

# Kết quả sớm phẫu thuật nội soi đường ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện E

Lương Đức Anh, Đỗ Trường Sơn, Phạm Thái Hưng

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện E

## Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi, thoát vị bẹn.

## Địa chỉ liên hệ:

Đỗ Trường Sơn,

Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội;

Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện E,

Số 89 Trần Cung, Nghĩa Tân, Từ

Liêm, Nghĩa Tân, Cầu Giấy, Hà Nội

Điện thoại: 0975229705

Email: dotruongson28@gmail.com

**Ngày nhận bài: 03/5/2019**

**Ngày duyệt: 28/5/2019**

**Ngày chấp nhận đăng:**

**13/6/2019**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi đi đường ngoài phúc mạc hoàn toàn đặt lưới để điều trị bệnh thoát vị bẹn (TVB) ở người lớn là một tiến bộ kỹ thuật đang được phát triển và áp dụng bổ sung cho các phương pháp khác, nhưng đây lại là phương pháp có nhiều thách thức về kỹ thuật nhất với các phẫu thuật viên. Tại Bệnh viện E từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2019 có 35 ca được mổ theo phương pháp này. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm, một số kinh nghiệm về chỉ định và kỹ thuật mổ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp, một nhóm, dạng quan sát mô tả tiến cứu, đánh giá kết quả trước và sau can thiệp.

**Kết quả:** 35 bệnh nhân (BN) TVB gồm 2 nữ, 33 nam; tuổi TB  $66,2 \pm 10,65$  (41-91); TVB 1 bên: 33 (94,3%), 2 bên: 2 (5,7%); TVB trực tiếp: 13 (37,1%), gián tiếp: 22 (62,9%); một ca có tiền sử mổ Bassini hai lần cùng bên và tái phát được mổ thành công. Hai ca thủng phúc mạc trong khi phẫu tích, khắc phục không phải chuyển TAPP. Thời gian mổ:  $121,1 \pm 33,20$  phút (90-190).

**Kết luận:** Phương pháp khả thi an toàn thời gian nằm viện giảm, thẩm mỹ và ít đau, tuy nhiên có nhiều điểm cần lưu ý trong kỹ thuật cần nghiên cứu tiếp tục liên quan đến kết quả mổ như nhận định giải phẫu, phẫu tích, xử lý thủng khi thủng phúc mạc, cố định chắc chắn vật liệu vào khoang để che phủ lỗ thoát vị...

## Early outcomes of laparoscopy for totally extra - peritoneal (TEP) inguinal hernia repair at E Hospital

Luong Duc Anh, Do Truong Son, Pham Thai Hung

General Surgery Department, E Hospital

## Abstract

**Introduction:** Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair with placement of a mesh outside the peritoneum to repair inguinal hernia in adult patients is an advanced technique has been developing as alternative

choice for surgeons. However, this method has is challenging in technical issues for surgeons. Over a 24-month period (May 2017 through May 2019), a total of 35 laparoscopic TEP inguinal hernia repairs were carried out. This paper aimed to evaluate the early results and discuss some important technical issues as well.

**Material and Methods:** A prospective observational study, one group, evaluating results before and after intervention.

**Results:** 35 patients including 2 females and 33 males with mean age of  $66,2 \pm 10,65$  years old (41- 91); unilateral inguinal hernia (IH): 33 patients (94,4%), bilateral IH: 2 patients (5,7%); direct IH: 13 patients (37,1%), indirect IH: 22 (62,9%); One patient underwent two times previously by Bassini procedure due to recurrence. Per-operative adverse events including: peritoneum laceration during dissection in 2 cases, overcome by repair peritoneum damaged without conversion into TAPP. Mean operative time:  $121,1 \pm 33,20$  min (90-190).

**Conclusion:** Laparoscopic TEP IH repair with prolene mesh placement is a suitable treatment option for selected inguinal hernia patients. However, some technical issues should be considered such as accuracy recognition of endoscopic anatomy landmarks during dissecting inguinal canal elements and management of incident happened management for example peritoneum being lacerated, clearing the pre- peritoneal space for laying mesh, substantial fine fixation of mesh... may cause the outcomes.

**Keywords:** Laparoscopy, Inguinal hernia, TEP repair.

## I. Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi đường ngoài phúc mạc hoàn toàn (Total extra peritoneal) có rất nhiều ưu điểm để điều trị thoát vị bẹn và được chỉ định mổ cho các trường hợp thoát vị không nghẹt, không cầm tù trong bao, thoát vị hai bên, thành bụng yếu do tuổi cao và ngay cả các ca đã mổ mổ phúc hồi thành bụng ngã trước ống bẹn bị tái phát, thoát vị bẹn gián tiếp và trực tiếp có thể có kết quả khác nhau do kích thước cổ bao thoát vị. Dù vậy, mổ nội soi đường ngoài phúc mạc hoàn toàn để đặt tấm lưới lại là phương pháp tương đối khó về kỹ thuật cần đào tạo cẩn thận và cũng có nhiều vấn đề về giải phẫu, kỹ năng kỹ thuật cần nghiên cứu và lựa chọn đến tối ưu nhằm đạt kết quả tốt và an toàn cho bệnh nhân [1,2]. Qua thời gian ứng dụng phẫu thuật này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật được thực hiện tại Bệnh viện E Trung ương và nêu lên một số vấn đề liên quan đến khó khăn kỹ thuật và các lựa chọn về giải pháp cho kết quả phẫu thuật tốt hơn.

## II. Đối tượng và phương pháp

### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu:** Bệnh nhân

nam hoặc nữ, tuổi từ 18 tuổi, thoát vị bẹn một bên hoặc hai bên, thoát vị trực tiếp hay gián tiếp, bị lần đầu hoặc tái phát do mổ đi đường trước ống bẹn. Bệnh nhân được giải thích và đồng ý phẫu thuật nội soi đặt lưới phục hồi thành bụng ngoài phúc mạc.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân thể trạng yếu có các bệnh toàn thân như nghiện rượu, xơ gan, tim mạch, hô hấp, bệnh nhân BMI trên 30, có u bụng, cổ chướng, bệnh nhân hiện đang điều chỉnh đông máu hoặc phụ thuộc thuốc chống đông, thoát vị bẹn nghẹt hay cầm tù không đẩy nội dung lên được khỏi bao thoát vị, có tiền sử mổ qua thành bụng và khoang trước phúc mạc dưới rốn như mổ ruột thừa đường trắng bên, mổ chấn thương.

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp, một nhóm, dạng quan sát mô tả tiến cứu, đánh giá kết quả trước và sau can thiệp.

### Qui trình phẫu thuật

Chuẩn bị bệnh nhân gồm xét nghiệm cơ bản, khám gây mê, khám chức năng thông khí phổi, khám tim mạch, nhịn ăn trước mổ 12 giờ.

Bước 1: Đặt trocar 10mm cạnh rốn, trocar 5mm hoặc trocar 10mm đường giữa, giữa rốn và xương mu; trocar 5mm trên xương mu 2cm. Đường rạch

trocar 10mm đầu tiên cạnh rốn qua da, qua mặt trước cân cơ thẳng bụng. Dùng pince tách cơ đến mặt trước lá sau cơ thẳng bụng thì đi xuống theo mặt trước của lớp này để xuống khoang Bogos, tạo khoang cùng bên bị thoát vị. Chúng tôi sử dụng ngay đầu camera 30<sup>0</sup> vừa tách khoang vừa quan sát, chú ý tránh lóc tách động mạch thượng vị dưới khỏi thành bụng. Khoang đạt yêu cầu khi mở xuống đến xương mu, cung đùi, bên ngoài đến gai chậu trước trên, bên trong đến đường giữa cho các trocars tiếp theo xuyên vào. Đặt thêm 2 trocar trên mu và giữa mu với rốn để thao tác.

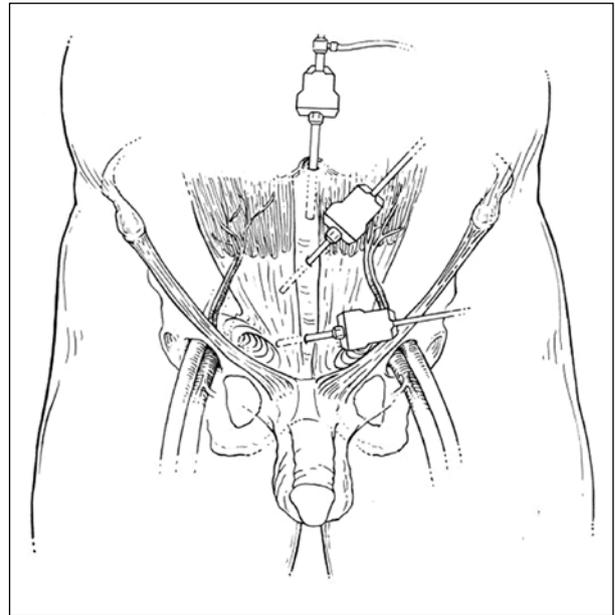
**Bước 2: Phẫu thích bao thoát vị và phúc mạc.** Đây là bước khó nhất gồm nhận định các mốc giải phẫu (động mạch thượng vị dưới, cung đùi, gai mu, hố bẹn trong hố bẹn ngoài, bao thoát vị, nếp phúc mạc, động mạch sinh dục, ống dẫn tinh, bó mạch chậu ngoài, nhánh mu của động mạch bịt, các tam giác nguy hiểm). Dùng dụng cụ tách bao thoát vị khỏi thành phần ống bẹn nếu là trực tiếp hay khỏi hố nếu là thoát vị gián tiếp; cầm máu nên dùng dao lưỡng cực.

**Bước 3: Cắt cắt bao thoát vị.** Bao thoát vị có thể cắt từ ngay lỗ bẹn trong nếu phẫu tích rõ khỏi các thành phần ống tinh và bó mạch sinh dục, nếu là nữ cắt được cả dây chằng tròn tử cung. Đóng bao thoát vị bằng clip to hoặc khâu kín hoặc đẩy lộn vào trong ổ phúc mạc. Quan trọng là không để hở phúc mạc

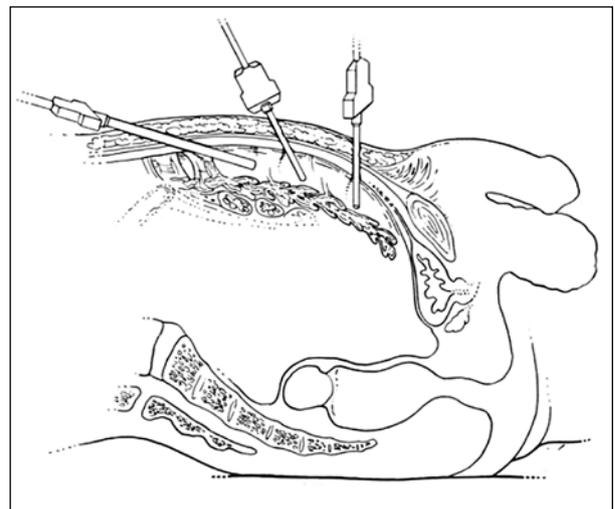
**Bước 4: Đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene** kích thước 10x15cm, đưa qua lỗ trocar 10mm. Yêu cầu vị trí lưới che phủ hoàn toàn lỗ bẹn trong, hố bẹn ngoài; mép của tấm lưới phải vượt qua mép hố thoát vị ít nhất 3cm, tấm lưới không bị gấp tại các góc cạnh. Để được như vậy, cần bóc tách phúc mạc đủ rộng khỏi khoang sau phúc mạc và cắt các sợi xơ để tấm lưới có thể áp sát thành cân cơ của bụng khi che phủ và không bị lật lên khỏi lỗ thoát vị khi tháo hơi cuối cuộc mổ.

**Bước 5: Cố định tấm lưới bằng ghim tiêu hoặc không tiêu tại các vị trí an toàn như dây chằng Gimbernat, gai mu, cơ thành bụng nếu là thoát vị trực tiếp hố rộng. Cố định bằng chính áp lực ổ bụng**

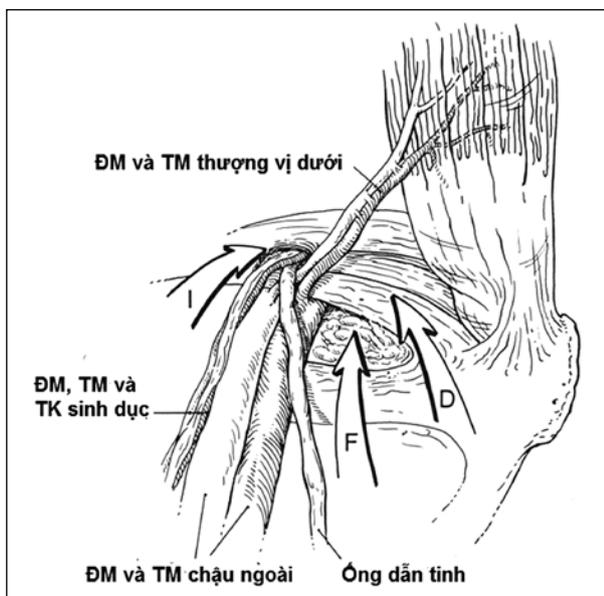
lên phúc mạc và lưới khi tháo hơi. Khi đặt tấm lưới xong, dù không cần cố định bằng ghim, nếu tháo hơi và kiểm soát định vị lưới tốt tấm lưới sẽ bị ép chặt vào thành bụng trước do áp lực ổ bụng, giống nguyên lý của phẫu thuật Stoppa, và áp lực càng lớn khi bệnh nhân rặn thì lưới càng bị ép chặt. Sau đó rút và đóng các lỗ trocars không cần dẫn lưu. Hiện nay chúng tôi đã chuyển qua dùng loại lưới định hình không cần cố định ghim.



Hình 1: Vị trí trocars - nhìn thẳng



Hình 2: Vị trí trocars – nhìn nghiêng



Hình 3: Giải phẫu học mô tả 3 loại thoát vị: (D): trực tiếp; (F): TV diaphragm; I: gián tiếp

### III. Kết quả

Từ tháng 09/2017 đến tháng 11/2018, tại Khoa ngoại Bệnh viện E Trung ương, chúng tôi đã phẫu thuật nội soi đường trước phúc mạc cho 35 bệnh nhân bị thoát vị bẹn, bao gồm 2 nữ (5,7%) và 33 nam (94,3%), tuổi trung bình 61,3+14,8 tuổi.

#### Đặc điểm bệnh nhân:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	n	%
Vị trí TVB:		
TVB 1 bên phải	18	
TVB 1 bên trái	15	42,9
TVB 2 bên	2	5,7
Loại TVB:		
TVB trực tiếp	13	37,1
TVB gián tiếp	22	62,9
Bệnh kèm theo:		
Tiểu đường typ 2	2	5,7
Cao HA (ĐM)	7	20,3
Bệnh Gout	3	8,6

Nhận xét: Một bệnh nhân có tiền sử mổ 2 lần, đường trước, kiểu Bassini( theo hồ sơ cũ) cho một

bên và bị tái phát. Các khối thoát vị trước mổ đều đẩy được hết ruột lên ổ bụng (khám qua lâm sàng và siêu âm), tuy nhiên khi mổ có một ca phát hiện còn đoạn mạc nối lớn dính và phải gỡ lâu trong khi nội soi. Siêu âm trước mổ: 13 ca phát hiện thấy khối và nội dung thoát vị kết hợp khám lâm sàng đều có thể đẩy ruột thoát vị về ổ bụng.

#### Kết quả phẫu thuật:

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

	n	%
<b>Tai biến trong mổ:</b>		
Thủng phúc mạc	2	5,7
Tràn khí biau	4	11,4
Lóc ĐM thượng vị dưới	2	5,7
Chảy máu tĩnh mạch bị	1	2,8
Thời gian mổ (phút)	121,1±33,20	(90-190)
<b>Biến chứng sau mổ:</b>		
Tụ máu sau mổ	1	2,8
Tụ dịch hố thoát vị	2	2,8

Nhận xét: Hai ca thủng phúc mạc làm chậm cuộc mổ, không phải chuyển TAPP hoặc chuyển mổ khác. Hai ca lóc ĐM thượng vị dưới cần trở quan sát, không chảy máu, tìm được cách khắc phục bằng cách đi tránh động mạch ra phía sau lúc bóc tách khoang. Hai ca tụ dịch hố thoát vị, dịch tròn mềm trong hố, biệt lập, không biến đổi khi ho rặn, do thoát vị trực tiếp lớn, diễn biến tự khỏi.

### III. Bàn luận

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có thể được thực hiện hoặc bằng đường xuyên phúc mạc thành bụng trước (TAPP: trans-abdominal preperitoneal) hoặc bằng đường hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: total extra peritoneal). Việc lựa chọn giữa 2 phương pháp này còn có nhiều ý kiến khác nhau, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thói quen và

kinh nghiệm của phẫu thuật viên, các yếu tố nguy cơ của từng phương pháp [2]. Chúng tôi lựa chọn phương pháp TEP vì cho rằng, tuy có khó khăn về kỹ thuật nhưng có thể tránh được một số nguy cơ mà phương pháp TAPP có thể mang lại như làm tổn thương các tạng trong khoang bụng, tạo dính dẫn đến khả năng tắc ruột sau này.

Qua thực hiện 35 trường hợp đầu tiên sử dụng phương pháp mổ nội soi qua đường ngoài phúc mạc (TEP) tại Bệnh viện E trung ương, chúng tôi có một số nhận xét như sau:

Về chỉ định chọn bệnh nhân cần đánh giá kỹ các yếu tố có thể gây khó khăn như béo phì, bao thoát vị quá lớn, có dính nhiều khó bóc hoặc còn một đoạn mạc nối lớn trong bao thoát vị phải gỡ dính lâu. Trong loạt bệnh nhân của chúng tôi không có bệnh nhân nào béo phì, BMI trung bình là 24. Trước mổ, để đánh giá có tình trạng tạng thoát vị có bị “cầm tù” trong bao thoát vị hay không, ngoài khám lâm sàng trực tiếp, đẩy tay, chúng tôi sử dụng siêu âm để xác định.

Về kỹ thuật mổ, thì phẫu thuật tạo khoang nên dùng thêm dao điện lưỡng cực để tránh thủng hoặc bỏng sâu và không để chảy máu khi bóc tách các thành phần [3], nên bóc tách rộng phúc mạc đủ chỗ cho tấm lưới trải phẳng trong khoang và sau mổ áp đều với lớp phúc mạc. Thì tách bao thoát vị tránh làm chảy máu ngay cả các mạch nhỏ và chỗ hay thủng nhất là vùng gần cổ bao và cũng là nơi thoát khí vào bụng nhanh nhất [3,4,5]. Sau khi phẫu tích bao thoát vị nên cắt đóng gọn bằng kẹp hoặc buộc chỉ, khâu lại nếu bị rách rộng để tránh dính ruột.

Một khó khăn là nhận định và bảo vệ ống dẫn tinh, bó mạch tinh. Mục tiêu này đạt được nếu phẫu tích bóc bao thoát vị từ hai phía theo đúng lớp bằng kẹp không chấn thương, chỉ khi nhận ra các thành phần mới cắt cắt bao thoát vị. Việc cố định lưới bằng tacker là nên có khi mổ ca thoát vị trực tiếp có hố rộng và với người già nền ống bẹn đã giãn yếu để tránh tấm lưới có thể võng xuống hố. Để có chỗ ghim tacker nên bóc lộ rõ gai mu, vị trí kẹp trên của

hố thoát vị và thêm một vị trí bên ngoài động mạch thượng vị dưới, tất cả đều phía trên cung đùi tránh động mạch chậu.

Một số sự cố trong mổ chúng tôi đã gặp: Một ca trong quá trình phẫu thuật thấy nhiều khí vào túi nước tiểu, chúng tôi nghĩ đến tổn thương bàng quang nhưng kiểm tra lại bằng cách bơm xanh methylen vào bàng quang thì không thấy rò ra khoang ngoài phúc mạc; sau phẫu thuật bệnh nhân được đặt sonde bàng quang trong 10 ngày, sau rút sonde bàng quang bệnh nhân ổn định ra viện. Một ca có tình trạng chảy máu tĩnh mạch mũ trong quá trình phẫu tích, kéo bao thoát vị lên trên, được xử trí bằng đốt điện 2 cực, không phải chuyển sang mổ mở. Một ca tái phát cũ và một ca mổ có mạc nối lớn dính trong bao mất nhiều thời gian phẫu tích hơn lần lượt là 190 phút và 120 phút. Có 1 ca thủng phúc mạc phải luồn sonde cỡ 10 vào ổ bụng cho thoát khí và khâu lại phúc mạc; có 2 ca tụ dịch sau mổ tự khỏi nhưng với ca không dùng ghim thì tấm lưới chùng xuống thấp hơn do cổ rộng nhưng không gây thoát vị.

Nhìn chung các kết quả sớm của phẫu thuật là có thể chấp nhận do chúng tôi mới áp dụng, bệnh nhân nằm viện lâu do cần theo dõi các biểu hiện nghi ngờ sau mổ.

#### IV. Kết luận

TEP là một phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm cho mổ thoát vị bẹn, bước đầu áp dụng an toàn hiệu quả và có tính khả thi tại Bệnh viện E trung ương. Có nhiều chi tiết kỹ thuật cần được đánh giá đúng qua nghiên cứu thực tế về giải phẫu, kỹ năng phẫu tích, tạo khoang, đặt lưới, cố định lưới bảo tồn các cấu trúc mạch ống dẫn tinh để thuận lợi cho một loại phẫu thuật khéo léo nhất trong các loại PTNS hiện nay.

#### Tài liệu tham khảo

1. Hernia and Surgery of the abdominal wall; J.P.Chevrel, Springer 1998-2016
2. Samir Ushakant Rambhia, Rajan Modi. A comparative study between totally extraperitoneal and

- transabdominal preperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair techniques. *International Surgery Journal*, 2017 4(2): 663- 670
3. Etiology and Pathophysiology of primary and recurrent groin hernia formation , Abrahamson. *Surgical Clinic of North American* 1998, 78(6): 953- 972.
  4. Evangelos Messaris et al; Total Extraperitoneal Laparoscopic Inguinal Hernia Repair Without Mesh Fixation; *Arch Surg*. 2010; 145(4): 334-338.
  5. Xue Fei Yang, Jia Lin Liu; Laparoscopic Repair of Inguinal Hernia in Adults; *Ann Transl Med* 2016, 4(20): 402.