

Nghiên cứu

Kết quả điều trị thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng trường quan sát - Rives-Stoppa (eTEP-RS)

Nguyễn Thành Phúc^{1,2*}, Phạm Minh Đức^{3,4}, Nguyễn Thanh Xuân^{3,4}

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

²Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

³Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

⁴Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng - Bệnh viện Trung ương Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thành Phúc; Email: ntphuc@huemed-univ.edu.vn,
nguyenthanhphuc@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 04/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026
DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.13

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa là một trong những biến chứng sau phẫu thuật vùng bụng, ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng trường quan sát - Rives-Stoppa (eTEP-RS).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu với 31 bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa được điều trị bằng phẫu thuật eTEP-RS từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2026 tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Thời gian theo dõi trung bình là 17,58 ± 11,01 tháng. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 65,84 ± 11,04 tuổi, nữ giới chiếm tỷ lệ 61,30%, 64,52% ASA II, nguyên nhân phẫu thuật trước đó do bệnh lý ung thư có tỷ lệ cao nhất chiếm 41,94%, khối phồng là lý do chính bệnh nhân vào viện, vị trí thoát vị phần lớn là M3 với tỷ lệ 70,97%. BMI trung bình 23,01 ± 3,34 kg/m². Chiều rộng lỗ thoát vị < 10 cm, diện tích tấm lưới nhân tạo là 299,03 ± 68,14 cm². Thời gian phẫu thuật trung bình là 176,13 ± 57,82 phút, diện tích lỗ thoát vị và số lượng trocar sử dụng có mối tương quan thuận đến với thời gian phẫu thuật. Điểm đau trung bình khi ra viện là 1,39±0,50 điểm, thời gian nằm viện trung bình là 3,26 ± 0,82 ngày. 100% trường hợp không đặt dẫn lưu. Có 2 trường hợp (6,45%) tụ dịch. Không có trường hợp nào tái phát.

Kết luận: Kỹ thuật eTEP-RS là một phương pháp hiệu quả trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa.

Từ khóa: eTEP-RS; thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa; thoát vị thành bụng.

Outcomes of Enhanced-View Totally Extraperitoneal Rives-Stoppa for midline incisional hernia repair

Nguyen Thanh Phuc^{1,2*}, Pham Minh Duc^{3,4}, Nguyen Thanh Xuan^{3,4}

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

²Department of Gastrointestinal Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, Vietnam

³Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Hue University, Vietnam

⁴Pediatric & Acute Abdominal Surgery, Hue Central Hospital, Vietnam

Abstract

Background: Midline incisional hernia is one of the complications that occur after abdominal surgery, affecting the quality of life of patients.

Objectives: To describe the clinical characteristics and assess the outcomes of the eTEP-RS approach for midline abdominal incisional hernias

Materials and methods: A prospective and retrospective study involving 31 patients with midline incisional hernia treated with eTEP-RS approach from March 2023 to March 2026 at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital.

Results: The mean follow-up period was 17.58 ± 11.01 months. The mean age of the group study was

65.84 ± 11.04 years, with females accounting for 61.30%, and 64.52% of patients classified as ASA II. The most common indication for prior surgery was malignancy (41.94%), and the primary reason for admission was the presence of a bulge. The most frequent hernia location was M3 (70.97%). The mean Body Mass Index (BMI) was 23.01 ± 3.34 kg/m². All hernia orifice widths were < 10 cm, and the mean mesh area was 299.03 ± 68.14 cm². The mean operative time was 176.13 ± 57.82 minutes, showing a positive correlation between the hernia orifice area and the number of trocars used. At discharge, the mean Visual Analog Scale (VAS) pain score was 1.39 ± 0.50. The mean length of hospital stay was 3.26 ± 0.82 days. No drainage was required in any cases. Postoperative complications included two cases of seroma, with no reported recurrences.

Conclusion: The eTEP-RS technique is an effective approach for repairing midline incisional hernias.

Keywords: eTEP-RS; midline incisional hernia; abdominal hernia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị vết mổ thành bụng là một trong những biến chứng sau phẫu thuật vùng bụng, với tỷ lệ mắc bệnh từ 10% cho đến 30% bệnh nhân sau phẫu thuật mở thành bụng. Ngày nay, khi chúng ta vẫn còn sử dụng các đường rạch da trên thành bụng để giải quyết các bệnh lý trong ổ bụng thì thoát vị vết mổ là vấn đề không thể tránh khỏi. Thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa là hay gặp nhất. Bệnh nhân thoát vị vết mổ thường có các triệu chứng như đau, có khối phồng tại vết mổ, các triệu chứng này là một trong những nguyên nhân làm giảm chất lượng sống bệnh nhân sau phẫu thuật. Việc điều trị thoát vị vết mổ thành bụng cũng đặt ra nhiều thách thức, do chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố liên quan đến bệnh: bệnh lý kèm theo (béo phì, đái tháo đường, hút thuốc lá), đặc điểm thoát vị (kích thước, vị trí, tái phát, nhiễm trùng trước đó) [1,2].

Kỹ thuật Rives-Stoppa (RS) được xem là tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật mở điều trị thoát vị thành bụng, với đặc điểm cơ bản đó là phục hồi đường trắng giữa và đặt tấm lưới nhân tạo nằm giữa cơ thẳng bụng và lá sau bao cơ thẳng bụng (sau cơ – trước cân) [3]. Theo xu thế phát triển của các kỹ thuật, phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng nhiều trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng. Phẫu thuật eTEP-RS (Enhanced-View Totally Extraperitoneal - Rives-Stoppa) kết hợp các nguyên tắc của kỹ thuật Rives-Stoppa với phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng trường quan sát (eTEP) nhằm cung cấp mặt phẳng để tái tạo thành bụng và tránh việc đặt tấm lưới nhân tạo tiếp xúc trực tiếp với các tạng trong ổ bụng [3].

Hiện nay phẫu thuật eTEP-RS đã được một số trung tâm phẫu thuật nội soi ở Việt Nam ứng dụng trong điều trị các bệnh lý về thoát vị vết mổ thành bụng. Để góp phần vào việc điều trị bệnh lý này nói chung cũng như bệnh lý thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng đường

giữa và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng trường quan sát - Rives-Stoppa (eTEP-RS).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 3 năm 2026 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và bệnh viện Trung ương Huế.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân có chiều rộng lỗ thoát vị là W1 và W2 (theo phân loại EHS [4]).

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trước mổ.

Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp eTEP-RS.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Bệnh nhân có loét da vùng thoát vị.

Bệnh nhân có tiền sử đặt tấm lưới nhân tạo ở khoang sau cơ thẳng bụng và trước lá sau bao cơ thẳng bụng (sau cơ - trước cân).

Bệnh nhân có các bệnh lý tăng áp lực ổ bụng chưa được điều trị ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu.

- Kỹ thuật

Cơ bản dựa trên các bước quy trình đã được Belyansky và cộng sự mô tả về kỹ thuật eTEP-RS [5].

+ Đặt các trocar, tạo khoang sau cơ thẳng bụng một bên, sau đó băng qua đường giữa (cross-over) để tạo khoang sau cơ thẳng bụng bên còn lại, tạo nên sự thông nối giữa 2 khoang (sau cơ thẳng bụng, trước phúc mạc và lá sau bao cơ thẳng bụng).

+ Phẫu tích giải phóng túi thoát vị, đẩy trả tạng thoát vị vào ổ phúc mạc.

+ Đo kích thước lỗ thoát vị.

+ Đóng lỗ thoát vị, khâu đóng lá sau bao cơ thẳng bụng và phúc mạc.

+ Đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene đảm bảo che phủ bờ lỗ thoát vị > 5 cm.

+ Không đặt dẫn lưu, đóng các lỗ trocar, mang băng bụng.

- Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân phẫu thuật trước đó, lý do vào viện, bệnh kèm, chỉ số BMI, phân loại ASA đánh giá tình trạng sức khỏe thể chất của bệnh nhân trước phẫu thuật. Lý do vào viện, vị trí thoát vị và chiều rộng lỗ thoát vị được xác định và phân loại theo EHS (European Hernia Society - Hiệp hội thoát vị châu Âu) [4]. Số lượng lỗ thoát vị.

Nghiên cứu các kết quả trong và sau phẫu thuật: bệnh lý phẫu thuật kèm theo, số lượng trocar sử dụng, diện tích lỗ thoát vị (cm²), diện tích tấm lưới nhân tạo (cm²), cố định tấm lưới, không cố định

tấm lưới, tổn thương thanh mạc, tổn thương mạch máu lớn, chuyển phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật (phút) và mối tương quan một số yếu tố nghiên cứu, thời gian nằm viện trung bình (ngày), điểm đau trung bình lúc ra viện (VAS ra viện (điểm)), nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch, thoát vị lỗ trocar, nhiễm trùng tấm lưới nhân tạo, thời gian theo dõi trung bình, tái phát.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của bệnh nhân. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Số H2024/049. Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, kết quả chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		N = 31	Tỷ lệ
Tuổi (năm)		65,84 ± 11,04 (38-89)	
Giới	Nam	12	38,70%
	Nữ	19	61,30%
BMI (kg/m ²)		23,01 ± 3,34 (16,80 - 30,47)	
ASA	I	11	35,48%
	II	20	64,52%
Nguyên nhân phẫu thuật trước đó	Ung thư	13	41,94%
	Mổ lấy thai/triệt sản	04	12,90%
	Tắc ruột/thủng ruột	08	25,81%
	Thoát vị thành bụng	02	06,45%
	Khác	04	12,90%

Nhóm bệnh nghiên cứu chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình là 65,84 ± 11,04 tuổi, có BMI trung bình là 23,01±3,34 kg/m², sức khỏe ổn định (ASA II 64,52%) và có tiền sử phẫu thuật trước đó chủ yếu do bệnh lý ung thư và cấp cứu ngoại tiêu hóa với tỷ lệ 67,74%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		N = 31	Tỷ lệ
Lý do vào viện	Đau	04	12,90%
	Khối phồng	14	45,16%
	Đau + khối phồng	13	41,94%
Vị trí thoát vị (EHS)	M1	01	3,23%
	M2	02	6,45%
	M3	22	70,97%
	M4	05	16,12%
	M5	01	3,23%

Chiều rộng lỗ thoát vị (EHS)	W1	15	48,4%
	W2	16	51,6%
Số lượng lỗ thoát vị	1	22	70,97%
	>1	09	29,03%

Chiếm đa số là thoát vị ở vùng rốn (M3) với tỷ lệ 70,97%, Lý do vào viện vì khối phồng hoặc khối phồng kèm đau là 87,10%. Chiều rộng lỗ thoát vị theo phân loại EHS tương đương nhau ở cả 2 nhóm W1 và W2, lần lượt chiếm tỷ lệ 48,4% và 51,6%. Có 9 trường hợp có nhiều hơn 1 lỗ thoát vị.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật eTEP-RS

Bảng 3. Kết quả trong phẫu thuật

Đặc điểm		N = 31	Tỷ lệ
Bệnh lý phẫu thuật kèm theo	Phân tách cơ thẳng bụng (Diastasis recti)	01	3,23%
	Thoát vị bẹn	03	9,66%
	Tràn dịch màng tinh hoàn 2 bên	01	3,23%
	Không có	26	83,88%
Số lượng trocar sử dụng	3	10	32,26%
	4	18	58,06%
	5	03	9,68%
Diện tích lỗ thoát vị (cm ²)		22,16 ± 17,40 (3,14 - 78,50)	
Diện tích tấm lưới nhân tạo (cm ²)		299,03 ± 68,14 (144 - 450)	
Cố định tấm lưới		05	16,12%
Không cố định lưới		26	83,88%
Tổn thương thanh mạc		1	3,23%
Thời gian phẫu thuật (phút)		176,13 ± 57,82 (100 - 340)	

Có 5 trường hợp giải quyết kèm theo các bệnh lý ngoại khoa khác chiếm tỷ lệ 16,12%. Số lượng trocar sử dụng chủ yếu là 4 trocar chiếm tỷ lệ 58,06%. Phần lớn các trường hợp không cố định tấm lưới nhân tạo chiếm 83,88%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 176,13 ± 57,82 phút, có 01 trường hợp tổn thương thanh mạc. Không có trường hợp nào tổn thương mạch máu lớn, chuyển phương pháp phẫu thuật và đặt dẫn lưu.

Bảng 4. Mối tương quan một số yếu tố với thời gian phẫu thuật

Đặc điểm	Hệ số tương quan Spearman	p
Số lượng lỗ thoát vị	0,237	0,199
Diện tích lỗ thoát vị	0,467	0,008
Số lượng trocar sử dụng	0,407	0,023
BMI	0,060	0,748

Diện tích lỗ thoát vị và số lượng trocar sử dụng có mối tương quan thuận đến với thời gian phẫu thuật, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p < 0,05$). Số lượng lỗ thoát vị và BMI không ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật.

Bảng 5. Kết quả sau phẫu thuật điều trị

Đặc điểm	N=31	Tỷ lệ
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	3,26 ± 0,82 (2-5)	
VAS ra viện (điểm)	1,39 ± 0,50 (1-2)	
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	17,58 ± 11,01 (1-36)	
Tụ dịch	2	6,45%

Thời gian theo dõi trung bình là 17,58 ± 11,01 tháng, không có trường hợp nào tái phát. Có 02 trường hợp tụ dịch. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ, thoát vị lỗ trocar và nhiễm trùng tấm lưới nhân tạo.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi gồm có 31 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $65,84 \pm 11,04$ tuổi, nữ giới chiếm đa số chiếm tỷ lệ 61,30%. BMI trung bình nhóm bệnh nghiên cứu là $23,01 \pm 3,34$ kg/m², thuộc nhóm thừa cân theo phân loại của WHO [6]. Tương đương nghiên cứu về bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng (67% thoát vị đường giữa) của Vương Thừa Đức và cộng sự tuổi trung bình $62,3 \pm 14$ tuổi với 76,1% là nữ giới. BMI trung bình là $24,4 \pm 4,3$ kg/m² [7]. Phân loại ASA đánh giá tình trạng sức khỏe thể chất của bệnh nhân trước phẫu thuật: có 64,52% trường hợp ASA II và 35,48% trường hợp ASA I. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật các bệnh lý ung thư và cấp cứu ngoại tiêu hóa (tắc ruột/thủng ruột) chiếm tỷ lệ 67,7%, có 1 bệnh nhân tái phát, 1 bệnh nhân tái phát kèm thoát vị mới tại vết mổ, 4 bệnh nhân thoát vị sau mổ lấy thai/triệt sản đường giữa dưới rốn. Theo nghiên cứu của tác giả Vương Thừa Đức nguyên nhân phẫu thuật lần đầu cao nhất là bệnh lý viêm ruột thừa 34,1%, tiếp theo là bệnh lý phụ khoa 27,3% và bệnh lý ống tiêu hóa-đường mật là 26,1% [7]. Qua đó cho thấy tính đa dạng và phức tạp của bệnh nhân thoát vị vết mổ, tùy vào từng trường hợp cụ thể chúng ta lựa chọn cách tiếp cận phù hợp.

Khối phòng là lý do chính bệnh nhân lo lắng nhập viện. Chiếm đa số là thoát vị ở vùng rốn (M3) với tỷ lệ 70,97%. Thực ra có một số bệnh nhân có sự chồng lấn giữa các vùng thoát vị, chúng tôi dựa vào khuyến cáo của EHS để xếp nhóm theo thứ tự ưu tiên như sau: M1 -> M5 -> M3 -> M2 -> M4 nên có thể dẫn đến nhóm M3 có tỷ lệ cao nhất [4]. Tương tự nghiên cứu của tác giả Park và cộng sự thoát vị xảy ra nhiều nhất tại vị trí M3 [8]. Nghiên cứu Vương Thừa Đức chủ yếu thoát vị dưới rốn (M4) [7]. Chúng tôi thực hiện kỹ thuật eTEP-RS nên chiều rộng lỗ thoát vị trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có hai nhóm W1 và W2 theo phân loại của EHS, số lượng bệnh nhân hai nhóm tương đương nhau. Khác với nghiên cứu của Park thì nhóm W2 lại chiếm ưu thế [8]. Đa số bệnh nhân có 1 lỗ thoát vị chiếm tỷ lệ 70,97%, có 9 trường hợp nhiều hơn 1 lỗ thoát vị, do đó trước phẫu thuật chúng tôi thăm khám lâm sàng kết hợp chụp cắt lớp vi tính để tiên lượng cuộc phẫu thuật cũng như tránh bỏ sót các khiếm khuyết có thể có dọc theo vết mổ cũ.

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật eTEP-RS

Có 5 trường hợp có kèm theo các bệnh lý ngoại khoa khác chiếm tỷ lệ 16,12%: trong đó có 2 trường hợp thoát vị bẹn và 1 trường hợp phân tách cơ thẳng bụng chúng tôi thực hiện kỹ thuật eTEP-RS đồng thời giải quyết các bệnh lý trên, cho thấy sự linh hoạt của

phương pháp này có thể giải quyết đồng thời một số bệnh lý kèm theo trong cùng cuộc mổ; Nghiên cứu của tác giả Daes J. đã cho thấy eTEP an toàn khi điều trị bệnh nhân thoát vị bẹn [9]. Có 01 trường hợp kèm theo thoát vị bẹn tuy nhiên vị trí thoát vị vết mổ của bệnh nhân là M2, do đó để giảm thiểu tổn thương các cấu trúc thành bụng chúng tôi kết hợp phương pháp TEP để điều trị thoát vị bẹn cho bệnh nhân. Những trường hợp này không ghi nhận các tai biến, biến chứng sau phẫu thuật. Chúng tôi dựa trên các bước quy trình đã được Belyansky và cộng sự mô tả về kỹ thuật eTEP-RS [5] nên số lượng trocar chủ yếu chúng tôi sử dụng là 3 hoặc 4 trocar. Những trường hợp dính nhiều, nhiều lỗ thoát vị chúng tôi có thể sử dụng thêm trocar thứ 5 để hỗ trợ quan sát cũng như thao tác.

Diện tích lỗ thoát vị trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $22,16 \pm 17,40$ cm², chúng tôi sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene với nguyên tắc che phủ bờ lỗ thoát vị > 5 cm, diện tích trung bình tấm lưới nhân tạo là $299,03 \pm 68,14$ cm². Cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Anusitviwat Y và cộng sự với trung vị diện tích lưới là 169 (150, 240) cm². Có 5 trường hợp chúng tôi cố định tấm lưới nhân tạo bằng dụng cụ bấm ghim, đây là những trường hợp lỗ thoát vị gần mũi ức, khớp mu hoặc kết hợp điều trị thoát vị bẹn. Các trường hợp còn lại chúng tôi không cố định tấm lưới nhân tạo chiếm tỷ lệ 83,88%. Trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp phẫu thuật và tổn thương mạch máu lớn, chúng tôi có 01 trường hợp tổn thương thanh mạc ruột non trong lúc phẫu tích gỡ dính, được xử trí khâu lại bằng chỉ vicryl 3.0, hậu phẫu bệnh nhân ổn định. Chúng tôi không đặt dẫn lưu trong tất cả các trường hợp, theo Wilters S. và cộng sự sử dụng phương pháp eTEP-RS và eTEP-TAR điều trị 160 trường hợp thoát vị thành bụng trong đó nhóm thoát vị vết mổ (56 trường hợp) có 21 trường hợp được đặt dẫn lưu, kết quả cho thấy không có sự khác biệt đáng kể nào được quan sát thấy giữa bệnh nhân có và không có đặt dẫn lưu sau phẫu thuật thoát vị bằng kỹ thuật eTEP về thời gian nằm viện, các biến chứng sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ. Cũng theo tác giả này những bệnh nhân bị thoát vị không phức tạp và không cần thực hiện kỹ thuật TAR (cắt cơ ngang bụng), việc đặt dẫn lưu không ngăn ngừa hiệu quả các biến chứng tại vị trí phẫu thuật. Trên thực tế, bệnh nhân có đặt ống dẫn lưu cho thấy tỷ lệ biến chứng tại vị trí phẫu thuật cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không đặt ống dẫn lưu [10].

Thời gian phẫu thuật trung bình là $176,13 \pm 57,82$ phút, tương đương kết quả nghiên cứu của Sijwali và cộng sự, thời gian trung bình phẫu thuật eTEP-

RS (thoát vị nguyên phát và vết mổ) là $170,2 \pm 14,0$ phút [11]. Thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Anusitviwat Y và cộng sự với thời gian trung vị là 320 (275, 420) phút [12]. Đây là kỹ thuật có đường cong học tập dài, thường thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật nội soi chuyên sâu. Theo nghiên cứu của Taşdelen và cộng sự cho thấy thời gian phẫu thuật giảm đáng kể sau ca phẫu thuật thứ 10 và ca phẫu thuật thứ 41 [13]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu phản ánh sự chuyển đổi về kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên qua từng giai đoạn của đường cong học tập

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy thời gian phẫu thuật bằng phương pháp eTEP-RS có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với diện tích lỗ thoát vị. Kết quả này phù hợp thực tế lâm sàng, diện tích lỗ thoát vị càng lớn thì việc phẫu tích túi thoát vị, gỡ dính, tạo khoang để đảm bảo tấm lưới nhân tạo có độ che phủ an toàn, đóng các lỗ thoát vị, đóng phúc mạc và lá sau bao cơ thẳng bụng cần nhiều thời gian hơn do đó kéo dài thời gian phẫu thuật. Số lượng lỗ thoát vị thường được xem là yếu tố làm tăng độ phức tạp của cuộc mổ, tuy nhiên kết quả nghiên cứu lại cho thấy đây không phải là yếu tố tiên lượng độc lập cho thời gian phẫu thuật ($p < 0,05$), điều này có thể giải thích do khi thực hiện phẫu thuật nội soi, việc tiếp cận nhiều lỗ thoát vị trong cùng một vùng phẫu thuật không mất quá nhiều thời gian, thời gian có thể bị tiêu tốn ở những giai đoạn như tạo khoang hoặc bóc tách gỡ dính tạng thoát vị hoặc khâu phục hồi lá sau bao cơ thẳng bụng. Việc sử dụng nhiều trocar thường phản ánh một ca mổ khó, cần thêm dụng cụ hỗ trợ để bóc lộ phẫu trường, gỡ dính hoặc hỗ trợ khâu phục hồi thành bụng. Do đó, số lượng trocar tương quan thuận (có ý nghĩa thống kê) với thời gian mổ là hợp lý. Chỉ số BMI không ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật, có thể xem đây là ưu điểm của việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa.

Thời gian nằm viện trung bình là $3,26 \pm 0,82$ ngày. Điểm đau khi ra viện của bệnh nhân VAS trung bình là $1,39 \pm 0,50$ điểm. Đây là ưu điểm của phương pháp, bệnh nhân phục hồi sớm và ít đau sau phẫu thuật. Trong thời gian theo dõi trung bình $17,58 \pm 11,01$ tháng chưa phát hiện trường hợp nào tái phát. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ và thoát vị lỗ trocar. Có 2 trường hợp tụ dịch sau mổ không có triệu chứng, được phát hiện trên siêu âm, cả 2 trường hợp này chúng tôi chỉ theo dõi và điều trị nội khoa không cần can thiệp ngoại khoa, bệnh ổn định. Hiện nay đã có nhiều nghiên cứu cho thấy tính an toàn và hiệu quả tương tự khi sử dụng eTEP

để điều trị thoát vị vết mổ thành bụng [14]. Kết quả nghiên cứu của Sanna và cộng sự tỷ lệ tụ dịch 13,7%, trong đó có 4/27 trường hợp dẫn lưu có tụ dịch và 3/24 trường hợp không dẫn lưu có tụ dịch, đó đó dẫn lưu không phải là yếu tố chính giúp giảm biến chứng tụ dịch sau mổ, có thể do phẫu tích gỡ dính, bóc tách một diện tích mô lớn để giải phóng túi thoát vị và đặt lưới, không khâu đóng lỗ túi thoát vị hoặc có thể do tấm lưới nhân tạo kích thích mô xung quanh tiết dịch [15]. Theo tác giả Sijwali và cộng sự phẫu thuật eTEP-RS có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp (2,3% nhiễm trùng), thời gian nằm viện trung bình $1,8 \pm 0,6$ ngày, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi một phần do tác giả đánh giá kết quả chung cả thoát vị nguyên phát và vết mổ. Tuy nhiên cũng theo tác giả này thì tỷ lệ tái phát lại cao hơn nghiên cứu chúng tôi với tỷ lệ là 6,9%, còn tỷ lệ tụ dịch vết mổ lại tương đương nhau [11].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng trường quan sát - Rives-Stoppa (eTEP-RS) là phương pháp có thể được các phẫu thuật viên lựa chọn trong điều trị bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng đường giữa, cho kết quả tốt, ít biến chứng và giảm đau sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn. Diện tích lỗ thoát vị và số lượng trocar sử dụng trong phẫu thuật có ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật. Ngoài ra kỹ thuật này còn có thể sử dụng điều trị đồng thời các thoát vị thành bụng khác kèm theo.

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. Ahmed MW, Elshoura Y, Mohamedahmed A, Ramasamy S, Kakaniaris G, Muras Z, et al. Risk Factors for Wound Complications and Hernia Recurrence in Abdominal Wall Reconstruction: A Single-Institution Retrospective Study. *Cureus*. Epub ahead of print 23 July 2025.
2. Khanal B, Kumar A, Panta A, Chhetri SK, Regmi P, Sah VP, et al. Outcomes of abdominal wall reconstruction in complex ventral hernia patients: a single institution based prospective study. *Front Surg* 2025; 12: 1634748.
3. Andreuccetti J, Sartori A, Lauro E, Crepez L, Sanna S, Pignata G, et al. Extended totally extraperitoneal Rives–Stoppa (eTEP-RS) technique for ventral hernia: initial experience of The Wall Hernia Group and a surgical technique update. *Updates Surg* 2021; 73: 1955–1961.
4. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* 2009; 13: 407–414.
5. Belyansky I, Daes J, Radu VG, Balasubramanian R,

Reza Zahiri H, Weltz AS, et al. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. *Surg Endosc* 2018; 32: 1525–1532.

6. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet* 2004; 363: 157–163.

7. Đức VT, Liêm PH, Hiếu TM. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị vết mổ thành bụng bằng mảnh ghép. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* 2018; 22: 126–134.

8. Park IK, Yang SS, Park DJ. Implementing laparoscopic enhanced-view totally extraperitoneal technique for ventral hernias in Korea: Real world feasibility and surgical outcomes. *Journal of Minimal Access Surgery*. Epub ahead of print 2025. DOI: 10.4103/jmas.jmas_265_25.

9. Daes J. The enhanced view–totally extraperitoneal technique for repair of inguinal hernia. *Surg Endosc* 2012; 26: 1187–1189.

10. Wilters S, Alfarawan F, Fahrenkrog C, Bockhorn M, El-Sourani N. To drain or not to drain in minimal invasive ventral hernia surgery. *Langenbecks Arch Surg* 2025; 410: 97.

11. Sijwali K, Kala S, Jauhari RK. Comparative Study Between Extended-View Totally Extraperitoneal Rives–Stoppa Repair and Intraperitoneal Onlay Mesh Plus Repair for Ventral Abdominal Wall Hernias: A Randomized Controlled Trial. *Cureus*; 17: e92779.

12. Anusitviwat Y, Cheewatanakornkul S, Yolsuriyanwong K, Mahattanobon S, Laohawiriyakamol S, Wangkulangkul P. Comparison of Laparoscopic eTEP-RS/TAR and IPOM Techniques for Ventral Hernia Repair. *J Abdom Wall Surg* 2025; 4: 14176.

13. Taşdelen HA, Arslan B, Ertaş E, Karapolat B. The learning curve of laparoscopic enhanced-view totally extraperitoneal rives stoppa (eTEP-RS) for ventral hernia repair: A cumulative sum (CUSUM) analysis. *Hernia* 2025; 29: 302.

14. Chuah YHD, Lloyd A, Sahebally SM. IPOM versus eTEP as minimally invasive approaches for ventral/incisional hernias: a systematic review and meta-analysis. *Hernia* 2025; 29: 144.

15. Sanna A, Targa S, Mantovan B, De Luca M. The Enhanced-View Totally Extraperitoneal Repair for Ventral and Incisional Hernia: Midterm Results of an Evolving Technique. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2025; 35: 48–54.