PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN GIÁN TIẾP Ở TRẺ EM BẰNG KIM KHÂU XUYÊN QUA DA

Nguyễn Lê Gia Kiệt[1*], Võ Thị Ánh Trinh[1], Nguyễn Văn Út[2]
1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
2. Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang
[*]Email: nlgkiet.bv@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Nguyên tắc điều trị thoát vị bẹn gián tiếp ở trẻ em là cột ống phúc tinh mạc. Với sự ra đời của phẫu thuật nội soi, xu hướng bắt đầu chuyển sang áp dụng các kỹ thuật nội soi điều trị thoát vị ở trẻ em. Phẫu thuật nội soi khâu lỗ bẹn sâu hoàn toàn ngoài phúc mạc bằng kim qua da là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu, tránh tổn thương thừng tinh và bó mạch tinh hoàn dưới sự kiểm soát của nội soi.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thoát vị bẹn ở trẻ em; 2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em bằng kim xuyên qua da.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 101 trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang từ 2020 - 2022.* ***Kết quả:*** *Trong 101 bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp, có 89 (88,1%) nam và 12 (11,9%) nữ. Độ tuổi dao động từ 2 tuổi đến 15 tuổi. Có 86 (85,1%) trường hợp vào viện vì khối phồng vùng bẹn. Thăm khám sờ chạm khối thoát vị ở 77 (76,2%) trường hợp. Thời gian mổ trung bình là 5,8 phút đối với trường hợp một bên và hai bên là 9,3 phút. Tất cả các trường hợp đều không ghi nhận tai biến trong mổ. Có 27,3% (13/101) các trường hợp phát hiện thoát vị đối bên. Trong thời gian theo dõi, ghi nhận có 1 trường hợp tái phát (1%). Không có biến chứng tại vết mổ hoặc thoát vị rốn. Không ghi nhận teo tinh hoàn.* ***Kết luận:*** *Phẫu thuật thoát vị bẹn bằng kim xuyên qua da nên được áp dụng một cách thường quy với kết quả tương đương hoặc tốt hơn so với mổ mở. Các ưu điểm của kỹ thuật bao gồm: kỹ thuật đơn giản, thời gian mổ ngắn, kiểm tra được lỗ bẹn sâu hai bên, các vết mổ hầu như rất nhỏ.*

Từ khóa: *Ống phúc tinh mạc, thoát vị bẹn gián tiếp, kim khâu xuyên qua da.*

ABSTRACT

PEDIATRIC LAPAROSCOPIC INDIRECT INGUINAL HERNIA REPAIR BY PERCUTANEOUS NEEDLE

Nguyen Le Gia Kiet[1*], Vo Thi Anh Trinh[1], Nguyen Van Ut[2]
1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy
2. Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital

Background: *The principle for the repair of indirect inguinal hernias in children consists of complete ligation of the patent processus vaginalis. With the advent of the laparoscopic era, the trend began to move toward the application of laparoscopic techniques for pediatric herniorrhaphy. Laparoscopic totally extraperitoneal ligation by percutaneous needle is a minimally invasive procedure, sparing the spermatic cord and testicular vessels under laparoscopic control.* ***Objectives:*** *1) To survey on clinical manifestations and imaging of pediatric inguinal hernia; 2) To evaluate the results of pediatric laparoscopic inguinal hernia repair by percutaneous needle.* ***Materials and methods:*** *A cross - sectional descriptive study with analysis was conducted on 101 children at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2020 to 2022.* ***Results:*** *In 101 patients with indirect inguinal hernia, there were 89 (88.1%) boys and 12 (1.9%) girls. Age ranged from 2 years to 15 years. There were 86 (85.1%) patients amitted to hospital because of inguinal mass. An inguinal hernia mass was palpated in 77 (76.2%) patients. The mean operating time was 5,8 minutes for the unilateral cases and 9,. minutes for the bilateral inguinal hernia repairs. All the cases were completed laparoscopically without intraoperative complications. A contralateral patent*

processus vaginalis was present in 27.3% (13/101) of the patients. During the follow-up period, 1 recurrences (1%) were observed. No wound complications or umbilical hernias developed. No testicular atrophy was observed. ***Conclusion:*** *Indirect inguinal hernia repair by percutaneous needle can be a routine procedure with results comparable or superior to those with open procedures. The advantages of technique include the following: technically simple, short operation time, inspection of bilateral internal inguinal rings and essentially indiscernible wounds.*

Keywords: *Patent processus vaginalis, indirect inguinal hernia, percutaneous needle.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn và tràn dịch tinh mạc là bệnh lý ngoại khoa rất thường gặp ở trẻ em, trong đó nguyên nhân chính là do tồn tại ống phúc tinh mạc. Bệnh này gặp ở 2-5% trẻ sinh đủ tháng, 9-11% trẻ sinh non tháng và có thể lên tới 30-60% trẻ sinh non tháng nhẹ cân [1]. Nguyên tắc điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em là đóng lại ống phúc tinh mạc tại lỗ bẹn sâu. Mổ mở điều trị thoát vị bẹn là phương pháp điều trị kinh điển. Với sự phát triển của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật nội soi điều trị các bệnh lý này đã tiến triển nhanh chóng trong những thập kỷ qua. Trong số các phẫu thuật khác nhau đã được đưa ra, khâu đóng lỗ bẹn sâu bằng kim xuyên qua da đã được sử dụng rộng rãi với nguy cơ tổn thương thừng tinh thấp, tỉ lệ tái phát thấp và hài lòng về mặt thẩm mỹ. Tác giả Maso Endo đã sáng chế ra kim Endo - Needle phục vụ cho phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn và đã được áp dụng tại các bệnh viện lớn trong đó có Bệnh viện Nhi Trung Ương và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức [2]. Tuy nhiên, do giá thành cao kéo theo chi phí phẫu thuật tăng cao khiến một số bệnh nhi khó tiếp cận được kỹ thuật này. Từ năm 2020, chúng tôi sử dụng kim cải tiến có thể vệ sinh hấp tiệt trùng sử dụng lại nhiều lần nhằm giảm chi phí phẫu thuật nhưng vẫn dựa trên nguyên tắc điều trị của tác giả đưa ra. Sau hai năm áp dụng phương pháp mới chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn bằng kim khâu xuyên qua da tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang với các mục tiêu sau: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thoát vị bẹn ở trẻ em. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn ở trẻ em bằng kim xuyên qua da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp được phẫu thuật nội soi có sử dụng kim khâu xuyên qua da tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 02/2022.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả bệnh nhi từ 16 tuổi trở xuống, không phân biệt giới tính được chẩn đoán thoát vị bẹn (có khối phồng vùng bẹn và kết quả siêu âm chẩn đoán thoát vị bẹn) được phẫu thuật nội soi có sử dụng kim khâu xuyên qua da.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và các thông tin cần nghiên cứu.

Cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhi trong mổ được chẩn đoán là thoát vị bẹn trực tiếp, thoát vị đùi, thoát vị bẹn nghẹt, thoát vị bẹn có kèm ẩn tinh hoàn cùng bên.

Bệnh nhi bị thoát vị bẹn trong mổ phát hiện bệnh lý khác cần phẫu thuật (nang bạch huyết, nang ruột đôi...).

Bệnh nhi bị thoát vị bẹn tái phát sau mổ thoát vị bẹn nội soi.

Bệnh nhi mắc các bệnh lý toàn thân như: tim mạch, viêm phổi,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn bênh trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 02/2022. Trong thời gian đó, chúng tôi ghi nhận được 101 trường hợp thỏa tiêu chuẩn.

- Nội dung nghiên cứu

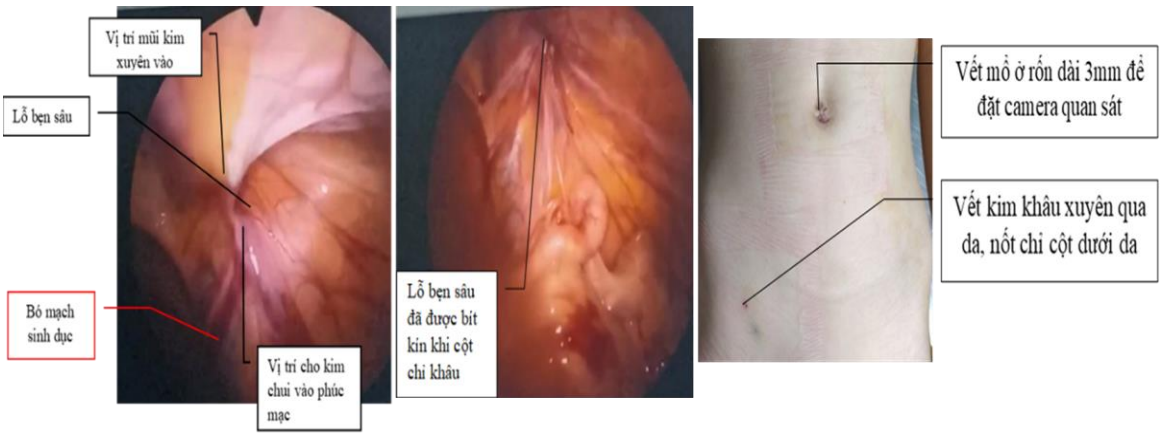
Biến số nghiên cứu: Nhóm tuổi, giới tính, lý do vào viện, triệu chứng thực thể, vị trí thoát vị bẹn, hình ảnh siêu âm, thời gian phẫu thuật trung bình, số túi thoát vị được khâu, biến chứng sau mổ, mức độ đau sau mổ, thời gian nằm viện trung bình sau mổ, tỉ lệ tái phát (theo dõi 1 năm sau phẫu thuật).

Dụng cụ: Hệ thống nội soi ổ bụng, 1 trocar 3,5mm, 1 ống kính nội soi 3,5mm, dây dẫn sáng, bộ kim khâu xuyên qua da, chỉ không tan 2/0.

Hình 1. Kim khâu xuyên qua da

Các bước phẫu thuật: Bệnh nhi được gây mê nội khí quản. Đặt trocar 3,5mm qua vết rạch da vùng rốn. Đưa ống kính nội soi 3,5mm vào ổ bụng quan sát. Kiểm tra lỗ bẹn sâu 2 bên, nếu có thoát vị bẹn sẽ thấy lỗ bẹn sâu rộng. Xác định điểm chọc kim khâu ở da (vùng bụng dưới bên thoát vị, phía ngoài bó mạch thượng vị dưới). Vị trí đầu kim được đưa vào đến phúc mạc (ngoài phúc mạc) ở đỉnh của lỗ bẹn sâu (vị trí 12 giờ). Bơm đẩy hơi từ bơm tiêm để tách phúc mạc, đầu kim đến đâu sẽ bơm đẩy hơi đến đấy để tách phúc mạc tạo khoang trống cho đầu kim đi, không làm tổn thương cơ quan khác. Khâu bán kính phía trong của lỗ bẹn bằng cách luồn kim dưới phúc mạc đến hết bán kính phía trong của lỗ bẹn sâu, tách phúc mạc để luồn kim, không xuyên qua ống dẫn tinh (ở nam) hoặc dây chằng tròn (ở nữ) đến vị trí 6 giờ. Chọc kim xuyên thủng qua phúc mạc vào ổ phúc mạc ở vị trí 6 giờ để tạo thòng lọng. Dùng sợi chỉ gấp đôi lại, cho vào lòng kim để đẩy vào ổ phúc mạc, đến khi thấy thòng lọng nằm trong ổ bụng khoảng 4cm. Từ từ rút kim ra khỏi thành bụng, để lại chỉ để tạo thòng lọng chờ. Chọc kim lại qua da và phúc mạc vào đúng vị trí cũ để khâu tiếp phần còn lại. Ở phần bán kính phía ngoài của lỗ bẹn sâu, luồn kim dưới phúc mạc đến hết bán kính ngoài của lỗ bẹn sâu. Tách qua bó mạch sinh dục rồi cho kim đến vị trí 6 giờ, trong quá trình khâu vẫn kết hợp bơm hơi để tách phúc mạc tạo đường hầm cho đầu kim xuyên dễ dàng, không gây tổn thương các tổ chức bên cạnh. Chọc kim vào ổ phúc mạc đúng vị trí lỗ kim cũ (vị trí 6 giờ, ngay vị trí đặt thòng lọng chờ) và lách đầu kim vào thòng lọng chờ sẵn. Dùng một đầu chỉ ở ngoài luồn vào trong lòng kim cho vào giữa thòng lọng đã chờ sẵn. Rút kim ra, để lại đầu chỉ. Sau đó, kéo cùng lúc 2 đầu chỉ thòng lọng ở ngoài da để rút đầu chỉ ra ngoài. Kéo 2 đầu chỉ kiểm tra mức độ kín của lỗ bẹn sâu. Tạo gút chỉ cột tại vết chọc kim, kéo chặt gút chỉ để cho lỗ bẹn được đóng kín. Vừa cột vừa

đẩy nốt chỉ cột vùi vào dưới da, dùng đầu nhíp để gút chỉ cột vùi kín dưới da. Rút camera và trocar, băng kín vết rạch da ở rốn và vết kim khâu.



Hình 2. Cấu trúc giải phẫu, hình ảnh trong và sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	
Nhóm tuổi	02 đến <05 tuổi	51	50,5%	Tuổi trung bình 5,39 ± 3,27 (tuổi)
	05 đến <10 tuổi	31	30,7%	
	10 đến <16 tuổi	19	18,8%	
Giới	Nam	89	88,1%	
	Nữ	12	11,9%	

Nhận xét: nhóm tuổi từ 2 đến dưới 5 tuổi chiếm đa số với 50,5% các trường hợp. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 5,39 ± 3,27 (tuổi). Giới tính nam chiếm phần lớn các trường hợp trong nhóm nghiên cứu với tỉ lệ 88,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Lý do vào viện	Khối phồng vùng bẹn	86	85,1%
	Đau vùng bẹn bìu	10	9,9%
	Đau bụng	3	3%
	Nôn ói	2	2%
Triệu chứng thực thể	Sờ thấy khối thoát vị	77	76,2%
	Chỉ phát hiện khi tăng áp lực ổ bụng	24	23,8%

Nhận xét: hầu hết các trường hợp đến khám vì khối phồng ở vùng bẹn với tỉ lệ 85,1%, tiếp theo là đau vùng bẹn bìu với 9,9%. Có 23,8% các trường hợp chỉ phát hiện được khối thoát vị khi làm nghiệm pháp tăng áp lực ổ bụng.

Bảng 3. Vị trí thoát vị bẹn

Vị trí	Chẩn đoán lâm sàng	Chẩn đoán nội soi	
		Có thoát vị đối bên	Không thoát vị đối bên
Thoát vị bẹn trái	41 (40,6%)	6 (5,9%)	35 (34,7%)

Vị trí	Chẩn đoán lâm sàng	Chẩn đoán nội soi	
		Có thoát vị đối bên	Không thoát vị đối bên
Vị trí	Chẩn đoán lâm sàng	Chẩn đoán nội soi	
		Có thoát vị đối bên	Không thoát vị đối bên
Thoát vị bẹn phải	53 (52,5%)	7 (6,9%)	46 (45,6%)
Thoát vị bẹn hai bên	7 (6,9%)	7 (6,9%)	0

Nhận xét: tỉ lệ phát hiện thoát vị đối bên khi phẫu thuật nội soi ở thoát vị bẹn trái chiếm 5,9% và ở thoát vị bẹn phải là 6,9%.

Bảng 4. Siêu âm vùng bẹn

Kết quả siêu âm		Số bệnh nhân
Nội dung túi thoát vị	Mạc nối lớn	45 (44,6%)
	Ruột	32 (31,7%)
	Ruột và mạc nối lớn	24 (23,7%)

Nhận xét: tất cả các trường hợp đều siêu âm phát hiện thoát vị bẹn. Ống phúc tinh mạc chưa mạc nối lớn, ruột, ruột và mạc nối lớn với tỉ lệ là 44,6%; 31,7%; 23,7%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian / Vị trí	≤ 5 phút	5-10 phút	10-15 phút	Trung bình
Thoát vị một bên	41 (40,6%)	44 (43,6%)	3 (3%)	5,8 ± 2,3 (phút)
Thoát vị hai bên	0	11 (10,8%)	2 (2%)	9,3 ± 1,6 (phút)

Nhận xét: hầu hết các trường hợp đều mất từ 5-10 phút để hoàn thành phẫu thuật với tỉ lệ 43,6% trong nhóm thoát vị một bên và 10,8% trong nhóm thoát vị hai bên. Tất cả các trường hợp đều có thời gian phẫu thuật không quá 15 phút. Một số trường hợp thuận lợi chỉ mất dưới 5 phút để hoàn tất với tỉ lệ 40,6%.

Bảng 6. Các yếu tố trong và sau phẫu thuật

Yếu tố		Kết quả
Tổng số bệnh nhân		101
Số túi thoát vị được khâu		121
Biến chứng sau mổ	Tụ máu vết mổ	0
	Sưng vùng bìu	1 (1%)
	Sốt	0
	Nhiễm trùng vết mổ	0
Đau sau mổ (Wong - Baker)	Không đau	82 (81,2%)
	Đau nhẹ	19 (18,8%)
Thời gian nằm viện sau mổ	Xuất viện trong ngày	93 (92,1%)
	Xuất viện hậu phẫu thứ nhất	6 (5,9%)
	Xuất viện hậu phẫu thứ hai	2 (2%)
Tái phát	Trên số bệnh nhân	1/101 (1%)
	Trên số túi thoát vị đã được khâu	1/121 (0,8%)

Nhận xét: có 121 túi thoát vị được khâu trên tổng số 101 bệnh nhân. Biến chứng sưng vùng bìu xảy ra ở 1 trường hợp (chiếm tỉ lệ 1%). Đánh giá mức độ đau sau mổ theo Wong - Baker có 19 trường hợp đau nhẹ (chiếm 18,8%), còn lại là các trường hợp không đau sau mổ.

Hầu hết các bệnh nhi đều được xuất viện trong ngày phẫu thuật với 93 trường hợp (chiếm 92,1%). Theo dõi sau mổ ghi nhận 1 trường hợp thoát vị tái phát (chiếm tỉ lệ 1%).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã được chứng minh là khả thi và an toàn ở bệnh nhi kể từ năm 1975 khi phẫu thuật nội soi lần đầu tiên được sử dụng để điều trị tắc ruột non. Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn là một lựa chọn ngoài phương pháp mổ mở. [3].

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 5,39 ± 3,27 tuổi, tương đương với nghiên cứu của Thomas D.T là 5,6 ± 1,2 tuổi [4] và Nguyễn Việt Hoa (2022) 5,1 ± 2,78 tuổi [5]. Không có trường hợp nào dưới 2 tuổi là do chúng tôi không chỉ định mổ cho nhóm tuổi này vì chúng tôi cũng đồng quan điểm với khuyến cáo của các nghiên cứu khác về độ tuổi khâu đóng ống phúc tinh mạc sau 2 tuổi để tránh nguy cơ mổ không cần thiết cho những trẻ có khả năng tự đóng kín ống phúc tinh mạc. Tỉ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 7,4/1. Sự khác biệt về giới tính cho thấy bệnh ít gặp ở trẻ gái do không có sự liên quan tới sự di chuyển của tinh hoàn như ở trẻ trai.

Chúng tôi ghi nhận phần lớn các bệnh nhân được người thân đưa đi khám do thấy xuất hiện khối bất thường ở vùng bẹn chiếm 85,1%, tiếp theo là đau vùng bẹn bìu chiếm 9,9%. Kết quả tương đồng với Nguyễn Việt Hoa (2022) [5] với 85,8% các trường hợp có khối phồng ở vùng bẹn, bìu hoặc môi lớn. Điều này cũng phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng khi còn OPTM dẫn đến tạng trong ổ bụng đi xuống gây ra giãn nở vùng bẹn, bìu và có thể gây đau trong trường hợp thoát vị bẹn kẹt hoặc nghẹt. Bên cạnh đó, trong 101 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi phát hiện được 12,8% trường hợp thoát vị bẹn bên đối diện chưa biểu hiện lâm sàng. Đây cũng là một ưu điểm của phương pháp mổ nội soi so với mổ mở. Phát hiện thoát vị bẹn đối bên, phẫu thuật viên sẽ xử trí trước khi có thoát vị bẹn thực sự cho bệnh nhân.

Thời gian phẫu thuật một số trường hợp thuận lợi chỉ mất dưới 5 phút để hoàn tất với tỉ lệ 40,6%. Tác giả Takehara và các cộng sự ghi nhận thời gian phẫu thuật đóng lỗ bẹn sâu qua da ngoài phúc mạc tương đương với thời gian cần thiết cho một ca mổ mở thông thường. Đối với thoát vị một bên, thời gian mổ nội soi là 15 đến 20 phút ở nam và 10 đến 15 phút ở nữ. Thời gian mổ cho thoát vị hai bên là 20 đến 25 phút ở nam và 15 đến 20 phút ở nữ [6]. Tác giả giải thích: sự khác biệt về thời gian giữa trẻ trai và trẻ gái đến từ việc phẫu tích tỉ mỉ thừng tinh khỏi phúc mạc. Do tiếp xúc chặt chẽ giữa thừng tinh và phúc mạc, nên tách các cấu trúc này trước bằng đốt điện và dụng cụ kẹp, mặc dù đối với những phẫu thuật viên đã quen với phẫu thuật nội soi, bước này có thể được rút ngắn, kết quả là giảm được 4 phút cho một lần mổ ở một bên. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình trong nhóm thoát vị bẹn một bên là 5,8 ± 2,3 phút và đối với nhóm thoát vị hai bên là 9,3 ± 1,6 phút. Hầu hết các trường hợp đều mất từ 5-10 phút để hoàn thành phẫu thuật với tỉ lệ 43,6% trong nhóm thoát vị một bên và 10,8% trong nhóm thoát vị hai bên và không có trường hợp nào kéo dài quá 15 phút. Thời gian đầu mới triển khai phương pháp tại Bệnh viện hầu hết các trường hợp đều mất khoảng 10 đến 15 phút để khâu cột túi thoát vị nhưng sau khi đã thực hiện được khoảng trên 30 trường hợp chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật sẽ giảm dần theo kinh nghiệm. Trong nhóm nghiên cứu có 12 trường hợp phát hiện được thoát vị đối bên khi phẫu thuật chiếm 12,8%. Đánh giá mức độ đau sau mổ theo Wong - Baker có 19 trường hợp đau nhẹ chiếm 18,8%, còn lại không ghi nhận đau sau mổ. Chính vì lí do đó, có đến 93 trường hợp được xuất viện ngay trong ngày phẫu thuật chiếm tỉ lệ

92,1% và trong ngày hậu phẫu thứ nhất có 6 trường hợp chiếm 5,9%. Nghiên cứu của tác giả Manoj Saha cũng ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là 24 giờ [7]. Tham khảo nghiên cứu của các tác giả khác, đa số quan điểm đều cho rằng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có thời gian nằm viện ngắn hơn so với điều trị thoát vị bẹn bằng mổ mở [8]. Điều này được giải thích bởi phẫu thuật nội soi phẫu tích nhẹ nhàng hơn, ít đau hơn sau mổ cũng như thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm hơn nên bệnh nhân có thể xuất viện sớm hơn so với mổ mở [9]. Ca tái phát trong nhóm nghiên cứu ở trẻ nữ 38 tháng tuổi tái phát sau mổ 1 năm, bệnh nhi được phẫu thuật nội soi lần 2 đánh giá lại cho thấy hình ảnh sẹo hóa được hình thành, nhưng có 1 kẽ hở ở vị trí 6 giờ nơi đi vào của dây chằng tròn. Nghiên cứu của tác giả Yusuf A. Kara và các cộng sự thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ trên 227 bệnh nhi được khâu kín ống phúc tinh mạc bằng kim xuyên qua da. Tác giả ghi nhận được có 7 trường hợp tái phát, trong đó 3 trường hợp áp dụng phương pháp mổ mở trong lần mổ lại và 4 trường hợp phẫu thuật nội soi [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn gián tiếp bằng kim có thể áp dụng một cách thường quy với kết quả tương đương hoặc tốt hơn so với mổ mở. Các ưu điểm của kỹ thuật bao gồm: kỹ thuật đơn giản, thời gian mổ ngắn, nằm viện ngắn, kiểm tra được lỗ bẹn sâu hai bên và các vết mổ hầu như rất nhỏ. Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em bằng kim khâu xuyên qua da là một phương pháp an toàn và hiệu quả. Phương pháp này không đòi hỏi dụng cụ quá phức tạp giúp cho các tuyến cơ sở có thể áp dụng một cách rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R. Craner Domenic, C. Glenn Ian, A. Ponsky Todd. Inguinal Hernia Repair in Children. Springer International Publishing. 2018. 139-147. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92892-0_18.
2. Endo M., Watanabe T., Nakano M., Yoshida F., Ukiyama E. Laparoscopic completely extraperitoneal repair of inguinal hernia in children: a single-institute experience with 1,257 repairs compared with cut-down herniorrhaphy. *Surg Endosc*, 2009, 23(8), 1706-1712. https://doi.org/10.1007/s00464-008-0300-7.
3. Miller R., Clarke S. Inguinal Hernias in Babies and Children. Springer International Publishing. 2018. 315-333. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63251-3_21.
4. Thomas D. T., Göcmen K. B., Tulgar S., Boga I. Percutaneous internal ring suturing is a safe and effective method for the minimal invasive treatment of pediatric inguinal hernia: Experience with 250 cases. J Pediatr Surg, 2016, 51(8), 1330-1335. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.11.024
5. Nguyễn Việt Hoa, Phạm Quang Hùng, Vũ Hồng Tuân. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn ở trẻ em có sử dụng kim xuyên qua da tự chế. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 510(1), 245-249. https://doi.org/10.51298/vmj.v510i1.1942.
6. McClain L., Streck C., Lesher A., Cina R., Hebra A. Laparoscopic needle-assisted inguinal hernia repair in 495 children. Surg Endosc, 2015, 29(4), 781-786. https://doi.org/10.1007/s00464-014-3739-8.
7. Saha M. Laparoscopic Extracorporeal Ligation of the Internal Inguinal Ring by a Spinal Needle: a Simple Method of Hernia Repair in Children. Indian J Surg, 2016, 78(2), 85-89. https://doi.org/10.1007/s12262-015-1321-9.
8. Lim J. M., Chang H. K., Park S. J. Laparoscopic Pediatric Inguinal Hernia Repair; Intracorporeal Purse-String Suture Using Needlescopic 2-mm Instruments. J Minim Invasive Surg, 2020, 23(1), 30-35. https://doi.org/10.7602/jmis.2020.23.1.30.

9. Kulaylat Afif N., Martin Kathryn Lynn. Pediatric Inguinal Hernia. Springer International Publishing. 2019. 517-520. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98497-1_127.
10. Kara Y. A., Yağız B., Balcı Ö, Karaman A., Özgüner İ F. et al. Comparison of Open Repair and Laparoscopic Percutaneous Internal Ring Suturing Method in Repairing Inguinal Hernia in Children. *Cureus*, 2021, 13(4), 14253-14262. https://doi.org/10.7759/cureus.14262.

(Ngày nhận bài: 14/10/2022 - Ngày duyệt đăng: 09/5/2023)