

- 135(2): 413-418. doi:10.1007/s11060-017-2590-x
4. **Zhuang H, Shi S, Chang JY.** Treatment modes for EGFR mutations in patients with brain metastases from non-small cell lung cancer: controversy, causes, and solutions. *Translational lung cancer research.* Aug 2019;8(4):524-531. doi:10.21037/tlcr.2019.07.03
 5. **Yomo S, Oda K.** Impacts of EGFR-mutation status and EGFR-TKI on the efficacy of stereotactic radiosurgery for brain metastases from non-small cell lung adenocarcinoma: A retrospective analysis of 133 consecutive patients. *Lung cancer.* May 2018; 119:1 20-126. doi: 10.1016/j.lungcan.2018.03.013
 6. **Magnuson WJ, Lester-Coll NH, Wu AJ, et al.** Management of Brain Metastases in Tyrosine Kinase Inhibitor-Naive Epidermal Growth Factor Receptor-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer: A Retrospective Multi-Institutional Analysis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* Apr 1 2017;35(10):1070-1077. doi:10.1200/JCO.2016.69.7144
 7. **AE D, J T, MN M, et al.** Clinical Outcomes of Non-Small Cell Lung Cancer Brain Metastases Treated With Stereotactic Radiosurgery and Immune Checkpoint Inhibitors, EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors, Chemotherapy and Immune Checkpoint Inhibitors, or Chemotherapy Alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2021; 111(3, Supplement): 567.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH HAI BÊN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà^{1,2}, Đậu Xuân Yên¹, Nguyễn Ngọc Ánh¹

TÓM TẮT

Bệnh lý thoát vị bẹn thì có các phương pháp phẫu thuật như: mổ mở, mổ nội soi đơn thuần, mổ nội soi kết hợp đặt lưới nhân tạo. Từ khi PTNS ra đời và ứng dụng tấm nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn, đã có những thay đổi trong thập kỷ qua về điều trị thoát vị bẹn. PTNS đặt tấm lưới nhân tạo đường xuyên phúc mạc TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) là một kỹ thuật điều trị hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân trong điều trị TVB và phương pháp này cũng có đường cong huấn luyện ngắn nên được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 35 bệnh nhân TVB hai bên được phẫu thuật TAPP tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2018 đến 10/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 66,5 ± 14,18 tuổi. Nam chiếm 97%. 80% có yếu tố nguy cơ như phẫu thuật vùng bụng, bệnh hô hấp mạn tính và u phì đại tiền liệt tuyến. Thời gian phẫu thuật TB 1 giờ 48 phút ± 31,8 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 2,7 ± 1,8 ngày. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 77,4% trường hợp tốt. Sau 1 tháng 93,1% trường hợp tốt, không có trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** TAPP là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** thoát vị bẹn hai bên, TAPP, nội soi, tấm lưới nhân tạo

SUMMARY

OUTCOMES OF TREATMENT OF BINARY INTERIOR HERNIA BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

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: 18.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2023
Ngày duyệt bài: 26.12.2023

Inguinal hernia surgery is a common surgery in surgery. Since the advent of laparoscopic surgery and the application of artificial plates in the treatment of inguinal hernia, there have been changes in the past decade in the treatment of inguinal hernia. Laparoscopic surgery to place transperitoneal artificial panels TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) is an effective and safe treatment technique for patients in treating inguinal hernia and this method also has a training curve. Short training should be chosen by many surgeons. **Materials:** Retrospective, cross-sectional study of 35 patients with bilateral inguinal hernias undergoing TAPP surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2018 to October 2023. **Results:** Mean age 66.5 ± 14.18 years. Men account for 97%. 80% have risk factors such as abdominal surgery, chronic respiratory disease and prostate enlargement. Average surgery time is 1 hour 48 minutes ± 31.8 minutes. The average postoperative hospital stay was 2.7 ± 1.8 days. Evaluation of early results after surgery was good in 77.4% of cases. After 1 month, 93.1% of cases were good, with no recurrence. **Conclusion:** TAPP is a safe and effective surgery that can be widely applied in glands. **Keywords:** Inguinal hernia repair, pre-peritoneal (TAPP), synthetic mesh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các phẫu thuật tái tạo thành bụng để điều trị TVB sử dụng mô tự thân là phương pháp phổ biến rộng rãi đầu tiên. Tuy nhiên, các loại PT sử dụng mô tự thân này có các nhược điểm liên quan đến căng đường khâu đối với khối thoát vị to, bệnh nhân có thành bụng yếu, bệnh nhân bị TVB 2 bên. Vì thế, người ta sử dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường sự vững chắc thành sau ống bẹn vào điều trị TVB¹. Ngày nay, PTNS điều

trị TVB được áp dụng rộng rãi vì tính chất ít xâm nhập và có kết quả tốt². Phương pháp được ứng dụng nhiều nhất trên thế giới hiện nay là xuyên ổ bụng đặt tấm nhân tạo trước phúc mạc (TAPP: TransAbdominal PrePeritoneal) và đặt tấm nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: Totally Extra Peritoneal)³⁻⁶. Phẫu thuật TAPP có sự quan sát giải phẫu vùng bẹn dễ dàng để phẫu tích và đường cong huấn luyện ngắn. TAPP có ưu thế để tầm soát TVB đối bên chưa có triệu chứng và điều trị TVB cầm tù, nghẹt^{6,7}. Tuy nhiên các biến chứng, tai biến liên quan đến đường vào phúc mạc, thoát vị, dính... là mối quan tâm của nhiều phẫu thuật viên. Ở Việt Nam, PTNS điều trị thoát vị bẹn đã được thực hiện ở một số trung tâm phẫu thuật. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, PTNS điều trị thoát vị bẹn đã được nghiên cứu, áp dụng những năm gần đây với phương pháp TAPP, tuy nhiên có ít tổng kết và nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị TVB hai bên bằng phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn hai bên bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2023.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán TVB hai bên và được phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo phúc hồi thành bụng đường vào qua phúc mạc (TAPP).

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- TVB nghẹt đến muộn hoặc có biểu hiện viêm phúc mạc.
- 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....

***Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

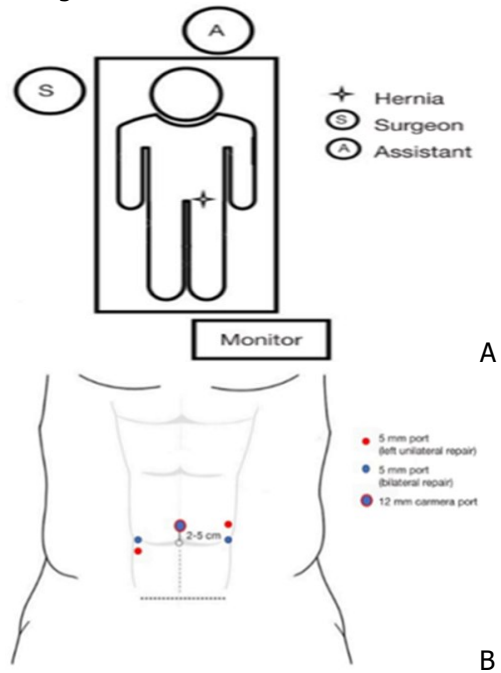
Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 10 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. 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.

2.2.3. Cách thức phẫu thuật. Bệnh nhân tư thế nằm ngửa. Đặt 3 trocar, một trocar 10 mm, một trocar 5mm tại hố chậu đối bên, một trocar 5mm hoặc 10mm ngang mức trocar rốn, phía bờ ngoài cơ thẳng to cùng bên thoát vị. Bơm CO2 với áp lực 12mmHg; phẫu tích tạo khoang ngoài phúc mạc, tách phúc mạc, bóc tách bao thoát vị ngược trở lại ổ bụng và tách ra khỏi bó mạc thừng tinh. Khoang trước phúc mạc phải đủ rộng để đặt tấm lưới khi đạt tiêu chuẩn: phía dưới nhìn thấy xương mu, phía bên nhìn thấy cơ thắt lưng chậu. Đặt tấm lưới vào khoang ngoài phúc mạc vừa tạo, cố định tấm lưới vào thành bụng bằng ghim xoắn hoặc khâu, sau đó đóng lại phúc mạc bằng khâu vắt và kết thúc.



Hình 1. Tư thế phẫu thuật viên, phụ mổ và vị trí đặt trocar
(Nguồn: Farell Rivas, et al)⁸

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

• Đặc điểm chung

- Tuổi, giới
- Lý do vào viện
- Triệu chứng toàn thân, cơ quan
- 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; phân loại thoát vị bẹn tái phát theo Nyhus được đề cập nhiều và phù hợp với đánh giá TVB tái phát.

• Đặc điểm kỹ thuật mổ:

Kích thước tấm lưới; phương pháp cố định tấm lưới; kỹ thuật đóng phúc mạc; 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..

2.4. 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.

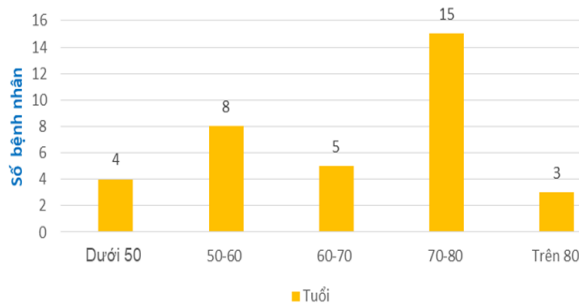
2.5. Đạo đức nghiên cứu. Số liệu được thu thập một cách trung thực, bảo mật thông tin của bệnh nhân được nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến 10 năm 2023, chúng tôi thu thập được 35 bệnh nhân được chẩn đoán TVB hai bên và được PT bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo phúc hồi thành bụng đường vào qua phúc mạc (TAPP).

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

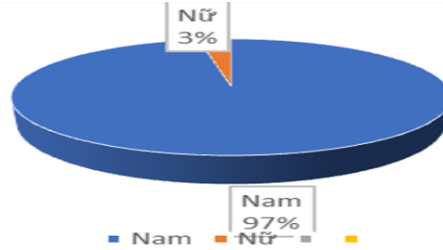
3.1.1. Tuổi



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 32 tuổi và lớn nhất là 93 tuổi. Tuổi trung bình 66,5 ± 14,18. Bệnh nhân trên 60 tuổi có 23 bệnh nhân (65,7%).

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 97,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 34/1.

3.1.3. Tiền sử

Bảng 1. Tiền sử bệnh lý liên quan

Tiền sử	Có		Không	
	N	%	N	%
Phẫu thuật vùng bụng	13	37,1	22	62,9
Bệnh lý hô hấp	5	14,3	30	85,7
Bệnh lý phì đại tiền liệt tuyến	10	28,6	25	71,4

Nhận xét: Có 13 bệnh nhân chiếm 37,1% có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. Có 5% bệnh nhân có bệnh lý hô hấp và 10 bệnh nhân chiếm 28,6% có bệnh lý phì đại tiền liệt tuyến.

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 hai bên là 31 chiếm tỉ lệ 88,6%. Số bệnh nhân vào viện có khối phòng vùng bẹn – bìu chiếm tỉ lệ 11,4%.

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	30	85,7
Thoát vị bẹn tái phát	5	14,3

Nhận xét: TVB nguyên phát có 30 bệnh nhân (85,7%). TVB tái phát có 5 bệnh nhân (14,3%).

3.2.3. Phân theo thể thoát vị

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

Thể thoát vị	N	Phần trăm
Trực tiếp	28	80,0
Gián tiếp	4	11,8
Phối hợp	3	8,6

Nhận xét: TVB thể trực tiếp có 28 trường hợp chiếm 80,0%. Thoát vị bẹn thể gián tiếp có 4 trường hợp chiếm 11,8%. TVB thể phối hợp 3 trường hợp chiếm 8,6%.

3.2.4. Phân loại thoát vị theo Nyhus.

TVB loại IIIA có 26 trường hợp (74,3%). TVB loại IIIC có 2 trường hợp (5,7%). Thoát vị bẹn loại IVB có 4 trường hợp (11,4%). TVB loại IVA có 1 trường hợp (2,9%).

3.2.5. Nội dung thoát vị

Bảng 4. Nội dung thoát vị

Nội dung thoát vị	N	Phần trăm
Quai ruột	11	31,4
Mạc nối	7	20,0
Quai ruột và mạc nối	17	48,6

Nhận xét: Có 11 trường hợp nội dung thoát vị là quai ruột chiếm 31,4%. Có 7 trường hợp nội dung thoát vị là mạc nối chiếm 20% và có 17 trường hợp nội dung thoát vị là cả quai ruột và mạc nối chiếm 48,6%.

3.2.6. Kích thước khối thoát vị. Kích thước trung bình khối thoát vị bên bên trái là 38,1±12,4mm, bên phải là 37,8±12,9mm.

3.2.7. Đường kính cổ thoát vị. Đường kính cổ thoát vị trung bình là 14,2 ± 6,1mm.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật và sau phẫu thuật

3.3.1. Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất 60 phút, dài nhất 3 giờ 30 phút, trung bình 1 giờ 48 phút ± 31,8 phút.

3.3.2. Tai biến phẫu thuật. Không có tai biến gây mê, không có tai biến xảy ra trong khi phẫu thuật như: tổn thương động mạch thượng vị dưới, tổn thương ống dẫn tinh...

3.3.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	N	Phần trăm
Tụ dịch vết mổ	4	11,4
Sưng vùng bìu	5	14,3
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,8
Liệt ruột cơ năng	1	2,8

Nhận xét: Tụ dịch vết mổ 4 trường hợp chiếm 11,4%. Sưng vùng bìu (có điều trị kháng viêm) 5 trường hợp chiếm 14,3%, nhiễm trùng vết mổ và liệt ruột cơ năng đều có 1 trường hợp chiếm 2,8%.

3.3.4. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật. Thời gian trung tiện 12 - 24 giờ có 32 bệnh nhân chiếm 91,4%. 24 - 48 giờ có 3 bệnh nhân chiếm 8,6%. Không có bệnh nhân có thời gian trung tiện 48 - 72 giờ.

3.3.5. Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật. Có 27 bệnh nhân đau nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 77,2%. Có 4 bệnh nhân đau rất nhẹ 11,4% và 4 bệnh nhân đau nhiều chiếm tỉ lệ 11,4%.

3.3.6. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện từ 2-3 ngày có 29 bệnh nhân (82,8%). Thời gian nằm viện ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 10 ngày và trung bình 2,7±1,8 ngày.

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

Bảng 6. Đánh giá kết quả trong phẫu thuật và thời kì hậu phẫu

Đánh giá sau mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Tốt	27	77,1
Khá	6	17,1
Trung bình	2	5,8
Kém	0	0,0
Tổng	35	100

Nhận xét: KQ tốt 27 trường hợp (77,1%), khá có 6 trường hợp (17,1%), trung bình 2 trường hợp (5,8%) và không có trường hợp nào kém.

3.5. Theo dõi kết quả 1 tháng sau phẫu thuật. Theo dõi được 29 bệnh nhân với 35 trường hợp TVB với tỉ lệ theo dõi được là 82,0%. Có KQ: Tê vùng bẹn – bìu và rối loạn cảm giác vùng trên xương mu có 4 trường hợp chiếm 11,4%

3.6. Đánh giá kết quả 1 tháng sau phẫu thuật

Bảng 7. Đánh giá kết quả trong phẫu thuật sau 1 tháng

Đánh giá sau 1 tháng	Số trường hợp theo dõi	Tỷ lệ (%)
Tốt	27	93,1
Khá	2	6,9
Trung bình	0	0,0
Kém	0	0,0
Tổng	29	100

Nhận xét: Tốt có 27 trường hợp chiếm 93,1%, khá có 2 trường hợp chiếm 6,9%, TB và kém không có trường hợp nào.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi TB của nhóm nghiên cứu 66,5 ± 14,18 (nhỏ nhất là 32 tuổi, lớn nhất là 93 tuổi). KQ nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng có tuổi TB là 62,2 ± 13,3 tuổi, Lê Quốc Phong: tuổi TB là 69,43 ± 11,58 của tác giả Peisch là 59,1 tuổi, của Mette Astrup Tolver là 55 tuổi (20-85 tuổi)^{1,9}. Đa số các tác giả nghiên cứu về TVB đều đồng ý rằng tỷ lệ TVB tăng dần theo tuổi. Bên cạnh đó người lớn tuổi dễ mắc các bệnh kèm gây tăng áp lực ổ bụng như ho mạn tính, tăng sinh lành tính TLT, táo bón kinh niên... tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị bẹn xảy ra⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới chiếm 28,5% và 5 bệnh nhân có bệnh lý hô hấp như hen phế quản, COPD mức độ nhẹ chiếm 14,3%. Ngoài ra có 13 bệnh nhân đã từng phẫu thuật vùng bụng trước đây (chiếm 37,1%) bao gồm 3 bệnh nhân đã từng phẫu thuật thoát vị bẹn, 9 bệnh nhân mổ cắt ruột thừa viêm và 1

bệnh nhân mổ cắt túi mật do viêm. Các tác giả đều thống nhất rằng các bệnh lý gây tăng áp lực ổ bụng thời gian kéo dài chính là yếu tố thuận lợi cho thoát vị bẹn xảy ra như phì đại là tính tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, táo bón kéo dài⁹.

Trên 35 bệnh nhân thoát vị, chúng tôi ghi nhận có 30 trường hợp thoát vị bẹn nguyên phát (85,7%) và 5 trường hợp tái phát (14,3%). Trong đó có 3 trường hợp là tái phát sau mổ không rõ phương pháp, 1 trường hợp mổ bằng phương pháp TEP và 1 trường hợp sau mổ bằng phương pháp Lichtenstein. Trong quá trình phẫu thuật cả 5 trường hợp tái phát này đều có kết quả phẫu thuật tốt, không có biến chứng xảy ra. Với 5 trường hợp tái phát này thì quá trình phẫu tích tạo khoang và đặt tấm lưới giống như những trường hợp nguyên phát khác, cấu trúc giải phẫu vẫn được giữ nguyên. Theo quan điểm của tác giả Tania, việc sử dụng PTNS để thực hiện điều trị phẫu thuật ở những bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát sẽ có được 3 lợi ích: thứ nhất là làm giảm đau sau mổ, thứ hai là tấm nhân tạo được đặt vào đúng khoang trước phúc mạc, nơi mà túi thoát vị xuất hiện đầu tiên và thứ ba là với việc PT đi vào từ phía sau sẽ tránh được việc phải mở lại những chỗ xơ sẹo dính ở vết mổ mặt trước.

Thời gian PT trung bình đối với thoát vị bẹn hai bên là 1 giờ 48 phút \pm 31,8 phút, ngắn nhất là 60 phút và dài nhất là 3 giờ 30 phút. Kết quả về thời gian PT một bên của chúng tôi gần tương đương so với tác giả Nguyễn Thanh Xuân là 80,3 \pm 10,6 phút, ngắn nhất là 75 phút và dài nhất là 125 phút, Vũ Ngọc Hà là 78,3 \pm 12,2, nhưng dài hơn so với các nghiên cứu về TAPP một bên của các tác giả Yang, Ciftci và Leibl⁴, Lý do là trong phẫu thuật TAPP các phẫu thuật viên có phẫu trường rộng, dễ quan sát nên thao tác dễ dàng, rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Biến chứng sau mổ có 5 bệnh nhân sưng vùng bìu chiếm 14,3%. Biến chứng này chúng tôi điều trị nội khoa với kháng viêm steroid ổn định. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận 1 trường hợp liệt ruột cơ năng >2 ngày sau mổ (2,8%). Các trường hợp này đều được điều trị nội khoa và theo dõi tái khám sau phẫu thuật, không có gì bất thường. Bốn trường hợp tụ dịch vùng bẹn sau mổ (11,4%) gặp ở bệnh nhân thoát vị bẹn thể phối hợp túi thoát vị lớn, nằm sâu xuống bìu và được bóc tách túi thoát vị hoàn toàn. Đây là biến chứng sớm và cần loại trừ với trường hợp tái phát ngay sau mổ. Khối tụ dịch sẽ có kích thước cố định, ít di động theo đường đi của thừng tinh và đặc biệt không biến mất khi bệnh nhân nằm nghỉ. Siêu âm kiểm tra thì đây là tụ

thanh dịch, không có máu. Chúng tôi sử dụng kháng viêm điều trị nội khoa tái khám sau 1 tháng kết quả cả 4 trường hợp khối tụ thanh dịch đã được hấp thu hoàn toàn. Điều này, đã được Nyhus giải thích với những trường hợp sau mổ có rối loạn cảm giác vùng bẹn-bìu gây khó chịu cho bệnh nhân. Nhưng sau đó vài tháng, những cảm giác khó chịu không còn. Mặc dù, số bệnh nhân đó không được điều trị gì.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân hậu phẫu nhẹ nhàng và phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm, đánh giá theo thang điểm VAS ở ngày thứ 1 có 27 trường hợp đau độ III chiếm 77,2% và 4 trường hợp đau độ II chiếm 11,4% và 4 bệnh nhân đau nhiều chiếm 11,4%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân, Nguyễn Đoàn Văn Phú và Vũ Ngọc Hà.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện hậu phẫu tương đương so với nghiên cứu của tác giả Shuo Yang là 3,9 \pm 1,1 ngày⁴, Phan Đình Tuấn Dũng về phẫu thuật TEP có thời gian nằm viện hậu phẫu là 4,4 \pm 1,3 ngày⁹. Nhiều tác giả nhận thấy PTNS phẫu tích nhẹ nhàng hơn, ít đau sau phẫu thuật, có thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân ngắn hơn nên bệnh nhân có thể ra viện sớm, bước đầu nhận thấy phẫu thuật TAPP là 1 phương pháp an toàn, giảm đau sau PT và bệnh nhân được rút ngắn thời gian hậu phẫu. Tại thời điểm tái khám 1 tháng đánh giá thời gian trở lại hoạt động bình thường sau ra viện 0 - 7 ngày có 7 bệnh nhân (20,0%), từ 8 - 14 ngày có 26 bệnh nhân (74,2%) và 2 trường hợp tới tuần thứ 3 bình phục. Như vậy, đa số các bệnh nhân trở lại các hoạt động bình thường ở thời điểm tuần thứ 2 sau ra viện (8 - 15 ngày) điều này giống với kết quả của tác giả Sharma là 11,8 \pm 2,35 ngày.

V. KẾT LUẬN

PTNS đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc (TAPP) trong điều trị thoát vị bẹn hai bên là một phương pháp an toàn, hiệu quả, tránh được 2 lần mổ trong thoát vị bẹn hai bên và là xu thế, là tiêu chuẩn vàng cho điều trị PTTVB bẹn ở trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Quốc Phong.** Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2015.
- Yang XF, Liu JL.** Anatomy essentials for laparoscopic inguinal hernia repair. Ann Transl Med. 2016;4(19):372.

3. **Pohnan. R., Rozwadowski.** Advantages and disadvantages of transabdominal preperitoneal approach and total extraperitoneal. Mil. Med. Sci. Lett. 2013;vol. 82(1), pp. 25-31.
4. **Yang XF, Liu JL.** Laparoscopic repair of inguinal hernia in adults. Ann Transl Med. 2016;4(20):402.
5. **Loureiro M de P, Trauczynski P, Claus C, Carvalho G, Bonin E, Cavazzola L.** Totally Extraperitoneal Endoscopic Inguinal Hernia Repair Using Mini Instruments: Pushing the Boundaries of Minimally Invasive Hernia Surgery. 2013;2(3):0-0.
6. **Van Den Heuvel B, Dwars BJ.** Repeated laparoscopic treatment of recurrent inguinal hernias after previous posterior repair. Surg Endosc. 2013;27(3):795-800.
7. **Mancini R, Pattaro G, Spaziani E.** Laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) surgery for incarcerated inguinal hernia repair. Hernia. 2019;23(2):261-266.
8. **Rivas JF, Molina APRF, Carmona JM.** Transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair: how we do it. Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery. 2021;6(0).
9. **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, Trường Đại học Y Dược Huế. 2017.
10. **Tolver MA.** Early clinical outcomes following laparoscopic inguinal hernia repair. Dan Med J. 2013;60(7):B4672.
11. **Peitsch.** A modified laparoscopic hernioplasty (TAPP) is the standard procedure for inguinal and femoral hernias: a retrospective 17-year analysis with 1,123 hernia repairs. Surgical Endoscopy. 2014;28(2):671-682.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC, 2023

Nguyễn Văn Hiền¹, Phạm Hoàng Hà¹, Trần Văn Như¹, Lê Thị Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 03/2023 đến tháng 12/2023 trên 175 người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm và hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Việt Đức (2) Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** nam chiếm 69,1%; tuổi từ 65 trở lên chiếm 51,4%, hút thuốc lá là 38,9%; có uống rượu là 47,4%; thích ăn béo là 40,0%; theo dõi phục hồi nhu động ruột ≥ 3 lần/ngày là 64%, ngày ngày 5: đã 100% trung tiện. chăm sóc vết mổ ≥ 2 lần/ngày trong ngày đầu (80,6%); ngày 3 (12,6%) và ngày 5 (9,7%), chăm sóc ống dẫn lưu ≥ 2 lần/ngày đầu (76%); ngày 3 (11,4%), ngày 5 (8,6%), hướng dẫn tập vận động sau mổ ≥ 3 lần/ngày, tư vấn về tuân thủ điều trị chiếm 98,9% và giảm dần vào những ngày sau. Tư vấn tuân thủ tái khám chiếm cao ngày 5 chiếm 93,1%; Kết quả chăm sóc tốt (78,9%), chưa chăm sóc tốt (21,1%). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa tuổi; nghề nghiệp, có uống rượu, kế hoạch mổ, có bệnh đái tháo đường, có bệnh hô hấp với kết quả chăm sóc ($p < 0,05$).

Từ khóa: kết quả chăm sóc, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật, người bệnh.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hiền

Email: nguyenhienvd83@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

SUMMARY

PATIENT CARE AFTER COLORECTAL CANCER SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT VIET DUC HOSPITAL, 2023

Prospective descriptive study conducted at Viet Duc Hospital from March 2023 to December 2023 on 175 patients after colorectal cancer surgery. **Objectives:** (1) Describe the characteristics and patient care activities after colorectal cancer surgery at Viet Duc Hospital (2) Analyze patient care results and some related factors. **Results:** male accounts for 69.1%; Ages 65 and older account for 51.4, smokers are 38.9%; drinking alcohol is 47.4%; liking fatty foods is 40.0%; monitoring the recovery of bowel movements ≥ 3 times/day was 64%, on day 5: 100% flatus. incision care ≥ 2 times/day on the first day (80.6%); Day 3 (12.6%) and Day 5 (9.7%), drain care ≥ 2 times/first day (76%); Day 3 (11.4%), Day 5 (8.6%), post-operative exercise instructions ≥ 3 times/day, advice on treatment compliance accounted for 98.9% and gradually decreased in the following days. Counseling compliance with follow-up examinations was high on day 5, accounting for 93.1%; Results of good care (78.9%), not good care (21.1%). There is a statistically significant difference between age; occupation, alcohol consumption, surgery plan, diabetes, respiratory disease with care outcomes ($p < 0.05$). **Keywords:** care outcomes, colorectal cancer, surgery, patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một bệnh hiểm nghèo (ác tính) thường gặp ở nam giới sau ung thư gan, phổi, dạ dày. Theo UICC ước tính