Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein trên người cao tuổi tại Bệnh viện E

RESULTS OF INGUINAL HERNIA TREATMENT WITH THE LICHTENSTEIN METHOD AMONG ELDERLY PEOPLE IN E HOSPITAL

Phạm Thái Hưng[1], Đỗ Trường Sơn[2], Lương Đức Anh[1]
Phạm Quang Khải[1], Tạ Thị Kim Hoa[1], Vũ Thị Mai Phương[1]
[1]Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
[2]Bệnh viện E

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein ở người cao tuổi tại bệnh viện E.*

Phương pháp: *Nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp trên 30 bệnh nhân có tuổi trên 60 bị thoát vị bẹn, được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện E, thời gian từ 06/2019-06/2020.*

Kết quả: *Đau thời kỳ hậu phẫu, đánh giá đau và giảm đau sau phẫu thuật rất quan trọng. Biến chứng sớm: tụ dịch vết mổ 3,3%, không tụ máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ 3,3%, sưng vùng bìu 6,7%.*

Từ khóa: *Thoát vị bẹn, người cao tuổi, kết quả điều trị, phương pháp Lichtenstein.*

ABSTRACT:

Objective: *To describe the clinical features and indications for insertion of synthetic mesh, and evaluate outcomes of the treatment by synthetic mesh using Lichtenstein method among elderly with inguinal herniation at the E hospital.*

Methods: *This study applied a clinical intervention on 30 inguinal hernias patients aged over 60 who underwent Lichtenstein operation with synthetic mesh at the Department of General Surgery, E hospital, from June 2019 to June 2020.*

Results: *Postoperative pain, assessment of postoperative pain and pain relief are critical. Early complications included wound hematoma 3.3%, incision hematoma, wound infection 3.3%, and scrotum swelling 6.7%.*

Keywords: *Inguinal hernia, the elderly, treatment outcomes, Lichtenstein method.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam, nhất là ở người cao tuổi. Có tới 200 trường hợp thoát vị bẹn trên 75 tuổi trong 10.000 dân. Mỗi năm, thế giới có khoảng 20 triệu trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn,

Ngày nhận bài: 10/5/2021
Ngày phản biện: 11/5/2021
Ngày chấp nhận đăng: 14/5/2021

tại Phần Lan là 11.000, tại Anh hơn 80.000, tại Mỹ hơn 800.000 [4], [5]. Các phẫu thuật kinh điển trong điều trị thoát vị bẹn, khâu phục hồi lại điểm yếu của thành bụng, bằng khâu kéo cân cơ chéo lại. Tuy nhiên với bệnh nhân cao tuổi, cấu trúc tại chỗ thường bị yếu, cơ bị lão hóa, nên các kỹ thuật này gặp khó khăn như đau nhiều, hậu phẫu kéo dài và chậm phục hồi sinh hoạt cá nhân. Mặt khác, với bệnh nhân cao tuổi, thường có các bệnh lý toàn thân kèm theo như tiểu đường, tâm phế mạn…, làm ảnh hưởng tới quá trình phục hồi của bệnh nhân.

Để giảm tỷ lệ tái phát, hạn chế những nhược điểm của các phương pháp phục hồi thành bụng bằng khâu trực tiếp, hiện nay có xu hướng sử dụng tấm lưới nhân tạo đặt vào vùng bẹn, che chắn và tăng cường sự vững chắc thành sau ống bẹn để điều trị thoát vị bẹn. Đây là phẫu thuật tái tạo thành bụng không căng nên đau ít và không làm thay đổi các cấu trúc tạo thành ống bẹn. Phẫu thuật phục hồi thành bụng bằng sử dụng đặt "tấm lưới nhân tạo", của Lichtenstein hiện nay được áp dụng ở nhiều cơ sở y tế, do kỹ thuật không quá phức tạp, không phải gây mê toàn thân, không làm tăng nguy cơ phẫu thuật. Tuy nhiên, tấm lưới nhân tạo như một dị vật ghép vào vùng bẹn, có nguy cơ nhiễm khuẩn và thải loại tấm lưới, chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn ở người cao tuổi tại bệnh viện E.

2. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein ở người cao tuổi tại bệnh viện E.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh trên 60 tuổi bị thoát vị bẹn, được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện E, thời gian từ tháng 06 năm 2019 đến tháng 06 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

(1) Tuổi từ 60 trở lên bị thoát vị bẹn nguyên phát hoặc tái phát; (2) Với phân độ Nyhus: loại IIIA, IIIB, IVA, IVB, IVD.

Tiêu chuẩn loại trừ

(1) Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu; (2) Không tuân thủ quy trình điều trị, tự điều trị thêm các phương pháp khác.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu, hồi cứu có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc trên bệnh nhân thoát vị bẹn.

Quy trình nghiên cứu:

Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein:

Bước 1: Bộc lộ và xử lý túi thoát vị

Rạch da song song với dây chằng bẹn. Mở cân cơ chéo bụng ngoài để vào vùng bẹn. Tách hai lá cân cơ chéo bụng ngoài, bộc lộ thừng tinh. Bộc lộ túi thoát vị, xử lý túi thoát vị: gián tiếp, và trực tiếp.

Bước 2: Đặt tấm lưới nhân tạo vào ống bẹn Kỹ thuật Lichtenstein

Đặt tấm lưới nhân tạo là thì chính, thành sau ống bẹn được che phủ bằng tấm lưới polypropylene, đặt dọc theo chiều ống bẹn từ trong ra ngoài, đầu trong phải phủ lên dây chằng bẹn và vượt quá củ mu, đầu ngoài được xẻ dọc thành 2 vạt, 2/3 trên và 1/3 dưới, điểm dừng tương ứng với lỗ bẹn sâu.

Các chỉ tiêu đánh giá kết quả

- Đặc điểm lâm sàng, siêu âm trước mổ

- Đánh giá kết quả trong và sau mổ (Kỹ thuật, tấm lưới nhân tạo; Các tai biến trong mổ: Chảy máu trong mổ; Thương tổn đám rối tĩnh mạch thừng tinh, ống dẫn tinh; Tổn thương các dây thần

kinh, Thương tổn các tạng do thao tác kỹ thuật…

- Đánh giá kết quả sau mổ: Đánh giá đau sau mổ dựa vào thước đo cảm giác đau và mô tả đau của bệnh nhân. Chia thành 3 mức độ đau không chịu nổi phải dùng thuốc giảm đau, đau mức độ vừa phải, không phải dùng thuốc giảm đau; đau ít hoặc không đau

- Đánh giá kết quả trước lúc xuất viện, chia thành 4 mức độ: Tốt, khá, trung bình, kém.

Xử lý, quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên các phần mềm nghiên cứu thống kê y học SPSS 20.0 for Windows. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Vấn đề đạo đức y học trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng khoa học thông qua, và cho phép thực hiện đề tài. Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của người bệnh và không chịu bất kỳ một sự ép buộc nào, được giải thích rõ ràng về ưu điểm và nhược điểm của phẫu thuật. Các thăm khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng đều tuân thủ qui định của Bệnh viện. Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của người bệnh là 74,15 ± 11,25, trong đó tuổi thấp nhất 60, tuổi cao nhất 86. Nhóm bệnh nhân 60 - 70 tuổi gặp 10 trường hợp, chiếm 33,3%; Nhóm bệnh nhân 70 - 79 tuổi với 16 trường hợp, chiếm 63.3%. Nhóm bệnh nhân > 80 tuổi có 4 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13,3%.

Lý do vào viện

Bệnh nhân vào viện với khối phồng vùng bẹn–bìu nhiều nhất chiếm tỷ lệ 60%. Tiếp theo là khối phồng vùng bẹn 1 bên (26,6%), khối phồng vùng bẹn hai bên (6,7%) và khối phồng vùng bẹn kèm đau (6,7%).

Tiền sử mắc bệnh và phẫu thuật

Bảng 1. Thời gian mắc bệnh và tiền sử phẫu thuật

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<6 tháng	3	10,0
6 tháng – 1 năm	10	33,3
1-2 năm	13	43,3
>2 năm	4	13,3
Tiền sử phẫu thuật		
Thoát vị bẹn tái phát	4	13,3
Mổ cắt ruột thừa Mac Burney	2	6.7
Mổ bụng đường trắng giữa	1	3,3
Bệnh toàn thân kèm theo		
Viêm phế quản mạn tính	1	3,3
Hen phế quản	1	3,3
Lao phổi cũ	1	3,3
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	3	10.0
U xơ tuyến tiền liệt	3	10,0
Táo bón	16	53,3
Tăng huyết áp	20	66,7
Tiểu đường	16	53,3
Béo phì	4	13,3
Xơ gan	2	6,7

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy, bệnh nhân mắc bệnh từ 1-2 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3%. Dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất 10,0%. Về tiền sử phẫu thuật: Thoát vị bẹn tái phát chiếm tỷ lệ cao nhất 13,3%. Về tiền sử bệnh lý: do hô hấp: viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, trường hợp chiếm 20%. Do u xơ tiền liệt tuyến, táo bón kinh niên có 16 trường hợp chiếm 53.3%.

Phân loại thoát vị bẹn

Loại thoát vị: Thoát vị bẹn tiên phát: 26; thoát

vị bẹn thứ phát: 04; thoát vị trực tiếp: 5; thoát vị gián tiếp: 23; thoát vị bẹn thể phối hợp 02.

Thoát vị bẹn loại III có 13 trường hợp 43.3%; thoát vị bẹn loại IV có 17 trường hợp 56.6%.

Kết quả trong và sau mổ

Thời gian phẫu thuật từ 30-100 phút. Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, dài nhất 100 phút, trung bình 56,8 ± 9,99 phút. Kích thước tấm lưới: 100% bệnh nhân sử dụng tấm lưới kích thước 5x10cm.

Đánh giá mức độ đau

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau trong ngày đầu tiên

Mức độ đau	Không đau- đau nhẹ		Đau vừa		Đau nhiều	
	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thoát vị 1 bên	7	23,3	17	56,7	4	13,3
Thoát vị 2 bên	0	0.0	2	6,7	0	0.0

Nhận xét: Bệnh nhân đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 56.7%, đau rất nhẹ và đau nhiều chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 23.3% và 13.3%.

Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân

Bảng 3. Phân bố thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân

Thời gian phục hồi	Thoát vị 1 bên		Thoát vị 2 bên	
	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
12 - 24 giờ	8	26,7	0	0,0
Sau 24 - 48 giờ	18	60,0	2	6,7
Sau 48 - 72 giờ	2	6,7	0	0,0

Nhận xét: TB:12,0 ± 4,9 14,0 ± 5,74 p> 0,05. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân 12-48 giờ, có bệnh nhân với tỷ lệ 86.7%; Thoát vị một bên thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân trung bình 12 ± 4,9 giờ.

Thời gian dùng giảm đau và biến chứng sau mổ

Bảng 4. Phân bố thời gian dùng giảm đau và biến chứng sau mổ

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không phải dùng giảm đau	4	13,3
1 ngày	22	73,3
2 ngày	3	10,0
3 ngày	1	3,3
Biến chứng vô cảm		
Bí tiểu	2	6,7
Biến chứng sau phẫu thuật	4	13,3
Tụ dịch vết mổ	1	3,3
Tụ máu vết mổ	0	0,0

Tụ máu bẹn - bìu	0	0,0
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,3
Sưng vùng bìu	2	6,7
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật		
1 -3 ngày	1	3,3
3-5 ngày	3	10,0
5-7 ngày	25	83,4
>7 ngày	1	3,3

Nhận xét: Thời gian dùng giảm đau 1 ngày, có 22 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 73.3%. Thời gian dùng giảm đau 3 ngày, có 1 bệnh nhân chiếm 0.33%. Thời gian nằm viện trung bình: 5,54 ± 1,40 P>0,05. Thời gian nằm viện 5 - 7 ngày chiếm với bệnh nhân tỷ lệ 83.4%.

Bảng 5. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Đánh giá	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	25	84,3
Khá	3	10,0
Trung bình	2	6,7
Kém	0	0,0
Tổng	30	100

Nhận xét: Tốt 25 trường hợp chiếm 84,3%. Không có trường hợp nào kết quả kém.

BÀN LUẬN

Mức độ đau

Đau thời kỳ hậu phẫu Theo dõi bệnh nhân, đánh giá đau và giảm đau sau phẫu thuật rất quan trọng. Việc đánh giá đau và điều trị giảm đau là rất cần thiết. Nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá đau dựa vào thước đo cảm giác đau và mô tả đau bằng lời của bệnh nhân (VAS). Tác giả Koninger, đã đánh giá mức độ đau, tác động của đau lên sức chịu đựng của cơ thể và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Khi mổ thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein: đau nhẹ và hơi khó chịu 24%, đau có cường độ trung bình 5%, đau dữ dội 3% [3]. Khi nghiên cứu so sánh giữa kỹ thuật Lichtenstein và những kỹ thuật kinh điển dùng mô tự thân như: Bassini, Shouldice, Mc Vay... hầu hết các tác giả đều nhận thấy rằng: điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein ít đau sau mổ, thời gian hồi phục ngắn và tỷ lệ tái phát thấp. Brygel: Đau sau mổ không có vấn đề gì lớn, kỹ thuật Lichtentein đem lại kết quả mong muốn cho thoát vị bẹn một bên, hai bên và tái phát. Fortelny, cố định tấm lưới bằng keo fibrin giảm đau cấp và mạn tính sau mổ. Đau do thương tổn thần kinh thường được mô tả như: cảm giác nóng, lan tỏa đến vùng đùi trên, bụng dưới, tinh hoàn, bìu, gốc dương vật hoặc môi lớn. Nguyên nhân của đau vùng bẹn mạn tính: - Lỗi kỹ thuật: đặt tấm lưới sai lệch vị trí, chèn ép dây thần kinh, viêm xương mu, thương tổn của thừng tinh, vị trí đính tấm lưới không phù hợp trong mổ nội soi hoặc khâu không đúng vị trí mổ hở và khâu phạm vào các thần kinh cảm giác [2]. Chấn thương dây thần kinh trong quá trình bóc tách, hình thành u thần kinh sau khi cắt ngang một phần hoặc hoàn toàn, và thần kinh bị thắt bởi chỉ khâu hoặc bị chèn ép do dính sau mổ.

Biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng sớm, tai biến trong mổ và biến chứng sau phẫu thuật: - Các tai biến trong mổ như:

tổn thương động mạch thượng vị dưới, tổn thương ống dẫn tinh, tổn thương bàng quang, tổn thương thần kinh, thương tổn tạng thoát vị do thao tác … chúng tôi chưa gặp. - Tuy nhiên, các biến chứng sau mổ như: tụ máu vết mổ, tụ dịch vết mổ 3.3%, nhiễm trùng vết mổ 3.3%, sưng vùng bìu 6.7%, biến chứng chung trường hợp chiếm 13.3%. Tụ máu thường do cầm máu không tốt trong quá trình phẫu thuật, tụ dịch thường gặp ở những bệnh nhân có túi thoát vị lớn, viêm dày, dính chặt vào thừng tinh, bóc tách cầm máu khó khăn. Thoát vị tái phát do thay đổi giải phẫu và dính nhiều. Tụ máu, tụ dịch thường làm phù nề vùng bẹn - bìu, yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng vết mổ. Nghiên cứu của Dasari, biến chứng: tụ dịch 1,1%, dày thừng tinh 1,1%. Nghiên cứu của Enyinnah, biến chứng: tụ máu bẹn - bìu 2,5%, nhiễm trùng vết mổ 2,5%. Biến chứng do vô cảm: bí tiểu và tiểu khó bệnh nhân chiếm 9,1%, 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 trình trạng bí tiểu sau mổ, tác giả Finlay và cộng sự 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.

Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm sau mổ

Thời gian trở lại sinh hoạt cá nhân Việc đánh giá thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm sau mổ khác nhau tùy từng tác giả. Nhưng, phần lớn khoảng thời gian này tính từ khi bệnh nhân được mổ xong, rời phòng mổ chuyển sang phòng hậu phẫu cho đến khi bệnh nhân tự đứng dậy được, tự đi tiểu, tự vệ sinh cá nhân mà không cần sự trợ giúp của người khác (thân nhân hoặc nhân viên y tế), xác định bằng cách hỏi bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phục hồi sinh hoạt trung bình của nhóm thoát vị bẹn một bên là 12,0± 4,9 giờ và hai bên là 14,0± 5,74 giờ. Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ 24- 48 giờ chiếm 66.7%. Nghiên cứu của Vương Thừa Đức, thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân sau mổ <12 giờ chiếm 26%, từ 12 giờ đến 24 giờ chiếm 73%, >24 giờ chiếm 0%, trung bình là 16,4 giờ [1].

Kết quả phẫu thuật

Nhiễm trùng vết mổ nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng kháng sinh trước mổ và kháng sinh sau mổ. Thời điểm trước mổ 30 phút, bệnh nhân được tiêm 1 gam kháng sinh Cephalosporine thế hệ III đường tĩnh mạch và mỗi ngày sau mổ tiêm 2 gam tĩnh mạch Cephalosporine thế hệ III. Từ đó hạn chế được các biến chứng nhiễm trùng sau mổ. Tiêu chuẩn để cho bệnh nhân xuất viện: - Tại chỗ: Vết mổ khô, không đau hoặc đau nhẹ, không có biến chứng. - Toàn thân: Bệnh nhân khỏe, tự sinh hoạt cá nhân, đi lại được. Đánh giá thời gian nằm viện sau mổ chỉ mang tính chất tương đối nếu xét về lĩnh vực chuyên môn. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện của bệnh nhân ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 12 ngày, trung bình là 5.54 ± 1,4 ngày. Những bệnh nhân nằm viện dài hơn 7 ngày là có biến chứng sau mổ như: tụ máu vùng mổ, tụ dịch vùng mổ, vết mổ sưng nề… chúng tôi phải điều trị nội khoa khi bệnh nhân ổn định, mới cho xuất viện. Nghiên cứu của Lê Quốc Phong, đặt tấm lưới nhân tạo kỹ thuật Lichtenstein, thời gian nằm viện của bệnh nhân ngắn nhất là ngày, dài nhất là ngày, trung bình là ngày. Những bệnh nhân phải nằm viện dài đến 3 ngày chiếm 76%. Những bệnh nhân nằm viện dài hơn 3 ngày do có biến chứng: tụ máu, tụ dịch. Căn cứ vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng thời gian nằm viện của kỹ thuật Lichtenstein sử dụng tấm lưới nhân tạo có thời gian nằm viện ngắn hơn kỹ thuật sử dụng mô tự thân Shouldice. Nghiên cứu của Frey, 297 bệnh nhân với 355 thoát vị bẹn thoát vị bẹn nguyên phát và tái phát được

phẫu thuật theo phương pháp Lichtenstein, thời gian nằm viện <24giờ 4,2%, 1 ngày 17,2%, 2 ngày 41,7%, 3 ngày 37%. thời gian nằm viện chỉ kéo dài trong vòng 2 đến 3 ngày là chủ yếu.

KẾT LUẬN

Lâm sàng & chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo

Thời gian mắc bệnh kéo dài trên 1 năm chiếm 56,6%. Lâm sàng: Thoát vị bẹn 1 bên 93,3%, thoát vị bẹn 2 bên 6,7%. Phân loại theo vị trí giải phẫu: thoát vị bẹn thể gián tiếp 76,67%, thoát vị bẹn thể trực tiếp 16,67%, thoát vị bẹn thể phối hợp 6,67 %. Phân loại theo Nyhus (1993): loại IIIA 20,0%, loại IIIB 23,3%, loại IVA 23,3 %, loại IVB 20,0%, loại IVD 13,3%. Cấu trúc cân cơ vùng bẹn bị suy yếu, khiếm khuyết, và thoát vị lớn: loại III 85,5%, loại IV 14,5%.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Kết quả sau phẫu thuật: Đau thời kỳ hậu phẫu, đánh giá đau và giảm đau sau phẫu thuật rất quan trọng. Biến chứng sớm: Tụ dịch vết mổ 3,3%, không tụ máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ 3,3 %, sưng vùng bìu 6,7%. Có 25 trường hợp kết quả tốt chiếm 84,3%. Không có trường hợp nào kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

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, tr. 174 - 180.

2. Nguyễn Quang Quyền (1990), "Ống bẹn", Bài giảng giải phẫu học, Tập II, Nhà xuất bản Y học, tr. 41 - 46.

3. Trịnh Văn Thảo (2010), "Nghiên cứu ứng dụng nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y 103, tr. 1 - 120.

Tiếng Anh:

4. Paajanen. H, Varjo. R (2010), "Ten-year audit of Lichtenstein hernioplasty under local anaesthesia performed by surgical residents", *BMC Surgery*, pp. 10 - 24.

5. Sajid M. S et al (2012), "Systematic review and meta-analysis of the use of lightweight versus heavyweight mesh in open hernia repair", British Journal of Surgery, 99, pp. 29 - 37.