

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ VẾT MỔ (IPOM)

Nguyễn Tuấn Anh¹, Nguyễn Quốc Vinh², Lê Huy Lưu¹, Nguyễn Văn Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị vết mổ (TVVM) là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật bụng. PTNS điều trị TVVM (IPOM) được ứng dụng rộng rãi trên thế giới. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị sớm sau mổ IPOM.

Mục tiêu: xác định đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp điện toán (CT) và tỷ lệ tai biến, biến chứng trong thời gian nằm viện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, báo cáo loạt ca từ 03/2018 đến 12/2020 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Kết quả: 48 BN được mổ IPOM, tuổi trung bình (TB) $64,4 \pm 10,5$ tuổi, 35 BN (72,9%) nữ, BMI trung bình $24,7 \pm 3,8$ kg/m². 45 BN (93,8%) vào viện vì khối phồng vết mổ cũ. Diện tích TB của khối TV $31 \pm 33,5$ cm², vị trí TV chủ yếu nằm đường giữa dưới rốn. Thời gian mổ TB là $145,7 \pm 48,2$ phút. 39 BN (81,3%) khâu đóng lỗ TV. Overlap TB là $5,2 \pm 1,1$ cm. BN được cố định mảnh ghép bằng protack, chỉ khâu và kết hợp cả hai là 3 (6,2%), 6 (12,5%) và 39 (81,3%). Biến chứng tụ dịch 5 BN (10,4%), 1 BN (2,1%) thủng ruột và 1 BN (2,1%) thủng bàng quang. Thời gian nằm viện TB là $3,6 \pm 1,8$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật IPOM an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

Từ khóa: thoát vị vết mổ, phẫu thuật nội soi

ABSTRACT

EARLY RESULT OF LAPAROSCOPIC INCISIONAL HERNIA REPAIR BY IPOM

Nguyen Tuan Anh, Nguyen Quoc Vinh, Le Huy Luu, Nguyen Van Hai

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 337-343

Background: Incisional hernia (IH) is a more common complication after laparotomy. Laparoscopy of IH repair by intra peritoneal onlay mesh (IPOM) has been widely used on the world. This study evaluates the early result of IPOM procedure.

Objectives: The characteristic of clinical examination and CTScanner of IH, and the early postoperative complications of IPOM.

Method: Retrospective case series in Gia Dinh hospital from 03/2018 to 12/2020.

Results: We had 48 patients who performed IPOM procedure. The mean of age was 64.4 ± 10.5 , including 35 women (72.9%), BMI was 24.7 ± 3.8 kg/m², 45 cases (93.8%) admitted because of the protrusion hernia. The size of hernia defect was 31 ± 33.5 cm², the most location of hernia was the lower of umbilicus. The mean of operative time was 145.7 ± 48.2 minutes. 39 cases (81.3%) had closure of hernia defects. The mean of overlap was 5.2 ± 1.1 cm. Mesh fixation by protack, suture, and both of them were 3 (6.2%), 6 (12.5%) and 39 (81.3%) respectively. Postoperative complications were 5 seroma (10.4%), 1 enterotomy (2.1%) and 1 bladder injury (2.1%). The mean of hospital stay was 3.6 ± 1.8 days.

¹Khoa Ngoại Tiêu hoá - Bệnh viện Nhân dân Gia Định, BM Ngoại - Khoa Y Đại học Y dược TPHCM

²Khoa Ngoại Tổng Hợp - BV Đại học Y Dược TP. HCM – CS 2, BM Ngoại - Khoa Y Đại học Y Dược TP. HCM

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Nguyễn Tuấn Anh

ĐT: 0988420426

Email: nguyentuananhdr@ump.edu.vn

Conclusion: *IPOM procedure was safe with low morbidity and mortality.*

Keywords: *insicional hernia, laparoscopy*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị vết mổ (TVVM) là biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật vùng bụng, chiếm 3-13% đối với vết mổ mở^(1,2). Tỷ lệ này có thể lên đến 23% nếu vết mổ bị nhiễm trùng^(3,4). TV thành bụng thường có liên quan đến sự chậm lành sẹo của cân cơ thành bụng, yếu tố kỹ thuật hay yếu tố sinh bệnh học. Khoảng 50% trường hợp TVVM xảy ra sau 2 năm và sau 3 năm khoảng 73%⁽⁵⁾. Hiện nay, mỗi năm ở Mỹ có khoảng 100.000 đến 150.000 trường hợp phẫu thuật điều trị TVVM⁽⁶⁾. Tùy thuộc vào kích thước của lỗ TV, phục hồi thành bụng có thể thực hiện rất đơn giản bằng cách khâu lại lỗ TV có đường kính nhỏ 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. 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%^(7,8). Tuy nhiên, mổ mở phục hồi thành bụng làm cho mảnh ghép dễ bị nhiễm trùng hơn. Do đó, LeBlanc KA và Booth WV lần đầu tiên thực hiện phục hồi thành bụng bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) năm 1991⁽⁹⁾. Về nguyên tắc PTNS cũng tương tự như mổ mở với mục tiêu điều trị là giải phóng hoàn toàn túi TV, khâu khếp lại thành bụng và đặt mảnh ghép nhân tạo đủ rộng (đảm bảo cách rìa lỗ TV là 5 cm) để che phủ vùng TV. Phan Minh Trí (2013) nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu 80 bệnh nhân (BN) được mổ mở đặt mảnh ghép trong điều trị TVVM thành bụng trong thời gian 8 năm tại bệnh viện Nhân dân Gia Định theo phương pháp mổ mở, tỷ lệ biến chứng là 14,5% như chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử da, tụ dịch sau mổ, tỷ lệ tái phát sau sử dụng mảnh ghép thấp 3,3%⁽¹⁰⁾. Với sự phát triển của mảnh ghép và dụng cụ nội soi, PTNS ngày càng được áp dụng nhiều hơn vào lĩnh vực điều trị TV, đặc biệt là kỹ thuật đặt

lưới hoàn toàn trong ổ bụng (IPOM). Như vậy, khi thực hiện kỹ thuật này thì tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng như tái phát sẽ như thế nào? Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định đặc điểm lâm sàng và CT của TVVM thành bụng và tỷ lệ tai biến, biến chứng sớm trong thời gian nằm viện.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Từ 03/2018 đến 12/2020 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, tất cả BN được mổ nội soi điều trị TVVM thành bụng trước thỏa điều kiện chọn lựa từ 18 tuổi trở lên, chiều ngang lỗ TV không quá 15 cm được xác định dựa vào CT.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN không đồng ý mổ nội soi, tiền căn bệnh lý phình động mạch chủ bụng, nhiễm trùng vùng da xung quanh vùng bụng, có 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, trường hợp ruột dính sát lên bề mặt da của túi TV tiên lượng không thể gỡ dính hoàn toàn qua ngã nội soi và có bệnh lý ác tính ở giai đoạn muộn đã di căn xa tại thời điểm khảo sát.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

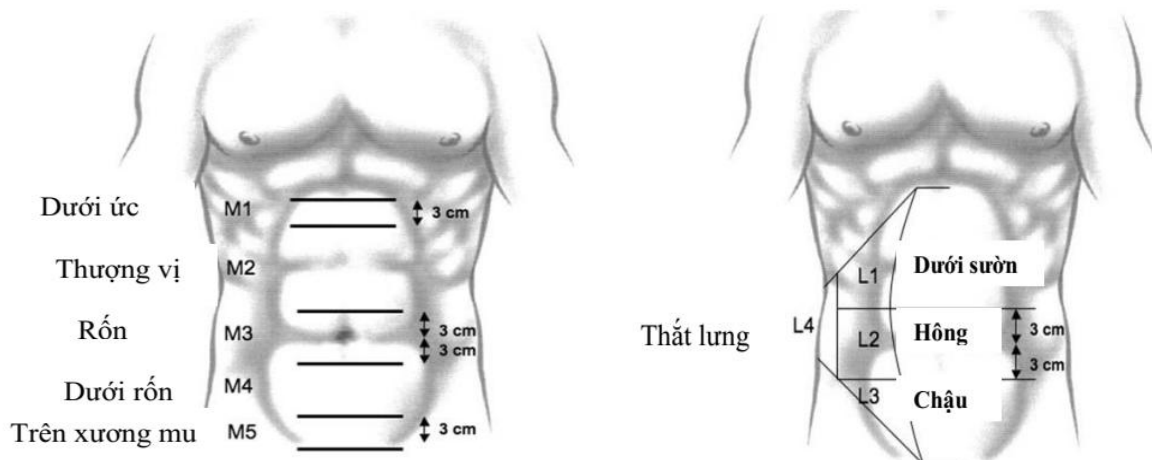
Nghiên cứu hồi cứu báo cáo loạt ca.

Phương pháp thực hiện

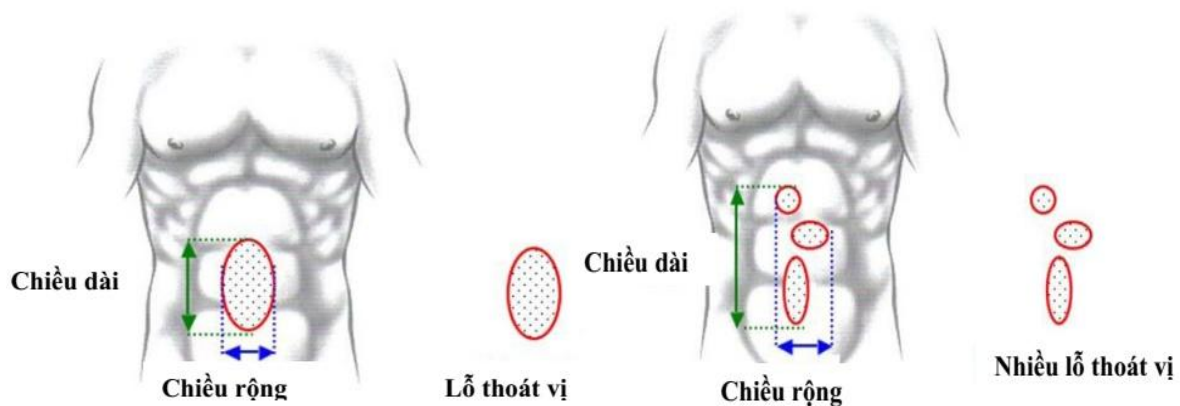
Bảng phân loại của Muysom FE (2009) được sử dụng để thống nhất cách xác định vị trí (Hình 1) và cách đo kích thước lỗ TV (Hình 2)⁽¹⁾. Theo hiệp hội TV châu Âu, chiều dài của lỗ TV là khoảng cách xa nhất từ bờ trên của lỗ TV đến bờ dưới của lỗ TV, trường hợp có nhiều lỗ TV thì chiều dài bằng khoảng cách xa nhất tính từ bờ trên của lỗ TV cao nhất đến bờ dưới của lỗ TV thấp nhất. Tương tự, chiều rộng là khoảng cách xa nhất từ 2 bờ ngoài của các lỗ TV. Trường hợp lỗ TV to, không nằm khu trú ở 1 vùng nào thì

vẫn còn tranh cãi việc phân vùng, có đề xuất nên định vị khối TV ở vùng nào mà được cho là khó hơn hoặc đại diện hơn cho khối TV. Sắp xếp theo thứ tự ưu tiên thường là từ M1 → M5 → M3 → M2 → M4. Đề xuất này giúp tránh dẫn tới phân chia thành các dưới nhóm như M1-2/M1-2-3. Do đó, một khối TV kéo dài từ M1 qua M2 tới M3 sẽ

được phân loại là M1- TV dưới xương ức. Tương tự, khối TV từ M2 qua M3 kéo dài đến M4 nên được phân loại là M3 – TV quanh rốn. Chiều rộng của lỗ TV được phân chia làm 3 nhóm: nhóm I <4 cm, nhóm II từ 4 – 10 cm và nhóm III từ 10 cm trở lên.



Hình 1: Vị trí TV. M1: dưới xương ức, M2: thượng vị, M3: quanh rốn, M4: dưới rốn, M5: hạ vị. L1: dưới sườn, L2: hông, L3: chậu, L4: lưng. Nguồn: Muysoms FE, 2009, Hernia⁽¹⁾



Hình 2: Kích thước lỗ TV. Nguồn: Muysoms FE, 2009, Hernia⁽¹⁾

Phân tích số liệu

Các biến định danh trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hay phần trăm, biến định lượng phân phối chuẩn 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, dùng phép kiểm t, hoặc phép kiểm Mann-Whitney. So sánh hai nhóm biến số định danh

dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher. Ngưỡng sai lầm được chọn là $\alpha = 0,05$.

Các biến số về lâm sàng bao gồm BMI, tiền căn phẫu thuật vùng bụng và mổ thoát vị trước đó, bệnh lý mạn tính đi kèm COPD, hen phế quản, ung thư. Về CT thu thập vị trí khối TV, số lượng, kích thước và diện tích lỗ TV. Kết quả điều trị gồm thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ. Biến chứng sau mổ như tụ dịch trong ổ bụng hay quanh vị trí vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương ống tiêu hoá. Dữ liệu được nhập

và phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số: 372/ ĐHYD-HĐĐĐ ký ngày 24/7/2019

KẾT QUẢ

Đặc điểm của bệnh nhân

Từ 3/2018 đến 12/2020 có 48 BN được PTNS điều trị TVVM (IPOM) với đặc điểm BN được ghi nhận trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm BN

Đặc điểm	N = 48	
Tuổi	64,4 ± 10,5	40 – 80
Giới tính		
Nam	13	27.1%
Nữ	35	72.9%
BMI (kg/m ²)	24,7 ± 3,8	16 – 34,6
Bệnh mạn tính kèm theo		
Bệnh phổi mạn tính*	4	8,3%
Đái tháo đường type 2	11	22,9%
Tăng huyết áp	22	45,8%
Khám vi khối phòng thành bụng	45	93,7%
Đau khối TV	8	16,6%
Phẫu thuật		
Áp xe ổ bụng	4	8,3%
Cắt ruột thừa hở	3	6,3%
Cắt đại tràng hở	12	25%
Cắt túi mật hở	4	8,3%
Chấn thương bụng	3	6,3%
Cắt tử cung và phần phụ	16	33,3%
Khác**	6	12,5%
Nhóm bệnh		
Lành tính	32	66,7%
Ác tính	16	33,3%
Mổ thoát vị		
0	36	75%
1	10	20,8%
2	1	2,1%
3	1	2,1%

*Bệnh phổi mạn tính: COPD (n=1) và Hen phế quản (n=3)

** Khác: thủng hành tá tràng, lao hồi manh tràng

Đặc điểm trên CTScan

BN có chiều rộng lỗ TV lớn nhất trong quá trình nghiên cứu là 11cm. Vị trí TV chủ yếu nằm đường giữa dưới rốn (M3, M4), số lượng BN chỉ có duy nhất 1 lỗ TV phát hiện được trên CT

chiếm nhiều nhất 35 BN (72,9%) (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm TV trên CT và trong mổ

Đặc điểm	CT	Trong mổ	p
Diện tích lỗ TV (cm ²)	31 ± 33.5	-	-
Vị trí TV			
Dưới sườn (L1)	1 (2,1%)	-	-
Hố chậu (L3)	9 (18,5%)	-	
Giữa dưới xương ức (M2)	5 (10,4%)	-	
Trên dưới rốn (M3)	17 (35,4%)	-	
Dưới rốn (M4)	15 (31,2%)	-	
Trên xương mu (M5)	1 (2,1%)	-	p=0,047*
Chiều rộng TV			
Nhóm I	22 (45,8%)	11 (22,9%)	
Nhóm II	23 (47,9%)	32 (66,7%)	
Nhóm III	3 (6,3%)	5 (10,4%)	
Số lượng lỗ TV			p < 0,05 p < 0,001*
1	35 (72,9%)	25 (52,1%)	
2	12 (25%)	18 (37,4%)	
3	1 (2,1%)	2 (4,2%)	
4	0	1 (2,1%)	
5	0	2 (4,2%)	

*: kiểm định Fisher

Kết quả trong và sau mổ

Ba BN được làm phẫu thuật khác cùng lúc với IPOM gồm 2 BN phục hồi thành bẹn theo ngã hoàn toàn qua phúc mạc (TEP), BN còn lại là cắt túi mật nội soi. Không có trường hợp nào mổ nội soi thất bại phải chuyển sang mổ hở, và không có BN nào tử vong trong thời gian chu phẫu. Kết quả trình bày trong Bảng 3.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi độ rộng của lỗ TV đo trong mổ ở nhóm 2 nhiều hơn khi so với đo bằng CT (p=0,047). Tương tự, số lượng lỗ TV ghi nhận trong mổ cũng có sự khác biệt với CT (p < 0,001), rõ ràng có trường hợp có đến 4 và 5 lỗ TV phát hiện trong mổ dọc theo vết mổ cũ nhưng trên CT không thấy được.

Bảng 3: Kết quả trong và sau mổ

Kết quả	N = 48
Thời gian mổ trung bình (phút)	145,7 ± 48,2 (50 – 270)
Khâu đóng lỗ TV	
Có	39 (81,3%)
Không	9 (18,7%)
Overlap (cm)	5,2 ± 1,1 (2,5 – 8,5)
Phương tiện cố định mảnh ghép	
Chỉ khâu đơn thuần	6 (12,5%)
Tacker đơn thuần	3 (6,2%)
Chỉ khâu + tacker	39 (81,3%)
Tai biến trong mổ	0

Kết quả	N = 48
Biến chứng	
Tụ dịch	5 (10,4%)
Hen phế quản cấp/COPD	1 (2,1%)
Tổn thương bàng quang	1 (2,1%)
Thủng đại tràng	1 (2,1%)
Thời gian nằm viện (ngày)	3,6 ± 1,8

Tụ dịch là hay gặp nhất sau mổ, tuy nhiên BN không than phiền gì về khó chịu này nên chúng tôi không can thiệp gì thêm. Một BN bị vào cơn hen phế quản cấp/COPD nhưng đáp ứng điều trị nội khoa, sau đó tình trạng hô hấp cải thiện và được xuất viện.

Một BN biến chứng viêm phúc mạc toàn thể sau mổ 6 ngày, BN có biểu hiện sốt, đau bụng nhiều, chụp CT thấy có khí tự do và dịch quanh khắp bụng nên BN lập tức được chuyển mổ khẩn, ghi nhận trong mổ thấy có thủng 1 lỗ nhỏ ở ĐT Sigma, đây là đoạn ĐT được gỡ dính trong lúc làm IPOM, chúng tôi nhận định khả năng lỗ thủng này là do tình trạng hoại tử muộn sau mổ do dùng dao điện trong lúc gỡ dính. Xử trí: tháo bỏ mảnh ghép, cắt đoạn ĐT Sigma chứa lỗ thủng và làm HMNT. BN sau đó được chuyển khoa chăm sóc đặc biệt và nằm điều trị trong 10 ngày. Sau đó BN được xuất viện vào ngày hậu phẫu 21.

Một BN bị biến chứng thủng bàng quang muộn sau mổ 8 ngày. BN sau mổ cảm thấy đau liên tục vùng hố chậu trái mặc dù đã được dùng thuốc giảm đau tích cực, đến ngày HP8 ghi nhận có dịch chảy ra nhiều từ các lỗ trocar, xét nghiệm dịch thấy nồng độ Ure cao kết hợp siêu âm thấy có dịch ổ bụng nên chúng tôi quyết định mổ nội soi thám sát lại. Kết quả ghi nhận có 1 lỗ thủng 5 mm ở đỉnh bàng quang lệch trái, nghi do hoại tử muộn sau đốt điện do gỡ dính. Xử trí: khâu lỗ thủng bàng quang, rửa bụng, đặt sonde tiểu lưu và không tháo bỏ mảnh ghép. BN sau đó hậu phẫu ổn định và xuất viện sau mổ 11 ngày.

BÀN LUẬN

TVVM là biến chứng hay gặp nhất sau mổ mở chiếm từ 3 -13%, tỷ lệ này sẽ tăng lên nếu lần mổ trước có nhiễm trùng vết mổ kèm theo⁽²⁻⁴⁾, tuy nhiên xuất độ TVVM tại Việt Nam vẫn chưa

có thống kê cụ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi nhỏ nhất bị TVVM là 40 và lớn nhất là 80 tuổi, trong đó nữ nhiều gấp 2,7 lần nam. Kết quả này cũng tương đồng với Phan Minh Trí (2013) ở 140 BN và Vương Thừa Đức (2018) ở 88 BN cũng gặp ở nữ nhiều hơn nam. Hai nghiên cứu này cho thấy nguyên nhân lần mổ trước hầu hết có liên quan đến bệnh lý viêm ruột thừa và sản phụ khoa. Tương tự BN chúng tôi cũng có liên quan đến lần mổ trước nhiều nhất là sản phụ khoa, sau đó là cắt đại trực tràng, cắt ruột thừa ít gặp hơn, có thể là do bệnh lý ruột thừa đã được mổ PTNS khá lâu nên biến chứng TVVM giảm hơn^(10,11). Về vị trí TV, chúng tôi xác định chủ yếu vào miêu tả trên CT vì khả năng phát hiện TV trên lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 75% và 90% thấp hơn của CT là 100% và 97%^(12,13). Dựa theo bảng phân loại vị trí vết mổ của EHS, vị trí TV chủ yếu là đường giữa, nhiều nhất là vị trí M3 và M4, điều này cũng dễ hiểu vì tiền căn phẫu thuật ban đầu nhiều nhất là sản phụ khoa và cắt đại trực tràng, đây cũng là vị trí thường gặp ở 75 BN của Pandey A^(1,7). Mặt khác, dựa vào cấu trúc giải phẫu bên dưới đường cung chỉ có 2 lớp cân phía trước cơ thẳng bụng nên vùng dưới rốn tương đối yếu và chịu lực kém, do đó vùng dưới rốn cũng dễ bị TV hơn là vùng trên rốn.

Nghiên cứu đoàn hệ của van Ramshorst GH (2012) trên 75 BN có TVVM, 84% BN có triệu chứng của TVVM như khối phồng vùng bụng 66%, đau vùng TV nhưng không có biến chứng nghẹt là 60%. Tương tự BN chúng tôi vô viện cũng đã có triệu chứng như khối phồng thành bụng, nhưng tỷ lệ đau nơi vùng TV ít hơn chỉ 16,6%⁽¹⁴⁾.

Sau khi đo kích thước lỗ TV, việc phân nhóm chủ yếu dựa vào chiều ngang lỗ TV vì sẽ ảnh hưởng đến việc lựa chọn mảnh ghép để đáp ứng đủ tiêu chuẩn overlap >5 cm, đồng thời tiên lượng được các khó khăn trong mổ như dự đoán khả năng có đóng được lỗ TV, tăng áp lực ổ bụng sau mổ. Đo kích thước trước mổ dựa trên CT có sự khác biệt có ý nghĩa với đo trong lúc

mổ, chủ yếu tập trung với những lỗ TV <4 cm trên CT thì kích thước thực tế lớn hơn khi đo trong lúc mổ. Bên cạnh đó có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$) số lượng lỗ TV ghi nhận trong mổ thấy nhiều hơn trên CT có lẽ do những lỗ thoát vị này có kích thước quá nhỏ hoặc nằm ở vị trí khác so với vị trí thoát vị chính nên dễ bị bỏ sót, ngoài ra sự khác biệt này cũng phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Về phẫu thuật, tất cả các BN đều được mổ nội soi thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ hở và tất cả đều không cần đặt ODL sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 145 phút dài hơn một số nghiên cứu khác⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Thời gian mổ nhanh hay chậm chủ yếu phụ thuộc vào nhiều yếu tố: 1. Mức độ dính của lần mổ trước như phẫu thuật áp xe ổ bụng, phẫu thuật đường mật hay chấn thương bụng gây vỡ tạng thường gây dính nhiều sau mổ, 2. Khâu đóng lỗ TV sẽ mất thời gian hơn là không khâu. Tuy nhiên thời gian nằm viện sau mổ thì lại tương đương với các tác giả khác^(7,18).

Theo hướng dẫn của hiệp hội phẫu thuật và nội soi tiêu hoá Hoa Kỳ 2016, khâu đóng lại lỗ thoát vị có mức độ khuyến cáo thấp. Việc khâu hay không khâu đóng lại lỗ TV phụ thuộc hoàn toàn vào phẫu thuật viên, một số tác giả lý giải việc khâu khép lại thành bụng sẽ làm giảm tụ dịch sau mổ, giảm tỷ lệ tiếp xúc của mảnh ghép với vùng da nhiễm trùng cũng như làm giảm khoảng chết giữa mảnh ghép và túi TV^(8,19). Do đó hầu hết trường hợp chúng tôi sẽ lựa chọn việc đóng lại lỗ TV, ngoại trừ lỗ khuyết cân cơ thành bụng quá to, có nguy cơ làm tăng áp lực ổ bụng sau khi khâu khép, lỗ TV nằm vị trí khó như dưới sườn, gần mào chậu hay xương ức. Mảnh ghép sẽ được cố định bằng khâu đơn thuần, protack đơn thuần hay kết hợp cả khâu và protack. Một số nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt tái phát giữa 3 cách cố định mảnh ghép⁽¹⁹⁻²¹⁾. Tuy nhiên, cố định bằng protack sẽ nhanh và dễ thực hiện hơn so với bằng chỉ khâu đơn thuần. Kết hợp cả 2 phương tiện sẽ giúp mảnh ghép được cố định

chắc hơn, giảm khả năng trôi mảnh ghép. Các BN của chúng tôi đều có overlap >4 cm, riêng 2 BN có overlap là 2,5 và 3 cm là do vị trí TV nằm ở vị trí khó như dưới xương ức, ngay trên xương mu và kích thước lớn từ 9 – 10 cm nên khó khăn trong việc tìm vị trí cố định mảnh ghép an toàn.

Biến chứng sau mổ thường hay gặp nhất là tụ dịch, đây là biến chứng nhẹ và không cần điều trị nếu không có triệu chứng. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới so sánh giữa việc đóng hay không đóng lỗ TV có ảnh hưởng đến biến chứng tụ dịch sau mổ, Chelala E (2016) kết luận trên 1326 BN được mổ TVVM thì nhóm có đóng lỗ TV giảm biến chứng tụ dịch chỉ còn 2,56%, tương tự Elwan A (2019) so sánh giữa nhóm đóng lỗ TV có tụ dịch thấp hơn so với không đóng (16,1% với 36,7%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên biến chứng hô hấp ở nhóm đóng lỗ TV thì lại cao hơn ($p < 0,05$) so với nhóm còn lại^(18,22). Tổn thương bàng quang và ruột là biến chứng ít gặp khoảng 6%, có nhiều nguyên nhân như tổn thương do gỡ dính; hoại tử muộn do sử dụng dụng cụ cắt đốt đơn cực, dao siêu âm; thủng ruột do trocar; tổn thương mạch máu^(22,23). Hai trường hợp của chúng tôi khả năng là do hoại tử muộn do sử dụng dao điện đơn cực. Tuy nhiên do phát hiện sớm và xử lý kịp thời nên không có trường hợp nào tử vong. Do đó, sử dụng đúng phương tiện và kinh nghiệm PTV trong quá trình gỡ dính là hai yếu tố then chốt quyết định đến kết quả cuộc phẫu thuật.

KẾT LUẬN

PTNS điều trị thoát vị vết mổ là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. Về kỹ thuật mổ không phức tạp nhưng PTV cần phải có kinh nghiệm trong PTNS, đặc biệt là gỡ dính để tránh gây biến chứng nguy hiểm nhất là tổn thương ruột. Nghiên cứu có số lượng BN chưa nhiều, kết quả chỉ ghi nhận trong thời gian nằm viện nên cần thiết có thêm nghiên cứu theo dõi lâu dài để đánh giá tái phát cũng như đau mạn

tính sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al (2009). Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*, 13(4):407-14.
2. Bucknall TE, Cox PJ, Ellis H (1982). Burst abdomen and incisional hernia: a prospective study of 1129 major laparotomies. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 284(6320):931-3.
3. Carlson MA, Ludwig KA, Condon RE (1995). Ventral hernia and other complications of 1,000 midline incisions. *South Med J*, 88(4):450-3.
4. Mudge M, Hughes LE (1985). Incisional hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes. *Br J Surg*, 72(1):70-1.
5. Misiakos EP, Machairas A, Patapis P, Liakakos T (2008). Laparoscopic ventral hernia repair: pros and cons compared with open hernia repair. *JSLs*, 12(2):117-25.
6. Shubinets V, Fox JP, Lanni MA, et al (2018). Incisional Hernia in the United States: Trends in Hospital Encounters and Corresponding Healthcare Charges. *Am Surg*, 84(1):118-125.
7. Pandey A, Masood S, Chauhan S, et al (2017). Laparoscopic Ventral Hernia Repair: Our Experience in 75 Patients. *MGM Journal of Medical Sciences*, 4:70-74.
8. Yang XF, Liu JL (2016). Laparoscopic repair of abdominal incisional hernia. *Annals of Translational Medicine*, 4(18):342-342.
9. LeBlanc KA, Booth WV (1993). Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: preliminary findings. *Surg Laparosc Endosc*, 3(1):39-41.
10. Phan Minh Trí (2013). Vai trò của mảnh ghép Polypropylene trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng. *Luận Án Tiến Sĩ Y Học*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
11. Vương Thừa Đức, Phạm Hiếu Liêm, Trần Minh Hiếu (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị vết mổ bằng mảnh ghép. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 22(2):126-34.
12. de la Peña GC, Vargas RJ, Diéguez GJA (2001). The value of CT diagnosis of hernia recurrence after prosthetic repair of ventral incisional hernias. *Eur Radiol*, 11(7):1161-4.
13. Lacour M, Ridereau-Zins C, Casa C, et al (2017). CT findings of complications after abdominal wall repair with prosthetic mesh. *Diagn Interv Imaging*, 98(7-8):517-528.
14. van Ramshorst GH, Eker HH, Hop WC, Jeekel J, Lange JF (2012). Impact of incisional hernia on health-related quality of life and body image: a prospective cohort study. *Am J Surg*, 204(2):144-50.
15. Abet E, Duchalais E, Denimal F, et al (2014). Laparoscopic incisional hernia repair: long term results. *J Visc Surg*, 151(2):103-6.
16. Lavanchy JL, Buff SE, Kohler A, 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):225-233.
17. De Marchi J, Sferle FR, Hehir D (2019). Laparoscopic ventral hernia repair with intraperitoneal onlay mesh-results from a general surgical unit. *Ir J Med Sci*, 188(4):1357-1362.
18. Elwan A, Eid M (2019). Comparative study between fascial defects closure and non-closure in laparoscopic incisional and ventral repair of hernia. *International Journal of Medical Arts*, pp.1.
19. Earle D, Roth JS, Saber A, et al (2016). SAGES guidelines for laparoscopic ventral hernia repair. *Surg Endosc*, 30(8):3163-83.
20. Bangash A, Khan N (2013). Fixation in laparoscopic incisional hernia repair: Suture versus tacks. *Journal of the Scientific Society*, 40(2):84-89.
21. Zahir HR, Belyansky I (2016). "Evidence-Based Optimal Fixation During Laparoscopic Hernia Repair: Sutures, Tacks, and Glues". *Hernia Surgery: Current Principles*, pp.287-295. Springer International Publishing, Cham.
22. Chelala E, Baraké H, Estievenart J, et al (2016). Long-term outcomes of 1326 laparoscopic incisional and ventral hernia repair with the routine suturing concept: a single institution experience. *Hernia*, 20(1):101-10.
23. Sharma A, Khullar R, Soni V, et al (2013). Iatrogenic enterotomy in laparoscopic ventral/incisional hernia repair: a single center experience of 2,346 patients over 17 years. *Hernia*, 17(5):581-7.

Ngày nhận bài báo: 08/04/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022