

Đau mạn tính sau phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn

Nguyễn Đình Sơn¹, Nguyễn Minh Thảo¹, Phan Đình Tuấn Dũng², Nguyễn Hữu Trí¹,
Nguyễn Đoàn Văn Phú², Nguyễn Thành Phúc¹, Trần Văn Khôi², Đoàn Phước Vững³, Phạm Anh Vũ^{2*}

(1) Bộ môn Giải phẫu - Phẫu thuật thực hành, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP - Totally Extraperitoneal) là phương pháp được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn trong điều trị thoát vị bẹn. Có nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước quan tâm đến tình trạng tái phát, nhưng vấn đề đau mạn tính sau phẫu thuật vẫn chưa được chú ý nhiều, đặc biệt là các nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị và đau mạn tính sau phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 113 bệnh nhân nam với 131 thoát vị bẹn được chỉ định phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $56,6 \pm 16,7$ tuổi. Có 15,1% đau mạn tính sau phẫu thuật, đa số là đau vùng bìu/tinh hoàn, với điểm sf-IPQ trung bình là $2,4 \pm 1,3$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có đau mạn tính sau phẫu thuật. Có 2 bệnh nhân tái phát tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật chiếm 2,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn là chỉ định an toàn với tỷ lệ đau mạn tính và tái phát sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: phẫu thuật, nội soi, ngoài phúc mạc, thoát vị bẹn, sửa chữa, đau mạn tính.

Postoperative chronic pain after laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair

Nguyen Dinh Son¹, Nguyen Minh Thao¹, Phan Dinh Tuan Dung², Nguyen Huu Tri¹,
Nguyen Doan Van Phu², Nguyen Thanh Phuc¹, Tran Van Khoi², Doan Phuoc Vung³, Pham Anh Vu^{2*}

(1) Department of Anatomy and Surgical Training, Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Department of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Department of Gastrointestinal Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Background: Totally Extraperitoneal (TEP) hernia repair is the method of choice for many surgeons in treating inguinal hernias. While there have been many studies by domestic and foreign authors interested in recurrence, the problem of chronic pain after surgery has not received much attention, especially in domestic studies. This study evaluated the treatment outcome and chronic pain after laparoscopic extraperitoneal surgery for an inguinal hernia. **Methods:** Including 113 male patients with 131 inguinal hernias scheduled for totally extraperitoneal inguinal hernia repair at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from June 2019 to May 2021. **Results:** The average age was 56.6 ± 16.7 years old. There was 15.1% chronic pain after surgery, mostly scrotum/testicular pain, with the mean sf-IPQ score of 2.4 ± 1.3 . There was a statistically significant difference in operative time between the 2 groups of patients with and without chronic pain after surgery. The incidence of recurrent hernia was 2.2% at 3 months after surgery. **Conclusions:** Totally Extraperitoneal repair in treating inguinal hernia is a safe indication with low rates of chronic pain and postoperative recurrence.

Keywords: surgery, laparoscopic, totally extraperitoneal, inguinal hernia, repair, chronic pain.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trên thực hành lâm sàng ngoại khoa [1]. Theo ước tính, nguy cơ xuất hiện thoát vị bẹn trong suốt cuộc đời khoảng 27% ở nam giới và 3% ở nữ

giới [2]. Cho đến nay, việc chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu vẫn dựa vào thăm khám lâm sàng đơn thuần với các triệu chứng cơ năng và thực thể điển hình. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn chủ yếu vẫn là phẫu thuật bao gồm phẫu thuật mở và phẫu

Tác giả liên hệ: Phạm Anh Vũ; Email: pavu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/6/2023; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2024; Ngày xuất bản: 25/9/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.5.14

thuật nội soi [2].

Với những ưu điểm là thời gian phẫu thuật ngắn hơn, giảm nguy cơ tổn thương các tạng trong ổ phúc mạc và viêm dính ruột sau phẫu thuật do không yêu cầu phải vào ổ phúc mạc như trong phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc (TAPP - Transabdominal Preperitoneal) nên đến nay phẫu thuật TEP đã được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới cũng như trong nước lựa chọn [3].

Đau mạn tính và tái phát là những chỉ số kết quả quan trọng bậc nhất trong quá trình theo dõi hậu phẫu [2]. Theo một số báo cáo, có khoảng 8 - 16% bệnh nhân đau mạn tính sau phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn [4-6]. Trong khi đã có nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước quan tâm đến tình trạng tái phát, thì vấn đề đau mạn tính sau phẫu thuật vẫn chưa được chú ý nhiều, đặc biệt là các nghiên cứu trong nước [4-13]. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị và tình trạng đau mạn tính sau phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 113 bệnh nhân nam với 131 thoát vị bẹn được chỉ định phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn bao gồm:

- + Thoát vị bẹn lần đầu hoặc tái phát sau phẫu thuật lối trước.

- + Thoát vị bẹn một bên hoặc hai bên.

- + Thoát vị bẹn không có biến chứng nghẹt.

- Bệnh nhân được phẫu thuật chương trình bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo.

- ASA $\leq$ III.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thay đổi phương pháp khác trong quá trình phẫu thuật.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đầy đủ hồ sơ và dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu.

2.2.1. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, BMI.

- Đặc điểm lâm sàng: thoát vị bẹn lần đầu hay tái phát, thoát vị bẹn phải, trái hay hai bên.

- Đặc điểm cận lâm sàng: siêu âm bẹn - bìu đo đường kính cổ túi thoát vị.

- Đặc điểm phẫu thuật:

Quy trình phẫu thuật

- + Đặt tư thế: Trendelenburg nhẹ, cánh tay phía đối diện với bên thoát vị đặt dọc theo cơ thể.

- + Đặt trocar: Đặt 3 trocar trên đường giữa dưới rốn, một trocar 10 mm và hai trocar 5 mm vào khoang trước phúc mạc. Sử dụng ống soi để mở rộng phẫu trường khoang trước phúc mạc xuống đến khớp mu. Sau đó, sử dụng dụng cụ phẫu tích theo phương pháp tiếp cận từng bước:

- Bước 1: Xác định khớp mu trên đường giữa.

- Bước 2: Từ dây chằng Cooper dùng ống soi gạt nhẹ nhàng từ trong ra ngoài. Xác định thoát vị đùi, thoát vị bẹn và xử lý nếu có.

- Bước 3: Xác định và phẫu tích túi thoát vị trực tiếp ra khỏi mạc ngang.

- Bước 4: Xác định bó mạch thượng vị dưới và nâng cao lên phía trước.

- Bước 5: Mở rộng phẫu trường Bogros theo hướng ngang đến mức của gai chậu trước trên.

- Bước 6: Xác định và phẫu tích túi thoát vị gián tiếp.

- Bước 7: Đặt tấm lưới nhân tạo (không cố định lưới)

- + Xả khí CO₂, rút các trocar. Đóng lá trước bao cơ thẳng bụng và đóng da.

- *Đánh giá bệnh nhân trong và sau phẫu thuật:* Thoát vị trực tiếp, gián tiếp hay phối hợp, thời gian phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sớm sau phẫu thuật.

- *Đánh giá kết quả tái khám tại thời điểm 1 tháng và ≥ 3 tháng:* Đau mạn tính (được định nghĩa theo ICD-11 là đau kéo dài từ 3 tháng trở lên sau phẫu thuật) theo thang điểm sf-IPQ, rối loạn cảm giác, biến chứng khác và tái phát [12, 13].

2.2.2. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình là $56,6 \pm 16,7$ tuổi (18 - 87 tuổi). Chỉ số BMI trung bình là $20,7 \pm 2,2$ kg/m² (26,3 - 15,2 kg/m²).

Đường kính cổ túi thoát vị trung bình: $12,5 \pm 5,9$ mm (4 - 35 mm).

Bảng 1. Các đặc điểm nghiên cứu

Các đặc điểm nghiên cứu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tính chất thoát vị		
Lần đầu	111	98,2
Tái phát	2	1,8
Vị trí thoát vị		
Bên phải	53	46,9
Bên trái	42	37,2
Hai bên	18	15,9
Tai biến trong phẫu thuật		
Thủng phúc mạc	15	13,3
Biến chứng sớm sau phẫu thuật		
Bí tiểu	4	3,5
Tràn khí dưới da	8	7,1
Tụ thanh dịch vùng bẹn - bìu	1	0,9
Tụ máu vùng bẹn - bìu	2	1,8
Nhiễm trùng lỗ trocar	1	0,9
Tràn dịch màng tinh hoàn	1	0,9
Sưng nề vùng bìu	4	3,5

Trong 131 thoát vị bẹn có 96 thoát vị bẹn gián tiếp chiếm 73,3%, 24 thoát vị trực tiếp 18,3%, 11 thoát vị phối hợp chiếm 8,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình chung: $64,5 \pm 17,5$ phút (30 - 110 phút).

Tại thời điểm sau 1 tháng, có 111 bệnh nhân tái khám chiếm 98,2%. Tại thời điểm sau ≥ 3 tháng, có 93 bệnh nhân tái khám chiếm 82,3%.

Bảng 2. Vị trí đau sau phẫu thuật

Vị trí đau sau phẫu thuật	1 tháng (n = 111)		≥ 3 tháng (n = 93)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Vùng bẹn	3	2,7	3	3,2
Vùng mu	1	0,9	1	1,1
Vùng bìu/tinh hoàn	11	9,9	9	9,7
Vùng bìu/tinh hoàn + vết mổ	1	0,9	1	1,1
Vết mổ	1	0,9	0	0
Tổng	17	15,3	14	15,1

Kết quả tái khám sau 1 tháng: có 17/111 bệnh nhân đau sau phẫu thuật chiếm 15,3% với sf-IPQ trung bình là $3,5 \pm 1,6$ (1 - 6 điểm), trong đó, đa số là đau vùng bìu/tinh hoàn với 11 bệnh nhân chiếm 9,9%. Có 5 trường hợp dùng giảm đau Acetaminophen đường uống khi đau.

Sau ≥ 3 tháng: có 14/93 bệnh nhân đau mạn tính sau phẫu thuật chiếm 15,1% với sf-IPQ trung bình là $2,4 \pm 1,3$ (1 - 5 điểm), đa số là đau vùng bìu/tinh hoàn với 9 bệnh nhân chiếm 9,7%. Có 1 trường hợp dùng giảm đau Acetaminophen đường uống khi đau.

Bảng 3. Đánh giá đau sau phẫu thuật theo thang điểm sf - IPQ

Đánh giá đau theo sf-IPQ	1 tháng		≥ 3 tháng	
	n	%	n	%
Không đau	94	84,7	79	84,9
Đau nhưng có thể dễ dàng bỏ qua	6	5,4	12	12,9
Đau không thể bỏ qua, nhưng không cản trở đến hoạt động hằng ngày	9	8,1	2	2,2
Đau không thể bỏ qua, cản trở sự tập trung công việc và hoạt động hằng ngày	2	1,8	0	0
Đau không thể bỏ qua, cản trở hầu hết các hoạt động	0	0	0	0
Đau không thể bỏ qua, cần nằm nghỉ tại giường	0	0	0	0
Đau không thể bỏ qua, cần tìm sự trợ giúp y tế ngay lập tức	0	0	0	0
Đứng dậy từ một chiếc ghế thấp	3	2,7	0	0
Ngồi lâu trên 30 phút	6	5,4	5	5,4
Đứng lâu trên 30 phút	6	5,4	5	5,4
Đi lên hoặc xuống cầu thang	8	7,2	5	5,4
Lái xe hơi	0	0	0	0
Tập thể dục hoặc biểu diễn thể thao	6	5,4	2	2,2

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến đau mạn tính sau phẫu thuật (thoát vị bẹn 1 bên)

Các yếu tố liên quan đến đau mạn tính sau phẫu thuật		Đau mạn tính		p
		Có	Không	
Tuổi (TB ± SD)		56,4 ± 14,8	56,5 ± 16,4	0,987
BMI (kg/m ² , TB ± SD)		19,9 ± 1,8	20,7 ± 2,1	0,141
Thời gian phẫu thuật (phút, TB ± SD)		69,6 ± 14,4	59,2 ± 16,0	0,039*
Vết mổ cũ dưới rốn	Có	0	14	0,118
	Không	14	65	

Bảng 5. Rối loạn cảm giác và tái phát sau phẫu thuật

		1 tháng (n = 111)		≥ 3 tháng (n = 93)	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Rối loạn cảm giác	Có	3	2,7	2	2,2
	Không	108	97,3	91	97,8
Tái phát	Có	0	0	2	2,2
	Không	111	100	91	97,8

4. BÀN LUẬN

- Về tình trạng đau mạn tính sau phẫu thuật:

Mục tiêu chính trong những năm gần đây của việc điều trị thoát vị bẹn là mang lại kết quả phẫu thuật tốt hơn, đặc biệt là đối với vấn đề đau mạn tính và tái phát. Khoảng có khoảng 8 - 16% bệnh nhân bị đau mạn tính (kéo dài hơn ba tháng) sau khi phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn. Các phương pháp xâm lấn tối thiểu giúp giảm tổn thương dây thần kinh và giảm đau sau phẫu thuật giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho

bệnh nhân. Trong một phân tích tổng hợp so sánh phẫu thuật nội soi với phẫu thuật mở bằng phương pháp Lichtenstein cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát nhưng phẫu thuật nội soi ít nhiễm trùng vết mổ, ít đau mạn tính hơn và trở lại sinh hoạt sớm hơn [4 - 6]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 14/93 bệnh nhân đau mạn tính sau phẫu thuật chiếm 15,1%. Trong đó, đa số là đau vùng bìu/tinh hoàn với 9 bệnh nhân chiếm 9,7%, 3 bệnh nhân đau vùng bẹn chiếm 3,2%, 1 bệnh nhân đau vùng mu và 1 bệnh nhân đau vùng bìu/tinh hoàn + vết mổ cùng

chiếm 1,1%.

Theo nghiên cứu của J. Burgmans trên 452 bệnh nhân tái khám vào 3 tháng sau phẫu thuật TEP, có 76 bệnh nhân đau mạn tính sau phẫu thuật chiếm 15,9%, tương đương kết quả của chúng tôi và đa số cũng là đau vùng bìu/tinh hoàn [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của J. Burgmans, mỗi bệnh nhân đau một vùng rộng hơn và nhiều vị trí hơn. Có thể giải thích do thể trạng của người nước ngoài béo (BMI trung bình của nghiên cứu này là 25 kg/m²) hơn so với người Việt Nam (nghiên cứu của chúng tôi là 20,7%) nên đôi khi cần phẫu tích nhiều hơn, khó nhận định được cấu trúc giải phẫu hơn do nhiều tổ chức mỡ, từ đó dễ dẫn tới nguy cơ tổn thương các nhánh thần kinh hơn và tổn thương nhiều nhánh thần kinh hơn so với chúng tôi.

Theo Amid và cộng sự, đau sau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn có thể được phân loại theo nguyên nhân do thần kinh và không do thần kinh (nguyên nhân cảm thụ). Đau cảm thụ qua trung gian viêm được xem là yếu tố gây đau sau khi sửa chữa thoát vị bẹn qua nội soi, về cơ bản đó là một tình trạng tự giới hạn vì phản ứng viêm sẽ giảm dần theo thời gian. Tình trạng này được cho là có thể kéo dài đến 6 tháng sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi và của J. Burgmans, đau sau phẫu thuật thường khu trú ở vùng bìu và cơ quan sinh dục ngoài, trong khi đau vùng bẹn được thấy thường xuyên hơn trước phẫu thuật. Đau vùng bìu hoặc cơ quan sinh dục ngoài có thể do tổn thương nhánh sinh dục của dây thần kinh sinh dục đùi. Tuy nhiên, Amid và cộng sự đưa ra giả thuyết rằng cơn đau này có thể liên quan đến tổn thương các sợi thần kinh bắt nguồn từ đám rối hạ vị, hơn là liên quan đến tổn thương trực tiếp nhánh sinh dục của dây thần kinh sinh dục đùi. Tinh hoàn được bao bọc bởi đám rối tinh, một tập hợp phức tạp của các nhánh thần kinh xuất phát từ đám rối hạ vị. Tuy nhiên, các nhánh của dây thần kinh chậu bẹn và thần kinh sinh dục đùi cũng cung cấp cảm giác của tinh mạc. Bóc tách khoang trước phúc mạc, mở rộng khoang Bogros và Retzius và phẫu tích tách thừng tinh có thể gây tổn thương các nhánh thần kinh nhỏ này. Cơ chế gây ra đau tinh hoàn sau phẫu thuật TEP rất phức tạp, nhưng chỉ là tạm thời vì đa số cơn đau tinh hoàn chấm dứt theo thời gian (96% bệnh nhân trong nghiên cứu của J. Burgmans) [7].

Một vấn đề đối với các bằng chứng hiện tại đó là việc các tác giả sử dụng các phương pháp đánh giá khác nhau và thời gian theo dõi khác nhau đối với tình trạng đau mạn tính trong các nghiên cứu của mình và điều này hạn chế khả năng so sánh giữa các

nghiên cứu [5].

Trên thế giới, đã có nhiều bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống được đưa ra nhằm nghiên cứu về chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn như Carolinas Comfort Scale (CCS), COMI - hernia, IPQ [14].

Năm 2019, Anders Olsson và cộng sự đã đưa ra nghiên cứu về bộ câu hỏi sf-IPQ được đăng trên World Journal of Surgery. Bộ câu hỏi sf-IPQ là một công cụ dành riêng cho việc đánh giá cơn đau vùng bẹn và thích hợp để sử dụng thay thế cho IPQ trong thực hành lâm sàng hàng ngày. Bộ câu hỏi sf-IPQ chỉ gồm một trang giấy và mất chưa đến 1 phút để hoàn thành, trong khi IPQ ban đầu là một bảng câu hỏi bốn trang và mất khoảng 10 phút để hoàn thành. Sự đơn giản, dễ hiểu và dễ áp dụng vào lâm sàng là ưu điểm của bộ câu hỏi sf-IPQ này so với các bộ câu hỏi khác [14].

Qua kết quả tái khám 2 lần ở Bảng 3, có thể thấy rằng tình trạng đau có xu hướng giảm dần theo thời gian và mức độ đau cũng như số lượng hoạt động bị hạn chế do đau cũng có xu hướng giảm.

Chúng tôi tiến hành so sánh về thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm có đau mạn tính và không đau mạn tính (chỉ đối với những bệnh nhân thoát vị bẹn 1 bên) cho thấy nhóm bệnh nhân có đau mạn tính có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đau mạn tính sau phẫu thuật ($p = 0,039$ đối với đau mạn tính). Có thể giải thích cho kết quả này của chúng tôi là ở những bệnh nhân có thời gian phẫu thuật dài hơn thường là những trường hợp khó, có thể là túi thoát vị lớn, xơ dính nhiều, những trường hợp này đòi hỏi phải phẫu tích nhiều cũng như khó xác định giải phẫu nên dễ tổn thương các nhánh thần kinh hơn.

Kết quả của chúng tôi cho thấy không có sự liên quan về tuổi, BMI, có hay không có vết mổ cũ với tình trạng đau mạn tính sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Yaşar Özdenkaya, có sự liên quan giữa tình trạng đau mạn tính sau phẫu thuật TEP với BMI của bệnh nhân, kích thước lỗ của tấm lưới, có cố định tấm lưới hay không và không có sự liên quan với độ tuổi, ASA, tính chất thoát vị (trực tiếp, gián tiếp, phối hợp), thời gian phẫu thuật [6]. Kết quả nghiên cứu của Vương Thừa Đức cho thấy có sự liên quan giữa đau mạn tính với mức độ xơ dính của túi thoát vị với tổ chức xung quanh, có cố định tấm lưới nhân tạo và không có sự liên quan giữa đau mạn tính với cách đặt trocar và loại tấm lưới nhân tạo [4].

- Về tình trạng tái phát sau phẫu thuật:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại thời điểm tái khám 2 tuần đến 1 tháng, không có

bệnh nhân tái phát. Tại thời điểm ≥ 3 tháng, có 2 bệnh nhân tái phát chiếm 2,2%.

Bệnh nhân tái phát thứ nhất là bệnh nhân nam 71 tuổi, tiền sử tiểu khó kéo dài, đã được phẫu thuật nội soi bóc tách sinh lạnh tính tuyến tiền liệt qua niệu đạo 4 tháng trước đó. Được chẩn đoán thoát vị bẹn 2 bên và được tiến hành phẫu thuật TEP. Trong quá trình phẫu thuật, xác định thoát vị bẹn thể phổi hợp bên phải và thể gián tiếp bên trái, giải phóng túi thoát vị, tạo khoang trước phúc mạc đủ rộng để đặt tấm lưới nhân tạo 10x15 cm cả 2 bên thoát vị. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật và biến chứng hậu phẫu. Bệnh nhân được cho ra viện 2 ngày sau phẫu thuật. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật bệnh nhân thấy xuất hiện khối phồng vùng bẹn phải trở lại nhưng 6 tháng sau bệnh nhân mới tái khám lại và được chẩn đoán thoát vị bẹn phải tái phát. Tuy nhiên bệnh nhân chưa đồng ý phẫu thuật lại.

Trường hợp thứ hai là bệnh nhân nam 63 tuổi, tiền sử chưa phát hiện bệnh lý gì liên quan, vào viện với khối phồng vùng bẹn trái xuất hiện đã được 12 tháng. Được chẩn đoán thoát vị bẹn trái và chỉ định phẫu thuật TEP. Trong phẫu thuật ghi nhận khối thoát vị bẹn trái thể trực tiếp. Phẫu tích tạo khoang đủ rộng để đặt tấm lưới nhân tạo 10x15 cm. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật và biến chứng hậu phẫu. Thời gian nằm viện 3 ngày. Sau phẫu thuật 3 tháng bệnh nhân thấy xuất hiện khối phồng bên trái trở lại nhưng đến 4 tháng sau mới được phẫu thuật lại do thoát vị nghẹt bằng phương pháp Lichtenstein tại đơn vị khác.

Tác giả Gopal S.V. chia các nguyên nhân thoát vị bẹn ra làm 3 nhóm: kỹ thuật trong quá trình phẫu thuật, tấm lưới nhân tạo và các yếu tố nguy cơ từ phía bệnh nhân [15].

Về kỹ thuật, các nguyên nhân gây thoát vị tái phát bao gồm phẫu tích tạo khoang không đủ rộng để đặt tấm lưới nhân tạo, bỏ sót thoát vị, u mỡ trước phúc mạc, đặt tấm lưới nhân tạo dưới mức tối ưu, cố định

lưới không phù hợp, lưới bị đẩy lên do khối máu tụ. Về vật liệu tấm lưới nhân tạo, các nguyên nhân đó là tấm lưới có lỗ nhỏ, có trọng lượng lớn, lưới bị cuộn mép, lưới quá nhỏ, cắt lưới. Về yếu tố nguy cơ từ phía bệnh nhân là các bệnh lý về collagen, hút thuốc, béo phì, suy dưỡng, thiếu máu, đái tháo đường, bệnh phổi mạn tính, sử dụng steroid [15].

Phẫu tích tạo khoang không đủ rộng trong phẫu thuật TEP dẫn đến đánh giá không tốt về tổng thể của sàn bẹn, bỏ sót thoát vị và không xác định đầy đủ các cấu trúc. Việc phẫu tích không đầy đủ dẫn đến một số cơ chế tái phát thứ phát, bao gồm tấm lưới che phủ không đầy đủ và chồng mép, cố định không hoàn toàn, và thoát vị tái phát do u mỡ. Mặc dù có thể vị trí tấm lưới đã chính xác và ổn định, tuy nhiên, vẫn có một nguy cơ về sự trượt muộn của lớp mỡ sau phúc mạc dưới hoặc trước tấm lưới vào lỗ bẹn sâu dẫn đến thoát vị tái phát [15], [16].

Nhóm tái phát sớm chủ yếu là do sai sót kỹ thuật hoặc do nhiễm trùng. Tái phát muộn là kết quả của những khiếm khuyết trong chuyển hóa collagen khi bệnh nhân già đi, với sự mỏng đi của mô sẹo và sự suy yếu vốn có của sàn bẹn vẫn tiếp tục diễn ra. Trong sửa chữa thoát vị nội soi, phẫu tích chính xác và rộng rãi khoang trước phúc mạc, kích thước lưới thích hợp, lưới không cuộn là những yếu tố quan trọng. Cần đặc biệt chú ý đến u mỡ trước phúc mạc vì có thể gây tái phát sau này [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 trường hợp đều tái phát sớm sau phẫu thuật nên thường nghĩ đến nguyên nhân do sai sót kỹ thuật nhiều hơn. Trong 2 trường hợp này, các nguyên nhân có thể xảy ra là do tấm lưới di chuyển muộn sau khi đặt hoặc cuộn mép cũng như là sự trượt muộn của lớp mỡ vào lỗ bẹn sâu.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn là chỉ định an toàn với tỷ lệ đau mạn tính và tái phát sau phẫu thuật thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Augusto K, Carvalho BJ, Pipek LZ, de Mesquita GHA, Nii F, Martinez DR, et al. Treating incarcerated inguinal hernias with TEP is a viable option for experienced surgeons. *Sci Rep.* 2020;10(1):20858.
2. Giron F, Hernandez JD, Linares JD, Ricaurte A, Garcia AM, Rueda-Esteban RJ, et al. Outcomes of 207 totally extraperitoneal hernia repairs using self-fixation mesh. *Sci Rep.* 2021;11(1):12507.
3. Ferzli G, Iskandar M. Laparoscopic totally extra-

peritoneal (TEP) inguinal hernia repair. *Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery.* 2019;4:35-.

4. Vương Thừa Đức, Dương Ngọc Thành. Đau mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2011;tập 15, phụ bản số 1:115-23.

5. Andresen K, Rosenberg J. Management of chronic pain after hernia repair. *J Pain Res.* 2018;11:675-81.

6. Özdenkaya Y, Arslan NC, Basım P, Olmuşçelik O. Factors Associated with Postoperative Chronic Pain and

Recurrence After Laparoscopic Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair. *Eur Arch Med Res.* 2019;36(1):57-62.

7. Burgmans JP, Schouten N, Clevers GJ, Verleisdonk EJ, Davids PH, Voorbrood CE, et al. Pain after totally extraperitoneal (TEP) hernia repair might fade out within a year. *Hernia.* 2015;19(4):579-85.

8. Eklund A, Rudberg C, Smedberg S, Enander LK, Leijonmarck CE, Osterberg J, et al. Short-term results of a randomized clinical trial comparing Lichtenstein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2006;93(9):1060-8.

9. Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L, Rudberg C, Swedish Multicentre Trial of Inguinal Hernia Repair by Laparoscopy study g. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2010;97(4):600-8.

10. Kumar S, Wilson RG, Nixon SJ, Macintyre IMC. Chronic pain after laparoscopic and open mesh repair of groin hernia. *Br J Surg.* 2002;89:1476-9.

11. Manangi M, Shivashankar S, Vijayakumar A.

Chronic Pain after Inguinal Hernia Repair. *Int Sch Res Notices.* 2014;2014:1-6.

12. Rutegard M, Lindqvist M, Svensson J, Nordin P, Haapamaki MM. Chronic pain after open inguinal hernia repair: expertise-based randomized clinical trial of heavyweight or lightweight mesh. *Br J Surg.* 2021;108(2):138-44.

13. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015;156(6):1003-7.

14. Olsson A, Sandblom G, Franneby U, Sonden A, Gunnarsson U, Dahlstrand U. The Short-Form Inguinal Pain Questionnaire (sf-IPQ): An Instrument for Rating Groin Pain After Inguinal Hernia Surgery in Daily Clinical Practice. *World J Surg.* 2019;43(3):806-11.

15. Gopal SV, Warriar A. Recurrence after groin hernia repair-revisited. *Int J Surg.* 2013;11(5):374-7.

16. Kukleta JF. Causes of recurrence in laparoscopic inguinal hernia repair. *J Minim Access Surg.* 2006;2(3):187-91.