

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG TẮM LƯỚI NHÂN TẠO POLYPROPYLENE ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG Ở BỆNH NHÂN TRUNG NIÊN VÀ LỚN TUỔI

Lê Quốc Phong¹, Lê Mạnh Hà², Nguyễn Văn Liễu², Phạm Như Hiệp¹, Lê Lộc¹

TÓM TẮT

Từ tháng 6.2009-11.2010, chúng tôi đã điều trị phẫu thuật 73 bệnh nhân thoát vị bụng với 82 lần đặt tấm lưới nhân tạo Polypropylene. Tuổi trung bình $69,31 \pm 9,98$, nhóm tuổi 50-80 chiếm 72,6%. Thoát vị gián tiếp 45,12%, thoát vị trực tiếp 32,93%, thoát vị phối hợp 21,95%, thoát vị một bên 87,67%, thoát vị hai bên 12,33%. Kết quả hậu phẫu: tốt chiếm 86,58%, khá chiếm 9,76%, trung bình chiếm 3,66%, kết quả sau 6 tháng: tốt chiếm 97,56%, khá chiếm 2,44%, không có tái phát trong thời gian theo dõi.

SUMMARY

RESEARCH OF USING POLYPROPYLENE MESH FOR INGUINAL HERNIA REPAIR IN MIDDLE-AGED AND ELDERLY PATIENTS

Le Quoc Phong¹, Le Manh Ha², Nguyen Van Lieu², Pham Nhu-Hiep¹, Le Loc¹

Background: Lichtenstein's hernioplasty began in 1986 and this procedure is now considered as the gold standard of hernia repair. The purpose of this study is assessing the results of use polypropylene mesh by Lichtenstein's in middle-aged patients and elderly patients at Hue central hospital.

Materials and method: Prospective study of 73 inguinal hernia 40 years old and over 40 years old patients with 82 hernioplasty of operation by Lichtenstein technique, from June 2009 to November 2010 at Hue central hospital.

Result: The mean age $69,31 \pm 9,98$ year, indirect in 45,12%, direct in 32,93%, combined 21,95%, unilateral 87,67%, bilateral 12,33%. Early results post-operative was 86,56% good, 9,76% rather good, 3,66% medium and after 6 months follow-up time was 97,56% good, 2,44% rather good, no recurrence.

Conclusions: Tension-free Lichtenstein's hernioplasty are highly effectiveness, safe, low complication post-operation, no-recurrence in follow-up time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bụng là bệnh lý ngoại khoa phổ biến, nhất là ở người già. Ở độ tuổi 25-40, tần suất thoát vị bụng là 5-8% nhưng đến lứa tuổi trên 75 chiếm hơn 45%, tỉ lệ chung ở người lớn tuổi là 15%. Tại các nước

phát triển, tuổi thọ trung bình được nâng cao nên bệnh lý thoát vị bụng thường gặp nhiều hơn. Ở Mỹ, mỗi năm có khoảng 700.000 bệnh nhân phẫu thuật thoát vị bụng. Tại Pháp, phẫu thuật thoát vị bụng 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 bụng tái phát mỗi năm [4].

1. Bệnh viện Trung ương Huế
2. Trường Đại học Y Dược Huế

Thoát vị bẹn được điều trị bằng nhiều phương pháp như: Bassini, Mc Vay, Nyhus, Ferguson, Shouldice,... Các phương pháp này sử dụng mô tự thân để khâu che lại điểm yếu của thành bụng, vẫn đề tái phát đã ghi nhận. Tỷ lệ tái phát vẫn còn khá cao, ở Mỹ tỷ 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 tỷ lệ tái phát của phương pháp: Shouldice là 6,1%, Bassini là 8,6%, Mc Vay là 11,2. Ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Phú tại Huế năm 1996 với 158 bệnh nhân với nhiều phương pháp tỷ lệ tái phát 19%. Tác giả Ngô Viết Tuấn, đã nghiên cứu phẫu thuật thoát vị bẹn ở người trung niên và lớn tuổi bằng phương pháp Berliner với 145 bệnh nhân và 162 lần phẫu thuật tỷ lệ tái phát là 3,8% [2], [3], [4].

Năm 1989, Lichtenstein và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật tạo hình không gây căng trên 1000 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 3019 trường hợp của năm trung tâm với tỷ lệ tái phát là 0,2%. Năm 1995, nhóm nghiên cứu gồm 72 phẫu thuật viên bằng phương pháp Lichtenstein với 16.000 trường hợp cho thấy tỷ lệ tái phát <0,5% và nhiễm trùng 0,6%. Trong các phương pháp dùng mảnh ghép đang phổ biến hiện nay trên thế giới, kỹ thuật Lichtenstein được áp dụng phổ biến nhờ tính đơn giản, kinh tế và hiệu quả [1], [19]. Mục tiêu của đề tài:

1. *Nghiên cứu các đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn: tuổi, địa dư, thời gian xuất hiện thoát vị, bệnh lý nội khoa kèm phối hợp, tiền sử phẫu thuật vùng bụng-bẹn.*

2. *Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn theo Lichtenstein ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 73 bệnh nhân tuổi ≥ 40 trung bình $69,31 \pm 9,98$ (40- 92) được chẩn đoán thoát vị bẹn thường với 82 lần phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiêu hoá và Ngoại nhi - Cấp cứu bụng, BVTW Huế từ 6.2009 đến 11.2010.

2. **Phương pháp nghiên cứu:** Lâm sàng, tiền cứu mô tả có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

- Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn
- Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị bẹn: khám lâm sàng trước mổ và kết hợp tổn thương đại thể lúc mổ. Phân độ theo tác giả Nyhus năm 1996.

- Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị bẹn độ IIIA, IIIB và IV theo phân loại của Nyhus.

- Gây tê tuỷ sống hoặc gây mê nội khí quản cho những bệnh nhân không thực hiện được gây tê hoặc gây tê không hiệu quả.

Kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein

- Vật liệu để mổ là tấm lưới nhân tạo Mesh polypropylene và chỉ phẫu thuật là loại premilène 2.0, chỉ vicryl 2.0, chỉ Nylon 3.0.

- 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

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Đánh giá 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, thần kinh, tụ máu vết mổ, tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ.

-Tiêu chuẩn đánh giá: Tốt, khá, trung bình, xấu

Đánh giá kết quả theo dõi lâu dài:

-Tiêu chuẩn đánh giá

+Tốt: không có biến chứng.

+Khá: đau, tê vùng bẹn bìu, sa tĩnh hoàn.

+Trung bình: nhiễm trùng vết mổ kéo dài, teo tĩnh hoàn.

+Xấu: tái phát, lấy bỏ mảnh ghép.

Xử lý số liệu: Theo các phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-100
N	6	9	19	25	12	2
%	8,22	12,33	26,02	34,25	16,44	2,74

*: 28 bệnh nhân thành thị, 45 nông thôn (61,46%)

Bảng 3.2. Thời gian xuất hiện khối phồng vùng bẹn (năm)

Thời gian	≤1/2	1/2 -1	1-5	5-10	10-20	20-40
N	32	17	20	3	6	4
%	39,02	20,73	24,39	3,66	7,32	4,88

Bảng 3.3. Bệnh lý nội khoa kèm theo

Bệnh nội khoa kèm theo	N	%
Thiếu máu cơ tim	1	1,37
Tăng huyết áp	14	19,18
Hen phế quản	2	2,74
Viêm phế quản mạn tính	7	9,59
Thận đa nang	1	1,37
Tiểu khó	1	1,37
Vẹo cột sống	1	1,37
Tổng	27	36,99

44 bệnh nhân có hút thuốc là (60,27%)

Bảng 3.4. Tiền sử phẫu thuật

Tiền sử phẫu thuật	N	%
Mổ thoát vị bẹn hở	15	20,55
Mổ thoát vị bẹn nội soi trước phúc mạc	1	1,37
Mổ u xơ tuyến tiền liệt	6	8,22
Mổ viêm ruột thừa cấp Mc Burney	3	4,11
Mổ bụng khác	6	8,22
Cộng	31	42,47

Bảng 3.5. Vị trí thoát vị

Vị trí thoát vị	Thoát vị bẹn phải	Thoát vị bẹn trái	Thoát vị bẹn hai bên
N	33	31	9
%	45,21	42,46	12,33

* 37 (45,12%) Gián tiếp, 27 (32,93%) trực tiếp, 18 (21,95%) phối hợp

Bảng 3.6. Phân độ theo Nyhus

Phân độ	III A	III B	IV
N	9	60	13
%	10,98	73,17	15,85

Phương pháp vô cảm: tê tuỷ sống 63 (86,3%), NKQ: 10 (13,7%)

Bảng 3.7. Kích thước tấm lưới

Kích thước tấm lưới	5×10cm	7,5×15cm	Tổng
N	78	4	82
%	95,12	4,88	100

Bảng 3.8. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ*	N	%
Chảy máu vết mổ	0	0
Tụ máu vết mổ	1	1,22
Tụ máu bìu	1	1,22
Tụ dịch vết mổ	1	1,22
Nhiễm trùng vết mổ	0	0

*: Biến chứng vô cảm: Tiểu khó 4 (5,48%), bí tiểu 4 (5,48%)

Bảng 3.9. Đánh giá kết quả thời kỳ hậu phẫu

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	Tổng
N	71	8	3	0	82
%	86,58	9,76	3,66	0	100

Bảng 3.10. Đánh giá kết quả sau 6 tháng

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Xấu	Tổng
N	80	2	0	0	82
%	97,56	2,44	0	0	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật 82 trường hợp thoát vị bẹn ở 73 bệnh nhân trung niên và lớn tuổi, điều trị thoát vị bẹn

bằng kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene theo phương pháp Lichteinsten tại bệnh viện Trung ương Huế, cho thấy: tuổi trung bình là $69,31 \pm 9,98$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 92 tuổi. Nguyễn Văn Liễu tuổi trung bình là $54,16 \pm 27,36$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 91 tuổi. Theo Ngô Viết Tuấn tuổi trung bình là $61,67 \pm 13,12$, thấp nhất là 40 và lớn nhất là 90 tuổi. Nghiên cứu của Gianetta E và cộng sự tuổi trung bình là 74, thấp nhất là 66, lớn nhất là 93. 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. Trong nghiên cứu này lứa tuổi 50-80 chiếm ưu thế 72,6%, Nguyễn Văn Liễu cho thấy rằng: lứa tuổi 40-50 chiếm ưu thế 70,04%. [2], [4], [11].

4.2. Bệnh lý nội khoa và tiền sử phẫu thuật

Nghiên cứu này có: 27 bệnh nhân có bệnh lý nội khoa phối hợp chiếm tỉ lệ 36,99%, tăng huyết áp là chủ yếu 19,18%, viêm phế quản mạn chiếm 9,59%, thận đa nang 1,37%, vẹo cột sống 1,37%. Về tiền

sử phẫu thuật: 16 mổ thoát vị bẹn chiếm 21,92%, 6 mổ u xơ tiền liệt tuyến chiếm 8,22%, 3 mổ ruột thừa Mc Burney chiếm 4,11%, 6 mổ bụng đường giữa chiếm 8,22%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Liễu có 8 bệnh nhân lao phổi chiếm 3,86%, 12 bệnh phế quản chiếm 5,79%, 27 bệnh nhân đã mổ u xơ tiền liệt tuyến chiếm 13,04%, 7 bệnh nhân cắt ruột thừa Mc Burney chiếm 3,38%, mổ thoát vị bẹn bên đối diện 9 chiếm 4,34% [4].

4.3. Vị trí, phân loại, phân độ thoát vị bẹn

Qua 73 bệnh nhân với 82 trường hợp thoát vị bẹn, chúng tôi đều dựa vào thăm khám lâm sàng: vị trí thoát vị gồm: 64(87,67%) thoát vị một bên và 9(12,33%) thoát vị 2 bên. Nghiên cứu của Amid P. K, Lichtenstein I. L với mẫu 5000 gồm: thoát vị 2 bên chiếm 27%, thoát vị 1 bên chiếm 73%. Kết hợp đánh giá tổn thương giải phẫu trong khi phẫu thuật và xếp thành 3 loại: thoát vị bẹn gián tiếp gồm: 37 trường hợp chiếm 45,12%, thoát vị bẹn trực tiếp gồm 27 trường hợp chiếm 32,93%, thoát vị bẹn thể phối hợp gồm 18 trường hợp chiếm 21,95%.

Bảng 4.1. Kết quả phân loại theo các tác giả [2], [5], [6], [9], [15], [17]

Tác giả	Thoát vị gián tiếp	Thoát vị trực tiếp	Thoát vị phối hợp
Nguyễn Văn Liễu	156(72,22%)	35(16,20%)	25(11,58%)
Amid P. K	44%	43,1%	12,5%
Frey M. D	47,4%	36,4%	16,1%
Khan N	55,4%	38,4%	6,3%
Sakorafas G. H	55%	30%	15%
Chúng tôi	37(45,12%)	27(32,93%)	18(21,95%)

Sự phân loại thoát vị bẹn như trên thường đơn giản và dễ thực hiện nhưng nó chưa phản ánh đầy đủ để đánh giá thương tổn giải phẫu của vùng bẹn trong bệnh lý thoát vị bẹn. Đã có nhiều cách phân độ của nhiều tác giả nhưng chúng tôi nhận thấy Nyhus Lioyd M là người đã quan tâm rất nhiều đến phân độ thoát vị bẹn, được nhiều phẫu thuật viên nhiều nước trên thế giới chấp nhận và áp dụng theo cách phân độ của ông, trong

nghiên cứu chúng tôi cũng phân độ theo Nyhus. ...

Với 82 trường hợp phẫu thuật thoát vị bẹn trên 73 bệnh nhân có kết quả như sau: loại IIIA có 9 trường hợp chiếm 10,98%, loại IIIB có 60 trường hợp chiếm 73,17%, loại IV có 13 trường hợp chiếm 15,85%. Theo Nguyễn Văn Liễu, nghiên cứu 216 trường hợp thoát vị bẹn điều trị bằng phẫu thuật Shouldice, gồm 207 bệnh nhân ≥ 40 tuổi, có kết quả

như sau: loại II có 27 trường hợp chiếm 12,50%, loại IIIA có 36 trường hợp chiếm 16,65%, loại IIIB có 144 trường hợp chiếm 66,65%, loại IV có 9 trường hợp chiếm 4,20%.

4.4. Kỹ thuật, kích thước, chỉ định dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene bệnh nhân trung niên và lớn tuổi ≥ 40 tuổi

Trong nghiên cứu này, ứng dụng kỹ thuật Lichtenstein để phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn lần đầu: độ IIIA, IIB và thoát vị bẹn tái phát: độ IV. Sử dụng tấm lưới polypropylene với hai kích thước: 5×10 cm chiếm 95,12% và $7,5 \times 15$ cm chiếm 4,88% của hãng B.Braun.

Bên cạnh nguyên nhân tồn tại ống phúc tinh mạc gây nên thoát vị bẹn gián tiếp, thì còn có nguyên nhân thành sau ống bẹn bị suy yếu. Khi lớn tuổi, các cân cơ thành ống bẹn bị yếu, thiếu sự đàn hồi của mô và không chắc chắn khi khâu căng. Người ta đã chỉ ra rằng: thoát vị trực tiếp mạc ngang rất mỏng, khiến cho cơ chế bảo vệ sự gia tăng áp lực ổ bụng bị suy yếu và thoát vị có cơ hội xảy ra. Nghiên cứu sinh học đã chứng minh rằng có sự hiện hữu của bất thường cấu trúc sợi collagen đặc biệt type I và type III. Peacock và Madden thừa nhận bệnh nhân tuổi trung niên thoát vị bẹn gián tiếp do sự biến đổi mạc ngang mặc phải là quá trình giảm tổng hợp collagen và tăng quá trình thoái hóa collagen. Ngoài ra, sự bất thường về mặt giải phẫu học vùng bẹn, do bờ của cơ chéo bé và cơ ngang bụng (gân kết hợp) nằm cách xa cung đùi nhiều cm nên khi khâu căng gây rách mô. Vì vậy, sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene để che chắn thành sau ống bẹn để khắc phục điểm yếu này. Khi chỉ định phải tôn trọng lứa tuổi, ở bệnh nhân trẻ phải thận trọng dùng tấm lưới khi thoát vị bẹn gián tiếp với thành bụng tốt, ở 30-40 tuổi cần thảo luận. Nghiên cứu này, chỉ định dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene cho các bệnh nhân trung niên và lớn tuổi với giới hạn tuổi ≥ 40 và thương tổn độ: IIIA, IIIB, IV. Khi mới sử dụng tấm lưới nhân tạo, do sợ bị nhiễm trùng, nên chỉ dùng mảnh ghép trong những trường hợp có nguy

cơ tái phát cao như: thoát vị tái phát, thoát vị lớn và phức tạp hoặc chỉ sử dụng cho bệnh nhân có cấu trúc vùng bẹn bị suy yếu [12], [19].

4.5. Đánh giá kết quả thời kỳ hậu phẫu

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân với 82 lần phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật: tụ máu vết mổ 1 chiếm 1,22%, tụ dịch vết mổ 1 chiếm 1,22%, tụ máu bìu 1 chiếm 1,22%. Chưa có nhiễm trùng nông vết mổ hoặc nhiễm trùng sâu. Tuy nhiên với các biến chứng khác như: chảy máu vết mổ, thương tổn ống dẫn tinh, thương tổn tạng thoát vị do thao tác ... Vì vậy, phẫu thuật viên cần nắm chắc giải phẫu vùng bẹn, bóc tách cẩn thận, cầm máu tốt, đảm bảo nguyên tắc vô trùng tuyệt đối.

Nghiên cứu của Dasari và cộng sự với mẫu 92 trường hợp: không biến chứng chiếm 94,6%, biến chứng tụ dịch 1(1,1%), dây thừng tinh 1(1,1%), không có tụ máu vết mổ và nhiễm trùng vết mổ, không có đau tinh hoàn và tràn dịch màng tinh hoàn. Nghiên cứu của Ghazy H cho thấy biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ 2/77(2,6%), tụ dịch vết mổ 3/77(3,9%), phù bìu 6/77(7,8%), đau đầu 7/77(9,1%). Nghiên cứu của Harjai C. MM và cộng sự với mẫu 98 biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ 1(1,02%), sưng bìu 14(14,29%), tụ dịch 4(4,08%), nhiễm trùng nông 9(9,18%), bí tiểu 14(14,29%). Nghiên cứu của Hawaz Al-Hawaz M với mẫu 110 trường hợp, biến chứng sau mổ gồm: tụ máu vết mổ 10%, nhiễm trùng vết mổ 9,1%, hoại tử bờ vết mổ 3,6%, dò ruột 0,9%, bí tiểu 4,5%, nhiễm trùng phổi 6,4%. Nghiên cứu của Vironen và cộng sự với mẫu 149 trường hợp, biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ 7,4%, nhiễm trùng vết mổ 1,3%, tràn dịch màng tinh hoàn 0,7%, đau tinh hoàn 0,7%, teo tinh hoàn 0%. Như vậy, nghiên cứu này cho kết quả tương đối khả quan hơn, ít xảy ra biến chứng sau mổ [7], [10], [13], [14], [18].

Biến chứng do vô cảm: bí tiểu và tiểu khó 8 chiếm 10,96%, 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.

Với kết quả nghiên cứu này, xếp loại: tốt có 71 trường hợp chiếm 86,58%, khá có 8 trường hợp chiếm 9,76%, trung bình có 3 trường hợp chiếm 3,66%. Đây là kết quả tương đối khả quan trong việc ứng dụng tấm lưới điều trị thoát vị bẹn.

4.6. Đánh giá kết quả theo dõi sau 6 tháng

Trong thời gian theo dõi định kỳ 6 tháng, 3 trường hợp tụ máu vết mổ, tụ dịch vết mổ và tụ máu bìu, kiểm tra bằng siêu âm không còn nữa. Khi thăm khám có 2 bệnh nhân tê vùng bẹn-bìu, không có bệnh nhân nào nhiễm trùng muộn, chưa có bệnh nhân đau dai dẳng sau mổ, chưa có bệnh nhân tái phát. Các biến chứng khác như: tràn dịch màng tinh hoàn, teo tinh hoàn, sa tinh hoàn, rối loạn sự phóng tinh, thải loại tấm lưới. Ở nghiên cứu này, chúng tôi chưa gặp. Nhưng, 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].

Qua nghiên cứu này, theo đánh giá kết quả chúng tôi có được xếp loại: tốt có 80 trường hợp chiếm 97,56%, khá có 2 trường hợp chiếm 2,44%, trung bình không có trường hợp nào. Như vậy, đây là kết quả cho phép các nhà ngoại khoa chuyên phẫu thuật thoát vị bẹn quan tâm hơn nữa trong việc ứng dụng tấm lưới điều trị thoát vị bẹn và cũng cần theo dõi lâu dài để đánh giá chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo polypropylene ở bệnh nhân trung niên và lớn tuổi ≥ 40 tuổi, theo phương pháp Lichtenstein là phẫu thuật có giá trị và hiệu quả, kỹ thuật mổ đơn giản và không quá phức tạp, tương đối an toàn, đạt hiệu quả cao, thời gian phẫu thuật ngắn, tỉ lệ các biến chứng và tái phát thấp.

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”, Tập san nghiên cứu khoa học, 41-28.
4. Ngô Viết 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. Alexandre J H et al (2006), “Cure of inguinal hernia with large preperitoneal prosthesis: Experience of 2,312 cases”, Journal of Minimal access Surgery, Vol 2, 134-138.
6. Amid P. K, Lichtenstein I. L (1996), “Technique facilitating improved recovery following hernia repair”, Contemporary surgery, Vol 49, N_o 2, 62-66.
7. Dasari B, Grant L, Irwin T (2009), “Immediate and long-term outcomes of Lichtenstein and Kugel path operation for inguinal hernia repair”, The Ulster medical journal, 78, 115-118.
8. Danielsson P et al (1999), “Randomized of Lichtenstein compared with Shouldice inguinal hernia repair by Surgeons in Training”, Eur J Surg, 165, 49-53.
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, N_o1, 23-28.
11. Gianetta E et al (1997), “Hernia repair in elderly patients”, British journal surgery, 84, 938-985.
12. Goldstein H. S (2002), “A university experience using mesh in inguinal hernia repair”, Hernia; 5, 182-185.
13. Harjai C. MM et al (2007), “A prospective randomized controlled study of Lichtenstein’s tension free versus modified Bassini repair in the management of groin hernias”, MJAFI, Vol 63, N_o 1, 40-43.
14. Hawaz M. H (2007), “Factors influencing post-operative complication after prosthetic mesh repair of incisional hernia”, Bas J Sur, 13.
15. Khan N et al (2008), “Early outcome of Lichtenstein technique of tension- free open mesh repair for inguinal hernia”, J Ayu Med Coll Abbottabad, 20, 29-32.
16. Nordin P et al (2002), “Randomized trial of Lichtenstein versus Shouldice hernia repair in general surgical practice”, British journal surgery, 89, 45-49.
17. Sakorafas G. H et al (2001), “Open tension free repair of inguinal hernias; the Lichtenstein technique”, BMC Surgery, 1-3.
18. Vironen J et al (2006), “Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia System® for inguinal hernia repair”, British journal surgery, 93, 33-39.
19. Pelissier. E, Marre. P, Damas. J M (2000), “Traitement chirurgical des hernies inguinales, Choix d’un procédé”, EMC, 40-138, 1-3.