

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ KHE HOÀNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Đỗ Minh Hùng*, Dương Bá Lập*, Phan Thanh Tuấn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật điều trị thoát vị khe thực quản đã có nhiều thay đổi kể từ khi xuất hiện phẫu thuật nội soi. Tại bệnh viện chúng tôi cùng với sự tiến bộ của kỹ thuật và các dụng cụ hỗ trợ nội soi chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Phương pháp: Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe thực quản cho những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật từ tháng 4 năm 2011 đến nay và ghi nhận các kết quả sớm của phẫu thuật.

Kết quả: Có 10 bệnh nhân, tỷ lệ nam : nữ là 1:9, tuổi trung bình là 65,6. Kiểu thoát vị khe thực quản trong nghiên cứu loại 2 (3 trường hợp), loại 3 (6 trường hợp), loại 4 (1 trường hợp). Các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận: đau thượng vị (30%), nuốt khó (20%), nóng rát sau xương ức (50%), ợ chua (20%), đau ngực (20%), khó thở (60%). Chống trào ngược bằng phương pháp Dor 5 trường hợp (50%), tạo lại góc His 5 trường hợp (50%), thời gian phẫu thuật là 130 phút, thời gian nằm viện 7,6 ngày. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở, biến chứng nhẹ trong 3 trường hợp (30%), sau mổ có 9 trường hợp hài lòng (90%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe thực quản là phẫu thuật an toàn hiệu quả, kết quả tốt: thời gian vận động sớm, kết quả sau mổ bệnh nhân hài lòng, cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa : Thoát vị khe thực quản, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC REPAIR OF PARAESOPHAGEAL HERNIAS: SHORT-TERM RESULTS

Do Minh Hung, Duong Ba Lap, Phan Thanh Tuan

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 20 - No 2 - 2016: 238 - 243

Background: The surgical approach to paraesophageal hernias has changed with the advent of laparoscopic techniques. We sought to evaluate the short-term outcomes with laparoscopic paraesophageal hernias repair.

Methods: We performed a retrospective review of patients having laparoscopic repair of paraesophageal hernias from April 2011 to September 2015.

Results: A total of 10 patients, the male: female ratio was 1:9, with a mean age of 65.6 years. The types of paraesophageal hernias included type II (n = 3), III (n = 6) and IV (n = 1). The most common symptoms were epigastric pain (30%), dysphagia (20%), heartburn (50%), vomiting (20%), chest pain (20%) and shortness of breath (60%). Associated procedures included 5 (50%) Dor funduplications, 5 (50%) recover His angle. The mean operative time was 130 min and the mean hospital stay was 7.6 days. There was no conversion to open surgery, minor or major complications occurred in 3 patients (30%), 9 patients were satisfied.

Conclusion: Laparoscopic repair of paraesophageal hernias is an effective and safe procedure, good results: early active, most patients experience good to excellent functional and symptomatic results and quality-of-life improvement.

Keywords: Paraesophageal hernias, laparoscopic repair.

* Khoa Tổng Quát 1, BV Bình Dân.

Tác giả liên lạc: BS. Phan Thanh Tuấn

ĐT: 0919223070

Email: tuanphan1981@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị khe hoành là tình trạng các tạng trong ổ bụng, đặc biệt là dạ dày bị thoát vị qua lỗ cơ hoành của cơ hoành. Một trong những biểu hiện thường gặp nhất của thoát vị khe hoành là hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản.

Thoát vị khe hoành hầu hết xảy ra ở người lớn tuổi và thường là thoát vị mắc phải. Việc điều trị thoát vị khe hoành trước đây thường được thực hiện với đường mổ dài ở bụng, ngày nay với sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi và các phương tiện hỗ trợ, việc điều trị thoát vị khe hoành được thực hiện với phẫu thuật nội soi hoàn toàn và được các tác giả trên thế giới đánh giá là phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn, kết quả sớm tốt, thời gian nằm viện ngắn, và tỷ lệ thoát vị tái phát thấp^(1,6,4,2).

Tại Việt Nam các báo cáo về điều trị thoát vị khe hoành bằng nội soi còn ít. Tại Bệnh Viện Bình Dân cùng với sự tiến bộ về kỹ năng phẫu thuật nội soi và các phương tiện hỗ trợ cho phẫu thuật nội soi ngày càng được nâng cao, chúng tôi có nhiều điều kiện để thực hiện nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu này nhằm mục đích kiểm nghiệm mức độ an toàn, hiệu quả, những thuận lợi và khó khăn của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe hoành, đồng thời cũng đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật này.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp thoát vị khe thực quản có chỉ định phẫu thuật đến khám tại Bệnh Viện Bình Dân có chỉ định phẫu thuật và do chúng tôi trực tiếp phẫu thuật từ tháng 4 năm 2012 đến nay.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các trường hợp thoát vị khe hoành có chỉ định phẫu thuật và không có chống chỉ định

phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp:

Thoát vị cơ hoành mắc phải hay bẩm sinh

Nhào hoành

Thoát vị khe hoành cấp do chấn thương

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này tập trung vào những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe thực quản. Các thông tin thu thập bao gồm đánh giá dịch tế học, lâm sàng, những thuận lợi khó khăn của phẫu thuật, những kết quả sớm sau phẫu thuật như thời gian vận động trở lại, thời gian trở lại các sinh hoạt bình thường, thời gian nằm viện, các biến chứng sau mổ.

Kỹ thuật mổ

Về dụng cụ phẫu thuật: bao gồm bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi chuẩn, dao cắt đốt siêu âm (Harmonic Scalpel).

Kỹ thuật

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, 2 chân dang rộng. Mân hình ở bên trái phía đầu của bệnh nhân. Phẫu thuật viên chính đứng ở giữa hai chân bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng bên trái bệnh nhân, người cầm camera đứng bên phải bệnh nhân.

Số trocar sử dụng: 4 trocar (trocar 10mm ở rốn dùng cho camera, trocar 10mm ở vị trí giao nhau giữa đường trung đòn P và hạ sườn P, trocar 5mm bên phía đối diện, đây là 2 trocar cho phẫu thuật viên chính thao tác, trocar 5mm cho phẫu thuật viên phụ ở nơi giao nhau giữa đường nách trước và đường ngang rốn).

Thăm sát, vén ruột, đánh giá thoát vị.

Thực hiện treo gan bằng penrose để bộc lộ rõ ràng phẫu trường vùng khe hoành (kỹ thuật treo gan xin xem video).

Dùng dao siêu âm mở đường cắt ở mạc nối vị lách, cắt các nhánh động mạch vị ngắn, đi cao lên trên di động hoàn toàn phình vị.

Tiếp tục mở đường cắt ở mạc nối vị gan, mở

rộng lên trên đến trụ hoành P, bóc tách thực quản ra khỏi trụ hoành P, bóc tách lên cao, bóc tách thực quản ra khỏi trụ hoành T, tiếp tục bóc tách mặt sau thực quản từ bên P sang T để tạo thành một khe phía sau thực quản để luồn dây vào, cột thực quản lại, kéo thực quản xuống dưới để tiếp tục bóc tách lên cao, lấy toàn bộ túi thoát vị, đưa đoạn thực quản bụng về đúng vị trí.

Tiến hành khâu phục hồi lại khe thực quản bằng chỉ prolene 1.0, kiểm soát mũi khâu để đường khâu không làm hẹp khe thực quản sẽ gây biến chứng nuốt nghẹn sau mổ (các trường hợp cột trụ hoành bị yếu chúng tôi tăng cường bằng mesh).

Thực hiện kỹ thuật chống trào ngược thực quản theo phương pháp Dor (cuốn phình vị quanh thực quản 180 độ về phía trước từ T sang P, khâu cố định).

Kiểm tra, kết thúc cuộc mổ.

KẾT QUẢ

Từ tháng 4 năm 2012 đến tháng 4 năm 2015 chúng tôi có 10 trường hợp thoát vị khe hoành có chỉ định phẫu thuật nội soi để điều trị.

Tuổi trung bình 65,6 (55 tuổi - 81 tuổi). Tỷ lệ nam : nữ trong nghiên cứu là 1:9.

Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân
Khó thở	6
Nóng rát sau xương ức	5
Nuốt nghẹn	2
Đau thượng vị	3
Ợ chua	2
Đau ngực	2

Kiểu thoát vị

Loại thoát vị	Số bệnh nhân
Loại 1	0
Loại 2	3
Loại 3	6
Loại 4	1

Thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút (80 phút - 240 phút).

Chống trào ngược bằng phương pháp Dor 5 trường hợp (50%), 5 trường hợp được tạo hình

lại góc His (50%), 3 trường hợp có tăng cường trụ hoành bằng mảnh ghép (30%).

Thời gian có trung tiện trở lại trung bình là 1,9 ngày (1 ngày - 3 ngày).

Thời gian bệnh nhân có thể vận động trở lại để thực hiện những sinh hoạt hàng ngày là 2,4 ngày (2 ngày - 3 ngày).

Thời gian nằm viện trung bình là 7,6 ngày (6 ngày - 9 ngày).

Có một trường hợp biến chứng trong mổ (chiếm 10%) là thủng màng phổi P được khâu lại nội soi. Hai trường hợp biến chứng sau mổ (chiếm 20%) là tràn dịch màng phổi P, viêm đáy phổi hai bên, cả hai trường hợp đều được điều trị nội và bệnh nhân xuất viện.

Kết quả cải thiện triệu chứng sau mổ 6 trường hợp tốt, 3 trường hợp cải thiện triệu chứng khá, 1 trường hợp cải thiện triệu chứng trung bình (đây là đánh giá chủ quan của bệnh nhân dựa theo bảng đánh giá chúng tôi đưa ra gồm 4 bậc: cải thiện triệu chứng tốt, khá, trung bình, không cải thiện).

BÀN LUẬN

Trong lô nghiên cứu chúng tôi gồm 10 bệnh nhân (1 nam : 9 nữ), do số lượng bệnh nhân ít nên sự phân bố giới tính có sự chênh lệch, theo tác giả Leeder⁽⁴⁾ tỷ lệ nam nữ 2,5:1, còn theo nghiên cứu của Robin (10) thì tỷ lệ này khoảng 1,9:1, Palanivelu⁽⁷⁾ 5:3, trong y văn cũng ghi nhận tỷ lệ nữ nhiều hơn nam.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 65,6 tuổi, phù hợp với y văn. Thực quản bụng, được ôm quanh bởi hai trụ của cơ hoành, và được bao bọc bởi phúc mạc và màng thực quản hoành. Màng thực quản hoành bao quanh đoạn thực quản bụng và cố định nó vào cơ hoành. Ở bệnh nhân lớn tuổi, nhất là bệnh nhân nữ thì màng thực quản hoành dễ bị yếu do lão hoá, khe thực quản bị mở rộng, tâm vị sẽ có xu hướng bị thoát vị lên lồng ngực, điều này lý giải bệnh thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi. Thoát vị khe hoành thường gặp ở người trên 40 tuổi. Tần suất mắc

bệnh càng cao khi tuổi càng lớn. Chỉ 10% BN bị thoát vị khe hoành ở độ tuổi dưới 40, trong khi đó 70% BN trên 70 tuổi, theo nghiên cứu của Robin⁽²⁾ là 60,4 tuổi, Soricelli⁽¹⁰⁾ khoảng 47,6 tuổi và Palanivelu⁽⁷⁾ là 46 tuổi.

Đa số các bệnh nhân thoát vị khe hoành đều có nhiều triệu chứng lâm sàng kết hợp^(4,5,6). Theo Robin⁽¹⁰⁾ triệu chứng thường gặp nhất của thoát vị khe hoành là đau thượng vị với tỷ lệ 56%, kế tiếp là triệu chứng nuốt nghẹn (40%), nóng rát sau xương ức (31%), nôn ói (28%). Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng thường gặp nhất là khó thở chiếm 60%, nóng rát sau xương ức (50%), đau thượng vị (30%), ợ chua (20%), đau ngực (20%), nuốt nghẹn (20%). Đặc điểm của bệnh nhân Việt Nam là khi có các triệu chứng tiêu hoá thì thường bệnh nhân tự mua thuốc uống mà không có sự thăm khám của bác sỹ nên bệnh thường kéo dài phát hiện bệnh trễ nên dẫn đến giai đoạn xuất hiện các triệu chứng trên đường hô hấp.

Thoát vị khe hoành được mô tả lần đầu vào năm 1926 bởi Akerlund⁽⁵⁾, và được chia ra 4 loại: loại 1 là thoát vị trượt phần thực quản tâm vị vào trung thất, chiếm khoảng 95%, nhưng đa số không cần phải phẫu thuật; loại 2 là thoát vị phần phình vị vào trung thất, thực quản tâm vị vẫn ở vị trí bình thường; loại 3 là sự pha trộn giữa loại 1 và loại 2 bao gồm cả trượt thực quản tâm vị và phình vị vào trung thất; loại 4 là thoát vị loại 3 nhưng to trong túi thoát vị có cả đại tràng, ruột non và lách. Kiểu thoát vị khe hoành theo nghiên cứu của chúng tôi là 3:6:1 tương ứng với loại 2, 3, 4, so với tác giả Robin là 13:44:1.

Ca phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe hoành đầu tiên được thực hiện bởi Alfred Cuschieri⁽⁵⁾ vào năm 1991, sau đó có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi cho kết quả tốt, an toàn, với tỷ lệ tử vong thấp, thời gian nằm viện ngắn, thời gian phục hồi ngắn, kiểm soát triệu chứng tốt^(11,2,10,11).

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 130 phút, thời gian

phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó có kinh nghiệm phẫu thuật, loại thoát vị, kỹ thuật mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi ca có thời gian phẫu thuật dài nhất là 240 phút, đây là ca phẫu thuật đầu tiên của chúng tôi nên chưa có nhiều kinh nghiệm, còn ca có thời gian phẫu thuật lâu thứ hai là 205 phút đây là trường hợp thoát vị loại 4 rất to nên thời gian bóc tách túi thoát vị kéo dài, trong các trường hợp mổ có chống trào ngược theo phương pháp Dor thì thời gian phẫu thuật kéo dài hơn.

Về kỹ thuật mổ nội soi chúng tôi nhận thấy rằng việc quan sát và phẫu tích vùng hoành khá rõ ràng và thuận lợi so với mổ mở, điều này cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của tác giả Morino⁽⁶⁾, việc phẫu tích trong nội soi là rõ ràng nên có thể giảm thiểu tổn thương trong quá trình phẫu tích, tuy nhiên việc khâu phục hồi lỗ hoành bằng chỉ đơn sợi khá khó khăn do sợi chỉ trong gây trở ngại trong thao tác khâu nội soi, một số tác giả sử dụng chỉ đa sợi trong khâu nối giúp giảm thiểu đi khó khăn⁽²⁾. Một điều mà các tác giả thống nhất đó là phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe hoành đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, đòi hỏi kỹ năng mổ nội soi cao⁽³⁾. Và một khi đã có nhiều kinh nghiệm thì phẫu thuật nội soi không chỉ được chỉ định ở những trường hợp thoát vị nhỏ mà còn được chỉ định trong các trường hợp thoát vị lớn, và có nhiều nghiên cứu đánh giá cho kết quả tốt^(4,6).

Vấn đề tái phát sau phẫu thuật nội soi cũng được nhiều tác giả nghiên cứu kỹ lưỡng về nhiều khía cạnh như Morino nhận thấy rằng những trường hợp phẫu thuật có sử dụng mesh cho tỷ lệ tái phát thấp hơn so với sử dụng mô tự thân, các trường hợp có chống trào ngược bằng phương pháp Nissen thì không có trường hợp nào tái phát (trong báo cáo của ông có 1 trường hợp thủng thực quản sau 3 tuần phẫu thuật)⁽⁶⁾.

Một khảo sát rất lớn của Constantine, ông phỏng vấn về kết quả của hơn 261 phẫu thuật viên với hơn 5486 trường hợp điều trị thoát vị khe hoành cả mổ nội soi và mổ mở cho kết luận

là sử dụng mesh cho tỷ lệ tái phát thấp hơn so với dùng mô tự thân⁽³⁾.

Tuy nhiên theo Edward⁽¹⁾ tỷ lệ tái phát khi sử dụng mảnh ghép khi theo dõi thời gian dài cũng tăng lên đáng kể do sự chắc chắn của mảnh ghép giảm theo thời gian, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát có thể tăng lên đến 40% khi theo dõi trong thời gian dài⁽¹⁰⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân cải thiện triệu chứng từ tốt đến khá tốt sau phẫu thuật, có 1 trường hợp triệu chứng chỉ cải thiện ở mức độ trung bình. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị hoành là một trong những tiêu chí đánh giá sự thành công của cuộc mổ, nên cũng có nhiều nghiên cứu về vấn đề này như tác giả Parameswaran khảo sát chất lượng cuộc sống sau mổ phục hồi khe hoành cho kết quả tốt, chấp nhận được với tỷ lệ tái phát thấp trong thời gian theo dõi trung bình, ít các biến chứng về hô hấp và tim mạch hơn so với mổ mở, tăng chất lượng cuộc sống⁽⁸⁾.

Phẫu thuật nội soi được cho là an toàn, kết quả trong ngắn hạn tốt so với mổ mở, thêm vào đó là lợi ít thời gian nằm viện ngắn, ít biến chứng về tim mạch và hô hấp, cải thiện chất lượng cuộc sống^(2,4).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp bị thủng màng phổi P trong quá trình phẫu tích, được chúng tôi khâu lại qua nội soi và không cần dẫn lưu màng phổi, kết quả hậu phẫu bệnh nhân ổn định và xuất viện, 2 trường hợp biến chứng sau mổ gồm tràn dịch màng phổi P và viêm đáy phổi, cả hai trường hợp đều được điều trị nội khoa.

Vì là giai đoạn đầu nghiên cứu nên chúng tôi chưa mạnh dạn cho bệnh nhân xuất viện sớm, các bệnh nhân đều được theo dõi trong ít nhất là

6 ngày sau mổ tại bệnh viện nên chưa đánh giá được ưu điểm thời gian nằm viện ngắn như các báo cáo của các tác giả nước ngoài, tuy nhiên trong quá trình theo dõi cho thấy bệnh nhân có thời gian trở lại vận động sớm, triệu chứng cải thiện đáng kể sau mổ. Tuy nhiên quá trình theo dõi bị gián đoạn nên không đánh giá được kết quả lâu dài đặc biệt là tỷ lệ tái phát sau mổ. Đây là những kết quả bước đầu trong điều trị thoát vị hoành của chúng tôi bằng nội soi, hy vọng với thời gian khi số lượng bệnh nhân tăng lên cùng với thời gian theo dõi dài hơn chúng tôi sẽ có nhiều đánh giá chính xác hơn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị khe hoành là phẫu thuật có thể thực hiện an toàn với kỹ năng mổ nội soi nhất định, có nhiều ưu điểm như thời gian trở lại hoạt động bình thường sớm cải thiện triệu chứng tốt, nhưng cần số lượng bệnh nhân nhiều hơn và thời gian theo dõi để đánh giá kết quả lâu dài đặc biệt là tỷ lệ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Auyang ED, Pellegrini CA (2010). How I Do It: Laparoscopic Paraesophageal Hernia Repair, J Gastrointest Surg.
2. Boushey R et al (2008). Laparoscopic repair of paraesophageal hernias: a Canadian experience, Can J Surg, 51: 355 - 360.
3. Frantzides CT, Carlson MA, Loizides S, Parapili A, Luu M, Roberts J, Frantzides A, (2010). Hiatal hernia repair with mesh: a survey of SAGES members, Surg Endosc, 24:1017-1024.
4. Leeder PC, Smith G, Dehn TCB, (2003) Laparoscopic management of large paraesophageal hiatal hernia, Surg Endosc, 17: 1372-1375.
5. Leena D, Hugh H , Kenneth S, Michael H, William R, (2002), Laparoscopic paraesophageal hernia repair has an acceptable recurrence rate, The American Surgeon, 68: 546 - 552.
6. Morino L, Giaccone H, Pellegrino F, Rebecchi F, (2006). Laparoscopic management of giant hiatal hernia: factors influencing long-term outcome, Surg Endosc, 20: 1011-1016.
7. Palanivelu M, Rangarajan A, Jategaonkar R, Parthasarathi K (2008). Laparoscopic repair of paraesophageal hernias with mesh: a retrospective study, Hernia, 12:521-525.
8. Parameswaran R, Ali A, Velmurugan S, Adjepong SE, Sigurdsson A, (2006) Laparoscopic repair of large paraesophageal hiatus hernia: quality of life and durability, Surg Endosc, 20: 1221-1224.
9. Quilici P, McVay C, Tovar A, (2009) Laparoscopic antireflux. procedures with hepatic shoulder technique for the surgical

- management of large paraesophageal hernias and gastroesophageal reflux disease, Surg Endosc, 23:2620–2623.
10. Soricelli B, Genco C, (2009). Long-term results of hiatal hernia mesh repair and antireflux laparoscopic surgery, Surg Endosc, 23:2499–2504.
11. Targarona M, Novell J, Vela J, Cerdan G, Bendahan G, Torrubia C, Kobus C, Rebaso P, Balague C, Garriga J, Trias, (2004). Analysis of safety and quality of life after the laparoscopic repair of paraesophageal hiatal hernia, Surg Endosc, 18: 1045–1050.
- | | |
|---|------------|
| <i>Ngày nhận bài báo:</i> | 11/11/2015 |
| <i>Ngày phản biện nhận xét bài báo:</i> | 17/12/2015 |
| <i>Ngày bài báo được đăng:</i> | 22/02/2016 |
-