

quang, có 93,1% sản phụ tiểu tiện bình thường; 3,4% sản phụ được chuyển khám chuyên khoa đông y; 3,4% sản phụ được tư vấn ra viện tiếp tục chăm sóc và hẹn khám lại.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ sản phụ bí tiểu có can thiệp sonde bàng quang. Tỷ lệ sản phụ bí tiểu cần can thiệp sonde bàng quang trong thời gian nghiên cứu là 58/3875 sản phụ (chiếm 1,5%). Tỷ lệ sản phụ đẻ thường, đẻ Forceps bị bí tiểu có can thiệp sonde bàng quang trong thời gian nghiên cứu là 2,4%, cao gấp 4,81 lần tỷ lệ sản phụ mổ đẻ bí tiểu có can thiệp sonde bàng quang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95%CI là 2,36-9,83.

5.2. Một số đặc điểm của nhóm sản phụ bí tiểu có can thiệp sonde bàng quang và xử trí tại Khoa Sản Thường, Bệnh viện Phụ sản Trung ương: - Đa số các sản phụ trong nhóm nghiên cứu là sau đẻ thường (81%); 3,4% sau đẻ forceps và 15,5% sau mổ lấy thai.

- Thời gian xuất hiện bí tiểu trung bình sau sinh là $10,79 \pm 4,10$ giờ. 27,6% sản phụ có bạch cầu niệu (++) trước sinh; 19% sản phụ có bạch cầu niệu (+).

- Biện pháp xử trí được thực hiện nhiều nhất là hướng dẫn tiểu (100%), đặt sonde bàng quang, bơm Glycerin (100%). 17,2% sản phụ phải lưu sonde bàng quang để chăm sóc và theo

dõi tiểu tiện.

- Tổng số ngày điều trị rối loạn tiểu tiện trung bình là $2,00 \pm 1,21$ (ngày). Kết quả điều trị có 93,1% sản phụ tiểu tiện bình thường; có 3,4% sản phụ được chuyển khám chuyên khoa đông y.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Phương Lan** (2014), Thực trạng chăm sóc sau sinh của bà mẹ ở hai bệnh viện trên địa bàn Hà Nội và đánh giá mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, năm 2014.
2. **Nguyễn Đức Thuận** (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của sản phụ sau đẻ tại Khoa Sản Thường, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, năm 2013.
3. **Fiona M Smaill, Juan C Vazquez, and Cochrane Pregnancy and Childbirth Group** (2019), Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy, Cochrane Database Syst Rev. 2019; 2019(11): CD000490.
4. **Nguyễn Thanh Phong và cộng sự** (2016), Thực trạng tiểu tiện khó của sản phụ sau sinh tại khoa Sản- Bệnh viện đa khoa Đức Giang, năm 2015-2016, Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, năm 2016.
5. **BỘ Y TẾ**. Nhiễm khuẩn hậu sản, Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 2016, tr.125- 129.
6. **Shashi Rai, Abhishek Pathak, and Indira Sharma** (2015), Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management, Indian J Psychiatry. 2015 Jul; 57(Suppl 2): S216-S221

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẤP CỨU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà^{1,2}, Đặng Xuân Yên¹

Điều trị thoát vị bẹn nghẹt bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP) và mổ mở đối với trường hợp ruột hoại tử là an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** thoát vị bẹn nghẹt, TAPP, nội soi, hoại tử ruột.

SUMMARY

RESULTS OF EMERGENCY SURGERY FOR TREATMENT OF STRANGULATED INGUINAL HERNIA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of emergency surgery to treat incarcerated inguinal hernia at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Patients diagnosed with strangulated inguinal hernia from January 2021 to October 2023. Retrospective descriptive study. **Results:** 40 cases, 37 men, 03 women. Average age: 57.4 ± 18.7 years old. Average surgery time: 79.2 minutes \pm 32.7 minutes. Conversion to open surgery: 3 cases (7.5%). Average

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cấp cứu điều trị thoát vị bẹn nghẹt tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt từ tháng 01/2021 đến 10/2023. Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 40 trường hợp, 37 nam, 03 nữ. Tuổi trung bình: $57,4 \pm 18,7$ tuổi. Thời gian mổ trung bình: 79,2 phút \pm 32,7 phút. Chuyển mổ mở: 3 trường hợp (7,5%). Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $2,55 \pm 1,7$ ngày. Có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

hospital stay after surgery: 2.55 ± 1.7 days. There was 1 case of surgical wound infection. **Conclusion:** Treatment of incarcerated inguinal hernia with laparoscopic transabdominal preperitoneal mesh placement (TAPP) and open surgery for necrotic bowel cases is safe and effective.

Keywords: strangulated inguinal hernia, TAPP, endoscopy, intestinal necrosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là thoát vị thành bụng thường gặp (75%), là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay điểm yếu của thành bụng vùng bẹn trên dây chằng bẹn ra dưới da hay xuống bìu¹. Mỗi năm trên thế giới, ước tính khoảng 20 triệu ca mổ thoát vị bẹn. Khoảng 30% thoát vị bẹn không có triệu chứng, chỉ 3% có biến chứng nghẹt do tạng trong ổ bụng (ruột non, mạc nối lớn...) chui qua lỗ thoát vị bị thắt nghẹt gây tắc ruột cơ học, hoại tử tạng². Các triệu chứng của TVB bao gồm cơn đau đột ngột tăng dần, buồn nôn, nôn mửa (hoặc cả hai), sốt, khối phồng ở vùng bẹn chuyển sang màu đỏ, sẫm màu và các dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột³. Phẫu thuật cấp cứu thoát vị bẹn nghẹt chiếm từ 5-10% số ca mổ thoát vị bẹn². Cuối thế kỷ 20, với sự ra đời và ứng dụng của miếng ghép, các kỹ thuật tái tạo thành bẹn không áp lực (tension-free repairs) được sử dụng rộng rãi, điển hình nhất là kỹ thuật của Lichtenstein. Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và đầu thập niên 1990, Arregui và cộng sự đã báo cáo ca mổ thoát vị bẹn nội soi đầu tiên năm 1992, đặt lưới vào khoang trước phúc mạc. Từ đó, các phẫu thuật viên trên thế giới đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn nhằm giảm đau sau mổ, giúp bệnh nhân hồi phục sớm. Hai kỹ thuật nội soi phổ biến nhất hiện nay trong điều trị thoát vị bẹn là: hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: total extraperitoneal) và trước phúc mạc qua ổ bụng (TAPP: transabdominal pre-peritoneal)². Phẫu thuật nội soi đặt lưới trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP) có ưu điểm hơn so với TEP: dễ thực hiện và đào tạo do tiếp cận phẫu trường quen thuộc, cũng như có thể quan sát đánh giá toàn bộ ổ phúc mạc nhờ đó có thể đánh giá tình trạng tạng thoát vị, phát hiện thoát vị đồng thời đối bên. Do đó, TAPP được ứng dụng trong điều trị cấp cứu thoát vị bẹn nghẹt. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ thoát vị bẹn nghẹt cao hơn so với phẫu thuật thoát vị bẹn chưa nghẹt bao gồm cả những biến chứng nặng như cắt đoạn ruột và tử vong⁴. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu

thuật cấp cứu điều trị thoát vị bẹn nghẹt tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2023.

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán TVB nghẹt được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Vết mổ cũ dưới rốn, xuyên phúc mạc, xạ trị, viêm nhiễm trùng vùng chậu bẹn.

- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng kèm theo như: Basedow chưa ổn định, rối loạn đông chảy máu nặng....

- Bệnh nhân chống chỉ định mê nội khí quản.

* Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 10 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

Lấy mẫu toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Từ phần mềm quản lý bệnh nhân và bệnh án điện tử, lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, mã bệnh án, khoa phòng, ngày vào viện, ngày ra viện.

Bước 2: Tra cứu bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện và bệnh án điện tử. Tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ. Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, lấy vào nghiên cứu.

Bước 3: Thu thập các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.2.2. Các chỉ số nghiên cứu

• Đặc điểm chung

- Tuổi, giới

- Lý do vào viện

- Tiền sử: PT TVB, PT ổ bụng, U phì đại tiền liệt tuyến, bệnh lý hô hấp

• Đặc điểm cận lâm sàng:

Siêu âm: nội dung, đường kính lỗ thoát vị;

• Đặc điểm kỹ thuật mổ:

Phương pháp cố định lưới; tai biến trong mổ.

Kết quả: Thời gian mổ; mức độ đau sau mổ chia làm 5 mức độ theo VAS (Visual Analog Scale); thời gian nằm viện (ngày); Thời gian nằm viện

sau mổ; Biến chứng sớm và xa.

- Kết quả điều trị:
 - Tiêu chuẩn xuất viện:
 - Tại chỗ khi vết mổ khô, không đau hoặc đau nhẹ, không có biến chứng;
 - Toàn thân khi bệnh nhân khỏe, tự sinh hoạt cá nhân, đi lại được.
 - Đánh giá kết quả sớm:
 - Tốt: không có tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ.
 - Khá: khi có một số biến chứng nhẹ không phải can thiệp bằng thủ thuật, chỉ cần điều trị nội khoa.
 - Trung bình: biến chứng sau mổ cần can thiệp bằng thủ thuật, tuy nhiên chưa phải xử lý bằng phẫu thuật: nhiễm khuẩn vết mổ...
 - Kém: tái phát, biến chứng sau mổ cần phẫu thuật lại: nhiễm trùng dai dẳng phải mổ bỏ tấm lưới..

2.3. Xử lý số liệu. Nhập số liệu bằng Excel và phân tích bằng SPSS 20.0. Thực hiện thống kê mô tả và thống kê phân tích.

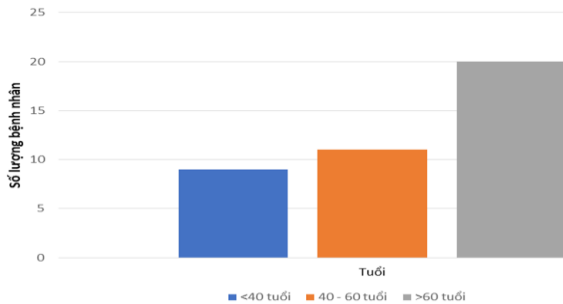
2.4 Đạo đức nghiên cứu. Số liệu được thu thập một cách trung thực, bảo mật thông tin của bệnh nhân được nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến 10 năm 2023, chúng tôi thu thập được 40 bệnh nhân được chẩn đoán TVB nghẹt và được PT tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình 57,4 ± 18,7. Bệnh nhân trên 60 tuổi có 20 bệnh nhân (50,0%).

3.1.2. Tiền sử

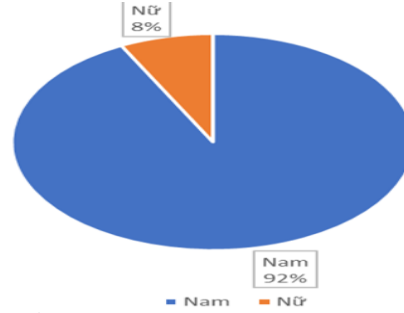
Bảng 1. Tiền sử bệnh lý liên quan

Tiền sử	Số lượng bệnh nhân	%
Phẫu thuật vùng bụng	5	12,5

Bệnh lý hô hấp mạn tính	3	7,5
Bệnh lý phì đại tiền liệt tuyến	3	7,5
Phẫu thuật thoát vị bẹn	7	17,5

Nhận xét: Có 5 bệnh nhân chiếm 12,5% có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. Có 7,5% bệnh nhân có bệnh lý hô hấp và 3 bệnh nhân chiếm 7,5% có bệnh lý phì đại tiền liệt tuyến. Bệnh nhân từng phẫu thuật thoát vị bẹn cũ chiếm 17,5%.

3.1.2. Giới



Biểu đồ 2. Tỷ lệ phân bố theo giới

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 92,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 37/3.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Lý do vào viện. Số bệnh nhân vào viện có khối phòng vùng bẹn là 37 chiếm tỉ lệ 92,5%. Có 3 bệnh nhân vào viện vì đau bụng, nôn chiếm 7,5%.

3.2.2. Thoát vị bẹn nguyên phát và thoát vị bẹn tái phát

Bảng 2. Phân loại thoát vị bẹn nguyên phát và thứ phát

Phân loại	N	Phần trăm
Thoát vị bẹn nguyên phát	33	82,5
Thoát vị bẹn tái phát	7	17,5

Nhận xét: TVB nguyên phát có 33 bệnh nhân (82,5%). TVB tái phát có 7 bệnh nhân (17,5%).

3.3. Phân theo thể thoát vị

Bảng 3. Phân loại thoát vị bẹn theo thể thoát vị

Thể thoát vị	N	Phần trăm
Trực tiếp	22	55,0
Gián tiếp	17	42,5
Phối hợp	1	2,5

Nhận xét: TVB thể trực tiếp có 22 trường hợp chiếm 55,0%. Thoát vị bẹn thể gián tiếp có 17 trường hợp chiếm 42,5%. TVB thể phối hợp 1 trường hợp chiếm 2,5%.

3.4. Nội dung thoát vị

Bảng 4. Nội dung thoát vị

Nội dung thoát vị	N	Phần trăm
Quai ruột	10	25,0
Mạc nối	14	35,0
Quai ruột và mạc nối	16	40,0

Nhận xét: Có 10 trường hợp nội dung thoát vị là quai ruột chiếm 25,0%. Có 14 trường hợp nội dung thoát vị là mạc nối chiếm 35% và có 16 trường hợp nội dung thoát vị là cả quai ruột và mạc nối chiếm 40%.

3.5. Kích thước khối thoát vị. Kích thước trung bình khối thoát vị bên trái là $32,6 \pm 11,2$ mm.

3.6. Đường kính cổ thoát vị. Đường kính cổ thoát vị trung bình là $9,1 \pm 4,8$ mm.

3.7. Đặc điểm phẫu thuật và sau phẫu thuật

3.7.1. Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất 30 phút, dài nhất 240 phút, trung bình $79,2$ phút $\pm 32,7$ phút.

3.7.2. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	N	Tỷ lệ phần trăm (%)
TAPP	36	90
Cắt đoạn ruột, lập lại lưu thông	3	7,5
Bassini	1	2,5

Nhận xét: Có 36 trường hợp được phẫu thuật bằng phương pháp TAPP chiếm 90%. Có 3 trường hợp được cắt đoạn ruột non hoại tử, lập lại lưu thông và 1 trường hợp được phẫu thuật bằng phương pháp Bassini.

3.7.3. Tình trạng ruột trong mổ

Bảng 6. Tình trạng ruột và mạc nối trong mổ

Tình trạng ruột	N	Tỷ lệ %
Ruột và mạc nối còn hồng	30	75,0
Ruột phù nề sung huyết	7	17,5
Ruột hoại tử	3	7,5

Nhận xét: Có 75% trường hợp ruột và mạc nối còn hồng và 3 trường hợp ruột hoại tử phải cắt bỏ.

3.7.4. Tai biến phẫu thuật. Có 1 trường hợp tổn thương thanh cơ ruột non 1/3 chu vi trong quá trình đưa quai ruột trở lại ổ bụng

3.7.5. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 7. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	Phần trăm
Tụ dịch vết mổ	3	7,5
Bí tiểu sau mổ	1	2,5
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,5

Nhận xét: Tụ dịch vết mổ 3 trường hợp chiếm 7,5%. Nhiễm trùng vết mổ và bí tiểu sau mổ đều có 1 trường hợp chiếm 2,5%.

3.7.6. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật. Thời gian trung tiện 12 - 24 giờ có 27 bệnh nhân chiếm 67,5%. 24 - 48 giờ có 10 bệnh nhân chiếm 25%. Có 3 bệnh nhân có thời gian trung tiện 48 - 72 giờ.

3.7.7. Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật. Có 33 bệnh nhân đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 82,5%. Có 5 bệnh nhân đau vừa chiếm 12,5% và 2 bệnh nhân đau nhiều chiếm tỷ lệ 5%.

3.7.9. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $2,55 \pm 1,7$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ từ 2-3 ngày có 25 bệnh nhân (62,5%). Thời gian nằm viện ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 9 ngày.

3.8. Đánh giá kết quả trong phẫu thuật và thời kì hậu phẫu.

Bảng 8. Đánh giá kết quả trong phẫu thuật và thời kì hậu phẫu

Đánh giá sau mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Tốt	35	87,5
Khá	4	10,0
Trung bình	1	2,5
Kém	0	0,0
Tổng	40	100

Nhận xét: KQ tốt 35 trường hợp (87,5%), khá có 4 trường hợp (10,0%), trung bình 1 trường hợp (2,5%) và không có trường hợp nào kém.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2023, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu ở 40 trường hợp thoát vị bẹn nghẹt, trong đó 36 trường hợp (90%) được phẫu thuật nội soi TAPP, chỉ 3 trường hợp phải chuyển mổ mở cắt đoạn ruột hoại tử (7,5%).

Hiện nay các hiệp hội thoát vị bẹn trên thế giới đều xuất bản hướng dẫn riêng. Năm 2009, Hiệp hội thoát vị châu Âu (EHS) đưa ra phác đồ điều trị thoát vị bẹn ở người lớn, phác đồ này được cập nhật vào năm 2013⁵. Hiệp hội nội soi thoát vị thế giới (IEHS) đưa ra phác đồ về nội soi thoát vị năm 2011. Năm 2013, Tổ chức châu Âu phẫu thuật nội soi (EAES=European Association for Endoscopic Surgery) lại đưa ra hướng dẫn riêng cho phẫu thuật nội soi trong đó có thoát vị bẹn⁶. Các hiệp hội này đã nhóm họp vào năm 2014 và thành lập dự án HerniaSurge nhằm đưa ra một hướng dẫn thống nhất phạm vi toàn thế giới đối với thoát vị bẹn. Năm 2018, các hiệp hội đã thống nhất Hướng dẫn thế giới điều trị thoát vị bẹn. Phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn đã có sự phát triển nhanh chóng: Úc (55%), Thụy Sĩ (45%), Hà Lan (45%) và Thụy Điển (28%), Đức (TAPP 39%, TEP 25%, Lichtenstein 24%, Plug 3%, Shouldice 2,6%, Gilbert PHS 2,5% và Bassini 0,2%)⁷.

Có 17 trường hợp (42,5%) là thoát vị bẹn gián tiếp, có 1 trường hợp (2,5%) chẩn đoán trước mổ là thoát vị bẹn nghẹt, trong mổ được

xác định là thoát vị đùi nghệt, bệnh nhân là nữ 86 tuổi và phải cắt đoạn ruột do hoại tử. Có 37 trường hợp là nam, chỉ 3 trường hợp nữ. Điều này cũng phù hợp với y văn cũng như cơ chế sinh bệnh và cấu tạo giải phẫu. Do vùng chậu hông nữ giới rộng hơn nam và không có quá trình đi xuống của tinh hoàn trong giai đoạn bào thai nên thoát vị thường gặp là thoát vị đùi hoặc thoát vị lỗ bịt¹. Theo y văn, tần suất mắc bệnh ở nam gấp 8 lần nữ, chiếm khoảng 90% thoát vị bẹn¹. Nghiên cứu của Phạm Hữu Thông và cộng sự (cs)⁸ năm 2006 trên 67 bệnh nhân thì nam chiếm 100%, báo cáo của Trương Đình Khôi⁹ năm 2019 trên 20 bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt thì tỷ lệ nam chiếm 95%.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 57,4 ± 18,7 tuổi. Theo y văn, tần suất thoát vị ở tất cả độ tuổi là 1,7%, ở độ tuổi trên 45 là 4%. Tương tự báo cáo của tác giả Trương Đình Khôi (2019) là 46,65 ± 19,76 tuổi⁹, tác giả Trần Quốc Sơn (2023) là 55,2 ± 18,2 tuổi.

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 79,2 phút ± 32,7 phút bao gồm thì giải phóng tạng và phục hồi thành bẹn bằng lưới trước phúc mạc. Ca mổ kéo dài nhất là 240 phút, là trường hợp chuyển mổ mở cắt đoạn ruột, giải phóng mạc nối và phục hồi thành bẹn. Phạm Hữu Thông và cs (2006) cũng có 1/67 bệnh nhân chuyển mổ hở⁸. Antoniou S.A. và cs (2013), TAPP 60,0 phút so với TEP 66,0 phút, không có sự khác biệt (p=0,41). Phạm Hữu Thông và cs (2006), đánh giá kết quả thoát vị bẹn nội soi ngoài phúc mạc (TEP), ghi nhận thời gian mổ trung bình là 81,7 phút⁸. Theo The HerniaSurge Group, qua 22 nghiên cứu, thời gian mổ trung bình TAPP 57 phút (34,5-104,5) và TEP 62,3 phút (32,5-110)⁷.

Phục hồi thành bụng bằng các phương pháp mổ không căng là một lựa chọn để điều trị các trường hợp không phức tạp. Tuy nhiên, do nguy cơ nhiễm trùng liên quan đến vật liệu nhân tạo, việc sử dụng lưới trong điều trị thoát vị nghệt còn nhiều tranh luận. Một số nghiên cứu khuyến nghị chỉ nên đặt tấm lưới nhân tạo đối với những trường hợp không cắt bỏ ruột. Nghiên cứu của Tatar, tỉ lệ nhiễm trùng vết thương của nhóm đặt lưới và không đặt lưới lần lượt là 6,7% và 7,2%, không có sự khác biệt có ý nghĩa. Do đó, trong các ca phẫu thuật sửa chữa thoát vị bẹn nghệt, tấm lưới polypropylene có thể được sử dụng một cách an toàn ngay cả ở những bệnh nhân phải cắt bỏ ruột.

Có 3 trường hợp tiến triển thành hoại tử ruột cần phải cắt bỏ ruột. Bệnh nhân bị hoại tử ruột phải nằm viện lâu hơn đáng kể và biến chứng sau phẫu thuật cao hơn, dao động từ 6% đến 43%, với tỷ lệ tử vong là 1 - 7%. Cắt đoạn ruột do nghệt ruột hoại tử là một biến chứng nặng của thoát vị bẹn nghệt. Kết quả nghiên cứu tổng hợp trên 762 bệnh nhân thoát vị bẹn nghệt, tỷ lệ cắt ruột non là 21%, tác giả đưa ra 8 yếu tố nguy cơ đối với việc cắt bỏ ruột ở bệnh nhân thoát vị bẹn bị kẹt đó là giới nữ, độ tuổi, tuổi trên 65, thời gian nghệt, có dấu hiệu tắc ruột, tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính và thoát vị đùi.

V. KẾT LUẬN

Các trường hợp thoát vị bẹn nghệt đều được can thiệp sớm thường mang lại hiệu quả phẫu thuật tốt cũng như ít biến chứng. Mổ nội soi bằng TAPP là một lựa chọn hiệu quả, an toàn và cần thiết chuyển mổ mở với các trường hợp nghệt ruột hoại tử. Kết quả gần tốt, biến chứng ít và nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jenkins JT, O'Dwyer PJ.** Inguinal hernias. *BMJ*. 2008;336(7638):269-272.
2. **Jensen KK, Henriksen NA, Jorgensen LN.** Inguinal Hernia Epidemiology. In: Hope WW, Cobb WS, Adrales GL, eds. *Textbook of Hernia*. Springer International Publishing; 2017:23-27.
3. **Zwols TLR, Akkersdijk WL, Bökkerink WJV, Andeweg CS, Pierie JPEN, Koning GG.** Emergency TREPP for Strangulated Inguinal Hernia Repair: A Consecutive Case Series. *Surg J (N Y)*. 2020;6(2):e62-e66.
4. **Deeba S, Purkayastha S, Paraskevas P, Athanasiou T, Darzi A, Zacharakis E.** Laparoscopic Approach to Incarcerated and Strangulated Inguinal Hernias. *JLS*. 2009;13(3):327-331.
5. **Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al.** European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343-403.
6. **Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, et al.** Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc*. 2011;25(9):2773-2843.
7. **HerniaSurge Group.** International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165.
8. **Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công, Bùi Văn Ninh, Nguyễn Đức Thuận, Huỳnh Văn Chương.** Kết quả phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngã nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2006;103-108.
9. **Trương Đình Khôi, Nguyễn Minh Thảo, Phạm Anh Vũ.** Điều trị thoát vị bẹn nghệt bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng (TAPP). *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2019:3-5.