

Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới đường trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2022-2024

Results of inguinal hernia treatment with laparoscopic preperitoneal mesh repair at Vinh Phuc Provincial General Hospital, 2022-2024

Trương Tiến Thịnh*, Lê Văn Tịnh, Nguyễn Đình Phúc,
Dương Trường Minh và Lê Thị Hải Yến

Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt lưới đường trước phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2022 - 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 97 người bệnh thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới đường trước phúc mạc. Các chỉ số được phân tích gồm đặc điểm người bệnh, thời gian mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh $48,35 \pm 15,65$; nam chiếm 94,8%. Thời gian mổ trung bình $14,19 \pm 19,14$ phút. Biến chứng sau mổ gặp ở 8 trường hợp (8,3%): Tụ dịch gặp ở 6 NB (6,2%); bí tiểu gặp ở 2 NB (2,1%); không gặp nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện trung bình $4,78 \pm 1,52$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đặt lưới đường trước phúc mạc là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp. Kỹ thuật có thể triển khai thành công tại bệnh viện tuyến tỉnh.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, lưới trước phúc mạc.

Summary

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic preperitoneal mesh repair for inguinal hernia at Vinh Phuc Provincial General Hospital during 2022–2024. **Subject and method:** A retrospective descriptive study was conducted on 97 patients with inguinal hernia treated by laparoscopic preperitoneal mesh repair. Data collected included patient characteristics, operative time, postoperative complications, hospital stay. **Result:** The mean patient age was 48.35 ± 15.65 years; males accounted for 94.8%. The mean operative time was 14.19 ± 19.14 minutes. Postoperative complications occurred in 8 cases (8.3%), including seroma in 6 cases (6.2%), urinary retention in 2 cases (2.1%), and no complication of wound infection. The average hospital stay was 4.78 ± 1.52 days. **Conclusion:** Laparoscopic preperitoneal mesh repair is a safe and effective technique for inguinal hernia repair, with low complication rates. This technique can be successfully implemented at provincial hospitals, contributing to improved surgical outcomes.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic surgery, preperitoneal mesh, outcomes.

Ngày nhận bài: 15/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 01/10/2025

* Tác giả liên hệ: thinhgsd@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là loại thoát vị thành bụng hay gặp nhất, chiếm khoảng 75% tổng số các thoát vị thành bụng. Bệnh không chỉ gây ảnh hưởng tới sinh hoạt và lao động của người bệnh (NB) mà còn tiềm ẩn nhiều biến chứng nguy hiểm như thoát vị nghẹt hay tắc ruột. Phẫu thuật (PT) là phương pháp điều trị duy nhất, trong đó PT đặt lưới nhân tạo đã làm giảm rõ rệt tỷ lệ tái phát so với các phương pháp kinh điển khâu mô tự thân¹.

Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi (PTNS), nhiều kỹ thuật đã được ứng dụng trong điều trị TVB, gồm TAPP (Transabdominal Preperitoneal) và TEP (Total Extraperitoneal). Trong đó, TEP - phẫu thuật nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc - được đánh giá là ít xâm lấn, không can thiệp vào ổ bụng, giúp giảm đau sau mổ, hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục².

Tại Việt Nam, PT TEP đã được triển khai ở nhiều cơ sở y tế tuyến Trung ương và tỉnh. Tuy nhiên, việc đánh giá kết quả thực hiện tại từng bệnh viện cụ thể vẫn cần được tiến hành để làm rõ tính hiệu quả và an toàn. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu (NC) này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt lưới đường trước phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2022 - 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tất cả NB được chẩn đoán xác định mắc TVB được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đường vào hoàn toàn trước phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2022 - 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người lớn (≥ 18 tuổi), được chẩn đoán TVB nguyên phát (1 bên /2 bên), có chỉ định mổ chương trình (phiên/chủ động).

TVB không có biến chứng cấp tính.

NB chấp nhận gây mê toàn thân và đồng ý tham gia NC.

Tình trạng toàn thân ASA $\leq$ III.

Tiêu chuẩn loại trừ

NB có thai.

NB không thể /không đồng ý gây mê toàn thân, rối loạn đông máu.

NB có bệnh nội khoa nặng chưa kiểm soát (suy tim/viêm phổi nặng).

TVB nghẹt/không đẩy lên được, thoát vị búi khổng lồ hoặc có chỉ định PT cấp cứu.

TVB tái phát.

Nhiễm trùng vị trí vết mổ.

Bệnh án ghi chép không đầy đủ thông tin phục vụ NC.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, 97 NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian NC.

Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung người bệnh. Tuổi (tính theo dương lịch): Biến rời rạc. Giới: Nhị phân. Nghề nghiệp: Danh mục. Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index): Liên tục.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Lý do vào viện: Danh mục. Thời gian mắc bệnh (Từ lúc phát hiện đến khi được PT tính bằng tháng): Rời rạc. Vị trí thoát vị: Danh mục. Hình ảnh tạng thoát vị trên siêu âm: Danh mục.

Quy trình phẫu thuật

Tất cả NB đều được phẫu thuật bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, có trình độ sau đại học chuyên khoa Tiêu hóa và có chứng chỉ phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn, chứng chỉ phẫu thuật nội soi nâng cao, thực hiện theo một quy trình thống nhất như sau:

Tư thế: NB nằm ngửa, gây mê toàn thân, đặt sonde tiểu.

Tạo khoang trước phúc mạc: Rạch da dưới rốn, bóc tách vào khoang trước phúc mạc bằng bóng hoặc đầu tù, bơm CO₂ áp lực 10 - 12mmHg.

Đặt 3 trocars: 1 trocar 10mm dưới rốn cho camera, 2 trocars 5mm dưới rốn đường giữa, mỗi trocar cách nhau 5 - 7cm.

Bóc tách: Mở rộng khoang xuống xương mu, dây chằng Cooper, giải phóng túi thoát vị.

Đặt lưới: Đưa tấm lưới qua trocar 10mm, trải phẳng che phủ toàn bộ vùng bẹn - bìt, không cố định. Tấm lưới được sử dụng cho tất cả các NB trong NC được thống nhất 1 loại: Lưới được làm từ polypropylene tổng hợp, nguyên sợi, khối lượng thấp (Parietene lightweight monofilament polypropylene mesh), kích thước 10 × 15cm, hãng COVIDIEN.

Kết thúc: Xả khí từ từ đồng thời kiểm tra vị trí lưới, đóng vết mổ.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (Tính theo phút): Rời rạc. Tai biến sau phẫu thuật: Danh mục. Thời gian phục hồi (Tính theo tiếng): Rời rạc. Biến chứng sớm sau phẫu thuật: Danh mục. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (Tính theo ngày): Rời rạc. Kết quả sớm của phẫu thuật: Thứ bậc.

Xử lý số liệu

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng NB (n)	Tỷ lệ %
Lý do vào viện		
Khối phồng vùng bẹn to lên	60	61,9
Khối phồng kèm đau vùng bẹn	36	37,1
Bìu to	1	1,0
Thời gian mắc		
< 6 tháng	55	56,7
6 - < 12 tháng	13	13,4
1 - < 5 năm	24	24,7
≥ 5 năm	5	5,2

Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 26.0, ngưỡng thống kê có ý nghĩa: $p < 0,05$.

So sánh 2 trung bình: Kiểm định Student's t-test (nếu phân bố chuẩn), hoặc Mann-Whitney U test (nếu không chuẩn).

So sánh ≥ 2 trung bình: ANOVA (nếu chuẩn, phương sai đồng nhất), hoặc Kruskal - Wallis test (nếu không chuẩn).

So sánh tỷ lệ giữa các nhóm: Kiểm định Chi - square, nếu tần số nhỏ dùng Fisher's exact test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Mọi thông tin của NB đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích NC.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi tiến hành NC trên 97 NB. Trong đó, 92 NB nam, chiếm 94,8%. Tuổi trung bình của đối tượng NC $48,35 \pm 15,65$; Thời gian mắc bệnh $14,19 \pm 19,14$ tháng; BMI $22,71 \pm 1,86$ và thu được các kết quả như sau:

Đặc điểm	Số lượng NB (n)	Tỷ lệ %
Vị trí		
Bên phải	52	53,6
Bên trái	39	40,2
Cả 2 bên	6	6,2
Hình thái		
Trực tiếp	35	36,1
Gián tiếp	59	60,8
Hỗn hợp	3	3,1
Hình ảnh tạng thoát vị trên siêu âm		
Quai ruột	34	35,1
Mạc nối lớn	34	35,1
Ruột và mạc nối	20	20,5
Không thấy	9	9,3

Tất cả NB đều có khối phồng. Hơn 50% đến viện trong 06 tháng biểu hiện bệnh. TVB 1 bên chiếm đa số với 91/97 NB (93,8%), bên phải gặp nhiều hơn bên trái. TVB trực tiếp gặp nhiều nhất 64,9%, có 3,1% NB TVB hỗn hợp. Siêu âm thấy tạng thoát vị 90,7%.

3.2. Kết quả phẫu thuật TEP

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật trung bình

Phân loại		Thời gian phẫu thuật (phút)				p
		Số lượng	Ngắn nhất	Dài nhất	TB ± DLC	
Bên	Phải	52	60	180	102,60 ± 26,443	0,001
	Trái	39	54	295	110,46 ± 39,995	
Bên	1 bên	91	54	295	105,97 ± 32,968	
	2 bên	6	100	268	166,83 ± 32,968	
Thời gian mắc	< 6 tháng *	55	60	240	104,58 ± 29,553	0,023
	6 tháng - 1 năm	13	54	180	103,54 ± 33,100	
	1 - <5 năm *	24	61	295	126,08 ± 56,704	
	≥ 5 năm	5	85	120	109,73 ± 38,712	
Tất cả NB		97	54	295	109,73 ± 38,712	
BMI	Thiếu cân	2	90	110	100,00 ± 14,142	0,016
	Bình thường	61	60	240	102,84 ± 28,831	
	Thừa cân	34	54	295	122,68 ± 50,755	
Tất cả NB		97	54	295	109,73 ± 38,712	

Thời gian PT trung bình bên phải lâu hơn bên trái, 2 bên dài hơn 1 bên, trực tiếp gián tiếp gần tương đương, thể hỗn hợp cao hơn so với các thể còn lại.

Thời gian PT của nhóm NB có thời gian mắc bệnh từ 1 đến dưới 5 năm lâu hơn thời gian PT của nhóm NB mắc < 06 tháng có ý nghĩa thống kê với $p=0,023$.

Thời gian PT của nhóm NB có chỉ số BMI bình thường ngắn hơn thời gian PT của nhóm NB thừa cân có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$.

Bảng 3. Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Không	84	86,6
Rách phúc mạc	12	12,4
Tổn thương ĐM thượng vị dưới	1	1,0
Tổng	97	100,0

12 NB (12,4%) có tổn thương rách phúc mạc, 1 NB (1,0%) có tổn thương ĐM thượng vị dưới.

Bảng 4. Tai biến trong phẫu thuật và một số yếu tố liên quan

Tai biến Thời gian mắc	Không tai biến n (%)	Có tai biến n (%)	Tổng n (%)
< 6 tháng	51 (92,7)	4 (7,3)	55 (100,0)
6 tháng - < 1 năm	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100,0)
1 - < 5 năm	16 (66,7)	8 (33,3)	24 (100,0)
≥ 5 năm	5 (100,0)	0	5 (100,0)

Tai biến trong PT chiếm tỷ lệ cao 8/24 NB (33,3%) ở nhóm NB phát hiện 1 đến dưới 5 năm.

Bảng 5. Liên quan giữa tai biến trong phẫu thuật với thời gian phẫu thuật

Tai biến Chỉ số	Số lượng NB (n)	Thời gian phẫu thuật (TB ± ĐLC)	p
Không tai biến	84	103,58 ± 34,332	0,000
Có tai biến	13	149,46 ± 43,152	

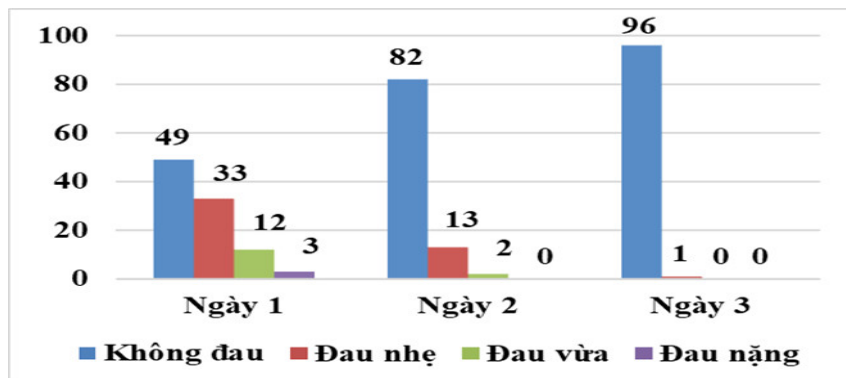
Thời gian phẫu thuật ở nhóm NB có xảy ra tai biến lâu hơn nhóm không có tai biến có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Bảng 6. Đặt dẫn lưu sau phẫu thuật

Dẫn lưu	Số lượng NB (n)	Tỷ lệ %
Có	1	1,0
Không	96	99,0
Tổng	97	100,0

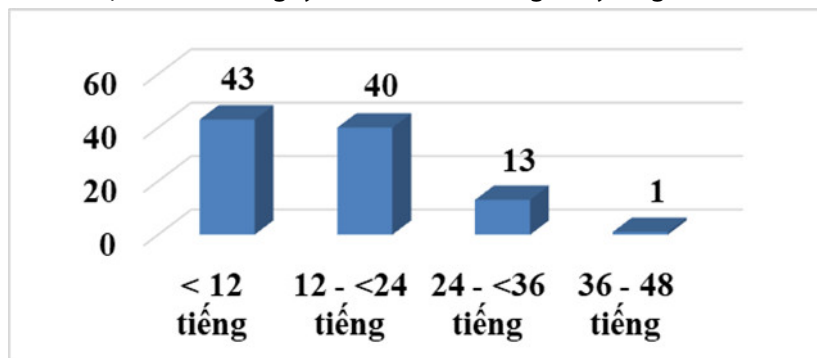
Có 1 NB (1%) đặt dẫn lưu khoang Retzius sau PT.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật



Biểu đồ 1. Mức độ đau sau phẫu thuật 3 ngày đầu tiên

Một nửa số NB không đau sau phẫu thuật. NB có đau sau phẫu thuật, chủ yếu ở mức độ nhẹ và trong ngày đầu tiên, mức độ đau ở các ngày sau nhanh chóng thuyên giảm.



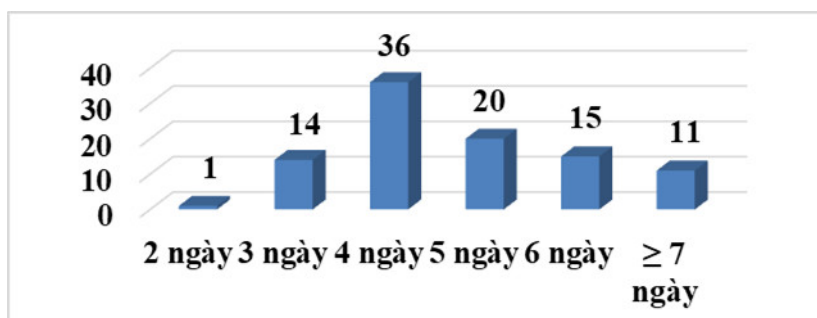
Biểu đồ 2. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau phẫu thuật

85,6% số NB phục hồi sinh hoạt cá nhân trong thời điểm 1 ngày sau phẫu thuật.

Bảng 7. Phân độ biến chứng sớm sau phẫu thuật theo Clavien-Dindo

Biến chứng	Clavien-Dindo	Số lượng NB (n)	Tỷ lệ %
Tụ máu /dịch vùng bẹn	Độ I	6	6,2
Bí tiểu	Độ II	2	2,1
Không có biến chứng		89	91,7

Có 8/97 NB (8,3%) gặp biến chứng, gồm 2 biến chứng: Bí tiểu ở 2 NB (2,1%) và tụ máu/dịch vùng bẹn ở 6 NB (6,2%).



Biểu đồ 3. Số ngày nằm viện sau phẫu thuật

1/3 số NB ra viện sau phẫu thuật 3 ngày. 11 NB nằm viện sau phẫu thuật 1 tuần trở lên.

Thời gian nằm viện trung bình: $4,78 \pm 1,52$ ngày, ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 12 ngày.

Bảng 8. Kết quả sớm của nghiên cứu

Đánh giá	Số lượng NB (n)	Tỷ lệ %
Tốt	79	81,4
Khá	18	18,6
Tổng	97	100,0

81,4% số NB có kết quả tốt sau phẫu thuật, 18,6% số NB còn lại chủ yếu gặp tình trạng đau sau phẫu thuật. Không có các tai biến, biến chứng xấu như nhiễm trùng vết mổ hay nhiễm trùng tẩm lưới, tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 97 NB, nam giới chiếm 94,8%, tuổi trung bình $48,35 \pm 15,65$. Kết quả này tương đồng với NC của Lê Minh Hùng. Tuổi trung bình $48,35 \pm 15,65$, Hoàng Văn Chúc và Nguyễn Trường Giang³⁻⁵.

Các triệu chứng khiến NB đến viện thường là do khối phồng ở vùng bẹn to lên (61,9%), gây đau tức (37,1%), chỉ có 01 NB vào viện vì khối phồng đã xuống bìu. Tỷ lệ này tương đương với NC của Nguyễn Trường Giang, khác với kết quả của Đỗ Văn Chiêu: (97,1%) NB có khối phồng vùng bẹn, chỉ 2,9% NB thấy đau và không có NB nào vào viện vì bìu to; NC của Hoàng Văn Chúc cũng có 88,2% NB vào viện với khối phồng vùng bẹn và 2,9% NB thấy đau vùng bẹn⁴⁻⁶.

Thời gian mắc trung bình kể từ khi xuất hiện bệnh cho tới khi NB được điều trị trong NC của chúng tôi khá sớm: 14,2 tháng. Trong đó, ngắn nhất là 1 tháng, lâu nhất lên đến 7 năm. Thời gian này ngắn hơn so với NC của Nguyễn Trường Giang: 17,29 tháng và Hoàng Văn Chúc: 18,06 tháng. Lượng NB bị phát hiện thoát vị trong 6 tháng chiếm quá một nửa (56,7%) và lượng NB phát hiện trên 1 năm chiếm gần 1/3 (29,9%) tổng lượng NB, kết quả này có sự khác biệt với Nguyễn Trường Giang, tỷ lệ phát hiện trên 1 năm là 39,2%^{4,5}.

TVB thường xảy ra ở 1 bên và bên phải nhiều hơn trái, kết quả NC của chúng tôi cũng tương tự như kết quả đưa ra của các tác giả khác trong và ngoài nước như Nguyễn Trường Giang: TVB phải chiếm 52,9%, Đỗ Xuân Chiêu: TVB phải chiếm 42%, Guangbo Wu và cộng sự: TVB phải chiếm 70%, Mohammed Yunus Shah: TVB phải chiếm 61,4%⁵⁻⁸.

Tất cả các NB trong NC đều được làm siêu âm phần mềm thành bụng trước PT. NC của tác giả Kraft BM về việc chẩn đoán và phân loại TVB trên 220 NB được thăm khám lâm sàng, siêu âm trước mổ và đánh giá trong mổ cho thấy thăm khám lâm sàng có độ nhạy là 0,92, độ nhạy này sẽ tăng lên 0,97 khi có kết hợp với siêu âm trong chẩn đoán TVB⁹.

Thời gian PT trung bình của TVB 1 bên là 105,97 phút, nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với 2 bên là 166,83 phút ($p < 0,001$). Thời gian PT trong NC dài hơn các NC khác như Hoàng Văn Chúc: 66,8 phút, Guangbo Wu: 43,3 phút. Nguyên nhân có thể do: (1) NB trong NC của chúng tôi có tỷ lệ thoát vị lâu năm và mô xơ dày hơn; (2) yếu tố kỹ thuật, thời gian phẫu tích tạo khoang hơn; (3) nhóm có tai biến trong mổ (chủ yếu rách phúc mạc) kéo dài thời gian mổ - điều này cũng thể hiện qua dữ liệu: Thời gian mổ nhóm có tai biến là 149,46 phút so với 103,58 phút ở nhóm không tai biến ($p < 0,001$)^{4,7}.

Tai biến trong PT gặp ở 13/97 NB chiếm 13,4%, trong đó chủ yếu là rách phúc mạc 12 NB (12,4%), trong đó có 1 NB phải chuyển sang PT TAPP, có 1 NB (1%) tổn thương động mạch thượng vị dưới, xử trí cầm máu ngay trong mổ

bằng dao đốt điện. So sánh với NC của Nguyễn Trường Giang, có 12 NB rách phúc mạc, không có TH nào phải chuyển phương pháp và NC của Hoàng Văn Chúc không có NB nào gặp tai biến trong PT. Sự khác biệt này phần nào do thời gian mắc bệnh dài và có những trường hợp mô xơ dày, gây khó khăn khi bóc tách^{4,5}.

Mối liên quan giữa thời gian PT và tai biến trong PT, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê: Thời gian PT trung bình của nhóm NB gặp tai biến là 149,46 phút, lâu hơn ở nhóm NB không gặp tai biến (trung bình 103,58 phút). Có 1 NB chảy máu trong PT do tổn thương bên của bó mạch thượng vị dưới, xử trí đốt cầm máu bằng dao điện đơn cực cầm máu hiệu quả, sau đó đặt dẫn lưu khoang Retzius. Tỷ lệ 1,0%, thấp hơn trong NC của Đỗ Văn Chiếu có 14,5% số NB gặp tai biến⁶.

Sau PT ngày đầu tiên, có 49 NB chỉ thấy tức vùng bụng dưới, đau rất nhẹ và không dùng thuốc giảm đau, 33 NB đau nhẹ cần dùng giảm đau uống, 12 NB đau vừa cần dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch và 3 NB cần dùng giảm đau gây nghiện. Mức độ đau của các NB giảm nhanh chóng khi sang ngày thứ 2 và thứ 3, cụ thể, hết ngày thứ 3 chỉ còn 1 NB đau ở mức độ nhẹ cần đến thuốc giảm đau uống. Kết quả này tương tự như NC của Nguyễn Trường Giang và Đỗ Văn Chiếu, kết quả NC đau sau mổ ngày 02 và ngày 03 tương đương NC của Lê Minh Hùng^{3,5,6}.

Có 85,6% số NB phục hồi sinh hoạt cá nhân trong thời điểm 24 giờ sau PT, lượng NB trong 12 giờ và từ 12 đến 14 giờ gần tương đương (43/97 và 40/97 NB). Kết quả NC của chúng tôi tương đương với NC của Đỗ Văn Chiếu, Nguyễn Trường Giang. Kết quả trong NC của chúng tôi và các NC khác về đau và phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ cho thấy lợi thế của kỹ thuật TEP và việc sử dụng lưới trọng lượng nhẹ^{5,6}.

8/97 NB (8,3%) gặp biến chứng sau PT, 2 NB (2,1%) bí tiểu - Clavien-Dindo độ II và 6 NB (6,2%) tụ máu/dịch vùng bẹn - Clavien-Dindo độ II, không ghi nhận biến chứng nặng (Clavien-Dindo $\geq$ III), không có nhiễm trùng lưới hay tử vong; tỷ lệ biến chứng cao hơn trong NC của Nguyễn Trường

Giang có 2 NB viêm tinh hoàn, 1 NB tụ dịch, không gặp biến chứng bí tiểu nhưng thấp hơn so với Hoàng Văn Chúc (29,4% tụ dịch), NC của Lê Minh Hùng có 1 NB bí tiểu, 2 NB tụ máu vùng bẹn bìu. Tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn, nguyên nhân có thể liên quan đến: (1) Quá trình bóc tách rộng khoang trước phúc mạc, đặc biệt ở NB có túi thoát vị lớn hoặc thoát vị lâu năm, (2) Không đặt dẫn lưu thường quy, trong NC chỉ có 1 NB (1%) đặt dẫn lưu khoang Reitzius, (3) phản ứng tiết dịch tại khoang bóc tách. Tất cả các ca tụ dịch đều được hướng dẫn theo dõi, tự tiêu sau vài ngày, không cần can thiệp xâm lấn nên được xếp Clavien-Dindo độ I. Bí tiểu sau mổ xảy ra ở 2 NB (2,1%), NB được xử trí bằng đặt sonde tiểu lưu tạm thời, rút sau 24 giờ và đi tiểu bình thường sau đó, không ghi nhận nhiễm trùng tiết niệu. Việc can thiệp bằng thuốc hoặc thủ thuật nhẹ (đặt sonde) nhưng không phải mổ lại nên được xếp Clavien-Dindo độ II. Các yếu tố nguy cơ gồm tuổi cao, gây mê toàn thân, đặt sonde tiểu trước mổ và ảnh hưởng của thuốc giảm đau nhóm opioid trong 24 giờ đầu^{3-5,10}.

Thời gian nằm viện trung bình sau PT là 4,78 ngày, ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 12 ngày; đa số NB ra viện sau PT 3 - 5 ngày (nằm viện 04 ngày chiếm nhiều nhất với 36 NB, có 11 NB nằm viện $\geq$ 7 ngày). Thời gian nằm viện trung bình sau PT trong NC dài hơn của các tác giả khác như Guangbo Wu là 2,0 ngày, Hoàng Văn Chúc là 2,06 ngày, Shah MY là 2,68 ngày, Nguyễn Trường Giang là 2,78 ngày, ngắn hơn Đỗ Văn Chiếu là 5,7 ngày, Lê Minh Hùng là 6,2 ngày. Sự khác biệt có thể liên quan đến chính sách chăm sóc sau phẫu thuật và tiêu chí xuất viện của từng cơ sở³⁻⁸.

Xếp loại tốt có 79 trường hợp chiếm 81,4%, đây là các trường hợp không gặp biến chứng nào sau phẫu thuật. Xếp loại khá là các trường hợp còn lại (18 NB, chiếm 18,6%) gồm 12 NB rách phúc mạc và 1 NB tổn thương động mạch thượng vị dưới, các trường hợp còn lại đau ở các mức độ cần dùng thuốc giảm đau đường truyền và thuốc giảm đau gây nghiện. Không có trường hợp nào xét loại trung bình và xấu. Kết quả này của chúng

tôi tương đương với Hoàng Văn Chúc, tuy nhiên thấp hơn so với NC của Lê Minh Hùng, Nguyễn Trường Giang³⁻⁵.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp mổ TVB nội soi đặt lưới nhân tạo đường vào hoàn toàn trước phúc mạc được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc đã mang lại những kết quả rất khả quan, có tính khả thi cao với trên 81,4% số NB trong NC đạt kết quả tốt sau PT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ et al (2011) *Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)]*. Surgical Endoscopy 25(9): 2773.
2. Yildiz A (2022) *Laparoscopic transabdominal preperitoneal and totally extraperitoneal in inguinal hernia surgery: Comparison of intraoperative and postoperative early complications of two techniques*. Journal of Minimally Invasive Surgery 25(1): 18-23.
3. Lê Minh Hùng (2023) *Kết quả phẫu thuật nội soi ngả trước phúc mạc, sử dụng lưới 3D điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện E*. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Hoàng Văn Chúc, Nguyễn Hoài Bắc (2023) *Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng gần sau phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn ở nam giới tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*. Tạp Chí Y học Việt Nam, 533(1).
5. Nguyễn Trường Giang (2018) *Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Bạch Mai*. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Đỗ Văn Chiêu, Phan Thanh Lương, Hoàng Ngọc Hà (2022) *Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2020-2022*. Y học Việt Nam, số 2.
7. Wu G, Shi D, Chen M, Zhang C, Li H, Luo M et al (2023) *Laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair with preperitoneal closed-suction drainage reduced postoperative complications*. BMC Surgery 23(1): 14.
8. Shah MY, Raut P, Wilkinson TRV, Agrawal V (2022) *Surgical outcomes of laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair compared with Lichtenstein tension-free open mesh inguinal hernia repair: A prospective randomized study*. Medicine 101(26): 29746.
9. Kraft BM, Kolb H, Kuckuk B, Haaga S, Leibl BJ, Kraft K et al (2003) *Diagnosis and classification of inguinal hernias*. Surg Endosc 17(12): 2021-2024.
10. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD et al (2009) *The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience*. Ann Surg 250(2): 187-196.