

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI XUYÊN THÀNH BỤNG ĐẶT TẮM LƯỚI TRƯỚC PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Nguyễn Cao Việt¹, Nguyễn Thanh Hưng¹, Bùi Danh Ánh¹,
Nguyễn Hồng Trường¹, Trần Đức Trọng¹, Phạm Nhất Sinh^{*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt tấm lưới trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả một loạt trường hợp bệnh có theo dõi dọc trên đối tượng là 161 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi bằng phương pháp TAPP tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, sử dụng phương pháp thu thập số liệu hồi cứu kết hợp tiền cứu trong thời gian từ tháng 08/2019 đến tháng 8/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $53,91 \pm 16,6$. Nam giới chiếm đa số với 95,0%. TVB bên phải chiếm 62,7%. Nyhus loại II chiếm đa số 51,6%. Thời gian mổ trung bình một bên $50,46 \pm 7,76$ phút, 2 bên $74,57 \pm 9,45$ phút. Có 1 trường hợp tổn thương mạch vị dưới (0,6%), 1 trường hợp viêm tinh hoàn (0,6%), 5 trường hợp tụ dịch vùng bẹn bìu (3,1%) và 3 trường hợp tràn khí dưới da (1,9%), 2 trường hợp bí tiểu (1,2%). Thời gian nằm viện trung bình là $3,99 \pm 1,47$ ngày. Có 1 bệnh nhân tái phát ở tháng thứ 1 sau mổ (0,6%), 2 bệnh nhân được phát hiện ở tháng thứ 3 sau mổ (1,3%).

Từ khóa: Thoát vị bẹn, TAPP.

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL SURGERY WITH PREPERITONEAL MESH FOR INGUINAL HERNIA REPAIR AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: Describe patient characteristics and evaluate results of laparoscopic transabdominal surgery with preperitoneal mesh at Vinh City General Hospital.

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

^{*} Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nhất Sinh

Email: nsinhydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/04/2023

Ngày phản biện: 23/05/2023

Ngày duyệt bài: 01/06/2023

Method: The study used a descriptive design of a series of cases with long-term follow-up on 161 inguinal hernia patients undergoing laparoscopic surgery by TAPP method at Vinh City General Hospital, using retrospective data collection method combined with prospective data collection method in the period from August 2019 to August 2022.

Results: The average age of the study subjects was $53,91 \pm 16,6$. Men made up the majority with 95,0%. Inguinal hernia on the right side accounted for 62,7%. Nyhus type II made up the majority of 51,6%. The average surgical time on one side and on both sides were $50,46 \pm 7,76$ minutes and $74,57 \pm 9,45$ minutes respectively. There was 1 case of injury to the lower gastric vessels (0,6%), 1 case of orchitis (0,6%), 5 cases of inguinal scrotal fluid collection (3,1%) and 3 cases of subcutaneous emphysema (1,9%), 2 cases of urinary retention (1,2%). The average hospital stay was $3,99 \pm 1,47$ days. There was 1 patient relapsed in the first month after surgery (0,6%), 2 patients were detected in the third month after surgery (1,3%).

Key words: Inguinal hernia, TAPP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Điều trị TVB bằng phẫu thuật với nhiều phương pháp khác nhau. Các phẫu thuật (PT) mở sử dụng mô tự thân (PT Bassini, PT Shouldice...) hoặc lưới nhân tạo để tăng cường cho thành sau ống bẹn (PT Lichtenstein, PT Rutkow- Robbins...) còn một số hạn chế như người bệnh đau nhiều sau mổ, sự trở lại hoạt động hàng ngày và công việc chậm [1]. Về phẫu thuật nội soi (PTNS) có 2 phương pháp phổ biến được sử dụng là phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc (Transabdominal Preperitoneal repair -PTNS TAPP) và phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (Totally Extraperitoneal repair - PTNS TEP) [2]. Các phương pháp này có ưu điểm như sau mổ bệnh nhân ít đau, thời gian hồi phục ngắn, sớm trở lại các hoạt động hàng ngày và công việc, tính thẩm mỹ cao [3]. Về tỉ lệ tái phát, PTNS tương đương với PT Lichtenstein [4].

PTNS TAPP còn có những ưu điểm riêng như tiếp cận phẫu trường nội soi rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng cũng như cách tiếp cận nội soi tương đối dễ dàng. PTNS TAPP có thể chỉ định đối với những trường hợp TVB khó như TVB cầm tù, TVB nghẹt tới sớm chưa có tổn thương hoại tử tạng thoát vị và cả những trường hợp TVB tái phát sau lần mổ mở trước đó. Ngoài ra, phẫu thuật viên khi thực hiện PTNS TAPP có thể phát hiện thoát vị bẹn đối diện nếu có, xử trí một số bệnh lý kèm theo trong ổ phúc mạc và có đường cong huấn luyện ngắn [5].

Tại Việt Nam, PTNS TAPP điều trị TVB đã được thực hiện ở một số trung tâm phẫu thuật và những kết quả nghiên cứu cho thấy đây là một phương pháp an toàn, hiệu quả, yêu cầu đường cong học tập ngắn và không đòi hỏi nhiều trang thiết bị phức tạp [6]. Tuy nhiên, các biến chứng liên quan đến đường vào qua ổ phúc mạc như tổn thương tạng, thoát vị lỗ trocar hoặc tạo dính thì vẫn còn là mối quan tâm của các phẫu thuật viên (PTV).

Trên địa bàn tỉnh Nghệ An, Từ năm 2019 Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh là một trong những đơn vị đầu tiên áp dụng thành công phẫu thuật TAPP trên bệnh nhân thoát vị bẹn, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu đánh giá chính thức nào. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt tấm lưới trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa Khoa thành phố Vinh”, với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm bệnh nhân và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt tấm lưới trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng là các bệnh nhân có chẩn đoán thoát vị bẹn được điều trị PTNS TAPP tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh trong thời gian từ tháng 08/2019 đến tháng 8/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán TVB dựa vào khám lâm sàng và siêu âm. TVB lần đầu hoặc tái phát (sau các phẫu thuật mở qua ngã trước sử dụng mô tự thân), một bên hoặc hai bên. Được chỉ định PTNS TAPP.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Thoát vị bẹn nghẹt tới muộn sau 6 giờ hoặc có biểu hiện viêm phúc mạc. Thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật TAPP, TEP.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả một loạt trường hợp bệnh (case series).

- Phương pháp thu thập số liệu: Phương pháp hồi cứu từ tháng 08/2019 đến tháng 12/2021 kết hợp tiến cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2022.

- Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu và cỡ mẫu toàn bộ, gồm 161 bệnh nhân được lựa chọn đảm bảo tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Các thông tin được thu thập qua thăm khám lâm sàng, theo dõi bệnh nhận, hồ sơ bệnh án tại khoa Ngoại tổng hợp để lấy dữ liệu vào mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. Bệnh án nghiên cứu được tham vấn các chuyên gia về Ngoại khoa và Phương pháp nghiên cứu để chỉnh sửa, hoàn thiện nhất phục vụ lấy số liệu.

2.4. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn.

- Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus.

- Phân loại sức khỏe theo ASA, đánh giá đau sau mổ theo VAS.

- Đánh giá kết quả sau mổ, tái khám 1 tháng và 3 tháng.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự đồng thuận chấp nhận của Hội đồng khoa học và Ban giám đốc bệnh viện. Chúng tôi đều giải thích trước cho người nhà của bệnh nhân và được sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá và theo dõi kết quả điều trị cho bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân, không làm tăng chi phí điều trị. Các thông tin của bệnh nhân, các số liệu đều được mã hóa để bảo đảm giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu mang lại lợi ích cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 161 bệnh nhân có chẩn đoán thoát vị bẹn được điều trị PTNS TAPP gặp đa số ở nam (95,0%). Độ tuổi trung bình là $53,91 \pm 16,6$, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 94 tuổi. Các bệnh nhân có 1 số yếu tố nguy cơ sau: táo bón mạn tính (5,6%), phì đại tiền liệt tuyến (8,7%), ho kéo dài (1,9%). Phân loại ASA trước mổ: ASA-I có 71,4%, ASA-II có 27,3%, ASA-III có 1,2%.

Bảng 1. Đặc điểm thoát vị bẹn của đối tượng nghiên cứu (n=161)

Đặc điểm thoát vị bẹn			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí thoát vị	Phải		101	62,7
	Trái		53	32,9
	Hai bên		7	4,3
Phân loại theo Nyhus	I		2	1,2
	II		83	51,6
	III	A	20	12,4
		B	49	30,4
		C	1	0,6
	IV		6	3,7
Tạng thoát vị	Ruột non		36	22,4
	Mạc nối		69	42,9
	Ruột non + mạc nối		7	4,3
	Không xác định		49	30,4

Vị trí thoát vị chủ yếu là bên phải (62,7%), cả hai bên có 7 trường hợp (4,3%).

Phân loại theo Nyhus: loại II chiếm nhiều nhất (51,6%), tiếp đến là loại I (43,4%, trong đó đa số là loại B với 30,4%, thoát vị đùi có 1 ca), thoát vị tái phát (loại IV) có 6 trường hợp chiếm 3,7%.

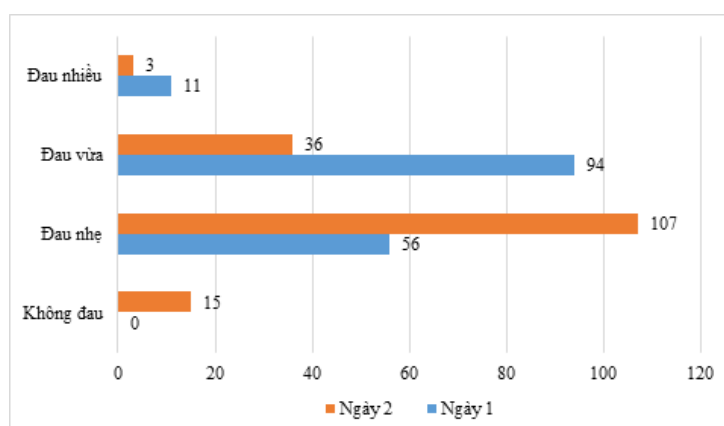
Tạng thoát vị là mạc nối có tỷ lệ cao nhất (42,9%), thoát vị là ruột non có 22,4%, có 4,3% trường hợp có thoát vị ruột non + mạc nối; có 30,4% không xác định được tạng thoát vị.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

Thời gian	$\pm$ SD	Min - Max
Trung bình PT 1 bên (phút)	$50,46 \pm 7,76$	41-67
Trung bình PT 2 bên (phút)	$74,57 \pm 9,45$	64-95
Trung bình PT chung (phút)	$51,5 \pm 9,24$	41-95
Thời gian nằm viện (ngày)	$3,99 \pm 1,47$	2-7

Thời gian trung bình phẫu thuật 1 bên là 50,46 phút, ngắn nhất là 41 phút, dài nhất là 67 phút. Thời gian trung bình phẫu thuật 2 bên là 74,46 phút, ngắn nhất là 64 phút, dài nhất là 95 phút. Thời gian trung bình phẫu thuật chung là 51,50 phút.

Thời gian nằm viện là 3,99 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 7 ngày.



Biểu đồ 1. Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 2 ngày phẫu thuật (n=161)

Mức độ đau ở ngày 2 giảm so với ngày 1: đau nhiều ngày 1 có 11 người, ngày 2 chỉ còn ở 3 người; đau vừa ngày 1 có 94 người đến ngày 2 chỉ còn 36 người; ngày 1 không có bệnh nhân nào không cảm thấy đau sang ngày 2 đã có 15 người cảm thấy không đau.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ (n=161)

Biến chứng sau mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương mạch thượng vị dưới	1	0,6
Tụ dịch vùng bẹn	5	3,1
Tràn khí dưới da	3	1,9
Đau tinh hoàn và thừng tinh	1	0,6
Bí tiểu	2	1,2

Biến chứng gặp nhiều nhất sau mổ là tụ dịch vùng bẹn với 5 trường hợp (3,1%), tràn khí dưới da có 3 ca (1,9%), bí tiểu có 1 ca (1,2%), có 1 trường hợp có tổn thương mạch thượng vị dưới, 1 trường hợp đau tinh hoàn và thừng tinh.

Bảng 4. Kết quả theo dõi sau mổ

Theo dõi sau mổ	01 tháng (n=152)		03 tháng (n=146)	
	n	%	n	%
Đau, tê vùng bẹn, bìu	2	1,3	0	0
Thoát vị lỗ trocar	0	0	0	0
Tắc ruột do dính	0	0	0	0
Tái phát	1	0,7	2	1,3

Theo dõi Sau mổ 1 tháng có 1 ca tái phát (0,7%); có 2 ca đau, tê vùng bẹn, bìu (1,3%). Sau 3 tháng theo dõi sau mổ có 2 ca tái phát (1,3%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 161 ca PTNS TAPP trong thời gian 3 năm. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $53,91 \pm 16,6$, tương tự các tác giả: Nguyễn Đoàn Văn Phú và cs (2015): $50,3 \pm 20,1$ tuổi, Mette Astrup Tolver là 55 tuổi (20-85 tuổi) [7][8]. Lựa tuổi chỉ định phẫu thuật TAPP trong thoát vị bẹn trong nghiên cứu của chúng tôi

khá rộng. Tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi, tuổi lớn nhất là 94 tuổi. Theo tác giả Ferrarese và cộng sự thì kết quả phẫu thuật TAPP đối với lứa tuổi trên 65 cũng tương tự như lứa tuổi dưới 65. Phẫu thuật TAPP an toàn và có thể thực hiện được với đối tượng người cao tuổi [9]. Nam giới là giới tính mắc bệnh chủ yếu 95%, tương tự với nghiên cứu của Timisescu và cs

(2013), nam giới (96,3%) [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 bệnh nhân tắc nghẽn đường tiểu dưới 19,4%, 9 bệnh nhân mắc bệnh táo bón đã lâu (3,2%) và 3 bệnh nhân ho kéo dài (1,9%). 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 lành tính tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, táo bón kéo dài [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thoát vị bẹn phải chiếm 62,7%, tương tự với nghiên cứu của tác giả Ujiki, trong đó vị trí bên phải chiếm đa số [12]. Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus thì loại II (thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn rộng) chiếm đa số với 51,6%, tiếp đến là IIIb (thoát vị bẹn gián tiếp tới bìu, sàn bẹn bị phá hủy, thoát vị bẹn phối hợp) với 30,4% và loại IIIa (thoát vị bẹn trực tiếp) chiếm 12,4%. Nghiên cứu của tác giả Bokeler, Muschalla cho kết quả tương tự với loại II, IIIa và IIIb chiếm đa số [5]. Có 6 bệnh nhân (3,7%) đã phẫu thuật mở điều trị thoát vị bẹn, nay bị tái phát và được chúng tôi phẫu thuật TAPP để sửa chữa. Trong quá trình phẫu thuật cả 6 trường hợp này đều có kết quả phẫu thuật tốt, không có biến chứng xảy ra. 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 phẫu thuật nội soi để thực hiện điều trị phẫu thuật ở những bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát (sau một phẫu thuật mở) sẽ có được 3 lợi ích chính như sau: thứ nhất là làm giảm đau sau mổ cho bệnh nhân, 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 phẫu thuật đi vào từ phía sau sẽ tránh được việc phải mở lại những chỗ xơ sẹo dính ở vết mổ mặt trước [13].

Đánh giá kết quả sau mổ

Thời gian mổ trung bình một bên của nghiên cứu chúng tôi là $50,46 \pm 7,76$ phút tương tự với thời gian mổ của tác giả Bokeler là 46 phút, tác giả Bittner là 47 phút, nhưng lại thấp hơn các nghiên cứu về TEP của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng 69,8 phút [5],[11],[14]. Điều này có thể do phẫu thuật viên khi thực hiện phẫu thuật TAPP thường có không gian phẫu tích rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thao tác, giúp rút ngắn thời gian phẫu.

Biến chứng mổ tương đối ít với 1 trường hợp tổn thương mạch vị dưới (0,6%), 1 trường hợp viêm tinh hoàn (0,6%), 5 trường hợp tụ dịch vùng bẹn bìu (3,1%) và 3 trường hợp tràn khí dưới da (1,9%), 2

trường hợp bí tiểu (1,2%). Trường hợp tổn thương mạch vị dưới do PTV khi phẫu tích khoang Bogros làm rách và được xử trí bằng cặp clip. Có 3,1% trường hợp tụ dịch vùng bìu, bẹn sau mổ gặp ở bệnh nhân thoát vị bẹn thể phối hợp túi thoát vị lớn, nằm sâu xuống bìu. Đây là biến chứng sớm và cần loại trừ với trường hợp tái phát ngay sau mổ. Khối tụ dịch có kích thước cố định, không tăng kích thước khi gắng sức và không biến mất khi bệnh nhân nằm nghỉ. Siêu âm kiểm tra thì đây là vùng tụ dịch và phù nề mô mềm. Hầu hết các trường hợp tụ dịch vùng bẹn bìu trong nghiên cứu của chúng tôi đều đáp ứng tốt với điều trị nội khoa bằng kháng viêm steroid, có 1 trường hợp cần phẫu thuật lại để bóc khối tụ dịch sau 1 tháng. Theo Bittner, các biến chứng phù nề bìu thì phẫu thuật TAPP thường nhiều hơn TEP, còn tụ dịch thành bụng thì phẫu thuật TAPP lại ít hơn [14].

Thời gian nằm viện trung bình là $3,99 \pm 1,47$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 7 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng về phẫu thuật TEP có thời gian nằm viện hậu phẫu là $4,4 \pm 1,3$ ngày [11]. Nhiều tác giả nhận thấy phẫu thuật nội soi phẫu tích nhẹ nhàng hơn, ít đau sau phẫu thuật, phục hồi nhanh 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 phẫu thuật và bệnh nhân được rút ngắn thời gian hậu phẫu. Mặt khác các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có sử dụng kháng sinh dự phòng nên việc đảm bảo không bị nhiễm trùng sau mổ là rất tốt, không có ca nào nhiễm khuẩn do đó góp phần lớn vào việc giảm thời gian hậu phẫu.

Đa số các bệnh nhân trở lại các hoạt động bình thường vào tuần thứ 2 sau ra viện, chiếm 56,5%, tương tự với tác giả Sharma là $11,8 \pm 2,35$ ngày [15]. Những người làm công việc nhẹ như hành chính sự nghiệp, công chức nhà nước thì họ quay trở lại với công việc sớm hơn, những người lao động nặng nhọc như công nhân, nông dân, khuôn vác thì thời gian trở lại lao động muộn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 02 trường hợp có cảm giác tê nhẹ ở vùng bẹn bìu (1,2%). Những bệnh nhân này đều đau tinh hoàn mức độ nhẹ và không cần sử dụng thuốc giảm đau. Chúng tôi ghi nhận 03 bệnh nhân tái phát thoát vị, 1 bệnh nhân tái phát ở tháng thứ 1 sau mổ (0,6%), 2 bệnh nhân được phát hiện ở tháng thứ 3 sau mổ (1,3%). Cả 03 bệnh nhân này được chúng tôi phẫu thuật lại bằng phương pháp Lichtenstein. Kiểm tra trong

mở là thoát vị bẹn gián tiếp, bao thoát vị lớn chứa mạc nối. Sau khi đẩy mạc nối lớn vào ổ bụng, qua cổ bao thoát vị không sờ thấy lưới nhân tạo. Theo chúng tôi, nguyên nhân tái phát thoát vị là do lưới bị di chuyển khỏi vị trí thoát vị gián tiếp, có thể do đặt lưới nhân tạo kích thước lớn nhưng phẫu tích khoang ngoài phúc mạc chưa đủ rộng dẫn đến gấp lưới. Để đặt tấm lưới có mức độ che phủ tốt cần tránh lỗi kỹ thuật như: bỏ sót thoát vị gián tiếp, phẫu tích khoang ngoài phúc mạc phía ngoài không đủ dẫn đến cuộn lưới.

Qua nghiên cứu trên 161 đối tượng chúng tôi cũng đưa ra nhận định về vai trò của phẫu thuật TAPP và ứng dụng như sau: “Phẫu thuật nội soi TAPP là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, có thể triển khai rộng rãi ở các tuyến. PTNS TAPP có thể chỉ định cho các thoát vị bẹn tái phát từ lần mổ trước đó. Ưu điểm của phẫu thuật này là tính thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, thời gian phục hồi lao động bình thường tốt”

V. KẾT LUẬN

TVB bên phải chiếm đa số với 62,7%. Nyhus loại II chiếm đa số 51,6%.

Thời gian mổ trung bình một bên $50,46 \pm 7,76$ phút, 2 bên $74,57 \pm 9,45$ phút.

Thời gian nằm viện trung bình là $3,99 \pm 1,47$ ngày.

Có 1 trường hợp tổn thương mạch vị dưới (0,6%), 1 trường hợp viêm tinh hoàn (0,6%), 5 trường hợp tụ dịch vùng bẹn bìu (3,1%) và 3 trường hợp tràn khí dưới da (1,9%), 2 trường hợp bí tiểu (1,2%).

Có 1 bệnh nhân tái phát ở tháng thứ 1 sau mổ (0,6%), 2 bệnh nhân được phát hiện ở tháng thứ 3 sau mổ (1,3%).

PTNS TAPP là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, có thể triển khai rộng rãi ở các tuyến. PTNS TAPP có thể chỉ định cho các thoát vị bẹn tái phát từ lần mổ trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bracale U., Melillo B., Pignata G. et al (2012).** Which is the best laparoscopic approach for inguinal hernia repair: TEP or TAPP? A systematic review of the literature with a network meta-analysis. *Surg Endosc*, 26(12), 3355-3366.
2. **Sato H., Shimada M., Nobuhiro et al (2012).** The Safety and usefulness of the singal incision, transabdominal pre- peritoneal (TAPP) laparoscopic technique for inguinal hernia, *J Med Invest*, 59 (3-4), 235-240.
3. **Morales-Conde S., Alarcon I. and Socas M. (2014).** Chapter 32, Inguinal Hernia Repair: TAPP. *Reduced Port Laparoscopic Surgery*, 381-388.
4. **Moldovanu R., Pavy G. (2014).** Laparoscopic Transabdominal Pre- Peritoneal (TAPP) Produce-Step-by-Step Tips and Tricks. *Surgical Technique*, 109 (3), 407-415.
5. **Bökeler U., Schwarz J., Bittner R., Zacheja S., Smaxwil C. (2013),** “Teaching and training in laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP): impact of the learning curve on patient outcome”, *Surgical endoscopy*, 27(8), pp. 2886-2893.
6. **Trương Đình Khôi (2022),** “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. **Nguyễn Đoàn Văn Phú (2015),** “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)” Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Tolver M. A. (2013),** “Early clinical outcomes following laparoscopic inguinal hernia repair”, *Dan Med J.*, 60(7), B4672, pp1-14.
9. **Ferrarese A. M., Enrico S., Solej M., et al (2013),** “Transabdominal pre- peritoneal mesh in inguinal hernia repair in elderly: end point of our experience”, *BMC surgery*, 13(2), pp. S24.
10. **Timisescu L., Turcu F., Munteanu R. et al (2013).** Treatment of Bilateral Inguinal Hernia – Minimally Invasive versus Open Surgery Produce. *Chirurgia*, 108 (1), 56-61.
11. **Phan Đình Tuấn Dũng (2017),** “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.
12. **Ujiki M. B., Gitelis M. E., Carbray J., et al. (2015),** “Patient-centered outcomes following laparoscopic inguinal hernia repair”, *Surgical endoscopy*, 29(9), pp. 2512-2519.
13. **Tantia. O., Jain. M., et al. 2009,”** Laparoscopic repair of recurrent groin hernia: results of a prospective study”, *Surg Endosc*, 23, pp.734–738.
14. **Bittner R., Montgomery M., Arregui E., et al (2015),** “Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society)”, *Surgical endoscopy*, 29(2), pp. 289-321.
15. **Sharma. D., Yadav. K., et al. 2015,** “Prospective randomized trial comparing laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) and laparoscopic totally extra peritoneal (TEP) approach for bilateral inguinal hernias”. *Internatinal Journal of Surgery*, 22(2), pp.110-117.