

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THOÁT VỊ BÈN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ 3D TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thanh Xuân¹, Vũ Hoài Anh¹, Đặng Như Thành², Phan Đình Quốc Dũng¹, Trần Như Minh Trí¹, Phạm Như Hiên¹, Lê Đức Anh¹, Phan Thanh Hải¹

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật TEP và TAPP. Lợi ích của ứng dụng công nghệ 3D trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc 100 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn, chia làm 2 nhóm: 50 bệnh nhân được phẫu thuật TAPP, 50 bệnh nhân được phẫu thuật TEP tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 8/2022 tới 3/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình nhóm TAPP 56.4 ± 16.9 , nhóm TEP 56.8 ± 15.8 ($p = 0.59$). Thoát vị bẹn gián tiếp nhóm TAPP 42 BN (84%), TEP 45 BN (90%); thoát vị bẹn trực tiếp nhóm TAPP 7BN (14%), TEP 3 BN (6%); thoát vị bẹn hỗn hợp TAPP 1 BN (2%), TEP 2 BN (4%). Thời gian phẫu thuật trung bình nhóm TAPP 52.7 ± 8.7 phút, TEP 50.4 ± 7.4 phút ($p = 0.31$). Thời gian tạo khoang trước phúc mạc TAPP 10,3 phút, TEP 11,7 phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật nhóm TAPP 2.2 ± 0.5 ngày, TEP 2.18 ± 0.4 ngày. Thang điểm VAS sau 1 ngày nhóm TAPP 5.2 ± 0.5 , TEP 4.1 ± 0.4 ($p = 0.02$); VAS sau 2 ngày nhóm TAPP 3.08 ± 0.4 , TEP 3.02 ± 0.1 ($p = 0.04$); VAS sau 3 ngày nhóm TAPP 2.44 ± 0.9 ($n = 9$), TEP 2.25 ± 0.5 ($n = 8$) ($p = 0.12$). Tụ dịch sau phẫu thuật nhóm TAPP 3 BN (6%), TEP 2 BN (4%). Đau mạn tính sau phẫu thuật TAPP 2 BN (4%), TEP 1 BN (2%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý thoát vị bẹn ứng dụng công nghệ 3D là phương pháp an toàn, hiệu quả. TEP và TAPP có kết quả như nhau khi theo dõi trong giai đoạn sớm.

Từ khóa: Công nghệ 3D, thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, TEP, TAPP.

*Đây là sản phẩm có sử dụng kết quả của đề tài Khoa học và Công nghệ cấp Tỉnh mã số: TTH.2021-KC.20 được ngân sách nhà nước tỉnh Thừa Thiên Huế đầu tư

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR USING 3D TECHNOLOGY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thanh Xuan¹, Vu Hoai Anh¹, Dang Nhu Thanh², Phan Dinh Quoc Dung¹, Tran Nhu Minh Tri¹, Pham Nhu Hien¹, Le Duc Anh¹, Phan Thanh Hai¹

Objectives: To evaluate the results of treatment of inguinal hernia with TEP and TAPP. Benefits of applying 3D technology in the treatment of inguinal hernia.

Methods: Prospective longitudinal study of 100 patients diagnosed with inguinal hernia, groups: 50 TAPP and 50 TEP at Hue Central Hospital from August 2022 to March /2024.

Ngày nhận bài: 21/4/2024. Ngày chỉnh sửa: 29/5/2024. Chấp thuận đăng: 21/6/2024

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Xuân. Email: thanhxuanbv@gmail.com. ĐT: 0945313999

Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật...

Results: Average age in TAPP group 56.4 ± 16.9 , TEP group 56.8 ± 15.8 ($p = 0.59$). Indirect inguinal hernia in TAPP group 42 patients (84%), TEP group 45 patients (90%); Direct inguinal hernia in TAPP group 7 patients (14%), TEP group 3 patients (6%); Mixed inguinal hernia TAPP 1 patient (2%), TEP 2 patients (4%). The average surgery time in the TAPP group was 52.7 ± 8.7 minutes, TEP group, was 50.4 ± 7.4 minutes ($p = 0.31$). Preperitoneal cavity creation time TAPP 10.3 minutes, TEP 11.7 minutes. Hospital stay after surgery in TAPP group 2.2 ± 0.5 days, TEP group 2.18 ± 0.4 days. VAS score after 1 day in TAPP group 5.2 ± 0.5 , TEP 4.1 ± 0.4 ($p = 0.02$); VAS after 2 days in TAPP group 3.08 ± 0.4 , TEP 3.02 ± 0.1 ($p = 0.04$); VAS after 3 days TAPP group 2.44 ± 0.9 ($n = 9$), TEP 2.25 ± 0.5 ($n = 8$) ($p = 0.12$). Seroma after surgery in TAPP group: 3 patients (6%), TEP group: 2 patients (4%). Chronic pain after TAPP surgery 2 patients (4%), TEP 1 patient (2%).

Conclusions: Laparoscopic surgery to treat inguinal hernia using 3D technology is a safe and effective method. TEP and TAPP have similar results when followed in the early stages.

Keywords: 3D technology, inguinal hernia, laparoscopic surgery, TEP, TAPP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có 100 - 300 trường hợp thoát vị bẹn mới trên 100.000 người mỗi năm trên toàn thế giới [1]. Trong số các loại thoát vị thành bụng thì thoát vị bẹn là loại phổ biến nhất. Triệu chứng điển hình nhất của thoát vị bẹn là một khối nổi rõ, có thể giảm bớt ở vùng bẹn. Lúc đầu, khối lượng nhỏ, bệnh nhân chỉ cảm thấy hơi chướng bụng. Tuy nhiên, khi khối lượng trở nên lớn hơn, các triệu chứng đau sẽ xuất hiện. Hiện nay có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn, tùy theo tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân mà lựa chọn phương án phẫu thuật phù hợp nhất. Phẫu thuật là phương pháp chính để điều trị thoát vị bẹn [2]. Theo thống kê, trên thế giới mỗi năm có hơn 20 triệu trường hợp thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật [3-6]. Với sự phát triển của công nghệ nội soi, phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi dần dần được áp dụng trong thực hành lâm sàng. Là một phương pháp phẫu thuật cải tiến vi mô, giúp cung cấp nhiều lựa chọn hơn trong điều trị thoát vị bẹn [7,8]. So với phẫu thuật mở truyền thống, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu có thể làm giảm chấn thương phẫu thuật cho bệnh nhân, giảm nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật và hạn chế đau sau phẫu thuật cho bệnh nhân, khiến nó trở thành phương pháp phẫu thuật được ưa chuộng trong điều trị lâm sàng thoát vị bẹn hiện nay [9].

Phẫu thuật qua phúc mạc trước phúc mạc (TAPP) và phẫu thuật hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) là những kỹ thuật nội soi được sử dụng nhiều nhất trong điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn (IH). Arregui và cộng sự. [10] mô tả TAPP lần đầu tiên vào năm 1992. Sau đó, TEP được McKernan và Laws [11] định nghĩa vào năm 1993.

Cùng với sự phát triển của công nghệ kỹ thuật, phẫu thuật nội soi ngày càng trở nên dễ thực hiện hơn với sự hỗ trợ của các công cụ và công nghệ hỗ trợ mới. Công nghệ 3D ra đời và đã bắt đầu được ứng dụng ngày càng rộng rãi trong phẫu thuật nội soi. Hiện nay, có một số nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đã được tiến hành nhằm nghiên cứu về ưu thế của phẫu thuật nội soi 3D so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Trong một số chuyên ngành khác đã có một số nghiên cứu về ưu thế của phẫu thuật nội soi 3D so với 2D truyền thống. Tuy nhiên, trong lĩnh vực điều trị bệnh lý thoát vị bẹn, hiện có rất ít nghiên cứu về ứng dụng của phẫu thuật nội soi 3D [12]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ứng dụng công nghệ 3D và nghiên cứu sự khác biệt về phẫu thuật TEP và TAPP tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm 100 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn, chia làm 2 nhóm: 50 bệnh nhân được phẫu thuật TAPP, 50 bệnh nhân được phẫu thuật TEP tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 8/2022 tới 3/2024..

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc. Trên mỗi bệnh nhân, việc thu thập các kết quả nghiên cứu được ghi nhận theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất với các chỉ tiêu như sau:

- Nghiên cứu đặc điểm chung: Giới tính, tuổi, nghề nghiệp, địa dư.

- Đặc điểm lâm sàng bao gồm: Lý do vào viện; Thời gian mắc bệnh; Đặc điểm khối thoát vị (vị trí,

Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật...

hoàn cảnh xuất hiện, thoát vị bẹn cầm tù, thoát vị bẹn nghẹt, thời gian xuất hiện thoát vị bẹn nghẹt cho tới lúc phẫu thuật được tính theo giờ); Thăm khám phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp hay gián tiếp.

- Các chỉ tiêu cận lâm sàng: Khảo sát kết quả siêu âm tiền phẫu chẩn đoán thoát vị bẹn và quan sát có nhìn thấy hình ảnh tạng thoát vị hay không (kể cả khi thực hiện các biện pháp làm tăng áp lực ổ bụng): quai ruột, mạc nối lớn, khảo sát đường kính lỗ bẹn sâu. So sánh tạng thoát vị trong siêu âm trước phẫu thuật và tạng thoát vị quan sát được trong phẫu thuật.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật: được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến lúc hoàn tất khâu da, tính theo đơn vị phút. Ghi nhận tạng thoát vị và tai biến trong phẫu thuật do phương pháp vô cảm, do phẫu thuật: tổn thương động mạch thượng vị dưới, tổn thương tạng trong ổ bụng, tổn thương bàng quang, tổn thương thần kinh, tổn thương ống dẫn tinh. Phát hiện và giải quyết thoát vị bẹn bên đối diện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu kết quả sau phẫu thuật:

Mức độ đau sau phẫu thuật: dựa trên mô tả cảm giác đau của người bệnh, tính toán đến nhu cầu dùng thuốc giảm đau để chia làm 5 mức độ theo VAS (Visual Analog Scale) bao gồm: Độ I: Đau rất nhẹ, không yêu cầu dùng thuốc giảm đau. Độ II: Đau nhẹ, cần dùng thuốc giảm đau dạng uống. Độ III: Đau vừa, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại không gây nghiện. Độ IV: Rất đau, cần dùng

thuốc giảm đau dạng tiêm loại gây nghiện. Độ V: Không chịu nổi, dù đã dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại gây nghiện.

Các biến chứng sớm sau phẫu thuật (bí tiểu; chảy máu vết mổ; tụ máu vùng bẹn - bìu; nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng ổ bụng; tổn thương thần kinh; tràn khí dưới da). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: tính từ ngày phẫu thuật đến ngày bệnh nhân ra viện, tính theo đơn vị ngày.

Theo dõi bệnh nhân tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật qua hình thức: tái khám, gọi điện thoại.

2.3. Phương tiện 3D

Dàn nội soi 3D image 1S của Karl Storz

Tấm lưới 3D mô phỏng theo giải phẫu vùng bẹn của Coviden

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu định sẵn, được lưu trữ và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được khảo sát bằng các giá trị trung bình với độ lệch chuẩn. Các biến định tính, định danh được khảo sát bằng tỷ lệ %. Các kết quả thu được trình bày trên các bảng, biểu đồ, hình ảnh.

2.5. Vấn đề y đức

Nghiên cứu này tuân thủ mọi quy định đã được thông qua hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Huế, không làm ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần của bệnh nhân, chúng tôi theo dõi tình trạng bệnh sau mổ bằng thăm khám lâm sàng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân phẫu thuật thoát vị bẹn ứng dụng công nghệ 3D

	TAPP (n=50)*	TEP (n=50)*	P Value
Tuổi	56.4 ± 16.9	56.8 ± 15.8	0.59
Loại thoát vị			
Trực tiếp	42	45	0.96
Gián tiếp	7	3	
Hỗn hợp	1	2	
Bên thoát vị			
Trái	13	37	
Phải	15	35	
Lần đầu/tái phát			
Lần đầu	49	50	
Tái phát	1	0	

Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật...

Độ tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân cao (> 55 tuổi). Không có mối liên quan về tuổi giữa 2 nhóm TEP và TAPP ($p = 0,59$). Phần lớn bệnh nhân bị thoát vị bẹn gián tiếp. Không có mối liên quan về loại thoát vị giữa 2 nhóm TEP và TAPP ($p = 0,96$).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm bệnh nhân sau phẫu thuật

	TAPP (n=50)	TEP (n=50)	P Value
Thời gian phẫu thuật (phút)	52.7 ± 8.7	50.4 ± 7.4	0.31
Thời gian tạo kho-ang trước phúc mạc (phút)	$10,3 \pm 5,6$	$11,7 \pm 6,2$	0,45
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	2.2 ± 0.5	2.18 ± 0.4	0.034
VAS			
Ngày 1	5.2 ± 0.5	4.1 ± 0.4	0.02
Ngày 2	3.08 ± 0.4	3.02 ± 0.1	0.04
Ngày 3	2.44 ± 0.9 (n = 9)	2.25 ± 0.5 (n = 8)	0.12
Tự dịch	3	2	> 0.05
Đau mạn tính	2	1	> 0.05

Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ.

III. BÀN LUẬN

Với sự phát triển không ngừng của phẫu thuật nội soi, tỷ lệ các phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi ngày càng tăng lên và đã trở thành một phương pháp phẫu thuật quan trọng điều trị thoát vị bẹn [13,14]. So với các phẫu thuật sửa chữa mở không căng thẳng trước đây, nó có ưu điểm là vết mổ nhỏ hơn, ít đau hơn và nhanh chóng trở lại hoạt động bình thường hơn [15-20]. Trong số các phương pháp phẫu thuật được sử dụng trong thực hành lâm sàng, những phương pháp được sử dụng phổ biến nhất là TAPP nội soi và TEP nội soi [21,22]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 2 phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc đường vào qua ổ bụng (TAPP) và phẫu thuật nội soi hoàn toàn trước phúc mạc (TEP) ứng dụng công nghệ 3D. Việc điều trị thoát vị bẹn bằng TAPP cho phép khảo sát nội soi cả hai vùng bẹn, trong khi đó kỹ thuật TEP cho phép phát hiện tách túi thoát vị mà không cần mở vào khoang phúc mạc [23]. Độ tuổi trung bình của nhóm TAPP là 56,4 tuổi, nhóm TEP là 56,8 tuổi, không có mối liên quan về độ tuổi giữa 2 nhóm. Giảm sức mạnh cơ thành bụng và tăng áp lực trong ổ bụng là nguyên nhân chính gây ra thoát vị bẹn [24], điều này cho thấy nguy cơ bị thoát vị bẹn càng tăng khi độ tuổi càng tăng. Trong số 100 bệnh nhân thì có 87 bệnh nhân thoát vị bẹn gián tiếp,

10 bệnh nhân thoát vị bẹn trực tiếp và 3 bệnh nhân thoát vị bẹn hỗn hợp. Chỉ có 1 bệnh nhân bị thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật mở mổ, trường hợp này chúng tôi lựa chọn kỹ thuật TAPP. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi thể hiện rõ trong các trường hợp tái phát, lúc này phẫu thuật viên đi lối sau từ trong ổ bụng, tránh được việc đi lại theo đường mổ cũ rất khó bóc tách và dễ tổn thương mạch máu, thần kinh. Thời gian phẫu thuật là một yếu tố rất quan trọng trong phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật nội soi, việc ứng dụng công nghệ 3D giúp chúng tôi có thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể so với các tác giả khác với nhóm TAPP là 52,7 phút, nhóm TEP là 50,4 phút [25-27], có lẽ việc sử dụng hệ thống nội soi 3D giúp thao tác trong ổ bụng dễ dàng hơn. Việc dùng tấm lưới 3D cũng giúp rút ngắn thời gian đặt lưới vào khoang trước phúc mạc vì tấm lưới 3D được thiết kế riêng để phù hợp với giải phẫu vùng bẹn. So với nhóm TAPP, nhóm TEP có thời gian phẫu thuật ngắn hơn, kết quả này có thể là do TAPP yêu cầu phải rạch phúc mạc và khâu vết thương cuối cùng trong quá trình phẫu thuật, làm tăng số bước thực hiện và kéo dài thời gian phẫu thuật. Trong một nghiên cứu của Hiệp hội thoát vị Thụy Điển cho thấy nguy cơ tái phát cao hơn 26% ở bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 66 phút so với bệnh nhân

Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật...

phẫu thuật dưới 36 phút [28]. Rút ngắn thời gian phẫu thuật cũng là một yếu tố giúp hạn chế các tai biến trong mổ, có lẽ vì vậy mà trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ. Trong một số nghiên cứu chảy máu từ các mạch vùng thượng vị dưới là một trong những tai biến thường gặp [29], tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không xảy ra trường hợp này, điều này càng cho thấy sự ưu việt của hệ thống nội soi 3D trong quan sát các cấu trúc giải phẫu. Sự khác biệt chính giữa TAPP và TEP là cách tiếp cận khoang trước phúc mạc, thời gian tiếp cận là thông số khác biệt đáng kể để so sánh hai phương pháp này. Để cung cấp không gian trong TEP, chúng tôi đã không sử dụng đầu camera để tách tạo khoang, điều này không gây thêm bất kỳ chi phí nào. Sự phát triển không gian thích hợp có liên quan chặt chẽ đến việc nhận biết cấu trúc trong quá trình phẫu thuật [30]. Thời gian tạo khoang trước phúc mạc ở TAPP là 10,3 phút, ngắn hơn TEP 11,7 phút, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Góc nhìn ở TAPP cho phẫu thuật viên một cái nhìn toàn cảnh hơn về các cấu trúc giải phẫu, TEP yêu cầu các phẫu thuật viên phải nắm rõ giải phẫu vùng bẹn và các khoang Retzius và Brogos. Mặc dù không có ý nghĩa thống kê, nhưng tổn thương nội tạng phổ biến hơn trong TAPP so với thủ thuật TEP [31]. Vì TAPP là một thủ thuật nội soi nên tổn thương nội tạng có thể xảy ra do việc sử dụng trocar và các dụng cụ phẫu thuật khác trong bụng không được kiểm soát. TEP chỉ phẫu tích ở ngoài khoang phúc mạc, góp phần ít tổn thương liên quan đến đường vào phúc mạc hơn, bao gồm thoát vị tại cổng, tỷ lệ mắc các vấn đề liên quan đến tràn khí phúc mạc thấp hơn, ít dính vào ruột do tấm lưới hơn, yêu cầu cố định tấm lưới (phúc mạc nguyên vẹn) thấp hơn. Trong những trường hợp có nhiều phẫu thuật trong ổ bụng và chẩn đoán mơ hồ, TAPP có thể thích hợp hơn TEP. Nó cũng giúp xác định thoát vị ngược tốt hơn và là phương pháp điều trị dễ dàng hơn nhiều với đường cong học tập dốc hơn [29]. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ đau theo thang điểm VAS giữa 2 nhóm TAPP và TEP có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ngày thứ nhất và ngày thứ 2. Đa số các bệnh nhân phản nản về tình trạng đau tại vị trí mở phúc mạc ở kỹ thuật TAPP. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật của

nhóm TAPP 2,2 ngày, TEP là 2,18 ngày. Ngoài tính thẩm mỹ thì thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn cũng là một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi 3D. Hiệu quả của một kỹ thuật phẫu thuật phải được đánh giá bằng cả tổng số biến chứng và mức độ nghiêm trọng của chúng. Trong một nghiên cứu đăng ký của Thụy Sĩ, các biến chứng trong và sau phẫu thuật cao hơn ở nhóm TEP [32]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 trên tổng số 100 bệnh nhân xảy ra biến chứng sau phẫu thuật, thấp hơn so với các tác giả khác [33]. Ở nhóm TAPP có 3 bệnh nhân có tụ dịch vùng bìu sau mổ, 2 bệnh nhân đau mạn tính sau mổ; ở nhóm TEP có 2 bệnh nhân có tụ dịch sau mổ, 1 bệnh nhân có đau mạn tính sau mổ. Tuy nhiên các biến chứng đều được điều trị nội khoa thành công và không cần can thiệp phẫu thuật lần 2. Vấn đề tụ dịch sau mổ chúng tôi giải quyết bằng cách băng ép và dùng thuốc kháng viêm. Tình trạng đau mạn tính được tính tới thời điểm tái khám vào 3 tháng, sau điều trị và tái khám vào tháng thứ 5 thì tất cả các bệnh nhân đều hết triệu chứng đau và chỉ còn cảm giác cảm nhận được tấm lưới nhân tạo khi vận động nặng. Tỷ lệ tụ dịch sau khi phẫu thuật được báo cáo là từ 0,5% đến 12,2% [34]. Các chuyên gia khuyến nghị mạnh mẽ rằng chỉ cần can thiệp đối với các khối dịch tụ có triệu chứng [31,34]. Để ngăn ngừa sự hình thành tụ dịch, đề xuất thu nhỏ toàn bộ túi trong thoát vị bìu hoặc cố định túi trực tiếp vào Cooper [34] [35].

Về cách đưa ra lựa chọn phù hợp giữa hai phương pháp phẫu thuật, sau khi phân tích dữ liệu lâm sàng của trung tâm chúng tôi, chúng tôi đề xuất rằng việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật thường phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật kết hợp với các hướng dẫn cần tuân thủ. Chúng tôi cho rằng TAPP tương đối đơn giản và phù hợp cho người mới bắt đầu và tất cả các loại thoát vị, nhưng nên thận trọng khi sử dụng để điều trị cho những bệnh nhân có dính bụng dưới rõ ràng ở bên bị ảnh hưởng. Phẫu thuật TEP rất khó và cần được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật có tay nghề cao về LIHR. TAPP có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc giảm thành phần thoát vị và phát hiện liệu có hoại tử đường ruột và các tình trạng khác trong ổ bụng hay không. Ngoài ra, nếu thấy việc thực hiện phẫu thuật TEP gặp khó khăn hoặc thất bại thì có thể chuyển sang TAPP.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ứng dụng công nghệ 3D là một phương pháp an toàn, cho kết quả tốt, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kingsnorth A. Treating inguinal hernias. *BMJ*. 2004;328:59-60.
2. Lomanto D, Cheah WK, Faylona JM, Huang CS, Lohsiriwat D, Maleachi A, et al. Inguinal hernia repair: toward Asian guidelines. *Asian J Endosc Surg*. 2015;8(1):16-23.
3. HerniaSurge G. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. (2018) 22(1):1-165.
4. Rana G, Armijo PR, Khan S, Bills N, Morien M, Zhang J, et al. Outcomes and impact of laparoscopic inguinal hernia repair versus open inguinal hernia repair on healthcare spending and employee absenteeism. *Surg Endosc*. 2020;34(2):821-8.
5. Gossetti F, D'Amore L, Annesi E, Bruzzzone P, Bambi L, Grimaldi MR, et al. Mesh-related visceral complications following inguinal hernia repair: an emerging topic. *Hernia*. 2019;23(4):699-708.
6. AlMarzooqi R, Tish S, Huang LC, Prabhu A, Rosen M. Review of inguinal hernia repair techniques within the Americas Hernia Society Quality Collaborative. *Hernia*. 2019;23(3):429-38.
7. Pokala B, Armijo PR, Flores L, Hennings D, Oleynikov D. Minimally invasive inguinal hernia repair is superior to open: a national database review. *Hernia*. 2019;23(3):593-9.
8. Dreifuss NH, Pena ME, Schlottmann F, Sadava EE. Long-term outcomes after bilateral transabdominal preperitoneal (TAPP) repair for asymptomatic contralateral inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2021;35(2):626-30.
9. Yoneyama T, Nakashima M, Takeuchi M, Kawakami K. Comparison of laparoscopic and open inguinal hernia repair in adults: a retrospective cohort study using a medical claims database. *Asian J Endosc Surg*. 2022;2022:1-11.
10. Arregui ME, Davis CJ, Yucel O, Nagan RF. Laparoscopic mesh repair of inguinal hernia using a preperitoneal approach: a preliminary report. *Surg Laparosc Endosc*. 1992;2:53-58.
11. McKernan JB, Laws HL. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach. *Surg Endosc*. 1993;7:26-28.
12. Koppatz HE, Harju JI, Sirén JE. Three-dimensional versus two-dimensional high-definition laparoscopy in transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled study. *Surg Endosc*. 2020;34(11):4857-4865.
13. Habib Bedwani NAR, Kelada M, Smart N, Szydlo R, Patten DK, Bhargava A. Glue versus mechanical mesh fixation in laparoscopic inguinal hernia repair: meta-analysis and trial sequential analysis of randomized clinical trials. *Br J Surg*. 2021;108(1):14-3.
14. Haggerty S, Forester B, Hall T, Kuchta K, Linn J, Denham W, et al. Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia offers similar outcomes and quality of life to primary laparoscopic repair. *Hernia*. 2021;25(1):165-72.
15. Denham M, Johnson B, Leong M, Kuchta K, Conaty E, Ujiki MB, et al. An analysis of results in a single-blinded, prospective randomized controlled trial comparing non-fixating versus self-fixating mesh for laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc*. 2019;33(8):2670-9.
16. Hedberg HM, Hall T, Gitelis M, Lapin B, Butt Z, Linn JG, et al. Quality of life after laparoscopic totally extraperitoneal repair of an asymptomatic inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2018;32(2):813-9.
17. Park JW, Jang HY, Kang GW. Short-term outcomes of pediatric laparoscopic inguinal hernia repair in Korea based on Korean Health Insurance Big Data: 2011–2015. *Hernia*. 2021;25(1):205-10.
18. Forester B, Attar M, Donovan K, Kuchta K, Ujiki M, Denham W, et al. Short-term quality of life comparison of laparoscopic, open, and robotic incisional hernia repairs. *Surg Endosc*. 2021;35(6):2781-8.
19. Bittner JG IV, Cesnik LW, Kirwan T, Wolf L, Guo D. Patient perceptions of acute pain and activity disruption following inguinal hernia repair: a propensity-matched comparison of robotic-assisted, laparoscopic, and open approaches. *J Robot Surg*. 2018;12(4):625-32.
20. Cavazzola LT, Rosen JM. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am*. 2013;93(5):1269-79.
21. Caparelli ML, Shikhman A, Runyan B, Allamaneni S, Hobler S. The use of tamsulosin to prevent postoperative urinary retention in laparoscopic inguinal hernia repair: a randomized double-blind placebo-controlled study. *Surg Endosc*. 2021;35(10):5538-45.
22. Pena ME, Dreifuss NH, Schlottmann F, Sadava EE. Could long-term follow-up modify the outcomes after laparoscopic TAPP? A 5-year retrospective cohort study. *Hernia*. 2019;23(4):693-8.
23. Antoniou SA, Antoniou GA, Bartsch DK. Transabdominal preperitoneal versus totally extraperitoneal repair of

Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thoát vị bẹn bằng phẫu thuật...

- inguinal hernia: a metaanalysis of randomized studies. American Journal of Surgery. 2013;206:245-252.
24. Iraniha A, Peloquin J. Long-term quality of life and outcomes following robotic assisted TAPP inguinal hernia repair. J Robot Surg. 2018;12:261-9.
25. Chunhui Cao. Clinical Data Analysis for Treatment of Adult Inguinal Hernia by TAPP or TEP. Front. Surg. 2022;1(3):1-5.
26. Nils JH. Trends and predictors of laparoscopic bilateral inguinal hernia repair in Spain: a population-based study. Surg Endosc. 2023;37(6):4784-4794.
27. Ratnesh K, Jaiswal. A Prospective Comparative Study of Laparoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) and Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Inguinal Hernial Repair. Cureus. 2023;15(7): e42209.
28. van der Linden W. National Register Study of Operating Time and Outcome in Hernia Repair. Arch Surg. 2011;146(10):1198-1203.
29. Mohammed MM. Laparoscopic inguinal hernia repair TEP versus TAPP. Benha Journal of Applied Sciences (BJAS). 2021;6(3):109-114.
30. Cohen RV, Schiavon CA, Roll S. Complications and their management. In: Laparoscopic hernia surgery an operative guide. First edition. Edited by Karl A. LeBlanc. 2003;12:89- 95.
31. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia 2018;22:1-165.
32. Gass M, Banz VM, Rosella L, Adamina M, Candinas D, Güller U. TAPP or TEP? Population-based analysis of prospective data on 4,552 patients undergoing endoscopic inguinal hernia repair. World J Surg. 2012;36:2782-2786.
33. Kyle CC, Hong MKH, Challacombe BJ, et al. Outcomes after concurrent inguinal hernia repair and robotic-assisted radical prostatectomy. J Robot Surg. 2010;4:217-20.
34. Daes J. Endoscopic repair of large inguinoscrotal hernias: management of the distal sac to avoid seroma formation. Hernia. 2014;18:119-122.
35. Morales-Conde S. A new classification for seroma after laparoscopic ventral hernia repair. Hernia. 2012;16:261-267.