

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN CÓ KHỐI PHÒNG VÙNG BẸN, BÌU

**Phạm Hữu Thông**

## I. Mở bài

Khối phòng hay khối sưng ở vùng bẹn, bìu là thường gặp hàng ngày ở các phòng khám bệnh. Phần lớn các khối phòng ở vùng này là do thoát vị. Thoát vị bẹn gián tiếp và thoát vị bẹn trực tiếp là thường gặp, thoát vị đùi chỉ chiếm khoảng 3% trong thoát vị bẹn [1].

Thoát vị bẹn ở nam giới nhiều hơn nữ giới 25 lần. Thoát vị bẹn gián tiếp thường gặp trong cả hai giới. Ở nam giới thoát vị bẹn gián tiếp nhiều hơn thoát vị bẹn trực tiếp 2 lần. Thoát vị bẹn trực tiếp ít gặp ở nữ giới. Mặc dù thoát vị đùi ở nữ nhiều hơn nam, nhưng thoát vị bẹn vẫn thường gặp nhất ở nữ giới. Thoát vị đùi hiếm gặp ở nam giới [1,5].

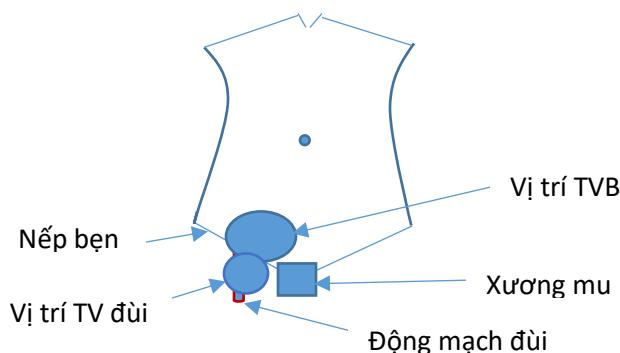
Tần suất thoát vị tăng theo tuổi, đặc biệt là thoát vị bẹn, thoát vị rốn và thoát vị đùi. Thoát vị bẹn gián tiếp và thoát vị đùi thường gặp ở bên phải hơn (do sự phát triển của phôi thai và do đại tràng chậu hông)

Thoát vị nghẹt là biến chứng thường gặp nhất trong thoát vị, chiếm 1-3% trong thoát vị bẹn. Thoát vị nghẹt thường gặp nhất trong thoát vị bẹn gián tiếp, tuy nhiên thoát vị đùi có tỉ lệ nghẹt rất cao (15-20%) của các loại thoát vị [1].

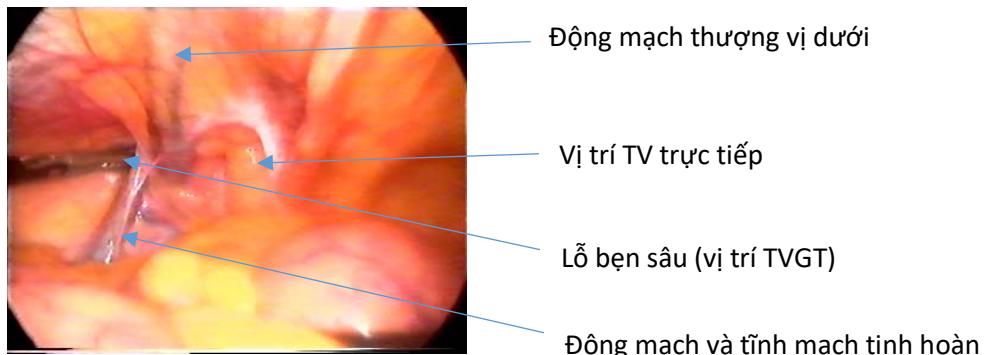
Tuy thoát vị là bệnh chiếm phần lớn ở khu vực này, nhưng các bệnh khác như viêm tinh hoàn, xoắn tinh hoàn... cũng là những bệnh cấp cứu quan trọng, cần phải chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời.

Các bệnh lý ở khu vực này có thể được chẩn đoán chính xác nhờ vào sự hỏi bệnh, thăm khám cẩn thận bằng sờ nắn, làm các nghiệm pháp và chẩn đoán hình ảnh

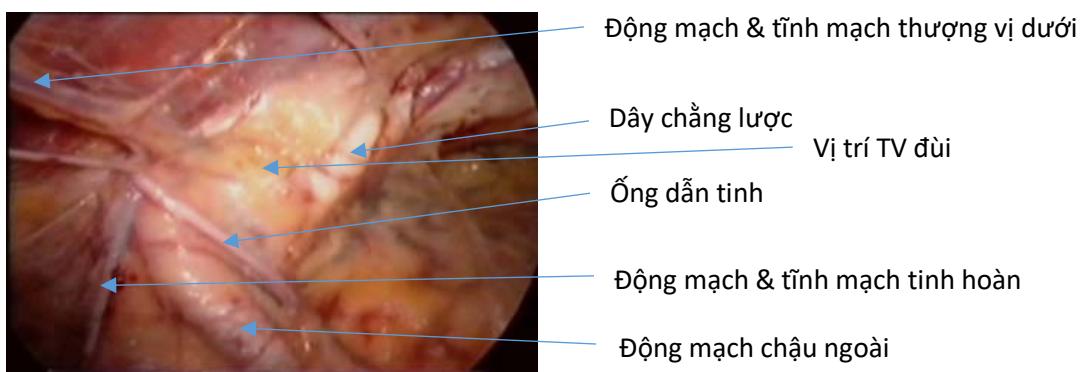
## II. Giải phẫu vùng bẹn, bìu [1,3,4]



Hình 1: Các vị trí thoát vị vùng bẹn đùi



**Hình 2: vị trí thoát vị nhìn từ sau**



**Hình 3: Giải phẫu vùng bẹn (nhìn từ sau)**



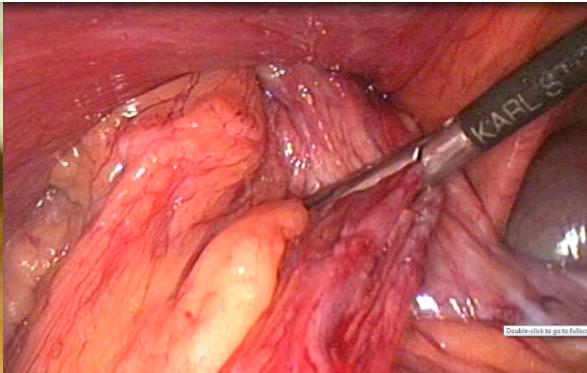
**Hình 4.1: Vùng bẹn khi nghỉ ngơi**



**Hình 4.2: Vùng bẹn khi phì phèo bụng (làm Valsalva)**



Hình 5.1: Khối phồng do TVB GT nghẹt



Hình 5.2: Tạng TV bị nghẹt

### III. Nguyên nhân khói phồng vùng bẹn, bìu [1]

#### a. Nhóm thoát vị:

- Thoát vị bẹn: inguinal hernias
- Thoát vị đùi: femoral hernia

#### b. Nhóm liên quan với tinh hoàn:

- Trần dịch tinh hoàn: Hydrocele
- Dãn tĩnh mạch thừng tinh: varicocele
- Tinh hoàn lạc chỗ: ectopic testis
- Viêm mào tinh hoàn: epididymitis
- Xoắn tinh hoàn: testicular torsion

#### c. Nhóm liên quan đến u bướu

- Bướu mỡ: lipoma
- Tụ máu: hematoma
- Bướu bã: Sebaceous cyst
- Bệnh hạch bạch huyết: lymphadenopathy
- Phình và giả phình động mạch đùi: femoral artery aneurysm or pseudoaneurysm

### IV. Tiếp cận bệnh nhân trên lâm sàng

#### 1. Hỏi bệnh sử [1,5]

Cần hỏi khói phồng xuất hiện như thế nào? Có bị mất đi khi đè ép hay khi nằm nghỉ hay không? Thời gian xuất hiện? Có cảm giác khó chịu gì hay không?

Đối với thoát vị bẹn, đùi thì khói phồng xuất hiện khi làm việc nặng, khi chạy nhảy, khi rặn hoặc ho và tự biến mất. Nhiều tháng sau khói phồng to dần, xuất hiện dễ khi đứng và mất khi nằm hoặc lấy tay ấn vào. Có thể có kèm theo triệu chứng căng đau ở vùng bẹn và khi thoát vị to thì có thể có khó chịu ở vùng thượng vị do sự kéo

căng của mạc treo ruột. Vị trí xuất hiện khối phòng ở trên nếp bẹn hay dưới nếp bẹn? có xuồng bìu hay không? (Hình 1, 4.1, 4.2, Sơ đồ 1)

Đối với nhóm liên quan đến u bướu thì khối u xuất hiện mới đây như là tụ máu do chấn thương hay xuất hiện vài tháng như hạch, bướu mỡ, bướu bã, phình động mạch. Các khối u này thì không tự mất đi và lấy tay ấn thì không xẹp (Sơ đồ 2, 3).

Đối với nhóm liên quan đến tinh hoàn thì bìu căng to trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn nhưng không đau, còn đối với dãn tĩnh mạch tinh hoàn thì bìu to hơn ở bên trái kèm đau tức khi chạy nhảy nhiều. Tinh hoàn lạc chỗ thì thường không có khó chịu gì và bệnh nhân thường đã biết là không có đủ hai tinh hoàn trong bìu.

Bệnh nhân bị đau vùng bìu mới đây thì có thể do viêm mào tinh hoàn, xoắn tinh hoàn hay thoát vị nghẹt. Nếu do viêm thì có kèm tiêu gắt buốt, tiêu đục và sốt nhẹ. Còn xoắn tinh hoàn hay thoát vị nghẹt thì đau nhiều và có kèm đau đớn theo từng cơn khi sờ nắn (Sơ đồ 4).

## 2. Tiền sử

Hỏi bệnh nhân có bị bệnh gì hay có bị ung thư gì không?

Và hỏi về các yếu tố nguy cơ của thoát vị bẹn, điều như là [1,5]:

Tiền sử gia đình bị thoát vị bẹn. Bệnh phình động mạch chủ bụng. Thẩm phân phúc mạc

Sự suy yếu các lớp cân mạc của thành bụng: là do chuyển hoá collagen bất thường ở bệnh nhân bị thoát vị bẹn.

Hút thuốc lá cũng làm tăng quá trình phân huỷ collagen, làm suy yếu vùng bẹn và dẫn đến thành lập thoát vị bẹn.

Bệnh nhân đã được mổ mở cắt ruột thừa, cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

Sự tăng áp lực ổ bụng: chỉ là một yếu tố phụ trợ. Điều quan trọng là khi áp lực ổ bụng tăng lên một cách chủ động (ho, rặn...), các cơ chế bảo vệ sẽ được khởi động để bảo vệ vùng bẹn. Nếu áp lực ổ bụng tăng lên một cách thụ động (có thai, bàng quang...) thì các cơ chế bảo vệ trên sẽ không xảy ra, cơ thành bụng vẫn ở trạng thái nghỉ. Lúc đó, nếu bệnh nhân còn ống phúc tinh mạc hoặc sàn bẹn không đủ vững chắc, hoặc cơ chéo bụng trong bám cao, thì thoát vị sẽ dễ xảy ra.

Một số yếu tố có thể thuận lợi cho hình thành thoát vị vùng bẹn như: tuổi già, không luyện tập thể dục, sinh đẻ nhiều lần, gãy xương chậu...

Sự giảm nhanh trọng lượng cơ thể sẽ làm tiêu mất mỡ, tạo khoảng trống ở vùng bẹn và dễ gây ra thoát vị; điều này có thể thấy ở các bệnh nhân suy kiệt do bệnh lý ác

tính, hoặc ở người ăn kiêng quá mức. Ngoài ra, luyện tập thể lực căng thẳng cũng thuận lợi cho hình thành thoát vị.

### 3. Khám [1,2,5]

Thăm khám vùng bẹn bằng nhìn và sờ kỹ vùng này. Khám bệnh nhân thoát vị ở cả hai tư thế: đứng và nằm. Và phải khám tinh hoàn hai bên, xác định: số lượng có đủ hai tinh hoàn? kích thước bình thường hay bị teo? mật độ chắc hay mềm?

*Thoát vị bẹn gián tiếp:* khói phồng xuất hiện theo hướng từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, và chạy về phía bìu (Hình 5.1, 5.2). Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu khói phồng không xuất hiện. Điều này không đúng khi khói thoát vị quá to phá hư sàn bẹn (Sơ đồ 2).

*Thoát vị bẹn trực tiếp:* khói phồng nằm gần phía xương mu, xuất hiện từ sau ra trước, rất ít khi đi xuống bìu. Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu khói phồng vẫn xuất hiện (Sơ đồ 2).

*Thoát vị đùi:* khói phồng nằm dưới nếp bẹn, thể hiện dưới dạng giống như một u mõ hay hạch bẹn, ít khi án xẹp (Hình 1, Sơ đồ 3).

*Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu:* án cho xẹp khói phồng, rồi dùng ngón tay số 1 án vào lỗ bẹn sâu (từ vị trí động mạch đùi ở nếp bẹn đi thẳng lên trên 1,5-2cm), sau đó cho bệnh nhân rặn hay làm phình bụng lên, nếu khói phồng không xuất hiện là thoát vị bẹn gián tiếp; nếu khói phồng vẫn xuất hiện là thoát vị bẹn trực tiếp (Hình 6).

*Nghiệm pháp chạm ngón:* án khói phồng cho xẹp, rồi dùng ngón tay số 2 đẩy từ da bìu đi vào lỗ bẹn nông, đầu ngón tay hướng về lỗ bẹn sâu, lòng ngón tay hướng về trong bụng, sau đó cho bệnh nhân rặn hay phình bụng lên, nếu khói phồng chạm vào đầu ngón tay là thoát vị bẹn gián tiếp; nếu khói phồng chạm vào mặt lòng ngón tay là thoát vị bẹn trực tiếp (Hình 8.1 & 8.2).

*Thoát vị nghẹt:* Tiền sử: có khói phồng xuất hiện nhiều tháng, án thì mất đi. Vài giờ: khói phồng xuất hiện, kèm đau tăng dần, án không mất đi. Khám: Khói phồng xuất hiện từ trên nếp bẹn đi theo thừng tinh ra lỗ bẹn nông, có thể xuống đến bìu, án đau nhiều từ lỗ bẹn nông đến điểm cuối của khói phồng hay khói u (Hình 5.1, 5.2). Nếu sờ được tinh hoàn trong bìu và không đau thì đây là thoát vị bẹn nghẹt, nếu không sờ được tinh hoàn hay sờ được tinh hoàn đau thì cần chẩn đoán phân biệt với xoắn tinh hoàn, viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn (Sơ đồ 4). Nếu khói phồng hay khói u xuất hiện bên dưới nếp bẹn bên trong động mạch đùi, án đau nhiều, không xẹp đi và không dính da thì là thoát vị đùi nghẹt, cần chẩn đoán phân biệt với viêm hạch bẹn. Trường hợp có khói áp-xe vùng bẹn từ vài ngày thì cần chẩn đoán phân biệt thoát vị đùi nghẹt với áp-xe hạch hay da vùng này (Sơ đồ 5).

*Tràn dịch tinh hoàn:* thấy bìu to, sờ nắn không đau, không sờ được tinh hoàn. Nghiệm pháp soi đèn sẽ thấy ánh sáng xuyên qua. Còn nếu do u hay thoát vị sẽ không thấy ánh sáng xuyên qua (Sơ đồ 6).

*Dẫn tĩnh mạch tinh hoàn:* thấy to ở góc bìu trái, sờ thấy có nhiều búi tĩnh mạch dẫn ở đây.

*Tinh hoàn lạc chỗ:* sờ chỉ có một hoặc không có tinh hoàn trong bìu, một số trường hợp có thể sờ thấy tinh hoàn trong ống bẹn.

*Viêm mào tinh hoàn:* sờ thấy mào tinh và tinh hoàn to và ấn đau nhẹ.

*Xoắn tinh hoàn:* sờ thấy tinh hoàn bên xoắn nằm cao hơn bên kia kèm ấn đau nhiều ở tinh hoàn và ở dọc thừng tinh.

*Nhóm u bướu:* sờ sẽ thấy khối u kích thước từ một đến vài cm, giới hạn rõ, mật độ chắc hay mềm, dính da như là bướu bã, tụ máu; không dính da như là hạch, bướu mỡ; đập theo nhịp mạch như là phình động mạch (Sơ đồ 2, 3, 4, 5).

**Triệu chứng toàn thân:** Các bệnh thoát vị bẹn, đùi và các bệnh ở vùng bẹn thường không có biểu hiện gì, nếu có là do các bệnh nguyên nhân như là do nhiễm trùng, do biến chứng hoặc do các bệnh kèm theo khác.

## V. Cận lâm sàng

**Siêu âm:** có độ nhạy (77-81.5%) và độ đặc hiệu (86-94.5%) cao trong chẩn đoán thoát vị vùng bẹn không nghẹt và có nghẹt. Siêu âm cũng chẩn đoán chính xác các bệnh như là: tràn dịch tinh hoàn, dẫn tĩnh mạch thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ, viêm mào tinh hoàn, bướu mỡ, tụ máu, bướu bã, bệnh hạch bạch huyết. Các trường hợp như xoắn tinh hoàn, phình động mạch hay giả phình động thì cần thêm siêu âm Doppler (Sơ đồ 2, 3, 4, 5, 6) [1,5].

Các hình ảnh khác ít dùng hơn, dành cho các trường hợp không rõ thoát vị hay u vùng bẹn không điển hình.

Khi siêu âm không phát hiện được, có thể chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) động hay chụp cộng hưởng từ (MRI) động (có làm và không làm vận động của Valsalva) có thể phát hiện được các túi thoát vị nhỏ.

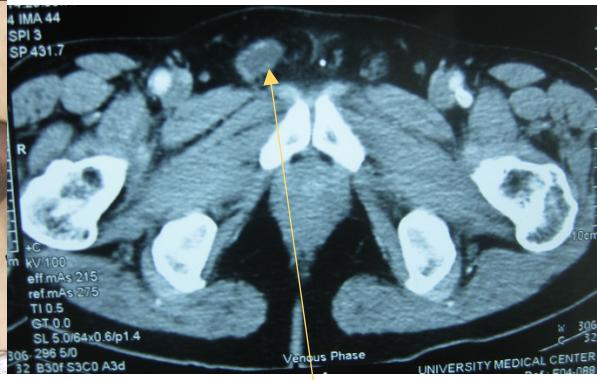
**Chụp cắt lớp vi tính và Chụp cộng hưởng từ:** độ nhạy 94% và độ đặc hiệu 96% trong chẩn đoán thoát vị [1,5] (Sơ đồ 2, 3, 4, 5,6).

**Chụp túi thoát vị (Herniography):** bằng cách bơm thuốc cản quang tan trong nước vào ổ phúc mạc. Được chỉ định khi bệnh nhân có đau vùng bẹn, nghi ngờ do thoát vị vùng bẹn,

mà thăm khám lâm sàng không phát hiện được. Có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, với tỉ lệ biến chứng thấp, nhưng có khuyết điểm là không thấy được bướu mỡ thừng tinh [1,4,5]



Nếp bẹn      Vị trí ĐM đùi  
**Hình 6: Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu**



**Hình 7: Hình ảnh TVB trên CT-Scan**



**Hình 8.1: Nghiệm pháp chạm ngón-vị  
trí đẩy da bìu**



**Hình 8.2: Nghiệm pháp chạm ngón-  
đưa ngón tay vào lỗ bẹn nóng**

**Phân loại thoát vị bẹn theo hiệp hội thoát vị Châu Âu (European Hernia Society (EHS)) (2007) [2]**

PL EHS	TVB	Primary (Thoát vị lần đầu)/Recurrent (Thoát vị tái phát)		
	0	1	2	3
L (Lateral)				x
M (Medial)				
F (Femoral)				

0: không có thoát vị

Kích thước lớn nhất của lỗ thoát vị

1:  $\leq 1$  ngón tay

2: 1-2 ngón tay

3:  $\geq 2$  ngón tay

x: không đánh giá được

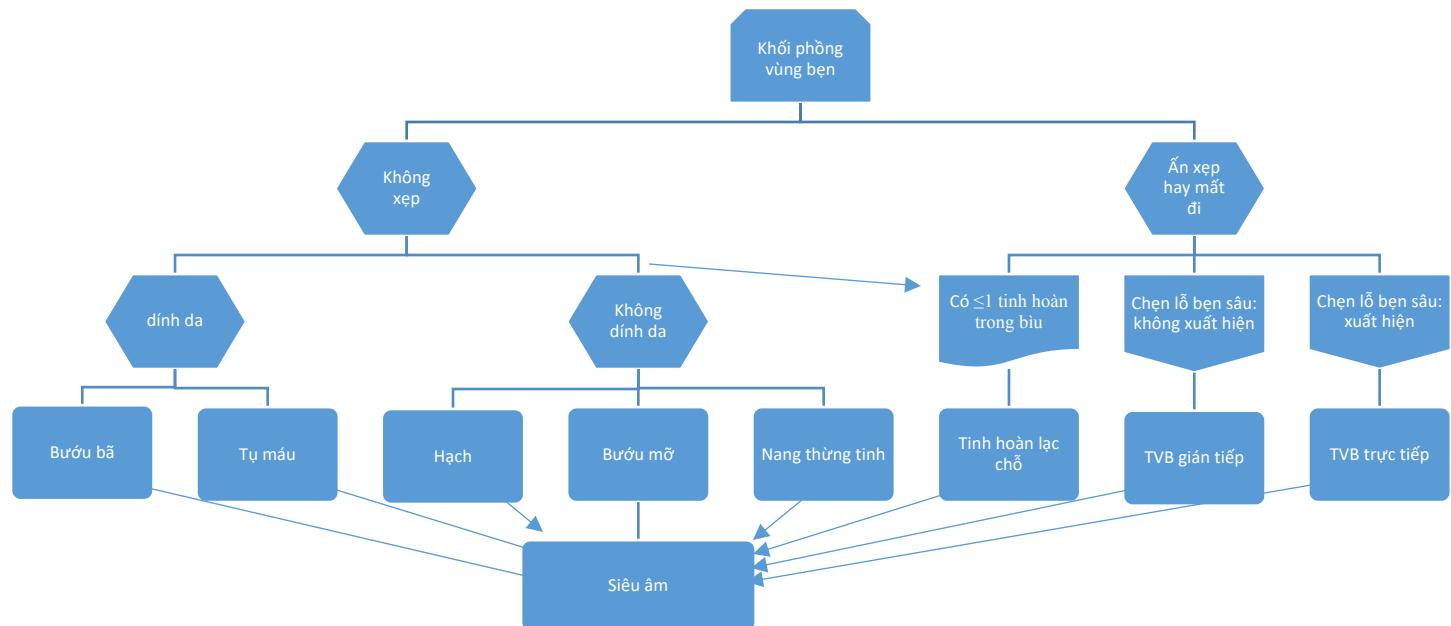
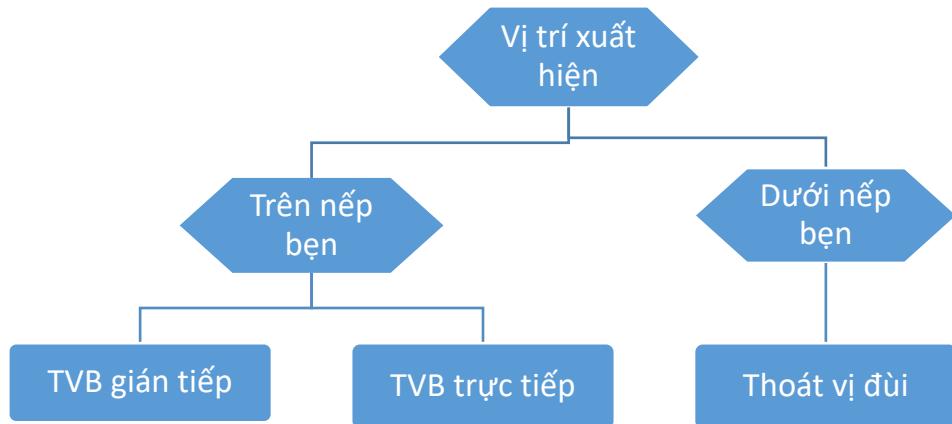
**L** (Lateral): thoát vị gián tiếp

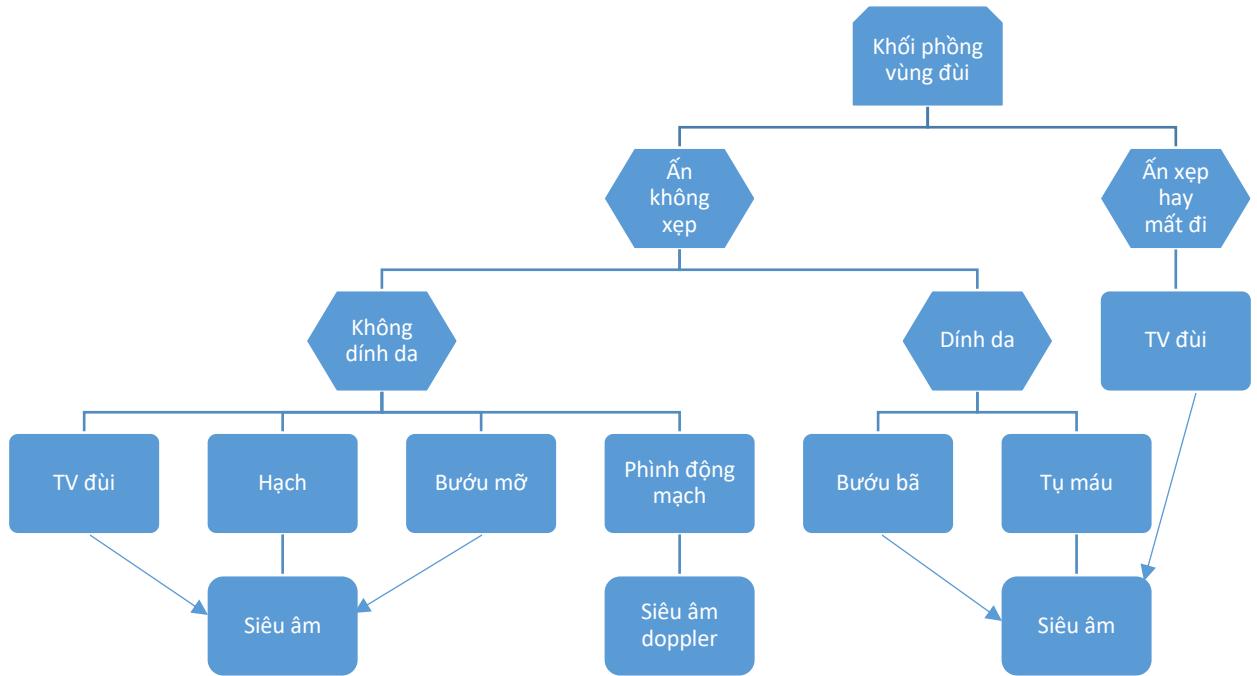
**M** (Medial): thoát vị trực tiếp

**F** (Femoral): thoát vị đùi

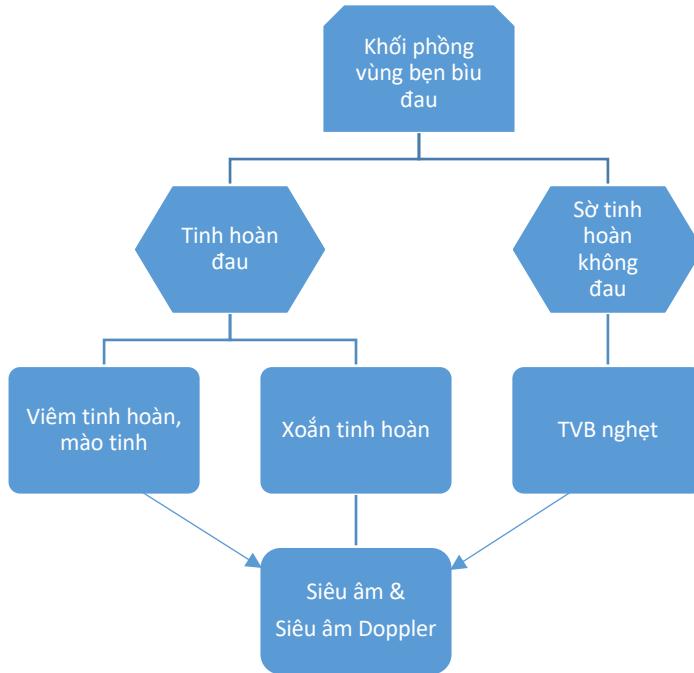
Phân loại này đơn giản và dễ nhớ

## Các sơ đồ chẩn đoán

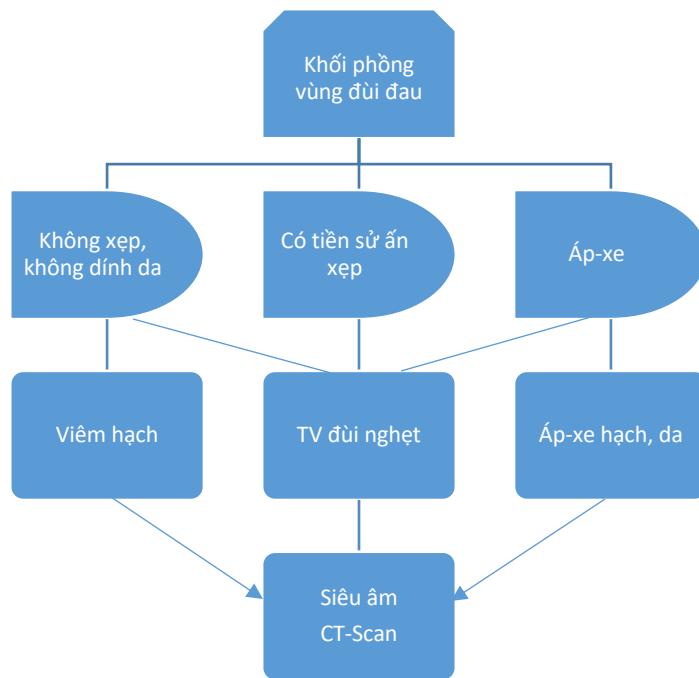




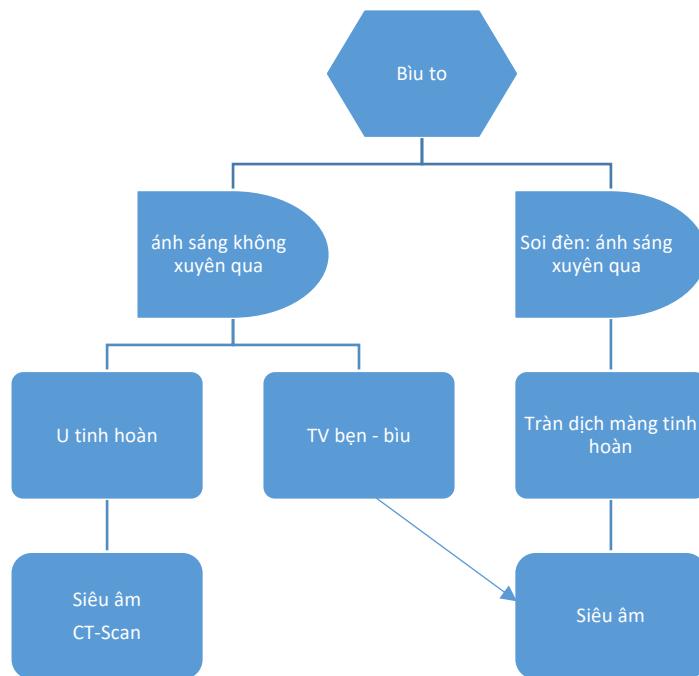
**Sơ đồ 3: Cách phân biệt khối phòng vùng đùi**



**Sơ đồ 4: Cách phân biệt phòng vùng bịu đau**



**Sơ đồ 5: Cách phân biệt khối phồng vùng đùi đau**



**Sơ đồ 6: Cách phân biệt bìu to**

## **Tài liệu tham khảo**

1. Mark A. Malangoni and Michael J. Rosen (2012), “Hernias”, Sabiston Textbook of surgery, WB Saunders company, 19th Edition, pp. 801-1114.
2. Miserez M. • J. H. Alexandre • G. Campanelli • F. Corcione • D. Cuccurullo •, M. Hidalgo Pascual• A. Hoeferlin • A. N. Kingsnorth • V. Mandala • J. P. Palot • V. Schumpelick • R. K. J. Simmermacher• R. Stoppa • J. B. Flament (2007). “The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember”. Hernia 11 January 2007 © Springer-Verlag
3. Netter FH, Nguyễn Quang Quyền (1995), “Đáy chậu và tạng chậu hông”, Atlas giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 359-373.
4. Phạm Hữu Thông (2007), Kết quả phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngã nội soi ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn. Luận văn Thạc sỹ học, Đại học Y Dược TP.HCM.
5. Simons M. P, T. Aufenacker, M. Bay-Nielsen, J. L. Bouillot, G. Campanelli, J. Conze, D. de, Lange, R. Fortelny, T. Heikkinen, A. Kingsnorth, J. Kukleta, S. Morales-Conde, P. Nordin, V. Schumpelick, S. Smedberg, M. Smietanski, G. Weber, M. Miserez “European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients” Hernia (2009) 13:343–403.