

Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluating characteristics of single incision transabdominal preperitoneal laparoscopic surgery (SILS - TAPP) to treat inguinal hernia in 108 Military Central Hospital

Phạm Văn Thương*,
Triệu Triều Dương**,
Trịnh Hồng Sơn***

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
***Bệnh viện Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu 91 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7/2011 đến hết tháng 7/2015. **Kết quả:** 100% nam, tuổi trung bình $53,24 \pm 17,44$; thoát vị bẹn tái phát có 11,0%. 100% rạch da dọc qua rốn để đặt Triport; rạch nếp phúc mạc trên lỗ thoát vị 2cm, rạch từ dây chằng rốn giữa đến gai chậu trước trên cùng bên; 52,58% túi thoát vị được kéo vào trong ổ bụng; 100% cố định mảnh ghép vào dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng bằng ProTack. Khó khăn trong phẫu thuật hay gặp ở bước phẫu tích và xử lý túi thoát vị (18,7%). Có 2,2% bệnh nhân đặt thêm trocar; thời gian phẫu thuật trung bình $45,88 \pm 16,46$ phút; tai biến trong mổ gặp 3,3% các trường hợp; không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một lỗ xuyên thành bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc là phương pháp an toàn, hiệu quả, có thể ứng dụng cho những trường hợp thoát vị bẹn tái phát, tiền sử phẫu thuật vùng bẹn bụng.

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

Summary

Objective: To study some technical characteristics of single incision transabdominal preperitoneal laparoscopic surgery (SILS - TAPP) in treatment of inguinal hernia in 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Description of cross-sectional retrospective associated prospective study of 91 patients were treated inguinal hernia with single incision TAPP in 108 Military Central Hospital from July 2011 to July 2015. **Result:** 100% male, mean age was 53.24 ± 17.44 ; recurrent inguinal hernia is 11.0%. 100% incision of the skin across umbilicus to insert Triport;

□Ngày nhận bài: 25/12/2017, ngày chấp nhận đăng: 28/12/2017

Người phản hồi: Phạm Văn Thương, Email: thuongdhy1978@gmail.com - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

incised peritoneal crease above the hernia hole 2cm, incise from the umbilicus ligament to anterior superior iliac spine on the same side; 52.58% hernia sac which was pulled into abdomen; 100% fixation of graft into Cooper's ligament, iliopubic tract, rectus muscle and transversus abdominis by ProTack. Difficult intraoperative encountered commonly at dissection and tackling hernia sac (18.7%); 2.2% of patients were inserted trocar; average surgery time was 45.88 ± 16.46 minutes; complications intraoperative encountered 3.3% of cases; no deaths. *Conclusion:* Single incision TAPP is safe and effective method in treatment of inguinal hernia, which can apply for recurrent inguinal hernia or history of inguinal and abdominal surgery.

Keywords: Inguinal hernia, Single incision laparoscopic surgery.

1. Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị thoát vị bẹn (TVB) bắt đầu từ phương pháp sử dụng stapler đóng kín lỗ bẹn sâu, dùng nút chặn, cho đến đặt mảnh ghép trong ổ bụng (Intraperitoneal Onlay Mesh - IPOM), và hiện nay còn hai phương pháp đang được ứng dụng là: Xuyên thành bụng ngoài phúc mạc (Trans-abdominal preperitoneal - TAPP) và hoàn toàn ngoài phúc mạc (Total extraperitoneal - TEP). Sự khác nhau là cách tiếp cận khoang ngoài phúc mạc (PM) qua lỗ đặt trocar. Phương pháp TAPP được nhiều tác giả sử dụng, vì tổn thương xác định được ngay khi sau đặt camera, không gian thao tác rộng, dễ làm, tiếp cận trực tiếp và làm vững chắc thành bẹn sau nên kỹ thuật được thực hiện cả với thoát vị (TV) nghẹt và phát hiện lỗ TV thứ hai. Hơn nữa, việc sử dụng TAPP để điều trị TVB tái phát sau khi mổ bằng các phương pháp khác cũng dễ dàng hơn [9].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra ưu điểm của phương pháp TAPP một lỗ điều trị TVB. Tại Việt Nam, đây là phương pháp còn mới, chưa được áp dụng rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ qua ổ bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân (BN) nam, được chẩn đoán TVB trực tiếp - gián tiếp - hỗn hợp, một bên hoặc hai bên, nguyên phát hay tái phát, phân loại theo Nyhus độ II - IIIA - IIIB - IV, được điều trị bằng PTNS một lỗ xuyên thành bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2011 đến hết tháng 7/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: TVB nghẹt, TVB phân loại theo Nyhus I và IIIC, có kèm theo bệnh nội khoa phức tạp, BN đang có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc khu trú tại vùng chậu, PTNS một lỗ TAPP điều trị TVB kèm theo phẫu thuật khác, không đủ chỉ tiêu nghiên cứu hoặc chống chỉ định với gây mê.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu; có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.3. Quy trình kỹ thuật

Bệnh nhân và gia đình được giải thích về kỹ thuật mổ, những tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ có thể xảy ra. Sau khi

gây mê toàn thân, BN được đặt thông tiểu, BN nằm tư thế Trendelenburg (đầu thấp 10 - 15°), nghiêng về phía đối diện bên TV, với hai tay khép dọc theo thân mình. Màn hình đặt phía đối diện phẫu thuật viên (PTV) và cùng bên TV sao cho thẳng trục PTV - bên TV - màn hình, nếu TV hai bên, PTV sẽ đổi vị trí để PT cho từng bên.

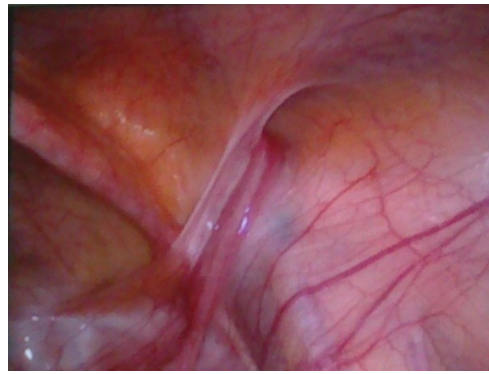
Bước 1 (Tạo khoang PM): Rạch da dọc qua rốn dài 15 - 20mm, dùng 2 farabeuf cỡ nhỏ móc hai mép da nâng lên, bóc lộ cân rốn, cắt cân rốn vào khoang PM, đưa hệ thống cổng Triport (Convidien, Mỹ) qua đường vừa mở, bơm khí CO₂ vào ổ bụng với áp lực 12mmHg; đặt 1 trocar 10mm và 2 trocar 5mm qua hệ thống này (Hình 1). Đưa



Hình 1. Đặt hệ thống cổng Triport

camera và các dụng cụ PTNS thông thường vào ổ bụng qua 3 trocar trên.

Bước 2 (Nhận định mốc giải phẫu, đánh giá phân loại TV trước và sau khi bóc lộ PM xung quanh túi TV): Quan sát, nhận định thành phần chui qua lỗ TV. Tiến hành mở PM bằng đường rạch từ dây chằng rốn giữa đến gai chậu trước trên cùng bên TV, trên lỗ TV 2cm bằng kéo hoặc móc điện. Hạ nếp PM cẩn thận, cần phải xác định được rõ bó mạch thượng vị dưới, phẫu tích bóc lộ rộng rãi toàn bộ lỗ cơ lược, lỗ bẹn sâu, xương mu, dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thắt lưng chậu, ống dẫn tinh và bó mạch sinh dục để tránh làm tổn thương mạch máu (Hình 2).

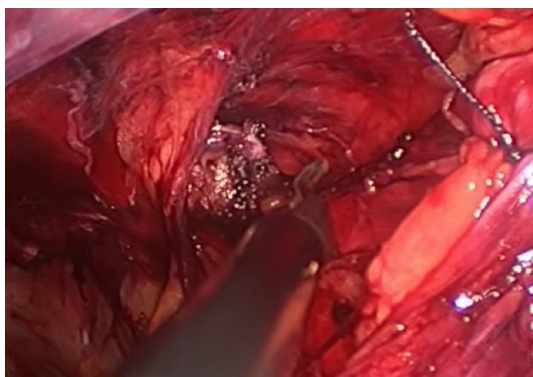
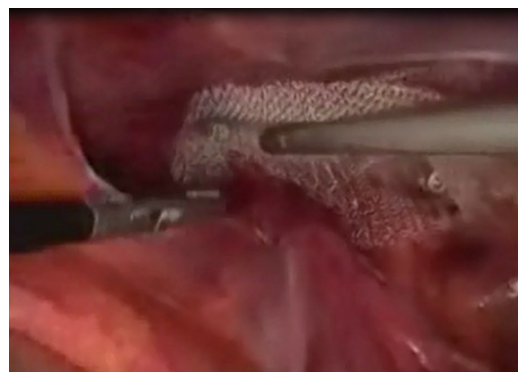


Hình 2. Nhận định thành phần lỗ TV

Bước 3 (Phẫu tích và xử lý túi thoát vị): Với TV trực tiếp, tiến hành kéo túi thoát vị vào trong. Với TV gián tiếp và hỗn hợp, thắt và cắt túi TV (Hình 3). Hạ nếp PM ra khỏi bó mạch thượng tinh, bó mạch chậu ngoài và thành bụng sau. Khoang ngoài PM phải được phẫu tích đủ rộng để tạo điều kiện thuận lợi cho việc đặt mảnh ghép, phẫu tích lấy đi các tổ chức mỡ ngoài PM ở lỗ cơ lược, xung quanh thừng tinh và gần lỗ bẹn sâu để tránh tái phát.

Bước 4 (Đặt và cố định mảnh ghép): Sử dụng mảnh ghép chất liệu polypropylene

(Convidien, Mỹ), kích thước: 6 × 11cm, 8 × 13cm, 15 × 15cm. Mảnh ghép được cuộn lại đưa vào ổ bụng qua trocar 10mm và được trải phẳng sao cho các bờ áp sát thành bụng, bờ trong vượt quá khớp mu và bờ ngoài tận hết ở gai chậu trước trên cùng bên, chồng lên thừng tinh, được cố định bằng ProTack (Convidien, Mỹ) vào các vị trí dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thắt lưng chậu và cơ ngang chậu, khi cố định lưu ý tránh tam giác Doom và tam giác đau (Hình 4).

**Hình 3.** Phẫu tích, thắt và cắt túi TV**Hình 4.** Đặt và cố định mảnh ghép

Bước 5 (Đóng phúc mạc): Phúc mạc được đóng lại bằng ProTack, mỗi ghim cách nhau khoảng 1,5 - 2cm (Hình 5).

Bước 6 (Đóng vết mổ): Kiểm tra ổ bụng, rút Triport và đóng lại cân bằng chỉ Vicryl 2-0, khâu da bằng chỉ Vicryl 4-0 (Hình 6).

**Hình 5.** Đóng phúc mạc bằng ProTack**Hình 6.** Đóng vết mổ

Với trường hợp TVB hai bên, sau khi xử lý xong 1 bên, PTV sẽ đổi vị trí và tiếp tục xử lý túi TV theo quy trình. Các BN tái phát, không cần thiết phải lấy bỏ mảnh ghép cũ, tuy nhiên cần đặt mảnh ghép mới chồng lên mảnh ghép cũ 1cm.

3. Kết quả

Nghiên cứu có 91 BN là nam với 97 lỗ TV được PTNS một lỗ xuyên thành bụng đặt mảnh ghép ngoài PM. Đặc điểm chung của BN được thể hiện ở Bảng 1:

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN trong nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi trung bình	53,24 ± 17,44 tuổi
BMI	23,24 ± 2,22kg/m ²
ASA I/ II/ III	45 (49,4%)/ 28 (30,8%)/ 18 (19,8%)

TVB một bên/ hai bên	85 (93,4%)/ 6 (6,6%)	
TVB trực tiếp/ gián tiếp/ hỗn hợp	51/ 39/ 7	
Phân loại Nyhus	II: 39,18% IIIA: 44,33%	IIIB: 6,18% IV: 10,31%
TVB nguyên phát/tái phát	81 (89,0%)/ 10 (11,0%)	

ASA đa số loại I (chiếm 49,4%); chủ yếu là TVB 1 bên chiếm 85 (93,4%), TVB tái phát 11,0%.

Bảng 2. Khó khăn trong phẫu thuật

Khó khăn	Tỷ lệ %
Tạo khoang phúc mạc	12,1
Nhận định và phân loại TV	17,6
Phẫu tích và xử lý túi thoát vị	18,7
Đóng phúc mạc	4,4
Đóng vết mổ	12,1

Khó khăn đa phần gặp trong bước phẫu tích và xử lý túi thoát vị (18,7%).

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật

Nội dung	Số BN (n = 91)	Số lỗ TV (n = 97)	Kỹ thuật
Tạo khoang PM	91		Rạch da dọc qua rốn dài 15 - 20mm; đặt Triport vào khoang PM
Thành phần lỗ TV: Ruột Mạc nối Ruột và mạc nối Bàng quang		1 5 5 1	12 trường hợp tạng chui và dính vào túi thoát vị, chủ yếu là ruột và mạc nối đều được bóc tách, gỡ dính.
Đo kích thước lỗ TV: < 1,5cm 1,5 - 3cm > 3cm		8 83 6	Dùng đoạn thước dây đưa vào ổ bụng qua trocar 10mm, đo phần rộng nhất của lỗ thoát vị
Mở phúc mạc		97	Dùng kéo hoặc móc điện rạch phúc mạc cách bờ trên lỗ TV 2cm, rạch từ dây chằng rốn giữa đến gai chậu trước trên cùng bên
Loại TV: Trực tiếp Gián tiếp Hỗn hợp		51 39 7	Kéo túi thoát vị vào trong Thắt và cắt túi thoát vị Thắt và cắt túi thoát vị
Cố định mảnh ghép và		97	Kích thước mảnh ghép: 6 × 11cm (3/97), 8

đóng PM			× 13cm (71/97), 15 × 15cm (23/97). Cố định mảnh ghép bằng ProTack vào dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng. Đóng nếp phúc mạc bằng ProTack.
Đóng vết mổ	91		Dùng chỉ Vicryl 2-0 khâu vết lớp cân, chỉ Vicryl 4-0 khâu dưới da

12 lỗ TV có thành phần chui vào, 100% mở phúc mạc bằng đường rạch cách bờ trên lỗ TV 2cm, rạch từ dây chằng rốn giữa đến gai chậu trước trên cùng bên; 52,58% kéo túi TV vào trong tương ứng với số lỗ TV trực tiếp.

Thời gian PT trung bình $45,88 \pm 16,46$ phút; ở nhóm TVB hai bên dài hơn một bên ($72,5 \pm 17,25$ phút so với $44,0 \pm 14,78$ phút); nhóm TVB tái phát dài hơn nguyên phát ($63,0 \pm 14,76$ phút so với $43,77 \pm 15,46$ phút); tai biến trong mổ gặp 3,3% các trường hợp (2 chảy máu bó mạch tĩnh, 1 chảy máu động mạch thượng vị dưới); không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.

4. Bàn luận

Bảng 1 cho thấy đa số BN ở nhóm ASA I (49,4%), chỉ 19,8% BN phân theo ASA III do đây là kỹ thuật mới triển khai, trong nghiên cứu chỉ lựa chọn những bệnh nhân khỏe mạnh. Trong phẫu thuật TAPP một lỗ, chỉ số BMI tăng cao có thể gây những khó khăn khi tạo khoang PM và đóng thành bụng. Kết quả nghiên cứu cho thấy BMI $23,24 \pm 2,22 \text{ kg/m}^2$. Nghiên cứu của Ece I và cộng sự (CS): BMI trung bình là $29,1 \pm 5,2 \text{ kg/m}^2$, theo tác giả, béo phì không phải là chống chỉ định của PTNS một lỗ, thực tế cho thấy BN có BMI từ 40 trở lên đều được phẫu thuật TAPP một lỗ mà không có biến chứng lớn nào [2]. Hany EB nhận định phẫu thuật TAPP một lỗ là cách xâm lấn tối thiểu và an toàn với những TVB không có biến chứng, đặc biệt ở những bệnh nhân BMI thấp [3].

Lợi thế của PTNS xuyên thành bụng cho phép PTV kiểm tra bên đối diện để chẩn đoán và xử trí đồng thời lỗ TV mới phát hiện. Trong mổ chúng tôi phát hiện thêm 2 lỗ TV, vì vậy tỷ lệ TVB hai bên là 6,6%; tổng số lỗ TV là 97 lỗ. Nghiên cứu có 10 trường hợp là TVB tái phát (11,0%), đặc biệt

1 BN tái phát TVB trái 4 lần. Theo Tran H [8] và Kucuk C [4] thì tỷ lệ TVB tái phát lần lượt là 7 - 10% và 8 - 17%. Phẫu thuật TVB tái phát luôn được dự báo là khó khăn hơn TVB nguyên phát do: Dính, mốc giải phẫu bị thay đổi. Các tác giả cũng nhận định phẫu thuật TAPP một lỗ là phương pháp an toàn có thể chỉ định cho các trường hợp TVB tái phát, do các ưu điểm như: Phẫu trường rộng, đánh giá toàn diện và xử trí tốt, tránh bỏ sót các tổn thương và hạn chế tai biến trong mổ, phục hồi sớm và sự hài lòng về thẩm mỹ của BN [4], [8].

Lợi ích được nhắc đến nhiều nhất của PTNS một lỗ là tính thẩm mỹ cao [3], [6] vì vậy việc lựa chọn đường vào như thế nào là vấn đề rất quan trọng. 100% trường hợp chúng tôi rạch da dọc qua rốn, dài 15 - 20mm, qua đó đặt Triport vào ổ bụng (Hình 1) (Bảng 2). Trong bước này khó khăn gặp 12,1% các trường hợp (4,4% có tiền sử mổ đường trắng trên và dưới rốn nên dính, 7,7% thành bụng dày nằm trong nhóm BN thừa cân). Khi bóc tách lớp cân và PM, phải cẩn thận tách từng lớp tránh chảy máu và tổn thương tạng; đối với thành bụng dày, rạch thêm cân vùng rốn, kết hợp với người

phụ dùng Farabeuf để kéo vết mổ và PTV đẩy Triport vào trong. Theo Hany EB, những BN có sẹo mổ cũ và béo phì khi phẫu thuật TAPP một lỗ nên được thực hiện bởi PTV giàu kinh nghiệm [3].

Nghiên cứu cho thấy 12 trường hợp có tạng chui vào lỗ TV, trong đó chủ yếu là ruột và mạc nối (11 trường hợp) và 1 trường hợp là bàng quang. Chúng tôi đã phẫu tích, gỡ dính cẩn thận để tách thành phần ra khỏi lỗ TV và không có tai biến tổn thương quai ruột, mạc nối hay bàng quang. Tác giả Roy P [6] nghiên cứu 50 lỗ TV có 5 trường hợp thành phần trong lỗ TV là ruột non tuy nhiên không dính với lỗ TV, 2 trường hợp mạc nối lớn dính vào lỗ TV đã được gỡ dính cẩn thận. Rạch PM bắt đầu từ dây chằng rốn giữa sang phía gai chậu trước trên cùng bên TV, trên lỗ TV 2cm. Hạ nếp PM cẩn thận tạo khoang trước PM đủ rộng để xác định các mốc giải phẫu quan trọng: Bó mạch thượng vị dưới, lỗ cơ lược, lỗ bẹn sâu, xương mu, dây chằng Cooper, dải chậu mu, các tam giác vùng bẹn. Cần bóc tách cẩn thận tránh làm tổn thương mạch máu, các nhánh thần kinh và tổ chức xung quanh [2], [3], [7]. Ở bước này, nghiên cứu ghi nhận 16 trường hợp (17,6%) khó khăn là những BN có tiền sử ngoại khoa, chủ yếu do TVB tái phát (10 BN). Nguyên nhân do dính ruột và mạc nối tại lỗ bẹn, cấu trúc giải phẫu vùng bẹn thay đổi [9], [10].

Có 51 túi TV trực tiếp (52,58%) sau khi bóc tách khỏi bó mạch thành tĩnh, túi TV được kéo vào trong ổ bụng; 46 túi TV gián tiếp và hỗn hợp (47,42%) đều được thắt và cắt (Hình 3), tương tự như Ece I [2]. Khi phẫu tích và xử lý túi TV gặp 18,7% trường hợp khó khăn (Bảng 2), trong đó 15,4% do dính và 3,3% do tổn thương mạch máu. Đây là những BN có tiền sử ngoại khoa liên quan nên khi phẫu tích phải thật cẩn thận và tỷ mỉ tránh tổn thương tạng, mạch máu

lân cận, do đó làm tăng thời gian PT và tỷ lệ tai biến.

Trong nghiên cứu dùng mảnh ghép loại Polypropylene với 3 kích thước 6 × 11cm, 8 × 13cm, 15 × 15cm với tỷ lệ lần lượt 3,1%; 73,2% và 23,7%. Tác giả Ece I và Yilmaz H dùng mảnh ghép Polypropylene kích thước 10 × 15cm [2], [10]. Mảnh ghép được cố định bằng ProTack vào dây chằng Cooper, dải chậu mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng (Hình 4), tương tự như các tác giả Roy P [6], Yilmaz H [10], Sinha R [7], Ece I [2]. Việc cố định rất quan trọng, để mảnh ghép không di chuyển hoặc co, gấp lại gây tái phát [2], [9]. Chúng tôi ghi nhận 8,8% khó khăn khi trải phẳng và cố định mảnh ghép.

100% các trường hợp đóng PM sàn bẹn bằng ProTack (Hình 5), cũng như Roy P [6]. Một số tác giả khác dùng chỉ Vicryl 2-0 khâu lại PM hoặc kết hợp cả 2 phương pháp [2], [9], [10]. Có 4,4% gặp khó khăn do PM bị thiếu (là những trường hợp tái phát), do vậy chúng tôi đã giảm áp lực ổ bụng xuống còn 8mmHg để PM không bị căng nhưng vẫn đảm bảo quan sát tốt phẫu trường để đóng PM.

Sau đó đóng vết mổ hai lớp: Cân rốn được đóng lại bằng chỉ Vicryl 2-0 với mũi khâu hình túi sẽ làm cho vết mổ co nhỏ lại, sẹo mổ theo đó sẽ nhỏ lại và đảm bảo tính thẩm mỹ; dùng chỉ Vicryl 4-0 để khai dưới da (Hình 6). Tuy nhiên vẫn gặp 12,1% trường hợp khó khăn do thành bụng dày và dính. Khi đóng vết mổ những ca này, người phụ phải phối hợp nâng vết mổ lên để PTV khâu đóng dễ dàng hơn.

Thời gian PT trung bình là $45,88 \pm 16,46$ phút, trong đó thời gian mổ của nhóm TVB hai bên dài hơn một bên, TVB tái phát dài hơn nguyên phát. Các nghiên cứu đã chỉ ra những yếu tố ảnh hưởng đến

thời gian PT như: Kinh nghiệm PTV, sự phối hợp giữa PTV và người phụ, thiết bị hỗ trợ trong nội soi. Ngoài ra còn do: Tiền sử PT vùng bụng, phân loại TVB, TVB có biến chứng hay chưa [1], [2], [3], [5], [9]. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp (2,2%) đặt thêm trocar, trong đó: 1 trường hợp do tổn thương động mạch thượng vị dưới phải đặt thêm 1 trocar để hỗ trợ kẹp Clip cầm máu; 1 trường hợp do kích thước túi TV lớn, dính nhiều, có ruột và mạc nối chui vào túi TV, phải đặt thêm 2 trocar 5mm để phẫu tích và gỡ dính. Có 3 trường hợp tai biến trong mổ (3,3%). Trong đó 2 chảy máu bó mạch tinh và 1 chảy máu động mạch thượng vị dưới. Không có trường hợp tử vong trong và sau mổ.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi một lỗ xuyên thành bụng đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc là phương pháp an toàn, hiệu quả để điều trị thoát vị bẹn. 52,58% túi TV được kéo vào trong ổ bụng; 100% cố định mảnh ghép vào dây chằng Cooper, dải chận mu, cơ thẳng bụng và cơ ngang bụng bằng ProTack. Thời gian phẫu thuật ngắn, khó khăn gặp ở các bước phẫu thuật (4,4 - 18,7%), tai biến trong mổ (3,3%).

Tài liệu tham khảo

1. Triệu Triều Dương, Phạm Văn Thương (2013) *Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi Single porte xuyên thành bụng đặt lưới prolen ngoài phúc mạc tại Khoa B15 Bệnh viện TWQĐ 108. Tạp chí Y học Thực hành* 864(3), tr. 143-145.
2. Ece I, Yilmaz H, Yormaz S, Sahin M (2017) *Clinical outcomes of single incision laparoscopic surgery and conventional laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair. J Minim Access Surg* 13(1): 37-41.
3. Hany EB (2017) *Single port versus multiport laparoscopic trans abdominal preperitoneal hernia repair. Life Sci J* 14(1): 25-31.
4. Kucuk C (2011) *Single-incision laparoscopic transabdominal preperitoneal herniorrhaphy for recurrent inguinal hernia preliminary surgical results. Surg Endosc* 25(10): 3228-3234.
5. PoChing CN, Yang GPC, Li MKW (2013) *Single incision laparoscopic transabdominal preperitoneal repair for strangulated groin hernia. International Journal of Clinical Medicine* 4(6A): 35-38.
6. Roy P, De A (2011) *Single-incision trans-abdominal preperitoneal mesh hernioplasty. J Minim Access Surg* 7(1): 33-36.
7. Sinha R, Malhotra V, Sikarwar P (2015) *Single incision laparoscopic TAPP with standard laparoscopic instruments and suturing of flaps: A continuing study. J Minim Access Surg* 11(2): 134-138.
8. Tran H, Turingan I, Tran K et al (2014) *Potential benefits of single-port compared to multiport laparoscopic inguinal herniorrhaphy: A prospective randomized controlled study. Hernia* 18(5): 731-744.
9. Tran H, Tran K, Zajkowska M et al (2015) *Single-port onlay mesh repair of recurrent inguinal hernias after failed anterior and laparoscopic repairs. JSLS* 19(1): e2014.00212.
10. Yilmaz H, Alptekin H (2013) *Single-incision laparoscopic transabdominal preperitoneal herniorrhaphy for bilateral inguinal hernias using conventional instruments. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 23(3): 320-323.