**THOÁT VỊ BẸN**

* Tam giác Hesselbach: nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp
* Thoát vị bẹn gián tiếp: lỗ bẹn sâu (cho ống dẫn tinh, bó mạch TV đi qua)
* Thoát vị đùi: nằm dưới nếp bẹn
* Phủ lên lỗ cơ lược có mạc ngang: phía trên là lỗ bẹn cho thừng tinh đi qua, phía dưới là lỗ đùi cho bó mạch đùi đi qua
* Hố bẹn ngoài: TVB gián tiếp
* Hố bẹn trong: TVB trực tiếp
* Thoát vị đùi: nằm trong TM đùi
* Tam giác tử: chứa bó mạch chậu ngoài. Nếu mổ gây kẹp/ tổn thương TK vùng này 🡪 đau kéo dài
* TVB gián tiếp có cổ túi là lỗ bẹn sâu, TVB trực tiếp có cổ túi là dây chằng lược
* TV trượt: nếu nắm cổ túi cắt sẽ gây tổn thương tạng 🡪 không cắt cổ túi.
* TV Richter: bờ đối diện (bờ tự do) của mạc treo ruột chui vào  
  🡪 LS chỉ đau vùng đùi, không có triệu chứng tắc ruột, phình dưới nếp bẹn như một cái hạch 🡪 khó chẩn đoán.
* TV Littre: gây nghẹt, hoạt tử túi thừa Merkel mà không có triệu chứng tắc ruột
* TV kẽ: nằm giữa cơ ngang bụng, cơ chéo bụng trong?

3 cái đầu lưu ý vì dễ bỏ sót gây hoại tử ruột

YTNC:

* GĐ có người TVB: YTNC hàng đầu
* Nam > nữ 25%
* Mạc ngang yếu đi theo tuổi, > 75 tuổi 🡪 Tần suất tăng gấp 2
* Trao đổi collagen: có bệnh về mô liên kết
* PT cắt tuyến tiền liệt:
  + Nạo hết mỡ quanh lỗ cơ lược 🡪 lỗ bự hơn bình thường
  + TK: làm tổn thương TK chi phối
* BMI thấp:
  + Béo phì 🡪 mỡ che 🡪 ít thoát vị
  + Gầy 🡪 lỗ rộng hơn bth

Căng mạc treo ruột: gây đau vùng thượng vị

Triệu chứng:

* Khối phồng: đặc trưng cho thoát vị
* Nằm khám thấy thì khỏi cần cho đứng

Thường thì BN sẽ theo dõi khối phồng nhiều tuần nhiều tháng chứ ít ai đi khám liền

* TVB trực tiếp: không xuống bìu nên hầu như không nghẹt

Kiểm tra bằng cách cho BN đi tới đi lui 30ph r khám lại

* TV đùi: ấn không xẹp: lỗ đùi nhỏ = ngón tay, đẩy mỡ ra 🡪 xẹp ít/ không xẹp

Thường khi nào BN sờ vào thấy khó chịu tức tức mới đi khám

* Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu: quan trọng hay dung
* Nghiệm pháp chạm ngón: đầu ngón tay hướng về lỗ bẹn sâu 🡪 TVB gián tiếp  
  nếu lòng ngón hướng về thành bụng 🡪 TVB trực tiếp
* Khám TVB ở nam phải khám bìu:
  + Xem tinh hoàn đủ không? Nếu 1 bên không có 🡪 coi chừng tinh hoàn lạc chỗ
  + Tinh hoàn teo hay không: phát hiện bằng việc sờ thấy tinh hoàn giảm kích thước hoặc mật độ mềm hơn (do thiếu máu – do khối thoát vị chèn ép)

Cận lâm sàng:

* Bắt buộc phải có hình ảnh học để chẩn đoán xác định, tránh mổ lầm
* Thường dùng siêu âm để chẩn đoán xác định
* CT scan/MRI: chỉ khi LS và siêu âm không chẩn đoán được (2 cls này có giá trị ngang nhau). VD nghi ngờ khối đó là u
  + CT scan thuận lợi hơn MRI, chụp nhanh hơn, nhưng chống chỉ định ở thai phụ < 28 tuần, >28 tuần có thể chụp được. Hạn chế chụp ở trẻ em
  + MRI: có thể chụp cho PN và trẻ em nhưng mắc tiền, phải hẹn trước

Biến chứng:

* Lỗ đùi nhỏ, xung quanh là gân 🡪 không dãn
* Xung quanh lỗ bẹn ngoài là cân cơ chéo bụng ngoài 🡪 không dãn

2 yếu tố trên dẫn đến thoát vị dễ nghẹt

Hồi trước lấy mốc 6h để nghĩ có biến chứng không

Bây giờ thời gian ít ảnh hưởng đến việc mình nghĩ có biến chứng không, cần mổ càng sớm càng tốt.

Điều trị

* Đa số BN không triệu chứng muốn mổ
* Đối với PN có thai: khi có thai dây chằng tròn to lên để ghì không cho tử cung xuống 🡪 trượt không xuống được
* PT với mảnh ghép: lựa chọn đầu tiên
* PT Lichtenstein, PTNS: dùng lưới
* PT dùng mô tại chỗ: Bassini… 🡪 TV nghẹt, NT mới xảy ra

3 thần kinh vùng bẹn: chậu bẹn, chậu hạ vị, TK sinh dục đùi

* Biến chứng tụ dịch: tự hấp thu trong vòng 8 tuần
* Mổ xong có thể làm nặng trở lại sau 1 -2 tuần
* Thoát vị đặc biệt:
  + Trẻ em: còn ống phúc tinh mạc 🡪 thoát vị. Trong trường hợp này không tái tạo vì sau này trẻ còn lớn lên nữa, nếu kéo dễ gây biến dạng
  + TV bẹn 2 bên: trước đây mổ 2 lần cách nhau 2 tuần
  + TV đùi: không chờ, mổ liền
* Tái phát: nên dùng mảnh ghép để tránh tái phát cho thoát vị tiếp theo
* Trẻ em: chỉ cột ở lỗ bẹn sâu
* NL: cắt dây chằng nâng tinh hoàn lên

PT Bassini: không xẻ mạc ngang

PT MacVay: xẻ mạc ngang

PP Rives: PT ngả sau 🡪 mổ mở.

Mổ nội soi:

* TEP: mổ ngoài PT, đi vào khoang tiền phúc mạc
* TAPP: xuyên qua bụng để đi vào khoang ngoài phúc mạc

TEP và TAPP: làm tốt thì kết quả như nhau, chỉ phụ thuộc vào PTV

* Mảnh ghép: dùng cho lỗ lớn?
* PT thoát vị nghẹt: hồi xưa chờ + đẩy lên (bằng cách chích thuốc để BN ngủ + cơ dãn 🡪 khối thoát vị tự kéo lên) 🡪 hiện giờ PT cấp cứu

+ Nếu lên được bth: theo dõi 24h

+ Nếu lên được mà đi cầu ra máu: coi chừng hoại tử ruột 🡪 mổ

BN đau mà không khám ra khối thoát vị, khả năng không phải thoát vị