Kapral S, Greher M, Huber G, Willschke H và cs hầu như không có biến chứng, Vincent W. S. Chan, Anahi Perlas và cs có một trường hợp bị hội chứng Horner trong 40 bệnh nhân chiếm 2,5%. Như vậy với gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn siêu âm tỉ lệ tai biến rất thấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi rút ra kết luận: Đây là phương pháp vô cảm có tỉ lệ thành công cao (tỉ lệ thành công cao chiếm 90% tốt, 10% khá), không gặp biến chứng và tác dụng không mong muốn nặng nề nào, tuy nhiên có hạn chế là kỹ thuật phải được tiến hành ở cơ sở có máy siêu âm có đầu dò chuyên dụng để phát hiện được bó mạch, thần kinh cũng như cần có bác sĩ siêu âm có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. K. Park, M. H. Sung, H. J. Suh et al** (2016). Ultrasound Guided Low Approach Interscalene Brachial Plexus Block for Upper Limb Surgery. Korean J Pain, 29 (1), 18-22.
2. **P. M. Hopkins** (2007). Ultrasound guidance as a gold standard in regional anaesthesia. Br J Anaesth, 98 (3), 299-301.
3. **A. Movafegh, M. Razazian, F. Hajimaohamadi et al** (2006). Dexamethasone added to lidocaine prolongs axillary brachial plexus blockade. Anesth Analg, 102 (1), 263-267.
4. **A. Movafegh, B. Nouralishahi, M. Sadeghi et al** (2009). An ultra-low dose of naloxone added to lidocaine or lidocaine-fentanyl mixture prolongs axillary brachial plexus blockade. Anesth Analg, 109 (5), 1679-1683.
5. **A. Casati, F. Vinciguerra, M. Scarioni et al** (2003). Lidocaine versus ropivacaine for continuous interscalene brachial plexus block after open shoulder surgery. Acta Anaesthesiol Scand, 47 (3), 355-360.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU ĐIỀU TRỊ U CƠ TRƠN TỬ CUNG ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 8 CM CÓ TRIỆU CHỨNG BẰNG NÚT MẠCH QUA ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH CÁNH TAY

Lê Thanh Dũng[1,2], Đỗ Tiến Cảm[3], Thân Văn Sỹ[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trong điều trị u cơ trơn tử cung (UCTTC) có đường kính lớn nhất trên 8cm có triệu chứng bằng nút mạch qua đường động mạch cánh tay ở giai đoạn sớm sau nút mạch 3 tháng**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu được thực hiện trên 16 nữ BN (BN), tuổi trung bình là 42,38 ± 8,7, với UCTTC trên 8cm có triệu chứng lâm sàng và được điều trị bằng phương pháp nút mạch qua đường động mạch cánh tay. Các BN được khám lâm sàng, siêu âm tử cung qua đường bụng tại thời điểm trước điều trị, 3 tháng sau nút mạch để đánh giá hiệu quả điều trị về mặt hình ảnh học và triệu chứng lâm sàng. **Kết quả:** Tất cả các BN được nút mạch thành công, không có biến chứng liên quan đến thủ thuật. Sau 3 tháng tháng nút mạch đường kính khối u giảm 12,42% (82,38mm so với 94,06mm khi trước điều trị). 93,75% số BN hết triệu chứng rong kinh hoặc giảm đáng kể triệu chứng đau bụng sau 3 tháng được nút mạch. Tỷ lệ hoại tử khối u sau điều trị trung bình đạt 68,6%, trong đó có 3 BN hoại tử hoàn toàn, 1 BN hoại tử <30% thể tích. **Kết luận:** Điều trị nút mạch với các UCTTC > 8cm qua đường động mạch cánh tay là phương pháp an toàn, đạt hiệu quả, giúp giảm đường kính UCTTC và cải thiện triệu chứng lâm sàng sớm sau nút mạch.

Từ khóa: u cơ trơn tử cung kích thước lớn, nút mạch u cơ trơn tử cung, đường động mạch cánh tay

SUMMARY

EARLY RESULTS OF THE TRANSBRACIAL APPROACH EMBOLIZATON FOR TREATMENT OF OVER 8CM SYMPTOMATIC UTERINE FIBROMAS

Objectives: To evaluate the early results in treating over 8cm symptomatic uterine leiomyoma with transbrachial approach embolization after 3 months. **Methods**: The study involved 16 female patients (patients), with a mean age of 42.38 ± 8.7 years, having over 8cm symptomatic uterine leiomyoma and treated with transbrachial embolization. Clinical and magnetic resonance imaging features were collected before and three months after embolization. **Results**: All patients were successfully embolized with no procedure-related complications. After three months of embolization, the tumor diameter decreased by 12.42% (82.38mm compared with 94.06mm before treatment). 93.75% of patients stopped menorrhagia symptoms and significantly

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
[2]*Trường ĐHYD - ĐHGQ Hà Nội*
[3]*Đại học Y Hà nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng
Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023
Ngày duyệt bài: 6.4.2023

reduced abdominal pain after three months of embolization. The average tumor necrosis rate after treatment reached 68.6%, in which three patients with complete necrosis and one with necrosis <30% of the volume. **Conclusion**: Transbrachial embolization of the over 8cm uterine fibroma is safe and effective, helping to reduce the diameter of the tumor and improve early clinical symptoms after embolization.

Keywords: large uterine leiomyoma, uterine leiomyoma nodule, brachial artery line

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn tử cung (UCTTC) là loại khối u lành tính, phát triển từ cơ tử cung. Đây là loại khối u sinh dục hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ[1]. Theo Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hinh UCTTC chiếm 18 – 20% trong tổng số phụ nữ trên 35 tuổi[2].

UCTTC đa số không có triệu chứng lâm sàng và thường được phát hiện tình cờ qua thăm khám sản phụ khoa và siêu âm. Một số UCTTC có đường kính lớn hoặc phát triển ở những vị trí đặc biệt như dưới niêm mạc có thể gây ra một số triệu chứng lâm sàng như đau bụng, bí tiểu, táo bón, phù hai chi dưới do chèn ép vào các cơ quan vùng chậu hông, gây rối loạn kinh nguyệt, rong kinh hoặc băng kinh dẫn đến thiếu máu và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Khối UCTTC kích thước lớn còn làm biến dạng buồng tử cung, chèn ép vào vòi tử cung làm tăng nguy cơ vô sinh, sảy thai[3].

Có nhiều phương pháp điều trị UCTTC tùy thuộc vào triệu chứng lâm sàng và kích thước khối u, bao gồm điều trị nội khoa với các UCTTC nhỏ và ít triệu chứng lâm sàng; phẫu thuật bóc UCTTC, phẫu thuật cắt tử cung hoặc nút mạch với các UCTTC lớn và gây khó chịu cho người bệnh[4]. Ngày nay rất nhiều phụ nữ bị UCTTC không muốn phẫu thuật cắt bỏ khối u hay cắt bỏ tử cung vì nhiều lý do như để lại sẹo, mất kinh nguyệt..., điều này ảnh hưởng đến tâm lý cũng như mất tính tự tin của người phụ nữ[4]. Phương pháp nút mạch điều trị UCTTC đã và đang được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới, cho thấy hiệu quả tốt trong điều trị cùng với ưu thế can thiệp xâm lấn tối thiểu[4]. Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ biến chứng và cần tái can thiệp nút mạch của nút mạch UCTTC rất thấp và thường nhiều hơn ở các UCCTC đường kính lớn[4]. Tuy nhiên việc áp dụng phương pháp nút mạch để điều trị u xơ tử cung kích thước lớn vẫn còn chưa được phổ biến. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả sớm điều trị UCTTC đường kính trên 8cm có triệu chứng bằng can thiệp nút mạch qua đường động mạch cánh tay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 01/2021 đến 11/2022, các trường hợp lựa chọn phương pháp nút mạch qua đường vào động mạch cánh tay để điều trị UCTTC có triệu chứng với đường kính > 8cm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được đưa vào nghiên cứu. Các thông tin về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng, biến chứng của UCTTC, các thông số liên quan đến nút mạch, các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) trước và trong vòng 3 tháng sau can thiệp đều được thu thập. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức y học trường Đại Học Y Hà Nội (2766/QD-DHYHN, ngày 27, tháng 7, năm 2022).

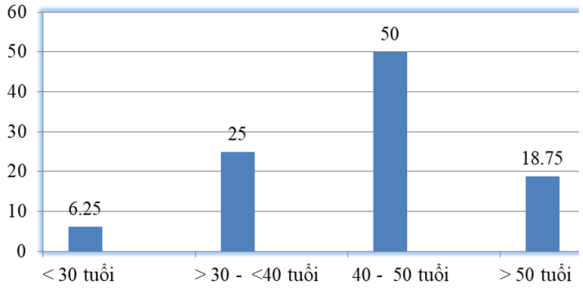
Phương pháp nút mạch. BN được giải thích về thủ thuật và nguy cơ trước can thiệp có sự đồng thuận bằng văn bản được lưu trữ trong hồ sơ bệnh án. Kháng sinh dự phòng được sử dụng trong vòng 6 giờ trước can thiệp. Kỹ thuật nút ĐM tử cung hai bên được thực hiện qua đường động mạch cánh tay, sử dụng mộ mở vào nòng mạch 5Fr, catheter vertebral 5F (Terumo, Japan), vi ống thông 2.7Fr (Progreat- Terumo, Japan). Vật liệu nút mạch được sử dụng bao gồm Embozene Microspheres (CeloNova BioSciences, Peachtree City, GA) với kích thước từ 250 µm đến 700 µm cho tới khi loại bỏ hoàn toàn khối u. Sau can thiệp, BN được ép và giữ bất động vùng chọc động mạch cánh tay trong vòng 6 giờ, và dùng thuốc giảm đau theo y lệnh (NSAIDs hoặc morphine nếu cần). Nếu không có biến chứng, BN sẽ được cho ra viện sau 1 ngày.

Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS version 20.0 SPSS Inc., IBM, Armonk, NY, USA). Các biến có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, phân tích bằng independent sample t test, các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ so sánh bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher. So sánh tương quan ghép cặp sử dụng test Paired Samples T Test (bao gồm các phương pháp kiểm định Paired Samples Statistics, Paired Samples Correlations và Paired Samples Test). Giá trị $P<0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 16 BN nữ có UCTTC được điều trị nút mạch và theo dõi dọc trong vòng 3 tháng. Độ tuổi trung bình là 42,38 ±8,7. Tuổi hay gặp nhất là từ 30-50 tuổi với tỷ lệ 75%, tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 24 tuổi, tuổi lớn nhất trong nghiên cứu là 53 tuổi, cụ thể

được minh họa trong (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: *Mối liên quan giữa tuổi và UCTTC*

Rong kinh là triệu chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 15/16 BN (93,75%), trong đó 9 BN rong kinh kèm đau bụng (56,25%). Chỉ một trường hợp đến viện vì đau bụng đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào có triệu chứng rối loạn đại tiểu tiện và các triệu chứng khác liên quan tới khối u (Bảng 1).

Bảng 1. Lý do vào viện liên quan tới UCTTC

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng đơn thuần	1	6,25
Rong kinh	6	37,50
Đau bụng và rong kinh	9	56,25
Khác (rối loạn tiểu tiện,…)	0	0
Tổng	**16**	**100**

Theo dõi ngay sau nút mạch, tất cả 16 BN trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau sau nút mạch, trong đó chủ yếu và đau nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ 87,5%. Có 02 BN đau nhiều chiếm tỷ lệ 12,5 %, cần phải dùng morphine. Không có BN nào có các tai biến sau can thiệp nút mạch (như chảy máu, nhiễm trùng, mất kinh…) hoặc sốt tại thời điểm từ khi làm can thiệp nút mạch tới theo dõi sau 3 tháng, không có biến chứng chảy máu hay máu tụ bất thường tại vị trí chọc động mạch cánh tay (Bảng 2).

Bảng 2. Mức độ đau ngay sau nút mạch

Mức độ đau sau nút	Số BN	Tỷ lệ (%)
Không đau	0	0
Đau nhẹ	7	43,75
Đau vừa	7	43,75
Đau nhiều	2	12,50
Tổng	**16**	**100**

Sau ba tháng nút mạch phần lớn BN không còn đau bụng hoặc có triệu chứng đau bụng giảm với tỷ lệ lần lượt là 37,5% và 56,2%, chỉ có một BN không giảm triệu chứng đau bụng (6,25%). Phần lớn BN không còn rong kinh sau ba tháng nút mạch, chiếm 31,2% và 62,5% BN giảm triệu chứng rong kinh, chỉ có một BN không giảm triệu chứng rong kinh, chiểm tỷ lệ 6,25%. (Bảng 3)

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng sau nút 03 tháng

Triệu chứng sau 3 tháng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	Không đau	06	37,5
	Giảm	09	56,25
	Không giảm	01	6.25
Rong kinh	Không rong kinh	05	31,25
	Giảm	10	62,5
	Không giảm	1	6,25

Đường kính trung bình khối u lớn nhất đo trên CHT xung T2W trước nút mạch là 94,06 ± 14,54mm và giảm xuống 82,38 ± 16,04mm sau nút mạch (trung bình 12,42%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,001). So sánh tương quan ghép cặp cho thấy sự giảm đường kính trước và sau nút là có mối tương quan rất gần với nhau (mối quan hệ nguyên nhân – kết quả với nhau) có ý nghĩa thống kê với P<0,001, (Bảng 4).

Bảng 4. Đường kính khối u trước và sau nút mạch 03 tháng

Đánh giá sau nút 3 tháng	Giá trị		P
KTTB trước nút (mm ± độ lệch chuẩn)	94,06 ± 14,54		< 0,001[1]
KTTB sau nút 03 tháng (mm ± độ lệch chuẩn)	82,38 ± 16,04		
So sánh tương quan ghép cặp	0.898		< 0,001[2]
So sánh mức độ khác biệt về đường kính sau nút mạch	Trung bình ± SD	11,69±7,05	< 0,001[3]
	Min- max	7,93-15,44	

Chú thích: 1. Test Paired Samples Statistics. 2. Test Paired Samples Correlations. 3. Test Paired Samples Test.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, độ tuổi mắc UCTTC trung bình là 40,5 và trong khoảng từ 26 đến 58 tuổi.[5] Tại Việt Nam, tuổi trung bình UCTTC là 39-41,7 tuổi, giao động từ 25 đến 54 tuổi theo nghiên cứu của tác giả Phạm Gia khánh và cs (2010)[6] và tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cộng sự (2011)[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 42,38 ±8,7 tuổi, giao động từ 24 đến 53 tuổi và 75% trong khoảng từ 30-50 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rong kinh chiếm 93,75%, trong đó có 56,25% BN vừa có triệu chứng đau bụng và rong kinh, đau bụng đơn thuần ít gặp, chỉ chiếm 6.25%. Phạm Gia Khánh[6], Nguyễn Xuân Hiền cũng báo cáo tỷ lệ rong kinh gặp ở 80,1 – 89,9% BN. Như vậy kết

quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trên. Có lẽ khi các khối u kích thước lớn thường gây ảnh hưởng tới lớp niêm mạc làm và dẫn đến rối loạn kinh nguyệt, rong kinh hoặc băng kinh[3]. Triệu chứng đau bụng đơn thuần ít được chú ý, có lẽ do bệnh tiến triển và chèn ép mạn tính nên đã có sự thích nghi.

Về diễn biến lâm sàng ngay sau nút mạch, triệu chứng đau xuất hiện ở tất cả các BN ngay sau nút mạch, trong đó đau nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ 87,5%. Chỉ 2/16 (12,5%) biểu hiện đau nhiều, cần dùng morphine. Laurent Brunereau và cs[8] thống kê cho thấy 90% BN có triệu chứng đau ngay sau nút mạch. Tỷ lệ tương ứng là 89,9% trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền[9]. Tỷ lệ đau sau can thiệp của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác được giải thích do các BN có khối u đường kính lớn, tăng sinh mạch nhiều, sử dụng số lượng hạt lớn để gây tắc mạch.

Khác với các nghiên cứu khác, chúng tôi sử dụng đường tiếp cận qua động mạch cánh tay để nút mạch UCTTC. Đường tiếp cận này có các ưu điểm hơn so với tiếp cận qua đường động mạch đùi đó là BN không cần phải nằm bất động tại giường sau can thiệp. Bởi như đã đề cập ở phía trên, triệu chứng đau sau can thiệp rất phổ biến, và đôi khi xảy ra ở mức độ nặng và liên tục, khi đó, nếu yêu cầu BN nằm yên bất động sẽ gây ra thêm sự khó chịu cho người bệnh. Việc áp dụng nút mạch qua đường động mạch cánh tay sẽ loại bỏ được bất tiện này

Tại thời điểm tháng sau nút mạch, 93,7% số BN có giảm triệu chứng lâm sàng rong kinh và đau bụng. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cs[7], tỷ lệ giảm của triệu chứng rong kinh và đau bụng lần lượt là 96,6% và 97,6%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi do nghiên cứu trên lựa chọn các BN có đường kính UCTTC đều nhỏ hơn 10cm và nếu là UCTTC dưới niêm mạc thì đường kính nhỏ hơn 5cm, với đường kính trung bình trong nghiên cứu là 47,3±19,3mm. Kết quả của Llewellyn và cộng sự[4] cho thấy nút mạch UCTTC có hiệu quả tốt trong giảm các triệu chứng lâm sàng và tăng mức độ hài lòng của người bệnh.

Đường kính khối u giảm trung bình 11.69±7.05mm tương ứng với khoảng 12,42% sau nút mạch. Mức độ phần trăm giảm đường kính khối u sau ba tháng của tác giả Lê Văn Khánh[10] (2016) là 12,3%, và của tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cs[7] (2011) là 10,1%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phần gần trăm tương đương nghiên cứu của tác giả Lê Văn Khánh[10] và cao hơn một chút so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hiền[7]. Nghiên cứu của các tác giả trên có đường kính u nhỏ hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (lần lượt là 50,6±23,5mm và 47,3±19,3mm). Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Lê Văn Khánh[10] có mức độ giảm đường kính nhiều hơn do sử dụng vật liệu là Embozene Microspheres còn của tác giả Nguyễn Xuân Hiền[7] sử dụng vật liệu là hạt polyvinyl alcohol. Llewellyn và cộng sự[4], cho thấy nút mạch UCTTC bất kể đường kính đều có hiệu quả tốt trong giảm đường kính của u với tỷ lệ phần trăm giảm của u đường kính lớn và nhỏ lần lượt là 48,0±19,9% và 53,2±24,3%, tuy nhiên trong thời gian đánh giá dài hơn. Nghiên cứu của Llewellyn và cộng sự cũng chỉ ra rằng nút mạch UCTTC đường kính lớn thường có thời gian can thiệp và thời gian nằm viện sau nút mạch dài hơn so với UCTTC đường kính nhỏ[4]. Tỷ lệ biến chứng và can thiệp lại đối với UCTTC là rất thấp và thường nhiều hơn ở các UCCTC đường kính lớn[4].

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nút mạch qua đường động mạch cánh tay cho thấy là an toàn và đạt hiệu quả ngắn hạn tốt với UCTTC trên 8cm đạt hiệu quả tốt, cải thiện cả đường kính UCTTC và triệu chứng lâm sàng sớm ngay sau ba tháng nút mạch. Cần thiết có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh và với thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glevin, K. and Palvio, P.** Uterine Myomas in Pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand,69: p.617-19; 1990.
2. **Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hinh.** Phụ Khoa Dành Cho Thầy Thuốc Thực Hành,. nhà xuất bản y học, tr88-108; 1999.
3. **Pavone D., Clemenza S., Sorbi F. and et al.** Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. Best Pract Res Clin obster gynaecol, 46, 3-11; 2018.
4. **Llewellyn O, Patel NR, Mallon D, Quinn SD, Hamady M.** Uterine Artery Embolisation for Women with Giant Versus Non-giant Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiovasc Intervent Radiol. 2020;43(5):684-693. doi:10.1007/s00270-019-02359-7
5. **Kitamura, Y., et al.,.** Imaging Manifestations of Complication Associated with Uterine Artery Embolization. Radiographics,; 2005.
6. **Phạm Gia Khánh.** Nghiên Cứu Ứng Dụng và Phát Triển Kỹ Thuật Can Thiệp Nội Mạch Điều Trị Một Số Bệnh. Chương trình Khoa học và Công nghệ trọng điểm cấp nhà nước KCI; 2010.
7. **Hiền NX.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phương Pháp Nút Động Mạch Tử Cung Trong Điều Trị u Cơ Trơn Tử Cung. Luận văn tiến sỹ y học. Đại học y Hà Nội; 2011.
8. **Zreik, T.G, et al.,.** Cryomyolysis a New Procedure for the Conservative Treatment of

Uterine Fibroids. J Am Assoc Gynecol Laparosc,; 1998.
9. **Nassera, s . B. and Isaac, T. M.** Myometrial Tumours. Current Obstetrics & Gynaccology, 14: p. 327-336.; 2004.
10. **Lê Văn Khánh.** Nghiên Cứu Kết Quả Ban Đầu Sử Dụng Hạt vi Cầu Embozene Trong Điều Trị u Có Trơn Tử Cung. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LICHTENSTEIN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Phạm Văn Thương[1], Phạm Văn Duyệt[1], Vũ Ngọc Sơn[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở người cao tuổi theo phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Gồm 40 bệnh nhân trên 60 tuổi được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 06/2020 đến hết tháng 06/2022. **Kết quả:** 100% bệnh nhân nam giới, tuổi trung bình 73,35, cao nhất là 91 tuổi. Chẩn đoán trước mổ 95% thoát vị bẹn nguyên phát, 5% thoát vị bẹn tái phát; tỷ lệ thoát vị bẹn phải cao hơn thoát vị bẹn trái (60% với 40%). Thời gian phẫu thuật trung bình 72,63 phút. Phần lớn bệnh nhân phục hồi sinh hoạt cá nhân trong vòng 24 giờ sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sớm là 15%, bao gồm bí tiểu, tụ máu vùng bẹn và tụ dịch vùng bìu. 38/40 bệnh nhân được theo dõi đến 6 tháng sau mổ, có 1 bệnh nhân đau mạn tính vùng bẹn, không trường hợp nào tái phát.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phương pháp Lichtenstein.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT OF LICHTENSTEIN HERNIORRHAPHY IN THE TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN ELDERLY AT VIET TIEP HOSPITAL

Objective: Evaluating the result of Lichtenstein herniorrhaphy in the treatment of inguinal hernia in elderly at Viet Tiep Hospital. **Method:** A prospective descriptive study with 40 patients, over sixty years old, retrospective and prospective who were treated by Lichtenstein herniorrhaphy at Viet Tiep Hospital from 06/2020 to 06/2022. **Results:** 100% male patients, the mean age was 73,35, the eldest was 91. 95% patients had preoperative diagnosis primary inguinal hernia; ratio of right ingunal hernia was highger then left side (60% vs 40%). Mean operation time was 72,63 minutes. Most patients returned to normal work within 24 hours of surgery. The over rate of complications occurring early after surgery was 15%, including urinary retention, inguinal hematoma and scrotal fluid collection. 38/40 patients were followed up to 6 months after surgery, recording 1 patient with chronic inguinal pain responding to medical treatment, no case of recurrent inguinal hernia.

Keywords: Hernia, Lichtenstein herniorrhaphy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa phổ biến gặp ở 1 – 5% dân số [1]. Một số nghiên cứu đa trung tâm cho thấy tỷ lệ thoát vị bẹn tăng dần theo tuổi, đặc biệt người cao tuổi là nhóm bị ảnh hưởng chính với tỷ lệ mắc khoảng 1,13% [2]. Người cao tuổi thường có bệnh tim mạch, hô hấp và một số bệnh lý khác kèm theo gây tăng áp lực ổ bụng, bên cạnh đó, cấu trúc cân cơ thành bụng bị suy yếu, thời gian mắc bệnh kéo dài dẫn đến thoát vị bẹn lớn gây khiếm khuyết và thiếu mô tại chỗ. Vì vậy, việc sử dụng lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn giúp hạn chế các nhược điểm của phương pháp sử dụng mô tự thân. Mặt khác, dù phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn có nhiều ưu điểm, tuy nhiên, đối với nhóm bệnh nhân cao tuổi, các nghiên cứu cho thấy việc phải gây mê nội khí quản và bơm khí CO2 dẫn đến tăng nguy cơ tai biến, biến chứng. Do vậy, phẫu thuật Lichtestein được nhiều tác giả lựa chọn để điều trị thoát vị bẹn ở người cao tuổi cho thấy tính an toàn và tỷ lệ tái phát thấp (~0,12%) [2].

Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng đã áp dụng nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn (Bassini, Desarda, nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc…), trong đó phương pháp Lichtenstein được triển khai từ năm 2009, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong điều trị thoát vị bẹn ở người cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu *"Đánh giá kết*

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp*
[2]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương
Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023
Ngày duyệt bài: 10.4.2023