

**PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI
PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH NHÂN
TRÊN 40 TUỔI NĂM 2020 – 2022**

Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Năng*
Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
**Email: nguyeminhtienk39@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp, có nhiều phương pháp điều trị bao gồm mổ mở và nội soi. Tại Cần Thơ, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn ở những bệnh nhân trên 40 tuổi chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ, vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại thoát vị bẹn ở bệnh nhân trên 40 tuổi; 2. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc ở bệnh nhân trên 40

tuổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang ở 80 bệnh nhân trên 40 tuổi, được điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $59,1 \pm 11,6$. Có 11,2% bệnh nhân thoát vị bẹn 2 bên, thoát vị bẹn bên phải 52,5%, bên trái 36,3%. Thoát vị bẹn gián tiếp chiếm tỉ lệ 81,3%, trực tiếp 12,5% và hỗn hợp 6,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $60,3 \pm 21,3$ phút. Có 3,8% trường hợp rách phúc mạc và 1,2% tổn thương động mạch thương vị dưới. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $2,3 \pm 0,8$ ngày. Đánh giá kết quả sớm: Tốt 36,3%, khá 61,2% và trung bình 2,5%. Kết quả sau 12 tháng: Tốt 97,5%, khá 2,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc ở bệnh nhân trên 40 tuổi là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, bệnh nhân trên 40 tuổi, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR FOR INGUINAL HERNIA IN PATIENTS OVER 40 YEARS OLD IN 2020 – 2022

Nguyen Minh Tien*, Pham Van Nang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Inguinal hernia is a common surgical condition with many methods of treatment including open surgery and laparoscopic one. At Can Tho, the laparoscopic totally extraperitoneal repair for inguinal hernia in patients over 40 years old has not been adequately studied. Therefore, this study was conducted. **Objectives:** 1. To determine clinical and subclinical features, classification of inguinal hernia in patients over 40 years old; 2. To evaluate the results of the laparoscopic totally extraperitoneal repair for inguinal hernia in patients over 40 years old at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** This was a prospective, cross-sectional study on 80 patients over 40 years old with inguinal hernias who underwent laparoscopic totally extraperitoneal repair. **Results:** The mean age of patients was 59.1 ± 11.6 years old. Bilateral inguinal hernia were 11.2%, on right side were 52.5%, on left side were 36.3%. 81.3% were indirect inguinal hernia, 12.5% were direct and 6.2% were combined. Mean operating time was 60.3 ± 21.3 minutes. The rate of peritoneal tear was 3.8%, inferior epigastric artery injury was 1.2%. The mean time of hospital stay was 2.3 ± 0.8 days. Assessment of early results: very good, good and average accounted for 36.3%, 61.2% and 2.5%, respectively. Assessment of late results after 12 months: very good and good accounted for 97.5% and 2.5%, respectively. **Conclusion:** Laparoscopic totally extraperitoneal repair for inguinal hernia in patients over 40 years old is a safe and effective.

Keywords: Inguinal hernia, patients over 40 years old, laparoscopic totally extraperitoneal repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp, có nhiều phương pháp điều trị bao gồm mổ mở và nội soi. Kể từ khi kỹ thuật nội soi được giới thiệu, mọi sự chú ý đều tập trung vào không gian trước phúc mạc cũng như quá trình tiếp cận từ ngã trước. Năm 1993, J Barry McKernan và Henry L. Laws đã giới thiệu kỹ thuật đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP – Totally Extraperitoneal) [13]. TEP có những ưu điểm như không làm tổn thương phúc mạc và tránh được nguy cơ tổn thương các tạng cũng như viêm dính ruột sau mổ. Phương pháp này đã được hầu hết phẫu thuật viên trong và ngoài nước lựa chọn.

Peacock và Madden cho rằng bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên có sự biến đổi cân, cơ, mạc, do giảm quá trình tổng hợp và tăng quá trình thoái hóa collagen làm suy yếu cấu trúc thành ống bẹn dễ gây thoát vị mắc phải [14]. Tại Cần Thơ, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn ở những bệnh nhân trên 40 tuổi chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân loại và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn ở người trên 40 tuổi bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2020 - 2022” với mục tiêu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại thoát vị bẹn ở bệnh nhân trên 40 tuổi.

+ Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc ở bệnh nhân trên 40 tuổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân (BN) >40 tuổi, được điều trị TVB bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2020 – 2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN từ 40 tuổi trở lên; TVB 1 bên hoặc 2 bên, trực tiếp, gián tiếp hoặc hỗn hợp; chỉ số ASA I, ASA II; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** TVB nghẹt, hoại tử, tái phát; BN có tiền sử phẫu thuật như đặt tấm lưới nhân tạo để phục hồi thành bụng do thoát vị thành bụng ở khoang tiền phúc mạc vùng chậu hoặc phẫu thuật lấy sỏi niệu quản đoạn chậu; tiền sử xạ trị vùng chậu, nhiễm trùng toàn thân hoặc khu trú vùng chậu mới xảy ra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

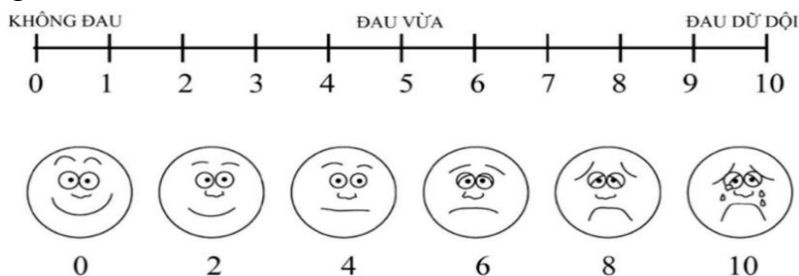
- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 80 trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Tất cả các BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được phẫu thuật ở địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của BN (tuổi và giới tính), đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (thời gian mắc bệnh, vị trí khối thoát vị, loại thoát vị, yếu tố thuận lợi gây TVB, ASA (American Society of Anesthesiologists) và siêu âm bẹn – bìu trước mổ đánh giá nội dung túi thoát vị), đánh giá kết quả sớm sau mổ (thời gian mổ, loại mảnh ghép sử dụng, các tai biến trong lúc mổ, đau sau mổ theo thang điểm đau hiển thị (VAS: Visual Analog Scale), thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng sớm sau mổ và đánh giá kết quả sớm sau mổ), đánh giá kết quả muộn sau mổ (các biến chứng muộn sau mổ, đánh giá kết quả muộn sau mổ và đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas).

+ Thang điểm đau hiển thị:



+ Chúng tôi tiến hành đánh giá chất lượng cuộc sống qua 4 lần tái khám theo thang điểm Carolinas về cảm giác mảnh ghép, cảm giác đau ở 8 tiêu chí và giới hạn vận động ở 7 tiêu chí. BN được hỏi và đánh giá các mức điểm từ 0 đến 5 [12], cụ thể:

0 = Không triệu chứng.

1 = Triệu chứng nhẹ, không gây khó chịu.

2 = Triệu chứng nhẹ, có gây khó chịu.

3 = Triệu chứng trung bình và/hoặc thường xuyên.

4 = Triệu chứng nặng.

5 = Triệu chứng nghiêm trọng.

- **Phân tích và xử lý thống kê:** Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Nội dung nghiên cứu		Kết quả
Tuổi trung bình		59,1±11,6 (41-91) tuổi
Giới tính	Nam	98,8%
	Nữ	1,2%
Thời gian mắc bệnh	<6 tháng	43,8%
	6-12 tháng	15%
	>12 tháng	41,2%
Vị trí thoát vị	Bên phải	52,5%
	Bên trái	36,3%
	Hai bên	11,2%
Loại thoát vị	Gián tiếp	81,3%
	Trực tiếp	12,5%
	Hỗn hợp	6,2%
Yếu tố thuận lợi	Táo bón kinh niên	13,8%
	U xơ tiền liệt tuyến	6,3%
	Viêm phế quản mạn	2,5%
	Hen phế quản	2,5%
	Lao phổi cũ	1,3%
ASA	Trung bình	1,85±0,4
	I	15%
	II	85%
Siêu âm bẹn – bìu phát hiện nội dung thoát vị		93,7%

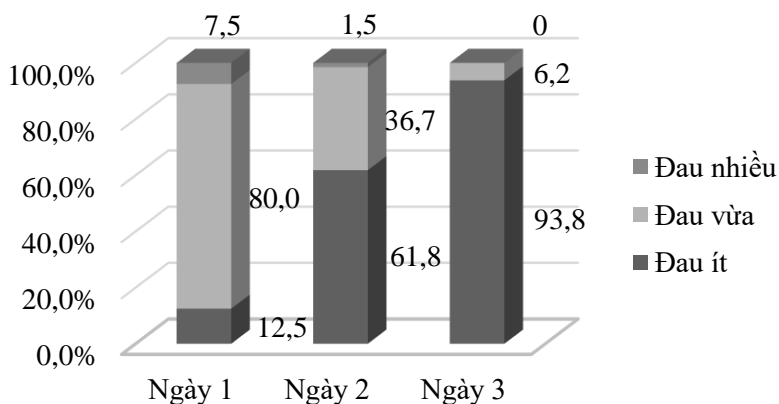
Nhận xét: Bệnh lý TVB thường gặp ở nam giới lớn tuổi, loại gián tiếp bên phải. Thời gian mắc bệnh <6 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 43,8%. Có 22,5% BN có ít nhất một yếu tố thuận lợi gây TVB, trong đó táo bón kinh niên chiếm tỉ lệ cao nhất 13,8%. ASA trung bình $1,85 \pm 0,4$, trong đó ASA II chiếm tỉ lệ cao nhất 85%. Siêu âm bẹn – bìu phát hiện nội dung thoát vị chiếm tỉ lệ 93,7%.

3.2. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 2. Đánh giá trong lúc mổ

Nội dung nghiên cứu		Kết quả
Thời gian phẫu thuật	Trung bình chung	60,3±21,3 (30-150) phút
	Mảnh ghép 2D	63,1±23,5 phút
	Mảnh ghép 3D	51,3±8,1 phút
	Có tai biến	87,5±26,3 phút
	Không có tai biến	58,8±20,3 phút
	Kết quả tốt	53,3±14,5 phút
	Kết quả khá	65,1±23,6 phút
Tai biến trong lúc mổ	Rách phúc mạc	3 BN (3,8%)
	Tổn thương động mạch thượng vị dưới	1 BN (1,3%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật nhóm mảnh ghép 3D ngắn hơn 2D, nhóm không có tai biến ngắn hơn có tai biến, nhóm có kết quả tốt sau mổ ngắn hơn có kết quả khá. Tỉ lệ tai biến chung là 5%, trong đó: Rách phúc mạc 3,8% và tổn thương động mạch thượng vị dưới 1,3%.



Biểu đồ 1. Đánh giá đau sau mổ theo thang điểm đau hiển thị

Nhận xét: Ngày hậu phẫu thứ 1 đau vừa chiếm tỉ lệ cao nhất 80%, đến ngày hậu phẫu thứ 2 đau nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 61,8% và ở ngày hậu phẫu thứ 3 có 93,8% trường hợp đau nhẹ.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $2,3 \pm 0,8$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 5 ngày. Tỉ lệ biến chứng sớm chung sau mổ 6,3%, cụ thể: Tụ thanh dịch 2 BN (2,5%), 2 BN tràn khí dưới da (2,5%) và 1 BN bí tiểu sau mổ (1,3%). Đánh giá kết quả sớm sau mổ được áp dụng theo tiêu chuẩn của các tác giả Nguyễn Văn Liễu và Bùi Đức Phú [4]. Trong đó, kết quả tốt là 36,3%, khá 61,2% và trung bình 2,5%.

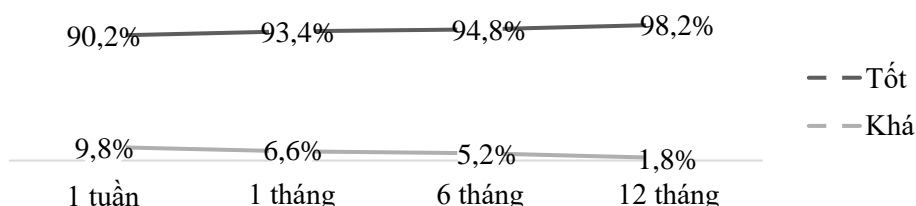
3.3. Đánh giá kết quả muộn sau phẫu thuật

Bảng 3. Biến chứng muộn sau phẫu thuật

Biến chứng	1 tuần	1 tháng	6 tháng	12 tháng
	BN và tỉ lệ	BN và tỉ lệ	BN và tỉ lệ	BN và tỉ lệ
Tụ thanh dịch bẹn – bìu	2 (2,5%)	0	0	0
Đau vùng mông, đau mạn tính	2 (2,5%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)
Rối loạn cảm giác bẹn bìu	2 (2,5%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)

Nhận xét: 2 BN rối loạn cảm giác bẹn bìu có 1 BN tê – rất và 1 BN khó chịu vùng mông. 2 BN đau vùng mông/ đau mạn tính sau mổ đều đau mức độ nhẹ theo VAS.

Đánh giá kết quả muộn sau mổ theo tiêu chuẩn của các tác giả Nguyễn Văn Liễu và Bùi Đức Phú [4]. Chúng tôi ghi nhận:



Biểu đồ 2. Đánh giá kết quả muộn sau mổ

Nhận xét: Qua 4 lần tái khám đều cho kết quả tốt >90%.

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas [12]: Qua 4 lần tái khám không có BN nào than phiền về cảm giác mảnh ghép và giới hạn vận động.

Bảng 4. Cảm giác đau qua 4 lần tái khám theo thang điểm Carolinas

Thời gian tái khám	1 tuần	1 tháng	6 tháng	12 tháng
Cảm giác đau	2,6 ± 2,7	0,6 ± 1,1	0,06 ± 0,33	0,03 ± 0,16

Nhận xét: Cảm giác đau theo thang điểm Carolinas cải thiện sớm và nhanh chóng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có độ tuổi trung bình là 59,1±11,6, nhỏ nhất là 41 và lớn nhất là 91 tuổi, có 98,8% BN trong nghiên cứu là nam giới. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu sau: Phan Đình Tuấn Dũng với tuổi trung bình là 62,2±13,3 và 100% BN là nam [2], Lê Huy Cường 61,8 ± 12,2 tuổi và 98,6% BN là nam [1], Xue-Lu Zhou và cs 63,2 tuổi và 98% BN là nam [15]. Theo y văn TVB ở nam gấp 8 – 10 lần ở nữ [10] và BN >40 tuổi tăng nguy cơ TVB [14]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả giống như trong y văn, TVB là một bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi, đặc biệt là trên 40 tuổi.

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi có triệu chứng đến lúc phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mắc bệnh <6 tháng chiếm tỉ lệ 43,8%, 6-12 tháng 15% và >12 tháng 41,2%. Nghiên cứu của Đỗ Mạnh Toàn ghi nhận thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất 45,3% [7]. Điều này chứng tỏ xu hướng của BN đến khám bệnh để được điều

trị sớm chưa được hình thành, có lẽ do đây là một bệnh lành tính, các triệu chứng tiến triển từ từ, ít gây ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt trừ khi có biến chứng nghẹt hoặc tắc ruột.

Chúng tôi ghi nhận TVB bên phải chiếm tỉ lệ cao nhất 52,5%, các công trình nghiên cứu khác có kết quả TVB phải chiếm ưu thế như của Phan Đình Tuấn Dũng là 52,2% [2], Lê Huy Cường là 55,7% [1] và Xue-Lu Zhou là 60,2% [15]. TVB gián tiếp chiếm tỉ lệ vượt trội là 81,3%. Các nghiên cứu ghi nhận TVB gián tiếp chiếm ưu thế như: Lê Quốc Phong là 54,9% [6], Đỗ Mạnh Toàn là 57,7% [7] và Trần Thanh Tuấn là 73,46% [8]. Như vậy, TVB bên phải và loại gián tiếp là bệnh cảnh lâm sàng thường gặp nhất.

Đối với bệnh lý TVB, cần phải chú ý đến các tiền sử nội khoa làm gia tăng áp lực ổ bụng thường xuyên gây co cơ, giãn cân cơ mạc, tích lũy lâu ngày làm yếu thành bụng chính là yếu tố thuận lợi gây ra TVB như: Táo bón kinh niên, u xơ tiền liệt tuyến, viêm phế quản mạn tính, lao phổi cũ, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... [2]. Chúng tôi ghi nhận, có 22,5% BN có ít nhất một yếu tố thuận lợi gây ra TVB, trong đó táo bón kinh niên là tiền sử thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 13,8%. Kết quả nghiên cứu này cao hơn của tác giả Lê Quốc Phong, trong đó táo bón kinh niên cũng là tiền sử chiếm tỉ lệ cao nhất 5% và xét về yếu tố thuận lợi gây TVB thì khoảng 17,1% [6]. Thang điểm ASA được đánh giá trước mổ nhằm tiên lượng độ an toàn của phẫu thuật, trong nghiên cứu này điểm ASA trung bình $1,85 \pm 0,4$ và ASA II chiếm tỉ lệ cao nhất 85%, kết quả này tương đương nghiên cứu của Lê Huy Cường với ASA trung bình $1,8 \pm 0,4$ và ASA II chiếm tỉ lệ 80% [1]. Điều này có thể giải thích vì nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trên 40 tuổi do đó thường mắc các bệnh lý nội khoa kèm theo.

Siêu âm bẹn – bìu là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán TVB với độ nhạy 74,5% và độ đặc hiệu là 96,3% [10]. Tất cả BN trong nghiên cứu này đều được siêu âm bẹn – bìu đánh giá nội dung thoát vị trước mổ, kết quả 93,7% trường hợp phát hiện nội dung thoát vị. Tỉ lệ này tương đương nghiên cứu của Lê Huy Cường là 98,6% [1] và Trần Thanh Tuấn là 100% [8].

4.2. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $60,3 \pm 21,3$ phút, ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 150 phút. Kết quả tương đương với các nghiên cứu sau: Phan Đình Tuấn Dũng là $60,8 \pm 19,8$ phút [2], Trần Thanh Tuấn là $60,91 \pm 13,37$ phút [8] và Xue-Lu Zhou là 63 phút [15]. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nhóm BN sử dụng mảnh ghép 3D là $51,3 \pm 8,1$ phút ngắn hơn nhóm 2D là $63,1 \pm 23,5$ phút, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Tất cả các tai biến được ghi nhận trong lúc mổ, tỉ lệ tai biến chung là 5% tương đương kết quả nghiên cứu của Asad Ghazzal [9], cụ thể: Có 3 trường hợp rách phúc mạc (3,8%), kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Huy Cường là 2,9% [1] nhưng thấp hơn kết quả của các nghiên cứu như: Phan Đình Tuấn Dũng là 8,7% [2], Trần Thanh Tuấn là 14,3% [8] và Xue-Lu Zhou là 10,1% [15]; có 1 trường hợp tổn thương động mạch thượng vị dưới (1,3%) cho kết quả tương đối thấp hơn nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng là 1,5% [2] và Asad Ghazzal là 3% [9]. Thời gian mổ trung bình ở nhóm BN có tai biến là $87,5 \pm 26,3$ phút cao hơn nhóm BN không có tai biến là $58,8 \pm 20,3$ phút, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,008$.

Sau phẫu thuật chúng tôi tiến hành đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, ở ngày hậu phẫu thứ 1 đau vừa chiếm tỉ lệ cao nhất 80%, đến ngày hậu phẫu thứ 2 đau nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 61,8% và ở ngày hậu phẫu thứ 3 có 93,8% trường hợp đau nhẹ. Kết quả này cho thấy mức độ đau cải thiện nhanh hơn nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng, ngày

hậu phẫu thứ 1 đau vừa chiếm tỉ lệ cao nhất 67,2% đến ngày hậu phẫu thứ 3 thì đau nhẹ chiếm tỉ lệ 65,1% [2]. Như vậy, TEP là một phương pháp phẫu thuật ít đau, phục hồi sớm sau mổ.

Tỉ lệ biến chứng sớm chung sau mổ 6,3% thấp hơn nghiên cứu của Xue-Lu Zhou là 9% [15], cụ thể: Tụ thanh dịch 2 BN (2,5%) kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thanh Tuấn là 10,2% [8], Xue-Lu Zhou là 6% [15]; có 2 BN tràn khí dưới da (2,5%), kết quả này thấp hơn nghiên cứu Kalwanniya là 6,2% [11]; và có 1 BN bí tiểu sau mổ (1,3%), kết quả này tương đương nghiên cứu Trần Thanh Tuấn là 2,04% [8]. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $2,3 \pm 0,8$ ngày tương đương kết quả nghiên cứu của Lê Huy Cường là $2,1 \pm 0,6$ ngày [1] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thanh Tuấn là $3,12 \pm 0,92$ ngày [8]. Kết quả trên cho thấy phẫu thuật TEP có thời gian nằm viện sau mổ ngắn, phục hồi sớm sau mổ.

Đánh giá kết quả sớm sau mổ ghi nhận: Kết quả tốt chiếm 36,3%, khá 61,2% và trung bình 2,5%. Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của thời gian mổ trung bình trong kết quả sớm sau mổ theo tiêu chuẩn trên ($F=3,749$, $p=0,028$) ($53,3 \pm 14,5$ phút ở nhóm BN kết quả tốt và $65,1 \pm 23,6$ phút ở nhóm BN kết quả khá). BN được đánh giá kết quả tốt sau mổ có thời gian mổ trung bình khác với BN có kết quả khá ($p=0,044$).

4.3. Đánh giá kết quả muộn sau phẫu thuật

Tỉ lệ biến chứng chung qua 4 lần tái khám là: 1 tuần sau mổ chiếm tỉ lệ 7,5%, 1 tháng sau mổ chiếm 5%, 6 tháng sau mổ chiếm 5% và 12 tháng sau mổ chiếm 2,6%. Cụ thể:

+ Tụ thanh dịch bẹn – bìu ở lần tái khám thứ nhất có 2 BN chiếm tỉ lệ 2,5% và ở 3 lần tái khám sau đó không ghi nhận biến chứng này, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Huy Cường là 1,4% [1] và thấp hơn nghiên cứu của Trần Thanh Tuấn là 10,2% [8].

+ BN được coi là dị cảm khi bị tê – rát, mất cảm giác, khó chịu vùng mổ và thốn [3] trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN dị cảm chiếm tỉ lệ 2,5% qua 4 lần tái khám, trong đó có 1 BN tê – rát và 1 BN khó chịu vùng mổ, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Đỗ Nhân ghi nhận tỉ lệ này qua các lần tái khám là: 17,9% sau 3 tháng, 12,5% sau 6 tháng và 3,7% sau 12 tháng [5].

+ Đau mạn tính được định nghĩa là đau kéo dài ≥ 6 tháng sau mổ [3], trong nghiên cứu này có 2 BN đau vùng mổ qua 4 lần tái khám chiếm tỉ lệ 2,5% và cả 2 BN đều đau ở mức độ nhẹ. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Đỗ Nhân ghi nhận tỉ lệ này qua các lần tái khám là: 19,6% sau 3 tháng, 8,9% sau 6 tháng và 7,4% sau 12 tháng [5] và Hiệp hội phẫu thuật TVB với tỉ lệ đau mạn tính sau mạn tính sau mổ 10-12% và có khoảng 1-3% BN đau mạn tính mức độ nặng [10].

+ Nghiên cứu của chúng tôi qua 4 lần tái khám đều cho kết quả tốt >90%, kết quả này tương đương nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng: Lần thứ nhất tốt 89,9%, lần thứ hai 92,2% và thứ ba 95,1% [2]. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas [12]: Qua 4 lần tái khám không có BN nào than phiền về cảm giác mảnh ghép và giới hạn vận động kết quả này tương đương nghiên cứu của Lê Huy Cường [1]. Cảm giác đau trong nghiên cứu của chúng tôi cải thiện nhanh chóng. Chúng tôi tiến hành so sánh cảm giác đau trung bình tại thời điểm lần tái khám cuối cùng so với lần tái khám đầu tiên, ghi nhận sự khác biệt cảm giác đau sau 12 tháng và cảm giác đau sau 1 tuần là 2,6 điểm với khoảng tin cậy 95% sự khác biệt này là 2,02 điểm đến 3,18 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($t_{79} = 8,918$, $p < 0,001$). Nghiên cứu của Trần Đỗ Nhân ghi nhận sau mổ 12 tháng: Tỉ lệ đau nhiều là 5,6%, còn cảm giác mảnh ghép nhiều là 5,6% và hạn chế vận động nhiều là 3,7%

[5]. Như vậy, qua đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas chúng tôi đưa ra kết luận rằng trong nghiên cứu của chúng tôi BN có chất lượng cuộc sống cải thiện tốt hơn sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị TVB ở bệnh nhân trên 40 tuổi là an toàn và hiệu quả. Thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, mức độ đau sau mổ, tai biến và biến chứng thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây, kết quả muộn qua các lần tái khám đều cho kết quả tốt >90% và chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas cải thiện tốt hơn sau mổ. Điều này chứng tỏ kinh nghiệm của phẫu thuật viên hiện nay đã được nâng cao đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Huy Cường (2019), Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc ở bệnh nhân trên 40 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Phan Đình Tuấn Dũng (2017), 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 văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Vương Thừa Đức, Dương Ngọc Thành (2011), “Đau mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn”, *Tạp chí Y Dược học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15(1), 115-123.
4. Nguyễn Văn Liễu (2004), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn, Học viện Quân Y Hà Nội.
5. Trần Đỗ Nhân (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc ở bệnh nhân thoát vị bẹn theo thang điểm Carolinas, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Lê Quốc Phong (2015), Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. Đỗ Mạnh Toàn (2019), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hà Nội.
8. Trần Thanh Tuấn (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo 3D nội soi ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2018 – 2019, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
9. Ghazzal A., Qatawneh T., Abusiene A. (2012), “Total extra peritoneal laparoscopic inguinal hernioplasty: Early experience at the royal medical services hospitals of Jordan Armed forces”, *Journal of the royal medical services*, 18(2), 5-10.
10. Hernia Surge Group (2018), “International guidelines for groin hernia management”, *Hernia*, 22(1), 1-165.
11. Kalwaniya D.S., et al. (2019), “Subcutaneous emphysema following laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair - a case series”, *International Journal of Current Advanced Research*, 8(11), 18527-18530.
12. Mahroos M.A., Vassiliou M. (2017), “Laparoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) Inguinal Hernia Repair”, *Textbook of Hernia*, Springer International, Switzerland, 99-107.

13. McKernan Barry J., Henry Laws L. (1993), “Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach”, *Surg Endosc*, 7, 26-28.
14. Peacock E., Madden W. (1974), “Studies on the Biology and Treatment of Recurrent Inguinal Hernia”, *Ann. Surg.* , 179(5), 567-571.
15. Zhou Xue-Lu, *et al.* (2021), “Totally Extraperitoneal Herniorrhaphy (TEP): Lessons Learned from Anatomical Observatio”, *Minimally Invasive Surgery*, 1-8.

(Ngày nhận bài: 26/7/2022 – Ngày duyệt đăng: 08/10/2022)
