**THOÁT VỊ BẸN**

1. **Dịch tễ**

Theo vị trí thoát vị

* 75% vùng bẹn
* 14% thoát vị rốn
* 10% là thoát vị vết mổ
* 3-5% là thoát vị đùi

Thoát vị bẹn:

* Nam: nữ = 7:1
* Theo cơ chế:
  + 50% gián tiếp
  + 25% trực tiếp
  + 3% trượt (thường là bên trái)
* Theo vị trí:
  + 27% bên trái
  + 73% bên phải
* Yếu tố nguy cơ:
  + Tuổi cao, 60-79 đối với nữ, 50-69 đối với nam
  + Suy dinh dưỡng hoặc béo phì
  + Có vết mổ hoặc thương tích vùng bẹn
  + Các nguyên nhân gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên, kéo dài như
    - Táo bón
    - Tiểu khó
    - Ho kéo dài: viêm phế quản
    - Báng bụng
    - U lớn trong ổ bụng
    - Vận động mạnh thường xuyên: nghề nghiệp, tập luyện thể thao
  + Các yếu tố liên quan suy yếu lớp cơ, cân mạc
    - Tuổi già.
    - Sinh nhiều con.
    - Bệnh rối loạn tổng hợp collagen.

1. **Giải phẫu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ống bẹn | 4 thành | Trước 🡺 Thành dưới cân cơ chéo ụng ngoài  Sau 🡺 Mạc ngang + 1 ít thớ cân cơ ngang bụng  Trên 🡺 Bờ dưới cơ chéo bụng trong + cân cơ ngang bụng => gân kết hợp  Dưới 🡺 Dây chằng bẹn + dải chậu mu |
|  | 2 lỗ bẹn | Lỗ bẹn nông 🡺 2 cột trụ của cân cơ chéo ngoài + thớ liên trụ + dây chằng bẹn phản chiếu  Lỗ bẹn sâu 🡺 Phía trên và ngoài: Cân cớ chéo trong + cân cơ ngang bụng.  🡺 Phía trong: Động mạch thượng vị dưới và dây chằng Hesselbach |
| 3 nếp rốn | Nếp rốn ngoài: ĐM thượng vị dưới.  Nếp rốn trung gian: dây chằng rốn trong.  Nếp rốn giữa: dây treo bàng quang. | |
| 3 hố bẹn | Hố bẹn ngoài => thoát vị bẹn gián tiếp  Hố bẹn trung gian => thoát vị bẹn trực tiếp  Hố trên bàng quang => thoát vị cạnh bàng quang | |
| Thành phần trong ống bẹn | Thừng tinh:   * + Ống dẫn tinh   + Động mạch tinh hoàn   + Tĩnh mạch => đám rồi hình dây leo   + Dây chằng phúc tinh mạc. | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Thoát vị bẹn gián tiếp + lỗ bẹn sâu bình thường |
| 2 | Thoát vị bẹn gián tiếp + lỗ bẹn sâu bình dãn rộng |
| 3a | Thoát vị bẹn trực tiếp |
| 3b | Thoát vị bẹn gián tiếp gây yếu thành sau ống bẹn |
| 3c | Thoát vị đùi |
| 4 | Thoát vị tái phát |

1. **Phân loại NYHUS**
2. **Tiếp cận**
3. Thoát vị bẹn?
4. Thoát vị bẹn trực tiếp hay gián tiếp?
5. Biến chứng?
6. Yếu tố nguy cơ?
7. có thoát vị bẹn hay không?

* Lâm sàng:
* Bệnh sử:

Khối phồng vùng bẹn

Cảm giác co kéo, đau nhẹ, khó chịu khi xuất hiện khồi phồng.

* Tiền căn: khối phồng xuất hiện và biến mất nhiều lần.
* Khám:

Nhìn hoặc sờ thấy khối phồng.

Khối phồng đẩy xẹp (+/-).

Triệu chứng của biến chứng thoát vị (kẹt, nghẹt, chấn thương).

Các nghiệm pháp.

* Cận lâm sàng:
  + - Trong phần lớn các trường hợp thoát vị bẹn rõ ràng, chẩn đoán dựa vào lâm sàng Trong các trường hợp cơn đau tắc nghẽn hoặc khối phồng nghi ngờ vùng bẹn mới cần làm thêm CLS chẩn đoán
    - Đánh giá tình trạng bệnh nhân và phát hiện các bệnh tạo yếu tố thuận lợi (nếu có).
  + Siêu âm:
    - Có giá trị để phân biệt một khối ở vùng bẹn, có thể đánh giá được khối đó là abscess hay là một khối thoát vị
    - Siêu âm hổ trợ trong trường hợp thăm khám khó khăn.
  + CT cản quang:
    - Thấy rõ hơn cấu trúc bên trong khối ở vùng bẹn.
    - Chỉ định khi thăm khám khó khăn, không rõ ràng.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nhạy | Chuyên |
| Siêu âm | 33-100% | 81-100% |
| CT cản quang | 83% | 67-83% |

Chẩn đoán phân biệt

* Bệnh lý ống bẹn: u nang thừng tinh, thủy tinh mạc.
* Bệnh lý tinh hoàn: viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ.
* Dãn tĩnh mạch thừng tinh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TVB nghẹt | Xoắn tinh hoàn | Viêm tinh hoàn cấp |
| Mọi lứa tuổi | Thanh thiếu niên | Người lớn |
| Đau nhiều, đột ngột | Đau nhiều, đột ngột | Đau nhiều, tăng dần |
| Sốt (-) | Sốt nhẹ | Sốt cao |
| Sờ được tinh hoàn bình thường trong bìu | Tinh hoàn bị kéo lên trên, lệch trục. Khi nâng tinh hoàn bệnh nhân đỡ đau. | Tinh hoàn to, trục bình thường. Khi nâng tinh hoàn bệnh nhân không đỡ đau |
| Không sờ được nút xoắn | Sờ được nút xoắn | Không sờ được nút xoắn |
| Hội chứng tắc ruột (+/-) | Hội chứng tắc ruột(-) | Hội chứng tắc ruột(-) |

1. Trực tiếp hay gián tiếp?

|  |  |
| --- | --- |
| Trực tiếp | Gián tiếp |
| Hiếm khi xuống bìu.  Khối tròn, đối xứng.  Xuất hiện và biến mất nhanh.  Nghiệm pháp chạm ngón: khối thoát vị chạm lòng ngón.  Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu: dương tính. | Xuống bìu.  Khối dạng ê-líp  Xuất hiện và biến mất chậm.  Nghiệm pháp chạm ngón: khối thoát vị chạm đầu ngón.  Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu: âm tính |

Nghiệp pháp chạm ngón:

* Dùng ngón tay II đội da bìu để tìm lỗ bẹn nông, có thể yêu cầu bệnh nhân ho hoặc rặn:
  + Khối thoát vị chạm lòng ngón => thoát vị trực tiếp.
  + Khối thoát vị chạm đầu ngón => thoát vị gián tiếp.

Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu:

* Xác định lỗ bẹn sâu:
  + Lỗ bẹn sâu nằm trên điểm giữa của dây chằng bẹn khoảng 1,5 – 2 cm.
  + Là 1 chỗ lõm của mạc ngang.
* Khám: dùng tay chẹn lỗ bẹn sâu sau đó yêu cầu bệnh nhân rặn hoặc ho:
  + Khối phồng không xuất hiện => nghiệm pháp (-).
  + Khối phồng vẫn xuất hiện => nghiệm pháp (+).

Thoát vị trượt:

* Dạng đặc biệt của thoát vị bẹn.
* Tạng thoát vị đồng thời cũng là 1 phần của túi thoát vị.
* Nghi ngờ: người già, thoát vị lớn mà không đẩy xẹp hoàn toàn được.
* Khi mổ dễ phạm vào tạng thoát vị lúc cắt mổ túi thoát vị.

1. biến chứng?

|  |  |
| --- | --- |
| Thoát vị nghẹt | - Nguy hiểm và thường gặp nhất.  - Tạng thoát vị => xiết, chèn ép => thiếu máu => hoại tử.  - Thoát vị bẹn gián tiếp, thoát vị đùi: cổ túi hẹp.  - Cần can thiệp cấp cứu để tránh hoại tử ruột.  - TCCN: đau vùng bẹn dữ dội, đột ngột.  - TCTT:  Khối vùng bẹn, đau, căng, chắc, không đẩy xẹp.  Hội chứng tắc ruột. |
| Thoát vị kẹt | Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được.  => vướng víu, dễ bị chấn thương.  Chức năng và sự tưới máu tạng thoát vị không bị ảnh hưởng.  => không đau, không tắc ruột. |
| Chấn thương | Khối thoát vị lớn, xuống thường xuyên .  => chấn thương từ bên ngoài gây dập, vỡ tạng bên trong. |

1. Yếu tố nguy cơ?

Tăng áp lực ổ bụng:

* + Táo bón kéo dài?
  + Tiểu khó?
  + Ho kéo dài?
  + Nghề nghiệp: gắng sức, vận động mạnh?
  + Cổ trướng, khối u bụng?

Cơ địa xấu ảnh hưởng phẫu thuật: già yếu, suy kiệt, đái tháo đường, rồi loạn đông máu…

**ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN**

1. Nguyên tắc

* Không có điều trị nội khoa cho thoát vị bẹn
* Phẩu thuật tùy theo tuổi

Trẻ nhỏ, sơ sinh: nên chờ ống phúc tinh mạc có thể tự bít khâu ống phúc tinh mạc

Người lớn phục hồi thành bụng

* + Mô tự thân
  + Mảnh ghép nhân tạo
* Sau mổ cần loại trừ hoặc giảm thiểu những bệnh, tình trạng làm tăng áp lực ổ bụng

1. Lưu đồ

Thoát vị bẹn

* Nghẹt 🡺 Phẩu thuật cấp cứu, (Không dùng Mesh nếu có nguy cơ nhiễm trùng)
* Không hoặc ít triệu chứng 🡺 Có thể chờ
* Có triệu chứng 🡺 Mổ chương trình
  + - * Lần đầu 1 bên 🡺 Sử dụng mesh: Lichtenstein/Nội soi
      * Tái phát
        + Trước đó mổ ngả trước 🡺 Đặt mesh, nội soi hoặc đi ngả sau mở mở
        + Trước đó mổ ngả sau 🡺 Đặt mesh theo Lichtenstien
      * Lần đầu 2 bên 🡺 Sử dụng mesh: Lichtenstein/Nội soi

Các phương pháp khác : treo bìu

* Chỉ định: không triệu chứng, triệu chứng tối thiểu
* Biến chứng: teo thừng tinh, viêm dây thần kinh sinh dục, thần kinh đùi, thoát vị kẹt

Phẫu thuật:

* Chỉ định:
  + Ngẹt: mổ khẩn nếu không đẩy lên được hoặc nghi ngờ hoại tử
  + Khả năng nghẹt: TVB gián tiếp, TV đùi
  + Gây khó chịu trong sinh hoạt và lao động
* Chống chỉ định: cơ địa kém, bệnh nặng khác, nguy cơ cuộc mổ cao

1. Một số PP phẫu thuật:

|  |  |
| --- | --- |
| Mô tự thân | Mảnh ghép |
| *Khâu hẹp lỗ bẹn sâu:*  Marcy  *D/c bẹn:*  **Bassini**  **Shouldice**  *D/c Cooper:*  **Mc Vay**  *Dải chậu mu:*  Condon  Nyhus | *Mổ mở:*  **Lichtenstein**  Rutkow  MG đôi (Gilbert)  Stoppa, Kugel  *Mổ nội soi:*  **TAPP**  **TEP**  **IPOM** |
| Ưu điểm  - Đơn giản, dễ thực hiện  - Khá hiệu quả  Nhược điểm  - Căng đau  - Chậm hồi phục  - Tái phát cao 1-20% | Ưu điểm  - Không căng đau  - Hồi phục nhanh  - Tái phát thấp <1%  Nhược điểm  - Phản ứng vật lạ  - Nhiễm trùng mảnh ghép |

**Bassini- shouldice:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bassini | 🡺 Cải tiến 🡺 | Shouldice |
| 3 thành phần:   * cơ chéo trong * cơ ngang * mạc ngang   thực tế không lấy mạc ngang | 4 thành phần: 4 lớp:   * lớp 1+2: gấp đôi mạc ngang * lớp 3+4: cơ ngang, chéo trong, dây chằng bẹn, cân chéo ngoài |
| Tái phát 3,6% | Tái phát 1% |

**Mc Vay**

Kĩ thuật:

* Trong: khâu vào dc Cooper 🡺 che cả lỗ bẹn-đùi
* Mũi khâu chuyển: thêm dây chằng bẹn hay dải chậu mu
* Ngoài: khâu 🡺 bao đùi hay dây chằng bẹn

Tái phát 1%

Căng 🡺 rạch giãn

Tai biến: phạm TM đùi

**Lichtenstein**

Tái phát 0%, nhiễm trùng 0%

**Nội soi**

TAPP: trans abdominal pre peritoneal

TEP: total extra peritoneal

**So sánh mổ mở và nội soi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mổ mở | Nội soi |
| Thời gian mổ (1 ﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽﷽> d<=2cmbên) | Nhanh hơn | Lâu hơn 5-15p |
| Vô cảm | Đơn giản hơn | Phức tạp hơn |
| Tai biến mm, nội tạng | Không (hiếm) | Có |
| NT, hematoma, seroma | Tương đương | |
| Đau hậu phẫu- hồi phục | Vừa, chậm | Ít, nhanh |
| Giá | Rẻ | Mắc |
| Tỉ lệ tái phát | Tương đương | |
| Đau bẹn mãn tính | 38% | 23% |
| Đau bìu mãn tính | Ít hơn | Nhiều hơn |
| Chống chỉ định | Không | Có |
| Huấn luyện | Dễ | Khó |

1. Biến chứng
   * Tái phát
   * Nhiễm trùng vết mổ
   * Máu tụ
   * Đau vùng bẹn mạn tính
   * Ảnh hưởng tinh hoàn và ống dẫn tinh
   * Tổn thương bàng quang
   * Máu tụ
   * Biến chứng liên quan mảng ghép
   * Biến chứng của phẩu thuật nội soi

Đau sau mổ

* Đau sớm sau mổ
* Đau mạn tính ( > 3 tháng sau mổ)
  + Đau bản thể: do tổn thương gân cơ
  + Đau tạng: liên quan chức năng của tạng ví dụ như phóng tinh, do tổn thương thần kinh giao cảm
  + Đau thần kinh tại chỗ: đau khu trú tại chỗ do tổn thương thần kinh tại chỗ