

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẤP CỨU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN NGHỆT: HỒI CỨU 39 CA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Quế Sơn^{1,2,✉}, Cheng Samrith¹, Trần Hiếu Học^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Thoát vị bẹn nghệt là tình trạng cứu ngoại khoa cần chỉ định mổ càng sớm càng tốt để giải phóng tạng thoát vị, xử trí biến chứng nghệt và phục hồi thành bụng. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn nghệt bằng mổ mở. Nghiên cứu hồi cứu 39 trường hợp được mổ tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2019 đến 12/2021. Kết quả cho thấy: nam/nữ = 37,4, tuổi trung bình 55,2 (dao động 27 - 85) tuổi; Nyhus loại 3A, 3B, 4B lần lượt là 7,7%, 74,3%, 18%. Thời gian được mổ < 6 tiếng, 6 - 24 tiếng và > 24 tiếng lần lượt là 92,3%, 5,1% và 2,6%. Tỷ lệ cắt đoạn ruột non là 2,8%. Biến chứng tụ máu bẹn bìu, nhiễm khuẩn vết mổ lần lượt là 5,1% và 7,7%. Kết quả tốt, khá và trung bình lần lượt là 82,1%, 10,2% và 7,7%. Thời gian nằm viện $5,2 \pm 1,7$ (dao động, 2 - 9) ngày. Không có mối liên quan giữa tuổi, phân loại ASA, thời gian nhập viện đến khi mổ, vị trí thoát vị và thể thoát vị với tỉ lệ cắt đoạn ruột ($p > 0,05$). Kết luận: mổ mở là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, với các trường hợp thoát vị bẹn nghệt, kể cả trường hợp ruột nghệt bị hoại tử.

Từ khóa: Thoát vị, thoát vị bẹn, thoát vị bẹn nghệt, hoại tử ruột.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là một bệnh lý khá phổ biến, là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay điểm yếu của thành bụng vùng bẹn trên dây chằng bẹn ra dưới da hay xuống bìu.^{1,2} Các triệu chứng của TVB bao gồm cơn đau đột ngột tăng dần, buồn nôn, nôn mửa (hoặc cả hai), sốt, khối phồng ở vùng bẹn chuyển sang màu đỏ, sẫm màu và các dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột.³ Tỷ lệ mắc thoát vị bẹn nghệt thay đổi từ 0,29 đến 2,9%.⁴ Tỷ lệ tử vong cũng dao động từ 2,6 đến 9%, trì hoãn mổ sau 12 giờ làm tăng đáng kể tỷ lệ cắt ruột.^{3,5,6} Thoát vị nghệt thường gặp hơn ở những bệnh nhân lớn tuổi và tỷ lệ hiện mắc ở những người trên 60 tuổi đã được báo cáo là 9,8% so với 1,8% ở

những bệnh nhân trẻ tuổi; tỷ lệ mắc bệnh và tử vong tăng lên ở độ tuổi trên 65 lần lượt là 55% và 15%.^{2,7,8} Phẫu thuật cấp cứu vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu trong những trường hợp thoát vị bẹn nghệt nhằm giải phóng tạng thoát vị và phục hồi thành bụng càng sớm càng tốt. Kết quả xử trí tạng thoát vị và kết quả điều trị chung còn khác nhau giữa các nghiên cứu. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ thoát vị bẹn nghệt cao hơn so với phẫu thuật thoát vị bẹn chưa nghệt bao gồm cả những biến chứng nặng như cắt đoạn ruột và tử vong.^{9,10} Kết quả điều trị thoát vị bẹn nghệt phụ thuộc và nhiều yếu tố như tuổi, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được phẫu thuật, trình độ của phẫu thuật viên.^{11,12}

Khi đại dịch bệnh vi-rút corona 2019 (COVID-19) bắt đầu vào mùa xuân năm 2020, hầu hết các quốc gia trên thế giới cũng như Việt Nam bị cách ly xã hội, tạm thời dừng điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn chưa có biến chứng

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/05/2023

Ngày được chấp nhận: 10/06/2023

nghet. Chính điều này có thể làm gia tăng tỉ lệ thoát vị nghet có biến chứng nặng như hoại tử tạng thoát vị. Kết quả nghiên cứu của bài báo nhằm mục đích tổng kết các đặc điểm lâm sàng, tổn thương trong mổ, cũng như kết quả phẫu thuật thoát vị bẹn nghet được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn trước và trong giai đoạn cách ly xã hội vì đại dịch COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghet được mổ cấp cứu tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/1/2019 đến 31/12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có tuổi > 18 tuổi; bệnh nhân thoát vị bẹn lần đầu hoặc tái phát; được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn nghet qua triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng và khẳng định dựa vào kết quả phẫu thuật; đủ các thông tin cơ bản theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu, lấy mẫu số toàn bộ với mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên

cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

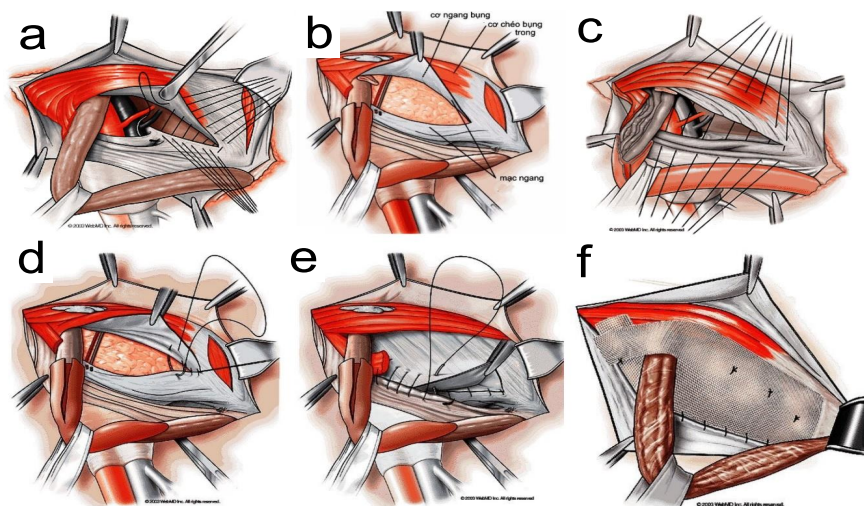
Bước 1: Từ phần mềm quản lý bệnh nhân, tra cứu bệnh án có mã số ICD10 là K40 hoặc K56. Từ kết quả trên, lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, mã bệnh án, khoa phòng, ngày vào viện, ngày ra viện.

Bước 2: Tra cứu bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện.

Tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ. Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, lấy vào nghiên cứu.

Bước 3: Thu thập các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Cách thức phẫu thuật: Bệnh nhân tư thế nằm ngửa dạng hai tay; rạch da theo đường phân giác giữa nếp bẹn và đường trắng giữa dưới rốn. Mở mạc ngang từ lỗ bẹn sâu đến củ xương mu. Bộc lộ bao thoát vị, xử trí các tạng thoát vị (cắt ruột non, cắt mạc nối lớn...). Phục hồi thành bụng bằng một số phương pháp mổ mở tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tổn thương cụ thể như phương pháp Macvay (Hình 1a); Bassini (Hình 1b,c), Shouldice (Hình d,e), Lichtenstein (Hình f).



Hình 1. Phục hồi thành bụng theo nhiều phương pháp mổ
(a) Phương pháp Mac Vay, (b + c) Bassini, (d + e) Shouldice, (f) Lichtenstein

Biến nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung bao gồm: tuổi; giới; ASA; BMI chia thành các khoảng BMI < 18,5 (thiếu cân), 18,5 - 24,9 (trung bình), 25,0 - 29,9 (thừa cân), ≥ 30 (béo phì); vị trí khối thoát vị; đặc điểm siêu âm: nội dung, đường kính lỗ thoát vị; phân loại thoát vị bẹn tái phát theo Nyhus được đề cập nhiều nhất và phù hợp với đánh giá thoát vị bẹn tái phát (thoát vị trực tiếp; gián tiếp; thoát vị đùi; thoát vị hỗn hợp). Đặc điểm kỹ thuật mổ: phương pháp phục hồi thành bụng; xử trí tạng thoát vị; tai biến trong mổ. Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ; thời gian nằm viện (ngày); Biến chứng sớm và xa; một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Tiêu chuẩn để cho bệnh nhân xuất viện: (i) Tại chỗ: vết mổ khô, không đau hoặc đau nhẹ, không có biến chứng; (ii) Toàn thân: bệnh nhân khỏe, tự sinh hoạt cá nhân, đi lại được.

Đánh giá kết quả sớm: (i) *Tốt:* không có tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ. (ii) *Khá:* khi có một số biến chứng nhẹ không phải can thiệp bằng thủ thuật, chỉ cần điều trị

nội khoa: có bí tiểu; tràn khí dưới da bụng; đau thường tinh - tinh hoàn. (iii) *Trung bình:* biến chứng sau mổ cần can thiệp bằng thủ thuật, tuy nhiên chưa phải xử lý bằng phẫu thuật: nhiễm khuẩn vết mổ; tụ dịch vùng bẹn; tụ máu vùng bẹn; nhiễm khuẩn lưới nhân tạo; biến chứng muộn: đau khi xuất tinh, giảm ham muốn tình dục, teo tinh hoàn; (iv) *Kém:* tái phát, biến chứng sau mổ cần phẫu thuật lại: nhiễm trùng, tắc ruột sau mổ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 23, các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình (\bar{X}) \pm độ lệch chuẩn (SD), các biến rời rạc được mô tả bằng tỉ lệ phần trăm, kiểm định 2 giá trị trung bình, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của bệnh nhân được mã hóa, giữ kín. Quy trình kỹ thuật mổ điều trị thoát vị bẹn của Bệnh viện Bạch Mai được Bộ Y tế chấp thuận theo quyết định số 5730/QĐ-BYT ký ngày 21/12/2017.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh và đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả (n = 39)
Tuổi, trung bình \pm SD, (min - max)	55,2 \pm 18,2 (27 - 85)
Giới tính, nam/nữ, n (%)	38 (97,4)/ 1 (2,6)
Vị trí thoát vị, phải/trái, n (%)	27 (69,2)/ 12 (30,8)
Phân loại theo Nyhus, 3A/3B/4B, n (%)	3 (7,7)/ 29 (74,3)/ 7 (18)
Thời gian nhập viện đến lúc mổ, n (%), giờ	
Dưới 6 giờ ^a	36 (92,3)
Từ 6 đến 12 giờ ^b	2 (5,1)
Trên 24 giờ ^c	1 (2,6)

Phần lớn thoát vị bẹn nghẹt gặp ở nam giới (97,4%), tuổi trung bình 55,2 tuổi (dao động 27 - 85 tuổi). Người bệnh thường đến sớm trong

vòng 12 tiếng từ khi có triệu chứng (97,4%). ^a4 ca cắt ruột non (11,1%), ^b1 ca cắt ruột non (50%), ^c1 ca cắt mạc nối lớn.

Bảng 2. Phương pháp điều trị và kết quả

Đặc điểm	Kết quả (n = 39)
Xử lý tạng thoát vị	
Cắt một phần mạc nối lớn	1 (2,6)
Cắt đoạn ruột non	5 (12,8)
Bảo tồn tạng thoát vị	33 (84,6)
Phương pháp phục hồi thành bụng, n (%)	
Bassini/ Shouldice/ Lichtenstein	33 (84,6)/ 5 (12,8)/ 1 (2,6)
Thời gian mổ, giờ	
Trung bình \pm SD, (min - max)	69,2 \pm 20,5 (50 - 90)
Thời gian nằm viện, ngày	
Trung bình \pm SD, (min - max)	5,2 \pm 1,7 (2 - 9)
Tai biến và biến chứng, n (%)	
Tụ máu vùng bẹn bìu	2 (5,1)
Nhiễm khuẩn vết mổ	3 (7,7)
Thời gian lưu thông ruột	
1 - 2 ngày/3 - 4 ngày/ > 4 ngày	32 (82,1)/ 3 (7,7)/ 4 (10,2)
Đánh giá kết quả điều trị	
Tốt/ Khá/ Trung bình	32 (82,1)/ 4 (10,2)/ 3 (7,7)

Phần lớn các tạng thoát vị được bảo tồn (84,6%), 12,8% phải cắt đoạn ruột non. Hai kỹ thuật được sử dụng để phục hồi thành bụng nhiều nhất là Bassini (84,6%) và Shouldice (12,8%). Biến chứng chung 12,8% trong đó tụ

máu cùng bẹn bìu và nhiễm khuẩn vết mổ lần lượt là 5,1% và 7,7%. Kết quả sau mổ thường tốt (82,1%), lưu thông ruột trở lại sớm sau mổ 1 - 2 ngày là 82,1%.

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến thời gian mổ phẫu thuật

Yếu tố	Nhóm	Thời gian mổ (phút)	p-value
Tuổi	< 60 tuổi (n = 21)	61,2 \pm 12,5	0,007
	\geq 60 tuổi (n = 18)	78,4 \pm 24,2	
ASA	1 (n = 28)	61,6 \pm 12,4	0,000
	2 hoặc 3 (n = 11)	88,4 \pm 24,9	
Thời gian từ khi nhập viện đến khi mổ	Dưới 6h (n = 36)	68,3 \pm 19,4	0,62
	Trên 6h (n = 3)	80,0 \pm 34,6	

Yếu tố	Nhóm	Thời gian mổ (phút)	p-value
Vị trí	Trái (n = 12)	78,5 ± 24,2	0,04
	Phải (n = 25)	63,8 ± 17,5	
Thở thoát vị	Nguyên phát (n = 31)	75,1 ± 19,4	0,36
	Tái phát (n = 8)	67,6 ± 20,8	

Thời gian phẫu thuật ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, ASA 1 và vị trí thoát vị bên ở bên trái ($p < 0,05$).

Bảng 4. Yếu tố liên quan đến chỉ định cắt đoạn ruột non

Yếu tố	Nhóm	Cắt đoạn ruột		p-value
		Có	Không	
Tuổi	< 60 tuổi (n = 21)	2 (9,5)	19 (90,5)	0,65
	≥ 60 tuổi (n = 18)	3 (16,7)	15 (83,3)	
ASA	1 (n = 28)	2 (7,1)	26 (92,9)	0,12
	2 hoặc 3 (n = 11)	3 (27,3)	8 (72,7)	
Thời gian từ khi nhập viện đến khi mổ	Dưới 6h (n = 36)	4 (11,1)	32 (88,9)	0,35
	Trên 6h (n = 3)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Vị trí	Trái (n = 12)	3 (25,0)	9 (75,0)	0,30
	Phải (n = 25)	2 (8,0)	23 (92,0)	
Thở thoát vị	Nguyên phát (n = 8)	0 (0,0)	8 (100)	0,56
	Tái phát (n = 31)	5 (16,1)	26 (83,9)	

Không có mối liên quan giữa tuổi, phân loại ASA, thời gian nhập viện đến khi phẫu thuật, vị trí khối thoát vị và thở thoát vị với tỉ lệ cắt đoạn ruột ở bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Yếu tố	Nhóm	Tốt	Khá, trung bình	p-value
Tuổi	< 60 tuổi (n = 21)	18 (85,7)	3 (14,3)	0,68
	≥ 60 tuổi (n = 18)	14 (77,8)	4 (22,2)	
ASA	1 (n = 28)	25 (89,3)	3 (10,7)	0,04
	2 + 3 (n = 11)	7 (63,6)	4 (36,4)	
Thời gian từ khi nhập viện đến khi mổ	Dưới 6h (n = 36)	30 (83,3)	6 (16,7)	0,46
	Trên 6h (n = 3)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Vị trí	Trái (n = 12)	9 (75,0)	3 (25,0)	0,36
	Phải (n = 25)	22 (88,8)	3 (12,0)	
Thở thoát vị	Nguyên phát (n = 31)	25 (80,6)	6 (75)	0,84
	Tái phát (n = 8)	6 (19,4)	2 (25)	

Khi phân tích đơn biến cho thấy kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm bệnh nhân có ASA 1.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị bẹn nghệt là một bệnh lý hay gặp trong cấp cứu ngoại khoa. Tỷ lệ nghệt trong bệnh lý TVB thay đổi từ 0,29% đến 2,9%.^{4,13} Trong một nghiên cứu khác nhận thấy tỉ lệ cắt bỏ đoạn ruột tương ứng là 7%, 11% và 27% khi được phẫu thuật trong 24 giờ, 24 - 27 giờ và sau 48 giờ sau khi khởi phát.¹¹ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nội dung khối thoát vị nghệt trong phẫu thuật gặp nhiều nhất là 47,2% nghệt ruột non, 22% nghệt mạc nối + ruột non, 31,8% nghệt mạc nối lớn. Nguy cơ hoại tử ruột do nghệt còn phụ thuộc vào một số yếu tố khác như thời gian bị nghệt đến khi người bệnh đến viện, đường kính lỗ thoát vị rộng hay hẹp. Nhưng thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi được phẫu thuật là yếu tố tiên lượng quan trọng hàng đầu với bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt. Do đó, chẩn đoán và phẫu thuật sớm vẫn đóng vai trò quan trọng làm giảm nguy cơ hoại tử phải cắt đoạn ruột non. Thoát vị bẹn nghệt có thể được điều trị bằng: (i) *phẫu thuật nội soi* với kỹ thuật đặt lưới trước phúc mạc (TEP) hoặc đặt tấm lưới trước phúc mạc đường vào qua ổ bụng (TAPP); hoặc (ii) *mở mổ xử trí tạng thoát vị*, đồng thời phục hồi thành bụng sử dụng mô tự thân (Bassini, Shouldice) hoặc phục hồi thành bụng không căng bằng cách đặt tấm lưới.^{3,6,14} Tuy nhiên, lựa chọn kỹ thuật nào lại phụ thuộc vào thói quen, đường cong huấn luyện nội soi của phẫu thuật viên và trang thiết bị sẵn có và tổn thương cụ thể ở người bệnh. Với những ca thoát vị bẹn chưa nghệt, nếu mổ mở, chúng tôi thường xác định vị trí của lỗ bẹn sâu trước, sau đó rạch da theo đường phân giác giữa nếp bẹn và đường trắng giữa dưới rốn dài 2 - 4cm, lấy vị trí lỗ bẹn sâu làm điểm giữa. Với cách rạch này có thể làm giảm bớt được độ dài của vết mổ vì đủ rộng

để bộc lộ bao thớ thường tinh, tìm và khâu buộc cổ bao thoát vị trước khi khâu gân kết hợp và cung đùi làm chắc sàn bẹn ở phía sau. Tuy nhiên, trong thoát vị bẹn nghệt, đường mổ cần rộng hơn nhưng vẫn phải lấy cổ bao thoát vị tương ứng với lỗ bẹn sâu làm trung điểm để rạch da lên trên và xuống dưới nhằm hạn chế vết mổ dài. Trong những trường hợp tạng thoát vị hoại tử cần phải cắt ruột non và đại tràng thì phải mở rộng vết mổ theo đường trắng bên lên trên đủ rộng để cắt và nối ruột. Kết quả nghiên cứu cứu của chúng tôi thấy phương pháp phục hồi thành bụng được sử dụng nhiều nhất là phương pháp Bassini (84,6%), ít sử dụng hơn là phương pháp Shouldice (12,8%) và Lichtenstein (2,6%). Đối với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, trang thiết bị đầy đủ, phẫu thuật nội soi được sử dụng hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn nghệt.^{14,15} Theo nghiên cứu so sánh của Yang, tỉ lệ tái phát của mổ nội soi và mổ mở là 1 ca/57 ca (1,7%) so với 3 ca/131 ca (2,3%), không có sự khác biệt ($p = 0,815$) mặc dù tỷ lệ ca bệnh cần mở rộng vết mổ vào ổ bụng để cắt đoạn ruột, tỷ lệ phẫu thuật viên ít kinh nghiệm hơn trong nhóm mổ mở có phần cao hơn so với nhóm mổ nội soi.¹⁵

Phục hồi thành bụng bằng các phương pháp mổ không căng là một lựa chọn để điều trị các trường hợp không phức tạp. Tuy nhiên, do nguy cơ nhiễm trùng liên quan đến vật liệu nhân tạo, việc sử dụng lưới trong điều trị thoát vị nghệt còn nhiều tranh luận. Một số nghiên cứu khuyến nghị chỉ nên đặt tấm lưới nhân tạo đối với những trường hợp không cắt bỏ ruột; Nghiên cứu của Tatar, tỉ lệ nhiễm trùng vết thương của nhóm đặt lưới và không đặt lưới lần lượt là 6,7% và 7,2%, không có sự khác biệt có ý nghĩa.⁴ Do đó, trong các ca phẫu thuật sửa chữa thoát vị bẹn nghệt, tấm lưới polypropylene có thể được sử dụng một cách an toàn ngay cả ở những bệnh nhân phải cắt bỏ ruột.^{4,6,15}

Khoảng 5 - 15% bệnh nhân thoát vị bị nghẹt, trong đó khoảng 15% trường hợp có thể tiến triển thành hoại tử ruột cần phải cắt bỏ ruột. Bệnh nhân bị hoại tử ruột phải nằm viện lâu hơn đáng kể và biến chứng sau phẫu thuật cao hơn, dao động từ 6% đến 43%, với tỷ lệ tử vong là 1 - 7%.^{5,11,16} Cắt đoạn ruột do nghẹt ruột hoại tử là một biến chứng nặng của thoát vị bẹn nghẹt. Kết quả nghiên cứu tổng hợp trên 762 bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt, tỷ lệ cắt ruột non là 21%, tác giả đưa ra 8 yếu tố nguy cơ đối với việc cắt bỏ ruột ở bệnh nhân thoát vị bẹn bị kẹt đó là giới nữ, độ tuổi, tuổi trên 65, thời gian nghẹt, có dấu hiệu tắc ruột, tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính và thoát vị đùi.¹⁶ Kết quả nghiên cứu của tác giả Pulin Ch Kumar và cộng sự trên 50 bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt cho thấy tỉ lệ cắt bỏ đoạn ruột cao hơn ở nhóm vào viện sau 24 giờ (60,7% so với 11,1%).¹⁷

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định. *Thứ nhất*, đây là nghiên cứu hồi cứu nên có thể dẫn đến sai lệch trong lựa chọn bệnh nhân và kết quả nghiên cứu. *Thứ hai*, nghiên cứu chưa cung cấp được các kết quả theo dõi xa như tỷ lệ tái phát thoát vị bẹn, di chứng của phục hồi thành bụng sử dụng mô tự thân, di chứng của cắt đoạn ruột. *Thứ ba*, do không có nhóm chứng như nhóm mổ nội soi nên chưa có kết luận thực sự về tính ưu việt của mổ mở. *Thứ tư*, chưa có kết luận về vai trò của đặt lưới trong cấp cứu do thoát vị bẹn nghẹt do số lượng bệnh nhân hạn chế. *Thứ năm*, chưa thể rút ra kết luận liệu giai đoạn cách ly xã hội (Social Distancing) có ảnh hưởng đến tỷ lệ nghẹt ruột hoại tử hay không.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp thoát vị bẹn nghẹt đều được can thiệp sớm trước 6 tiếng kể từ lúc nhập viện. Mổ mở ngay từ đầu là một lựa chọn hiệu quả, an toàn ngay cả với các trường hợp nghẹt ruột hoại tử. Kết quả gần tốt, biến chứng

ít và nhẹ.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban lãnh đạo Bệnh viện, các Bác sĩ, nhân viên điều dưỡng Khoa Ngoại tổng hợp, Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Đơn vị Cấp cứu Ngoại – Thuộc Trung tâm Cấp cứu A9, Trung tâm Gây mê hồi sức, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện để nhóm tác giả thu thập được số liệu hoàn thành bài nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dreifuss NH, Pena ME, Schlottmann F, et al. Long-term outcomes after bilateral transabdominal preperitoneal (TAPP) repair for asymptomatic contralateral inguinal hernia. *Surg Endosc.* 2021;35(2):626-630.
2. Guillaumes S, Hoyuela C, Hidalgo NJ, et al. Inguinal hernia repair in Spain. A population-based study of 263,283 patients: factors associated with the choice of laparoscopic approach. *Hernia.* 2021;25(5):1345-1354.
3. Zwols TLR, Akkersdijk WL, Bokkerink WJV, et al. Emergency TREPP for Strangulated Inguinal Hernia Repair: A Consecutive Case Series. *Surg J (N Y).* 2020;6(2):e62-e66.
4. Tatar C, Tuzun IS, Karsidag T, et al. Prosthetic Mesh Repair for Incarcerated Inguinal Hernia. *Balkan Med J.* 2016;33(4):434-440.
5. Koizumi M, Sata N, Kaneda Y, et al. Optimal timeline for emergency surgery in patients with strangulated groin hernias. *Hernia.* 2014;18(6):845-848.
6. Liu J, Chen J, Shen Y. The results of open preperitoneal prosthetic mesh repair for acutely incarcerated or strangulated inguinal hernia: a retrospective study of 146 cases. *Surg Endosc.* 2020;34(1):47-52.
7. Kulah B, Kulacoglu IH, Oruc MT, et al.

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *The American journal of surgery*. 2001;181(2):101-104.

8. Ozbagriacik M, Bas G, Basak F, et al. Management of strangulated abdominal wall hernias with mesh; early results. *North Clin Istanb*. 2015;2(1):26-32.

9. Deeba S, Purkayastha S, Paraskevas P, et al. Laparoscopic approach to incarcerated and strangulated inguinal hernias. *JLSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2009;13(3):327-331.

10. Papaziogas B, Lazaridis C, Makris J, et al. Tension-free repair versus modified Bassini technique (Andrews technique) for strangulated inguinal hernia: a comparative study. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*. 2005;9(2):156-159.

11. Kurt N, Oncel M, Ozkan Z, et al. Risk and outcome of bowel resection in patients with incarcerated groin hernias: retrospective study. *World journal of surgery*. 2003;27(6):741-743.

12. Ameh E. Incarcerated and strangulated

inguinal hernias in children in Zaria, Nigeria. *East African medical journal*. 1999;76(9):499-501.

13. Abbas MH. Outcome of strangulated inguinal hernia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2005;21(4):445.

14. Liu J, Shen Y, Nie Y, et al. If laparoscopic technique can be used for treatment of acutely incarcerated/strangulated inguinal hernia? *World J Emerg Surg*. 2021;16(1):5.

15. Yang GP, Chan CT, Lai EC, et al. Laparoscopic versus open repair for strangulated groin hernias: 188 cases over 4 years. *Asian J Endosc Surg*. 2012;5(3):131-137.

16. Chen P, Huang L, Yang W, et al. Risk factors for bowel resection among patients with incarcerated groin hernias: A meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2020;38(2):376-383.

17. Kumar PC, Pratik P. A Clinical Study of Complicated Inguinal Hernia with Special Reference to Its Management. *Medico Legal Update*. 2020;20(3):279-283.

Summary

OUTCOMES OF EMERGENCY OPEN SURGERY DUE TO STRANGULATED INGUINAL HERNIA: A RETROSPECTIVE STUDY OF 39 CASES AT BACH MAI HOSPITAL

A strangulated inguinal hernia is a medical emergency that requires immediate surgery to relieve the herniated viscera, manage strangling problems, and reconstruct the abdominal wall. The purpose of the study was to assess the efficacy of open surgery in the treatment of strangulated inguinal hernias. From January 2019 to December 2021, we conducted a retrospective analysis of 39 patients operated on at Bach Mai Hospital. The male/female ratio was 37.4. The average age was 55.2 years old (range 27 - 85); Nyhus classification 3A, 3B, and 4B were 7.7%, 74.3%, and 18%, respectively. The rate of small bowel resection was 2.8%. Complications of inguinal scrotal hematoma and wound infection were 5.1% and 7.7%, respectively. The good, fair, and average results were 82.1%, 10.2%, and 7.7%, respectively. The length of hospital stay was 5.2 ± 1.7 (range, 2 - 9) days. There was no

relationship between age, ASA classification, waiting time for surgery, hernia location, and type of hernia with bowel resection rate ($p > 0.05$). Conclusion: open surgery is an effective, safe, and mildly complicated method of treating strangulated inguinal hernia, even in necrotizing intestinal strangulation.

Keywords: Herniation, inguinal hernia, strangulated inguinal hernia, intestinal obstruction.