

PHẪU THUẬT LICHTENSTEIN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG NGHỆT TẠI CẦN THƠ NĂM 2021-2023

Thái Ngọc Hân^{1*}, Nguyễn Văn Tuấn¹, Đặng Hồng Quân¹,
Lâm Hoàng Huân¹, Phạm Văn Linh²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

*Email: thaihanvn538@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/5/2023

Ngày phản biện: 20/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn nghệt là một biến chứng thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, có nhiều phương pháp điều trị bao gồm mổ mở và mổ nội soi. Phẫu thuật Lichtenstein đã được áp dụng trong điều trị thoát vị bẹn nghệt từ lâu trên thế giới cũng như nước ta. Tuy nhiên, tại Cần Thơ, kỹ thuật này chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ, vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt; (2) Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn nghệt bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang ở 35 bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt được điều trị bằng phương pháp Lichtenstein. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 51,8±19,9. Có 45,7% bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt bên phải, bên trái 54,3%. ASA trung bình trước mổ là 1,3±0,5. Thời gian phẫu thuật trung bình 96,9±29,3 phút. Hoại tử ruột non có 1 trường hợp (2,9%). Có 2,9% trường hợp tụ dịch vết mổ và 2,9% trường hợp bí tiểu sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ 3,7±1,1 ngày. Đánh giá kết quả sớm: 91,4% tốt, 8,6% khá. Kết quả sau 6 tháng: 97,1% tốt, 2,9% khá. **Kết luận:** Điều trị thoát vị bẹn nghệt bằng phẫu thuật Lichtenstein là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thoát vị bẹn nghệt, phẫu thuật Lichtenstein.

ABSTRACT

LICHTENSTEIN REPAIR FOR STRANGULATED INGUINAL HERNIA AT CAN THO IN 2021-2023

Thai Ngoc Han^{1*}, Nguyen Van Tuan¹, Dang Hong Quan¹,
Lam Hoang Huan¹, Pham Van Linh²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Hong Bang International University

Background: Strangulated inguinal hernia is a common complication in emergency surgery with many methods of treatment including open and laparoscopic surgery. Lichtenstein repair has been used in the treatment for strangulated inguinal hernia for a long time in the world as well as in our country. However, at Can Tho, this technique has not been adequately studied, therefore this study was conducted. **Objectives:** (1) To determine clinical and subclinical features of strangulated inguinal hernia; (2) To evaluate the results of Lichtenstein repair for strangulated inguinal hernia at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Materials and methods:** This was a prospective, cross-sectional study on 35 patients with strangulated inguinal hernia who underwent Lichtenstein repair. **Results:** The mean age of patients was 51.8±19.9 years old. Right strangulated inguinal hernia was 45.7%, on left side was 54.3%. Mean ASA score 1.3±0.5. Mean operation time was 96.9±29.3 minutes. Necrosis of the small intestine in 1 patient (2.9%). The rate

of seroma and urinary retention postoperative were 2.9% and 2.9%. Mean postoperative hospitalizing time was 3.7 ± 1.1 days. Assessment of early results: very good and good accounted for 91.4% and 8.6%, respectively. Assessment of late results after 6 months: very good and good accounted for 97.1%, 2.9%, respectively. **Conclusion:** Lichtenstein repair for strangulated inguinal hernia is a safe and effective.

Keywords: Strangulated inguinal hernia, Lichtenstein repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn nghẹt là một biến chứng thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, do các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn và điểm yếu thành bụng vùng ống bẹn, bị nghẹt lại không thể vào được ổ bụng, hậu quả là có thể hoại tử và dẫn đến các biến chứng nặng [1]. Năm 1986 Lichtenstein và cộng sự báo cáo kỹ thuật tạo hình không gây căng (tension - free technique) với tỉ lệ tái phát rất thấp. Trong các phương pháp dùng mảnh ghép nhân tạo điều trị thoát vị bẹn hiện nay trên thế giới, kỹ thuật Lichtenstein được áp dụng rộng rãi nhờ tính đơn giản, ít tổn kém, tái phát thấp [2].

Việc điều trị thoát vị bẹn cũng như thoát vị bẹn nghẹt bằng mổ mở đặt mảnh ghép theo Lichtenstein đã được ứng dụng từ lâu trên thế giới cũng như tại nước ta. Tại Cần Thơ, kỹ thuật này đã được sử dụng rộng rãi tại các bệnh viện và mang lại nhiều kết quả khả quan. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện một cách đầy đủ, vì vậy “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2023” được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt. (2) Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt, được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, thoát vị bẹn nguyên phát và tái phát nghẹt, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có ASA ≥ 4 , bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

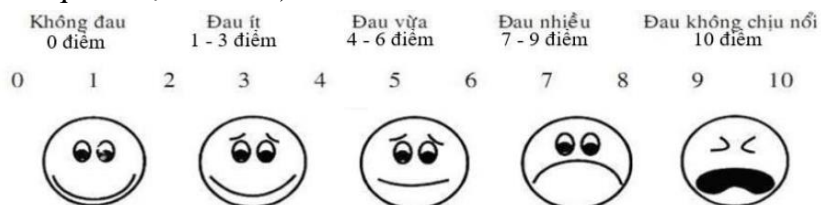
- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 35 trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được chẩn đoán và phẫu thuật tại địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của bệnh nhân (tuổi, nghề nghiệp, ASA), đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (vị trí thoát vị, siêu âm bẹn-biú trước mổ đánh giá nội dung thoát vị), đánh giá kết quả sớm sau mổ (thời gian mổ, thành phần thoát vị trong mổ, đánh giá đau sau mổ theo thang điểm VAS, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng sớm sau

mổ, đánh giá kết quả sớm sau mổ) và đánh giá kết quả muộn sau mổ (biến chứng muộn sau mổ, đánh giá kết quả muộn sau mổ).



Hình 1 Thang điểm đau hiển thị (VAS) [3]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Nội dung nghiên cứu	Kết quả	
	Độ tuổi trung bình	51,8±19,9 (19-92) tuổi
Nghề nghiệp	Lao động nhẹ	40%
	Lao động nặng	28,6%
	Quá tuổi lao động	31,4%
Yếu tố thuận lợi	Lao phổi cũ	2,9%
	Tăng sản tuyến tiền liệt	5,7%
Vị trí thoát vị	Bên phải	45,7%
	Bên trái	54,3%
Siêu âm bẹn – bìu	Quai ruột	34,3%
	Mạc nối lớn	14,3%
	Quai ruột + mạc nối lớn	51,4%
ASA	I	71,4%
	II	25,7%
	III	2,9%

Nhận xét: Bệnh lý thoát vị bẹn nghẹt thường gặp ở người lớn tuổi, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 51,8±19,9 tuổi, trong đó độ tuổi thấp nhất là 19 và cao nhất là 92. Có 2,9% bệnh nhân có tiền sử lao phổi cũ và 5,7% bệnh nhân có tăng sản tuyến tiền liệt. Thoát vị bẹn nghẹt bên trái chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,3%. ASA trung bình trước mổ là 1,3±0,5, trong đó ASA I chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,4%. Siêu âm bẹn-bìu trước mổ phát hiện thành phần nghẹt quai ruột và mạc nối lớn chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,4%.

3.2. Đánh giá kết quả sớm sau mổ

Bảng 2. Kết quả trong mổ

Nội dung nghiên cứu	Kết quả	
	Thời gian phẫu thuật	96,9±29,3 (40-160) phút
Thành phần thoát vị nghẹt	Ruột non	31,4%
	Đại tràng	11,4%
	Mạc nối lớn	25,7%
	Ruột non và mạc nối lớn	20%
	Đại tràng và mạc nối lớn	8,6%
	Cả 3 thành phần	2,9%
Hoại tử	Ruột non	2,9%

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ

Nội dung nghiên cứu	Kết quả	
Thời gian hậu phẫu trung bình	3,69±1,1 (2-6) ngày	
Biến chứng sau mổ	Bí tiểu	2,9%
	Tụ dịch vết mổ	2,9%
Đau sau mổ (VAS)	24 giờ	4,8±1,1 (3-7)
	48 giờ	3,1±0,7 (2-5)

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu là 96,9±29,3 phút, ca mổ kéo dài nhất là 160 phút, ngắn nhất là 40 phút. Thành phần thoát vị nghẹt trong mổ gặp nhiều nhất là ruột non chiếm 31,4%, trong đó có 2,9% trường hợp có hoại tử ruột non. Thời gian hậu phẫu trung bình là 3,69±1,1 ngày, trong đó dài nhất là 6 ngày. VAS sau mổ 24 giờ cao nhất là 7, thấp nhất là 3. VAS sau mổ 48 giờ cao nhất là 5, thấp nhất là 2. Bí tiểu sau mổ chiếm 2,9%, tụ dịch vết mổ chiếm 2,9%. Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả sớm sau mổ theo tiêu chuẩn của tác giả Nguyễn Văn Liễu [4]. Trong đó kết quả tốt là 91,4% và khá là 8,6%.

3.3. Đánh giá kết quả muộn sau mổ

Bảng 4. Kết quả muộn sau mổ

Biến chứng muộn		Kết quả
1 tháng	Tê vùng bẹn bìu	2,9%
	Đau vùng mổ	2,9%
6 tháng	Đau vùng mổ	2,9%

Nhận xét: Kết quả muộn sau 1 tháng ghi nhận có 2,9% trường hợp tê vùng bẹn bìu, có 2,9% trường hợp đau vùng vết mổ. Kết quả sau 6 tháng ghi nhận 2,9% trường hợp đau mạn tính vùng mổ. Kết quả muộn sau mổ được đánh giá theo tiêu chuẩn của tác giả Nguyễn Văn Liễu [4]. Chúng tôi ghi nhận kết quả sau 1 tháng và 6 tháng lần lượt là: Tốt 94,3% và 97,1%, khá 5,7% và 2,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu, ghi nhận 35 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 51,8±19,9, nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 92 tuổi. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu sau: Vương Thừa Đức với tuổi trung bình là 52,7±3,6 [2], Nguyễn Đoàn Văn Phú là 50,3±20,1 [5], Haque và cs là 51,4±15,1 [6]. Như vậy thoát vị bẹn là một bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi.

Nhóm bệnh nhân lao động nặng và quá tuổi lao động chiếm tỷ lệ 60%, nhóm lao động nhẹ chiếm 40%. Theo Nguyễn Văn Liễu, bệnh nhân lao động nặng 58,4%, bệnh nhân làm hành chính 19,1%, bệnh nhân làm nghề khác 22,5% [4]. Từ kết quả cho thấy công việc nặng nhọc và bệnh nhân lớn tuổi có liên quan đến nguy cơ thoát vị bẹn.

Qua nghiên cứu, ghi nhận 8,6% bệnh nhân có yếu tố thuận lợi gây thoát vị bẹn, trong đó lao phổi cũ là 2,9% và tăng sản tuyến tiền liệt là 5,7%. Theo tác giả Nguyễn Đoàn Văn Phú, về yếu tố thuận lợi có 11,1% bệnh nhân, trong đó lao phổi cũ là 2,9%, bệnh lý về phế quản là 3,7% và 4,5% bệnh nhân có u xơ tuyến tiền liệt [5].

Chúng tôi ghi nhận thoát vị bẹn phải chiếm tỷ lệ 45,7%, thoát vị bẹn bên trái là 54,3%. Thang điểm ASA được thực hiện trước mổ nhằm đánh giá mức độ nguy cơ của phẫu

thuật, trong nghiên cứu này ASA trung bình là $1,3 \pm 0,5$, trong đó ASA I 71,4%, ASA II 25,7% và ASA III 2,9%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đoàn Văn Phú, ASA I 77,8%, ASA II 20,7% và ASA III 1,5% [5].

Chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt chủ yếu dựa vào lâm sàng. Tuy nhiên vai trò của siêu âm trong chẩn đoán cũng như chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác là không thể phủ nhận. Kết quả nghiên cứu thu được thành phần thoát vị nghẹt qua siêu âm là: 34,3% quai ruột, 14,3% quai mạc nối lớn, 51,4% quai ruột và mạc nối lớn. Trong khi đó, theo Trần Phúc Lai, kết quả siêu âm hình ảnh quai ruột là 44,4%, mạc nối lớn 2,8%, mạc nối lớn và quai ruột 36,1% và có 16,7% trường hợp không xác định được tạng thoát vị [7]. Từ nghiên cứu cho thấy kinh nghiệm của người làm siêu âm và sự hợp tác của bệnh nhân ảnh hưởng rất lớn đến kết quả siêu âm.

4.2. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $96,9 \pm 29,3$ phút, nhanh nhất là 40 phút và dài nhất là 160 phút. Kết quả có thời gian phẫu thuật cao hơn so với Sudhir Kumar Jain và cộng sự $65,6 \pm 3,9$ phút [8], Vương Thừa Đức 351,3 phút [2], Bùi Trường Tèo $63,3 \pm 17,7$ phút [9]. Điều này có thể được giải thích rằng trong phẫu thuật cần thêm thời gian đánh giá tình trạng và xử lý tạng thoát vị bị nghẹt.

Trong nghiên cứu này, nội dung thoát vị nghẹt chiếm tỷ lệ cao nhất là ruột non 31,4%. Tương tự như các nghiên cứu của Fuqiang Chen và cs ruột non chiếm tỷ lệ 67,8% [10], Trần Phúc Lai 52,8% [7], Nguyễn Văn Hương 50% [1]. Như vậy, tạng thoát vị bị nghẹt chủ yếu là ruột non. Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp phải cắt nối đoạn ruột non do hoại tử (2,9%). Kết quả này tương tự với Trần Phúc Lai 2,9% trường hợp có tạng bị hoại tử [7].

Sau phẫu thuật, thang điểm VAS được sử dụng để đánh giá mức độ đau. 24 giờ sau mổ VAS trung bình là $4,8 \pm 1,1$. 48 giờ sau mổ VAS trung bình là $3,1 \pm 0,7$. Kết quả có VAS cao hơn so với Trương Đình Khôi sau 24 giờ $2,9 \pm 0,7$, sau 48 giờ $1,6 \pm 0,7$ [11]. Điều này cho thấy mổ mở vẫn còn hạn chế so với mổ nội soi về mức độ đau sau mổ. Chúng tôi ghi nhận có 2,9% trường hợp bí tiểu sau mổ, kết quả này thấp hơn so với Lê Quốc Phong 5,7% [12]; có 2,9% trường hợp tụ dịch vết mổ, kết quả này thấp hơn so với Trần Phúc Lai 5,6% [7]. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $3,69 \pm 1,1$ ngày, kết quả này ngắn hơn so với Trần Phúc Lai $7,7 \pm 4,1$ ngày [7], tương đương so với Trương Đình Khôi $3,3 \pm 0,9$ ngày [11]. Kết quả trên cho thấy phẫu thuật Lichtenstein an toàn, ít biến chứng và thời gian nằm viện ngắn. Đánh giá kết quả sớm sau mổ ghi nhận: kết quả tốt chiếm tỷ lệ 91,4% và khá là 8,6%.

4.3. Đánh giá kết quả muộn sau phẫu thuật

Theo Lê Quốc Phong, tỷ lệ tái phát là 1,6%, tình trạng đau vùng bẹn mạn tính sau mổ 2,6%, tê vùng bẹn bìu 15% [12]. Trong nghiên cứu này, có 2,9% bệnh nhân đau mạn tính vùng mổ, 2,9% bệnh nhân tê vùng bẹn bìu, không có trường hợp tái phát. Như vậy, sau phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo đối với thoát vị bẹn nghẹt, biến chứng muộn chiếm tỷ lệ thấp. Đánh giá kết quả muộn sau phẫu thuật 1 tháng: kết quả tốt 94,3%, khá 5,7%; sau 6 tháng: kết quả tốt 97,1%, khá 2,9%.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu có thể kết luận được rằng điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng phẫu thuật Lichtenstein mang lại kết quả tốt: ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ

biến chứng thấp và chưa ghi nhận tái phát. Kết quả bước đầu là hiệu quả, an toàn và có thể ứng dụng một cách rộng rãi đối với điều trị thoát vị bẹn nghẹt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hương. Đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị bẹn nghẹt tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học thực hành*. 2014. 907(3), 65-69.
 2. Vương Thừa Đức. Ứng dụng kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2004. 8(1), 478-486.
 3. Lê Huy Cường. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc ở bệnh nhân trên 40 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2019.
 4. Nguyễn Văn Liễu. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện quân y 103. 2004.
 5. Nguyễn Đoàn Văn Phú. 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, Trường Đại học Y Dược Huế. 2015.
 6. Haque M. R., Rahman M. S., Hossain M. S., Khan L. N. Comparison between Lichtenstein And Laparoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) Tension Free Mesh Repair of Inguinal Hernia. *Mymensingh Med J*. 2022. 31(4), 1128-1134.
 7. Trần Phúc Lai. Đánh giá kết quả phẫu thuật cấp cứu điều trị thoát vị bẹn nghẹt theo phương pháp Lichtenstein. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2017.
 8. Jain S. K., Bhatia S., Hameed T., Khan R., Dua A. A randomised controlled trial of Lichtenstein repair with Desarda repair in the management of inguinal hernias. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021. 67, 102486, 10.1016/j.amsu.2021.102486.
 9. Bùi Trường Tèo. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật mở đặt mảnh ghép theo Lichtenstein tại Cần Thơ. Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế. 2010.
 10. Chen F., Liu M., Jin C., Wang F., Shen Y. et al. Tension-Free Mesh Repair for Incarcerated Groin Hernia: A Comparative Study. *Surg Innov*. 2020. 27(4), 352-357. 10.1177/1553350620901392.
 11. Trương Đình Khôi Nguyễn Minh Thảo, Phạm Anh Vũ. Điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP). *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2019. 9(6+7), 181-186.
 12. Lê Quốc Phong. Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2015.
-