

PHẪU THUẬT NỘI SOI TAPP ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BÊN

Trương Đình Khôi¹, Nguyễn Thanh Xuân^{2*},
Nguyễn Minh Thảo³, Phạm Anh Vũ³

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.73.13

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp và có nhiều tác giả đưa ra nhiều kỹ thuật mổ khác nhau. Phẫu thuật xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) với nhiều ưu điểm như tiếp cận phẫu trường nội soi rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng, có thể quan sát, đánh giá và xử trí tạng thoát vị khá dễ dàng, có thể phát hiện thoát vị bên đối diện và xử trí những bệnh lý kèm theo trong ổ phúc mạc.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả có theo dõi 125 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình $56,25 \pm 19,06$. Nam chiếm 97,6%. Thoát vị bẹn có triệu chứng 76,8%, có biến chứng 23,2%. Thoát vị bẹn 1 bên 92%, 2 bên 8%. Thoát vị bẹn ẩn đối bên phát hiện trong mổ 2,4%. TAPP 1 bên 92,8%, TAPP 2 bên 7,2%, TAPP kèm phẫu thuật khác 2,4%. Thời gian mổ trung bình 1 bên là $48,62 \pm 13,05$ phút, 2 bên là $66,11 \pm 12,19$ phút. Không có tai biến trong mổ. VAS sau mổ 24 giờ: $3,53 \pm 0,56$. Tỷ lệ dịch vùng bẹn sau mổ 11,2%. Thời gian nằm viện sau mổ $4,41 \pm 1,25$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật TAPP là một phẫu thuật an toàn, có thể thực hiện được. Phẫu thuật TAPP có thể phát hiện và xử trí những tổn thương trong ổ phúc mạc cũng như các bệnh lý đi kèm.

Từ khoá: Thoát vị bẹn, nội soi, lưới trước phúc mạc.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC TRANS - ABDOMINAL PRE - PERITONEAL (TAPP) REPAIR FOR TREATMENT INGUINAL HERNIA DISEASE

Trương Đình Khôi¹, Nguyễn Thanh Xuân^{2*},
Nguyễn Minh Thảo³, Phạm Anh Vũ³

Background: Inguinal hernia is one of the commonest surgical diseases and there are many different techniques applied. The laparoscopic trans - abdominal pre - peritoneal (TAPP) repair allows a better view of the inguinal anatomy, evaluation of opposite side and resolve combined peritoneal diseases as well.

Methods: A prospective study was carried in 125 cases with inguinal hernia that have been treated by laparoscopic trans - abdominal pre-peritoneal (TAPP) repair.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa

²Bệnh viện Trung ương Huế

³Trường Đại học Y - Dược Huế

- Ngày nhận bài (Received): 19/10/2021; Ngày phản biện (Revised): 16/11/2021;

- Ngày đăng bài (Accepted): 21/11/2021

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Xuân

- Email: thanhxuanbv@gmail.com; SĐT: 0945313999

Results: The mean age was 56.25 ± 19.06 years old. 96.7% were male. 76,8% of hernia were symptomatic, and 23.3% were complicated. 92% of hernia were unilateral, 8% were bilateral, 2.4% were occult. 92.8% would perform an unilateral TAPP repair, 7.2% bilateral TAPP repair, 2.4% simultaneous TAPP and cholecystectomy. The mean operative time was 48.62 ± 13.05 minutes for unilateral TAPP, 66.11 ± 12.19 minutes for bilateral TAPP. The mean VAS 24h post - op was 3.53 ± 0.56 . Regarding postoperative complications, inguinal seroma was detected in 11,2% of cases. The mean postoperative hospital stay was 4.41 ± 1.25 days.

Conclusion: TAPP is a safe and feasible procedure, allows evaluation of opposite side and resolve combined peritoneal diseases.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic, trans - abdominal pre - peritoneal (tapp).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp và có nhiều tác giả đưa ra nhiều kỹ thuật mổ khác nhau. Từ khi Bassini đưa ra kỹ thuật mổ mang tên mình vào năm 1887 thì đã có hơn 100 loại phẫu thuật khác nhau của các tác giả khác với mục đích mang lại kết quả điều trị tốt nhất. Kỹ thuật này đã trở thành tiêu chuẩn vàng cho điều trị thoát vị bẹn trên toàn thế giới trong giai đoạn này. Năm 1970, tác giả Shouldice đưa ra kỹ thuật cũng sử dụng mô tự thân tương tự và cũng trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị mới. Tuy nhiên, các loại phẫu thuật sử dụng cấu trúc giải phẫu này vẫn còn gặp không ít khó khăn khi cấu trúc thành của ống bẹn bị phá hủy và biến đổi nhiều [1, 2].

Vào cuối thế kỷ 20, một số tác giả đã sử dụng tấm ghép nhân tạo vá vào chỗ yếu thành sau ống bẹn đã đánh dấu sự ra đời của phương pháp tái tạo thành bụng không áp lực (Tension - free repair). Phương pháp này đã giúp loại bỏ sức căng của đường khâu tái tạo gặp phải trong phương pháp điều trị bằng mô tự thân và đã được sử dụng rộng rãi như phương pháp của tác giả Lichtenstein, Stoppa... [2].

Năm 1982, Ger đã thực hiện phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi đầu tiên bằng cách xử lý lỗ bẹn sâu bằng những clip kim loại không gỉ, mở đầu cho các kỹ thuật nội soi thoát vị bẹn sau này. Phẫu thuật nội soi trước phúc mạc hoàn toàn (TEP) ra đời vào những năm sau đó với phẫu thuật xâm nhập tối thiểu ngoài phúc mạc hoàn toàn. Phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt lưới trước phúc mạc (TAPP) được thực hiện từ năm 1990 bởi Arregui và Dion [2].

Ngoài những ưu điểm của phẫu thuật nội soi trong điều trị các bệnh lý ngoại khoa nói chung và bệnh lý thoát vị bẹn nói riêng, phẫu thuật TAPP còn có những ưu điểm riêng như tiếp cận phẫu trường nội soi rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng cũng như cách tiếp cận nội soi tương đối dễ dàng. Phẫu thuật TAPP có thể chỉ định đối với những trường hợp thoát vị bẹn khó như thoát vị bẹn cầm tù, thoát vị bẹn nghẹt tới sớm chưa có tổn thương hoại tử tạng thoát vị do phẫu thuật viên có thể quan sát, đánh giá và xử trí tạng thoát vị khá dễ dàng mà phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) không thể thực hiện được [3].

Ngoài ra, phẫu thuật viên khi thực hiện phẫu thuật TAPP có thể phát hiện thoát vị bẹn đối diện nếu có, xử trí một số bệnh lý kèm theo trong ổ phúc mạc và có đường cong huấn luyện ngắn [4].

Do đó chúng tôi thực hiện ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn xuyên phúc mạc tại Bệnh viện Trung Ương Huế và bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế với các mục tiêu: (1) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc vào khoang trước phúc mạc (TAPP), (2) Nghiên cứu tỷ lệ phát hiện thoát vị bẹn đối bên và xử trí các bệnh lý đi kèm trong ổ phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 125 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn và phẫu thuật TAPP tại Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế từ 6/2016 đến 3/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi. (2) Thoát vị bẹn nghẹt tới sớm trước 6 giờ. (3) Thoát vị cầm tù không có dấu hiệu tắc ruột.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân chống chỉ định gây mê nội khí quản. (2) Bệnh nhân có tiền sử dính ruột hoặc phẫu thuật mở lớn tầng dưới ổ bụng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, có theo dõi.

* Dụng cụ và trang thiết bị:

Dụng cụ chính gồm hệ thống nội soi hãng Karl Storz và các dụng cụ phẫu thuật truyền thống.

* Kỹ thuật:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm ngửa đầu thấp và nghiêng về phía phẫu thuật viên để các cơ quan trong ổ phúc mạc đổ về tầng trên ổ bụng và về phía phẫu thuật viên bộc lộ vùng thoát vị bẹn bên đối diện. Nếu trường hợp thoát vị bẹn 2 bên thì tiến hành đổi vị trí của ê-kíp phẫu thuật viên và hệ thống máy nội soi.

Đặt tro-ca 10mm vào ổ phúc mạc vị trí trên rốn theo phương pháp Harson cải tiến, quan sát đánh giá vị trí thoát vị, tạng thoát vị, phân loại thoát vị, đo kích thước lỗ bẹn sâu và đánh giá tình trạng thoát vị bẹn bên đối diện.

Đặt 2 tro-ca 5mm vào 2 bên cơ thẳng bụng ngang với vị trí tro-ca 10mm, tiến hành tạo khoang trước phúc mạc từ đường ranh giới được tính từ giữa rốn đến dây chằng bẹn, khoảng 3 - 4 cm trên mái vòm lỗ bẹn sâu, từ ngoài vào trong cho tới nếp rốn bên. Sử dụng dụng cụ kẹp Maryland bên tay trái để cầm giữ phúc mạc thành bụng, tay phải sử dụng kéo và lợi dụng áp lực của CO₂ để tách phúc mạc ra khỏi thành bụng.

Tách phúc mạc cho tới lỗ bẹn sâu, lột phúc mạc ra khỏi bó mạch thượng vị dưới, tách túi thoát vị nếu có (lưu ý nên tách túi thoát vị gián tiếp cho tới đáy túi). Trong quá trình tách túi thoát vị đi từ ngoài vào cần tách phúc mạc ra khỏi bó mạch sinh dục và ống dẫn tinh với động mạch ống dẫn tinh.

Bên trong tách phúc mạc cho tới khi thấy được dây chằng Cooper và củ mu. Tạo khoang vị trí thành sau ống bẹn.

Đặt tấm lưới nhân tạo vào khoang trước phúc mạc vừa tạo ra, che phủ lỗ bẹn sâu và thành sau ống bẹn. Cố định bên trong tấm lưới vào dây chằng Cooper bằng dụng cụ ghim bấm ProTack (Medtronic, Hoa Kỳ), cố định phía ngoài cùng tấm lưới.

Tiến hành đóng kín phúc mạc bằng ProTack hoặc khâu kín phúc mạc bằng chỉ Vicryl 4/0.

III. KẾT QUẢ

Gồm 125 bệnh nhân. Tuổi nhỏ nhất: 19 tuổi, lớn nhất: 87 tuổi, trung bình $56,25 \pm 19,06$. Nam 97,6%, nữ 2,4%. Vị trí thoát vị bẹn được thể hiện ở **Bảng 1**. Trong đó, thoát vị bẹn bên phải chiếm tỉ lệ ưu thế hơn bên trái.

Bảng 1: Vị trí thoát vị bẹn

Vị trí		Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
1 bên	Phải	71	56,8
	Trái	44	35,2
2 bên	2 bên có triệu chứng	7	5,6
	1 bên có triệu chứng và 1 bên ẩn phát hiện trong mổ	3	2,4
Tổng cộng		60	100

Phân loại thoát vị bẹn được liệt kê trong **Bảng 2**. Phần lớn trường hợp là thoát vị bẹn có triệu chứng (76,8%); thoát vị gián tiếp chiếm 95,2%; có 6 trường hợp thoát vị tái phát (4,8%)

Bảng 2: Phân loại thoát vị bẹn (n = 125)

Phân loại	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Thoát vị bẹn có triệu chứng	96	76,8
Thoát vị bẹn cầm tù	9	7,2
Thoát vị bẹn nghẹt	20	16,0
Gián tiếp	119	95,2
Trực tiếp	6	4,8
Tiến phát	119	95,2
Tái phát	6	4,8

Bệnh viện Trung ương Huế

Đường kính lỗ thoát vị: Bên phải: lỗ thoát vị trung bình $13,81 \pm 5,21$ mm. Bên trái: lỗ thoát vị trung bình $13,52 \pm 4,53$ mm.

Tạng thoát vị: Ruột non: 45,6%; mạc nối lớn: 37,6%; cả ruột non và mạc nối: 12%; không xác định được: 4,8%.

Phẫu thuật TAPP: TAPP 1 bên: 116 trường hợp (92,8%); TAPP 2 bên: 9 trường hợp (7,2%), trong đó: 7 trường hợp TAPP 2 bên do thoát vị bên 2 bên có triệu chứng (5,6%); 2 trường hợp TAPP 2 bên do phát hiện thoát vị ẩn đối bên (1,6%).

TAPP kết hợp phẫu thuật ổ bụng khác: 3 trường hợp (2,4%), trong đó: 2 trường hợp TAPP + cắt túi mật, 1 trường hợp TAPP + cắt túi mật + cắt chỏm nang gan phải.

Thời gian mổ trung bình 1 bên là $48,62 \pm 13,05$ phút; 2 bên là $66,11 \pm 12,19$ phút.

Tai biến, biến chứng: Không có tai biến trong mổ. 14 trường hợp (11,2%) có tụ dịch vùng bẹn sau mổ, tự hết không cần can thiệp trong vòng 1 tháng.

Đau sau mổ: VAS < 24 giờ: $3,53 \pm 0,56$; VAS 24 - 48 giờ: $2,83 \pm 0,44$; VAS > 48 giờ: $2,00 \pm 0,49$.

Thời gian nằm viện trung bình: $4,41 \pm 1,25$ ngày, ngắn nhất: 3 ngày, dài nhất: 9 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2019 chúng tôi đã thực hiện được 125 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn. Tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi, tuổi lớn nhất là 87 tuổi. Lứa tuổi chỉ định phẫu thuật TAPP trong thoát vị bẹn trong nghiên cứu của chúng tôi khá rộng. Tuy nhiên, theo tác giả Ferrarese và cộng sự thì kết quả phẫu thuật TAPP đối với lứa tuổi trên 65 cũng tương tự như lứa tuổi dưới 65. Phẫu thuật TAPP an toàn và có thể thực hiện được với đối tượng người cao tuổi [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí thoát vị bẹn phải chiếm 56,8%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Ujiki, trong đó vị trí bên phải chiếm đa số [6].

Thoát vị bẹn gián tiếp chiếm đa số 95,2%. Nghiên cứu của tác giả Bokeler, Muschalla cho kết

quả tương tự. 2,4% có phát hiện thoát vị ẩn đối bên. 2,4% TAPP có kèm phẫu thuật ổ bụng khác kết hợp. Điều này cho thấy ưu điểm của phẫu thuật TAPP là có thể quan sát, đánh giá rất tốt các đặc điểm thoát vị, đồng thời có thể xử trí dễ dàng [4,7].

4,8% không xác định được tạng tạng thoát vị. Điều này có thể giải thích do siêu âm kết hợp với nghiệm pháp gắng sức làm tăng áp lực ổ bụng để tìm kiếm tạng thoát vị nhưng đôi khi không phát hiện, trong quá trình mổ với phương pháp gây mê nội khí quản đồng thời sử dụng các thuốc giãn cơ thì hầu hết các tạng tạng thoát vị đều chui về lại ổ phúc mạc ngoại trừ các trường hợp thoát vị bẹn nghẹt và thoát vị bẹn cầm tù.

Thời gian mổ trung bình một bên của nghiên cứu chúng tôi là $48,62 \pm 13,05$ phút tương tự với thời gian mổ của tác giả Bokeler là 46 phút, tác giả Bittner là 47 phút. Thời gian này thấp hơn nghiên cứu của Cıtcı với 55 phút. Kết quả này cho thấy không có sự khác biệt nhiều giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của các tác giả khác. Thời gian mổ của các tác giả nói chung thấp hơn nhóm nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP). Điều này có thể do phẫu thuật viên khi thực hiện phẫu thuật TAPP thường có không gian phẫu tích rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thao tác, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật [2, 4, 8, 9].

Biến chứng sau mổ tương 11,2% tụ dịch vùng bẹn bìu (3,3%). Các trường hợp này được điều trị nội khoa bảo tồn. Theo Bittner thì các biến chứng phù nề bìu thì phẫu thuật TAPP thường nhiều hơn TEP, còn tụ dịch thành bụng thì phẫu thuật TAPP lại ít hơn [3].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp phát hiện thoát vị bẹn đối bên chiếm 2,4%. Những trường hợp này chỉ được phát hiện được trong mổ với túi thoát vị bẹn gián tiếp kích thước nhỏ. Trước đây, các phẫu thuật viên gặp rất nhiều khó khăn trong việc phát hiện thoát vị bẹn 2 bên ở người trưởng thành, nhưng từ khi có nội soi ổ phúc mạc, nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ phát hiện đã

có sự gia tăng đáng kể. Phẫu thuật TAPP cho thấy hiệu quả trong việc phát hiện sớm các dị tật bên trong, đồng thời cho phép phẫu thuật viên tiếp cận hiệu quả cả 2 bên ngay sau khi phát hiện. Điều quan trọng là phẫu thuật viên cần phải trao đổi với bệnh nhân và người nhà trước khi giải quyết đồng thời 2 bên nếu thấy cần thiết [10].

Tỉ lệ thoát vị bẹn 2 bên ở người trưởng thành có sự khác biệt giữa các nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Khi nghiên cứu dịch tễ học của bệnh lý thoát vị bẹn, Akin phát hiện tỷ lệ này chỉ 6,2%, el-Quaderi 5%, Weber 22%. Khi nghiên cứu qua phẫu thuật mở thoát vị bẹn, Glasow phát hiện được 12%, trong khi đó tỷ lệ phát hiện trong nghiên cứu của Rutkow là 25,2%. Khi thực hiện phẫu thuật nội soi ổ phúc mạc, tỷ lệ phát hiện đã được cải thiện như nghiên cứu của tác giả Weber (36%), MCKernan (36%) và Phillips (64%). Với phẫu thuật xuyên ổ phúc mạc có thể dễ dàng phát hiện những khiếm khuyết này mà những phẫu thuật khác cũng như lâm sàng khó có thể phát hiện được [10].

Ngoài khả năng phát hiện thoát vị bẹn đối bên, phẫu thuật TAPP còn có thể xử trí những bệnh lý lành tính đi kèm (những phẫu thuật vô khuẩn để không gây nguy cơ nhiễm trùng tấm lưới nhân tạo) như bệnh lý túi mật, ruột thừa viêm mạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì có 3 trường hợp có bệnh lý kèm theo được xử trí. Việc xử trí các bệnh lý đơn giản kèm theo này có thể làm giảm một lần mổ cho bệnh nhân, giảm bớt chi phí điều trị cũng như tâm lý cho người bệnh.

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,41 \pm 1,25$ ngày, tương tự một số tác giả.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt lưới trước phúc mạc (TAPP) là phẫu thuật an toàn, có thể thực hiện được trên người trưởng thành, người cao tuổi nếu điều kiện gây mê cho phép. Phẫu thuật này có thể dễ dàng phát hiện những khiếm khuyết trong ổ phúc mạc cũng như phát hiện tình trạng thoát vị bẹn đối bên. Ngoài ra, phương pháp này có thể xử trí những tổn thương bệnh lý đơn giản đi kèm mà các phương pháp khác không phát hiện được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, Poucher J, Hennet H, Habib E, et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? A multicenter controlled trial in 1578 patients. *Ann Surg.* 1995. 222: 719-27.
2. Leblanc KA, Laparoscopic Hernia Surgery: An operative guide. 2002. 1-287.
3. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, Bansal V, Bingener J, Bisgaard T, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc.* 2015. 29: 289-321.
4. Bökeler U, Schwarz J, Bittner R, Zacheja S, Smaxwil C. Teaching and training in laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP): impact of the learning curve on patient outcome. *Surg Endosc.* 2013. 27: 2886-93.
5. Ferrarese AM, Enrico S, Solej M, Falcone A, Catalano S, Gibin E, et al. Transabdominal pre-peritoneal mesh in inguinal hernia repair in elderly: end point of our experience. *BMC Surg.* 2013. 13 Suppl 2: S24.
6. Ujiki MB, Gitelis ME, Carbray J, Lapin B, Linn J, Haggerty S, et al. Patient-centered outcomes following laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc.* 2015. 29: 2512-9.
7. Muschalla F, Schwarz J, Bittner R. Effectivity of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) in daily clinical practice: early and long-term result. *Surg Endosc.* 2016. 30: 4985-4994.
8. Ciftci F, Abdulrahman I, Ibrahimoglu F, Kilic G. Early - Stage Quantitative Analysis of the Effect

- of Laparoscopic versus Conventional Inguinal Hernia Repair on Physical Activity. Chirurgia (Bucur). 2015. 110: 451-6.
9. Vărcuș F, Duță C, Dobrescu A, Lazăr F, Papurica M, Tarta C. Laparoscopic Repair of Inguinal Hernia TEP versus TAPP. Chirurgia (Bucur). 2016. 111: 308-12.
10. Weber P, Weber Sánchez A, Garteiz Martinez D. Laparoscopy and Bilateral Inguinal Hernias. Transplantation science. 2016. 4: 1019.