

34. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ KHE HOÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị khe hoành hầu hết xảy ra ở người lớn tuổi và là thoát vị mắc phải. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh. Nguyên nhân của thoát vị khe thực quản là do sự suy yếu màng ngăn thực quản (thoát vị mắc phải) hay một lỗ khiếm khuyết của cơ hoành ở khe thực quản (thoát vị bẩm sinh).
- Thoát vị khe thực quản có hai loại: thoát vị kiểu trượt, trong đó tâm vị của dạ dày bị thoát vị lên lồng ngực, hay thoát vị kiểu cuộn, trong đó tâm vị vẫn ở vị trí bình thường trong khoang bụng và chỉ có đáy vị là bị thoát vị lên lồng ngực (hình 1). Ngoài ra còn có loại thoát vị hỗn hợp, kết hợp thoát vị trượt và thoát vị cuộn. 99% thoát vị khe thực quản mắc phải là thoát vị trượt.
- Phần lớn người bệnh bị thoát vị trượt không có triệu chứng gì. Phần dạ dày bị thoát vị lên cơ hoành khi người bệnh nằm hay có động tác làm tăng áp lực trong xoang bụng (ho, hắt hơi...) và trở lại xoang bụng khi người bệnh đứng. Thoát vị thể trượt, vì thế, được gọi là loại thoát vị “có thể xuống được”. Hậu quả thường gặp nhất của thoát vị trượt là hiện tượng trào ngược thực quản. 20% người bệnh bị thoát vị trượt bị viêm thực quản do trào ngược. Phần biểu mô thực quản bị viêm mãn tính do trào ngược có thể bị chuyển sản (thực quản Barrett), dị sản và cuối cùng hoá ác.
- Trong thoát vị kiểu cuộn, do khe thực quản rộng, đáy vị bị thoát vị lên lồng ngực, nằm ở phía trước và bên trái thực quản, trong khi tâm vị vẫn nằm ở vị trí bình thường trong khoang bụng. Thoát vị kiểu cuộn, vì thế, còn được gọi là thoát vị cạnh thực quản.
- Người bệnh bị thoát vị cạnh thực quản không có biểu hiện trào ngược thực quản, nhưng phần dạ dày bị thoát vị thường không thể xuống bụng. Thoát vị cạnh thực quản, vì thế, được gọi là thoát vị “không xuống được”.
- Khi khe thực quản rộng ra, phần bờ cong lớn dạ dày bị thoát vị càng lớn. Quá trình này làm cho dạ dày bị xoay ngược chiều kim đồng hồ. Khi toàn bộ bờ cong lớn dạ dày bị thoát vị (kèm theo là mạc nối lớn), môn vị bị kéo lên nằm sát tâm vị, dạ dày sẽ bị xoắn. Xoắn dạ dày trong thoát vị khe thực quản là xoắn dạ dày thứ phát. Dạ dày bị xoắn thứ phát sẽ nằm trong lồng ngực.
- Cần phân biệt xoắn dạ dày thứ phát với xoắn dạ dày nguyên phát. Xoắn dạ dày nguyên phát không kèm theo thoát vị khe thực quản và dạ dày bị xoắn nằm trong khoang bụng, dưới cơ hoành (cơ hoành bình thường).
- Nguy cơ lớn nhất của thoát vị cạnh thực quản là nghẹt, dẫn đến hoại tử phần dạ dày bị thoát vị.

- Các yếu tố thuận lợi của thoát vị khe thực quản mắc phải:
 - + Cơ (bao gồm cả cơ hoành, trong đó có hai trụ cơ hoành) bị yếu và giảm tính đàn hồi (thoát vị mắc phải ở người già).
 - + Khiếm khuyết khe thực quản (thoát vị bẩm sinh ở người trẻ).
 - + Tăng áp lực trong khoang bụng (cổ trướng, phụ nữ, người béo phì, người bị táo bón mãn tính...).
 - + Viêm thực quản mãn tính (làm xơ hoá lớp cơ dọc, dẫn đến thực quản bị rút ngắn)...
 - + Thoát vị khe thực quản thường gặp ở phụ nữ và người trên 40 tuổi. Tần suất mắc bệnh càng cao khi tuổi càng lớn. Chỉ 10% người bệnh bị thoát vị khe thực quản ở độ tuổi dưới 40, trong khi đó 70% người bệnh trên 70 tuổi.
 - + Hậu quả và biến chứng của thoát vị khe thực quản thể trượt (hình 2):
 - + Viêm thực quản, bào mòn thực quản (loét Cameron), loét thực quản.
 - + Chảy máu từ các sang thương viêm hay loét thực quản. Máu thường chảy rỉ rả. Chảy máu ồ ạt hiếm khi xảy ra.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Đau thượng vị, đau ngay sau xương ức.
- Nóng rát sau xương ức (cảm giác “đau cháy sau tim”)
- Đầy hơi, khó tiêu
- Nôn, nôn máu
- Đau ngực, khó thở
- Có thể có biểu hiện thiếu máu nhẹ, toàn trạng béo phì ...
- Khi xảy ra biến chứng hoại tử bờ cong lớn dạ dày, biểu hiện lâm sàng của người bệnh là một hội chứng viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- Viêm dạ dày, loét dạ dày-tá tràng.
- Viêm tụy
- Con đau quặn mật
- Con đau thắt ngực
- Tràn khí màng phổi
- Tắc ruột
- Thủng tạng rỗng...

2.2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực thẳng: thấy hình ảnh các khối mờ lớn có mức nước hơi, biểu hiện của hơi và dịch vị bị ứ đọng trong phần dạ dày bị nghẹt.
- Chụp lưu thông thực quản-dạ dày: thấy hình ảnh của một túi cản quang nằm lân cận thực quản. Nếu chụp đối quang kép, hình ảnh nếp niêm mạc dạ dày sẽ hiện diện trong túi cản quang này. Dấu hiệu này giúp chẩn đoán phân biệt thoát vị khe hoành với túi thừa thực quản.
- Chụp CT ngực bụng: thấy hình ảnh thoát vị khe thực quản trên CT là một khối (có thể có mức nước hơi hay không) nằm sau tim. Khi mạc nối lớn bị thoát vị, hình ảnh trên CT là tăng khối lượng mô mỡ quanh thực quản.
- Chụp MRI: tương tự chụp CT, có thể thấy thoát vị mạc nối lớn cạnh thực quản với hình ảnh của một khối mỡ liên tục với các mạch máu và phát triển từ khoang bụng lên lồng ngực.
- Siêu âm bụng: khe thực quản giãn rộng đến 16-21 mm, chứng tỏ không phải thực quản mà là dạ dày nằm ở khe thực quản. Dấu hiệu này có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 90% trong chẩn đoán thoát vị khe thực quản.
- Nội soi thực quản-dạ dày: thoát vị khe thực quản có thể được chẩn đoán dễ dàng bởi nội soi thực quản-dạ dày. Trên nội soi, thoát vị khe thực quản biểu hiện bằng hình ảnh niêm mạc dạ dày nằm ở phía trên khe thực quản của cơ hoành. Hình ảnh này có thể được quan sát từ phía trên (thực quản) xuống hay từ phía dưới (dạ dày) lên. Nội soi giúp phân loại viêm loét thực quản do trào ngược:



+ Độ 1: Thực

quản viêm đỏ.

+ Độ 2: Thực quản có các vết loét thẳng và không hội tụ.

+ Độ 3: Thực quản có các vết loét ngoằn ngoèo và hội tụ.

+ Độ 4: Thực quản bị chít hẹp hay thực quản Barrett.

III. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp thoát vị khe hoành, cạnh thực quản.

- Các trường hợp thoát vị trượt:

+ Triệu chứng không được kiểm soát hoàn toàn bởi thuốc ức chế bơm proton, hoặc người bệnh muốn được điều trị dứt điểm trong một lần.

+ Nội soi: thực quản bị hẹp hay Barrett thực quản (độ 4).

+ Người bệnh có triệu chứng ngoài thực quản, thí dụ như triệu chứng hô hấp (ho, khò khè, sặc), triệu chứng tai mũi họng (viêm họng, khàn tiếng, viêm tai giữa), triệu chứng răng (bào mòn men răng)...

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng lâm sàng không ổn định, rối loạn thông khí phổi, tình trạng cao áp phổi, bệnh tim mạch nặng.

V. CHUẨN BỊ

1. Điều dưỡng, bác sỹ điều trị

- Đánh giá tình trạng Người bệnh trước mổ: mức độ suy hô hấp, viêm phổi, viêm đường hô hấp trên, tình trạng dinh dưỡng toàn thân, dấu hiệu mất nước, điện giải, tình trạng nhiễm trùng ...

- Điều chỉnh rối loạn điện giải, toan kiềm, phát hiện và điều trị hạ đường huyết.

- Giải thích tình trạng bệnh, cách thức phẫu thuật, tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ

- Kháng sinh dự phòng, an thần...

2. Người bệnh

- Vệ sinh thân thể, làm sạch đường tiêu hóa: rửa dạ dày, thụt tháo...
- Nhịn ăn hoàn toàn trước mổ 12h.

3. Chuẩn bị dụng cụ

- Có thể thực hiện phẫu thuật nội soi hay mổ mở
- Mổ nội soi: dàn máy mổ nội soi, camera góc nhìn 30o, trocar 10mm, 5mm, kim, chỉ khâu tiêu chậm, tấm lưới nhân tạo...
- Mổ mở: bộ dụng cụ mổ bụng trung phẫu, kim, chỉ tiêu chậm, tấm lưới nhân tạo để sử dụng trong trường hợp cơ hoành có lỗ thoát vị lớn.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phẫu thuật điều trị thoát vị khe hoành có thể được thực hiện qua nội soi hay mổ mở. Hiện nay, phẫu thuật nội soi ngày càng được thực hiện nhiều hơn. Quá trình phẫu thuật được thực hiện qua 2 bước (nêu thoát vị trượt):

1. Phẫu thuật sửa chữa lỗ thoát vị:

- Đưa phần dạ dày bị thoát vị (và tâm vị, trong trường hợp thoát vị trượt) trở lại ổ bụng.
- Khâu đóng lỗ thoát vị (khép khe thực quản của cơ hoành). Nếu lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép che lỗ thoát vị.
- Có thể cân nhắc đến việc cố định dạ dày vào thành bụng bằng cách mở dạ dày ra da tạm thời nếu người bệnh bị thoát vị cạnh thực quản.

2. Phẫu thuật chống trào ngược: Các phẫu thuật này được chia làm hai loại chính:

- Khâu cuốn phình vị quanh tâm vị (phẫu thuật Nissen, Toupet).
- Cố định tâm vị vào vùng bụng sau (phẫu thuật Hill)..
- Kết thúc cuộc mổ là đóng bụng, rút trocar.

VII. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng hô hấp, tim mạch.
- Tiếp tục kháng sinh tĩnh mạch 7-10 ngày.
- Bồi phụ nước, điện giải, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch hoàn toàn từ 2 -3 ngày, sau đó cho ăn đường miệng hoặc qua ống thông dạ dày.
- Chăm sóc vết thương mỗi ngày và cắt chỉ sau 07 ngày.

VIII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Tràn khí màng phổi, xẹp phổi: dẫn lưu khí khoang màng phổi, thở máy.
- Nhiễm trùng phổi, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiêu...: làm kháng sinh đồ và điều trị kháng sinh.
- Thoát vị hoành tái phát (5-20%), và khoảng 30% cho các trường hợp dùng màng ghép nhân tạo.

35.KỸ THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Toác vết mổ là biến chứng sau mổ, tình trạng vết mổ thành bụng được khâu không liền lại, làm cho hai mép vết mổ cũng như phúc mạc thành bụng không dính lại với nhau như trước mổ mà toác rộng ra, làm cho các tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vết mổ. Toác vết mổ có thể là một phần hoặc toàn bộ vết mổ.

- Khâu phục hồi thành bụng là phẫu thuật khâu đóng lại 2 mép vết mổ, khôi phục lại tình trạng toàn vẹn, liên tục của thành bụng tránh cho các tạng chui ra ngoài qua vết mổ và nhiễm khuẩn từ ngoài vào trong ổ bụng.

**Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:*

- *Nhiễm khuẩn vết mổ:*

- + Trường hợp mổ các loại viêm phúc mạc
- + Trường hợp mổ các tạng như đại tràng, trực tràng...
- + Trường hợp mổ viêm ruột thừa mủ
- + Trường hợp mổ không đảm bảo nguyên tắc vô trùng

- *Kỹ thuật khâu đóng bụng không đúng:* khâu không đúng lớp cân, mũi chỉ quá căng, chỉ khâu bị đứt.

- *Áp lực ổ bụng sau mổ lớn và kéo dài làm tình trạng cân cơ thành bụng quá căng:* thờ máy kéo dài, bụng quá chướng do liệt ruột cơ năng sau mổ, người bệnh gắng sức ho ỉn, nôn, có ổ áp xe tồn dư sau mổ...

- *Yếu tố nguy cơ của toác vết mổ thành bụng:* suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý ác tính hóa trị hay xạ trị...

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau mổ có toác vết mổ thành bụng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cần nhắc thực hiện kỹ thuật trong các trường hợp mất tổ chức thành bụng rộng, vết mổ

còn bản và không có khả năng kéo ép vết mổ vào nhau.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: PTV ngoại chung hoặc PTV tiêu hóa.

2. Phương tiện:

- Găng tay vô khuẩn
- Áo vô khuẩn
- Chỉ không tiêu số 1 hoặc số 0, có thể chỉ kim loại
- Kim kẹp kim
- Panh, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn
- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

3. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ: Cần xác định rõ có viêm phúc mạc hay áp xe trong ổ bụng sau mổ không?
- Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp.
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kĩ thuật

3.1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.

3.2. Kĩ thuật:

3.2.1. Với những trường hợp toác vết mổ đơn thuần:

- Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc, bộc lộ cân cơ
- Khâu lại thành bụng:
- Vết mổ sạch: Khâu cân cơ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5-2cm. Khâu da thưa.
- Vết mổ bẩn: Đóng cân cơ - da một lớp có hoặc không có cầu phao.

3.2.2. Với những trường hợp toác vết mổ có biến chứng của lần mổ trước:

- Bóc tách gỡ dính các tạng với nhau, với mép vết mổ và đưa vào trong ổ bụng. Làm xẹp ruột.
- Thăm dò ổ bụng.
- Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.
- Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, sắp xếp lại các quai ruột.
- Khâu phục hồi thành bụng bằng đóng thành bụng một lớp. Khâu một lớp đi từ da cách mép vết mổ từ 1,5 - 2cm xuyên vào tới phúc mạc của ổ bụng (gồm tất cả các lớp) và tiếp tục từ phúc mạc ra da mép vết mổ đối diện cân xứng rồi thắt chỉ.
- Phương pháp này dùng các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm số 1 hoặc số 0, có thể sử dụng cầu phao hoặc có thể sử dụng chỉ kim loại, khâu bằng các mũi rời, các mũi khâu cách nhau khoảng 2 cm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau...
- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.