

mở bụng với $5,20 \pm 1,25$ ngày, với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung, thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật nội soi là $3,13 \pm 0,57$ ngày, phẫu thuật mở bụng là $5,36 \pm 0,93$ ngày với $p < 0,05$ [10]. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là thời gian nằm viện ngắn, biến chứng trong và sau mổ ít hơn, sẹo nhỏ và nhanh lành hơn, thời gian phục hồi nhanh hơn và chất lượng cuộc sống cao hơn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình: $35,62 \pm 7,74$ và nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là từ 30-39 chiếm 40,5%.

- Triệu chứng lâm sàng: thống kinh chiếm 58,5%, đau bụng vùng chậu chiếm 46,5%, hiếm muộn chiếm 25,5%, sờ thấy khối ở phần phụ chiếm 48% và kích thước tử cung lớn chiếm 43,5%

- Vị trí LNMTTC trên siêu âm: cơ tử cung (43,5%), buồng trứng trái (21,5%), buồng trứng phải (18,5%).

- Vị trí LNMTTC trên MRI: cơ tử cung (42,6%), buồng trứng trái (25,5%), buồng trứng phải (23,4%).

- Nồng độ CA-125 trung bình: $78,99 \pm 59,31$ UI/ML, đa số từ 35-100 UI/ml (53,1%).

5.2. Kết quả điều trị

- Điều trị nội khoa chủ yếu (66%), ngoại khoa (34%).

- Trong điều trị nội khoa thuốc tránh thai kết hợp được sử dụng nhiều nhất (57,6%).

- Phẫu thuật nội soi chiếm 57,4%, phẫu thuật mở bụng chiếm 42,6%.

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nội soi trung bình là $4,47 \pm 1,57$ ngày, ngắn hơn phẫu thuật

mở bụng trung bình là $5,20 \pm 1,25$ ngày ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2023): Endometriosis.
2. Agarwal, Sanjay K, Chapron, et al (2019), "Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action", 220, 4, 354. e1-354. e12.
3. Kiesel L, Sourouni M (2019), "Diagnosis of endometriosis in the 21st century", Climacteric, 22, 3, 296-302.
4. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al (2022), "ESHRE guideline: endometriosis, Hum Reprod Open", 2022, 2, 115-119.
5. Nguyễn Bá Phế, Nguyễn Việt Tiến (2010), "Nghiên cứu tình hình chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 7/2005 đến 6/2007", Tạp chí Thông tin y dược, Số tháng 3, tr.28-30.
6. Hirsch M, Duffy JMN, Deguara CS, et al (2017), "Diagnostic accuracy of Cancer Antigen 125 (CA125) for endometriosis in symptomatic women: A multi-center study", Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 210, 102-107.
7. Trần Xuân Trường (2012), "Nghiên cứu vai trò của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán u lạc nội mạc tử cung tại phần phụ", Luận Văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế.
8. Nguyễn Văn Tuấn (2012), "Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với liệu pháp hỗ trợ chất đồng vận GnRH", Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế.
9. Hirsch M, Duffy JMN, Deguara CS, et al (2017), "Diagnostic accuracy of Cancer Antigen 125 (CA125) for endometriosis in symptomatic women: A multi-center study", Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 210, 102-107.
10. Nguyễn Thị Kim Dung (2015), "Nhận xét điều trị nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương", Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT VẾT MỖ QUÁ RỖN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT Ở TRẺ EM

Hoàng Văn Bảo¹, Trần Ngọc Sơn²,
Trần Văn Quyết¹, Nguyễn Thị Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục đích: Trình bày kỹ thuật và báo cáo kết quả của chúng tôi về phương pháp phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn (PTNSMVMQR) điều trị thoát vị bẹn

¹Bệnh viện Nhi Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Bảo

Email: baobacsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

nguyệt (TVBN) ở trẻ em. Chúng tôi báo cáo kinh nghiệm của mình trên 186 trường hợp. **Phương pháp:** Hồi cứu báo cáo loạt ca bệnh TVBN được PTNSMVMQR tại khoa Ngoại nhi bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà Nội từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 6 năm 2024. Tất cả các BN đều được phẫu thuật bằng phương pháp PTNSMVMQR, đặt 2 trocar (1 trocar 5mm và 1 trocar 3mm) qua 1 vết rạch da tại rốn dài 10mm, sử dụng panh kẹp ruột 3mm để giải phóng nội dung thoát vị. Sử dụng kim gây tê ngoài màng cứng 17G và một dây chỉ thép để đưa chỉ khâu đóng kín ống phúc tinh mạc ngoài phúc mạc. **Kết quả:** Trong tổng số 4872 bệnh nhân bị thoát vị bẹn được phẫu thuật bằng phương pháp PTNSMVMQR có 186 BN

(3,8%) bị TVBN. Trong đó có 153 (82,3%) trẻ nam và 33 (17,7%) trẻ nữ. Tuổi trung vị 18 tháng (từ 1 tháng đến 12 tuổi). Tại thời điểm phẫu thuật có 28,5% trường hợp nội dung thoát vị đã tự trở lại ổ bụng. Nội dung thoát vị bao gồm ruột (50,5%), mạc nối lớn (14%) và buồng trứng (7%). Tất cả các trường hợp nội dung thoát vị nghẹt đều được đưa lại ổ bụng thành công, không có trường hợp nào phải đặt thêm trocar hay phải chuyển sang mổ mở. Có 1 trường hợp bị hoại tử và thủng manh tràng được đưa ra ngoài xử lý qua vết mổ rộng nhỏ tại rốn, 1 trường hợp phải cắt bỏ buồng trứng hoại tử. Tỷ lệ phát hiện còn ống phúc tinh mạc bên đối diện là 36,6%. Thời gian mổ trung vị là 24 phút (cho đóng 1 bên) và 30 phút (cho đóng 2 bên). Thời gian nằm viện trung vị là 1 ngày (1-3 ngày). Thời gian theo dõi trung vị là 54 tháng (12 - 106 tháng), không thấy có tràn dịch màng tinh hoàn, ẩn tinh hoàn hay teo tinh hoàn do phẫu thuật. Tỷ lệ TVB tái phát là 1,1%. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy PTNSMVMQR điều trị thoát vị bẹn nghẹt ở trẻ em là khả thi, an toàn, tỷ lệ tái phát thấp và có thẩm mỹ sau mổ rất tốt. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi khâu qua da, thoát vị bẹn nghẹt, trẻ em

SUMMARY

RESULTS OF SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC SURGERY THROUGH THE UMBILICUS FOR THE TREATMENT OF INCARCERATED INGUINAL HERNIA IN CHILDREN

Purpose: To present the technique and report our results on the single-incision laparoscopic surgery through the umbilicus (SILS) for the treatment of incarcerated inguinal hernia (IIH) in children. We report our experience on 186 cases. **Methods:** We retrospectively reviewed the cases of children with IIH who underwent SILS at the Department of Pediatric Surgery, Saint Paul Hospital, Hanoi, from June 2016 to June 2024. All patients were operated on using the SILS method, placing two trocars (one 5mm and one 3mm) through a 10mm skin incision at the umbilicus, and using 3mm bowel grasping forceps to release the incarcerated contents. A 17G epidural needle and a steel wire were used to guide the suture for closing the internal inguinal ring. **Results:** In a total of 4872 patients with inguinal hernia who underwent SILS, there were 186 patients (3.8%) with incarcerated inguinal hernia (IIH). Of these, there were 153 male children (82.3%) and 33 female children (17.7%). The median age was 18 months (ranging from 1 month to 12 years). At the time of surgery, 28.5% of the cases had the incarcerated contents spontaneously returned to the abdominal cavity. The hernia contents included bowel (50.5%), greater omentum (14%), and ovary (7%). All cases of incarcerated hernia contents were successfully returned to the abdominal cavity, with no cases requiring additional trocars or conversion to open surgery. One case of necrotic and perforated cecum was brought out through a small expanded umbilical incision for management, and one case required removal of a necrotic ovary. The rate of detecting a contralateral patent processus vaginalis was 36.6%. The median operating time was 24 minutes (for one side) and 30 minutes (for two sides). The median hospital stay was 1 day (1-3 days). The

median follow-up time was 54 months (12-106 months), and no hydrocele, undescended testis, or testicular atrophy was observed due to the surgery. The recurrence rate of inguinal hernia was 1.1%. **Conclusion:** This study shows that SILS for the treatment of incarcerated inguinal hernia in children is feasible, safe, has a low recurrence rate, and offers excellent cosmetic results.

Keywords: laparoscopic percutaneous suture, incarcerated inguinal hernia, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn nghẹt là một trong những phẫu thuật cấp cứu thường gặp ở trẻ em. So với thoát vị bẹn thông thường, phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn nghẹt có nhiều khó khăn hơn bởi vì bệnh thường xuất hiện ở trẻ nhỏ, có nguy cơ biến chứng và tái phát cao hơn [1,2]. Phẫu thuật nội soi thông thường điều trị thoát vị bẹn nghẹt ở trẻ em đã được báo cáo là an toàn và hiệu quả [2-6]. Tuy nhiên có rất ít báo cáo về phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn khâu qua da đóng ống phúc tinh mạc ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn nghẹt ở trẻ em [6-8]. Do đó, chúng tôi báo cáo kinh nghiệm điều trị TVBN ở trẻ em bằng PTNSMVMQR với số lượng ca bệnh lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng Y đức, bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội. Tất cả hồ sơ bệnh án của các bệnh nhi thoát vị bẹn nghẹt được PTNSMVMQR từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 6 năm 2024 được thu thập đầy đủ. Chúng tôi hồi cứu các bệnh nhân TVBN được phẫu thuật cấp cứu bằng phương pháp PTNSMVMQR sau khi đẩy khối thoát vị bằng tay thất bại. Chẩn đoán trước mổ bằng ghi nhận tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng và kết quả siêu âm.

Theo phác đồ điều trị của chúng tôi, các trẻ được chẩn đoán TVBN sẽ được điều trị ban đầu bằng đẩy khối thoát vị bằng tay không dùng thuốc an thần cho bệnh nhân hoặc có dùng trong các trường hợp trẻ kích thích nhiều, không hợp tác tốt. Nếu đẩy được thành công và không có biến chứng, bệnh nhân sẽ được mổ phiến sau vài ngày. Tất cả các bệnh nhân không đẩy được khối thoát vị được chỉ định phẫu thuật cấp cứu PTNSMVMQR.

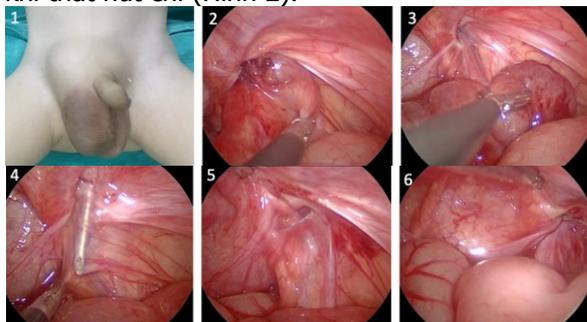
Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân được đặt nằm ngửa trên bàn mổ, phẫu thuật viên chính đứng bên phải bệnh nhân, người phụ mổ đứng bên trái bệnh nhân, màn hình nội soi đặt ở bên trái phía cuối bàn mổ. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Đường rạch da dọc rốn 10 mm, đặt 1 Trocar 6mm cho camera và bơm CO2 với áp lực 8-10 mmHg, Trocar thứ 2 3,5mm được đặt ở

phần dưới của đường rạch da cho dụng cụ nội soi 3 mm (Hình 1). Dưới sự quan sát của phẫu thuật nội soi, nội dung thoát vị được đẩy vào ổ bụng bởi sự kết hợp đẩy bằng tay từ ngoài ổ bụng và kéo bằng panh kẹp ruột nội soi (Hình 2). Tạng thoát vị được quan sát và đánh giá khả năng bảo tồn kĩ càng. Nếu tạng thoát vị hoại tử cần cắt bỏ sẽ được đưa ra ngoài ổ bụng qua đường mở rộng vết mổ ở rốn.



Hình 1: 1- Đặt 2 trocar qua vết rạch rốn 10mm; 2 - Sử dụng các dụng cụ nội soi thông thường và kim gây tê gây ngoài màng cứng 17G

Rạch một vết rạch nhỏ 1,5mm ở thành bụng trước vị trí 1 giờ của lỗ bẹn trong. Đưa 1 kim chọc ngoài màng cứng 17G qua vết rạch đi ngoài phúc mạc quanh lỗ bẹn sâu, tách ống dẫn tinh và bó mạch tinh từ vị trí 1 giờ tới vị trí 8 giờ. Sử dụng panh kẹp ruột 3mm hỗ trợ trong quá trình tách ống phúc tinh mạc. Một ròng rọc kim loại được đưa vào ổ bụng qua nòng kim, dùng panh kẹp ruột đưa 1 sợi chỉ 2.0 vào ổ bụng qua Trocar 3,5 mm đưa qua thông lọng để đưa chỉ ra ngoài ổ bụng. Đưa cả kim và thông lọng ra ngoài ổ bụng kết thúc một nửa chu trình. Đưa lại kim vào vị trí đâm kim cũ tách ống phúc tinh mạc nửa còn lại từ vị trí 1 giờ tới 8h theo hướng ngược lại và làm tương tự để lấy nửa sợi chỉ còn lại ra ngoài ổ bụng qua thông lọng. Khi đó ống bẹn trong đã được đưa 1 vòng chỉ ngoài phúc mạc và hai đầu chỉ đều đã ở ngoài da. Vùng bìu được ép và đẩy hết khí và dịch lên ổ bụng trước khi thắt nút chỉ (Hình 2).



Hình 2: Kỹ thuật mổ

1: Hình ảnh thoát vị bẹn phải nghẹt; 2,3: Dùng panh kẹp ruột 3mm đưa tạng bị nghẹt vào trong ổ bụng; 4,5,6: Đưa chỉ vòng quanh và buộc đóng kín lỗ thoát vị

Sự tồn tại của ống bẹn trong bên đối diện được khảo sát dưới sự hỗ trợ của panh 3mm. Nếu còn ống phúc tinh mạc bên đối diện, ống này được đóng lại theo kỹ thuật tương tự.

Đường rạch da tại rốn được đóng bằng chỉ tiêu đa sợi 6.0, vết đâm kim vùng bẹn được băng dán lại mà không cần khâu.

Bệnh nhân được ăn lại sau mổ 3-6 giờ và được xuất viện sau 1 ngày nếu bệnh nhân phục hồi tốt. Bệnh nhân được khám lại sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng qua gọi điện hoặc khám lại tại bệnh viện.

Chúng tôi thu thập các thông tin của bệnh nhân về tuổi, giới, cân nặng, sự tồn tại ống phúc tinh mạc một hay hai bên, khám lâm sàng, các đặc điểm ghi nhận trong mổ, thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng và tái phát. So sánh giữa các nhóm được thực hiện bởi test T-test, Mann-Whitney test, Chi-square test hoặc Fisher exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 4872 bệnh nhân bị thoát vị bẹn được phẫu thuật bằng phương pháp PTNSMVMQR có 186 BN (3,8%) bị TVBN. Trong đó có 153 (82,3%) trẻ nam và 33 (17,7%) trẻ nữ. Tuổi trung vị 18 tháng (từ 1 tháng đến 12 tuổi). Tại thời điểm phẫu thuật có 28,5% trường hợp nội dung thoát vị đã tự trở lại ổ bụng. Nội dung thoát vị bao gồm ruột (50,5%), mạc lồi lớn (14%) và buồng trứng (7%). Tất cả các trường hợp nội dung thoát vị nghẹt đều được đưa lại ổ bụng thành công, không có trường hợp nào phải đặt thêm trocar hay phải chuyển sang mổ mở. Có 1 trường hợp bị hoại tử và thủng manh tràng được đưa ra ngoài xử lý qua vết mổ rộng nhỏ tại rốn, 1 trường hợp phải cắt bỏ buồng trứng hoại tử. Tỷ lệ phát hiện còn ống phúc tinh mạc bên đối diện là 36,6%. Thời gian mổ trung vị là 24 phút (cho đóng 1 bên) và 30 phút (cho đóng 2 bên). Thời gian nằm viện trung vị là 1 ngày (1-3 ngày). Thời gian theo dõi trung vị là 54 tháng (12 – 106 tháng), không thấy có tràn dịch màng tinh hoàn, ẩn tinh hoàn hay teo tinh hoàn do phẫu thuật. Tỷ lệ TVB tái phát là 1,1%.

Tại thời điểm phẫu thuật, TVBN tự tháo trong 53 trường hợp (28,5%). Nội dung thoát vị là quai ruột trong 94 trường hợp (50,5%) (với 79 BN là ruột non (42,5%), manh tràng ở 14 BN (7,5%), đại tràng Sigma ở 1 BN (0,5%), mạc lồi lớn ở 26 BN (14%) và buồng trứng ở 13 BN 7%, (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng ở trẻ nam và nữ bị TVBN

Biến NC	Tổng số (n=186)	Nam (n=153)	Nữ (n=33)	P
Tuổi (tháng) (trung vị, khoảng)	18 (1-125)	15 (1-125)	29.5 (1-103)	0.200
Cân nặng (kg) (trung vị, khoảng)	11 (3- 38)	10 (3 – 38)	12 (3- 23)	0.460
Bên thoát vị: Phải/Trái	113/73	94/59	19/14	0.680
Thời gian từ khi khởi phát tới khi nhập viện (giờ) (trung vị, khoảng)	4 (1-26)	4 (1-16)	5 (2-26)	0.208
Biểu hiện lâm sàng				
- Đau	181 (97.3%)	151 (98.7%)	30 (90,9%)	0.349
- Khối phồng vùng bẹn/bìu	186 (100%)	153 (100%)	33 (100%)	-
- Nôn	43 (23.1%)	38 (24.8%)	5 (15,2%)	0.453
- Bụng chướng	66 (35.5%)	58 (37.9%)	8(24,2%)	0.210
Nội dung thoát vị				
- Quai ruột	94 (50.5%)	86 (56.2%)	8 (24.2%)	0.000
- Mạc lồi lớn	26 (14%)	24 (15.7%)	2 (6.1%)	
- Buồng trứng	13 (7%)	-	13 (39.4%)	
- Tự tháo nghẹt tại thời điểm PT	53 (28.5%)	43 (28.1%)	10 (39.4%)	
Tồn tại OPTM bên đối diện	68/186 (36.6%)	51/153 (33.3%)	17/33 (51.5%)	0.049
Thời gian mổ (phút) (trung vị, khoảng)				
- 1 bên	23 (15 – 40)	24 (19 – 40)	20 (15 – 30)	0.000
- 2 bên	30 (21 – 50)	31 (23 – 50)	28 (21 – 42)	0.000
Thời gian nằm viện sau mổ (trung vị, khoảng) (ngày)	1 (1-3)	1 (1-3)	1 (1-3)	-
Hydrocele ngay sau mổ	21 (11.3%)	21 (13.7%)	-	-
Tái phát	2 (1.1%)	2 (1.3%)	0 (0%)	0.509

Tất cả các trường hợp, khối thoát vị được giải phóng thành công mà không cần chuyển mổ mở hay đặt thêm Trocar. Một trường hợp nội dung thoát vị là đoạn cuối hồi tràng, manh tràng và ruột thừa, sau khi đẩy khối thoát vị thấy có thủng manh tràng. Trong trường hợp này manh tràng được đưa ra ngoài ổ bụng qua đường mở rộng vết mổ ở rốn. Một trường hợp phải cắt bỏ buồng trứng do buồng trứng hoại tử không hồi phục. Sự tồn tại của OPTM bên đối diện được ghi nhận ở 36,6% các trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung vị 1 bên là 24 phút, 2 bên là 30 phút.

Không có biến chứng trong mổ. Sưng nề bìu hoặc Hydrocele sau mổ gặp ở 13,7% các bệnh nhân nam, các trường hợp này tự hết sau khoảng 1-3 tuần mà không cần điều trị hay hút dịch. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện trung vị là 1 ngày. Theo dõi các BN trung bình 54 tháng (12 – 106 tháng), không có trường hợp nào Hydrocele, teo tinh hoàn hoặc ẩn tinh hoàn mắc phải. TVB tái phát xảy ra ở 2 BN (1,1%) và đều được điều trị thành công bằng mổ lại phương pháp PTNSMVMQR (Bảng 1). Kết quả thẩm mỹ sau mổ rất tốt, hầu như không nhìn thấy sẹo mổ.

So sánh các đặc điểm lâm sàng của trẻ nam và nữ bị TVBN, không có sự khác biệt về tuổi, cân nặng, bên thoát vị, biểu hiện lâm sàng, thời gian nằm viện sau mổ và tỷ lệ tái phát. Tuy

nhiên, tạng thoát vị chủ yếu ở trẻ trai là đoạn ruột, trong khi ở nữ đa phần là buồng trứng ($p=0,000$); thời gian phẫu thuật ở trẻ nữ cũng ngắn hơn đáng kể so với trẻ nam (20 phút so với 24 phút, $p=0,000$) (Bảng 1).

IV. BÀN LUẬN

Theo các báo cáo tỷ lệ TVBN ở trẻ em gặp trong khoảng 3% tới 17% [1-2] và tỷ lệ đẩy khối thoát vị thất bại từ 0,5% tới 3,4% trong tất cả các trường hợp TVB [4, 5,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ TVBN là 3,8% các trường hợp TVB được phẫu thuật, kết quả này của chúng tôi cũng tương tự các báo cáo trước đây. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ TVBN thường gặp hơn ở trẻ trai và bên phải, tương tự với các tỷ lệ mắc ở TVB thông thường [6]. Trong khi một số tác giả khác báo cáo tỷ lệ TVBN cao hơn ở trẻ nữ [8] hoặc ở bên trái của trẻ nữ [4], nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ TVBN không có mối liên quan tới giới tính và bên bị TVB. Tương tự các nghiên cứu trước đây [1, 2, 8], tỷ lệ TVBN trong nghiên cứu này cao hơn ở trẻ nhỏ, đặc biệt là nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi.

PTNS điều trị TVB cho trẻ em ngày càng trở lên phổ biến hơn trên toàn thế giới. Những nghiên cứu tổng quan hệ thống so sánh PTNS với mổ mở cho thấy tỷ lệ tái phát giữa hai phương pháp không có sự khác biệt, nhưng

PTNS có tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp hơn mổ mở [10], sẹo sau mổ có thẩm mỹ cao hơn và khả năng phát hiện và sửa chữa sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện để phòng ngừa TVB về sau [10]. Tuy nhiên có rất ít nghiên cứu so sánh hiệu quả của PTNS và mổ mở trong điều trị TVBN, kết quả của một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của hai phương pháp là tương tự nhau [6,10] hoặc PTNS có tỷ lệ các biến chứng thấp hơn so với mổ mở [5].

Để tránh các biến chứng do mổ mở điều trị TVBN, phương pháp tiếp cận thường quy là đẩy khối thoát vị bằng tay và phẫu thuật trì hoãn sau 1 tới 2 ngày, hoặc phẫu thuật cấp cứu cho các trường hợp nghẹt chặt không đẩy được khối thoát vị vào ổ bụng, hoặc có biểu hiện biến chứng như viêm phúc mạc [1, 2]. Theo ý kiến của chúng tôi, cách tiếp cận này có thể ứng dụng cho PTNS. Kết quả nghiên cứu trước đây của chúng tôi cho thấy gần ba phần tư số bệnh nhân TVBN có thể đẩy được khối thoát vị thành công mà không cần tới an thần hay gây mê và được phẫu thuật theo chương trình sau đó một vài ngày để giảm các nguy cơ của phẫu thuật cũng như gây mê hồi sức trong tình trạng phẫu thuật cấp cứu [6]. Một số tác giả khác cho rằng nên phẫu thuật cấp cứu hoặc trì hoãn thời gian ngắn hơn trong PTNS điều trị TVBN sau khi đẩy được khối thoát vị thành công [3-5]. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá hiệu quả, mức độ an toàn cũng như chi phí điều trị của các cách tiếp cận trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 28.5% bệnh nhân TVBN khối thoát vị tự tụt vào trong ổ bụng tại thời điểm PTNS. Có thể do tác dụng của thuốc giãn cơ trong quá trình gây mê toàn thân giúp quá trình này diễn ra dễ dàng hơn. Trong các trường hợp khối thoát vị không tự giải phóng được, một số tác giả thường cố gắng đẩy khối thoát vị sau khi được gây mê và trước khi phẫu thuật được tiến hành [4]. Trong các trường hợp mổ mở, với cách làm như trên có thể bỏ sót tổn thương của các tạng thoát vị, đặc biệt là các trường hợp nội dung thoát vị là quai ruột hoại tử cũng đã được báo cáo [1]. Chúng tôi không khuyến cáo đẩy mù khối thoát vị dưới gây mê với các trường hợp đã được chỉ định PTNS, bởi vì việc thăm sát nội dung thoát vị có thể tiến hành trong phẫu thuật, nhờ sự kết hợp của việc đẩy khối thoát vị từ vùng ống ben vào bằng tay, dùng panh kẹp ruột nội soi để kéo tạng thoát vị và lỗ ben trong được nong rộng nhờ bơm hơi ổ bụng mà tạng thoát vị có thể được đưa vào ổ bụng dễ dàng hơn. Những lợi ích này của PTNS cũng đã được các tác giả khác đề

cập tới [2-4]. Một ưu điểm nữa của PTNS trong điều trị TVBN là dễ dàng đóng lỗ ben trong hơn kể cả khi vùng ống ben bị phù nề hoặc biến dạng [2-5]; dưới sự quan sát phóng đại của ống soi trong PTNS có thể giúp giảm các chấn thương tới ống dẫn tinh và bó mạch tinh ở trẻ nam; và có thể chẩn đoán và đóng ống phúc tinh mạc bên đối diện nếu còn tồn tại để tránh TVB về sau [5, 10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 13,7% BN nam sau mổ TVBN có biểu hiện sưng nề hoặc tràn dịch màng tinh hoàn. Tình trạng này có thể do ở trẻ nam khi bị TVBN sẽ làm gây chèn ép vào bó mạch tinh làm giảm cấp máu cho tinh hoàn dẫn đến tinh hoàn và mào tinh hoàn bị thiếu máu, viêm và phù nề sau mổ. Các trường hợp này đều tự khỏi sau mổ 1-3 tuần mà không cần điều trị hay can thiệp chọc hút gì.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận một trường hợp nội dung thoát vị là đoạn cuối hồi tràng, manh tràng và ruột thừa, sau khi đẩy khối thoát vị thấy có 1 lỗ thủng manh tràng nhỏ. Trong trường hợp này manh tràng được đưa ra ngoài ổ bụng qua đường mở rộng vết mổ ở rốn. Một trường hợp phải cắt bỏ buồng trứng do buồng trứng hoại tử không hồi phục. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận nhưng trường hợp bị hoại tử ruột hoặc buồng trứng phải mở rộng vết mổ rốn để xử lý tổn thương [8].

PTNS với 2 hoặc 3 Trocar được đặt ở các vị trí tách biệt là phương pháp hay được sử dụng nhất trong điều trị TVB trẻ em cũng như TVBN [2-5, 10]. Cho tới nay có rất nhiều phương pháp đóng OPTM trong phúc mạc và ngoài phúc mạc với PTNS thông thường đã được báo cáo với kết quả tốt [9]. PTNSMVMQR điều trị TVB có kết quả thẩm mỹ tốt hơn PTNS thông thường [10]. Kỹ thuật chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu là kỹ thuật cải tiến so với kỹ thuật ban đầu PTNS điều trị TVB của Takehara và cộng sự [9]. So với PTNS thông thường, nhược điểm của PTNSMVMQR là sự va chạm của dụng cụ trong mổ và khó khăn trong việc khâu trong ổ bụng. Kỹ thuật PTNSMVMQR của chúng tôi trong điều trị TVBN khá đơn giản và dễ dàng nhờ vậy mà tất cả các bác sĩ kể cả các bác sĩ trẻ trong khoa cũng có thể thực hiện thành thạo kỹ thuật này và đạt kết quả tốt. Do đó mà thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn so với đa số các báo cáo về điều trị TVBN bằng phương pháp mổ mở hay PTNS thông thường [4]; không có trường hợp nào phải đặt thêm trocar hay chuyển mổ mở, và cũng không có biến chứng trong mổ. Ngược lại so với mổ mở điều trị TVBN đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm hơn [5].

Theo kinh nghiệm của chúng tôi và tác giả khác [6] cho thấy PTNS hỗ trợ đưa tạng bị tổn thương ra ngoài ổ bụng để sửa chữa qua đường mở rộng vết mổ ở rốn là khả thi, an toàn và hiệu quả. Chúng tôi đã phẫu thuật gần 5000 trường hợp TVB, bao gồm cả TVBN, kết quả thẩm mỹ sau mổ là rất tốt, hầu như không có sẹo mổ nhìn thấy được. Tuy nhiên kết quả thẩm mỹ chủ yếu phụ thuộc vào ý kiến chủ quan của phẫu thuật viên và cha mẹ bệnh nhân, do đó cần có các phương pháp đánh giá khách quan hơn trong các nghiên cứu về sau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy PTNSMVMQR điều trị thoát vị bẹn nghẹt ở trẻ em là khả thi, an toàn, tỷ lệ tái phát thấp và có thẩm mỹ sau mổ rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glick LP, Boulanger CS.** Inguinal hernias and hydroceles In: Coran AG, Caldamone A, Adzick NS, Krumme MT, Laberge J and Shamberger R (eds). Pediatric Surgery, 7th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2012, pp.985–1001.
2. **Abdulhai, SA, Glenn, IC, Ponsky, TA.** Incarcerated pediatric hernias. Surgical Clinics of North America 2017; 97(1):129–145.
3. **Balogh B, Hajnal D, Kovács T, Saxena AK.** Outcomes of laparoscopic incarcerated inguinal hernia repair in children. J Minim Access Surg.

- 2020;16(1):1-4.
4. **Lee SR.** Efficacy of laparoscopic herniorrhaphy for treating incarcerated pediatric inguinal hernia. Hernia. 2018;22(4):671-679.
5. **Nah SA, Giacomello L, Eaton S, et al.** Surgical repair of incarcerated inguinal hernia in children: laparoscopic or open? Eur J Pediatr Surg. 2011;21(1):8-11.
6. **Ngoc Son T, Van Bao H.** Single Incision Laparoscopic Percutaneous Extraperitoneal Closure of Internal Ring for Incarcerated Inguinal Hernia in Children: A Single Center Experience with 104 Cases. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2021;31(12):1449-54.
7. **He M, Xiong J, Cai J, Yan X.** Single-Incision Laparoscopic Percutaneous Extraperitoneal Surgery for the Treatment of Incarcerated Indirect Inguinal Hernia in Children. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2024;34(1):88-91.
8. **Wang K, Tan SS, Xiao Y, et al.** Characteristics and treatments for pediatric ordinary and incarcerated inguinal hernia based on gender: 12-year experiences from a single center. BMC Surg. 2021; 21(1):67.
9. **Takehara H, Yakabe S, Kameoka K.** Laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for inguinal hernia in children: clinical outcome of 972 repairs done in 3 pediatric surgical institutions. J Pediatr Surg. 2006;41(12): 1999-2003
10. **Chen Y, Wang F, Zhong H et al.** A systematic review and meta-analysis concerning single-site laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for pediatric inguinal hernia and hydrocele. Surg Endosc. 2017;31(12):4888-4901.

THỰC TRẠNG CHỈ ĐỊNH NUÔI ĂN VÀ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC & CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA VŨNG TÀU NĂM 2025

Vũ Đức Thuận¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng chỉ định nuôi ăn của bác sĩ và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đang điều trị hồi sức tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc tại Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các chỉ định của bác sĩ theo từng ngày điều trị của bệnh nhân hồi sức tích cực đang điều trị tại Bệnh viện Vũng Tàu theo tiêu chuẩn nhóm nghiên cứu. **Kết quả:** Ghi nhận 30 bệnh nhân hồi sức tích cực thỏa điều kiện và thu thập được 346 ngày điều trị chỉ định dinh dưỡng với tỉ lệ nam/nữ: 0,76 độ tuổi trung bình:

72,5 ± 16,3; tỉ lệ suy dinh dưỡng chiếm 83,4%, Nuôi ăn qua sonde chiếm 81,2% trên tổng số ngày điều trị, mức năng lượng trung bình trong đợt điều trị 1.662 ± 432 kcal/ngày, năng lượng đến từ dịch truyền nuôi ăn qua đường tĩnh mạch: 403 ± 280 kcal/ngày, năng lượng đến từ các sản phẩm bổ sung khác 506 ± 4,7 kcal/ngày. **Kết luận:** Qua việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân và chỉ định nuôi ăn có thể đánh giá sơ bộ tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trong khoa Hồi sức tích cực và sự can thiệp dinh dưỡng của bác sĩ hồi sức từ đó có các phương án nâng cao năng lực chuyên môn về dinh dưỡng hỗ trợ cho bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt hơn, nâng cao chất lượng điều trị. **Từ khóa:** Dinh dưỡng bệnh nhân hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu

SUMMARY

CURRENT STATUS OF FEEDING PRESCRIPTIONS AND NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS TREATED AT THE INTENSIVE CARE UNIT & ANTI-

¹Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Thuận
Email: vdthuan2312@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025
Ngày duyệt bài: 10.12.2025