

INITIAL EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TO PLACE EXTRAPERITONEAL ARTIFICIAL MESH FOR INGUINAL HERNIA TREATMENT ON PATIENTS WITH OLD INCISIONS OVER HYPOGASTRIC REGION

Nguyen Son*, Hoang Thanh Ngan, Nguyen Thanh Huynh

*Thong Nhat general Hospital of Dong Nai province - 234 National Highway 1, Tan Bien Ward, Bien Hoa City,
Dong Nai Province, Vietnam*

Received: 16/01/2024

Revised: 03/02/2024; Accepted: 29/02/2024

ABSTRACT

Background: Inguinal hernia is a disease in which abdominal organs protrude through the inguinal canal or through the natural weakness of the abdominal wall above the inguinal fold under the skin or into the scrotum and this is a quite common disease. Laparoscopic surgery has been considered one of the first choice methods in treating inguinal hernia. However, with this technique, for patients with old surgical scars in the abdomen, creating a cavity to place the mesh poses a big challenge for the surgeon.

Objective: To determine the rate of accidents, complications and success rate of laparoscopic surgery to place artificial mesh in front of the peritoneum to treat inguinal hernia with old incisions in the abdomen below the navel.

Research method: Descriptive study of a series of cases.

Research results: During the 4-year study period from January 1, 2020 to September 30, 2023 with 21 patients studied, we recorded the following results :

1. Clinical and subclinical characteristics: average age was 56.57 ± 19.74 (youngest age was 25, oldest age was 85), male 95.2%, female 4.8%. There were 47.6% of cases with a history of laparoscopic surgery and 47.6% of cases with open surgery in the abdominal area below the navel. There was 1 case with both laparoscopic and open surgery scars; Most herniated organs were indirect inguinal hernias 71.4%, direct 19.0% and both direct and indirect 9.5%. The shortest surgery time was 40 minutes, the longest surgery time was 180 minutes, the average surgery time was 81.67 ± 31.95 minutes.

2. The rate of complications during surgery was 42.9%, complications after surgery was 9.5%.

3. The success rate of laparoscopic surgery to place artificial mesh in front of the peritoneum in patients with old incisions in the abdomen below the navel was 90.5%.

Conclusion: Laparoscopic surgery to place artificial mesh in front of the peritoneum in patients with old surgical scars in the lower abdomen is safe and effective, the postoperative course has many advantages and disadvantages similar to laparoscopic surgery to treat of common inguinal hernia (TEP).

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic inguinal hernia, old surgical wound, TEP.

*Corresponding author

Email address: bsson67@yahoo.com

Phone number: (+84) 918 343 824

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.992>



ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN CÓ VẾT MỔ CŨ VÙNG BỤNG DƯỚI RỒN

Nguyễn Sơn*, Hoàng Thanh Ngân, Nguyễn Thành Huỳnh

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai - 234 Quốc lộ 1, phường Tân Biên. Tp. Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 03 tháng 02 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 29 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Bối cảnh và mục tiêu: Thoát vị bẹn là bệnh lý các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay qua điểm yếu tự nhiên của thành bụng vùng trên nếp bẹn ra dưới da hay xuống bìu và đây là bệnh lý khá phổ biến. Phẫu thuật nội soi đã được xem như là một trong những phương pháp được lựa chọn đầu tay trong điều trị thoát vị bẹn. Tuy nhiên, đối với kỹ thuật này, những bệnh nhân có sẹo vết mổ cũ vùng bụng, việc tạo khoang để đặt lưới đặt ra thử thách lớn đối với phẫu thuật viên.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng và tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có vết mổ cũ vùng bụng dưới rốn.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Kết quả nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu 4 năm ngày 01/01/2020 đến 30/09/2023 với 21 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: tuổi trung bình là $56,57 \pm 19,74$ (tuổi nhỏ nhất là 25, tuổi lớn nhất là 85), nam 95,2%, nữ 4,8%. Có 47,6% các trường hợp tiền căn mổ nội soi và 47,6% các trường hợp là mổ hở vùng bụng dưới rốn, có 1 trường hợp là vừa có sẹo mổ nội soi và mổ hở; tạng thoát vị đa phần là thoát vị bẹn gián tiếp 71,4%, trực tiếp 19,0% và vừa trực tiếp vừa gián tiếp là 9,5%. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút, thời gian phẫu thuật dài nhất là 180 phút, thời gian phẫu thuật trung bình là $81,67 \pm 31,95$ phút.

2. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 42,9%, biến chứng sau mổ là 9,5%.

3. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc trên bệnh nhân có vết mổ cũ vùng bụng dưới rốn là 90,5%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc trên bệnh nhân có sẹo mổ cũ vùng bụng dưới là an toàn và hiệu quả, hậu phẫu diễn biến có nhiều thuận lợi và ưu điểm tương tự như phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn chung (TEP).

Từ khóa: Thoát vị bẹn, thoát vị bẹn nội soi, vết mổ cũ, TEP.

*Tác giả liên hệ

Email: bsson67@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 918 343 824

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.992>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay qua điểm yếu tự nhiên của thành bụng vùng trên nếp bẹn ra dưới da hay xuống bìu và đây là bệnh lý khá phổ biến.

Việc phương pháp điều trị thoát vị bẹn đã được các nhà phẫu thuật quan tâm nghiên cứu từ rất lâu, tuy nhiên vẫn chưa có phương pháp nào chứng minh là tối ưu nhất. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được ứng dụng trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn như phẫu thuật mổ mở sử dụng mô tự thân (Bassini, Shouldice...) hay dùng tấm nhân tạo (Lichtenstein năm 1974). Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi đã được xem như là một trong những phương pháp được lựa chọn đầu tay trong điều trị thoát vị bẹn. Phương pháp này đã mở ra kỷ nguyên mới trong điều trị thoát vị bẹn với nhiều lợi điểm như ít đau hơn, thẩm mỹ hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn.

Vào năm 1993, Mc. Kerman và Laws mô tả phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn (TEP) và phương pháp này nhanh chóng được thực hiện khắp nơi trên thế giới. Tại các trung tâm lớn tại Việt Nam, cũng như trên thế giới, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ngoài phúc mạc phát triển không ngừng. Tuy nhiên, đối với kỹ thuật này, những bệnh nhân có sẹo vết mổ cũ vùng bụng, việc tạo khoang để đặt lưới đặt ra thử thách lớn đối với phẫu thuật viên. Phẫu thuật có đặt được tấm lưới nhân tạo thành công hay thất bại là do khoang trước phúc mạc có tạo được tốt hay không.

Tại bệnh viện chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc từ hơn 10 năm nay. Các tác giả như Phạm Hữu Thông ... trong nghiên cứu về phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn có đề cập tới vấn đề mổ thoát vị bẹn nội soi trên vết mổ cũ, tuy nhiên đối với các trường hợp có sẹo mổ cũ vùng bụng dưới rốn chưa có nghiên cứu đánh giá cụ thể nào. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này tại bệnh viện để đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có vết mổ cũ vùng bụng dưới rốn.

Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỷ lệ tai biến và biến chứng của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có vết mổ cũ vùng bụng dưới rốn.
2. Xác định tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn

có vết mổ cũ vùng bụng dưới rốn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân bị thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc tại khoa Ngoại Tổng Quát – Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai từ ngày 01/01/2020 đến 30/09/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Thoát vị vùng bẹn bìu.
- Tiền sử có sẹo mổ cũ vùng bụng dưới rốn

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thoát vị bẹn nghẹt
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo: nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh lý mạch vành, lao phổi tiến triển, bệnh lý hô hấp mạn tính, xơ gan, suy thận, bệnh máu không đông.
- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính đang tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả hàng loạt ca

2.2.2. *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Không tính

2.2.3. *Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:*

Phương pháp thu thập số liệu:

- Hành chánh: Thu trực tiếp từ phân hành chánh của hồ sơ bệnh án.
- Lâm sàng: Hỏi bệnh và khám trực tiếp bệnh nhân trước mổ
- Cận lâm sàng: Thu trực tiếp từ hồ sơ bệnh án
- Quá trình phẫu thuật: Tham gia trực tiếp hoặc theo dõi gián tiếp quá trình phẫu thuật để đánh giá quá trình phẫu thuật.
- Hậu phẫu: Theo dõi và đánh giá bệnh nhân hằng ngày theo các tiêu chí trong bệnh án thu thập số liệu.

Công cụ thu thập số liệu:

- Theo mẫu bệnh án thu thập số liệu.

2.3. Biến số nghiên cứu:

- Tuổi
- Phân bố lứa tuổi



- Giới tính
- Yếu tố thuận lợi làm tăng áp lực ổ bụng
- Tiền sử phẫu thuật vùng bụng
- Tiền sử loại phẫu thuật vùng bụng
- Thời gian mắc bệnh tới lúc nhập viện
- Hình ảnh trên siêu âm
- Khoang phúc mạc dính do sẹo mổ cũ vùng bụng
- Chuyên mổ hở do dính:
- Tai biến trong mổ
- Mức độ đau sau mổ ngày 1 đến ngày 3
- Thời gian phục hồi sinh hoạt bình thường sau mổ
- Các biến chứng sớm sau mổ
- Thời gian nằm viện
- Đánh giá kết quả sớm sau mổ

2.4. Phương pháp phân tích thống kê

2.4.1. Thống kê mô tả

- **Biến định tính:** Tính tần số và tỷ lệ %
- **Biến định lượng:** Tính trung bình và độ lệch chuẩn và trung vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất.

2.4.2. Thống kê phân tích

- Không sử dụng các phép kiểm
- Các phép tính tần số, tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất được thực hiện trong phần mềm SPSS 23.0.

2.5. Quy trình phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo tiền phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ
 - + Bệnh nhân được giải thích kỹ về kỹ thuật mổ, tai biến trong mổ và biến chứng sau phẫu thuật.
 - + Cạo sạch lông vùng phẫu thuật.
 - + Kháng sinh dự phòng
- Phương pháp vô cảm
 - Mê nội khí quản.
- Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện
 - + Dụng cụ phẫu thuật: Chuẩn bị bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi thông.

+ Tấm lưới nhân tạo cấu tạo bằng polypropylene.

- Quy trình phẫu thuật

+ Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa, cánh tay phía đối bên thoát vị được đặt và cố định dọc theo thân người, trong trường hợp thoát vị hai bên thì cả hai tay được đặt và cố định dọc theo thân người.

+ Vô trùng và trải săng:

+ Vị trí của ê kíp phẫu thuật:

Phẫu thuật viên và người phụ 1 (cầm camera) đứng đối diện bên thoát vị.

+ Các bước tiến hành phẫu thuật:

* Bước 1: Đặt trocar vào khoang trước phúc mạc

Rạch da đường nằm ngang khoảng 2cm ngay dưới vòng cân rốn, mở lá trước bao cơ thẳng bụng, phẫu tích tách lớp cân cơ cho đến lá sau của cân cơ ngang bụng, hướng về phía bên thoát vị, dùng panh vén và nâng lớp cơ lên để bộc lộ khoang trước phúc mạc.

Trocar đầu tiên với đường kính 10mm được đặt vào khoang trước phúc mạc qua chỗ bộc lộ trực tiếp, sau đó tiến hành nâng nhẹ và đưa đầu trocar vào sâu về phía xương cụt. Bơm CO₂.

* Bước 2: phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc

Phẫu tích trên đường giữa: Tiến hành phẫu tích tạo phẫu trường bằng đầu của kính soi phẫu thuật.

Trocar thứ 2 được đặt ở vị trí trung điểm đường nối giữa rốn và xương mu trên đường trắng giữa dưới rốn.

Trocar thứ 3 được đặt ngay phía trên xương mu 2cm trên đường trắng giữa dưới rốn.

* Phẫu tích thành bên:

Khoang ngoài phúc mạc thành bên bao gồm những tổ chức mô lỏng lẻo nên thường có thể thực hiện phẫu tích một cách dễ dàng bằng kẹp phẫu tích mà không gây ra tổn thương gì.

* Bước 3: Phẫu tích túi thoát vị

Xác định túi thoát vị bẹn. Phẫu tích phúc mạc ra khỏi bó mạch tinh hoàn, ống dẫn tinh, bó mạch chậu ngoài và thành bụng sau. Trường hợp túi thoát vị to, có thể kẹp bằng Hemolock 5mm hoặc cột bằng nơ Roeder.

* Bước 4: Tiến hành đặt tấm lưới nhân tạo

Tấm lưới nhân tạo được cuộn lại theo đầu của kẹp phẫu tích và được đưa vào khoang trước phúc mạc qua trocar 10 ở rốn. Trải tấm lưới dọc theo nếp phúc mạc và đồng thời che phủ toàn bộ lỗ thoát vị bẹn.

* Bước 5: Quá trình xả khí CO₂

Khí CO₂ ở trong khoang trước phúc mạc được xả hoàn toàn bằng cách xả van ở trocar rốn.

Băng vết thương. Kết thúc cuộc mổ [1].

2.6. Kiểm soát sai lệch

- Tránh nhầm lẫn bệnh nhân thoát vị bẹn khác bên với sẹo mổ cũ vùng bụng.

2.7. Triển vọng đề tài

Ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn trên cả những bệnh nhân có sẹo mổ cũ, khi mà mổ hở có thể

thay thế điều trị trực tiếp thoát vị bẹn tại chỗ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân. Bệnh nhân đã được giải thích rõ ràng về ưu điểm, nhược điểm cũng như những tai biến, biến chứng có thể gặp phải của phẫu thuật.

Các thăm khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng đều tuân thủ theo các quy định của Bộ Y tế và của Bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Phân bố lứa tuổi

Bảng 3. 1. Phân bố lứa tuổi

		Tần số	Tỷ lệ %
Phân bố lứa tuổi	Từ 20 - 40 tuổi	5	23,8
	Từ 40 - 60 tuổi	4	19,0
	Trên 60 tuổi	12	57,1
	Tổng cộng	21	100,0

Độ tuổi trên 60 tuổi có tỷ lệ là 57,1%, còn lại ở 2 nhóm tuổi từ 20 đến 40 tuổi có tỷ lệ 23,8%, từ 40 đến 60 tuổi chiếm tỉ lệ 19,0%.

Tuổi nhỏ nhất là 25, lớn nhất là 85, trung bình là 56,57 ± 19,74 tuổi.

3.1.2. Phân bố giới tính

Bảng 3. 2. Phân bố giới tính

		Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	20	95,2
	Nữ	1	4,8
	Tổng cộng	21	100,0

Tỷ lệ nam/nữ là 20/1



3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Yếu tố thuận lợi làm tăng áp lực ổ bụng

Bảng 3.3. Yếu tố thuận lợi làm tăng áp lực ổ bụng

		Tần số	Tỷ lệ %
Yếu tố thuận lợi làm tăng áp lực ổ bụng	Táo bón	1	4,8
	U xơ tuyến tiền liệt	1	4,8
	Hoạt động thể chất nặng	13	61,9
	Đứng thường xuyên	6	28,6
	Tổng cộng	21	100,0

Yếu tố thuận lợi làm tăng áp lực ổ bụng, trong đó, hoạt động thể chất nặng chiếm đa phần (61,9%), còn lại, các yếu tố khác như đứng thường xuyên (28,6%), táo bón (4,8%), u xơ tuyến tiền liệt (4,8%).

3.2.2. Tiền sử phẫu thuật vùng bụng

Tiền sử phẫu thuật vùng bụng trong đó đa phần là bệnh nhân đã mổ thoát vị bẹn hông hoặc nội soi, còn lại là phẫu thuật ruột thừa hở (9,5%) hoặc nội soi (19,0%).

Bảng 3.4. Tiền sử loại phẫu thuật vùng bụng

		Tần số	Tỷ lệ %
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng	Mổ hở	10	47,6
	Nội soi	10	47,6
	Mổ hở + mổ nội soi	1	4,8
	Tổng cộng	21	100,0

3.2.3. Thời gian mắc bệnh tới lúc nhập viện

Bảng 3.5. Thời gian mắc bệnh tới lúc nhập viện

		Tần số	Tỷ lệ %
Thời gian mắc bệnh tới lúc nhập viện	Nhỏ hơn 3 tháng	1	4,8
	Từ 3 tháng - 6 tháng	2	9,5
	Trên 6 tháng	18	85,7
	Tổng cộng	21	100,0

Thời gian xuất hiện khối thoát vị tới lúc nhập viện trên 6 tháng chiếm đa phần (85,7%), còn lại, dưới 6 tháng.

3.2.4. Hình ảnh trên siêu âm

Siêu âm phát hiện quai ruột vùng thoát vị bẹn (52,4%), thấy mạc nối lớn (9,5%), vừa thấy quai ruột và mạc nối lớn vùng thoát vị bẹn (19,0%).

3.3. Quá trình phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 180 phút, trung bình là $81,67 \pm 31,95$ phút.

Khoang phúc mạc dính do sẹo mổ cũ vùng bụng

Bảng 3.6. Khoang phúc mạc dính do sẹo mổ cũ vùng bụng

		Tần số	Tỷ lệ %
Khoang phúc mạc dính do sẹo mổ cũ vùng bụng	Không dính	10	47,6
	Dính ít	3	14,3
	Dính nhiều	8	38,1
	Tổng cộng	21	100,0

Tình trạng khoang phúc mạc dính do sẹo mổ cũ vùng bụng: dính nhiều (38,1%), dính ít (14,3%) và không dính (47,6%).

Chuyển mổ hở do dính

Không có trường hợp nào chuyển mổ hở do dính.

Tai biến trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 42,9% trường hợp thủng phúc mạc trong quá trình phẫu thuật.

3.4. Đánh giá kết quả hậu phẫu

Mức độ đau sau mổ

Ngày hậu phẫu 1: 100% bệnh nhân có mức độ đau sau mổ ngày 1 là độ 3.

Ngày hậu phẫu 2: 90% bệnh nhân có mức độ đau sau mổ ngày 2 là độ 2. 4,8% bệnh nhân có mức độ đau sau mổ ngày 2 là độ 3.

Ngày hậu phẫu 3: 100% bệnh nhân có mức độ đau sau mổ ngày 3 là độ 2.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày, trung bình là $4,29 \pm 2,26$ ngày.

Các biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ có 2 trường hợp tràn khí dưới da (9,5%).

Đánh giá kết quả sớm sau mổ

Đánh giá kết quả sớm sau mổ thoát vị bẹn nội soi: kết

quả tốt (90,5%), kết quả khá (9,5%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, tuổi nhỏ nhất là 25, lớn nhất là 85, tuổi trung bình là $56,57 \pm 19,74$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với tác giả Phan Đình Tuấn Dũng ($62,2 \pm 13,3$ (nhỏ nhất 36 tuổi, lớn nhất 92 tuổi) và tác giả Phạm Hữu Thông là 61,64 tuổi. Về phân bố độ tuổi tương tự tác giả. Điều này cho thấy rằng, thoát vị bẹn xảy ra nhiều ở nhóm người cao tuổi, khi tuổi càng cao, thành bụng càng yếu và nguy cơ mắc các bệnh khác kèm theo cao.

Nam giới chiếm đa phần với 95,2%, chỉ có 01 trường hợp là nữ giới chiếm tỷ lệ 4,8%.

Chúng tôi đánh giá thấy rằng đa phần hoạt động thể lực nặng, làm các công việc khiến vác nặng chiếm tỷ lệ 61,9%, có 28,6% các trường hợp là đứng làm việc lâu, có 1 trường hợp bị táo bón và 1 trường hợp có u xơ tuyến tiền liệt. Kết quả có khác biệt so với tác giả Phan Đình Tuấn Dũng (Táo bón 28,3%, ho kéo dài 3,0%), khác tác giả Nguyễn Văn Liễu (lao động nặng 58,43%). Điều này cho thấy rằng, các yếu tố lao động khiến vác nặng, làm gia tăng áp lực ổ bụng, yếu thành bụng tạo điều kiện xuất hiện thoát vị.

Khi đánh giá tình trạng thành bụng có sẹo mổ cũ, chúng tôi thấy rằng, có 47,6% các trường hợp mổ nội soi và 47,6% các trường hợp là mổ hở, có 1 trường hợp là vữa



có sẹo mổ nội soi và mổ hở (Mổ ruột thừa hở + Mổ thoát vị bẹn phải nội soi). Trong đó, có 28,5% là các trường hợp mổ viêm ruột thừa bao gồm cả nội soi và mổ hở, còn lại là tiền căn đã mổ thoát vị bẹn.

4.2. Đánh giá quá trình phẫu thuật

Vấn đề quan trọng nhất trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nội soi là tiêu chuẩn tạo một phẫu trường (khoang trước phúc mạc) để qua đó túi thoát vị được phẫu tích và xử lý, các cấu trúc giải phẫu được nhận biết và tái nhân tạo được đặt vào đúng vị trí. Đối với những bệnh nhân này thì những thuận lợi mà phẫu thuật nội soi mang lại sẽ không bằng so với những bất lợi do sự khó khăn trong kỹ thuật tạo khoang trước phúc mạc tạo ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi tạo khoang trước phúc mạc, chúng tôi nhận thấy rằng, có 38,1% các trường hợp là dính nhiều, việc tạo khoang khó khăn rất khó khăn, có 14,3% trường hợp là có dính ít ở vùng tạo khoang, còn lại, 47,6% không thấy dính khi tạo khoang vùng này.

Trong quá trình tạo khoang, chúng tôi có làm thủng phúc mạc ổ bụng (42,9%) các trường hợp, tuy nhiên, chúng tôi không gặp thêm bất cứ tai biến nào khác trong quá trình mổ.

Trong các nghiên cứu, việc xé thủng phúc mạc là tai biến trong mổ thì tỉ lệ tai biến của chúng tôi là 42,9%. Tuy việc tạo khoang trước phúc mạc có khó khăn trong gần ½ số trường hợp, tuy nhiên, không có trường hợp nào phải chuyển sang phương pháp mổ hở.

4.3. Đánh giá kết quả hậu phẫu

Thời gian nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày, trung bình là $4,29 \pm 2,26$ ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Phan Đình Tuấn Dũng (4,4±1,3 ngày).

Khi đánh giá các biến chứng sớm sau mổ, chúng tôi có 2 trường hợp tràn khí dưới da chiếm 9,5%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 9,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với tác giả Phan Đình Tuấn Dũng (sung bìu và tinh hoàn chiếm 4,5%, biến chứng tụ máu lỗ trocar chiếm 2,9%, tràn khí dưới da chiếm 1,5%).

Đánh giá kết quả phẫu thuật, quá trình phẫu thuật của chúng tôi, không gặp tai biến nghiêm trọng nào trong mổ, sau mổ không có biến chứng nặng. Dựa theo đánh giá nghiên cứu của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng, chúng tôi có 2 trường hợp là có tràn khí dưới da ít, nên xếp loại khá. Kết quả tốt là 90,5%. Đánh giá tỷ lệ

thành công của phẫu thuật, chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển đổi sang phương pháp mổ hở, tuy nhiên, tai biến trong mổ thì tỉ lệ tai biến của chúng tôi là 42,9%, có 2 trường hợp biến chứng sớm sau mổ, nên tỷ lệ thành công của chúng tôi là 90,5%. Kết quả chúng tôi tương tự kết quả nội soi chung điều trị thoát vị bẹn của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng (91,1% có kết quả phẫu thuật tốt, kết quả phẫu thuật khá chiếm tỷ lệ 10,2%, kết quả phẫu thuật trung bình chiếm tỷ lệ 2,6%).

5. KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu 4 năm ngày 01/01/2020 đến 30/09/2023 với 21 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

1. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 42,9%, biến chứng sau mổ là 9,5%.
2. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc trên bệnh nhân có vết mổ cũ vùng bụng dưới rốn là 90,5%.

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc trên bệnh nhân có sẹo mổ cũ vùng bụng dưới là an toàn và hiệu quả, hậu phẫu diễn biến có nhiều thuận lợi và ưu điểm tương tự như phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn chung (TEP).

KIẾN NGHỊ

Đề tài nghiên cứu trong 4 năm, tuy nhiên số lượng bệnh nhân mổ thoát vị bẹn nội soi (TEP) có sẹo mổ cũ vùng bụng dưới rốn không nhiều. Trước những quan ngại của phẫu thuật viên khi khám lâm sàng phát hiện bệnh nhân có sẹo mổ cũ, ưu tiên mổ mở kinh điển. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu của chúng tôi bước đầu thành công trong áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị những trường hợp này. Kiến nghị đề tài nên được nghiên cứu thêm trên số lượng lớn hơn, kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thực tiễn và ý nghĩa thống kê hơn, giúp bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Đình Tuấn Dũng, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực

- tiếp, Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Huế, 2017.
- [2] Trương Đình Khôi, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng, Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Huế, 2022.
- [3] Nguyễn Quang Quyền, “Ổng bẹn”, Bài giảng giải phẫu học, tập 2, Nhà xuất bản y học, Chi nhánh tại Thành phố Hồ Chí Minh, tr.50-58, 2012.
- [4] Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công, Kết quả phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn dưới gây tê tủy sống và gây mê, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản số 4, tr.53-58, 2008.
- [5] Bittner R et al., Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia[International Endohernia Society (IEHS)], Surg Endosc, 25, pp.2773-2843, 2011.
- [6] Iuamoto LR et al., Laparoscopic totallyextraperitoneal (TEP) hernioplasty using two trocars: anatomical landmarks and surgical technique, ABCD Arq Bras Cir Dig, 28(2), pp.121-123, 2015.
- [7] Khaleal F et al., The role of fibrin glue in decreasing chronic pain in laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair: a single surgeon’s experience, ANZ Journal of Surgery, 81, pp.154-158, 2011.
- [8] Chi-Wen Lo et al., Comparison of short to midterm efficacy of nonfixation and permanent tack fixation in laparoscopic total extraperitoneal hernia repair: A systematic review and meta-analysis, Tzu Chi Medical Journal, 2019; 31(4): 244–253
- [9] Mark AR et al., Laparoscopic Total Extraperitoneal Hernia Repair Outcomes, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 2016.
- [10] Öberg S et al., Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review, Frontiers in Surgery, 4 (52), pp. 1-8, 2017.
- [11] The HerniaSurge Group, International guidelines for groin hernia management, Hernia, 22 (1), pp. 1-165, 2018.
- [12] Towfigh S et al., Diagnostic Considerations in Inguinal Hernia Repair, Textbook of Hernia, Springer International Publishing Switzerland, pp. 35-39, 2017.

