

THOÁT VỊ BỆN

BS CK1 TRẦN THỊ BÍCH THÙY
PHÒNG KHÁM CHƯƠNG TRÌNH

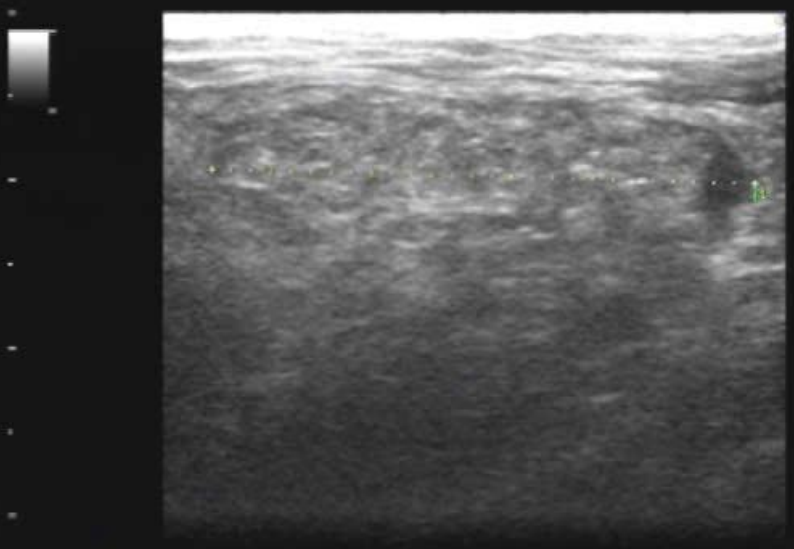


BỆNH SỬ

- NỮ , 46 TUỔI
- GẦN ĐÂY THẤY VÙNG BỤNG PHẢI CÓ KHỐI , THAY ĐỔI KÍCH THƯỚC, CÓ LÚC MẤT ĐI
- SỜ KHÔNG ĐAU



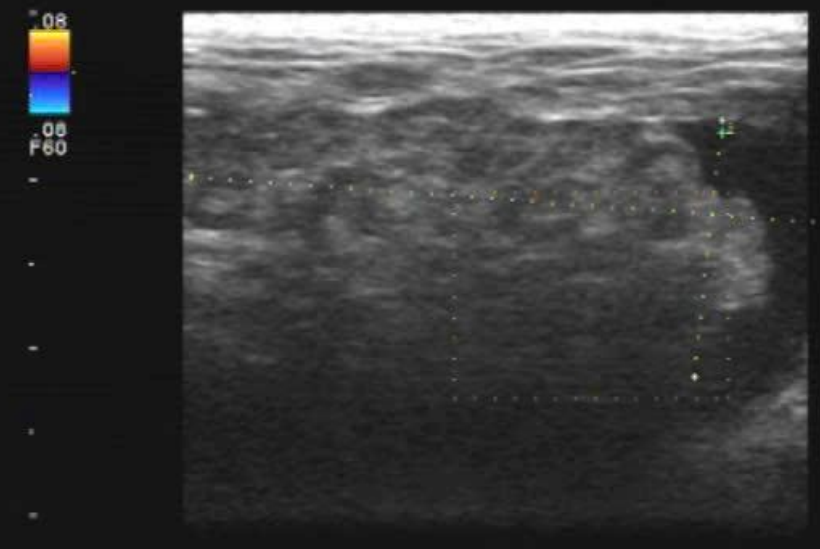
HÌNH ẢNH SIÊU ÂM



70%
241/241
26Hz

1Dist: 33.2mm 2Dist: mm

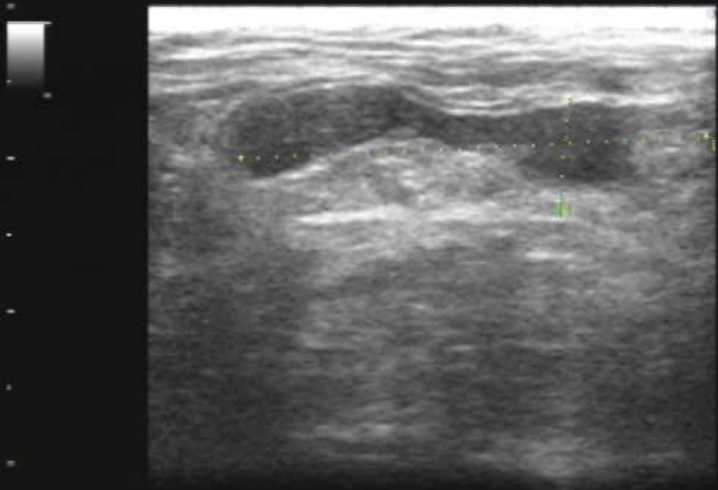
5.71M R3.5 G62 C16 A1
Mark start point. [AP] [BbH] [SCI]



70%
110/111
19Hz

1Dist: 39.6mm 2Dist: 15.4mm 3Dist: mm

5.71M R3.5 G58 C16 A1
Mark start point. [AP] [BbH] [SCI]



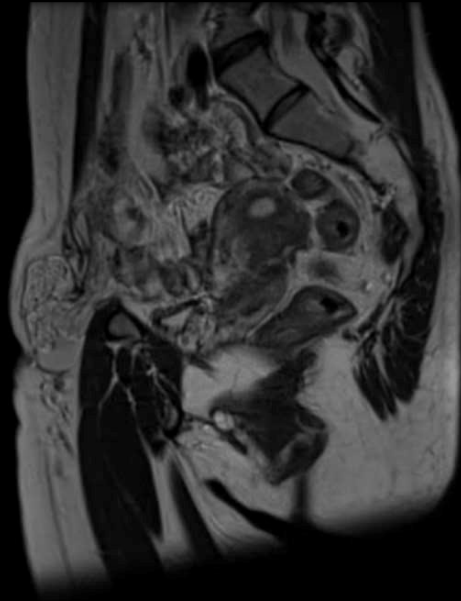
70%
416/416
26Hz

1Dist: 31.2mm 2Dist: 6.6mm 3Dist: mm

5.71M R3.5 G62 C16 A1
Mark start point. [AP] [BbH] [SCI]

b244033
Age: 46 years
F
20 May 2025
11:19:20

MR
pelvis MEDIC MEDICAL CENTER
t2_blade_sag



A



Seq: SE
Var: SK3PVOSP
Opt: SAT2
TR: 3500
TE: 72

Vitrea®
Zoom: 143%
W/L: 2307/1195
#9 at -87.7 mm

6244033
Age: 46 years
F
20 May 2025
11:19:20

MR
pelvis MEDIC MEDICAL CENTER
t1_vibe_fs_SAG_PRE_pelvis

53.3 mm



A



Seq: GR
Var: SPVOSP
Opt: PFPVFS
TR: 4.74
TE: 2.38

Vitrea®
Zoom: 133%
W/L: 775/403
#11 at -61.9 mm

6244033
Age:46 years
F
20 May 2025
11:19:20

MR
pelvis MEDIC MEDICAL CENTER
t2_blade_sag

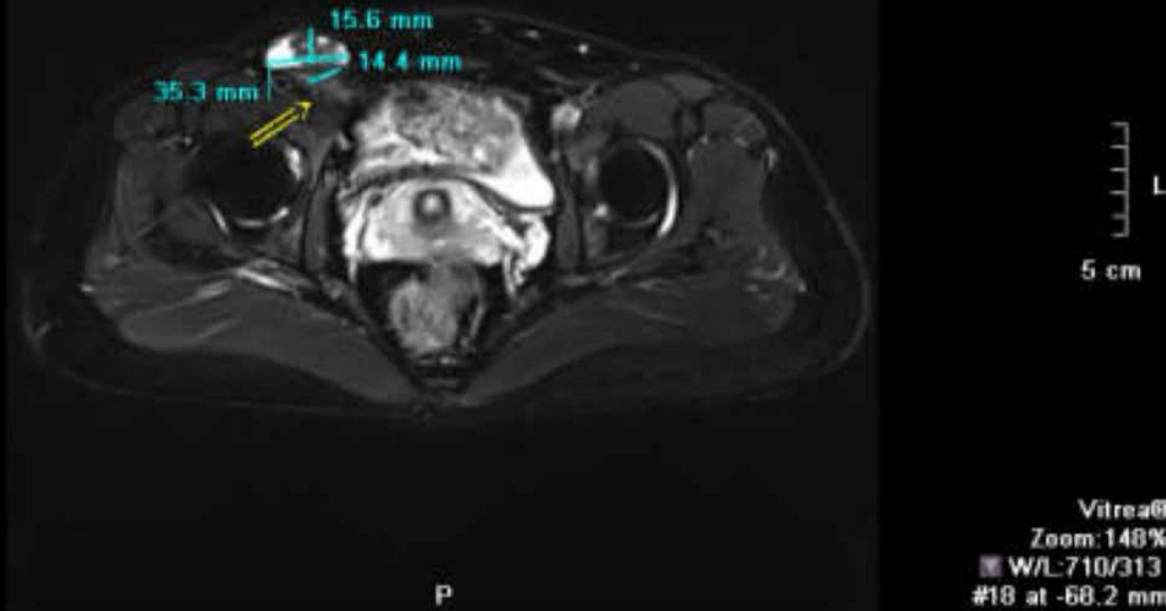


Seq:SE
Var:SK\SP\OSP
Opt:SAT2
TR:3500
TE:72

Vitrea®
Zoom:143%
W/L:1635/895
#10 at -84.9 mm

0244033
Age: 46 years
F
20 May 2025
11:19:20

MR
pelvis MEDIC MEDICAL CENTER
t2_blade_fs_tra_pelvis



HÌNH ẢNH MRI

Kết quả : KỸ THUẬT

Hình chụp vùng chậu với máy cộng hưởng từ 1,5tesla không tiêm thuốc tương phản, chuỗi xung Axial, sagittal và coronal T2WI fatsat, Axial và coronal T1GRE, các thông số kỹ thuật được in ở góc trái mỗi hình

MÔ TẢ

Thoát vị bẹn phải trong lớp mô mềm dưới da, khối thoát vị là quai ruột có kích thước d# 53x35x16 mm (cao x ngang x trước sau), bên trong chủ yếu chứa dịch, lỗ thoát vị nằm ở bờ trước trên của cơ lược phải, đường kính khoảng 14mm, không thấy phù nề mô mềm lân cận

Tử cung ngả sau, dAP# 38mm, nội mạc dày khoảng 8mm. Không thương tổn tử cung và buồng trứng hai bên. Không thấy thương tổn bàng quang.

Không thấy có hạch vùng chậu và bẹn hai bên

Không thấy tràn dịch ổ bụng và vùng chậu.

Không thấy thay đổi tín hiệu bất thường các xương và cơ vùng chậu

*** KẾT LUẬN:

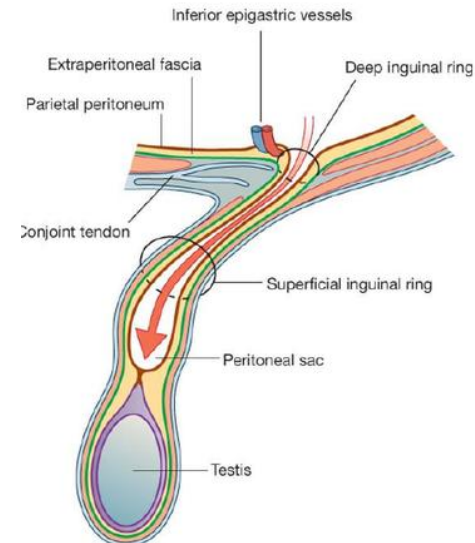
Thoát vị bẹn phải trong lớp mô mềm dưới da, khối thoát vị là quai ruột có kích thước d# 53x35x16 mm, lỗ thoát vị nằm ở bờ trước trên của cơ lược phải, đường kính khoảng 14mm, không thấy phù nề mô mềm lân cận

ĐỊNH NGHĨA

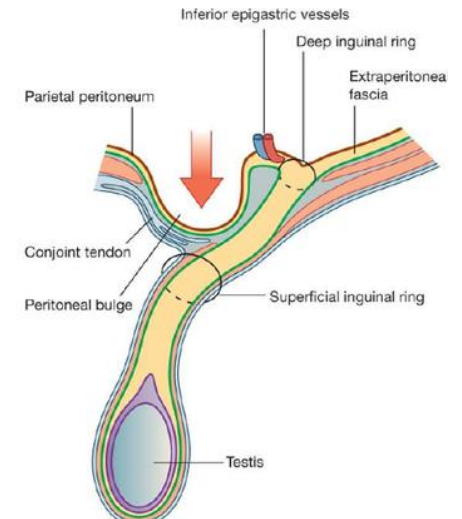
- Thoát vị bẹn là tình trạng một phần của các cơ quan nội tạng (như ruột, mạc nối) trong ổ bụng di chuyển ra ngoài qua một điểm yếu hoặc lỗ hổng ở thành bụng, thường ở vùng bẹn và có thể xuống bìu (ở nam giới). Thoát vị bẹn có thể xảy ra ở cả người lớn và trẻ em, và có thể là bẩm sinh hoặc do yếu tố tuổi tác, chấn thương, hoặc tăng áp lực trong ổ bụng.

CÁC DẠNG THOÁT VỊ BỤNG

- Thoát vị bụng gián tiếp: khi tạng thoát vị đi qua ống phúc tinh mạc.
- Thoát vị bụng trực tiếp: khi tạng thoát vị đi qua điểm yếu thành bụng.



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition. Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

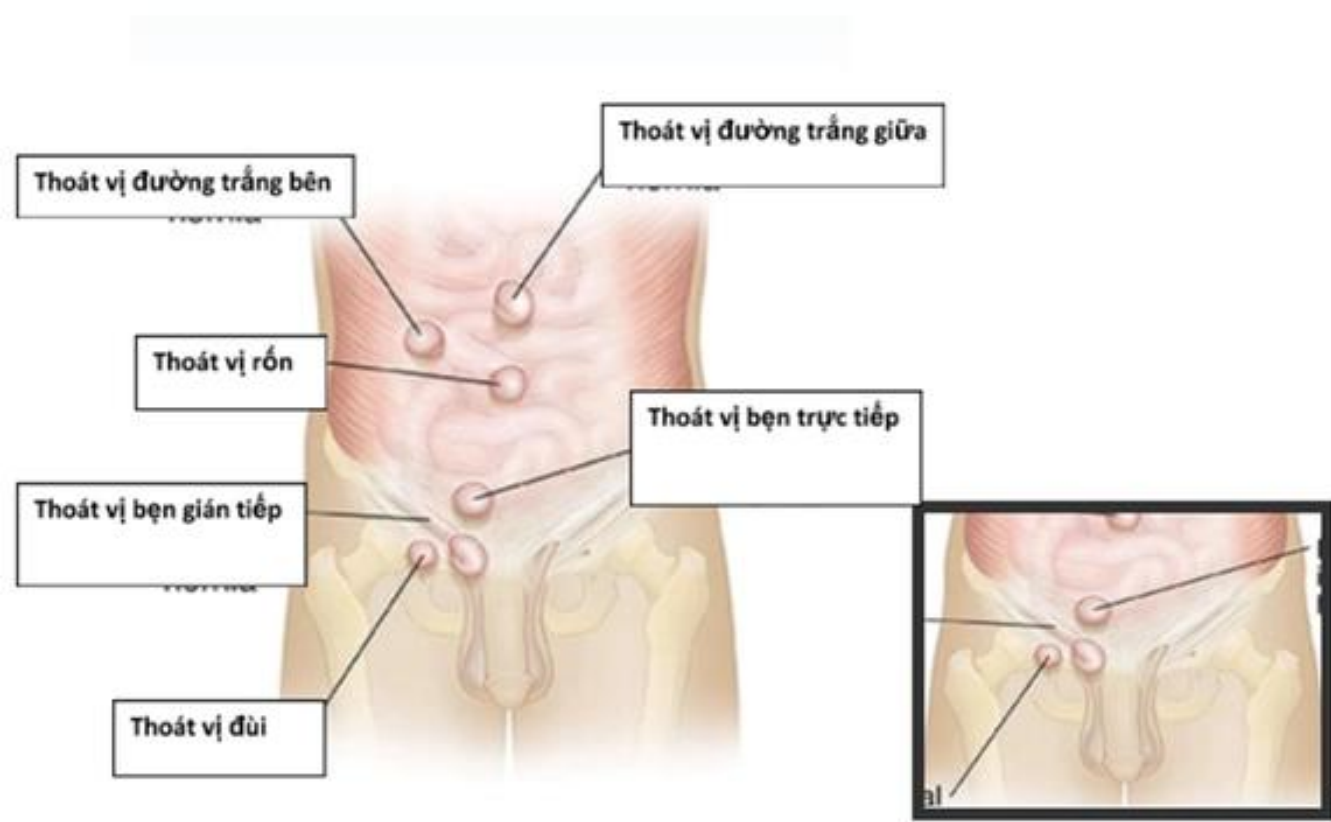


Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition. Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

Indirect Inguinal Hernia (congenital)	Direct Inguinal Hernia (Acquired)
Originates at the deep inguinal ring	Originates at the superficial inguinal ring
Usually associated with patent processus vaginalis	Usually associated with weak superficial ring and/or conjoint tendon
Passes through inguinal canal	Does not pass through canal
Enters scrotum through superficial ring	Bulges at the superficial ring and rarely enters scrotum
Herniation is lateral to inferior epigastric artery	Herniation is medial and inferior to inferior epigastric artery

NGUYÊN NHÂN BỆNH THOÁT VỊ BỤNG NGƯỜI LỚN

- *Nguyên nhân bẩm sinh*
- Ống phúc tinh mạc không đóng lại hoàn toàn, tạo thành một điểm yếu trên thành bụng sẽ tạo nên túi thoát vị gián tiếp có sẵn, đây là điều kiện khiến nguy cơ bị thoát vị mắc phải cao. Bệnh nhân có thể có thể có các bệnh lý khác liên quan như u nang thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn.
- *Nguyên nhân mắc phải*
- Do sự suy yếu thành bụng ở tuổi già gây thoát vị trực tiếp. Hoặc một số bệnh gây mất collagen trong mô, suy dinh dưỡng hoặc béo phì, thương tích vùng bẹn, lao động quá sức... cũng là yếu tố nguy cơ gây suy yếu vùng thành bẹn và gây thoát vị.
- Sự tăng áp lực ổ bụng một cách liên tục hoặc không liên tục nhưng kéo dài chính là yếu tố thuận lợi thúc đẩy thoát vị, bao gồm:
 - Táo bón kéo dài trong nhiều năm, hoặc do u đại tràng.
 - Hẹp niệu đạo hoặc tăng sản lành tính tuyến tiền liệt gây khó tiểu.
 - Ho kéo dài.
 - Có thai hoặc có khối u lớn trong bụng.
 - Đã từng bị thoát vị ở bẹn trước đó.



TRIỆU CHỨNG BỆNH THOÁT VỊ BÈN NGƯỜI LỚN

- Khi mắc thoát vị bẹn, người bệnh thường có cảm giác tức nặng vùng bẹn bìu, một bên bìu to lên thành khối phồng do ruột ở trên dồn xuống. Vùng bìu càng to hơn khi người bệnh đi lại, chạy nhảy hay làm việc nặng, giảm hoặc mất hẳn khi người bệnh nằm nghỉ.

-

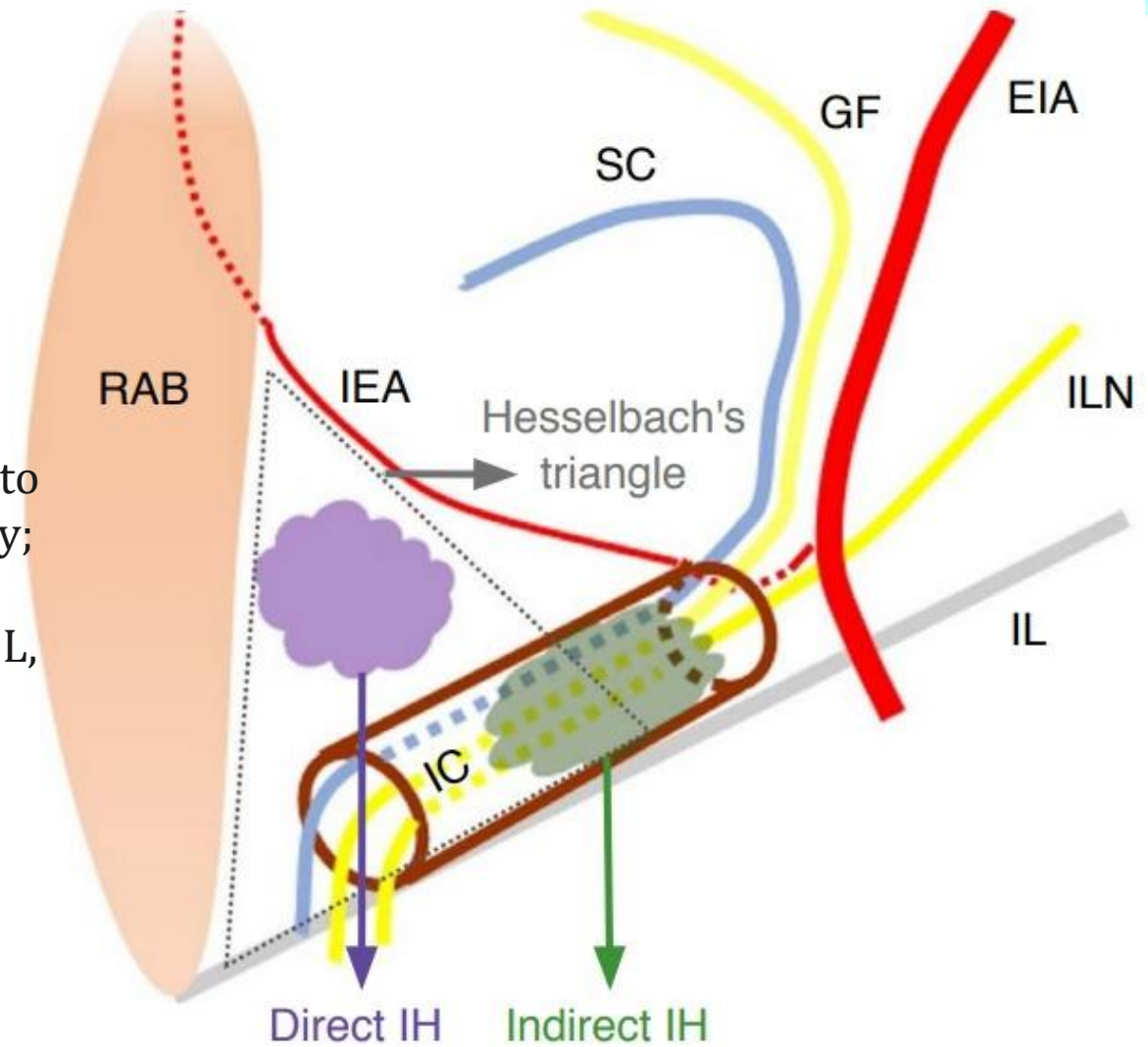
BIẾN CHỨNG CỦA THOÁT VỊ BỆN MỚI THỰC SỰ NGUY HIỂM BAO GỒM: THOÁT VỊ KẾT VÀ THOÁT VỊ BỆN NGHỆT

- **Thoát vị kết:** là khi một phần của ruột, mô mỡ hoặc buồng trứng bị kẹt lại trong túi thoát vị. Thoát vị kết tạo nên khối chắc, căng đau và có thể gây nôn, táo bón
- **Thoát vị bệnh nghệt:** là tình trạng nguy hiểm nhất khi mà các mô trong túi thoát vị bị xoắn lại có thể dẫn đến hoại tử vì không được cấp đủ máu. Triệu chứng sốt, sưng vùng thoát vị kèm đỏ, viêm và rất đau cũng là hậu quả của biến chứng.
- Khi mắc thoát vị bệnh, người bệnh thường có cảm giác tức nặng vùng bệnh bìu, một bên bìu to lên thành khối phồng do ruột ở trên dồn xuống. Vùng bìu càng to hơn khi người bệnh đi lại, chạy nhảy hay làm việc nặng, giảm hoặc mất hẳn khi người bệnh nằm nghỉ.

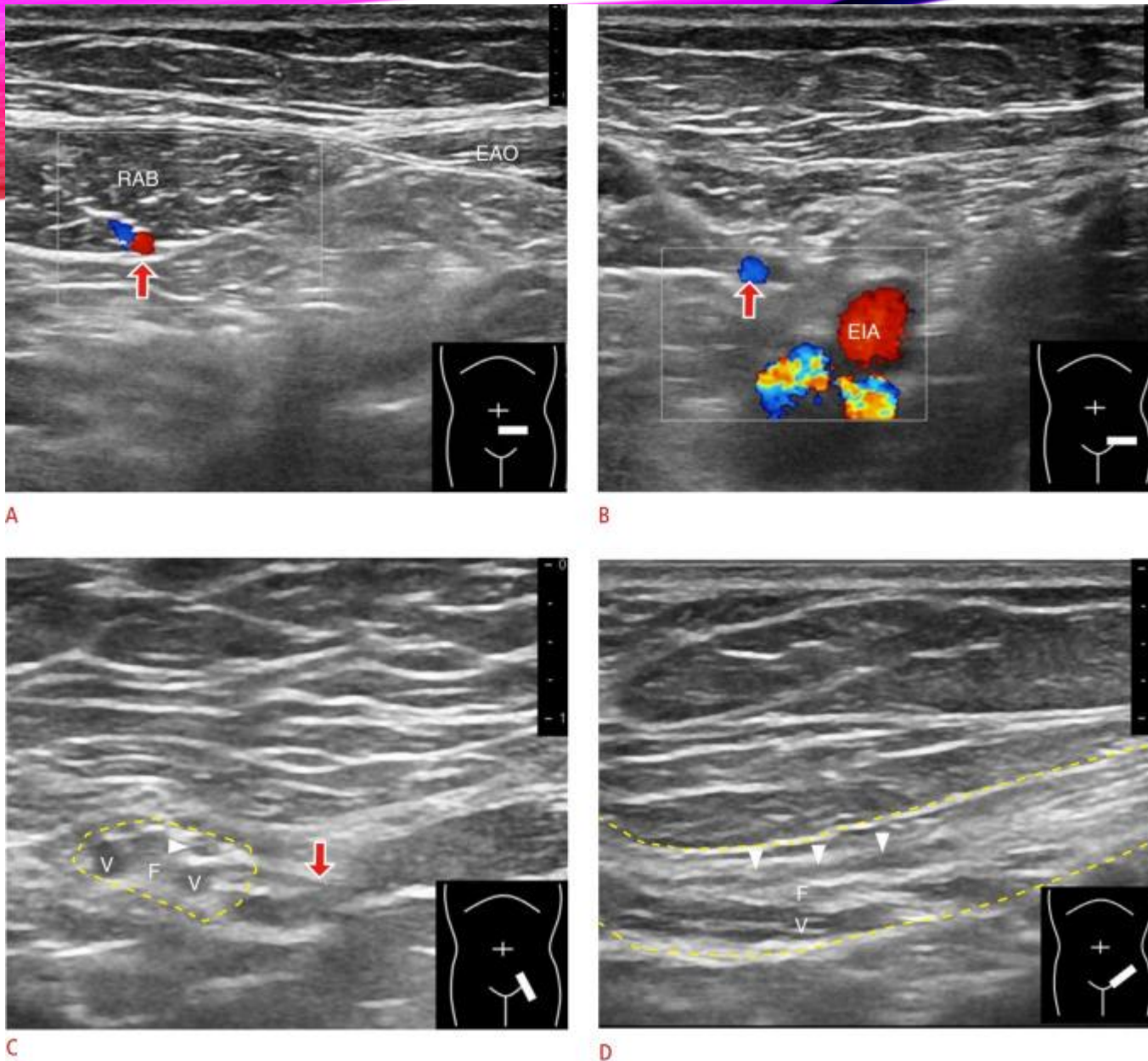
CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH THOÁT VỊ BỆN NGƯỜI LỚN

- Hiện nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính cho bệnh thoát vị bẹn. Đây là một phẫu thuật rất phổ biến và mang lại hiệu quả cao cho người bệnh nếu được phát hiện kịp thời và được thực hiện bởi bác sĩ có tay nghề cao. Bác sĩ có thể chỉ định phẫu thuật bằng phương pháp mổ mở hoặc nội soi tùy vào từng tình huống cụ thể.
- **Mổ mở:** Phẫu thuật viên sẽ dùng dao rạch một đường nhỏ ở vùng bẹn để đưa các cơ quan trở về vị trí trong ổ bụng và gia cố thành bụng vùng bẹn bằng cân cơ hoặc lưới nhân tạo tùy tình huống. Đây là phương pháp phẫu thuật truyền thống, có thể thực hiện dưới gây mê hoặc gây tê.
- **Mổ nội soi:** Phẫu thuật viên sẽ rạch một số đường nhỏ trên bụng để dùng một ống soi có camera ở đầu và các dụng cụ chuyên dụng để gia cố vùng bẹn. Phương pháp này được đánh giá cao hơn nhờ ưu điểm ít xâm lấn, sẹo nhỏ và mau phục hồi. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi phụ thuộc nhiều vào máy móc và tay nghề phẫu thuật viên, do đó, người bệnh cần tìm đến các bệnh viện uy tín, trang thiết bị hiện đại, bác sĩ có kinh nghiệm để đảm bảo an toàn cho quá trình phẫu thuật và hồi phục sau mổ.

Schematic drawing demonstrates the structures relevant to the occurrence of inguinal hernia. EIA, external iliac artery; GF, genital branch of the genitofemoral nerve; IC, inguinal canal; IEA, inferior epigastric artery; IH, inguinal hernia; IL, inguinal ligament; ILN, ilioinguinal nerve; RAB, rectus abdominis muscle; SC, spermatic cord.



Ultrasonography of the normal inguinal canal.



- A. The transducer is placed next to the lateral edge of the rectus abdominis muscle (RAB). B. The transducer is gradually moved from the superior-medial to inferior-lateral aspects to visualize the inferior epigastric artery (red arrows in A-C) approaching the external iliac artery (EIA). C. The transducer is then pivoted 90° to see the inguinal canal (yellow dashed region) on its short axis. D. Once the short axis of the inguinal canal is located, the transducer can be redirected parallel to the inguinal ligament to identify the inguinal canal in the long axis. White arrowheads indicate vas deferens. EAO, external abdominal oblique muscle; V, testicular vessels; F, fat.

Giải phẫu
thoát vị bẹn

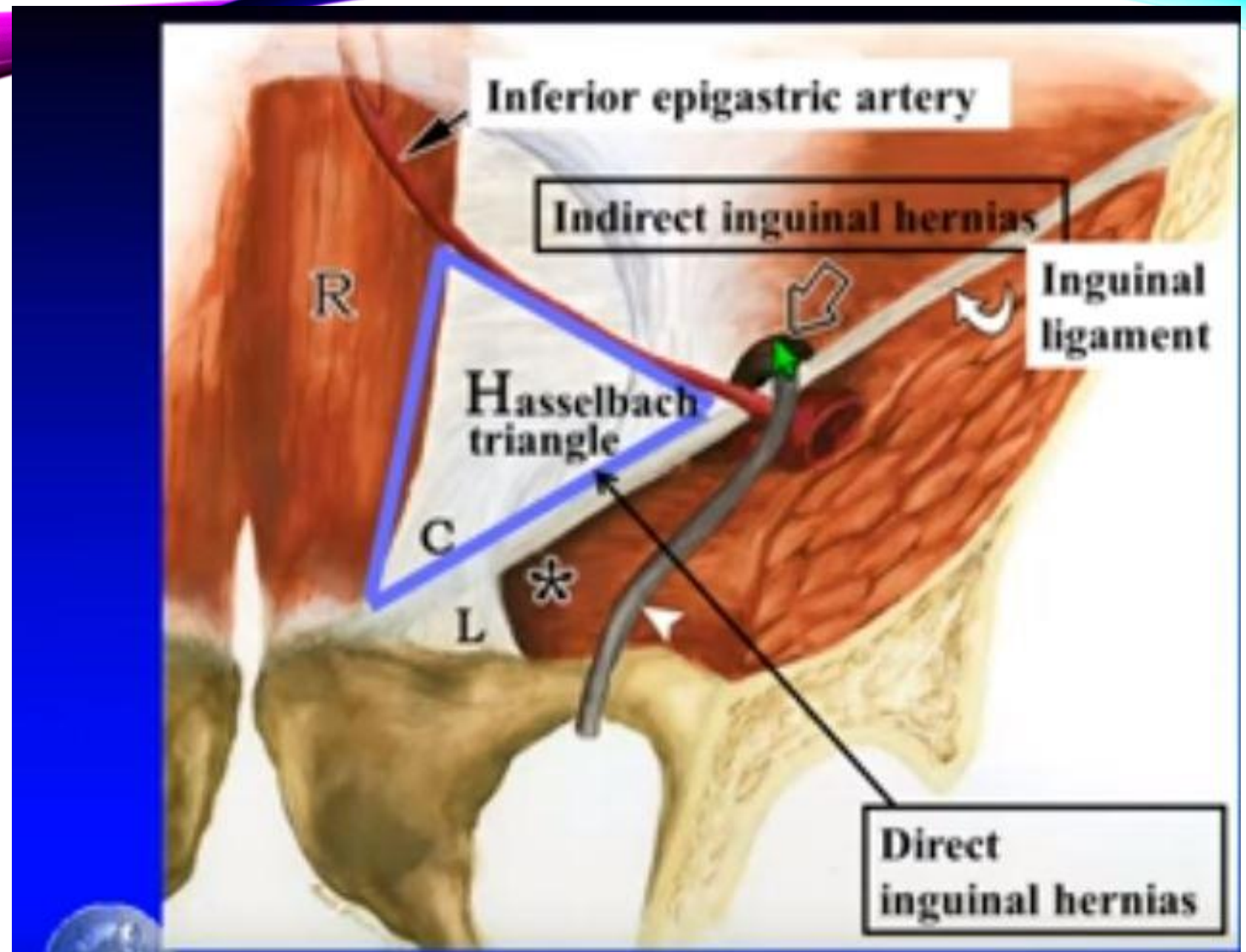
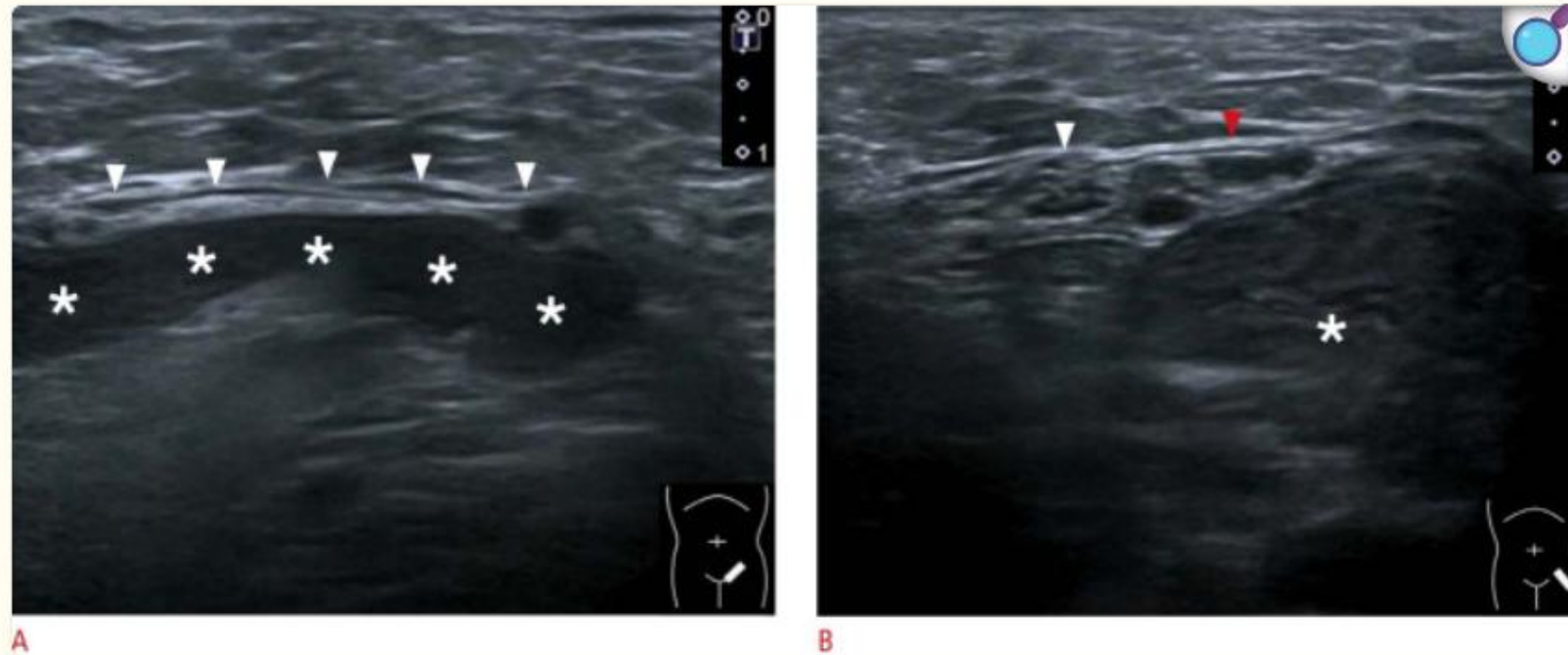


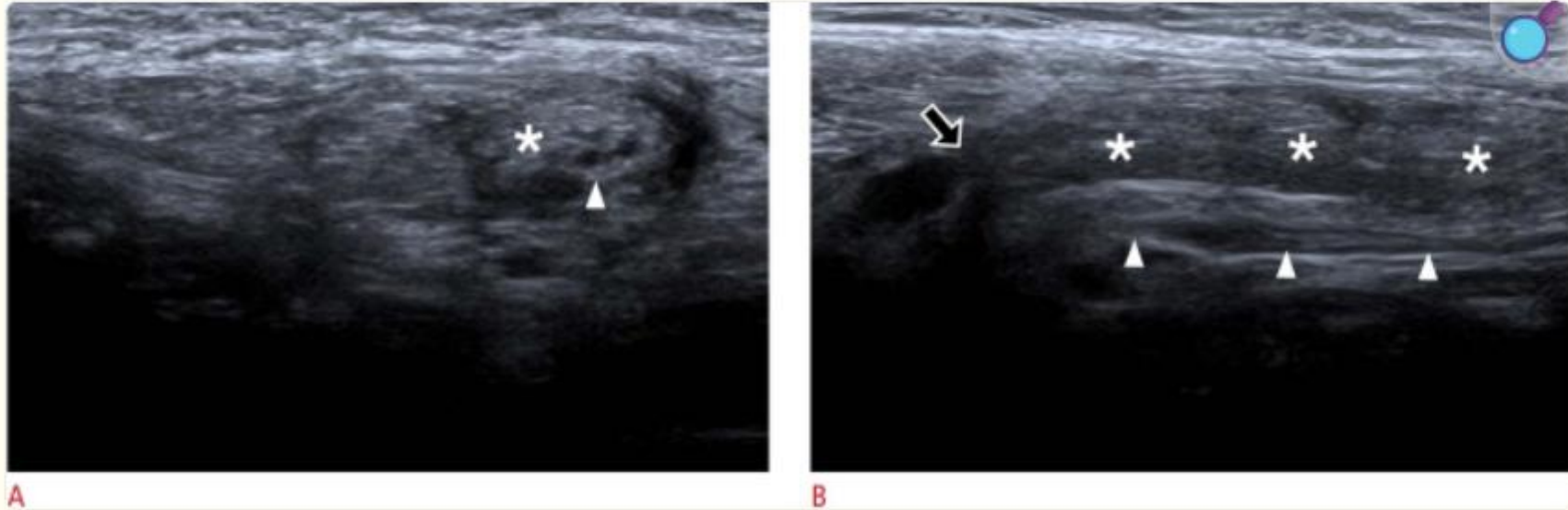
Fig. 3. Ultrasonography in a man with indirect inguinal hernia.



[Open in a new tab](#)

A. The transducer was placed in the long-axis view to visualize the hernia sac, the inside of which contained peritoneal fat and bowels (asterisks in A and B). B. The transducer was placed in the short-axis view to visualize the hernia sac. White arrowheads and red arrowhead indicate spermatic cord and testicular vessel, respectively.

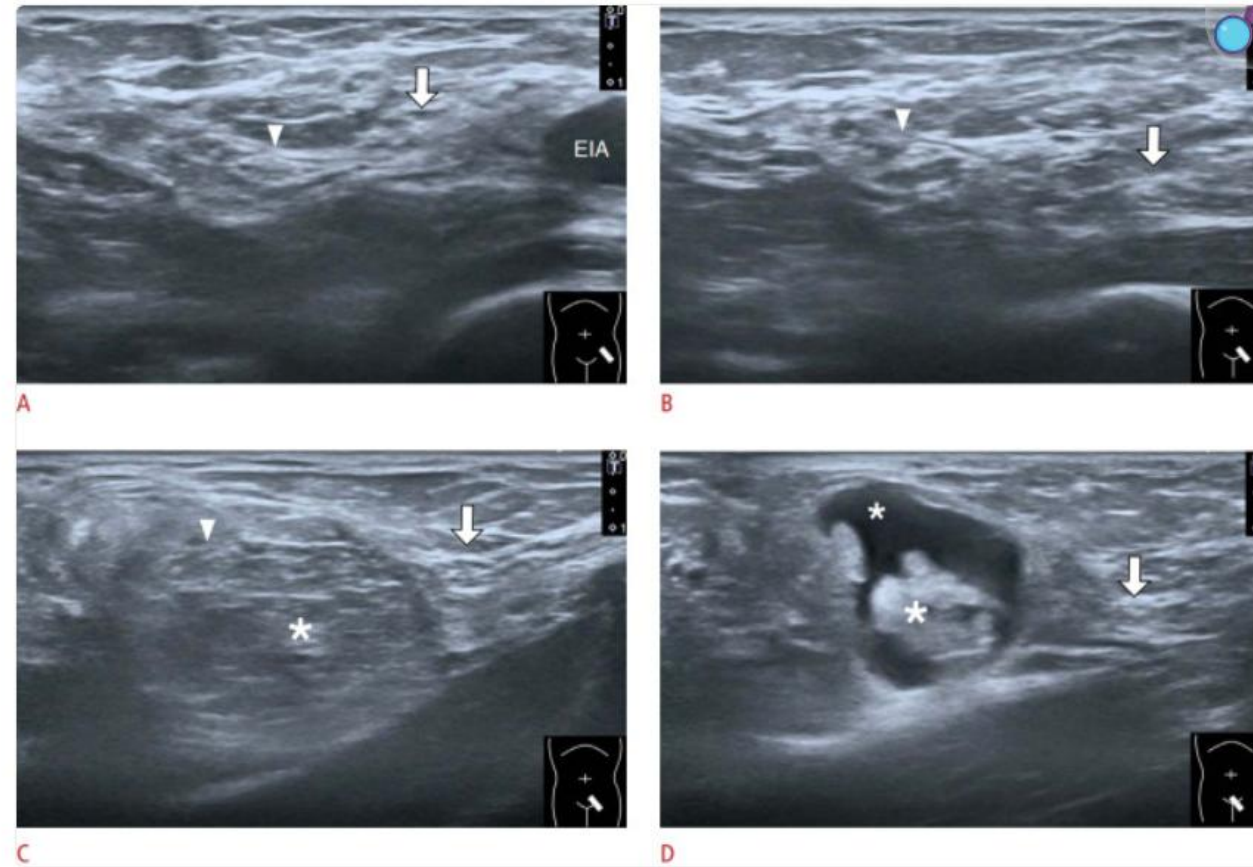
Fig. 4. Ultrasonography in another man with indirect inguinal hernia.



[Open in a new tab](#)

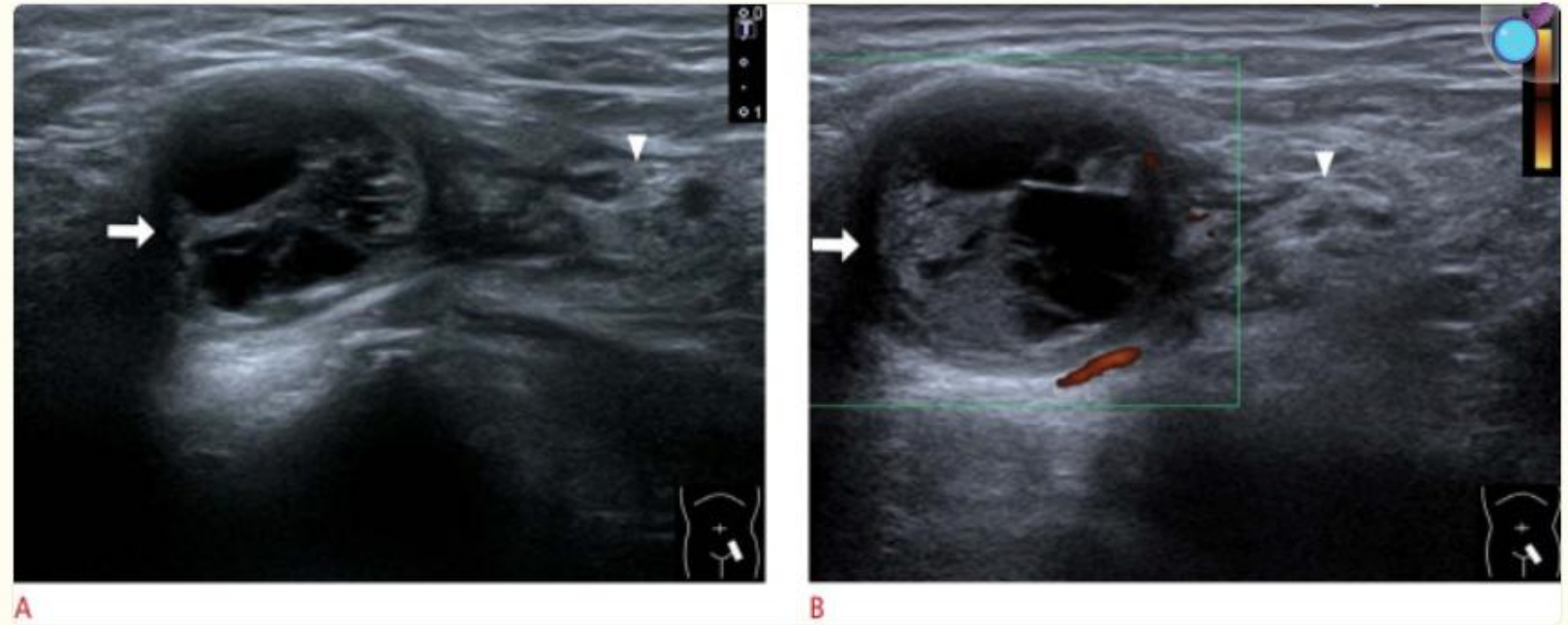
A. The transducer was placed in the short-axis view to visualize the hernia sac, the inside of which contained peritoneal fat and bowels (asterisks in A and B). B. The transducer was placed in the long-axis view to visualize the hernia sac. The deep inguinal ring (black arrow) could be visualized at the cranial side of the hernia sac. White arrowheads indicate spermatic cord.

Fig. 6. Ultrasonography in a woman with indirect inguinal hernia.



A. Ultrasonography of the inguinal canal was obtained at the level of the deep inguinal ring. B. Ultrasonography of the inguinal canal was obtained at the middle portion of the inguinal ligament. C. Ultrasonography of the inguinal canal was obtained at its maximally dilated part. D. Ultrasonography of the inguinal canal was obtained at the superficial inguinal ring. EIA, external iliac artery. White arrowheads, round ligament; white arrows, inguinal ligament; large asterisks, hernia sac with peritoneal fat and bowel; small asterisk, fluid.

Fig. 12. Ultrasonography of a hematoma after a hernia repair.

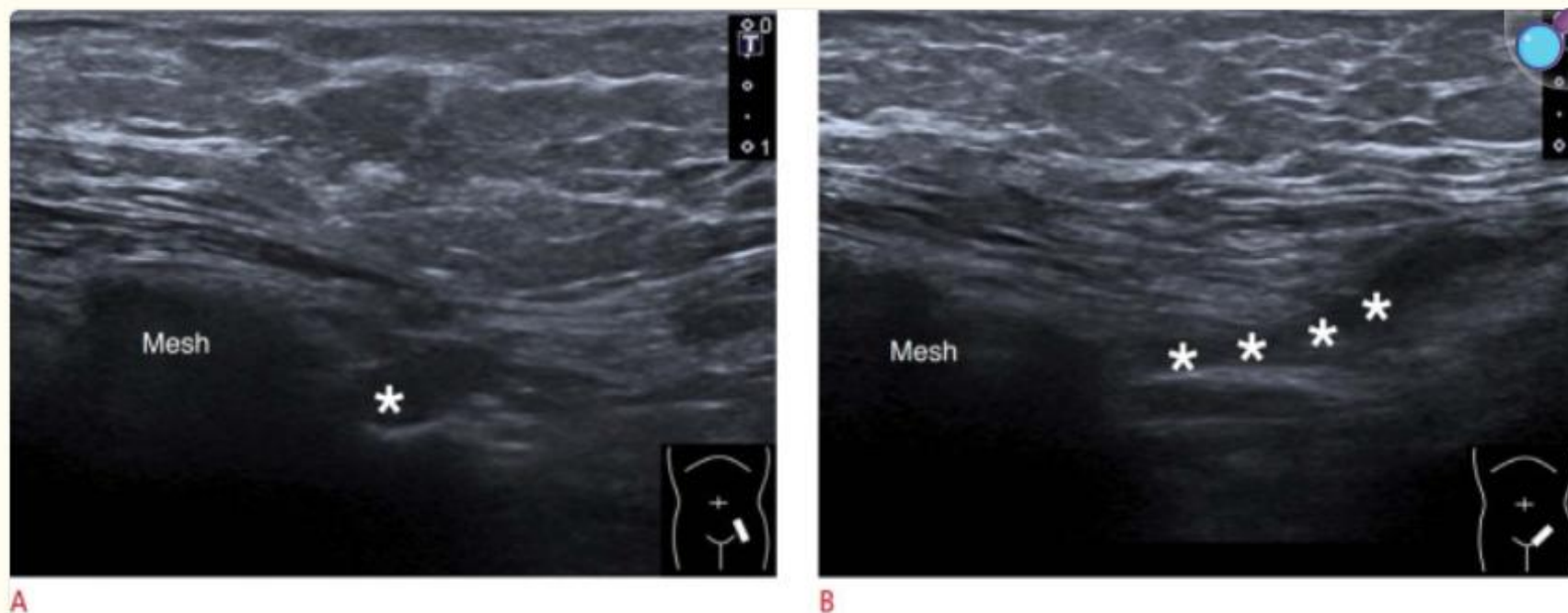


A. Ultrasonography was obtained over the inguinal region using the B mode, revealing a circular hypoechoic structure with multiple intralesional septa. B. Ultrasonography was obtained over the inguinal region using the power Doppler imaging, showing an increase in peripheral vascularity of the lesion. White arrows, hematoma; white arrowheads, spermatic cord.

[Open in a new tab](#)

SIÊU ÂM THEO DÕI
SAU ĐIỀU TRỊ THOÁT
VỊ

Fig. 13. Ultrasonography of recurrence after surgical repair for indirect inguinal hernia.



[Open in a new tab](#)

A. Ultrasonography was obtained in the short-axis view of the inguinal canal. B. Ultrasonography was obtained in the long-axis view of the inguinal canal. Asterisks indicate hernia sac with peritoneal fat.

SIÊU ÂM THEO DÕI
SAU ĐIỀU TRỊ THOÁT
VỊ

TÓM TẮT

- **Hầu hết các thoát vị bẹn được chẩn đoán** bằng cách hỏi bệnh sử và khám sức khỏe kỹ lưỡng. Khi bệnh sử gợi ý mạnh mẽ về thoát vị, nhưng không thể phát hiện ra khi khám hoặc trong những trường hợp mà thể trạng cơ thể hạn chế việc khám sức khỏe, thì có thể cần phải tiến hành điều tra bằng hình ảnh học.
- Các phương thức chụp hình ảnh học bao gồm siêu âm (US), chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI).
- Siêu âm là phương thức ít xâm lấn nhất, nhưng phần lớn phụ thuộc vào kỹ năng của người kiểm tra. Kiểm tra nên được thực hiện với động tác Valsalva để tăng áp lực trong ổ bụng. Siêu âm có thể phát hiện thoát vị bẹn với độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 77%.
- Chụp CT có lợi khi chẩn đoán không rõ ràng. Chụp CT có thể phân định rõ hơn giải phẫu bẹn và giúp phát hiện các nguyên nhân khác của khối u bẹn hoặc trong các trường hợp thoát vị phức tạp. Chụp CT có thể phát hiện thoát vị bẹn với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 65%.
- MRI có độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 96% trong việc phát hiện thoát vị bẹn. Tuy nhiên, MRI đắt tiền và hiếm khi được sử dụng để chẩn đoán thoát vị bẹn do khả năng tiếp cận hạn chế. Khi được chỉ định, MRI có thể được sử dụng để hỗ trợ phân biệt chấn thương liên quan đến thể thao với thoát vị bẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9262670/>
- <https://bvdktinhthanhhoa.com.vn/tin-tuc/tin-hoat-dong-benh-vien/thoat-vi-ben-nguoi-lon-nguyen-nhan-trieu-chung-phong-benh-va-dieu-tri.html>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/>

