

Thoát vị ổ bụng sau phẫu thuật nội soi và biện pháp phòng ngừa: Báo cáo ca bệnh hiếm tại Bệnh viện Vinmec Hải Phòng và nhìn lại y văn

Nguyễn Mạnh Hải¹, Vũ Văn Quân¹, Vũ Thị Hạnh¹, Lê Hồng Dương¹, Trần Văn Quý¹, Đặng Văn Huy¹, Phạm Đức Huấn²

1. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hải Phòng, 2. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - Hệ thống y tế Vinmec, Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Mạnh Hải,
Bệnh viện Đa khoa Vinmec
Hải Phòng
Phường An Biên, Thành phố
Hải Phòng, Việt Nam
Điện thoại: 0989 525 474
Email: bs.nguyenmanhhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/7/2025

Ngày chấp nhận đăng:

27/10/2025

Ngày xuất bản: 01/12/2025

Tóm tắt

Chúng tôi trình bày một trường hợp thoát vị thành bụng hiếm gặp tại vị trí trocar 10 mm dùng để đặt dẫn lưu sau mổ nội soi gỡ dính ruột tại Bệnh viện Vinmec Hải Phòng. Người bệnh nữ 66 tuổi xuất hiện hội chứng tắc ruột ngày hậu phẫu thứ năm, được xác định nguyên nhân tắc do quai ruột non thoát vị qua vị trí dẫn lưu. Nội soi cấp cứu ghi nhận quai ruột non nghẹt dưới cân, chưa hoại tử, được giải phóng, sau đó khâu đóng tất cả các lớp thành bụng. Trường hợp này cho thấy vai trò then chốt của việc đóng cân đầy đủ tại vị trí trocar, kể cả vị trí dẫn lưu, nhằm phòng ngừa thoát vị thành bụng sau phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: Thoát vị trocar, thoát vị vị trí lỗ dẫn lưu, nội soi ổ bụng, phòng ngừa biến chứng.

Hernia complication after laparoscopic surgery and preventions: Reporting a rare case at Vinmec Hai Phong International Hospital and reviewing the medical literature

Nguyen Manh Hai¹, Vu Van Quan¹, Vu Thi Hanh¹, Le Hong Duong¹, Tran Van Quy¹, Dang Van Huy¹, Pham Duc Huan²

1. Vinmec Hai Phong International Hospital, 2. Vinmec Times City International Hospital - Vinmec Healthcare System, Ha Noi

Abstract

We present a rare case of abdominal wall hernia at a 10 mm trocar site for drain placement following laparoscopic adhesiolysis at Vinmec Hai Phong International Hospital. A 66-year-old female developed small

bowel obstruction on the 5th day after surgery, which was determined to be caused by herniation of a small bowel loop through the former drain site. Emergency laparoscopy revealed an incarcerated but viable bowel segment trapped beneath the fascia, which was successfully reduced, and all layers of the abdominal wall were closed. This case highlights the critical importance of proper fascial closure at trocar sites - including those used for drain placement - to prevent postoperative trocar - site hernias following laparoscopic surgery.

Keywords: Trocar - site hernia, drain - site hernia, laparoscopy, hernia prevention.

Đặt vấn đề

Thoát vị thành bụng là biến chứng phổ biến sau phẫu thuật ổ bụng, hình thành do sự thoát ra của tạng qua điểm yếu trên thành bụng, thường tại vị trí vết mổ. Phẫu thuật nội soi hiện đại đã góp phần đáng kể trong việc giảm nguy cơ này nhờ vết rạch nhỏ, ít sang chấn mô mềm và phục hồi nhanh [6]. Tuy nhiên, một số biến chứng hiếm gặp vẫn được ghi nhận, trong đó có thoát vị qua lỗ trocar hoặc vị trí đặt ống dẫn lưu - được xếp vào nhóm thoát vị thành bụng sau nội soi (trocar - site hernia - TSH) [1][3][6]. Mặc dù tỷ lệ thấp, nhưng TSH có thể gây biến chứng nặng như tắc ruột, hoại tử ruột nếu không được phát hiện và xử trí sớm [1][3]. Tỷ lệ TSH dao động từ 0,23 - 2,8% [2][6], trong đó thoát vị qua chân dẫn lưu sau mổ (Drain - site hernia - DSH) là thể đặc biệt hiếm, ít được đề cập trong y văn và thường bị chẩn đoán muộn [3][4][5] [10]. Với mong muốn nhấn mạnh tính cảnh giác lâm sàng, đề xuất biện pháp phòng ngừa cụ thể, chúng tôi trình bày một trường hợp thoát vị thành bụng sau khi rút ống dẫn lưu mổ nội soi tại Bệnh viện Vinmec Hải Phòng, kết hợp tổng quan y văn nhằm rút ra bài học và khuyến nghị thực tiễn trong thực hành phẫu thuật nội soi.

Ca lâm sàng

Người bệnh nữ, 66 tuổi, có tiền sử y khoa đáng lưu ý gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 kiểm soát kém, suy tuyến thượng thận, tiền sử mổ lấy thai > 20 năm. Trước nhập viện 25 ngày, người bệnh đã được mổ nội soi cắt ruột thừa tại một cơ sở y tế khác, sau mổ đau bụng âm ỉ kéo dài, thỉnh thoảng quặn thành cơn.

Người bệnh nhập viện Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hải Phòng tháng 5/2025 trong tình trạng đau bụng từng cơn, buồn nôn, chướng bụng, bí trung đại tiện 2 ngày. Lâm sàng ghi nhận: bụng căng nhẹ, gõ vang, không sốt, không phản ứng thành bụng rõ. Người bệnh được chỉ định chụp X-quang bụng không chuẩn bị và siêu âm ổ bụng - ghi nhận hình ảnh tắc ruột cơ học do dính sau mổ, không thấy dấu hiệu hoại tử. Người bệnh được chỉ định phẫu thuật nội soi gỡ dính ruột. Trong mổ, bác sĩ sử dụng 3 trocar:

Trocar rốn 10 mm (camera): cân và cơ được khâu riêng sau mổ

Trocar 5 mm đường trắng giữa dưới rốn trên khớp mu 2 cm: đóng da và mô dưới da

Trocar 10 mm góc phần tư dưới bên trái để đặt ống dẫn lưu: chỉ khâu da và mô dưới da để cố định dẫn lưu, không khâu cân hay phúc mạc.

Sau mổ, người bệnh phục hồi thuận lợi: trung tiện ngày thứ nhất, ăn uống lại từ ngày thứ hai. Lượng dịch dẫn lưu giảm dưới 30 ml/ngày, không có dấu hiệu nhiễm trùng hay rò tiêu hóa. Ống dẫn lưu được rút ngày hậu phẫu thứ hai.

Tuy nhiên, đến chiều ngày hậu phẫu thứ năm, người bệnh đột ngột xuất hiện đau âm ỉ vùng hạ vị trái, kèm theo chướng bụng nhẹ, buồn nôn và bí trung-đại tiện trở lại. Khám lâm sàng ghi nhận: bụng chướng nhẹ, ấn đau vùng vết mổ dẫn lưu trái, sờ thấy một khối cứng, kích thước ~3 cm, không di động.

Siêu âm ổ bụng cho thấy quai ruột non giãn, hình ảnh ruột sa nghẹt ra khỏi ổ phúc mạc qua vị trí trocar 10 mm bên trái, không có dấu hiệu hoại tử (hình 1,2,3,4).



Hình 1. Hình ảnh siêu âm kích thước khối thoát vị.



Hình 2. Hình ảnh siêu âm đường kính ngang cổ túi thoát vị.



Hình 3. Hình ảnh siêu âm các quai ruột non giãn

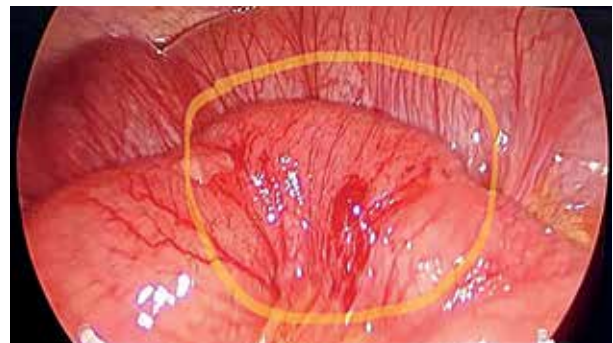


Hình 4. Hình ảnh siêu âm dịch giữa các quai ruột

Người bệnh được chỉ định mổ nội soi cấp cứu. Trong mổ phát hiện quai ruột non, cách góc Treitz khoảng 2 m, dài khoảng 5 cm, bị kẹt tại lỗ cân thành bụng vị trí dẫn lưu, dưới cân cơ chéo bụng. Không có dịch ổ bụng, không thấy dính mới. Tiến hành đẩy ruột trở lại ổ bụng qua vị trí trocar cũ. Quai ruột phù nề nhẹ, màu sắc thay đổi nhưng hồi phục tốt sau khi giải phóng, không cần cắt ruột (hình 5,6)



Hình 5. Hình ảnh trong mổ nội soi: quai ruột chui vào và nghẹt lại ở thành bụng tại vị trí dẫn lưu Trocar 10 hố chậu trái



Hình 6. Hình ảnh trong mổ nội soi: quai ruột hồng lại sau khi tháo nghẹt

Khâu kín ba lớp thành bụng gồm: phúc mạc, cân cơ và da bằng chỉ tiêu. Không đặt lại dẫn lưu. Toàn bộ quá trình phẫu thuật diễn ra trong 40 phút, ít chảy máu.

Sau mổ, người bệnh tiếp tục được chăm sóc theo phác đồ phục hồi nhanh sau mổ (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery). Bắt đầu ăn nhẹ sau 24 giờ, trung tiện trở lại sau 2 ngày, không đau bụng, không buồn nôn. Siêu âm kiểm tra ngày thứ ba sau mổ không phát hiện dịch tồn dư hay tái thoát vị. Người bệnh xuất viện sau 5 ngày, theo dõi tái khám 1 tuần không ghi nhận biến chứng.

Bàn luận

Thoát vị thành bụng sau mổ nội soi qua lỗ trocar hay vị trí dẫn lưu (trocar-site hernia - TSH, đặc biệt là drain-site hernia - DSH) là một biến chứng nghiêm trọng, có thể gây tắc ruột, hoại tử ruột, và phải can thiệp phẫu thuật khẩn cấp. Biến chứng này xảy ra do một khiếm khuyết trong các lớp thành bụng (phức mạc-cơ-cân), tạo điều kiện cho ruột non hoặc mạc nối lớn thoát ra ngoài ổ phúc mạc [1][6].

Ca bệnh của chúng tôi là một ví dụ điển hình của thoát vị thành bụng qua vị trí trocar dùng để đặt dẫn lưu - một biến chứng hiếm nhưng có thể phòng ngừa được sau phẫu thuật nội soi

Giải phẫu bệnh học và cơ chế hình thành

Cơ chế giải phẫu học của TSH được phân tích rõ trong nghiên cứu của Tonouchi et al. (2004) và Gao et al. (2020) [1][3]. Theo đó, việc đặt trocar hay ống dẫn lưu xuyên qua thành bụng tạo nên một đường hầm đi qua phúc mạc, cơ và cân. Nếu các lớp này không được khâu đóng đầy đủ sau mổ - đặc biệt là ở các trocar cỡ lớn ≥ 10 mm - sẽ tạo điều kiện cho quai ruột bị ép hoặc hút vào khe hở, hình thành thoát vị.

Trong trường hợp của chúng tôi, vị trí dẫn lưu được đặt qua trocar 10 mm ở hố chậu trái - một vùng cơ mỏng, ngang mạc ngang, và không được đóng cân do chỉ khâu da và mô dưới da để cố định dẫn lưu. Đây chính là kiểu hình điển hình mô tả trong tổng quan của Komuta (2011) và Manigrasso (2021) [4] [10].

Các yếu tố nguy cơ và đối chiếu ca bệnh

Y văn đã tổng hợp các yếu tố nguy cơ theo 2 nhóm:

Yếu tố liên quan đến phẫu thuật: sử dụng trocar cỡ lớn (≥ 10 mm), không khâu cân đầy đủ, đặt trocar ở vị trí ngoại biên (hố chậu, cạnh sườn), phẫu thuật kéo dài hoặc có áp lực ổ bụng cao.

Yếu tố liên quan đến người bệnh: tuổi > 60 , BMI cao hoặc rất thấp, suy dinh dưỡng, ho mạn tính sau mổ, đái tháo đường, bệnh mạch máu [3][8].

Đối chiếu với ca bệnh của chúng tôi:

Người bệnh 66 tuổi, BMI: 22.52, tiền sử đái tháo đường, suy tuyến thượng thận, thể trạng yếu, là nhóm có nguy cơ cao.

Vị trí đặt ống dẫn lưu không được khâu cân, đúng

như nhiều báo cáo y văn mô tả (Hong et al., 2015; Moreaux, 2018) [5][8].

Sau mổ, người bệnh có biểu hiện tắc ruột sau ngày thứ 5, tức thuộc nhóm TSH khởi phát sớm, thường xảy ra do rách cả cân và phúc mạc, không có túi thoát vị (loại 1 theo phân loại của Tonouchi) [1].

Tonouchi chia TSH thành 3 loại chính dựa trên thời điểm xuất hiện, đặc điểm giải phẫu và cơ chế hình thành

Loại sớm (early-onset type): xuất hiện trong vòng 2 tuần sau mổ, do mở rộng lỗ trocar, không đóng cân kỹ, và có thể kèm tắc ruột cấp.

Loại muộn (late-onset type): xuất hiện sau vài tháng, thường là thoát vị thật với túi thoát vị có phúc mạc.

Loại đặc biệt (special type): xuất hiện bất kỳ thời điểm nào sau mổ, toàn bộ thành bụng và phúc mạc đều rách, tạo lỗ thoát vị hoàn toàn.

Chẩn đoán biến chứng sớm sau mổ

Để chẩn đoán sớm biến chứng này, vai trò của thăm khám lâm sàng vẫn giữ vai trò nền tảng, dù không dễ thực hiện trong bối cảnh sau mổ. Các dấu hiệu gợi ý bao gồm đau bụng khu trú, sờ thấy điểm đau hoặc khối bất thường ngay tại vị trí vết mổ dẫn lưu - đặc biệt nếu kèm theo triệu chứng tắc ruột như chướng bụng, buồn nôn, bí trung đại tiện. Trong những trường hợp nghi ngờ, siêu âm ổ bụng có thể cung cấp thông tin hữu ích, ví dụ như phát hiện quai ruột giãn, tụ dịch dưới da hoặc hình ảnh thoát vị. Tuy nhiên, chụp CT ổ bụng vẫn là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất, giúp xác định chính xác vị trí và mức độ thoát vị - như khuyến cáo của Hata et al. (2010) và Gao et al. (2020) [3][7].

Trong trường hợp người bệnh của chúng tôi, CT bụng không được thực hiện ngay lập tức do triệu chứng lâm sàng điển hình. Và việc siêu âm phát hiện được hình ảnh nghi ngờ ruột sa nghẹt tại vị trí vết mổ dẫn lưu. Nhờ đó, người bệnh được chỉ định mổ nội soi cấp cứu kịp thời, tránh nguy cơ biến chứng nặng như hoại tử ruột.

Cần lưu ý rằng khối thoát vị có thể bị bỏ sót nếu người khám chủ quan hoặc nếu triệu chứng không rõ ràng. Vì vậy, sau khi rút dẫn lưu hoặc khi người

bệnh có dấu hiệu bí trung đại tiện, đau bụng, chướng bụng tái phát, cần nghĩ đến chẩn đoán TSH.

Biện pháp phòng ngừa

Các tác giả như Swank (2012) và Gao (2020) đều nhấn mạnh: “mọi vị trí trocar ≥ 10 mm phải được khâu cân kỹ lưỡng, bao gồm cả vị trí đặt dẫn lưu” [3][6]. Ngay cả tại các trocar 5 mm, nếu kéo giãn để đặt ống dẫn lưu lớn, cũng cần cân nhắc khâu lại nếu thành bụng mỏng hoặc người bệnh có nguy cơ cao.

Đặc biệt, Gao et al. đề xuất kỹ thuật khâu khóa muộn thành bụng sau khi rút dẫn lưu bằng chỉ xuyên qua thành bụng bằng kim Deschamps hoặc kim tiêm lớn [3]. Một số trung tâm sử dụng thiết bị khâu trocar chuyên dụng giúp đóng cân an toàn hơn.

Trong thực hành tại Vinmec Hải Phòng, các phẫu thuật viên đã chú trọng hơn đến việc đánh giá yếu tố nguy cơ cá nhân hóa, lựa chọn vị trí đặt dẫn lưu hợp lý, và không còn xem nhẹ thao tác đóng cân sau mổ - kể cả ở vị trí đặt dẫn lưu. Tuy nhiên, trong các ca mổ cấp cứu, việc khâu cân tại vị trí dẫn lưu vẫn chưa được thực hiện thường quy, chủ yếu do quan niệm chưa đầy đủ về nguy cơ thoát vị.

Để giảm thiểu nguy cơ thoát vị thành bụng sau phẫu thuật nội soi, chúng tôi đề xuất một số biện pháp cụ thể dựa trên y văn và kinh nghiệm thực tế:

Không đặt dẫn lưu xuyên qua trocar ≥ 10 mm, nên rạch da riêng biệt tại vị trí cơ chắc như cơ thẳng bụng để kiểm soát dễ dàng và khâu kín hiệu quả sau mổ.

Chỉ rút dẫn lưu khi lượng dịch đã giảm < 30 ml/ngày, dịch trong, không có dấu hiệu viêm quanh ống — đảm bảo tuân thủ nguyên tắc ERAS về rút sớm khi đủ điều kiện an toàn.

Theo dõi sát 48 - 72 giờ sau khi rút dẫn lưu, đặc biệt ở các nhóm người bệnh nguy cơ cao như người lớn tuổi, thể trạng yếu, tiểu đường, COPD hoặc dùng corticoid kéo dài.

Dinh dưỡng sau mổ cần được đánh giá sớm và hỗ trợ đúng cách, đặc biệt ở nhóm người bệnh gầy yếu, suy dinh dưỡng hoặc béo phì - những người có nguy cơ lành vết thương kém. Việc áp dụng ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) - vốn là thế mạnh tại hệ thống Vinmec - giúp tối ưu hóa hồi

phục, giảm viêm hệ thống, và duy trì thể trạng ổn định hậu phẫu.

Kiểm soát ho sau mổ (do COPD, viêm phổi, hoặc hút thuốc) là yếu tố then chốt để hạn chế tăng áp lực ổ bụng và nguy cơ sa ruột qua vết mổ, nhất là tại các điểm yếu như vết rạch nhỏ chưa khâu cân.

Giá trị lâm sàng của ca bệnh

Ca bệnh này là một ví dụ minh chứng rõ ràng cho tất cả các yếu tố cơ chế - nguy cơ - lâm sàng - điều trị - dự phòng mà y văn đã đề cập [1][3][5][6]. Nó cũng cho thấy phẫu thuật nội soi không hoàn toàn “an toàn”, luôn có nguy cơ tiềm tàng về biến chứng thoát vị thành bụng sớm cũng như lâu dài sau mổ, nếu bỏ qua các bước khâu cân đầy đủ tại các lỗ trocar, đặc biệt là nơi đặt ống dẫn lưu. Người bệnh và người nhà luôn cần được tư vấn trước mổ về các nguy cơ này.

Hơn nữa, báo cáo bổ sung cho y văn một trường hợp thoát vị thành bụng sớm sau nội soi tại bệnh viện Vinmec Hải Phòng, cũng là ca bệnh đầu tiên được ghi nhận và báo cáo tại Việt Nam về thoát vị thành bụng sớm sau phẫu thuật nội soi qua vị trí đặt dẫn lưu, khẳng định tầm quan trọng của việc chuẩn hóa kỹ thuật đóng thành bụng hậu phẫu và nâng cao nhận thức trong giám sát biến chứng sau mổ.

Kết luận

Thoát vị thành bụng qua vị trí trocar dùng để đặt dẫn lưu sau phẫu thuật nội soi là một biến chứng hiếm gặp nhưng có thể gây hậu quả nghiêm trọng nếu không được nhận diện và xử trí kịp thời. Trường hợp báo cáo trong bài cho thấy rằng, ngay cả ở các vị trí không điển hình như hố chậu - nơi đặt ống dẫn lưu - nguy cơ thoát vị vẫn tồn tại khi cân và phúc mạc không được khâu kín.

Việc chẩn đoán sớm dựa vào thăm khám lâm sàng cẩn thận, kết hợp với hình ảnh, đặc biệt là CLVT bụng, giúp phát hiện kịp thời biến chứng. Phẫu thuật nội soi lại là lựa chọn tối ưu trong trường hợp ruột chưa hoại tử và cho phép xử trí triệt để với sang chấn tối thiểu.

Dựa trên bài học lâm sàng và y văn hiện có, chúng tôi khuyến nghị: Bắt buộc khâu đóng đầy đủ các lớp thành bụng tại tất cả các vị trí trocar ≥ 10 mm, bao

gồm cả vị trí dẫn lưu, dưới quan sát trực tiếp hoặc với dụng cụ chuyên dụng nếu cần; Cảnh giác với biểu hiện tắc ruột sau mổ, kể cả ở các vị trí không điển hình như cạnh hố chậu, nhất là trong vòng 1 tuần sau khi rút dẫn lưu; Cần nhắc chụp CLVT bụng sớm khi có dấu hiệu nghi ngờ thoát vị thành bụng; Tăng cường theo dõi người bệnh có nguy cơ cao, đặc biệt người lớn tuổi, có bệnh lý mạn tính, sau mổ nội soi có đặt ống dẫn lưu.

Thực hành nghiêm ngặt các nguyên tắc khâu đóng và theo dõi hậu phẫu sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ TSH và tránh những can thiệp ngoại khoa không cần thiết.

Cam đoan

Chúng tôi cam kết bài viết là công trình chính chủ, chưa từng công bố, không trùng lặp và đã được tất cả các đồng tác giả đồng thuận.

Tài liệu tham khảo

1. Tonouchi H, Ohmori Y, Kobayashi M, Kusunoki M. Trocar site hernia. Arch Surg. 2004;139(11):1248 - 1256.
2. Kadar N, Reich H, Liu CY, Manko GF, Gimpelson RJ. Incisional hernias after major laparoscopic gynecologic procedures. Am J Obstet Gynecol. 1993;168(5):1493 - 1495. Tỷ lệ TSH theo cỡ trocar
3. Gao Y, Lu Y, Zhou Y, Chen L. Drain-site trocar site hernia after laparoscopic surgery: case report and literature review. World J Gastroenterol. 2020;26(3):368 - 375. Tổng hợp ca thoát vị tại vị trí dẫn lưu
4. Komuta K, Haraguchi M, Koike Y, Hara M, Ikeda Y. Trocar site hernia after laparoscopic sigmoid colectomy: report of a case. Surg Today. 2011;41(4):574 - 576. Ca bệnh TSH tại vị trí dẫn lưu 10 mm
5. Moreaux G, El-Kheir A, Bernardini D. Drain-site hernias following laparoscopy: Two case reports. Int J Surg Case Rep. 2018;53: 436 - 439. Mô tả 2 ca bệnh tại lỗ dẫn lưu 5 mm
6. Swank DJ, Mulder IM, la Chapelle CF, Reitsma JB, Lange JF, Bemelman WA. Systematic review of trocar - site hernia. Br J Surg. 2012;99(3):315 - 323. 96 % TSH xảy ra tại trocar ≥ 10 mm
7. Hata T, Yamaguchi T, Sakamoto Y, et al. Incarcerated trocar-site hernia after laparoscopic colectomy. Asian J Endosc Surg. 2010;3(1):41 - 43. Ruột kẹt giữa các lớp cơ bụng
8. Hong TH, Kim HL, Lee YS, Kim JW. Drain site hernia following laparoscopic appendectomy: a rare but potentially serious complication. Ann Surg Treat Res. 2015;89(5):267 - 270. Ca bệnh BMI bình thường vẫn có TSH tại lỗ dẫn lưu
9. Fear RE. Incisional hernia following laparoscopy: report of three cases. J Reprod Med. 1968;1(3):216 - 219. Báo cáo TSH đầu tiên trong y văn
10. Manigrasso M, Anoldo P, Milone M, et al. Trocar - site hernia at drain site: a rare complication after laparoscopic cholecystectomy. Int J Surg Case Rep. 2021; 1 - 2. Ca bệnh TSH tại vị trí cổng dẫn lưu