% BN có bệnh nội khoa kết hợp, 24,18% có tiền sử phẫu thuật vùng bẹn bụng. Thời gian mắc bệnh trung bình là 27,65 tháng. BN có phân loại sức khỏe theo ASA loại I chiếm đa số với 49,4%. Chỉ số BMI trung bình $23,24 \pm 2,22$ kg/m² (18,75-29,69 kg/m²).

Phân loại TVB: Theo bên TV (93,4% TVB một bên, 6,6% TVB hai bên), theo vị trí giải phẫu (52,58% TVB trực tiếp, 40,21% TVB gián tiếp TVB và 7,21% TVB hỗn hợp), theo Nyhus (loại IIIA chiếm đa số với 44,33%). Có 11,0% TVB tái phát và 89,0% TVB nguyên phát.

3.1.2. Đặc điểm kỹ thuật

3.1.2.1. Bước 1: Vào ổ bụng và đặt SILS-Port

Có 11 trường hợp (12,1%) có ảnh hưởng đến kỹ thuật vào bụng và đặt SILS-Port. Nguyên nhân chủ yếu là do thành bụng dày 7,7%.

3.1.2.2. Bước 2: Nhận định mốc giải phẫu, đánh giá, phân loại thoát vị trước và sau khi bộc lộ phúc mạc quanh túi thoát vị

12/97 túi có tạng TV (12,37%), đa số là ruột và mạc nối (11 trường hợp). Có 1 trường hợp tạng TV là bàng quang.

Đa số lỗ TV (85,57%) có kích thước 1,5 – 3 cm. Kích thước lỗ TV > 3 cm chiếm tỷ lệ thấp (6,18%).

100% BN trong nghiên cứu đều xác định được các mốc giải phẫu quan trọng: ĐM thượng vị dưới, dải chậu mu, dây chằng Cooper, bó mạch thừng tinh, gai chậu trước trên, các tam giác vùng bẹn.

Trong bước nhận định và phân loại TVB, đa số là không dính (83,52%). Có 16 trường hợp dính (16,49%), chủ yếu là BN có tiền sử ngoại khoa (15,46%).

3.1.2.3. Bước 3: Phân tích và xử lý túi thoát vị

Bảng 3.11. Phương pháp xử lý túi TV trong mổ

	Phương pháp xử lý túi TV	Thắt và cắt túi TV	Kéo túi TV vào trong	Tổng
	Loại TV			
Lỗ thứ 1	Trực tiếp	0	48	48
	Gián tiếp	37	0	37
	Hỗn hợp	6	0	6
Lỗ thứ 2	Trực tiếp	0	3	3
	Gián tiếp	2	0	2
	Hỗn hợp	1	0	1
Tổng (n = 97 lỗ TV)		46	51	97
Tỷ lệ %		(47,42%)	(52,58%)	(100%)

Nhận xét: Có 51 lỗ TV trực tiếp (52,58%) đều được kéo vào trong.

Bảng 3.12. Nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật bước 3

Nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật		Số trường hợp	Tỷ lệ %	Cách khắc phục	
Do dính		14	14,43%	Gỡ dính	
Do chảy máu	Chảy máu ĐM thượng vị dưới	1	1,03%	3,09%	Thêm một trocar kẹp clip cầm máu
	Chảy máu bó mạch tinh	2	2,06%		Đốt điện cầm máu
Tổng (n = 97)		17	17,52%		

Nhận xét: Có 17,52% nguyên nhân ảnh hưởng đến kỹ thuật bước 3. Đa số do dính chiếm 14,43%.

3.1.2.4. Bước 4: Đặt và cố định mảnh ghép

Bảng 3.13. Kích thước mảnh ghép sử dụng trong mổ

Kích thước mảnh ghép	6 x 11 cm	8 x 13 cm	15 x 15 cm
Lỗ thứ nhất	3	67	21
Lỗ thứ hai	0	4	2
Tổng (n = 97) (Tỷ lệ %)	3 (3,1%)	71 (73,2%)	23 (23,7%)

Nhận xét: Đa số sử dụng mảnh ghép kích thước 8x13cm (73,2%).

Vị trí cố định mảnh ghép: 100% mảnh ghép được cố định bằng protack vào: dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ ngang bụng và cơ thẳng bụng.

8,24% trường hợp có nguyên nhân ảnh hưởng đến kỹ thuật bước đặt và cố định mảnh ghép.

3.1.2.5. Bước 5: Đóng phúc mạc

Đa số các trường hợp phúc mạc không bị căng khi đóng, chiếm 95,9%. Có 4/97 trường hợp phúc mạc bị căng khi đóng (4,1%).

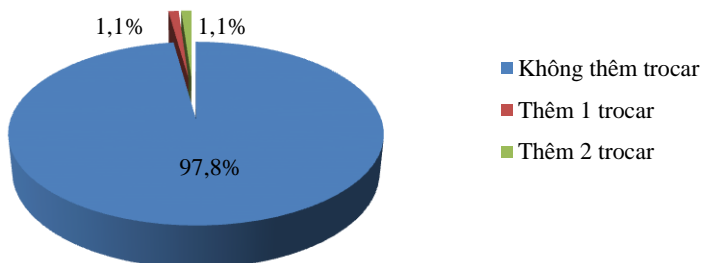
3.1.2.6. Bước 6: Đóng vết mổ

Bảng 3.15. Nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật bước đóng vết mổ

Nguyên nhân gây ảnh hưởng đến kỹ thuật	Số BN	Tỷ lệ %	Cách khắc phục
Thành bụng dính	1	1,1%	Người phụ dùng 2 kocher kẹp vào cân nâng lên, sau đó PTV dùng chỉ vicryl 2-0 khâu mũi túi
Thành bụng dày	7	7,7%	
Thành bụng dày và dính	3	3,3%	
Tổng (n = 91)	11	12,1%	

Nhận xét: Có 11 trường hợp (12,1%) có ảnh hưởng đến kỹ thuật đóng vết mổ. Nguyên nhân chủ yếu là do thành bụng dày 7,7%.

3.1.2.7. Thêm Trocar trong phẫu thuật



Biểu đồ 3.5. Thêm trocar trong phẫu thuật ($n = 91$)

Nhận xét: Đa số các trường hợp không phải thêm trocar. Có 1 trường hợp thêm 1 trocar (1,1%) và 1 trường hợp thêm 2 trocar (1,1%).

3.1.2.8. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.16. Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	Số bệnh nhân ($n = 91$)	Tỷ lệ (%)
≤ 30	20	22,0%
$> 30 - \leq 60$	58	63,7%
> 60	13	14,3%

Nhận xét: Thời gian PT trung bình là $45,88 \pm 16,46$ phút (20 - 100 phút). Thời gian PT ≤ 60 phút chiếm đa số (85,7%).

Trong nhóm BN có tiền sử PT vùng bụng, thời gian PT ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 95 phút.

Bảng 3.18. Liên quan thời gian PT với thể loại TV

Thể loại TV		Thời gian PT (phút)		
Thể loại TV	Số BN ($n = 91$)	Ngắn nhất	Trung bình ($X \pm SD$)	Dài nhất
Nguyên phát	81	20	$43,77 \pm 15,46$	100
Tái phát	10	45	$63,0 \pm 14,76$	95
$p < 0,01$				

Nhận xét: Thời gian PT trung bình ở nhóm tái phát dài hơn nhóm nguyên phát ($63,0 \pm 14,76$ phút so với $43,77 \pm 15,46$ phút).

Bảng 3.19. Liên quan thời gian PT với bên thoát vị

Bên TV		Thời gian PT (phút)		
Bên TV	Số BN (n = 91)	Ngắn nhất	Trung bình (X ± SD)	Dài nhất
Một bên	85	20	44,0 ± 14,78	95
Hai bên	6	50	72,5 ± 17,25	100
<i>p < 0,01</i>				

Nhận xét: Thời gian PT ở nhóm TVB 2 bên là 72,5 ± 17,25 phút, dài hơn nhóm TVB một bên (44,0 ± 14,78 phút)

3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.2.1. Kết quả sớm

3.2.1.1. Thời gian trung tiện, thời gian đau sau mổ

Bảng 3.20. Thời gian trung tiện, thời gian đau sau mổ

	Thời gian		
	Ngắn nhất	Trung bình (X ± SD)	Dài nhất
Thời gian trung tiện (Ngày)	1	1,07 ± 0,25	2
Thời gian đau sau mổ (Ngày)	1	2,55 ± 1,14	7

Nhận xét: Thời gian trung tiện sau mổ 1,07 ± 0,25 ngày (1–2 ngày). Thời gian đau sau mổ trung bình 2,55 ± 1,14 ngày (1–7 ngày).

3.2.1.2. Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

Điểm VAS trung bình ngày thứ nhất sau mổ là 5,49 ± 0,67 điểm; ngày thứ ba là 2,24 ± 1,77 điểm

3.2.1.3. Biến chứng sớm

Bảng 3.22. Biến chứng sớm

Biến chứng sớm	Số BN (n = 91)	Tỷ lệ %
Bí tiểu	4	4,4%
Tụ máu vùng bìu	1	1,1%
Tụ dịch vùng bìu	1	1,1%
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	1,1%
Tê bì vùng đùi ngoài	1	1,1%
Tổng	8	8,8%

Nhận xét: 8,8% BN có biến chứng sớm. Bí tiểu chiếm đa số với 4,4%.

3.2.1.4. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,76 \pm 2,57$ ngày (3 – 20 ngày). Đa phần thuộc nhóm dưới 7 ngày, chiếm 80,2%

Bảng 3.24. Liên quan thời gian nằm viện sau mổ với biến chứng

	Số BN (n = 91)	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		
		Ngắn nhất	Trung bình (X±SD)	Dài nhất
Không có biến chứng	83	3	$6,34 \pm 1,86$	15
Có biến chứng	8	7	$11,13 \pm 4,55$	20
$p < 0,05$				

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau mổ của nhóm có biến chứng dài hơn nhóm không biến chứng ($11,13 \pm 4,55$ ngày so với $6,34 \pm 1,86$ ngày).

3.2.1.5. Đánh giá kết quả sớm

Bảng 3.25. Đánh giá kết quả sớm

Đánh giá kết quả sớm	Số BN (n = 91)	Tỷ lệ %
Tốt	83	91,2%
Khá	3	3,3%
Trung bình	5	5,5%
Kém	0	0%

Nhận xét: Đa số đạt kết quả tốt, chiếm 91,2%

3.2.2. Kết quả xa

3.2.2.1. Tỷ lệ bệnh nhân theo dõi sau mổ

95,6% BN được theo dõi xa, 4,4% mất liên lạc.

3.2.2.2. Biến chứng xa

Bảng 3.26. Biến chứng xa

Biến chứng xa	Số BN (n = 87)	Tỷ lệ %
Đau mạn tính vùng bẹn	3	3,45%
Đau thừng tinh và tinh hoàn	2	2,3%
Tổng	5	5,75%

Nhận xét: Biến chứng xa có 5,75%. Đau mạn tính vùng bẹn chiếm đa số (3,45%). Đau thừng tinh và tinh hoàn có 2 BN (2,3%)

3.2.2.3. Tái phát

Có 1 trường hợp tái phát (1,15%).

3.2.2.4. Kết quả khám lại sau mổ 1 tháng đến 4 năm

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là $32,6 \pm 15,4$ tháng (8 - 57 tháng). Đánh giá kết quả tại các thời điểm khám lại:

1 tháng (87 BN): tốt 94,25%, khá 0%, trung bình 5,75%, kém 0%.

6 tháng (87 BN): tốt 94,25%, khá 0%, trung bình 4,6%, kém 1,15%.

1 năm (83 BN): tốt 95,19%, khá 0%, trung bình 3,61%, kém 1,2%

Tại thời điểm 2 năm, 3 năm, 4 năm khám lại được lần lượt 54, 41, 20 bệnh nhân. Đánh giá kết quả 100% tốt.

3.2.2.5. Đánh giá kết quả xa

Bảng 3.31. Đánh giá kết quả xa

Đánh giá kết quả xa	Số BN (n = 87)	Tỷ lệ %
Tốt	81	93,1%
Khá	0	0%
Trung bình	4	4,6%
Kém	2	2,3%

Nhận xét: Đánh giá với kết quả xa: Tốt 93,1%, khá 0%, trung bình 4,6%, kém 2,3%.

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT PTNS MỘT LỖ QUA Ổ BỤNG ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PM ĐIỀU TRỊ TVB

4.1.1. Một số đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $53,24 \pm 17,44$ tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 84 tuổi. Đa phần thuộc nhóm từ 18 đến dưới 60 tuổi chiếm 56,04%, tương tự nghiên cứu của Lee Y.S. và Ece I. Tất cả BN của nghiên cứu đều là nam giới, tương tự Sinha R., Yilmaz H.

Nghiên cứu có 3/91 BN (3,3%) phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Ngoài ra có 12,1% BN tăng huyết áp, 1,1% đái tháo đường, 3,3% BN có cả tăng huyết áp và đái tháo đường có thể là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PT.

Kết quả nghiên cứu 24,18% BN có tiền sử PT vùng bẹn bụng, đây là yếu tố được các PTV quan tâm. Do sẹo mổ cũ thường dính, gây khó khăn trong các bước vào trocar, phẫu tích và nhận định các mốc giải phẫu, làm tăng nguy cơ tai biến, biến chứng trong và sau mổ, tăng tỷ lệ thêm trocar hoặc chuyển đổi phương pháp.

Thời gian mắc bệnh trung bình là 27,65 tháng, đa phần BN được PT trong vòng 12 tháng đầu, chiếm 60,4%, tương tự với Hair và cs.

BN thuộc nhóm ASA I chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,4%.

Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu là $23,24 \pm 2,22\text{kg/m}^2$, thấp hơn Lee Y.S. Theo phân loại của WHO, chúng tôi có 82,4% ở mức trung bình, 17,6% thừa cân. Trong phẫu thuật TAPP một lỗ, ở những BN thừa cân, béo phì, lớp mỡ dưới da dày có thể gây khó khăn khi đặt SILS-Port hay khi tạo tam giác PT.

Phân loại TVB

Theo bên TV: Trước mổ chúng tôi chẩn đoán TVB một bên chiếm đa số với 95,6% và 4,4% TVB hai bên. Trong mổ phát hiện thêm 2 lỗ

TV bên đối diện, đưa tỷ lệ TVB hai bên lên 6,6%, Sayad và Koehler báo cáo tỷ lệ phát hiện thêm lỗ TV bên đối diện từ 11 - 13%.

Theo vị trí giải phẫu: Nghiên cứu có 97 lỗ TV, trong đó TV trực tiếp chiếm đa số (52,58%), TV gián tiếp 40,21%, TV hỗn hợp 7,21%. Tuy nhiên theo các tác giả, TVB gián tiếp có tỷ lệ cao hơn.

Theo Nyhus: Phân loại theo Nyhus trong mô loại IIIA chiếm đa số với 44,33%, loại II 39,18%, loại IIIB 6,18% và loại IV là 10,31%. Tương tự nghiên cứu của Ece I. và Hany E.B.

Theo nguyên phát/ tái phát: Nghiên cứu thấy đa phần là TVB nguyên phát chiếm 89,0% và 11,0% TVB tái phát. Kết quả này cao hơn Ece I., thấp hơn Lee Y.S.

4.1.2. Đặc điểm kỹ thuật

4.1.2.1. Bước 1: Vào bụng và đặt SILS-Port

100% trường hợp chúng tôi sử dụng đường rạch dọc chính giữa và xuyên qua rốn với độ dài 15–20 mm, cắt lớp cân rốn để đặt SILS-Port vào, sau đó bơm khí CO₂ vào khoang PM với áp lực 12 mmHg. Nhiều tác giả sử dụng đường rạch này vì sẹo sau mổ gần như “vô hình”. Có 12,1% trường hợp ảnh hưởng đến thì kỹ thuật này.

4.1.2.2. Bước 2: Nhận định mốc giải phẫu, đánh giá phân loại TV trước và sau khi bộc lộ PM.

Thành phần trong túi TV: Nghiên cứu có 12,37% túi TV có tạng chui và dính vào, đều được bóc tách, gỡ các tạng khỏi túi TV.

Hầu hết kích thước lỗ TV từ 1,5 - 3cm chiếm 85,57%.

Bộc lộ PM quanh lỗ TV và xác định mốc giải phẫu: 100% trường hợp trong nghiên cứu được xác định mốc giải phẫu. Sau đó, mở PM bắt đầu từ dây chằng rốn giữa sang phía gai chậu trước trên cùng bên TV, phía trên mép lỗ TV 2 cm.

Tạo khoang trước PM để xác định các mốc giải phẫu: lỗ cơ lược, lỗ bẹn sâu, xương mu, dây chằng Cooper, dải chậu mu, các tam giác vùng bẹn. Có 17 trường hợp dính khi nhận định và phân loại TVB.

4.1.2.3. Bước 3: Phẫu tích và xử lý túi TV

Nghiên cứu có 51 túi TV trực tiếp (52,58%) sau khi bóc tách khỏi bó mạch thờng tình, túi TV được kéo vào trong ổ bụng. Còn 46 túi TV gián tiếp và hỗn hợp (47,42%) đều được thắt và cắt túi TV. Trong thì này, có 14,43% dính ở vùng sàn bẹn. Chúng tôi gặp 3,09% có tai biến, trong đó có 2 chảy máu bó mạch tình (2,06%) và 1 chảy máu ĐM thượng vị dưới (1,03%). Tương tự các tác giả khác.

4.1.2.4. Bước 4: Đặt và cố định mảnh ghép

Chúng tôi sử dụng đa số là loại mảnh ghép polypropylene kích thước 8 x 13 cm (73,2%) được cuộn lại thành hình ống, đưa vào khoang PM qua lỗ trocar 10 mm, trải phẳng và cố định bằng protack vào các vị trí dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng. Trong bước này, có 2,06% mảnh ghép bị bung ra khi đưa qua trocar 10 mm, 3,09% bắn protack cố định bị trượt và 3,09% tạo khoang trước PM chưa đủ rộng để đặt mảnh ghép.

4.1.2.5. Bước 5: Đóng phúc mạc

100% các trường hợp sau khi cố định mảnh ghép vào vị trí, chúng tôi đóng PM sàn bẹn bằng protack, cũng như Hany E.B. và Roy P. Trong bước này, có 4,1% PM bị căng khi đóng.

4.1.2.6. Bước 6: Đóng vết mổ

100% trường hợp chúng tôi khâu lớp cân rốn mũi túi bằng chỉ vicryl 2-0, khâu dưới da bằng chỉ vicryl 4-0.

4.1.2.7. Thêm trocar trong mổ

Nghiên cứu có 2 trường hợp phải thêm trocar trong mổ (2,2%).

4.1.2.8. Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT trung bình trong nghiên cứu là $45,88 \pm 16,46$ phút (20 – 100 phút), đa số là ≤ 60 phút (85,7%), dài hơn các tác giả: Sinha R., Ece I. và ngắn hơn: Hany E.B., Buckley F.P.

Chúng tôi có cùng nhận định với Buckley F.P.: tiền sử phẫu thuật vùng bẹn bụng là một trong những yếu tố làm tăng thời gian PT.

Thời gian PT nhóm TVB tái phát dài hơn nhóm TVB nguyên phát (63,0 so với 43,77 phút). Tương tự Buckley F.P., Kucuk C. và Tran H.

Thời gian PT nhóm TVB hai bên dài hơn nhóm một bên (72,5 so với 44,0 phút), tương tự với kết quả của: Sinha R. và Tanoue K.

4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.2.1. Kết quả sớm

4.2.1.1. Thời gian trung tiện sau mổ:

Trong nghiên cứu, thời gian trung tiện trở lại sau mổ trung bình là $1,07 \pm 0,25$ ngày. Yilmaz H. và Kucuk C. tất cả BN trung tiện trở lại trong vòng 24 tiếng sau mổ.

4.2.1.2. Thời gian đau sau mổ:

Thời gian đau sau mổ trong nghiên cứu là $2,55 \pm 1,14$ ngày (1 – 7 ngày), ngắn hơn tác giả Chan Y.W. Cùng nhận định với các tác giả, một trong những ưu điểm của PTNS một lỗ là gây sang chấn hay tổn thương ít vị trí hơn trên thành bụng so với PTNS truyền thống và mổ mở, do đó đau sau mổ ít hơn.

4.2.1.3. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS trung bình ngày thứ nhất sau mổ là $5,49 \pm 0,67$, ngày thứ ba ($2,24 \pm 1,77$ điểm).

4.2.1.4. Biến chứng sớm

Tỷ lệ biến chứng sớm sau PT của nghiên cứu này là 8,8%, chủ yếu là bí tiểu có 4 trường hợp (4,4%). Ngoài ra còn các biến chứng khác: nhiễm khuẩn vết mổ (1,1%), tụ máu vùng bìu (1,1%), tụ dịch vùng bìu (1,1%), tê bì vùng đùi ngoài (1,1%).

Nguyên nhân bí tiểu có thể do sau mổ BN được dùng nhiều thuốc giảm đau nhóm gây nghiện và truyền dịch. Với những trường hợp này chúng tôi đặt lại thông tiểu và rút sau đó từ 1-5 ngày. Tỷ lệ bí tiểu sau mổ trong các nghiên cứu của Buckley F.P. và Ece I. từ 6,2 – 10,0%.

Nghiên cứu gặp 1 BN bị nhiễm khuẩn vết mổ. Tỷ lệ này trong nghiên các nghiên cứu từ 0,5 – 1,6%. Chúng tôi cho rằng đây là biến chứng không quá nặng nề, điều trị bảo tồn cho kết quả tốt.

4.2.1.5. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu là $6,76 \pm 2,57$ ngày (3 – 20 ngày). Đa phần BN có thời gian nằm viện sau mổ

dưới 7 ngày, chiếm 80,2%. Kết quả tương tự với Tanoue K. nhưng cao hơn Hany E.B. và Sinha R.

4.2.1.6. Liên quan thời gian nằm viện sau mổ với thời gian nằm viện

Trong nghiên cứu này, thời gian nằm viện sau mổ có liên quan với thời gian nằm viện (với hệ số tương quan $r = 0,78$).

4.2.1.7. Liên quan thời gian nằm viện sau mổ và biến chứng

Thời gian nằm viện sau mổ của nhóm có biến chứng dài hơn nhóm không biến chứng (11,13 so với 6,34 ngày). Qua đây chúng tôi thấy rằng, việc kiểm soát và điều trị các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ tốt góp phần làm giảm thời gian nằm viện.

4.2.1.8. Đánh giá kết quả sớm

Qua nghiên cứu 91 BN với 97 lỗ TV được phẫu thuật nội soi TAPP một lỗ điều trị TVB thu được kết quả sớm: Tốt 91,2%, khá 3,3% (1 BN tụ máu vùng bìu, 1 BN tụ dịch vùng bìu, 1 BN tê bì vùng đùi ngoài), trung bình 5,5% (4 BN bí tiểu sau mổ được đặt thông tiểu, 1 BN nhiễm khuẩn vết mổ) và 0% kém (không BN nào phải can thiệp phẫu thuật lại, không trường hợp nào tử vong). Tương tự các tác giả: Ece I., Sinha R., Buckley F.P.

4.2.2. Kết quả xa

4.2.2.1. Theo dõi và tái khám sau mổ

Có 95,6% BN được theo dõi sau mổ, 4,4% mất liên lạc. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là $32,6 \pm 15,4$ tháng (8 - 57 tháng).

4.2.2.2. Biến chứng xa

Nghiên cứu gặp 5,75% biến chứng xa, trong đó 3,45% đau mạn tính vùng bẹn bìu với, 2,3% đau từng tinh và tinh hoàn. Tỷ lệ biến chứng xa tương tự Ece I. và Buckley F.P. (5,4 – 6,6%), cao hơn các tác giả Hany E.B., Sinha R. (4,4 - 4,9%).

4.2.2.3. Tái phát

Nghiên cứu có 1 BN tái phát (1,15%). Đây là trường hợp TV hỗn hợp, tạng TV là bàng quang và được phục hồi thành bụng bằng mảnh ghép kích thước 15×15 cm. Sau mổ 6 tháng BN thấy khối

phồng vùng bẹn và được chẩn đoán là TVB tái phát, ghi nhận trong mổ lần thứ hai thấy bàng quang bị TV vào hố bẹn trong, mảnh ghép cũ bị co lại làm hố bẹn trong không được che phủ. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật TAPP một lỗ điều trị TVB của Buckley F.P., Sinha R. và Tanoue K. (0,5 – 2,3%). Một số nguyên nhân được các tác giả đề cập đến có thể do: Mảnh ghép, kinh nghiệm PTV, bệnh lý kèm theo và lối sống của BN.

4.2.2.4. Đánh giá kết quả xa

Đánh giá kết quả xa: Tốt 93,1%, khá 0%, trung bình 4,6% (2 BN đau mạn tính vùng bẹn 1 năm đáp ứng với điều trị nội khoa, 2 đau thừng tinh và tinh hoàn) và kém 2,3% (1 BN đau mạn tính kéo dài trên 1 năm không đáp ứng với điều trị nội khoa và 1 BN tái phát). Tương tự các tác giả Buckley F.P, Sinha R.

Như vậy qua kết quả trên, chúng tôi nhận định phẫu thuật TAPP một lỗ là một phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi để điều trị TVB. Những ưu điểm nổi bật như: Phẫu trường rộng, cho phép bộc lộ, đánh giá và xử lý dễ dàng các túi TV. Ngoài ra có thể khảo sát được các tạng khác trong ổ bụng, là một cứu cánh khi phẫu thuật TEP thất bại, tỷ lệ tái phát sau mổ thấp, tính thẩm mỹ cao, thậm chí không nhìn thấy được sẹo mổ. Tuy nhiên còn một số nhược điểm như: hạn chế tam giác PT, va chạm dụng cụ, đặc biệt khi xử trí các tai biến.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 91 bệnh nhân với 97 lỗ thoát vị được phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7 năm 2011 đến hết tháng 7 năm 2015 và được theo dõi đến tháng 4 năm 2016, chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Đặc điểm kỹ thuật.

Có 12,1% thành bụng dày, dính gây ảnh hưởng đến kỹ thuật.

100% nhận định được các mốc giải phẫu quan trọng. Trong mổ phát hiện thêm 2 lỗ thoát vị, 12,37% túi thoát vị có tạng bên trong, chủ yếu là ruột và mạc nối.

52,58% túi thoát vị được kéo vào trong ổ bụng.

100% mảnh ghép được cố định bằng protack vào dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng.

2,06% mảnh ghép bị bung ra khi đưa qua trocar 10 mm, 3,09% tạo khoang phúc mạc chưa đủ rộng, 3,09% bắn protack bị trượt.

Có 4,4% phúc mạc bị căng khi đóng.

Tai biến trong mổ 3,09% (2,06% chảy máu bó mạch tinh, 1,03% chảy máu động mạch thượng vị dưới).

Có 2,2% phải thêm trocar trong mổ.

Thời gian phẫu thuật trung bình: $45,88 \pm 16,46$ phút.

2. Đánh giá kết quả điều trị.

Phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là phương pháp an toàn, khả thi, không trường hợp nào tử vong, tỷ lệ tai biến thấp.

Kết quả sớm:

Thời gian trung tiện sau mổ $1,07 \pm 0,25$ ngày, đau sau mổ $2,55 \pm 1,14$ ngày. Biến chứng sớm 8,8%. Thời gian nằm viện sau mổ $6,76 \pm 2,57$ ngày.

Đánh giá kết quả sớm: Tốt 91,2%, khá 3,3%, trung bình 5,5%, kém 0%.

Kết quả xa:

Có 95,6% bệnh nhân được theo dõi sau mổ.

Thời gian theo dõi trung bình $32,6 \pm 15,4$ tháng (8 – 57 tháng).

5,75% có biến chứng: 3,45% đau mạn tính vùng bẹn bìu, 2,3% đau thừng tinh và tinh hoàn. Tái phát 1,15%

Đánh giá kết quả xa: Tốt 93,1%, khá 0%, trung bình 4,6%, kém 2,3%.

KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có những khó khăn nhất định trong kỹ thuật và có thể gặp một số trở ngại trong thao tác, đặc biệt khi xử trí các tai biến trong mổ. Vì vậy nên thực hiện ở những cơ sở có đầy đủ trang thiết bị và đội ngũ phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật nội soi một lỗ.