

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

**Tổng Hải Dương^{1*}, Phạm Văn Năng², Trần Minh Điền¹, Trương Nhật Nguyên¹,
Huỳnh Trọng Tinh¹, Dương Tuấn Tú¹, Nguyễn Thị Bảo Châu¹**

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 19210410613@student.ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Thoát vị thành bụng là bệnh lý phổ biến trong thực hành phẫu thuật. Đặt mảnh ghép nhân tạo phục hồi thoát vị thành bụng đã được công nhận mang lại hiệu quả cao. Tuy nhiên đặt mesh qua mổ hở hay nội soi vẫn đang tranh cãi. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo trong phúc mạc là một kỹ thuật mới trong điều trị thoát vị thành bụng. Ưu điểm của phương pháp này đặc biệt là tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp.

Từ khóa: thoát vị thành bụng, phục hồi thoát vị thành bụng, phẫu thuật nội soi – IPOM

ABSTRACT

UPDATE OF LAPAROSCOPIC VENTRAL HERNIA REPAIR

**Tong Hai Duong¹, Pham Van Nang², Tran Minh Dien¹, Truong Nhat Nguyen¹,
Huynh Trong Tinh¹, Duong Tuan Tu¹, Nguyen Thi Bao Chau¹**

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Ventral hernias are common problems in surgical practice. Repair of hernia by a prosthetic mesh is a well recognized procedure. However, the procedure is to be done by open or laparoscopic technique is still a topic of discussion. Laparoscopic intraperitoneal onlay mesh hernioplasty is a new technique in treating ventral hernias. Its advantages are low recurrence and complication rate.

Keywords: abdominal wall hernia, ventral hernia repair, laparoscopic repair – IPOM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị thành bụng (TVTĐ) là bệnh lý tương đối phổ biến trong thực hành phẫu thuật và là thách thức với phẫu thuật viên trong phục hồi chức năng thành bụng của bệnh

nhân. Thoát vị thường gặp nhất trong những bệnh nhân đã từng có tiền sử phẫu thuật thành bụng, tuy nhiên cũng có trường hợp bệnh nhân chưa từng được phẫu thuật lần nào [13]. Tại Mỹ có khoảng 10% cuộc mổ bụng bị thoát vị và cho tới nay xuất độ của loại thoát vị do thầy thuốc gây ra này không giảm, dù người ta đã chú ý nhiều đến những yếu tố căn nguyên [1]. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật điều trị cho bệnh nhân cũng là thách thức của phẫu thuật viên. Ngày nay với sự phát triển của mảnh ghép nhân tạo đã dần thay thế phục hồi tự thân do ưu điểm về ít tái phát, chống căng và đem lại sự hài lòng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phương pháp đặt lưới như thế nào để tối ưu hiệu quả đồng thời giảm sự đau đớn cho bệnh nhân cũng như tính thẩm mỹ, thời gian hồi phục sớm là vấn đề đặt ra trong sự phát triển vượt bậc của y học [14].

Đặt mảnh ghép nhân tạo phục hồi thoát vị thành bụng mang lại tỷ lệ thành công cao, tái phát thấp, được công nhận tốt. Mổ mở đặt mảnh ghép nhân tạo có tỷ lệ tái phát 12,5% -19%, kỹ thuật này được thực hiện trong các mô thành bụng đã có chất lượng kém do tuổi tác hoặc trên bệnh nhân có nhiều bệnh lý nội khoa đi kèm [13]. Hơn nữa, phương pháp này có một số nhược điểm, chẳng hạn như bóc tách mô mềm rộng, tăng khoảng chết hoặc đặt ống dẫn lưu đi kèm. Điều này dẫn đến tỷ lệ biến chứng lên tới 20% liên quan đến vết mổ như nhiễm trùng tại chỗ, tụ dịch, đặt biệt là nhiễm trùng mảnh ghép nhân tạo [13]. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo trong phúc mạc (IPOM và IPOM-plus) là một kỹ thuật mới và đã khẳng định được nhiều ưu điểm như tỷ lệ tái phát thấp, giảm đau, thẩm mỹ, thời gian hồi phục sớm, tuy nhiên vẫn có những biến chứng cần nghiên cứu thêm [11].

II. CÁC LOẠI THOÁT VỊ Ở THÀNH BỤNG TRƯỚC

Thoát vị là sự trôi ra bất thường của các cơ quan hay mô trong ổ bụng ngang qua một chỗ cân mạc yếu bẩm sinh hay mắc phải của thành bụng. Ổ bụng được bao phủ bốn phía bởi thành bụng, cơ hoành, do đó thoát vị cũng có thể xảy ra bốn phía [1]. Thoát vị thành bụng cũng có thể xảy ra ở thành trước, thành sau hoặc thành dưới. Theo Phạm Văn Năng, Phạm Văn Linh (2014) thoát vị thành bụng trước bao gồm thoát vị vết mổ, thoát vị rốn, thoát vị thượng vị và thoát vị Spiegelhel [1].

III. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

1. Triệu chứng lâm sàng

Ah-Kee (2014) theo dõi trong 02 năm ở 112 bệnh nhân, tác giả ghi nhận khoảng 1/3 bệnh nhân không nhận biết được mình có TVTB, thường hay gặp ở bệnh nhân già hoặc do kích thước lỗ thoát vị quá nhỏ. Phần nữa nhóm bệnh nhân biết được mình bị thoát vị thì có biểu hiện triệu chứng. Không có bệnh nhân nào ở nhóm không triệu chứng tham gia phẫu thuật, trong khi đó 37,5% nhóm có triệu chứng là tham gia phẫu thuật [12].

Triệu chứng của TVTB rất đa dạng, thường nhất là khối phồng bất thường tại vết mổ cũ. Khối phồng không gây đau, tuy nhiên có thể có cảm giác căng tức. Thời gian đầu khối phồng có kích thước nhỏ, càng để lâu kích thước càng tăng dần. Nếu khối phồng không thể đẩy vào được chứng tỏ có tạng dính vào túi thoát vị. Khoảng thời gian xuất hiện khối phồng từ tháng đầu sau mổ đến vài tháng sau mổ. Thoát vị thành bụng nghẹt: Biểu hiện lâm sàng thường là đau, đau xảy ra khi tạng thoát vị chui ra và bị thắt bởi lỗ thoát vị, lúc này lỗ thoát vị trở nên quá nhỏ so với khối tạng chui ra quá to. Đây là tình trạng thoát vị nghẹt cần được can thiệp ngay tức thì.

2. Cận lâm sàng

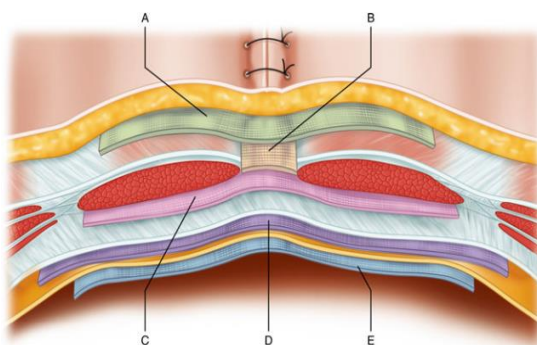
Việc chẩn đoán TVTB thông thường chỉ cần thông qua hỏi bệnh sử và khám lâm sàng. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như: siêu âm, chụp CLĐT chụp cộng hưởng từ cũng được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán. Hình ảnh học giúp đánh giá cấu trúc giải phẫu của của thoát vị thành bụng, hỗ trợ khám lâm sàng khối thoát vị tốt hơn, đặc biệt ở những trường hợp khối thoát vị không thể đẩy vô được, do đó không thể sờ được lỗ thoát vị và ước lượng kích cỡ lỗ thoát vị.

IV. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

Có rất nhiều phương pháp điều trị TVVM, phương pháp sử dụng mô tự thân và sử dụng mảnh ghép và được mở mở cho đến mổ nội soi. Phan Minh Trí (2013) đã báo cáo phương pháp mổ mở đặt mảnh ghép trong điều trị TVVM, tỷ lệ tái phát là 3,3% ở nhóm đặt mảnh ghép [2].

1. Mổ mở đặt mảnh ghép

Trong những phương pháp phẫu thuật và vị trí đặt mảnh ghép được mô tả, đặt mảnh ghép kiểu trước cân mesh được đánh giá dễ dàng, không cần xử lý túi thoát vị, nhanh chóng. Tuy nhiên dễ nhiễm trùng và tụ dịch sau mổ. Phẫu thuật đặt mảnh ghép qua nội soi và phẫu thuật kiểu đặt sau cơ có tỷ lệ tái phát thấp nhất được báo cáo. Một tổng quan hệ thống năm 2013 gồm 62 nghiên cứu về điều trị thoát vị thành bụng và vị trí đặt mảnh ghép với hơn 5800 bệnh nhân xác định rằng tỷ lệ tái phát thoát vị cao nhất là trước cân (17%) và giữa cân (17%), trong khi đặt mảnh ghép theo kiểu sau cân (trước hoặc trong phúc mạc) là 5% và 7,5% [3].



Hình các vị trí đặt mảnh ghép. A. Trước cân (Onlay); B. Giữa cân (Inlay); C. Sau cơ (Sublay); D. Sau cân trước phúc mạc (Underlay preperitoneal); E. Sau cân trong phúc mạc (Underlay intraperitoneal) Nguồn: Adrales Gina L. Abdominal Wall Spaces for Mesh Placement: Onlay, Sublay, Underlay Hernia surgery Springer [3]

2. Mổ nội soi đặt mảnh ghép

Phẫu thuật nội soi được kết luận thuận lợi hơn so với mổ mở. Helgstrand (2013) báo cáo rằng sửa chữa nội soi làm giảm nguy cơ tái phát so với mổ mở (15 so với 21%). Những trường hợp mổ mở, lỗ thoát vị lớn hơn 7 cm, mổ mở cho thấy nhiều yếu tố nguy cơ hơn và kết quả mong đợi kém hơn. Trong khi một nghiên cứu khác, 50 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có lỗ thoát vị lớn hơn nhưng thời gian nằm viện ngắn hơn, ít biến chứng hơn (24% so với 30%) và tỷ lệ tái phát thoát vị thấp hơn (2% so với 10%) trong thời gian theo dõi trung bình gần 21 tháng [3].

PTNS điều trị TVVM được thực hiện lần đầu tiên bởi LeBlanc (1993) với kỹ thuật đặt mảnh ghép trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng (IPOM) [7]. Trong nghiên cứu này, khi so sánh với kỹ thuật mổ mở, PTNS làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện ngắn và có tỉ lệ tái phát như mổ mở.

Về kỹ thuật, có thể mô tả kỹ thuật đặt mảnh ghép qua nội soi phục hồi thành bụng theo 05 bước cơ bản như sau [4]:

BUỐC 1: Đặt trocar, trocar được đặt sao cho thuận lợi trong thao tác, không giới hạn số lượng trocar.

BUỐC 2: Gỡ dính.

BUỐC 3: Đánh giá lỗ khuyết. Kích thước lỗ khuyết quan trọng trong phục hồi thành bụng, đặc biệt chiều ngang lỗ khuyết. Các khuyến cáo không áp dụng cho lỗ khuyết có chiều ngang trên 10cm.

BUỐC 4: Khâu lỗ khuyết. Việc đóng lỗ khuyết không mặc định, kích thước lỗ khuyết được cân đối với kích thước ổ bụng để đánh giá khi khâu ổ khuyết có làm tăng áp lực thành bụng quá mức hay không. Dựa theo định luật Pascal thì khi khâu khép lỗ thoát vị sẽ giúp cân bằng áp suất lên toàn bộ bề mặt mảnh ghép. Có nhiều cách khâu lỗ khuyết bằng mũi rời hoặc khâu liên tục, cột nơ qua nội soi hoặc cột từ bên ngoài. Có thể sử dụng chỉ xương cá để rút ngắn thời gian khâu [14].

BUỐC 5: Đặt mesh phục hồi thành bụng. Mesh phục hồi thành bụng là mesh có mặt tạng phủ lớp chống dính. Mảnh ghép phải đủ lớn để che phủ vùng thoát vị, thời gian đầu chiều dài từ mép lỗ thoát vị đến mảnh ghép phải ít nhất 3-4cm, tuy nhiên gần đây khuyến cáo ít nhất là 5cm [4].

IV. CẬP NHẬT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

PTNS điều trị TVVM được thực hiện lần đầu tiên bởi LeBlanc (1993) với kỹ thuật đặt mảnh ghép trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng (IPOM) [7]. Tác giả đã đặt mesh trong phúc mạc qua phẫu thuật nội soi điều trị 05 trường hợp thoát vị thành bụng có kích thước từ 1,5 đến 6 cm². Sử dụng bốn đến năm trocar để thao tác. Khi so sánh với kỹ thuật mổ mở, PTNS làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện ngắn và có tỉ lệ tái phát như mổ mở. LeBlanc đã mở đầu cho hàng loạt các ca phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong phúc mạc điều trị thoát vị thành bụng ngày nay bao gồm kỹ thuật IPOM và IPOM-plus. Tại Việt Nam, nhiều cơ sở tuyến tỉnh đã thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị thành bụng, tuy nhiên chưa có một thống kê cụ thể nào đánh giá kết quả của phương pháp này.

F. Köckerling, T. Simon và cộng sự so sánh 4110 trường hợp được đặt mảnh ghép trong ổ bụng qua nội soi và 5797 trường hợp đặt mảnh ghép tiền phúc mạc mổ mở. Kết quả nhóm mổ mở thấy những bất lợi liên quan đến các biến chứng sau phẫu thuật (3,4% nhóm mổ nội soi so với 10,5% nhóm mổ mở; $p < 0,001$). Phần lớn các biến chứng sau phẫu thuật là nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch và chảy máu. IPOM nội soi có nhược điểm về biến chứng trong lúc mổ (2,3% so với 1,3%; $p < 0,001$), chủ yếu là chảy máu, tổn thương ruột và các tổn thương nội tạng khác [14].

Joël L. Lavanchy, Stefan E. Buff và cộng sự đã so sánh kết quả lâu dài giữa mổ nội soi và mổ mở trong điều trị thoát vị vết mổ đặt lưới trong phúc mạc. Kết quả 59% trong 553 bệnh nhân được mổ nội soi, theo dõi trung bình 5,5 năm. Tỷ lệ tái phát là 20% trong nội soi và 19% trong mổ mở. Bệnh nhân được phẫu thuật IPOM nội soi đã giảm đáng kể thời gian phẫu thuật (trung bình 120 so với 180 phút, $p < 0,001$), thời gian nằm viện ngắn hơn (6 so với 8 ngày, $p = 0,002$), ít biến chứng (10 so với 23%, $p = 0,046$) và ít nhiễm trùng vết mổ (1 so với 21%, $p < 0,001$) [6].

Năm 2015 và 2016 nhóm tác giả Tollens, T. Topal, H và nhóm Stetsko, T. Bury, K. lần lượt báo cáo kết quả lâu dài sử dụng mảnh ghép Ventralight trong phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị thành bụng. Tollens, T. Topal, H theo dõi 61 bệnh nhân trong 23 tháng

ghi nhận có 2% bệnh nhân béo phì và bị tái phát sau mổ, không có biến chứng trong mổ, có 3% có tụ dịch sau mổ 01 tháng, thời gian nằm viện trung bình 4 ngày [15]. Trong nhóm 52 bệnh nhân của Stetsko, T. Bury, K, thời gian theo dõi là 01 năm ghi nhận tái phát 2 trường hợp (tỷ lệ thành công 96%), trong đó có 01 ca lỗ thoát vị lớn. Tác giả ghi nhận đau 22 trường hợp ($VAS < 2$) và hết sau 3 tháng. Có 02 bệnh nhân có mức đau $VAS > 6$. Cả hai nhóm nghiêm cứu đều kết luận sử dụng Ventralight mesh an toàn, khả thi trong phẫu thuật nội soi đặt mesh trong phúc mạc phục hồi thành bụng, tuy nhiên không khuyết cáo sử dụng trên những bệnh nhân có chiều rộng lỗ thoát vị trên 10cm [9].

Việc đóng hay không đóng lỗ thoát vị cũng thực hiện không đồng nhất trên mỗi bệnh nhân và trong điều kiện phẫu thuật cụ thể. Luis A. Martin-del-Campo, Heidi J. Miller và cộng sự phân tích 783 bệnh nhân, trong đó 222 bệnh nhân được khâu lỗ thoát vị, còn lại 561 ca không khâu lỗ thoát vị. Những ca được đóng lỗ thoát vị có chỉ số BMI cao hơn đáng kể. Sau theo dõi 12,1 tháng, nhóm được đóng lỗ thoát vị có tỷ lệ tụ dịch thấp hơn đáng kể (0,4% so với 11,5%, $p < 0,0001$), tỷ lệ tái phát cũng ghi nhận thấp hơn (5,4% so với 14,2%, $p = 0,003$). Tác giả ủng hộ việc đóng lỗ thoát vị thường quy trong việc phục hồi thoát vị thành bụng có kích thước nhỏ [15]. Chất lượng cuộc sống sau mổ IPOM và IPOM-plus cũng được tác giả Saijo, F. Tokumura, H. cùng cộng sự báo cáo sau khi theo dõi 33 bệnh nhân (14 IPOM và 19 IPOM-plus) trước và sau mổ 1 năm. Kết quả không có biến chứng nghiêm trọng sau mổ, sau 1 năm các điểm số đo lường chất lượng cuộc sống ở hai nhóm là tương đương nhau. Có 01 bệnh nhân nhóm IPOM đau mãn tính, 1 ca nhóm IPOM-plus có tụ dịch sau mổ [8].

Việc cố định lưới bằng chỉ khâu hay bằng dụng cụ bấm (protack) cũng được nghiên cứu và cần theo dõi lâu dài. Tác giả Langenbach, M. R, Enz, D. và cộng sự sau theo dõi 01 năm 48 bệnh nhân đã kết luận: Sau khi sử dụng protack, cường độ đau trung bình là 16,9, thấp hơn một chút so với chỉ khâu (19,6, $p = 0,20$). Thời gian phẫu thuật là như nhau (83 so với 85 phút). Khi sử dụng phương pháp cố định protack, nhiều điểm cố định hơn được áp dụng so với chỉ khâu (19 so với 12; $p = 0,02$), mặc dù kích thước lưới là tương tự nhau. Tỷ lệ biến chứng là tương tự (protack: 6/28 so với chỉ khâu: 3/20). Chi phí sửa chữa khâu khoảng 26 euro, thấp hơn rõ rệt so với 180 euro liên quan đến protack [5].

Trong thời đại phát triển nhiều kỹ thuật phục hồi thành bụng, IPOM vẫn còn là lựa chọn ưu tiên? Van Hoef, S, Tollens, T. và cộng sự đã kết luận rằng IPOM nội soi không chỉ là một phương pháp sửa chữa mạnh mẽ mà nên được coi là phương pháp điều trị cho loại thoát vị này, đặc biệt là khi có bệnh đi kèm như béo phì, tiểu đường và sử dụng steroid. Một số kỹ thuật mới đang nổi lên nhưng đang bị chậm trễ trong việc triển khai rộng rãi do những khó khăn kỹ thuật. Hơn nữa, không có nghiên cứu nào cho thấy sự vượt trội tuyệt đối so với IPOM nội soi. IPOM nội soi đã cho thấy giá trị của nó kể từ khi được giới thiệu vào năm 1993 và kết hợp với sự phát triển của mesh ngày càng cho thấy kết quả tốt khi nhìn vào tỷ lệ tái phát và biến chứng. IPOM nội soi ngoài ra rất dễ thực hiện và không cần nhiều các thiết bị chuyên dụng [11].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Năng, Phạm Văn Linh, (2014), *Thoát vị, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - gan mật*, NXB Y học, pp. 165-169.
2. Phan Minh Trí, (2013), *Vai trò của mảnh ghép Polypropylene trong điều trị thoát vị vết mổ*

thành bưng, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

3. Adrales Gina L., (2016), Abdominal Wall Spaces for Mesh Placement: Onlay, Sublay, Underlay, Hernia surgery, *Springer*, pp. 79-87.
4. Chim Harvey, Kim Evans Karen, J. Salgado Christopher, Samir Mardini, (2016), *Abdominal Wall Anatomy and Vascular Supply, Atlas of Abdominal Wall Reconstruction*, pp. 2-20.
5. Langenbach M. R., Enz D., (2020), Mesh fixation in open IPOM procedure with tackers or sutures? A randomized clinical trial with preliminary results, *Hernia*, 24 (1), pp. 79-84.
6. Lavanchy J. L., Buff S. E., Kohler A., Candinas D., et al, (2019), Long-term results of laparoscopic versus open intraperitoneal onlay mesh incisional hernia repair: a propensity score-matched analysis, *Surg Endosc*, 33 (1), pp. 225-233.
7. LeBlanc K. A., Booth W. V., (1993), Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: preliminary findings, *Surg Laparosc Endosc*, 3 (1), pp. 39-41.
8. Saijo F., Tokumura H., Narushima Y., Matsumura N., et al, (2019), The quality of life after laparoscopic ventral and incisional hernia repair with closure and non-closure of fascial defect, *Surg Today*, 49 (11), pp. 942-947.
9. Stetsko T., Bury K., Lubowiecka I., Szymczak C., et al, (2016), Safety and efficacy of a Ventralight ST echo ps implant for a laparoscopic ventral hernia repair - a prospective cohort study with a one-year follow-up, *Pol Przegl Chir*, 88 (1), pp. 7-14.
10. Tollens T., Topal H., Lucardie A., Vermeiren K., et al, (2015), Long-term Outcome on the use of the Ventralight ST Hernia Patch in Laparoscopic Ventral Hernia Repair, *Surg Technol Int*, 26 pp. 157-161.
11. Van Hoef S., Tollens T., (2019), Primary non-complicated midline ventral hernia: is laparoscopic IPOM still a reasonable approach?, *Hernia*, 23 (5), pp. 915-925.
12. Ah-Kee E. Y., Kallachil T., O'Dwyer P. J., (2014), Patient awareness and symptoms from an incisional hernia, *Int Surg*, 99 (3), pp. 241-246.
13. EH Ratan, H Alam, (2017), Intraperitoneal Onlay Mesh in Ventral Hernia Repair – Experience in A Tertiary Care Hospital in Bangladesh, pp. 106-109.
14. Kockerling F., Simon T., Adolf D., Kockerling D., et al, (2019), Laparoscopic IPOM versus open sublay technique for elective incisional hernia repair: a registry-based, propensity score-matched comparison of 9907 patients, *Surg Endosc*, 33 (10), pp. 3361-3369.
15. Martin-Del-Campo L. A., Miller H. J., Elliott H. L., Novitsky Y. W., (2018), Laparoscopic ventral hernia repair with and without defect closure: comparative analysis of a single-institution experience with 783 patients, *Hernia*, 22 (6), pp. 1061-1065.

(Ngày nhận bài: 22/01/2021 - Ngày duyệt đăng: 05/05/2021)
