

ASSESSMENT OF RESULTS AND FACTORS ASSOCIATED WITH COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRA-PERITONEAL (TEP) INGUINAL HERNIA REPAIR IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2020-2023

Nguyen Hoai Bac^{1,2*}, Doan Tien Duong³, Hoang Van Chuc³, Dinh Huu Viet⁴

¹Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Bac Giang Provincial General Hospital - Le Loi, Hoang Van Thu, Bac Giang, Vietnam

⁴Hanoi Andrology and Fertility Hospital - 431 Tam Trinh Street, Lot 07-3A, Hoang Mai Industrial Complex, Hanoi, Vietnam

Received: 12/04/2024

Revised: 22/04/2024; Accepted: 08/05/2024

ABSTRACT

Overview: Laparoscopic surgery placing a completely preperitoneal mesh [Total Extra-Peritoneal (TEP) Inguinal Hernia Repair] has been applied for a long time and has become an important technique in the treatment of inguinal hernia. Notwithstanding being a safe method with a low complication rate, there are few studies evaluating factors associated with the risk of near and far complications after surgery.

Aim: To evaluate treatment results and risk factors that increase complications after surgery.

Methods: A retrospective study on 30 patients undergoing inguinal hernia surgery using the TEP technique was conducted at Hanoi Medical University Hospital. All subjects participating in the study were clinically examined with ultrasound 1 month later and had follow-up results at least 3 months after surgery.

Results: No patient had complications during surgery. Early postoperative complications encountered were mainly inguinal and scrotal pain (26.7%) and fluid collection (10%). The most common distant complication was scrotal paresthesia, seen in 36.7% of patients. Multivariable logistic regression model showed that patients with overweight status (BMI > 24.9 kg/m²) were often at risk of complications after TEP surgery at 1 month (OR = 2.3; p = 0.04) and higher long-term complications (OR = 2.2; p = 0.04). In addition, proximal complications increased the risk of distant complications by 2.5 times (OR=2.5; p=0.03).

Conclusion: TEP inguinal hernia repair is a safe and effective treatment remedy.

Keywords: Inguinal hernia, TEP, mesh placement, totally extraperitoneal.

*Corresponding author

Email address: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 912 611 034

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1174>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT TẮM LƯỚI HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2020-2023

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2*}, Đoàn Tiến Dương³, Hoàng Văn Chúc³, Đinh Hữu Việt⁴

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang - Lê Lợi, Hoàng Văn Thụ, Bắc Giang, Việt Nam

⁴Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội - 431 Đường Tam Trinh, Lô 07-3A, Cụm công nghiệp Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 04 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 22 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 08 tháng 05 năm 2024

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới hoàn toàn trước phúc mạc [Total Extra-Peritoneal (TEP) Inguinal Hernia Repair] được áp dụng từ lâu và cải tiến trở thành kỹ thuật quan trọng trong điều trị thoát vị bẹn. Đây là một phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, tuy nhiên còn rất ít nghiên cứu đánh giá các yếu tố liên quan đến nguy cơ của các biến chứng gần và xa sau mổ.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố nguy cơ làm gia tăng các biến chứng sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật thoát vị bẹn bằng kỹ thuật TEP tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được khám lâm sàng kèm siêu âm lại 1 tháng và có kết quả theo dõi ít nhất 3 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy không bệnh nhân nào xuất hiện tai biến trong mổ. Biến chứng gần sau mổ gặp chủ yếu là đau vùng bẹn bìu (26,7%) và tụ dịch (10%); biến chứng xa thường gặp nhất là đau dị cảm vùng bìu gặp ở 36,7% bệnh nhân. Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy bệnh nhân có tình trạng thừa cân (BMI > 24,9 kg/m²) thường có nguy cơ gặp biến chứng sau mổ TEP tại thời điểm 1 tháng (OR = 2,3; p = 0,04) và biến chứng xa (OR = 2,2; p = 0,04) cao hơn. Ngoài ra, việc xuất hiện biến chứng gần làm tăng nguy cơ gặp biến chứng xa lên gấp 2,5 lần (OR=2,5; p=0,03).

Kết luận: Phẫu thuật TEP điều trị thoát vị bẹn là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: Thoát vị bẹn, TEP, đặt lưới nhân tạo, hoàn toàn trước phúc mạc.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 912 611 034

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1174>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý phổ biến với khoảng 20 triệu ca mổ trên toàn thế giới mỗi năm. Theo thời gian, kỹ thuật mổ đã có nhiều cải tiến giúp giảm nguy cơ biến chứng và tăng tỷ lệ điều trị thành công. Trong số các phương pháp hiện đang được áp dụng trong điều trị thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi là phương pháp phổ biến và được áp dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm phẫu thuật trên thế giới, trong đó đặc biệt phải kể đến kỹ thuật TEP [1]. Phẫu thuật TEP được giới thiệu lần đầu vào năm 1992 bởi Ger, một phẫu thuật viên người Bỉ, trong một bài báo công bố trong Tạp chí phẫu thuật nội soi Châu Âu. So với các phương pháp khác, TEP có ưu điểm là không xâm lấn vào ổ phúc mạc vì thế tránh được các tổn thương và biến chứng không đáng có so với các phẫu thuật có xâm lấn vào ổ bụng. Phẫu thuật TEP thường ưu tiên chỉ định đối với những thoát vị bẹn hai bên hoặc trường hợp khó như thoát vị bẹn tái phát sau các kỹ thuật khác [2].

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra phẫu thuật TEP là một phương pháp an toàn và hiệu quả với biến chứng chủ yếu là tụ dịch vùng bìu, đau tức mạn tính, tụ máu [2,3]. Ở Việt Nam hiện tại có rất ít nghiên cứu đánh giá tỷ lệ và mức độ phổ biến của các biến chứng sau phẫu thuật TEP. Hơn nữa các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ biến chứng gần và xa gần như chưa được nghiên cứu. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả phẫu thuật, khảo sát tỷ lệ biến chứng và các yếu tố tiên lượng làm tăng nguy cơ biến chứng gần và xa, nhằm đóng góp thêm các góc nhìn toàn diện và cơ sở khoa học khách quan giúp các nhà phẫu thuật tiên lượng tốt hơn về kết quả sau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật TEP.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nam giới được phẫu thuật nội soi phục hồi thành bụng bằng tấm lưới nhân tạo hoàn toàn trước phúc mạc (TEP) để điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 02/2020 đến tháng 05/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án trước, trong và sau mổ bao gồm thăm khám lâm sàng

và cận lâm sàng.

- Bệnh nhân khám lại ít nhất 01 lần sau mổ 01 tháng có đánh giá trên lâm sàng kèm kết quả siêu âm và được theo dõi sau mổ ít nhất 03 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đồng mắc các bệnh khác trong thời gian điều trị (các bệnh truyền nhiễm: cúm, Covid 19...) khiến cho thời gian nằm viện kéo dài.

- Người bệnh có tái khám nhưng ở cơ sở khác.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu với 30 đối tượng.

2.2.3. Quy trình thực hiện

Chúng tôi thu thập hồi cứu thông tin của người bệnh qua bệnh án điện tử của bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu với chẩn đoán thoát vị bẹn dựa vào lâm sàng với các triệu chứng đau, xuất hiện khối phồng, kết hợp với siêu âm để xác định kích thước và nội dung của thoát vị. Các thông tin liên quan đến phẫu thuật bao gồm: thoát vị bẹn trực tiếp hoặc gián tiếp, một bên hoặc hai bên, thoát vị bẹn mu, thoát vị bẹn bìu.

Sau mổ một tháng bệnh nhân được hẹn tái khám, kèm theo siêu âm. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi và đánh giá qua phỏng vấn bằng điện thoại vào thời điểm ít nhất 03 tháng sau mổ.

Dữ liệu được thu thập và sau đó tiến hành phân tích theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

2.2.4. Biến số nghiên cứu bao gồm

Biến số lâm sàng: Tuổi, nghề nghiệp, BMI, lý do vào viện, tiền sử bệnh lý, triệu chứng, vị trí, đường kính bao thoát vị trên siêu âm,

Biến số phẫu thuật: Thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, thời gian đau sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ (phát hiện trong thời gian nằm viện), biến chứng gần (xuất hiện sau mổ 1 tháng), biến chứng

xa sau mổ (xuất hiện sau 3 tháng).

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Kolmogorov-Smirnov. Tất cả các thông số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các đại lượng. Giá trị $p < 0,05$ được chọn là mức có ý nghĩa thống kê.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện được sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật và được đảm bảo chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu này. Đề tài nghiên cứu này được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học nhằm chẩn đoán bệnh, điều trị và tiên lượng bệnh cho bệnh nhân mà không vì bất kỳ mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		Trung bình	N (%)
Tuổi (năm)		53,3 ± 11,5	
BMI (kg/m ²)		23,1 ± 2,2	
Phân loại BMI			
<24,9 (kg/m ²)			25 (83,3%)
≥25,0 (kg/m ²)			5 (16,7%)
Bên thoát vị			
Bên phải			18 (60,0%)
Bên trái			12 (40,0%)
Tạng thoát vị			
	Ruột		1 (3,3%)
	Mạc nối		16 (53,4%)
	Phối hợp		13 (43,3%)
Kích thước lỗ thoát vị (mm)		16,0 ± 8,4	
Thời gian nằm viện (ngày)		2,1 ± 0,8	
Thời gian phẫu thuật (phút)		67,7 ± 19,0	
Thời gian đau sau mổ (ngày)		2,3 ± 1,5	

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu 53,3 ± 11,5 (tuổi), thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 72 tuổi. Phần lớn bệnh nhân đi khám là do phát hiện khối phòng (86,7%; 26/30). Tạng trong khối thoát vị chỉ gặp ruột

hoặc mạc nối. Kích thước lỗ thoát vị trung bình là 16,0 ± 8,4 (mm). Thời gian phẫu thuật trung bình là 67,7 ± 19,0 (phút) và thời gian nằm viện là 2,1 ± 0,8 (ngày).



3.2. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 2. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sớm sau phẫu thuật

	n	%
Tai biến trong mổ		
Tổn thương ruột	0	0,0
Tổn thương bó mạch thượng vị dưới	0	0,0
Tổn thương ống dẫn tinh	0	0,0
Biến chứng sau mổ		
Tụ dịch chân trocar	0	0,0
Tụ máu chân trocar	0	0,0
Nhiễm trùng	0	0,0
Biến chứng khác	0	0,0
Biến chứng gần sau mổ		
Biến chứng tụ dịch	8	26,7%
Biến chứng đau vùng bìu	3	10,0%
Biến chứng xa		
Tụ dịch mạn tính	0	0,0%
Đau mạn tính, dị cảm vùng bìu	11	36,7%

Kết quả trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Sau mổ một tháng, biến chứng gần phổ biến nhất lần lượt là tụ dịch vùng bẹn bìu (26,7%) và đau bìu (10,0%). Biến

chứng xa là đau và dị cảm vùng bìu gặp ở 11 trường hợp (36,7%).

3.3. Các yếu tố dự báo biến chứng gần sau mổ

Bảng 3: Các yếu tố dự báo biến chứng gần sau mổ

OR	Nguy cơ biến chứng một tháng	
	P	
Tuổi (năm)	0,7	0,16
Phân loại BMI (kg/m²)		
Không béo phì < 24,9	-	-
Béo phì ≥ 25,0	2,3	0,04
Đường kính cổ bao thoát vị (mm)	0,9	0,60
Thời gian phẫu thuật (phút)	1,2	0,31
Kháng sinh dự phòng	1,9	0,17

OR		Nguy cơ biến chứng một tháng	
		P	
Khởi phát thoát vị			
Nguyên phát		-	-
Tái phát		1,4	0,65
Kiểu thoát vị			
	Trực tiếp	-	-
	Gián tiếp	0,3	0,06
	Hỗn hợp	0,6	0,72
Nội dung thoát vị			
	Không có ruột	-	-
	Có ruột	2,2	0,46

Trong mô hình hồi quy đa biến, BMI và thời gian phẫu thuật là hai yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ xuất hiện biến chứng gần (tụ dịch hoặc đau vùng bìu) sau mổ 1 tháng. Bệnh nhân béo phì (BMI $\geq 25,0$ kg/m²) có tỷ lệ gặp biến chứng sau một tháng cao hơn gấp 3,2 lần so với

bệnh nhân không béo phì (OR = 2,6; p = 0,03). Ngoài ra, thời gian phẫu thuật càng kéo dài thì tỷ lệ xuất hiện biến chứng gần sau mổ 1 tháng càng cao (OR = 1,01; p = 0,02).

3.4. Các yếu tố dự báo biến chứng xa sau mổ

Bảng 4: Các yếu tố dự báo biến chứng xa

		Nguy cơ đau, dị cảm vùng bìu	
		OR	P
Tuổi		0,9	0,2
Chỉ số BMI			
	Không béo phì < 24,9	-	-
	Béo phì $\geq 25,0$	2,2	0,04
Đường kính cổ bao (mm)		1,0	0,70
Thời gian mổ		2,0	0,33
Sử dụng kháng sinh dự phòng		2,2	0,43
Khởi phát thoát vị			
Nguyên phát		-	-
Tái phát		1,19	0,61
Kiểu thoát vị			
	Trực tiếp	-	-
	Gián tiếp	0,3	0,06
	Hỗn hợp	1,0	0,91



		Nguy cơ đau, dị cảm vùng bìu	
		OR	P
Nội dung			
	Không có ruột	-	-
	Có ruột	1,2	0,54
Thời gian theo dõi (tháng)		1,4	0,23
Biến chứng một tháng			
	Không	-	-
	Có	2,5	0,03

Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ số BMI trước mổ ở bệnh nhân là yếu tố tiên lượng nguy cơ xuất hiện biến chứng xa sau mổ. Bệnh nhân béo phì (BMI $\geq 25,0$ kg/m²) có tỷ lệ gặp biến chứng cao hơn gấp 2,2 lần so với bệnh nhân không béo phì (p=0,04). Ngoài ra, việc gặp biến chứng gần sau mổ một tháng cũng khiến làm tăng tỷ lệ gặp biến chứng xa lên 2,5 lần (p=0,03).

4. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn cho 30 bệnh nhân: 100% bệnh nhân nam giới thoát vị bẹn thường không có nghẹt, tuổi trung 53,3 \pm 11,5 tuổi, kích thước trung bình lỗ thoát vị là 16,0 \pm 8,4 mm, thời gian phẫu thuật trung bình 67,7 \pm 19,0 phút, thời gian nằm viện trung bình là 2,1 \pm 0,8 ngày. Tỷ lệ biến chứng gần sau mổ 1 tháng và biến chứng xa khi theo dõi trên ba tháng là 36,7%. Phần lớn các biến chứng này không ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Các nghiên cứu đều nhấn mạnh ưu điểm của phẫu thuật nội soi sử dụng lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn giúp giảm tình trạng đau và sử dụng thuốc giảm đau sau mổ do việc sử dụng lưới 3D không cần cố định bằng chỉ khâu hoặc protack như đối với lưới phẳng, do đó tránh được tình trạng tổn thương hoặc chèn ép thần kinh vùng bẹn [4,5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với hầu hết các trường hợp không cần cố định lưới, thời gian đau sau mổ trung bình 2,3 \pm 1,5 ngày tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Văn Phước và cộng sự (2021) [6]. Theo Tajamul Rashid thấy những bệnh nhân được

phẫu thuật nội soi đặt lưới 3D điều trị thoát vị bẹn ít gặp phải tình trạng đau dữ dội sau mổ, đa số BN đau nhẹ hoặc không đau sau mổ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau đường uống [4]. Trong nghiên cứu của Mir I.S báo cáo tỷ lệ đau mức độ nhiều sau mổ là 1,88% [5].

Hầu hết nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, thời gian nằm viện sau mổ thoát vị bẹn nội soi từ 1–2 ngày. Các nghiên cứu đều cho rằng điều trị thoát vị bẹn nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn so với điều trị thoát vị bẹn bằng mổ mở. Điều này được giải thích bằng cách phẫu thuật nội soi phẫu tích nhẹ nhàng hơn, ít đau hơn sau mổ cũng như thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm [1,2,6]. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,1 \pm 0,8 ngày.

Theo Markus Gass, những bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi TEP hai bên có tỷ lệ biến chứng sớm là 3,2%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Kockerling F. là 1,82%. Trong nghiên này, chúng tôi gặp biến chứng ở 11/ 30 BN (36,7%). Trong đó 3 trường hợp (10%) tụ máu vùng bẹn bìu, 8 trường hợp (26,7%) đau vùng bẹn bìu, các mức độ phản ánh từ một cảm giác khá mơ hồ vùng bẹn bìu đến cảm giác căng tức nặng, có khi tăng lên khi vận động và chơi thể thao, tuy nhiên không trường hợp nào phải dùng đến thuốc giảm đau [8]. Tỷ lệ đau mạn tính sau mổ thoát vị bẹn nói chung là 1 - 63%. Tuy nhiên, tình trạng đau mạn tính ít phổ biến hơn trong phẫu thuật TEP với tấm lưới nhân tạo 3D không cần cố định, do đó ít tổn thương thần kinh hơn 6. Trong các nghiên cứu phẫu thuật nội soi sử dụng lưới 3D điều trị thoát vị bẹn với thời gian theo dõi trung bình 1-2 năm cho thấy tỷ lệ đau mạn tính sau mổ dao động từ 1-3,4% [5].

Trong số các yếu tố tiên lượng nguy cơ, nghiên cứu của chúng tôi chỉ cho thấy có mối liên quan giữa BMI với cả biến chứng gần và xa sau phẫu thuật TAPP. Những yếu tố khác liên quan đến đặc điểm của khối thoát vị như: đường kính cổ bao thoát vị, tình trạng thoát vị, nội dung thoát vị lại không làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng sau phẫu thuật. Người béo phì có nguy cơ mắc biến chứng một tháng cao hơn (OR:2,3; p=0,04), nguy cơ biến chứng sau mổ trên ba tháng cũng cao hơn (OR: 2,2; p=0,02) so với nhóm bệnh nhân không béo phì. Trong nhiều nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng, tăng chỉ số BMI làm kéo dài thời gian mổ, tăng nguy cơ tụ dịch và các biến chứng khác sau mổ. Nguyên nhân chủ yếu là do ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì, lớp mỡ dưới da dày sẽ gây khó khăn trong quá trình phẫu tích và xác định các mốc giải phẫu và dễ gây ra các tai biến trong mổ, do đó, quá trình phẫu thuật cần phải thận trọng hơn và kéo dài hơn [8]. Trên thực tế, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy thời gian phẫu thuật là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ biến chứng sau một tháng của bệnh nhân.

Việc xuất hiện biến chứng sau một tháng có thể tồn tại dai dẳng dẫn tới triệu chứng đau tức kéo dài cho bệnh nhân. Nguy cơ xuất hiện biến chứng xa sau mổ tăng 2,5 lần khi bệnh nhân có biến chứng gần sau một tháng. Đau mạn tính có thể ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nghiên cứu của N. Simon và cộng sự cho thấy, sau khi phẫu thuật thoát vị bẹn bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo, có tới 11% bệnh nhân bị đau từ trung bình đến nặng, hầu hết có nguồn gốc từ bệnh lý thần kinh. Do hậu quả của chứng đau mạn tính, gần 1/3 số bệnh nhân bị hạn chế trong các hoạt động giải trí hàng ngày. Đau mạn tính ít gặp hơn sau phẫu thuật nội soi so với sau các phẫu thuật mở 9. Còn trong nghiên cứu của U. Fränneby và cộng sự (2006) cho kết quả: có 6% mắc chứng đau mạn tính sau mổ, trong đó có hai yếu tố làm gia tăng nguy cơ là những bệnh nhân có biến chứng sau mổ và ở những bệnh nhân trẻ tuổi [10,11]. Do béo phì cũng là yếu tố tác động trực tiếp làm tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng đau, bệnh nhân cần được tư vấn kỹ về vấn đề kiểm soát cân nặng trước khi phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới hoàn toàn trước phúc mạc (TEP) điều trị thoát vị bẹn là một lựa chọn an

toàn và hiệu quả. 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 này. Vấn đề đau mạn tính và dị cảm vùng bìu là một trong biến chứng chủ yếu khi theo dõi biến chứng xa sau mổ thoát vị bẹn. Tình trạng béo phì là yếu tố nguy cơ gây ra các biến chứng xuyên suốt thời gian theo dõi sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đoàn Anh Tú, Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo đường trước phúc mạc tại bệnh viện hữu nghị việt đức. Luận văn Trường đại học Y Hà Nội, 2020.
- [2] Trương Đình Khôi, Nguyễn Thanh Xuân, Nguyễn Minh Thảo & cs, Phẫu thuật nội soi tAPP điều trị thoát vị bẹn. Tạp chí Y học Lâm sàng số 73/2021.
- [3] Köckerling F, Bittner R, Jacob D et al., Tep versus tAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia. Surgical endoscopy, 2015;29:3750-3760.
- [4] Tajamul R, Farooq AR, Iqbal SM et al., A comparative study of three-dimensional mesh (3D mesh) and polypropylene mesh in laparoscopic inguinal hernia repairs in adults. International Surgery Journal, 5(1), 2018, 174 - 180.
- [5] Mir IS, Nafae A, Malyar A et al., An experience of short-term results of laparoscopic inguinal hernioplasty using 3D mesh in a developing country. International Journal of clinical medicine. 6, 2015,64 - 69.
- [6] Nguyễn Văn Phước, Hà Văn Quyết, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn. Tạp chí Y học Việt Nam; 2021, 505 (1). 119-123.
- [7] F Köckerling, C Schug-Pass, D Adolf et al., Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP) have Equivalent



- Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases. *World J Surg.* 39(8), 2015, 1887-94.
- [8] Markus G, Laura R, Vanessa B et al., Bilateral total extraperitoneal inguinal hernia repair (TEP) has outcomes similar to those for unilateral TEP: population-based analysis of prospective data of 6,505 patients. *Surg Endosc.* 26, 2012, 1364–1368.
- [9] Phạm Văn Thương, Nguyễn Văn Sơn, Đánh giá một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở người cao tuổi. *Tạp chí y học Việt Nam*, 2023;525(1b).
- [10] Nienhuijs S, Staal E, Strobbe L et al., Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia: a systematic review. *The american journal of surgery*, 2007;194(3):394-400.
- [11] Fränneby U, Sandblom G, Nordin P et al., Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Annals of surgery*, 2006;244(2):212.