

expenses and subsidies for injury reduced (total expenses amount reduced within 02 years 2002 and 2003 was 286.104.406 VND/1000 workers).

Conclusion: To provide the training course to workers on the way to prevent occupational injuries; to supervise occupational safety; to improve workers- awareness on risk factors, will obtain very high result in preventing occupational injuries.

Proposal: for tunnel executing program, workers must be trained carefully in preventing injury and the contractor must have effective solutions to avoid occupational accident for workers.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ lao động và thương binh xã hội: Ghi chép, khai báo về tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, Nhà xuất bản lao động-xã hội, Hà Nội 2000. Tr 72-73;133-167.
2. Bộ y tế: Chỉ số đánh giá chấn thương trong lao động. Chỉ số đánh giá chấn thương trong các lĩnh vực. Hà Nội 3/2004. Tr 26-31.
3. Lưu Minh Châu, Phạm Hải Yến, Đào Thanh Bình: Môi trường lao động và sức khỏe công nhân thi công hầm đường bộ khu vực miền Trung 2001-2003. *Tạp chí thông tin y dược* – Số T3/2005. Tr 25-28.
4. Trần Đăng: Điều tra thực trạng điều kiện lao động, sức khỏe và xây dựng tiêu chuẩn sức khỏe cho khám tuyển, khám định kỳ của người lao động 1995-1998: Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu khoa học – Bộ Y tế, Hà Nội 2002.

5. Nguyễn Quang Đông và CS: Nghiên cứu điều kiện môi trường lao động trong đường hầm. Tóm tắt báo cáo khoa học 1985-1986. Học Viện Quân Y 1987.
6. Nguyễn Việt Đồng, Đào Ngọc Phong, Ngô Văn Toàn và CS: Phân bố tai nạn lao động trong ngành công nghiệp nặng, công nghiệp nhẹ và công nghiệp hóa chất năm 2004. Tóm tắt báo cáo - hội nghị nghiên cứu sinh lần thứ 10 - Hà Nội 2004. Tr 51.
7. Bùi Quốc Khánh: Thực trạng tai nạn thương tích trong lao động sản xuất công nghiệp 5 năm gần đây và biện pháp phòng chống giai đoạn 2002-2005. Báo cáo khoa học tại nạn thương tích – thực trạng và giải pháp can thiệp, Hà Nội 12/2002. Tr 157, 159.
8. Đào Minh Hòa: Tai nạn lao động trong thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa mục tiêu và các giải pháp phòng chống tai nạn thương tích trong lao động. Báo cáo khoa học tại nạn thương tích – thực trạng và giải pháp can thiệp. Hà Nội 12/2002.
9. Vũ Đức Lũ và CS: Bước đầu nhận xét tình hình tai nạn thương tích Tỉnh Nam Định năm 2001 - 2002. Báo cáo khoa học toàn văn – Hội nghị khoa học quốc tế y học lao động và vệ sinh môi trường lần thứ nhất. Nhà xuất bản Y học 2004. Tr 506 - 512.
10. Nguyễn Phúc Thái: Tình hình tai nạn lao động trong một số nhà máy xí nghiệp quốc phòng. Báo cáo khoa học tại nạn thương tích – thực trạng và giải pháp can thiệp. Hà Nội 12/2002. Tr 175-179.
11. Lê Nam Trà và CS: Tóm tắt báo cáo đề tài Nghiên cứu một số đặc điểm sinh thể, tình trạng sức khỏe của một số nhóm người lao động xét dưới góc độ yêu cầu của quá trình công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước. Đề tài cấp Nhà nước KX 05.12, Hà Nội 2004. Tr 25-28.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH TĨNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI NGOÀI PHÚC MẠC

Hoàng Long*, Trần Bình Giang**,

Nguyễn Quang**, Vũ Nguyễn Khải Ca**

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đã thể hiện tính được tính an toàn và ưu điểm hơn hẳn so với phẫu thuật nội soi qua phúc mạc và mổ mở thường quy đường bẹn cao và bẹn thấp với thời gian mổ trung bình là 38 phút, tỷ lệ tràn dịch màng tinh hoàn sau mổ ít hơn và thời gian nằm viện trung bình là 1,7 ngày.

* Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội. ** Bệnh viện Việt Đức Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh (GTMT) là sự giãn bất thường mạn tính của những đám rối tĩnh mạch hình tua xuất hiện thứ phát sau trào ngược tĩnh mạch thận - sinh dục do suy chức năng van tĩnh mạch, hậu quả làm giảm khả năng sinh sản ở nam giới. Tỷ lệ gặp GTMT trong cộng đồng nam giới nói chung là 15-20% và tăng cao rõ rệt trong số nam giới đến khám vô sinh là 35 - 39% [2]. GTMT được chỉ định điều trị khi đi kèm với các triệu chứng đau tức bìu, vô sinh có bất thường về tinh dịch đồ hoặc teo tinh hoàn cùng bên ở người trẻ.

Từ 1918 Ivanishevitch đã thực hiện đầu tiên điều trị thắt GTMT bằng đường mổ bẹn cao sau phúc mạc, cho đến nay đã có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật và X quang can thiệp được áp dụng. Mục đích của các phương pháp điều trị đều nhằm loại bỏ sự trào ngược tĩnh mạch thận - sinh dục. Phẫu thuật nội soi thắt GTMT được thực hiện từ năm 1988 và đã trở thành kỹ thuật mới nhất đem lại sự lựa chọn mới về phương pháp điều trị với những ưu điểm như ít xâm hại, bệnh nhân phục hồi sớm hơn các hoạt động bình thường nhất là khi so sánh với đường mổ bẹn thấp và thể hiện lợi ích hơn hẳn trong điều trị những thể hai bên [5,6,10]. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày 15 trường hợp đầu tiên GTMT được mổ nội soi ngoài phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức nhằm mục đích đánh giá những kết quả ban đầu, mức độ an toàn và hiệu quả của phương pháp điều trị phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu:

15 bệnh nhân được chẩn đoán là GTMT và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi thắt GTMT ngoài phúc mạc tại khoa Tiết niệu bệnh viện Việt Đức từ tháng 9/2004 đến tháng 11/2005.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Chẩn đoán trước mổ:

Tất cả các bệnh nhân đều được khám lâm sàng và làm siêu âm Doppler bẹn bìu để khẳng định chẩn đoán trước mổ với nghiệm pháp Valsava dương tính và loại trừ những GTMT do bệnh lý chèn ép tĩnh mạch thận và do dị dạng mạch máu.

2.2. Phương pháp mổ:

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu theo 2 kỹ thuật sau:

a. Nội soi hố chậu ngoài phúc mạc (6 trường hợp):

- Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản và được đặt sonde niệu đạo.

- Vị trí đặt trocar: sau khi rạch da 1cm đường trắng giữa ngay trên xương mu, tách vào khoang ngoài phúc mạc bằng ngón tay, trocar 10mm với camera được đặt, vừa bơm hơi 12mmHg vừa tách rộng khoang trước bên bằng quang (bên có GTMT) hướng lên hố chậu và vùng dưới rốn để đặt tiếp 1 trocar 10mm dưới rốn (chuyển camera sang) và 1 trocar 5mm ở trên mào chậu.

- Kỹ thuật mổ: Bóc tách rộng vùng mỡ ngoài phúc mạc vùng hố chậu, tìm thừng tinh từ nơi đi ra khỏi lỗ bẹn sâu sát thành bụng trước, phẫu tích tỷ mỉ cuống mạch thừng tinh, tìm động mạch tinh trước để tránh cắt phải sau đó tách các nhánh tĩnh mạch tinh giãn, cắt 2 clip và cắt rời ở vị trí trên động mạch thượng vị. Kiểm tra chảy máu và tránh bỏ sót những nhánh tĩnh mạch tinh giãn khác. Kết thúc phẫu thuật.

b. Nội soi hố thắt lưng sau phúc mạc (9 trường hợp):

- Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ về bên đối diện có kê đệm dưới hông sườn lưng bên đối diện, gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

- Vị trí đặt trocar: sau khi rạch da 1cm trên đường nách sau ở dưới xương sườn 12 và ở ngoài khối cơ lưng to, tách vào khoang sau phúc mạc qua các lớp cơ thành bụng với móc là bờ trước cơ thắt lưng chậu, đẩy phúc mạc ra trước để đặt trocar 10mm với camera vừa bơm hơi 12mmHg vừa đẩy phúc mạc ra trước để đặt tiếp 1 trocar 10mm và 5mm ở dưới bờ sườn và trên mào chậu ở trên đường nách giữa vào khoang sau phúc mạc.

- Kỹ thuật mổ: phẫu tích tìm niệu quản và tĩnh mạch tinh đi ở bờ trước cơ thắt lưng chậu. Tĩnh mạch tinh đoạn trên cao thường có 1 nhánh và nằm ngoài niệu quản sau đó đi vào trong bất chéo phía trước niệu quản để đổ vào tĩnh mạch thận trái hoặc tĩnh mạch chủ dưới. Giải phóng tĩnh mạch tinh, cắt clip 2 đầu và cắt rời. Kiểm tra chảy máu vùng mổ và nhu động của niệu quản. Kết thúc phẫu thuật.

2.3. Theo dõi diễn biến:

Trong mổ: tình trạng huyết động và chảy máu.

Sau mổ: tình trạng huyết động, dấu hiệu đau sau mổ, khám lâm sàng đánh giá GTMT và để phát hiện tràn dịch màng tinh hoàn và tụ máu bẹn bìu sau mổ.

Tái phát: sau mổ bệnh nhân được hẹn khám lại sau 1-3 tháng để đánh giá tiến triển của GTMT và phát hiện biến chứng. Nếu có nghi ngờ thì sẽ làm siêu âm Doppler bẹn bìu.

Chúng tôi ghi nhận và đánh giá những dữ kiện nghiên cứu về tuổi, giới, biểu hiện lâm sàng, thương tổn trong mổ, thời gian mổ, diễn biến trong và sau mổ, thời gian nằm viện và kết quả theo dõi kiểm tra sau 3 tháng.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- 15 bệnh nhân được phẫu thuật với tuổi trung bình là 26,7 tuổi (từ 18 đến 34 tuổi).
- Thời gian biểu hiện bệnh đến khi phẫu thuật trung bình là 16 tháng (4 tháng đến 7 năm).
- GTMT gặp chủ yếu ở bên trái trong 13/15 trường hợp (86,7%), chỉ có 1 trường hợp bên phải và 1 trường hợp có GTMT cả 2 bên.

Bảng 1: Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	%
Đau tức nặng vùng bìu	15	100%
Khám GTMT độ I	0	0
GTMT độ II	4	26,7%
GTMT độ III	11	73,3%
Giảm kích thước tinh hoàn	7	46,7%
Điều trị vô sinh	3	20%

Cả 3 bệnh nhân điều trị vô sinh đều có biểu hiện teo tinh hoàn, trong đó có 1 bệnh nhân teo cả hai bên. Thời gian điều trị vô sinh từ 7 tháng đến 8 năm. 3/7 bệnh nhân teo tinh hoàn là gặp cả 2 bên.

Bảng 2: Biểu hiện trên siêu âm Doppler

	GTMT 1 bên	GTMT 2 bên
Tinh hoàn bình thường	8	0
Tinh hoàn giảm thể tích	6	1
Nghiệm pháp Valsava (+)	14	1

Tất cả bệnh nhân có GTMT đều được xác định chẩn đoán trên siêu âm Doppler với

nghiệm pháp Valsava dương tính trong tất cả các trường hợp.

2. Diễn biến trong mổ

Bảng 3: Diễn biến trong mổ

Diễn biến trong mổ	Nội soi hố chậu ngoài phúc mạc (n=6)	Nội soi hố thắt lưng sau phúc mạc (n=9)
Thời gian mổ	38 phút (30' - 60')	37,8 phút (25' - 90')
Biến chứng chảy máu	0	0
Thất bại động mạch tinh	0	0
Chuyển mổ mở	0	1

Kết quả trong mổ cho thấy không có sự khác biệt về thời gian mổ giữa hai kỹ thuật mổ. 13/15 trường hợp sử dụng 3 trocar. Chỉ có 1 trường hợp dùng 4 trocar cho GTMT 2 bên và 1 trường hợp sử dụng 2 trocar nội soi hố thắt lưng trái.

Trong 13/15 trường hợp chỉ gặp 1 thân tĩnh mạch tinh giãn, hai trường hợp còn lại gặp 2 và 3 thân tĩnh mạch tinh giãn đều là nội soi hố chậu với vị trí mổ thấp sát lỗ bẹn sâu. 1 trường hợp nội soi hố thắt lưng không thấy tĩnh mạch tinh trái, mổ mở cũng không thấy, chuyển mổ mở hố chậu thì thấy nguyên nhân là tĩnh mạch tinh trái giãn đổ bất thường vào tĩnh mạch chậu trong bên trái.

3. Diễn biến sau mổ

Bảng 4: Diễn biến sau mổ

Diễn biến sau mổ	Nội soi hố chậu (n = 6)	Nội soi hố thắt lưng (n = 9)	Tổng số
Đau tức bẹn bìu sau mổ	2	3	5 (33,3%)
Tràn dịch màng tinh hoàn	0	0	0
Tụ máu bẹn bìu	0	0	0
Thời gian nằm viện	2 ngày (1 - 3)	1,5 ngày (1 - 4)	1,7 ngày (1 - 4)

Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về biểu hiện đau sau mổ, thời gian nằm viện lâu nhất 4 ngày là ở bệnh nhân chuyển mổ mở.

4. Kết quả theo dõi sau mổ

Bảng 4: Kết quả theo dõi sau mổ

Triệu chứng sau mổ	Nội soi hố chậu (n = 6)	Nội soi hố thắt lưng (n = 9)	Tổng số
Đau tức bìu	2	1	3 (20%)
Còn GTMT trên lâm sàng	1	1	2 (13,3%)
Giảm kích thước tinh hoàn	3	3	6 (40%)
Còn GTMT trên siêu âm	1	0	1 (6,7%)

Khám lại sau mổ 1 - 3 tháng có 2 trường hợp còn GTMT ở bệnh nhân phát hiện bệnh muộn sau 2 năm và 7 năm. Kiểm tra trên siêu âm doppler thì chỉ có 1 trường hợp còn GTMT. Tất cả 6 trường hợp giảm kích thước tinh hoàn là đều có từ trước mổ.

IV. BÀN LUẬN

1. Chỉ định điều trị

GTMT gặp ở 15 - 20% nam giới và tỷ lệ gia tăng gấp đôi (35-39%) ở nhóm nam giới đến khám vô sinh. Sự ứ trệ tuần hoàn do GTMT gây nên sẽ dẫn đến teo tinh hoàn và vô sinh thứ phát ở nam giới. Chỉ định điều trị GTMT được đặt ra khi nó gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, đau nặng tức vùng bìu, teo tinh hoàn, vô sinh. Khi GTMT xuất hiện ở lứa tuổi thanh thiếu niên thì việc điều trị nhằm mục đích dự phòng teo tinh hoàn và vô sinh trong tương lai [2,7,11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình điều trị bệnh là 26,7 và thời gian phát hiện trung bình là 16 tháng. Phần lớn là GTMT độ III (73,3%) với 46,7% trường hợp đã có teo tinh hoàn và 20% bệnh nhân đang điều trị vô sinh.

2. Các phương pháp điều trị

Mục đích chính của các phương pháp điều trị là đều nhằm loại bỏ tất cả các tĩnh mạch trào ngược. Điều tra tại Mỹ năm 1993 cho thấy 58% GTMT được mổ mở theo đường bẹn cao (Ivanissevitch), 20% thắt cao theo đường sau phúc mạc của Palomo, 8% được mổ nội soi, 7% mổ theo đường bẹn thấp của Marma, 6% theo đường Goldstein và chỉ có 3% là điều trị bằng X quang can thiệp gây xơ cứng xuôi dòng và ngược dòng [2,3,5].

2.1. Đường mổ bẹn cao: được Ivanissevitch thực hiện đầu tiên từ năm 1918, mổ mở thắt tĩnh mạch tinh ở cao trên chỗ gấp động mạch thượng vị khi tĩnh mạch tinh đã tập trung thành 1 hoặc 2 thân lớn, do đó có thể cắt đứt mà

không cần tìm những nhánh tuần hoàn bên. Kết quả đạt tốt trong 95% trường hợp với thời gian mổ là 39 phút (1 bên) và 71 phút (2 bên), phục hồi hoạt động sau 2 - 7 ngày. Nguy cơ duy nhất là tổn thương động mạch sinh dục và bạch huyết và gây tràn dịch tinh hoàn nhiều hơn (7,3%) trong đó 20% phải mổ theo Roos [13]. Biến chứng này có thể tránh được bằng cách sử dụng kính vi phẫu.

2.2. Đường mổ bẹn thấp: thực hiện thắt GTMT ở mức lỗ ngoài của ống bẹn với ưu điểm là thực hiện dưới gây tê tại chỗ, có thể bảo tồn được động mạch tinh và tỷ lệ tràn dịch màng tinh hoàn thấp (5%) khi sử dụng kính vi phẫu.

2.3. Phương pháp gây xơ cứng tĩnh mạch tinh xuôi dòng qua X quang can thiệp đem lại kết quả tốt trong 99,4% với tỷ lệ tái phát là 9% và biến chứng là 4%, teo tinh hoàn là 0,6%. Ưu điểm là thực hiện dưới gây tê tại chỗ với thời gian ngắn trong khoảng 10 phút [4,14].

2.4. Phẫu thuật nội soi: là phương pháp mới nhất và được bàn cãi nhiều nhất từ khi Sanchez de Badajoz thực hiện đầu tiên vào năm 1988 [5]. Đa số các tác giả trên thế giới sử dụng đường mổ nội soi qua phúc mạc để thắt GTMT (92,4%). Phương pháp này đã thể hiện nhiều ưu điểm như thắt cắt tĩnh mạch tinh ở cao khi đã tập trung thành 1, 2 thân lớn nên không bỏ sót, giảm thấp tỷ lệ tràn dịch màng tinh hoàn (0 - 2%), bảo toàn 90-100% động mạch tinh nhờ kỹ thuật mổ nội soi hoàn hảo [3,6,9]. Nhanh chóng quay trở lại công việc bình thường là lợi ích chính so với các phương pháp mổ khác: 3,4 ngày theo Donovan [6], 48 giờ theo hagood [9]. Có thể điều trị GTMT 2 bên mà không cần đường mổ thêm như mổ mở. Thời gian mổ nội soi qua phúc mạc là từ 49 phút đến 107 phút đối với 1 bên và từ 85 phút đến 164 phút đối với 2 bên theo Antiphon, Mischinger và Donovan [2,6,12].

Nhược điểm chính của phẫu thuật nội soi qua phúc mạc là nguy cơ tổn thương tạng và mạch máu trong ổ bụng chiếm 4%. Nội soi qua phúc mạc cần thiết phải gây mê toàn thân trong khi mổ mở hoặc X quang can thiệp chỉ cần gây tê vùng hoặc tê tại chỗ. [4,10,13]

Phương pháp nội soi ngoài phúc mạc được thực hiện trong những năm gần đây tuy không được áp dụng nhiều bằng nội soi qua phúc mạc nhưng đã khắc phục được các nhược điểm của nội soi qua phúc mạc trong điều trị GTMT. 6 bệnh nhân đầu chúng tôi thực hiện đường mổ nội soi hố chậu ngoài phúc mạc còn 9 trường hợp sau là nội soi hố thắt lưng sau

phức mạc với gây tê tủy sống. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy hai kỹ thuật này không có sự khác biệt về thời gian mổ, trung bình đều là 38 phút. Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc có thời gian mổ ngắn hơn so với nội soi qua phúc mạc và cũng tương đương với thời gian mổ mở là 40 đến 49 phút [1,7,8,11]. Chúng tôi không gặp biến chứng nào trong mổ và tất cả các trường hợp đều bảo tồn được động mạch tinh. Trường hợp duy nhất chuyển mổ mở là do tinh mạch tinh trái đổ bất thường vào tĩnh mạch chậu trong bên trái.

Số lượng trocar sử dụng thông thường là 3 giống như mổ nội soi qua phúc mạc. 1 trường hợp sử dụng 4 trocar là thất GTMT 2 bên. Với đường mổ nội soi hố thất lưng sau phúc mạc có thể thất tinh mạch tinh ở cao nên điều trị sẽ triệt để hơn. Trong phần lớn các trường hợp (86,7%) chỉ có 1 thân tinh mạch tinh, 2 trường hợp còn lại có 2 và 3 thân tinh mạch tinh đều là trong mổ nội soi hố chậu ngoài phúc mạc thất GTMT ở sát lỗ bẹn sâu.

Kết quả sau mổ cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 kỹ thuật về triệu chứng đau bìu sau mổ (33,3%) và chúng tôi không gặp biến chứng nào như tràn dịch màng tinh hoàn hay tụ máu bẹn bìu, điểm này đã thể hiện ưu thế hơn hẳn so với mổ mở khi tỷ lệ này là 5 - 7,3% theo Ghanem, Roos [8,13]. Thời gian nằm viện trung bình là 1,7 ngày có thể so sánh được với nội soi qua phúc mạc là 1,3 - 1,7 ngày [1,2,7] và thể hiện ưu thế hơn hẳn so với mổ mở là từ 2 - 7 ngày, đặc biệt là khi so sánh với đường mổ bẹn thấp [3,8,11].

Kết quả theo dõi sau mổ 3 tháng cho thấy sự tồn tại đau tức bẹn bìu ở 3 bệnh nhân có liên quan đến 2 trường hợp còn GTMT trên lâm sàng và cũng là 2 bệnh nhân được chẩn đoán GTMT độ 3 trước mổ đã phát hiện lâu 2 - 7 năm. Tuy nhiên chỉ có 1 GTMT rõ trên Doppler kiểm tra sau mổ. Một nghiên cứu của Antiphon [2] nội soi qua phúc mạc thì tỷ lệ còn GTMT sau mổ là 4/34 bệnh nhân (11,8%) và cũng chỉ có 1 trường hợp là có trào ngược tinh mạch thận tinh trên Doppler. Tất cả 6 trường hợp gặp teo tinh hoàn sau mổ đều là những bệnh nhân đã có từ trước mổ và không có trường hợp mới nào xuất hiện sau mổ. Để đánh giá tái phát sau mổ thì có thể áp dụng các biện pháp như chụp tĩnh mạch. Trên thế giới những trường hợp GTMT còn tồn tại hoặc tái phát sau mổ 6 tháng sẽ được điều trị tiếp bằng chụp mạch và gây xơ cứng xuôi dòng bằng X quang can thiệp [4,14]. Nghiên cứu này với số lượng bệnh nhân còn ít và thời gian theo dõi chưa đủ dài nên

chưa thể đánh giá hết về kết quả theo dõi lâu dài những GTMT còn tồn tại hay tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị GTMT nội soi ngoài phúc mạc là phương pháp điều trị mới, ít xâm hại được lựa chọn bên cạnh các phương pháp điều trị phẫu thuật và X quang can thiệp khác. Phương pháp này đã thể hiện được tính an toàn và ưu điểm hơn hẳn so với phẫu thuật nội soi qua phúc mạc và mổ mở thường quy đường bẹn cao và bẹn thấp với thời gian mổ trung bình là 38 phút, tỷ lệ tràn dịch màng tinh hoàn sau mổ ít hơn và thời gian nằm viện trung bình là 1,7 ngày rút ngắn hơn so với mổ mở.

Phương pháp nội soi sau phúc mạc còn cho phép thất tinh mạch tinh ở cao nên có thể hạn chế tối đa tái phát và đạt tỷ lệ 100% bảo tồn được động mạch tinh. Tuy số lượng bệnh nhân còn ít và thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhưng với kết quả ban đầu khả quan, chúng tôi sẽ tiếp tục phát triển kỹ thuật này để có thể đánh giá chính xác hơn về kết quả điều trị và theo dõi lâu dài sự tồn tại và tái phát của GTMT sau mổ.

SUMMARY

To evaluate preliminarily the results of laparoscopic retroperitoneal varicocelectomy

Objectives: The aim of our report was to evaluate results, safety and effectiveness of laparoscopic retroperitoneal varicocelectomy (LRV).

Patients and methods: A total of 15 patients with 16 varicoceles underwent LRV at Viet Duc Hospital between September 2004 and November 2005. Their ages ranged between 18 and 34 years. The varicocele was located on the left side in 13 cases (86,7%), on the right side in 1 (0,65%) and was bilateral in 1 (0,65%). In 6 patients the pelvic laparoscopic extraperitoneal approach was used and in 9 patients the lumbar laparoscopic retroperitoneal approach was used. We used 2 - 4 trocar and ligated highly the spermatic veins alone by 2 clips. All patients were followed up with clinical and Doppler ultrasound examinations 1 and 3 months after surgery. Operative duration, complications, the length of hospitalization and the persistent or recurrent varicoceles were evaluated.

Results: There weren't any intra and postoperative complications. Average operative duration was 38 minutes (range 25 - 90 minutes). The mean duration of hospitalization was 1,7 day (range 1 - 4 days).

The spermatic artery was preserved in all cases. There was 1 converted case caused by abnormal anatomy of the spermatic veins. No postoperative hydroceles developed. The persistent varicoceles were occurred in 2 patients.

Conclusions: The LRV is safe and effective technique with rapide recovery and minimal morbidity. This preliminary experience shows that the LRV has the avantage over the laparoscopic transperitoneal and open approach which can be applied as an alternative to open surgery.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Anh Dũng, Nguyễn Thanh Liêm: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật nội soi. *Y học Việt Nam, số đặc biệt tháng 8 - 2005, chuyên đề Tiết niệu - thận học, tr. 188 - 190.*
2. Antiphon P., Colombel M., Abbou C.: Varicocèle: traitement par coelioschirurgie. *Séminaires d'uro-néphrologie Pitte-Salpêtrière XXI ème série. 1995: 261 - 268.*
3. Abdulmaaboud M.R., Shokeir A.A., Farage Y., Mutabagani H.: Treatment of varicocele: a comparative study of conventional open surgery, percutaneous retrograde sclerotherapy and laparoscopy. *Urology 1998, 52, 2: 294 - 300.*
4. Braedel H.U., Steffens J., Ziegler M., Polsky M.S.: Out patient sclerotherapy of idiopathic left side varicocele in children and adults. *B J U 1990, 65: 536 - 540.*
5. Donovan J.F., Sanchez de Badajoz E.: Laparoscopic varix ligation. In Graham SD: *Glenn's Urologic Surgery, 5th ed. Philadelphia, Lippincott - Raven 1998: 1919 - 1024.*
6. Donovan J.F., winfield H.N.: Laparoscopic varix ligation. *J. Urol 1992, 147:77 - 81.*
7. Esposito C., Mongurri G., Innaro N.: Results and complications of laparoscopic surgery for pediatric varicocele. *Journal of Pediatric Surgery 2001, 36, 5: 767 - 769.*
8. Ghanem H., Anis T., El - Nashar A., Shamloul R.: Subinguinal microvaricocelectomy versus retroperitoneal varicocelectomy: comparative study of complication and surgical outcome. *Urology 2004, 64, 5:1005 - 1009.*
9. Hagood P.G., Mehan D.J., Worischek J.H., Andrus C.H., Parra P.O.: Laparoscopic varicocelectomy: preliminary report of a new technic. *J. Urol 1992, 147: 73 - 76.*
10. Jarow J.P.: Varicocele repair: low ligation. *Editorial Urology 1994, 44, 4: 470 - 472.*
11. Mc Manus M.C., Barqawi A., Meacham R.B., Koyle M.A.: Laparoscopic varicocele ligation: are there advantage compared with the microscopic subinguinal approach? *Urology 2004, 64, 2: 357 - 360.*
12. Mischinger H.J., Clombo T., Ranchenwald M., Hubmerg.: Laparoscopic procedure for varicocelectomy. *Bristish Journal of Urology 1994, 74: 112 - 116.*
13. Roos L.S., Ruppman N.: Varicocele vein ligation in 565 patients under local anesthesia: a long term rewiew of technic, result and complication in light of proposed management by laparoscopy. *J. Urol 1993, 149: 1361 - 1363.*
14. Tauber R., Johnsen N.: Antegrade scrotal sclerotherapy for the treatment of varicocele, technic and late results. *J. Urol 1994, 151:386 - 390.*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIA XẠ TIỀN PHẪU DỰA TRÊN ĐÁP ỨNG LÂM SÀNG VÀ TẾ BÀO TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN IA ĐẾN IIB BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẠP NGUỒN SAU SỬ DỤNG CAESIUM 137 SO VỚI NGUỒN RADIUM192

Bùi Diệu*

Kết quả nghiên cứu cho thấy xạ trị đối với ung thư cổ tử cung có kết quả tốt đối với tổn thương thực thể trên lâm sàng tại cổ tử cung và diệt tế bào ung thư tại cổ tử cung. Xạ trị bằng kỹ thuật nạp nguồn sau sử dụng Caesium 137 có tỷ lệ đáp ứng lâm sàng hoàn toàn và tỷ lệ bệnh nhân hết tế bào ung thư trong nhóm bệnh nhân được điều trị bằng Caesium cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân được xạ trị bằng Radium.

* Bệnh viện Ung thư Quốc gia