

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI THOÁT VỊ VẾT MỔ THÀNH BỤNG THEO EHS Ở NGƯỜI LỚN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

La Văn Phú^{1,2}, Hồ Văn Linh³

¹Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, Việt Nam

²Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Việt Nam

³Khoa phẫu thuật, Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng theo Hội Thoát vị châu Âu (EHS) ở người lớn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 83 bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,37 \pm 10,75$, nữ chiếm 61,45%. Tỷ lệ thừa cân và béo phì là 57,84%. Khối phồng thành bụng là lý do vào viện chủ yếu (81,93%). Thoát vị kẹt gấp ở 43,37% trường hợp, thành phần thoát vị thường gặp nhất là mạc nối lớn (57,83%). Theo phân loại EHS, thoát vị vết mổ chiếm 89,16%, thoát vị tái phát chiếm 10,84%; vị trí thường gặp nhất là đường giữa vùng M3 (51,81%). Diện tích lỗ thoát vị trung bình là $19,78 \pm 12,49 \text{ cm}^2$, đa số thuộc nhóm W1 và W2.

Kết luận: Thoát vị vết mổ thành bụng thường gặp ở người lớn tuổi, nữ giới, với tỷ lệ thoát vị kẹt cao và kích thước lỗ thoát vị lớn. Phân loại theo EHS phản ánh rõ mức độ phức tạp của bệnh và có giá trị trong đánh giá lâm sàng.

Từ khóa: Thoát vị vết mổ thành bụng; đặc điểm lâm sàng; phân loại EHS; người lớn.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EHS CLASSIFICATION OF INCISIONAL ABDOMINAL WALL HERNIAS IN ADULTS TREATED BY LAPAROSCOPIC SURGERY

La Van Phu^{1,2}, Ho Van Linh³

Objectives: To describe the clinical characteristics and classify incisional abdominal wall hernias in adults according to the European Hernia Society (EHS) classification.

Methods: A prospective descriptive study was conducted on 83 adult patients diagnosed with incisional abdominal wall hernias and treated at Can Tho City General Hospital.

Results: The mean age of the patients was 63.37 ± 10.75 years, with females accounting for 61.45%. The prevalence of overweight and obesity was 57.84%. An abdominal wall bulge was the most common reason for hospital admission (81.93%). Incarcerated hernias were observed in 43.37% of cases, and the most frequent hernia content was the greater omentum (57.83%). According to the EHS classification, incisional hernias accounted for 89.16%, while recurrent hernias accounted for 10.84%. Midline hernias were predominant, with the M3 region being the most common location (51.81%). The mean hernia defect area was $19.78 \pm 12.49 \text{ cm}^2$, with most defects classified as W1 and W2.

Ngày nhận bài: 25/02/2026. Ngày chỉnh sửa: 18/5/2026. Chấp thuận đăng: 14/6/2026

Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh. Email: ts linh2020@gmail.com. ĐT: 0913465464

Đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng...

Conclusions: Incisional abdominal wall hernias are common in older adults, particularly in women, and are associated with a high rate of incarceration and relatively large defect sizes. The EHS classification clearly reflects the complexity of the disease and provides valuable support for clinical assessment and management.

Keywords: Incisional abdominal wall hernia; clinical characteristics; EHS classification; adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị vết mổ thành bụng là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật ổ bụng, với tỷ lệ mắc khoảng 10 - 20% tùy loại phẫu thuật, kỹ thuật đóng thành bụng và thời gian theo dõi. Tỷ lệ này có xu hướng gia tăng cùng với già hóa dân số, béo phì và số lượng phẫu thuật ổ bụng ngày càng nhiều. Các nghiên cứu gần đây cho thấy thoát vị vết mổ không chỉ là khuyết giải phẫu đơn thuần mà phản ánh tình trạng suy yếu cấu trúc và rối loạn chức năng thành bụng, có thể tiến triển theo thời gian nếu không được xử trí phù hợp [1, 2].

Nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến sự hình thành thoát vị vết mổ đã được xác định, bao gồm tuổi cao, thừa cân - béo phì, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, nhiễm trùng vết mổ và đặc điểm phẫu thuật trước đây, đặc biệt là vết mổ đường giữa và kỹ thuật đóng thành bụng [1, 3, 4]. Trên lâm sàng, bệnh có thể gây đau, hạn chế sinh hoạt, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và tiềm ẩn nguy cơ biến chứng.

Các bằng chứng theo dõi dài hạn cho thấy điều trị thoát vị vết mổ bằng đặt mảnh ghép cho kết quả vượt trội so với khâu đơn thuần, với tỷ lệ tái phát thấp hơn rõ rệt, qua đó khẳng định vai trò trung tâm của phẫu thuật có sử dụng lưới trong điều trị bệnh lý này [5]. Trên cơ sở đó, nhiều hướng dẫn thực hành lâm sàng quốc tế đã được xây dựng và cập nhật nhằm chuẩn hóa chẩn đoán, phân loại và chiến lược điều trị thoát vị vết mổ thành bụng [6-8].

Do hình thái tổn thương đa dạng, việc đánh giá và phân loại thoát vị vết mổ có vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng. Phân loại của Hội Thoát vị châu Âu (European Hernia Society – EHS), dựa trên vị trí, kích thước lỗ thoát vị và tình trạng tái phát, hiện được sử dụng rộng rãi nhằm chuẩn hóa mô tả tổn thương, hỗ trợ lập kế hoạch điều trị và so sánh kết quả giữa các nghiên cứu [9, 10]. Các hướng dẫn gần đây của EHS cũng nhấn mạnh vai trò của phân loại này trong điều trị thoát vị vết mổ đường giữa [8].

Song song với sự phát triển của các hệ thống phân loại, các kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng được ứng dụng. Nhiều khuyến cáo và phân tích tổng hợp cho thấy xu hướng ưu tiên tái tạo thành bụng theo khoang sau cơ nhằm phục hồi giải phẫu - sinh lý và giảm biến chứng liên quan đến mảnh ghép [11-13]. Trong bối cảnh đó, tiếp cận hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng (eTEP) được xem là một bước tiến quan trọng, cho phép đặt lưới sau cơ thẳng bằng phẫu thuật nội soi với các kết cục sớm và dài hạn khả quan [2, 12-14].

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng theo EHS vẫn còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng theo Hội Thoát vị châu Âu ở người lớn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, góp phần bổ sung dữ liệu thực tiễn và làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 83 bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ trong thời gian 6/2019 đến 12/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi và được chẩn đoán thoát vị vết mổ thành bụng dựa trên lâm sàng kết hợp hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trước mổ và điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thoát vị kẹt và thoát vị dính là những thoát vị thành bụng không đẩy vào bụng được nhưng không có dấu hiệu bị thắt nghẹt mạch máu và không có dấu hiệu hoại tử [11].

Thoát vị thành bụng nghẹt là những thoát vị không đẩy vào bụng được lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính có dấu hiệu thiếu máu hay hoại tử [11]. Thoát vị vết mổ điều trị bằng mổ mở.

Đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng...

Trong thời gian nghiên cứu, tất cả bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng được đánh giá tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Nghiên cứu lựa chọn liên tiếp các trường hợp đủ tiêu chuẩn và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thoát vị thành bụng nguyên phát. Bệnh nhân có bệnh lý ác tính giai đoạn tiến triển hoặc tình trạng toàn thân không cho phép đánh giá đầy đủ. Thoát vị vết mổ điều trị bằng mổ mở. Các trường hợp thoát vị kích thước lớn không phù hợp với phẫu thuật nội soi, thoát vị nghẹt cần phẫu thuật cấp cứu hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ được loại khỏi nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu, tiến hành thu thập các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), tiền căn phẫu thuật, bệnh lý nội khoa kèm theo, triệu chứng lâm sàng, tình trạng thoát vị kẹt và thành phần thoát vị.

Đặc điểm hình thái thoát vị được đánh giá trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trước mổ và phân loại theo Hội Thoát vị châu Âu (European Hernia Society - EHS), bao gồm vị trí (M, L), kích thước lỗ thoát vị (W) và tình trạng tái phát. Chiều dài, chiều

rộng và diện tích lỗ thoát vị được xác định trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trước mổ; diện tích được tính bằng chiều dài \times chiều rộng.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê y học. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 12/2025, nghiên cứu được thực hiện trên 83 bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ.

Bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng chủ yếu là người lớn tuổi, nữ giới chiếm ưu thế. Tỷ lệ thừa cân và béo phì cao, đa số có tiền căn phẫu thuật ổ bụng một lần, chủ yếu bằng phẫu thuật mở, và gần một nửa có kèm bệnh lý nội khoa (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi Trung bình \pm Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		63,37 \pm 10,75 tuổi	
		44 - 88	
Giới tính	Nam	32	38,55
	Nữ	51	61,45
Chiều cao (m) Trung bình \pm Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		1,57 \pm 0,07	
		1,35 - 1,75	
Cân nặng (kg) Trung bình \pm Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		58,56 \pm 6,29	
		46 - 79	
BMI (kg/m ²) Trung bình \pm Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		23,77 \pm 3,03	
		16,90 - 31,28	

Đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng...

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
BMI (kg/m ²)	Gầy (<18,5 kg/m ²)	2	2,41
	Trung bình (18,5 - <23 kg/m ²)	33	39,76
	Thừa cân (23 - <25 kg/m ²)	26	31,33
	Béo phì (≥ 25 kg/m ²)	22	26,51
Tiền căn phẫu thuật	1 lần	63	75,90
	2 lần	19	22,89
	3 lần	1	1,20
Loại phẫu thuật trước đó	Mổ mở	59	71,08
	Phẫu thuật nội soi	18	21,69
	Cả mổ mở và phẫu thuật nội soi	6	7,23
Tiền căn phẫu thuật thoát vị		9	10,84
Tiền sử nội khoa	Đái tháo đường	17	20,48
	Bệnh lý tim mạch	35	42,17
Số bệnh lý nội khoa	Không	41	49,40
	1 bệnh lý	24	28,92
	2 bệnh lý	13	15,66
	3 bệnh lý	5	6,02
Thang điểm ASA	ASA I	41	49,40
	ASA II	40	48,19
	ASA III	2	2,41

Khối phòng thành bụng là lý do vào viện thường gặp nhất. Tỷ lệ thoát vị kẹt tương đối cao, trong đó thành phần thoát vị chủ yếu là mạc nối lớn hoặc phối hợp mạc nối và tạng rỗng (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Tình cờ	1	1,20
	Đau bụng	1	1,20
	Đau khối phòng	13	15,66
	Khối phòng thành bụng	68	81,93
Triệu chứng đau		14	16,87
Thoát vị kẹt và thoát vị dính		36	43,37
Thành phần thoát vị	Không có	5	6,02
	Mạc nối lớn	48	57,83
	Tạng rỗng	10	12,05
	Mạc nối và tạng rỗng	20	24,10

Đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng...

Thoát vị vết mổ chiếm đa số, chủ yếu ở đường giữa, thường gặp nhất là vùng M3 theo phân loại EHS. Kích thước lỗ thoát vị trung bình lớn, đa số thuộc nhóm W1 và W2 (Bảng 3).

Bảng 3: Phân loại thoát vị theo EHS

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Loại thoát vị	Thoát vị vết mổ lần đầu	74	89,16
	Thoát vị vết mổ tái phát	9	10,84
Vị trí thoát vị	Thoát vị thành bụng bên trên (L1)	1	1,20
	Thoát vị thành bụng bên giữa (L2)	12	14,46
	Thoát vị thành bụng bên dưới (L3)	4	4,82
	Thoát vị thượng vị (M2)	12	14,46
	Thoát vị rốn (M3)	43	51,81
	Thoát vị dưới rốn (M4)	7	8,43
	Thoát vị trên xương mu (M5)	4	4,82
Chiều dài thoát vị (cm) Trung bình ± Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		4,58 ± 2,41 1 - 12	
Chiều rộng thoát vị (cm) Trung bình ± Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		3,36 ± 1,19 1 - 7	
Diện tích thoát vị (cm ²) Trung bình ± Độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất		19,78 ± 12,49 2 - 60	
Theo chiều rộng thoát vị	Kích thước nhỏ, < 4 cm (W1)	54	65,06
	Kích thước trung bình, 4 - 10 cm (W2)	29	34,94

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 83 bệnh nhân, thoát vị vết mổ thành bụng chủ yếu gặp ở nhóm người lớn tuổi, với tuổi trung bình 63,37 ± 10,75. Kết quả này phù hợp với nhiều báo cáo trong y văn cho thấy tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng của thoát vị vết mổ, liên quan đến sự suy giảm dần chất lượng mô liên kết, giảm khả năng liền cân - mạc và phục hồi thành bụng theo thời gian [1, 6].

Nữ giới chiếm ưu thế (61,45%), tương đồng với nhiều nghiên cứu dịch tễ học về thoát vị vết mổ thành bụng. Các yếu tố sinh lý đặc thù ở nữ giới, bao gồm mang thai nhiều lần, thay đổi nội tiết và sự giãn yếu kéo dài của thành bụng, được cho là góp phần

làm tăng nguy cơ hình thành thoát vị sau phẫu thuật ổ bụng [6, 7]. Tuy nhiên, một số tác giả khác ghi nhận tỷ lệ nam và nữ tương đương, cho thấy sự khác biệt giới tính có thể chịu ảnh hưởng bởi đặc điểm dân số và mô hình bệnh tật tại từng khu vực [1].

Tỷ lệ thừa cân - béo phì trong nghiên cứu chiếm 57,84%, phản ánh xu hướng gia tăng béo phì trong cộng đồng hiện nay. Béo phì làm tăng áp lực ổ bụng kéo dài, đồng thời ảnh hưởng đến chất lượng mô liên kết và khả năng liền sẹo, qua đó thúc đẩy sự hình thành và tiến triển của thoát vị vết mổ [1, 6]. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh lý nội khoa kèm theo, đặc biệt là tim mạch và đái tháo đường, tương đối cao, phù hợp với đặc điểm tuổi của nhóm bệnh nhân và các tổng quan gần đây về yếu tố nguy cơ của thoát vị vết mổ [1, 6].

4.2. Đặc điểm tiền căn phẫu thuật và biểu hiện lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân có tiền sử mổ mỡ (71,08%), trong đó đa số chỉ trải qua một lần mổ trước đó. Y văn đã xác định phẫu thuật mỡ, đặc biệt là đường mỡ giữa, là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu của thoát vị vết mổ, do đường rạch dài và chịu lực căng lớn trong quá trình liền sẹo [7, 8]. Đây cũng là lý do nhiều nghiên cứu và hướng dẫn tập trung vào thoát vị vết mổ đường giữa như một nhóm bệnh có gánh nặng lớn và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống người bệnh. Đáng chú ý, 10,84% bệnh nhân có tiền căn mổ thoát vị thành bụng, phản ánh một nhóm nguy cơ tái phát không nhỏ. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng và các nghiên cứu trước đây, cho thấy thoát vị vết mổ có xu hướng tiến triển và tái phát nếu nền mô yếu hoặc các yếu tố nguy cơ không được kiểm soát đầy đủ [1, 2].

Về biểu hiện lâm sàng, khối phồng thành bụng là lý do vào viện thường gặp nhất (81,93%). Tỷ lệ thoát vị kẹt trong nghiên cứu khá cao (43,37%), cho thấy nhiều bệnh nhân chỉ đến khám khi khối thoát vị đã tăng kích thước hoặc xuất hiện biến chứng. Điều này nhấn mạnh vai trò của phát hiện sớm và theo dõi định kỳ nhằm hạn chế các biến chứng cấp, vốn liên quan đến nguy cơ tàn suất cao và chiến lược xử trí phức tạp hơn [8, 9]. Về thành phần thoát vị, mạc nối lớn là thành phần thường gặp nhất (57,83%), phù hợp với tiến triển kéo dài của thoát vị vết mổ, trong đó mạc nối dễ sa vào túi thoát vị do tính di động cao và có thể gây đau hoặc kẹt một phần.

4.3. Phân loại thoát vị theo Hội Thoát vị châu Âu (EHS)

Áp dụng phân loại EHS cho thấy thoát vị vết mổ lần đầu chiếm 89,16% và thoát vị vết mổ tái phát chiếm 10,84%. Trong nhóm thoát vị vết mổ, thoát vị đường giữa chiếm ưu thế, với vị trí thường gặp nhất là M3 (51,81%). Phân bố này phù hợp với các nghiên cứu đa trung tâm và các hướng dẫn của EHS, khẳng định vai trò trung tâm của thoát vị đường giữa trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu [8, 9]. Phân loại EHS, dựa trên vị trí (M/L) và kích thước lỗ thoát vị (W), được xây dựng nhằm chuẩn hóa mô tả tổn thương và tạo thuật ngữ thống nhất trong nghiên cứu và thực hành. Các nghiên cứu gần đây cho thấy phân loại này có giá trị trong việc

chuẩn hóa báo cáo khoa học, tạo thuận lợi cho trao đổi chuyên môn giữa các chuyên khoa và so sánh kết quả giữa các nghiên cứu; tuy nhiên, giá trị tiên lượng kết cục điều trị vẫn cần được tiếp tục được đánh giá [10, 15]. Đồng thời, yêu cầu báo cáo kết quả theo khung chuẩn, bao gồm phân loại thoát vị, ngày càng được nhấn mạnh nhằm cải thiện khả năng tổng hợp bằng chứng và so sánh giữa các chiến lược điều trị khác nhau [11].

4.4. Đặc điểm kích thước lỗ thoát vị và ý nghĩa thực tiễn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, diện tích lỗ thoát vị trung bình là $19,78 \pm 12,49 \text{ cm}^2$, đa số thuộc nhóm W1-W2 theo phân loại EHS, tuy nhiên vẫn ghi nhận các trường hợp lỗ thoát vị lớn, với diện tích lên tới 60 cm^2 . Điều này cho thấy tính không đồng nhất và mức độ phức tạp của thoát vị vết mổ trong thực hành lâm sàng. Việc xác định đồng thời chiều dài, chiều rộng và diện tích lỗ thoát vị giúp mô tả đầy đủ hình thái học của tổn thương, đồng thời tạo nền tảng cho đánh giá tiền phẫu, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và theo dõi sau mổ. Các hướng dẫn gần đây của EHS cũng nhấn mạnh vai trò của đánh giá có hệ thống đối với thoát vị vết mổ đường giữa, bao gồm đo kích thước và mô tả đặc điểm thành bụng nhằm hỗ trợ ra quyết định điều trị [8].

Từ các kết quả trên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng thường có nhiều yếu tố nguy cơ phối hợp, trong đó nổi bật là tuổi cao, thừa cân - béo phì và các bệnh lý nội khoa kèm theo. Bên cạnh đó, tỷ lệ thoát vị kẹt còn cao, cho thấy nhu cầu cần tăng cường phát hiện sớm và theo dõi bệnh nhân một cách chủ động hơn. Việc áp dụng phân loại EHS có giá trị thực tiễn trong chuẩn hóa mô tả tổn thương, tạo thuận lợi cho so sánh với y văn và góp phần xây dựng chiến lược điều trị phù hợp cho từng nhóm bệnh nhân. Đây cũng là cơ sở quan trọng cho các nghiên cứu tiếp theo đánh giá kết quả điều trị theo phân nhóm EHS hoặc theo yếu tố nguy cơ.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị vết mổ thành bụng ở người lớn chủ yếu gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, nữ giới, thường kèm thừa cân - béo phì và bệnh lý nội khoa. Biểu hiện lâm sàng điển hình là khối phồng thành bụng, với tỷ lệ thoát vị kẹt còn cao. Theo phân loại EHS, đa số là

Đặc điểm lâm sàng và phân loại thoát vị vết mổ thành bụng...

thoát vị đường giữa, thường gặp ở vị trí M3, với kích thước lỗ thoát vị chủ yếu thuộc nhóm W1 - W2. Việc áp dụng phân loại EHS giúp chuẩn hóa mô tả tổn thương, có giá trị thực tiễn trong đánh giá mức độ bệnh và định hướng lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Talpai T BA, Suci BA. Incidence and risk factors for incisional hernia following abdominal surgery: a review. *Medicina (Kaunas)*. 2025; 61(3):312.
2. Köckerling F ST. Current concepts of laparoscopic retromuscular repair and extended-view totally extraperitoneal (eTEP) approach for ventral hernias. *Front Surg*. 2021; 8:663-673.
3. Ben-Yaacov A HA, Sandler BJ. Increased risk for incisional hernia following cytoreductive abdominal surgery. *ANZ J Surg*. 2023; 93(6):1345-1351.
4. Miserez MAS, Bury K, Campanelli G, Conze J, Cuccurullo D. The European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia*. 2020; 24(1):1-24.
5. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg*. 2004; 240(4): 578-83; discussion 583-5.
6. Chinese Hernia Society CMA. Guidelines for diagnosis and treatment of incisional hernia (2025 edition). *Chin J Surg*. 2025; 63(3):161-176.
7. Simons MP AT, Bay-Nielsen M. International guidelines for groin and ventral hernia management. *Hernia*. 2018; 22(1):1-165.
8. Sanders DL MM, Muysoms FE. Midline incisional hernia: European Hernia Society guidelines. *Hernia*. 2023; 27(2):201-219.
9. Muysoms FE MM, Berrevoet F. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009; 13(4):407-414.
10. Anwoju OA HD, Griffiths EA. Assessment of the European Hernia Society classification of ventral hernias: a multicenter evaluation. *Hernia*. 2024; 28(4):845-853.
11. Bittner R B-CJ, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society – IEHS). *Surg Endosc*. 2019; 33(10):3069-3139.
12. Parker SG HS, Blackburn S, Plumb A, Archer L, Mallett S. What is the effect of mesh position on outcomes following ventral hernia repair? A systematic review and meta-analysis. *Br J Surg*. 2020; 107(4):353-367.
13. Warren JA LM, Cobb WS, Ewing JA, Carbonell AM. Open retromuscular mesh repair versus laparoscopic intraperitoneal onlay mesh repair: long-term outcomes. *Ann Surg*. 2020; 272(5):791-797.
14. La Van Phu THD, Doan Anh Vu. Extended-view totally extraperitoneal approach for incisional ventral hernia repair: initial results and experience from a single institution in Vietnam. *Laparoscopic Endoscopic Robotic Surg*. 2025; 8(3):146-152.
15. Harji D TC, Antoniou SA. Outcome reporting in incisional hernia surgery: a systematic review. *BJS Open*. 2021; 5(2):zrab006.