

Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt tấm nhân tạo ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

Nguyễn Thanh Xuân, Lê Đức Anh

Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật thoát vị bẹn là phẫu thuật phổ biến trong ngoại khoa, đặc biệt lĩnh vực ngoại tiêu hoá. Từ khi phẫu thuật nội soi 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. Phẫu thuật nội soi đặt tấm 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 thoát vị bẹn và phương pháp này cũng có đường cong huấn luyện ngắn nên được nhiều phẫu thuật viên trẻ lựa chọn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, lâm sàng mô tả, theo dõi dọc 31 bệnh nhân với 34 trường hợp thoát vị bẹn được phẫu thuật TAPP tại Bệnh viện TW Huế cơ sở 2 từ 12/2018 đến 05/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình $60,4 \pm 11,85$ tuổi. Nam chiếm 96,8%. 25,8% có yếu tố nguy cơ nội khoa. Thoát vị bẹn nghẹt 2,9%. Thoát vị bẹn cầm tù 8,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình một bên $57,1 \pm 17,3$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình hai bên $80,3 \pm 10,6$ phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $3,9 \pm 1,4$ ngày. Phát hiện 2 trường hợp thoát vị bẹn đối bên. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 90,4% trường hợp tốt. Sau 3 tháng 96,8% trường hợp tốt; có 1 trường hợp rối loạn cảm giác vùng bẹn (3,2%); không có trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** TAPP là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả có thể ứng dụng rộng rãi ở các tuyến.

Từ khóa: thoát vị bẹn, TAPP, nội soi, tấm nhân tạo.

Abstract

Outcome evaluation of laparoscopic transabdominal pre-peritoneal technique in adult patients with inguinal hernia repair at the Hue Central Hospital - Branch 2

Nguyen Thanh Xuan, Le Duc Anh

General Surgery Department, Hue Central Hospital-Branch 2

Background: Inguinal hernia repair is one of the most commonly performed operation in general surgery, especially digestive field. Since the introduction of laparoscopic repair and application of synthetic mesh to inguinal hernia treatment, the trends have changed in the last decade in treatment for inguinal hernia. The laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) is a technique safe, effective for patients in repair inguinal hernias and the procedure also has a short learning curve, has been the first choice for young surgeons. **Materials:** Study participants included 31 patients with 34 inguinal hernia cases treated by laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) technique at the Hue Central Hospital – Branch 2 from 12/2018 through 5/2019. **Methods:** Descriptive and prospective follow-up study. **Result:** The mean age was 60.4 ± 11.85 . 96.8% were male. 25.8% of patients had preoperative risk factors. Strangulated hernia and incarcerated hernia respectively accounted for 2.9% and 8.8% among cases. The mean durations of unilateral inguinal hernia repair and bilateral inguinal repair were 57.1 ± 17.3 mins and 80.3 ± 10.6 mins, respectively. Mean duration of postoperative stay was 3.9 ± 1.4 days. 1 case (3.2%) with contralateral inguinal hernia were detected. An early and 3-months postoperative evaluation showed 90.4% and 96.8% cases categorized “very good”, respectively. At 3-months evaluation, 2 cases were reported with sensation disorder of inguinal area and there was no recurrence. **Conclusion:** TAPP is a safe and effective surgical technique; should be encouraged and widely applied.

Key words: Inguinal hernia repair, pre-peritoneal (TAPP), synthetic mesh

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 25% ở nam và 2% ở nữ[13].

Các phẫu thuật tái tạo thành bụng để điều trị thoát vị bẹn sử dụng mô tự thân là phương pháp xuất hiện và phổ biến rộng rãi đầu tiên trong lịch sử. Tuy nhiên, các loại phẫu thuật 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 thoát vị 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 thoát vị bẹn[3].

Ngày nay, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn được áp dụng rộng rãi vì tính chất ít xâm nhập và có kết quả tốt[18]. 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)[6][9][12][17]. 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 thoát vị bẹn đối bên chưa có triệu chứng và điều trị thoát vị bẹn cầm tù, thoát vị bẹn 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.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đã được thực hiện ở một số trung tâm phẫu thuật. Tại Huế, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đã được nghiên cứu, áp dụng những năm gần đây với phương pháp TEP là chủ yếu, nghiên cứu về phương pháp TAPP còn ít.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *“Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi xuyên thành bụng đặt tấm nhân tạo trước phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2”*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân với 34 trường hợp thoát vị bẹn (3 bệnh nhân thoát vị bẹn 2 bên) được phẫu thuật nội soi đặt tấm nhân tạo đường xuyên phúc mạc theo phương pháp TAPP tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 05 năm 2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Trên 18 tuổi.
- Thoát vị bẹn được chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng và siêu âm (thể trực tiếp, gián tiếp, phối hợp, tái phát, cầm tù, nghẹt).

- Được chỉ định phẫu thuật TAPP.
- ASA: loại I, II, III.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thoát vị bẹn nghẹt đến muộn sau 6 giờ hoặc có biểu hiện viêm phúc mạc.

- Thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật bằng phương pháp TEP, TAPP.

- 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, tiểu đường nặng có biến chứng, đau thắt ngực không ổn định, suy thận, lao phổi tiến triển, rối loạn đông chảy máu nặng.

- Bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng do xơ gan cổ trướng, đang thẩm phân phúc mạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc.

Nội dung nghiên cứu

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

Phân loại thoát vị bẹn theo EHS (European Hernia Society), theo biến chứng.

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.

Kỹ thuật mổ:

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản.

Tư thế: Nằm ngửa, đầu thấp, tay bệnh nhân đối bên với bên thoát vị khép vào thân mình.

Đặt trocar 10 mm vào ổ phúc mạc vị trí trên hoặc dưới rốn, đưa kính soi phẫu thuật vào khoang phúc mạc tiến hành quan sát đánh giá vị trí thoát vị, tạng thoát vị, phân loại thoát vị và đánh giá tình trạng thoát vị đối bên nếu có.

Đặt 2 trocar 5 mm vào 2 bên bờ ngoài cơ thẳng bụng ngang với vị trí trocar 10 mm, tiến hành đưa dụng cụ dissector và kéo phẫu tích qua 2 trocar 5 mm.

Giải phóng tạng thoát vị trước khi phẫu tích đối với thoát vị bẹn nghẹt hoặc cầm tù. Kiểm tra đánh giá tạng thoát vị sau khi được giải phóng.

Đánh dấu đường mở phúc mạc từ bờ trong gai chậu trước trên, khoảng 3-4 cm trên mái vòm lỗ bẹn sâu, từ ngoài vào trong cho đến nếp rốn bên. Phẫu tích mở phúc mạc thành bụng theo vị trí đã đánh dấu.

Tách phúc mạc cho tới lỗ bẹn sâu, ra khỏi bó mạch thượng vị dưới, phía trong bộc lộ dây chằng Cooper, tách túi thoát vị ra khỏi thành bụng (thoát vị bẹn trực tiếp), tách ra khỏi thờng tinh, hoặc thắt túi thoát vị (thoát vị bẹn gián tiếp).

Đặt tấm nhân tạo kích thước 10 x 15 cm vào khoang trước phúc mạc vừa tạo ra, che phủ lỗ thoát vị, lỗ bẹn sâu và thành sau ống bẹn.

Cố định tấm nhân tạo bằng protack. Đóng phúc mạc.

Xả khí, đóng các lỗ troca.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

	n = 31	%
Tuổi trung bình	60,4 ± 11,85 (47-88)	
Nam	30	96,8
Nữ	1	3,2
Yếu tố nguy cơ	n = 31	
Táo bón mạn tính	1	3,2
Tắc nghẽn đường tiêu dưới	6	19,4
COPD	1	3,2
Thoát vị bẹn đã phẫu thuật	5	16,1
Phân loại ASA	n = 31	
Độ I	23	74,2
Độ II	8	25,8

3.2. Đặc điểm thoát vị bẹn

	n = 34	%
Phân loại	n = 34	
Nguyên phát	30	88,2
Tái phát	4	11,8
Hình thái	n = 34	
Chưa biến chứng	30	88,2
Cầm tù	3	8,8
Nghẹt	1	2,9
Vị trí	n = 31	
Bên phải	17	54,8
Bên trái	11	35,5
Hai bên	3	9,7
Thể thoát vị	n = 34	
Trực tiếp	19	55,9
Gián tiếp	11	32,3
Phối hợp	4	11,8

3.3. Kết quả phẫu thuật

	n = 31	%
Thời gian phẫu thuật 1 bên	57,1 ± 17,3 phút (20 - 110)	
Thời gian phẫu thuật 2 bên	80,3 ± 10,6 phút (75 - 125)	
Thoát vị bẹn đối bên	2	
Giải quyết bệnh kèm	0	

Đau sau mổ VSA (ngày đầu tiên)		
Độ 3	13	41,9
Độ 2	18	58,1
Thời gian nằm viện sau mổ	3,9 ± 1,4 ngày (2-7)	
Biến chứng sau mổ	n = 31	
Tràn khí dưới da	2	6,4
Bí tiểu	1	3,2
Viêm thừng tinh	1	3,2
Tụ dịch vùng bẹn	2	6,4
Tổn thương ruột non	0	
Tổn thương ĐM thượng vị dưới	0	

3.4. Đánh giá, theo dõi sau mổ

	n = 31	%
Đánh giá sau mổ 1 tháng	n = 31	
Đau, rối loạn cảm giác vùng bẹn – bìu	2	6,4
Tụ dịch vùng bẹn	1	3,2
Tắc ruột, bán tắc ruột	0	
Thoát vị lỗ troca	0	
Tái phát	0	
Không biến chứng	28	
Thời gian trở lại hoạt động bình thường	n = 31	
0-7 ngày	7	22,6
8-14 ngày	23	74,2
15-21 ngày	1	3,2
Đánh giá sau mổ 3 tháng	n = 31	
Đau, rối loạn cảm giác vùng bẹn – bìu	1	3,2
Tắc ruột, bán tắc ruột	0	
Thoát vị lỗ troca	0	
Tái phát	0	
Không biến chứng	30	

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 60,4 ± 11,85 (nhỏ nhất là 47 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng có tuổi trung bình là 62,2 ± 13,3 tuổi, Lê Quốc Phong: tuổi trung bình là 69,43 ± 11,58 của tác giả Peisch là 59,1 tuổi, của Mette Astrup Tolver là 55 tuổi (20-85 tuổi)[1][3][10][16]... Đa số các tác giả nghiên cứu về thoát vị bẹn đều đồng ý rằng tỷ lệ thoát vị bẹn 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 tuyến tiền liệt, táo bón kinh niên...

tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị bẹn xảy ra[1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới (phì đại lành tính tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo) 19,4%, 1 bệnh nhân mắc bệnh táo bón đã lâu (3,2%) và 1 bệnh nhân có COPD mức độ nhẹ. Ngoài ra có 5 bệnh nhân đã từng phẫu thuật thoát vị bẹn trước đây (chiếm 16,1%) bao gồm 1 bệnh nhân đã từng điều trị bằng phương pháp TEP 1 bên trước đó 2 năm, 3 bệnh nhân đã phẫu thuật Lichtensten, 1 bệnh nhân phẫu thuật Shouldice.

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[1]

Về vị trí, chúng tôi ghi nhận có 17 trường hợp thoát vị bẹn bên phải chiếm đa số (54,8%), 11 trường hợp thoát vị bẹn bên trái (35,5%) và có 3 trường hợp thoát vị bẹn 2 bên chiếm 9,7%. Điều này tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu khác với tỉ lệ thoát vị bẹn phải cao hơn so với bên trái như kết quả của Nguyễn Đoàn Văn Phú tỉ lệ thoát vị bẹn bên phải là 64,83% bên trái chiếm 22,27% và hai bên chiếm 7,8%[4]. Trong 31 bệnh nhân thoát vị bẹn ở tuổi trưởng thành chiếm đa số là thể trực tiếp với 19 trường hợp (55,9%), 11 trường hợp thể gián tiếp 32,3% và phối hợp chiếm 11,8%. Giải thích cho điều này theo Peacock và Madden ở người trưởng thành có sự biến đổi cân, cơ, mạc do giảm quá trình tổng hợp và tăng quá trình thoái hoá collagen làm suy yếu cấu trúc thành ống bẹn nên dễ gây ra thoát vị bẹn mắc phải[11]. Nhóm nghiên cứu nhận thấy các trường hợp thoát vị thể trực tiếp túi thoát vị nông, không liên quan tới thừng tinh nên việc phẫu tích bóc tách túi thoát vị và tạo khoang tiền phúc mạc dễ dàng, thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với thoát vị thể gián tiếp.

Trên 31 bệnh nhân và 34 trường hợp thoát vị, chúng tôi ghi nhận có 30 trường hợp thoát vị bẹn nguyên phát (88,2%) và 4 trường hợp tái phát (11,8%). Trong đó có 3 trường hợp là tái phát sau mổ theo phương pháp Lichtenstein và 1 trường hợp tái phát sau phẫu thuật Shouldice, và 1 trường hợp phát hiện thoát vị bẹn đối bên sau khi phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng TEP. Trong quá trình phẫu thuật cả 4 trường hợp tái phát này đều có kết quả phẫu thuật tốt, không có biến chứng xảy ra. Với 4 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 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[15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân thoát vị bẹn đã có biến chứng (chiếm 11,8%). Trong đó có 1 bệnh nhân thoát vị bẹn nghẹt đến sớm trước 6 giờ (3,2%) được chỉ định phẫu thuật cấp cứu, 3 bệnh nhân thoát vị bẹn cầm tù (8,6%) được chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch. Các trường hợp thoát vị bẹn đã có biến chứng đều được đánh giá Kỹ thuật thoát vị và 100% tạng thoát vị được trả lại ổ phúc

mạc sau khi kéo nắn kết hợp, không có trường hợp nào có hoại tử tạng thoát vị. Theo Leibl, phẫu thuật TAPP điều trị hiệu quả cho hai nhóm thoát vị có biến chứng và không biến chứng[8].

Thời gian phẫu thuật trung bình đối với thoát vị bẹn một bên là $57,1 \pm 17,3$ phút, ngắn nhất là 20 phút và dài nhất là 110 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình đối với thoát vị bẹn hai bên là $80,3 \pm 10,6$ phút, ngắn nhất là 75 phút và dài nhất là 125 phút. Kết quả về thời gian phẫu thuật một bên của chúng tôi gần tương đương so với các nghiên cứu về TAPP của các tác giả Yang $54,0 \pm 18,8$ phút [17], Ciftci và Leibl là 55 phút[5][8], nhưng lại thấp hơn các nghiên cứu về TEP của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng 69,8 phút[1]. 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.

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi phát hiện có 2 trường hợp có thoát vị bẹn gián tiếp lỗ nhỏ đối bên nhưng trên lâm sàng bệnh nhân chưa phát hiện, cận lâm sàng không đánh giá được.

Trong thời gian thực hiện đề tài nhóm nghiên cứu chúng tôi chưa có trường hợp nào xảy ra biến chứng (mạch máu, ruột non, ống dẫn tinh) trong lúc phẫu thuật. Với những trường hợp thoát vị nghẹt có hoại tử ruột chúng tôi không lựa chọn phương pháp TAPP mà tiến hành mổ hở để giải quyết tạng thoát vị và sửa chữa thành bụng.

Biến chứng ngay sau mổ có 1 trường hợp bí tiểu sau phẫu thuật chiếm 3,2%. Bệnh nhân của chúng tôi được cho vận động sớm và chườm nóng, về sau đã có thể tự tiểu được mà không cần đặt sonde tiểu. Viêm thừng tinh 1 trường hợp (3,2%). Biến chứng này chúng tôi điều trị nội khoa với kháng viêm steroid và theo dõi sát trên lâm sàng, siêu âm bệnh nhân ổn định và xuất viện không có biến chứng nào. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận 2 trường hợp tràn khí dưới da (6,4%). Các trường hợp này đều được điều trị nội khoa và theo dõi tái khám sau phẫu thuật, không có gì bất thường. Hai trường hợp tụ dịch vùng bẹn sau mổ (6,4%) 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 1 trường hợp khối tụ thanh dịch đã được hấp thu hoàn toàn, 1 trường hợp được chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm và ổn định ở lần tái khám 3 tháng.

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 6 trường hợp đau độ III chiếm 19,4% và 25 trường hợp đau độ II chiếm 80,6%.

Thời gian nằm viện trung bình là $3,9 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 7 ngày. 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 $3,9 \pm 1,1$ ngày [17], Phan Đình Tuấn Dũng về phẫu thuật TEP có thời gian nằm viện hậu phẫu là $4,4 \pm 1,3$ ngày[1]. Nhiều tác giả nhận thấy phẫu thuật nội soi 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 phẫu thuật 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 (22,6%), từ 8 - 14 ngày có 23 bệnh nhân (74,2%) và 1 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[14].

Tại thời điểm 3 tháng tất cả các bệnh nhân không có trường hợp nào có biểu hiện thoát vị tái phát, có 1 trường hợp có cảm giác tê nhẹ ở vùng bẹn bìu.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua nội soi xuyên phúc mạc (TAPP) trong điều trị thoát vị bẹn là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong thoát vị bẹn thường và có biến chứng nên khuyến khích ứng dụng và triển khai rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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.
- Nguyễn Văn Liễu (2004), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn", *Luận án tiến sĩ y học*, Học viện Quân y 103, tr. 63 -75.
- Lê Quốc Phong (2015) "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.
- 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.
- Ciftci F., Abdulrahman I., Ibrahimoglu F., et al. (2015), "Early-Stage Quantitative Analysis of the Effect of Laparoscopic versus Conventional Inguinal Hernia Repair on Physical Activity", *Chirurgia (bucur)*, 110(5), pp.451-456.
- Heuvel B., Dwars B. J. (2013), "Repeated laparoscopic treatment of recurrent inguinal hernias after previous posterior repair", *Surg Endosc*; 27; pp.795-800.
- Kriplani A.K, Pachisia S.S, Ghosh D., (2014), "Laparoscopic trans abdominal pre- peritoneal (TAPP) repair of inguinal hernia".
- Leibl B.J., Schmedt C.G., Kraft K., et al. (2001), "Laparoscopic transperitoneal hernia repair of incarcerated hernias: Is it feasible? Results of a prospective study", *Surg Endosc*, 15(10), pp.1179-1183.
- Loureiro.P.M., et al. (2013), "Totally Extraperitoneal Endoscopic Inguinal Hernia Repair Using Mini Instruments: Pushing the Boundaries of Minimally Invasive Hernia Surgery", *Minim Invasive Surg Sci*. 2(3):pp8-12
- Peitsch W.K. (2014), "A modified laparoscopic hernioplasty (TAPP) is the standard procedure for inguinal and femoral hernias: a retrospective 17-year analysis with 1,123 hernia repairs", *Surg Endosc*, 28(2), pp.671-682.
- Peacock EE Jr, Madden JW (1974) Studies on the biology and treatment of recurrent inguinal hernia. *Ann Surg* 179:567-571.
- Pohnan. R.,Rozwadowski. F., et al. 2013," Advantages and disadvantages of transabdominal preperitoneal approach and total extraperitoneal", *Mil. Med. Sci. Lett.* (2013), vol. 82(1), p. 25-31.
- Reddy. R. R. S., et al. 2017," A prospective comparative study of total extraperitoneal inguinal hernia repair: fixation versus without fixation of the mesh" *International Surgery Journal* Jan;4(1):166-169
- 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"
- Tantia. O., Jain. M., et al. 2009," Laparoscopic repair of recurrent groin hernia: results of a prospective study", *Surg Endosc*, 23,pp.734-738
- Tolver M. A. (2013), "Early clinical outcomes following laparoscopic inguinal hernia repair", *Dan Med J.*, 60(7), B4672, pp1-14
- Yang X.F., Liu J.L. (2016), "Laparoscopic repair of inguinal hernia in adults", *Ann Transl Med*, 4(20), 402.
- Yang. X. F.,Liu. J. L., 2016, "Anatomy essentials for laparoscopic inguinal hernia repair", *Ann Transl Med* 4(19):372.