

BMJ Best Practice

Thoát vị bẹn ở người lớn

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: May 02, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	5
Phân loại	5
Phòng ngừa	7
Ngăn ngừa sơ cấp	7
Chẩn đoán	8
Tiền sử ca bệnh	8
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	8
Các yếu tố nguy cơ	9
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	11
Xét nghiệm chẩn đoán	12
Chẩn đoán khác biệt	13
Điều trị	16
Cách tiếp cận điều trị từng bước	16
Tổng quan về các chi tiết điều trị	18
Các lựa chọn điều trị	20
Liên lạc theo dõi	24
Khuyến nghị	24
Các biến chứng	24
Tiền lượng	27
Hướng dẫn	28
Hướng dẫn điều trị	28
Điểm số bằng chứng	29
Tài liệu tham khảo	30
Tuyên bố miễn trách nhiệm	37

Tóm tắt

- ◇ Các thành phần của vùng bụng hoặc vùng chậu chui vào trong ống bẹn do hố bẹn trong bị giãn hoặc sàn bẹn bị suy yếu.
- ◇ Biểu hiện sưng có thể nhìn thấy hoặc có thể sờ thấy dễ dàng ở vùng háng, thường gây khó chịu trong khi tập luyện vất vả hoặc nâng vật nặng.
- ◇ Các biến chứng hiếm khi xảy ra nhưng bao gồm thoát vị nghẹt, tắc ruột, và thoát vị kẹt.
- ◇ Chẩn đoán thường dựa trên lâm sàng; các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có thể giúp ích nếu nghi ngờ về chẩn đoán, nhưng nó cũng giúp nhận ra nhiều trường hợp thoát vị không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.
- ◇ Điều trị phẫu thuật vẫn là liệu pháp chính, tuy nhiên việc tiếp tục theo dõi trên những người lớn bị thoát vị bẹn không có triệu chứng hoặc có triệu chứng tối thiểu vẫn là một lựa chọn hợp lý.

Định nghĩa

Thoát vị bẹn là các thành phần trong bụng hoặc vùng chậu chui vào trong ống bẹn và ra ngoài hố bẹn ngoài tạo ra khối phòng có thể nhìn hoặc sờ thấy dễ dàng do hố bẹn trong bị giãn hoặc sàn bẹn bị suy yếu.

Dịch tễ học

Cần nhắc phẫu thuật là biện pháp điều trị chính có hiệu quả để khắc phục chứng thoát vị bẹn, có thể xem dữ liệu kiểm tra phẫu thuật là chỉ số dự báo hợp lý về tỷ lệ mắc bệnh. Ở Anh Quốc, từ năm 2001 đến 2002, có khoảng 70.000 ca phẫu thuật can thiệp thoát vị bẹn được thực hiện (62.969 ca thoát vị nguyên phát so với 4939 ca thoát vị tái phát), tương đương 0,14% dân số chung; cần hơn 100.000 ngày nằm viện NHS.[5] Dữ liệu kiểm tra từ năm 2014 đến 2015 cho thấy 69.637 ca điều trị thoát vị bẹn nguyên phát hoàn tất các đợt hội chẩn (không bao gồm các ca điều trị thoát vị tái phát), trong đó 92% là nam giới.[6]

Tại Hoa Kỳ, khoảng 4,5 triệu người bị thoát vị bẹn, với khoảng 500.000 ca thoát vị bẹn mới được chẩn đoán hàng năm, mặc dù không có những dữ liệu hiện tại.[7] [8] Vào năm 2003, trên toàn nước Mỹ, đã thực hiện khoảng 750.000 thủ thuật điều trị thoát vị bẹn. Mặc dù tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ hiện mắc trên toàn thế giới chưa được biết, nhưng ước tính có hơn 20 triệu ca phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn được thực hiện mỗi năm. Tỷ lệ phẫu thuật giữa các quốc gia là khác nhau, nhưng dao động từ 100 đến 300 ca thủ thuật mỗi 100.000 người một năm.[9] Mặc dù thoát vị bẹn có thể xảy ra ở cả hai giới, nhưng rối loạn này chủ yếu ảnh hưởng đến nam giới (tỷ lệ nam so với nữ là 7-9:1). Nhìn chung, thoát vị bẹn ảnh hưởng đến mọi độ tuổi, nhưng tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo độ tuổi.[10] [11] [12] Nguy cơ thoát vị bẹn suốt đời là khoảng 27% đối với nam và 3% đối với nữ.[13] Có đến 20% người lớn bị bệnh có thoát vị bẹn hai bên.[13] [14] Tiền sử gia đình có người bị thoát vị bẹn liên quan đến việc tăng nguy cơ.[15]

Bệnh căn học

Thoát vị bẹn xảy ra bởi vì sự khiếm khuyết về cấu trúc của ống bẹn có thể là do dị tật bẩm sinh hoặc mắc phải.

1. Các dạng thoát vị gián tiếp bẩm sinh xảy ra do vẫn còn tồn tại ống phúc tinh mạc.
2. Các khiếm khuyết mắc phải xảy ra do sự thoái hóa và thay đổi lớp mỡ ở các thành của sàn bẹn. Thoái hóa cơ lược tiến triển dẫn đến sự suy yếu, gây giãn hố bẹn trong (một lỗ hổng ở trong mạc ngang) và/hoặc sự suy yếu trực tiếp đến thành sau của ống bẹn.

Có tính gia đình hoặc di truyền trong quá trình tiến triển thoát vị bẹn.[16] [15]

Các rối loạn mô liên kết như hội chứng Marfan và hội chứng Ehlers-Danlos có thể dẫn đến hình thành thoát vị.[17] [18] Bệnh nhân có các bất thường mô liên kết mắc phải, bao gồm ngộ độc đậu (bệnh lý gây độc thần kinh do ăn phải các loại đậu đặc biệt gây ra) cũng có nhiều khả năng bị thoát vị háng.[19]

Bệnh nhân bị thoát vị bẹn cho thấy sự chuyển hóa collagen bất thường và giảm mức collagen.[20] [21] Các bất thường về collagen hóa sinh và siêu cấu trúc cũng liên quan đến thoát vị bẹn. Collagen có thể cho thấy sự biến đổi khả năng kết tủa muối và sự hydroxyl hóa bất thường, với giảm số lượng dạng dày (polymeric), trưởng thành, không hòa tan. Quan sát bằng kính hiển vi điện tử các sợi collagen có thể cho thấy sưng, tính chu kỳ không đều, độ rộng khác nhau, và vị trí nội bào.[22] Lý do của những thay đổi này không được biết nhưng các nghiên cứu trên các mô lấy được từ các bệnh nhân thoát vị cho thấy tỷ lệ tăng sinh nguyên bào sợi không rõ trong nuôi cấy mô cũng như tỷ lệ kết hợp proline trong collagen cơ xương giảm.[23] [24] [25]

Sinh lý bệnh học

Thoát vị bẹn gián tiếp thường xảy ra do vẫn còn ống phúc tinh mạc không đóng lại bình thường, để lại túi phúc mạc rỗng nằm trong ống bẹn. Thoát vị trở nên rõ ràng về mặt lâm sàng khi ruột hoặc các thành phần khác của bụng làm đầy và làm phình to túi phúc mạc rỗng, tạo ra khối phồng rỗng. Túi thoát vị theo thường tinh đi xuống vào trong túi búi ở nam giới, hoặc đi theo dây chằng tròn ở nữ giới đến củ mu. Thoát vị gián tiếp có thể là dị tật bẩm sinh (dính chặt với ống dẫn tinh) hoặc mắc phải (tách rời về mặt cấu trúc giải phẫu với ống dẫn tinh). Phần lớn các ca thoát vị ở nữ giới là gián tiếp.

Thoát vị trực tiếp luôn mắc phải, do đó hiếm khi dưới 25 tuổi. Thoát vị bẹn trực tiếp xảy ra do gân màng của mạc ngang cấu thành sàn vùng bẹn hoặc thành sau trong vùng tam giác Hesselbach bị thoái hóa và thay đổi lớp mỡ. Vùng tam giác Hesselbach được giới hạn phía dưới bởi dây chằng bẹn, phía bên ngoài bởi động mạch và tĩnh mạch thượng vị dưới, và phía trong bởi bờ ngoài cơ thẳng bụng. Phần lớn các ca thoát vị trực tiếp không có lớp phúc mạc thật sự và không có ruột, mà chủ yếu là lớp mỡ trước phúc mạc, và thỉnh thoảng là bàng quang. Tuy nhiên, thoát vị trực tiếp lớn, kéo dài có thể kéo dài tới búi và có thể có chứa ruột hoặc các thành phần của bụng.

Với thoát vị trực tiếp hiếm khi xảy ra hoại tử vì khiếm khuyết cấu trúc trong thoát vị trực tiếp thường là tình trạng ố yếu lan tỏa và mô sàn vùng bẹn giãn nở, hơn là khiếm khuyết dạng vòng riêng rẽ, được xác định mạnh mẽ. Nghẹt thường gặp ở thoát vị gián tiếp, nhất là nếu có một đoạn hẹp khi đi qua hố bẹn trong vốn đã chật. Do các đoạn ruột sa xuống qua chỗ khiếm khuyết trên thành thành bụng trước, chúng làm cô lập chất dịch bên trong lòng ống của đoạn ruột bị thoát vị. Ban đầu, điều này làm suy giảm dẫn lưu bạch huyết và tĩnh mạch, khiến sưng to nhiều hơn. Theo thời gian, tình trạng này có thể làm suy giảm nguồn cấp máu động mạch và gây thiếu máu cục bộ. Hoại thư xảy ra và nếu không được điều trị sẽ dẫn đến bị thủng. Ban đầu viêm phúc mạc xảy ra bên trong túi, sau đó lan sang khoang phúc mạc.

Phân loại

Có thể phân loại thoát vị bẹn là trực tiếp hoặc gián tiếp, dựa trên sự liên quan giữa túi thoát vị và động mạch thượng vị dưới. Tuy nhiên, phân loại này chủ yếu do các nhà giải phẫu sử dụng, và không có ích về mặt lâm sàng. Phân loại Nyhus và phân loại của Hiệp Hội Thoát Vị Châu Âu hữu ích hơn về mặt lâm sàng.^{[1] [2]} Trong số đó, phân loại Nyhus có xu hướng dễ hiểu hơn và dễ sử dụng hơn trong thực hành lâm sàng.

Phân loại Nyhus^[1]

Loại 1 - thoát vị bẹn gián tiếp với hố bẹn trong bình thường (dị tật bẩm sinh, thường thấy ở trẻ nhũ nhi và trẻ em).

Loại 2 - thoát vị gián tiếp với hố bẹn trong giãn nhưng thành sau bẹn bình thường (thường thấy ở trẻ em và người lớn trẻ tuổi).

Loại 3 - khiếm khuyết thành sau (vùng sàn bẹn):

- 3A: thoát vị trực tiếp
- 3B: thoát vị gián tiếp với hố bẹn trong giãn có liên quan đến hoặc do thành sau bị suy yếu gây ra; bao gồm thoát vị trượt. Các thoát vị loại 3B là do mắc phải, không phải dị tật bẩm sinh
- 3C: thoát vị đùi.

Loại 4 - thoát vị bẹn tái phát:

- 4A: thoát vị trực tiếp
- 4B: thoát vị gián tiếp
- 4C: thoát vị đùi

- 4D: kết hợp 4A, 4B, và 4C.

Phân loại Hiệp Hội Thoát Vị Châu Âu (EHS)[2] [3]

Phân loại EHS dựa trên ba yếu tố sau đây:[2]

- Loại thoát vị: nguyên phát hoặc tái phát
- Vị trí giải phẫu của khối thoát vị: ở một bên, ở giữa, hoặc đùi
- Kích thước của lỗ thoát vị: <1,5 cm (một ngón tay), 1,5 cm đến 3 cm (hai ngón tay), hoặc >3 cm (hơn hai ngón tay).

Cấu trúc giải phẫu

1. Trực tiếp - túi thoát vị đi qua sàn bẹn nằm giữa động mạch thượng vị dưới và hố bẹn sâu
2. Gián tiếp - túi thoát vị dịch đi qua hố bẹn trong (sâu), nằm một bên động mạch này. Một phân loại phụ quan trọng của thoát vị gián tiếp là thoát vị trượt, trong đó ruột cùng với phúc mạc đi qua hố bẹn trong.

Có thể phân loại thoát vị bẹn thành các nhóm nhỏ hơn như sau:

- Có thể trở lại như cũ - các thành phần của khối thoát vị có thể hoàn toàn trở lại như cũ.
- Không thể trở lại như cũ hoặc thoát vị kẹt - các thành phần của khối thoát vị có thể không trở lại như cũ. Nếu ruột bị kẹt, khối thoát vị không thể trở lại vào khoang phúc mạc, nhưng nguồn cung cấp máu không bị suy giảm.
- Thoát vị nghẹt - thoát vị kẹt mà nguồn cấp máu của khối thoát vị bị suy giảm gây ra chứng thiếu máu cục bộ. Trừ khi được giải phóng, nếu không đoạn ruột bị ảnh hưởng sẽ bị hoại tử và thủng. Thoát vị nghẹt cũng có thể có mạc nối hoặc các tạng khác như bàng quang.

Các thuật ngữ giải phẫu khác[4]

Bubonocele - thoát vị bẹn chỉ giới hạn bên trong ống bẹn.

Thừng tinh - túi thoát vị kéo dài ra xa lỗ bẹn nông nhưng chưa tới bìu.

Thoát vị hoàn toàn (bìu) - túi thoát vị kéo dài tới bìu với tinh hoàn nằm ở đầu dưới của túi thoát vị.

Thoát vị bít - thoát vị qua lỗ bít; chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi và bị suy nhược.

Ngăn ngừa sơ cấp

Sự hình thành thoát vị bẹn chủ yếu liên quan đến các yếu tố bệnh nhân không thể điều chỉnh được. Hút thuốc thường được xem là yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh duy nhất; do đó, khuyến nghị ngưng hút thuốc để phòng ngừa hình thành thoát vị bẹn (bao gồm tái phát).[20] [27] [28] [42] Trái với suy nghĩ thông thường, nâng vật nặng nhìn chung không dẫn đến hình thành thoát vị, nhưng nó làm tăng sự chú ý đến khối thoát vị đã có. Béo phì không phải là yếu tố ảnh hưởng gây thoát vị bẹn, không giống như các thoát vị thành bụng khác.[12]

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một người lao động 68 tuổi đã nghỉ hưu đến khám với bác sĩ chăm sóc chính của mình với tiền sử khó chịu kéo dài không rõ ràng ở háng phải cho đến hết ngày kéo dài 3 tuần. Tình trạng khó chịu này liên quan đến một khối lồi ra trong khi đứng nhưng biến mất khi nằm ngửa. Ông cho biết không có tiền sử y khoa hoặc phẫu thuật quan trọng nào khác. Khi khám lâm sàng, thấy một khối phồng khi đứng và biến mất khi nằm ngửa.

Các bài trình bày khác

Một số bệnh nhân cho biết cảm giác bồng rập ở háng liên quan đến khối phồng ở bẹn. Điều này gợi ý lớp phúc mạc của túi thoát vị bị kéo căng. Thoát vị bẹn nghẹt có thể biểu hiện cấp tính kèm theo ấn đau, hơi đỏ, khối phồng không thể trở lại như cũ gây đau quặn bụng dữ dội, nôn và chướng bụng. Trong trường hợp này, không thấy ho làm tăng kích thước khối thoát vị và có thể không có nhu động ruột. Đây là một trường hợp cấp cứu ngoại khoa.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Thoát vị bẹn có 4 biểu hiện cơ bản:

- Sưng hoặc khối phồng vùng háng có triệu chứng
- Sưng hoặc khối phồng vùng háng không có triệu chứng
- Sưng bẹn búi
- Đau bụng cấp tính (hiếm gặp).

Tiền sử và đánh giá lâm sàng

Cần phải tìm hiểu tiền sử rõ ràng, chi tiết về các triệu chứng khi đánh giá bệnh nhân đau háng có thể do thoát vị bẹn gây ra. Đau liên quan đến thoát vị chỉ cảm thấy khi khối thoát vị phình to lên, không đau như trong tổn thương háng, có tính liên tục, nặng hơn khi cử động, và không liên quan đến sự phình to ra.

Bệnh nhân có thể thấy cảm giác kéo lê ở vùng háng hoặc khối phồng ra thành từng đợt biến mất khi nằm ngửa. Nếu thoát vị bị tắc nghẽn hoặc nghẹt, bệnh nhân có thể bị đau bụng dữ dội, buồn nôn và nôn. Về mặt lâm sàng, thoát vị liên quan đến đau bụng cấp tính có thể không thể trở lại như cũ, ấn đau, không có hiện tượng ho làm tăng kích thước khối thoát vị và không có nhu động ruột. Bệnh nhân này thường bị thiếu dịch với lượng nước tiểu thấp và thỉnh thoảng trạng thái tâm thần thay đổi.

Có thể phát hiện phần lớn các ca thoát vị chỉ bằng quan sát sự không đối xứng ở vùng háng khi bệnh nhân đang đứng trước mặt bạn. Có thể dùng các ngón tay đặt vào gai chậu trước trên và ngón tay cái ở điểm giữa gai chậu và xương mu để xác định vị trí của hố bẹn trong. Có thể phát hiện chỗ phình trong ống bẹn bằng cách dùng ngón tay cái sờ nhẹ lên vùng hố bẹn trong và ngoài. Hoặc nếu không có khối phồng có thể thấy hoặc sờ thấy dễ dàng, có thể nhận thấy ho làm tăng kích thước khối phồng khi sờ vào hố bẹn ngoài sau khi cho vào ống búi trên (ở nam giới) và đề nghị bệnh nhân ho hoặc thực hiện nghiệm pháp Valsalva (thở ra mạnh qua đường thở được khép kín). Y văn cũ thường cho rằng nếu cảm nhận được 'ho làm tăng kích thước khối phồng' bằng phương pháp này, thì sẽ cho biết đó là thoát vị; tuy nhiên, do dấu hiệu lâm sàng, chưa được xác định rõ, thường dẫn đến kết quả dương tính giả, và ít có tầm quan trọng về mặt lâm sàng, nhất là ở bệnh nhân đau háng. Hơn nữa, nghiệm pháp có thể khiến bệnh nhân khó chịu.

Về mặt lý thuyết, có thể điều trị thoát vị gián tiếp bằng cách tạo ra một áp lực âm ở điểm giữa dây chằng bẹn, trong khi thoát vị trực tiếp không bị ảnh hưởng bởi nghiệm pháp này. Tuy nhiên, thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp không thể phân biệt được một cách hoàn toàn chính xác qua thăm khám lâm sàng và vì vậy không ảnh hưởng đến việc đưa ra quyết định điều trị.[43] [44] [45]

Xét nghiệm

Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng. Không yêu cầu chụp hình ảnh đối với thoát vị bẹn rõ ràng về mặt lâm sàng. Chụp hình X-quang có thể giúp ích nếu chẩn đoán không chắc chắn (ví dụ như ở bệnh nhân bị béo phì bệnh lý hoặc đau háng không thể giải thích).

Nếu cần chụp hình, siêu âm háng sẽ là xét nghiệm ban đầu. Tuy nhiên, các xét nghiệm dương tính giả thường gặp ở bệnh nhân đau háng không điển hình, và thường phát hiện các thoát vị rất nhỏ, không có ý nghĩa đáng kể về mặt lâm sàng.[46] [47]

Chỉ định chụp CT háng nếu siêu âm dương tính và nghi ngờ lâm sàng cao. Mặc dù kết quả thoát vị bẹn trên hình ảnh chụp CT dương tính là đáng tin cậy, nhưng kết quả âm tính không loại trừ chẩn đoán. Ống bẹn gần như luôn luôn có lớp mỡ dọc theo cấu trúc dây; do đó, có thể cần có sự tương quan trên lâm sàng để phân biệt thoát vị thực sự với thoát vị chứa lớp mỡ không có triệu chứng, có thể là do tình cờ phát hiện trên hình ảnh chụp CT.[48] Sử dụng chất cản quang đường uống và thực hiện nghiệm pháp Valsalva trong khi chụp cũng có thể hỗ trợ chẩn đoán.

Chụp hình khối thoát vị có cản quang có độ đặc hiệu tốt và có thể giúp phòng ngừa những trường hợp phẫu thuật không cần thiết. Tuy nhiên, hiện hiếm khi thực hiện thủ thuật này, thậm chí đối với các thoát vị ẩn, do thủ thuật có tính xâm lấn, khiến bệnh nhân khó chịu, và đi kèm theo các nguy cơ (ví dụ như chọc thủng nội tạng, khối máu tụ thành bụng, phản ứng dị ứng với chất cản quang, và phơi nhiễm phóng xạ).[49]

Chụp cộng hưởng từ (MRI) là công cụ chẩn đoán chỉ được sử dụng ở bệnh nhân có thoát vị không chắc chắn về mặt lâm sàng. Trong một nghiên cứu nhỏ, MRI được cho là có giá trị dự đoán dương tính, độ nhạy và độ đặc hiệu cao đối với thoát vị bẹn.[50]

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

giới tính nam

- Mặc dù thoát vị bẹn có thể xảy ra ở cả hai giới, nhưng rối loạn này chủ yếu ảnh hưởng đến nam giới (tỷ lệ nam:nữ là 7-9:1).[13]
- Nguy cơ thoát vị bẹn suốt đời ước tính là 27% đối với nam và 3% đối với nữ.[13]

tuổi già

- Tỷ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn (đặc biệt là loại trực tiếp) tăng theo độ tuổi.[10] [11] [12] Một loạt ca bệnh được thực hiện ở Jerusalem cho thấy tỷ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn suốt đời ở nam giới từ 75 tuổi trở lên gần 50%.[11] Trong một nghiên cứu ở Anh Quốc gồm 30.000 ca điều trị thoát vị bẹn, có khoảng 25% ca thủ thuật (cả khẩn cấp và chương trình) được thực hiện ở bệnh nhân trên 65 tuổi.[13]
- Ở những bệnh nhân lớn tuổi, các sợi đàn hồi và sợi liên quan đến elastin trong mạc ngang bị suy yếu dần.[26] Ở bệnh nhân lớn tuổi, hoạt động proteolytic tuần hoàn tăng khi nồng độ chất ức chế men tiêu hủy cấu trúc nền giảm.

hút thuốc

- Hút thuốc lá nhiều dẫn đến khiếm khuyết toàn thân về sự làm mới các mô liên kết ở vùng háng, có thể dẫn đến hình thành thoát vị bẹn.[20] Hút thuốc liên quan đến giảm hoạt động alpha-1 antitrypsin cũng như tăng elastolase huyết thanh.[20] Hút thuốc cũng hoạt hóa bạch cầu, dẫn đến tăng nồng độ zymogen proteases. Bạch cầu và độc tố được kích thích làm tiêu hóa collagen ngoại vi.
- Hút thuốc là cũng là yếu tố nguy cơ tái phát sau khi phẫu thuật chữa thoát vị bẹn và điều này thường gặp gấp hai lần trên những bệnh nhân được chỉnh sửa không thành công.[27] Người hút thuốc tăng nguy cơ tái phát gấp 2 lần trong 2 năm sau khi phẫu thuật chữa thoát vị bẹn.[28]

tiền sử gia đình

- Tất cả các thoát vị thành bụng, bao gồm thoát vị bẹn đều có tính chất gia đình.[16] [15] Phương thức truyền bệnh là do gen trội với độ thẩm không hoàn toàn.
- Các nguyên bào sợi được nuôi cấy từ da của bệnh nhân bị thoát vị háng sản xuất ra procollagen, là chất rất giàu collagen loại III và thiếu sức mạnh đủ để hỗ trợ thành bụng kháng lại tình trạng thoát vị.[29]

sinh non

- Thoát vị bẹn bẩm sinh rất thường gặp ở trẻ sinh non. Có đến một phần ba bé trai sinh non với cân nặng dưới 1500 g cần phẫu thuật thoát vị trước 8 tuổi.[30]

phình động mạch

- Bệnh nhân bị AAA thường dễ bị thoát vị bẹn hơn so với dân số chung.[33] [34] Thoát vị bẹn thường gặp ở bệnh nhân bị AAA hai lần so với những bệnh nhân bị bệnh lý về động mạch với hội chứng Leriche.[35]
- AAA liên quan đến sự gia tăng bạch cầu và giảm hoạt động kháng proteolytic.[36] Bệnh nhân có hoạt tính proteolytic tăng cao kéo dài thậm chí sau khi điều trị chứng phình mạch.[37] Tăng hoạt tính proteolytic là một đáp ứng toàn thân do ảnh hưởng của việc hút thuốc, là yếu tố nguy cơ gây AAA.

vết mổ cũ một phần tư dưới phải

- Tỷ lệ thoát vị bẹn bên phải ở bệnh nhân trước đây được cắt bỏ ruột thừa cao gấp hai lần dân số chung. Điều này có thể là do tổn thương của mạc ngang cũng như tổn thương các phân đoạn phân bố thần kinh đến hệ thống cơ vùng bẹn. Tỷ lệ mắc bệnh cũng có thể tăng sau khi cắt tuyến tiền liệt.[38]

Khiếm khuyết mạc ngang

- Mạc ngang vốn là hàng rào cuối cùng phòng ngừa thoát vị bẹn, nên khi bị khiếm khuyết sẽ dẫn đến hình thành khối thoát vị.
- Các yếu tố nguy cơ gây khiếm khuyết mạc ngang giống với các yếu tố nguy cơ của thoát vị bẹn (nghĩa là giới tính nam, tuổi cao, hút thuốc, tiền sử gia đình).

viêm phế quản mạn tính hoặc khí phế thũng

- Ho mạn tính làm tăng áp lực trong ổ bụng.[39]

Hội chứng Marfan

- Hội chứng Marfan là rối loạn mô liên kết có thể dẫn đến hình thành thoát vị.[17] [40]

Hội chứng Ehlers-Danlos

- Hội chứng Ehlers-Danlos là rối loạn mô liên kết có thể dẫn đến hình thành thoát vị.[18] [40]

ngộ độc do đậu

- Ngộ độc do đậu là bệnh lý gây độc thần kinh do ăn phải các loại đậu nhất định. Bệnh này liên quan đến các bất thường mô liên kết và thoát vị háng.[19]

Yếu**nâng vật nặng**

- Nâng vật nặng là nguyên nhân gây thoát vị bẹn ở chưa đầy 10% bệnh nhân.[31] Nói chung, nâng nhắc không có xu hướng hình thành thoát vị, nhưng tốt hơn cần lưu ý bệnh nhân về thoát vị. Sự nâng và làm căng giãn không gây suy yếu hoặc thoái hóa sàn bẹn. Những vận động viên cử tạ chuyên nghiệp không thấy sự tăng quá mức tỷ lệ bị thoát vị bẹn.[31] [32]

Mang thai

- Việc kéo giãn thành bụng và tăng áp lực trong ổ bụng do mang thai gây ra có thể khiến thoát vị gián tiếp nhỏ không được phát hiện trước đây trở nên rõ ràng trên lâm sàng.[32]

cổ trướng

- Việc kéo giãn thành bụng và tăng áp lực trong ổ bụng do cổ chướng gây ra (ví dụ như từ xơ gan) có thể làm tăng nguy cơ thoát vị bẹn.[41]

phì đại lành tính tuyến tiền liệt

- Áp lực trong ổ bụng tăng do phì đại tiền liệt tuyến lành tính có thể làm tăng nguy cơ thoát vị bẹn.

Chít hẹp niệu đạo

- Tăng áp lực trong ổ bụng do chít hẹp niệu đạo có thể làm tăng nguy cơ thoát vị bẹn.

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám**Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu****có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)**

- Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm giới tính nam, tuổi cao, hút thuốc, tiền sử gia đình, sinh non, hội chứng Marfan, và hội chứng Ehlers-Danlos.

khó chịu vùng háng hoặc đau ở khối phòng (thường gặp)

- Bệnh nhân thoát vị bẹn chỉ bị khó chịu ở háng (thường được mô tả là âm ỉ, nặng nề, kéo lê, và thỉnh thoảng đau rát) hoặc đau liên quan đến khối thoát vị phình lớn; khó chịu hoặc đau ở háng giảm đi khi thoát vị không phình to.

khối u ở vùng háng (thường gặp)

- Khối u hoặc phình lớn thấy được và/hoặc sờ được ở háng có thể có hoặc có thể không trở lại như cũ. Khối u hoặc phình lớn có thể mềm và dễ uốn. Nó cũng có thể phình lớn với nghiệm pháp Valsalva (thở ra mạnh qua đường thở khép kín). Thoát vị bẹn nằm ở trên trong củ mu.

khó chịu hoặc đau ở bụng (không thường gặp)

- Khó chịu hoặc đau ở giữa bụng khu trú không rõ và liên quan đến khối phòng vùng bẹn, nhưng cải thiện khi khối phòng giảm, cho thấy sự kéo căng ruột non trong túi thoát vị.

đau bụng cấp tính (không thường gặp)

- Chướng bụng, ấn đau kèm theo không có nhu động ruột gợi ý thoát vị nghẹt.

Các yếu tố chẩn đoán khác**buồn nôn và nôn mửa (không thường gặp)**

- Nếu có tắc ruột non Bệnh nhân có thể biểu hiện với mất nước và thỉnh thoảng trạng thái tâm lý thay đổi.

táo bón (không thường gặp)

- Nếu có tắc ruột non

Xét nghiệm chẩn đoán**Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu**

Xét nghiệm	Kết quả
chẩn đoán lâm sàng • Phần lớn các ca thoát vị bẹn được chẩn đoán lâm sàng bằng cách quan sát và sờ. Thường không yêu cầu xét nghiệm thêm. Chụp hình X-quang có thể giúp ích nếu chẩn đoán không chắc chắn (ví dụ như ở bệnh nhân rất béo phì, hoặc các ca bệnh phức tạp khác).	thường phát hiện thoát vị bẹn rõ trên mặt lâm sàng

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
siêu âm háng • Có thể hữu ích khi không có chẩn đoán chắc chắn.^{[47] [46]}	có thể nhận ra các thoát vị ẩn; cũng có những báo cáo về các kết quả dương tính giả không rõ về mặt lâm sàng được giải thích như là thoát vị
Chụp CT • Có thể hữu ích ở bệnh nhân béo phì nhiều. Chẩn đoán chính xác hơn nếu sử dụng chất cản quang đường uống và thực hiện nghiệm pháp Valsalva trong khi chụp.	có thể nhận ra mô mỡ, không có triệu chứng trong ống bẹn (khối u mỡ) như là khối thoát vị; cần có sự tương quan về lâm sàng vì chúng thường không phải là thoát vị thực sự
chụp khối thoát vị có cản quang • Liên quan đến tiêm chất cản quang không ion trong phúc mạc vào khoang phúc mạc, thận trọng không làm tổn thương ruột. Bệnh nhân được giữ đứng thẳng và đi lại trong 3 phút sau khi đã chụp x-quang. • Rất hiếm khi thực hiện thủ thuật này, thậm chí đối với thoát vị ẩn, do thủ thuật có tính xâm lấn, khiến bệnh nhân khó chịu, và kèm theo các nguy cơ (ví dụ như chọc thủng nội tạng, khối tụ máu thành bụng, phản ứng dị ứng với chất cản quang, và phơi nhiễm phóng xạ).^{[49] [51]}	chất cản quang vào túi thoát vị được thấy trong ống bẹn hoặc trong bìu khi bệnh nhân đứng thẳng

Xét nghiệm	Kết quả
MRI háng Chỉ được sử dụng ở bệnh nhân có thoát vị không chắc chắn về mặt lâm sàng. Có giá trị dự đoán dương tính cao.[50]	thoát vị xuất hiện khi đường kính trước sau của ống bẹn mở rộng bất thường và/hoặc các thành phần bất thường (lớp mỡ và/hoặc ruột) nhô ra ngoài cùng lúc trong ống bẹn (xuất phát từ thành sau của ống bẹn hoặc thông qua hố bẹn trong) 11996229 van den Berg JC. Inguinal hernias: MRI and ultrasound. Semin Ultrasound CT MR. 2002 Apr;23(2):156-73.

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Tinh hoàn không xuống bìu	Xuất hiện khối u ở háng, thường ở trẻ em. Nửa bìu phát triển không đầy đủ và không có tinh hoàn ở bên bị ảnh hưởng.	Siêu âm vùng háng có thể phân biệt tinh hoàn không xuống bìu với thoát vị bẹn. Các xét nghiệm khác như chụp CT khối u và chụp MRI đều có độ nhạy cảm như nhau.
Bệnh hạch bạch huyết	Một hạch bạch huyết phì đại có thể liên quan đến tiền sử chấn thương, nhiễm trùng hoặc bệnh lý ác tính. Hạch thường chắc, ấn đau, không trở lại như cũ, thường rất giống thoát vị đùi.	Siêu âm vùng háng thường có thể giúp phân biệt bệnh hạch bạch huyết và thoát vị bẹn.
Thoát vị đùi	Thoát vị đùi thường gặp hơn ở những phụ nữ mảnh mai, thường lớn tuổi, và thường có xu hướng nghẹt. Có thể khó phân biệt giữa thoát vị đùi kẹt và viêm hạch bạch huyết.	Thoát vị đùi nằm ở dưới dây chằng vùng bẹn, ở bên và dưới củ mu. Khối thoát vị bẹn nằm ngang hàng với dây chằng vùng bẹn giữa gai chậu trước và xương mu.
Phình động mạch đùi	Biểu hiện là khối u đập theo nhịp ở háng. Thoát vị bẹn không đập theo nhịp.	Có thể phân biệt phình động mạch đùi với nhịp đập bình thường của mạch đùi bằng chụp siêu âm Duplex.
Áp-xe cơ thắt lưng	Có thể biểu hiện kèm theo đau lưng và sốt. Tiền sử du lịch nước ngoài gần đây hoặc tiếp xúc với người bị ho mạn tính, sụt cân, và đổ mồ hôi về đêm gần đây là thường gặp.	Chụp MRI hoặc CT cho thấy một khối áp-xe như là một khối viêm nằm trong cơ thắt lưng.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Giãn tĩnh mạch hiển	Tĩnh mạch hiển bị giãn nhiều gần điểm nối giữa tĩnh mạch hiển lớn và tĩnh mạch đùi chung vì van tĩnh mạch hiển lớn và tĩnh mạch đùi chung mất chức năng. Thường có các dấu hiệu giãn tĩnh mạch ở nơi khác. Thông thường, nó mềm, ấn xẹp và biến mất khi nằm ngửa giống thoát vị bẹn. Giãn tĩnh mạch âm hộ ở phụ nữ có thể biểu hiện kiểu tương tự giống như thoát vị.	Siêu âm Duplex sẽ cho thấy lưu lượng máu.
Tràn dịch tinh mạc	Tràn dịch tinh mạc nguyên phát xung quanh tinh hoàn và không liên quan đến khoang phúc mạc. Mặc dù hiếm khi xảy ra ở trẻ em, thường gặp ở độ tuổi trung niên đến người lớn tuổi. Không dễ xác định tinh hoàn và mào tinh hoàn. Ở hố bẹn ngoài phía trên chỗ sưng không có khối u là đặc điểm phân biệt quan trọng.	- Thường không yêu cầu xét nghiệm, nhưng có thể dễ dàng xác định bằng siêu âm. - Tràn dịch tinh mạc thường sẽ để ánh sáng đi xuyên mô với ánh sáng chói.
Tràn dịch tinh mạc nang hóa của thừng tinh	Đây là dạng hiếm gặp của tràn dịch tinh mạc, trong đó tràn dịch tinh mạc được tách rời khỏi khoang phúc mạc và tinh hoàn liên quan đến thừng tinh. Có thể xác định sự hiện diện của dạng này trên lâm sàng bằng cách kéo tinh hoàn xuống và nhìn thấy có cục bướu theo sau.	Thường không yêu cầu xét nghiệm, nhưng có thể dễ dàng xác định bằng siêu âm.
U mỡ của thừng tinh	U mỡ của thừng tinh thường gặp và có thể khó phân biệt trên lâm sàng với thoát vị. Về mặt lâm sàng, nó không có sự thay đổi kích thước khi ho và không phình to với nghiệm pháp Valsalva.	Siêu âm cho thấy khối đặc có hồi âm, thường bị giải thích nhầm với thoát vị chứa lớp mỡ. Chụp CT cho thấy lớp mỡ trong ống bẹn.
Nang mào tinh hoàn	Nang gắn với phần đầu của mào tinh hoàn. Trơn láng và có thể được tìm ra phía trên nó khi thăm khám.	- Thường không yêu cầu xét nghiệm. - Nang mào tinh hoàn thường sẽ để ánh sáng xuyên qua mô với ánh sáng chói.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Tràn dịch tinh mạc của ống Nuck	Ở nữ giới, nếu vẫn còn ống phúc tinh mạc, nó sẽ kéo dài vào môi lớn và được gọi là ống Nuck. Khi ống này chứa dịch, nó biểu hiện như là khối u vùng bẹn. Có thể dễ dàng nhầm lẫn với thoát vị bẹn. Ở bệnh nhân có triệu chứng, điều trị phẫu thuật là giống nhau.	Siêu âm cho thấy khối giảm âm, dạng nang, giới hạn rõ.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Điều trị thoát vị bẹn ở người lớn chủ yếu vẫn là phẫu thuật vì có khả năng chữa lành bệnh của nó. Phẫu thuật cũng quan trọng để phòng ngừa thoát vị nghẹt, và để điều trị thoát vị gây đau và khó trở lại như cũ. Tuy nhiên, tiếp tục theo dõi cũng là một lựa chọn hợp lý ở người lớn thoát vị bẹn có triệu chứng nhẹ hoặc không có triệu chứng.

Tiếp tục theo dõi

Tất cả các dạng thoát vị có cần điều trị hay không vẫn còn đang gây tranh cãi. Tiếp tục theo dõi được xem là một chiến lược an toàn ở người lớn bị thoát vị bẹn có triệu chứng nhẹ hoặc không có triệu chứng, và điều này được thể hiện trong các khuyến nghị hướng dẫn.[32] [42] [52] Các biến chứng cấp tính của thoát vị như tắc ruột và nghẹt/kẹt, hiếm khi xảy ra. Cần tư vấn cho bệnh nhân nên đi khám bệnh ngay lập tức nếu họ có các triệu chứng và dấu hiệu liên quan đến những biến chứng này (ví dụ như đau bụng, buồn nôn, nôn, và táo bón).[52] Những bệnh nhân tiến triển các triệu chứng không có nguy cơ biến chứng phẫu thuật cao hơn những người được điều trị thoát vị dự phòng. Theo thời gian, nhiều bệnh nhân ban đầu bị thoát vị không có triệu chứng sẽ tiến triển các triệu chứng và được phẫu thuật theo chương trình.[53] [54] [55]

Diễn tiến tự nhiên của thoát vị bẹn không được điều trị là không rõ ràng. Một nghiên cứu với 720 người đàn ông (≥ 18 tuổi) bị thoát vị bẹn có triệu chứng nhẹ hoặc không có triệu chứng được ngẫu nhiên phân vào nhóm phẫu thuật hoặc tiếp tục theo dõi nhận thấy rằng 23% chuyển từ theo dõi sang phẫu thuật trong 2 năm do tiến triển các triệu chứng, thường là khó chịu.[52] Hai bệnh nhân được phân vào nhóm tiếp tục theo dõi tiến triển tình trạng nghẹt. Một nghiên cứu khác với 160 người đàn ông lớn tuổi (≥ 55 tuổi) được ngẫu nhiên phân vào nhóm phẫu thuật hoặc tiếp tục theo dõi nhận thấy rằng 29% chuyển từ theo dõi sang phẫu thuật sau 1 năm.[56] Có ba ảnh hưởng có tác hại trầm trọng liên quan đến thoát vị ở những người chuyển từ theo dõi sang phẫu thuật, và một người trong số đó có thể gây tử vong (nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật) sau khi bệnh tim mạch đi kèm bị suy yếu đáng kể trong khi quan sát.

Phẫu thuật

Trước năm 1990, phục hồi mô nguyên phát (không có lưới) (ví dụ như sử dụng kỹ thuật dây chằng Bassini hoặc Cooper) là liệu pháp phẫu thuật điều trị chính thoát vị bẹn; tuy nhiên, những kỹ thuật này phần lớn được thay bằng phẫu thuật lưới mở bằng kỹ thuật Lichtenstein.[57] Kỹ thuật Lichtenstein dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene không căng (kích thước khoảng 5 cm x 12 cm) đặt vào thành sau ống bẹn và chèn vào bên trong từ xương mu đến gai chậu, bao quanh lấy thừng tinh qua một lỗ nhỏ.[57] Phải khâu cố định tấm lưới vào xương mu, phủ lên mép dây chằng bẹn, và mạc chèn vào trong. Thủ thuật này có tác dụng phụ thường gặp nhất là tê vùng bẹn, nhưng thường dần dần thuyên giảm theo thời gian. Hệ thống nút lưới và miếng đắp là một kỹ thuật phẫu thuật lưới mở thay thế khác. Thủ thuật này sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene có nút, hình nón đặt vào trong vị trí khiếm khuyết, gắn chặt vào hố bẹn trong đối với thoát vị gián tiếp, hoặc cổ của vị trí khiếm khuyết trong thoát vị trực tiếp, và có thể dùng tấm lưới nhân tạo phẳng khác phủ lên. Kỹ thuật này không được sử dụng thường xuyên như kỹ thuật Lichtenstein do tỷ lệ biến chứng cao hơn, bao gồm di chuyển nút lưới, kèm theo làm tổn thương đến ruột hoặc bàng quang.[58] [59] Điều trị phẫu thuật lưới mở liên quan đến tỷ lệ tái phát thấp hơn nhiều so với điều trị phục hồi mô nguyên phát hoặc các kỹ thuật không dùng lưới khác.[60] Đây cũng là thủ thuật có nguy cơ thấp có thể thực hiện với gây tê tùy sống, gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ kèm theo thuốc an thần nhẹ.

Một phương pháp khác thay thế phẫu thuật lưới mở là phẫu thuật nội soi đặt lưới ít xâm lấn. Phẫu thuật nội soi đặt lưới cần được gây mê toàn thân, và nhiều thử thách hơn về mặt kỹ thuật và cần kinh nghiệm lâu năm hơn cho bác sĩ phẫu thuật so với phẫu thuật lưới mở. Kỹ thuật này sử dụng tấm lưới nhân tạo lớn (có đường kính khoảng 12 cm) đặt vào khoang trước phúc mạc, kéo dài từ xương mu đến gai chậu và nằm phía trên các mạch máu vùng chậu.[61] [62] So với phẫu thuật lưới mở, kỹ thuật này có các ưu điểm như ít đau sau phẫu thuật, sớm trở lại hoạt động thể chất, và có tính thẩm mỹ tốt hơn.[42] [63] [64] [65] [66] [67] Tỷ lệ tái phát và biến chứng tương tự như phẫu thuật

lưới mở.[68] Tuy nhiên, nguy cơ thương tổn nghiêm trọng đến ruột, bàng quang, và cấu trúc mạch máu cao hơn thủ thuật nội soi ổ bụng.[69] Ăn mòn/di lệch tấm lưới cũng có thể xảy ra, có thể gây trở ngại các hoạt động sau này của bàng quang hoặc tuyến tiền liệt.

Có hai biện pháp nội soi ổ bụng: nội soi ngả hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) và nội soi qua khoang phúc mạc (TAPP). Thủ thuật TEP thường sử dụng bóng để mở khoang tiền phúc mạc nhằm tạo ra khoảng trống để đặt một miếng dán lưới có đường kính lớn phủ trọn vùng bẹn từ bên dưới. Thủ thuật TAPP đặt dụng cụ soi ổ bụng vào khoang phúc mạc và rạch lớp phúc mạc bên dưới ống bẹn để mở khoang tiền phúc mạc và đặt tấm lưới, sau đó đóng vết rạch phúc mạc trên lưới. Mỗi thủ thuật đều có ưu điểm riêng, nhưng không rõ thủ thuật nào tốt hơn thủ thuật nào.[69] Trong phẫu thuật lưới mở tiền phúc mạc mở, khoang tiền phúc mạc được mở để đặt lưới qua vết rạch nhỏ trên khớp mu hoặc vùng bẹn, là một lựa chọn điều trị thay thế đối với phẫu thuật nội soi đặt lưới.[42] [70] [71] [72]

Quyết định áp dụng phẫu thuật hở hoặc phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân tùy theo cấu trúc giải phẫu của khối thoát vị, liệu thoát vị là nguyên phát hay tái phát, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật, và mong muốn của bệnh nhân.[5] [63] [69] [73] [74] 1[C]Evidence Hai phương pháp này có các nguy cơ và biến chứng thay đổi.[69] Mổ hở thường sử dụng nhất, chiếm phần lớn các ca phẫu thuật thoát vị bẹn.[5] [61] Biện pháp phẫu thuật hở có thể thích hợp hơn biện pháp nội soi ổ bụng đối với thoát vị một bên nguyên phát; phẫu thuật nội soi ổ bụng có thể được ưu tiên hơn đối với bệnh nhân tái phát sau khi phẫu thuật hở, hoặc đối với những bệnh nhân thoát vị hai bên có thể được phẫu thuật cùng lúc.[5] [42] [61] [63] [74] [75]

Tấm lưới nhân tạo

Lưới polypropylene là vật liệu nhân tạo phổ biến nhất được sử dụng trong phẫu thuật thoát vị. Điều quan trọng là sử dụng tấm lưới nhân tạo đủ lớn. Một nghiên cứu với thời gian theo dõi kéo dài chứng minh rằng không có lợi ích khi sử dụng tấm lưới polypropylene nhẹ, mới so với tấm lưới cũ nặng hơn.[76] Ở các nước có thu nhập thấp tại vùng Châu Phi cận Saharan đã sử dụng thành công dạng lưới như màn ngăn muỗi chi phí thấp, và có thể sử dụng ở các nước đang phát triển.[77] Nếu lưới bị nhiễm trùng, thường phải lấy ra. Tái phát thoát vị sau khi lấy lưới bị nhiễm trùng ra không thường gặp.[78]

Chỉ định sử dụng vật liệu sinh học nhân tạo lấy từ da xác chết hoặc từ niêm mạc ruột lợn trong phẫu thuật thoát vị liên quan đến tình trạng phẫu trường bị nhiễm trùng. Trong trường hợp này, sử dụng mô tại chỗ liên quan đến tỷ lệ tái phát cao, và tấm lưới nhân tạo tiêu chuẩn liên quan đến tăng nguy cơ nhiễm trùng đáng kể. Không sử dụng thường qui vật liệu sinh học nhân tạo trong phẫu thuật thoát vị bẹn theo chương trình.

Thoát vị kẹt hoặc nghẹt

Thoát vị bị kẹt khi các thành phần của khối thoát vị không thể quay trở lại vào trong khoang bụng. Ruột hoặc mạc nối chui qua đoạn cổ thoát vị hẹp có thể bị kẹt và phù nề, dẫn đến sưng to và tụ dịch trong lòng ruột. Điều này có thể gây tắc ruột, suy giảm nguồn cấp máu đến ruột, và cuối cùng là bị nghẹt.

Cần mổ hở khẩn cấp đối với thoát vị nghẹt đau, ấn đau. Thoát vị nghẹt có thể trở lại như cũ với bệnh nhân được dùng thuốc an thần, nhưng cần chú ý tránh đẩy quai ruột không sống từ túi thoát vị trở lại khoang phúc mạc (thoát vị toàn thể). Chỉ định phẫu thuật lưới nếu ruột còn sống, nhưng chỉ định phẫu thuật không đặt lưới nếu ruột không sống hoặc nếu nghi ngờ khả năng khả năng sống của đoạn ruột.

Thoát vị nghẹt là một phẫu thuật cấp cứu vì ruột có thể bị hoại tử nếu không nhanh chóng giải quyết tình trạng tắc nghẽn. Thường cần bù dịch đầy đủ, đặt ống thông mũi dạ dày, và đặt thông tiểu. Ruột còn sống tìm thấy trong khi phẫu thuật có thể trở lại như cũ và phẫu thuật đặt lưới. Nếu tìm thấy ruột không sống hoặc bị nhiễm trùng (hoại thư) trong khi phẫu thuật, thường cần thực hiện mổ hở và cắt bỏ ruột, cùng với phẫu thuật không đặt phục hồi mô nguyên phát để điều trị thoát vị. Cần tránh phẫu thuật đặt lưới trong trường hợp này do nguy cơ nhiễm trùng lưới.

Liệu pháp kháng sinh dự phòng

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong khi phẫu thuật thoát vị không biến chứng vẫn còn đang gây tranh cãi, đặc biệt là do tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp. Các phân tích tổng hợp cho thấy rằng kháng sinh dự phòng có thể giảm tỷ lệ nhiễm trùng xuống khoảng 50% ở bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật lưới mở.[79] [80] [81]

Chất ức chế beta-lactam/beta-lactamase và cephalosporins thế hệ thứ nhất là thuốc kháng sinh có hiệu quả nhất trong trường hợp này. Khi không có bằng chứng xác định, kháng sinh dự phòng một liều duy nhất bằng cephalosporin thế hệ thứ nhất là biện pháp có thể chấp nhận được đối với phẫu thuật lưới mở. Sử dụng kháng sinh dự phòng đối với phẫu thuật nội soi ổ bụng vẫn còn chưa chắc chắn.[82]

Tái phát sau khi phẫu thuật

Các báo cáo về tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật khôi phục mô nguyên phát qua mổ hở được báo cáo dao động từ 0,5% đến 15%.[83] Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật lưới mở hoặc nội soi ổ bụng, thấp hơn rất nhiều, dưới 2%.[84] [85] Nguy cơ tiến triển thoát vị mới ở bên đối diện sau khi phẫu thuật ở một bên ước tính từ 7% đến 11%.[86]

Băng treo

Băng treo (hay một thiết bị mang trên người để ép các mô vào ống bẹn) là biện pháp điều trị không phẫu thuật thông thường đối với thoát vị bẹn. Nếu sử dụng, cần sử dụng băng treo sau khi thoát vị trở lại như cũ và các triệu chứng đã thuyên giảm. Băng treo giúp khối thoát vị trở lại như cũ, làm giảm đau và khó chịu. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân nhận thấy sử dụng khá cồng kềnh. Hơn nữa, những sự cố liên quan đến khối thoát vị (khối thoát vị chui ra ngoài băng treo và có thể bị kẹt bởi băng treo) và teo da dưới vùng băng giữ có thể xảy ra. Băng treo không phải là biện pháp chữa bệnh. Cần dành biện pháp sử dụng lâu dài này cho bệnh nhân không thích hợp phẫu thuật, lớn tuổi, hoặc từ chối phẫu thuật điều trị.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Cấp tính (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
thoát vị kẹt hoặc nghẹt	1	điều trị mổ hở

Tiếp diễn (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
thoát vị nhỏ, không có triệu chứng	1	tiếp tục theo dõi
Đối tượng phẫu thuật: thoát vị nguyên phát một bên	1	phẫu thuật lưới mở

Tiếp diễn		(tóm tắt)	
..... ■	Đối tượng phẫu thuật: thoát vị nguyên phát một bên	thêm	Liệu pháp kháng sinh dự phòng
..... ■	Đối tượng phẫu thuật: tái phát (sau khi phẫu thuật lưới mở) hoặc thoát vị nguyên phát hai bên	1	phẫu thuật nội soi đặt lưới hoặc phẫu thuật lưới mở tiên phúc mạc
..... ■	Đối tượng không phẫu thuật, lớn tuổi, hoặc từ chối phẫu thuật	1	điều trị không phẫu thuật (ví dụ như băng treo) hoặc quan sát

Các lựa chọn điều trị

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
thoát vị kẹt hoặc nghẹt	1	điều trị mổ hở » Cần mổ hở khẩn cấp đối với thoát vị kẹt đau, ấn đau. » Thoát vị kẹt có thể trở lại như cũ với bệnh nhân được dùng thuốc an thần, nhưng cần chú ý tránh đẩy quai ruột không còn sống từ túi thoát vị trở lại khoang phúc mạc (thoát vị toàn thể). » Thoát vị kẹt ấn đau không thể trở lại như cũ được xem là thoát vị nghẹt. Thoát vị nghẹt là trường hợp phẫu thuật cấp cứu vì ruột có thể bị hoại tử nếu không nhanh chóng giải quyết tình trạng tắc nghẽn. Thường cần bù dịch đầy đủ, đặt ống thông mũi dạ dày, và đặt thông tiểu. » Ruột còn sống tìm thấy trong khi phẫu thuật có thể được đặt trở lại như cũ và phẫu thuật đặt lưới. Nếu tìm thấy ruột không sống hoặc bị nhiễm trùng (hoại thư) trong khi phẫu thuật, thường cần chuyển sang mổ bụng và cắt bỏ ruột, cùng với phẫu thuật (không đặt lưới) phục hồi mô nguyên phát để điều trị thoát vị. » Cần tránh phẫu thuật đặt lưới nếu ruột bị nhiễm trùng do nguy cơ nhiễm trùng lưới.

Tiếp diễn

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
thoát vị nhỏ, không có triệu chứng	1	tiếp tục theo dõi » Tiếp tục theo dõi được xem là chiến lược an toàn ở bệnh nhân bị thoát vị không có triệu chứng, và điều này được phản ánh trong các khuyến nghị hướng dẫn.[32] [42] [52] » Mặc dù hiếm gặp, nhưng cần cảnh báo bệnh nhân về các dấu hiệu và triệu chứng kẹt hoặc tắc nghẽn (ví dụ như đau bụng, buồn nôn, nôn, và táo bón) và tư vấn nên đi khám ngay lập tức nếu xảy ra.[52] » Theo thời gian, nhiều bệnh nhân ban đầu bị thoát vị không có triệu chứng sẽ tiến triển các triệu chứng và được phẫu thuật theo chương trình.[53] [54] [55]

Tiếp diễn

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
Đối tượng phẫu thuật: thoát vị nguyên phát một bên	1	phẫu thuật lưới mở » Phẫu thuật lưới mở có thể được ưu tiên cho những bệnh nhân thoát vị nguyên phát một bên.[5] [42] [61] [63] Đây cũng là kỹ thuật có nguy cơ thấp có thể thực hiện với gây tê tùy sống, gây mê toàn thân, hoặc gây tê tại chỗ kèm theo thuốc an thần nhẹ. » Điều trị phẫu thuật lưới mở thoát vị bẹn liên quan đến tỷ lệ tái phát thấp hơn nhiều so với điều trị phục hồi mô nguyên phát hoặc các kỹ thuật không dùng lưới khác.[60] » Kỹ thuật Lichtenstein là phương pháp phẫu thuật lưới mở được thực hiện nhiều nhất. Kỹ thuật này dùng tấm lưới nhân tạo polypropylene không căng (kích thước khoảng 5 cm x 12 cm) đặt vào thành sau ống bẹn và chèn vào bên trong từ xương mu đến gai chậu, bao quanh lấy thừng tinh qua một lỗ nhỏ.[57] Phải cố định lưới vào xương mu, phủ lên mép dây chằng bẹn, và mạc chèn vào trong. Thủ thuật này có tác dụng phụ thường gặp nhất là tê vùng bẹn, nhưng thường dần dần thuyên giảm theo thời gian. » Hệ thống nút lưới và miếng đắp là một kỹ thuật phẫu thuật lưới mở thay thế. Thủ thuật này sử dụng tấm lưới nhân tạo polypropylene có nút, hình nón đặt vào trong vị trí khiếm khuyết, gắn chặt vào hố bẹn trong đối với thoát vị gián tiếp, hoặc cổ của vị trí khiếm khuyết trong thoát vị trực tiếp tiếp, có thể dùng tấm lưới nhân tạo phẳng khác phủ lên. Tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật này cao hơn so với phẫu thuật không căng tiêu chuẩn (Lichtenstein).[58] Các biến chứng của hệ thống nút lưới và miếng đắp bao gồm di lệch nút lưới, kèm theo tổn thương đến ruột hoặc bàng quang.[59]
Đối tượng phẫu thuật: thoát vị nguyên phát một bên	thêm	Liệu pháp kháng sinh dự phòng » Các phân tích tổng hợp cho thấy rằng kháng sinh dự phòng có thể giảm tỷ lệ nhiễm trùng xuống khoảng 50% ở bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật lưới mở.[79] [80] [81] » Chất ức chế beta-lactam/beta-lactamase và cephalosporins thế hệ thứ nhất là thuốc kháng sinh có hiệu quả nhất trong trường hợp này.[81] » Khi không có bằng chứng xác định, kháng sinh dự phòng một liều duy nhất bằng cephalosporin thế hệ thứ nhất là biện pháp có thể chấp nhận được đối với phẫu thuật lưới mở.
Đối tượng phẫu thuật: tái phát (sau khi phẫu thuật lưới mở)	1	phẫu thuật nội soi đặt lưới hoặc phẫu thuật lưới mở tiên phúc mạc

Tiếp diễn

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

hoặc thoát vị nguyên phát hai bên

» Phẫu thuật nội soi đặt lưới có thể thích hợp hơn đối với bệnh nhân tái phát sau khi phẫu thuật lưới hở, hoặc đối với những bệnh nhân thoát vị nguyên phát hai bên có thể được phẫu thuật cùng lúc.[5] [42] [61] [63] [74] [75]

» Phẫu thuật nội soi đặt lưới cần được gây mê toàn thân, và có tính thử thách hơn về mặt kỹ thuật và cần kinh nghiệm lâu năm cho bác sĩ phẫu thuật hơn so với phẫu thuật lưới mở. Kỹ thuật này sử dụng tấm lưới nhân tạo lớn (có đường kính khoảng 12 cm) đặt vào khoang trước phúc mạc, kéo dài từ xương mu đến gai chậu và nằm phía trên mạch máu vùng chậu.[61] [62]

» Các ưu điểm bao gồm ít đau sau phẫu thuật, sớm trở lại hoạt động thể chất, và có tính thẩm mỹ tốt hơn.[42] [63] [64] [65] [66] [67] Tỷ lệ tái phát và biến chứng tương tự như phẫu thuật lưới mở.[68] Tuy nhiên, nguy cơ thương tổn nghiêm trọng đến ruột, bàng quang, và cấu trúc mạch máu cao hơn thủ thuật nội soi ổ bụng.[69] Ăn mòn/di lệch tấm lưới cũng có thể xảy ra, có thể gây trở ngại các hoạt động sau này của bàng quang hoặc tuyến tiền liệt.

» Có hai biện pháp nội soi ổ bụng: nội soi ngả hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) và nội soi qua khoang phúc mạc (TAPP).

» Trong TEP, bóng được đưa vào trong khoang tiền phúc mạc và bơm lên để tạo khoảng trống giúp đặt lưới. Đây là biện pháp phổ biến nhất để đặt lưới qua nội soi ổ bụng. Thủ thuật TAPP cần vào khoang phúc mạc (qua vết rạch phúc mạc) để đặt lưới, có thể dẫn đến tăng nguy cơ làm tổn thương thương tổn các cơ quan khác. Mỗi thủ thuật đều có ưu điểm riêng, nhưng không rõ thủ thuật nào tốt hơn thủ thuật nào.[69]

» Phẫu thuật lưới mở tiền phúc mạc là biện pháp thay thế cho phẫu thuật nội soi đặt lưới.[42] [70] [71] [72] Trong kỹ thuật này, khoang tiền phúc mạc được mở ra để đặt lưới thông qua một vết rạch nhỏ trên khớp mu hoặc vùng bẹn.

» Sử dụng kháng sinh dự phòng đối với phẫu thuật nội soi ổ bụng vẫn chưa chắc chắn.[82]

■ Đối tượng không phẫu thuật, lớn tuổi, hoặc từ chối phẫu thuật

1

điều trị không phẫu thuật (ví dụ như băng treo) hoặc quan sát

» Băng treo (hay một thiết bị mang trên người để ép các mô vào ống bẹn) có thể sử dụng cho những bệnh nhân mà việc can thiệp phẫu thuật có nguy cơ cao, lớn tuổi, hoặc từ chối phẫu thuật.

» Cần sử dụng băng treo sau khi thoát vị trở lại như cũ và các triệu chứng đã thuyên giảm.

Tiếp diễn

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

- » Mục đích của băng treo là đưa khối thoát vị trở lại như cũ hoặc giảm đau và khó chịu. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân nhận thấy sử dụng khá cồng kềnh, và có những sự cố liên quan đến khối thoát vị (khối thoát vị chui ra ngoài băng treo và có thể bị kẹt bởi băng treo) và teo da dưới vùng băng treo có thể xảy ra.
- » Cần theo dõi chặt chẽ các biến chứng ở bệnh nhân không thực hiện bất kỳ hình thức điều trị nào (phẫu thuật hoặc không phẫu thuật).

Khuyến nghị

Giám sát

Tiếp tục theo dõi là lựa chọn điều trị được chấp nhận ở bệnh nhân thoát vị bẹn có triệu chứng nhẹ, do nguy cơ tắc ruột và nghẹt là rất thấp.[42] [52] Tuy nhiên, một số lượng lớn bệnh nhân sẽ tiến triển các triệu chứng trong 5 đến 10 năm và chọn phẫu thuật điều trị.[53] [54] Những bệnh nhân này cần được theo dõi mỗi 6 tháng một lần. Những bệnh nhân mà cuối cùng tiến triển các triệu chứng và được phẫu thuật sau đó không có nguy cơ cao hơn so với việc tiếp tục theo dõi.

Bệnh nhân thường chỉ thăm khám một lần sau khi phẫu thuật, trừ khi có các biến chứng.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Cần cảnh báo bệnh nhân thoát vị bẹn có triệu chứng nhẹ trở lại bệnh viện nếu khối thoát vị trở nên đau, không thể trở lại như cũ, và liên quan đến nôn. Cần hướng dẫn bệnh nhân tránh các hoạt động kéo căng, nâng vật nặng, hoặc các hoạt động có thể làm tình trạng bệnh lý của họ trở nên nặng hơn.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
bí tiểu, sau phẫu thuật	ngắn hạn	trung bình
Thường xảy ra trong vòng 24 giờ sau khi phẫu thuật và có thể là kết quả của rối loạn tiết niệu đã có từ trước đó, sử dụng thuốc gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân, thuốc opioid, và/hoặc thuốc vagolytic. Thường gặp hơn ở đàn ông lớn tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo biến đổi rất lớn, dao động từ dưới 1% đến 22%.[92] [93] [94] [95]		
khối tụ dịch ở vết mổ, sau phẫu thuật	ngắn hạn	trung bình
Khối tụ dịch là sự tích tụ dịch huyết thanh ở tại phẫu trường do chất rỉ ra từ các bề mặt mô thô. Thường xảy ra trong vòng 1 tuần. Chất dịch này thường được tái hấp thụ theo thời gian. Không cần thực hiện dẫn lưu khối tụ dịch một cách thường qui vì có thể gây nhiễm trùng. Khối tụ dịch thường gặp sau tất cả các hình thức phẫu thuật. Các báo cáo về tỷ lệ mắc bệnh thay đổi tùy theo loại phẫu thuật, nhưng trong các thử nghiệm lâm sàng, nó được báo cáo có thể xảy ra ở 12% bệnh nhân sau khi phẫu thuật nội soi ổ bụng, và khoảng 8% sau khi phẫu thuật mổ hở.[96]		
tụ máu vết mổ vùng bẹn, sau phẫu thuật	ngắn hạn	trung bình
Thường xuất hiện trong vòng 1 tuần sau khi phẫu thuật. Thường xảy ra nhiều nhất ở bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông mạn tính, nhất là những bệnh nhân cần sử dụng enoxaparin thay thế trong khi không dùng warfarin. Báo cáo xảy ra ở 5,6% đến 16% bệnh nhân sau khi mổ hở, và ở 4,2% đến 13,1% sau khi phẫu thuật nội soi ổ bụng.[42] Thường tự khỏi, nhưng thỉnh thoảng một khối tụ máu rất lớn có thể bắt đầu tự động dẫn lưu qua vết mổ và cần loại bỏ cục máu đông và ngưng liệu pháp thuốc chống đông.		

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
tụ máu bìu, sau phẫu thuật	ngắn hạn	thấp
Xảy ra ở khoảng 1% bệnh nhân được phẫu thuật chữa chứng thoát vị kéo dài tới bìu. Thường xuất hiện trong vòng 1 tuần sau khi phẫu thuật. Thường gặp hơn sau khi phẫu thuật điều trị thoát vị tái phát. Tái hấp thụ dần dần theo thời gian trong hầu hết các ca bệnh. Hiếm khi cần thụt rửa.		
nhiễm trùng ở vết mổ, sau phẫu thuật	ngắn hạn	thấp
Không thường gặp (<1%) và thường xảy ra trong vòng 2 tuần nếu có. Nhiễm trùng thường có tính bề mặt và đáp ứng với dẫn lưu vết mổ tại chỗ và thuốc kháng sinh, nhưng có thể gây nhiễm trùng tẩm lưới (nếu có đặt). Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ giảm khi sử dụng thuốc kháng sinh dự phòng đối với phẫu thuật lưới mở theo chương trình. Các phân tích tổng hợp ủng hộ việc sử dụng thuốc kháng sinh dự phòng đối với phẫu thuật lưới mở.[79] [80] [81] Sử dụng kháng sinh dự phòng đối với những trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng vẫn còn chưa chắc chắn.[82]		
phân chia ống dẫn tinh, biến chứng phẫu thuật	ngắn hạn	thấp
Một biến chứng hiếm gặp, chủ yếu xảy ra trong khi mổ hở để điều trị thoát vị tái phát. Cần được bác sĩ khoa tiết niệu thực hiện vì phẫu thuật cần duy trì khả năng sinh sản.		
Tổn thương nội tạng và mạch máu, biến chứng phẫu thuật	ngắn hạn	thấp
Nguy cơ gây tổn thương nghiêm trọng đến ruột, bàng quang, và cấu trúc mạch máu cao hơn thủ thuật nội soi ổ bụng.[69] Tổn thương ruột hoặc bàng quang cũng có thể xảy ra trong mổ hở nếu ruột hoặc bàng quang bị kẹt, hoặc nếu không nhận biết thoát vị trượt và rạch hoặc khâu thành ruột do hiểu nhầm là túi thoát vị. Tổn thương bàng quang nhẹ do nội soi ổ bụng xảy ra trong khi đặt dụng cụ nội soi ổ bụng (như trocar) có thể được điều trị bảo tồn bằng ống thông đặt bên trong. Tổn thương lớn đến bàng quang hoặc ruột cần can thiệp phẫu thuật. Phẫu thuật cho các tổn thương của bàng quang có thể gặp nhiều biến chứng hơn do sự ăn mòn/di lệch tẩm lưới sau khi phẫu thuật nội soi đặt lưới. Tổn thương động mạch chủ hoặc mạch máu chậu do đặt trocar trong khi phẫu thuật nội soi liên quan đến tỷ lệ tử vong cao. Cần phẫu thuật và mở bụng và khẩn cấp.		
viêm tinh hoàn do thiếu máu cục bộ, sau phẫu thuật	ngắn hạn	thấp
Thường xuất hiện trong vòng 1 đến 5 ngày sau phẫu thuật và có đặc điểm đau tinh hoàn, cứng, và viêm tinh hoàn. Sau đó, teo tinh hoàn xảy ra ở 0,34% bệnh nhân. Thường xảy ra sau khi điều trị thoát vị tái phát (0,5% đến 5%) và liên quan đến số lượng tinh trùng thấp và giảm ham muốn tình dục.[97] Không có phương pháp điều trị hiệu quả. Các triệu chứng được điều trị bằng cách nâng đỡ bìu và NSAID. Lợi ích của corticosteroids và thuốc kháng sinh chưa được xác nhận.[32]		
Thoát vị vết mổ hoặc thoát vị ở lỗ vào	ngắn hạn	thấp

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Thường xuất hiện trong vòng 6 đến 9 tháng sau khi phẫu thuật. Xảy ra ở 1% số ca bệnh.[98] [99] Ống thông hoặc lỗ vào có đường kính lớn có khả năng là nguyên nhân thường gặp nhất.[100] Đặt một cổng, trocar nhỏ với dụng cụ đầu bịt hình nón xuyên qua cơ và làm thoát khí từ khoang phúc mạc ra trước khi tháo cổng ra làm giảm tỷ lệ thoát vị vết mổ.[98] [101] Cần can thiệp phẫu thuật ngay lập tức nếu bị nghẹt; nếu không, thực hiện phẫu thuật theo chương trình.		
tắc ruột, sau phẫu thuật	ngắn hạn	thấp
Thường liên quan đến phẫu thuật nội soi qua khoang phúc mạc (TAPP) (tỷ lệ mắc bệnh từ 0,07% đến 0,4%),[42] nhưng có thể xảy ra do dính vào tấm lưới tiền phúc mạc hoặc nút lưới, hoặc thoát vị ở lỗ vào. Không thấy sau khi phẫu thuật hở ngã trước. Cần can thiệp phẫu thuật.		
đau khi xuất tinh, sau phẫu thuật	dài hạn	thấp
Có cảm giác bỏng rất xảy ra ngay trước, trong, và sau khi xuất tinh. Nguyên nhân chính xác chưa được biết. Điều trị chủ yếu là hỗ trợ vì hầu hết các ca bệnh tự khỏi theo thời gian.		
đính vùng chậu sau khi phẫu thuật nội soi	dài hạn	thấp
Đặt lưới vào khoang tiền phúc mạc có thể khiến việc cắt tuyến tiền liệt triệt để gặp nhiều khó khăn hơn và cản trở việc bóc tách các hạch vùng chậu.[62]		
đau háng và tê cứng, sau phẫu thuật	biến thiên	trung bình
Đau và tê ở háng sau khi phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn là thường gặp, nhưng thường thuyên giảm theo thời gian. Một số bệnh nhân có thể đau háng mạn tính sau khi phẫu thuật điều trị thoát vị, có thể gây mất khả năng hoạt động. Các báo cáo về tỷ lệ đau háng mạn tính thay đổi đáng kể. [89] [67] [52] Theo kinh nghiệm của tác giả, số bệnh nhân đau háng mạn tính ít. Đau thường có đặc điểm thần kinh, nhưng nguyên nhân là không rõ ràng và có khả năng là do nhiều yếu tố, bao gồm cả yếu tố thể chất và tâm lý. Có 10% đến 12% bệnh nhân sau khi phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn cho biết đau vùng háng mạn tính từ vừa đến nặng.[42] [88] [89] Có nhiều khả năng xảy ra ở bệnh nhân đau háng trước khi phẫu thuật như là triệu chứng nguyên phát của họ,[87] [90] [91] và tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo cao hơn sau khi mổ hở so với phẫu thuật nội soi ổ bụng.[67] Trước đây, đau háng sau phẫu thuật được cho là do thương tổn thần kinh hoặc chèn ép thần kinh, nhưng thủ thuật phân chia hoặc cắt bỏ dây thần kinh trong ống bẹn khi phẫu thuật hoặc sau đó cho thấy kết quả không thống nhất. Đau cũng được cho là do sử dụng tấm lưới (ví dụ như loại lưới sử dụng [nhẹ so với nặng] và hình thức cố định lưới [dán so với khâu so với ghim]); tuy nhiên, không có bằng chứng xác định những giả thuyết này. Tỷ lệ đau háng có thể giảm nhờ các chiến lược điều trị đau ưu tiên sau phẫu thuật, bao gồm phong bế thần kinh theo vùng và thuốc kháng viêm không steroidal. Triệu chứng này không đáp ứng với opioid và có thể giảm dần dần theo thời gian, thường mất vài năm. Tỷ lệ tê cứng thấp hơn khi bảo tồn được dây thần kinh chậu-bẹn khi phẫu thuật.[103]		
 nhiễm trùng tấm lưới, sau phẫu thuật	biến thiên	thấp

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Lưới bị nhiễm trùng sau khi phẫu thuật lưới mở không thường gặp nhưng có thể xảy ra ở bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật. Có thể xuất hiện sau vài tháng hoặc vài năm như là một đường dẫn lưu xoang. Lưới cũng có thể bị nhiễm trùng sau khi phẫu thuật nội soi, nhưng thường không được nhận biết cho đến vài tháng sau khi phẫu thuật khi nhìn thấy chất dịch nằm xung quanh tấm lưới trên ảnh chụp CT đối với bệnh nhân đau bụng. Cần lấy lưới bị nhiễm trùng ra.[102] Tỷ lệ thoát vị tái phát sau khi lấy lưới ra thấp.		
viêm khớp mu, sau phẫu thuật	biến thiên	thấp
Có thể là do khâu hoặc ghim được đặt vào củ mủ. Điều trị bao gồm vật lý trị liệu để tăng cường cơ bụng dưới, và các chất kháng viêm. Tiêm corticosteroid vào trong thương tổn với gây tê tại chỗ thỉnh thoảng được chỉ định, nhưng giá trị của nó vẫn chưa được xác định.[32] Có thể cần phẫu thuật thám sát và cắt bỏ nệm của khớp mu nếu không xác định được nguyên nhân.		

Tiên lượng

Tiên lượng

Tiên lượng tốt nhất sau khi phẫu thuật điều trị. Bệnh nhân thường cho thấy cải thiện chất lượng cuộc sống.[87] Báo cáo cho biết tỷ lệ tái phát thoát vị với điều trị phẫu thuật lưới là dưới 2%.[84] [85] Các biến chứng bao gồm khối tụ máu, tụ dịch, và dị cảm/tê cứng ở vùng háng và mất dần theo thời gian.

Có 10% đến 12% bệnh nhân sau khi phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn cho biết đau vùng háng mạn tính mức độ từ vừa đến nặng.[42] [88] [89] Có nhiều khả năng xảy ra ở bệnh nhân bị đau háng trước khi phẫu thuật như là triệu chứng nguyên phát của họ,[87] [90] [91] và tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo cao hơn sau khi mổ hở so với phẫu thuật nội soi ổ bụng.[67]

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Commissioning guide: groin hernia

Nhà xuất bản: British Hernia Society; Royal College of Surgeons

Xuất bản lần cuối: 2016

Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients

Nhà xuất bản: European Hernia Society

Xuất bản lần cuối: 2014

European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients

Nhà xuất bản: European Hernia Society

Xuất bản lần cuối: 2009

Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence

Xuất bản lần cuối: 2004

Quốc tế

Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia

Nhà xuất bản: International Endohernia Society

Xuất bản lần cuối: 2015

Điểm số bằng chứng

1. Tái phát thoát vị bẹn nguyên phát một bên ở người lớn: có ít bằng chứng cho thấy phẫu thuật lưới mở có hiệu quả hơn phẫu thuật khâu hở trong việc làm giảm tái phát thoát vị. Tuy nhiên, cũng ít có bằng chứng đề nghị rằng phẫu thuật lưới mở có hiệu quả như phẫu thuật nội soi qua khoang phúc mạc (TAPP) và phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) trong phòng ngừa tái phát thoát vị.

Bằng chứng cấp độ C: Các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng thấp hoặc các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) có lỗi về phương pháp với <200 người tham gia.

Các bài báo chủ yếu

- Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*. 2013 Sep;258(3):508-15. [Tóm lược](#)
- Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med*. 2004 Apr 29;350(18):1819-27. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Rehman S, Khan S, Pervaiz A, et al. Recurrence of inguinal herniae following removal of infected prostheses. *Hernia*. 2012 Apr;16(2):123-6. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

1. Nyhus LM. Individualization of hernia repair: a new era. *Surgery*. 1993 Jul;114(1):1-2. [Tóm lược](#)
2. European Hernia Society. Classification for inguinal hernia. 2007 [internet publication]. [Toàn văn](#)
3. Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, et al. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia*. 2007 Apr;11(2):113-6. [Tóm lược](#)
4. Russell RC, Williams NS, Bulstrode CJ, eds. *Bailey & Love's short practice of surgery*. 24th ed. London: Hodder Arnold; 2004.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair. 2004 [internet publication]. [Toàn văn](#)
6. Department of Health. Hospital Episode Statistics, admitted patient care - England, 2014-15. November 2015 [internet publication]. [Toàn văn](#)
7. Everhart, JE, ed. Digestive diseases in the United States: epidemiology and impact. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Washington, DC: US Government Printing Office, 1994; NIH publication no. 94-1447.
8. Rutkow IM. Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s. *Surg Clin North Am*. 1998 Dec;78(6):941-51. [Tóm lược](#)
9. Kingsnorth AN, LeBlanc KA. *Management of abdominal hernias*. 3rd ed. London, New York: Edward Arnold; 2003:40-47.
10. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, et al. Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PLoS One*. 2013;8(1):e54367. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
11. Abramson JH, Gofin J, Hopp C, et al. The epidemiology of inguinal hernia. A survey in western Jerusalem. *J Epidemiol Community Health*. 1978 Mar;32(1):59-67. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

12. de Goede B, Timmermans L, van Kempen BJ, et al. Risk factors for inguinal hernia in middle-aged and elderly men: results from the Rotterdam Study. *Surgery*. 2015 Mar;157(3):540-6. [Tóm lược](#)
13. Primates P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *Int J Epidemiol*. 1996 Aug;25(4):835-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
14. Zendejas B, Ramirez T, Jones T, et al. Incidence of inguinal hernia repairs in Olmsted County, MN: a population-based study. *Ann Surg*. 2013;257:520-526. [Tóm lược](#)
15. Burcharth J, Pommergaard HC, Rosenberg J. The inheritance of groin hernia: a systematic review. *Hernia*. 2013 Apr;17(2):183-9. [Tóm lược](#)
16. Zöller B, Ji J, Sundquist J, et al. Shared and nonshared familial susceptibility to surgically treated inguinal hernia, femoral hernia, incisional hernia, epigastric hernia, and umbilical hernia. *J Am Coll Surg*. 2013 Aug;217(2):289-99.e1. [Tóm lược](#)
17. Judge DP, Dietz HC. Marfan's syndrome. *Lancet*. 2005 Dec 3;366(9501):1965-76. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
18. Malfait F, Wenstrup RJ, De Paepe A. Clinical and genetic aspects of Ehlers-Danlos syndrome, classic type. *Genet Med*. 2010 Oct;12(10):597-605. [Tóm lược](#)
19. Franz MG. The biology of hernia formation. *Surg Clin North Am*. 2008 Feb;88(1):1-15. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
20. Cannon DJ, Read RC. Metastatic emphysema: a mechanism for acquiring inguinal herniation. *Ann Surg*. 1981 Sep;194(3):270-8. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
21. Harrison B, Sannic K, Janis JE. Collagenopathies-implications for abdominal wall reconstruction: a systematic review. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016 Oct 24;4(10):e1036. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
22. Read RC. Recent advances in the repair of groin herniation. *Curr Probl Surg*. 2003 Jan;40(1):13-79. [Tóm lược](#)
23. Ajabnoor MA, Mokhtar AM, Rafee AA, et al. Defective collagen metabolism in Saudi patients with hernia. *Ann Clin Biochem*. 1992 Jul;29 (pt 4):430-6. [Tóm lược](#)
24. Wagh PV, Leverich AP, Sun CN, et al. Direct inguinal herniation in men: a disease of collagen. *J Surg Res*. 1974 Dec;17(6):425-33. [Tóm lược](#)
25. Wagh PV, Read RC. Defective collagen synthesis in inguinal herniation. *Am J Surg*. 1972 Dec;124(6):819-22. [Tóm lược](#)
26. Rodrigues AJ Jr, de Tolosa EM, de Carvalho CA. Electron microscopic study on the elastic and elastic-related fibers in the human fascia transversalis at different ages. *Gegenbaurs Morphol Jahrb*. 1990;136(6):645-52. [Tóm lược](#)
27. Scott JS. Causes of groin hernia recurrence following open repair [abstract]. Program and Abstracts of the First Annual Scientific Meeting of the American Hernia Society, Miami Beach, FL, 1998.
28. Sorensen LT, Jorgensen LN, Gottrup F. Biochemical aspects of abdominal wall hernia formation and recurrence. In: Fitzgibbons RJ Jr, Greenburg AG, eds. *Nyhus and condon's hernia*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2002:9-16.

29. Friedman DW, Boyd CD, Norton P, et al. Increases in type III collagen gene expression and protein synthesis in patients with inguinal hernias. *Ann Surg.* 1993 Dec;218(6):754-60. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
30. Kitchen WH, Doyle LW, Ford GW. Inguinal hernia in very low birthweight children: a continuing risk to age 8 years. *J Paediatr Child Health.* 1991 Oct;27(5):300-1. [Tóm lược](#)
31. Smith GD, Crosby DL, Lewis PA. Inguinal hernia and a single strenuous event. *Ann R Coll Surg Engl.* 1996;78:367-368. [Tóm lược](#)
32. Fitzgibbons RJ Jr, Filipi CJ, Quinn TH. Inguinal hernias. In: Brunicki C, Andersen DK, Billiar TR, et al., eds. *Schwartz's Principles of Surgery.* 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
33. Swanson RJ, Litvoy FN, Hunt K, et al. Laparotomy as a precipitating factor in the rupture of intraabdominal aneurysms. *Arch Surg.* 1980 Mar;115(3):299-304. [Tóm lược](#)
34. Busuttil RW, Abou-Zamzam AM, Machleder HI. Collagenase activity of the human aorta. A comparison of patients with and without abdominal aortic aneurysms. *Arch Surg.* 1980 Nov;115(11):1373-8. [Tóm lược](#)
35. Cannon DJ, Casteel L, Read RC. Abdominal aortic aneurysm, Leriche syndrome, inguinal hernia and smoking. *Arch Surg.* 1984 Apr;119(4):387-9. [Tóm lược](#)
36. Lehnert B, Wadoudh F. High incidence of inguinal hernia and abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 1992 Mar;6(2):134-7. [Tóm lược](#)
37. Brown SL, Buckstrom B, Busuttil RW. A new serum proteolytic enzyme in aneurysm pathogenesis. *J Vasc Surg.* 1985 May;2(3):393-9. [Tóm lược](#)
38. Zhu S, Zhang H, Xie L, Chen J, Niu Y. Risk factors and prevention of inguinal hernia after radical prostatectomy: a systematic review and meta-analysis. *J Urol.* 2013 Mar;189(3):884-90. [Tóm lược](#)
39. Sanjay P, Woodward A. Single strenuous event: does it predispose to inguinal herniation? *Hernia.* 2007 Dec;11(6):493-6. [Tóm lược](#)
40. Harrison B, Sanniec K, Janis JE. Collagenopathies-implications for abdominal wall reconstruction: a systematic review. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2016 Oct 24;4(10):e1036. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
41. Silva FD, Andraus W, Pinheiro RS, et al. Abdominal and inguinal hernia in cirrhotic patients: what's the best approach? *Arq Bras Cir Dig.* 2012 Jan-Mar;25(1):52-5. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
42. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009 Aug;13(4):343-403. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
43. Ralphs DN, Brain AJ, Grundy DJ, et al. How accurately can direct and indirect inguinal hernias be distinguished? *Br Med J.* 1980 Apr 12;280(6220):1039-40. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
44. Cameron AE. Accuracy of clinical diagnosis of direct and indirect inguinal hernia. *Br J Surg.* 1994 Feb;81(2):250. [Tóm lược](#)

45. Kark A, Kurzer M, Walters KJ. Accuracy of clinical diagnosis of direct and indirect inguinal hernia. *Br J Surg*. 1994 Jul;81(7):1081-2. [Tóm lược](#)
46. Light D, Ratnasingham K, Banerjee A, et al. The role of ultrasound scan in the diagnosis of occult inguinal hernias. *Int J Surg*. 2011;9(2):169-72. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
47. Alabraba E, Psarelli E, Meakin K, et al. The role of ultrasound in the management of patients with occult groin hernias. *Int J Surg*. 2014;12(9):918-22. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
48. Garvey JF. Computed tomography scan diagnosis of occult groin hernia. *Hernia*. 2012 Jun;16(3):307-14. [Tóm lược](#)
49. Robinson A, Light D, Kasim A, et al. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2013 Jan;27(1):11-8. [Tóm lược](#)
50. van den Berg JC. Inguinal hernias: MRI and ultrasound. *Semin Ultrasound CT MR*. 2002 Apr;23(2):156-73. [Tóm lược](#)
51. Brierly RD, Hale PC, Bishop NL. Is herniography an effective and safe investigation? *J R Coll Surg Edinb*. 1999 Dec;44(6):374-7. [Tóm lược](#)
52. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006 Jan 18;295(3):285-92. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
53. Mizrahi H, Parker MC. Management of asymptomatic inguinal hernia: a systematic review of the evidence. *Arch Surg*. 2012 Mar;147(3):277-81. [Tóm lược](#)
54. Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*. 2013 Sep;258(3):508-15. [Tóm lược](#)
55. Chung L, Norrie J, O'Dwyer PJ. Long-term follow-up of patients with a painless inguinal hernia from a randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2011 Apr;98(4):596-9. [Tóm lược](#)
56. O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, et al. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. *Ann Surg*. 2006 Aug;244(2):167-73. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
57. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, et al. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg*. 1989 Feb;157(2):188-93. [Tóm lược](#)
58. Sanjay P, Watt DG, Ogston SA, et al. Meta-analysis of Prolene Hernia System mesh versus Lichtenstein mesh in open inguinal hernia repair. *Surgeon*. 2012 Oct;10(5):283-9. [Tóm lược](#)
59. Ishiguro Y, Horie H, Satoh H, et al. Colocutaneous fistula after left inguinal hernia repair using the mesh plug technique. *Surgery*. 2009 Jan;145(1):120-1. [Tóm lược](#)
60. Scott NW, McCormack K, Graham P, et al. Open mesh versus non-mesh for repair of femoral and inguinal hernia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4):CD002197. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

61. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med*. 2004 Apr 29;350(18):1819-27. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
62. Haifler M, Benjamin B, Ghinea R, Avital S. The impact of previous laparoscopic inguinal hernia repair on radical prostatectomy. *J Endourol*. 2012 Nov;26(11):1458-62. [Tóm lược](#)
63. McCormack K, Scorr NW, Go PM, et al. EU hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD001785. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
64. Ger R. The management of certain abdominal herniae by intra-abdominal closure of the neck of the sac. Preliminary communication. *Ann R Coll Surg Engl*. 1982 Sep;64(5):342-4. [Tóm lược](#)
65. Köckerling F, Stechemesser B, Hukauf M, et al. TEP versus Lichtenstein: Which technique is better for the repair of primary unilateral inguinal hernias in men? *Surg Endosc*. 2016 Aug;30(8):3304-13. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
66. Westin L, Wollert S, Ljungdahl M, et al. Less pain 1 year after total extra-peritoneal repair compared with Lichtenstein using local anesthesia: data from a randomized controlled clinical trial. *Ann Surg*. 2016 Feb;263(2):240-3. [Tóm lược](#)
67. Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L, et al. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 2010 Apr;97(4):600-8. [Tóm lược](#)
68. Koning GG, Wetterslev J, van Laarhoven CJ, et al. The totally extraperitoneal method versus Lichtenstein's technique for inguinal hernia repair: a systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomized clinical trials. *PLoS One*. 2013;8(1):e52599. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
69. O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR. A meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann Surg*. 2012 May;255(5):846-53. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
70. Li J, Ji Z, Cheng T. Comparison of open preperitoneal and Lichtenstein repair for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Surg*. 2012 Nov;204(5):769-78. [Tóm lược](#)
71. Yang B, Jiang ZP, Li YR, et al. Long-term outcome for open preperitoneal mesh repair of recurrent inguinal hernia. *Int J Surg*. 2015 Jul;19:134-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
72. Sharma P, Boyers D, Scott N, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of open mesh repairs in adults presenting with a clinically diagnosed primary unilateral inguinal hernia who are operated in an elective setting: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2015 Nov;19(92):1-142. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
73. Wantz GE, Fischer E. Unilateral giant prosthetic reinforcement of the visceral sac. In: Bendavid R, ed. *Abdominal wall hernias*. New York: Springer-Verlag; 2001:219-227.
74. Itani KM, Fitzgibbons R Jr, Awad SS, et al. Management of recurrent inguinal hernias. *J Am Coll Surg*. 2009 Nov;209(5):653-8. [Tóm lược](#)
75. Wauschkuhn CA, Schwarz J, Boekeler U, et al. Laparoscopic inguinal hernia repair: gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc*. 2010 Dec;24(12):3026-30. [Tóm lược](#)

76. Burgmans JP, Voorbrood CE, Simmermacher RK, et al. Long-term results of a randomized double-blinded prospective trial of a lightweight (Ultrapro) versus a heavyweight mesh (Prolene) in laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair (TULP-trial). *Ann Surg.* 2016 May;263(5):862-6. [Tóm lược](#)
77. Löfgren J, Nordin P, Ibingira C, et al. A randomized trial of low-cost mesh in groin hernia repair. *N Engl J Med.* 2016 Jan 14;374(2):146-53. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
78. Rehman S, Khan S, Pervaiz A, et al. Recurrence of inguinal herniae following removal of infected prostheses. *Hernia.* 2012 Apr;16(2):123-6. [Tóm lược](#)
79. Sanabria A, Domínguez LC, Valdivieso E, et al. Prophylactic antibiotics for mesh inguinal hernioplasty: a meta-analysis. *Ann Surg.* 2007 Mar;245(3):392-6. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
80. Mazaki T, Mado K, Masuda H, et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection after tension-free hernia repair: a Bayesian and frequentist meta-analysis. *J Am Coll Surg.* 2013 Nov;217(5):788-801.e1-4. [Tóm lược](#)
81. Boonchan T, Wilasrusmee C, McEvoy M, et al. Network meta-analysis of antibiotic prophylaxis for prevention of surgical-site infection after groin hernia surgery. *Br J Surg.* 2017 Jan;104(2):e106-17. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
82. Köckerling F, Bittner R, Jacob D, et al. Do we need antibiotic prophylaxis in endoscopic inguinal hernia repair? Results of the Herniamed Registry. *Surg Endosc.* 2015 Dec;29(12):3741-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
83. Lockhart K, Teo E, Teo S, et al. Mesh versus non-mesh for inguinal and femoral hernia repair (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD011517. [Toàn văn](#)
84. Belyansky I, Tsirlin VB, Klima DA, et al. Prospective, comparative study of postoperative quality of life in TEP, TAPP, and modified Lichtenstein repairs. *Ann Surg.* 2011 Nov;254(5):709-14. [Tóm lược](#)
85. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The safety of mesh repair for primary inguinal hernias: results of 3,019 operations from five diverse surgical sources. *Am Surg.* 1992 Apr;58(4):255-7. [Tóm lược](#)
86. Zheng R, Altieri MS, Yang J, et al. Long-term incidence of contralateral primary hernia repair following unilateral inguinal hernia repair in a cohort of 32,834 patients. *Surg Endosc.* 2017 Feb;31(2):817-22. [Tóm lược](#)
87. Magnusson J, Videhult P, Gustafsson U, et al. Relationship between preoperative symptoms and improvement of quality of life in patients undergoing elective inguinal herniorrhaphy. *Surgery.* 2014 Jan;155(1):106-13. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
88. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, et al. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *Clin J Pain.* 2003 Jan-Feb;19(1):48-54. [Tóm lược](#)
89. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H; Danish Hernia Database. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg.* 2001 Jan;233(1):1-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
90. Alfieri S, Amid PK, Campanelli G, et al. International guidelines for prevention and management of post-operative chronic pain following inguinal hernia surgery. *Hernia.* 2011 Jun;15(3):239-49. [Tóm lược](#)

91. Nikkolo C, Murruste M, Vaasna T, et al. Three-year results of randomised clinical trial comparing lightweight mesh with heavyweight mesh for inguinal hernioplasty. *Hernia*. 2012 Oct;16(5):555-9. [Tóm lược](#)
92. Jensen P, Mikkelsen T, Kehlet H. Postherniorrhaphy urinary retention--effect of local, regional, and general anesthesia: a review. *Reg Anesth Pain Med*. 2002 Nov-Dec;27(6):612-7. [Tóm lược](#)
93. Sivasankaran MV, Pham T, Divino CM. Incidence and risk factors for urinary retention following laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg*. 2014 Feb;207(2):288-92. [Tóm lược](#)
94. Blair AB, Dwarakanath A, Mehta A, et al. Postoperative urinary retention after inguinal hernia repair: a single institution experience. *Hernia*. 2017 Dec;21(6):895-900. [Tóm lược](#)
95. Koch CA, Grinberg GG, Farley DR. Incidence and risk factors for urinary retention after endoscopic hernia repair. *Am J Surg*. 2006 Mar;191(3):381-5. [Tóm lược](#)
96. Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc*. 2005 Feb;19(2):188-99. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
97. Wantz GE. Testicular atrophy and chronic residual neuralgia as risks of inguinal hernioplasty. *Surg Clin North Am*. 1993 Nov;160:852-9. [Tóm lược](#)
98. Jones DB, Callery MP, Soper NJ. Strangulated incisional hernia at trocar site. *J Surg Laparosc Endosc*. 1996 Apr;6(2):152-4. [Tóm lược](#)
99. Plaus WJ. Laparoscopic trocar site hernias. *J Laparoendosc Surg*. 1993 Dec;3(6):567-70. [Tóm lược](#)
100. Agaba EA, Appleyard D, Sasthakonar V, et al. Strangulated lateral port-site hernia presenting as early postoperative complication of laparoscopic surgery. *Surg Rounds*. August 2007.
101. Schmedt CG, Leibi BJ, Daubler P, et al. Access-related complications - an analysis of 6023 consecutive laparoscopic hernia repairs. *J Min Invas Ther Allied Technol*. 2001 Jan;10(1):23-9.
102. Hofbauer C, Andersen PV, Juul P. Late mesh rejection as a complication to transabdominal preperitoneal laparoscopic hernia repair. *Surg Endosc*. 1998 Sep;12(9):1164-5. [Tóm lược](#)
103. Hsu W, Chen CS, Lee HC, et al. Preservation versus division of ilioinguinal nerve on open mesh repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg*. 2012 Oct;36(10):2311-9. [Tóm lược](#)

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Richard Burney, MD

Professor Emeritus of Surgery

Section of General Surgery, University of Michigan, Ann Arbor, MI

CÔNG KHAI THÔNG TIN: RB declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Richard Burney would like to gratefully acknowledge Dr LS Wong and Dr EA Agaba, the previous contributors to this monograph. LSW and EAA declare that they have no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Mark Carlson, MD, FACS

Department of Surgery

University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE

CÔNG KHAI THÔNG TIN: MC declares that he has no competing interests.

Patrick J. O'Dwyer, MBChB BAO, FRCS, MCh

Professor of Gastrointestinal Surgery

University Department of Surgery, Western Infirmary, Glasgow, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: PJOD declares that he has no competing interests.