

**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
TÂM LƯỚI NHÂN TẠO CÓ NÚT
(MESH-PLUG)**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Huế - 2015

**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 hóa

Mã số : 62.72.07.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS LÊ LỘC

Huế - 2015

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của chính bản thân tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả luận án

Nguyễn Đoàn Văn Phú

LỜI CẢM ƠN

Cho phép tôi được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc, vô hạn đến Quý thầy, Quý Ban ngành, Quý đồng nghiệp đến các bệnh nhân và gia đình đã hết lòng giúp đỡ tôi hoàn thành luận án này. Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn, chân thành biết ơn đến:

Thầy PGS.TS. Lê Lộc Phó Giám Đốc Trung tâm Đào tạo, Trưởng Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế.

Người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn, tận tâm, tận tình chỉ bảo, góp ý xây dựng, bổ sung, giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn

- Ban Giám Đốc và Ban Đào tạo sau Đại Học - Đại Học Huế.
- Ban Giám Hiệu Trường Đại học Y Dược Huế.
- Ban Giám Đốc Bệnh viện Trung ương Huế.
- Phòng sau Đại học Trường Đại học Y Dược Huế.
- Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Dược Huế.
- Thư Viện Trường Đại học Y Dược Huế.
- Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế.
- Khoa Ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.
- Khoa Ngoại Nhi Cấp Cứu bụng Bệnh viện Trung ương Huế.
- Khoa Chẩn Đoán hình ảnh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.
- Khoa Gây mê Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Gây mê Bệnh viện Trung ương Huế.
- Phòng hồ sơ Y lý Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

...

đã tạo mọi điều kiện giúp đỡ thuận lợi cho tôi thực hiện luận án.

Tôi xin chân thành gửi lời cảm ơn đến quý thầy cô, quý đồng nghiệp, anh chị em bạn bè và đặc biệt mọi người trong Gia đình đã luôn động viên bên cạnh giúp đỡ cho tôi trong suốt thời gian học tập, thực hiện nghiên cứu này.

Nguyễn Đoàn Văn Phú

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Mesh-Plug	:	Tấm nhân tạo có nút
ASA	:	Hiệp hội bác sĩ gây mê Hoa Kỳ. American Society of Anesthesiologists
BMI	:	Body Mass Index
PSH	:	Prolene System Hernia
PTFE	:	PolyTetraFluoroEthylene
TNF- α	:	Tumor Necrosis Factor- α
TAPP	:	Xuyên qua ổ bụng trước phúc mạc Trans Abdominal Preperitoneal
TEP	:	Hoàn toàn ngoài phúc mạc Total Extra Peritoneal
IPOM	:	Trong phúc mạc Intra Peritoneal Only Mesh
VRS	:	Visual Rating Scale
VAS	:	Visual Analog Scale

MỤC LỤC

<i>Đề mục</i>	<i>Trang</i>
Trang phụ bìa	
Lời cam đoan	
Mục lục	
Danh mục các bảng	
Danh mục các sơ đồ, biểu đồ	
Danh mục các hình	
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Lịch sử điều trị thoát vị bẹn	3
1.2. Hình thái và sinh bệnh học vùng bẹn.....	6
1.3. Những nguyên nhân đưa đến bệnh lý thoát vị bẹn	18
1.4. Lâm sàng, phân loại, biến chứng thoát vị bẹn	20
1.5. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ vùng bẹn bìu....	23
1.6. Phương pháp điều trị thoát vị bẹn ở người lớn	24
1.7. Yêu cầu kỹ thuật của tấm lưới nhân tạo, các loại tấm lưới nhân tạo...	35
1.8. Các tai biến và biến chứng phẫu thuật thoát vị bẹn	37
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. Đối tượng nghiên cứu	39
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	39
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	60
3.1. Đặc điểm chung.....	60
3.2. Đặc điểm hình thái và phân loại thoát vị	65
3.3. Đặc điểm phẫu thuật	67
3.4. Diễn biến sau phẫu thuật.....	69
3.5. Theo dõi và đánh giá kết quả trung hạn, dài hạn	74
Chương 4. BÀN LUẬN	83
4.1. Đặc điểm chung.....	83
4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	88

4.3. Về phân độ ASA và phương pháp vô cảm.....	93
4.4. Kích thước, kỹ thuật, chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo có nút (mesh-plug) ở bệnh nhân thoát vị bẹn	96
4.5. Các vấn đề liên quan đến thời gian trong phẫu thuật thoát vị bẹn.....	102
4.6. Vấn đề nhiễm trùng vết mổ và vai trò của kháng sinh khi đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn.....	106
4.7. Đánh giá đau thời kỳ hậu phẫu và đau kéo dài sau phẫu thuật.....	111
4.8. Đánh giá kết quả trước mắt và lâu dài	115
KẾT LUẬN	1255
DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC LIÊN QUAN ĐÃ CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
Bảng 2.1.	Đánh giá mức độ đau	54
Bảng 3.1.	Lý do vào viện (n=135).....	62
Bảng 3.2.	Phân bố thời gian mắc bệnh.....	62
Bảng 3.3.	Phân bố theo BMI.....	62
Bảng 3.4.	Tiền sử bệnh lý nội khoa.....	63
Bảng 3.5.	Phân bố tiền sử phẫu thuật	63
Bảng 3.6.	Các phương pháp đã mổ thoát vị bẹn của bệnh nhân tái phát.....	64
Bảng 3.7.	Phân loại thoát vị theo Nyhus.....	64
Bảng 3.8.	Phân bố kết quả siêu âm bẹn - bìu.....	67
Bảng 3.9.	Phân bố tạng thoát vị khi phẫu thuật (n=149).....	68
Bảng 3.10.	Phân bố kích thước tấm lưới có nút (Mesh-Plug)	68
Bảng 3.11.	Đặc điểm các trường hợp thoát vị tái phát	
Bảng 3.12.	Phân bố thời gian phẫu thuật.....	69
Bảng 3.13.	Phân bố biến chứng vô cảm.....	69
Bảng 3.14.	Biến chứng sau mổ	70
Bảng 3.15.	Phân bố thời gian trung tiện sau mổ	70
Bảng 3.16.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau trong ngày đầu tiên sau mổ.....	71
Bảng 3.17.	Phân bố thời gian dùng thuốc giảm đau dạng tiêm	71
Bảng 3.18.	Phân bố thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ	72
Bảng 3.19.	Phân bố thời gian dùng kháng sinh.....	72
Bảng 3.20.	Phân bố thời gian nằm viện sau phẫu thuật.....	73
Bảng 3.21.	Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.....	74
Bảng 3.22.	Thời gian trở lại hoạt động bình thường.....	75
Bảng 3.23.	Các biến chứng 1 tháng sau phẫu thuật của 145 trường hợp thoát vị bẹn.....	76
Bảng 3.24.	Đánh giá kết quả 1 tháng sau phẫu thuật.....	76
Bảng 3.25.	Phân bố độ dày mô xơ của tấm lưới phẳng dưới siêu âm.....	77
Bảng 3.26.	Phân bố vị trí tấm lưới nhân tạo có nút dưới siêu âm	77

Bảng 3.27. Theo dõi 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng sau phẫu thuật	80
Bảng 3.28. Rối loạn cảm giác sau phẫu thuật thoát vị bẹn.....	81
Bảng 3.29. Phân tích trường hợp tái phát	81
Bảng 3.30. Đánh giá kết quả 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng sau phẫu thuật	82
Bảng 4.1. Kết quả phân theo thể thoát vị của các tác giả.	91
Bảng 4.2. Tỷ lệ tái phát của các phương pháp phẫu thuật.....	121
Bảng 4.3. Tỷ 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).	122

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

<i>Biểu đồ</i>	<i>Tên biểu đồ</i>	<i>Trang</i>
Biểu đồ 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi	60
Biểu đồ 3.2.	Bệnh nhân phân bố theo địa dư.....	61
Biểu đồ 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	61
Biểu đồ 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo phân độ ASA	64
Biểu đồ 3.5.	Phân bố thoát vị bẹn nguyên phát và thoát vị bẹn tái phát	65
Biểu đồ 3.6.	Phân bố theo vị trí thoát vị.....	65
Biểu đồ 3.7.	Phân loại thoát vị.....	66
Biểu đồ 3.8.	Phân bố phương pháp vô cảm.....	67
Biểu đồ 3.9.	Phân bố cách theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.....	74
Biểu đồ 4.1.	Tỉ lệ tái phát giảm dần khi kỹ thuật mổ được hoàn thiện.	123

DANH MỤC CÁC HÌNH

<i>Hình</i>	<i>Tên hình</i>	<i>Trang</i>
Hình 1.1.	Phẫu thuật Mac-Ewen 1886. Bóc tách túi thoát vị gián tiếp, cuộn, gấp túi thoát vị đẩy trở lại vào ống bẹn.....	5
Hình 1.2.	Sự đi xuống của tinh hoàn bắt đầu từ lúc thai ở tuần lễ thứ bảy cho đến khi sinh và sự hình thành ống phúc tinh mạc.....	7
Hình 1.3.	Cấu trúc của ống bẹn	8
Hình 1.4.	Vị trí thoát vị bẹn gián tiếp	9
Hình 1.5.	Vị trí thoát vị bẹn trực tiếp.....	9
Hình 1.6.	Các dây thần kinh ở lớp nông chi phối cảm giác vùng bụng-bẹn.....	10
Hình 1.7.	Cơ chéo bụng ngoài.....	11
Hình 1.8.	Cấu trúc dây chằng bẹn	11
Hình 1.9.	Cơ chéo bụng trong	12
Hình 1.10.	Cân cơ ngang bụng.....	13
Hình 1.11.	Mạc ngang và dây chằng gian hố.....	15
Hình 1.12.	Mô tả thiết đồ cắt dọc trong trường hợp thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp tại vị trí. A, Mạc ngang sát phía trên lỗ bẹn sâu. B, Mạc ngang/ cân cơ ngang bụng ngay chỗ thoát vị. C, Cân cơ ngang bụng ở chỗ bình thường của bệnh nhân bị thoát vị trực tiếp.....	16
Hình 1.13.	A. Kết quả của mẫu sinh thiết lấy từ bờ của lỗ bẹn sâu và lớp mỏng ống phúc tinh mạc ở người không biểu hiện bệnh lý thoát vị bẹn trên lâm sàng, cấu trúc đàn hồi phát triển rất tốt. B. Kết quả của mẫu sinh thiết được lấy ở bệnh nhân nam 28 tuổi bị thoát vị trực tiếp và trong gia đình có người bị thoát vị bẹn. Cấu trúc đàn hồi thưa thớt và bị đứt đoạn.(các mẫu được lấy từ 2 vị trí A và B).	17
Hình 1.14.	Nguyễn Hữu B. 77 tuổi, thoát vị bên phải, thể trực tiếp. Mẫu nghiệm trên tiêu bản lấy từ mạc ngang cho thấy: có nhiều chỗ các sợi chun đứt đoạn nằm rải rác (nhuộm Orcein × 400)	18
Hình 1.15.	Băng treo được chuẩn hoá	24

Hình 1.16. Hậu quả của sự mang băng treo thường xuyên	25
Hình 1.17. Hậu quả của sự mang băng treo thường xuyên	26
Hình 1.18. Phương pháp Bassini.....	27
Hình 1.19. Phương pháp Shouldice	27
Hình 1.20. Phương pháp Mc-Vay.....	28
Hình 1.21. Phương pháp Lichtenstein	29
Hình 1.22. A. Tạo Plug	30
Hình 1.22. B. Tấm lưới phẳng.....	30
Hình 1.23. Tấm lưới hình nút (Plug) tự tạo được đặt vào lỗ bẹn sâu	30
Hình 1.24. Đặt tấm lưới phẳng vào thành sau không cố định.....	31
Hình 1.25. Tấm lưới nhân tạo có nút và tấm lưới phẳng	31
Hình 1.26. Tấm lưới nhân tạo được tạo thành nút để bít kín lỗ khiếm khuyết.....	31
Hình 1.27. Bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu.....	32
Hình 1.28. Đặt nút nhân tạo (Plug) vào lỗ khiếm khuyết gây thoát vị	32
Hình 1.29. Đặt tấm lưới phẳng và khâu cố định 2 cánh của tấm lưới phẳng.....	32
Hình 1.30. Khoảng trước phúc mạc	33
Hình 1.31. Vị trí đặt tấm lưới của Kugel.....	33
Hình 1.32. Tấm lưới PSH® 1.Tấm lưới nông; 2.Tấm lưới sâu; 3.Ống liên kết.....	34
Hình 1.33A: Tấm lưới đặt theo trục ống bẹn	34
Hình 1.33B: Mặt cắt dọc sau khi đặt.....	34
Hình 2.1. Nút lưới nhân tạo (Plug).....	44
Hình 2.2. Kích cỡ tấm lưới nhân tạo có nút và tấm lưới phẳng (Mesh-Plug).....	45
Hình 2.3. Thước kẹp để đo kích thước lỗ bẹn sâu, chỉ Prolène 2.0 để cố định mảnh ghép, dụng cụ giữ thùng tinh và tấm lưới nhân tạo Premilene Mesh-Plug.	46
Hình 2.4. Rạch da song song dây chằng bẹn	47
Hình 2.5. Bóc tách và bảo tồn 2 sợi thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị	47
Hình 2.6. Bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu.	48
Hình 2.7. Lộn toàn bộ túi vào khoang trước phúc mạc.....	48
Hình 2.8. Đặt và cố định Plug bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0.....	49

Hình 2.9. Đặt tấm lưới phẳng.	49
Hình 2.10. Khâu da.....	50
Hình 2.11. Mạc ngang được cắt theo chu vi của túi thoát vị để lộ lớp mỡ trước phức mạc.....	50
Hình 2.12. Đặt và cố định Plug bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0.....	51
Hình 2.13. Đặt tấm lưới phẳng.	51
Hình 2.14. Khâu da.....	52
Hình 2.15. Tấm lưới ở vùng bẹn phải. Siêu âm khó nhìn thấy và xuất hiện với đườg tăng âm nhỏ (mũi tên) với dải bóng đen ở phía sau (S).....	57
Hình 2.16. Tấm lưới đặt ở vùng bẹn phải, siêu âm xuất hiện tấm lưới tăng âm (hình mũi tên) với đườg lượn sóng và dải bóng đen ở phía sau (S)......	57
Hình 2.17. Chụp cộng hưởng từ vùng chậu ở bệnh nhân nữ 54 tuổi, có tiền sử mổ thoát vị bẹn phải bằng phương pháp Mesh-Plug.....	58
Hình 3.1. Hình ảnh siêu âm nút nhân tạo, tấm lưới nhân tạo và mô xơ ở vùng bẹn trái, xuất hiện đườg tăng âm với bóng đen cản âm ở phía sau.....	77
Hình 3.2. Hình ảnh siêu âm nút nhân tạo, tấm lưới nhân tạo và mô xơ ở vùng bẹn phải, xuất hiện đườg tăng âm với bóng đen cản âm ở phía sau.....	78
Hình 3.3. Mặt cắt đứng dọc bn Hoàng Ngọc Tr.....	79
Hình 3.4. Mặt cắt đứng ngang bn Hoàng Ngọc Tr.	79
Hình 3.5. Mặt cắt phẳng ngang bn Hoàng Ngọc Tr.	79
Hình 3.6. Mặt cắt đứng dọc bn Lưu Đức Th.....	79
Hình 3.7. Mặt cắt đứng ngang bn Lưu Đức Th.	79
Hình 3.8. Mặt cắt phẳng ngang bn Lưu Đức Th.....	80

ĐẶT VẤN ĐỀ

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 như: tránh tái phát, hạ thấp tỉ lệ các tai biến, biến chứng trong và sau mổ, hậu phẫu đơn giản, rút ngắn thời gian nằm viện và có tính thẩm mỹ [44].

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 vị trí suy 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 (1,5%), kỹ thuật Rives (1,6%), kỹ thuật Lichtenstein (<1%). Năm 1986, Lichteinsten đã dùng mảnh ghép đặt vào khoang trước phúc mạc để điều trị thoát vị bẹn, đạt được kết quả tốt [52], [96].

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 [63]. Sau đó lần lượt Gilbert năm 1992, Rutkow và Robbins năm 1993 lần lượt đưa ra luận điểm và áp dụng kỹ thuật này. Cho đến nay kỹ thuật mổ

dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) trong bệnh lý thoát vị bẹn đã và đang được áp dụng khá rộng rãi nhờ nhiều ưu điểm nổi bật [98], [99].

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. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN BẰNG TẤM LƯỚI NHÂN TẠO CÓ NÚT (MESH-PLUG)”** với mục tiêu:

- 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).

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. LỊCH SỬ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH

Thoát vị bẹn được biết như là chỗ phồng lên ở vùng bẹn, được ghi nhận từ thời kỳ đồ đá bởi người Ai Cập cổ đại và được lưu lại trong bản viết tay của người Ai Cập vào năm 1500 trước Công nguyên. Vào thời kỳ Hippocrates, việc điều trị thoát vị bẹn được thực hiện bằng cách băng cố định đủ chặt từ bên ngoài vào.

Đến năm 25 sau Công nguyên, Celsus đã cung cấp những tư liệu về nguyên tắc cơ bản và kinh nghiệm trong điều trị thoát vị bẹn. Dải đeo thoát vị được áp dụng rộng rãi với mục đích chẹn và làm giảm khối thoát vị.

Thời kỳ Trung cổ, ngành y học nói chung và giải phẫu học nói riêng bị ngưng trệ. Tuy nhiên, có ba tiến bộ quan trọng trong điều trị thoát vị đó là:

+ Năm 1363, Guy de Chauliac khuyên khi có thoát vị nghẽn cần nằm đầu thấp theo tư thế Trendelenburg.

+ Năm 1556, Franco mở lỗ bẹn sâu giải phóng ruột trong thoát vị nghẹt và đóng lại chỗ khiếm khuyết bởi mũi chỉ khâu.

+ Năm 1559, Stromayr khi mổ thoát vị bẹn gián tiếp nên cắt bỏ túi thoát vị, thừng tinh và cả tinh hoàn.

Trong và sau thời kỳ Phục hưng, ở châu Âu nhờ phẫu tích trên xác nên thoát vị bẹn được hiểu biết một cách tường tận.

Năm 1721, William Cheselden mô thành công một trường hợp thoát vị bẹn phải nghẹt, quai ruột nghẹt được giải phóng, mạc nối lớn dính vào túi thoát vị được buộc và cắt. Sau mổ vết thương để hở, bệnh nhân sống và không tái phát.

Đầu thế kỷ thứ 19, được gọi là kỷ nguyên về giải phẫu học vùng bẹn, thời kỳ này các nhà nghiên cứu đã mô tả một cách hoàn hảo về ống bẹn, một số tác giả được biết đến: Pott (1756), Richter (1778), De Gimbernat (1793), Camper (1801), Cooper (1804), Scarpa (1812), Hesselbach (1816) và Cloquet (1817).

Năm 1757, Percival Pott mô tả sinh lý bệnh và đưa ra hướng điều trị thoát vị bẹn nghẹt. 50 năm sau, Astley Cooper “khám phá” mạc ngang và khẳng định

thoát vị trực tiếp là do sự khiếm khuyết của mạc ngang khiến khối thoát vị đi qua tam giác bẹn.

Năm 1846, mặc dù có bước tiến hết sức quan trọng trong lĩnh vực gây mê nhưng mổ thoát vị vẫn không tiến triển bởi hai yếu tố đó là: nhiễm trùng trầm trọng và tái phát. Thời kỳ này, một số phẫu thuật viên mổ thoát vị bẹn biết sử dụng các chất tiêm xơ làm xơ hoá tổ chức và biết dùng kim đốt nóng để cầm máu. Với những khám phá này người ta hy vọng vết thương không bị hoại thư nhưng thực sự những kết quả không mấy cải thiện.

Năm 1871 ở Mỹ, Marcy người đầu tiên công bố dùng chất kháng khuẩn trong mổ thoát vị bẹn [45], [94].

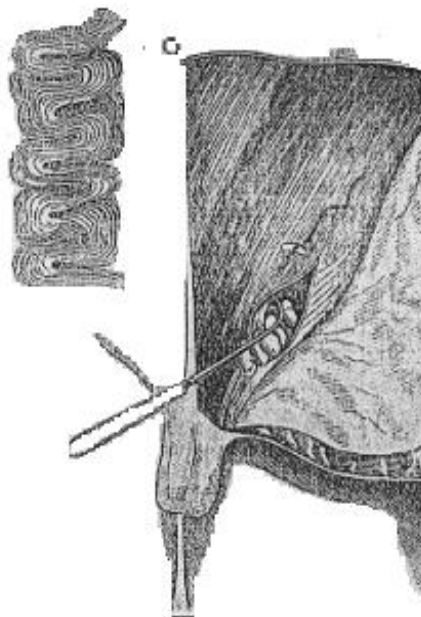
Sự đóng góp của Edoardo Bassini trong điều trị tái tạo thoát vị bẹn.

Người có công lớn nhất tạo bước đột phá trong mổ thoát vị bẹn đó là Bassini người Ý (1884). Sự hiểu biết về sinh lý ống bẹn và hiểu một cách tường tận về phương diện cấu trúc các lớp giải phẫu như mạc ngang, các cơ: ngang bụng, chéo bụng trong và chéo bụng ngoài góp phần tạo nên sự vững chắc của ống bẹn. Bassini đã thực hiện nhiều loại phẫu thuật kinh điển khác nhau và ông đưa ra nhận định: các loại phẫu thuật trước đó có một thiếu sót lớn chưa khắc phục được là không bít ống bẹn bằng cách khâu lỗ bẹn sâu. Nếu phục hồi dựa trên hiểu biết về sinh lý ống bẹn thì cần tái tạo lại lỗ bẹn sâu, lỗ bẹn nông, thành trước và thành sau ống bẹn. Ông đã thực hiện trường hợp đầu tiên vào năm 1884 và phẫu thuật này sau này mang tên ông ta [45], [94].

Mặc dù, phẫu thuật này đã được tiến hành cách đây 130 năm nhưng cho đến nay vẫn còn giá trị. Điều đặc biệt là người ta đã dựa vào kỹ thuật này để thực hiện hơn 100 loại phẫu thuật cải biên khác nhau của nhiều tác giả trên thế giới được áp dụng để điều trị thoát vị bẹn.

Năm 1830, Gerdy một phẫu thuật viên người Pháp đã nghĩ ra một kỹ thuật dùng da bìu lộn ngược vào ống bẹn để làm nút chặn nhằm điều trị bệnh lý thoát vị bẹn mà không cần phẫu thuật. Không lâu sau đó, Wutzer cũng tiến hành tương tự nhưng thay vì da bìu ông dùng một miếng gỗ để làm nút (wooden plug) đặt vào ống bẹn và băng giữ chặt cho đến khi ống bẹn được bít kín do quá trình viêm dính. Tuy nhiên, sau thành công của Bassini, hầu như phương pháp này không được sử dụng nữa do các phẫu thuật viên không ủng hộ [101].

Năm 1886, Mac-Ewen tiến hành phẫu thuật ở một bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp. Ông tiến hành bóc tách túi thoát vị gián tiếp tới lỗ bẹn sâu thay vì cột cắt túi thoát vị. Ông ta đã tiến hành cuộn, gấp túi thoát vị, đẩy trở lại vào ống bẹn và tái tạo thành bụng như phương pháp của Bassini. Theo dõi bệnh nhân không phát hiện tái phát. Một số tác giả cho rằng phải chăng phẫu thuật Mac-Ewen chính là tiền thân của phẫu thuật tái tạo thành bụng bằng Plug sau này (hình1.1) [45]



Hình 1.1. Phẫu thuật Mac-Ewen 1886. Bóc tách túi thoát vị gián tiếp, cuộn, gấp túi thoát vị đẩy trở lại vào ống bẹn [45].

Nhằm hệ thống hóa các kỹ thuật mổ thoát vị bẹn của nhiều tác giả trên thế giới theo quá trình lịch sử. Năm 1998, Devlin và Kingnorth, phân ra các nhóm phẫu thuật như sau:

* *Đóng một lớp:*

- Halsted I (1890)

- Madden (1971)

* *Đóng nhiều lớp: (theo nguyên tắc của Bassini-Halsted)*

Bassini (1887)

Ferguson (1899)

Andrews (1895)

Halsted II (1903)

Fallis (1938)

Zimmermair (1938, 1952)

Rienhoff (1940)

Tanner (1942)

Shouldice (1943)

Griffith (1958)
 Lichtenstein (1964,1966)
 Palumbo (1967)
 * *Tái tạo dây chằng lược (Cooper's ligament repair)*
 Theo nguyên tắc Lotheissen-McVay
 Narath (nhắc lại bởi Lotheissen, 1898)
 Lotheissen (1898)
 McVay (1942, 1958)
 * *Đường mổ vào trước phúc mạc.*
 Cheatle (1920)
 Henry (1936)
 Musgrove và Mc Gready (1940)
 Mikkelson và Berne (1954)
 Stoppa (1972)
 Condon (1960)
 Nyhus (1959)
 Read (1976)
 Rignault (1986)
 Paillier (1992)
 * *Tái tạo lần đầu với tám nhân tạo.*
 Koontz (1956)
 Usher (1960)
 Lichtenstein (1972)
 * *Tái tạo bằng Plug.*
 Lichtenstein (1970)
 Bendavid (1989)
 Gilbert (1992)
 Robbins và Rutkow (1993)
 * *Tái tạo bằng phương pháp nội soi.*
 Ger (1990)
 Corbitt (1991)
 Ferzli (1992).

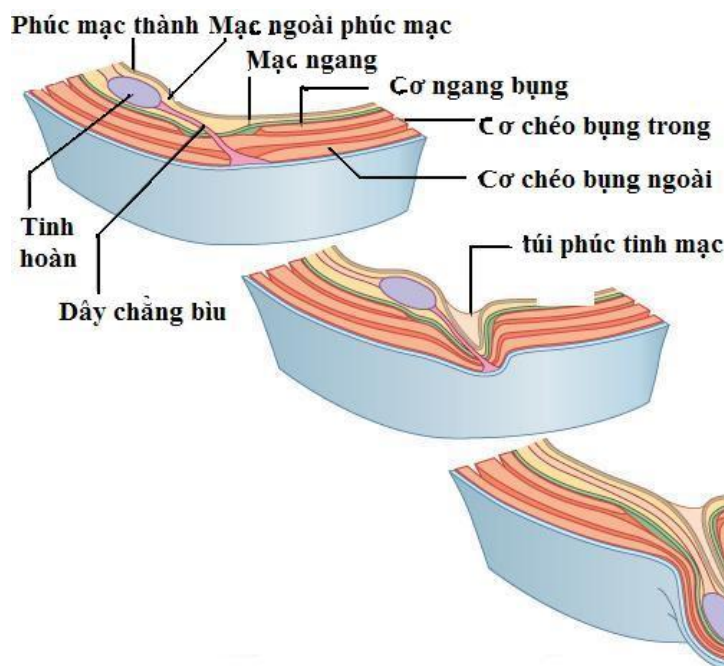
1.2. HÌNH THÁI VÀ SINH BỆNH HỌC VÙNG BỤNG

1.2.1. Phôi thai học

Ở tháng thứ hai, do sự phát triển quá nhanh nhưng không đồng đều giữa cực trên và dưới của phôi, cộng thêm sự thoái hoá của dây chằng bìu làm tinh hoàn di chuyển từ ổ bụng xuống bìu. Sự đi xuống của tinh hoàn bắt đầu từ lúc thai ở tuần lễ thứ bảy cho đến khi sinh sự đi xuống của tinh hoàn được xem như là hoàn chỉnh. Khi tinh hoàn xuống bìu một túi phôi mạc song song đi cùng và sau đó trở thành ống phúc tinh mạc. Ống phúc tinh mạc về sau sẽ bít tắc ở đoạn trong thừng tinh để ngăn cách ổ phúc mạc ở trên và ổ tinh mạc ở dưới (hình 1.2).

Sự bít tắc của ống phúc tinh mạc từ hố bẹn ngoài đến tinh hoàn thường xảy ra khi tinh hoàn đã xuống bìu nhưng thời gian ống phúc tinh mạc được đóng lại sau sinh thì không thể biết được một cách chính xác. Một số tác giả cho rằng

ống phúc tinh mạc bít lại ngay sau khi sinh hoặc vào khoảng một tháng sau sinh [49], [70], [74].



Hình 1.2. Sự đi xuống của tinh hoàn bắt đầu từ lúc thai ở tuần lễ thứ bảy cho đến khi sinh và sự hình thành ống phúc tinh mạc [49].

1.2.2. Giải phẫu vùng bẹn

1.2.2.1. Cấu tạo vùng bẹn

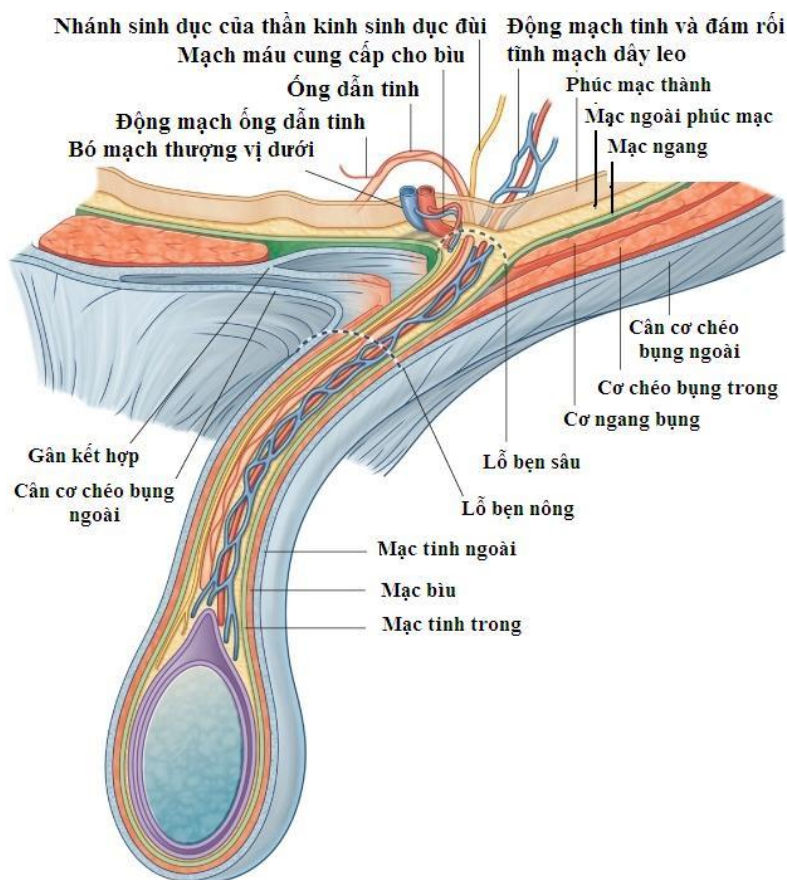
Cũng như tất cả các vùng của bụng, thành bụng ở vùng bẹn gồm các lớp từ nông đến sâu: da, lớp mỡ dưới da, lớp mạc sâu, cân và cơ chéo bụng ngoài, cân và cơ chéo bụng trong, cân và cơ ngang bụng, mạc ngang, lớp mỡ trước phúc mạc và cuối cùng là phúc mạc thành. Các lớp này liên tục với các lớp tương ứng ở bìu [3], [20], [47].

Vùng bẹn là một vùng được giới hạn bởi xương mu và dây chằng lược ở phía trong; bó mạch thượng vị và phần dày lên của mạc ngang tại lỗ bẹn sâu ở phía ngoài; bao đùi ở phía trước, dải chậu mu và dây chằng bẹn ở phía dưới; cân cơ ngang bụng và cung của nó ở phía trên; phía sau có mạc ngang là thành phần chủ yếu tạo nên thành sau ống bẹn [81].

1.2.2.2. Cấu tạo ống bẹn

Ống bẹn là một khe nằm giữa các lớp cân cơ của thành bụng, đi từ lỗ bẹn sâu đến lỗ bẹn nông dài khoảng 4 - 6cm, chạy chéo từ trên xuống dưới, vào trong và ra trước, gần như song song với nửa trong của nếp lằn bẹn. Được cấu tạo bởi 4 thành: trước, sau, trên, dưới và 2 đầu là lỗ bẹn sâu và lỗ bẹn nông. Ống

bẹn là điểm yếu của thành bụng nên thường xảy ra thoát vị bẹn đặc biệt ở nam giới (hình 1.3) [49].



Hình 1.3. Cấu trúc của ống bẹn [49].

Người ta thường mô tả giải phẫu vùng ống bẹn từ lớp nông đến lớp sâu:

- Nếp lằn da vùng bẹn

Nếp lằn da vùng bẹn đóng vai trò quan trọng trong sự lành vết thương. Khi thực hiện đường rạch theo lằn da sự lành vết thương sau mổ dễ dàng, đồng thời vết sẹo cũng dễ phai dần. Ngược lại, những đường rạch dọc trên vùng bẹn luôn bị chỉ trích [47].

- Lớp dưới da

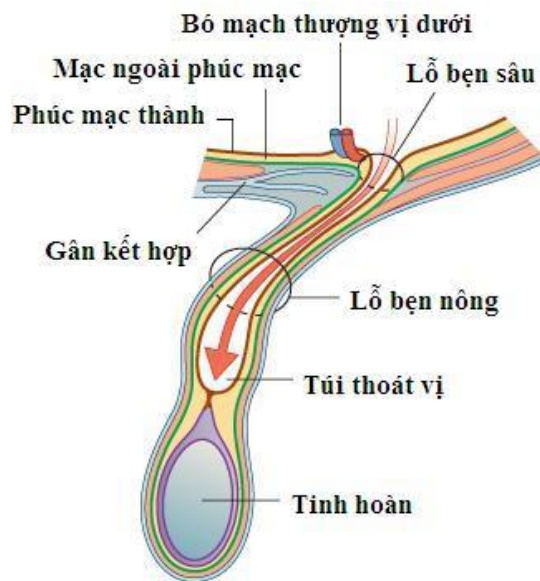
Vùng bẹn có tổ chức dưới da lỏng lẻo và được cấu tạo 2 lá: một lớp nông gọi là mạc nông và một lớp sâu hơn, vững hơn, có nhiều sợi đàn hồi gọi là mạc sâu. Mạc sâu xuống dưới tạo thành một dải từ xương mu đến bao quanh dương vật gọi là dây treo dương vật.

- Mạch máu vùng bẹn

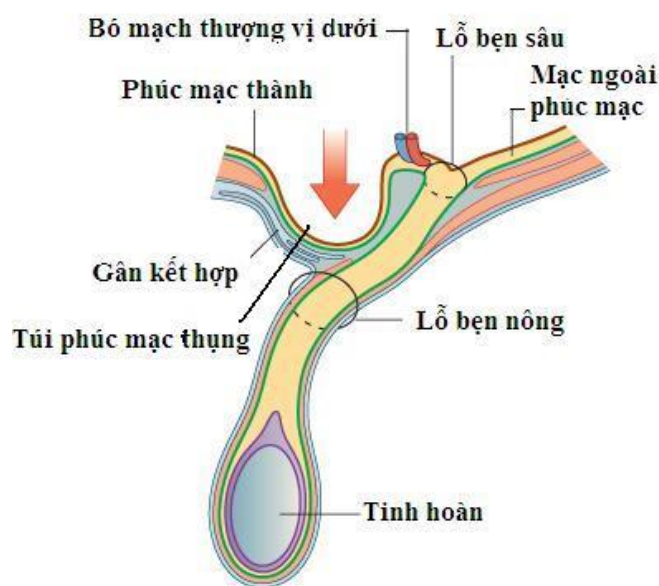
+ Ở lớp nông: vùng bẹn có 3 động mạch nhỏ nằm nông, phát xuất từ phần trên của động mạch đùi, có tĩnh mạch đi kèm để dẫn máu về tĩnh mạch hiển.

Gồm: động mạch mũ chậu nông đi ra phía ngoài và lên trên qua ống bẹn, động mạch thượng vị nông chạy lên trên và vào trong, động mạch thẹn ngoài nông chạy vào phía trong cấp máu cho da dương vật, bìu và quan trọng hơn nữa là nối với mạch máu thừng tinh nằm trong bìu [2], [11].

+ Ở lớp sâu: động mạch thượng vị dưới phát xuất từ động mạch chậu ngoài sát dây chằng bẹn, nối với nhánh tận của động mạch thượng vị trên, động mạch này tạo nên bờ ngoài của tam giác bẹn. Lỗ thoát vị bẹn gián tiếp nằm bên ngoài (hình 1.4) [49] và thoát vị trực tiếp nằm bên trong động mạch này (hình 1.5). [49].

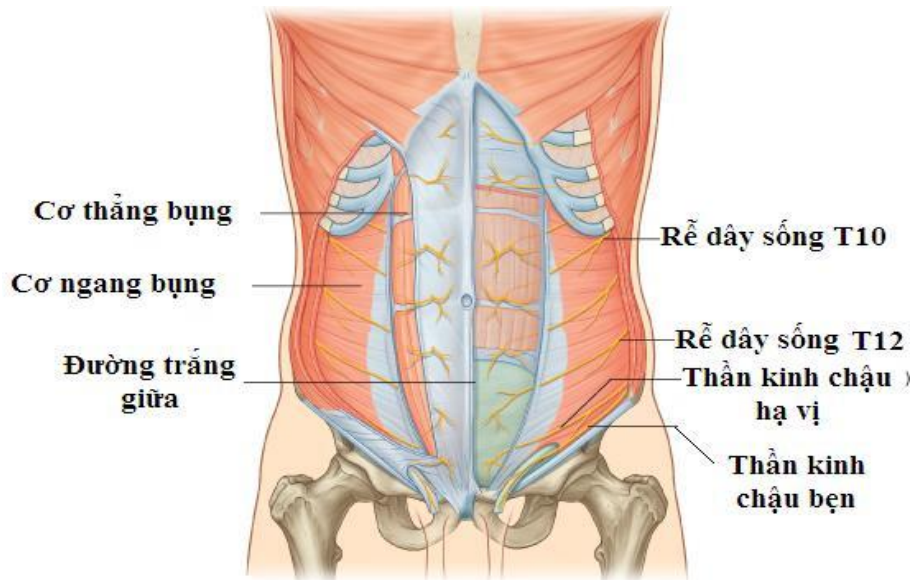


Hình 1.4. Vị trí thoát vị bẹn gián tiếp [49].



Hình 1.5. Vị trí thoát vị bẹn trực tiếp [49].

- Các dây thần kinh ở lớp nông: Thần kinh chi phối vùng bẹn đều phát xuất từ dây thắt lưng đầu tiên. Dây thần kinh chậu bẹn thường nhỏ hơn thần kinh chậu hạ vị. Thần kinh chậu hạ vị xuyên qua cân của cơ chéo ngoài ngay phía trên lỗ bẹn nông và ra da để chi phối cảm giác vùng trên xương mu. Thần kinh chậu bẹn đi qua phần dưới ống bẹn qua lỗ bẹn nông để chi phối cảm giác da của bìu và phần nhỏ bên trong-trên của đùi (hình 1.6) [74].

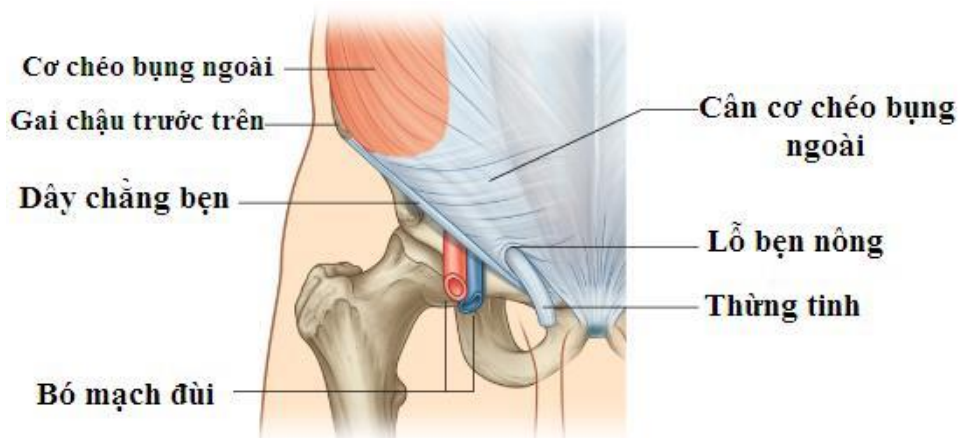


Hình 1.6. Các dây thần kinh ở lớp nông chi phối cảm giác vùng bụng-bẹn [49].

Thần kinh sinh dục đùi cho nhiều nhánh. Ngay lỗ bẹn sâu cho nhánh sinh dục và nhánh đùi. Nhánh sinh dục khi qua ống bẹn nằm giữa thừng tinh và bờ lật lên của dây chằng bẹn. Vì chạy dọc theo sàn của ống bẹn do đó dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật [47].

- Cơ chéo bụng ngoài

Phần trên có nguyên uỷ xen kẽ với cơ răng trước, phần dưới xen kẽ với cơ lưng rộng. Từ nguyên uỷ các thớ cơ chạy xuống dưới và ra trước, riêng các thớ sợi phía sau chạy dọc và bám vào mép trước ngoài của mào chậu. Hầu hết các thớ sợi ở trên đi vào giữa, tạo nên cân cơ chéo bụng ngoài. Phần trên cân cơ mỏng, phía dưới cân rất vững chắc. Dọc theo bờ dưới của cân tạo nên dây chằng bẹn. Phía trên-ngoài dây chằng bẹn bám vào gai chậu trước trên và bên dưới-trong bám vào củ mu (Hình 1.7).



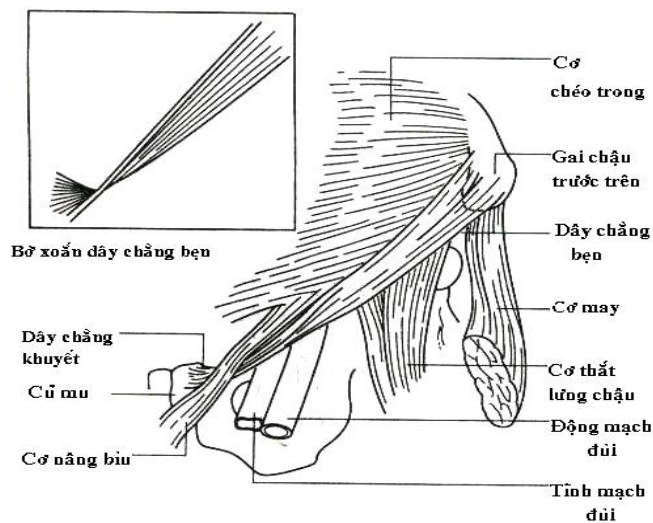
Hình 1.7. Cơ chéo bụng ngoài [49].

+ Lỗ bẹn nông

Lỗ bẹn nông có hình tam giác là điểm yếu của cân cơ chéo bụng ngoài. Nằm ngay trên xương mu, để thừng tinh của nam và dây chằng tròn của nữ đi qua. Đỉnh hướng ra ngoài về phía gai chậu trước trên. Lỗ bẹn nông được cấu tạo bởi 2 trụ: trụ trong và trụ ngoài bám vào phía trên phía dưới xương mu. Ở đây, có sự liên tục của sàn ống bẹn (bờ trong của dây chằng bẹn uốn lên trên). Hai trụ của lỗ bẹn nông thường được nối với nhau bởi các sợi gian trụ phát sinh từ lớp ngoài của cân cơ chéo bụng ngoài. Kích thước và sự vững chắc của các sợi gian trụ này rất thay đổi [6], [13], [20].

+ Dây chằng bẹn

Dây chằng bẹn được tạo nên bởi bờ dưới của cân cơ chéo bụng ngoài, gồm các sợi cân rất căng, song song với nhau nên rất dễ rách. Dây chằng bẹn đi từ gai chậu trước trên đến củ mu, ở phía đùi bề mặt của dây chằng bẹn cuộn lại vào trong, ra sau và hướng lên trên để tạo nên bờ xoắn (hình 1.8) [62].



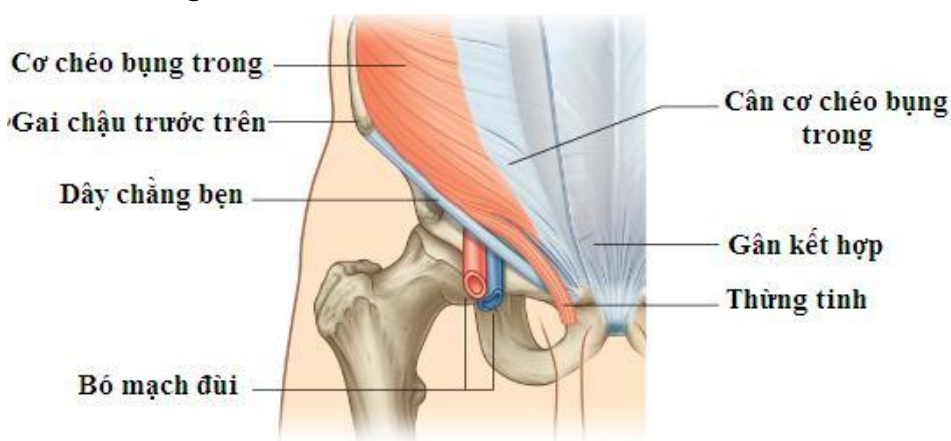
Hình 1.8. Cấu trúc dây chằng bẹn [62].

Khi bám vào củ mu dây chằng bên chạy ngang vào trong, ra sau và hơi chếch lên trên tạo nên dây chằng khuyết bám vào mào lược xương mu rồi tiếp tục đi ra phía ngoài tới lồi chậu mu. Ở đây, hoà lẫn với cân cơ lược và lớp cốt mạc của xương mu tạo nên một dây chằng rất chắc gọi là dây chằng lược.

Một phần của dây chằng bên chạy lên trên vào trong, bám vào đường trắng giữa gọi là dây chằng bên phản chiếu [47].

- Cơ chéo bụng trong

Ở vùng bẹn, về phương diện giải phẫu cơ chéo bụng trong rất thay đổi, các thớ dưới đôi khi hợp với các thớ của cơ ngang bụng tạo nên liềm bẹn hay gân kết hợp bám tận vào mào lược xương mu. Phần thấp nhất của cơ chéo bụng trong dính vào dây chằng bên, nên thường dính liên quan chặt chẽ với bờ trong của cơ. Bên ngoài thừng tinh nằm sâu so với các thớ cơ, chính các thớ cơ này bị dính hoàn kéo xuống dưới tận bìu tạo nên cơ bìu (hình 1.9).



Hình 1.9. Cơ chéo bụng trong [49].

Theo công trình của Anson, Morgan và McVay khảo sát 425 mẫu thấy phần cơ của cơ chéo bụng trong lan rộng đến vùng bẹn chỉ thấy được 2% các mẫu khảo sát. Có 75% các trường hợp phần cơ chỉ bao phủ được khoảng 75% vùng bẹn. Tuy vậy, có khoảng 23% các trường hợp phần cơ chỉ chiếm nửa trên của vùng bẹn. Cũng với mẫu trên, sự lan rộng vào trong của phần cơ rất thay đổi. Ở 75% trường hợp, phần cơ bao phủ 75% vùng bẹn. Ở 7% các trường hợp, phần cơ lan rộng nhiều hơn, bao phủ khoảng 85% vùng bẹn. Ở 18% các trường hợp, phần cơ chỉ bao phủ khoảng 60%. Khoảng 3% các sợi cơ của cân cơ chéo bụng trong uốn cong xuống dưới hợp với cân cơ ngang bụng để bám trực tiếp vào củ mu và ngành trên xương mu tạo nên gân kết hợp [47].

Theo Dương Văn Hải khảo sát 78 trường hợp ở nam bình thường, khoảng cách trung bình từ bờ dưới cơ chéo bụng trong đến dây chằng bẹn đo ở phần xa nhất là 15,3 mm [6].

Theo Nguyễn Văn Liễu khoảng cách trung bình từ bờ dưới cân cơ chéo trong đến dây chằng bẹn của 63 bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn (đo ở phần xa nhất) có kết quả là 21,6 mm. Trong đó, số đo ở bệnh nhân có khoảng cách gần nhất là 17,4 mm và số đo ở bệnh nhân có khoảng cách xa nhất là 25,2 mm [12].

- Cơ ngang bụng

Cơ ngang bụng nằm sâu nhất của 3 lớp cơ tạo nên thành bụng. Hầu hết các sợi cơ chạy ngang. Khi xuống dưới, các sợi cơ hướng xuống dưới và uốn cong vào phía trong tạo thành một cung bao lấy ống bẹn. Cơ ngang bụng có cấu tạo đặc biệt là nhiều cân và ít sợi cơ hơn cơ chéo bụng trong và cơ chéo bụng ngoài (hình 1.10).



Hình 1.10. Cân cơ ngang bụng [49].

Theo công trình của Anson, Morgan và McVay khảo sát 425 mẫu có 67% trường hợp các thớ cơ chỉ chiếm 1/2 trên của vùng bẹn, chỉ có 14% trường hợp các sợi cơ này được tìm thấy ở cung sợi thấp nhất bao phủ đến bờ trên ống bẹn (ở phần ngoài) còn ở bên trong không có trường hợp nào có cơ đi đến bờ ngoài cơ thẳng bụng. Tương tự, 71% trường hợp các sợi cơ không lan toả về phía trong đến bó mạch thượng vị dưới.

Về phương diện giải phẫu, cân cơ ngang bụng ở vùng bẹn rất thay đổi, chính sự thay đổi này đóng vai trò quan trọng trong mổ tái tạo thoát vị bẹn [91]. Hầu hết các sợi cơ chạy ngang, khi xuống phía bụng dưới các sợi cơ hướng xuống dưới và uốn cong vào phía trong để tạo thành một cung bao lấy ống bẹn. Cung cơ ngang bụng bắt chéo trên thừng tinh ở lỗ bẹn sâu. Số sợi cơ ở bờ dưới này rất thay đổi, những yếu tố như khoảng cách từ cung đến dây chằng bẹn (đo phần xa nhất), số lượng sợi và độ bền của sợi có ảnh hưởng rất nhiều trong sự phát sinh thoát vị bẹn trực tiếp [47].

Theo Dương Văn Hải khảo sát 78 trường hợp ở nam bình thường khoảng cách trung bình từ bờ dưới cơ ngang bụng đến dây chằng bẹn đo ở phần xa nhất là 20,7mm [6]. Theo Khương Thiện Văn khảo sát 5 tiêu bản có kết quả: 20,1mm [26].

Theo Nguyễn Văn Liễu khoảng cách trung bình từ bờ dưới cân cơ ngang bụng đến dây chằng bẹn của 63 trường hợp được mổ thoát vị bẹn (đo ở phần xa nhất) có kết quả là 27,6 mm. Trong đó, số đo ở bệnh nhân có khoảng cách gần nhất là 25,4 mm và số đo ở bệnh nhân có khoảng cách xa nhất là 29,4 mm [12].

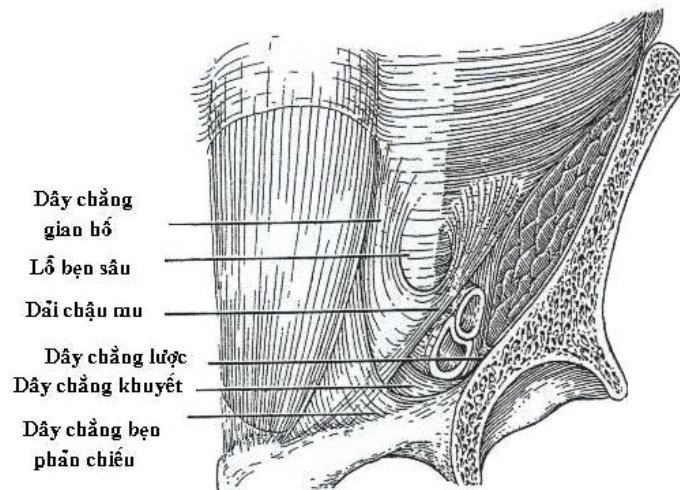
- Gân kết hợp

Được gọi là gân kết hợp khi nào cân của cơ ngang bụng và cân cơ chéo trong hoà lẫn với nhau từ phía ngoài đến bao cơ thẳng bụng. Về mặt cấu trúc của gân kết hợp rất thay đổi và ít hiện hữu bởi lẽ cấu trúc giải phẫu tách biệt. Cơ chế đóng đôi với gân kết hợp chỉ được mô tả khi bờ ngoài gân cơ ngang bụng và cơ chéo bụng trong bám vào đường chậu lược [95].

- Mạc ngang

Mạc ngang nằm sâu hơn lớp cơ ngang bụng. Được mô tả lần đầu tiên bởi Astley Cooper vào năm 1807, ở vùng bẹn mạc ngang bao gồm 2 lớp. Lớp vững chắc nằm phía trước bao phủ phía trong của cơ ngang bụng. Lớp sâu hơn của mạc ngang là một lớp màng nằm giữa lớp chính của mạc ngang và phúc mạc. Bó mạch thượng vị dưới chạy giữa 2 lá của mạc ngang.

Ở phần bụng dưới, mạc ngang như một bức màng liên tục, chỉ bị gián đoạn bởi thừng tinh đi qua ngay lỗ bẹn sâu. Mạc ngang bao quanh thừng tinh gọi là mạc tinh sâu. Bờ trong của lỗ bẹn sâu mạc ngang hội tụ lại giống như một đai hình chữ U gọi là dây chằng gian hố (hình 1.11) [47].



Hình 1.11. Mạc ngang và dây chằng gian hố [47].

Ở phần bụng dưới phúc mạc có 5 nếp gấp đều hướng về phía rốn. Những nếp này tạo nên các hố gồm: hố bẹn ngoài, hố bẹn trong và hố trên bàng quang. Tùy theo thoát vị xảy ra ở các hố trên có: thoát vị bẹn gián tiếp các tạng thoát vị qua hố bẹn ngoài, thoát vị trực tiếp các tạng thoát vị qua hố bẹn trong, thoát vị trên bàng quang có thể xảy ra ở hố trên bàng quang [3], [20], [47].

Ở vùng bẹn, có một lỗ hồng được Fruchaud mô tả gọi là lỗ cơ lược. Ranh giới lỗ cơ lược: phía trên là cung cơ ngang, phía ngoài là cơ thắt lưng chậu, phía trong là cơ thẳng bụng và phía dưới là diện lược xương mu [57], [61].

Condon (1971) đã nghiên cứu giải phẫu về mạc ngang bằng cách sử dụng kỹ thuật truyền sáng tổ chức lạnh (Technique of Transillumination of fresh tissue). Ông nêu lên những chi tiết giải phẫu và xác định rõ khiếm khuyết của cân, mạc ở thành sau ống bẹn dẫn đến thoát vị bẹn trực tiếp [47].

*** Cấu trúc vi thể**

Vào năm 1924, Arthur Keith nhận định “Không có điều gì khác để phải quan sát thêm. Chúng tôi đã quan sát thấy gân, cấu trúc cân, mạc và mô liên kết các cấu trúc này đã biến dạng. Những yếu tố khiếm khuyết dẫn đến thoát vị bẹn ở người trung niên hoặc ở người lớn tuổi chẳng qua do sự thay đổi bệnh lý của tổ chức liên kết tại túi thoát vị”. Ông ta đưa ra kết luận để biện minh lý lẽ của mình “ Điều quan trọng nhất là phải hiểu biết tường tận về nguyên nhân gây

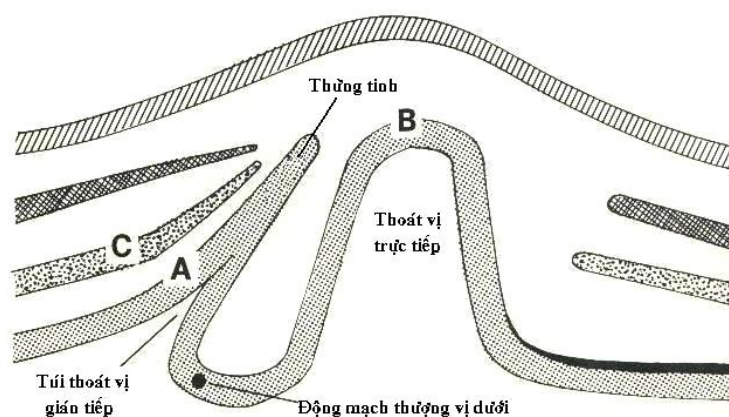
thoát vị bẹn... Nếu thực sự, túi thoát vị chỉ được hình thành trong thai kỳ thì điều tốt nhất chúng ta nên thực hiện là cắt bỏ túi thoát vị ngay khi mới sinh hoặc chúng ta phải làm điều gì đó để tạo cơ may không mắc bệnh...” [46].

Năm 1970, Read ghi nhận khi bóc tách và trượt một lớp mỏng của bao cơ thẳng bụng để áp đặt vào vùng bẹn thì chính sự trượt cân này khiến cho bệnh nhân bị khiếm khuyết tại chỗ.

Năm 1974, Peacock và Madden cho thấy sức chống đỡ của mạc ngang không có kết quả khi collagen bị phá huỷ.

Năm 1978, qua công trình nghiên cứu của Read cho thấy trong bệnh lý thoát vị bẹn không chỉ khiếm khuyết tại chỗ của cân vùng bẹn, mà nổi bật là sự rối loạn toàn bộ tổ chức liên kết, tương tự như trong các bệnh: khí phế thũng, bệnh thiếu α_1 Antitripsin, bệnh thiếu năng cốt hoá, bệnh hoại huyết...

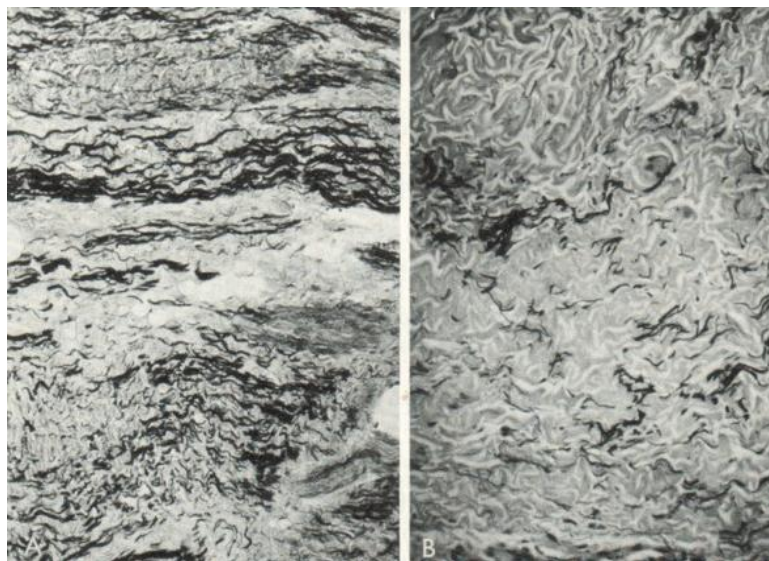
Năm 1984, Berliner sau nhiều năm nghiên cứu đã xác định điều này qua khảo sát các mẫu sinh thiết trong khi mổ ở bệnh nhân thoát vị bẹn, ông lấy 3 mẫu với 3 vị trí khác nhau: **1)** Lấy mạc ngang ở phía trên sát với lỗ bẹn sâu. **2)** Lấy mạc ngang/ cân cơ ngang ngay nơi thoát vị. **3)** Cân cơ ngang bụng gần chỗ thoát vị (hình 1.12). [32].



Hình 1.12. Mô tả thiết đồ cắt dọc trong trường hợp thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp tại vị trí. A, Mạc ngang sát phía trên lỗ bẹn sâu. B, Mạc ngang/ cân cơ ngang bụng ngay chỗ thoát vị. C, Cân cơ ngang bụng ở chỗ bình thường của bệnh nhân bị thoát vị trực tiếp [32].

Trong các mẫu sinh thiết cho thấy có sự thoái hoá ở sợi cân cơ của cơ ngang bụng. Hầu hết các mẫu này đều hiện rõ tổ chức sợi đàn hồi thừa thớt và bị đứt đoạn ngay những mẫu lấy ở vị trí lỗ bẹn sâu bị dẫn và nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp (hình 1.14). Cấu trúc đàn hồi ở các mẫu lấy từ cân cơ ngang bụng và mạc ngang rất thay đổi. Quan sát ở bệnh nhân lớn tuổi những cấu trúc này biến đổi khác nhau. Sự biến đổi có thể ít hoặc nhiều. Nhưng đối với người đàn ông trưởng thành bị thoát vị bẹn trực tiếp và trong gia đình có người bị thoát vị, sự biến đổi bất thường biểu hiện rất rõ [32].

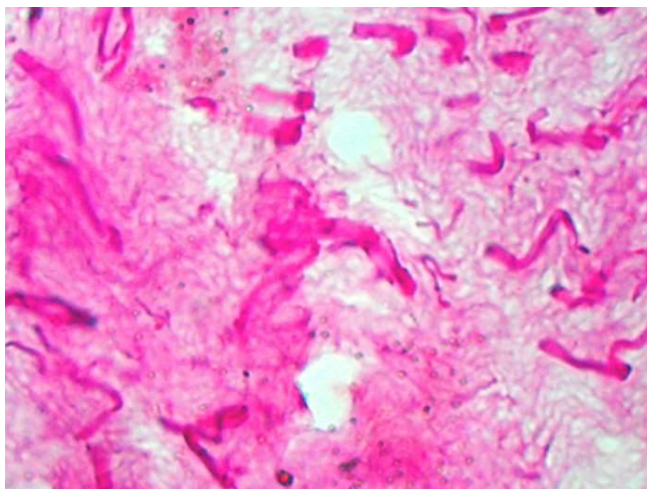
Phần lớn các tác giả đều cho rằng nguyên nhân đưa đến thoát vị bẹn chủ yếu do thành sau ống bẹn yếu. Nhưng thực sự không đơn thuần như vậy bởi lẽ về lĩnh vực giải phẫu bệnh, sinh hoá, tổ chức học... Các tác giả như: Anson, Morgan, McVay, Keith, Read, Berliner... Đã cho thấy có nhiều nguyên nhân đưa đến bệnh lý thoát vị bẹn mà trong đó đáng lưu ý nhất chính là sự thay đổi các thành phần tạo nên ống bẹn.



Hình 1.13. A. Kết quả của mẫu sinh thiết lấy từ bờ của lỗ bẹn sâu và lớp mỏng ống phúc tinh mạc ở người không biểu hiện bệnh lý thoát vị bẹn trên lâm sàng, cấu trúc đàn hồi phát triển rất tốt. B. Kết quả của mẫu sinh thiết được lấy ở bệnh nhân nam 28 tuổi bị thoát vị trực tiếp và trong gia đình có người bị thoát vị bẹn. Cấu trúc đàn hồi thừa thớt và bị đứt đoạn.(các mẫu được lấy từ 2 vị trí A và B) [32].

Theo công trình nghiên cứu của Nguyễn Văn Liễu lấy mẫu mạc ngang ngay nơi xảy ra thoát vị của 63 trường hợp được mổ thoát vị bẹn đã cho thấy sự

thay đổi các thành phần cấu tạo của mạc ngang mà chủ yếu là những cấu trúc đàn hồi thừa thớt và bị đứt đoạn (hình 1.15) [12].



Hình 1.14. Nguyễn Hữu B. 77 tuổi, thoát vị bên phải, thể trực tiếp. Mẫu nghiệm trên tiêu bản lấy từ mạc ngang cho thấy: có nhiều chỗ các sợi chun đứt đoạn nằm rải rác (nhuộm Orcein $\times 400$) [12].

1.3. NHỮNG NGUYÊN NHÂN ĐƯA ĐẾN BỆNH LÝ THOÁT VỊ BỤNG

Có nhiều nguyên nhân đưa đến bệnh lý thoát vị bụng. Nhưng hiện nay, đa số các tác giả đều chấp nhận có 2 nguyên nhân chính: bẩm sinh và mắc phải.

1.3.1. Nguyên nhân bẩm sinh

Nguyên nhân đưa đến thoát vị bụng gián tiếp ở trẻ em là do sự tồn tại ống phúc tinh mạc sau khi sinh. Năm 1817, Cloquet đã nhìn nhận ống phúc tinh mạc không thường xuyên được bít ngay sau khi sinh. Bởi vì, khi phẫu tích trên xác ông thấy ở đàn ông trưởng thành có 15-30% còn tồn tại ống phúc tinh mạc nhưng lại không biểu hiện trên lâm sàng bệnh lý thoát vị bụng cho đến khi chết.

Gần đây, người ta còn đưa ra nguyên nhân gây thoát vị bụng ở những bệnh nhân thâm phân phúc mạc trong suy thận mãn, điển hình một người đàn ông 62 tuổi tiền sử không có thoát vị bụng, sau 2 lần thâm phân phúc mạc xuất hiện thoát vị bụng gián tiếp. Chính điều này, đã củng cố thêm luận điểm: sự tồn tại ống phúc tinh mạc đơn thuần chưa hẳn đã đưa đến thoát vị bụng gián tiếp. Khi thoát vị bụng gián tiếp xảy ra thường có một yếu tố làm dễ như tăng áp lực ổ phúc mạc thường xuyên [46].

1.3.2. Nguyên nhân mắc phải

Hiện nay, với sự tiến bộ trên nhiều lĩnh vực khoa học, cho thấy thoát vị bụng không đơn giản chỉ là sự khiếm khuyết bẩm sinh như tồn tại ống phúc tinh mạc mà còn có nhiều nguyên nhân khác đưa đến bệnh lý thoát vị bụng.

1.3.2.1. Sự gắng sức liên quan đến bệnh lý thoát vị bẹn

Khó mà chứng minh được rằng ở những người tập thể hình dễ bị thoát vị bẹn mà không có sự bất thường về cân, cơ hoặc mắc phải bệnh lý về tổ chức liên kết hoặc bất thường do bẩm sinh của thành bụng. Mặc dù vậy, có những nghiên cứu cho thấy rằng công việc nặng nhọc, gắng sức, môi trường xung quanh và nghề nghiệp có liên quan đến bệnh lý thoát vị bẹn. Tuy nhiên, theo nghiên cứu gần đây ở châu Âu cho biết những yếu tố nêu trên có gây nên thoát vị bẹn nhưng không đáng kể so với yếu tố do khiếm khuyết bẩm sinh.

1.3.2.2. Các bệnh lý trong ổ bụng đưa đến thoát vị bẹn

Hiện nay, người ta đã đề cập đến dịch bàng do ung thư gan hoặc do bệnh lý về tim có liên quan đến thoát vị bẹn bởi vì với áp lực của lượng dịch trong ổ phúc mạc đã làm giãn thành trước ngoài khoang phúc mạc và các tạng trong ổ bụng sẽ vào trong các khoang này [46].

1.3.2.3. Thoát vị bẹn ở bệnh nhân sau mổ cắt ruột thừa

Năm 1911, Hoguet người đầu tiên mô tả sự liên quan ở bệnh nhân bị thoát vị bẹn sau mổ cắt ruột thừa. Tương tự cũng có nhiều tác giả khác đồng ý với luận điểm này [106].

1.3.2.4. Thoát vị bẹn ở bệnh nhân sau chấn thương vùng bẹn bụng và ở bệnh nhân gãy xương chậu

Trong chấn thương vùng bẹn-bụng và tổn thương xương chậu những chỗ bám của cân cơ vào xương chậu bị thương tổn nên có nhiều khả năng xảy ra thoát vị bẹn sau này. Tại bệnh viện Shouldice, Ryan ghi nhận trong trật khớp háng bẩm sinh, khi tiến hành phẫu thuật chỉnh hình xương chậu bằng cách cắt đoạn xương cũng liên quan đến bệnh lý thoát vị bẹn. Những sự thay đổi này đã làm biến dạng giải phẫu vùng bẹn-đùi nên dẫn đến thoát vị bẹn.

1.3.3. Yếu tố di truyền liên quan đến thoát vị bẹn

Yếu tố di truyền đã gợi ý cho thấy có liên quan đến bệnh nguyên gây thoát vị bẹn. Tuy nhiên cho đến nay thực sự vẫn còn là những giả thuyết đang còn tranh luận. Những giả thuyết đã được đưa ra là: **a)** Di truyền tự thân trội. **b)** Di truyền tự thân trội liên quan đến giới tính. **c)** Di truyền trội liên kết với nhiễm sắc thể X. **d)** Di truyền đa gen [46].

1.3.4. Các yếu tố khác liên quan đến thoát vị bẹn

1.3.4.1. Yếu tố dịch tễ học

Những giả thuyết nêu ra hầu như đã được chấp nhận đó là có sự khác biệt tỉ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn giữa các dân tộc, các bộ tộc và yếu tố về gia đình đều có liên quan. Sự sắp xếp về mặt giải phẫu của khung chậu đặc biệt chiều cao của cung xương mu, có thể là bằng chứng rõ nét về lĩnh vực nhân chủng học có liên quan đến bệnh lý thoát vị bẹn. Trong số 65% đàn ông ở châu Âu có số đo chiều cao của cung xương mu từ 5-7,5cm nhưng trong số 65% đàn ông ở châu Phi số đo chiều cao của cung xương mu lớn hơn 7,5cm. Chính chiều cao của cung xương mu ở người da đen cao hơn người châu Âu nên tỷ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn cao hơn [46].

Xương chậu của người châu Âu rộng và có cung mu thấp hơn người da đen. Điều này chứng tỏ nguyên uỷ của cơ chéo bụng trong từ bên ngoài của dây chằng bẹn được trải rộng, cho nên cơ chéo bụng trong đóng góp vai trò trong cơ chế bảo vệ lỗ bẹn sâu. Với xương chậu người da đen hẹp hơn người châu Âu, cung mu lại cao hơn, nguyên uỷ của cơ chéo bụng trong hẹp hơn. Do đó, cơ chéo bụng trong không phủ lên lỗ bẹn sâu khi làm động tác gắng sức. Như vậy, cơ chế đóng của ống bẹn bị khiếm khuyết. Theo số liệu thống kê cho thấy tỉ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn gián tiếp ở người da đen cao gấp 10 lần người châu Âu.

1.3.4.2. Yếu tố mô bệnh học

Đối với bệnh nhân trung niên và bệnh nhân già thoát vị gián tiếp luôn cho thấy có sự thay đổi bệnh lý về tổ chức liên kết ở thành bụng. Với những trường hợp này chỉ cắt bỏ túi thoát vị đơn thuần đồng nghĩa phải chấp nhận tỉ lệ tái phát cao. Như vậy, có thể nói rằng: thoát vị thật sự hiện hữu bởi 2 yếu tố: đó là một túi bẩm sinh và sự khiếm khuyết của mạc ngang [46].

Đã có nhiều công trình cho thấy: nếu không hiện diện cân cơ một cách đầy đủ nhằm trợ lực cho mạc ngang và nửa trong của ống bẹn thì khoảng 1/4 số người có khiếm khuyết này sẽ bị thoát vị bẹn [62].

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

1.4.1 Lâm sàng

Khai thác bệnh sử và khám lâm sàng là phương thức tốt nhất để chẩn đoán thoát vị bẹn. Ở người lớn, thoát vị bẹn thường diễn tiến từ từ, cảm giác đau,

nặng và khó chịu ở vùng bẹn là dấu hiệu sớm nhất. Dấu hiệu này ngày càng rõ, kèm theo thấy xuất hiện một khối phòng ở vùng bẹn khi áp lực ổ bụng tăng. Càng về sau, khối thoát vị càng lớn xuất hiện thường xuyên khi đứng và có thể biến mất khi nằm hoặc bệnh nhân tự đẩy khối thoát vị lên. Chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào khám lâm sàng. Trong khi khám, cần khám toàn diện để phát hiện các bệnh lý kèm theo làm ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật sau này, nhất là các bệnh lý làm tăng áp lực ổ bụng như: bệnh lý chít hẹp đường tiết niệu, ung thư trực tràng và đại tràng trái, viêm phế quản mãn tính, ho kéo dài, táo bón và ổ bụng có dịch báng [85].

Cách khám thoát vị tốt nhất với bệnh nhân ở tư thế đứng sau chuyển qua nằm. Cần tiến hành các bước như sau:

- *Với bệnh nhân ở tư thế đứng.* Bảo bệnh nhân ho mạnh làm tăng áp lực ổ phúc mạc để quan sát vùng bẹn nhằm phát hiện khối phòng, dùng tay nắn khối thoát vị từ bìu ngược lên trên về phía ổ bụng có thể làm xẹp hoàn toàn khối phòng, đôi khi nghe tiếng "lọc bọc" điển hình của hơi và nước trong lòng ruột đồng thời đưa ngón trỏ từ lỗ bẹn nông vào ống bẹn bảo bệnh nhân ho nếu nội dung của khối thoát vị chạm vào đầu ngón tay đó là thoát vị gián tiếp (nghiệm pháp Valsalva), dùng ngón tay ép lên lỗ bẹn sâu và bảo bệnh nhân ho. Nếu khối thoát vị không sa xuống, đó là thoát vị gián tiếp. Nếu có chỗ phòng lên ở phía trong gần đầu ngón tay ép là thoát vị trực tiếp.

- *Với bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa.* Lặp lại các bước khám tương tự như trên, đồng thời đưa ngón tay trỏ từ lỗ bẹn nông vào ống bẹn ép về phía sau. Trong thoát vị trực tiếp không có sức cản khi sờ vào dây chằng lược và có thể xác định chắc chắn hơn bằng cách bảo bệnh nhân ho. Nếu thành sau ống bẹn vững chắc sẽ đẩy ngón tay ra trước. Trong khi thoát vị trực tiếp sẽ không có lực nào tác động lên ngón tay khám.

1.4.2. Phân loại thoát vị bẹn

Thoát vị bẹn được phân loại theo vị trí (đùi, bẹn: thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp); 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, kẻ, trượt). Tuy nhiên, vẫn chưa đủ để đánh giá một cách đầy đủ các tổn thương của vùng bẹn trong thoát vị bẹn, các tổn thương này rất đa dạng và cần có nhiều kỹ thuật mổ khác nhau để điều trị cho phù hợp với tổn thương phát hiện trên lâm

sàng. Nên đã có nhiều bảng phân loại được đưa ra bởi các tác giả khác nhau như Coley (1895), Russel (1899), Hughson (1925),... Nhưng vẫn chưa nói lên được một cách đầy đủ để mô tả sự đa dạng trong phẫu thuật ở vùng bẹn [57], [122].

Năm 1958, McVay và Chap đề nghị phân loại thoát vị bẹn và phương pháp điều trị như sau:

- Loại 1: khối thoát vị gián tiếp nhỏ hoặc trung bình, điều trị cần đóng lỗ bẹn sâu là đủ.

- Loại 2: khối thoát vị gián tiếp lớn phải tái tạo thành sau ống bẹn theo phẫu thuật McVay.

- Loại 3: thoát vị trực tiếp hoặc thoát vị đùi, điều trị bằng tái tạo lại thành sau ống bẹn.

Bên cạnh đó, còn có nhiều tác giả khác như: Hadrkins (1971), Nyhus (1996, 2001), Cristinzio và Corcione (1992), Campanelli G. (1996), Gilbert (1989), Lichtenstein (1987), Nyhus (1991), Nyhus (1993), Bendavid (1994), Aachen (1995), Zollinger (2003)...đưa ra nhiều bảng phân loại khác nhau đồng thời nêu lên các phương pháp điều trị khác nhau [44], [62].

Tuy nhiên, Champault G. đã dựa vào sự phân loại của Nyhus (1996) và từ đó chọn lựa phẫu thuật theo từng loại nhằm phù hợp với cách thức điều trị hiện nay, sự phân loại này tương đối đơn giản và được các tác giả trên thế giới chấp nhận [117].

- Loại 1: thoát vị gián tiếp lỗ bẹn sâu bình thường (thoát vị bẹn ở trẻ em).

- Loại 2: thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu giãn, cân cơ thành sau ống bẹn còn vững.

- Loại 3: tất cả các loại thoát vị với thành sau ống bẹn yếu:

3a. Thoát vị trực tiếp.

3b. Thoát vị gián tiếp khối thoát vị xuống bìu.

3c. Thoát vị đùi.

- Loại 4: thoát vị tái phát.

Điều trị phẫu thuật tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) loại 2, 3a, 3b, 3c và/hoặc 4

1.4.3. Biện chứng thoát vị bẹn

Các nguy cơ lớn của thoát vị bẹn là: nghẹt ruột, tắc ruột và nghẽn ruột. Nghẹt ruột chiếm tỷ lệ 5%, túi thoát vị có thể tích lớn, ruột nằm trong túi và dính chặt vào thành túi. Loại thoát vị này có nhiều nguy cơ dẫn đến tắc và nghẽn ruột.

1.4.3.1. Nghẽn ruột

Nghẽn là tình trạng các tạng chứa đựng trong túi thoát vị không thể đẩy trả lại vào ổ phúc mạc thường do: dính mặt trong của túi với tạng, dính giữa cổ túi làm cho tạng không thoát ra được và tạng thoát vị phù nề biến dạng.

Những bệnh nhân thoát vị bẹn nghẽn có thể không có triệu chứng, ngoại trừ khi túi thoát vị to thêm và đau bắt buộc nghĩ đến nghẹt ruột. Nếu nghẽn kèm theo sự khó chịu của bệnh nhân và có các triệu chứng tắc ruột tốt nhất nên mổ cấp cứu. Trong một vài trường hợp đẩy trả các tạng vào lại ổ phúc mạc không để lại một hậu quả nào. Tuy nhiên, nhiều trường hợp cần phải lưu ý bởi vì sau khi đẩy trả các tạng vào lại ổ phúc mạc ruột có thể sẽ hoại tử, thủng gây viêm phúc mạc đưa đến hậu quả tử vong rất cao 10-30% [9], [57].

1.4.3.2. Tắc ruột

Thường gặp là ruột non, hiếm hơn là kết tràng, đôi khi có cả dạ dày. Ở Mỹ, trong phẫu thuật về bụng, tắc ruột do thoát vị đứng hàng thứ 3 sau do dính và ung thư. Khi có bệnh nhân vào viện với triệu chứng của tắc ruột nhưng không biết nguyên nhân do đâu, tốt nhất nên khám kỹ các lỗ thoát vị tự nhiên.

1.4.3.3. Nghẹt ruột

Khi mạch máu của tạng thoát vị bị tắc nghẽn do chèn ép ở cổ thoát vị, tạng thoát vị thường là quai ruột non xảy ra đột ngột, thường làm xoắn nội dung trong túi thoát vị, trong đó có cả động mạch và tĩnh mạch của đoạn ruột gây ra hoại tử, thủng ruột viêm phúc mạc. Với trường hợp bán cấp, chủ yếu làm phù nề mạc treo ruột, tắc dòng chảy tĩnh mạch làm quai ruột tiết dịch nhiều, hậu quả gây chèn ép động mạch đưa đến sự thiếu máu của quai ruột.

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

Hầu hết các thoát vị bẹn có thể chẩn đoán được trên lâm sàng dựa vào triệu chứng cơ năng và thăm khám sờ thấy khối phòng trên vùng bẹn. Để xác định về mặt chẩn đoán, đánh giá mức độ và thành phần trong túi thoát vị cần phải nhờ đến phương tiện chẩn đoán hình ảnh, những thông tin này rất hữu ích cho kế hoạch điều trị như:

- Thấy được hình khuyết của thành bụng, mất tính liên tục của phúc mạc.

- Hiện diện các thành phần trong túi thoát vị như: mỡ trong mạc nối, mạc treo, quai ruột non, manh tràng, kết tràng...

- Gia tăng thể tích túi thoát vị khi làm nghiệm pháp gắng sức.

- Giảm thể tích túi thoát vị khi đè ép túi vào phía trong ổ bụng.

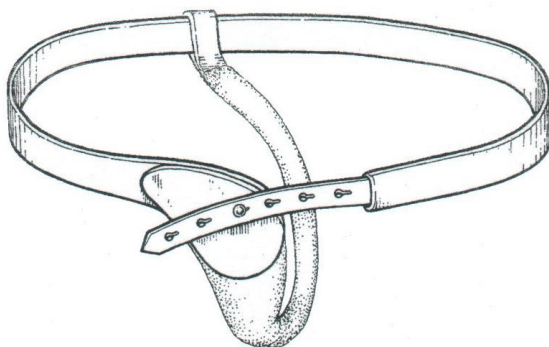
Trong trường hợp thoát vị bẹn kín đáo khó chẩn đoán trên lâm sàng thì các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ vùng bẹn-bìu đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán gián biệt các bệnh lý ở tiểu khung. Ngoài ra, còn giúp phát hiện các bệnh lý khác ở ống bẹn như: nang thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh hoặc các khối ở vùng bẹn như: hạch bẹn, u mỡ [9], [27], [68], [91].

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

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

1.6.1.1. Chỉ định

Vào thời kỳ Hyppocrates người ta đã biết đeo băng treo để điều trị thoát vị bẹn. Tuy nhiên, cho đến nay việc sử dụng băng treo vẫn còn có giá trị nhất định của nó. Nhất là khi sử dụng băng treo với mục đích làm cho khối thoát vị giảm tạm thời (hình 1.15) [45].



Hình 1.15. Băng treo được chuẩn hoá [45].

- Đối với bệnh nhân thoát vị bẹn nhưng lại kèm theo các bệnh lý về tim mạch, bệnh phổi nặng mà chưa thể điều trị lành được.

- Ở phụ nữ có thai tháng thứ 3 bất thành linh bị thoát vị.

- Để có thể làm giảm khối thoát vị tạm thời ở bệnh nhân lớn tuổi có nhiều nguy cơ xảy ra trong và sau khi can thiệp phẫu thuật.

- Ở một số bệnh nhân không đồng ý mổ.

Với những trường hợp đặc biệt này không thể làm gì hơn là đeo băng treo tạm thời.

1.6.1.2. Phương pháp

Tùy thuộc vào bệnh nhân bị thoát vị một bên hoặc hai bên. Người ta sẽ cho bệnh nhân mang loại băng treo đã được chuẩn hoá. Thường băng treo chỉ lấy ra khi bệnh nhân nằm nghỉ và phải mang vào trước khi đứng dậy.

1.6.1.3. Ưu điểm và nhược điểm của mang băng treo

Ngoài những chỉ định đã được nêu trên, cho thấy vấn đề phẫu thuật là cần thiết phải được tiến hành. Bởi lẽ băng treo khó mà thay thế cho phẫu thuật nhất là trong những trường hợp thoát vị bẹn gián tiếp. Khi đeo băng treo không làm giảm đi sự thoát vị mà còn mang đến cho bệnh nhân những biến chứng như: tắc nghẽn tĩnh mạch, ngưng trệ đường bạch mạch ở các tạng nằm trong bao thoát vị và hậu quả gây nên nghẽn. Và lại, trong trường hợp khối thoát vị trực tiếp lớn, áp lực của băng treo làm teo cơ và bờ của cân cơ khiến cho lỗ thoát vị rộng thêm. Chính vì vậy, sau này mổ tái tạo thoát vị sẽ gặp nhiều khó khăn hơn.

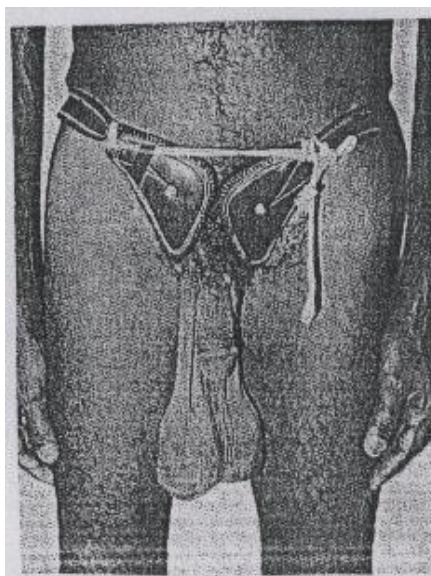
Từ năm 1927, Geoffrey Keynes đã đưa ra những biến chứng gặp được khi mang băng treo: “ Những tổ chức nằm dưới băng treo sẽ bị thay đổi như: các cơ trở nên mỏng và các sợi cơ bị xơ hoá ...” [45].

Các tác giả khác như Williams và Farndon (1995) ở Anh cũng nêu quan điểm băng treo chỉ làm cho bệnh nhân khó chịu và nhấn mạnh hậu quả của băng treo làm gia tăng các biến chứng và tỷ lệ mắc các bệnh như: teo thừng tinh và tinh hoàn, teo các tổ chức dưới băng treo, đau do viêm thần kinh chậu bẹn, dẫn tĩnh mạch tinh (hình 1.16 và hình 1.17) [13], [33], [45].

Các biến chứng nêu trên xảy ra nhiều hơn là mổ tái tạo thành bụng trong bệnh lý thoát vị bẹn.



Hình 1.16. Hậu quả của sự mang băng treo thường xuyên [13].



Hình 1.17. Hậu quả của sự mang băng treo thường xuyên [45].

1.6.2. Điều trị phẫu thuật

1.6.2.1. Chỉ định

Hầu hết các tác giả hiện nay trên thế giới đều thống nhất quan điểm: với những nguy cơ lớn khi có biến chứng của thoát vị bẹn xảy ra như: nghẹt ruột, tắc ruột và nghẽn ruột không những làm ảnh hưởng xấu đến kết quả trong quá trình điều trị mà còn nguy hại đến tính mạng bệnh nhân [44], [52], [95].

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”. Hiện nay, với sự tiến bộ của gây mê hồi sức, không những thoát vị bẹn ở người lớn mà ngay ở trẻ em, không nên chờ đợi một sự tự khỏi.

1.6.2.2. Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

Điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn dựa trên các nguyên tắc chính sau:

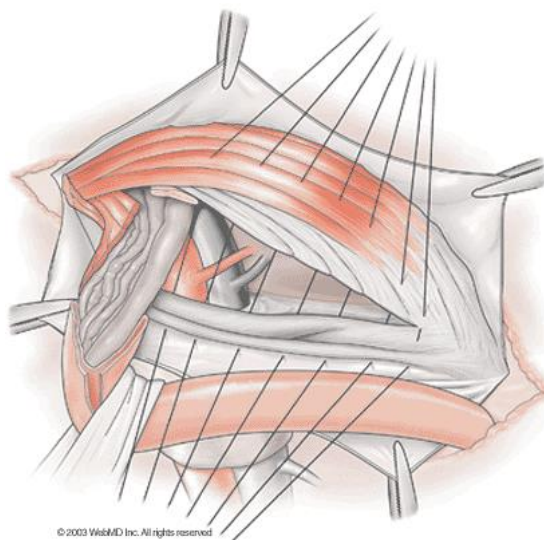
- Bóc tách cẩn thận, cột, cắt cao cổ túi thoát vị tránh làm tổn thương các cơ quan lân cận.
- Phục hồi thành bụng dựa theo 2 phương pháp chính: không phục hồi thành sau ống bẹn và có phục hồi thành sau ống bẹn.
- Tăng cường sự vững chắc của các thành ống bẹn bằng cách đặt tấm nhân tạo (Mesh, Plug...).

1.6.2.3. Các phương pháp phẫu thuật mở:

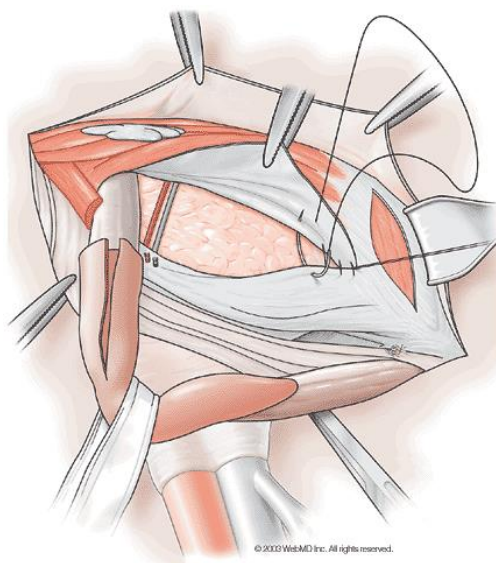
- Dùng mô tự thân để tái tạo thành bụng trong điều trị thoát vị bẹn

Hiện nay, đã có nhiều tác giả đưa ra nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn khác nhau. Các tác giả đều dựa trên nguyên tắc cơ bản là làm thế nào để các thành của ống bẹn được vững chắc nhằm tránh tái phát. Năm 1949, Koontz làm rõ các phương pháp phẫu thuật của các tác giả bằng cách dựa vào vị trí của thừng tinh được đặt trong khi tái tạo thành bụng.

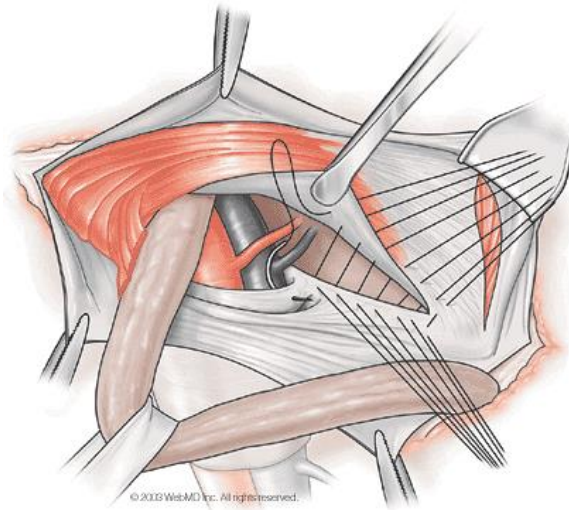
+ Với phương pháp Bassini (Hình 1.18), phương pháp Shouldice (Hình 1.19) và phương pháp Mc-Vay (Hình 1.20). Sau khi tái tạo thành sau ống bẹn thừng tinh được đặt nằm giữa cân cơ chéo bụng ngoài và gân kết hợp.



Hình 1.18. Phương pháp Bassini [75].



Hình 1.19. Phương pháp Shouldice [75].



Hình 1.20. Phương pháp Mc-Vay [75].

+ Với phương pháp Halsted I (1889). Thùng tinh được đặt phía trước cân cơ chéo bụng ngoài (nằm ngay tổ chức dưới da).

+ Với phương pháp Lucas-Championnière, Andrews (1895) (1892). Thùng tinh nằm giữa 2 lớp của cân cơ chéo bụng ngoài. Khâu theo kiểu chéo áo.

+ Với phương pháp Ferguson (1899) Halsted II (1903). Thùng tinh nằm lớp sâu so với gân kết hợp.

+ Với phương pháp Lotheissen (1898). Thùng tinh nằm giữa và gân kết hợp khâu với dây chằng lược.

Tương tự, ở Nga có 2 tác giả nêu lên phương pháp sau [1].

+ Phương pháp X. I. Xpaxôcucotxki.

Lớp sâu: khâu mép trong của cân cơ chéo ngoài với dây chằng bẹn. Lớp nông: khâu mép ngoài của cân cơ chéo ngoài chồng lên lớp sâu, vào phần còn lại của cân này theo kiểu chéo áo.

+ Phương pháp M. A. Kimbarôpxki.

Lớp sâu: lấy mép trong của cân cơ chéo ngoài và gân kết hợp khâu với dây chằng bẹn. Lớp nông: khâu mép ngoài của cân cơ chéo ngoài lên lớp sâu theo kiểu chéo áo.

- **Dùng tấm nhân tạo để tái tạo thành bụng trong điều trị thoát vị bẹn**

Phẫu thuật mở đặt tấm lưới nhân tạo có thể thực hiện qua ngã trước, ngã kinh điển, hay ngã sau ngã tiền phúc mạc. Phẫu thuật mở qua ngã trước được dùng phổ biến và có các kỹ thuật thông dụng tùy theo kích thước của tấm lưới, dạng phẳng như Rives, Lichtenstein, dạng nút chặn như Rutkow, tấm lưới đôi gồm hai tấm lưới nối với nhau bằng chốt như Gilbert [58], [72].

+ Kỹ thuật mổ đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein.

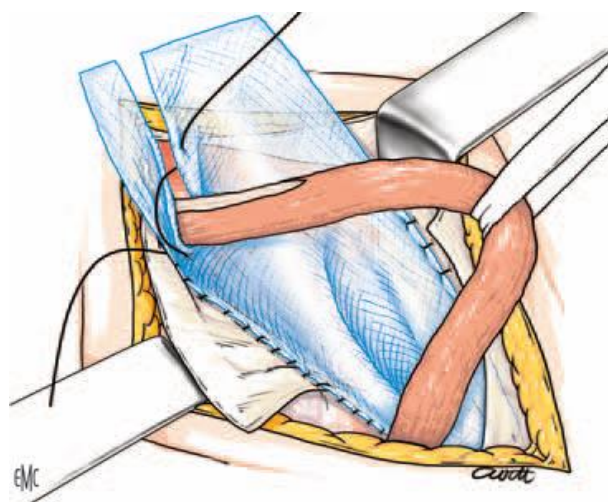
- Vật liệu để mổ là tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylène và chỉ phẫu thuật là loại prolène 2.0 để đính và chỉ Nylon 3.0 để khâu da

- Đường mổ, bóc lộ và xử lý túi thoát vị tiến hành các bước giống như phương pháp kinh điển. Tuy nhiên, có sự khác biệt cơ bản là thay vì tái tạo thành sau ống bẹn bằng cách dùng mô tự thân thì phẫu thuật này tăng cường sự vững chắc và che đậy chỗ khiếm khuyết của các thành ống bẹn bằng cách đặt tấm lưới nhân tạo. Nhờ vậy, đã loại bỏ được sức cản do đường khâu trong phẫu thuật tái tạo thành bụng dùng mô tự thân.

+ Thoát vị bẹn thể gián tiếp : bóc lộ thừng tinh, tách túi thoát vị ra khỏi bao xơ chung, bóc tách cẩn thận cắt và khâu kín cổ túi thoát vị ngay lỗ bẹn sâu.

+ Thoát vị bẹn thể trực tiếp thường không mở vì túi thoát vị thực chất là do mạc ngang bị chùng. Trừ khi cổ túi hẹp do xơ hóa thì nên cắt bỏ túi thoát vị.

- Phục hồi thành sau ống bẹn bằng đặt tấm lưới nhân tạo theo kỹ thuật Lichtenstein: thành sau ống bẹn được che phủ bằng mảnh lưới polypropylène rộng khoảng 5-7,5cm×10-15cm đặt dọc theo chiều ống bẹn từ ngoài vào trong. Khâu mảnh ghép vào những mô cân chắc xung quanh. Khâu góc dưới trong của mảnh ghép vào củ mu, khâu dây chằng bẹn với bờ dưới của tấm lưới, khâu gân cơ kết hợp và bao cơ thẳng bụng hoặc cân cơ chéo bụng trong với bờ trên của tấm lưới bằng chỉ prolène 2.0. Đầu ngoài mảnh ghép được xẻ dọc thành hai vạt tạo nên một rãnh để thừng tinh đi qua và khâu lại 2-3 mũi để ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu. Đặt thừng tinh lên tấm lưới (hình 1.21) [8], [14], [15], [30], [36], [50], [56], [107].

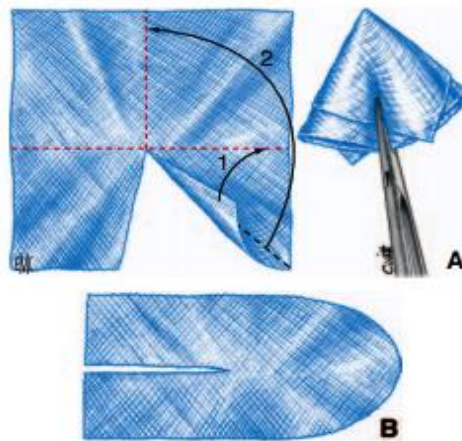


Hình 1.21. Phương pháp Lichtenstein [56].

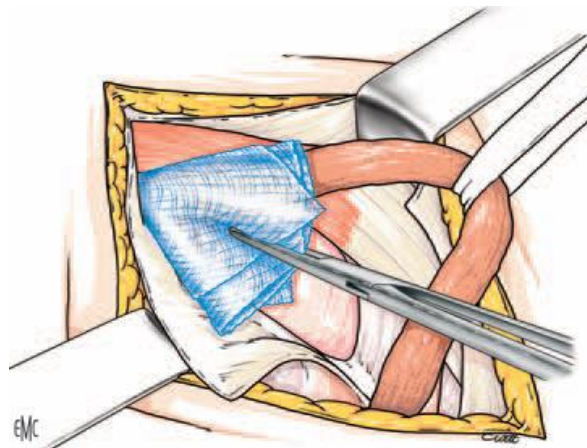
+ Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) của Gilbert, Rutkow và Robbins [96], [98], [99], [121].

+ Phương pháp Mesh-Plug của Gilbert

Kỹ thuật này được Gilbert mô tả vào năm 1992, áp dụng cho những thoát vị bẹn gián tiếp. Túi thoát vị được bóc tách tới lỗ bẹn sâu, không cột, cắt túi thoát vị ngay lỗ bẹn sâu. Bóc tách qua lỗ bẹn sâu tạo hố để đặt tấm lưới. Phẫu thuật viên tự tạo nút (plug) bằng tấm lưới Polypropylène vuông (hình 1.22 A và 1.22 B). Tấm lưới hình nút (Plug) tự tạo được đặt vào lỗ bẹn sâu (hình 1.23)

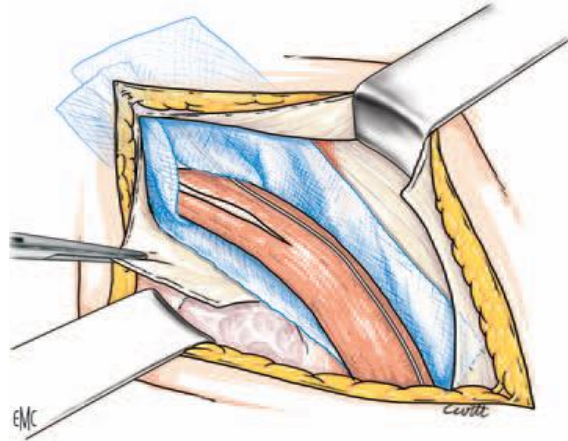


Hình 1.22. A. Tạo Plug [121]. **Hình 1.22. B.** Tấm lưới phẳng [121].



Hình 1.23. Tấm lưới hình nút (Plug) tự tạo được đặt vào lỗ bẹn sâu [121].

Tấm lưới phẳng được đặt vào thành sau ống bẹn không cần cố định. Sau đó, đặt thùng tinh lên trên và khâu cân cơ chéo bụng ngoài, khâu tổ chức dưới da và da (hình 1.24) [121].



Hình 1.24. Đặt tấm lưới phẳng vào thành sau không cố định [121].

+ *Phương pháp tấm lưới nhân tạo (Mesh-Plug) của Rutkow và Robbins.*

Kỹ thuật này được mô tả vào năm 1993, sử dụng tốt cho thoát vị gián tiếp, trực tiếp, phối hợp, tái phát và thoát vị đùi [53], [83], [101].

- **Vật liệu để mổ:** Tấm lưới nhân tạo có nút Premilene Mesh-Plug được cấu tạo gồm hai thành phần (hình 1.25). phần hình nón được trình bày dưới dạng nón tròn với mục đích bít kín lỗ bẹn sâu (hình 1.26) và tấm lưới phẳng được rạch dọc thành hai cánh ôm lấy thừng tinh, đặt vào thành sau ống bẹn .



Hình 1.25. Tấm lưới nhân tạo có nút và tấm lưới phẳng [101]

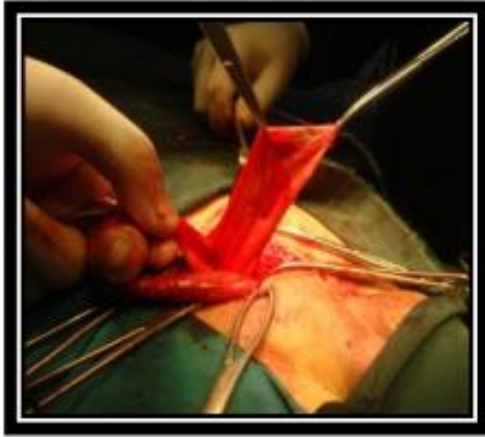


Hình 1.26. Tấm lưới nhân tạo được tạo thành nút để bít kín lỗ khiếm khuyết [101]

- **Kỹ thuật mổ:**

+ **Đối với thoát vị gián tiếp:** Đường mổ, bộc lộ và bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu được tiến hành các bước giống như phương pháp kinh điển (hình 1.27). Tuy nhiên, không buộc, cắt túi thoát vị ngay lỗ bẹn sâu mà lộn toàn bộ túi

vào khoang trước phúc mạc và đặt nút nhân tạo (Plug) vào lỗ khiếm khuyết gây thoát vị (hình 1.28), tiến hành khâu dính 4 mũi chỉ prolène 2.0 vào tổ chức của cơ ngang bụng và dây chằng bẹn ở các vị trí 12 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 9 giờ. Đặt tấm lưới phẳng đã được rạch dọc thành hai cánh ôm chặt lấy thừng tinh và để tránh tấm lưới di chuyển về sau này, các tác giả chủ trương rằng tốt nhất nên khâu một mũi chỉ để cố định 2 cánh của tấm lưới phẳng (hình 1.29).



Hình 1.27. Bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu [101].



Hình 1.28. Đặt nút nhân tạo (Plug) vào lỗ khiếm khuyết gây thoát vị [101].



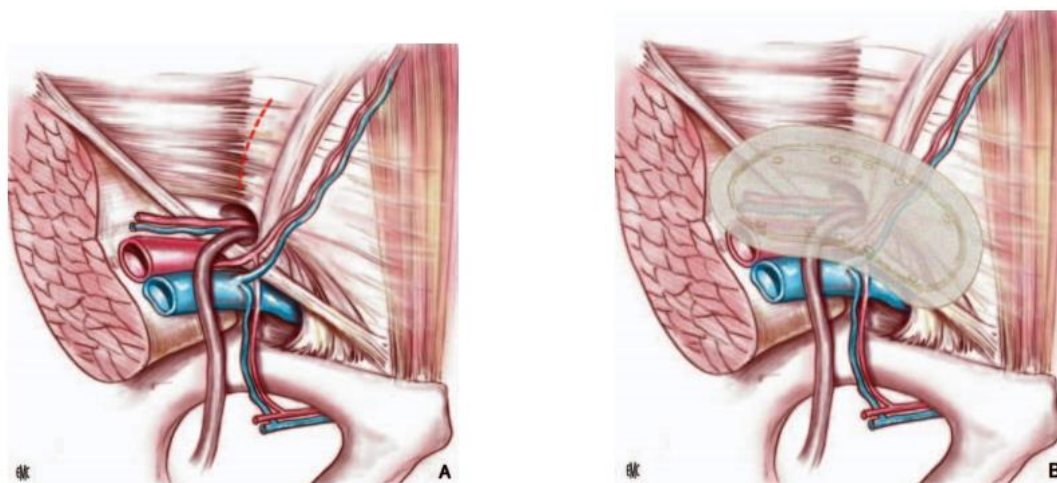
Hình 1.29. Đặt tấm lưới phẳng và khâu cố định 2 cánh của tấm lưới phẳng [101]

+ **Đối với thoát vị trực tiếp:** Trong trường hợp thoát vị trực tiếp, mạc ngang được cắt theo chu vi của túi thoát vị để lộ lớp mỡ trước phúc mạc chú ý không làm thủng phúc mạc. Tạo khoang trước phúc mạc bằng cách dùng ngón tay đẩy nhẹ nhàng tạo thành hố. Đặt nút (Plug) và khâu cố định bằng 4 mũi chỉ

prolene 2.0 ở vị trí 12h, 3h, 6h và 9h. Tiến hành đặt tấm lưới phẳng như đã trình bày ở trên. Sau đó, khâu cân cơ chéo bụng ngoài và khâu da.

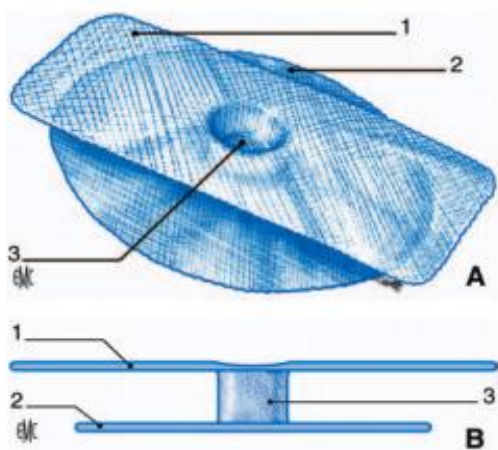
+ *Kỹ thuật đặt tấm lưới theo phương pháp Kugel*

Cùng với các kỹ thuật khác như: Stoppa, Gilbert, Rutkow, Robbins, Lichtenstein. Phẫu thuật viên người Bắc Mỹ, tiến sĩ Kugel đã phát triển kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo ở vị trí trước phúc mạc mà không tiếp cận ống bẹn bằng đường trước. Phương pháp này đòi hỏi phẫu tích tốt khoang trước phúc mạc đủ rộng để đặt tấm lưới nhân tạo có hình trái xoan được cấu tạo bằng hai tấm polypropylene liên kết với nhau bởi một vòng cứng và dễ dàng trải rộng vào khoang trước phúc mạc. Đối với thoát vị gián tiếp sau khi bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu cần khâu cổ túi và cắt bỏ túi thoát vị và đặt tấm nhân tạo vào khoang trước phúc mạc (hình 1.30 và hình 1.31) [41], [42], [120].



Hình 1.30. Khoang trước phúc mạc [120] **Hình 1.31.** Vị trí đặt tấm lưới của Kugel [120] + *Kỹ thuật đặt tấm lưới PSH[®]*.

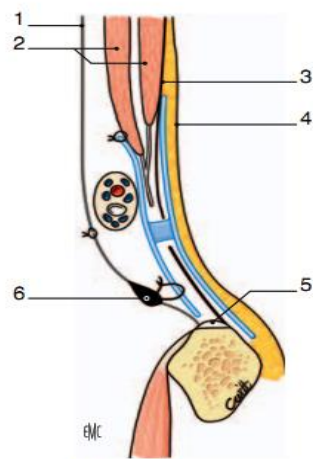
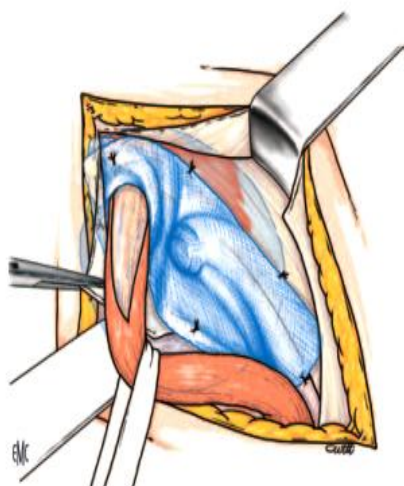
Tấm lưới PSH[®] bao gồm ba phần liên kết với nhau. Phần dưới, hình tròn đường kính 10cm để đặt vào khoang sau xương mu và sau mạc ngang. Phần trên, hình chữ nhật đặt trước mạc ngang dọc theo trục của ống bẹn, sau cân cơ chéo bụng ngoài. Ống hình trụ liên kết giữa hai phần cao 1cm, nằm ở trung tâm tấm lưới. Phần trụ, tác dụng giữ tấm lưới không di chuyển, tính chất của hai tấm lưới trên và dưới đảm bảo cho sự tổ chức hóa nhanh và đều đặn bởi tổ chức liên kết (hình 1.32) [121].



Hình 1.32. Tấm lưới PSH® 1.Tấm lưới nông; 2.Tấm lưới sâu; 3.Ống liên kết [121]

Nếu là thoát vị gián tiếp, túi thoát vị bóc tách đến lỗ bẹn sâu và đẩy vào khoang ổ bụng. Nếu thoát vị trực tiếp túi thoát vị là mạc ngang đẩy vào khoang trước xương mu (khoang Bogros). Không cắt bỏ túi thoát vị.

Đặt tấm lưới: lá dưới của tấm lưới đặt vào khoang ổ bụng. Lá trên tấm lưới phủ dọc theo trục ống bẹn, trải rộng trước mạc ngang. Khâu cố định tấm lưới vào củ mu, gân kết hợp và dây chằng bẹn bằng chỉ prolène 2.0 (hình 1.33A và hình 1.33B) [43].



Hình 1.33A: Tấm lưới đặt theo trục ống bẹn [43] **Hình 1.33B:** Mặt cắt dọc sau khi đặt [43]. 1. Cơ chéo bụng ngoài; 2. Cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng; 3. Mạc ngang; 4. Phức mạc thành; 5. Dây chằng lược; 6. Dây chằng bẹn.

1.6.2.4. Các phương pháp phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo bằng đường nội soi trong và ngoài phúc mạc

Ưu điểm:

- Ít gây sang chấn mô do đường mổ nhỏ nên sau phẫu thuật bệnh nhân ít đau hơn so với phẫu thuật mở.

- Không rạch cơ ở vùng bẹn, không làm thay đổi cấu trúc giải phẫu ở vùng bẹn và không làm căng vùng phục hồi nên ít đau sau mổ.

- Vết mổ nhỏ nên tính thẩm mỹ cao.

- Sớm trả bệnh nhân về lao động và sinh hoạt bình thường

Nhược điểm:

- Kỹ thuật phức tạp, nên thời gian phẫu thuật lâu hơn.

- Tốn kém nhiều do phải dùng nhiều trang thiết bị đắt tiền.

- Phải gây mê toàn thân nên làm tăng nguy cơ phẫu thuật.

- Kết quả lâu dài chưa hẳn là tốt hơn kỹ thuật đặt tấm lưới qua phẫu thuật mở.

- **Những kỹ thuật nội soi thường dùng, có 3 kỹ thuật thông dụng đặt tấm lưới qua nội soi**

+ Kỹ thuật xuyên qua ổ bụng ngoài phúc mạc (TAPP: Trans abdominal preperitoneal).

+ Kỹ thuật đặt tấm lưới trong phúc mạc (IPOM: Intra peritoneal only mesh).

+ Kỹ thuật đặt tấm lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: Total extra peritoneal) [19], [16], [22], [35], [117].

1.7. YÊU CẦU KỸ THUẬT CỦA TẤM LƯỚI NHÂN TẠO, CÁC LOẠI TẤM LƯỚI NHÂN TẠO

1.7.1. Yêu cầu kỹ thuật của tấm lưới nhân tạo

Từ năm 1950, Cumberland và Scales đã đề ra những yêu cầu không thể thiếu của một tấm lưới nhân tạo lý tưởng:

- Không bị biến đổi về mặt vật lý học bởi dịch mô.

- Trơ về mặt hoá học.

- Không gây phản ứng viêm hoặc phản ứng loại bỏ tấm lưới.

- Không gây dị ứng hoặc quá mẫn.

- Không gây ung thư.

- Chịu đựng được lực căng cơ học...

Sau này, tác giả Debord bổ sung một số yêu cầu cho tấm lưới nhân tạo:

- Phải chắc, phải bền, phải trung tính.
- Mô mọc đan xen xuyên qua được trong tấm lưới.
- Kích thích tạo mô xơ để phủ kín nơi yếu trên thành bụng.
- Tạo nên bề mặt chống dính với thành bụng và các nội tạng.
- Ổn định trong cơ thể bệnh nhân [97].

Khi đặt tấm lưới nhân tạo vào cơ thể luôn luôn xảy ra hiện tượng tổ chức hóa mô. Hiện tượng này xảy ra nhằm thúc đẩy quá trình liền sẹo của mô sau khi tiến hành phẫu thuật có đặt tấm lưới nhân tạo. Sự lành vết thương, phục hồi mô là một quá trình tự động gồm các giai đoạn: viêm cấp tính, viêm mạn tính, tăng sinh và hoàn thiện mô [24], [29], [77], [80].

1.7.2. Các loại tấm lưới nhân tạo được sử dụng trong điều trị thoát vị bẹn

Tấm lưới nhân tạo bắt đầu được dùng trong thoát vị từ cuối thế kỷ 19, cho đến nay đã có nhiều chất liệu khác nhau, gồm hai nhóm: nhóm vật liệu không tan và nhóm vật liệu tan, [24], [77].

1.7.2.1. Tấm lưới bằng chất liệu không tan

- Tấm lưới kim loại: dùng khá sớm trong mổ thoát vị. Hiện nay không còn sử dụng vì có nhiều bất lợi.

- Tấm lưới không phải kim loại nhưng hiện nay ít dùng: fortisan, polyvinyn, nylon, silastic, polytetrafluoroethylen - PTFE (Teflon), sợi carbon.

- Tấm lưới polymer đang được dùng trong thoát vị:

+ Polyester (Mercilene, Dacron): polymer của ethylene glycol và terephthalic acid. Bán ra thị trường với tên gọi là Mercilene và Dacron.

+ Polypropylene (Marlex, Prolene, Premilene, Optilene): loại tấm lưới thông dụng nhất hiện nay trong mổ điều trị thoát vị bẹn, có nhiều ưu điểm hơn các loại khác như mềm mại, tạo dáng tùy ý mà không sợ bị gãy, dung nạp tốt, không gây khó chịu cho người bệnh.

+ Expanded PolyTetraFluoroEtylene - ePTFE (Gor Tex): có các đặc tính như: trơ đối với mô, ít gây phản ứng viêm hoặc phản ứng loại bỏ tấm lưới nhân tạo, khả năng chịu lực tốt hơn, dễ uốn, mềm mại, được đan thành lưới có lỗ khoảng 20 - 25 micron cho phép mô sợi có thể thâm nhập vào và tổ chức hoá.

1.7.2.2. Tấm lưới bằng chất liệu tan

Tấm lưới polyglycolic acid (Dexon) thoái hoá và tan dần sau 90 ngày.

Tấm lưới polyglactin 910 (Vicryl) không đàn hồi và có các đặc điểm vật lý và thời gian giống như Dexon [97].

1.8. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỆN

1.8.1. Các tai biến trong khi mổ

Trong khi tiến hành phẫu thuật các tai biến có thể gặp như:

- Tồn thương ống dẫn tinh: đối với mổ lần đầu tai biến này hiếm khi xảy ra. Tuy nhiên, với bệnh nhân mổ tái phát cần phải thận trọng vì các cấu trúc giải phẫu vùng ống bẹn đã bị biến dạng. Khi phát hiện ống dẫn tinh bị cắt. Nên tiến hành nối lại ngay bằng kính hiển vi, khâu mũi rời và dùng chỉ Prolène 10.0.

- Khâu phạm vào động mạch, tĩnh mạch đùi: xảy ra khi tiến hành khâu cố định tấm lưới nhân tạo. Tuy nhiên, hiếm khi xảy ra.

- Thương tổn bó mạch thượng vị dưới: Ít gặp vì không mở mạc ngang.

- Thương tổn nội dung nằm trong bao thoát vị: ít gặp vì không mở túi thoát vị mà chỉ bóc tách và đẩy toàn bộ túi thoát vị vào khoang trước phúc mạc.

- Tồn thương bàng quang. Trong khi mổ, nếu nghi ngờ cần thám sát kỹ của túi hoặc dùng ánh sáng chiếu qua thành túi để phát hiện.

- Tồn thương các dây thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị: thường gặp khi mổ bệnh nhân tái phát. Thường để lại biến chứng sau mổ [44], [85].

1.8.2. Các biến chứng sớm

- Chảy máu hoặc tụ máu vết mổ: thường do không cầm máu kỹ bó mạch thượng vị nông.

- Tụ máu vùng bìu: thường gặp ở bệnh nhân có khối thoát vị lớn. Đa số các tác giả khuyến rằng: trong trường hợp túi thoát vị quá lớn không cần thiết phải bóc tách hết, chỉ cần bóc tách xuống phía dưới lỗ bẹn nông khoảng 3 cm rồi cắt bỏ và cầm máu kỹ diện cắt nhằm tránh biến chứng này.

- Viêm phúc mạc do làm tổn thương tạng trong khi mổ không phát hiện hoặc tụt tạng khi chưa kiểm tra khả năng sống của tạng trong thoát vị bẹn nghẹt.

- Tử vong sau mổ: năm 1959, Iles sau khi thực hiện thống kê về tỉ lệ tử vong sau mổ tại Bệnh viện ở Bắc Mỹ và Bệnh viện Shouldice. Ông khẳng định: “tỉ lệ tử vong thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi mổ cấp cứu với bệnh cảnh: nghẽn hoặc nghẹt ruột...”

- Nhiễm trùng vết mổ: với điều kiện hiện nay, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ rất thấp. Theo thống kê của các tác giả trong và ngoài nước tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ chỉ chiếm < 1% [5], [10], [50], [53], [60].

Ngoài ra còn có các biến chứng khác như: ứ đọng nước tiểu sau mổ, đau nhiều vết mổ, sưng bìu và tinh hoàn, thuyên tắc tĩnh mạch, viêm phổi...

1.8.3. Các biến chứng muộn

- Tái phát: tỷ lệ tái thường từ 0-3% thay đổi tùy theo tác giả.

- Teo tinh hoàn: cũng theo thống kê trên chỉ chiếm 0,2%.

- Sa tinh hoàn: biến chứng này hiếm gặp ở những bệnh nhân mổ lần đầu. Tuy nhiên cần chú ý ở những bệnh nhân mổ tái phát tỷ lệ này lên đến 0,9%.

- Tràn dịch màng tinh hoàn: chiếm tỷ lệ khoảng 1%.

- Rối loạn cảm giác vùng bìu: do làm tổn thương hoặc gây chèn ép dây thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị. Biến chứng này thường xảy ra ở những bệnh nhân mổ thoát vị bẹn tái phát.

Ngoài ra có các biến chứng khác ít gặp như: đau vết mổ dai dẳng, rối loạn sự phóng tinh, chèn ép tĩnh mạch đùi, viêm xương mu...[15], [44], [50], [85], [88], [105].

1.8.4. Biến chứng do tấm lưới

- Tấm lưới di chuyển: hầu như chỉ xảy ra với tấm lưới dạng nút hoặc tấm lưới có kích thước nhỏ, đã có báo cáo tấm lưới chui vào bìu sau mổ thoát vị bẹn.

- Nhiễm khuẩn tấm lưới: hiếm gặp chiếm tỉ lệ 0,09% - 3%, dùng chỉ khâu đơn sợi và dùng kháng sinh tĩnh mạch có thể làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn.

- Tấm lưới gây thủng nội tạng trong ổ bụng [33], [69], [114].

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 \leq III.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Thoát vị bẹn nghẹt: đau nhiều ở khối thoát vị, khối thoát vị căng chắc không thể đẩy nắn các tạng thoát vị trở lại trong ổ phúc mạc, có thể có các triệu chứng của tắc ruột, viêm phúc mạc.

+ Các bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng kèm theo: nhồi máu cơ tim, lao phổi tiến triển, đái tháo đường có biến chứng, basedow chưa ổn định, suy tim, suy thận, bệnh máu không đông.

+ Các bệnh nhân bị tăng áp lực ổ bụng: xơ gan cổ chướng, ung thư phúc mạc, u đại tràng gây bán tắc ruột, đang thẩm phân phúc mạc.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Ứng dụng công thức tính cỡ mẫu như sau [7]:

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

Trong đó:

- n: số bệnh nhân tối thiểu.
- P: tỉ lệ tái phát, dựa theo y văn, chúng tôi chọn P=3% [43].
- 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, tiền sử, lâm sàng và cận lâm sàng

2.2.1.1 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 (Body Mass Index) được tính

bởi công thức sau:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (Kg)}}{\text{Chiều cao (m)} \times \text{Chiều cao (m)}}$$

- + Gầy: BMI < 18,5
- + Trung bình: BMI = 18,5 – 24,9
- + Thừa cân: BMI = 25,0 – 29,9
- + Béo phì: BMI \geq 30.

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

- Tiền sử nội khoa:
 - + Tim mạch: tăng huyết áp.
 - + Hô hấp: lao phổi cũ, hen phế quản, viêm phổi tắc nghẽn mạn tính.
 - + Gia tăng áp lực ổ phúc mạc: táo bón, tiểu khó, ho kéo dài

- Tiền sử ngoại khoa:
- + Mổ thoát vị bẹn.
- + Mổ u xơ tiền liệt tuyến.
- + Mổ mở cắt ruột thừa viêm
- + Mổ bụng đường giữa.
- + Mổ bụng khác.

2.2.1.3. Nghiên cứu lâm sàng thoát vị bẹn

- Nhìn thấy xuất hiện khối phồng ở bẹn phải hoặc trái hoặc cả hai bên.
- Khối thoát vị xuất hiện ở phía trên dây chằng bẹn, xuất hiện khi làm việc gắng sức, biến mất khi nằm, nghỉ ngơi. Thoát vị cầm tù khi khối thoát vị xuất hiện thường xuyên ở vùng bẹn, ít thay đổi kích thước, không có triệu chứng nghẹt. Nếu khối thoát vị sa xuống bìu gọi là thoát vị bẹn - bìu.

- Thoát vị bẹn tái phát: khai thác tiền sử bệnh nhân đã được mổ thoát vị bẹn chưa? Mổ một bên hay hai bên? Số lượng lần mổ tại một vị trí. Thời gian tái phát sau khi mổ. Hỏi kỹ bệnh nhân và dựa vào phiếu phẫu thuật của các lần mổ trước để xác định phương pháp phẫu thuật đã thực hiện trên bệnh nhân.

Thông thường dựa vào khám lâm sàng kỹ trước mổ hoặc tổn thương giải phẫu trong lúc mổ để phân thoát vị bẹn làm 3 thể sau: gián tiếp, trực tiếp và phối hợp.

- **Thể gián tiếp.** Dựa vào.

- + Khai thác bệnh sử. Bệnh nhân có tiền sử khối thoát vị lên xuống nhiều lần ở vùng bẹn-bìu. Khối thoát vị bẹn bìu xuất hiện lúc bệnh nhân đi lại, gắng sức làm gia tăng áp lực trong ổ phúc mạc. Khi bệnh nhân nằm xuống, khối thoát vị mất chậm hoặc dùng tay nắn đẩy lên.

- + Khám bệnh nhân ở tư thế đứng. Dùng nghiệm pháp ngón trở, đây là cách khám tốt nhất: dùng ngón trở đặt vào da bìu bên thoát vị, đưa ngón trở dọc theo ống dẫn tinh lên phía trên vào lỗ bẹn nông, ống bẹn rồi lỗ bẹn sâu. Bảo

bệnh nhân ho, rặn, khối thoát vị không xuất hiện nhưng có cảm giác có tạng chạm vào đầu ngón tay trở .

+ Khi phẫu tích thấy được túi thoát vị màu trắng ngà, nằm trong bao xơ chung, ở phía ngoài động mạch thượng vị dưới, cổ của bao thoát vị xuất phát từ lỗ bẹn sâu.

- **Thể trực tiếp.** Dựa vào.

+ Thường gặp ở người lớn tuổi.

+ Khối thoát vị xuất hiện ở vùng bẹn, sờ vào lỗ thoát vị rộng, khi bệnh nhân nằm, khối thoát vị biến mất tự nhiên.

+ Khám bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, đặt ngón trở qua lỗ bẹn nông vào ống bẹn ấn vào phía sau-trong để sờ lên dây chằng lược, không có cảm giác có một sức cản lại. Bảo bệnh nhân ho, không có lực ép lên đầu ngón tay.

+ Khám bệnh nhân ở tư thế đứng, nắn cho khối thoát vị vào lại ổ phúc mạc, đưa ngón tay ép lên thành bụng ở lỗ bẹn sâu, bảo bệnh nhân ho, rặn làm tăng áp lực ổ phúc mạc, khối thoát vị tự xuất hiện trở lại.

+ Khi phẫu tích, thấy túi thoát vị nằm phía trong bó mạch thượng vị dưới, thành sau ống bẹn chùng, cổ thoát vị rộng nằm ở vùng tam giác bẹn. Trong khi phẫu tích, phẫu thuật viên xác định thoát vị bẹn trực tiếp nhờ vào các yếu tố sau:

+ Khi bệnh nhân ho hoặc rặn, làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc. Thấy khối thoát vị xuất hiện nằm ở vùng tam giác bẹn, có nghĩa nằm trong bó mạch thượng vị dưới.

+ Mạc ngang vùng tam giác bẹn thụng, khi dùng ngón tay ép lên vùng này.

+ Cổ túi thoát vị thường rộng và không liên quan đến lỗ bẹn sâu.

- **Thể phối hợp.** Bao gồm cả thể trực tiếp và thể gián tiếp.

Tuy nhiên, để hoàn thiện cách phân loại thoát vị bẹn, nhằm phù hợp với phương pháp điều trị các tác giả ở nước ngoài cũng như ở Việt Nam [4], [12], [61], [75]. Chúng tôi dựa theo phân loại của Nyhus:

Loại I: Thoát vị bẹn loại gián tiếp.

Kích thước lỗ bẹn sâu bình thường (thường gặp ở trẻ nhỏ).

Loại II: Thoát vị bẹn loại gián tiếp.

Lỗ bẹn sâu dẫn rộng nhưng thành sau còn vững; Bó mạch thượng vị dưới không dôi chỗ.

Loại III: Tất cả các loại thoát vị bẹn với thành sau yếu.

A. Thoát vị trực tiếp.

B. Thoát vị gián tiếp. Lỗ bẹn sâu dẫn rộng lấn sang tam giác bẹn hoặc mạc ngang tam giác bẹn bị phá hủy (khô thoát vị xuống bìu, thoát vị bẹn trượt hoặc thoát vị phối hợp).

C. Thoát vị đùi.

Loại IV: Thoát vị tái phát.

A. Trực tiếp.

B. Gián tiếp.

C. Đùi.

D. Phối hợp.

2.2.1.4. Nghiên cứu cận lâm sàng thoát vị bẹn

- Các xét nghiệm cận lâm sàng như :

+ Kiểm tra chức năng tim mạch: đo điện tâm đồ, cần thiết làm thêm siêu âm tim.

+ Kiểm tra chức năng hô hấp: X quang phổi.

+ Xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, chức năng đông máu toàn bộ, đường máu, chức năng gan - thận, nước tiểu toàn phần.

+ Siêu âm vùng bẹn – bìu để củng cố cho chẩn đoán và giúp xác định tạng thoát vị nếu có.

2.2.1.5. Phân độ sức khỏe bệnh nhân theo ASA

- Độ I: tình trạng sức khỏe tốt.

- Độ II: có một bệnh nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

- Độ III: có một bệnh ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân (Đái tháo đường, loét hành tá tràng, sỏi đường mật, sỏi thận...)

- Độ IV: bệnh nhân có bệnh nặng đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân (Phình động mạch, hen phế quản, bệnh van tim, nhồi máu cơ tim...)

- Độ V: tình trạng bệnh nhân quá nặng, hấp hối không có khả năng sống được 24 giờ dù có phẫu thuật hay không phẫu thuật [115].

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

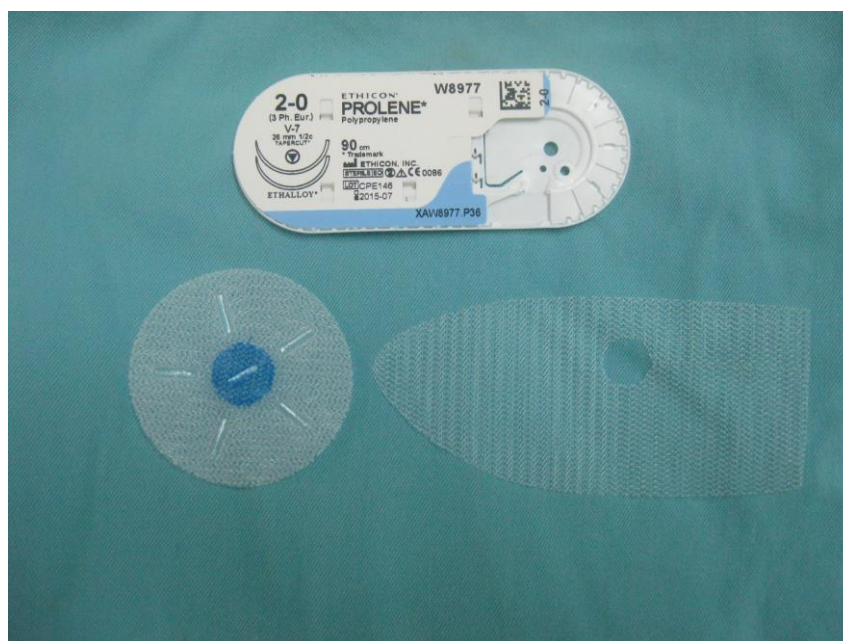
- Tất cả những bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) (hình 2.1) được sử dụng cho bệnh nhân thoát vị bẹn thường bao gồm: một bên, hai bên và tái phát.

Theo phân loại của Nyhus là bệnh nhân: loại II, IIIA, IIIB, IVA và IVB.

- Kích cỡ tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) (hình 2.2).

Theo Fasih, Salman tùy thuộc vào kích thước đo được của lỗ bẹn sâu hoặc cổ túi thoát vị để chọn kích cỡ tấm lưới nhân tạo có nút cho hợp lý. Chúng tôi thống 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 và đường kính \geq 4cm sử dụng cỡ cực lớn (loại này hiếm khi sử dụng) [53], [101].



Hình 2.1. Nút lưới nhân tạo (Plug)

Kích cỡ / Hình dạng			
Cỡ nhỏ			
Chiều sâu của nút: 2,5 cm			
Diện che phủ của nút: 5 x 10 cm			
Cỡ vừa			
Chiều sâu của nút: 3,2 cm			
Diện che phủ của nút: 5 x 10 cm			
Cỡ lớn			
Chiều sâu của nút: 3,8 cm			
Diện che phủ của nút: 5 x 10 cm			
Cỡ cực lớn			
Chiều sâu của nút: 4,4 cm			
Diện che phủ của nút: 5 x 10 cm			

Hình 2.2. Kích cỡ tấm lưới nhân tạo có nút và tấm lưới phẳng (Mesh-Plug)
2.2.3.3. Phương pháp điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

2.2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Vệ sinh toàn thân, vùng da bẹn - bìu và vùng mu.
- Điều trị lành các bệnh ngoài da tại vùng bẹn - bìu, vùng mu nếu có.
- Điều trị các bệnh lý nội khoa ổn định nếu có.
- Thụt tháo đại tràng sạch phân, đảm bảo bàng quang xẹp bằng cách cho bệnh nhân tiểu tiện trước mổ.

2.2.3.2. Phương pháp vô cảm

- Gây tê tuỷ sống.
- Gây mê nội khí quản cho những bệnh nhân không thực hiện được gây tê tuỷ sống hoặc gây tê tuỷ sống không hiệu quả.

2.2.3.3. Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện

- Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật.
- Thước kẹp để đo kích thước lỗ bẹn sâu.
- Chỉ Prolène 2.0 để cố định mảnh ghép và cân cơ chéo bụng ngoài.

- Dụng cụ giữ thùng tinh
- Chuẩn bị tấm lưới nhân tạo: sử dụng tấm lưới nhân tạo Premilene Mesh-Plug của hãng B/BRAUN (hình 2.3). Kích cỡ của tấm lưới được chia làm bốn loại:

- + Cỡ nhỏ
- + Cỡ trung bình
- + Cỡ lớn
- + Cỡ cực lớn



Hình 2.3. Thước kẹp để đo kích thước lỗ bẹn sâu, chỉ Prolène 2.0 để cố định mảnh ghép, dụng cụ giữ thùng tinh và tấm lưới nhân tạo Premilene Mesh-Plug.

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

Thì 1. Tiến hành các bước sau:

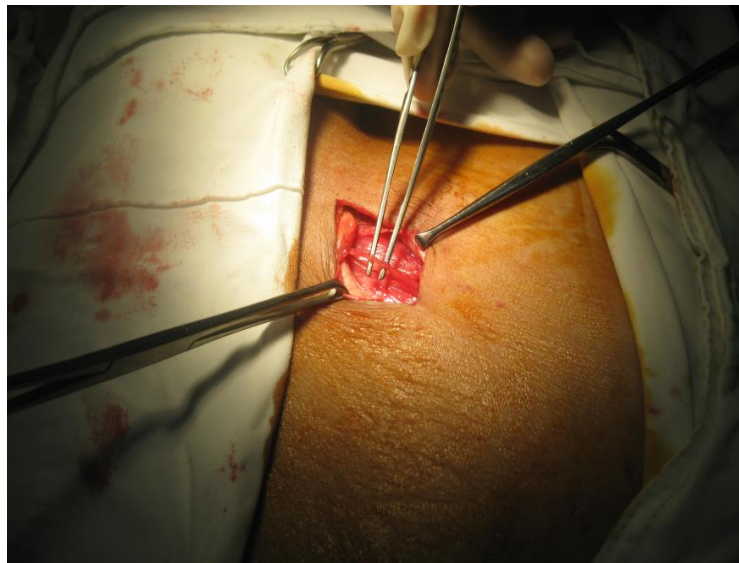
Bước 1. Đường mổ: đường da rạch song song với dây chằng bẹn và cách dây chằng bẹn 2 cm, đi từ gai mu đến lỗ bẹn sâu dài 2-6cm (hình 2.4).

Qua da, tổ chức dưới da đến lớp cân nông, ở lớp này cầm máu kỹ bó mạch thượng vị nông, đốt bằng dao điện hoặc buộc chỉ nhằm tránh chảy máu hoặc tụ máu vết mổ trong thời kỳ hậu phẫu.



Hình 2.4. Rạch da song song dây chằng bẹn

Bước 2. Rạch cân cơ chéo bụng ngoài từ lỗ bẹn nông đến lỗ bẹn sâu. Sau cân cơ chéo ngoài có các sợi thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị, nằm chéch vào trong, bóc tách và bảo tồn 2 sợi thần kinh này (hình 2.5).



Hình 2.5. Bóc tách và bảo tồn 2 sợi thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị
Nằm sâu hơn là nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục đùi đi sát lỗ bẹn sâu và thường lẫn với cơ nâng bìu [44].

Bước 3. Rạch dọc thừng tinh tìm túi thoát vị. Không cắt cơ nâng bìu.

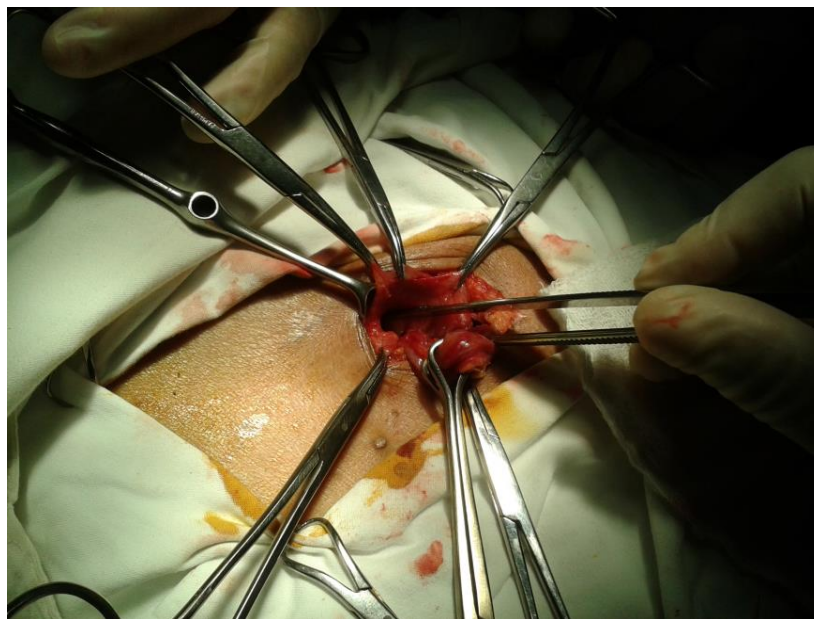
Bước 4.

- **Đối với loại thoát vị gián tiếp:** Bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu (hình 2.6).



Hình 2.6. Bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu.

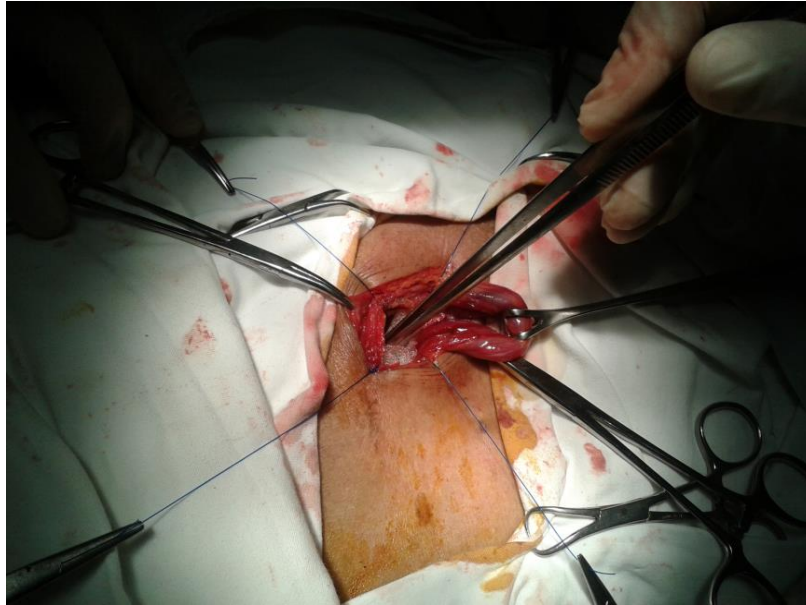
Đo kích thước lỗ bẹn sâu, thùng tinh được nâng lên và lộn toàn bộ túi vào khoang trước phúc mạc (hình 2.7).



Hình 2.7. Lộn toàn bộ túi vào khoang trước phúc mạc.

Thì 2. Đặt tấm nhân tạo có nút (Plug)

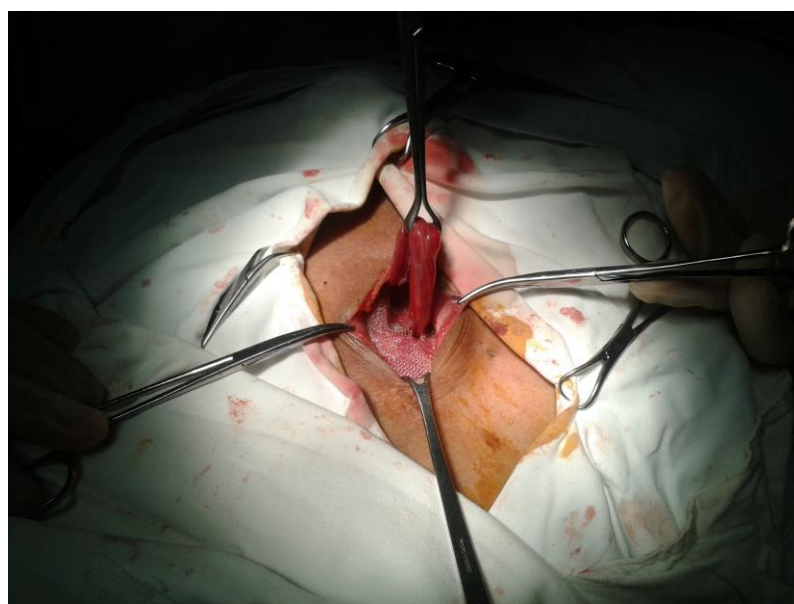
Sau khi lộn toàn bộ túi vào khoang trước phúc mạc qua lỗ bẹn sâu. Plug được đặt vào khoang theo trục của túi thoát vị để bít kín hoàn toàn lỗ bẹn sâu. Plug được cố định vào cơ bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0 ở vị trí 12giờ, 3giờ, 6giờ và 9giờ (hình 2.8).



Hình 2.8. Đặt và cố định Plug bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0.

Thì 3. Đặt tấm lưới phẳng

Tấm lưới phẳng có hình trái xoan và một đầu hai cánh để ôm lấy thùng tinh, đặt vào thành sau ống bẹn sau thùng tinh, hình dáng kích thước phù hợp thành sau ống bẹn, tấm lưới lớn cần cắt giảm để tránh gập nếp (hình 2.9). Khâu cố định một mũi chỉ ở phía 2 cánh để ôm chặt thùng tinh và khâu đính tấm lưới nhân tạo vào dây chằng lược để tránh tấm lưới nhân tạo di chuyển. Đối với những trường hợp thành sau ống bẹn yếu để làm vững thành sau, tốt nhất nên khâu cố định chu vi của tấm nhân tạo bằng những mũi chỉ rời.



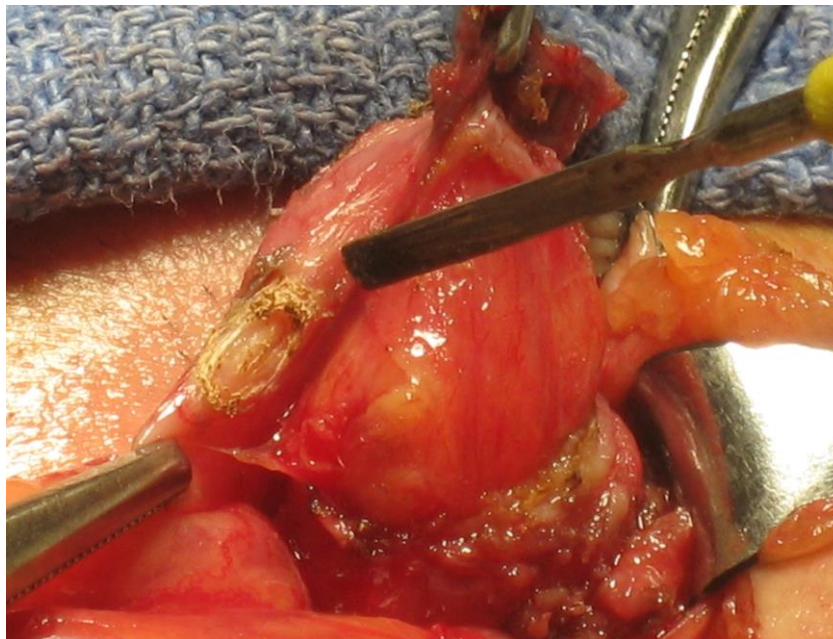
Hình 2.9. Đặt tấm lưới phẳng.

Thì 4. Khâu cân cơ chéo bụng ngoài bằng mũi khâu vắt và khâu da (hình 2.10)



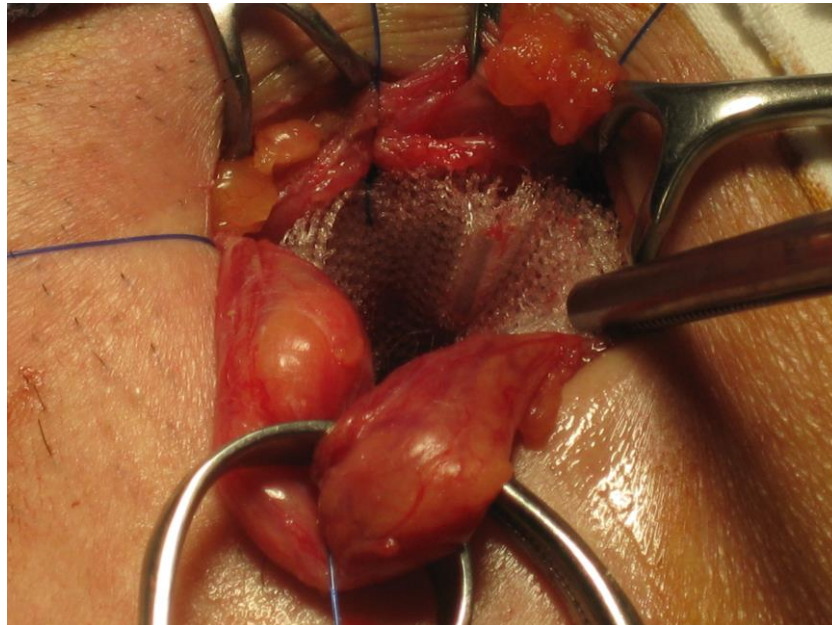
Hình 2.10. Khâu da.

- *Đối với thoát vị loại trực tiếp:* Trong trường hợp thoát vị trực tiếp, mạc ngang được cắt theo chu vi của túi thoát vị để lộ lớp mỡ trước phúc mạc chú ý không làm thủng phúc mạc (hình 2.11).



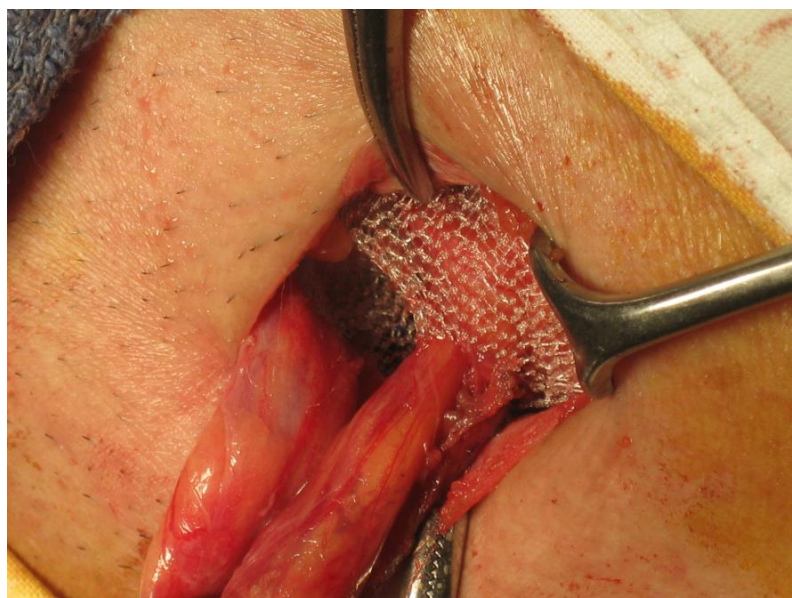
Hình 2.11. Mạc ngang được cắt theo chu vi của túi thoát vị để lộ lớp mỡ trước phúc mạc.

Tạo khoang trước phúc mạc bằng cách dùng ngón tay đẩy nhẹ nhàng tạo thành hố. Đặt Plug khâu cố định Plug bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0 ở vị trí 12giờ, 3giờ, 6giờ và 9giờ (hình 2.12).



Hình 2.12. Đặt và cố định Plug bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0.

Tấm lưới phẳng có hình trái xoan và một đầu có hai cánh để ôm lấy thành tĩnh, đặt vào thành sau ống bẹn sau thành tĩnh, khâu cố định một mũi chỉ ở hai cánh của tấm lưới nhân tạo phẳng (hình 2.13).



Hình 2.13. Đặt tấm lưới phẳng.

Khâu cân cơ chéo bụng ngoài bằng mũi khâu vắt và khâu da (hình 2.14).



Hình 2.14. Khâu da.

2.2.3.5. Thời gian phẫu thuật: được tính bằng phút (<30 phút, 30-50 phút, 51-70 phút). Chúng tôi tính thời gian bắt đầu từ khi rạch da bệnh nhân cho đến khi kết thúc mũi khâu da cuối cùng. Đối với những trường hợp thoát vị bẹn hai bên, cách tính thời gian độc lập đối với mỗi bên, sau khi phẫu thuật hoàn thành một bên tính thời gian, chúng tôi tiếp tục bắt đầu bên thứ hai và bắt đầu ghi nhận lại thời gian phẫu thuật của bên này.

2.2.4. Phương pháp đánh giá kết quả nghiên cứu

2.2.4.1. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Để thống 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 [12], [18], [21]. [26].

2.2.4.2. Theo dõi và kết quả sớm

Tất cả 135 bệnh nhân với 149 phẫu thuật 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 bẹn, bó mạch thương vị dưới hoặc bó mạch đùi.

- Tổn thương các dây thần kinh: chậu bẹn, chậu hạ vị và nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục đùi.

+ Tổn thương thần kinh chậu bẹn: gây mất cảm giác gốc dương vật và một phần bìu.

+ Tổn thương thần kinh chậu hạ vị gây mất cảm giác vùng trên xương mu.

+ Tổn thương nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục đùi gây mất vận động cơ bìu dẫn đến sa tinh hoàn.

- Bìu và tinh hoàn. Cần tránh làm thương tổn các mạch máu của thừng tinh. Sự thiếu máu tinh hoàn có thể xảy ra hoặc không là do các nhánh nối của các mạch máu cung cấp cho bàng quang và tiền liệt tuyến thường ở phần xa của lỗ bẹn nông. Hậu quả đưa đến phù nề bìu và tinh hoàn có thể dẫn đến hoại tử, nhiễm trùng.

- Tổn thương các tạng thoát vị do thao tác kỹ thuật.

- Tụ máu vết mổ.

- Nhiễm trùng vết mổ.

- 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 tinh 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.

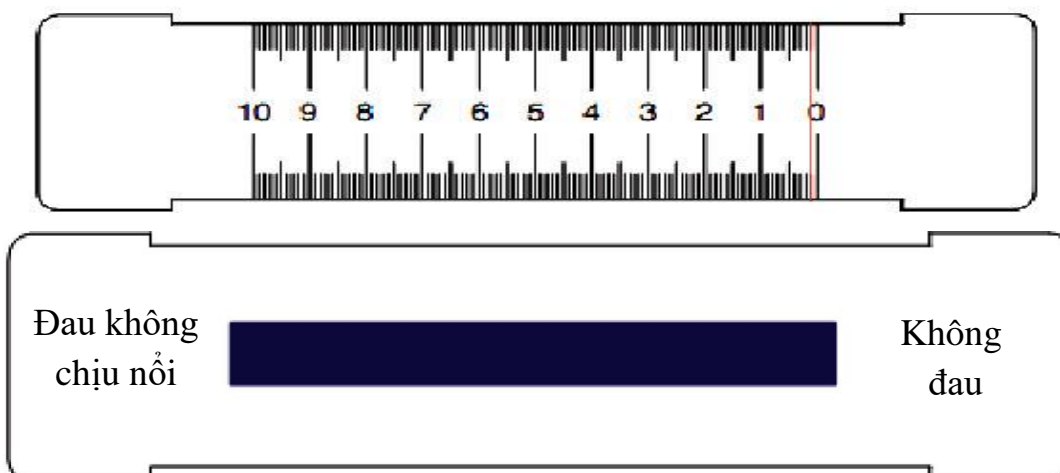
2.2.4.3. Đánh giá đau sau mổ

Chúng tôi đánh giá đau dựa vào thước đo cảm giác đau và mô tả đau của bệnh nhân. Thước dài 100mm, được chia thành các khoảng 1mm, một đầu của thước mức 0 tương ứng với 0mm được đánh dấu “không đau” và với “vẻ mặt vui vẻ” ở mặt sau của thước. Ở đầu kia mức 100mm=10cm được đánh dấu là

“đau không thể chịu đựng được” và tương đương với “vẻ mặt buồn khóc” ở mặt sau của thuốc.



- Thang nhìn hình đồng dạng (Visual Analogue Scale - VAS) [152].



Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau [115], [152].

Mô tả bằng lời	Điểm	Mức độ đau
Đau rất nhẹ	10 - 20	Không đáng kể, không cần dùng giảm đau
Đau nhẹ	30 - 40	Chịu được, chỉ cần dùng thuốc giảm đau dạng uống
Đau vừa	50 - 60	Khó chịu, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm không gây nghiện
Đau nhiều	70 - 80	Khó chịu, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm gây nghiện
Đau rất nhiều	90 - 100	Không chịu nổi, dù đã dùng thuốc giảm đau dạng tiêm gây nghiện

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

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

2.2.4.6. Thời gian phục hồi chức năng và vận động 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, trung tiện và tự đi đại tiện, ghi nhận bằng cách hỏi bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân.

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

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

- Cách theo dõi:

Để hạn chế tối đa thất lạc số bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ sau mổ trung hạn trong thời gian 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và dài hạn trong thời gian 18 tháng, 24 tháng. Chúng tôi tiến hành theo dõi để đánh giá kết quả sau mổ bằng 3 cách: 1) Điện thoại trực tiếp hỏi bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân. 2) Gửi thư mời đến tái khám tại Khoa ngoại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. 3) Yêu cầu trả lời các câu hỏi của phiếu theo dõi, các câu hỏi này được trả lời nhờ vào sự giúp đỡ của cán bộ y tế địa phương nơi bệnh nhân đang sống. Sau đó gửi trả lại cho chúng tôi.

Các vấn đề cần được đánh giá qua thăm khám hoặc được trả lời qua điện thoại hoặc phiếu theo dõi sau khi được sự giúp đỡ của các cán bộ y tế địa phương bao gồm các biến chứng muộn sau phẫu thuật như:

- + Tái phát: đã phải điều trị tái phát ở một cơ sở nào chưa?
- + Nhiễm trùng vết mổ kéo dài
- + Đau vết mổ kéo dài.
- + Teo tinh hoàn.
- + Sa tinh hoàn.
- + Rối loạn sự phóng tinh...
- + Khảo sát hình ảnh học bằng siêu âm, bằng 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.

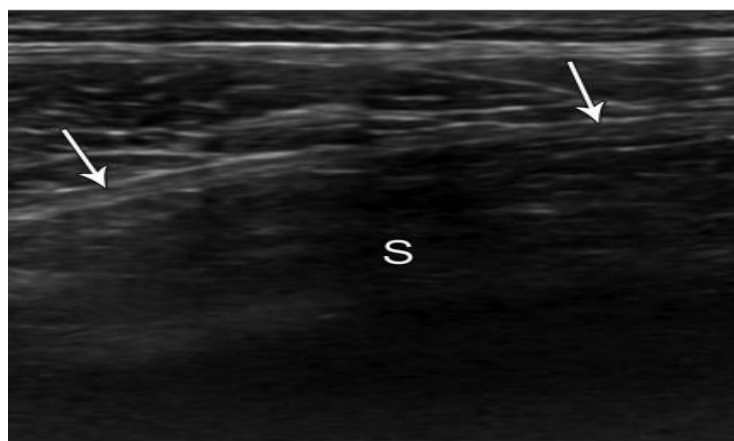
+ Kém: tái phát.

2.2.4.9. 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 của vùng bẹn sau khi đặt tấm lưới nhân tạo qua siêu âm:

Mục đích của siêu âm sau phẫu thuật nhằm phát hiện: tụ máu, tụ dịch sau mổ, áp - xe, thoát vị tái phát. Chẩn đoán khối máu tụ dựa vào hình ảnh gián tiếp là dấu hiệu giảm âm hoặc hỗn hợp âm. Chẩn đoán tụ dịch dựa vào hình ảnh gián tiếp là dấu hiệu vô âm (anechoic). Đối với những trường hợp thoát vị tái phát xảy ra ở bờ của tấm lưới dấu chứng trên lâm sàng nghèo nàn khó chẩn đoán, siêu âm có thể giúp ích cho chẩn đoán. Ngoài ra, siêu âm còn giúp hướng dẫn chọc hút và đặt dẫn lưu khối tụ dịch, tụ máu lớn sau phẫu thuật thoát vị bẹn [28].

Khi đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene tăng cường thành sau ống bẹn vào vùng bẹn điều trị thoát vị bẹn. Các sợi xơ đan xen xuyên qua tấm lưới và tổ chức bao phủ xung quanh tấm lưới hợp thành tổ chức vững chắc. Siêu âm còn giúp khảo sát, đánh giá tấm lưới nhân tạo polypropylène ở vùng bẹn sau khi đặt: mô xơ quanh tấm lưới nằm đúng vị trí hay di lệch, mô xơ quanh tấm lưới phẳng hay hang hốc, mô bao phủ tấm lưới dày hay mỏng so với bên không đặt tấm lưới và di chuyển của tấm lưới [17], [65], [66], [103]. Người ta dựa vào nguyên lý: vùng phía trước tấm lưới xuất hiện đường tăng âm, phía sau tấm lưới là dải bóng đen (hình 2.15 và hình 2.16)



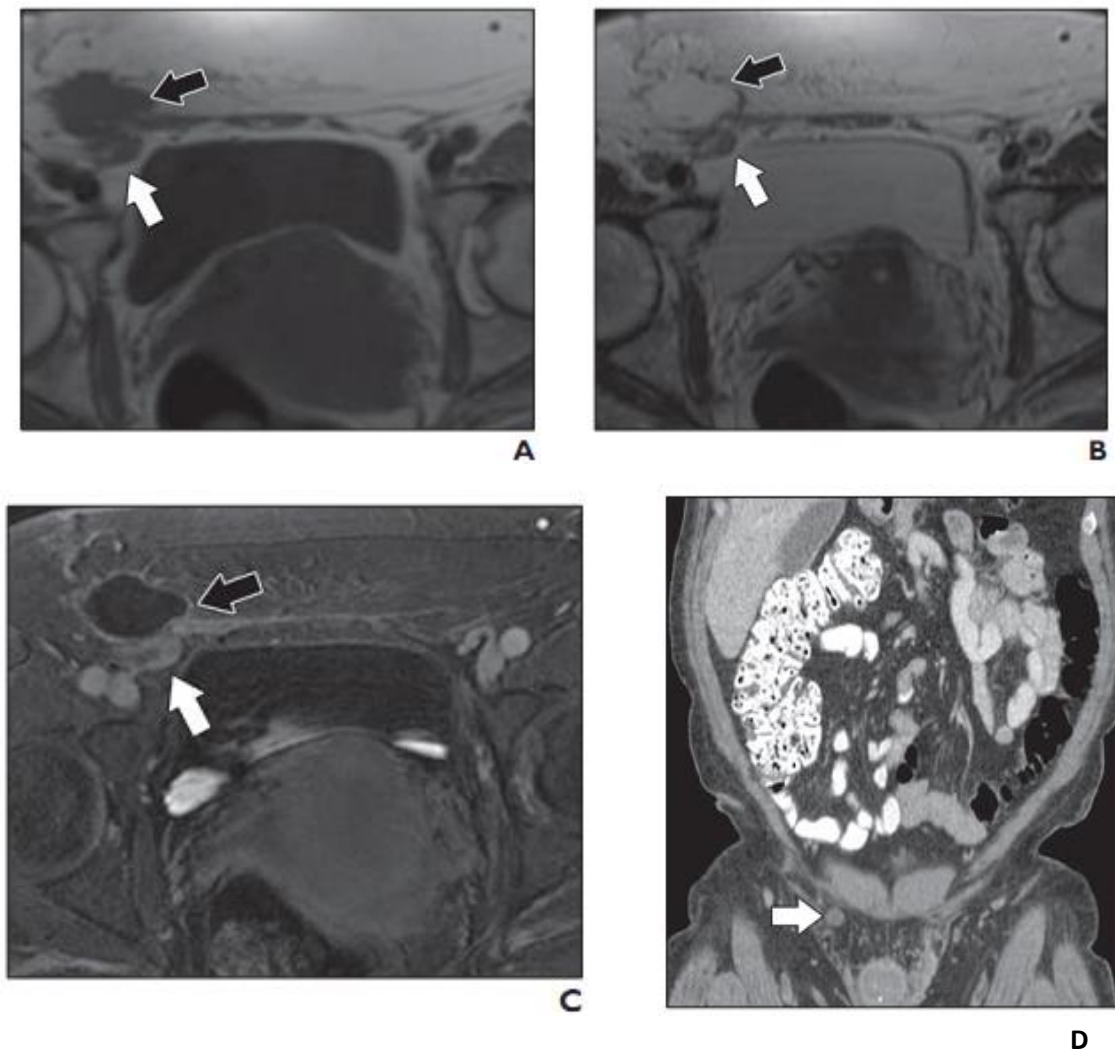
Hình 2.15. Tấm lưới ở vùng bẹn phải. Siêu âm khó nhìn thấy và xuất hiện với đường tăng âm nhỏ (mũi tên) với dải bóng đen ở phía sau (S) [66].



Hình 2.16. Tấm lưới đặt ở vùng bẹn phải, siêu âm xuất hiện tấm lưới tăng âm (hình mũi tên) với đường lượn sóng và dải bóng đen ở phía sau (S) [66].

- *Khảo sát hình ảnh học của vùng bẹn sau khi đặt tấm lưới nhân tạo qua chụp cộng hưởng từ:*

Ở những bệnh nhân bị thoát vị bẹn sau khi phẫu thuật tái tạo thành bụng bằng Mesh-Plug. Khi được tiến hành chụp cộng hưởng từ để kiểm tra. Kết quả 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, chụp cộng từ còn cho phát hiện những tổn thương khác đi kèm theo như: khối máu tụ, nhiễm trùng sâu do mảnh ghép, nang thanh dịch, tấm nhân tạo di chuyển (hình 2.17).



Hình 2.17. Chụp cộng hưởng từ vùng chậu ở bệnh nhân nữ 54 tuổi, có tiền sử mổ thoát vị bẹn phải bằng phương pháp Mesh-Plug trên hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy: **A.** Giảm tín hiệu T1 (mũi tên màu trắng); **B.** Tín hiệu trung gian hoặc thấp (mũi tên màu trắng); **C.** Tín hiệu ngấm thuốc đối quang từ của tấm nhân tạo (mũi tên màu trắng). Ngoài ra, trên hình ảnh cộng hưởng từ còn cho thấy u thanh dịch (mũi tên màu đen); **D.** Chụp cộng hưởng từ vùng chậu ở bệnh nhân nam 56 tuổi, có tiền sử mổ thoát vị bẹn phải bằng phương pháp Mesh-Plug. Trên hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tấm nhân tạo di chuyển nằm sâu trong ống bẹn phải (mũi tên màu trắng) [39].

Với bệnh nhân sau mổ thoát vị bẹn có đặt Mesh-Plug. Nếu có xuất hiện bệnh lý vùng chậu phần lớn tác giả trên thế giới đều đồng ý tốt nhất nên chụp

cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ để giúp xác định chẩn đoán [39], [91], [103].

2.2.5. 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.

**Các thuật toán thống kê được sử dụng:*

- Công thức tính trị số trung bình:

$$\bar{X} = \sum \frac{x}{n}$$

- Công thức tính độ lệch chuẩn:

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

- Công thức tính tỷ lệ:

$$p = \frac{k}{N}$$

trong đó: k là tần suất, N là cỡ mẫu

- So sánh hai tỷ lệ bằng test χ^2

- Các mức ý nghĩa: $P < 0,05$ với độ tin cậy 95%, $P < 0,01$ với độ tin cậy 99%

- So sánh cặp bằng test χ^2 của McNemar

2.2.6. Vấn đề đạo đức y học trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được hội đồng khoa học Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế thông qua và cho phép thực hiện đề tài.

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân và không chịu bất kỳ một sự ép buộc nào, được giải thích rõ ràng về ưu điểm và nhược điểm của phẫu thuật.

Các thăm khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng đều tuân thủ qui định của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.

Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật cho bệnh nhân.

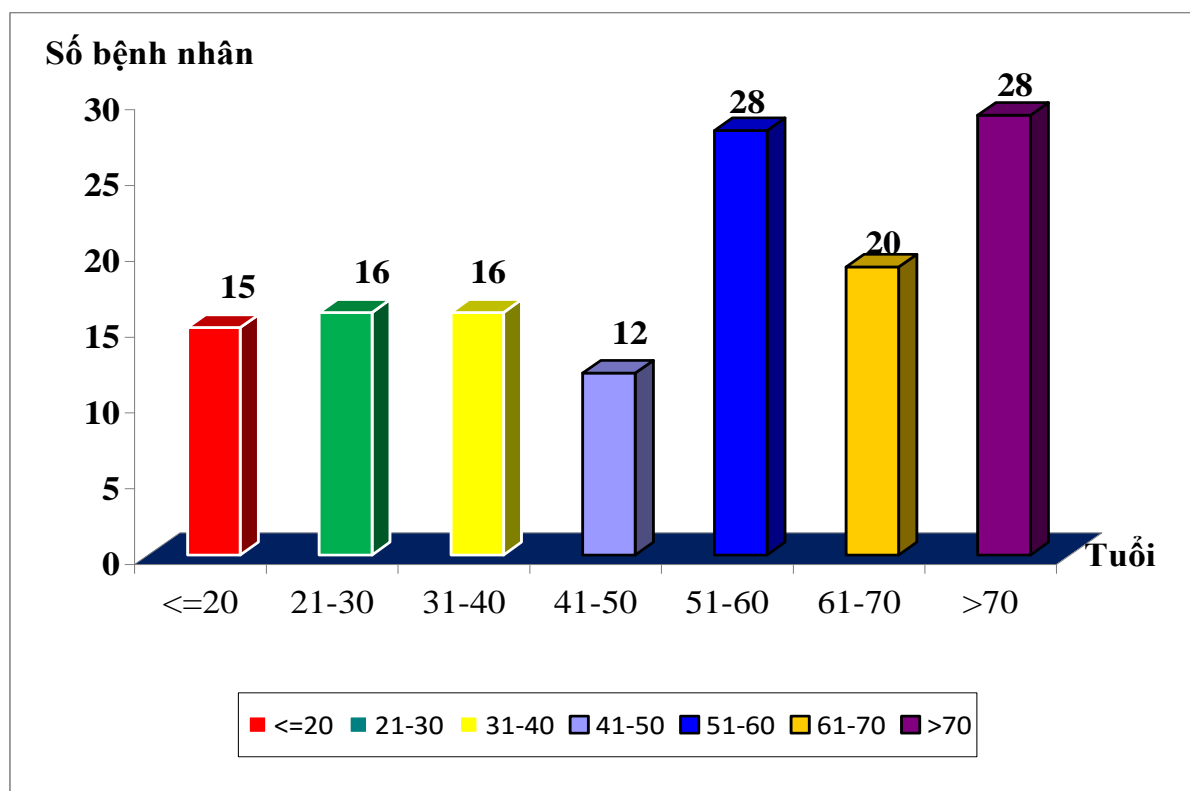
Chương 3

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



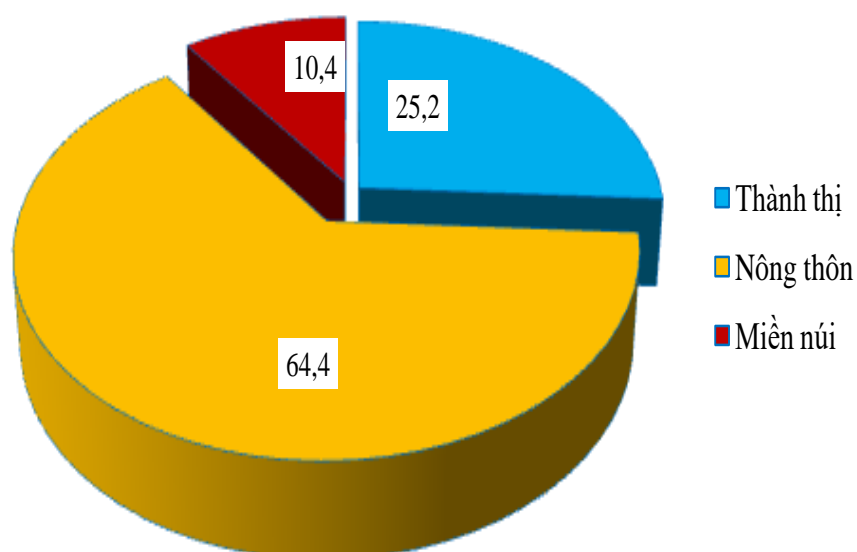
Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bệnh nhân có 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 chiếm 56,3%.

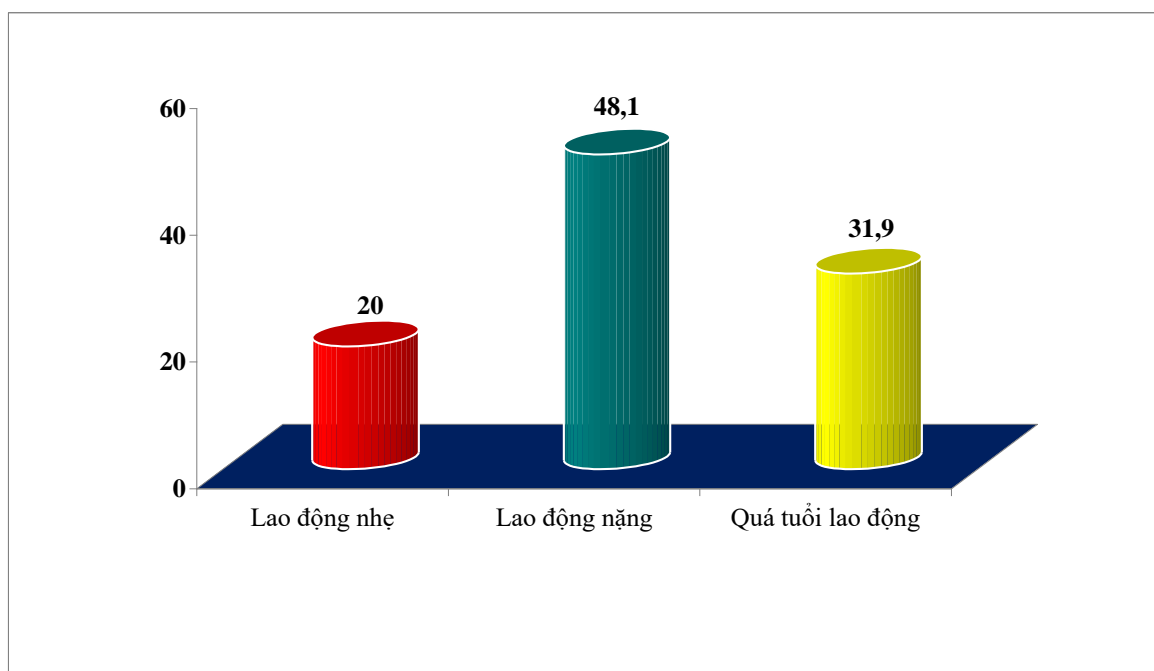
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo địa dư



Biểu đồ 3.2. Bệnh nhân phân bố theo địa dư

-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.



Biểu đồ 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

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

3.1.4. Lý do vào viện

Bảng 3.1. Lý do vào viện (n=149)

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Khối phòng vùng bẹn	94	63,1
Khối phòng vùng bẹn - bìu	55	36,9
Tổng	149	100

- Số trường hợp vào viện do có khối phòng vùng bẹn chiếm tỉ lệ 63,1%.

- Số trường hợp vào viện do có khối phòng vùng bẹn – bìu chiếm tỉ lệ 36,9%.

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

Bảng 3.2. Phân bố thời gian mắc bệnh

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
< 1 năm	52	38,5	42,6 ± 69,9 (tháng)
1 – 5 năm	62	45,9	
> 5 năm – 10 năm	9	6,7	
> 10 năm	12	8,9	
Tổng	135	100,0	

- Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm chiếm 38,5%.

- Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 năm 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

Bảng 3.3. Phân bố theo BMI

BMI	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Gầy	12	8,9
Trung bình	114	84,4
Thừa cân	9	6,7
Béo phì	0	0
Tổng	135	100

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

3.1.7. Tiền sử bệnh lý nội khoa

Bảng 3.4. Tiền sử bệnh lý nội khoa

Bệnh lý nội khoa	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bệnh lý tim mạch (Tăng huyết áp...)	21	15,5
Bệnh lý về phế quản	5	3,7
Lao phổi đã được điều trị ổn định	4	2,9
U xơ tiền liệt tuyến điều trị nội đáp ứng	6	4,5
Tổng	36	26,6

- Bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ 15,5%.

- Xét về yếu tố thuận lợi: có 15 bệnh nhân (11,1%) trong đó: bệnh lý về phế quản có 5 bệnh nhân (3,7%). Lao phổi đã được điều trị ổn định 4 bệnh nhân (2,9%). U xơ tiền liệt tuyến 6 bệnh nhân (4,5%).

- Tiền sử bệnh lý nội khoa chiếm tỉ lệ 26,6%.

- Tất cả bệnh nhân được điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.

3.1.8. Tiền sử phẫu thuật

Bảng 3.5. Phân bố tiền sử phẫu thuật

Tiền sử phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Mổ cắt ruột thừa (đường mổ Mc-Burney)	7	5,2
Mổ bụng đường trắng giữa trên rốn	3	2,2
Mổ sỏi bàng quang mở	1	0,7
Mổ u xơ tuyến tiền liệt mở	2	1,5
Mổ u xơ tuyến tiền liệt nội soi	1	0,7
Đã mổ thoát vị bẹn bên đối diện	5	3,7
Mổ cắt thùy phổi trái	1	0,7
Tổng	20	14,7

Tiền sử mổ cắt ruột thừa (đường mổ Mc-Burney) có 7 bệnh nhân (5,2%).

Tiền sử mổ thoát vị bẹn bên đối diện có 5 bệnh nhân (3,7%).

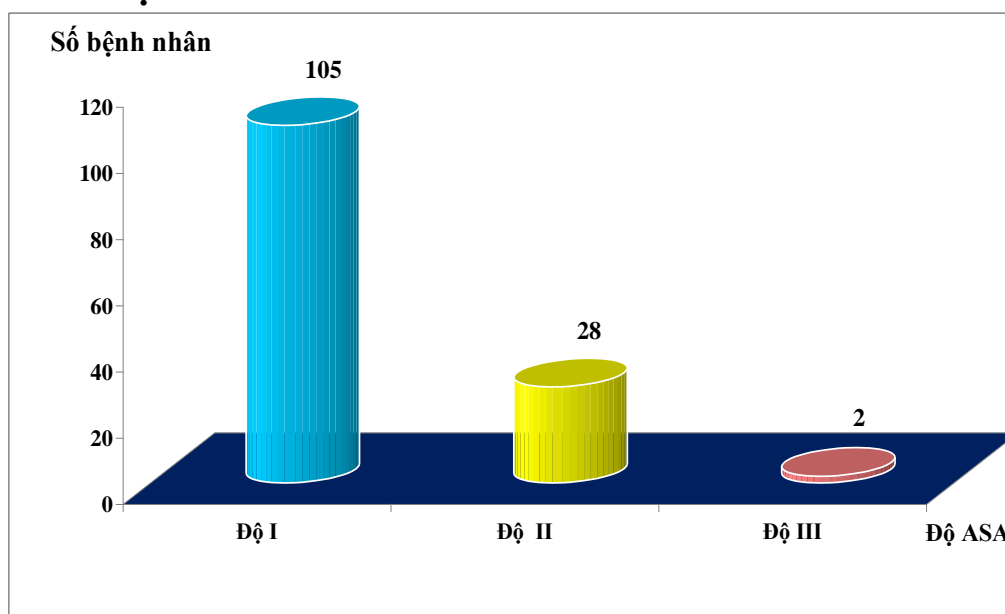
3.1.9. Tiền sử mổ thoát vị bẹn bằng các phương pháp

Bảng 3.6. Các phương pháp đã mổ thoát vị bẹn của bệnh nhân tái phát

Phương pháp mổ	Bên phải	Bên trái	Tổng	Tỉ lệ (%)
Bassini	1	0	1	6.25
Shouldice	1	0	1	6.25
Lichtenstein	0	1	1	6.25
Mesh-Plug	0	1	1	6.25
Không rõ phương pháp	8	4	12	75
Tổng	10	6	16	100

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

3.1.10. Phân độ ASA

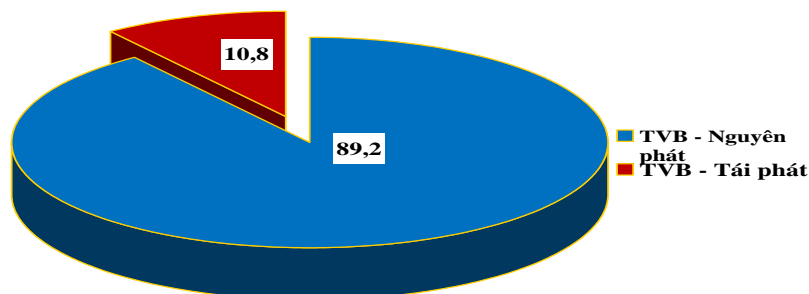


Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo phân độ ASA

- 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

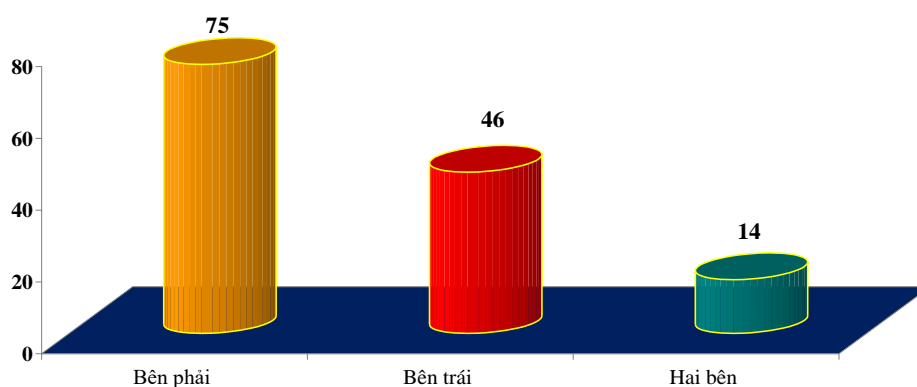


Biểu đồ 3.5. Phân bố thoát vị bẹn nguyên phát và thoát vị bẹn tái phát

Trong 149 phẫu thuật thoát vị bẹn:

- Thoát vị bẹn nguyên phát có 133 trường hợp chiếm tỉ lệ 89,2%.
- Thoát vị bẹn tái phát có 16 trường hợp chiếm tỉ lệ 10,8%. Trong đó thoát vị bẹn tái phát thể trực tiếp 06 trường hợp (4,0%), tái phát thể gián tiếp 10 trường hợp (6,8%).

3.2.2. Vị trí thoát vị

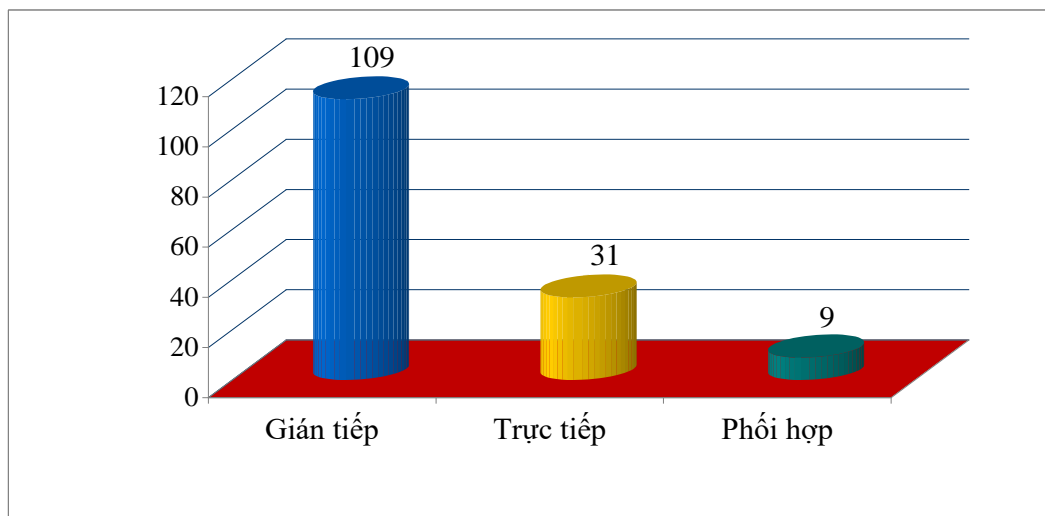


Biểu đồ 3.6. Phân bố theo vị trí thoát vị

- Thoát vị bên phải là 75 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 55,5%.
- Thoát vị bên trái là 46 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 34,1%.

- Thoát vị hai bên là 14 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 10,4%.

3.2.3. Phân theo thể thoát vị



Biểu đồ 3.7. Phân theo thể thoát vị

- Thoát vị bẹn thể gián tiếp 109 trường hợp chiếm tỉ lệ 73,2%.
- Thoát vị bẹn thể trực tiếp 31 trường hợp chiếm tỉ lệ 20,8%.
- Thoát vị bẹn thể phối hợp 9 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,0 %.

3.2.4. Phân loại thoát vị theo Nyhus

Bảng 3.7. Phân loại thoát vị theo Nyhus

Phân loại thoát vị	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
II	27	18,1
IIIA	25	16,8
IIIB	81	54,3
IVA	6	4,1
IVB	10	6,7
Tổng	149	100

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

3.2.5. Kết quả siêu âm vùng bẹn – bìu

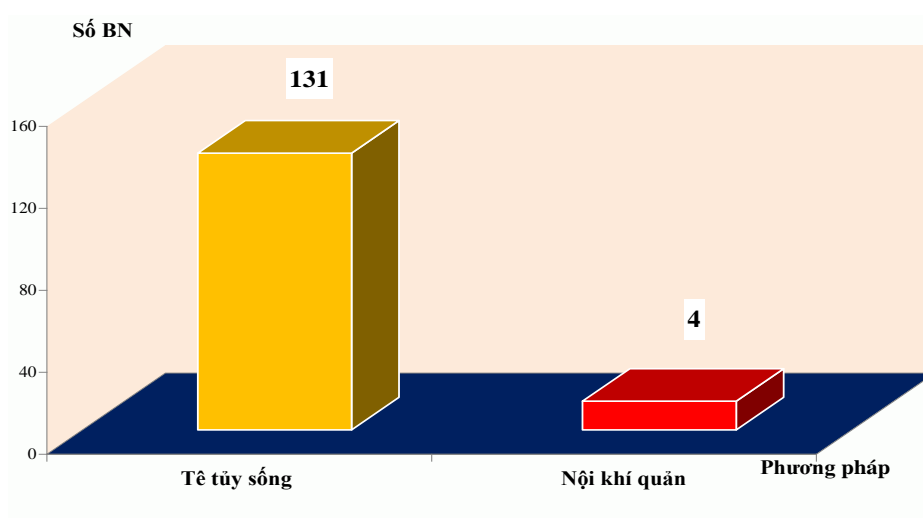
Bảng 3.8. Phân bố kết quả siêu âm bẹn - bìu

Tạng trong túi thoát vị		Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Không có tạng thoát vị		36	24,2
Tạng thoát vị	Ruột non	50	33,5
	Mạc nối	35	23,5
	Ruột non và mạc nối	28	18,8
Tổng		149	100

- Không có tạng thoát vị 36 trường hợp chiếm tỉ lệ 24,2%.
- Có tạng thoát vị 113 trường hợp chiếm 75,8%.
- Thường gặp tạng thoát vị là ruột non với 78 trường hợp chiếm tỉ lệ 52,3%.

3.3. ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT

3.3.1. Phương pháp vô cảm (số bệnh nhân)



Biểu đồ 3.8. Phân bố phương pháp vô cảm

- Số bệnh nhân gây tê tủy sống là 131 chiếm 97,0%.
- Số bệnh nhân gây mê nội khí quản là 4 bệnh nhân chiếm 3,0%.

3.3.2. Tạng thoát vị khi phẫu thuật

Bảng 3.9. Phân bố tạng thoát vị khi phẫu thuật (n=149)

Tạng thoát vị	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Ruột non	2	1,3
Mạc nối	8	5,4
Không có tạng	139	93,3
Tổng	149	100

- Không có tạng thoát vị 139 trường hợp chiếm 93,3%.

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 $2,2 \pm 0,49$ cm.

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

Bảng 3.10. Phân bố kích thước tấm lưới có nút (Mesh-Plug)

Kích cỡ tấm lưới có nút Mesh-Plug	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Cỡ nhỏ	30	20,1
Cỡ trung bình	105	70,5
Cỡ lớn	14	9,4
Cỡ cực lớn	0	0
Tổng	149	100,0

3.3.5. Đặc điểm các trường hợp thoát vị tái phát

Bảng 3.11. Đặc điểm các trường hợp thoát vị tái phát

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Còn ống phúc tinh mạc	10	62,5
Tổ chức dính nhiều	16	100
Mất cấu trúc giải phẫu các lớp	12	75
Thành sau ống bẹn yếu	6	37,5

3.3.5. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.12. Phân bố thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số trường hợp phẫu thuật	Tỉ lệ (%)
<30	15	10,0
30 - 50	123	82,6
51 - 70	11	7,4
Tổng	149	100
$\bar{X} \pm SD$	38,3 ± 8,7	

- 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.

3.3.6. Tai biến trong mổ

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

3.4. DIỄN BIẾN SAU PHẪU THUẬT

3.4.1. Biến chứng vô cảm

Bảng 3.13. Phân bố biến chứng vô cảm

Biến chứng vô cảm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bí tiểu	5	3,7
Tiểu khó	12	8,9
Tổng	17	12,6

- Bí tiểu có 5 bệnh nhân chiếm 3,7%.
- Tiểu khó có 12 bệnh nhân chiếm 8,9%.
- Không có tai biến và biến chứng ở bệnh nhân gây mê nội khí quản.

3.4.2. Biến chứng sau mổ

Bảng 3.14. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số trường hợp thoát vị bẹn	Tỉ lệ (%)
Chảy máu vết mổ	0	0,0
Tụ dịch vết mổ	4	2,7
Tụ máu vết mổ	0	0,0
Tụ máu bẹn bìu	0	0,0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0,0
Sung vùng bìu (có điều trị kháng viêm)	7	4,7
Tổng	11	7,4

- 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

Bảng 3.15. Phân bố thời gian trung tiện sau mổ

Trung tiện sau mổ	Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
	Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	
12 - 24 giờ	116	6	90,4
24 - 48 giờ	5	8	9,6
48 - 72 giờ	0	0	0
Tổng	121	14	100

- 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

Bảng 3.16. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau trong ngày đầu tiên sau mổ

Đánh giá đau sau mổ	Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
	Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	
Không đau	0	0	0
Đau rất nhẹ	5	0	3,7
Đau nhẹ	101	4	77,8
Đau vừa	13	8	15,5
Đau nhiều	2	2	3,0
Đau rất nhiều	0	0	0
Tổng	121	14	100

- 105 bệnh nhân đau nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 77,8%.

- 5 bệnh nhân đau rất nhẹ và 4 bệnh nhân đau nhiều chiếm tỉ lệ thấp nhất 6,7%.

3.4.5. Thời gian dùng giảm đau sau mổ

Sau mổ, khi bệnh nhân được chuyển qua phòng hậu phẫu. Bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau dạng tiêm Paracetamol 2g/ngày. Với những bệnh nhân đau nhiều dùng Diclofenac 75mg × 2 ống/ngày. Hậu phẫu ngày thứ 2 khi bệnh nhân đau nhẹ hoặc rất nhẹ dùng giảm đau loại uống Paracetamol 500mg dạng viên × 3 lần/ ngày.

Bảng 3.17. Phân bố thời gian dùng thuốc giảm đau dạng tiêm

Thời gian dùng giảm đau dạng tiêm		Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
		Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	
Dùng giảm đau	1 ngày	34	4	28,1
	2 ngày	59	7	48,9
	3 ngày	21	2	17,1
	4 ngày	7	1	5,9
Tổng		121	14	100
$\bar{X} \pm SD$		2,0±0,8	2,0±0,9	

- Thời gian dùng giảm đau 1 ngày có 38 bệnh nhân (28,1%)

- Thời gian dùng giảm đau 4 ngày có 8 bệnh nhân ít nhất chiếm 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

Bảng 3.18. Phân bố thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ

Thời gian phục hồi	Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
	Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	
6 -12 giờ	88	3	67,5
13 -18 giờ	22	09	22,9
19 - 24 giờ	11	2	9,6
Tổng	121	14	100
$\bar{X} \pm SD$	$10,8 \pm 4,6$	$14,6 \pm 5,0$	

- 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

Sau mổ, mỗi ngày bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch 2 gr Cephalosporine thế hệ III, chia 2 lần/ ngày.

Bảng 3.19. Phân bố thời gian dùng kháng sinh

Thời gian dùng kháng sinh	Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
	Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	
2 - 3 ngày	49	5	40,0
4 - 5 ngày	59	8	49,6
≥ 6 ngày	13	1	10,4
Tổng	121	14	100
$\bar{X} \pm SD$	$3,9 \pm 1,1$	$4,0 \pm 1,4$	

- Thời gian dùng kháng sinh nhóm 2-5 ngày chiếm ưu thế với 121 bệnh nhân tỉ lệ 89,6%.

- Thời gian dùng kháng sinh nhóm ≥ 6 ngày chỉ với 14 bệnh nhân tỉ lệ 10,4%.

- Thoát vị một bên thời gian sử dụng kháng sinh ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 7 ngày và trung bình $3,9 \pm 1,1$ ngày.

Thoát vị hai bên thời gian sử dụng kháng sinh ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 6 ngày và trung bình $4,0 \pm 1,4$ ngày.

3.4.8. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Bảng 3.20. Phân bố thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện	Số bệnh nhân		Tổng	
	Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
2 - 3 ngày	45	4	49	36,3
4 ngày	45	2	47	34,8
5 ngày	18	7	25	18,5
≥ 6 ngày	13	1	14	10,4
Tổng	121	14	135	100,0
$\bar{X} \pm SD$	$4,0 \pm 1,2$	$4,2 \pm 1,3$	$4,0 \pm 1,2$	

- Thời gian nằm viện từ 2-3 ngày chiếm nhiều nhất với 49 bệnh nhân tỉ lệ 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 trường hợp thoát vị bẹn được phẫu thuật và dựa vào cách đánh giá của các tác giả trong nước có kết quả như sau:

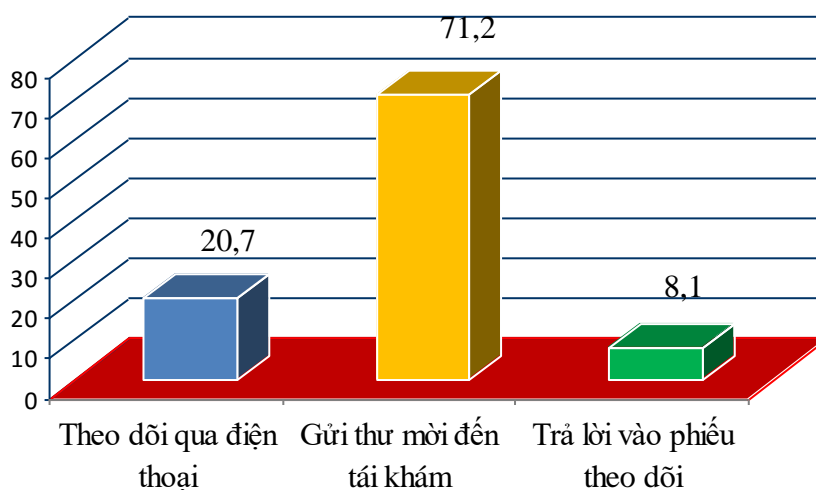
Bảng 3.21. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

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 VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRUNG HẠN, DÀI HẠN

3.5.1. Cách theo dõi và lấy kết quả



Biểu đồ 3.9. Phân bố cách theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật

28 bệnh nhân theo dõi qua điện thoại (20,7%), 96 bệnh nhân gửi thư mời đến tái khám tại Khoa ngoại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế (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

Bảng 3.22. Thời gian trở lại hoạt động bình thường

Thời gian trở lại hoạt động	Số bệnh nhân		Tỉ lệ (%)
	Thoát vị 1 bên	Thoát vị 2 bên	
10 - 15 ngày	21	3	17,8
16 - 20 ngày	47	4	37,7
21 - 25 ngày	27	5	23,8
26 - 30 ngày	23	1	17,7
> 30 ngày	3	1	3,0
Tổng	121	14	100
$\bar{X} \pm SD$	20,2 ± 5,4	20,9 ± 5,9	

- Thời gian trở lại hoạt động 10 - 20 ngày có 75 bệnh nhân chiếm ưu thế với tỉ lệ 55,5%.

- Thời gian trở lại hoạt động 21 - 30 ngày có 56 bệnh nhân tỉ lệ 41,5%.

- Thời gian trở lại hoạt động sau 30 ngày có 4 bệnh nhân chiếm tỉ lệ thấp nhất 3,0%.

- Thoát vị một bên: thời gian trở lại hoạt động sớm nhất 6 ngày, muộn nhất 32 ngày và trung bình $20,2 \pm 5,4$.

- Thoát vị hai bên: thời gian trở lại hoạt động sớm nhất 7 ngày, muộn nhất 36 ngày và trung bình $20,9 \pm 5,9$.

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 như sau:

Bảng 3.23. Các biến chứng 1 tháng sau phẫu thuật của 145 trường hợp thoát vị bẹn

Biến chứng	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Đau mạn tính sau mổ	0	0,0
Rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu và gốc dương vật	11	7,6
Rối loạn cảm giác vùng trên xương mu	5	3,5
Teo tinh hoàn	0	0,0
Sa tinh hoàn	0	0,0
Rối loạn sự phóng tinh	0	0,0
Tái phát (sai về kỹ thuật, bỏ sót loại thoát vị)	0	0,0
Tổng	16	11,1

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 3.24. 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 tấm lưới nhân tạo có nút dưới siêu âm và chụp cộng hưởng từ

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

Bảng 3.25. Phân bố độ dày mô xơ của tấm lưới phẳng dưới siêu âm

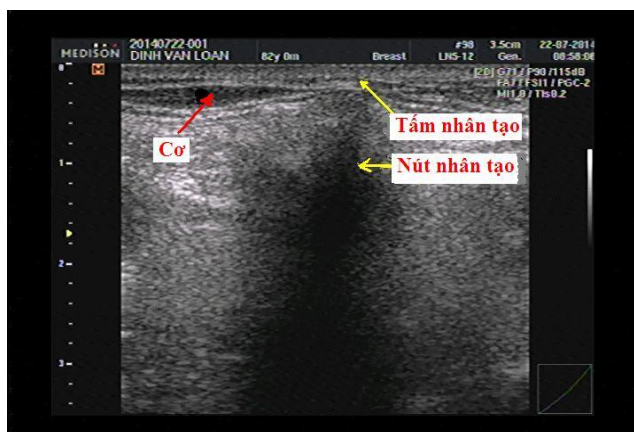
Tính chất mô xơ	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Mô xơ dày	81	100
Mô xơ mỏng	0	0
Tổng	81	100

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

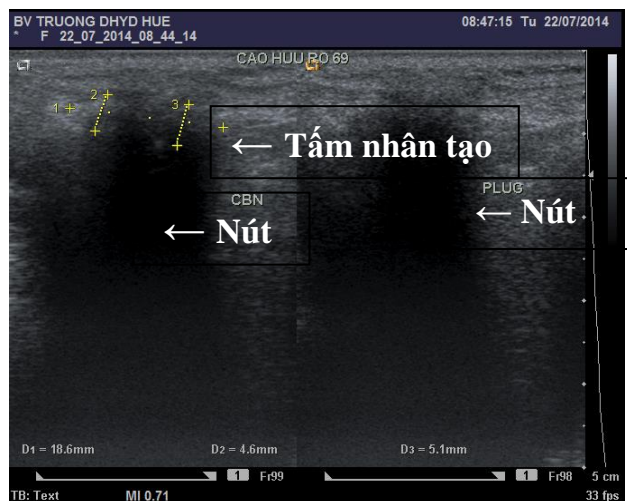
Bảng 3.26. Phân bố vị trí tấm lưới nhân tạo có nút dưới siêu âm

Vị trí	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Nút nằm ngay lỗ bẹn sâu	81	100
Tấm lưới phẳng nằm sau cân cơ chéo bụng ngoài	81	100
Di lệch	0	0
Tổng	81	100

- 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 và mô xơ ở vùng bẹn trái, xuất hiện đường tăng âm với bóng đen cản âm ở phía sau. Bệnh nhân: Đinh Văn L., giới: nam, tuổi: 75 tuổi. Mổ ngày 23/3/2013.



Hình 3.2. Hình ảnh siêu âm nút nhân tạo, tấm lưới nhân tạo và mô xơ ở vùng bẹn phải, xuất hiện đường tăng âm với bóng đen cản âm ở phía sau. Bệnh nhân: Cao Hữu R., giới: nam, tuổi: 67 tuổi. Mổ ngày 26/4/2013.

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

Tiến hành khảo sát mô xơ quanh tấm lưới nhân tạo của 05 trường hợp điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) qua chụp cộng hưởng từ ở những bệnh nhân tái khám sau 12 tháng cho kết quả như sau:

Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy nút nhân tạo nằm đúng vị trí ở lỗ bẹn sâu. Tấm lưới nhân tạo nằm phía sau cân cơ chéo bụng ngoài, có nhiều mô xơ ở vùng bẹn phải. Trên phim xuất hiện giảm tín hiệu T1 (mũi tên màu trắng), tín hiệu trung gian hoặc thấp (mũi tên màu trắng), tín hiệu ngấm thuốc đối quang từ của tấm nhân tạo (mũi tên màu trắng), cản âm ở phía sau.

Bệnh nhân: Hoàng Ngọc Tr. giới: nam, tuổi: 75 tuổi. Mổ ngày 03/9/2012 tái khám sau 22 tháng, và bệnh nhân Lưu Đức Th. 54 tuổi. Mổ ngày 22/8/2013 tái khám sau 12 tháng.



Hình 3.3.Mặt cắt đứng dọc bn Hoàng Ngọc Tr. **Hình 3.4.**Mặt cắt đứng ngang bn Hoàng Ngọc Tr.



Hình 3.5. Mặt cắt phẳng ngang bn Hoàng Ngọc Tr.



Hình 3.6.Mặt cắt đứng dọc bn Lưu Đức Thuận. **Hình 3.7.**Mặt cắt đứng ngang bn Lưu Đức Thuận.



Hình 3.8. Mặt cắt phẳng ngang bn Lưu Đức Th.

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

Bảng 3.27. Theo dõi 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng sau phẫu thuật

Thời gian theo dõi	3 tháng		6 tháng		12 tháng		18 tháng		24 tháng	
Số trường hợp được phẫu thuật	135		116		97		75		55	
Số trường hợp theo dõi	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	121	89,6	102	87,9	81	83,5	59	78,6	41	74,5
Vấn đề theo dõi										
Thoát vị tái phát	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu, gốc dương vật và vùng trên xương mu	4	3,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Teo tinh hoàn	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sa tinh hoàn	1	0,7	3	2,6	3	3,1	2	2,7	1	1,8
Nhiễm trùng vết mổ kéo dài do mảnh ghép...	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

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-bìu, 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-bìu 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 như: Nhiễm trùng vết mổ kéo dài do mảnh ghép (loại bỏ mảnh ghép, nhiễm trùng mảnh ghép...), đau vết mổ dai dẳng, teo tinh hoàn, rối loạn sự phóng tinh... 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

Bảng 3.28. Rối loạn cảm giác sau phẫu thuật thoát vị bẹn.

Thời gian các biến chứng	Sau mổ 3 tháng	Sau mổ 6 tháng	Sau mổ 12 tháng	Sau mổ 18 tháng	Sau mổ 24 tháng
Rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu và gốc dương vật	3	1	0	0	0
Rối loạn cảm giác vùng trên xương mu	1	0	0	0	0

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

3.5.8. Trường hợp tái phát

Bảng 3.29. 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

- Mô 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.
- Bệnh nhân lớn tuổi nguy cơ tái phát cao.

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

Bảng 3.30. Đánh giá kết quả 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng sau phẫu thuật

Thời gian theo dõi	3 tháng		6 tháng		12 tháng		18 tháng		24 tháng	
Số trường hợp được phẫu thuật	135		116		97		75		55	
Số trường hợp theo dõi	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đánh giá kết quả	121	89,6	102	87,9	81	83,5	59	78,6	41	74,5
Tốt	116	95,8	99	97,1	77	95,1	57	96,6	40	97,6
Khá	5	4,2	3	2,9	3	3,7	2	3,4	1	2,4
Trung bình	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kém	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Tổng	121	100	102	100	81	100	0	0,0	41	100

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 với 135 bệnh nhân điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) 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.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ thực hiện phương pháp Mesh-Plug đối với những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Vì theo nhiều nghiên cứu cho thấy về mặt giải phẫu hình thể học, sau lứa tuổi này bệnh nhân đã có sự ổn định ít thay đổi về cấu trúc vùng bẹn. Chính vì vậy các cơ chế bảo vệ của cơ thể những bệnh nhân này không còn khả năng tự hoàn thiện theo sự phát triển của cơ thể, nên có thể thực hiện phẫu thuật Mesh-Plug đối với những đối tượng này.

Vương Thừa Đức, tuổi trung bình $54,5 \pm 27,7$ tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất 93 tuổi. Bệnh nhân trên 40 tuổi gồm 150 bệnh nhân (76,25%) [5]. Nguyễn Văn Liễu tuổi trung bình $51,72 \pm 21,42$, nhỏ nhất 17 và lớn nhất 89 tuổi. Bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm 66,30% [12]. Khương Thiện Văn tuổi trung bình $47,1 \pm 1,60$ tuổi ($p > 0,05$). Bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm 71,46% [26]. Trịnh Văn Thảo tuổi trung bình $42,53 \pm 19,14$, nhỏ nhất 19 và lớn nhất 78 tuổi. Bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm 66,30% [22].

Theo Salman tuổi trung bình $44,74 \pm 17,41$, nhỏ nhất 17 tuổi và lớn nhất 80 tuổi [101]. Fasik tuổi trung bình 54 tuổi, nhỏ nhất 26 tuổi và lớn nhất 89 tuổi [53]. Kingsnorth và cộng sự cho thấy tuổi trung bình $50,13 \pm 11,21$, nhỏ nhất 21 tuổi và lớn nhất 84 tuổi.

Với những công trình trên cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân thoát vị bẹn gần tương đương nhau. Trong các nghiên cứu này cũng cho thấy lứa tuổi từ

40 trở lên chiếm ưu thế. Điều này cũng cố cho luận điểm 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%.

Hiện nay, với sự tiến bộ trên nhiều lĩnh vực khoa học, cho thấy bệnh lý thoát vị bẹn không đơn giản chỉ là sự khiếm khuyết bẩm sinh như tồn tại ống phúc tinh mạc mà còn có nhiều nguyên nhân khác gây nên thoát vị bẹn. Có những nghiên cứu gần đây cho thấy rằng công việc nặng nhọc, gắng sức, môi trường và nghề nghiệp làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc, cơ cơ vùng bẹn-bụng thường xuyên liên quan đến bệnh lý thoát vị bẹn.

Đối với bệnh nhân trung niên và bệnh nhân già thoát vị gián tiếp và thoát vị trực tiếp luôn cho thấy có sự thay đổi bệnh lý về tổ chức liên kết ở thành bụng. Với những trường hợp này chỉ cắt bỏ túi thoát vị đơn thuần đồng nghĩa phải chấp nhận tỉ lệ tái phát cao. Như vậy, có thể nói rằng: thoát vị thật sự hiện hữu bởi 2 yếu tố: đó là một túi bẩm sinh và sự khiếm khuyết của mạc ngang [46], [94].

Đã có nhiều công trình cho thấy: nếu không hiện diện cân cơ một cách đầy đủ nhằm trợ lực cho mạc ngang và nửa trong của ống bẹn thì khoảng 1/4 số người có khiếm khuyết này sẽ bị thoát vị bẹn [61], [62].

Theo nghiên cứu của các tác giả như: Fasik cho thấy số bệnh nhân lao động nặng và quá tuổi lao động chiếm tỉ lệ 80,0% [53]. Salman cho thấy số bệnh nhân lao động nặng và quá tuổi lao động chiếm tỉ lệ 87,0 % và của Kingsnorth và cộng sự cho thấy số bệnh nhân lao động nặng và quá tuổi lao động chiếm tỉ lệ 80,6%.

Theo Nguyễn Văn Liễu, bệnh nhân lao động nặng 58,43%, bệnh nhân làm hành chính 19,1%, bệnh nhân làm nghề khác 22,46% [12].

Suy luận từ các kết quả nghiên cứu cho thấy, thoát vị bẹn liên quan đến công việc nặng nhọc, gắng sức làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc, co cơ vùng bụng - bẹn thường xuyên đây là yếu tố thuận lợi dẫn đến thoát vị bẹn. Cũng như ở những người già lớn tuổi, hư trí do cân cơ mạc bị biến đổi, đàn hồi kém, mô và tổ chức lỏng lẻo dẫn đến thành bụng-bẹn suy yếu gây ra thoát vị bẹn [46].

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%. Trong đó, thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 3 tháng và dài nhất là 40 năm Điều này chứng tỏ xu hướng của bệnh nhân đến khám bệnh để được điều trị sớm chưa được hình thành. Hầu hết tất cả các công trình trong nước cũng như trên thế giới đều ghi nhận: thời gian đến điều trị càng muộn rõ ràng sẽ gây nên không ít khó khăn trong khi tiến hành phẫu thuật, chưa nói đến đối với bệnh nhân có thể xảy ra những biến chứng nghiêm trọng như: nghẹt, nghẽn, tắc ruột và hoại tử ruột. Những biến chứng này ảnh hưởng đến sức khoẻ và tính mạng bệnh nhân.

Theo Nguyễn Văn Liễu, bệnh nhân mắc bệnh ≤ 1 năm chiếm tỉ lệ 10,1%, bệnh nhân mắc bệnh > 1 năm đến 5 năm chiếm tỉ lệ 59,6%, bệnh nhân mắc bệnh > 5 năm chiếm tỉ lệ 30,3%. Trong đó, thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 3 tháng và dài nhất là 50 năm [12]. Theo Ngô Viết Tuấn, bệnh nhân mắc bệnh 1 - 3 tháng 27,6%, bệnh nhân mắc bệnh 3 tháng đến 1 năm 36,6%, bệnh nhân mắc bệnh 1 đến 5 năm 23,4%, bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm 12,4%. Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là vài ngày và lâu nhất là 20 năm [25]. Theo Trịnh Văn Thảo, bệnh nhân mắc bệnh 1 năm đến 5 năm chiếm tỉ lệ 22,4%, bệnh nhân mắc bệnh > 5 năm chiếm tỉ lệ 32,9% [22].

Theo Ohana, thời gian mắc bệnh trung bình 24 tháng [86]. Theo Zenilman mổ cấp cứu thoát vị bẹn ở người già tại Anh và Mỹ tỉ lệ này chiếm 15% - 20%. Ở các nước khác tỉ lệ này còn cao hơn 40%. Chính điều này đã đưa tỉ lệ tử vong mổ cấp cứu thoát vị bẹn ở người già từ 8% - 14%, tỉ lệ các biến chứng khác trên

50%. Nguyên nhân chủ yếu do túi thoát vị lớn, một phần của ruột bị nghẹt đòi hỏi phải cắt ruột trong 30% trường hợp [112].

4.1.4. Các bệnh lý nội khoa kèm theo

Với bệnh lý nội khoa kèm theo có 36 trường hợp (26,6%). Trong số đó, tăng huyết áp có 21 bệnh nhân (15,5%). Điều đáng chú ý trong công trình này với các bệnh lý làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc thường xuyên đã có thể góp phần gia tăng bệnh lý thoát vị bẹn.

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%) trong đó hen phế quản có 3 trường hợp và viêm phế quản mãn tính có 2 trường hợp 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%).

Theo Nguyễn Văn Liễu có 8 bệnh nhân lao phổi chiếm 3,86%, 12 bệnh phế quản chiếm 5,79%, 7 bệnh nhân đã mổ u xơ tuyến tiền liệt (7,86%) [12]. Theo Trịnh Văn Thảo, bệnh nhân viêm phế quản mãn tính chiếm tỉ lệ 5,2%, 7 bệnh nhân bị phì đại tuyến tiền liệt (9,1%) [22].

Một số công trình nghiên cứu của các tác giả đề cập về tiền sử bệnh lý nội khoa có yếu tố nguy cơ tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị bẹn dễ xảy ra như sau: tác giả Bin Tayair: ho mạn tính 14,9%, u xơ tiền liệt tuyến 10,9%, hen phế quản 6,5%, hẹp niệu đạo 1,0%. Tác giả Erhan: u xơ tiền liệt tuyến 21,4%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 4,3% [51]. Với công trình của Neumayer: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng 5%, ho mạn tính 7,9%, u xơ tiền liệt tuyến 17% [82].

Năm 1827, Astley Cooper đã đề cập đến nguyên nhân gây thoát vị bẹn ở bệnh nhân ho kéo dài hoặc ở bệnh nhân có dịch báng trong ổ phúc mạc. Theo Anson và McVay những bệnh lý kèm theo thường gặp như: viêm phổi mãn tính, u xơ tuyến tiền liệt, bệnh lý chít hẹp niệu đạo...[46].

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, 3 bệnh nhân (2,2%) mổ bụng đường giữa trên

rốn, 1 bệnh nhân (0,7%) mô sỏi bàng quang mở, 2 bệnh nhân (1,5%) mô u xơ tiền liệt tuyến mở, 1 bệnh nhân (0,7%) mô u xơ tiền liệt tuyến nội soi, mô thoát vị bẹn bên đối diện có 5 bệnh nhân (3,7%), 1 bệnh nhân (0,7%) cắt thùy phổi trái

Tiền sử mô thoát vị bẹn bị tái phát có 16 trường hợp chiếm 10,8% trong số 149 trường hợp phẫu thuật.

Theo Nguyễn Văn Liễu 27 bệnh nhân đã mô u xơ tiền liệt tuyến chiếm 13,04%, 7 bệnh nhân cắt ruột thừa đường mô Mc-Burney chiếm 3,38%, mô thoát vị bẹn bên đối diện 9 bệnh nhân chiếm 4,34% [12].

Về tiền sử phẫu thuật: tác giả Beltrán, thoát vị bẹn lần đầu: mô cắt ruột thừa 40%, mô tiết niệu chiếm 41%, các phẫu thuật bụng khác 9%. Thoát vị bẹn tái phát: mô cắt ruột thừa 35%, mô tiết niệu chiếm 28%, các phẫu thuật bụng khác 9% [31]. Tác giả Thomas, cắt ruột thừa mở 11,9%, mô u xơ tiền liệt tuyến 1,49%, mô tiết niệu khác 2,2%, các mô bụng khác 5,2% [106].

Các đường mô cũ: đường giữa trên rốn, đường giữa trên - dưới rốn hoặc giữa dưới rốn thường không ảnh hưởng nhiều trong quá trình mô mở thoát vị bẹn vì khi áp đặt đường mô ở vùng bẹn thường không bị xơ dính.

Trong số 135 bệnh nhân được mô thoát vị bẹn chúng tôi có 7 trường hợp (5,2%) có tiền sử mô cắt ruột thừa theo đường Mc-Burney.

Gần đây, có một số tác giả đề cập đến thoát vị bẹn bên phải thường xảy ra sau khi mô cắt ruột thừa đáng chú ý nhất là đường mô thấp theo đường rạch thẩm mỹ (Cosmetic) chính đường rạch này dễ gây thương tổn dây thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị. Qua sự khảo sát ghi trên biểu đồ điện cơ cho kết quả tương ứng. Trong khi một vài nghiên cứu cho thấy rằng nếu cắt dây thần kinh chi phối vận động cho cơ ngang bụng thoát vị bẹn sẽ xảy ra. Do đó, có thể nói cơ ngang bụng đã tham gia vào cơ chế đóng của lỗ bẹn sâu nên khi bị thương tổn các dây thần kinh chi phối cho cơ này sẽ dẫn đến không hoàn thiện được cơ chế đóng và sẽ gây nên thoát vị bẹn sau này. Một vài nghiên cứu khác cho thấy nếu làm thương tổn một phần hay toàn bộ các sợi thần kinh chi phối cho cơ ở vùng bẹn hậu quả sẽ đưa đến thoát vị [62].

Đối với mổ cắt ruột thừa đi theo đường mổ Mc-Burney, rủi ro làm thương tổn dây thần kinh chậu hạ vị hiếm khi xảy ra. Bởi lẽ, sợi thần kinh này chạy song song với đường mổ. Thực sự, chưa có bằng chứng nào biện minh cho thấy thoát vị bẹn xảy ra là do hậu quả sau cắt ruột thừa đi theo đường mổ Mc-Burney.

Để chứng minh cho điều này trong một loạt thống kê với 549 bệnh nhân được mổ tái tạo thoát vị bẹn, tỉ lệ phần trăm gặp được bệnh nhân đã mổ ruột thừa bị thoát vị bẹn bên phải $8,9\% \pm 1,7\%$ còn thoát vị bẹn bên trái lại chiếm tỉ lệ cao hơn $11,2\% \pm 2,1\%$ [71].

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% [101]. Theo tác giả Fasih, thoát vị bẹn nguyên phát 90,0%, thoát vị bẹn tái phát 10,0% [53]. Với công trình nghiên cứu của tác giả Beltrán, thoát vị bẹn nguyên phát 87,8%, thoát vị bẹn tái phát 12,2% [31]. Theo tác giả Campanelli, thoát vị nguyên phát 88,3% và thoát vị tái phát 11,7%. [37].

Với nghiên cứu này đã cho kết quả: thoát vị bẹn nguyên phát 89,2%, thoát vị bẹn tái phát 10,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16 trường hợp tái phát, trong đó có 01 trường hợp được phẫu thuật bằng phương pháp Bassini, 01 trường hợp bằng phương pháp Shoudice, 01 trường hợp bằng phương pháp Lichtenstein, 01 trường hợp bằng phương pháp Mesh-Plug, 12 trường hợp không rõ phương pháp (không sử dụng tấm lưới nhân tạo). Ghi nhận đặc điểm trong phẫu thuật các trường hợp này:

+ Bỏ sót không thắt ống phúc tinh mạc hoặc thắt không đúng vị trí trong lần phẫu thuật trước: 10 trường hợp. Những trường hợp này chúng tôi phẫu tích ống phúc tinh mạc đến vị trí lỗ bẹn sâu, sau khi đẩy túi thoát vị gián tiếp vào trong ổ phúc mạc chúng tôi đặt plug và khâu dính bằng 4 mũi chỉ prolene 2.0

+ Tổ chức vùng bẹn dính nhiều và khó bóc tách, dễ chảy máu, mất cấu trúc giải phẫu của các lớp, đặc biệt những trường hợp đã sử dụng vật liệu nhân

tạo để điều trị thoát vị bẹn trong lần mổ trước. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi tiến hành bóc tách cẩn thận, cầm máu kỹ, xác định chính xác các mốc giải phẫu để tránh tái phát trên bệnh nhân.

+ Ghi nhận thành sau ống bẹn yếu: 06 trường hợp. Hầu hết những bệnh nhân này đều lớn tuổi, tổ chức cân cơ mỏng không che phủ được vùng bẹn, mạc ngang thụng, kém đàn hồi. Có hai trong 06 trường hợp mắc bệnh nội khoa trước đó (01 trường hợp lao phổi, 01 trường hợp u xơ tiền liệt tuyến).

Từ các nghiên cứu trên của các tác giả cho thấy: thoát vị bẹn tái phát thay đổi từ 10,0% - 14,8%. Như vậy, tỉ lệ tái phát trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn vẫn còn cao, vấn đề chọn lựa phương pháp phẫu thuật rất quan trọng để giảm tỉ lệ tái phát. Nghiên cứu này, số bệnh nhân thoát vị tái phát đến nhập viện để mổ lại là 10,8% tương ứng với các công trình của các tác giả.

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 thoát vị bẹn phải 64,9%, thoát vị bẹn trái 27,3%, thoát vị bẹn hai bên 7,8%. Như vậy thoát vị một bên chiếm 92,2% và thoát vị hai bên chỉ chiếm tỉ lệ 7,8%. [22].

Theo các công trình của các tác giả trên thế giới cho thấy: Tác giả Khan thoát vị bên phải chiếm 53,6%, thoát vị bên trái 41,1%, thoát vị hai bên chiếm 5,4% [80]. Theo Desarda thoát vị bên phải chiếm 54,0%, thoát vị bên trái 31,0%, thoát vị hai bên chiếm 15,0% [43]. Theo Fasik thoát vị một bên chiếm 86% và thoát vị hai bên chiếm 4% [53]. Tác giả Vironen, thoát vị một bên 90,7%, thoát vị hai bên 9,3% [107].

Từ những kết quả nghiên cứu trên của tất cả các tác giả cho thấy: thoát vị bẹn một bên thường xảy ra và chiếm ưu thế trên 80%, thoát vị bẹn đồng thời hai bên ít xảy ra chiếm tỉ lệ thấp hơn.

Ngoài ra, cũng theo các công trình nghiên cứu trên cho thấy thoát vị bẹn thường xảy ra bên phải hơn bên trái và ít xảy ra đồng thời cả hai bên.

4.2.3. Phân theo thể thoát vị

Việc chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp, gián tiếp hoặc phối hợp cần được thực hiện trước mổ nhằm chọn lựa kỹ thuật mổ một cách thích hợp. Theo Anson và McVay, việc chẩn đoán này có thể chính xác khoảng 85% cho tất cả các trường hợp thoát vị bẹn. Bởi lẽ, có thể dựa trên đặc điểm giải phẫu. Nếu túi thoát vị nằm phía ngoài bó mạch thượng vị dưới là thoát vị gián tiếp, túi thoát vị nằm phía trong bó mạch thượng vị dưới là thoát vị trực tiếp. Tuy nhiên, dấu hiệu này một đôi khi ít có giá trị trên lâm sàng bởi lẽ động mạch này hiếm khi có thể bắt được.

Có hai cách khám đơn giản để có thể phân biệt hai loại thoát vị đó là:

- Với bệnh nhân ở tư thế đứng, nắn khối thoát vị vào lại ổ bụng, ép ngón tay lên lỗ bẹn sâu và bảo bệnh nhân ho. Nếu khối thoát vị không sa xuống, đó là thoát vị gián tiếp. Nếu có chỗ phồng lên ở phía trong gần đầu ngón tay ép, đó là thoát vị trực tiếp.

- Với bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, lập lại các bước khám tương tự như trên, đồng thời đưa ngón tay trở từ lỗ bẹn nông đến ống bẹn, ép về phía sau. Trong thoát vị trực tiếp, không có sức cản khi sờ vào dây chằng lược và cũng có thể xác định chắc chắn hơn bằng cách bảo bệnh nhân ho. Nếu thành sau ống bẹn còn vững, sẽ có cảm giác ngón tay bị đẩy ra trước. Trong trường hợp thoát vị trực tiếp sẽ không có lực nào tác động lên ngón tay khám.

Trong lúc mổ, thoát vị gián tiếp có bao thoát vị màu trắng ở phía trước-trong của thừng tinh, cổ thoát vị nằm phía trên động mạch thượng vị dưới, ngay lỗ bẹn sâu. Khi mở túi thoát vị, cần cho ngón tay vào ổ phúc mạc để thám sát thành sau ống bẹn, tam giác bẹn và ống đùi để phát hiện các loại thoát vị phối hợp khác. Khi thoát vị trực tiếp, túi thoát vị nằm ở tam giác bẹn, dưới động mạch thượng vị dưới. Nếu bệnh nhân được gây tê, bảo bệnh nhân ho sẽ thấy rõ hơn hoặc dùng ngón tay ấn vào vùng này thấy mạc ngang thụng nhiều.

Theo Wantz G. E., cần phân biệt các loại thoát vị bẹn trước khi có chỉ định mổ nhằm thực hiện các phương pháp mổ khác nhau cho từng loại thoát vị để

tránh sai lầm khi chỉ áp dụng một loại phẫu thuật cho tất cả các loại thoát vị bẹn [109]. Quan điểm này thực sự đã được John H. Morton nêu ra trước đó.

Nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào khám lâm sàng và kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu, vị trí túi thoát vị, thành sau ống bẹn (mạc ngang) trong khi phẫu thuật xếp thành 3 thể như sau: thoát vị bẹn gián tiếp 109 trường hợp chiếm 73,2%, thoát vị bẹn trực tiếp 31 trường hợp chiếm 20,8%, thoát vị bẹn thể phối hợp gồm 9 trường hợp chiếm 6,0%.

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 [12]	68,1%	22,3%	9,6%
Ngô Viết Tuấn [25]	70,3%	24,07%	5,6%
Trịnh Văn Thảo [22]	72,3%	25,3%	2,4%
Alam A. et al. [28]	62,7%	32,3%	5%
Desarda M. P. [43]	74%	25%	1%
Gong K. [59]	70%	21%	8,5%
Hilgert R. E. [63]	53%	40%	7%
Khan N. et al. [67]	55,4%	38,4%	6,3%
Koch A. [68]	65,6%	29%	5,4%
Linden W. [73]	57,15%	34,81%	8,04%
Salman A. H. [101]	45,2%	48,3%	4,8%
Nghiên cứu này	73,2%	20,8%	6,0%

Với kết quả của các tác giả ở bảng trên phân 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

Do phân chia thoát vị bẹn theo các thể như: trực tiếp, gián tiếp và phối hợp thực sự chưa đủ để đánh giá một cách đầy đủ các tổn thương của vùng bẹn trong bệnh lý thoát vị bẹn. Các tổn thương này rất đa dạng và cần có những phương pháp mổ khác nhau để điều trị cho phù hợp với những tổn thương phát hiện trên lâm sàng.

Đã có nhiều bảng phân loại được đưa ra bởi nhiều tác giả khác nhau. Tuy nhiên, khi có bảng phân loại lại nêu ra phương pháp phẫu thuật cụ thể cho từng loại nhằm mục đích đạt được những kết quả tốt nhất bao gồm các tác giả như: McVay và Chap (1958), Casten (1967), Hardkin (1971), Gilbert (1989), Cristinzio và Corcione (1992), Nyhus (1996) ... [57], [74], [85]. Trong số các tác giả, Nyhus Lloyd M. là người quan tâm nhiều nhất trong cách phân loại thoát vị bẹn. Bên cạnh đó, có Champault G. lại nêu ra các phương pháp phẫu thuật nhằm mục đích có chỉ định đúng đắn trong lĩnh vực áp dụng kỹ thuật điều trị. Điều này cho thấy, hiện nay với sự tiến bộ của khoa học nên đã được trang bị những thiết bị hiện đại để mổ thoát vị bẹn như: mổ mở để đặt tấm nhân tạo hoặc mổ nội soi. Nhưng với sự phân loại của Nyhus và nêu ra từng phương pháp mổ cụ thể cho từng loại của Champault chúng tôi thấy rất phù hợp đối với hoàn cảnh cụ thể ở Việt Nam. Bởi vì, theo công trình nghiên cứu của chúng tôi đa số các trường hợp thoát vị bẹn 133/149 trường hợp (89,2%) được nhập viện mổ với phân loại là II, IIIA và IIIB. Nyhus và nhiều tác giả khác đã có cùng quan điểm cần có sự phân loại cụ thể nhằm áp dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau cho từng loại [60], [62]. 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 với các tác giả nêu trên.

4.2.5. Hình ảnh của siêu âm và chụp cộng hưởng từ trước mổ

Khai thác bệnh sử kỹ kết hợp với khám lâm sàng có hệ thống phần lớn những trường hợp thoát vị bẹn được chẩn đoán chính xác. Tuy nhiên, siêu âm và cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong những trường hợp thoát vị bẹn kín

đáo, khối thoát vị nhỏ, bệnh nhân béo phì, mà khi khám lâm sàng không phát hiện được. Ngoài ra, trước mổ siêu âm là phương tiện dễ thực hiện, rẻ tiền và không có tác hại nhưng lại giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán phân biệt, hoặc giúp phát hiện các bệnh lý kèm theo với thoát vị bẹn như: nang thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ, xoắn tinh hoàn, u mỡ vùng bẹn, u hạch vùng bẹn do: nhiễm trùng, lao, ung thư, phồng hoặc giả phồng động mạch đùi, tụ máu sau chấn thương [27]. Siêu âm giúp chẩn đoán xác định thoát vị bẹn trực tiếp, thoát vị bẹn gián tiếp, thoát vị bẹn phối hợp [65]. Ngoài ra, trong thoát vị bẹn, trên siêu âm có thể thấy hình ảnh của tạng trong túi thoát vị như: ruột non, kết tràng, mạc nối lớn.

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%). Tạng thoát vị là ruột non với 78 trường hợp (52,3%). Những trường hợp siêu âm cho kết quả không có tạng thoát vị là những trường hợp bệnh nhân có thời gian từ khi mắc bệnh đến lúc nhập viện ngắn, những trường hợp thoát vị trực tiếp, những trường hợp khối thoát vị nhỏ kín đáo. Đối với những trường hợp này chúng tôi dựa vào khám lâm sàng kỹ để chẩn đoán thoát vị bẹn. Kết quả trong mổ có 139 trường hợp không phát hiện tạng thoát vị (93,3%), có 10 trường hợp có tạng thoát vị (6,7%), gồm có: ruột non 2 trường hợp (1,3%), mạc nối lớn 8 trường hợp (5,4%). Kết quả trong phẫu thuật có 139 trường hợp không phát hiện túi thoát vị bởi vì trong nghiên cứu này chúng tôi loại trừ những trường hợp thoát vị bẹn nghẹt, tư thế khi phẫu thuật của bệnh nhân là tư thế nằm nên hầu hết các tạng trong túi thoát vị đều đã trở lại trong ổ phúc mạc. Các trường hợp phát hiện tạng trong khi phẫu thuật đó là những trường hợp cổ túi thoát vị quá lớn hoặc những trường hợp thoát vị bẹn cầm tù.

4.3. VỀ PHÂN ĐỘ ASA VÀ PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

4.3.1. Về phân độ ASA

Trong phẫu thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) để tái tạo thành bụng trong bệnh lý thoát vị bẹn. 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% [40]. Tác giả Bringman, độ I: 80,8%, độ II: 17,5%, độ III: 1,7% [36].

Theo nghiên cứu của Droeser với 594 bệnh nhân có độ I: 57%, độ II: 37%, độ III: 6% [50].

Từ các kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy rằng: thoát vị bẹn chỉ phẫu thuật cho những bệnh nhân có ASA độ I, độ II và rất ít độ III và không phẫu thuật cho độ IV, độ V ngoại trừ khi thoát vị bẹn bị nghẹt.

Pavlidis khẳng định rằng phẫu thuật phẫu thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) ở người già càng cao tuổi thì có ASA độ III chiếm càng nhiều hơn. Để khẳng định luận điểm của mình ông đã tiến hành một công trình có giá trị bao gồm hai nhóm bệnh nhân: một nhóm gồm 418 bệnh nhân có tuổi <65 tuổi và một nhóm khác gồm 301 bệnh nhân ≥ 65 tuổi. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân <65 tuổi có ASA độ III chiếm 9,8% còn lại nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi có ASA độ III chiếm 23,6% [92].

Nghiên cứu của chúng tôi, gồm có 135 bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) phân độ ASA: độ I chiếm 77,8%, độ II chiếm 20,7% và độ III chiếm 1,5%.

Từ nghiên cứu này, cũng như nghiên cứu của các tác giả, việc chọn lựa bệnh nhân theo phân độ ASA, độ I và độ II chiếm ưu thế. Trong thoát vị bẹn thường xảy ra ở người già có tiền sử hoặc kèm theo bệnh lý nội khoa nặng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị, cần phải cân nhắc khi chỉ định phẫu thuật, nên loại bỏ các yếu tố nguy cơ, để mang lại kết quả tốt sau phẫu thuật.

4.3.2. Về phương pháp vô cảm

Bendavis và nhiều tác giả khác trên thế giới đã áp dụng phương pháp gây tê tại chỗ để mổ thoát vị bẹn. Thời gian tác dụng của thuốc kéo dài hai giờ, đủ cho phép chúng ta hoàn tất cuộc mổ mà không gây ảnh hưởng nào cho bệnh nhân. Ngoài ra, trong lúc mổ có thể đề nghị bệnh nhân làm các động tác tăng áp lực ổ phúc mạc để tìm túi thoát vị hoặc kiểm tra kết quả sau khi tái tạo. Khi kết thúc cuộc mổ, bệnh nhân có thể vận động sớm bằng cách đi bộ từ phòng mổ về bệnh phòng [75], [119].

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. Tuy nhiên, giữa Châu Âu và Bắc Mỹ đã có sự khác nhau về quan điểm lựa chọn phương pháp giảm đau: trong khi tại Anh sử dụng gây tê tại chỗ chỉ có 5,4%, thì tại Mỹ tỉ lệ này trên 70%. Năm 1990, theo Wexler M. J. Tại Mỹ tỉ lệ gây tê tại chỗ để mổ thoát vị bẹn có 177.000 trường hợp, thời gian nằm viện cho nhóm này chỉ 2,6 ngày. Tại Anh, theo báo cáo của Devlin, với 718 trường hợp thoát vị bẹn được mổ theo phẫu thuật Shouldice đều được gây mê. Tại Pháp, gây tê vùng được áp dụng phổ biến hơn [43]. Theo Campanelli và cộng sự, từ năm 1992 đến 1995, trong số 964 bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn. Có 832 bệnh nhân được gây tê vùng để mổ [37]. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng với dạng vô cảm này, bệnh nhân không phải nằm viện lâu.

Riêng ở Việt Nam, phần lớn các cơ sở tiến hành mổ thoát vị bẹn vẫn còn ít sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ. Dạng giảm đau thông dụng nhất được áp dụng cho các phẫu thuật thoát vị vùng bẹn là gây tê tuỷ sống. Theo Ngô Viết Tuấn: gây tê tuỷ sống chiếm 91,1%, gây mê nội khí quản 2,1%, mê tĩnh mạch 6,2%, tê tại chỗ 0,6% [25]. Theo Nguyễn Văn Liễu, gây tê tuỷ sống chiếm 88,76%, gây mê nội khí quản 7,87%, tê tại chỗ 3,37% [12]. Theo Vương Thừa Đức vẫn chủ trương sử dụng gây tê tuỷ sống trong phẫu thuật thoát vị bẹn [5].

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 4 bệnh nhân chiếm 3,0%, không có bệnh nhân gây tê tại chỗ

Hiện nay, tại cơ sở của chúng tôi chủ trương gây tê tuỷ sống trong phẫu thuật thoát vị bẹn. Chỉ áp dụng gây mê nội khí quản đối với những bệnh nhân có tâm thần bất an, không hợp tác với cuộc mổ, dị ứng với thuốc gây tê, hẹp khe đốt sống, không chọc được tuỷ sống, gây tê tuỷ sống không hiệu quả hoặc đối với những bệnh nhân nhập viện với những biến chứng của thoát vị bẹn như: nghẹt, nghẽn hoặc tắc ruột. Tác giả Nordin có cùng nhận định như chúng tôi : gây tê vùng không hiệu quả tốt nhất nên chuyển gây mê nội khí quản [84].

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

Tùy thuộc vào kích thước đo được của lỗ bẹn sâu hoặc cổ túi thoát vị để chọn ra kích cỡ tấm lưới nhân tạo có nút cho phù hợp (hình 2.2). Mỗi tấm lưới nhân tạo có nút bao gồm 2 thành phần: một nút chặn gọi là Plug hoặc dù (Umbrella Mesh-Plug) và 1 tấm nhân tạo để che phủ nút. Tấm lưới nhân tạo có nút có 4 kích cỡ khác nhau: cỡ nhỏ có chiều sâu của nút 2,5 cm, cỡ vừa có chiều sâu của nút 3,2 cm, cỡ lớn có chiều sâu của nút 3,8 cm, cỡ cực lớn có chiều sâu của nút 4,4 cm. Tấm nhân tạo che phủ nút có kích cỡ giống nhau 5x10 cm.

Theo các tác giả Lichtenstein [72], Rutkow [99], Robbin [96], Salman [101], Fasih [53]. Sau khi bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu điểm quan trọng là phải đo kích thước của lỗ bẹn sâu (thường dùng thước kẹp) đối với thoát vị gián tiếp. Đo cổ túi thoát vị nếu là thoát vị trực tiếp. 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 đủ rộng để che phủ và tạo nên nút chặn tại lỗ bẹn sâu. Chính vì vậy các tác giả thống nhất 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 và đường kính ≥ 4 cm sử dụng cỡ cực lớn (loại này hiếm khi sử dụng). Với kỹ thuật mổ bằng phương pháp này túi thoát vị giữ nguyên sau khi bóc tách và lộn ngược túi lại vào khoang trước phúc mạc mà không cắt và khâu cổ túi thoát vị. Chính vì vậy, nên phải có sự chọn lựa nút (Plug) cho phù hợp với từng trường hợp bởi vì nếu đường kính của lỗ bẹn sâu lớn lại sử dụng cỡ nút nhỏ không phù hợp chắc chắn sẽ bị tái phát [72], [98], [99] .

Sau khi lộn toàn bộ túi vào khoang trước phúc mạc qua lỗ bẹn sâu. Plug được đặt vào khoang 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 để tránh sự di chuyển của tấm nút về sau [33], [39].

Một tấm lưới nhân tạo phẳng có kích thước đủ rộng để che phủ và vượt quá chỗ yếu của thành sau ống bẹn. Như vậy, bờ trên của tấm lưới phải vượt quá bờ dưới của cân cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng (gân kết hợp), bờ dưới của tấm lưới phải phủ và vượt quá dây chằng bẹn, đầu dưới phải che phủ và vượt quá của mu 2 - 3cm, đầu ngoài phải che kín và vượt quá lỗ bẹn sâu. Nghiên cứu về sinh học tấm lưới cho thấy, tấm lưới co lại và giảm từ 10 - 30% diện tích theo mọi hướng sau vài tháng, do sự thâm nhập mô sợi và tổ chức hóa tấm lưới. Chính vì vậy, việc xác định kích thước tấm lưới đóng vai trò quan trọng. Thường chiều rộng và chiều dài của tấm lưới không sợ thừa mà chỉ sợ thiếu. Tấm lưới nhỏ hơn vùng yếu của thành sau ống bẹn sẽ gây hậu quả tái phát sớm.

Trong thực tế, tùy thuộc từng trường hợp cụ thể của bệnh nhân mà ta chọn kích thước tấm lưới phẳng khác nhau cho phù hợp với tiêu chí trên. Thực sự trong tiến trình phẫu thuật để xác định được chính xác kích thước của tấm lưới phẳng này không khó. Bởi lẽ, sau khi mở cân cơ chéo bụng ngoài bóc tách giữ thần kinh chậu-bẹn, chậu hạ-vị tiếp tục bóc lộ thừng tinh, gân cơ kết hợp, dây chằng bẹn, củ mu và lỗ bẹn sâu. trong tiến trình này thường không gặp khó khăn

Những tấm lưới phẳng nhân tạo do các hãng sản xuất có hình trái xoan và một đầu được cắt thành hai cánh để ôm lấy thừng tinh, đặt vào thành sau ống bẹn sau thừng tinh, hình dáng kích thước phù hợp thành sau ống bẹn, tấm lưới lớn cần cắt giảm để tránh gấp nếp. Theo kinh nghiệm của chúng tôi chiều rộng của tấm lưới thường không cần phải cắt bớt nhưng đối với chiều dài phải cắt bớt để tránh gấp khúc.

Hai cánh của tấm lưới đặt dưới cân cơ chéo bụng ngoài, trên lỗ bẹn sâu, trong kỹ thuật gốc không cần khâu cố định. Tuy nhiên, phần lớn các tác giả khuyên nên đính một mũi chỉ ở phía 2 cánh để ôm chặt thừng tinh và tránh tấm lưới nhân tạo di chuyển. Đối với những trường hợp thành sau ống bẹn yếu để làm vững thành sau, tốt nhất nên khâu cố định chu vi của tấm nhân tạo bằng những mũi chỉ rời [92].

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

Hiện nay, trên thị trường thế giới có đưa ra nhiều mẫu tấm lưới khác nhau, có kích cỡ khác nhau. Việc sử dụng tấm lưới nhân tạo có nút loại nào còn tùy thuộc vào thói quen và sở thích của các phẫu thuật viên. Tuy nhiên, nhìn chung các hãng sản xuất luôn thay đổi hình dạng và cấu trúc tấm lưới nhân tạo có nút để ngày càng hoàn thiện hơn nhằm đáp ứng yêu cầu sử dụng tấm lưới nhân tạo có nút trong điều trị thoát vị bẹn. Các loại Mesh-Plug sau đây thường được sử dụng là:

- Kỹ thuật đặt tấm lưới theo phương pháp Gilbert:

Tấm lưới Polypropylène vuông, loại này phẫu thuật viên tự tạo nút. Sau đó tấm lưới hình nút (Plug) tự tạo này được đặt vào lỗ bẹn sâu sau khi túi thoát vị được bóc tách tới lỗ bẹn sâu, không buộc, không cắt túi thoát vị. Kỹ thuật này Gilbert mô tả vào năm 1992 và áp dụng cho những thoát vị bẹn gián tiếp [58].

- Kỹ thuật đặt tấm lưới theo phương pháp Kugel:

Cùng với các kỹ thuật khác như: Stoppa, Gilbert, Rutkow, Robbins, Lichtenstein. Phẫu thuật viên người Bắc Mỹ, tiến sĩ Kugel đã phát triển kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo ở vị trí trước phúc mạc mà không tiếp cận ống bẹn bằng đường trước. Phương pháp này đòi hỏi phẫu tích tốt khoang trước phúc mạc đủ rộng để đặt tấm lưới nhân tạo có hình trái xoan được cấu tạo bằng hai tấm polypropylene liên kết với nhau bởi một vòng cứng và dễ dàng trải rộng vào khoang trước phúc mạc [41].

- Kỹ thuật đặt tấm lưới PSH®.

Tấm lưới PSH® bao gồm ba phần liên kết với nhau. Phần dưới, hình tròn đường kính 10cm để đặt vào khoang sau xương mu và sau mạc ngang. Phần trên, hình chữ nhật đặt trước mạc ngang dọc theo trục của ống bẹn, sau cân cơ chéo bụng ngoài. Ống hình trụ liên kết giữa hai phần cao 1cm, nằm ở trung tâm tấm lưới. Phần trụ, tác dụng giữ tấm lưới không di chuyển, tính chất của hai tấm lưới trên và dưới đảm bảo cho sự tổ chức hóa nhanh và đều bởi tổ chức liên kết.

Nếu là thoát vị gián tiếp, túi thoát vị bóc tách đến lỗ bẹn sâu và đẩy vào khoang ổ bụng.

Nếu thoát vị trực tiếp túi thoát vị là mạc ngang đẩy vào khoang trước xương mu (khoang Bogros). Không cắt bỏ túi thoát vị.

Đặt tấm lưới: lá dưới của tấm lưới đặt vào khoang ổ bụng. Lá trên tấm lưới phủ dọc theo trục ống bẹn, trải rộng trước mạc ngang, cao hơn cung cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng. Thực hiện khâu mũi chỉ rời để cố định tấm lưới vào củ mu, gân kết hợp và dây chằng bẹn bằng chỉ prolène 2.0 [120].

- Kỹ thuật đặt tấm lưới theo của Rutkow và Robbins [53], [101].

Kỹ thuật này được mô tả vào năm 1993, sử dụng tốt cho thoát vị gián tiếp, trực tiếp, phối hợp, tái phát và thoát vị đùi. Sau khi kỹ thuật này được công bố, nhanh chóng được các phẫu thuật viên ở Mỹ và ở các nước Châu Âu chấp nhận. Cũng từ đó đã có nhiều công trình của các giả được công bố rộng rãi.

Tấm lưới nhân tạo có nút Premilene Mesh-Plug của hãng B/Braun cung cấp. Cấu tạo bao gồm 2 thành phần: phần hình nón được trình bày dưới dạng nón tròn với mục đích bịt kín lỗ bẹn sâu và tấm lưới phẳng được rạch dọc thành hai cánh ôm lấy thừng tinh, đặt vào thành sau ống bẹn .

Nghiên cứu này, để cho ra kết quả thuần nhất chúng tôi đã 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, Rutkow, Salman...[96], [99], [101].

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

Qua 135 bệnh nhân với 149 trường hợp thoát vị bẹn được đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug). Chúng tôi nhận thấy rằng: kỹ thuật này không phức tạp, dễ thực hiện, thời gian huấn luyện ngắn, không sử dụng mô tự thân tại chỗ của vùng bẹn để tái tạo thành bụng mà chỉ dùng tấm lưới nhân tạo có nút và tấm lưới nhân tạo phẳng để tăng cường những chỗ khiếm khuyết của thành sau ống bẹn nên cân

cơ ở vùng này không bị căng. Ngược lại, các kỹ thuật như: Bassini, Shouldice, Nyhus, Mc Vay... sử dụng mô tự thân để tái tạo thành bụng nhằm làm vững chắc thành sau ống bẹn nên cần phải bóc tách nhiều. Đặc biệt là phải mở mạc ngang để tái tạo thành bụng nhiều lớp nên kỹ thuật rất phức tạp. Vì vậy, kỹ thuật sử dụng mô tự thân ít nhiều cũng gây căng, khâu chặt quá sẽ gây thiếu máu, xé rách tổ chức, gây đau, chậm liền vết thương, có khi phải rạch dần để tránh căng như trong phẫu thuật của Mc-Vay.

Cũng như các tác giả như: Lichtenstein, Robbin, Rutkow, Salman, Pavlidis... Chúng tôi sử dụng chỉ Prolène 2.0. để cố định mảnh ghép đây là loại chỉ đơn sợi, không tiêu.

- Kỹ thuật cố định tấm lưới nút: sau khi bóc tách túi thoát vị 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. Tiến hành cố định tấm lưới như sau: luôn luôn áp đặt 4 mũi chỉ khâu tương ứng 4 vị trí 3 giờ, 6 giờ, 9 giờ và 12 giờ. Khi tiến hành các mũi chỉ khâu bắt buộc phải lấy cách bờ của tấm lưới 0,5 cm khâu cố định vào lớp cơ sâu (cơ ngang bụng). Chú ý khi áp đặt mũi chỉ ở phía ngoài, mũi chỉ khâu luôn lấy bờ của tấm lưới khâu với dây chằng bẹn.

Đối với thoát vị trực tiếp cần chú ý mũi ngoài cố định tấm lưới với dây chằng bẹn còn mũi phía dưới phải lấy bờ của tấm lưới khâu với dây chằng lược để tấm lưới nút được cố định tốt hơn tránh tấm lưới di chuyển về sau này.

- Kỹ thuật cố định tấm lưới phẳng: tấm lưới phẳng có hình trái xoan và một đầu hai cánh để ôm lấy thừng tinh, đặt vào thành sau ống bẹn sau thừng tinh, hình dáng kích thước phù hợp thành sau ống bẹn, tấm lưới lớn cần cắt giảm để tránh gấp nếp. Hai cánh của tấm lưới đặt dưới cân cơ chéo bụng ngoài, trên lỗ bẹn sâu, trong kỹ thuật gốc không cần khâu cố định. Tuy nhiên, phần lớn các tác giả khuyên nên đính một mũi chỉ ở phía 2 cánh để ôm chặt thừng tinh và tránh tấm lưới nhân tạo di chuyển. Đối với những trường hợp thành sau ống bẹn yếu để làm vững thành sau, tốt nhất nên khâu cố định chu vi của tấm nhân tạo bằng những mũi chỉ rời.

Qua 149 trường hợp được phẫu thuật chúng tôi cũng có nhận định với các tác giả như: Salman, Péliissier, Pavlidis cho rằng: “Việc áp đặt các mũi chỉ khâu cố định mảnh ghép trong phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút không gây khó khăn và cũng không xảy ra tai biến gì trong quá trình phẫu thuật” [92], [101].

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.
- 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.

Bên cạnh nguyên nhân tồn tại ống phúc tinh mạc gây nên thoát vị bẹn gián tiếp, thì còn có nguyên nhân thành sau ống bẹn bị suy yếu, cân cơ thành ống bẹn thiếu vững chắc. Chính vì vậy, khi khâu căng cân, cơ sẽ làm mất tính đàn hồi và không chắc chắn. Người ta đã chứng minh rằng: thoát vị trực tiếp mạc ngang rất mỏng, tổ chức xung quanh lỏng lẻo, khiến cho cơ chế bảo vệ sự gia tăng áp lực ổ bụng bị suy yếu và thoát vị có cơ hội xảy ra.

Nghiên cứu về sinh học đã chứng minh rằng có sự hiện hữu của bất thường cấu trúc sợi collagen đặc biệt loại I và loại III. Peacock và Madden thừa nhận bệnh nhân tuổi trung niên thoát vị bẹn gián tiếp do sự biến đổi mạc ngang mặc phải là quá trình giảm tổng hợp collagen và tăng quá trình thoái hóa collagen. Ngoài ra, sự bất thường về mặt giải phẫu học vùng bẹn, do bờ dưới của cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng (gân kết hợp) nằm cách xa dây chằng bẹn nên khi khâu căng sẽ gây xé rách mô. Vì vậy, khi sử dụng tấm lưới nhân tạo Premilene Mesh-Plug để che chắn thành sau ống bẹn chắc chắn sẽ khắc phục điểm yếu này [46], [47].

Ngoài những chỉ định phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) để điều trị thoát vị bẹn đã nêu trên. Một số tác giả như: Vukovic cho rằng nên sử dụng tấm lưới nhân tạo có nút để điều trị thoát vị đùi vì có những ưu điểm như:

an toàn, giảm tỉ lệ tái phát, dễ thực hiện, thời gian phẫu thuật ngắn, phục hồi sau mổ nhanh và thời gian nằm viện được rút ngắn [108]. Với tác giả Shreef cho rằng điều trị thoát vị bẹn tái phát ở trẻ nhỏ bằng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) dần dần được nhiều tác giả trên thế giới chấp nhận bởi:

- Phần nào dễ dàng hơn khi mổ những trường hợp bị tái phát nhiều lần.
- Có tính an toàn cao.
- Không đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm bởi vì kỹ thuật này dễ hướng dẫn.
- Không có biến chứng trầm trọng và tỉ lệ tái phát thấp [104].

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

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 Gong thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, thời gian mổ dài nhất 120 phút, thời gian mổ trung bình 66 ± 19 phút [59]. Theo Bringman thời gian mổ ngắn nhất 19 phút, thời gian mổ dài nhất 88 phút, thời gian mổ trung bình 36 phút [36]. Theo Saad thời gian mổ ngắn nhất 21 phút, thời gian mổ dài nhất 95 phút, thời gian mổ trung bình 38 phút [100]. Theo Zieren thời gian mổ ngắn nhất 22 phút, thời gian mổ dài nhất 75 phút, thời gian mổ trung bình 34 ± 17 phút [113].

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 phẫu thuật

Việc đánh giá thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm sau mổ khác nhau tùy theo từng tác giả. Nhưng phần lớn khoảng thời gian này tính từ khi bệnh nhân được mổ xong, rời phòng mổ chuyển sang phòng hậu phẫu cho đến khi bệnh nhân tự đứng dậy được, tự đi tiêu, tự vệ sinh cá nhân mà không cần sự trợ giúp của người khác (người nhà hoặc nhân viên y tế), xác định bằng cách hỏi bệnh nhân.

Nghiên cứu này, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ từ 6 - 12 giờ chiếm 67,5%, từ 13 - 18 giờ chiếm 22,9%, 19 - 24 giờ chiếm 9,6%, sau 24 giờ chiếm 0%.

Nghiên cứu của Vương Thừa Đức, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ <12 giờ chiếm 26%, từ 12 giờ đến 24 giờ chiếm 73%, >24 giờ chiếm 0%. Trung bình là 16,4 giờ [5].

Nhận thấy rằng, nghiên cứu của chúng tôi thời gian phục hồi cá nhân trước 12 giờ là 67,5%, thoát vị một bên trung bình $10,8 \pm 4,6$ giờ, thoát vị hai bên trung bình $14,6 \pm 5,0$ giờ và Vương Thừa Đức 26%, thời gian phục hồi cá nhân trung bình sau mổ 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

Thời gian nằm viện sau mổ, được tính từ ngày mổ cho đến ngày bệnh nhân xuất viện. Tiêu chuẩn để cho bệnh nhân xuất viện:

- Tại chỗ: vết mổ khô, không đau hoặc đau nhẹ, không có các biến chứng kèm theo.

- Toàn thân: bệnh nhân khỏe, tự sinh hoạt cá nhân, đi lại được.

Vì những lý do về mặt hành chính, số lượng bệnh trong khoa, tâm lý của bệnh nhân và người nhà, những lý do khác... nên việc đánh giá thời gian nằm viện sau mổ không những mang tính chất tương đối nếu xét về lĩnh vực chuyên môn mà còn tùy thuộc vào cơ sở điều trị nữa. Ngoài ra, nếu tính giá thành một ngày nằm viện ở cơ sở chúng ta thấp hơn nhiều với nước ngoài. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn cố gắng đảm bảo yêu cầu, để có được số liệu như sau:

Với nghiên cứu này, thoát vị bẹn một bên, thời gian nằm viện của bệnh nhân 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 của bệnh nhân 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 của phương pháp Bassini là $8,2 \pm 2,0$ ngày [79].

Nghiên cứu của Gong, bệnh nhân mổ theo phương pháp TAPP có thời gian nằm viện $3,4 \pm 1,7$ ngày, bệnh nhân mổ theo phương pháp TEP có thời gian nằm viện $3,6 \pm 1,6$ ngày và bệnh nhân mổ theo phương pháp Mesh-Plug có thời gian nằm viện $5,0 \pm 1,7$ ngày [59].

Nghiên cứu của Zieren, bệnh nhân mổ theo phương pháp TAPP có thời gian nằm viện 3 ± 2 ngày, bệnh nhân mổ theo phương pháp Mesh-Plug có thời gian nằm viện 2 ± 1 ngày và bệnh nhân mổ theo phương pháp Shouldice có thời gian nằm viện 4 ± 2 ngày [113].

Với đề tài nghiên cứu “Đánh giá kết quả sớm sau mổ tái tạo thành bụng bằng Mesh-Plug trong bệnh lý thoát vị bẹn” của Fasih thực hiện 200 trường hợp cho thấy kết quả rất khả quan với thời gian nằm viện trung bình 4 giờ sau phẫu thuật có 160 trường hợp (80%), 36 trường hợp (18%) nằm viện 1 ngày và chỉ có 4 trường hợp (2%) nằm viện 2 ngày [53].

Nghiên cứu của Vương Thừa Đức, đặt tấm lưới nhân tạo kỹ thuật Lichtenstein, thời gian nằm viện của bệnh nhân ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 3 ngày, trung bình là 2,6 ngày. Những bệnh nhân phải nằm viện dài đến 3 ngày có 23 bệnh nhân chiếm 76%. Những bệnh nhân nằm viện dài hơn 3 ngày do có biến chứng: tụ máu, tụ dịch [5].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Liễu, 96 trường hợp thoát vị bẹn phẫu thuật Shouldice, thời gian nằm viện của bệnh nhân ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 17 ngày, trung bình là $6,21 \pm 1,74$ ngày [12].

Nghiên cứu của Ngô Viết Tuấn, thời gian nằm viện: < 2 ngày chiếm 0,68%, từ 2 - 5 ngày chiếm 43,44%, từ 5 - 7 ngày chiếm 33,79%, > 7 ngày chiếm 22,06%. Thời gian nằm viện sau 5 ngày chiếm ưu thế 55,85% [25].

Căn cứ vào kết quả của các nghiên cứu trên, chúng tôi có đồng quan điểm với Miyazaki 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 như: Bassini, Shouldice và Berliner.

Nếu so sánh thời gian nằm viện của kỹ thuật sử dụng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) với kỹ thuật sử dụng tấm lưới nhân tạo trong mổ nội soi theo 2 ngã TAPP, TEP hoặc mổ mở sử dụng tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein thì thời gian nằm viện tương đương nhau [79].

4.5.4. Thời gian trở lại lao động bình thường

Thời gian trở lại lao động được tính từ ngày mổ đến khi trở lại công việc bình thường như trước mổ. Vấn đề này liên quan đến nền kinh tế - xã hội, văn hóa, sự hiểu biết của bệnh nhân, bảo hiểm xã hội, cơ sở y tế, nghề nghiệp của mỗi người. Những người làm công việc nhẹ như buôn bán, hành chính sự nghiệp, công chức nhà nước thì họ quay trở lại với công việc sớm hơn, những người lao động nặng nhọc như công nhân, làm thợ, làm ruộng, làm rẫy, khâu vác,... thì thời gian trở lại lao động muộn hơn.

Nghiên cứu này, thời gian trở lại lao động bình thường từ 10 - 20 ngày có 75 bệnh nhân chiếm ưu thế với tỉ lệ 55,5%. Thời gian trở lại lao động bình thường từ 21 - 30 ngày có 56 bệnh nhân tỉ lệ 41,5%. Thời gian trở lại lao động bình thường sau 30 ngày có 4 bệnh nhân chiếm tỉ lệ thấp nhất 3,0%. Chúng tôi ghi nhận thời gian trở lại lao động bình thường trung bình $20,2 \pm 5,4$ ngày, sớm nhất là 6 ngày và muộn nhất là 32 ngày với bệnh nhân mổ thoát vị bẹn một bên. Thời gian trở lại lao động bình thường trung bình $20,9 \pm 5,9$ ngày, sớm nhất là 7 ngày và muộn nhất là 36 ngày với bệnh nhân mổ thoát vị bẹn hai bên.

Với Salman, thời gian trở lại lao động bình thường trong 1 tuần chiếm 41,3%, trong 2 tuần chiếm 50,0% và sau 2 tuần chỉ chiếm 8,7% [101]. Với công trình nghiên cứu của Zieren so sánh thời gian trở lại lao động bình thường của 3 loại phẫu thuật mỗi loại phẫu thuật được thực hiện với 80 bệnh nhân cho kết quả: thời gian trở lại lao động bình thường của phương pháp phẫu thuật TAPP là 16 ± 8 ngày. Thời gian trở lại lao động bình thường của phương pháp phẫu thuật Mesh-Plug là 18 ± 7 ngày và thời gian trở lại lao động bình thường của phương pháp phẫu thuật Shouldice là 26 ± 11 ngày [113].

Với công trình của Fasih được thực hiện với 200 bệnh nhân với phương pháp phẫu thuật Mesh-Plug cho kết quả: thời gian trở lại lao động bình thường trong 4 tuần chiếm tỉ lệ 65% và thời gian trở lại lao động bình thường sau 4 tuần chiếm tỉ lệ 35% [53].

Với công trình nghiên cứu mù đôi của Saad tiến hành mổ điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng hai phương pháp: Mesh-Plug và Lichtenstein cho kết quả: thời gian trở lại lao động bình thường của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Mesh-Plug có thời gian trung bình là 12 ngày (ngắn nhất 9 ngày và dài nhất 15 ngày) và thời gian trở lại lao động bình thường của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Lichtenstein có thời gian trung bình là 14,5 ngày (ngắn nhất 11 ngày và dài nhất 18 ngày).

Từ những kết quả của các công trình trên cho thấy điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật mở hoặc nội soi có đặt tấm lưới nhân tạo đều cho ra kết quả bệnh nhân có thời gian trở lại lao động bình thường sớm hơn loại phẫu thuật tái tạo thành bụng bằng mô tự thân [100].

4.6. VẤN ĐỀ NHIỄM TRÙNG VẾT MỎ VÀ VAI TRÒ CỦA KHÁNG SINH KHI ĐẶT TẤM LƯỚI NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BÈN

4.6.1. Vấn đề nhiễm trùng vết mổ

Khi đặt tấm lưới nhân tạo vào vùng bẹn để điều trị thoát vị bẹn. Mối quan ngại cho nhiều chuyên gia về thoát vị bẹn đó là nguy cơ nhiễm trùng từ tấm lưới nhân tạo. Mối lo ngại này có phần xác đáng vì mảnh ghép sẽ là dị vật khi được đưa vào cơ thể. Tuy nhiên, với sự tiến bộ vượt bậc về lĩnh vực khoa học dần dần mảnh ghép được tạo ra bắt buộc phải đáp ứng đủ những yêu cầu cần thiết mà Cumberland, Scales và sau đó là Debord đã nêu ra.

Trước đây nhiễm trùng vết mổ sau điều trị thoát vị bằng tấm lưới xảy ra từ 3 đến 4% cho mổ thoát vị bẹn và 8 - 14% cho mổ thoát vị thành bụng. Đây quả thật là một tỷ lệ biến chứng khá cao, khó có thể chấp nhận được. Theo Deysine, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau đặt mảnh ghép của các công trình của nhiều tác giả đã được công bố là khoảng 5% cho mổ thoát vị bẹn sạch và 8% cho mổ tái tạo thành bụng sạch [48].

Hiện nay, qua nhiều công trình đã được công bố nhiễm khuẩn tấm lưới tương đối hiếm gặp và chiếm tỉ lệ khá thấp, nghiên cứu của Gilbert và Felton với 1.834 trường hợp đặt tấm lưới tỉ lệ nhiễm trùng 0,8% so với mô tự thân 659 trường hợp tỉ lệ nhiễm trùng là 1%. Nghiên cứu của Thill và Hopkins tỉ lệ nhiễm trùng đặt tấm lưới là 0,54%, Bassini là 1,2%. Lichtenstein tỉ lệ nhiễm trùng 0,03% đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn [76]. Theo Frey với 345 trường hợp đặt tấm lưới nhân tạo không có trường hợp nào bị nhiễm trùng [55]. Theo Miyazaki với 113 trường hợp đặt tấm lưới nhân tạo không có trường hợp nào bị nhiễm trùng [79].

Thường khi sử dụng tấm lưới nhân tạo, có hai loại nhiễm khuẩn thường xảy ra sau đặt tấm lưới nhân tạo đó là nhiễm trùng nông (nông) và nhiễm trùng muộn (sâu). Nhiễm trùng nông xảy ra trên bề mặt vết mổ gọi là nhiễm trùng vết mổ, xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật và nhiễm trùng khu trú ở da và mô dưới da. Trong thời kỳ hậu phẫu loại nhiễm trùng này chỉ cần dùng kháng sinh, tháo dịch, sẽ khỏi và thường không xảy ra kéo dài. Việc lấy bỏ tấm lưới là không cần thiết. Sử dụng kháng sinh dự phòng sẽ giảm tỉ lệ nhiễm trùng nông.

Nhiễm trùng muộn (sâu) hiếm gặp, bao gồm các lớp cân, cơ và tấm lưới nhân tạo xảy ra nhiều tháng và thường một năm sau phẫu thuật. Hầu hết các tác giả đều cho rằng nguyên nhân chính của loại nhiễm trùng này là do vấy nhiễm các loại vi khuẩn như: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* và vi khuẩn gram âm [34].

Nhiễm trùng xảy ra tại vị trí đặt tấm lưới nhân tạo gọi là nhiễm trùng tấm lưới. Điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch không hiệu quả. Do đó, cần phải điều trị tận gốc bằng cách lấy bỏ tấm lưới nhân tạo.

Để tránh nhiễm trùng vết mổ (nhiễm trùng nông và nhiễm trùng sâu). Các tác giả khuyên:

- Tuân thủ tuyệt đối nguyên tắc vô trùng.
- Không được để vấy nhiễm trong khi tiến hành các bước phẫu thuật.
- Tốt nhất nên dùng chỉ khâu đơn sợi để cố định mảnh ghép.
- Nên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch [38], [54].

4.6.2. Vai trò kháng sinh trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)

Phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo trở thành phổ biến trong điều trị thoát vị bẹn. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng đây là phương pháp an toàn với biến chứng rất thấp. Tuy nhiên, dấu sao tấm lưới cũng là một dị vật được cấy ghép vào vùng bẹn cho nên việc sử dụng tấm lưới nhân tạo có thể gây phản ứng viêm và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.

Nhiễm khuẩn liên quan đến tấm lưới nhân tạo rất khó điều trị, một số trường hợp phải lấy bỏ tấm lưới. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn vẫn còn là một vấn đề thời sự. Do đó, vấn đề ngăn chặn vi khuẩn xâm nhập vào vết mổ để tránh nhiễm khuẩn vết mổ đó là phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối [38], [54].

Nghiên cứu của Rahmy, Yerdel, Celdran, cho thấy rằng: sử dụng kháng sinh dự phòng có nhiều lợi ích trong việc phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ [40]. Nghiên cứu của Hermádez - Granados, sử dụng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ rất thấp 0,1% và không có trường hợp nào phải lấy bỏ tấm lưới [75]. Nghiên cứu của Sanabria, sử dụng kháng sinh dự phòng ở những bệnh nhân tái tạo thành bụng bằng tấm lưới nhân tạo, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giảm gần 50% [127]. Bittner, Arregui M. A. đã tổng kết nghiên cứu của nhiều tác giả, sử dụng kháng sinh dự phòng tỉ lệ nhiễm khuẩn 2,9% thấp hơn không dùng kháng sinh dự phòng 3,9% [35].

Cho đến nay, việc sử dụng kháng sinh trong điều trị thoát vị bẹn vẫn đang còn nhiều bàn cãi và tranh luận. Tuy nhiên, xuất phát từ những kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy việc sử dụng kháng sinh cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn thấp, an toàn và tránh nhiễm trùng sâu. Trên thực tế, có 2 vấn đề mà phẫu thuật viên nào cũng phải quan ngại đó là: 1) khi đã điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nghĩa chúng ta chấp nhận dùng một dị vật cấy ghép vào vùng bẹn. 2) điều kiện và môi trường của mỗi cơ sở chắc chắn có sự khác nhau. Chính vì vậy, vấn đề nhiễm khuẩn nói chung luôn có thể xảy ra. Do đó, chúng tôi đồng

quan điểm với các tác giả trên nên sử dụng kháng sinh nhằm hạn chế nhiễm khuẩn vết mổ nhất là nhiễm khuẩn sâu và nhiễm khuẩn tẩm lưới.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng kháng sinh trước mổ và kháng sinh sau mổ. Thời điểm trước mổ 30 phút, bệnh nhân được tiêm 1 gam kháng sinh Cephalosporine thế hệ III đường tĩnh mạch và mỗi ngày sau mổ tiêm 2 gam tĩnh mạch Cephalosporine thế hệ III. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $3,9 \pm 1,1$ ngày cho thoát vị bẹn một bên và $4,0 \pm 1,4$ ngày cho thoát vị hai bên.

Trong 149 trường hợp được phẫu thuật không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn vết mổ. Tụ dịch vết mổ 4 trường hợp chiếm 2,7%. Trong 4 trường hợp này có 2 trường hợp ngay lần thay băng đầu tiên sau mổ 24 giờ có tụ dịch ở vết mổ. Chúng tôi lấy dịch cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ và nặn hết dịch sau đó băng ép vết mổ. Cả 2 trường hợp này khi thay băng lần 2 (2 ngày sau mổ) không còn dịch. Một bệnh nhân qua ngày thứ 4 hết dịch và một bệnh nhân còn lại qua ngày thứ 5 hết dịch. Tất cả những bệnh nhân này được lấy dịch cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Tất cả các xét nghiệm đều cho kết quả vi khuẩn không mọc.

Trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm nhân tạo có nút. Sau khi bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu túi thoát vị được giữ nguyên và lộn ngược túi vào khoang trước phúc mạc. Không khâu, buộc, kẹp cắt túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu như các phương pháp phẫu thuật khác.

Một số tác giả cho rằng nguyên nhân tụ dịch vết mổ trong phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn là do làm rách túi thoát vị trong quá trình bóc tách túi thoát vị mà không phát hiện được. Dịch tự do trong ổ phúc mạc (bình thường ổ phúc mạc có chứa # 50 ml dịch tự do) dịch này sẽ qua chỗ rách của túi để đọng ở vết mổ nơi thấp nhất khi bệnh nhân ở tư thế đứng và ngồi. Những trường hợp này thường xảy ra ở bệnh nhân có túi thoát vị bị xơ dính và với kích thước lớn.

Thực sự, đối với những trường hợp rách túi thoát vị với kích thước nhỏ không đáng lo ngại bởi lẽ nhờ vào những tính chất của phúc mạc trong đó có

tính dính. Nhờ tính chất này mà phức mạc thường thường sẽ tự dính với nhau trong vòng 24 giờ đầu [47], [49], [53].

Trong trường hợp túi thoát vị quá lớn, nếu có thể thì bóc tách hết toàn bộ túi thoát vị để tránh tạo thành nang thanh dịch sau phẫu thuật. Tuy nhiên có một số tác giả như Devlin, Salman khuyên rằng không cần thiết phải bóc tách hết túi thoát vị mà chỉ cần bóc tách xuống phía dưới lỗ bẹn nông khoảng 3 cm rồi kẹp, buộc và cắt bỏ sau đó chú ý cầm máu tốt bờ dưới của túi để tránh biến chứng tụ máu vùng bìu sau này. Dùng dao điện để đốt mặt trong diện túi còn lại cũng cần tiến hành để tránh nang thanh dịch về sau này [44], [101], [104].

4.6.3. Các biện pháp tại chỗ để tránh nhiễm khuẩn

Da bệnh nhân, bàn tay phẫu thuật viên và môi trường phòng mổ vẫn có vi khuẩn. Chính vì vậy, phẫu thuật viên đảm bảo vô khuẩn đóng vai trò rất quan trọng và phải loại bỏ vi khuẩn trước khi chúng vấy nhiễm vào bề mặt vết mổ, để rồi phát triển và gây bệnh.

Hubble chứng minh rằng không khí phòng mổ có thể chứa lên đến 1.000 vi khuẩn trong mỗi mm³. Taylor cho thấy phẫu thuật viên hoặc trợ thủ viên nếu cho tay vào phẫu trường trong quá trình phẫu thuật có khả năng làm tăng số lượng vi khuẩn vết thương hai mươi bảy lần.

Kể từ năm 1982, Deysine đã thực hiện vô trùng nghiêm ngặt kết hợp với kháng sinh Cefazolin 1g tiêm tĩnh mạch. Ngoài ra, vết thương đã được tưới bằng một dung dịch chứa 80 mg Gentamycine hòa tan trong 250 ml nước muối sinh lý bình thường. Trong khoảng thời gian 25 năm những biện pháp này đã được sử dụng liên tục trong 4.300 phẫu thuật thoát vị bẹn và 320 thoát vị thành bụng sạch. Kể từ khi thực hiện vô trùng và khử trùng, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ gặp phải. Các tác giả, đã tiến hành vô khuẩn chặt chẽ, thường qui kết hợp với kháng sinh tiêm tĩnh mạch và tại chỗ. Do đó cho đến nay, đã loại bỏ hậu quả nhiễm trùng vết mổ trong điều trị thoát vị bẹn sạch [48], [102].

Hiện nay, phần lớn các phẫu thuật viên trong nước ít sử dụng biện pháp tại chỗ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không có kinh nghiệm và cũng không có chủ trương dùng kháng sinh tại vết mổ.

Qua các công trình nghiên cứu trong nước, phần lớn các phẫu thuật viên có chủ trương vệ sinh tốt vùng mổ và dùng dung dịch thuốc sát trùng như: Bétadine (Polyvidone Iodine) hoặc Chlorhexidine để sát trùng phẫu trường vẫn cho kết quả tương đối tốt.

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

4.7.1. Đánh giá đau thời kỳ hậu phẫu

Theo dõi bệnh nhân, đánh giá đau và giảm đau sau phẫu thuật rất quan trọng. Đau là một trải nghiệm hoàn toàn mang tính chủ quan, có tính cá nhân, bị ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý - xã hội và tình cảm cũng như hoàn cảnh, môi trường, tùy thuộc vào loại phẫu thuật. Do đó, không thể dự đoán trước cường độ và thời gian kéo dài của cơn đau sau phẫu thuật, trên một bệnh nhân cụ thể. Việc đánh giá đau và điều trị giảm đau là rất cần thiết. Sau đây có 3 cách cơ bản đo lường mức độ đau như:

- Dùng thang điểm nhìn (Visual rating scale).
- Dùng thang điểm số (Numerical rating scale).
- Qua mô tả bằng lời nói của bệnh nhân (verbal rating scale) [93].
- Thang nhìn hình đồng dạng (Visual Analog Scale - VAS) [123].

Trong nghiên cứu này, Chúng tôi đánh giá đau dựa vào thước đo cảm giác đau và mô tả đau bằng lời của bệnh nhân. Vì thang điểm này: dễ áp dụng, bệnh nhân dễ nhớ mức độ đau của mình, không cần tập huấn trước cho bệnh nhân. Ngoài ra, khi đánh giá mức độ đau là nhằm vào đau cấp tính, đối tượng là bệnh nhân mổ thoát vị bẹn, khoảng thời gian ngắn.

Phân loại gồm các mức độ từ “không đau” đến đau rất nhiều (không chịu nổi), theo thứ tự mức độ đau tăng dần. Thầy thuốc đưa ra 6 mức độ: không đau, đau rất nhẹ, đau nhẹ, đau vừa, đau nhiều, đau rất nhiều (đau không chịu đựng được) và yêu cầu bệnh nhân lượng giá mức độ đau của mình rồi trả lời. Thang điểm đau mô tả bằng lời nói là thang đơn giản và cũng có giá trị trong hoàn cảnh sau phẫu thuật [93], [122].

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

(Mesh-Plug) với 135 bệnh nhân cho kết quả như sau: đau rất nhẹ 5 bệnh nhân chiếm 3,7%, đau nhẹ 105 bệnh nhân chiếm 77,8%, đau vừa 21 bệnh nhân chiếm 15,5%, đau nhiều 4 bệnh nhân chiếm 3,0%, và đau rất nhiều 0 bệnh nhân (0%).

Theo nghiên cứu của Salman với 72 bệnh nhân cho kết quả hoàn toàn không đau 0%, đau rất nhẹ 87%, đau nhẹ 13% và đau rất nhiều 0%. [101]. Công trình của Fasih nghiên cứu trên 200 bệnh nhân cho kết quả hoàn toàn không đau 2,5%, đau rất nhẹ 79%, đau nhẹ 18,5% và đau rất nhiều 0% [53].

Theo một số tác giả đau sau mổ của phương pháp đặt tấm nhân tạo có nút (Mesh-Plug) thường ít đau hơn mổ mở dùng mô tự thân, mổ mở đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtensein, do trong kỹ thuật thực hiện phương pháp Mesh-Plug phẫu thuật tối thiểu: không thắt túi thoát vị, không cắt cơ nâng bìu... nên hạn chế thương tổn đối với bệnh nhân: [59], [126].

Có nhiều nghiên cứu so sánh giữa kỹ thuật đặt tấm nhân tạo có nút (Mesh-Plug) và những kỹ thuật kinh điển dùng mô tự thân như: Bassini, Shouldice, McVay... hầu hết các tác giả đều nhận thấy rằng: điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật đặt tấm nhân tạo có nút (Mesh-Plug) ít đau sau mổ, thời gian hồi phục ngắn và tỉ lệ tái phát thấp.

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

4.7.2.1. Tỉ lệ đau kéo dài của các tác giả

Bệnh nhân được xác định là bị đau mạn tính, khi đau kéo dài hơn 3 tháng sau mổ thoát vị bẹn. Palumbo, đau dai dẳng sau phẫu thuật ít gặp, nhưng là một biến chứng của điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo. Hiện nay, sử dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn, giảm tỉ lệ tái phát, nhưng đau dây thần kinh là nguyên nhân gây khó chịu cho bệnh nhân [89], [90].

- Nguyên nhân đau vùng bẹn kéo dài

Đau vùng bẹn kéo dài thường do những nguyên nhân sau:

- Do lỗi kỹ thuật: đặt tấm lưới sai lệch vị trí, chèn ép thần kinh, viêm xương mu, thương tổn thừng tinh, vị trí khâu đính tấm lưới không phù hợp trong mổ nội soi hoặc trong mổ mở và khâu phạm vào các thần kinh cảm giác.

- Chấn thương dây thần kinh trong quá trình bóc tách, hình thành u thần kinh sau khi cắt ngang một phần hoặc hoàn toàn, và thần kinh bị thắt bởi chỉ khâu hoặc bị chèn ép do dính sau mổ.

- Tạo thành sẹo mạn tính vì phản ứng viêm khi đặt tấm lưới nhân tạo [96], [89], [90].

Đau vùng bẹn có thể xảy ra ngay lập tức hoặc có thể xảy ra một vài tháng sau khi phẫu thuật thoát vị bẹn. Bệnh nhân có biểu hiện đau không ngừng và không giảm cường độ đau.

Đau do thương tổn thần kinh thường được mô tả như: cảm giác nóng, lan tỏa đến vùng trên-trong của đùi, vùng hạ vị phía trên xương mu, bìu, gốc dương vật hoặc môi lớn.

- Điều trị đau vùng bẹn kéo dài sau phẫu thuật

Điều trị khác nhau đã được đề xuất như:

- Dùng thuốc giảm đau tại chỗ hoặc steroid, liệu pháp đường uống, thuốc chống trầm cảm, gây tê xâm nhập tại chỗ và thuốc chống viêm.

- Phương pháp áp nhiệt, rượu hoặc tiêm phenol.

- Điều trị bằng laser, xuyên qua da kích thích điện thần kinh, cắt bỏ thần kinh hoặc hủy thần kinh có hoặc không loại bỏ các tấm lưới [89].

Aavang và Kehlet, phương pháp điều trị chủ yếu là cắt bỏ thần kinh và lấy bỏ tấm lưới hoặc loại bỏ các kim găm cố định [27].

Pappalardo, cắt dây thần kinh chậu - hạ vị dự phòng đau sau mổ [90].

Malekpour, cắt bỏ dây thần kinh chậu - bẹn thường qui là một nỗ lực để làm giảm tỉ lệ đau vùng bẹn mạn tính. Vì, loại bỏ nguyên nhân do chèn ép, viêm, hoặc phản ứng xơ hóa quanh các dây thần kinh.

Cắt bỏ dây thần kinh chậu - bẹn, giảm đau mạn tính sau mổ, được khuyến cáo ở những bệnh nhân điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo.

Lichtenstein và Amid người kế nhiệm, khuyến bảo tồn tất cả ba dây thần kinh, trong khi Wantz khuyến cáo cắt dây thần kinh, dựa trên khái niệm "không có dây thần kinh, không đau" [111].

Theo nghiên cứu của Bringman bệnh nhân đau kéo dài sau phẫu thuật đặt tấm nhân tạo có nút (Mesh-Plug) chiếm 1,3% [36]. Nghiên cứu của Salman đau kéo dài sau phẫu thuật chiếm 1,2% [101]. Nghiên cứu của Pavlidis đau kéo dài sau phẫu thuật chiếm 0,9% [92].

Với nghiên cứu này chúng tôi chưa gặp bệnh nhân đau kéo dài sau mổ.

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

135 bệnh nhân với 149 trường hợp thoát vị bẹn đã được phẫu thuật. 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 rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu, gốc dương vật và trên xương mu, sau phẫu thuật đến 3 tháng có 4 trường hợp. Tái khám 6 tháng chỉ còn có 1 trường hợp và tái khám sau 1 năm chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào. Trong những lần tái khám chúng tôi luôn lưu ý đến các bệnh nhân này và không bị thất lạc 16 bệnh nhân này đến lần khám sau cùng. Một điểm đặc biệt đáng lưu ý ở đây là 7 trong 16 trường hợp thuộc nhóm bệnh tái phát. Điều này chứng tỏ trong mổ thoát vị bẹn tái phát các cấu trúc giải phẫu bình thường đã thay đổi. Do đó, cần hết sức cẩn thận để bảo vệ thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị. Cả 16 trường hợp có rối loạn cảm giác vùng bẹn - bìu nhưng không ảnh hưởng tới sinh hoạt nên xếp vào nhóm 2 theo cách phân nhóm của Visick (1/1/1985). Thực sự, sau hội nghị này người ta mới hiểu được tầm quan trọng của các dây thần kinh đi trong ống bẹn. Với công trình của Izard G., Gailleton S. cho thấy tầm quan trọng của hội nghị này. Năm 1979-1984 mổ theo phẫu thuật McVay tỉ lệ biến chứng rối loạn cảm giác vùng bẹn bìu ở nhóm 2 là 24,2% nhưng với năm 1985-1992 cũng ở nhóm này còn lại 8,1% [118].

Gần đây, có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy tính chất đa dạng về sự chi phối cảm giác của các dây thần kinh vùng bẹn-bìu như: Các sợi thần kinh chậu bẹn, chậu hạ vị và nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục đùi, thay đổi kích thước, hướng đi và đặc biệt vùng phân bố cảm giác có sự chùng chéo lên

nhau. 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 nữa. Mặc dù, số bệnh nhân đó không được điều trị gì [47], [51], [78], [85].

Tóm lại, chúng tôi hoàn toàn đồng ý với phần lớn các tác giả trong nước và trên thế giới là: để tránh đau kéo dài sau mổ do thần kinh tổn thương chúng ta phải phẫu tích tinh tế để tránh thương tổn các dây thần kinh cảm giác và nắm vững giải phẫu chính xác của thần kinh chậu-bẹn, thần kinh chậu-hạ vị và nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục-đùi.

4.8. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRƯỚC MẮT VÀ LÂU DÀI

4.8.1. Kết quả trước mắt

Mặc dù số lượng bệnh nhân chưa nhiều nhưng với 135 bệnh nhân thoát vị bẹn và chúng tôi đã thực hiện 149 lần mổ. Theo dõi những tai biến và biến chứng sau mổ chúng tôi có nhận định sau :

- Tai biến và biến chứng do vô cảm: tai biến vô cảm không gặp trường hợp nào. Tuy nhiên, với gây tê vùng có 5 bệnh nhân (3,7%) bí tiểu, bệnh nhân không tự tiểu được phải đặt sonde tiểu, tỉ lệ này khá cao so với các tác giả khác như: Salman (1,3%), Pavlidis (0,7%), nhưng tỉ lệ này tương đương với Bringman (2,2%), Zieren (3%), Gong (3,2%). Đối với những bệnh nhân tiểu khó sau mổ chúng tôi gặp 12 bệnh nhân (8,9%). Những bệnh nhân này cho vận động sớm và chườm nóng bệnh nhân tự tiểu được.

Để khắc phục tình trạng bí tiểu sau mổ. Finlay và cộng sự đã nêu lên được tầm quan trọng của việc vận động sớm ở bệnh nhân mổ thoát vị bẹn. Ông khẳng định đây là biện pháp tốt nhất nhằm tránh bí tiểu và tiểu khó sau mổ.

- Biến chứng sớm do phẫu thuật :

+ Sung bìu và tinh hoàn cần phải điều trị kháng viêm có 7 trường hợp (4,7%). Theo Pavlidis tỉ lệ biến chứng này chiếm 1,6%. Đa số các tác giả cho rằng: biến chứng này chỉ phần nào do phẫu thuật viên trong quá trình bóc tách [92]. Tuy nhiên, Ouf cho rằng tỉ lệ này càng cao khi bệnh nhân có khối thoát vị

lớn và nhất là ở bệnh nhân mổ tái phát [87]. Trong công trình nghiên cứu này đối với những trường hợp có khối thoát vị lớn (thể bẹn bìu) chúng tôi thống nhất quan điểm của các tác giả: không cần thiết phải bóc tách toàn bộ túi chỉ cần tiến hành bóc tách túi thoát vị xuống dưới lỗ bẹn nông 3cm sau đó kẹp, buộc, cắt túi. Phần túi còn lại tốt nhất nên tiến hành đốt mặt trong của túi để tránh tiết dịch dẫn đến biến chứng nang thanh dịch sau này.

+ Biến chứng tụ máu vùng bìu: trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào. Tuy nhiên, theo kết quả của các tác giả tỉ lệ này thường xuyên gặp. Theo Hardy (0,7%) với 83 bệnh nhân, Bendavis (0,3%) với 165.000 bệnh nhân, Bringman (4,8%) với 145 bệnh nhân, Gong (4,8%) với 164 bệnh nhân...

Trong mổ thoát vị bẹn, tụ máu vùng bẹn-bìu được xem như là một hiểm họa báo trước nguy cơ nhiễm trùng vết mổ [48].

Năm 1887, Bassini đã đưa ra lời khuyên, sau khi đóng cân cơ chéo bụng ngoài tốt nhất nên đặt 1 ống dẫn lưu tại đáy vết thương để dẫn lưu ra ngoài. Ông còn nhấn mạnh, khi mổ những trường hợp phải bóc tách nhiều, bóc tách khó khăn, hoặc bóc tách túi thoát vị lớn, sẽ làm thương tổn đến các tổ chức và dẫn đến chảy máu. Do đó, tốt nhất nên đặt 1 ống dẫn lưu để phòng tụ máu vết mổ gây nhiễm trùng vết mổ sau này.

Hiện nay, với sự hoàn thiện các bước vô khuẩn, vật liệu sử dụng trong cuộc mổ tốt, dao điện được sử dụng để cầm máu các mạch máu nhỏ. Nên tỷ lệ các biến chứng như tụ máu bẹn-bìu, nhiễm trùng vết mổ... còn rất thấp (0,3%) [85].

Với các biến chứng sớm khác như: chảy máu vết mổ, tụ máu vết mổ tụ máu bẹn-bìu, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương ống dẫn tinh, tổn thương các tạng do thao tác v.v... Mặc dù chưa gặp trong số liệu chúng tôi nhưng chưa thể khẳng định là không. Do đó, để tránh các biến chứng có thể xảy ra như các tác giả đã công bố, phẫu thuật viên cần nắm vững cấu trúc giải phẫu vùng bẹn, bóc tách cẩn thận, cầm máu tốt, và tuân thủ tuyệt đối về nguyên tắc vô trùng.

+ 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

(Mesh-Plug) với 135 bệnh nhân cho kết quả như sau: đau rất nhẹ 5 bệnh nhân chiếm 3,7%, đau nhẹ 101 bệnh nhân chiếm 77,8%, đau vừa 12 bệnh nhân chiếm 15,5%, đau nhiều 4 bệnh nhân chiếm 3,0%, và đau rất nhiều 0 bệnh nhân (0%).

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

4.8.2. Kết quả lâu dài

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 từ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng chúng tôi có những nhận xét sau:

4.8.2.1. Vấn đề theo dõi bệnh nhân

Đây là vấn đề khó khăn được đặt ra không những ở các nước đang phát triển mà ở các nước phát triển, dân trí cao, hệ thống chăm lo sức khỏe cộng đồng đồng bộ, phương tiện thông tin liên lạc tốt. Vẫn gặp nhiều trở ngại trong việc theo dõi lâu dài với bệnh nhân sau mổ.

Ngay tại những trung tâm lớn chuyên mổ thoát vị bẹn như Mỹ, Anh, Canada, Pháp... Tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi cũng có sự thay đổi khác nhau: theo Volpe trong số 415 trường hợp mổ thoát vị bẹn bằng phẫu thuật Shouldice, sau 3 năm theo dõi tỷ lệ bệnh nhân theo dõi chỉ 50%. Bocchi với 1640 trường hợp, sau 5 năm theo dõi tỷ lệ đạt 84%. Với các tác giả khác như: Berliner, Wantz, Devlin, Myer, Huang ... tỷ lệ đạt 100% với thời gian theo dõi từ 2 đến 6 năm [32], [44], [64].

Với số liệu trong nước, theo Ngô Viết Tuấn với 135 trường hợp được theo dõi (83,3%) trong số 162 trường hợp được mổ với thời gian theo dõi từ 1 đến 4

năm [25]. Vương Thừa Đức với 118 trường hợp được theo dõi (60,8%) trong số 194 trường hợp được mổ với thời gian theo dõi từ 2 đến 9 năm [5]. Khương Thiện Văn với 25 trường hợp được theo dõi (48,1%) trong số 52 trường hợp được mổ với thời gian theo dõi từ 6 đến 12 tháng [26].

Vấn đề theo dõi ở mẫu nghiên cứu của chúng tôi gặp khá thuận lợi do hiện nay phương tiện liên lạc thông tin qua đường bưu chính viễn thông cụ thể là dịch vụ điện thoại đã được phủ sóng đến cả vùng sâu, vùng xa. Tuy vậy, vẫn còn ít khó khăn như: thay đổi địa chỉ, di dời chỗ ở, cách quản lý của địa phương chưa tốt và nhất là ý thức hợp tác của bệnh nhân trong lĩnh vực khám và chữa bệnh chưa cao.

Dự báo với những khó khăn nêu trên. Nên trong công trình này chúng tôi đã có sự chuẩn bị trước cho việc tái khám như:

- Lấy tên, tuổi, nghề nghiệp, số điện thoại của bệnh nhân hoặc người thân trong gia đình (100%) và ghi địa chỉ cụ thể nơi cư trú từ số nhà, Tổ, Khu phố, Phường (Xã), Quận (Huyện), Tỉnh (Thành phố).

- Tổ chức thời hạn tái khám nhiều tuần.

- Gửi nhiều đợt thư để khuyến khích bệnh nhân đến khám, đến khám tại nhà hoặc trả lời vào phiếu theo dõi.

Kết quả ghi nhận cách thức qua nhiều đợt tái khám chúng tôi có được: 28 bệnh nhân theo dõi qua điện thoại (20,7%), 96 bệnh nhân (71,2%) gửi thư mời đến tái khám tại Khoa ngoại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế hoặc đến khám tại nhà và 11 bệnh nhân trả lời vào phiếu theo dõi sau đó gửi trả lại cho chúng tôi (8,1%).

4.8.2.2. Khảo sát siêu âm và chụp cộng hưởng từ sau mổ đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) ở bệnh nhân thoát vị bẹn

- *Khảo sát hình ảnh học của vùng bẹn sau khi đặt tấm lưới nhân tạo qua siêu âm*

Sau mổ, siêu âm giúp phát hiện các biến chứng sớm như: tụ dịch, tụ máu, áp xe vùng bẹn – bìu, đồng thời giúp chẩn đoán phân biệt với những trường hợp tái phát sớm sau mổ, khó phát hiện trên lâm sàng.

Siêu âm còn giúp hướng dẫn chọc hút: khối máu tụ, tụ dịch sau mổ và giúp phát hiện các biến chứng muộn sau mổ như: áp xe quanh tấm lưới, teo tinh hoàn, thoát vị tái phát. Tuy nhiên, kết quả siêu âm còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ chuyên khoa siêu âm và sự hợp tác của bệnh nhân.

Qua theo dõi khảo sát mô xơ quanh tấm lưới nhân tạo của 81 trường hợp (tỷ lệ theo dõi 54,3%) điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) dưới siêu âm cho kết quả như sau:

- 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.

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

- Mô xơ quanh tấm lưới phẳng 81 trường hợp chiếm 100%, không có trường hợp nào tạo hang hốc.

- Không phát hiện tụ dịch, tràn dịch màng tinh hoàn.

Tác giả Jamada và cộng sự, ứng dụng siêu âm để khảo sát hình ảnh học của mô xơ quanh tấm lưới và các biến chứng tụ máu, tụ dịch, áp xe, thoát vị tái phát với kết luận: siêu âm hiệu quả cho việc đánh giá tấm lưới nhân tạo và các biến chứng sau khi phẫu thuật thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo [66].

Bhullar đã công bố qua khảo sát siêu âm đã phát hiện một trường hợp tấm lưới nhân tạo có nút bị dịch chuyển sau mổ thoát vị bẹn được 3 năm [33].

Nghiên cứu của Parra và cộng sự, sử dụng siêu âm để khảo sát hình ảnh học của tấm lưới polypropylene và tấm lưới e-PTFE xuất hiện đường tăng âm và độ dày của tấm lưới và biến chứng sau đặt tấm lưới điều trị thoát vị bẹn như: tụ máu, tụ dịch, nhiễm trùng tấm lưới, thiếu máu tinh hoàn, teo tinh hoàn, thoát vị tái phát [91].

- *Khảo sát hình ảnh học của vùng bẹn sau khi đặt tấm lưới nhân tạo qua chụp cộng hưởng từ*

Theo Cronin và Harisinghani, ở những bệnh nhân bị thoát vị bẹn sau khi được phẫu thuật tái tạo thành bụng bằng Mesh-Plug. Khi được tiến hành chụp cộng hưởng từ để kiểm tra. Kết quả 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, chụp cộng từ còn cho phát hiện những tổn thương khác đi kèm theo như: khối máu tụ, nhiễm trùng sâu do mảnh ghép, nang thanh dịch, tấm nhân tạo di chuyển [39].

Tiến hành khảo sát mô xơ quanh tấm lưới nhân tạo của 5 trường hợp điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) qua chụp cộng hưởng từ ở những bệnh nhân tái khám sau 12 tháng cho kết quả như sau:

Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy nút nhân tạo nằm đúng vị trí ở lỗ bẹn sâu. Tấm lưới nhân tạo nằm phía sau cân cơ chéo bụng ngoài, có nhiều mô xơ ở vùng bẹn phải. Trên phim xuất hiện giảm tín hiệu T1, tín hiệu trung gian hoặc thấp, tín hiệu ngấm thuốc đối quang từ của tấm nhân tạo, cản âm ở phía sau.

Như vậy, trong công trình nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành khảo sát vùng bẹn qua siêu âm và chụp cộng hưởng từ ở một số bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút cho thấy kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các tác giả khác trên thế giới.

4.8.2.3. Đánh giá 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 (tỉ lệ theo dõi được là 97,0%) có kết quả như sau: Tốt có 129 trường hợp chiếm 88,9%, khá có 15 trường hợp chiếm 11,1%, trung bình và kém không có trường hợp nào.

4.8.2.4. Đánh giá 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-bìu, 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-bìu 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 như: Nhiễm trùng vết mổ kéo dài do mảnh ghép (loại bỏ mảnh ghép, nhiễm trùng mảnh ghép...), đau vết mổ dai dẳng, teo tinh hoàn, rối loạn sự phóng tinh... chúng tôi chưa gặp.

- *Vấn đề tái phát.*

Tái khám 86 trường hợp được theo dõi sau mổ 08 tháng chúng tôi gặp 1 trường hợp tái phát (1,2%).

Theo công trình của các tác giả trên thế giới điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật với phương pháp mổ đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug) có kết quả như sau: Theo Myazaki với 113 trường hợp thời gian theo dõi là 34 tháng tỉ lệ tái phát 0,9%. Theo Salman với 182 trường hợp thời gian theo dõi là 4 năm tỉ lệ tái phát 3,3%. Theo Bringman với 145 trường hợp thời gian theo dõi là 24 tháng tỉ lệ tái phát 1,2%. Theo Frey với 345 trường hợp thời gian theo dõi là 12 tháng tỉ lệ tái phát 0,3%. Theo Rutkow với 1011 trường hợp thời gian theo dõi là 3 năm tỉ lệ tái phát 0,2% [99].

Trong điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật. Vấn đề tái phát được xem như là biến chứng hàng đầu. Hầu hết, các y văn trên thế giới hiện nay đều đưa ra các số liệu về tỉ lệ nói chung của tái phát rất đáng lưu ý.

Năm 1998, Boudet và Peniceni đã đưa ra bảng so sánh tỉ lệ tái phát của các tác giả đã áp dụng nhiều phương pháp mổ thoát vị bẹn khác nhau với thời gian theo dõi từ 2 năm đến 8 năm (bảng 4.2) [116].

Bảng 4.2. Tỉ lệ tái phát của các phương pháp phẫu thuật [116].

Phương pháp phẫu thuật	Tỉ lệ tái phát
Phẫu thuật Shouldice	6%

Phẫu thuật Bassini	9%
Phẫu thuật McVay	11%
Phẫu thuật mở đặt tấm nhân tạo	4%-10%
Phẫu thuật mở đặt Mesh-Plug	3%
Phẫu thuật nội soi đặt Plug	15%
Phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo.	4%-5%

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 4.3) [101].

Bảng 4.3. 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) [101].

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.

Nếu được thực hiện tại các trung tâm chuyên mổ thoát vị bẹn với đội ngũ phẫu thuật viên có khả năng chuyên môn tốt, tỉ lệ tái phát nói chung thường từ 1% đến 2%. Ngược lại, với các phẫu thuật viên ngoại tổng quát tỉ lệ tái phát nói chung cho các loại thoát vị thường chiếm từ 12% đến 18% [61]. Tại Mỹ, theo Gilbert A.I. (2000) các trung tâm chuyên mổ thoát vị bẹn, với đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm tỉ lệ tái phát dưới 1%. Trái lại, đối với các phẫu thuật viên tổng quát tỉ lệ này lên đến 10% cho loại mổ thoát vị lần đầu và 3% đến 35% cho loại thoát vị tái phát [57].

Theo Greenburg, những nguyên nhân đưa đến tái phát trong trường hợp mổ thoát vị bẹn lần đầu do:

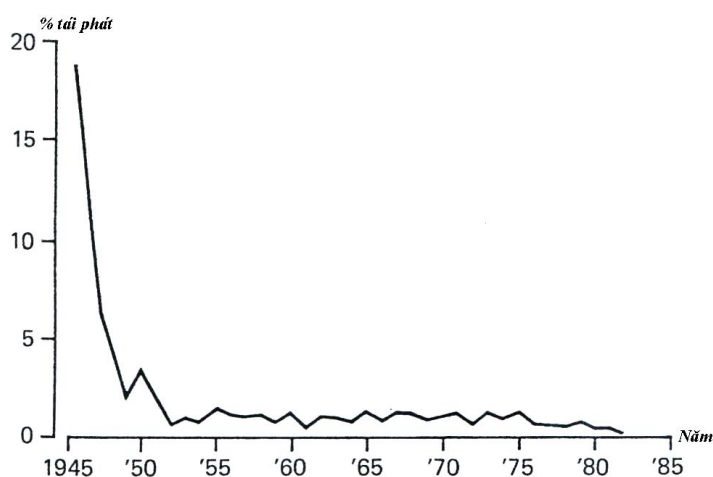
- Thất bại do kỹ thuật.
- Phát sinh một khiếm khuyết mới.
- Bỏ sót thoát vị kèm theo mà khi tiến hành phẫu thuật lần đầu không phát hiện.
- Nhiễm trùng vết mổ.

Nếu khắc phục được các nguyên nhân nêu trên, chắc chắn tỉ lệ tái phát sẽ được giảm một cách đáng kể [61].

Devlin và Kingsnorth (1998), nêu ra 2 lý do để giảm được tỉ lệ tái phát:

- + Hoàn thiện về mặt kỹ thuật (Amelioration of the technique).

Điều này thấy rất rõ tại các trung tâm chuyên mổ thoát vị bẹn. Ngay ở Bệnh viện Shouldice, Toronto cho thấy: năm 1945, với 29.000 trường hợp tái tạo thành bụng theo phẫu thuật Shouldice có tỉ lệ tái phát 17,8%. Năm 1950, tỉ lệ tái phát còn 3,2%. Năm 1955, tỉ lệ tái phát còn 1,4% và đến năm 1980, tỉ lệ tái phát chỉ còn 0,3% (biểu đồ 4.18) [44].



Biểu đồ 4.1. Tỉ lệ tái phát giảm dần khi kỹ thuật mổ được hoàn thiện [44].

+ Ngày càng có nhiều phẫu thuật viên chuyên mổ về thoát vị bẹn ở các trung tâm.

- *Những biến chứng khác:* Trần dịch màng tinh hoàn, teo tinh hoàn, đau vết mổ dai dẳng, rối loạn sự phóng tinh ở số liệu chúng tôi chưa gặp. Tuy nhiên những biến chứng này đã được tác giả đề cập đến với tỉ lệ rất thấp như :

- Trần dịch màng tinh hoàn chỉ chiếm 0,7% [26] và 1% [44].

- Rối loạn sự phóng tinh: biểu hiện cảm giác nóng bỏng ngay trước và trong lúc phóng tinh. Biến chứng này lần đầu tiên được ghi nhận ở bệnh viện Shouldice, nhưng lý do và cơ chế thực sự chưa biết một cách rõ ràng, người ta nghi ngờ có thể do chít hẹp ống dẫn tinh.

- Teo tinh hoàn: tỉ lệ hiếm gặp ở bệnh nhân mổ lần đầu (0,1%) [109]. Tuy nhiên, cần phải chú ý ở bệnh nhân mổ tái phát bởi lẽ tỉ lệ này lên tới 0,9%. Theo Bùi Đức Phú, Nguyễn Lương Tấn tỉ lệ teo tinh hoàn là 3,8 % [18]. Theo Tạ Xuân Sơn tỉ lệ teo tinh hoàn là 4,94% [21].

Qua nghiên cứu này, theo bảng đánh giá kết quả lâu dài chúng tôi có được: 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 trường hợp 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) đã 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 và 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 Plus)”, *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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Hoàng Đình Cầu** (1976), “Giải phẫu vùng bẹn và ống bẹn”, *Phẫu thuật thực hành*, tr. 60-80.
2. **Cao Ngọc Bích, Lê Gia Vinh, Phạm Đăng Diệu** (2014), “Đặc điểm giải phẫu động mạch thượng vị nông trên người Việt trưởng thành”, *Y học Việt Nam*, 424, tr. 52-57.
3. **Phạm Đăng Diệu** (2012), “Ống bẹn”, *Giải Phẫu Ngược-Bụng*, NXB Y học, 3, tr. 86-105.
4. **Trần Hồng Dũng, Lưu Đức Tâm** (2014), “Nghiên cứu đặc điểm thoát vị bẹn theo phân loại của Nyhus tại Cần Thơ”, *Y học Thực hành*, 6, tr. 15-19.
5. **Vương Thừa Đức** (2011), “Đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 15, phụ bản số 1, tr. 108 - 114.
6. **Dương Văn Hải** (1997), “Giải phẫu học vùng bẹn ở người Việt Nam”, *Luận án phó tiến sĩ khoa học Y Dược*, Trường Đại học Y Dược T. P. Hồ Chí Minh.
7. **Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng** (2011), “Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng”, *Nhà xuất bản Đại học Huế*, tr. 11 - 286.
8. **Nguyễn Thanh Hùng, Trần Viết Hoa** (2009), “Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng mảnh ghép theo phương pháp Lichtenstein”, *Y học Thực hành*, 690+691, tr. 119-136.
9. **Phạm Gia Khánh** (2002), “Các Thoát Vị Bụng Hiếm Gặp”, *Bệnh Học Ngoại Khoa Giáo Trình Giảng Dạy Sau Đại Học*, *Nhà Xuất bản Quân Đội Nhân Dân*, 2, tr. 31 – 40.
10. **Phạm Gia Khánh, Phạm Văn Linh, Nguyễn Văn Liễu** (2005), “Đánh giá kết quả phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn”, *Y học thực hành*, 521, tr. 721-728.
11. **Trần Đăng Khoa, Trần Thiết Sơn, Phạm Đăng Diệu, Trần Ngọc Anh** (2014), “Khảo sát môi trường quan các nhánh xuyên da động mạch mũ đùi ngoài và đoạn chuẩn đùi trên người Việt trưởng thành”, *Y học Việt Nam*, 424, tr. 58-65.

12. **Nguyễn Văn Liễu** (2004), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn,” *Luận án tiến sĩ y học*, Học viện quân y 103, tr. 63 - 75.
13. **Nguyễn Văn Liễu** (2007), “Điều trị thoát vị bẹn”, *Nhà xuất bản đại học Huế*, tr. 9 - 105.
14. **Hồ Quang Nghĩa** (2012), “Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn kiểu Lichtenstein tại Bệnh viện 121 từ tháng 5/2006 – 9/2009”, *Y học Thực hành*, 852-853, tr. 437 - 439.
15. **Lê Quốc Phong, Nguyễn Văn Liễu, Lê Lộc, Nguyễn Đoàn Văn Phú**, (2011), “Nghiên cứu ứng dụng tấm lưới nhân tạo Polypropylène điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 385, tr. 315-323.
16. **Lê Quốc Phong, Phạm Như Hiệp, Nguyễn Văn Liễu, Phan Đình Tuấn Dũng** (2013), “Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc”, *Hội nghị khoa học phẫu thuật nội soi-nội soi lần thứ IV và hội nghị ngoại khoa toàn quốc 2013*, phần tiêu hóa, tr. 25.
17. **Lê Quốc Phong, Trần Chí Thành, Nguyễn Phước Bảo Quân, Nguyễn Văn Liễu, Lê Lộc** (2014), “Nghiên cứu ứng dụng siêu âm trong chẩn đoán và điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein”, *Tạp Chí Y Dược Học Trường Đại Học Y Dược Huế chào mừng Hội Nghị Khoa học sau Đại học*, 22+23, tr. 105-110.
18. **Bùi Đức Phú, Nguyễn Lương Tấn** (1998), “Đánh giá kết quả lâu dài các phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn tại Huế”, *Tập san nghiên cứu khoa học Bệnh Viện Trung Ương Huế*, 7, tr. 41- 48.
19. **La Văn Phú, Phạm Văn Linh, Lưu Điền, Lê Tông Bá, Tống Hải Dương, Thị Mỹ Yến** (2012), “Nghiên cứu đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua nội soi điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa TP Cần Thơ”, *Y học Thực hành*, 852+853, tr. 39-41.
20. **Nguyễn Quang Quyền** (2012), “Ổng Bẹn”, *Bài giảng Giải phẫu học*, Tập 2, NXB Y Học, 30, tr. 50-58.

21. **Tạ Xuân Sơn** (1999), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn nghẹt”, *Luận án thạc sỹ y học*, Học viện Quân y, tr. 33-42.
22. **Trịnh Văn Thảo** (2010), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn”, *Luận án tiến sỹ y học*, Học viện quân y 103, tr. 59 - 75.
23. **Phạm Hữu Thông** (2003), “Nhận xét kết quả ban đầu của phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn qua ngã nội soi ổ bụng”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, tr. 192 – 202.
24. **Phạm Minh Trí** (2013), “Vai trò mảnh ghép Polypropylène trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng”, *Luận án Tiến sỹ Y học*, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 30-40.
25. **Ngô Viết Tuấn** (2000), “Phẫu thuật Souldice cải biên 2 lớp trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi”, *Luận án Tiến sỹ Y học*, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 29-42..
26. **Khương Thiên Văn** (1999), “Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn tại Viện 103”, *Luận án Thạc sỹ y học*, Học viện Quân y.

TIẾNG ANH

27. **Aavang E., Kehlet H.** (2005), “Surgical management of chronic pain after inguinal hernia”, *British Journal of Surgery*, 92, pp. 795 - 801.
28. **Alam A., Nice C.** (2005), “The Accuracy of Ultrasound in the Dianosis of Clinically Occult Hernias in Adults, *Eur. Radiol.* 15, pp. 2457-2461. .
29. **Aufenacker T. J. et al.** (2004), “The role of antibiotic prophylaxis in preventation of wound infection after Lichtenstein open mesh repair of primary inguinal hernia”, *Ann Surg*, 240 (6), pp. 955 - 961.
30. **Beeraka C. and al.** (2012), “Repair of a primary inguinal hernia by using a Polypropylene mesh: a tension-free Lichtenstein repair in rural Andhra Pradesh”, *Journal of Clinical and Diagnostic Reseach*, 6, pp. 261 - 163.

31. **Beltrán M. A., et al.** (2008), “Outcomes of Lichtenstein hernioplasty for primary and recurrent inguinal hernia”, *World J Surg*, 30, pp. 2281 - 2287.
32. **Berliner S. D.** (1984), “An Approach to Groin Hernia”, *The Surgical Clinics of North America*, 64, pp. 197-207.
33. **Bhular J. S., Kapadia R., Silapaswan S.** (2013), “Mesh-Plug Migration After a Robotic Inguinal Hernia Repair”, *J. Curr. Surg.*, 3 (1), pp. 44-46.
34. **Biswas S** (2005), “Elective inguinal hernia repair with mesh: Is there a need for antibiotic prophylaxis? -A review”, *World J. Surg*, 29, pp. 830 - 836.
35. **Bittner R., Arregui M. A. et al.** (2011), “Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (international endohernia society)”, *Surg Endosc*, pp. 1799 - 1876.
36. **Bringman S., Ramel S. , Heikkinen T. J., Englund T., and al.** (2003), “Tension-Free Inguinal Hernia Repair: TEP Versus Mesh-Plug Versus Lichtenstein A Prospective Randomized Controlled Trial” *Annals of Surgery*, 237, pp. 142-147.
37. **Campanelli G, Pettinari D et al.** (2006), “Inguinal hernia recurrence: Classification and approach”, *Journal of Minimal Access Surgery*, Volume 2, Issue 3, pp. 147 - 150.
38. **Celdrán A, Esteban J. et al.** (2007), “Wound infections due to *Mycobacterium fortuitum* after Polypropylene mesh inguinal hernia repair”, *Journal of hospital infection*, 66, pp. 374 - 377.
39. **Cronin C. G., Harisinghani M. G., Catalano O., Blake M. A.** (2010), “Multitechnique Imaging Findings of Prolène Plug Hernia Repair”, *AJR*, 195, pp. 701-705.
40. **Dalenbäck J., Andersson C. et al.** (2009), “Prolène Hernia System, Lichtenstein Mesh and Plug-and-Patch for Primary Inguinal Hernia Repair: 3-year Outcome of a Prospective Randomized Controlled Trial”, *Hernia*, 13, pp. 121 - 129.

41. **Dasari B, Grant L., Irwin T.** (2009), "Immediate and long-term outcomes of Lichtenstein and Kugel path operation for inguinal hernia repair", *The Ulster medical journal*, 78, pp. 115 - 118.
42. **Debord J. R., Whitty L. A.** (2007), "Biomaterials in hernia repair", *Mastery of surgery*, 2, pp. 1936 - 1949.
43. **Desarda M. P.** (2003), "Surgical Physiology of Inguinal Hernia Repair –a Study of 200 cases", *BMC Surgery*, 32, pp. 1 - 7.
44. **Devlin H. B., and Kingsnorth A.** (1998), "Inguinal Hernia in Adults-the Operation", *Management of Abdominal Hernias*, 12, pp. 141-161.
45. **Devlin H.B., and Kingsnorth A.** (1998), "General Introduction and History of Hernias Surgery", *Management of Abdominal Hernias*, 2, pp. 1-11.
46. **Devlin H.B., Kingsnorth A.** (1998), "Epidemiology and Aetiology of Primary Groins Hernias in Adult", *Management of Abdominal Hernia*, 3, pp. 45-50.
47. **Devlin H.B., Kingsnorth A.** (1998), "Essential Anatomy of the Abdominal wall", *Management of Abdominal Hernia*, 2, pp. 37-68.
48. **Deysine M.** (2006), "Infection control in a hernia clinic: 24 years results of aseptic and antiseptic measure implementation in 4,620 clean cases", *Hernia*, 10, 25-29.
49. **Drake R.L., Volg A.W., Mitchell A.W.** (2010), "Abdominal wall" *Gray's Anatomy for Students*, pp. 387-401.
50. **Droeser R., A., Dell-Kuster S., Kurmann A., Rosenthal R. and Frey D. M.** (2013), "Long-term Follow-up of Rendomized Controlled Trial of Lichtenstein's Operation Versus Mesh-Plug Repair for Inguinal Hernia", *Annals of Surgery*, 00, pp. 1-7.
51. **Erhan Y., and al.** (2008), "Chronic pain after Lichtenstein and preperitoneal (posterior) hernia repair", *Can J Surg*, 5, pp. 383 - 387.
52. **Farquharson M., Moran B.** (2005), "Surgery of the Groin and External Genitalia", *Textbook of Operative General Surgery*, 24, pp. 459-469.

53. **Fasih T., Mahapatra T.K., Waddington R.T.** (2000), “Early Results of Inguinal Hernia Repair by the “Mesh-Plug” Technique – First 200 Cases”, *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 82, pp. 396-400.
54. **Fawole A. S., Chaparala R. P., Ambrose N. S.** (2006), “Fate of the inginal hernia following removal of infected prosthetic mesh”, *Hernia*, 10, pp. 58 - 61.
55. **Frey D. M., Wildsen A., Halment C., T., Zuber M. Et al.** (2007), “Randomized Clinical Trial of Lichtenstein’s Operation Versus Mesh-Plug for Inguinal Hernia Repair, *Bristish Journal of Surgery*, 94, pp. 36-41.
56. **Ghazy H** (2010), “Open inguinal hernioplasty by Lichtenstein technique for mesh fixation: sutures versus fibrin glue”, *Egyptian journal of surgery*, Vol 29, N₀1, 23-28.
57. **Gilbert A. I., Graham M. F., Voigt W. J.** (2000), “Inguinal Hernia: Anatomy and Management”, *Surgical Clinical Management*, 53, pp. 1-10.
58. **Gilbert A. I.** (2007), “Generations of the Plug and Patch Repair: Its Development and Lessons from History”, *Mastery of Surgery*, 177, pp. 1-27.
59. **Gong K., Zhang N., Lu Y., Zhu B.** (2011), “Comparison of the Open Tension-free Mesh-Plug, Transabdominal Preperitoneal (TAPP), and Totally Extraperitoneal (TEP) Laparoscopic Techniques for Primary Unilateral Inguinal Hernia Repair: a Prospective Randomized Controlled Trial”, *Surg. Endosc.*, 25, pp. 234-239.
60. **Gossetti F., D’Amore L., Negro P.** (2010), “Mesh-Plug and Lichtenstein Patch Repairs at 12 Months Follow-Up: No Differences in Outcom, *Hernia*, 14, pp. 227.
61. **Greenburg A. G.** (1995), “Abdominal Wall and Hernia”, *Surgery a Prolem-Solving Approach*, 2, pp. 1630-1641.
62. **Greenfield L. J., Mulholland M. W., Oldham K. T., Zelenock G. B., Lillemoe K. D.** (2001), “Anatomy of the Abdominal Wall and Groin”, *Surgery Scientific Principles and Practice*, 51, pp. 1185-1198.

63. **Hilgert R. E. et al.** (1999), “Comparison of Polydioxanon (PDS[®]) and Polypropylene (Prolene[®]) for Shouldice repair of primary inguinal hernias: a prospective randomised trial”, *Eur J Surg*, 165, pp. 333 - 338.
64. **Huang C.S., Huang C.C., Lien H.H.** (2005), “Prolene Hernia System Compared with Mesh-Plug Technique: a Prospective Study of short to mid-term outcomes in Primary Groin Hernia Repair”, *Hernia*, 9, pp. 167-171.
65. **Jamada D. A., Jacobson J. A., Giris G. et al.** (2008), “Abdominal wall hernia mesh repair, sonography of mesh and common complication”, *J Ultrasound Med*, 27, pp. 907 - 917.
66. **Jamada D. A., Jacobson J. A., Morag Y. et al.** (2006), “Sonography of inguinal region hernias”, *AJR*, 187, pp. 185-190.
67. **Khan. N. et al** (2008), “Early outcome of Lichtenstein technique of tension-free open mesh repair for inguinal hernia”, *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 20 (4), pp. 29 - 33.
68. **Koch A, Bringman S et al.** (2008), “Randomized clinical trial of groin hernia repair with titanium-coated lightweight mesh compared with standard polypropylene mesh”, *British Journal of Surgery*, 95, pp. 1226 - 1231”, *AJR*, 187, pp. 185 – 190.
69. **Kuzu M. A. et al.** (2005), “Prevention of surgical site infection after open prosthetic inguinal hernia repair: Efficacy of parenteral versus oral prophylaxis with Amoxicillin - Clavulanic acid in a randomized clinical trial”, *World J. Surg*, 29, pp. 794 – 799
70. **Langman J.** (2012), “Genital System”, *Medical Embryology*, 16, pp. 243-258.
71. **Leech P., Waddell G., Main R. G.** (1972), “The Incidence of Right Inguinal Hernia following Appendicectomy”, *British Journal of Surgery*, 59, pp. 623.
72. **Lichtenstein I.L., Shulman A.G.** (1989), “The Tension-free Hernioplasty”, *Am. J. Sur.* 157, pp. 188-193.

- 73. Linden W. V. et al.** (2011), “National register study of operating time and outcome in hernia repair”, *Arch Surg*, 146(10), pp. 1198 - 1203..
- 74. McVay C. B.** (1984), “Abdominal Wall”, *Surgical Anatomy*, 1, pp. 517-530.
- 75. Malangoni M. A., Rosen M. J.** (2012), “Hernias”, *Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice*, 46, pp. 1114-1128
- 76. Mann D. V. et al.** (1998), “Late-onset deep prosthetic infection following mesh repair of inguinal hernia”, *The American Journal of Surgery*, Vol 176, pp. 12 - 13.
- 77. Matthews B. D. et al.** (2003), “Assessment of adhesion formation to intra-abdominal Polypropylene mesh and Polytetrafluoroethylene mesh”, *Journal of Surgical Research*, 114, pp. 126 - 132.
- 78. Mazin J.** (2010), “Post-operative inguinodynia from hernia surgery”, *Practical pain management*, pp. 1 - 4.
- 79. Miyazaki K., Nakamura F., Narita Y., Dohke M. et al.** (2001), “Comparison of Bassini Repair and Mesh-Plug Repair for Primary Inguinal Hernia: A Retrospective Study, *Surgery Today*, 31, pp. 610-614.
- 80. Musella M., Guido A., Musella S.** (2001), “Collagen tampons as aminoglycoside carriers to reduce postoperative infection rate in prosthetic repair of groin hernias”, *Eur J Surg*, 167, pp. 130 - 132.
- 81. Netter F.H.** (2014), “Body wall”, *Atlas of Human Anatomy*, 4, pp. 243-262.
- 82. Neumayer L et al** (2004), “Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia”, *The New England Journal of Medicine*, 18, pp. 1819 - 1827
- 83. Niitsu H., Taomoto J., Mita K., Yoshimitsu M. Et al.** (2014), “Inguinal Hernia Repair with the Mesh-Plug Method is Safe after Radical Retropubic Prostatectomy”, *Surgery Today*, 44, pp. 897-901.
- 84. Nordin. P et al** (2002), “Randomized trial of Lichtenstein versus Shouldice hernia repair in general surgical practice”, *British Journal of Surgery*, 89, pp. 45 -49.

85. **Nyhus L. M.** (1984), “Complications of Inguinal Hernial Repair”, *The Surgical Clinics of North America*, Vol 64, pp. 287-298.
86. **Ohana G, Manevich I et al.** (2004), “Inguinal hernia: Challenging the traditional indication for surgery in asymptomatic patients”, *Hernia*, 8, pp. 117 - 120
87. **Ouf T. I., Tallat A. A.,** (2003), “Mesh-Plug Versus Mesh-Patch in The Repair of Recurrent Inguinal Hernia, Egyptian Journal of Surgery, 22, pp. 45-52.
88. **Paajanen H., Rönkä K., Laurenma A.** (2013), “A Single-Surgeon Randomized Trial Comparing Three Meshes in Lichtenstein Hernia Repair: 2- and 5-year Outcome of recurrences and Chronic Pain”, *International Journal of Surgery*, 11, pp. 81-84.
89. **Palumbo P. et al.** (2007), “Treatment for persistent chronic neuralgia after inguinal hernioplasty”, *Hernia*, 11, pp. 527 - 531.
90. **Pappalardo G., Frattaroli F. M. et al.** (2007), “Neurectomy to prevent persistent pain after inguinal herniorraphy: a prospective study using objective criteria to assess pain”, *World J Surg*, 31, pp. 1081 - 1086.
91. **Parra J. A., Revuelta S., Gallego T., Bueno J. et al.** (2004), “Prosthetic Mesh used for Inguinal and Ventral hernia Repair: Normal Appearance and Complications in Ultrasound and CT”, *The British Journal of Radiology*, 77, pp. 261-265.
92. **Pavlidis T. E., Symeonidis N. G., Rafailidis S. F., Psarras K. and al.** (2010), “Tension –Free By Mesh-Plug Technique for Inguinal Hernia repair in Elderly Patients, *Scandinavian Journal of Surgery*, 99, pp. 137-141.
93. **Powell R. A. et al.** (2010), “Guide to Pain management in Low-Resource Settings”, *IASP*, Chapter 10, pp. 67 - 78.
94. **Read R. C.** (1984), “The Development of Inguinal Herniorrhaphy”, *The Surgical Clinic of North America*, 64, pp. 185-196.

95. **Richards A.T., Quinn T.H. and Fitzziboons R.J.** (2001), “Abdominal Wall Hernias”, *Surgery Scientific Principles and Practice*, 51, pp.1200-1215.
96. **Robbin A.W., Rutkow I.M.**(1993), “Mesh-Plug Hernioplasty”, *Surg. Clin. North. Am.*, 73, pp. 501-512.
97. **Rosch R, Klinge U. et al.** (2002), “A role for the collagen I/III and MMP-I/-13 genes in primary inguinal hernia”, *BMC Medical genetic*, 3, 1471-2350, pp. 1 - 6.
98. **Rutkow I.M., Robbin A.W.** (1993), ““Tension-free” Inguinal Herniorrhaphy: a Preliminary Report on the “mesh-plug” Technique”, *Am. J. Surg.*, 114, pp. 3-8.
99. **Rutkow I.M., Robbin A.W.** (1998), “The “Mesh-Plug” Technique for Reccurent Groin Herniorrhaphy, a nine-year Experience of 407 Repairs”, *Am. J. Surg*, 124, pp. 844-847.
100. **Saad A., Gaber M., Metawe A., Fathy M.** (2010) “Comparative Study Between Lichtenstein Patch Hernioplasty Versus Tailored Plug and Patch Hernioplasty as A Treament of Inguinal Hernia”, *Journal of the Medical Research Institute*, 31, pp. 24-30
101. **Salman A., H.** (2011), “Analysis of Open Tension Free (Mesh-Plug and Patch Inguinal Hernia Repair”, *Iraqi J. Med.*, Apr., 2, pp. 138-146.
102. **Sanabria A. et al.** (2007), “Prophylactic antibiotics for Mesh inguinal hernioplasty a meta-analysis”, *Ann Surg*, 245, pp. 392 - 396.
103. **Sanders D. L., Kurzer M. And the members of the Groin Hernia Surgery Guidance Development Group** (2013), “Evidence Base for High Value Care Pathway”, *Issues in Professional Practice Groin Hernia Guidelines*, 3, pp. 18-24
104. **Shreef K. S.** (2010), “Application of Mesh-Plug Technique in the Repair of Difficult Cases of Reccurent Indirect Inguinal Hernia in Boys”, *Annals of Pediatric Surgery*, 6, pp. 14-17.

- 105. Sucullu L., Filiz A. I., Sen B., Ozdemir Y. and al.** (2010), “The Effects of Inguinal Hernia Repair on Testicular Function in Young Adults: a Prospective Randomized Study, *Hernia*, 14, pp. 165-169
- 106. Thomas W., Vowels K., Williamson R.** (1982), “Appendicitis in External Herniae”, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 64, pp.121-122.
- 107. Vironen J et al** (2006), “Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia System® for inguinal hernia repair”, *British journal surgery*, 93, pp. 33 - 39.
- 108. Vukovic M. Moljevic N., Cmogorac S.**(2013), “Tension Free Femoral Hernia Repair with Plug”, *Journal of Acute Disease*, 13, pp. 40-43.
- 109. Wantz G. E.** (1984), “Testicular Atrophy and Chronic Residual Neuralgia as Risks of Hernio Plasty”, *The Surgical Clinic of North America*, 73, pp. 287-306.
- 110. Wantz G. E.** (1995), “Complications of Groin Hernioplasty”, *Scientific American Surgery*, 6, pp. 1-19.
- 111. Wijsmuller A. R., Veen van R. N. et al.** (2007), “Nerve management during open hernia repair”, *British journal Surgery*, 94, pp. 17 - 22.
- 112. Zenilman M. E., Roslyn J. J.** (1994), “Small Bowel Disorders and Abdominal Wall Hernia”, *The Surgical Clinics of North America*, 74, pp. 280-287.
- 113. Zieren J., Hokschi B., Wenger F. A. et al.**(2001), “Inguinal Hernia Repair in the Millennium: Plug and Patch Repair with Local Anesthesia”, *World J. Surg.* 25, pp.138-141
- 114. Zubaidi A., Saghier M. A., Kabbani M., Abdo A.** (2008), “Colocutaneous Fistula after Mesh-Plug Inguinal Hernial Repair-A Delayed Complication”, *Ann. Saudi Med.*, 5, pp. 385-387.

TIẾNG PHÁP

115. **Abecassis P., Aidan K., Baujard C. et al.** (2004), “Protocoles Anesthésie – Réanimation”, *Mapar éditions*, 10^{ème} édition, pp. 7.
116. **Boudet M. J., Perniceni T.** (1998), “Traitement des Hernies Inguinales”, *Technique Chirurgicale*, 135, pp. 57-64.
117. **Champault G.**(1994), “Chirurgie Laparoscopique des hernies de l’aine. La voie Extra-péritonéale”, *Journal de Chirurgie*, 131, pp. 333-341.
118. **Izard G., Gailleton R.,et Houry R.** (1996), “Traitement des Hernies de l’aine par la Technique de McVay. A propos de 1332 cas”, *Annales de Chirurgie*, 50, pp. 755-765.
119. **Lerut J. P., Luder P. J.**(1996), “Le Traitement des hernies Inguinales par voie Classique et sous Anesthésie locale”, *Annales de Chirurgie*, 50, pp. 747-752.
120. **Martel P.** (2007), “Cure des hernies de l’aine par la technique de Kugel”, *EMC*, 40-120, pp. 1 - 4.
121. **Pélissier E, Palot J. P, Ngo P** (2007), “Traitement chirurgical des hernies inguinales par voie inguinale”, *EMC*, 40-110, pp. 1 - 17.
122. **Stoppa R., Henry X.** (1993-1994), “Classifications des Hernies de l’aine Proposition Personelle”, *Chirurgie (mémoires de l’Academic)*, 119, pp. 132-136.
123. **Viel E, Jaber S., Ripart J, Navarro F, Eledjam J. J** (2007), “Analgésie postopératoire chez l’adulte (ambulatoire exclue)”, *EMC*, 36 -396 - A-10.

PHỤ LỤC

Phụ lục I: HÌNH ẢNH THOÁT BỊ BỆN



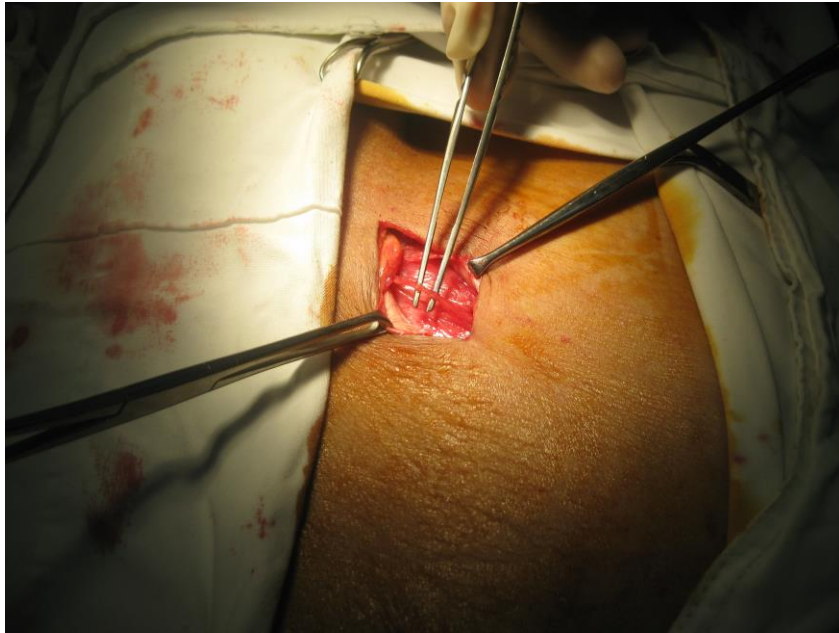
Hình phụ lục 1: Thoát vị bẹn 2 bên, bên phải tái phát. (bệnh nhân Trần D.75 tuổi, số lưu trữ: T2 168).



Hình phụ lục 2: Sau mổ phương pháp đặt tấm nhân tạo có nút (Mesh-Plug) thoát vị bẹn hai bên, bên phải tái phát. (Bệnh nhân: Trần D. 75 tuổi số lưu trữ: T2 168)

Phụ lục II: KỸ THUẬT ĐẶT TÁM LƯỚI NHÂN TẠO CÓ NÚT

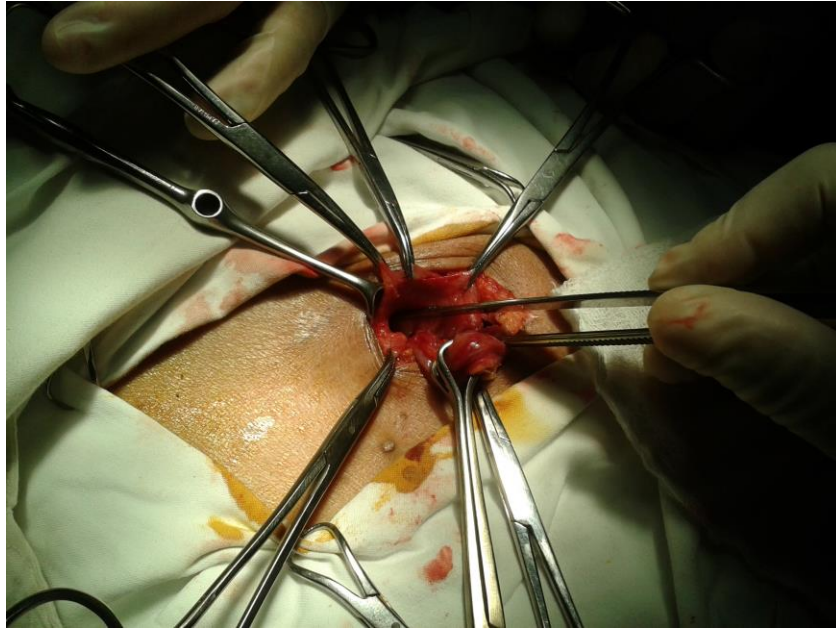
Trường hợp thoát vị bẹn thể gián tiếp:



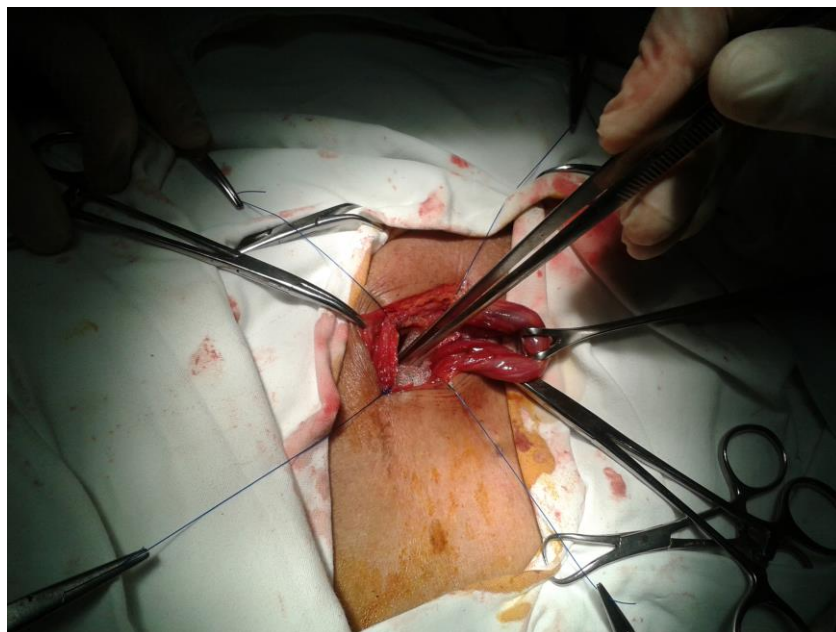
Hình phẫu thuật 1: Bóc tách giữ thần kinh chậu-bẹn, chậu-hạ vị. Bệnh nhân: Nguyễn Ch. 75 tuổi. Số lưu trữ: T2 153. Thoát vị bẹn phải thể gián tiếp.



Hình phẫu thuật 2: bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu. Bệnh nhân: Nguyễn Ch. 75 tuổi. Số lưu trữ: T2 153. Thoát vị bẹn phải thể gián tiếp.



Hình phẫu thuật 3: Lộn toàn bộ túi vào khoang trước phúc mạc Bệnh nhân: Nguyễn Ch. 75 tuổi. Số lưu trữ: T2 153. Thoát vị bẹn phải thể gián tiếp.

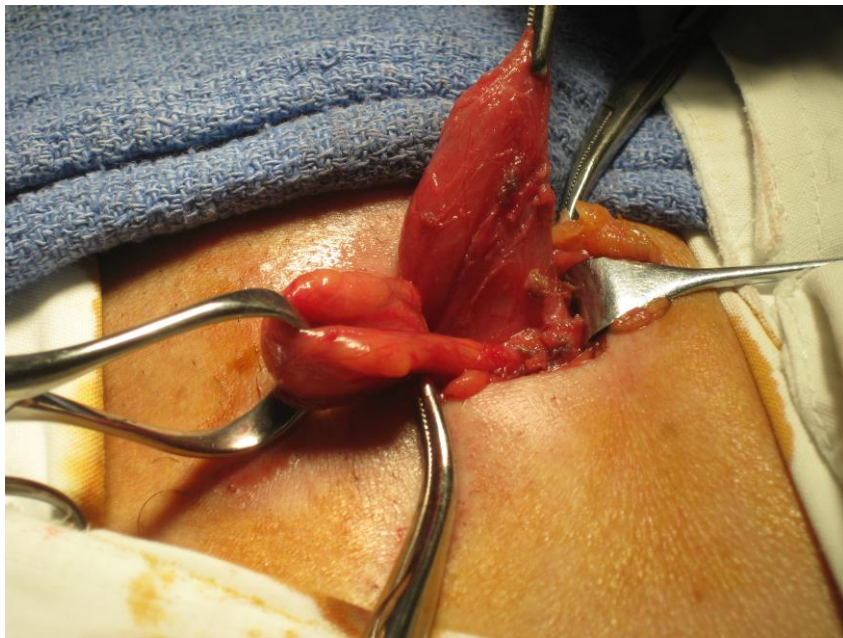


Hình phẫu thuật 4: Đặt tấm lưới nhân tạo nút (Plug) và được cố định vào cơ bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0 ở vị trí 12giờ, 3giờ, 6giờ và 9giờ. Bệnh nhân: Nguyễn Ch. 75 tuổi. Số lưu trữ: T2 153. Thoát vị bẹn phải thể gián tiếp.

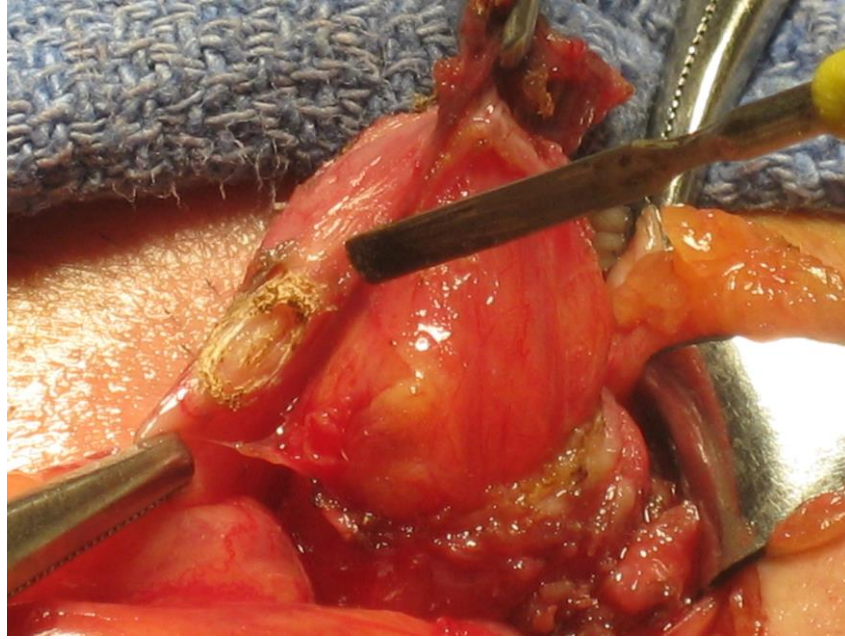


Hình phẫu thuật 5: Đặt tấm lưới phẳng. Bệnh nhân: Nguyễn Ch. 75 tuổi.
Số lưu trữ: T2 153. Thoát vị bẹn phải thể gián tiếp.

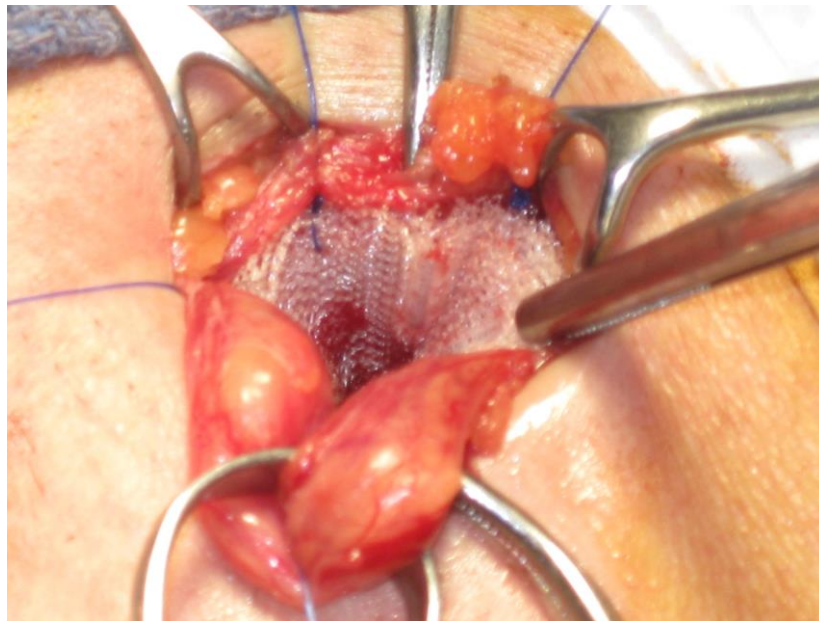
Trường hợp thoát vị bẹn thể trực tiếp:



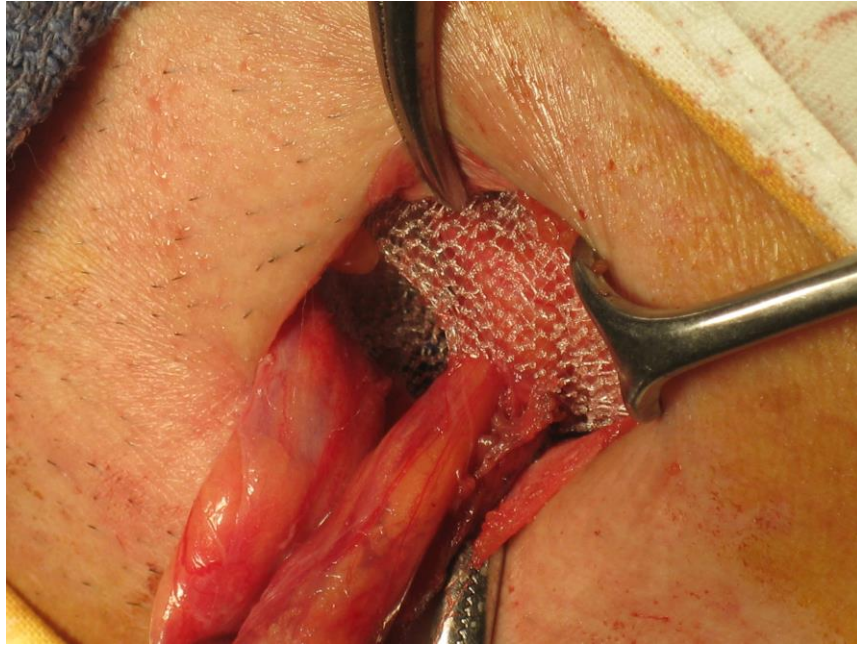
Hình phẫu thuật 6: Bóc tách túi thoát vị trực tiếp tới cổ của túi: Bệnh nhân:
Nguyễn K. 81 tuổi. Số lưu trữ: T9 99. Thoát vị bẹn phải thể trực tiếp.



Hình phẫu thuật 7: Mạc ngang được cắt theo chu vi của túi thoát vị để lộ lớp mỡ trước phúc mạc Bệnh nhân: Nguyễn K. 81 tuổi. Số lưu trữ: T9 99. Thoát vị bẹn phải thể trực tiếp



Hình phẫu thuật 8: Đặt tấm lưới nhân tạo nút (Plug) và được cố định vào cơ bằng 4 mũi chỉ prolène 2.0 ở vị trí 12giờ, 3giờ, 6giờ và 9giờ. Bệnh nhân: Nguyễn K. 81 tuổi. Số lưu trữ: T9 99. Thoát vị bẹn phải thể trực tiếp.



Hình phẫu thuật 9: Đặt tấm lưới phẳng. Bệnh nhân: Nguyễn K. 81 tuổi. Số lưu trữ: T9 99. Thoát vị bẹn phải thể trực tiếp.



Hình phẫu thuật 10: Đóng cân cơ chéo bụng ngoài rồi khâu da. Bệnh nhân: Nguyễn K. 81 tuổi. Số lưu trữ: T9 99. Thoát vị bẹn phải thể trực tiếp.

**Phụ Lục: DANH SÁCH BỆNH NHÂN BỆNH VIỆN TRƯỜNG
ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ**

STT	Họ và tên	Tuổi	Ngày mổ	Chẩn đoán	Số nhập viện	Số lưu trữ
1	Bùi V.	38	14/12/2011	TVB (P) gt	12003	T1 107
2	Trần Văn C.	23	13/12/2011	TVB (P) gt	13213	T1 274
3	Đỗ Công Tr.	55	11/1/2012	TVB (P) gt	323	T1 39
4	Đặng Thông V.	21	09/2/2012	TVB (P) gt	1388	T2 45
5	Đoàn Văn Th.	26	13/2/2012	TVB (T) gt	1535	T2 66
6	Lê Tư G.	83	15/2/2012	TVB 2 bên	1551	T2 83
7	Trần Xuân Q.	26	17/2/2012	TVB (P) gt	1753	T2 117
8	Nguyễn Ch.	75	21/2/2012	TVB (P) gt	1918	T2 153
9	Trần D.	75	29/2/2012	TVB 2 bên	2230	T2 168
10	Võ Công H.	57	28/2/2012	TVB (P) gt	2238	T2 176
11	Nguyễn Viết T.	45	02/3/2012	TVB (P) gt	2280	T2 206
12	Phạm Văn Tr.	18	09/3/2012	TVB (P) gt	2522	T3 42
13	Hoàng Ngọc Tr.	75	09/3/2012	TVB (P) gt	2630	T3 47
14	Trần Đ.	62	23/3/2012	TVB 2 bên	2700	T3 66
15	Đình Văn L.	75	23/3/2012	TVB (T) gt	3050	T3 104
16	Nguyễn Văn L.	76	23/3/2012	TVB (T) gt	3149	T3 121
17	Hoàng Công T.	50	23/3/2012	TVB (P) gt	3188	T3 133
18	Hoàng Đ.	54	20/4/2012	TVB (P) gt	6222	T4 124
19	Võ Đại Th.	53	27/4/2012	TVB (P) gt	6685	T4 157
20	Trương Văn L.	76	5/8/2012	TVB (T) tt	6919	T5 38
21	Thích Huệ Á.	72	16/5/2012	TVB 2 bên	7332	T5 109
22	Phan Văn Th.	21	22/5/2012	TVB (T) gt	7639	T5 143
23	Dương Ngọc A.	58	01/6/2012	TVB (P) tt	8329	T5 212
24	Võ Sỹ C.	20	05/6/2012	TVB (P) gt	8386	T6 18
25	Ngô H.	41	15/6/2012	TVB (T) gt	8885	T6 124
26	Nguyễn Đức T.	30	20/6/2012	TVB (P) gt	9137	T6 159
27	Nguyễn Văn H.	59	26/6/2012	TVB (T) gt	9184	T6 166
28	Trương Anh T.	31	22/6/2012	TVB 2 bên	9188	T6 170
29	Nguyễn Văn P.	22	05/7/2012	TVB (P) gt	9981	T7 28
30	Nguyễn Huy T.	33	12/7/2012	TVB (T) gt	10228	T7 91
31	Ngô Minh T.	19	25/7/2012	TVB (P) gt	10865	T7 207
32	Trần H.	45	31/7/2012	TVB (P) gt	10723	T7 178
33	Nguyễn Văn K.	71	08/8/2012	TVB (P) p.h	11660	T8 29
34	Nguyễn Đình P.	58	08/8/2012	TVB (P) gt	11672	T8 41

35	Hồ Minh	C.	54	13/8/2012	TVB (P) gt	11894	T8 68
36	Trần Văn	T.	18	15/8/2012	TVB (T) gt	11923	T8 97
37	Vũ Văn	Th.	59	24/8/2012	TVB (T) gt	12452	T8 271
38	Nguyễn Ngọc	T.	48	24/8/2012	TVB (T) gt	12572	T8 279
39	Trần Văn	T.	18	28/8/2015	TVB (P) gt	12826	T8 338
40	Phan	C.	77	10/9/2012	TVB (P) gt	12450	T8 369
41	Nguyễn Hải	A.	19	12/9/2012	TVB (T) gt	13365	T9 59
42	Lê	L.	52	12/9/2012	TVB (T) tt	13389	T9 73
43	Nguyễn	K.	81	01/10/2012	TVB (P) tt	13444	T9 99
44	Đoàn	Đ.	59	01/10/2012	TVB (P) p.h	13639	T9 119
45	Hoàng Đình	H.	33	02/10/2012	TVB (T) gt	13844	T9 129
46	Lê Minh Chàng	C.	19	17/10/2012	TVB (T) gt	15277	T10 112
47	Trần Anh	Kh.	31	17/10/2012	TVB 2 bên	15356	T10 138
48	Nguyễn	T.	69	05/11/2012	TVB (P) gt	15796	T10 211
49	Trương Văn	S.	58	07/11/2012	TVB 2 bên	16446	T11 43
50	Đặng Văn	P.	56	29//11/2012	TVB (T) tt	17687	T11 166
51	Trần Văn	Th.	54	06/12/2012	TVB (P) gt	17915	T12 19
52	Nguyễn Thanh	L.	63	17/12/2012	TVB (P) tt	18327	T12 68
53	Ngô Kim	V.	51	18/12/2012	TVB (T) gt	18663	T12 109
54	Bùi Ngọc	T.	35	19/12/2012	TVB (T) gt	18673	T12 119
55	Lê Văn	T.	42	28/12/2012	TVB (T) gt	18878	T12 138
56	Trương Văn	N.	79	07/1/2013	TVB (P) p.h	220	T1 05
57	Lê Văn	Th.	58	09/1/2013	TVB (P) gt	309	T1 41
58	Nguyễn	Ch.	77	23/1/2013	TVB (T) gt	985	T1 108
59	Nguyễn Văn	Ch.	20	24/1/2013	TVB (T) p.h	995	T1 118
60	Mai Xuân	D.	45	29/1/2013	TVB (T) p.h	1234	T1 134
61	Hà Thúc	A.	29	08/2/2013	TVB (P) gt	180	T2 32
62	Mai Bá	T.	39	07/3/2013	TVB (P) gt	2732	T3 30
63	Hoàng Việt	H.	30	15/3/2013	TVB (P) gt	3089	T3 87
64	Trương	S.	81	21/3/2013	TVB 2 bên	3519	T3 137
65	Lê Đình	D.	56	27/3/2013	TVB 2 bên	3673	T3 170
66	Trần Hữu	H.	20	29/3/2013	TVB 2 bên	3879	T3 193
67	Nguyễn Phước	Tr.	20	05/4/2013	TVB (P) gt	4131	T4 13
68	Cao Hữu	R.	67	26/4/2013	TVB 2 bên	5711	T4 159
69	Nguyễn Hữu	H.	36	01/5/2013	TVB (P) gt	5946	T5 02
70	Mai Chiêm	L.	83	07/5/2013	TVB (P) gt	6422	T5 31
71	Võ Quang	T.	70	09/5/2013	TVB (P) p.h	6569	T5 52
72	Hoàng Thế	L.	46	09/5/2013	TVB (P) gt	6682	T5 61
73	Võ Văn	M.	24	17/5/2013	TVB (T) gt	6686	T5 65

74	Trương Văn	G.	74	11/6/2013	TVB (P) gt	8309	T6 66
75	Nguyễn Văn	Th.	42	18/6/2013	TVB (T) gt	8303	T6 60
76	Hà Văn	M.	64	18/6/2013	TVB (P) gt	8653	T6 119
77	Đặng văn	Ph.	22	18/6/2013	TVB (P) gt	8654	T6 120
78	Lê Văn	Th.	60	28/6/2013	TVB (P) gt	9254	T6 249
79	Ngô Quang	D.	19	02/7/2013	TVB (T) gt	9541	T7 29
80	Trương Văn	L.	67	03/7/2013	TVB (P) tt	9523	T7 11
81	Nguyễn	L.	58	12/7/2013	TVB (P) gt	9916	T7 83
82	Lương Ngọc	D.	28	24/7/2013	TVB (T) gt	10562	T7 140
83	Đỗ Mạnh	T.	34	29/7/2013	TVB (P) gt	10568	T7 146
84	Nguyễn Văn	X.	71	09/8/2013	TVB (P) gt	11476	T8 30
85	Nguyễn	H.	63	12/8/2013	TVB 2 bên	11480	T8 34
86	Hoàng Hiếu	H.	24	20/8/2013	TVB (P) gt	12365	T8 137
87	Lưu Đức	Th.	54	22/8/2013	TVB (T) tt	11979	T8 80
88	Trương xuân	N.	61	22/8/2013	TVB (P) gt	12379	T8 52
89	Trương Văn	M.	71	03/9/2013	TVB (P) gt	12831	T8 220
90	Nguyễn Văn	X.	68	13/9/2013	TVB (P) tt	13590	T9 63
91	Phan	H.	59	02/10/2013	TVB (T) gt	14184	T9 135
92	Nguyễn	Q.	33	02/10/2013	TVB (P) gt	14393	T9 159
93	Nguyễn Văn	Đ.	62	10/10/2013	TVB (T) gt	14790	T10 37
94	Võ Phước	Tr.	53	10/10/2013	TVB (T) gt	14798	T10 45
95	Phan Đình	Ch.	73	13/11/2013	TVB (T) gt	16429	T11 17
96	Cao Văn	Đ.	77	14/11/2013	TVB (T) gt	16807	T11 60
97	Lê Thành	Th.	42	21/11/2013	TVB (P) gt	17022	T11 88
98	Lê	L.	66	21/11/2013	TVB (T) gt	17215	T11 101
99	Lê Khắc	L.	59	13/12/2013	TVB (P) tt	18216	T12 23
100	Cao Thanh	H.	30	13/12/2013	TVB (T) gt	18343	T12 50
101	Nguyễn Bá	Th.	74	20/12/2013	TVB (P) p.h	18578	T12 77
102	Võ Quang	Đ.	62	24/12/2013	TVB (P) gt	19133	T12 112
103	Nguyễn Thanh	Đ.	73	06/1/2014	TVB (T) tt	19452	T12 164
104	Nguyễn Chí	Q.	31	09/1/2014	TVB (P) gt	53	T1 08
105	Lê	B.	77	09/1/2014	TVB (T) tt	115	T1 17
106	Phạm Văn	B.	68	20/1/2014	TVB (P) gt	687	T1 70
107	Phạm Văn	S.	68	08/2/2014	TVB (P) p.h	1567	T2 21
108	Nguyễn Hữu	Ph.	36	21/2/2014	TVB (P) gt	2200	T2 100
109	Nguyễn Tiên	D.	21	20/2/2014	TVB (P) gt	2424	T2 126
110	Hồ Minh	H.	19	25/2/2014	TVB (P) gt	2649	T2 143
111	Phan Võ Ngọc	Q.	37	02/3/2014	TVB (T) gt	2983	T3 05
112	Nguyễn Thái	H.	31	12/3/2014	TVB (T) gt	3469	T3 75

113	Nguyễn	H.	64	18/3/2014	TVB (T) tt	3775	T3 116
114	Phạm	Y.	58	15/4/2014	TVB (P) gt	5135	T4 76
115	Lê Việt	Ng.	60	17/4/2014	TVB (P) gt	5416	T4 112
116	Phan Văn	L.	41	09/5/2014	TVB (P) gt	6584	T5 27
117	Bùi Quang	Ph.	25	09/5/2014	TVB (P) gt	6670	T5 37
118	Nguyễn	D.	58	09/5/2014	TVB (P) gt	6826	T5 45
119	Nguyễn	T.	78	23/5/2014	TVB (P) gt	7732	T5 139
120	Phạm Văn	C.	33	23/5/2014	TVB (T) gt	7739	T5 147
121	Nguyễn Văn	D.	20	29/5/2014	TVB (P) gt	7760	T5 168
122	Đặng Minh	Th.	61	04/6/2014	TVB (P) gt	8132	T6 02
123	Trần Đại	H.	61	05/6/2014	TVB (P) gt	8488	T6 33
124	Tôn Thất	L.	52	23/6/2014	TVB 2 bên	9549	T6 180
125	Nguyễn Văn	Tr.	67	24/7/2014	TVB (T) gt	11604	T7 169
126	Lê Văn	Ng.	18	01/8/2014	TVB (T) gt	1170	T7 197
127	Trần Văn	V.	38	01/8/2014	TVB (T) gt	11997	T7 234
128	Đặng Văn	Ch.	53	13/8/2014	TVB 2 bên	12136	T7 260
129	Dương	H.	81	20/8/2014	TVB (T) tt	12138	T7 262
130	Phạm Ngọc	Kh.	64	13/8/2014	TVB (T) gt	12551	T8 49
131	Đặng	C.	79	19/8/2014	TVB (P) p.h	12743	T8 70
132	Nguyễn Thảo	T.	19	21/8/2014	TVB (T) gt	12944	T8 94

Xác nhận Khoa Ngoại Tổng Hợp
Bệnh viện Trường Y Dược Huế

Xác nhận Phòng Kế hoạch Tổng hợp
Bệnh viện Trường Y Dược Huế

DANH SÁCH BỆNH NHÂN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

STT	Họ và tên	Tuổi	Ngày mổ	Chẩn đoán	Số nhập viện	Số lưu trữ
1	Nguyễn D.	85	28/3/2013	TVB (P) p.h	1319184	BVTW
2	Trần Quốc Th.	50	04/4/2013	TVB (T) gt	1321701	BVTW
3	Trần Văn V.	76	21/6/2013	TVB (P) gt	343126	BVTW

Xác nhận Khoa Ngoại Tiêu Hóa
Bệnh viện Trung Ương Huế

Xác nhận Phòng Kế hoạch Tổng hợp
Bệnh viện Trung Ương Huế

PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Tuổi: Nam/Nữ Dân tộc:

Địa chỉ

Nghề nghiệp: 1. Lao động nặng 2. Lao động nhẹ 3. Quá tuổi lao động

Số vào viện Số lưu trữ Điện thoại

Lý do vào viện

Ngày vào viện

Ngày ra viện

II. TIỀN SỬ BẢN THÂN

Tăng huyết áp Có Không

Viêm phế quản mãn tính Có Không

Lao phổi cũ Có Không

Viêm phổi tắc nghẽn mãn tính Có Không

U xơ tiền liệt tuyến Có Không

Các bệnh khác

III. TIỀN SỬ PHẪU THUẬT

Mổ u xơ tiền liệt tuyến Có Không

Mổ ruột thừa đường mổ Mc-Burney Có Không

Mổ mở sỏi bàng quang Có Không

Mổ bụng đường trắng giữa Có Không

Mổ thoát vị bẹn Có Không

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thời gian mắc bệnh đến khi vào viện được phẫu thuật

< 1 năm 1 năm 2 năm 3 năm 4 năm

5 năm 5 năm – 10 năm > 10 năm

Triệu chứng toàn thân: Mạch: Nhiệt: Huyết áp:

Cân nặng: Chiều cao: BMI:

Khối phòng vùng bẹn: Phải Trái Hai bên

Khối phòng vùng bẹn-bìu: Phải Trái Hai bên

Khối phòng xuất hiện khi làm động tác gắng sức: Có: Không:

V. CẬN LÂM SÀNG

1. Công thức máu:

HC: Hb: Hct: BC: Neutrophil: TC:

2. Siêu âm vùng bẹn bìu

Tạng thoát vị: Ruột non Mạc nối Kết tràng

Tràn dịch màng tinh hoàn Dẫn tĩnh mạch thừng tinh

Nang thừng tinh

3. Chụp phim phổi

Bình thường Lao phổi cũ Viêm phế quản mãn

Viêm phổi tắc nghẽn mãn tính

4. Xét nghiệm sinh hóa máu, nước tiểu và các xét nghiệm khác

Glucose máu Protite máu Tỉ Prothrombine SGOT SGPT

Ure Creatinine 10 thông số nước tiểu Siêu âm tim ECG

5. Vị trí thoát vị

Phải Trái Hai bên

6. Phân theo thể thoát vị

Gián tiếp Trực tiếp Phối hợp

7. Phân loại thoát vị theo Nyhus

Loại II Loại IIIA Loại IIIB Loại IVA Loại IVB

VI. CHẨN ĐOÁN

Trước mổ

Sau mổ

VII. PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Ngày phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

ASA: I II III IV V

Giảm đau sau mổ

Ngày		Ngày thứ 1	Ngày thứ 2	Ngày thứ 3	Sau 3 ngày
Tên thuốc	Uống				
	Tiêm tĩnh mạch				

Thời gian hậu phẫungày

X. THEO DÕI SAU KHI XUẤT VIỆN

Thời gian Biến chứng	1 tháng		3 tháng		6 tháng		12 tháng		18 tháng		24 tháng	
	có	không	có	không	có	không	có	không	có	không	có	không
Đau mãn tính sau mổ												
Tê vùng bẹn bìu												
Rối loạn cảm giác trên xương mu												
Nhiễm trùng muộn												
Nhiễm trùng tấm lưới												
Tấm lưới di chuyển												
Teo tinh hoàn												
Sa tinh hoàn												
Tràn dịch màng tinh												
Rối loạn phóng tinh												
Thoát vị tái phát												
Siêu âm vùng bẹn												
Chụp cộng hưởng từ vùng bẹn												

Người thu thập số liệu: **Nguyễn Đoàn Văn Phú**