

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

TÁC GIẢ

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ TRUNG HẠN
PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ
THOÁT VỊ VẾT MỖ THÀNH BỤNG

Ngành: Ngoại khoa

Mã số: 9720104

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Năm 2023

Công trình được hoàn thành tại:

Người hướng dẫn khoa học:

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường
họp tại.....

Vào hồi ... giờ ... phút, ngày ... tháng ... năm 2023.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp
- Thư viện Đại học

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC
GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Các tác giả (2022), "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị vết mổ (IPOM)", *Y Học TP HCM*, 26(1), pp. 337-343.
2. Các tác giả (2022), "Three- year prospective outcomes of laparoscopic intraperitoneal on-lay mesh repair of abdominal incisional hernia", *Asian J Endosc Surg*, pp. 1-6. doi:10.1111/ases.13071.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Thoát vị vết mổ (TVVM) là biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật vùng bụng, chiếm 3-13% đối với vết mổ (VM) mở. Tỷ lệ này có thể lên đến 23% nếu VM bị nhiễm trùng. Thoát vị vết mổ thường có liên quan đến sự chậm lành sẹo của cân cơ thành bụng, yếu tố kỹ thuật hay yếu tố sinh bệnh học. Tỷ lệ TVVM xảy ra sau 2 năm và sau 3 năm lần lượt là 50% và 74%. Hiện nay, mỗi năm ở Mỹ có khoảng 100.000 đến 150.000 trường hợp phẫu thuật điều trị TVVM. Tùy thuộc vào kích thước của lỗ TV, lỗ TV có đường kính nhỏ có thể khâu lại bằng những mũi khâu đơn thuần, nhưng với đường kính lỗ TV to thì cần phải điều trị bằng những phương pháp phức tạp hơn. Phục hồi thành bụng có thể được thực hiện bằng cả 2 kỹ thuật mổ mở và mổ nội soi. Tuy nhiên, mổ mở phục hồi thành bụng là yếu tố thuận lợi dẫn đến mảnh ghép dễ bị nhiễm trùng hơn, tỷ lệ nhiễm trùng VM khi mổ mở là 10%, trong khi đó mổ nội soi chỉ có 1,1%. Việc điều trị bằng cách sử dụng mô tự thân phục hồi thành bụng có tỷ lệ tái phát cao từ 10-50%, nhưng khi sử dụng mảnh ghép nhân tạo thì tỷ lệ này giảm xuống hẳn chỉ còn 3-8%. LeBlanc và Booth lần đầu tiên thực hiện phục hồi thành bụng bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) năm 1991 và kỹ thuật này dần được phổ biến rộng rãi hơn trên thế giới.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về PTNS đặt lưới hoàn toàn trong phúc mạc (intraperitoneal onlay mesh: IPOM). Chelala (2016) thực hiện 1326 BN, tỉ lệ các biến chứng tụ dịch, nhiễm trùng, tổn thương ống tiêu hoá lần lượt là 2,56%, 1,05%, 3%; và tỉ lệ tái phát là 3,92% sau 78 tháng theo dõi. Phẫu thuật nội soi IPOM có thể làm giảm đau sau mổ, phục hồi nhanh sau mổ và thẩm mỹ hơn, tuy nhiên phẫu thuật này vẫn có nhiều thách thức, đặc biệt trong trường hợp khối TV to hay phức tạp do giới hạn về không gian thao tác và gỡ dính khi PTNS. Tại Việt Nam, Lê Huy Lưu (2018) có bài báo cáo đầu tiên về PTNS IPOM điều trị TVVM với 9 BN được thực hiện, trong đó 5 BN thực hiện kỹ thuật IPOM, 2 BN thực hiện TEP và 2 BN khâu đơn thuần. Như vậy phẫu thuật này còn rất mới chỉ được thực hiện ở một số trung tâm ngoại khoa lớn, các nghiên cứu chỉ dừng ở các báo cáo từng ca bệnh nên chỉ mang tính chất thông báo và chưa có nghiên cứu nào chuyên sâu. Như vậy việc áp dụng kỹ thuật PTNS đặt lưới hoàn toàn trong ổ bụng vào điều trị BN TVVM của chúng ta sẽ có kết quả như thế nào? Các tai biến, biến chứng và tái phát sẽ ra sao? Và các khó khăn gì có thể gặp ở kỹ thuật này?

Do đó, chúng tôi muốn thực hiện nghiên cứu về PTNS trong điều trị TVVM thành bụng bằng kỹ thuật IPOM để đánh giá kết quả điều trị, các biến chứng và tỉ lệ tái phát sau mổ của phương pháp này trong 3 năm theo dõi.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) của TVVM thành bụng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

2. Xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng, yếu tố nguy cơ tái phát và đau mạn tính sau mổ IPOM.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 50 bệnh nhân được mổ PTNS đặt lưới hoàn toàn trong phúc mạc điều trị TVVM thành bụng (IPOM) với các tiêu chuẩn chọn bệnh như sau:

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thoát vị vết mổ lần đầu hoặc tái phát với một trong các đặc điểm sau:
 - ✓ Một lỗ thoát vị có đường kính ngang từ 2 đến 15cm được xác định dựa trên hình CLVT trước mổ.
 - ✓ Hoặc BN có từ 2 lỗ thoát vị trở lên với điều kiện khoảng cách xa nhất của 2 bờ lỗ thoát vị theo chiều ngang không quá 15cm.
- Chỉ định mổ của nhóm phẫu thuật nội soi IPOM tiêu chuẩn (không đóng lại lỗ thoát vị):
 - ✓ Lỗ thoát vị có chiều ngang > 10cm và < 15cm, và vị trí lỗ thoát vị nằm sát các xương như xương sườn, xương chậu, xương mu.
- Chỉ định mổ của nhóm phẫu thuật nội soi IPOM tăng cường (có đóng lại lỗ thoát vị):
 - ✓ Lỗ thoát vị nằm dọc theo vị trí đường giữa hoặc các vị trí khác nhưng không sát xương có khả năng khâu đóng lại được, và chiều ngang lỗ thoát vị < 15cm.

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, theo dõi dọc từ 3/2018 đến 06/2021 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Từ tháng 3/2018 – 09/2019 chúng tôi hồi cứu lại hồ sơ bệnh án, và từ 10/2019 – 06/2021 chúng tôi thực hiện tiền cứu, lựa chọn BN phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh.

Tính cấp thiết của đề tài

Nhờ những hiểu biết sâu hơn về cấu trúc và thành phần cấu tạo mảnh ghép cũng như là tương hợp sinh học của mảnh ghép trong quá trình lành vết thương, ngoài ra những yêu cầu về chất lượng cuộc sống sau mổ như cần ít đau hơn, thẩm mỹ hơn, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn... nên PTNS điều trị TVVM được xem xét thực hiện một cách nghiêm túc. Điều này giải thích tại sao có rất nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này gồm hồi cứu, tiền cứu và RCT được công bố trên y văn thế giới. Ở Việt Nam, các nghiên cứu mổ mở có sử dụng mảnh ghép về điều trị TVVM đã được báo cáo, tuy nhiên về PTNS điều trị TVVM, Lê Huy Lưu đã có báo cáo đầu tiên về kỹ thuật này năm 2018. Số lượng BN trong nghiên cứu này khá nhỏ chỉ có 5 BN và thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được hiệu quả lâu dài của kỹ thuật này. Do đó đề tài này rất cần thiết, mang tính thời sự, khoa học và gắn liền với thực tiễn tại Việt Nam.

Những đóng góp mới của luận án

Luận án cung cấp những thông tin mới như sau:

- Triệu chứng lâm sàng của thoát vị vết mổ và đặc điểm chụp cắt lớp vi tính trước mổ và trong thời gian theo dõi sau mổ.

- Các tai biến và biến chứng liên quan đến cuộc mổ.
- Tỷ lệ tái phát và các yếu tố nguy cơ gây tái phát sau mổ.
- Tỷ lệ đau mạn tính và các yếu tố nguy cơ gây đau mạn tính.

Bố cục luận án

Toàn bộ luận án dài 112 trang, Đặt vấn đề và Mục tiêu nghiên cứu 2 trang, Tổng quan 37 trang, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 19 trang, Kết quả 21 trang, Bàn luận 31 trang, Kết luận 1 trang, Kiến nghị 1 trang. Luận án có 30 bảng, 2 biểu đồ, 48 hình và 111 tài liệu tham khảo (4 tài liệu tiếng Việt và 107 tài liệu tiếng Anh).

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1 Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị vết mổ

LeBlanc (1993) đã thực hiện thành công điều trị TVVM với kỹ thuật đặt mảnh ghép trong phúc mạc qua PTNS ổ bụng đầu tiên trên thế giới. Colavita (2012) nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm ở Canada trên 710 BN được chia làm 2 nhóm mổ mở và mổ nội soi điều trị TVVM, mục tiêu so sánh tỷ lệ tai biến, biến chứng, tỷ lệ tái phát và chất lượng cuộc sống sau mổ giữa mổ mở với mổ nội soi, kết quả ghi nhận PTNS có tỷ lệ nhiễm trùng VM thấp hơn (0,3% với 3%, $p = 0,004$), thời gian nằm viện ngắn (3,5 với 5,4 ngày, $p < 0,001$) và có tỷ lệ tái phát có vẻ thấp hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (5,2% với 6%, $p = 0,656$). Tuy nhiên chất lượng cuộc sống trong thời gian đầu sau mổ nội soi thấp hơn so với mổ mở nhưng tỷ lệ này không có sự khác biệt sau thời gian 6 đến 12 tháng. Phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng có nhiều kiểu tiếp cận khác nhau như nội soi hỗ trợ đặt lưới ngoài

phúc mạc sau cân qua vết mổ nhỏ (eMILOS), PTNS tách cân cơ tiếp cận theo ngã trước, nhưng kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất hiện nay trên thế giới là kỹ thuật đặt lưới trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng (IPOM), có nghĩa là mảnh ghép sẽ được đặt hoàn toàn trong ổ bụng và sát thành bụng.

Phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng kiểu IPOM tiêu chuẩn (sIPOM) thì không cần khâu đóng lại lỗ TV, nếu khâu đóng lại lỗ TV thì gọi là IPOM tăng cường (IPOM-plus).

1.2 Vai trò của chụp cắt lớp vi tính

Chụp CLVT được chấp nhận là cận lâm sàng tiêu chuẩn trong chẩn đoán TVVM. Chụp CLVT cho thấy được vị trí lỗ TV, số lượng lỗ TV, tình trạng cơ thành bụng, áp xe thành bụng và tụ máu thành bụng, cũng như đánh giá giai đoạn ung thư trong trường hợp tiền căn mổ bệnh lý ác tính trước đó. Hơn nữa, việc đánh giá biến chứng và tái phát sau mổ phục hồi thành bụng bằng chụp CLVT cũng cho hiệu quả cao hơn so với chỉ khám lâm sàng đơn thuần.

Nghiên cứu hồi cứu trên 146 BN mổ nội soi phục hồi thành bụng, 48% BN có TV không thể phát hiện được khi khám lâm sàng. Nghiên cứu khác chẩn đoán TV tái phát sau khi đặt mảnh ghép ghi nhận tỉ lệ phát hiện tái phát chỉ 88% khi khám lâm sàng, trong khi đó, tỉ lệ phát hiện tái phát trên chụp CLVT là 98%.

Đậm độ mảnh ghép trên chụp CLVT thay đổi phụ thuộc vào thành phần cấu tạo của mảnh ghép. Hình ảnh mảnh ghép được quan sát thấy trong chụp CLVT sau mổ là một đường đồng đậm độ với cơ xung quanh, hoặc có thể tăng nhẹ đậm độ hơn một chút,

mạc ngang và phúc mạc không thể nhìn thấy được do đó rất khó để phân biệt chính xác vị trí của mảnh ghép trên hình chụp CLVT. Những mảnh ghép thể hệ cũ có thể tăng đậm độ hơn so với mô xung quanh. Trong khi đó, tacker có hình ảnh là những vòng nhẫn có đậm độ rất cao.

1.3 Các biến chứng liên quan phẫu thuật

1.3.1 Tụ dịch sau mổ

Tụ dịch sau mổ IPOM thường hay xảy ra và không cần phải điều trị, vì thế tụ dịch nên được coi là diễn tiến bình thường hơn là một biến chứng sau mổ. Tụ dịch có thể tồn tại sau mổ một thời gian dài và đôi lúc gây ra triệu chứng khó chịu cần phải điều trị. Tỷ lệ phát hiện tụ dịch khi khám lâm sàng có thể lên đến 35% sau mổ. Hai nghiên cứu xác định tỷ lệ tụ dịch sau mổ IPOM ghi nhận 90 - 100% BN sau mổ có tụ dịch được xác định bằng siêu âm hay chụp CLVT, tỷ lệ này sẽ giảm xuống còn 0 - 20% sau 90 ngày và chỉ 3 - 4% tụ dịch tồn tại kéo dài không thể tự hấp thu được.

1.3.2 Tổn thương ống tiêu hoá

Tổn thương ống tiêu hoá có thể xảy ra khi vào trocar hay trong quá trình gỡ dính. Việc gỡ dính trong mổ TV rất thường xuyên nên chỉ cần gỡ dính ở những vị trí thực sự cần thiết. Quá trình gỡ dính chỉ cần thực hiện vừa đủ rộng đảm bảo yêu cầu về overlap, sử dụng các dụng cụ đầu tù, cắt vào một phần thành bụng để gỡ dính sẽ an toàn hơn khi sử dụng đốt điện đơn cực.

Theo LeBlanc (1991), tỷ lệ tổn thương ruột trong PTNS điều trị TVVM là 1,78% và tỷ lệ tử vong là 2,8%, tổn thương thủng ruột non là gặp nhiều nhất. Trong khi đó báo cáo tổng quan của

Cochrane cho thấy tỉ lệ tổn thương ống tiêu hoá trong PTNS là 1,55%, trong khi mổ mở là 0,63%. Quyết định điều trị cần đưa ra càng sớm càng tốt và mức độ nặng nhẹ phụ thuộc nhiều vào thời điểm phát hiện, mức độ tổn thương ruột, bệnh lý kèm theo, điều kiện hồi sức cũng như kinh nghiệm của PTV.

1.3.3 Nhiễm trùng tại vị trí mổ

Tỉ lệ nhiễm trùng VM khi mổ nội soi là 1,1% trong khi đó mổ mở là 10%. Phẫu thuật nội soi có tỉ lệ nhiễm trùng thấp do VM nhỏ, giảm khả năng vi khuẩn trú ngụ trong khoang dưới da, giảm thời gian mổ và thời gian nằm viện. Các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng nhiễm trùng VM như lớn tuổi, bệnh mạn tính kèm theo như COPD, bệnh mạch vành, hút thuốc, béo phì, suy giảm miễn dịch, giảm albumin máu, đái tháo đường, hoá xạ trị, sử dụng steroid... Do đó việc xác định và kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ này trước mổ rất quan trọng nhằm góp phần làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng.

1.3.4 Nhiễm trùng mảnh ghép

Một trong những lợi thế lớn nhất của PTNS là làm giảm biến chứng liên quan đến nhiễm trùng rất nhiều so với mổ mở. Nhiễm trùng mảnh ghép là một trong những biến chứng nặng nề nhất sau mổ phục hồi TV, tỉ lệ này khoảng 1%. Dấu hiệu của nhiễm trùng như sốt, đau bụng, bạch cầu tăng có thể biểu hiện là tình trạng áp xe trong ổ bụng, áp xe trong thành bụng, rò tiêu hoá hay nhiễm trùng huyết. Hình ảnh chụp CLVT như ổ dịch khí lớn, thành bất thuốc không đều, vị trí ổ áp xe nằm giữa mảnh ghép và

phúc mạc, đôi lúc ổ dịch len lỏi trong cơ thành bụng trước và/hoặc rò ra ngoài da.

Mảnh ghép có thành phần chính là PTFE thì nên lấy bỏ mảnh ghép, những loại mảnh ghép khác thì có thể thử điều trị bảo tồn trước bằng cách sử dụng kháng sinh mạnh, chọc dẫn lưu, tưới rửa và hút liên tục ổ áp xe, cắt bỏ phần mảnh ghép nhiễm trùng. Nếu thất bại với các phương pháp trên thì bắt buộc phải lấy bỏ mảnh ghép. Cần nói rõ với BN rằng sau khi lấy bỏ mảnh ghép, lỗ TV tuy đã được khâu lại nhưng vẫn có khả năng cao bị tái phát.

Hạn chế chảy máu trong mổ và không đặt mảnh ghép onlay sẽ giảm biến chứng nhiễm trùng mảnh ghép. Ngược lại nếu có tụ dịch sau mổ, thuyên tắc mạch hay thuyên tắc phổi, thiếu máu nhiều sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng mảnh ghép.

1.3.5 Trồi mảnh ghép sau mổ

Trong phẫu thuật IPOM tiêu chuẩn, mảnh ghép đặt trong ổ bụng giống như cầu nối che phủ vùng TV, trường hợp lỗ TV này to, dưới áp lực ổ bụng mảnh ghép này có xu hướng bị đẩy ra phía trước gây nên hiện tượng trồi mảnh ghép sau mổ và đôi lúc gây nên triệu chứng như TV tái phát.

Những trường hợp không có triệu chứng thì có thể theo dõi nhưng nếu có triệu chứng thì cần thiết phải mổ phục hồi thành bụng lại. Do đó để hạn chế biến chứng này lỗ TV nên được khâu đóng lại trước khi đặt mảnh ghép.

1.3.6 Tắc ruột sau mổ

Biến chứng tắc ruột sau mổ thường rất hiếm gặp. Hiện tại chưa có định nghĩa nào rõ ràng xác định thế nào là tắc ruột sau mổ nhưng nếu quá 5 ngày thì thường được xem là tắc ruột sớm sau mổ.

Nghiên cứu tiền cứu ở 144 BN được làm PTNS điều trị TVVM thì thời gian trung tiện lại trung bình là 1,8 ngày, dao động từ 0 - 8 ngày, trong khi đó nghiên cứu hồi cứu khác xác định có 1,3% BN tắc ruột sau mổ với thời gian định nghĩa là trên 7 ngày. Một nghiên cứu khác ở 819 BN xác định tỉ lệ này là 3% nhưng lại không định nghĩa rõ thời gian là bao nhiêu ngày.

Những yếu tố làm cho chậm hoạt động của ruột sau mổ bao gồm gỡ dính ruột quá nhiều, kích thước của mảnh ghép và sử dụng quá nhiều thuốc giảm đau có opioid như tramadol, morphin. Vì vậy quá trình phẫu thuật nên hạn chế dụng chạm không cần thiết vào ruột sẽ làm giảm nguy cơ liệt hoặc tắc ruột sau mổ. Điều trị tắc ruột sau mổ thường là điều trị nội khoa như bồi hoàn nước điện giải, tăng cường vận động và/hoặc đặt thông mũi dạ dày.

1.3.7 Viêm mô tế bào

Viêm mô tế bào sau IPOM là biến chứng ít gặp, chiếm tỉ lệ từ 2 - 4%. Vị trí viêm thường hay gặp ở vị trí đặt mảnh ghép, nguyên nhân là do phản ứng đáp ứng viêm toàn thân của cơ thể với mảnh ghép. Điều trị bằng cách sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch là đủ. Nghiên cứu hồi cứu ở 65 BN sau mổ TV thành bụng ghi nhận tỉ lệ viêm mô tế bào là 100% ở những BN có tụ dịch sau mổ chỉ sử dụng duy nhất một liều kháng sinh trước mổ, trong khi đó tỉ

lệ này giảm xuống chỉ còn 40% nếu tiếp tục sử dụng kháng sinh sau mổ 7 ngày ($p = 0,001$).

1.3.8 Đau mạn tính sau mổ

Không giống như các loại PTNS điều trị các nhóm bệnh khác, PTNS điều trị TVVM thường gây đau sau mổ nhiều, chủ yếu là do sử dụng các phương tiện cố định mảnh ghép như khâu đóng lỗ TV, tacker, khâu cố định mảnh ghép. Nhiều giả thuyết được đưa ra để giải thích tình trạng đau này.

- Thiếu máu cục bộ tại chỗ của cơ thành bụng do khâu đóng thành bụng.
- Tacker kích thích dây thần kinh ở phúc mạc thành.
- Dây thần kinh bị chẹn ngang do tacker hay chỉ khâu.
- Tình trạng viêm quá mức của mảnh ghép tạo thành các mô sẹo chèn ép vào dây thần kinh dẫn đến đau mạn tính.

Mức độ đau sau mổ phụ thuộc vào từng BN, thông thường các cơn đau cấp tính sẽ giảm hẳn sau 4 – 6 tuần. Đau mạn tính sau mổ được định nghĩa là đau kéo dài sau mổ 3 tháng, tỉ lệ này khoảng 1,6 – 28%. Vị trí TV ngoài đường giữa hay TV tái phát nhiều lần dễ gây đau mạn tính hơn, tương tự đau cấp tính sau mổ nhiều cũng dễ dẫn đến đau mạn tính hơn, tuy nhiên cho đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có phác đồ nào chuẩn để điều trị đau này. Một số biện pháp điều trị như sử dụng thuốc giảm đau NSAID, gây tê tại vùng đau, phong bế thần kinh. Một số trường hợp mổ lại để cắt bỏ chỉ khâu hay lấy bỏ tacker, thậm chí phải tháo bỏ cả mảnh ghép và đồng nghĩa với việc sẽ tăng khả năng tái phát sau mổ.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu và tiến cứu.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN được mổ nội soi điều trị TVVM thành bụng trước.

2.2.1 Tiêu chuẩn chọn lựa

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thoát vị VN lần đầu hoặc tái phát với một trong các đặc điểm sau:
 - ✓ Một lỗ thoát vị có đường kính ngang từ 2 đến 15cm được xác định dựa trên hình CLVT trước mổ.
 - ✓ Hoặc BN có từ 2 lỗ thoát vị trở lên với điều kiện khoảng cách xa nhất của 2 bờ lỗ thoát vị theo chiều ngang không quá 15cm.
- Chỉ định mổ của nhóm phẫu thuật nội soi IPOM tiêu chuẩn (không đóng lại lỗ thoát vị):
 - ✓ Lỗ thoát vị có chiều ngang > 10cm và < 15cm, và vị trí lỗ thoát vị nằm sát các xương như xương sườn, xương chậu, xương mu.
- Chỉ định mổ của nhóm phẫu thuật nội soi IPOM tăng cường (có đóng lại lỗ thoát vị):
 - ✓ Lỗ thoát vị nằm dọc theo vị trí đường giữa hoặc các vị trí khác nhưng không sát xương có khả năng khâu đóng lại được, và chiều ngang lỗ thoát vị < 15cm.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Phình động mạch chủ bụng

- Bệnh mãn tính kèm theo như lao phổi, xơ gan Chlid C nhưng chưa thể kiểm soát được trước mổ.
- ASA > III.
- Biến chứng tắc ruột, TV nghẹt.
- Bệnh lý ác tính ở giai đoạn muộn đã di căn xa tại thời điểm khảo sát.

2.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: tháng 03/2018 đến 06/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhân dân Gia Định

2.4 Cỡ mẫu

Lavanchy (2019) nghiên cứu so sánh giữa 96 BN mổ PTNS IPOM với 48 BN mổ mở IPOM, tác giả ghi nhận tỉ lệ tai biến và biến chứng chung của nhóm mổ nội soi là 10%. Với sai số cho phép là 10% và mức tin cậy 95% thì cỡ mẫu cần có đưa vào nghiên cứu là 35 bệnh nhân.

2.5 Các biến số nghiên cứu chính

2.5.1 Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi.
- Giới tính.
- Lý do vào viện.
- Thời gian xuất hiện khối TV: tính từ lúc BN phát hiện có khối phòng bất thường vùng VM cũ.
 - Đặc điểm lâm sàng của khối TV: đau, căng tức, viêm loét bề mặt da vùng TV.
 - Chỉ số khối cơ thể (BMI) dựa vào thu thập chiều cao, cân nặng.

- Tiền căn phẫu thuật: bệnh ung thư, chấn thương, bệnh lành tính.

- Các bệnh lý nội khoa kèm theo: tim mạch, hô hấp, bệnh lý ác tính.

- Số lần mổ TV

- Khám lâm sàng: Khối TV có đẩy xẹp hay không? Ấn khối TV có đau hay không?

2.5.2 Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính

Dựa vào bảng phân loại Muysom ghi nhận:

- Vị trí khối TV.

- Số lượng lỗ TV.

- Kích thước của lỗ TV

- Diện tích lỗ TV: có thể xem lỗ TV như hình oval nên diện tích được tính bằng chiều dài nhân với chiều rộng của lỗ TV.

2.5.3 Ghi nhận trong lúc mổ

- Vị trí TV: dựa vào bảng phân loại Muysom.

- Số lượng lỗ TV

- Kích thước lỗ TV: đo trong ổ bụng, kích thước này phải đo trước khi đóng lại lỗ TV.

- Khâu đóng lỗ TV hay không khâu.

- Overlap.

- Cố định mảnh ghép: chỉ khâu đơn thuần, tacker đơn thuần, kết hợp cả 2 phương tiện.

- Thời gian mổ.

- Tỷ lệ chuyển mổ mở: quyết định chuyển mổ mở khi không thể gỡ dính qua nội soi thành công, hoặc khi xảy ra biến chứng

tôn thương ống tiêu hoá cần phải chuyển mổ để cắt đoạn ruột tôn thương. Trường hợp khi đo trong mổ chiều rộng lỗ TV > 15cm cũng quyết định chuyển mổ mở.

- Tỷ số diện tích mảnh ghép / diện tích lỗ TV.

2.5.4 Theo dõi sau mổ trong thời gian nằm viện

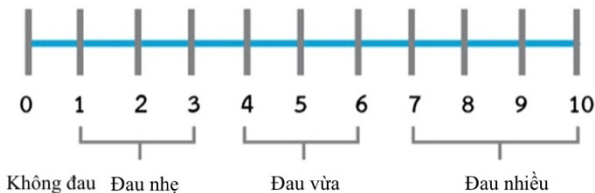
- Thời gian nằm viện sau mổ
- Biến chứng sớm sau mổ.

2.5.5 Theo dõi sau xuất viện:

BN sẽ tái khám sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 2 năm và 3 năm, và chụp CLVT vào thời điểm tái khám. Những trường hợp chống chỉ định chụp CLVT như suy thận, dị ứng thuốc cản quang, hoặc BN không đồng ý chụp CLVT thì sẽ tiến hành siêu âm bụng.

- Biến chứng muộn.

- Điểm đau: ghi nhận dựa vào thang điểm NRS. Đau mạn tính được xác định là tình trạng đau tại vị trí VM có số điểm lớn hơn 3, đau kéo dài trên 3 tháng sau mổ và cần thiết phải sử dụng thuốc giảm đau



Hình 2.1 Thang điểm đánh giá đau NRS.

- Tái phát, thời điểm tái phát.

2.6 Phương pháp trình bày và phân tích số liệu

- Ngưỡng sai lầm được chọn là $\alpha = 0,05$ trong các trường hợp so sánh và ước lượng. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

- Đối với các biến định danh, chúng tôi trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hay phần trăm.

- Đối với các biến định lượng phân phối chuẩn chúng tôi trình bày dưới dạng trị số trung bình \pm độ lệch chuẩn. Trường hợp phân phối không chuẩn thì trình bày dưới dạng trung vị kèm theo giá trị 25% và 75%.

- Để so sánh hai nhóm biến số định lượng có phân phối chuẩn, chúng tôi dùng phép kiểm t, nhóm biến số định lượng không có phân phối chuẩn, chúng tôi dùng phép kiểm Mann-Whitney.

- Để so sánh hai nhóm biến số định danh chúng tôi dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher.

- Chúng tôi dùng đường cong Kaplan-Meier để ước lượng tỉ lệ tái phát của nhóm nghiên cứu.

- Sử dụng phép kiểm hồi qui Cox để đánh giá yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỉ lệ tái phát.

- Dữ liệu được nhập và phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.7 Đạo đức trong nghiên cứu

- Bệnh nhân sẽ được tư vấn về phương pháp phẫu thuật, tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ cũng như khả năng chuyển mổ mở nếu PTNS thất bại. Sau khi BN hiểu rõ

phương pháp phẫu thuật, BN đồng ý kí vào bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu thì phẫu thuật mới được tiến hành.

- Mọi số liệu thu thập được đều được thực hiện theo quy trình của Khoa và không gây phiền hà, phức tạp cho BN. Mọi thông tin của BN đều được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích duy nhất là phục vụ cho nghiên cứu.

- Số quyết định y đức cấp ngày 24/07/2019.

Chương 3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ 03/2018 đến 06/2021 ghi nhận 50 BN có TVVM được chỉ định làm phẫu thuật nội soi IPOM.

3.1 Đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính

3.1.1 Đặc điểm lâm sàng

- Tỷ lệ nữ: nam là 2,5 (36:14).
- Tuổi trung bình là 64,3 tuổi (41 - 40 tuổi).
- 46% bệnh nhân có bệnh nền là tăng huyết áp, 24% đái tháo đường và 10% có bệnh phổi mạn tính.
- 80% bệnh nhân có thời gian xuất hiện khối phòng trong vòng năm đầu tiên sau lần mổ trước.
- Chỉ 16% bệnh nhân cảm thấy đau ngay khối phòng TV.
- 68% bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật do mổ mở cắt tử cung phần phụ và đại trực tràng, còn lại là các nguyên nhân khác như cắt ruột thừa mở, cắt túi mật mở, chấn thương bụng, áp xe ổ bụng.
- 32% bệnh nhân có tiền căn mổ bệnh lý ác tính trước đó, trong khi đó tiền căn mổ bệnh lành tính là 68%.

- 76% bệnh nhân mổ thoát vị lần đầu, và có 24% BN mổ thoát vị tái phát (trong đó có 4% mổ TV tái phát từ 2 – 3 lần).

3.1.2 Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính

- Diện tích trung bình lỗ TV là $30,3 \pm 17,6 \text{ cm}^2$ (2 – 187 cm^2).

- Chiều rộng lỗ TV từ 4 – 10cm là 46%, dưới 4cm là 48% và trên 10cm là 6%.

- 74% bệnh nhân chỉ có 1 lỗ TV.

- Vị trí TV gặp nhiều nhất là trên dưới rốn (M3) và dưới rốn (M4) chiếm tỷ lệ lần lượt 36% và 30%.

3.1.3 Đặc điểm trong mổ

- Thời gian mổ trung bình 145 phút.

- Chiều rộng lỗ TV từ 4 – 10cm là 64%, dưới 4cm là 26% và trên 10cm là 10%.

- 52% bệnh nhân chỉ có 1 lỗ TV, 10% BN có từ 3 lỗ TV trở lên.

- 82% bệnh nhân khâu đóng và 18% BN không khâu đóng lỗ TV.

- Overlap đạt được trung bình là 5,3 cm.

- Trung bình tỉ số diện tích mảnh ghép : diện tích thoát vị là 31,6.

- 82% bệnh nhân được cố định mảnh ghép bằng kết hợp chỉ khâu và tacker.

- 2 bệnh nhân được mổ kết hợp với PTNS IPOM.

3.2 Tai biến và biến chứng

- Thời gian nằm viện trung bình là $3,5 \pm 1,8$ ngày.

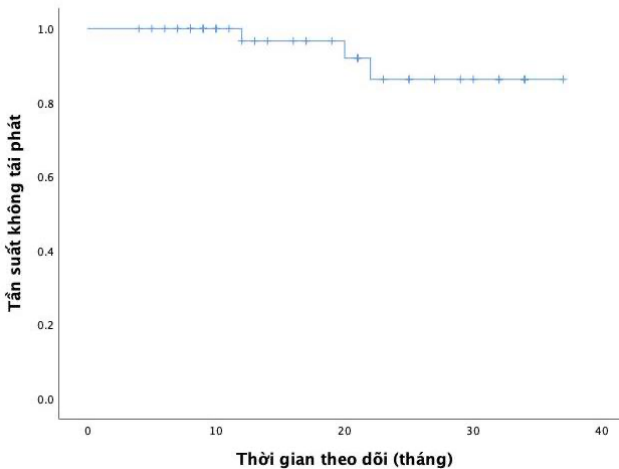
- Biến chứng nhẹ (Clavien Dindo I-II) nhiều nhất là tụ dịch (10%), hen phế quản (2%) và nhiễm trùng vết mổ (2%).

- Hai BN có biến chứng nặng (Clavien Dindo III-IV), trong đó 1 BN bị viêm phúc mạc do thủng đại tràng Sigma ngày hậu phẫu 6, được xử trí tháo bỏ mảnh ghép và làm hậu môn nhân tạo đại tràng Sigma, và 1 BN bị thủng bàng quang ngày hậu phẫu 8, được xử trí khâu lỗ thủng bàng quang và không tháo bỏ mảnh ghép.

- Một BN thoát vị lỗ trocar sau 6 tháng.

3.3 Tái phát, đau mạn tính sau mổ

3.3.1 Tái phát sau mổ



Biểu đồ 3.1: Đường cong Kaplan-Meier tần suất không tái phát theo thời gian.

- Thời gian theo dõi trung bình là $17,8 \pm 9,9$ tháng (4 – 37 tháng).

- Không có BN nào nhiễm trùng mảnh ghép sau mổ.
- 5 BN tử vong trong quá trình theo dõi do bệnh nền nặng hoặc ung thư di căn xa, không liên quan đến phẫu thuật IPOM.
- 3 BN tái phát tại vị trí VM trong quá trình theo dõi tại thời điểm 12 tháng, 20 tháng và 22 tháng. Một BN tái phát tại vị trí lỗ trocar.

Bảng 3.1 Vị trí thoát vị và tái phát

Vị trí	W1	W2	W3	Tái phát
Dưới sườn (L1)	0	1	0	0
Hố chậu (L3)	4	4	0	1
Thượng vị (M2)	3	3	0	0
Trên dưới rốn (M3)	8	8	2	0
Dưới rốn (M4)	7	7	1	2
Trên xương mu (M5)	1	0	0	0

- Bảng 3.1 cho thấy vị trí tái phát nằm ở hố chậu (L3) và dưới rốn (M4), các vị trí này gần xương nên khó bóc tách rộng rãi để đặt mảnh ghép đủ rộng để đạt overlap 5cm.

3.3.2. Yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ

Sử dụng hồi quy Cox phân tích đơn biến một số yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ ghi nhận chiều rộng lỗ TV, chiều dài và kích thước lỗ TV là các yếu tố nguy cơ thoát vị tái phát ($p < 0,05$) (Bảng 3.2).

- Chiều rộng lỗ TV khi tăng 1 cm thì nguy cơ tái phát tăng 65% (HR: 1,07 - 2,54).

- Chiều dài lỗ TV khi tăng 1cm thì nguy cơ tái phát tăng 45% (HR: 1,08 - 1,94).

- Diện tích lỗ TV khi tăng 1 cm thì nguy cơ tái phát tăng 2% (HR: 1 - 1,04).

Bảng **Error! No text of specified style in document.**2 Các yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ

Yếu tố	HR*	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	0,95	0,86 – 1,04	0,31
Số lần mổ TV	2,3	0,75 – 7,01	0,14
BMI	0,72	0,46 – 1,13	0,16
Chiều rộng lỗ TV trên CLĐT	1,65	1,07 – 2,54	0,02
Chiều dài lỗ TV trên CLĐT	1,45	1,08 – 1,94	0,01
Diện tích lỗ TV trên CLĐT	1,02	1 – 1,04	0,01
Khâu đóng lỗ TV	1,3	0,11 – 14,5	0,82
Overlap	0,4	1,14 – 1,12	0,08
Tụ dịch sau mổ	0,44	0,4 – 4,89	0,5

3.3.3 Đau mạn tính sau mổ

38 BN được đánh giá đau sau 3 tháng theo dõi.

Một BN nữ (2,6%) đau ở mức 3 điểm và kéo dài trên 3 tháng. BN đau âm ỉ VM vùng hố chậu phải, đau tăng lên khi BN leo cầu thang hoặc khiêng đồ nặng, và cần phải sử dụng thuốc giảm đau.

Tuy nhiên cơn đau này không kéo dài liên tục cả ngày nên BN không phải uống thuốc giảm đau thường xuyên (Bảng 3.3).

Bảng Error! No text of specified style in document..3 Mức độ đau sau mổ 3 tháng

Điểm đau	N = 38	Tỉ lệ %
0	25	65,8
1	6	15,8
2	6	15,8
3	1	2,6

3.4 Hạn chế nghiên cứu

Trong 3 năm thực hiện nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận một số hạn chế như sau:

- Thiết kế nghiên cứu không phân chia BN một cách ngẫu nhiên vào 2 nhóm đóng và không đóng lỗ TV, việc đóng hay không phụ thuộc vào quyết định của PTV nên dân số nghiên cứu không đồng nhất hoàn toàn.

- Không theo dõi hết được tất cả BN sau mổ vì mất liên lạc do thay đổi số điện thoại và địa chỉ nhà.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị vết mổ bằng kỹ thuật IPOM được thực hiện ở 50 BN từ 3/2018 đến 06/2021 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Chúng tôi cho rằng phương pháp này an toàn, khả thi và rút ra một số kết luận như sau:

1. Bệnh nhân nữ nhiều hơn nam, chiếm tỷ lệ 72%, trong đó hầu hết BN vào viện vì khối phồng thành bụng xuất hiện chủ yếu

sau mổ lần trước khoảng 1 năm. Tiền căn bệnh nhân lần mổ trước là bệnh lành tính chiếm tỷ lệ cao hơn là bệnh lý ác tính. Vị trí thoát vị gặp nhiều ở đường giữa trên dưới rốn và dưới rốn. Đa số bệnh nhân mổ điều trị thoát vị lần đầu (76%), và chỉ có 4% mổ thoát vị đến lần thứ 2 và thứ 3. Chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán xác định vị trí, kích thước, số lượng lỗ thoát vị, các biến chứng của tạng thoát vị và đánh giá di căn với những bệnh nhân có tiền căn mổ bệnh ác tính, đồng thời chụp cắt lớp vi tính cũng giúp phát hiện biến chứng và tai biến sau mổ cũng như tái phát trong quá trình theo dõi.

2. Tụ dịch sau mổ hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 10% và không cần điều trị. Hai bệnh nhân có biến chứng nặng sau mổ là thủng đại tràng Sigma và thủng bàng quang nhưng không có tử vong liên quan đến cuộc mổ. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng mảnh ghép.

3. Ba bệnh nhân tái phát tại vị trí vết mổ và 1 bệnh nhân tái phát lỗ trocar trong thời gian theo dõi trung bình là $17,8 \pm 9,9$ tháng (4 – 37 tháng) tại các thời điểm 6, 12, 20 và 22 tháng sau mổ. Chiều rộng lỗ thoát vị, chiều dài lỗ thoát vị và diện tích lỗ thoát vị là các yếu tố nguy cơ gây tái phát. Một bệnh nhân đau mạn tính sau mổ, vị trí thoát vị ngoài đường giữa và khâu đóng lỗ thoát vị có thể là yếu tố nguy cơ gây đau mạn tính ở bệnh nhân này.

KIẾN NGHỊ

- Kỹ thuật mổ phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị vết mổ không quá phức tạp nhưng cần phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi và lĩnh vực điều trị thoát vị.

- Những BN có bệnh lý nền nặng hoặc tiền căn bệnh lý ác tính giai đoạn trễ ở lần mổ trước thì nên xem xét kỹ chỉ định phẫu thuật IPOM do lợi ích mang lại sau cuộc mổ không kéo dài vì nguy cơ tử vong sớm do biến chứng của bệnh nền hoặc di căn xa.

- Nên xem xét chuyển mổ mở trong những tình huống:

- ✓ Lỗ thoát vị quá gần xương kết hợp chiều rộng lỗ thoát vị lớn.
- ✓ Khi nội soi ổ bụng thám sát thấy ruột dính quá nhiều và quá chặt lên vết mổ cũ.