

- Oncology (NCCN Guidelines®).** Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. Version 1.2025 — February 28, 2025
- Puhr H.C, Prager G.W & Ilhan-Mutlu A.** How we treat esophageal squamous cell carcinoma. ESMO open science for optimal cancer care. Volume 8 - Issue 1 – 2023
 - Trần Thị Kim Anh, Trịnh Lê Huy.** Kết quả điều trị phác đồ m-DCF Trong ung thư biểu mô thực quản giai đoạn di căn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam tập 519 - tháng 10 - Số 1 – 2022
 - Đỗ Anh Tú, Nguyễn Thu Trang.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô thực quản giai đoạn iv - tái phát và/hoặc di căn. Tạp chí Y học Việt Nam tập 535 - tháng 2 - số 2 – 2024
 - Kazuhiro Shiraishi, Mao Okada, ShunYamamoto, Yuki Matsubara, Toshiki Masuishi, Keitaro Shimozaki, Yoshiyuki Yamamoto, Suguru Hirose, Keiji Sugiyama, Mitsuhito Furuta, Nozomu Machida, NaokiTakahashi, TakakoYoshii, Yosuke Kito, Takao Tsuzuki, Shogen Boku, Kenji Tsuchihashi, Akinori Sugaya, Toshizo Takayama, Azusa Komori, Seiichiro Mitani, Toshihiko Matsumoto, Takashi Nishimura18 & Kenro Hirata.** The efficacy and safety of FOLFOX therapy for advanced esophageal squamous cell carcinoma. Scientific Reports | (2025) 15:8031
 - Cao Thị Thanh, Vũ Hồng Thăng, Nguyễn Hải Hoàng.** Kết quả điều trị ung thư biểu mô thực quản giai đoạn tái phát di căn bằng phác đồ Docetaxel-Cisplatin. Tạp chí Y học Việt Nam tập 532 - tháng 11 - số 1 – 2023
 - Mauer A.M, Kraut E.H, Krauss S.A, Ansari R.H, Kasza K, Szeto L, Vokes E.E** for the University of Chicago Phase II Network. Phase II trial of oxaliplatin, leucovorin and fluorouracil in patients with advanced carcinoma of the esophagus Annals of Oncology 16: 1320–1325, 2005
 - Marieke Pape M, Vissers P.A.J, de Vos-Geelen J, Hulshof M.C.C.M, Gisbertz S.S, Jeene P.M, van Laarhoven H.W.M, Verhoeven R.H.A.** Treatment patterns and survival in advanced unresectable esophageal squamous cell cancer: A population-based study. Cancer Science. 2022;113:1038–104
 - Cunningham D, Naureen Starling F, Rao S, Iveson T, Nicol T, Fareeda Coxon F, Middleton G, et al.** Capecitabine and Oxaliplatin for Advanced Esophagogastric Cancer n engl j med 358;1 www.nejm.org january 3, 2008

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI KHOANG TRƯỚC PHỨC MẠC QUA ĐƯỜNG BỤNG (TAPP) SỬ DỤNG LƯỚI TỰ DÍNH PROGRIP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật và kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh lưới trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP) sử dụng lưới tự dính (Progrid) tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt lưới khoang trước phúc mạc qua đường bụng (TAPP) sử dụng lưới tự dính điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Có 33 bệnh nhân được phẫu thuật TAPP sử dụng lưới tự dính điều trị thoát vị bẹn trong năm 2024 tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $61,1 \pm 13,4$ tuổi, 29/33 bệnh nhân là nam giới, có 15,2% BN được phẫu thuật đặt lưới hai bên. Thời gian mổ trung bình là $89,2 \pm 21,9$ phút, thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $6,22 \pm 1,8$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật TAPP điều trị thoát vị bẹn sử dụng lưới tự dính là phương pháp phẫu thuật

Phạm Văn Thương¹, Nguyễn Mạnh Thắng¹

an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

Từ khóa: Phẫu thuật TAPP, lưới Progrid.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) REPAIR USING SELF-FIXATING PROGRIP MESH FOR INGUINAL HERNIA AT HAI PHONG UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: To evaluate the results of applying techniques and the treatment outcomes of inguinal hernia repair using transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic surgery with self-fixing mesh (Progrid) at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** A retrospective combined with prospective study to evaluate the initial results of TAPP surgery using self-fixing mesh for inguinal hernia treatment at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2024 to December 2024. **Results:** A total of 33 patients underwent TAPP surgery using self-fixing mesh for inguinal hernia treatment over a two-year period at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital. The average age of the study subjects was $61,1 \pm 13,4$ years. 29/33 patients were male, 15.2% of patients had bilateral mesh surgery.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

The average surgical time was 89.2 ± 21.9 minutes, the average postoperative hospital stay was 6.22 ± 1.8 days. The overall complication rate was 13.4%. **Conclusion:** TAPP surgery for inguinal hernia repair using self-fixing mesh is a safe and effective surgical method with few complications.

Keywords: TAPP surgery, Progrid mesh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là thoát vị thành bụng thường gặp, là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay điểm yếu của thành bụng vùng bẹn trên dây chằng bẹn ra dưới da hay xuống bìu. Tỷ lệ thoát vị bẹn xuất hiện suốt đời ở nam là 24-43% và ở nữ là 3-6% [1]. Khoảng 30% thoát vị bẹn không có triệu chứng, chỉ 3% có biến chứng nghẹt do tạng trong ổ bụng (ruột non, mạc nối lớn...) chui qua lỗ thoát vị bị thắt nghẹt gây tắc ruột cơ học, hoại tử tạng. Trong số các bệnh nhân thoát vị bẹn không triệu chứng được theo dõi trong 5 năm, có 70% bệnh nhân phải được phẫu thuật [2]. Cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và đầu thập niên 1990, Arregui và cộng sự đã báo cáo ca mổ thoát vị bẹn nội soi đầu tiên năm 1992, đặt lưới vào khoang trước phúc mạc. Từ đó, các phẫu thuật viên trên thế giới đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn nhằm giảm đau sau mổ, giúp bệnh nhân hồi phục sớm. Mỗi năm trên thế giới, ước tính khoảng 20 triệu ca mổ thoát vị bẹn [1]. Hai kỹ thuật nội soi phổ biến nhất hiện nay trong điều trị thoát vị bẹn là: hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: total extraperitoneal) và trước phúc mạc qua ổ bụng (TAPP: trans-abdominal pre-peritoneal). Tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, chúng tôi bước đầu triển khai kỹ thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn bằng nội soi đặt lưới tự dính trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng, các bệnh nhân của chúng tôi trước đó chủ yếu được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng hướng pháp Lichtenstein hay Bassini. Chúng tôi báo cáo kết quả 33 ca bệnh nhằm đánh giá kết quả ban đầu về ứng dụng kỹ thuật và kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh lưới trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

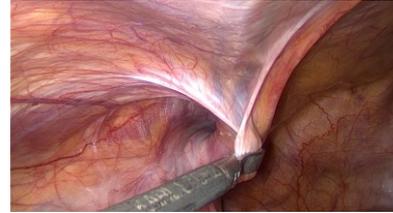
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả một loạt ca bệnh.
- **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 33 BN được chẩn đoán TVB và được điều trị bằng PTNS đặt tấm lưới tự dính qua đường bụng tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng
- **Thời gian:** từ tháng 01/2024 đến hết tháng 12/2024.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Dàn máy nội soi, lưới progrid

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán là TVB và được điều trị bằng PTNS qua đường bụng (TAPP) đặt tấm lưới tự dính, hồ sơ bệnh án đầy đủ, BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có chống chỉ định với PTNS TAPP điều trị thoát vị bẹn, BN đang có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại vùng bẹn hai bên, ASA > III, BN có rối loạn đông máu.



Hình 1: Hình ảnh thoát vị bẹn gián tiếp bên trái BN Lê Văn T. 59 tuổi

- **Phương tiện PT:** chúng tôi sử dụng lưới Progrid Self-fixating của hãng Convinden.

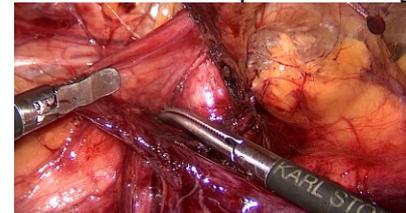
- **Kỹ thuật phẫu thuật:**

1. Đặt 3 trocar: 01 trocar dưới rốn 10mm, 2 trocar 5mm hai bên bờ ngoài cơ thẳng bụng ngang rốn.
2. Bóc tách khoang ngoài phúc mạc

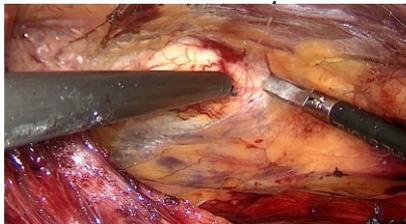


Hình 2: Bóc tách phúc mạc lá thành

3. Phẫu tích túi thoát vị ra khỏi thừng tinh



Hình 3: Phẫu tích túi thoát vị ra khỏi thừng tinh



Hình 4: Khoang trước phúc mạc sau khi được phẫu tích

4. Đặt lưới lưới che phủ toàn bộ



Hình 5: Đặt lưới khoang trước phúc mạc
Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, bên thoát vị, thể thoát vị bẹn.
- Kết quả điều trị: Thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian đau sau mổ, thời gian trung tiện sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sớm, thời gian hậu phẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 82 tuổi. Tuổi trung bình là 61,1 tuổi. Bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm 42,4%.

Giới: Trong số 33 bệnh nhân được nghiên cứu, có 29 bệnh nhân nam giới (87,9%) và 4 bệnh nhân nữ giới.

Bảng 3.1. Phân loại TVB từng bên trong mổ

	Bên phải	Bên trái	Cả 2 bên
Gián tiếp	5	4	0
Trực tiếp	11	8	5
Tổng	16 (48,5%)	12 (36,4%)	5 (15,2%)

Nhận xét: Có 16 bệnh nhân (48,5%) có thoát vị bẹn bên phải, 12 bệnh nhân (36,4%) thoát vị bẹn bên trái và 5 bệnh nhân (15,2%) có thoát vị bẹn cả 2 bên. Trong đó chủ yếu là thoát vị bẹn trực tiếp (24/33).

- Tổng thời gian phẫu thuật trung bình 89,2 ± 21,9 phút tùy thuộc thoát vị 1 bên hay 2 bên.
- Thời gian đau sau mổ trung bình 1,9 ± 0,9 ngày.
- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6.22 ± 1.8 ngày, ngắn nhất là 3, dài nhất là 10 ngày.
- Thời gian trung tiện trở lại trung bình là 1 ngày.

Bảng 3.2. Tai biến, biến chứng

	Số lượng	Tỷ lệ
Tụ dịch vùng bẹn	2	6,1%
Bí tiểu	2	6,1%
Biến chứng khác	2	6,1%
Tổng	6	18,3%

Nhận xét: Có 6/33 bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 2 bệnh có tụ dịch vùng bẹn và 2 bệnh nhân có biến chứng bệnh lý nội khoa (biến chứng khác).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật TAPP còn có những ưu điểm riêng như tiếp cận phẫu trường nội soi rộng rãi,

các mốc giải phẫu rõ ràng cũng như cách tiếp cận nội soi tương đối dễ dàng. Phẫu thuật TAPP có thể chỉ định đối với những trường hợp thoát vị bẹn khó như thoát vị bẹn nghẹt tới sớm chưa có tổn thương hoại tử tạng thoát vị do phẫu thuật viên có thể quan sát, đánh giá và xử trí tạng thoát vị khá dễ dàng mà phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) không thể thực hiện được. Ngoài ra, phẫu thuật viên khi thực hiện phẫu thuật TAPP có thể phát hiện thoát vị bẹn đối diện nếu có, xử trí một số bệnh lý kèm theo trong ổ phúc mạc và có đường cong huấn luyện ngắn.

Tuổi. Từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024 chúng tôi đã thực hiện được 33 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn. Tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi, tuổi lớn nhất là 82 tuổi. Tuổi trung bình là 61,1 tuổi. Bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm 57,6% tổng số bệnh nhân. Tuy nhiên, theo tác giả Ferrarese và cộng sự thì kết quả phẫu thuật TAPP đối với lứa tuổi trên 65 cũng tương tự như lứa tuổi dưới 65 [3]. Phẫu thuật TAPP an toàn và có thể thực hiện được với đối tượng người cao tuổi.

Giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 29 bệnh nhân là nam (87,9%) và 4 bệnh nhân là nữ. Sự chiếm ưu thế của nam giới là do họ có thói quen tập luyện thể thao và làm việc với cường độ nặng cũng như sự khác biệt về mặt giải phẫu giữa hai giới. Theo nghiên cứu của Puneet K Agarwal, yếu tố nguy cơ chính dẫn đến sự khác biệt này là nâng tạ nặng (55%), tiếp theo là thay đổi thói quen đại tiện (36,36%) và bệnh hô hấp (bệnh tắc nghẽn đường hô hấp mãn tính) [4]. Hút thuốc và tiểu đường cũng có liên quan đến các yếu tố nguy cơ gây thoát vị.

Tính chất thoát vị. Trong 33 ca bệnh của chúng tôi, có 16 bệnh nhân (48,5%) có thoát vị bẹn bên phải, 12 bệnh nhân (36,3%) thoát vị bẹn bên trái và 4 bệnh nhân (15,2%) có thoát vị bẹn cả 2 bên. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ujiki, trong đó vị trí bên phải chiếm đa số [5].

Phần lớn các trường hợp thoát vị là thoát vị trực tiếp (24 trên tổng số 33 ca bệnh). Kết quả này phù hợp với tính chất của thoát vị trực tiếp là thường gặp ở người trung tuổi do cơ bụng yếu và áp lực mạn tính lên thành bụng.

Không phải tất cả các trường hợp bệnh nhân đều siêu âm thấy nội dung thoát vị. Mặt khác, chỉ 2/5 bệnh nhân thoát vị bẹn 2 bên trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán thoát vị bẹn 2 bên trước mổ, 3 trường hợp còn lại phát hiện thoát vị bẹn bên còn lại trong mổ, các trường hợp này đều được đặt lưới hai bên sau khi có sự đồng thuận từ gia đình. Sở dĩ 3/5 bệnh

nhân này không phát hiện được thoát vị bẹn bên đối diện trước mổ là do lỗ thoát vị còn bé, khám lâm sàng không rõ ràng. Đây cũng là ưu điểm nổi bật của phẫu thuật nội soi TAPP khi có thể quan sát và đánh giá cấu trúc giải phẫu của vùng bẹn từ bên trong và thoát vị bẹn đối bên tiềm ẩn, giúp bệnh nhân không phải chịu thêm cuộc mổ khi thoát vị bẹn tiềm ẩn biểu hiện, tiết kiệm thời gian và chi phí y tế.

Thời gian phẫu thuật. Tổng thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $89,2 \pm 21,9$ phút. Phân tích của Uwe Scheuermann và cộng sự về so sánh giữa phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng TAPP và Lichtenstein đã xác nhận các nghiên cứu trước đây [6], chỉ ra rằng thời gian phẫu thuật ở nhóm Lichtenstein ngắn hơn so với thời gian phẫu thuật trong nhóm TAPP, tuy nhiên không thể hiện sự khác biệt đáng kể. Nghiên cứu của Hamza và cộng sự [7] cho thấy sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật so với những nghiên cứu khác. Hơn nữa, trong hầu hết các nghiên cứu được đưa vào phân tích tổng hợp của Uwe Scheuermann, cả hai phương pháp phẫu thuật đều được thực hiện bởi một nhóm bác sĩ phẫu thuật làm cho kết quả đồng nhất hơn. Phương pháp nội soi khó khăn hơn về mặt kỹ thuật và các tình trạng trong phúc mạc như dính, có thể giải thích sự kéo dài thời gian trong phẫu thuật TAPP. Tuy nhiên, trong trường hợp thoát vị hai bên, phương pháp nội soi dường như có lợi hơn về thời gian phẫu thuật [6].

Trong thời gian đầu triển khai kỹ thuật và sử dụng lưới này, thời gian phẫu thuật khá dài, một phần là do phẫu thuật viên chưa thực sự thành thạo về mặt kỹ thuật, mặt khác, do 2 mặt của lưới (mặt gai dính và mặt trơn) khá giống nhau, nên ban đầu, phẫu thuật viên còn lúng túng trong việc đưa lưới vào đúng các mốc giải phẫu để đặt vào vùng bẹn. Tuy nhiên, sau đó, chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật bằng cách gấp gọn lưới, khâu đánh dấu mặt, do đó, sau khi đưa lưới vào trong ổ bụng, chúng tôi đã ngay lập tức có thể đặt lưới vào đúng vị trí, góp phần rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Đau sau phẫu thuật. Đau là một trong những vấn đề hay gặp nhất trong giai đoạn hậu phẫu thoát vị bẹn. Thời gian đau sau mổ trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi là $1,9 \pm 0,9$ ngày. Trong nghiên cứu của Mahaveer S. Rodha và cộng sự, các tác giả thấy nhóm TEP đau nhiều hơn đáng kể so với nhóm TAPP [8]. Điểm VAS trung vị cao hơn về mặt thống kê ở nhóm TEP cho đến ngày hậu phẫu thứ bảy sau đó, không có sự khác biệt đáng kể nào được quan

sát thấy trong ba tháng tiếp theo. Yêu cầu giảm đau bổ sung ở nhóm TEP cao hơn so với nhóm TAPP. Những kết quả này phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác. Lý do khiến nhóm TEP bị đau nhiều hơn có thể là do sự bóc tách sâu rộng từ rốn cho đến khớp mu. Theo Sharma và cộng sự, thoát vị bẹn gián tiếp có mức độ đau sau mổ cao hơn thoát vị bẹn trực tiếp [9]. Nghiên cứu của Varcus và cộng sự không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về mức độ đau sau phẫu thuật giữa nhóm TAPP và TEP [10].

Tai biến, biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/33 bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 2 bệnh nhân bí tiểu sau mổ, 2 bệnh nhân tụ dịch vùng bẹn và 2 bệnh nhân có biến chứng nội khoa khác (viêm phổi và nhiễm khuẩn tiết niệu). 2 bệnh nhân có biến chứng tụ dịch vùng bẹn bao gồm 1 bệnh nhân có tiền sử thoát vị bẹn đã mổ theo phương pháp Bassini, lần này bệnh nhân vào viện vì thoát vị bẹn tái phát, trường hợp còn lại là bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh kéo dài (3 năm) nên khi phẫu tích bao thoát vị có tình trạng dính. Biến chứng tụ dịch vùng bẹn ở các bệnh nhân này đã được phẫu thuật viên tiên lượng ngay từ lúc trong mổ, sau mổ bệnh nhân được kê chống viêm, giảm nề liều cao, sau 1 tháng khám lại, tình trạng tụ dịch tự hết mà không cần can thiệp thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc qua đường bụng là một phẫu thuật an toàn, cho kết quả tốt. Phẫu thuật TAPP có thể phát hiện và xử trí những tổn thương trong ổ phúc mạc cũng như các bệnh lý đi kèm. Bệnh nhân sau mổ phục hồi sớm, ít đau, có thể nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.161

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kingsnorth A, Le Blanc 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. **Ferrarese AM, Enrico S, Solej M, Falcone A, Catalano S, Gibin E, et al.** Transabdominal preperitoneal mesh in inguinal hernia repair in elderly: end point of our experience. *BMC Surg*. 2013. 13 Suppl 2: S24.

4. **Puneet K Agarwal.** Study of Demographics, Clinical Profile and Risk Factors of Inguinal Hernia: A Public Health Problem in Elderly Males. *Cureus*. 2023 Apr; 15(4): e38053.
5. **Ujiki MB, Gitelis ME, Carbray J, Lapin B, Linn J, Haggerty S, et al.** Patient-centered outcomes following laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc*. 2015. 29: 2512-9.
6. **Uwe Scheuermann, Stefan Niebisch, Orestis Lyros, Boris Jansen-Winkeln and Ines Gockel.** Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Surg*. 2017; 17: 55.
7. **Hamza Y et al.** Four-arm randomized trial comparing laparoscopic and open hernia repairs. *Int J Surg*. 2010;8(1):25-8.
8. **MS Rodha et al.** Pain After Transabdominal Preperitoneal (TAPP) or Totally Extraperitoneal (TEP) Technique for Unilateral Inguinal Hernia: A Randomized Controlled Trial. *Cureus*. 2022 Apr 29;14(4):e24582.
9. **Sharma, D., et al.,** Prospective randomized trial comparing laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) and laparoscopic totally extra peritoneal (TEP) approach for bilateral inguinal hernias. *Int J Surg*, 2015. 22: p. 110-7.
10. **Vărcuş, F., et al.,** Laparoscopic Repair of Inguinal Hernia TEP versus TAPP *Chirurgia (Bucur)*, 2016. 111(4): p. 308-12.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HO RA MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Ngọc Thương¹, Đỗ Nhật Nam¹, Viên Quang Trung¹,
Lê Tân Hậu Hưng¹, Lê Hồng Ngọc¹, Quảng Trương Nữ Huyền Trân¹,
Nguyễn Minh Tiên¹, Lê Hồ Minh Hào¹, Lê Đình Chiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ho ra máu là một triệu chứng lâm sàng thường gặp trong thực hành nội khoa và luôn được xem là dấu hiệu cảnh báo quan trọng. Mức độ ho ra máu có thể dao động từ ho đàm vướng máu tới đe dọa tính mạng, tình trạng này đòi hỏi phải được đánh giá và xử trí khẩn cấp. Tỷ lệ tử vong trong ho ra máu lượng nhiều dao động từ 9% đến 38%[8]. Việc nhận diện nguyên nhân và mức độ nặng của ho ra máu có ý nghĩa then chốt trong chẩn đoán và xử trí kịp thời, giúp giảm biến chứng và tỉ lệ tử vong. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu (NC) về ho ra máu được công bố. Do đó, việc khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh sẽ góp phần bổ sung dữ liệu trong nước, hỗ trợ hướng chẩn đoán nguyên nhân, chiến lược điều trị phù hợp trong bối cảnh thực hành lâm sàng tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm của bệnh nhân ho ra máu tại bệnh viện đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả thực hiện trên 104 bệnh nhân ho ra máu điều trị tại, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ từ 11/2019 đến 12/2023. Các bệnh nhân (BN) được ghi nhận các thông tin lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá, X-quang ngực thẳng, chẩn đoán nguyên nhân, theo bảng soạn sẵn từ hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh viện ĐHYD TP.HCM. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 104 BN, có độ tuổi trung bình là 61, trong đó nam giới có tỉ lệ

cao hơn chiếm 56.7%. Về bệnh đồng mắc trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp 41%, lao phổi cũ là 22%, dẫn phế quản 17%, đái tháo đường là 10%. Triệu chứng cơ năng đi kèm được than phiền nhiều nhất là ho có đàm ở tất cả các bệnh nhân, kể đến là khó thở (23,1%) và đau ngực (17,3%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ran nổ (27,9%). Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận mức độ ho ra máu thường gặp là ho ra máu mức độ nhẹ với 61,5% các ca nhập viện. Đối với mức độ từ nặng trở lên các ca bệnh chủ yếu được chẩn đoán là dẫn phế quản theo sau đó là lao phổi, Về mặt hình ảnh học, X-quang ngực thẳng, ghi nhận có 86 bệnh nhân có tổn thương trên X-quang, Đa số hình ảnh tổn thương được ghi nhận là hình ảnh xơ phổi, nổi bật vẫn là nguyên nhân do dẫn phế quản chiếm hơn 50%. NC cũng ghi nhận nguyên nhân thường gặp nhất ho ra máu là dẫn phế quản và nhiễm trùng hô hấp với tỷ lệ lần lượt là 29% và 21%. Tiếp đến với lao phổi với 19% và ung thư phổi chiếm 11%. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ho ra máu có độ tuổi trung bình mắc bệnh cao, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn. Tăng huyết áp, lao phổi cũ, dẫn phế quản là những bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất. Các triệu chứng thường gặp nhất là ho có đàm, khó thở và đau ngực. Mức độ ho ra máu thường nhẹ ở các ca nhập viện. Về mặt tổn thương trên X-quang, ghi nhận tổn thương phổi phổ biến là xơ phổi. Nghiên cứu ghi nhận các nguyên nhân thường gặp nhất ho ra máu theo thứ tự lần lượt là dẫn phế quản, nhiễm trùng hô hấp dưới, lao phổi và ung thư phổi. **Từ khóa:** ho ra máu

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENT WITH HEMOPHYTIS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

¹Trường Y - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Thương
Email: drnguyenthuong@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025
Ngày duyệt bài: 12.12.2025