

# OUTCOMES OF TOTALLY EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC REPAIR FOR INGUINAL HERNIA AT HA TINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Minh Khue<sup>1</sup>, Pham Van Thuong<sup>2</sup>, Nguyen Ngoc Thuan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ha Tinh Provincial General Hospital-No. 75 Hai Thuong Lan Ong Street, Thanh Sen Ward, Ha Tinh Province, Vietnam

<sup>2</sup>Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 20/03/2026

Revised: 03/4/2026; Accepted: 15/06/2026

## ABSTRACT

**Introduction:** To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate the outcomes of totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic repair for inguinal hernia in 2025.

**Patients and Methods:** A retrospective and prospective study was conducted on 41 patients with inguinal hernia who underwent totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic mesh repair at Ha Tinh Provincial General Hospital between January and December 2025.

**Results:** The mean age was  $59.8 \pm 15.5$  years; all patients were male. The predominant symptom was groin swelling (97.6%); ultrasonography identified hernia contents in 90.2% of cases. The mean operative time was  $61.8 \pm 14.5$  minutes. The main intraoperative complication was peritoneal tear (7.3%); early postoperative complications occurred in 9.8%, mainly hematoma and seroma. The mean hospital stay was  $6.9 \pm 2.7$  days. Good early outcomes were achieved in 85.4% of patients; at 6-month follow-up, 6.3% had persistent symptoms (pain, sensory disturbance), with no recurrence observed.

**Conclusion:** Totally extraperitoneal laparoscopic repair is a safe and effective technique for inguinal hernia, associated with low complication rates, favorable early outcomes, and no recurrence during follow-up.

**Keywords:** Inguinal hernia; totally extraperitoneal repair; laparoscopic mesh repair.

---

\*Corresponding author

Email: minhkhue.hmu@gmail.com Phone: (+84) 946818887 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5630



# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ TĨNH

Nguyễn Minh Khuê<sup>1</sup>, Phạm Văn Thương<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Thuần<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh-Số 75 đường Hải Thượng Lãn Ông, phường Thành Sen, tỉnh Hà Tĩnh, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 03/4/2026; Ngày duyệt đăng: 15/06/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn năm 2025.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 41 bệnh nhân thoát vị bẹn được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc từ 01/2025–12/2025 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.

**Kết quả:** Tuổi trung bình  $59,8 \pm 15,5$ ; nam chiếm 100%. Triệu chứng chủ yếu là khối phòng vùng bẹn 97,6%; siêu âm phát hiện nội dung thoát vị 90,2%. Thời gian mổ trung bình  $61,8 \pm 14,5$  phút. Tai biến trong mổ chủ yếu là rách phúc mạc 7,3%; biến chứng sớm 9,8%, chủ yếu tụ máu, tụ dịch. Thời gian nằm viện trung bình  $6,9 \pm 2,7$  ngày. Kết quả sớm tốt đạt 85,4%; theo dõi 6 tháng ghi nhận 6,3% còn triệu chứng (đau, rối loạn cảm giác), không có tái phát.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, kết quả sớm tốt và chưa ghi nhận tái phát.

**Từ khoá:** Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc, đặt lưới.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng các tạng trong ổ bụng chui qua điểm yếu của thành bụng vùng ống bẹn, biểu hiện bằng khối phòng vùng bẹn – bìu. Đây là một trong những bệnh lý ngoại khoa thường gặp, với tỷ lệ mắc khoảng 1–5% dân số và khoảng 20 triệu ca phẫu thuật được thực hiện mỗi năm trên toàn thế giới [1]. Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, với nguy cơ mắc trong đời lên tới 27% ở nam và 3% ở nữ, và có xu hướng gia tăng theo tuổi [2]. Ở người trưởng thành, thoát vị bẹn thường tiến triển âm thầm nhưng có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống; đồng thời nguy cơ biến chứng như nghẹt, hoại tử ruột tăng dần theo thời gian.

Chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào lâm sàng với dấu hiệu điển hình là khối phòng vùng bẹn xuất hiện khi gắng sức và giảm khi nghỉ. Siêu âm vùng bẹn là phương tiện hỗ trợ có giá trị, giúp xác định lỗ thoát vị, kích thước và phân biệt với các bệnh lý khác [3]. Các hệ thống phân loại như Nyhus và EHS được sử dụng rộng rãi nhằm định hướng điều trị và tiên lượng.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu với nhiều kỹ thuật đã chuyển từ khâu phục hồi bằng mô tự thân sang đặt lưới nhân tạo, đặc biệt là các phương pháp nội soi. Trong đó, kỹ thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) ngày càng được ưa chuộng nhờ nhiều ưu điểm

như ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, hạn chế tổn thương phúc mạc và tạng trong ổ bụng, thời gian nằm viện ngắn và phục hồi nhanh [4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc đã được triển khai rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế [5]. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh, kỹ thuật này đã được áp dụng thường quy trong điều trị thoát vị bẹn ở người trưởng thành. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị tại tuyến tỉnh còn hạn chế, đặc biệt chưa có báo cáo tại địa phương này. nhằm cung cấp cơ sở đánh giá kết quả, cũng như tính khả thi và độ an toàn của kỹ thuật tại đơn vị tuyến của chúng tôi.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu:** 41 bệnh nhân nam bị thoát vị bẹn với 46 lỗ thoát vị được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025 tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** 41 bệnh nhân nam được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc, ASA  $\leq$  III, có bệnh án ghi chép đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

\*Tác giả liên hệ

Email: minhkhue.hmu@gmail.com Điện thoại: (+84) 946818887 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5630

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Thoát vị bẹn nghẹt nguy cơ hoại tử ruột, thoát vị đùi, phẫu thuật nội soi TEP kèm theo phẫu thuật khác, mổ thoát vị bẹn cùng bên trước đó nhiều lần. Chống chỉ định phẫu thuật: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý nội khoa nặng.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

**Cỡ mẫu:** lấy mẫu thuận tiện, tất cả những trường hợp đủ điều kiện lựa chọn.

**Các biến số, chỉ số nghiên cứu:** tuổi, giới tính, BMI, tiền sử phẫu thuật vùng bụng, ASA. Ghi nhận lý do vào viện, thời gian khởi phát từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện. Siêu âm ghi nhận tạng thoát vị, phân loại thoát vị bẹn Nyhus, phân loại theo giải phẫu. Ghi nhận đặc điểm phẫu thuật và sau phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, mức độ đau sau mổ, thời điểm có trung tiện sau mổ, thời gian hồi phục, thời gian nằm viện, tai biến - biến chứng. Kết quả điều trị theo Đoàn Tiến Dương [5].

**2.2. Đạo đức y học:** Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua, đảm bảo tính khoa học và khả thi, được hội đồng khoa học bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh cho phép thực hiện.

**2.3. Phương pháp phân tích số liệu:** Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,8 tuổi với 100% là nam giới. Đa số bệnh nhân có BMI bình thường (87,8%), không có bệnh nhân béo phì. Có 4,9% số bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo và 4,9% có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. Hầu hết bệnh nhân thuộc nhóm ASA 1 (90,2%).

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=41)**

| Biến số                      | Giá trị            | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|--------------------|--------------|-----------|
| Tuổi                         | Giá trị trung bình | 59,8 ± 15,5  |           |
| Giới tính                    | Nam                | 41           | 100%      |
|                              | Nữ                 | 0            | 0         |
| BMI                          | Giá trị trung bình | 21,4 ± 1,9   |           |
|                              | Thiếu cân          | 2            | 4,9%      |
|                              | Trung bình         | 36           | 87,8%     |
|                              | Thừa cân           | 3            | 7,3%      |
| Tiền sử phẫu thuật vùng bụng | Có                 | 6            | 14,6%     |
|                              | Không              | 35           | 85,4%     |
| ASA                          | 1                  | 37           | 90,2%     |
|                              | 2                  | 2            | 4,9%      |
|                              | 3                  | 2            | 4,9%      |

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Thời gian mắc bệnh trung bình là 15,1 ± 8,9 tháng, phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (51,2%). Có 46 ổ thoát vị với vị trí gặp nhiều nhất ở bên phải (48,8%),

tiếp đến là bên trái 39,0%), thoát vị cả 2 bên chiếm tỷ lệ thấp (12,2%). Đa số bệnh nhân vào viện với triệu chứng là khối phồng vùng bẹn (97,6%). Phần lớn khảo sát được tạng thoát vị trên siêu âm, chủ yếu là mạc nối (78,0%)

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=41)**

| Biến số                    | Giá trị             | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|---------------------|--------------|-----------|
| Thời gian mắc bệnh         | < 12 tháng          | 21           | 51,2%     |
|                            | 12 – 36 tháng       | 15           | 36,6%     |
|                            | ≥ 36 tháng          | 5            | 12,2%     |
| Vị trí thoát vị            | Bên phải            | 20           | 48,8%     |
|                            | Bên trái            | 16           | 39,0%     |
|                            | Cả hai bên          | 5            | 12,2%     |
| Triệu chứng lâm sàng       | Khối phồng vùng bẹn | 40           | 97,6%     |
|                            | Đau tức vùng bẹn    | 1            | 2,4%      |
| Tạng thoát vị theo siêu âm | Ruột non            | 2            | 4,9%      |
|                            | Mạc nối             | 32           | 78,0%     |
|                            | Ruột non và mạc nối | 3            | 7,3%      |
|                            | Không thấy          | 4            | 9,8%      |

Đánh giá tổn thương trong mổ ghi nhận thoát vị bẹn gián tiếp chiếm tỷ lệ cao nhất, chỉ có 2/46 ổ thoát vị là thoát vị bẹn hỗn hợp. Theo phân loại Nyhus, thoát vị bẹn loại IIIB gặp nhiều nhất (50,0%), tiếp đến là loại II (36,9%); các loại IIA và IV chiếm tỷ lệ thấp.

**Bảng 3. Phân loại thoát vị bẹn trong mổ theo giải phẫu và theo Nyhus**

| Hệ phân loại   |           | Lỗ thứ nhất | Lỗ thứ 2 | Tổng |
|----------------|-----------|-------------|----------|------|
| Theo giải phẫu | Trực tiếp | 6           | 2        | 8    |
|                | Gián tiếp | 33          | 3        | 36   |
|                | Hỗn hợp   | 2           | 0        | 2    |
| Theo Nyhus     | II        | 17          | 0        | 17   |
|                | IIA       | 2           | 3        | 5    |
|                | IIIB      | 21          | 2        | 23   |
|                | IV        | 1           | 0        | 1    |

#### 3.3. Kết quả phẫu thuật sớm

Thời gian phẫu thuật trung bình là 61,8 ± 14,5 phút. Sau mổ, đa số bệnh nhân có mức độ đau ở mức vừa (VAS 5–6) chiếm 63,4%. Trong quá trình phẫu thuật, tai biến chủ yếu là rách phúc mạc (7,3%), các tai biến khác ít gặp. Sau mổ, các biến chứng sớm ghi nhận không nhiều, thường gặp nhất là tụ máu, tụ dịch vùng bẹn bìu (9,8%); các biến chứng khác như sưng bìu, tinh hoàn và tụ dịch chân lỗ trocar chỉ xuất hiện ở một số ít trường hợp (2,4%). Phần lớn bệnh nhân có thể sinh hoạt cá nhân trở lại trong khoảng từ 24 đến 48 giờ sau mổ chiếm 61,0%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 6,9 ± 2,7 ngày, bệnh nhân ra viện được đánh giá với kết quả tốt đạt 85,4% theo phân loại của tác giả Đoàn Tiến Dương [5].

**Bảng 4. Kết quả phẫu thuật sớm (n=41)**

| Biến số                        | Giá trị                           | Số lượng (n)                    | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Thời gian phẫu thuật           | Trung bình                        | 61,8 ± 14,5                     |           |
| Mức độ đau sau mổ (VAS)        | Đau nhẹ (3-4)                     | 7                               | 17,1%     |
|                                | Đau vừa (5-6)                     | 26                              | 63,4%     |
|                                | Đau nhiều (7-8)                   | 8                               | 19,5%     |
| Tai biến trong mổ              | Rách phúc mạc                     | 3                               | 7,3%      |
|                                | Tổn thương bó mạch thượng vị dưới | 1                               | 2,4%      |
| Thời gian có trung tiện sau mổ | 12 - 24 giờ                       | 28                              | 68,3%     |
|                                | 24 - 48 giờ                       | 13                              | 31,7%     |
| Hồi phục sau mổ                | Dưới 24 giờ                       | 8                               | 19,5%     |
|                                | Từ 24 – 48 giờ                    | 25                              | 61,0%     |
|                                | Trên 48 giờ                       | 8                               | 19,5%     |
| Biến chứng sớm sau mổ          | Tụ máu, tụ dịch bẹn bìu           | 4                               | 9,8%      |
|                                | Sưng bìu và tinh hoàn             | 1                               | 2,4%      |
|                                | Tụ dịch chân lỗ trocar            | 1                               | 2,4%      |
| Thời gian nằm viện             | Thời gian trung bình              | 6,9 ± 2,7<br>(Từ 5 đến 10 ngày) |           |
|                                |                                   |                                 |           |
| Đánh giá kết quả sớm           | Tốt                               | 35                              | 85,4%     |
|                                | Khá                               | 6                               | 14,6%     |

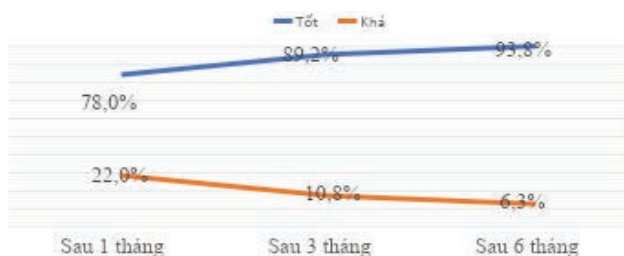
### 3.4. Theo dõi và tái khám

Qua các lần tái khám, bệnh nhân chủ yếu còn một số triệu chứng nhẹ như đau vùng mổ, rối loạn cảm giác vùng bẹn bìu hoặc tồn tại dịch, với xu hướng giảm dần theo thời gian theo dõi (6,3% bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng còn biểu hiện của biến chứng). Không ghi nhận trường hợp tái phát trong suốt quá trình theo dõi. Số lượng bệnh nhân tái khám giảm dần ở các mốc sau là do chưa đủ thời gian theo dõi tương ứng.

**Bảng 5. Biến chứng muộn**

| Đánh giá qua các lần tái khám  | Sau 1 tháng (n = 41) | Sau 3 tháng (n = 37) | Sau 6 tháng (n = 32) |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Biến chứng muộn</b>         |                      |                      |                      |
| Đau vùng mổ                    | 4 (9,8%)             | 2 (5,4%)             | 1(3,1%)              |
| Rối loạn cảm giác vùng bẹn bìu | 2 (4,9%)             | 2 (5,4%)             | 1(3,1%)              |
| Tụ dịch                        | 4 (9,8%)             | 0                    | 0                    |
| Tràn dịch màng tinh hoàn       | 1(2,4%)              | 1(2,7%)              | 0                    |

Kết quả điều trị qua các lần tái khám chủ yếu đạt mức tốt và khá, trong đó kết quả tốt chiếm ưu thế và có xu hướng tăng dần theo thời gian theo dõi (93,8% ở thời điểm 6 tháng). Không ghi nhận trường hợp nào có kết quả ở mức trung bình hoặc kém tại tất cả các thời điểm đánh giá.

**Hình 1. Kết quả xa**

## 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,8 tuổi, phản ánh rõ xu hướng thoát vị bẹn thường gặp ở nhóm trung niên và người cao tuổi. Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh, khi sự suy giảm chất lượng mô liên kết và độ bền thành bụng diễn ra theo tuổi. Chỉ số BMI trung bình đạt  $21,4 \pm 1,9 \text{ kg/m}^2$ , với phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm BMI bình thường (87,8%), không ghi nhận trường hợp béo phì. Kết quả này củng cố nhận định rằng thoát vị bẹn không phổ biến ở nhóm béo phì, thậm chí một số nghiên cứu còn cho thấy người có BMI thấp dễ mắc bệnh hơn do thiếu lớp đệm mỡ bảo vệ thành bụng. Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng là 14,6%, yếu tố này có thể làm tăng mức độ phức tạp của phẫu thuật TEP do nguy cơ dính khoang trước phúc mạc [6].

Thời gian mắc bệnh trung bình được ghi nhận là 15,1 tháng, trong đó nhóm dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là một bức tranh với xu hướng bệnh nhân đã tiếp cận điều trị sớm hơn, tuy nhiên vẫn tồn tại một nhóm trì hoãn, có thể do tính chất tiến triển chậm và ít triệu chứng của bệnh [7]. Xét về triệu chứng, khối phòng vùng bẹn vẫn là biểu hiện chủ đạo (97,6%), trong khi đau đơn thuần ít gặp (2,4%), tương đồng với các nghiên cứu có tỷ lệ khối phòng trên 90%. Siêu âm trước mổ có thể đánh giá khá rõ ràng tình trạng khối thoát vị, đặc biệt là đánh giá được nội dung bao thoát vị. Tuy nhiên, vẫn có 9,8% trường hợp không xác định được nội dung thoát vị, điều này phản ánh hạn chế nhất định của phương tiện chẩn đoán hình ảnh và nhấn mạnh vai trò của thăm khám lâm sàng [8].

Về mặt đánh giá khối thoát vị trong mổ, thoát vị gián tiếp chiếm ưu thế rõ rệt (87,8%), phù hợp với các báo cáo trong y văn (thường 70–90%). Thời gian phẫu thuật trung bình là  $61,8 \pm 14,5$  phút, nằm trong khoảng chấp nhận được và tương đồng với các nghiên cứu trong nước. Sau mổ, mức độ đau chủ yếu là đau vừa với 63,4%, cho thấy phẫu thuật TEP có ưu thế trong kiểm soát đau so với mổ mở, phương pháp được cho là tỷ lệ đau nhiều cao hơn đáng kể. Sự phục hồi chức năng tiêu hóa cũng diễn ra sớm với một con số khả quan 68,3% bệnh nhân trung tiện trong vòng 12–24 giờ. Một khía cạnh quan trọng cần được nhấn mạnh là các tai biến trong mổ, dù chiếm tỷ lệ không cao, vẫn phản ánh rõ ràng mối liên quan với đường cong học tập và mức độ tuân thủ quy trình kỹ thuật [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai biến chủ yếu là rách phúc mạc (7,3%) và một trường hợp tổn thương bó mạch thượng vị dưới (2,4%). Dù các tai biến này đều được xử trí trong mổ mà không cần chuyển phương pháp, cho thấy tính kiểm soát tốt của phẫu thuật viên, song, việc chuẩn hóa kỹ thuật và tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc giải phẫu vẫn là chìa khóa quan trọng nhằm hạn chế tai biến trong mổ và nâng cao hiệu quả điều trị [10]. Biến chứng sớm sau mổ chủ yếu là tụ máu, tụ dịch (9,8%), là các biến chứng thường xuất hiện trong các nghiên cứu gần đây (khoảng 5–10%) và đều được xử trí bảo tồn thành công. Các biến chứng này chủ yếu liên quan đến kiểm soát cầm máu chưa triệt để và bóc tách chưa tối ưu, do đó cần tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc phẫu thuật: bóc tách đúng lớp giải phẫu, hạn chế khoang chết và xử trí túi thoát vị hợp lý [8]. Bên cạnh đó, việc chuẩn hóa kỹ thuật

kết hợp với chăm sóc hậu phẫu thích hợp (băng ép, vận động sớm, theo dõi sát) có vai trò quan trọng trong giảm tỷ lệ biến chứng và cải thiện kết quả điều trị.

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là diễn biến của biến chứng muộn. Tỷ lệ đau vùng mổ và tụ dịch giảm dần theo thời gian, từ 9,8% tại thời điểm 1 tháng xuống còn 3,1% sau 6 tháng. Đặc biệt, ghi nhận 2 trường hợp có biến chứng xa đáng chú ý, bao gồm đau vùng bẹn kéo dài và tụ dịch tồn tại [4]. Các trường hợp này đều được điều trị bảo tồn, không cần can thiệp phẫu thuật lại và cải thiện dần theo thời gian. So với y văn, tỷ lệ đau mạn tính sau TEP thường dưới 10%, thấp hơn rõ rệt so với mổ mở (15–30%), tuy nhiên, sự xuất hiện biến chứng khó chịu này cũng đưa ra những bài học để chúng tôi chuẩn hóa quy trình, đặc biệt chú trọng trong bảo tồn thần kinh vùng bẹn, tránh bóc tách và cố định vào vùng nguy hiểm [6]. Đánh giá kết quả xa cho thấy tỷ lệ tốt tăng dần theo thời gian, từ 78,0% sau 1 tháng lên 93,8% sau 6 tháng đồng thời chưa ghi nhận trường hợp tái phát nào.

Tổng thể, các kết quả thu được khẳng định rằng TEP là một phương pháp an toàn, ít biến chứng, hồi phục nhanh. Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi còn ngắn, cỡ mẫu nhỏ, chính vì vậy, cần phải có những đánh giá quy mô lớn hơn, theo dõi lâu hơn để có đủ cơ sở khẳng định được những ưu việt lâu dài của phương pháp này.

## 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn cho kết quả điều trị khả quan, với đa số bệnh nhân hồi phục thuận lợi sau phẫu thuật. Tai biến và biến chứng sau mổ ghi nhận ở tỷ lệ thấp, chưa phát hiện trường hợp tái phát trong nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Tĩnh.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] K. Andresen và J. Rosenberg (2024), “Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair”, *Cochrane Database Syst Rev*. 7(7), tr. Cd004703.
- [2] M. Y. Shah, P. Raut, T. R. V. Wilkinson và V. Agrawal (2022), “Surgical outcomes of laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair compared with Lichtenstein tension-free open mesh inguinal hernia repair: A prospective randomized study”, *Medicine (Baltimore)*. 101(26), tr. e29746.
- [3] Nguyễn Văn Phước và Hà Văn Quyết (2021), “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*. 505(1), tr. 1003.
- [4] A. Aiolfi và các cộng sự. (2021), “Treatment of Inguinal Hernia: Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials”, *Ann Surg*. 274(6), tr. 954-961.
- [5] Đoàn Tiến Dương Nguyễn Hoài Bắc (2024), “Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan tới biến chứng sau phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020-2023”, *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 65(4).
- [6] M. A. Azevedo và các cộng sự. (2021), “Training model in abdominal wall endoscopic surgery for ventral hernias. Extended totally extra-peritoneal approach (e-tep)”, *Acta Cir Bras*. 36(8), tr. e360808.
- [7] R. K. Keshari và các cộng sự. (2025), “Safety and Acceptability of Day-Care Surgery Versus Short-Stay Surgery in Patients Undergoing Laparoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) Inguinal Hernia Repair”, *Cureus*. 17(10), tr. e94862.
- [8] V. Kshirsagar, M. Bendre, S. Chavan và B. Pande (2024), “Inguinal Hernia Repair: Comparative Study between TEP versus Extended Totally Extraperitoneal”, *Ann Afr Med*. 24(1), tr. 57-60.
- [9] Lê Huy Cường Trần Nguyễn Quang Trung (2024), “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”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 72, tr. 28 - 34.
- [10] L. Solaini và các cộng sự. (2022), “Robotic versus laparoscopic inguinal hernia repair: an updated systematic review and meta-analysis”, *J Robot Surg*. 16(4), tr. 775-781.

