

THOÁT VỊ BỆN

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ- BV ngày 28/3/2014

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: thoát bẹn là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

1.2. Phân loại

1.2.1. Theo cơ chế bệnh sinh

- Thoát vị bẹn gián tiếp: tạng thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, vào trong ống bẹn, thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh.
- Thoát vị bẹn trực tiếp: tạng thoát vị đi qua tam giác bẹn. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.
- Thoát vị bẹn thể kết hợp gián tiếp và trực tiếp

1.2.2. Theo Nyhus (1991)

- Độ I: Thoát vị gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường.
- Độ II: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng, thành bẹn sau còn tốt (bó mạch thượng vị dưới không bị đẩy lệch). Thoát vị chưa xuống bìu.
- Độ III: Thành bẹn sau hư.
 - A: Thoát vị bẹn trực tiếp.
 - B: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu dẫn, mạc ngang của tam giác Hesselbach bị phá hủy hoặc thoát vị hỗn hợp.
 - C: Thoát vị đùi.
- Độ IV: Thoát vị tái phát.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử

- Ở giai đoạn sớm của thoát vị, bệnh nhân hầu như không có triệu chứng gì. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là bệnh nhân phát hiện được một khối phồng ở vùng bẹn. Khối phồng này xuất hiện khi nâng một vật nặng, khi chảy nhảy hoặc khi rặn. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo và 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 lấy tay đẩy vào.

2.2. Triệu chứng thực thể

- Triệu chứng đặc hiệu của thoát vị là nhìn hoặc sờ thấy khối phòng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng, rặn hay ho; ngược lại khi nằm hoặc dùng tay đẩy vào thì khối phòng biến mất. Thoát vị đi xuống tận bìu bao giờ cũng là thoát vị gián tiếp. Thoát vị trực tiếp bao giờ cũng có dạng khối tròn và đối xứng, ở cạnh xương mu khi ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa. Trong khi đó, thoát vị gián tiếp thường có dạng elip và khó tự biến mất hơn.
- Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu thậm chí khuyết hẳn trong thoát vị trực tiếp. Khi bệnh nhân ho hay rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra chạm lòng ngón còn thoát vị gián tiếp chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón (nghiệm pháp chạm ngón). Khi dùng tay chẹn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, rặn nếu là gián tiếp thì thoát vị không xuống được, nhưng khối thoát vị trực tiếp vẫn trồi ra được (nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu).
- Soi đèn: Soi bằng đèn bấm trong phòng tối. Soi từng bên bìu và so sánh bên đối diện. Trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn, tràn dịch ống Nuck hay nang nước thừng tinh, nang ống Nuck thì có hiện tượng thấu sáng. Trong trường hợp thoát vị bẹn thì giảm sáng so với bên đối diện.

2.3. Cận lâm sàng

Việc chẩn đoán thoát vị hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

- Siêu âm: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị bẹn. Siêu âm cho thấy hình ảnh của các quai ruột hay mạc nối trong khối phòng. Đôi khi siêu âm cho phép đo được đường kính lỗ bẹn sâu.
- CT – scan bụng cản quang: có thể thấy rõ hơn, nhưng tốn kém, thường không cần thiết.
- Đối với thoát vị bẹn nghẹt: những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm công thức máu, ure niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu,... để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đây mà hồi sức thích hợp.
- Chụp X – quang bụng không chuẩn bị: phát hiện các dấu hiệu tắc ruột.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

– Việc chẩn đoán thoát vị bẹn hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dẫn tĩnh mạch thừng tinh.
- Tràn dịch màng tinh hoàn.
- Nang nước thừng tinh.
- Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh,...
- U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn,....

3.3. Chẩn đoán biến chứng

Hai biến chứng thường gặp nhất là thoát vị kẹt và thoát vị nghẹt

– Thoát vị kẹt: 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, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không đẩy lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

– Thoát vị nghẹt: Đây là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất. Nguyên nhân là do tạng thoát vị bị xiết ở cổ túi, khiến cho không những bản thân tạng đó không thể tự tụt trở vào ổ bụng được mà mạch máu nuôi tạng đó cũng bị chèn ép, khiến cho tạng có nguy cơ bị hoại tử. Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián 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 phải can thiệp cấp cứu tránh hoại tử ruột.

– Ngoài hai biến chứng trên còn có biến chứng chấn thương tạng thoát vị. Biến chứng này thường 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.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

– Nguyên tắc là điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tuổi và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp ngoại khoa hay không và nếu có thì nên can thiệp ngoại khoa khi nào.

– Vấn đề băng treo bìu có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ tử thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cảm tù trở nên nghẹt.

4.2. Kỹ thuật dùng mô tự thân

4.2.1. Kỹ thuật Bassini: Lớp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời. Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

4.2.2. Kỹ thuật Shouldice: Tương tự Bassini, có sử dụng dây chằng bẹn, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần vào dây chằng bẹn, Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục. Nếu Bassini không chú trọng đến việc làm dày lớp mạc ngang (thành sau của ống bẹn) thì Shouldice lại nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng 2 mũi khâu vắt nhằm sửa chữa thành sau của ống bẹn.

4.2.3. Kỹ thuật Mc Vay: Khâu cung cân cơ ngang bụng vào dây chằng Cooper bằng các mũi chỉ rời bắt đầu từ sát xương mu đi ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Ưu điểm là sử dụng dây chằng Cooper rất chắc nằm ở lớp sâu nên chỗ khâu cũng vững và hợp sinh lý hơn so với dây chằng bẹn, điều trị đồng thời cả thoát vị bẹn và đùi. Nếu làm tốt, tỉ lệ tái phát thấp. Nhược điểm là dễ căng chỗ khâu phải thực hiện thêm đường rạch dẫn trên bao cơ thẳng và nếu không cẩn thận có thể gặp tai biến làm rách tĩnh mạch đùi.

4.3. Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo:

– Ưu điểm: không gây căng, do đó ít đau sau mổ, phục hồi nhanh hơn. Mảnh ghép nhân tạo khi được tổ chức hóa thì trở thành lớp cân mới rất chắc chắn.

– Nhược điểm: Có thể bị nhiễm trùng mảnh ghép thì rất khó trị, do đó điều kiện vô trùng phải đảm bảo.

4.3.1. Kỹ thuật Lichtenstein: Đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ chỗ yếu thành bụng, đầu dưới phủ lên củ mu, bờ ngoài dính vào dây chằng bẹn, bờ trong dính vào lớp cân của cơ chéo bụng trong và bao cơ thẳng bụng. Phần đuôi mảnh ghép được xẻ ra ôm lấy thừng tinh tại lỗ bẹn sâu.

4.3.2. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trong ổ bụng: Mảnh ghép lớn được đặt trong ổ bụng phủ kín chỗ khiếm khuyết gây thoát vị. Mảnh ghép cố định bằng tacker,

khâu hoặc clip. Khuyết điểm là mảnh ghép được đặt trong bụng có thể gây các tai biến: tổn thương các tạng, mạch máu, thần kinh và các biến chứng như dính ruột, tắc ruột, thủng ruột,...

4.3.3. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc qua ngả bụng: Đầu tiên sẽ vào bụng, sau đó cắt phúc mạc, phẫu tích vùng thoát vị, lỗ cơ lược và đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ vùng thoát vị, lỗ cơ lược, cố định mảnh ghép. Sau đó phúc mạc được khâu lại.

4.3.4. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc: Phẫu thuật viên sẽ đi vào khoang ngay phía sau cơ thẳng bụng. Đây là vùng vô mạch nên ít gây chảy máu. Mảnh ghép được đặt vào khoang này che phủ vùng thoát vị.

5. THEO DÕI TÁI KHÁM

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Khối thoát vị có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng cần phải phẫu thuật.

5.2. Tiêu chuẩn xuất viện

- Sau phẫu thuật phục hồi thành bẹn, bụng.
- Thoát vị không nghẹt hoặc kẹt, không đau, bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa.

5.3. Theo dõi tái khám

- Tái khám 1 tuần sau phẫu thuật
- Tái khám khi vết mổ nhiễm trùng. Nhận biết sớm dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ để phẫu thuật lấy mảnh ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sakarya A, Ayded H, Erhan MY, et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. *Surg Endosc* 2003;17:1494.
2. Cobb WS, Kercher KW, Heniford BT. Laparoscopic repair of incisional hernias. *Surg Clin North Am* 2005;85:91.
3. Anthony T, Bergen PC, Kim LT, et al: Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy. *World J Surg* 2000; 24:95-100
4. Rober M Zollinger, Christopher Ellison, 2010. Zollinger's Atlas of Surgical Operation, 9th edition.