

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG KỸ THUẬT LICHTENSTEIN VÀ NỘI SOI NGOÀI PHÚC MẠC

LÊ QUỐC PHONG, LÊ MẠNH HÀ

Bệnh viện Trung ương Huế

TRẦN VIỆT HÙNG - Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba - Đồng Hới

NGUYỄN QUANG BỘI - Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp trong khoa ngoại tiêu hóa, điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc (TEP) được ứng dụng khắp nơi trên thế giới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, gồm 198 bệnh nhân 219 thoát vị bẹn mổ bằng kỹ thuật Lichtenstein và TEP.

Kết quả: Lichtenstein: tuổi trung bình: 69 ± 11 , thoát vị nguyên phát 87,9%, thoát vị tái phát 12,1%, tụ máu vết mổ 2,1%, tụ dịch vết mổ 0,7%, nhiễm trùng vết mổ 0,7%, tỉ lệ tái phát 1,8%. TEP: tuổi trung bình 59 ± 19 , thoát vị nguyên phát 92,3%, thoát vị tái phát 7,7%, tụ máu vết mổ 3%, tụ dịch vết mổ 11%, nhiễm trùng vết mổ 0%, chuyển mổ hở 7,7%, tỉ lệ tái phát 1,4%.

Kết luận: Điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo polypropylene bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc là phẫu thuật có giá trị và hiệu quả, thời gian phẫu thuật ngắn, tỉ lệ các biến chứng và tái phát thấp.

Từ khóa: Thoát vị bẹn; Lichtenstein, nội soi ngoài phúc mạc

SUMMARY

Background: Inguinal hernia is a common disease in general surgery, it was treated by Lichtenstein tension-free hernioplasty and total extraperitoneal (TEP) procedure. It is also application in the worldwide.

Study objectives: The results of use polypropylene mesh by Lichtenstein and TEP for inguinal hernia.

Materials and method: Prospective study of 198 patients with 219 inguinal hernias hernioplasty by Lichtenstein and TEP from June 2009 to November 2012 in Hue Central Hospital.

Results: Lichtenstein: the mean age 69 ± 11 , primary hernia 87.9%, recurrence hernia 12.1%, hematoma 2.1%, seroma 0.7%, wound infection 0.7%, recurrence rate 1.8%. TEP: the mean age 59 ± 19 , primary hernia 92.3%, recurrent hernia 7.7%, hematoma 3%, seroma 11%, wound infection 0%, conversion 7.7%, recurrence rate 1.4%.

Conclusions: Lichtenstein tension-free hernioplasty and TEP for inguinal hernia are valuable and effective,

shorter surgical time, low complications post-operation and low recurrence rate.

Keywords: inguinal hernia; Lichtenstein, TEP

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp, được thực hiện trong phẫu thuật tiêu hóa, nhất là ở người già. Thoát vị bẹn xảy ra 11 trường hợp trên 10.000 dân tuổi từ 16-24 và 200 trường hợp trên 75 tuổi. Thoát vị bẹn chiếm 15% ở nam. Mỗi năm, phẫu thuật thoát vị bẹn ở Phần Lan 11.000, Hà Lan 33.000, Anh hơn 80.000, Mỹ hơn 800.000. Tại Pháp, phẫu thuật thoát vị bẹn mỗi năm là 100.000 trường hợp. Bất kỳ nỗ lực nào làm giảm được 1% tỉ lệ tái thì giảm được 1000 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát mỗi năm [4].

Thoát vị bẹn được điều trị bằng các kỹ thuật cổ điển sử dụng mô tự thân để khâu che lại điểm yếu của thành bụng như: Bassini, Shouldice, Mc Vay, Nyhus, Berliner... Tỉ lệ tái phát vẫn còn khá cao, ở Mỹ tỉ lệ tái phát là 10-20%, ở châu Âu là 10-30%, ở Đức là 14,7%, tại Thụy Điển và Đan mạch là 16%. Nghiên cứu nhiều trung tâm cho thấy tỉ lệ tái phát của phương pháp: Shouldice 6,1%, Bassini 8,6%, Mc Vay 11,2. Welsh và Alexander đã phẫu thuật 207.635 trường hợp thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Shouldice với tỉ lệ tái phát 1%. Ở Việt Nam phẫu thuật thoát vị bẹn, Bùi Đức Phú nhiều kỹ thuật tỉ lệ tái phát 19% [4]. Nguyễn Văn Liễu kỹ thuật Shouldice tỉ lệ tái phát 1,3% [2]. Ngô Việt Tuấn kỹ thuật Berliner, tỉ lệ tái phát là 3,8% [3].

Việc ứng dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường thành sau ống bẹn, đã được sử dụng rộng rãi bằng kỹ thuật hở và nội soi là "tiêu chuẩn vàng" điều trị thoát vị bẹn. Năm 1989, Lichtenstein và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật tạo hình không gây căng trên 1.000 trường hợp với biến chứng tối thiểu và không có tái phát sau 1-5 năm theo dõi. Năm 1992, nhóm của Lichtenstein đã tổng kết 3.019 trường hợp của năm trung tâm với tỉ lệ tái phát là 0,2%. Năm 1995, nhóm 72 phẫu thuật viên thực hiện theo kỹ thuật Lichtenstein với 16.000 trường hợp cho thấy tỉ lệ tái phát <0,5% và nhiễm trùng 0,6%. Nghiên cứu của Ramshaw và cộng sự 300 (TAPP) và 300 (TEP), tỉ lệ tái phát 2% (TAPP) và 0,3% (TEP). Kỹ thuật Lichtenstein được áp dụng phổ biến

nờ tính đơn giản, kinh tế và hiệu quả. Kỹ thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc, xâm nhập tối thiểu, thẩm mỹ, hồi phục nhanh, thời gian trở lại lao động sớm.

Việc sử dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc, những năm gần đây cho kết quả khả quan, phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm. Nhưng, vẫn còn mới mẻ ở Việt Nam và chưa có nhiều công trình nghiên cứu. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài “*Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc*” với mục đích:

- Nghiên cứu về đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn: tuổi, giới, vị trí, phân loại thoát vị.
- Kết quả ứng dụng tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 198 bệnh nhân thoát vị bẹn với 219 lần phẫu thuật tại khoa ngoại tiêu hoá và ngoại nhi cấp cứu bệnh viện trung ương Huế từ 6.2009 đến 11.2012.

Nhóm Lichtenstein 125 bệnh nhân với 141 thoát vị bẹn, nhóm TEP 73 bệnh nhân với 78 thoát vị bẹn và 6 phải chuyển mổ hở.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu lâm sàng, tiến cứu mô tả có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.
- Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn: tuổi, giới, vị trí, phân loại thoát vị bẹn.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị bẹn: khám lâm sàng trước mổ và kết hợp tổn thương đại thể lúc mổ, để xác định loại thoát vị bẹn gồm: trực tiếp, gián tiếp và phối hợp.

3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Tuổi ≥ 20 nhóm TEP và tuổi ≥ 40 nhóm Lichtenstein, thoát vị bẹn thường bao gồm: thoát vị bẹn phải, thoát vị bẹn trái, thoát vị bẹn hai bên, thoát vị bẹn tái phát.

4. Chỉ định.

- Thoát vị bẹn một bên hoặc hai bên không có biến chứng, thoát vị bẹn tái phát.
- Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị bẹn độ IIIA, IIIB và IV theo phân loại của Nyhus.

5. Phương pháp vô cảm.

- Nhóm Lichtenstein: gây tê tuỷ sống, gây mê nội khí quản.
- Nhóm TEP: gây mê nội khí quản.

6. Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo hở và nội soi.

- Kỹ thuật Lichtenstein: Đường rạch da song song với dây chằng bẹn, bộc lộ và xử lý túi thoát vị, phục hồi thành sau ống bẹn bằng đặt tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylene 5x10 cm khâu cân, cố định tấm lưới chỉ prolène 2.0, chỉ vicryl 2.0, khâu da chỉ Nylon 3.0 [5], [10].

- Kỹ thuật TEP: Đặt 3 trocarts dọc đường giữa dưới rốn: trocart 10mm ngay dưới rốn, bơm CO₂ áp lực 10-12mmHg và tạo khoang ngoài phúc mạc bằng đầu Optic. Sau đó đặt trocart 5mm thứ nhất ở vị trí trung điểm của rốn và xương mu, trocart 5mm thứ 2 ngay

trên xương mu. Phẫu tích bộc lộ khoang Retzius, khoang Bogros, dây chằng Cooper, động mạch thượng vị dưới, thừng tinh và túi thoát vị. Đối với túi thoát vị trực tiếp phẫu tích đẩy vào khoang phúc mạc, túi thoát vị gián tiếp phẫu tích ra khỏi thừng tinh và cố định lại. Đặt tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylene 7,5x15 cm che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, cố định tấm lưới vào dây chằng Cooper và thành bụng, xả khí CO₂ và khâu cân cơ chỉ vicryl 2.0 và may da chỉ Nylon 3.0 [6], [7], [8].

7. Kết quả sau phẫu thuật.

7.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật:

Ghi nhận những tai biến và biến chứng do gây mê và do phẫu thuật:

- Thương tổn mạch máu, thương tổn thần kinh, thương tổn ống dẫn tinh.
- Tụ dịch vết mổ, tụ máu vùng mổ, tụ máu vùng bẹn-biú, nhiễm trùng vết mổ, sưng vùng biú, viêm tinh hoàn, teo tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn.

7.2. Kết quả theo dõi lâu dài:

Phương pháp theo dõi:

- Bệnh nhân đến khám định kỳ theo hẹn và điện thoại mời bệnh nhân đến khám trực tiếp tại khoa phòng.
- Điện thoại trực tiếp liên lạc với bệnh nhân để thu thập thông tin.

8. Xử lý số liệu.

Theo phương pháp thống kê y học, Excel 2007 và SPSS 15.0 for Window.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi, giới và phân loại thoát vị bẹn

	Lichtenstein (N=125, n=141)	TEP (N=73, n=78)
Tuổi	69,4±11,5 (40-92)	59±19 (20-78)
Nam/Nữ	123/2	72/1
Thoát vị một bên	109 (87,2%)	68 (93,2%)
Thoát vị hai bên	16 (12,8%)	5 (6,8%)
Thoát vị nguyên phát	124 (87,9%)	72 (92,3%)
Thoát vị tái phát	17 (12,1%)	6 (7,7%)
Thoát vị gián tiếp	74 (52,5%)	37 (47,4%)
Thoát vị trực tiếp	40 (28,4%)	27 (34,6%)
Thoát vị phối hợp	27 (19,1%)	14 (18,0%)

Bảng 2: Đặc điểm gây mê

Đặc điểm gây mê	Lichtenstein (N=125, n=141)	TEP (N=73, n=78)
ASA		
I	91 (72,8%)	61 (83,6%)
II	32 (25,6%)	12 (16,4%)
III	2 (1,8%)	0 (0%)
Phương pháp vô cảm		
Nội khí quản	13 (10,4%)	73 (100%)
Tê tuỷ sống	112 (89,6%)	0 (0%)

Bảng 3: Biến chứng trong mổ

Biến chứng trong mổ	Lichtenstein (N=125, n=141)	TEP (N=73, n=78)
Chảy máu động mạch thượng vị dưới	1 (0,7%)	1 (1,3%)
Thủng phúc mạc	0	12 (15,4%)

Chuyển phương pháp Tổn thương ống dẫn tinh	0	6 (7,7%) 0 (0%)
--	---	--------------------

Bảng 4: Biểu chứng sau mổ

Biểu chứng sau mổ	Lichtenstein (N=125, n=141)	TEP (N=67, n=72)
Chảy máu vết mổ	1 (0,7%)	0 (0%)
Bí tiểu	8 (6,4%)	5 (6,9%)
Tụ dịch vùng mổ	1 (0,7%)	8 (11%)
Tụ máu vùng mổ	3 (2,1%)	3 (3%)
Tụ máu vùng bẹn-bìu	3 (2,1%)	2 (2,7%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (0,7%)	0 (0%)
Sưng vùng bìu	1 (0,7%)	1 (1,4%)
Tràn dịch màng tinh hoàn	1 (0,7%)	1 (1,4%)

Bảng 5: Thời gian mổ, nằm viện, và trở lại lao động

Thời gian	Lichtenstein (N=125, n=141)	TEP* (N=67, n=72)
Thời gian mổ (phút)	56±18,5 (30-120)	59,5±13 (45-135)
Thời gian nằm viện (ngày)	5,6±1,4 (3- 12)	5,3 ±1,6 (3-9)
Thời gian trở lại lao động (ngày)	22,5±6,7 (10-40)	15,4±6,6 (7-35)

Bảng 6: Kết quả sau 2 năm

Kết quả sau 2 năm	Lichtenstein (N=125, n=141)	TEP* (N=67, n=72)
Đau kéo dài	2 (1,6%)	1 (1,4%)
Tràn dịch màng tinh hoàn	1 (0,8%)	2 (2,7%)
Teo tinh hoàn	1 (0,8%)	0 (0%)
Tái phát	2 (1,8%)	1 (1,4%)

TEP*: có 6 trường hợp chuyển mổ hở, bị loại ra khỏi nhóm TEP theo dõi sau mổ.

N: số bệnh nhân, n: số thoát vị bẹn.

BÀN LUẬN

1. Về tuổi.

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật 219 trường hợp thoát vị bẹn, phẫu thuật bằng phương pháp đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene tại bệnh viện trung ương Huế, cho thấy: Nhóm Lichtenstein 125 bệnh nhân với 141 thoát vị bẹn tuổi trung bình 69±11 thấp nhất là 40 và lớn nhất là 92 tuổi. Nhóm TEP 73 bệnh nhân với 78 thoát vị bẹn tuổi trung bình 59±19 (20-78).

Theo Nguyễn Văn Liễu tuổi trung bình là 54,16±27,36, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 91 tuổi. Theo Ngô Viết Tuấn tuổi trung bình là 61,67±13,12, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 90 tuổi. Nhận thấy rằng: tuổi lớn nhất gần tương đương nhau, tuy nhiên tuổi trung bình nghiên cứu này cao hơn so với tác giả Nguyễn Văn Liễu và Ngô Viết Tuấn [2], [4].

Nghiên cứu của Gianetta E tuổi trung bình là 74, thấp nhất là 66, lớn nhất là 93. Nghiên cứu của Gokalp A tuổi trung bình nhóm Lichtenstein 45 (18-60), nhóm TEP 47 (18-59).

2. Vị trí, phân loại, phân độ thoát vị bẹn, kích thước tấm lưới.

Qua 198 bệnh nhân với 219 trường hợp thoát vị bẹn, chúng tôi đều dựa vào thăm khám lâm sàng, vị trí thoát vị. Nhóm Lichtenstein: thoát vị một bên 109 (87,2%) và thoát vị 2 bên 16 (12,8%). Nhóm TEP: thoát vị một bên 68 (93,2%) và thoát vị 2 bên 5 (6,8%).

Nghiên cứu của Amid P. K, Lichtenstein I. L với mẫu 5000 gồm: thoát vị 1 bên chiếm 73% và thoát vị 2 bên chiếm 27% [5].

Kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu trong khi mổ. Nhóm Lichtenstein: thoát vị bẹn gián tiếp 74 (52,5%), thoát vị bẹn trực tiếp 40 (28,4%), thoát vị bẹn thể phối hợp 27 (19,1%). Nhóm TEP: thoát vị bẹn gián tiếp 37 (47,4%), thoát vị bẹn trực tiếp 27 (34,6%), thoát vị bẹn thể phối hợp 14 (18,0%).

Bảng 1. Kết quả phân loại thoát vị bẹn của các tác giả

Tác giả	Thoát vị gián tiếp	Thoát vị trực tiếp	Thoát vị phối hợp
Nguyễn Văn Liễu [2]	72,22%	16,20%	11,58%
Amid P. K [5]	44%	43,1%	12,5%
Frey M. D [9]	47,4%	36,4%	16,1%
Sakorafas G. H [15]	55%	30%	15%
Chúng tôi (Lichtenstein)	52,5%	28,4%	19,1%
Chúng tôi (TEP)	47,4%	34,6%	18,0%

Nghiên cứu này, nhóm Lichtenstein chỉ định dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene cho các bệnh nhân tuổi ≥ 40, nhóm TEP được chỉ định bệnh nhân ≥ 20 tuổi, kết hợp đánh giá thương tổn phân độ theo Nyhus: IIIA, IIIB, IV. Chỉ định dùng tấm lưới nhân tạo trong những trường hợp có nguy cơ cao như: thoát vị tái phát, thoát vị lớn và phức tạp hoặc bệnh nhân có cấu trúc vùng bẹn bị suy yếu. Nhóm Lichtenstein, sử dụng tấm lưới polypropylene với kích thước 5x10 cm chiếm 100%. Nhóm nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc sử dụng tấm lưới polypropylene với kích thước 7,5x15 cm chiếm 100% của hãng BJBraun.

3. Kết quả sớm sau mổ.

Nghiên cứu này, tỉ lệ chuyển đổi từ mổ nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc sang mổ hở 7,7%. Lý do: chảy máu động mạch thượng vị dưới không cầm máu được, phúc mạc mỏng, khiếm khuyết rộng, dính nhiều không bóc tách được khoang ngoài phúc mạc. Nghiên cứu của Eker tỉ lệ chuyển mổ hở 6,6% [7]. Nghiên cứu của Brandt-Kerkhof A tỉ lệ chuyển mổ hở 6,1% [6]. So với hai tác giả này thì tỉ lệ chuyển mổ hở của chúng tôi cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi, biểu chứng sau mổ bằng kỹ thuật Lichtenstein: chảy máu vết mổ 0,7%, tụ dịch vùng mổ 0,7%, tụ máu vùng mổ 2,1%, tụ máu vùng bẹn-bìu 2,1%, nhiễm trùng vết mổ 0,7%, sưng vùng bìu 0,7%, tràn dịch màng tinh hoàn 0,7% và bằng kỹ thuật TEP: chảy máu vết mổ 0%, tụ dịch vùng mổ 11%, tụ máu vùng mổ 3%, tụ máu vùng bẹn-bìu 2,7%, nhiễm trùng vết mổ 0%, sưng vùng bìu 1,4%, tràn dịch màng tinh hoàn 1,4%.

Nghiên cứu của Eklund A và cộng sự, 706 Lichtenstein và 665 TEP, biểu chứng sau mổ. Nhóm Lichtenstein: tụ máu 1,4%. Nhóm TEP: tụ máu 1,5%.

Biến chứng sau 1 tuần. Nhóm Lichtenstein gồm: tụ máu 12,9%, tụ dịch 0,8%, nhiễm trùng nông/viêm bàng quang 0,7%. Nhóm TEP gồm: tụ máu 10,5%, tụ dịch 0,9%, nhiễm trùng nông/viêm bàng quang 1,4% [8].

Nghiên cứu của Neumayer L và cộng sự, biến chứng sau mổ. Nhóm Lichtenstein: tụ máu hoặc tụ dịch 23,6%, viêm tinh hoàn 1,1%, nhiễm trùng vết mổ 1,4%, đau thần kinh 3,6%. Nhóm TEP: nhiễm trùng đường tiểu 1%, tụ máu hoặc tụ dịch 16,4%, viêm tinh hoàn 1,4%, nhiễm trùng vết mổ 1%, đau thần kinh 4,2%.

Các nghiên cứu, hầu hết có các biến chứng thường gặp như: tụ dịch, tụ máu, viêm tinh hoàn, đau sau mổ, mỗi nghiên cứu có tỉ lệ khác nhau. Đối chiếu kết quả nghiên cứu của Neumayer L và Eklund A cho thấy, kết quả nghiên cứu này tương đối khả quan hơn, tỉ lệ các biến chứng sau mổ thấp [8].

Biến chứng do vô cảm: bí tiểu Lichtenstein 6,4%, TEP 6,9%. Nghiên cứu của Eklund A, nhóm Lichtenstein: bí tiểu 7,5% và nhóm TEP: bí tiểu 4,2% [8]. Nghiên cứu của Neumayer L, nhóm Lichtenstein: bí tiểu 2,2% và nhóm TEP: bí tiểu 2,8%. Chúng tôi dùng phương pháp chườm nóng hoặc xoa bóp vùng trên xương mu cho bệnh nhân tiểu khó và đặt sonde tiểu cho bệnh nhân bí tiểu. Để khắc phục tình trạng bí tiểu sau mổ, Finlay và cộng sự đã nêu lên được tầm quan trọng của việc vận động sớm ở những bệnh nhân hậu phẫu mổ thoát vị bẹn. Ông khẳng định, đây là biện pháp tốt nhất để tránh ứ đọng nước tiểu sau mổ.

6. Kết quả theo dõi sau 2 năm.

Nghiên cứu này, kết quả trong thời gian theo dõi sau 2 năm. Nhóm Lichtenstein: đau kéo dài sau mổ 1,6%, tràn dịch màng tinh hoàn 0,8%, teo tinh hoàn 0,8%, tái phát 1,8%. Nhóm TEP: đau kéo dài sau mổ 1,4%, tràn dịch màng tinh hoàn 2,7%, teo tinh hoàn 0%, tái phát 1,4%.

Nghiên cứu so sánh của Neumayer L và cộng sự, biến chứng lâu dài: nhóm Lichtenstein: viêm tinh hoàn hoặc có vấn đề về tinh hoàn 2,2%, nhiễm trùng 0,6%, đau thần kinh hoặc đau khác 14,3%, tỉ lệ tái phát 4,9%. Nhóm nội soi: viêm tinh hoàn hoặc có vấn đề về tinh hoàn 1,9%, nhiễm trùng 0,4%, đau thần kinh hoặc đau khác 9,8%, tỉ lệ tái phát 10,1%.

Các tác giả vẫn đề cập đến với tỉ lệ thấp như: tràn dịch màng tinh hoàn chiếm 0,7% và 1%. Teo tinh hoàn: mổ lần đầu hiếm gặp chiếm 0,1%, ở bệnh nhân mổ thoát vị tái phát lên đến 0,9%. Tác giả Bùi Đức Phú, tỉ lệ teo tinh hoàn là 3,8%. Tạ Xuân Sơn, tỉ lệ teo tinh hoàn là 4,94% [2], [3].

KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo polypropylene bằng kỹ thuật Lichtenstein và nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc là phẫu thuật có giá trị và hiệu quả, tương đối an toàn, đạt hiệu quả cao, thời gian phẫu thuật ngắn, tỉ lệ các biến chứng và tái phát thấp. Kỹ thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc, thẩm mỹ, hồi phục nhanh, thời gian trở lại lao động sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Thừa Đức (2003), "Nhận xét về kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn", *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, 174-180.
2. Nguyễn Văn Liễu (2006), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân ≥ 40 tuổi", *Y học thực hành*, 217-225.
3. Bùi Đức Phú (1998), "Đánh giá kết quả lâu dài các phương pháp phẫu thuật thoát vị bẹn tại Huế", *Tạp san nghiên cứu khoa học*, 41-28.
4. Ngô Việt Tuấn (2000), "Phẫu thuật Shouldice cải biên hai lớp trong điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi", *Luận án tiến sĩ y học*, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, 1-147.
5. Amid P. K, Lichtenstein I. L (1996), "Technique facilitating improved recovery following hernia repair", *Contemporary surgery*, Vol 49, N₀2, 62-66.
6. Brandt-Kerkhof A et al (2011), "Follow-up period of 13 years after endoscopic total extraperitoneal repair of inguinal hernia: a cohort study", *Surg Endosc*, 25, 1624-1629.
7. Eker H.H et al (2012), "Randomized clinical trial of total extraperitoneal inguinal hernioplasty vs Lichtenstein repair", *Arch Surg*, 147 (3), 256-260.
8. Eklund A, Rudberg C và cộng sự (2006), "Short-term results of a randomized clinical trial comparing Lichtenstein open repair with totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair", *British Journal of Surgery*, 93, 1060-1068.
9. Frey D. M et al (2007), "Randomized clinical trial of Lichtenstein's operation versus mesh plug for inguinal hernia repair", *British journal surgery*, 94, 36-41.
10. Ghazy H (2010), "Open inguinal hernioplasty by Lichtenstein technique for mesh fixation: sutures versus fibrin glue", *Egyptian journal of surgery*, Vol 29, N₀1, 23-28.