

- treatment of hepatolithiasis: an experience of 116 cases. Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver. 2013;45(6):493-498. doi: 10.1016/j.dld.2013.01.003
2. **Lee JH, Kim HW, Kang DH, et al.** Usefulness of Percutaneous Transhepatic Cholangioscopic Lithotomy for Removal of Difficult Common Bile Duct Stones. Clin Endosc. 2013;46(1):65-70. doi:10.5946/ce.2013.46.1.65
 3. **Galetti F, De Moura Dth, Ribeiro Ib, et al.** Cholangioscopy-guided lithotripsy vs. conventional therapy for complex bile duct stones: a systematic review and meta-analysis. Arq Bras Cir Dig ABCD. 33(1):e1491. doi:10.1590/0102-672020190001e1491
 4. **Wang P, Chen X, Sun B, Liu Y.** Application of combined rigid choledochoscope and accurate positioning method in the adjuvant treatment of bile duct stones. Int J Clin Exp Med. 2015; 8(9):16550-16556.
 5. **Jeong EJ, Kang DH, Kim DU, et al.** Percutaneous transhepatic choledochoscopic lithotomy as a rescue therapy for removal of bile duct stones in Billroth II gastrectomy patients who are difficult to perform ERCP. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009;21(12):1358-1362. doi:10.1097/MEG.0b013e328326caa1
 6. **Lamanna A, Maingard J, Tai J, Ranatunga D, Goodwin M.** Percutaneous transhepatic Laser lithotripsy for intrahepatic cholelithiasis. Diagn Interv Imaging. 2019;100(12):793-800. doi:10.1016/j.diii.2019.05.007
 7. **Wang P, Sun B, Huang B, et al.** Comparison Between Percutaneous Transhepatic Rigid Cholangioscopic Lithotripsy and Conventional Percutaneous Transhepatic Cholangioscopic Surgery for Hepatolithiasis Treatment. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016;26(1):54-59. doi:10.1097/SLE.0000000000000222
 8. **Huang MH, Chen CH, Yang JC, et al.** Long-term outcome of percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotomy for hepatolithiasis. Am J Gastroenterol. 2003;98(12):2655-2662. doi:10.1111/j.1572-0241.2003.08770.x

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT LICHTENSTEIN TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Trần Nam Long¹, Hoàng Mạnh An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bụng bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein tại bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị bụng, được điều trị bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện 19-8 – Bộ Công an từ tháng 05 năm 2014 đến tháng 05 năm 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56,58 ± 19,08 tuổi. Tất cả là nam giới. Thoát vị bên trái, bên phải và hai bên lần lượt là 33,4%; 63,3% và 3,3%. Thoát vị trực tiếp 18,3% và gián tiếp 81,7%. Thoát vị nguyên phát 84,4% và tái phát 15,6%. Thời gian mổ trung bình 58,94 ± 14,38 phút. Không có tai biến do vô cảm và tai biến trong mổ. Sau mổ có 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ được điều trị ổn định. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình là 7,13 ± 2,82 ngày. Đánh giá kết quả sớm: tốt 98,9%; trung bình 1,1%. Thời gian trở lại lao động trung bình là 29,75 ± 7,30 ngày. Đánh giá kết quả muộn: tốt 88,9%; trung bình 8,9% và kém 2,2% (02 trường hợp tái phát). **Kết luận:** Điều trị thoát vị bụng bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein cho thời gian mổ chấp nhận được, thời gian nằm viện sau mổ ngắn, ít đau, tỷ lệ xuất hiện các biến chứng thấp,

tỷ lệ tái phát thấp.

Từ khóa: thoát vị bụng, Lichtenstein, phẫu thuật

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF INGUINAL HERNIA BY LICHTENSTEIN SURGICAL METHOD AT 19-8 HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of inguinal hernia treatment by Lichtenstein surgery at 19-8 Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective, cross-sectional, non-control study on 90 patients with inguinal hernia not combined with femoral hernia, were treated by Lichtenstein surgical method at 19-8 Hospital from May 2014 to May 2019. **Results:** Mean age 56.58 ± 19.08 years old. All are men. Left, right and bilateral hernias were 33.4%, respectively; 63.3% and 3.3%. Direct hernia 18.3% and indirect 81.7%. Primary hernia 84.4% and recurrence 15.6%. The average operative time was 58.94 ± 14.38 minutes. There were no complications due to insensitivity and intraoperative complications. After surgery, there was 1 case of surgical wound infection which was treated stably. The average number of days in hospital after surgery was 7.13 ± 2.82 days. Evaluation of early results: good 98.9%; 1.1% average. The average time to return to work is 29.75 ± 7.30 days. Evaluation of late results: good 88.9%; average of 8.9% and poor of 2.2% (02 cases of recurrence). **Conclusion:** Treatment of inguinal hernia by Lichtenstein surgical method gives acceptable operating time, short postoperative hospital stay, less pain, low incidence of complications, low recurrence rate.

Keywords: inguinal hernia, Lichtenstein, surgery

¹Bệnh viện 198 – Bộ Công an

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nam Long

Email: namlongtran87@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biên khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng một phần, một hoặc nhiều tạng trong ổ bụng rời khỏi vị trí bình thường thoát ra ngoài qua một điểm yếu ở vùng bẹn. Thoát vị bẹn là một bệnh rất phổ biến, điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu. Các kỹ thuật mổ dùng mổ tự thân như Bassini, McVay, Shouldice, đều có nhược điểm chung là đường khâu căng do phải kéo 2 mép cân cơ vốn khá xa nhau khâu lại với nhau, làm cho bệnh nhân đau nhiều sau mổ, sự phục hồi sinh hoạt cá nhân và lao động sau mổ bị chậm trễ; ngoài ra đường khâu căng còn làm cho lớp khâu tạo hình thiếu máu nuôi, sẹo lành không tốt, có thể dẫn đến tái phát [1]. Để hạn chế các nhược điểm của các phương pháp trên ngày nay người ta ứng dụng các phương pháp phẫu thuật có sử dụng mảnh ghép nhân tạo, đã mang lại kết quả tốt mà điển hình là phương pháp Lichtenstein. Được áp dụng từ những năm 80 thế kỷ trước, phương pháp này nổi bật lên nhờ tính đơn giản, ít đau, thời gian mổ và nằm viện ngắn, cho phép bệnh nhân sớm phục hồi sinh hoạt cá nhân và lao động sau mổ, tỷ lệ tái phát thấp [2]. Tại Việt Nam kỹ thuật này cũng đã được phổ biến rộng rãi và trở thành phẫu thuật được ưa chuộng trong điều trị thoát vị bẹn. Tại Bệnh viện 19-8, kỹ thuật này cũng đã được ứng dụng, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein tại bệnh viện 19-8.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 90 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn (trực tiếp, gián tiếp, thoát vị lần đầu hoặc tái phát, thoát vị 1 hoặc 2 bên, thoát vị bẹn nghẹt), được điều trị bằng phương pháp Lichtenstein, có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05 năm 2014 đến tháng 05 năm 2019.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19-8 – Bộ Công an (Cầu Giấy – Hà Nội).

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng.

Phân tích số liệu: phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dịch tễ và bệnh lý đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và bệnh lý đối

tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình	56,58 ± 19,08 tuổi (19 – 87)	
	Nhóm hết tuổi lao động	49	54,4%
Giới tính	Nam	90	100%
	Nữ	0	0%
Phân loại sức khỏe bệnh nhân	ASA I	59	65,5%
	ASA II	28	31,2%
	ASA III	3	3,3%
Đặc điểm khởi phát	Từ từ	81	90%
	Đột ngột	9	10%
Vị trí thoát vị	Trái	30	33,4%
	Phải	57	63,3%
	Hai bên	3	3,3%
Phân loại thoát vị theo giải phẫu	Trực tiếp	17	18,3%
	Gián tiếp	76	81,7%
Thoát vị nguyên phát và tái phát	Nguyên phát	76	84,4%
	Tái phát	14	15,6%

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,58 ± 19,08 trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi, già nhất là 87 tuổi, kết quả này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hương là 59,1 ± 15,7 [3], Nguyễn Minh Trọng 58,49 ± 16,22 [4]. Phân bố tuổi này phù hợp với kết quả đa phần các bệnh nhân thuộc nhóm hết tuổi lao động chiếm 54,4%. Về mặt giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân là nam giới, điều này phù hợp với thực tế đa phần các nghiên cứu về thoát vị bẹn cả trong nước và quốc tế đều cho kết quả nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới [3][4]. Phân loại sức khỏe theo ASA: 59/90 bệnh nhân không có bệnh toàn thân kèm theo xếp loại ASA I chiếm 65,5%; 28 bệnh nhân được xếp loại ASA II chiếm 31,2% và 3 bệnh nhân được xếp loại sức khỏe ASA III chiếm 3,3%. Các bệnh lý hô hấp, tim mạch là những yếu tố nguy cơ, liên quan đến phương pháp vô cảm để chúng ta chọn lựa gây tê tại chỗ và gây tê vùng, hạn chế chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo bằng kỹ thuật nội soi TAPP hoặc TEP vì phải gây mê nội khí quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh khởi phát từ từ chiếm 90%, khởi phát đột ngột chiếm 10% với triệu chứng chủ yếu là xuất hiện khối phồng chiếm 91,1%; đây cũng là triệu chứng chính buộc bệnh nhân phải vào viện giống như trong các nghiên cứu đi trước [3][4]. Chúng tôi quan sát thấy phần lớn các trường hợp là thoát vị bẹn 1 bên (96,7%) trong đó chủ yếu thoát vị

bên phải (63,3%), thoát vị bên trái ít hơn (33,4%) trong khi thoát vị bên 2 bên chỉ chiếm 3,3%. Theo Phạm Hữu Thông thoát vị bên 1 bên là 84% trong đó thoát vị bên bên phải chiếm 55%; thoát vị bên trái chiếm 41% [5], Nguyễn Đoàn Văn Phú thoát vị 1 bên là 89,6% trong đó thoát vị bên bên phải là 55,5% trong khi thoát vị bên trái là 34,1% và thoát vị bên 2 bên chiếm 10,4% [6]. Từ các nghiên cứu cho thấy thoát vị bên thường xảy ra bên phải hơn bên trái và ít xảy ra đồng thời cả hai bên.

Phân loại theo giải phẫu, thoát vị gián tiếp là 76 trường hợp chiếm 81,7% trong đó 74 bệnh nhân bị thoát vị 1 bên, 1 bệnh nhân bị thoát vị 2 bên (2 thoát vị), có 17 trường hợp thoát vị trực tiếp chiếm 18,3%, có 13 bệnh nhân bị thoát vị 1 bên và 2 bệnh nhân bị thoát vị 2 bên (4 thoát vị). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu đi trước là thoát vị chéo ngoài gặp nhiều hơn thoát vị trực tiếp và hỗn hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi thoát vị nguyên phát có 76 trường hợp chiếm 84,4%, tái phát có 14 trường hợp chiếm 15,6%. Theo Salman, thoát vị bên nguyên phát 92%, thoát vị bên tái phát 8% [7]. Từ các nghiên cứu chúng tôi thấy rằng tỷ lệ tái phát sau mổ thoát vị bên còn cao. Chính vì vậy lựa chọn phương pháp phẫu thuật để giảm tái phát là vấn đề rất quan trọng.

3.2. Đặc điểm kỹ thuật mổ

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật mổ

Đặc điểm	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp vô cảm + Gây tê tủy sống + Khác	90 0	100% 0%
Đường mổ + Đường phân giác + Đường song song cung đùi + Sẹo mổ cũ	69 10 14	74,2% 10,7% 15,1%
Xử lý bao thoát vị + Khâu lộn cổ túi + Cắt túi thoát vị	17 76	18,3% 81,7%
Thời gian phẫu thuật + 30 – 49 phút + 50 – 69 phút + 70 – 89 phút + ≥ 90 phút + Trung bình	16 54 15 5 (3 trường hợp 2 bên)	17,8% 60,0% 16,7% 5,5%
	58,94 ± 14,38 phút	
Kích thước mảnh ghép + Polypropylen 6x11 cm + Khác	90 0	100% 0%
Cách cố định mảnh ghép + Mỗi khâu vắt vào cung đùi	90	100%

kết hợp mỗi rời + Khác	0	0%
Dẫn lưu vết mổ + Không dẫn lưu + Có dẫn lưu	90 0	100% 0%
Tai biến trong mổ + Không + Có	90 0	100% 0%

90 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi được gây tê tủy sống chiếm 100%. Trong và sau mổ chưa phát hiện tai biến và biến chứng của phương pháp vô cảm này. Quá trình mổ thực hiện kỹ thuật không gặp trở ngại gì. Cho đến hiện nay, quan điểm của các tác giả trên thế giới về phương pháp vô cảm vẫn chưa thống nhất trong phẫu thuật thoát vị bên. Riêng ở Việt Nam ít sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ. Phương pháp vô cảm thường được áp dụng cho các phẫu thuật thoát vị vùng bên trong các cơ sở y tế là gây tê tủy sống. Theo Nguyễn Văn Liễu, gây tê tủy sống chiếm 88,76%, gây mê nội khí quản 7,87%, tê tại chỗ 3,37% [8]. Theo Vương Thừa Đức vẫn chủ trương sử dụng gây tê tủy sống trong phẫu thuật thoát vị bên [9].

Tùy theo thói quen và kinh nghiệm của mỗi người và có thể tùy theo vị trí, tính chất khối thoát vị mà có thể chọn đường rạch da theo đường phân giác của góc tạo bởi bờ ngoài cơ thẳng bụng và nếp bên hoặc rạch da song song và trên dây chằng bên 2 – 3 cm hoặc theo vết mổ cũ (trong trường hợp mổ thoát vị bên tái phát). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 69 trường hợp mổ theo đường phân giác giữa bờ ngoài cơ thẳng to và cung đùi chiếm 74,2%, có 10 bệnh nhân mổ theo đường song song cung đùi chiếm 10,7% và có 14 bệnh nhân mổ theo đường sẹo mổ cũ chiếm 15,1%. Dù chọn đường rạch da nào đi nữa, thì vết mổ phải đủ rộng, để dễ dàng phẫu tích từng lớp từ nông đến sâu, phẫu trường rộng, giúp cầm máu tốt, bóc tách bảo tồn các sợi thần kinh, mạch máu, các thành phần của thừng tinh.

Nguyên tắc của Lichtenstein là tấm lưới nhân tạo phải có kích thước đủ rộng để che phủ và vượt quá chỗ yếu của thành sau ống bên. Như vậy, bờ trên của tấm lưới phải vượt quá gân kết hợp, bờ dưới của tấm lưới phải phủ và vượt quá dây chằng bên, đầu dưới phải che phủ và vượt quá của mu 2 – 3cm, đầu ngoài phải che kín và vượt quá lỗ bên 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. Do đó, việc xác định kích thước tấm lưới rất quan

trọng không sợ dư mà chỉ sợ thiếu. Tấm lưới nhỏ hơn vùng yếu của thành ống ben sẽ gây hậu quả tái phát sớm. Nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng loại mảnh ghép Polypropylene có kích thước 6x11 cm cho tất cả các trường hợp. Tùy từng bệnh nhân mà chúng tôi có thể cắt bớt tấm lưới cho phù hợp. Đầu trong của tấm lưới cắt vát hai góc thành dạng hình chữ U tương ứng với dạng giải phẫu của thành ống ben. Đầu ngoài, không cần cắt bớt mà để nguyên, chỉ xẻ dọc 2/3 trên và 1/3 dưới để ôm lấy thùng tinh và khâu cố định hai lá chông lên nhau tạo lỗ ben sâu đủ chặt. Nếu thừa cắt bớt hoặc chôn dưới cân cơ chéo bụng ngoài.

Thời gian mổ được tính từ lúc rạch da đến khi khâu da xong. Thời gian mổ từ 50 đến 69 phút chiếm số lượng lớn nhất 60 %, tiếp theo là số bệnh nhân thời gian mổ từ 30 đến 49 phút chiếm 17,8 %, còn lại 70 đến 89 phút chiếm 16,7 %, từ 90 phút trở lên chiếm 5,5 %. Thời gian mổ phụ thuộc vào tính chất mức độ phức tạp bệnh của bệnh nhân, và quan trọng nhất là trình độ của phẫu thuật viên. Thời gian mổ trung bình $58,94 \pm 14,38$ phút, trong đó bệnh nhân mổ nhanh nhất 40 phút, lâu nhất 110 phút. Thời gian mổ trung bình của Vương Thừa Đức là $35 \pm 8,2$ phút [9]. Theo Negro, kỹ thuật Lichtenstein, thời gian phẫu thuật trung bình $61,2 \pm 14,5$. Thời gian mổ của chúng tôi dài hơn Vương Thừa Đức, tương đồng với Negro. Như vậy thời gian mổ của chúng tôi có thể chấp nhận được so với các tác giả trong và ngoài nước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng mỗi khâu vát cho đường khâu bờ dưới tấm lưới vào cung đùi còn các vị trí khác chúng tôi cố định bằng mỗi rời. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều không đặt dẫn lưu và không gặp tai biến trong mổ.

3.3. Đánh giá sớm sau mổ

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ

Nội dung đánh giá	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau + Đau nhẹ + Đau vừa	53 37 (gồm 3 BN thoát vị 2 bên)	58,9% 41,1%
Biến chứng sớm + Do vô cảm + Nhiễm khuẩn vết mổ + Khác	0 01 0	0% 1,11% 0%
Thời gian phục hồi vận động + 1 ngày + 2 ngày + 3 ngày	62 27 01	68,9% 30% 1,1%

Ngày nằm viện sau mổ + ≤ 8 ngày + 9 – 12 ngày + > 12 ngày + Trung bình	75 11 4	83,4% 12,2% 4,4%
	$7,13 \pm 2,82$ ngày	
Kết quả sớm sau mổ + Tốt + Trung bình	89 01	98,9% 1,1%

Trong 90 bệnh nhân có 53 bệnh nhân đau nhẹ chỉ cần dùng thuốc giảm đau không gây nghiện paracetamol truyền tĩnh mạch trong 1 đến 2 ngày. Có 37 bệnh nhân đau vừa phải dùng thuốc giảm đau paracetamol truyền tĩnh mạch từ 3 đến 4 ngày. Không có bệnh nhân nào ở mức độ đau nhiều và đau rất nhiều. Về biến chứng sớm sau mổ, không có biến chứng do vô cảm, chỉ có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ được thay băng, chăm sóc vết mổ, dùng kháng sinh, sau đó bệnh nhân ổn định bình phục tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62 bệnh nhân phục hồi vận động ở ngày thứ nhất chiếm 68,9 %, phục hồi vận động chậm nhất là sau 3 ngày có 1 bệnh nhân chiếm 1,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $7,13 \pm 2,82$ ngày, trong đó sớm nhất là 3 ngày và dài nhất là 22 ngày. 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 chiếm 76%. Những bệnh nhân nằm viện dài hơn 3 ngày do có biến chứng: tụ máu, tụ dịch [5]. Bringman (103 trường hợp) có 92% được xuất viện trong 24 giờ [10]. Trong nghiên cứu của Lichtenstein đa số bệnh nhân đều được xuất viện trong ngày, là do ông áp dụng phương pháp gây tê tại chỗ cho tất cả các trường hợp, nên có thể phục hồi ngay sau mổ và có thể tự đi về phòng. Hơn nữa giá thành một ngày nằm viện tại Mỹ và Châu Âu là rất cao, do đó khi bệnh nhân ổn định thì cho xuất viện sớm giúp giảm chi phí điều trị. Ngược lại giá thành nằm viện tại Việt Nam thấp hơn rất nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện khá dài và thời gian nằm viện từ 7 ngày trở lên chiếm 21,52% do đây là bệnh viện công an, các bệnh nhân là công an hoặc người thân muốn nằm điều trị thêm theo chế độ của họ. Đây là yếu tố ngoài chuyên môn không liên quan đến kỹ thuật mổ.

Đánh giá chung, trong số 90 trường hợp chúng tôi phẫu thuật có 1 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ phải thay băng hàng ngày, cấy khuẩn, đổi kháng sinh được xếp vào loại trung

bình. Còn 89 trường hợp sau mổ ổn định được đánh giá kết quả tốt chiếm 98,9%.

3.4. Đánh giá muộn sau mổ

Bảng 4. Kết quả muộn sau mổ

Nội dung đánh giá	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian trở lại lao động		
+ 10 – 15 ngày	2	2,2%
+ 16 – 20 ngày	19	21,1%
+ 21 – 30 ngày	44	48,9%
+ > 30 ngày	25	27,8%
+ Trung bình	29,75 ± 7,30 ngày	
Biến chứng muộn sau mổ		
+ Tái phát	2	2,2%
+ RLCG vùng bẹn bìu	6	6,7%
+ RLCG vùng trên xương mu	7	7,8%
+ Đau vết mổ	8	8,9%
Đánh giá kết quả muộn		
+ Tốt	80	88,9%
+ Khá	8	8,9%
+ Kém	2	2,2%

Thời gian trở lại lao động, được tính từ ngày mổ đến khi trở lại công việc bình thường như trước mổ. Nó liên quan đến nhiều khía cạnh như vấn đề về kinh tế, văn hóa, xã hội, sự hiểu biết của bệnh nhân, phong tục tập quán, hệ thống bảo hiểm và công việc của bệnh nhân. Những người làm công việc nhẹ như văn phòng, buôn bán thì họ thường quay trở lại công việc sớm hơn so với những người làm công việc nặng nhọc như khuân vác, làm ruộng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian hoạt động trở lại trung bình là 29,75 ± 7,30 ngày, trong đó ngắn nhất là 15 ngày và dài nhất là 45 ngày. Vì trong nhóm nghiên cứu có nhiều người trên 60 tuổi đã hết tuổi lao động và do tâm lý của người nhà con cháu muốn họ nghỉ ngơi nên các bệnh nhân không đặt nặng việc lao động trở lại. Kark mô trên 3175 bệnh nhân có thời gian trở lại lao động trung bình là 8 ngày, trong đó những người làm công việc nặng nhọc là 12 ngày, còn những người làm việc văn phòng, những công việc nhẹ là 7 ngày [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp đau vùng bẹn bìu sau mổ chiếm 8,9% có hoặc không kèm theo rối loạn cảm giác bẹn bìu. Tuy nhiên những bệnh nhân này chúng tôi không cần dùng bất cứ phương pháp điều trị gì, các triệu chứng tự thuyên giảm dần theo thời gian. Lý giải cho điều này 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 chồng 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.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân tái phát trong số 90 trường hợp tại khám được chiếm tỷ lệ 2,2%. Phần lớn các phẫu thuật viên cho rằng, tái phát sau mổ đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn thường xảy ra trong năm đầu tiên và ít khi xảy ra trong những năm về sau. Nguyên nhân tái phát thường do sai phạm về mặt kỹ thuật như: phẫu tích không đủ rộng, tấm lưới nhỏ không phủ hết thành sau ống bẹn, khi đặt trải tấm lưới không phẳng bị gập hoặc xoắn. Tỷ lệ tái phát còn phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, phương pháp vô cảm, kỹ thuật cố định tấm lưới và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, loại thoát vị, yếu tố gia đình, cấu tạo mô liên kết, thoái hóa mô liên kết, và hồi phục sau mổ. Sau khi tái khám và nghiên cứu lại hồ sơ của bệnh nhân tái phát chúng tôi nghĩ đến nguyên nhân tái phát là do phẫu thuật viên đặt tấm lưới nhỏ không che phủ hết được thành sau ống bẹn.

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị bẹn là bệnh phổ biến. Điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein là một phương pháp được ưa chuộng trên thế giới và tại Việt Nam, cho thời gian mổ chấp nhận được, thời gian nằm viện sau mổ ngắn, ít đau, tỷ lệ xuất hiện các biến chứng thấp, tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Thừa Đức (2003), "Kết quả lâu dài của kỹ thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn", Y học TP. Hồ Chí Minh, 7(1), tr. 181 - 186.
2. M. Kurzer, P. A. Belsham and A. E. Kark (2003) The Lichtenstein repair for groin hernias. Surg Clin North Am, 83 (5), pp. 1099-1117.
3. Nguyễn Văn Hương (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị bẹn nghẹt tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An", Y học thực hành. 907(3), tr. 65 - 69.
4. Nguyễn Minh Trọng (2008), "Nghiên cứu kỹ thuật và kết quả điều trị của phương pháp Shouldice cải biên trong điều trị thoát vị bẹn ở người lớn", Luận văn thạc sĩ y học, Học Viện Quân Y.
5. Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công, Phạm Tôn Ngọc Vũ (2010), "Kết quả phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn dưới gây tê tủy sống và gây mê", Y học TP. Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 134 - 139.
6. Nguyễn Đoàn Văn Phú (2015), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn bằng

- tấm lưới nhân tạo có nút (MESH-PLUG”), Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Huế.
7. **Salman** (2011) A. H., “Analysis of tension free (Mesh plug and patch) inguinal hernia repair”. *Iraqi J. Med*, 2, pp. 138-146.
 8. **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.
 9. **Vương Thừa Đức** (2004) Ứng dụng kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8 (1), tr. 485 - 493.
 10. **Bringman S., Ramel S., Heikkinen T. J. et al** (2003), “Tension-free inguinal hernia repair: TEP versus mesh-plug versus Lichtenstein: a prospective randomized controlled trial”. *Ann Surg*, 237 (1), pp. 142-147.

PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ BẤT THƯỜNG THÔNG SÀN NHỈ THẤT BÁN PHẦN: KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT SỬA TOÀN BỘ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH-BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Mai Đình Duyên¹, Nguyễn Lý Thịnh Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu ứng dụng phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh thông sàn nhĩ thất bán phần tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 8 năm 2022, các bệnh nhân được chẩn đoán bất thường tim bẩm sinh thông sàn nhĩ thất bán phần được phẫu thuật ít xâm lấn qua đường dọc giữa nách bên phải tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương được tiến hành hồi cứu. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, có tổng số 16 bệnh nhân thông sàn nhĩ thất bán phần được phẫu thuật ít xâm lấn được thu thập vào nghiên cứu. Có 7 bệnh nhân nam và 9 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình và cân nặng trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu lần lượt là 23.8 tháng (IQR, 13.7-57.7 tháng) và 10.7 kg (IQR, 8.3-14.8 kg). Có 14 bệnh nhân (87.5%) có hở van hai lá trung bình-nặng trước phẫu thuật, chỉ có 2 trường hợp (12.5%) có hở van hai lá mức độ nhẹ. Tất cả các bệnh nhân được thông khí 1 phổi trong quá trình phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 185 ± 31.6 phút, thời gian cấp động mạch chủ trung bình là 71.7 ± 21.4 phút. Không có bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân có tổn thương đường dẫn truyền cần đặt máy tạo nhịp 2 buồng vĩnh viễn sau phẫu thuật. Có 1 bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngay tại phòng mổ. Thời gian thở máy trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 10.4 ± 7.4 giờ. Kết quả kiểm tra sau phẫu thuật không có shunt tồn lưu qua vách liên nhĩ, tất cả các bệnh nhân không hở van hai lá hoặc hở mức độ rất nhẹ. Lồng ngực của các bệnh nhân không bị biến dạng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả ban đầu phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bất thường tim bẩm sinh thông sàn nhĩ thất bán phần là khả quan. Cần có số lượng bệnh nhân nghiên cứu nhiều hơn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá chính xác hơn nữa phương pháp điều trị này.

Từ khóa: thông sàn nhĩ thất bán phần, phẫu thuật ít xâm lấn, bệnh tim bẩm sinh

SUMMARY

SHORT-TERM RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL REPAIR FOR PARTIAL ATRIOVENTRICULAR SEPTAL DEFECT AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Evaluate the short-term outcomes of minimally invasive surgical repair for partial atrioventricular septal defect at Heart Center-Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** From August 2019 to August 2022, all patients diagnosed with partial atrioventricular septal defect who underwent minimally surgical repair using the right vertical infra-axillary mini-thoracotomy approach at Vietnam National Children's Hospital were retrospectively reviewed. **Results:** There were 16 patients collected during the study period. There were 7 males and 9 females. Patients' median age and median weight was 23.8 months (IQR, 13.7-57.7 months) and 10.7 kg (IQR, 8.3-14.8 kg). Fourteen patients (87.5%) had moderate mitral valve regurgitation, and two patients (12.5%) had mild mitral regurgitation before surgery. Single lung ventilation was applied for all patients during surgical repair. The mean time for surgical repair and aortic cross-clamp time was 185 ± 31.6 minutes, and 71.7 ± 21.4 minutes, respectively. There was no mortality in this study. One patient required permanent pacemaker due to complete atrioventricular block. One patient was extubated immediately in the operating room after operation. The mean ventilation time was 10.4 ± 7.4 hours. Last visit follow-up revealed no residual shunt across the interatrial septum, and all patients had no or trivial mitral valve regurgitation at the echocardiography. There was no chest deformity at the last follow-up of all patients. **Conclusion:** Short-term results of minimally invasive surgical repair for treatment of partial atrioventricular septal defect were satisfactory. Further investigation with longer time of follow-up and bigger cohort is necessary.

Keywords: partial atrioventricular septal defect, minimally invasive surgery, congenital heart defect

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nltruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023