

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM
KHOA Y
BỘ MÔN NGOẠI

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

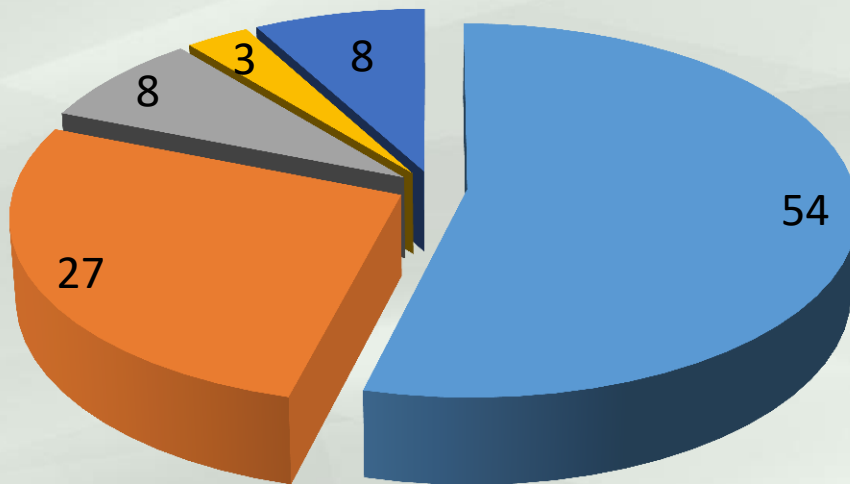
TS. BS Phan Minh Trí, Sinh viên Y6

ĐỊNH NGHĨA

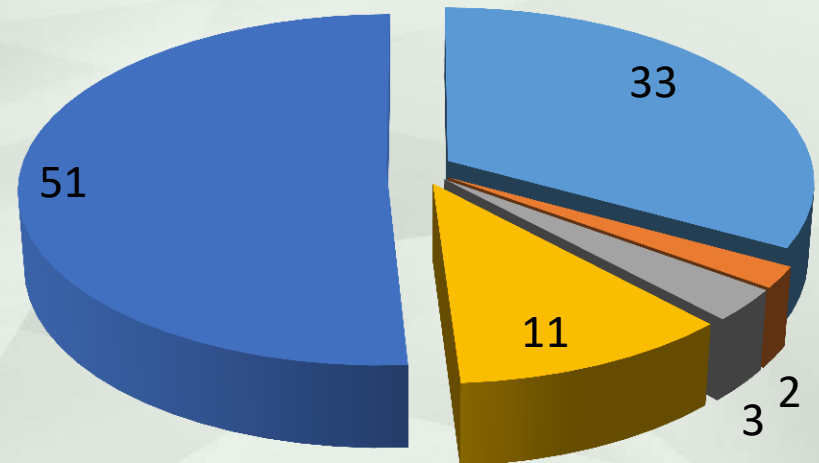
Thoát vị là sự trồi ra bất thường của các cơ quan hay mô trong ổ bụng ngang qua một chỗ cân mạc yếu bẩm sinh hay mắc phải của thành bụng.

Dịch tễ

Nam



Nữ



- TV bệnh gián tiếp
- TV bệnh trực tiếp
- TV kết hợp
- TV đù
- Khác

Dịch tễ

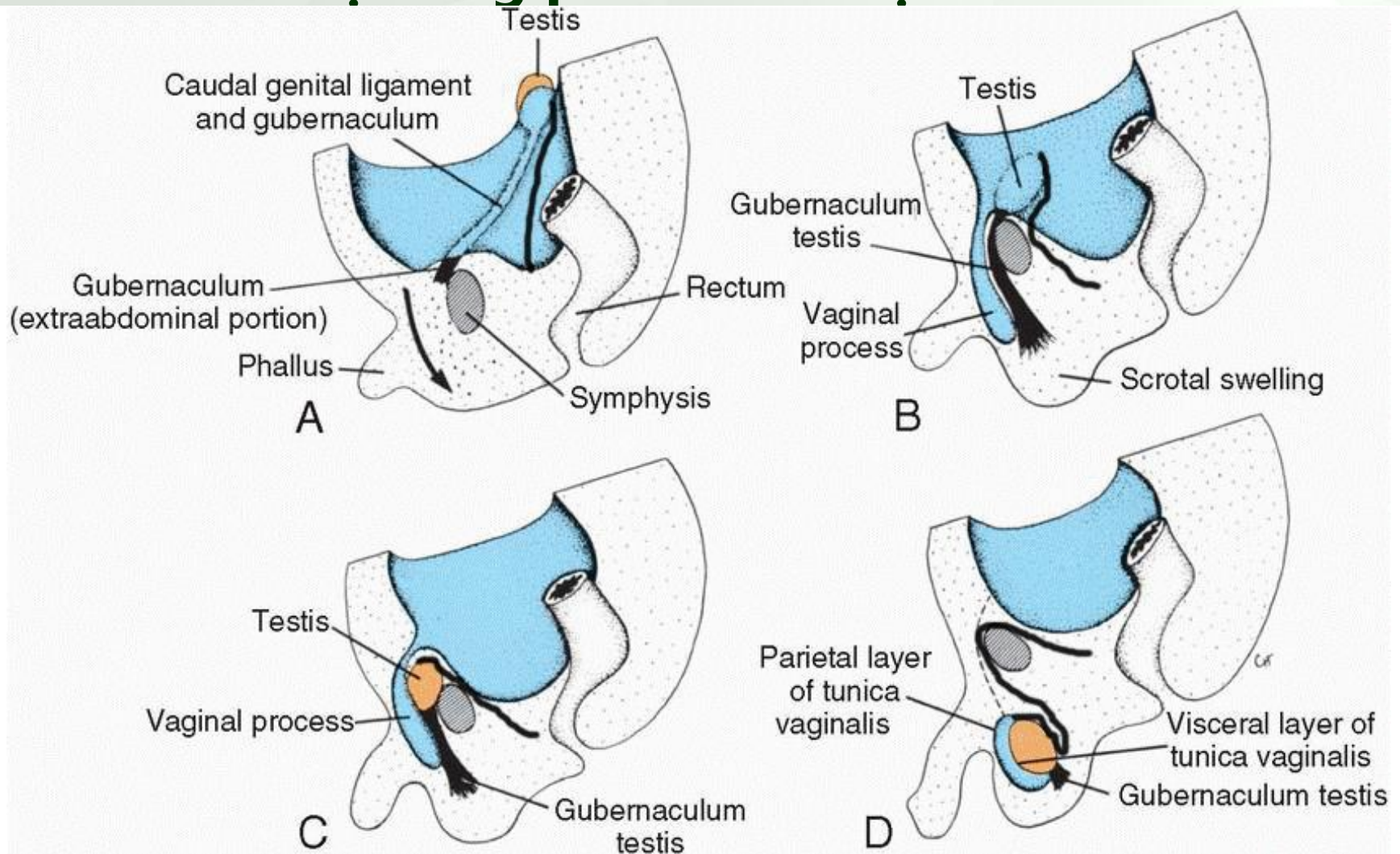
Năm	Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Nam	Nữ	Tỷ lệ
1910	Coley	70.090	75.7%	24.3%	3:1
1993	Shoudice	29.313	95.5%	4.5%	19:1
1998	Rutkow	2.861	95%	5%	19:1

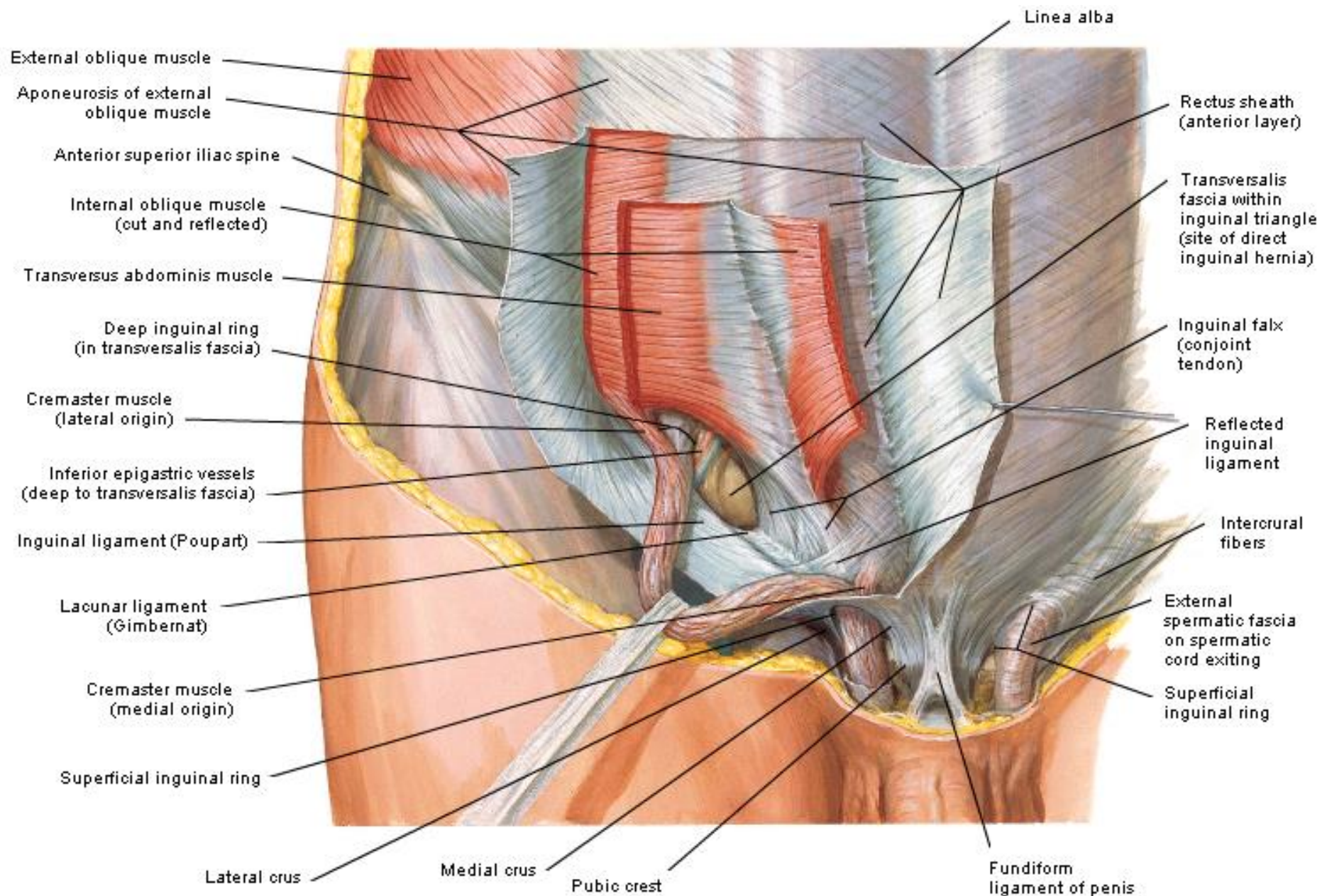
Dịch tễ

- 54,1% thoát vị bẹn phải
- 39.7% thoát vị bẹn trái
- 6.2% thoát vị 2 bên

Bệnh học

Phôi thai học ống phúc tinh mạc





(cut edges)
Transversalis
fascia and

veins
Umbilicus

Inferuor epigastric artery

Deep inguinal ring

Rectus abdominis
muscle

Inguinal ligament

Superfical inguinal
ring

External iliac vessels

Ductus deferens

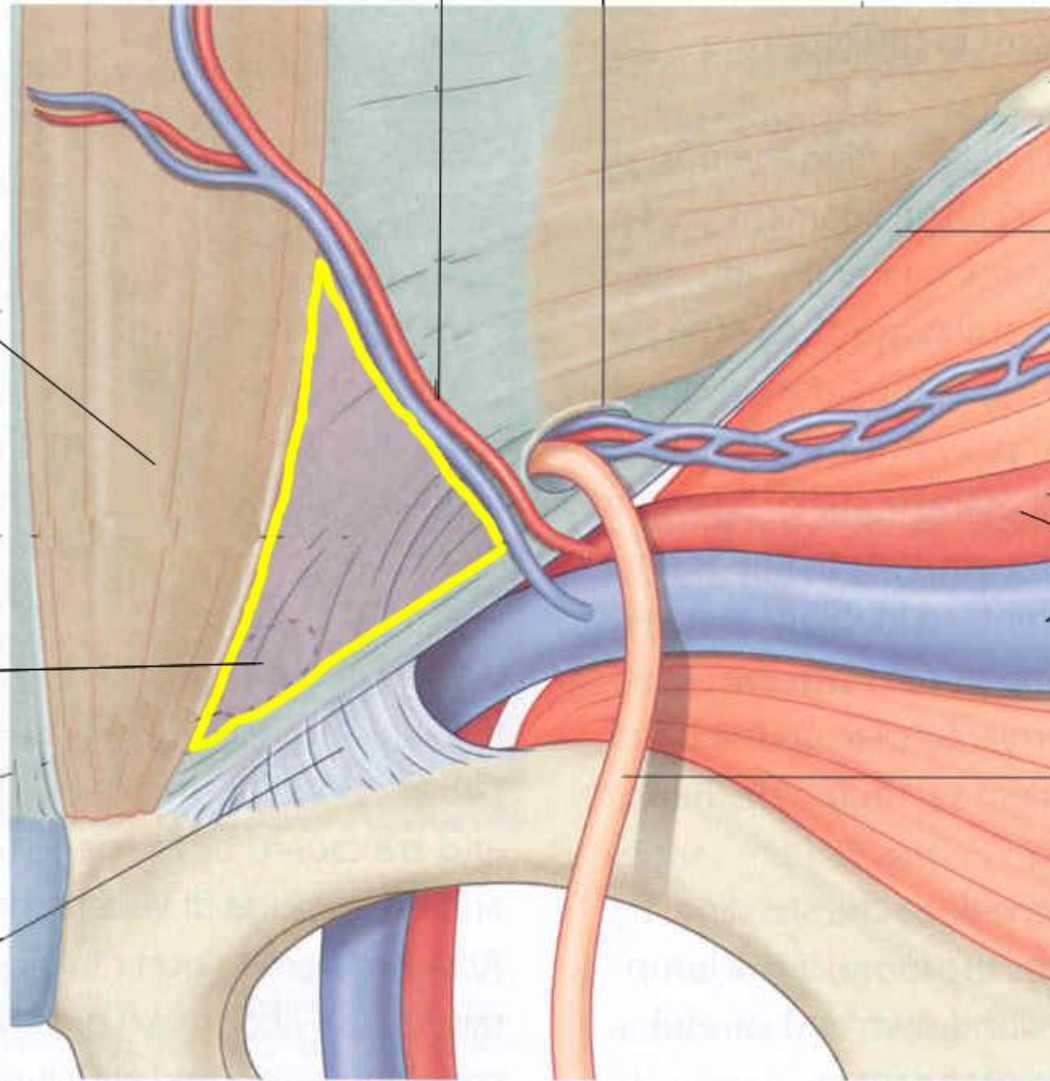
Lacunar ligament

Obturator internus muscle

Obturator canal

Levator ani muscle

Bulbourethral gland (Cowper) embedded
in deep transverse perineal muscle

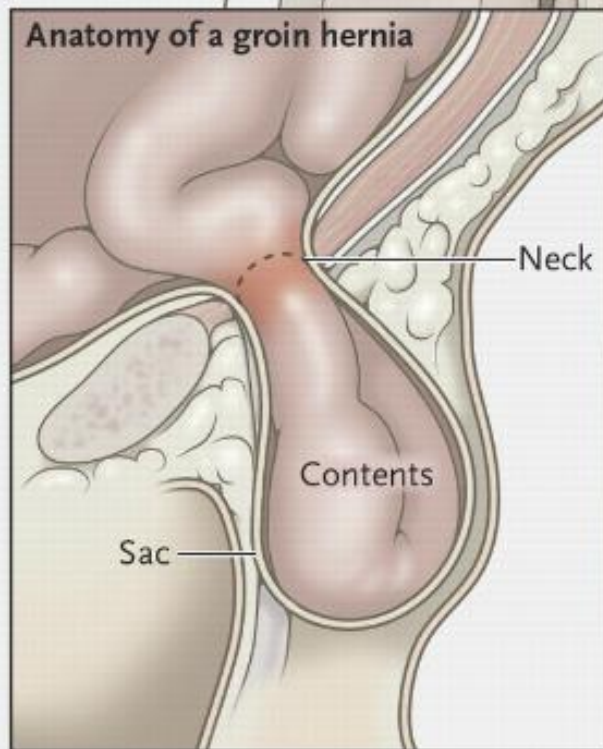


Các vị trí thoát vị

A Indirect inguinal hernia

B Direct inguinal hernia

C Femoral hernia



Inguinal ligament

Transversus abdominis muscle

Inferior epigastric vessels

Rectus abdominis muscle

Femoral vessels

A

B

Internal inguinal ring

External inguinal ring

Superior pubic ramus (with Cooper's ligament)

Spermatic vessels

Vas deferens

Cơ chế chống thoát vị tự nhiên

1. Tác dụng của cơ ngang bụng và cơ chéo bụng trong:

Cơ ngang bụng co → dây chằng Hesselbach lên trên, ra ngoài → hẹp lỗ bẹn sâu.

Cơ chéo bụng trong co → bờ trên, bờ ngoài lỗ bẹn sâu xuống dưới, vào trong → hẹp lỗ bẹn sâu.

2. Tác dụng màn trập của cung cân cơ ngang bụng

Nguyên nhân gây thoát vị bẹn

Bẩm sinh

**Tồn tại ống
phức tinh
mạc**

Mắc phải

Suy yếu thành bụng

- Già
- Mất collagen (Ehler Danlos)
- Suy dinh dưỡng
- Vết mổ, vết thương vùng bẹn, ...

Yếu tố thuận lợi

Tăng áp lực ổ bụng trong thời gian dài:

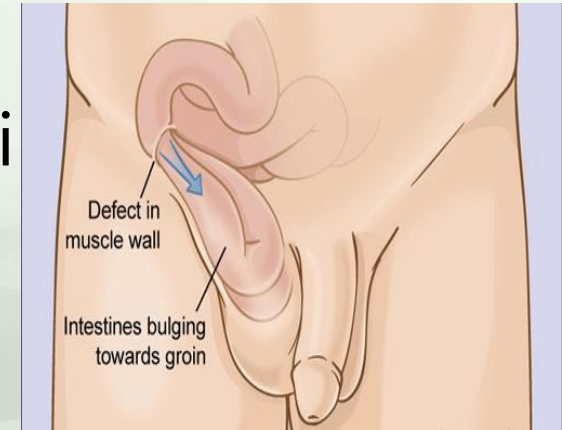
- Táo bón kinh niên (vô căn hay u đại tràng)
- Tiểu khó (bướu TLT, hẹp ND)
- Ho kéo dài (VPQ mạn)
- Có thai, cổ trướng, khối u lớn trong bụng, ...

Người béo phì có ít nguy cơ thoát vị bẹn hơn.

LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG:

- Thường không có khi xuất hiện khối
- Một số ít bệnh nhân có cảm giác đau nhẹ, co kéo, dị cảm.
- Biến chứng nghẹt: đau nhiều và có thể có hội chứng tắc ruột.
- Thoát vị trực tiếp thường ít triệu chứng hơn.



LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ:

- Tư thế khám.
- Nhìn: khối phồng.
- Sờ: tính chất khối phồng.
- Nếu khối thoát vị nhỏ thì sờ lỗ bẹn nông

LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ:

- Nghiệm pháp chạm ngón
- Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu



LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN:

- Nếu không có biến chứng, thường không gây triệu chứng toàn thân.
- Nếu có thường do bệnh lý đi kèm.

	THOÁT VỊ BỆN GIÁN TIẾP	THOÁT VỊ BỆN TRỰC TIẾP
Vị trí xuất hiện ban đầu	Lỗ bẹn sâu	Tam giác bẹn
Hướng di chuyển	Từ ngoài vào trong từ trên xuống dưới	Từ sau lưng ra trước bụng
Tính chất	Xuất hiện và biến mất chậm	Xuất hiện và biến mất nhanh
	Xuống bìu	Ít khi xuống bìu
	Hình elip	Hình tròn
Đẩy vào	Khó hơn	Dễ vào
Nghiệm pháp chạm ngón	Chạm đầu ngón	Chạm cạnh ngón
Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu	-	+
Biến chứng nghẹt	Hay gặp	Ít gặp hơn

Phân loại (theo Nyhus)

Loại	Đặc điểm
I	Thoát vị bẹn gián tiếp - lỗ bẹn sâu bình thường
II	Thoát vị bẹn gián tiếp - lỗ bẹn sâu dẫn rộng - thành bẹn sau chắc - bó mạch thượng vị dưới không thay đổi
III	
A	Thoát vị bẹn trực tiếp
B	Thoát vị bẹn gián tiếp - lỗ bẹn sâu giãn rộng - sàn bẹn bị phá hủy
C	Thoát vị đùi
IV	Thoát vị tái phát
A	Trực tiếp
B	Gián tiếp
C	Đùi
D	Kết hợp

Phân loại (theo EHS)

P = primary hernia
R = recurrent hernia

0 = no hernia detectable
1 = < 1,5 cm (one finger)
2 = < 3 cm (two fingers)
3 = > 3 cm (more than two fingers)
x = not investigated

L = lateral/ indirect hernia
M = medial/ direct hernia
F = Femoral hernia

Tick the appropriate box:

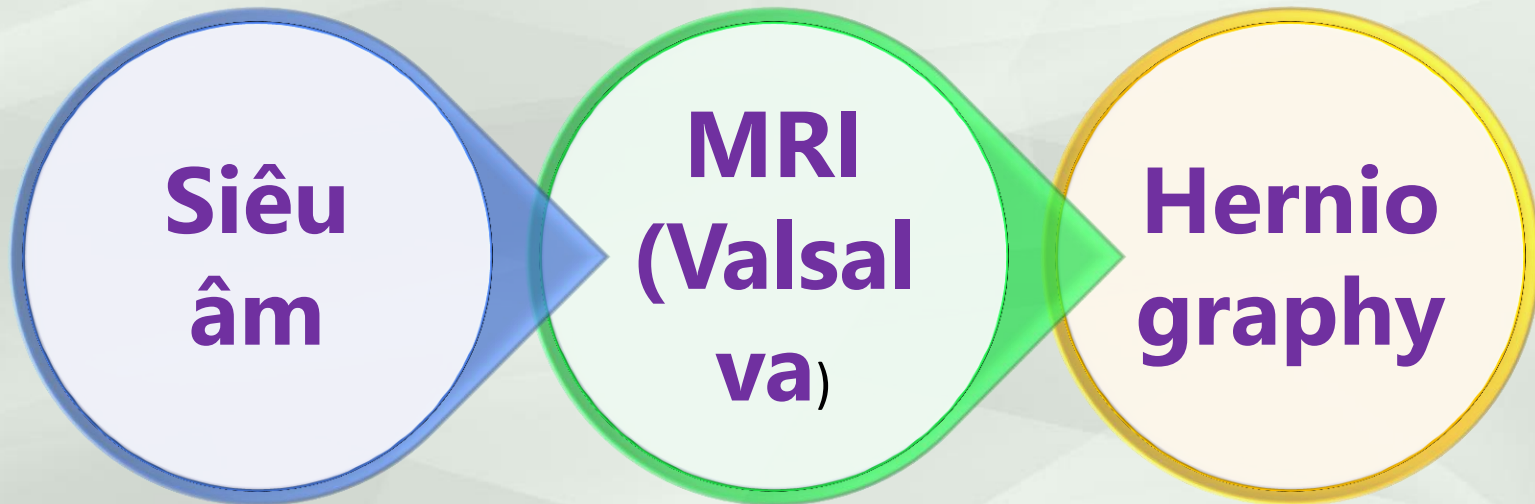
		P	R		
	0	1	2	3	x
L					
M					
F					

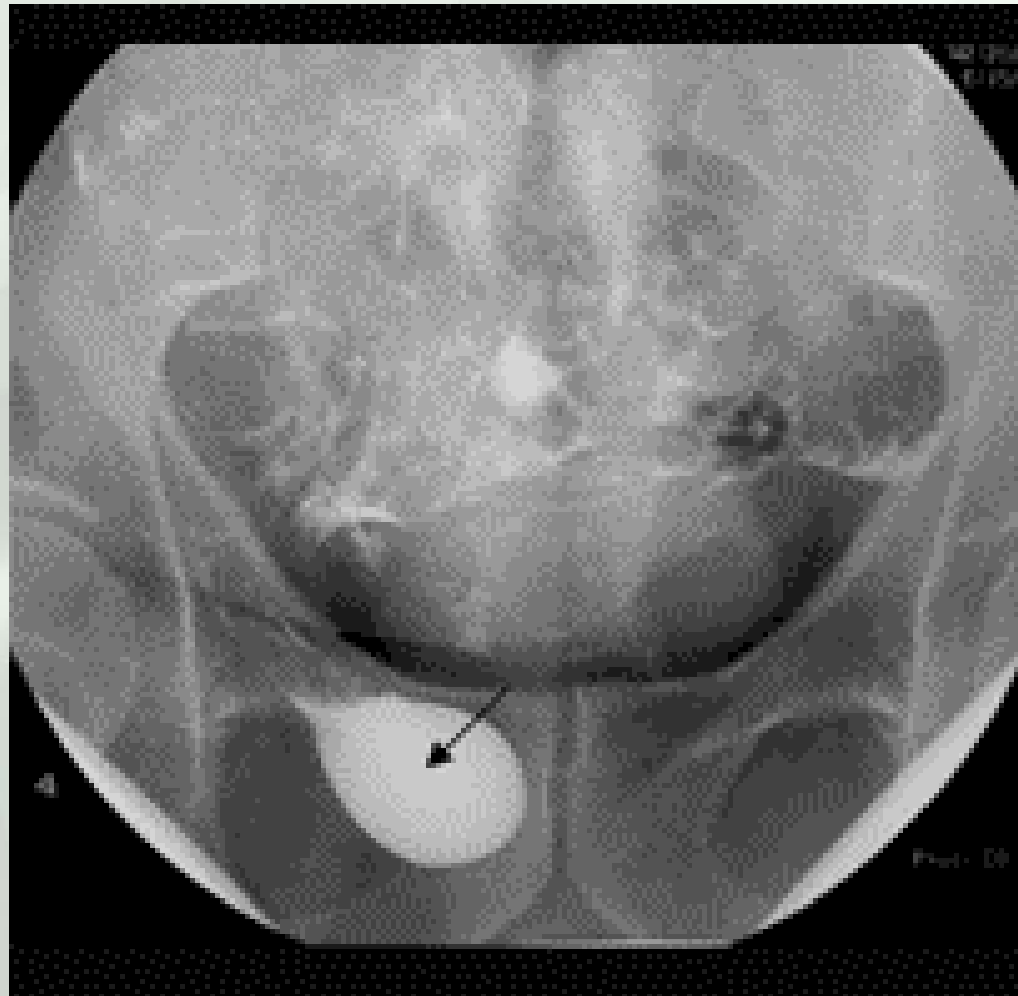
CẬN LÂM SÀNG

Được sử dụng trong trường hợp khó chẩn đoán như khối thoát vị nhỏ, thoát vị tái phát:

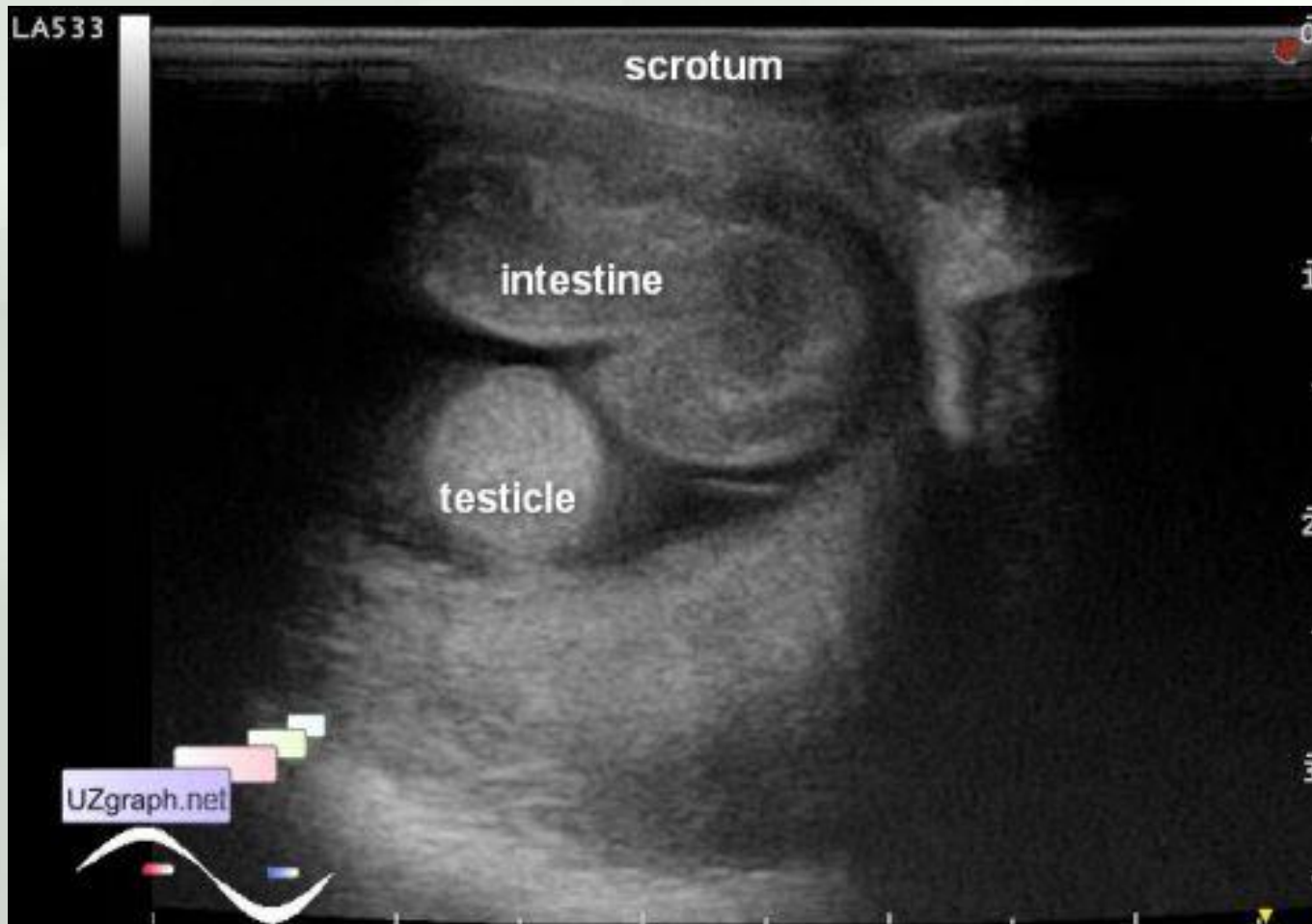
- **Chụp thoát vị cản quang:** thoát vị đùi
- **Siêu âm:** đơn giản dễ thực hiện, độ nhạy - độ đặc hiệu cao
- **CT:** cho thấy hình ảnh rõ hơn - đặc biệt trong trường hợp khối thoát vị không điển hình
- **MRI:** cho thấy hình ảnh rõ, đắt tiền.

CẬN LÂM SÀNG

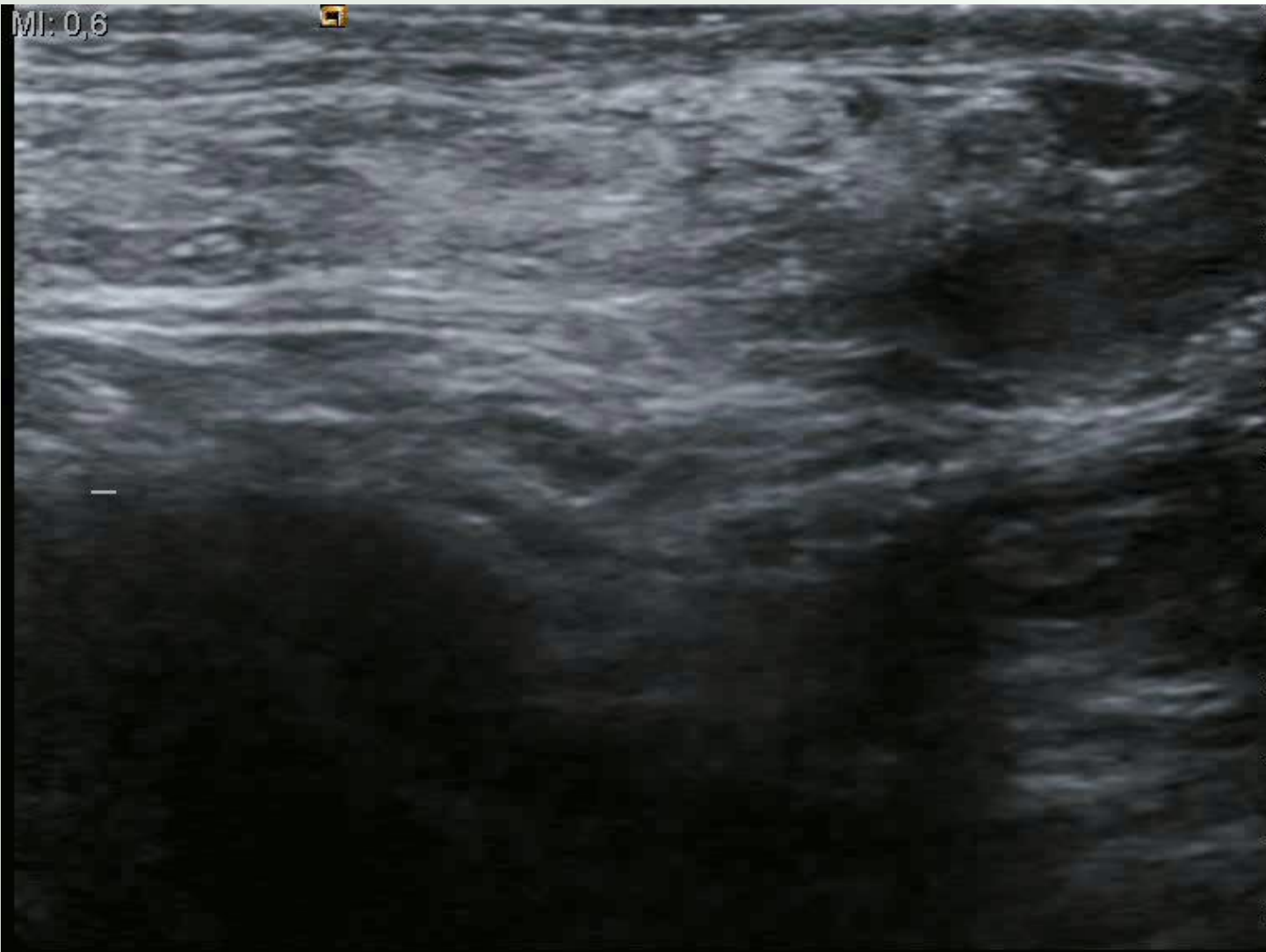




Siêu âm



MI: 0,6



40fps

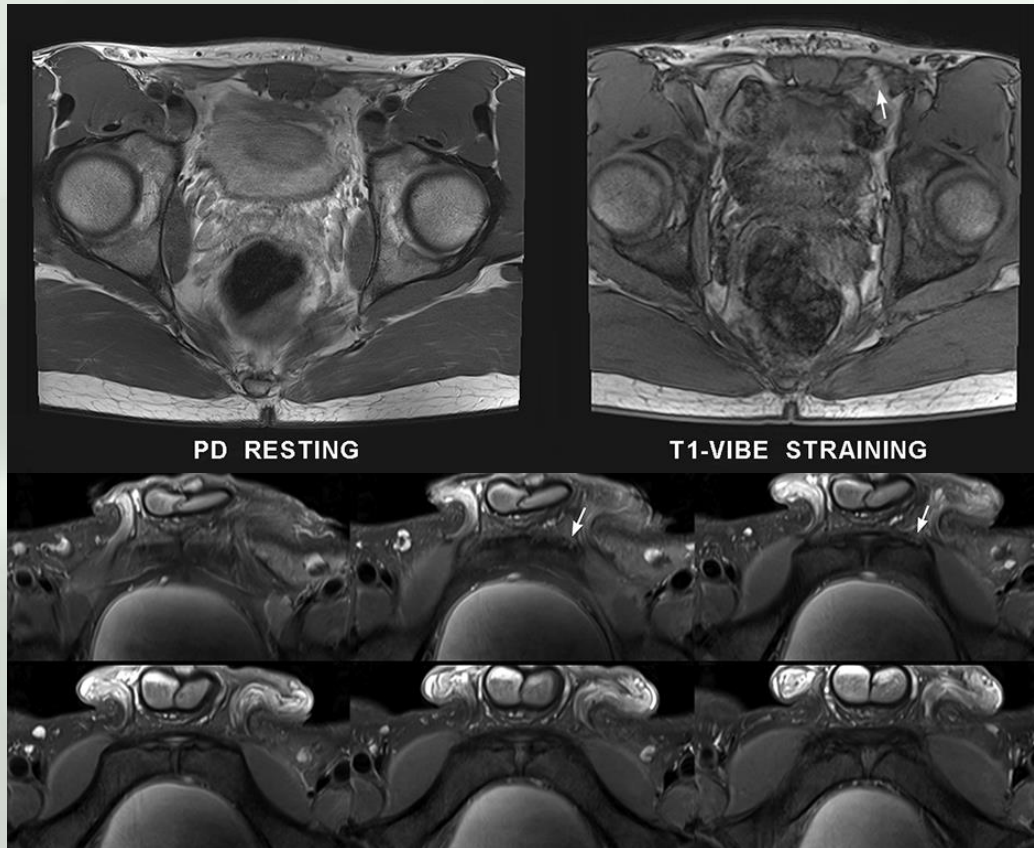
2,5cm

CT Scan bụng chậu



FIGURE 1. Indirect inguinal hernia in 77-year-old man. Contrast-enhanced axial CT images (A, B) and coronal reformatted CT image (C) show herniation of small bowel through right inguinal canal. Inguinal canal is located in lateral aspect of inferior epigastric vessels (arrows). Herniated bowel loops are extended along spermatic cord into scrotum (open arrows).

MRI



Chẩn đoán

- Thường dựa vào lâm sàng
- Nhìn hoặc sờ thấy khối phồng vùng bẹn đùi tăng khi ho, rặn, xẹp khi nghỉ ngơi hoặc dùng tay đẩy lên

Chẩn đoán phân biệt

- Khối phòng xuất hiện và biến mất dễ dàng → hầu như không có chẩn đoán phân biệt
- Nếu khối phòng "**cố định**":

Bệnh lý ống bẹn

- U nang thường tinh
- Tràn dịch tinh mạc

Bệnh lý tinh hoàn

- Viêm tinh hoàn
- Xoắn tinh hoàn

Dẫn TM thường tinh

- Phòng gốc bìu có dạng búi ngoằn ngoèo
- Sờ cảm giác lớn nhón như búi giun
- Khi ho hay phình bụng, khối phòng không tăng kích thước



Tràn dịch tinh mạc



U nang thờng tinh

Khối căng khi

- Ho hay phình bụng không tăng kích thước
- Soi đèn

Chẩn đoán phân biệt

Nếu khối phòng **ĐAU**:

Thoát vị nghẹt	Xoắn tinh hoàn	Viêm tinh hoàn cấp
Không sốt	Sốt nhẹ	Sốt cao
Sờ được tinh hoàn trong bìu	Tinh hoàn bị kéo lên trên, lệch trục. Khi nâng tinh hoàn, BN đỡ đau rõ	Tinh hoàn to, trực bình thường. Khi nâng tinh hoàn, BN không đỡ đau.
Không sờ được nút xoắn	Sờ được nút xoắn	Không sờ được nút xoắn
Hội chứng tắc ruột	Không có hội chứng tắc ruột	Không có hội chứng tắc ruột

Biến chứng

- Thoát vị nghẹt
- Thoát vị kẹt
- Chấn thương

Biến chứng

Thoát vị nghẹt:

- Nguy hiểm và thường gặp nhất
- Tạng thoát vị → xiết → thiếu máu → hoại tử
- TV gián tiếp, TV đùi: cổ túi hẹp



Biến chứng

Thoát vị kẹt:

- Tạng thoát vị dính vào túi thoát vị, không đẩy lên được
- Tưới máu không bị ảnh hưởng → không hoại tử
- Vướng, dễ chấn thương



Biến chứng

Chấn thương:

Túi TV lớn, xuống thường xuyên → chấn thương, giập, vỡ tạng bên trong.



NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

KHÔNG điều trị nội khoa cho bệnh nhân thoát vị
Điều trị toàn diện:

1. Phẫu thuật: loại bỏ hoặc bít túi thoát vị
tạo hình thành bụng
2. Loại trừ những bệnh lý gây tăng áp lực ổ bụng.

Nguyên tắc điều trị

- Không hoặc ít triệu chứng: Theo dõi
- Có triệu chứng rõ: mô'chương trình
- Thoát vị kẹt: làm nghiệm pháp đẩy lên
- Thoát vị nghẹt: mô'cấp cứu

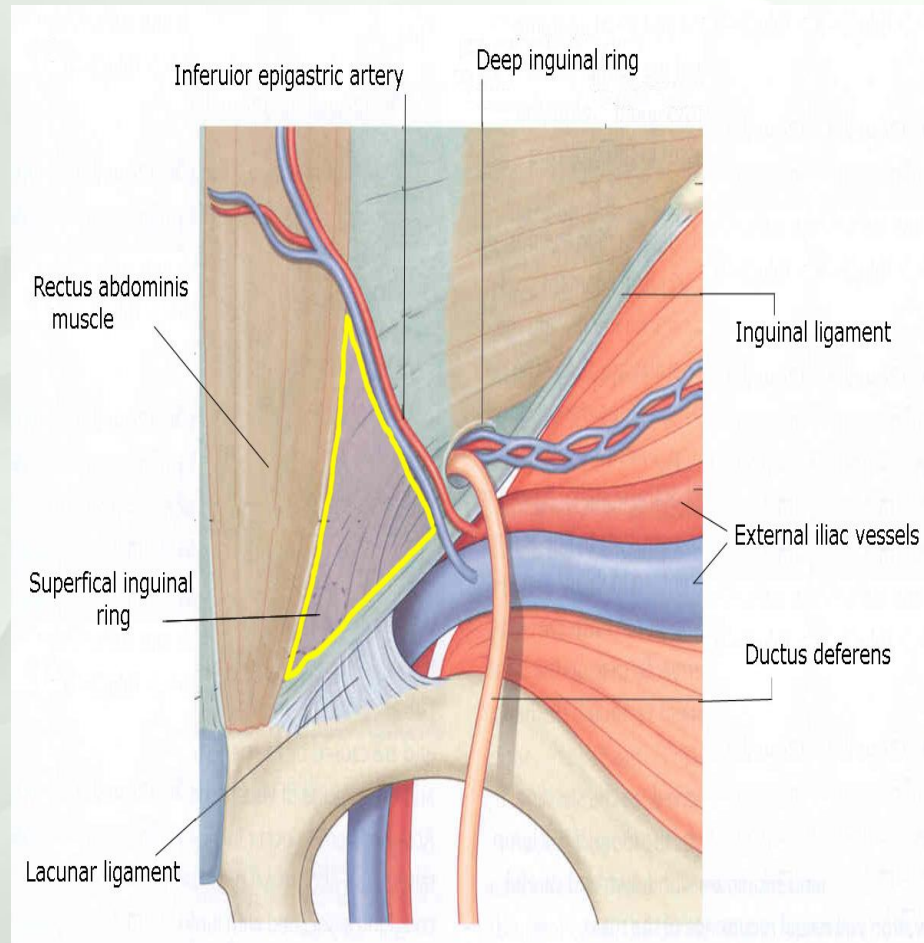
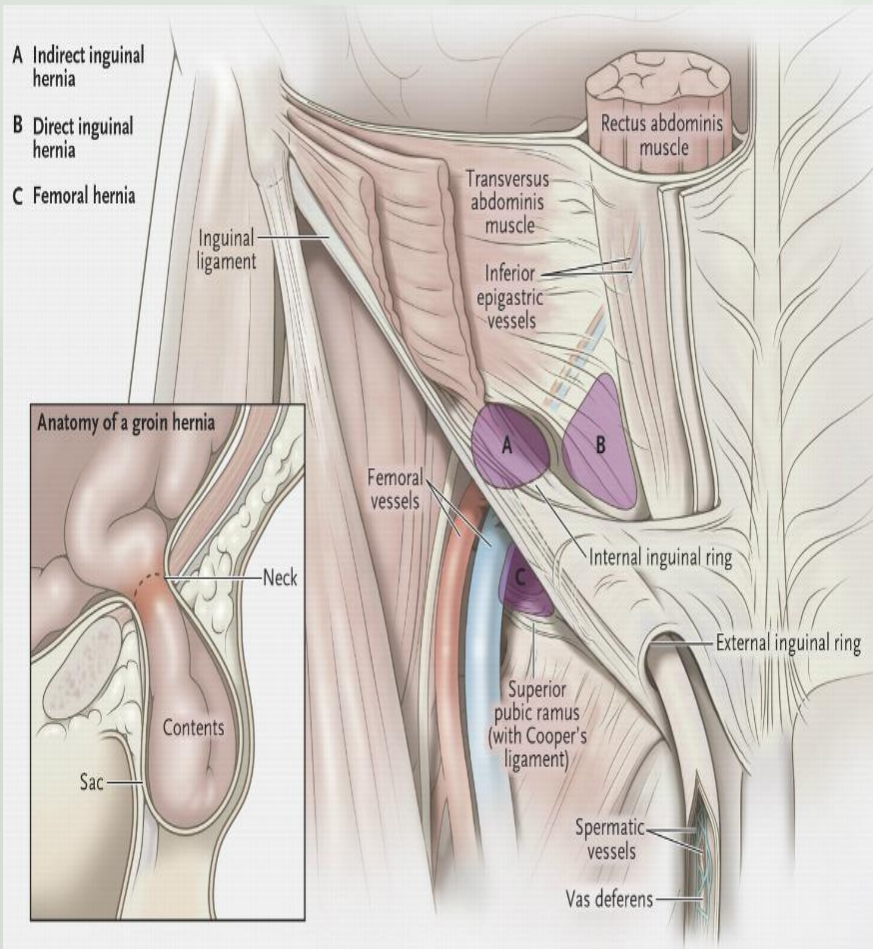
Nguyên tắc điều trị

- Trẻ em:
 - Giải quyết sớm
 - Bất kỳ tuổi nào

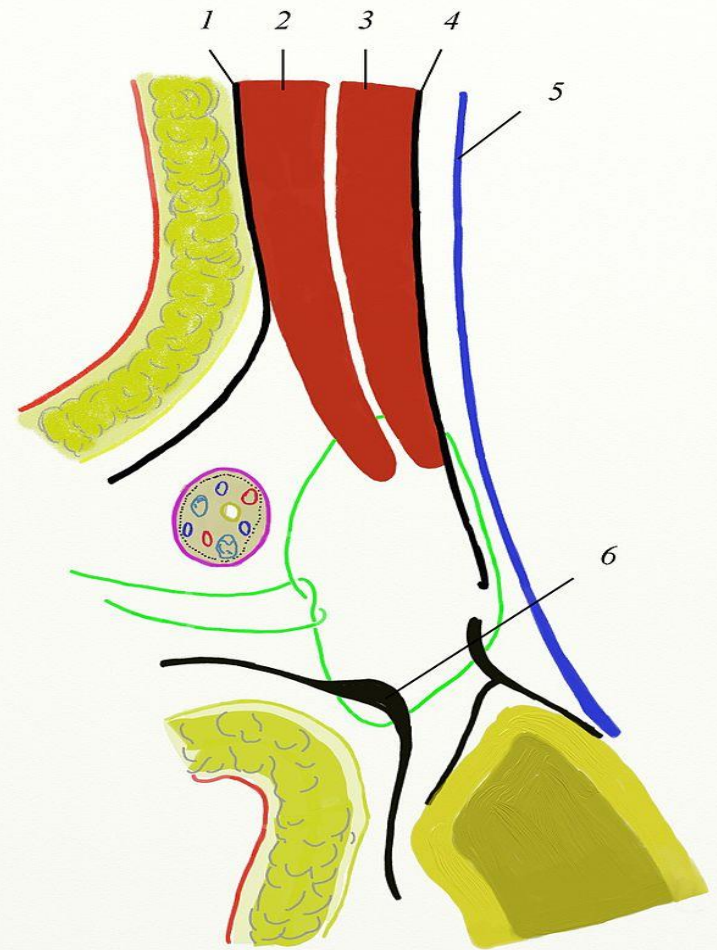
Các phương pháp phẫu thuật

MÔ TỰ THÂN	MÀNH GHÉP
<ul style="list-style-type: none">• Dây chằng bẹn Bassini Shouldice• Dải chậu mu Condon Nyhus• Dây chằng Cooper Mc Vay	<ul style="list-style-type: none">• Mổ mở Lichtenstein Rutkow Mảnh ghép đôi• Mô nội soi: TAPP TEP IPOM

A. DÙNG mô THÂN



Kỹ thuật Bassini



Kĩ thuật Shouldice

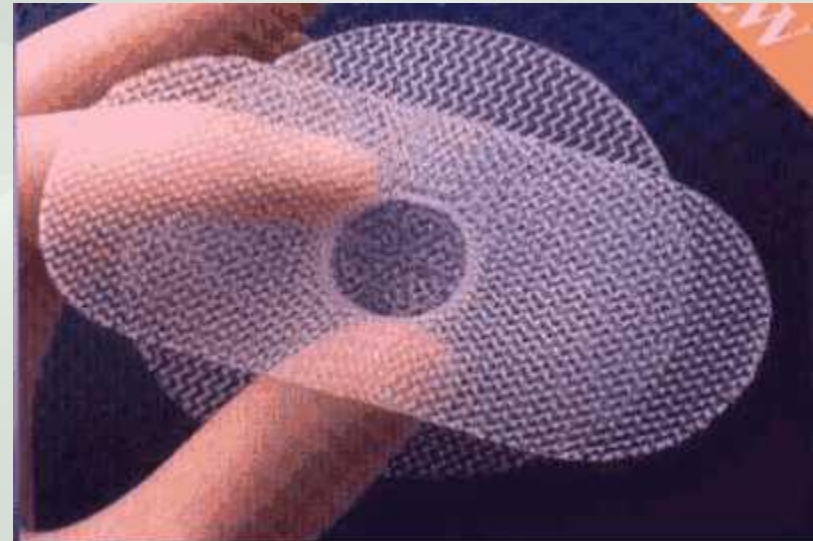
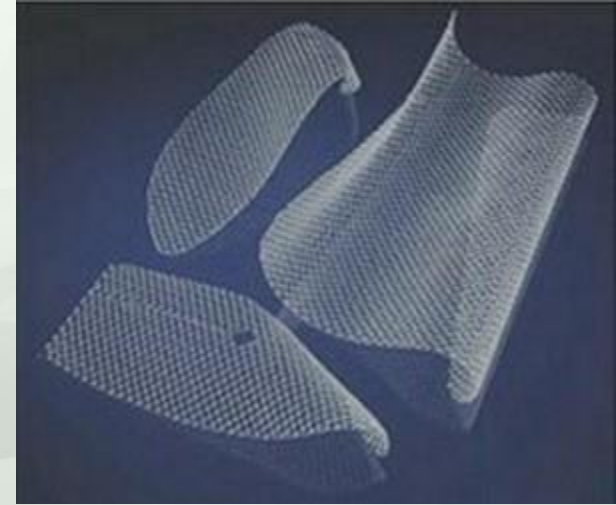
THE SHOULDICE REPAIR



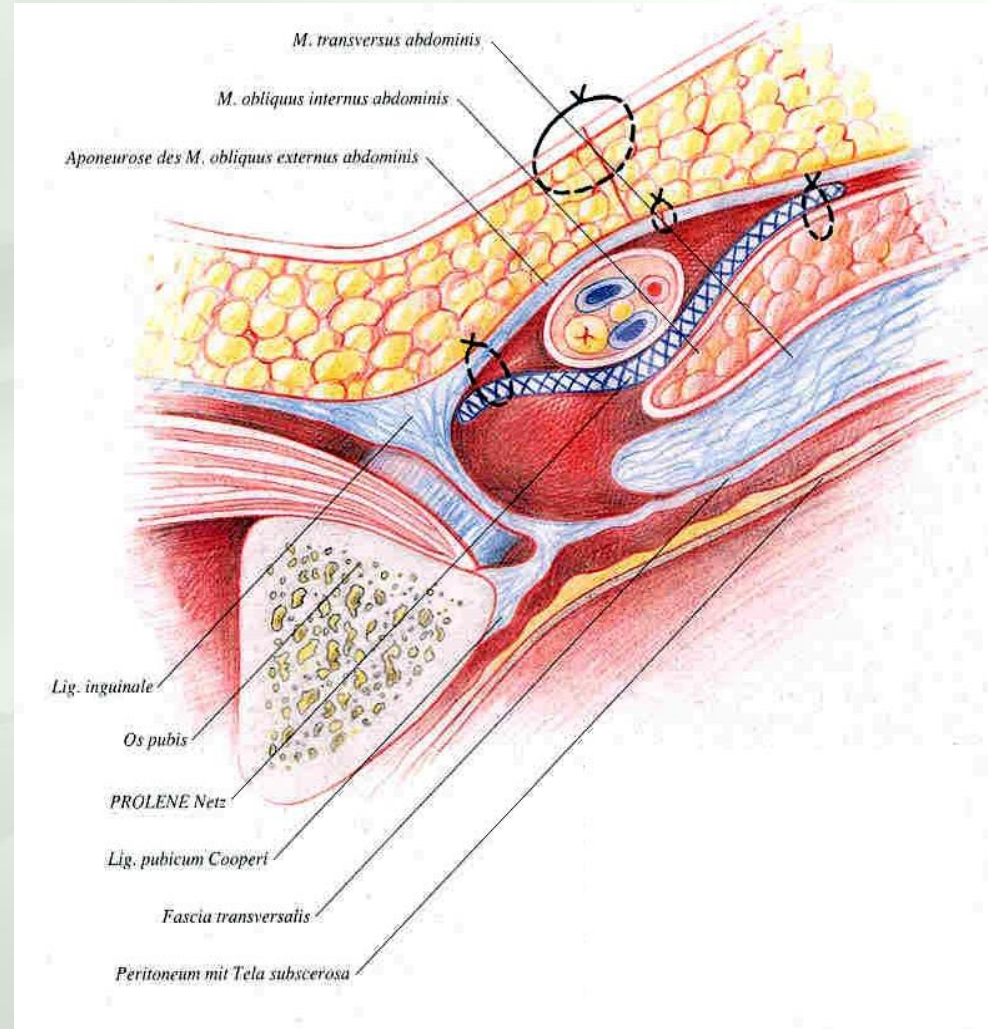
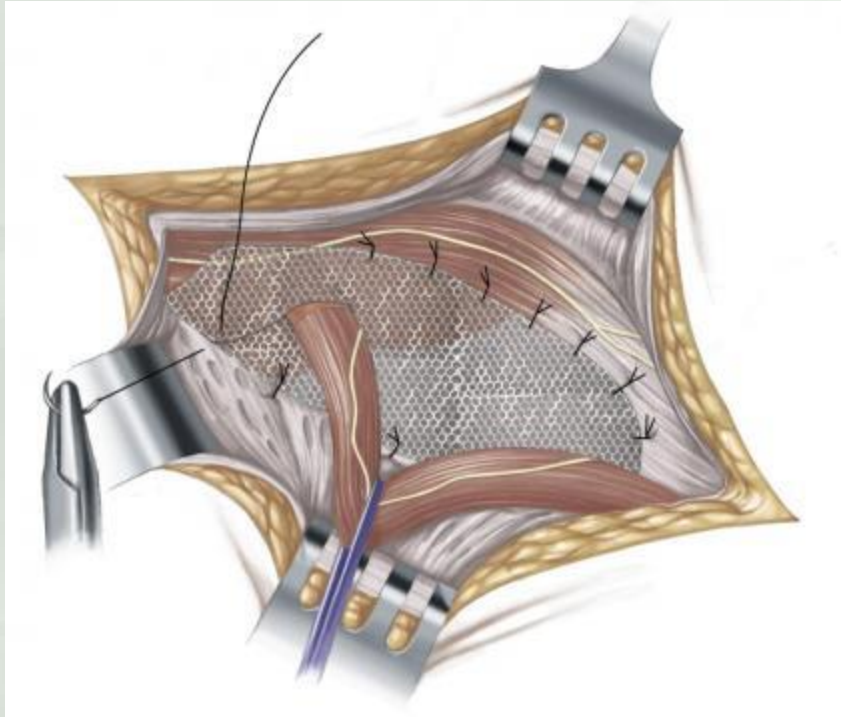
- A. The iliopubic tract is sutured to the medial flap, which is made up of the transversalis fascia and the internal oblique and transverse abdominis muscles.
- B. This is the second of the four suture lines. After the stump of the cremaster muscle is picked up, the suture is reversed back toward the pubic tubercle approximating the internal oblique and transversus muscles to the inguinal ligament. Two more suture lines will eventually be created suturing the internal oblique and transversus muscles medially to an artificially created "pseudo" inguinal ligament developed from superficial fibers of the inferior flap of the external oblique aponeurosis parallel to the true ligament.

B. Dùng mảnh ghép nhân tạo

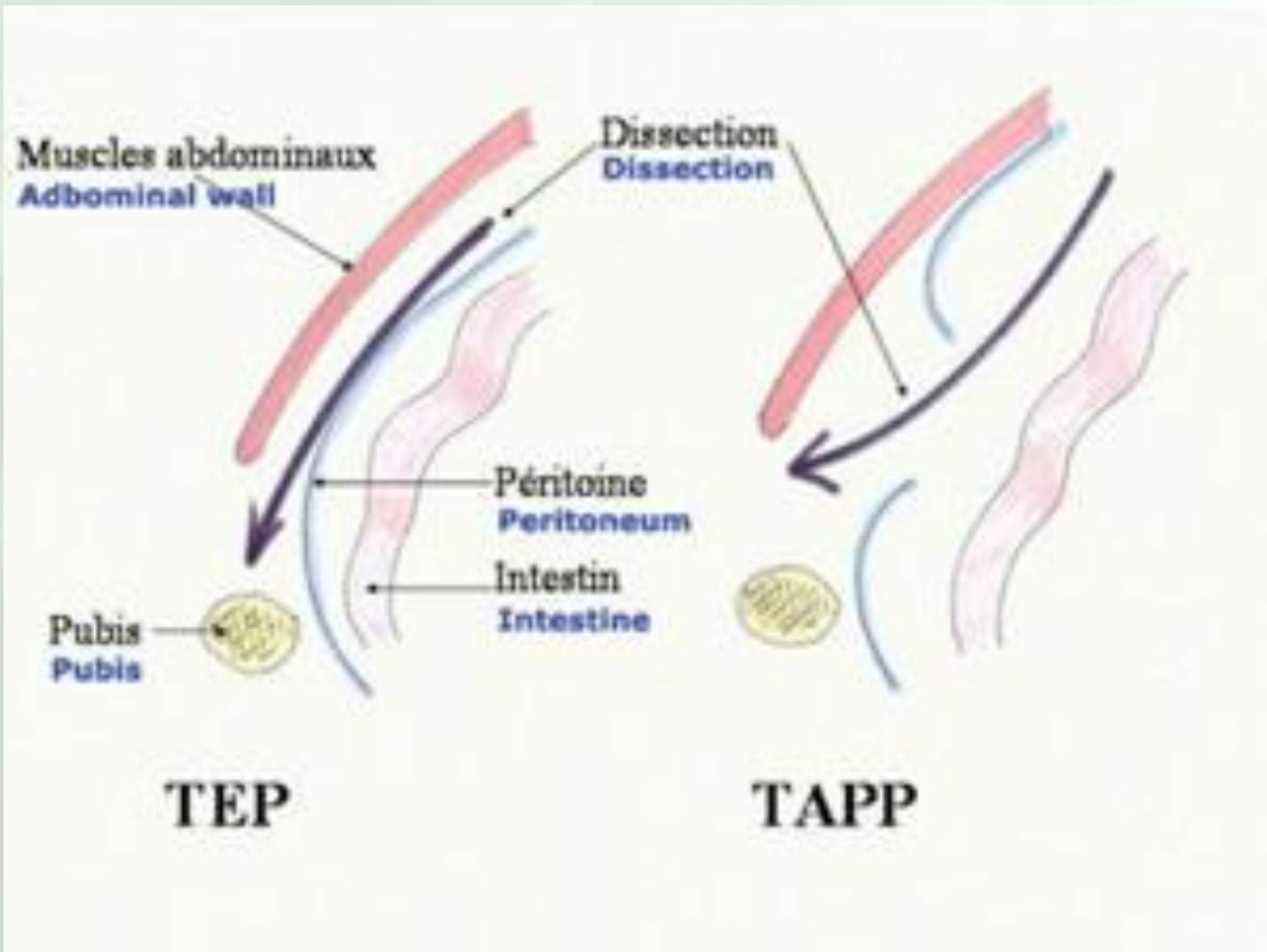
- Ưu điểm:
 - Không gây căng
 - > ít đau, phục hồi nhanh
 - > lành sẹo tốt, ít tái phát
 - Tạo lớp cân mới rất chắc
- Nhược điểm:
 - Giá thành đắt
 - Đòi hỏi vô trùng tốt



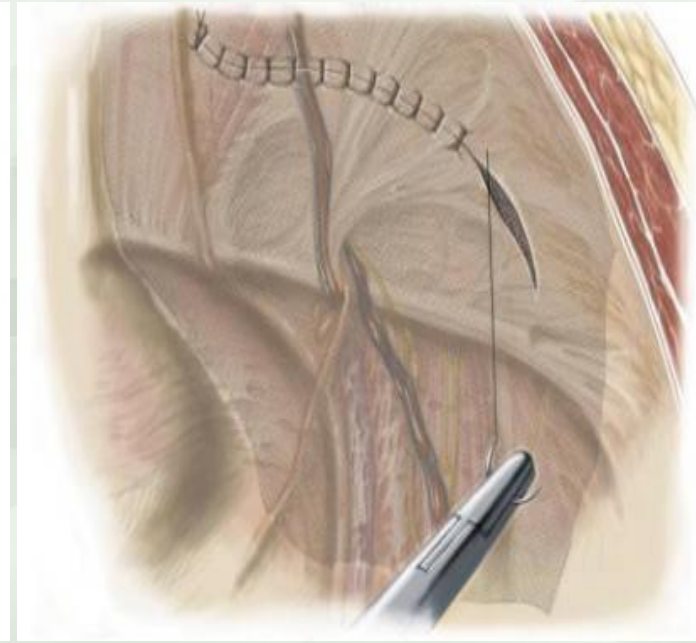
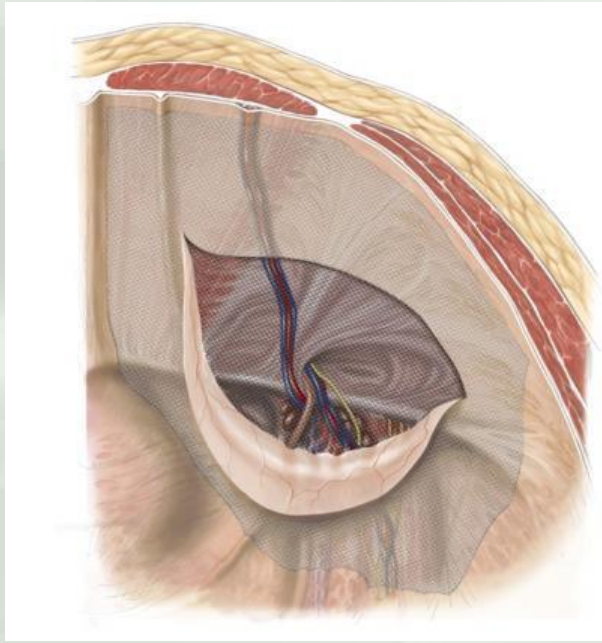
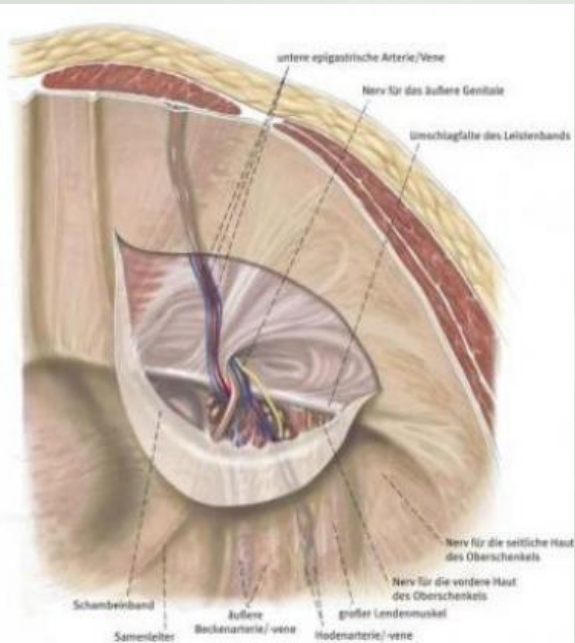
1. Mổ mở: Kỹ thuật Lichtenstein



2. Kỹ thuật mổ nội soi



TAPP (TransAbdominal PrePeritoneal)



TEP (Total Extra-Peritoneal)

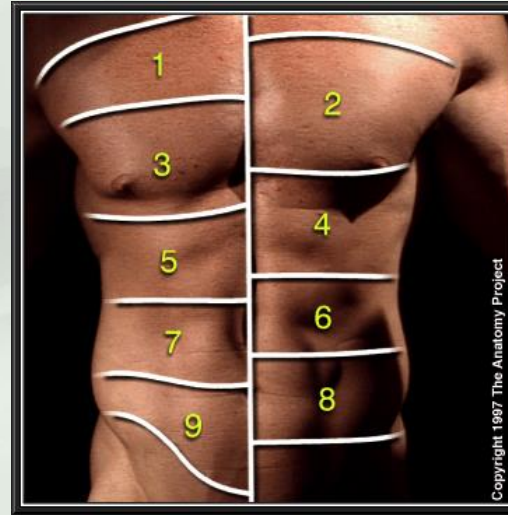
Mổ nội soi

Ưu điểm	Nhược điểm
<ul style="list-style-type: none">• Phục hồi nhanh.• Giảm đau trong vòng vài ngày.• Ít biến chứng sau mổ: nhiễm trùng, chảy máu• Ít nguy cơ đau bẹn mạn tính.	<ul style="list-style-type: none">• Thời gian mổ kéo dài.• Vô cảm phức tạp.• Biến chứng: seroma• Cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm cao; đào tạo khó khăn hơn.

a

b

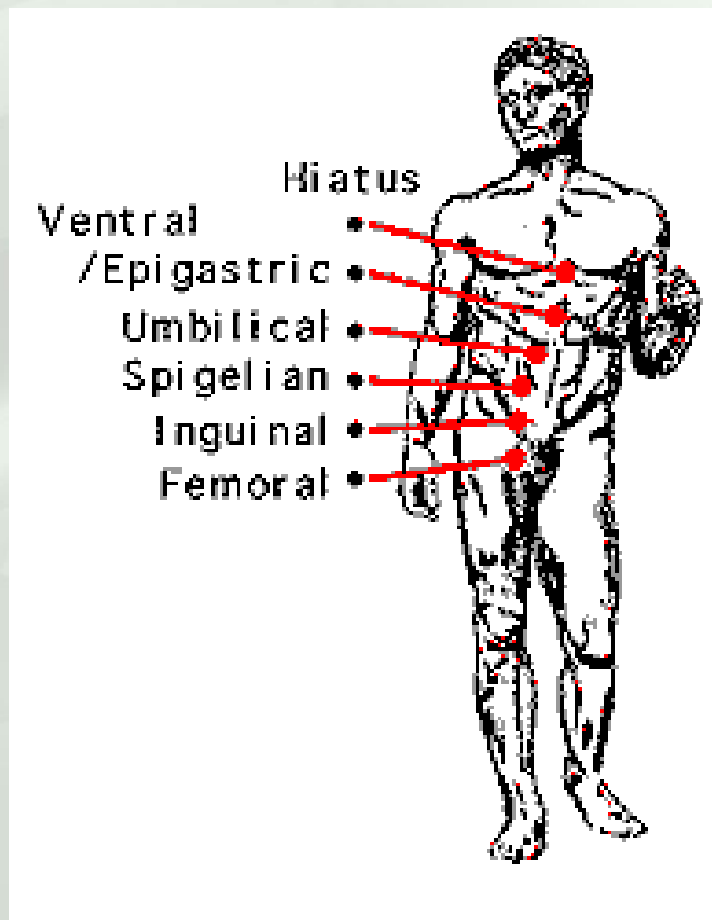
THOÁT VỊ THÀNH BỤNG



Hình 1.1: Hình dáng bên ngoài của thành bụng trước ở người đàn ông (a) và ở người phụ nữ (b).

Nguồn: Carlos Guitezrez de la Pena, 2004, Hernia

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG



- THOÁT VỊ THÀNH BỤNG BẨM SINH

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG MẮC PHẢI: sau mổ, chấn thương
SAU MỔ: Bất kỳ tác nhân nào làm tổn thương chuỗi
lành vết thương phẫu thuật có thể gây ra TVVM

CÁC YẾU TỐ

- bệnh tiểu đường (5 lần)
- béo phì,
- hút thuốc lá,
- bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,
- suy dinh dưỡng, suy thận,
- Condon và cộng sự, phân tích đa biến 1000 trường hợp mổ bụng,
số lần mở-đóng bụng trước đó và **nhiễm trùng thành bụng**.
- Bucknall, 23% TVVM / nhiễm trùng vết mổ



THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG MẮC PHẢI

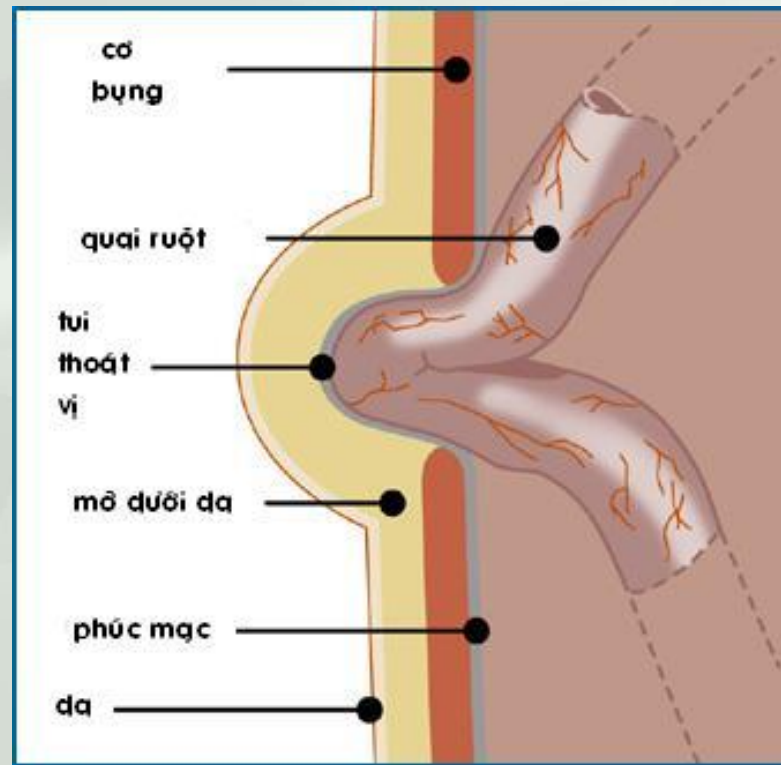
SAU MỔ: Cơ chế xuất hiện của thoát vị vết mổ

- Cân bị rách sớm xuất hiện khi gắng sức như:
ALOB tăng đột ngột từ 12 mmHg lên đến 100 mmHg
- Khối máu tụ, tụ dịch trong thành bụng → nhiễm trùng
- Chỗ hở trên đường khâu bị bỏ qua



THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

CÁC THÀNH PHẦN CẤU TRÚC CỦA THOÁT VỊ VẾT MỒ



THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Khám thành bụng nhiều tư thế,

- nhìn tiếp tuyến và nhìn trực diện
- sờ được bờ lỗ thoát vị khi BN gồng cơ thành bụng
- ước lượng kích thước, độ chắc thành bụng

Chụp cắt lớp điện toán thành bụng (CT scan)

- đo chính xác kích thước lỗ thoát vị
- đánh giá thể tích ổ bụng
- bệnh lý đi kèm

Đánh giá các yếu tố nguy cơ.....

