

và phục hồi khả năng hoạt động xã hội là những yếu tố quan trọng trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật, đặc biệt là đối với bệnh nhân gãy xương đùi. Những chỉ số này hỗ trợ cho các nghiên cứu trước đó, chức năng vận động và khả năng sinh hoạt hàng ngày được phục hồi nhanh chóng khi sử dụng đinh SIGN.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật gãy kín thân xương đùi bằng đinh SIGN có chốt dưới màn tầng sáng là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị gãy xương đùi ở người lớn. Đây là kỹ thuật phù hợp với điều kiện thực hành ở bệnh viện tuyến tỉnh như tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, với tỷ lệ liền xương cao, thời gian hồi phục nhanh và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rodrigues FL, et al.** Intramedullary nailing outcomes for diaphyseal femoral fractures: a multicenter study. *PMCID*.2025.
2. **Bùi Tuấn Anh, Heng Chanpheaktra, Nguyễn**

Bá Ngọc, Hoàng Thanh Tùng. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương bằng đinh nội tủy SIGN điều trị gãy kín 1/3 dưới thân xương đùi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025.

3. **Sah S.K, Gyawali M, Kandel P.** Functional outcome of intramedullary nailing of femoral shaft fractures. *Janaki Med Coll J Med Sci*.2023.
4. **Vũ Trường Thịnh, Dương Ngọc Lê Mai, Trần Minh Long Triều và cs.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 12/14 2021;145(9):158-169.
5. **Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Mạnh Linh, Nguyễn Việt Hoàng và cs.** Kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy kín trên bàn chỉnh hình dưới màn tầng sáng tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình Nghệ An năm 2021-2022. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024;65(11):120-124.
6. **Chokotho L, Wu H.H, Shearer D, et al.** Outcome at 1 year in patients with femoral shaft fractures treated with intramedullary nailing or skeletal traction in a low-income country: a prospective observational study of 187 patients in Malawi. *Acta Orthopaedica*. 07/23 2020;91(6): 724-731.

ĐẶC ĐIỂM CỦA THOÁT VỊ THÀNH BỤNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNG GHÉP NHÂN TẠO SAU CƠ HOÀN TOÀN NGOÀI PHỨC MẠC

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và CT scan trước mổ là điều vô cùng quan trọng ở các bệnh nhân thoát vị thành bụng được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo sau cơ hoàn toàn ngoài phúc mạc (eTEP) để có thể đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên n=85 bệnh nhân thoát vị thành bụng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2023 - 8/2025. **Kết quả:** Thoát vị nguyên phát 46 ca (54,1%), thoát vị vết mổ 39 ca (45,9%). Tuổi trung bình 57,89. Nữ chiếm 65,9%. BMI trung bình 24,58 kg/m². Thừa cân - béo phì chiếm 58,8%. Thoát vị đường giữa chiếm 88,2%. Thoát vị vết mổ có kích thước lớn hơn so với thoát vị nguyên phát (p<0,001). CT scan chẩn đoán đúng vị trí và số lượng lỗ thoát vị trong 100% trường hợp nhưng kích thước lỗ thoát vị đo trên CT scan nhỏ hơn kích thước thực tế trong lúc mổ (p<0,001). **Kết luận:** Các thoát vị thành bụng được điều trị bằng phẫu thuật eTEP

trong nghiên cứu có đặc điểm phần lớn nằm tại đường giữa, là các thoát vị nguyên phát kích thước trung bình, thoát vị vết mổ kích thước nhỏ. Kích thước lỗ thoát vị đo trong lúc mổ có xu hướng lớn hơn trên CT scan trước mổ. **Từ khóa:** thoát vị thành bụng, thoát vị vết mổ, eTEP.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF VENTRAL HERNIA TREATED BY ENDOSCOPIC EXTENDED-VIEW TOTALLY EXTRAPERITONEAL RETROMUSCULAR MESH REPAIR

Objective: Evaluating clinical characteristics and CT scan findings in patients with ventral hernias is crucial prior to treatment with endoscopic extended-view totally extraperitoneal (eTEP) retromuscular mesh repair. **Materials and Methods:** This prospective, descriptive uncontrolled clinical trial study was conducted on n=85 patients with anterior ventral hernias at Can Tho City General Hospital from May 2023 to August 2025. **Results:** 46 (54.1%) primary and 39 (45.9%) incisional hernias. The mean age was 57.89 years. Females accounted for 65.9%. The mean BMI was 24.58 kg/m². Overweight - obesity group accounted for 58.8%. Midline hernias accounted for 88.2% of cases. Incisional hernias had significantly greater size compared to primary hernias (p<0.001). CT scans correctly diagnosed the location and number of hernia defects in 100% of cases; however, the defect size measured on CT scans was smaller than

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: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

the actual intraoperative size ($p < 0.001$). **Conclusion:** Ventral hernia patients treated with eTEP predominantly presented with midline defects, comprising medium-sized primary hernias and small incisional hernias. Intraoperative measurements of the hernia defect tended to be larger than those recorded on preoperative CT scans. **Keywords:** ventral hernia, incisional hernia, eTEP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị thành bụng là một bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, được chia thành hai loại là thoát vị nguyên phát và thoát vị vết mổ. Thoát vị nguyên phát tại rốn hiện diện ở khoảng 23,3-24,9% người trưởng thành [1]. Đối với thoát vị vết mổ, thống kê trên 28.913 ca phẫu thuật cắt đại tràng cho thấy sau 5 năm, tỷ lệ thoát vị vết mổ là 5,3% [2].

Trong các phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị thành bụng, đặt mảnh ghép nhân tạo vào khoang sau cơ của Rives-Stoppa được xem là tiêu chuẩn vàng. Đến khi phẫu thuật nội soi phát triển, Jorge Daes và sau đó là Belyanski đã giới thiệu phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo sau cơ hoàn toàn ngoài phúc mạc tầm nhìn mở rộng "extended-view totally extraperitoneal" (eTEP) mở ra một hướng tiếp cận mới đầy khả quan trong điều trị thoát vị thành bụng, được đưa vào hướng dẫn điều trị của Hội thoát vị châu Âu [3-5].

Phẫu thuật eTEP vẫn còn khá mới tại Việt Nam. Các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trên cỡ mẫu lớn vẫn còn hạn chế. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ là một trong những đơn vị tiên phong trong nước triển khai phẫu thuật eTEP điều trị thoát vị thành bụng với số lượng ca khá nhiều. Chúng tôi nhận thấy việc đánh giá toàn diện các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân trước phẫu thuật đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc chỉ định phẫu thuật, tiên lượng các yếu tố nguy cơ gây tai biến, biến chứng, và tái phát của bệnh nhân. Xuất phát từ nhu cầu thực tế cần nguồn dữ liệu đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, CT scan của những bệnh nhân thoát vị thành bụng điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo sau cơ hoàn toàn ngoài phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Các bệnh nhân thoát vị nguyên phát và thoát vị vết mổ ở thành bụng được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có thoát vị thành bụng mặt trước, chiều rộng 2-10 cm, 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:

- ASA \geq IV
- Kèm theo phình động mạch chủ bụng, hoặc các bệnh mạn tính không kiểm soát được, hoặc ung thư giai đoạn cuối.
- Có xạ trị vùng bụng trong vòng 3 tháng gần đây.
- Vết mổ cũ kéo dài từ mồm mũi ức đến xương mu.
- Đã từng phục hồi thành bụng khoang sau cơ ngoài phúc mạc trước đó.
- Ổ bụng mất cân không đủ khả năng chứa tạng (loss of domain).
- Teo hoặc loét da, có nhiễm trùng vùng thành bụng, rò tiêu hóa.
- Thoát vị thành bụng nghẹt có tắc ruột, hoại tử ruột.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu là tiền cứu mô tả, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2023 đến tháng 8/2025.

Cỡ mẫu: Trong thời gian nghiên cứu, có tổng cộng 85 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được tuyển chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Thiết kế bệnh án nghiên cứu
- Bước 2: Khám lâm sàng, siêu âm, chụp CT scan chọn bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, thu thập các thông tin đưa vào bệnh án nghiên cứu.
- Bước 3: Nhập và xử lý số liệu, viết báo cáo kết quả.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, Giới, BMI, phân loại BMI châu Á, ASA.

Tiền sử bệnh lý nội khoa, ngoại khoa, thói quen sinh hoạt: hút thuốc lá, lao động nặng.

Triệu chứng lâm sàng: Lý do vào viện, đau, khối phồng, đờ xẹp.

Đặc điểm lỗ thoát vị: nguyên phát/vết mổ, vị trí, chiều rộng, chiều dài trên CT scan và thực tế lúc phẫu thuật, phân loại theo EHS [5], [7], giãn cân cơ thẳng bụng kèm theo.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn

hoặc trung vị (Min–Max) tùy theo phân bố. Kiểm định phân phối chuẩn được thực hiện trước khi lựa chọn phép kiểm. So sánh hai nhóm độc lập sử dụng Independent Samples T-test hoặc Mann–Whitney U test. So sánh dữ liệu ghép cặp (CT trước mổ và thực tế trong mổ) sử dụng Wilcoxon Signed-Rank test. Các biến định tính được so sánh bằng Chi-square hoặc Fisher's Exact test. Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong

nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt số 23.015.NCS/PCT-HĐĐĐ và được sự chấp thuận lấy mẫu tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 85 bệnh nhân, trong đó thoát vị nguyên phát là 46 ca (54,1%), thoát vị vết mổ là 39 ca (45,9%).

- Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nguyên phát (n=46)	Vết mổ (n=39)	Tổng (n=85)	P
Tuổi (năm), X ± SD	54,96 ± 10,69	61,36 ± 12,56	57,89 ± 11,96	0,013 ^a
Giới tính, n (%)				
- Nam	20 (43,5%)	9 (23,1%)	29 (34,1%)	0,048 ^b
- Nữ	26 (56,5%)	30 (76,9%)	56 (65,9%)	
BMI (kg/m²), X ± SD	25,43 ± 3,82	23,56 ± 4,07	24,58 ± 4,03	0,032 ^a
Phân loại BMI, n (%)				
Thiếu cân	1 (2,2%)	2 (5,1%)	3 (3,5%)	0,017 ^c
Bình thường	12 (26,1%)	20 (51,3%)	32 (37,6%)	
Thừa cân - Béo phì	33 (71,7%)	17 (43,6%)	50 (58,8%)	
Chỉ số ASA, n (%)				
- ASA I	14 (30,4%)	13 (33,3%)	27 (31,8%)	0,365 ^b
- ASA II	28 (60,9%)	19 (48,7%)	47 (55,3%)	
- ASA III	4 (8,7%)	7 (17,9%)	11 (12,9%)	
Tiền sử nội khoa				
Tăng huyết áp	18 (39,1%)	17 (43,6%)	35 (41,2%)	0,677 ^b
Thiếu máu cục bộ cơ tim mạn	14 (30,4%)	13 (33,3%)	27 (31,8%)	0,775 ^b
Bệnh van tim	1 (2,2%)	2 (5,1%)	3 (3,5%)	0,591 ^c
Đái tháo đường	10 (21,7%)	7 (17,9%)	17 (20,0%)	0,121 ^c
Hội chứng Cushing	4 (8,7%)	0 (0,0%)	4 (4,7%)	0,121 ^c
Cường giáp	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1,000 ^c
COPD	2 (4,3%)	1 (2,6%)	3 (3,5%)	1,000 ^c
Bệnh thận mạn	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1 (1,2%)	0,459 ^c
Di chứng tai biến mạch máu não	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1 (1,2%)	0,459 ^c
Thói quen				
Hút thuốc chủ động	3 (6,5%)	1 (2,6%)	4 (4,7%)	0,621 ^c
Lao động nặng	9 (19,6%)	6 (15,4%)	15 (17,6%)	0,777 ^c
Tiền sử ngoại khoa				
Mổ mổ	-	29 (74,4%)	29 (34,1%)	
Phẫu thuật nội soi	-	10 (25,6%)	10 (11,8%)	

^a Independent Samples T-test; ^b Pearson Chi-Square; ^c Fisher Exact Test;

Nhận xét: Nhóm thoát vị vết mổ có tuổi trung bình 61,36 cao hơn nhóm thoát vị nguyên phát 54,96 tuổi với p=0,013. Nữ giới chiếm 65,9%. Thoát vị phần lớn ở nam giới là nguyên phát trong khi ở nữ giới là vết mổ (p=0,048).

BMI trung bình là 24,58 ở mức thừa cân. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số trung

bình và phân loại BMI giữa thoát vị nguyên phát và thoát vị vết mổ.

ASA II chiếm tỷ lệ lớn với 55,3%. Tiền sử bệnh có tăng huyết áp 41,2%, thiếu máu cục bộ cơ tim 31,8%, đái tháo đường 20%, lao động nặng 17,6%. Thoát vị vết mổ gây ra bởi mổ trước đó chiếm đa số với 74,4%.

- Vị trí thoát vị thành bụng theo EHS

Bảng 2. Vị trí thoát vị thành bụng theo EHS

Vị trí thoát vị (EHS)	Nguyên phát (n=46)	Vết mổ (n=39)	Tổng cộng (n=85)	p
Đường giữa			75 (88,2%)	< 0,001 ^c
Rốn (M3)	36 (78,3%)	16 (41,0%)	52 (61,2%)	
Thượng vị (M2)	10 (21,7%)	2 (5,1%)	12 (14,1%)	
Dưới rốn (M4)	0 (0,0%)	8 (20,5%)	8 (9,4%)	
Trên vệ (M5)	0 (0,0%)	3 (7,7%)	3 (3,5%)	
Vùng bên			10 (11,8%)	
Hông (L2)	0 (0,0%)	4 (10,3%)	4 (4,7%)	
Hố chậu (L3)	0 (0,0%)	5 (12,8%)	5 (5,9%)	
Hạ sườn (L1)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1 (1,2%)	

^c Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Nhận xét: Thoát vị tại đường giữa và nhất là tại rốn chiếm tỷ lệ cao nhất. Có sự khác biệt rõ rệt về vị trí thoát vị giữa nhóm nguyên phát và nhóm vết mổ ($p < 0,001$), cụ thể các vị trí bên của thành bụng đều là thoát vị vết mổ.

- Đặc điểm của thoát vị thành bụng**Bảng 3. Đặc điểm của thoát vị thành bụng**

Đặc điểm thoát vị	Nguyên phát (n=46)	Vết mổ (n=39)	Tổng cộng (n=85)	p
Tái phát				< 0,001 ^d
Thoát vị vết mổ lần đầu	-	37 (94,9%)	37 (43,5%)	
Thoát vị vết mổ tái phát	-	2 (5,1%)	2 (2,4%)	
Căng đau, n(%)	27 (58,7%)	21 (53,8%)	48 (56,5%)	
Thoát vị kẹt, n(%)	9 (19,6%)	2 (5,1%)	11 (12,9%)	
Giãn cân cơ thẳng bụng kết hợp, n (%)	18 (39,1%)	10 (25,6%)	28 (32,9%)	
Chiều rộng (cm)				
Trung bình \pm SD	2,42 \pm 0,60	3,55 \pm 0,93	2,94 \pm 0,95	
Trung vị (Min-Max)	2,0 (2,0-4,0)	4,0 (2,0-5,0)	3,0 (2,0-5,0)	
Chiều dài (cm)				
Trung bình \pm SD	2,48 \pm 0,61	5,18 \pm 3,90	3,72 \pm 2,98	
Trung vị (Min-Max)	2,0 (2,0-4,0)	4,0 (2,0-20,0)	3,0 (2,0-20,0)	

^b Pearson Chi-Square; ^c Fisher's Exact Test; ^d Mann-Whitney U Test

Nhận xét: Thoát vị nguyên phát kích thước trung bình và thoát vị vết mổ kích thước nhỏ chiếm phần lớn. Nhóm thoát vị vết mổ có kích thước lớn hơn đáng kể so với nhóm nguyên phát ($p < 0,001$). Kích thước thoát vị Dưới rốn M4 lớn hơn Rốn M3 ($p = 0,031$) và lớn hơn Thượng vị M2 ($p = 0,034$) với kiểm định Kruskal-Wallis.

- Kích thước lỗ thoát vị theo loại phẫu thuật trước đó**Bảng 4. Kích thước lỗ thoát vị theo loại phẫu thuật trước đó**

Kích thước lỗ thoát vị (cm)	Mổ mở (n=29)	Mổ nội soi (n=10)	p
Chiều rộng			0,395 ^d
Trung bình \pm SD	3,60 \pm 0,97	3,4 \pm 0,81	
Trung vị (Min-Max)	4,0 (2,0-5,0)	3,25 (2,0-5,0)	
Chiều dài			0,120 ^d
Trung bình \pm SD	5,72 \pm 4,37	3,60 \pm 0,94	
Trung vị (Min-Max)	4,0 (2,0-20,0)	3,5 (2,0-5,0)	

^d Mann-Whitney U Test

Nhận xét: Thoát vị ở các vết mổ mở có xu hướng lớn hơn ở các vết mổ phẫu thuật nội soi nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- So sánh đặc điểm lỗ thoát vị trên CT scan và thực tế trong mổ

CT scan chẩn đoán đúng về vị trí, số lượng lỗ thoát vị ở 100% các trường hợp.

CT scan phát hiện giãn cân cơ thẳng bụng ở 19/85 ca (22,4%), thấp hơn thực tế trong mổ là 28/85 ca (32,9%).

Bảng 5. Kích thước lỗ thoát vị trên CT scan bụng và thực tế trong mổ

Kích thước lỗ thoát vị (cm)	CT trước mổ (n=85)	Thực tế trong mổ (n=85)	p
Chiều rộng			< 0,001 ^e
Trung bình \pm SD	2,49 \pm 1,33	2,94 \pm 0,95	
Trung vị (Min-Max)	2,2 (0,0-8,7)	3,0 (2,0-5,0)	
Chiều dài			<
Trung bình \pm SD	2,91 \pm 2,29	3,72 \pm 2,98	
Trung vị	2,2	3,0	

(Min-Max)	(0,0–15,0)	(2,0–20,0)	0,001 ^e
-----------	------------	------------	--------------------

^e Wilcoxon Signed Ranks Test

Nhận xét: Kích thước lỗ thoát vị được đo trên CT scan nhỏ hơn so với kích thước thực tế được đo trong lúc mổ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Chiều rộng thực tế lớn hơn trên CT scan 18,1%, chiều dài thực tế lớn hơn trên CT scan 27,8%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 57,89 ± 11,96 tuổi, phản ánh đặc điểm dịch tễ thường gặp của thoát vị thành bụng ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi. Kết quả này tương đồng với Quezada và cộng sự (59 ± 12 tuổi) [8] và Belyansky (2018) [3]. Các bệnh lý ngoại khoa thường xuất hiện lúc tuổi cao dẫn đến việc điều trị phẫu thuật cũng xảy ra lúc tuổi cao. Bên cạnh đó, theo các tài liệu của Hội Thoát vị châu Âu, tuổi cao làm suy giảm chất lượng collagen và độ bền thành bụng, từ đó làm tăng nguy cơ hình thành thoát vị cũng như tái phát sau mổ [4],[5]. Điều này lý giải vì sao nhóm thoát vị vết mổ trong nghiên cứu có tuổi cao hơn nhóm nguyên phát.

Tỷ lệ nữ giới chiếm 65,9%, đặc biệt nổi bật ở nhóm thoát vị vết mổ. Xu hướng này phù hợp với các báo cáo về eTEP của Belyansky [3] và Radu [6]. Phân tích quần thể lớn của Gillies và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ thoát vị vết mổ cao ở bệnh nhân nữ [9]. Ở nữ giới, các can thiệp sản phụ khoa và thay đổi cấu trúc thành bụng sau thai sản có thể góp phần làm tăng nguy cơ hình thành khuyết hồng thành bụng.

Chỉ số BMI trung bình là 24,58 kg/m², với 58,8% thuộc nhóm thừa cân – béo phì theo tiêu chuẩn châu Á. Béo phì được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với cả sự hình thành và tái phát thoát vị do làm tăng áp lực ổ bụng và ảnh hưởng đến quá trình liền sẹo [4],[10]. Các nghiên cứu của Belyansky [3] và Quezada [8] cũng ghi nhận BMI trung bình cao ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật eTEP. Sự khác biệt BMI giữa nhóm nguyên phát và vết mổ trong nghiên cứu này cho thấy cơ chế bệnh sinh khác nhau, trong đó thoát vị nguyên phát chịu ảnh hưởng rõ hơn từ yếu tố tăng áp lực ổ bụng kéo dài.

Về phân bố vị trí, thoát vị đường giữa chiếm ưu thế (88,2%), đặc biệt tại rốn, phù hợp với tỷ lệ trong hướng dẫn điều trị thoát vị rốn của Henriksen [5], và nghiên cứu của Radu [6], Gillies [9]. Đây là vùng có điểm yếu tự nhiên của thành bụng và thường là vị trí của các đường rạch hoặc lỗ trocar sau mổ nội soi. Thoát vị vết mổ có kích thước lớn hơn đáng kể so với thoát vị

nguyên phát ($p < 0,001$), tương đồng với các báo cáo về phục hồi thành bụng bằng mảnh ghép sau cơ trong y văn [3],[6]. Đáng chú ý là chúng tôi nhận thấy các trường hợp thoát vị sau phẫu thuật nội soi có kích thước khác biệt nhiều so với thoát vị sau mổ mở. Điều này phản ánh rằng các khuyết hồng tại vị trí trocar vẫn có thể tiến triển thành những lỗ thoát vị phức tạp.

CT scan được chứng minh có giá trị cao trong đánh giá hình thái thoát vị, xác định chính xác vị trí và số lượng lỗ thoát vị, phù hợp với khuyến cáo của IEHS và các hướng dẫn châu Âu [4],[10]. Trong nghiên cứu này, CT chẩn đoán đúng 100% vị trí và số lượng lỗ thoát vị. Tuy nhiên, kích thước đo trên CT nhỏ hơn kích thước thực tế trong mổ ($p < 0,001$). Sự khác biệt này có thể do sự giãn căng cơ khi bơm hơi nội soi hoặc do quá trình phẫu tích làm bộc lộ đầy đủ khuyết hồng. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc đo trực tiếp trong mổ để lựa chọn mảnh ghép có diện tích phủ đủ rộng, tuân thủ nguyên tắc chồng lấp theo khuyến cáo quốc tế nhằm giảm nguy cơ tái phát [4],[10].

Nhìn chung, các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trong nghiên cứu phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong y văn quốc tế, đồng thời củng cố vai trò của phẫu thuật nội soi eTEP như một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị thoát vị thành bụng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 trường hợp thoát vị thành bụng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép nhân tạo sau cơ hoàn toàn ngoài phúc mạc (eTEP), chúng tôi nhận thấy bệnh nhân chủ yếu là nữ giới, ở độ tuổi trung niên và có tỷ lệ thừa cân – béo phì cao. Thoát vị đường giữa chiếm ưu thế, đặc biệt tại vị trí rốn, trong khi thoát vị vết mổ thường có kích thước lớn và vị trí phức tạp hơn so với thoát vị nguyên phát. Kích thước lỗ thoát vị đo thực tế trong mổ lớn hơn so với kích thước ghi nhận trên CT scan trước mổ; do đó, việc đo đạc trực tiếp lỗ thoát vị sau khi đã bộc lộ hoàn toàn trong phẫu thuật là bước quan trọng nhằm lựa chọn mảnh ghép phù hợp và góp phần hạn chế nguy cơ tái phát.

Lời cảm ơn. Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã giúp đỡ, tạo điều kiện trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bedewi MA, El-Sharkawy MS, Al Boukai AA, Al-Nakshabandi N. Prevalence of adult paraumbilical hernia. Assessment by high-

- resolution sonography: a hospital-based study. *Hernia*. 2012;16(1):59-62. doi:10.1007/s10029-011-0863-4.
- Söderbäck H, Gunnarsson U, Hellman P, Sandblom G.** Incisional hernia after surgery for colorectal cancer: a population-based register study. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(10):1411-1417. doi:10.1007/s00384-018-3124-5.
 - Belyansky I, Daes J, Radu VG, et al.** A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. *Surg Endosc*. 2018;32(3):1525-1532. doi:10.1007/s00464-017-5840-2.
 - Sanders DL, Pawlak MM, Simons MP, et al.** Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society. *Br J Surg*. 2023;110(12):1732-1768. doi:10.1093/bjs/znad284.
 - Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, et al.** Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. *BJS (British Journal of Surgery)*. 2020;107(3):171-190. doi:10.1002/bjs.11489.
 - Radu V, Lica M.** The endoscopic retromuscular repair of ventral hernia: the eTEP technique and early results. *Hernia*. 2019;23. doi:10.1007/s10029-019-01931-x.
 - Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al.** Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13(4):407-414. doi:10.1007/s10029-009-0518-x.
 - Quezada N, Grimaldi M, Besser N, Jacobovsky I, Achurra P, Crovari F.** Enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) approach for the treatment of abdominal wall hernias: mid-term results. *Surg Endosc*. 2022;36(1):632-639. doi:10.1007/s00464-021-08330-3.
 - Gillies M, Anthony L, Al-Roubaie A, Rockliff A, Phong J.** Trends in Incisional and Ventral Hernia Repair: A Population Analysis From 2001 to 2021. *Cureus*. 2023;15(3):e35744. doi:10.7759/cureus.35744.
 - Bittner R, Bain K, Bansal VK, et al.** Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A. *Surg Endosc*. 2019;33(10):3069-3139. doi:10.1007/s00464-019-06907-7.

ĐẶC ĐIỂM MẤT RĂNG VÀ NHU CẦU PHỤC HÌNH RĂNG Ở NGƯỜI TRUNG NIÊN VÀ CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Hồ Ngọc Sơn¹, Nguyễn Hồng Hà^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất răng ở người trung niên và cao tuổi ảnh hưởng đáng kể đến chức năng ăn nhai và chất lượng cuộc sống, do đó việc khảo sát đặc điểm mất răng và nhu cầu phục hình có ý nghĩa thực tiễn trong chăm sóc răng miệng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm mất răng và nhu cầu phục hình răng ở người trung niên và cao tuổi tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 166 bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên bị mất răng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 4/2025 đến tháng 1/2026. **Kết quả:** có 61,4% đối tượng mất răng trong nghiên cứu là nữ, nhóm tuổi 40–60 chiếm 54,2%, phần lớn sống với người thân và đã kết hôn. Mất răng hàm trên (39,8%) và hàm dưới (39,1%) chiếm tỷ lệ tương đương, mất răng cả hai hàm chiếm 21,1%; số răng mất trung bình là $2,65 \pm 3,88$ răng. Theo phân loại Kennedy, loại II (42,2%) và loại IV (37,3%) chiếm tỷ lệ cao nhất; 84,9% răng còn lại có độ lung lay độ I. Tỷ lệ có nhu cầu phục hình răng rất

cao (90,4%), trong đó 90,4% đánh giá là rất cần thiết. Hàm tháo lắp là loại phục hình được lựa chọn nhiều nhất (44,0%), và có sự khác biệt theo nhóm tuổi ($p < 0,001$). **Kết luận:** Người trung niên và cao tuổi có tỷ lệ mất răng đáng kể với nhu cầu phục hình rất cao, trong đó hàm tháo lắp là lựa chọn phổ biến nhất, đặc biệt ở nhóm ≥ 60 tuổi. **Từ khóa:** Mất răng, nhu cầu phục hình răng, phân loại Kennedy, người trung niên và cao tuổi, hàm tháo lắp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TOOTH LOSS AND PROSTHETIC REHABILITATION NEEDS AMONG MIDDLE-AGED AND OLDER ADULTS AT THE HO CHI MINH CITY ODONTO-STOMATOLOGY HOSPITAL

Background: Tooth loss in middle-aged and older adults significantly affects masticatory function and quality of life; therefore, investigating the characteristics of tooth loss and prosthetic needs has important practical implications for oral healthcare planning. **Objective:** To investigate the characteristics of tooth loss and prosthetic rehabilitation needs among middle-aged and older adults at the Ho Chi Minh City Odonto-Stomatology Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 166 patients aged ≥ 40 years with tooth loss who attended the Ho Chi Minh City Odonto-Stomatology Hospital from April to January 2026. **Results:** Among the participants,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhha@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026