

Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Khoa Ngoại tổng hợp

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ VẾT MỔ THÀNH BỤNG
BẰNG MẢNH GHÉP POLYPROPYLENE**

Chủ nhiệm đề tài: TS.BS. HOÀNG ĐÌNH TUY

**Cộng sự: BS CK1. NGUYỄN HẢI THY
BS CK1. NGÔ THÀNH TRUNG
BS. ĐẶNG QUỐC ANH**

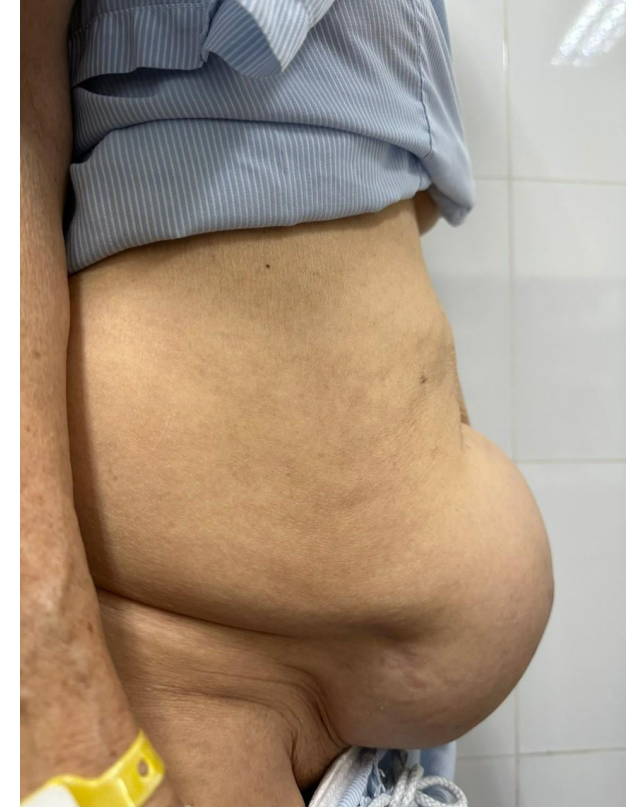
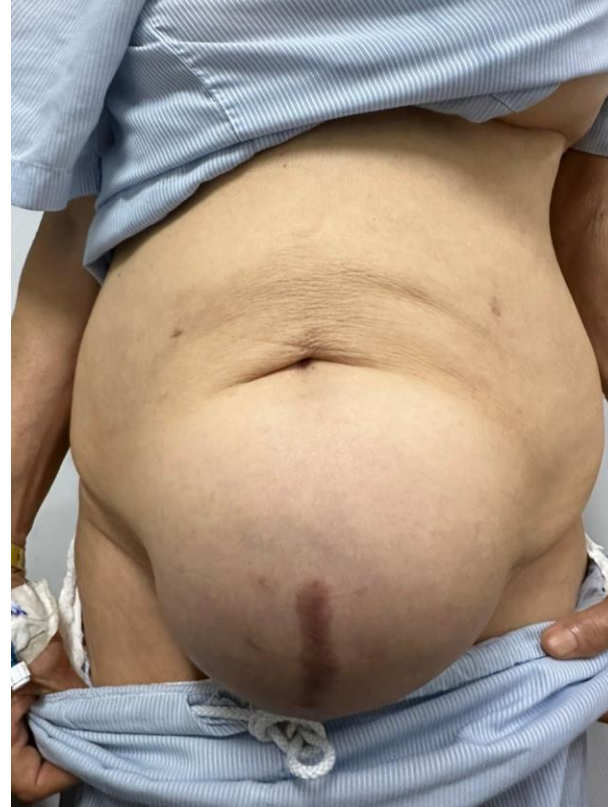
TP. Thủ Đức, tháng 8 năm 2024

Đặt vấn đề

- Thoát vị vết mổ (TVVM) là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vùng bụng chiếm tỷ lệ 3-13%, đến 23% ở vết mổ nhiễm trùng.
- Đa số các trường hợp TVVM xảy ra trong 2 năm đầu với tỉ lệ lần lượt là 50% và 73%

Đặt vấn đề

- Có 2 phương pháp phục hồi thành bụng:
 - Khâu phục hồi thành bụng bằng cân tự thân (cổ điển): tỉ lệ tái phát cao 12% - 54%, căng thành bụng
 - Phục hồi thành bụng bằng mảnh ghép: tỉ lệ tái phát thấp 2%-8%, ít căng hơn



Đặt vấn đề

TRONG NƯỚC

- Phan Minh Trí (2013) trên 139 BN, biến chứng 14,5%: chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử da, tụ dịch sau mổ, tái phát sau 10 năm là 3,3%
- Vương Thừa Đức (2018) trên 88 BN, biến chứng 13,6%: tụ dịch, chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử da, tái phát 5 năm là 4,2%

NGOÀI NƯỚC

- Colavita (2012) trên 308 BN , tụ dịch 9,7%, nhiễm trùng 0,3%, hô hấp 0,3%, tái phát sau 12 tháng là 5,2%
- Chelala (2016) trên 1326 BN, tụ dịch 2,56%, nhiễm trùng 1,05%, tổn thương ống tiêu hoá 3%. Tái phát sau 78 tháng là 3,92%

Đặt vấn đề

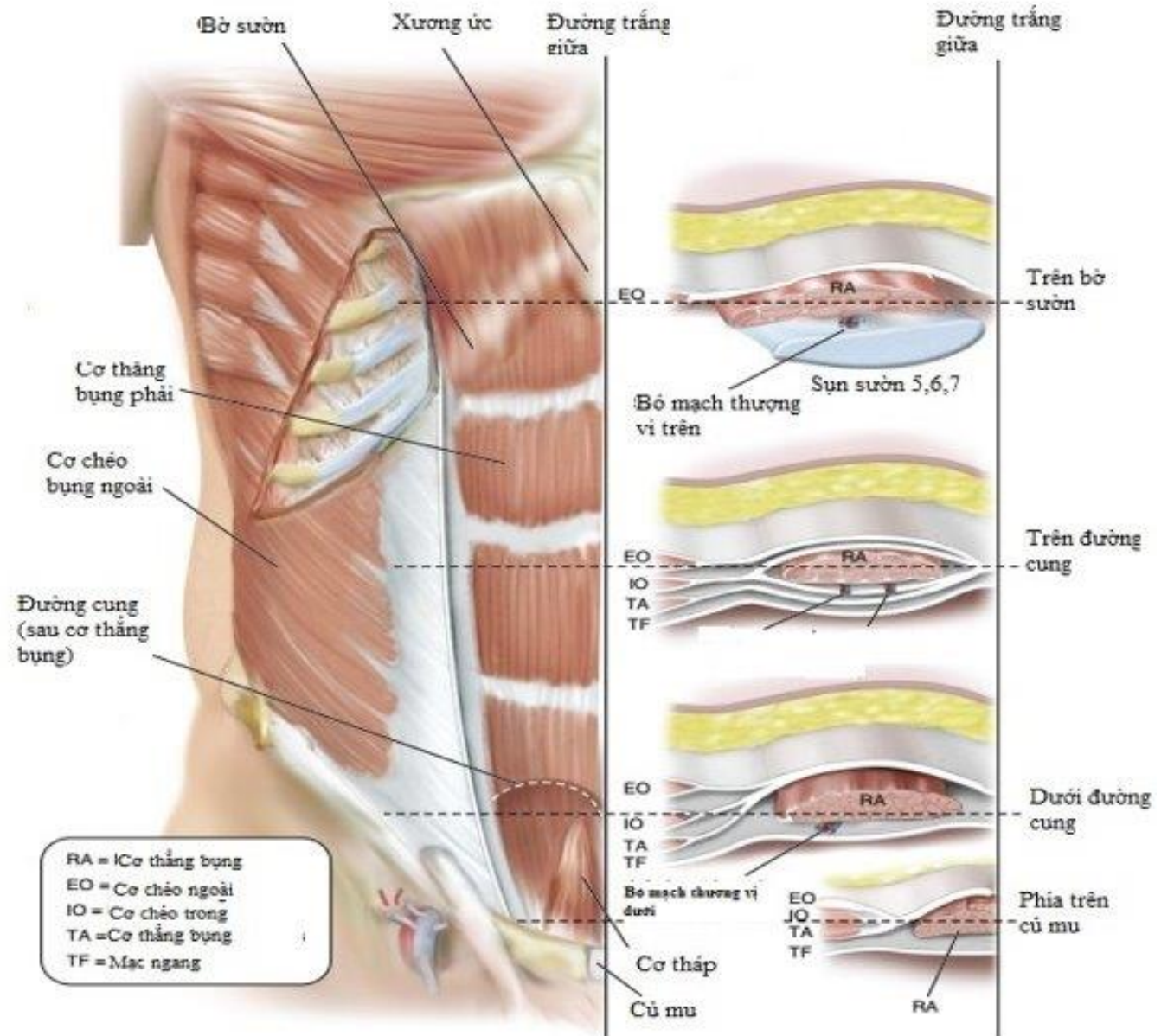
➤ Ứng dụng các kết quả của các nghiên cứu trên, từ năm 2014 chúng tôi đã tiến hành sử dụng mảnh ghép để điều trị TVVM tại bệnh viện Lê Văn Thịnh với nghiên cứu này chúng tôi nhằm rút ra kết luận về kỹ thuật, chỉ định và hiệu quả của phương pháp dùng mảnh ghép điều trị TVVM.

Mục tiêu

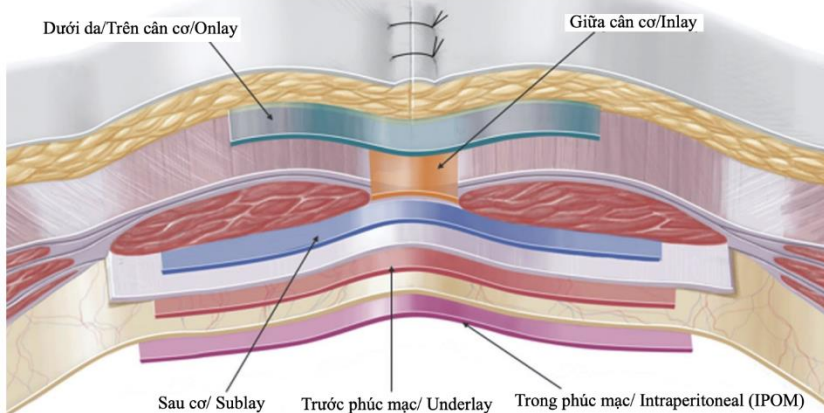
1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thoát vị vết mổ thành bụng.
2. Kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị vết mổ thành bụng bằng phương pháp đặt mảnh ghép polypropylene.

Tổng quan

Thoát vị thành bụng là bệnh lý xảy ra do sự dịch chuyển của các tạng từ trong xoang bụng ra ngoài thành bụng thông qua một vị trí bị yếu trên thành bụng.



“Nguồn: Harvey Chim, 2017”



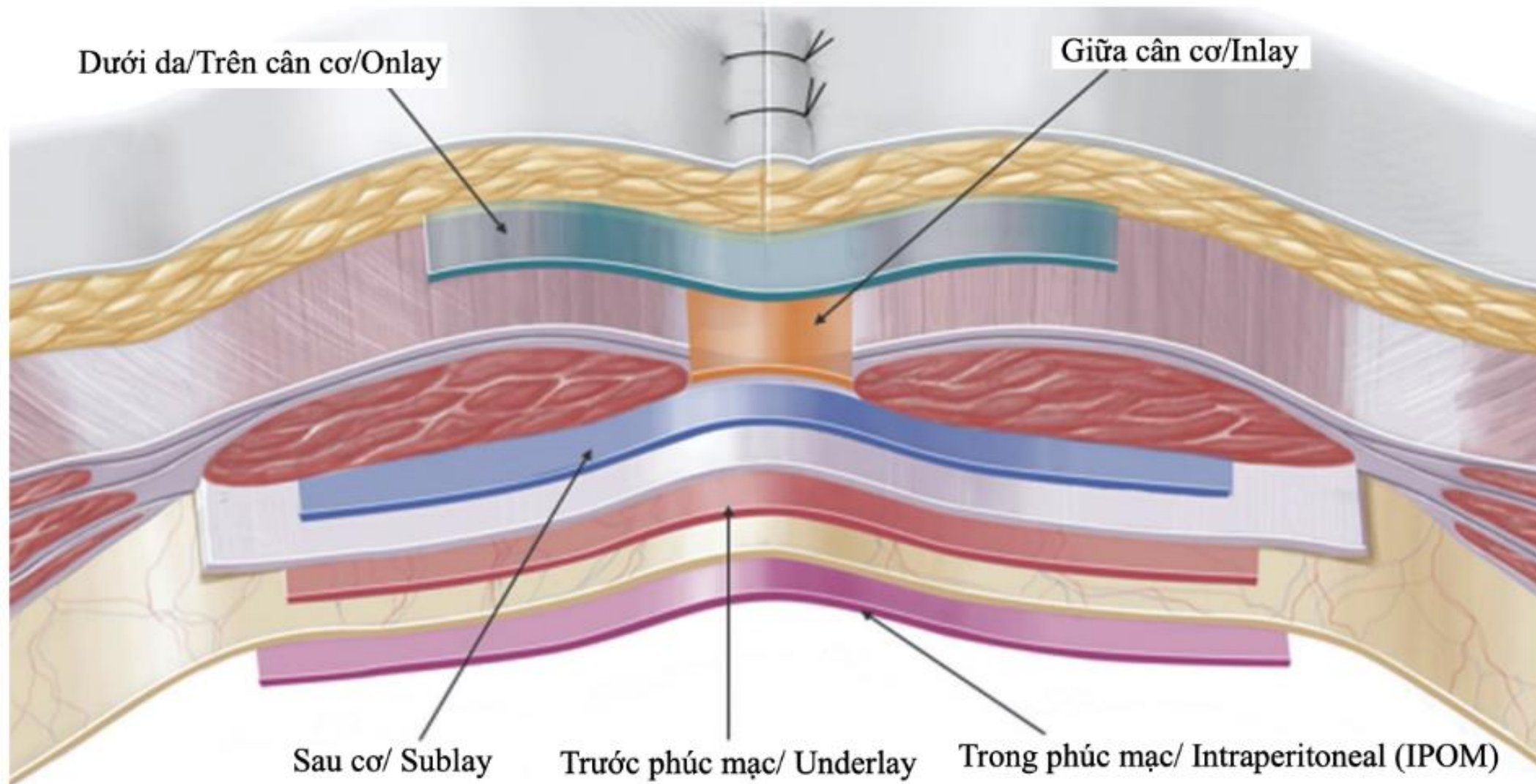
Vị trí mảnh ghép

Miêu tả vị trí mảnh ghép	Vị trí theo giải phẫu	Vị trí theo PT
Mảnh ghép nằm trên cơ chéo bụng ngoài và trên lỗ TV	Dưới da/ Trên cân cơ	Onlay
Mảnh ghép cùng kích thước với lỗ TV và rìa mảnh ghép được khâu với rìa lỗ TV	Giữa cân cơ (cầu ghép)	Inlay
Mảnh ghép nằm sau cơ thẳng bụng và trước lá sau cân cơ thẳng bụng*	Sau cơ - trước cân cơ thẳng	Sublay
Mảnh ghép nằm sau bao cơ thẳng bụng và trước phúc mạc*	Trước phúc mạc	Underlay
Mảnh ghép nằm hoàn toàn trong phúc mạc và sát thành bụng trước	Trong phúc mạc	Intraperitoneal

*Những trường hợp mảnh ghép nằm dưới đường cung thì underlay và sublay là tương tự nhau.

IPOM

Vị trí mảnh ghép



VAI TRÒ CT SCAN

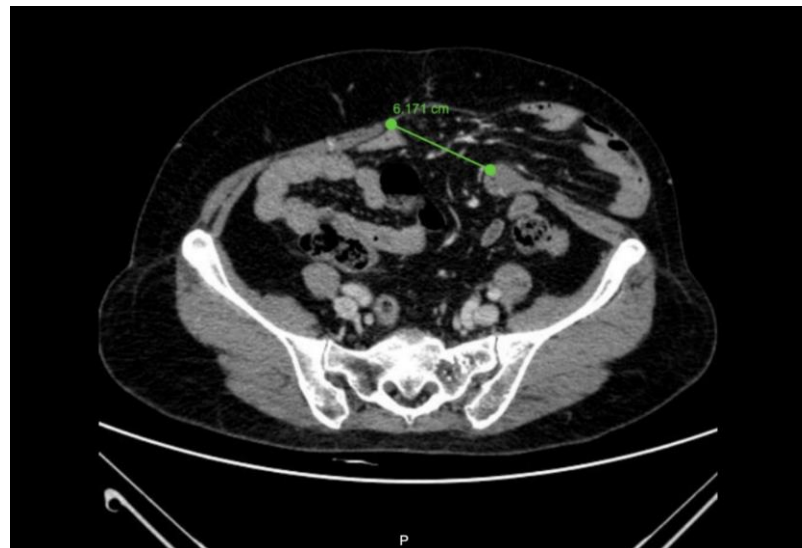


Trước phẫu thuật:

- Khả năng phát hiện TV cao hơn lâm sàng.
- Xác định vị trí, kích thước, số lượng lỗ TV, tình trạng TV nghẹt.
- Đánh giá các tổn thương phối hợp.

Sau phẫu thuật:

- Biến chứng: chảy máu, tụ máu, tắc ruột, nhiễm trùng mảnh ghép.
- Thoát vị tái phát





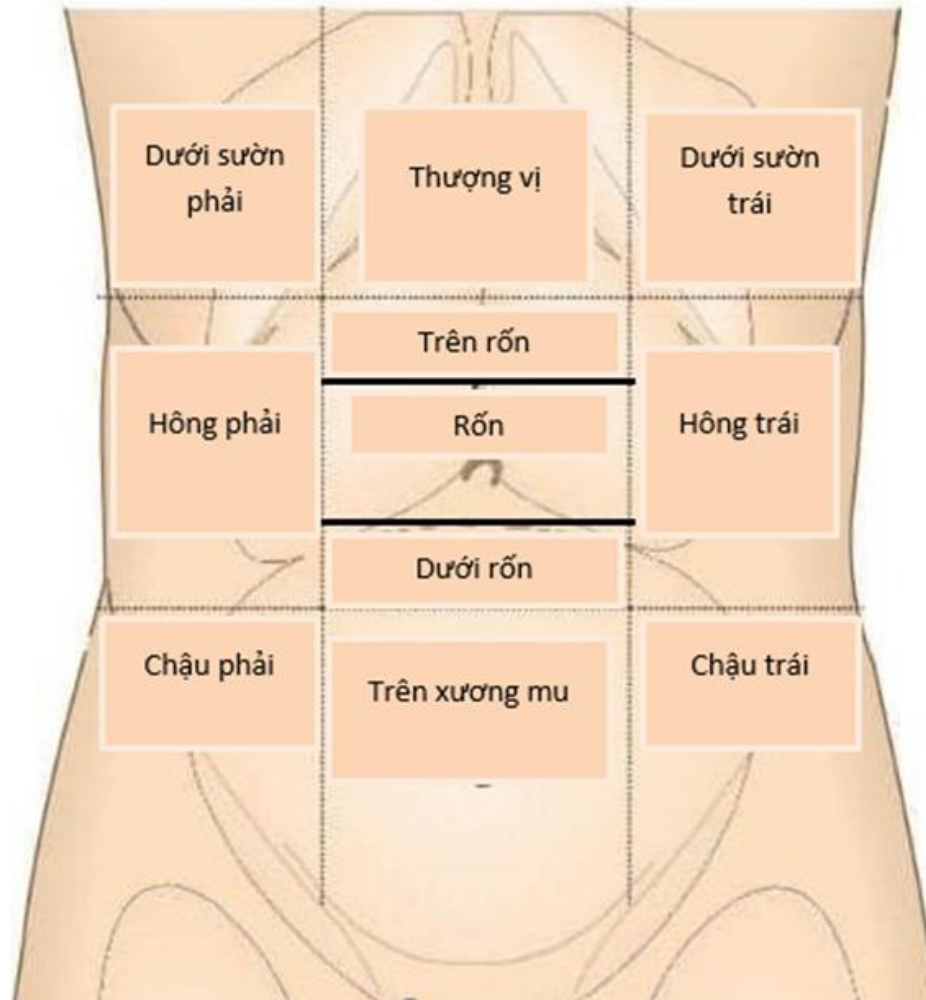
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** báo cáo loạt ca, tiền cứu
- **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả BN được mổ điều trị TVVM thành bụng trước tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Lê Văn Thịnh
- **Thời gian:** từ 01/2018 đến 06/2023
- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**
 - ✓ Trên 18 tuổi
 - ✓ BN có TVVM cũ thành bụng trước được xác định dựa trên chụp CT scan trước mổ.
 - ✓ BN được phẫu thuật TVVM bằng mảnh ghép

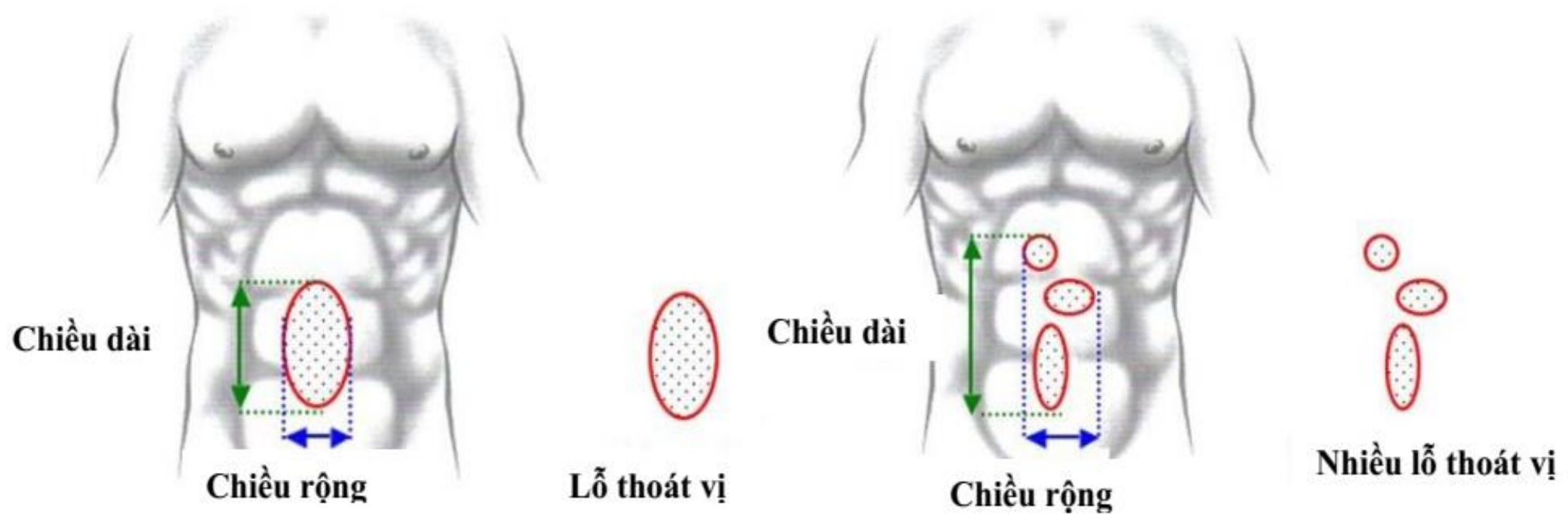
Tiêu chuẩn loại trừ:

- ASA > III.
- BN có biến chứng tắc ruột, TV nghẹt.
- BN có các bệnh lý ác tính đang tiến triển.

Vị trí lỗ TV



Kích thước lỗ TV



Phân loại	Nhỏ (W1)	Vừa (W2)	Lớn (W3)
Kích thước	< 4cm	≥ 4 – 10 cm	≥ 10cm

Nguồn: Muysom F.E, 2009

Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị trước mổ:

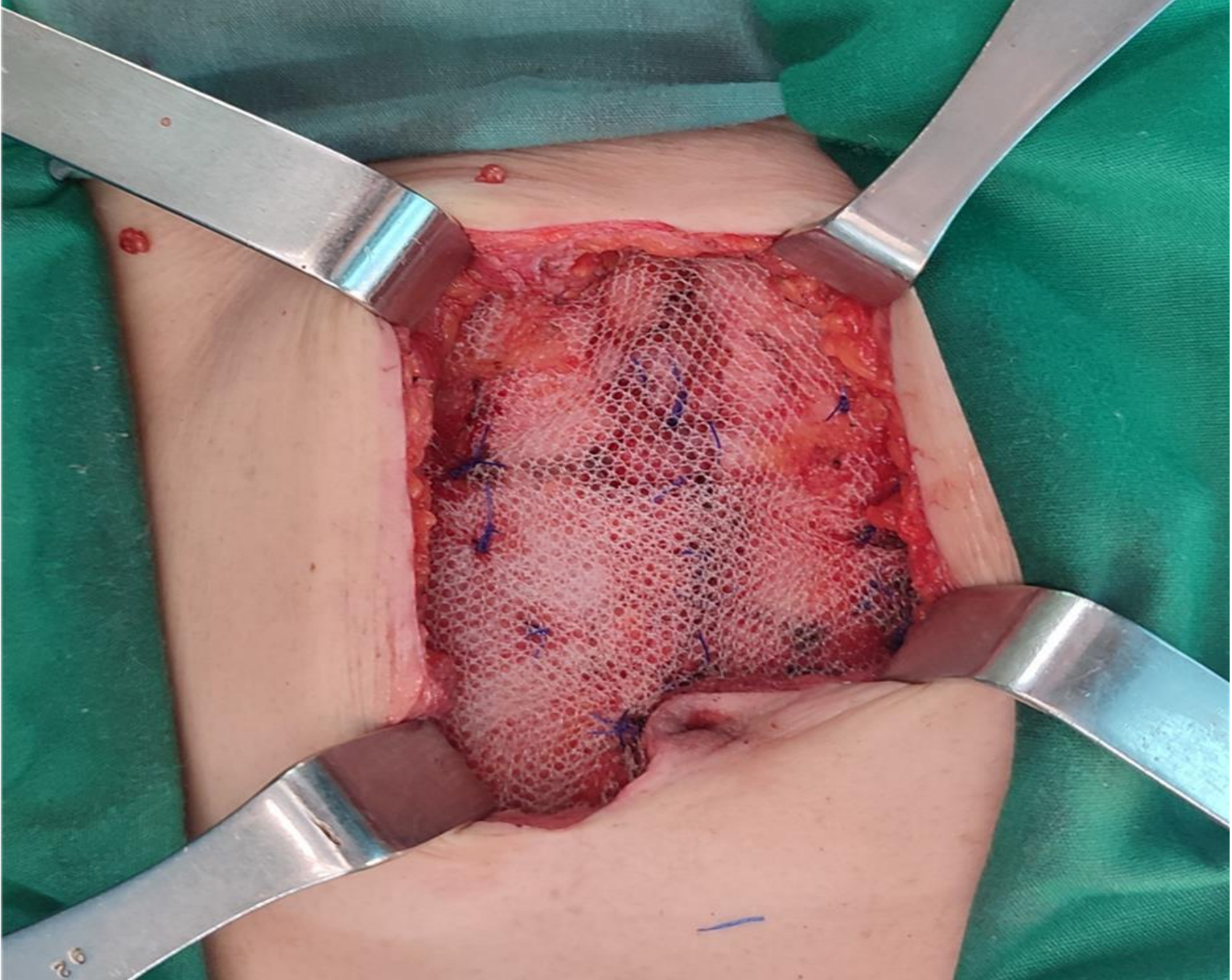
- Tất cả BN sẽ được hỏi bệnh sử và khám lâm sàng cẩn thận.
- BN phải được chụp CT scan bụng chậu có tiêm thuốc cản quang trước mổ.
- Tất cả người bệnh và thân nhân được nghe giải thích rõ ràng về phương pháp mổ.

Quy trình phẫu thuật

- Bệnh nhân được chuẩn bị như cuộc mổ đại phẫu bụng.
- Phương pháp vô cảm là mê nội khí quản hoặc tê tủy sống.
- Kháng sinh dự phòng.
- Mảnh ghép: Chúng tôi dùng mảnh ghép Polypropylene
- Bộ dụng cụ mổ tổng quát bụng.

Quy trình phẫu thuật

- Rạch da và mô dưới da theo sọc mổ cũ
- Tiến hành bóc tách túi thoát vị, bộc lộ cân cơ.
- Phục hồi lớp cân cơ thành bụng bằng chỉ polypropylene 1.0 để khép kín lỗ khuyết cân.
- Đặt mảnh ghép che phủ vượt qua bờ lỗ khuyết cân ít nhất 4 cm và được khâu cố định
- Bệnh nhân được dùng băng thun hoặc đai cố định thành bụng trong thời gian từ 4-6 tuần sau mổ.



THEO DÕI SAU MỔ

- Tái khám sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 2 năm và 3 năm.
Hoặc khi BN có than phiền liên quan về vết mổ như khối phòng, đau, dị cảm,...
- BN sẽ được chỉ định siêu âm bụng vào thời điểm 1 tuần, 1 tháng sau mổ và CT SCAN bụng vào các thời điểm 6 tháng, 1 năm, 2 năm, 3 năm sau mổ.

ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- BN sẽ được giải thích rõ về phương pháp mổ, tai biến, biến chứng có thể có.
- Quy trình chuẩn bị bệnh, duyệt mổ, phẫu thuật và tái khám được kiểm soát nghiêm ngặt bởi hội đồng y khoa và đạo đức của bệnh viện.
- 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.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2018 đến 06/2023, chúng tôi ghi nhận được 50 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN

Đặc điểm	N = 50	
Tuổi	64,3 ± 10,8	41 – 80
Giới tính		
Nam	14	28%
Nữ	36	72%
BMI (kg/m²)	24,7 ± 3,7	
≤ 25 kg/m ²	28	56%
>25 kg/m ²	22	44%
Bệnh mạn tính kèm theo		
Bệnh phổi mạn tính*	5	10%
Đái tháo đường type 2	12	24%
Tăng huyết áp	23	46%
Khám vì khối phòng thành bụng	46	92%
Đau khối TV	8	16%
Nhiễm trùng tại vị trí TV ở lần mổ trước	8	16%
Nhóm bệnh		
Lành tính	34	68%
Ác tính	16	32%
Số lần mổ thoát vị		
0	1	2%
1	10	20%
2	45	68%
Tiền căn phẫu thuật		
Áp xe ổ bụng	4	8%
Cắt ruột thừa hở	3	6%
Cắt túi mật hở	4	8%
Chấn thương bụng	4	8%
Cắt đại trực tràng	12	24%
Cắt tử cung và phần phụ	17	34%
Khác*	6	12%

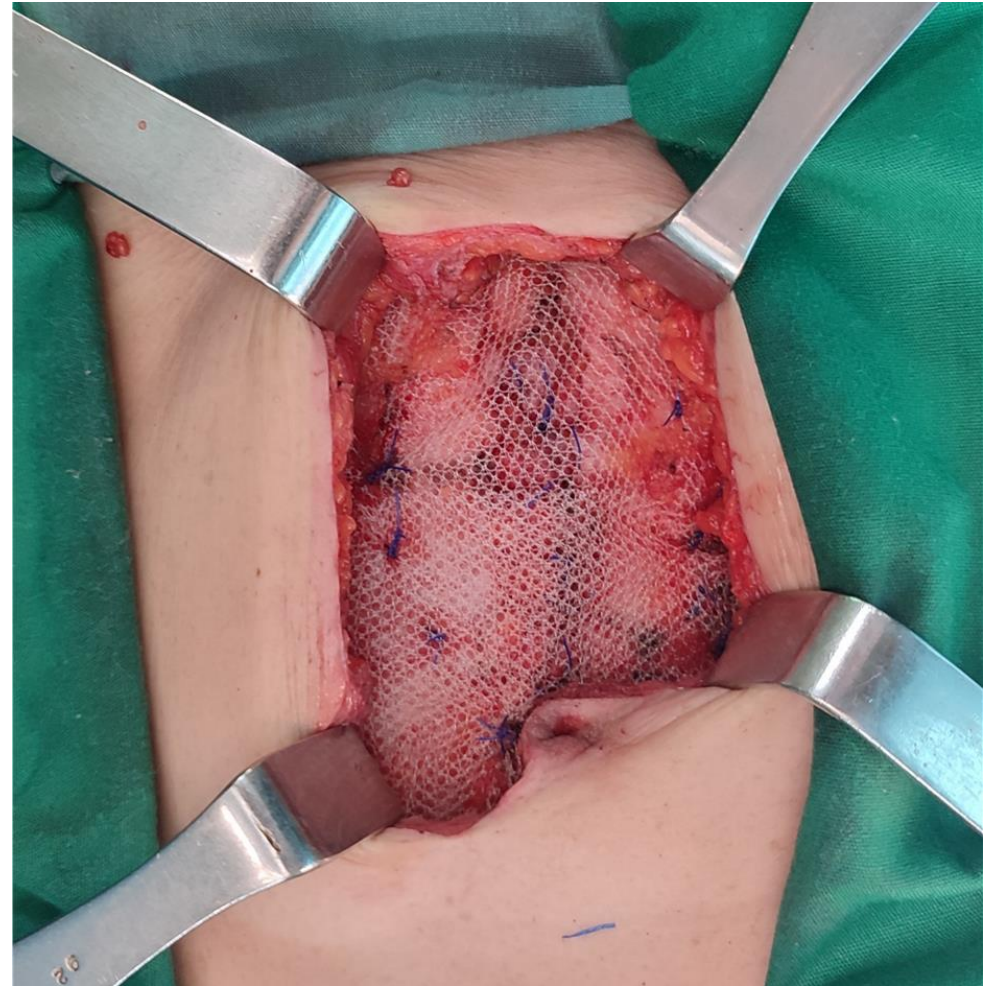
	Tuổi	Giới (%) (Nữ - Nam)	BMI	Khối phòng bụng (%)
Phan Minh Trí	61 ± 14 (24 - 92)	83,3% - 16,7%	24 ± 4	71%
Vương Thừa Đức	62,3 ± 14	76,1% - 23,9%	24,4 ± 4,3	78,4%
Emmanuel	63 ± 14	51% - 49%	27,2 ± 4,6	-
Lavanchy	65,5 (58 – 74)	32% - 68%	27,2 ± 2,5	-
Elwan	44,1 ± 6,7 (32 – 56)	19,7% - 80,3%	-	-
Ramshorst	61 ± 12 (45 – 75)	22,7 - 77,3%	27,7 ± 4,6	66,6%
In Ho Song	65,6 ± 7,9	71,4 – 28,6%	-	-
Chúng tôi	64,3 ± 10,8 (41 – 80)	72 – 28%	24,7 ± 3,7	92%

ĐẶC ĐIỂM TRONG MỔ

Đặc điểm trong mổ	N = 50
Thời gian mổ trung bình (phút)	83.6 ± 23.2
Chiều rộng lỗ TV	
< 4 cm (W1)	13 (26%)
4 – 10 cm (W2)	32 (64%)
> 10 cm (W3)	5 (10%)
Số lượng lỗ TV	
1	26 (52%)
2	19 (38%)
3	4 (8%)
Vị trí lỗ TV	
Dưới sườn	1 (2%)
Hố chậu	9 (18%)
Thượng vị	6 (12%)
Rốn	16 (36%)
Dưới rốn	15 (30%)
Trên mu	1 (2%)

Đặc điểm trong mổ

- Tất cả BN được đóng lại lỗ TV trước khi đặt mảnh ghép. Mảnh ghép được cố định bằng chỉ khâu.
- Thời gian mổ trung bình (phút): 83.6 ± 23.2
- Lượng máu mất không đáng kể

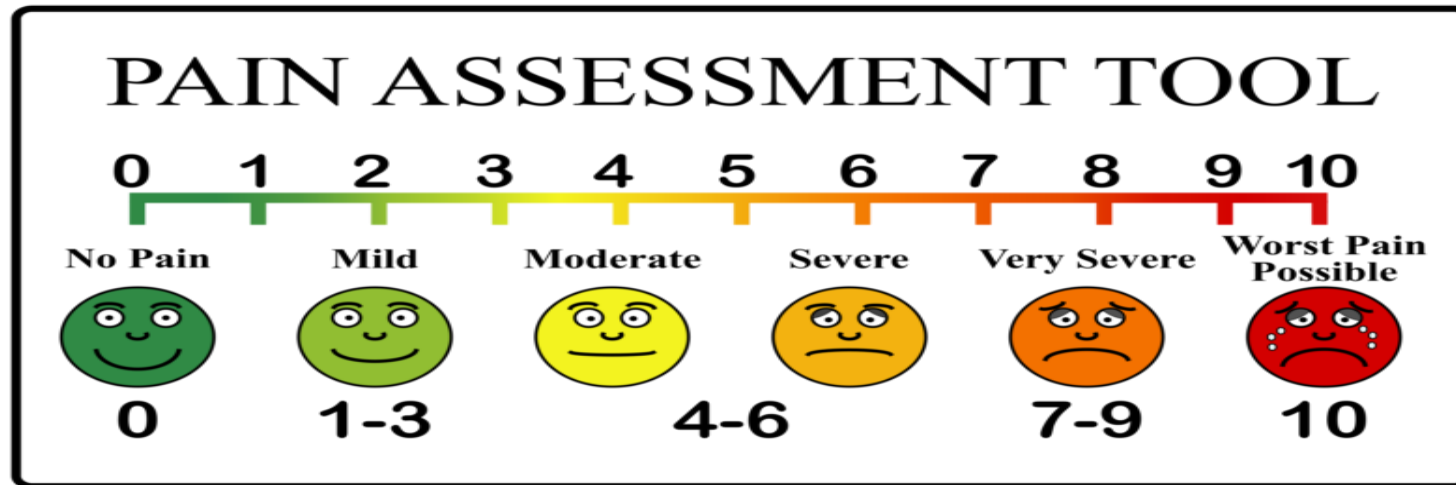


Tai biến và biến chứng

	Colavita	Eker	Chelala	Phan Minh Trí	Chúng tôi
	N= 308	N= 94	N=1326	N=69	N=50
Tụ dịch	9,7%	7%	2,56%	7,2%	10%
Nhiễm trùng vết mổ	0,3%	4%	1,05%	1.4%	2%
Hô hấp	0,3%	3%	-	-	2%
Tổn thương ống tiêu hóa	-	5%	0,22%	-	4%
Thời gian nằm viện	3,5 ± 2,5	3	2 (1 – 30)	4,5	3,5 ± 1,8

Kết quả sớm sau mổ

- Thường bệnh nhân ở mức độ đau nhẹ đến trung bình trung bình $4 \pm 1,5$ (thang điểm VAS)
- 5 trường hợp có mức độ đau trên trung bình 6-7 điểm.



Diễn tiến hậu phẫu

- Thời gian nằm viện trung bình là $3,5 \pm 1,8$ ngày
- Một BN bị biến chứng hô hấp là nam 72 tuổi, có tiền căn COPD, sau phẫu thuật thì BN vô đợt cấp COPD và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, tình trạng hô hấp cải thiện và được xuất viện sau mổ 13 ngày.

Kết quả sớm và trung hạn

- Thời gian theo dõi trung bình 37.69 ± 17.2 (từ 12 – 60 tháng).
- Có 2 trường hợp tái phát (4%).
- Không có BN nào nhiễm trùng mảnh ghép sau mổ.
- Trong 1 năm tháng đầu, tỉ lệ tái khám và theo dõi là 100% và không ghi nhận trường hợp nào tái phát
- Sau 2 năm chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp ghi nhận tái phát, bệnh nhân được liên hệ đến tái khám và kiểm tra. Trường hợp này bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ khi phẫu thuật và béo phì.
- Đến hiện tại chúng tôi ghi nhận thêm 1 trường hợp tái phát vào năm thứ 3. Bệnh nhân này có tiền căn COPD kiểm soát kém.
- Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thành công chung của phẫu thuật này là 96%

KẾT LUẬN

- Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình là 64,3 (41-80tuổi), tỷ lệ nữ/nam là 2,5 lần, triệu chứng chủ yếu là khối phòng thành bụng.
- CT Scan là 1 trong những phương tiện quan trọng để chẩn đoán và theo dõi bệnh.
- Vị trí TV chủ yếu nằm ở dọc giữa trên dưới rốn, chiều rộng lỗ TV từ 4 – 10 cm chiếm đa số và hầu hết BN chỉ có 1 lỗ TV.
- Phẫu thuật thành công 96% các trường hợp, mức độ đau ít, tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, không có tai biến và biến chứng phải mổ lại và tử vong. Không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng mảnh ghép.
- Với thời gian theo dõi trung bình là 37.69 ± 17.2 tháng ghi nhận 2 BN tái phát (4%) và thời điểm tái phát xảy ra chủ yếu trong 2 năm đầu.

Hạn chế

- Cần nhiều BN và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá tính hiệu quả của kỹ thuật này

KIẾN NGHỊ

- Có thể ứng dụng PT phục hồi thành bụng bằng mảnh ghép polypropylene để điều trị TVVM thành bụng



Chân thành cảm ơn