

1. **Bray Freddie, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 74.3 (2024): p. 229-263.
2. **Bleday Ronald, Brindzei Nelya.** Surgical Treatment of Rectal Cancer. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Second Edition, Springer (2011): p. 743-759.
3. **Nguyễn Văn Trường và cộng sự.** kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt kiểu schiessel.r điều trị ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội. Tạp Chí Y học Việt Nam, 520(1B) (2023): tr. 42-46.
4. **Mai Văn Đợi và cộng sự.** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng kết quả 8 năm. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ, 22-25 (2019): tr. 1-8.
5. **Rullier Eric, et al.** Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. Annals of surgery, 241.3 (2005): p. 465-469.
6. **Väyrynen Juha P., et al.** Preoperative anemia in colorectal cancer: relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. Scientific reports 8.1 (2018): p. 1126.
7. **Phạm Văn Năng.** Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại - trực tràng. Y Học Thực Hành, 928(8) (2014): tr. 172-174.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO TRƯỚC PHỨC MẠC ĐƯỜNG VÀO Ổ BỤNG

Cao Minh Tiệp¹, Đặng Văn Huân¹, Đoàn Ngọc Giao²
Phùng Thế Khang¹, Nguyễn Quốc Thành¹

người trưởng thành. Từ khóa: **Thoát vị bụng, TAPP**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng điều trị thoát vị bụng. Đối tượng và phương pháp: Bao gồm 65 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bụng được điều trị bằng phương pháp nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng tại khoa Ngoại tiêu hoá Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2025 đến 10/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,2±17,8 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam:nữ là 57:8. Tổng cộng 53 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bụng một bên (81,5%) và 12 bệnh nhân thoát vị bụng hai bên (18,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình chung là 53,5±13,7 phút. Thời gian phẫu thuật TAPP của nhóm thoát vị bụng biến chứng (nghe) dài hơn nhóm không biến chứng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,019$). Sau phẫu thuật TAPP, bệnh nhân đau ít với điểm VAS trung bình <24 giờ là 3,5±0,6 và mức độ đau giảm dần. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 4,4±1,3 ngày. Trong vòng 1 tháng sau mổ, chúng tôi ghi nhận 87,7% bệnh nhân không có biến chứng, 7,7% (5 bệnh nhân) bị tụ dịch sau mổ, 3,1% (2 bệnh nhân) bị viêm tinh hoàn và 1,5% (1 bệnh nhân) bị tê bì bẹn. Kết quả gần sau 1 tháng phẫu thuật, 87,7% (57 bệnh nhân) đạt kết quả Tốt. Sau 6 tháng, kết quả Tốt đạt 100% (65 bệnh nhân). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng điều trị thoát vị bụng có nhiều ưu điểm, là một kỹ thuật được lựa chọn trong điều trị thoát vị bụng ở

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR HERNIA REPAIR WITH PREPERITONEAL MESH PLACEMENT THROUGH AN ABDOMINAL APPROACH AT THE CONCLUSION OF THE PROCEDURE

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the postoperative outcomes following laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) synthetic mesh repair for inguinal hernia. **Subjects and methods:** The study comprised 65 patients diagnosed with inguinal hernia who were treated with TAPP mesh repair at the Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Tiệp Friendship Hospital, from January 2025 to October 2025. **Results:** The mean patient age was 58.2±17.8 years. Males predominated with a male-to-female ratio of 57:8. A total of 53 patients (81.5%) were diagnosed with unilateral inguinal hernia, and 12 patients (18.5%) with bilateral inguinal hernia. The mean overall operative time was 53.5±13.7 minutes. The TAPP operative time was longer in the complicated (strangulated) hernia group than in the non-complicated group, with a statistically significant difference ($p=0.019$). Post-TAPP, patients experienced minimal pain, with a mean Visual Analog Scale (VAS) score of 3.5±0.6 at <24 hours, and pain intensity decreased progressively. The mean postoperative length of hospital stay was 4.4±1.3 days. Within one month post-operation, we recorded that 87.7% of patients had no complications, 7.7% (5 patients) developed seroma, 3.1% (2 patients) developed orchitis, and 1.5% (1 patient) experienced inguinal-scrotal paresthesia. The short-term Good outcome rate at one month post-surgery was 87.7% (57 patients). At six months, the Good outcome rate

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Tiệp

Email: caominhtiep@bshn9@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

reached 100% (65 patients). **Conclusion:** Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) mesh repair for inguinal hernia has several advantages and is the technique of choice for the treatment of inguinal hernia in adults.

Keywords: Inguinal hernia, TAPP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để. Các nhà ngoại khoa luôn muốn tìm ra kỹ thuật mổ tốt nhất với mục tiêu: ít biến chứng, ít tái phát, ít đau, nhanh hồi phục, dễ thực hiện và chi phí thấp. Hai kỹ thuật nội soi thoát vị bẹn phổ biến hiện nay là đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP) và đặt tấm lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP). Ở nước ta, các kỹ thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đã được ứng dụng tại các bệnh viện lớn cùng nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị. Tại Hải Phòng đã có những báo cáo kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi. Để góp phần đánh giá tổng quan hơn đối với kỹ thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP), chúng tôi thực hiện đề tài: *"Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 65 bệnh nhân (BN) thoát vị được điều trị bằng phương pháp nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng tại khoa Ngoại tiêu hoá Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2025 đến 10/2025

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
- Thoát vị bẹn không biến chứng:
- + Tiên phát hoặc tái phát (sau mổ mở hoặc TEP)
- + Một bên hoặc hai bên
- Thoát vị bẹn biến chứng:
- + Thoát vị cầm tù
- + Thoát vị nghẹt trong vòng 6 tiếng từ khi khởi phát triệu chứng nghẹt và chưa có dấu chứng viêm phúc mạc do hoại tử tạng thoát vị
- Bệnh nhân có phân loại ASA: I, II, III.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi:
- + Suy tim
- + Bệnh mạch vành nguy cơ cao
- + Bệnh hô hấp mạn tính: kén khí phổi, loạn dưỡng nhu mô phổi, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính nặng, lao phổi tiến triển
- + Bệnh lý não: u não, tăng áp lực nội sọ,

tăng nhãn áp

- Bệnh nhân có:

- + Có thai
- + Rối loạn đông máu
- + Xơ gan có dịch ổ bụng
- + Bệnh nhân thẩm phân phúc mạc
- + Ung thư di căn phúc mạc
- + Tiền sử: phẫu thuật ổ bụng nhiều lần hoặc phẫu thuật vùng chậu, tắc ruột hoặc dính ruột sau mổ.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh

* **Chọn mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

* **Phương tiện nghiên cứu:**

- Dụng cụ mổ mở thông thường.
- Dàn máy phẫu thuật nội soi cơ bản, bao gồm:
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng cơ bản:
- Dụng cụ ghim cố định nội soi thoát vị thành bụng: ProTack™ 5 mm của hãng Covidien (Hoa Kỳ).
- Tấm lưới phẳng polypropylen, có kích thước từ (10 x 15) cm trở lên.

* Cách tiến hành:

- Thì 1: Vào ổ bụng, thám sát lỗ bẹn và giải phóng thoát vị.

+ Vào bụng bằng 3 Troca.

+ Bơm hơi ổ bụng với áp lực 12 – 14 mmHg.

+ Nếu là thoát vị bẹn không biến chứng: tạng thoát vị sẽ được kéo về ổ phúc mạc dễ dàng.

+ Nếu là thoát vị bẹn cầm tù: dùng kẹp ruột nội soi tiến hành kéo và phẫu tích dính để đưa tạng trở về ổ phúc mạc.

+ Nếu là thoát vị bẹn nghẹt: đánh giá tình trạng tạng thoát vị có nguy cơ hoại tử hay không; nếu không hoại tử thì giải phóng đưa tạng về ổ phúc mạc và thực hiện TAPP; nếu hoại tử thì chuyển mổ mở và không đưa vào nhóm nghiên cứu.

- Thì 2: Mở phúc mạc bên thoát vị và phẫu tích bao thoát vị:

+ Dùng kéo hoặc dao đốt đơn cực nội soi mở phúc mạc theo đường ngang phía trên lỗ thoát vị 3 – 4 cm bắt đầu từ gai chậu trước trên đến nếp rốn trong. Sau khi mở phúc mạc, bắt đầu phẫu tích khoang trước phúc mạc, khoang Retzius ở giữa và khoang Bogros ở phía ngoài. Sau khi phẫu tích hoàn toàn, lỗ cơ lược được độc lập khỏi phúc mạc và tổ chức mỡ, xác định: bó mạch thượng vị, lỗ bẹn trong, tam giác Hesselbach, dây chằng Cooper, khớp mu, dải chậu mu, mạch máu tinh hoàn và ống dẫn tinh.

- Thì 3: Đặt lưới, cố định lưới và đóng phúc mạc.

+ Tiến hành đặt tấm lưới vào khoang trước phúc mạc: chọn lưới kích thước phù hợp bệnh nhân; đưa lưới vào ổ phúc mạc qua trocar rỗng, trải rộng và phủ toàn bộ lỗ bẹn; rìa lưới vượt quá lỗ thoát vị 3 cm.

+ Cố định lưới bằng ghim ProTack™ 5 mm tại các vị trí: dây chằng Cooper, cơ thẳng bụng, cạnh ngoài bó mạch thượng 4 cm trên dải chậu mu.

+ Khâu chỗ mở phúc mạc bằng vycrin 2.0 mũi vắt.

- Thì 4: xả khí, đóng bụng:

+ Sau khi khâu xong phúc mạc. Tiến hành kiểm tra ổ bụng, xả khí, hút hơi vùng bìu bẹn tràn tràn khí vùng bìu sau mổ.

+ Đóng lại các lỗ troca.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Nghiên cứu được tiến hành trên 65 bệnh nhân với thoát vị bẹn một bên 53 bệnh nhân (81,5%) và thoát vị bẹn hai bên có 12 bệnh nhân (18,5%)

- Tuổi trung bình: $58,2 \pm 17,8$ tuổi .Nam/ nữ 57/8

- Tiền sử: Mổ thoát vị bẹn bên đối diện: 5 bệnh nhân (7,7%); tái phát tại chỗ 3 bệnh nhân

(4,6%); Mổ nội soi ổ bụng: 12 bệnh nhân (18,5%); Mổ mở viên ruột thừa đường Marbuney: 8 bệnh nhân (12,3%)

- Các yếu tố nguy cơ có: bí tiểu do tắc nghẽn đường tiểu dưới là 10 bệnh nhân (15,4%). Táo bón mạn tính là 5 bệnh nhân (7,7%), tăng áp lực cơ hoành: 2 bệnh nhân (3,1%)

- Lý do vào viện: Có khối vùng bẹn đau tức: 48 bệnh nhân (73,8%); 9 bệnh nhân có khối thoát vị bẹn nghẹt đau đẩy không lên (13,9%); Có 8 bệnh nhân xuất hiện khối phồng vùng bẹn không đau tức (12,3%)

- Thoát vị bẹn một bên: 53 bệnh nhân (81,5%), trong đó có 32 bệnh nhân thoát vị bẹn phải (49,2%) và 21 bệnh nhân thoát vị bẹn trái (32,3%); thoát vị bẹn hai bên có: 12 bệnh nhân (18,5%)

- Dựa vào siêu âm trước mổ, tạng thoát vị chiếm đa số là ruột non và mạc nối 55 bệnh nhân (84,6%); có 10 bệnh nhân (15,4%) không xác định được nội dung thoát vị có thể do tạng trở về ổ bụng ở tư thế nằm.

3.2. Kết quả

3.2.1. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.1 Thời gian phẫu thuật TAPP

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số trường hợp	Trung bình ($\pm$ Độ lệch chuẩn)	Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất	p
TAPP 1 bên	53	48,6 ($\pm$ 13,1)	30 – 105	<0,001
TAPP 2 bên	12	70,1 ($\pm$ 12,2)	55 – 130	
TAPP chung	65	53,5 ($\pm$ 13,7)	30 – 130	

Thời gian phẫu thuật trung bình: $53,5 \pm 13,7$ phút, ngắn nhất: 30 phút, dài nhất: 130 phút.

Thời gian phẫu thuật TAPP 2 bên dài hơn TAPP 1 bên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật thoát vị bẹn biến chứng

Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình ($\pm$ Độ lệch chuẩn)	Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất	p
TVB nghẹt (n = 9)	65,2 ($\pm$ 21,1)	55 – 105	0,019
TVB không nghẹt (n = 56)	53,3 ($\pm$ 13,1)	30 – 130	

Thời gian phẫu thuật TAPP của nhóm thoát vị bẹn biến chứng dài hơn nhóm không biến chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,019$).

Bảng 3.3. Đánh giá đau sau phẫu thuật theo thang điểm VAS

VAS sau phẫu thuật	Trung bình ($\pm$ Độ lệch chuẩn)	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất
<24 giờ	3,5 ($\pm$ 0,6)	3,0	3,0 – 5,0
24-48 giờ	2,8 ($\pm$ 0,4)	3,0	2,0 – 4,0
48-72 giờ	2,0 ($\pm$ 0,5)	2,0	1,0 – 3,0

Sau phẫu thuật TAPP, bệnh nhân đau ít với VAS trung bình < 24 giờ là $3,5 \pm 0,6$ và giảm đau dần tương ứng điểm VAS giảm dần. 95,6% phục hồi sinh hoạt cá nhân trong vòng 24 giờ sau mổ.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $4,4 \pm 1,3$ ngày, ngắn nhất: 2 ngày, dài nhất: 9 ngày.

Bảng 3.4. Liên quan biến chứng sau phẫu thuật và vị trí thoát vị (N = 65)

Vị trí thoát vị Biến chứng sau phẫu thuật	Không nghẹt		Nghẹt		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Tụ dịch bẹn	2	3,1	3	4,6	5	7,7
Viêm tinh hoàn	1	1,5	1	1,5	2	3,1
Tê vùng bẹn bìu	1	1,5	0	0	1	1,5

Tái phát sau phẫu thuật	0	0,0	0	0	0	0
Không biến chứng	52	80,0	5	7,7	57	87,7
Tổng cộng	56	86,2	9	13,8	65	100,0

Tái khám sau mổ 1 tháng, chúng tôi ghi nhận: 87,7% không biến chứng, 7,7% tụ dịch sau mổ và 1,7% tê bì vùng bìu. Có 2 trường hợp (3,1%) viêm tinh hoàn sau mổ.

1 trường hợp tê nhẹ vùng bìu và tự khỏi trong vòng 1 tháng. 5 trường hợp tụ dịch vùng bìu trong đó 3 trường hợp được chọc hút dịch dưới hướng dẫn siêu âm, và 2 trường hợp theo dõi dùng thuốc không cần can thiệp. 2 trường hợp viêm tinh hoàn được điều trị nội khoa ổn định.

Bảng 3.5. Đánh giá kết quả gần (sau phẫu thuật 1 tháng) (N=65)

Đánh giá kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Tốt	57	87,7
Khá	8	12,3
Tổng cộng	65	100,0

12,3% bệnh nhân có kết quả điều trị khá do có biến chứng như tụ dịch vùng bìu, tê bì vùng bìu và viêm tinh hoàn, các trường hợp này được điều trị nội khoa thành công.

3.2.2. Đánh giá kết quả xa

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả xa (N=65)

Đánh giá kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Sau phẫu thuật 6 tháng		
Tốt	65	100,0
Tổng cộng	65	100,0
Sau phẫu thuật 12 tháng		
Tốt	65	100
Tổng cộng	65	100,0

Sau 12 tháng: 100% BN có kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận lý do vào viện: khối phỏng bìu không đau tức: 73,8%, khối phỏng bìu không đau tức: 12,3%, thoát vị nhẹ: 13,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả. Nguyễn Đoàn Văn Phú và cs (2015): lý do vào viện do khối phỏng bìu: 63,1%, do khối phỏng bìu – bìu: 36,9% [6].

Chúng tôi có 21,7% thoát vị bìu biến chứng, trong đó: thoát vị nhẹ 13,85%, Thời gian mổ trung bình của nhóm thoát vị biến chứng là $65,2 \pm 21,1$ phút. Chúng tôi không ghi nhận tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ và tái phát.

Thời gian mổ trung bình: $53,5 \pm 13,7$ phút. Thời gian nằm viện: $4,4 \pm 1,3$ ngày. Biến chứng sớm hay muộn nhất là tụ dịch bìu 7,7%, không có tái phát. Các tác giả cho rằng: TAPP an toàn và hiệu quả đối với thoát vị bìu biến chứng. Trong theo dõi gần (1 tháng sau mổ), chúng tôi

ghi nhận 3 bệnh nhân (12,3%) có biến chứng mức độ I theo Clavien – Dindo, tất cả các trường hợp này đều điều trị nội khoa thành công và không có trường hợp nào tái phát.

Đánh giá kết quả gần: tốt: 87,7%, khá: 12,3%, không có trung bình và kém.

Đánh giá kết quả xa sau 6 tháng và 12 tháng đều đạt tốt 100%

Đỗ Mạnh Toàn và cs (2019) ghi nhận: đau mạn tính vùng bìu 4,4%, tê bì vùng bìu 1,1%, đau tinh hoàn 3,3%, giảm ham muốn 3,3%, 2 trường hợp (2,2%) tái phát lần lượt sau 2 tháng và 4 tháng. Tác giả đánh giá kết quả điều trị: sau 3 tháng: 81,1% tốt, 14,7% khá, 3,1% trung bình, 1,1% kém, sau 12 tháng: 79,6% tốt, 15,1% khá, 3,2% trung bình, 2,1% kém, sau $18,4 \pm 8,8$ tháng: 85,7% tốt, 8,8% khá, 3,3% trung bình, 2,2% kém [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP) điều trị thoát vị bìu có nhiều ưu điểm: thẩm mỹ cao, thời gian nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, ít tái biến và biến chứng, chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau mổ tốt. Là một kỹ thuật được lựa chọn trong điều trị thoát vị bìu ở người trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đình Tuấn Dũng (2017), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bìu trực tiếp", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược – Đại học Huế.
2. Nguyễn Đoàn Văn Phú (2015), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị phẫu thuật thoát vị bìu bằng tấm lưới nhân tạo có nút (mesh-plug)", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược – Đại học Huế.
3. Đỗ Mạnh Toàn (2019), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bìu tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Andresen K., Fenger A., Burcharth J. et al. (2017), "Mesh fixation methods and chronic pain after transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia surgery: a comparison between fibrin sealant and tacks", Surgical Endoscopy, 31 (10), pp. 4077-4084.
5. Arafat S., Alsabek M.B. (2017), "Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and transabdominal preperitoneal hernioplasty: two case reports evaluate the safety and surgical complications", Clinical Case Reports, 5 (12), pp. 2093-2096.
6. Arregui M. (2018), "Chain of events leading to the development of the current techniques of laparoscopic inguinal hernia repair: The time was ripe", Laparo-endoscopic Hernia Surgery:

Evidence Based Clinical Practice, Springer Berlin Heidelberg, pp. 31-36.

7. **American Society of Anesthesiologists**, "ASA Physical Status Classification System". Địa chỉ: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification->

system.

8. **Bansal V.K., Krishna A., Ghosh N. et al.** (2018), "Comparison TAPP vs. TEP: Which Technique Is Better?", Laparo-endoscopic Hernia Surgery: Evidence Based Clinical Practice, Springer Berlin Heidelberg, pp.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U TUYẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Lê Hữu Trì¹, Hoàng Ngọc Bảo¹, Trà Tấn Hoàn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi phẫu u tủy sống đã trở thành một phương pháp tối ưu cắt bỏ u tối đa, giảm thiểu tổn thương cấu trúc thần kinh lân cận. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả vi phẫu thuật u tủy sống chủ trọng vào lâm sàng, hình ảnh học và hiệu quả sau phẫu thuật, biến chứng và phục hồi tổng thể bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu và tiền cứu mô tả 75 bệnh nhân u tủy được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025. **Kết quả:** 75 bệnh nhân, 31 nam (41,33%), 44 nữ (58,67%). Tuổi lớn nhất 78, nhỏ nhất 7. Đa số bệnh nhân nhập viện vì đau cột sống chiếm 93,33%; rối loạn cảm giác chiếm 82,66%. U thường gặp ở ngực chiếm 42,66%. U dưới màng cứng ngoài tủy chiếm tỷ lệ cao nhất 81,33%. Loại u thường gặp nhất là Schwannoma và Meningioma đều chiếm (36%). Biến chứng sau mổ: nhiễm trùng 1 trường hợp; rò dịch não tủy 1 trường hợp; yếu, liệt thêm 6 trường hợp. **Kết luận:** Vi phẫu thuật đem lại hiệu quả điều trị cao trong bệnh lý u tủy

Từ khóa: u tủy, vi phẫu thuật, u sợi thần kinh tủy sống, u màng não tủy

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SPINAL TUMOR MICROSURGERY AT DA NANG HOSPITAL

Introduction: Spinal tumors microsurgery has emerged as a pivotal approach, aiming to maximize tumor resection while minimizing collateral damage to surrounding neural structures. This study assesses the results of spinal tumor microsurgery, focusing on clinical, imaging and surgical efficacy, complications, and overall patient recovery. **Patients and Methods:** Retrospective and prospective study on 75 patients diagnosed and operated spinal tumor at Danang hospital from January, 2020 to June, 2025. **Results:** In our study, 75 patients: 31 males (41.33%), 44 females (58.67%). The maximum age was 78 yearold and the minimum age was 7 year old. Most of patients hospitalized for spinal pain 93.33% cases, sensory

disorders was 82.66% cases. 32 cases (42.66%) was the common tumor in thoracic spine. Intradural extramedullary tumors account for the highest rate of 81.33%. The most common type of tumor was Schwannoma and Meningioma, both accounting for 36%. Postoperative complications: 1 infection; 1 for cerebrospinal fluid leakage; 6 cases of more weakness. **Conclusions:** Microsurgery for treatment of spinal tumors has high efficiency. **Keywords:** spinal tumor, microsurgery, schwannoma, meningioma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thập niên 50 của thế kỷ trước Greenwood đã bắt đầu phát triển những dụng cụ và đưa ra những khái niệm đầu tiên về kỹ thuật vi phẫu thuật trong quá trình mổ u tủy. Từ đó vi phẫu thuật thành xu hướng mới và được sử dụng rộng rãi vào thập niên 80 bởi sự ưu việt của nó là tăng tỷ lệ lấy hết u và giảm tỷ lệ tàn tật, tử vong của bệnh nhân u tủy [1].

Tại Việt Nam, từ những năm 50 của thế kỷ trước đã có nhiều tác giả tiến hành phẫu thuật u tủy đem lại kết quả tốt như: Nguyễn Thường Xuân (1958), Phạm Gia Triệu (1960), Dương Chạm Uyên (1968), Võ Văn Nho (2010)... Gần đây nhờ sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, kính vi phẫu, các phương tiện vi phẫu thuật, dao hút siêu âm, áp dụng điện sinh lý thần kinh trong mổ đã giúp điều trị u tủy có kết quả tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tủy và được phẫu thuật vi phẫu tại Bệnh viện Đà Nẵng từ 1/2020 đến 6/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu mô tả, cỡ mẫu thuận tiện.

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tình trạng lâm sàng trước và sau mổ, vị trí u, kích thước u, kết quả mô bệnh học.

Phương pháp nghiên cứu

Dụng cụ và phương tiện: Hệ thống kính vi phẫu, máy C-arm, các phương tiện vi phẫu thuật, áp dụng điện sinh lý thần kinh trong mổ (IOM).

¹Bệnh viện Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hữu Trì

Email: drtrilh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025