

THOÁT VỊ BỆN

ThS. BS. Nguyễn Tạ Quyết
Khoa Y, ĐHYD TPHCM

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được cấu trúc giải phẫu học vùng bẹn-đùi và trình bày 2 cơ chế sinh lý chống thoát vị bẹn*
2. *Trình bày được triệu chứng của thoát vị bẹn và thoát vị đùi. Mô tả cách phân biệt thoát vị bẹn gián tiếp, thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị đùi*
3. *Trình bày 3 yêu cầu chẩn đoán của thoát vị bẹn-đùi và các biến chứng của chúng*
4. *Trình bày được phương pháp điều trị thoát vị bẹn.*

ĐẠI CƯƠNG THOÁT VỊ BỆN

1. Xuất độ

- Thoát vị bẹn là một bệnh của loài người, xuất hiện từ khi con người từ tư thế đi khom của loài vượn người chuyển qua tư thế đi thẳng.
- Gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả 2 phái nhưng ở
- Đa số gặp ở giới nam; (Joseph Ponka: nam/ nữ # 12/ 1).
- Năm 1979, Rand corporation dựa trên số liệu của các hãng bảo hiểm đã tính toán tỷ lệ thoát vị vùng bẹn ở Nam giới Mỹ là 1,9% (17-44 tuổi là 1%, từ 45-64 tuổi là 3,8%).

NGUYÊN NHÂN THOÁT VỊ BỤNG

■ Bẩm sinh:

- ✓ Sự tồn tại của ống phúc tinh mạc tạo nên túi thoát vị gián tiếp có sẵn. Tuy nhiên, sự tồn tại ống phúc tinh mạc chỉ là điều kiện cần mà chưa hẳn là điều kiện đủ để gây thoát vị vì người ta nhận thấy rằng có đến 20% người có ống phúc tinh mạc thông thương mà suốt đời không hề bị thoát vị.
- ✓ Đôi khi bệnh nhân có thể bị kèm các bệnh lý khác của ống phúc tinh mạc như u nang thờng tinh, tràn dịch tinh mạc

■ Mắc phải:

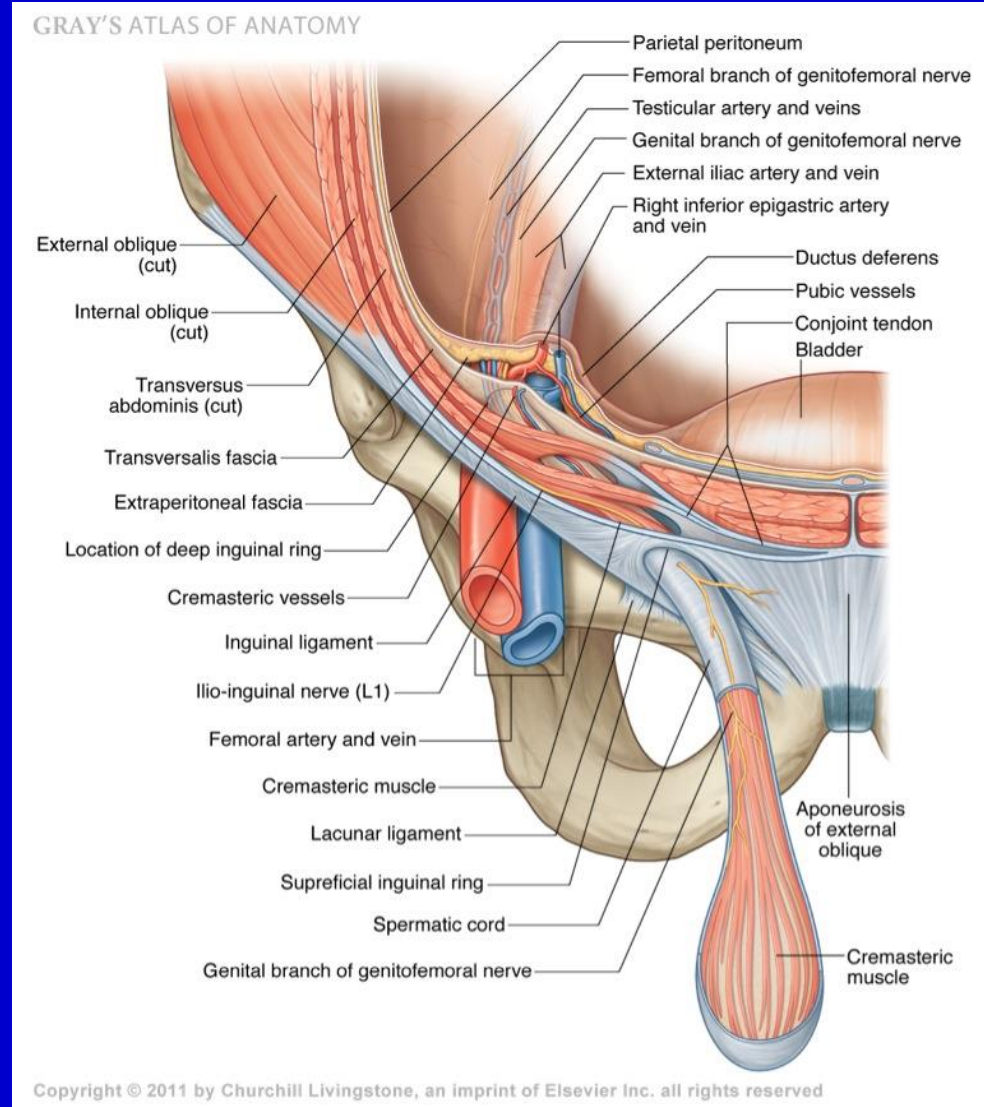
- ✓ Sự suy yếu thành bụng, thường gây nên thoát vị trực tiếp. Nguyên nhân gây yếu thành bụng có thể là tuổi già.
- ✓ Một số bệnh làm mất collagen trong mô (như hội chứng Ehler Danlos), suy dinh dưỡng hoặc béo phì, vết mổ hoặc thương tích vùng bẹn ...

■ Yếu tố thuận lợi: là sự tăng áp lực trong ổ bụng liên tục hoặc không liên tục trong một thời gian kéo dài:

- ✓ Táo bón kinh niên vô căn hoặc do u đại tràng
- ✓ Tiểu khó do bướu lành tiền liệt tuyến, hẹp niệu đạo
- ✓ Ho kéo dài do viêm phế quản mạn
- ✓ Có thai, cổ chướng, khối u lớn trong bụng.

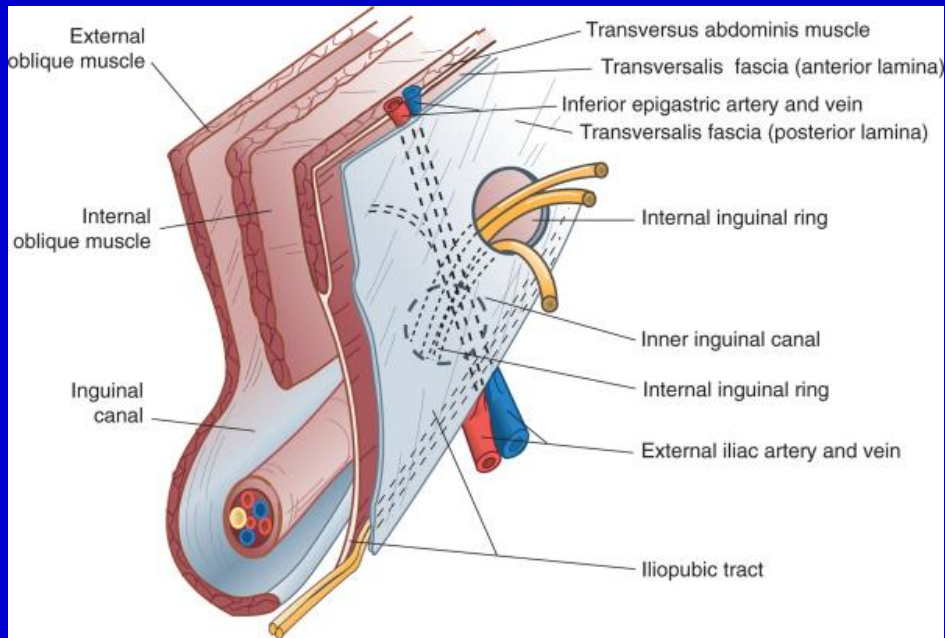
GIẢI PHẪU HỌC VÙNG Bẹn - ĐÙI

- ✓ Ống bẹn là một khe giữa các cơ thành bụng nằm chệch theo hướng từ sau ra trước, từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong.
- ✓ Ống bẹn ở người trưởng thành dài khoảng 3-5cm, nằm ở phía trên đường nối từ gai chậu trước trên đến gai mu khoảng 2cm.
- ✓ Ống bẹn chứa thừng tinh (ở nam) và dây chằng tròn (ở nữ).
- ✓ Ống bẹn là một ống hình trụ với 2 đầu là lỗ bẹn sâu và lỗ bẹn nông



GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BỤNG - ĐÙI

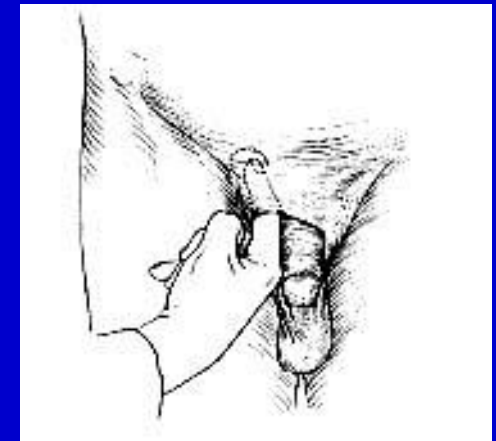
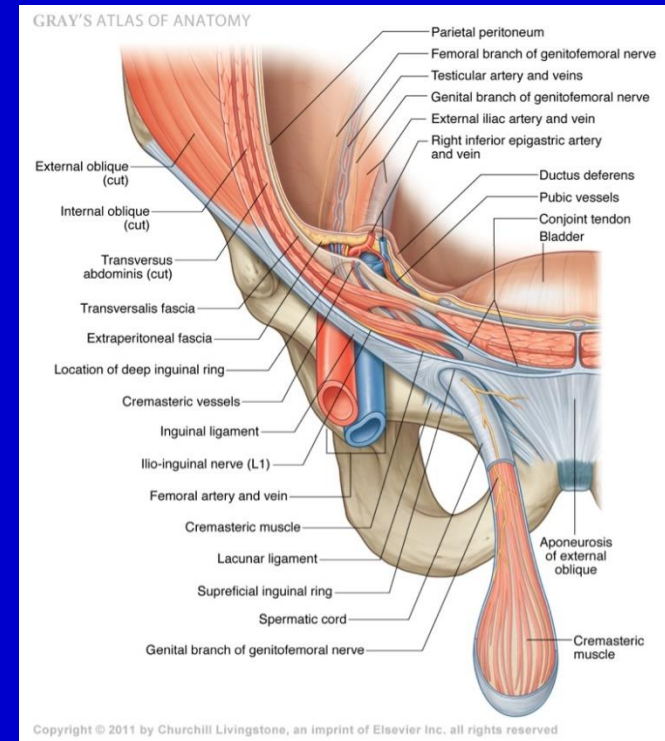
- Thân ống được bao quanh bởi 4 thành:
 - ✓ **Thành trước** là phần dưới của cân cơ chéo bụng ngoài
 - ✓ **Thành sau** có mạc ngang và một ít thớ của cân cơ ngang bụng (phía trong). Thành sau ống bẹn được động mạch thượng vị dưới chia ra làm 2 phần gọi là hố bẹn ngoài và hố bẹn trong.
 - ✓ **Thành trên** có bờ dưới cơ chéo trong và bờ dưới cân cơ ngang bụng, 2 cơ này có thể dính nhau ở gần đường giữa gọi là gân kết hợp (3-5%)
 - ✓ **Thành dưới** có dây chằng bẹn và dải chậu mu



GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BỤNG - ĐÙI

Lỗ bẹn nông

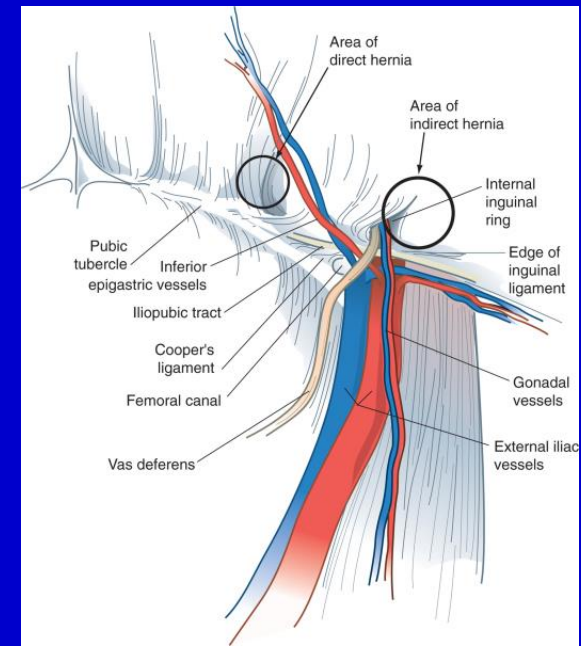
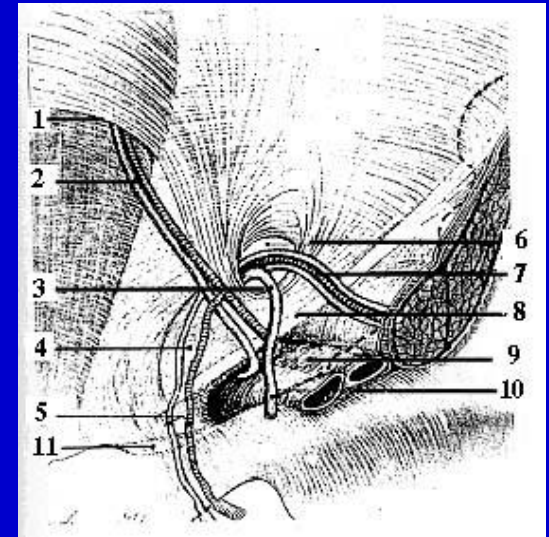
- ✓ Nằm giữa 2 cột trụ ngoài và cột trụ trong của cân cơ chéo ngoài. Hai cột trụ này giới hạn 1 lỗ hình tam giác, được các thớ liên trụ và dây chằng bẹn phản chiếu kéo lại thành một lỗ tương đối tròn.
- ✓ Lỗ bẹn nông nằm ngay dưới da sát phía trên gai mu, là chỗ thoát ra của thừng tinh.
- ✓ Qua ngón tay đội da bùi lên, ta có thể tìm được lỗ này ngay dưới da.



GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BỤNG - ĐÙI

Lỗ bẹn sâu

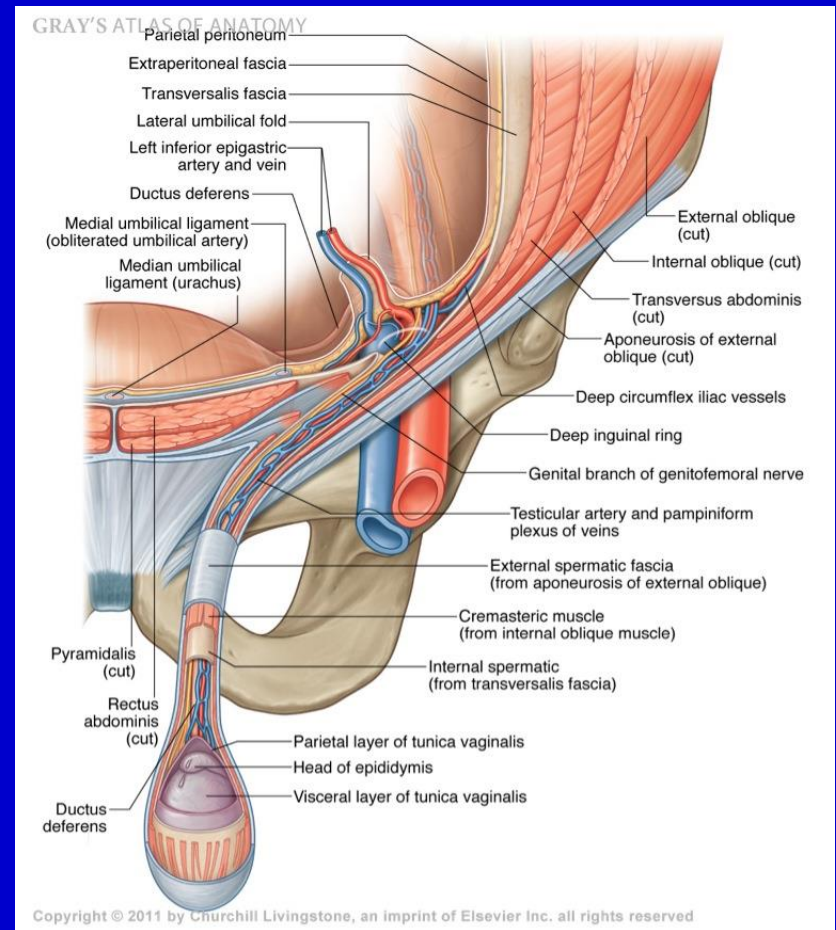
- ✓ Lỗ bẹn sâu nằm ở trên điểm giữa của dây chằng bẹn khoảng 1,5-2cm, là một chỗ lõm của mạc ngang.
- ✓ Lỗ bẹn sâu có cân cơ ngang bụng và cân cơ chéo trong bao vòng phía trên và phía ngoài, phía dưới có dải chậu mu, phía trong là động mạch thượng vị dưới và dây chằng Hesselbach.
- ✓ Tại lỗ bẹn sâu, các thành phần của thừng tinh sẽ quy tụ lại để chui vào ống bẹn.
- ✓ Lỗ bẹn sâu tương ứng với hố bẹn ngoài là nơi mà thoát vị bẹn gián tiếp đi qua. Túi thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, nằm trong thừng tinh, về bản chất là do sự tồn tại của ống phúc tinh mạc, gọi là túi thoát vị bẹn gián tiếp.



GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BỤNG - ĐÙI

Thừng tinh

- ✓ Thừng tinh là thành phần trong ống bẹn, có chứa: ống dẫn tinh; động mạch tinh hoàn; chung quanh có có các tĩnh mạch tạo thành đám rối hình dây leo.
- ✓ Đặc biệt trong thừng tinh còn có dây chằng phức tinh mạc là di tích của ống phức tinh mạc, nhiều trường hợp ống này không teo đi mà vẫn tồn tại, đây là đường đi và là túi thoát vị của thoát vị bẹn gián tiếp.
- ✓ Ở nữ, có dây chằng tròn đi xuống trong ống bẹn rồi hòa lẫn vào mô liên kết cận xương mu, thoát vị bẹn ở nữ là do tồn tại của ống Nuck vốn đi theo dây chằng tròn.



GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BỤNG - ĐÙI

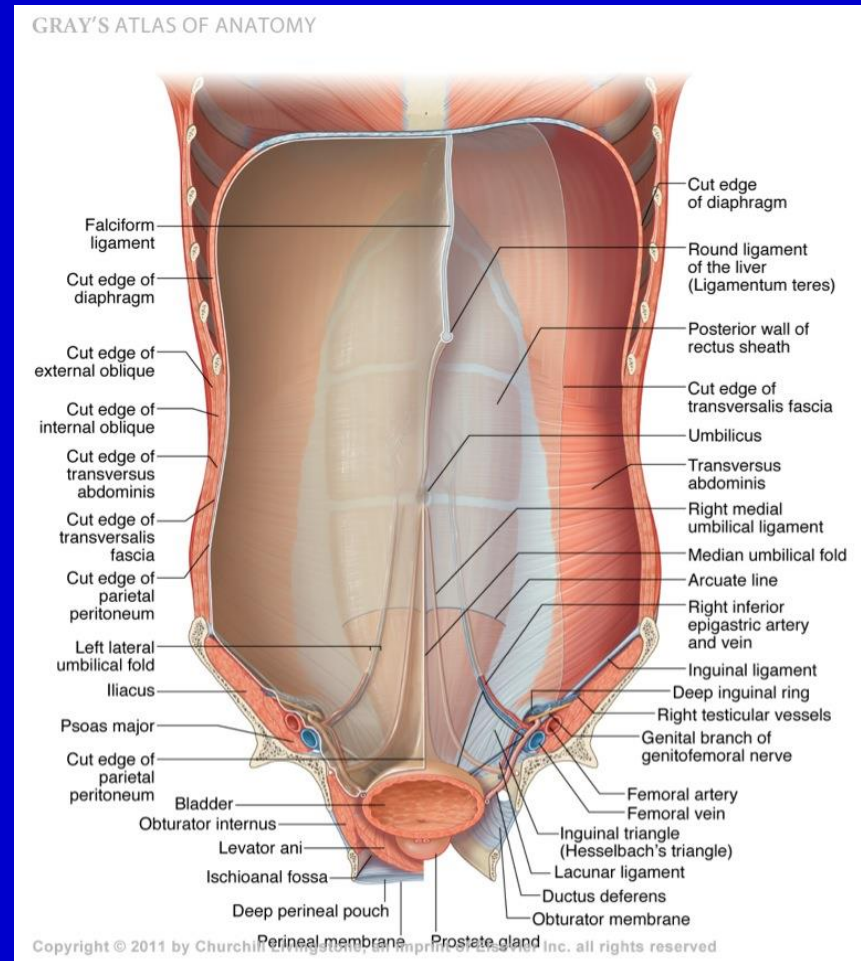
- ✓ **Nếp rốn ngoài** được tạo nên bởi động mạch thượng vị dưới.
- ✓ **Nếp rốn trong** do dây chằng rốn trong, tạo nên bởi động mạch rốn trong thời kỳ phôi thai bị tắc sau khi sanh.
- ✓ **Nếp rốn chính giữa** do dây treo bàng quang đội phức mạc lên.

Vùng bẹn từ phía trong bụng chúng ta thấy phúc mạc có những chỗ lõm xuống gọi là những hố bẹn. Những hố bẹn này được tạo nên và giới hạn bởi những nếp bẹn:

➤ **Hố bẹn ngoài**

➤ **Hố bẹn trong**

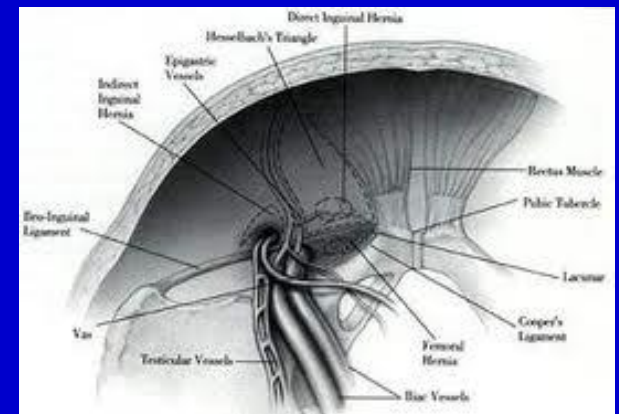
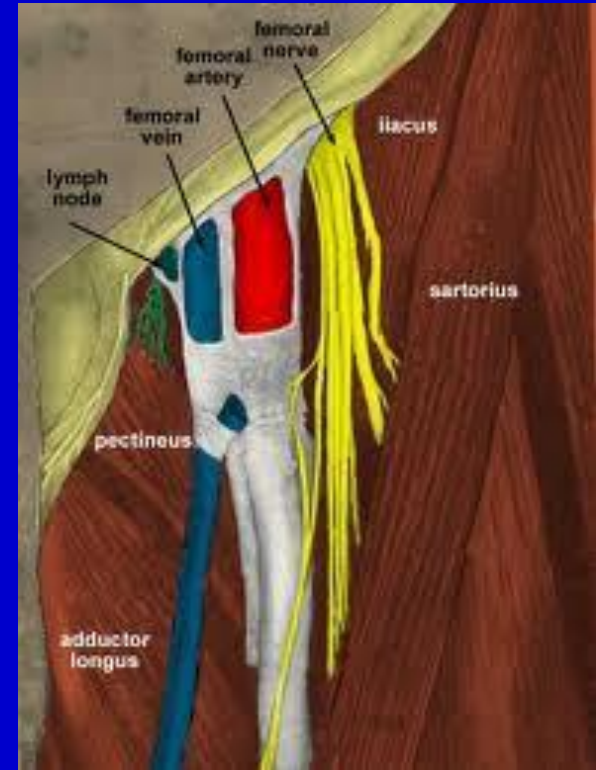
➤ **Hố trên bàng quang**



GIẢI PHẪU HỌC VÙNG BỤNG - ĐÙI

Ổng đùì

- ✓Ổng đùì là một khoang đượ giới hạn bởi phía trên là vòng đùì và ở dưới là mạc sàng có lỗ tĩnh mạch hiển lớn.
- ✓Vòng đùì đượ giới hạn:
 - Trước: dây chằng bẹn
 - Trong: dây chằng khuyết Gimbernát
 - Ngoài: tĩnh mạch đùì
 - Sau: dây chằng Cooper cùng mào lược xương mu.
- ✓Túi thoát vị đùì đi ra ngoài giữa dải chậu mu ở trước và dây chằng Cooper ở sau và đi dưới dây chằng bẹn, túi này xuống đùì và đi ra mạc đùì, nơi đây mạc có nhiều lỗ (nên mạc đùì ở đây gọi là mạc sàng), trong đó có lỗ để tĩnh mạch hiển lớn đi qua.



CƠ CHẾ CHỐNG THOÁT VỊ TỰ NHIÊN

❑ *Cơ chế thứ nhất*

- Là tác dụng cơ vòng của cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng ở lỗ bẹn sâu. Chúng ta biết rằng, ở
- Lỗ bẹn sâu có sự dính nhau của cơ ngang bụng và vòng mạc ngang (dây chằng Hesselbach) → bờ dưới và bờ trong của lỗ bẹn sâu chắc thêm. Khi cơ ngang bụng co sẽ kéo dây chằng Hesselbach lên trên và ra ngoài, trong khi đó cơ chéo bụng trong khi co sẽ kéo bờ trên và bờ ngoài của lỗ bẹn sâu xuống dưới và vào trong, hậu quả là làm hẹp lỗ bẹn sâu lại, chống thoát vị gián tiếp.

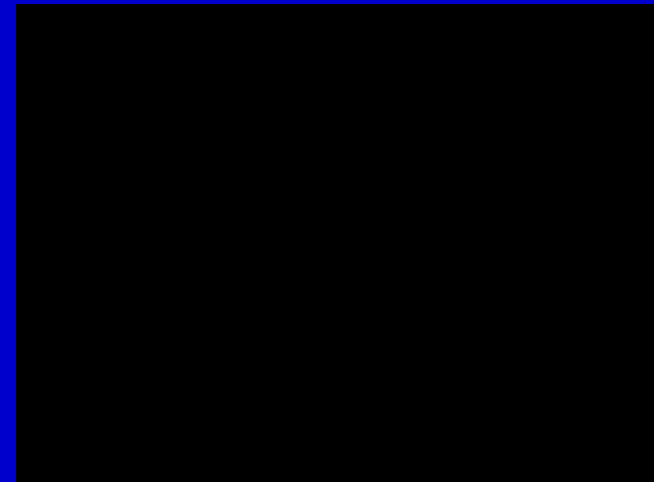
❑ *Cơ chế thứ hai*

- Là tác dụng màn trập của cung cựa cơ ngang bụng. Ở trạng thái bình thường, cung này tạo nên một đường cong lên trên. Khi cơ co thì cung này sẽ thẳng ngang và bờ dưới cung sẽ hạ thấp xuống gần sát với dây chằng bẹn và dải chậu mu ở dưới tạo nên một lá chắn che đậy chỗ yếu của tam giác Hesselbach để ngăn ngừa thoát vị bẹn trực tiếp.
- Khi cơ chế thứ nhất hỏng kèm với sự tồn tại của ống phúc tinh mạc (bẩm sinh) thì thoát vị bẹn gián tiếp có thể xuất hiện, mặt khác khi mạc ngang suy yếu kèm với cơ chế thứ hai hỏng (mắc phải hoặc bẩm sinh) thì thoát vị bẹn trực tiếp có thể xảy ra.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. *Triệu chứng cơ năng*

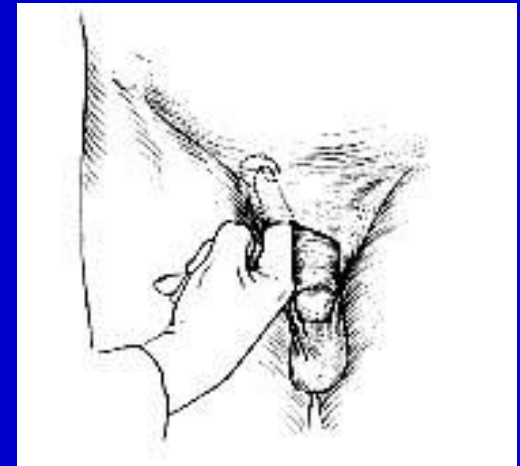
- Hầu hết thoát vị bẹn không có triệu chứng gì cho đến khi bệnh nhân chợt phát hiện được một **khối phồng ở vùng bẹn**.
- Đau và có khối phồng ra ở vùng bẹn khi nâng một vật nặng hay khi rặn. Cũng có khi thoát vị bẹn được phát hiện trong lúc đi khám sức khỏe. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo hoặc bị đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp. Khi khối thoát vị lớn dần, nó tạo cảm giác không thoải mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc dùng tay để đẩy nó vào.
- Thoát vị bẹn trực tiếp ít gây nên triệu chứng hơn so với thoát vị bẹn gián tiếp và cũng ít bị kẹt hay nghẹt hơn.



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2. Triệu chứng thực thể

- *Triệu chứng đặc hiệu* của thoát vị bẹn là nhìn hoặc sờ thấy khối phồng vùng bẹn khi bệnh nhân đứng hoặc khi ho, rặn; ngược lại, khi nằm hoặc khi dùng tay đẩy vào thì khối phồng này biến mất.
- *Trong trường hợp thoát vị nhỏ* có thể khó nhận thấy. Khi đó, có thể dùng ngón tay đội da bìu để sờ lỗ bẹn nông.
- Lỗ bẹn nông quá nhỏ không thể đưa tay vào được ống bẹn thì rất khó xác định được khối trồi ra cảm nhận được khi ho có thực sự là khối thoát vị hay không.
- Lỗ bẹn nông quá rộng cũng không tự nó khẳng định là có thoát vị, cần phải sờ thấy một khối đang chạy xuống trong lòng ống bẹn khi ho hoặc rặn thì mới chắc chắn là có thoát vị bẹn.



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2. Triệu chứng thực thể

- *Phân biệt giữa thoát vị gián tiếp và trực tiếp*: dễ, đôi khi cũng có thể rất khó; điều trị như nhau. mỗi loại thoát vị cũng có một số biểu hiện đặc trưng:
 - ✓ Thoát vị mà đi xuống tận bìu thì bao giờ cũng là gián tiếp
 - ✓ Thoát vị trực tiếp thường có dạng khối tròn, đối xứng, ở cạnh xương mu khi bệnh nhân ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa, trong khi đó khối thoát vị gián tiếp thường có dạng ê-líp và khó tự biến mất hơn
 - ✓ Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu hoặc thậm chí khuyết hổng trong thoát vị trực tiếp.
 - ✓ *Nghiệm pháp chạm ngón* Khi bệnh nhân ho hoặc rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra trước chạm lòng ngón, còn thoát vị gián tiếp thì chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón
 - ✓ *Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu* Khi dùng tay chặn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, nếu là thoát vị gián tiếp thì khối thoát vị không xuống được nhưng khối thoát vị trực tiếp thì vẫn trồi ra được

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2. Triệu chứng thực thể

- *Thoát vị trượt (Sliding inguinal hernia):*
 - ✓ Dạng đặc biệt của thoát vị bẹn, trong đó
 - ✓ Tạng thoát vị (thường là đại tràng hoặc bóng đái) đồng thời cũng là một phần của thành túi thoát vị.
 - ✓ Không có một dấu hiệu đặc trưng nào nhưng có thể nghi ngờ trong những trường hợp thoát vị búi lớn trên cơ địa người già, thoát vị lớn mà không thể đẩy xẹp hoàn toàn được.
 - ✓ Nhận diện sớm thoát vị trượt rất quan trọng → tránh phạm vào tạng thoát vị lúc cắt mở túi thoát vị.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3. Triệu chứng toàn thân

- Thoát vị vùng bẹn đùi không biến chứng không ảnh hưởng lên tổng trạng. Các triệu chứng này nếu có trên bệnh nhân thì thường là do những bệnh khác đi kèm (u đại tràng, bướu lành tiền liệt tuyến, viêm phế quản mạn...), có thể có hoặc không tạo yếu tố thuận lợi cho thoát vị xảy ra.

CẬN LÂM SÀNG

- Việc chẩn đoán xác định thoát vị hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng chỉ dùng khi không rõ (vì khối thoát vị quá nhỏ).
- **Chụp thoát vị cản quang:** bơm chất cản quang vào ổ bụng sau đó cho bệnh nhân nằm sấp và ép bụng có thể thấy thuốc cản quang chảy vào túi thoát vị.
- **CT-scan:** có thể thấy rõ hơn nhưng tốn kém và thường không cần thiết.
- Trong thực tế, xét nghiệm cận lâm sàng chủ yếu là nhằm vào việc đánh giá tình trạng bệnh nhân và phát hiện các bệnh tạo yếu tố thuận lợi (nếu có).



BIẾN CHỨNG

1. Thoát vị nghẹt (Strangulation)

- Là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất; do tạng thoát vị bị xiết chặt ở cổ túi, khiến cho không những bản thân tạng đó không thể tự tụt trở vào bụng được mà mạch máu nuôi tạng cũng bị chèn ép; khiến cho tạng thoát vị có nguy cơ bị hoại tử.
- Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián tiếp và thoát vị đùi vì cổ túi hẹp, hầu như không gặp trong thoát vị trực tiếp.
- Khám lâm sàng phát hiện một khối chắc vùng bẹn, đau, không đẩy xẹp được và đôi khi có hội chứng tắc ruột. Đây là tình huống cần phải can thiệp cấp cứu để tránh hoại tử ruột.



BIẾN CHỨNG

2. Thoát vị kẹt (Incarceration)

- Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt.
- Chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng.
- Không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

3. Chấn thương thoát vị

- Gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào khám lâm sàng: nhìn hoặc sờ thấy khối phồng vùng bẹn đùi tăng khi ho, rặn và xẹp khi nghỉ ngơi hoặc dùng tay dồn lên.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh lý khác của ống bẹn: u nang thờng tinh, tràn dịch tinh mạc (khối phồng cố định, không ấn xẹp được, soi đèn hoặc siêu âm thấy chứa dịch)
- Các bệnh lý của tinh hoàn: u, viêm, xoắn tinh hoàn
- Giảm tĩnh mạch thờng tinh (*phồng gốc bìu dưới dạng búi ngoằn ngoèo*)

3. Xác định các yếu tố nguy cơ

- *Tăng áp lực trong bụng*: vận động mạnh (nghề nghiệp, thể thao), các bệnh gây ho rặn kéo dài, cổ chướng, khối u trong bụng...
- *Cơ địa xấu ảnh hưởng đến cuộc mổ*: già yếu suy kiệt, tiểu đường, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu ...

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Ngoại trừ đối với trẻ sơ sinh nên chờ một thời gian cho ống phúc tinh mạc có thể tự bít, thoát vị bẹn ở người lớn chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật:
- Phục hồi thành bẹn bằng mô tự thân: Bassini, McVay, Shouldice, Nyhus...
- Phục hồi thành bẹn bằng mảnh ghép nhân tạo: mổ hở hoặc mổ nội soi.
- Ngoài phẫu thuật, điều quan trọng là cần loại trừ hoặc giảm thiểu những bệnh hay những điều kiện có thể làm tăng áp lực trong bụng khiến cho thoát vị dễ tái phát.
- Tỷ lệ tái phát của thoát vị bẹn thay đổi từ 1-20% tùy theo từng tác giả và tùy theo kỹ thuật mổ (trung bình là 5-10% sau 5 năm).