

đánh giá tốt khi xuất viện, 6,7% kết quả trung bình, không có trường hợp nào kém [4]. Theo Nguyễn Vũ Phương (2017), có 95,95% bệnh nhân đánh giá tốt khi xuất viện, kết quả trung bình chiếm 4,05% [9]. Theo Phan Khánh Việt (2016), kết quả tốt khi xuất viện chiếm 84,6%, trung bình 14,2% do có các biến chứng nhiễm trùng vết mổ [4].

Tổn thương vi thể của viêm túi mật cấp trong nghiên cứu được chia 03 mức độ: viêm túi mật thể phù nề, viêm túi mật mủ và viêm túi mật hoại tử. Thống kê cho thấy viêm túi mật mủ chiếm cao nhất 53,3%, viêm túi mật phù nề chiếm 37,3% và túi mật viêm hoại tử chiếm 9,4%. Theo Trịnh Kiến Vũ tỉ lệ viêm túi mật cấp là 54,2%, viêm túi mật hoại tử 34,6% [2]. Tỉ lệ viêm túi mật hoại tử vẫn còn cao, do nguyên nhân bệnh nhân bệnh nhân thường đến viện muộn, triệu chứng lâm sàng không điển hình, ngoài ra còn nhiều trường hợp đến viện trước 72 giờ đầu tuy nhiên bệnh nhân được điều trị kháng sinh ở tuyến dưới, không đỡ mới chuyển lên, hoặc có những bệnh nhân nằm tại khoa nội sau đó mới hội chẩn bác sĩ ngoại khoa.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp điều trị an toàn, thuận lợi và cho kết quả tốt và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bảo Long** (2021), Viêm túi mật cấp tính, Nhà xuất bản y học, 403 – 410
2. **Trần Kiên Vũ** (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Yokoe M, Hata J, Takada T, et al.** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1), 41-54.
4. **Ngô Công Nghiêm** (2021), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
5. **Đặng Quốc Ai, Hà Văn Quyết** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
6. **Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp** (2016). Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam. 421(1), 38-42.
7. **Terho PM, Leppaniemi AK, Mentula PJ** (2016). Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. World J Emerg Surg. 11, 54.
8. **Lê Văn Duy** (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi túi mật ở người cao tuổi tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
9. **Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, et al.** (2017). Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường Đại học y khoa Thái Nguyên. Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ. 165(05), 73-6.
10. **Suhocki P.V, Meyers W.C** (1999). Injury to aberrant bile ducts during cholecystectomy: a common cause of diagnostic error and treatment delay. AJR Am J Roentgenol, 172 (4), 955-959.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI XUYÊN PHỨC MẠC TIẾP CẬN KHOANG TRƯỚC PHỨC MẠC (TAPP) TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Dương Minh Tân¹, Trần Phùng Dũng Tiến¹, Lâm Việt Trung¹,
Nguyễn Ngọc Huân¹, Tiêu Loan Quang Lâm¹,
Đặng Chí Tùng¹, Huỳnh Thanh Huỳnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là một bệnh lý ngoại khoa phổ biến và có nhiều kỹ thuật mổ để điều trị cả mổ hở lẫn nội soi, trong đó phẫu thuật xuyên phúc

mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) với nhiều ưu điểm như tiếp cận phẫu trường nội soi rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng, có thể quan sát, đánh giá và xử trí tạng thoát vị khá dễ dàng, có thể phát hiện thoát vị bẹn đối diện nhất là trường hợp không biểu hiện lâm sàng, ưu thế ở các trường hợp thoát vị bẹn tái phát, đường kính lỗ thoát vị lớn, tạng thoát vị kẹt hoặc nghẹt, điều trị cả thoát vị bẹn, đùi, bịt trọng một lần phẫu thuật và có thời gian huấn luyện phẫu thuật viên ngắn. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương**

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tân

Email: bsduongminhtan@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

pháp: Nghiên cứu mô tả có theo dõi 37 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi TAPP tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $56,25 \pm 19,06$. Nam chiếm 83,8%. Thoát vị bẹn có triệu chứng là 86,5%, có biến chứng là 13,5%. 24,3% là thoát vị tái phát. Thoát vị bẹn 1 bên 75,7%, 2 bên 8,1%, thoát vị bẹn ẩn đối bên phát hiện trong mổ là 16,2%. TAPP 1 bên 91,9%, TAPP 2 bên 8,1%. Thời gian mổ trung bình 1 bên là $58,62 \pm 13,05$ phút, 2 bên là $85,67 \pm 4,92$ phút. Không có tai biến trong mổ. VAS sau mổ 24 giờ: $3,53 \pm 0,56$. Tụ dịch vùng bẹn sau mổ 21,6%. 1 ca tái phát sau mổ chiếm tỷ lệ 2,7%. Thời gian nằm viện sau mổ là $2,41 \pm 1,25$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc là một phẫu thuật an toàn và khả thi, nó cho phép đánh giá và điều trị phối hợp các bệnh lý khác trong ổ bụng.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, nội soi, TAPP.

SUMMARY

THE FIRST EVALUATION OF RESULTS OF TREATMENT INGUINAL HERNIA BY LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) REPAIR AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Inguinal hernia is one of the commonest surgical diseases and there are many different techniques applied for treatment. The laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) repair allows a better view of the inguinal anatomy, evaluation of opposite side, is beneficial for recurrent hernia, resolve combined peritoneal diseases and has a short training time as well. **Aim:** To evaluate outcomes of the laparoscopic transabdominal preperitoneal for treatment inguinal hernia. **Patients and methods:** A prospective study was carried in 37 cases with inguinal hernia that have been treated by laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) repair in Cho Ray hospital from 06/2023 to 06/2024. **Results:** The mean age was 56.25 ± 19.06 years old. 83,8% were male. 86,5% of hernia were symptomatic, 13,5% of hernia were complicated. 24,3% of hernia were recurrence. 75,7% of hernia were unilateral, 8,1% were bilateral, 16,2% were occult. 91,9% would perform an unilateral TAPP repair, 8,1% bilateral TAPP repair. The mean operative time was 58.62 ± 13.05 minutes for unilateral TAPP, $85,67 \pm 4,92$ minutes for bilateral TAPP. The mean VAS 24h postoperative was 3.53 ± 0.56 . Regarding postoperative complications, inguinal seroma was detected in 21,6% of cases. The rate of recurrence after surgery was 2.7% in one case. The mean postoperative hospital stay was 2.41 ± 1.25 days. **Conclusion:** TAPP is a safe and feasible procedure, allows evaluation of opposite side and resolve combined peritoneal diseases.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic, transabdominal preperitoneal (TAPP).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa phổ biến, tỷ lệ thoát vị bẹn xuất hiện suốt đời ở nam là 24-

43% và ở nữ là 3-6%¹. Hầu hết thoát vị bẹn là không có triệu chứng và điều trị duy nhất hiện nay là phẫu thuật. Trong số các bệnh nhân thoát vị bẹn không triệu chứng được theo dõi trong 5 năm, có 70% bệnh nhân phải được phẫu thuật².

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn dần trở thành phẫu thuật phổ biến nhất với khoảng 20 triệu ca hằng năm¹. Hiện nay, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn được áp dụng rộng rãi vì tính chất ít xâm lấn và có kết quả tốt³. Các phương pháp nội soi điều trị thoát vị bẹn hiện nay bao gồm: phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP), phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP), phẫu thuật nội soi 1 cổng (SILS) và phẫu thuật Robot. Trong đó, phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) và phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) được nghiên cứu nhiều nhất. Đặc biệt, phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc có ưu thế hơn so với phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc ở các trường hợp thoát vị bẹn có biến chứng, phát hiện được các thoát vị bẹn ẩn đối bên trong mổ, điều trị cùng lúc các bệnh lý khác cần phẫu thuật nội soi và có thời gian học tập ngắn hơn⁴.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy đã áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc để điều trị bệnh lý thoát vị bẹn trong những năm gần đây. Để đánh giá kết quả này, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Kết quả bước đầu điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) tại Bệnh viện Chợ Rẫy*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên
- Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn và được phẫu thuật bằng phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP)

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thoát vị bẹn nghẹt đến muộn hoặc có biểu hiện viêm phúc mạc
- Nhiễm trùng vùng chậu bẹn
- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng: Rối loạn đông máu nặng, Basedow chưa ổn định,...

* Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện

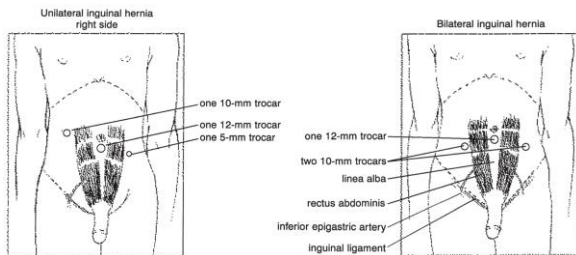
Chợ Rẫy từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu được sử dụng là hồi cứu mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu. Nghiên cứu lấy mẫu toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Cách thức phẫu thuật. Bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp, gây mê toàn thân. Kháng sinh dự phòng trước rạch da là Cefazolin với liều lượng 2g tiêm tĩnh mạch. Một trocar 12mm tại vị trí dưới rốn và bơm CO2 với áp lực 12mm. Đối với thoát vị bên 1 bên, một trocar 10mm tại vị trí trên rốn, đối diện với bên thoát vị và một trocar 5mm dưới rốn cùng bên thoát vị (Hình 1). Phẫu thuật viên đứng phía bên trocar 10mm đối diện với bên thoát vị. Đối với thoát vị bên 2 bên, trocar 10mm ở vị trí dưới rốn (Hình 1). Trong trường hợp này, camera có thể di chuyển giữa 2 trocar 12mm và 10mm. Các trocar 2 bên luôn luôn ở bờ ngoài cơ thẳng bụng. Bơm CO2 áp lực 12mmHg. Phẫu tích tạo khoang ngoài phúc mạc, tách phúc mạc, bóc tách bao thoát vị ngược trở lại vào ổ bụng và tách khỏi bó mạch thừng tinh. Khoang dưới phúc mạc phải đủ rộng để đặt lưới khi thấy được các cấu trúc sau: Phía dưới nhìn thấy xương mu, phía bên nhìn thấy cơ thắt lưng chậu. Đặt tấm lưới vào khoang ngoài phúc mạc vừa tạo, cố định tấm lưới vào thành bụng bằng ghim xoắn hoặc khâu sau đó đóng lại phúc mạc và thành bụng để ngăn ngừa thoát vị sau mổ.



Hình 1: Vị trí trocar⁵

2.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Trịnh Văn Thảo⁶

- Tốt: Không có tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật, có thể có một số tai biến nhỏ như: thủng phúc mạc, rách mạch máu nhỏ có thể tự cầm hoặc đốt điện có hiệu quả.

- Khá: Xuất huyết dưới da vùng bẹn, tụ máu bìu tự hấp thu hoặc chọc hút không tái lập, sưng tinh hoàn điều trị kháng viêm có hiệu quả.

- Trung bình: Tổn thương bàng quang, tổn thương tạng thoát vị, tụ máu vùng phẫu thuật,

niêm trùng lưới, nhiễm trùng vết mổ.

- Kém: Chuyển phương pháp phẫu thuật do yếu tố kỹ thuật, tử vong sau phẫu thuật.

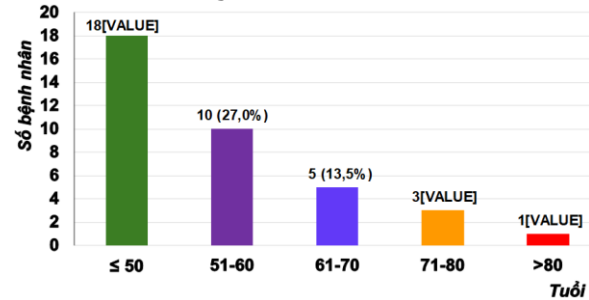
2.4. Xử lý số liệu. Nhập số liệu bằng Excel và phân tích bằng SPSS 22.0. Thực hiện thống kê mô tả và phân tích.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học đánh giá đạo đức nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy. Số liệu được thu thập một cách trung thực, bảo mật thông tin của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

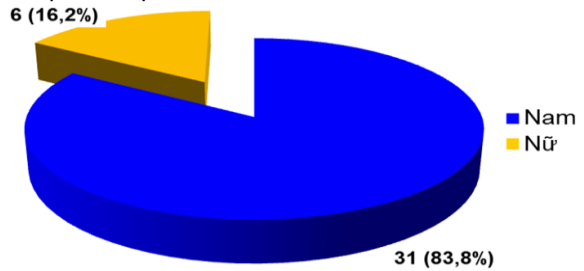
Trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024, chúng tôi thu thập được 37 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP).

3.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 29 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Tuổi trung bình là 56.25 ± 19.06 tuổi. Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 24,3% tổng số bệnh nhân.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Có 31 bệnh nhân nam chiếm 83,8%. Tỷ lệ nam/nữ là 5/1.



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Bệnh nhân có điểm ASA 2 và 3 chiếm 40,5% tổng số bệnh nhân.

Bảng 1. Phân loại ASA

Thang điểm ASA	Số bệnh nhân (%)
1	22 (59,5)
2	9 (24,3)
3	6 (16,2)

3.2. Đặc điểm thoát vị

Bảng 2. Đặc điểm thoát vị

		Số bệnh nhân (%)
Phân loại (n=37)	Nguyên phát	28 (75,7)
	Tái phát	9 (24,3)
Vị trí (n=37)	Một bên	34 (91,9)
	Hai bên	3 (8,1)
Triệu chứng/biến chứng (n=37)	Triệu chứng	32 (86,5)
	Biến chứng	5 (13,5)

Đa số là thoát vị nguyên phát (75,7%), một bên (91,9%) và không có biến chứng (86,5%).

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	TAPP 1 bên, n(%)	TAPP 2 bên, n(%)
< 50 phút	5 (13,5)	0
50 - 80 phút	29 (78,4)	0
> 80 phút	0	3 (8,1)

Thời gian phẫu thuật trung bình 1 bên là $58,62 \pm 13,05$ phút, 2 bên là $85,67 \pm 4,92$ phút. Nhóm từ 50 đến 80 phút chiếm tỷ lệ lớn nhất (78,4%).

Bảng 4. Mức độ đau sau mổ

Mức độ đau	Số bệnh nhân, n(%)
Nhẹ	29 (78,4)
Vừa	7 (18,9)
Nhiều	1 (2,7)

Điểm đau VAS sau mổ 24 giờ trung bình là $3,53 \pm 0,56$. Phần lớn bệnh nhân đau nhẹ sau mổ (78,4%).

Bảng 5. Đánh giá kết quả sau mổ

Kết quả sau mổ	Số bệnh nhân, n(%)
Tốt	29 (78,4)
Khá	4 (10,8)
Trung bình	3 (8,1)
Kém	1 (2,7)

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $2,41 \pm 1,25$ ngày. Bệnh nhân có kết quả tốt và khá chiếm 89,2%. Tự dịch vết mổ là biến chứng gặp nhiều nhất với 8 trường hợp chiếm 21,6%, nhiễm trùng vết mổ có 3 trường hợp chiếm 8,1% và có 1 trường hợp tái phát sau theo dõi 6 tháng chiếm 2,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $56,25 \pm 19,06$ tuổi. Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 24,3% tổng số bệnh nhân. Kết quả này tương tự tác giả Thammavone⁷ có tuổi trung bình là $50,26 \pm 15,22$ tuổi. Đa số các tác giả nghiên cứu về thoát vị bẹn đều đồng ý rằng tỷ lệ thoát vị bẹn tăng dần theo tuổi. Bên cạnh đó người lớn tuổi dễ mắc các bệnh kèm gây tăng áp lực ổ bụng như ho mạn tính, tăng sinh lạnh tính tiền liệt tuyến, táo bón kinh niên... tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị bẹn xảy ra⁸.

Trong những năm đầu áp dụng phẫu thuật nội soi để điều trị thoát vị bẹn, đa số tác giả cho rằng một trong những hạn chế của phương pháp này là thời gian mổ kéo dài hơn so với phẫu thuật mở truyền thống. Tuy nhiên, với nhiều năm tích lũy kinh nghiệm, thời gian phẫu thuật đã giảm đi khi các phẫu thuật viên ngày càng thành thạo hơn, đi kèm là tỷ lệ tai biến, chuyển đổi phương pháp mổ và tái phát giảm.

Thời gian phẫu thuật cũng khác nhau tùy theo loại thoát vị, với thoát vị gián tiếp thường mất thời gian hơn so với thoát vị trực tiếp, và thoát vị tái phát thường mất thời gian hơn so với thoát vị tiên phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $58,62 \pm 13,05$ phút, 2 bên là $85,67 \pm 4,92$ phút. Tỷ lệ ca mổ từ 50 đến 80 phút chiếm tỷ lệ lớn nhất. Vì vậy, thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đương với các tác giả khác trong nước^{6,9}.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện từ khi kết thúc phẫu thuật đến lúc xuất viện với số ngày trung bình là $2,41 \pm 1,25$. Tác giả Thammavone (2023)⁷ ghi nhận số ngày nằm viện trung bình là $2,09 \pm 0,94$ ngày còn tác giả Lương Đức Anh⁹ là $5,8 \pm 2,3$ ngày. Sự khác biệt về thời gian nằm viện dài hay ngắn có thể do thủ tục hành chính của bệnh viện cũng như thói quen của bác sĩ. Nhiều tác giả nhận thấy phẫu thuật nội soi phẫu tích nhẹ nhàng hơn, ít đau sau phẫu thuật, có thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân ngắn hơn nên bệnh nhân có thể ra viện sớm, bước đầu nhận thấy phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) là 1 phương pháp an toàn, giảm đau sau phẫu thuật và bệnh nhân được rút ngắn thời gian hậu phẫu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các thoát vị có kết quả tốt sau phẫu thuật chiếm 78,4%. Với việc đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Trịnh Văn Thảo⁶, chúng tôi cho rằng phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn có tính an toàn và hiệu quả, đáp ứng được yêu cầu của bệnh nhân trong và sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật TAPP là một phẫu thuật an toàn, có thể thực hiện được, thời gian huấn luyện phẫu thuật viên ngắn, với tỷ lệ tái phát thấp. Mặt phẳng giải phẫu dễ nhận diện. TAPP cũng là phương pháp phẫu thuật cứu cánh trong trường hợp phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) thất bại. Bệnh nhân phục hồi sớm, ít đau, thẩm mỹ, nhanh chóng trở về

sinh hoạt và làm việc bình thường so với mô hình truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kingsnorth A, LeBlanc K.** Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003;362:1561–1571.
2. **Fitzgibbons RJ, Ramanan B, Arya S, Turner AS, Li X, Gibbs OJ, Reda JD.** Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*. 2013;258(3):508–515.
3. **Pohnan R, Rozwadowski.** Advantages and disadvantages of transabdominal preperitoneal approach and total extraperitoneal. *Military Medical Science Letters*. 2013;82(1):25-31.
4. **International guidelines for groin hernia management.** *Hernia*. 2018;22:1–165.
5. **Litwin EMD, Pham NQ, Oleniuk HF, Kluffinger MA, Rossi L.** Symposium on the management of inguinal hernias: 3. Laparoscopic groin hernia surgery: the TAPP procedure. *Can J Surg*. 1997;40:192-198.
6. **Trịnh Văn Thảo.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận án tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y. 2010.
7. **Thammavone S, Nguyễn Hoài Bắc, Trần Ngọc Dũng, Trần Hiếu Học, Thammavone S, Sengkhamyong K.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2023;528:300-308.
8. **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 án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2017.
9. **Lương Đức Anh.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi đường trước phúc mạc tại bệnh viện E. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG QUA ĐƯỜNG MỔ LỖI SAU CHO BỆNH NHÂN HOẠI TỬ TIÊU CHÔM XƯƠNG ĐÙI

Hoàng Thế Hùng¹, Đặng Hoàng Anh¹, Nguyễn Anh Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng qua lỗ sau cho bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu theo dõi dọc ở 65 bệnh nhân (80 khớp háng) được chẩn đoán xác định hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Thu thập số liệu về tuổi, giới, bệnh kèm theo, phân độ theo Arlet – Ficat. Sử dụng khớp háng toàn phần không xi măng cho cả thành phần ổ cối và chuỗi khớp, ổ cối bắt 1-3 vít. Sử dụng đường mổ Gibson cho tất cả các bệnh nhân. Bệnh nhân được ghi nhận các biến chứng sớm, muộn, hưởng ổ cối và chuỗi khớp, kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris tại thời điểm sau mổ 12 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 54,35 ± 10,15. Có 76 (95%) nam và 4 (5%) nữ. 9 (11,3%) bệnh nhân bị tiểu đường, 7 (8,8%) bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, 8 (10%) bệnh nhân mắc bệnh phổi, 15 (18,8%) bệnh nhân mắc bệnh gan, và 40 (37%) bệnh nhân không có bệnh lý kèm theo. Có 40 (50%) bệnh nhân giai đoạn III theo Arlet – Ficat và 40 (50%) bệnh nhân giai đoạn IV. 50 bệnh nhân (81,25%) được thay khớp háng 1 bên, 15 (18,75%) bệnh nhân được thay khớp háng 2 bên. Không có bệnh nhân nào xuất hiện biến

chứng sớm và muộn. Thành phần ổ cối nghiêng <40° ở 8 (10%) bệnh nhân, nghiêng 40°-45° ở 64 (80%) bệnh nhân, và nghiêng >45° ở 8 (10%) bệnh nhân, trong khi đó chuỗi khớp ở vị trí trung gian trên 68 (85%) bệnh nhân, vẹo ngoài ở 8 (10%) bệnh nhân, vẹo trong ở 4 (5%) bệnh nhân. Điểm HHS trung bình là 94,60 ± 5,41, 63 (78,8%) bệnh nhân có kết quả rất tốt, 17 (21,2%) bệnh nhân có kết quả phục hồi chức năng tốt. **Kết luận:** Thay khớp háng toàn phần không xi măng là lựa chọn an toàn, hiệu quả cho bệnh nhân hoại tử tiêu chỏm xương đùi giai đoạn III và IV. 100% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt. Điểm Harris trung bình là 94,60 ± 5,41 điểm. **Từ khóa:** Khớp háng toàn phần, hoại tử vô khuẩn, lỗ sau.

SUMMARY

OUTCOMES OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY IN PATIENTS WITH AVASCULAR NECROSIS OF THE HIP USING A POSTERIOR APPROACH

Objectives: The purpose of this study is to access the outcomes of cementless total hip arthroplasty in patients with avascular necrosis of the hip using a posterior approach. **Materials and methods:** A retrospective and prospective longitudinal follow-up in 65 patients (80 hips) with a confirmed diagnosis of avascular necrosis of hip with no other associated hip pathologies were included in this study. Demographic features, comorbidities, Arlet – Ficat's class were noted. Cementless acetabular cup with 1-3 cancellous screws and cementless femoral stem were used through Gibson's posterior approach. The patients were checked for early and late

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Hùng
Email: bshoangthehung@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024
Ngày duyệt bài: 9.9.2024