

## THOÁT VỊ TAM GIÁC THẮT LƯNG TRÊN: TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Trung Vỹ<sup>1\*</sup>, Phan Hải Thanh<sup>1</sup>,

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.70.5

### TÓM TẮT

*Thoát vị tam giác thắt lưng trên là loại thoát vị thành bụng hiếm gặp, kỹ thuật điều trị tùy thuộc vào kích thước khối thoát vị, lỗ thoát vị và bệnh cảnh lâm sàng khi được chẩn đoán. Chúng tôi báo cáo trường hợp thoát vị tam giác thắt lưng trên hiếm gặp, được phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Trung Ương Huế. Bệnh nhân phục hồi tốt sau phẫu thuật và ra viện sau 7 ngày, không ghi nhận tái phát hoặc các biến chứng sau phẫu thuật.*

**Từ khóa:** Thoát vị thắt lưng, thoát vị tam giác thắt lưng trên, tam giác Grynfeltt, tam giác Petit

### ABSTRACT

#### SUPERIOR LUMBAR TRIANGLE HERNIA: A RARE CASE AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Pham Trung Vy<sup>1\*</sup>, Phan Hai Thanh<sup>1</sup>,

*Superior lumbar triangular hernia is a rare type of abdominal wall herniation, in which the treatment technique depends on the size of herniation, dimension of hernia orifice and the clinical condition when a patient is diagnosed. We report a rare case of superior lumbar triangular hernia which is successfully operated at Hue Central Hospital was reported in this journal. The patient recovered quickly after surgery and was discharged after 7 days, without recurrence or postoperative complications.*

**Keywords:** Lumbar hernia, Superior lumbar triangular hernia, Grynfeltt triangle, Petit triangle.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị thắt lưng là sự đi ra của bao thoát vị ở thành bụng sau, qua các khe ở giữa các lớp cơ và xương ở vùng thắt lưng. Đây là thoát vị hiếm gặp do khiếm khuyết thành bụng ở các tam giác thắt lưng bao gồm tam giác thắt lưng trên (tam giác Grynfeltt) và tam giác thắt lưng dưới (tam giác Petit) theo vị trí giải phẫu [1,2].

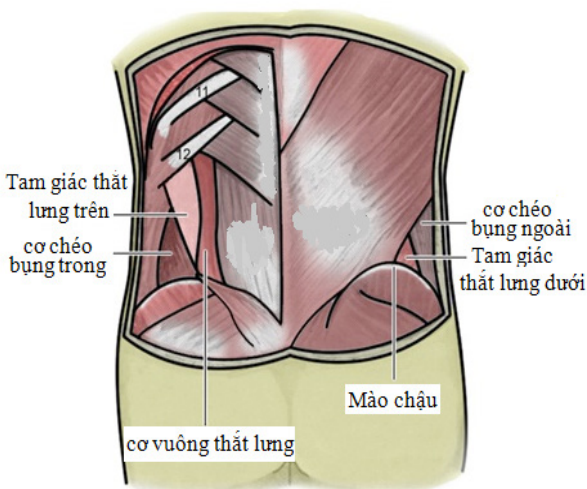
Thoát vị thắt lưng có thể là hậu quả sau chấn thương hoặc sự phát triển không bình thường của cân cơ vùng này. Năm 1783, Petit mô tả ca thoát vị nghẹt qua tam giác thắt lưng dưới và ngày nay thoát vị này mang tên ông. Một thế kỷ sau - 1866, Grynfeltt mô tả thoát vị qua tam giác thắt lưng trên với 3 cạnh của thoát vị gồm bờ dưới xương sườn 12, bờ ngoài cơ vuông thắt lưng, bờ trong cơ chéo bụng trong, trần là

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 21/3/2021; Ngày phản biện (Revised): 03/6/2021;  
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2021  
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Trung Vỹ  
- Email: phamtrungvy2021@gmail.com; SĐT: 0905694005

cơ chéo bụng ngoài và lưng rộng, sản bao gồm mạc ngang và cân cơ ngang bụng (Hình 1) [3,4].

Tại Việt Nam năm 2016, Võ Thị Mỹ Ngọc và Nguyễn Hữu Thịnh [3], báo cáo trường hợp thoát vị qua tam giác thất lưng trên nghẹt gây tắc đại tràng xuống, bệnh nhân được phẫu thuật qua đường mở bụng giữa trên và dưới rốn. Thoát vị thất lưng có thể có túi mà nội dung của nó là ruột non, mạc nối, nhưng nó có thể không có túi khi nội dung của thoát vị là một u mỡ, đại tràng lên, đại tràng xuống và thận [2,3,5].



**Hình 1:** Tam giác thất lưng trên và thất lưng dưới [3]

Trong những năm trở lại đây chúng tôi chưa thấy nghiên cứu báo cáo về bệnh lý hiếm gặp này, việc chẩn đoán và điều trị thoát vị thất lưng gặp nhiều khó khăn do vị trí giải phẫu khá đặc biệt. Xuất phát từ thực tế phẫu thuật điều trị thành công tại Bệnh viện Trung Ương Huế, chúng tôi báo cáo trường hợp thoát vị thất lưng trên hiếm gặp cho một bệnh nhân nữ 73 tuổi.

**2. Báo cáo trường hợp lâm sàng**

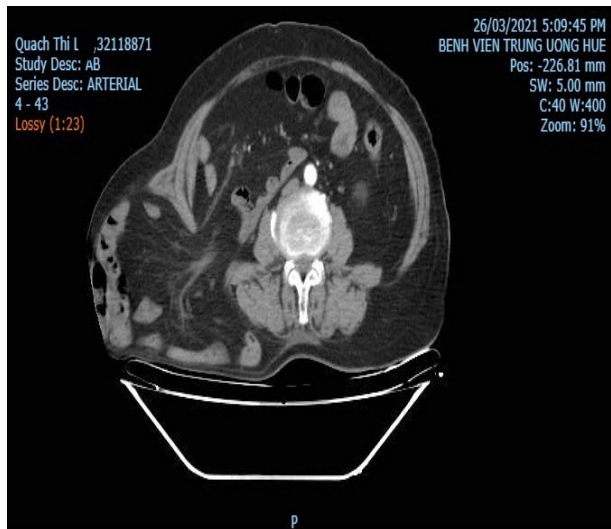
- Bệnh nhân nữ Quach Thi L, 73 tuổi, nhập viện tháng 3/2021

- Vào viện vì xuất hiện khối phồng vùng thất lưng bên phải khoảng 3 tháng nay, không có tiền sử chấn thương hay phẫu thuật trước đây. Khối này thay đổi kích thước khi gắng sức, đôi khi làm bệnh nhân đau và chướng bụng, chẩn đoán ban đầu tại tuyến trước là khối u ổ bụng.



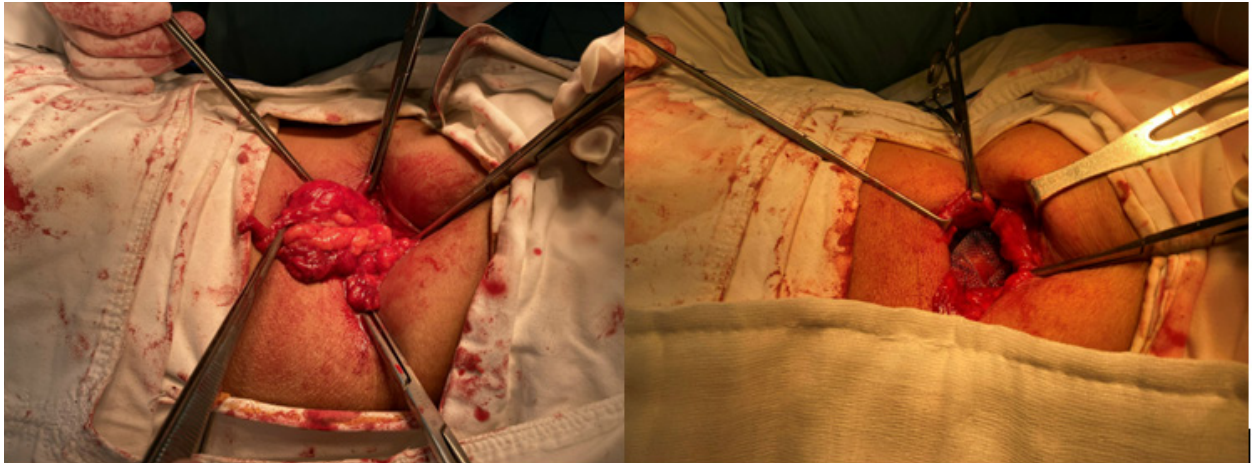
**Hình 2:** Hình ảnh khối thoát vị thất lưng trước mổ  
- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa trong giới hạn bình thường

- Xét nghiệm hình ảnh với siêu âm và CT scan bụng ghi nhận khối thoát vị vùng thất lưng phải, kích thước 12,9 x 9,1cm, nội dung là tạng rỗng, đường kính lỗ thoát vị 4,6cm, CT giúp loại trừ khối u ổ bụng.



**Hình 3:** Hình ảnh thoát vị thất lưng trên  
CT scan bụng

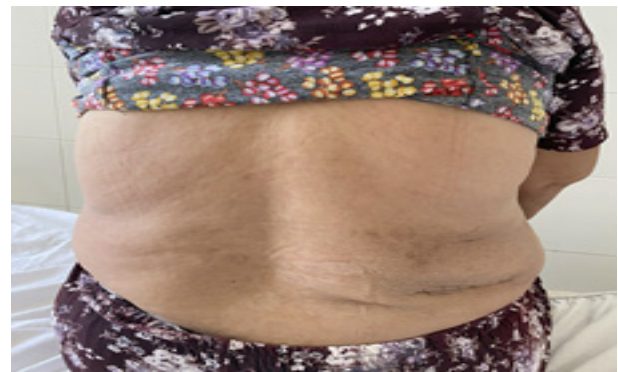
- Bệnh nhân được phẫu thuật với đường ngang thất lưng phải, tạng thoát vị là đại tràng lên và mô mỡ được trả vào ổ bụng, khâu kín cổ bao thoát vị với màng xương sườn 12, tạo khoang rộng và đặt tấm lưới nhân tạo 7,5 x 15cm, cố định lưới và khâu đóng cân cơ răng sau dưới với cơ chéo bụng trong bằng các mũi khâu rời Prolen 2.0.



**Hình 4:** Tạng thoát vị là đại tràng lên và hình ảnh đặt tam lưới

- Không ghi nhận biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu và thái ghép vật liệu tổng hợp, bệnh nhân được ra viện sau 1 tuần, được điều trị ngoại

trú theo dõi việc thuyên giảm các triệu chứng. Tái khám không ghi nhận tái phát thoát vị hoặc biến chứng sau phẫu thuật.



**Hình 5:** Vết mổ đường ngang thắt lưng phải sau mổ và tái khám

#### 4. BÀN LUẬN

Thoát vị thắt lưng là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 1-2% trong thoát vị thành bụng. Cấu trúc giải phẫu của tam giác thắt lưng trên và dưới đã lần lượt được mô tả bởi Grynfeldt và Petit vào năm 1866 và 1783. Năm 1971, Thomas thống kê trong y văn gồm 220 trường hợp và số liệu gần đây nhất, năm 2008, Satish tổng hợp và ghi nhận 300 trường hợp, trong đó thoát vị Grynfeldt thường gặp hơn thoát vị Petit [3,4].

Bệnh sinh gồm bẩm sinh và mắc phải, thoát vị bẩm sinh chiếm 10-20% và chủ yếu qua tam giác thắt lưng dưới. Nhóm mắc phải gồm thoát vị tự phát chiếm 54%, sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật khoảng 26% và thường thoát vị qua tam giác thắt lưng trên vì đường mổ thường ở vùng này và đây cũng là vùng mỏng nhất của thành bụng sau bên [1,4].

Triệu chứng của thoát vị thắt lưng không biến chứng rất mờ nhạt, có thể là cảm giác tức nặng vùng thắt lưng, đau lưng, khối phồng vùng thắt lưng khi cho bệnh nhân gắng sức, bung vật nặng... (nghiệm pháp Valsalva) [3].

Xét nghiệm hình ảnh với chụp cắt lớp vi tính cho phép chẩn đoán xác định bệnh, chẩn đoán phân biệt với các tổn thương dạng khối u, khối máu tụ sau chấn thương hoặc khối áp xe... đồng thời cho biết nội dung và tình trạng tạng thoát vị giúp phẫu thuật viên tiên lượng trước mổ, lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng như có thái độ xử trí trong mổ [1,2].

Tất cả các thoát vị thắt lưng đều cần được sửa chữa trừ khi tình trạng toàn thân không đảm bảo phẫu thuật, với thoát vị thắt lưng ở trẻ em các tác giả khuyến cáo nên phẫu thuật sau 6 tháng tuổi [1,5].

Theo Shu Y và Gandhi J [5], kích thước lỗ thoát vị nhỏ (dưới 5cm) cho tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp vì kỹ thuật mổ đơn giản, thời gian mổ không kéo dài, không cần bóc tách thành bụng nhiều. Ngược lại kích thước lỗ thoát vị lớn trên 10cm thường đi chung với những thương tổn khác của thành bụng như túi thoát vị phức tạp, cấu trúc thành bụng hư hại nhiều, thành bụng căng và phẫu thuật sẽ phức tạp hơn nhiều [5].

Từ thực tế phẫu thuật, bệnh nhân đã được cắt bỏ bao thoát vị, khâu kín ổ bao với màng xương sườn 12, khâu cơ răng sau dưới với cơ chéo trong sau khi đặt mesh 7,5 x 15cm vì lỗ thoát vị lớn, khâu cơ đơn thuần sẽ yếu và căng. Một số tác giả ứng

dụng phẫu thuật nội soi đặt mesh cho kết quả tốt, ưu điểm hơn mổ mở truyền thống về giảm đau sau mổ, biến chứng và tỷ lệ tái phát gần. Theo Nguyễn Hữu Thịnh [3], trong trường hợp phẫu thuật cấp cứu do thoát vị nghẹt khó có thể tiến hành phẫu thuật nội soi khi mà tình trạng bệnh nhân nặng, các xét nghiệm tầm soát chưa được đánh giá đầy đủ [3].

## **5. KẾT LUẬN**

Thoát vị tam giác thắt lưng trên là loại thoát vị thành bụng hiếm gặp, kỹ thuật điều trị tùy thuộc vào kích thước khối thoát vị, lỗ thoát vị và bệnh cảnh lâm sàng khi được chẩn đoán.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Armstrong O, Hamel A, Grignon B, JM ND, Hamel O, Robert R, et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat.* 2008. 30: 533-7; discussion 609-10.
2. Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ. Grynfeltt hernia: case report and literature review. *Hernia.* 2012. 16: 107-11.
3. Võ Thị Mỹ Ngọc NHT. Thoát vị tam giác thắt lưng trên nghẹt: Tổng quan y văn và báo cáo trường hợp. *Y Học TP. Hồ Chí Minh.* 2016. 20: 156-159.
4. Capasso L, Romano G, Alderisio A, Loiacò G, Rocco G, Massa S, et al. Primary acquired Grynfeltt Hernia: two new cases and literature review. *Ann Ital Chir.* 2018. 89: 255-260.
5. Suh Y, Gandhi J, Zaidi S, Smith NL, Tan M-Y, Khan SA. Lumbar hernia: A commonly misevaluated condition of the bilateral costoiliac spaces. *Translational Research in Anatomy.* 2017. 8-9: 1-5.