

- Lỗ cơ lược: gồm 2 lỗ này, mạc trắng là mạc ngang chia lỗ cơ lược làm 2 phần, trước là lỗ bẹn, sau là lỗ...
- Về xuất độ, thoát vị thành bụng chiếm 5% dân số. Gồm có TV thành bụng trước, hông lưng, đáy chậu...
- Có 6 mặt: trong đó thoát vị bẹn đùi đa số 75%. TV bẹn gián tiếp chiếm 2/3, trực tiếp chiếm 1/3. TV đùi hiếm chỉ 3%. Tv bẹn ở nam > nữ 25 lần. TV bẹn gián tiếp thường gặp ở cả 2 giới.
- Đối với nam, tv bẹn gián tiếp nhiều hơn trực tiếp 2 lần. Ở nữ thì hiếm TV bẹn trực tiếp
- TVB nữ nhiều hơn nam nhưng TVB vẫn nhiều hơn đùi. Ở nữ khung chậu rộng hơn nên dễ...
- TV tăng theo tuổi (trẻ con ít vị thoát vị), giai đoạn trưởng thành trung niên ít bị, thường trung niên sau 70t mới bị thoát vị
- Biến chứng của thoát vị chủ yếu là TV nghẹt chiếm 1-3%, trong đó đa số là tv bẹn gián tiếp. Nhưng thoát vị đùi tỉ lệ nghẹt rất cao 15-20%.
- Người ta định nghĩa vùng bẹn là vùng giữa 2 đường đỏ: đường nối 2 gai mu vs đường nối 2 gai chậu trước trên =>vùng bẹn.
- Nếp bẹn: nếp lõm xuống vùng bụng
- Giải phẫu học nhìn từ trước: lột hết các lớp da, mỡ dưới da thì đây là cân cơ chéo ngoài, xuống xương mu tạo lỗ bẹn nông có thừng tinh chui qua
- Cân cơ chéo ngoài, trên là cơ chéo bụng trong, rồi.... tng cùng là phúc mạc
- Tam giác: bó mạch tv dưới, dây chằng bẹn, bờ ngoài cơ thẳng bụng. Tam giác hessenbach =>TV trực tiếp chui qua đây
- Nếu khối phòng trên nếp bẹn là TV bẹn, dưới nếp bẹn là tv đùi
- Khoang tiền phúc mạc: khi mổ nội soi hay ngã sau ngta đi vào nó
- Bó mạch chậu ngoài chui qua dc bẹn thì đổi tên là bó mạch đùi.
- Bó mạch tv dưới start từ bó mạch chậu ngoài. Bó mạch chậu ngoài và bó mạch đùi là ko cắt đc vì hư chân. Bó mạch thượng vị dưới thì cắt đc do có thông nối với bên kia
- Hình thực tế mổ: rạch da là cân cơ chéo bụng ngoài, xẻ ra là cân cơ chéo bụng trong.
- Mọi thoát vị bẹn đùi chui qua lỗ cơ lược
- Lỗ bẹn cho thừng tinh đi qua, lỗ đùi cho bó mạch đùi đi qua. Dải phân cách giữa 2 lỗ là dải chậu mu.

- Mạch máu chui qua vùng bẹn: bó mạch chậu ngoài chui qua lỗ đùi. ĐM TV dưới start từ chậu ngaoafi
- Các nếp trong bụng từ trong ra: nếp rốn ngoài, nếp rốn trong, nếp rốn giữa. Nếp rốn giữa là dây treo bàng quang, nếp rốn ngoài là bó mạch tv dưới.
- Hố bẹn ngoài: nơi TV bẹn gián tiếp, hố bẹn trong là TV bẹn trực tiếp. Hố trên bàng quang ko có tv do cơ thẳng bụng che
- TV đùi đi dưới dây chằng bẹn, bên trong tm đùi
- Bó mạch chậu ngoài, ống dẫn tinh, đm tinh hoàn. Bó mạch tinh hoàn, ống dẫn tinh, ... tam giác tử: dễ tử vong
- Tam giác: bó mạch TH, dải chậu mu (tương ứng d/c bẹn bên tng ra), nếp phúc mạc --> tam giác đau: chứa TK đùi (số 1), TK ra đùi ngoài cũng đi ra đường này. Nếu mổ nội soi khâu vô vùng này là bn đau kéo dài sau mổ --> mổ lại để gỡ chỉ khâu hoặc nếp
- D/c Copper (D/c lược): dày và chắc. Mũi tên đỏ: dây TK bịt. Thoát vị bịt chui qua lỗ bịt. TV bịt hay gặp ở nữ, nam cũng có mà ít. Trch thường bị nghẹt, đau bụng hoặc tắc ruột non. TV bịt dễ nghẹt vì xung quanh không có cơ, chỉ là lỗ của cân vs xương nên ko dẫn được, ruột chui qua dễ nghẹt. TV gián tiếp thì khi chui qua lỗ bẹn nông (gân cơ chéo ngoài) - không dẫn đc. TV trực tiếp chui qua tam giác Hesselbech dẫn đc nên hầu như không nghẹt. Khi mổ TV bẹn nội soi, đặt lưới lớn che luôn lỗ bịt --> phòng ngừa TV bịt sau này.
- Slide lỗ cơ lược; khi mổ đặt tấm lưới rộng lên ngừa mọi thoát vị vùng này
- Chỗ trắng trắng là xương mu.
- Nhìn từ trong bụng ra: bó mạch TV dưới, bó mạch ti
- Mổ mở đi từ trước tới: tv trực tiếp thì có thể bó sót TV gián tiếp, hay bị tái phát. Còn mổ nội soi thì thường ko bỏ sót, mọi tv là thấy được
- Thần kinh: có **chậu ben, chậu hạ vị, nhánh sinh dục của sinh dục đùi**. Đối với nữ thì tk sd đùi chi phối cảm giác môi lớn nên khi mổ ít bị tổn thương. Khi mổ sẽ bảo vệ 3 thần kinh đó (coi trong sách)
- TK sd đùi đi trước cơ thắt lưng chậu. Tk chậu bẹn chui qua lỗ bẹn sâu, đi trước thừng tinh, chi phối cảm giác vùng bìu. TK chậu hạ vị đi mặt trước cơ chéo bụng trong, chi phối cảm giác vùng hạ vị. Dưới này là tk bịt, chi phối cảm giác mặt trong đùi, khi có TV bịt, ruột vô chèn gây đau mặt trong đùi
- Định nghĩa thoát vị bẹn đùi... slide

Tạng TV chui ra ngoài đẩy phúc mạc trượt theo: gọi là túi PM

Tại sao định nghĩa cổ túi: TV nào cũng có cổ túi. Định nghĩa cổ túi để tìm đc, khi mổ phải tách tới vùng đó, nếu ko thì sẽ cắt ko hết gây tái phát.

Định nghĩa TV đặc biệt:

- Vd bên trái có đại tràng chậu hông nó trượt. Còn bàng quang thì trượt luôn cả 2 bên. Những thoát vị lớn thường có TV trượt. Mình sẽ ko cột cổ túi như bn, khi cột sẽ lủng tạng --> mổ kiểu khác.
- TV richter: thành ruột non chui vào túi TV (ko phải full ruột mà chỉ là 1 thành rn chui vô nghẹt --> hoại tử và lủng tạo áp xe vùng đó).
- TV litte: TV túi thừa Meckel.
- TV kẽ là túi TV nằm giữa các lớp của thành bụng. Tức là giữa cơ chéo bụng ngoài vs cơ chéo bụng trong.

Yếu tố thuận lợi: đã proved có giá trị (trước đây nói làm việc nặng gs thì giờ ko liên quan)

- Ts gia đình có người bị: Why? Do bất thường cấu trúc giải phẫu vùng bẹn, lỗ hở rộng hơn bt). Đây là ytno cao nhất
- Nam giới: do GP dễ bị
- Tuổi: càng lớn càng dễ bị tv bẹn - đặc biệt là sau 75t
- Trao đổi collagen bất thường: có bệnh mo liên kết làm cân cơ yếu hơn bt và dễ bị thoát vị.
- PL cắt TLT tận gốc --> gây ra dễ bị TV bẹn. Các yt này liên quan thần kinh, làm cơ chế bảo vệ vùng này ko tốt. Như xưa hay mổ RT mở bên phải thì có thể làm tổn thương TK chi phối vùng bẹn nên dễ bị TV bẹn sau mổ rt. Sau này mổ ns rồi thì ko liên quan
- BMI: người béo ít thoát vị. Người béo mỡ nhiều lấp kín lỗ thoát vị --> tạng chui ra ko nổi. Ốm thì lộ lỗ
- Diễn tiến ls: TCCN có khối phòng vụng bẹn khi đi đứng rặn hay làm nặng. BN nhìn bt nằm ko có gì, phình bụng lên có khối phòng. Phải thấy đc khối phòng. Nếu ko có thì ko thoát vị.
- Bữa thầy khám: khám ko có gì, SA ko có gì nhưng sau đó nói ko TV. NHỚ CÂU ĐÓ. có người dx TV bẹn, SA có luôn nhưng mổ ko có. **Nếu ko có khối phòng khi khám thì người đó ko có thoát vị.** (NHỚ CÂU ĐÓ)
- Trch kèm theo là đau hay khó chịu vùng bẹn.
- Hay sờ có khối phòng, trên nếp bẹn đi về phía bìu. Lấy tay ấn thì xẹp hoàn toàn sau đó kê rặn thì chạy ra ngoài từ bụng xuống vùng bìu.
- Khám: ko thấy, rặn ko thấy --> kê người ta đứng lên (áp lực bụng cao hơn bẹn --> ruột chui ra dễ). Hình: bn nằm ko thấy nhưng rặn thì khối chạy từ bẹn xuống bìu là gián tiếp.

- NP chặn lỗ bẹn sâu: ấn xẹp haonf toàn. Bắt đm đùi ở vị trí nếp bẹn, lên 1.5cm lấy ngón cái che lỗ bẹn sâu lại. Nếu ko XH là TV gián tiếp, còn xuất hiện lại là tv trực tiếp
- TV bẹn trực tiếp: khối phòng trên nếp bẹn, gần củ mu, từ sau ra trước, ko xuống bìu. Hầu như ko có nghẹt vì ko chui qua lỗ bẹn nông (most). TV trực tiếp thì chặn lỗ bẹn sâu khối phòng vẫn xuất hiện.
- TV đùi: khối phòng dưới nếp bẹn như u mỡ hay hạch bẹn (hơi khó). Có khi sờ khối u như hạch bẹn thôi. Case 35t hạch bẹn phải, nhờ mổ, phải khám hoặc CT/SA qua coi, cuối cùng đọc CT là hạch bẹn phải, khám có nguy cơ thoát vị vì CT ko rõ. Mỡ tiền phúc mạc chui qua lỗ thoát vị biểu hiện là cái u. Hạch vùng bẹn, u mỡ dễ lầm vs thoát vị đùi. Phân biệt=>Hạch thì thường nhiều, TV thì có đơn độc 1, túi hơn, u mỡ dưới da nên dính da, nắm theo da. Còn tv dưới mỡ dưới da nên ko dính da =>có nhiều cách khám để chẩn đoán

TV đùi từ từ vài tuần vài tháng, thường ko đau. Đau là tv nghẹt,

NP chặn lỗ bẹn sâu có giá trị nhất tng Dx tv trực tiếp, gián tiếp.

NP chặn ngón: lấy ngón 2, đẩy từ da bìu lên, sờ đưa ngón tay sờ lỗ bẹn nông, đầu ngón tay hướng lỗ bẹn sâu

NP chạm 3 ngón bỏ rời, ko còn giá trị, ko đúng

Chẩn đoán: khám ls có độ nhạy 75%, đặc hiệu 96% trong thoát vị bẹn đùi, vì thế khám ko có thì hầu như ko có. Nếu khám ko có thoát vị thì chỉ bỏ sót 4% thôi (!?)

CLS

SA nhạy 80%, đặc hiệu 94%. Bắt buộc phải làm để duyệt mỡ.

SA bt sẽ ko thấy, thì có chiêu: nếu ko thấy thì kêu ngta phình bụng lên, ko có thì đứng dậy + phình bụng lên.

CT có nhạy 94%, đặc hiệu 96% hầu như không bỏ sót nhưng ngta vẫn nói chụp ct hay mri vẫn phải làm np phình bụng. -->tặng chui qua lỗ tv thì mới chính xác

Thầy hay dặn: xuống khám mà bs SA ko có thì nói tui đứng lên mới thấy rõ -->bs SA mới chụp đc

TV bẹn bên P trên CT. Một điều là khi khám LS nghĩ TV thì chỉ cần SA thôi, ko cần làm gì khác. Chỉ định ct/mri khi có u vùng bẹn không điển hình (khám ko sure tv hay u thì mới cần) Thường khám LS sẽ đúng.

Nó sẽ to dọc đường đi, còn u là đơn thuần thôi (NHỚ)

KHÁM nghĩ tv bẹn đùi + chỉ cần SA bẹn bùi (ko phải SA bụng nha). TV bẹn ở nam thì nên khám tinh hoàn vì để xem trong bùi đủ 2, nếu 1 cái thì khả năng thoát vị có 1 cái chạy lên chạy xuống. Khi khám có 1 TH thì quay qua hỏi, nếu ổng khai 1 thì khả năng khối chạy lên xuống là th còn lại. Mô tả size tinh hoàn so với bên kia -->để thừa mỗ xong teo.

Không cần xn máu , mấy đó khi nào có chỉ định mổ mới làm

Biến chứng

- TV nghệt: yt gây nghệt là ở nữ, TVĐ, tiền sử nv liên quan tv bẹn (đau phải nhập viện) thì nguy cơ nghệt lại. Chỗ nghệt là lỗ bẹn nông và lỗ đùi. Mổ nội soi có lợi coi đc tạng nghệt bên trong. Còn khi mổ mở, gây tê tủy sống, chích xong dẫn cơ cái tụt tạng thoát vị vô nên ko coi đc. Thường sẽ lấy máy nội soi kiểm lại. Nếu ko check lại có thể bị mổ lại ngày hôm sau. TV nghệt làm nghệt mm nuôi tạng chui ra. TV nghệt phải mổ cấp cứu, càng sớm càng tốt. Trong vòng 6h từ lúc bị đau, nếu mổ sớm thì ruột sẽ cứu đc (ko cần cắt). Vd như 12h là phải cắt ruột vì ko cứu đc.
- Đk ống dẫn lưu chắc 15mm, đặt 2d, ổng thì rút ống dẫn lưu, cuối cùng ruột non chui ra -->đau nhiều mới kêu...

Chẩn đoán phân biệt

- TV nghệt hay Dxpb xoắn tinh hoàn. TH dưới xoắn thành cục dưới bị đau. Ở trên thường tinh đi xuống thường ko thấy khối phòng.
- TV nghệt có yếu tố hay gặp là bn có tiền sử có khối phòng chạy lên chạy xuống chỗ đó -->nghiêng về tv. Còn ko có thì nghĩ xoắn TH
- Bướu mỡ (trong lớp mỡ dưới da): di động theo da. bướu bã (trong da). Hạch chắc dưới mỡ dưới da, tròn di động, phình đm sẽ đập theo nhịp mạch -->khám LS + SA là chẩn đoán được.

Phân loại thoát vị bẹn đùi, mỗi cái có ưu nhược riêng. Mới nhất là phân loại theo hội tv châu âu 2007. Cho đến nay là newest. Chia ra có thoát vị I (gián tiếp), M trực tiếp, f đùi. 0 là ko thoát vị. 1 là size lỗ thoát vị từ 1 ngón tay trở lại, đút ko vừa là độ 1 , độ 2 là giữa 1-2 ngón tay (đúc 1 rộng, 2 ko vừa), độ 3 là đúc đc 2 ngón tay. X là không đánh giá đc do quên hoặc không thể.

Ưu điểm: dễ nhớ. Đúc vừa 1 ngón là 1, qua 2 ngón là độ 3, giữa 2 đó là độ 2, x là ko thể/quên

Nhược điểm phân loại này: ko đánh giá chính xác phân loại trước phẫu thuật. Thường mổ ra mới đúc ngón tay vô đc, chưa mổ thì chưa đúc đc. Nên chủ yếu xài trong lúc mổ
Thầy thấy này mới, dễ, xài đỡ hơn.

Tại sao world chuộng này: vì TV trực tiếp, gaiasn tiếp, đui vì ko cần đánh giá trước mổ là loại mấy. Chỉ cần mổ ra đánh giá chính xác là được (có viết trong sách tiếp cận khối phòng). Còn cuốn bệnh học và điều trị đang in

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc: có trch thì đt = pt (có khối phòng, khó chịu, hoặc là đau)

TV ko trch có thể chờ đợi vì ngco nghẹt thấp 0.3%

Đa số bn tv ko trch cuối cùng sẽ yêu cầu mổ. Tức là ko cần gấp, có thể chờ nhiều tháng.

Nữ thai: chờ vì nguy cơ mổ vs thai và dc tròn sẽ tự giới hạn. Tức là ko nên mổ ở thai phụ vì sảy thai. Khi tử cung lớn sẽ đẩy ruột lên nên ko thoát vị

Phẫu thuật: điều chỉnh phù hợp theo chuyên môn bs, đặc điểm bn, loại TV và nguồn lực. Có từ NS, mổ mở, ...

Các pp mổ là ...

PT với mảnh ghép là lựa chọn đầu tiên bằng mổ mở hay mổ nội soi. Tức là này có phân loại, bất chấp phân loại, tốt nhất là nên đặt mảnh ghép ở người trưởng thành >18t.

Pt lichtenstein, NS là tốt nhất. Lichtenstein là đặt mảnh ghép mở, còn NS là đặt mảnh ghép qua NS

Nên chọn phân loại châu âu, ko liên quan pp điều trị thoát vị

Tái phát ngả trước, bị lại thì mổ ngã sau. Vd mổ bên trước thì sau đó tái phát mổ nội soi ngã sau vì nếu mổ lại ngã cũ dính nhiều gây tổn thương nhiều tạng khác.

Đối với nữ, PTNS để giảm đau mạn tính và tránh TV đui. Vì ở nữ TK sinh dục đui làm tổn thương thì tê và mất cảm giác khó chịu.

Thường mổ ngày 1, ngày 2 về bt, sau 1w làm việc bt

Đối với mổ mọi thứ: bc thường xảy ra trong 24h đầu. Thường phải nằm ICU trong 24h đầu. Mới gây mê xong tỉnh dậy có thể suy hô hấp có thể chết. Mổ tv bên sau 24h là về đc, 1w sau khsam lại. Các biến chứng chảy máu tụ máu thương xảy ra trong tuần đầu -->hẹn tái khám 1w. Còn sau đó thì đánh giá có biến chứng gì hay ko, hẹn 1w, rồi ổn hết thì hẹn xa hơn.

TV đặc biệt

- Trẻ em: chỉ cần cột cổ túi tv, ko cần đặt lưới. Nên nãy có định nghĩa cổ túi
- Nữ dễ tv bít hơn nam --> đặt lưới rộng ra.
- TV nghệt nên pt ngã sau: xem và xử lý tạng nghệt --> cắt ruột: PT mổ tự thân, ko nên dùng mảnh ghép.
- Tv trượt: cắt PM gần tạng trượt, lưu ý đầu tiên là đừng làm lủng tạng + xài mảnh ghép.
- TV 2 bên: mổ cùng lúc, tốt nhất là ptns/2 mảnh ghép cho 2 bên
- Lưu ý: TV bẹn chờ đc (td có thể đến 3y) chứ TV đùi ko chờ đc-->mổ sớm + mảnh ghép vì khả năng nghệt cao, mà nghệt thì ko đặt lưới đc nên dễ tái phát và phải mổ lại nữa.
- TP tái phát: mổ lại khác ngả mổ lần trước và nên xài MG
- TV bẹn đùi ở người lớn: nên xài mg. Chỉ ko xài MG khi có hoại tử ruột (tv nghệt)
- Bassini: chỉ ko tan vì ít tái phát hơn chỉ tan. Không xẻ mạc ngang
- Macvay: xẻ mạc ngang, lấy bờ dưới cơ chéo trong khâu bờ trong dc lược, còn ở ngoài khâu tiếp vào dc bẹn. Khâu xong rạch giải áp.
- Lichtenstein: pp này chẹn tấm lưới nên ko cần, ít đau, ít tái phát. Còn mô tự thân (mac vay) kéo nên đau, dễ tái phát.
- Mảnh ghép ngã sau: rạch đường giữa,
- Mổ ns ngoài phúc mạc TEP
- TAPP có đường rạch phúc mạc nên có sẹo --> nguy cơ dính ruột. Thực tế mổ RT, VTm NS tỉ lệ dính ruột thấp
- Mảnh ghép: polypropilen: ko tan, đơn sợi, lỗ lớn. Thường mổ NS đặt ghép 15x15cm, còn mổ mở kiểu Lichtenstein là 6x11.
- Mổ mở: 2 đường sẹo khác nhau? Vì 2 ng mổ khác nhau
- Với TV lưới NS là 1%.
- ĐT thoát vị nghệt là mổ cấp cứu, nếu mổ sớm trong 6h từ lúc đau thì cứu đc. Nếu tạng nghệt như mạc nối lớn thì kéo vô đặt lưới, còn ruột thì cắt phục hồi bằng mô tự thân - ko dùng lưới.
- Tỉ lệ nt mảnh ghép trên thế giới nói chung là 0.6%

Trong sách bm cũ/mới có thể sai!! Nên thi là đúng nha, đánh theo sách sai thì tính sai!!

Đề tốt nghiệp năm nay khó!! Thầy ra.

Hỏi: tiếp cận búi to, nghiệm pháp

Tiếp cận khối phòng vùng bẹn: búi to là ko chạy lên chạy xuống, nếu khám thấy vùng bẹn xuống ko có gì, thì có khả năng tràn dịch tinh hoàn hoặc u tinh hoàn. Còn hình này: búi cũng to mà ko xẹp, ko di động nhưng thấy gốc trên này to -->nguy cơ thoát vị

TV bít, TV nội tức là có lỗ trong mạc treo rồi ruột chui qua haocwj tv cơ hoành. TV bít: đau bụng, đau mặt trong đùi. TV cơ hoành: đau tức tv, có thể tắc ruột, khám LS + CT tốt nhất (ko có mri, nó ko làm cấp cứu) thường là phải hẹn, ko có người đọc. MRi ko có xài cho cấp cứu, lợi điểm là có thai + trẻ con nhưng nhược là ko làm cấp cứu đc + rung bị nhè. Xài Cấp cứu thường nhất vẫn là CT