

KHỐI PHÒNG VÙNG BỆN, BÌU

Phạm Hữu Thông

MỤC TIÊU

1. Kể được nguyên nhân các khối phòng vùng bẹn, bìu.
2. Thực hiện được hỏi bệnh sử và thăm khám các khối phòng vùng bẹn, bìu.
3. Trình bày được cách tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân khối phòng vùng bẹn, bìu.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị bẹn trực tiếp, thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ cơ lược.

1. MỞ ĐẦU

Khối phòng hay khối sung ở vùng bẹn, bìu là lý do đến khám bệnh thường gặp. 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 nhất, thoát vị đùi chỉ chiếm khoảng 3% trong thoát vị bẹn.

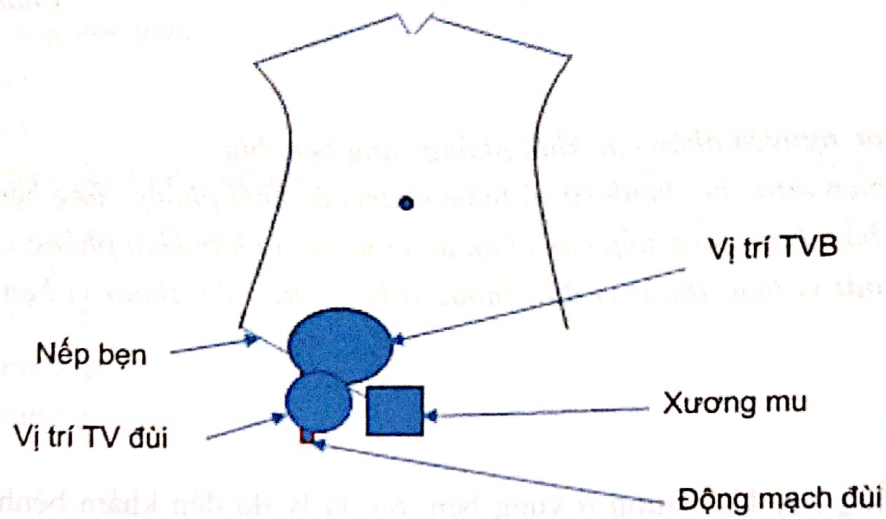
Thoát vị bẹn ở nam giới nhiều hơn nữ giới 25 lần. Thoát vị bẹn gián tiếp thường gặp trong cả hai giới. Ở nam giới thoát vị bẹn gián tiếp nhiều hơn thoát vị bẹn trực tiếp 2 lần, thoát vị đùi hiếm gặp. Ở nữ, thoát vị đùi gặp nhiều hơn nam. Tần suất thoát vị tăng theo tuổi, đặc biệt là thoát vị bẹn, thoát 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%) trong số các loại thoát vị.

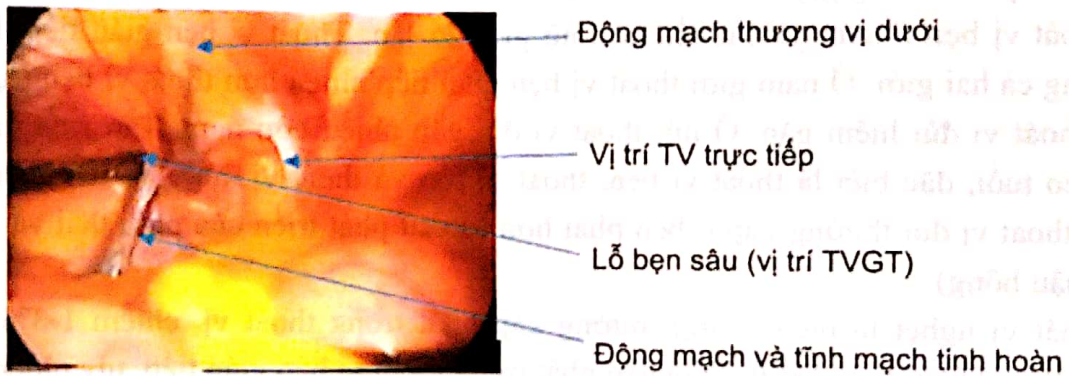
Tuy thoát vị là bệnh chiếm phần lớn ở khu vực này, nhưng các bệnh khác như viêm tinh hoàn, xoắn tinh hoàn... cũng là những bệnh cấp cứu quan trọng, cần phải chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời.

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.

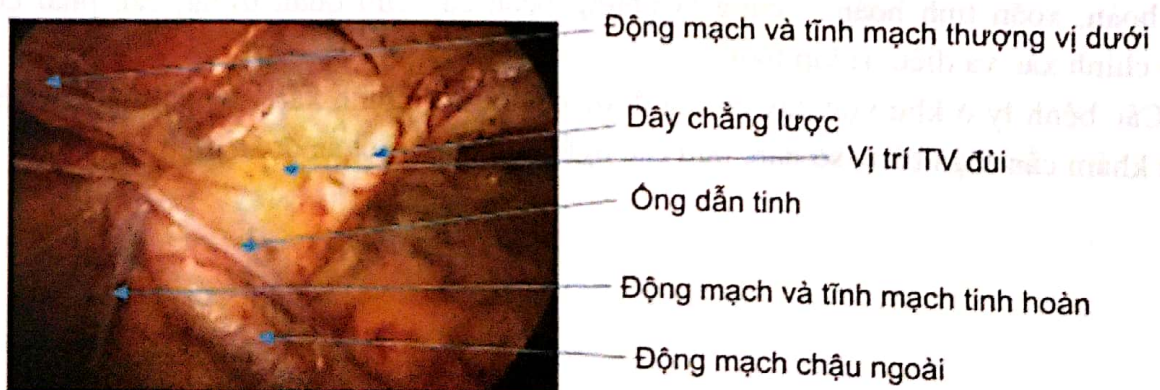
2. GIẢI PHẪU VÙNG BỤNG, BÌU LIÊN QUAN ĐẾN PHẪU THUẬT



Hình 1. Các vị trí thoát vị vùng bụng, đùi



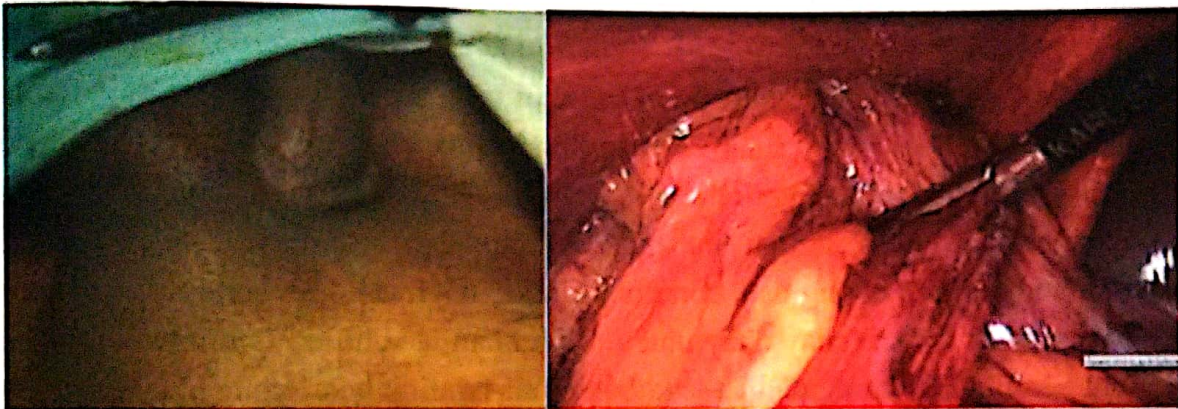
Hình 2. Các vị trí thoát vị bụng nhìn từ trong ổ bụng



Hình 3. Giải phẫu vùng bụng nhìn từ phía sau



Hình 4. Vùng bẹn khi nghỉ ngơi (trái), và khi phình bụng (phải)



Hình 5. Khối phòng do thoát vị bẹn gián tiếp nghẹt, tạng nghẹt nhìn từ trong bụng

3. NGUYÊN NHÂN KHỐI PHÒNG VÙNG BẸN, BÌU

3.1. Nhóm thoát vị

Thoát vị bẹn (inguinal hernia).

Thoát vị đùi (femoral hernia).

3.2. Nhóm liên quan với tinh hoàn

Tràn dịch màng 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).

3.3. 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).

4. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TRÊN LÂM SÀNG

4.1. Hỏi bệnh sử

Cần hỏi khối phòng 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 khối phòng xuất hiện khi làm việc nặng, khi chạy nhảy, khi rặn hoặc ho và tự biến mất. Nhiều tháng sau khối phòng 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 khối thoát vị to thì có thể có khó chịu ở vùng thượng vị do sự kéo căng của mạc treo ruột. Cần lưu ý vị trí xuất hiện khối phòng ở trên nếp bẹn hay dưới nếp bẹn? có xuống bìu hay không? (Hình 1, 4, Sơ đồ 1).

Đối với nhóm liên quan đến u bướu thì khối u có thể 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 dẫn tĩnh mạch tinh hoàn thì bìu to hơn ở một bên 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 thể có kèm tiểu gắt buốt, tiểu đục và sốt nhẹ. Còn xoắn tinh hoàn hay thoát vị nghẹt thì đau nhiều và có kèm đau dọc theo thừng tinh khi sờ nắn (Sơ đồ 4).

4.2. Tiền sử

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

Hỏi về các yếu tố nguy cơ của thoát vị bẹn, đùi như là:

- Tiền sử gia đình bị thoát vị bẹn, bệnh phình động mạch chủ bụng, thừa 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, báng bụng...) 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 báng 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.

4.3. Khám

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: có đủ hai tinh hoàn? kích thước bình thường hay bị teo? mật độ chắc hay mềm?

Thoát vị bẹn gián tiếp: khối phòng xuất hiện theo hướng từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, và chạy về phía bìu (Hình 5). Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu khối phòng không xuất hiện. Điều này không đúng khi khối thoát vị quá to phá hư sàn bẹn (Sơ đồ 2).

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

Thoát vị đùi: khối phòng nằm dưới nếp bẹn, thể hiện dưới dạng giống như một u mỡ hay hạch bẹn, ít khi ấn xẹp (Hình 1, Sơ đồ 3).

Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu: ấn cho xẹp khối phòng, rồi dùng ngón tay số 1 ấn 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 khối phòng không xuất hiện là thoát vị bẹn gián tiếp; nếu khối phòng vẫn xuất hiện là thoát vị bẹn trực tiếp (Hình 6).

Nghiệm pháp chạm ngón: ấn khối phòng 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 khối phòng chạm vào đầu ngón tay là thoát vị bẹn gián tiếp; nếu khối phòng chạm vào mặt lòng ngón tay là thoát vị bẹn trực tiếp (Hình 1 & 2).

Thoát vị nghẹt: Nhiều bệnh nhân khai tiền sử đã có khối phòng vùng bẹn xuất hiện nhiều tháng, ấn hay nằm nghỉ thì mất đi; nhưng cũng có bệnh nhân nhập viện chỉ vì đau vùng bẹn. Khối phòng thường mới xuất hiện trong vài giờ, kèm đau tăng dần, ấn không mất đi. Khám thấy khối phòng xuất hiện từ trên nếp bẹn đi theo thừng tinh ra lỗ bẹn nông, có thể xuống đến bìu, ấn đau nhiều từ lỗ bẹn nông đến điểm cuối của khối phòng hay khối u (Hình 5). 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 khối phòng hay khối u xuất hiện bên dưới nếp bẹn, phía trong động mạch đùi, ấn đau nhiều, không xẹp đi và không dính da thì khả năng là thoát vị đùi nghẹt; cần chẩn đoán phân

biệt với viêm hạch bẹn. Trường hợp có khối áp-xe vùng bẹn từ vài ngày thì cần chẩn đoán phân biệt thoát vị đùi nghẹt hoại tử với viêm hạch mủ hay áp-xe phần mềm vùng này (Sơ đồ 5).

Tràn dịch tinh hoàn: khám 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 phồng to ở góc bìu so với đối bên, sờ nắn kỹ có thể cảm nhận được 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).

4.4. 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.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Siêu âm

Có độ nhạy (77-81,5%) và độ đặc hiệu (86-94,5%) 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 màng 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 phương pháp hình ảnh khác ít dùng hơn, dành cho các trường hợp không rõ thoát vị hay u vùng bẹn không điển hình.

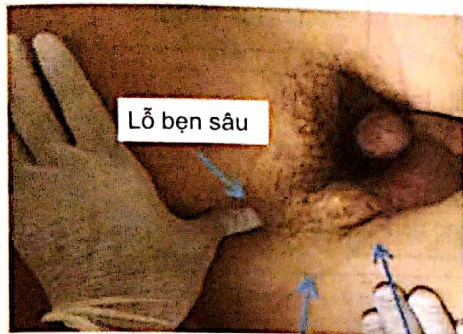
Khi siêu âm không phát hiện được, chụp cắt lớp vi tính (CT scan) động hay chụp cộng hưởng từ (MRI) động (có làm và không làm vận động của Valsalva) có thể phát hiện được các túi thoát vị nhỏ.

5.2. Chụp cắt lớp vi tính và Chụp cộng hưởng từ

Có độ nhạy 94% và độ đặc hiệu 96% trong chẩn đoán thoát vị ^[1,5] (Sơ đồ 2, 3, 4, 5, 6).

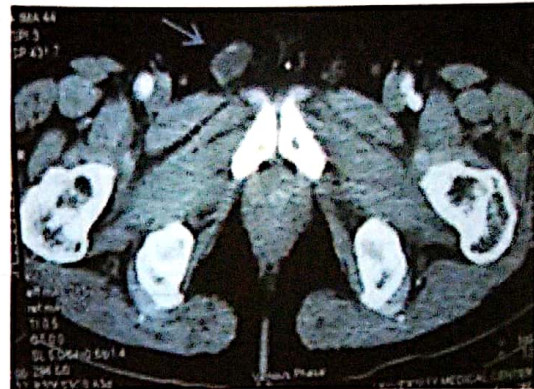
5.3. Chụp túi thoát vị (Herniography)

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 thường tình [1,4,5].

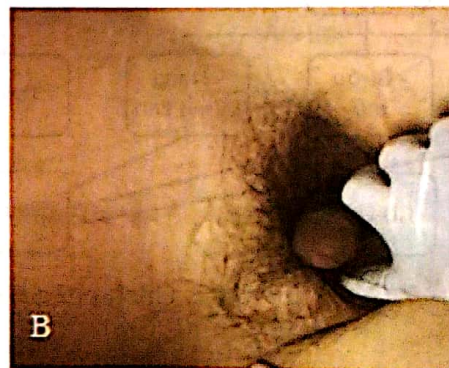
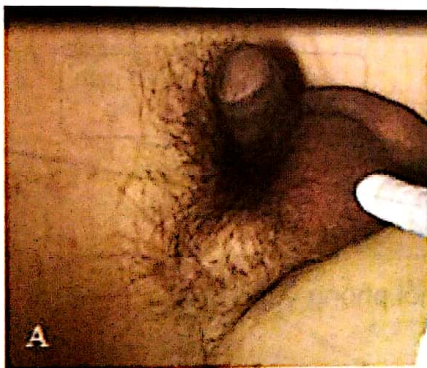


Nếp bẹn Vị trí động mạch đùi

Hình 6. Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu



Hình 7. Hình thoát vị bẹn phải trên CT scan



Hình 8. Nghiệm pháp chạm ngón: (A) Vị trí đẩy da búi, (B) Đưa ngón tay vào lỗ bẹn nông

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

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

0: không có thoát vị

Kích thước lớn nhất của lỗ thoát vị

1: ≤ 1 ngón tay

2: 1-2 ngón tay

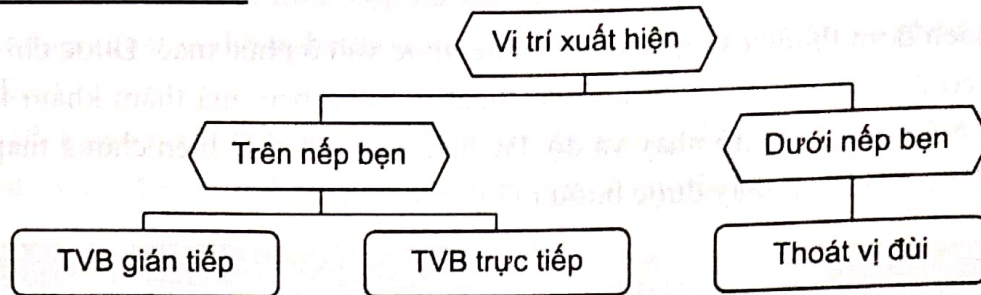
3: ≥ 2 ngón tay

x: không đánh giá được

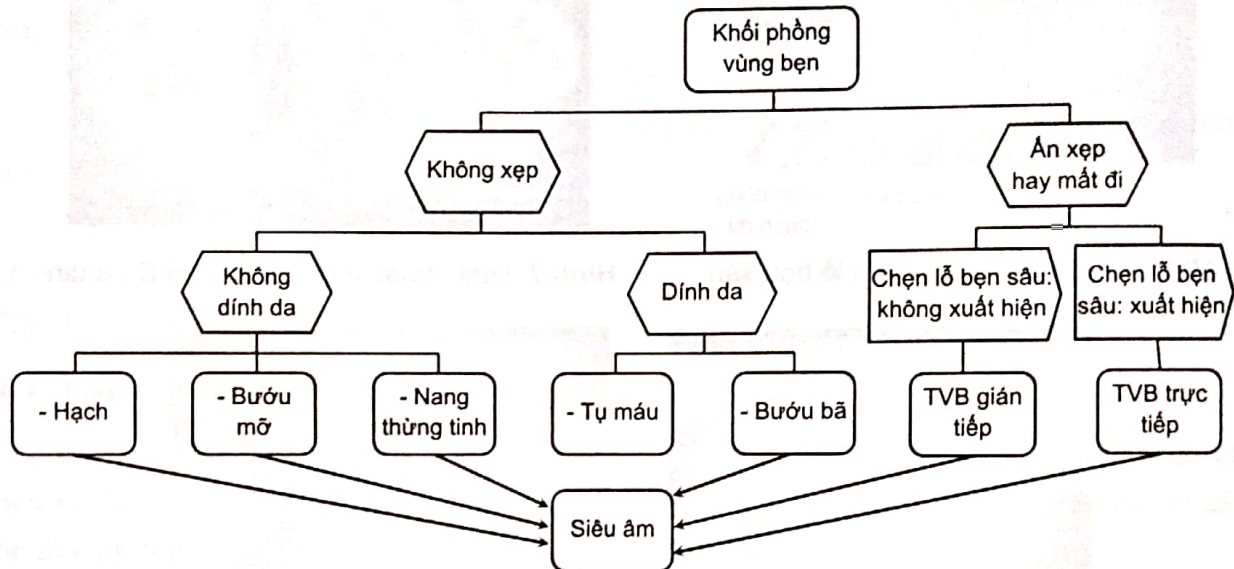
L (Lateral): thoát vị gián tiếp; M (Medial): thoát vị trực tiếp; F (Femoral): thoát vị đùi

Phân loại này đơn giản và dễ nhớ

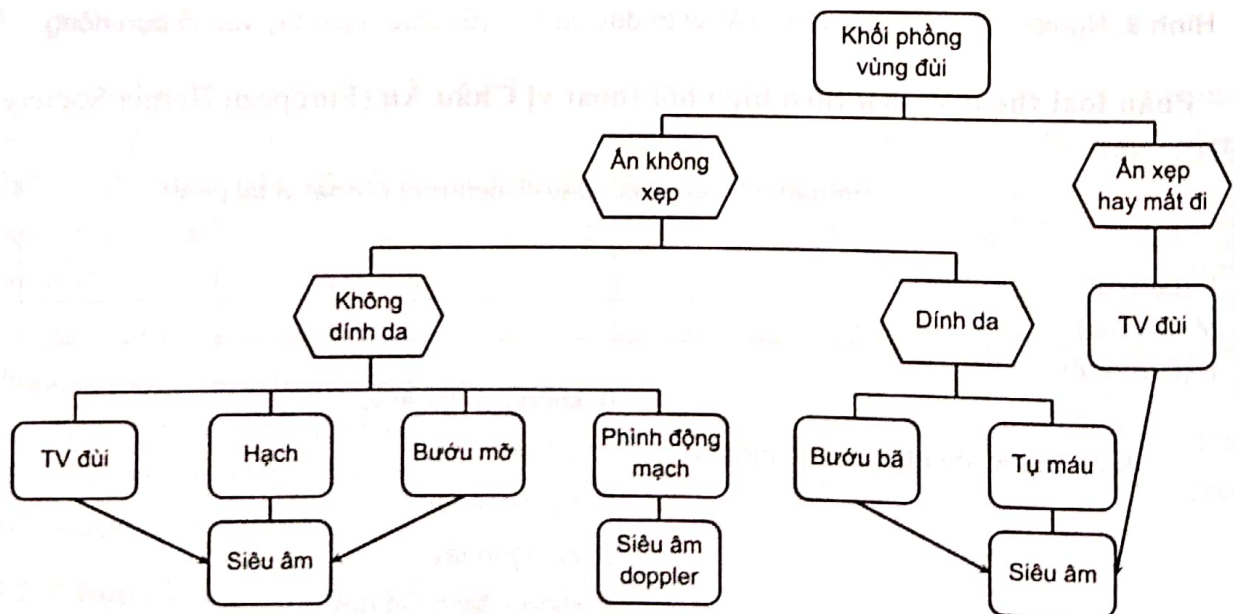
Các sơ đồ chẩn đoán



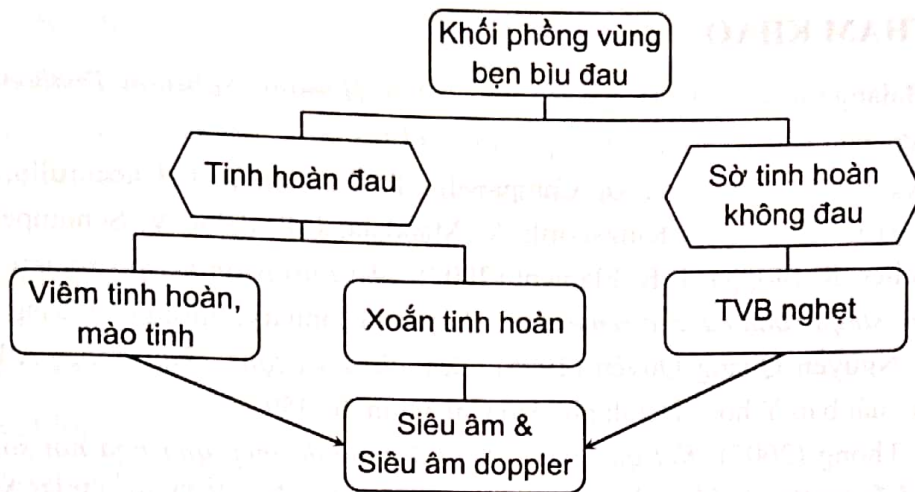
Sơ đồ 1. Vị trí xuất hiện các loại thoát vị



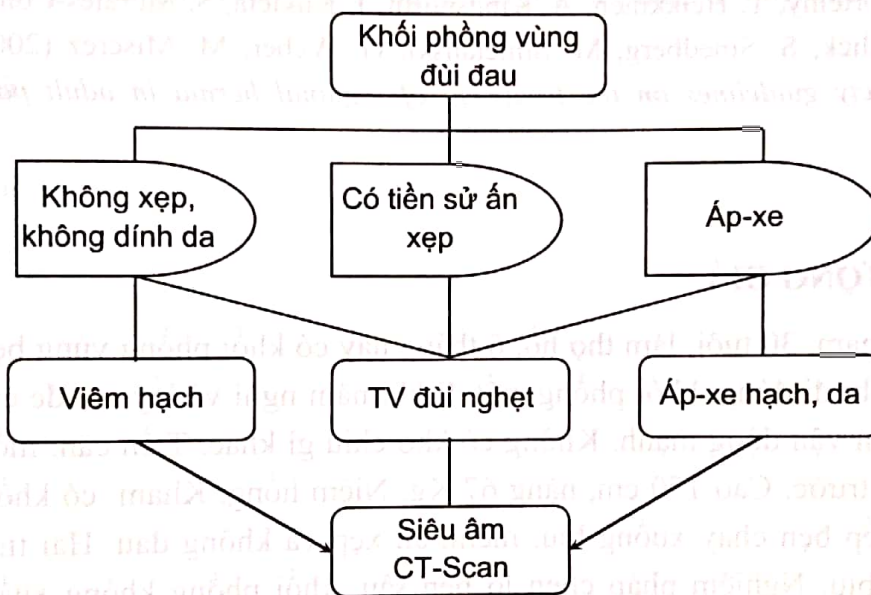
Sơ đồ 2. Cách phân biệt khối phồng vùng bẹn



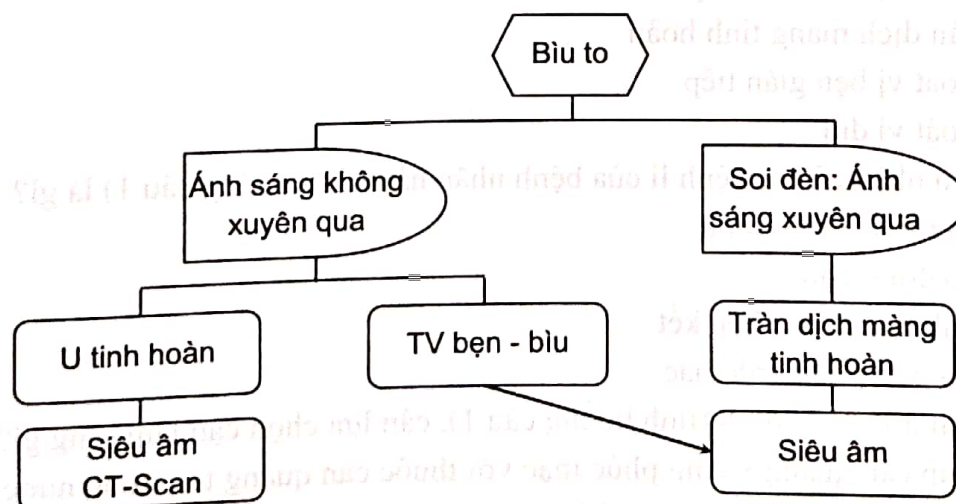
Sơ đồ 3. Cách phân biệt khối phồng vùng đùi



Sơ đồ 4. Cách phân biệt khối phòng vùng bẹn bìu đau



Sơ đồ 5. Cách phân biệt khối phòng 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. Hoferlin, 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, 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 ngà 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 (2009), *European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients*, Hernia 13:343–403.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh nhân nam, 30 tuổi, làm thợ hồ, 6 tháng nay có khối phồng vùng bẹn xuống đến bìu bên phải khi đi đứng, khối phồng mất đi khi nằm nghỉ và lấy tay đè ép, và có kèm đau tức nhẹ khi vận động mạnh. Không có khó chịu gì khác. Tiền căn: mổ mở cắt ruột thừa 10 tháng trước. Cao 170 cm, nặng 67 Kg. Niêm hồng. Khám: có khối phồng xuất hiện từ trên nếp bẹn chạy xuống bìu, mềm, ấn xẹp và không đau. Hai tinh hoàn bình thường trong bìu. Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu, khối phồng không xuất hiện. Chẩn đoán lâm sàng của bệnh nhân là gì?
 - A. Thoát vị bẹn trực tiếp
 - B. Tràn dịch màng tinh hoàn
 - C. Thoát vị bẹn gián tiếp
 - D. Thoát vị đùi
2. Nguyên nhân gây ra bệnh lý của bệnh nhân này (tình huống câu 1) là gì?
 - A. Mổ mở cắt ruột thừa
 - B. Lao động nặng
 - C. Bệnh lý của mô liên kết
 - D. Còn ống phúc tinh mạc
3. Để chẩn đoán xác định (tình huống câu 1), cần lựa chọn cận lâm sàng gì?
 - A. Chụp cản quang xoang phúc mạc với thuốc cản quang tan trong nước
 - B. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu
 - C. Nội soi ổ bụng

D. Siêu âm bẹn bìu

4. Bệnh nhân nam, 26 tuổi, bìu to 2 tháng nay, không có triệu chứng cơ năng gì khác. Cao 165 cm, cân nặng 63 Kg. Niêm hồng, Hạch ngoại vi không to. Bụng mềm. Bìu là một khối căng to, d#7cm, ấn chắc, không xẹp và không đau. Cần làm gì tiếp theo ở bệnh nhân này?

A. Siêu âm bẹn bìu

B. Nghiệm pháp soi đèn

C. Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA)

D. Chụp cắt lớp vi tính

5. Bệnh nhân nữ, 50 tuổi, 6 tháng nay có khối phòng vùng bẹn đùi, có lúc ấn xẹp, không đau. Cao 156 cm, nặng 46 kg, Niêm hồng. Khám: có một khối u d#2 cm, nằm dưới nếp bẹn, mềm, không dính da, không di động, **ấn xẹp một phần**, không đau. Chẩn đoán là gì?

A. Bướu bã

B. Hạch

C. Bướu mỡ

D. Thoát vị đùi