

KẾT QUẢ BAN ĐẦU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỒN TẠI ỐNG PHÚC TINH MẠC Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Phạm Quang Khải^{1,3},
Nguyễn Thế Thịnh^{1,2}, Nguyễn Hùng Thịnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu bệnh nhân còn tồn tại ống phúc tinh mạc được thực hiện khâu thắt ống phúc tinh mạc bằng nội soi ổ bụng tại khoa ngoại Thận tiết niệu và Nam học Bệnh viện E từ tháng 8/2021–2/2024.

Kết quả nghiên cứu: Trong thời gian từ 8/2021– 2/2024, chúng tôi đã điều trị 47 bệnh nhân được chẩn đoán còn tồn tại ống phúc tinh mạc, với tỷ lệ nam/ nữ là: 4,95/1. Tuổi nghiên cứu từ 1 - 9 tuổi, tuổi trung bình là 3,63. Tỷ lệ tồn tại ống phúc tinh mạc bên phải 55,32%, trái 38,30%, hai bên 6,38%. Thời gian mổ trung bình $42,43 \pm 4,56$ phút (tối thiểu: 20 phút; tối đa: 90 phút). Thời gian nằm điều trị sau mổ: 1,55 ngày, tỉ lệ thực hiện thành công của phương pháp phẫu thuật là 100%. Thời gian hồi phục sau mổ: vận động tại giường sau $3,83 \pm 0,94$ giờ (tối thiểu: 2 giờ, tối đa: 6 giờ), đi lại chậm sau $7,29 \pm 2,23$ giờ

(tối thiểu: 3 giờ, tối đa: 12 giờ). Tỷ lệ phát hiện đối bên: 36,17% (17/47 ca). Phát hiện và xử lý 9 trường hợp có bệnh lý kèm theo trong mổ. Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, dễ thực hiện.

Từ khóa: bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc, thoát vị bẹn trẻ em, thắt ống phúc tinh mạc nội soi.

SUMMARY

THE INITIAL RESULT OF TREATING THE PATENT WITH PROCESSUS VAGINALIS PATIENT BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT E HOSPITAL

Objectives: To evaluate the initial results of treating the patent with processus vaginalis by laparoscopic surgery.

Methods: Prospective descriptive study.

Collection data and analysis: Fourty seven patients of patent processus vaginalis at surgery department, Emedical hospital from 8/2021–2/2024.

Result: During 8/2021– 2/2024, we have treated 47 patients, the sex ratio (male/female) was 4.95/1. Age of patients about 1 to 9 year old. The ratio of processus vaginalis' position: right side 55.32%, left side 38.30%, both of side 6.38%. The operating time average was 42.43 ± 4.56 minutes (Min: 20 minutes, Max: 90 minutes), the mean of hospital stay was 1.55 days. The successful rate of the study was 100%.

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y – Dược – ĐHQGHN

³Học viện Y – Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Liên

ĐT: 0984985753

Email: intermedecinlien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/3/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2024

Ngày duyệt bài: 2/5/2024

Recovery time after surgery: Mobility at bed after 3.83 ± 0.94 hours (minimum: 2 hours, maximum: 6 hours), slow walking after 7.29 ± 2.23 hours (minimum: 3 hours, maximum: 12 hours). The rate of contralateral hernia found in surgery was 36.17% (17/47 case). We explored and managed comorbidities in 9 patients when operating.

Conclusion: This surgery method is a minimal invasive surgery, effect, safety, and aesthetics.

Keywords: Patent processus vaginalis, inguinal hernia, laparoscopic for patent processus vaginalis patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị bệnh lý còn ống phúc tinh mạc (OPTM) đã được báo cáo đầu tiên từ năm 1994^[3]^[6]. Từ đó có rất nhiều kỹ thuật nội soi được cải tiến để điều trị các bệnh lý do còn OPTM và được chia làm 2 nhóm kỹ thuật: Cắt, thắt OPTM với nút thắt trong ổ bụng và thắt OPTM với nút thắt qua da. PTNS đã được chứng minh tính: An toàn, hiệu quả, ít xâm lấn, ít biến chứng và thẩm mỹ; đặc biệt vượt trội ở khả năng đánh giá đối bên, phát hiện và xử lý các bất thường bẩm sinh khác ngay trong so với mổ mở^[3]. Tại Việt Nam từ 2013 PTNS điều trị thắt OPTM bằng nút thắt qua da tại Bình Định bởi Phạm Văn Phú với tỷ lệ tái phát thấp^[4]. Sau đó nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên cả nước đã thực hiện và báo cáo về các kỹ thuật phẫu thuật nội soi khác nhau được ứng dụng trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc^[2]. Các kỹ thuật mổ đa dạng như PTNS sử dụng kim Endoneedle, PTNS khâu lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc, sử dụng rọ Dormia, hay một vết mổ qua rốn... nhưng nhìn chung đều đem lại hiệu quả cao so với

phương pháp mổ mở truyền thống^[1,2,5]. Tại bệnh viện E chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý còn OPTM bằng nhiều phương pháp. Từ đó nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả ban đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em tại Bệnh viện E” nhằm làm rõ kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Có 47 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh lý còn tồn tại ống phúc tinh mạc bằng phương pháp phẫu thuật nội soi từ tháng 8/2021 đến tháng 2/2024 tại khoa ngoại Thận tiết niệu và Nam học Bệnh viện E.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả và lấy số liệu tiến cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân từ 1-15 tuổi với hồ sơ ghi chép đầy đủ, được chẩn đoán xác định còn tồn tại ống phúc tinh mạc, đồng ý và thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân lựa chọn không thuộc đối tượng nghiên cứu: ngoài độ tuổi nghiên cứu, không đồng ý điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi.

Các trường hợp có kèm theo bệnh lý toàn thân nặng hoặc chưa ổn định: Có bệnh lý tim bẩm sinh, bệnh lý đường hô hấp chưa điều trị ổn định, có bệnh rối loạn đông máu, ...

Quy trình phẫu thuật

Các bước tiến hành

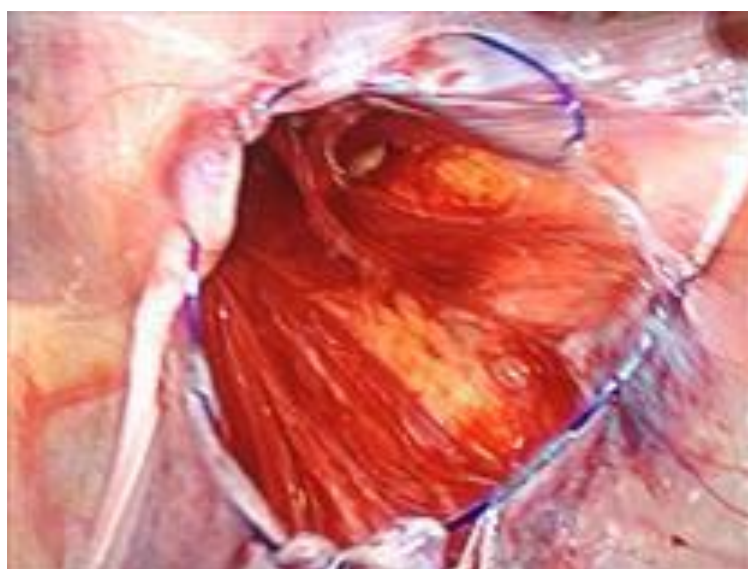
Tư thế bệnh nhi: Nằm ngửa. Đặt trocar 5mm qua rốn, 1 trocar 3mm đường trắng giữa dưới rốn. Áp lực hơi 8 mm Hg.

Quan sát ổ bụng, lỗ bẹn trong bên chân chẩn đoán bệnh và đối bên. Tại lỗ bẹn trong còn

tồn tại ống phúc tinh mạc cần đánh giá: Sự lưu thông dịch từ bìu vào ổ bụng, mạch tinh, ống dẫn tinh,... Tầm soát các bất thường khác trong ổ bụng.

Đối với bệnh nhân nam sử dụng kỹ thuật cắt, thắt OPTM: Đặt thêm 2 trocar 3mm ở 2 hố chậu (thắt ống phúc tinh mạc 2 bên) còn thắt ống phúc tinh mạc 1 bên thì 1 trocar ở hố chậu bên còn ống phúc tinh mạc và 1 trocar ở trên điểm giữa xương mu và rốn. Tiến hành đo các kích thước của OPTM. Sử dụng dụng cụ nội soi cắt phúc mạc quanh lỗ bẹn trong. Tách phúc mạc khỏi bó mạch tinh và ống dẫn tinh (tránh cầm nắm, đốt điện vào ống dẫn tinh). Dùng kim kẹp kim để

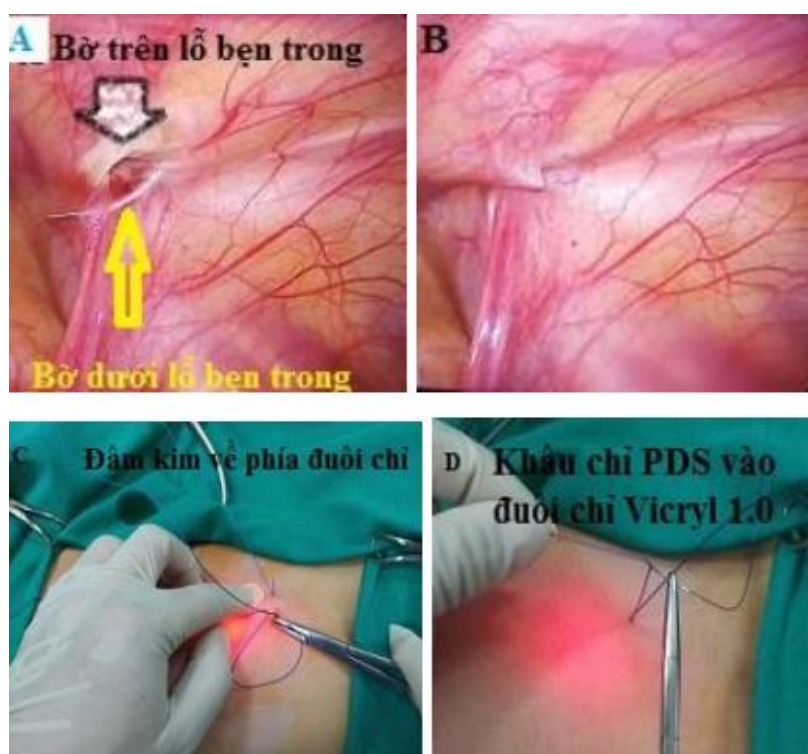
hỗ trợ, xuyên chỉ tiêu chặm qua thành bụng vào ổ bụng. Khâu đóng kín phúc mạc tại lỗ bẹn trong. Cầm máu kỹ nếu có chảy máu. Xử lý các tổn thương khác nếu có: Lòng ruột, túi thừa mackel, còn di tích ống niệu rốn. Mở cửa sổ mào tinh hoàn trong trường hợp nang thừng tinh to không đẩy hết lên được. Trong trường hợp không có tổn thương phối hợp kèm theo có thể thay thế 1 trocar 3mm bằng kim tê tủy sống chọc trực tiếp qua da vào ổ bụng và theo tác như một dụng cụ. Với phương pháp này chúng ta chỉ sử dụng 2 trocar 5mm rốn và 3mm trên mu. Quá trình khâu cần lưu ý tránh tổn thương bó mạch tinh và ống dẫn tinh.



Hình 1: Cắt, khâu thắt OPTM^[3]

Đối với bệnh nhân nữ sử dụng kỹ thuật thắt OPTM qua da với 1 trocar nội soi ổ bụng hỗ trợ^[3]: Sử dụng kim hỗ trợ hoặc chỉ Vicry 1.0 dẫn đường đi từ ngoài ổ bụng ngay vị trí lỗ bẹn trong vào trong ổ bụng (điểm vào ở bờ ngoài lỗ bẹn trong). Khâu phúc mạc vòng quanh lỗ bẹn trong và đi ra ở bờ trong của động mạch thượng vị dưới. Khâu vòng lại dưới cơ và ngay phía trên phúc mạc, ra chỉ ở điểm vào chỉ ban đầu.

Các mũi khâu lấy toàn bộ hoặc gần hết phúc mạc theo chu vi lỗ bẹn trong và đảm bảo vượt qua phía trên của ống dẫn tinh và mạch sinh dục. Khâu sợi chỉ 3.0 (tiêu chặm) vào đuôi sợi chỉ vicry 1.0. Kéo sợi vicry 1.0 sẽ đưa sợi chỉ 3.0 thay thế vào đường khâu của sợi 1.0. Buộc chỉ, lưu ý nút chỉ vùi dưới da. Xem xét tăng cường thêm 1 mũi khâu nữa nếu chưa kín.



Hình 2: Khâu đóng OPTM qua da ở trẻ nữ^[3]

Xử lý bệnh lý nang nước thường tinh, tràn dịch màng tinh hoàn được học hút dịch hoặc mở cửa sổ. Tinh hoàn di động, tinh hoàn ẩn: Rạch da ở đáy bìu, kéo tinh hoàn xuống thấp nhất để cố định. Khâu đóng lỗ trocar, tê tại vị trí đặt trocar bằng Lidocain 1% (Liều duy nhất).

Đánh giá kết quả: Thời gian phẫu thuật, tai biến, biến chứng trong và sau mổ, thời gian vận động, thời gian nằm viện sau mổ.

Hẹn tái khám sau 1 – 3 – 6 tháng: Đánh giá tỷ lệ tái phát, sẹo mổ, tưới máu và kích thước của tinh hoàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 47 đối tượng bệnh nhân, với tỷ lệ nam: nữ là 4,95:1. Có độ tuổi trung bình $3,36 \pm 2,22$ ^[1 - 8]. Phụ huynh nắm được tình trạng của các con và tìm hiểu bệnh qua internet chiếm 82,61%. Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán “thoát vị bẹn”: 68,83% (30/47); “tràn dịch màng tinh hoàn” là 21,28% (10/47); “nang nước thường tinh” là 14,89% (7/47).

Bảng 3.1: Kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ thành công của nghiên cứu	100% (47/47)
Bệnh lý kèm theo phát hiện và xử lý trong mổ	2 ca nang thường tinh khổng lồ kết hợp
	1 ca U tuyến thượng thận lạc chỗ bên trái
	1 ca Thoát vị ruột thừa
	5 ca Nang niệu rốn
	1 ca Túi thừa bàng quang

Tỷ lệ ống phúc tinh mạc đối bên được chẩn đoán và điều trị		17/47 (36,17%)
Thời gian phẫu thuật	Trung bình	42,43 ± 4,56 phút [20,00 - 90,00]
	1 trocar (n=11)	45,90 ± 4,2 [20-75]
	2 trocar (n=31)	39,79 ± 4,28 [25-60]
	3 trocar (n=5)	51,2 ± 4,56 [50-90]
	Có xử lý bệnh lý kèm theo (n=9)	47,78 ± 4,65 [25-90]
Thời gian nằm viện sau mổ		1,55 ± 0,15 ngày [0,87 – 4,45]
Thời gian phục hồi sau mổ		Vận động tại giường: 3,83 ± 0,94 giờ [2-6] Đi lại chậm: 7,29 ± 2,23 giờ [3-12]
Thời gian theo dõi sau mổ		18 ± 7,5 tháng

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ em với tuổi trung bình là $3,63 \pm 2,22$ tương đương độ tuổi nghiên cứu của Phạm Ngọc Thạch là $3,99 \pm 2,64$ tuổi và nhỏ hơn độ tuổi nghiên cứu Nguyễn Việt Hoa $5,1 \pm 2,78$ tuổi và của Trần Văn Kiên $6,5 \pm 7,7$ tuổi^[2,5]. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu có sự khác biệt do phụ thuộc vào cách chọn mẫu, cũng như liên quan đến khả năng gây mê trẻ em của các trung tâm phẫu thuật khác nhau^[6,7]. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở thời đại truyền thông phát triển nên các biểu hiện của bệnh bố mẹ sẽ phát hiện sớm hơn và đưa trẻ đi khám sớm hơn. Thể hiện rõ qua tỷ lệ tìm hiểu thông tin qua internet rất cao của các bậc phụ huynh chiếm 82,61% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên là 67,02%^[3].

Ở bảng 4.1, chúng tôi phát hiện được 17/47 chiếm 36,17% trường hợp còn tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên và được xử trí ngay trong phẫu thuật, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Kiên (28%) và của Phạm Ngọc Thạch cùng cộng sự (10,8%)^[2,5]. Tỷ lệ

phát hiện của chúng tôi cao là do có dụng cụ vén nếp gấp phúc mạc tại lỗ bẹn trong. Đây chính là ưu điểm mà nhiều nghiên cứu khẳng định với các kỹ thuật nội soi có sử dụng dụng cụ hỗ trợ việc kiểm tra nếp gấp phúc mạc tại lỗ bẹn trong để tăng khả năng tầm soát còn OPTM đối bên^[3,6,7,8]. Từ đó giúp trẻ tránh phải chịu một cuộc phẫu thuật nữa trong tương lai nếu tiến hành thất OPTM đối bên.

Ở bảng 4.1, thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $42,43 \pm 4,56$ phút kéo dài hơn nghiên cứu của Trần Văn Kiên là $30,2 \pm 15,6$ phút (n=50), và của Nguyễn Việt Hoa và cộng sự là $21,55 \pm 6,38$ phút (n=42), cũng như của tác giả Nguyễn Đình Liên (2021) là $29,70 \pm 14,00$ (n=191)^[1,2,3]. Điều này được lý giải, do nghiên cứu của các tác giả đơn thuần thất OPTM mà không có thì mổ cắt và giải phóng phúc mạc khỏi ống dẫn tinh và bó mạch tinh trẻ nam, cũng như không có thì xử lý các bệnh lý kèm theo trong mổ. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi có thì đo các kích thước của lỗ bẹn trong như đường kính, chiều dài và khoảng cách từ bờ trong ống bẹn đến động

mạch thượng vị dưới bằng thước đo chuyên dụng nhằm khảo sát giải phẫu ống bẹn – OPTM và xử lý các bệnh lý kèm theo nên thời gian mổ sẽ dài hơn các nghiên cứu khác.

Nhóm sử dụng kỹ thuật 2 trocar với $n=31$ là nhóm chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi. Đây là cải tiến kỹ thuật được triển khai tại bệnh viện E, với các bệnh nhân có tồn tại OPTM đơn thuần mà không có tổn thương chúng tôi thay thế 1 troca bằng kim tê tủy sống thao tác trong ổ bụng để giúp giảm số lượng troca và sẹo mổ mà vẫn cắt thoát được OPTM. Thời gian phẫu thuật trung bình là $39,79 \pm 4,28$ phút, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các báo cáo có cắt, khâu thắt OPTM bằng kỹ thuật 3 trocar như của Liên và cộng sự là $30,2 \pm 11,2$ phút ($n=128$), Trần Văn Kiên cùng cộng sự (2022) là $30,2 \pm 15,6$ phút ($n=50$). Nhưng thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với các nghiên cứu sử dụng 2 trocar với nút thắt ngoài phúc mạc: Nguyễn Việt Hoa $21,55 \pm 6,38$ phút ($n=42$); Phạm Ngọc Thạch là $25,1 \pm 8,1$ phút ($n = 324$)^[1-3, 5]. Để nhận thấy với cải tiến kỹ thuật mới sẽ giảm thiểu thời gian phẫu thuật sau đường cong học tập của phẫu thuật viên và đảm bảo được nguyên lý như mổ mở: Cắt, thắt OPTM.

Ở bảng 4.1, thời gian phẫu thuật với 1 trocar trong báo cáo của tác giả Nguyễn Đình Liên (2021) là $17,5$ phút ($n=28$) và của Phạm Văn Phú $20,5$ phút ($n= 30$) ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là $45,90$ phút [20-75]^[1,4]. Cho thấy, nếu chỉ thắt OPTM đơn thuần thì kỹ thuật sử dụng nút thắt qua da sẽ có thời gian phẫu thuật ngắn. Tuy nhiên thời

gian phẫu thuật của chúng tôi có sự chênh lệch lớn ở nhóm kỹ thuật này có thể vì nghiên cứu có các ca: lỗ bẹn trong rộng, thành bụng dày, xử lý cùng thì còn OTM đối bên, sử dụng laser để cắt OPTM ở trẻ nữ và chúng tôi tiến hành đo kích thước ống bẹn nên có làm tăng thời gian phẫu thuật.

Nghiên cứu có 5 ca phải phẫu thuật 3 trocar với thời gian phẫu thuật là $51,2 \pm 4,56$ phút do có bệnh lý ẩn tinh hoàn, túi thừa bàng quang, 2 ca thoát vị bẹn nghẹt và 1 ca nang thừa tinh không lồng kết hợp kèm theo được xử lý cùng một thì phẫu thuật. Kết quả tương tự với tác giả Nguyễn Đình Liên (2021) với nhóm có xử lý bệnh lý kèm theo là $39,30 \pm 23,20$ phút ($n=36$)^[3]. Cho thấy thời cho thấy thời gian phẫu thuật sẽ thay đổi theo các kỹ thuật khác nhau, cũng như tình trạng bệnh lý kèm theo cần phải xử lý. Đồng thời yêu cầu PTV cần được đào tạo nhiều kỹ thuật khác nhau để linh hoạt lựa chọn kỹ thuật sau thì thăm sát, chẩn đoán trong ổ bụng. Sau đó PTV lựa chọn được phương pháp phẫu thuật phù hợp, an toàn, hiệu quả đối với từng bệnh nhân.

Thời gian đi lại của trẻ sau mổ: $7,29 \pm 2,23$ giờ tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên (2021) là $6,63$ giờ ($n=191$), nhưng sớm hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Kiên là $13,1 \pm 1,9$ giờ ($n=50$)^[2, 3]. Điều cho thấy sự quan trọng của PTNS khi rút ngắn thời gian phẫu thuật sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho bác sĩ gây mê hồi sức giúp trẻ thoát mê sớm, trẻ nhanh chóng hồi phục về tri giác và vận động.

Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi: $1,55 \pm 0,15$ ngày ($n=47$) tương đồng với phương pháp phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn gián tiếp ở trẻ em bằng kim khâu xuyên qua da, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên (2021) đối với thoát vị bẹn là $1,11 \pm 0,25$ ngày ($n=104$), tràn dịch màng tinh hoàn là $1,08 \pm 0,14$ ngày ($n=22$), nang nước thừng tinh là $1,1 \pm 0,17$ ngày ($n=155$); Trần Văn Kiên là $1,1 \pm 0,53$ (ngày) ($n=50$) và Nguyễn Việt Hoa là $1,02 \pm 0,15$ ngày ($n=42$)^[1,2,4]. Như vậy cho thấy thời gian nằm viện sau mổ của phương pháp mổ nội soi là ngắn dao động từ 1-2 ngày do thời gian phục hồi sau mổ nhanh. Mặc dù nghiên cứu của Zhang Y có sự khác biệt giữa ở nhóm PTNS (1,08 ngày) so với nhóm mổ mở (2,73 ngày) với $p < 0,001$ ^[8]. Tuy nhiên theo tổng kết của Raveenthiran V thì không có sự khác biệt đáng kể về thời gian nằm viện giữa mổ mở và mổ nội soi^[7].

Nghiên cứu phát hiện và xử lý trong mổ: 1 ca nang thừng tinh không lõ kết hợp, 1 ca u tuyến thượng thận lạc chỗ bên trái, 1 ca thoát vị ruột thừa, 3 ca nang niệu rốn, 1 ca túi thừa bàng quang. Đã thể hiện tính chủ động của phương pháp phẫu thuật với kỹ thuật sử dụng nút thắt trong phúc mạc trong tầm soát và xử lý các bệnh lý kèm theo, so với các phương pháp mổ mở hoặc nội soi với nút thắt ngoài da. Khuyến cáo phẫu thuật viên (PTV) khi phẫu thuật ngoài việc chú ý khảo sát OPTM đối bên thì cũng cần chú ý tầm soát các bất thường trong thì thám sát, tránh cho trẻ cuộc mổ thứ 2.

Chúng tôi và Nguyễn Việt Hoa chưa gặp các biến chứng: Chảy máu vết mổ, tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ và tụ dịch tụ

máu vùng bìu như báo cáo của Trần Văn Kiên, Phạm Ngọc Thạch (1,8% nhiễm trùng)^[1,2,5]. Trong nhóm Raveenthiran V mổ mở thì có tới 0,13% đến 0,5% các thương tổn ống dẫn tinh và mạch tinh^[7].

Thời gian theo dõi sau mổ của chúng tôi là $18 \pm 7,5$ tháng, tương đương với Phạm Ngọc Thạch là $13,5 \pm 5,0$ tháng ($n=324$)^[5]. Các bệnh nhân được hẹn khám lại và theo dõi sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm, 2 năm đều không thấy sẹo xấu hay sẹo kích thước lớn do kháng định tính thẩm mỹ cao của phương pháp phẫu thuật nội soi thất ống phúc tinh mạc đặc biệt là đối với trẻ nữ chúng tôi xử dụng nút thắt ngoài phúc mạc với chỉ 1 troca 5mm qua rốn, gần như không có sẹo sau mổ. Đảm bảo tính thẩm mỹ và sự hài lòng của phụ huynh.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp với y văn thì nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy PTNS điều trị các bệnh lý còn OPTM là: An toàn, hiệu quả, ít xâm lấn, có tính thẩm mỹ cao. Thời gian mổ ngắn, thời gian phục hồi sinh hoạt sau mổ sớm giúp rút ngắn thời gian trẻ nằm viện.

VI. KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật nội soi thất OPTM là một kỹ thuật không quá phức tạp nên có thể lựa chọn, triển khai tại các trung tâm y tế có điều kiện về gây mê hồi sức nhi để bổ sung cho phương pháp mổ mở truyền thống. Các phẫu thuật viên nên sử dụng thành thục nhiều phương pháp thất OPTM để có lựa chọn phù hợp với từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Hoa, Phạm Quang Hùng, Vũ Hồng Tuân.** "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn ở trẻ em có sử dụng kim xuyên qua da tự chế= The results of endoscopic treatment of inguinal hernia in children with homemade percutaneous needles", Tạp chí Y học Việt nam. (2022), 510(1), tr. 245-249.
2. **Trần Văn Kiên và các cộng sự.** "10. 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", Tạp chí Nghiên cứu Y học. (2022), 159(11), tr. 83-91.
3. **Nguyễn Đình Liên.** Nghiên cứu phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị một số bệnh do còn ống phúc tinh mạc ở trẻ em, Luận án Tiến sỹ, Đại Học Y Hà Nội. (2021)
4. **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 y học TP Hồ Chí Minh. (2013), 11, tr. 68-73.
5. **Phạm Ngọc Thạch và cộng sự.** "Nghiên cứu tiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc so với kỹ thuật mổ mở điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em, Tạp chí y học Việt Nam. (2022), 519(Số chuyên đề), tr. 283-289.
6. **C. Esposito, St Peter, S. D., Escolino, M et al.** "Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in pediatric patients: a systematic review", Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. Part A (2014), 24, tr. 811-818.
7. **Raveenthiran V và Agarwal P.** "Choice of Repairing Inguinal Hernia in Children: Open Versus Laparoscopy", Indian J Pediatr. (2017), 84(7), tr. 555-563.
8. **Zhang Y, Chao M và et al.** "Does the laparoscopic treatment of paediatric hydroceles represent a better alternative to the traditional open repair technique? A retrospective study of 1332 surgeries performed at two centres in China", Hernia. (2018), 22(4), tr. 661-669.