

OUTCOMES OF TOTALLY EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC REPAIR FOR INGUINAL HERNIA AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Nguyen Huy Du*, Vu Thi Hong Anh, Nguyen Vu Hoang

*Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy -
284 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam*

Received: 28/10/2025

Revised: 13/11/2025; Accepted: 09/01/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the outcomes of laparoscopic totally extraperitoneal repair for inguinal hernia at the center for on-demand medical services - Thai Nguyen national hospital, from August 2023 to August 2025.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study, combining retrospective and prospective data, was performed on 33 patients diagnosed with inguinal hernia and indicated for totally extraperitoneal repair.

Results: The mean age of patients was 50.27 ± 16.177 years. Patients with normal BMI accounted for 87.9%. Right-sided hernias were present in 54.5% and left-sided in 39.4%. Indirect hernias represented 66.7%, while direct hernias represented 33.3%. The mean operative time was 89.55 ± 27.311 minutes. No intraoperative complications were recorded in 69.7% of cases, and 66.7% had no early postoperative complications. The mean time to mobilization was 1.21 ± 0.740 days, and the mean hospital stay was 3.45 ± 1.394 days. Good outcomes at discharge were observed in 97% of patients, and 87.9% maintained favorable results at follow-up.

Conclusion: Laparoscopic totally extraperitoneal totally extraperitoneal repair is a safe and effective surgical technique for the management of inguinal hernia.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopic totally extraperitoneal mesh repair, outcomes.

*Corresponding author

Email: nguyenhuydu.bsnt.k16@tnmc.edu.vn **Phone:** (+84) 395090555 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i1.4190



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI QUA ĐƯỜNG TRƯỚC PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Huy Du*, Vũ Thị Hồng Anh, Nguyễn Vũ Hoàng

Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, P. Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận: 28/10/2025

Ngày sửa: 13/11/2025; Ngày đăng: 09/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt lưới qua đường trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu trên 33 bệnh nhân thoát vị bẹn được chỉ định phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc tại Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Kết quả: Tuổi $50,27 \pm 16,177$, BMI trung bình chiếm 87,9%, thoát vị bên phải 54,5%, bên trái 39,4%, thoát vị bẹn gián tiếp 66,7%, trực tiếp 33,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình $89,55 \pm 27,311$ phút, 69,7% không có tai biến trong mổ, 66,7% không có biến chứng sớm sau mổ, thời gian hồi phục vận động trung bình $1,21 \pm 0,740$ ngày, thời gian nằm viện trung bình $3,45 \pm 1,394$ ngày, ra viện kết quả tốt là 97%, 87,9% có kết quả tái khám tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc là loại phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc, kết quả.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một bệnh rất phổ biến. Tại Mỹ, có khoảng 800.000 trường hợp được phẫu thuật vào năm 2003 [1]. Còn tại Đức, con số này là 200.000 [2]. Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu của thoát vị bẹn; hiện nay phẫu thuật mở truyền thống dần được thay thế bằng phương pháp phẫu thuật nội soi với nhiều ưu điểm như tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp, ít tai biến, biến chứng, sẹo mổ nhỏ, tính thẩm mỹ cao, thời gian hồi phục nhanh chóng. Tại Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn trong những năm gần đây đã bắt đầu được triển khai, tuy nhiên chưa có báo cáo nào về phương pháp phẫu thuật này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt lưới qua đường trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/8/2023 đến ngày 1/8/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân thoát vị bẹn ≥ 18 tuổi, được phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc tại Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 1/8/2023-1/8/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xác định là thoát vị bẹn; được chỉ định và phẫu thuật nội soi đặt lưới trước phúc mạc; có bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin; liên lạc tái khám được sau phẫu thuật.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenhuydu.bsnt.k16@tnmc.edu.vn Điện thoại: (+84) 395090555 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4190

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 33 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Căn cứ vào tiêu chuẩn lựa chọn, chọn toàn bộ bệnh nhân dựa trên cỡ mẫu tối thiểu ở Trung tâm Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, nghề nghiệp, bệnh lý kèm theo.

- Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: thời gian mắc bệnh, lý do vào viện, tính chất xuất hiện bệnh, phân loại thoát vị bẹn theo giải phẫu, loại thoát vị.

- Một số yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật: BMI, vị trí thoát vị, phân loại thoát vị, tiền sử.

- Đánh giá kết quả sau mổ: thời gian mổ, các tai biến trong lúc mổ, đau sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng sớm sau mổ và đánh giá kết quả sau mổ, thời gian phục hồi vận động sau mổ, đánh giá kết quả ra viện và kết quả tái khám.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn đều có mẫu bệnh án riêng với đầy đủ các thông số cần thiết đã nêu.

- Số liệu được nhập vào máy tính theo bệnh án được số hóa và được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 33)

Chỉ số	Kết quả
Tuổi trung bình (tuổi)	48,94 ± 16,72
Nghề nghiệp	
Nông dân	15 (45,5%)
Công nhân	10 (30,3%)
Cán bộ	3 (9,1%)
Hưu trí	5 (15,2%)

Chỉ số	Kết quả
Yếu tố thuận lợi	
Táo bón kéo dài	1 (3,0%)
Phì đại lành tính tuyến tiền liệt	4 (12,1%)
Ho kéo dài	1 (3,0%)
Bệnh lý tim mạch mạn tính	9 (27,3%)
Không có bệnh lý kèm theo	18 (54,5%)

Thoát vị bẹn thường gặp ở người lớn tuổi, nông dân chiếm 45,5%; và 54,5% bệnh nhân không có bệnh lý kèm theo.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật (n = 33)

Chỉ số	Kết quả
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	
< 18,5 (gầy)	0
18,5-24,9 (trung bình)	29 (87,9%)
25-29,9 (thừa cân)	4 (12,1%)
Thời gian mắc bệnh	
< 3 tháng	10 (30,3%)
3-6 tháng	10 (30,3%)
> 6 tháng	13 (39,4%)
Vị trí bên thoát vị	
Bên phải	18 (54,5%)
Bên trái	13 (39,4%)
Hai bên	2 (6,1%)
Phân loại theo giải phẫu	
Thoát vị trực tiếp	11 (33,3%)
Thoát vị gián tiếp	22 (66,7%)
Loại thoát vị	
Nguyên phát	28 (84,4%)
Thứ phát	5 (15,2%)
Tiền sử	
Phẫu thuật vùng bẹn - ổ bụng	6 (8,2%)
Chưa phẫu thuật gì	27 (81,8%)

Thời gian mắc bệnh ≥ 6 tháng chiếm 39,4%. Có 33,3% thoát vị trực tiếp và 66,7% thoát vị gián tiếp. Thoát vị bên phải (54,5%) thường gặp hơn bên trái (39,4%). Thoát vị nguyên phát chiếm 84,4% và bệnh nhân chưa có tiền sử phẫu thuật chiếm 81,8%.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật (n = 33)

Chỉ số	Kết quả
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	89,55 ± 27,31
Tai biến trong mổ	
Thủng phúc mạc	7 (21,2%)
Tổn thương bó mạch thượng vị dưới	2 (6,1%)
Tổn thương động, tĩnh mạch chậu	1 (3,0%)
Không có	23 (69,7%)
Biến chứng sau mổ	
Tắc ruột	1 (3,0%)
Tràn khí dưới da	10 (30,3%)
Không có	22 (66,7%)
Mức độ đau sau phẫu thuật	
Không đau	0
Đau nhẹ	19 (57,6%)
Đau vừa	9 (7,3%)
Đau nhiều	4 (12,1%)
Đau rất nhiều	1 (3,0%)
Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ (ngày)	
$\bar{X} \pm SD$	1,21 ± 0,740
Ngắn nhất-dài nhất	1-5
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	
$\bar{X} \pm SD$	3,45 ± 1,394
Ngắn nhất-dài nhất	2-9
Kết quả khi ra viện	
Tốt	32 (97%)
Khá	1 (3,0%)

Thời gian phẫu thuật trung bình 89,55 ± 27,31 phút. Nhóm không có tai biến trong mổ chiếm tỉ lệ 69,7%. Có 27 bệnh nhân (66,7%) không có biến chứng sau mổ và 57,6% đau nhẹ. Thời gian nằm viện trung bình là 3,45 ± 1,39 ngày, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân trung bình 1,21 ± 0,74 ngày, 97% bệnh nhân có kết quả tốt khi ra viện.

Bảng 4. Theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật (n = 33)

Chỉ số	Kết quả
Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật (tháng)	
$\bar{X} \pm SD$	10,12 ± 7,511
Ngắn nhất-dài nhất	1-20
Biến chứng muộn sau mổ	
Không biến chứng	29 (87,9%)
Nhiễm trùng vết mổ	2 (6,1%)
Tụ thanh dịch vùng bẹn	1 (3,0%)

Chỉ số	Kết quả
Đau bẹn bìu	1 (3,0%)
Đánh giá kết quả sau phẫu thuật	
Tốt	29 (87,9%)
Khá	4 (12,1%)

Theo dõi sau phẫu thuật ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 20 tháng. Đánh giá kết quả muộn sau phẫu thuật có kết quả tốt là 29 bệnh nhân chiếm 87,9% và có 29 bệnh nhân không có biến chứng, 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và 1 bệnh nhân tụ thanh dịch dưới vết mổ.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu 48,94 ± 16,729 tuổi, tương đương với kết quả của Đỗ Văn Chiêu và cộng sự (trung bình là 54,3 ± 13,3 tuổi) [4], cao hơn so với kết quả của Phạm Minh Hiếu (41,29 ± 15,28 tuổi) [5]. Về giới, 100% là nam giới, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Đa số bệnh nhân của chúng tôi là nông dân (45,5%), khác với nghiên cứu của Phạm Minh Hiếu, đối tượng là công chức nhà nước chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,01%, trong khi lao động chân tay chỉ chiếm 22,85% [5]. Theo một số tác giả, các yếu tố nguy cơ gây nên thoát vị bẹn, đặc biệt là thoát vị bẹn gián tiếp không liên quan tới hoạt động thể lực hay tăng áp lực ổ bụng. 18 bệnh nhân không có bệnh kèm theo chiếm 54,5%, 1 bệnh nhân táo bón kéo dài chiếm 3%, 12,1% bệnh nhân có u phì đại tuyến tiền liệt, 9 bệnh nhân mắc bệnh tim mạch chủ yếu là tăng huyết áp, ho kéo dài có 1 bệnh nhân. Lê Quốc Phong cũng cho rằng tuổi càng cao thì càng làm tăng nguy cơ mắc bệnh toàn thân kèm theo với 17% mắc bệnh lý tuần hoàn, 4,6% bị viêm phế quản mạn tính, 2,3% bị hen phế quản, 6,6% bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, 4% bị u phì đại tuyến tiền liệt, 5% bị táo bón kinh niên [6]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được khám và điều trị theo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa ổn định trước mổ, trong và sau mổ không xảy ra bất kỳ biến chứng nào liên quan tới các bệnh lý toàn thân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng chiếm tỉ lệ 30,3%, 10 bệnh nhân mắc bệnh trong khoảng 3-6 tháng và 13 bệnh nhân có thời gian mắc trên 6 tháng, thậm chí có bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm. Theo nghiên cứu của Phạm Minh Hiếu, các bệnh nhân mắc bệnh dưới 12 tháng là 72,85%, trong đó chủ yếu bị bệnh trong tháng đầu tiên chiếm 31,94% [5], của Trịnh Văn Thảo là 42,8% [7].

Đa số bệnh nhân có thể trạng trung bình (87,9%), thừa cân chiếm 12,1%. Tỷ lệ BMI trung bình trong nghiên cứu này lớn hơn của Nagata S và cộng sự (BMI trung bình là 23,2 ± 3,1) [8], nhưng tương đương với nghiên cứu của Phạm Minh Hiếu với 93,7% [5]. Thoát vị bẹn chủ yếu ở bên phải, trong nghiên cứu này với 18 bệnh nhân (54,5%), bên trái 13 trường hợp (39,4%), có 2 bệnh nhân (6,1%) có thoát vị bẹn hai bên. Kết quả này thấp hơn so với nghiên

cứu của Phạm Minh Hiếu với thoát vị bẹn phải 61,43%, thoát vị bẹn trái 32,28% trong khi thoát vị bẹn hai bên chỉ chiếm 5,71% [5].

Nghiên cứu này, thoát vị bẹn gián tiếp chiếm 66,7% với 22 trường hợp, thoát vị bẹn trực tiếp có 33,3% với 11 bệnh nhân. Tỷ lệ thoát vị bẹn gián tiếp và trực tiếp theo một số nghiên cứu khác như sau: Vương Thừa Đức 70% và 16% [9], Trịnh Văn Thảo 71,4% và 26,1% [7], Phạm Minh Hiếu 82,43% và 17,57% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $89,55 \pm 27,311$ phút; thời gian ca mổ dài nhất là 165 phút, ngắn nhất là 50 phút. Kết quả của Nagata S và cộng sự cũng tương tự với thời gian phẫu thuật trung bình là $93,5 \pm 39,4$ phút [8]. Trịnh Văn Thảo có thời gian phẫu thuật trung bình là $64,54 \pm 21,64$ [7]; theo Pawanindra L và cộng sự, thời gian phẫu thuật trung bình là $76,66 \pm 15,92$ phút, ở nhóm thoát vị bẹn một bên là $66,16 \pm 12,44$ phút, ở nhóm thoát vị bẹn hai bên là $87,2 \pm 11,32$ phút [10]. Đa số bệnh nhân không có tai biến trong mổ (69,7%), có 21,1% bệnh nhân thủng phúc mạc với đa phần là thủng nhỏ trong quá trình phẫu tích, trong thủng lớn chúng tôi xử trí bằng cách kẹp Hemolock hay khâu bằng chỉ Vicryl 4.0, nguyên nhân dẫn tới thủng phúc mạc là quá trình phẫu tích túi thoát vị trong thoát vị bẹn gián tiếp, tuy nhiên ít hơn so với nghiên cứu của Trịnh Văn Thảo gặp thủng phúc mạc 27,3% [7]; 2 bệnh nhân (6,1%) tổn thương bó mạch thượng vị dưới, trong 2 trường hợp này có 1 trường hợp chảy máu khó cầm nên chúng tôi tiến hành kẹp clip, 1 trường hợp cầm máu bằng dao điện đơn cực, 1 bệnh nhân tổn thương động, tĩnh mạch chậu, trường hợp này trong quá trình dùng dao điện gây tổn thương lớp thanh mạc của tĩnh mạch chậu.

Sau mổ chúng tôi thấy có 22 bệnh nhân (66,7%) không có biến chứng gì và 10 bệnh nhân có tràn khí dưới da, tất cả đều không ảnh hưởng đến sinh hoạt, không cần can thiệp gì. 1 bệnh nhân (3%) tắc ruột sau mổ.

Trường hợp bệnh nhân tắc ruột sau mổ là bệnh nhân nam 58 tuổi, trong quá trình phẫu tích có thủng phúc mạc 2 vị trí kích thước khoảng 2 cm và 1 cm, chúng tôi tiến hành khâu lỗ thủng bằng chỉ Vicryl 4.0 và tiếp tục phẫu tích. 1 ngày sau mổ, bệnh nhân trung tiện được, tuy nhiên bệnh nhân ho nhiều. 2 ngày sau mổ sau xuất hiện triệu chứng trướng bụng, bí trung tiện, đau nhiều vùng bụng, buồn nôn và nôn. Qua thăm khám và cận lâm sàng chúng tôi xác định bệnh nhân bị tắc ruột sau mổ, do vị trí khâu phúc mạc bị thủng, các quai ruột chui vào khoang trước phúc mạc, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cấp cứu giải phóng quai ruột, khâu lại phúc mạc. 5 ngày sau mổ bệnh nhân ổn định và ra viện, qua tái khám bệnh nhân ổn định.

Sau mổ có 19 bệnh nhân (57,6%) đau mức độ nhẹ, 9 bệnh nhân (27,3%) đau vừa, 4 bệnh nhân đau mức độ nhiều (12,1%) và 1 bệnh nhân (3%) đau rất nhiều. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Minh Hiếu [5] (ngày đầu tiên có tới 84,29% bệnh nhân đau nhẹ sau mổ); Trịnh Văn Thảo đau nhẹ và rất nhẹ chiếm 71,5%, đau vừa 26% và đau nhiều 2,6% [7].

Thời gian phục hồi vận động: thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ là $1,21 \pm 0,74$ ngày, trong đó ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 5 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu này là $3,45 \pm 1,394$ ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 9 ngày, tương đương với nghiên cứu của Trịnh Văn Thảo với thời gian nằm viện trung bình là $3,8 \pm 1,4$ ngày [7]. Bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 9 ngày sau mổ là bệnh nhân có biến chứng tắc ruột sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu của Phạm Minh Hiếu là $3,6 \pm 2,15$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 9 ngày [5]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả nói trên và ngắn hơn so với các trường hợp mổ mở. 97% bệnh nhân ra viện có kết quả tốt, 3% có kết quả khá khi ra viện, không có trường hợp nào trung bình hoặc kém. Kết quả này cao hơn một chút so với nghiên cứu của Phạm Minh Hiếu với tốt 88,57%, khá 11,43% [5].

Thời gian theo dõi trung bình trong nghiên cứu là $11,61 \pm 7,176$ tháng, dài nhất là 20 tháng, ngắn nhất là 1 tháng. Có 29 bệnh nhân (87,9%) không có biến chứng muộn sau mổ, có 1 bệnh nhân (3%) đau bẹn bùi, 1 bệnh nhân (3%) tụ thanh dịch vùng bẹn và 2 bệnh nhân (6,1%) nhiễm trùng vết mổ.

Đánh giá kết quả sau tái khám: bệnh nhân có kết quả tốt với 87,9%, là những bệnh nhân không có biến chứng gì sau mổ, tương đương với kết quả của Phạm Minh Hiếu với 88,57% [5]; kết quả khá có 4 bệnh nhân (12,1%) là 1 bệnh nhân tụ thanh dịch bẹn bùi, 1 bệnh nhân đau mạn tính và 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, tất cả đều ổn định.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trước phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo là an toàn và hiệu quả. Thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, mức độ đau sau mổ, tai biến và biến chứng thấp, kết quả muộn qua các lần tái khám đều cho kết quả tốt > 90%. Tuy nhiên, với cỡ mẫu và thời gian theo dõi của nghiên cứu còn hạn chế, cần thực hiện các nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Huerta S, Garza A.M. A Systematic review of open, laparoscopic, and robotic inguinal hernia repair: management of inguinal Hernias in the 21st Century. J Clin Med, 2025, 14 (3): 990. 10.3390/jcm14030990.
- [2] Holzheimer R.G. First results of Lichtenstein hernia repair with Ultrapro-mesh as cost saving procedure--quality control combined with a modified quality of life questionnaire (SF-36) in a series of ambulatory operated patients. Eur J Med Res, 2004, 9 (6): 323-7.
- [3] Carter J, Duh Q.Y. Laparoscopic repair of ingui-

- nal hernias. World J Surg, 2011, 35 (7): 1519-25. 10.1007/s00268-011-1066-y.
- [4] Đỗ Văn Chiều, Phan Thanh Lương, Hoàng Ngọc Hà, Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2020-2022, 2023, 527 (2): 24-28. <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i2.5838>.
- [5] Phạm Minh Hiếu. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo qua đường trước phúc mạc (TEP) tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [6] Lê Quốc Phong. 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, 2015.
- [7] Trịnh Văn Thảo. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 2010.
- [8] Nagata S, Orita H, Korenaga D. Nonfixation of mesh in laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair: A propensity score matched analysis. Asian J Surg, 2023, 46 (7): 2662-2667. 10.1016/j.asjsur.2023.07.012.
- [9] Vương Thừa Đức và cộng sự. So sánh Lichtenstein với Bassini trong điều trị thoát vị bẹn. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2004, 8 (1): 30-37.
- [10] Pawanindra L et al. Is unilateral laparoscopic TEP inguinal hernia repair a job half done? The case for bilateral repair. Surg Endosc, 2010, 24 (7): 1737-45. 10.1007/s00464-009-0781-y.