

Báo cáo ca lâm sàng

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THOÁT VỊ ĐÙI: VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG XÁC ĐỊNH CHẨN ĐOÁN

Đỗ Võ Công Nguyên¹, Bùi Thị Thanh Tâm¹, Trần Thanh Phong¹

1. Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: ThS. BS. Bùi Thị Thanh Tâm ✉ buihithanhtam13021989@gmail.com

TÓM TẮT: Thoát vị đùi là dạng thoát vị hiếm gặp nhưng nguy cơ biến chứng cao, thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý vùng bẹn khác. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cắt lớp vi tính (CLVT), đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và phân biệt thoát vị đùi với thoát vị bẹn và các bệnh lý khác vùng bẹn. Dấu hiệu hình ảnh quan trọng trên CLVT giúp phân biệt thoát vị đùi so với thoát vị bẹn là khối thoát vị đùi ở vị trí bên ngoài so với củ mu và tĩnh mạch đùi cùng bên thường bị chèn ép. Ngoài ra CLVT còn giúp phát hiện sớm các biến chứng của thoát vị đùi như thoát vị nghẹt, tắc ruột hoặc hoại tử ruột, từ đó định hướng xử trí kịp thời và hiệu quả. Trường hợp lâm sàng được trình bày minh họa rõ ràng vai trò quan trọng của CLVT trong chẩn đoán thể thoát vị thành bụng ít gặp này.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, thoát vị đùi, thoát vị bẹn, chèn ép tĩnh mạch đùi

A CASE OF FEMORAL HERNIA: ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY FOR ACCURATE DIAGNOSIS.

Do Vo Cong Nguyen¹, Bui Thi Thanh Tam¹, Tran Thanh Phong¹

ABSTRACT: Femoral hernia is a rare type of hernia with a high risk of complications, commonly seen in elderly women and often mistaken for other groin pathologies. Imaging, particularly computed tomography (CT), plays a crucial role in detecting and differentiating femoral hernias from inguinal hernias and other groin conditions. Key CT imaging findings distinguishing femoral hernias from inguinal hernia are the location of the hernia sac lateral to the pubic tubercle and associated compression of the ipsilateral femoral vein. Additionally, CT can help detect complications of femoral hernias such as incarceration, bowel obstruction, or bowel ischemia, thereby guiding timely and effective management. The presented clinical case clearly illustrates the important role of CT in diagnosing this uncommon type of abdominal wall hernia.

Keywords: Computed tomography, femoral hernia, inguinal hernia, femoral vein compression

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đùi là một dạng thoát vị vùng bẹn hiếm gặp nhưng có nguy cơ biến chứng cao, đặc biệt là nghẹt hoặc hoại tử ruột do cổ túi thoát vị hẹp và vị trí giải phẫu đặc biệt. Tuy chiếm tỷ lệ nhỏ trong các loại thoát vị thành bụng, thoát vị đùi lại thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi và dễ bị bỏ sót trong chẩn đoán lâm sàng do triệu chứng không điển hình, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý vùng bẹn khác như hạch viêm, thoát vị bẹn hay u phần mềm [1]. Trong bối cảnh đó, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng giúp xác định chính xác vị trí, bản chất và mức độ tổn thương.

Trong số các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện nay, cắt lớp vi tính (CLVT) ngày càng khẳng định được vai trò vượt trội nhờ khả năng cung cấp hình ảnh chi tiết, đa mặt phẳng và đánh giá được mối liên quan giải phẫu của khối thoát vị với các cấu trúc lân cận. CLVT không chỉ giúp chẩn đoán xác định thoát vị đùi mà còn hỗ trợ phát hiện sớm các biến chứng như nghẹt, tắc ruột hoặc hoại tử, từ đó định hướng xử trí kịp thời và hiệu quả. Bài báo cáo này xin trình bày một trường hợp tắc ruột non do thoát vị đùi, từ đó bàn về vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán thể thoát vị ít gặp này.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 62 tuổi vào viện vì đau vùng bẹn phải kèm buồn nôn, nôn. Bệnh nhân xuất hiện đau âm ỉ vùng bẹn phải cách vào viện khoảng 1 ngày, sau đó đau tăng dần, không lan, kèm theo cảm giác căng tức. Trong ngày nhập viện, bệnh nhân có buồn nôn và nôn 2-3 lần, không sốt, không trung tiện được trong vòng 12h qua. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý đặc biệt, chưa từng phẫu thuật ổ bụng trước đó.

Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân tỉnh, mạch 88 lần/phút, huyết áp 140/80 mmHg, nhiệt độ 37,2°C. Vùng bẹn phải có khối sưng, chắc, không di động, ấn đau, không giảm khi nằm nghỉ. Bụng mềm không phản ứng thành bụng, chướng nhẹ, nhu động ruột giảm.

Xét nghiệm cận lâm sàng

Công thức máu: BC tăng nhẹ (11,500/mm³), CRP tăng.

X- quang bụng thẳng : Ghi nhận vài mức nước hơi trung tâm ổ bụng, theo dõi tắc ruột non

Chụp cắt lớp vi tính bụng- chậu có thuốc tương phản ghi nhận hình ảnh quai ruột non thoát qua vòng đùi phải, gây dẫn các quai ruột trên dòng. Khối thoát vị khu trú, chèn ép gây xẹp tĩnh mạch đùi cùng bên. Quai ruột thoát vị và các quai ruột



Hình 1. Hình ảnh tác ruột non do thoát vị đùi bên phải. Hình ảnh Coronal ghi nhận dẫn các quai ruột non với điểm chuyển tiếp dẫn xẹp vị trí vùng bẹn bên phải (mũi tên vàng). Tình trạng tắc ruột được gây ra do một quai ruột non thoát vị nghẹt vào ống đùi, quai ruột thoát vị và các quai ruột dẫn phía trên không có dấu hiệu thiếu máu. Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất

dẫn phía trên chưa có dấu hiệu thiếu máu (thành ruột mỏng, bắt thuốc tốt, không có hơi trong thành ruột).

Với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng như trên, chẩn đoán được đưa ra là tắc ruột non do thoát vị đùi nghẹt bên phải. Bệnh nhân sau đó đã được mổ cấp cứu giải phóng đoạn ruột non trong khối thoát vị. Qua đường rạch ngang bên phải, phát hiện quai hồi tràng chui qua lỗ đùi, thành ruột còn hồng chưa hoại tử. Diễn tiến sau mổ bệnh nhân ổn định, không nhiễm trùng vết mổ, trung tiện sau 2 ngày, xuất viện sau 5 ngày.

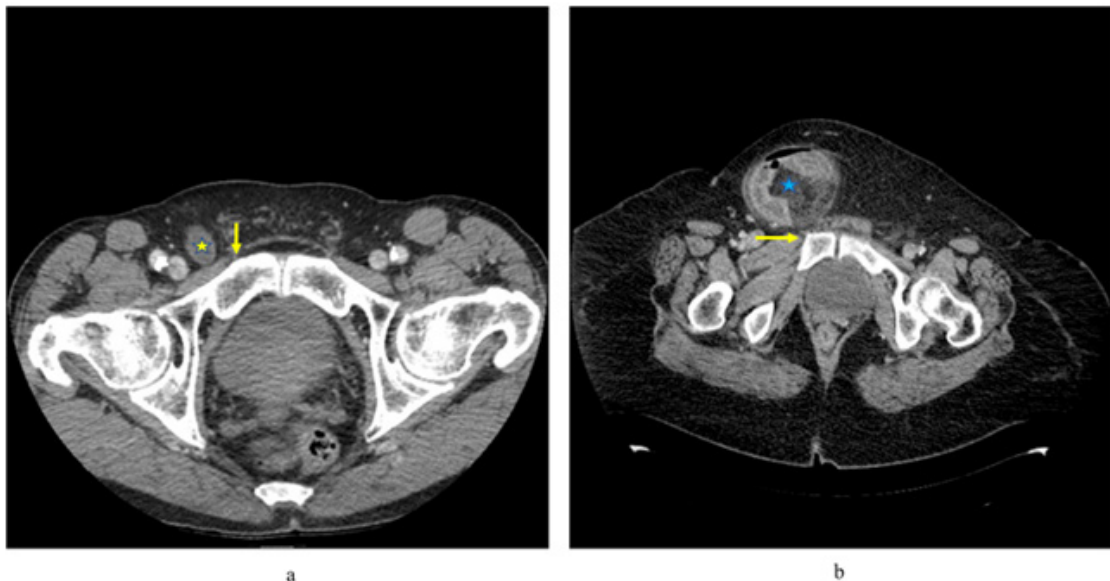
3. BÀN LUẬN

Vai trò quan trọng đầu tiên của CLVT là giúp đưa ra chẩn đoán xác định thoát vị đùi, đặc biệt là giúp phân biệt thoát vị bẹn và thoát vị đùi. Trong khi thoát vị bẹn chiếm khoảng 80% các trường hợp thoát vị thành bụng, thoát vị đùi chỉ chiếm 2-4% các trường hợp. Đối với thoát vị bẹn, các biến chứng nghiêm trọng như kẹt, tắc ruột hoặc nghẹt ruột hiếm khi xảy ra. Trong khi đó, 40-50% các trường hợp thoát vị đùi có biến chứng thoát vị nghẹt, có thể dẫn đến hoại tử ruột non với tỉ lệ tử vong cao [1]. Với tỉ lệ cao có biến chứng, các trường hợp thoát vị đùi thường được chỉ định phẫu thuật sớm sau khi chẩn đoán. Do đó, việc phân biệt trước phẫu thuật giữa thoát

vị đùi và thoát vị bẹn là rất quan trọng về mặt lâm sàng. Việc phân biệt này không thể thực hiện bằng cách thăm khám lâm sàng mà phải dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong trường hợp này, CLVT là phương tiện ưu thế trong việc đưa ra chẩn đoán chính xác, phân biệt giữa thoát vị bẹn và thoát vị đùi để định hướng can thiệp kịp thời.

Wechsler và cộng sự đề xuất rằng có thể phân biệt thoát vị đùi và thoát vị bẹn dựa trên mối quan hệ giữa túi thoát vị và củ mu trên hình ảnh CLVT [2]. Túi thoát vị trong thoát vị bẹn thường kéo dài vào trong củ mu, trong khi tất cả các túi thoát vị đùi khu trú ở phía ngoài củ mu. Tuy nhiên, 37,9% các trường hợp thoát vị bẹn không bị nghẹt có thể cho hình ảnh túi thoát vị khu trú, chưa vượt vào trong so với củ mu (3). Vì vậy, việc phân biệt thoát vị đùi và thoát vị bẹn chỉ dựa trên mối quan hệ giữa túi thoát vị và củ mu sẽ không hữu ích đối với các trường hợp thoát vị không nghẹt.

Hình ảnh chèn ép tĩnh mạch đùi cũng được coi là một dấu hiệu hữu ích trong phân biệt thoát vị bẹn và thoát vị đùi. Vì ống đùi hẹp nên tĩnh mạch đùi rất dễ bị chèn ép bởi các thành phần trong túi thoát vị. Ngược lại, lỗ thoát vị bẹn rộng hơn và dây chằng bẹn nằm giữa túi thoát vị và tĩnh mạch đùi, do đó dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch hiếm khi gặp trong thoát vị



Hình 2. Vị trí khối thoát vị so với củ mu giúp phân biệt thoát vị bẹn và thoát vị đùi. a. Thoát vị đùi: Khối thoát vị (hình sao vàng) nằm bên ngoài phía dưới so với củ mu (mũi tên vàng). b. Thoát vị bẹn: Khối thoát vị (hình sao xanh) kéo dài đi vào trong so với củ mu.

Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất



Hình 3. Dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch đùi trong thoát vị đùi. Tĩnh mạch đùi bên phải (mũi tên xanh) bị chèn ép do khối thoát vị đùi (hình sao), kích thước tĩnh mạch đùi bên phải bị ép nên đường kính giảm rõ rệt so với tĩnh mạch đùi bên trái (mũi tên vàng).
Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất



Hình 4. Tình trạng hoại tử ruột do thoát vị đùi. A. Hình ảnh Coronal CT ghi nhận khối thoát vị đùi bên phải chứa các quai ruột non bị hoại tử (mũi tên thẳng), thành ruột bắt thuốc kém so với các quai ruột khác (mũi tên đứt khúc). B. Hình ảnh sau phẫu thuật ghi nhận quai ruột thoát vị hoại tử, tím đen. Nguồn: Feister K. et al. 2024

bện. Một số điểm cần lưu ý khi sử dụng dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch để đánh giá thoát vị vùng bẹn. Dấu hiệu chèn ép không được thấy ở các trường hợp thoát vị kiểu Richter. Trong loại này, tĩnh mạch đùi không bị chèn ép vì thể tích khối thoát vị nhỏ. Một thoát vị bẹn có khối lượng lớn

vẫn có thể chèn ép tĩnh mạch đùi do hiệu ứng khối. Tuy nhiên, túi thoát vị bẹn lớn thường nhô qua ống bẹn và hướng vào trong củ mu theo đường đi của ống bẹn, trong khi túi thoát vị đùi thì nằm khu trú ở phía ngoài củ mu và hướng xuống dưới ra ngoài theo vị trí của ống đùi. Do đó,

việc kết hợp giữa dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch và vị trí túi thoát vị so với củ mu sẽ giúp phân biệt chính xác hơn giữa hai loại thoát vị [2,3]. Đây cũng là hai dấu hiệu quan trọng giúp chúng tôi đưa ra được chẩn đoán chính xác trong trường hợp lâm sàng này.

Vai trò quan trọng tiếp theo của CLVT là giúp xác định các biến chứng do tình trạng thoát vị đùi gây ra để kịp thời can thiệp. Thoát vị đùi thường có biến chứng thoát vị nghẹt hoặc hoại tử ruột do cổ túi thoát vị hẹp. Trên CLVT, tình trạng thiếu máu ruột có thể nhận biết dựa vào dấu hiệu quai ruột thoát vị có thành dày, bắt thuốc kém, có khí trong thành ruột [4]. Ở ca lâm sàng của chúng tôi, các quai ruột trong khối thoát vị còn bắt thuốc rõ, thành không dày, chưa có dấu hiệu thiếu máu.

Vai trò quan trọng nữa của CLVT là giúp phân biệt thoát vị đùi với các bệnh lý khác vùng bẹn. Việc chẩn đoán trước phẫu thuật đối với thoát vị đùi không dễ dàng ở bệnh nhân không có triệu chứng, vì việc sờ thấy túi thoát vị là rất khó. Ngay cả ở những bệnh nhân có khối lồi ở vùng bẹn, thoát vị đùi có thể bị nhầm với thoát vị bẹn. Ngoài thoát vị bẹn, chẩn đoán phân biệt thoát vị đùi dựa trên lâm sàng còn bao gồm hạch to vùng bẹn, u mỡ, phình động mạch đùi, áp-xe cơ psoas, tràn dịch màng tinh hoàn và các tổn thương da. CLVT rất hữu ích trong việc phân biệt các tình trạng này với thoát vị vùng bẹn [2].

4. KẾT LUẬN

CLVT là phương tiện hình ảnh hữu ích không chỉ giúp chẩn đoán xác định thoát vị đùi mà còn hỗ trợ phát hiện sớm các biến chứng như nghẹt, tắc ruột hoặc hoại tử ruột, từ đó định hướng xử trí kịp thời và hiệu quả. Dấu hiệu hình ảnh quan trọng trên CLVT giúp phân biệt thoát vị đùi so với thoát vị bẹn là khối thoát vị đùi ở vị trí bên ngoài so với củ mu và tĩnh mạch đùi cùng bên bị chèn ép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Naude GP, Ocon S, Bongard F. Femoral hernia: The dire consequences of a missed diagnosis. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1997 Nov;15(7):680–2. [10.1016/s0735-6757\(97\)90184-4](https://doi.org/10.1016/s0735-6757(97)90184-4)
- [2] Shadbolt CL, Heinze SBJ, Dietrich RB. Imaging of Groin Masses: Inguinal Anatomy and Pathologic Conditions Revisited. *RadioGraph-*

ics. 2001 Oct;21(suppl_1):S261–71. https://doi.org/10.1148/radiographics.21.suppl_1.g01oc17s261

[3] Suzuki S, Furui S, Okinaga K, Sakamoto T, Murata J, Furukawa A, et al. Differentiation of Femoral Versus Inguinal Hernia: CT Findings. *American Journal of Roentgenology*. 2007 Aug;189(2):W78–83. <https://doi.org/10.2214/ajr.07.2085>

[4] Feister K, Konstantinoff K, Hamade M, Mellnick V. Pearls and Pitfalls of Imaging Small Bowel Obstruction. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 2024;75(3):631–643. [doi:10.1177/08465371241230276](https://doi.org/10.1177/08465371241230276).