

Kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị sa trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Initial results of surgical treatment for rectal prolapse in 108 Military Central Hospital

Triệu Triều Dương, Lê Văn Quốc

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị sa trực tràng ở 2 nhóm phẫu thuật đường bụng và đường tầng sinh môn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang các bệnh nhân được chẩn đoán sa trực tràng, được phẫu thuật đường bụng, tầng sinh môn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2017 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Thống kê 34 bệnh nhân (BN) có 25 BN phẫu thuật đường bụng, 9 BN phẫu thuật đường tầng sinh môn lần lượt cho các tỷ lệ sau: Tuổi trung bình là $62,4 \pm 18,7$ tuổi; $68,0 \pm 21,2$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 0,47/1; 0,5/1. Chỉ số ASA III là 60,0%, 77,8%. Triệu chứng táo bón thường gặp ở 2 nhóm là 60,0%; 100%. 20% bệnh nhân sa âm đạo, tử cung kết hợp được phẫu thuật đường bụng, 55,6% bệnh nhân són tiểu kết hợp được phẫu thuật đường tầng sinh môn. Thời gian nằm viện nhóm phẫu thuật đường bụng, đường tầng sinh môn lần lượt $4,5 \pm 1,1$ ngày; $7,1 \pm 1,1$ ngày. Tỷ lệ tái phát, biến chứng nhóm phẫu thuật đường bụng là 1 BN (4%), 2 BN (8,0%). Không có tái phát, biến chứng nhóm phẫu thuật đường tầng sinh môn. 100% BN 2 nhóm cải thiện triệu chứng són phân. Cải thiện triệu chứng táo bón lần lượt là 96,0% và 100%. **Kết luận:** Kết quả bước đầu cho thấy phẫu thuật điều trị sa trực tràng là an toàn, hiệu quả. Lựa chọn phẫu thuật tùy thuộc vào mức độ bệnh, các bệnh lý kết hợp

Từ khóa: Sa trực tràng, cắt trực tràng - đại tràng sigma qua đường hậu môn (phẫu thuật Altemeier), phẫu thuật treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng lưới qua đường bụng.

Summary

Objective: To evaluate the initial results of the abdominal and perineal approach for rectal prolapse. **Subject and method:** A cross-sectional, retrospective and prospective study of patients diagnosed with rectal prolapse, abdominal and perineal approach in 108 Military Central Hospital from January 2017 to October 2020. **Result:** 34 patients including 25 patients with abdominal surgery, 9 patients with perineal approach respectively for the following rates: The average age of the two groups was 62.4 ± 18.7 years; 68.0 ± 21.2 years, respectively; Male female: 0.47/1, 0.5/1, respectively. The ASA III index was 60.0%; 77.8%, respectively. Frequent constipation symptoms were 60.0%, 100%, respectively. The percentage of patients with vaginal prolapse, uterus combined with abdominal surgery was 20% and 55.6% of patients with stress urinary incontinence combined with the perineal approach. The average hospital stay was 4.5 ± 1.1 days and 7.1 ± 1.1 days, respectively. The proportion of recurrence and complications in the abdominal surgery group was 1 patient (4.0%), 2 patients (8.0%). There were no recurrences, complications in the perineal approach group. 100% of patients in 2 groups improved the symptoms of

Ngày nhận bài: 14/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 07/3/2021

Người phản hồi: Lê Văn Quốc, Email: lequoch108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

stool incontinence. Constipation symptom improvement was 96.0% and 100%, respectively. *Conclusion:* Initial results mean that surgery to treat rectal prolapse is safe and effective. The surgical technique depends on the disease severity, the associated diseases.

Keywords: Rectal prolapse, Perineal Rectosigmoidectomy (Altermeier procedure), Transabdominal rectopexy.

1. Đặt vấn đề

Sa trực tràng là bệnh lý ít gặp, nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi [1]. Điều trị sa trực tràng chủ yếu bằng phẫu thuật [2]. Mục đích phẫu thuật nhằm điều trị khỏi bệnh, giảm tỷ lệ tái phát, khỏi các triệu chứng táo bón, són phân. Có khoảng hơn 100 loại phẫu thuật điều trị sa trực tràng [2]. Không có loại phẫu thuật nào là ưu điểm tuyệt đối cho mọi bệnh nhân. Có 2 đường tiếp cận phẫu thuật đường bụng và tầng sinh môn [1], [2], [3]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tùy vào mức độ của bệnh, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm toàn trạng bệnh nhân, các tạng khác sa kết hợp và thói quen của phẫu thuật viên thực hiện 2 nhóm phẫu thuật: Mổ đường bụng bằng mổ mở, mổ nội soi (khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng lưới); mổ đường tầng sinh môn (Phẫu thuật Altermeier: Cắt đoạn đại trực tràng qua đường hậu môn).

Nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm bệnh nhân, kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị sa trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu 33 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị sa trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2017 đến 10/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân (BN)

Người bệnh được chẩn đoán sa trực tràng có hoặc không kết hợp sa các tạng khác vùng chậu và điều trị bằng phẫu thuật.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ BN

Có các bệnh lý chống chỉ định phẫu thuật.

Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Trước mổ bệnh nhân được c soi đại tràng – trực tràng để loại trừ u trực tràng. Tất cả bệnh nhân được khai thác triệu chứng táo bón hay đại tiện không tự chủ.

Theo mức độ sa chia làm 4 độ:

Độ 1: Trực tràng chỉ sa khi gắng sức mạnh, khi rặn đại tiện sau đó tự co lại nhanh chóng. Chiều dài của đoạn sa 3 - 5cm, toàn thân không có ảnh hưởng gì, các than phiền của bệnh nhân chỉ do đoạn trực tràng sa gây nên.

Độ 2: Trực tràng luôn sa khi đại tiện tự co lên rất chậm phải lấy tay đẩy vào, có các vết trợt ở niêm mạc, phù nề niêm mạc, hậu môn bị lõm vào, cơ thắt có thay đổi ít, toàn thân bình thường, đoạn trực tràng sa dài 6 - 8cm.

Độ 3: Trực tràng sa khi gắng sức nhẹ (ho, cười, hắt hơi, đi bộ, ngồi xổm...) và không tự co vào được. Niêm mạc tuyến của trực tràng bị hoại tử từng đám một vài nơi có sẹo, hậu môn mất trương lực cơ thắt nhão. Tinh thần bị ức chế, niêm mạc chảy máu, trung tiện mất tự chủ, đoạn ruột sa dài 9-12cm.

Độ 4: Ruột sa ra ngoài thường xuyên liên tục. Niêm mạc bị loét hoại tử, cơ thắt mất trương lực, đại tiện mất tự chủ. Rối loạn cảm giác vùng hậu môn, đoạn ruột sa dài trên 12cm.

Quy trình phẫu thuật

Bệnh nhân được chẩn đoán sa trực tràng bằng lâm sàng và/ hoặc cận lâm sàng.

Chia làm 2 nhóm phẫu thuật đường bụng và tầng sinh môn.

Đường bụng: Mổ mở hoặc mổ nội soi (Tất cả bệnh nhân được sử dụng lưới để cố định vào trực tràng và vào ụ nhỏ). Chỉ định sa trực tràng độ 1, 2; không có bệnh lý són tiểu kèm theo.

Phẫu tích mặt trước trực tràng xuống tận sàn chậu.

Cố định lưới với trực tràng, kéo trực tràng lên, khâu cố định lưới vào ụ nhỏ.

Nếu có sa âm đạo, tử cung kết hợp thì mặt trước lưới được cố định vào mặt sau âm đạo, tử cung rồi cố định vào ụ nhỏ.

Làm các thủ thuật tăng cường cơ thắt hậu môn nếu cơ thắt hậu môn yếu (Thủ thuật Thiersch).

Đường tăng sinh môn (Chỉ định cho BN sa trực tràng độ 2, 3; có bệnh lý són tiểu kèm theo).

Dùng van Lonstar mở rộng hậu môn.

Kéo trực tràng đại tràng sigma ra ngoài tối đa.

Cắt trực tràng trên đường lược 2cm, cắt đầu trên đại tràng.

Cắt ¼ vòng chu vi, khâu cố định đầu trên và trực tràng bằng chỉ Vicryl 1.0 và 2.0. Cắt lần lượt theo chiều kim đồng hồ.

Điều trị các bệnh lý kết hợp són tiểu bằng mô tự thân.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung bệnh nhân: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, toàn trạng bệnh nhân, tiền sử mổ sa trực tràng, triệu chứng lâm sàng thường gặp, các bệnh lý kết hợp vùng sàn chậu.

Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng, đánh giá són phân theo bảng điểm CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score).

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Thống kê 25 BN mổ đường bụng có tỷ lệ nam/nữ = 17/8 và 9 BN mổ đường tăng sinh môn có tỷ lệ nam/nữ = 6/3. Trong 25 BN mổ đường bụng có 10 BN mổ bằng nội soi. Tất cả BN được phẫu thuật có sử dụng lưới kết hợp để cố định. Có tuổi trung bình lần lượt 2 nhóm là $62,4 \pm 18,7$ (26 - 96) tuổi và $68,0 \pm 21,2$ (25 - 96) tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Mổ đường bụng n (%)	Mổ đường tăng sinh môn n (%)
Độ sa trực tràng		
1	9 (36,0%)	0
2	16 (64,0%)	4 (44,4%)
3	0	5 (55,6%)
ASA		
II	10 (40,0%)	2 (22,2%)
III	15 (60,0%)	7 (77,8%)
Tiền sử mổ sa trực tràng	4 (16,0%)	3 (33,3%)
Triệu chứng lâm sàng		
Sa trực tràng	25 (100%)	9 (100%)
Táo bón	15 (60,0%)	9 (100%)
Són phân	3 (12%)	0 (0%)

Các bệnh lý kết hợp		
Sa âm đạo, tử cung	5 (20%)	0 (0%)
Són tiểu	0 (0%)	5 (55,6%)

Nhận xét: Độ sa trực tràng mổ đường bụng chủ yếu độ 2 (64,0%); 100% BN mổ đường tăng sinh môn sa trực tràng độ 2, 3. Cả 2 nhóm chủ yếu ASA III. Táo bón là triệu chứng thường gặp ở 2 nhóm. 20% sa trực tràng kết hợp sa âm đạo, tử cung được mổ đường bụng; 55,6% sa trực tràng kèm theo són tiểu được mổ theo đường tăng sinh môn.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật, kết quả sau mổ

Nhóm mổ đường bụng và mổ đường tăng sinh môn lần lượt có thời gian nằm viện là $4,5 \pm 1,1$ (4 - 6) ngày và $7,1 \pm 1,1$ (5 - 9) ngày. Thời gian theo dõi trung bình lần lượt là $31 \pm 11,3$ (14 - 46) tháng và $5,1 \pm 1,5$ (4 - 7) tháng. Biến chứng mổ đường bụng gặp 2 bệnh nhân (1 BN bị tắc ruột, 1 BN bị hẹp trực tràng do lưới). Không gặp biến chứng mổ đường tăng sinh môn. Có 1 BN tái phát mổ đường bụng. Cải thiện triệu chứng táo bón 14/15 BN, són phân 3/3 BN mổ bằng đường bụng. Cải thiện triệu chứng táo bón 9/9 BN mổ đường tăng sinh môn.

4. Bàn luận

Sa trực tràng là một bệnh lý ít gặp, chiếm tỷ lệ 0,25 - 0,42% ở dân số trưởng thành. Tỷ lệ hiện mắc khoảng 1% ở người lớn hơn 65 tuổi. Khoảng 1/3 nữ giới sa trực tràng có kèm theo sa các tạng khác. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh sa trực tràng bao gồm: Tuổi > 40, giới tính nữ, sinh con qua đường âm đạo, tiền sử phẫu thuật vùng chậu, tiêu chảy, táo bón mạn tính, đột quỵ não, rối loạn chức năng sàn chậu, di tật bẩm sinh sàn chậu [1]. Trong thống kê tuổi trung bình của 2 nhóm phẫu thuật đường bụng và tăng sinh môn lần lượt là 62,4 và 68,0 tuổi. Đây là độ tuổi thường gặp của các bệnh lý sa tạng chậu [2].

Mục tiêu điều trị của bệnh lý sa trực tràng là phục hồi giải phẫu vùng hậu môn trực tràng để cải thiện chức năng, cải thiện triệu chứng do sa trực tràng gây ra như táo bón, đại tiện không tự chủ. Ngoài ra phẫu thuật điều trị sa trực tràng đòi hỏi tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp [1],

[2], [3]. Căn cứ để lựa chọn phẫu thuật theo các hướng dẫn điều trị bao gồm các yếu tố: Mức độ bệnh, tuổi người bệnh, triệu chứng của bệnh, các bệnh lý kèm theo cũng như tình trạng chung của BN. Đặc biệt để lựa chọn BN còn theo kinh nghiệm, thói quen của phẫu thuật viên [1], [2], [3]. Trong thống kê chỉ số gây mê ASA III chiếm đa số, phù hợp với tuổi mắc bệnh của người bệnh. Với những bệnh nhân có sa tạng chậu (sa âm đạo, sa tử cung), chúng tôi lựa chọn phẫu thuật đường bụng khâu treo đồng thời các tạng sa. Tuy nhiên, khi có triệu chứng rối loạn chức năng, trong thống kê có 5 BN có són tiểu kèm theo, phẫu thuật viên lựa chọn phẫu thuật đường tăng sinh môn để giải quyết 1 thì.

Mỗi đường tiếp cận phẫu thuật điều trị sa trực tràng đều có ưu nhược điểm riêng. Vậy xu hướng quan điểm phẫu thuật hiện nay như thế nào? Tác giả Gunner và cộng sự đã thống kê lại bảng câu hỏi các phẫu thuật viên ở Hội Sàn chậu ở Anh. Thống kê năm 1997 có 153 phẫu thuật viên và năm 2014 có 122 phẫu thuật viên tham gia trả lời: Kết quả cho thấy tỷ lệ phẫu thuật viên lựa chọn đường bụng lần lượt ở năm 1997 và năm 2014 là 81,7% và 63,5% nếu toàn trạng cho phép ($p < 0,01$). Trong đó phẫu thuật Altermeier tăng từ 14,9 đến 39,3%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng mổ đường bụng cố định trực tràng không sử dụng lưới giảm từ 92,6% xuống 45,9% [4].

Thống kê với thời gian theo dõi trung bình lần lượt 2 nhóm mổ đường bụng và tăng sinh môn là $31 \pm 11,3$ (14 - 46) tháng và $5,1 \pm 1,5$ (4 - 7) tháng. Có 1 BN ở nhóm mổ đường bụng tái phát, sau đó được phẫu thuật cắt trực tràng qua đường hậu môn. Tỷ lệ thống kê của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ. Sau mổ bệnh nhân cải thiện các triệu chứng cơ năng táo bón, són phân. Năm 2015, tác giả Tou nghiên cứu 15 trung tâm có 1007 BN được phẫu thuật điều trị sa trực tràng. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật đường bụng có tỷ lệ tái phát ít hơn, tỷ lệ táo bón nhiều hơn.

Phẫu thuật nội soi ít biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn [5]. Năm 2013, Tác giả Senapati nghiên cứu một so sánh ngẫu nhiên với thời gian theo dõi trung bình 36 tháng, 78 bệnh nhân được phẫu thuật đường bụng, 213 bệnh nhân phẫu thuật đường tầng sinh môn cho thấy tỷ lệ tái phát lần lượt là 26% và 20% ($p=0,8$). Trong đó, tỷ lệ tái phát phẫu thuật Altermeier và Delorme lần lượt là 24% và 31% ($p=0,4$) [6].

Có một nghiên cứu về chương trình nâng cao chất lượng quốc gia, nghiên cứu 1569 bệnh nhân sa trực tràng được phẫu thuật với tỷ lệ tử vong 0,5%. Tỷ lệ tử vong phẫu thuật đường bụng và đường tầng sinh môn lần lượt là 0,13% và 0,9% ($p=0,033$). Chỉ số gây mê độ (ASA) III, IV lần lượt là 0,35% và 1,9% ($p=0,19$) [7]. Trong thống kê, không có BN tử vong, mổ đường bụng có 2 BN có biến chứng (1 BN bị tắc ruột do dính đã được phẫu thuật gỡ dính, bệnh nhân ổn định sau mổ; 1 BN hẹp trực tràng gây nên triệu chứng táo bón không cải thiện trước khi mổ và mức độ nặng tăng lên, BN được phẫu thuật cắt lược, sau mổ bệnh nhân ổn định. Năm 2017, tác giả Emile và cộng sự đã báo cáo tổng quan hệ thống 39 bài báo với 2647 BN, trong đó có 90,3% nữ giới, tuổi trung bình 69,1 (32 - 81,5) tuổi. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong 0,64%, tái phát chung 16,6%. Tỷ lệ biến chứng chung 13,2% [8].

5. Kết luận

Kết quả bước đầu cho thấy phẫu thuật điều trị sa trực tràng là an toàn, hiệu quả. Lựa chọn phẫu thuật tùy thuộc vào mức độ bệnh, các bệnh lý kết hợp.

Tài liệu tham khảo

1. Madhulika GV, Scott RS (2017) *Surgical approach to rectal procidentia (rectal prolapse)*. UpToDate. accessed: 10/01/2017.
2. Donato FA (2008) *Rectal prolapse diagnosis and clinical management*. © Springer-Verlag Italia 2008.
3. Scott RS (2016) *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. © Springer International Publishing 2016.
4. Gunner CK, Senapati A, Northover JMA et al (2016) *Life after PROSPER. What do people do for external rectal prolapse?*. Colorectal Dis 18(8): 811-814.
5. Tou S, Brown SR and Nelson RL (2015) *Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults*. Cochrane Database Syst Rev (11): 001758.
6. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ et al (2013) *Prosper: A randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse*. Colorectal Dis 15(7): 858-868.
7. Fang SH, Cromwell JW, Wilkins KB et al (2012) *Is the abdominal repair of rectal prolapse safer than perineal repair in the highest risk patients? An NSQIP analysis*. Diseases of the Colon & Rectum 55(11): 1167-1172.
8. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M et al (2017) *Perineal resectional procedures for the treatment of complete rectal prolapse: A systematic review of the literature*. International Journal of Surgery 46: 146-154.