

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc,
Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung*

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

**Email: drlehuycuong@gmail.com*

Ngày nhận bài: 31/01/2024

Ngày phản biện: 15/03/2024

Ngày duyệt đăng: 25/03/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là một trong những phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả của 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. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu phối hợp tiến cứu 307 bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán thoát vị bẹn một hoặc hai bên nhập viện từ 01/01/2018 đến 30/09/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 304/3, tuổi trung bình là $53,4 \pm 17$, thời gian mổ trung bình là $38,5 \pm 10$ phút, điểm đau trung bình ngày hậu phẫu thứ 1 là $2,61 \pm 0,6$ và của ngày hậu phẫu thứ 3 là $1,04 \pm 0,2$ điểm, thời gian nằm viện trung bình là $2,48 \pm 0,9$ ngày. Tất cả bệnh nhân được tái khám sau mổ 1 tuần, ghi nhận biến chứng nang thanh dịch sau mổ là 1 trường hợp (0,33%). 67,8% trường hợp theo dõi thời gian xa sau mổ với thời gian trung bình là 35,08 tháng; có 2 trường hợp đau vùng bẹn mạn tính (0,96%), 1 trường hợp dị cảm vùng bẹn (0,48%) và 1 trường hợp tái phát (chiếm 0,48%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có thời gian mổ ngắn, ít đau, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, an toàn và hiệu quả trong thời gian dài.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.

ABSTRACT

TREATMENT RESULTS OF LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR FOR INGUINAL HERNIA AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Le Huy Cuong, Nguyen Thanh Phuc,
Ho Nguyen Hoang, Tran Nguyen Quang Trung*

An Giang General Central Hospital

Background: Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair is one of the most commonly performed operations in An Giang's General Central Hospital. **Objectives:** Evaluate the results of the laparoscopic totally extraperitoneal repair in the treatment of inguinal hernia at An Giang's General Central Hospital. **Materials and methods:** A retrospective and prospective study of 307 patients over 18 years old with the inguinal hernia who underwent laparoscopic totally extraperitoneal repair from January 1st, 2018 to September 30th, 2023. **Results:** Sex ratio male/female was 304/3, mean age was 53.4 ± 17 , the mean operative time was 38.5 ± 10 minutes. The median VAS score of the first postoperative day was 2.61 ± 0.6 and the 3rd postoperative day was 1.04 ± 0.2 . The mean hospital stay was 2.48 ± 0.9 days. The postoperative complication was 1 case of seroma (0.33%) and 67.8% of cases were followed up remotely after surgery with an average time of 35.08 months; 2 patients had chronic groin pain (0.96%), 1 patient had inguinal paresthesia (0.48%) and 1 patients with recurrence (0.48%). **Conclusion:**

Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair is the preferred method with short operative time, postoperative less pain, safety, good results, low complication rate, short hospital stay, safety and effectiveness in the long-term.

Keywords: Inguinal hetnia, laparoscopic totally extraperitoneal repair (TEP).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong phẫu thuật, xảy ra 11 trường hợp/10.000 dân tuổi từ 16-24 và 200/10.000 dân trên 75 tuổi. Thoát vị bẹn chiếm 15% ở nam giới.

Năm 1887, lần đầu tiên Edoardo Bassini (1844-1824) công bố 282 trường hợp điều trị thoát vị bẹn với tỷ lệ tái phát là 3,3%, kể từ đó, có nhiều phương pháp phẫu thuật ra đời như Halstedt (1852-1922), McVay (1911-1987); đặc biệt, vào thập niên 70 Shouldice (1890-1965) công bố phương pháp phẫu thuật mới với tỷ lệ tái phát dưới 1%, phương pháp Shouldice được áp dụng rộng rãi ở các nước trên thế giới, trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn, thay thế hoàn toàn phương pháp Bassini [1]. Tuy nhiên, năm 1986, Lichtenstein công bố kỹ thuật hiện đại bằng cách dùng mảnh ghép nhân tạo che lỗ thoát vị có nhiều ưu điểm hơn so với các phương pháp cũ. Từ đó, việc ứng dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường thành sau ống bẹn, đã được sử dụng rộng rãi bằng kỹ thuật hở và nội soi, là “tiêu chuẩn vàng” điều trị thoát vị bẹn [2].

Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, điều trị thoát vị bẹn qua nội soi có 2 phương pháp chính, đó là phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc và phương pháp đặt mảnh ghép tiền phúc mạc xuyên qua ổ bụng. Trong 2 phương pháp này thì phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc có ưu điểm hơn do không vào ổ bụng nên không có nguy cơ dính ruột và vì vậy được ưa chuộng hơn [1].

Nhóm nghiên cứu đã thực hiện nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật này từ năm 2015 cho thấy những kết quả sớm rất khả quan. Đến nay, qua hơn 8 năm, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả xa sau mổ để khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phương pháp và góp thêm phần số liệu vào nghiên cứu chung của lĩnh vực phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn (TEP).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán thoát vị bẹn một hoặc hai bên nhập viện từ 01/01/2018 đến 30/09/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các thoát vị bẹn một hoặc hai bên, trực tiếp hoặc gián tiếp, lần đầu hoặc tái phát với phẫu thuật tiếp cận ngã trước (Bassini, Shouldice, Lichtenstein).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thoát vị bẹn ngằn. Thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật đặt mảnh ghép bằng ngã sau như Stoppa, Rives hay qua nội soi. Tiền căn phẫu thuật vùng ngoài phúc mạc như phẫu thuật bướu tiền liệt tuyến, bàng quang... Tiền căn phẫu thuật bụng có sẹo mổ cũ đường giữa dưới rốn. Tiền căn xạ trị vùng chậu. Có bệnh nội khoa nặng kèm theo làm ảnh hưởng hô hấp - tuần hoàn khi thực hiện phẫu thuật nội soi. Đang bị nhiễm trùng. Phụ nữ đang mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu phối hợp tiền cứu, mô tả.

- **Đo lường các biến:** Đánh giá các biến số về: Thời gian mổ. Tai biến trong mổ: Rách phúc mạc, tổn thương mạch máu thượng vị, bàng quang, thừng tinh, thần kinh bì, động mạch chậu. Mức độ đau hậu phẫu đánh giá bằng thang điểm VAS. Thời gian tự sinh hoạt cá nhân sau mổ: là thời gian bệnh nhân tự đi lại và tự vệ sinh. Thời gian nằm viện sau khi mổ. Biến chứng sớm hậu phẫu: tụ dịch, máu, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng mảnh ghép. Thoát vị bẹn tái phát.

Bệnh nhân được hẹn tái khám vào các thời điểm sau mổ 1 tuần và thời điểm kết thúc nghiên cứu (tháng 09/2023), ghi nhận: Biến chứng xa (đau mạn tính, lưới di chuyển, nhiễm khuẩn lưới,...), tỷ lệ tái phát và nguyên nhân (nếu có), đánh giá kết quả xa theo 4 mức:

- + Tốt: Không có biến chứng, không tái phát.
- + Khá: Trần dịch màng tinh hoàn tự hấp thu.
- + Trung bình: Đau mạn tính vùng bẹn bìu, đau thừng tinh và tinh hoàn đáp ứng tốt với điều trị nội khoa (cường độ đau giảm dần và hết) trong vòng 1 năm.
- + Kém: Tái phát; đau mạn tính vùng bẹn bìu, đau thừng tinh và tinh hoàn kéo dài trên 1 năm, không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc cần.

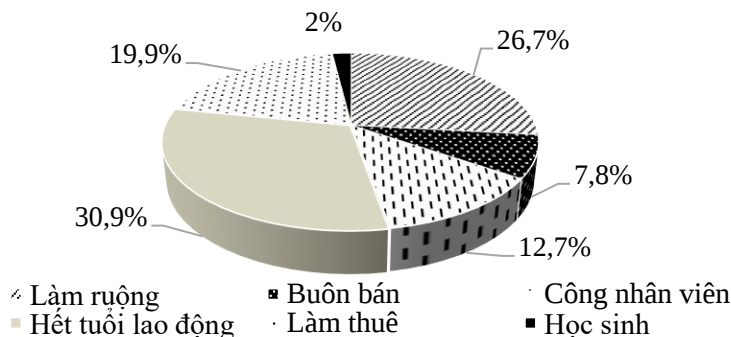
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/01/2018 đến 30/09/2023, chúng tôi thực hiện được 307 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp hoàn toàn ngoài phúc mạc. Trong đó: có 304 nam và 3 nữ, với tỷ lệ phẫu thuật thành công 100%, không có chuyển đổi phương pháp phẫu thuật. Kết quả được tóm tắt trong các bảng sau:

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

Đặc điểm bệnh nhân	n=307 (%)	
Tuổi	53,4 ± 17 tuổi (18-90)	
Giới tính (Nam/nữ)	304/3 = 99% / 1%	
Nghề nghiệp	Làm ruộng: 82 (26,7%)	Hết tuổi lao động: 95 (30,9%)
	Buôn bán: 24 (7,8%)	Làm thuê: 61 (19,9%)
	Công nhân viên: 39 (12,7%)	Học sinh 6 (2,0%)
Thời gian mắc bệnh	8,5 tháng (trung vị) (1 tháng - 20 năm)	
Vị trí thoát vị bẹn	Bên phải	155 (50,5%)
	Bên trái	108 (35,2%)
	Hai bên	44 (14,3%)
Phân loại thoát vị bẹn theo tổn thương giải phẫu Nyhus (1991)	Độ I	1 (0,3%)
	Độ II	143 (46,6%)
	Độ III A	45 (14,7%)
	Độ III B	106 (34,5%)
	Độ IV	12 (3,9%)
ASA	1 điểm	143 (46,5%)
	2 điểm	164 (53,4%)

Nhận xét: Giới tính là nam giới chiếm đa số và vị trí thoát vị thường gặp nhất là bên phải (50,5%). Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus thì độ II và độ III B chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 46,6% và 34,5%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nhận xét: Bệnh nhân hết tuổi lao động chiếm đa số. Bệnh nhân có tính chất làm công việc nặng nhọc như làm ruộng và lao động chân tay chiếm 46,4%.

Bảng 2. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Nội dung nghiên cứu	Kết quả	
Thời gian mổ	38,5 ± 10 phút (15 - 80 phút)	
Đau hậu phẫu	Điểm đau ngày 1	2,61 ± 0,6 điểm
	Điểm đau ngày 3	1,04 ± 0,2 điểm
Tai biến trong mổ	Không tai biến	303 (98,7%)
	Rách phúc mạc	03 (1,0%)
Biến chứng hậu phẫu	0	
Ngày trung tiện sau mổ	1,09 ± 0,3 ngày	
Ngày nằm viện sau mổ	2,48 ± 0,9 ngày (1-5 ngày)	
Chi phí điều trị trung bình	5,1 ± 0,2 triệu đồng	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trung tiện vào hậu phẫu ngày thứ nhất và xuất viện vào hậu phẫu ngày 2, ngày 3. Không có trường hợp nào có biến chứng hậu phẫu.

Bảng 3. Kết quả tái khám

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Kết quả tái khám	Tràn dịch màng tinh hoàn: 1 (0,48%)
	Tụ thanh dịch (Seroma): 1 (0,48%)

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân sau mổ đều được tái khám, có 1 trường hợp tràn dịch tinh mạc và 1 trường hợp tụ thanh dịch.

Bảng 4. Kết quả xa sau mổ

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Thời gian theo dõi trung bình	40,95 tháng (1 – 69 tháng)
Kết quả xa sau mổ (Giữ liên lạc được 229 TH: 74,6%)	Tốt: 225 (98,24%)
	Khá: 2 bệnh nhân đau vùng bẹn mạn tính (0,96%) và 1 bệnh nhân dị cảm vùng bẹn (0,48%)
	Thoát vị tái phát: 1 (0,48%)
	Mất liên lạc: 78 (25,4%)

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 40 tháng. Chúng tôi giữ liên lạc được 229 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 74,6%). Trong đó, 1 bệnh nhân thoát vị tái phát, 2 bệnh nhân đau vùng bẹn mạn tính sau mổ và 1 bệnh nhân dị cảm vùng bẹn.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị là một bệnh phổ biến, ước tính có khoảng 5% dân số thế giới bị thoát vị thành bụng và trong số này, thoát vị bẹn chiếm 75% [3]. Ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê cụ thể nhưng thực tế cho thấy đây là bệnh lý rất thường gặp trong thực hành lâm sàng hàng ngày. Theo Abramson, tần suất mắc bệnh là 15% trong lứa tuổi 25-34 nhưng sẽ là 47% sau 75 tuổi [4] và 90% phẫu thuật thoát vị bẹn thực hiện ở nam giới và 10% ở nữ giới [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $53,4 \pm 17$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 304/3 và phần lớn các trường hợp xảy ra ở người lao động nặng, người già. Điều này được giải thích là do chỗ yếu vùng ổ bụng nơi mà tinh hoàn đi xuống trong giai đoạn phôi thai và nam giới làm công việc nặng nhọc, tăng áp lực ổ bụng thường xuyên, hoạt động thể chất nhiều hơn nữ giới và đây cũng là yếu tố nguy cơ gây thoát vị bẹn.

Thời gian mắc bệnh trung vị là 8,5 tháng, thoát vị bẹn bên phải có 155 trường hợp (50,5%), bên trái là 108 trường hợp (35,2%) và có 44 trường hợp là thoát vị bẹn 2 bên (14,3%). Qua nghiên cứu trên chúng ta thấy đa số các trường hợp là thoát vị bẹn bên phải, sau đó là thoát vị bẹn bên trái và hai bên, lý giải tần suất thoát vị bẹn thường xảy ra ở bên phải là do trong giai đoạn phôi thai, tinh hoàn phải xuống bìu muộn hơn tinh hoàn trái nên ống phúc tinh mạc xơ hóa muộn hơn tạo chỗ yếu hơn so với bên trái. Theo phân độ Nyhus (1991), trong nghiên cứu có 1 trường hợp (0,3%) là thoát vị bẹn độ 1 (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu bình thường), 143 trường hợp (46,6%) là thoát vị bẹn độ 2 (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu rộng nhưng sàn bẹn còn chắc), 45 trường hợp (14,7%) là thoát vị bẹn độ 3A (là những thoát vị bẹn trực tiếp), 106 trường hợp (34,5%) độ 3B (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu rộng, hư sàn bẹn), 12 trường hợp (3,9%) độ 4 (thoát vị bẹn tái phát). Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng thoát vị bẹn gián tiếp chiếm tỷ lệ cao nhất và tuổi càng cao thì phân loại Nyhus càng cao và người lao động chân tay có phân loại Nyhus cao hơn người lao động trí óc.

Bảng điểm ASA cần phải đánh giá trước phẫu thuật vì có liên quan đến tai biến-biến chứng phẫu thuật, trong 307 trường hợp, có 143 trường hợp (46,5%) có điểm ASA là 1 và 164 trường hợp (53,4%) có điểm ASA là 2, đây cũng là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật nội soi, trong nghiên cứu không có trường hợp nào bị biến chứng nặng nề trong giai đoạn hậu phẫu. Thời gian mổ trung bình là $38,5 \pm 10$ phút, thời gian ngắn nhất là 15 phút và dài nhất là 80 phút, thời gian mổ của chúng tôi là ngắn là do chúng tôi triển khai phẫu thuật này từ 2014, đến nay phẫu thuật rất nhiều bệnh nhân nên đường cong huấn luyện đã thuần thục, rút ngắn đáng kể thời gian mổ, theo Phạm Hữu Thông, thời gian mổ trung bình 85 ± 26 phút đối với thoát vị bẹn gián tiếp và 66 ± 28 phút đối với thoát vị bẹn trực tiếp [1], thời gian này của Lê Quốc Phong là 59,5 phút [2] và của Asuri Krishna: $54,8 \pm 14$ phút cho thoát vị bẹn một bên và $77,9 \pm 26,2$ phút cho thoát vị cả hai bên [5]. Trong thời gian hậu phẫu, chúng tôi dùng thang điểm VAS để đánh giá đau vào ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 3, qua kết quả cho thấy điểm đau trung bình ở ngày hậu phẫu thứ 1 là $2,61 \pm 0,6$ điểm và ngày thứ 3 là $1,04 \pm 0,2$ điểm, rõ ràng hậu phẫu phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là đau ít, tạo sự thoải mái, dễ chịu cho bệnh nhân và vì vậy, bệnh nhân trở lại sinh hoạt sớm hơn, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác [5], [6].

Rách phúc mạc thực chất không phải là tai biến mà là một chút khó khăn cho phẫu thuật, rách phúc mạc gây tràn khí phúc mạc và khi lỗ rách quá lớn có thể phải chuyển phẫu thuật từ TEP sang TAPP hoặc mổ mở. Theo Bittner (2015), thủng phúc mạc trong quá trình phẫu thuật thay đổi từ 4,3% đến 47% trong các báo cáo khác nhau [7]. Trong nghiên cứu

của chúng tôi có 3 trường hợp (1%) bị rách phúc mạc trong lúc mổ, gây phồng phúc mạc, làm giảm khoảng trống thao tác, đây là những lỗ nhỏ được xử trí bằng cột băng nơ Roeder đơn giản. Ngoài tai biến này, chúng tôi không gặp tai biến-biến chứng nào khác, có thể là do chúng tôi đã bắt đầu thực hiện phẫu thuật này từ năm 2014 và số lượng ca phẫu thuật lớn, vượt qua đường cong huấn luyện (learning curve) theo hướng dẫn của Hiệp hội phẫu thuật Thoát vị Châu Âu (EHS), từ đó giúp tỷ lệ tai biến trong mổ giảm hẳn [8]. Thời gian nằm viện trung bình là $2,48 \pm 0,9$ ngày, thông thường chúng tôi cho bệnh nhân xuất viện vào hậu phẫu ngày thứ 2 (50,8%). Kết quả này cũng tương đồng với Nguyễn Minh Tiến là $2,3 \pm 0,8$ ngày [9] và Kockerling là 2.48 ngày [10].

Biến chứng sau mổ cũng được chúng tôi theo dõi cẩn thận. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được tái khám sau mổ 1 tuần, có 1 bệnh nhân tràn dịch màng tinh hoàn lượng ít (0,33%) và 1 bệnh nhân (0,33%) bị nang thanh dịch (seroma) vùng bẹn 3×3 cm, được hướng dẫn điều trị nội khoa, nang và tràn dịch biến mất vào thời điểm tái khám sau mổ 1 tháng, biến chứng này thấp hơn các tác giả Trịnh Văn Thảo (2010): Seroma (1,3%) [11], Lê Quốc Phong (2013): 0,7% [2], Kockerling (2015) 0,78% [10]. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 229 trường hợp (74,6%) được chúng tôi liên hệ qua điện thoại, phỏng vấn các biến chứng theo cảm nhận chủ quan của bệnh nhân, kết quả là thời gian trung bình từ lúc mổ đến lúc liên lạc là 35,08 tháng (ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 69 tháng), trong đó có 2 ca đau vùng bẹn mạn tính (0,96%) và 1 ca dị cảm vùng bẹn (0,48%), kết quả này thấp hơn so với Đỗ Văn Chiếu (2023): 4,3% bệnh nhân đau mạn tính, 2,9% bệnh nhân tê bì vùng đùi [6], Phan Đình Tuấn Dũng (2017): biến chứng đau và tê vùng mổ là 6,8% [1] và cũng thấp hơn các tác giả khác [3], [5], [12]. Đau mạn tính là đau kéo dài trên 6 tháng dựa theo một số nghiên cứu đa trung tâm, nghiên cứu của chúng tôi cũng chọn thời điểm 6 tháng làm mốc đánh giá đau mạn tính. Các nghiên cứu đều cho thấy đau mạn tính sau mổ nội soi là cố định mảnh ghép và tình trạng đau mạn tính trong nhóm nội soi thấp hơn so với nhóm phẫu thuật mổ mở một cách có ý nghĩa thống kê [1], [4], [12].s

Thoát vị tái phát luôn là vấn đề rất được quan tâm, đây là một trong những biến chứng thể hiện sự thất bại của phẫu thuật. Theo hầu hết tác giả, tỉ lệ tái phát khoảng từ 0 – 10% và có nhiều nguyên nhân gây nên thoát vị tái phát, nhưng phần lớn đều là do lỗi kỹ thuật, điều này phụ thuộc rất lớn vào kinh nghiệm của các phẫu thuật viên [2], [6], [13]. Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân như BMI cao, hút thuốc lá, đái tháo đường, lao động nặng sớm sau mổ và nhiễm trùng vết mổ, mảnh ghép làm tăng nguy cơ tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tái phát (chiếm 0,48%), do đặc điểm nghề nghiệp bệnh nhân lao động rất nặng sớm (3 tuần) sau mổ, đây là giai đoạn mảnh ghép chưa được cố định tốt, có khả năng chui vào lỗ thoát vị và tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là phẫu thuật kỹ thuật cao mà thế giới đang áp dụng, phẫu thuật ít tai biến - biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tái phát thấp, đặc biệt là an toàn, hiệu quả trong thời gian theo dõi dài, điều này giúp mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đình Tuấn Dũng. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y dược Huế. 2017. 1-127.

2. Lê Quốc Phong, Lê Mạnh Hà. Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc, *Tạp chí Y học thực hành*. 2013. 878 (8), 58-59.
 3. Nguyễn Phú Hữu, Đỗ Minh Hùng. Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP) tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học TP.HCM*. 2018. 20 (2), 394-299.
 4. Chandan Das, Tahir Jamil, Stephen Stanek. Schwartz's Principles of Surgery. McGraw-Hill Education. 2019. Eleventh Edition, Volumn 1, 1599-1622.
 5. Asuri Krishna. Totally Extraperitoneal Repair in Inguinal Hernia: More than a Decade's experience at a Tertiary Care Hospital, *Surg laparosc endosc percutan tech*. 2019. 29, 247 – 251, doi: 10.1097/SLE.0000000000000682.
 6. Đỗ Văn Chiêu, Hoàng Ngọc Hà. Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2020 – 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 527 (2), 24-28.
 7. Bittner R., Arregui M. E., Bisgaard T. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia, International Endohernia Society (IEHS). *Surg Endosc*. 2015. 25, 2773- 2843, doi: 10.1007/s00464-011-1799-6.
 8. Simons MP, Aufenacker T. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients, *Hernia*. 2009. 13, 343-403, doi: 10.1007/s10029-009-0529-7.
 9. Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Năng. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trên 40 tuổi năm 2020 – 2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022. 51, 212-221.
 10. Kockerling F. Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP) have Equivalent Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases. *World J Surg*. 2015. 39(8), 1887-94, doi: doi:10.1007/s00268-015-3055-z.
 11. Trịnh Văn Thảo. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y. 2021. 1-118.
 12. Vương Thừa Đức, Dương Ngọc Thành. Đau mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn, *Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh*. 2011. 15 (1), 115-123.
 13. Ortenzi M, Williams S. Laparoscopic repair of inguinal hernia: retrospective comparison of TEP and TAPP procedures in a tertiary referral center. *Minerva Chir*. 2020. 75(5), 279-285, doi: 10.23736/S0026-4733.20.08518-1.
-