VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences

Journal homepage: https://js.vnu.edu.vn/MPS

Original Article

Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Hernioplasty with Overlapping Mesh Technique for Large Direct Inguinal Hernia in an Elderly Patient with Prior Contralateral TEP Repair: A Case Report

Tran Que Son[1,2,*], Mai Van Vuong[1], Tran Thu Huong[2], Nguyen Chi Trung[1], Nong Ngoc Quang[1]

[1]*VNU University of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

[2]*VNU Hospital of University of Medicine and Pharmacy – Linh Dam, 189 Linh Duong, Hoang Mai, Hanoi, Vietnam*

Received 21st May 2026
Revised 24th July 2026; Accepted 2nd November 2026

Abstract: Background: Managing large direct inguinal hernias in elderly patients with a history of prior transabdominal preperitoneal (TEP) repair on the contralateral side presents a significant surgical challenge due to severe fibrosis and anatomical distortion within the Retzius space. Case Presentation: We report the case of an 86-year-old male presenting with a large left direct inguinal hernia (defect >3 cm) containing small bowel, colon, and omentum. The patient had a previous contralateral TEP hernia repair six years prior. A transabdominal preperitoneal (TAPP) approach was utilized, involving meticulous adhesiolysis of the retro-pubic space followed by the placement of overlapping 10x15 cm polypropylene meshes to reinforce the myopectineal orifice, supplemented by prophylactic preperitoneal drainage. The operative time was 132 minutes, with successful reduction of the hernia sac and preservation of vascular structures. Postoperatively, the patient's comorbidities-hypertension and type 2 diabetes—were strictly managed. The patient experienced an uneventful recovery with no signs of seroma, hematoma, or surgical site infection, and was discharged on postoperative day 7. Conclusion: TAPP combined with an overlapping mesh technique represents a effective solution for complex, large direct inguinal hernias in elderly patients with a history of prior contralateral preperitoneal surgery. This approach provides an enhanced visualization for navigating distorted anatomical planes and ensures robust abdominal wall reconstruction.

Keywords: Direct inguinal hernia, TAPP, TEP, overlapping mesh, elderly.

* Corresponding author.
E-mail address: tranqueson.ump@vnu.edu.vn

https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.5030

Phẫu thuật nội soi TAPP đặt lưới kép trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp kích thước lớn ở người bệnh cao tuổi có tiền sử mổ TEP bên đối diện: thông báo ca lâm sàng

Trần Quế Sơn[1,2,*], Mai Văn Vương[2], Nguyễn Chí Trung[2], Trần Thu Hương[3], Nông Ngọc Quang[2]

[1]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam.*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội Hà Nội – cơ sở Linh Đàm, 189 Linh Dương, Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 21 tháng 5 năm 2026
Chỉnh sửa ngày 24 tháng 7 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 02 tháng 11 năm 2026

Tóm tắt: Đặt vấn đề: Điều trị thoát vị bẹn lớn ở người bệnh rất lớn tuổi có tiền sử mổ TEP đối bên là thách thức lớn do xơ dính phức tạp tại khoang Retzius. Kết quả: Chúng tôi báo cáo ca bệnh nam 86 tuổi bị thoát vị bẹn trực tiếp trái lỗ lớn (>3cm), tiền sử mổ TEP do thoát vị bẹn phải cách 6 năm. Nội dung thoát vị là đại tràng, ruột non và mạc nối. Người bệnh được mổ nội soi TAPP, gỡ dính vùng sau xương mu và đặt 02 tấm lưới Polypropylene 10x15cm xếp chồng che phủ lỗ thoát vị, đặt dẫn lưu vùng mổ. Thời gian mổ 132 phút, giải phóng túi thoát vị an toàn và không tổn thương mạch máu. Sau mổ, người bệnh được kiểm soát tốt các bệnh nền (tăng huyết áp, đái tháo đường), không tụ dịch, tụ máu hay nhiễm trùng vùng mổ và xuất viện sau 7 ngày. Kết luận: TAPP kết hợp kỹ thuật lưới kép xếp chồng là giải khả thi cho các trường hợp thoát vị bẹn trực tiếp lớn lỗ lớn ở người bệnh cao tuổi có tiền sử mổ ngoài phúc mạc đối bên. Phương pháp này giúp phẫu thuật viên có góc nhìn trực quan để quan sát các vùng giải phẫu bị dính và bảo vệ thành bụng vững chắc cho người bệnh

Từ khóa: Thoát vị bẹn trực tiếp, TAPP, TEP, lưới kép, người cao tuổi.

1. Mở đầu

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý ngoại khoa phổ biến nhất ở nam giới, với tỷ lệ mắc tăng dần theo độ tuổi do quá trình lão hóa làm suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng vùng bẹn [1-4]. Đối với các người bệnh cao tuổi (trên 80 tuổi), việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tối ưu đòi hỏi sự cân nhắc toàn diện giữa lợi ích điều trị triệt để và giảm thiểu các rủi ro tai biến quanh phẫu thuật [1, 5-8]. Trong vài thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi tái tạo thành bẹn bằng tấm lưới nhân tạo đã chứng minh được ưu thế vượt trội so với phẫu thuật mở truyền thống (như phương pháp Lichtenstein) nhờ giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sớm và giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ [7, 9]. Hai kỹ thuật nội soi phổ biến nhất hiện nay là phẫu thuật hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP-*totally extraperitoneal*) và phẫu thuật qua ổ bụng vào khoang trước phúc mạc (*TAPP-Transabdominal Preperitoneal*) có tỷ lệ tái phát dao động từ 0% đến 16.7% [10, 11].

* Tác giả liên hệ.
Địa chỉ email: tranqueson.ump@vnu.edu.vn

https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.5030

Khi một người bệnh đã từng được phẫu thuật TEP bên đối diện, khoang ngoài phúc mạc – đặc biệt là khoang Retzius sau xương mu và khoang Bogros – thường bị xơ hóa và dính bám rất chặt do phản ứng viêm với tấm lưới và quá trình phẫu tích cũ. Sự xơ hóa này thường lan tỏa qua đường giữa sang cả bên đối diện. Nếu phẫu thuật viên tiếp tục lựa chọn kỹ thuật TEP cho lần mổ này, không gian bóc tách ngoài phúc mạc sẽ bị giới hạn nghiêm trọng. Khi tách các dải xơ dính vùng sau xương mu có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như rách bàng quang, tổn thương bó mạch vị dưới, tổn thương mạch máu bất thường gây chảy máu khó kiểm soát trong và sau mổ. Bên cạnh đó, các khối thoát vị bẹn trực tiếp kích thước lớn (đường kính lỗ thoát vị > 3 cm) ở người già thường do sự hủy hoại gần như hoàn toàn của mạc ngang (transversalis fascia) [12-14]. Điều này khiến cho tấm lưới nhân tạo thông thường dễ bị đẩy phồng hoặc lọt sâu vào lỗ khuyết cân cơ dưới áp lực ổ bụng, dẫn đến tỷ lệ tái phát cao nếu không được đặt và cố định đúng cách [15].

Bài báo này báo cáo một ca bệnh lâm sàng đặc biệt: người bệnh nam 86 tuổi, có lỗ thoát vị bẹn trực tiếp bên trái lớn trên 3 cm, trên nền tiền sử mổ TEP bên phải cách 6 năm. Ca bệnh được thực hiện thành công bằng phẫu thuật TAPP kết hợp giải pháp đặt lưới kép tại Bệnh viện Đại học Y Dược – Cơ sở Linh Đàm, qua đó thảo luận về các chiến lược xử trí bình diện dính và gia cố cơ học vùng thành bẹn suy yếu.

2. Trình bày ca bệnh

2.1. Tiền sử và Bệnh sử

Người bệnh nam, 86 tuổi, nhập viện vào lúc 10:39 ngày 20/04/2026 với lý do xuất hiện khối phồng vùng bẹn trái, kích thước tăng dần theo thời gian. Gần đây khối phồng gây cảm giác tức nặng, khó chịu rõ rệt khi đi lại hoặc làm việc nặng, và tự xẹp lại khi người bệnh nằm nghỉ ngơi. Người bệnh không có các triệu chứng của hội chứng tắc ruột như đau bụng quặn thắt, nôn mửa, hay bí trung đại tiện.

Tiền sử ngoại khoa: cách 6 năm, người bệnh đã được chẩn đoán thoát vị bẹn phải và được phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP).

Tiền sử nội khoa: người bệnh có tiền sử Tăng huyết áp và Đái tháo đường typ 2 diễn tiến hơn 10 năm nay, điều trị thuốc uống liều duy trì đều đặn hàng ngày tại y tế cơ sở. Ngoài ra, người bệnh còn có tiền sử phình đĩa đệm cột sống thắt lưng và bệnh Gout mạn tính.

2.2. Khám lâm sàng lúc vào viện

Người bệnh tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thể trạng trung bình (cao 172 cm; cân nặng 67 kg, BMI 22,6 kg/m^2). Da niêm mạc hồng hào, không phù, không xuất huyết dưới da. Các chỉ số sinh tồn ổn định: Huyết áp 137/80 mmHg, mạch 69 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút, nhiệt độ 36,7°C.

Khám vùng bẹn - bụng: thấy một khối phồng lớn, tròn, kích thước khoảng 8x6 cm, lan xuống sát gốc bìu, ấn không đau. Khối thoát vị có thể đẩy trở lại ổ bụng dễ dàng khi người bệnh nằm ngửa. Sau khi đẩy khối thoát vị lên, qua sàn bẹn trái ghi nhận một khuyết hổng lớn của thành sau ống bẹn, bờ cân cơ rõ, đường kính lỗ thoát vị ước tính trên lâm sàng > 3 cm. Nghiệm pháp chạm ngón xác định khối thoát vị đi ra từ hố bẹn trong. Vùng bẹn bên phải không tăng kích thước khi ho.

2.3. Cận lâm sàng

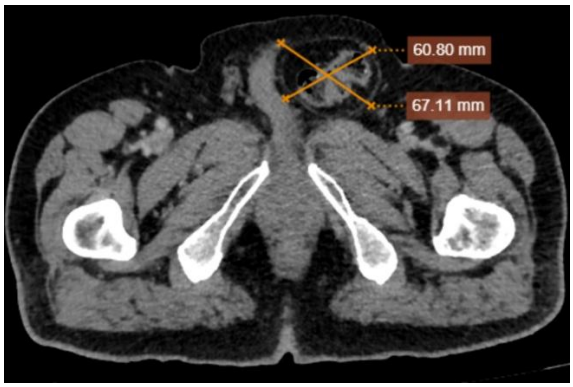
Các xét nghiệm máu ngoại vi, sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh được thực hiện đồng bộ vào ngày 20/04/2026 và 21/04/2026:

- Công thức máu: Bạch cầu 6,2 G/L (trung tính 58%), Hồng cầu 4,15 T/L, Hemoglobin 128 g/L, Tiểu cầu 210 G/L. Chức năng đông máu trong giới hạn bình thường (PT% 96%, INR 1,04).
- Sinh hóa máu: Glucose máu 7,8 mmol/L, HbA1c 6,9% (đường huyết được kiểm soát khá tốt). Chức năng gan thận ổn định (Ure 5,4 mmol/L, Creatinin 82 µmol/L, AST/ALT trong giới hạn bình thường). Đáng chú ý, các chỉ số điện giải đồ bình thường.
- Điện tâm đồ (ECG): Nhịp xoang đều, tần số 61 chu kỳ/phút, trục trung gian, các khoảng

ST-T và QT/QTc trong giới hạn bình thường, không có dấu hiệu thiếu máu cơ tim cấp.

- X-quang ngực thẳng: Lồng ngực cân đối, hình ảnh dày tổ chức kẽ rải rác hai phổi (phù hợp với biến đổi tuổi già), bóng tim không to.

- Chụp cắt lớp vi tính: Vùng bẹn trái ghi nhận hình ảnh mất liên tục của mạc ngang, lỗ khuyết rộng ~3.4 cm, có quai ruột non, đại tràng và mạc nối lớn di động chui qua lỗ thoát vị. Vùng bẹn phải thấy có cấu trúc mỡ kẹt dính ổn định, không có quai ruột thoát vị tái phát (Hình 1).

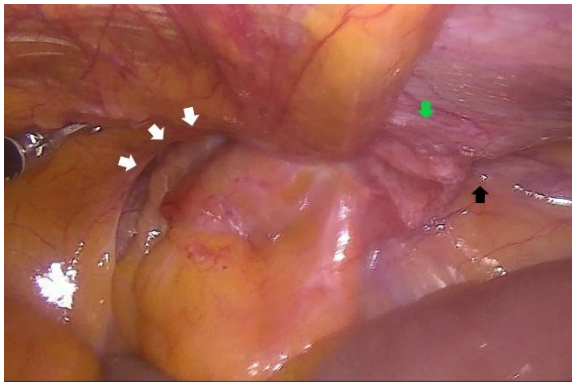


Hình 1. Hình ảnh thoát vị bẹn trên phim chụp cắt lớp vi tính. Túi thoát vị chứa các quai ruột non và mỡ mạc nối lớn, chui qua khuyết hổng thành bụng xuống ống bẹn.

Người bệnh được chẩn đoán xác định là thoát vị bẹn trái trực tiếp kích thước lớn; bệnh kèm theo là tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 ở người bệnh có tiền sử mổ thoát vị bẹn đối bên. Trước mổ, người bệnh được kiểm soát huyết áp và sử dụng insulin phối hợp thuốc uống để tối ưu đường huyết ổn định ở mức 6,5-7,2 mmol/L.

2.4. Tiến trình phẫu thuật

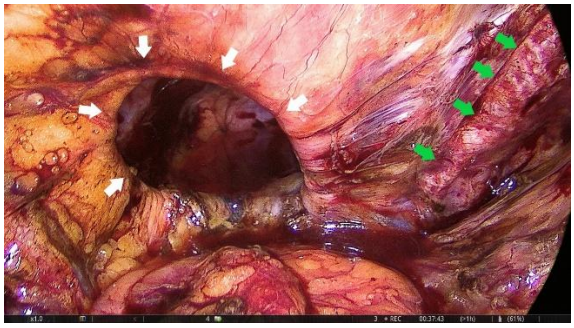
Sau 3 ngày chuẩn bị tiền phẫu, phẫu thuật được tiến hành vào lúc 09:32 ngày 23/04/2026. Người bệnh được vô cảm bằng phương pháp gây mê nội khí quản, nằm ngửa, đặt thông tiểu. Đặt 3 trocar (01 trocar 10 mm ở bờ trên rốn làm đường vào cho ống soi, và 02 trocar 5 mm ở hai bên đường vú ngang mức rốn. Khi đưa camera vào ổ bụng, quan sát thấy ổ bụng khô. *Vùng bẹn phải (bên mổ cũ)*: phúc mạc vùng hố bẹn dày, xơ hóa và dính chặt vào thành sau xương mu. Có một hố lõm nhẹ kích thước 1x1 cm, thành sau vững, không có dấu hiệu thoát vị ruột. Do đó, kíp mổ quyết định không can thiệp vào bên phải để tránh nguy cơ tổn thương các cấu trúc đã ổn định. *Vùng bẹn trái:* thấy một lỗ thoát vị trực tiếp lớn tại hố bẹn trong, kích thước vượt quá 3,5 cm. Nội dung bao thoát vị bao gồm một phần mạc nối lớn, một đoạn quai đại tràng xuống và các quai ruột non đang lọt xuống ống bẹn (Hình 2).



Hình 2. Hình ảnh nội soi ổ bụng với góc nhìn từ trên xuống, quan sát vùng bẹn hai bên. *Mũi tên trắng* chỉ vị trí lỗ thoát vị bẹn trực tiếp bên trái, nơi khuyết hổng thành bụng tạo điều kiện cho ruột và mạc nối chui vào, lỗ thoát vị có kích thước lớn (> 3cm); *Mũi tên xanh* chỉ vị trí gồ lên của tấm lưới nhân tạo (từ lần phẫu thuật TEP 6 năm trước); *Mũi tên đen* là vị trí lỗ bẹn sâu bên phải, cấu trúc giải phẫu tại đây vẫn được bảo tồn và ổn định sau lần mổ TEP cũ.

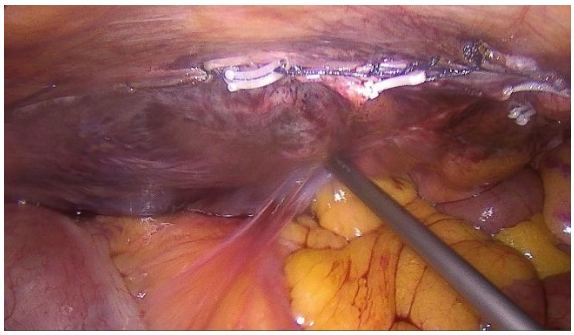
Rạch phúc mạc phẫu tích khoang trước phúc mạc: rạch phúc mạc phía trên lỗ bẹn sâu bên trái khoảng 3 cm, đường rạch kéo dài từ gai chậu trước trên đến nếp rốn trong. Khi bóc tách phúc mạc xuôi xuống dưới để tạo khoang trước phúc mạc (khoang Bogros và khoang Retzius), kíp mổ đối mặt với tình trạng dính nghiêm trọng tại vùng sau xương mu. Sự xơ hóa lan từ bên phải (vết mổ TEP cũ) sang đường giữa và xâm lấn vào không gian Retzius bên trái. Phúc mạc bám chặt như dính liền vào xương mu và mặt sau cơ thẳng bụng. Vùng sau xương mu rất dễ chảy máu do các mạch máu tăng sinh từ phản ứng viêm với lưới cũ; giải phóng túi thoát vị trực tiếp, đưa toàn bộ mạc nối lớn, đại tràng và ruột non trở lại ổ bụng. Thừng tinh và các mạch máu sinh dục được phẫu tích tách biệt hoàn toàn khỏi túi thoát

vị. Tiến hành bộc lộ rõ các mốc giải phẫu quan trọng: dây chằng Cooper, bó mạch vị dưới, và củ mu (Hình 3).



Hình 3. Đây là hình ảnh trong mổ, sau khi đã bóc tách lá phúc mạc, giải phóng tạng thoát vị, bộc lộ lỗ thoát vị và khoang trước phúc mạc đủ rộng để đặt lưới. *Mũi tên trắng*: lỗ thoát vị; *mũi tên xanh:* tấm lưới lần mổ trước.

Giải pháp gia cố thành bụng bằng kỹ thuật lưới kép (Overlapping Meshes): Do lỗ thoát vị trực tiếp quá lớn (>3,5 cm), mạc ngang tại vùng này đã bị tiêu hủy hoàn toàn; đặt 02 tấm lưới Polypropylene kích thước 10x15 cm. Tấm lưới thứ nhất được đặt áp sát vào thành sau, che phủ toàn bộ lỗ thoát vị, dây chằng Cooper và củ mu, khâu cố định lưới vào thành bụng bằng chỉ Prolen 3.0 để tránh di lệch. Tấm lưới thứ hai được đặt xếp chồng lên tấm thứ nhất (overlapping), để tạo ra một lớp bảo vệ kép có độ dày và độ cứng cơ học cao hơn.



Hình 4. Đóng kín lá phúc mạc bằng kỹ thuật khâu vắt. Việc đóng kín phúc mạc giúp tách biệt hoàn toàn hai tấm lưới nhân tạo ra khỏi khoang ổ bụng, ngăn ngừa các biến chứng muộn như dính ruột hoặc tắc ruột.

Dẫn lưu và đóng phúc mạc: Do diện bóc tách rộng và vùng sau xương mu có nguy cơ tụ dịch máu, kíp mổ đặt 01 ống dẫn lưu áp lực âm vào khoang trước phúc mạc, nằm sau hai tấm lưới. Sau đó, tiến hành khâu kín lại lớp phúc mạc bằng chỉ tiêu chậm Vicryl 3/0, đảm bảo hai tấm lưới hoàn toàn nằm ngoài ổ bụng, không tiếp xúc với ruột (Hình 4). Xả khí ổ bụng dưới sự quan sát trực tiếp và đóng các lỗ trocar.

Tổng thời gian mổ là 132 phút. Lượng máu mất không đáng kể (< 50 mL).

2.5. Diễn biến hậu phẫu và kết quả điều trị

- Ngày hậu phẫu thứ 1-2: Người bệnh tỉnh táo, đau nhẹ vết mổ (VAS 3/10), được hỗ trợ giảm đau bằng Paracetamol truyền tĩnh mạch. Đường huyết mao mạch dao động từ 6,8-8,1 mmol/L. Người bệnh có thể ngồi dậy và tập vận động nhẹ nhàng tại giường. Ống dẫn lưu trước phúc mạc ra khoảng 150 mL dịch hồng loãng trong 24 giờ đầu.
- Ngày hậu phẫu thứ 3-5: Người bệnh trung tiện vào ngày thứ 3, bắt đầu ăn cháo loãng và chuyển sang ăn cơm mềm, không có cảm giác buồn nôn hay đầy bụng. Vết mổ khô, không sưng nề, không có khối máu tụ vùng bẹn trái. Ống dẫn lưu giảm dần lượng dịch (< 50 mL/24 h, dịch vàng trong) và được rút bỏ vào ngày hậu phẫu thứ 4.
- Ngày hậu phẫu thứ 7, người bệnh được cho ra viện, không biến chứng với đơn thuốc ngoại trú.
- Khám sau 1 tháng: không thấy thoát vị; siêu âm thấy cấu trúc dạng nang trong có vách kích thước 38x37 mm.

3. Bàn luận

i) Về thách thức từ độ tuổi và bệnh lý nền của người bệnh:

Quản lý ngoại khoa đối với người bệnh thoát vị bẹn ở người cao tuổi (trên 80 tuổi) là một thử thách. Ở nhóm tuổi này, tỷ lệ các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, và bệnh phổi mạn tính là rất cao [1, 5, 6, 8]. Trong ca bệnh này, người bệnh 86 tuổi có tiền sử hơn 10 năm mắc cả tăng huyết áp và

đái tháo đường typ 2. Sự suy giảm chức năn các cơ quan tim mạch, hô hấp dưới tác động của quá trình gây mê nội khí quản và áp lực bơm khí CO_2 ổ bụng trong mổ nội soi đặt ra yêu cầu kiểm soát chu phẫu hết sức nghiêm ngặt. Việc phối hợp đa chuyên khoa gồm Ngoại khoa, Gây mê hồi sức, Nội tiết, Phục hồi chức năng là chìa khóa giúp ổn định đường huyết (HbA1c 6,9% trước mổ) và tối ưu hóa huyết áp, từ đó giảm thiểu tối đa các biến chứng tim mạch cấp tính và nhiễm trùng vết mổ sau can thiệp.

ii) Về lựa chọn phương pháp: vì sao không mổ mở Lichtenstein hay mổ nội soi TEP?

Đối với một khối thoát vị bẹn trực tiếp kích thước lớn ở người già cân cơ yếu, phương pháp mổ mở Lichtenstein kinh điển là một lựa chọn phổ biến nhờ kỹ thuật đơn giản và có thể thực hiện dưới gây tê vùng [1, 8, 16]. Tuy nhiên, mổ mở ở người bệnh 86 tuổi có lỗ thoát vị rộng >3,5 cm đối mặt với nguy cơ rất cao bị toác đường khâu cố định lưới vào cân cơ vốn đã bị thoái hóa xơ mỡ. Hơn nữa, đường rạch da lớn ở vùng bẹn trên người bệnh đái tháo đường làm tăng đáng kể nguy cơ nhiễm trùng lưới, tụ máu, và đau mạn tính sau mổ.

Ngược lại, tiếp cận nội soi mang lại nhiều lợi ích. Giữa hai kỹ thuật nội soi, TEP thường được ưu tiên cho các trường hợp thoát vị bẹn nguyên phát chưa mổ vì nó tránh hoàn toàn việc đi vào ổ bụng, giảm rủi ro tổn thương tạng ruột [1, 4, 12, 17]. Nhưng trong tình huống lâm sàng này, người bệnh có tiền sử mổ TEP bên bẹn phải cách 6 năm. Trong phẫu thuật TEP, phẫu thuật viên phải bóc tách diện rộng khoang ngoài phúc mạc vùng Retzius (sau xương mu) để đặt tấm lưới lớn che phủ. Quá trình lành vết thương sau đó, kết hợp với phản ứng viêm đối với tấm lưới nhân tạo, tạo ra dính, mất hẳn bình diện vô mạch tự nhiên. Sự dính này không dừng lại ở một bên mà thường lan qua đường giữa sang khoang Retzius đối bên. Do đó nếu thực hiện TEP, không gian để bơm khí tạo khoang ngoài phúc mạc chật hẹp đầy dải xơ dính, nơi các mốc giải phẫu quan trọng như củ mu, dây chằng Cooper bị che lấp. Điều này cực kỳ nguy hiểm vì vùng sau xương mu chứa hệ thống mạch máu phong phú, bao gồm các nhánh nối mạch máu bất thường. Thao tác thô bạo có thể dẫn đến các tai biến như rách bàng quang, chảy máu rất khó kiểm soát qua nội soi ngoài phúc mạc. Do đó, phẫu thuật TAPP là lựa chọn tối ưu. Đường vào qua ổ bụng của TAPP cho phẫu thuật viên một góc nhìn toàn cảnh, trực quan từ trên cao xuống [18]. Phẫu thuật viên có thể xác định rõ ràng vị trí lỗ thoát vị trực tiếp, đánh giá chính xác tình trạng dính ở mặt sau xương mu. Góc nhìn này cho phép thực hiện kỹ thuật bóc tách phúc mạc chủ động [3, 19-21]. Thực tế trong mổ đã chứng minh vùng sau xương mu của người bệnh cực kỳ dính và dễ chảy máu, nhưng nhờ góc nhìn TAPP, kíp mổ đã giải phóng thành công khoang đặt lưới mà không làm tổn thương bàng quang hay các mạch máu lớn.

3.3. Giải pháp kỹ thuật lưới kép (Overlapping Meshes) cho lỗ thoát vị lớn > 3 cm

Một trong những điểm đặc biệt nhất của ca bệnh này là việc áp dụng kỹ thuật đặt 02 tấm lưới Polypropylene 10x15 cm xếp chồng lên nhau để gia cố thành sau ống bẹn. Ở các người bệnh rất lớn tuổi bị thoát vị bẹn trực tiếp kích thước lớn (> 3 cm), mạc ngang – cấu trúc chịu lực chính của thành sau ống bẹn – gần như đã hoàn toàn biến mất hoặc rách rộng [12, 22]. Khi áp lực ổ bụng tăng lên (khi ho, rặn đại tiện, hoặc thay đổi tư thế), tấm lưới đơn thuần nếu có độ cứng cơ học không đủ sẽ bị đẩy phồng lõm vào bên trong lỗ khuyết cân cơ. Sự di lệch và biến dạng này không chỉ gây ra cảm giác đau tức mạn tính do căng kéo các sợi thần kinh vùng bẹn, mà còn tạo điều kiện cho các quai ruột lọt trở lại vào bao thoát vị, dẫn đến thất bại phẫu thuật và tái phát sớm. Để khắc phục nhược điểm này, một số tác giả trên thế giới gợi ý kỹ thuật khâu lộn túi thoát vị hoặc khâu thu hẹp bớt lỗ thoát vị trực tiếp vào dây chằng Cooper trước khi đặt lưới [15, 19, 23-25]. Tuy nhiên, ở người bệnh 86 tuổi này, mô cân cơ xung quanh lỗ khuyết rất mủn nát, việc cố gắng khâu kéo sẽ làm rách thêm tổ chức và tăng nguy cơ tổn thương động mạch đùi hoặc bó mạch vị dưới. Bằng cách chồng hai lớp lưới polypropylene lên nhau, chúng tôi đã làm tăng độ dày và độ bền của màng chắn nhân tạo. Sự xếp chồng này làm phân tán đều áp lực cơ học từ ổ bụng tác động lên diện tích bề mặt lưới, ngăn

chặn tuyệt đối hiện tượng lưới bị đẩy lồi vào lỗ thoát vị. Việc cố định lưới vào dây chằng Cooper bằng chỉ không tiêu đảm bảo lưới không bị cuộn lại trong quá trình phúc mạc hóa.

3.4. Đặt dẫn lưu trước phúc mạc

Do diện bóc tách trong ca mổ này rất rộng, cộng với tình trạng tổn thương các vi mạch máu trong quá trình gỡ dính vùng sau xương mu, nguy cơ tụ dịch (seroma) hoặc tụ máu (hematoma) khoang trước phúc mạc sau mổ là rất cao [12, 15, 19, 23, 24, 26]. Đối với người cao tuổi có bệnh nền đái tháo đường, một khối tụ dịch lớn không chỉ gây đau mà còn là môi trường lý tưởng cho vi khuẩn phát triển, dẫn đến nhiễm trùng tấm lưới nhân tạo – một biến chứng ác mộng có thể buộc phải phẫu thuật lại để tháo bỏ lưới [17, 25, 26]. Việc chủ động đặt một ống dẫn lưu áp lực âm kín đặt trong khoang trước phúc mạc, nằm phía sau các tấm lưới, là một bước kỹ thuật cực kỳ quan trọng. Ống dẫn lưu này giúp liên tục hút sạch lượng dịch huyết thanh và máu rỉ rả trong những ngày đầu, giúp lớp phúc mạc và mạc ngang nhanh chóng áp dính vào bề mặt tấm lưới, đẩy nhanh quá trình xơ hóa lành thương. Kết quả lâm sàng cho thấy ống dẫn lưu hoạt động rất hiệu quả, dịch giảm nhanh và được rút an toàn vào ngày thứ 4, người bệnh tránh được hoàn toàn biến chứng tụ dịch vùng bẹn – một biến chứng vốn có tỷ lệ lên tới 10-15% trong các phẫu thuật thoát vị bẹn trực tiếp kích thước lớn ở người già. Người bệnh được xuất viện vào ngày thứ 7 với thể trạng phục hồi hoàn toàn, thành bụng vững chắc, chứng minh tính đúng đắn của chiến lược ngoại khoa toàn diện đã đề ra. Tuy nhiên, do hố thoát vị rộng nên sau khám một tháng, có cấu trúc dạng nang dịch ở vùng bẹn tương ứng với hố thoát vị.

Thông báo ca bệnh này còn tồn tại một số hạn chế về mặt khoa học, chủ yếu do thiết kế nghiên cứu là ca bệnh đơn lẻ nên mức độ bằng chứng thấp và thiếu tính so sánh với các kỹ thuật khác. Việc đánh giá thiếu hụt các dữ liệu theo dõi dài hạn về tỷ lệ tái phát và biến chứng muộn khiến giá trị thực tiễn của phương pháp trong tương lai chưa được khẳng định vững chắc. Bên cạnh đó, kết quả thành công phụ thuộc lớn vào kỹ năng chuyên sâu của phẫu thuật viên, gây khó khăn khi suy rộng thành quy trình chuẩn hóa. Cuối cùng, báo cáo chưa đề cập đến chất lượng sống và đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ, vốn là những yếu tố then chốt đối với nhóm người bệnh cao tuổi.

4. Kết luận

TAPP kết hợp kỹ thuật đặt lưới kép là một giải có tính khả thi đối với những trường hợp thoát vị bẹn trực tiếp kích thước lớn. Phương pháp này không chỉ giúp phẫu thuật viên có góc nhìn trực quan, thuận lợi hơn trong việc bóc tách và gỡ dính các cấu trúc giải phẫu bị biến đổi, mà còn gia cố thành bụng vững chắc cho người bệnh.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn đội ngũ nhân viên Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa và Gan mật, Bệnh viện Đại học Y Dược - Cơ sở Linh Đàm đã hỗ trợ thực hiện phẫu thuật và chăm sóc bệnh nhân. Đặc biệt, xin tri ân bệnh nhân đã tin tưởng lựa chọn và đồng hành cùng phương pháp điều trị này.

Thông tin hành chính

Sự chấp thuận của người bệnh: người bệnh và gia đình đã được giải thích và ký văn bản đồng thuận chấp thuận cho phẫu thuật, cũng như đồng ý cho phép sử dụng các thông tin lâm sàng, xét nghiệm, và hình ảnh học liên quan đến ca bệnh cho mục đích nghiên cứu khoa học và công bố bài báo lâm sàng, đảm bảo giữ bí mật hoàn toàn danh tính của người bệnh theo đúng tuyên bố Helsinki.

Xung đột lợi ích: các tác giả tuyên bố không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến việc thực hiện nghiên cứu và công bố ca bệnh này.

Nguồn kinh phí: ca bệnh này không nhận được bất kỳ nguồn tài trợ kinh tế đặc biệt nào từ các quỹ tài trợ bên ngoài hoặc các công ty dược phẩm/trang thiết bị y tế.

Tài liệu tham khảo

[1] S. Bowling, S. E. Badawy, E. Massri et al., Laparoscopic and Open Inguinal Hernia Repair: Patient Reported Outcomes in the Elderly from a Single Centre - A Prospective Cohort Study, Ann Med Surg (Lond), Vol. 22, 2017, pp. 12-15.

[2] Y. Kamada, K. Akashi, N. Kubota, A. Endo, Y. Ikeda, Learning Curve Analysis of Single-Incision Laparoscopic Totally Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (SILS-TEP) Among Multiple Surgeons: A Large-Scale CUSUM Evaluation, Asian J Endosc Surg, Vol. 19, No. 1, 2026, e70308.

[3] M. E. Nageeb, G. A. Nashed, A. A. A. Asal, K. M. Torfa, Plication of Fascia Transversalis in Comparison to No Plication to Reduce Seroma Formation Post Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Repair for Direct Inguinal Hernia : A Randomized Controlled Trial, Hernia, Vol. 30, No. 1, 2026.

[4] V. Tam, D. E. Rogers, A. A. Abbas et al., Robotic Inguinal Hernia Repair: A Large Health System's Experience With the First 300 Cases and Review of the Literature, J Surg Res, Vol. 235, 2019, pp. 98-104.

[5] Y. Arslan, F. Altintoprak, O. V. Ozkan, O. Yalkin, Y. Gunduz, Z. Kahyaoglu, Androgen Insensitivity Syndrome Diagnosed in an Elderly Patient During a Strangulated Inguinal Hernia Repair, Int J Surg Case Rep, Vol. 4, No. 12, 2013, pp. 1124-1126.

[6] S. Devkota, Y. Thapa, Inguinal Hernia Repair in an Elderly Patient with Moderate Aortic Stenosis Under Sole Epidural Anesthesia: A Case Report, Clin Case Rep, Vol. 11, No. 10, 2023, e8034.

[7] S. Xi, Z. Chen, Q. Lu et al., Comparison of Laparoscopic and Open Inguinal-Hernia Repair in Elderly Patients: The Experience of Two Comprehensive Medical Centers over 10 Years, Hernia, Vol. 28, No. 4, 2024, pp. 1195-1203.

[8] X. Zhu, Z. Liu, J. Shen, J. Liu, R. Tang, Comparison of Open and Laparoscopic Inguinal-Hernia Repair in Octogenarians, Asian J Surg, Vol. 46, No. 2, 2023, pp. 738-741.

[9] M. P. Harsha, S. N. Panda, S. Das, Is Laparoscopic Total Extraperitoneal Mesh Repair Gold Standard Approach to Inguinal Hernia? A Large Case Series with Operative Complications, Post-Operative Outcome and Recurrence Rate after Laparoscopic TEP Mesh Repair for Inguinal Hernias, J Minim Access Surg, 2026.

[10] S. Susmallian, O. Ponomarenko, I. Charuzi, Outcomes of Bilateral Inguinal Hernia Repair: A Dual-Mesh Laparoscopic TEP Technique, JSLS, Vol. 29, No. 4, 2025.

[11] Y. Ozel, Y. B. Kara, Comparison of Clinical Outcomes of Laparoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) and Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Techniques in Bilateral Inguinal Hernia Repair: A Retrospective Study, Cureus, Vol. 16, No. 9, 2024, e69134.

[12] F. Usmani, S. Wijerathne, S. Malik, C. Yeo, J. Rao, D. Lomanto, Effect of Direct Defect Closure During Laparoscopic Inguinal Hernia Repair (TEP/TAPP Plus Technique) on Post-Operative Outcomes, Hernia, Vol. 24, No. 1, 2020, pp. 167-171.

[13] L. Althawadi, N. E. F. Alshaer, A. Senjab, M. Hajjar, Laparoscopic Repair of a Large Incarcerated Intraparietal Inguinal Hernia Mimicking Acute Appendicitis: A Case Report, Cureus, Vol. 16, No. 5, 2024, e60448.

[14] K. Torii, M. Sato, Percutaneous Inguinal Canal Semi-Closure During Laparoscopic Repair for Large Indirect Inguinal Hernia, Surg Endosc, Vol. 39, No. 3, 2025, pp. 2037-2043.

[15] M. Lodha, S. P. Meena, Y. K. Parihar, M. Badkur, A. K. Puranik, P. V. Kompally, A Newer Method of Seroma Reduction by Fenestration of Pseudo-Sac During Laparoscopic Repair of Direct Inguinal Hernia: A Randomised, Controlled Pilot Study, J Minim Access Surg, Vol. 19, No. 1, 2023, pp. 69-73.

[16] Q. Ma, X. Liu, H. Yang, L. Gu, J. Chen, Utilization of Laparoscopic and Open Inguinal Hernia Repair at a Large Hernia Center in China: A Single-Center Observational Study, Surg Endosc, Vol. 37, No. 2, 2023, pp. 1140-1148.

[17] E. Clout, M. Thayaparan, C. Douglas, C. R. Berney, Long-Term Follow-Up of Endoscopic Totally Extraperitoneal Direct Inguinal Hernia Repair Using the Endoloop Technique, Surg Endosc, Vol. 33, No. 9, 2019, pp. 2967-2974.

[18] C. Andreou, S. Maksimovic, C. Riboni, L. Eisner, O. Y. Kudsi, U. A. Dietz, Laparoscopic TAPP to Treat Inguinal Hernia. Is the Robot Preferable? A Review and Cohort-Study on Anatomical Landmarks of Robotic-Assisted Transabdominal Preperitoneal Groin Hernia Repair (r-TAPP), Cir Esp (Engl Ed), Vol. 101 Suppl 1, 2023, pp. S3-S10.

[19] S. R. Lee, P. J. Park, Novel Transabdominal Preperitoneal Hernioplasty Technique for Recurrent Inguinal Hernia: Overlapping of Whole Posterior Wall with Newly Added Mesh and Pre-Existing Mesh by Closing Hernia Defect, J

Laparoendosc Adv Surg Tech A, Vol. 28, No. 12, 2018, pp. 1503-1509.

[20] D. Arunthavanathan, R. Liu, I. Inan, M. Oztoprak, M. F. Nielsen, Shorter Operative Times Following Robotic-Assisted Transabdominal Preperitoneal Inguinal Hernia Repair (TAPP) Compared to Laparoscopic TAPP: The Danish Inguinal Randomized Controlled Trial (DIRECT), Hernia, Vol. 29, No. 1, 2025, p. 227.

[21] M. Aboelsaoud, A. M. Elganash, H. M. Elghadban, M. A. Aziz, Primary Abandon of Hernia Sac (PAS) Versus Complete Dissection in Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Repair of Large Inguinal and Inguinoscrotal Hernia: A Prospective Randomized Pilot Study, Cureus, Vol. 17, No. 9, 2025, e91844.

[22] M. Krauss, M. H. Gutenbrunner, L. Kronung, E. Hanisch, A. Buia, Comparing Large Pore Lightweight Mesh Versus Small Pore Heavyweight Mesh in Open Mesh Plug Repair of Primary and Recurrent Unilateral Inguinal Hernia - A Questionnaire Study for a Retrospective Analysis of a Cohort of Elective Groin Hernia Patients Using Propensity Score Matching, Int J Surg, Vol. 75, 2020, pp. 93-98.

[23] O. Surgit, N. T. Cavusoglu, M. O. Kilic, Y. Unal, P. N. Kosar, D. Icen, Use of Fibrin Glue in Preventing Pseudorecurrence After Laparoscopic Total Extraperitoneal Repair of Large Indirect Inguinal Hernia, Ann Surg Treat Res, Vol. 91, No. 3, 2016, pp. 127-132.

[24] J. Li, W. Zhang, Closure of a Direct Inguinal Hernia Defect in Laparoscopic Repair with Barbed Suture: A Simple Method to Prevent Seroma Formation?, Surg Endosc, Vol. 32, No. 2, 2018, pp. 1082-1086.

[25] R. Pini, F. Mongelli, F. Proietti, ET AL., Suture and Fixation of the Transversalis Fascia During Robotic-Assisted Transabdominal Preperitoneal Hernia Repair to Prevent Seroma Formation After Direct Inguinal Hernia Repair, Surg Innov, Vol. 28, No. 3, 2021, pp. 284-289.

[26] V. P. Sah, B. K. Sah, N. Sah, B. Khanal, A. Kumar, R. K. Gupta, A Comparative Study on Effects of Defect Closure Versus Non-Closure in Laparoscopic Totally Extraperitoneal Repair of Direct Inguinal Hernia, Ann Med Surg (Lond), Vol. 86, No. 9, 2024, pp. 5034-5038.