

SO SÁNH KẾT QUẢ CỐ ĐỊNH VÀ KHÔNG CỐ ĐỊNH LƯỚI TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC (TEP) ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG

Nguyễn Ngọc Thanh Tùng¹, Phạm Công Khánh^{1,3}, La Văn Phú^{1,2}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả sớm và trung hạn giữa hai nhóm bệnh nhân được phẫu thuật TEP có cố định và không cố định lưới trong điều trị thoát vị bụng.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, so sánh được thực hiện trên 90 bệnh nhân thoát vị bụng được phẫu thuật TEP, chia thành hai nhóm: nhóm cố định lưới ($n = 45$) và nhóm không cố định lưới ($n = 45$). Các đặc điểm chung, yếu tố trong mổ, biến chứng sau mổ, mức độ đau sau mổ (VAS), thời gian hồi phục, số ngày nằm viện và kết quả sớm - trung hạn (theo dõi đến 12 tháng) được phân tích và so sánh giữa hai nhóm.

Kết quả: Hai nhóm bệnh nhân tương đồng về tuổi, giới, chỉ số BMI, phân loại ASA, bên và loại thoát vị ($p > 0,05$). Thời gian phẫu thuật trung vị là 60 phút ở cả hai nhóm, không ghi nhận biến chứng trong mổ. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Mức độ đau sau mổ tại thời điểm ra viện khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,049$). Thời gian hồi phục sau phẫu thuật, số ngày nằm viện và đánh giá kết quả sớm không khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Theo dõi đến 12 tháng cho thấy kết quả trung hạn giữa hai nhóm không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng và kết quả điều trị ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật TEP có cố định lưới không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị sớm, trung hạn và tỷ lệ biến chứng sau mổ so với kỹ thuật không cố định lưới. Kỹ thuật này là một lựa chọn có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng ở những trường hợp phù hợp.

Từ khóa: Thoát vị bụng; phẫu thuật nội soi TEP; cố định lưới; không cố định lưới.

ABSTRACT

COMPARISON OF MESH FIXATION VERSUS NON - FIXATION IN TOTALLY EXTRAPERITONEAL (TEP) LAPAROSCOPIC REPAIR FOR INGUINAL HERNIA

Nguyen Ngoc Thanh Tung¹, Pham Cong Khanh^{1,2}, La Van Phu^{1,2}

Objective: To compare early and mid-term outcomes between mesh fixation and non-fixation in TEP laparoscopic repair for inguinal hernia.

Methods: A prospective comparative study was conducted on 90 patients with inguinal hernia who underwent TEP repair. Patients were divided into two groups: mesh fixation ($n = 45$) and non-fixation ($n = 45$). Demographic characteristics, intraoperative variables, postoperative complications, postoperative pain assessed by the visual analogue scale (VAS), recovery time, length of hospital stay, and early and mid-term outcomes (up to 12-month follow-up) were analyzed and compared between the two groups.

Ngày nhận bài: 19/4/2025. Ngày chỉnh sửa: 21/5/2026. Chấp thuận đăng: 19/6/2026

Tác giả liên hệ: La Văn Phú. Email: lvphu@ctump.edu.vn. ĐT: 0913136189

So sánh kết quả cố định và không cố định lưới trong phẫu thuật nội soi...

Results: The two groups were comparable in terms of age, sex, body mass index (BMI), ASA classification, hernia side, and hernia type ($p > 0.05$). The median operative time was 60 minutes in both groups, with no intraoperative complications recorded. The rate of early postoperative complications was low and did not differ significantly between the two groups ($p > 0.05$). Postoperative pain at the time of discharge showed a statistically significant difference between the two groups ($p = 0.049$). Recovery time after surgery, length of hospital stay, and early outcome assessment were comparable between groups ($p > 0.05$). At 12-month follow-up, mid-term outcomes were similar, with no significant differences in complications or overall treatment outcomes ($p > 0.05$).

Conclusion: Mesh fixation in TEP repair for inguinal hernia showed no statistically significant difference in early outcomes, mid-term outcomes, and postoperative complication rates compared with non-fixation. This technique may be considered an applicable option in clinical practice for appropriately selected cases.

Keywords: Inguinal hernia; totally extraperitoneal repair; TEP; mesh fixation; mesh non-fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý ngoại khoa thường gặp nhất, với nguy cơ mắc bệnh suốt đời khoảng 27% ở nam và 3% ở nữ [1]. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (Totally Extraperitoneal - TEP) hiện được xem là một trong những phương pháp điều trị tiêu chuẩn nhờ ưu điểm giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh và tỷ lệ tái phát thấp [2]. Tuy nhiên, vấn đề cố định lưới trong TEP vẫn còn nhiều tranh luận. Một số nghiên cứu cho rằng cố định lưới giúp giảm tái phát, đặc biệt ở thoát vị lớn, nhưng đồng thời có thể làm tăng đau mạn tính sau mổ do tổn thương thần kinh. Ngược lại, nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên gần đây cho thấy không cố định lưới cho kết quả an toàn và giúp giảm đau sau mổ mà không làm tăng tỷ lệ tái phát [3, 4]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các bằng chứng về vai trò của cố định lưới trong phẫu thuật TEP, đặc biệt với theo dõi trung hạn còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và so sánh kết quả điều trị TEP có cố định và không cố định tấm lưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn một bên và được phẫu thuật TEP tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 06/2026.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Thoát vị bẹn một bên: trực tiếp, gián tiếp hoặc hỗn hợp. Bệnh nhân trên 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thoát vị bẹn tái phát. Thoát vị bẹn nghẹt. Có tiền sử xạ trị vùng chậu. Đang mắc

bệnh nội khoa nặng ảnh hưởng đến phẫu thuật nội soi. Nhiễm trùng toàn thân hoặc khu trú vùng chậu mới xảy ra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, so sánh.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 [P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)]}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm, $Z = 1,96$. P_1 và P_2 là tỉ lệ tái phát ở nhóm không cố định lưới là 2% và nhóm cố định lưới là 0% (dựa trên nghiên cứu của Nahid A.K. [3]), $d = 0,05$. Thay các giá trị vào công thức, ta có cỡ mẫu tối thiểu là 30,11 ở mỗi nhóm. Thực tế chúng tôi chọn cỡ mẫu 45 mỗi nhóm.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục 90 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn (c) một bên chia làm hai nhóm: cố định và không cố định lưới, nhập viện điều trị đúng địa điểm và thời gian nghiên cứu thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ. Tất cả các trường hợp phẫu thuật được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm tương đương, sử dụng cùng một quy trình kỹ thuật TEP chuẩn hóa.

2.3. Quy trình kỹ thuật

Việc cố định lưới phụ thuộc vào phẫu thuật viên đánh giá trong quá trình phẫu thuật. Loại lưới sử dụng: Lưới polypropylene, kích thước 10 x 15 cm. Phương pháp và số điểm cố định: cố định tám lưới bằng dụng cụ cố định Protack 5 mm sử dụng ghim cố định Titanium không tan. cố định tám lưới vào 3 vị trí: khóp mu, dây chằng Cooper và thành bụng trước ngoài.

So sánh kết quả cố định và không cố định lưới trong phẫu thuật nội soi...

Quy trình kỹ thuật chuẩn hoá:

- Bước 1. Đặt trocar: rạch da dưới rốn tạo khoang trước phúc mạc, đặt trocar 10mm cho ống soi, đặt 2 trocar 5mm ở đường giữa dưới rốn.

- Bước 2: Bóc tách phẫu trường: Tiến hành bóc tách khoang ngoài phúc mạc bộc lộ các mốc giải phẫu quan trọng (dây chằng Cooper, củ mu, Bó mạch thượng vị dưới).

- Bước 3: Phẫu tích túi thoát vị: Tìm, giải phóng túi thoát vị ra khỏi các thành phần của thùng tinh, bảo tồn ống dẫn tinh và bó mạch sinh dục. Nếu là túi thoát vị gián tiếp thì phẫu tích túi trực tiếp ra khỏi thành bụng.

- Bước 4. Đặt và cố định lưới: Đặt tấm lưới Polypropylene 10x15 cm che phủ toàn bộ các lỗ thoát vị (lỗ bẹn nông, sâu, đùi). Ở nhóm cố định, lưới được cố định bằng 3 ghim. Ở nhóm không cố định, lưới được trải phẳng dính tự nhiên vào thành bụng.

- Bước 5. Xả khí CO₂ từ từ dưới sự quan sát trực tiếp nhằm tránh cuộn lưới.

Phác đồ giảm đau: Theo hướng dẫn WHO/ BYT [5], sử dụng thuốc giảm đau Bậc 1. Cụ thể: Paracetamol 1g truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ trong 24 giờ đầu hậu phẫu. Từ ngày hậu phẫu thứ 2 chuyển sang Paracetamol 500mg đường uống. Những trường hợp có VAS > 7 tương đương mức độ đau nhiều sẽ sử dụng giảm đau bậc II cụ thể: Tramadol 0,1g tiêm bắp 2 lần/ngày. Kháng sinh sử dụng Cephalosporin thế hệ II cụ thể Cefoxitin 1g 01 lọ x 2 mỗi 12 giờ.

2.4. Nội dung nghiên cứu

Đánh giá và so sánh các biến số về: Đặc điểm chung: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), yếu tố nguy cơ.

Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh, chỉ số ASA, phân loại thoát vị bẹn. thời gian mổ, tai biến trong mổ, mức độ đau hậu phẫu đánh giá bằng thang điểm VAS, thời gian tự sinh hoạt cá nhân sau mổ: thời gian bệnh nhân tự đi lại và tự vệ sinh. thời gian nằm viện sau khi mổ. biến chứng hậu phẫu. tái phát. Biến số chính của nghiên cứu là tỷ lệ biến chứng sớm, mức độ đau sau phẫu thuật và tỷ lệ tái phát trong vòng 12 tháng.

Đánh giá kết quả điều trị sớm áp dụng tiêu chuẩn theo các tác giả Nguyễn Văn Liễu và Bùi Đức Phú có bổ sung các biến chứng của tấm lưới nhân tạo (Tốt: không có tai biến và biến chứng trong phẫu thuật. Khá: sưng bìu và tinh hoàn đòi hỏi phải điều

trị kháng viêm. Trung bình: tụ máu vùng bẹn bìu, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tấm lưới nhân tạo, teo tinh hoàn. Kém: tái phát hoặc tử vong) [6].

Đánh giá kết quả xa: chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn theo các tác giả Nguyễn Văn Liễu, Bùi Đức Phú có bổ sung thêm các biến chứng của tấm lưới nhân tạo: Tốt: không có biến chứng, không tái phát. Khá: không có tái phát nhưng kèm theo đau, tê vùng bẹn bìu, sa tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn. Trung bình: không có tái phát nhưng nhiễm trùng vết mổ kéo dài. Kém: teo tinh hoàn, thải trừ tấm lưới nhân tạo, tái phát [6].

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR) và được so sánh bằng kiểm định t-test hoặc Mann-Whitney U test. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0.05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện thông qua đề cương với sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số 24.430.HV/PCT-HĐĐĐ-ĐC)

III. KẾT QUẢ

90 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn (TVB) một bên chia làm hai nhóm: cố định và không cố định lưới được phẫu thuật TEP tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ năm 2024 - 2026. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $55,18 \pm 16,3$. 100% bệnh nhân cả hai nhóm đều là nam. Tất cả bệnh nhân đều thuộc nhóm ASA I và II. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ xuất hiện nhiều nhất 20% ở nhóm cố định và 35,6% ở nhóm không cố định, táo bón chiếm tỉ lệ 15,6% ở cả hai nhóm. Thoát vị bẹn phải thường gặp hơn 57,8% và 60% lần lượt ở nhóm cố định và không cố định. Thời gian mắc bệnh trung vị là 7,5 tháng, nhóm cố định lưới có thời gian mắc bệnh lâu hơn so với nhóm không cố định. Thoát vị gián tiếp chiếm đa số, tiếp đến là trực tiếp và hỗn hợp. Hai nhóm cố định và không cố định tương đồng về các đặc điểm chung và lâm sàng ban đầu, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 1).

So sánh kết quả cố định và không cố định lưới trong phẫu thuật nội soi...

Bảng 1: Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng

Nội dung nghiên cứu	Tổng (n=90)	Cố định (n=45)	Không cố định (n=45)	P
Tuổi	55,18 ± 16,3	57,11 ± 17,02	53,24 ± 15,59	0,264
Giới tính Nam	90 (100%)	45 (100%)	45 (100%)	1,000
BMI	22,04 (IQR 3,95)	22,31 (IQR 3,08)	21,48 (IQR 3,52)	0,243
ASA I II	59 (65,6%) 31 (34,4%)	28 (62,2%) 17 (37,8%)	31 (68,9%) 14 (31,1%)	0,506
Yếu tố nguy cơ Hút thuốc lá Táo bón Phì đại tiền liệt tuyến	25 (27,8%) 14 (15,6%) 4 (4,4%)	9 (20%) 7 (15,6%) 3 (6,7%)	16 (35,6%) 7 (15,6%) 1 (2,2%)	0,648
Thời gian mắc bệnh (tháng)	7,5 (IQR 22,8)	12 (IQR 18)	6 (IQR 21)	0,533
Bên thoát vị Trái Phải	37 (41,1%) 53(58,9%)	19 (42,2%) 26 (57,8%)	18 (40%) 27 (60%)	0,83
Loại thoát vị Gián tiếp Trực tiếp Hỗn hợp	70 (77,8%) 16 (17,8%) 4 (4,4%)	34 (75,6%) 9 (20%) 2 (4,4%)	36 (80%) 7 (15,6%) 2 (4,4%)	0,858

Kích thước lưới được sử dụng ở tất cả bệnh nhân là 10x15 cm. Thời gian phẫu thuật có trung vị là 60 ở cả hai nhóm, độ phân tán của nhóm không cố định rộng hơn tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Phân độ thoát vị bẹn theo Nyhus: độ II chiếm tỉ lệ cao nhất với 60% và 68,9% lần lượt ở nhóm cố định và không cố định. Không có biến chứng trong phẫu thuật (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm trong phẫu thuật

Nội dung nghiên cứu	Tổng (n=90)	Cố định (n=45)	Không cố định (n=45)	P
Lưới	10 x 15 cm			
Thời gian phẫu thuật	60 (IQR 25)	60 (IQR 10)	60 (IQR 25)	0,075
Phân độ thoát vị II IIIa IIIb	58 (64,4%) 16 (17,8%) 16 (17,8%)	27 (60%) 9 (20%) 9 (20%)	31 (68,9%) 7 (15,6%) 7 (15,6%)	0,678
Biến chứng trong phẫu thuật	Không			

Biến chứng sau mổ ghi nhận nhiều nhất là tụ dịch vùng bìu với tỉ lệ 8,9% ở nhóm cố định và 11,1 % ở nhóm không cố định, sau đó là đau vùng bẹn, bìu là 4,4% và 2,2% lần lượt ở nhóm cố định và không cố định, bí tiểu

So sánh kết quả cố định và không cố định lưới trong phẫu thuật nội soi...

ghi nhận được 2 trường hợp ở nhóm không cố định. Mức độ đau sau mổ giảm dần tại thời điểm 12 giờ, 24 giờ và 48 giờ tương đồng ở cả hai nhóm ($p > 0,05$). Đa phần bệnh nhân đều hồi phục trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật và ra viện sau 2 ngày hậu phẫu ở cả hai nhóm ($p > 0,05$). Bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 88,9% ở nhóm cố định và 82,2% ở nhóm không cố định, kết quả khá là 11,1% và 17,8% lần lượt ở các nhóm cố định và không cố định, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3: Kết quả sớm sau phẫu thuật

Nội dung nghiên cứu	Tổng (n=90)	Cố định (n=45)	Không cố định (n=45)	P
Biến chứng				
Tụ dịch vùng búi	9 (10%)	4 (8,9%)	5 (11,1%)	0,561
Đau vùng bẹn, búi	3 (3,3%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	
Bí tiểu	2 (4,4%)	0	2 (4,4%)	
Chảy máu vết mổ	0	0	0	
Mức độ đau sau PT (VAS)				
12 giờ	4 (2 - 8)	4 (2 - 7)	4 (2 - 8)	0,452
24 giờ	2,5 (1 - 5)	2 (1 - 5)	3 (1 - 5)	0,635
48 giờ	1 (1 - 4)	1 (1 - 4)	1 (1 - 3)	0,223
Ra viện	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	0,049
Thời gian phục hồi sau PT				
< 12 giờ	44 (48,9%)	23 (51,1%)	21 (46,7%)	0,913
12h - 24 giờ	44 (48,9%)	21 (46,7%)	23 (51,1%)	
24h - 36 giờ	2 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	
> 36 giờ	0	0	0	
Số ngày nằm viện sau PT	2 (1 - 9)	2 (1 - 9)	2 (1 - 6)	0,188
Đánh giá kết quả sớm				
Tốt	77 (85,6%)	40 (88,9%)	37 (82,2%)	0,368
Khá	13 (14,4%)	5 (11,1%)	8 (17,8%)	

Thời gian theo dõi 12 tháng. Kết quả tốt đạt 93,3% ở nhóm cố định lưới và 82,2% ở nhóm không cố định. Biến chứng thường gặp nhất là tụ dịch vùng búi chiếm tỉ lệ 4,4% và 11,1% lần lượt ở nhóm cố định và không cố định, dị cảm vùng bẹn ghi nhận 2 trường hợp trong nhóm không cố định. 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp áp xe vết mổ ghi nhận lần lượt tại nhóm cố định và không cố định. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 4: Đánh giá kết quả dài hạn

Thời gian theo dõi	12 tháng	
Nhóm cố định lưới	42 (93,3%) 2 bệnh nhân tụ dịch vùng bẹn búi (4,4%) 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (2,2%)	p = 0,108
Tốt Khá Trung bình		
Nhóm không cố định lưới	37 (82,2%) 5 bệnh nhân tụ dịch vùng bẹn búi (11,1%) 2 bệnh nhân dị cảm vùng bẹn (4,4%) 1 bệnh nhân áp xe vết mổ (2,2%)	
Tốt Khá Trung bình		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều là nam giới, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của thoát vị bẹn với tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn rõ rệt so với nữ [1]. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $55,18 \pm 16,3$, tương đối phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế [2, 7]. Chỉ số BMI trung vị là 22,04, thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế, có thể phản ánh đặc điểm thể trạng của dân số Việt Nam. Các yếu tố nguy cơ thường gặp bao gồm hút thuốc lá và táo bón, trong đó hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế, có thể do khác biệt về đặc điểm dân số và thói quen sinh hoạt [2, 8]. Thoát vị bẹn phải chiếm ưu thế và thoát vị gián tiếp là loại thường gặp nhất, phù hợp với y văn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm nền giữa hai nhóm, cho thấy tính tương đồng ban đầu, góp phần làm giảm sai số nhiều khi so sánh kết quả điều trị.

4.2. Đánh giá và so sánh kết quả sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được sử dụng lưới kích thước 10×15 cm - kích thước tiêu chuẩn được khuyến cáo nhằm đảm bảo che phủ đầy đủ các điểm yếu của vùng bẹn [1]. Phân độ thoát vị theo Nyhus chủ yếu là độ II, với sự phân bố tương đồng giữa hai nhóm. Thời gian phẫu thuật trung vị là 60 phút ở cả hai nhóm và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; Thời gian phẫu thuật tương đồng với nghiên cứu của M. Güler là 60 phút [2], La Văn Phú là 50 phút [7], Tổng Hải Dương là 50 phút [9]. Điều này cho thấy việc cố định lưới không làm kéo dài thời gian phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, cho thấy kỹ thuật cố định lưới không ảnh hưởng đáng kể đến thời gian mổ khi được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Ngoài ra, không ghi nhận biến chứng trong phẫu thuật ở cả hai nhóm, chứng tỏ phẫu thuật TEP là một phương pháp an toàn, bất kể có hay không cố định lưới.

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ trong nghiên cứu là thấp và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tụ dịch vùng bẹn – bìu là biến chứng thường gặp nhất, phù hợp với các báo cáo trong y văn [2, 7]. Các biến chứng khác như đau sau mổ và bí tiểu xảy ra với tỷ lệ thấp và không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Các bệnh nhân được điều trị nội khoa đến khi hết triệu chứng thì ra viện. Mặc dù cỡ mẫu

nhỏ ($n=45$ ở mỗi nhóm) chưa đủ để phát hiện những biến chứng hiếm hoặc tỉ lệ tái phát, tuy nhiên kết quả này hoàn toàn phù hợp và phản ánh đúng thực tế lâm sàng tại đơn vị do toàn bộ các ca mổ được thực hiện theo quy trình kỹ thuật TEP chuẩn hóa bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và tay nghề đồng đều. Sự tuân thủ của bệnh nhân trong điều trị cũng góp phần nâng cao hiệu quả điều trị như thay đổi lối sống, vận động sớm sau mổ. Mức độ đau sau mổ đánh giá bằng thang điểm VAS tại các thời điểm 12 giờ, 24 giờ và 48 giờ không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Điểm VAS trung vị giảm dần theo thời gian ở cả hai nhóm, phản ánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật TEP. Tại thời điểm ra viện điểm đau giữa hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,049$), về thực tế lâm sàng điểm VAS là 0 - 2 được xếp vào mức “không đau” không làm thay đổi phác đồ điều trị hay ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân. Do đó, đây chỉ là một khác biệt nhỏ về mặt thống kê chứ không mang ý nghĩa thay đổi trên lâm sàng. Thời gian phục hồi sau phẫu thuật chủ yếu dưới 24 giờ ở cả hai nhóm (trên 97%), và số ngày nằm viện trung vị là 2 ngày, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của La Văn Phú và cộng sự [7], cho thấy phẫu thuật TEP dù có hay không cố định lưới đều đảm bảo hồi phục sớm và thời gian nằm viện ngắn. Tỷ lệ kết quả sớm tốt đạt 88,9% ở nhóm cố định và 82,2% ở nhóm không cố định, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu khác thực hiện cùng kỹ thuật trong cùng khu vực và tương đồng với các nghiên cứu quốc tế; tỉ lệ thành công và tỉ lệ biến chứng sớm lần lượt ở các nghiên cứu của Tổng Hải Dương (90,7% và 9,3%), La Văn Phú (98,7% và 5,1%), M. Güler (88% và 7,7%) [2, 7, 9]. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê cho thấy việc cố định lưới không ảnh hưởng đến mức độ đau sau mổ, thời gian phục hồi, thời gian nằm viện hậu phẫu và kết quả sớm trong điều trị TVB bằng phẫu thuật TEP.

Sau thời gian theo dõi 12 tháng, toàn bộ 90 bệnh nhân đều được theo dõi đầy đủ đến thời điểm 12 tháng, không có trường hợp nào bị mất dấu theo dõi, tỷ lệ kết quả tốt đạt 93,3% ở nhóm cố định và 82,2% ở nhóm không cố định, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,108$). Không

ghi nhận trường hợp tái phát trong thời gian theo dõi ở cả hai nhóm. Tỷ lệ tái phát và thời gian theo dõi ghi nhận ở các nghiên cứu khác: La Văn Phú (0%; 42 tháng; n=250), Lê Huy Cường (0,48%; 40,95 tháng; n=307); M. Güler (4,3%; 22 tháng; n=117); A. Kamal Nahid (2,1%; 18 tháng; n=47); [2, 3, 7, 10]. Tỷ lệ vùng bẹn búi vẫn là biến chứng thường gặp 4,4% ở nhóm cố định và 11,1% tại nhóm không cố định ghi nhận tại thời điểm 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật; 2 trong 7 bệnh nhân phải nhập viện lại điều trị, bệnh nhân được điều trị nội khoa và không ghi nhận tình trạng tỷ lệ vùng bẹn – búi ghi nhận 2 trường hợp tại nhóm không cố định. 01 trường hợp nhiễm trùng vết mổ phải nhập viện điều trị tại nhóm cố định tại thời điểm hậu phẫu 10 tháng, bệnh nhân được điều trị kháng sinh tích cực và ra viện sau 7 ngày điều trị. Một bệnh nhân áp xe vết mổ tại nhóm không cố định phải rạch ổ áp xe điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Các biến chứng này có thể liên quan nhiều hơn đến kỹ thuật bóc tách và đặc điểm bệnh nhân hơn là bản thân việc cố định lưới. Điều này cho thấy yếu tố kỹ thuật của phẫu thuật viên đóng vai trò quan trọng trong kết quả điều trị. So sánh với nghiên cứu dài hạn của Güler [2], Nihad Gutlic [11], tỷ lệ biến chứng trung hạn trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các báo cáo quốc tế. Điều này chứng tỏ việc cố định lưới không ảnh hưởng đến kết quả và biến chứng trung hạn.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, khó phát hiện các biến chứng hiếm hoặc tái phát. Thứ hai, nghiên cứu không được thiết kế ngẫu nhiên, việc lựa chọn phương pháp cố định lưới phụ thuộc vào phẫu thuật viên nên có thể gây sai số chọn mẫu, đặc biệt ở những trường hợp thoát vị lớn. Thứ ba, thời gian theo dõi 12 tháng có thể chưa đủ để đánh giá đầy đủ tỷ lệ tái phát dài hạn. Cần có các nghiên cứu ngẫu nhiên với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định kết quả.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật TEP có cố định lưới không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị sớm, trung hạn và tỷ lệ biến chứng sau mổ so với kỹ thuật không cố định lưới. Kỹ thuật này là một lựa chọn có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng ở những trường hợp phù hợp.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stabilini C, Van Veenendaal N, Aasvang E, Agresta F, Aufenacker T, Berrevoet F, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS open*. 2023; 7(5): zrad080.
2. Güler M, Gönüllü D. Comparison of outcomes of total extraperitoneal repair and transabdominal preperitoneal approach in inguinal hernia surgery. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2025.
3. Nahid AK, Rahman S, Veerapatherar K, Fernandes R. Outcomes on mesh fixation vs non-fixation in laparoscopic totally extra peritoneal inguinal hernia repair: a comparative study. *Turkish Journal of Surgery*. 2021; 37(1): 1.
4. Burati M, Scaini A, Fumagalli LA, Gabrielli F, Chiarelli M. Mesh fixation methods in groin hernia surgery, in *Techniques and Innovation in Hernia Surgery*. 2019, IntechOpen.
5. Bộ Y tế, Quyết định số 183/QĐ-BYT ngày 25/01/2022 về việc ban hành Hướng dẫn Chăm sóc giảm nhẹ. 2022.
6. Nguyễn Văn Liễu, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn. 2004, Luận án Tiến Sĩ, Học viện Quân Y: Hà Nội.
7. La Van Phu, Tong Hai Duong, Doan Anh Vu. Totally extraperitoneal inguinal hernia repair without mesh fixation: the experiences on 250 cases at Can Tho General Hospital. *Vietnam Journal of Surgery and Endolaparosurgery*. 2024; 3(4): 40-46.
8. van Wessem KJ, Simons MP, Plaisier PW, Lange JF. The etiology of indirect inguinal hernias: congenital and/or acquired? *Hernia*. 2003; 7(2): 76-9.
9. Tống Hải Dương, La Văn Phú. Kết quả bước đầu điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2026; 558(3).
10. Trần Nguyễn Quang Trung, Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc, Hồ Nguyễn Hoàng. Kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024; 28–34.
11. Gutlic N, Rogmark P, Nordin P, Petersson U, Montgomery A. Impact of Mesh Fixation on Chronic Pain in Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP): A Nationwide Register-based Study. *Ann Surg*. 2016; 263(6): 1199-206.