

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA Ổ BỤNG ĐẶT LƯỚI TRƯỚC PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TÁI PHÁT: HỒI CỨU 31 CA BỆNH

Vũ Ngọc Hà¹, Lê Việt Khánh² và Trần Quế Sơn^{3,4,✉}

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Điện Biên

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Phẫu thuật nội soi được áp dụng để thay thế mổ mở trong điều trị thoát vị bẹn với lợi điểm là không căng, hồi phục nhanh, nằm viện ngắn, ít tái phát. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn tái phát còn nhiều tranh luận. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi đặt lưới trước phúc mạc qua ổ bụng (TAPP) điều trị thoát vị bẹn tái phát. Nghiên cứu hồi cứu 31 trường hợp được mổ tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2018 đến 12/2022. Kết quả cho thấy: 100% nam, tuổi trung bình 63,3 (dao động 25 - 84) tuổi. ASA loại I, II, III lần lượt là 45,1%, 45,1%, 9,8%; tiền sử mổ mở phương pháp Bassini, Lichtenstein lần lượt là 87,1% và 12,9%. Tỷ lệ thoát vị bẹn một bên, cả hai bên lần lượt là 83,8% và 16,2%. Đường kính lỗ thoát vị dưới 3,5cm là 100%. Không trường hợp nào chuyển mổ mở với thời gian mổ $78,3 \pm 12,2$ (dao động 45 - 157) phút; 83,8% trung tiện ≤ 12 tiếng; đau sau mổ mức nhẹ, nặng và không đau là 87,1%, 9,7% và 3,2%. Thời gian nằm viện trung bình 4,7 (3 - 9) ngày. Kết quả tốt, khá và trung bình lần lượt là 87,1%, 9,7%, 3,2% và không biến chứng sau mổ. Kết luận: Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng đặt lưới trước phúc mạc là khả thi, an toàn, ít biến chứng gần và xa trong điều trị thoát vị bẹn tái phát.

Từ khóa: Thoát vị, thoát vị bẹn, tái phát, TAPP, phẫu thuật nội soi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là một bệnh lý khá phổ biến, là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay điểm yếu của thành bụng vùng bẹn trên dây chằng bẹn ra dưới da hay xuống bìu.¹⁻³ Trẻ nhỏ và người trên 50 tuổi là những nhóm tuổi mắc thoát vị bẹn cao nhất.³ Nhiều phương pháp phẫu thuật mới và cải tiến đã được áp dụng để điều trị thoát vị bẹn nhưng vẫn có một tỉ lệ tái phát nhất định tùy theo độ tuổi cũng như phương pháp mổ.⁴⁻⁶ Thoát vị bẹn tái phát là thoát vị xảy ra tại một thời điểm nào đó sau khi người bệnh được phẫu thuật thoát vị

bẹn. Khối thoát vị xuất hiện ở gần hoặc tại vị trí của lần phẫu thuật trước.¹ Theo một số nghiên cứu, tỉ lệ tái phát vào khoảng 3,8 - 5,5%, thậm chí tới 10% sau 12 năm theo dõi.^{1,7} Theo khuyến cáo của Hội thoát vị quốc tế (International hernia societies), phẫu thuật nội soi đặt lưới được áp dụng nhiều trên thế giới với nhiều ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, ít biến chứng, tái phát thấp.⁶ Ở người bệnh bị thoát vị bẹn tái phát, đặc điểm giải phẫu thay đổi nên khó tạo khoang trước phúc mạc. Vì thế, phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) sẽ gặp nhiều khó khăn. Trong những tình huống này, phẫu thuật nội soi đi qua ổ bụng để đặt lưới trước phúc mạc (TAPP) là phương pháp điều trị phù hợp, đưa các tạng ngược trở lại ổ bụng, phân loại và đánh giá được đường kính lỗ thoát vị và bên đối diện.^{6,8,9} Tuy nhiên, kỹ thuật mổ TAPP có thể

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/04/2023

Ngày được chấp nhận: 16/05/2023

gặp nhiều khó khăn vì là mổ lại, giải phẫu thành bụng thay đổi, viêm dính khiến cho phương pháp này cũng có nguy cơ thất bại. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đã được áp dụng ở nhiều cơ sở trên cả nước. Tuy nhiên, với các trường hợp thoát vị bẹn tái phát thì chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phẫu thuật nội soi. Việc thực hiện TAPP ở nhóm người bệnh bị thoát vị bẹn tái phát có đặc điểm kỹ thuật ra sao, có những khó khăn gì, tỷ lệ thành công bao nhiêu? Bài viết được thực hiện với mục đích mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng để điều trị thoát vị bẹn tái phát. Những kết quả nghiên cứu sẽ có giá trị tham khảo cho các phẫu thuật viên trong việc lựa chọn phương pháp điều trị cho các ca bệnh thoát vị bẹn tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Là những bệnh nhân được chẩn đoán là thoát vị bẹn tái phát và được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có sử dụng tấm lưới nhân tạo từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tuổi từ 18 tuổi trở lên; chẩn đoán là thoát vị bẹn tái phát bằng lâm sàng, cận lâm sàng; bệnh nhân được mổ phương pháp TAPP; bệnh án đáp ứng đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chuyển từ TEP sang TAPP; các bệnh nhân có các bệnh lý ác tính khác như ung thư, lao phổi tiến triển, bệnh máu khó đông...

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu với phương tiện nghiên cứu là hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ của Bệnh

viện Hữu nghị Việt Đức và qua tái khám lại sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

Cỡ mẫu

Lấy mẫu toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Cách thức phẫu thuật

Bệnh nhân tư thế nằm ngửa dạng hai tay; Đặt 3 trocar trong đó một trocar 10 mm cho camera tại rốn; một trocar 5mm tại hố chậu đối bên và một trocar 5mm hoặc 10mm ngang mức trocar rốn, phía bờ ngoài cơ thẳng to cùng bên thoát vị. Vào ổ bụng, bơm CO₂ với áp lực 12mmHg; phẫu tích tạo khoang ngoài phúc mạc bắt đầu bằng việc mở phúc mạc thành bụng xa vị trí lỗ bẹn sâu, sử dụng kéo phẫu tích và Kelly để tách phúc mạc, bóc tách bao thoát vị ngược trở lại ổ bụng và tách ra khỏi bó mạch thờng tinh. Khoang trước phúc mạc phải đủ rộng để đặt tấm lưới khi đạt tiêu chuẩn: phía dưới nhìn thấy xương mu, phía bên nhìn thấy cơ thắt lưng chậu. Đặt tấm lưới vào khoang ngoài phúc mạc vừa tạo, cố định tấm lưới vào thành bụng bằng ghim xoắn hoặc khâu, sau đó đóng lại phúc mạc bằng khâu vắt. Tắt bơm hơi, tháo trocar, đóng các lỗ trocar. Biến nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung lâm sàng bao gồm: tuổi; giới; ASA; BMI chia thành các khoảng BMI < 18,5 (thiếu cân), 18,5 - ≤ 25(trung bình), 25,0 - < 30 (thừa cân), ≥ 30 (béo phì); tiền sử can thiệp mổ bụng chia thành:

(i) nhóm mổ mở không sử dụng tấm lưới nhân tạo;

(ii) nhóm mổ mở có sử dụng tấm lưới nhân tạo;

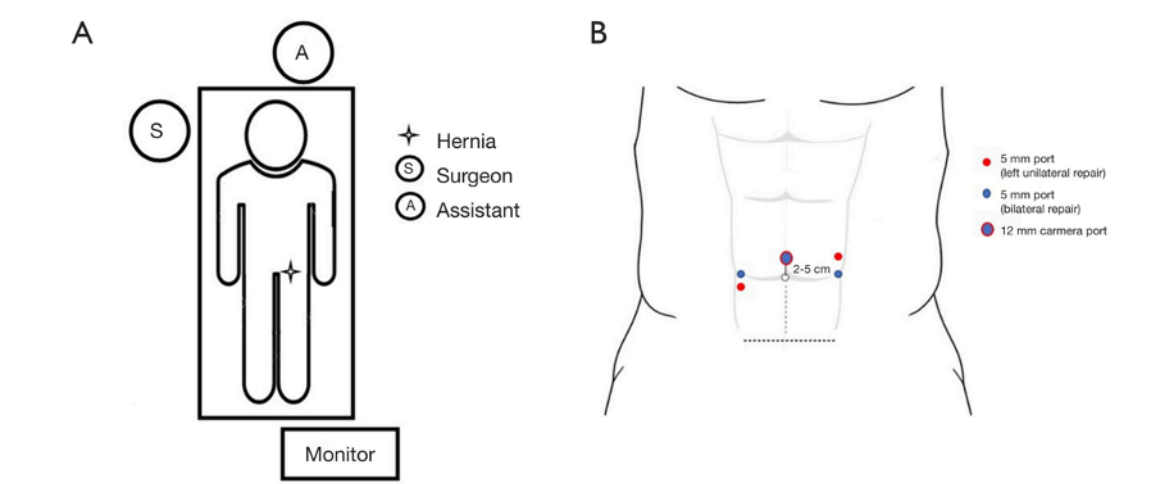
(iii) nhóm mổ nội soi có sử dụng tấm lưới; vị trí khối thoát vị;

Đặc điểm siêu âm: nội dung, đường kính lỗ thoát vị; phân loại thoát vị bẹn tái phát theo Nyhus được đề cập nhiều nhất và phù hợp với

đánh giá thoát vị bẹn tái phát (thoát vị trực tiếp; gián tiếp; thoát vị đùi; thoát vị hỗn hợp).

Đặc điểm kỹ thuật mổ: kích thước tám lưới; phương pháp cố định lưới; kỹ thuật đóng phúc mạc; tai biến trong mổ. Kết quả phẫu thuật: Thời

gian mổ; mức độ đau sau mổ chia làm 5 mức độ theo VAS (Visual Analog Scale); thời gian nằm viện (ngày); Thời gian nằm viện sau mổ là khoảng thời gian được tính từ ngày mổ đến ngày xuất viện (ngày); Biến chứng sớm và xa.



Hình 1. Tư thế phẫu thuật viên, phụ mổ và vị trí đặt trocar. Nguồn: Farell Rivas, et al.¹⁰
Hernia vị trí thoát vị; Surgeon vị trí phẫu thuật viên; Assistant phụ mổ

Tiêu chuẩn để cho bệnh nhân xuất viện:

(i) Tại chỗ khi vết mổ khô, không đau hoặc đau nhẹ, không có biến chứng;

(ii) Toàn thân khi bệnh nhân khỏe, tự sinh hoạt cá nhân, đi lại được.

Đánh giá kết quả sớm

(i) Tốt: không có tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ.

(ii) Khá: khi có một số biến chứng nhẹ không phải can thiệp bằng thủ thuật, chỉ cần điều trị nội khoa: có bí tiểu; tràn khí dưới da bụng; đau thường tinh - tinh hoàn.

(iii) Trung bình: biến chứng sau mổ cần can thiệp bằng thủ thuật, tuy nhiên chưa phải xử lý bằng phẫu thuật: nhiễm khuẩn vết mổ; tụ dịch vùng bẹn; tụ máu vùng bẹn; nhiễm khuẩn lưới nhân tạo; biến chứng muộn: đau khi xuất tinh, giảm ham muốn tình dục, teo tinh hoàn;

(iv) Kém: tái phát, biến chứng sau mổ cần

phẫu thuật lại; nhiễm trùng dai dẳng phải mổ bỏ tám lưới, tắc ruột sau mổ, thoát vị lỗ trocar...

Xử lý số liệu

Xử lý bằng phần mềm SPSS 23, các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình (\bar{X}) ± độ lệch chuẩn (SD), các biến rời rạc được mô tả bằng tỉ lệ phần trăm, kiểm định 2 giá trị trung bình, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của bệnh nhân được mã hóa, giữ kín. Nghiên cứu này được Hội đồng thông qua đề cương của Phòng sau đại học – Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận cho học viên thực hiện đề tài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (quyết định số 2684/QĐ-ĐHYHN ký ngày 26 tháng 7 năm 2022). Quy trình kỹ thuật mổ điều trị thoát vị bẹn của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được Bộ Y tế chấp thuận theo quyết định số 5730/QĐ-BYT ký ngày 21/12/2017.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung	Kết quả
Giới, nam/ nữ, n (%)	31 (100)/ 0 (0)
Tuổi, $\bar{X} \pm SD$, (nhỏ nhất - lớn nhất)	63,3 \pm 19,03 (25 - 84)
Nghề nghiệp, n (%)	
Lao động nặng/ Lao động nhẹ/ Khác*	7 (22,6)/ 7 (22,6)/ 17 (54,8)
BMI (kg/m ²), n (%)	
Gầy/ Trung bình/ Thừa cân	4 (12,9)/ 26 (83,9)/ 1 (3,2)
Lý do vào viện, n (%)	
Khối phòng bẹn/ Khối phòng bẹn + đau	25 (80,6)/ 6 (19,4)
Phương pháp mổ thoát vị bẹn cũ, n (%)	
Bassini/ Lichtenstein	27 (87,1)/ 4 (12,9)
1 lần/ 2 lần	25 (80,6)/ 6 (19,4)
Tiền sử phẫu thuật, n (%)	
Cắt ruột thừa đường Mac Burney/ Bóc u tuyến tiền liệt đường giữa dưới rốn	1 (3,2)/ 1 (3,2)
Tiền sử bệnh lý, n (%)	
Bệnh lý tim mạch, hô hấp	4 (12,9)
U phì đại lạnh tính tuyến tiền liệt	5 (16,1)
Có từ 2 bệnh lý phối hợp trở lên	10 (32,3)
ASA, Loại I/ II/ III, n (%)	14 (45,1)/ 14 (45,1)/ 3 (9,8)

Đối tượng mổ đều là nam giới (100%), có độ tuổi trung bình 63,3 tuổi, 54,8% trên 60 tuổi, triệu chứng chính là khối phòng vùng bẹn mổ cũ (100%). Kỹ thuật TAPP được chỉ định ở người bệnh có sức khỏe tốt loại I, II, III lần lượt

là 45,1%, 45,1%, 9,8%; mổ lần đầu (80,6%); 100% sau mổ mở thoát vị bẹn cũ, phần lớn trong số đó là phương pháp Bassini (87,1%); không có tiền sử mổ bụng hoặc tiền sử mổ bụng ít nguy cơ viêm dính ổ bụng (6,4%).

Bảng 2. Đặc điểm thoát vị bẹn trên siêu âm bụng và trong mổ

Đặc điểm	Kết quả
Vị trí thoát vị bẹn, phải/trái/2 bên, n (%)	17 (54,8)/ 9 (29)/ 5 (16,2)

Đặc điểm	Kết quả
Tạng thoát vị, n (%)	
Quai ruột non	8 (25,8)
Mạc nối lớn	12 (38,7)
Quai ruột non + mạc nối lớn	11 (35,5)
Đường kính lỗ thoát vị, n (%)	
$\varnothing \leq 2\text{cm}$	18 (58,1)
$2\text{cm} < \varnothing \leq 3,5\text{cm}$	13 (41,9)
Phân loại thoát vị theo Nyhus, n (%)	
Trực tiếp/gián tiếp/hỗn hợp	17 (54,8)/ 9 (29)/ 5 (16,2)
Tình trạng ổ bụng trong mổ, n (%)	
Dính ruột và mạc nối lớn	13 (41,9)
Không viêm dính	18 (58,1)

TAPP được chỉ định điều trị cho thoát vị gián tiếp (29%) hay hỗn hợp (16,2%). Tuy bẹn một bên (83,8%) hoặc cả hai bên (16,2%), nhiên, đường kính lỗ thoát vị thường dưới không phân biệt loại thoát vị trực tiếp (54,8%), 3,5cm (100%).

Bảng 3. Kỹ thuật và kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả
Gỡ dính ruột và mạc nối, (n%)	13 (41,9)
Kích thước tấm lưới, 6 x 11cm/ 10 x 15cm, n (%)	6 (19,3)/ 25 (80,7)
Cố định lưới, ghim xoắn/ khâu/ không cố định, n (%)	20(64,5)/ 1 (3,2)/ 10 (32,3)
Khâu phúc mạc, khâu vát/ mũi rời, n (%)	31 (100)/ 0 (0)
Thời gian mổ, $\bar{X} \pm \text{SD}$ (nhỏ nhất - lớn nhất), phút	$78,3 \pm 12,2$ (45 - 157)
Thời gian trung tiện, < 12 giờ/ ≥ 12 giờ, n (%)	26 (83,8)/ 5 (16,2)
Mức độ đau (VAS), không đau/nhẹ/vừa, n (%)	1 (3,2)/ 27 (87,1)/ 3 (9,7)
Nằm viện*, $\bar{X} \pm \text{SD}$, (nhỏ nhất - lớn nhất), ngày	$4,7 \pm 1,7$ (3 - 9)
Biến chứng, n (%)	
Bí tiểu/Tụ máu bìu/nhiễm khuẩn vết mổ	4(12,9)/(0)/0 (0)
Kết quả sớm, Tốt/Khá/Trung bình, n (%)	27 (87,1)/ 3 (9,7)/ 1 (3,2)
Kết quả theo dõi xa, n (%)	
Tái phát	0 (0)
Đau mạn tính	1 (3,2)

Kích thước tấm lưới tùy thuộc vào đường kính lỗ thoát vị, thông thường tấm lưới hay sử dụng là 10 x 15cm (80,7%), có thể cố định lưới (67,7%) hoặc không (32,3%); phúc mạc được đóng bằng khâu vắt (100%). Đây là phương pháp điều trị hiệu quả (100% thành công với thời gian mổ trung bình 78,2 phút; 83,8% trung tiện \leq 12 tiếng; 91,3% đau nhẹ và không đau, nằm viện trung bình 4,7 ngày, 96,8% tốt + khá) và an toàn không tai biến và biến chứng sau mổ. *Số ngày nằm viện 1 - 3 ngày, 4 - 7 ngày, > 7 ngày lần lượt là 16,1%, 80,6% và 3,2%.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn là một trong những phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất trên toàn thế giới với hơn 20 triệu ca mỗi năm.¹⁻
³ Tỷ lệ xuất hiện thoát vị bẹn là 27 - 43% ở nam giới và 3 - 6% ở nữ giới. Kể từ ca phẫu thuật phục hồi thành bụng do thoát vị bẹn đầu tiên được Bassini mô tả vào năm 1888, hơn 100 kỹ thuật khác nhau để sửa chữa thoát vị bẹn và đùi đã được báo cáo. Thoát vị bẹn tái phát vẫn là một vấn đề kinh tế xã hội và lâm sàng quan trọng, với tỷ lệ tái phát khoảng 6,3 - 15,3% khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm, giảm xuống khoảng 2,5 - 7,4% khi được mổ bởi chuyên gia.¹¹ Tỷ lệ tái phát thoát vị bẹn xảy ra sau 10 năm khi thực hiện kỹ thuật mổ TAPP hay Lichtenstein là tương đương nhau khoảng 10%.⁷ Một nghiên cứu của Tây Ban Nha (2021) cho thấy tỷ lệ mổ lại của phương pháp Lichtenstein và mổ nội soi đặt lưới lần lượt là 6,6% và 9,4%; trong đó, tỷ lệ tái phát thoát vị bẹn sau mổ TAPP và TEP dao động lần lượt là 1 - 4,3% và 0 - 3,5%.³ Trên thực tế, một số lượng lớn các yếu tố nguy cơ gây nên tình trạng tái phát của thoát vị bẹn bao gồm yếu tố liên quan đến người bệnh, yếu tố liên quan đến kinh nghiệm của phẫu thuật viên và yếu tố liên quan đến đặc điểm kỹ thuật mổ. Một trong những vấn đề đáng ngại nhất

của phẫu thuật viên khi mổ thoát vị bẹn tái phát là dính tổ chức sau mổ. Những biến đổi giải phẫu do dính gây mất thời gian cho các phẫu thuật viên trong quá trình phẫu tích, là nguyên nhân gây ra tai biến và biến chứng. Những tổn thương trong ổ bụng hay gặp là dính ruột và mạc nối trong khoang phúc mạc, dính của tạng thoát vị vào bao thoát vị làm khó khăn khi đưa các tạng ngược lại ổ bụng.^{7,9,12} Các trường hợp đã được đặt tấm lưới thường là những ca phẫu thuật khó do mô sẹo xơ dày xung quanh tấm lưới, nguy cơ tổn thương bó mạch thừng tinh và tinh hoàn. Sửa chữa thoát vị bẹn tái phát luôn là một thách thức, với thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh cao hơn. Vì lý do này, kỹ thuật này chỉ nên được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật chuyên sâu.

Phương pháp điều trị được coi là lý tưởng để điều trị thoát vị bẹn là phương pháp ít xâm lấn, biến chứng và tái phát thấp, nằm viện ngắn ngày, nhưng kỹ thuật này phải đơn giản dễ thực hiện với đường cong học tập ngắn.⁸ Để lựa chọn phương pháp mổ phù hợp, cần phải khai thác kỹ tiền sử mổ cũ của bệnh nhân, đặc biệt tiền sử liên quan đến mổ bụng cũ và phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đã được thực hiện trước đó (về kỹ thuật, tấm lưới sử dụng, kích thước tấm lưới).¹¹ Cho đến nay, phương pháp tốt nhất để điều trị thoát vị bẹn vẫn còn nhiều tranh luận.^{9,12,13} Hội phẫu thuật thoát vị bẹn quốc tế khuyến cáo kỹ thuật mổ mở đặt tấm lưới không căng (phương pháp Lichtenstein) và kỹ thuật mổ nội soi đặt tấm lưới trước phúc mạc không qua ổ bụng (TEP) và đặt tấm lưới trước phúc mạc đi qua ổ bụng (TAPP) là các phương pháp thường được ưu tiên áp dụng để điều trị thoát vị bẹn vì tỷ lệ tái phát thấp.^{5,13} Các khuyến cáo cho rằng nên ưu tiên tiếp cận trong không gian mà các mặt phẳng của tổ chức thành bụng chưa được sử dụng trước đó.¹⁴ Đối với những trường hợp tái phát sau mổ mở thì nên lựa

chọn cách tiếp cận phía từ phía ổ phúc mạc. Ngược lại, những bệnh nhân đã được mổ nội soi đặt lưới thì phương pháp được ưu tiên là mổ mở. Với các trường hợp mổ nội soi đã được đặt lưới thì khi mổ lại không nên cố lấy tấm lưới để tránh nguy cơ tổn thương tĩnh mạch chậu hoặc bàng quang.^{4,13} Lưới mới có thể được đặt lên tấm lưới trước. Mặc dù vậy, đặc điểm giải phẫu của thoát vị bẹn tái phát ở mỗi bệnh nhân một khác nên các hướng dẫn không phải lúc nào cũng được tuân theo trong thực hành lâm sàng.¹⁵⁻¹⁷

Phương pháp TAPP có những ưu điểm là có thể quan sát được các thương tổn thoát vị như kiểu thoát vị (trực tiếp và gián tiếp), loại thoát vị (thoát vị bẹn, thoát vị đùi và thoát vị bịt), tạng bị thoát vị (mạch nối, ruột non, manh tràng, ruột thừa), và phát hiện thoát vị bên đối diện.^{5,6,10,14} Ngoài ra, phương pháp nội soi đặt lưới qua ổ bụng không chỉ mang lại lợi thế kỹ thuật khi đi qua mô không sẹo, mà còn có ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn: ít đau sau mổ, tỷ lệ nhiễm trùng vết thương, tụ máu, tụ dịch thấp và sớm trở lại làm việc và hoạt động. Trong một nghiên cứu hồi cứu do Sevoni và cộng sự thực hiện, đã tiến hành đánh giá 19.582 ca phẫu thuật thoát vị tái phát tại Thụy Điển. Khi so sánh với các kỹ thuật khác, phương pháp nội soi đặt lưới có tỉ lệ tái phát thấp khoảng 1,4%.¹⁴ Mặc dù vậy, TAPP chưa được chấp nhận hoàn toàn để điều trị thoát vị bẹn tái phát thoát do cần có đường cong học tập kéo dài và một số nguy cơ có thể gặp như chấn thương ruột, bàng quang và các mạch máu lớn. Những biến chứng này rất hiếm gặp nhưng có khả năng đe dọa tính mạng hơn là sửa chữa thoát vị bằng mổ mở đường trước.⁶ Bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu vào nhóm tuổi trên 50 tuổi, đặc biệt trên 70 tuổi với tỷ lệ 45%. Điều này cho thấy tuổi cao có thể là yếu tố thuận lợi của thoát vị bẹn. Nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân có bệnh về

tim mạch hô hấp (12,9%), có 10 bệnh nhân (32,3%) có từ 2 bệnh lý mạn tính phối hợp. Có 5 bệnh nhân u phì đại tuyến tiền liệt (16,1%). Như vậy nếu xét về yếu tố thuận lợi gây thoát vị bẹn tái phát chiếm 61,3%. Các bệnh nội khoa làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc thường xuyên, thuận lợi cho thoát vị bẹn xảy ra như ho kéo dài, viêm phế quản mạn, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, u phì đại tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, táo bón kéo dài. Mặc dù đây không phải là những chống chỉ định của phẫu thuật nội soi đặt lưới (TAPP) nhưng cần phải lưu ý khi gây mê, chăm sóc hậu phẫu, cần điều trị để dự phòng tái phát. Kỹ thuật Bassini điển hình và cũng là phổ biến nhất trong nhóm phẫu thuật tạo hình có sử dụng mô tự thân. Phương pháp này được áp dụng bởi nhiều phẫu thuật viên ở Việt Nam. Chính vì vậy, bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát ở Việt Nam thường có tiền sử mổ thoát vị bẹn bằng phương pháp Bassini (Bảng 1). Theo Lichtenstein, tái phát sau mổ được chia ra làm 2 loại là tái phát sớm (trước 2 năm,) thường do những nguyên nhân như do lỗi kỹ thuật, do căng hay bỏ sót thoát vị (cũng là lỗi kỹ thuật) hoặc do nhiễm trùng và tái phát muộn (sau 2 năm) thường do suy yếu mô trong đó cơ bản là do sự giảm thiểu chất collagen trong mô vùng bẹn. Kinh nghiệm cho thấy, sau phẫu thuật dùng mô tự thân có đến 50% trường hợp tái phát xuất hiện sau 5 năm. Sau thời gian này, khi mô bị suy yếu thì tái phát “thực sự” mới xảy ra. Những tổng kết lớn cho thấy, tỷ lệ tái phát của những kỹ thuật dùng mô tự thân không đồng đều, ở các cơ sở đa khoa là 5 - 15%.^{7,11,14}

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu hồi cứu nên rất khó để mô tả một cách đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của thoát vị bẹn. Thứ hai, cỡ mẫu còn nhỏ, đơn trung tâm, nhiều phẫu thuật viên tham gia mổ nên có những hạn chế về sự tương đồng trong khi thực hiện phẫu thuật. Thứ ba, đây là một nghiên cứu mô tả

không có nhóm đối chứng nên chưa thể kết luận được tính ưu việt của phương pháp điều trị đang được áp dụng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy với các trường hợp thoát vị bẹn tái phát sau mổ mở, đường kính lỗ bẹn dưới 3,5cm và chưa nghẹt thì phương pháp mổ nội soi đặt lưới trước phúc mạc đi qua ổ bụng là khả thi, an toàn, đạt kết quả điều trị mà lại nhanh hồi phục, ít biến chứng. Tuy nhiên, phương pháp này chưa trả lời được hiệu quả với các trường hợp thoát vị bẹn có lỗ thoát vị lớn, có đặt lưới (kể cả mổ nội soi hay mổ mở).

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban lãnh đạo Bệnh viện, các bác sĩ, nhân viên điều dưỡng Khoa Phẫu thuật cấp cứu tiêu hóa, Trung tâm Gây mê hồi sức, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tạo điều kiện để nhóm tác giả thu thập được số liệu hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sharma A, Sarwal A. Surgical repair in recurrent inguinal hernia. *Annals of Laparoscopic Endoscopic Surgery*. 2017; 2(6).
2. Dreifuss NH, Pena ME, Schlottmann F, Sadava EE. Long-term outcomes after bilateral transabdominal preperitoneal (TAPP) repair for asymptomatic contralateral inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2021; 35(2): 626-630.
3. Guillaumes S, Hoyuela C, Hidalgo NJ, et al. Inguinal hernia repair in Spain. A population-based study of 263,283 patients: factors associated with the choice of laparoscopic approach. *Hernia*. 2021; 25(5): 1345-1354.
4. Kikugawa R, Tsujinaka S, Tamaki S, et al. Successful mesh plug repair using a hybrid

method for recurrent inguinal hernia after laparoscopic transabdominal preperitoneal approach: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 59: 70-72.

5. Kockerling F, Bittner R, Kuthe A, et al. TEP or TAPP for recurrent inguinal hernia repair-register-based comparison of the outcome. *Surg Endosc*. 2017; 31(10): 3872-3882.

6. Gass M, Scheiwiller A, Sykora M, Metzger J. TAPP or TEP for Recurrent Inguinal Hernia? Population-Based Analysis of Prospective Data on 1309 Patients Undergoing Endoscopic Repair for Recurrent Inguinal Hernia. *World J Surg*. 2016; 40(10): 2348-2352.

7. Lydeking L, Johansen N, Oehlenschlager J, Bay-Nielsen M, Bisgaard T. Re-recurrence and pain 12 years after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) or Lichtenstein's repair for a recurrent inguinal hernia: a multi-centre single-blinded randomised clinical trial. *Hernia*. 2020; 24(4): 787-792.

8. Saber A, Hokkam EN, Ellabban GM. Laparoscopic transabdominal preperitoneal approach for recurrent inguinal hernia: A randomized trial. *J Minim Access Surg*. 2015; 11(2): 123-128.

9. Zhu X, Cao H, Ma Y, et al. Totally extraperitoneal laparoscopic hernioplasty versus open extraperitoneal approach for inguinal hernia repair: a meta-analysis of outcomes of our current knowledge. *Surgeon*. 2014; 12(2): 94-105.

10. Farell Rivas J, Ruiz-Funes Molina AP, Meza Carmona JJAoL, Surgery E. Transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair: how we do it. *2020*. 2020; 6.

11. Perko Z, Rakic M, Pogorelic Z, Druzijanic N, Kraljevic J. Laparoscopic transabdominal preperitoneal approach for inguinal hernia repair: a five-year experience at a single center.

Surg Today. 2011; 41(2): 216-221.

12. Krishna A, Misra MC, Bansal VK, Kumar S, Rajeshwari S, Chabra A. Laparoscopic inguinal hernia repair: transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approach: a prospective randomized controlled trial. *Surg Endosc*. 2012; 26(3): 639-649.

13. Kockerling F, Bittner R, Kuthe A, et al. Laparo-endoscopic versus open recurrent inguinal hernia repair: should we follow the guidelines? *Surg Endosc*. 2017; 31(8): 3168-3185.

14. Sevonius D, Sandblom G, Agger E, Smedberg S, Montgomery A. The impact of type of mesh repair on 2nd recurrence after recurrent groin hernia surgery. *World J Surg*.

2015; 39(2): 315-322; discussion 323-314.

15. Yang S, Zhang G, Jin C, et al. Transabdominal preperitoneal laparoscopic approach for incarcerated inguinal hernia repair: A report of 73 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(52): e5686.

16. Barta B, Dumitras M, Bucur S, et al. Extraperitoneal Laparoscopic Approach in Inguinal Hernia-The Ideal Solution? *J Clin Med*. 2022; 11(19).

17. Tian L, Zhang L, Li Z, Yan L, Wang X. A new approach to enter Retzius space in laparoscopic transabdominal preperitoneal bilateral inguinal hernia repair. *BMC Surg*. 2023; 23(1): 26.

Summary

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC TRANS-ABDOMINAL PRE-PERITONEAL SURGERY FOR RECURRENT INGUINAL HERNIA: A RETROSPECTIVE STUDY OF 31 CASES

Laparoscopic surgery is replacing open surgery to treat inguinal hernia with various advantageous characteristics such as negative tension, fast recovery, short hospital stay, and less recurrence. However, the treatment of recurrent inguinal hernias is controversial. This study evaluated the efficacy of laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) surgery for recurrent inguinal hernias. We performed a retrospective study of 31 patients undergoing surgery at Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2022. All participants were male, with a mean of 63.3 years old (ranging from 25 to 84 years old). ASA scores I, II, and III were 45.1%, 45.1%, and 9.8%, respectively; the history of Bassini and Lichtenstein method was 87.1% and 12.9%, respectively. The proportion of recurrent unilateral hernias and bilateral hernias were 83.8% and 16.2%, respectively. The hernia hole diameter of less than 3.5cm was 100%. There were no case requiring conversion to open surgery with an operating time of 78.3 ± 12.2 minutes (range 45 - 157 minutes); Mild, severe, and miniscule postoperative pain was 87.1%, 9.7%, and 3.2%, respectively. The hospital stay was 4.7 days, (range 3 - 9 days). Good, moderate and average results were 87.1%, 9.7%, 3.2% and without morbidity, respectively. Conclusion: The TAPP technique appears safe and effective, associated with lower short-term and long-term complications in treating recurrent inguinal hernias.

Keywords: Hernia, Inguinal hernia, Re-repair/recurrence, trans-abdominal pre-peritoneal repair (TAPP), Laparoscopic repair.