

diagnosis of the second stage of labor and delivery outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(3):306.e1-306.e8.

7. **Ludvigsen E, Skjeldestad FE.** Station of the fetal head at complete cervical dilation impacts duration of second stage of labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2020;7:100100.

doi:10.1016/j.eurox.2019.100100

8. **Taha OT, Elprince M, Atwa KA, Elgedawy AM, Ahmed AA, Khamees RE.** Antenatal cervical length measurement as a predictor of successful vaginal birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20:191. doi:10.1186/s12884-020-02878-z

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐẶT MÀNH GHÉP HOÀN TOÀN TRƯỚC PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2024-2025

Nguyễn Anh Hoàng¹, Nguyễn Văn Tổng¹,
La Văn Phú², Trà Quốc Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả, không nhóm chứng. Gồm 36 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp TEP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, từ tháng 05/2024 đến hết tháng 01/2025. **Kết quả:** 100% bệnh nhân vào viện có khối phồng vùng bẹn, giới tính nam chiếm 97,2%, thoát vị bẹn gián tiếp chiếm 97,2%, thoát vị bẹn nguyên phát chiếm 97,2%. Thoát vị ruột non đơn thuần chiếm 61,1%. Kết quả điều trị tốt trong giai đoạn sớm chiếm 97,2%, giai đoạn xa chiếm 94,4%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc là phương pháp an toàn và hiệu quả giảm thiểu các tai biến, biến chứng sau mổ thoát vị bẹn.

Từ khóa: thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, TEP, hoàn toàn trước phúc mạc.

SUMMARY

RESULTS OF INGUINAL HERNIA BY MESH IN LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Objectives: survey clinical, paraclinical features and results of inguinal hernia by mesh in laparoscopic totally extraperitoneal. **Materials and method:** prospective, descriptive, no-control study. Including 36 patients aged 18 and over who were treated surgically with the TEP method at Tra Vinh General Hospital, from May 2024 to the end of January 2025. **Results:** 100% of patients admitted to the hospital had bulging in the inguinal region, male gender

accounted for 97.2%, indirect inguinal hernia accounted for 97.2%, primary inguinal hernia accounted for 97.2%. Simple small intestine hernia accounted for 61.1%. Good treatment results in the early stage accounted for 97.2%, in the distant stage accounted for 94.4%. **Conclusion:** mesh in laparoscopic totally extraperitoneal is a safe and effective method to minimize complications after inguinal hernia surgery. **Keywords:** inguinal hernia, laparoscopic, TEP, totally extraperitoneal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là tình trạng các tạng trong ổ phúc mạc đi ra ngoài điểm yếu ở thành sau ống bẹn, đội ra ngoài kéo theo nội tạng bên trong khi có sự mất cân bằng giữa áp lực bên trong ổ bụng và cơ chế bảo vệ thành bụng. TVB chiếm 75% trong thoát vị thành bụng [1].

Hiện nay có 2 phương pháp phẫu thuật chính: phục hồi bằng mô tự thân và mesh tổng hợp. Phục hồi bằng mesh tổng hợp tái phát thấp (<1%), được khuyến khích là sự lựa chọn đầu tiên. Trong đó phẫu thuật Lichtenstein và phẫu thuật nội soi được đánh giá tốt nhất. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn trước phúc mạc (TEP) tỷ lệ thành công rất cao (99,6%) [2] ưu điểm không mở khoang phúc mạc, hạn chế tối thiểu tiếp xúc mesh và các tạng giúp giảm nguy cơ dính ruột đến mức thấp nhất [3].

Tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

nhân được chẩn đoán xác định TVB từ 18 tuổi trở lên được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp TEP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, từ tháng 05/2024 đến hết tháng 01/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định TVB một hoặc hai bên, được phẫu thuật bằng phương pháp TEP, ASA ≤ 3 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chống chỉ định các mesh tổng hợp: vết mổ nhiễm hoặc có nguy cơ nhiễm trùng... Chống chỉ định phẫu thuật: rối loạn đông máu nặng, suy hô hấp cấp, nhồi máu cơ tim cấp, lao phổi tiến triển,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: từ tháng 05/2024-01/2025 có tổng 36 bệnh nhân tham gia trong nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, ghi nhận tuổi, BMI, số ngày điều trị, giới tính, dân tộc, tiền sử mổ TVB, ASA. Ghi nhận lý do vào viện, thời gian khởi phát từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện. Siêu âm ghi nhận vị trí TVB, phân loại TVB Nyhus, khởi phát thoát vị, phân loại theo giải phẫu. Ghi nhận đặc điểm phẫu thuật và sau phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, mức độ đau hậu phẫu ngày 1 và 2, tạng thoát vị, thời gian theo dõi hậu phẫu, tái biến - biến chứng. Kết quả điều trị sớm và xa.

Bảng 1. Kết quả điều trị sớm và xa [4], [5], [6]

Kết quả điều trị	Kết quả điều trị sớm	Kết quả điều trị xa
Tốt	Không xuất hiện biến chứng sớm sau mổ	Không có biến chứng, không tái phát
Khá	Có biến chứng nhưng không cần phải can thiệp như: tê bì vùng đùi, tụ máu, tụ dịch bìu tự hấp thu, điều trị nội khoa có hiệu quả	Không tái phát nhưng có kèm theo đau, tê vùng bẹn bìu, sa tĩnh hoàn. Tràn dịch màng tinh hoàn tự hấp thu
Trung bình	Có biến chứng phải can thiệp nhưng không phải phẫu thuật lại như: Bí tiểu phải đặt thông tiểu, tụ máu hoặc tụ thanh dịch vùng bìu phải chọc hút, nhiễm khuẩn vết mổ nông phải tách vết mổ	Không tái phát nhưng teo tinh hoàn, nhiễm trùng vết mổ kéo dài

Kém	Phải can thiệp phẫu thuật lại* hoặc tử vong trong quá trình nằm viện	Tái phát
-----	--	----------

* Biến chứng cần phẫu thuật lại: chảy máu trong ổ bụng hoặc khoang trước phúc mạc (phải mổ lại cầm máu), áp xe (mổ lại làm sạch, dẫn lưu ổ áp xe),... [6].

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học qua chương trình SPSS 20.0. Biến số định lượng coi là có phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa (Sig.) > 0,05. Kiểm định trung bình với một giá trị bằng kiểm định One-sample T-Test với giá trị p < 0,05 thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

2.3. Đạo đức y học: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số:24.411.HV/PCT-HĐĐĐ) năm 2024 và sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Kết quả
Tuổi	Trung bình ± SD	58,03 ± 13,285 (24 - 80)
BMI (Kg/m ²)	Trung bình ± SD	22,67 ± 2,93 (18,37 - 31,64)
	≥ 23	20 (55,56%)
	18,5 - 23	15 (41,64%)
	< 18,5	1 (2,8%)
Ngày điều trị	Trung bình ± SD	2,89 ± 0,95 (1 - 5)
Giới tính	Nam	35 (97,2%)
	Nữ	1 (2,8%)
Dân tộc	Kinh	24 (66,7%)
	Khmer	12 (33,3%)
Nghề nghiệp	Già	13 (36,1%)
	Nông dân, làm thuê	13 (36,1%)
	Phụ hồ	6 (16,7%)
	Khác	4 (11,1%)
Tiền sử mổ thoát vị bẹn	Có	2 (5,6%)
	Không	34 (94,4%)
ASA	1	7 (19,4%)
	2	29 (80,6%)
Tổng		36 (100%)

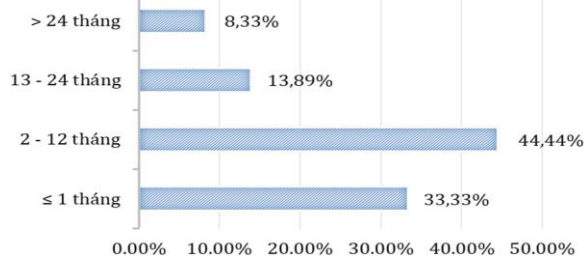
Nhận xét: Tuổi trung bình 58,03 ± 13,285 tuổi, 97,2% nam, 2 trường hợp (5,6%) TVB đối bên phẫu thuật trước đó bằng phương pháp Lichtenstein.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau và khối phồng vùng bẹn búi đẩy lên được	3	8,3
	Khối phồng vùng bẹn búi đẩy lên được	33	91,7
Vị trí thoát vị	Phải	21	58,3
	Trái	13	36,1
	2 bên	2	5,6
Phân loại theo Nyhus	Loại I	11	30,6
	Loại II	23	63,9
	Loại III	2	5,6
Khởi phát thoát vị	Thức phát	1	2,8
	Nguyên phát	35	97,2
Phân loại theo giải phẫu	Trực tiếp	1	2,8
	Gián tiếp	35	97,2
Tổng		36	100

Nhận xét: 100% vào viện khi có khối phồng vùng bẹn, có đau kèm theo chiếm 8,3%. 5,6% TVB 2 bên (mỗi 2 bên), 97,2% nguyên phát, 2,8% trực tiếp, 63,9% loại II (theo phân loại Nyhus).

**Hình 1. Thời gian khởi phát bệnh của đối tượng nghiên cứu**

Nhận xét: thời gian khởi phát trung bình $15,64 \pm 3,5$ tháng, ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 20 năm. Thời gian khởi phát bệnh nhiều nhất từ 2 - 12 tháng (44,44%).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Đặc điểm trong và sau mổ (n=36)

Kết quả phẫu thuật		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình $\pm$ SD	$85,28 \pm 15,304$ (60 - 115)
Mức độ đau ngày 1 sau mổ (VAS)	Vừa	2 (5,6%)
	Ít	34 (94,4%)
Mức độ đau ngày 2 sau mổ (VAS)	Ít	2 (5,6%)
	Rất ít	34 (94,4%)
Tạng thoát vị	Ruột non	22 (61,1%)
	Mạc nối	12 (33,3%)
	Ruột non và mạc nối	2 (5,6%)

Thời gian theo dõi (tháng)	Trung bình $\pm$ SD	$5,36 \pm 1,23$ (1-9)
Tai biến trong lúc phẫu thuật		0 (0%)
Biến chứng sớm	Bí đái	1 (2,8%)
Biến chứng xa	Đau mạn tính	1 (2,8%)
	Dị cảm vùng bẹn	1 (2,8%)

Nhận xét: 61,1% thoát vị ruột non, 33,3% mạc nối, 5,6% ruột non và mạc nối. Biến chứng sớm (2,8%), xa (5,6%).

Bảng 5. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả sớm	Tốt	35	97,2
	Khá	1	2,8
Kết quả xa	Tốt	34	94,4
	Khá	2	5,6
Tổng		36	100

Nhận xét: Kết quả điều trị tốt giai đoạn sớm (97,2%) và xa (94,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình $58,03 \pm 13,285$ tuổi, nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 80 tuổi. BMI trung bình $22,67 \pm 2,93$ Kg/m², nhỏ nhất 18,37 Kg/m², lớn nhất 31,64 Kg/m², 55,56% béo phì, 2,8% gầy. Nghiên cứu có độ tuổi tương tự: Nguyễn Văn Phước (2021) 51 ± 19 (18 - 84) tuổi [4], Lê Huy Cường (2024) $53,4 \pm 17$ tuổi (18 - 90) [7], Nguyễn Hoài Bắc (2024) $53,3 \pm 11,5$ tuổi (30 - 72 tuổi) [8]. Thấp hơn Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) $69,97 \pm 8,84$ tuổi (60 - 92) ($p < 0,001$) [6] do tác giả chọn đối tượng là bệnh nhân cao tuổi. BMI tương đồng với Nguyễn Hoài Bắc (2024) $23,1 \pm 2,2$ Kg/m² ($p = 0,380$) [8]. Béo phì là yếu tố nguy cơ TVB vì làm thay đổi cấu trúc giải phẫu (ống bẹn rộng hơn hoặc kéo giãn các cơ, dây chằng).

Tỷ lệ nam giới cao (97,2%), tương đồng với nghiên cứu: Nguyễn Văn Phước (2021) 100% [5], Lê Huy Cường (2024) 99% [7], Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) 97,2% [9]. TVB thường xảy ra ở nam do cấu trúc giải phẫu vùng ống bẹn, nơi tinh hoàn di chuyển xuống giai đoạn phôi thai, tạo điểm yếu tự nhiên. Thêm vào đó, xu hướng nam hoạt động thể chất mạnh như nâng vật nặng, làm tăng áp lực ổ bụng, gây áp lực lên thành bụng. Hút thuốc lá cũng là yếu tố nguy cơ vì làm suy yếu các mô, cơ thành bụng.

Số ngày điều trị sau phẫu thuật trung bình $2,89 \pm 0,95$ ngày. Tương đồng với Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) $2,7 \pm 1,19$ ngày (1 - 7 ngày) ($p = 0,241$) [9]. Ngắn hơn Nguyễn Văn Phước (2021) $3,97 \pm 1,31$ ngày (3 - 9 ngày) ($p < 0,001$) [5], dài hơn Nguyễn Hoài Bắc (2024)

2,1 ± 0,8 ngày ($p < 0,001$) [1]. Sự khác biệt có thể do: Bác sĩ kéo dài thời gian nằm viện để theo dõi và đánh giá kết quả điều trị, bệnh nhân an tâm hơn khi được chăm sóc tại bệnh viện, bảo hiểm y tế chi trả.

80,6% ASA độ 2, 19,4% độ 1. Lê Huy Cường (2024) ASA 53,4% độ 2, 46,5% độ 1 [7]. ASA ≤ 3 điểm là khoảng an toàn cho phẫu thuật nội soi đặc biệt bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh nền, giúp giảm tai biến, biến chứng trong và sau mổ.

Dân tộc Kinh (66,7%), Khmer (33,3%), 2 trường hợp (5,6%) TVB đối bên đã phẫu thuật bằng phương pháp Lichtenstein. Nông dân, làm thuê (36,1%), phụ hồ (16,7%) và 36,1% lớn tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu ghi nhận vào viện vì khối phòng vùng bẹn (100%), đau kèm theo (8,3%). 58,3% TVB phải, 36,1% trái, 5,6% 2 bên. Lê Huy Cường (2024) TVB phải 50,5%, trái 35,2%, 2 bên 14,3% [7]. Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) 100% có khối phòng vùng bẹn khi vào viện, 26,8% đau kèm theo. Khối phòng bên phải 56,4% [9]. Nguyễn Hoài Bắc (2024) TVB phải 60%, trái 40% [8]. Trần Thanh Tuấn (2020) 100% bệnh nhân có khối phòng khi vào viện, đau kèm theo 42,85% [10]. 2 triệu chứng chính vào viện là khối phòng và đau vùng bẹn. Kết quả cho thấy TVB thường xảy ra bên phải, kể đến trái, sau cùng hai bên. Tần suất TVB phải cao hơn có thể do quá trình phát triển của thai nhi, tinh hoàn phải di chuyển xuống bìu muộn, dẫn đến ống phúc tinh mạc phải xơ hóa muộn hơn, tạo một vùng yếu hơn bên trái.

Kết quả ghi nhận TVB nguyên phát 97,2%, gián tiếp 97,2%. Theo phân loại Nyhus, 63,9% loại II, 30,6% loại I và 5,6% loại III. Nguyễn Văn Phước (2021) 63,3% TVB trực tiếp, gián tiếp 36,7%, phân loại theo Nyhus, 3,3% loại I, 26,7% loại II, 63,3% loại IIIA, 6,8% loại IIIB [4]. Lê Huy Cường (2024) phân loại Nyhus, 46,6% độ II, 34,5% độ IIIB, 14,7% độ IIIA, 3,9% độ IV, 0,3% độ I [7]. Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) TVB gián tiếp 47,6%, trực tiếp 25,7%, hỗn hợp 26,7%. Phân loại Nyhus loại II 43,8%, loại IIIB 28,6%, loại IIIA 25,7%, loại IV 1,9% [9]. Điều này phù hợp với y văn khi TVB gián tiếp chiếm cao nhất, đặc biệt ở nam. Tuổi càng cao phân độ Nyhus càng cao vì: suy yếu thành bụng và các bệnh mãn tính như ho, táo bón, béo phì... thường gặp hơn ở người lớn tuổi.

Thời gian khởi phát trung bình 15,64 ± 3,5 tháng, ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 20 năm, nhiều nhất từ 2 - 12 tháng (44,44%). Lê Huy Cường (2024) thời gian mắc bệnh trung bình 8,5 tháng (1 tháng - 20 năm) [7]. Trần Thanh Tuấn

(2020) 18 tháng (6 - 72 tháng) [10]. Nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị TVB sớm chưa cao, dẫn đến khối thoát vị tồn tại lâu, ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe, thay đổi cấu trúc giải phẫu làm tăng độ khó cho phẫu thuật.

4.3. Kết quả điều trị. Thời gian phẫu thuật trung bình 85,28 ± 15,304 phút, ngắn nhất 60 phút, dài nhất 115 phút. Thời gian phẫu thuật dài hơn nghiên cứu khác ($p < 0,001$): Trần Thái Phúc (2024) 65,2 ± 13 phút (40 - 90 phút) [5], Lê Huy Cường (2024) 38,5 ± 10 phút (15 - 80 phút) [7], Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) 56,9 ± 22,01 phút (25 - 120 phút) [9], Nguyễn Hoài Bắc (2024) 67,7 ± 19 phút [8]. Sự khác biệt xuất phát từ: số lượng thoát vị, thể thoát vị, phân loại, kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện trang thiết bị. Mặc dù nghiên cứu có thời gian phẫu thuật dài hơn nhưng tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp hơn.

Thoát vị ruột non 61,1%, mạc nối 33,3%, ruột non và mạc nối 5,6%. Trần Thanh Tuấn (2020) thoát vị mạc nối lớn 67,34%, quai ruột 26,54%, hỗn hợp 6,12% [10]. Nguyễn Hoài Bắc (2024) quai ruột 3,3%, mạc nối 53,4%, hỗn hợp 43,3% [1]. Nhìn chung, thoát vị quai ruột non và mạc nối là hai loại phổ biến nhất.

Biến chứng sớm (2,8% bí đái), xa (2,8% đau mạn tính, 2,8% dị cảm vùng bẹn). Nghiên cứu có tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp hơn các nghiên cứu khác: Nguyễn Văn Phước (2021) biến chứng sớm 10,0% (5,0% tụ máu vùng bẹn, 1,7% nhiễm khuẩn vết mổ, 1,7% tê bì vùng đùi ngoài, 1,7% bí tiểu và tê bì vùng đùi ngoài) và muộn (1,8% đau mạn tính vùng bẹn bìu) [4]. Trần Thái Phúc (2024) biến chứng sớm 24,5% (8,7% bí tiểu, 1,4% chảy máu vết mổ, 2,9% sưng nề tụ dịch bìu, 7,2% tụ dịch dưới lưới mesh, 4,3% tê bì vùng bìu) và muộn 18,8% (5,8% đau vùng bẹn bìu, 4,3% tê bì vùng bìu, 7,2% cảm giác căng dày vùng bẹn, 1,4% rối loạn phóng tinh) [5]. Nguyễn Hoài Bắc (2024) ghi nhận biến chứng gần: 26,7% tụ dịch, 10% đau vùng bìu và xa: 36,7% đau mạn tính, dị cảm vùng bìu [8]. Lê Huy Cường (2024) tai biến trong lúc mổ 1% rách phúc mạc, 0,48% thoát vị tái phát [7]. Trần Thanh Tuấn (2020) biến chứng trong lúc mổ 14,3% rách phúc mạc [10]. Biến chứng sớm chủ yếu là bí tiểu do sau mổ người bệnh dùng nhiều thuốc giảm đau nhóm gây nghiện và truyền dịch. Đa số biến chứng đáp ứng với điều trị nội khoa và tỷ lệ tái phát thấp.

Kết quả điều trị sớm: 97,2% mức độ tốt, 2,8% mức độ khá, kết quả điều trị xa: 94,4% mức độ tốt, 5,6% mức độ khá. Tương đồng với nghiên cứu: Nguyễn Văn Phước (2021) kết quả

sớm: 90% tốt, 10% khá và xa: 98,2% tốt, 1,8% khá [4]. Lê Minh Hùng (2024) kết quả sớm: 93,4% tốt, 4,4% khá và 2,2% trung bình [6]. Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn (2024) kết quả sớm: 85,9% tốt, 14,1% khá. Sau 1 tháng 97,2% tốt và 2,8% khá [9]. Lê Huy Cường (2024) kết quả điều trị xa: 98,24% tốt, 1,44% khá và 0,48% kém [7]. Điều này cho thấy phương pháp TEP có hiệu quả điều trị cao.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ tái phát thấp. Kết quả điều trị tốt trong giai đoạn sớm 97,2% và xa 94,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guidi Lyra V., Brandão Dos Santos S., Bevilacqua Trigo Rocha C., et al. Comparison of postoperative chronic inguinal pain between the lichtenstein and laparoscopic techniques in the treatment of inguinal hernia: a systematic review and meta-analysis. *Hernia*. 2024. 28 (5). pp. 1537-1546.
2. La Van Phu, Tong Hai Duong, Doan Anh Vu. Totally extraperitoneal inguinal hernia repair without mesh fixation: Experiences with 250 cases at Can Tho General Hospital. *Vietnam Journal of Surgery and Endolaparosurgery*. 2024. 3(4) pp. 40-46
3. Andresen K., Rosenberg J. Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024. 7 (7). p. Cd004703.
4. Nguyễn Văn Phước, Hà Văn Quyết, Đào Quang Minh, cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt

- lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 505 (1). tr. 119-123.
5. Trần Thái Phúc, Vũ Duy Tiến. Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình và Nam Định năm 2022. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024. 65 (4). tr. 1-7.
 6. Lê Minh Hùng, Đỗ Trường Sơn. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc, sử dụng lưới 3D điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện E. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 535 (1). tr. 35-38.
 7. Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc, Hồ Nguyễn Hoàng, cộng sự. Kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. (72). tr. 28-34.
 8. Nguyễn Hoài Bắc, Đoàn Tiến Dương, Hoàng Văn Chúc, cộng sự. Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan tới biến chứng sau phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020-2023. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024. 65 (CD 4 - Hội Y học Giới tính Việt Nam). tr. 188-196.
 9. Nguyễn Hoàng Ngân Tuấn, Lại Văn Nông, La Văn Phú, cộng sự. Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân cao tuổi bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023 - 2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. (75). tr. 143-149.
 10. Trần Thanh Tuấn, Nguyễn Văn Tống, Phạm Văn Năng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo 3D nội soi ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2018 - 2019. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. (27). tr. 35-40.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KẾT QUẢ NỘI SOI TIẾP XÚC TĂNG CƯỜNG VÀ KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ THANH QUẢN

Ngô Duy Thịnh¹, Nguyễn Quang Trung^{1,2},
Phạm Thị Thùy Linh², Lê Chung Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu kết quả nội soi tiếp xúc tăng cường hình ảnh với kết quả mô bệnh học trên tổn thương tiền ung thư và ung thư thanh quản. **Đổi**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hình ảnh nội soi tiếp xúc tăng cường được chia thành 4 type theo phân độ của Puxeddu. Bệnh nhân chẩn đoán khối u thanh quản được tiến hành thực hiện nội soi tiếp xúc tăng cường (ECE) dưới gây mê nội khí quản, lấy bệnh phẩm khối u làm giải phẫu bệnh, qua đó đối chiếu đặc điểm hình ảnh nội soi với kết quả mô bệnh học. **Kết quả nghiên cứu:** 91 tổn thương ở 86 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu từ 01/08/2023 đến ngày 30/09/2024, trong đó có 49 tổn thương loạn sản nặng/ ung thư chiếm 53,8%, 8 tổn thương loạn sản nhẹ - vừa chiếm 8,8%, 22 tổn thương tăng sản chiếm 24,2%. Trong nhóm tổn thương loạn sản nặng/ ung thư có 42 tổn thương độ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Duy Thịnh

Email: ngoduythinhdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025