

V. KẾT LUẬN

Với mục đích nâng cao hiệu quả của phẫu thuật cắt bè củng giác mạc trong điều trị bệnh glôcôm chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu cải tiến kỹ thuật khâu đóng vạt củng mạc bằng mũi chỉ rút nhằm kiểm soát tình trạng tăng nhãn áp sớm sau mổ và hạn chế các biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt bè. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc áp dụng kỹ thuật khâu chỉ rút là một phẫu thuật đạt hiệu quả cao trong quá trình điều trị bệnh glôcôm, 100% các trường hợp sau rút chỉ có mức nhãn áp điều chỉnh. Tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh sau phẫu thuật trung bình là 49.19%. Thị lực ổn định và cải thiện sau phẫu thuật. Độ sâu tiền phòng tốt 100% sau rút chỉ. Bọng thẩm khá và tốt chiếm 89.5%.

Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc với kỹ thuật khâu đóng vạt củng mạc bằng mũi chỉ rút đơn giản, dễ thực hiện, ít biến chứng, không đòi hỏi trang thiết bị phức tạp, đặt tiền nên có thể áp dụng một cách rộng rãi tại các cơ sở nhãn khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R Allingham (1997), "Filtering surgery in the

management of glaucoma", Chandler and Grant's Glaucoma 4th Ed.[edited by] David L Epstein Williams & Wilkins, pp. 516-537.

2. Allan E Kolker, Michael A Kass and Julian L Rait (1994), "Trabeculectomy with releasable sutures", Archives of ophthalmology. 112(1), pp. 62-66.
3. DH Shin (1987), "Removable-suture closure of the lamellar scleral flap in trabeculectomy", Annals of ophthalmology. 19(2), pp. 51-3, 55.
4. Robert N Shaffer, John Hetherington and H Dunbar Hoskins (1971), "Guarded thermal sclerostomy", American journal of ophthalmology. 72(4), pp. 769-772.
5. JS Cohen, RH Osher (1988), "Releasable scleral flap suture", Ophthalmol Clin North Am. 1(2), pp. 187-197.
6. Clive Migdal, Roger Hitchings (1988), "Morbidity following prolonged postoperative hypotony after trabeculectomy", Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina. 19(12), pp. 865-867.
7. S Lin (2006), Building a safer trabeculectomy, BMJ Publishing Group Ltd.
8. E Buskirk (1992), "Mechanisms and management of filtration bleb failure", Australian and New Zealand journal of ophthalmology. 20 (3), pp. 157-162.
9. Usha Kaul Raina, Deven Tuli (1998), "Trabeculectomy with releasable sutures: a prospective, randomized pilot study", Archives of ophthalmology. 116(10), pp. 1288-1293.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2020 - 2022

Đỗ Văn Chiêu¹, Phan Thanh Lương¹, Hoàng Ngọc Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 69 bệnh nhân thoát vị bẹn và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt mảnh ghép tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, từ tháng 10/2020 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** 69 bệnh nhân nam với tuổi trung bình là $54,3 \pm 13,3$ tuổi. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $5,7 \pm 1,8$ ngày (3-8 ngày). Tai biến trong phẫu thuật gặp nhiều nhất là rách phúc mạc chiếm 11,6%. Kết quả xa có 97,1% khá và tốt, 2,9% tái phát. **Kết luận:** Phẫu

thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt mảnh ghép là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn với tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, hoàn toàn ngoài phúc mạc.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR OF INGUINAL HERNIA AT NAM DINH PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL STAGE 2020 - 2022

Objectives: Evaluation of the results of laparoscopic totally extraperitoneal repair of inguinal hernia. **Subjects and methods:** A descriptive study of 69 patients with inguinal hernia and were treated by laparoscopic totally extraperitoneal repair (TEP) at Nam Dinh province's general hospital stage 2020 - 2022. **Results:** 69 male patients with mean age was 54.3 ± 13.3 years old. The postoperative hospital stay was 5.7 ± 1.8 days (3-8 days). The most common surgical complication was peritoneal tear accounts for

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Chiêu

Email: drdochieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

11.6%. Distant results have 97,1% good, 2,9% relapse. **Conclusion:** Laparoscopic totally extraperitoneal repair is a safe and effective method in the treatment of inguinal hernia with low complication and recurrence rates.

Keywords: Inguinal hernia repair, Laparoscopic, Totally Extra Peritoneal (TEP).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn được thường gặp nhiều hơn ở nam giới nhưng có thể xảy ra ở cả hai giới. Nguy cơ thoát vị bẹn suốt đời ở nam là 27 - 43% và 3 - 6% ở nữ [1]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau để điều trị thoát vị bẹn như phẫu thuật mở và nội soi đều có tỉ lệ tái phát thấp khoảng 1 đến 3% [2]. Hiện nay phương pháp phẫu thuật nội soi chủ yếu là phương pháp xuyên ổ bụng vào khoang phúc mạc (TAPP) và phương pháp trước phúc mạc (TEP). Trong đó ưu điểm của sửa chữa TEP là không xâm phạm khoang phúc mạc với quy trình được thực hiện hoàn toàn trong khoang trước phúc mạc. Ngược lại, phẫu thuật TAPP có bất lợi là phải vào ổ bụng nên có thể làm tổn thương tạng trong phúc mạc, gây dính tạng về sau. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng so với phẫu thuật TAPP và phẫu thuật mở, phẫu thuật TEP có nhiều ưu thế hơn hẳn như: thời gian mổ ngắn hơn (40-60 phút), thời gian nằm viện ngắn (1,03-2,38 ngày), tỉ lệ biến chứng thấp, mức độ đau sau mổ, tỉ lệ đau mạn tính, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân và trở lại làm việc đều thấp hơn hẳn [3],[4]. Đặc biệt, phẫu thuật TEP có thể áp dụng cho các thoát vị bẹn 2 bên chỉ với 1 đường vào.

Ở Việt Nam, phẫu thuật TEP bước đầu được áp dụng tại nhiều bệnh viện trên cả nước. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định phẫu thuật TEP được triển khai từ năm 2020. Để góp phần đánh giá về kết quả của phẫu thuật này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2020 - 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 69 bệnh nhân thoát vị bẹn được thực hiện mổ chương trình theo phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định bị thoát vị bẹn có thể một hoặc hai bên từ độ II, IIIa, IIIb và IVa, IVb tái phát

sau lần đầu mổ mở không đặt lưới (theo cách phân loại của Nyhus năm 1991).

- Thoát vị bẹn đơn thuần.
- Đồng ý điều trị đặt lưới nhân tạo ngoài phúc mạc.
- Có bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin và tái khám sau phẫu thuật.
- Liên lạc tái khám được sau phẫu thuật hoặc liên hệ được qua điện thoại

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thoát vị bẹn nghẹt, kẹt.
- Loại I, IIIC (thoát vị đùi).
- Tiền sử phẫu thuật khoang tiền phúc mạc vùng chậu: đặt tấm lưới tái tạo thành bụng, lấy sỏi niệu quản đoạn chậu.
- Có bệnh nội khoa phức tạp như: suy tim, bệnh mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, xơ gan, rối loạn đông máu.
- Tiền sử xạ trị vào vùng chậu.
- Nhiễm trùng toàn thân hoặc khu trú ở vùng chậu.
- Bệnh án không đầy đủ thông tin.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh lý: Tuổi, giới, vị trí thoát vị, phân loại thoát vị bẹn (trực tiếp, gián tiếp, hỗn hợp), phân loại theo Nyhus.
- Kết quả phẫu thuật và theo dõi xa: tai biến phẫu thuật, mức độ đau, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân, thời gian trở lại làm việc, thời gian nằm viện, biến chứng, kết quả chung, tái phát.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu thu thập được 69 bệnh nhân với 100% là nam giới, có tuổi trung bình là $54,3 \pm 13,3$ tuổi. Vị trí thoát vị bẹn phải là 60,9% nhiều hơn bên trái là 39,1%, không có bệnh nhân nào thoát vị bẹn 2 bên. Phần lớn bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp là 84,1%, thoát vị bẹn trực tiếp và hỗn hợp chiếm tỉ lệ ít lần lượt là 13,0% và 2,9%. Bệnh nhân có phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus IIIb là 44,9% chiếm tỉ lệ nhiều nhất, tiếp đến Nyhus II là 40,6%, Nyhus IIIa là 13,0% và thấp nhất Nyhus IV là 1,4%.

Bảng 1: Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân, nằm viện và trở lại làm việc sau phẫu thuật (n = 69)

Đặc điểm	TB ± ĐLC	NN-LN
Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân (giờ)	24,8 ± 8,5	12 - 48
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	5,7 ± 1,8	3 - 8
Thời gian trở lại làm việc (ngày)	18,6 ± 8,3	10 - 37

Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân trung bình sau phẫu thuật là $24,8 \pm 8,5$ giờ (12-48 giờ), số ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $5,7 \pm 1,8$ ngày (3-8 ngày), thời gian trở lại làm việc sau phẫu thuật trung bình là $18,6 \pm 8,3$ ngày (10-37 ngày).

Bảng 2: Tai biến và biến chứng (n = 69)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tai biến	Không	58	84,1
	Rách phúc mạc	8	11,6
	Tổn thương động mạch thượng vị dưới	2	2,9
	Tổn thương ống dẫn tinh	1	1,4
Biến chứng sớm	Bí tiểu	6	8,7
	Chảy máu vết mổ	1	1,4
	Sưng nề tụ dịch bìu	2	2,9
	Tụ dịch dưới lưới	5	7,2
	Tê bì vùng đùi	3	4,3

Tai biến trong mổ xảy ra ở 11 trường hợp chiếm 15,9%, nhiều nhất là tổn thương rách phúc mạc là 11,6%, động mạch thượng vị dưới 2,9% và tổn thương ống dẫn tinh là 1,4%.

Sau mổ có 17 trường hợp gặp biến chứng sớm chiếm tỉ lệ 24,5%, trong đó nhiều nhất là bí tiểu 8,7%, tụ dịch dưới lưới là 7,2%, tê bì vùng đùi là 4,3%, sưng nề tụ dịch bìu là 2,9%, chảy máu vết mổ là 1,4%.

Bảng 3: Kết quả theo dõi và tái khám sau mổ tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (n = 69)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	62	89,9
Tê bì vùng đùi	2	2,9
Đau mạn tính	3	4,3
Tái phát	2	2,9

100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều được theo dõi và tái khám định kỳ sau mổ. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, bệnh nhân được theo dõi ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất là 23 tháng. Kết quả theo dõi tái khám cho thấy có 4,3% bệnh nhân đau mạn tính (3/69 bệnh nhân), 2,9% bệnh nhân tê bì vùng đùi (2/69 bệnh nhân), 2,9% bệnh nhân tái phát thoát vị bẹn (2/69 bệnh nhân) và 89,9% bệnh nhân có kết quả tốt (không có tái phát hay biến chứng).

Bảng 4: Liên quan giữa tái phát và cố định tấm lưới (n = 69)

Cố định lưới	Tái phát		Không		P	OR (95%CI)
	SL	%	SL	%		
Có (n = 10)	1	10,0	9	90,0	0,3	0,2 (0,1-2,7)
Không (n = 59)	1	1,7	58	98,3		
Tổng	2	2,9	67	97,1		

Không có mối liên quan giữa thoát vị bẹn tái phát và cố định tấm lưới khi phẫu thuật TEP với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 69 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn, phẫu thuật thành công 100%, không có chuyển đổi phương pháp phẫu thuật.

Thời gian phục hồi sinh hoạt của cá nhân sớm sau mổ được tính từ khi mổ xong đến khi bệnh nhân tự đứng dậy, tự đi tiểu, tự vệ sinh mà không cần sự giúp đỡ của người khác, xác định dựa vào cách hỏi bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian hồi phục cá nhân sau mổ trung bình của các bệnh nhân là $24,83 \pm 8,49$ giờ, sớm nhất là 12 giờ, muộn nhất là 48 giờ. Như vậy hầu hết bệnh nhân đều phục hồi sinh hoạt cá nhân trong 24 giờ. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật được tính từ ngày được tiến hành phẫu thuật đến ngày bệnh nhân ra viện. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $5,7 \pm 1,8$ ngày (3-8 ngày) và thời gian trở lại làm việc là $18,6 \pm 8,3$ ngày (Bảng 1). Điều này cũng phù hợp với các tác giả khác bởi phauaxu thuật TEP thường ít đau và phục hồi nhanh hơn mổ mở hay phẫu thuật TAPP nên bệnh nhân có thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân hầu hết trong 24 giờ và thời gian nằm viện trung bình tương đối ngắn.

Thủng phúc mạc là tai biến gây nhiều khó khăn cho phẫu thuật viên và là nguyên nhân chính khiến phải chuyển phẫu thuật từ TEP sang TAPP hoặc mổ mở. Thủng phúc mạc trong quá trình phẫu thuật thay đổi từ 4,3% đến 47% trong các báo cáo khác nhau. Theo tài liệu hướng dẫn của Hiệp hội Phẫu thuật thoát vị nội soi Quốc tế 2011 - IEHS [5] thì tỉ lệ thủng phúc mạc trong phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc lên tới 47%. Trong nghiên cứu này tỉ lệ thủng phúc mạc chiếm 15,9% với nguyên nhân chủ yếu là do thao tác bóc túi thoát vị gián tiếp khỏi bó mạch tinh và ống dẫn tinh. Chúng tôi xử trí tai biến này bằng khâu kín lỗ thủng qua nội soi. Tỷ lệ chảy máu trong phẫu thuật của chúng tôi chiếm 2,9% (2/69 bệnh nhân) đều là tổn thương động mạch thượng vị dưới. Bên cạnh đó có 1 bệnh nhân bị tổn thương ống dẫn tinh (Bảng 3). Nguyên nhân chủ yếu đều do khi phẫu tích túi thoát vị gián tiếp lớn. Tất cả các trường hợp đều được xử trí dứt cầm máu kịp thời.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất là bí tiểu

8,7%. Chủ yếu ở bệnh nhân lớn tuổi, có phì đại tiền tuyến tuyến. Các bệnh nhân được đặt thông tiểu lại và rút 2 ngày sau đó đều phục hồi được. Cùng với việc sử dụng những dụng cụ phẫu thuật như trocar để tiếp cận phẫu trường trong quá trình phẫu thuật, biến chứng chảy máu vết mổ, chảy máu tại vị trí trocar thường ít khi gặp. Nghiên cứu của tác giả Wauschkuhn CA [6] cùng cộng sự cho thấy có 18 trường hợp chảy máu ở lỗ trocar ở nhóm thoát vị một bên và 6 trường hợp ở nhóm thoát vị hai bên trong tổng số 10.120 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng [7] cho có 1 trường hợp ở nhóm 3D chảy máu ở lỗ trocar rốn chiếm tỉ lệ 2,8% và 1 trường hợp ở nhóm 2D chiếm tỉ lệ 2,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp chảy máu vết mổ tại lỗ trocar rốn với 1,4%. Trường hợp này chúng tôi chỉ cần thực hiện bằng ép cầm máu và bệnh nhân đã ổn định, xuất viện vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Ngoài ra kết quả của chúng tôi có 3,4% bệnh nhân tê bì vùng đùi, vấn đề này có thể do tổn thương thần kinh trong quá trình bóc tách và xử lý bao thoát vị. Nghiên cứu còn có 5 trường hợp tụ dịch dưới lưới chiếm 7,2% được phát hiện qua siêu âm và 2,9% bệnh nhân sưng nề tụ dịch vùng bìu là do bóc tách xa bao thoát vị lớn mặc dù trước khi khâu kiểm tra các thành phần bình thường nhưng sau mổ vẫn sưng vài ngày và khỏi khi điều trị nội khoa. Tỉ lệ hình tụ dịch vùng bẹn bìu sau khi phẫu thuật TEP là 5 - 7% và phổ biến hơn sau khi bóc tách nhiều trong cả thoát vị gián tiếp và trực tiếp lớn [8]. Tụ dịch vùng bẹn bìu thường sẽ tự khỏi theo thời gian và không cần chọc hút trừ khi có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc khó chịu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân này đều được điều trị nội khoa và ổn định ra viện, không có bệnh nhân nào cần chọc hút và không có nhiễm trùng.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều được theo dõi sau mổ. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, bệnh nhân được theo dõi ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất là 23 tháng. Biến chứng xa sau mổ có 4,3% bệnh nhân đau mạn tính, 2,9% bệnh nhân tê bì vùng đùi. Nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp 3/69 bệnh nhân đau sau mổ, 3 bệnh nhân này chỉ đau khi vận động mạnh hoặc mang vác nặng, nghỉ ngơi thì hết. Đau sau mổ có 2 tình huống là đau có định khu rõ ràng thường do tổn thương nhánh thần kinh trong quá trình phẫu thuật; hoặc đau không có hệ thống xảy ra do hiện tượng xơ sẹo hóa tấm nhân tạo. Biến chứng xa trong nghiên cứu của Phan Đình Tuấn Dũng [7] 12 tháng sau mổ biến chứng đau và tê

vùng mổ là 6,8%.

Thoát vị tái phát luôn là vấn đề rất được quan tâm trong tất cả các nghiên cứu về điều trị thoát vị bẹn. Đây là một trong những biến chứng thể hiện kết quả xấu của phẫu thuật. Tùy theo kỹ thuật phẫu thuật mà tình trạng tái phát có những tỉ lệ khác nhau, theo đa số tác giả thì tỉ lệ tái phát khoảng từ 0 – 10% [9]. Theo hầu hết tác giả, có nhiều nguyên nhân gây nên thoát vị tái phát, nhưng phần lớn đều là do lỗi kỹ thuật, điều này phụ thuộc rất lớn vào kinh nghiệm của các phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 bệnh nhân tái phát có 1 bệnh nhân được sử dụng tấm lưới kích thước nhỏ 6x11cm và được cố định tấm lưới bằng protack. 2 bệnh nhân này đều thuộc những ca mổ đầu tiên khi mà phẫu thuật viên còn chưa nhiều kinh nghiệm, thêm vào đó việc phẫu tích không đủ rộng cũng như dùng tấm lưới kích thước nhỏ cũng góp phần vào nguyên nhân gây ra tái phát. Nghiên cứu của Manjunath Siddaiah-Subramanya [10] chỉ ra rằng tái phát có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào sau khi phẫu thuật thoát vị bẹn. Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân như BMI cao, hút thuốc lá, tiểu đường và nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật làm tăng nguy cơ tái phát. Trong số các yếu tố phẫu thuật, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật, lưới lớn hơn với sự chồng chéo mô tốt hơn và kỹ thuật phẫu thuật cẩn thận giảm tỉ lệ tụ dịch hoặc tụ máu giúp giảm tỉ lệ tái phát. Các yếu tố khác bao gồm loại lưới và sự cố định của lưới không cho thấy bất kỳ sự khác biệt nào về tỉ lệ tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận không có sự liên quan giữa tái phát thoát vị bẹn và cố định hay không cố định tấm lưới (Bảng 5).

Như vậy với kết quả đạt được nhận thấy rằng phẫu thuật TEP là một phương pháp an toàn, hiệu quả và triển khai tốt trong điều trị thoát vị bẹn.

V. KẾT LUẬN

Qua 69 bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2018-2022, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật thành công 100%, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp, không có tử vong. Phẫu thuật TEP là phương pháp an toàn, tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. Kỹ thuật thực hiện an toàn, hiệu quả triển khai tốt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **HerniaSurge G.** International guidelines for groin hernia management. *Hernia*; 2018; 22: 1–165.2
2. **Haladu N, Alabi A, Brazzelli M, et al.** Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. *Surg Endosc.* 2022;36(7):4685-4700.
3. **Lương Minh Hải, Vương Thừa Đức.** Đánh giá kỹ thuật đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc (NSNPM) trong điều trị thoát vị bẹn. *Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh.* 2010. 603-609.
4. **Aiolfi A, Cavalli M, Micheletto G, et al.** Primary inguinal hernia: systematic review and Bayesian network meta-analysis comparing open, laparoscopic transabdominal preperitoneal, totally extraperitoneal, and robotic preperitoneal repair. *Hernia.* 2019; 23(3):473-484.
5. **Bittner R., Arregui M. E., Bisgaard T. et al.** Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc.* 2011; 25, pp.2773- 2843.
6. **Wauschkuhn CA, Schwarz J, Boekeler U, et al.** Laparoscopic inguinal hernia repair: gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc.* 2010; 24(12):3026-30.
7. **Phạm Đình Tuấn Dũng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp. Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược – Đại học Huế. 2017.
8. **Aiolfi A, Cavalli M, Micheletto G, et al.** Robotic inguinal hernia repair: is technology taking over? Systematic review and meta-analysis. *Hernia.* 2019; 23(3):509-519.
9. **Ortenzi M, Williams S, Solanki N, et al.** Laparoscopic repair of inguinal hernia: retrospective comparison of TEP and TAPP procedures in a tertiary referral center. *Minerva Chir.* 2020; 75(5):279-285.
10. **Siddaiah-Subramanva M. Ashrafi D. Memon B, et al.** Causes of recurrence in laparoscopic inguinal hernia repair. *Hernia.* 2018;22(6):975-986.

KẾT QUẢ SINH THIẾT GAI RAU QUA DA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Sim¹, Nguyễn Đức Anh¹, Phạm Thế Vương¹

TÓM TẮT

Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 2-3% trẻ sinh ra được phát hiện mắc bệnh di truyền, dị tật bẩm sinh. Sinh thiết gai rau, chọc hút dịch ối và lấy máu dây rốn là các kỹ thuật được sử dụng để chẩn đoán thai nghi ngờ bất thường về di truyền, trong đó, sinh thiết gai rau (CVS) mang lại hiệu quả chẩn đoán sớm, giúp thai phụ và gia đình không phải chờ đợi lâu, và có hướng xử trí sớm tùy theo tình trạng của thai. Kỹ thuật yêu cầu phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, trang thiết bị thực hiện cũng cần được đầu tư kỹ lưỡng, tại Việt Nam hiện chỉ một số cơ sở y tế tuyến cuối thực hiện được. Tại Đơn vị Can thiệp bào thai - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi đã học hỏi quy trình kỹ thuật sinh thiết gai rau từ Bệnh viện Necker thuộc Cộng hòa Pháp và bước đầu áp dụng thực hiện từ Tháng 1 năm 2022 đến nay. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả sinh thiết gai rau tại Đơn vị Can thiệp bào thai - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 20 thai kỳ được chỉ định sinh thiết gai rau tại Đơn vị Can thiệp bào thai - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện bất thường cao: 12/20 trường hợp. Phát hiện đa dạng các bất thường di truyền: lệch bội nhiễm sắc thể (NST), đột biến cấu trúc NST, bệnh đơn gen. Tai biến sau thủ

thuật: Chưa ghi nhận trường hợp nào. 12 trường hợp được đình chỉ thai bất thường sớm ở tuần 13-15. **Kết luận:** Sinh thiết gai rau giúp chẩn đoán sớm các bất thường di truyền của thai, sớm hơn 3-5 tuần so với chọc hút ối. Áp dụng để chẩn đoán trước sinh các bệnh lý di truyền đơn gen như tan máu bẩm sinh thalassemia, loạn dưỡng cơ Duchenne/Becker, bệnh teo cơ tủy, bệnh Pompe và một số bệnh rối loạn chuyển hóa khác không có phương pháp điều trị đặc hiệu, đồng thời áp dụng để chẩn đoán các trường hợp nguy cơ cao bất thường số lượng và cấu trúc nhiễm sắc thể, đặc biệt là các trường hợp sàng lọc không xâm lấn (NIPS) nguy cơ cao Trisomy 21, 18, 13 có kèm theo các bất thường hình thái điển hình trên siêu âm, các trường hợp tăng khoảng sáng sau gáy trên bách phân vị thứ 95 theo chiều dài đầu mông.

Từ khóa: sinh thiết gai rau, chẩn đoán trước sinh, đột biến nhiễm sắc thể, đột biến đơn gen.

SUMMARY

THE RESULT OF CHORIONIC VILLUS SAMPLING AT PHU SAN HA NOI HOSPITAL

In Vietnam, it is estimated that every year about 2-3% of babies are born with genetic diseases and birth defects. Chorionic villus sampling, amniocentesis and fetal blood sampling are performed to diagnose the fetuses with suspected genetic abnormalities. In which, chorionic villus sampling technique is effective in early diagnosis. The technique requires experienced surgeons, The technique requires experienced surgeons, and the equipment to perform it also needs to be carefully invested. In Vietnam, only a few medical facilities do it. At Fetal Intervention Unit

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Sim

Email: bacsisim@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023