

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG

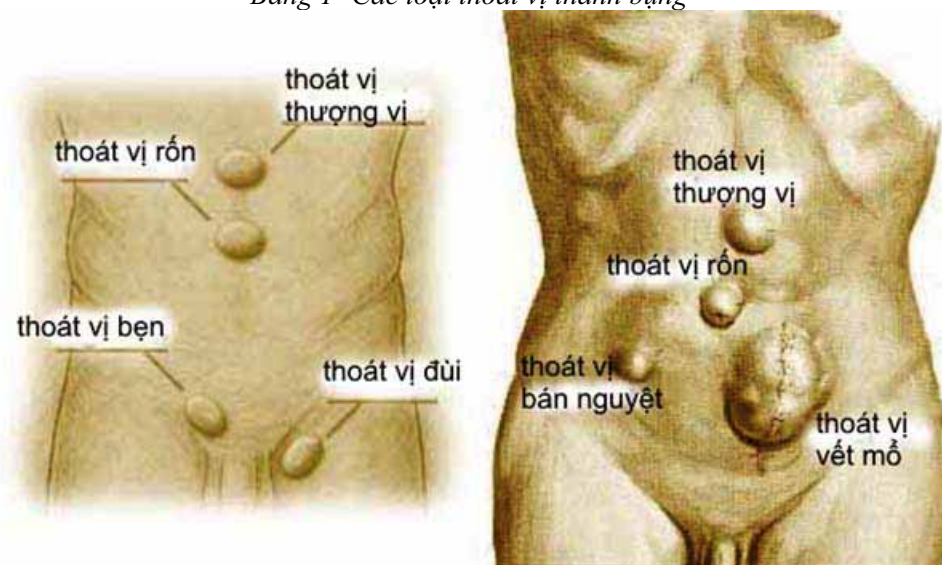
1-Đại cương:

Thoát vị thành bụng là một trạng thái bệnh lý gây ra do sự di chuyển của các tạng từ trong xoang bụng (thường là ruột non) ra phía ngoài thành bụng, qua một chỗ yếu của thành bụng. Chỗ yếu của thành bụng là nơi mà thành bụng không có lớp cơ, chỉ có lớp cân hay mạc che phủ.

Các thoát vị thành bụng có thể gặp (bảng 1, hình 1):

<i>Thoát vị vùng bẹn-đùi:</i> <i>Thoát vị bẹn trực tiếp</i> <i>Thoát vị bẹn gián tiếp</i> <i>Thoát vị bẹn thể kết hợp</i> <i>Thoát vị đùi</i> <i>Thoát vị thành bụng trước:</i> <i>Thoát vị rốn</i> <i>Thoát vị thượng vị</i> <i>Thoát vị spigelian</i> <i>Thoát vị vết mổ</i>	<i>Thoát vị lưng:</i> <i>Thoát vị tam giác lưng trên</i> <i>Thoát vị tam giác lưng dưới</i> <i>Thoát vị vùng chậu:</i> <i>Thoát vị bịt</i> <i>Thoát vị toạ</i> <i>Thoát vị đáy chậu</i>
--	--

Bảng 1- Các loại thoát vị thành bụng



Hình 1- Các loại thoát vị thành bụng

Các thoát vị thành bụng được xem là thoát vị ngoại. Cần phân biệt với thoát vị nội là sự thoát vị của ruột qua một lỗ khiếm khuyết trong xoang bụng.

Có một số “biến thể” của thoát vị thành bụng:

- Thoát vị gian thành là một hình thức thoát vị thành bụng trong đó tạng thoát vị cũng di chuyển qua một chỗ yếu của thành bụng, nhưng không ra phía ngoài thành bụng, mà nằm giữa các lớp cân cơ của thành bụng.
- Thoát vị Richter cũng là một hình thức thoát vị thành bụng, nhưng chỉ một phần của thành ruột phía bên đối diện với bờ mạc treo bị thoát vị.

- Thoát vị trượt hình thành là do có sự “trượt” của một tạng, mà một phần thành của nó cấu thành nên phúc mạc, qua một chỗ yếu của thành bụng. Một phần thành tạng thoát vị cấu thành nên một phần túi thoát vị.

Một thoát vị thành bụng bao gồm một túi và một cổ túi. Túi thoát vị có bản chất là phúc mạc thành phát triển nhô qua khỏi lỗ thoát vị. Cổ túi thoát vị nằm cố định ở lớp cân trong cùng nhất của thành bụng, tương ứng với vị trí của lỗ thoát vị.

Các hình thái lâm sàng của một thoát vị thành bụng:

- Tạng thoát vị xoay trở tự do trong túi thoát vị. Túi thoát vị ngày càng lớn ra và phá huỷ dần các cấu trúc thành bụng xung quanh. Tạng thoát vị có nguy cơ bị chấn thương do không có lớp cơ thành bụng che chở.
- Tạng thoát vị dính vào túi thoát vị nhưng tạng không bị thiếu máu và vẫn đảm bảo chức năng sinh lý bình thường (thoát vị kẹt).
- Lỗ thoát vị xiết chặt tạng thoát vị làm tạng bị thiếu máu động mạch (và ứ trệ máu tĩnh mạch) dẫn đến tạng bị hoại tử (thoát vị nghẹt).

Tần suất:

- Thoát vị bẹn chiếm 75% tất cả các loại thoát vị (2/3 các thoát vị bẹn là thoát vị bẹn gián tiếp). Các loại thoát vị khác chiếm tỉ lệ như sau: thoát vị vết mổ 15-20%, thoát vị rốn và thoát vị vùng thượng vị 10%, thoát vị đùi 5%. Chiếm phần còn lại là các loại thoát vị hiếm gặp khác.
- Tỉ lệ thoát vị vùng bẹn đùi ở nam gấp 25 lần so với nữ. Tỉ lệ thoát vị đùi ở nữ gấp 10 lần so với nam. Tỉ lệ này đối với thoát vị rốn là 2 lần. Dù vậy, thoát vị bẹn vẫn là thoát vị phổ biến nhất ở nữ giới. Hầu hết thoát vị bẹn ở nữ giới là thoát vị bẹn gián tiếp. Nam giới hiếm khi bị thoát vị đùi. 10% nữ và 50% nam bị thoát vị đùi có cùng lúc hoặc sẽ bị thoát vị bẹn phối hợp.
- Thoát vị bẹn nghẹt chiếm tỉ lệ cao nhất trong tất cả các loại thoát vị nghẹt. Nguy cơ nghẹt tạng thoát vị cao nhất là ở thoát vị bịt (khoảng 50% thoát vị bịt được chẩn đoán trong tình trạng nghẹt), kế đến là thoát vị đùi (15-20%).
- Thoát vị bẹn, cũng như thoát vị đùi, thường xảy ra ở bên phải.
- Tần suất xảy ra thoát vị (đặc biệt thoát vị bẹn, thoát vị đùi và thoát vị rốn) tăng dần theo tuổi.

2-Chẩn đoán và điều trị thoát vị bẹn:

Trong thoát vị bẹn, tạng thoát vị đi qua chỗ yếu thành bụng vùng bẹn. Có hai chỗ yếu của thành bụng vùng bẹn: lỗ bẹn sâu và tam giác bẹn (tam giác Hessenbach). Lỗ bẹn sâu là nơi xảy ra thoát vị bẹn gián tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên trong túi thoát vị), còn tam giác bẹn là nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên ngoài túi thoát vị).

Hướng di chuyển của các tạng thoát vị trong các thoát vị bẹn:

- 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 ngoài bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.

Nguyên nhân của thoát vị bẹn:

- Thoát vị bẩm sinh: còn tồn tại ống phúc tinh mạc (nam) hay ống Nuck (nữ).
- Thoát vị mắc phải có nhiều yếu tố kết hợp:
 - Yếu tố thuận lợi: tư thế đứng, lao động nặng, bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng.
 - Yếu tố sinh học: giảm hydroxyproline, tăng sinh fibroblast, mạng microfibrin phân bố không đều, giảm quá trình hydroxyl hoá và hoạt động lysyl oxidase...tại lớp cân cơ vùng thành bẹn.
- Thoát vị bẹn gián tiếp có thể bẩm sinh hay mắc phải. Thoát vị bẹn trực tiếp và thoát vị đùi hầu hết là mắc phải.

Có nhiều phương pháp phân loại thoát vị bẹn đùi. Phương pháp phổ biến nhất là phân loại theo Nyhus (bảng 2):

1	Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường. Thường gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ em và người trẻ
2	Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng nhưng sàn bẹn không bị ảnh hưởng. Khối thoát vị chưa xuống bìu.
3A	Thoát vị bẹn trực tiếp (kích thước bất kỳ)
3B	Thoát vị bẹn gián tiếp, sàn bẹn bị phá hủy. Các thoát vị xuống bìu, thoát vị trượt, thoát vị thể kết hợp ^(*) nằm trong nhóm này
3C	Thoát vị đùi
4	Thoát vị tái phát. Các chữ A,B,C,D thường được thêm vào sau số 4, tương ứng với với thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp, đùi và hỗn hợp.

Bảng 2- Phân loại thoát vị bẹn-đùi theo nyhus

(*): Thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp cùng xuất hiện ở một bên

Nắm vững cấu trúc giải phẫu vùng bẹn đùi là yếu tố quan trọng quyết định đến sự thành công của phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đùi (hình 2,3).

2.1-Chẩn đoán:

Chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào bệnh sử kết hợp thăm khám lâm sàng.

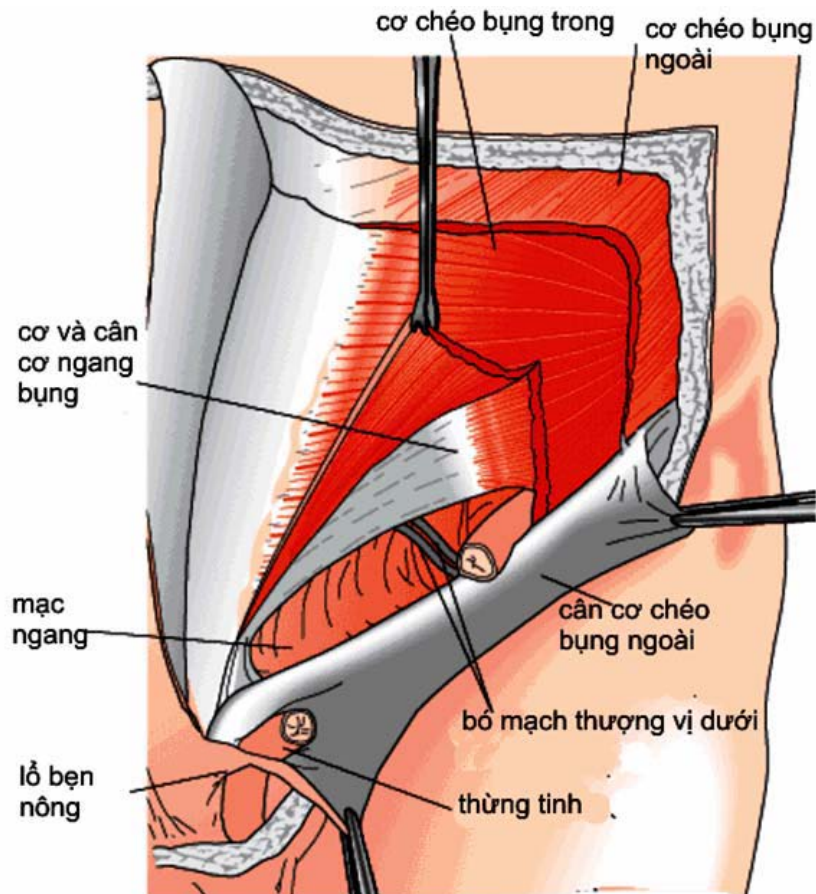
Các hình thái lâm sàng của thoát vị bẹn:

- Không có khối phòng
- Khối phòng xuất hiện thường trực ở vùng bẹn
- Khối phòng xuất hiện ở vùng bẹn khi BN đứng, ho, phình bụng hay vận động mạnh.
- Khối phòng đau vùng bẹn

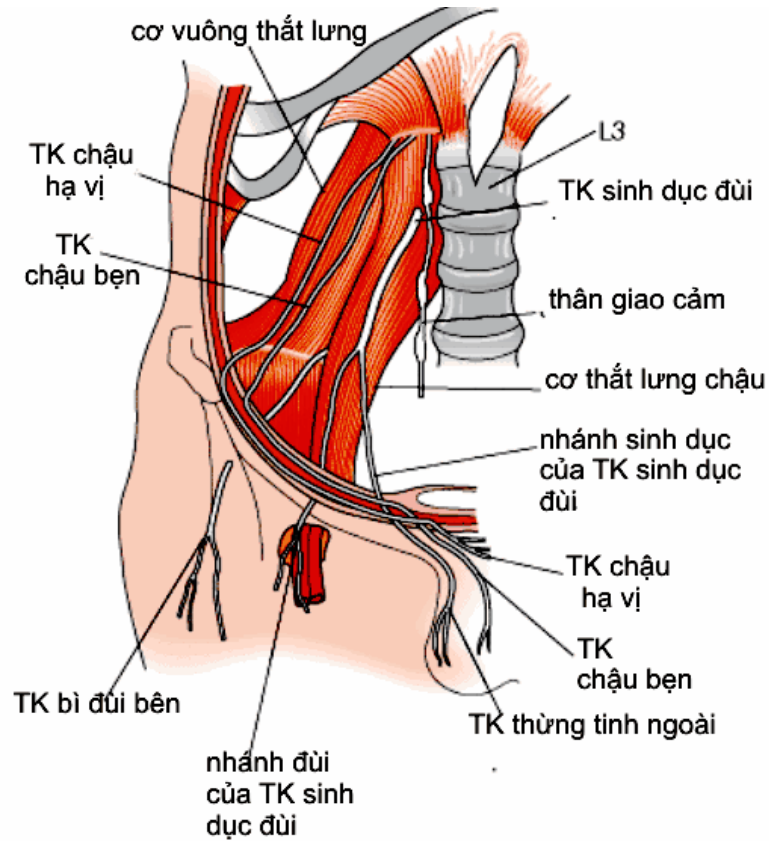
Nếu BN nhập viện vì cảm giác tung tức khó chịu, đau mơ hồ hay dị cảm vùng bẹn, cần nghĩ đến khả năng BN có thể có một khối thoát vị bẹn nhỏ. Những BN có thành bụng dày mỡ, khối thoát vị, ngay cả khi đạt đến kích thước tương đối lớn, cũng vẫn có thể không quan sát được khi nhìn từ ngoài. Đặt lòng bàn tay áp vào vùng bẹn, yêu cầu BN ho hay phình bụng sẽ có cảm giác khối phòng chạm vào bàn tay. Có thể làm nghiệm pháp chạm ngón để phát hiện khối thoát vị, nhưng nghiệm pháp này thường làm cho BN khó chịu.

Nếu BN nhập viện vì khối phòng vùng bẹn xuất hiện mỗi khi đứng, ho rặn hay làm việc nặng, thoát vị bẹn là chẩn đoán đầu tiên.

BN có thể được thăm khám ở tư thế đứng hay nằm.



Hình 2- Các lớp cân cơ thành bẹn



Hình 3- Thần kinh chi phối vùng bẹn

Việc thăm khám cần thoả mãn được hai yêu cầu: xác định BN có bị thoát vị vùng bẹn không và xác định BN bị thoát vị bẹn trực tiếp hay gián tiếp. Đẩy khối phòng vào lại xoang bụng, yêu cầu BN ho hay phình bụng. Nếu thấy khối phòng xuất hiện trở lại, chẩn đoán thoát vị bẹn đã được xác định. Dựa vào tính chất xuất hiện của khối phòng, có thể chẩn đoán phân biệt đây là khối thoát vị trực tiếp hay khối thoát vị gián tiếp (bảng 3). Sờ nắn khối thoát vị cũng có thể xác định ruột hay mạc nối lớn bị thoát vị (tuy nhiên điều này không quan trọng): nếu ruột thoát vị, nắn khối sẽ có cảm giác lợc xọc. Trong trường hợp mạc nối lớn, cảm giác sẽ lờn nhõn.

<i>Thoát vị bẹn gián tiếp</i>	<i>Thoát vị bẹn trực tiếp</i>
<i>Bắt đầu xuất hiện ở lỗ bẹn sâu</i>	<i>Bắt đầu xuất hiện ở tam giác bẹn</i>
<i>Di chuyển theo hướng chéo từ ngoài vào trong và từ trên xuống dưới</i>	<i>Di chuyển theo hướng từ sau lưng ra phía trước bụng</i>
<i>Xuất hiện và biến mất chậm</i>	<i>Xuất hiện và biến mất nhanh</i>
<i>Xuống bìu</i>	<i>Hiếm khi xuống bìu</i>
<i>Nghiệm pháp chạm ngón: khối thoát vị chạm đầu ngón</i>	<i>Nghiệm pháp chạm ngón: khối thoát vị chạm mặt múp của ngón</i>
<i>Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu âm tính: nếu lỗ bẹn sâu còn nhỏ, khi chặn lỗ bẹn sâu, khối thoát vị sẽ không xuất hiện</i>	<i>Nghiệm pháp chặn lỗ bẹn sâu dương tính: khi chặn lỗ bẹn sâu, khối thoát vị vẫn xuất hiện</i>

Bảng 3- Chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp

Nếu BN nhập viện vì khối phòng vùng bẹn xuất hiện thường trực, BN có thể bị thoát vị bẹn kẹt. Nếu đúng khối phòng là khối thoát vị kẹt, bóp nhẹ khối phòng, yêu cầu BN ho hay phình bụng, sẽ có cảm giác tăng áp lực bên trong khối phòng hay khối phòng to ra.

Nếu BN nhập viện vì khối phòng đau vùng bẹn, và khai thác bệnh sử BN có khối phòng lên xuống ở vùng bẹn, chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt là hầu như chắc chắn. Nếu BN có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt là ruột. Cần chú ý đến thời gian kể từ lúc BN bắt đầu khởi đau. Ruột có thể hoại tử nếu bị nghẹt trong túi thoát vị quá 6 giờ. Nếu BN không có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt thường là mạc nối lớn.

Trong tất cả các tình huống nêu trên, cần chú ý thăm khám các hệ cơ quan hay các tạng khác để phát hiện các yếu tố thuận lợi (bệnh lý làm tăng áp lực xoang bụng):

- o Thăm khám trực tràng và tiền liệt tuyến
- o Thăm khám bộ phận sinh dục ngoài. Chú ý đến sự hiện diện của cả hai tinh hoàn. Chú ý xem BN có bị hẹp lỗ sáo không.
- o Khám bụng để phát hiện xơ gan, bàng bụng
- o Khai thác tiền căn hút thuốc, khám phổi để phát hiện bệnh lý hô hấp mãn tính.

Siêu âm có vai trò trong chẩn đoán các trường hợp sau:

- o Thăm khám lâm sàng không quan sát thấy khối thoát vị (khối thoát vị quá nhỏ, BN béo phì).
- o Khối thoát vị tương đối “cố định” (không thay đổi kích thước hay tăng áp lực khi BN ho hay phình bụng).
- o BN có khối đau vùng bẹn, nhưng tiền căn không ghi nhận có khối phòng lên xuống.
- o Phát hiện các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng (phì đại tiền liệt tuyến, xơ gan bàng bụng...).

2.2-Chẩn đoán phân biệt:

Nếu khối phòng xuất hiện và biến mất dễ dàng, hầu như không có chẩn đoán phân biệt.

Nếu khối phòng “cố định”, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau:

- o Dẫn tĩnh mạch thường tĩnh: khối mềm, mật độ không đều, sờ nắn có cảm giác lồi nhô như “búi giun”. Khi BN ho hay phình bụng, khối phòng không tăng kích thước. Siêu âm sẽ xác định chẩn đoán.
- o Tràn dịch tĩnh mạch khu trú hay thông thương, nang nước thường tĩnh: khối căng hay lồi nhô. Khi BN ho hay phình bụng, khối không tăng kích thước. Nghiệm pháp soi đèn dương tính. Siêu âm sẽ xác định chẩn đoán.
- o Các bệnh lý khác: tĩnh hoàn lạc chỗ, u mỡ, u máu, nang bã, hạch bẹn, ung thư di căn...

Nếu khối phòng đau, ba bệnh lý cần phải chẩn đoán phân biệt trước tiên là: viêm tĩnh hoàn cấp, xoắn tĩnh hoàn, xoắn tĩnh hoàn lạc chỗ (bảng 4). Các bệnh lý sau đây cũng cần phải được loại trừ: viêm hạch bẹn, áp-xe cơ psoas, viêm mào tĩnh...

<i>Thoát vị bẹn nghẹt</i>	<i>Xoắn tĩnh hoàn</i>	<i>Viêm tĩnh hoàn cấp</i>
<i>Mọi lứa tuổi</i>	<i>Thanh thiếu niên</i>	<i>Người trưởng thành, người lớn tuổi</i>
<i>Đau nhiều, đột ngột</i>	<i>Đau nhiều, đột ngột</i>	<i>Đau nhiều, liên tục, tăng dần</i>
<i>Không sốt</i>	<i>Sốt nhẹ</i>	<i>Sốt trung bình hay sốt cao</i>
<i>Sờ được tĩnh hoàn bình thường trong bìu</i>	<i>Tĩnh hoàn bị kéo lên trên, lệch trục. Khi nâng tĩnh hoàn, BN đỡ đau rõ</i>	<i>Tĩnh hoàn to. Trục tĩnh hoàn bình thường. Khi nâng tĩnh hoàn, BN không đỡ đau</i>
<i>Không sờ được nút xoắn</i>	<i>Sờ được nút xoắn</i>	<i>Không sờ được nút xoắn</i>
<i>Có HC tắc ruột</i>	<i>Không có HC tắc ruột</i>	<i>Không có HC tắc ruột</i>

Bảng 4- Chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn nghẹt với viêm tĩnh hoàn cấp và xoắn tĩnh hoàn

Nếu quan sát không thấy có khối phòng, BN nhập viện vì cảm giác đau từng tức vùng bẹn, các bệnh lý sau đây có thể được nghĩ đến: viêm tĩnh hoàn mãn, viêm tiền liệt tuyến mãn, viêm bàng quang mãn, sỏi bàng quang, viêm trực tràng, dẫn tĩnh mạch thường tĩnh...

2.3-Điều trị:

2.3.1-Nguyên tắc điều trị:

Tất cả các thoát vị nói chung và thoát vị bẹn nói riêng đều có chỉ định ngoại khoa.

Một số ít trường hợp thoát vị bẹn có chỉ định điều trị không phẫu thuật. BN được cho mang một loại đai đặc biệt. Các trường hợp có chỉ định điều trị không phẫu thuật là:

- o BN già yếu, nằm liệt giường
- o BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng
- o BN có thời gian sống còn lại quá ngắn

Nếu BN có bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng, nên điều trị chúng trước (hay đồng thời) với điều trị thoát vị bẹn.

BN nên được khuyến khích giảm cân trước khi được phẫu thuật. Phẫu thuật BN quá béo phì có tỉ lệ tái phát sau mổ cao.

Công việc chuẩn bị trước mổ có các điều sau cần chú ý:

- o BN phải ngưng thuốc lá tối thiểu 10 ngày trước phẫu thuật.

- Việc vệ sinh vùng mổ nên được tiến hành vào sáng ngày mổ, ngay sau khi tắm xong.
- Cho kháng sinh dự phòng đối với các BN có chỉ số ASA ≥ 3 . Kháng sinh được chọn lựa là cefazolin 1-2 gm TM 30-60 phút trước phẫu thuật. Clindamycin 600 mg TM hay erythromycin 250 mg TM có thể được chỉ định cho những BN dị ứng với penicillin. Việc đặt mảnh ghép không làm thay đổi tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ và không làm thay đổi chiến lược sử dụng kháng sinh.

2.3.2-Nguyên tắc phẫu thuật:

Có hai bước chính trong phẫu thuật thoát vị bẹn: xử lý túi thoát vị và phục hồi sàn bẹn.

Nguyên tắc xử lý túi thoát vị: bóc tách thờng tinh ra khỏi sàn bẹn, tách túi thoát vị ra khỏi thờng tinh, kẹp cắt ngang cổ túi, khâu buộc đầu gần, sau đó đẩy đầu gần vào lại xoang bụng. Nếu túi thoát vị to, có thể để lại túi nhưng nhất thiết phải xử lý cổ túi như trình bày ở trên. Nếu túi thoát vị có cổ rộng (thoát vị bẹn trực tiếp), việc lộn túi vào lại xoang bụng đơn giản hơn là cắt bỏ túi.

Có hai cách chính phục hồi sàn bẹn:

- Phục hồi sàn bẹn kinh điển: dùng chính mô của BN để phục hồi.
- Phục hồi sàn bẹn “không căng” (tension-free): dùng mảnh ghép để phục hồi, là xu hướng điều trị ngày nay. Phẫu thuật dùng phương pháp phục hồi sàn bẹn không căng có ưu điểm là ít đau sau mổ và có tỉ lệ tái phát thấp.

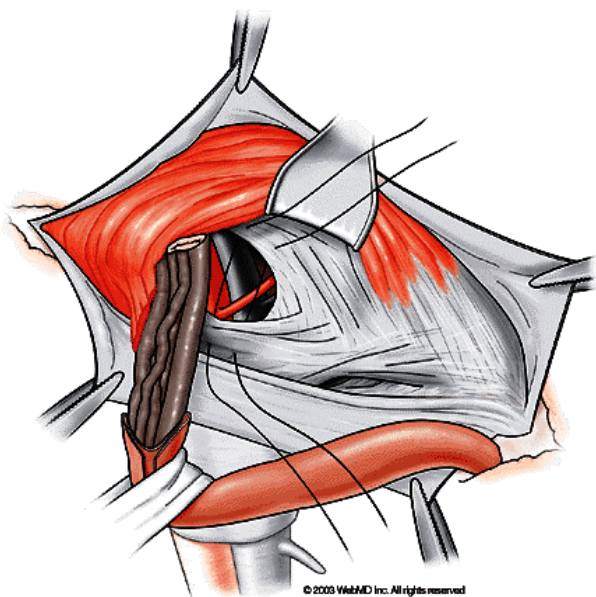
Phẫu thuật thoát vị bẹn có thể được thực hiện theo hai ngã:

- Phẫu thuật thoát vị bẹn ngã trước
- Phẫu thuật thoát vị bẹn ngã sau. Các phương pháp phẫu thuật ngã sau có thể được thực hiện bằng mổ mở hay mổ nội soi.

2.3.3-Các phương pháp phẫu thuật phục hồi sàn bẹn:

2.3.3.1-Phẫu thuật ngã trước:

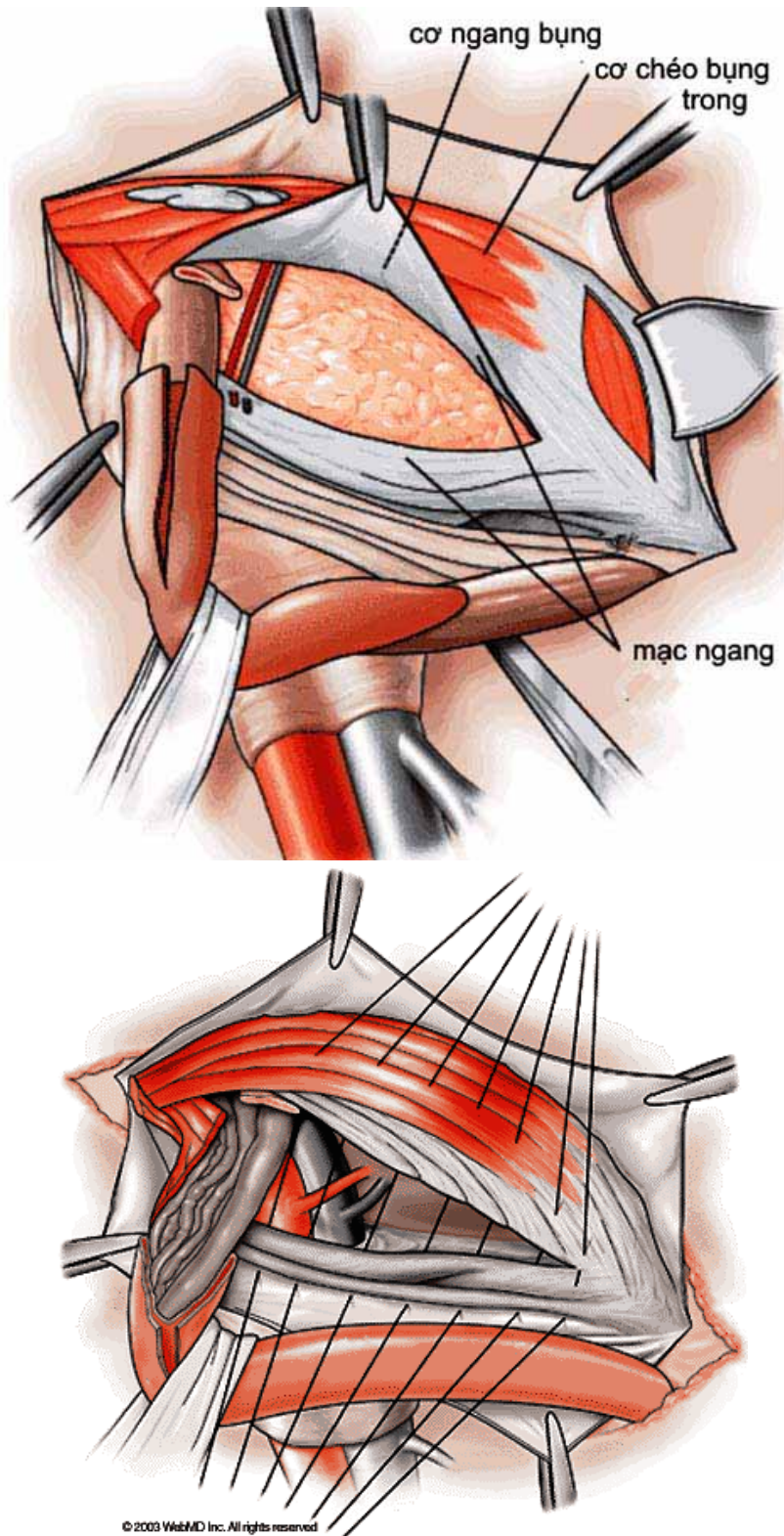
Phẫu thuật Marcy (hình 4):



Hình 4- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Marcy

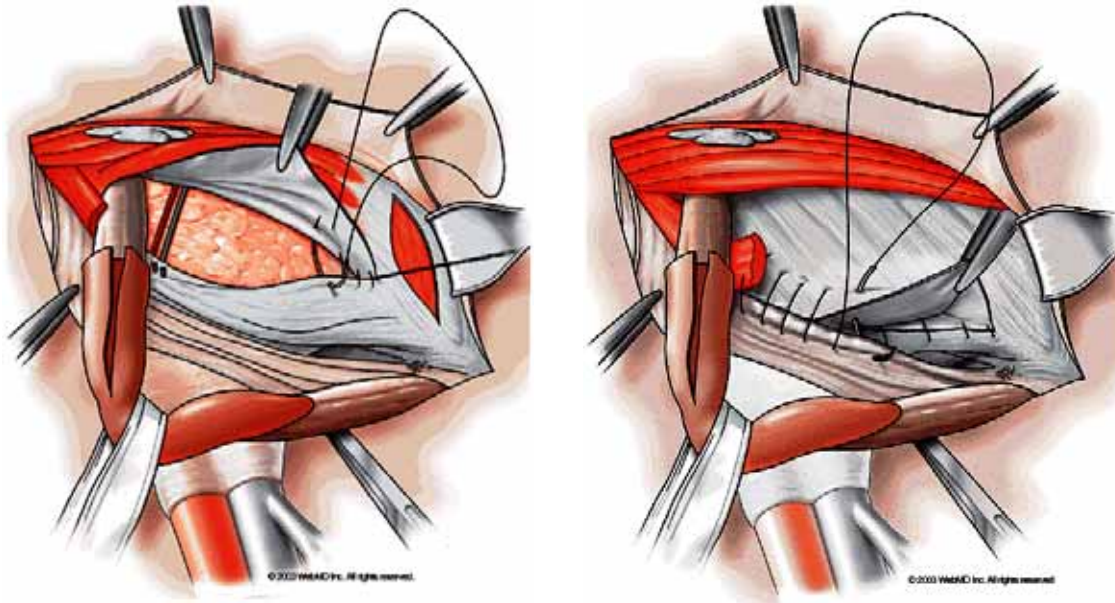
- Là phẫu thuật phục hồi sàn bẹn đơn giản nhất. Thường được chỉ định cho thoát vị bẹn độ 1 theo phân loại của Nyhus.
- Nội dung chính của phẫu thuật là khâu hẹp lỗ bẹn sâu. Việc khâu hẹp lỗ bẹn sâu được thực hiện bằng cách khâu (1-2 mũi) cung cân cơ ngang vào dải chậu mu.

Phẫu thuật Bassini (hình 5):



Hình 5- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Bassini

- Là phẫu thuật kinh điển nhất
- Được thực hiện phổ biến nhất trước khi có các phẫu thuật đặt mảnh ghép
- Nội dung: rạch mở mạc ngang từ lỗ bẹn sâu đến củ xương mu, để lộ lớp mỡ tiền phúc mạc bên dưới. Khâu dây chằng bẹn (dây chằng Poupart) với mạc ngang, cung cân cơ ngang bụng và cơ chéo bụng trong (mũi khâu ba lớp), bắt đầu từ củ xương mu (tránh khâu vào màng xương vì có thể dẫn đến viêm xương sau này) đến lỗ bẹn sâu.



Hình 6- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp Shouldice

Phẫu thuật Shouldice (hình 6):

- Được cho là loại phẫu thuật kinh điển có tỉ lệ tái phát thấp nhất.
- Nội dung: sàn bẹn được phục hồi bằng bốn lớp, bằng các mũi khâu liên tục. Lớp trong cùng bắt đầu từ củ xương mu ra lỗ bẹn sâu: khâu dải chậu mu với mặt sau của bao sau cơ thẳng bụng ở trong, mặt dưới của mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong ở ngoài. Ở lớp thứ hai, từ lỗ bẹn sâu vào củ xương mu: khâu dây chằng bẹn với bờ dưới của cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong. Lớp thứ ba và tư: khâu cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong với mặt trong của vật dưới cân cơ chéo ngoài, song song và ngay trên dây chằng bẹn (tạo ra hai dây chằng bẹn “nhân tạo”).

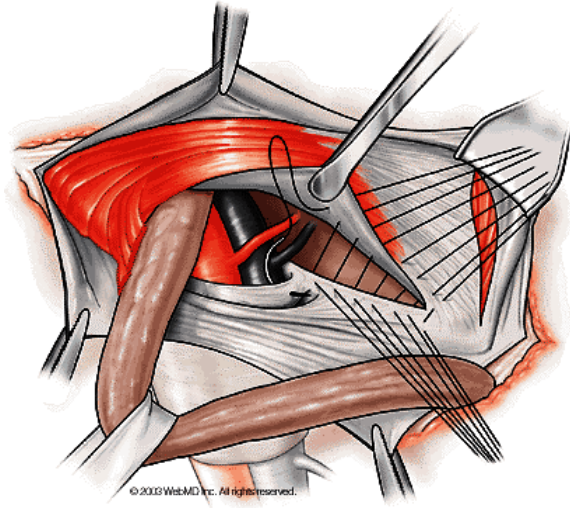
Phẫu thuật phục hồi sàn bẹn bằng dải chậu mu:

- Dải chậu mu được Condon cho là một cấu trúc có vai trò chính yếu trong phẫu thuật phục hồi sàn bẹn.
- Nội dung: khâu liền bẹn với mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong, bằng các mũi khâu rời.

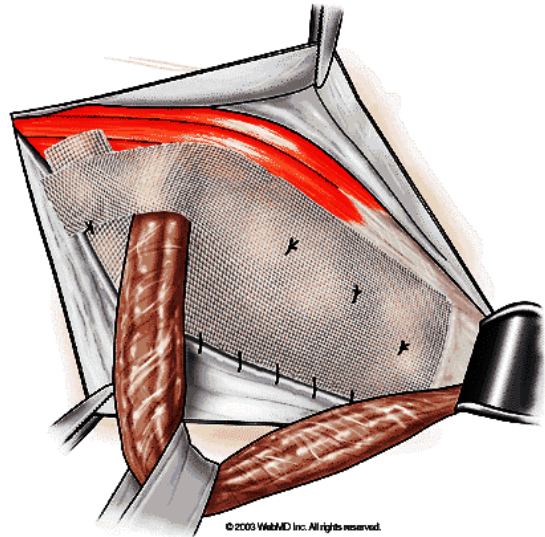
Phẫu thuật Mc Vay (hình 7):

- Là loại phẫu thuật kinh điển được chọn lựa cho các thoát vị bẹn trực tiếp, thoát vị bẹn gián tiếp có túi thoát vị lớn, thoát vị bẹn tái phát và thoát vị đùi.
- Nội dung: sàn bẹn được phục hồi bằng cách khâu mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong với dây chằng Cooper, bằng các mũi khâu rời. Mũi khâu vào dây chằng Cooper cuối cùng ở phía trong tĩnh mạch đùi, được gọi là mũi khâu

chuyển tiếp. Mũi khâu chuyển tiếp có lấy thêm bao bó mạch đùi. Mũi khâu chuyển tiếp có hai tác dụng: làm hẹp vòng đùi và tạo ra sự “chuyển giao êm ả” giữa mũi khâu dây chằng Cooper và mũi khâu dây chằng bẹn. Sau mũi khâu chuyển tiếp, các mũi khâu tiếp theo giống như trong phẫu thuật Bassini. Thông thường phẫu thuật viên sẽ rạch thêm một đường giải áp.



Hình 7- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp McVay



Hình 8- Phục hồi thành bẹn theo phương pháp đặt mảnh ghép ngã trước

Phẫu thuật đặt mảnh ghép ngã trước thành bẹn (hình 8):

- o Được Lichtenstein thực hiện lần đầu tiên. Tuy nhiên ngày nay kỹ thuật có nhiều thay đổi so với kỹ thuật được trình bày bởi Lichtenstein.
- o Hiện nay được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị thoát vị bẹn.
- o Nội dung: sau khi xử lý túi thoát vị, mảnh ghép được đặt vào vị trí của sàn bẹn, cố định mảnh ghép vào sàn bẹn bằng cách khâu mảnh ghép vào cân hay cơ chung quanh. Thường phải xẻ phần ngoài của mảnh ghép để thừng tinh chui qua. Như vậy, mảnh ghép được xem như là một “sàn bẹn mới”, và nơi thừng tinh chui qua mảnh ghép được xem như “lỗ bẹn sâu mới”.

2.3.3.2-Phẫu thuật ngã sau:

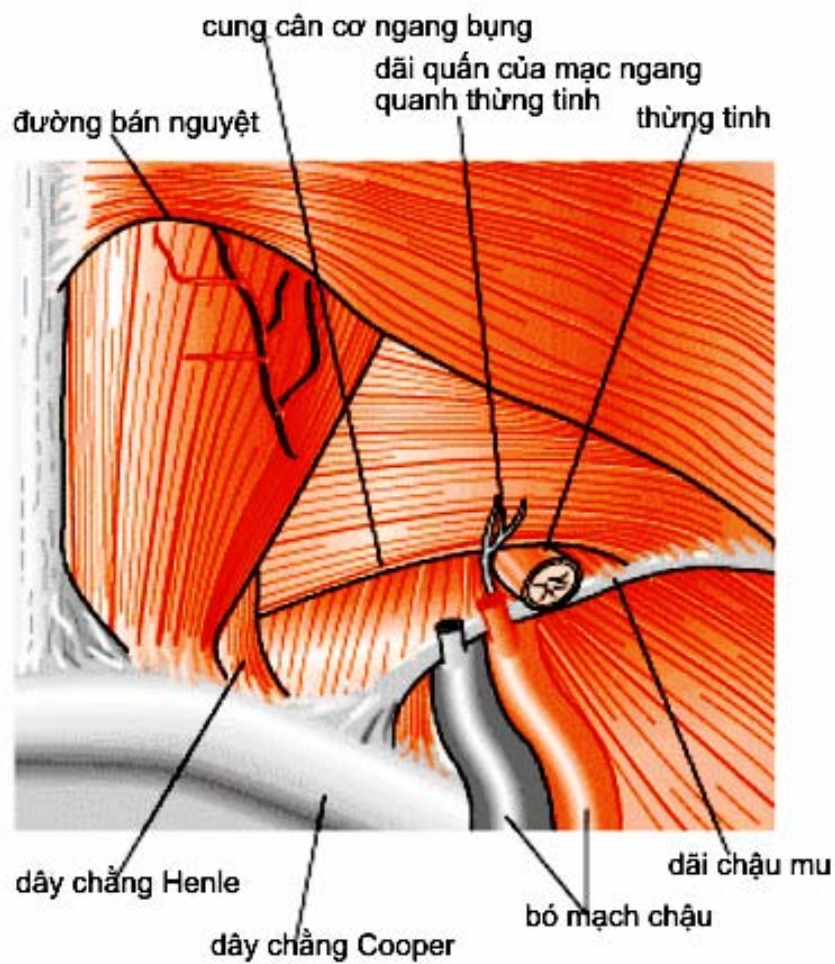
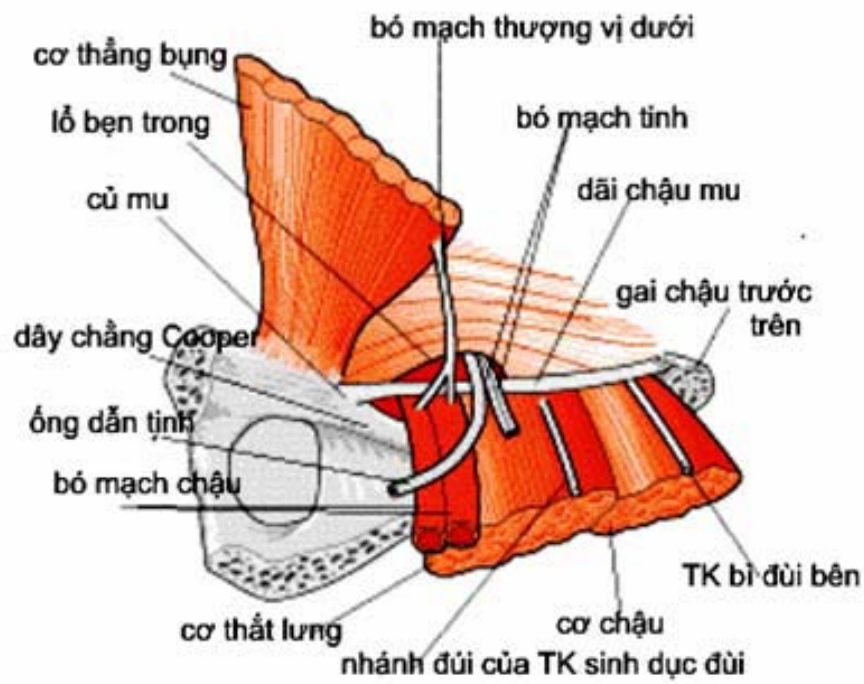
Chỉ định lý tưởng cho phẫu thuật ngã sau là các loại thoát vị bẹn mà thành trước đã bị mất cấu trúc giải phẫu bình thường (thoát vị bẹn tái phát), hay cần phải xử lý các tạng bị thoát vị (thoát vị trượt, thoát vị nghẹt và thoát vị đùi).

Phẫu thuật ngã sau được cho là không làm tổn thương thần kinh cảm giác của vùng bẹn (do không phải bóc tách thừng tinh).

Điều quan trọng khi tiến hành phẫu thuật ngã sau là phẫu thuật viên phải nắm vững cấu trúc giải phẫu phía sau thành bẹn (hình 9).

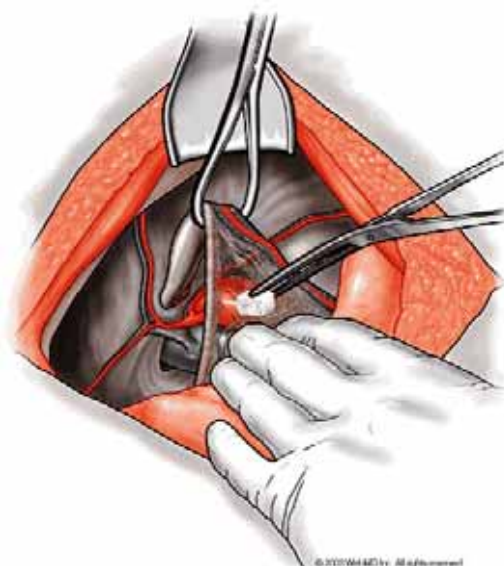
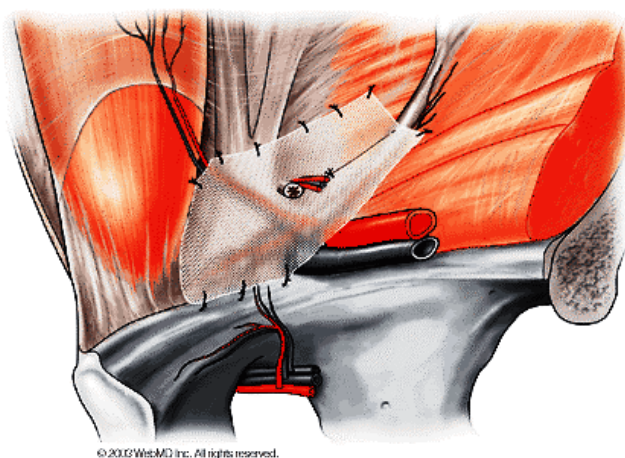
Nội dung:

- o Phẫu thuật ngã sau được thực hiện qua đường rạch ngang trên bụng dưới, trên vị trí lỗ bẹn sâu 2 cm. Sau khi cắt các lớp cân cơ thành bụng trước, phẫu thuật viên sẽ vào khoang tiền phúc mạc. Nếu thoát vị hai bên, có thể vào khoang tiền phúc mạc qua đường rạch giữa dưới rốn.



Hình 9- Giải phẫu thành bẹn nhìn từ phía sau

- Túi thoát vị được xử lý trước khi phục hồi sàn bẹn. Sàn bẹn có thể được phục hồi theo phương pháp kinh điển, bằng cách khâu cung cân cơ ngang bụng và mạc ngang với dải chấu mu và dây chằng Cooper, cũng có thể được phục hồi bằng cách đặt mảnh ghép. Sau khi khâu phục hồi sàn bẹn bằng phương pháp kinh điển, mảnh ghép cũng có thể được đặt để tăng cường thêm sàn bẹn.
- Cần chú ý là việc khâu dính mảnh ghép phải được tiến hành hết sức thận trọng, để tránh phạm phải mạch máu và thần kinh quan trọng. Chỉ cần 2-3 mũi khâu là đủ giữ cho mảnh ghép cố định ở một vị trí.
- Mảnh ghép có thể được xẻ (để cho bó mạch tinh hoàn và ống dẫn tinh chui qua) hay không. Nếu không xẻ mảnh ghép, phải “thành hoá” ống dẫn tinh và bó mạch tinh hoàn (hình 10).

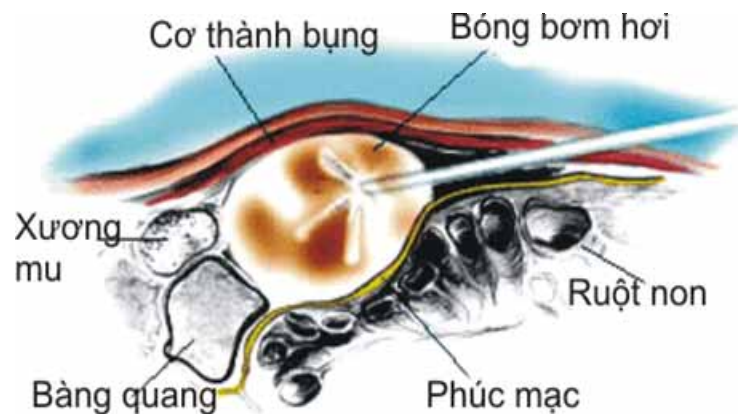


Hình 10-Mảnh ghép được khâu dính trong phẫu thuật phục hồi thành bẹn ngả sau. Xẻ mảnh ghép để cho ống dẫn tinh và bó mạch tinh hoàn chui qua (hình trên). Nếu không xẻ mảnh ghép, phải “thành hoá” ống dẫn tinh và bó mạch tinh hoàn (hình bên).

2.3.3.3-Phẫu thuật thoát vị bẹn qua ngả nội soi:

Là phương pháp phẫu thuật mới, còn đang có nhiều bàn luận về ưu và khuyết điểm. Có hai ngả (từ đó kèm theo hai loại phẫu thuật) tiếp cận đến vùng phía sau sàn bẹn:

- Phẫu thuật nội soi ngả hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP: totally extraperitoneal approach): thao tác phẫu thuật hoàn toàn ngoài phúc mạc. Phẫu thuật viên dùng bóng có bơm hơi để tạo phẫu trường (hình 11).



Hình 11- Dùng bóng có bơm hơi để tạo phẫu trường trong phương pháp đặt mảnh ghép ngả sau thành bẹn hoàn toàn ngoài phúc mạc.

- Phẫu thuật nội soi ngả qua khoang phúc mạc (TAP: transabdominal preperitoneal approach): sau khi vào khoang bụng, một vạt phúc mạc thành được tách ra khỏi thành bẹn sau. Khi kết thúc phẫu thuật, phúc mạc được khâu đóng lại.

Sau khi xử lý túi thoát vị, mảnh ghép được đặt sao cho phủ toàn bộ mặt sau thành bẹn và một phần sàn chậu. Việc cố định mảnh ghép thường được thực hiện bằng stapler. Chú ý tránh bấm stapler ở “tam giác chết” (đỉnh là lỗ bẹn sâu, hai cạnh bên là ống dẫn tinh phía trong và bó mạch tinh phía ngoài). Trong tam giác này có bó mạch chậu ngoài và thần kinh đùi.

2.3.4-Điều trị thoát vị bẹn nghẹt:

Nếu BN đến trước 6 giờ, thử điều trị bảo tồn, nếu thành công sẽ xếp mổ chương trình. Nếu thất bại, hay BN nhập viện sau 6 giờ, hay nghi ngờ có hoại tử ruột, cần phẫu thuật cấp cứu.

Nội dung điều trị bảo tồn:

- Giảm đau tốt, đặt biệt là thuốc giảm đau có kèm thêm tác dụng an thần (thuốc giảm đau gây nghiện)
- Cho BN nằm đầu thấp
- Dùng mặt múp của lòng bàn tay và các ngón tay bóp nhẹ và đều vào túi thoát vị theo hướng ngược với hướng thoát vị

Nguyên tắc phẫu thuật cấp cứu thoát vị bẹn nghẹt:

- Giải phóng ruột nghẹt, đưa ruột vào lại xoang bụng
- Xử lý túi thoát vị
- Tái tạo thành bẹn. Có thể dùng mảnh ghép hay không.
- Nếu ruột bị hoại tử, cắt nối ruột. Có thể tái tạo thành bẹn nhưng không dùng mảnh ghép để tái tạo thành bẹn.

- o Nếu ruột bị hoại tử và vùng bẹn bị nhiễm trùng, cắt nối ruột. Dẫn lưu tốt vùng bẹn. Không tái tạo thành bẹn. Khi BN ổn định mới tiến hành phẫu thuật tái tạo thành bẹn.

2.3.5- Điều trị thoát vị bẹn tái phát:

Tỉ lệ tái phát trung bình 1-3%. Tỉ lệ tái phát thấp nhất được ghi nhận ở các phẫu thuật “không căng”. Thoát vị tái phát thường có liên quan đến kỹ thuật và hầu hết xuất hiện trong vòng 2 năm đầu tiên.

Đối với thoát vị bẹn tái phát, thái độ xử trí luôn nghiêng về phẫu thuật. Hầu hết các phẫu thuật viên dùng mảnh ghép để bảo đảm sự thành công của cuộc phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật ngả sau thường được chọn, để tránh các biến chứng thần kinh và biến chứng ở tinh hoàn. Nếu mảnh ghép đã được đặt trong lần phẫu thuật đầu, nguyên nhân tái phát có thể do mảnh ghép quá nhỏ hay được đặt không đúng vị trí. Có thể gỡ bỏ mảnh ghép cũ và đặt lại mảnh ghép mới với kích thước và vị trí phù hợp.

Không có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát giữa phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi.

2.3.6- Điều trị thoát vị trượt:

Thoát vị trượt xảy ra khi tạng bị thoát vị cấu thành nên một phần túi thoát vị. Các tạng này cũng cấu thành nên một phần của phúc mạc thành. Hầu hết các tạng bị thoát vị trượt là đại tràng và bàng quang.

Thoát vị trượt có dấu hiệu lâm sàng tương tự như thoát vị bẹn gián tiếp kẹt. Tuy vậy, để chẩn đoán thoát vị trượt, cần phải có các chẩn đoán hình ảnh. Siêu âm có thể cho hình ảnh đại tràng hay bàng quang trong túi thoát vị. Chẩn đoán thoát vị trượt có giá trị cao nhất là CT với thuốc cản quang trong đại tràng hay bàng quang.

Phẫu thuật ngả sau là phương pháp điều trị được chọn lựa. Sau khi đưa tạng bị thoát vị trở lại xoang bụng, một mảnh ghép được khâu che lên vùng thành bẹn sau.

2.3.7-Biến chứng phẫu thuật:

Tụ máu vết mổ, tụ máu bìu là các biến chứng thường xảy ra. Xử trí chủ yếu là theo dõi. Nếu khối máu tụ lớn dần hay khối tụ máu to ở bìu, cần mổ lại, thoát lưu máu cục.

Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng hiếm gặp (tỉ lệ 1-2% cho phẫu thuật mở, tỉ lệ sẽ thấp hơn nếu phẫu thuật nội soi).

Biến chứng thần kinh: các sợi thần kinh vùng bẹn có thể bị tổn thương do bị căng kéo, đốt điện, bị ép hay bị cắt ngang. Thần kinh bị cắt ngang sẽ gây ra cảm giác tê ở vùng da tương ứng. Tuy nhiên cảm giác bình thường sẽ khôi phục. Đau sau mổ do thần kinh bị căng kéo cũng thường phục hồi. Đau do sợi thần kinh bị chèn ép là biến chứng quan trọng nhất, thường kéo dài. Khâu buộc nhằm sợi thần kinh hay đặt mảnh ghép là các nguyên nhân có thể gây chèn ép thần kinh. Điều trị đau kéo dài sau mổ bao gồm cho BN thuốc giảm đau, phong bế thần kinh, kích thích điện. Nếu các biện pháp trên không cho kết quả, có thể phải cân nhắc đến khả năng phẫu thuật lại để cắt đứt các sợi thần kinh bị chèn ép, hay gỡ bỏ mảnh ghép.

Teo tinh hoàn do thiếu máu là một biến chứng hiếm gặp. Nguyên nhân thường là do huyết khối trong đám rối tĩnh mạch thừng tinh. Ngay sau mổ, tinh hoàn bị sưng đau do ứ máu. Sau 6-12 tuần, tinh hoàn sẽ bị teo. Bóc tách quá nhiều ở thừng tinh, đặc biệt ở phần đáy của túi thoát vị, và phẫu thuật thoát vị bẹn tái phát qua ngả trước là hai nguyên nhân chính gây ra huyết khối trong đám rối tĩnh mạch thừng tinh.

Tổn thương ống dẫn tinh, tổn thương động mạch tinh hoàn có thể xảy ra khi phẫu tích túi thoát vị quá lớn. Nếu phát hiện tổn thương này, tốt nhất là khâu nối lại tổn thương.

3- Chẩn đoán và điều trị thoát vị đùi:

Trong thoát vị đùi, tạng thoát vị đi qua ống đùi, chui qua mạc sàng để nằm dưới da. Trong một số ít trường hợp, thay vì chui qua mạc sàng, khối thoát vị đùi di chuyển ngược lên trên, chui qua giữa dây chằng bẹn và dải chậu mu, nằm dưới cân cơ chéo bụng ngoài trên vùng bẹn. Hình thái hiếm gặp này của thoát vị đùi được xem như một loại thoát vị gian thành.

3.1-Chẩn đoán:

Bệnh xảy ra phổ biến ở nữ hơn là nam.

Do kích thước lỗ thoát vị nhỏ, khối thoát vị khó xuất hiện và khó biến mất, BN thường không có đầy đủ các tính chất điển hình của một khối thoát vị.

BN có thể nhập viện vì:

- Có một khối vùng bẹn xuất hiện vào cuối ngày, biến mất vào buổi sáng, khi mới ngủ dậy.
- Một khối đau vùng mặt trước đùi.

Khi thăm khám, khối thoát vị nằm ở dưới nếp lằn bẹn, kém di động, ấn thường đau. Khối đôi khi phát triển lên trên, nằm phía trên nếp lằn bẹn (thoát vị đùi thể gian thành).

3.2-Chẩn đoán phân biệt:

Rất khó chẩn đoán phân biệt thoát vị đùi với viêm hạch đùi (nếu khối thoát vị nghẹt) hay u mỡ đùi (nếu khối thoát vị không nghẹt). Khối thoát vị đùi thể gian thành cũng rất khó chẩn đoán phân biệt với thoát vị bẹn gián tiếp kẹt hay nghẹt.

Để chẩn đoán xác định thoát vị đùi, cần phải có siêu âm.

3.3-Điều trị:

Để phẫu thuật BN bị thoát vị đùi, có thể chọn phương pháp ngả trước, ngả sau hay ngả nội soi.

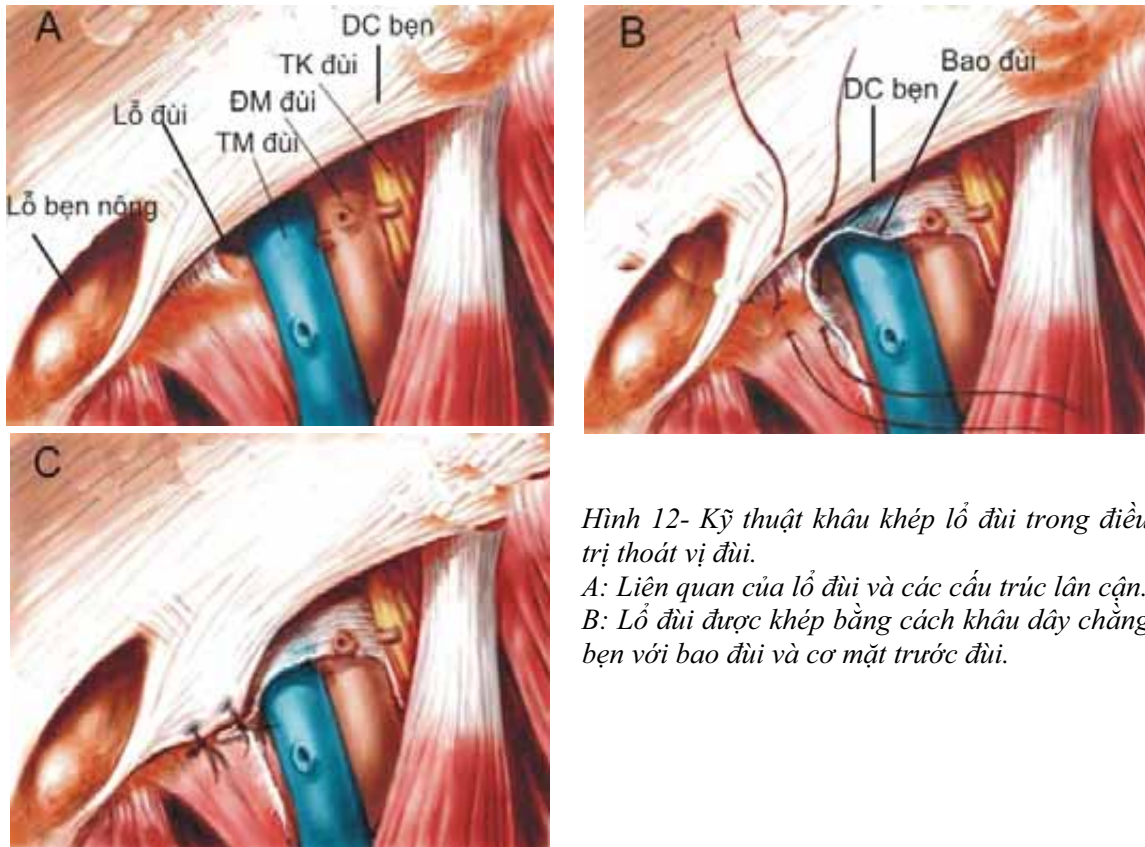
Sau khi xử lý túi thoát vị, đối với phẫu thuật ngả trước, liềm bẹn được khâu với dây chằng Cooper. Một số phẫu thuật viên chỉ khâu khép lỗ đùi đơn thuần, bằng cách khâu dây chằng bẹn với bao đùi và cơ mặt trước đùi (hình 12). Đối với phẫu thuật ngả sau, dải chậu mu (hay cung cân cơ ngang bụng) được khâu với dây chằng Cooper. Có thể dùng mảnh ghép cho cả ngả trước lẫn ngả sau.

4- Chẩn đoán và điều trị thoát vị vết mổ:

Thoát vị vết mổ xảy ra với tỉ lệ có thể lên tới 10% các trường hợp mổ bụng.

Nguyên nhân của thoát vị vết mổ:

- Nhiễm trùng vết mổ (là nguyên nhân quan trọng nhất)
- Nguyên nhân kỹ thuật (chỉ khâu quá chặt, quá thưa, đứt chỉ khâu)
- Nguyên nhân toàn thân (suy dinh dưỡng, tiểu đường, dùng corticoid kéo dài, hoá trị liệu...)
- Các yếu tố thuận lợi: béo phì, bàng bụng, thai kỳ...



Hình 12- Kỹ thuật khâu khếp lỗ đùi trong điều trị thoát vị đùi.

A: Liên quan của lỗ đùi và các cấu trúc lân cận.
B: Lỗ đùi được khếp bằng cách khâu dây chằng bên với bao đùi và cơ mặt trước đùi.

4.1-Chẩn đoán:

Thoát vị vết mổ có thể xảy ra hoàn toàn, trong đó toàn bộ các lớp cân cơ thành bụng bị hở và túi thoát vị nằm ngay dưới lớp mỡ dưới da. Trường hợp này chẩn đoán thoát vị vết mổ dễ dàng (trừ trường hợp bụng BN dày mỡ): BN có một khối có tính chất của khối thoát vị thành bụng, xuất hiện cạnh hay bên dưới vết mổ.

Trong trường hợp chỉ một phần các lớp cân cơ thành bụng bị hở, khối thoát vị đôi khi khó được phát hiện.

Trong các trường hợp khó chẩn đoán, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa.

4.2-Điều trị:

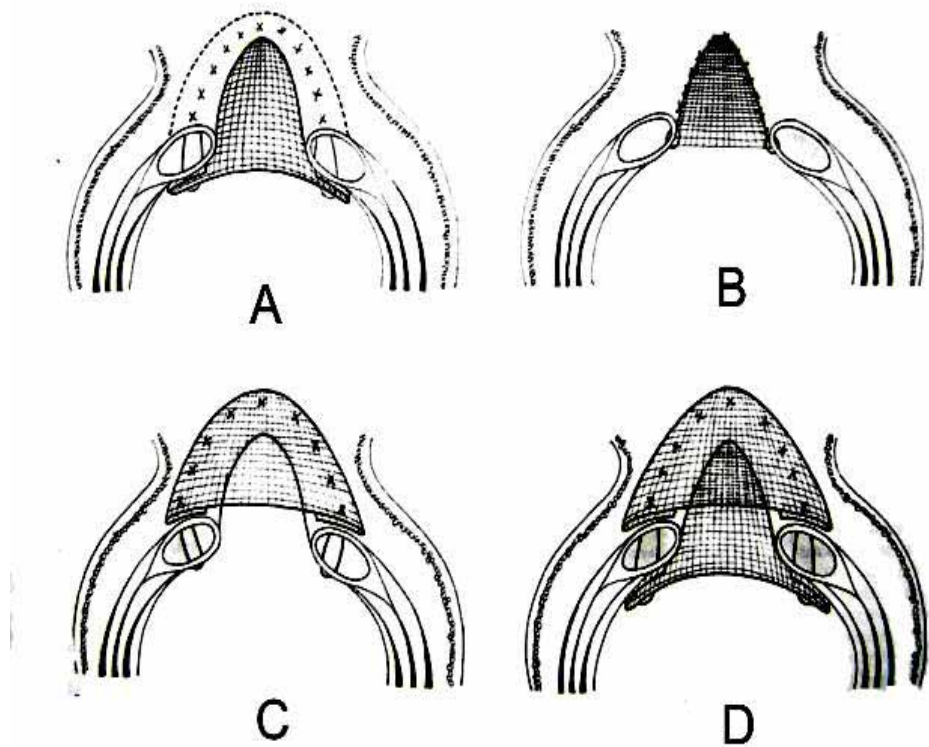
Đối với lỗ thoát vị nhỏ, mô mỡ, khâu khếp lại thành bụng.

Đối với lỗ thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), có nhiều phương pháp được lựa chọn (hình 13):

- o Khâu khếp thành bụng, sau đó tăng cường bằng một mảnh ghép phủ lên trên (onlay).
- o Khâu mảnh ghép vào mép lỗ thoát vị (inlay).
- o Khâu mảnh ghép giữa các lớp cân cơ thành bụng (kiểu “sandwich”)
- o Mỡ nội soi, khâu mảnh ghép che lỗ thoát vị từ bên dưới (underlay).

Cố gắng khâu che phúc mạc bên dưới mảnh ghép. Trong trường hợp ngược lại, dùng mạc nối lớn chen giữa mảnh ghép và các quai ruột để tránh biến chứng dò ruột.

Vật liệu làm nên mảnh ghép đóng vai trò quan trọng khi cân nhắc sử dụng mảnh ghép để điều trị thoát vị vết mổ. Polypropylene được xem là vật liệu tốt nhất hiện nay, do nó cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi giữa các khe, làm cho mảnh ghép “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. PTFE (polytetrafluoroethylene) cũng cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi, nhưng không thể “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. Điều này làm cho mảnh ghép PTFE dễ bị rách hoá, dẫn đến nhiễm trùng.



Hình 13- Các phương pháp đặt mảnh ghép trong điều trị thoát vị vết mổ, lỗ thoát vị lớn: A-khâu mảnh ghép che lỗ thoát vị từ bên dưới, B-khâu mảnh ghép che lỗ thoát vị kiểu bắc cầu, C-khâu mảnh ghép phủ lên trên lỗ thoát vị, D-khâu mảnh ghép kết hợp che bên dưới và phủ lên trên lỗ thoát vị.

5- Chẩn đoán và điều trị các thoát vị thành bụng khác:

5.1-Thoát vị rốn:

Thoát vị rốn xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sau năm 2 tuổi. Thoát vị rốn ở người lớn thường là một bệnh lý mắc phải.

Thoát vị rốn thường gặp ở phụ nữ. Các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng kéo dài như thai kỳ, béo phì, bàng bụng, chướng bụng...là các yếu tố thuận lợi để thoát vị rốn hình thành và phát triển.

BN thường nhập viện vì có khối phòng vùng rốn. Khối phòng có đầy đủ tính chất của một khối thoát vị (tăng áp lực và tăng kích thước khi yêu cầu BN ho hay phình bụng). Khi thăm khám BN bị thoát vị rốn cũng cần chú ý đến yếu tố và bệnh lý nguyên nhân.

Thoát vị rốn hiếm khi dẫn đến nghẹt ruột. Thay vào đó, thoát vị rốn có thể dẫn đến hoại tử da, nhất là ở các BN bàng bụng.

Thái độ điều trị: trẻ em, nếu vẫn còn thoát vị rốn sau 5 tuổi, cần phải được phẫu thuật. Ở người lớn, thoát vị rốn nhỏ và không triệu chứng không cần điều trị. Các thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), thoát vị có triệu chứng hay có dấu hiệu nghẹt, thoát vị có da trên bề mặt quá mỏng, thoát vị ở BN bị bàng quang không kiểm soát được là các chỉ định cho việc điều trị bằng phẫu thuật.

Phương pháp điều trị cổ điển được đề xuất bởi Mayo (khâu xếp mép của lớp cân trên chồng lên mép của lớp cân dưới) hiện nay ít được áp dụng. Đối với lỗ thoát vị nhỏ, khâu đóng đơn giản lỗ thoát vị bằng chỉ không tan. Đối với lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép tăng cường sau khi khâu đóng lỗ thoát vị hay bắc cầu qua lỗ thoát vị. Các thoát vị rất lớn có thể được điều trị bằng cách đặt mảnh ghép từ trong xoang bụng qua ngả nội soi.

5.2-Thoát vị vùng thượng vị

Thoát vị vùng thượng vị xảy ra chủ yếu ở nam giới. Vị trí thoát vị nằm trên đường giữa, giữa mũi ức và rốn. Trong 20% các trường hợp, BN có từ hai thoát vị trở lên.

Khối thoát vị thường nhỏ. BN thường nhập viện vì một khối phồng nhỏ đau ở vùng thượng vị. Khám thấy có khối nhỏ nằm trên đường trắng giữa, giữa mũi ức và xương mu (hay cách rốn khoảng 3-4 cm), chắc, kém di động, ấn đau vừa. Chẩn đoán phân biệt trước tiên là u mỡ dưới da. Trong trường hợp khó chẩn đoán, có thể cần đến siêu âm chẩn đoán.

Điều trị thường đơn giản: khâu lại chỗ hở của lớp cân thành bụng.

5.3-Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt):

Xảy ra ở vị trí bờ ngoài cơ thẳng bụng dưới và cách rốn khoảng 3-5 cm. Vị trí này là nơi tiếp giáp giữa bờ ngoài cơ thẳng bụng và đường cung (đường bán nguyệt). Đây là một loại thoát vị gian thành.

BN thường trong khoảng 40-70 tuổi. Triệu chứng lâm sàng chính là đau tại vùng bụng tương ứng. Khối thoát vị thường khó thấy do có kích thước nhỏ và ở vị trí gian thành. Chẩn đoán cần dựa vào siêu âm hay CT.

Bệnh có nguy cơ nghẹt cao. Phẫu thuật nên được tiến hành sớm. Trước mổ cần chú ý đánh dấu vị trí thoát vị trên thành bụng. Nội dung phẫu thuật thường đơn giản: rạch da tại chỗ, cắt bỏ túi thoát vị và khâu đóng lại lỗ thoát vị.

5.4-Thoát vị bịt

Là loại thoát vị hiếm gặp. Thoát vị bịt thường xảy ra ở nữ giới. BN thường lớn tuổi và gầy ốm.

Đau và nghẹt ruột là hai thể lâm sàng chủ yếu của thoát vị bịt. Đau là do tạng thoát vị chèn vào thần kinh bịt. BN đau ở vùng gốc đùi. Có thể gây ra cơn đau bằng nghiệm pháp Howship-Romberg. Ở BN có hội chứng tắc ruột, chẩn đoán nguyên nhân thường chỉ có sau khi mổ bụng. Trong trường hợp không có chỉ định mổ bụng, CT là phương tiện được lựa chọn để chẩn đoán thoát vị bịt.

Phẫu thuật là chỉ định điều trị của thoát vị bịt. Có thể phẫu thuật ngã sau, ngả nội soi hay mở bụng (dành cho BN bị thoát vị bịt có nghẹt ruột). Sau khi đưa tạng thoát vị vào lại xoang bụng, chú ý lấy hết mô mỡ tiền phúc mạc nằm trong ống bịt, tìm và bóc lộ thần kinh bịt cùng bó mạch bịt. Ống bịt sau đó được khâu khít hay khâu che bằng một mảnh ghép nhỏ.

5.5-Thoát vị lưng

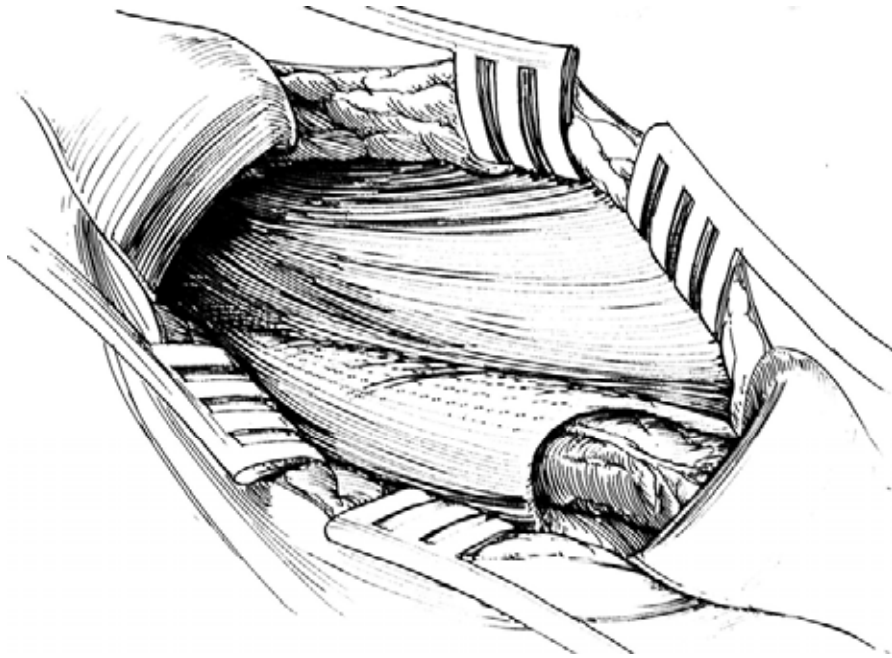
Thoát vị lưng có thể bẩm sinh hay mắc phải.

Thoát vị qua tam giác lưng trên (tam giác Grynfeltt, giới hạn giữa xương sườn 12, cơ cạnh sống và cơ chéo trong) xảy ra phổ biến hơn thoát vị qua tam giác lưng dưới (tam giác Petit, giới hạn giữa mào chậu, cơ lưng rộng và cơ chéo ngoài).

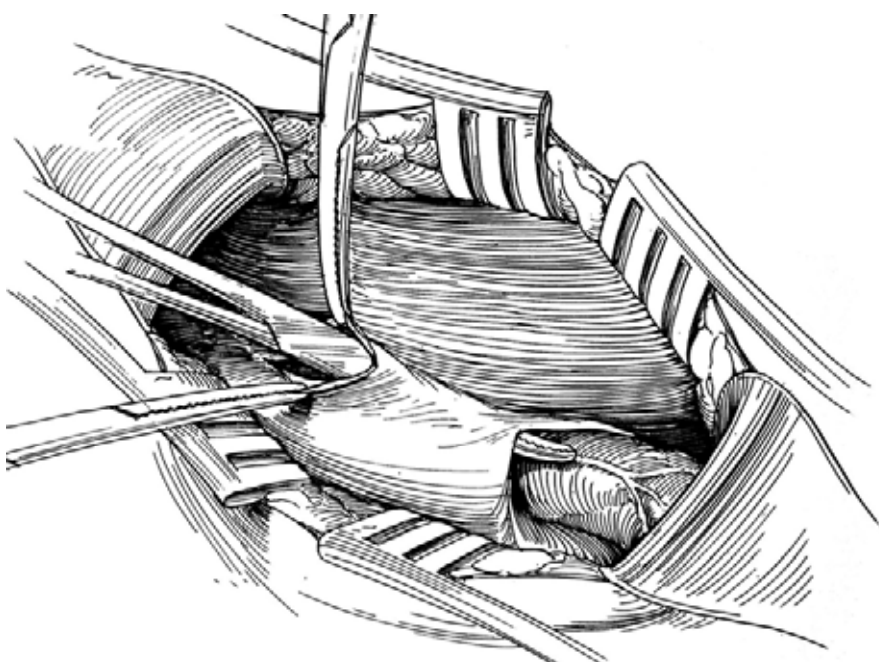
Thoát vị lưng không gây nghẹt.

Phương pháp điều trị được lựa chọn cho thoát vị lưng là đặt mảnh ghép khâu che lỗ thoát vị. Thường khó khâu khít lỗ thoát vị, do một trong các cạnh của chúng là xương.

6-Kỹ thuật tìm và xử lý túi thoát vị trong phẫu thuật thoát vị bẹn ngã trước:

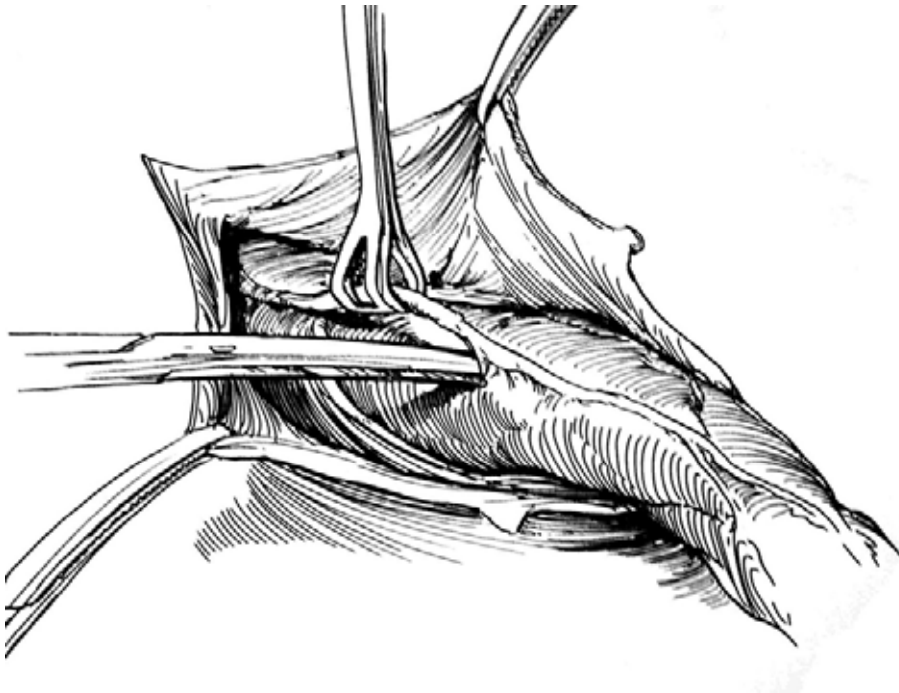


Sau khi rạch da, cắt lớp cân Scapa và cân Camper, cân cơ chéo bụng ngoài xuất hiện. Ở sát xương mu, cân chéo bụng ngoài khuyết một lỗ (lỗ bẹn nông), nơi thông tinh đi qua.



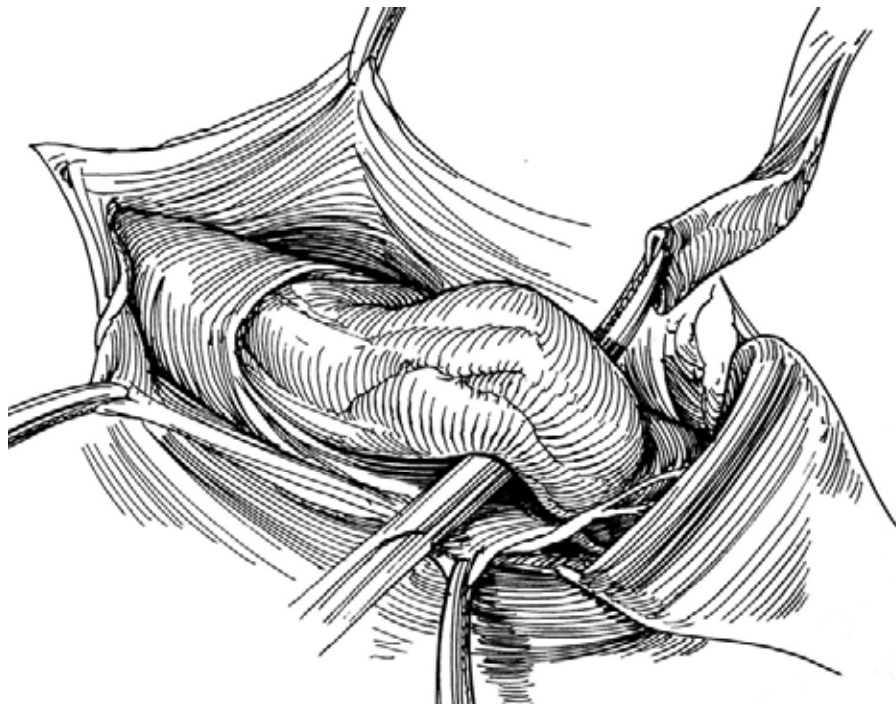
Xẻ dọc cân chéo ngoài cho đến lỗ bẹn sâu để bộc lộ thông tinh nằm ngay bên dưới. Lật hai mép xẻ của cân chéo ngoài lên trên và xuống dưới. Tìm hai dây thần kinh chậu hạ vị (trên bề mặt cơ chéo trong) và chậu bẹn (trên thông tinh). Một vài phẫu viên cắt cả hai thần kinh này nhưng hầu hết đều bảo tồn

chúng.



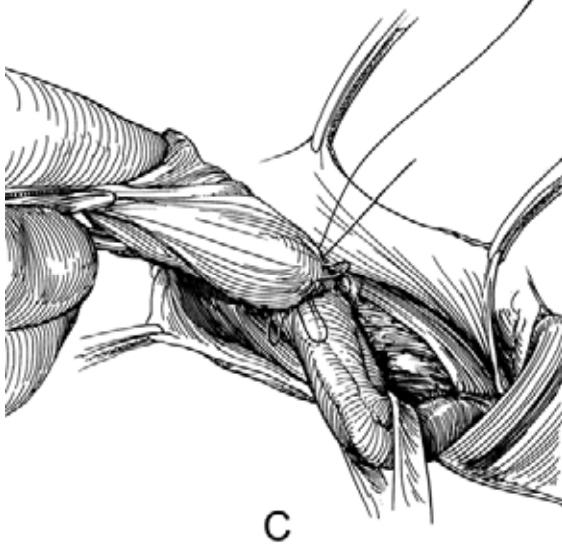
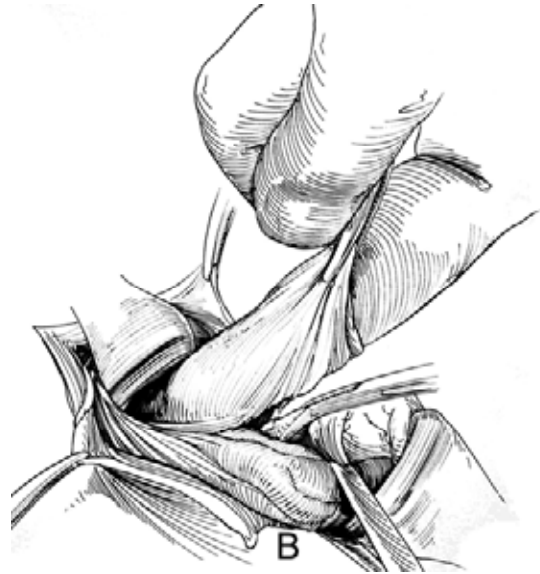
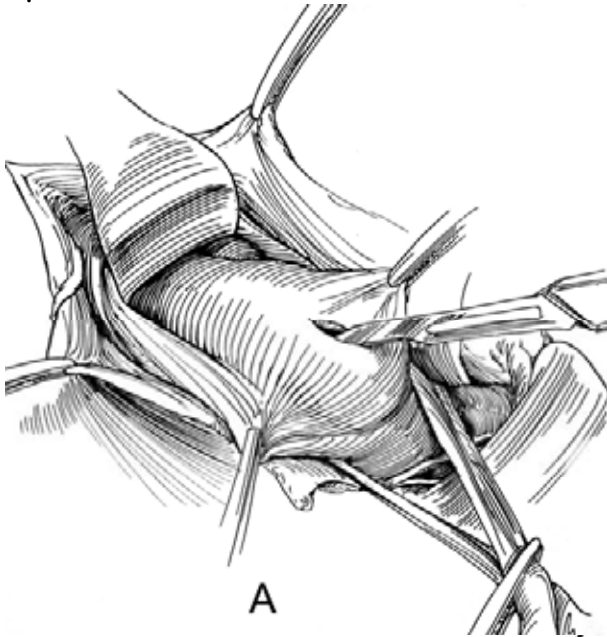
Bóc tách thân
kinh chậu bẹn
ra khỏi thừng
tinh.

Dùng ngón tay tách thừng tinh ra khỏi mép dưới của cân chéo ngoài, cho đến dây chằng bẹn. Tách thừng tinh ra khỏi sàn bẹn bằng cách luồn ngón tay ra sau thừng tinh từ phía dưới, ở vị trí củ xương mu, cho đến khi chúng gặp ngón tay ở phía trên thừng tinh. Luồn một Penrose vòng quanh thừng tinh để tách thừng tinh ra khỏi sàn bẹn trong quá trình khâu phục hồi sàn bẹn.



Để tìm túi thoát vị gián tiếp, xẻ dọc lớp cơ bám da bìu bao quanh thừng tinh. Nếu lỗ bẹn sâu rộng và bị cơ bám da bìu che khuất, có thể cắt ngang cơ bám da bìu ngay vị trí lỗ bẹn

sâu để tạo điều kiện dễ dàng cho việc khâu hẹp lỗ bẹn sâu trong giai đoạn tái tạo thành bẹn.



Nếu thoát vị bẹn gián tiếp, túi thoát vị sẽ nằm trong thờng tinh. A-C: xẻ bao xơ thờng tinh để tìm túi thoát vị. Tách túi thoát vị ra khỏi thờng tinh. Khâu buộc ngang cổ túi. Cắt bỏ phần xa, đẩy đầu gần túi (đã khâu buộc) vào lại xoang bụng. Nếu túi thoát vị lớn, không nhất thiết phải bóc tách toàn bộ túi ra khỏi thờng tinh, chỉ cần cắt ngang cổ túi, khâu buộc đầu gần sau đó đẩy vào xoang bụng.