

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

NGUYỄN ĐOÀN VĂN PHÚ

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG ĐIỀU TRỊ PHẪU
THUẬT THOÁT VỊ BỆN BẰNG TẮM LƯỚI
NHÂN TẠO CÓ NÚT (MESH-PLUG)**

Chuyên ngành : Ngoại tiêu hoá

Mã số : 62.72.01.25

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Huế - 2015

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y
DƯỢC HUẾ - ĐẠI HỌC HUẾ

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. LÊ LỘC

Phản biện 1: GS.TS. PHẠM VĂN LĨNH – Trường Đại học
Y Dược Cần Thơ.

Phản biện 2: PGS. TS HOÀNG CÔNG ĐẮC – Bệnh viện E
Hà Nội.

Phản biện 3: PGS.TS. PHẠM ANH VŨ – Trường Đại học Y
Dược – ĐHH.

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Đại học Huế
họp tại Hội trường bảo vệ luận án – Đại học Huế, Số 3 Lê Lợi – Huế
vào hồi 08 giờ ngày 12 tháng 12 năm 2015.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện quốc gia
2. Thư viện trường Đại học Y Dược Huế

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tính cấp thiết của đề tài

Hiện nay, mổ thoát vị bẹn vẫn còn là một vấn đề đang được các nhà Ngoại khoa quan tâm. Bằng chứng hơn 130 năm qua, dựa vào kỹ thuật mổ của Bassini đã có hơn 100 loại phẫu thuật cải biên khác của nhiều tác giả được áp dụng trên khắp thế giới nhằm mục đích chọn ra được một phương pháp tối ưu mang lại kết quả điều trị tốt nhất

Các phẫu thuật tái tạo thành bụng để điều trị thoát vị bẹn có sử dụng cấu trúc giải phẫu là phương pháp xuất hiện và phổ biến rộng rãi đầu tiên trong lịch sử. Tuy nhiên, các loại phẫu thuật sử dụng cấu trúc giải phẫu này vẫn còn gặp không ít khó khăn trong những trường hợp thoát vị bẹn mà cấu trúc các thành của ống bẹn bị phá hủy, hư hại và biến đổi nhiều. Hơn thế nữa, sức căng của đường khâu gây đau kéo dài sau mổ và đôi khi gây ra sự thiếu máu làm các tổ chức liền không tốt có thể dẫn tới nguy cơ tái phát.

Để loại bỏ sự căng của đường khâu tái tạo thành bụng bằng mô tự thân một cách có hiệu quả người ta dùng tấm lưới nhân tạo vá vào chỗ yếu của thành sau ống bẹn. Vì vậy, người ta chấp nhận sử dụng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn, đây là phẫu thuật không tạo nên sức căng của các cấu trúc thành ống bẹn. Năm 1965, Rives sau đó là Détrie rồi Stoppa, Rotkow, Robbins đã tiến hành mổ thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo cho kết quả tỉ lệ tái phát thấp: kỹ thuật Stoppa, kỹ thuật Rives (1,6%), kỹ thuật Lichtenstein (<1%). Năm 1989, Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. và Montlor M.M. đã dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) để tái tạo sự khiếm khuyết của sàn ống bẹn. Sau đó lần lượt Gilbert năm 1992, Rutkow và Robbins năm 1993, đã áp dụng kỹ thuật này thường quy vì có nhiều ưu điểm nổi bật.

Phương pháp phẫu thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) ở Việt Nam hiện còn mới mẻ, chưa được áp dụng một cách rộng rãi. Tuy nhiên, với nhiều ưu điểm như các tác giả trên thế giới đã ghi nhận, chúng tôi mạnh dạn tiến hành công trình nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật này đối với người Việt Nam. Đồng thời góp phần làm phong phú thêm các phương pháp mổ điều trị thoát vị bẹn ở Việt Nam.

2. Mục tiêu đề tài

- Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định điều trị và đặc điểm phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug).

- Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug).

3. Ý nghĩa thực tiễn và đóng góp của đề tài

Thoát vị bẹn là bệnh thường gặp, điều trị phẫu thuật là chủ yếu, mổ tái tạo thành bụng bằng mô tự thân và tấm lưới nhân tạo. Mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng và có tỉ lệ biến chứng và tái phát nhất định. Trong các phương pháp tái tạo thành bụng không căng, kỹ thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) được đánh giá tốt. Do đó, việc tiến hành nghiên cứu và đánh giá kết quả điều trị phương pháp phẫu thuật này là cần thiết.

Nghiên cứu cho thấy: một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý thoát vị bẹn giúp phát hiện bệnh sớm, chọn lựa phương pháp điều trị hợp lý mang lại kết quả tốt.

Kết quả nghiên cứu đánh giá được ưu điểm của kỹ thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút. Biến chứng: tụ dịch 2,7%, tụ máu 0%, nhiễm trùng vết mổ 0%, tỉ lệ tái phát 1,2%. Kết quả phẫu thuật thành công là đóng góp rất có giá trị khi tiến hành dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) để điều trị bệnh nhân bị thoát vị bẹn.

4. Cấu trúc luận án

Luận án được trình bày trong 125 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục)

Luận án được chia ra:

+ Đặt vấn đề 2 trang

+ Chương 1: Tổng quan tài liệu 36 trang

+ Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 21 trang

+ Chương 3: Kết quả nghiên cứu 23 trang

+ Chương 4: Bàn luận 41 trang

+ Kết luận 2 trang

Luận án gồm 33 bảng, 10 biểu đồ, và 123 tài liệu tham khảo trong đó có 26 tài liệu tiếng Việt, 88 tài liệu tiếng Anh, 9 tài liệu tiếng Pháp.

Phụ lục gồm các công trình nghiên cứu, tài liệu tham khảo, một số hình ảnh minh họa, phiếu nghiên cứu, danh sách bệnh nhân.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. LỊCH SỬ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH TRÊN THỂ GIỚI

1.1.1. Lịch sử điều trị thoát vị bẹn bằng mô tự thân

1.1.2. Lịch sử điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo

Lịch sử điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo mô mỡ.

Lịch sử điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo mô nội soi.

1.2. PHÔI THAI HỌC VÀ GIẢI PHẪU HỌC

1.2.1. Phôi thai học

Khi tinh hoàn xuống bìu, một túi phôi mạc song song đi cùng và tạo nên ống phúc tinh mạc. Ống phúc tinh mạc về sau bít tắc ở đoạn trong thừng tinh tạo nên dây chằng phúc tinh mạc (dây chằng Cloquet) ngăn cách ổ phúc mạc ở trên và ổ tinh mạc ở dưới.

1.2.2. Giải phẫu học ống bẹn

Ống bẹn là khe nằm giữa các lớp của thành bụng, dài từ 4 - 6 cm, gồm bốn thành: trước, trên, sau, dưới ống bẹn và hai lỗ bẹn sâu, và lỗ bẹn nông. Dây chằng bẹn, dây chằng gian hố, dây chằng lược, dải chậu mu, liềm bẹn.

1.3. NGUYÊN NHÂN ĐƯA ĐẾN BỆNH LÝ THOÁT VỊ BỆNH

Thoát vị bẹn, có hai nguyên nhân chính: bẩm sinh và mắc phải.

1.3.1. Nguyên nhân bẩm sinh

Nguyên nhân đưa đến thoát vị bẹn gián tiếp ở trẻ em là do tồn tại của ống phúc tinh mạc sau khi sinh.

1.3.2. Nguyên nhân mắc phải

- Sự gắng sức liên quan đến bệnh lý thoát vị bẹn.
- Các bệnh lý trong ổ bụng đưa đến bệnh lý thoát vị bẹn.
- Thoát vị bẹn: ở bệnh nhân sau mổ cắt ruột thừa mở...
- Yếu tố di truyền, yếu tố dịch tể học và yếu tố mô bệnh học.

1.4. LÂM SÀNG, PHÂN LOẠI, BIẾN CHỨNG THOÁT VỊ BỆNH

1.4.1. Lâm sàng thoát vị bẹn

Khai thác bệnh sử và khám kỹ lâm sàng là hai phương thức tốt nhất để chẩn đoán thoát vị bẹn.

1.4.2. Phân loại thoát vị bẹn

- Thoát vị bẹn được phân loại theo vị trí (thoát vị gián tiếp, trực tiếp hoặc phối hợp); theo nguyên nhân (bẩm sinh, mắc phải); theo giai đoạn (đẩy lên được hay không); theo mối tương quan với phúc mạc (thoát vị trước phúc mạc, kể, trượt).

- Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus và Champault (1996): loại I, II, IIIA, IIIB, IIIC, IVA, IVB, IVC và IVD.

1.4.3. Biểu chứng thoát vị bẹn

Nghẽn ruột, tắc ruột và nghẹt ruột.

1.5. SIÊU ÂM, CHỤP CẮT LỚP VÀ CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ VÙNG BÊN-BÌU

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp xác định về mặt chẩn đoán, đánh giá mức độ và thành phần chứa đựng trong túi thoát vị.

1.6. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BÊN Ở NGƯỜI LỚN

1.6.1. Điều trị bảo tồn bằng cách đeo băng treo (Truss)

1.6.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:

Theo Lenilman và Roslin: “Kết quả trở nên mỹ mãn khi chọn đúng thời điểm và áp dụng đúng kỹ thuật mổ trong bệnh lý thoát vị bẹn...” và “cần tránh mổ cấp cứu thoát vị bẹn nếu được”.

- Nguyên tắc phẫu thuật thoát vị bẹn

Bóc tách cẩn thận, cột, cắt cao cô túi thoát vị tránh làm tổn thương các cơ quan lân cận. Phục hồi thành bụng dựa theo 2 phương pháp chính: không phục hồi thành sau ống bẹn và có phục hồi thành sau ống bẹn. Tăng cường sự vững chắc của các thành ống bẹn bằng cách đặt tấm nhân tạo (Mesh, Plug...).

- Các phương pháp phẫu thuật mở

+ Dùng mô tự thân để tái tạo thành bụng trong điều trị thoát vị bẹn: phương pháp Bassini, Shouldice, Mc-Vay...

+ Phẫu thuật mở đặt tấm lưới nhân tạo: Phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo của Lichtenstein, Mesh-Plug của Rutkow và Robbins...

+ Phẫu thuật nội soi: đặt tấm lưới xuyên qua ổ bụng ngoài phúc mạc, trong phúc mạc, và hoàn toàn ngoài phúc mạc.

1.6.3. Yêu cầu kỹ thuật của một tấm lưới nhân tạo

Một tấm lưới nhân tạo lý tưởng như: không bị biến đổi về mặt vật lý học bởi dịch mô, trở về mặt hoá học, không gây phản ứng loại bỏ tấm lưới, chịu đựng được lực căng cơ học...

1.7. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BÊN

1.7.1. Tai biến trong khi phẫu thuật

Tổn thương: thần kinh chậu bẹn-chậu hạ vị, ống dẫn tinh, tạng trong túi thoát vị, bàng quang, bó mạch thượng vị dưới...

1.7.2. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Chảy máu hoặc tụ máu vết mổ, tụ máu vùng bẹn-bìu, tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, bí tiểu, tiểu khó.

1.7.3. Biến chứng muộn

Thoát vị tái phát, đau mạn tính sau mổ, teo tinh hoàn, sa tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn, rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu.

1.7.4. Biến chứng do tấm lưới

Tấm lưới di chuyển, nhiễm khuẩn tấm lưới, tấm lưới gây thủng nội tạng.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Gồm 135 bệnh nhân với 149 trường hợp chẩn đoán xác định thoát vị bẹn và được tiến hành phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) tại hai Bệnh viện: Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế.

Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 11 năm 2011 đến tháng 10 năm 2014. Các bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 11 năm 2011 đến tháng 8 năm 2014.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân nam, tuổi từ 18 tuổi trở lên; thoát vị bẹn lần đầu một bên hoặc hai bên; thoát vị bẹn thể trực tiếp, gián tiếp, phối hợp và tái phát. Được phẫu thuật theo chương trình. ASA ≤ III.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Thoát vị bẹn nghẹt; các bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng kèm theo; các bệnh nhân bị tăng áp lực ổ bụng thường xuyên.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Là một nghiên cứu lâm sàng mô tả, tiền cứu, có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

- Ứng dụng công thức tính cỡ mẫu như sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{P \times (1 - P)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân tối thiểu. P: tỉ lệ tái phát, dựa theo y văn, chúng tôi chọn P=3%. α : mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Δ : khoảng sai lệch mong muốn, chọn $\Delta=0,03$.

Thay vào công thức, tính ra chúng tôi được $n \geq 124$ bệnh nhân.

2.2.1. Nghiên cứu đặc điểm chung bệnh nhân thoát vị bẹn

Mỗi bệnh nhân được ghi nhận: tuổi; địa dư; nghề nghiệp; lý do vào viện; thời gian mắc bệnh tính từ khi có triệu chứng của thoát vị cho đến lúc mổ. Trọng lượng cơ thể: dựa vào chỉ số BMI.

2.2.2. Nghiên cứu tiền sử của bệnh nhân thoát vị bẹn

- Tiền sử nội khoa: tim mạch; hô hấp; tăng áp lực ổ bụng...
- Tiền sử ngoại khoa: Mổ thoát vị bẹn; mổ u xơ tiền liệt tuyến; mổ mở cắt ruột thừa viêm; mổ bụng đường giữa trên rốn...

2.2.3. Nghiên cứu lâm sàng thoát vị bẹn

Để hoàn thiện cách phân loại thoát vị bẹn, chúng tôi dựa theo phân loại của Nyhus: loại II; IIIA, IIIB, IIIC; loại IVA; IVB.

2.2.4. Nghiên cứu cận lâm sàng thoát vị bẹn

Kiểm tra chức năng tim mạch; chức năng hô hấp; các xét nghiệm tiền phẫu thường quy; siêu âm vùng bẹn-bìu.

2.2.5. Phân độ sức khỏe bệnh nhân theo ASA

2.2.6. Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo có nút trong phẫu thuật thoát vị bẹn

Tấm lưới nhân tạo có nút được sử dụng cho bệnh nhân theo phân loại của Nyhus là bệnh nhân: loại II, IIIA, IIIB, IVA và IVB.

- Kích cỡ tấm lưới nhân tạo có nút : chúng tôi thông nhất với các tác giả nếu đường kính <2 cm sử dụng cỡ nhỏ, đường kính 2- <3 cm sử dụng cỡ vừa, đường kính 3- <4 cm sử dụng cỡ lớn.

2.2.7. Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

2.2.7.1. Kỹ thuật mổ đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

Thì 1.

Bước 1. Đường mổ: Rạch da song song với dây chằng bẹn dài 2-6cm.

Bước 2. Rạch cân cơ chéo bụng ngoài từ lỗ bẹn nông đến lỗ bẹn sâu. Bóc tách và bảo tồn thần kinh chậu-bẹn, chậu-hạ vị.

Bước 3. Rạch dọc thừng tinh tìm túi thoát vị.

Bước 4:

- **Đối với loại thoát vị gián tiếp:** Bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu. Đo kích thước lỗ bẹn sâu, lộn túi vào khoang phúc mạc.

Thì 2. Đặt tấm nhân tạo có nút (Plug)

Plug được đặt theo trục của túi thoát vị để bít kín hoàn toàn lỗ bẹn sâu. Plug được cố định vào cơ bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0 ở vị trí 12giờ, 3giờ, 6giờ và 9giờ.

Thì 3. Đặt tấm lưới phẳng

Đặt vào thành sau ống bẹn sau từng tình. Khâu cố định một mũi chỉ phía 2 cánh. Với những trường hợp thành sau ống bẹn yếu nên khâu cố định chu vi của tấm nhân tạo bằng những mũi chỉ rời.

Thì 4. Khâu cân cơ chéo bụng ngoài và khâu da.

- **Đối với thoát vị loại trực tiếp:** mạc ngang được cắt theo chu vi của túi thoát vị để lộ lớp mỡ trước phúc mạc. Đặt Plug, khâu cố định Plug bằng 4 mũi chỉ như trên. Sau đó đặt tấm lưới phẳng.

Khâu cân cơ chéo bụng ngoài và khâu da.

2.2.7.2. Thời gian phẫu thuật: được tính bằng phút (<30 phút, 30-50 phút, 51-70 phút).

2.2.8. Phương pháp đánh giá kết quả nghiên cứu

2.2.8.1. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Đề thông nhất cách đánh giá kết quả trước mắt và kết quả lâu dài chúng tôi đã dựa vào cách đánh giá của các tác giả trong nước như: Bùi Đức Phú, Nguyễn Lương Tấn, Tạ Xuân Sơn, Khương Thiện Văn, Nguyễn Văn Liễu.

2.2.8.2. Theo dõi và kết quả sớm

Tất cả 135 bệnh nhân với 149 trường hợp được mổ thoát vị bẹn từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 8 năm 2014. Chúng tôi ghi nhận những tai biến và biến chứng do gây mê, do kỹ thuật mổ: chảy máu do làm thương tổn các nhánh động mạch bì, bó mạch thượng vị dưới...; tổn thương các dây thần kinh: chậu bẹn, chậu hạ vị...; tổn thương các tạng thoát vị; tụ máu vết mổ; nhiễm trùng vết mổ và tử vong do các nguyên nhân khác nhau.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Tốt: không có tai biến và biến chứng trong khi phẫu thuật. Trong thời gian hậu phẫu sưng bìu nhẹ không cần điều trị kháng viêm; đau vết mổ nhẹ không cần dùng thuốc giảm đau sau 24 giờ.

- Khá: sưng bìu và tình hoàn đòi hỏi phải điều trị kháng viêm, đau nhiều vết mổ phải dùng thuốc giảm đau 2,3 ngày.

- Trung bình: tụ máu vùng bìu, nhiễm trùng vết mổ.

- Kém: tử vong.

2.2.8.3. Đánh giá đau sau mổ

Dựa vào thước đo cảm giác đau và mô tả đau của bệnh nhân.

2.2.8.4. Thời gian dùng thuốc giảm đau dạng tiêm sau phẫu thuật: được tính bằng ngày (1 ngày, 2 ngày, 3 ngày và 4 ngày)

2.2.8.5. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật: được tính bằng giờ (12-24 giờ, >24-48 giờ, >48-72 giờ).

2.2.8.6. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau phẫu thuật: chúng tôi tính thời gian từ khi kết thúc cuộc mổ cho đến khi bệnh nhân tự đứng dậy, đi lại được không cần người trợ giúp.

2.2.8.7. Thời gian sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật: được tính bằng ngày (2-3 ngày, 4-5 ngày và 6 ngày).

2.2.8.8. Theo dõi và lấy kết quả trung hạn và dài hạn

- **Cách theo dõi:**

Tiến hành theo dõi bằng 3 cách: 1) Điện thoại trực tiếp 2) Gửi thư mời đến tái khám 3) Yêu cầu trả lời các câu hỏi của phiếu theo dõi. Các vấn đề cần được đánh giá qua theo dõi:

+ Tái phát; nhiễm trùng vết mổ kéo dài; đau vết mổ kéo dài; sa tinh hoàn; rối loạn sự phóng tinh...

+ Khảo sát hình ảnh học bằng siêu âm, chụp cộng hưởng từ.

- **Tiêu chuẩn đánh giá:**

+ Tốt: không có biến chứng.

+ Khá: không tái phát nhưng có kèm theo đau, tê vùng bẹn bìu, sa tinh hoàn.

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

+ Kém: tái phát.

2.2.8.9. Khảo sát hình ảnh học của vùng bẹn sau khi đặt tấm lưới nhân tạo qua siêu âm và cộng hưởng từ

- **Khảo sát hình ảnh học vùng bẹn qua siêu âm:**

Mục đích của siêu âm sau phẫu thuật nhằm phát hiện: tụ máu, tụ dịch sau mổ, thoát vị tái phát, tấm lưới nằm đúng vị trí hay di lệch, mô bao phủ tấm lưới dày hay mỏng.

- **Khảo sát hình ảnh học vùng bẹn qua chụp cộng hưởng từ:**

Trên hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy rõ những dấu hiệu giảm tín hiệu T1, tín hiệu trung gian hoặc thấp, tín hiệu ngấm thuốc đối quang từ của tấm nhân tạo Mesh-Plug. Ngoài ra, còn cho phát hiện những tổn thương khác đi kèm hoặc tấm nhân tạo di chuyển.

2.2.9. Phương pháp xử lý số liệu

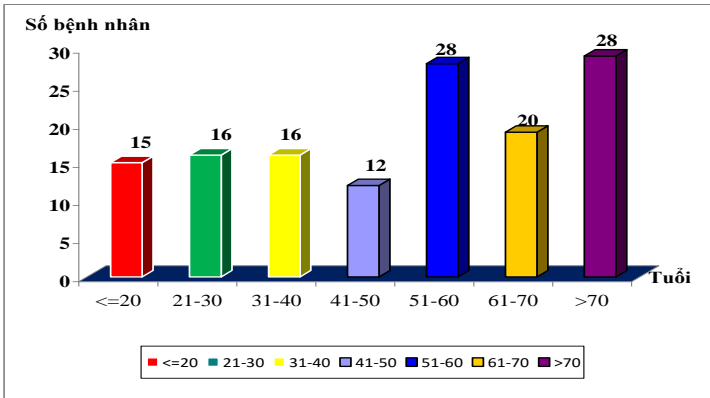
Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên các phần mềm nghiên cứu thống kê y học SPSS 15.0 for Windows.

Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11 năm 2011 đến tháng 8 năm 2014, chúng tôi đã tiến hành trên 135 bệnh nhân nam với 149 phẫu thuật thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug), thu được các kết quả như sau

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

3.1.1. Tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 85 tuổi. Tuổi trung bình $50,3 \pm 20,1$. Từ 51 tuổi đến 85 tuổi có 76 bệnh nhân (56,3%).

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo địa dư

Có 101 bệnh nhân sống ở nông thôn và miền núi chiếm tỉ lệ 74,8% ($P < 0,01$).

3.1.3. Phân bố nghề nghiệp.

Số bệnh nhân lao động nặng và quá tuổi lao động bị thoát vị bẹn chiếm ưu thế với tỉ lệ 80,0% ($P < 0,05$).

3.1.4. Lý do vào viện

Số bệnh nhân vào viện có khối phòng vùng bẹn chiếm tỉ lệ 63,1%. Số bệnh nhân vào viện có khối phòng vùng bẹn – bìu chiếm tỉ lệ 36,9%.

3.1.5. Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi phẫu thuật

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 5 năm chiếm 45,9%. Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 0,3 tháng và dài nhất là 40 năm, trung bình là 3,5 năm (42,6 tháng).

3.1.6. Phân bố theo BMI

Bệnh nhân có thể trạng trung bình là 114 (84,4%) ($P < 0,01$).

3.1.7. Tiền sử bệnh lý nội khoa

Bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ 15,5%. Xét về yếu tố thuận lợi: có 15 bệnh nhân (11,1%). Tiền sử bệnh lý nội khoa chiếm tỉ lệ 26,6%.

3.1.8. Tiền sử phẫu thuật

Tiền sử mổ cắt ruột thừa (đường mổ Mc-Burney) có 7 bệnh nhân (5,2%). Tiền sử mổ mổ thoát vị bẹn bên đối diện có 05 bệnh nhân (3,7%).

3.1.9. Tiền sử mổ thoát vị bẹn bằng các phương pháp

Bệnh nhân có tiền sử mổ thoát vị bẹn không rõ phương pháp chiếm tỉ lệ 75,0%.

3.1.10. Phân độ ASA

Số bệnh nhân có ASA độ I chiếm tỉ lệ cao nhất có 105 trường hợp (77,8%). Số bệnh nhân có ASA độ III chiếm tỉ lệ thấp nhất có 2 trường hợp (1,5%).

3.2. ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VÀ PHÂN LOẠI THOÁT VỊ

3.2.1. Thoát vị bẹn nguyên phát và thoát vị bẹn tái phát

Thoát vị bẹn nguyên phát có 133 bệnh nhân (89,2%). Thoát vị bẹn tái phát có 16 bệnh nhân (10,8 %).

3.2.2. Vị trí thoát vị

Thoát vị bên phải là 75 bệnh nhân (55,5%). Thoát vị bên trái là 46 bệnh nhân (34,1%). Thoát vị hai bên là 14 bệnh nhân (10,4%).

3.2.3. Phân theo thể thoát vị

Thoát vị bẹn thể gián tiếp 109 trường hợp (73,2%). Thoát vị bẹn thể trực tiếp 31 trường hợp (20,8%). Thoát vị bẹn thể phối hợp 9 trường hợp (6,0 %).

3.2.4. Phân loại thoát vị theo Nyhus

Thoát vị bẹn loại IIIA có 25 trường hợp (16,8%). Thoát vị bẹn loại IIIB có 81 trường hợp (54,3%). Thoát vị bẹn loại IVA có 6 trường hợp (4,1%). Thoát vị bẹn loại IVB có 10 trường hợp (6,7%).

3.2.5. Kết quả siêu âm vùng bẹn – bìu

Không có tạng thoát vị 36 trường hợp (24,2%). Có tạng thoát vị 113 trường hợp (75,8%). Ruột non là tạng thường gặp có 78 trường hợp (52,3%).

3.3. ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT

3.3.1. Phương pháp vô cảm (số bệnh nhân)

Gây tê tùy sống có 131 bệnh nhân (97,0%). Gây mê nội khí quản có 4 bệnh nhân (3,0%).

3.3.2. Tạng thoát vị khi phẫu thuật

Không có tạng thoát vị 139 trường hợp chiếm 93,3%. Mạc nối lớn 8 trường hợp chiếm 5,4%. Ruột non 2 trường hợp chiếm 1,3%.

3.3.3. Kích thước lỗ thoát vị (số trường hợp)

Lỗ thoát vị có đường kính nhỏ nhất là 1,2 cm lớn nhất 3,3 cm. Kích thước trung bình của lỗ thoát vị là $2,20 \pm 0,49$ cm.

3.3.4. Kích cỡ tấm lưới có nút (số trường hợp)

Tấm lưới cỡ nhỏ có 30 trường hợp chiếm 20,1%. Tấm lưới cỡ trung bình có 105 trường hợp (70,5%). Tấm lưới cỡ lớn có 14 trường hợp (9,4%).

3.3.5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ thoát vị bẹn từ 30 - 50 phút chiếm ưu thế với 123 trường hợp (82,6%). Thời gian mổ ngắn nhất 20 phút, thời gian mổ dài nhất 62 phút, thời gian mổ trung bình $38,3 \pm 8,7$ phút.

3.3.6. Tai biến trong mổ

Không có tai biến gây mê, không có tai biến xảy ra trong khi phẫu thuật như: tổn thương động mạch thượng vị dưới, tổn thương ống dẫn tinh, tổn thương bàng quang, tổn thương tạng thoát vị...

3.4. DIỄN BIẾN SAU PHẪU THUẬT

3.4.1. Biến chứng vô cảm

Bí tiểu có 5 bệnh nhân chiếm 3,7%. Tiểu khó có 12 bệnh nhân chiếm 8,9%.

3.4.2. Biến chứng sau mổ

Tụ dịch vết mổ 4 trường hợp chiếm 2,7%. Sung vùng bìu (có điều trị kháng viêm) 7 trường hợp chiếm 4,7%.

3.4.3. Thời gian trung tiện sau mổ

- Thời gian trung tiện 12 - 24 giờ có 122 bệnh nhân chiếm 90,4%. Thời gian trung tiện 24 - 48 giờ có 13 bệnh nhân chiếm 9,6%. Không có bệnh nhân có thời gian trung tiện 48 - 72 giờ.

3.4.4. Đánh giá mức độ đau sau mổ

105 bệnh nhân đau nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 77,8%. 5 bệnh nhân đau rất nhẹ 3,7% và 4 bệnh nhân đau nhiều chiếm tỉ lệ thấp nhất 3%.

3.4.5. Thời gian dùng giảm đau sau mổ

Thời gian dùng giảm đau 1 ngày có 38 bệnh nhân (28,1%), giảm đau 4 ngày có 8 bệnh nhân (5,9%). Thoát vị một bên thời gian sử dụng giảm đau ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 4 ngày và trung bình $2,0 \pm 0,8$ ngày. Thoát vị hai bên thời gian sử dụng giảm đau ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 4 ngày và trung bình $2,0 \pm 0,9$ ngày.

3.4.6. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ

- Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân 6 - 12 giờ, có 91 bệnh nhân chiếm ưu thế với tỉ lệ 67,5%. Thoát vị một bên thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân trung bình $10,8 \pm 4,6$ giờ. Thoát vị hai bên thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân trung bình $14,6 \pm 5,0$ giờ.

3.4.7. Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ

Thời gian dùng kháng sinh nhóm 2 - 5 ngày có 121 bệnh nhân (89,6%). Thời gian dùng kháng sinh nhóm ≥ 6 ngày có 14 bệnh nhân (10,4%). Thoát vị một bên thời gian sử dụng kháng sinh trung bình $3,9 \pm 1,1$ ngày. Thoát vị hai bên thời gian sử dụng kháng sinh trung bình $4,0 \pm 1,4$ ngày.

3.4.8. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện từ 2-3 ngày có 49 bệnh nhân (36,3%). Thoát vị một bên thời gian nằm viện ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 8 ngày và trung bình $4,0 \pm 1,2$ ngày. Thoát vị hai bên thời gian nằm viện ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 6 ngày và trung bình $4,2 \pm 1,3$ ngày.

3.4.9. Đánh giá kết quả trong khi mổ và thời kỳ hậu phẫu

135 bệnh nhân với 149 phẫu thuật thoát vị bẹn được đánh giá dựa vào cách đánh giá của các tác giả trong nước có kết quả như sau (bảng 3.1):

Bảng 3.1. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

| Đánh giá sau mổ | Số trường hợp thoát vị bẹn | Tỉ lệ (%) |
|-----------------|----------------------------|------------|
| Tốt | 138 | 92,6 |
| Khá | 7 | 4,7 |
| Trung bình | 4 | 2,7 |
| Kém | 0 | 0 |
| Tổng | 149 | 100 |

Kết quả tốt 138 trường hợp (92,6%), khá 7 trường hợp (4,7%), trung bình 4 trường hợp (2,7%) và không có trường hợp nào kém.

3.5. THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRUNG HẠN, DÀI HẠN

3.5.1. Cách theo dõi và lấy kết quả

28 bệnh nhân theo dõi qua điện thoại (20,7%), 96 bệnh nhân gửi thư mời đến tái khám (71,2%) và 11 bệnh nhân trả lời vào phiếu theo dõi sau đó gửi trả lại cho chúng tôi (8,1%).

3.5.2. Thời gian trở lại hoạt động bình thường

Thời gian trở lại hoạt động 10 - 20 ngày có 75 bệnh nhân chiếm ưu thế với tỉ lệ 55,5%. 21 - 30 ngày có 56 bệnh nhân (41,5%). Sau 30 ngày có 4 bệnh nhân (3,0%). Thoát vị một bên: thời gian trở lại hoạt động sớm nhất 6 ngày, muộn nhất 32 ngày và trung bình $20,2 \pm 5,4$ ngày. Thoát vị hai bên: thời gian trở lại hoạt động sớm nhất 7 ngày, muộn nhất 36 ngày và trung bình $20,9 \pm 5,9$ ngày.

3.5.3. Theo dõi kết quả 1 tháng sau phẫu thuật

135 bệnh nhân với 149 trường hợp thoát vị bẹn được phẫu thuật, theo dõi được 131 bệnh nhân với 145 trường hợp thoát vị bẹn với tỉ lệ theo dõi được là 97,0%. Có kết quả: Tê vùng bẹn – bìu và rối loạn cảm giác vùng trên xương mu có 16 trường hợp chiếm 11,1%.

3.5.4. Đánh giá kết quả 1 tháng sau phẫu thuật (bảng 3.2).

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả 1 tháng sau phẫu thuật

| Đánh giá sau 1 tháng | Số trường hợp thoát vị bẹn theo dõi được | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------|---|------------------|
| Tốt | 129 | 88,9 |
| Khá | 16 | 11,1 |
| Trung bình | 0 | 0 |
| Kém | 0 | 0 |
| Tổng | 145 | 100 |

Tốt có 129 trường hợp chiếm 88,9%, khá có 16 trường hợp chiếm 11,1%, trung bình và kém không có trường hợp nào.

3.5.5. Kết quả hình ảnh học của mô xơ quanh tâm lưới nhân tạo có nút dưới siêu âm và chụp cộng hưởng từ

- *Kết quả hình ảnh học của mô xơ quanh tâm lưới nhân tạo có nút dưới siêu âm*

- Mô xơ quanh tâm lưới phẳng dày 81 trường hợp chiếm 100% không có trường hợp nào mô xơ mỏng.

- Nút nhân tạo nằm đúng vị trí và được tổ chức xơ hóa 81 trường hợp chiếm 100%, không có trường hợp nào bị di lệch nút nhân tạo.



Hình 3.1. Hình ảnh siêu âm nút nhân tạo, tấm lưới nhân tạo. Bệnh nhân: Đinh Văn L., giới: nam, 75 tuổi. Mở ngày 23/3/2013

- *Kết quả hình ảnh học của mô xơ quanh tấm lưới nhân tạo có nút dưới chụp cộng hưởng từ*

Khảo sát quanh tấm lưới nhân tạo của 5 trường hợp điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút. Qua chụp cộng hưởng từ tái khám sau 12 tháng cho kết quả: nút nhân tạo nằm đúng vị trí ở lỗ bẹn sâu. Có nhiều mô xơ ở vùng bẹn phải..

Bệnh nhân Hoàng Ngọc Tr., giới nam, 75 tuổi. Mở ngày 03/9/2012. Tái khám sau 22 tháng.



Hình 3.2. Mặt cắt đứng dọc bệnh nhân Hoàng Ngọc Tr



Hình 3.3. Mặt cắt đứng ngang bệnh nhân Hoàng Ngọc Tr.

3.5.6. Theo dõi kết quả 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng sau phẫu thuật

Với 121 trường hợp được theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng, tỉ lệ theo dõi được là 89,6%. Có 4 trường hợp (3,0%) biểu hiện rối loạn cảm giác vùng bẹn-biú, gốc dương vật và trên xương mu và có 1 trường hợp sa tinh hoàn (0,7%). Với 102 trường hợp được theo dõi

sau phẫu thuật 6 tháng chiếm tỉ lệ 87,9%. Có biểu hiện rối loạn cảm giác vùng bẹn-biւ gốc dương vật và trên xương mu có 1 trường hợp (0,9%) và có 3 trường hợp sa tinh hoàn (2,6%). Với 81 trường hợp được theo dõi phẫu thuật 12 tháng chiếm tỉ lệ 83,5%. Có 3 trường hợp sa tinh hoàn (3,1%) và tái phát có 1 trường hợp (1,2%). Với 59 trường hợp được theo dõi phẫu thuật 18 tháng chiếm tỉ lệ 78,6%. Có 2 trường hợp sa tinh hoàn (2,7%). Với 41 trường hợp được theo dõi phẫu thuật 24 tháng chiếm tỉ lệ 74,5%. Có 1 trường hợp sa tinh hoàn (1,8%). Những biến chứng khác chúng tôi chưa gặp.

3.5.7. Theo dõi những bệnh nhân bị rối loạn cảm giác do làm tổn thương hoặc do chèn ép thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị

Rối loạn cảm giác vùng bẹn-biւ, gốc dương vật và rối loạn cảm giác vùng trên xương mu sau khi mổ đến 3 tháng có 4 trường hợp. 6 tháng có 1 trường hợp. Sau 6 tháng không có trường hợp nào.

3.5.8. Phân tích trường hợp tái phát (bảng 3.3).

Bảng 3.3. Phân tích trường hợp tái phát

| Họ và tên bệnh nhân | Tuổi | Loại thoát vị đã mổ trước đó | Thời gian tái phát | Kỹ thuật mổ lại |
|----------------------------|-------------|--|---------------------------|------------------------|
| Nguyễn H. | 63 | Thoát vị bẹn trái gián tiếp, loại IIIB | 8 tháng | Mesh-Plug |

- Mổ tái phát thoát vị trực tiếp, loại IVA. Trường hợp tái phát có thành sau ống bẹn yếu, mạc ngang thụng nhiều, tổ chức mô lỏng lẻo.

3.5.9. Đánh giá kết quả 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng sau phẫu thuật

Đánh giá kết quả lâu dài sau mổ:

- Đánh giá kết quả 3 tháng sau phẫu thuật: tốt : 95,8%, khá: 4,2%, trung bình và kém không có.

- Đánh giá kết quả 6 tháng sau phẫu thuật: tốt : 97,1%, khá: 2,9%, trung bình và kém không có.

- Đánh giá kết quả 12 tháng sau phẫu thuật: tốt : 95,1%, khá: 3,7%, kém 1,2 % và trung bình không có.

- Đánh giá kết quả 18 tháng sau phẫu thuật: tốt : 96,6%, khá: 3,4%, trung bình và kém không có.

- Đánh giá kết quả 24 tháng sau phẫu thuật: tốt : 97,6%, khá: 2,4%, trung bình và kém không có.

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

4.1.1. Về tuổi

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật 149 trường hợp thoát vị bẹn trên 135 bệnh nhân bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, cho kết quả: tuổi trung bình là $50,3 \pm 20,1$. Nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 85 tuổi. Theo Vương Thừa Đức, Nguyễn Văn Liễu, Khương Thiện Văn cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân thoát vị bẹn tương đương nhau. Điều này cho thấy tuổi càng lớn thì càng dễ mắc bệnh lý thoát vị bẹn.

4.1.2. Địa dư và nghề nghiệp

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân ở nông thôn và miền núi chiếm ưu thế với tỉ lệ 74,8%, số bệnh nhân ở thành phố chỉ chiếm 25,2%. Bệnh nhân lao động nhẹ chỉ chiếm 20%, Số bệnh nhân lao động nặng và quá tuổi lao động chiếm tỉ lệ 80%.

Theo nghiên cứu của Fasik, Salman, và Nguyễn Văn Liễu có kết quả tương tự. Như vậy, bệnh lý thoát vị bẹn liên quan đến công việc nặng nhọc, gắng sức làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh

Theo nghiên cứu này, từ khi phát hiện bệnh đến lúc được điều trị phẫu thuật. Số bệnh nhân mắc bệnh thoát vị bẹn dưới một năm chiếm 38,5%. Từ 1-5 năm chiếm 45,9%. Đặc biệt trên 5 năm chiếm 15,6%. Như vậy, số bệnh nhân từ khi mắc bệnh đến khi được phẫu thuật với thời gian kéo dài trên 1 năm chiếm 61,5%.

Theo Nguyễn Văn Liễu, Trịnh Văn Thảo cho kết quả tương tự. Điều này chứng tỏ xu hướng của bệnh nhân đến khám bệnh để được điều trị sớm chưa được hình thành.

4.1.4. Các bệnh lý nội khoa kèm theo

Với bệnh lý nội khoa kèm theo có 36 trường hợp (26,6%).

Trong 135 bệnh nhân bị thoát vị bẹn chúng tôi đã mổ cho thấy: 4 bệnh nhân bị lao phổi (2,9%) đã được điều trị ổn định, 5 bệnh nhân bị bệnh lý về phế quản (3,7%) và có 6 bệnh nhân bị u xơ tuyến tiền liệt (4,5%) điều trị nội đáp ứng. Như vậy, nếu xét về yếu tố thuận lợi theo công trình của chúng tôi có 15 bệnh nhân (11,1%).

Một số công trình của các tác giả khác như: Nguyễn Văn Liễu, Trịnh Văn Thảo, Bin Tayair, Neumayer... đã đề cập đến tiền sử bệnh lý nội khoa có nguy cơ tạo điều kiện cho thoát vị bẹn dễ xảy ra.

4.1.5. Tiền sử phẫu thuật ngoại khoa

Qua kết quả của công trình này cho thấy: 135 bệnh nhân thoát vị bẹn gồm 20 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật chiếm 14,7%. Trong đó, 7 bệnh nhân (5,2%) mổ ruột thừa đường Mc-Burney và mổ thoát vị bẹn bên đối diện có 5 bệnh nhân (3,7%).

Theo Nguyễn Văn Liễu 27 bệnh nhân đã mổ mở u xơ tiền liệt tuyến (13,04%), 7 bệnh nhân cắt ruột thừa đường mổ Mc-Burney (3,38%), mổ thoát vị bẹn bên đối diện 9 bệnh nhân (4,34%). Tác giả Thomas, cắt ruột thừa mở 11,9%, mổ u xơ tiền liệt tuyến 1,49%.

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.2.1. Thoát vị nguyên phát - tái phát

Theo Salman, thoát vị bẹn nguyên phát 89,5%, thoát vị bẹn tái phát 10,5%. Theo tác giả Fasih, thoát vị bẹn nguyên phát 90,0%, thoát vị bẹn tái phát 10,0%. Với công trình nghiên cứu của tác giả Beltrán, thoát vị bẹn nguyên phát 87,8%, thoát vị bẹn tái phát 12,2%. Với nghiên cứu này đã cho kết quả: thoát vị bẹn nguyên phát 89,2%, thoát vị bẹn tái phát 10,8%. Từ các nghiên cứu trên của các tác giả cho thấy: thoát vị bẹn tái phát thay đổi từ 10,0% - 14,8%.

4.2.2. Vị trí thoát vị

Qua công trình nghiên cứu này cho kết quả: thoát vị bẹn phải 55,5%, thoát vị bẹn trái 34,1%, thoát vị bẹn hai bên 10,4%. Thoát vị một bên chiếm 89,6% và thoát vị hai bên chỉ chiếm tỉ lệ 10,4%. Theo Trịnh Văn Thảo và Khang cũng cho những kết quả tương đương

4.2.3. Phân theo thể thoát vị.

Nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào khám lâm sàng và kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu xếp thành 3 thể như sau: thoát vị bẹn thể gián tiếp, trực tiếp và phối hợp (Bảng 4.1).

Bảng 4.1. Kết quả phân theo thể thoát vị của các tác giả.

| Tác giả | Thoát vị gián tiếp | Thoát vị trực tiếp | Thoát vị phối hợp |
|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Nguyễn Văn Liễu | 68,1% | 22,3% | 9,6% |
| Ngô Việt Tuấn | 70,3% | 24,07% | 5,6% |
| Trịnh Văn Thảo | 72,3% | 25,3% | 2,4% |
| Alam A. et al. | 62,7% | 32,3% | 5% |
| Desarda M. P. | 74% | 25% | 1% |
| Gong K. [59] | 70% | 21% | 8,5% |
| Nghiên cứu này | 73,2% | 20,8% | 6,0% |

Với kết quả của các tác giả ở bảng trên phần nào cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các công trình của các tác giả trong và ngoài nước.

4.2.4. Phân loại thoát vị theo Nyhus

Sự phân loại của Nyhus và Champault chúng tôi thấy phù hợp đối với hoàn cảnh cụ thể ở Việt Nam. Bởi vì, theo công trình nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân thoát vị bẹn 133/149 trường hợp (89,2%) nhập viện để mổ với phân loại theo Nyhus là loại II, IIIA và IIIB. Như vậy, chúng tôi chọn phẫu thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) để mổ cho bệnh nhân thoát vị bẹn với loại II, IIIA, IIIB, IVA và IVB là hoàn toàn phù hợp lý.

4.2.5. Hình ảnh của siêu âm trước mổ

Siêu âm trước mổ giúp ích nhiều trong chẩn đoán phân biệt, hoặc giúp phát hiện các bệnh lý kèm theo. Ngoài ra, trong thoát vị bẹn, trên siêu âm có thể thấy hình ảnh của tạng trong túi thoát vị. Nghiên cứu này, với 149 trường hợp thoát vị bẹn được siêu âm trước mổ cho kết quả: không có tạng thoát vị 36 trường hợp (24,2%). Có tạng thoát vị 113 trường hợp (75,8%).

4.3. VỀ PHÂN ĐỘ ASA VÀ PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

4.3.1. Về phân độ ASA

Phân độ ASA theo kết quả nghiên cứu của các tác giả như sau: Tác giả Dalenbäck, độ I: 85,3%, độ II: 14,1%, độ III: 0,6%. Tác giả Bringman, độ I: 80,8%, độ II: 17,5%, độ III: 1,7%.

Theo công trình nghiên cứu của chúng tôi, có kết quả như sau: phân độ ASA: độ I 77,8%, độ II 20,7% và độ III 1,5%. Như vậy, các công trình nghiên cứu trên, chọn bệnh nhân theo phân độ ASA, độ I và độ II chiếm ưu thế.

4.3.2. Về phương pháp vô cảm

Vấn đề gây tê vùng (tê tuỷ sống hoặc tê ngoài màng cứng), cũng được các chuyên gia trong lĩnh vực mổ thoát vị bẹn đề cập đến.

Ở Việt Nam, dạng giảm đau thông dụng được áp dụng là gây tê tuỷ sống. Theo Ngô Việt Tuấn, Vương Thừa Đức chủ trương sử dụng gây tê tuỷ sống để phẫu thuật thoát vị bẹn. Công trình của chúng tôi số bệnh nhân gây tê tuỷ sống là 131 chiếm 97,0%, số bệnh nhân gây mê nội khí quản là 04 bệnh nhân chiếm 3,0%.

4.4. KÍCH THƯỚC, KỸ THUẬT, CHỈ ĐỊNH ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO CÓ NÚT (MESH-PLUG) Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ BỆN

4.4.1. Kích thước và tấm lưới nhân tạo Premilene Mesh-Plug của hãng B/BRAUN

4.4.1.1. Xác định kích thước và chuẩn bị tấm lưới nhân tạo có nút Premilene Mesh-Plug

Theo Lichtenstein, Rutkow, Robbin, Salman, Fasih. Tùy theo đường kính đo được để sử dụng kích cỡ nút. Nguyên tắc khi đặt tấm lưới nút nhân tạo bắt buộc phải chọn nút có kích thước phù hợp để che phủ và tạo nên nút chặn tại lỗ bẹn sâu. Khi đặt tấm lưới nhân tạo phẳng cần có kích thước đủ rộng để che phủ thành sau ống bẹn.

4.4.1.2. Sử dụng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn

Hiện nay, kỹ thuật đặt tấm lưới theo Rutkow và Robbins sử dụng tốt cho thoát vị gián tiếp, trực tiếp, phối hợp và tái phát. Nghiên cứu này, chúng tôi chỉ sử dụng một loại tấm lưới nhân tạo có nút Premilene Mesh-Plug của hãng B/Braun cho 149 trường hợp với: tấm lưới cỡ nhỏ có 30 trường hợp chiếm 20,1%, tấm lưới cỡ trung bình có 105 trường hợp chiếm 70,5%, tấm lưới cỡ lớn có 14 trường hợp chiếm 9,4% và cỡ cực lớn không có trường hợp nào. Kết quả này phù hợp với Robbin, Salman.

4.4.2. Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

Với kỹ thuật này không phức tạp, dễ thực hiện, thời gian huấn luyện ngắn.

- Kỹ thuật cố định tấm lưới nút: sau khi bóc tách túi thoát vị gián tiếp tới lỗ bẹn sâu, lộn ngược túi thoát vị vào khoang trước phúc mạc và đặt tấm lưới nhân tạo có nút vào chỗ khiếm khuyết. Cố định tấm lưới bằng 4 mũi chỉ khâu ở 4 vị trí: 3, 6, 9 và 12 giờ. Đối với thoát vị trực tiếp cần chú ý mũi ngoài cố định tấm lưới với dây chằng bẹn, mũi phía dưới lấy bờ của tấm lưới khâu với dây chằng lược.

- Kỹ thuật cố định tấm lưới phẳng: tấm lưới phẳng được đặt vào thành sau ống bẹn sau thừng tinh. Khâu dính một mũi chỉ ở phía 2 cánh để ôm chặt thừng tinh.

4.4.3. Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

Trong nghiên cứu này, chỉ định phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) để điều trị: thoát vị bẹn lần đầu một bên; thoát vị bẹn lần đầu hai bên và thoát vị bẹn tái phát.

Tương ứng với phân loại của Nyhus, lỗ bẹn sâu dẫn và có cấu trúc thành sau ống bẹn yếu, tổ chức mạc ngang lỏng lẻo: loại II, IIIA, IIIB, IVA và độ IVB.

4.5. CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN TRONG PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỆN

4.5.1. Thời gian phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, thời gian mổ thoát vị bẹn từ 30 - 50 phút chiếm ưu thế với 123 trường hợp chiếm tỉ lệ 82,6%. Thời gian mổ ngắn nhất 20 phút, thời gian mổ dài nhất 62 phút, thời gian mổ trung bình $38,3 \pm 8,7$ phút. Theo Bringman thời gian mổ ngắn nhất 19 phút, dài nhất 88 phút, thời gian mổ trung bình 36 phút. Theo Saad thời gian mổ ngắn nhất 21 phút, mổ dài nhất 95 phút, thời gian mổ trung bình 38 phút. Như vậy, thời gian mổ của chúng tôi so với các tác giả trên gần tương đương nhau.

4.5.2. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ

Nghiên cứu này, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ từ 6 - 12 giờ (67,5%), từ 13 - 18 giờ (22,9%), 19 - 24 giờ (9,6%), sau 24 giờ (0%). Thoát vị một bên trung bình $10,8 \pm 4,6$ giờ, thoát vị hai bên trung bình $14,6 \pm 5,0$ giờ. Nghiên cứu của Vương Thừa Đức, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ <12 giờ (26%), từ 12 giờ đến 24 giờ (73%), >24 giờ (0%). Trung bình là 16,4 giờ.

Kết quả này cho thấy thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân trong nghiên cứu này có phần nào sớm hơn tác giả Vương Thừa Đức.

4.5.3. Thời gian nằm viện

Với nghiên cứu này, thoát vị bẹn một bên, thời gian nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 8 ngày, trung bình là $4,0 \pm 1,2$ ngày. Thoát vị bẹn hai bên, thời gian nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 6 ngày, trung bình là $4,2 \pm 1,3$ ngày. Theo Miyazaki so sánh thời gian nằm viện của phương pháp Mesh-Plug là $4,3 \pm 2,7$ ngày và phương pháp Bassini là $8,2 \pm 2,0$ ngày. Theo Zieren, bệnh nhân mổ theo phương pháp Mesh-Plug có thời gian nằm viện 2 ± 1 ngày và theo phương pháp Shouldice có thời gian nằm viện 4 ± 2 ngày. Với kết quả của các nghiên cứu trên, chúng tôi thấy thời gian nằm viện của kỹ thuật sử dụng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) có thời gian nằm viện ngắn hơn kỹ thuật sử dụng mô tự thân.

4.5.4. Thời gian trở lại hoạt động bình thường

Nghiên cứu này, thời gian trở lại hoạt động bình thường từ 10 - 20 ngày có 75 bệnh nhân (55,5%). Thời gian trở lại trở lại hoạt động bình

thường từ 21 - 30 ngày có 56 bệnh nhân (41,5%). Thời gian trở lại trở lại hoạt động bình thường sau 30 ngày có 4 bệnh nhân (3,0%). Với công trình của Saad, Zieren cho thấy điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật mở đặt tấm lưới nhân tạo bệnh nhân có thời gian trở lại lao động bình thường sớm hơn loại phẫu thuật tái tạo thành bụng bằng mô tự thân.

4.6. ĐÁNH GIÁ ĐAU THỜI KỲ HẬU PHẪU VÀ ĐAU KÉO DÀI SAU PHẪU THUẬT

4.6.1. Đánh giá đau thời kỳ hậu phẫu

Qua công trình này, chúng tôi đánh giá đau trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm nhân tạo có nút với 135 bệnh nhân cho kết quả như sau: đau rất nhẹ 5 bệnh nhân (3,7%), đau nhẹ 101 bệnh nhân (77,8%), đau vừa 21 bệnh nhân (15,5%), đau nhiều 4 bệnh nhân (3,0%), và đau rất nhiều 0 bệnh nhân (0%). Theo nghiên cứu của Salman, của Fasih cho kết quả tương tự. Như vậy, điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật đặt tấm nhân tạo có nút ít đau sau mổ hơn dùng mô tự thân.

4.6.2. Đau, tê vùng bẹn-bìu, gốc dương vật và rối loạn cảm giác vùng trên xương mu kéo dài sau phẫu thuật

4.6.2.1. Tỷ lệ đau kéo dài của các tác giả

Nghiên cứu của Salman và Pavlidis bệnh nhân đau kéo dài sau phẫu thuật đặt tấm nhân tạo có nút có tỉ lệ từ 0,9%-1,2%. Trong nghiên cứu này chưa gặp bệnh nhân nào đau kéo dài sau mổ.

4.6.2.2. Rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu, gốc dương vật và vùng trên xương mu do tổn thương dây thần kinh chậu-bẹn, chậu-hạ vị

135 bệnh nhân với 149 phẫu thuật thoát vị bẹn đã được theo dõi tái khám sau 1 tháng được 131 bệnh nhân với 145 trường hợp thoát vị bẹn có 16 trường hợp rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu, gốc dương vật và vùng trên xương mu (11,1%). Tái khám 6 tháng chỉ còn 1 trường hợp và tái khám sau 1 năm chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào. Điều này, đã được Nyhus giải thích với những trường hợp sau mổ có rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu gây khó chịu cho bệnh nhân. Nhưng sau đó vài tháng, những cảm giác khó chịu không còn. Mặc dù, số bệnh nhân đó không được điều trị gì.

4.7. Vấn đề tái phát.

Trong điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật. Vấn đề tái phát được xem như là biến chứng hàng đầu.

Qua công trình này, chúng tôi tái khám 86 trường hợp được theo dõi sau mổ 08 tháng chúng tôi gặp 1 trường hợp tái phát (1,2%). Tháng 4 năm 2011 Salman A. H. đã tổng hợp nhiều công trình khác nhau của nhiều tác giả trên thế giới về thời gian theo dõi cũng như tỉ lệ tái phát ở bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) (bảng 4.2).

Bảng 4.2. Tỉ lệ tái phát ở bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

| Tác giả | Năm | Số trường hợp | Thời gian theo dõi | Tỉ lệ tái phát |
|-------------------|------|---------------|--------------------|----------------|
| Isemer F.E.et al. | 2004 | 766 | 1 – 6 năm | 1,8% |
| Bringman S. | 2003 | 104 | 1 – 5 năm | 1,9% |
| Nienhuijs S.W. | 2004 | 113 | 1 – 5 năm | 0,9% |
| Gra A. | 2000 | 1573 | 1 – 4 năm | 1,4% |
| Sing B. Et al. | 2003 | 50 | 1 – 2 năm | 0% |
| Yermouk A. | 2009 | 62 | 1 – 3 năm | 0% |

Tỉ lệ tái phát còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Trong đó, cơ sở phẫu thuật và đội ngũ phẫu thuật viên được nhiều tác giả đề cập tới nhiều hơn hết.

4.8. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRƯỚC MẮT VÀ LÂU DÀI

4.8.1. Kết quả trước mắt

Với kết quả nghiên cứu này, chúng tôi có: xếp loại tốt 138 trường hợp (92,6%), khá có 7 trường hợp (4,7%), trung bình có 4 trường hợp (2,7%) và không có trường hợp kém. Vậy, với cách đánh giá kết quả trước mắt loại tốt và khá có 145 trường hợp (97,3%).

4.8.2. Kết quả trung hạn và dài hạn

Qua 135 bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn với 149 lần mổ bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế với thời gian tái khám sau mổ 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng chúng tôi có kết quả: đánh giá kết quả 3 tháng sau phẫu thuật: tốt : 95,8%, khá: 4,2%, trung bình và kém không có. Đánh giá kết quả 6 tháng sau phẫu thuật: tốt : 97,1%, khá: 2,9%, trung bình và kém không có. Đánh giá kết quả 12 tháng sau phẫu thuật: tốt : 95,1%, khá: 3,7%, kém 1,2 % và trung bình không có. Đánh giá kết quả 18 tháng sau phẫu thuật: tốt : 96,6%, khá: 3,4%, trung bình và kém không có. Đánh giá kết quả 24 tháng sau phẫu thuật: tốt : 97,6%, khá: 2,4%, trung bình và kém không có.

Phải chăng đây là một kết quả bước đầu khá khả quan.

KẾT LUẬN

Qua công trình nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật điều trị bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) cho 135 bệnh nhân với 149 phẫu thuật thoát vị bẹn, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

1. Bệnh thoát vị bẹn gặp ở lứa tuổi trung bình $50,3 \pm 20,1$ tuổi. Sống ở nông thôn và miền núi chiếm tỉ lệ 74,8% ($P < 0,01$). Lao động nặng và quá tuổi lao động chiếm 80,0%. Số bệnh nhân vào viện với khối phòng vùng bẹn chiếm tỉ lệ 63,1%. Thời gian mắc bệnh đến khi được phẫu thuật trung bình là 3,5 năm (42,6 tháng), từ 1 năm đến 5 năm chiếm 45,9%. Điều này cho thấy bệnh nhân thoát vị bẹn đến khám bệnh để được điều trị phẫu thuật còn muộn. Phân bố theo BMI bệnh nhân có thể trạng trung bình chiếm ưu thế 84,4%. Xét về yếu tố thuận lợi các bệnh lý có liên quan với bệnh thoát vị bẹn chiếm (11,1%). Siêu âm túi thoát vị có chứa tạng thoát vị là 75,8%, trong đó ruột non chiếm ưu thế 52,3%.

- Vị trí, phân loại, phân độ, chỉ định

+ Thoát vị bên phải 55,5%, thoát vị bên trái 34,1%, thoát vị hai bên 10,4%.

+ Thoát vị bẹn thể gián tiếp 73,2%, thoát vị bẹn thể trực tiếp 20,8%, thoát vị bẹn thể phối hợp 6,0%.

+ Phân loại thoát vị theo Nyhus: loại II có 27 trường hợp (18,1%), loại IIIA có 25 trường hợp (16,8%), loại IIIB có 81 trường hợp (54,3%), loại IVA có 6 trường hợp (4,1%) và loại IVB có 10 trường hợp (6,7%).

+ Chỉ định phẫu thuật: thoát vị bẹn lần đầu 89,2%, thoát vị bẹn tái phát 10,8%. Đáng lưu ý phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) đa số được chỉ định cho các trường hợp thoát vị bẹn có thành sau yếu 81,9% (Nyhus III và IV), thoát vị bẹn tái phát (10,8%) và thoát vị bẹn ở người trên 50 tuổi (56,3%).

- Không có tai biến gây mê, tai biến trong quá trình phẫu thuật.

- Trong kỹ thuật cố định tấm lưới phẳng: với những trường hợp thành sau ống bẹn yếu nên khâu cố định chu vi của tấm lưới nhân tạo bằng những mũi chỉ rời để làm vững chắc thêm thành sau ống bẹn.

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật ($n=149$): kết quả tốt 92,6%, khá 4,7%, trung bình 2,7% và không có trường hợp nào kém.

2. Với thời gian theo dõi sau mổ từ 1 tháng đến 33 tháng, cho các kết quả bước đầu trong mổ thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) như sau:

- Siêu âm và chụp cộng hưởng từ sau phẫu thuật cho thấy nút nhân tạo và tấm lưới phẳng nằm đúng vị trí và được tổ chức xơ hóa. Không có trường hợp nào bị di lệch nút nhân tạo và tấm lưới phẳng nhân tạo.

- Kết quả 1 tháng sau phẫu thuật (n=145, tỉ lệ theo dõi được 97,0%): tốt có 129 trường hợp 88,9%, khá có 16 trường hợp 11,1%, trung bình và kém không có trường hợp nào.

- Kết quả 6 tháng sau phẫu thuật (n=102, tỉ lệ theo dõi được 87,9%): tốt có 99 trường hợp (97,1%), khá có 3 trường hợp (2,9%), trung bình và kém không có trường hợp nào.

- Kết quả 12 tháng sau phẫu thuật (n=81, tỉ lệ theo dõi được 83,5%): tốt có 77 trường hợp (95,1%), khá có 3 trường hợp (3,7%), trung bình không có trường hợp nào và kém có 1 trường hợp (1,2%).

- Kết quả 24 tháng sau phẫu thuật (n=41, tỉ lệ theo dõi được 74,5%): tốt có 40 trường hợp (97,6%), khá có 1 trường hợp (2,4%), trung bình và kém không có trường hợp nào.

Qua kết quả nghiên cứu trên cho thấy phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) là một phẫu thuật có giá trị, an toàn và hiệu quả để điều trị thoát vị bẹn ở người lớn.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC LIÊN QUAN
ĐÃ CÔNG BỐ**

- 1. Lê Quốc Phong, Nguyễn Văn Liễu, Lê Lộc, Nguyễn Đoàn Văn Phú** (2011), “Nghiên cứu ứng dụng tấm lưới nhân tạo Polypropylene điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi”, *Y học Việt Nam*, 385, tr. 316-323.
- 2. Nguyễn Đoàn Văn Phú, Lê Lộc, Nguyễn Văn Liễu** (2012), “Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)”, *Tạp Chí Y Dược Học Trường Đại Học Y Dược Huế*, 11, tr. 43-51.
- 3. Nguyễn Đoàn Văn Phú, Lê Lộc, Nguyễn Văn Liễu** (2013), “Điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)”, *Tạp Chí Y Dược Học Trường Đại Học Y Dược Huế*, 18, tr. 40-46.
- 4. Nguyễn Đoàn Văn Phú, Lê Lộc** (2014), “Điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)”, *Hội nghị Khoa học – Công nghệ Tuổi trẻ các Trường Đại học, Cao đẳng Y – Dược Việt Nam lần thứ XVII*, tr. 82-89.