

biến thể khi kết hợp không làm tăng số lần mất thai so với những phụ nữ chỉ mang 1 biến thể duy nhất. Vì đây là những gen tăng nguy cơ huyết khối có tính chất di truyền, mỗi gen đơn lẻ cũng có khả năng ảnh hưởng đến tăng nguy cơ huyết khối. Kết quả này gợi ý rằng, số lần mất thai tái diễn dường như không có sự khác biệt về mức độ biến thể.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ các biến thể di truyền gây tăng nguy cơ huyết khối ở phụ nữ có RPL.

Tỷ lệ gặp 6 biến thể hay gặp trong 5 gen gây tăng nguy cơ huyết khối trên phụ nữ có tiền sử RPL là 93,46%. Biến thể gen PAI-1/SERPINE1 thường gặp nhất với tỷ lệ 79,41%, tiếp là MTHFR A1298C, MTHFR C677T, Yếu tố V R2 và Yếu tố V Leiden. Không phát hiện thấy trường hợp nào mang biến thể yếu tố II Prothrombin. Trong từng kiểu biến thể, tỷ lệ đồng hợp tử nhỏ hơn tỷ lệ dị hợp tử. Trong số phụ nữ có tiền sử RPL mang biến thể di truyền thì số có 2 biến thể chiếm tỷ lệ cao nhất (52,8%; 151/286), số phụ nữ có 1 biến thể là 37,1% (106/286). Số phụ nữ có 3 biến thể là 9,4% (27/286). Chỉ có 2/286 (0,7%) phụ nữ mang 4 biến thể.

5.2. Mối liên quan giữa biến thể kiểu gen với số lần mất thai ở phụ nữ có RPL. Tỷ lệ các kiểu gen có biến thể hay gặp khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở nhóm phụ nữ có RPL 2 lần và từ 3 lần trở lên. Sự kết hợp 2 biến thể thường gặp là PAI-1 4G/MTHFR A1298C và PAI-1 4G/MTHFR C677T không liên quan với mức độ mất thai so với biến thể đơn gen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ford H.B. and D.J. Schust, Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. Rev Obstet

Gynecol, 2009. 2(2): p. 76-83.

- Mutiso, S.K., A. Murage, and A.M. Mukaindo, Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women- A cross sectional study. BMC Psychiatry, 2018. 18(1): p. 32.
- Sarto A, Rocha M, Martinez M, Sergio RP (2000) Hypofibrinolysis and other hemostatic defects in women with antecedents of early reproductive failure. Medicina. 60(4):441-447.
- Li X, Liu Y, Zhang R, Tan J, Chen L, Liu Y (2015). Me-ta-analysis of the association between plasminogen activator inhibitor-1 4G/5G polymorphism and recurrent pregnancy loss. Med Sci Monit. 21:1051- 6.
- Amela Jusić, Devleta Balić, Aldijana Avdić, et al. (2018). The association of factor V G1961A (factor V Leiden), prothrombin G20210A, MTHFR C677T and PAI-1 4G/5G polymorphisms with recurrent pregnancy loss in Bosnian women. Med Glas (Zenica) 2018; 15(2):158-163.
- Farahmand, K., M. Totonchi, M. Hashemi, et al., Thrombophilic genes alterations as risk factor for recurrent pregnancy loss. J Matern Fetal Neonatal Med, 2016. 29(8): p. 1269-73.
- Trịnh Thị Quế, Đoàn Thị Kim Phượng, Tạ Thành Văn, và cộng sự, Phân tích biến thể C677T và A1298C của gen MTHFR ở phụ nữ có tiền sử sảy thai, thai chết lưu. Tạp Chí Phụ sản, 16(3), 42-45., 2019.
- Ahangari, N., M. Doosti, N. Mousavifar, et al., Hereditary thrombophilia genetic variants in recurrent pregnancy loss. Arch Gynecol Obstet, 2019. 300(3): p. 777-782.
- Mtiraoui, N., W. Zammiti, L. Ghazouani, et al., Methylenetetrahydrofolate reductase C677T and A1298C polymorphism and changes in homocysteine concentrations in women with idiopathic recurrent pregnancy losses. Reproduction, 2006. 131(2): p. 395-401.
- Bigdeli, R., M.R. Younesi, E. Panahnejad, et al., Association between thrombophilia gene polymorphisms and recurrent pregnancy loss risk in the Iranian population. Syst Biol Reprod Med, 2018. 64(4): p. 274-282.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG LƯỚI TỰ DÍNH

Vũ Ngọc Anh¹, Đặng Quốc Ái^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới tự dính là một lĩnh vực mới được áp dụng tại một số ít cơ sở y tế của Việt Nam. Đề tài nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng sử dụng lưới tự dính điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 95 bệnh nhân nam, được chẩn đoán thoát vị bẹn 1 bên và điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2022 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,5 ± 14,5 tuổi,

¹Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh Viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

nhỏ nhất 21 lớn nhất 86 tuổi, 54 bệnh nhân thoát vị bên phải chiếm 56,8%; 41 bệnh nhân thoát vị bên trái chiếm 43,2%, thoát vị gián tiếp là chủ yếu với 71 bệnh nhân chiếm 74,7%; thoát vị trực tiếp 20 bệnh nhân chiếm 21,1%; và thể hỗn hợp 04 bệnh nhân chiếm 4,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 62,6±13,1 phút; ngắn nhất 30 phút, dài nhất 100 phút. 100% bệnh nhân không xảy ra tai biến phẫu thuật và không đặt dẫn lưu vùng mổ, không có bệnh nhân cần chuyển đổi phương pháp mổ. Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật của nghiên cứu là 4(4,3%), trong đó bí tiểu có 3(3,2%) bệnh nhân, tụ dịch vùng bẹn bìu gặp ở 1(1,1%) bệnh nhân, thời gian phục hồi vận động trung bình là 1,8 ± 0,8 (ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 5,3 ± 1,3 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày. Nghiên cứu gặp 5(5,3%) bệnh nhân có biến chứng tại thời điểm 3 tháng sau mổ đều là đau mãn tính vùng bẹn bìu, trong đó có 3(3,2%) bệnh nhân đau kèm tê bì vùng bẹn. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu trung bình 17,2 tháng ghi nhận 3(3,2%) bệnh nhân có biến chứng xa, đau mãn tính vùng bẹn; không có bệnh nhân tê bì. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp bệnh nhân tái phát. **Kết luận:** Điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi, phẫu thuật TAPP, lưới tự dính.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR INGUINAL REPAIR BY USING SELF-ADHESIVE MESH

Background: Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair with self-fixating mesh is a new field applied in a few medical facilities in Vietnam. The purpose of this study to evaluate the results of laparoscopic surgery using self-adhesive mesh to treat inguinal hernia at Thai Binh province general hospital. **Patients and Method:** This is a retrospective study on 95 male patients, who was diagnosed with unilateral inguinal hernia and treated by laparoscopic surgery for inguinal hernia repair with transabdominal preperitoneal (TAPP) technique and using self-adhesive mesh. The study was conducted between June 2020 and June 2023 at the Thai Binh General Hospital. **Results:** The mean age was 59.5 ± 14.5 years old, the youngest was 21, the oldest was 86 years old. The location of inguinal hernia was 54(56.8%) patients on the right side and 41(43.2%) patients with left hernia. The indirect hernia was predominant with 71(74.7%) patients, the direct hernia 20(21.1%) patients and mixed form was 4(4.2%) patients. The average surgical time was 62.6±13.1 minutes; The shortest 30 minutes, the longest 100 minutes. 100% of patients did not have intra-operation accidents and did not place drainage in the surgical area. There were no patients who needed to change surgical methods. The rate of early complications after surgery of the study was 4.3%, urinary retention in 3(3.2%) patients, inguinal scrotal fluid collection in 1(1.1%) patient during hospital stay. The mean recovery time was 1.8 ± 0.8 (days). The

average postoperative hospital stay was 5.3 ± 1.3 days, the shortest being 2 days, the longest being 11 days. The study found 5(5.3%) patients had complications at 3 months after surgery were chronic pain in the groin area, of which 3 patients (3.2%) had pain and numbness in the groin area. At the end of the study, an average of 17.2 months was recorded, 3(3.2%) patients had distant complications with chronic pain in the groin area. There were no patients to record hernia relapse. **Conclusion:** Treatment of inguinal hernia by laparoscopic surgery transabdominal preperitoneal (TAPP) by using self-adhesive mesh is a safe and effective surgery.

Keywords: Laparoscopic inguinal hernia surgery, TAPP surgery, self-adhesive mesh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là hiện tượng các tạng trong ổ bụng qua ống bẹn hay một điểm yếu của thành bụng vùng bẹn trên dây chằng bẹn ra dưới da hay xuống bìu. Đây là bệnh lý ngoại khoa phổ biến, gặp ở mọi lứa tuổi và chủ yếu ở nam giới, tần suất thoát vị bẹn tăng dần theo độ tuổi, từ tuổi 75 trở lên tỷ lệ này là 47%[1].

Thoát vị bẹn được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật (PT). Theo tác giả D.Birk hàng năm số bệnh nhân TVB được phẫu thuật ở Mỹ là hơn 700.000, ở Đức khoảng 200.000 và ở Anh là trên 80.000 bệnh nhân[2]. Các phương pháp phẫu thuật dùng mô tự thân (PT Bassini, Ferguson, Shouldice, McVay ...) hoặc lưới nhân tạo để tăng cường cho thành bẹn sau (PT Lichtenstein, Rotkow ...) còn một số hạn chế như đau nhiều sau mổ, thời gian trở lại hoạt động hàng ngày và công việc chậm, tính thẩm mỹ không cao.

Hiện nay có hai phương pháp đang được áp dụng phổ biến là phẫu thuật nội soi qua ổ bụng đặt lưới nhân tạo (PT TAPP) và phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc (PT TEP).

Phẫu thuật TAPP được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn bởi tính an toàn, hiệu quả, kỹ thuật dễ thực hiện do phẫu trường rộng, có thể chẩn đoán và điều trị thoát vị bẹn kín đáo, thoát vị bẹn hai bên trong cùng một lần phẫu thuật. Khi thực hiện kỹ thuật này đa số các tác giả khuyến nên cố định lưới bằng protack hoặc chỉ khâu để hạn chế sự di chuyển của tấm lưới, do đó giảm tỷ lệ tái phát. Tuy nhiên, chính việc cố định lưới làm tăng nguy cơ tổn thương các nhánh thần kinh trong khoang ngoài phúc mạc (như dây thần kinh sinh dục đùi, thần kinh bì đùi ngoài), tăng tỷ lệ đau mãn tính sau phẫu thuật. Vì thế việc sử dụng tấm lưới nhân tạo tự dính trong PT TAPP đã khắc phục các hạn chế trên.

Hiện nay, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đã áp dụng phẫu thuật TAPP sử dụng tấm

lưới tự dính được thiết kế sẵn cho từng bên thoát vị trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn. Liệu việc sử dụng tấm lưới tự dính có rút ngắn thời gian mổ do không phải cố định lưới, giảm tỷ lệ đau mãn tính do hạn chế làm tổn thương thần kinh vùng bẹn, đồng thời hạn chế được sự di chuyển của lưới trong khoang ngoài phúc mạc hay không...? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng sử dụng lưới tự dính điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020-2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 95 bệnh nhân nam, được chẩn đoán thoát vị bẹn 1 bên và điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc (TAPP) từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2022 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân nam từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán thoát vị bẹn 1 bên và mắc bệnh lần đầu.

+ Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc (TAPP) tại Khoa Ngoại Tổng Hợp – Bv Đa khoa tỉnh Thái Bình.

+ Hồ sơ có đầy đủ các dữ liệu cần thiết cho nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thoát vị bẹn nghẹt.

+ Thoát vị đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Mẫu nghiên cứu được chọn theo kiểu mẫu thuận tiện. Bao gồm tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2022.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu

Bao gồm các chỉ tiêu:

+ Đặc điểm chung trước phẫu thuật: số lượng bệnh nhân, tuổi, nghề nghiệp, chỉ số BMI, thời gian mắc bệnh, phân loại theo giải phẫu, phân loại theo Nyhus.

+ Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số lượng trocar, cách xử lý bao thoát vị, cách khâu đóng phúc mạc, kích thước lưới, tai biến trong mổ, thời gian mổ.

+ Kết quả điều trị: thời gian trở lại hoạt động bình thường, mức độ đau sau mổ, thời gian đau, biến chứng sớm sau mổ, thời gian nằm viện, kết quả theo dõi xa.

- **Xử lý số liệu.** Các số liệu được phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê

ý học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học. Các số liệu thu thập được thể hiện dưới dạng: tỷ lệ %, trung bình cộng \pm độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án nên vấn đề đạo đức nghiên cứu được xét duyệt theo quy trình rút gọn, được chấp thuận mà không cần hội đồng xét duyệt theo quy trình đầy đủ. Mọi thông tin trong hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2022, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc cho 95 bệnh nhân nam thoát vị bẹn 1 bên. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $59,5 \pm 14,5$ tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất 82 tuổi. Chỉ số BMI trung bình là $21,9 \pm 1,6$ kg/m², thấp nhất là 17,6 kg/m² và cao nhất là 25,7 kg/m². Nghề nghiệp chủ yếu là lao động nặng 64,2%, lao động nhẹ là 37,7%, còn lại là các lao động khác chiếm 1,1%. Thời gian xuất hiện triệu chứng của thoát vị dưới 6 tháng chiếm 87,4%, trung bình là 3,5 tháng. Phân loại thoát vị theo Nyhus loại II chiếm 74,7%, loại IIIA chiếm 21,1%, loại IIIB chiếm 4,2%. Phân loại theo giải phẫu thoát vị gián tiếp, trực tiếp, hỗn hợp có tỷ lệ lần lượt là 74,7%, 21,1% và 4,2%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $62,6 \pm 13,1$ phút, ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 100 phút. Tất cả 100% trường hợp sử dụng 3 trocar (1 trocar 10mm và 2 trocar 5mm). Phương pháp xử lý bao thoát vị gồm có 83(87,4%) bệnh nhân bao thoát vị được kéo về phía ổ bụng, 12 (12,6%) cắt ngang bao thoát vị. Khâu phục hồi phúc mạc bằng chỉ Vicryl 3.0 cho 92(97,9%) và 3(2,1%) bệnh nhân dùng chỉ V-Lock 3.0. Có 65(68,4%) bệnh nhân sử dụng lưới kích thước 8x13cm và 30(31,6%) bệnh nhân dùng lưới 7,5 x13cm. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ.

Thời gian trở lại hoạt động bình thường trung bình là $1,8 \pm 0,8$ ngày. Mức độ đau ngày thứ nhất có 98,9% đau nhiều và rất đau, 1,1% đau vừa; ngày thứ hai có 10,5% đau rất nhiều, 37,4% đau nhiều, 53,7% đau vừa phải và 1,1% đau nhẹ; mức độ đau ngày thứ ba chủ yếu là đau nhẹ với 98,9%. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là $4,1 \pm 1,1$ ngày. Biến chứng sau mổ có 3(3,2%) bí tiểu 1(1,1%) tụ dịch bẹn-bìu. Trong thời gian tháng đầu sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận thêm 2 bệnh nhân tụ dịch

vùng bẹn bìu (2,1%), và 2 bệnh nhân xuất hiện tràn dịch màng tinh hoàn (2,1%), những bệnh nhân này được điều trị khỏi bằng nội khoa. Thời gian nằm viện sau mổ $5,3 \pm 1,3$ ngày (từ 2 đến 11 ngày).

Kết quả theo dõi sau mổ 1 tháng có 9(9,5%) bệnh nhân đau vùng bẹn, 1 (1,1%) bệnh nhân đau kèm tê bì vùng bẹn. Kết quả tái khám 3 tháng sau mổ: có 5(5,3%) bệnh nhân đau vùng bẹn trong đó 3(3,2%) bệnh nhân đau kèm theo tê bì vùng bẹn. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 17,2 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 3(3,2%) bệnh nhân đau mãn tính vùng bẹn, không có bệnh nhân tê bì vùng bẹn, 1(1,1%) bệnh nhân bán tắc ruột sau mổ 7 tháng. Kết quả điều trị đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 96,8% xếp loại tốt.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đã trở thành một trong những lựa chọn phổ biến và mang tính thời sự. Một trong những vấn đề tồn tại lớn nhất hiện nay được nhiều phẫu thuật viên quan tâm là cố định hay không cố định lưới thoát vị, bởi nhiều công trình nghiên cứu đã chỉ ra việc cố định lưới bằng chỉ khâu hoặc bằng vật liệu không tiêu (Protack) làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh dẫn đến đau mạn tính sau này. Phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc (TAPP) dường như là một giải pháp để khắc phục tồn tại đó. Trong khoảng thời gian 2 năm từ tháng 6/2020 đến tháng 06/2022, chúng tôi phẫu thuật cho 95 bệnh nhân nam giới thoát vị bẹn 1 bên bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc (TAPP). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $59,5 \pm 14,5$ tuổi tương đương với độ tuổi trong báo cáo của Xiaoqiang Zhu (2020)[3] phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc cho 50 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $58,92 \pm 15,69$.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số BMI trung bình là $21,9 \pm 1,6$ kg/m² thấp hơn trong nghiên cứu của Jan [4] $26,1 \pm 3,67$ kg/m². Tình trạng béo phì thừa cân là một trong những yếu tố không thuận lợi cho các phẫu thuật nội soi ổ bụng, tuy nhiên đối với mổ nội soi trong phúc mạc điều trị thoát vị bẹn thì không ảnh hưởng nhiều bởi vì phẫu trường là khoang trước phúc mạc thành bụng vùng bẹn. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thoát vị bẹn bên phải thường cao hơn bên trái và trong nghiên cứu của chúng tôi có 56,8% là thoát vị bẹn phải, tương tự như trong nghiên cứu của Xiaoqiang Zhu (2020) [3]

có tỷ lệ 59% thoát vị bẹn phải.

Hiện nay, trên thế giới có rất nhiều hệ thống phân loại thoát vị bẹn như: phân loại của Fruchaud (1959), Gilbert (1989), Nyhus (1991)... Tuy nhiên, hệ thống phân loại của Nyhus thì chi tiết hơn và thường được sử dụng rộng rãi vì nó đánh giá không chỉ vị trí, kích thước của lỗ thoát vị mà còn cả sự toàn vẹn của ống bẹn và sàn bẹn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy loại II (74,7%) và loại IIIA (21,1%); loại IIIB (4,2%) và chiếm tỷ lệ lớn là thoát vị trực tiếp. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị thoát vị bẹn là phẫu thuật viên đánh giá được chính xác kiểu thoát vị bẹn (là trực tiếp, gián tiếp hay hỗn hợp dựa vào bó mạch thượng vị dưới), vị trí và kích thước lỗ thoát vị, tình trạng sàn bẹn theo phân loại của Nyhus, giúp cho lựa chọn kích thước lưới nhân tạo phù hợp, tránh bỏ sót thoát vị cùng bên và ở bên đối diện. Với kỹ thuật sử dụng 3 trocar chúng tôi thấy thuận lợi trong quá trình thao tác, đảm bảo đúng nguyên tắc của phẫu thuật nội soi và trong nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào phải sử dụng thêm trocar để trợ giúp cũng như phải chuyển mổ mở. Tác giả Pavol Klobusicky (2015) [5] cũng cùng nhận định như chúng tôi khi thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới ProGrip (lưới tự dính) cho 95 bệnh nhân.

Xử lý bao thoát vị trong mổ nội soi điều trị thoát vị bẹn là một tăng thì thường gây mất thời gian và dễ xảy ra các tai biến. Đại đa số các tác giả đều cho rằng khi thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị thoát vị bẹn thì tốt nhất kéo bao thoát vị vào trong ổ bụng. Những bao thoát vị lớn khó khăn phẫu tích lấy hết thì không nên cố gắng lấy toàn bộ bao thoát vị vì có thể gây tổn thương nặng cho thừng tinh, trong trường hợp này phẫu thuật viên có thể cắt ngang cổ bao thoát vị tại lỗ bẹn sâu, đầu xa để nguyên và phải cầm máu kỹ là đủ. Nghiên cứu của chúng tôi có 87,4% kéo bao thoát vị vào trong ổ bụng thành công.

Kích thước lưới được xem là yếu tố chính trong thoát vị tái phát sau mổ. Sử dụng kích thước lưới đủ lớn để che phủ kín vùng thoát vị là yêu cầu bắt buộc và đối với lưới tự dính thì kích thước lưới phải đủ che phủ xung quanh lỗ thoát vị ít nhất là 2cm đến 3cm. Chúng tôi sử dụng lưới có kích thước 8 x 13cm cho 65 bệnh nhân và lưới có kích thước 7,5cm x 13cm cho 30 bệnh nhân. Kỹ thuật đặt tấm lưới tự dính tương tự như các tác giả trên và luôn đảm bảo lưới tự dính phải đủ che phủ xung quanh lỗ thoát vị ít nhất là 2 đến 3cm.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên

cứu của chúng tôi là $62,6 \pm 13,1$ phút, tương đương với kết quả nghiên cứu của Pavol Klobusicky (2015) [5] thời gian phẫu thuật trung bình là 64 phút và nghiên cứu của Xiaoqiang Zhu (2020) [3] thời gian phẫu thuật trung bình là $63,16 \pm 16,44$ phút. Thời gian phẫu thuật trong mổ nội soi ổ bụng phục hồi thành bụng nói chung là ngắn và phụ thuộc vào nhiều yếu tố như sự khó khăn trong phẫu tích bao thoát vị, sự khó khăn trong trải và cố định tấm lưới. Đặc biệt khi sử dụng tấm lưới tự dính đòi hỏi kỹ năng thao tác và kinh nghiệm của phẫu thuật viên phải tốt thì mới có thể rút ngắn thời gian. Ngoài ra việc đóng lại phúc mạc sau khi đặt lưới nhằm tránh tiếp xúc của lưới với các tạng trong ổ bụng cũng là một tăng thi tiêu tốn nhiều thời gian nếu khâu bằng chỉ, vì với tư thế khâu ngược lên thành bụng trước sẽ là khó khăn cho rất nhiều phẫu thuật viên.

Phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc là một phẫu thuật an toàn, nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ. Pavol Klobusicky (2015) [5] và Xiaoqiang Zhu (2020) [3] cũng có kết quả tương tự, không gặp bất cứ tai biến nào trong quá trình phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật của nghiên cứu là 4,3%, chủ yếu là bí tiểu có 3 bệnh nhân (3,2%), tụ dịch vùng bẹn bìu gặp ở 1 bệnh nhân (1,1%), những biến chứng này điều trị thành công bằng nội khoa mà không cần can thiệp phẫu thuật. Không gặp các biến chứng khác như chảy máu chân trocar, nhiễm trùng vết mổ, tràn khí dưới da, tụ máu, viêm tinh hoàn, tắc ruột sớm sau mổ như trong các báo cáo của các tác giả khác. Ngoài ra khi theo dõi bệnh nhân trong tháng đầu sau phẫu thuật chúng tôi ghi nhận thêm 2 bệnh nhân tụ dịch vùng bẹn bìu (2,1%), và 2 bệnh nhân xuất hiện tràn dịch màng tinh hoàn (2,1%), những bệnh nhân này được điều trị khỏi bằng nội khoa.

Đau là một trải nghiệm hoàn toàn mang tính chủ quan. Vì vậy không thể dự đoán trước cường độ đau và thời gian kéo dài của cơn đau sau phẫu thuật trên bệnh nhân cụ thể. Tuy nhiên, cần phải đánh giá mức độ đau chính xác và sử dụng thuốc giảm đau hợp lý. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá đau dựa theo thang điểm VAS sau mổ đối với các bệnh nhân dựa vào mức độ đau khi sử dụng các loại thuốc giảm đau ghi nhận trong hồ sơ của các bệnh nhân hồi cứu vào các ngày thứ 1, thứ 2 và thứ 3. Kết quả ở ngày thứ 1 có 98,9% bệnh nhân đau vừa và nhiều, mức độ đau được giảm dần theo thời gian và đến ngày thứ 3 sau mổ thì 98,9% bệnh nhân chỉ

còn đau nhẹ. Đánh giá thang điểm VAS đối với các nghiên cứu hồi cứu là một thách thức đối với nhiều nghiên cứu vì sự thiếu sót trong những ghi nhận đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật trên hồ sơ. Vì vậy việc đánh giá mức độ đau trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào sự cố gắng phiên giải từ việc sử dụng thuốc giảm đau sau mổ sang thang điểm VAS là thật sự chưa chính xác và nhiều sai lệch. Những bệnh nhân đau nhiều chủ yếu sử dụng thuốc giảm đau gây nghiện (nhóm OPIOID), hoặc dùng kết hợp 2 loại thuốc giảm đau ở những ngày đầu sau mổ. Những bệnh nhân đau vừa chủ yếu sử dụng thuốc giảm đau không gây nghiện dưới dạng truyền (paracetamol 1g truyền tĩnh mạch). Chúng tôi ghi nhận thời gian sử dụng thuốc giảm đau trung bình là $4,1 \pm 1,1$ (ngày). Nghiên cứu Pavol Klobusicky (2015) [5] đánh giá mức độ đau sau mổ nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn cho thấy thời điểm 1 ngày sau mổ sau mổ không đau 14,74%; đau nhẹ 80%; đau trung bình 5,26% và không có bệnh nhân rất đau hoặc đau không chịu được. Đây là một nghiên cứu tiến cứu nên việc đánh giá mức độ đau sẽ là đáng tin cậy hơn nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu này, thời gian phục hồi vận động được tính từ ngày hậu phẫu thứ 1 đến khi bệnh nhân tự đứng dậy đi lại nhẹ nhàng mà không cần sự trợ giúp của người khác. Kết quả ghi nhận thời gian phục hồi vận động trung bình là $1,8 \pm 0,8$ (ngày), trong đó số bệnh nhân phục hồi vận động ngày thứ nhất và thứ hai chiếm 80%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,3 \pm 1,3$ ngày cao hơn báo cáo của D.Birk (2013) [2] là $2,1 \pm 0,8$ ngày; Pavol Klobusicky (2015) [5] là 1,66 ngày. Chúng tôi cho rằng thời gian nằm viện sau mổ dài hơn có thể là do tâm lý của phẫu thuật viên khi tiếp cận kỹ thuật mới nên muốn giữ bệnh nhân để theo dõi và điều trị, mặt khác do chi phí điều trị của bệnh nhân được bảo hiểm y tế chi trả phần lớn và tâm lý muốn được chăm sóc tốt tại bệnh viện nên bệnh nhân chưa muốn ra viện sớm.

Chúng tôi theo dõi được 100% bệnh nhân tại thời điểm sau mổ 01 tháng và 03 tháng và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu vào tháng 09/2022. Thời gian theo dõi trung bình là 17,2 tháng và lâu nhất là 33 tháng và ngắn nhất là 3 tháng. Bệnh nhân được theo dõi qua 2 hình thức khám trực tiếp và liên hệ thăm khám qua điện thoại. Bệnh nhân khám lại trực tiếp được thăm khám lâm sàng và siêu âm vùng bẹn bìu để phát

hiện các biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi có 5(5,3%) bệnh nhân có biến chứng tại thời điểm 3 tháng sau mổ đều là đau vùng bẹn bìu, trong đó có 3(3,2%) bệnh nhân đau kèm tê bì vùng bẹn. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 3(3,2%) bệnh nhân đau mãn tính vùng bẹn, không còn trường hợp nào có cảm giác tê bì vùng bẹn. Không có trường hợp nào tái phát sau phẫu thuật trong thời gian theo dõi. Trong 3 bệnh nhân đau vùng bẹn có 01 bệnh nhân xuất hiện biến chứng bán tắc ruột sau mổ 7 tháng (1,1%) và được điều trị bằng ngoại khoa mà không cần phẫu thuật. Điều này cho thấy kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị thoát vị bẹn bằng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc ở nghiên cứu của chúng tôi là hiệu quả và an toàn.

V. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt tấm lưới tự dính trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaya, A., et al.**, Comparison of prolene and progrid meshes in inguinal hernia repair in terms of post-operative pain, limitation of movement and quality of life. *Turk J Surg*, 2020. 36(1): p. 48-52.
2. **Birk, D., S. Hess, and C. Garcia-Pardo**, Low recurrence rate and low chronic pain associated with inguinal hernia repair by laparoscopic placement of Parietex ProGrip mesh: clinical outcomes of 220 hernias with mean follow-up at 23 months. *Hernia*, 2013. 17(3): p. 313-20.
3. **Zhu, X., et al.**, A study of the "Swiss-roll" folding method for placement of self-gripping mesh in TAPP. *Minim Invasive Ther Allied Technol*, 2022. 31(2): p. 262-268.
4. **Jan, Z., et al.**, Comparison of Common Postoperative Complications Between Lichtenstein Open Repair and Laparoscopic Transabdominal Pre-peritoneal (TAPP) Repair for Unilateral Inguinal Hernia. *Cureus*, 2021. 13(9): p. e17863.
5. **Klobusicky, P. and D. Hoskovec**, Reduction of chronic post-herniotomy pain and recurrence rate. Use of the anatomical self-gripping ProGrip laparoscopic mesh in TAPP hernia repair. Preliminary results of a prospective study. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 2015. 10(3): p. 373-81.

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ CHỦNG VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH NĂM 2021

Nguyễn Thị Hải¹, Vũ Huy Lượng^{2,3}, Lê Huy Hoàng⁴, Nguyễn Văn An⁵, Lê Hạ Long Hải^{2,3}

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng, gây ra cái chết cho hàng triệu người mỗi năm trên toàn thế giới. Sự lan tràn các chủng vi khuẩn kháng kháng sinh đang là vấn đề cấp bách nhất hiện nay, trực tiếp làm giảm hiệu quả điều trị và sức khỏe người bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định các chủng vi khuẩn thường gặp và mức độ kháng kháng sinh của chúng trong cấy máu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Kết quả:** Trong số 1534 mẫu, 262 mẫu phân lập được vi khuẩn

gây bệnh (17,1%). Các vi khuẩn gây NKH phổ biến nhất là *E. coli* (22,1%), *B. cepacia* (21,8%), *S. aureus* (16,0%) và *K. pneumoniae* (14,1%). Tỷ lệ kháng thuốc ở *E. coli* lần lượt là 51,1-83,0% và 51,1-59,6% đối với Cephalosporin và Fluoroquinolone, trong khi ở *K. pneumoniae* lần lượt là 45,2-61,3% và 29,1-41,9%. Tỷ lệ *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh Betalactamase phổ rộng (ESBL) tương ứng là 23,4% và 16,1%. Các chủng *B. cepacia* nhạy cảm cao với Meropenem (80,7%), Ceftazidime (93,0%) và Trimethoprim-Sulfamethoxazole (96,5%). Tỷ lệ *S. aureus* kháng Methicillin (MRSA) là 69,4%, chưa ghi nhận chủng kháng Vancomycin. **Kết luận:** Các tác nhân gây bệnh hàng đầu là *E. coli*, *B. cepacia*, *S. aureus* và *K. pneumoniae*. Hạn chế sử dụng Cephalosporin trong điều trị NKH do *E. coli* và *K. pneumoniae* mà nên dùng Carbapenem và chất có tác dụng ức chế Betalactamase. Đối với *S. aureus* và *B. cepacia* thì Vancomycin và Trimethoprim-Sulfamethoxazole tương ứng là lựa chọn ưu tiên.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, kháng kháng sinh, *E. coli*, *B. cepacia*, *Klebsiella*, *S. aureus*.

SUMMARY

PREVALANCE AND ANTIMICROBIAL

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Da liễu Trung ương

⁴Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

⁵Học viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023