

Đánh giá kết quả điều trị đứt cơ thắt hậu môn do đẻ thường bằng phương pháp Musset tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Lê Nhật Huy, Đỗ Tất Thành, Nguyễn Đắc Thao, Phạm Phúc Khánh, Phạm Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Lý

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Địa chỉ liên hệ:

Lê Nhật Huy,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0944 170 483
Email: Lenhathuy97@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/10/2025

Ngày chấp nhận đăng:
20/12/2025

Ngày xuất bản: 28/12/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đứt cơ thắt hậu môn do đẻ thường (Obstetric Anal Sphincter Injury – OASI) là một trong những tai biến sản khoa nghiêm trọng và thương tổn này cần được điều trị bằng phẫu thuật phục hồi. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị OASI bằng phương pháp phẫu thuật tạo hình cơ thắt hậu môn Musset tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu trên 21 người bệnh được chẩn đoán đứt cơ thắt hậu môn do đẻ thường, điều trị bằng phẫu thuật tạo hình cơ thắt theo phương pháp Musset từ tháng 1/2020 đến 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $40,52 \pm 13,65$; 52,4% bị tổn thương ngay lần sinh đầu, và các yếu tố nguy cơ phổ biến là rạch tầng sinh môn (76,2%) và đẻ con to trên 3,5 kg (71,4%). Trên phim chụp cộng hưởng từ, 84,2% người bệnh đứt cơ thắt hoàn toàn. Thời gian nằm viện trung bình là $9,2 \pm 0,2$ ngày. Biến chứng sớm thường gặp là bí đại sau rút sonde (19,1%) và nhiễm trùng đường khâu (14,8%). Về kết quả xa, 85,7% người bệnh đạt được tự chủ hoàn toàn (Độ 0), và tỷ lệ mất tự chủ với phân lỏng là 4,8%. Áp lực hậu môn sau mổ được cải thiện đáng kể (Áp lực nghỉ trung bình $57 \pm 2,5$ mmHg; Áp lực thì nhú trung bình $92,6 \pm 3,5$ mmHg). Đánh giá kết quả điều trị tổng thể theo tiêu chuẩn nghiên cứu đạt mức tốt và rất tốt là 92,6%.

Kết luận: Phương pháp phẫu thuật tạo hình cơ thắt hậu môn Musset là an toàn và hiệu quả trong điều trị đứt cơ thắt hậu môn do đẻ thường, mang lại khả năng phục hồi chức năng tự chủ cao (92,6% kết quả tốt và rất tốt), giúp cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh.

Từ khoá: mất tự chủ hậu môn, đứt cơ thắt do đẻ, Musset.

Evaluation of treatment outcomes for obstetric anal sphincter injury using the Musset technique at Viet Duc University Hospital

Le Nhat Huy, Do Tat Thanh, Nguyen Dac Thao, Pham Phuc Khanh, Pham Thi Thanh Huyen, Nguyen Thi Ly

Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: Obstetric Anal Sphincter Injury (OASI) following vaginal delivery is one of serious obstetrical complications and its required surgical treatment to repair. This study aims to evaluate the effectiveness of Musset anal sphincteroplasty technique for OASI at Viet Duc University Hospital.

Patients and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 21 patients with OASI underwent anal sphincter reconstruction surgery using the Musset technique from January 2020 to December 2024.

Results: The mean age of the patients was 40.52 ± 13.65 ; 52.4% were injured during their first delivery (and common risk factors were episiotomy (76.2%) and delivering a macrosomic baby (over 3.5 kg) (71.4%). On MRI, 84.2% of patients had a complete sphincter tear. The average length of hospital stay was 9.2 ± 0.2 days. Common early complications included urinary retention after catheter removal (19.1%) and wound infection (14.8%). In terms of long-term outcomes, 85.7% of patients achieved complete continence (Grade 0), and the rate of incontinence to liquid stool was 4.8%. Postoperative anal pressure improved significantly (mean resting pressure 57 ± 2.5 mmHg; mean squeeze pressure 92.6 ± 3.5 mmHg). The overall treatment result, assessed by the study's criteria, achieved Good and Very good levels in 92.6%.

Conclusion: Musset anal sphincteroplasty is safe and effective in treating OASI, providing a high rate of functional continence recovery (92.6% good and very good results), thereby improving the patients' quality of life.

Keywords: fecal incontinence, obstetric sphincter injury, Musset.

Đặt vấn đề

Tổn thương tầng sinh môn là thương tổn rất phổ biến khi sinh ngả âm đạo, bao gồm rách độ 1 (chỉ rách da và niêm mạc), độ 2 (rách đến cơ tầng sinh môn nhưng chưa đến cơ thắt hậu môn). Trên thế giới cũng như Việt Nam khoảng 70 – 90% phụ nữ sinh con đầu lòng (con so) qua đường âm đạo sẽ bị rách tầng sinh môn ở một mức độ nào đó (chủ yếu độ 1 và độ 2) hoặc được thủ thuật cắt tầng sinh môn. Rách tầng sinh môn độ 3 và độ 4 là những tổn thương rất nặng, kèm theo tổn thương cơ thắt hậu môn và trực tràng (Obstetric Anal Sphincter Injury – OASI), hậu quả rách tầng sinh môn độ 3, độ 4 gây ra vô cùng nghiêm trọng, là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới mất tự chủ hậu môn ở phụ nữ sau sinh. [1,2]

Ở Việt Nam chưa có số liệu thống kê về mức độ tổn thương này, trên thế giới tỷ lệ dao động 0,5% đến 5% tùy thuộc vào mỗi quốc gia, cơ sở y tế, chính sách cắt tầng sinh môn chủ động, kỹ thuật cắt tầng sinh môn và kỹ thuật đỡ đẻ. [1]

Phẫu thuật Musset được mô tả lần đầu năm 1960 bao gồm: phẫu tích giải phóng các thành phần: da, niêm mạc, cơ thắt; Cắt bỏ tổ chức sẹo xơ ở da, niêm mạc; Tái tạo lại các thành phần: âm đạo, cơ thắt hậu môn, tầng sinh môn hiện vẫn được áp dụng [3].

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi tiếp nhận nhiều trường hợp mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt hậu môn trong đẻ, người bệnh nhập viện trong nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có người bệnh đến viện trong bệnh cảnh cấp cứu, rách nặng ngay sau đẻ, có người bệnh đến viện sau khi sinh con nhiều năm với bệnh cảnh mất tự

chủ hậu môn. Phẫu thuật tạo hình cơ thắt hậu môn Musset được thực hiện từ lâu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo liên quan, đặc biệt là trong 5 năm trở lại đây, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu hiệu quả về phẫu thuật này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Tất cả người bệnh được chẩn đoán mất tự chủ hậu môn, đứt cơ thắt hậu môn hay rách tầng sinh môn nặng sau đẻ thường được điều trị bằng phẫu thuật Musset tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn từ tháng 1/2020 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các tổn thương cơ thắt hậu môn không phải do đẻ như: tổn thương tầng sinh môn do chấn thương, do vết thương...

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Các biến số ghi nhận trong nghiên cứu: Tuổi, số lần sinh, cân nặng con khi sinh bị rách cơ thắt, thủ thuật sản khoa đi kèm, mức độ mất tự chủ hậu môn, tổn thương cơ thắt trên film MRI, đánh giá trương lực cơ thắt hậu môn trên máy đo MALT..

Đánh giá mức độ mất tự chủ hậu môn theo tiêu chuẩn của Watts J.M (1964)

Độ 0: Bình thường; Độ I: Mất tự chủ với khí; Độ II: Mất tự chủ với phân lỏng và khí; Độ III: Mất tự chủ với phân đặc, phân lỏng và khí.

Đạo đức nghiên cứu: người bệnh trong nghiên cứu tự nguyện tham gia trả lời các câu hỏi, thông tin người bệnh được giữ bí mật, kết quả nghiên cứu trung thực.

Kết quả nghiên cứu

Trong 5 năm ghi nhận được 21 trường hợp

Tuổi trung bình: $40,52 \pm 13,65$

Thấp nhất: 21 tuổi, cao nhất 65 tuổi
Tình trạng nhập viện
Cấp cứu: 2/21 (9,5%)
Không cấp cứu: 19/21 (90,5%).

Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng ở người bệnh cấp cứu là tình trạng chảy máu nhiều ở vết rách tầng sinh môn và cơ thắt.

Triệu chứng lâm sàng ở nhóm người bệnh không cấp cứu chủ yếu là tình trạng mất tự chủ hậu môn, trong đó 18/19 (94,7%) người bệnh vào viện vì són phân ở các mức độ khác nhau

Các yếu tố nguy cơ gây rách tầng sinh môn, đứt cơ thắt hậu môn.

Thứ tự lần sinh: Rách tầng sinh môn ở lần sinh đầu (con so) 11/21 người bệnh chiếm 52,4 %, tỷ lệ sinh con dạ (từ lần thứ 2 trở đi) là 47,6%.

Can thiệp thủ thuật sản khoa: Có 3/ 21(14,2%) người bệnh có can thiệp thủ thuật Forceps

Cắt tầng sinh môn chủ động: 16/21 (76,2%) người bệnh.

Trọng lượng thai khi sinh: 15/21 (71,4%) người bệnh sinh con có trọng lượng trên 3,5 kg.

Triệu chứng cận lâm sàng

Triệu chứng trên phim cộng hưởng từ

Bảng 1. Tổn thương cơ thắt trên phim chụp cộng hưởng từ

Tổn thương cơ thắt	N	%
Đứt hoàn toàn cơ thắt	16	84,2
Đứt bán phần cơ thắt	3	15,8
N	19	100

Đo trương lực cơ thắt hậu môn

Bảng 2. Trương lực cơ thắt hậu môn trước mổ

Đo áp lực hậu môn, cơ thắt	Áp lực cơ thắt hậu môn thì nghỉ (mmHg)	Áp lực cơ thắt hậu môn thì nhú (mmHg)
Đứt hoàn toàn	0	17,4 ± 5,6
Đứt bán phần	24,2 ± 8,6	36,6 ± 10,1

Kỹ thuật mổ

Bảng 3. Kỹ thuật mổ

Kỹ thuật mổ	N	%
Không khâu khép bó mu – trực tràng, nối cơ thắt tận – tận	3	14,3
Có khâu khép bó mu – trực tràng	18	85,7
Tổng	21	100

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh: 9.2 ± 0.2 ngày

Thời gian người bệnh nhịn ăn: 7,4 ± 1,2 ngày

Thời gian lưu sonde tiểu: 5,6 ± 2,4 ngày

Biến chứng sau mổ: biến chứng sau mổ hay gặp nhất là bí đại sau rút sonde tiểu (4/21 người bệnh), nhiễm trùng, bọc đường khâu (3/21 người bệnh) là những người bệnh mổ nối cơ thắt theo kỹ thuật nối tận – tận), trong 3 người bệnh có 1 người bệnh phải làm hậu môn nhân tạo đại tràng Sigma do nhiễm trùng, bọc hoàn toàn đường khâu (đóng lại sau 6 tháng), 02 người bệnh được thay băng, chăm sóc vết thương, liền thương sau 1 tháng.

Theo dõi xa sau mổ

Bảng 4. Mức độ tự chủ hậu môn sau mổ

Độ	n	Tỷ lệ (%)
0	18	85,7
1	2	9,5
2	1	4,8
3	0	0
Tổng	21	100

Đánh giá hiệu quả phẫu thuật qua đo áp lực hậu môn và trương lực cơ thắt hậu môn.

Có 15 người bệnh được đo lại trương lực cơ thắt sau phẫu thuật (thường đo sau 2- 3 tháng sau phẫu thuật)

Áp lực nghỉ: 57 ± 2.5 mmHg

Áp lực thì nhú: 92.6 ± 3.5 mmHg

Hẹp hậu môn: Có 1/21 người bệnh hẹp hậu môn mức độ 1 sau mổ, điều trị bảo tồn bằng nong hậu môn.

Bàn luận

Về đặc điểm dịch tễ học

Theo Nguyễn Xuân Hùng (2003) với 22 người bệnh được mổ ở một số bệnh viện Hà Nội từ 10/1998 đến 10/2002, độ tuổi gặp tỷ lệ cao nhất từ 21 - 40 tuổi chiếm 55%. [3] Theo Bovbjerg tuổi tác là yếu tố thuận lợi làm tăng nguy cơ mất tự chủ hậu môn sau sinh. Theo Philip Denis mất tự chủ hậu môn tăng lên rõ rệt theo lứa tuổi. [4] Theo nghiên cứu của Bovbjerg với 64 người bệnh thì 100% người bệnh có độ tuổi dưới 40 [4]. Kết quả thống kê của chúng tôi: Tuổi trung bình là $40,52 \pm 13,65$, người bệnh ít tuổi nhất là 21 người bệnh, nhiều tuổi nhất là 65, tương

tự với các tác giả khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 số người bệnh lớn tuổi. Người bệnh 65 tuổi bị rách tầng sinh môn, đứt cơ thắt hơn 40 năm, tuy nhiên do người bệnh không hiểu rõ bệnh tật, nhà nghèo, dân tộc thiểu số nên người bệnh chịu đựng tình trạng mất tự chủ hậu môn hàng chục năm mới đi khám và chữa bệnh.

Một số đặc điểm lâm sàng

Tất cả người bệnh của chúng tôi trước khi sinh con đều là những người có tự chủ hậu môn tốt, sau đẻ họ mất tự chủ hậu môn gây ra bởi các yếu tố như rách tầng sinh môn, forcep, con to ... Theo Erica Eason (2002) tỷ lệ mất tự chủ hậu môn sau sinh từ 13 – 25%. Mất tự chủ đại tiện sau sinh từ 2 – 6%, nếu sau sinh âm đạo bị thương tổn nghiêm trọng thì tỷ lệ mất tự chủ hậu môn lên đến 17 – 62%. Theo Quijano C (2007) tỷ lệ tổn thương cơ thắt hậu môn khi sinh từ 0.5 – 17%, tỷ lệ này có liên quan đến bác sĩ, người bệnh và trang thiết bị cơ sở Y tế. [2]

Số lần đẻ

Thương tổn cơ thắt hậu môn ở phụ nữ thường gặp ở lứa tuổi sinh đẻ, nhìn chung tỷ lệ biến chứng ở cơ thắt tăng lên 2% sau mỗi lần sinh đẻ. Một nghiên cứu tiến cứu của Aarti Varma và cộng sự cho thấy thương tổn cơ thắt ở phụ nữ đẻ con so là 6.8%, ở người đẻ con dạ là 12.2%. Nghiên cứu của chúng tôi, trong số những người bệnh phải mổ thì có đến 52,4% người bệnh mới sinh con lần đầu. [5]

Rách tầng sinh môn

Theo Erica Eason (2002) rách tầng sinh môn khi đẻ con so tỷ lệ mất tự chủ hậu môn là 33.3%, rách tầng sinh môn khi đẻ con dạ tỷ lệ mất tự chủ hậu môn là 27.7%. Rách tầng sinh môn mất tự chủ độ 2 và độ 3 là 5.4%, mất tự chủ độ 1 là 30.2%. [9] Theo Buppasiri P (2007) tổn thương cơ thắt hậu môn do rách rộng vết cắt tầng sinh môn từ 0.6 – 20%

các trường hợp. Nghiên cứu của chúng tôi, trong số những người bệnh phải mổ thì có đến 76,2 % người bệnh có tiền sử rách tầng sinh môn khi sinh.

Forceps

Theo David Power (2006) để có can thiệp forceps, giác hút nguy cơ thương tổn hậu môn tăng lên từ 2 đến 7 lần. Theo Erica Eason (2002) những sản phụ phải can thiệp Forcep khi sinh tỷ lệ mất tự chủ độ 2 và 3 là 4.1%, mất tự chủ độ 1 là 37.8%. [9] Theo nghiên cứu của chúng tôi trong số những người bệnh phải mổ thì có 14.2% số người bệnh có tiền sử can thiệp forceps.

Đẻ con to

Theo Erica Eason (2002) sau đẻ con to tỷ lệ mất tự chủ độ 2 và 3 là 5.4%, mất tự chủ độ 1 là 29%. [9] Theo David Power (2006) đẻ con to nguy cơ tổn thương cơ thắt hậu môn tăng lên 2 lần. Theo nghiên cứu của chúng tôi trong số những người bệnh phải mổ thì có 71.4% số người bệnh có tiền sử đẻ con to (trên 3.5 kg). Mất tự chủ hậu môn ở phụ nữ chủ yếu do nguyên nhân sinh đẻ. Tỷ lệ này tăng lên sau mỗi lần sinh, can thiệp forceps, rách tầng sinh môn, con to làm tăng nguy cơ thương tổn cơ thắt, tăng nguy cơ mất tự chủ hậu môn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh đứt cơ thắt hậu môn do đẻ thường có yếu tố nguy cơ (thai to, can thiệp thủ thuật, đẻ con so...) là khá cao, từ đó thấy được việc cần thiết trong công tác chuẩn bị đối với những phụ nữ trước và trong khi đẻ thường, với việc đỡ đẻ đúng kỹ thuật, rách tầng sinh môn, forceps đúng chỉ định.

Cận lâm sàng

Đánh giá mức tổn thương trên MRI (bảng 1)

Các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi (không phải tình trạng cấp cứu) đều được chụp cộng hưởng từ đánh giá tổn thương cơ thắt hậu môn

trước mổ. Có 3/19 trường hợp cơ thắt ngoài hậu môn không bị đứt hoàn toàn, điều này phù hợp với triệu chứng lâm sàng về các mức độ mất tự chủ hậu môn. Ở những bệnh này khả năng tự chủ hậu môn với phân đặc, phân lỏng vẫn còn (mất tự chủ độ 1, độ 2).

Áp lực hậu môn.

Đối với giới, một số tác giả cho rằng ở nữ áp lực hậu môn thấp hơn ở nam, đặc biệt ở phụ nữ sau đẻ áp lực hậu môn còn thấp hơn ở phụ nữ bình thường. Theo Fernando (2006) áp lực hậu môn nghỉ và áp lực hậu môn co bóp sau đẻ con so lần lượt là 57 ± 12 mmHg và 64 ± 36 mmHg. Áp lực hậu môn nghỉ và áp lực hậu môn co bóp sau đẻ con dạ lần lượt là 53 ± 14 mmHg và 52 ± 22 mmHg.

Theo Nguyễn Ngọc Ánh (2022) áp lực hậu môn ở phụ nữ Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh có số liệu như sau: Áp lực hậu môn nghỉ 73.5 ± 19.6 mmHg (tối thiểu 40, tối đa 110), Áp lực hậu môn thì nhú 106.1 ± 19.3 mmHg (tối thiểu 80, tối đa 140) [10]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19 người bệnh được đo áp lực hậu môn trước mổ, nhóm đứt cơ thắt hoàn toàn trương lực cơ thắt bằng 0 (bảng 2).

Kỹ thuật trong mổ

Kỹ thuật khâu nối cơ thắt theo phương pháp Musset với 7 bước. Qua các bước chúng tôi nhận thấy có các đặc điểm sau:

Khi phẫu tích vách âm đạo trực tràng vì thương tổn cơ thắt ở phụ nữ sau đẻ là những thương tổn ở phía trước có những trường hợp cơ thắt bị đứt hoàn toàn hai đầu cơ thắt thường thụt về vị trí 10 giờ và 2 giờ khi đó vách âm đạo trực tràng mỏng, chúng tôi thường tiêm vào vách này dung dịch lidocain có pha loãng với adrenalin để phẫu tích được dễ dàng và hạn chế chảy máu, đi sát về phía niêm mạc âm đạo tránh gây thủng trực tràng.

Khâu khép bó mu trực tràng. Ở các kỹ thuật khác như khâu nối cơ thắt kiểu tận tận (end to end) hay khâu nối chồng (overlap) đều chỉ là khâu nối cơ thắt đơn thuần không khâu khép bó mu trực tràng. Khâu khép bó mu trực tràng có tác dụng lập lại góc giữa hậu môn và trực tràng, kéo dài thêm ống hậu môn, kéo dài đường nối tăng sinh môn giữa âm đạo và hậu môn, do đó tăng khả năng bịt kín của ống hậu môn và cũng rất tốt trong các trường hợp âm đạo có thương tổn phức tạp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 03 người bệnh khi phẫu tích rộng để bộc lộ cơ thắt, nối tận tận, không khâu khép bó mu – trực tràng, tụ máu dưới đường khâu, sau mổ bị bục đường khâu, 01 người bệnh bục nhiễm trùng đường khâu phải làm hậu môn nhân tạo (người bệnh được đóng hậu môn nhân tạo sau 6 tháng), 02 người bệnh bục chỉ khâu da do căng, thay băng, chăm sóc vết thương, liền sau 1 tháng.

Vấn đề làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

Nguyễn Xuân Hùng và Đỗ Đức Vân (1997) tỷ lệ làm hậu môn nhân tạo bảo vệ là 30%. Nguyễn Xuân Hùng (2003) tỷ lệ làm hậu môn nhân tạo bảo vệ là 18%. [3] Trong 21 người bệnh của chúng tôi không làm hậu môn nhân tạo, ngay cả với 2 người bệnh cấp cứu. Các người bệnh thay vì làm hậu môn nhân tạo, chúng tôi cho người bệnh nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch và thuốc gây táo bón, đặt sonde đái chủ động. Tuy vậy có 01 người bệnh sau mổ phải làm hậu môn nhân tạo do bục hoàn toàn đường khâu, nhiễm trùng vết mổ. Theo chúng tôi hậu môn nhân tạo với mục đích không cho phân qua vết thương, chỉ nên làm trong các trường hợp thương tổn phức tạp và trong những trường hợp mổ đầu tiên khi phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm hoặc khi có biến chứng nhiễm trùng, bục đường khâu.

Kết quả sớm

Bí đái sau mổ

Bí đái sau mổ là biến chứng hay gặp sau phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng. Theo Marc Singer (2004) nguyên nhân bí đái do gây tê tủy sống, do dùng nhiều dịch truyền trong và sau mổ, do đau gây co thắt cơ niệu đạo. Bí tiểu trong các phẫu thuật vùng hậu môn, Nguyễn Mạnh Nhâm (1990) gặp 15,87% sau mổ cắt trĩ, Marten (1992) bí tiểu sau mổ gặp 10%. Tất cả các người bệnh của chúng tôi đều được đặt sonde tiểu trong mổ, tránh tiểu tiện bằng đường tự nhiên giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, Thời gian lưu sonde đái trung bình là 5 ngày. Có 4 người bệnh sau khi rút sonde bí đái phải đặt lại sonde đái, sau này chúng tôi từ ngày thứ 3 trở đi tiến hành cạo ngắt quãng sonde tiểu 1 – 2 ngày trước khi rút để tạo lại cảm giác buồn tiểu tiện cho người bệnh.

Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường.

Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường là một trong những yếu tố đánh giá đến tác động của cuộc mổ đối với người bệnh. Người bệnh của chúng tôi thời gian trở lại sinh hoạt bình thường trung bình vào khoảng 3 tuần.

Kết quả xa

Tự chủ hậu môn sau mổ

Theo Nguyễn Xuân Hùng (2003) tỷ lệ gặp mất tự chủ với phân sau mổ là 9.5%, theo Zetterstrom theo dõi 46 người bệnh sau mổ 9 tháng ghi nhận tỷ lệ mất tự chủ với phân là 2%, tỷ lệ mất tự chủ với khí là 39%. [3] Trong nghiên cứu của chúng tôi sau mổ có 4,8% (01 người bệnh) mất tự chủ với phân lỏng, còn tỷ lệ mất tự chủ với khí là 14.8% (02 người bệnh).

Áp lực hậu môn

Có 15 người bệnh được đo áp lực hậu môn sau mổ, kết quả áp lực hậu môn thì nhú trung bình là

92.6 ± 3.5 mmHg, áp lực hậu môn thì nghỉ trung bình là 57 ± 2.5mmHg, so sánh với kết quả của Nguyễn Ngọc Ánh thì kết quả của chúng tôi hầu hết nằm trong giới hạn bình thường của người phụ nữ Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh, điều này là hợp lý khi kết quả người bệnh có đại tiện tự chủ đạt 92.6%. [10]

Kết quả chung

Về sự đánh giá của người bệnh, chúng tôi có kết quả tốt và rất tốt là 92.6% trong đó điểm rất tốt đạt 85.2% (điểm 9-10). Kết quả này cho thấy phương pháp điều trị ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đối với người bệnh mất tự chủ hậu môn bằng phương pháp Musset đã phần nào đem lại sự hài lòng cho người bệnh.

Kết luận

Phương pháp Musset điều trị đứt cơ thắt hậu môn là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn cho người bệnh bị mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt hậu môn vì dễ thường.

Tài liệu tham khảo

1. Hoàng thị Thuỳ Trang (2002), "Tỷ lệ tổn thương tầng sinh môn của phương pháp giữ tầng sinh môn trong sinh ngã âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương", Tạp chí phụ sản, tập 20, số 4, tr 38-42
2. Quijano C (2017), "The recovery method anal sphincter injury at birth", WHO Reproductive Health Library.

3. Nguyễn Xuân Hùng (2003), "Điều trị mất tự chủ hậu môn bằng phẫu thuật", Tạp chí ngoại khoa (số 5), Nhà xuất bản Y học, tr. 47 - 50.
4. V.E. Bovbjerg L.M. Christianson, E.C. McDavitt, RN, K.L. Hullfish, (2003) "Risk factors for perineal injury during delivery". Obstet Gynecol.
5. Aarti et all (1999) "Obstetric anal sphincter injury Prospective evaluation of incidence", Original Contributions, Volume 42, pages 1537–1542, (1999)
6. Nguyễn Xuân Hùng (2001), "Điều trị mất tự chủ hậu môn do thương tổn cơ thắt", Tạp chí ngoại khoa (số 4), Nhà xuất bản Y học, tr. 56 - 63.
7. Đinh Hồng Kiên (2010). "Đánh giá kết quả điều trị mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt sau đẻ theo phương pháp Musset. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Điều trị mất tự chủ hậu môn bằng phẫu thuật". Tạp chí ngoại khoa, số 1 năm 2008.
9. Erica Eason (2007) Perineal and Anal Sphincter trauma Diagnosis and Clinical Management, Pelvic Floor disorder (pp 55-64).
10. Nguyễn Ngọc Ánh (2022), "Nghiên cứu giải phẫu và sinh lý các cơ thắt hậu môn ở người Việt Nam trưởng thành và ứng dụng lâm sàng". Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
11. Ole Rasmussen ; Lise Puggaard and John Christiansen (2019), "Anal Sphincter repair in patients with Obstetric trauma", Dis Colon Rectum; 42: 193 - 195.
12. Osterberg A. ; Edebol Eeg K - Olofsson and Graf W. (2020), "Results of surgical treatment for fecal incontinence". Br.J. Surg, 87; 1546 - 1552.
13. Pinedo G. ; Vaizei et all (2019), "Results of repeat anal sphincter repair", Br J Surg, 86, 66 - 69.