

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
HỌC VIỆN QUÂN Y**

**BỘ QUỐC PHÒNG**

**TRỊNH VĂN THẢO**

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN  
TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG**

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số: 62 72 07 01

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC**

**HÀ NỘI- 2010**

Luận án được hoàn thành tại: **HỌC VIỆN QUÂN Y**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS.TS. Nguyễn Đình Hối**
- 2. PGS.TS. Hoàng Mạnh An**

Phản biện 1: PGS.TS. Trần Bình Giang

Phản biện 2: PGS.TS. Phạm Đức Huấn

Phản biện 3: PGS.TS. Nguyễn Ngọc Bích

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại Học viện Quân y

Vào hồi 14 giờ 00 ngày 05 tháng 2 năm 2010.

Có thể tìm hiểu luận án tại thư viện:

- **Thư viện Quốc gia.**
- **Thư viện Học viện Quân y.**

## DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ ĐÃ ĐĂNG IN CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Trịnh Văn Thảo** (2005), “Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn”, *Tạp chí Y học thực hành*, 6(514), tr. 51-53.
2. **Trịnh Văn Thảo, Nguyễn Hoàng Bắc** (2005), “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc”, *Tạp chí Y học thực hành*, 7(515), tr. 68-71.
3. **Trịnh Văn Thảo, Nguyễn Hồng Tuấn, Nguyễn Bá Sơn** (2007), “Kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện 175”, *Tạp chí Y học quân sự*, (chuyên đề 4), tr. 68- 73.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp tại các cơ sở điều trị ngoại khoa. Tại Việt Nam, thoát vị bẹn thường được mổ theo các phương pháp kinh điển với việc sử dụng mô tự thân để phục hồi thành bẹn nên sẽ xuất hiện tình trạng căng đường khâu và thiếu máu nuôi ở vùng mô tái tạo. Kết quả là bệnh nhân chậm hồi phục vận động, nằm viện lâu, và sự thiếu máu nuôi vùng mô tái tạo lâu ngày sẽ dẫn đến thoát vị tái phát. Tại các nước Âu- Mỹ, phục hồi thành bẹn sử dụng mảnh ghép nhân tạo đã chiếm tới hơn 90%, với hai phương pháp đặt mảnh ghép qua mổ mở và phẫu thuật nội soi. Có hai phương pháp phẫu thuật nội soi đó là: xuyên thành bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc (Trans Abdominal preperitoneal- TAPP ) và đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc (Total extraperitoneal- TEP). Phương pháp TEP tránh được các tai biến tổn thương nội tạng, mạch máu, bàng quang và thoát vị qua lỗ đặt trocar nên được ưa chuộng. Trên thế giới, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn được thực hiện từ 20 năm nay. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn còn ít được biết đến, và chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn”, nhằm hai mục tiêu:

1. *Xác định chỉ định, qui trình kỹ thuật của phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.*

## **GIỚI THIỆU CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN**

Luận án có 122 trang, ngoài phần đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu (3 trang), kết luận (2 trang), kiến nghị (1 trang), danh mục các bài báo có liên quan(1 trang), còn lại chia làm 4 chương:

Chương 1: Tổng quan tài liệu 36 trang (4-39).

Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 19 trang .

Chương 3: Kết quả nghiên cứu 18 trang (59-75).

Chương 4: Bàn luận 43 trang (76- 118).

Luận án có 28 bảng, 9 biểu đồ, 23 hình, 151 tài liệu tham khảo, trong đó 19 tài liệu tiếng Việt, 132 tài liệu tiếng Anh.

## NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Phẫu thuật nội soi mang lại cho người bệnh nhiều lợi ích hơn so với mổ mở như giảm đi sự đau đớn sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao... Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép điều trị thoát vị bẹn ngoài lợi ích như trên còn có thể mổ được thoát vị 2 bên mà không cần thêm đường mổ khác. Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn còn ít được nghiên cứu đầy đủ tại Việt Nam. Do đó đề tài này của chúng tôi có ý nghĩa thực tiễn và khoa học, góp phần làm phong phú thêm các phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tại Việt Nam.
2. Xác định được chỉ định, qui trình kỹ thuật của phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn.
3. Kết quả sớm và xa sau mổ của nghiên cứu, đã khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phương pháp.

### CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. Giải phẫu vùng bẹn

**1.1.1. Cấu tạo vùng bẹn:** bẹn là một vùng được giới hạn bởi xương mu và dây chằng lược ở phía trong, lỗ bẹn sâu ở ngoài, cung cơ ngang bụng ở trên, dây chằng bẹn ở dưới, bao mạch đùi ở phía trước.

**1.1.2. Thành bụng vùng bẹn:** gồm các lớp da và mỡ dưới da, mạc nông, cân cơ chéo bụng ngoài, cân cơ chéo bụng trong, cơ ngang, mạc ngang, lá sau của mạc ngang, mỡ trước phúc mạc và phúc mạc.

**1.1.3. Các dây chằng bẹn:**

**1.1.4. Mạch máu vùng bẹn và thần kinh vùng bẹn:** lớp nông gồm động mạch mũ chậu nông, thượng vị nông, thẹn ngoài nông xuất phát từ động mạch đùi. Lớp sâu gồm động mạch thượng vị dưới, mũ chậu sâu, xuất phát từ động mạch chậu ngoài. Thần kinh vùng bẹn gồm có: thần kinh chậu bẹn, chậu hạ vị và thần kinh sinh dục đùi.

**1.1.6. Cấu tạo ống bẹn:** dài 4-6 cm chạy chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, có 4 thành: trước là cân cơ chéo bụng ngoài và 1 phần cơ chéo bụng trong, sau chủ yếu là mạc ngang, dưới là dây chằng bẹn, trên là cơ ngang và cơ chéo bé. Có 2 lỗ là lỗ bẹn nông và lỗ bẹn sâu. Đi trong ống bẹn có thừng tinh.

**1.2. Sinh lý ống bẹn:** ống bẹn là chỗ để thừng tinh dây chằng tròn chui qua thành bụng xuống bẹn. Khi có tăng áp lực ổ bụng, các cơ chéo bé, cơ ngang bụng, cung cơ ngang bụng, và cả mạc ngang đều tham gia tăng cường sức bền thành bụng, và đóng kín lỗ bẹn.

**1.3. Phôi thai học vùng bẹn:**

**1.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh của thoát vị bẹn:** Thoát vị trực tiếp: đi qua điểm yếu thành bụng- tam giác Hesselbach. Thoát vị gián tiếp chỉ qua lỗ bẹn sâu, đi trong bao thớ thừng tinh và đi xuống bìu.

**1.5. Nguyên nhân gây ra thoát vị bẹn:**

Nguyên nhân bẩm sinh( do tồn tại ống phúc tinh mạc) nguyên nhân mắc phải (do các yếu tố tăng áp lực ổ bụng, lão hóa cơ thành bụng).

**1.6. Phân loại thoát vị bẹn:** theo vị trí thoát vị, theo giải phẫu, theo tổn thương giải phẫu bệnh (Nyhus 1991)...

**1.7. Chẩn đoán TVB:** chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt

**1.8. Một số phương pháp phẫu thuật điều trị TVB:** mổ mở, nội soi.

**1.9. Mảnh ghép nhân tạo (mesh) trong điều trị thoát vị bẹn.**

Có nhiều loại mảnh ghép nhân tạo với chất liệu khác nhau như: mảnh ghép làm từ collagen người như: Alloderm®, hay collagen động vật (Pelvicol®). Kinh nghiệm lâm sàng sử dụng vật liệu này còn hạn chế. Mảnh ghép tổng hợp tan như Vicryl, Dexon, thời gian hữu dụng chưa đủ để đảm bảo phục hồi thành bụng vĩnh viễn. Mảnh ghép tổng hợp không tan như polypropylen có tên thương mại là prolene của Johnson Johnson- Mỹ và premilene của B/Braun- Đức.

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân nam tuổi từ 18 - 80, được chẩn đoán thoát vị bẹn từ độ II, IIIa, IIIb, và độ IV theo phân loại của Nyhus 1991, được mổ chương trình theo phương pháp phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa Bệnh viện 175- Bộ Quốc Phòng từ tháng 8 năm 2005 đến tháng 11 năm 2008.

#### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thoát vị bẹn nghẹt, loại I và IIIc ( thoát vị đùi ).
- Thoát vị bẹn có kèm theo các bệnh: giãn tĩnh mạch thừng tinh, nang nước thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ, tràn dịch màng tinh hoàn.
- Có tiền sử mổ vào khoang ngoài phúc mạc vùng bẹn như: đặt mảnh ghép trước phúc mạc để tái tạo thành bụng, cắt u phì đại tiền liệt tuyến qua ngã bàng quang theo Rhynt- Shack hoặc Milin.
- Có bệnh nội khoa phức tạp như: suy tim, bệnh mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, xơ gan, rối loạn đông máu...
- Tiền sử xạ trị vùng chậu, nhiễm khuẩn toàn thân, vùng chậu.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Là nghiên cứu tả tiến cứu có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

$$\text{Cỡ mẫu: } n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{(1-p)}{p\varepsilon^2}$$

$n$  = Số bệnh nhân tối thiểu.

$z_{1-\alpha/2}$  = 1,96 (hệ số tin cậy tương ứng với  $\alpha = 0,05$ ).

$\epsilon$ : Sai số tương đối chọn 5%.

$P$  = 96%: Tỷ lệ thành công mổ nội soi thoát vị bẹn theo hầu hết

các tác giả Liem[82],[83], Lau [75],[76], Nixon [99].

Thay số vào ta có, số lượng bệnh nhân nghiên cứu tối thiểu là 65.

### **2.2.2. Phương tiện nghiên cứu**

- Dàn máy phẫu thuật nội soi Karl- Storz được trang bị đồng bộ.

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi.

- Vật liệu sử dụng trong phẫu thuật:

+ Chỉ khâu: chúng tôi dùng chỉ khâu loại premilene số 3-0.

+Mảnh ghép nhân tạo: là loại mảnh ghép polypropylene có trọng lượng trung bình là  $60 \text{ g/m}^2$  với các kích thước khác nhau

### **2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu**

**2.2.3.1. Nghiên cứu một số đặc điểm chung của quần thể bệnh nhân:** tuổi, đặc điểm nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, tính chất xuất hiện thoát vị, bệnh sinh của thoát vị, các bệnh nội khoa kết hợp, đường kính lỗ thoát vị, kích thước mảnh ghép nhân tạo, siêu âm trước mổ xác định nội dung thoát vị.

**2.2.3.2. Chỉ tiêu nghiên cứu liên quan đến chỉ định phẫu thuật**

- Phân loại thoát vị bẹn theo vị trí giải phẫu: thoát vị trực tiếp, thoát vị gián tiếp, thoát vị phối hợp.

- Phân loại thoát vị bẹn theo tổn thương giải phẫu bệnh của Nyhus năm 1991.

- Vị trí xảy ra thoát vị: thoát vị bẹn bên phải, bên trái, và hai bên.

- Sẹo mổ cũ vùng bụng dưới: mổ thoát vị lần trước (thoát vị tái phát), mổ viêm ruột thừa cùng bên với thoát vị, mổ tinh hoàn lạc chỗ vv...

**2.2.3.3. Quy trình kỹ thuật của phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn - TEP.**

- Chuẩn bị bệnh nhân: nhịn ăn trước khi phẫu thuật 4 giờ, vệ sinh sạch sẽ vùng bẹn, đặt thông tiểu, kháng sinh dự phòng, bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp  $15-20^\circ$  - tư thế Trendelenburg.

- Phương pháp vô cảm: bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

- Vị trí kẹp mổ: monitor đặt phía dưới chân bệnh nhân, phẫu thuật viên đứng đối diện với bên thoát vị, mặt hướng về phía monitor. Người phụ đứng đối diện hoặc cùng bên với phẫu thuật viên, thoát vị hai bên, phẫu thuật viên đứng bên nào thấy thuận tiện cho thao tác nhất.

Kỹ thuật gồm 5 bước:

\* Bước 1: Đặt trocar kính soi (loại 10 mm):

- Trocar kính soi đặt dưới rốn 1 cm, phía sau cơ thẳng bụng và trước lá cân sau, cạnh đường trắng giữa, lệch về bên thoát vị. Bơm  $\text{CO}_2$  áp lực 12

mmHg và tốc độ bơm 3 lít/phút, kết hợp sử dụng kính soi phẫu tích tạo khoảng trống trước phúc mạc.

\* Bước 2: Đặt trocar phẫu thuật

- Trocar phẫu thuật là loại 5 mm, có 2

cách đặt như sau:

- Cách thứ nhất: trocar thứ nhất được đặt khoảng giữa mu và rốn trên đường giữa, trocar thứ hai được đặt ở bờ trên xương mu.

- Cách thứ hai: trocar thứ nhất đặt trên đường giữa mu và rốn, trocar thứ 2 được đặt ở hố chậu đối diện với bên thoát vị.

\* Bước 3: Xử lý thoát vị.

- Xác định bó mạch thượng vị dưới: thoát vị trực tiếp nằm phía trong bó mạch thượng vị dưới tại tam giác Hesselbach, thoát vị gián tiếp nằm ngoài bó mạch thượng vị dưới, đi trong bao thứ thừng tinh.

- Phẫu tích túi thoát vị: thoát vị trực tiếp kéo ra khỏi lỗ thoát vị và đẩy trở lại ổ bụng, thoát vị gián tiếp phải phẫu tích khỏi bó mạch thừng tinh, cắt túi thoát vị dưới chỗ cột chỉ, để hở đầu xa.

\* Bước 4: Đặt và cố định mảnh ghép.

- Đưa mảnh ghép vào khoang ngoài phúc mạc qua trocar kính soi (10 mm), đẩy vào khoang ngoài phúc mạc, trải mảnh ghép che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, bờ trong mảnh ghép ở khớp mu, bờ ngoài tận hết ở gai chậu trước trên cùng bên, mảnh ghép chồng lên thừng tinh.

- Cố định mảnh ghép khi đường kính lỗ thoát vị > 3 cm, không cố định khi lỗ thoát vị  $\leq$  3 cm, và mảnh ghép lớn 10 x 15 cm.

\* Bước 5: Xả khí CO<sub>2</sub>, đóng lại vết mổ.

- Đối với thoát vị bên hai bên: đặt 2 mảnh ghép sao cho bờ trong hai mảnh ghép phải chồng lên nhau ít nhất 1 cm.

2.2.3.4. *Kết quả nghiên cứu liên quan đến kỹ thuật.*

- Vị trí đặt trocar trong mổ: trocar kính soi, trocar phẫu thuật.

- Cách cố định mảnh ghép: sử dụng clip, tack, chỉ khâu: Cố định mảnh ghép vào dây chằng lược, cơ thẳng bụng khi đường kính lỗ thoát vị > 3 cm, không cố định khi mảnh ghép lớn 10 x 15 cm.

- Cách khắc phục khi CO<sub>2</sub> vào ổ bụng do thủng phúc mạc: đóng lỗ thủng phúc mạc bằng cách cột chỉ khi lỗ thủng lớn, không đóng khi lỗ thủng nhỏ: hạ PCO<sub>2</sub> = 10 mmHg, kết hợp chọc dẫn lưu khí CO<sub>2</sub> trong ổ bụng ra ngoài bằng kim Veress.

- Dẫn lưu vùng mổ (dẫn lưu Retzius): khi có chảy máu rỉ rả hoặc khi phẫu tích túi thoát vị lớn.

2.2.3.5. *Kết quả phẫu thuật*

- Ghi nhận các tai biến trong mổ: Thủng bàng quang, chảy máu (bó mạch chậu ngoài, bó mạch thượng vị dưới, mạch máu xương mu, bó mạch tinh), tổn thương ống dẫn tinh (cột nhầm, cắt đứt ống dẫn tinh), tổn thương



các tạng thoát vị khi giải phóng túi thoát vị, tổn thương thần kinh sinh dục đùi, tràn khí dưới da toàn thân, tràn khí khoang màng phổi, rách phúc mạc.

- Ghi nhận các biến chứng sớm sau mổ (trong 30 ngày đầu): bí tiêu, tụ máu hoặc dịch vùng bẹn, tụ máu bìu, viêm tinh hoàn, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng mảnh ghép.

- Các biến chứng xa (xuất hiện khi tái khám) gồm có: tràn dịch màng tinh hoàn, đau mãn tính vùng bẹn, dị cảm vùng bẹn, rối loạn sự phóng tinh, teo tinh hoàn, sa tinh hoàn, đau thừng tinh và tinh hoàn.

- Liên quan giữa tai biến và biến chứng với hai hình thức thoát vị trực tiếp và thoát vị gián tiếp.

- Tái phát: ghi nhận thời gian tái phát, đã điều trị ở đâu ?

- Liên quan giữa tỷ lệ tái phát với kích thước mảnh ghép, lỗ thoát vị, cố định mảnh ghép, kỹ thuật đặt mảnh ghép.

- Mức độ đau sau mổ: theo VAS (Visual Analog Scale) như các tác giả Liem.M.S [82,83], Lau.H [75,77]: Loại 1 (đau rất nhẹ, không yêu cầu dùng giảm đau), loại 2 (đau nhẹ, cần dùng giảm đau dạng uống), loại 3 (đau vừa, cần phải dùng giảm đau nonsteroid dạng tiêm), loại 4 (rất đau, phải dùng giảm đau gây nghiện), loại 5 (đau không thể chịu được kể cả dùng giảm đau gây nghiện).

- Thời gian đau sau mổ (ngày).

- Thời gian vận động sau mổ (giờ).

- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

- Đánh giá kết quả sớm sau mổ: được đánh giá theo các tác giả trong nước như: Nguyễn Văn Liễu [8], Bùi Đức Phú [12], Khương Thiện Văn [19] và nước ngoài như Liem.M.S [82], Lau.H [75].

+ Tốt: không xuất hiện biến chứng sau mổ.

+ Khá: bí tiêu sau mổ, xuất huyết dưới da vùng bẹn, tụ máu bìu tự hấp thu hoặc chọc hút không tái lập, sưng tinh hoàn điều trị kháng viêm có hiệu quả.

+ Trung bình: tụ máu hoặc tụ thanh dịch vùng mổ, nhiễm khuẩn mảnh ghép, nhiễm khuẩn vết mổ.

+ Kém: tử vong.

- Đánh giá kết quả xa:

+ Tốt: không tái phát, không biến chứng.

+ Khá: dị cảm vùng bẹn, tràn dịch màng tinh hoàn, sa tinh hoàn, đau thừng tinh và tinh hoàn

+ Trung bình: rối loạn phóng tinh, teo tinh hoàn.

+ Kém: tái phát.

2.2.3.4. *Sử lý số liệu*: các số liệu được xử lý theo chương trình phần mềm SPSS 12.0.

## CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu

**3.1.1. Đặc điểm tuổi, nhóm tuổi:** tuổi trung bình của bệnh nhân là  $42,53 \pm 19,14$  tuổi (19-78). Độ tuổi hay gặp là từ 21- 40 tuổi (48,1%).

### 3.1.2. Đặc điểm bệnh sinh

**Bảng 3.1.** Đặc điểm bệnh sinh của thoát vị

Bệnh sinh TV	Số BN	Tỷ lệ %
Bâm sinh	9	10,6
Mắc phải	76	89,4
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

### 3.1.3. Tính chất khởi phát:

Đa số khởi phát từ từ (90,6%), khởi phát đột ngột (9,4%).

### 3.1.4. Bệnh kết hợp

Bệnh kết hợp với thoát vị (23,4%), bệnh tăng áp lực ổ bụng (15,6%)

**3.1.5. Thời gian bệnh :** trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 32,9%.

**3.1.6. Đặc điểm hoạt động thể lực:** lao động nặng chiếm đa số (64,9%), lao động nhẹ 15,6%, khác 19,5%.

### 3.1.8. Kích thước mảnh ghép

**Bảng 3.4..** Kích thước của các loại mảnh ghép

Kích thước mảnh ghép	Bệnh nhân	Tỷ lệ%
Loại 10 x 15 cm	58	69,9
Loại 7,5 x 10 cm	23	27,7
Loại 6 x 11 cm	2	2,4
<b>Tổng</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

83 mảnh ghép sử dụng cho 85 TV ( TV phối hợp chỉ 1 mảnh ghép ).

Loại mảnh ghép lớn có kích thước 10 x 15 cm chiếm đa số ( 69,9%).

### 3.1.9. Kích thước lỗ thoát vị

**Bảng 3.5.** Kích thước của lỗ thoát vị (n= 85).

Kích thước lỗ thoát vị	Số trường hợp	Tỷ lệ%
< 1,5 cm	5	5,88
Từ 1,5- 3 cm	73	85,89
> 3 cm	7	8,23
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

### 3.2. Các yếu tố nghiên cứu liên quan tới chỉ định phẫu thuật

**3.2.1. Vị trí thoát vị :** bên phải chiếm đa số với 64,93%, bên trái chiếm 27,27%, hai bên 7,80%.

**3.2.2. Phân loại thoát vị theo vị trí giải phẫu:** thoát vị gián tiếp chiếm đa số (72,3%), trực tiếp chiếm 25,3%, phối hợp chiếm 2,4%.

**3.2.3. Liên quan giữa loại thoát vị trực tiếp và gián tiếp với tuổi**

Hầu hết thoát vị gián tiếp gặp ở lứa tuổi trẻ, từ 21- 40 chiếm 59,67%. Thoát vị trực tiếp gặp nhiều ở người cao tuổi, trên 60 tuổi 65,2%.

**3.2.4. Phân loại thoát vị theo tổn thương giải phẫu ( Nyhus 1991).**

loại II( 4,7%), loại IIIa (24,7%), loại IIIb (65,9%), loại IV (4,7%).

**3.2.5. Sẹo mổ vùng bụng dưới:** 8 trường hợp có sẹo mổ vùng bụng dưới chiếm tỷ lệ 10,4%: mổ tinh hoàn ẩn (1,3%), mổ thoát vị bẹn 5,2%, mổ viêm ruột thừa (3,9%).

**3.3. Kết quả liên quan đến kỹ thuật:** tất cả trocar kính soi đều đặt dưới rốn 1 cm, bên cạnh đường trắng giữa cùng bên với thoát vị.

**3.3.1. Vị trí trocar trong phẫu thuật :** trocar thứ nhất đặt giữa mu và rốn, trocar thứ hai đặt ở bờ trên xương mu (81,8%), trocar thứ nhất đặt giữa mu và rốn, trocar thứ hai ở hố chậu đôi diện thoát vị 18,2%.

### 3.3.2. Cố định mảnh ghép

**Bảng 3.9. Hình thức cố định mảnh ghép(n= 83)**

Cố định mảnh ghép	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Khâu	7	8,43
Không	76	91,57
<b>Tổng</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

### 3.3.3. Cách xử lý rách phúc mạc

**Bảng 3.10. Cách xử lý rách phúc mạc**

Cách xử lý rách phúc mạc	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Đóng lỗ rách = Endoloop	2	22,2
Hạ PCO <sub>2</sub> + kim Veress dẫn lưu	7	77,8
<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

### 3.3.4. Dẫn lưu vùng mổ

**Bảng 3.11. Dẫn lưu vùng mổ**

Dẫn lưu Retzius	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Có	2	2,6
Không	75	97,4
<b>Tổng</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

## 3.4. Kết quả phẫu thuật

### 3.4.1. Tai biến trong mổ

**Bảng 3.12. Các tai biến trong mổ (n= 85)**

Tai biến trong mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Chảy máu mạch thượng vị dưới	1	1,17
Chảy máu mạch mu	1	1,17
Tràn khí dưới da	1	1,17
Thủng phúc mạc	9	10,53
<b>Tổng</b>	<b>12</b>	<b>14,04</b>

**3.4.2. Biến chứng sớm sau mổ****Bảng 3.14. Các biến chứng sớm (n= 77)**

Biến chứng sau mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tụ máu bìu	1	1,3
Tụ thanh dịch (seroma)	1	1,3
Xuất huyết dưới da bẹn	2	2,6
Viêm tinh hoàn	3	3,9
Bí tiểu	6	7,8
<b>Tổng</b>	<b>13</b>	<b>16,9</b>

**3.4.3. Biến chứng xa sau mổ****Bảng 3.15. Biến chứng xa (n= 72)**

Biến chứng xa	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Dị cảm vùng bẹn	1	1,38
Tràn dịch màng tinh hoàn	2	2,78
Sa tinh hoàn	1	1,38
Đau thừng tinh, tinh hoàn	1	1,38
<b>Tổng</b>	<b>5</b>	<b>6,94</b>

**3.3.4. Liên quan giữa tai biến trong mổ với loại thoát vị TT và GT.****Bảng 3.16. Liên quan giữa tai biến trong mổ và loại thoát vị (n= 85)**

Thoát vị	Loại tai biến	Số trường hợp	Tỷ lệ%
<b>Trực tiếp N= 23</b>	Chảy máu	1	4,34
	Thủng phúc mạc	2	8,68
	<b>Tổng</b>	<b>3</b>	<b>13,02</b>
	Chảy máu	1	1,61

<b>Gián tiếp</b> N= 62	Tràn khí dưới da	1	1,61
	Thủng phúc mạc	7	11,27
	<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>14,49</b>

Tai biến trong mổ của thoát vị trực tiếp là 13,02%, của thoát vị gián tiếp là 14,49%.  $P < 0,05$ .

### 3.3.5. Liên quan giữa biến chứng sau mổ với loại thoát vị TT và GT

**Bảng 3.17.** Liên quan giữa biến chứng sau mổ và loại thoát vị (n=85)

<b>Thoát vị</b>	<b>Biến chứng</b>	<b>Số trường hợp</b>	<b>Tỷ lệ%</b>
<b>Gián tiếp</b> N= 62	Tụ máu bìu	1	1,61
	Tụ dịch vùng bẹn	1	1,61
	Viêm tinh hoàn	3	4,83
	Bí tiểu	5	8,05
	Xuất huyết dưới da	1	1,61
	<b>Tổng</b>	<b>11</b>	<b>17,6</b>
<b>Trực tiếp</b> N= 23	Bí tiểu	1	4,34
	Xuất huyết dưới da	1	4,34
	<b>Tổng</b>	<b>2</b>	<b>8,68</b>

Biến chứng sau mổ thoát vị gián tiếp là 17,6%, của thoát vị trực tiếp là 8,68%,  $P < 0,001$ .

**3.3. 6. Thời gian mổ:** thời gian mổ trung bình của toàn bộ các bệnh nhân là  $64,54 \pm 21,64$  phút (30- 130 phút). Thời gian mổ trung bình của thoát vị gián tiếp là  $64,2 \pm 21,75$  phút, thoát vị trực tiếp là  $53,07 \pm 19,09$  phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

**3.3.7. Thời gian mổ và số bên thoát vị :** thời gian mổ trung bình thoát vị một bên là  $62,67 \pm 21,29$  phút, hai bên là  $86,66 \pm 11,69$  phút.

**3.3.8. Thời gian mổ của thoát vị nguyên phát và tái phát:** thời gian mổ thoát vị nguyên phát  $63,42 \pm 21,48$  phút, tái phát  $85 \pm 14,14$  phút.

**3.3.9. Thời gian vận động sau mổ:** thời gian bệnh nhân có thể vận động chủ động là  $17,23 \pm 4,69$  giờ (10- 28 giờ). 87,02% vận động trở lại trong 24 giờ, 12,98%, vận động sau 24 giờ.

**3.3.10. Thời gian đau sau mổ:** 46,8% đau rất nhẹ trong 24 giờ đầu. 44,2% đau sang ngày thứ 2, ngày 3 và 4 (5,2%), ngày 5 có 1 (1,3%).

**3.3.11. Mức độ đau sau mổ**

Căn cứ vào thang điểm đau VAS và tính theo nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau của bệnh nhân, kết quả chúng tôi thu được như sau: rất nhẹ 44,2%, đau nhẹ 27,3%, đau vừa 26%, và đau nhiều 2,6%.

### **3.3.12. Thời gian nằm viện sau mổ**

Ngày nằm viện trung bình là  $3,8 \pm 1,4$  ngày (2- 8 ngày), từ 2- 4 ngày chiếm đa số với 73,8%.

### **3.3.13. Đánh giá kết quả sau mổ**

Kết quả tốt: 83,1%, không xuất hiện biến chứng sau mổ.

Kết quả khá: 15,6% gồm: bí tiểu 7,8 %, viêm tinh hoàn 3,9%, tụ máu vùng bìu 1,3%, xuất huyết dưới da bẹn 2,6%.

Kết quả trung bình: 1 trường hợp tụ dịch vùng bẹn chiếm 1,3%.

Kém: 0%, không có trường hợp nào tử vong.

### **3.3.14. Đánh giá kết quả xa (n= 72)**

Thời gian theo dõi trung bình là  $26,39 \pm 9,98$  tháng (6- 45 tháng).

Kết quả tốt 90,28%, khá 6,94%(đi cảm vùng bẹn 1,38%, tràn dịch tinh mạc 2,78%, đau thừng tinh 1,38%, sa tinh hoàn 1,38%), trung bình 0%, kém: 2,78%, nếu so với lượt thoát vị, tỷ lệ tái phát là 2,6%.

## CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

### **4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.**

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm chung tương tự với các nghiên cứu khác về tuổi, đặc điểm lao động, tính chất khởi phát, nguyên nhân bệnh sinh, bệnh nội khoa kết hợp, thời gian bệnh.

### **4.2. Các yếu tố liên quan tới chỉ định phẫu thuật**

#### **4.2.1. Vị trí thoát vị**

Hầu hết các tác giả đều thấy rằng, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc có thể chỉ định cho mọi vị trí thoát vị như bên phải, bên trái, 2 bên. Phạm Hữu Thông (2008) trong 83 phẫu thuật TEP tỷ lệ thoát vị bên phải 48%, bên trái 31% và 2 bên là 21%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khi thoát vị xảy ra bên phải 64,93%, thoát vị bên trái 27,27%, và hai bên là 7,8%.

#### **4.2.2. Loại thoát vị**

Các nghiên cứu đều cho thấy rằng, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc có thể chỉ định cho mọi hình thức thoát vị. Phạm Hữu Thông (2004) cho thấy thoát vị gián tiếp 65,1%, trực tiếp 32,5%, phối hợp 2,4% và loại IIIa 27%, loại IIIb 61%, và loại IV 12% [17]. Lương Minh Hải với 52 trường hợp thoát vị được PTNS cho thấy, loại IIIb chiếm 50% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thoát vị gián tiếp là 72,3%, trực tiếp là 25,3% và phối hợp 2,4%, theo phân loại của Nyhus là: loại II (4,7%), IIIa (24,7%), IIIb (65,9%) và loại IV là (4,7%). Như vậy chỉ định mổ của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hữu Thông [16], Lương Minh Hải [6].

#### **4.2.3. Vấn đề thoát vị hai bên và thoát vị tái phát**

Một ưu điểm của phẫu thuật nội soi là chỉ định đối với thoát vị hai bên và thoát vị tái phát. Tamme [136], Palanivelu [102],[103], Nixon [99] cho rằng: Phương pháp TEP có thể áp dụng cho hầu hết các thoát vị bẹn, và đặc biệt hữu ích đối với thoát vị 2 bên, thoát vị tái phát. Phạm Hữu Thông (2008), thoát vị 2 bên 21%, tái phát 12% [15], Lương Minh Hải (2007), thoát vị 2 bên 34,6%, thoát vị tái phát 15,4% [6]. Tamme [136] với 3868 trường hợp mổ nội soi theo TEP có 34,5% 2 bên, 13% thoát vị tái phát. Chúng tôi đã chỉ định mổ cho hầu hết thoát vị bẹn, trong đó thoát vị hai bên 7,8%, tái phát 4,7%.

#### **4.2.5. Sẹo mổ cũ vùng bụng dưới**

Ngày nay nhiều tài liệu đã chứng minh được rằng, phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn vẫn an toàn và hiệu quả ngay cả khi bệnh nhân có vết mổ cũ

dưới rốn [25],[108]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: có 8 trường hợp sẹo mổ dưới rốn (10,4%), tất cả đều mổ thành công, không có ca nào phải chuyển đổi phương pháp mổ.

### **4.3. Kỹ thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.**

**4.3.1. Vô cảm:** mê nội khí quản 100%.

#### **4.3.2. Tư thế bệnh nhân, sơ đồ bố trí kẹp mổ.**

Bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp 15- 20° so với mặt sàn, ở tư thế này làm cho tạng thoát vị dễ dàng lên ổ bụng hơn, giúp cho phẫu thuật thuận lợi. Dàn máy nội soi để phía dưới chân bệnh nhân, phẫu thuật viên đứng đối diện bên thoát vị, trợ lý đứng đối diện.

#### **4.3.3. Vị trí và cách đặt trocar trong phẫu thuật.**

- Vị trí trocar kính soi: Như hầu hết các tác giả, chúng tôi đặt trocar kính soi dưới rốn 1 cm, sau cơ thẳng bụng và trước lá cân sau.

- Vị trí trocar phẫu thuật: có nhiều vị trí đặt trocar phẫu thuật, Nixon [99] Palanivelu [102], Lương Minh Hải [6] đặt 2 trocar phẫu thuật hợp với trocar kính soi thành tam giác đều. Lomanto [85], Phạm Hữu Thông [15] trocar thứ nhất giữa mu và rốn, trocar thứ hai nằm ngay bờ trên xương mu. Chúng tôi đặt 2 trocar phẫu thuật giống Lomanto (81,8%) và nhận thấy, đôi khi dụng cụ phẫu thuật va chạm vào nhau khó thao tác. Khi đã có kinh nghiệm, chúng tôi thường sắp xếp trocar thứ 3 ở hố chậu đối diện với bên thoát vị (18,2%).

#### **4.3.4. Phẫu tích thoát vị**

Thoát vị ben trực tiếp phẫu tích đơn giản, chỉ việc kéo ra khỏi lỗ thoát vị rồi đẩy trở lại ổ bụng. Thoát vị ben gián tiếp, phẫu tích túi thoát vị đi trong bao thờ thừng tinh phức tạp hơn, tay trái sử dụng graspers nắm túi thoát vị kéo lên sát thành bụng, tay phải dùng dissector nhẹ nhàng phẫu tích túi thoát vị ra khỏi ống dẫn tinh và bó mạch tinh. Túi thoát vị nhỏ thì cắt bỏ, túi thoát vị lớn thì được cột lại bằng chỉ không tan, cắt túi ở dưới chỗ cột chỉ gần sát lỗ ben sâu.

#### **4.3.5. Kỹ thuật đặt và cố định mảnh ghép**

Để có thể đưa mảnh ghép được vào khoang ngoài phúc mạc, chúng tôi phải cuộn tròn mảnh ghép như cuộn điều thuốc lá, và đưa qua lỗ trocar kính soi. Trải mảnh ghép sao cho bờ trong tại khớp mu, bờ ngoài tận gai chậu trước trên, chồng lên thờ thừng tinh. Mảnh ghép phải phẳng, không gấp mép, và ép sát vào thành ben trước và sau. Theo Nixon [99], nêu thoát vị 2 bên, bờ trong 2 mảnh ghép phải chồng lên nhau ít nhất 1cm tại khớp mu.

Ngày nay, vấn đề cố định mảnh ghép vẫn đang còn tiếp tục được tranh luận [86]. Nhiều tác giả đã chứng minh được rằng, nguyên nhân chính gây nên thoát vị tái phát không phải là do mảnh ghép không được cố định, mà còn có rất nhiều nguyên nhân khác như: do sai sót về kỹ thuật, sử dụng mảnh ghép nhỏ, ...Chỉ cố định mảnh ghép khi thoát vị tái phát nhiều lần và thước lỗ thoát vị > 4 cm [76], [83], [102], Phạm Hữu Thông, tỷ lệ cố định



mảnh ghép là 7% [16]. Lương Minh Hải đặt mảnh ghép kích thước 15 x 15 cm 100% không cố định [6]. Chúng tôi cố định mảnh ghép khi lỗ thoát vị > 3 cm (8,43%).

#### **4.4. Kết quả phẫu thuật**

##### **4.4.1. Các tai biến trong mổ**

Các tai biến trong mổ bao gồm, chảy máu, thủng bàng quang, tổn thương ống dẫn tinh, thủng ruột, thủng phúc mạc, tràn khí dưới da. Lương Minh Hải cắt đứt ống dẫn tinh 1 (1,92%), cột nhầm ống dẫn tinh 1 (1,9%), tràn khí dưới da là 5,8%. Phạm Hữu Thông (2008) thủng phúc mạc (28,9%) Muzio thủng phúc mạc là 10,9%, Nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng chảy máu 2,34% (chảy máu ở xương mu 1,17%, chảy máu do rách bó mạch thượng vị dưới 1,17%), cột nhầm ống dẫn tinh 1,17%, tràn khí dưới da 1,17%, thủng phúc mạc 10,53%. Các tai biến đều tự giới hạn hoặc can thiệp đơn giản.

##### **4.4.2. Các biến chứng sau mổ**

Các biến chứng sau mổ gồm: tụ dịch, máu vùng mổ, tụ máu bìu, viêm tinh hoàn, bí tiểu ... Nguyên nhân tụ dịch vùng mổ là do phẫu tích quá thô bạo làm tổn thương các mạch bạch huyết và các mạch máu [80], [136]. Phạm Hữu Thông (2008) có 6% tụ dịch [16]. Chúng tôi gặp 1 trường hợp tụ dịch tại vị trí lỗ bẹn nông chiếm 1,3%.

Tụ máu vùng bìu sau phẫu thuật thường do dịch máu chảy từ vùng mổ xuống, nguyên nhân do không đóng kín lỗ bẹn sâu. Để hạn chế biến chứng này Ger khuyên đóng lại lỗ bẹn sâu [56]. chúng tôi có 1 trường hợp tụ máu ở bìu gặp ở bệnh nhân bị thoát vị gián tiếp lớn, và đã chọc hút 1 lần không thấy tái lập.

Bí tiểu: biến chứng này thường xảy ra trong phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi khoảng từ 1,3- 5,8%, hay gặp ở các bệnh nhân lớn tuổi có tiền căn phì đại tiền liệt tuyến. Chúng tôi có 6 trường hợp chiếm 7,8%. Lau.H (2002) [75], bí tiểu là 4%. Koch tiểu sau mổ thoát vị bẹn nội soi là 22,2% [67].

Viêm tinh hoàn: hầu hết các tác giả cho rằng, biến chứng này xảy ra do thực hiện bóc tách túi thoát vị ra khỏi thừng tinh quá thô bạo, bằng chứng xuất hiện biến chứng này khoảng 0,3- 5%. [94], [102]. Tỷ lệ này của chúng tôi là 3,9%, tất cả đều đáp ứng tốt với điều trị kháng viêm trong vòng từ 3 đến 7 ngày.

- Xuất huyết dưới da vùng bẹn: đây là biến chứng thường gặp nhưng là biến chứng nhẹ, chúng tôi gặp 2 trường hợp xuất huyết dưới da bẹn chiếm 2,6%, tất cả đều tự hấp thu.

##### **4.4.2.2. Biến chứng xa**

- Tràn dịch màng tinh hoàn: theo Felix.E.L [45], tỷ lệ biến chứng này vào khoảng 0,2-1,5%, thường xuất hiện ở những trường hợp thoát vị lớn, khi phẫu tích đã không lấy hết được túi phúc mạc, hoặc có thể

mạch bạch huyết bị cắt đứt khi phẫu tích xung quanh thừng tinh. Biến chứng này của chúng tôi là 2,6%, cả hai đều được chọc hút 2 lần và không thấy dịch tái lập.

- Dị cảm vùng bẹn: đa số các trường hợp dị cảm vùng bẹn là do khi phẫu tích thoát vị ra khỏi thừng tinh đã làm tổn thương thần kinh đùi bì ngoài. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, dị cảm vùng bẹn (1,38%).

- Đau thừng tinh và tinh hoàn: có 1 trường hợp đau tinh hoàn và thừng tinh chiếm 1,38%. Nguyên nhân có thể là trong phẫu thuật, chúng tôi đã cầm nắm vào thừng tinh quá nhiều làm tổn thương nhánh thần kinh sinh dục. Nghiên cứu của Lương Minh Hải cho thấy, đau thừng tinh là 1,9%, và đau tinh hoàn là 1,9% [6] .

#### *4.4.2.3. So sánh tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ giữa thoát vị trực tiếp và gián tiếp.*

Trong phẫu thuật chúng tôi nhận thấy rằng, phẫu tích thoát vị gián tiếp bao giờ cũng khó hơn thoát vị trực tiếp nên cũng xuất hiện nhiều tai biến và biến chứng hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ tai biến trong mổ của thoát vị bẹn gián tiếp và trực tiếp khác nhau có ý nghĩa với  $P < 0,05$ . Tỷ lệ biến chứng sau mổ của thoát vị gián tiếp và thoát vị trực tiếp khác nhau có ý nghĩa với  $P < 0,001$ . Điều này cho thấy, mổ thoát vị gián tiếp phức tạp hơn thoát vị trực tiếp. Sự tác động vào thừng tinh thô bạo là nguyên nhân làm tăng tai biến và biến chứng sau mổ.

#### **4.4.3. Tái phát**

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp tái phát chiếm tỷ lệ 2,78%, cả 2 trường hợp đều là tái phát sớm (tháng thứ 4 và 7). Ca thứ nhất, lỗ thoát vị  $> 4$  cm, mảnh ghép  $7,5 \times 11$  cm, cố định mảnh ghép. Ca thứ 2 lỗ thoát vị nhỏ, mảnh ghép lớn ( $10 \times 15$  cm), không cố định mảnh ghép, phẫu tích khoang ngoài phúc mạc không đủ rộng, mảnh ghép bị co rúm. Chúng tôi nhận thấy nguyên nhân tái phát ở ca đầu do mảnh ghép nhỏ, lỗ thoát vị lớn. Ca thứ 2 do phẫu tích khoang ngoài phúc mạc không đủ rộng cho đặt mảnh ghép. Nhận định này của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước cho rằng, các nguyên nhân gây tái phát như: mảnh ghép quá nhỏ, phẫu tích khoang đặt mảnh ghép không đủ rộng, không cố định mảnh ghép, tụ dịch vùng mổ ... [35],[78],[133],[140].

#### **4.4.4. Thời gian mổ**

Thời gian mổ trung bình là  $64,54 \pm 21,64$  phút, (30- 130 phút). thời gian mổ của thoát vị gián tiếp là  $64,2 \pm 21,75$  phút, thoát vị trực tiếp là  $53,07 \pm 19,09$  phút, sự khác biệt có ý nghĩa với  $P < 0,05$ . Liem M.S. cũng cho rằng xử lý thoát vị gián tiếp bao giờ cũng khó hơn thoát vị trực tiếp, do đó thời gian mổ thoát vị gián tiếp dài hơn thoát vị trực tiếp [83].

#### **4.4.8. Mức độ đau sau mổ**

Lau. H (2004) có tới hơn 30% số bệnh nhân không yêu cầu dùng giảm đau sau mổ [77]. Phạm Hữu thông (2004) 86,8% đau nhẹ, 7,9% đau vừa, 5,3% đau nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi có tới 44,2% không yêu cầu dùng giảm đau sau mổ. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả.

**4.4.9. Thời gian đau sau mổ:** Hơn 90% đau trong vòng 48 giờ, ngày thứ 3,4 chỉ có 7,8%, đau 5 ngày có 1 trường hợp (1,3%).

**4.4.10. Thời gian nằm viện sau mổ**

Hầu hết nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đều cho thấy thời gian nằm viện sau mổ thoát vị bẹn nội soi chỉ từ 1 đến 2 ngày, thậm chí xuất viện trong ngày [32],[39],[91],[150]. Phạm Hữu Thông thời gian nằm viện trung bình là 3,63 (1- 6 ) ngày [16], Lương Minh Hải thời gian nằm viện là 2,38 ngày [6]. Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.24 cho thấy, thời gian nằm viện trung bình sau mổ là  $3,8 \pm 1,4$  ngày ( 2- 8 ngày)

**4.4.11. Đánh giá kết quả sau mổ**

Kết quả: Tốt có 64 trường hợp (83,1%), khá có 12 trường hợp (15,6%), trung bình có 1 trường hợp (1,3%), kém 0%.

**4.4.12. Đánh giá kết quả xa.**

Số bệnh nhân chúng tôi theo dõi được là 72/77 trường hợp chiếm tỷ lệ chiếm 93,5%, cao hơn của Mazed. H 82,7% [91], của Fezli là 89,62% [47], tương đương Phạm Hữu Thông là 95,3% [16].

Kết quả: tốt: 90,28%, khá: 6,94%, trung bình 0%, kém 2,78%.

**KẾT LUẬN**

Từ tháng 8 năm 2005 đến tháng 11 năm 2008, chúng tôi đã phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc cho 77 bệnh nhân (85 thoát vị), với thời gian theo dõi ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 45 tháng, căn cứ vào kết quả thu được chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây:

**1. Chỉ định phẫu thuật**

- Phẫu thuật đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc có thể áp dụng điều trị cho hầu hết thoát vị bẹn ở người trưởng thành có thành bẹn yếu, theo phân loại của Nyhus lần lượt là: loại II (4,7%), loại IIIa (24,7%), Loại IIIb (65,9%), loại IV (tái phát) 4,7%, hai bên 7,8%.

**2. Qui trình kỹ thuật**

- *Vô cảm:* Mê nội khí quản (100%).

- *Tư thế bệnh nhân, trí kẹp mổ:* bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp 15- 20°, dàn máy đặt phía dưới chân bệnh nhân, phẫu thuật viên đứng đôi bên với thoát vị, trợ lý đứng đối diện phẫu thuật viên.

- *Vị trí các trocar phẫu thuật:* 2 trocar phẫu thuật trên đường giữa (81,8%), trocar thứ 2 ở hố chậu đối diện với thoát vị (18,2%).

- *Xử lý thoát vị*: thoát vị trực tiếp, chỉ cần kéo túi thoát vị khỏi lỗ thoát vị. Thoát vị gián tiếp phải phẫu tích túi thoát vị ra khỏi thừng tinh, cột túi ở đầu gân bằng chỉ không tan, cắt túi tại lỗ bẹn sâu, để hở đầu xa. Hạ nếp phúc mạc khỏi thừng tinh, bó mạch chậu ngoài, bộc lộ khoang trước phúc mạc đủ rộng để đặt mảnh ghép.

- *Đặt và cố định mảnh ghép*: mảnh ghép đặt chồng lên thừng tinh, bờ trong ở khớp mu, bờ ngoài tận gai chậu trước trên, mảnh ghép phải phẳng, ép sát vào thành bụng trước và sau. Thoát vị hai bên, bờ trong của hai mảnh ghép phải chồng lên nhau ít nhất 1 cm. Cố định mảnh ghép khi lỗ thoát vị > 3 cm (8,43%).

### **3. Kết quả phẫu thuật**

*Thời gian mổ*: trung bình  $64,54 \pm 21,64$  phút (30- 130 phút ). Thoát vị trực tiếp  $53,07 \pm 19,09$  phút, gián tiếp  $64,2 \pm 21,75$  phút. Thời gian mổ thoát vị 1 bên  $62,67 \pm 21,29$  phút, 2 bên  $86,66 \pm 11,69$  phút.

- *Đau sau mổ*: 44,2% rất nhẹ, 27,3% nhẹ, 26% vừa, 2,6% nhiều.
- *Thời gian đau*: 90% trong 2 ngày đầu, 1(1,3%) đau ngày thứ 5.
- *Ngày nằm viện sau mổ*: trung bình  $3,8 \pm 1,4$  ngày (2- 8 ngày).
- *Tai biến trong mổ*: 14%, tự giới hạn hoặc can thiệp đơn giản.
- *Biến chứng sau mổ*: 16,9%, đều là nhẹ, tự giới hạn.
- *Biến chứng xa*: 6,94%.
- *Tái phát*: 2,78%.
- *Kết quả sớm*: tốt 83,1%, khá 15,6%, trung bình 1,3%, kém 0%.
- *Kết quả xa*: tốt 90,28%, khá 6,94%, trung bình 0%, kém 2,78%.