

# ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MORGAGNI HAI BÊN QUA ĐƯỜNG MỞ BỤNG KẾT HỢP SỬ DỤNG DÂY CHẰNG LIỀM VÀ DÂY CHẰNG TRÒN: CA LÂM SÀNG

Trần Quế Sơn<sup>1,2,✉</sup>, Đỗ Đức Minh<sup>1</sup>, Lê Hữu Công<sup>1</sup>, Mạc Thế Trường<sup>1,2</sup>  
Nguyễn Trung Kiên<sup>2</sup>, Phùng Văn Tuyển<sup>2</sup>, Trần Mạnh Hùng<sup>2</sup>, Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Thoát vị hoành kiểu Morgagni hay thoát vị Morgagni hiếm gặp ở bệnh nhân trưởng thành. Lựa chọn kỹ thuật mổ vẫn dựa trên kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Chúng tôi thông báo một bệnh nhân nữ, 73 tuổi có biểu hiện đau tức ngực 1 tháng, không đau bụng, không buồn nôn. Chụp cắt lớp vi tính thấy đại tràng và mạc nối lớn thoát vị qua cơ hoành lên khoang màng phổi hai bên. Nội dung thoát vị là đại tràng ngang và mạc nối lớn được đưa trở lại ổ bụng. Đường kính lỗ thoát vị ở bên phải là 30x50mm, bên trái là 85x17mm. Phục hồi giải phẫu bằng khâu chân cơ hoành vào thành bụng trước, che đường khâu bằng dây chằng liềm và dây chằng tròn. Bệnh nhân nằm viện 12 ngày, không biến chứng. Khám sau 11 tháng, người bệnh khỏe mạnh, và chưa tái phát. Kết quả trên cho thấy mổ mở, khâu mũi chỉ rời, kết hợp sử dụng dây chằng liềm và dây chằng tròn là kỹ thuật có thể áp dụng trong sửa chữa thoát vị Morgagni. Tuy vậy, hiệu quả của kỹ thuật này cần được tiếp tục đánh giá với số lượng người bệnh lớn hơn.

**Từ khóa:** Thoát vị hoành, thoát vị Morgagni, mở bụng, thoát vị bẩm sinh, dây chằng liềm.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành kiểu Morgagni hay thoát vị Morgagni là một loại thoát vị bẩm sinh, xảy ra do sự khiếm khuyết phía trước cơ hoành nơi tương ứng với khe ức hoành.<sup>1</sup> Đây là một thoát vị hiếm gặp, chỉ chiếm 3 - 5% tổng số thoát vị bẩm sinh của cơ hoành.<sup>2</sup> Do là một bệnh lý bẩm sinh, nên thoát vị Morgagni thường được coi là một bệnh lý của nhi khoa.<sup>2</sup> Mặc dù vậy, nhiều báo cáo ca bệnh hoặc một loạt ca bệnh ghi nhận bệnh lý này ở người trưởng thành.<sup>3,4</sup> Theo y văn, tần suất thoát vị gặp ở cơ hoành bên phải, bên trái và cả hai bên lần lượt là 90%, 8%, và 2%.<sup>5,6</sup> Nội dung của thoát vị có

thể gặp là đại tràng, dạ dày, mạc nối lớn và ruột non.<sup>6,7</sup> Những bất thường này khiến người bệnh có những triệu chứng liên quan đến hô hấp như khó thở, đau ngực, liên quan đến tạng bị thất nghệt như đau bụng và tắc ruột.<sup>1,7,8</sup> Cho đến nay, khâu phục hồi cơ hoành bằng mổ nội soi hoặc mổ mở qua đường bụng, có thể kèm theo sử dụng tấm lưới nhân tạo là lựa chọn điều trị thoát vị hoành bẩm sinh nói chung và thoát vị hoành kiểu Morgagni nói riêng.<sup>6,8,9</sup> Mặc dù vậy, do tính hiếm gặp của bệnh, cũng như mức độ tổn thương cơ hoành khác nhau mà chưa có sự thống nhất trong lựa chọn phương pháp điều trị, phụ thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên.<sup>8</sup>

Trong bài viết này, chúng tôi mô tả một trường hợp thoát vị Morgagni ở cả hai bên, được phẫu thuật thành công qua đường mở bụng để phục hồi cơ hoành, đồng thời sử dụng

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 01/03/2023

Ngày được chấp nhận: 28/03/2023

dây chằng liềm và dây chằng tròn để che đường khâu lỗ thoát vị. Đây có thể là một hướng tiếp cận trong điều trị thoát vị Morgagni trong thực hành lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Bệnh nhân nữ, 73 tuổi. Ngày vào viện ngày 19/4/2022. Tiền sử tăng huyết áp 3 năm, được điều trị amlordipin 5 mg/ngày. Khoảng một tháng gần đây, người bệnh thường đau tức ngực và mệt mỏi. Khám lúc vào viện: bệnh nhân tỉnh, huyết áp 130/80 mmHg, mạch 82 lần/phút, BMI 23,1 kg/m<sup>2</sup>, tần số thở 18 lần/phút, rì rào phế nang giảm ở hai đáy phổi, SpO<sub>2</sub> 96%, bụng mềm, không chướng, không cảm ứng phúc mạc. Xét nghiệm máu: bạch cầu 8,2 G/L, hồng cầu 4,2T/L, tiểu cầu 360 G/L,

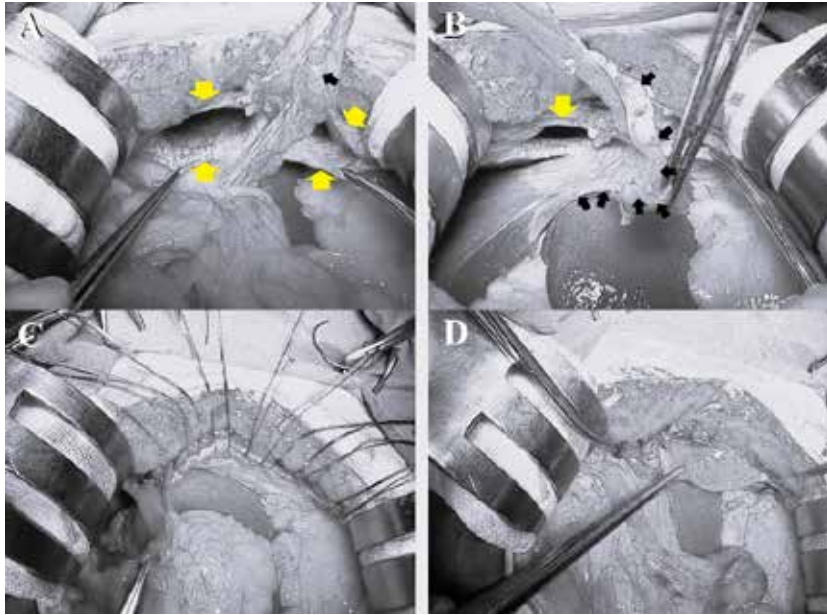
prothrombin 86%, fibrinogen 3,73 g/L, glucose 6,68 mmol/L, GOT 26 U/L, GPT 16 U/L. Chụp X-quang ổ bụng không chuẩn bị không thấy khí tự do ổ bụng. Siêu âm thấy gan không to, nhu mô gan tăng âm không đều, phân thủy bên có nang kích thước 14mm, túi mật thành dày bình thường, dịch trong không có sỏi. Siêu âm tim kích thước và chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường. Chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh thoát vị hoành phải vị trí trước trong, kích thước túi thoát vị là 80x17mm, đường kính cổ thoát vị là 85mm, nội dung là đại tràng ngang mạc nối (**Hình 1A**). Khối thoát vị chèn ép làm xẹp nhu mô thùy phổi phải, đẩy tim và trung thất ra sau, không thấy dịch-khí trong khoang màng phổi (**Hình 1B**). Nội soi dạ dày có viêm niêm mạc dạ dày.



**Hình 1. Hình ảnh thoát vị hoành Morgagni trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. (A) Hình ảnh lát cắt ngang, thoát vị là đại tràng lên ngực bên phải (mũi tên trắng) và (B) Lát cắt dọc thấy thoát vị hoành trái (mũi tên trắng)**

Bệnh nhân được mổ mở đường trắng giữa trên và dưới rốn dài 20 cm. Vào ổ bụng kiểm tra thấy mạc nối lớn, đại tràng ngang chui vào khoang màng phổi tại vị trí khe hở giữa cơ hoành và thành bụng trước ở cả hai bên.

Các tạng trong khối thoát vị không bị hoại tử. Chẩn đoán trong mổ là thoát vị hoành hai bên kiểu Morgagni với đường kính lỗ thoát vị ở bên phải là 30x50mm, bên trái là 85x17mm (**Hình 2A, 2B**).



**Hình 2. Khe hở cơ hoành trước hai bên và phương pháp phục hồi cơ hoành.**

**(A) Khe hở cơ hoành 2 bên (mũi tên vàng),**

**(B) Phẫu tích dây chằng tròn và dây chằng liềm (mũi tên đen),**

**(C) Khâu cơ hoành với cơ thành ngực trước bằng chỉ Safil số 1 mũi rời,**

**(D) Khâu tăng cường đường khâu phục hồi cơ hoành bằng dây chằng tròn và dây chằng liềm**

Các tạng được đưa trở lại ổ bụng, phẫu tích bộc lộ rõ bờ cơ hoành 2 bên. Thực hiện khâu cơ hoành với cân thành bụng bằng các mũi chỉ Safil số 1, mũi rời (B.Braun Safil 1 HR 40s 90cm) (**Hình 2C**). Che đường khâu bằng dây chằng liềm bằng đường khâu vắt bờ dưới và bờ trên bằng chỉ Ethicon Prolene™ 2-0, SH, 75cm) (**Hình 2D**), đặt một dẫn lưu trên gan, không dẫn lưu màng phổi. Thành bụng được đóng hai lớp, trong đó khâu cân cơ bằng chỉ Safil số 1, mũi rời (B.Braun Safil 1 HR 40s 90cm), khâu da thừa.

Xquang ngực thẳng sau mổ 5 ngày (**Hình 3**), 30 ngày thấy phổi nở tốt, không tràn dịch - tràn máu màng phổi. Thời gian nằm viện 12 ngày, không biến chứng. Tái khám sau 11 tháng, người bệnh khỏe, không khó thở hay đau ngực.



**Hình 3. Hình ảnh Xquang ngực thẳng ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Phổi sáng đều hai bên, không tràn máu tràn khí màng phổi**

### III. BÀN LUẬN

Thoát vị hoành bẩm sinh xảy ra do sự nếp màng phổi phúc mạc đóng không hoàn toàn ở thời kỳ bào thai.<sup>8,10</sup> Tỷ lệ mắc của thoát vị hoành bẩm sinh là 1 - 4/100.000 ca sinh, nam mắc nhiều hơn nữ giới.<sup>11</sup> Các vị trí phổ biến nhất của thoát vị hoành được chẩn đoán khi sinh là sau bên (Bochdalek, 70 - 75%), trước trong (Morgagni, 23 - 28%) và trung tâm (2 - 7%).<sup>2,5,9</sup> Thoát vị Morgagni là một loại thoát vị hiếm gặp được nhà giải phẫu người Ý Giovanni Battista Morgagni mô tả lần đầu tiên vào năm 1769. Hiện nay, gần như tất cả các trường hợp thoát vị hoành có thể chẩn đoán trong quá trình phát triển phôi thai bằng siêu âm vào tuần thứ 18 - 22. Trong khi đó, thoát vị này ít được chẩn đoán ở tuổi trưởng thành.<sup>11</sup> Trong nghiên cứu của Katsaros trên 310 trường hợp thoát vị Morgagni ở người trưởng thành từ năm 1949 đến năm 2020 cho thấy, độ tuổi trung bình phát hiện bệnh là 57 tuổi, nữ giới nhiều hơn nam (61%). Thoát vị bên phải là phổ biến nhất (84%), tiếp theo là bên trái (11,2%), thoát vị hai bên (4,8%) và đường kính trung bình của lỗ thoát vị trên cắt lớp vi tính là 88 mm.<sup>12</sup> Thành phần thoát vị thường gặp nhất là mạc nối lớn (74,5%), đại tràng ngang (65,1%), dạ dày (19,5%), gan (17,4%) và mạc nối nhỏ và ruột (15,8%).<sup>1,12</sup> Trong số các trường hợp thoát vị hoành được chẩn đoán ở tuổi trưởng thành, chỉ có 10 - 28% không có triệu chứng, và được chẩn đoán tình cờ trên hình ảnh CT và X-quang. Nếu có triệu chứng, người bệnh thường có biểu hiện đau bụng (37%), khó thở (36%) và tắc ruột (20%).<sup>4-6,11,12</sup> Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh, có giá trị trong xác định vị trí, kích thước túi thoát vị cũng như nội dung bao thoát vị.<sup>1,8,9</sup> Ca bệnh của chúng tôi thấy rõ hình ảnh thoát vị cơ hoành ở cả hai bên trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (**Hình 1A, 1B**). Nghiên cứu của Young và

cộng sự cho thấy chụp cắt lớp vi tính đã giúp gia tăng tỉ lệ phát hiện những bệnh nhân bị thoát vị Morgagni mà không có triệu chứng (13%). Điều đó giúp cho việc phẫu thuật được tiến hành sớm trước khi xuất hiện các biến chứng của thoát vị.<sup>13,14</sup>

Các tác giả đều cho rằng, thoát vị Morgagni nói riêng và thoát vị hoành nói chung khi được phát hiện thì nên chỉ định mổ nhằm phòng ngừa các biến chứng như thoát vị nghẹt, tắc ruột, nghẹt ruột và suy hô hấp.<sup>1,7,8,12</sup> Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau để điều trị bệnh lý này bao gồm phẫu thuật nội soi và mổ mở thông qua đường bụng hoặc ngực nhằm mục đích đưa tạng thoát vị ở ngực xuống bụng, tìm dị tật phối hợp, khâu kín khe thoát vị. Nếu lỗ thoát vị lớn có thể dùng mạc cân thận, cấu trúc xương sườn, vật cơ quay từ thành ngực, ổ bụng hoặc vật liệu nhân tạo để vá lỗ thoát vị.<sup>2,4,8</sup> Với phương pháp mổ qua đường bụng có thể xử lý nội dung thoát vị, đánh giá tình trạng tưới máu, hoại tử các tạng tốt hơn và dễ dàng phát hiện ra thoát vị Morgagni ở cả hai bên.<sup>9</sup> Bệnh nhân của chúng tôi được mổ mở. Phương pháp này có một số lợi thế trong điều kiện cấp cứu, đặc biệt nếu có hoại tử ruột cần phải cắt ruột hoặc bác sĩ phẫu thuật không có đủ kinh nghiệm cũng như phương tiện đảm bảo cho mổ nội soi.<sup>14</sup> Theo y văn, có ba lựa chọn khâu phục hồi cơ hoành đó là khâu phục hồi đơn thuần; khâu kèm với đặt tấm lưới nhân tạo; hoặc chỉ đặt tấm lưới mà không đóng lỗ thoát vị.<sup>4,8,9</sup> Theo Oppelt và cộng sự, việc sử dụng tấm lưới nên áp dụng với các trường hợp khiếm khuyết cơ hoành lớn, không phù hợp khi khâu đơn thuần vì đường khâu sẽ bị căng và dễ tái phát.<sup>4</sup> Một số tác giả khác cho rằng kích thước lỗ thoát vị từ 20 cm<sup>2</sup> đến 30cm<sup>2</sup> có thể xem xét đặt tấm lưới nhân tạo.<sup>6,9,14</sup> Tấm lưới được đặt vào phải che toàn bộ lỗ thoát vị, nên cách đường khâu

khoảng 3 - 5 cm.<sup>6</sup> Tuy nhiên, cũng có tác giả chỉ cần khâu cơ hoành bằng các mũi chỉ rời cũng có thể đảm bảo độ chắc chắn mà không gặp thoát vị tái phát.<sup>6,8</sup> Do tính hiếm gặp nên phương pháp điều trị thay đổi theo từng trường hợp vì phụ thuộc vào sự mỏng đi và lượng mô cơ hoành bị mất. Việc sử dụng tấm lưới nhân tạo đã trở thành thói quen trong hầu hết các ca sửa chữa thoát vị. Mặc dù vậy, việc sử dụng tấm lưới nhân tạo trong điều trị thoát vị Morgagni đưa ra những thách thức riêng như: (i) nguy cơ hình thành lỗ rò sau phẫu thuật; (ii) tấm lưới di chuyển vào khoang ngực; (iii) lo ngại về sự kết dính của tấm lưới trong lồng ngực với tim, phổi; (iv) nguy cơ nhiễm trùng tấm lưới nếu có hoại tử, phải cắt đoạn ruột.<sup>8</sup> Vì vậy, phức hợp giải phẫu gồm dây chằng tròn và dây chằng liềm có cuống mạch là vật liệu tự thân, có thể gia cố thêm độ chắc chắn của đường khâu lỗ thoát vị.<sup>8</sup> Sử dụng dây chằng tròn và dây chằng liềm làm giảm khả năng dính của các cơ quan trong ổ bụng vào tấm lưới, do đó làm giảm mối lo ngại về sự di chuyển lưới cũng như hình thành lỗ rò trong quá trình hậu phẫu. Tuy nhiên, để đảm bảo sự chắc chắn, cấu trúc giải phẫu này chỉ nên sử dụng khi đường khâu cơ hoành tương đối chắc, hoặc được sử dụng để che tấm lưới nhân tạo. Vì vậy, ứng dụng này trong phục hồi thoát vị hoành chỉ được ghi nhận trong một số ít báo cáo trong y văn.<sup>8,15</sup> Mặc dù chưa có bằng chứng của việc sử dụng dây chằng tròn và dây chằng liềm trong điều trị thoát vị hoành nhưng theo chúng tôi, việc sử dụng các cấu trúc giải phẫu sẵn có cũng là một cách để làm chắc chắn thêm của đường khâu phục hồi cơ hoành.

Kỹ thuật mổ được giới thiệu trong bài viết thực hiện thành công trên một bệnh nhân với kết quả gần tốt. Tuy nhiên, bài viết này vẫn còn một số hạn chế nhất định như chưa đánh giá được giải phẫu của phổi và của cơ hoành sau mổ. Mặt khác, bài viết cũng chưa cung cấp được các thông số liên quan đến thông khí của

phổi liệu có được cải thiện hay không? Những vấn đề còn tồn tại này cần được theo dõi và tiếp tục đánh giá.

## V. KẾT LUẬN

Thoát vị Morgagni hai bên là một dị tật bẩm sinh vô cùng hiếm gặp ở người trưởng thành. Đây là một thách thức trong sửa chữa bằng phẫu thuật vì sự đa dạng của tổn thương cơ hoành. Kỹ thuật mổ mở, phục hồi cơ hoành bằng các mũi chỉ rời cũng như tận dụng được cấu trúc dây chằng tròn và dây chằng liềm có thể đảm bảo sự chắc chắn, hạn chế nhược điểm của tấm lưới nhân tạo trong việc sửa chữa thoát vị Morgagni.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn các Bác sĩ, nhân viên điều dưỡng Khoa Cấp cứu Ngoại, Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc.* 2008; 22(6): 1413-20.
- Tan YW, Banerjee D, Cross KM, De Coppi P, team G, Blackburn SC, et al. Morgagni hernia repair in children over two decades: Institutional experience, systematic review, and meta-analysis of 296 patients. *J Pediatr Surg.* 2018; 53(10): 1883-9.
- Furukawa H, Wakasugi M, Yoshikawa Y, Sueda T, Matsumura T, Koga C, et al. Single-incision laparoscopic repair for a Morgagni hernia: A case report. *Asian J Endosc Surg.* 2021; 14(1): 124-7.
- Oppelt PU, Askevold I, Bender F, Liese J, Padberg W, Hecker A, et al. Morgagni-Larrey diaphragmatic hernia repair in adult patients: a

- retrospective single-center experience. *Hernia*. 2021; 25(2): 479-89.
5. Al-Salem AH, Zamakhshary M, Al Mohaidly M, Al-Qahtani A, Abdulla MR, Naga MI. Congenital Morgagni's hernia: a national multicenter study. *J Pediatr Surg*. 2014; 49(4): 503-7.
6. Arikan S, Dogan MB, Kocakusak A, Ersoz F, Sari S, Duzkoylu Y, et al. Morgagni's Hernia: Analysis of 21 Patients with Our Clinical Experience in Diagnosis and Treatment. *Indian J Surg*. 2018; 80(3): 239-44.
7. Razi K, Light D, Horgan L. Emergency repair of Morgagni hernia with partial gastric volvulus: our approach. *J Surg Case Rep*. 2016; 2016(8).
8. Sanford Z, Weltz AS, Brown J, Shockcor N, Wu N, Park AE. Morgagni Hernia Repair: A Review. *Surg Innov*. 2018; 25(4): 389-99.
9. Hietaniemi H, Jarvinen T, Ilonen I, Rasanen J. Congenital diaphragmatic hernia in adults: a decade of experience from a single tertiary center. *Scand J Gastroenterol*. 2022; 57(11): 1291-5.
10. Rajkumar K, Kulkarni S, Talishinskiy T. Morgagni hernia: an uncommon pathology in adults. *J Surg Case Rep*. 2022; 2022(12): rjac597.
11. Archer JP, Williams N. Non-operative management of a large Morgagni hernia-an alternative approach? *J Surg Case Rep*. 2023; 2023(1): rjac614.
12. Katsaros I, Katelani S, Giannopoulos S, Machairas N, Kykalos S, Koliakos N, et al. Management of Morgagni's Hernia in the Adult Population: A Systematic Review of the Literature. *World J Surg*. 2021; 45(10): 3065-72.
13. Young MC, Saddoughi SA, Aho JM, Harmsen WS, Allen MS, Blackmon SH, et al. Comparison of Laparoscopic Versus Open Surgical Management of Morgagni Hernia. *Ann Thorac Surg*. 2019; 107(1): 257-61.
14. Ryan JM, Rogers AC, Hannan EJ, Mastro Simone A, Arumugasamy M. Technical description of laparoscopic Morgagni hernia repair with primary closure and onlay composite mesh placement. *Hernia*. 2018; 22(4): 697-705.
15. Allaey M, Venken R, Vanhulle A, Deruyter L. Laparoscopic repair of an iatrogenic intrapericardial diaphragmatic hernia using the falciform ligament flap. *Acta Chir Belg*. 2016; 116(4): 251-5.

## Summary

# TREATMENT OF BILATERAL MORGAGNI DIAPHRAGMATIC HERNIA WITH LAPAROTOMY AND THE ANATOMICAL STRUCTURE OF THE FALCIFORM LIGAMENT AND ROUND LIGAMENT: A CASE REPORT

A Morgagni diaphragmatic hernia is rare in adult patients. The choice of surgical technique is still based on the surgeon's experience. A 73-year-old woman was admitted to our hospital with chest pain, without nausea and vomiting. On computed tomography, the transverse colon and great omentum prolapsed into the bilateral thoracic cavity. Laparotomy showed the hernial orifice, which was 30x50mm and 85x17mm in diameter behind the sternum on the right and left side, respectively. Although the transverse colon and omentum had herniated through the defect into the bilateral diaphragm, it was quickly reduced into the abdominal cavity. The diaphragm's base was sutured to the abdominal wall. The Falciform ligament was sutured to cover the hernial orifice. The patient was hospitalised for 12 days. No perioperative complications or hernia recurrence have been observed 11 months since the surgery. The above results show that laparotomy, interrupted sutures, and covered by the Falciform ligaments can be applied to repair Morgagni hernia. However, the effectiveness of this technique needs to be further evaluated with a more significant number of patients.

**Keywords:** Diaphragmatic hernia, Morgagni, Laparotomy, Congenital hernia, Falciform ligament.