

- độ và thực hành của sinh viên Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về tiêm chủng vaccine COVID-19. Tạp Chí Y học Việt Nam, 519(2).
- Al-Marshoudi S, Al-Balushi H, Al-Wahaibi A, et al.** Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) toward the COVID-19 Vaccine in Oman: A Pre-Campaign Cross-Sectional Study. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(6):602.
 - Folcarelli L, Miraglia Del Giudice G, Corea F, Angelillo IF.** Intention to Receive the COVID-19 Vaccine Booster Dose in a University Community in Italy. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(2).
 - Iacolla C., Ralli M., Maggolini A., Arcangeli A., Ercoli L.** Acceptance of COVID-19 vaccine among persons experiencing homelessness in the City of Rome, Italy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*.2021;25(7):3132–3135
 - Kozak, A., & Nienhaus, A.** (2021). COVID-19 vaccination: Status and willingness to be vaccinated among employees in health and welfare care in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,18(13), 6688
 - Taysir AI Janabi, Pino M.** Predictors for Actual COVID-19 Vaccine Uptake and Intended Booster Dosage among Medical Students of an Osteopathic Medical School in New York. *Epidemiologia*. 2021;2(4):553-63.
 - Yadete T, Batra K, Netski DM, Antonio S, Patros MJ, Bester JC.** Assessing Acceptability of COVID-19 Vaccine Booster Dose among Adult Americans: A Cross-Sectional Study. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(12).

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TIÊN LƯỢNG GẦN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH Ở NAM GIỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Văn Chúc¹, Nguyễn Hoài Bắc²,
Đoàn Tiến Dương³, Phạm Minh Quân⁴

TÓM TẮT

Thoát vị bẹn là tình trạng bệnh lý khi các tạng trong ổ bụng thường là mạc nối hoặc ruột chui qua ống bẹn hay các điểm yếu của thành bụng xuống dưới da hoặc bìu. Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc đang nổi lên như một tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn, trong đó hai kỹ thuật hay được sử dụng nhất là TAPP (Transabdominal Preperitoneal) và TEP (TransExtraPeritoneal). Nhiều nghiên cứu riêng rẽ về hai phương pháp này đã được báo cáo nhưng hiện tại ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu so sánh tương quan giữa hai phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 138 nam giới mắc thoát vị bẹn đã được phẫu thuật bằng một trong hai phương pháp TAPP hoặc TEP để đánh giá kết quả điều trị, so sánh kết quả phẫu thuật giữa hai phương pháp đồng thời đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng gần sau mổ. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo là trong mổ là 2,9% và ngay sau mổ là 8,0%, chủ yếu gặp ở nhóm phẫu thuật TAPP nhiều hơn TEP ($p < 0,01$), tuy nhiên biến chứng (tụ dịch, đau bẹn bìu, tái phát) sau mổ 01 tháng thì gặp nhiều hơn ở bệnh nhân phẫu thuật TEP (TEP 44,1%, TAPP 21,2%, $p = 0,01$). Tiên lượng gần cuộc mổ dựa vào các yếu tố trong bảng phân tích hồi quy logistic

với biến phụ thuộc là biến chứng sau 01 tháng thấy rằng sau phẫu thuật TEP tình trạng gặp biến chứng sau mổ 01 tháng cao hơn đến gần 6 lần so với phẫu thuật TAPP ($OR = 5,9$, $p < 0,01$), đồng thời khi tăng thời gian mổ lên 01 phút thì tăng 1% nguy cơ biến chứng ($OR = 1,01$, $p = 0,02$).

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, tấm lưới nhân tạo, kỹ thuật TAPP, kỹ thuật TEP.

SUMMARY

EVALUATION OF FACTORS AFFECTING PROGNOSIS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY TO INSTALL ARTIFICIAL MESH ABDOMINAL WALL RESTORATION FOR MEN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Inguinal hernia is a pathological condition when abdominal organs, usually the omentum or intestines, pass through the inguinal canal or weak points of the abdominal wall under the skin or scrotum. Laparoscopic surgery to place artificial mesh in front of the peritoneum is emerging as the gold standard in the treatment of inguinal hernia, in which the two most commonly used techniques are TAPP (Transabdominal Preperitoneal) and TEP (TransExtraPeritoneal). Many separate studies on these two methods have been reported, but currently in Vietnam there are not many studies comparing the correlation between the two surgeries. Therefore, we conducted a study on 138 men with inguinal hernias who were operated on by either TAPP or TEP methods to evaluate treatment results, compare surgical results between the two methods and simultaneously evaluate the results of treatment. Evaluate factors affecting immediate prognosis after surgery. The study showed that the rate of complications during and

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Chúc

Email: Bshoangvanchuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

immediately after surgery was 2.9% and 8.0%, respectively, and mainly occurred in the TAPP surgery group ($p < 0.01$), however complications (seroma, inguinoscrotal pain, recurrence) 1 month after surgery was more common in patients with TEP surgery (TEP 44.1%, TAPP 21.2%, $p = 0.01$). Prognosis near surgery based on factors in the logistic regression analysis table with the dependent endpoint being complications after 1 month found that after TEP surgery this condition increased to 5.9 times compared to TAPP surgery (OR= 5.9, $p < 0.01$), at the same time, increasing surgery time to 1 minute increases the risk of complications by 1% (OR=1.01, $p = 0.02$).

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic surgery, artificial mesh, TAPP technique, TEP technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay các điểm yếu tự nhiên của thành bụng vùng trên nếp bẹn xuống dưới da hoặc xuống vùng bìu¹. Bệnh được phát hiện từ những năm 1500 trước công nguyên, tỷ lệ mắc giữa hai giới chênh lệch rõ rệt khi tỉ lệ giữa nam và nữ là 12/1, tần suất gặp tăng dần theo độ tuổi².

Có nhiều phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn, tuy nhiên trong những thập kỷ qua, phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn bằng nội soi ngày càng trở nên phổ biến và dần thay thế cho các phẫu thuật cổ điển vì những ưu điểm trong vấn đề thẩm mỹ, vết mổ nhỏ, ít đau hơn và phục hồi nhanh hơn. Trong các kỹ thuật nội soi có hai phương pháp phổ biến thường được áp dụng là phẫu thuật đặt tấm lưới ngoài phúc mạc đường vào ổ bụng (TAPP: TransAbominal PrePeritoneal repair) và đường ngoài phúc mạc (TEP: Total ExtraPeritoneal repair). Cả hai kỹ thuật đều có những ưu điểm và nhược điểm khác nhau, và thường được chỉ định áp dụng tùy theo tình trạng lâm sàng, thể tạng của bệnh nhân cũng như kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên.

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hai phương pháp này. Ở Việt Nam, phần lớn nghiên cứu cho đến nay chỉ dừng lại ở việc đánh giá riêng lẻ hai kỹ thuật này trên cả nam và nữ giới, mà chưa có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả điều trị ở nam giới bằng hai phương pháp trên. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả hai phẫu thuật này trên nam giới và so sánh kết quả điều trị và tỷ lệ biến chứng gần giữa TAPP và TEP. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng khảo sát một số yếu tố tiên lượng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng điều trị thoát vị bẹn ở nam giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 138 nam giới được phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng bằng tấm lưới nhân tạo để điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án trước, trong và sau mổ bao gồm thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

- Bệnh nhân khám lại ít nhất 1 lần sau mổ 1 tháng có đánh giá trên lâm sàng kèm kết quả siêu âm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh được phẫu thuật theo phương pháp khác, không phải phẫu thuật theo phương pháp nội soi đặt lưới trước phúc mạc.

- Người bệnh đồng mắc các bệnh khác trong thời gian điều trị (các bệnh truyền nhiễm: cúm, Covid-19...) khiến cho thời gian nằm viện kéo dài.

- Người bệnh không đến tái khám theo hẹn không khám lại nhưng không có kết quả siêu âm.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.2.2. Chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian và địa điểm thực hiện. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2023

2.2.4. Quy trình thực hiện. Chúng tôi thu thập thông tin của người bệnh qua bệnh án.

Thoát vị bẹn được chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng với các triệu chứng đau, xuất hiện khối phồng, kết hợp với siêu âm để xác định kích thước và nội dung của thoát vị.

Chỉ định mổ TAPP hay TEP hiện tại phần lớn phụ thuộc vào kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên. Dụng cụ nội soi chỉ yêu cầu các cầu phần cơ bản, lưới nhân tạo chủ yếu được sử dụng là loại lưới 3D tự dính.

2.2.5. Biến số nghiên cứu bao gồm. Biến số lâm sàng Tuổi, nghề nghiệp, BMI, lí do vào viện, tiền sử bệnh lý, triệu chứng, vị trí, phân độ theo EHS (European Hernia Society) , đường kính bao thoát vị trên siêu âm,

Biến số phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, thời gian đau sau mổ, biến chứng trong mổ , biến chứng ngay sau mổ, biến chứng sau mổ 1 tháng.

Những biến số trên được trích xuất qua hồ sơ bệnh án đã được lưu lại.

2.2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính số trung bình cộng, độ lệch chuẩn, sử dụng test χ^2 , mô hình hồi quy Logistic, T-test và test Inova để so sánh,

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông

tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật và được đảm bảo chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này. Đề tài nghiên cứu này được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học nhằm chẩn đoán bệnh, điều trị và tiên lượng bệnh cho bệnh nhân mà không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		TAPP (n=104)	TEP (n=34)	p
Tuổi		47,13 ± 19,38	55,06 ± 12,85	p < 0,01
BMI		22,28 ± 2,38	23,22 ± 2,15	p=0,295
Thời gian mắc bệnh (tháng)		18,06 ± 46,92 (mod=6, max=480)		
Vị trí TV	01 Bên	90,4%	91,2 %	P=0,597
	02 Bên	9,6%	8,8 %	
Lý do vào viện	Đau	6,7	2,9	P:0,237
	Khối phồng	76,0	88,2	
	Phối hợp	16,3	5,9	
	Tình cờ	1,0%	2,9%	
Tình trạng thoát vị	TV nghẹt	4,9%	1%	P:0,336
	TV thường	95,1%	100%	
Tạng thoát vị	Ruột	13,6	3,0%	P:0.151
	Mạc nối	57,3	55,9	
	Phối hợp	29,1	41,1	
Kích thước lỗ thoát vị		18,68 ± 7,5 (mm)	18,1 ± 7,9 (mm)	P=0,681
Thời gian nằm viện		1,67 ± 1,10	2,06 ± 0,80	0.061
Thời gian phẫu thuật		75,7 ± 25,5 (min)	66,8 ± 18,0 (min)	P=0.038

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 49,09 ± 18,27, Trong đó nhóm TAPP có độ tuổi trung bình là 47,13 ± 19,38, nhóm TEP có độ tuổi trung bình là 55,06 ± 12,85, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tỷ lệ các vấn đề khác như: thời gian mắc, vị trí thoát vị, tạng thoát vị, thời gian nằm viện... không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

3.2. Tỷ lệ biến chứng gần sau phẫu thuật

Bảng 2. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

		TAPP (N=104) n (%)	TEP (N=34) n (%)	p value
Biến chứng trong mổ	Có	4 (3,8%)	0 (0%)	0,318
	Không	100 (96,2%)	34 (100%)	
Biến chứng ngay sau mổ	Có	11 (10,6%)	0 (0%)	0,039
	Không	93 (89,4%)	34 (100%)	
Biến chứng sau mổ 01 tháng	Tụ dịch	16 (15,4%)	10 (29,4%)	P=0,016
	Đau vùng bìu	7 (3,8%)	3(8,8%)	
	Tái phát	2 (1,9%)	4 (11,8 %)	
	Không biến chứng	82 (78,8%)	19 (55,9%)	

Biến chứng trong và ngay sau mổ gặp ở 11 trường hợp (8,0%), tất cả các trường hợp này đều gặp ở bệnh nhân mổ TAPP. Trong khi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng trong mổ giữa TAPP và TEP thì biến chứng sau mổ nhiều hơn một cách có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân mổ TAPP (p=0,039). Sau mổ một tháng, biến chứng phổ biến nhất thường gặp là: Tụ dịch (18,8%) và đau vùng bìu (7,2%). Tỷ lệ tái phát gặp trên 4,3% bệnh nhân, trong

đó nhóm bệnh nhân mổ TEP có tỷ lệ tái phát cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân mổ TAPP. Đối với biến chứng sau mổ 01 tháng, chủ yếu gặp tụ dịch (18,8%), đau bìu (3,6%). Tỷ lệ tất cả các dạng biến chứng nhiều hơn đáng kể ở bệnh nhân mổ TEP so với mổ TAPP (Bảng 2)

3.3. Các yếu tố dự báo biến chứng gần sau mổ

Bảng 3. Các yếu tố dự báo biến chứng

gần sau mổ

		Nguy cơ biến chứng gần sau mổ 01 tháng	
		OR	p value
Loại phẫu thuật	TAPP	-	0,01
	TEP	5,9	
Tuổi (năm)		0,9	0,28
BMI (kg/m ²)		1,12	0,20
Đường kính cổ bao thoát vị (mm)		0,972	0,60
Thời gian phẫu thuật		1,01	0,02
Kiểu thoát vị	Trực tiếp	-	-
	Gián tiếp	0,31	0,04
	Hỗn hợp	0,61	0,72
Nội dung thoát vị	Mạc nối	-	-
	Ruột	1,76	0,31
Số bên thoát vị	Hỗn hợp	3,72	0,12
	Một bên	-	-
Số bên thoát vị	Hai bên	1,8	0,4

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, sau khi đã kiểm soát tất cả các yếu tố có thể ảnh hưởng đến nguy cơ xuất hiện biến chứng sau mổ 01 tháng (Bảng 3) bệnh nhân phẫu thuật TEP có tỷ lệ biến chứng gần (đau bẹn bìu, tụ dịch trên siêu âm, tái phát) cao gấp 5,9 lần (OR=5,9; p< 0,01) so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật TAPP.

Thời gian phẫu thuật là một trong những yếu tố tiên lượng xuất hiện biến chứng với OR=1,01; p=0,02. Bên cạnh đó, những bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp có tỷ lệ gặp biến chứng ít hơn so với những bệnh nhân thoát vị bẹn trực tiếp (OR=0,31; p=0,04).

IV. BÀN LUẬN

Đây là một trong số ít các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam có so sánh kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn bằng hai kỹ thuật TAPP và TEP, tiến hành trên 138 bệnh nhân, trong đó có 104 bệnh nhân được phẫu thuật TAPP và 34 bệnh nhân phẫu thuật TEP, xem xét trên các phương diện về lâm sàng, cận lâm sàng và các kết quả trước, trong và sau phẫu thuật. Những kết quả này đầu tiên được phân tích mô tả đơn thuần, sau đó được dùng thuật toán hồi quy đa biến logistic để tìm các yếu tố ảnh hưởng nhằm chỉ ra các yếu tố tác động quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng cuộc mổ cũng như các biến chứng gần sau mổ.

Nhìn chung các phát hiện từ nghiên cứu này chứng minh rằng cả hai phương pháp phẫu thuật TAPP và TEP đều rất an toàn, hiệu quả với tỷ lệ tái phát thấp và ít biến chứng⁵. Tuy nhiên có sự

khác biệt đáng kể khi ta đi sâu nghiên cứu vào từng loại biến chứng, cũng như thời điểm xuất hiện các biến chứng trong thời gian chu phẫu. Cụ thể nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biến chứng trong mổ và ngay sau mổ thường gặp hơn ở bệnh nhân trải qua phẫu thuật TAPP lần lượt là 3,9% và 10,6%, tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ của những biến chứng này trong phẫu thuật TEP chỉ là 0% (p<0,05). Tuy nhiên khi so sánh biến chứng gặp sau mổ 01 tháng hay biến chứng sớm, nghiên cứu của chúng tôi lại thấy rằng tỷ lệ gặp các biến chứng như tụ dịch, đau tức vùng bẹn bìu và tỷ lệ tái phát ở phẫu thuật TEP lại cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với phẫu thuật TAPP (p<0,01).

Biến chứng trong mổ, chiếm tỷ lệ rất nhỏ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (TAPP: 4 (3,8%), TEP 0% p=0,38) điều này tương đồng với các nghiên cứu F. Koçkerling (2015) hay M. Gass (2016)⁶. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận có 4 trường hợp có biến chứng chiếm 2,9% và đều trong nhóm phẫu thuật TAPP 02 trường hợp tổn thương bó mạch tinh, 01 trường hợp tổn thương niêm mạc tạng động mạch thượng vị dưới gây chảy máu nhiều, phải truyền 01 đơn vị máu, tuy nhiên trường hợp này vẫn tiến hành phẫu thuật nội soi thành công và bệnh nhân ổn định, có biến chứng gần là tụ dịch 01 tháng nhưng không gặp bất kì biến chứng xa nào.

Vấn đề tụ dịch, tụ máu ngay sau phẫu thuật nội soi đặt lưới phục hồi thành bụng là thường gặp nhất khi nhắc đến các biến chứng trong và ngay sau mổ, đa phần sẽ tự tiêu hết sau một thời gian, thời gian này tùy thuộc vào cơ địa của từng người bệnh. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này cao hơn ở nhóm TAPP 8,6% và chỉ 0% với nhóm TEP (p<0,05). Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt đáng kể về vấn đề tụ dịch ngay sau mổ giữa phẫu thuật TAPP và TEP như trong nghiên cứu của F. Koçkerling (2015) tỷ lệ này là 3,06% đối với TAPP và 0,51% đối với TEP (p<0,01). Thông thường chảy máu thứ phát xảy ra thường xuyên hơn đáng kể sau TEP so với sau TAPP, bởi trong mổ TEP, khoang ngoài phúc mạc hẹp hơn rõ rệt so với khoang bụng trong TAPP và làm giảm tầm nhìn khi sử dụng dòng điện để bóc tách tổ chức. Do đó, nhiều bác sĩ phẫu thuật TEP tránh sử dụng dòng điện và thực hiện phẫu tích không có dòng điện hay phẫu tích tù, sử dụng kỹ thuật kéo và tách các cầu nối mô liên kết giữa các cấu trúc giải phẫu. Điều đó chắc chắn dẫn đến tỷ lệ

chảy máu thứ phát cao hơn và tụ dịch ngay sau mổ cao hơn ở TEP. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi và của F. Köckerling (2015), kết quả ngay sau mổ TEP tốt hơn hẳn kết quả của phẫu thuật TAPP một cách có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt này được giải thích do sự chênh lệch về trình độ kỹ thuật giữa các nhóm phẫu thuật viên: thuộc nhóm TAPP phẫu thuật viên thường mới được đào tạo và non kinh nghiệm hơn so với phẫu thuật TEP thường được tiến hành bởi những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm hơn đồng thời ở những phẫu thuật viên này đã có quá trình đào tạo nắm vững phẫu thuật TAPP sau đó chuyển sang phẫu thuật TEP.

Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng ngay sau mổ lại không phản ánh một cách tỷ lệ thuận với tình trạng sau mổ 01 tháng. Biến chứng sau mổ 01 tháng bao gồm: tụ dịch, tụ máu và tái phát lại có xu hướng cao hơn ở phẫu thuật TEP so với phẫu thuật TAPP một cách có ý nghĩa thống kê (TEP: 44,1%, TAPP: 21,2%, $p=0,01$). Đồng thời, sau khi đã kiểm soát hết các yếu tố, trong mô hình hồi quy logistic đa biến (Bảng 3) thấy rằng bệnh nhân mổ TEP có tỉ lệ biến chứng sau 01 tháng cao gấp hơn 5,9 lần so với bệnh nhân mổ TAPP (OR= 5,9; $p<0,01$). Tương đồng với kết quả của chúng tôi, trong một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng ở 164 bệnh nhân tại Trung Quốc của K. Gong và cộng sự (2011)⁷ tỷ lệ biến chứng sau mổ theo dõi 01 tháng của hai nhóm lần lượt là TEP: 13,5% và TAPP: 12% ($p<0,05$). Sự chênh lệch này được giải thích có thể là do trong phẫu thuật TAPP, phúc mạc được mở ở phía trong ổ bụng rồi khâu lại, vì vậy vẫn còn những khoảng thông giữa khoang đặt lưới hay khoang trước phúc mạc với ổ bụng do đó dịch tiết ra sau mổ ở khoang trước phúc mạc có đường thông vào ổ bụng và tiêu đi, bên cạnh đó với phẫu trường rộng rãi và thao tác dễ dàng, trong phẫu thuật TAPP túi thoát vị được bóc triệt để hơn vì vậy nguy cơ tiết dịch ít hơn; ngược lại trong phẫu thuật TEP không có hoặc rất ít có sự thông thương giữa khoang trước phúc mạc nơi đặt lưới với ổ bụng nên dịch tiêu chậm hơn, và do phẫu trường hẹp việc bóc tách túi thoát vị khó khăn hơn và không triệt để dẫn đến còn có nguồn tiết dịch từ túi thoát vị nhiều hơn so với trong phẫu thuật TAPP.

Ngoài ra trong nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng thời gian phẫu thuật cũng là một yếu tố tiên lượng biến chứng, khi tăng thời gian phẫu thuật lên 01 phút thì tỷ lệ biến chứng tăng 1% (OR=1,01; $p=0,02$). Về mặt khách quan, ở

những ca phẫu thuật khó hoặc có những bất thường thì thời gian mổ có thể tăng lên do phải bóc tách và xử lý nhiều hơn, nhưng chính điều này cũng làm tổn thương tổ chức nhiều hơn, trong đó có mạch máu, thần kinh và bạch huyết, dẫn đến làm gia tăng biến chứng. Như vậy trong phẫu thuật không nên kéo dài thái quá thời gian phẫu thuật, nghiên cứu cho thấy thời gian mổ trung bình của nhóm không có biến chứng là $72,9 \pm 22,6$ (phút) cũng coi như một khuyến cáo trong việc xác định thời gian mổ tối ưu.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu:

Hạn chế chính trong nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu hồi cứu, vì thế số liệu thu thập phần lớn dựa vào các ghi chép trong bệnh án đôi khi không được đầy đủ và chính xác tuyệt đối. Bên cạnh đó tỷ lệ bệnh nhân tái khám theo hẹn không cao, thường họ chỉ khám lại khi có bất thường, do đó kết quả khám lại có tỷ lệ bề mặt tương đối cao.

Điểm mạnh của nghiên cứu là có được một cỡ mẫu tương đối lớn, mang lại sức mạnh thống kê cao. Số liệu được truy vấn từ bệnh án điện tử nên các tờ điều trị, hội chẩn, protocol phẫu thuật, kết quả siêu âm và khám lại sau 01 tháng... được đánh máy tương đối rõ ràng và đầy đủ, dễ đọc, thuận lợi cho quá trình nhập liệu chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc đang là xu thế và là tiêu chuẩn vàng cho điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn ở trên thế giới cũng như tại Việt Nam do thời gian hồi phục nhanh, an toàn và rủi ro. Các biến chứng trong và sau mổ thường gặp hơn ở phẫu thuật TAPP trong khi đó biến chứng sau 01 tháng lại có xu hướng gặp với tỷ lệ cao hơn ở phẫu thuật TEP. Thời gian mổ kéo dài cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ gặp các biến chứng của hai nhóm phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Minh Hiếu.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật đặt lưới trước phúc mạc đường vào ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 2018
- Phạm Đức Huân.** Bệnh học Ngoại tiêu hoá. Vol 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 2022
- Phạm Đình Tuấn Dũng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp. 2017
- Köckerling F, Bittner R, Jacob D, et al.** TEP versus TAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia. Surgical endoscopy.

- 2015, 29. 3750-3760.
6. **Gass M, Scheiwiller A, Sykora M, Metzger J.** TAPP or TEP for Recurrent Inguinal Hernia? Population-Based Analysis of Prospective Data on 1309 Patients Undergoing Endoscopic Repair for Recurrent Inguinal Hernia. *World J Surg.* 2016,40(10). 2348-2352.
7. **Gong K, Zhang N, Lu Y, et al.** Comparison of the open tension-free mesh-plug, transabdominal preperitoneal (TAPP), and totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for primary unilateral inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled trial. *Surgical endoscopy.* 2011, 25. 234-239.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ THU TINH TRÙNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP MICRO TESE Ở BỆNH NHÂN KLINEFELTER VÔ TINH

Phạm Đức Minh¹, Đoàn Thị Hằng¹, Trịnh Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ thu tinh trùng bằng phương pháp Micro TESE ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 25 bệnh nhân Klinefelter vô tinh tại Viện mô phôi lâm sàng Quân đội- Học viện Quân y, Bệnh viện Nam học và hiếm muộn Hà Nội, Trung tâm IVF- bệnh viện Đa khoa Hà Nội. từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả:** Thời gian vô sinh trung bình là 5,24±3,93 năm, trong đó tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm 92%. Thể tích tinh hoàn trung bình bên trái và bên phải lần lượt là 1,35±0,55 mL và 1,43±0,66 mL. Nồng độ FSH, LH, Testosterone trung bình lần lượt là 34,01±22,45 mIU/mL; 22,14 ± 8,88 mIU/mL và 5,46 ± 5,05 ng/mL; Tỷ lệ thu được tinh trùng ở bệnh nhân Klinefelter vô tinh là 24%. **Kết luận:** Kết luận nghiên cứu cho thấy bệnh nhân KS có những đặc điểm lâm sàng điển hình như thân hình cao lớn, thể tích tinh hoàn teo nhỏ; nồng độ hormone FSH, LH tăng rất cao. Tỷ lệ thu được tinh trùng bằng vi phẫu micro- TESE ở bệnh nhân Klinefelter là 24%.

Từ khóa: Klinefelter, vô tinh, micro TESE.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EFFICACY OF SPERM RETRIEVAL OF MICRO TESE METHOD IN AZOOSPERMIC KLINEFELTER PATIENTS

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics and evaluate the sperm retrieval rate of Micro TESE technique in azoospermic Klinefelter patients. **Subjects and research methods:** The study was conducted on 25 azoospermic Klinefelter patients at the Military Institute of Clinical Embryology and Histology - Military Medical University, Andrology and fertility hospital of Hanoi, IVF Center- Hanoi General Hospital, from May 2023 to September 2023.

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Minh

Email: phamducminh1205@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023

Results: The average period of infertility was 5.24±3.93 years, of which the rate of primary infertility accounted for 92%. The mean left and right testicular volumes were 1.35±0.55 mL and 1.43±0.66 mL, respectively. The average FSH, LH, Testosterone hormone concentrations were 34.01±22.45 mIU/mL respectively; 22.14 ± 8.88 mIU/mL and 5.46±5.05 ng/mL; The sperm retrieval rate in azoospermic Klinefelter patients is 24%. **Conclusion:** The study's conclusion showed that KS patients had typical clinical features such as tall stature, small firm testes; FSH and LH hormone concentrations increase very high. The sperm retrieval rate was 24%.

Keywords: Klinefelter, azoospermia, micro TESE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh được định nghĩa là tình trạng cặp vợ chồng sau một năm chung sống, quan hệ tình dục thường xuyên và không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào mà người vợ vẫn chưa có thai, đối với phụ nữ trên 35 tuổi thì thời gian này là 6 tháng. Trên thế giới, tỷ lệ vô sinh trung bình từ 6%-12%, còn theo thống kê tại Việt Nam trong các nguyên nhân vô sinh thì nguyên nhân vô sinh do nam giới chiếm 40%, nguyên nhân do nữ giới 40% và 20% còn lại là nguyên nhân do cả hai người [1].

Trong các trường hợp vô sinh được xác định do yếu tố nam giới, tỷ lệ vô tinh (azoospermia) có thể lên đến 15%. Hội chứng Klinefelter (KS) được coi là thể lệch bội nhiễm sắc thể thường gặp nhất ở nam giới vô tinh với tỷ lệ phát hiện lên tới 10%, con số này là 0,7% với quần thể thiếu tinh nặng [2].

Hiện nay, kĩ thuật vi phẫu thuật thu tinh trùng từ tinh hoàn (microdissection testicular sperm extraction- micro TESE) là kỹ thuật thu tinh trùng hiệu quả nhất ở những bệnh nhân NOA [3]. Tại Việt Nam, có rất ít công trình nghiên cứu ứng dụng phương pháp micro TESE trên nhóm đối tượng mắc KS.

Do vậy, chúng tôi làm đề tài "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu