

ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG BẰNG TẮM LƯỚI NHÂN TẠO CÓ NÚT (MESH-PLUG)

Nguyễn Đoàn Văn Phú, Lê Lộc, Nguyễn Văn Liễu
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Năm 1989, Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. và Montlor M.M. đưa ra luận điểm dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug) để tái tạo sự khiếm khuyết của sàn ống bụng. Kỹ thuật này nhanh chóng được các phẫu thuật viên trên thế giới chấp nhận bởi: Thời gian phục hồi sau mổ nhanh, ít đau sau mổ, ít biến chứng, thời gian nằm viện được rút ngắn và sớm trả bệnh nhân về sinh hoạt bình thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 12/2011 đến 10/2013, chúng tôi đã điều trị phẫu thuật 97 bệnh nhân thoát vị bụng với 110 lần đặt tấm lưới nhân tạo có nút tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Kết quả:** Tuổi trung bình $48,96 \pm 23,19$, nhóm tuổi >40 tuổi có 60 bệnh nhân (61,9%). Nam giới có 93 bệnh nhân (95,8%). Loại trực tiếp có 24 trường hợp (21,8%), loại gián tiếp có 86 trường hợp (78,2%) trong đó có 11 trường hợp thoát vị bụng phối hợp. Phân loại thoát vị bụng theo Nyhus có: loại IIIA và IIIB có 76 trường hợp (69,1%), Vị trí thoát vị: Có 66 trường hợp thoát vị bụng bên phải (60,0%), 44 trường hợp thoát vị bụng bên trái (40,0%) và 13 bệnh nhân thoát vị bụng 2 bên. Kích thước trung bình của cổ túi thoát vị là $2,19 \pm 1,54$ cm. Kích cỡ của Mesh Plug loại trung bình có 65 trường hợp (59,1%). Thời gian mổ trung bình 37,26 phút. Thời gian nằm viện trung bình $3,58 \pm 1,17$ ngày. Đánh giá kết quả tốt và khá thời kỳ hậu phẫu có 93 bệnh nhân (95,8%). Trung bình có 4 trường hợp (4,2%). Chưa gặp kết quả xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị thoát vị bụng bằng tấm lưới nhân tạo có nút là loại phẫu thuật mang đến hiệu quả: An toàn, thời gian phục hồi sau mổ nhanh, ít đau sau mổ, ít biến chứng, thời gian nằm viện được rút ngắn và sớm trả bệnh nhân về sinh hoạt bình thường.

Từ khóa: Thoát vị bụng, Mesh Plug.

Abstract

INGUINAL HERNIA REPAIR BY THE “MESH PLUG” TECHNIQUE

Nguyen Doan Van Phu, Le Loc, Nguyen Van Lieu
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: In 1989, Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P. K., and Montlor M. M. presented an idea of using Mesh Plug to repair the defect inguinal canal. The new technique quickly became accepted by surgeons all over the world for several reasons: faster overall rehabilitation, less postoperative pain, less complication, shorter stay in the hospital and early return to normal activities and work. **Materials and method:** From December 2011 to October 2012, 97 patients with inguinal hernia were surgically treated with 110 Mesh Plugs applied at the Surgery Unit of Hue University of Medicine and Pharmacy. **Result:** The patients' mean age was 48.96 ± 23.19 . There were 60 patients over 40 years old, accounting for 61.9%, and 93 of the group were males, accounting for 95.8%. 24 cases were direct hernia, accounting for 21.8%, 86 cases were indirect hernia accounting for 78.2% and 11 cases were direct hernia associated with indirect hernia. Based on Nyhus's classification, there were 76 cases of IIIA and IIIB (69.1%). Based on the position of protrusion, there were 66 cases of right inguinal hernia (60.0%), 44 cases of left inguinal hernia (40.0%), and 13 cases of hernia on both sides. The average size of the deep ring is 2.19 ± 1.54 cm. 65 cases used Mesh Plug of medium size (59.1%). The mean operating time was 37.26 minutes. The time of staying in the hospital was 3.58 ± 1.17 days. Quality of life assessment after the surgery showed 93 very good and good cases 95.8% and 4 cases (4.2%) with satisfactory result. No case of bad outcome was recorded. **Conclusion:** Surgical treatment of inguinal hernia by the Mesh Plug technique is really effective, safe with faster postoperative rehabilitation, less postoperative pain, less complications, shorter hospital stay and early return to normal activities and work.

Key words: Inguinal hernia, Mesh Plug.

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Văn Liễu, email: lieuyh@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2013.6.7

- Ngày nhận bài: 12/11/2013 * Ngày đồng ý đăng: 25/12/2013 * Ngày xuất bản: 15/1/2014

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, mổ thoát vị bẹn vẫn còn là một vấn đề đang được các nhà Ngoại khoa quan tâm, bằng chứng hơn 100 năm qua, dựa vào kỹ thuật mổ của Bassini đã có hơn 80 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.

Hiện nay, các phẫu thuật sử dụng cấu trúc giải phẫu được ưa chuộng là: Bassini, Mc-Vay, Nyhus, Ferguson, Shouldice, Berliner... Những năm thập niên 1990, phẫu thuật Shouldice được áp dụng rộng rãi ở các nước như Mỹ, Pháp, Đức, Canada... nhờ tính ưu việt của nó. 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. Hơn thế nữa, sức căng của đường khâu gây đau kéo dài sau mổ và đôi khi gây ra sự thiếu máu làm các tổ chức liền không tốt có thể dẫn tới nguy cơ tái phát.

Để loại bỏ sự căng của đường khâu tái tạo thành bụng bằng mô tự thân một cách có hiệu quả người ta dùng tấm lưới nhân tạo vá vào chỗ yếu của thành sau ống bẹn. Vì vậy, người ta chấp nhận sử dụng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn, đây là phẫu thuật không tạo nên sức căng của các cấu trúc thành ống bẹn. Năm 1965, Rives sau đó là Détrie rồi Stoppa, Rotkow, Robbins, Lichtenstein... 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, Lichtenstein đã dùng mảnh ghép đặt vào khoang tiền phúc mạc để điều trị thoát vị bẹn, đạt được kết quả tốt. [8], [18], [19], [20].

Năm 1989, Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. và Montlor M.M. đưa ra luận điểm làm dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug) để tái tạo sự khiếm khuyết của sàn ống bẹn [9], [17].

Với những ưu điểm của phương pháp này như: không làm thay đổi cấu trúc giải phẫu của các thành ống bẹn, có thể thực hiện phương pháp phẫu thuật này với các loại thoát vị như: trực tiếp, gián tiếp, phối hợp, tái phát và thoát vị đùi; phương pháp vô cảm thường gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng cho phần lớn số bệnh nhân nên phẫu thuật viên có

thể xác định được khối phòng thoát vị bằng cách cho bệnh nhân ho hoặc làm động tác gắng sức; thời gian phẫu thuật nhanh, tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp, ít đau và phục hồi sau mổ nhanh, thời gian nằm viện được rút ngắn sớm trả bệnh nhân về lao động [11], [13].

Hiện nay, trên thế giới trong lĩnh vực điều trị bệnh lý thoát vị bẹn dùng mảnh ghép đang khá phổ biến. Với kỹ thuật mổ dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug) đã và đang được áp dụng khá rộng rãi nhờ tính đơn giản, kinh tế và hiệu quả.

Mặc dù, phương pháp phẫu thuật dùng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug) này ở Việt Nam đang còn mới mẻ, chưa được áp dụng một cách rộng rãi. Tuy nhiên, với nhiều ưu điểm như các tác giả đã nêu trên chúng tôi thiết nghĩ cần tiến hành công trình nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật này nhằm góp phần làm phong phú thêm các phương pháp mổ điều trị thoát vị bẹn ở Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 97 bệnh nhân thoát vị bẹn với 110 lần phẫu thuật tại Khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 12/2011 đến tháng 10/2013.

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 cắt ngang.

2.2.1. Nghiên cứu lâm sàng

- Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn: Mỗi bệnh nhân được ghi nhận: lứa tuổi, địa dư, thời gian mắc bệnh, các bệnh lý toàn thân phối hợp, tiền sử phẫu thuật thoát vị bẹn, u xơ tiền liệt tuyến, viêm ruột thừa cấp, các bệnh lý mở bụng khác...

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị bẹn: khám lâm sàng trước mổ và kết hợp tổn thương đại thể lúc mổ, để xác định loại thoát vị bẹn gồm: trực tiếp, gián tiếp và phối hợp. Phân độ theo tác giả Nyhus năm 1996.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Gồm những bệnh nhân ≥ 17 tuổi bị thoát vị bẹn thường bao gồm: thoát vị bẹn phải, thoát vị bẹn trái, thoát vị bẹn hai bên, thoát vị bẹn tái phát.

2.2.3. Chỉ định

Thoát vị bẹn một bên hoặc hai bên không có biến chứng, thoát vị bẹn tái phát.

Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị bẹn độ II, IIIA, IIIB và IVA, IVB theo phân loại của Nyhus.

2.2.4. Phương pháp vô cảm

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

2.2.5. Vật liệu và kỹ thuật mổ đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug)

2.2.5.1. *Vật liệu để mổ*: là tấm lưới nhân tạo có nút Premilene Mesh Plug với các cỡ lớn, trung bình và nhỏ, thước đo lỗ bẹn sâu, dụng cụ giữ thùng tinh và chỉ phẫu thuật là loại prolène 2.0 (hình 1).



Hình 1. Vật liệu để mổ

2.2.5.2. Kỹ thuật mổ

- Đường rạch da song song với dây chằng bẹn chiều dài từ 2-5cm
- Rạch cân cơ chéo bụng ngoài. Bóc tách giữ thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị
- Rạch bao xơ chung. Bộc lộ và bóc tách túi thoát vị tới lỗ bẹn sâu
- Lộn toàn bộ túi vào ổ phúc mạc. Đo kích thước lỗ bẹn sâu. Đặt tấm lưới nhân tạo có nút và cố định 4 mũi chỉ prolène 2.0 ở các vị trí 12 giờ, 3 giờ, 6 giờ và 9 giờ.
- Đặt tấm nhân tạo khâu dính một mũi ở phía trên tấm nhân tạo
- Đặt lại thùng tinh vào vị trí giải phẫu bình thường
- Khâu cân cơ chéo bụng ngoài và khâu da

2.2.5.3. Thời gian mổ

2.2.6. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật:

Ghi nhận những tai biến và biến chứng do gây mê và do phẫu thuật: thương tổn mạch máu, thần kinh, tụ máu vết mổ, tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ.

-Tiêu chuẩn đánh giá

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

+ Khá: sưng bìu và tinh hoàn phải điều trị kháng viêm, đau nhiều vết mổ phải dùng thuốc giảm đau dạng tiêm 2-3 ngày.

+Trung bình: tụ máu, tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ.

+Xấu: tử vong.

2.2.7. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12/2011 đến 10/2013, chúng tôi đã tiến hành mổ 110 trường hợp thoát vị bẹn theo phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug), trên 97 bệnh nhân, với các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Tuổi	≤ 20	21-30	31-40	41-50	51-60	≥ 61	Giới	Nam	Nữ
N	11	15	11	8	22	30	N	93	4
%	11,4	15,1	11,4	8,2	22,6	31,0	%	95,8	4,2

Tuổi nhỏ nhất 18, lớn nhất 83, trung bình $48,96 \pm 23,19$. Lứa tuổi >40 tuổi có 60 bệnh nhân (61,9%). Nam giới có 93 bệnh nhân (95,8%)

3.1.2. Địa dư

Bảng 3.2. Phân bố theo địa dư

Địa dư	Thành thị	Nông thôn	Tổng
N	36	61	97
%	37,1	62,9	100

Có 61 bệnh nhân ở nông thôn (62,9%).

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Lao động nặng	Hành chính	Linh tinh	Tổng
N	51	16	30	97
%	52,6	16,5	30,9	100

Lao động nặng có 51 bệnh nhân (52,6%)

3.1.4. Thời gian từ lúc phát hiện bệnh đến khi được điều trị bằng phẫu thuật

Có 41 bệnh nhân (42,2%) có thời gian mắc bệnh ≤1 năm. >1 năm – 5 năm có 34 bệnh nhân (35,1%) và >5 năm có 22 bệnh nhân (22,7%)

3.1.5. Vị trí thoát vị

Có 66 trường hợp thoát vị bên phải (60,0%)

Có 44 trường hợp thoát vị bên trái (40,0%)

Có 13 bệnh nhân thoát vị bên 2 bên

3.1.6. Loại thoát vị

Loại trực tiếp có 24 trường hợp (21,8%), loại gián tiếp có 86 trường hợp (78,2%). Có 11 bệnh nhân thoát vị bên phổi hợp

Phân loại thoát vị bên theo Nyhus

Bảng 3.4. Phân loại thoát vị bên theo Nyhus

Phân loại	Loại II	Loại III		Loại IV
		IIIA	IIIB	
Số trường hợp	14	25	51	20
Tỷ lệ	(12,7%)	(22,7%)	(46,4%)	(18,2%)

Loại IIIA và IIIB có 76 trường hợp (69,1%)

3.1.7. Bệnh lý kèm theo

Bảng 3.5. Những bệnh lý kèm theo

Những bệnh lý kèm theo	N	%
Hở chủ nhẹ, giảm chức năng tâm trương giai đoạn I	2	2,1
Hở 2 lá nhẹ	1	1,0
Block cảnh phải hoàn toàn	2	2,1
Tăng huyết áp được điều trị ổn định	7	7,2
Lao phổi đã được điều trị ổn định	3	3,1
Hen phế quản	2	2,1
Tiểu khó được đo niệu động đồ và điều trị ổn định	5	5,2
Tổng	22	22,8

Những bệnh lý làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc có 10 bệnh nhân (10,4%)

3.1.8. Tiền sử phẫu thuật

Bảng 3.6. Tiền sử phẫu thuật

Tiền sử phẫu thuật	N	%
Mổ mở thoát vị bên (không rõ phương pháp)	8	8,2
Mổ thoát vị bên theo phương pháp Lichtenstein	1	1,0
Mổ thoát vị bên theo phương pháp Bassini	1	1,0
Mổ viêm ruột thừa cấp (đường mổ Mc- Burney)	5	5,2
Mổ thoát vị đĩa đệm	1	1,0
Mổ cắt thủy phổi trái	1	1,0
Mổ u xơ tiền liệt tuyến	3	3,1
Mổ sỏi bàng quang	1	1,0
Mổ sỏi thận 2 bên	1	1,0
Mổ bụng khác	1	1,0
Cộng	23	23,5

Tiền sử mổ mở thoát vị bên bị tái phát có 10 trường hợp (10,3%). Tiền sử mổ viêm ruột thừa cấp (đường mổ Mc- Burney) có 5 trường hợp (5,2%).

3.1.9. Phương pháp vô cảm

Bảng 3.7. Phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	Tê tủy sống	Nội khí quản	Tổng
N	95	2	97
%	97,9	2,1	100

Tê tủy sống có 95 bệnh nhân (97,9%)

3.1.10. Kích thước cổ túi thoát vị

Mỗi trường hợp thoát vị bên được phẫu thuật chúng tôi đều tiến hành đo kích thước của cổ túi thoát vị để chọn lựa kích cỡ Mesh Plug. Kích thước cổ túi rộng nhất là 3,34cm, hẹp nhất 1,2cm. kích thước trung bình là $2,19 \pm 1,54$ cm

3.1.11. Kích cỡ của Mesh Plug

Bảng 3.8. Kích cỡ của Mesh Plug

Kích cỡ của Mesh Plug	Cỡ nhỏ	Cỡ trung bình	Cỡ lớn	Tổng
N	30	65	15	110
%	27,3	59,1	13,6	100

Kích cỡ của Mesh Plug loại trung bình có 65 trường hợp (59,1%)

3.1.12. Đường mổ

Đường mổ dài nhất 6cm, ngắn nhất 2cm, đường mổ trung bình 3,18cm

3.1.13. Thời gian mổ

Thời gian mổ chậm nhất 60 phút, nhanh nhất 20 phút. Thời gian mổ trung bình 37,26 phút

3.1.14. Tai biến và biến chứng vô cảm

Chưa gặp tai biến vô cảm. Tiểu khó phải chườm nóng hoặc lạnh để kích thích tự tiểu có 12 bệnh nhân (12,4%). Chưa gặp trường hợp nào bí tiểu phải đặt sonde tiểu

3.1.15. Biến chứng sau mổ

Bảng 3.9. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	%
Chảy máu vết mổ	0	0
Tụ máu vết mổ	0	0
Tụ máu bìu	0	0
Tụ dịch vết mổ	4	4,2
Nhiễm trùng vết mổ	0	0

Tụ dịch vết mổ có 4 trường hợp (4,2%)

3.1.16. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện dài nhất 6 ngày, ngắn nhất 2 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $3,58 \pm 1,17$ ngày

3.1.17. Đánh giá kết quả thời kỳ hậu phẫu

Bảng 3.10. Đánh giá kết quả thời kỳ hậu phẫu

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	Tổng
N	86	7	4	0	48
%	88,6	7,2	4,2	0	100

Đánh giá kết quả tốt và khá thời kỳ hậu phẫu có 93 bệnh nhân (95,8%). Trung bình có 4 trường hợp (4,2%). Chưa gặp kết quả xấu.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật 110 trường hợp thoát vị bẹn ở 79 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug) tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, cho kết quả: Tuổi nhỏ nhất 18, lớn nhất 83, trung bình $48,96 \pm 23,19$. Lứa tuổi >40 tuổi có 60 bệnh nhân (61,8%). Theo công trình nghiên cứu của Nguyễn Văn Liễu: bệnh nhân trẻ nhất 17 tuổi và lớn nhất 89 tuổi. Tuổi trung bình $51,72 \pm 21,42$ [1], của Khương Thiện Văn tuổi trung bình $47,1 \pm 1,60$ tuổi [6], của Izard G. tuổi trung bình 52 tuổi [15].

4.2. Bệnh lý nội khoa và tiền sử phẫu thuật

Các bệnh lý nội khoa kèm theo đã được điều trị ổn định trước khi phẫu thuật như: tăng huyết áp, tiểu khó được đo niệu động đồ và điều trị ổn định, tiền sử lao phổi đã được điều trị ổn định, block cạnh phải hoàn toàn... Có 22 bệnh nhân (22,8%).

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 bàng trong ổ phúc mạc [7]. Tương tự 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... là những nguyên nhân thuận lợi gây thoát vị bẹn. Theo công trình nghiên cứu của chúng tôi Những bệnh lý làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc có 10 bệnh nhân (10,3%).

Về tiền sử phẫu thuật: qua 110 trường hợp thoát vị bẹn ở 97 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug). Chúng tôi thấy: tiền sử mổ mở thoát vị bẹn bị tái phát có 10 trường hợp (10,3%). Tiền sử mổ viêm ruột thừa cấp (đường mổ Mc- Burney) có 5 trường hợp (5,2%).

Gần đây, có một số tác giả đề cập đến thoát vị bẹn bên phải thường xảy ra sau khi mổ cắt ruột thừa đáng chú ý nhất là đường mổ thấp theo đường

rách thẩm mỹ (Cosmetic) chính đường rạch này dễ gây thương tổn dây thần kinh chậu hạ vị. Nhưng đối với mổ cắt ruột đi theo đường mổ McBurney, 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 [16].

4.3. Vị trí, phân loại và phân độ

Qua công trình nghiên cứu của chúng tôi về vị trí có: 66 trường hợp thoát vị bẹn bên phải (60,0%), 44 trường hợp thoát vị bẹn bên trái (40,0%). Trong đó có 13 bệnh nhân thoát vị bẹn 2 bên.

Về phân loại theo các tác giả như: Bendavis R., Champault G. Zenilman M. E., Roslyn J. J., Izard G., Gaillenton S. Đều đã thừa nhận, thoát vị bẹn ở nam giới loại gián tiếp chiếm trên 60% trường hợp. Các tác giả ở trong nước như: Bùi Đức Phú, Nguyễn Lương Tấn, loại này chiếm 87,7% [4], của Ngô Viết Tuấn chiếm 70,3% ($p > 0,05$) [5]. Theo Khương Thiện Văn 64,4% loại gián tiếp, loại trực tiếp 34,6% ($p < 0,05$) [6]. Với kết quả của chúng tôi có được: Loại trực tiếp có 24 trường hợp (21,8%), loại gián tiếp có 86 trường hợp (78,2%). Như vậy, kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước.

Sự phân loại thoát vị bẹn như trên thường đơn giản và dễ thực hiện nhưng nó chưa phản ánh đầy đủ để đánh giá thương tổn giải phẫu của vùng bẹn trong bệnh lý thoát vị bẹn. Đã có nhiều cách phân độ của nhiều tác giả nhưng chúng tôi nhận thấy Nyhus Liloyd M. là người đã quan tâm rất nhiều đến phân độ thoát vị bẹn, được nhiều phẫu thuật viên nhiều nước trên thế giới chấp nhận và áp dụng theo cách phân độ của ông, trong nghiên cứu chúng tôi cũng phân độ theo Nyhus.

Với 110 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn trên 97 bệnh nhân có kết quả như sau: loại II có 14 trường hợp (12,7%), loại IIIA có 25 trường hợp (22,7%), loại IIIB có 51 trường hợp (46,4%), loại IV có 20 trường hợp (18,2%). Theo Nguyễn Văn Liễu, nghiên cứu 216 trường hợp thoát vị bẹn điều trị bằng phẫu thuật Shouldice, gồm 207 bệnh nhân ≥ 40 tuổi, có kết quả như sau: loại II có 27 trường hợp (12,5%), loại IIIA có 36 trường hợp (16,6%), loại IIIB có 144 trường hợp (66,6%) và loại IV có 9 trường hợp (4,2%) [2]. Theo Lê Quốc Phong với 82 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn trên 73 bệnh nhân có kết quả loại IIIA có 9 trường hợp (10,9%),

loại IIIB có 60 trường hợp (73,1%), loại IV có 13 trường hợp (15,8%) [3].

4.4. Chỉ định, kích thước cổ túi thoát vị và kích cỡ của Mesh Plug.

Chỉ định dùng Mesh Plug: ở những bệnh nhân ≥ 17 tuổi bị thoát vị bẹn thường bao gồm: thoát vị bẹn phải, thoát vị bẹn trái, thoát vị bẹn hai bên, thoát vị bẹn tái phát.

Trong nghiên cứu này, tất cả các trường hợp mổ thoát vị bẹn đều được đo kích thước cổ túi thoát vị: kích thước cổ túi rộng nhất là 3,34cm, hẹp nhất 1,2cm, kích thước trung bình là $2,19 \pm 1,54$ cm.

Từ những kết quả đo được chúng tôi đã chọn kích cỡ của Mesh Plug: cỡ nhỏ, cỡ trung bình hoặc cỡ lớn. Với 110 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn trên 97 bệnh nhân kích cỡ của Mesh Plug loại trung bình có 65 trường hợp (59,1%) điều này phần nào cho thấy thời gian từ lúc phát hiện bệnh đến khi được điều trị bằng phẫu thuật là khá dài dẫn đến kích thước cổ túi thoát vị ngày càng rộng.

4.5. Đánh giá kết quả thời kỳ hậu phẫu

Qua nghiên cứu 97 bệnh nhân với 110 lần phẫu thuật. Chúng tôi chưa gặp tai biến trong mổ. Về biến chứng sau phẫu thuật: tụ dịch vết mổ có 4 trường hợp chiếm 4,2%. Những biến chứng khác như: tụ máu vùng bìu, tụ máu vết mổ, chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ chúng tôi chưa gặp. Điều này cho thấy trong mổ thoát vị bẹn muốn giảm thiểu các tai biến và biến chứng bắt buộc người phẫu thuật viên cần nắm chắc giải phẫu vùng bẹn, bóc tách cẩn thận, cầm máu tốt, đảm bảo nguyên tắc vô trùng tuyệt đối.

Nghiên cứu của Ghazy H cho thấy biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ 2/77(2,6%), tụ dịch vết mổ 3/77(3,9%), phù bìu 6/77(7,8%), đau đầu 7/77(9,1%). Nghiên cứu của Harjai C. M. và cộng sự với mẫu 98 biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ 1(1,02%), sưng bìu 14(14,29%), tụ dịch 4(4,08%), nhiễm trùng nông 9(9,18%), bí tiểu 14(14,29%). Nghiên cứu của Hawaz Al-Hawaz M với mẫu 110 trường hợp, biến chứng sau mổ gồm: tụ máu vết mổ 10%, nhiễm trùng vết mổ 9,1%, hoại tử bờ vết mổ 3,6%, dò ruột 0,9%, bí tiểu 4,5%, nhiễm trùng phổi 6,4%. Nghiên cứu của Vironen và cộng sự với mẫu 149 trường hợp, biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ 7,4%, nhiễm trùng vết mổ 1,3%, tràn dịch màng tinh hoàn 0,7%, đau tinh hoàn 0,7%, teo tinh hoàn 0%. [10], [12], [14], [21]. Như vậy, nghiên cứu này cho kết quả

tương đối khả quan hơn, ít xảy ra biến chứng sau mổ

Tiểu khó có 12 bệnh nhân (12,4%). Chưa gặp trường hợp nào bí tiểu phải đặt sonde tiểu. 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 những bệnh nhân hậu phẫu mổ thoát vị bẹn. Ông khẳng định, đây là biện pháp tốt nhất để tránh ứ đọng nước tiểu sau mổ.

4.6. Thời gian nằm viện

Theo Nguyễn Văn Liễu với bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn bằng phẫu thuật Shouldice có ngày nằm viện trung bình $6,21 \pm 1,74$ ngày. Ngày nằm viện ngắn nhất 3 ngày, dài nhất là 17 ngày[1]. Theo Ngô Viết Tuấn với 145 bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn bằng Phẫu thuật Shouldice cải biên hai lớp có thời gian nằm viện < 2 ngày (0,68%), từ 2-5 ngày (43,44%), từ 5-7 ngày (33,79%) và > 7 ngày (22,06%).

Với công trình nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện dài nhất 6 ngày, ngắn nhất 2 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $3,58 \pm 1,17$ ngày. Với kết quả này cho thấy phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút không tạo nên sức căng của các cấu trúc thành ống bẹn phần nào có lợi điểm hơn các phẫu thuật tái tạo thành bụng có sử dụng cấu trúc giải phẫu tạo nên sức căng khi áp đặt đường khâu dẫn đến hậu quả gây đau kéo dài sau mổ và đây là một trong những lý do khiến bệnh nhân ra viện muộn.

4.7. Kết quả

Với kết quả nghiên cứu này, xếp loại: tốt có 86 trường hợp chiếm 88,6%, khá có 7 trường hợp chiếm 7,2%, trung bình có 4 trường hợp chiếm 4,2%. Đây là kết quả tương đối khả quan trong việc ứng dụng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh Plug) để tái tạo sự khiếm khuyết của sàn ống bẹn trong lĩnh vực điều trị thoát vị bẹn.

5. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo nhân tạo có nút (Mesh Plug) ở bệnh nhân ≥ 17 tuổi là phẫu thuật có giá trị và hiệu quả, kỹ thuật mổ đơn giản, an toàn, đạt hiệu quả cao, thời gian phẫu thuật ngắn, ngày điều trị được rút ngắn, tỉ lệ các tai biến và biến chứng thấp. Loại phẫu thuật này chủ yếu vô cảm bằng gây tê vùng nên có thể áp dụng một cách rộng rãi ở các cơ sở y tế thực hiện được loại vô cảm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Liễu (2004), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn”, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y 103, 3, tr. 77-78
2. Nguyễn Văn Liễu (2006), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân ≥ 40 tuổi”, Y học thực hành, tr.217-225.
3. 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.315-323.
4. Bùi Đức Phú (1998), “Đánh giá kết quả lâu dài các phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn tại Huế”, *Tập san nghiên cứu khoa học*, tr.41-28.
5. Ngô Viết Tuấn (2000), “Phẫu thuật Shouldice cải biên hai lớp trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi”, *Luận án tiến sỹ y học*, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh, tr.1-147.
6. 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.
7. Devlin H.B., Kingsnorth A. (1998), “Epidemiology and Aetiology of Primary Groins Hernias in Adult”, *Management of Abdominal Hernia*, 3, pp. 45-50.
8. Farquharson M., Moran B. (2005), “Surgery of the Groin and External Genitalia”, *Textbook of Operative General Surgery*, 24, pp. 459-469.
9. Fasik 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.
10. Ghazy H (2010), “Open inguinal hernioplasty by Lichtenstein technique for mesh fixation: sutures versus fibrin glue”, *Egyptian journal of surgery*, Vol 29, N^o1, 23-28.
11. Gong H., Zhang N., Lu Y., Zhu B. (2011), “Comparison of the Open Tenson-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.
12. Harjai C. MM et al. (2007), “A prospective randomized controlled study of Lichtenstein’s tension free versus modified Bassini repair in the management of groin hernias”, *MJAFI*, Vol 63, N^o 1, 40-43.
13. 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.
14. Hawaz M. H (2007), “Factors influencing post-operative complication after prosthetic mesh repair of incisional hernia”, *Bas J Sur*, 13.
15. Izard G., Gailleton R., et Houry R. (1996), “Traitement des Hernies de l’aîne par la Technique de McVay. A propos de 1332 cas”, *Annales de Chirurgie*, 50, pp. 755-765.
16. Leech P., Waddell G., Main R. G. (1972), “The Incidence of Right Inguinal Hernia following Appendicectomy”, *British Journal of Surgery*, 59, pp. 623
17. Lichtenstein I.L., Shore J.M. (1974), “Simplified Repair of Femoral and Recurrent Inguinal Hernias: a “plus” technique”, *Am. J. Surg.*, 128, pp. 439-444.
18. Robbin A.W., Rutkow I.M. (1993), Mesh-Plug Hernioplasty, *Surg. Clin. North. Am.*, 73, pp. 501-512.
19. 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.
20. Rutkow I.M., Robbin A.W. (1998), “The “Mesh-Plug” Technique for Recurrent Groin Herniorrhaphy, a nine-year Experience of Repairs”, *Am. J. Surg.*, 124, pp. 844-847.
21. Vironen J et al. (2006), “Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia System® for inguinal hernia repair”, *British journal surgery*, 93, 33-39