

Nghiên cứu

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas ở bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên

Phan Đình Tuấn Dũng*, Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Anh Huy
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phan Đình Tuấn Dũng, pddtung@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài (Received): 16/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026
DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.11

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên theo thang điểm Carolinas.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện ở 34 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên và điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế trong khoảng thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2025. Sử dụng thang điểm Carolinas Comfort Scale (CCS) để đánh giá kết quả điều trị và mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $68,5 \pm 12,4$ tuổi (dao động 45 - 85 tuổi). Sau 1 tháng, tổng điểm Carolinas Comfort Scale (CCS) trung bình là $1,7 \pm 3,1$ điểm (0 - 9); trong đó điểm cảm giác lưới trung bình là $0,7 \pm 1,5$; điểm đau trung bình $0,9 \pm 2,2$ và điểm hạn chế vận động trung bình $0,2 \pm 0,8$. Sau 3 tháng, tổng điểm CCS giảm xuống $0,7 \pm 1,6$ điểm (0 - 8), với điểm cảm giác lưới $0,3 \pm 0,7$, điểm đau $0,4 \pm 1,1$ và điểm hạn chế vận động $0,1 \pm 0,6$. Tỷ lệ tái phát sau 1 tháng là 0% (0/34) và sau 3 tháng là 3,2% (1/34). Tỷ lệ biến chứng sau 3 tháng bao gồm: đau 5,9% (2/34), rối loạn cảm giác 5,9% (2/34), không ghi nhận nang thừng tinh, teo tinh hoàn, sa tinh hoàn hay tràn dịch màng tinh hoàn.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn hai bên cho kết quả khả quan với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, thể hiện qua sự giảm điểm CCS từ tháng 1 đến tháng 3. Tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp, không ghi nhận các biến chứng nặng. Phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn hai bên là phương pháp an toàn, hiệu quả và phù hợp trong điều trị bệnh lý này.

Từ khóa: thoát vị bẹn hai bên; phẫu thuật nội soi; TAPP; TEP; chất lượng cuộc sống; thang điểm Carolinas; lưới nhân tạo.

Evaluation of quality of life using the Carolinas comfort scale in patients undergoing laparoscopic repair for bilateral inguinal hernia

Phan Dinh Tuan Dung*, Nguyen Thanh Xuan, Pham Anh Huy
University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objectives: To evaluate the clinical outcomes, quality of life (QoL), and factors associated with postoperative QoL in patients undergoing laparoscopic repair for bilateral inguinal hernia using the Carolinas Comfort Scale (CCS).

Methods: A prospective descriptive study was conducted on 34 patients aged 16 years and older diagnosed with bilateral inguinal hernia who underwent laparoscopic artificial mesh repair at Hue University Hospital and Hue Central Hospital between June 2023 and December 2025. The Carolinas Comfort Scale (CCS) was utilized to assess the therapeutic outcomes and the impact of the surgical intervention on the patients' postoperative quality of life.

Results: The mean age of the cohort was 68.5 ± 12.4 years (range: 45 - 85 years). At 1-month post-surgery, the mean total CCS score was 1.7 ± 3.1 (range: 0 - 9); the mean sub-scores for mesh sensation, pain, and movement limitation were 0.7 ± 1.5 , 0.9 ± 2.2 , and 0.2 ± 0.8 , respectively. At 3 months, the mean total CCS score significantly decreased to 0.7 ± 1.6 (range: 0 - 8), with corresponding sub-scores dropping to 0.3 ± 0.7 for mesh sensation, 0.4 ± 1.1 for pain, and 0.1 ± 0.6 for movement limitation. The recurrence rate was 0%

(0/34) at 1 month and 3.2% (1/34) at 3 months. Postoperative complications recorded at 3 months included chronic pain (5.9%, 2/34) and sensory disturbance (5.9%, 2/34). No cases of spermatic cord cyst, testicular atrophy, testicular prolapse, or hydrocele were observed.

Conclusion: Laparoscopic repair of bilateral inguinal hernias yields highly favorable outcomes, with patients experiencing substantial improvements in quality of life postoperatively, as demonstrated by the significant reduction in CCS scores from month 1 to month 3. The complication and recurrence rates remained remarkably low, with no severe adverse events reported. Consequently, laparoscopic bilateral inguinal hernia repair represents a safe, effective, and appropriate therapeutic modality for this pathology.

Keywords: *Bilateral inguinal hernia; laparoscopic repair; TAPP; TEP; quality of life; Carolinas Comfort Scale; surgical mesh.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý ngoại khoa thường gặp nhất trên toàn thế giới, và phẫu thuật sửa chữa thoát vị bẹn hiện thuộc nhóm các phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất, với ước tính hơn 20 triệu ca mỗi năm [1,2]. Cùng với sự phổ biến của vật liệu lưới nhân tạo trong phẫu thuật đã góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát sau mổ. Tuy nhiên, theo quan điểm điều trị hiện nay, thành công của phẫu thuật không còn chỉ được đánh giá qua việc hạn chế tái phát, mà còn ở khả năng giảm biến chứng sau mổ và cải thiện những kết quả có ý nghĩa thực sự đối với người bệnh [1,2].

Đối với thoát vị bẹn hai bên, phẫu thuật nội soi có ưu điểm cho phép thăm dò và xử trí đồng thời cả hai bên vùng bẹn trong cùng một lần tiếp cận, do đó được xem là lựa chọn phù hợp khi có đủ điều kiện trang thiết bị và phẫu thuật viên có kinh nghiệm [1,2]. Hiện nay, hai kỹ thuật nội soi được áp dụng phổ biến nhất là TAPP (transabdominal preperitoneal) và TEP (totally extraperitoneal). Các dữ liệu hiện có cho thấy hai phương pháp này cho kết quả tương đối tương đương về biến chứng, đau mạn tính và tái phát; vì vậy, việc lựa chọn chủ yếu dựa vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và điều kiện thực hành tại từng trung tâm [1-3].

Trong những năm gần đây, đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị bẹn không còn chỉ dựa trên các chỉ số kinh điển như thời gian mổ, biến chứng hay tái phát, mà ngày càng chú trọng hơn đến chất lượng cuộc sống sau mổ, đặc biệt ở những bệnh nhân được đặt lưới nhân tạo. Trong số các công cụ đánh giá hiện có, Carolinas Comfort Scale (CCS) là thang đo chuyên biệt đã được xây dựng cho bệnh nhân phẫu thuật thoát vị có sử dụng lưới, tập trung vào ba khía cạnh chính gồm đau, cảm giác lưới và hạn chế vận động trong các hoạt động thường ngày [4,5]. Nghiên cứu ban đầu của Heniford và cộng sự cho thấy thang điểm Carolinas phản ánh chất lượng cuộc sống sau

mổ thoát vị tốt hơn các thang đo chung; hơn nữa, nghiên cứu tái thẩm định trên 3.788 bệnh nhân tiếp tục khẳng định tính giá trị, độ nhạy và khả năng ứng dụng rộng rãi của công cụ này trong đánh giá kết quả sau mổ [4,5].

Mặc dù thang đo đặc hiệu CCS đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới trong việc lượng giá các yếu tố này, việc ứng dụng một cách hệ thống công cụ này trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn hai bên tại môi trường thực hành lâm sàng ở Việt Nam vẫn là một lĩnh vực cần được khảo sát sâu rộng hơn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas ở bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên” nhằm thực hiện hai mục tiêu:

1. *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị, chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên theo thang điểm Carolinas.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện ở 34 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên và điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế trong khoảng thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2025.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi.
- Được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn hai bên dựa trên lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng.
- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn hai bên
- Phân độ ASA I, II hoặc III theo phân loại của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính đang tiến triển hoặc bệnh lý nội khoa nặng ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống.

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần, suy giảm nhận thức hoặc không có khả năng trả lời bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống (CCS).

- Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng chậu hoặc nhiễm trùng vùng bẹn – chậu chưa được kiểm soát.

- Bệnh nhân không thực hiện được đầy đủ các tư thế, hoạt động trong thang điểm Carolinas Comfort Scale.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tuân thủ theo dõi, thiếu dữ liệu trong quá trình nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu không đối chứng.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên. Cỡ mẫu: 34 bệnh nhân.

2.4.3. Phương pháp tiến hành: tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán xác định thoát vị bẹn hai bên cũng như đánh giá tình trạng toàn thân trước phẫu thuật. Sau đó, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi với đặt tấm lưới nhân tạo. Trong quá trình phẫu thuật, các thông tin về kỹ thuật mổ, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ và phương pháp cố định lưới được ghi nhận đầy đủ. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi diễn biến hậu phẫu, đánh giá mức độ đau, các biến chứng sớm và ghi nhận thời gian nằm viện. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng thang điểm Carolinas Comfort Scale tại các thời điểm sau mổ 1 tháng và 3 tháng nhằm phản ánh sự thay đổi theo thời gian sau phẫu thuật.

2.4.4. Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn hai bên bằng kỹ thuật TEP hoặc TAPP, có sử dụng tấm lưới nhân tạo. Việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật được quyết định dựa trên đặc điểm tổn thương và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong quá trình phẫu thuật, các thông tin sau được ghi nhận:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Kết quả (n = 34) |
|-------------------------------------|------------------|
| Đặc điểm chung | |
| Tuổi trung bình (năm) | 68,5 ± 12,4 |
| Giới tính (Nam/Nữ) | 32/2 |
| BMI trung bình (kg/m ²) | 23,7 ± 3,4 |

- Phương pháp phẫu thuật.

- Kích thước tấm lưới sử dụng.

- Thời gian phẫu thuật.

- Tai biến trong mổ.

- Phương pháp cố định lưới (nếu có).

2.4.5. Theo dõi và đánh giá sau mổ

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi diễn biến hậu phẫu trong thời gian nằm viện và tại các thời điểm tái khám sau mổ 1 tháng và 3 tháng.

2.5. Đánh giá chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống sau mổ được đánh giá bằng thang điểm Carolinas Comfort Scale (CCS) tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. CCS là công cụ chuyên biệt dành cho bệnh nhân phẫu thuật thoát vị có sử dụng lưới, tập trung vào ba phương diện chính:

- Cảm giác lưới

- Đau

- Giới hạn vận động

Các phương diện này được đánh giá trong nhiều hoạt động thường ngày khác nhau. Điểm CCS càng thấp biểu thị chất lượng cuộc sống sau mổ càng tốt.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế phê duyệt theo Giấy chấp thuận số H2024/593. Các đối tượng tham gia đều được giải thích đầy đủ và tự nguyện ký giấy cam kết đồng ý nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân và dữ liệu lâm sàng của người bệnh được mã hóa và bảo mật tuyệt đối cho mục đích khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2025, chúng tôi đã nghiên cứu 34 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

| Tính chất lao động | |
|--|---------------|
| - Lao động nhẹ | 8 (23,5%) |
| - Lao động nặng | 16 (47,1%) |
| - Mất sức lao động | 10 (29,4%) |
| Đặc điểm lâm sàng | |
| Lý do vào viện | |
| - Khối phồng vùng bẹn bìu một bên | 3 (8,8%) |
| - Khối phồng vùng bẹn bìu hai bên | 29 (85,3%) |
| - Khối phồng kèm đau tức vùng bẹn cùng bên | 2 (5,9%) |
| Tiền sử phẫu thuật vùng bụng | 8 (23,5%) |
| Bệnh lý gây tăng áp lực ổ bụng | 9 (26,5%) |
| Phân loại hình thái thoát vị | |
| - Thoát vị bẹn trực tiếp hai bên | 24 (70,6%) |
| - Thoát vị bẹn gián tiếp hai bên | 1 (2,9%) |
| - Thoát vị bẹn hỗn hợp | 9 (26,5%) |
| Đặc điểm siêu âm | |
| Số túi thoát vị ghi nhận kích thước | 63/68 (92,6%) |
| Đường kính cổ túi thoát vị trung bình (mm) | 14,8 ± 5,9 |
| Biên độ đường kính (Min - Max) | 4,5 - 50 |

Nghiên cứu gồm 34 bệnh nhân, với tuổi trung bình là 68,5 ± 12,4 năm. Nam giới chiếm ưu thế rõ rệt so với nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 16/1. BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,7 ± 3,4 kg/m². Về đặc điểm nghề nghiệp, nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,1%, tiếp theo là nhóm mất sức lao động 29,4% và lao động nhẹ 23,5%

Lý do vào viện chủ yếu là khối phồng vùng bẹn bìu hai bên, chiếm 85,3%, trong khi các biểu hiện khác ít gặp hơn. Tiền sử phẫu thuật vùng bụng và

bệnh lý làm tăng áp lực ổ bụng lần lượt ghi nhận ở 23,5% và 26,5% trường hợp. Về hình thái tổn thương, thoát vị bẹn trực tiếp cả hai bên chiếm ưu thế rõ rệt (70,6%), trong khi thể gián tiếp hai bên rất hiếm gặp (2,9%).

Trong số 68 bên thoát vị được khảo sát, có 63 trường hợp ghi nhận được hình ảnh của lỗ thoát vị trên siêu âm, chiếm 92,6%. Đường kính cổ túi thoát vị trung bình là 14,8 ± 5,9 mm, nhỏ nhất 4,5 mm và lớn nhất 50 mm.

3.2. Đánh giá phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm và kỹ thuật phẫu thuật

| Đặc điểm phẫu thuật | Kết quả |
|---|----------------|
| Phương pháp phẫu thuật, n (%) | |
| - TEP | 31 (91,2%) |
| - TAPP | 3 (8,8%) |
| Kích thước tấm lưới (n=68 vị trí), n (%) | |
| - 10 x 15 cm | 60 (88,2%) |
| - 7,5 x 15 cm | 8 (11,8%) |
| Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) | |
| - Ngắn nhất - Dài nhất | 45 - 120 |
| Tai biến trong mổ, n (%) | |
| - Thủng phúc mạc (ở nhóm TEP) | 2/31 (6,5%) |
| - Chuyển đổi phương pháp phẫu thuật | 0 (0%) |

Phương pháp được áp dụng chủ yếu là phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) với 31 trường hợp; phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc (TAPP) được thực hiện ở 3 trường hợp.

Tấm lưới có kích thước 10 x 15 cm được sử dụng nhiều nhất với 60/68 vị trí thoát vị ở 34 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 88,2%.

Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật

là $92,1 \pm 37$ phút. Trong đó thời gian ngắn nhất là 45 phút và dài nhất là 120 phút

Về tai biến trong phẫu thuật, có 2 trường hợp thủng phúc mạc trong số 31 trường hợp phẫu thuật TEP; tuy nhiên không có trường hợp nào phải chuyển đổi phương pháp phẫu thuật. Ngoài ra, chưa ghi nhận các tai biến nào khác trong phẫu thuật.

3.3. Đánh giá hậu phẫu

Bảng 3. Đánh giá đau sau phẫu thuật

| Mức độ đau sau phẫu thuật | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|----------|-----------|
| Đau nhẹ (VAS: 1 - 3 điểm) | 27 | 79,4 |
| Đau vừa (VAS: 4 - 6 điểm) | 5 | 14,7 |
| Đau dữ dội (VAS: 7 - 10 điểm) | 2 | 5,9 |
| Tổng | 34 | 100 |

Đa số bệnh nhân đau nhẹ sau phẫu thuật, chiếm 79,4%; đau vừa và đau dữ dội lần lượt chiếm 14,7% và 5,9%. Kết quả cho thấy mức độ đau sau mổ chủ yếu ở mức nhẹ.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,5 \pm 1,3$ ngày, ngắn nhất 1 ngày và dài nhất 7 ngày.

Bảng 4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

| Biến chứng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|----------|-----------|
| Tụ dịch vùng bẹn/bìu sau TEP | 3 | 8,8 |
| Tụ dịch vùng bẹn/bìu sau TAPP | 1 | 2,9 |
| Tổng biến chứng sớm | 4 | 11,8 |

Có 4/34 trường hợp xuất hiện biến chứng sớm sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 11,8%. Biến chứng chủ yếu là tụ dịch vùng bẹn/bìu, trong đó 3 trường hợp xảy ra sau TEP, chiếm 8,8%, và 1 trường hợp sau TAPP, chiếm 2,9%

3.4. Đánh giá theo dõi và tái khám

Bảng 5. Thời gian trở lại hoạt động bình thường

| Tái khám | 1 tháng | | 3 tháng | | Trung bình (ngày) |
|------------------------|----------|-----------|----------|-----------|-------------------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) | |
| Trở lại sinh hoạt | 27 | 79,4 | 33 | 97,1 | |
| Chưa trở lại sinh hoạt | 7 | 20,6 | 1 | 2,9 | $20,4 \pm 15,1$ |
| Tổng | 34 | 100 | 34 | 100 | |

Tỷ lệ bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường tăng từ 79,4% sau 1 tháng lên 97,1% sau 3 tháng. Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường trung bình là $20,4 \pm 15,1$ ngày.

Bảng 6. Một số biến chứng ghi nhận tại thời điểm tái khám

| Biến chứng sau phẫu thuật | 1 tháng | | 3 tháng | |
|---------------------------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Đau | 5 | 14,7 | 2 | 5,9 |
| Rối loạn cảm giác | 3 | 8,8 | 2 | 5,9 |
| Nang thờng tinh | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tràn dịch màng tinh hoàn | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tại thời điểm tái khám sau 1 tháng, có 5/34 bệnh nhân còn đau, chiếm 14,7%; trong đó đau khu trú vùng bẹn gặp 2 trường hợp, đau vùng bẹn kèm bìu gặp 3 trường hợp, không ghi nhận trường hợp đau đơn thuần vùng bìu. Sau 3 tháng, số bệnh nhân còn đau giảm còn 2/34 trường hợp, chiếm 5,9%, cho thấy triệu chứng đau có xu hướng cải thiện theo thời gian theo dõi.

Đối với rối loạn cảm giác, sau 1 tháng ghi nhận 3/34 trường hợp, chiếm 8,8%, gồm 2 trường hợp rối loạn cảm giác vùng bẹn và 1 trường hợp vùng bẹn kèm bìu; không có trường hợp nào chỉ rối loạn cảm giác vùng bìu. Sau 3 tháng, tỷ lệ này giảm còn 2/34 trường hợp, chiếm 5,9%, trong đó mỗi vị trí bẹn và

bẹn + bìu ghi nhận 1 trường hợp. Kết quả này cho thấy các triệu chứng cơ năng sau mổ chủ yếu ở mức độ nhẹ và giảm dần trong quá trình theo dõi.

Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nang thừng tinh và tràn dịch màng tinh hoàn ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ.

Bảng 7. Tỷ lệ tái phát

| Tái phát | 1 tháng | | | 3 tháng | | |
|----------|---------|------|-------|----------|------|----------|
| | TEP | TAPP | Chung | TEP | TAPP | Chung |
| Có | 0 | 0 | 0 | 1 (3,2%) | 0 | 1 (2,9%) |
| Tổng | 31 | 3 | 34 | 31 | 3 | 34 |

Tại thời điểm tái khám sau 1 tháng, không ghi nhận trường hợp tái phát nào ở cả hai nhóm TEP và TAPP. Sau 3 tháng, ghi nhận 1 trường hợp tái phát ở nhóm TEP, chiếm 3,2% trong nhóm này và 2,9% trên

toàn bộ mẫu nghiên cứu; không ghi nhận trường hợp tái phát nào ở nhóm TAPP. Như vậy, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật trong thời gian theo dõi ngắn là thấp.

3.5. Đánh giá chất lượng cuộc sống

Bảng 8. Bảng đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật theo thang điểm Carolinas

| Tư thế | Phương diện đánh giá | 1 tháng | | 3 tháng | |
|------------------------|----------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | | n | % | n | % |
| Nằm | Cảm giác tấ m lướ i | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Đau | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Cúi | Cảm giác tấ m lướ i | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Đau | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Ngõ i | Cảm giác tấ m lướ i | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 |
| | Đau | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Sinh hoạt thông thường | Cảm giác tấ m lướ i | 6 | 17,6 | 2 | 5,9 |
| | Đau | 5 | 14,7 | 2 | 5,9 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 1 | 2,9 | 2 | 5,9 |
| Ho hoặc hít sâu | Cảm giác tấ m lướ i | 3 | 8,8 | 1 | 2,9 |
| | Đau | 2 | 5,9 | 1 | 2,9 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Đi bộ | Cảm giác tấ m lướ i | 5 | 14,7 | 2 | 5,9 |
| | Đau | 5 | 14,7 | 2 | 5,9 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 4 | 11,8 | 2 | 5,9 |
| Leo cầu thang | Cảm giác tấ m lướ i | 8 | 23,5 | 3 | 8,8 |
| | Đau | 7 | 20,6 | 2 | 5,9 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 4 | 11,8 | 1 | 2,9 |
| Chơi thể thao | Cảm giác tấ m lướ i | 8 | 23,5 | 4 | 11,8 |
| | Đau | 7 | 20,6 | 2 | 5,9 |
| | Giớ i hạn vận độn g | 4 | 11,8 | 2 | 5,9 |
| Tổng | | 34 | 100,0 | 34 | 100,0 |

Sự ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chủ yếu gặp ở các hoạt động gắng sức như đi bộ, leo cầu thang và chơi thể thao. Tại thời điểm 1 tháng sau mổ,

tỷ lệ có cảm giác lướ i dao độn g từ 14,7% đến 23,5%, cảm giác đau từ 14,7% đến 20,6% và giớ i hạn vận độn g là 11,8%. Sau 3 tháng, các tỷ lệ này đều giảm rõ

rệt, với cảm giác lười còn 2,9% - 8,8%, cảm giác đau còn 5,9% và giới hạn vận động còn 2,9% - 5,9%.

Chất lượng cuộc sống ít bị ảnh hưởng nhất ở các

hoạt động nhẹ như nằm, cúi và ngồi; chỉ ghi nhận 1 trường hợp có cảm giác lười và đau khi ngồi tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ, chiếm 2,9%.

Bảng 9. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau 1 tháng và 3 tháng

| Phương diện đánh giá | Trung bình điểm CCS | | p |
|----------------------|---------------------|-----------|---------|
| | 1 tháng | 3 tháng | |
| Cảm giác lười | 0,7 ± 1,5 | 0,3 ± 0,7 | < 0,001 |
| Đau | 0,9 ± 2,2 | 0,4 ± 1,1 | |
| Giới hạn vận động | 0,2 ± 0,8 | 0,1 ± 0,6 | |
| Tổng CCS | 1,7 ± 3,1 | 0,7 ± 1,6 | |

Điểm CCS trung bình của bệnh nhân giảm từ 1,7 ± 3,1 điểm ở thời điểm 1 tháng xuống còn 0,7 ± 1,6 điểm ở thời điểm 3 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001, cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt theo thời gian sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,5 ± 12,4, nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỷ lệ nam/nữ 16/1, và nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%). Kết quả này phù hợp với dịch tễ học hiện nay của thoát vị bẹn. Trong nghiên cứu trên 302.532 người trưởng thành tại Hoa Kỳ, Cowan và cộng sự cho thấy nguy cơ phải phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tăng rõ theo tuổi, cao hơn đáng kể ở nam giới và có liên quan với mức hoạt động thể lực mạnh cao hơn [6]. Hiện tượng này có thể được giải thích bởi sự suy yếu tiến triển của mạc ngang, thành sau ống bẹn và hệ thống nâng đỡ vùng bẹn theo thời gian. Khi tình trạng này kết hợp với các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng kéo dài như ho mạn tính, rối loạn tiểu tiện, táo bón hoặc lao động thể lực, nguy cơ hình thành thoát vị sẽ gia tăng, đặc biệt ở người cao tuổi [7]. Do đó, ưu thế của nam giới lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh đã được mô tả trong y văn.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi gần như tương đồng với một số báo cáo trong nước và quốc tế. Trần Quốc Hòa và cộng sự báo cáo tuổi trung bình 66,5 ± 14,18 ở 35 trường hợp thoát vị bẹn hai bên được điều trị nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [8]. Ungureanu và cộng sự nghiên cứu 83 bệnh nhân thoát vị bẹn hai bên có triệu chứng được phẫu thuật TEP, với tuổi trung bình 56,7 [9]. So với các số liệu này, nhóm bệnh nhân của chúng tôi có xu hướng lớn tuổi hơn.

BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,7 ± 3,4 kg/m², điều này chỉ ra rằng các đối tượng nghiên

cứu chủ yếu nằm trong khoảng BMI bình thường đến thừa cân nhẹ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, siêu âm và hình thái thoát vị

Khối phồng vùng bẹn bìu hai bên là lý do nhập viện chủ yếu, gặp ở 85,3% bệnh nhân. Trên hình thái tổn thương, thoát vị bẹn trực tiếp hai bên chiếm ưu thế với 70,6%, trong khi thể hỗn hợp chiếm 26,5%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của quần thể nghiên cứu có tuổi trung bình cao, trong đó sự suy yếu của mạc ngang và thành sau ống bẹn làm cho thể trực tiếp trở nên nổi bật hơn. Nhận định này cũng tương đồng với tổng quan của Öberg và cộng sự về cơ chế bệnh sinh thoát vị bẹn [7].

Siêu âm ghi nhận được hình ảnh lỗ thoát vị ở 63/68 vị trí, tương ứng 92,6%, với đường kính cổ túi thoát vị trung bình 14,8 ± 5,9 mm. Về mặt thực hành, đây vẫn là phương tiện có giá trị trong đánh giá trước mổ, nhất là khi cần xác định vị trí tổn thương và ước lượng kích thước lỗ thoát vị. Tuy vậy, siêu âm không phản ánh đầy đủ tổn thương trong mọi trường hợp; độ chính xác của khảo sát phụ thuộc đáng kể vào kinh nghiệm người làm và mức độ bộc lộ của túi thoát vị tại thời điểm thăm khám. Kết quả của chúng tôi nhìn chung phù hợp với báo cáo của Lee và cộng sự, trong đó siêu âm cho độ chính xác cao trong chẩn đoán hiện diện và phân loại thoát vị bẹn [10].

4.3. Kỹ thuật phẫu thuật và đánh giá trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi được sử dụng để điều trị bệnh lý thoát vị bẹn hai bên ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Cách tiếp cận này phù hợp với các khuyến cáo quốc tế hiện hành, theo đó phẫu thuật nội soi được khuyến nghị cho thoát vị bẹn nguyên phát hai bên khi có đủ phương tiện và phẫu thuật viên có kinh nghiệm [2].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 92,1 ± 37 phút, nằm trong khoảng chấp nhận được đối với phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn hai bên. Một số báo cáo gần đây cho thấy thời gian mổ ở nhóm bệnh nhân này thường dao động khoảng 80–

110 phút, tùy thuộc đặc điểm bệnh học, kinh nghiệm phẫu thuật viên và tổ chức quy trình tại từng cơ sở [3,11]. Kết quả của chúng tôi vì vậy có thể được xem là phù hợp với y văn hiện có, đồng thời gợi ý rằng chiến lược phẫu thuật nội soi có tính khả thi tốt.

Về tai biến trong mổ, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp thủng phúc mạc đối với phẫu thuật TEP nhưng không có trường hợp nào phải chuyển đổi phương pháp. Đây là tai biến đã được mô tả rõ trong phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc, chủ yếu do rách phúc mạc làm mất không gian thao tác và gây tràn khí vào ổ phúc mạc [12]. Tuy nhiên, phần lớn trường hợp có thể được xử trí ngay trong mổ nếu được phát hiện sớm và không gian thao tác vẫn được duy trì [12]. Việc không phải chuyển đổi kỹ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tai biến này nhìn chung có thể kiểm soát một cách an toàn khi phẫu thuật được thực hiện bởi ê-kíp có kinh nghiệm.

4.4. Kết quả hậu phẫu sớm

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đau nhẹ sau mổ (79,4%), trong khi đau vừa và đau dữ dội chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả này phù hợp với xu hướng hiện nay, theo đó phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn giúp giảm đau sau mổ và giảm nguy cơ đau bẹn mạn tính ở các chỉ định phù hợp [1,13]. Ở nhóm người cao tuổi, các tổng quan và nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận cách tiếp cận nội soi có liên quan với hồi phục sớm hơn và mức độ đau sau mổ thấp hơn so với mổ mở, mà không làm tăng biến chứng chu phẫu [13,14].

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ của chúng tôi là $3,5 \pm 1,3$ ngày. Mặc dù tại một số trung tâm, phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi đã được triển khai dưới hình thức phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật 24 giờ, kể cả ở bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên được chọn lọc kỹ, kết quả của chúng tôi vẫn cho thấy diễn biến hậu phẫu nhìn chung thuận lợi [15]. Thời gian nằm viện dài hơn trong nghiên cứu này có thể liên quan đến tuổi tương đối cao của quần thể nghiên cứu và chiến lược theo dõi nội trú thận trọng hơn ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh đi kèm.

Biến chứng sớm sau mổ gặp ở 11,8% trường hợp, toàn bộ đều là tụ dịch vùng bẹn hoặc bìu. Đây là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn và có xu hướng liên quan với những trường hợp có lỗ thoát vị lớn, BMI cao và hình thái thoát vị trực tiếp [16].

4.5. Kết quả theo dõi sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường tăng từ 79,4% ở thời điểm 1 tháng lên 97,1% ở thời điểm 3 tháng; thời gian trở lại sinh hoạt trung bình là $20,4 \pm 15,1$ ngày. Diễn biến này cho thấy hồi phục chức năng sau mổ

nhìn chung thuận lợi.

Các triệu chứng cơ năng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng giảm rõ theo thời gian theo dõi. Tỷ lệ đau giảm từ 14,7% sau 1 tháng xuống 5,9% sau 3 tháng; rối loạn cảm giác cũng giảm từ 8,8% xuống 5,9%. Đồng thời, chúng tôi không ghi nhận nang thừa tinh hay tràn dịch màng tinh hoàn trong giai đoạn theo dõi. Mô hình này gợi ý rằng phần lớn khó chịu sau mổ là thoáng qua và có xu hướng cải thiện khi phản ứng viêm tại chỗ giảm dần. Đau vùng bẹn mạn tính sau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn là một yếu tố cần quan tâm sau sửa thoát vị. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây của Venara và cộng sự cho thấy phẫu thuật nội soi có tỷ lệ đau mạn tính thấp hơn so với Lichtenstein, trong khi nguy cơ tái phát không tăng [17].

Về tái phát, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào ở thời điểm 1 tháng và chỉ có 1 trường hợp tái phát sau 3 tháng, tương ứng 2,9% toàn bộ mẫu nghiên cứu. Kết quả này ủng hộ tính khả thi và hiệu quả kỹ thuật trong ngắn hạn, nhưng vẫn cần được diễn giải thận trọng vì tái phát thoát vị bẹn cần thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác.

4.6. Chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas

Một điểm mạnh của nghiên cứu là sử dụng Carolinas Comfort Scale (CCS) để đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ. Các nghiên cứu xác thực gần đây tiếp tục khẳng định CCS là một công cụ chuyên biệt, tin cậy và hợp lệ cho bệnh nhân thoát vị có đặt lưới [18,19]. Với cấu trúc tập trung vào cảm giác lưới, đau và hạn chế vận động trong các hoạt động thường ngày, CCS có tính đặc hiệu cao đối với các khó chịu liên quan trực tiếp đến phẫu thuật đặt lưới [18,19].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng điểm CCS giảm từ $1,7 \pm 3,1$ ở thời điểm 1 tháng xuống còn $0,7 \pm 1,6$ ở thời điểm 3 tháng; cả ba thành phần cảm giác lưới, đau và giới hạn vận động đều giảm, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này cho thấy chất lượng cuộc sống cải thiện rõ rệt ngay trong giai đoạn theo dõi ngắn sau mổ. Tương tự, một nghiên cứu tiền cứu gần đây của Calderon và cộng sự về phẫu thuật nội soi đặt lưới ghi nhận điểm chất lượng cuộc sống cải thiện có ý nghĩa từ mốc 3 tháng sau mổ, trong khi thay đổi ở tháng đầu còn hạn chế hơn [20].

Khi phân tích theo từng hoạt động, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở các động tác gắng sức như đi bộ, leo cầu thang và chơi thể thao, trong khi các hoạt động nhẹ như nằm, cúi và ngồi ít bị ảnh hưởng hơn. Về mặt lâm sàng, điều này gợi ý rằng phần lớn khó chịu sau mổ trong nhóm bệnh nhân

này mang tính tạm thời và có xu hướng cải thiện dần theo quá trình hồi phục chức năng

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt lưới trong điều trị thoát vị bẹn hai bên cho thấy tính khả thi, an toàn và hiệu quả trong ngắn hạn. Phương pháp này đạt kết quả hậu phẫu sớm thuận lợi, tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp, đồng thời cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống theo thang điểm Carolinas trong 3 tháng đầu sau mổ. Những phát hiện này ủng hộ vai trò của phẫu thuật nội soi như một lựa chọn điều trị phù hợp cho thoát vị bẹn hai bên. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu đánh giá bước đầu với cỡ mẫu còn hạn chế, thời gian theo dõi ngắn, cần tiếp tục thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn để có được đánh giá toàn diện và chính xác hơn.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, Agresta F, Aufenacker T, Berrevoet F, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJSO Open*. 2023;7(5):zrad080.
2. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165.
3. Hidalgo NJ, Guillaumes S, Bachero I, Butori E, Espert JJ, Ginestà C, Vidal Ó, Momblán D. Bilateral inguinal hernia repair by laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) vs. laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP). *BMC Surg*. 2023;23(1):270.
4. Heniford BT, Walters AL, Lincourt AE, Novitsky YW, Hope WW, Kercher KW. Comparison of generic versus specific quality-of-life scales for mesh hernia repairs. *J Am Coll Surg*. 2008;206(4):638-44.
5. Heniford BT, Lincourt AE, Walters AL, Colavita PD, Belyansky I, Kercher KW, et al. Carolinas Comfort Scale as a measure of hernia repair quality of life: a reappraisal utilizing 3788 international patients. *Ann Surg*. 2018;267(1):171-6.
6. Cowan B, Kvale M, Yin J, Patel S, Jorgenson E, Mostaedi R, et al. Risk factors for inguinal hernia repair among US adults. *Hernia*. 2023;27(6):1507-14.
7. Öberg S, Andresen K, Rosenberg J. Etiology of inguinal hernias: a comprehensive review. *Front Surg*. 2017;4:52.
8. Tran Quoc Hoa, Dau Xuan Yen, Nguyen Ngoc Anh. Ket qua dieu tri thoat vi ben hai ben bang phau thuat noi soi tai Benh vien Dai hoc Y Ha Noi. *Tap Chi Y Hoc Viet Nam*. 2024;534(2):65-69.
9. Ungureanu CO, Gingham O, Stanculea F, Iosifescu R, Cristian D, Grigorean VT, et al. Surgical outcome in bilateral inguinal hernia repair: laparoscopic TEP approach. *Maedica (Bucur)*. 2023;18(4):598-606.

10. Lee RKL, Griffith JF, Ng WHA. High accuracy of ultrasound in diagnosing the presence and type of groin hernia. *J Clin Ultrasound*. 2015;43(9):538-47.
11. Sharma D, Yadav K, Hazrah P, Borgharia S, Lal R, Thomas S. Prospective randomized trial comparing laparoscopic transabdominal preperitoneal and totally extraperitoneal approach for bilateral inguinal hernias. *Int J Surg*. 2015;22:110-7.
12. Lau H, Patil NG, Yuen WK, Lee F. Management of peritoneal tear during endoscopic extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Surg Endosc*. 2002;16(10):1474-7.
13. Pang NQ, Ng CSY, Wong CJH. Laparoscopic versus open groin hernia repair in older adults: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2022;92(10):2457-63.
14. Ulutas ME, Yilmaz AH. Comparison of open and laparoscopic inguinal hernia repair in the elderly patients: a randomized controlled trial. *Hernia*. 2025;29:179.
15. Liu J, Zhang H, Qiao X, Wu M, Wang H, Ran K, et al. The feasibility and safety of laparoscopic inguinal hernia repair as a 24-h day surgery for patients aged 80 years and older: a retrospective cohort study. *Hernia*. 2023;27(6):1533-41.
16. Xie HY, Chen B, Shen J, Wang YP, Shen WC, Dai CS, et al. Risk factors and clinical impact of seroma formation following laparoscopic inguinal hernia repair: a retrospective study. *BMC Surg*. 2024;24:274.
17. Venara A, Hubner M, Le V, Hamza A, et al. Chronic inguinal pain post-hernioplasty: laparo-endoscopic surgery vs Lichtenstein. A systematic review and meta-analysis. *Hernia*. 2024.
18. Parseliunas A, Paskauskas S, Simatoniene V, Vaitekunas J, Venskutonis D. Adaptation and validation of the Carolinas Comfort Scale: a questionnaire-based cross-sectional study. *Hernia*. 2022;26(3):735-44.
19. Seabra MK, Cavazzola LT. Cross-cultural adaptation and validation of Carolinas Comfort Scale to Brazilian Portuguese for inguinal hernia. *Langenbecks Arch Surg*. 2024;409:253. doi:10.1007/s00423-024-03445-2
20. Calderon SJB, Lyra HF Jr, Onzi TR, Kremer G, de Miranda FF, de Oliveira Filho GR. Quality of life and post-operative pain following laparoscopic inguinal hernia repair with self-fixating mesh: a prospective observational study. *J Abdom Wall Surg*. 2025;4:15203.