

- Motoyama D, Sato R, Watanabe K, et al.** Perioperative outcomes in patients undergoing robot-assisted partial nephrectomy: comparative assessments between complex and noncomplex renal tumors. *Asian J Endosc Surg.* 2021;14:379-385.
- Klingler DW, Hemstreet GP, Balaji KC.** Feasibility of robotic radical nephrectomy—initial results of single-institution pilot study. *Urology.* 2005;65:1086-1089.
- Jeong IG, Khandwala YS, Kim JH, et al.** Association of robotic-assisted vs laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and health care costs, 2003 to 2015. *JAMA.* 2017;318:1561-1568.
- Gershman B, Bukavina L, Chen Z, et al.** The association of robot-assisted versus pure laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and hospital costs. *Eur Urol Focus.* 2020;6:305-312.
- Anele UA, Marchioni M, Yang B, et al.** Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi-institutional analysis (ROSULA Collaborative Group). *World J Urol.* 2019;37:2439-2450.
- Asimakopoulos AD, Miano R, Annino F, et al.** Robotic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review. *BMC Urol.* 2014;14:75.
- Motoyama D, Matsushita Y, Watanabe H, et al.** Significant impact of three-dimensional volumetry of perinephric fat on the console time during robot-assisted partial nephrectomy. *BMC Urol.* 2019;19:132.
- Shen D, Du S, Huang Q, et al.** A modified sequential vascular control strategy in robot-assisted level III-IV inferior vena cava thrombectomy: initial series mimicking the open 'milking' technique principle. *BJU Int.* 2020;126:447-456.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHỨNG THỪA MỠ MI DƯỚI

Phạm Văn Thương¹, Nguyễn Đức Thành², Bùi Phương Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng chứng thừa mỡ mi dưới được điều trị bằng phẫu thuật đường mổ qua da tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2022 – 9/2023 và đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán chứng thừa mỡ mi dưới và có chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2022 – 9/2023. Nghiên cứu mô tả lâm sàng không đối chứng, tiến cứu. **Kết quả:** 32 bệnh nhân được phẫu thuật mỡ thừa mi dưới chủ yếu là nữ (90%). 100% số mắt sau phẫu thuật mi mắt nhắm kín, không có lật mi, không có tổn thương bề mặt nhãn cầu, không có song thị, không sưng nề kết mạc mắt. 100% bệnh nhân hài lòng tuyệt đối sau 6 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mỡ thừa mi dưới là phương pháp dễ thực hiện, cho kết quả tốt và an toàn. **Từ khóa:** Tạo hình thẩm mỹ mi mắt, mi dưới.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND SURGICAL RESULTS OF TREATMENT OF SYMPTOMS EXCESS LOWER EYELID FAT

Objectives: Describe the clinical characteristics of excess lower eyelid fat treated with percutaneous incision surgery at Viet Tiep Hospital from 9/2022 to 9/2023 and evaluate the surgical results of this group.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

Material and method: 30 patients was diagnosed with excess lower eyelid fat and indicated for surgical treatment at Viet Tiep Hospital from 9/2022 – 9/2023. Non-controlled, prospective, clinical descriptive study.

Result: The 32 patients who had surgery for excess lower eyelid fat were mainly female (90%). After surgery, there was no patient reported lagophthalmos, ectropion or damage to the eyeball surface. 100% of patients were absolutely satisfied 6 months after surgery. **Conclusion:** Blepharoplasty lower eyelid is an easy method to perform, gives good and safe results. **Keywords:** Blepharoplasty, lower eyelid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa mỡ mi dưới là sự tăng thể tích mỡ ở mi mắt dưới dẫn đến sự lồi lên của mi dưới [1]. Tình trạng lão hóa da, cơ vòng mi và vách ổ mắt suy yếu gây tình trạng thoát vị các túi mỡ mi dưới khỏi vị trí giải phẫu ban đầu, tạo nên một vùng lồi tại mi dưới ngay trên rãnh lệ. Sự thay đổi này ảnh hưởng rất lớn tới thẩm mỹ của bệnh nhân, khiến khuôn mặt trở nên mệt mỏi và già nua [2].

Thừa mỡ mi dưới gặp ở cả giới nam và nữ nhưng giới nữ thường thấy nhiều hơn, tỉ lệ nữ giới có độ tuổi trên 50 tuổi chiếm tới 64,3% [3]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mi dưới. Năm 1920, trường hợp phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới đầu tiên do Madame Noël's tiến hành đã ghi chép lại [1]. Năm 2005, Paul S. Nassif đưa ra sự thay đổi cơ bản của tạo hình mí mắt dưới trước đó: tái định vị mỡ qua đường mổ kết mạc [4].

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu và báo cáo trong các hội nghị khoa học cho thấy các phẫu

thuật thẩm mỹ mi mắt, trong đó có phương pháp điều trị chứng thừa mỡ mi dưới được ứng dụng.

Bài báo này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị chứng thừa mỡ mi dưới bằng đường mổ qua da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán chứng thừa mỡ mi dưới và có chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 9/2022 – 9/2023

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

- Được chẩn đoán chứng thừa mỡ mi dưới có chỉ định và được điều trị bằng phẫu thuật đường mổ qua da.

- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án có đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu..

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đang có viêm nhiễm vùng cần can thiệp hoặc các bệnh về mắt.

- Những trường hợp mỡ mi dưới do chấn thương hay dị tật bẩm sinh.

- Những trường hợp tâm lý không ổn định, có biểu hiện tâm thần.

- Chống chỉ định: Bệnh nhân chỉ có da chùng đơn thuần, thiếu mỡ ổ mắt, hoặc bệnh nhân thuộc rãnh lệ loại 2: thiếu tổ chức mô mỡ vùng má.....

- Bệnh nhân có kì vọng quá cao không thực tế về kết quả sau mổ.

2.2. Kỹ thuật. Các bệnh nhân được khám và đánh giá tình trạng trước mổ. Bệnh nhân ngồi đối diện phẫu thuật viên. Phẫu thuật viên phân loại tình trạng thừa mỡ mi dưới và các biến dạng tại vùng mi dưới như tình trạng rãnh lệ, màu sắc da mi dưới.

Đánh giá tình trạng thừa mỡ mi dưới theo 4 mức độ:

- S= -1: Vùng mỡ rất nổi
 - S= 0: Vùng mỡ mi dưới đáng chú ý nhẹ
 - S= +1: Không có vùng mỡ mi dưới
 - S= +2: Rong mỡ quanh hốc mắt
- Rãnh lệ theo phân loại bởi Mohammed G. Turkmani.

- Loại 1: Đồi
- Loại 3: Đồi – thung lũng
- Loại 4: Đồi – thung lũng – đồi – thung lũng
- Loại 5: Hỗn hợp.

Màu sắc da mi dưới so với da vùng mặt của bệnh nhân (so với da mi trên, da vùng má...) tính theo thang điểm Fitzpatrick:

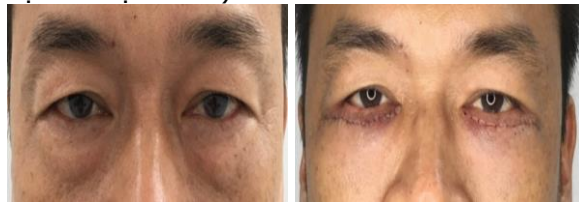
- I Trắng

- II Trắng hồng
- III Vàng
- IV Ô liu, nâu nhạt
- V Nâu sẫm
- VI Đen

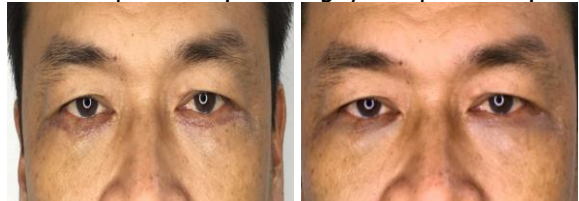


Hình 1: Đặc điểm lâm sàng trước mổ

- (1. Thừa mỡ S=0 và rãnh lệ loại 1. Chỉ có 1 vùng lõm đơn thuần
- 2. Thừa mỡ S=1 và rãnh lệ loại 3, có 1 vùng lõm dưới đó là 1 vùng lõm
- 3. Thừa mỡ S=1 và rãnh lệ loại 4, bao gồm 2 phần lõm và 2 phần lõm xen kẽ
- 4. Thừa mỡ S=1 và rãnh lệ loại 5, bao gồm 2 loại rãnh lệ 3 và 4)



Trước phẫu thuật Ngay sau phẫu thuật



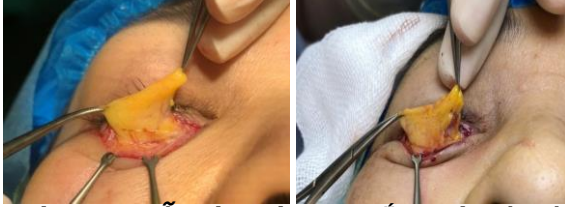
Sau phẫu thuật 1 tuần - Sau phẫu thuật 6 tháng
Hình 2: Tiến triển phẫu thuật mí dưới trong 6 tháng

Trước phẫu thuật bệnh nhân ngồi hoặc đứng thẳng đối diện phẫu thuật viên để xác định tình trạng thừa mỡ và thiết kế đường mổ.

Sau khi được sát khuẩn, bệnh nhân được gây tê bằng hỗn hợp Lidocain 1mg/1ml pha với Adrenaline 1% với tỷ lệ 1:200.000. Tiền tê tại chỗ toàn bộ vùng mi dưới và màng xương bờ dưới ổ mắt.

Rạch dọc theo bờ mi dưới, cách bờ mi khoảng 2mm. Đường rạch kéo dài từ giới hạn

ngoài của góc mắt trong đến góc mắt ngoài và tiếp tục kéo dài chệch một đường ra ngoài xuống dưới của đuôi mắt. Dùng kéo phẫu tích bóc tách bộc lộ cơ vòng mi - vách ổ mắt. Tiến hành cắt một phần cơ vòng mi đối với các trường hợp cơ vòng mi quá lớn. Bộc lộ các túi mỡ, đánh giá và xử trí theo các trường hợp:



Hình 3: Phẫu tích vào mi mắt dưới bộc lộ túi mỡ

Trường hợp 1: Lấy bỏ mỡ (với các trường hợp không đàn mỡ ổ mắt)

- Các túi mỡ được đàn trải và xác định lượng cần cắt bỏ hợp lý bằng dao điện.



Hình 4. Một phần túi mỡ và da chùng sau khi được lấy bỏ

Trường hợp 2: Đàn mỡ ổ mắt

Các túi mỡ được phẫu tích bảo toàn cuống. Sau đó, tạo một đường rạch phía dưới của chỗ bám vách ổ mắt vào màng xương bờ dưới ổ mắt. Bóc tách rộng về xa hơn phía dưới từ giữa của nếp mi gò má đến cạnh mũi. Đàn đều mỡ ổ mắt vào trong khoang bóc tách.

Trường hợp 3: Đàn mỡ ổ mắt và lấy bỏ một phần mỡ thừa (kết hợp cả trường hợp 2 và trường hợp 1)

Sau khi đàn mỡ ổ mắt tiến hành đánh giá mi dưới còn lồi, tiến hành cắt một phần mỡ thừa.

Tiến hành đánh giá lượng da thừa bằng cách kéo vạt da lên trên mi mắt, yêu cầu bệnh nhân ngược mắt tối đa lên trên để cắt lượng da thừa.

Khâu đóng da bằng chỉ Nylon 6.0 khâu mũi đơn hoặc khâu vát.



Hình 5. Khâu da bằng chỉ nylon 6.0 mũi rời

Kết quả là sự đánh giá của bệnh nhân về kết quả điều trị với 4 tiêu chí gồm tình trạng túi mỡ,

rãnh lệ, tình trạng seo, chức năng mi mắt, đưa ra đánh giá cuối cùng về kết quả điều trị sau 6 tháng.

+ Hải lòng tuyệt đối: bệnh nhân hải lòng với kết quả sau phẫu thuật.

+ Hải lòng tương đối: bệnh nhân hải lòng với kết quả sau phẫu thuật nhưng có kì vọng, nguyện vọng ý kiến thêm.

+ Không hải lòng: bệnh nhân không hải lòng với kết quả phẫu thuật, mong muốn sớm được phẫu thuật, điều trị tiếp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 9/2022 – 9/2023 tại Khoa Điều trị yêu cầu Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, có 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, thu được những kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi và giới. Nhóm tuổi chủ yếu ở độ tuổi trên 50 (66,7%) với đa số là nữ giới (90%)

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng. Lý do vào viện chủ yếu là thừa mỡ mi dưới với 23/30 bệnh nhân chiếm 76,7%. Có 2/30 bệnh nhân (6,7%) vào viện vì cả 2 lý do thừa mỡ mi dưới và rãnh lệ sâu. Phân loại rãnh lệ theo Mohamed G.T. thì Rãnh lệ số loại 3 (đôi – trung lũng) là phổ biến nhất với 17/30 bệnh nhân chiếm 56,7%, tiếp đến là loại 1 (đôi) chiếm 33,33%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật. 100% bệnh nhân không có tổn thương nhãn cầu, không có lật mi, trĩ mi, không song thị, không sưng nề kết mạc mắt. 100% bệnh nhân có chức năng mi dưới tốt

3.2.2. Tỷ lệ hải lòng của người bệnh

Sau điều trị 1 tuần tất cả 30 bệnh nhân đều cho đánh giá ở mức hải lòng tuyệt đối hoặc tương đối, không có bệnh nhân không hải lòng.

- Thừa mỡ mi dưới 100% bệnh nhân đều hải lòng tuyệt đối.

- Rãnh lệ: 28 bệnh nhân (93,3%) hải lòng tuyệt đối.

- Chức năng mi mắt: 26 bệnh nhân (86,7%) hải lòng tuyệt đối.

- Seo: 25 bệnh nhân (83,3%) hải lòng tuyệt đối.

- Đánh giá điều trị chung: 21 bệnh nhân (70%) hải lòng tuyệt đối, 9 bệnh nhân (30%) hải lòng tương đối.

Sau điều trị 6 tháng, 100% bệnh nhân không có biến chứng và 100% bệnh nhân hải lòng tuyệt đối

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành khảo sát với 30 đối tượng trong đó chủ yếu là

giới nữ, chiếm 90%. Sự chênh lệch này thể hiện rõ nhu cầu về phẫu thuật mi dưới hầu hết là ở giới nữ. Độ tuổi thực hiện phẫu thuật mi dưới đang được quan tâm và trẻ hóa hơn khi có tình trạng bọng mỡ mi dưới nổi rõ. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $53,7 \pm 9,7$ tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất 28 tuổi, lớn nhất 67 tuổi. Chúng tôi chia làm 2 nhóm tuổi: từ 25 – 50 tuổi và > 50 tuổi. Nhóm trên 50 tuổi chiếm đa số với 66,7%, điều này phù hợp với qui luật già hóa theo tuổi nhưng nhu cầu thẩm mỹ cũng còn khá cao ở lứa tuổi này. Ở nhóm tuổi trên 50 người phụ nữ phải đối diện với rất nhiều nguyên nhân dẫn đến sự lão hoá như: tình trạng mãn kinh, stress công việc, những lo toan trong gia đình và cả sự phơi nhiễm thời gian dài với các tác nhân ô nhiễm từ môi trường... Chính sự tác động tổng hợp của nhiều nguyên nhân như vậy khiến cho những người phụ nữ trong độ tuổi này gặp nhiều thay đổi về hình thái giải phẫu trên toàn bộ cơ thể, trong đó vùng mi dưới có nhiều biến đổi dễ thấy và rõ rệt nhất. Do vậy, nhóm đối tượng này đã trở thành đối tượng chính trong phẫu thuật mi dưới trong giai đoạn hiện nay. Trong các lý do khiến bệnh nhân đến bệnh viện để phẫu thuật mi dưới thì nguyên nhân thừa mỡ mi dưới chiếm 76,7%, lớn hơn gấp 4 lần nguyên nhân rãnh lệ sâu.

Ngoài ra, màu sắc da mi dưới thâm quầng cũng làm nổi bật thêm vùng mi dưới so với các vùng da lân cận qua đó làm nổi bật hơn những nhược điểm hiện có của vùng mi dưới. Yếu tố thâm quầng này không những ảnh hưởng đến đánh giá trước mổ mà còn ảnh hưởng đến cả kết quả sau mổ. Người bệnh có vùng da mi dưới thâm quầng sau phẫu thuật mi dưới vẫn sẽ không hết thâm và sẽ bị ảo giác về việc chưa căng dây của vùng da mi dưới, từ đó có thể đưa ra đánh giá sai lầm về kết quả sau mổ (chưa đạt).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số (76,7%) bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có túi mỡ mi dưới rất nổi, dễ nhận thấy ngay từ khi giao tiếp với bệnh nhân mà chưa cần thăm khám. Điều này cũng chính là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân can thiệp điều trị sớm để có thể tự tin trong sinh hoạt và công việc.

Tình trạng rãnh lệ sâu làm cho nhận định của bệnh nhân về tình trạng thừa mỡ mi dưới nghiêm trọng hơn, chính vì vậy khi điều trị chứng thừa mi dưới chúng tôi luôn muốn cải thiện tình trạng rãnh lệ sâu để làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phân loại của Mohammed G. Turkmani để đánh giá [5]. Phân loại này chia làm 5 loại nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường

hợp nào thuộc loại 2, vì tình trạng thừa mỡ mi dưới không tồn tại rãnh lệ loại 2. Nhóm thuộc loại 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%), những biến đổi giải phẫu của loại 3 bao gồm cả tình trạng thừa mỡ mi dưới có rãnh lệ rõ và lượng da chùng kết hợp. Trong đó, túi mỡ mi dưới giữa là lớn nhất, túi mỡ trong là nhỏ nhất. Đây là loại có lượng mỡ và da thừa tương đối nhiều nên việc phẫu thuật cắt bỏ da và lấy mỡ hoặc dàn mỡ sẽ dễ dàng hơn.

Bệnh nhân được vô cảm bằng tê tại chỗ bằng Lidocain 2%. Đây là phương pháp có tính an toàn, dễ thực hiện, dễ kiểm soát tai biến [6]. Đường mổ qua da dàn mỡ ổ mắt với đa số bệnh nhân.

Các yếu tố như chức năng của mắt, độ sưng nề, tụ máu, tình trạng sẹo là những yếu tố ảnh hưởng rõ nhất tới đánh giá này trong tuần đầu. Với tháng đầu bệnh nhân quan tâm để ý tới tình trạng thừa mỡ (cải thiện độ cao, rãnh lệ...) vì lúc tình trạng sưng nề đã gần như ổn định và chức năng mi mắt đã trở lại gần như hoàn toàn [7].

Sau 6 tháng thì bệnh nhân quan tâm nhiều tới độ đẹp của sẹo nhiều hơn

Biến chứng bầm tím xảy ra chủ yếu liên quan đến vùng bóc tách rộng hay hẹp, kỹ thuật cầm máu và huyết áp của bệnh nhân, và gần như gặp ở các bệnh nhân áp dụng phương pháp có dàn mỡ

Biến chứng bầm tím tụ máu sau mổ chiếm 57% tỉ lệ này là khá cao, tuy nhiên chỉ ở mức độ bầm tím nhẹ, không phải xử lí gì thêm. Tỷ lệ đánh giá hài

Tình trạng sưng nề mi dưới chúng tôi đều đã tự vẫn trước với bệnh nhân là sẽ gặp phải và diễn biến sẽ giảm dần trong tuần đầu nên bệnh nhân sau làm có biểu hiện sưng nề đều không lo lắng quá mức và đều thấy hài lòng sau 1 tháng và 6 tháng tái khám. Điều này chứng tỏ rằng "sưng nề" và sưng nề kéo

Nguyên tắc của chúng tôi cho điều này là "ít hơn nhiều" nghĩa là khi bác sĩ sẽ không thể đánh giá chính xác lượng mô cần loại bỏ thì chúng tôi sẽ cắt bỏ thận trọng, ngay cả khi bệnh nhân không hài lòng và phải trải qua ca phẫu thuật thứ hai thì vẫn tốt hơn nhiều so với biến chứng có thể gặp phải [8]. Khi cắt loại bỏ quá nhiều mô (da, cơ, mỡ...) vùng mi dưới thông thường sẽ gây biến dạng sau phẫu thuật, để sửa chữa có thể cần phải thực hiện những ca phẫu thuật và kỹ thuật khác phức tạp hơn như ghép da, ghép trung bì mỡ... để cải thiện khắc phục, nhưng kết quả về mặt thẩm mỹ thường không được cao.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mỡ thừa mi

dưới là phương pháp để thực hiện, cho kết quả tốt và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Linh (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật thẩm mỹ mí dưới. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. M. Charles H. Thorne, M. Robert W. Beasley, M. Sherrell J. Aston và cộng sự (2017). Blepharoplasty. GRABB AND SMITH'S PLASTIC SURGERY.
3. Harvey A.Zarem và Jeffrey I. Resnick (2018). Expanded application for Transconjunctival lower lid blepharoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, California.
4. Paul S. Nassif (2005). Lower Blepharoplasty. Transconjunctival Fat Repositioning, in Facial Plastic Surgery Clinics 5.40 p. 381–390.
5. Mohammed G. Turkmani, M., New Classification System for Tear Trough Deformity. 2017, Wolters Kluwer Health, Inc.: Saudi Arabia.
6. Edsel B Ing (2019). Local anesthesia and anxiolytic techniques for oculoplastic surgery. Clinical Ophthalmology 2019;13, 153-160.
7. Trần Thiết Sơn. 2018. Đánh giá kết quả phẫu thuật thẩm mỹ mí dưới và một số biến chứng phổ biến. Tạp chí Y học Việt Nam tập 463.
8. Jiayi Liu, Chen Huang, Baqiang Song (2022). A graded approach in East Asian personalized lower blepharoplasty: A retrospective study spanning 12 years. Indian Journal of Ophthalmology.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỔ MỞ KIỂU LICHTENSTEIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Đoàn Anh Vũ², La Vĩnh Phúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp trong các bệnh lý ngoại khoa, gặp ở mọi lứa tuổi và có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm và đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp mổ mở kiểu Lichtenstein tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 59 bệnh nhân thoát vị bẹn tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2017 đến tháng 07/2018. **Kết quả:** Bệnh nhân thoát vị bẹn bên phải chiếm 62,7%. Tỷ lệ khối thoát vị bẹn nguyên phát là 98,3%; 1,7% tái phát. Tỷ lệ thoát vị bẹn gián tiếp chiếm 74,6%. Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus: loại IIIB (84,7%); loại IIIA (13,6%), IVB (1,7%). Kết quả siêu âm có 37,3% tạng thoát vị là quai ruột; 47,5% bệnh nhân tạng thoát vị là mạc nối và 15,3% vừa quai ruột và mạc nối. Đánh giá kết quả điều trị: Sau 1 tuần tái khám kết quả điều trị tốt chiếm 94,9%. Tỷ lệ điều trị tốt chiếm 98,3% sau 1 tháng, 100% bệnh nhân có kết quả tốt ở thời điểm tái khám 3 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật Lichtenstein là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn.

Từ khóa: thoát vị bẹn, Lichtenstein

SUMMARY

THE RESULTS OF OPEN INGUINAL HERNIA REPAIR BY LICHTENSTEIN TECHNIQUE AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biên khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024

Background: Inguinal Hernia is one of the most common surgical pathology for all ages which may cause dangerous complications. **Objectives:** Describing the clinical features, ultrasound scanning and evaluating the results of the early treatment for inguinal hernia by using Lichtenstein techniques in open surgery at Can Tho General Hospital. **Methods:** A cross-sectional and prospective study is conducted in 59 patients with Inguinal Hernia at Can Tho General Hospital from April 2017 to June 2018. **Results:** Patients with right inguinal hernia was 62.7%. The rate of primary and recurrence inguinal hernia were 98.3% and 1.7% respectively. The incidence of indirect inguinal hernia was 74.6%. The classification of inguinal hernia according to Nyhus was: Type IIIB with 84.7%; 13.6% type IIIA, 1.7% IVB. Ultrasound results showed that 37.3% of herniated organ was intestinal loop; 47.5% with epiploon and 15.3% having both intestinal loop and epiploon. The treatment results were evaluated: after one week of re-examination, the number of patients with good treatment results accounted for 94.9%. This number increased by 98.3% after one-month follow-up examination and reached to 100% after a 3-month follow-up examination. **Conclusions:** Lichtenstein technique proves to be an effective and safe method in inguinal hernia treatment.

Keywords: Inguinal hernia, Lichtenstein

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý khá thường gặp trong các bệnh lý về ngoại khoa. Nguyên nhân có thể bẩm sinh do tồn tại ống phúc tinh mạc hoặc mắc phải do sự suy yếu thành bụng, kèm yếu tố thuận lợi cho thoát vị xảy ra là sự gia tăng áp lực thường xuyên trong ổ bụng [6]. Các kỹ thuật mổ dùng mô 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