

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp có tác động đến cảm giác thường gặp của người nghiện chích ma túy và có hiệu quả tích cực giúp đối tượng nhận ra các vấn đề tiêu cực mà việc sử dụng ma túy có thể ảnh hưởng đến cuộc sống ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Báo cáo Kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020, 2020.
2. Bộ Y tế, USAID, PEFFAR, FHI 360, Đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng methadone, 2014.
3. Bach Xuan Tran, Anh Kim Dang, Nu Thi Trung et al, "Depression and Quality of Life among Patients Living with HIV/AIDS in the Era of Universal Treatment Access in Vietnam," Int J Environ Res Public Health, 2018.
4. Nguyễn Thị Thắm, "Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp bỏ điều trị Methadone ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện tại Hải Phòng, 2014-2016," Luận văn Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2018.
5. Go V.F., Latkin C., Le Minh N. et al, "Variations in the role of social support on disclosure among newly diagnosed HIV-infected people who inject drugs in Vietnam," AIDS Behav, 2016.
6. Przybyla S.M., Golin C.E., Widman L. et al, "Serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV: examining the roles of partner characteristics and stigma," AIDS Care, 2013.
7. Tổng cục thống kê, UNICEF, UNFPA, MICS Việt Nam (Điều tra đánh giá Các mục tiêu trẻ em và phụ nữ), 2011.
8. Trịnh Thị Sang, "Đánh giá hiệu quả can thiệp tiếp cận đồng đẳng trong nhóm người nghiện chích ma túy tại thành phố Bắc Giang tỉnh Bắc Giang năm 2007-2010," Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y tế công cộng, 2012.

## PHẪU THUẬT LICHTENSTEIN SỬ DỤNG LƯỚI NHÂN TẠO TỰ DÍNH PARIETEX PROGRIP (COVIDIEN) ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI TỈNH THANH HÓA

Lưu Anh Đức<sup>1</sup>, Đỗ Trường Sơn<sup>2</sup>,  
Trịnh Ngọc Thắng<sup>1</sup>, Lê Văn Minh<sup>3</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Lichtenstein sử dụng lưới nhân tạo tự dính Parietex Progrid (Covidien) điều trị thoát vị bẹn tại tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh tiến cứu, dựa trên đề cương thống nhất cho 3 điểm nghiên cứu cùng tham gia tại địa bàn tỉnh Thanh Hóa. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật mổ và kết quả bước đầu sau mổ. **Kết quả:** Từ tháng 01/2020 đến tháng 3/2021 đã có 68 bệnh nhân bị thoát vị bẹn được mổ bằng phẫu thuật Lichtenstein sử dụng lưới nhân tạo tự dính Parietex Progrid (Covidien). Tất cả bệnh nhân đều là nam giới, tuổi trung bình  $53.9 \pm 17.00$  tuổi (16-89), BMI:  $21.2 \pm 1.79$  ( $16.9 \pm 27.3$ ), 67 TVB là nguyên phát, chỉ có 1 ca là tái phát sau mổ Bassini. Tất cả đều được mổ dưới gây tê tủy sống. Đường rạch da chủ yếu theo đường phân giác của góc tam giác bẹn từ củ mu (97,1%), chỉ có 1 trường hợp dùng đường rạch ngang gốc bẹn. Độ dài đường rạch da trung bình  $6.9 \pm 1.71$ cm (6-18); thời gian mổ:  $54,7 \pm 7,74$  phút (25 - 80); thời gian phẫu

tích ống bẹn:  $20,4 \pm 16,68$  phút (10 - 50); thời gian đặt tấm lưới:  $6,0 \pm 1,09$  phút (5-10). Không có tai biến trong lúc mổ, có 11 trường hợp sau mổ bị bí tiểu (16,2%). Số ngày đau sau mổ:  $6.2 \pm 0.71$  ngày (4-7), ở mức nhẹ hoặc trung bình. Kết quả kiểm tra 1 tháng sau mổ: tốt/bình thường 55BN (80.9%), cảm giác căng dày vùng bẹn 7BN (10,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới tự dính Parietex Progrid Covidien là an toàn, hiệu quả và ít đau sau mổ.

**Từ khóa:** Thoát vị bẹn, phẫu thuật tạo hình thoát vị, tấm lưới tự dính Parietex Progrid (Covidien).

### SUMMARY

#### SELF-GRIPPING MESHES PARIETEX PROGRIP (COVIDIEN) FOR LICHTENSTEIN INGUINAL HERNIA REPAIR AT HOSPITALS OF THANH HOA PROVINCE

**Objective:** To describe techniques and evaluate outcomes of using self-gripping mesh Parietex Progrid (Covidien) for Lichtenstein inguinal hernia repair at hospitals of Thanh Hóa province. **Patients and methods:** A pro-descriptive cases study based on patient suffered inguinal hernia and underwent self-gripping meshes Parietex Progrid (Covidien) for Lichtenstein repair at hospitals of Thanh Hóa province. Surgical techniques were described as well as clinical, para-clinical features and primary results also reported. **Results:** From Jan. 2020 to Mars 2021, 68 patients with inguinal hernia underwent Lichtenstein repair using self-gripping meshes Parietex Progrid

<sup>1</sup>Bệnh viện 71 Trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện ĐK Tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Anh Đức

Email: anhduc10071972@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2021

Ngày duyệt bài: 12.4.2021

(Covidien). All patients are males, mean age:  $53.9 \pm 17.00$  years (16-89), BMI:  $21.2 \pm 1.79$  ( $16.9 \pm 27.3$ ), primary hernia seen in 67 patients while recurrent hernia after Bassini repair in only one. Spinal anesthesia used for all patients. A linea skin incision parallel to the inguinal ligament overlying the proposed region of the external ring is used in most cases (97.1%) while the transversal incision used in only one. The mean length of skin incision:  $6.9 \pm 1.71$  cm (6-18); the total operative time:  $54.7 \pm 7.74$  min (25-80), time needed for inguinal canal dissection:  $20.4 \pm 16.68$  min (10-50) and time for the mesh placing:  $6.0 \pm 1.09$  min (5-10). No per-operative accidents seen during operation. Postoperative urinary retention were seen in 11 patients (16.2%). Mean day of postoperative pain:  $6.2 \pm 0.71$  days (4-7) with light or moderate degree. Results at one month following initial operation: good/normal in 55 patients (80.9%), sensation of tension at inguinal area in 7 patients (10.3%).

**Conclusion:** The Lichtenstein inguinal hernia repair using Self-gripping meshes Parietex ProGrip (Covidien) seemed to be effective, safe and is associated with low postoperative pain

**Keywords:** Inguinal hernia, Hernia plasty, self-gripping meshes Parietex ProGrip (Covidien)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật Lichtenstein là phương pháp rất phổ biến cho thoát vị bẹn mổ mở do có nhiều ưu điểm phục hồi chắc, ít tái phát, không căng cân cơ, dễ huấn luyện, dùng gây tê tùy sống, thời gian mổ ngắn, phẫu thuật ngay ở tuyến huyện. Dù có phẫu thuật nội soi cho thoát vị bẹn nhưng chỉ định mổ Lichtenstein vẫn rất cần thiết và chiếm số lượng lớn.

Kỹ thuật mổ Lichtenstein đã có nhiều cải tiến như chọn kích thước lưới, vị trí đặt lưới, vùng phẫu tích ống bẹn để đặt lưới, việc phẫu tích và cắt cơ bìu phối hợp, cách thức cố định lưới<sup>1</sup>.

Lưới tự dính Parietex ProGrip (Covidien) là một tiến bộ mới cho phép ghép đặt không cần khâu cố định. Lưới có lớp gai dính trên toàn mặt tiếp xúc nên dần đều lực, gai dính sẽ dần tự tiêu hết để lại lớp lưới mềm, gắn kết và hòa hợp với cân cơ vùng bẹn. Việc đặt lưới kỳ vọng là nhanh hơn, không khâu vào thần kinh, không yêu cầu bóc tách và cắt hết cơ bìu, ít đau mạn tính sau mổ<sup>2</sup>.

Tại tỉnh Thanh hóa, chúng tôi có điều kiện áp dụng lưới tự dính Parietex ProGrip. Covidien cho một số bệnh viện vùng đồng bằng, nơi các bệnh nhân có điều kiện tiếp cận phương pháp sớm hơn và với đội ngũ bác sĩ được thống nhất kỹ thuật mổ Lichtenstein chuẩn. Nghiên cứu này nhằm phản ánh việc lựa chọn bệnh nhân mổ mở, các kết quả điều trị sớm của phẫu thuật, là các thông tin do bệnh nhân tái khám phản hồi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân thoát vị bẹn mổ theo phương pháp Lichtenstein với lưới tự dính Parietex ProGrip (Covidien) tại bệnh viện K71 Trung ương, bệnh viện huyện Quảng Xương và bệnh viện Tỉnh Thanh Hóa.

**Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân nam hoặc nữ tuổi từ 16, được chẩn đoán thoát vị bẹn phải hoặc trái hoặc cả 2 bên, nhập viện mổ lần đầu hoặc cấp cứu tại bệnh viện K71 Trung Ương, bệnh viện huyện Quảng Xương và Bệnh viện tỉnh Thanh hóa (các bệnh viện thuộc vùng đồng bằng tỉnh Thanh hóa). Bệnh nhân được mổ thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein với lưới tự dính Parietex ProGrip (Covidien) từ tháng 3 năm 2020.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) bệnh nhân có tràn dịch màng bụng hoặc tràn dịch màng tinh hoàn tái phát nhiều lần hoặc do bệnh lý liên quan nhiễm khuẩn mạn tính hệ sinh dục; (2) bệnh nhân phải khâu tăng cường hết các phía chu vi lưới dù có dùng lưới dính.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh tiến cứu, dựa trên đề cương thống nhất cho 3 điểm nghiên cứu cùng tham gia tại địa bàn tỉnh Thanh Hóa như đã nêu ở phần trên. Mô tả các đặc điểm về nhân trắc học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật mổ và kết quả sau mổ.

**2.3 Đặc điểm của lưới tự dính Parietex ProGrip Covidien:** Parietex ProGrip là tấm lưới tự dính có khả năng cố định tức thời và đảm bảo kết quả của sửa chữa thoát vị. Nó được tạo nên từ các sợi đơn polyester và các gai bám polylactic acid (PLA) hay các "móc câu" (PLA hook), được chỉ định trong các phẫu thuật phục hồi thoát vị hình 1). Các gai bám siêu nhỏ PLA giúp cho phẫu thuật viên có thể định vị và đặt tấm lưới rất nhanh mà không cần sử dụng các mũi khâu dính. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tấm Parietex ProGrip có kích thước 12cm x 8cm.

**2.4 Kỹ thuật mổ:** Quy trình kỹ thuật mổ thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein và đặt lưới tự dính gồm các bước sau:

- Bước 1: Bộc lộ túi thoát vị. Rạch da vùng bẹn, qua các lớp cân cơ vào ống bẹn để phẫu tích các thành phần. Phẫu tích bóc lộ các sợi thần kinh chậu bẹn và chậu hạ vị, bảo tồn hai sợi thần kinh này, thường được kéo cùng với bờ trong của cân cơ chéo bụng ngoài nằm chếch vào trong, nằm sâu hơn là nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục đùi đi sát lỗ bẹn sâu và lẫn với cơ nâng bìu.

- Bước 2: Xử lý túi thoát vị:

+ Thoát vị gián tiếp: mở và cắt bỏ bao thoát

vị, bộc lộ thừng tinh, tách túi thoát vị  
khởi bao xơ chung và khâu kín cổ túi ngay lỗ bẹn sâu.

+ Túi thoát vị trực tiếp: thường không cần mở và không cần cắt bỏ túi thoát vị, trừ khi cổ túi hẹp do xơ hoá. Chỉ cần lộn túi thoát vị vào trong và khâu lại

- Bước 3: Đặt tấm lưới Parietex Progrid:

Lưới phải trải bằng phẳng tối đa dính vào mạc ngang. Lưới phải nằm giữa cân kết hợp và mạc ngang. hoặc khi dính khó phẫu tích thì lưới nằm dính lên cân kết hợp và dưới cân chéo lớn là đủ tuy nhiên lưới đặt sâu sẽ tốt hơn, cánh phía trước áp đến cung đùi còn thừa uốn theo cân chéo lớn quặt lên. Thừng tinh được chui qua khe vào lỗ lưới để phần cánh đuôi dính bao quanh thừng tinh. Phần đuôi này do nằm phía trên cổ thoát vị nên có thể cắt chỉnh cho gọn.

Yêu cầu lưới che kín lỗ bẹn sâu, che kín thành sau ống bẹn, có thể dùng tối đa 3 mũi rời chỉ 3/0 cố định ba điểm để giúp lưới trải phẳng nhưng rất hạn chế, không khâu cố định theo chu vi lưới.

- Bước 4: Khâu đóng các lớp cân cơ da mũi chỉ rời.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm nhân trắc học:** Tổng số có 68 bệnh nhân, tất cả đều là nam giới, tuổi trung bình: 53.9 ±17.00 tuổi (16-89), BMI: 21.2±1.79 (16.9±27.3), 89,7% BMI ở mức TB, không có bệnh nhân nào béo phì. Tiền sử bệnh đồng mắc: có 12/68 BN (17,6%) có tiền sử COPD và 9 BN (13,2%) có bệnh tim mạch kèm theo.

**3.2 Đặc điểm thoát vị bẹn** (bảng 1):

**Bảng 1. Đặc điểm thoát vị bẹn (N=68):**

	n	%
TV nguyên phát/tái phát:		
Nguyên phát	67	98,5
Tái phát	1	1,5
Vị trí thoát vị:		
Bên phải	42	61,8
Bên trái	26	38,2
Tình trạng lỗ bẹn nông:		
Vừa lọt ngón tay	10	14,7
Rộng hơn 1 ngón tay	50	73,5
Rộng hơn 2 ngón tay	8	11,8
Tình trạng sàn bẹn (lỗ sâu):		
Mỏng	8	11,8
Dày	60	88,2
Nghet hay không nghe:		
Không nghe	66	97,1
Có nghe	2	2,9

**3.3 Thăm khám lâm sàng** (bảng 2):

**Bảng 2. Khám lâm sàng (N=68)**

	n	%
Khám tinh hoàn:		
Tinh hoàn bình thường	66	97,1
Tinh hoàn ẩn trong ống bẹn	2	2,9
Khám bụng:		
Lớp mỡ thành bụng dày	6	8,8
Sẹo mổ cũ (thành bụng)*	5	7,4
Cổ chướng/u bụng	0	0

**\*Ghi chú:** Có 5 trường hợp sẹo mổ cũ, đều ở dưới rốn; không có trường hợp nào khám phát hiện thấy cổ chướng, u bụng.

**3.4 Thăm khám qua hình ảnh**

- Siêu âm bụng: Có 66/68 (97,1%) trường hợp thấy lỗ bẹn trong khi khám siêu âm, không thấy các bất thường như xơ gan nặng, cổ chướng hay u bụng, kích thước lỗ thoát vị qua siêu âm đo được: 23.5 ± 1.95 mm (19-27).

- Chụp cắt lớp vi tính bụng: Có 11/68 (16,2%) trường hợp có chụp CT bụng-bìu, không phát hiện bệnh lý khác thường ổ bụng, thấy lỗ thoát vị sâu với ĐK đo được là 22.8±1,17mm (20-25).

**3.5 Kết quả phẫu thuật**

- Phương pháp vô cảm và đường rạch da: Tất cả 68 BN đều được mổ với gây tê tùy sống. Đường rạch da chủ yếu theo đường phân giác của góc tam giác bẹn từ củ mu (97,1%).

- Thời gian và kỹ thuật mổ (bảng 3):

**Bảng 3. Một số thông số kỹ thuật**

	TB ± SD	Min-Max
Độ dài đường rạch da (cm)		
Thời gian mổ (phút)	6,9±1,71	6 – 18
Tgian phẫu tích ống bẹn (phút)	54,7±7,74	25 - 80
Thời gian đặt tấm lưới (phút)	20,4±16,68	10 – 50
Tai biến trong mổ	6,0±1,09	5 – 10
0	0	0

- Biến chứng sau mổ (bảng 4):

**Bảng 4. Biến chứng sau mổ (n=68)**

	n	%
Tụ dịch dưới lưới	2	2,9
Tụ dịch vết mổ	6	8,8
Sưng nề bìu	2	2,9
Chảy máu vùng mổ	1	1,5
Di lệch/võng tụt lưới	1	1,5
Bí đại	11	16,2

- Đau sau mổ, kháng sinh và ngày nằm viện (bảng 5):

**Bảng 5. Đau sau mổ, ngày dùng kháng sinh và ngày nằm viện**

	TB ± SD	Min-Max	95% CI
Số ngày đau	6.2 ±	4 - 7	6,0 - 6,35

sau mổ	0,71	5 -15	8,08 - 9,13
Ngày dùng KS sau mổ	8,6 ± 2,18	4 -13	7.92 - 8.99
Ngày nằm viện toàn bộ	8,5 ± 2,22	3 -	6.81 -
Ngày từ lúc mổ → ra viện	7,3 ± 2,01	12	7.78

**3.6 Kết quả khám lại sau 1 tháng** (bảng 6)**Bảng 6.** Kết quả kiểm tra sau mổ (n=65)

	n	%
Tốt/bình thường	55	80.9
Đau mạn tính 1 tháng	3	4.4
Cảm giác căng dày vùng ben	7	10.3
Tái phát	0	0
<b>n</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Kết quả khám lại sau 3 tháng cho thấy không có bệnh nhân nào đau tại chỗ vùng ben bìu.

**IV. BÀN LUẬN**

Bệnh nhân trong nghiên cứu đều là nam giới mặc dù nữ giới có thoát vị ben, các bệnh nhân nữ đều yêu cầu mổ nội soi. Tuổi trung bình khá cao do nhóm mổ mở thường chọn vào các bệnh nhân cao tuổi hơn và yếu hơn nhóm mổ nội soi hiện hành tại các bệnh viện do chỉ phải làm tê tùy sống.

Chọn mổ Lichtenstein với tê tùy sống là kỹ thuật an toàn hơn mổ nội soi khi bệnh nhân già và mang bệnh đồng mắc. Hầu hết bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể trung bình. Phẫu thuật Lichtenstein không lệ thuộc nhiều vào chỉ số khối như phẫu thuật khâu tại chỗ không lưới ví dụ phẫu thuật Shouldice mà chỉ quan tâm đến sự giãn rộng của lỗ ben hay sàn ben, điều có thể ảnh hưởng đến sự chắc chắn của tấm lưới.

Các bệnh đồng mắc nhiều nhất là COPD, do nhóm này hầu như không chọn mổ nội soi và gây mê nội khí quản, đặc điểm này cũng nói lên ưu điểm an toàn của mổ với gây tê tùy sống. Với các bệnh nhân có ho do viêm hô hấp mạn tính được điều trị ngoại trú trước khi mổ để giảm nguy cơ. Không có bệnh nhân nào có diễn biến cấp tính khi chỉ định mổ. Một bệnh nhân có u PDTLT nhưng không bí tiểu, không tăng mạnh áp lực bụng trong hậu phẫu do đặt thông tiểu lâu hơn 2 ngày. Bệnh nhân táo bón có dùng thuốc nhuận tràng, hạn chế ăn và không thấy khó chịu gì<sup>3</sup>.

Một trường hợp tái phát đã mổ lần đầu là Bassini, được đặt lưới rộng che phủ hết vùng ben sau khi phẫu tích rõ.

Tình trạng lỗ ben nông khi khám giãn nhất là hơn 2 ngón tay thường phù hợp với sàn ben và lỗ ben sâu giãn mỏng yếu. Các thoát vị ben trực tiếp

giãn yếu sàn ben rõ hơn thoát vị ben gián tiếp. những trường hợp giãn yếu được phẫu tích tỉ mỉ hơn và đặt lưới che phủ hố ben rộng tối đa<sup>4</sup>.

Có hai ca nghẹt ruột và mạc nối lớn được đẩy lên ổ bụng sau khi cắt rộng cổ bao thoát vị thêm 0,5-1cm. các lỗ này sau đó được che phủ bằng lưới dính. 2 ca tình hoàn ẩn trong ống ben được hạ tinh hoàn đến dưới gốc bìu và đặt lưới dính không ảnh hưởng ống tinh. Phẫu thuật đặt lưới được cho là không ảnh hưởng đến thừng tinh và khả năng sinh sản nếu được thực hiện đúng kỹ thuật. Các sẹo mổ cũ thành bụng dưới hay lớp mỡ dày không ảnh hưởng kết quả mổ. Tất cả đều phẫu tích nhận định rõ các nhánh thần kinh vùng ben và bảo tồn tối đa hoặc cắt bỏ hẳn thật xa khỏi vùng mổ. Thần kinh vùng ben chỉ gây đau sau mổ mạn tính khi bị khâu nghẹt hoặc viêm dính<sup>1</sup>. Siêu âm hay chụp cắt lớp ổ bụng có mục đích phát hiện tổn thương khác trong ổ bụng hoặc các bất thường có liên quan đến tăng áp lực ổ bụng, do hầu hết là các bệnh nhân cao tuổi. Độ dài rạch da, thời gian mổ một ca thoát vị ben ở mức trung bình và thấp hơn khi mổ với lưới không dính nhưng thời gian phẫu tích hay đặt lưới có ngắn hơn một số tác giả. Thời gian thao tác không phải là yếu tố quyết định kết quả nhưng nó cho thấy sự tiện lợi dễ dàng của phẫu thuật dùng lưới tự dính<sup>1,5</sup>.

Khi đặt lưới không phải khâu hết chu vi như thông thường nhưng trong những ca đầu lại phải khéo léo luồn lưới tránh mặt dính gây vướng, những ca tiếp theo hầu như rất nhanh gọn. Một cách tốt để luồn lưới nhanh gọn là phẫu tích đủ rộng thành sau ống ben và gấp mặt dính lại theo chiều dọc của lưới để luồn rồi mở vạt ra. trong những ca đầu có sử dụng một hoặc hai mũi chỉ nhỏ để cố định điểm gai mu và sau này không dùng chỉ khâu thêm<sup>6</sup>.

Lưới đặt cần có tiếp xúc bám sát tối đa với chiều cong giải phẫu của vùng ben để giảm các nếp gấp giảm dịch đọng không di lệch không cuộn<sup>7</sup>. Có tác giả đề nghị cắt khe lưới theo hướng dọc chứ không theo hướng ngang của nhà sản xuất để khi khép khe lưới sẽ cong theo vùng ben. Tuy nhiên chúng tôi thấy khi khép vạt đuôi lưới xẻ ngang vẫn có thể bắt chéo vạt để đạt được chiều cong giải phẫu này.

**Biến chứng sau mổ:** Có 6 ca tụ dịch vết mổ, tách chỉ khâu da không có mủ và hôm sau khô ngay không có biểu hiện nhiễm trùng. 2 ca sưng nề vùng bìu nhưng không tụ dịch được dùng anpha chymotrypsin sau 3 ngày giảm hết triệu chứng. 2 ca tụ dịch dưới lưới (căng vùng ben, thắm dịch vết mổ, ấn phồng tức lỗ ben

nông, siêu âm có dịch), tách vết mổ dùng kháng sinh giảm viêm theo dõi, sau 2 tuần giảm hết triệu chứng. Một ca chảy máu tại vết mổ phải tách vết mổ đến cân cơ lấy máu cục cầm máu điều trị kháng sinh và thuốc transamine. Một ca bệnh nhân tụt thấp lưới ở lỗ bẹn nông (cảm giác tức khi đứng, thăm lỗ bẹn nông thấy lưới ngay lỗ bẹn nông do lỗ bẹn này khá rộng và mỏng của thoát vị trực tiếp nhưng theo dõi tiếp không thấy di chuyển thêm dù ho rặn mạnh. Những lần khám sau thấy lưới vẫn dính chắc và cảm giác khó chịu khi vận động không còn. Chúng tôi khuyến cáo nên hạn chế sức ép quá mức và kéo dài như không ho rặn, vận động hoặc đứng lâu trong thời gian 2 tuần đầu đối với đặt lưới tự dính. Kết quả là khả quan so với tình hình chung.<sup>3,4</sup>

Tai biến trong mổ không gặp ca nào. Có 2 ca viêm nề vùng bìu là do bóc tách xa bao thoát vị lớn mặc dù trước khi khâu kiểm tra các thành phần bình thường nhưng sau mổ vẫn sưng vài ngày và khỏi khi điều trị. Số ngày đau sau mổ, số ngày nằm viện và kết quả khám lại sớm sau một tháng cho thấy kết quả tốt của cả lô nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới tự dính Parietex ProGrip Covidien tại các bệnh viện vùng đồng bằng tỉnh Thanh hóa có kết quả bước đầu cho thấy đối tượng hầu hết là bệnh nhân trung cao tuổi có bệnh hô hấp kèm theo chọn giải pháp mổ mở. Phẫu thuật không có tai biến trong mổ, kỹ thuật đặt lưới thuận lợi an toàn, không phải khâu nên không ảnh hưởng các nhánh thần kinh. Yêu cầu lưới đặt phải áp thật tốt ngay theo chiều cong giải

phẫu vùng bẹn để tránh di lệch cuộn hay gấp nếp. Biến chứng sau mổ ít và hầu hết khắc phục bảo tồn. Kết quả sớm cho thấy không tái phát không đau mạn tính sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fang Z, Zhou J, Ren F, Liu D. Self-gripping mesh versus sutured mesh in open inguinal hernia repair: system review and meta-analysis. American journal of surgery. 2014;207(5):773-781. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.08.045
2. Wang Y, Zhang X. Short-term results of open inguinal hernia repair with self-gripping Parietex ProGrip mesh in China: A retrospective study of 90 cases. Asian Journal of Surgery. 2016;39(4):218-224. doi:10.1016/j.asjsur.2015.05.001
3. Voyles C. R. Outcomes analysis for groin hernia repairs. Surg Clin North Am. 2003;83(5):1279.
4. Porrero JL, Cano-Valderrama O, Castillo MJ, Alonso MT. Proposed technique for inguinal hernia repair with self-gripping mesh: avoiding fixation to undesired structures. Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery. 2015;19(5):771-774. doi:10.1007/s10029-014-1315-8
5. Köhler G, Lechner M, Mayer F, et al. Self-Gripping Meshes for Lichtenstein Repair. Do We Need Additional Suture Fixation? World journal of surgery. 2016;40(2):298-308. doi:10.1007/s00268-015-3313-0
6. Lechner MN, Jäger T, Buchner S, Köhler G, Öfner D, Mayer F. Rail or roll: a new, convenient and safe way to position self-gripping meshes in open inguinal hernia repair. Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery. 2016;20(3):417-422. doi:10.1007/s10029-015-1389-y
7. Rosenberg J, Andresen K. The Onstep Method for Inguinal Hernia Repair: Operative Technique and Technical Tips. Vilallonga R, ed. Surgery Research and Practice. 2016;2016:6935167. doi:10.1155/2016/6935167.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Đào Văn Dương\*, Trần Văn Hoàng\*, Nguyễn Văn Dũng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, XQ và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gầy liên mấu chuyển (LMC) xương đùi ở người cao tuổi có sử dụng màn tăng sáng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu không đối

chứng. **Kết quả:** 67 bệnh nhân nghiên cứu với tuổi trung bình là 73,76±5,25. Liên vết mổ kỳ đầu: 67/67 bệnh nhân (100%). Kết quả nắn chỉnh: Xương được nắn về đúng vị trí giải phẫu, góc cổ thân 125<sup>o</sup>-130<sup>o</sup> có 50/67 BN (74,62%). Từ 120<sup>o</sup> - <125<sup>o</sup> có 12/67 BN (17,91%), từ 110<sup>o</sup> - < 120<sup>o</sup> có 5 BN (7,47%). Kết quả xa theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh của chúng tôi tốt và rất tốt chiếm 88.05%, tỉ lệ đạt trung bình là 11,95% và không gặp bệnh nhân nào có kết quả xấu.

**Từ khóa:** gầy xương, liên mấu chuyển xương đùi, phẫu thuật

### SUMMARY

#### EVALUATE THE SURGICAL TREATMENT RESULT

\*Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Dương

Email: daoduong24@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2021

Ngày duyệt bài: 9.4.2021