

THOÁT VỊ KHE THỰC QUẢN

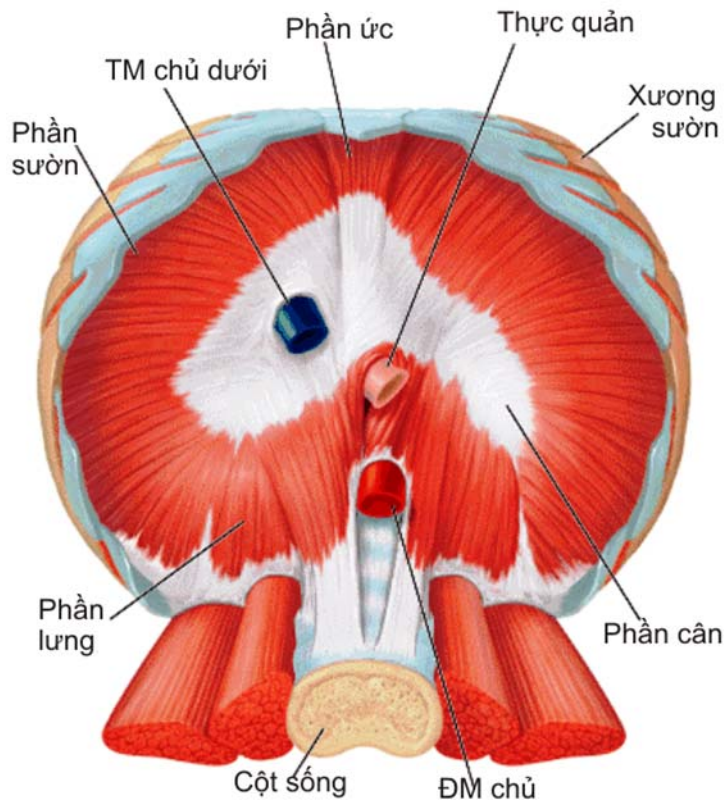
1-Dại cương:

1.1-Giải phẫu sinh lý:

Cơ hoành là một cấu trúc cân-cơ có hình vòm tạo thành vách ngăn cách khoang ngực với khoang bụng. Cơ hoành cấu tạo gồm hai phần: phần cân ở trung tâm và phần cơ ở ngoại vi. Phần cơ của cơ hoành có ba nguyên uỷ: phần ức, phần sườn và phần lưng.

Về mặt phôi thai học, cơ hoành được tạo thành từ bốn phần khác nhau. Một trong bốn thành phần đó là các nếp gấp phúc-phế mạc. Sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Sự thất bại trong quá trình phát triển của các nếp gấp phúc-phế mạc sẽ tạo ra khiếm khuyết trên cơ hoành. Khiếm khuyết này làm thông thương khoang ngực với khoang bụng. Khiếm khuyết thường xảy ra nhất là ở vùng sau bên, tạo ra một hình thức thoát vị có tên gọi Bochdalek.

Cơ hoành có ba lỗ mở chính và các lỗ nhỏ phụ. Ba lỗ chính là khe thực quản, khe động mạch chủ và lỗ tĩnh mạch chủ dưới. Khe động mạch chủ là phần thấp nhất và sau nhất của cơ hoành, sát cột sống và nằm ở cạnh trái của đường giữa, ở vị trí tương ứng với thân đốt sống ngực 12. Khe thực quản nằm trong phần cơ của cơ hoành, tương ứng với đốt sống ngực 10. Lỗ tĩnh mạch chủ dưới của cơ hoành nằm ở vị trí phía trước nhất và cao nhất trong ba lỗ mở, tương ứng với thân đốt sống ngực 8-9 (hình 1).



Hình 1- Cơ hoành nhìn từ khoang bụng

Sự thoát vị của dạ dày qua khe thực quản được gọi là thoát vị khe thực quản. Một trong những biểu hiện thường gặp nhất của thoát vị khe thực quản là hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Hiện tượng trào ngược này có liên quan đến một số yếu tố, trong đó có hoạt động của cơ thắt dưới thực quản.

Cơ thắt dưới thực quản là một ống cơ trơn có chiều dài khoảng 2,5-4 cm. Bình thường, chiều dài của đoạn thực quản bụng tương ứng với chiều dài của cơ thắt dưới thực quản. Ở bờ trên của cơ thắt dưới thực quản, tương ứng với vị trí khe thực quản của cơ hoành, thực quản có một vòng thắt nhẹ, gọi là vòng A. Thực quản, ở bờ dưới của cơ thắt dưới thực quản, nơi tiếp nối với dạ dày, cũng hơi bị thắt nhẹ. Chỗ thắt này được gọi là vòng B (hay vòng Schatzki). Vòng B còn được gọi là vùng nối thực quản-dạ dày hay đường Z, hay tâm vị.

Cơ thắt dưới thực quản, hay 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. Khi màng thực quản-hoành bị yếu, hay khe thực quản bị mở rộng, tâm vị sẽ có xu hướng bị thoát vị lên lồng ngực.

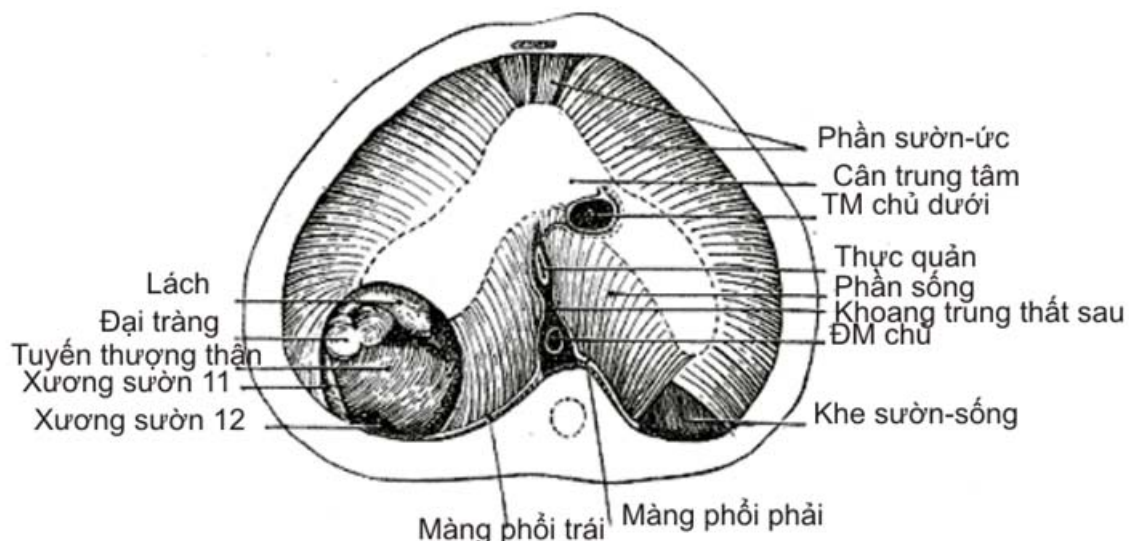
Cơ thắt dưới thực quản duy trì một trương lực lúc nghỉ tương đối cao. Trương lực này có vai trò chính trong việc ngăn chặn hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Ngoài yếu tố trương lực, một số yếu tố khác cũng góp phần vào việc ngăn chặn hiện tượng trào ngược. Các yếu tố này là: chiều dài của cơ thắt dưới, chiều dài của đoạn thực quản bụng, hoạt động của hai trụ cơ hoành và góc His.

Nghiên cứu cho thấy rằng, nếu một trong ba yếu tố sau đây xảy ra: chiều dài cơ thắt dưới dưới 2 cm, chiều dài đoạn thực quản bụng dưới 1 cm, hay trương lực lúc nghỉ của cơ thắt dưới dưới 6 mmHg, hiện tượng trào ngược sẽ xảy ra.

Khi có sự thoát vị qua khe thực quản, tâm vị di chuyển lên trên, một phần hay toàn bộ cơ thắt dưới nằm trong lồng ngực, áp lực âm trong lồng ngực làm cho trương lực lúc nghỉ của cơ thắt dưới giảm. Sự dịch chuyển lên trên của tâm vị làm cho góc nhọn His cũng không còn tồn tại. Các yếu tố này làm cho hiện tượng trào ngược có thể xảy ra.

Tuy nhiên, cũng cần nhớ là hiện tượng trào ngược có thể xảy ra ở BN không bị thoát vị khe thực quản. Ngược lại, phần lớn BN bị thoát vị khe thực quản không có hiện tượng trào ngược xảy ra.

1.2-Đại cương về thoát vị hoành:



Hình 2- Hình ảnh cơ hoành từ trên lồng ngực nhìn xuống ở một trẻ mới sinh cho thấy có một lỗ khiếm khuyết làm thông thương khoang ngực với khoang bụng ở bên trái. Lỗ khiếm khuyết này là nơi xảy ra thoát vị Bochdalek. Ở bên phải, vị trí tương ứng là khe sườn sống.

Những khiếm khuyết trong quá trình hoàn chỉnh vách ngăn của cơ hoành trong thời kỳ phôi thai tạo ra các chỗ thông thương giữa khoang ngực với khoang bụng, làm cho các tạng trong khoang bụng, nơi có áp lực cao hơn, di chuyển lên khoang ngực, nơi có áp lực thấp hơn. Hiện tượng trên gọi là thoát vị hoành bẩm sinh.

Có hai loại thoát vị hoành bẩm sinh chính: thoát vị Bochdalek và thoát vị Morgagni. Hầu hết thoát vị hoành bẩm sinh là thoát vị Bochdalek (90%). Trong thoát vị Bochdalek, các tạng thoát vị qua lỗ khiếm khuyết ở sau bên của cơ hoành. Thoát vị Bochdalek xảy ra trong thời kỳ phôi thai và là một trong những cấp cứu ngoại khoa phổ biến nhất của trẻ sơ sinh. 90% thoát vị Bochdalek xảy ra ở bên trái (hình 2). Hầu hết thoát vị Bochdalek được chẩn đoán ngay sau sinh hay trong vòng 1 năm đầu. Thoát vị Bochdalek có tỉ lệ tử vong 45-50%. Nguyên nhân tử vong của thoát vị Bochdalek chủ yếu do suy hô hấp do thiếu sản phổi hay tăng áp phổi ở bên bị thoát vị.

Thoát vị Morgagni, chiếm khoảng 5-10% các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh, xảy ra qua chỗ khiếm khuyết ở phía trước của cơ hoành, nơi tương ứng với khe hoành-ức. 90% thoát vị Morgagni xảy ra ở bên phải. Thoát vị Morgagni thường được chẩn đoán ở trẻ sơ sinh và trẻ em. Đôi khi, thoát vị Morgagni được phát hiện ở người trẻ.

Hậu quả của thoát vị hoành bẩm sinh:

- o Thiếu sản phổi là hậu quả của sự chèn ép phổi trong một thời gian dài trong thời kỳ bào thai. Phổi có thể bị thiếu sản một hay hai bên. Mức độ thiếu sản và số lượng phổi bị thiếu sản quyết định đến khả năng sống còn của trẻ sơ sinh sau khi chào đời. Cần nhớ rằng, nếu thoát vị hoành xảy ra sau khi trẻ chào đời, không có hiện tượng thiếu sản phổi xảy ra.
- o Xoắn dạ dày.
- o Ruột xoay bất toàn.
- o Hoại tử, thủng dạ dày hay ruột.
- o Giảm sản thất trái (đối với thoát vị hoành bẩm sinh bên trái) hay tràn dịch màng phổi (đối với thoát vị hoành bẩm sinh bên phải)
- o Phì đại hai thận (phổi bị thiếu sản sản sinh chất kích thích sự phì đại của thận).

Thoát vị hoành cũng có thể mắc phải. Thoát vị hoành mắc phải có thể là thoát vị hoành do chấn thương hay thoát vị khe thực quản. Chấn thương gây thoát vị hoành có thể là chấn thương cùn hay vết thương xuyên thấu.

1.3-Đại cương về thoát vị khe thực quản:

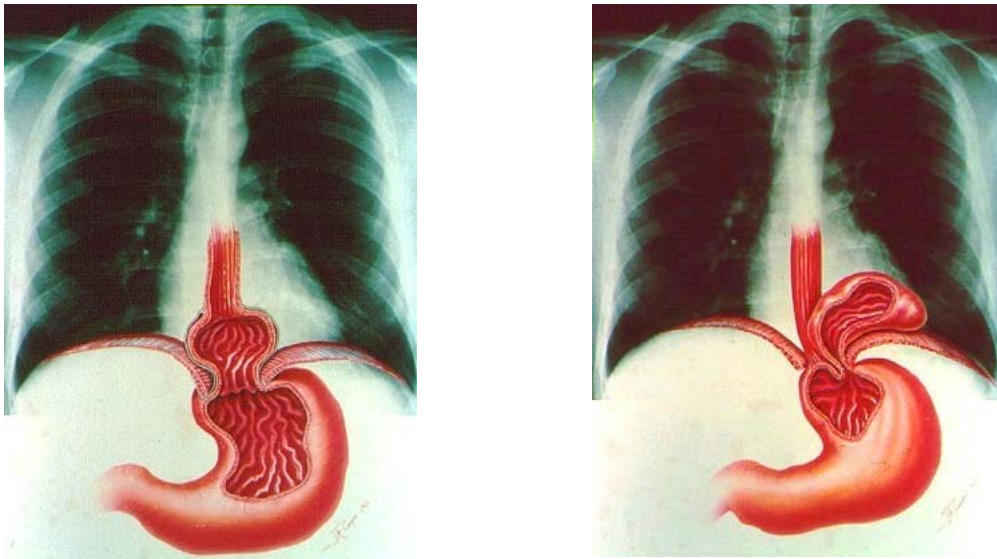
Thoát vị khe thực quản hầu hết xảy ra ở người lớn tuổi và là thoát vị mắc phải. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh. Nguyên nhân của thoát vị khe thực quản là do sự suy yếu màng ngăn thực quản (thoát vị mắc phải) hay một lỗ khiếm khuyết của cơ hoành ở khe thực quản (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 3). 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 BN bị thoát vị trượt không có triệu chứng gì. Phần dạ dày bị thoát vị lên cơ hoành khi BN nằm hay có động tác làm tăng áp lực trong xoang bụng (ho, hắt hơi...) và trở lại xoang bụng khi BN đứng. Thoát vị 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% BN 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.



Hình 3- Thoát vị khe thực quản thể trượt (hình trên trái) và thể cuộn.

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.

BN 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.

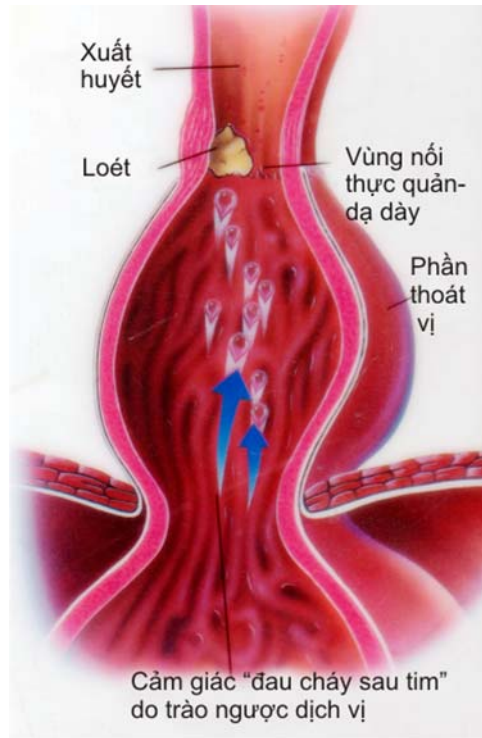
Các yếu tố thuận lợi của thoát vị khe thực quản mắc phải:

- o 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).
- o Khiếm khuyết khe thực quản (thoát vị bẩm sinh ở người trẻ).
- o Tăng áp lực trong xoang bụng (báng bụng, phụ nữ, người béo phì, người bị táo bón mãn tính...).
- o 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% BN bị thoát vị khe thực quản ở độ tuổi dưới 40, trong khi đó 70% BN trên 70 tuổi.

Hậu quả và biến chứng của thoát vị khe thực quản thể trượt (hình 4):

- o Viêm thực quản, bào mòn thực quản (loét Cameron), loét thực quản.
- o Chảy máu từ các sang thương viêm hay loét thực quản. Máu thường chảy rỉ rỉ. Chảy máu ồ ạt hiếm khi xảy ra.



Hình 4- Hậu quả của thoát vị khe thực quản (thể trượt)

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

BN bị thoát vị khe thực quản có thể có một trong ba biểu hiện lâm sàng sau:

- o Im lặng (chiếm hầu hết các trường hợp).
- o Có triệu chứng (viêm thực quản trào ngược, triệu chứng của thoát vị cạnh thực quản).
- o Có biến chứng (xoắn dạ dày, hoại tử bờ cong lớn dạ dày) .

Các triệu chứng có thể gặp ở BN bị thoát vị khe hoành:

- o Đau thượng vị, đau ngay sau xương ức.
- o Nóng rát sau xương ức (cảm giác “đau cháy sau tim”)
- o Đầy tức, khó tiêu
- o Nôn ói, nôn máu
- o Đau ngực, khó thở

Triệu chứng thực thể, nếu có, cũng ít có giá trị chẩn đoán. BN có thể có biểu hiện thiếu máu nhẹ, toàn trạng béo phì, báng bụng...

Khi xảy ra biến chứng hoại tử bờ cong lớn dạ dày, biểu hiện lâm sàng của BN là một hội chứng viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.

Trên lâm sàng, có nhiều bệnh lý cần được chẩn đoán phân biệt với thoát vị khe hoành. Tùy thuộc vào thể lâm sàng của thoát vị khe hoành, các chẩn đoán phân biệt có thể là:

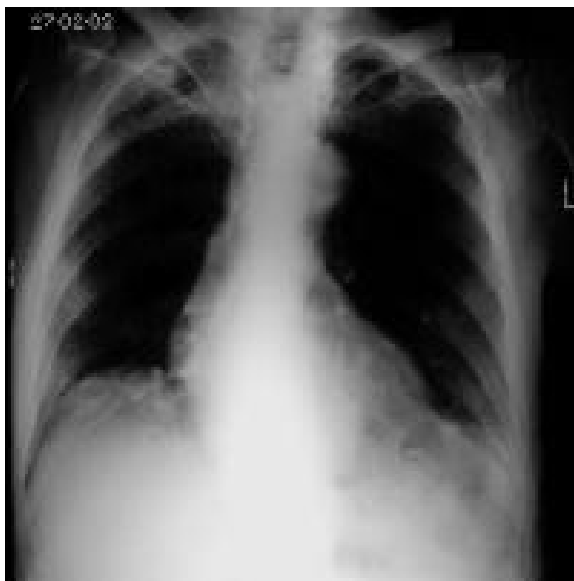
- o Viêm dạ dày, loét dạ dày-tá tràng
- o Viêm tụy
- o Cơ đau quặn mật
- o Cơ đau thắt ngực
- o Tràn khí màng phổi
- o Tắc ruột
- o Thủng tạng rỗng...

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-X-quang ngực thẳng:

Hầu hết các trường hợp thoát vị khe thực quản đều được chẩn đoán khởi đầu bằng hình ảnh nghi ngờ trên X-quang ngực thẳng. Trên X-quang ngực thẳng, thoát vị khe thực quản biểu hiện bằng hình ảnh một khối mờ nằm sau bóng tim. Khối mờ này có thể có mức nước hơi hay không (hình 5,6). Đối với khối thoát vị lớn, đặc biệt là khối thoát vị nghẹt, khối mờ có thể vượt ra ngoài bóng tim, và có thể cho hình ảnh bóng tim to giả tạo. Hầu hết các khối mờ lớn có mức nước hơi, biểu hiện của hơi và dịch vị bị ứ đọng trong phần dạ dày bị nghẹt.

Trên X-quang ngực, cần chẩn đoán phân biệt thoát vị hoành với các khối khác sau tim, đặc biệt khi khối mờ không có mức nước hơi. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm: phình động mạch chủ ngực, nang màng tim, các khối u lành tính ở trung thất sau (u sợi thần kinh)... Khi có mức nước hơi, các chẩn đoán phân biệt có thể là: túi thừa thực quản, co thắt tâm vị..



Hình 5- Thoát vị khe thực quản với hình ảnh một khối có đậm độ mô mềm và giới hạn rõ nằm sau tim (hình trên trái) hay hình ảnh một khối hơi nằm trong trung thất.



Hình 6- Khối thoát vị khe thực quản với hình ảnh mức nước hơi sau tim trên X-quang ngực và CT ngực

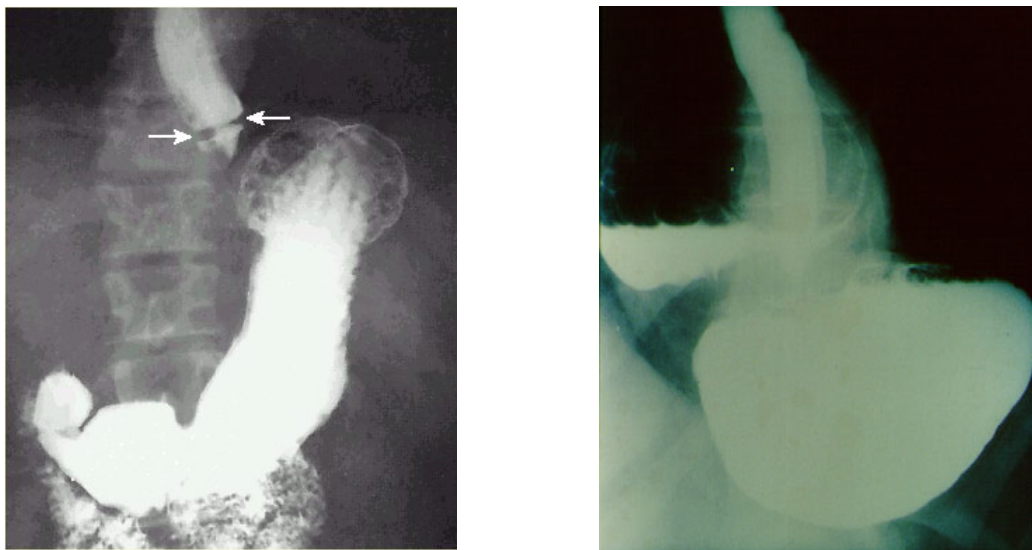
2.2.2-X-quang thực quản-dạ dày:

X-quang thực quản-dạ dày là một trong số chẩn đoán cận lâm sàng được chỉ định để chẩn đoán xác định thoát vị khe thực quản.

Trong nhiều trường hợp, khối thoát vị trượt có thể xuống bụng nếu BN đứng. Vì vậy, chụp X-quang với tư thế BN nằm sấp là điều cần thiết. Một film chụp đơn quang với tư thế BN nằm sấp có khả năng chẩn đoán thoát vị trượt cao hơn film chụp đối quang kép với tư thế BN đứng.

Trên X-quang, khối thoát vị biểu hiện bằng 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.

Túi cản quang, nếu thay đổi kích thước khi thay đổi tư thế BN, là biểu hiện của túi thoát vị xuống được khoang bụng. Túi thoát vị không xuống được khoang bụng thường là biểu hiện của thoát vị cạnh thực quản.



Hình 7- Thoát vị khe thực quản thể trượt (hình trên trái) với tâm vị nằm trong lồng ngực, và thể cạnh thực quản (hình trên phải) với tâm vị nằm trong khoang bụng

Tuy nhiên, chìa khóa để chẩn đoán phân biệt thoát vị trượt và thoát vị cạnh thực quản là định vị vị trí của tâm vị. Nếu tâm vị nằm trong lồng ngực, thoát vị khe thực quản là thoát vị trượt (hình 7).

Trên X-quang, có thể khó phân biệt thoát vị khe thực quản với các loại thoát vị hoành bẩm sinh hay mắc phải khác.

2.2.3-CT:

CT ít khi được chỉ định thường quy để chẩn đoán thoát vị khe thực quản. Tuy nhiên, CT có thể có ích trong một số trường hợp đặc biệt.

Chẩn đoán thoát vị khe thực quản thường được đặt ra khi CT được chỉ định vì một bệnh lý khác. Hình ảnh thoát vị khe thực quản trên CT là một khối (có thể có mức nước hơi hay không) nằm sau tim (hình 6). Có thể lần theo khối để đến khe hoành, qua các lát cắt tiếp theo sau. Khi mạc nối lớn bị thoát vị, hình ảnh trên CT là tăng khối lượng mô mỡ quanh thực quản.

Chỉ định quan trọng nhất của CT là đánh giá chính xác giải phẫu của dạ dày trong lồng ngực, giúp chẩn đoán phân biệt giữa xoắn dạ dày thứ phát (xoắn dạ dày với dạ dày nằm trên cơ hoành, gặp trong các trường hợp sau: thoát vị hoành, nhào cơ hoành (diaphragmatic eventration-cơ hoành mỏng do bị giảm sản bẩm sinh), liệt cơ hoành (do tổn thương thần kinh hoành)..) với xoắn dạ dày nguyên phát (xoắn dạ dày với dạ dày nằm dưới cơ hoành và cơ hoành bình thường).

2.2.4-MRI:

Tương tự CT, MRI không là chỉ định chẩn đoán thường quy của thoát vị khe thực quản. Chỉ định thường nhất, và cũng là ưu điểm so với CT, của MRI là chẩn đoán 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.

Về mặt lý thuyết, chẩn đoán phân biệt của MRI tương tự như chẩn đoán phân biệt của CT.

2.2.5-Siêu âm:

Ở người bình thường, đường kính của ống tiêu hóa (thực quản) ở vị trí khe thực quản là 7-10 mm. Kích thước này, khi đạt 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.

2.2.6-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 8). Hình ảnh này có thể được quan sát từ phía trên (thực quản) xuống hay từ phía dưới (dạ dày) lên.

Để xác định khe thực quản, bảo BN “khịt mũi”. Khi BN khịt mũi, hai trụ cơ hoành sẽ khép lại. Một vòng thắt, được quan sát qua nội soi, khép lại khi BN khịt mũi, sẽ tương ứng với vị trí khe thực quản của cơ hoành.

Trong phần lớn các trường hợp, thoát vị khe thực quản được chẩn đoán tình cờ qua nội soi, khi BN được chỉ định nội soi vì các triệu chứng nghi ngờ viêm thực quản trào ngược hay ung thư thực quản.

Ngoài vai trò chẩn đoán xác định, nội soi còn có tác dụng chẩn đoán các biến chứng của thoát vị khe thực quản như viêm, loét, chảy máu, hay các bệnh lý có liên quan đến hiện tượng trào ngược mãn tính như thực quản Barrett, ung thư thực quản.

Phân loại viêm loét thực quản do trào ngược qua nội soi:

- o Độ 1: Thực quản viêm đỏ.
- o Độ 2: Thực quản có các vết loét thẳng và không hội tụ.
- o Độ 3: Thực quản có các vết loét ngoằn ngoèo và hội tụ.
- o Độ 4: Thực quản bị chít hẹp hay thực quản Barrett.



Hình 8- Thoát vị khe thực quản qua nội soi thực quản-dạ dày với ống soi nhìn từ dạ dày lên. Trên hình, phía bên trái, cho thấy nếp niêm mạc dạ dày chồm qua khe thực quản, vào trong túi thoát vị.

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

Điều trị nội khoa được chỉ định cho các trường hợp thoát vị khe thực quản thể trượt có triệu chứng. Nội dung điều trị nội khoa chủ yếu là chống trào ngược thực quản.

Điều trị chống trào ngược thực quản bao gồm ba nội dung chính: thay đổi lối sống, giảm tiết acid và tăng cường sự tiêu thoát thực quản-dạ dày.

Nội dung của thay đổi lối sống trong điều trị trào ngược thực quản:

- o Giảm cân (nếu béo phì).
- o Tránh ăn các chất làm giảm trương lực cơ thắt dưới thực quản (rượu, café, chocolate, nước chanh, cà chua...).
- o Không ăn nhiều trong một bữa ăn.
- o Không nằm trong vòng 3 giờ sau ăn.
- o Khi nằm, đầu gối cao khoảng 20 cm so với thân mình.

Trong các loại thuốc làm giảm tiết acid dịch vị, các tác nhân kháng thụ thể H_2 được chọn lựa cho BN có triệu chứng nhẹ và trung bình, hay nội soi cho thấy thực quản bị viêm độ 1-2. Chúng có thể được sử dụng duy trì, tuy nhiên tác dụng dược lý của chúng sẽ giảm dần khi thời gian sử dụng kéo dài.

Các tác nhân ức chế bơm proton là loại thuốc giảm tiết dịch vị mạnh vì chúng ức chế khâu cuối cùng trong quá trình sản xuất H^+ của dạ dày. Các lợi điểm khi sử dụng thuốc này bao gồm ít tác dụng phụ và tác dụng dược lý vẫn duy trì khi sử dụng trong thời gian dài.

Tình trạng thiếu máu mãn do chảy máu rỉ rã từ sang thương viêm loét thực quản có thể cải thiện khi được điều trị bằng tác nhân ức chế bơm proton.

Các tác nhân làm tăng cường vận động của thực quản-dạ dày thường được chỉ định đối với các BN có triệu chứng nhẹ. Đa số BN phải kết hợp sử dụng chúng với thuốc giảm tiết acid. Mặt khác, việc sử dụng chúng trong thời gian dài không được khuyến khích vì có thể có nguy cơ xảy ra biến chứng trầm trọng.

3.2-Điều trị phẫu thuật:

Phẫu thuật được chỉ định trong các trường hợp thoát vị khe thực quản sau:

- o Tất cả các trường hợp thoát vị cạnh thực quản.
- o Các trường hợp thoát vị trượt:
 - Triệu chứng không được kiểm soát hoàn toàn bởi thuốc ức chế bơm proton, hoặc BN muốn được điều trị dứt điểm trong một lần.
 - Nội soi: thực quản bị hẹp hay thực quản Barrett (độ 4).
 - BN 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)...

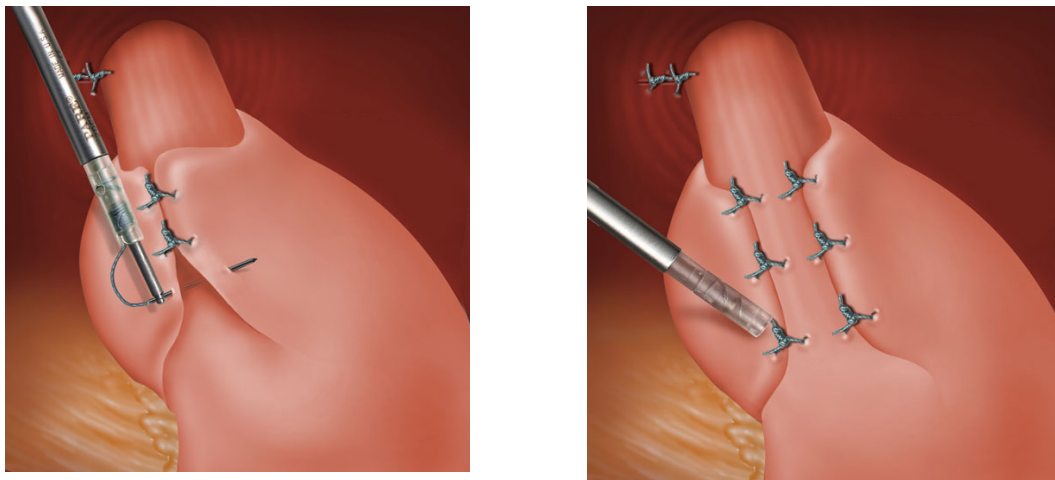
Nội dung của phẫu thuật:

- o Đưa phần dạ dày bị thoát vị (và tâm vị, trong trường hợp thoát vị trượt) trở lại xoang bụng.
- o 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.
- o Tiến hành phẫu thuật chống trào ngược nếu BN bị thoát vị trượt.
- o Có thể cân nhắc đến việc cố định dạ dày vào thành bụng bằng cách mở dạ dày ra da tạm thời nếu BN bị thoát vị cạnh thực quản.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật chống trào ngược. Các phẫu thuật này được chia làm hai loại chính:

- o Khâu cuốn phình vị quanh tâm vị.
- o Cố định tâm vị vào vùng bụng sau (phẫu thuật Hill).

Phẫu thuật khâu cuốn phình vị có thể được thực hiện qua nội soi hay mổ mở. Tuy nhiên, các phẫu thuật khâu cuốn phình vị qua nội soi ngày càng được thực hiện nhiều hơn.

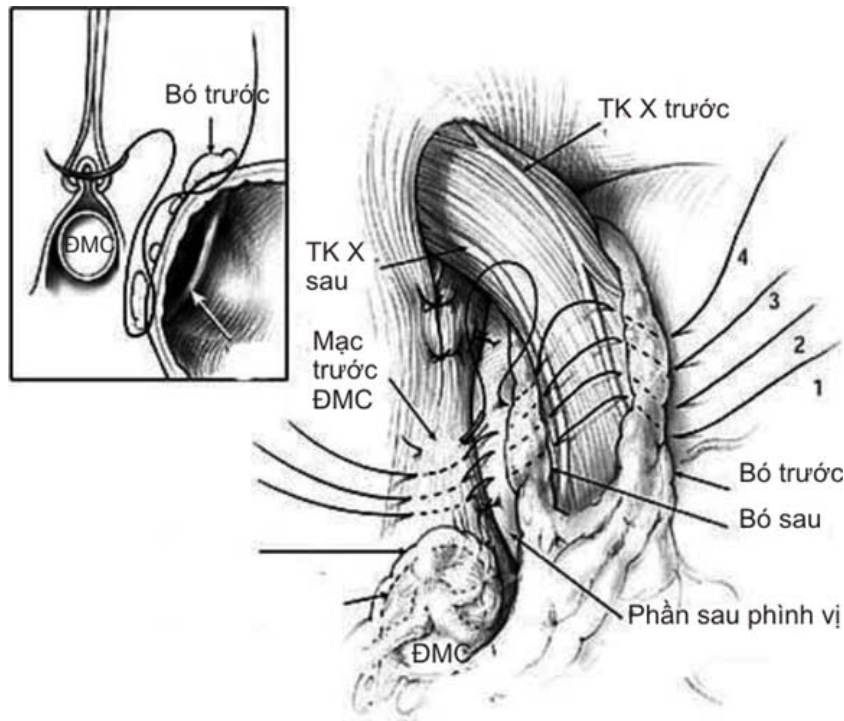


Hình 9- Phẫu thuật khâu cuốn phình vị toàn phần của Nissen (hình trên trái) và bán phần của Toupet

Một trong các phương pháp khâu cuốn phình vị được áp dụng phổ biến nhất là phẫu thuật Nissen (hình 9). Trong phẫu thuật này, phình vị được cuốn quanh thực quản tâm vị 360°. Phẫu thuật Nissen có tỉ lệ biến chứng thấp và thời gian BN phải nằm viện ngắn. Tuy nhiên, tỉ lệ BN bị nuốt nghẹn và chướng hơi trong dạ dày sau mổ khá cao. Để giảm bớt nguy cơ nuốt nghẹn và chướng hơi dạ dày, DeMeester và Peters đề xuất việc đặt một bougie trong thực quản (qua nội soi) khi tiến hành phẫu thuật, đồng thời giảm bớt chiều dài mảnh cuốn cũng như di động dạ dày nhiều hơn.

Phẫu thuật Toupet là một cải biên của Nissen, trong đó phình vị được khâu cuốn không hoàn toàn (270°), với mục đích làm giảm tỉ lệ nghẹt tâm vị sau mổ (hình 9).

Phẫu thuật Hill không hoàn toàn là một phẫu thuật cuốn phình vị, tuy nhiên, một phần của phình vị cũng được bao gồm trong các mũi khâu (hình 10). Mục đích của phẫu thuật Hill là cố định tâm vị vào vùng bụng sau (khâu vào lớp mạc trước động mạch chủ) nhằm tái tạo lại góc His. Sự phục hồi góc His, cùng với áp lực dương trong xoang bụng sẽ phục hồi lại cơ chế chống trào ngược của tâm vị.



Hình 10-Phẫu thuật Hill

Các phẫu thuật chống trào ngược cho kết quả tốt. 80-90% BN có cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật. Ở 80% BN, kết quả này vẫn được duy trì sau 10 năm.

Trên thực tế, sự chọn lựa phương pháp phẫu thuật nào tùy thuộc vào sự thông thạo của phẫu thuật viên đối với phương pháp đó. Phẫu thuật Nissen cho tỉ lệ cải thiện triệu chứng cao nhất, nhưng đồng thời cũng cho tỉ lệ nghẹt tâm vị cao nhất.