

Đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng và điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo

Đoàn Phước Vượng*, Võ Lê Thanh Quỳnh, Nguyễn Thị Trang, Phạm Anh Vũ
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo được sử dụng rộng rãi trong điều trị thoát vị bẹn ở người lớn. Sử dụng kháng sinh hợp lý mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân và cộng đồng, như qua đó giảm chi phí khám chữa bệnh cũng như tình trạng đề kháng thuốc. Trong bối cảnh việc lạm dụng kháng sinh và đề kháng kháng sinh toàn cầu đang là vấn đề cấp thiết, việc sử dụng đúng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cần được tuân thủ. Do phẫu thuật có sử dụng vật liệu nhân tạo, nhiều phẫu thuật viên còn kéo dài thời gian dự phòng như điều trị nhiễm khuẩn, dù nhiều bằng chứng cho thấy không có giá trị. Mục đích đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật và sự an toàn việc sử dụng kháng sinh dự phòng đúng trong phẫu thuật thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân bệnh nhân phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo điều trị thoát vị bẹn. Ghi nhận các đặc điểm bệnh nhân, kết quả phẫu thuật và tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ. **Kết quả:** Có 58 bệnh nhân với 61 thoát vị bẹn được phẫu thuật. Thoát vị gián tiếp 82%, trong đó 11,5% bị cầm tù. Mức độ đau nhẹ và rất nhẹ chiếm 86,2%, thời gian nằm viện trung bình là 2,67 ngày. Biến chứng trong mổ 6,9%, biến chứng sau mổ 5,4%. Kết quả sớm sau mổ 100% tốt và khá. Theo dõi 1 trường hợp tái phát, các biến chứng khác điều trị nội khoa thành công. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn là an toàn, không làm tăng tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và việc sử dụng kháng sinh điều trị là không được khuyến cáo.

Từ khóa: thoát vị bẹn, kháng sinh dự phòng, tấm nhân tạo, nhiễm khuẩn vết mổ.

Evaluation of prophylactic antibiotic use and outcomes in laparoscopic inguinal hernia repair with MESH

Doan Phuoc Vung*, Vo Le Thanh Quynh, Nguyen Thi Trang, Pham Anh Vu
University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Laparoscopic mesh placement surgery is widely used in the treatment of inguinal hernia in adults. Appropriate antibiotic use provides significant benefits to patients and the broader community, such as reducing healthcare costs and the prevalence of antibiotic resistance. In the context of widespread antibiotic overuse and global antibiotic resistance becoming an urgent issue, adherence to appropriate prophylactic antibiotic use in surgery is essential. Due to the involvement of synthetic materials in the procedure, many surgeons tend to prolong the prophylactic period, such as treating infections, despite substantial evidence showing no benefit. This study aims to evaluate the clinical, paraclinical, and surgical characteristics, as well as the safety, of appropriate prophylactic antibiotic use in inguinal hernia surgery. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 58 patients undergoing laparoscopic mesh placement for inguinal hernia repair. Patient characteristics, surgical outcomes, and the incidence of surgical site infection were recorded. **Results:** A total of 58 patients with 61 inguinal hernias were included. Indirect hernias accounted for 82%, of which 11.5% were incarcerated. Mild and very mild postoperative pain was reported in 86.2% of cases, and the average hospital stay was 2.67 days. Intraoperative complications occurred in 6.9% of patients, and postoperative complications in 5.4%. Early postoperative outcomes were rated as good or fairly good in all cases. During follow-up, there was one case of recurrence; other complications were successfully managed with medical treatment. **Conclusion:** Prophylactic antibiotic use in laparoscopic inguinal hernia repair is safe, does not elevate the risk of surgical site infection, and the use of antibiotics as treatment is not recommended.

Keywords: inguinal hernia, prophylactic antibiotics, surgical mesh, surgical site infection.

*Tác giả liên hệ: Đoàn Phước Vượng. Email: dpvung@bv.huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 13/2/2025; Ngày đồng ý đăng: 20/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.25

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý rất thường gặp, theo ước tính nguy cơ xuất hiện thoát vị bẹn trong suốt cuộc đời khoảng 27% ở nam giới và 3% ở nữ giới (1). Tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn là phẫu thuật, trên thế giới hơn 20 triệu ca phẫu thuật mỗi năm, trong đó hơn 700.000 trường hợp ở Mỹ. Phẫu thuật nội soi (PTNS) có nhiều lợi ích nổi bật so với phẫu thuật mở như giảm mức độ đau sau mổ, hồi phục sớm, nhanh chóng trở lại làm việc và nâng cao chất lượng cuộc sống và có chi phí rẻ hơn rất nhiều so với phẫu thuật rô-bốt (2–4). Hai phương pháp PTNS sử dụng tấm nhân tạo điều trị thoát vị bẹn được sử dụng rộng rãi hiện nay là kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo xuyên phúc mạc (TAPP- Transabdominal preperitoneal) và kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc (TEP- Totally extraperitoneal). Việc sử dụng tấm nhân tạo điều trị thoát vị bẹn cho thấy giảm tỉ lệ tái phát sau mổ và được khuyến cáo sử dụng rộng rãi (5). Kháng sinh dự phòng được sử dụng trước mỗi cuộc phẫu thuật nhằm mục đích giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, đặc biệt trong phần lớn các phẫu thuật sạch, sạch - nhiễm không sử dụng kháng sinh điều trị. Dù PTNS đặt tấm nhân tạo điều trị thoát vị bẹn là phẫu thuật sạch, các vị trí đặt tro-ca là những đường rạch nhỏ (5-10mm), tuy nhiên thực tế ở nhiều cơ sở điều trị, nhiều phẫu thuật viên vẫn sử dụng kháng sinh điều trị do lo ngại nhiễm khuẩn nếu xảy ra ở bệnh nhân có đặt tấm nhân tạo thường rất phức tạp, nguy cơ phải phẫu thuật lại tháo tấm nhân tạo (6). Thực tế nhiều nghiên cứu gần đây trên thế giới cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tấm nhân tạo trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng PTNS có sử dụng kháng sinh dự phòng là rất thấp. Theo nghiên cứu của Bittner và cộng sự điều trị 8050 phẫu thuật TAPP cho 6479 trường hợp thì tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 0% và nhiễm khuẩn tấm nhân tạo là 0,1% (7). Tỉ lệ này lần lượt là 0,08% và 0,02% với 5203 phẫu thuật TEP cho 3868 trường hợp trong nghiên cứu của Tamme (8). Một số nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên (RCTs) gần đây còn cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về biến chứng nhiễm khuẩn giữa nhóm có sử dụng và không sử dụng kháng sinh dự phòng đối với PTNS điều trị thoát vị bẹn (4). Dựa vào những báo cáo về vi sinh vật trong không khí, gạc, dụng cụ phẫu thuật, điều kiện vô khuẩn tại phòng mổ bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế hoàn toàn đạt tiêu chuẩn cho thấy việc không sử dụng kháng sinh kéo dài trong PTNS điều trị thoát vị bẹn là hợp lý và an toàn. Ngoài ra, thay đổi sử dụng kháng sinh còn mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân và cộng đồng như giảm thời gian

nằm viện sau mổ, giảm sử dụng thuốc kháng sinh qua đó giảm chi phí khám chữa bệnh cũng như tình trạng đề kháng thuốc. Trong bối cảnh việc lạm dụng kháng sinh và đề kháng kháng sinh toàn cầu đang là vấn đề cấp thiết với những lợi ích rõ rệt và những bằng chứng về tính an toàn của các nghiên cứu lớn, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng và điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo”** với các mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật bệnh lý thoát vị bẹn.
2. Đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có đặt tấm nhân tạo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 58 bệnh nhân được phẫu thuật chương trình điều trị thoát vị bẹn bằng PTNS theo kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo xuyên phúc mạc hoặc kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc chỉ sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn và được phẫu thuật bằng phương pháp TAPP hoặc TEP.
- + Thoát vị bẹn 1 bên, 2 bên, thoát vị tái phát.
- + Chỉ sử dụng kháng sinh dự phòng, không có kháng sinh điều trị. Trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

+ Bệnh nhân có ASA (American Society of Anesthesiologists) 1, 2, 3

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo: nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh lý mạch vành, lao phổi tiến triển, bệnh lý hô hấp mạn tính, xơ gan, suy thận, bệnh máu không đông hoặc các bệnh lý suy giảm miễn dịch, đái tháo đường khó kiểm soát.

+ Có sử dụng kháng sinh điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu

- + Các đặc điểm chung như tuổi, giới, ASA, chỉ số BMI, yếu tố nguy cơ

+ Đặc điểm túi thoát vị như vị trí, kích thước (dựa và thăm khám và siêu âm bẹn- bìu)

+ Đánh giá trong mổ như thời gian phẫu thuật, loại thoát vị và biến chứng trong mổ

+ Các biến chứng sớm sau mổ như bí tiểu, tụ máu vết mổ/ tro-ca, tụ máu vùng bẹn-bìu, sưng bìu, tình

hoàn, tràn khí dưới da.

+ Có hay không biến chứng liên quan đến nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn vị trí tro-ca, nhiễm khuẩn sâu, nhiễm khuẩn khoang cơ thể liên quan đến tẩm nhân tạo.

+ Đánh giá đau sau phẫu thuật theo thang điểm VAS

+ Thời gian nằm viện sau mổ.

+ Theo dõi tái khám, xét nghiệm siêu âm tại chỗ và các xét nghiệm sinh hóa nếu cần thiết.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 58 bệnh nhân với 61 thoát vị bẹn bằng phương pháp PTNS đặt tẩm lưới nhân tạo và thu được các kết quả sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Các bệnh nhân được phẫu thuật trong độ tuổi từ 21 đến 95, trung bình 53,6 tuổi. Nam giới chiếm 96,6%. Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật kéo dài từ 1 tháng đến 20 năm. Kích thước lỗ thoát vị trên siêu âm từ 5 đến 25 mm, trung bình 13,5 mm.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả	
	N	Tỉ lệ %
Địa dư (Nông thôn)	43	74,1
BMI (kg/m ²)	21,2 ± 2,5	
Có tiền sử phẫu thuật vùng bụng	6	10,3
Có tiền sử bệnh lý tăng áp lực ổ bụng	4	6,9
Lí do vào viện		
Đau tức vùng bẹn	18	31
Khối phồng vùng bẹn	40	69
ASA		
I	44	75,9
II	11	19
III	3	5,2
Đặc điểm khối thoát vị		
Bên phải	35	60,3
Bên trái	20	34,5
Hai bên	3	5,2
Thoát vị tái phát	4	6,6
Khối thoát vị xuất hiện thường xuyên	8	13,1
Thoát vị cầm tù	7	11,5
Thoát vị xuống bìu	10	16,4
Đường kính túi thoát vị trên siêu âm	13,5 ± 5,6 mm	

3.2. Kết quả phẫu thuật: Thoát vị gián tiếp chiếm phần lớn với 82%, phân độ Nyhus II chiếm 80,3%, phẫu thuật TEP chiếm 73,8%.

Bảng 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả	
	N	Tỉ lệ %
Thành phần tạng thoát vị		
Ruột non	28	45,9
Mạc nối lớn	28	45,9
Mạc nối lớn và ruột non	5	8,2

Phương pháp phẫu thuật		
Phẫu thuật TEP	45	73,8
Phẫu thuật TAPP	16	26,2
Phân độ Nyhus		
II	49	80,3
IIIA	9	14,8
IVA	2	3,3
IVB	1	1,6

Mức độ đau sau phẫu thuật (VAS) : nhóm đau nhẹ và rất nhẹ chiếm đa số với (50/58) 86,2%. Sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật: 2,62 (ngày) (1-5 ngày). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: 2,67 (ngày) (1-6 ngày). Thời gian phẫu thuật trung bình chung 75,3 phút, ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 180 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm thoát vị bên 1 bên là $72,7 \pm 26,6$ phút , 2 bên là $123,3 \pm 25,2$ phút. Trong phẫu thuật, có 4 bệnh nhân có tai biến thủng phúc mạc, chiếm 6,9 %. 01 trường hợp chuyển từ phẫu thuật TEP sang TAPP.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tràn khí dưới da	1	1,7%
Tụ dịch vùng bẹn	1	1,7%
Sưng vùng bìu	1	1,7%

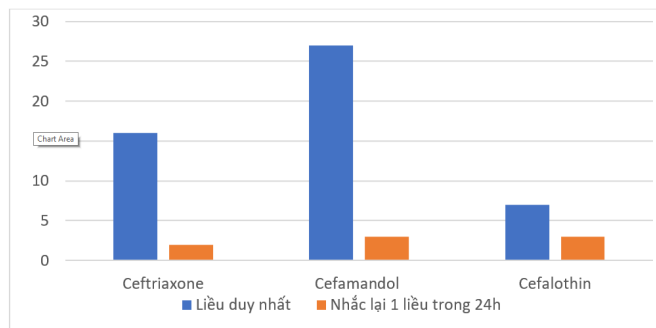
Đánh giá kết quả sớm sau mổ 100% tốt và khá (trong đó kết quả tốt 94,8%)

Đánh giá kết quả sau tái khám 1 tháng và 6 tháng:

- Tái khám 1 tháng: Tái phát 1 trường hợp (1,7%), tụ dịch ổ bẹn 1 trường hợp (1,7%), phù nề thường tinh 3 trường hợp (5,2%).

- Tái khám 6 tháng: Ngoài trường hợp tái phát chưa đồng ý can thiệp lại thì các trường hợp khác ổn định sau theo dõi không dùng thuốc.

3.3. Kháng sinh và nhiễm khuẩn vết mổ



Biểu đồ 1. Loại kháng sinh dự phòng

Loại kháng sinh dự phòng đều là kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm cephalosporin, trong đó chủ yếu là cephalosporin thế hệ 2 (Cefmandol) chiếm 51,7%. Tất cả các trường hợp đều sử dụng kháng sinh trong vòng 24 giờ, trong đó liều kháng sinh duy nhất trước mổ chiếm 86,2%, có 8 trường hợp nhắc lại thêm một liều sau mổ. Không ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn rốn hay nhiễm khuẩn khoang phẫu thuật trong quá trình nằm viện hay tái khám 1 tháng và 6 tháng.

4. BÀN LUẬN

Do thoát vị bẹn là bệnh hay gặp nam giới, độ tuổi nhóm nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi lao động nên thể trạng thường tốt, ít bệnh kèm. Khác với thời kỳ đầu triển khai kỹ thuật, tiền sử phẫu thuật vùng bụng được xem như là chống chỉ định, ở nghiên cứu của

chúng tôi vẫn có 10,3% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vẫn được triển khai PTNS, trong đó vừa có cả tiền sử phẫu thuật vùng bụng liên quan đến khoang phẫu thuật cũng như bệnh nhân đã phẫu thuật vùng bẹn trước đó. Đa số bệnh nhân đều nhập viện khi có triệu chứng khá lâu, trung bình 20,5 tháng, phần

lớn chỉ xuất hiện khi gắng sức 86,9%. Thông thường bệnh nhân sẽ phát hiện khối phồng trước sau đó mới có triệu chứng đau xuất hiện, điều này cho thấy bệnh nhân thường có tâm lý chủ quan khi xuất hiện một khối bất thường ở vùng bẹn. Tỷ lệ thoát vị bẹn phải nhiều hơn bên trái (60,3% so với 34,5%), số thoát vị hai bên khá ít chỉ 3 trường hợp, điều này phù hợp với số thoát vị trực tiếp trong nghiên cứu chỉ 18% vì thông thường thoát vị trực tiếp thường bị cả hai bên. Có 4 trường hợp thoát vị tái phát trong đó 3 trường hợp sau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn hở vùng bụng bẹn, 1 trường hợp tái phát sau phẫu thuật TEP, trường hợp này được chỉ định phẫu thuật TAPP, trong qua trình phẫu thuật thấy tấm lưới cũ co rúm lại nằm phía trong động mạch thượng vị dưới, không che kín hết lỗ cơ lược, túi thoát vị còn nguyên. Tỷ lệ thoát vị cầm tù chiếm 11,5% (7 trường hợp), tạng cầm tù thường là mạc nối lớn (6/7), đều là thoát vị gián tiếp và 6/7 trường hợp được chỉ định phẫu thuật TAPP. Trường hợp cầm tù vẫn phẫu thuật TEP thành công là do trước phẫu thuật, sau khi bệnh nhân được gây mê tạng thoát vị đẩy lên được. Đường kính cổ túi thoát vị trên siêu âm 13,5 mm, nhỏ nhất là 5mm và lớn nhất là 25mm. Kết hợp với mô tả trong mổ cho thấy không có trường hợp nào thuộc nhóm M3, L3 theo phân độ EHS nên việc sử dụng lưới 10x15cm và không cố định lưới (trong tất cả phẫu thuật TEP và một số phẫu thuật TAPP) trong nghiên cứu của chúng tôi là hợp lý (4). Tạng thoát vị thường là ruột non và mạc nối lớn. Tuy vậy để xác định tạng thoát vị thường dựa vào thăm khám lâm sàng và siêu âm là chủ yếu nhất là nếu trong phẫu thuật TEP thường khó đánh giá chính xác thành phần tạng thoát vị. Phần lớn thoát vị là thoát vị gián tiếp (82%), phân độ Nyhus II chiếm 80,3%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu cả các tác giả khác (9,10). Ở nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật TEP 73,8%, vẫn đề chỉ định loại phẫu thuật thường do lựa chọn của phẫu thuật viên và đặc điểm của bệnh nhân. Lựa chọn phẫu thuật TEP không cần phải đóng phúc mạc, chỉ khó khăn trong việc kéo tạng thoát vị trả vào ổ phúc mạc trong thoát vị cầm tù. Đối với các phẫu thuật viên TEP có kinh nghiệm cho thấy không có sự khác biệt kết quả giữa lựa chọn 2 loại phẫu thuật. Về vấn đề cố định tấm nhân tạo, nhiều nghiên cứu hệ thống đa trung tâm cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát (3,5), tuy vậy theo khuyến cáo của EHS, ở bệnh nhân nhóm M3 nên được cố định tấm nhân tạo (5). Trường hợp phẫu thuật TAPP thường áp dụng với khối thoát vị cầm tù, nghi ngờ có thoát vị đối bên, bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng tại vị trí mổ (4). Có 1

trường hợp phẫu thuật TEP bị thủng phúc mạc khi đặt tro-ca nên chuyển sang phẫu thuật TAPP. Tỷ lệ biến chứng trong mổ là 6,9% trong đó 4 bệnh nhân thủng phúc mạc. Có 1 trường hợp phẫu thuật TEP bị thủng phúc mạc khi đặt tro-ca nên chuyển sang phẫu thuật TAPP. Biến chứng sau mổ 3 trường hợp (5,2%) không có trường hợp nhiễm khuẩn, 1 trường hợp tràn khí dưới da khu trú sau phẫu thuật TEP, 1 trường hợp tụ dịch vùng bẹn và 1 trường hợp sưng vùng bìu không bội nhiễm được theo dõi sát và điều trị bảo tồn thành công, sau 6 tháng hết triệu chứng (4). Tụ dịch vùng bẹn bìu sau mổ phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo nội soi khá thường gặp và được xem là biến chứng nhỏ vì điều trị bảo tồn dễ thành công. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Y. Hamza và thấp hơn nhiều các nghiên cứu khác với tỷ lệ 13,3 đến 21% (2,11,12). Không ghi nhận trường hợp nào bí tiểu sau mổ, tỷ lệ này từ 0,5 – 3% tùy vào phương pháp vô cảm. Ở nghiên cứu của chúng tôi có kiểm soát lượng dịch truyền chu phẫu, hạn chế <500ml và không dùng giảm đau nhóm opioid để giảm tình trạng bí tiểu sau mổ (4,13). Mức độ đau sau mổ với nhóm đau nhẹ và rất nhẹ chiếm đa số 86,2%, theo đó thời gian sử dụng giảm đau sau mổ cũng rất ngắn 2,62 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ 2,67 ngày. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu phẫu thuật thoát vị bẹn cùng trung tâm đều nhiều hơn 4 ngày (9,10) Trong các yếu tố ảnh hưởng đến việc nằm viện như thuốc, chăm sóc vết thương, kiểm soát đau, chế độ ăn và hoạt động sau mổ thì vấn đề dùng giảm đau và kháng sinh thường kéo dài thời gian nằm viện sau mổ. Nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ đau sau mổ đã cải thiện rất nhiều từ khi áp dụng PTNS, do đó nếu bệnh nhân chỉ sử dụng kháng sinh dự phòng thì có thể ra viện sớm. Thực tế trên thế giới nhiều bệnh viện đã triển khai mổ và ra viện trong ngày với PTNS thoát vị bẹn (3). Theo dõi tái khám 6 tháng sau mổ có một trường hợp tái phát, trường hợp này chưa được phẫu thuật lại do bệnh nhân chưa đồng ý. Qua thăm khám và xem xét hồ sơ đánh giá nguyên nhân tái phát khả năng cao do kỹ thuật mổ, bệnh nhân có thoát vị gián tiếp nhưng trong mổ chỉ ghi nhận túi thoát vị trực tiếp, chưa xử lý được túi thoát vị gián tiếp nên tái phát sớm sau mổ.

Bộ y tế đã chỉ rõ nguyên nhân việc đề kháng kháng sinh tăng cao, trong đó có việc lạm dụng kháng sinh khi không thật cần thiết, tăng sử dụng kháng sinh dự phòng, tăng điều trị kháng sinh cho nhiều loại vi khuẩn theo kinh nghiệm. Theo đó một trong những biện pháp quang trọng là sử dụng kháng sinh dự phòng theo đúng nguyên tắc (14). Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật thoát vị bẹn thường

từ 0 - 3,5% (3), tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế, theo nghiên cứu của Trình Đình Bình và cộng sự năm 2016 về nhiễm khuẩn bệnh viện cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn ở phẫu thuật sạch chiếm 2,2% (15). Trong nghiên cứu của chúng tôi, do điều kiện thực tế về thuốc có sẵn nên kháng sinh được sử dụng có thay đổi giữa các bệnh nhân như Cephalosporin 1 (Cephalothin), thế hệ 2 (Cefamandol), thế hệ 3 (Ceftriaxone), tuy vậy các kháng sinh này đều đáp ứng được yêu cầu về kháng sinh dự phòng theo quy định. Hầu hết bệnh nhân đều được sử dụng 1 liều kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút và có 13,8% trường hợp có sử dụng thêm 1 liều kháng sinh sau phẫu thuật. Cả 8 bệnh nhân này đều chỉ sử dụng kháng sinh trong vòng 24 giờ nên vẫn thuộc đối tượng nghiên cứu. Lí do chính của các trường hợp này là do trong quá trình phẫu tích có khó khăn, túi thoát vị dính, thời gian phẫu thuật có dài hơn nên một số phẫu thuật viên dùng thêm một liều kháng sinh. Tuy nhiên, các lí do trên đều do kinh nghiệm của phẫu thuật viên và qua kết quả các nghiên cứu cho thấy việc nhắc lại liều kháng sinh dự phòng sau mổ là không cần thiết (16). Trường hợp thời gian mổ kéo dài hơn 2 lần thời gian bán hủy của thuốc thì thêm liều kháng sinh ngay trong mổ, việc thêm kháng sinh sau khi đóng vết mổ không được khuyến cáo (17). Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi sát tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ (vị trí rỗ-ca) và toàn thân (nhiệt độ) và được chỉ định xét nghiệm nếu có bất thường. Tuy vậy tất cả các bệnh nhân đều ổn định, không có trường hợp nào sưng đỏ, chảy dịch vết mổ. Các trường hợp tự dịch vùng bẹn bìu được đánh giá theo dõi sát và được xếp vào nhóm biến chứng không liên quan nhiễm khuẩn. Các trường hợp này đều tự giới hạn không cần áp dụng liệu pháp

kháng sinh bổ sung. Kết quả này cho thấy việc sử dụng kháng sinh dự phòng kéo dài hoặc như kháng sinh điều trị là hoàn toàn không cần thiết. Hiện nay, xu hướng không sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn đang được thử nghiệm, bằng chứng về việc liệu điều trị dự phòng bằng kháng sinh có lợi hay không trong việc ngăn ngừa nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật trong điều trị thoát vị bẹn ở người trưởng thành vẫn còn mâu thuẫn. Một nghiên cứu gần đây của Cochrane dựa trên 17 thử nghiệm ngẫu nhiên cũng không đưa ra được kết luận về vấn đề này (18,19). Theo Hội thoát vị bẹn châu Âu, việc sử dụng kháng sinh có khả năng không làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, nên hiệu quả của các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng hầu như luôn nghiêng về nhóm bệnh nhân được điều trị dự phòng và có tỷ lệ nhiễm khuẩn luôn thấp hơn so với nhóm không có sử dụng kháng sinh dự phòng. Tuy nhiên, các nghiên cứu này là không đủ bằng chứng thuyết phục. Một nghiên cứu của Aiken và cộng sự khảo sát các phẫu thuật viên thoát vị bẹn ở Anh cho kết quả 113/143 (80%) vẫn sẽ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi (16). Thực tế vấn đề vô trùng phòng mổ, dụng cụ phẫu thuật được cải thiện từng ngày, các báo cáo vi sinh về lượng vi sinh vật trong không khí, bàn mổ hoàn toàn đạt yêu cầu. Dụng cụ phẫu thuật, gạc, đồ vải được tiệt trùng đúng quy trình nên vấn đề sử dụng kháng sinh dự phòng cần được tuân thủ.

5. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn là an toàn, không làm tăng tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và việc sử dụng kháng sinh điều trị là không được khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Primates P, Goldacre MJ. Inguinal Hernia Repair : Incidence of Elective and Emergency Surgery , Readmission and Mortality. 1996;25(4):835-9.
2. Singh AN, Bansal VK, Misra MC, Kumar S, Rajeshwari S, Kumar A, et al. Testicular functions, chronic groin pain, and quality of life after laparoscopic and open mesh repair of inguinal hernia: A prospective randomized controlled trial. Vol. 26, Surgical Endoscopy. Springer New York LLC; 2012. p. 1304-17.
3. Tran H. Endorsement of the HerniaSurge guidelines by the Australasian Hernia Society. Vol. 22, Hernia. Springer-Verlag France; 2018. p. 177.
4. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. Surg Endosc. 2011;25(9):2773-843.
5. Simons MP, Aufferacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Vol. 13, Hernia. 2009. 343-403 p.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Surgical Site Infection Event (SSI) [Internet]. National Healthcare Safety Network (NHSN); 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/ps-analysis-resources/ImportingProcedureData.pdf>
7. Bittner R, Schmedt CG, Schwarz J, Kraft K, Leibl BJ. Laparoscopic transperitoneal procedure for routine

repair of groin hernia. British Journal of Surgery. 2002;89(8):1062–6.

8. Tamme C, Scheidbach H, Hampe C, Schneider C, Köckerling F. Totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair (TEP): Results of 5,203 hernia repairs. Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. 2003;17(2):190–5.

9. Phan Đình Tuấn Dũng. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp [Luận văn Tiến sĩ y học]. Trường Đại học Y dược Huế; 2017.

10. Trần Đình Khôi. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng [Luận văn Tiến sĩ y học]. Trường Đại học Y dược Huế; 2022.

11. Hamza Y, Gabr E, Hammadi H, Khalil R. Four-arm randomized trial comparing laparoscopic and open hernia repairs. International Journal of Surgery. 2010;8(1):25–8.

12. Krishna A, Misra MC, Bansal VK, Kumar S, Rajeshwari S, Chhabra A. Laparoscopic inguinal hernia repair: Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approach: A prospective randomized controlled trial. Surg Endosc. 2012 Mar 1;26(3):639–49.

13. Koch CA, Grinberg GG, Farley DR. Incidence and risk factors for urinary retention after endoscopic hernia

repair. In: American Journal of Surgery. 2006. p. 381–5.

14. Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học. 2015;2–5.

15. Trần Đình Bình. Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện ở các khoa phẫu thuật tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế năm 2015. 2016;39–43.

16. Aiken AM, Haddow JB, Symons NRA, Kaptanis S, Katz-Summercorn AC, Debnath D, et al. Use of antibiotic prophylaxis in elective inguinal hernia repair in adults in London and south-east England: A cross-sectional survey. Hernia. 2013 Oct 1;17(5):657–64.

17. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Vol. 14, Surgical Infections. 2013. p. 73–156.

18. Sacher-Manuel F, Lozano-Garcia J, JL Seco-Gil. Antibiotic prophylaxis for hernia repair. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>

19. Köckerling F, Bittner R, Jacob D, Schug-Pass C, Laurenz C, Adolf D, et al. Do we need antibiotic prophylaxis in endoscopic inguinal hernia repair? Results of the Herniamed Registry. Surg Endosc. 2015 Dec 1;29(12):3741–9.