

Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo lichtenstein điều trị thoát vị bẹn trực tiếp

Nguyễn Văn Ánh^{1,2}, Phạm Anh Vũ³

(1) Nghiên cứu sinh, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế; (2) Bệnh viện đa khoa Phú Yên

(3) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn trực tiếp tại bệnh viện tỉnh Phú Yên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 10/2017 đến tháng 9/2019, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên, có 79 bệnh nhân nam, được chẩn đoán thoát vị bẹn trực tiếp và phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein, với độ tuổi từ 29 đến 93 tuổi. **Kết quả:** Tuổi trung bình $59,48 \pm 15,3$ tuổi; Lao động tay chân 63,6%; chỉ số khối BMI bình thường 73,4%; bệnh lý hô hấp hen phế quản, COPD: 15,2%; bệnh lý táo bón, tiểu khó, ho kéo dài 25,3%. Thời gian mổ trung bình $44,11 \pm 11,78$ phút; Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: $6,58 \pm 0,87$ ngày; Đau nhẹ sau và không đau sau mổ 63,3%; chảy máu tụ máu vết mổ 1,3%; tụ dịch vết mổ, bầm 2,5%; nhiễm trùng vết mổ 1,3%; đau tinh hoàn 1,4%. Chất lượng cuộc sống sau mổ theo thang điểm CCS cải thiện nhanh và khác biệt có ý nghĩa thống kê qua mỗi lần đánh giá với ($p < 0,01$). **Kết luận:** bệnh lý thoát vị bẹn trực tiếp được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein cho kết quả tốt và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cải thiện tốt.

Từ khóa: thoát vị bẹn trực tiếp, Lichtenstein

Abstract

Evaluation of Lichtenstein's artificial mesh surgery for treatment of direct inguinal hernia

Nguyen Van Anh¹, Pham Anh Vu²

(1) PhD Student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University; Phu Yen Provincial General Hospital

(2) Dept. Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: Evaluating the results of Lichtenstein's artificial mesh surgery for treatment of direct inguinal hernia at the hospital of Phu Yen province. **Subjects and methods:** From 10/2017 to 09/2019, at Phu Yen province general hospital, there are 79 patients, who were diagnosed with direct inguinal hernia (all are male), treated with surgical placement of artificial mesh according to Lichtenstein method, from 29 to 93 ages. **Results:** Average age 59.48 ± 15.3 years, manual and manual labor 63.6%; normal BMI is 73.4%; respiratory bronchial asthma, COPD: 15.2%; constipation, dysuria, cough lasting 25.3%. The average operating time was 44.11 ± 11.78 minutes; time of hospitalization after surgery: 6.58 ± 0.87 days; mild pain after and no pain after surgery 63.3%; hematoma at the incision hematoma 1.3%; wound, scrotum fluid 2.5%; wound infection 1.3%; testicular pain 1.4%; the quality of life after surgery on the CCS scale has improved. **Conclusions:** Direct inguinal hernia is treated with Lichtenstein artificial mesh for good results and the quality of life after surgery has improved.

Keywords: Lichtenstein, direct inguinal hernia

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh lý ngoại khoa thường gặp đối với bệnh nhân nam ở các nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam, với tỷ lệ thoát vị bẹn là khoảng 4% dân số thế giới [5], [19][20]. Hiện nay, mổ thoát vị bẹn vẫn còn là một vấn đề được các nhà ngoại khoa quan tâm, với mục đích cuối là chọn ra được một phương pháp tối ưu mang lại kết quả điều trị tốt nhất: ít đau và giảm tỷ lệ tái phát sau mổ [6], [18], [20].

Để giảm tỉ lệ tái phát nhất là giảm đau sau phẫu thuật, người ta sử dụng tấm nhân tạo đặt vào vùng bẹn, làm tăng cường sự vững chắc thành sau ống

bẹn từ đó không làm căng thành sau ống bẹn.

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên, phẫu thuật mổ đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn trực tiếp cho thấy hiệu quả rất tốt, và để đánh giá kết quả của phương pháp, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn trực tiếp” với mục tiêu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn trực tiếp tại Bệnh viện tỉnh Phú Yên.

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Văn Ánh, email: drnguyenvananh@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/10/2019; Ngày đồng ý đăng: 23/11/2019; Ngày xuất bản: 26/12/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.6_7.14

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 79 bệnh nhân nam, được chẩn đoán thoát vị bẹn trực tiếp và phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein, từ tháng 10/2017 đến tháng 9/2019, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi trở lên, thoát vị bẹn trực tiếp một, hai bên, thoát vị bẹn thể trực tiếp và tái phát, phân loại ASA[13]: I, II, III; thoát vị bẹn trực tiếp chẩn đoán qua lâm sàng và trong mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: thoát vị bẹn nghẹt, thoát vị bẹn gián tiếp, thoát vị bẹn phổi hợp, tràn dịch ổ phúc mạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đều được thăm khám, chẩn đoán, phân loại, ghi vào phiếu nghiên cứu, với các đặc điểm: Tuổi, Địa dư, Nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể BMI, tiền sử nội khoa, tiền sử ngoại khoa, đau sau mổ theo thang đồng dạng (Visual Analogue Scale- VAS).

Thời gian phẫu thuật, số ngày nằm điều trị sau mổ, biến chứng sau mổ. Tái khám 1 và 3 tháng đánh giá các biến chứng: nhiễm trùng, đau tê mạn tính vùng bẹn bìu, đau tinh hoàn, tái phát và tụ dịch sau mổ. Đánh giá chất lượng sống sau mổ theo bộ câu hỏi CCS (Carolinas Comfort Scale)[26] tại thời điểm: lúc xuất viện, tái khám sau 1 và 3 tháng.

2.3. Xử lý số liệu: phân tích xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả thu được qua đánh giá 79 bệnh nhân, được trình bày như sau: Tuổi: tuổi trung bình (TB): 59,48 $\pm$ 15,3 tuổi, nhỏ nhất 29, lớn nhất 93 tuổi. BMI trung bình: 21,35 $\pm$ 2,44; thấp nhất 16,73; cao nhất 28,72. Thời gian nằm viện sau mổ TB: 6,58 $\pm$ 0,87 ngày, ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 9 ngày. Thời gian mổ TB 44,11 $\pm$ 11,78 phút, ngắn nhất 30 phút, dài nhất 90 phút.

Bảng 1. Địa dư và nghề nghiệp

Địa dư	n	Tỷ lệ %	p
Nông thôn	47	59,5	p < 0,05
Thành thị	10	12,7	
Miền núi	22	27,8	
Nghề nghiệp			
Lao động tay chân	50	63,3	
Hưu trí	24	30,4	
Lao động trí óc	5	6,3	
Tổng	79	100	

Bảng 2. Tiền sử

Tiền sử nội khoa	n	Tỷ lệ %
Hô hấp bệnh lý gây khó thở: hen phế quản, COPD	12	15,2
Gia tăng áp lực ổ phúc mạc: táo bón, tiểu khó, ho kéo dài	20	25,3
Cột sống: vẹo cột sống, hẹp khe cột sống, đau thần kinh tọa	2	2,5
Tiền sử phẫu thuật		
Mổ thoát vị bẹn cũ bên thoát vị	3	3,8
Mổ sỏi tiết niệu đoạn chậu bên thoát vị	1	1,3
Tổng	n = 79	

Bảng 3. Đau sau mổ

Mức độ đau	n	%	p
Không đau hoặc rất ít	13	16,5	p < 0,05
Đau nhẹ	37	46,8	
Đau vừa	28	35,4	
Đau nhiều	1	1,3	
Tổng	n = 79	100	

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu vết mổ	1	1,3
Tụ máu vết mổ	1	1,3
Tụ dịch vết mổ, bìu	2	2,5
Nhiễm trùng	1	1,3
Tụ dịch sau mổ	7	8,9
Tràn dịch màng tinh hoàn	4	5,1
Tổng	n = 79	

Bảng 5. Các biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng

Biến chứng	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	n	%	n	%
Đau tê vùng bẹn bìu	20	25,4	6	8,2
Đau tinh hoàn	11	14	1	1,4
Tái phát	0	0	0	0
Tổng	n = 79		n = 73	

Bảng 6. Đánh giá chất lượng sống theo thang điểm CCS (Carolinas Comfort Scale)

Đau khi thực hiện động tác	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	p
Điểm trung bình	3,58	1,86	0,44	p < 0,01
Độ lệch chuẩn	2,68	1,85	0,97	
Thấp nhất	0	0	0	
Cao nhất	9	7	5	
Hạn chế di chuyển	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	
Điểm trung bình	1,88	0,62	0,23	
Độ lệch chuẩn	1,93	1,13	0,57	
Thấp nhất	0	0	0	
Cao nhất	10	6	3	
Cảm giác tấm lưới	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	
Điểm trung bình	4,99	2,18	0,74	
Độ lệch chuẩn	3,62	2,66	1,37	
Thấp nhất	0	0	0	
Cao nhất	15	11	6	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $59,48 \pm 15,3$ tuổi. Trong đó bệnh nhân từ 51 – 70 tuổi chiếm 49,4%. So với Phan Đình Tuấn Dũng [1], tuổi trung bình là $62,2 \pm 13,3$ tuổi, nhỏ nhất 36 tuổi lớn nhất 92 tuổi, Lê Quốc Phong [7], tuổi trung bình là $69,43 \pm 11,58$, thấp nhất 40 và lớn nhất 92 tuổi, Trịnh Văn Tuấn [9], tuổi trung bình là $52,63 \pm 20,29$ tuổi (22 – 84 tuổi). Các tác giả trên thế giới như: Amid. P. K [10] là 52 tuổi (20 – 88 tuổi), Bansal. K. C [12] tuổi trung bình là 44,38 tuổi, Sakorafas. G. H [24] tuổi trung bình là 53,7 tuổi (18 – 85 tuổi), cho thấy độ tuổi của chúng tôi cũng tương tự các tác giả trên.

Nhóm sống ở nông thôn và miền núi có 69 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 87,3%. Nhóm bệnh nhân ở thành thị có 10 bệnh nhân chiếm 12,7%. So với Nguyễn Đoàn Văn Phú [8], ở nông thôn và miền núi chiếm ưu thế với tỉ lệ 74,8%, số bệnh nhân ở thành phố chỉ chiếm 25,2%. Tác giả Lê Quốc Phong [7], cho thấy bệnh nhân ở nông thôn 60,8%, miền núi 3,4%, thành phố 35,8%.

Chỉ số khối BMI (BMI - Body Mass Index) như sau: Bệnh nhân có thể trạng BMI 18,5 - 22,99 (bình thường) chiếm tỉ lệ 73,4%. Chỉ số trung bình BMI: $21,35 \pm 2,44$; thấp nhất 16,73; cao nhất 28,72. So với Bin Tayair S. A [25] cho thấy chỉ số BMI trung bình phẫu thuật là $23,5 \pm 4,8$.

Tiền sử nội khoa của nghiên cứu là: có tiền sử nội khoa là 25 bệnh nhân chiếm 31,6%; trong đó bệnh lý hô hấp gây khó thở: hen phế quản, COPD có 12 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,2%. Bệnh lý gia tăng áp lực ổ phúc mạc: táo bón, tiểu khó, ho kéo dài có 20 trường hợp tỷ lệ 25,3%. Tác giả Lê Quốc Phong [7] tiền sử bệnh nội khoa trong đó viêm phế quản mạn chiếm 4,6%, hen phế quản 2,3%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 0,6%, u xơ tiền liệt tuyến 4%, táo bón kéo dài 5%. Bin Tayair [25]: táo bón mạn tính 14,4%, ho mạn tính 14,9%, u xơ tiền liệt tuyến 10,9%, hen phế quản 6,5%, hẹp niệu đạo 1,0%.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình $44,11 \pm 11,78$ phút, ngắn nhất 30 phút, dài nhất 90 phút. Thời gian mổ thoát vị bẹn từ 31 – 50 phút chiếm tỷ lệ 68,3%, thời gian mổ thoát vị bẹn từ 51 – 60 phút chiếm tỷ lệ 7,6%. Trong đó nhóm mổ ≤ 30 phút có 15 trường hợp tỷ lệ 19%; và nhóm ≥ 61 phút có 4 trường hợp tỷ lệ 5,1%.

So với tác giả Lê Quốc Phong [7] thời gian mổ trung bình $54 \pm 9,99$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, thời gian mổ dài nhất 100 phút. Tác giả Nguyễn Đoàn Văn Phú [8] thời gian mổ thoát vị bẹn từ 30 - 50 phút chiếm tỉ lệ 82,6%. thời gian mổ trung

bình $38,3 \pm 8,7$ phút. Patil. S. M [23], thời gian mổ trung bình $41,06 \pm 11,62$ phút (24 - 64 phút). Các tác giả: Dogru và cộng sự, thời gian mổ trung bình $47,06 \pm 7,50$ phút; Farooq và cộng sự thời gian phẫu thuật $70,1 \pm 18,4$ phút; Gunal [25] và cộng sự thời gian mổ trung bình $39,64 \pm 1,28$ phút. Hamza và cộng sự kỹ thuật Lichtenstein, thời gian phẫu thuật trung bình $34 \pm 23,5$ phút.

Kết quả cho thấy biến chứng sau mổ có 4 trường hợp (5,1%) trong đó có 1 trường hợp chảy máu vết mổ (1,3%), 1 trường hợp tụ máu vết mổ (1,3%), 2 trường hợp tụ dịch vết mổ, bìu (2,5%), 1 nhiễm trùng vết mổ (1,3%). So với Lê Quốc Phong [7] cho thấy chảy máu vết mổ 0,5%, tụ máu vết mổ 1%, tụ dịch vết mổ 1,5%, tụ máu bìu - bìu 2,1%, nhiễm trùng vết mổ 0,5%, sưng vùng bìu 2,1%, biến chứng chung 15 trường hợp chiếm 7,7%. Tayair. S. A. B [25], biến chứng sớm sau mổ: tụ dịch 1,0%, tụ máu 1,0%; nhiễm trùng vết mổ 3,0%; tê vùng là 5,0%; phù da bìu 2,5% và tràn dịch màng tinh hoàn là 1,5%.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $6,58 \pm 0,87$ ngày, ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 9 ngày, trong đó nhóm nằm viện ≤ 5 ngày chiếm 10,1% và nhóm ≥ 6 ngày chiếm 89,9%. So với Nguyễn Đoàn Văn Phú [8] thời gian nằm viện của bệnh nhân ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 8 ngày, trung bình là $4,0 \pm 1,2$ ngày. Tác giả Lê Quốc Phong [7] thoát vị bẹn một bên, thời gian nằm viện của bệnh nhân ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 12 ngày, trung bình là $5,54 \pm 1,4$ ngày.

Đánh giá mức độ đau sau mổ theo nhiều tác giả có nhiều cách và thước đo khác nhau để đánh giá và nó phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố như: độ tuổi, nghề nghiệp, dân tộc và đặc biệt là ngưỡng chịu đau của từng cá thể khác nhau có mức độ đau khác nhau. Tuy nhiên để đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi dựa trên mô tả đau của người bệnh, có tính toán đến nhu cầu dùng thuốc giảm đau để chia làm 5 mức độ theo VAS (Visual Analog Scale) bao gồm loại 1: đau rất nhẹ, không yêu cầu dùng thuốc giảm đau; loại 2: đau nhẹ, cần dùng thuốc giảm đau dạng uống; loại 3: đau vừa, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại không gây nghiện; loại 4: rất đau, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại gây nghiện; loại 5: không chịu nổi, dù đã dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại gây nghiện. Đau sau mổ, nó là yếu tố làm ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả của một phẫu thuật nói chung và phẫu thuật thoát vị bẹn nói riêng.

Kết quả cho thấy: không đau hoặc rất ít có 13 bệnh nhân tỷ lệ 16,5%; đau nhẹ có 37 bệnh nhân tỷ lệ 46,8%; đau vừa có 28 bệnh nhân tỷ lệ 35,4%; đau nhiều có 1 bệnh nhân tỷ lệ 1,3% và đau rất nhiều 0

bệnh nhân nào tỷ lệ 0%. Theo các tác trên thế giới thì mức độ đau sau mổ tác động rất nhiều lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ. Trong các kết quả nghiên cứu về đau sau mổ khi mổ thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein so sánh với những kỹ thuật kinh điển dùng mô tự thân như: Bassini, Shouldice, Mc Vay... hầu hết các tác giả đều nhận thấy điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật Lichtenstein tỷ lệ đau sau mổ có phần thấp hơn [3], [11]. Theo các đánh giá trong nước về đau sau mổ thoát vị bẹn như: tác giả Lê Quốc Phong [7] là đau rất nhẹ 8 chiếm 4,6%, đau nhẹ 145 chiếm 82,3%, đau vừa 15 chiếm 8,5%, đau nhiều 8 chiếm 4,6%, đau rất nhiều 0 chiếm 0%. Tác giả Nguyễn Đoàn Văn Phú [8] là đau rất nhẹ 5 bệnh nhân chiếm 3,7%, đau nhẹ 105 bệnh nhân chiếm 77,8%, đau vừa 21 bệnh nhân chiếm 15,5%, đau nhiều 4 bệnh nhân chiếm 3,0%, và đau rất nhiều 0 bệnh nhân (0%). Theo Sadowski B, khi tiến hành so sánh về đau mạn tính sau mổ của 2 loại tấm nhân tạo trong nghiên cứu tác giả nhận thấy tỷ lệ đau mạn tính sau mổ là 34,5% và 5,7%. Theo Niebuhr. H [21] thì đau mạn tính sau phẫu thuật khoảng 10 – 12%; trong đó 2 – 4% thì đau cần phải điều trị. Và yếu tố nguy cơ của đau sau mổ thoát vị bẹn như: bệnh nhân trẻ, nữ, có đau trước khi mổ hay phẫu thuật tái phát.

Biến chứng tụ dịch vùng bẹn có 7 trường hợp tỷ lệ 8,9%; tràn dịch màng tinh hoàn có 4 trường hợp tỷ lệ 5,1%. Tất cả đều tụ dịch nhẹ được chọc hút và điều trị nội khoa, sau đó ổn định. So với Lê Quốc Phong [7] có 3 trường hợp tụ dịch, không có tràn dịch màng tinh hoàn.

4.3. Chất lượng sống sau mổ theo thang điểm CCS

Đánh giá chất lượng cuộc sống: Đau khi bệnh nhân thực hiện các động tác theo bộ câu hỏi CCS: điểm trung bình của đau khi thực hiện động tác tại các thời điểm: khi xuất viện là $3,58 \pm 2,68$ điểm,

sau 1 tháng là $1,86 \pm 1,85$ điểm, sau 3 tháng là $0,44 \pm 0,97$ điểm và có sự cải thiện dần sau mỗi lần tái khám ($p < 0,01$).

Đánh giá về hạn chế vận động của bệnh nhân đối với các câu hỏi theo CCS: điểm trung bình của hạn chế di chuyển khi thực hiện động tác tại các thời điểm: khi xuất viện là $1,88 \pm 1,93$ điểm, sau 1 tháng là $0,62 \pm 1,13$ điểm, sau 3 tháng là $0,23 \pm 0,57$ và có sự cải thiện sau mỗi lần tái khám ($p < 0,01$).

Đánh giá về cảm giác về tấm lưới khi thực hiện các động tác theo bộ câu hỏi CCS: điểm trung bình của hạn chế di chuyển khi thực hiện động tác theo bộ câu hỏi tại các thời điểm: khi xuất viện là $4,99 \pm 3,62$ điểm, sau 1 tháng là $2,18 \pm 2,66$ điểm, sau 3 tháng là $0,74 \pm 1,37$ điểm và triệu chứng này giảm dần sau mỗi lần tái khám với ($p < 0,01$). So với các tác giả khác cũng có kết quả tương tự: Tác giả Andresen.K [11] và cộng sự trong nghiên cứu của mình cho thấy 100% bệnh nhân có thể làm các công việc mà không bị giới hạn, 80,3% không bị đau khi thực hiện chức năng hàng ngày; khi phân tích về điểm trung bình của từng câu hỏi trong bảng điểm CCS của 58 bệnh nhân tác giả đánh giá khi câu trả lời > 1 thì gọi là có triệu chứng kết cho thấy: trong nhóm có 5,2% có trung bình > 1 điểm, trong đó cảm nhận về tấm lưới có 6,9%; đau có 5,2%.

5. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị bẹn trực tiếp bằng phẫu thuật đặt tấm nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein, đem lại kết quả tốt, giảm thời gian nằm viện sau mổ, ít đau và ít biến chứng, tái phát thấp: chảy máu tụ máu vết mổ 1,3%; tụ dịch vết mổ, bìu 2,5%; nhiễm trùng vết mổ 1,3%; đau tinh hoàn 1,4%; tái phát sau mổ 3 tháng 0%.

Chất lượng cuộc sống sau mổ cải thiện tốt theo hướng mất dần các triệu chứng: đau, cảm giác tấm lưới và hạn chế di chuyển với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đình Tuấn Dũng (2017), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2d và 3d trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược Huế, Đại học Huế.
2. Vương Thừa Đức (2011), “Đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 15(1), tr. 108 – 114.
3. Vương Thừa Đức, Dương Ngọc Thành, (2011), “Đau

mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15(1), pp. 115 – 123.

4. Nguyễn Xuân Hùng (2016), “Kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein”, *Tạp chí hội nghị khoa học ngoại khoa và phẫu thuật nội soi-nội soi toàn quốc*, tr. 12.

5. Nguyễn Văn Linh (2007), “Thoát vị bẹn – thoát vị đùi”, *Ngoại bệnh lý, Sách đào tạo bác sĩ đa khoa*, Nhà xuất

bản y học, tập 1, tr. 122 – 135.

6. Đỗ Đức Vân (1999), “Thoát vị bẹn”, *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản y học, tập 1, tr. 112 – 118.

7. Lê Quốc Phong (2015), Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y dược Huế, Đại học Huế.

8. Nguyễn Đoàn Văn Phú (2015), *Nghiên cứu ứng dụng điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (mesh-plug)*, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y dược Huế, Đại học Huế.

9. Trịnh Văn Tuấn, Nguyễn Đức Tiến (2016), “Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo qua ổ phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức”, *Tạp chí hội nghị khoa học ngoại khoa và phẫu thuật nội soi – nội soi toàn quốc*, tr. 8.

10. Amid. P.K, Shulman.A.G, et al, (1996), “Open “tension-free” repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique”, *Eur J Surg*, Vol 162(6), pp. 447-453.

11. Andresen. K, Burcharth. J, Rosenberg. J, et al, (2014), “ The Initial Experience of Introducing the Onstep Technique for Inguinal Hernia Repair in A General Surgical Department”, *Scandinavian Journal of Surgery*, Vol 104(2), pp. 61 – 65.

12. Bansal. K. C, et al, (2018), “Lichtenstein Hernioplasty Under Local Anaesthesia and Totally Extra Peritoneal (TEP) Laparoscopic Inguinal Hernias Repair Under General Anaesthesia: A Comparative Study”, *Int J Med Res Prof*, Vol 4(1), pp. 515 – 18.

13. Daabiss M. (2012), “American Society of anaesthesiologists physical status classification”, *Indian Journal of anaesthesia*, Vol 55(2), pp.111 – 115.

14. Glassow. F, (1976), “Short-stay surgery (Shouldice technique) for repair of inguinal hernia”, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, Vol 58(2), pp. 133 – 139.

15. Holzheimer. R. G. (2005), “Inguinal Hernia: classification, diagnosis and treatment - classic, traumatic and Sportsman’s hernia”, *Eur J Med Res*, Vol 10(3), pp. 121-134.

16. Knox. R. D, Berney. C. R, (2015), “A preoperative

hernia symptom score predicts inguinal hernia anatomy and outcomes after TEP repair”, *Surg Endosc*, Vol 29(2), pp. 481 – 486.

17. Koning. G. G, Koole. D, et al, (2011), “The transinguinal preperitoneal hernia correction vs Lichtenstein’s technique; is TIPP top?”, *Hernia*, Vol 15(1), pp. 19 – 22.

18. Lee. S. D, Son. T, et al (2017), “Comparison of partially-absorbable lightweight mesh with heavyweight mesh for inguinal hernia repair: multicenter randomized study”, *Annals of Surgical Treatment and Research*, Vol 93(6), pp. 322 – 330.

19. Malangoni. M. A, Rosen. M. J, (2017), “ Hernias”, *Sabiston Textbook of Surgery*, Elsevier, Inc, pp. 1092 – 1119.

20. Neumayer. L, Dangleben. D. A, Fraser. S, et al, (2007), “Abdominal Wall, Including Hernia”, *Essentials of General Surgery*, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 202 – 217.

21. Niebuhr. H, Wegner. F, (2018), “What are the influencing factors for chronic pain following TAPP inguinal hernia repair: an analysis of 20,004 patients from the Herniamed Registry”, *Surg Endosc*, Vol 32(4), pp. 1971 – 1983.

22. Own. A. A, Onwudike. M, Haque. K. A, et al, (2000), “Primary inguinal hernia repair utilizing the mesh ‘plug’ technique”, *Ambulatory Surgery*, Vol 8(1), pp. 31 – 35.

23. Patil. S. M, Gurujala. A, et al, (2016), “ Lichtenstein Mesh Repair (LMR) v/s Modified Bassini’s Repair (MBR) + Lichtenstein Mesh Repair of Direct Inguinal Hernias in Rural Population – A Comparative Study”, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, Vol 10(2), pp. 12 – 15.

24. Sakorafas. G. H, Halikias. I, et al, (2001), “Open tension free repair of inguinal hernias; the Lichtenstein technique”, *BMC Surgery*, Vol 1, pp. 3.

25. Tayair. S. A. B, et al, (2008), “Comparison between tension-free mesh and sutured repair in inguinal hernias”, *Khartoum Medical Journal*, Vol 1(3), pp. 133 – 139.

26. Zaborszky. A, Gyanti. R, Barry. J. A, et al, (2011), “Measurement issues when assessing quality of life outcomes for different types of hernia mesh repair”, *Ann R Coll Surg Engl*, Vol 93(4), pp. 281 – 285.