

BỆNH ÁN NGOẠI KHOA

I. Hành chính

Họ tên bệnh nhân: Nguyễn Văn Hoa giới: **Nam** (do sự di chuyển xuống của tinh hoàn, làm rộng lỗ cơ lược → dễ thoát vị bẹn >< nữ: do sự phát triển của khung chậu, làm rộng lỗ đùi: dễ thoát vị đùi)

tuổi: 80 (BN lớn tuổi, thành bụng yếu)

nghề nghiệp: lao động nặng (khuôn vác ...), thể thao

Địa chỉ: TPHCM

Nhập viện ngày 8/10/2018 phòng 5 lầu 11 khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Đại Học Y Dược

Số hồ sơ: N17-0063128

II. Lý do nhập viện:

khối phồng vùng bẹn (P)

III. Bệnh sử:

Cách nhập viện 3 tháng, bệnh nhân xuất hiện khối phồng vùng bẹn bên phải kích thước 3x5cm, mật độ mềm, không sưng nóng đỏ đau, không chảy dịch, đi động tốt, xuất hiện khi bệnh nhân đi lại nhiều, làm việc nặng (khuôn vác đồ nặng), khi chạy nhảy hoặc khi bệnh nhân rặn hoặc ho nhưng không bao giờ xuống bìu, mất khi bệnh nhân nằm nghỉ ngơi hoặc khi BN lấy tay đè ép. Gần đây, BN thấy Khối phồng to dần, xuất hiện dễ khi đứng và mất khi nằm hay lấy tay ấn vào, không xuống bìu, khối phồng không nóng, đỏ, không đau → BN đến khám và nhập viện BVDHYD

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, tiêu tiểu bình thường, nước tiểu vàng trong không gắt buốt.

Nếu thoát vị bẹn nghẹt: tiền sử có khối phồng xuất hiện nhiều tháng, ấn thì mất đi. Vài giờ này, khối phồng xuất hiện, kèm đau tăng dần, ấn không mất

→ khám thấy khối phồng xuất hiện trên nếp bẹn đi theo thờng tinh ra lỗ bẹn nông, xuống bìu, ấn đau nhiều từ lỗ bẹn nông đến điểm cuối của khối phồng

Khám tinh hoàn: sờ được đủ tinh hoàn trong bìu, ấn không đau

→ TVB nghẹt

CĐPB: viêm tinh hoàn, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn

Khám khối phồng dưới nếp bẹn, ấn đau nhiều không xẹp, không dính da

→ TV đùi nghẹt

CĐPB: viêm hạch bẹn, áp xe vùng bẹn

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

- Không có tiền căn bệnh lý ung thư đại tràng (làm thay đổi thói quen đi tiêu), bệnh thận mạn phải thăm phân phức mạc, xơ gan (bụng báng)
- Không táo bón kinh niên
- Không viêm phế quản mạn, COPD (gây ho nhiều)
- Không phì đại tiền liệt tuyến, hẹp niệu đạo (gây tiểu khó)

Nữ: có thai, sinh đẻ nhiều ?

2. Gia đình:

Không có ai thoát vị bẹn

3. Thói quen:

- Hút thuốc lá
- Rượu bia
- Ăn kiêng quá mức, tập luyện thể lực căng thẳng
- Suy dinh dưỡng

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc thức ăn trước đây

4. Ngoại khoa: chưa mổ gì

V. Lược sơ các cơ quan:

Tuần hoàn: không hồi hộp đánh trống ngực

Hô hấp: không ho, không khó thở

Tiêu hóa tiêu phân vàng đóng khuôn không táo bón

Tiết niệu sinh dục: tiểu khó do phì đại tiền liệt tuyến bệnh nhân phải rặn tiểu nhiều lần

Thần kinh: không đau đầu chóng mặt

VI. Khám:

1. Tổng quát

Bệnh tình tiếp xúc tốt , thể trạng (suy dinh dưỡng ?)

Sinh hiệu:

Mạch: 66l/p huyết áp 150/70mmHg nhiệt độ 37⁰C nhịp thở: 24l/p

Chiều cao: 156cm cân nặng 55kg BMI: 22

Da niêm hồng

Kết mạc mắt không vàng

Hạch ngoài biên không sờ chạm

Tuyến giáp không to

Không phù

2. Lồng ngực:

Cân đối di động theo nhịp thở không u không sao mạch không tuần hoàn bàng hệ

Phổi trong rì rào phế nang êm dịu

Tim: mỏm tim gian sườn V trung đòn trái, T1, T2 đều rõ không âm thổi

3. Bụng

Bụng cân đối di động khi thở, không u không sọc mổ, không tuần hoàn bàng hệ

Gõ bụng trong

Bụng mềm không điểm đau khu trú

4. Khám khối thoát vị:

Khám tư thế đứng: khối phồng vùng bẹn bên phải cạnh xương mu kích thước 4x5cm, hình cầu, trên nếp lằn bẹn, không xuống bìu, không đau khi sờ, khi ấn đẩy vào được.

Tư thế nằm:

Nghiệm pháp Valsalva: cho BN phình bụng, rặn nhẹ thì xuất hiện đầu tiên tại vị trí lỗ ổ bẹn sâu, hướng di chuyển chéo từ ngoài vào trong và từ trên xuống dưới. (nếu là thoát vị gián tiếp)

Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu: khối phồng xuất hiện

Nghiệm pháp chạm ngón chạm vào mặt lòng ngón tay

Khám tinh hoàn 2 bên: đủ 2 tinh hoàn, kích thước bình thường, mật độ chắc

Khám hậu môn trực tràng

Quan trọng phải khám đúng:

- dây chằng bẹn (không phải nếp bẹn) : nối giữa GCTT và củ mu (cao hơn rất nhiều so với nếp bẹn)

- lỗ bẹn sâu: từ DC bẹn lấy trung điểm, lên trên 1.5-2cm

- lỗ bẹn nông: mặt bên bìu lên trên, hướng về phía lỗ bẹn sâu

(đường thẳng đi qua 2 lỗ bẹn không song song với DC bẹn)

5. Thần kinh:

cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

6. cơ xương khớp

không giới hạn vận động khớp

VII. tóm tắt bệnh án:

bệnh nhân nam ___ tuổi nhập viện vì khối phồng vùng bẹn bên P bệnh ___ với các triệu chứng sau

- triệu chứng cơ năng:

khối phòng vùng bẹn bên P

- triệu chứng thực thể

khối phòng vùng bẹn bên P

- tiền căn:

VIII. Đặt vấn đề:

Khối phòng vùng bẹn P

IX. Chẩn đoán sơ bộ

Thoát vị bẹn P trực tiếp, chưa biến chứng

X. Chẩn đoán phân biệt

XI. Biện luận:

Bệnh nhân có khối phòng vùng bẹn nghĩ nhiều do các nguyên nhân sau:

- Thoát vị bẹn: bệnh nhân có khối phòng mềm xuất hiện trên dây chằng bẹn, tăng khi ho và khi đi lại mất khi nghỉ ngơi, ấn xẹp đồng thời bệnh nhân có yếu tố nguy cơ (lớn tuổi, làm công việc nặng nhọc, có YTTL tăng áp lực ổ bụng: ho, ỉa chảy, ỉa táo...)
→ nghĩ nhiều

Thoát vị này là trực tiếp vì: khối phòng hình cầu không xuống bìu, nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu (-), và chạm lòng ngón khi khám nghĩ nhiều

Bệnh nhân không đau, khối thoát vị không chấn thương khối thoát vị, đẩy vẫn lên được nên nghĩ nhiều là chưa có biến chứng

- Xoắn tinh hoàn: ít nghĩ vì bệnh cảnh thường là đau nhiều đột ngột ở bệnh nhân này lớn tuổi diễn tiến gần 2 tuần nay nên không nghĩ
- sung hạch bạch huyết: có nghĩ bệnh nhân có khối ở vùng bẹn phải không đau có thể nghĩ là một hạch ở vùng bẹn trên bệnh nhân lớn tuổi có thể gặp ung thư di căn nên không thể loại trừ

dẫn tĩnh mạch thường tĩnh: có nghĩ bệnh nhân có khối vùng bẹn tuy không giống nhưng dẫn tĩnh mạch thường tĩnh nhưng trên bệnh nhân lớn tuổi không thể loại trừ

- Tràn dịch tĩnh mạch và Tật ẩn tinh hoàn: thường gặp ở trẻ em ít gặp người lớn

XII. Cận lâm sàng:

- Chẩn đoán

Siêu âm bẹn bìu

- Xét nghiệm khác

XIII. Kết quả cận lâm sàng

XIV. Chẩn đoán xác định

Thoát vị bẹn P trực tiếp, chưa biến chứng

XV. Điều trị:

1) Hướng điều trị: mổ chương trình

Mổ vì

- Nếu có BC nghẹt thì sẽ rất nặng nề (BN có bệnh lý đi kèm)
- Mổ chương trình chủ động được, đặc biệt trên BN có nhiều bệnh lý đi kèm → cần ổn định nội khoa để giảm tai biến sau mổ
- Diễn tiến khối thoát vị sẽ tăng dần chứ không thoái lui

2) Phương pháp điều trị:

Dùng mesh vì:

- Không có CCD đặt mesh (nhiễm trùng)
- Ưu điểm của mesh so với khâu nối bằng mô tự thân:
 - không gây căng → đỡ đau sau mổ
 - tỉ lệ tái phát thấp (1-2%)
- nhược: NT mảnh ghép

BN này nên mổ nội soi

- Không có biến chứng (nghẹt, kẹt, chấn thương) → nếu có biến chứng, phải mổ mở (Lichstentein, Rives) + cần dùng KS điều trị
 - Ít sang chấn, đường mổ nhỏ
 - BN không có CCD mổ nội soi: rối loạn đông máu nặng, bệnh hô hấp...
 - Mổ nội soi hợp với sinh lý hơn, thời gian phục hồi nhanh hơn
- 3) 2 phương pháp mổ nội soi là TAPP (transabdominal preperitoneal: kỹ thuật mổ xuyên qua ổ bụng) và TEP (total extra peritoneal: kỹ thuật mổ ngoài phúc mạc)
- TAPP: vào ổ bụng, bóc tách phúc mạc, đặt mesh, sau đó khâu nối >< TEP: không vào ổ bụng mà vào khoang tiền phúc mạc, bơm hơi tách lớp, kéo túi thoát vị sau đó đặt mesh
 - TEP là ưu việt nhất vì sinh lý nhất, không phức tạp, không cần khâu nối, đường mổ ngắn
 - Vị trí đặt mesh là ở đâu ? → cơ ngang bụng → dính mesh cố định vào 2 vị trí: củ mu và DC bẹn
- 4) Sau mổ, sợ nhất là biến chứng NT mảnh ghép
- nếu có biến chứng này thì
- Lấy mảnh ghép ra khó do dính
 - BN phải sống với khối thoát vị hoặc phải dùng những phương pháp điều trị khác ngoài mesh (khâu nối ...: đau nhiều, không sinh lý, gây căng tức)
 - Nếu đặt lại mesh thì tỉ lệ tái phát rất cao

Biến chứng khác sau mổ:

(1) chảy máu (phù nề, sưng đau) → siêu âm + cắt chỉ vết mổ → khả năng mổ lại cao (vì nguy cơ nhiễm trùng khi chảy máu nhiều)

(2) tràn dịch

(3) nhiễm trùng

TƯ VẤN CHO BỆNH NHÂN-

- hỏi chế độ sinh hoạt bình thường của BN: dặn dò tránh ho, tránh rặn tiêu tiểu
- điều trị bệnh lý làm tăng áp lực ổ bụng
- hạn chế tư thế gây tăng áp lực thành bụng: ngồi chồm hổm

- 1) tại sao phải phân biệt thoát vị bẹn GT và TT?
Vì cơ chế bệnh sinh khác nhau
GT: lối sống → có thể điều chỉnh được, dặn dò BN
TT: già, thành bụng yếu → GT dễ tái phát hơn
- 2) mô tả TAPP, TEP
- 3) giải phẫu ống bẹn
- 4) sinh lý thoát vị
- 5) YTNC thoát vị
- 6) Nguy cơ tái phát ?
(nếu mổ đúng kỹ thuật, nguy cơ tái phát là rất thấp)