



Doctor
BANANA
PHẢI MẠNH LÀ PHẢI MẠNH



**MEN'S
HEALTH**
BE STRONGER

CẨM NANG SỨC KHỎE NAM GIỚI

Những điều cần biết về Thoát vị bẹn - bìn

2026



Hiểu đúng – Nhận biết sớm

Dấu hiệu, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ



Chẩn đoán chính xác

Phương pháp hiện đại, an toàn và hiệu quả



Điều trị tối ưu – Hồi phục nhanh

Lựa chọn phù hợp cho từng trường hợp



TS.BS.CK2 Trà Anh Duyệt

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới
Men's Health



THÔNG TIN XUẤT BẢN

Tên ấn phẩm	Những điều cần biết về Thoát vị bẹn - bìu
Tác giả	TS.BS.CK2 Trà Anh Duy
Đơn vị	Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health
Năm xuất bản	2026

Lưu ý sử dụng

Tài liệu phục vụ giáo dục sức khỏe, không thay thế khám, chẩn đoán hoặc chỉ định phẫu thuật trực tiếp. Khi có dấu hiệu cấp cứu, hãy đến cơ sở y tế gần nhất.

GIỚI THIỆU TÁC GIẢ



TS.BS.CK2 Trà Anh Duy là bác sĩ chuyên sâu trong lĩnh vực Nam khoa, Nam học và Y học giới tính, đồng thời là người sáng lập Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health. Trong hoạt động chuyên môn, bác sĩ tập trung vào việc tiếp cận toàn diện các vấn đề sức khỏe của nam giới, từ bệnh lý cơ quan sinh dục - tiết niệu, rối loạn chức năng tình dục, nội

tiết sinh sản, hiếm muộn đến những khó khăn tâm lý và chất lượng sống liên quan giới tính. Bên cạnh công tác khám chữa bệnh, TS.BS.CK2 Trà Anh Duy dành nhiều thời gian cho đào tạo, truyền thông sức khỏe và biên soạn tài liệu khoa học phổ thông nhằm giúp cộng đồng tiếp cận kiến thức y khoa chính xác, dễ hiểu và có khả năng ứng dụng trong đời sống.

Quan điểm xuyên suốt trong thực hành của bác sĩ là mỗi triệu chứng cần được đánh giá trong bối cảnh cụ thể của người bệnh, tránh tự chẩn đoán, tự điều trị hoặc chạy theo các phương pháp thiếu bằng chứng. Với các bệnh lý có biểu hiện ở vùng kín như thoát vị bẹn - bìu, sự e ngại thường khiến người bệnh trì hoãn thăm khám, trong khi một số trường hợp có thể tiến triển thành nghẹt hoặc thắt nghẹt, đòi hỏi xử trí cấp cứu. Vì vậy, cẩm nang này được biên soạn theo hướng thực tế, nhấn mạnh cách nhận biết, thời điểm cần đi khám, các lựa chọn điều trị và chăm sóc sau phẫu thuật. Nội dung không thay thế tư vấn trực tiếp, nhưng có thể giúp người đọc chuẩn bị câu hỏi phù hợp và chủ động hơn khi trao đổi với bác sĩ.

GIỚI THIỆU HỆ THỐNG MEN'S HEALTH

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health là đơn vị chăm sóc sức khỏe chuyên biệt dành cho nam giới, định hướng kết hợp khám lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và tư vấn theo mô hình toàn diện. Các vấn đề thường được tiếp nhận bao gồm bệnh lý nam khoa - tiết niệu, sức khỏe sinh sản, hiếm muộn nam, rối loạn chức năng tình dục, rối loạn nội tiết, bệnh lây truyền qua đường tình dục, sức khỏe tâm lý và y học giới tính. Mỗi trường hợp được tiếp cận dựa trên triệu chứng, tuổi, bệnh nền, nhu cầu sinh sản, chất lượng sống và mong đợi điều trị, thay vì chỉ tập trung vào một chỉ số hoặc một cơ quan riêng lẻ.

Men's Health chú trọng bảo mật thông tin, giao tiếp tôn trọng, giải thích rõ ràng và khuyến khích người bệnh tham gia vào quá trình quyết định điều trị. Với các biểu hiện như khối phòng vùng bẹn, bìu to bất thường, đau khi ho hoặc gắng sức, người bệnh có thể được đánh giá ban đầu, phân biệt với tràn dịch màng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh, u vùng bẹn - bìu hay bệnh lý tinh hoàn, sau đó được tư vấn hướng xử trí và chuyển chuyên khoa ngoại phù hợp khi cần. Việc phối hợp đa chuyên khoa giúp hạn chế bỏ sót dấu hiệu cấp cứu và hỗ trợ chăm sóc trước - sau phẫu thuật.

Giờ hoạt động: 08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần, bao gồm ngày Lễ. Người bệnh nên liên hệ trước khi đến trong các tình huống không khẩn cấp; nếu có đau dữ dội đột ngột, nôn ói, sốt, khối bẹn - bìu căng cứng và không đẩy lên được, cần đến cơ sở cấp cứu gần nhất ngay lập tức.

Trụ sở chính: **7B/31 Thành Thái, Phường Diên Hồng, TP.HCM**

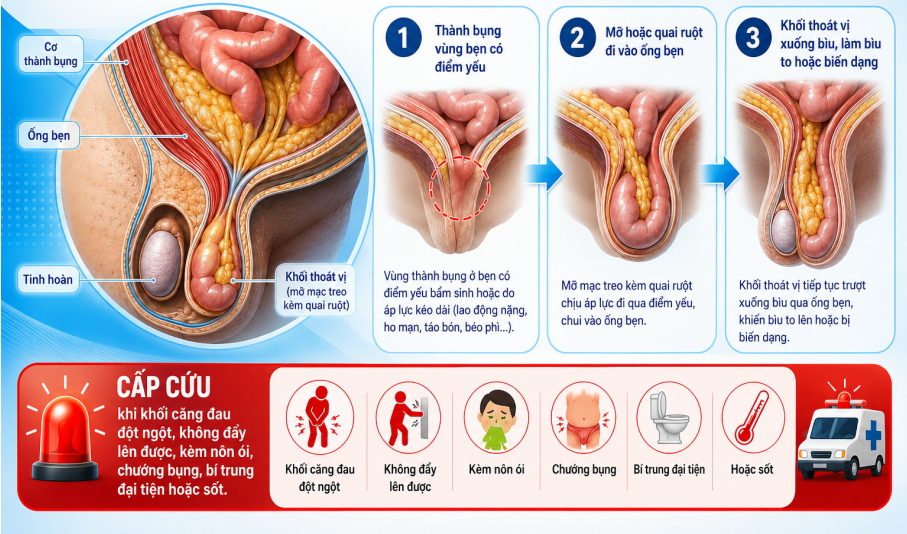
Hotline: **0902 353 353**

Giờ hoạt động: 08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần, bao gồm ngày Lễ.

ĐẠI CƯƠNG VỀ THOÁT VỊ BỆN - BÌU

THOÁT VỊ BỆN - BÌU HÌNH THÀNH NHƯ THẾ NÀO?

Minh họa giản lược, không thay thế hình ảnh chẩn đoán



Cơ chế khối thoát vị từ vùng bẹn đi xuống bìu (minh họa giản lược).

1. Khái niệm và mã bệnh

Thoát vị bẹn - bìu (inguinoscrotal hernia) là tình trạng một khối thoát vị xuất phát từ vùng bẹn, đi qua ống bẹn rồi xuống bìu, làm bìu to hoặc biến dạng. Thành phần trong túi thoát vị thường là mỡ trong ổ bụng, mạc nối hoặc một đoạn ruột; hiếm hơn có thể gặp các cấu trúc khác. Theo hướng dẫn của Tran và cộng sự (2023) công bố trên Journal of Abdominal Wall Surgery, thoát vị bìu được định nghĩa là thoát vị bẹn đã đi xuống bìu và gây bất kỳ mức độ biến

dạng bìu nào. Trong ICD-10, thoát vị bẹn thuộc nhóm K40; mã cụ thể phụ thuộc bên tổn thương, có hay không tắc ruột hoặc hoại tử.

Không phải mọi thoát vị bẹn đều xuống bìu. Giai đoạn đầu, người bệnh chỉ thấy một chỗ phồng ở nếp bẹn, xuất hiện rõ khi đứng, ho, rặn hoặc mang vật nặng. Khi khối thoát vị lớn dần và đi sâu theo ống bẹn, nó có thể xuống bìu. Những trường hợp rất lớn được gọi là thoát vị bẹn - bìu khổng lồ, có thể ảnh hưởng đi lại, vệ sinh, tiểu tiện, sinh hoạt tình dục và hình ảnh cơ thể. Đây là bệnh lý ngoại khoa, không tự liền bằng thuốc, xoa bóp hay đeo đai.

2. Vì sao thoát vị hình thành?

Ống bẹn là một “đường hầm” tự nhiên ở thành bụng dưới. Ở nam giới, thường tinh đi qua cấu trúc này để xuống bìu. Thoát vị xuất hiện khi mô trong ổ bụng đi qua một điểm yếu ở vùng bẹn. Thoát vị bẹn gián tiếp thường đi theo đường của ống bẹn và có thể liên quan đến ống phúc tinh mạc không đóng hoàn toàn từ thời kỳ bào thai; loại này dễ xuống bìu. Thoát vị bẹn trực tiếp đi qua vùng thành sau ống bẹn bị suy yếu, thường gặp hơn khi lớn tuổi và ít xuống bìu hơn, dù vẫn có thể tạo khối lớn.

Sự hình thành thoát vị không chỉ do một lần nâng nặng. Nền tảng thường là cấu trúc mô liên kết và thành bụng đã có điểm yếu; ho, táo bón, rặn tiểu, lao động nặng hoặc tăng áp lực ổ bụng làm khối thoát vị bộc lộ rõ hơn. Tuổi cao, tiền sử gia đình, hút thuốc, bệnh phổi gây ho kéo dài, phì đại tuyến tiền liệt gây rặn tiểu, táo bón mạn và từng mổ vùng bẹn là những yếu tố cần được đánh giá. Tăng cân có thể làm khó thăm khám, nhưng thoát vị cũng thường gặp ở người gầy. Vì vậy, không nên quy nguyên nhân đơn giản cho một hoạt động duy nhất.

3. Triệu chứng thường gặp

Biểu hiện điển hình là khối phồng một bên hoặc hai bên bẹn, có thể lan xuống bìu. Khối thường lớn hơn khi đứng lâu, ho, hắt hơi, gắng sức hoặc cuối

ngày; nhỏ lại khi nằm nghỉ. Một số người có thể dùng tay đẩy nhẹ khối lên khi nằm, gọi là thoát vị còn đẩy lên được. Cảm giác đi kèm có thể là nặng bẹn, tức bìu, kéo căng, nóng rát, đau âm ỉ hoặc khó chịu khi đi bộ, chơi thể thao và quan hệ tình dục. Không ít trường hợp gần như không đau dù khối đã khá lớn.

Khi thoát vị xuống bìu, cần phân biệt với tràn dịch màng tinh hoàn, nang mào tinh, viêm tinh hoàn - mào tinh, giãn tĩnh mạch thừng tinh, u tinh hoàn hoặc khối mô mềm vùng bẹn. Đặc điểm “to lên khi ho hoặc rặn, nhỏ đi khi nằm” gợi ý thoát vị nhưng không đủ để tự chẩn đoán. Người bệnh không nên cố bóp, nắn mạnh một khối đau hoặc mới xuất hiện vì có thể làm tổn thương mô và trì hoãn cấp cứu.

4. Dấu hiệu nghẹt và thắt nghẹt

Thoát vị nghẹt là khi thành phần trong túi thoát vị bị kẹt và không thể trở lại ổ bụng. Thoát vị thắt nghẹt nghiêm trọng hơn: mạch máu nuôi đoạn ruột hoặc mô bị chèn ép, dẫn đến thiếu máu, hoại tử, thủng ruột và nhiễm trùng nặng. Dấu hiệu cảnh báo gồm khối bẹn - bìu đột ngột căng cứng, đau tăng nhanh, không đẩy lên được; đau bụng, chướng bụng, nôn ói, bí trung đại tiện, sốt, mệt mỏi hoặc vùng da trên khối đổi màu.

Đây là cấp cứu ngoại khoa. Không ăn uống, không tự dùng thuốc giảm đau để “chờ xem”, không chườm nóng và không nhờ người không có chuyên môn nắn bóp. Người bệnh cần đến khoa cấp cứu càng sớm càng tốt. American College of Surgeons nhấn mạnh đau bụng dữ dội kèm nôn ở người có thoát vị có thể là dấu hiệu ruột bị thắt nghẹt và cần điều trị ngay. Can thiệp sớm giúp tăng khả năng bảo tồn ruột và giảm nguy cơ nhiễm trùng, hồi sức kéo dài hoặc tử vong.

5. Chẩn đoán

Phần lớn thoát vị bẹn được chẩn đoán qua hỏi bệnh và khám thực thể. Bác sĩ quan sát vùng bẹn - bìu khi người bệnh đứng và nằm, yêu cầu ho hoặc rặn nhẹ, đánh giá kích thước, bên tổn thương, khả năng đẩy lên, độ đau, tình trạng da và tinh hoàn. Khám cũng nhằm phát hiện thoát vị đối bên và phân biệt các bệnh lý bìu khác.

Siêu âm động vùng bẹn - bìu hữu ích khi khối nhỏ, không rõ trên khám, người bệnh béo, đau nhưng chưa thấy khối, nghi tái phát hoặc cần phân biệt bệnh lý tinh hoàn. CT hoặc MRI có thể được chỉ định khi chẩn đoán khó, thoát vị lớn/phức tạp, nghi tắc ruột, cần đánh giá giải phẫu trước mổ hoặc loại trừ nguyên nhân khác. ACR Appropriateness Criteria xem siêu âm vùng chậu, CT và MRI là các phương tiện phù hợp trong bối cảnh nghi thoát vị vùng bẹn, nhưng lựa chọn phải dựa trên tình huống lâm sàng. Xét nghiệm máu không chẩn đoán thoát vị, song có thể cần trước phẫu thuật hoặc khi nghi biến chứng.

6. Có thể theo dõi không mổ không?

Với nam giới trưởng thành có thoát vị bẹn nhỏ, không triệu chứng hoặc triệu chứng rất nhẹ, chiến lược theo dõi có kiểm soát (watchful waiting) có thể an toàn trong một số trường hợp. Tuy nhiên, đây không phải là chữa khỏi; người bệnh cần biết cách nhận diện dấu hiệu cấp cứu và tái khám khi khối lớn hơn hoặc đau tăng. Theo hướng dẫn HerniaSurge cập nhật năm 2023 trên BJS Open, nhiều người theo dõi cuối cùng vẫn chuyển sang phẫu thuật chủ yếu do đau hoặc ảnh hưởng sinh hoạt.

Thoát vị bẹn - bìu thường lớn hơn, phức tạp hơn và có ảnh hưởng chức năng, nên ngưỡng cân nhắc mổ thường thấp hơn so với thoát vị bẹn rất nhỏ. Hướng dẫn chuyên biệt năm 2023 cho thấy sửa chữa thoát vị bìu có tỷ lệ biến chứng cao hơn thoát vị bẹn không phức tạp, đòi hỏi đánh giá kỹ và lựa chọn

phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Quyết định không nên chỉ dựa vào kích thước, mà còn dựa vào đau, khả năng đẩy lên, bệnh nền, nguy cơ gây mê, nghề nghiệp, chất lượng sống và nguồn lực điều trị.

7. Các phương pháp phẫu thuật

Mục tiêu phẫu thuật là đưa thành phần thoát vị về ổ bụng, xử lý túi thoát vị và củng cố vùng thành bụng yếu. Hai nhóm chính là mổ mở đường trước và phẫu thuật nội soi/laparo-endoscopic. Mổ mở thường dùng lưới nhân tạo theo kỹ thuật không căng, trong đó Lichtenstein là kỹ thuật phổ biến. Nội soi có thể thực hiện theo TEP (hoàn toàn ngoài phúc mạc) hoặc TAPP (qua ổ bụng vào khoang trước phúc mạc), thường đặt lưới để che phủ vùng yếu.

Không có một kỹ thuật tốt nhất cho mọi bệnh nhân. Lựa chọn phụ thuộc loại và kích thước thoát vị, một hay hai bên, tái phát hay lần đầu, đã mổ bụng dưới hay chưa, khả năng gây mê, kinh nghiệm ê-kíp và mong muốn của người bệnh. Đối với thoát vị bẹn - bìu phức tạp, hướng dẫn năm 2023 ghi nhận mổ mở đường trước vẫn là cách thường dùng; trong các tiếp cận ít xâm lấn, TAPP có thể có tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn TEP ở trường hợp khó. Phẫu thuật robot là một biến thể của tiếp cận ít xâm lấn, nhưng lợi ích phải được cân nhắc với chi phí và kinh nghiệm trung tâm.

8. Vai trò của lưới nhân tạo

Lưới nhân tạo (mesh) là vật liệu giúp gia cố vùng thành bụng yếu và giảm lực căng lên đường khâu. Phần lớn phẫu thuật thoát vị bẹn ở người lớn hiện sử dụng lưới, vì so với khâu mô đơn thuần, kỹ thuật đặt lưới thường giảm nguy cơ tái phát. Lưới không phải “miếng vá nổi” nằm tự do; nó được đặt ở một lớp giải phẫu phù hợp để mô cơ thể tích hợp dần.

Tuy nhiên, lưới cũng có nguy cơ như nhiễm trùng hiếm gặp, tụ dịch, cảm giác cộm, đau mạn, co rút hoặc di lệch. Nguy cơ phụ thuộc kỹ thuật, loại lưới, vị trí đặt, phương pháp cố định, tình trạng nhiễm bẩn và đặc điểm người bệnh.

Không nên kết luận rằng lưới luôn nguy hiểm hoặc luôn bắt buộc. Trong một số trường hợp nhiễm bẩn, ruột hoại tử, người trẻ chọn lọc hoặc điều kiện đặc biệt, bác sĩ có thể cân nhắc kỹ thuật không lưới. Trao đổi trước mổ nên bao gồm lý do chọn vật liệu và phương pháp dự kiến.

9. Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ

Trước phẫu thuật, người bệnh cần cung cấp đầy đủ bệnh nền, thuốc đang dùng, tiền sử dị ứng, thuốc chống đông/chống kết tập tiểu cầu, triệu chứng tiểu khó và các lần mổ trước. Hút thuốc nên được ngưng càng sớm càng tốt; ho, táo bón, đường huyết, huyết áp và bệnh tuyến tiền liệt cần được kiểm soát. Với thoát vị bìn lớn, bác sĩ có thể yêu cầu thêm hình ảnh học, đánh giá hô hấp - tim mạch và chuẩn bị kế hoạch xử trí da bìu, túi thoát vị, đặt sonde tiểu hoặc theo dõi nội trú.

Sau mổ, đau nhẹ đến vừa, bầm tím và sưng vùng bẹn - bìu khá thường gặp, nhất là khi thoát vị lớn. Người bệnh nên dùng thuốc đúng đơn, đi lại sớm, giữ vết mổ khô sạch, mặc quần nâng đỡ bìu nếu được hướng dẫn và tránh táo bón. Trở lại làm việc và tập luyện tùy kỹ thuật và mức độ đau; nguyên tắc thực tế là tăng hoạt động từng bước, tránh động tác gây đau rõ. Cần tái khám ngay khi sốt, đỏ lan, chảy mủ, đau tăng, nôn ói, bí tiểu, bìu sưng nhanh hoặc khó thở.

10. Tiên lượng, tái phát và đau mạn

Phần lớn người bệnh hồi phục tốt sau phẫu thuật thoát vị bẹn nếu được lựa chọn phương pháp phù hợp và thực hiện bởi ê-kíp có kinh nghiệm. Tái phát có thể xảy ra nhưng nhìn chung thấp với các kỹ thuật hiện đại. Yếu tố liên quan gồm thoát vị lớn, mô yếu, hút thuốc, nhiễm trùng vết mổ, ho hoặc táo bón chưa kiểm soát, kỹ thuật phẫu thuật và bỏ theo dõi.

Đau vùng bẹn kéo dài sau mổ là biến chứng quan trọng cần được nhận diện. Đau có thể do thần kinh, sẹo, phản ứng quanh lưới, tổn thương cơ - gân

hoặc nguyên nhân không liên quan thoát vị. Nếu đau kéo dài trên ba tháng, ảnh hưởng ngủ, đi lại, quan hệ tình dục hoặc công việc, người bệnh nên được đánh giá có hệ thống thay vì chỉ tiếp tục uống giảm đau. Điều trị có thể gồm thuốc, vật lý trị liệu, phong bế thần kinh và trong số ít trường hợp, can thiệp chuyên sâu. Hướng dẫn HerniaSurge đặt mục tiêu giảm cả tái phát lẫn đau mạn, nhấn mạnh tầm quan trọng của tư vấn trước mổ và theo dõi sau mổ.

5 dấu hiệu cần cấp cứu

- Đau tăng đột ngột
- Khối căng cứng và không đẩy lên được
- Nôn ói
- Chướng bụng/bí trung đại tiện
- Sốt hoặc da bẹn - bìu đổi màu

CÂU HỎI THƯỜNG GẶP VỀ THOÁT VỊ BỆN - BÌU

A. Hiểu đúng về bệnh

1. Thoát vị bẹn - bìu là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là thoát vị bẹn đã đi qua ống bẹn xuống bìu, làm bìu to hoặc biến dạng; bên trong có thể là mỡ, mạc nối hoặc quai ruột.

2. Thoát vị bẹn và thoát vị bẹn - bìu có giống nhau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thoát vị bẹn - bìu là một dạng tiến triển của thoát vị bẹn khi khối thoát vị xuống đến bìu; không phải mọi thoát vị bẹn đều xuống bìu.

3. Bệnh có phải là u tinh hoàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Thoát vị xuất phát từ thành bụng và ống bẹn, trong khi u tinh hoàn nằm trong mô tinh hoàn; khám và siêu âm giúp phân biệt.

4. Bệnh có tự khỏi không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thoát vị không tự liền vì điểm yếu thành bụng vẫn tồn tại. Thuốc chỉ giảm triệu chứng kèm theo chứ không đóng được lỗ thoát vị.

5. Thoát vị có thể xuất hiện hai bên không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Người bệnh có thể bị một bên hoặc hai bên; bác sĩ thường khám cả hai bẹn vì bên đối diện đôi khi chưa gây triệu chứng rõ.

6. Vì sao nam giới dễ bị hơn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, ống bẹn của nam giới chứa thừng tinh và có đặc điểm giải phẫu tạo một vùng yếu tự nhiên, nên nguy cơ thoát vị bẹn cao hơn nữ giới.

7. Thoát vị bẹn - bìu có phải bệnh lây truyền không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây là bệnh lý cơ học - giải phẫu của thành bụng, không lây qua quan hệ tình dục, tiếp xúc hay dùng chung đồ dùng.

8. Thoát vị bẹn - bìu có liên quan ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bản thân thoát vị không phải ung thư. Tuy nhiên, mọi khối bẹn - bìu bất thường vẫn cần khám để loại trừ u hạch, u tinh hoàn hoặc bệnh khác.

9. Khối thoát vị có thể chứa ruột không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Túi thoát vị có thể chứa mỡ, mạc nối hoặc quai ruột; khi ruột bị kẹt và thiếu máu sẽ trở thành cấp cứu.

10. Thoát vị bẹn - bìu khổng lồ là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là khối thoát vị rất lớn, xuống thấp ở đùi hoặc thấp hơn, gây khó đi lại, vệ sinh và tăng độ phức tạp của phẫu thuật.

B. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

11. Nâng vật nặng có gây thoát vị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nâng nặng thường làm một điểm yếu có sẵn bộc lộ hoặc làm khối thoát vị rõ hơn, chứ hiếm khi là nguyên nhân duy nhất.

12. Ho kéo dài có làm bệnh nặng hơn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Ho mạn làm tăng áp lực ổ bụng lặp đi lặp lại, khiến khối phồng lớn hơn và dễ gây đau.

13. Táo bón có liên quan không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Rặn đại tiện thường xuyên làm tăng áp lực ổ bụng; điều trị táo bón giúp giảm triệu chứng và hỗ trợ phòng tái phát.

14. Phì đại tuyến tiền liệt có làm tăng nguy cơ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tiểu khó và rặn tiểu kéo dài có thể góp phần làm thoát vị bộc lộ hoặc tiến triển; cần đánh giá triệu chứng đường tiểu trước mổ.

15. Hút thuốc ảnh hưởng thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hút thuốc liên quan ho mạn, chất lượng mô kém và chậm lành vết mổ; ngưng hút thuốc có lợi trước và sau phẫu thuật.

16. Béo phì có gây thoát vị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thừa cân làm tăng áp lực ổ bụng và gây khó khăn cho chẩn đoán, phẫu thuật; tuy nhiên người gầy vẫn có thể bị thoát vị.

17. Người tập gym có dễ bị thoát vị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tập gym đúng kỹ thuật không đồng nghĩa sẽ bị bệnh. Nguy cơ tăng khi nâng quá sức, nín thở rặn mạnh và đã có điểm yếu thành bụng.

18. Bệnh có di truyền không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tiền sử gia đình và đặc điểm mô liên kết có thể làm nguy cơ cao hơn, nhưng không phải cứ có người thân mắc bệnh là chắc chắn sẽ bị.

19. Tuổi cao có làm tăng nguy cơ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Mô liên kết và thành bụng suy yếu theo tuổi, trong khi ho, táo bón và tiểu khó cũng thường gặp hơn.

20. Chấn thương vùng bẹn có gây thoát vị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chấn thương có thể làm triệu chứng xuất hiện hoặc gây khối khác, nhưng cần khám để xác định vì không phải mọi khối sau chấn thương đều là thoát vị.

C. Triệu chứng và chẩn đoán

21. Dấu hiệu sớm nhất là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, dấu hiệu thường gặp nhất là một khối phồng ở bẹn, rõ khi đứng, ho hoặc rặn và nhỏ lại khi nằm.

22. Vì sao khối to hơn vào cuối ngày?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đứng và vận động lâu làm áp lực ổ bụng đẩy thêm mô vào túi thoát vị, nên khối có thể lớn hơn và nặng tức hơn.

23. Thoát vị có luôn đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Nhiều người chỉ thấy phồng hoặc nặng bẹn; mức đau không phản ánh chính xác kích thước hay mức nguy hiểm.

24. Đau lan xuống tinh hoàn có phải thoát vị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, nhưng cũng gặp trong viêm mào tinh, xoắn tinh hoàn, sỏi niệu quản hoặc đau thần kinh; cần khám sớm nếu đau rõ.

25. Làm sao phân biệt với tràn dịch màng tinh hoàn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thoát vị thường thay đổi theo tư thế và ho, còn tràn dịch thường là khối dịch quanh tinh hoàn ít thay đổi; siêu âm giúp xác định.

26. Làm sao phân biệt với giãn tĩnh mạch thừng tinh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, giãn tĩnh mạch thường tạo cảm giác như búi giun, rõ khi đứng và hay ở bên trái; thoát vị thường là khối phồng liên tục từ bẹn xuống bìu.

27. Khám bệnh có đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khám thường nhẹ nhàng, chủ yếu quan sát và sờ khi đứng, nằm, ho hoặc rặn. Bác sĩ sẽ dừng nếu người bệnh đau nhiều.

28. Có cần siêu âm không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không phải lúc nào cũng cần. Siêu âm hữu ích khi khối không rõ, đau không điển hình, nghi bệnh tinh hoàn hoặc cần đánh giá hai bên.

29. Khi nào cần CT hoặc MRI?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, CT hoặc MRI được cân nhắc khi chẩn đoán khó, thoát vị lớn hoặc tái phát, nghi tắc ruột hay cần lập kế hoạch phẫu thuật phức tạp.

30. Xét nghiệm máu có phát hiện thoát vị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Xét nghiệm máu chủ yếu đánh giá sức khỏe trước mổ hoặc dấu hiệu viêm, thiếu máu, rối loạn điện giải khi có biến chứng.

D. Dấu hiệu cấp cứu và biến chứng

31. Khi nào phải đi cấp cứu ngay?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần cấp cứu khi khối đột ngột đau, căng cứng, không đẩy lên được, kèm nôn ói, chướng bụng, sốt hoặc bí trung đại tiện.

32. Thoát vị nghẹt là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là tình trạng mô trong túi thoát vị bị kẹt và không trở lại ổ bụng, có nguy cơ tiến triển thành thiếu máu và hoại tử.

33. Thoát vị thắt nghẹt là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là khi mạch máu nuôi đoạn ruột hoặc mô bị chèn ép, gây thiếu máu; đây là cấp cứu ngoại khoa đe dọa tính mạng.

34. Có nên tự nắn khối đau vào trong không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên nắn mạnh khi khối đau, căng hoặc mới không đẩy lên được. Cần đến bệnh viện để đánh giá an toàn.

35. Có thể chườm nóng để khối xẹp không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Chườm nóng không sửa được thoát vị và có thể làm chậm việc đến cấp cứu khi ruột bị nghẹt.

36. Thoát vị có gây tắc ruột không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Quai ruột bị kẹt có thể gây đau quặn, nôn, chướng bụng và bí trung đại tiện.

37. Da bìu đỏ tím có nguy hiểm không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể là dấu hiệu viêm, chảy máu hoặc thắt nghẹt; đặc biệt nguy hiểm nếu kèm đau tăng và khối không đẩy lên được.

38. Sốt có phải dấu hiệu thường gặp không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thoát vị đơn thuần thường không gây sốt. Sốt kèm đau và nôn cần nghĩ đến biến chứng hoặc bệnh lý khác và phải khám gấp.

39. Bệnh có thể làm hỏng ruột không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có nếu thắt nghẹt kéo dài. Đoạn ruột thiếu máu có thể hoại tử và phải cắt bỏ trong mổ cấp cứu.

40. Trì hoãn cấp cứu nguy hiểm thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, trì hoãn làm tăng nguy cơ hoại tử ruột, nhiễm trùng, sốc, mổ lớn hơn và thời gian hồi phục dài hơn.

E. Theo dõi và chỉ định điều trị

41. Có phải ai cũng cần mổ ngay không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Một số nam giới có thoát vị nhỏ, ít triệu chứng có thể theo dõi, nhưng thoát vị xuống bìu thường cần cân nhắc mổ chủ động.

42. Khi nào nên mổ chương trình?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên bàn về mổ khi đau, khối lớn dần, khó đẩy lên, ảnh hưởng vận động, công việc, tiểu tiện, tình dục hoặc chất lượng sống.

43. Theo dõi có an toàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, theo dõi có thể an toàn ở người được chọn lọc, hiểu dấu hiệu cấp cứu và tái khám; đây là trì hoãn mổ chứ không phải chữa khỏi.

44. Đai thoát vị có chữa được bệnh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đai chỉ ép tạm thời, có thể gây tổn thương da, khó chịu hoặc che lấp dấu hiệu bệnh; không nên dùng thay phẫu thuật.

45. Thuốc đông y có làm khối biến mất không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chưa có thuốc uống hay thuốc đắp nào đóng được điểm yếu thành bụng. Dùng thuốc không rõ nguồn gốc có thể trì hoãn điều trị.

46. Vật lý trị liệu có chữa khỏi không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bài tập không làm lỗ thoát vị tự kín. Vận động phù hợp giúp duy trì thể lực nhưng phải tránh động tác làm đau hoặc khối phồng tăng.

47. Thoát vị nhỏ có thể chờ nhiều năm không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể ở một số người, nhưng cần theo dõi triệu chứng. Khối có thể lớn dần và nhiều bệnh nhân cuối cùng mổ vì đau.

48. Tuổi cao có mổ được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tuổi không phải chống chỉ định tuyệt đối. Quyết định dựa vào tim phổi, bệnh nền, mức độ thoát vị và nguy cơ gây mê.

49. Người có bệnh tim mạch nên làm gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần đánh giá tim mạch, thuốc chống đông và nguy cơ gây mê; không tự ngưng thuốc trước mổ khi chưa có chỉ định.

50. Có cần khám chuyên khoa nam học không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khám nam học hữu ích khi khối bìu khó phân biệt, có đau tinh hoàn, lo về sinh sản hoặc tình dục; điều trị thoát vị chính vẫn thuộc ngoại khoa.

F. Phẫu thuật và lưới

51. Mổ mở là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, mổ mở dùng một đường rạch vùng bẹn để đưa khối về ổ bụng và củng cố thành bụng, thường bằng lưới nhân tạo.

52. Mổ nội soi là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nội soi dùng camera và dụng cụ qua các đường rạch nhỏ để sửa vùng yếu từ phía sau thành bụng, thường bằng kỹ thuật TEP hoặc TAPP.

53. Mổ mở hay nội soi tốt hơn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có phương pháp tốt nhất cho mọi người. Lựa chọn phụ thuộc loại thoát vị, hai bên, tái phát, bệnh nền và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

54. Thoát vị bìu lớn có mổ nội soi được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể ở trung tâm và ê-kíp có kinh nghiệm, nhưng tỷ lệ khó và chuyển mổ mở cao hơn; cần đánh giá từng trường hợp.

55. Lưới nhân tạo có bắt buộc không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phần lớn người lớn được khuyến nghị sửa bằng lưới để giảm tái phát, nhưng có ngoại lệ dựa trên nhiễm bẩn, tuổi và kỹ thuật chuyên biệt.

56. Lưới có gây ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có bằng chứng cho thấy lưới thoát vị thông dụng gây ung thư. Nguy cơ cần bàn chủ yếu là nhiễm trùng, đau mạn và tái phát.

57. Cơ thể có đào thải lưới không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phản ứng thải ghép kiểu cơ quan không thường xảy ra. Cơ thể tạo mô xơ quanh lưới; nhiễm trùng hoặc phản ứng bất thường là hiếm.

58. Mổ có cần gây mê toàn thân không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nội soi thường cần gây mê toàn thân; mổ mở có thể dùng gây mê, gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ tùy trường hợp.

59. Mổ kéo dài bao lâu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, ca đơn giản thường khoảng dưới hai giờ, nhưng thoát vị bìu lớn, dính hoặc nghẹt có thể kéo dài hơn đáng kể.

60. Có phải cắt bỏ tinh hoàn khi mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thông thường không. Cắt tinh hoàn chỉ được cân nhắc rất hiếm khi có tổn thương nặng, thiếu máu hoặc bệnh lý khác không thể bảo tồn.

G. Chuẩn bị trước mổ

61. Cần làm xét nghiệm gì trước mổ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường gồm công thức máu, đông máu, đường huyết, chức năng thận, điện tim và các xét nghiệm theo tuổi, bệnh nền và hình thức gây mê.

62. Có cần nhịn ăn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Thời gian nhịn ăn uống theo hướng dẫn của cơ sở gây mê; không tự suy đoán vì từng loại thức ăn và thuốc có quy định khác nhau.

63. Có phải ngưng thuốc chống đông?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không tự ngưng. Bác sĩ ngoại khoa, tim mạch và gây mê sẽ cân bằng nguy cơ chảy máu với nguy cơ huyết khối.

64. Nên ngưng hút thuốc bao lâu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, ngưng càng sớm càng tốt; vài tuần trước mổ đã có lợi cho hô hấp và lành vết thương, nhưng ngưng ngay hôm nay vẫn tốt hơn tiếp tục hút.

65. Có cần giảm cân trước mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, giảm cân hợp lý có thể giảm nguy cơ gây mê và biến chứng, nhưng không nên trì hoãn quá lâu nếu thoát vị đau, lớn nhanh hoặc khó đẩy lên.

66. Cần điều trị táo bón trước mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Kiểm soát táo bón giúp giảm rặn, dễ chăm sóc sau mổ và hạn chế đau vùng bẹn.

67. Tiểu khó trước mổ có quan trọng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rất quan trọng vì tăng nguy cơ bí tiểu sau mổ. Hãy báo bác sĩ nếu dòng tiểu yếu, tiểu đêm hoặc đang dùng thuốc tuyến tiền liệt.

68. Có cần cạo lông vùng mổ ở nhà không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên tự cạo sát vì dễ gây trầy xước và nhiễm trùng. Cơ sở y tế sẽ xử lý lông nếu cần.

69. Có cần chuẩn bị người chăm sóc?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên có người đưa về và hỗ trợ ít nhất 24 giờ đầu, nhất là sau gây mê hoặc khi thoát vị lớn.

70. Cần hỏi bác sĩ những gì trước mổ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hãy hỏi về kỹ thuật, loại gây mê, dùng lưới hay không, nguy cơ đau mạn, thời gian nghỉ việc và dấu hiệu cần tái khám.

H. Chăm sóc và hồi phục sau mổ

71. Sau mổ có sưng bìu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể, đặc biệt với thoát vị bìu lớn. Sưng và bầm nhẹ thường giảm dần; sưng nhanh, căng đau hoặc sốt cần khám.

72. Có nên chườm lạnh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể chườm lạnh bọc vải trong thời gian ngắn theo hướng dẫn, tránh đặt đá trực tiếp lên da hoặc vết mổ.

73. Khi nào được tắm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tùy loại băng và keo da. Thường có thể tắm nhanh sau 24-48 giờ nếu bác sĩ cho phép, không ngâm nước đến khi vết lành.

74. Khi nào được đi lại?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nên đi lại nhẹ sớm trong ngày mổ hoặc ngày hôm sau để giảm nguy cơ huyết khối và giúp ruột hoạt động.

75. Bao lâu được lái xe?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chỉ lái khi không còn dùng thuốc gây buồn ngủ, có thể phanh gấp và xoay người không đau; thường ít nhất vài ngày đến một tuần.

76. Bao lâu được đi làm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, công việc văn phòng có thể trở lại sau khoảng một đến hai tuần; lao động nặng cần lâu hơn và theo chỉ định riêng.

77. Bao lâu được nâng nặng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tăng tải dần theo mức đau và hướng dẫn phẫu thuật viên. Không cố nâng khi còn đau rõ hoặc vết mổ chưa ổn định.

78. Táo bón sau mổ xử trí thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, uống đủ nước, ăn chất xơ, đi lại và dùng thuốc làm mềm phân nếu được kê; tránh rặn mạnh.

79. Khi nào cần tái khám sớm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần khám sớm khi sốt, đỏ lan, chảy mủ, đau tăng, nôn, bí tiểu, bìu sưng nhanh hoặc khối phòng xuất hiện lại.

80. Đau bao lâu là bất thường?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đau thường giảm rõ trong vài tuần. Đau kéo dài trên ba tháng hoặc ảnh hưởng sinh hoạt cần đánh giá đau mạn sau mổ.

I. Tiểu tiện, tình dục và sinh sản

81. Thoát vị có gây tiểu khó không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thoát vị lớn có thể gây vướng hoặc hiếm khi chứa một phần bàng quang, nhưng tiểu khó thường do tuyến tiền liệt hay bệnh tiết niệu kèm theo.

82. Mổ thoát vị có gây bí tiểu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bí tiểu tạm thời có thể xảy ra, nhất là ở người lớn tuổi hoặc có phì đại tuyến tiền liệt; đôi khi cần đặt sonde ngắn hạn.

83. Thoát vị có làm giảm ham muốn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bệnh không trực tiếp làm giảm hormone, nhưng đau, tự ti, lo ngại hoặc khối lớn có thể làm giảm ham muốn.

84. Có được quan hệ tình dục khi chưa mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể nếu không đau và khối vẫn đẩy lên, nhưng nên dừng khi đau tăng, khối căng hoặc có triệu chứng bất thường.

85. Bao lâu sau mổ được quan hệ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể trở lại khi vận động và chạm vùng bẹn không còn đau đáng kể, thường sau một đến vài tuần; tăng dần nhẹ nhàng.

86. Mổ có gây rối loạn cương không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phẫu thuật không thường gây rối loạn cương trực tiếp. Đau, lo âu hoặc biến chứng hiếm có thể ảnh hưởng tạm thời.

87. Mổ có ảnh hưởng tinh trùng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nguy cơ tổn thương ống dẫn tinh hoặc mạch tinh hoàn thấp nhưng có thật; cần trao đổi kỹ nếu mổ hai bên hoặc có kế hoạch sinh con.

88. Thoát vị lớn có ảnh hưởng tinh hoàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khối lớn có thể chèn ép và làm khó đánh giá tinh hoàn; biến chứng thiếu máu tinh hoàn hiếm nhưng cần được theo dõi.

89. Có cần làm tinh dịch đồ trước mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không bắt buộc cho mọi người. Có thể cân nhắc khi hiếm muộn, mổ hai bên, tái phát hoặc người bệnh đặc biệt lo về sinh sản.

90. Đau khi xuất tinh sau mổ có bình thường không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đau nhẹ sớm có thể do mô đang lành; nếu kéo dài, đau tăng hoặc kèm sưng cần khám để loại trừ đau thần kinh hay biến chứng.

J. Tình huống đặc biệt và phòng ngừa

91. Trẻ em bị thoát vị bẹn - bìu có giống người lớn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, trẻ em thường liên quan ống phúc tinh mạc còn thông và cần được ngoại nhi đánh giá; nguy cơ nghẹt đặc biệt đáng lưu ý ở trẻ nhỏ.

92. Trẻ sơ sinh có khối bẹn lúc khóc phải làm gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần đưa trẻ khám ngoại nhi sớm. Nếu khối căng đau, không xẹp, trẻ quấy, nôn hoặc bỏ bú phải cấp cứu.

93. Người từng mổ mà khối xuất hiện lại là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể là thoát vị tái phát, tụ dịch, sẹo hoặc khối khác; cần khám và hình ảnh học khi cần, không tự kết luận.

94. Thoát vị tái phát có mổ lại được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, được. Thường chọn đường tiếp cận khác lần mổ trước và nên do phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện.

95. Người có cả tràn dịch màng tinh hoàn và thoát vị xử trí sao?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bác sĩ đánh giá nguyên nhân, kích thước và triệu chứng để quyết định sửa cùng lúc hay theo từng giai đoạn.

96. Có cách nào phòng bệnh tuyệt đối không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không thể phòng tuyệt đối vì giải phẫu và mô liên kết có vai trò lớn, nhưng kiểm soát ho, táo bón, cân nặng và kỹ thuật nâng giúp giảm áp lực.

97. Nên nâng vật nặng thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, giữ vật sát thân, gập gối, dùng lực chân, thở ra khi nâng và tránh xoay vặn hoặc cố nâng quá khả năng.

98. Có nên tập cơ bụng để phòng tái phát?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, sau khi lành, tập phục hồi cơ trung tâm đúng kỹ thuật có lợi; cần bắt đầu từ nhẹ và tránh nín thở rặn mạnh.

99. Sau mổ có cần kiêng cả đời không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Phần lớn người bệnh có thể trở lại hoạt động bình thường, kể cả thể thao, sau khi hồi phục và tăng tải hợp lý.

100. Điều quan trọng nhất người bệnh cần nhớ là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khối bẹn - bìu đau đột ngột, căng cứng, không đẩy lên được kèm nôn hoặc chướng bụng là dấu hiệu phải cấp cứu ngay.

KẾT LUẬN

Thoát vị bẹn - bìu là bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở nam giới, hình thành khi mô trong ổ bụng đi qua điểm yếu vùng bẹn và xuống bìu. Bệnh có thể chỉ gây phồng, nặng tức hoặc đau âm ỉ, nhưng cũng có thể nghẹt và thắt nghẹt, dẫn đến tắc ruột, hoại tử ruột và nhiễm trùng nặng. Vì vậy, người bệnh cần khám khi xuất hiện khối bẹn - bìu bất thường, đặc biệt khi khối lớn dần, khó đẩy lên hoặc ảnh hưởng sinh hoạt.

Phẫu thuật là phương pháp duy nhất sửa chữa triệt để điểm yếu thành bụng. Mở mở, nội soi, dùng lưới hay không dùng lưới phải được cá thể hóa dựa trên đặc điểm thoát vị, bệnh nền, nguy cơ gây mê và kinh nghiệm ê-kíp. Kết quả điều trị nhìn chung tốt khi được chẩn đoán đúng, mổ đúng thời điểm và chăm sóc sau mổ phù hợp. Điều quan trọng nhất là không tự nắn bóp khối đau và không trì hoãn cấp cứu khi có đau dữ dội, nôn ói, chướng bụng hoặc khối căng cứng không đẩy lên được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165.
2. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open*. 2023;7(5):zrad080.
3. Tran HM, MacQueen I, Chen D, Simons M. Systematic review and guidelines for management of scrotal inguinal hernias. *Journal of Abdominal Wall Surgery*. 2023;2:11195.
4. American College of Surgeons. Adult inguinal and femoral groin hernia repair. Patient education resource. Truy cập tháng 7/2026.
5. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Inguinal hernia repair surgery. Patient information resource. Truy cập tháng 7/2026.
6. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria: Hernia. Reston: ACR; 2022. pp. 1-12.
7. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343-403.
8. Blair AB, Dwarakanath A, Mehta A, et al. Postoperative urinary retention after inguinal hernia repair: a single institution experience. *Hernia*. 2017;21(6):895-900.

