

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

NGUYỄN VĂN HƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả các phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn nghệt tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa giai đoạn 2009-2013.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, từ tháng 01/2009 đến 12/2013, 56 bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh

viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Kết quả: Tuổi trung bình là $59,1 \pm 15,7$ (18 - 95) tuổi, 100% là Nam giới. Tạng thoát vị chủ yếu là ruột non và mạc nối lớn, phương pháp phục hồi thành bụng chủ yếu là phương pháp Bassini, thời gian phẫu thuật trung bình là $60,1 \pm 10,7$ (45 - 125) phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,5 \pm 1,6$ (3 - 10) ngày. Không có tai biến, biến

chứng nặng hay tử vong sau mổ. Kết quả sau 3 tháng khỏi bệnh 100%.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghệt tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An là khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thoát vị bẹn nghệt, Bệnh viện đa khoa Nghệ An

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS SURGERY FOR THE TREATMENT OF INCARCERATED INGUINAL HERNIA IN NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: In this study, assessment results surgery for the treatment of incarcerated inguinal hernia.

Methods: From January 2009 to December 2013, a total of 56 patients with a diagnosis of incarcerated inguinal hernia and treatment by surgery in Nghe An general hospital.

Results: The mean age was $59,1 \pm 15,7$ (age ranging from 18 to 95 years), There were 100% males. Mean operating time was $60,1 \pm 10,7$ (45 - 125) minutes. The mean hospital stay was $4,5 \pm 1,6$ (3 - 10) days. There was no operation-related morbidity or mortality.

Conclusion: Surgery for the treatment of incarcerated inguinal hernia is feasible, safe and effective.

Keywords: Incarcerated inguinal hernia, Nghe An general friendship hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn nghệt là một biến chứng thường gặp của thoát vị bẹn, do các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn và điếm yếu thành bụng vùng ống bẹn, bị nghệt lại không thể vào được ổ bụng, hậu quả là hoại tử và dẫn đến các biến chứng nặng. Thoát vị bẹn thường gặp ở nam giới và ở mọi lứa tuổi, bệnh có tỷ lệ mắc bệnh cao, 97% ở nam giới và 3% ở nữ giới [1]. Ước tính mỗi năm trên thế giới có trên 20 triệu bệnh nhân thoát vị bẹn, tỷ lệ thay đổi giữa các nước từ 100 đến 300 trên 100.000 dân số một năm [2]. Ở Anh khoảng 100.000 bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị mỗi năm, ở Mỹ là 500.000 và tại pháp mỗi năm có hơn 100.000 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật [2],[3],[4].

Từ thời Hypocrate người ta đã biết cách đeo băng để điều trị thoát vị bẹn nhằm hạn chế tạng trong ổ bụng chui ra và nghệt [2]. Ngày nay nhờ sự hiểu biết rõ ràng về giải phẫu cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật mà đã có nhiều phương pháp của các tác giả khác nhau về điều trị thoát vị bẹn và mang lại hiệu quả ngày càng tốt cho bệnh nhân, làm giảm tỷ lệ tái phát và giảm đau sau mổ. Các phương pháp kinh điển như Bassini, Shouldice, Halsted, Macvay... Các phương pháp hiện đại ngày nay như đặt mesh bằng nội soi trong phúc mạc, ngoài phúc mạc, hay mổ mở theo Lichtenstein. Kết quả điều trị của các phương pháp còn khác nhau cho giữa các nghiên cứu [2].

Tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An đã áp

dụng phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghệt từ lâu, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị bẹn nghệt tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong 5 năm (từ 01/2009 đến 12/20013).

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 56 bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 01/2009 đến 12/20013.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu.

- Các bệnh án bệnh nhân bị thoát vị bẹn nghệt được chọn ra từ phòng lưu trữ hồ sơ bệnh viện. Các hồ sơ được ghi chép đầy đủ thông tin theo một mẫu bệnh án chung.

3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, điều trị trước mổ, số lần phẫu thuật

- Nội dung bao thoát vị (ruột non, đại tràng, mạc nối lớn...)

- Đường rạch da (đường phân giác giữa bờ ngoài cơ thẳng bụng và dây chằng bẹn: Đường mổ song song với cung đùi, đường mổ ngang lần bụng, mổ nội soi...)

- Phương pháp phẫu thuật (Shouldice, Bassini, phương pháp phối hợp Shouldice và Bassini, Macvay, khâu lại lỗ bịt, khâu lại lỗ thoát vị đùi, đặt Mesh qua nội soi ổ bụng hay đặt Mesh qua mổ mở theo Lichtenstein.

- Kết quả nghiên cứu: Thời gian nằm viện, các biến chứng gần: nhiễm trùng vết mổ, đau kéo dài phải dùng giảm đau, tụ máu vết mổ và kiểm tra sau 6 tháng.

4. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 56 bệnh nhân được phẫu thuật thoát vị bẹn nghệt trong giai từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2013 chúng tôi thu được các kết quả như sau:

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,1 \pm 15,7$ (18 - 95) tuổi, gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi (51,8%); 100% là Nam. Nghề nghiệp: Công nhân 9 (16,1%), Nông dân 15 (26,8%), Cán bộ và hưu trí 26 (46,4%), HS-SV 6 (10,7%). Có 19 (33,9%) trường hợp là ở thành thị, nông thôn và miền núi là 37 (66,1%).

Bảng 1. Số lần phẫu thuật

Phẫu thuật	BN	Tỷ lệ %
Lần đầu	48	85,7
Phẫu thuật lại	8	14,3

Nhóm nghiên cứu có 85,7% là phẫu thuật lần đầu, phẫu thuật do thoát vị tái phát 14,3%

Bảng 2. Các loại đường mổ

Đường mổ	BN	Tỷ lệ %
Đường phân giác	41	73,2
Đường song song	12	21,4
Kết hợp ở rộng vết mổ	3	5,4

Có 3 (5,4%) trường hợp mổ đường phân giác kết hợp mở rộng vết mổ để cắt bỏ đoạn ruột hoại tử và

nổi lại lưu thông tiêu hóa.

Bảng 3. Nội dung thoát vị và tình trạng tổn thương

Nội dung và tổn thương		BN	Tỷ lệ %	
Ruột non	Hoại tử	4	7,1	50,0
	Không	24	42,9	
Mạc nối lớn	Hoại tử	1	1,8	30,4
	Không	16	28,6	
Ruột non và mạc nối lớn	Hoại tử	1	1,8	19,6
	Không	10	17,8	

Có 10,7% tạng thoát vị bị hoại tử, các tạng hoại tử bao gồm ruột non 4 (7,1%), ruột non và mạc nối lớn 1 (1,8%) và mạc nối lớn đơn thuần 1 (1,8%).

Bảng 4. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	BN	Tỷ lệ %
Bassini	55	98,2
Shouldice	0	0,0
Lichtenstein (tension-free repair)	1	1,8

Chủ yếu là phẫu thuật theo phương pháp Bassini (98,2%) và chỉ có 1 (1,8%) theo phương pháp Lichtenstein).

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật và nằm viện

Thời gian phẫu thuật và nằm viện	BN	Tỷ lệ %	
Phẫu thuật(phút)	< 60	40	71,4
	60 – 90	13	23,2
	> 90	3	5,4
Nằm viện sau mổ	≤ 3 ngày	26	46,4
	4-6 ngày	23	41,1
	> 6 ngày	7	12,5

Thời gian phẫu thuật trung bình là 60,1 ± 10,7 (45 - 125) phút.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 4,5 ± 1,6(3 - 10) ngày.

Bảng 6. Biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng	BN	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,8
Tụ máu vết mổ	1	1,8
Khác	0	0,0

Có 2 trường hợp có biến chứng sau mổ chiếm 3,2%

Bảng 7. Kết quả sau mổ 3 tháng

Kết quả	BN	Tỷ lệ %
Khỏi bệnh	36	100
Tái phát	0	0,0

Sau mổ 3 tháng có 36/56 (64,3%) bệnh nhân có kết quả khám theo hẹn và thông tin qua điện thoại, trong đó 19 bệnh nhân tái khám theo hẹn và có 17 bệnh nhân chúng tôi liên lạc được qua điện thoại. Không có bệnh nhân nào tái phát.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Thoát vị bẹn nghẹt là một biến chứng thường gặp của thoát vị bẹn, được các thầy thuốc quan tâm từ rất sớm. Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn là một trong những phẫu thuật đầu tay của người phẫu thuật viên tổng quát, đứng thứ hai sau cắt bỏ ruột thừa. Năm 330 - 250 trước công nguyên, Erasistratus of Keosowr Alexandria (Ai cập) là người đầu tiên phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn cho bệnh nhân và ông được xem là người khám phá ra bệnh lý này[2], [5]. Thoát vị bẹn nghẹt thường xảy ra sau một lao động nặng

như mang vác vật nặng đột ngột, ho, rặn mạnh hoặc sau một vận động mạnh như chạy, nhảy... Do đặc điểm giải phẫu nên thoát vị bẹn nghẹt gặp hầu hết gặp ở nam giới và là bệnh lý thường gặp ở mọi lứa tuổi, đặc biệt ở người già do thành bụng yếu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,1 ± 15,7(18 - 95) tuổi, 100% là Nam. Nghề nghiệp: Công nhân 9 (16,1%), Nông dân 15 (26,8%), Cán bộ và hưu trí 26 (46,4%), HS - SV 6 (10,7%). Có 19 (33,9%) trường hợp là ở thành thị, nông thôn và miền núi là 37(66,1%). Có 48 trường hợp chiếm 85,7% là phẫu thuật lần đầu và 8 trường hợp chiếm 14,3% là phẫu thuật lại (Bảng 2) đây là những trường hợp đã phẫu thuật ở tuyến dưới hoặc tuyến ngoài công lập, ca tái phát sớm là sau một năm, ca lâu nhất là năm năm.

2. Kết quả phẫu thuật

Đường rạch da trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tùy theo từng phương pháp và sự lựa chọn theo thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, thông thường có hai đường chủ yếu là đường phân giác của góc tạo bởi bờ ngoài cơ thẳng bụng với cung đùi và đường song song với cung đùi. Mỗi đường có những ưu nhược điểm khác nhau như đường song song thì thẩm mỹ hơn vì đường mổ nằm thấp và song song với nếp lằn da, nhược điểm phẫu trường hẹp còn đường phân giác thì phẫu trường rộng nhưng lại ít thẩm mỹ. Trong những trường hợp tạng thoát vị hoại tử cần phải cắt bỏ đặc biệt là ruột non và đại tràng thì phải kết hợp mở rộng đường mổ theo đường trắng bên để lập lại lưu thông tiêu hóa hoặc là hậu môn nhân tạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 2) chủ yếu là mổ đường phân giác (73,2%), có 12 trường hợp chiếm 21,4% là đường song song và 3 trường hợp chiếm 5,4% là mổ đường phân giác để phục hồi thành bụng đồng thời kết hợp mở bụng đường trắng bên để cắt bỏ đoạn ruột hoại tử và nối lại lưu thông tiêu hóa, không có trường hợp nào mở bụng đường trắng bên.

Khi tăng áp lực trong ổ bụng làm cho một hoặc một số tạng thoát qua điểm yếu ở ống bẹn hoặc thoát qua ống bẹn và bị nghẹt lại không thể vào lại ổ bụng, khi nghẹt gây tắc mạch, nếu thời gian nghẹt càng lâu thì nguy cơ dẫn đến hoại tử càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 50,0% nội dung thoát vị là ruột non đơn thuần và 19,6% là ruột non kết hợp với mạc nối lớn, có 30,4% là mạc nối lớn đơn thuần. Trong đó có 10,7% là có biểu hiện bắt đầu hoại tử và bị hoại tử gồm 7,1% là ruột non đơn thuần, 1,8% là mạc nối lớn đơn thuần và 1,8% là ruột non và mạc nối lớn (Bảng 4).

Khi mở bao thoát vị kiểm tra đánh giá tạng thoát vị đồng thời mở rộng cổ bao thoát vị hết nghẹt, nếu có biểu hiện hoại tử chúng tôi tiến hành đắp gạc áp và phong bế bằng lidocain 2% dọc theo các động mạch mạc treo, sau đó thay gạc áp ba đến bốn lần tương ứng thời gian khoảng 5 - 10 phút rồi đánh giá lại tổn thương, nếu tạng hồng trở lại, tưới máu tốt và có nhu động ruột thì chúng tôi quyết định bảo tồn, đẩy ruột

vào ổ bụng rồi khâu phục hồi thành bụng. Nếu tạng kém hồng, tình trạng tưới máu kém và không có nhu động ruột hoặc khi mở bao thoát vị đã thấy tạng thoát vị là ruột hoại tử tím đen thì chúng tôi tiến hành kết hợp mở bụng đường trắng bên để cắt bỏ đoạn ruột hoại tử và khâu nối lại lưu thông tiêu hóa hoặc làm hậu môn nhân tạo. Với những trường hợp mở bao thoát vị có dịch đen bẩn và ruột đã hoại tử hoàn toàn thì nhanh chóng cắt ngay hai đầu ruột đã hoại tử rồi mới mở ổ bụng rộng cả vết mổ để xử lý cho kịp thời tránh nhiễm độc trở lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp chiếm 5,4% là hoại tử đoạn ruột non thoát vị và đoạn ruột non kết hợp với mạc nối lớn thoát vị, những trường hợp này chúng tôi phải kết hợp mở bụng đường trắng bên để cắt bỏ đoạn ruột và mạc nối lớn hoại tử đồng thời khâu nối lại lưu thông tiêu hóa (Bảng 3).

Sau đó chúng tôi khâu phục hồi lại thành bụng chỗ thoát vị theo các phương pháp Bassini, Shouldice, Shouldice kết hợp Bassini, đặt mesh theo phương pháp Lichtenstein. Với phương pháp Bassini thì chúng tôi tiến hành khâu phục hồi thành bụng bằng chỉ không tiêu, mũi rời gân cơ kết hợp với cung đùi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 55 trường hợp chiếm 98,2% là phục hồi theo phương pháp Bassini và 1 trường hợp chiếm 1,8% là phục hồi bằng mesh prolen theo phương pháp Lichtenstein, đây là bệnh nhân trẻ, thoát vị bẹn nghẹt sớm, thể trạng trung bình và mổ có sự chuẩn bị vào giờ làm việc (Bảng 4).

Ngày nay với phương pháp phẫu thuật nội soi ngày càng phát triển và kinh nghiệm của các phẫu thuật viên ngày càng được nâng lên, chúng tôi đang hứa hẹn sẽ tiến hành áp dụng phẫu thuật nội soi vào điều trị thoát vị bẹn và trước mắt chúng tôi áp dụng vào những trường hợp thoát vị bẹn thường sau đó sẽ từng bước hoàn thiện kỹ thuật và áp dụng vào phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghẹt.

Thời gian phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghẹt là trong những yếu tố nghiên cứu đánh giá kết quả của chúng tôi, kết quả cho thấy 71,4% các trường hợp có thời gian phẫu thuật dưới 60 phút (Bảng 6), chứng tỏ thời gian phẫu thuật không dài, ngoài ra thời gian phẫu thuật còn phụ thuộc vào phương pháp phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và trang thiết bị cũng như dụng cụ viên. Có 5,4% trường hợp có thời gian phẫu thuật trên 90 phút (Bảng 6) là do tạng thoát vị hoại tử là ruột non nên phải kết hợp mở bụng đường trắng giữa để cắt bỏ đoạn ruột hoại tử, nối lại lưu thông tiêu hóa đồng thời khâu phục hồi lại thành bụng vùng bẹn.

Ngày nay với sự hiểu biết về giải phẫu, cơ chế bệnh sinh thoát vị bẹn, nhiều phẫu thuật viên đã lựa chọn các phương pháp phẫu thuật nhằm giảm tỷ lệ tái phát, biến chứng sau mổ và nhanh chóng đưa bệnh nhân về cuộc sống thường ngày. Tuy nhiên kết quả còn khác nhau giữa các tác giả và các trung tâm nghiên cứu trên thế giới. Tại Pháp, Jean-Marie Hay và cộng sự [6] cho biết: từ năm 1983 đến 1989, có

1578 nam giới bị thoát vị bẹn lần đầu được phẫu thuật bởi phương pháp Bassini hoặc Macvay hoặc Shouldice khâu bằng chỉ Polypropylene hoặc Shouldice khâu bằng chỉ thép không rỉ để xác định phương pháp nào có tỷ lệ tái phát thấp nhất. Kết quả: 97 trường hợp bị thất bại, trong đó 50% trong 2 năm đầu. Tỷ lệ tái phát chung 7,94% sau 8,5 năm. Tỷ lệ tái phát của phương pháp Bassini là 8,6%; phương pháp Macvay là 1,2%; Shouldice nói chung là 6,1% (trong đó, Shouldice với chỉ thép không rỉ tỷ lệ tái phát là 5,9 % thấp hơn khi dùng chỉ polypropylene là 6,5% nhưng không có ý nghĩa thống kê [2]. Kết quả gần sau mổ của chúng tôi có 1,8% là nhiễm trùng sau mổ và 1,8 có tụ máu sau mổ, những trường hợp này chúng tôi tiếp tục điều trị kháng sinh, thay băng hằng ngày là khỏi và bệnh nhân ra viện. Không có trường hợp nào có tai biến, biến chứng nặng hoặc tử vong (Bảng 7).

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 4,5 ± 1,6(3-10) ngày (Bảng 6), trong đó dưới hoặc bằng 3 ngày là 46,4%. Có 12,5% trên 6 ngày là do có biến chứng nhiễm trùng và tụ máu, ngoài ra do bệnh nhân và gia đình chưa yên tâm khi cho xuất viện nên xin ở lại bệnh viện đặc biệt là những bệnh nhân cao tuổi làm cho tỷ lệ nằm viện trên 6 ngày khá cao nhưng chủ yếu đến 7 ngày là ra viện, chỉ còn 1 trường hợp nhiễm trùng trên bệnh cao tuổi là đến 10 ngày mới ra viện.

Kết quả xa của chúng tôi nghiên cứu sau mổ 3 tháng thấy có 36 bệnh nhân có kết quả nghiên cứu, trong đó 19 bệnh nhân tái khám theo hẹn và có 17 bệnh nhân chúng tôi liên lạc được qua điện thoại, số còn lại chúng tôi không thấy tái khám, liên lạc qua điện thoại không được, gửi thư không thấy hồi âm. Qua 36 trường hợp có kết quả nghiên cứu (Bảng 8) thì 100% khỏi bệnh, không có trường hợp nào tái phát.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 56 trường hợp được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghẹt tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 01/2009 đến 12/2013 chúng tôi thấy là khả thi, an toàn và hiệu quả: Phương pháp phục hồi thành bụng chủ yếu theo phương pháp Bassini, thời gian phẫu thuật ngắn, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn. Không có trường hợp nào có biến chứng nặng hay tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đức (1982), "Thoát vị bẹn, nang thừng tinh, tinh mạc nước", Phẫu thuật nhi khoa, tập 1, quyển 3.
2. Vũ Thị Thu Hoài (2006), "Nghiên cứu điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật Shouldice", Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Hà nội.
3. Vương Thừa Đức (2007), "Điều trị thoát vị vùng bẹn-đùi", Điều trị ngoại khoa tiêu hoá – Đại học y dược TP Hồ Chí Minh, 15:221-233
4. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, et al(2001), "for the Danish Hernia Database Collaboration. Quality assessment of 26.304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study", Lancet, 358: 1124- 1128.
5. Deveney K.E. Hernias and other Lesions of the

Abdominal Wall (1994), "Current Surgical Diagnosis and Treatment", ; 33 712- 718.

6. Jean- Marie Hay, Marie- Jeanne Boudet, Abe Fingerhut, et al (1995), "Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: The gold Standard?", Annals of

surgery, 6,719-727.

7. Lertut J.P, Luder P.J, "Le traitement de hernias inguinales par voie classique et sous anesthesie", Annals de chirurgie, 50: 747-754.