

Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu treo điều trị sa niêm trong trực tràng kết hợp sa trực tràng kiểu túi

Cao Ngọc Khánh¹, Phạm Ngọc Trường Vinh², Trần Đức Huy², Ung Văn Việt², Phạm Văn Tấn², Nguyễn Trung Vinh¹, Nguyễn Trung Tín²

1. Bệnh viện Triều An TP. HCM, 2. Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Địa chỉ liên hệ:

Phạm Ngọc Trường Vinh,
Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM
215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TP. HCM
Điện thoại: 0905 752 990
Email: vinh.pnt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/04/2022

Ngày chấp nhận đăng:
23/05/2022

Ngày xuất bản: 15/06/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trên cơ sở nguyên tắc phẫu thuật của phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng hoặc cắt đoạn một khoanh thấp trực tràng (phẫu thuật STARR), tác giả Nguyễn Trung Vinh đưa ra phẫu thuật khâu treo để điều trị bệnh lý Sa niêm trong trực tràng (SNTTT) kết hợp Sa trực tràng kiểu túi (STTKT). Nghiên cứu tiến hành để đánh giá hiệu quả và biến chứng sau mổ của phương pháp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 54 người bệnh nữ có hội chứng tắc nghẽn đại tiện được phẫu thuật khâu treo điều trị sa niêm trong trực tràng kết hợp sa trực tràng kiểu túi từ 2017 đến 2020 tại bệnh viện Triều An. Các người bệnh này được theo dõi đánh giá đến 18 tháng sau mổ.

Kết quả: Phẫu thuật khâu treo điều trị bệnh lý SNTTT kết hợp STTKT đã được tiến hành trên 54 người bệnh. Cải thiện triệu chứng theo tiêu chuẩn ROME IV sau mổ 6 tháng là 94,4%, sau mổ 12 tháng là 89,1%, sau mổ 18 tháng là 87,5%. Điểm ODS (Obstructive defaecation syndrome) sau mổ 6 tháng là $6,78 \pm 3,08$, sau mổ 12 tháng là $7,33 \pm 3,54$, sau mổ 18 tháng là $8,13 \pm 3,95$, cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước mổ là $14,6 \pm 1,78$. Trên MRI động tổng phân sau mổ, STTKT cải thiện trên 83,7% và SNTTT cải thiện trên 78% người bệnh được đánh giá. Không có biến chứng nặng nào đáng kể. 77,7% người bệnh sau 6 tháng, 76% người bệnh sau 12 tháng và 77,5% người bệnh sau 18 tháng hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Kết luận: Phẫu thuật khâu treo điều trị bệnh lý SNTTT kết hợp STTKT có hiệu quả cao và an toàn.

Từ khóa: Phẫu thuật khâu treo, sa niêm trong trực tràng, sa trực tràng kiểu túi, táo bón, hội chứng đại tiện tắc nghẽn.

Đặt vấn đề

Trên thế giới đã có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị táo bón mạn tính do SNTTT kết hợp STTKT cùng lúc như phẫu thuật Delorme, khâu gấp nếp niêm mạc trực tràng của Shafik, cắt bỏ một khoanh trực tràng bằng máy khâu bấm (phẫu

thuật STARR), phẫu thuật Bresler cải biên, phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật của những phương pháp kể trên chưa thật khả quan, đặc biệt là kết quả dài hạn kém dần, giá thiết bị lại quá đắt [1].

Trên cơ sở nguyên tắc phẫu thuật của phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng hoặc cắt đoạn một khoanh thấp trực tràng (phẫu thuật STARR), tác giả Nguyễn Trung Vinh đưa ra phẫu thuật khâu treo (2005) để điều trị bệnh lý SNTTT kết hợp STTKT với nguyên tắc phẫu thuật: (1) Khâu gấp nếp lớp niêm mạc và lớp cơ thành trước trực tràng để làm bít túi sa thành trước trực tràng; (2) Khâu gấp nếp lớp niêm mạc thành sau trực tràng để loại bỏ khối sa niêm trong thành sau trực tràng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả và các tai biến, biến chứng của phương pháp phẫu thuật khâu treo điều trị SNTTT kết hợp STTKT.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh nữ được chẩn đoán SNTTT kết hợp STTKT có triệu chứng táo bón (chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME IV) được điều trị bằng phẫu thuật khâu treo tại Bệnh viện Triều An Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2017 đến tháng 12/2020.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Chọn bệnh: Người bệnh nữ, tuổi trưởng thành, đã hoặc chưa sinh đẻ (sinh thường hoặc sinh mổ) nhập viện vì đại tiện tắc nghẽn do SNTTT (phát hiện trên MRI động tổng phân hoặc trong mổ) kết hợp STTKT.

Tiêu chuẩn chọn bệnh và chỉ định phẫu thuật: Hỏi bệnh phát hiện người bệnh có triệu chứng táo bón xác định theo tiêu chuẩn ROME IV [2], mức độ nặng của các triệu chứng táo bón được đánh giá theo thang điểm ODS [3]; khám lâm sàng phát hiện SNTTT kết hợp STTKT; MRI động tổng phân phát hiện người bệnh có sa thành trước trực tràng kiểu túi mức độ trung bình (độ 2 theo Yang) + SNTTT [4]; khám trong mổ ghi nhận SNTTT độ I theo Longo + STTKT; người bệnh đã được điều trị bảo tồn thất bại.

Tiêu chuẩn loại trừ: bao gồm táo bón cơ năng, táo bón do tổn thương vật lý (bất đồng vận

sàn chậu,...), IBS, đờ đại tràng; nhiễm trùng tầng đáy chậu, rò trực tràng âm đạo, rò hậu môn; áp xe quanh hậu môn; hẹp hậu môn không đưa được dụng cụ nong hậu môn (CAD33) vào; đã phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp thành âm đạo trực tràng; suy tim, suy gan, suy thận cấp tính hay mạn tính, rối loạn đông máu; người bệnh mắc bệnh ung thư hoặc có u vùng chậu.

Các bước kỹ thuật mổ khâu treo điều trị SNTTT kết hợp STTKT

Bước 1: Xác định đỉnh túi rectocele và SNTTT

Bôi trơn nong hậu môn và van vòng ban hậu môn, nong nhẹ nhàng ống hậu môn làm giãn cơ vòng hậu môn, đặt van vòng ban hậu môn và khâu 2 mũi chỉ silk 1.0 kim tam giác cố định van vào da hậu môn, dùng Kelly kẹp miếng gạc tròn đưa sâu vào lòng trực tràng rồi kéo ngược khối niêm mạc trực tràng ra để đánh giá sa trong trực tràng. Dùng ngón tay trở đưa vào âm đạo để xác định đỉnh của STTKT (thấy được những thớ trắng của bờ trên và bờ dưới của túi thoát vị). Dùng Babcock để kẹp đỉnh túi sa.

Bước 2: Khâu gấp toàn thành trước trực tràng sửa chữa túi sa

Khâu gấp toàn thành thành trước trực tràng (bao gồm lớp cơ và lớp niêm mạc trực tràng) 3 mũi chữ X theo trục dọc trực tràng bằng chỉ vicryl 2.0 tại vị trí 10h - 12h - 2h. Sau đó tiếp tục các mũi khâu tương tự lấp kín túi sa thành trước trực tràng.

Bước 3: Khâu gấp niêm mạc thành sau trực tràng.

Khâu gấp niêm mạc thành sau trực tràng sửa chữa SNTTT bằng các mũi chữ X theo trục dọc trực tràng bằng chỉ vicryl 3.0 hoặc 2.0. Cắt chỉ cố định và lấy van vòng ra. Kết thúc phẫu thuật.

Theo dõi sau mổ

Theo dõi các biến chứng sớm gồm: chảy máu, bí tiểu, đau, nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi sau xuất viện gồm: tái khám vào ngày thứ 7, tháng thứ 1, tháng thứ 3, tháng thứ 6, tháng thứ 12, tháng thứ 18 sau mổ. Khi tái khám người bệnh được khám trực tràng bằng ngón tay, đánh giá tình trạng táo bón theo tiêu chuẩn Rome IV và đánh giá triệu chứng đại tiện theo thang điểm ODS,

chụp MRI động tổng phân. Việc thăm khám này nhằm phát hiện các biến chứng muộn như hẹp hậu môn trực tràng và rò trực tràng âm đạo, đồng thời cũng giúp đánh giá kết quả điều trị dựa vào sự cải thiện triệu chứng. Mức độ hài lòng của người bệnh được đánh giá tại các lần tái khám 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng bằng cách sử dụng thang điểm hài lòng.

Thu thập dữ liệu

Công cụ thu thập dữ liệu: Các dữ liệu được ghi nhận theo phiếu thu thập dữ liệu soạn sẵn và được lưu vào máy vi tính bằng phần mềm Excel 2007.

Tiến hành thu thập dữ liệu: Thu thập dữ liệu theo bảng soạn sẵn. Dữ liệu theo dõi sau xuất viện được thu thập trực tiếp từ người bệnh theo phiếu soạn sẵn: gọi điện thoại mời người bệnh tái khám hoặc trao đổi qua điện thoại.

Các biến số

Tuổi, giới tính, tiền sử sản khoa (PARA: sanh thường, sanh mổ, cắt tử cung), tiền sử ngoại khoa (các phẫu thuật trước đó, đặc biệt là các phẫu thuật vùng chậu); các yếu tố liên quan đến triệu chứng táo bón bao gồm sự hiện diện của táo bón theo ROME IV, thời gian bị táo bón (số tháng), điểm ODS; sự hiện diện của TSTT và SNTTT (Xác định dựa trên MRI động tổng phân hoặc đánh giá trong mổ), phản xạ đại tiện, đáp ứng nghiệm pháp tổng bóng.

Các biến chứng theo dõi bao gồm biến chứng sớm và biến chứng muộn. Biến chứng sớm bao gồm chảy máu (trong và sau mổ có chảy máu từ vết mổ cần phải truyền máu hay can thiệp ngoại khoa cầm máu), bí tiểu (không đi tiểu được sau mổ cần phải đặt thông tiểu được xem là có, đi tiểu bình thường sau mổ được xem là không), nhiễm trùng vết mổ. Biến chứng muộn bao gồm hẹp hậu môn trực tràng (Không dứt lọt hoặc dứt lọt khó khăn ngón tay khi khám hậu môn trực tràng được xem là có, ngược lại được xem là không), rò trực tràng âm đạo (có đường rò trực tràng âm đạo được xem là có), biến chứng khác.

Các biến số liên quan đến kết quả phẫu thuật bao gồm: triệu chứng táo bón theo tiêu chuẩn ROME

IV sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng; điểm ODS sau 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng; SNTTT và/hoặc STTKT trên MRI sau mổ; mức độ hài lòng của người bệnh tại các lần tái khám 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng theo thang điểm hài lòng bốn điểm.

Xử lý dữ liệu và phân tích thống kê

Các dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số định lượng được tính theo trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được tính theo tỉ lệ. Phép kiểm chi bình phương được sử dụng để so sánh giữa các tần suất. Phép kiểm T với mẫu ghép cặp được sử dụng để so sánh các giá trị định lượng trước và sau mổ trên cùng một người bệnh. Các phép kiểm đánh giá sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Y đức ĐHYD TP HCM xét duyệt và thông qua. Tất cả người bệnh trong lô nghiên cứu được giải thích cặn kẽ và đồng ý ký vào bảng chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Kết quả

Trong khoảng thời gian từ tháng 06-2017 đến tháng 12-2020, bệnh viện Triều An Thành Phố Hồ Chí Minh có 54 người bệnh nữ đã được điều trị bệnh lý táo bón do SNTTT kết hợp STTKT bằng phẫu thuật khâu treo. Tuổi trung bình của người bệnh là 49 (27-77). Nhóm người bệnh có thời gian táo bón nhiều nhất là trên 36 tháng (>50%). Số lần sanh theo ngã tự nhiên trung bình là 2 lần.

Trên phim MRI trước mổ, kích thước TSTT trung bình là 25 mm (20mm – 40mm). SNTTT phát hiện trên MRI là 26 trường hợp (48,1%). 100% người bệnh có phản xạ đại tiện trước mổ. 79,6% người bệnh không có phản xạ tổng bóng.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 18,24 phút (15-20). Thời gian nằm viện trung bình là 1,65 (1-2) ngày. Thời gian hoạt động thường ngày trở lại bình thường sau mổ là 4,6 (3-6) ngày.

Có 10 (18,5%) người bệnh bí tiểu sau mổ. Tất cả các người bệnh bị bí tiểu này đều rơi vào ngày đầu sau mổ. Người bệnh được xử trí bằng cách đặt sonde tiểu lưu một ngày sau đó rút sonde tiểu và

người bệnh tự tiểu được. Có 2 (3,7%) trường hợp hẹp hậu môn sau mổ. Các trường hợp này được mổ tạo hình lại hậu môn thành công. Biến chứng rò âm đạo trực tràng, giao hợp đau, chảy máu đường khâu, tụ máu vùng chậu, nhiễm trùng vùng chậu do thủng dưới phúc mạc, tiêu mất tự chủ, đi cầu khẩn cấp, chảy máu sau mổ, bung đường khâu, són hơi, són phân sau mổ không gặp trong lô nghiên cứu này.

Cải thiện triệu chứng táo bón theo ROME IV

Tỷ lệ người bệnh cải thiện táo bón theo tiêu chuẩn ROME IV sau mổ là: 6 tháng cải thiện 94,4% (N=54); 12 tháng cải thiện 89,1% (N=46); 18 tháng cải thiện 87,5% (N=40).

Cải thiện triệu chứng theo thang điểm ODS

Bảng 1. Điểm ODS trước và sau mổ

	Trước mổ	Sau mổ 6 tháng	Sau mổ 12 tháng	Sau mổ 18 tháng
<7	0	40 (74,1%)	34 (73,91%)	27 (67,5%)
7-9	0	8 (14,8%)	6 (13,04%)	7 (17,5%)
>9	54	6 (11,1%)	6 (13,05%)	6 (15%)
Điểm trung bình	14,69±1,78	6,78±3,08	7,33±3,54	8,13±3,95
P		<0.001	<0.001	<0.001

Điểm trung bình tổng các triệu chứng sau mổ tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng đều có cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($P < 0.001$)

Hình ảnh MRI động tổng phân sau mổ

Sau mổ có 43 người bệnh chụp MRI động tổng phân kiểm tra sau mổ. Trước mổ có 43/43 (100%) người bệnh có STTKT kích thước >2cm. Sau mổ 36/43 (83,7%) người bệnh có SKTTKT nhỏ hơn 2cm. Trước mổ có 19/43 (44,2%) có SNTTT trên MRI. Sau mổ có 4/43 (9,3%) người bệnh còn SNTTT trên MRI.

Mức độ hài lòng của người bệnh

Bảng 2. Mức độ hài lòng của người bệnh

Mức độ hài lòng	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
	Số NB	Số NB	Số NB	Số NB
Sau mổ 6 tháng (N=54)	32 (59,2%)	10 (18,5%)	5 (9,2%)	7 (12,9%)
Sau mổ 12 tháng (N=46)	25 (54,3%)	10 (21,7%)	6 (13%)	5 (10,8%)
Sau mổ 18 tháng (N=40)	25 (62,5%)	6 (15%)	3 (7,5%)	6 (15%)

Mức độ hài lòng của người bệnh từ mức tốt trở lên sau 18 tháng là 77,5%. Mức độ hài lòng của người bệnh nhìn chung giữ nguyên theo diễn tiến thời gian 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 15% người bệnh đánh giá kém về mức độ hài lòng sau điều trị.

Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm ODS trước mổ trung bình là 14,69 (11-18). Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu của Guttadauro (14,1) và nghiên cứu của Hasan (14,2) [5][6]. So với các nghiên cứu trong nước của các tác giả Nguyễn Thành Lực (10,9) và của tác giả Trần Đình Cường (10,4), điểm trung bình của chúng tôi lớn hơn, chứng tỏ nhóm người bệnh của chúng tôi có triệu chứng lâm sàng nặng hơn [7][8].

Kích thước TSTT trước mổ trên MRI động tổng phân trung bình là 25,76 mm (20mm – 40mm). Tất cả các ca trong lô nghiên cứu của chúng tôi đều có TSTT xếp độ II theo Yang. Kích thước TSTT trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Lực (33mm), nghiên cứu của Trần Đình Cường (36mm) và nghiên cứu của Renzi (36mm), mặc dù các triệu chứng táo bón đánh giá theo thang điểm ODS [7][8][9] trong nghiên cứu của

chúng tôi nặng hơn. Nhiều nghiên cứu cho thấy kích thước TSTT không phải lúc nào cũng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của triệu chứng táo bón. Hơn nữa, ở đây cần lưu ý là nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người bệnh đại tiện tắc nghẽn do SNTTT kết hợp STTKT chứ không phải chỉ do STTKT đơn thuần. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chỉ chọn những ca TSTT có kích thước vừa ($\leq 4\text{cm}$) và có kèm SNTTT.

Trên MRI trước mổ, có 26 (48,1%) người bệnh được phát hiện SNTTT. Tuy nhiên 100% người bệnh đều được phát hiện SNTTT trong mổ. Tất cả 54 ca này đều xếp loại SNTTT độ I (theo phân loại Longo). Những ca SNTTT độ II không thuộc nghiên cứu này. Theo Nguyễn Trung Vinh, MRI có thể phát hiện khoảng 35 - 70% SNTTT, không phải tất cả các trường hợp SNTTT đều phát hiện trên MRI động tổng phân. Cần có nghiên cứu đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của MRI động tổng phân đối với bệnh lý SNTTT.

Tỷ lệ người bệnh bí tiểu sau mổ trong lô nghiên cứu của chúng tôi là 18,5%. Tất cả các người bệnh bị bí tiểu này đều rơi vào trong ngày đầu sau mổ. Người bệnh được xử trí bằng cách đặt sonde tiểu lưu, ngày hôm sau rút sonde tiểu và người bệnh tự tiểu được. Các tác giả trong nước cũng báo cáo tỉ lệ bí tiểu sau mổ cao: Tỉ lệ bí tiểu trong nhóm nghiên cứu của Trần Đình Cường là 61,9%, tỉ lệ bí tiểu trong nhóm nghiên cứu của Nguyễn Thành Lực là 56,4%[7][8]. Có lẽ do người bệnh trong lô nghiên cứu của chúng tôi kích thước TSTT nhỏ hơn so với nhóm 2 tác giả trong nước vì chúng tôi chỉ chọn những người bệnh có SNTTT độ I kèm STTKT độ II theo Yang. Tuy nhiên, các nghiên cứu tại nước ngoài thì có tỉ lệ bí tiểu sau mổ thấp hơn hẳn: Boccasanta báo cáo tỉ lệ 8%, Guttadauro báo cáo tỉ lệ 7,8%, Pagano báo cáo tỉ lệ 7%[5][10][11]. Điều này có thể giải thích do các tác giả này có kinh nghiệm phẫu thuật STARR hơn các tác giả trong nước nên tỷ lệ biến chứng bí tiểu cũng thấp hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 3,7% (2/54) người bệnh bị biến chứng hẹp hậu môn. Các trường hợp này được xử trí sửa sẹo hẹp hậu môn dễ dàng. Trong khi đó, Deng ghi nhận biến chứng hẹp hậu môn lên đến 7,5% với phẫu thuật STARR. Phẫu thuật khâu treo không cắt thành trực tràng, trong khi phẫu thuật STARR sử dụng máy khâu bấm, cắt cả lớp cơ và lớp niêm của thành trước lẫn thành sau trực tràng. Các kim bấm là dị vật sẽ kích thích gây viêm, tăng sinh mô sợi gây co rút. Do đó, phẫu thuật STARR dễ gây biến chứng hẹp hậu môn hơn.

Biến chứng rò âm đạo trực tràng, đau dai dẳng sau mổ, giao hợp đau, chảy máu đường khâu, tụ máu vùng chậu, nhiễm trùng vùng chậu do thủng dưới phúc mạc, tiêu mất tự chủ, đi cầu khẩn cấp, chảy máu sau mổ, bung đường khâu, són hơi, són phân sau mổ không gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy cho thấy trong các phẫu thuật điều trị SNTTT kết hợp STTKT, phẫu thuật khâu treo của chúng tôi ít tai biến và biến chứng hơn nhiều so với các phẫu thuật khác (phẫu thuật STARR, phẫu thuật Bresler cải biên, phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc) do chúng tôi không phải cắt thành trực tràng, chúng tôi làm chủ được các thao tác phẫu thuật cũng như không để lại các dị vật trong vết mổ.

Theo dõi kết quả sau mổ cho thấy táo bón sau mổ 6 tháng cải thiện 94,4%, sau mổ 12 tháng cải thiện 89,1%, sau mổ 18 tháng cải thiện 87,5%. Tỷ lệ các triệu chứng táo bón sau mổ theo tiêu chuẩn Rome IV cải thiện so với trước mổ đều có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). So sánh với các tác giả khác, tỷ lệ người bệnh cải thiện táo bón sau mổ theo tiêu chuẩn Rome IV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Nguyễn Thành Lực (64,4%), Trần Đình Cường (60,6%), Guttadauro (80%) và thấp hơn Boccasanta (90%) và Hasan (90%), có lẽ do chúng tôi chỉ chọn những người bệnh có túi sa thành trước trực tràng kích thước nhỏ hơn trong lô nghiên cứu các tác giả khác (độ II theo phân độ của Yang)[5][6][7][8][10]. Phẫu thuật STARR (do Nguyễn Thành Lực và Trần

Đình Cường nghiên cứu) chỉ mới triển khai ở Việt Nam nên chưa có kinh nghiệm, trong khi ở nước ngoài (Boccasanta, Hasan và Guttadauro) đã triển khai rất lâu nên có kinh nghiệm hơn, kết quả phẫu thuật tốt hơn.

Điểm trung bình chung các triệu chứng theo thang điểm ODS trong nghiên cứu của chúng tôi có tăng nhẹ theo thời gian. Nếu ở nhóm theo dõi sau 6 tháng điểm trung bình chỉ còn 6,7 thì ở nhóm 12 tháng đã tăng lên 7,3 điểm, và tăng lên 8,13 điểm ở nhóm theo dõi sau 18 tháng. Guttadauro cũng quan sát thấy sự gia tăng của điểm trung bình ODS từ 3,1 điểm sau 12 tháng lên 4,3 điểm sau 36 tháng và lên 6,4 điểm ở nhóm 60 tháng[5]. Theo Guttadauro, sự suy giảm dần dần chức năng hậu môn trực tràng xảy ra trong 10-30% các trường hợp trong những năm tiếp theo, sự xấu đi dần dần về điểm số ODS đã được quan sát thấy mặc dù không có bằng chứng về sự tái phát của SNTTT hoặc STTKT. Pagano sử dụng kỹ thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc thì lại ghi nhận sự cải thiện điểm trung bình theo điểm ODS theo thời gian[11]. Điểm trung bình sau theo dõi 6 tháng là 5,12 và sau theo dõi 12 tháng là 4,07. Về nguyên tắc phẫu thuật, phẫu thuật khâu treo của chúng tôi tương tự phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc của Pagano. Tuy nhiên, đối với thành trước trực tràng chúng tôi khâu cả lớp niêm mạc và lớp cơ thành trước trực tràng, vì vậy chắc chắn tỷ lệ tái phát túi sa thành trước trực tràng sẽ thấp hơn so với Pagano chỉ khâu lớp niêm.

Kích thước TSTT trước mổ trong lô nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn trong các nghiên cứu khác kể cả trong nước lẫn nước ngoài. Chúng tôi chỉ chọn những trường hợp túi sa có kích thước độ II theo Yang cho phù hợp với chỉ định phương pháp phẫu thuật khâu treo. Sự cải thiện kích thước TSTT trong lô nghiên cứu của chúng tôi tương đương Nguyễn Thành Lực và thấp hơn Trần Đình Cường[7][8]. Đánh giá trên MRI trong lô nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giảm bệnh và khối bệnh sau mổ ($R < 20\text{mm}$)

là 83,7%. Tỷ lệ khỏi bệnh (không có TSTT) trong nghiên cứu của Trần Đình Cường sau mổ là 41,2%, giảm bệnh là 35,3%. Tỷ lệ khỏi bệnh trong nhóm phẫu thuật STARR trong nghiên cứu của Boccasanta là 44%, giảm bệnh là 44%[10]. Nghiên cứu của Pagano sau 12 tháng không tái phát STTKT. Nghiên cứu của Guttadauro sau 5 năm không có ca nào tái phát STTKT[11].

48,10% (26/54) người bệnh có SNTTT trên MRI trước mổ, tuy nhiên 100% người bệnh có SNTTT chẩn đoán trong lúc mổ. 43 người bệnh được chụp MRI đánh giá sau mổ. 78,95% (15/19) người bệnh có cải thiện SNTTT trên MRI sau mổ. Theo chúng tôi, đánh giá sự cải thiện SNTTT trên MRI trước và sau mổ chỉ mang tính chất tương đối, vì trên MRI chỉ phát hiện được 35 – 70% các trường hợp SNTTT. Theo Longo, SNTTT chỉ phát hiện được 100% trong lúc mổ.

Sự hài lòng của người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có sự suy giảm theo thời gian. Tỷ lệ người bệnh kém hài lòng sau mổ 6 tháng là 12,96%, 12 tháng là 10,87%, 18 tháng là 15,0%. So sánh với các tác giả khác, kết quả của chúng tôi khá tương đồng. Hasan ghi nhận sau 12 tháng theo dõi, có 10% người bệnh có kết quả kém hài lòng[6]. Pagano ghi nhận sau 6 tháng theo dõi thì có 7,1% người bệnh có mức độ hài lòng kém[11]. Cá biệt trong nhóm nghiên cứu của tác giả Deng lại ghi nhận sự cải thiện hài lòng của người bệnh qua thời gian[12]. Sự hài lòng của người bệnh đã tăng lên ở thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật so với được ghi nhận vào thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Tương tự, sự hài lòng gia tăng khi ghi nhận ở 24 tháng sau phẫu thuật so với mức ghi nhận ở 12 tháng sau phẫu thuật.

Ưu điểm của phương pháp phẫu thuật khâu treo

Đối với thành trước trực tràng, chúng tôi khâu cả lớp niêm và lớp cơ. Vì vậy TSTT khó tái phát hơn so với phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc (MuRAL) chỉ khâu lớp niêm và lớp dưới niêm.

Vì không phụ thuộc vào máy nên chúng tôi không phụ thuộc túi sa có kích thước lớn theo chiều dọc hay chiều ngang như phẫu thuật STARR và phẫu thuật Bresler cải biên.

Sau khi khâu sửa chữa TSTT và SNTTT, về nguyên tắc cũng giống như phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc (MuRAL), các mô sẽ bị xơ hóa (đã được chứng minh qua nội soi kiểm tra sau mổ), thành trước trực tràng sẽ vững chắc hơn, niêm mạc thành sau trực tràng sẽ được treo lên và cố định.

Chúng tôi chỉ khâu mà không cắt thành trực tràng → tỷ lệ hẹp hậu môn sau mổ thấp hơn, nếu có hẹp thì cũng dễ xử lý hơn so với cắt bằng máy. Tránh được các biến chứng khác do cắt thành trực tràng.

Thành sau trực tràng chỉ có sa niêm, lớp cơ thành sau trực tràng không bị tổn thương → chúng tôi chỉ can thiệp vào lớp niêm là hợp lý.

Phẫu thuật khâu treo, bằng cách đưa ngón tay vào trong âm đạo sẽ thấy được những thớ trắng của bờ trên và bờ dưới của tổn thương STTKT. Từ đó sẽ phục hồi được đúng tổn thương giải phẫu của túi sa. Đồng thời phẫu thuật khâu treo lấy được hết khối SNTTT không giới hạn về kích thước. Như vậy, STTKT khó tái phát và SNTTT sẽ khó tái phát kèm theo. Vì vậy, kết quả điều trị lâu dài sẽ tốt hơn.

Kỹ thuật khâu treo đơn giản, ít xâm lấn, không phải mất thời gian huấn luyện nhiều.

Không phải dùng máy, không cắt thành trực tràng (thời gian nằm viện ngắn) → chi phí thấp.

Nhược điểm của phương pháp phẫu thuật khâu treo:

Cũng giống như các phẫu thuật STARR, phẫu thuật Bresler cải biên, phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc (MuRAL), phẫu thuật khâu treo của chúng tôi chỉ can thiệp vào thành trước trực tràng, không can thiệp vào (vách) mạc âm đạo trực tràng, vì vậy không chỉ định cho các TSTT có kích thước lớn ($R > 4\text{cm}$) do tỷ lệ tái phát sẽ cao như phẫu thuật STARR.

Kết luận

Phẫu thuật khâu treo điều trị SNTTT kết hợp STTKT là một phẫu thuật hiệu quả điều trị táo bón do hội chứng đại tiện tắc nghẽn, ít tai biến biến chứng và người bệnh đạt được sự hài lòng cao sau mổ. Hiệu quả và độ hài lòng của người bệnh có sự suy giảm theo thời gian tuy nhiên không nghiêm trọng.

Tài liệu tham khảo

1. Adam Studniarek, Anders Mellgren (2020), “Obstructed Defecation Syndrome”, Springer Nature Switzerland AG.
2. The Rome Foundation (2016), “Guidelines--Rome IV Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders”, J Gastrointest Liver Dis, 15(3), pp. 307-12
3. Adolfo Renzi, Antonio Brilliantino, Giandomenico Di Sarno (2012), “Five-Item Score for Obstructed Defecation Syndrome: Study of Validation”, Surgical Innovation, XX(X), pp. 1-7.
4. Yang A, Mostwin JL, Rosenshein NB, Zerhouni EA (1991), “Pelvic floor descent in women: dynamic evaluation with fast MR imaging and cinematic display”, Radiology, 179(1), pp.25–33.
5. Angelo Guttadauro, Marco Chiarelli, Matteo Maternini (2018), “Value and limits of stapled transanal rectal repair for obstructed defecation syndrome: 10 years-experience with 450 cases”, Asian Journal of Surgery, 41, pp. 573 577.
6. Hesham M Hasan, Hani M Hasan (2012), “Stapled transanal rectal resection for the surgical treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectocele and rectal intussusception”, ISRN Surgery, 652345, pp. 6.
7. Nguyễn Thành Lực (2014), Kết quả phẫu thuật STARR cải biên trong điều trị táo bón do STTKT, Luận văn chuyên khoa II, chuyên ngành ngoại khoa, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
8. Trần Đình Cường (2013), Kết quả của phẫu thuật STARR trong điều trị STTKT, Luận văn chuyên khoa II, chuyên ngành ngoại khoa, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
9. Renzi A, Izzo D, Di Sarno G, et al (2008), “Stapled transanal rectal resection (STARR) by a new dedicated device for the surgical treatment of obstructed defaecation syndrome caused by rectal intussusception and rectocele: early results of a multicenter prospective study”, International Journal of colorectal disease, 23(10), pp. 999-1005.

10. Boccasanta P, Venturi M, Salamina G, et al (2004), “New trends in the surgical treatment of outlet obstruction: clinical and functional results of two novel transanal stapled techniques from a randomized controlled trial”, Int J Colorectal Dis, 19(4), pp. 359-369.
11. Claudio Pagano, Marco Venturi, Guido Benegiamo (2020), “Mucopexy-Recto Anal Lifting (MuRAL) in managing obstructed defecation syndrome associated with prolapsed hemorrhoids and rectocele: preliminary results”, Ann Surg Treat Res, 98(5), pp.277–282
12. Qun Deng, Kai-Lin Yu, Zhi-Yong Liu (2020), Outcomes of a modified Bresler procedure for the treatment of rectocele with rectal intussusception, Gastroenterol Rep, 8(6), pp.457-464