

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) INGUINAL HERNIA REPAIR USING SELF-GRIPPING MESH

Pham Van Thuong^{1,2,3}, Pham Quoc Hieu^{1,3}, Pham Hai Linh⁴

¹Department of Surgery, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Hai Phong, Vietnam-2A Nguyen Binh Khiem Street, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong, Vietnam-1 Nha Thuong Street, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam

³Department of General Surgery, Hai Phong University Hospital, Hai Phong, Vietnam-225C Lach Tray Street, Ngo Quyen Ward, Hai Phong City, Vietnam

⁴Department of Gastrointestinal Surgery, Kien An, Hai Phong, Vietnam-35 Tran Tat Van Street, Phu Lien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with inguinal hernia undergoing laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) repair using self-gripping mesh.

Subjects and Methods: A descriptive case series combining retrospective and prospective data on 45 patients who underwent TAPP repair for inguinal hernia using self-gripping mesh at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2025 to December 2025.

Results: The mean age was 59.5 ± 12.3 years (range: 23–79), and all patients were male. The mean BMI was 22.4 ± 2.4 kg/m². No patient had an ASA score > III. Common causes of increased intra-abdominal pressure were benign prostatic hyperplasia and constipation (21 patients). There was a significant discrepancy between preoperative and intraoperative diagnosis of bilateral inguinal hernia. On ultrasonography, 16.9% of cases required the Valsalva maneuver to detect hernia contents.

Conclusion: Thorough evaluation and analysis of clinical and paraclinical characteristics in each patient are essential for selecting the appropriate treatment approach.

Keyword: Valsalva maneuver, TAPP, self-gripping mesh.

*Corresponding author

Email: Linhpham.hvtc@gmail.com Phone: (+84) 979658297 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5604



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NGOÀI PHÚC MẠC ĐƯỜNG VÀO QUA Ổ BỤNG (TAPP) SỬ DỤNG LƯỚI TỰ DÍNH

Phạm Văn Thương^{1,2,3}, Phạm Quốc Hiệu^{1,3}, Phạm Hải Linh⁴

¹Bộ môn Ngoại-PTTH, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, Hải Phòng-Số 1 Phố Nhà Thương, phường Lê Chân, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng-225C Lạch Tray, phường Ngô Quyền, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

⁴Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng-35 Trần Tất Văn, phường Phù Liễn, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi TAPP sử dụng lưới tự dính có gai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt các ca bệnh, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 45 bệnh nhân được phẫu thuật TAPP điều trị thoát vị bẹn sử dụng lưới tự dính có gai tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 1/2025 đến hết tháng 12/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $59.5 \pm 12,3$ tuổi (23 - 79 tuổi), 100% BN là nam, BMI trung bình: $22,4 \pm 2,4$ kg/m². Không BN nào có điểm ASA > III. Các nguyên nhân gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên hay gặp nhất là u tuyến tiền liệt và táo bón (21 BN). Có sự khác biệt về chẩn đoán TVB 2 bên so với trước và trong mổ. Kết quả siêu âm: 16,9% BN chỉ phát hiện được tạng thoát vị sau khi làm nghiệm pháp Valsava.

Kết luận: đánh giá và phân tích kỹ lưỡng đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng từng trường hợp giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Từ khóa: nghiệm pháp Valsava, TAPP, lưới tự dính có gai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý ngoại khoa thường gặp, với tỷ lệ mắc ước tính khoảng 25% ở nam giới và 2% ở nữ giới, bệnh có xu hướng gia tăng theo tuổi [1], [2], [3]. Bệnh sinh liên quan đến sự suy yếu của thành bụng kết hợp với các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng như lao động nặng, ho mạn tính hoặc táo bón kéo dài [3].

Chẩn đoán thoát vị bẹn trong đa số trường hợp dựa vào lâm sàng với biểu hiện điển hình là khối phồng vùng bẹn xuất hiện khi gắng sức và giảm khi nghỉ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp không điển hình, đặc biệt ở bệnh nhân béo phì, thoát vị nhỏ hoặc thoát vị tái phát, việc chẩn đoán chỉ dựa vào lâm sàng có thể gặp khó khăn [4]. Theo khuyến cáo của Hiệp hội thoát vị, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chỉ định khi lâm sàng không rõ ràng, trong đó siêu âm là phương pháp được ưu tiên do tính sẵn có và hiệu quả [1]. Ngoài ra, các thông số thu được từ siêu âm có giá trị trong việc lập kế hoạch điều trị và tiên lượng mức độ khó của phẫu thuật.

Trong bối cảnh phẫu thuật nội soi ngày càng phát triển, kỹ thuật TAPP đã trở thành một lựa chọn phổ biến nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm đau sau mổ và thời gian hồi phục nhanh [3].

Việc đánh giá đầy đủ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn chỉ định và tối ưu hóa kết quả điều trị. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về thoát vị bẹn chủ yếu tập trung vào kết quả phẫu thuật, trong khi các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ chưa được phân tích một cách hệ thống. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi TAPP sử dụng lưới tự dính có gai tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 1/2025 – hết tháng 12/2025.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, nam/nữ được chẩn đoán TVB và được phẫu thuật nội soi đặt lưới ngoài phúc mạc đường vào qua ổ bụng (TAPP) sử dụng lưới tự dính có gai.

Chúng tôi loại trừ những trường hợp sau:

Thoát vị bẹn nghẹt có hoại tử tạng thoát vị

Thoát vị đùi

*Tác giả liên hệ

Email: Linhpham.hvttc@gmail.com Điện thoại: (+84) 979658297 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5604

BN đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại vùng bẹn phẫu thuật

BN có chống chỉ định của gây mê toàn thân và/hoặc chống chỉ định của phẫu thuật nội soi: rối loạn đông máu, bệnh tim phổi nặng, ASA > III.

Thận trọng: BN có tiền sử mổ tăng dưới ổ bụng nhiều lần hoặc mổ tắc ruột do dính hoặc có tiền sử xạ trị vùng chậu.

Không đủ hồ sơ bệnh án và/hoặc BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Thời gian: tháng 1/2025 – hết tháng 12/2025

2.2.2. *Cỡ mẫu, chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ các BN thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Tổng cộng có 45 BN

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 1 loạt các ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung

Tuổi, giới, BMI (kg/m²)

Tiền sử bệnh nội khoa: bệnh có liên quan tới bệnh nguyên và bệnh sinh TVB (u tuyến tiền liệt, cổ trướng, bệnh phổi mạn tính, táo bón) và bệnh có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật (đái tháo đường, THA, bệnh lý tim mạch)

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: phẫu thuật tăng trên ổ bụng/tăng dưới ổ bụng

Tiền sử thoát vị bẹn: bên phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật
Phân loại ASA.

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Lý do vào viện

Thời gian mắc bệnh: tính từ khi BN xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện để phẫu thuật

Khám lâm sàng: đánh giá loại thoát vị (trực tiếp/gián tiếp), bên thoát vị (trái/phải/2 bên).

Kết quả siêu âm: bên thoát vị, nội dung thoát vị, kích thước cổ thoát vị

2.4. Thu thập xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu

Thông tin nghiên cứu được lấy theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS. Các thuật toán được sử dụng; các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %. So sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương. Sự khác biệt giữa các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đề tài nghiên cứu được hội đồng đạo đức của Bệnh viện Đại học Y phê duyệt và thông qua.

Sai số trong nghiên cứu: có thể gặp sai lệch do chọn mẫu do nghiên cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu khá nhỏ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 45)

Chỉ tiêu nghiên cứu		Kết quả
Tuổi (năm)		59.5 ± 12,3 (23 – 79)
Giới		100% nam
Bệnh nội khoa liên quan tới bệnh nguyên và bệnh sinh TVB	U tuyến tiền liệt	5 (11,1%)
	Táo bón	16 (35,5%)
Bệnh nội khoa ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật	ĐTĐ 2	3 (6,7%)
	THA	7 (15,6%)
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	2 (4,4%)
	Nhịp chậm đặt máy tạo nhịp	1 (2,2%)
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Tăng trên ổ bụng	1 (2,2%)
	Tăng dưới ổ bụng	1 (2,2%)
	Không	43 (95,6%)
Tiền sử phẫu thuật điều trị TVB	Cùng bên (TVB tái phát)	2 (4,4%)
	Khác bên	3 (6,7%)
Điểm ASA	I	34 (75,6%)
	II	8 (17,8%)
	III	3 (6,7%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59.5 ± 12,3 tuổi, thấp nhất 23 tuổi, cao nhất 79 tuổi. Tỷ lệ BN ≥ 65 tuổi chiếm 37,8%.

Yếu tố nguy cơ TVB: 11,1% BN có u tuyến tiền liệt gây hội chứng tắc nghẽn; 35,5% BN táo bón kéo dài.

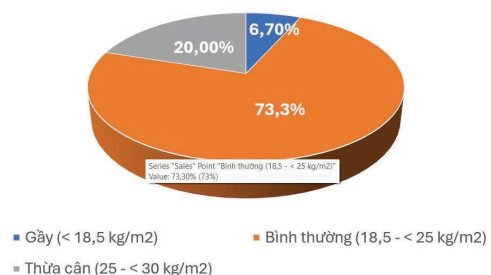
Bệnh lý nội khoa: thường gặp nhất là THA và ĐTĐ 2 (22,2%), có 1 BN có nhịp chậm phải đặt máy tạo nhịp, 2 BN có bệnh tim thiếu máu cục bộ phải uống aspirin dự phòng.

Không BN nào có điểm ASA > III, tỷ lệ BN có điểm ASA I cao nhất là 75,6%.

Về tiền sử ngoại khoa:

+ 2 BN có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong đó 1 BN phẫu thuật tăng trên, 1 BN phẫu thuật tăng dưới ổ bụng (PTNS cắt ruột thừa)

+ 5 BN có tiền sử phẫu thuật thoát vị bẹn: 2 BN được phẫu thuật cùng bên với lần phẫu thuật này (TVB tái phát), 3 BN phẫu thuật khác bên. 5/5 BN này đều mổ mở (Bassini hoặc Lichtenstein).



Hình 1. Tỷ lệ phân bố BMI (n = 45)

Nhận xét: Chỉ số BMI trung bình là $22,4 \pm 2,4$ kg/m².

Không có BN nào béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²), có 20% BN thuộc nhóm thừa cân.

3.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Với số lượng BN trong nghiên cứu là 45 bệnh nhân, chúng tôi khám 90 lỗ bẹn sâu, phát hiện ra có 8 BN thoát vị bẹn 2 bên, 37 BN thoát vị bẹn 1 bên. Như vậy, tổng số bên bẹn bệnh lý chúng tôi phát hiện qua khám lâm sàng là 53 bên. Từ đó, chúng tôi rút ra đặc điểm lâm sàng như sau;

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Chỉ tiêu nghiên cứu		Kết quả
Lý do vào viện (n = 45)	Khối phồng vùng bẹn	31 (68,9%)
	Khối phồng vùng bẹn + đau tức	14 (31,1%)
Thời gian mắc bệnh (n = 45)	< 6 tháng	26 (57,8%)
	6 - < 12 tháng	9 (20,0%)
	12 < 24 tháng	6 (13,3%)
	≥ 24 tháng	4 (8,9%)
Tính chất khối thoát vị (n = 53)	Thoát vị có phục vị	51 (96,2%)
	Thoát vị không phục vị	2 (3,8%)
Phân loại thoát vị (n = 53)	Trực tiếp	20 (37,7%)
	Gián tiếp	33 (62,3%)

Bảng 3. So sánh kết quả chẩn đoán trước mổ và trong mổ (n = 45)

Trong mổ	TVB 1 bên	TVB 2 bên	Tổng	
Lâm sàng				
TVB 1 bên	26	11	37 (82,2%)	p < 0,05*
TVB 2 bên	0	8	8 (17,8%)	

*Test: McNemar test

Nhận xét: 100% BN vào viện vì có khối phồng vùng bẹn, trong đó, có 31,1% BN thấy đau tức khối phồng.

Thời gian mắc bệnh thường gặp nhất là dưới 6 tháng (57,8%). Có 4 BN có thời gian mắc bệnh ≥ 24 tháng.

Có 2/53 khối thoát vị không đẩy lên được khi thăm khám, tương ứng với 2 BN được chẩn đoán thoát vị bẹn kẹt trong nghiên cứu.

Phân loại theo cơ chế bệnh sinh: đa số BN được chẩn đoán thoát vị bẹn gián tiếp, chiếm 62,3%

Chẩn đoán vị trí thoát vị:

+ Trước mổ: 37 bệnh nhân TVB 1 bên (13 bệnh nhân TVB bên trái, 24 bệnh nhân TVB bên phải), 8 bệnh nhân TVB 2 bên.

+ Trong mổ: 11 BN thoát vị bẹn 2 bên.

+ Kết quả kiểm định McNemar cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chẩn đoán trước mổ và trong mổ về vị trí thoát vị.

3.2.2. Kết quả cận lâm sàng

53/90 bên bẹn được siêu âm trước mổ: Có 83,1% (44/53 trường hợp phát hiện nội dung thoát vị: ruột non (30,3%),

mạc nối (33,9%), cả ruột non và mạc nối (18,9%). 16,9% trường hợp chỉ thấy được nội dung thoát vị trên siêu âm khi làm nghiệm pháp Valsava.

Kích thước cổ thoát vị TB: $11,3 \pm 4,3$ mm (5 – 28mm)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $59,5 \pm 12,3$ tuổi, thấp nhất 23, cao nhất 79 tuổi, nhóm BN ≥ 65 tuổi chiếm 37,8%. Kết quả này khá tương đồng với báo cáo của Nguyễn Thanh Xuân là $60,4 \pm 11,8$ tuổi [2], Trương Đình Khôi là $56,3 \pm 19,1$ tuổi [5], hay Lê Quốc Phong là $51,9 \pm 19,0$ tuổi [6]. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi là do sự suy yếu của các mô liên kết và giảm trương lực cơ thành bụng: từ 5% ở nam giới 25 – 34 tuổi, cho đến trên 45% ở nhóm > 75 tuổi [5], [7].

Các yếu tố nguy cơ ghi nhận gồm: 11,1% bệnh nhân có u tuyến tiền liệt gây đái khó và 35,5% bị táo bón kéo dài—đều làm tăng áp lực ổ bụng mạn tính, thúc đẩy hình thành thoát vị bẹn. Mặt khác, ở nam giới, do ống phúc tinh mạc khó đóng kín hơn sau quá trình tinh hoàn xuống bìu trong thời kì bào thai nên nguy cơ mắc bệnh càng cao. Tỷ lệ mắc nam/nữ trên thế giới khoảng 8:1 đến 20:1 tùy theo báo cáo [5]. Tỷ lệ BN nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%.

Tỷ lệ bệnh nội khoa ghi nhận: THA và ĐTĐ type 2 phổ biến nhất (22,2%). Ngoài ra có 3 bệnh nhân tim mạch (2 bệnh mạch vành dùng aspirin, 1 rối loạn nhịp có máy tạo nhịp). Điều này cho thấy đa số là người cao tuổi có nhiều bệnh kèm. Tuy nhiên, không có bệnh nhân ASA > III và phần lớn thuộc ASA I (75,6%), chứng tỏ tình trạng toàn thân khá ổn định, đủ điều kiện phẫu thuật nội soi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về TAPP, cho thấy đây là phương pháp an toàn khi lựa chọn bệnh nhân thích hợp [2], [3].

Chỉ có 2 bệnh nhân có tiền sử mổ bụng (1 mổ tăng trên, 1 cắt ruột thừa nội soi). Hệ quả của phẫu thuật ổ bụng trước đó có thể làm tăng nguy cơ dính, kéo dài thời gian mổ và tụ dịch sau mổ, nên cần cân nhắc khi chỉ định TAPP, đặc biệt ở bệnh nhân mổ nhiều lần.

Có 5 bệnh nhân có tiền sử mổ TVB (2 tái phát cùng bên, 3 mổ bên đối diện), tất cả đều bằng phương pháp mở (Bassini hoặc Lichtenstein). Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng tại Việt Nam, nơi phẫu thuật mở vẫn còn được áp dụng phổ biến trong giai đoạn trước. Nhiều nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật TAPP, có ưu thế rõ rệt trong điều trị thoát vị tái phát nhờ tiếp cận từ khoang khác với lần mổ trước [1], [3].

BMI trung bình là $22,4 \pm 2,4$ kg/m², không có bệnh nhân béo phì, tỷ lệ thừa cân là 20%. Một số nghiên cứu ghi nhận người không béo (BMI < 25) có nguy cơ bị TVB gấp đôi người béo phì (BMI > 30), nguyên nhân có thể do mỡ nội tạng giúp ngăn ngừa thoát vị, trong khi ở người gầy, mô liên kết thành bụng bị suy giảm, và là yếu tố nguy cơ của bệnh lý TVB [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong 45 bệnh nhân (90 lỗ bẹn sâu), ghi nhận 53 bên bệnh lý. Tỷ lệ thoát vị hai bên là 17,8% trên lâm sàng và tăng lên 24,4% khi phát hiện trong mổ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chẩn đoán trước mổ và trong mổ cho thấy khả năng bỏ sót

thoát vị đối bên khi chỉ dựa vào thăm khám lâm sàng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi TAPP, trong đó việc quan sát trực tiếp từ ổ bụng giúp phát hiện các lỗ thoát vị tiềm ẩn mà lâm sàng khó nhận biết [3], [5].

Về đặc điểm lâm sàng, thời gian mắc bệnh chủ yếu dưới 6 tháng (57,8%), phản ánh xu hướng bệnh nhân đến khám và điều trị sớm hơn, tương tự kết quả của Trương Đình Khôi (nhóm mắc bệnh < 6 tháng chiếm 60,8) [5]). Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài $\geq$ 24 tháng, điều này có thể làm tăng nguy cơ biến chứng như thoát vị kẹt hoặc nghẹt: xác suất tích lũy thoát vị nghẹt sau khi phát hiện thoát vị bẹn là: 2,8% sau 3 tháng, 4,5% sau 2 năm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp thoát vị bẹn kẹt (3,8%), phù hợp với tỷ lệ biến chứng thấp ở nhóm bệnh nhân được can thiệp tương đối sớm.

Xét về cơ chế bệnh sinh, thoát vị bẹn gián tiếp chiếm ưu thế (62,3%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của bệnh, đặc biệt ở nam giới, khi ống phúc tinh mạc tồn tại là yếu tố nguy cơ của bệnh [1], [5], [8]. Kết quả này cũng tương đương với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [2], [5].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán đầu tay trong thoát vị bẹn. Trong 53/90 bên được khảo sát, 83,1% phát hiện nội dung thoát vị khi siêu âm thường (chủ yếu mạc nối, ruột non), và 16,9% chỉ phát hiện khi làm nghiệm pháp Valsalva. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của nghiệm pháp động trong phát hiện thoát vị nhỏ hoặc tiềm ẩn [1], [4], [8].

Kích thước cổ thoát vị trung bình trong nghiên cứu là $11,3 \pm 4,3$ mm (5–28 mm), chủ yếu thuộc nhóm nhỏ đến trung bình. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Thoát vị, mảnh ghép cần che phủ toàn bộ vùng cơ lỗ cơ lược với bờ chồng lẫn tối thiểu 3–5 cm. Với đặc điểm này, lưới kích thước 10×15 cm là phù hợp cho đa số trường hợp trong nghiên cứu. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có cổ thoát vị lớn (≥ 20 mm), cần cân nhắc sử dụng lưới kích thước lớn hơn để đảm bảo diện che phủ và giảm nguy cơ tái phát. Ngoài ra, việc lựa chọn loại lưới cũng có ý nghĩa, trong đó lưới nhẹ hoặc lưới tự cố định có thể giúp giảm đau sau mổ mà vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị [9]. Do đó, lựa chọn mảnh ghép nên được cá thể hóa dựa trên kích thước cổ thoát vị và đặc điểm giải phẫu từng bệnh nhân nhằm tối ưu kết quả phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp với nhiều yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng đa dạng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị. Đánh giá kỹ từng trường hợp giúp lựa chọn phương pháp phù hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] HerniaSurge Group (2018). International guidelines for groin hernia management. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg*, 22(1), 1–165.
- [2] Thanh Xuan N. et Huu Son N. (2020). Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Technique for Inguinal Hernia Repair in Adults. *Cureus*, 12(6), e8692.
- [3] Bittner R., Arregui M.E., Bisgaard T. et al (2011). Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc*, 25(9), 2773–2843.
- [4] Maisenbacher T., Kratzer W., Formentini A. et al. (2018). Value of Ultrasonography in the Diagnosis of Inguinal Hernia - A Retrospective Study. *Ultraschall Med*, 39(6), 690–696.
- [5] Trương Đình Khôi (2022). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng. Luận án Tiến sĩ. Trường Đại học Y Dược Huế.
- [6] Le Q.P., Pham N.H., Nguyen V.L. et al (2014). Results of using polypropylene mesh by total extraperitoneal laparoscopic for inguinal hernias repair. *J Med Pharm*, 35–39.
- [7] Xu L., Li Q., Wang Y. et al. (2023). Current status and progress of laparoscopic inguinal hernia repair: A review. *Medicine (Baltimore)*, 102(31), e34554.
- [8] Brunicki F.C., Andersen D.K., Billiar T.R. và cộng sự. (2019). Inguinal Hernias. *Schwartz's Principles of Surgery*, 11e. McGraw-Hill Education, New York, NY.
- [9] Thölitz A.-M., Kössi J., Grönroos-Korhonen M. và cộng sự. (2025). Laparoscopic inguinal hernia repair with self-fixated meshes: a randomized controlled trial. *Surg Endosc*, 39(4), 2425–2435.

