

chất... tuy nhiên khi hàng rào này bị "yếu" (chức năng miễn dịch bị giảm) thì hàng rào bảo vệ thứ hai của cơ thể đó là các tế bào tham gia miễn dịch tự nhiên. Chỉ số miễn dịch da tăng chiếm 63,3% các trường hợp bệnh. Lý giải về điều này, chúng tôi cho rằng: Chỉ số miễn dịch da tăng cũng phản ánh đúng tình trạng đáp ứng miễn dịch da tại vị trí thương tổn, đó là sự tác động của tế bào Langerhans. Tế bào Langerhans là tế bào thực bào đơn nhân có mặt ở tất cả các lớp biểu bì trừ lớp sừng, có tác dụng bảo vệ chống lại tác nhân gây bệnh khi tiếp xúc bề mặt da. Quá trình đáp ứng miễn dịch cũng xảy ra ở lớp nhú bì, trung bì đặc biệt là xung quanh các mạch máu. Sự xuất hiện tác nhân gây bệnh trên bề mặt da, đã huy động số lượng tế bào Lympho T ở da nhiều lên đến tương tác với tác nhân. Đáp ứng miễn dịch da xảy ra đã tạo nên rào cản không cho tác nhân xâm nhập sâu hơn nữa thông qua việc sử dụng các tín hiệu hóa học [5]. Điều đó cho thấy đáp ứng miễn dịch của da được hiệu chỉnh bởi các tác nhân có mặt tại một vùng da nhất định. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy phù hợp với các tác giả Naik S, Bouladoux N [3].

Tình trạng tăng đáp ứng miễn dịch da của người bệnh cho thấy tác nhân đã xâm nhập vào cơ thể làm cho cơ thể có tình trạng phản ứng lại gây nên các biểu hiện lâm sàng như: Ngứa da, đỏ da,... của bệnh viêm da cơ địa.

Nghiên cứu đã xác định có mối tương quan thuận giữa chỉ số giãn mao mạch da với giai đoạn lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ địa

(bảng 3). Điều này theo chúng tôi cũng là phù hợp trong bệnh viêm da cơ địa vì sự giãn mao mạch, tăng phù nề làm da đỏ và tăng nhiệt độ da ngay tại vùng tổn thương nóng lên do bị kích thích với các mức độ khác nhau vốn cũng là đặc trưng của bệnh viêm da cơ địa ở giai đoạn cấp tính [2].

V. KẾT LUẬN

1. Có hiện tượng rối loạn một số chỉ số sinh học trên da của bệnh nhân viêm da cơ địa (tăng hoặc giảm) so với người bình thường; Các chỉ số tăng gồm: miễn dịch da, gốc tự do, mất độ ẩm da, mỡ da, sừng da, melanin; Các chỉ số giảm: collagen, đàn hồi da.

2. Có mối tương quan thuận giữa chỉ số giãn mao mạch da với các giai đoạn lâm sàng trên bệnh nhân viêm da cơ địa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Các nguyên lý nội khoa của Harrison tập I - NXB Y học Hà Nội 1999, tr 402-465.
2. Rona M. Mackie (2002), Lâm sàng Da liễu - NXB Y học Hà Nội 2002, tr 74-83.(Tài liệu biên dịch, Bác sĩ Bích Thủy; Bác sĩ Hải Yến).
3. Naik S et al (2015). "Synergistic interaction of mononuclear phagocytes in the identification of specific skin immune markers", Nature 520 (7545): 104-8
4. Hội nghị Da liễu Châu Âu lần thứ 19 (EADV), "Điều trị Viêm da cơ địa: Không chỉ là trị ngứa da". Tóm tắt những điểm thảo luận chính của Hội nghị chuyên đề, tr 21-23.
5. Beck LA et al (2014). Dupilumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. N. Engl. J. Med; 371:130-9

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN

Đỗ Văn Chiêu¹, Phan Thanh Lương¹, Hoàng Ngọc Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý và một số yếu tố liên quan đến kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp:**

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.SĐT: 0975.244.625

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023

Nghiên cứu thu thập được 69 bệnh nhân nam từ 18 tuổi trở lên, có thoát vị bẹn và được điều trị bằng phẫu thuật TEP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, từ tháng 10/2020 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $54,3 \pm 13,3$ tuổi. Vị trí thoát vị bên 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%, Nyhus II và IIIb là 85,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $65,2 \pm 13,0$ phút. Thời gian phẫu thuật kéo dài có liên quan đến nhóm thoát vị bẹn gián tiếp, Nyhus IIIb-IV và nhóm có thời gian mắc TVB kéo dài > 1 năm. **Kết luận:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt mảnh ghép điều trị thoát vị bẹn là phương

pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, TEP.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DISEASE AND SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS APPLYING LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR FOR INGUINAL HERNIA TREATMENT

Objectives: Describe pathological characteristics and some factors related to the results of applying laparoscopic totally extraperitoneal repair for inguinal hernia treatment. **Subjects and methods:** The study collected 69 male patients aged 18 years or older, with inguinal hernia and treated with TEP surgery at at Nam Dinh province's general hospital from October 2020 to June 2022. **Results:** The mean age was 54.3 ± 13.3 years old. The right hernia position is 60.9% more than the left side is 39.1%, there are no patients with bilateral inguinal hernia. The majority of patients with indirect inguinal hernia are 84.1%. Patients with inguinal hernia classification Nyhus IIIb was 44.9%, accounting for the highest rate, followed by Nyhus II 40.6%, Nyhus IIIa 13.0% and the lowest Nyhus IV was 1.4%. The mean surgical time was 65.2 ± 13.0 minutes (40-90 minutes). Long surgical time was associated with indirect inguinal hernia group, Nyhus IIIb-IV group and group with disease duration > 1 year. **Conclusion:** The application of laparoscopic completely extraperitoneal graft placement for inguinal hernia treatment is safe and effective. **Keywords:** Inguinal hernia repair, Laparoscopic, TEP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn thế giới, mỗi năm có hơn 20 triệu bệnh nhân bị thoát vị bẹn (TVB) và được phẫu thuật [1],[2]. Sửa chữa TVB bằng phẫu thuật Lichtenstein là phẫu thuật được thực hiện phổ biến kể từ lần mô tả đầu tiên vào đầu những năm 90. Do sự ra đời của các nền tảng phẫu thuật sáng tạo, kỹ thuật phẫu thuật đã phát triển và phẫu thuật nội soi qua ổ bụng trước phúc mạc (TAPP) và phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đã xuất hiện. So với kỹ thuật Lichtenstein, các phương pháp xâm lấn tối thiểu giảm nguy cơ biến chứng liên quan đến vết mổ, giảm đau sớm sau phẫu thuật, quay trở lại làm việc và đau mãn tính so với phương pháp mổ mở [3]. 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.

Ở Việt Nam, phẫu thuật TEP bước đầu được áp dụng tại nhiều bệnh viện trên cả nước và chủ yếu ở các bệnh viện tuyến Trung ương. Tại Bệnh

viện Đa khoa tỉnh Nam Định phẫu thuật TEP được triển khai từ năm 2020. Để góp phần đánh giá về ứng dụng của phẫu thuật này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm bệnh lý và một số yếu tố liên quan đến kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị TVB.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 69 bệnh nhân TVB 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 TVB 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).

- TVB đơn thuần, có bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin

- Đồng ý điều trị đặt lưới nhân tạo ngoài phúc mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ

- TVB 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, xạ trị vào vùng chậu.

- Có bệnh nội khoa phức tạp, nhiễm trùng toàn thân hoặc khu trú ở vùng chậu.

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

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh lý: Tuổi, giới, BMI, lý do vào viện, thời gian mắc bệnh, phân loại TVB theo vị trí giải phẫu (trực tiếp, gián tiếp), theo Nyhus.

- Ứng dụng kỹ thuật mổ: Đặt trocar rốn, cách xử lý thoát vị, loại lưới và kích thước lưới, có cố định lưới, đặt dẫn lưu, thời gian phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022, nghiên cứu thu thập được 69 bệnh nhân với 100% là nam giới.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 69)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	TB ± ĐLC (Nhỏ nhất- Lớn nhất)	54,3 ± 13,3 (20-81)	
	18 - 40	10	14,4
	41 - 60	39	56,5
	> 60	20	29,0

BMI	Bình thường	51	73,9
	Thừa cân	18	26,1
Lý do vào viện	Khối phòng vùng bẹn	67	97,1
	Khối phòng kèm đau vùng bẹn	2	2,9
Thời gian mắc bệnh	≤ 6 tháng	30	43,5
	7- <12 tháng	10	14,5
	1 năm - 5 năm	25	36,2
	> 5 năm	4	5,8

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $54,3 \pm 13,3$ tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi từ 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có BMI bình thường nhiều hơn với 73,9% còn lại thừa cân là 26,1%. Không có bệnh nhân nào có BMI thuộc nhóm gầy hay béo phì. Phần lớn bệnh nhân vào viện với lý do xuất hiện khối phòng vùng bẹn chiếm 97,1%. Nhóm có thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng nhiều nhất là 43,5% và thấp nhất là > 5 năm với 5,8%.

Bảng 2: Phân loại thoát vị bẹn của đối tượng nghiên cứu (n = 69)

PL thoát vị bẹn		Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí thoát vị	Bên trái	27	39,1
	Bên phải	42	60,9
	Cả 2 bên	0	0
PL cổ điển	Trực tiếp	9	13,0
	Gián tiếp	58	84,1
	Hỗn hợp	2	2,9
PL theo Nyhus	I	0	0
	II	28	40,6
	IIIa	9	13,0
	IIIb	31	44,9
	IV	1	1,4

Bảng 4: Liên quan giữa thời gian mổ với một số đặc điểm thoát vị bẹn

Đặc điểm	Thời gian mổ (phút)				
	Số lượng	TB ± ĐLC	Ngắn nhất	Dài nhất	p
Loại thoát vị (n = 67)	Trực tiếp	9	46,7 ± 8,7	40	0,001
	Gián tiếp	58	68,1 ± 11,3	50	
Phân loại Nyhus (n = 69)	II	28	60,4 ± 7,9	50	0,001
	IIIa	9	46,7 ± 8,7	40	
	IIIb	31	74,2 ± 8,9	60	
	IV	1	90,0	90	
	II	28	60,4 ± 7,9	50	
BMI	Bình thường	51	66,1 ± 9,8	50	0,4
	Thừa cân	18	62,8 ± 19,7	40	
Thời gian mắc bệnh (n = 69)	≤ 6 tháng	30	57,3 ± 10,4	40	0,001
	7- <12 tháng	10	58,0 ± 7,9	40	
	1-5 năm	25	74,8 ± 8,2	60	
	Trên 5 năm	4	82,5 ± 9,6	70	

Khi xét trên 67 trường hợp TVB gồm cả trực tiếp và gián tiếp (loại 2 trường hợp thoát vị hỗn

Vị trí thoát vị bên phải là 60,9% nhiều hơn bên trái là 39,1%, không có bệnh nhân nào TVB 2 bên. Phần lớn bệnh nhân TVB gián tiếp là 84,1%, TVB trực tiếp và hỗn hợp chiếm tỷ lệ ít lần lượt là 13,0% và 2,9%. Bệnh nhân có phân loại Nyhus IIIb là 44,9% chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tiếp đến Nyhus II là 40,6%, Nyhus IIIa là 13,0% và thấp nhất Nyhus IV là 1,4%.

Bảng 3: Đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật TEP (n = 69)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %	
Đặt Trocar rốn	Thuận lợi	47	68,1	
	Khó khăn	22	31,9	
Xử lý túi thoát vị	Buộc, cắt cổ bao thoát vị	11	15,9	
	Làm nơ chỉ, thắt và cắt cổ bao thoát vị	58	84,1	
Loại lưới và kích thước	2D	Polypropylene 6x11cm	2	2,9
		Polypropylene 10x15cm	8	11,6
	3D	1,3 x 15,7cm	59	85,5
Cố định tấm lưới	Không	59	85,5	
	Có	10	14,5	
Đặt dẫn lưu	Không	59	85,5	
	Có	10	14,5	
Thời gian phẫu thuật (phút)		$65,2 \pm 13,0$		
TB ± ĐLC (Nhỏ nhất - Lớn nhất)		(40 - 90)		

Có 68,1% bệnh nhân đặt trocar rốn thuận lợi và 31,9% đặt khó khăn. Xử lý bao thoát vị thì chủ yếu là thắt và cắt cổ bao thoát vị với 84,1%. Loại lưới sử dụng nhiều nhất là 3D 1,3 x 15,7cm với 85,5% và có 14,5% có cố định tấm lưới. Thời gian phẫu thuật trung bình là $65,2 \pm 13,0$ phút, ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 90 phút.

hợp) cho thấy thời gian mổ trung bình của thoát vị trực tiếp ngắn hơn thoát vị gián tiếp có ý

nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Thực hiện kiểm định one-way anova so sánh thời gian mổ giữa các nhóm phân loại Nyhus và thời gian mắc bệnh khác nhau thấy có sự khác biệt về thời gian mổ giữa các nhóm với $p = 0,001$. Tiếp tục thực hiện kiểm định Post Hoc Test thấy thời gian mổ ở nhóm Nyhus IIIb và IV dài hơn nhóm Nyhus II và IIIa, nhóm thoát vị từ 1-5 năm và > 5 năm dài hơn nhóm có thời gian thoát vị < 6 tháng và 7-<12 tháng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thu thập được 69 bệnh nhân nam, được 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 có tuổi trung bình là $54,3 \pm 13,3$ tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi từ 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có BMI bình thường nhiều hơn với 73,9% còn lại thừa cân/ béo phì là 26,1%. Không có bệnh nhân nào có BMI thuộc nhóm gầy hay béo phì. Có 97,1% bệnh nhân vào viện với triệu chứng xuất hiện khối phồng vùng bẹn chiếm phần lớn và chỉ có 2,9% là bệnh nhân vào viện với triệu chứng khối phồng kèm cảm giác đau nhẹ vùng bẹn thoát vị. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh có thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng nhiều nhất là 43,5%, tiếp đến là < 5 năm với 36,2%, 7-<12 tháng là 14,5%, thấp nhất là > 5 năm với 5,8%. Vị trí thoát vị bên phải là 60,9% nhiều hơn bên trái là 39,1%, không có bệnh nhân nào TVB 2 bên. Phần lớn bệnh nhân TVB gián tiếp là 84,1%, TVB trực tiếp và hỗn hợp chiếm tỉ lệ ít lần lượt là 13,0% và 2,9%. Bệnh nhân có phân loại TVB 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).

Phẫu thuật TVB TEP bắt đầu bằng trocar vào bụng ở bên cạnh rốn rồi mới mở ra phẫu trường để quan sát bóc tách và tiến hành phẫu thuật sửa chữa. Trong nghiên cứu có 68,1% bệnh nhân đặt trocar rốn thuận lợi và 31,9% đặt khó khăn. Những trường hợp đặt trocar rốn khó khăn thường do trong 1 số trường hợp biến đổi giải phẫu và nhận định ban đầu sai khoang trước phúc mạc thực sự. Việc vào bụng khó thường kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ rách phúc mạc. Quan trọng trong phẫu thuật TEP là tạo khoang tiền phúc mạc đủ rộng mới có phẫu trường thao tác, nó có ý nghĩa quan trọng quyết định thời gian phẫu thuật và nguy cơ tai

biến xảy ra. Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân đều được tạo khoang trước phúc mạc bằng cách bóc tách bằng ngón tay và khí CO₂. Có 15,9% bao thoát vị được xử lý bằng cách buộc, cắt cổ bao và 15,9% là làm nơ chỉ, thắt và cắt cổ bao. Vào thời điểm bắt đầu triển khai kỹ thuật, chúng tôi sử dụng loại lưới Polypropylene 6 x 11 cm và Polypropylene 10 x15 cm với tỷ lệ lần lượt là 2,9% và 11,6%. Với 2 lưới này phẫu thuật viên đã cố định lưới vào thành bụng trước, cung đùi và củ mu để tránh di lệch (14,5%). Sau đó chúng tôi thay thế sử dụng bằng loại lưới 3D 1,3 x 15,7 cm có nhiều ưu điểm hơn và không cần cố định với tỷ lệ là 85,5%. Ngoài ra, nghiên cứu có 10/69 bệnh nhân được đặt dẫn lưu khoang Retzius áp lực âm để dẫn lưu dịch và đề phòng chảy máu sau mổ (Bảng 2).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là $65,2 \pm 13,0$ phút (Bảng 3). Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật TEP dao động trong khoảng 40 - 100 phút [4],[5]. Loại trừ các yếu tố tai biến, thì khi kinh nghiệm, kỹ năng của phẫu thuật viên được nâng cao thì thời gian phẫu thuật sẽ càng được rút ngắn lại. Nghiên cứu của tác giả Malik AM [6] và cộng sự cho thấy với kinh nghiệm của phẫu thuật viên tăng dần thì thời gian phẫu thuật TEP sẽ được rút ngắn lại. Xét đến khía cạnh các đặc điểm bệnh lý, trong nghiên cứu ghi nhận thời gian mổ trung bình của thoát vị trực tiếp ngắn hơn thoát vị gián tiếp có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Thời gian mổ trung bình của thoát vị nhóm IIIb và nhóm IV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II và IIIa. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước khác như Nguyễn Trường Giang [7] và Malik AM [6]. Trong TVB gián tiếp thì phẫu thuật viên cần bóc tách túi thoát vị, nên thời gian mổ sẽ kéo dài hơn thoát vị trực tiếp. Đặc biệt khi trên các TVB gián tiếp với Nyhus IIIb là thoát vị đã xuống bìu, hoặc TVB tái phát với Nyhus IV thì việc bóc tách kéo dài và phức tạp hơn, chính vì vậy kéo dài thời gian phẫu thuật hơn nhóm còn lại.

Khi so sánh về thời gian mắc bệnh với phân loại Nyhus và thời gian phẫu thuật, chúng tôi thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân có thoát vị bẹn nhóm IIIb tăng dần theo thời gian mắc thoát vị bẹn của bệnh nhân với $p = 0,001$ và thời gian mổ ở nhóm thoát vị từ 1-5 năm và > 5 năm dài hơn nhóm có thời gian thoát vị < 6 tháng và 7-<12 tháng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ (Bảng 4). Trong thoát vị gián tiếp, khối thoát vị còn nhỏ nó chỉ làm giãn rộng lỗ bẹn sâu, nhưng khi khối thoát vị lớn sẽ gây ảnh hưởng thành sau ống

bẹn, khi đó khối thoát vị đẩy bó mạch thượng vị dưới vào trong và choán chỗ từ hố bẹn trong, làm cho lỗ bẹn sâu toác rộng về phía trong và đẩy rộng ống bẹn về phía lỗ bẹn nông, gây TVB - bìu. Như vậy, thời gian bệnh nhân đến điều trị TVB càng muộn, rõ ràng sẽ gây ra không ít khó khăn khi tiến hành phẫu thuật đặc biệt là quá trình phẫu tích. Do đó khi đã được chẩn đoán TVB thì bệnh nhân nên được phẫu thuật sớm, qua đó có thể hạn chế tối đa các biến chứng kẹt, nghẹt cũng như tạo điều kiện thuận lợi hơn cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật và phẫu tích. Như vậy, thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật TEP trong điều trị TVB là từ 40 đến 100 phút. Khi đã loại trừ kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tai biến thì các yếu tố bệnh lý như: loại thoát vị, kích cỡ túi thoát vị và thời gian mắc TVB có liên quan đến thời gian trung bình của phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 69 bệnh nhân TVB được điều trị bằng phẫu thuật TEP tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định (2018-2022) có đặc điểm bệnh lý như sau: Phần lớn bệnh nhân vào viện với lý do xuất hiện khối phồng vùng bẹn (97,1%), có thời gian mắc bệnh ≤ 6 tháng (43,5%), vị trí thoát vị bên phải (60,9%), TVB gián tiếp (84,1%), Nyhus II và IIIb (85,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $65,2 \pm 13,0$ phút. Các yếu tố bệnh lý làm kéo dài thời gian phẫu thuật bao gồm nhóm TVB gián tiếp, Nyhus IIIb-IV và thời gian mắc TVB > 1 năm. Phẫu thuật TEP đã được thực hiện an toàn,

hiệu quả triển khai tốt tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The HerniaSurge Group.** International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165.
2. **Kingsnorth A and LeBlanc K.** Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003;362(9395):1561-1571.
3. **Aiolfi A, Cavalli M, Del Ferraro S, et al.** Treatment of inguinal hernia: systematic review and updated network meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg*. 2021.
4. **Agca B, Iscan Y and Memisoglu K.** Early results of comparison of polypropylene mesh and 75% resorbable mesh (monofilament polypropylene and poly-L-lactic acid (PLLA) mesh) for laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair. *North Clin Istanb*. 2019 Oct 24; 6(4):388-392.
5. **Tiwary SK, Kumar S, More R.** A study of contralateral occult inguinal hernia in adult male patients undergoing total extraperitoneal herniorrhaphy. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(6):2975-2979.
6. **Malik AM, Hussain Talpur KA, Soomro AG, et al.** A Walk along the Learning Curve of Totally Extra-Peritoneal (TEP) Repair of Inguinal Hernia. *Surgery Curr Res*. 2012, 2:116.
7. **Nguyễn Trường Giang, Trần Hiếu Học, Nguyễn Minh Tuấn và cộng sự.** Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018. 471(1):1-4.
8. **Park BS, Rvu DY, Son GM, et al.** Factors influencing on difficulty with laparoscopic total extraperitoneal repair according to learning period. *Ann Surg Treat Res*. 2014;87(4):203-8.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TỪ MẪU MÁU CUỐNG RỖN THAI NHI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Sim¹, Phạm Thế Vương¹, Dương Hồng Chương¹, Vương Thị Bích Thủy¹, Nguyễn Mạnh Trí¹

TÓM TẮT

Lấy mẫu máu cuống rốn là thủ thuật xâm lấn ít được thực hiện so với các phương pháp lấy mẫu khác như lấy mẫu dịch ối hay sinh thiết gai nhau. Nguyên nhân do đây là thủ thuật khó và tỷ lệ tai biến cao. Tuy nhiên, thủ thuật này có những ưu điểm như cho phép trả lời kết quả karyotype của thai nhanh chóng, chẩn

đoán nhanh bằng điện di huyết sắc tố các trường hợp phụ thai Hb Bart's trong bệnh lý Thalassemia, xác định lại kết quả khám từ mẫu dịch ối hoặc sinh thiết gai nhau. Đây cũng là phương pháp duy nhất cho phép điều trị các trường hợp thiếu máu bào thai. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả chẩn đoán trước sinh từ mẫu máu cuống rốn tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 31 thai được chỉ định lấy máu cuống rốn chẩn đoán trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Kết quả:** 31 mẫu máu cuống rốn đều tiến hành xét nghiệm karyotype thành công. Phát hiện: 02 trường hợp bất thường nhiễm sắc thể: 47,XY,+21 và 47,XY,+der(9)t(9;13); 04 trường hợp phụ thai nghi ngờ phụ thai Hb Bart's tiến hành điện di huyết sắc tố đều có tỷ lệ Hb Bart

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: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023