

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THẮT ỐNG PHÚC TINH MẠC QUA NỘI SOI Ổ BỤNG SỬ DỤNG RỌ DORMIA HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỒN TẠI ỐNG PHÚC TINH MẠC Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Văn Kiên<sup>1,✉</sup>, Nguyễn Hoài Bắc<sup>2</sup>, Nguyễn Cao Thắng<sup>1</sup>  
Phạm Minh Quân<sup>1</sup>, Hạ Hồng Cường<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Nam học và Y học Giới tính, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc có tỷ lệ mắc cao ở trẻ em. Phẫu thuật nội soi ổ bụng thắt ống phúc tinh mạc qua da với sự hỗ trợ của rọ Dormia lấy chỉ có nhiều ưu điểm và giảm chi phí so với việc sử dụng kim chuyên dụng. Vì vậy, để đánh giá độ an toàn và hiệu quả của phương pháp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 50 trẻ được phẫu thuật bằng phương pháp này. Kết quả cho thấy, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $6,5 \pm 7,7$  tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $30,2 \pm 15,6$  phút, một bên là  $23,2 \pm 13,7$  phút, hai bên là  $31,7 \pm 14,8$  phút. Sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể ngồi dậy, vận động tại giường được sau  $5,7 \pm 1,0$  giờ, bệnh nhân đi lại chậm quanh phòng được sau  $13,1 \pm 1,9$  giờ, thời gian nằm viện trung bình là  $26,4 \pm 12,8$  giờ. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật sau 3 và 6 tháng, tất cả trường hợp đều đạt kết quả tốt, không phát hiện biến chứng hoặc tái phát. Do vậy, phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng thắt ống phúc tinh mạc qua da sử dụng rọ Dormia hỗ trợ là phương pháp hiệu quả, an toàn, ít xâm lấn, thẩm mỹ và dễ dàng thực hiện.

**Từ khóa:** Ống phúc tinh mạc, phẫu thuật nội soi, thoát vị bẹn.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc là bệnh lý bẩm sinh xảy ra do ống phúc tinh mạc ở trẻ nam hoặc ống Nuck ở trẻ nữ không xơ hóa hoặc xơ hóa không hoàn toàn. Theo các nghiên cứu trên thế giới, bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc chiếm tỷ lệ 3 - 5% ở trẻ đủ tháng, tăng lên gấp 5 - 10 lần ở trẻ sinh non, thiếu cân.<sup>1</sup>

Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở những trẻ sau 12 tháng tuổi mà không tự mất đi thì phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất. Hiện nay, có 2 phương pháp chính là phẫu thuật mở qua đường bẹn bìu và phẫu thuật nội soi qua ổ bụng.

Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc đang dần chiếm ưu thế so với phẫu thuật mổ mở do có nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, ít biến chứng, giảm tỷ lệ tái phát, có thể đánh giá được ổ bụng cũng như lỗ bẹn đối bên, giảm thời gian phẫu thuật, thời gian phục hồi sau phẫu thuật sớm.<sup>2-4</sup> Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu về các kỹ thuật phẫu thuật nội soi khác nhau được ứng dụng trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc, từ kỹ thuật 3 trocar, 2 trocar, rồi 1 trocar để cắt, khâu hoặc thắt ống phúc tinh mạc tại lỗ bẹn sâu trong ổ bụng hoặc qua da. Trong đó, phương pháp phẫu thuật nội soi thắt ống phúc tinh mạc với kim xuyên qua da là kỹ thuật dễ thực hiện, nguy cơ tai biến thấp, tỷ lệ tái phát thấp và đạt kết quả thẩm mỹ tốt, do đó phương pháp này được nhiều phẫu thuật viên trong và ngoài nước sử dụng rộng rãi.<sup>5-7</sup> Tuy nhiên, việc

Tác giả liên hệ: Trần Văn Kiên

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Kientran19900403@gmail.com

Ngày nhận: 26/09/2022

Ngày được chấp nhận: 25/10/2022

sử dụng một kim chuyên dụng không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được do chi phí cao và tính sẵn có của dụng cụ. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ năm 2020 chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật bằng cách sử dụng rọ Dormia hỗ trợ lấy chỉ xuyên da. Để đánh giá kết quả của phẫu thuật, chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá kết quả thất ống phúc tinh mạc qua nội soi ổ bụng sử dụng rọ Dormia hỗ trợ điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, với mục tiêu mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng sử dụng rọ Dormia hỗ trợ điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Trẻ em được chẩn đoán và điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng thất ống phúc tinh mạc qua da sử dụng rọ Dormia hỗ trợ từ tháng 6/2020 đến tháng 4/2022 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân ở độ tuổi từ 1 - 15 tuổi được

chẩn đoán tồn tại ống phúc tinh mạc và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng thất ống phúc tinh mạc qua da sử dụng rọ Dormia hỗ trợ.

- Có đầy đủ các thông tin trong hồ sơ bệnh án.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các trường hợp thoát vị bẹn kẹt hoặc thoát vị bẹn nghẹt.

- Có bệnh lý toàn thân nặng hoặc không có chỉ định phẫu thuật nội soi.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, hồi cứu.

**Mẫu nghiên cứu:** lấy mẫu thuận tiện, từ tháng 6/2020 đến tháng 4/2022 chúng tôi lựa chọn được 50 bệnh nhân có đủ các yếu tố trong tiêu chuẩn lựa chọn.

#### **Địa điểm nghiên cứu**

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### **Quy trình phẫu thuật và theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật**

**Quy trình phẫu thuật**

- Bệnh nhân được gây mê mask thanh quản, tư thế bệnh nhân nằm ngửa, kê mông.



Hình 1. Dụng cụ phẫu thuật: 1- panh nội soi 2mm, 2- chỉ Ethibond 2/0, 3- kim chọc tủy sống 16G, 4- rọ Dormia, 5- trocar 5mm

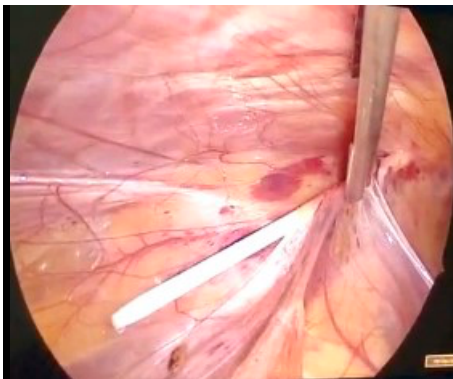
- Theo đường rạch 5mm vành trên rốn đặt 01 trocar 5mm. Bơm hơi CO<sub>2</sub> vào ổ bụng với áp lực 6 - 8mmHg. Dưới optic nội soi 30 độ, quan sát đánh giá lỗ bẹn sâu 2 bên.

- Rạch da 2mm vành dưới rốn, đặt 01 panh nội soi 2mm. Rạch da 1mm vị trí 1/3 ngoài nếp bụng mu, tương ứng vị trí lỗ bẹn sâu, dùng kim chọc tủy sống 16G, hướng kim vuông góc với thành bụng chọc xuyên qua thành bụng tới lớp phúc mạc thành bụng, tiến hành luồn kim dưới



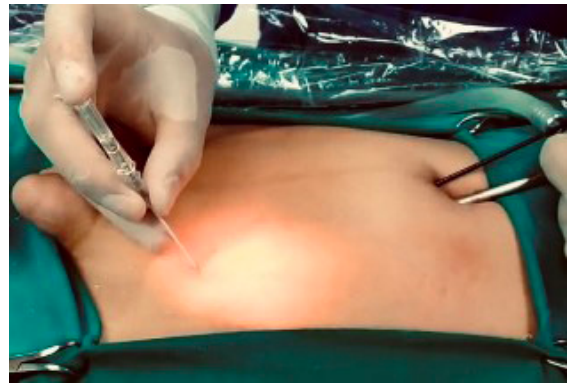
**Hình 2. Vị trí đặt trocar**

- Tiếp tục xuyên kim ở vị trí ban đầu vào tới lớp phúc mạc và tách lớp phúc mạc của 1/2 vòng còn lại, đâm kim vào ổ bụng vị trí 7h, đúng vị trí chỗ ra của đầu chỉ phía trong. Rút kim khỏi



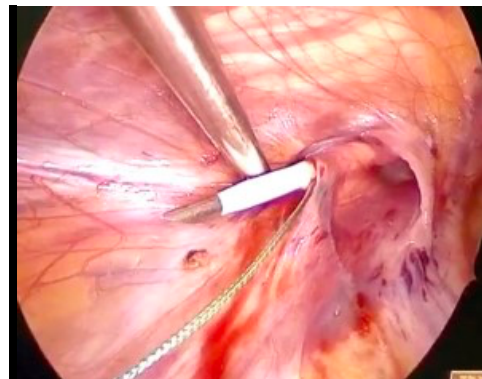
**Hình 4. Xuyên kim 1/2 vòng theo chiều kim đồng hồ**

lớp phúc mạc vòng quanh lỗ bẹn sâu, hướng tới vị trí 3 giờ, từ vị trí này đổi hướng kim về vị trí 7h, lách qua bó mạch tinh và ống dẫn tinh (ở trẻ trai) hoặc dây chằng tròn (ở trẻ nữ), sau đó kim đi vào phúc mạc tại vị trí 7h, rút kim khỏi ổ bụng, giữ lại vỏ kim. Sử dụng rọ Dormia kẹp đầu sợi chỉ Ethibond 2/0 không kim, luồn rọ và chỉ qua vỏ kim tủy sống 16G vào ổ bụng, mở rọ Dormia, dùng panh nội soi kẹp đầu chỉ kéo vào trong ổ bụng và rút rọ ra khỏi ổ bụng.



**Hình 3. Vị trí chọc kim luồn chỉ**

ổ bụng, giữ lại vỏ bọc, luồn rọ Dormia qua vỏ kim 16G vào ổ bụng, mở rọ và dùng panh nội soi gấp đầu chỉ luồn qua thông lọng của rọ Dormia, đóng rọ kẹp chặt đầu chỉ và kéo đầu chỉ ra ngoài.



**Hình 5. Xuyên kim 1/2 vòng còn lại ngược chiều kim đồng hồ và thắt ngoài da đóng kín ống phúc tinh mạc**

- Kiểm tra lại lỗ ống phúc mạc có kín không và buộc kín lỗ ống phúc mạc. Rút trocar và khâu lại các lỗ trocar.

- Thời gian phẫu thuật: được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến lúc khâu xong vết mổ.

#### **Quy trình theo dõi sau mổ**

- Thời gian phục hồi sau mổ: được xác định bằng cách quan sát trực tiếp trẻ, hỏi bệnh nhi (đối với trẻ lớn) hoặc hỏi người trực tiếp chăm sóc trẻ.

- Thời gian nằm viện sau mổ: được tính từ lúc phẫu thuật kết thúc đến khi bệnh nhân xuất viện.

- Sau mổ hẹn bệnh nhân tái khám sau 1 - 3 - 6 tháng, đánh giá bằng thăm khám lâm sàng + siêu âm bìu bẹn.

- Kết quả sau mổ được chia thành bốn mức độ: tốt, khá, trung bình hoặc kém theo tiêu chuẩn sau<sup>8</sup>:

+ Tốt: không biến chứng, không tái phát.

+ Khá: không có tái phát nhưng kèm theo đau, tê vùng bẹn - bìu, sa tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn, sẹo mổ co rúm, biến dạng.

+ Trung bình: không tái phát nhưng có nhiễm trùng vết mổ kéo dài.

+ Kém: teo tinh hoàn, tinh hoàn không xuống bìu, tái phát thoát vị bẹn.

#### **3. Xử lý số liệu**

Số liệu được thu thập theo mẫu thống nhất và xử lý bằng chương trình Excel 2010 và phần mềm Stata.

#### **4. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được giải thích đầy đủ, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật.

### **III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu**

<b>Đặc điểm</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Mean ± SD</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Tuổi (năm)</b>	50	100%	6,5 ± 7,7	1 - 15
<b>Giới tính</b>				
Nam	49	98%		
Nữ	1	2%		
<b>Lý do tới khám</b>				
Khối phồng vùng bẹn, bìu	21	42%		
Bìu to bất thường	15	30%		
Bìu lúc to, lúc nhỏ	10	20%		
Đau tức vùng bẹn, bìu	4	8%		
<b>Vị trí tồn tại ống phúc tinh mạc trên lâm sàng</b>				
Bên trái	20	40%		
Bên phải	27	54%		
Cả 2 bên	3	6%		

Đặc điểm	N	%	Mean ± SD	Min-Max
<b>Vị trí tồn tại ống phúc tinh mạc trên siêu âm</b>				
Bên trái	20	40%		
Bên phải	26	52%		
Cả 2 bên	4	8%		

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $6,5 \pm 7,7$  tuổi. Đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu là trẻ nam chiếm 98%, chỉ có 1 trẻ nữ (chiếm 2%). Phần lớn trẻ đến khám vì có biểu hiện khối phòng vùng bìu, bẹn (42%) và bìu to bất thường (30%). Qua thăm khám lâm

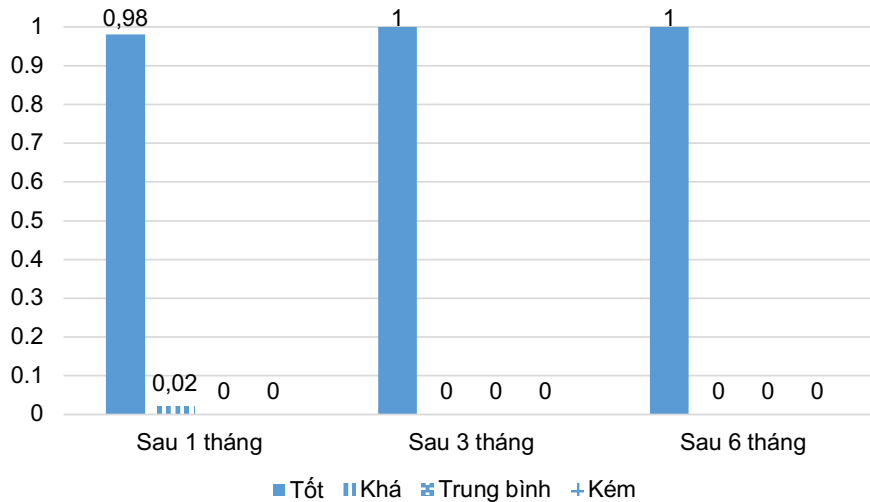
sàng nhận thấy, tồn tại ống phúc tinh mạc chủ yếu bên phải chiếm 54%, bên trái 40% và cả 2 bên chỉ chiếm 6%. Qua đánh giá bằng siêu âm nhận thấy, không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ vị trí tồn tại ống phúc tinh mạc so với kết quả thăm khám lâm sàng.

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm	n	%	Mean ± SD	Min - Max
<b>Vị trí tồn tại ống phúc tinh mạc qua nội soi ổ bụng</b>				
<i>Bên trái</i>	12	24%		
<i>Bên phải</i>	21	42%		
<i>Cả 2 bên</i>	17	34%		
<b>Tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên được phát hiện qua nội soi ổ bụng</b>	14	28%		
<b>Thời gian phẫu thuật</b>			30,2 ± 15,6	10 - 60
<i>Một bên</i>			23,2 ± 13,7	10 - 50
<i>Hai bên</i>			31,7 ± 14,8	18 - 60
<b>Thời gian phục hồi sau phẫu thuật (giờ)</b>				
<i>Ngồi dậy, vận động tại giường</i>			5,7 ± 1,0	4 - 8
<i>Đi lại chậm quanh phòng</i>			13,1 ± 1,9	8 - 16
<b>Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (giờ)</b>			26,4 ± 12,8	18 - 42
<b>Biến chứng</b>				
Chảy máu trong mổ	1	2%		
Tụ dịch vết mổ	1	2%		
Nhiễm trùng vết mổ	1	2%		
Tụ dịch, tụ máu vùng bìu	1	2%		

Qua nội soi ổ bụng chẩn đoán nhận thấy, tồn tại ống phúc tinh mạc bên trái chiếm 24%, bên phải chiếm 42% và 2 bên chiếm 34%. Phát hiện tồn tại ống phúc tinh mạc bên đối diện 14 (28%) trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $30,2 \pm 15,6$  phút, trong đó thời gian phẫu thuật

một bên là  $23,2 \pm 13,7$  phút, hai bên là  $31,7 \pm 14,8$  phút. Sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể ngồi dậy, vận động tại giường được sau  $5,7 \pm 1,0$  giờ, bệnh nhân đi lại chậm quanh phòng được sau  $13,1 \pm 1,9$  giờ. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $26,4 \pm 12,8$  giờ.



**Biểu đồ 1. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật**

Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng nhận thấy, 98% trường hợp đạt kết quả tốt, 1 (2%) trường hợp có nhiễm trùng vết rạch ở rốn dẫn tới sẹo lồi xấu. Sau 3 và 6 tháng, tất cả trường hợp đều đạt kết quả tốt, không phát hiện biến chứng hoặc tái phát.

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhỏ, biểu hiện lâm sàng của bệnh rất đa dạng, tùy thuộc vào mức độ xơ hóa và kích thước của ống phúc tinh mạc, bệnh được chia thành 3 thể lâm sàng chính: thoát vị bẹn, tràn dịch màng tinh hoàn và nang thừng tinh. Qua thăm khám lâm sàng chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ tồn tại ống phúc tinh mạc ở bên phải cao nhất chiếm 54%, tiếp theo là ở bên trái chiếm 40% và 2 bên chiếm 6%. Kết quả này phù hợp với y văn và tương đồng với báo cáo của Nguyễn Đình Liên, Endo, và Lao OB.<sup>1,5,7</sup>

Bệnh lý xuất hiện ở bên phải nhiều hơn bên trái, điều này có lẽ liên quan tới sự di chuyển của tinh hoàn từ ổ bụng xuống ống bẹn trong thời kỳ bào thai, tinh hoàn trái luôn di chuyển và cố định xuống bìu trước so với tinh hoàn phải, và quá trình đóng kín ống bẹn trái đồng thời cũng diễn ra trước so với ống bẹn phải.

Kết quả siêu âm đánh giá vùng bẹn, bìu chúng tôi nhận thấy, không có sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ vị trí tồn tại ống phúc tinh mạc so với thăm khám trên lâm sàng. Qua đó cho thấy, vai trò quan trọng của thăm khám lâm sàng và việc chẩn đoán bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc chỉ cần dựa vào thăm khám lâm sàng là đủ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp triệu chứng lâm sàng không rõ ràng (khó thoát vị bẹn nhỏ, tràn dịch màng tinh hoàn số lượng ít, bệnh nhân béo phì) hoặc để phân biệt với các bệnh lý khác vùng bìu (u mỡ, hạch, giãn tĩnh mạch tinh) thì chỉ định siêu âm là cần thiết.

Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em được chia thành hai nhóm chính: phẫu thuật nội soi khâu đóng ống phúc tinh mạc hoàn toàn trong phúc mạc và phẫu thuật nội soi khâu đóng ống phúc tinh mạc ngoài phúc mạc với kim xuyên da. Trong đó, phương pháp phẫu thuật nội soi khâu đóng ống phúc tinh mạc ngoài phúc mạc với kim xuyên da được các phẫu thuật viên áp dụng rộng rãi nhất hiện nay vì kỹ thuật đơn giản, hiệu quả và đảm bảo nguyên tắc chung trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc là thắt cao ống phúc tinh mạc tại vị trí lỗ bẹn sâu. Phương pháp này được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 2000 bởi Takehara, nguyên lý chung của phương pháp là luồn sợi chỉ hoàn toàn ngoài phúc mạc vòng quanh ống phúc tinh mạc tại vị trí lỗ bẹn sâu và thắt kín ống phúc tinh mạc bằng nút thắt ngoài da.<sup>9</sup> Để thao tác luồn chỉ và rút chỉ dễ dàng, tác giả Endo sử dụng kim chuyên dụng Endoneedle, tác giả Prasad sử dụng móc cong có khe cài chỉ ở đầu.<sup>7,9</sup> Tuy nhiên, các vật dụng chuyên dụng này có giá thành đắt đỏ, do đó một số tác giả sử dụng các vật dụng tự chế để thay thế, nhưng vẫn cho kết quả tương đương.<sup>6</sup> Trong nghiên cứu, chúng tôi tận dụng những vật liệu sẵn có như rọ Dormia dùng để gấp sỏi trong các phẫu thuật sỏi tiết niệu và tiêu hóa, với sự cơ động của rọ Dormia giúp dễ dàng tạo thòng lọng đưa chỉ và rút chỉ từ trong ổ bụng ra ngoài, giúp kỹ thuật diễn ra thuận lợi, dễ dàng và nhanh chóng hơn. Ngoài ra, chúng tôi sử dụng kim chọc tủy sống 16G để thay thế cho kim chuyên dụng đắt tiền giúp giảm chi phí phẫu thuật nhưng vẫn đảm bảo thao tác thực hiện kỹ thuật dễ dàng.

Một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi là cho phép phát hiện được sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện, đồng thời có thể tiến hành trong cùng một thì đóng lại ống phúc tinh mạc bên đối diện. Qua nội soi ổ bụng

chẩn đoán, chúng tôi phát hiện 14 trường hợp (chiếm 28%) tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên và được xử lý trong cùng một thì mổ, giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ trong tương lai. Các nghiên cứu trước đây cho thấy, tỷ lệ tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên qua NS giao động từ 15 - 63%, có những báo cáo lên tới 90%. Theo báo cáo tỷ lệ tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên, Phạm Văn Phú, Đặng Thị Huyền Trang và Sparkman lần lượt là 36,9%; 18,9%; 21,3% và 15,8%.<sup>2,5,6,10</sup>

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,2 phút (thời gian phẫu thuật trung bình đối với một bên là 23,2 phút và cả hai bên là 31,7 phút). Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi có tương đồng với Nguyễn Ngọc Hà là 28,0 phút, Nguyễn Đình Liên 25,5 phút, Endo 28,2 phút.<sup>5,7,8</sup> Nhìn chung, thời gian phẫu thuật nội soi ở tất cả các báo cáo đều cho thấy nhanh hơn so với mổ mở, đặc biệt các trường hợp tồn tại ống phúc tinh mạc 2 bên.

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận một trường hợp (2%) tổn thương tĩnh mạch chậu, được điều trị bảo tồn bằng cách ép ngón tay tại chỗ, phẫu thuật tiếp tục diễn ra và không để lại di chứng. Trong các báo cáo trước đây, một số tác giả ghi nhận các tai biến trong mổ, tác giả Cohazic ghi nhận 3 trường hợp (1,3%) có biến chứng tổn thương tĩnh mạch thượng vị, báo cáo của Patkowski ghi nhận 3 trường hợp tai biến thủng tĩnh mạch chậu, được điều trị bảo tồn.<sup>11,12</sup> Các biến chứng sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận không có biến chứng nào nặng nề ngoài một số trường hợp biến chứng nhẹ (tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch vùng bìu, bẹn).

Thời gian ngồi dậy, vận động tại giường sau phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,7 giờ, thời gian đi lại chậm quanh phòng sau phẫu thuật là 13,1 giờ, thời gian nằm

viện sau phẫu thuật là 26,4 giờ. So với các báo cáo trước đây thì thời gian phục hồi sau phẫu thuật và thời gian nằm viện của những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài hơn.<sup>5,6,9</sup> Tuy nhiên, phần lớn các báo cáo đều nhận thấy, thời gian phục hồi và thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn so với phẫu thuật mổ mở truyền thống.

Theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, chúng tôi ghi nhận chỉ có một trường hợp đạt kết quả khá do nhiễm trùng vết rạch ở rốn dẫn tới sẹo lồi xấu, sau 3 và 6 tháng tất cả trường hợp đều đạt kết quả tốt, vết sẹo mờ đẹp, thẩm mỹ, không phát hiện biến chứng và không trường hợp nào tái phát. Các báo cáo về phẫu thuật nội soi thất ống phúc tinh mạc ở trẻ em ghi nhận tỷ lệ tái phát trung bình là 0,7 (từ 0 - 15,5%). Trong báo cáo của Prasad không ghi nhận trường hợp nào tái phát, tỷ lệ tái phát trong báo cáo của Endo là 0,2%, Nguyễn Đình Liên 1,4%, Nguyễn Văn Phú 3,1%.<sup>5-7</sup> Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian theo dõi sau phẫu thuật ngắn, vì vậy cần thời gian theo dõi dài hơn để phát hiện những biến chứng xa trong tương lai.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng thất ống phúc tinh mạc qua da sử dụng rọ Dormia hỗ trợ là phương pháp hiệu quả, an toàn, ít xâm lấn, thẩm mỹ và có thể thực hiện được kỹ thuật dễ dàng bằng các dụng cụ sẵn có, giúp tiết kiệm chi phí cuộc mổ.

Phẫu thuật nội soi ổ bụng mang lại ưu điểm trong việc phát hiện và xử lý sự tồn tại ống phúc tinh mạc của bên đối diện, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện, thời gian phục hồi sau phẫu thuật sớm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lao OB, Fitzgibbons RJ, Cusick RA.

Pediatric inguinal hernias, hydroceles, and undescended testicles. *Surgical Clinics*. 2012;92(3):487-504.

2. Nguyễn Việt Hoa, Đặng Thị Huyền Trang. Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018;2(463):160-163.

3. Esposito C, St. Peter SD, Escolino M, Juang D, Settini A, Holcomb III GW. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in pediatric patients: A systematic review. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2014;24(11):811-818.

4. Dreuning K, Maat S, Twisk J, van Heurn E, Derikx J. Laparoscopic versus open pediatric inguinal hernia repair: State-of-the-art comparison and future perspectives from a meta-analysis. *Surgical endoscopy*. 2019;33(10):3177-3191.

5. Nguyễn Đình Liên, Nguyễn Hoài Bắc. Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc bằng phương pháp phẫu thuật thất ống phúc tinh mạc qua da có nội soi ổ bụng hỗ trợ ở trẻ em. *Tạp chí Y học lâm sàng*. 2017;8:78-83

6. Phạm Văn Phú. Kết quả bước đầu khâu lỗ bẹn sâu qua da dưới sự hỗ trợ nội soi ổ bụng điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em. *Tạp chí T học TP Hồ Chí Minh*. 2013;17(3):68-73.

7. Endo M, Watanabe T, Nakano M, Yoshida F, Ukiyama E. Laparoscopic completely extraperitoneal repair of inguinal hernia in children: A single-institute experience with 1,257 repairs compared with cut-down herniorrhaphy. *Surgical endoscopy*. 2009;23(8):1706-1712.

8. Nguyễn Ngọc Hà. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh thoát vị bẹn trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. Luận án Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.



9. Nguyễn Thanh Sơn. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn trẻ em bằng phẫu thuật nội soi có sử dụng kim Endoneedle tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

10. Sparkman RS. Bilateral exploration in inguinal hernia in juvenile patients. *Surgery*. 1962;51:393-397.

11. Čohadžić T. Percutaneous internal ring

suturing. University of Split. School of Medicine. *Surgery*; 2020.

12. Patkowski D, Czernik J, Chrzan R, Jaworski W, Apoznański W. Percutaneous internal ring suturing: A simple minimally invasive technique for inguinal hernia repair in children. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2006;16(5):513-517.

## Summary

### EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT THE PATENT PROCESSUS VAGINALIS IN CHILDREN BY LAPAROSCOPIC SURGERY WITH DORMIA BASKET SUPPORT AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Patent processus vaginalis is a common condition in children. Treatment using laparoscopic percutaneous closure processus vaginalis with Dormia basket support has many advantages and reduces costs compared to using specialized needles. This study assessed the safety and effectiveness of laparoscopic percutaneous closure processus vaginalis with Dormia basket support among 50 children who were operated with this procedure. The average age of the children was  $6.5 \pm 7.7$  years old. The average surgery time was  $30.2 \pm 15.6$  minutes, with  $23.2 \pm 13.7$  minutes in one-side cases and  $31.7 \pm 14.8$  minutes in two-side cases. After the surgery, the patient could sit up and move in bed after  $5.7 \pm 1.0$  hours and walk slowly around the room after  $13.1 \pm 1.9$  hour. The average hospital stays were  $26.4 \pm 12.8$  hours. We followed up with the patients after 3 and 6 months of surgery, and all cases achieved good results. No complication or recurrence was detected. Those results indicated that the laparoscopic percutaneous closure of processus vaginalis with Dormia basket support is an effective, safe, minimally invasive, aesthetic and easy to perform technique.

**Keywords:** Processus vaginalis, laparoscopic, inguinal hernia.