

chứng tốt là 58,0%.

- Tự chăm sóc: sử dụng thuốc tốt là 44,0%; chế độ dinh dưỡng tốt 64,0%; vệ sinh cá nhân tốt là 56,0%; HMNT tốt là 56,0%; vận động tốt là 52,0%

- Mức độ hài lòng: rất hài lòng là 28,0%, hài lòng là 70,0%.

- Kết quả chăm sóc: chăm sóc tốt: 86,0%, chăm sóc chưa tốt: 14,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2010)**, "Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 14 (1), tr: 119-123
2. **Bộ Y tế (2018)**, Quyết định số 2549/QĐ-BYT ngày 19/04/2018: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng.
3. **Trần Ngọc Dũng và Hà Văn Quyết (2014)**, "Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng", Y học thực hành, số 2, tr: 35-38.
4. **Mai Đình Diệu (2014)**, Nghiên cứu 146 người bệnh ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y dược Huế.

5. **Trần Minh Đức và Nguyễn Cao Cường (2014)**, "Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 18 (1), tr: 62-69.
6. **Phạm Như Hiệp và Phạm Anh Vũ (2015)**, "Tổng quan về ung thư đại trực tràng", Phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng, Đại học Huế:Tr.11-26.
7. **Vũ Thị Quyên (2021)**, Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020 – 2021. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Thăng Long.
8. **Đinh Quang Tâm và cộng sự (2012)**, "Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, cách bờ hậu môn từ 5cm trở lên", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (1), tr: 161-167.
9. **Nguyễn Thị Thủy (2019)**, Đặc điểm người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT và một số yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc tại Bệnh viện K, Luận Văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.
10. **Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp (2011)**, Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng: Kinh nghiệm tại Bệnh viện Trung ương Huế, Y học thực hành, 756(3), tr. 126 – 129.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẠNH GHÉP NHÂN TẠO SAU CƠ HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC

Đoàn Anh Vũ^{1,2}, Nguyễn Văn Lâm¹, Phạm Văn Năng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đặt mảnh ghép nhân tạo vào khoang sau cơ thành bụng bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (eTEP) là kỹ thuật đang được đánh giá có những ưu điểm vượt trội so với các phương pháp truyền thống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Kết quả bước đầu của phẫu thuật eTEP tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu các bệnh nhân thoát vị nguyên phát và vết mổ ở thành bụng trước được điều trị bằng eTEP tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 5/2023 đến 12/2024. **Kết quả:** 41 ca thoát vị thành bụng trong đó gồm 26 ca thoát vị nguyên phát, 15 ca thoát vị vết mổ. Nam 29,27 %, tuổi trung bình 57,56, BMI trung bình 24,9. Diện tích thoát vị trung bình 10,93 cm². Diện tích mảnh ghép che phủ trung bình 235,82 cm². Thời gian phẫu thuật trung bình là 126,1 phút. Mức độ đau ở ngày hậu

phẫu thứ 1 VAS = 4,2 (2-7). Số ngày hậu phẫu trung bình 4,17 ngày. Không có ca nào chuyển mổ mở. Biến chứng sớm: 5 ca tụ dịch. Tái phát 1 ca (2,44%) sau theo dõi trung bình 15,66 tháng (6-24 tháng). **Kết luận:** phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo sau cơ hoàn toàn ngoài phúc mạc là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với những trường hợp thoát vị thành bụng.

Từ khóa: thoát vị thành bụng, phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc tầm nhìn mở rộng, phục hồi thành bụng khoang sau cơ

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF ENDOSCOPIC RETROMUSCULAR PROSTHETIC MESH REPAIR OF VENTRAL HERNIA WITH EXTENDED-VIEW TOTALLY EXTRAPERITONEAL APPROACH

Background: The placement of prosthetic mesh in the retromuscular space of the abdominal wall using endoscopic totally extraperitoneal (eTEP) surgery is a technique being evaluated for its superior advantages compared to traditional methods. **Objective:** Initial results of eTEP surgery at Can Tho General Hospital. **Patients and Methods:** A prospective study of patients with primary and incisional ventral hernias treated with eTEP at Can Tho City General Hospital from May 2023 to December 2024. **Results:** 41 cases

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Vũ

Email: davu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

of ventral hernia, including 26 primary hernias and 15 incisional hernias. Male 29.27%, mean age 57.56, mean BMI 24.9. Mean hernia defect area 10.93 cm². Mean mesh coverage area 235.82 cm². Mean operative time 126.1 minutes. Pain level on the 1st postoperative day VAS = 4.2 (2-7). Mean postoperative stay 4.17 days. No cases converted to open surgery. Early complications: 5 cases of seroma. Recurrence rate 1 case (2.44%) with a follow-up of 15.66 months (6-24 months). **Conclusions:** eTEP prosthetic mesh placement is a safe and effective treatment method for abdominal hernia

Keywords: eTEP, Ventral and incisional hernia, Abdominal wall repair, Retromuscular mesh repair

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thoát vị thành bụng trước là những bệnh lý không hiếm gặp, nhất là những thoát vị vết mổ ở những bệnh nhân đã từng có phẫu thuật vùng bụng dù là phẫu thuật hở hay nội soi với tỷ lệ lên đến 20%. Trên lâm sàng cũng không khó để bắt gặp những trường hợp thoát vị thành bụng nguyên phát như thoát vị rốn, thượng vị, đường trắng bên. Rives và cộng sự là những người đầu tiên áp dụng mặt phẳng tiền phúc mạc sau cơ để đặt lưới trong thoát vị bẹn. Họ cho rằng đây là mặt phẳng tốt nhất để đặt mảnh ghép phục hồi các khuyết hổng. Sau đó, kỹ thuật này đã dần trở thành tiêu chuẩn vàng để điều trị các thoát vị thành bụng với tên gọi phẫu thuật Rives-Stoppa. Phẫu thuật phục hồi thành bụng đã trải qua một quá trình phát triển đáng kể, chuyển từ các phương pháp phục hồi phẫu thuật mở truyền thống sang các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu trong mặt phẳng giải phẫu tự nhiên, cụ thể là khoang sau cơ ngoài phúc mạc. Năm 2018 Igor Belyanski đã giới thiệu kỹ thuật điều trị thoát vị thành bụng qua phẫu thuật nội soi với mảnh ghép nhân tạo được đặt sau cơ thẳng bụng qua ngã tiếp cận hoàn toàn ngoài phúc mạc kết hợp với mở rộng góc nhìn "extended-view totally extraperitoneal" (eTEP) [1]. Mặc dù là phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị thành bụng "non trẻ" nhất cho đến hiện tại, eTEP đã có những kết quả đầy hứa hẹn về thời gian hồi phục ngắn, mức độ đau ít, tỷ lệ biến chứng và chi phí điều trị thấp khiến phẫu thuật này có thể trở thành một trong những phẫu thuật tốt nhất điều trị thoát vị thành bụng trong tương lai. Tại Cần Thơ, chúng tôi đã bắt đầu áp dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép vào khoang sau cơ thẳng bụng điều trị thoát vị thành bụng và thu được những kết quả tích cực bước đầu. Cho đến hiện tại ở Việt Nam nói chung và Cần Thơ nói riêng chúng tôi chưa ghi nhận được nhiều nghiên cứu về phẫu thuật này được thực hiện. Đây là một phẫu thuật mới và cần có những kết quả nghiên cứu để đánh

giá chính xác về mức độ thành công, tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên các bệnh nhân thoát vị nguyên phát và vết mổ ở thành bụng trước được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có thoát vị thành bụng trước chiều rộng 2-10cm tương đương thoát vị nguyên phát trung bình trở lên và thoát vị vết mổ nhẹ đến trung bình (W1,W2) theo phân loại của hiệp hội thoát vị châu Âu EHS [2], xác định dựa trên kích thước lớn nhất khi chụp cắt lớp vi tính, siêu âm bụng hoặc đo trực tiếp khi khám lâm sàng. Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử bệnh lý phình động mạch chủ bụng, ASA > III, bệnh mạn tính kèm theo như lao phổi, COPD, xơ gan Child C chưa thể kiểm soát được trước mổ, bệnh lý ác tính ở giai đoạn muộn đã di căn xa tại thời điểm khảo sát, có xạ trị vùng bụng, vết mổ cũ kéo dài từ móm mũi ức đến xương mu, đã từng phục hồi thành bụng khoang sau cơ ngoài phúc mạc trước đó, ổ bụng mất khả năng chứa tạng (loss of domain), teo hoặc loét da, rò tiêu hóa, đang có nhiễm trùng mảnh ghép và/hoặc rò ra da, thoát vị nghẹt, có phẫu thuật vùng bụng do bệnh lý khác trong thời gian < 3 tháng

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2023 đến tháng 12/2024 bởi cùng nhóm phẫu thuật thực hiện điều trị thoát vị thành bụng bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo vào khoang sau cơ đường vào hoàn toàn ngoài phúc mạc (eTEP) không/có giải phóng cơ ngang bụng (eTEP-TAR). Tất cả các thoát vị thành bụng được chẩn đoán dựa trên khám lâm sàng, siêu âm và CT bụng, phân loại theo EHS và phẫu thuật khi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Các biến số chính liên quan đến kết quả phẫu thuật là: thời gian nằm viện, mức độ đau VAS, biến chứng tại vị trí phẫu thuật (tụ dịch, tụ máu và nhiễm trùng), tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật và bất kỳ biến chứng y tế hoặc phẫu thuật nào khác trong thời gian theo dõi. Biến số theo dõi sau phẫu thuật là tái phát thoát vị, được đánh giá ở mỗi lần tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng bằng bộ 4 câu hỏi: "1. Bạn có cảm thấy thoát vị của mình tái phát không? 2. Có bác sĩ nào nói với bạn rằng thoát vị của bạn đã tái phát không? 3. Bạn có thấy chỗ phồng/cục u ở vị trí thoát vị cũ không?" 4. Bạn có thấy vùng đau nào trên thành bụng không?" [3] kèm khám lâm sàng và siêu âm bụng.

Dữ liệu được nhập vào cơ sở dữ liệu điện tử và thống kê được thực hiện bằng SPSS 20. Mức ý nghĩa cho tất cả các phân tích đặt ở 0,05. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ SD, các biến có phân phối không chuẩn được thể hiện dưới dạng trung vị và khoảng. Kiểm định t Student và kiểm định U Mann-Whitney được sử dụng để so sánh giữa các nhóm cho các biến có phân phối chuẩn và không chuẩn tương ứng. Các biến định tính được miêu tả bằng số lượng và tỷ lệ %. Kiểm định Chi-square được sử dụng để so sánh các biến định tính.

Các bước tiến hành phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản, tư thế nghiêng 20-30 độ về phía phẫu thuật viên. Với các thoát vị nằm tại đường giữa, phẫu thuật viên sẽ đứng bên trái bệnh nhân phẫu tích từ ngoài vào trong. Trocar thứ nhất đặt ở hạ sườn trái hoặc hông trái biến đổi theo vị trí thoát vị vào khoang sau cơ thẳng bụng. Các trocar thứ 2, 3 lần lượt là 10mm và 5mm đặt vào khoang sau cơ thẳng bụng ở phía trong đường trắng bên cách nhau 8-10cm. Dùng móc kết hợp dao siêu âm Harmonic mở rộng khoang, mở lá sau bao cơ thẳng bụng, kết nối (cross-over) với khoang sau cơ thẳng bụng đối bên và phẫu tích tách túi thoát vị. Với các thoát vị ở thành bụng bên, phẫu thuật viên sẽ đứng đối bên với túi thoát vị phẫu tích từ đường giữa ra ngoài. Trocar thứ nhất đặt ở cạnh đường giữa vào khoang sau cơ thẳng bụng bên có thoát vị. Các trocar thứ 2, 3 lần lượt là 10mm và 5mm đặt vào khoang sau cơ thẳng bụng cách nhau 8-10cm. Dùng móc kết hợp dao siêu âm Harmonic mở rộng khoang, mở lá sau bao cơ chéo bụng trong, bóc lộ giải phóng cơ ngang bụng theo kỹ thuật TAR [5] và phẫu tích tách túi thoát vị và các tạng thoát vị. Đo kích thước lỗ thoát vị, khâu đóng lá cân trước lỗ thoát vị và khâu đóng phúc mạc kèm lá cân sau. Dùng mảnh ghép nhân tạo polypropylen loại 85g/m² đặt vào khoang sau cơ che phủ lỗ thoát vị và toàn bộ vùng khoang sau cơ đã phẫu tích đảm bảo diện tích che phủ: lỗ thoát vị > 16:1. Những trường hợp khoang sau cơ rộng có thể kèm theo cố định mảnh ghép bằng khâu vào cân hoặc protack để đảm bảo mảnh ghép không bị di lệch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân, gồm 12 nam, 29 nữ. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $57,56 \pm 11,5$. BMI trung bình $24,9 \text{ kg/m}^2 \pm 3,9$ trong đó có 2 ca nhẹ cân, 13 ca béo phì độ I, 5 ca béo phì độ II. Điểm ASA trung vị là 2,0. Tiền sử phẫu thuật trước đây có 15 ca đã

từng phẫu thuật và 26 ca chưa từng phẫu thuật. Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất ở bệnh nhân của chúng tôi là tăng huyết áp (14 ca) và thiếu máu cục bộ cơ tim (8 ca).

Bảng 1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Kết quả (n=41)
Tuổi (năm)	$57,56 \pm 11,5$ (31–77)
Giới (Nam/Nữ)	29,27%/70,73%
BMI (kg/m ²)	$24,9 \pm 3,9$ (16,9–31,6)
Nhẹ cân	2 (4,9%)
Bình thường	11 (26,8%)
Thừa cân	10 (24,4%)
Béo phì độ I	13 (31,7%)
Béo phì độ II	5 (12,2%)
ASA	$2,4 \pm 0,7$
I	18 (43,9%)
II	20 (48,8%)
III	3 (7,3%)
Tăng huyết áp	14 (34,1%)
Thiếu máu cục bộ cơ tim	8 (19,5%)
Đái tháo đường	5 (12,2%)
Hội chứng Cushing	2 (4,9%)
Cường giáp	2 (4,9%)
Hút thuốc chủ động	1 (2,4%)
Bệnh lý van tim	3 (7,3%)
Lao động nặng	8 (19,5%)
Di chứng tai biến mạch máu não	1 (2,4%)
Chưa phẫu thuật	26 (63,4%)
Phẫu thuật 1 lần	13 (31,7%)
Phẫu thuật 2 lần	2 (4,9%)

Thoát vị thành bụng gồm có 26 ca thoát vị nguyên phát (63,4%) và 15 ca thoát vị vết mổ (36,6%), trong đó có 2 ca thoát vị vết mổ tái phát. Cụ thể miêu tả trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm thoát vị thành bụng trên bệnh nhân theo phân loại EHS

Đặc điểm thoát vị theo phân loại EHS		Kết quả (n=41)
Loại thoát vị	Nguyên phát	26 (63,4%)
	Vết mổ lần đầu	13 (31,7%)
	Vết mổ tái phát	2 (4,9%)
Phân loại thoát vị nguyên phát		
Thoát vị thượng vị		19 (73,08%)
Thoát vị rốn		7 (26,92%)
Kích thước	Trung bình (≥2–4 cm)	25 (96,15%)
	Lớn (≥4 cm)	1 (3,85%)
Phân loại thoát vị vết mổ		
Vị trí	M2	1 (6,67%)
	M3	7 (46,67%)
	M4	2 (13,33%)
	M5	2 (13,33%)
	L1	1 (6,67%)
	L2	2(13,33%)
Kích	W1 (<4 cm)	8 (53,33%)

thước	W2 (4–10 cm)	7 (46,67%)
Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật		
Đặc điểm trong phẫu thuật Kết quả (n=41)		
Số trocar	3	37 (90,24%)
	4	4 (9,76%)
Phương pháp	e-TEP	39 (95,1%)
	e-TEP + TAR	2 (4,9%)
Diện tích lỗ thoát vị (cm ²)	10,93±19,79cm ² (3,14–117,8)	
Diện tích mảnh ghép (cm ²)	235,82±45,83cm ² (144–450)	
Khoảng cách phủ mảnh ghép	6,09±0,68cm (5–7,5 cm)	
Chuyển mổ hở	0	
Thời gian mổ (phút)	126,1±44,1 (150–260)	
Tai biến trong mổ	Không	

Bảng 4. Kết quả hậu phẫu và biến chứng sau mổ

Kết quả hậu phẫu		Kết quả (n=41)
VAS	24 giờ	4,2 ± 1,47 (2–7)
	48 giờ	2,95 ± 1,58 (1–6)
Biến chứng sau phẫu thuật	Bán tắc ruột	1 (2,44%)
	Tụ dịch	5 (12,2%)
	Viêm mô bào	1 (2,44%)
	Tê bì	1 (2,44%)
	Đau mạn tính	1 (2,44%)
Thời gian nằm viện (days)		4,17 ± 2,57 (2–6)
Tái phát (15,66 ± 3,97 months follow-up)		1 (2,44%)

IV. BÀN LUẬN

Do kinh nghiệm còn hạn chế, nghiên cứu của chúng tôi đã chọn những bệnh nhân có thoát vị thành bụng tương đối nhỏ và trung bình, nhỏ hơn so với những bệnh nhân trong các nghiên cứu Belyansky [6], Radu [6], Kiyotaka [7], Baig [8]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tái phát thấp (2,44%), phù hợp với những kết quả của các tác giả trên, chứng minh tính ưu việt của việc đặt lưới sau cơ trong việc giảm thiểu tái phát. Ngoài ra, diện tích vùng thoát vị đã được che phủ thành công bằng mảnh ghép có kích thước phù hợp với độ chồng lên trung bình là 6,09 cm và tỷ lệ diện tích mảnh ghép:thoát vị >16:1, góp phần tạo ra độ phục hồi thành bụng hiệu quả.

Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 126 phút phù hợp với đường cong học tập liên quan đến kỹ thuật e-TEP. Khi các bác sĩ phẫu thuật quen thuộc hơn với phương pháp này, thời gian phẫu thuật có xu hướng giảm. Mặc dù thời gian phẫu thuật dài hơn so với các kỹ thuật mở, nhưng những lợi ích của việc giảm đau sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn hơn và phục hồi nhanh hơn khiến e-TEP trở thành một lựa chọn

ưu tiên ở những bệnh nhân được chọn lọc. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn các tác giả Belyansky [6], Radu [6], Kiyotaka [7], vì đối tượng bệnh nhân của các tác giả trên là các thoát vị kích thước trung bình – lớn khá nhiều.

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy kỹ thuật e-TEP là một phương pháp an toàn và hiệu quả để sửa chữa thoát vị thành bụng đường giữa. Kết quả của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng gần như không có, có thể so sánh với các loạt ca phẫu thuật e-TEP đã công bố khác. Biến chứng sau phẫu thuật phổ biến nhất là tụ dịch, xảy ra ở 5 trường hợp bệnh nhân, phù hợp với các nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ tụ dịch từ 5% đến 10% sau phẫu thuật sửa chữa thoát vị thành bụng. Tụ dịch là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật sửa chữa thoát vị thành bụng. Chúng được điều trị bảo tồn và thường tự khỏi. Tụ dịch dai dẳng được định nghĩa là tụ dịch kéo dài hơn 8–12 tuần sau phẫu thuật. Khoảng một phần ba số ca tụ dịch có triệu chứng dai dẳng sẽ cần hút dịch do các triệu chứng. Hút dịch có nguy cơ nhiễm trùng và nên được thực hiện với kỹ thuật vô trùng nghiêm ngặt [9]. Quản lý bảo tồn tụ dịch không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Hút dịch tụ dịch thất bại cũng có thể được giải quyết bằng cách phẫu thuật giải áp dẫn lưu. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này thấp, với tụ dịch là biến chứng sau phẫu thuật phổ biến nhất. Mặc dù tụ dịch là một biến chứng đã biết của bóc tách sau cơ, nhưng tỷ lệ mắc của nó nằm trong giới hạn chấp nhận được và được điều trị bảo tồn trong phần lớn các trường hợp. Việc điều trị tụ dịch của chúng tôi là bảo tồn với hầu hết các trường hợp tự khỏi mà không cần can thiệp. Chỉ có hai bệnh nhân cần hút dịch dưới hướng dẫn siêu âm.

Tỷ lệ tái phát thấp 2,44% theo dõi với thời gian theo dõi từ 6–12 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi rất đáng khích lệ, đặc biệt là khi gắn với độ phức tạp của một số trường hợp như thoát vị tái phát và thoát vị vết mổ. Điều này cho thấy kỹ thuật e-TEP, với việc phẫu tích đúng, xử lý túi thoát vị đúng và đặt mảnh ghép theo đúng các khuyến cáo cho thấy kết quả rất tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo sau cơ điều trị thoát vị thành bụng là một phẫu thuật khả thi và an toàn. Phẫu thuật cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn và tái phát thấp. Phẫu thuật này đưa ra một phương pháp thay thế đầy hứa hẹn để điều trị thoát vị thành bụng đường giữa, cho thấy kết quả ngắn hạn đầy thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belyansky I, Daes J, Radu VG, Balasubramanian R, Reza Zahiri H, Weltz AS, et al. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. Surg Endosc 2018;32:1525-32.
2. Muysoms F. E., Miserez M., Berrevoet F., Campanelli G., et al, (2009), "Classification of primary and incisional abdominal wall hernias", Hernia, 13 (4), pp. 407-414.
3. Novitsky YW, editor. Hernia Surgery. Cham: Springer International Publishing (2016).
4. Muysoms F, Campanelli G, Champault GG, et al. EuraHS: the development of an international online platform for registration and outcome measurement of ventral abdominal wall hernia repair. Hernia. 2012;16(3):239-250. doi:10.1007/s10029-012-0912-7.
5. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. Am J Surg.2012; 204:709–716.
6. Radu VG, Lica M. The endoscopic retromuscular repair of ventral hernia: the eTEP technique and early results. Hernia. 2019;23(5):945-955. doi:10.1007/s10029-019-01931-x
7. Kivotaka I, Minoru T, Yoshivasu A (2021). "P052 early operative outcomes of enhanced-view totally extra peritoneal repair (eTEP) for ventral hernias", British Journal of Surgery, 108(8).
8. Baig SJ, Priya P. Extended totally extraperitoneal repair (eTEP) for ventral hernias: Short-term results from a single centre. J Minim Access Surg.2019; 15:198–203.
9. Khetan M, Dey A, Bindal V, Suviraj J, Mittal T, Kalhan S, et al. e-TEP repair for midline primary and incisional hernia: technical considerations and initial experience. J Hernia. 2021:1-12.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG, THANH QUẢN

Đào Trọng Tuấn^{1,2}, Nguyễn Văn Ba³, Quân Thành Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả và đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hạ họng – thanh quản, góp phần hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng, theo dõi dọc, được thực hiện trên 184 bệnh nhân ung thư (127 thanh quản, 57 hạ họng) và 58 bệnh nhân nhóm chứng tại ba bệnh viện lớn từ 12/2022 đến 12/2025. Dữ liệu được thu thập qua khám lâm sàng, nội soi, chụp CT, xét nghiệm máu và phân tích bằng SPSS 20.0. **Kết quả:** Khàn tiếng, nuốt vướng và nuốt đau là các triệu chứng phổ biến ở nhóm bệnh. Ung thư thanh quản thường xuất phát từ dây thanh và được phát hiện ở giai đoạn sớm hơn, trong khi ung thư hạ họng chủ yếu khởi phát từ xoang lê và phát hiện muộn hơn với tỉ lệ xâm lấn, di căn hạch và độ mô bệnh học cao hơn. Nhóm bệnh có bạch cầu, glucose, AST và creatinine tăng đáng kể so với nhóm chứng. **Kết luận:** Ung thư hạ họng – thanh quản có biểu hiện và tiến triển khác biệt theo vị trí tổn thương, trong đó ung thư hạ họng thường nặng và phát hiện muộn hơn. Nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tiễn quan trọng phục vụ chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả bệnh lý ung thư đầu cổ.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, ung thư hạ họng - thanh quản.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HYPOPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CANCER

Objective: This study aimed to describe and evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with hypopharyngeal and laryngeal cancer, thereby contributing to improved diagnosis, treatment, and prognosis. **Methods:** A prospective, cross-sectional study with a control group and longitudinal follow-up was conducted on 184 cancer patients (127 with laryngeal cancer and 57 with hypopharyngeal cancer) and 58 control patients at three major hospitals from December 2022 to December 2025. Data were collected through clinical examinations, endoscopy, CT scans, blood tests, and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The most common symptoms among patients were hoarseness, dysphagia, and odynophagia. Laryngeal cancer typically originated from the vocal cords and was more frequently diagnosed at earlier stages, whereas hypopharyngeal cancer mainly originated from the pyriform sinus and was diagnosed at more advanced stages with higher rates of local invasion, lymph node metastasis, and higher histopathological grading. The cancer group had significantly elevated levels of white blood cells, glucose, AST, and creatinine compared to the control group. **Conclusion:** Hypopharyngeal and laryngeal cancers show distinct clinical and paraclinical features based on tumor location. Hypopharyngeal cancer tends to present more severely and is often diagnosed later. This study provides important practical data to support early diagnosis and effective treatment of

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

³Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Quân Thành Nam

Email: dr.namb6@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025