

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT TẮM LƯỚI TRƯỚC PHỨC MẠC ĐƯỜNG VÀO Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Trần Quốc Hòa^{1,2}, Hoàng Văn Chúc³

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới trước phúc mạc đường vào ổ bụng (TAPP) là lựa chọn đầu tay trong điều trị thoát vị bẹn với tính an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị và biến chứng sau mổ của TAPP, hiện tại ít nghiên cứu đánh giá các yếu tố trước mổ có khả năng làm gia tăng nguy cơ biến chứng sớm và muộn sau mổ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá các yếu tố nguy cơ làm gia tăng biến chứng sớm và biến chứng muộn ở bệnh nhân sau phẫu thuật TAPP. Nghiên cứu được tiến hành trên 104 bệnh nhân phẫu thuật thoát vị bẹn bằng kỹ thuật TAPP từ tháng 10/2021 đến tháng 05/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,8% và tỷ lệ thất bại là 1,9%. Biến chứng sau mổ xuất hiện trên 10,5% bệnh nhân. Biến chứng sau mổ một tháng gặp chủ yếu là tụ dịch chiếm 15,4%, đau dị cảm vùng bìu gặp ở 26,9% khi theo dõi biến chứng muộn sau mổ. Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy bệnh nhân thừa cân và béo phì (BMI > 24,9 kg/m²) thường có nguy cơ gặp biến chứng sau mổ TAPP tại thời điểm một tháng (OR=3,2; p=0,03) và biến chứng muộn (OR=2,4; p=0,02). Phẫu thuật TAPP là phương pháp an toàn hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn. Các biến chứng sau mổ thường nhẹ và thường có thể điều trị nội khoa, chủ yếu là đau và dị cảm vùng bìu. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, tình trạng thừa cân béo phì là yếu tố nguy cơ làm gia tăng biến chứng sau mổ, vì vậy cần tư vấn kỹ cho bệnh nhân về các nguy cơ này.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, TAPP, đặt lưới nhân tạo.

SUMMARY

EVALUATION OF FACTORS ASSOCIATED TO COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL FOR INGUINAL HERNIA REPAIR

Laparoscopic surgery with transabdominal preperitoneal mesh placement (TAPP) has been the primary choice for inguinal hernia treatment. This method has been approved to be safe with a low complication rate. This study was conducted to evaluate preoperative risk factors that may contribute to an escalation in immediate and distant complications in patients undergoing TAPP surgery. For patients undergoing TAPP surgery, the incidence

of intraoperative complications was 3.8%, and the failure rate was 1.9%. Postoperative complications occurred in 10.5% of patients. Complications within the first month predominantly included fluid accumulation (15.4%), while pain and sensory disturbance in the abdominal region were observed in 26.9% during the follow-up of distant complications. Multivariate logistic regression analysis revealed that overweight patients (BMI > 24.9 kg/m²) were more likely to experience postoperative complications at one month (OR=3.2; p=0.03) and distant complications (OR=2.4; p=0.02) compared to the normal-weight group (BMI<24.9 kg/m²). Postoperative complications are generally mild and can often be managed conservatively, primarily involving pain and sensory disturbances in the abdominal region. The current study also highlights that overweight and obesity are risk factors contributing to an increased incidence of postoperative complications, emphasizing the need for thorough counseling regarding these risks for patients.

Keywords: Inguinal hernia, TAPP, synthetic mesh placement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý phổ biến với khoảng 20 triệu ca mổ trên toàn thế giới mỗi năm [1,2]. Theo thời gian, kỹ thuật mổ đã có nhiều cải tiến giúp giảm nguy cơ biến chứng và tăng tỷ lệ điều trị thành công. Trong số các phương pháp hiện đang được áp dụng trong điều trị thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới trước phúc mạc đường vào ổ bụng (Trans-abdominal Preperitoneal: TAPP) hiện được xem là phương pháp phổ biến và được áp dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm phẫu thuật trên thế giới. So với các phương pháp khác, TAPP có ưu điểm vượt trội hơn do phẫu trường nội soi rộng rãi hơn, các mốc giải phẫu thường rõ ràng cũng như khả năng tiếp cận tương đối dễ dàng. Phẫu thuật TAPP còn có thể chỉ định đối với những trường hợp khó như thoát vị bẹn cầm tù, thoát vị bẹn nghẹt tới sớm mà chưa có tổn thương hoại tử tạng. Ngoài ra, phẫu thuật viên khi làm TAPP có thể phát hiện được thoát vị bẹn bên đối diện nếu có, xử trí một số bệnh lý kèm theo trong ổ phúc mạc.

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra TAPP là một phương pháp phẫu thuật hiệu quả và an toàn với một số biến chứng thường gặp là tụ dịch vùng bìu, đau tức mạn tính, tụ máu [3]. Tại Việt Nam, TAPP đã được áp dụng tại nhiều cơ sở ngoại khoa. Tuy nhiên, hiện có rất ít nghiên cứu đánh giá tỷ lệ và mức độ của các biến chứng sau

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

mổ TAPP. Hơn nữa các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ biến chứng sớm và muộn gần như chưa được đánh giá đầy đủ. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát tỷ lệ biến chứng sau mổ và các yếu tố tăng nguy cơ biến chứng sớm và muộn, nhằm đóng góp thêm các góc nhìn toàn diện và cơ sở khoa học khách quan giúp các bác sĩ phẫu thuật tiên lượng tốt hơn về kết quả sau phẫu thuật nội soi thoát vị bằng kĩ thuật TAPP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên nam giới được thực hiện (TAPP) để điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2021 đến tháng 05/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh có đầy đủ thông tin trong 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 01 lần sau mổ 01 tháng có đánh giá trên lâm sàng kèm kết quả siêu âm và được theo dõi sau mổ ít nhất 3 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - 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 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

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

2.3. 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 kết hợp với siêu âm để xác định kích thước và nội dung của thoát vị.

Chỉ định phẫu thuật nội soi TAPP rộng rãi cho hầu hết các trường hợp bao gồm: thoát vị bẹn trực tiếp hoặc gián tiếp, một bên hoặc hai bên, thoát vị bẹn mu, thoát vị bẹn bìu.

Dụng cụ nội soi chỉ yêu cầu các cấu phần cơ bản, lưới nhân tạo chủ yếu được sử dụng là loại lưới 3D tự dính.

Sau mổ một tháng bệnh nhân được hẹn tái khám, kèm theo siêu âm. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi và đánh giá qua phỏng vấn bằng điện thoại vào thời điểm ít nhất 03 tháng sau mổ.

Biến số nghiên cứu bao gồm: Biến số về các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, nghề nghiệp, BMI, lý do vào viện, tiền sử bệnh lý, triệu chứng, vị trí, đường kính bao thoát vị trên siêu âm,

Biến số về các đặc điểm phẫu thuật: Thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, thời gian đau sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ (phát hiện trong thời gian nằm viện), biến chứng sớm (xuất hiện sau mổ một tháng), biến chứng muộn sau mổ (xuất hiện sau ba tháng).

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Kolmogorov-Smirnov. Tất cả các thông số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các đại lượng. Giá trị p < 0,05 được chọn là mức có ý nghĩa thống kê.

2.5. 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	Trung bình (Mean±SD)	N (%)
Tuổi (năm)	47,1 ± 19,4	
BMI (kg/m²)	22,3 ± 2,4	
Phân loại BMI		
<24,9 (kg/m ²)		18 (17,3%)
≥25,0 (kg/m ²)		86 (82,7%)
Bên thoát vị		
Phải		60 (57,8%)
Trái		44 (42,2%)
Lý do vào viện		
Đau		7(6,7%)
Khối phồng		79(76,0%)
Đau kèm khối		17(16,3%)
Tình cờ		1 (1,0 %)
Tình trạng thoát vị		
Thoát vị nghẹt		6 (5,8%)
Thoát vị thường		98 (94,2%)
Tạng thoát vị		
Ruột		14 (13,6%)
Mạc nối		60 (57,3%)
Phối hợp		30 (29,1%)
Kích thước lỗ thoát vị (mm)	18,7 ± 7,5	

Thời gian nằm viện (ngày)	1,7 ± 1,1	
----------------------------------	-----------	--

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 47,1 ± 19,4 (tuổi). Phần lớn bệnh nhân đi khám là do phát hiện khối phồng (76,0%; 79/104). Trong số đó, chỉ có 6 trường hợp có tình trạng thoát vị bẹn nghẹt chiếm 5,8%. Tạng trong khối thoát vị chỉ gặp ruột hoặc mạc nối. Kích thước lỗ thoát vị trung bình là 18,7 ± 7,5 (mm). Thời gian phẫu thuật trung bình là 75,7 ± 25,5 (phút) và thời gian nằm viện là 1,7 ± 1,1 (ngày).

3.2. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 2. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sớm sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Tai biến trong mổ		
Tổn thương ruột	2	1,9
Tổn thương bó mạch thượng vị dưới	1	1,0
Tổn thương ống dẫn tinh	1	1,0
Biến chứng sau mổ		
Tụ dịch chân trocar	9	8,6
Tụ máu chân trocar	2	1,9
Biến chứng sau một tháng		
Thất bại	2	1,9
Biến chứng tụ dịch	16	15,4
Biến chứng đau vùng bìu	7	6,7
Biến chứng muộn		
Tụ dịch mạn tính	1	0,9
Dị cảm vùng bìu	28	26,9

Tỷ lệ gặp tai biến trong mổ là 3,9%, cả 4 trường hợp đều được xử lý trong mổ và không ảnh hưởng đến theo dõi hậu phẫu. Biến chứng sớm sau mổ chủ yếu là tụ dịch (9/104 bệnh nhân, tương đương 8,6%) và tụ máu chân troca (2/104 bệnh nhân, tương đương 1,9%). Sau mổ một tháng, biến chứng sớm phổ biến nhất lần lượt là tụ dịch vùng bẹn bìu (15,4%) và đau bìu (6,7%). Biến chứng muộn chủ yếu là đau và dị cảm vùng bìu (26,9%) và chỉ có 01 trường hợp tụ dịch mạn tính phải chọc hút nhiều lần.

3.3. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sớm sau mổ

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sớm sau mổ

Đặc điểm	Nguy cơ biến chứng một tháng	
	OR	p
Tuổi (năm)	0,8	0,28
Phân loại BMI (kg/m²)		
Không béo phì < 24,9	-	-
Béo phì ≥ 25,0	3,2	0,03

Đường kính cổ bao thoát vị (mm)	0,9	0,60
Thời gian phẫu thuật (phút)	1,01	0,02
Kháng sinh dự phòng	1,9	0,17
Khởi phát thoát vị		
Nguyên phát	-	-
Tái phát	1,4	0,65
Kiểu thoát vị		
Trực tiếp	-	-
Gián tiếp	0,3	0,06
Hỗn hợp	0,6	0,72
Tình trạng thoát vị		
Thường	-	-
Nghẹt	2,4	0,43
Nội dung thoát vị		
Không có ruột	-	-
Có ruột	2,2	0,46

Trong mô hình hồi quy đa biến, BMI và thời gian phẫu thuật là hai yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ xuất hiện biến chứng sớm (tụ dịch hoặc đau vùng bìu) sau mổ 1 tháng. Người thừa cân béo phì có tỷ lệ gặp biến chứng sau một tháng cao hơn gấp 3,2 lần so với bệnh nhân không béo phì (OR=2,6; p=0,03). Ngoài ra, thời gian phẫu thuật càng lâu thì tỷ lệ xuất hiện biến chứng sớm sau mổ 1 tháng càng cao (OR=1,01; p=0,02).

3.4. Các yếu tố dự báo biến chứng muộn sau mổ

Bảng 4. Các yếu tố dự báo biến chứng muộn sau mổ

Đặc điểm	Nguy cơ đau, dị cảm vùng bìu	
	OR	p
Tuổi	0,9	0,2
Chỉ số BMI		
Không béo phì < 24,9	-	-
Béo phì ≥ 25,0	2,4	0,02
Đường kính cổ bao (mm)	1,0	0,70
Thời gian mổ	2,0	0,33
Sử dụng KSDP	2,2	0,43
Khởi phát thoát vị		
Nguyên phát	-	-
Tái phát	1,19	0,61
Kiểu thoát vị		
Trực tiếp	-	-
Gián tiếp	0,3	0,06
Hỗn hợp	1,0	0,91
Tình trạng thoát vị		
Thường	-	-
Nghẹt	1,7	0,36
Nội dung		
Không ruột	-	-
Có ruột	1,2	0,54

Thời gian theo dõi (tháng)	1,4	0,23
Biến chứng một tháng		
Không	-	-
Có	3,1	0,02

Bệnh nhân béo phì (BMI $\geq 25,0$ kg/m²) có tỷ lệ gặp biến chứng cao hơn gấp 2,5 lần so với bệnh nhân không béo phì (OR=2,4; p=0,02). Ngoài ra, việc gặp biến chứng sớm sau mổ một tháng cũng khiến làm tăng tỷ lệ gặp biến chứng muộn lên 3,1 lần.

IV. BÀN LUẬN

Những nghiên cứu cả trong và ngoài nước đều cho thấy phẫu thuật TAPP rất an toàn, hiệu quả và ổn định với tỷ lệ tái phát thấp, tỷ lệ chuyển sang mổ mở rất thấp. Trong nghiên cứu của F.Korling tỷ lệ thất bại là 98/10.887 (0,9%), nghiên cứu của M.Gass có tỷ lệ thất bại là 2/1095 (0,2%) [3]. Theo tác giả trong nước là Phan Đình Tuấn Dũng, tùy theo kỹ thuật phẫu thuật, tùy theo phẫu thuật viên thực hiện mà tình trạng tái phát có những tỷ lệ khác nhau và rơi vào khoảng từ 0 – 10%. Tình trạng tái phát được chia ra làm hai loại là tái phát sớm (từ ngày thứ nhất đến 1 năm) và tái phát muộn (sau thời gian 01 năm kể từ ngày mổ) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thất bại là 2/104 (1,9%), các trường hợp này đều được phẫu thuật lại bằng kỹ thuật Lichtenstein, chưa gặp trường hợp tái phát muộn. Sở dĩ có sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu khác nhau, hơn nữa những bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi thường đi khám lại khi có bất thường.

Tai biến trong mổ nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận có 4 trường hợp, chiếm 3,8%. Tỷ lệ này khá tương đồng với các nghiên cứu của Đoàn Anh Tú (2020) 2,6%, tuy nhiên cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu nước ngoài như F. Köckerling và cộng sự (2015) 1,2-1,4% [2,3]. Biến chứng sớm gặp ở 11 (10,5%) trường hợp trong đó 02 trường hợp tụ máu sau mổ và 9 trường hợp tụ dịch chân troca, xử trí trong những trường hợp này là băng ép cầm máu và thay băng tích cực. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trương Đình Khôi và cộng sự (2021) là 11,2%.

Tụ dịch vùng bẹn bìu là biến chứng sớm thường gặp nhất sau phẫu thuật TAPP. Thông thường thì tụ thanh dịch hoặc khối máu tụ sẽ tự hấp thu sau khoảng 2-3 tuần [1]. Trong trường hợp khối máu tụ tồn tại trên 4 tuần, gây đau và thể tích lớn thì cần thiết phải thực hiện dẫn lưu khối máu tụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 16 bệnh nhân (15,4%) tụ dịch sau mổ một tháng

được phát hiện trên siêu âm khi đến tái khám. Nghiên cứu của tác giả Pankaj Garg và cộng sự (2009) cho thấy rằng tỷ lệ tụ thanh dịch ở nhóm có cố định tấm nhân tạo là 9,8% [5]. Việc đặt dẫn lưu để hạn chế tình trạng này cũng được nhiều tác giả nhắc đến như trong nghiên cứu Đoàn Anh Tú (2020) tỷ lệ đặt dẫn lưu là 14,7% [2], tuy nhiên việc đặt dẫn lưu trong phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn không được các phẫu thuật viên ưu tiên thực hiện.

Biến chứng đau và dị cảm vùng bẹn bìu là tình trạng khá phổ biến gặp sau phẫu thuật thoát vị bẹn nói chung và phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới trước phúc mạc nói riêng. Theo S. Kumar và cộng sự, tỷ lệ này là khoảng 30% sau phẫu thuật thoát vị bẹn, gặp nhiều ở bệnh nhân mổ mở hơn là ở bệnh nhân sau mổ nội soi [5]. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Thoát vị Châu Âu thì tình trạng đau và dị cảm vùng bìu được gọi là mạn tính khi kéo dài trên 3 tháng [6,7]. Trường hợp cần thiết có thể thực hiện phẫu thuật cắt bỏ tổ chức xơ sẹo gây căng ở vết mổ. Lấy bỏ tấm nhân tạo nên được xem như là giải pháp cuối cùng trong trường hợp tấm nhân tạo gây kích ứng ở vùng phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 trường hợp (26,9%) gặp tình trạng đau và dị cảm vùng bìu mạn tính, các mức độ phản ánh từ một cảm giác khá mơ hồ vùng bẹn bìu đến cảm giác căng tức nặng, có khi tăng lên khi vận động và chơi thể thao.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ cho thấy có mối liên quan giữa BMI với cả biến chứng sớm và muộn sau phẫu thuật TAPP. Những yếu tố khác liên quan để đặc điểm của khối thoát vị như: đường kính cổ bao thoát vị, tình trạng thoát vị, nội dung thoát vị lại không làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng sau phẫu thuật. Người béo phì có nguy cơ mắc biến chứng một tháng cao hơn (OR:3,2; p=0,03), nguy cơ biến chứng sau mổ trên ba tháng cũng cao hơn (OR: 2,4; p=0,02) so với nhóm bệnh nhân không béo phì. Trong nhiều nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng, tăng chỉ số BMI làm kéo dài thời gian mổ, tăng nguy cơ tụ dịch và các biến chứng khác sau mổ [4]. Nguyên nhân chủ yếu là do ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì, lớp mỡ dưới da dày sẽ gây khó khăn trong quá trình phẫu tích và xác định các mốc giải phẫu và dễ gây ra các tai biến trong mổ, do đó, quá trình phẫu thuật cần phải thận trọng hơn và kéo dài hơn [8]. Trên thực tế, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy thời gian phẫu thuật là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ biến chứng sau một tháng của bệnh nhân. Đối với những trường hợp béo phì, tình trạng gia tăng

đáp ứng viêm hệ thống cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến phản ứng dai dẳng của cơ thể với tấm lưới gây đau tức cho bệnh nhân.

Việc xuất hiện biến chứng sau một tháng có thể tồn tại dai dẳng dẫn tới triệu chứng đau tức kéo dài cho bệnh nhân. Đau mạn tính ít gặp hơn sau phẫu thuật nội soi so với sau các phẫu thuật mở [9]. Còn trong nghiên cứu của U. Fränneby và cộng sự (2006) cho kết quả: có 6% mắc chứng đau mạn tính sau mổ, trong đó có hai yếu tố làm gia tăng nguy cơ là những bệnh nhân có biến chứng sau mổ và ở những bệnh nhân trẻ tuổi [10]. Do béo phì cũng là yếu tố tác động trực tiếp làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng đau, bệnh nhân cần được tư vấn kĩ về vấn đề kiểm soát cân nặng trước khi phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới trước phúc mạc đường vào ổ bụng (TAPP) điều trị thoát vị bẹn là một lựa chọn an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thất bại thấp và ít biến chứng. Vấn đề đau mạn tính và dị cảm vùng bìu là một trong biến chứng chủ yếu khi theo dõi biến chứng muộn sau mổ thoát vị bẹn. Tình trạng thừa cân béo phì là yếu tố ảnh hưởng xuyên suốt làm tăng nguy cơ mắc biến chứng sau một tháng và biến chứng muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Anh Tú**, Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo đường trước phúc mạc tại bệnh viện hữu nghị việt đức. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

2. **Trương Đình Khôi**, Phẫu thuật nội soi TAPP điều trị thoát vị bẹn; 2021.
3. **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.
4. **Phan 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;
5. **Garg P., Rajagopal M., Varghese V., Ismail M..** Laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair with nonfixation of the mesh for 1,692 hernias. *Surgical Endoscopy*. 2009;23:1241-1245.
6. **Kumar S., Wilson R., Nixon S., Macintyre I..** Chronic pain after laparoscopic and open mesh repair of groin hernia. *British Journal of Surgery*. 2002;89(11):1476-1479.
7. **Simons M., Aufenacker T., Bay-Nielsen M., et al.** European hernia society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Springer; 2009. P. 343-403.
8. **Aiolfi A., Cavalli M, Del Ferraro s, et al.** Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Hernia*. Oct 2021;25(5):1147-1157.
9. **Phạm Văn Thương, Nguyễn Văn Sơn**. Đánh giá một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt nam*. 2023;525(1b)
10. **Nienhuijs S., Staal E., Strobbe L., Rosman C., Groenewoud H, Bleichrodt R..** Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia: a systematic review. *The American Journal of Surgery*. 2007; 194(3):394-400.

TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC “BỔ ÂM ÍCH KHÍ TIỀN” TRONG ĐIỀU TRỊ TRĨ NỘI

Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Đỗ Thị Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Bổ âm ích khí tiền” trên bệnh nhân trĩ nội thể khí huyết hư. **Phương pháp** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm đối chứng, so sánh kết quả trước và sau can thiệp. Sáu mươi bệnh nhân được chẩn đoán là trĩ nội chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu được uống bài thuốc Bổ âm ích khí tiền; nhóm đối chứng được uống Dilodin 500mg. **Kết quả:** Trước điều trị, 100% bệnh nhân ở hai nhóm có chảy máu búi trĩ. Sau 14 ngày

điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không chảy máu ở nhóm nghiên cứu là 46,7% nhóm chứng là 33,3%. Kết quả thu nhỏ độ trĩ, cải thiện các triệu chứng táo bón, mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,05$.

Từ khóa: Trĩ nội, Bổ âm ích khí tiền

SUMMARY

EFFECTS OF "BU YIN YI QI JIAN" FORMULA ON TREATING INTERNAL HEMORRHOIDS

Objectives: To evaluate the effect of the "Bu yin yi qi jian" formula on internal hemorrhoids patients with the blood and qi deficiency pattern. **Method:** Prospective controlled interventional study, compare between before and after treatment. Sixty patients diagnosed with internal hemorrhoids with the blood and qi deficiency pattern were divided into 2 groups. The study group was treated by Bu yin yi qi jian; the

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024