

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO BẰNG KỸ THUẬT LICHTENSTEIN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN NGHỆT

Lê Quốc Phong¹, Lê Lộc¹, Lê Mạnh Hà², Nguyễn Văn Liễu²

(1) Bệnh viện TW Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn nghẹt là bệnh cấp cứu ngoại khoa, điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng kỹ thuật Lichtenstein còn mới mẻ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, gồm 19 bệnh nhân điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng kỹ thuật Lichtenstein. **Kết quả:** Tuổi trung bình $70 \pm 16,48$. Thoát vị gián tiếp 84,21%, thoát vị trực tiếp 10,53%, thoát vị phối hợp 5,26%. Thoát vị bẹn nghẹt bên phải 78,92% và bên trái 21,06%. Biến chứng sau phẫu thuật là 10,52% gồm: 1 tụ máu vết mổ, 1 tụ dịch vết mổ. **Kết luận:** Nghiên cứu này, điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng kỹ thuật Lichtenstein có hiệu quả và an toàn. Phẫu thuật không phức tạp, biến chứng sau mổ thấp, chưa có biến chứng muộn.

Từ khóa: Thoát vị bẹn; Lichtenstein.

Abstract

PRELIMINARY RESULTS OF USING POLYPROPYLENE MESH BY LICHTENSTEIN FOR STRANGULATED INGUINAL HERNIA REPAIR

Le Quoc Phong¹, Le Loc¹, Le Manh Ha², Nguyen Van Lieu²

(1) Hue Central Hospital

(2) Hue University of Medicine & Pharmacy

Background: Strangulated inguinal hernia is a surgical emergency disease and Lichtenstein tension-free hernioplasty is a new treatment procedure for this disease. **Study objectives:** To produce the preliminary results of using polypropylene mesh by Lichtenstein for strangulated inguinal hernias. **Materials and Methods:** Prospective study of 19 strangulated inguinal hernias with 19 hernioplasty by Lichtenstein from March 2010 to October 2011 at Hue Central Hospital. **Results:** The mean age was 70 ± 16.48 years. Indirect treatment took place in 84.21%, direct in 10.53%, combined in 5.26%, while right groin treatment took place in 78.92%, and left groin in 21.06%. Post-operative complication occurred in 10.52%, with one case of haematoma and one case of seroma. At short-term follow-up (one year) there were no complications and no recurrence. **Conclusions:** Lichtenstein tension-free hernioplasty for strangulated inguinal hernias are highly effective, safe, with low post-operative complications, and low-recurrence.

Keywords: inguinal hernia; Lichtenstein

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn nghẹt là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm tỉ lệ 5% trong thoát vị bẹn và chiếm tỉ lệ rất cao trong tổng số các thoát vị nghẹt. Thống kê bệnh viện Việt Đức tỉ lệ này là 87,7% năm 1985. Ở độ tuổi 25-40, tần suất thoát

vị bẹn là 5-8% nhưng đến lứa tuổi trên 75 chiếm hơn 45%, tỉ lệ chung ở người lớn tuổi là 15% [4], [5].

Điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng các kỹ thuật như: Bassini, Shouldice, Mc Vay... Sử dụng mô tự thân để khâu tái tạo lại thành bụng, gây căng

- Địa chỉ liên hệ: Lê Quốc Phong, email: drlequocphong@yahoo.com

- Ngày nhận bài: 5/4/2013 * Ngày đồng ý đăng: 9/5/2013 * Ngày xuất bản: 17/5/2013

và đau, dễ xé rách tổ chức gây tái phát. Ở Mỹ tỉ lệ tái phát là 10-20%, ở châu Âu là 10-30%. Ở Đức là 14,7%, tại Thụy Điển và Đan Mạch là 16%. Nghiên cứu đa trung tâm cho thấy tỉ lệ tái phát: Shouldice là 6,1%, Bassini là 8,6%, Mc Vay là 11,2. Ở Việt Nam, Bùi Đức Phú tại Huế năm 1996, tỉ lệ tái phát 19%. Tác giả Ngô Viết Tuấn, tỉ lệ tái phát là 3,8%, thoát vị bẹn ở người trung niên và lớn tuổi bằng kỹ thuật Berliner [2], [3], [5]. Hiện nay, kỹ thuật Lichtenstein đã chỉ định rộng rãi trong điều trị thoát vị bẹn, đặt tấm lưới nhân tạo tăng cường thành sau ống bẹn. Tuy nhiên, vấn đề ứng dụng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn nghẹt vẫn đang còn tranh luận bởi vì nguy cơ nhiễm khuẩn cao [1], [17]. Việc sử dụng kháng sinh tránh được nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ và vi khuẩn xâm nhập vào tấm lưới.

Vì vậy, việc ứng dụng tấm lưới nhân tạo bằng kỹ thuật Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn nghẹt vẫn có thể thực hiện an toàn nhờ kháng sinh phổ rộng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm **“Kết quả bước đầu ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo bằng kỹ thuật lichtenstein điều trị thoát vị bẹn nghẹt”** với hai mục tiêu:

1. Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, siêu âm bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt.

2. Kết quả bước đầu ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng kỹ thuật Lichtenstein.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 19 bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt một bên phẫu thuật cấp cứu đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein. Tại khoa Ngoại tiêu hóa - Bệnh viện TW Huế từ 3.2010 đến 10.2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu lâm sàng, tiền cứu mô tả có can thiệp và theo dõi dọc.

- Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt: lâm sàng và cận lâm sàng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt: khám lâm sàng, siêu âm bẹn-bìu trước mổ và kết hợp tổn thương đại thể lúc mổ, để xác định loại thoát vị bẹn: phân loại, phân độ.

2.3. Chỉ định

- Thoát vị bẹn nghẹt một bên, không có biến chứng hoại tử tạng thoát vị, thủng ruột gây viêm phúc mạc. Dịch trong túi thoát vị trong, không hôi, tạng thoát vị bảo tồn được.

- Đặt tấm lưới nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt độ IIIA, IIIB và IV theo phân loại của Nyhus.

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.

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

- Vật liệu để mổ là tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylene và chỉ phẫu thuật là loại premilène 2.0, chỉ vicryl 2.0, chỉ Nylon 3.0.

- Đường rạch da song song với dây chằng bẹn

- Bộc lộ và xử lý túi thoát vị, giải phóng tạng thoát vị và đưa vào ổ bụng

- Phục hồi thành sau ống bẹn bằng đặt tấm lưới nhân tạo

2.6. Kết quả sau phẫu thuật

2.6.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật

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

2.6.2. Kết quả theo dõi sau 12 tháng

Cách theo dõi

- Điện thoại mời bệnh nhân đến khám trực tiếp.

- Bệnh nhân ở xa điện thoại trực tiếp, yêu cầu trả lời câu hỏi.

2.7. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học và Excel 2007.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	40-59	60-79	80-99
N	6	6	7
%	31,58	31,58	36,84

Tuổi thấp nhất 42, lớn nhất 92, trung bình $70 \pm 16,48$

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	Khối phòng vùng bệnh đau		Nôn	Bụng chướng	Bí trung đại tiện
	Phải	Trái			
N	15	4	6	3	4
%	78,94	21,06	31,58	15,79	21,06

Bảng 3.3. Tạng trong túi thoát vị

Tạng trong túi thoát vị	Siêu âm trước mổ		Khi mổ túi thoát vị	
	N	%	N	%
Ruột non	16	84,21	15	78,94
Mạc nối	2	10,53	2	10,53
Đại tràng	0	0	1	5,26
Ruột non+mạc nối	1	5,26	1	5,26

Bảng 3.4. Phân loại thoát vị

Phân loại	Gián tiếp	Trực tiếp	Phối hợp
N	16	2	1
%	84,21	10,53	5,26

Bảng 3.5. Phân độ theo Nyhus

Phân độ	III A	III B	IV
N	2	16	1
%	10,53	84,21	5,26

Bảng 3.6. Phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	Tê tủy sống	Nội khí quản	Tổng
N	17	2	19
%	89,47	10,53	100

Bảng 3.7. Kích thước tấm lưới

Kích thước tấm lưới	N	%
5×10 cm	19	100

Bảng 3.8. Biến chứng vô cảm

Biến chứng vô cảm	N	%
Tiểu khó	1	5,26
Bí tiểu	1	5,26
Tổng	2	10,52

Bảng 3.9. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	%
Chảy máu vết mổ	0	0
Tụ máu vết mổ	1	5,26
Tụ máu bìu	0	0
Tụ dịch vết mổ	1	5,26
Nhiễm trùng vết mổ	0	0

Bảng 3.10. Kết quả theo dõi sau 12 tháng

Biến chứng sau mổ	N	%
Nhiễm trùng ruột	0	0
Nhiễm trùng tấm lưới	0	0
Đau kéo dài mạn tính	0	0
Thải loại tấm lưới	0	0
Thoát vị tái phát	0	0

- Thời gian mổ trung bình $71 \pm 12,12$ phút
- Thời gian nằm viện trung bình: $5,26 \pm 1,38$ ngày

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật 19 trường hợp thoát vị bẹn nghẹt của 19 bệnh nhân, làm vững thành bụng bằng tấm lưới nhân tạo polypropylene theo kỹ thuật Lichtenstein tại Bệnh viện Trung ương Huế, cho thấy: tuổi trung bình là $70 \pm 16,48$ thấp nhất là 42 và lớn nhất là 92 tuổi. Theo Nguyễn Văn Liễu tuổi trung bình là $54,16 \pm 27,36$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 91 tuổi. Theo Ngô Viết Tuấn tuổi trung bình là $61,67 \pm 13,12$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 90 tuổi.

Nghiên cứu của Pans. A và cộng sự, tuổi trung bình ở nam là 67, thấp nhất là 41, lớn nhất là 96. Tuổi trung bình ở nữ là 72, thấp nhất là 45, lớn nhất là 88 [14]. Nghiên cứu của Lohsiriwat. V và cộng sự, tuổi trung bình ở nam là $53,8 \pm 9,2$, thấp nhất là 19, lớn nhất là 77 [13]. Nghiên cứu của Wysocki. A và cộng sự, tuổi trung bình ở nam là

65,6, thấp nhất là 22, lớn nhất là 95 [19].

Nhận thấy rằng: tuổi lớn nhất gần tương đương nhau, tuy nhiên tuổi trung bình nghiên cứu này cao hơn so với tác giả Nguyễn Văn Liễu và Ngô Viết Tuấn, Lohsiriwat. V. Trong nghiên cứu này lứa tuổi 40-80 chiếm ưu thế 63,16%, Nguyễn Văn Liễu cho thấy rằng: lứa tuổi 40-50 chiếm ưu thế 70,04%. [2], [4], [16].

4.2. Vị trí, phân loại, phân độ thoát vị bẹn

Qua 19 bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt một bên, chúng tôi đều dựa vào thăm khám lâm sàng: vị trí gồm: 15 (78,94%) thoát vị bẹn phải nghẹt và 4 (21,06%) thoát vị bẹn trái nghẹt. Kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu trong khi phẫu thuật và xếp thành 3 loại: thoát vị bẹn gián tiếp gồm: 16 trường hợp chiếm 84,21%, thoát vị bẹn trực tiếp gồm 2 trường hợp chiếm 10,53%, thoát vị bẹn thể phối hợp gồm 1 trường hợp chiếm 5,26%.

Bảng 4.1. Kết quả phân loại của các tác giả [2], [12], [15]

Tác giả	Thoát vị gián tiếp	Thoát vị trực tiếp	Thoát vị phối hợp
Nguyễn Văn Liễu	156 (72,22%)	35 (16,20%)	25 (11,58%)
Khan N	55,4%	38,4%	6,3%
Sakorafas G. H	55%	30%	15%
Chúng tôi	16 (84,21%)	2 (10,53%)	1 (5,26%)

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 19 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn nghẹt kết quả như sau: loại IIIA có 2 trường hợp chiếm 10,53%, loại IIIB có 16 trường hợp chiếm 84,21%, loại IV có 1 trường hợp chiếm 5,26%.

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 chiếm 12,50%, loại IIIA có 36 trường hợp chiếm 16,65%, loại IIIB có 144 trường hợp chiếm 66,65%, loại IV có 9 trường hợp chiếm 4,20%.

4.3. Chỉ định, kỹ thuật, kích thước dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt

Trong nghiên cứu này, ứng dụng kỹ thuật Lichtenstein để phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghẹt lần đầu: độ IIIA, IIB và thoát vị bẹn tái phát: độ IV. Sử dụng tấm lưới polypropylene với kích thước: 5×10 cm gồm 19 trường hợp chiếm 100% của hãng B|Braun.

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. Khi lớn tuổi, các cân cơ thành ống bẹn bị yếu, thiếu sự đàn hồi của mô và không chắc chắn khi khâu căng. Người ta đã chỉ ra rằng: thoát vị trực tiếp mạc ngang rất mỏng, 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 sinh học đã chứng minh rằng có sự hiện hữu của bất thường cấu trúc sợi collagen đặc biệt type I và type III. Peacock và Madden thừa nhận bệnh nhân tuổi trung niên thoát vị bẹn gián tiếp do sự biến đổi mạc ngang mắc 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 của cơ chéo bé và cơ ngang bụng (gân kết hợp) nằm cách xa cung đùi nhiều cm nên khi khâu căng gây rách mô. Vì vậy, sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene để che chắn thành sau ống bẹn để khắc phục điểm yếu này. Nghiên cứu này, chỉ định dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene cho các bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt và thương tổn độ: IIIA, IIIB, IV. Khi sử dụng tấm lưới nhân tạo trong thoát vị bẹn nghẹt, có nguy cơ bị nhiễm trùng cao, nên phải thận trọng chọn lựa những trường hợp dịch trong túi thoát vị trong, không hôi, không hoại tử tạng thoát vị, thoát vị lớn và phức tạp hoặc chỉ định cho bệnh nhân có cấu trúc

vùng bẹn bị suy yếu [9], [17].

4.4. Kết quả thời kỳ hậu phẫu và theo dõi sau một năm

Qua nghiên cứu 19 bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu thoát vị bẹn một bên, biến chứng sau phẫu thuật: tụ máu vết mổ 1 chiếm 5,26%, tụ dịch vết mổ 1 chiếm 5,26%. Không có nhiễm trùng vết mổ hoặc nhiễm trùng tấm lưới. Tuy nhiên với các biến chứng khác như: chảy máu vết mổ, thương tổn ống dẫn tinh, thương tổn tạng thoát vị do thao tác có thể xảy ra trong quá trình cắt cổ túi thoát vị và giải phóng tạng thoát vị, đưa tạng thoát vị vào ổ phúc mạc... Vì vậy, 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. Chúng tôi sử dụng kháng sinh cephalosporine thế hệ III, trước và sau mổ bằng đường tĩnh mạch.

Biến chứng do vô cảm: bí tiểu và tiểu khó 2 chiếm 10,53%, chúng tôi dùng phương pháp chườm nóng hoặc xoa bóp vùng trên xương mu cho bệnh nhân tiểu khó và đặt sonde tiểu cho bệnh nhân bí 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. Sau 1 năm theo dõi, không có biến chứng nào xảy ra.

Nghiên cứu của Lohsiriwat. V và cộng sự với mẫu 24 bệnh nhân thoát vị bẹn cầm tù, có 2 biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 8,3%: một tụ dịch vết mổ tự hấp thu sau hai tuần, một nhiễm trùng vết mổ nông được điều trị khỏi bằng kháng sinh. Thời gian theo dõi trung bình $20,2 \pm 10,7$ tháng, có một trường hợp tái phát sau mổ chiếm 4,2% [13].

Nghiên cứu của Wysocki. A và cộng sự với 27 bệnh nhân, thoát vị bẹn cầm tù, có một tụ dịch dưới da sau mổ được điều trị thành công bằng cách tháo dịch. Thời gian theo dõi trung bình 18 tháng từ 2 đến 42 tháng, không có biến chứng nào xảy ra [19].

Nghiên cứu của Pans. A và cộng sự với 35 bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt, biến chứng sau mổ có: 5 trường hợp tụ máu vùng bẹn, 3 phải đặt dẫn lưu bằng kim; 1 tụ máu vết mổ, 1 tụ dịch vết mổ tự

hấp thu sau 7 ngày. Một trường hợp áp-xe nông được điều trị bằng đặt dẫn lưu và dùng kháng sinh, một trường hợp áp-xe sâu được điều trị bằng tưới kháng sinh tại vết mổ và dùng kháng sinh tĩnh mạch, không có trường hợp nào phải lấy bỏ tấm lưới nhân tạo. Những trường hợp áp-xe này không cắt bỏ ruột. Thời gian theo dõi 4,2 năm từ 10 tháng đến 8,2 năm, có một trường hợp tái phát 1/35 (2,8%), không có trường hợp nào phải lấy bỏ tấm lưới [14].

Khi tìm hiểu các biến chứng của các tác giả tiến hành trên thoát vị bẹn thường (không nghẹt), nhận thấy. Nghiên cứu của Dasari và cộng sự với mẫu 92 trường hợp: không biến chứng chiếm 94,6%, biến chứng tụ dịch 1(1,1%), dày thừng tinh 1(1,1%), không có tụ máu vết mổ và nhiễm trùng vết mổ, không có đau tinh hoàn và tràn dịch màng tinh hoàn [7].

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%) [8].

Nghiên cứu của Harjai C. MM 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%) [10].

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% [11].

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% [16].

Như vậy, việc sử dụng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn nghẹt cho kết quả tương đối khả quan, cần phải đánh giá đúng và chỉ định có chọn lọc thì mang lại kết quả tốt và ít xảy ra biến chứng sau mổ.

4.5. Tấm lưới nhân tạo và thoát vị bẹn nghẹt

Trong thoát vị bẹn nghẹt chủ yếu dùng mô tự thân để tái tạo thành bụng, chống chỉ định sử dụng

tấm lưới nhân tạo là vì lý do nguy cơ nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, trong những trường hợp khối thoát vị lớn có mất tổ chức thành bụng mà việc áp sát hai bờ dễ đưa đến thất bại. Tạo hình bằng tấm lưới nhân tạo được áp dụng. Thực tế, một số nghiên cứu đã công bố chỉ ra rằng nguy cơ biến chứng thấp. Pans và cộng sự đã đặt tấm lưới nhân tạo vào khoang dưới phúc mạc bằng đường giữa với 35 trường hợp thoát vị bẹn nghẹt, trong đó có 12 trường hợp cần thiết phải cắt ruột, quá trình theo dõi chỉ có một trường hợp áp-xe nông và một áp-xe sâu, được điều trị tháo mũ tại chỗ và kháng sinh, không phải lấy bỏ tấm lưới và mưng mủ muộn. Mẫu nghiên cứu tại Amiens 32 trường hợp đặt tấm lưới Mercilène® và 15 plugs chỉ có một áp-xe đã điều trị khỏi. Trong nghiên cứu tại Reim, 30 trường hợp đặt tấm lưới nhân tạo Mercilène® không có biến chứng nhiễm khuẩn.

Tuy nhiên, chống chỉ định sử dụng tấm lưới nhân tạo trong phẫu thuật cấp cứu thoát vị bẹn nghẹt không phải là tuyệt đối. Vì vậy, trong một trường hợp ngoại lệ, tấm lưới nhân tạo thật sự cần thiết để che phủ những khiếm khuyết thành bụng có kích thước lớn.

Chỉ định phải có lý do xác đáng và tấm lưới nhân tạo không được đặt trong những trường hợp viêm tấy mũ phân hoặc khi tạng trong túi thoát vị thương tổn dạng trung gian, trong trường hợp hoại tử và can thiệp muộn. Nếu chúng ta chọn lựa dùng tấm lưới nhân tạo, phải thật thận trọng: phải lấy dịch trong túi thoát vị cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, để điều trị trong trường hợp nhiễm khuẩn sau mổ, giới hạn tối thiểu làm vậy bản, bảo vệ thành bụng bằng gạc vô khuẩn tấm Bétadine.

Trong khi tiếp xúc với tạng thoát vị, phải sát khuẩn phẫu trường rộng rãi bằng Bétadine, cho đến lúc kết thúc. Cuối cùng, phải thay toàn bộ đồ vải trải phẫu trường và dụng cụ để tái tạo thành bụng, và tránh đặt tấm lưới có kích thước lớn. Sử dụng kháng sinh dự phòng và liệu pháp kháng sinh vài ngày sau mổ.

Trong thoát vị bẹn nghẹt, từ các kết quả nghiên cứu được công bố nhận thấy rằng: đặt tấm lưới nhân tạo không phải là chống chỉ định tuyệt đối

mà trong những tình huống đặc biệt khó khăn có thể tái tạo thành bụng bằng tấm lưới nhân tạo [18].

5. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng tấm

lưới nhân tạo polypropylene bằng kỹ thuật Lichtenstein có giá trị và hiệu quả. Phẫu thuật không phức tạp, tương đối an toàn, thời gian phẫu thuật ngắn, đạt kết quả cao. Tỷ lệ các biến chứng và tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Thừa Đức (2003), “Nhận xét về kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, 174-180.
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*, 217-225.
3. 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*, 41-28.
4. Tạ Xuân Sơn, Vũ Huy Nùng (2003), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thoát vị bẹn nghẹt”, *Ngoại khoa*, số 1, tập 53, 12-15.
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 sĩ y học*, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh, 1-147.
6. Alexandre. JH et al (2006), “Cure of inguinal hernia with large preperitoneal prosthesis: Experience of 2,312 cases”, *Journal of Minimal access Surgery*, Vol 2, 134-138.
7. 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, 115-118.
8. 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.
9. Goldstein H. S (2002), “A university experience using mesh in inguinal hernia repair”, *Hernia*, 5, 182-185.
10. 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.
11. Hawaz M. H (2007), “Factors influencing post-operative complication after prosthetic mesh repair of incisional hernia”, *Bas J Sur*, 13.
12. Khan N et al (2008), “Early outcome of Lichtenstein technique of tension-free open mesh repair for inguinal hernia”, *J Ayu Med Coll Abbottabad*, 20, 29-32.
13. Lohsiriwat. V và cộng sự (2007), “Surgical outcomes Lichtenstein tension-free hernioplasty for acutely incarcerated inguinal hernias”, *Surg Today*, 37, 212-214.
14. Pans. A và cộng sự (1997), “Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia”, *British journal surgery*, 84, 310-312.
15. Sakorafas G. H et al (2001), “Open tension free repair of inguinal hernias; the Lichtenstein technique”, *BMC Surgery*, 1-3.
16. 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.
17. Pelissier. E, Marre. P, Damas. J M (2000), “Traitement chirurgical des hernies inguinales, Choix d’un procédé”, *EMC*, 40-138, 1-3.
18. Pélissier E, Ngo P (2007), “Traitement des hernies de l’aîne étranglées”, *EMC*, 40-139, pp 1-5.
19. Wysocki. A và cộng sự (2002), “Lichtenstein repair for incarcerated groin hernias”, *Eur. J. Surg*, 168, 452-454.