

# KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI THEO PHƯƠNG PHÁP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC

*Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc,  
Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung  
Khoa Ngoại, Bệnh Viện An Giang*

## TÓM TẮT

***Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi theo phương pháp hoàn toàn ngoài phúc mạc.*

***Phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả, tiền cứu gồm 30 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật từ 01/3/2015 đến 15/10/2015.*

***Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 29/1 (29 nam và 01 nữ), tuổi trung bình là  $47,6 \pm 17$ , thời gian mổ trung bình là  $53 \pm 17$  phút, điểm đau trung bình ngày hậu phẫu thứ 1 là 3 điểm và của ngày hậu phẫu thứ 3 là 1 điểm, thời gian nằm viện trung bình là 3 ngày, chi phí nằm viện trung bình là 5,4 triệu đồng.*

***Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có thời gian mổ chấp nhận được, ít đau, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và chi phí thấp.*

## RÉSUMÉ

***Objectifs:** Évaluer les résultats précoces du traitement des hernies inguinales par voie totalement extrapéritonéale.*

***Méthodes:** C'est une étude descriptive de 30 patients, ayant hernie inguinale et qui ont été opérés du 1<sup>er</sup> mars 2015 au 15 octobre 2015.*

***Résultats:** Sex-ratio homme/femme est de 29/1 (29 hommes et 01 femmes), l'âge moyen est de  $47,6 \pm 17$ , la durée opératoire moyenne est de  $53 \pm 17$  minutes, la douleur moyenne par échelle visuelle analogique au J1 postopératoire est de 3 et celle*

*au J3 postopératoire est de 1, la durée moyenne d'hospitalisation est de 3 jours et le frais d'hospitalisation est de 5,4 millions VND.*

**Conclusion:** *Traitement laparoscopique des hernies inguinales par voie totalement extrapéritonéale a des points forts: la durée opératoire est acceptable, la douleur et la morbidité postopératoires sont moindres, la durée d'hospitalisation est courte et le frais d'hospitalisation acceptable.*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị bẹn được mô tả rất lâu đời (từ 5000 năm trước ở Ai Cập), từ đó có nhiều phương pháp điều trị khác nhau nhưng chưa có phương pháp nào được chấp nhận. Năm 1887, lần đầu tiên Edoardo Bassini (1844-1824) công bố 282 trường hợp điều trị thoát vị bẹn với tỷ lệ tái phát là 3,3%, kể từ đó, có nhiều phương pháp phẫu thuật ra đời như Halstedt (1852-1922), McVay (1911-1987), đặc biệt, vào thập niên 70 Shouldice (1890-1965) công bố phương pháp phẫu thuật mới với tỷ lệ tái phát dưới 1%, phương pháp Shouldice được áp dụng rộng rãi ở các nước trên thế giới, trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn, thay thế hoàn toàn phương pháp Bassini. Tuy nhiên, năm 1986, Lichtenstein công bố kỹ thuật hiện đại bằng cách dùng mảnh ghép nhân tạo che lỗ thoát vị có nhiều ưu điểm hơn so với các phương pháp cũ. Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, điều trị thoát vị bẹn qua nội soi có 2 phương pháp chính, đó là phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc và phương pháp đặt mảnh ghép tiền phúc mạc xuyên qua ổ bụng. Trong 2 phương pháp này thì phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc có ưu điểm hơn do không vào ổ bụng nên không có nguy cơ dính ruột và vì vậy được ưa chuộng hơn [4,5,6,7,8,9,10,11,12].

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm của đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua nội soi trong điều trị thoát vị bẹn nhằm áp dụng phương pháp phẫu thuật này tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### 1. Mục tiêu chung:

Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi theo phương pháp hoàn toàn ngoài phúc mạc.

### 2. Mục tiêu chuyên biệt: Đánh giá các yếu tố:

- Thời gian mổ.
- Tai biến trong mổ.
- Mức độ đau hậu phẫu.
- Thời gian nằm viện sau khi mổ.
- Biến chứng sớm hậu phẫu.
- Thoát vị bẹn tái phát.
- Chi phí nằm viện.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân trên 15 tuổi, được chẩn đoán thoát vị bẹn một hoặc hai bên nhập viện từ 01/03/2015 đến 15/10/2015.

2. **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các thoát vị bẹn một hoặc hai bên, trực tiếp hoặc gián tiếp, lần đầu hoặc tái phát với phẫu thuật tiếp cận ngã trước (Bassini, Shouldice, Lichtenstein).

### 3. **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Thoát vị bẹn nghẽn.
- Thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật đặt mảnh ghép bằng ngã sau như Stoppa, Rives hay qua nội soi.
- Tiền căn phẫu thuật vùng ngoài phúc mạc như phẫu thuật bưou tiền liệt tuyến, bàng quang...
- Tiền căn phẫu thuật bụng có sẹo mổ cũ đường giữa.
- Tiền căn xạ trị vùng chậu.
- Có bệnh nội khoa nặng kèm theo làm ảnh hưởng hô hấp-tuần hoàn khi thực hiện phẫu thuật nội soi.
- Đang bị nhiễm trùng.
- Đang có thai.

4. **Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu, mô tả.
5. **Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/3/2015 đến 15/10/2015.
6. **Đo lường các biến:** Đánh giá các biến số về:
- ✓ Thời gian mổ.
  - ✓ Tai biến trong mổ: Rách phúc mạc, tổn thương cuống mạch thượng vị dưới, thừng tinh, thần kinh bị, động mạch chậu.
  - ✓ Mức độ đau hậu phẫu đánh giá bằng thang điểm VAS (Visual Analogue Scales).
  - ✓ Thời gian nằm viện sau khi mổ.
  - ✓ Biến chứng sớm hậu phẫu: tụ dịch, máu, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng mảnh ghép.
  - ✓ Thoát vị bẹn tái phát.
  - ✓ Chi phí nằm viện.
7. **Xử lý số liệu:** Các biến số được điền vào bộ câu hỏi lập sẵn, tất cả số liệu được phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

## KẾT QUẢ

Từ 01/3/2015 đến 15/10/2015, chúng tôi thực hiện được 30 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp hoàn toàn ngoài phúc mạc, kết quả được tóm tắt trong bảng sau:

<i><b>Biến số</b></i>	<i><b>Giá trị</b></i>
<b>Tuổi</b>	47,6 ± 17
<b>Giới tính: Nam/Nữ</b>	29/1 = 96,7% / 3,3%
<b>Nghề nghiệp:</b>	
- Làm ruộng	13 cas: 43,3%
- Buôn bán	03 cas: 10%
- Công nhân viên	02 cas: 6,7%
- Già	06 cas: 20%
- Làm thuê	05 cas: 16,7%
- Học sinh	1 cas: 3,3%
<b>Thời gian mắc bệnh</b>	6,5 tháng (trung vị)

<b>Vị trí thoát vị bẹn</b>	
- Bên phải	17 cas: 57,6%
- Bên trái	12 cas: 40,0%
- Hai bên	1 cas: 3,3%
<hr/>	
<b>Phân loại Nyhus</b>	
- Độ 1	1 cas: 3,3%
- Độ 2	16 cas: 53,3%
- Độ 3A	10 cas: 33,3%
- Độ 3B	3 cas: 10,0%
<hr/>	
<b>ASA</b>	
- 1 điểm	9 cas: 30%
- 2 điểm	21 cas: 70%
<hr/>	
<b>Thời gian mổ</b>	53 ± 17 phút (30-90 phút)
<hr/>	
<b>Đau hậu phẫu</b>	
- Điểm đau ngày 1	3 ± 0,4
- Điểm đau ngày 3	0,9 ± 0,4
<hr/>	
<b>Tai biến trong mổ</b>	
- Không tai biến	25 cas: 83,3%
- Rách phúc mạc	05 cas: 16,7%
<hr/>	
<b>Biến chứng hậu phẫu</b>	0
<hr/>	
<b>Ngày nằm viện sau mổ</b>	2,87 ± 0,9 ngày (2-5 ngày)
<hr/>	
<b>Chi phí trung bình</b>	5,4 ± 0,4 triệu đồng
<hr/>	

## BÀN LUẬN

Thoát vị bẹn là bệnh lý rất thường gặp, ở Mỹ hàng năm có khoảng 800.000 trường hợp, không kể những thoát vị bẹn tái phát và hai bên [9,10], ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê cụ thể nhưng thực tế cho thấy đây là bệnh lý rất thường gặp trong thực hành lâm sàng hàng ngày. Ở người lớn, suy yếu thành bụng do tuổi già và nghề nghiệp lao động chân tay gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên là những yếu tố nguy cơ chủ yếu gây nên thoát vị bẹn, do vậy, thoát vị bẹn thường xảy ra sau tuổi 40, cũng theo Abramson, tần suất mắc bệnh là 15% trong lứa tuổi 25-34 nhưng sẽ là 47% sau 75 tuổi [9] và thoát vị bẹn chủ yếu xảy ra ở nam với tỷ lệ nam/nữ khoảng 10-25/1 [9,10,12]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy sự tương đồng với các tác giả trên, cụ thể, tuổi trung bình là 47,6 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 29/1 và 80% các trường hợp xảy ra ở người lao động nặng, người già (làm ruộng chiếm 43,3%, làm thuê chiếm 16,7% và người già chiếm 20%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 6,5 tháng, thoát vị bẹn bên phải có 17 trường hợp (57,6%), bên trái là 12 trường hợp (40%) và có 1 trường hợp là thoát vị bẹn 2 bên (3,3%), do sử dụng 3 trocarts ở đường giữa dưới rốn nên không cần bổ sung thêm trocar mà vẫn thực hiện dễ dàng trong thoát vị bẹn 2 bên, đây cũng là ưu điểm của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp hoàn toàn ngoài phúc mạc so với các phương pháp khác. Theo phân độ của Nyhus, trong lô nghiên cứu có 1 trường hợp (3,3%) là thoát vị bẹn độ 1 (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu bình thường), 16 trường hợp (53,3%) là thoát vị bẹn độ 2 (Thoát vị bẹn gián tiếp chưa xuống bìu, lỗ bẹn sâu rộng, sàn bẹn tốt), 10 trường hợp (33,3%) độ 3A (là những thoát vị bẹn trực tiếp) và 3 trường hợp (10%) độ 3B (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu rộng, hư sàn bẹn). Về mặt kỹ thuật, những thoát vị bẹn trực tiếp thực hiện dễ và nhanh hơn những thoát vị bẹn gián tiếp do can thiệp lên túi thoát vị ít hơn nên cũng ít tai biến hơn, vì vậy, khó khăn nhất vẫn là các thoát vị bẹn độ 3B do túi thoát vị to, khối thoát vị sa xuống đến bìu, khi can thiệp thường cần phải cắt cột túi thoát vị. Bảng điểm ASA cần phải đánh giá trước phẫu thuật vì có liên quan đến tai biến-biến chứng phẫu thuật, trong 30 trường hợp, có 9 trường hợp (30%) có điểm ASA là 1 và 2 trường hợp (70%) có điểm ASA là 2, đây cũng là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật nội soi, thực tế cho thấy trong lô nghiên cứu không có trường hợp nào bị biến chứng hậu phẫu. Thời gian mổ trung bình là  $53 \pm 17$  phút, thời gian ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 90

phút, tuy thời gian chậm hơn mổ mở nhưng hoàn toàn có thể chấp nhận được vì theo Phạm Hữu Thông, thời gian mổ trung bình là 83 phút [2], thời gian này của Lê Quốc Phong là 59,5 phút [3], của W K Cheak là 70 phút [13] và của Vidovic D là 58,6 phút [14]. Trong thời gian hậu phẫu, chúng tôi dùng thang điểm VAS để đánh giá đau vào ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 3, nếu bệnh nhân xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2 thì chúng tôi dùng điểm đau ngày thứ 2 thay cho ngày thứ 3, qua kết quả cho thấy điểm đau trung bình ở ngày hậu phẫu thứ 1 là 3 điểm và ngày thứ 3 là 1 điểm, rõ ràng hậu phẫu phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là đau ít, tạo sự thoải mái, dễ chịu cho bệnh nhân và vì vậy, bệnh nhân trở lại sinh hoạt sớm hơn, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác [2,3,9,13]. Trong quá trình phẫu thuật, có 5 trường hợp bị rách phúc mạc trong lúc mổ, gây phòng phúc mạc, làm giảm khoảng trống thao tác, gây khó khăn cho phẫu thuật, thường là những lỗ nhỏ, không cần phải can thiệp bổ sung, nếu lỗ lớn chúng sẽ khâu, cột cổ túi, tuy nhiên đây không phải là cản trở lớn cho cuộc phẫu thuật, chỉ mất ít thời gian bộc lộ phẫu trường không, ngoài tai biến này, chúng tôi không gặp tai biến-biến chứng nào khác, có lẽ do số lượng bệnh nhân còn ít nên chưa gặp những tai biến-biến chứng như những tác giả khác mô tả như nhiễm trùng, tụ dịch, viêm tinh hoàn, chảy máu động mạch thượng vị dưới, đứt ống dẫn tinh, tổn thương mạch chậu, thoát vị tái phát...[2,3,13]. Thời gian nằm viện trung bình là 3 ngày, thông thường chúng tôi cho bệnh nhân xuất viện vào hậu phẫu ngày thứ 2, tuy nhiên do thứ 7, chủ nhật bệnh nhân không thể làm thủ tục xuất viện nên phải ở lại bệnh viện đến ngày hành chánh làm thủ tục xuất viện, thời gian này của các tác giả khác là 2 ngày [2,13] nhưng với Lê Quốc Phong thời gian này là 5 ngày [3]. Chi phí nằm viện trung bình là 5,4 triệu đồng chưa thanh toán bảo hiểm y tế, đây là chi phí thấp so với kỹ thuật cao mà hiện nay thế giới đang áp dụng sẽ giúp đỡ các bệnh nhân nghèo tiếp cận kỹ thuật cao một cách tốt nhất.

## **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là phẫu thuật kỹ thuật cao mà thế giới đang áp dụng, phẫu thuật hiệu quả, an toàn, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tái phát thấp, đặc biệt là có chi phí thấp, phù hợp với hoàn cảnh hiện tại của bệnh viện và cho bệnh nhân nghèo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công, Nguyễn Anh Dũng, Nguyễn Thế Hiệp. Nhận xét kết quả ban đầu của phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn qua ngã soi ổ bụng. Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 7, Phụ bản số 1-2003:192-202.
2. Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công, Phan Tôn Ngọc Vũ. Kết quả phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn dưới gây tê tùy sống và gây mê. Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14, phụ bản số 1-2010:134-139.
3. Lê Quốc Phong, Lê Mạnh Hà. Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc. Y học thực hành (878)-số 8/2013: 56-59.
4. E. Péliissier, P. Marre, J-M Damas. Traitement des hernies inguinales-Choix d'un procédé. EMC 2000; 40-138:1-4.
5. G-F. Begin. Traitement des hernies inguinales par laparoscopie par voie totalement extrapéritonéale. EMC 2007; 40-137A:1-9.
6. Georges S. Ferzli. TEP. *Vidéo-Atlas Chirurgie herniaire tome 2*. 2010:153-162.
7. Pradeep CHOWBEY. TEP-Idées et astuces pour éviter les complications et les récurrences. *Vidéo-Atlas Chirurgie herniaire tome 2*. 2010:198-204.
8. Jean-Louis DULUCQ. TEP-“Intervention integrale en direct” suivie point par point. *Vidéo-Atlas Chirurgie herniaire tome 2*. 2010:105-118.
9. F. Charles Brunicardi and col. *Schwartz's Principles of surgery*. Tenth edition, 2015: 1495-1516.
10. Sabiston Textbook of surgery. 19<sup>th</sup> edition, 2012:1114-1128.
11. John L. Cameron, Andrew M. Cameron. *Current surgical therapy*. Eleventh edition, 2014: 531-539.
12. Lippincott Williams and Wilkins, *The Washington Manual of surgery*. Sixth edition, 2012:590-597.
13. W K Cheak, J B So, D Lomanto. Endoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair: a series of 182 repairs. Singapore Med J 2004 Vol 45(6):267-270.
14. Vidovic D, Kirac I, Glavan E, Filipović-Cugura J, Ledinsky M, Bekavac-Beslin M. Laparoscopic totally extraperitoneal hernia repair versus open Lichtenstein hernia repair: results and complications. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2007 Oct;17(5):585-90.