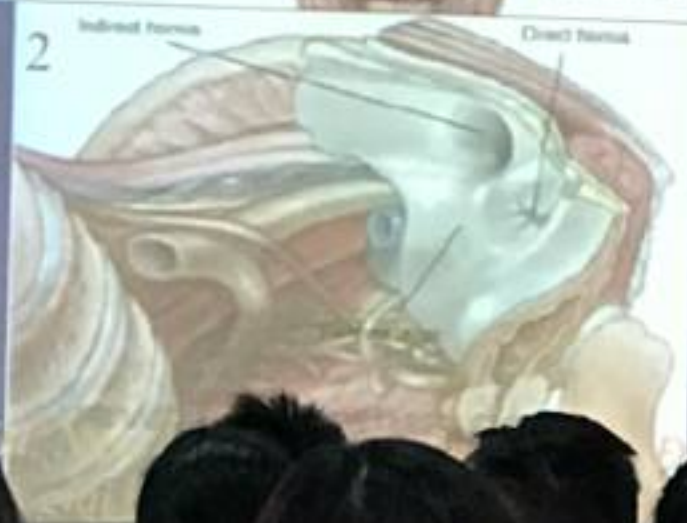


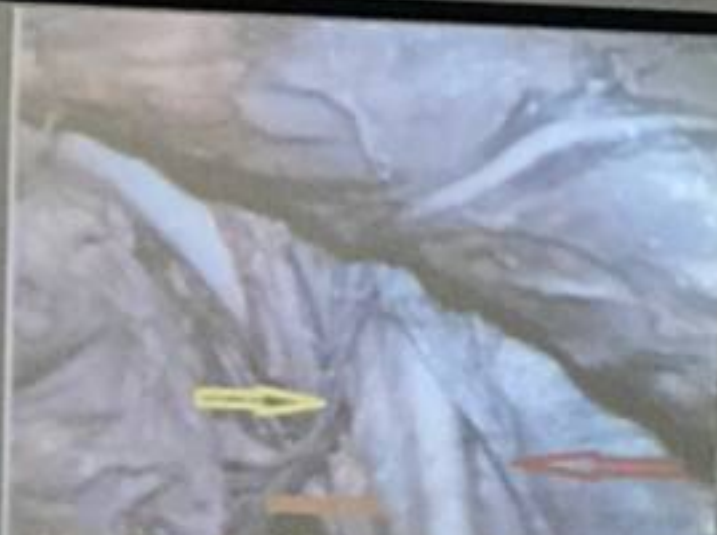
NHÌN TỪ SAU-VỊ TRÍ THOÁT VỊ



Nguồn: Netter's

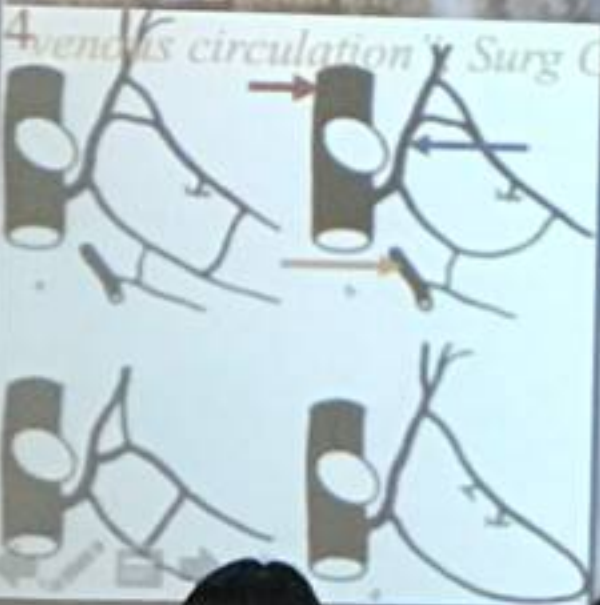


Đầu và cổ



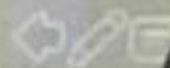
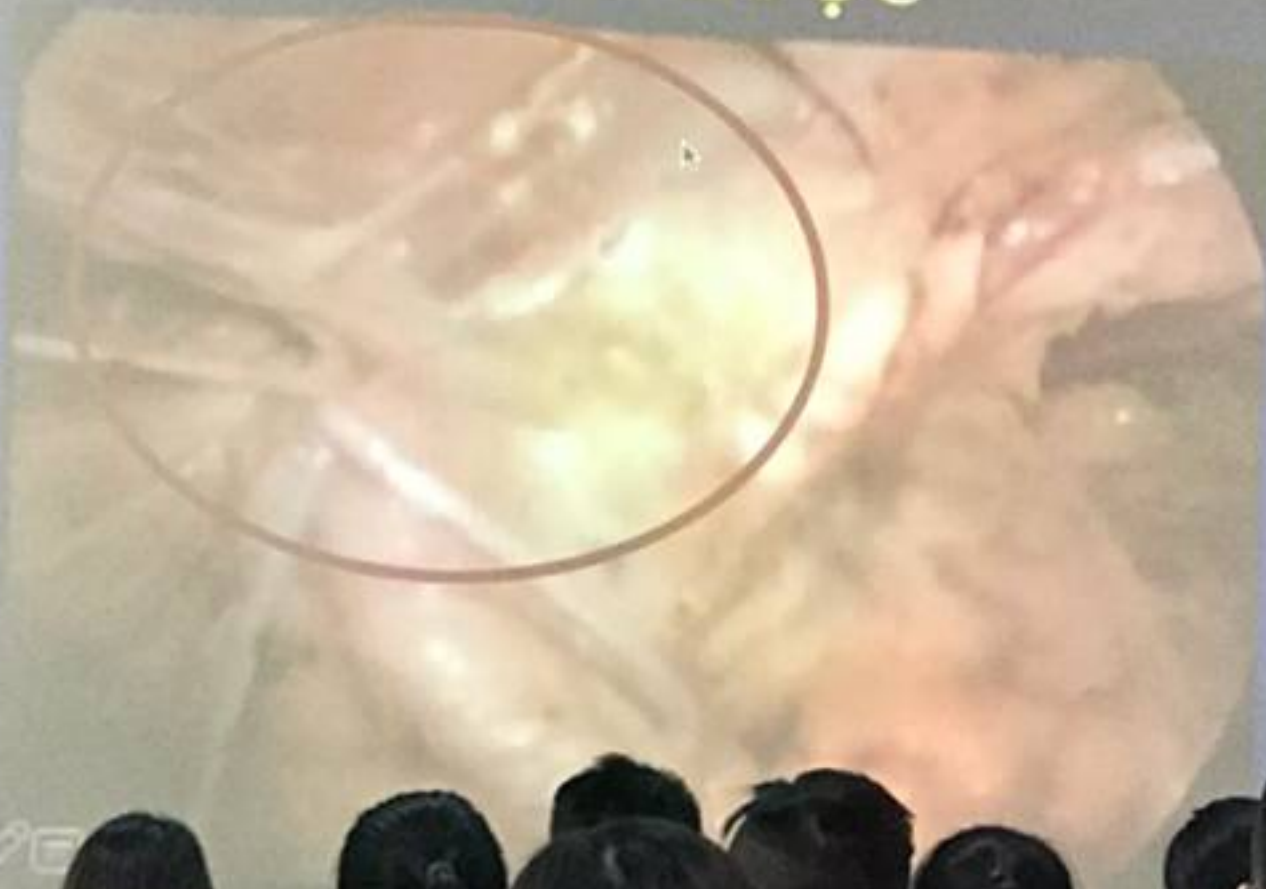
Nelson, Bandawid, (1992)

The impact of the deep dissection



Surg Gynecol Obstet. 174

LỖ CƠ LƯỢC



NHÌN TỪ SAU-VỊ TRÍ TV



Động mạch thượng vị dưới (nếp rốn ngoài)

Nếp rốn trong

Vị trí thoát vị bẹn trực tiếp

Lỗ bẹn sâu (vị trí TVGT)

Động mạch và tĩnh mạch tinh hoàn

Vị trí thoát vị nhìn từ sau



ĐỊNH NGHĨA

- Thoát vị bẹn – đùi: Tạng trong bụng chui ra ngoài qua lỗ cơ lược
- TVBGT: TV qua lỗ bẹn sâu
- TVBTT: TV qua tam giác Hesselbach
- TVĐ: TV qua lỗ đùi
- Túi TV: là phúc mạc
- Cổ túi: lớp cơ vân hay cân trong cùng

TV ĐẶC BIỆT

- TV trượt: tọng TV tạo nên thành túi TV: đại tràng, BQ...
- TV Richter: thành ruột non chui vào túi TV (TVĐ)
- TV Littré: TV túi thừa Meckel
- TV kẽ: túi TV nằm giữa các lớp của thành bụng

YẾU TỐ THUẬN LỢI

- Tiền sử gia đình có người bị TVB
- Nam
- Tuổi: càng lớn/dễ TVB, đb >75t
- Trao đổi collagen bất thường
- PT cắt TLT tận gốc
- BMI: thấp

TRIỆU CHỨNG

■ Cơ năng

- Khôỉ phồng vùng bẹn: khi đi, đứng, rặn hay làm nặng...
- Đau hay khó chịu vùng bẹn



TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

■ TVBGT

- Nhìn, sờ: khối phồng XH trên nếp bẹn đi về phía biau
- ấn xếp: hoàn toàn hoặc không



Khối phòng khí phình bụng



TVBTT

- Khối phỏng: trên nếp bẹn, gần củ mu
- Từ sau – trước
- Không xuống bìu



TV ĐÙI

- Khối phồng: dưới nếp bẹn giống u mỡ hay hạch bẹn
- Ấn không xẹp hoặc xẹp ít
- Xuất hiện trong vòng vài tuần – vài tháng



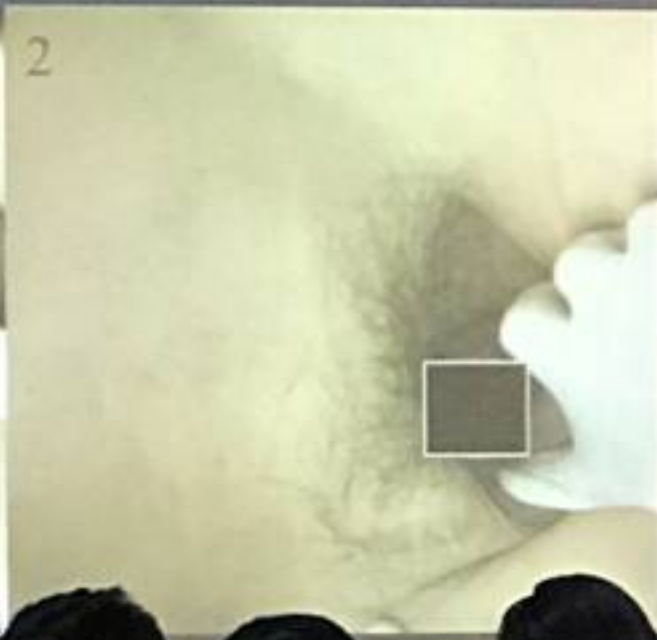
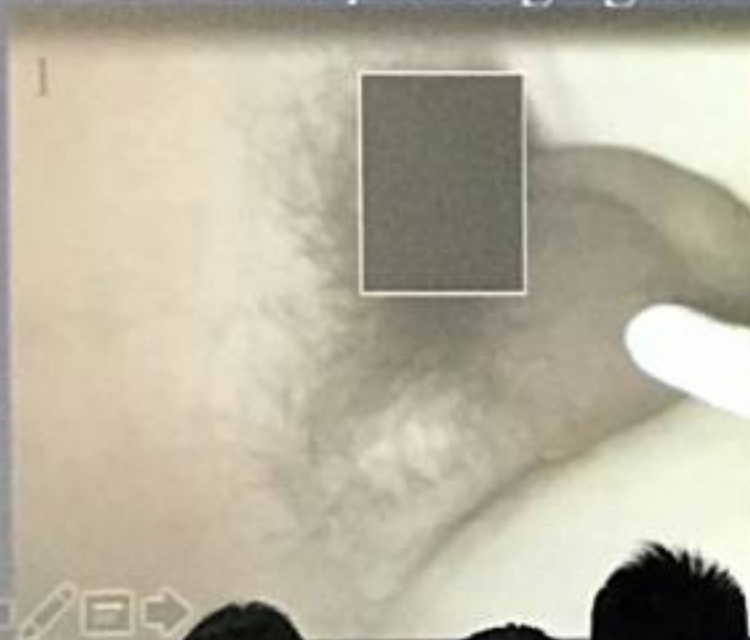
NP CHẸN LỖ BẸN SÂU

- Ngón tay số 1, ấn lỗ bẹn sâu – trên điểm giữa nếp bẹn 2cm
- TVBGT: KP không XH
- TVBTT: KP vẫn XH



NP CHẠM NGÓN

- Ngón tay số 2 – sờ vào lỗ bẹn nông
- TVBGT: chạm đầu ngón
- TVBTT: chạm lòng ngón



CHẨN ĐOÁN

Khám lâm sàng: độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 96%

Hình ảnh $\Delta+$

- Siêu âm: ĐN 80%, ĐH 94%
- CT-Scan, MRI

XOANG BỤNG :

Dịch màng phổi (-).

Thoát vị bẹn - bẹn trái, đường kính cổ túi KT# 43x20mm, thành phần bên trong là ruột và mạc nối, không nghẹt.

Chẩn đoán : Thoát vị bẹn - bẹn trái, thành phần bên trong là ruột và mạc nối, không nghẹt.



CT-Scan, MRI

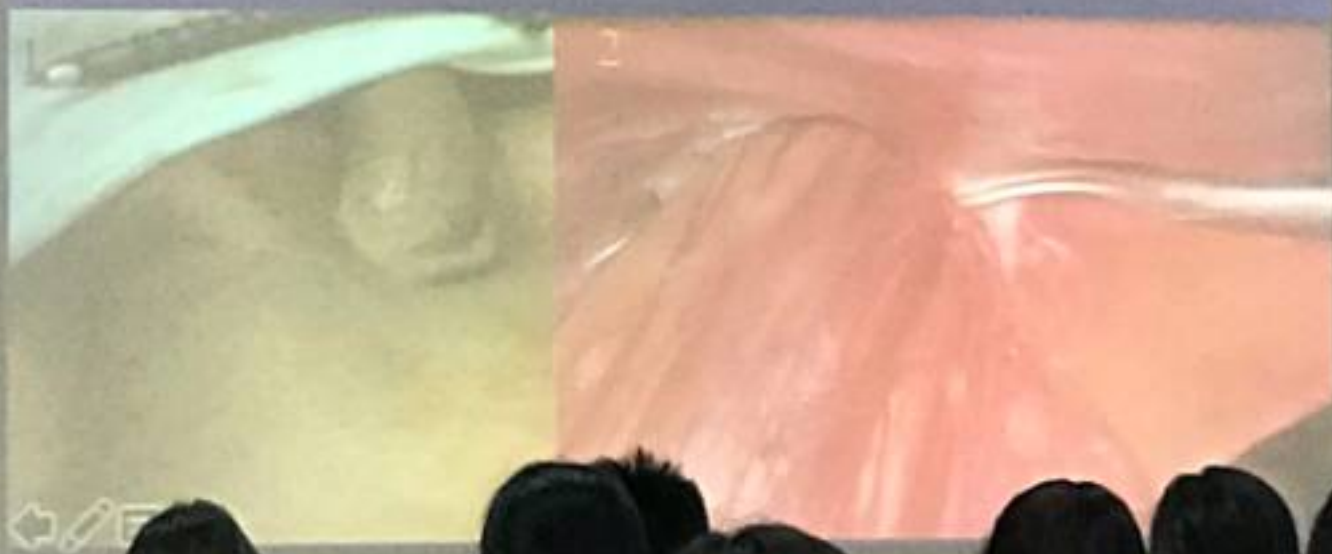
MSCT, MRI: u vùng bẹn không điển hình

N 94% H 96%



BIẾN CHỨNG

- Thoát vị nghẹt: nữ, TVĐ, tiền sử NV lq TVB
- Chỗ nghẹt là lỗ bẹn nông, lỗ đùi



BIẾN CHỨNG tt

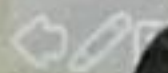
Thoát vị nghẹt: là thiếu máu nuôi tạng thoát vị

- Xuất hiện khối phồng, không xếp được
- Gây đau: ngày càng nhiều
- → Hoại tử & thủng tạng bị nghẹt



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhóm liên quan đến tình hoàn
Tràn dịch, dẫn tm, TH lạc chỗ, Xoắn TH...
- Nhóm liên quan đến ụ bứu
Bứu mỡ, bứu bã, Hạch, phình đm



PHÂN LOẠI TVB-Đ

- Có nhiều PL TVB: Gilbert, Stoppa, Nyhus...
- PL TVB hiệp hội thoát vị Châu Âu (European Hernia Society (EHS)) (2007)

PL TVB EHS	Primary (TV lần đầu)/Recurrent (TV tái phát)				
	0	1	2	3	x
L (Lateral): TV gián tiếp					
M (Medial): TV trực tiếp					
F (Femoral): TV đùi					

- KT lớn nhất của lỗ TV: 1: ≤ 1 ngón tay; 2: 1-2 ngón tay; 3: ≥ 2 ngón tay; x: không đánh giá được

PL TVB hiệp hội thoát vị Châu Âu (European Hernia Society (EHS)) (2007)

- PL này đơn giản, dễ nhớ, dễ sử dụng, đánh giá được loại TV cũng như mức độ nghiêm trọng của TV
- Áp dụng khi mổ trên người bệnh, khi thực hiện NC và so sánh các loại PT cũng như so sánh các NC giữa các tác giả
- Nhược điểm: PL này là không đánh giá chính xác PL TV trước PT

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- TVB có triệu chứng: Θ PT
- TV không TC: \pm chờ đợi/nguy cơ TV nghẹt thấp (0.3%)
- Đa số BN TV k TC cuối cùng sẽ yêu cầu PT
- Phụ nữ mang thai: chờ đợi vì nguy cơ PT đv thai và dc tròn sẽ tự giới hạn TV
- PT: điều chỉnh phù hợp/chuyên môn của bác sĩ, đặc điểm BN, loại TV và nguồn lực BV



NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- PP PT/nay: Lichtenstein, PTNS (TEP, TAPP), Shouldice, Bassini, McVay...
- PT/MG: sự lựa chọn đầu tiên PT mở/NS
- PT Lichtenstein, PTNS: tốt nhất
- PTNS: hồi phục nhanh hơn & nguy cơ đau mạn tính thấp hơn mô mở/cần tài nguyên về y tế, BS PT chuyên sâu.
- PT Bassini, Shouldice, McVay: TV nghệt, NT

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

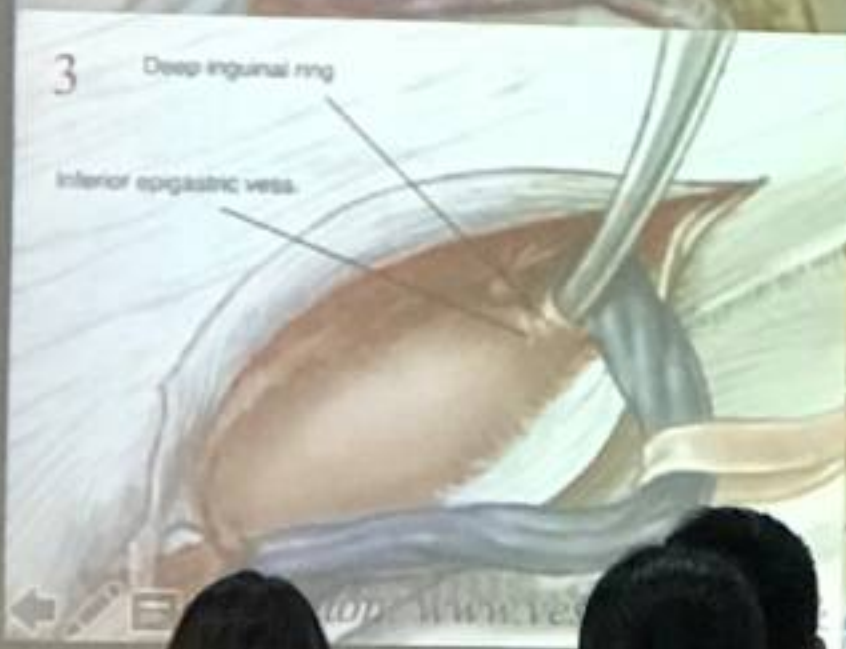
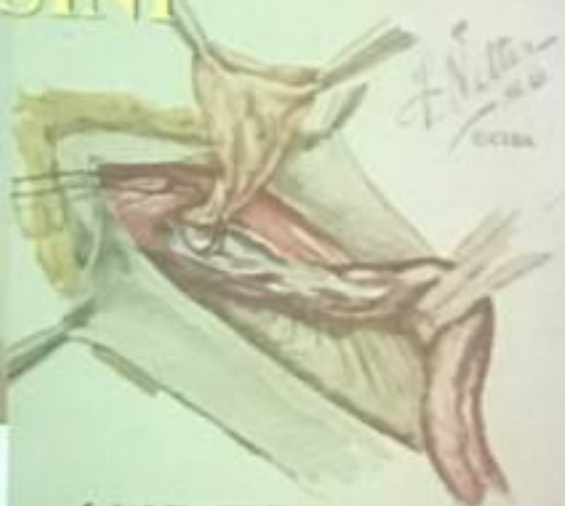
- TV tái phát sau PT ngã trước: \Rightarrow PT ngã sau
- TV tái phát sau PT ngã sau: \Rightarrow PT ngã trước
- TV nghệt: \in BN, TV, BS, BV \Rightarrow PT ngã sau
- TVB/nữ: PTNS/ \Downarrow nguy cơ đau mạn tính và tránh bỏ sót TVĐ
- BN sinh hoạt bình thường khi thấy thoải mái/PT
- Td BN: nhiễm trùng, tụ máu, tái phát...



ĐIỀU TRỊ TV ĐẶC BIỆT

- TV TE: cột cổ tử TV
- TV nữ: PTNS \Rightarrow \downarrow đau, \downarrow TVĐ, TV bít
- TV nghẹt: \Rightarrow PT ngã sau: xem, xử lý tạng nghẹt
 \rightarrow cắt ruột: PT mô tự thân
- TVB trượt: cắt PM gần tạng trượt, khâu kín PM, đẩy tạng vào bụng, \Rightarrow MG
- TV 2 bên: mổ cùng lúc, \Rightarrow PTNS/2 MG 2 bên
- TVĐ: mổ sớm, MG, \Rightarrow \downarrow đau, TP, TVB
- TV TP: mổ lại \neq ngã mổ lần trước & \Rightarrow MG

PP BASSINI 2



3

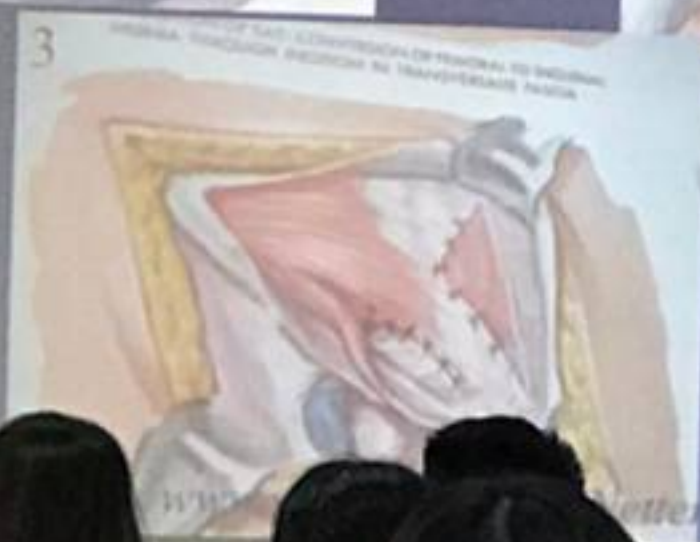
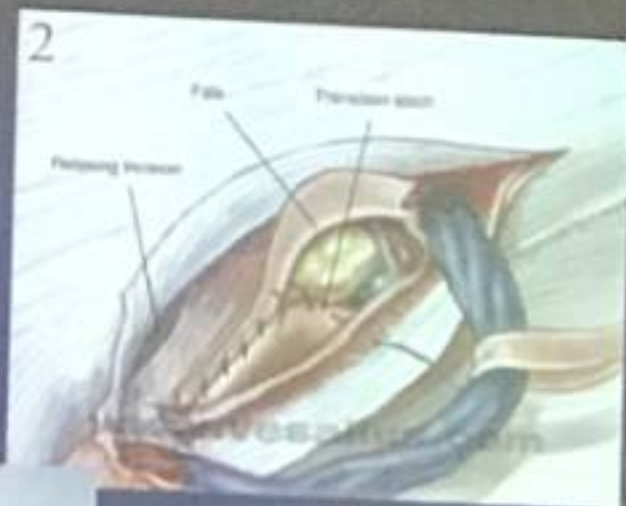
Deep inguinal ring

Inferior epigastric vess.

4. SAC TRANSFIXED

4

PP MAC VAY



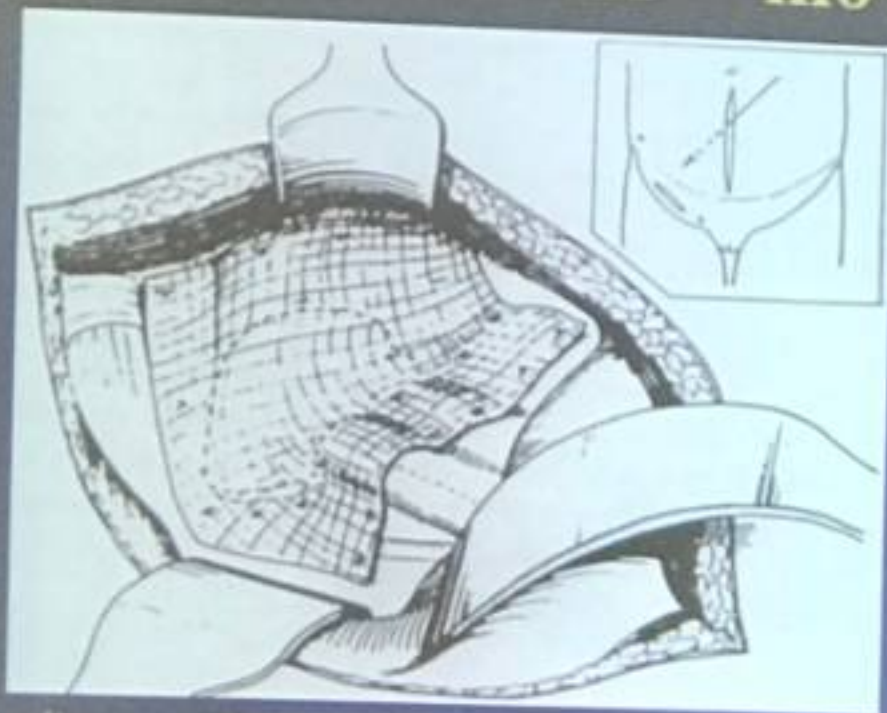
PP ĐẶT MÀNH GHÉP – mô mỡ 1

■ Lichtenstein



PP ĐẶT MẢNH GHÉP – mô mỡ 2

■ Rives

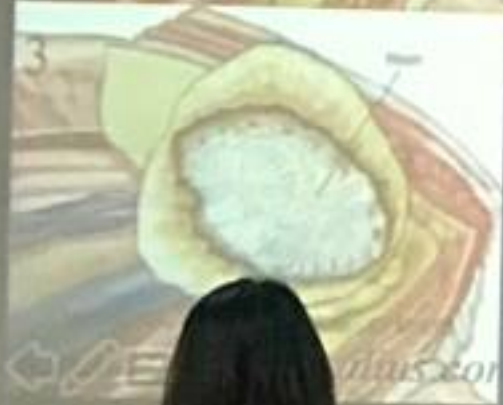
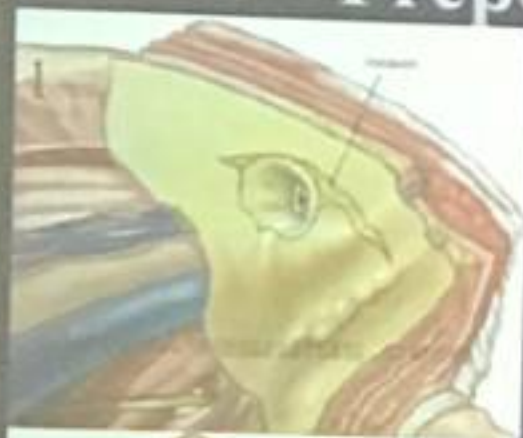


Nguồn: www.vesalius.com & Avisse C, Palot JB, Flament JB (1994).
« Traitement des hernies de l'aîne par la technique de Jean Rives,
remplacement du fascia transverse par une prothèse de Dacron ».

mô nội soi -TEP (Total extraperitoneal repair)

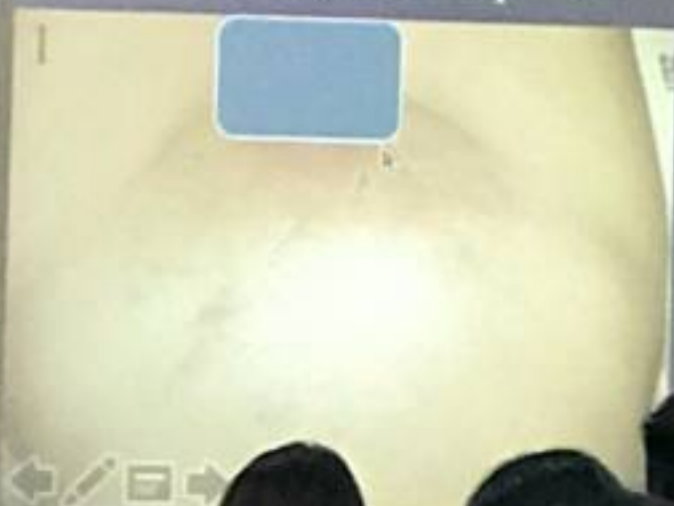


mô nội soi - TAPP (Transabdominal Preperitoneal repair)



PHẪU THUẬT NỘI SOI

- Mảnh ghép lớn
- Trong khoang tiền phúc mạc
- Biến chứng ít
- Tái phát thấp \Rightarrow



ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ NGHỆT

- Phẫu thuật cấp cứu
 - PT ngã sau: \pm nội soi ổ bụng thám sát
 - Xử lý tạng bị nghẹt
 - Làm kín lỗ thoát vị

