

Phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn cho người bệnh từ 40 tuổi trở lên

Nguyễn Hoàng Ngọc Anh¹, Phạm Văn Thương¹, Triệu Triều Dương²

1. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Từ khóa:

Một lỗ, ngoài phúc mạc, thoát vị bẹn.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Hoàng Ngọc Anh,
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,
Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, Đằng
Giang, Ngô Quyền, Hải Phòng
Điện thoại: 0365315005
Email: ngocanhyp2804@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/5/2018

Ngày duyệt: 29/6/2018

Ngày chấp nhận đăng:
8/8/2018

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép (MG) ngoài phúc mạc (PM) điều trị thoát vị bẹn (TVB) ở người bệnh (NB) từ 40 tuổi trở lên.

Phương pháp nghiên cứu: Kết quả PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị NB TVB từ 40 tuổi trở lên bằng dụng cụ thông thường.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu, theo dõi dọc 63 NB TVB nam giới từ 40 tuổi trở lên được điều trị bằng phương pháp trên.

Kết quả: Tuổi $62,03 \pm 10,06$, thời gian mổ $44,29 \pm 16,48$ phút, biến chứng sớm 11,1%, tái phát 1,6%.

Kết luận: PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị TVB ở NB từ 40 tuổi trở lên bằng dụng cụ thông thường đem lại kết quả tốt và tỷ lệ tái phát thấp.

Single-incision laparoscopic transabdominal preperitoneal (sil-tapp) mesh in the treatment of inguinal hernia in patients over 40 years old

Nguyen Hoang Ngoc Anh¹, Pham Van Thuong¹, Trieu Trieu Duong²

1. Hai Phong University of Medicine And Pharmacy, 2. 108 Military Central Hospital

Abstract

Introduction: Study of single incision laparoscopic transabdominal extraperitoneal mesh surgery to treat inguinal hernia in patients over 40 years old. Aim of this study is to evaluate the results of single incision laparoscopic transabdominal extraperitoneal mesh surgery to treat inguinal hernia in patients over 40 years old with normal equipments.

Material and Methods: Retrospective and prospective study, vertical survey of 63 male patients over 40 years old with inguinal hernia were treated by the single incision laparoscopic transabdominal extraperitoneal mesh surgery.

Results: Mean age $62,03 \pm 10,06$, average of surgical time $44,29 \pm 16,48$ minutes, early complication 11,1%, recurrence 1,6%.

Conclusion: Single incision laparoscopic transabdominal extraperitoneal mesh surgery to treat inguinal hernia in patients over 40 years old with normal equipments achieved good outcomes and low recurrence.

Keyword: Single-port, preperitoneal, inguinal hernia.

Đặt vấn đề

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Có 2 nhóm phương pháp điều trị TVB gồm: dùng mô tự thân hay dùng MG. Với NB trẻ tuổi thì phẫu thuật (PT) dùng mô tự thân có ưu điểm hơn khi cấu trúc sàn bẹn vững chắc nên tỷ lệ tái phát thấp, tránh được biến chứng đặt MG (nhiễm khuẩn MG...) [1], [2]. Tuy nhiên, với những NB từ 40 tuổi trở lên do có sự giảm quá trình tổng hợp, tăng quá trình thoái hóa collagen làm suy yếu cấu trúc sàn bẹn nên phương pháp dùng mô tự thân điều trị TVB đem lại hiệu quả thấp vì gặp khó khăn trong mổ và tỷ lệ tái phát cao [3].

Ngày nay, những tiến bộ vượt bậc của PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM với ưu điểm như: thẩm mỹ, phục hồi nhanh, giảm tai biến, biến chứng và tái phát thấp nên những NB TVB từ 40 tuổi trở lên được điều trị bằng phương pháp này ngày càng phổ biến [4], [5], [6]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Nghiên cứu kết quả PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị NB TVB từ 40 tuổi trở lên bằng dụng cụ thông thường.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: NB điều trị TVB từ 07/2011 đến 07/2015 tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và được theo dõi đến tháng 04/2016, đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn:

NB nam giới từ 40 tuổi trở lên được chẩn đoán TVB và điều trị theo phương pháp PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM.

Bệnh án đầy đủ, đảm bảo các thông tin chỉ tiêu nghiên cứu.

NB đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Ngoài ra chúng tôi có loại những NB:

NB được PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị TVB kèm theo các PT khác.

Chỉ số ASA > III.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, theo dõi dọc.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 63 NB, trong đó 22 NB hồi cứu và 41 NB tiến cứu.

Quy trình phẫu thuật

NB gây mê toàn thân, tư thế nằm ngửa Trendelenburg (đầu thấp 10-15°), hai tay khép dọc theo thân mình, nghiêng sang bên đối diện với thoát vị (TV). Phẫu thuật viên (PTV) đứng đối diện bên TV, màn hình và máy nội soi. Sử dụng dụng cụ PTNS thông thường.

Rạch da dọc xuống dưới và xuyên qua rốn dài 15-20mm, vào khoang PM bằng phương pháp Hasson, đặt SILS-Port vào, qua đó bơm CO2 vào khoang PM và duy trì áp lực 10-12mmHg. Qua SILS-Port đặt 1 trocar 10mm và 2 trocar 5mm để đưa dụng cụ vào khoang PM thao tác.

Nhận định mốc giải phẫu, đánh giá, phân loại TVB, đo kích thước lỗ TV, bóc tách thành phần ra khỏi túi TV. Kiểm tra phía đối diện để phát hiện thêm lỗ TVB. Rạch PM từ dây chằng rốn giữa sang phía gai chậu trước trên cùng bên TV, trên mép lỗ TV 2 cm. Hạ nếp PM, xác định bó mạch thượng vị dưới, phẫu tích bóc lộ toàn bộ lỗ cơ lược, lỗ bẹn sâu, xương mu, dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thắt lưng chậu, bó mạch thừng tinh, tam giác Pain, Doom. Sau khi nhận định túi TV, với TVB trực tiếp tiến hành kéo túi TV vào trong ổ bụng, túi TV gián tiếp thắt và cắt túi TV. Bỏ đi các túi mỡ ngoài PM gần lỗ bẹn sâu.

Mảnh ghép chất liệu polypropylene được cuộn lại và đưa vào trong ổ bụng qua trocar 10 mm tùy theo kích thước của lỗ TV. Trải phẳng MG che phủ toàn bộ lỗ cơ lược và lỗ bẹn sâu. Khoảng cách từ mép MG đến bờ lỗ TV ít nhất là 3 cm và mép trong MG phải vượt quá khớp mu, mép ngoài tận hết ở gai chậu trước trên cùng bên và MG đặt chồng lên

thường tinh. Cố định MG bằng protack vào các vị trí: dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng. Lưu ý không bắn protack vào vị trí tam giác Pain, tam giác Doom và đường đi của các nhánh thần kinh, mạch máu. Phủ PM lên MG, đóng lại PM bằng protack.

Với trường hợp (TH) TVB 2 bên thì bên còn lại tiến hành như trên từ bước nhận định TVB.

Tháo dụng cụ, xả khí CO₂, đóng lại vết mổ 2 lớp, lớp phúc mạc – cân cơ bằng chỉ Vicryl 2-0, lớp dưới da bằng chỉ Vicryl 4-0.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh: Tuổi trung bình, tiền sử ngoại khoa, phân loại TVB trong mổ (số bên thoát vị, giải phẫu, Nyhus).

Kết quả phẫu thuật: Tai biến, thêm trocar trong mổ, thời gian phẫu thuật (TGPT).

Kết quả sớm: Thời gian trung tiện sau mổ (ngày), mức độ đau theo thang điểm VAS, biến chứng sớm, thời gian nằm viện sau mổ. Đánh giá kết quả sớm:

Tốt: Không có biến chứng sớm sau mổ

Khá: Có biến chứng nhưng không cần can thiệp như: tê bì vùng đùi, tụ máu, tụ dịch vùng bìu tự hấp thu, điều trị nội khoa có hiệu quả.

Trung bình: Có biến chứng phải can thiệp nhưng không cần PT lại như: Bí tiểu đặt thông tiểu, tụ máu hoặc tụ dịch vùng bìu phải chọc hút, nhiễm khuẩn vết mổ cần phải tách vết mổ.

Kém: Phải PT lại ngay hoặc tử vong.

Kết quả xa: Thời gian theo dõi trung bình (tháng), biến chứng xa, tái phát. Đánh giá kết quả xa:

Tốt: Không có biến chứng, không tái phát.

Khá: Tràn dịch màng tinh hoàn tự hấp thu hoặc chọc hút không thấy dịch tái lập.

Trung bình: Đau mạn tính vùng bẹn bìu, đau thường tinh và tinh hoàn đáp ứng tốt với điều trị nội khoa trong vòng 1 năm.

Kém: Tái phát; đau mạn tính vùng bẹn bìu, đau thường tinh và tinh hoàn kéo dài trên 1 năm, không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc cần phải can thiệp PT; teo tinh hoàn.

Xử lý số liệu: Số liệu xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Kết quả

Đặc điểm người bệnh:

Bảng 1. Đặc điểm chung NB

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình	62,03±10,06 (40-84 tuổi)
Tiền sử mổ bẹn bụng	22,2%
Số lỗ TV (một bên/ hai bên)	68 lỗ TV (58 / 5)
TVB trực tiếp/ gián tiếp/ hỗn hợp	43 / 19 / 6
Phân loại theo Nyhus II/ IIIA/ IIIB/ IV	19 / 38 / 5 / 6
TVB nguyên phát/ tái phát	57 / 6

Có 22,2% NB đã từng mổ vùng bẹn bụng trước đó. Trong mổ phát hiện thêm 1 lỗ TV, số NB TVB hai bên 5/63 (7,9%). Có 6/63 TH (9,5%) là TVB tái phát.

Kết quả phẫu thuật:

Bảng 2: Kết quả trong mổ

Kết quả		
Tai biến (n=68)	Chảy máu bó mạch tinh	1,5%
	Chảy máu động mạch thượng vị dưới	1,5%
Thêm 1 trocar (n=63)		1,6%
Thời gian phẫu thuật (phút)		44,29±16,48 (20-100)

Tỷ lệ tai biến gặp 3,0%. Có 1 TH (1,6%) phải thêm 1 trocar để hỗ trợ hoàn thành cuộc mổ.

Kết quả sớm:

Thời gian trung tiện 1,05±0,22 ngày; mức độ đau theo thang điểm VAS ngày thứ ba sau mổ: 2,32±1,79; thời gian nằm viện sau mổ 6,40±2,17 ngày.

Bảng 3. Biến chứng sớm sau mổ (n=63)

Biến chứng	Tỷ lệ (%)
Bí tiểu	6,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	1,6
Tụ dịch vùng bìu	1,6
Tê bì vùng đùi ngoài	1,6

Biến chứng sớm sau mổ gặp 11,1%, trong đó bí tiểu chiếm đa số (6,3%).

Kết quả xa:

Thời gian theo dõi NB sau mổ trung bình 29,59±15,76 tháng phát hiện 01 NB tái phát (1,6%).

Bảng 4. Biến chứng xa sau mổ (n=63)

Biến chứng xa	Tỷ lệ (%)
Đau mạn tính vùng bẹn	3,2
Đau thũng tĩnh và tĩnh hoàn	3,2

Biến chứng xa gặp 4/63 BN (6,4%).

Bàn luận

Đặc điểm chung người bệnh

Tuổi trung bình nhóm NB trong nghiên cứu 62,03±10,06; thấp nhất 40 và cao nhất 84 tuổi. Kết quả này tương tự Goo TT [4] và Matsutani T [7] với tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58, NB đều thuộc nhóm trên 40 tuổi. Tác giả Schumpelick V [8] đưa khuyến cáo không nên đặt MG cho những NB trẻ tuổi, bởi những biến chứng của MG gây ra có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của NB như cảm giác khó chịu, tổn thương và thoái hóa thừng tinh. Còn với những NB cao tuổi, do sự tăng thoái hóa và giảm khả năng tổng hợp collagen nên phương pháp dùng mô tự thân cũng hạn chế vì tỷ lệ tái phát sau mổ cao [3], [8]. Do đó độ tuổi trung bình

trong các nghiên cứu điều trị TVB bằng PTNS một lỗ đặt mảnh ghép đều cao [6], [9], [10].

Có 22,2% NB đã từng mổ vùng bẹn bụng (TVB, cắt ruột thừa, nạo vét hạch bẹn), những NB này khi PT gặp những khó khăn trong các bước vào ổ bụng, đánh giá phân loại TVB, phẫu tích và xử lý túi TV, đóng bụng do có sẹo mổ cũ dính, mốc giải phẫu biến đổi, các quai ruột và mạc nối dính vào túi TV. Tuy gặp chút khó khăn do dụng cụ PTNS thông thường có va chạm khi thao tác, nhưng chúng tôi đã đặt các đầu ngoài của trocar so le nhau để hạn chế va chạm.

Trước mổ chúng tôi chẩn đoán chỉ có 4 NB TVB hai bên, tuy nhiên trong lúc mổ phát hiện thêm một lỗ TV, nguyên nhân là do lỗ TV kích thước bé nên khám lâm sàng không phát hiện được. Đây là ưu điểm của PTNS nói chung khi cho phép thăm dò được bên đối diện để chẩn đoán và xử trí đồng thời các khối TV trong mổ.

Kết quả phẫu thuật

TGPT trung bình 44,29±16,48 phút (khoảng 20-100 phút). TGPT ảnh hưởng bởi các yếu tố: kinh nghiệm của PTV, loại TVB một bên hay hai bên, nguyên phát hay tái phát. Trong nghiên cứu, sau khoảng 20 ca đầu tiên, PTV đã có thể thực hiện PT một cách thuần thục với TGPT ngắn hơn.

Trong mổ ghi nhận 2 TH có tai biến (chảy máu bó mạch tinh và chảy máu động mạch thượng vị dưới) tương tự tác giả Sato H [10] là 2,9%. Với TH chảy máu bó mạch tinh, chúng tôi xử lý đốt điện cầm máu, TH chảy máu động mạch thượng vị dưới được đặt thêm 1 trocar 10mm tại hố chậu trái để hỗ trợ kẹp clip cầm máu.

Kết quả sớm

Ưu điểm của PTNS một lỗ là ít đau sau mổ thể hiện ở điểm VAS ngày thứ ba sau mổ là 2,32±1,79 và vận động sớm nên NB trung tiện sớm (1,05±0,22 ngày). Ít đau sau PTNS một lỗ thấp hơn do chỉ có duy nhất một vết rạch trên thành bụng [10]. Điểm VAS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của tác giả Hany EB [11] trong nghiên cứu về PTNS thông thường đặt MG ngoài PM điều trị TVB, 3,4±1,4. Hany EB cũng nhận định vượt trội của PTNS một lỗ ít đau hơn PTNS thông thường [11].

Tỷ lệ biến chứng 11,1%, trong đó bí tiểu chiếm 6,3%, thấp hơn tỷ lệ bí tiểu 10% của Ece I [9]. Tác giả Koch CA cho rằng nguyên nhân bí tiểu sau mổ do NB dùng thuốc giảm đau nhóm gây nghiện và truyền nhiều dịch trong mổ [12]. Với những TH bí tiểu, chúng tôi đặt lại thông tiểu và rút sau đó 1-5 ngày. Trong nghiên cứu, TH nhiễm khuẩn vết mổ được nặn dịch, thay băng, duy trì thuốc kháng sinh và ra viện sau mổ 13 ngày. Chúng tôi cho rằng đây là biến chứng không quá nặng nề sau PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị TVB, chỉ cần phát hiện sớm và điều trị bảo tồn sẽ cho kết quả tốt, tuy nhiên đây là nguyên nhân gây nằm viện kéo dài. Nghiên cứu gặp 1 TH tê bì vùng đùi ngoài kéo dài 7 ngày sau mổ (chiếm 1,6%), tương tự Tanoue K 1,1% [6]. Đây là TH có tổn thương bó mạch tinh trong mổ được xử trí đốt điện cầm máu. Có thể khi đốt điện cầm máu đã vô tình làm tổn thương tạm thời nhánh thần kinh bì đùi ngoài. Yang XF khuyến cáo nên dùng thuốc chống viêm không steroid cho các TH rối loạn cảm giác vùng bẹn – đùi sau PTNS điều trị TVB sẽ cho kết quả tốt [13].

Thời gian nằm viện (TGNV) sau mổ trung bình $6,40 \pm 2,17$ ngày. Kết quả tương tự Tanoue K [6] $6,7 \pm 2,6$ ngày, cao hơn Ece I [9] $1,5 \pm 0,9$ ngày. Chúng tôi cho rằng TGNV sau mổ dài có thể do tâm lý của PTV khi tiếp cận kỹ thuật mới nên muốn giữ NB để theo dõi, mặt khác do chi phí điều trị được bảo hiểm y tế chi trả phần lớn và tâm lý muốn được chăm sóc tốt tại bệnh viện tuyến trung ương nên NB chưa muốn ra viện sớm.

Đánh giá kết quả sớm: Tốt 88,9%; khá 3,2%; trung bình 7,9%; kém 0%.

Kết quả xa

Thời gian theo dõi NB trung bình $29,59 \pm 15,76$ tháng (8-57 tháng). Ghi nhận 6,4% NB có biến chứng xa và 1,6% NB tái phát sau mổ. Kết quả biến chứng xa tương tự tác giả Ece I [9] gặp 6,6%. Những NB gặp biến chứng xa này đều được khám, điều trị bằng phương pháp nội khoa và sau 1 năm thì tình trạng đau này mất hoàn toàn.

Với TH tái phát, sau mổ 6 tháng NB thấy khối phồng vùng bẹn phải xuất hiện trở lại, NB đi khám

và được chẩn đoán TVB phải tái phát. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, chúng tôi tiến hành điều trị cho NB bằng PTNS thông thường thì phát hiện MG cũ đã co lại làm hố bẹn trong không được che phủ, bằng quang TV vào hố bẹn trong. Nguyên nhân có thể dẫn tới TVB tái phát bao gồm: kích thước và chất liệu MG không phù hợp, kinh nghiệm của PTV, bệnh lý kèm theo gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên và lối sống của NB. Nhìn chung, tỷ lệ tái phát sau PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị TVB cho NB từ 40 tuổi trở lên trong các nghiên cứu là thấp [4], [6], [9], [10].

Đánh giá kết quả xa: Tốt 92,0%; khá 0%; trung bình 6,4%; kém 1,6%.

Kết luận

PTNS một lỗ qua ổ bụng đặt MG ngoài PM điều trị TVB ở NB từ 40 tuổi trở lên bằng dụng cụ PTNS thông thường đem lại kết quả tốt; không có trường hợp nào tử vong; tỷ lệ tai biến, biến chứng và tái phát thấp.

Tài liệu tham khảo

1. Frey DM, Wildisen A, et al (2007), "Randomized clinical trial of Lichtensteins operation versus mesh plug for inguinal hernia repair". *British Journal of Surgery*, 94: 36-41.
2. Junge K, Rosh R, et al (2006), "Risk factors related to recurrence in inguinal hernia repair: a retrospective analysis". *Hernia*, 10: 309-315.
3. Goldstein MS (2002), "A university experience using mesh in inguinal hernia repair". *Hernia*, 5: 182-185.
4. Goo TT, Goel R, et al (2010), "Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair via a single port". *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 20: 389-390.
5. Roy P, De A (2010), "Single-incision laparoscopic TAPP mesh hernioplasty using conventional instruments: an evolving technique". *Langenbecks Arch Surg*, 395: 1157-1160.
6. Tanoue K, Okino H, et al (2016), "Single-incision laparoscopic transabdominal preperitoneal mesh hernioplasty: results in 182 Japanese patients". *Hernia*, 20: 797-803.
7. Matsutani T, Nomura T, et al (2016), "Laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair

- using memory-ring mesh: A pilot study". *Surgery Research and Practice*, 2016: 1-5.
8. Schumpelick V (2001), "Does every hernia demand a mesh repair? A critical review". *Hernia*, 5: 5-8.
 9. Ece I, Yilmaz H, et al (2017), "Clinical outcomes of single incision laparoscopic surgery and conventional laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair". *J Minim Access Surg*, 13: 37-41.
 10. Sato H, Shimada M, et al (2012), "The safety and usefulness of the single incision, transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic technique for inguinal hernia". *J Med Invest*, 59: 235-240.
 11. Hany EB (2017), "Single port versus multiport laparoscopic trans abdominal preperitoneal hernia repair". *Life Science Journal*, 14(1): 25-31.
 12. Koch CA, Grinberg GG (2006), "Incidence and risk factors for urinary retention after endoscopic hernia repair". *Am J Surg*, 191(3): 381-385.
 13. Yang XF, Liu JL (2016), "Laparoscopic repair of inguinal hernia in adults". *Ann Transl Med*, 4(20): 1-19.