

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

HỌC VIỆN QUÂN Y

TRẦN PHƯỚC HỒNG

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG,
KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI
TREO TRỰC TRÀNG Ụ NHÔ
ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ**

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số: 62 72 01 25

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS. Vũ Huy Nùng**
- 2. PGS.TS. Nguyễn Văn Khoa**

HÀ NỘI – 2017

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc Học viện Quân Y, Phòng Sau đại học Học viện Quân Y, Bộ môn Ngoại Tiêu hóa Học viện Quân Y và Bệnh viện Quân Y 103 đã cho phép và tạo điều kiện cho tôi học tập, hoàn thành công trình nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Vũ Huy Nùng và PGS.TS. Nguyễn Văn Khoa đã tận tình giúp đỡ, hướng dẫn cho tôi phương pháp nghiên cứu khoa học để hoàn thành luận án này.

Tôi bày tỏ lòng biết ơn PGS.TS. Nguyễn Văn Xuyên, người thầy đã tận tình giúp đỡ, hướng dẫn cho tôi những phương pháp và kiến thức quý báu trong suốt quá trình học tập.

Tôi xin chân thành cảm ơn các bác sĩ và nhân viên khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã giành cho tôi những tình cảm tốt đẹp, tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn đến các bệnh nhân và gia đình bệnh nhân đã hợp tác với tôi, tạo điều kiện cho tôi thực hiện luận án này.

Cuối cùng tôi xin ghi nhận và vô cùng biết ơn những tình cảm ưu ái, sự cổ vũ của gia đình và bạn bè đồng nghiệp gần xa đã động viên tôi trong suốt quá trình học tập.

Trần Phước Hồng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là nghiên cứu của riêng tôi, tất cả những số liệu do chính tôi thu thập, kết quả trong luận án này là trung thực và chưa có ai công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác.

Tôi xin đảm bảo tính khách quan, trung thực của các số liệu và kết quả xử lý số liệu trong nghiên cứu này.

Tác giả

Trần Phước Hồng

MỤC LỤC

	Trang
Trang phụ bìa	
Lời cảm ơn	
Lời cam đoan.....	i
Mục lục.....	ii
Danh mục các chữ viết tắt trong luận án.....	v
Danh mục bảng.....	vi
Danh mục biểu đồ	viii
Danh mục hình	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Giải phẫu trực tràng và sàn chậu	3
1.1.1. Giải phẫu trực tràng	3
1.1.2. Giải phẫu đáy chậu.....	12
1.2. Bệnh sa trực tràng	19
1.2.1. Nguyên nhân	19
1.2.2. Phân loại.....	20
1.2.3. Chẩn đoán	22
1.2.4. Điều trị	22
1.3. Một số phương pháp phẫu thuật điều trị sa toàn bộ sa trực tràng ..	23
1.3.1. Phẫu thuật theo đường tầng sinh môn.....	24
1.3.2. Phẫu thuật theo đường bụng	31
1.3.3. Phẫu thuật nội soi điều trị STTTB	37
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	43
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	43

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	43
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	43
2.2. Phương pháp nghiên cứu	43
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	43
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	44
2.2.3. Phương tiện nghiên cứu	44
2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	47
2.2.5. Phương pháp tiến hành.....	54
2.3. Phương pháp xử lý số liệu	64
2.4. Vấn đề y đức	64
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	65
3.1. Đặc điểm chung	65
3.1.1. Tuổi, giới và chỉ số khối cơ thể (BMI)	65
3.1.2. Đặc điểm tiền sử bệnh.....	68
3.1.3. Đặc điểm bệnh lý kèm theo:	70
3.1.4. Thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện	71
3.2. Đặc điểm lâm sàng	71
3.3. Đặc điểm kỹ thuật PTNS khâu theo trực tràng ụ nhô	74
3.3.1. Phương pháp phẫu thuật.....	74
3.3.2. Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo	76
3.3.3. Thời gian phẫu thuật	77
3.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật	78
3.4.1. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật	78
3.4.2. Kết quả theo dõi xa sau phẫu thuật	79
3.4.3. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô.....	91
Chương 4: BÀN LUẬN	92
4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh sa trực tràng toàn bộ ở người lớn	92

4.1.1. Đặc điểm chung	92
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng.....	96
4.2. Nhận xét chỉ định, kỹ thuật khâu treo trực tràng ụ nhô bằng PTNS	100
4.3 Đánh giá kết quả PTNS điều trị STTTB ở người lớn bằng phương pháp khâu treo trực tràng vào ụ nhô	111
4.3.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật	111
4.3.2. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật	116
4.3.3. Đánh giá kết quả chung của phương pháp phẫu thuật	126
KẾT LUẬN	127
KIẾN NGHỊ	129
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN ÁN

STT	Chữ viết tắt	Chữ viết đầy đủ
1	BN	Bệnh nhân
2	CNHĐTD	Chức năng hoạt động tình dục
3	ĐTKTC	Đại tiện không tự chủ
4	PP	Phương pháp
5	PPPT	Phương pháp phẫu thuật
6	PTNS	Phẫu thuật nội soi
7	SNMTT	Sa niêm mạc trực tràng
8	STT	Sa trực tràng
9	STTTB	Sa trực tràng toàn bộ
10	TG	Thời gian
10	TL	Tỉ lệ
11	ĐM	Động mạch
12	TM	Tĩnh mạch
13	TM TXC	Tĩnh mạch trước xương cụt

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
2.1.	Bảng điểm đánh giá độ táo bón theo thang điểm Wexner.	49
2.2.	Phân loại lâm sàng của đại tiện không tự chủ.	51
2.3.	Phân độ sa sàn chậu.	51
3.1.	Phân bố theo nhóm tuổi và giới.	66
3.2.	Phân loại chỉ số BMI và giới tính.	67
3.3.	Tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng và phẫu thuật vùng bụng.	68
3.4.	Đặc điểm tiền sử sản phụ khoa.	69
3.5.	Đặc điểm bệnh lý kèm theo.	70
3.6.	Thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện.	71
3.7.	Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng.	71
3.8.	Chiều dài khối sa.	72
3.9.	Chiều dài khối sa trung bình theo giới tính.	72
3.10.	Phân độ sa trực tràng theo giới tính.	73
3.11.	Liên quan giữa giới tính và chẩn đoán STT tái phát.	74
3.12.	Phương pháp phẫu thuật và địa điểm nghiên cứu.	74
3.13.	Đặc điểm trong phẫu thuật.	75
3.14.	Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo.	76
3.15.	Thời gian phẫu thuật trung bình theo phương pháp phẫu thuật.	77
3.16.	Tai biến trong phẫu thuật.	78
3.17.	Biến chứng sớm sau phẫu thuật.	78
3.18.	Thời gian điều trị trung bình theo phương pháp phẫu thuật.	79
3.19.	Thời gian theo dõi.	79
3.20.	Thời gian tái phát.	80
3.21.	Chiều dài khối sa tái phát.	81

3.22. Liên quan giữa thời gian phát bệnh, chỉ số BMI, chiều dài khối sa và tái phát sa trực tràng	81
3.23. Liên quan giữa giới tính và tái phát sa trực tràng	82
3.24. Liên quan BN lớn tuổi (> 60) và tái phát sa trực tràng.....	82
3.25. Liên quan giữa táo bón trước mổ và tái phát sa trực tràng	83
3.26. Liên quan giữa ĐTKTC trước mổ và tái phát sa trực tràng.....	83
3.27. Liên quan khối sa nghẹt trước mổ và tái phát sa trực tràng.....	84
3.28. Liên quan đại tràng dài và tái phát sa trực tràng.....	84
3.29. Liên quan phương pháp phẫu thuật và tái phát sa trực tràng.....	85
3.30. Liên quan bảo tồn dây chằng bên và tái phát sa trực tràng.....	85
3.31. Liên quan táo bón sau mổ và tái phát sa trực tràng	86
3.32. Liên quan ĐTKTC sau mổ và tái phát sa trực tràng.....	86
3.33. Đặc điểm táo bón sau mổ.....	87
3.34. Liên quan PPPT và táo bón sau mổ.	87
3.35. Liên quan bảo tồn dây chằng bên và táo bón sau mổ.	88
3.36. Đặc điểm đại tiện không tự chủ sau mổ.....	88
3.37. Liên quan tổn thương cơ thắt hậu môn và ĐTKTC sau mổ.	89
3.38. Liên quan phân độ sa trực tràng và ĐTKTC sau mổ.....	89
3.39. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ.....	90
3.40. Thời gian hồi phục chức năng hoạt động tình dục sau mổ.....	91
3.41. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật.....	91
4.1. So sánh đặc điểm bệnh nhân STT với các nghiên cứu khác.....	99
4.2. So sánh tỉ lệ chuyển mổ mở với các nghiên cứu khác.....	105
4.3. So sánh tai biến với các nghiên cứu khác.	112
4.4. So sánh biến chứng sau mổ với các nghiên cứu khác.....	114
4.5. So sánh tỉ lệ tái phát với các nghiên cứu khác.....	117

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ	Tên biểu đồ	Trang
3.1.	Nhóm BMI.	67
3.2.	Phân độ sa trực tràng.....	72
3.3.	Chẩn đoán trước mổ.....	73
3.4.	Số trocar sử dụng trong phẫu thuật.....	75

DANH MỤC HÌNH

Hình	Tên hình	Trang
1.1.	Giới hạn ống hậu môn.....	4
1.2.	Thiết đồ đứng dọc qua giữa ống hậu môn.	5
1.3.	Cung cấp máu cho hậu môn, trực tràng.	7
1.4.	Hệ thống thần kinh tự trị vùng chậu (nữ)	10
1.5.	Hệ thống thần kinh tự trị vùng chậu (nam)	11
1.6.	Cấu tạo đáy chậu nam	12
1.7.	Hoàn chậu nam (nhìn từ trên).....	13
1.8.	Hoàn chậu nữ (nhìn từ trên)	15
1.9.	Nút thớ trung tâm đáy chậu nữ	17
1.10.	Sa trực tràng	19
1.11.	Sa trực tràng	21
1.12.	Sa hậu môn trực tràng.....	21
2.1.	Hình máy phẫu thuật nội soi	45
2.2.	Dụng cụ phẫu thuật nội soi	46
2.3.	Mảnh ghép Polypropylene	46
2.4.	Tư thế bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật.....	58
2.5.	Vị trí đặt 3 trocar.....	58
2.6.	Vị trí đặt 4 trocar.....	59
2.7.	Vị trí ụ nhô.....	60
2.8.	Phẫu tích mặt sau trực tràng.	60
2.9.	Khâu treo trực tràng vào ụ nhô không sử dụng mảnh ghép.....	61
2.10.	Khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép.....	62

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa trực tràng (STT) là một bệnh lành tính, hiếm gặp, là hiện tượng trực tràng chui qua lỗ hậu môn ra nằm ở ngoài hậu môn. Bệnh thường xảy ra ở độ tuổi trên 50 tuổi [4], [9], [58], [64], [128], sa trực tràng ít có biến chứng nặng nề và không có diễn biến phức tạp, nhưng bệnh gây cho bệnh nhân (BN) nhiều phiền toái trong sinh hoạt và ảnh hưởng không ít đến khả năng lao động. Nguyên nhân phát sinh bệnh sa trực tràng đến nay vẫn còn chưa được hiểu biết rõ ràng và chính xác. Có hơn 200 phương pháp phẫu thuật điều trị sa trực tràng, Tuy mỗi phương pháp dựa trên cơ sở lý luận về nguyên nhân phát sinh bệnh sa trực tràng khác nhau nhưng mục đích chung vẫn là sự an toàn, hiệu quả của phương pháp và sự phục hồi lại những cấu trúc giải phẫu và sinh lý cho bệnh nhân, giảm tỉ lệ tái phát, giảm táo bón, giảm tình trạng đại tiện không tự chủ sau mổ.

Hiện nay có 2 nhóm phẫu thuật được thực hiện là phẫu thuật theo đường tầng sinh môn và phẫu thuật theo đường bụng, việc áp dụng phẫu thuật nào cho từng nhóm bệnh nhân vẫn còn đang được nghiên cứu và áp dụng, vì mỗi phương pháp phẫu thuật đều có những ưu và nhược điểm riêng.

Mặc dù có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được áp dụng trên lâm sàng, nhưng tỉ lệ tái phát sa trực tràng sau mổ vẫn còn cao. Theo số liệu thống kê nghiên cứu của nhiều tác giả, phẫu thuật cố định trực tràng qua đường tầng sinh môn có tỉ lệ tái phát từ 10 - 60% [6], [94]. Phẫu thuật cố định trực tràng qua đường bụng có tỉ lệ tái phát ít hơn, khoảng 0 - 10% [5], [15], [22], [53], [56], [70], [92].

Với sự tiến bộ của khoa học, phẫu thuật nội soi đã ra đời và được áp dụng rộng rãi trên nhiều lĩnh vực trong đó có lĩnh vực phẫu thuật đại trực

tràng. Đây là một bước ngoặt lớn trong ngành ngoại khoa, giúp các bác sĩ phẫu thuật thực hiện các phương pháp mổ với sự xâm hại tối thiểu cho bệnh nhân với nhiều ưu điểm ít đau, phục hồi sớm, rút ngắn thời gian nằm viện.

Năm 1992 Berman đã báo cáo những kết quả đầu tiên phẫu thuật cố định trực tràng qua nội soi ổ bụng. Từ đó đến nay, trên thế giới có nhiều nghiên cứu điều trị sa trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi với tỉ lệ tái phát từ 0 – 10% [9], [30], [110]. Tình trạng đại tiện không tự chủ và táo bón sau mổ cũng giảm đáng kể. Theo số liệu báo cáo của một số nghiên cứu, tỉ lệ này được cải thiện từ 35 – 89% sau phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng [9], [39], [69].

Ở Việt nam, các công trình nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng còn quá ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật nội soi treo trực tràng ụ nhô điều trị sa trực tràng toàn bộ”** nhằm 2 mục tiêu:

- 1) Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng sa trực tràng toàn bộ ở người lớn.
- 2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng vào ụ nhô điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu trực tràng và sàn chậu

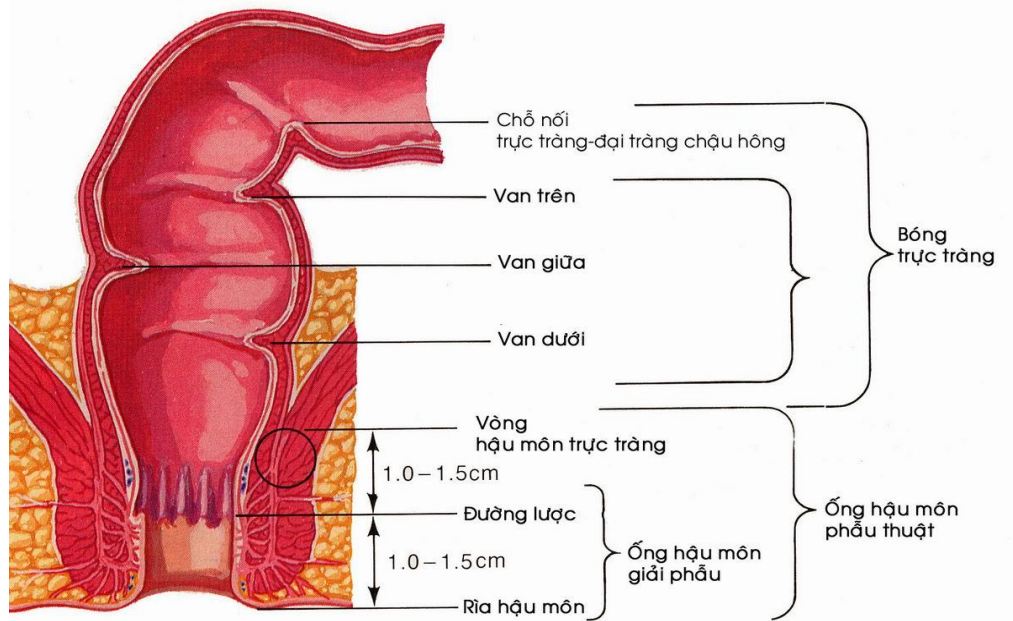
1.1.1. Giải phẫu trực tràng

Trực tràng dài 12-15 cm, chia làm hai đoạn. Đoạn trên phình to là bóng trực tràng, dài 10 -12 cm, nằm trong tiểu khung. Đoạn dưới nhỏ là ống hậu môn, dài 2 - 3 cm, nằm trong đáy chậu. Trên đường đi từ trên xuống, trực tràng vẽ nên hai đường cong. Đường cong trên mở ra phía trước. Đường cong dưới mở ra phía sau. Chỗ nối giữa hai đường cong là nơi gấp khúc của trực tràng, tạo một góc khoảng 90^0 , mở ra sau. Nơi này tương ứng với đỉnh xương cụt. Chính nhờ sự gấp khúc này mà trực tràng không bị sa ra ngoài.

Túi cùng Douglas là nơi thấp nhất của ổ bụng. Ở bệnh nhân sa trực tràng, có khi túi cùng Douglas sa ra đến hậu môn và bên trong có thể chứa cả ruột non, đại tràng Sigma và mạc nối lớn.

Theo các nhà giải phẫu học, ống hậu môn được giới hạn ở phía ngoài là lỗ hậu môn và ở phía trong là đường lược. Ống hậu môn của các nhà giải phẫu ngắn, chỉ 1,5 cm.

Theo các nhà phẫu thuật, ống hậu môn được giới hạn ở phía ngoài cũng là lỗ hậu môn như các nhà giải phẫu học, nhưng ở phía trong thì lại khác. Ở phía trong là đường hay vòng hậu môn-trực tràng cao hơn đường lược 1,5 cm. Như vậy ống hậu môn của các nhà phẫu thuật dài 3 cm.



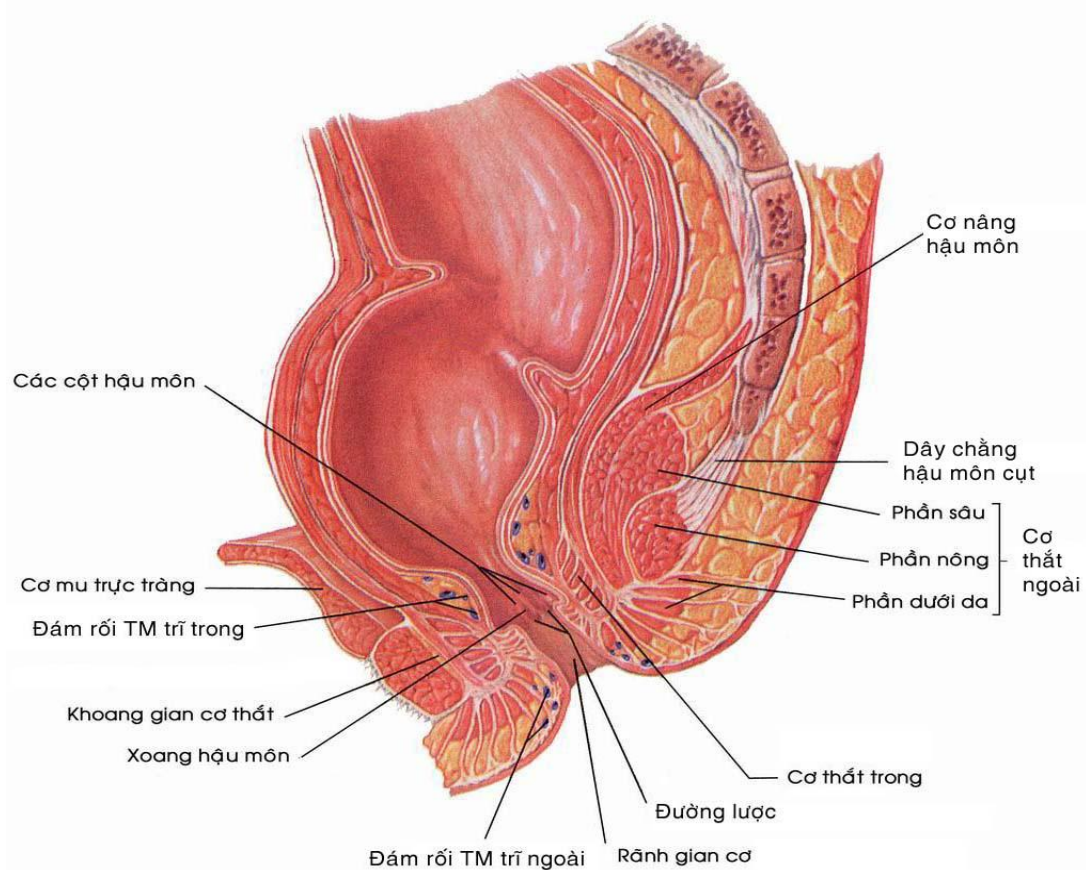
Hình 1.1. Giới hạn ống hậu môn

Nguồn: theo Nguyễn Đình Hối (2002) [6]

1.1.1.1. Mạc treo trực tràng

Trong phần liên quan của trực tràng với các cấu trúc vùng chậu xung quanh, gần đây người ta nhấn mạnh đến vai trò của mạc treo trực tràng. Đây là điểm mà trước đây các sách giải phẫu học chưa nhấn mạnh. Mạc treo trực tràng là phần tiếp nối của mạc treo đại tràng chậu hông từ trên xuống, bao gồm các cấu trúc mỡ bao quanh trực tràng. Trong lớp mỡ này có các bạch huyết của trực tràng và các động tĩnh mạch trực tràng trên và giữa.

Ở đoạn trực tràng trên, khi mạc treo đại tràng chậu hông ngừng lại và biến mất, mạc treo trực tràng có hình bán nguyệt trên lát cắt ngang. Ở đoạn trực tràng giữa, ngay dưới nếp phúc mạc (ngang mức túi tinh hoặc phần trên âm đạo), mạc treo trực tràng có dạng gần hình tròn trên lát cắt ngang với bóng trực tràng lệch tâm về phía trước. Xuống đoạn trực tràng thấp, vào khoảng giữa hai cơ nâng hậu môn, mạc treo trực tràng mỏng dần và biến mất ở chỗ nối với ống hậu môn.



Hình 1.2. Thiết đồ đứng dọc qua giữa ống hậu môn

Nguồn: Nguyễn Đình Hối (2002) [6]

1.1.1.2. Cấu tạo mô học

* Trực tràng

Cũng như các đoạn khác của đường tiêu hóa, thành trực tràng gồm 4 lớp: niêm mạc, dưới niêm mạc, cơ, thanh mạc.

Lớp cơ trực tràng có hai lớp, lớp trong là cơ vòng và lớp ngoài là cơ dọc.

Phúc mạc chỉ phủ đoạn trên của trực tràng. Đoạn dưới trực tràng không có phúc mạc che phủ.

Bóng trực tràng được chia làm hai đoạn là đoạn trong phúc mạc và đoạn ngoài phúc mạc. Đoạn trong liên quan nhiều tới ổ bụng, đoạn ngoài liên quan nhiều tới đáy chậu.

* Ống hậu môn:

Ống hậu môn được chia thành ba phần: đoạn cột, đoạn trung gian, đoạn da. Ống hậu môn có hai cơ vòng là cơ thắt trong, cơ thắt ngoài và một cơ dọc là cơ dọc kết hợp. Các cơ vùng hậu môn có tác dụng nâng và thắt ống hậu môn.

Cơ thắt trong thuộc hệ cơ trơn. Nó chính là cơ vòng của thành ruột, đi liên tục từ trên xuống, đến hậu môn thì dày lên, to ra để tạo nên cơ thắt trong. Giới hạn trên không rõ vì liên tục với cơ vòng của thành ruột.

- Cơ thắt ngoài thuộc hệ cơ vân. Đó là cơ riêng của vùng này.

- Cơ dọc kết hợp: cơ dọc của thành ruột đi từ trên xuống, đến đây hòa lẫn với các sợi của cơ nâng hậu môn và các mô sợi đàn hồi tạo nên cơ dọc kết hợp. Cơ dọc kết hợp chạy từ trên xuống, nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Khi tới phía dưới nó phát sinh các sợi xơ-cơ.

Mạch máu và thần kinh

* Động mạch:

Động mạch trực tràng trên: là nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới. Động mạch trực tràng trên đi từ trên xuống, tới đầu trên của trực tràng thì chia hai nhánh nằm hai bên trực tràng và tận cùng ngay trên đường lược. Trên đường đi, nó cho các nhánh xuyên qua cơ đến lớp niêm mạc của vùng trên đường lược. Động mạch trực tràng trên cấp máu cho bóng trực tràng.

Động mạch trực tràng giữa xuất phát từ động mạch chậu trong, là một trong những nhánh trong chậu hông của động mạch chậu trong. Động mạch này đi từ trên xuống, khi tới thành trước bên của phần giữa trực tràng thì cho các nhánh nối với động mạch trực tràng trên và động mạch trực tràng dưới.

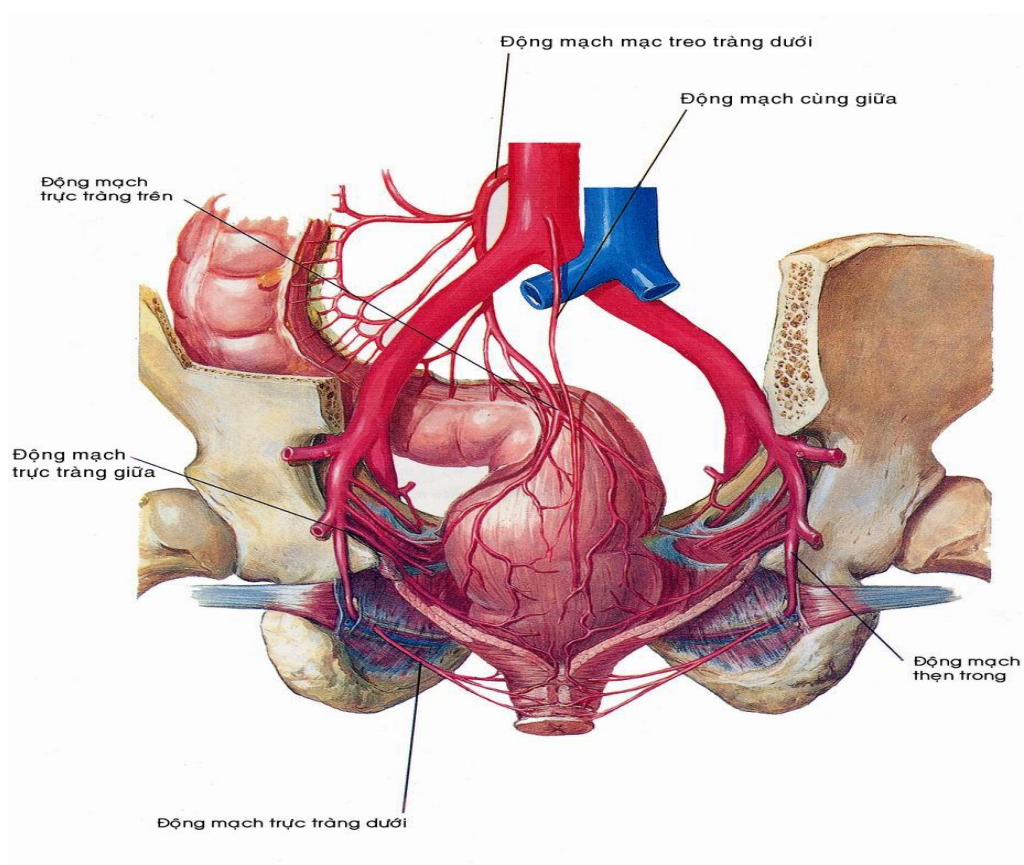
Động mạch trực tràng giữa cấp máu cho phần dưới bóng trực tràng và phần trên ống hậu môn.

Động mạch trực tràng dưới xuất phát từ động mạch thẹn trong. Động mạch thẹn trong là một trong những nhánh ngoài chậu hông của động mạch

chậu trong. Động mạch trực tràng dưới cho các nhánh nuôi cơ thắt ngoài và cơ thắt trong. Nhánh tận cấp máu cho ống hậu môn và da quanh hậu môn.

Động mạch cùng giữa xuất phát từ mặt sau của động mạch chủ bụng, trên chỗ chia đôi thành hai động mạch chậu gốc chừng 1,5 cm. Động mạch này đi trước các đốt sống thắt lưng 4 và 5, xương cùng, xương cụt và đi sau tĩnh mạch chậu gốc trái, thần kinh trước cùng và các mạch máu trực tràng trên. Động mạch cùng giữa cấp máu cho phân thấp của trực tràng, xương cùng, xương cụt.

Động mạch này dễ chảy máu trong thì bóc tách trực tràng trong phẫu thuật đại - trực tràng.



Hình 1.3. Cung cấp máu cho hậu môn, trực tràng

Nguồn: theo Nguyễn Đình Hối (2002) [6]

* Thần kinh chi phối vùng chậu:

Bóng trực tràng thuộc hệ tiêu hóa, trong khi đó ống hậu môn thuộc đáy chậu. Đại trực tràng được chi phối bởi các sợi giao cảm và phó giao cảm. Cơ vòng ngoài và niêm mạc ống hậu môn được chi phối bởi các thần kinh sống.

Hệ thần kinh sống: Có dây thần kinh hậu môn, tách từ dây cùng S3 và S4. Dây này vận động cơ thắt hậu môn và cảm giác vùng quanh lỗ hậu môn.

Hệ thần kinh thực vật: Các nhánh giao cảm xuất phát từ các hạch giao cảm thắt lưng ở khoang ngực lưng, hợp lại phía trước động mạch chủ bụng, ngay dưới nguyên ủy động mạch mạc treo tràng dưới tạo đám rối mạc treo tràng dưới, sau đó đi xuống dưới tạo thành đám rối hạ vị trên ngay phía trước chỗ chia đôi của động mạch chủ bụng. Các sợi giao cảm này chạy xuống dưới sang hai bên thành các nhánh hạ vị.

Các nhánh phó giao cảm có hai nguồn:

- Các nhánh tận cùng của dây thần kinh X, qua đám rối mạc treo tràng dưới, qua dây thần kinh cùng trước và dây hạ vị đi xuống. Các nhánh này vận động và chỉ huy việc tiết dịch trực tràng.

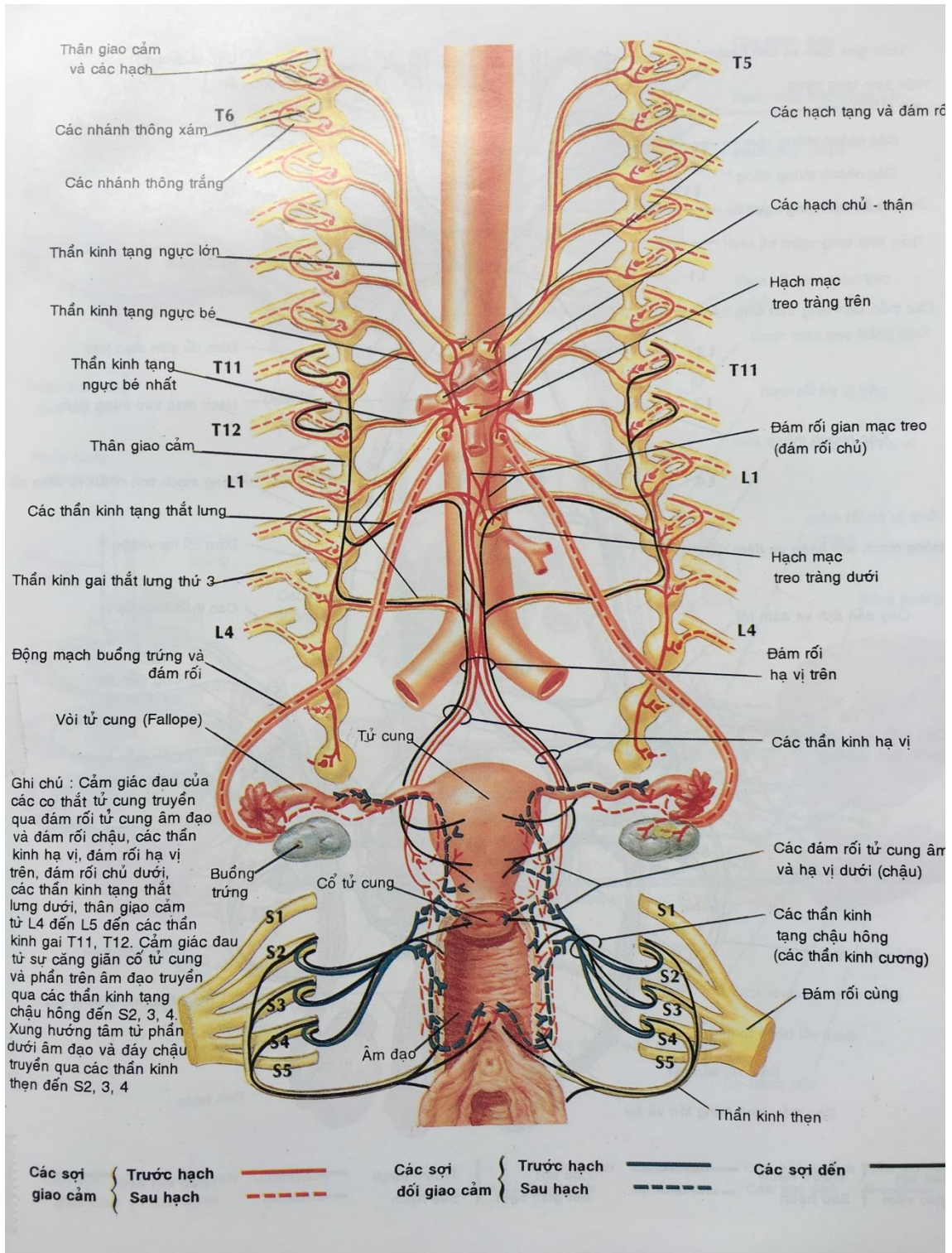
- Các nhánh cương, tách từ đoạn cùng của tủy sống, mượn đường đi của rễ trước thần kinh cùng S2, S3 và S4, hợp với các nhánh hạ vị ở trước bên trực tràng tạo thành đám rối hạ vị dưới (hay còn gọi là đám rối chậu). Các sợi thần kinh hỗn hợp này chi phối tiền liệt tuyến, trực tràng, bàng quang, dương vật và cơ thắt trong. Chi phối thần kinh giao cảm đối với cơ thắt trong là tự chủ, còn chi phối của phó giao cảm là không tự chủ. Sự phóng tinh phụ thuộc vào thành phần giao cảm, trong khi chức năng cương và làm void bàng quang phụ thuộc thành phần phó giao cảm. Do đó, tổn thương các nhánh thần kinh tự trị vùng chậu ở các vị trí khác nhau khi phẫu thuật sẽ dẫn đến rối loạn chức năng bàng quang và hoặc sinh dục khác nhau. Nếu tổn thương đám rối thần

kinh hạ vị trên hoặc dây thần kinh hạ vị sẽ làm rối loạn phóng tinh, còn nếu tổn thương đám rối chậu sẽ làm giảm khả năng cương và khả năng co bóp của bàng quang.

Thần kinh thẹn xuất phát từ S2-S4. Nó ra ngoài chậu hông bằng cách đi xuyên qua ống thẹn (ống Alcock) tạo bởi cân ở mặt trong cơ bịt trong tới hố ngồi-trực tràng. Ở đây, nó tách ra thần kinh trực tràng dưới, rồi thần kinh tầng sinh môn và tiếp tục thành thần kinh mu dương vật hay âm vật. Chi phối vận động cho các cơ đáy chậu bởi các rễ cùng (S2-S4) ở mặt trên (mặt chậu hông), và bởi nhánh tầng sinh môn của thần kinh thẹn ở mặt dưới. Cơ mu-trực tràng nhận các sợi từ các thần kinh trực tràng dưới. Chi phối thần kinh cho cơ vòng ngoài đến từ các nhánh trực tràng dưới của thần kinh thẹn (S2-S3), và từ nhánh tầng sinh môn của S4. Cơ vòng trong nhận chi phối thần kinh như là trực tràng: giao cảm (L5) và phó giao cảm (S2-S4).

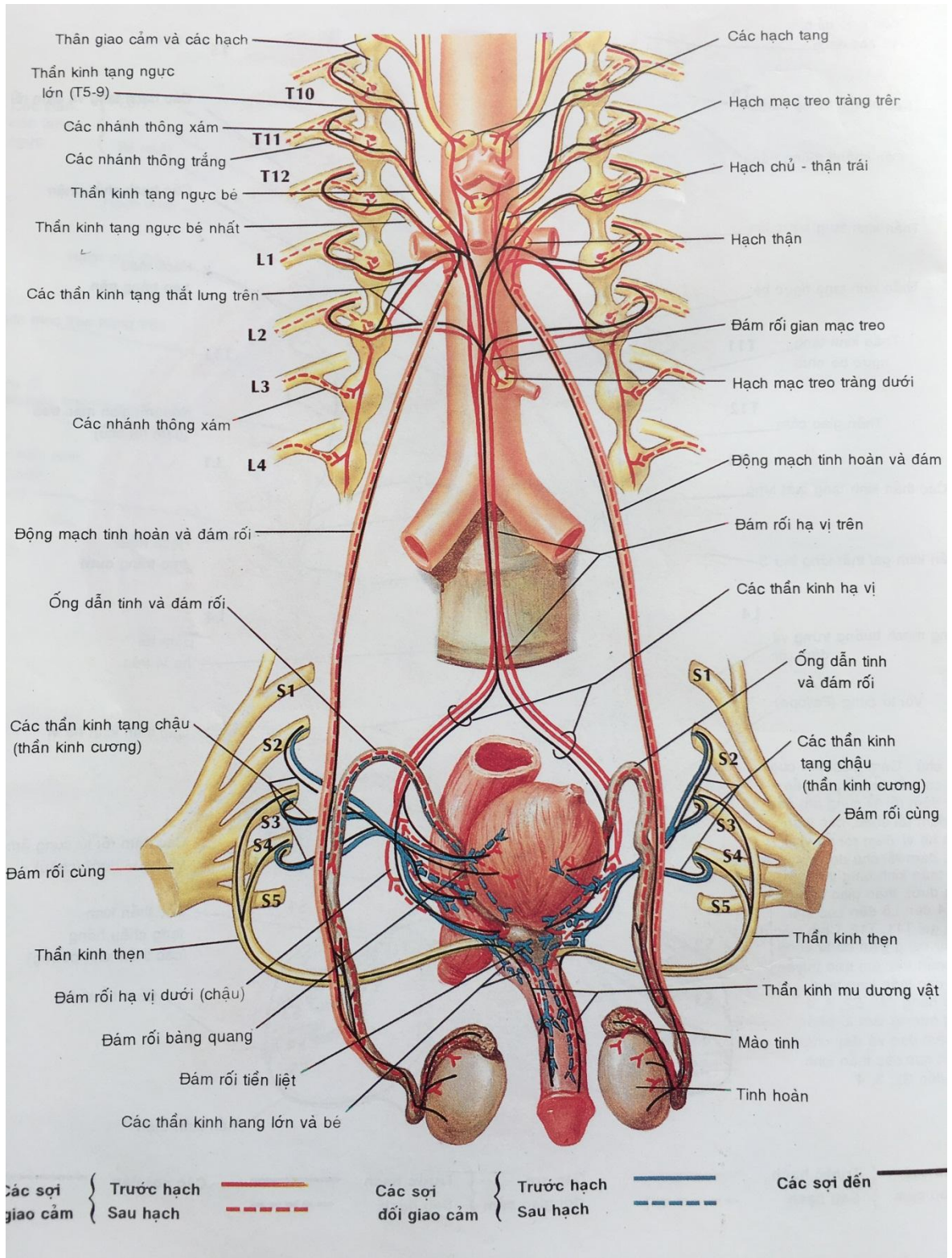
Chi phối cảm giác cho ống hậu môn có sự phân ranh giới giữa đường lược và khoảng 0,3 cm tới 1,5 cm trên điểm này. Trực tràng gần điểm này chỉ cảm giác với sự căng, dẫn truyền theo các sợi phó giao cảm và đám rối chậu tới S2-S4.

Cảm giác hậu môn có vai trò giữ cho hậu môn không bị són phân và bao gồm các cảm giác: sờ, châm kim, nóng, lạnh. Cảm giác này được dẫn truyền bởi nhánh trực tràng dưới của thần kinh thẹn.



Hình 1.4. Hệ thống thần kinh tự trị vùng chậu (nữ)

Nguồn: theo Frank H.N (2012) [52]

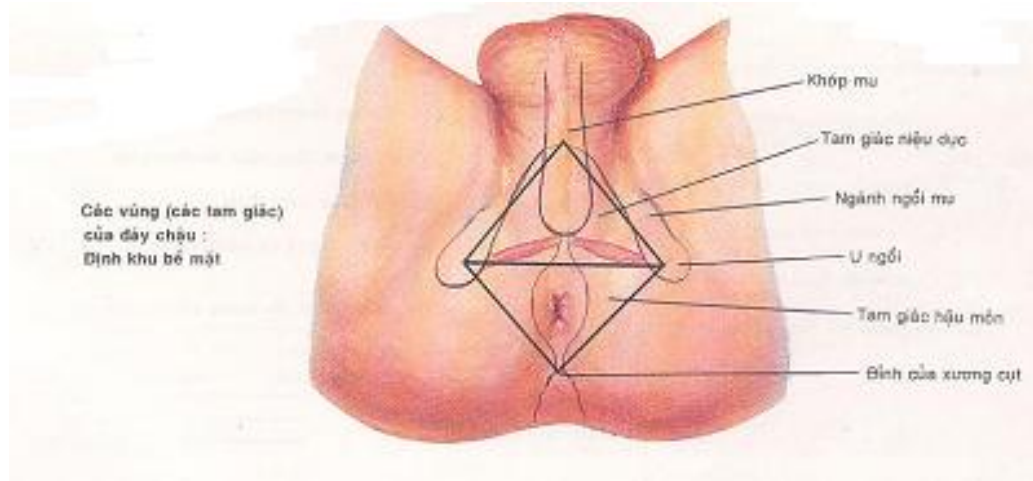


Hình 1.5. Hệ thống thần kinh tự trị vùng chậu (nam)

Nguồn: theo Frank H.N (2012) [52]

1.1.2. Giải phẫu đáy chậu

Đáy chậu là tất cả phần mềm gồm các cân cơ và các dây chằng đáy chậu hông ở phía dưới, có niệu đạo, hậu môn và nếu là nữ có âm đạo chọc qua. Đáy chậu được cấu tạo bởi khung xương và một vách hoành cơ.



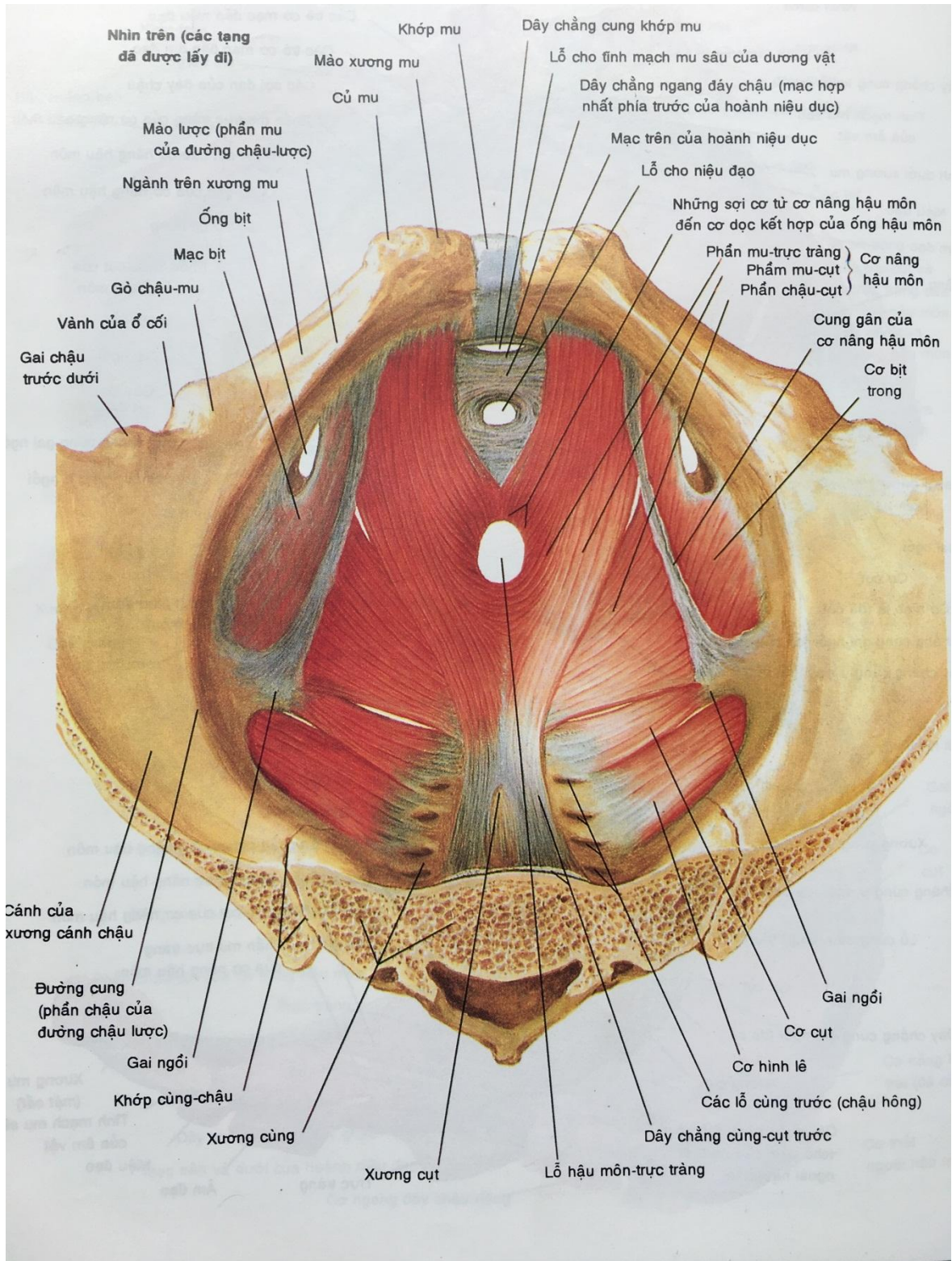
Hình 1.6. Cấu tạo đáy chậu nam

Nguồn: theo Frank H.N (2012) [52]

Vách hoành cơ:

Gồm cơ nâng hậu môn và cơ ngồi cụt tạo nên vách hoành cơ và có 1 cân phủ lên trên các cơ rồi lật lên các thành của chậu hông, cân này được gọi là cân đáy chậu sâu.

- Cơ nâng hậu môn là một cơ giống như một cái quạt xòe từ xương chậu tới hậu môn và xương cùng gồm có 3 phần:
 - Cơ mu cụt: Bám ở mặt sau thân xương mu và cung gân cơ nâng hậu môn, từ đó chạy dọc ra sau đến xương cụt.
 - Cơ mu trực tràng: Bám vào mặt sau thân xương mu từ đó các thớ chạy dọc ra sau và nối với cơ bên đối diện, tạo nên một vòng cơ ở phía sau, chỗ nối ống hậu môn trực tràng.
 - Cơ chậu cụt: Thường ít phát triển có khi chủ yếu là cân bám từ gai ngồi và cung gân của cơ nâng hậu môn đến bám tận vào xương cụt và dây chằng hậu môn cụt.



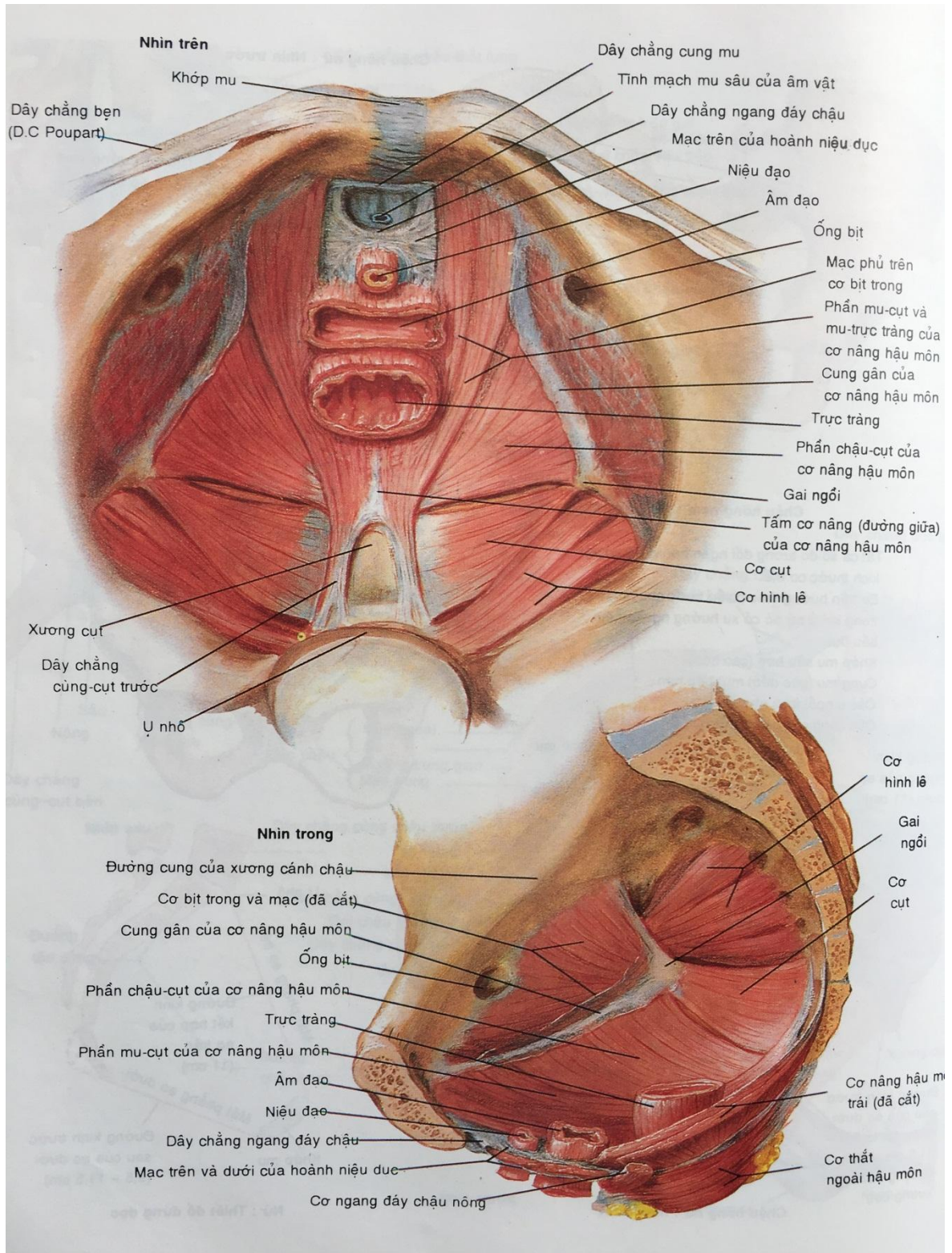
Hình 1.7. Hoành chậu nam (nhìn từ trên)

Nguồn: theo Frank H.N (2012) [52]

- Cơ ngồi cụt hay cơ cụt là một cơ tăng cường cho cơ nâng hậu môn ở phía sau, một phần hay toàn bộ cơ có thể là một tấm cân.

Nói chung hoành chậu hông có tác dụng quan trọng là tạo tấm hoành bịt đáy chậu. Nâng đỡ các tạng trong ổ bụng và vùng chậu dưới áp lực bên trong ổ bụng. Cùng với các cơ thành bụng làm tăng áp lực trong ổ bụng. Kiểm soát sự đi tiểu (phần cơ nâng tuyến tiền liệt ở nam hay cơ mu âm đạo ở nữ).

Phần cơ mu trực tràng có vai trò làm gập chỗ nối ống hậu môn trực tràng. Lúc đại tiện cơ này dẫn làm chỗ gập thẳng ra khiến phân dễ thoát ra ngoài. Ở nữ cơ này có vai trò hướng dẫn đầu thai nhi đi thẳng ra ngoài lúc sinh.



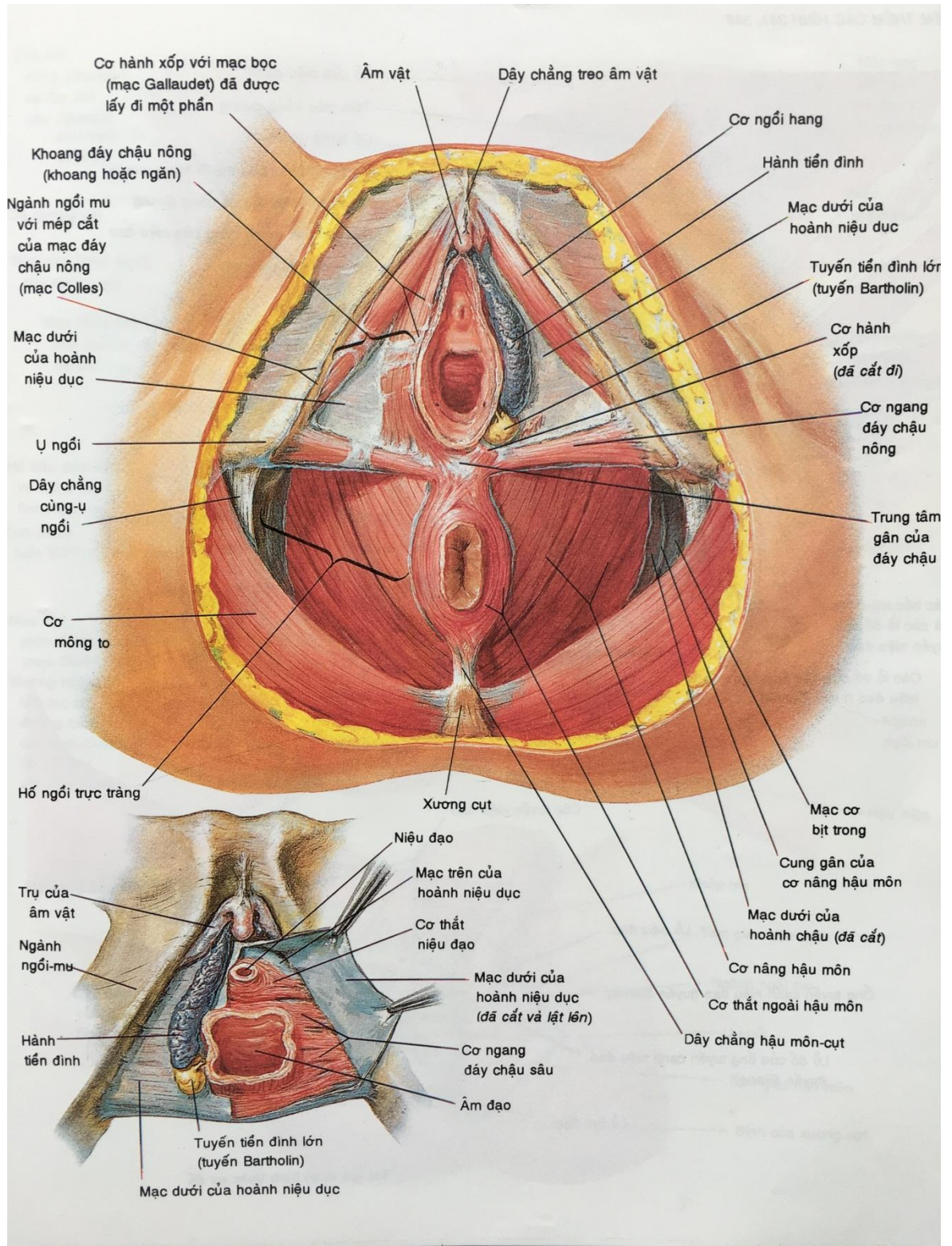
Hình 1.8. Hoành chậu nữ (nhìn từ trên)

Nguồn: theo Frank H.N (2012) [52]

Cân chậu hông: Còn gọi là cân đáy chậu sâu là một cân phủ trên các cơ của chậu hông bé trông như một cái phễu dính ngay ở dưới eo trên, giữa cơ tháp và cân có đám rối thần kinh cùng. Giữa cân và phúc mạc có nhánh của động mạch hạ vị. Như vậy thần kinh nào chạy vào tạng thì phải chọc qua cân, động mạch nào chạy ra nông cũng phải chọc qua cân.

Các lớp đáy chậu: Nhìn chung đáy chậu trước hay đáy chậu sau đều có 3 lớp nhưng cần chú ý hai điểm:

- Các lớp của đáy chậu trước và đáy chậu sau không đều nhau.
- Ở nam và nữ giống nhau ở đáy chậu sau, khác nhau ở đáy chậu trước.



Hình 1.9. Nút thớ trung tâm đáy chậu nữ

Nguồn: theo Frank H.N (2012) [52]

Khi các cấu trúc nâng đỡ của vùng chậu bao gồm các cơ, dây chằng và mạc nội chậu bị suy yếu sẽ dẫn đến sa sàn chậu. Đây là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng rối loạn đại tiện, tiểu tiện (són tiểu, tiểu gấp, táo bón,...) do sa ba tạng chậu (tiết niệu dưới, sinh dục và hậu môn trực tràng). Hiện nay chẩn đoán sa sàn chậu chủ yếu dựa trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ động tổng phân

Sa sàn chậu có thể liên quan đến một hay tất cả các khoang chậu hông biểu hiện bằng hình ảnh căng phồng lên của toàn bộ đáy chậu trong thì nghỉ và rõ nhất là sự hạ thấp bất thường của các cơ quan vùng chậu lúc rặn.

Sa các cơ quan ở các khoang chậu hông cổ bàng quang – bàng quang, niệu đạo (khoang chậu hông trước); cổ tử cung-tử cung và âm đạo (khoang chậu hông giữa); ruột non, đại tràng chậu hông, trực tràng hay mỡ phúc mạc (khoang phúc mạc) được gọi là sa khi cơ quan đó nằm dưới đường mu – cụt, thường thấy trên thì rặn.

Túi sa thành trước trực tràng (Rectocele): là sự phồng ra phía trước hơn 0,5cm của thành trước trực tràng so với vị trí bình thường. Trong khi đó, sự nhô ra của thành sau trực tràng với bất cứ mức độ nào cũng được gọi là túi sa thành sau, nhưng ít gặp hơn. Độ rộng của túi sa được đo từ bờ ngoài khối phồng đến thành bình thường của trực tràng.

Lồng trực tràng – hậu môn là sự phát triển của nếp gấp > 3 mm lõm vào thành trực tràng khi rặn đại tiện. Nếp gấp này có khi chỉ là niêm mạc trực tràng, nhưng cũng có thể là tất cả các lớp của thành trực tràng. Lồng được đặt tên tùy theo vị trí của nó: lồng trực – trực tràng với khối lồng còn nằm trong trực tràng, lồng trực tràng – hậu môn với khối lồng qua khỏi trực tràng nhưng vẫn còn nằm bên trong ống hậu môn và gọi là sa trực tràng khi khối lồng sa hẳn ra bên ngoài ống hậu môn.

Tác động của yếu tố rặn gắng sức kéo dài khi sinh đẻ hoặc táo bón sẽ gây chấn thương trực tiếp lên các cơ nâng đỡ sàn chậu trong đó đặc biệt là với đường nối giữa của bản cơ nâng hậu môn làm bản và khe cơ nâng bị toác rộng, hậu quả là sự sa của 3 tạng chậu ít nhiều chắc chắn xảy ra [29]. Vì vậy khi sa trực tràng có kèm theo sa sàn chậu thì việc điều trị nên phối hợp phục hồi lại sàn chậu để giảm tái phát.

1.2. Bệnh sa trực tràng

Sa trực tràng là một bệnh lành tính, được tạo nên bởi hiện tượng trực tràng chui qua lỗ hậu môn ra nằm ở ngoài hậu môn. Bệnh nhân sa trực tràng được mô tả đầu tiên từ 1.500 năm trước công nguyên [24], [41], [33], [86].



Hình 1.10. Sa trực tràng

Nguồn: Bệnh nhân Lê Văn K, tỉnh An Giang. Số hồ sơ bệnh án: 08-23511.

Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

1.2.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân phát sinh bệnh sa trực tràng đến nay vẫn còn chưa được hiểu biết rõ ràng và chính xác.

- Nguyên nhân giải phẫu: Trực tràng không dính vào thành bụng sau, túi cùng Douglas thấp, đáy chậu khiếm khuyết, sa sàn chậu, thiếu độ cong

xương cùng, độ gấp góc bóng trực tràng – ống hậu môn không đủ, van trực tràng kém phát triển.

- Nguyên nhân sinh hoạt: Suy dinh dưỡng và thiếu vitamin nhóm B, thiếu cân nặng do ăn uống không đầy đủ, táo bón kinh niên, tiêu chảy.

- Nguyên nhân chấn thương: Sau các phẫu thuật sản phụ khoa, tiền sử chấn thương vùng chậu.

1.2.2. Phân loại

Người ta phân sa trực tràng thành 2 loại chính: Sa niêm mạc và sa toàn bộ. Xu hướng trước kia coi đó là những mức độ khác nhau của sự tiến triển dần dần của một bệnh, nên thường gọi sa niêm mạc là sa một phần hay sa chưa hoàn toàn và sa toàn bộ là sa hoàn toàn. Moschowitz (1912) chia sa trực tràng thành 5 độ sa: Chớm sa (chưa sa ra ngoài), sa một phần, sa chưa hoàn toàn, sa hoàn toàn (ra ngoài lỗ hậu môn) và sa một khối lớn.

- Sa niêm mạc: Chỉ có niêm mạc ở phần cuối trực tràng và của ống hậu môn tụt ra ngoài, còn lớp cơ thì vẫn ở tại chỗ, niêm mạc tiếp liền ngay với da ngoài lỗ hậu môn, không có nếp gấp làm thành rãnh phân chia.

- Sa toàn bộ: Cả 3 lớp của thành trực tràng đều lộn ra ngoài, còn gọi là sa hoàn toàn. Sa trực tràng toàn bộ có 2 thể: Sa trực tràng và sa hậu môn trực tràng.

+ Sa trực tràng: Ống hậu môn không lộn ra, chỉ có trực tràng bị tụt ra qua ống hậu môn, khi cho ngón tay vào trong lỗ hậu môn có thể thấy nếp gấp giữa ống hậu môn và đoạn sa, ngón tay có thể luồn vòng quanh rãnh phân chia này.



Hình 1.11. Sa trực tràng

Nguồn: Bệnh nhân Bạch Thị T, tỉnh Bình Thuận. Số hồ sơ bệnh án: 07-021995. Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

- Sa hậu môn trực tràng: Cả ống hậu môn và trực tràng lộn ra ngoài, niêm mạc lòi ra tiếp liền ngay với da ngoài hậu môn, không có rãnh phân chia.



Hình 1.12. Sa hậu môn trực tràng

Nguồn: Bệnh nhân Trần Thị T, Số hồ sơ bệnh án: 10-019233

Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

1.2.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: Thường thì chỉ cần hỏi bệnh cũng đủ để chẩn đoán. Nhưng bao giờ cũng phải nhìn: thấy hình một khối to ở hậu môn, đặc biệt là có những nếp niêm mạc hình vòng tròn đồng tâm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Rất khó. Thường thì không xác định được một cách chắc chắn.

1.2.4. Điều trị

Điều trị sa trực tràng là phẫu thuật. Điều trị nội khoa chỉ có tác dụng giúp thêm cho kết quả của phẫu thuật.

1.2.4.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa nhằm mục đích làm cho đại tiện dễ dàng, không bị táo bón, khi đại tiện không phải rặn.

- Trước hết là thực hiện chế độ ăn dễ tiêu. Nếu cần, dùng thuốc nhuận tràng.

- Hầu hết bệnh nhân sa trực tràng có tiền sử viêm đại tràng. Trước khi phẫu thuật điều trị sa trực tràng, phải chữa viêm đại tràng.

- Không quên điều trị bệnh lỵ amip.

- Nếu có hội chứng ruột kích thích thì phải điều chỉnh tốt hội chứng này trước khi mổ.

- Ấn đẩy khối sa lên

Trong hầu hết các trường hợp các khối trực tràng sa tụt ra dễ dàng và tự bệnh nhân ấn đẩy lên dễ dàng. Phương pháp ấn đẩy khối sa chỉ có tác dụng tạm thời, để chờ phẫu thuật tiếp theo sau.

1.2.4.2. Điều trị ngoại khoa: Là cách điều trị hiệu quả đối với bệnh sa trực tràng.

1.3. Một số phương pháp phẫu thuật điều trị sa toàn bộ sa trực tràng

Hippocrate mô tả nhiều phương pháp (PP) điều trị bệnh nhân sa trực tràng trong đó có treo và lắ bệnh nhân làm cho ruột trở về vị trí cũ [58]. Năm 1910 các phương pháp điều trị sa trực tràng qua đường tầng sinh môn đã được thực hiện. Năm 1912 Moschcowitz thực hiện điều trị sa trực tràng theo đường bên trong ổ bụng. Thế kỷ 20 rất nhiều tác giả đã đề xuất các phương pháp điều trị sa trực tràng qua đường bụng và tầng sinh môn: Năm 1934 Carrasco thống kê được khoảng 100 phương pháp. Đến năm 1963 Titarenco tổng kết có đến trên 150 phương pháp và hiện nay có hơn 200 phương pháp phẫu thuật điều trị sa trực tràng, tuy mỗi phương pháp dựa trên cơ sở lý luận về nguyên nhân phát sinh bệnh sa trực tràng khác nhau nhưng mục đích chung vẫn là giảm tỉ lệ tái phát, giảm bón và giảm tình trạng tiêu không tự chủ sau mổ [10].

Các nhóm phương pháp phẫu thuật được thực hiện là phẫu thuật theo đường tầng sinh môn, phẫu thuật theo đường bụng và phương pháp phẫu thuật nội soi có sử dụng mảnh ghép hay không sử dụng mảnh ghép.

Việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nào cho từng nhóm đối tượng bệnh nhân vẫn còn đang được nhiều tác giả nghiên cứu, vì mỗi phương pháp phẫu thuật đều có những ưu và nhược điểm riêng.

Phẫu thuật theo đường tầng sinh môn:

- Khâu quần vòng lỗ hậu môn.
- Cố định trực tràng.
- Khâu gấp cơ trực tràng.
- Cắt đoạn trực tràng bị sa.
- Tạo dính giữa trực tràng và xương cùng.

Phẫu thuật theo đường bụng:

- Phẫu thuật cố định trực tràng.
- Cắt đoạn đại trực tràng.

Phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô:

- Có sử dụng mảnh ghép.
- Không sử dụng mảnh ghép.
- Khâu treo trực tràng ụ nhô có hoặc không có cắt đoạn đại trực tràng.

Nguyên tắc phẫu thuật chung:

Tất cả bệnh nhân trải qua điều trị sa trực tràng cần phải được làm sạch đại tràng trước mổ bằng thụt tháo qua hậu môn hoặc làm sạch ruột qua việc uống thuốc tẩy ruột, thường dùng fleet soda hoặc fortran. Kháng sinh phổ rộng thường được sử dụng trong thời kỳ hậu phẫu, đặc biệt khi có sử dụng mảnh ghép.

1.3.1. Phẫu thuật theo đường tầng sinh môn

1.3.1.1. Khâu quán vòng lỗ hậu môn (phẫu thuật Thiersch)

Mục tiêu của phẫu thuật là tạo một vòng xơ có kích thước mong muốn ở cơ thắt hậu môn.

Sát trùng thật sạch vùng hậu môn. Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, hông kê cao. Dùng chỉ với hai kim ở hai đầu. Chọc kim thứ nhất qua da ở vị trí 12 giờ, cách lỗ hậu môn 1 cm, đẩy kim đi qua 9 giờ đến 6 giờ. Chọc kim thứ hai qua da ở vị trí 12 giờ, đẩy kim đi qua 3 giờ đến 6 giờ. Hai đầu sợi chỉ gặp nhau ở 6 giờ. Thắt chỉ, khi thắt người trợ thủ đặt vào lỗ hậu môn que nong Hegar hay ngón tay để chừa lại chỗ cho phân đi qua. Nút chỉ thắt dẫu dưới da. Không cần khâu lỗ chọc kim. Sợi chỉ nằm ở cơ thắt ngoài, lâu ngày sợi chỉ tạo nên một vòng xơ đủ chiều dày để không dẫn nở nhiều, ngăn không cho trực tràng sa xuống. Chỉ được dùng là loại tiêu chậm, cỡ lớn như Vicryl số 2. Khoảng 5 - 6 tháng sau vòng xơ được hình thành. Nếu khi trước khâu bằng chỉ không tiêu thì phải cắt chỉ. Đưa ngón trỏ vào ống hậu môn, nâng nhẹ sẽ sờ thấy rõ nút chỉ. Dùng dao nhỏ rạch nhẹ trên da, cắt nút chỉ và rút sợi chỉ ra dễ dàng.

Tỉ lệ tái phát của phương pháp này khá cao, khoảng 60% [6, tr. 179-192].

Chỉ định:

Ngày nay phẫu thuật này chỉ được sử dụng cho trẻ em và cho các cụ già ốm yếu, có nhiều bệnh mãn tính kèm theo không chịu được các phẫu thuật lớn vùng bụng.

Biến chứng:

- Biến chứng thường là tắc nghẽn sự thoát phân, bệnh nhân cảm giác sự tống xuất phân không được hoàn toàn khi đại tiện.

- Nhiễm trùng vết thương là thường gặp. Đó là lý do thứ hai để lấy vòng chỉ ra.

- Nếu hoại tử da, nhiễm trùng hoặc tắc nghẽn thoát phân thì vòng chỉ cần phải được cắt lấy ra. Cuộc mổ lần sau có thể được thực hiện nếu vết thương đã lành sẹo.

Một số phẫu thuật cải biên của phương pháp phẫu thuật Thiersch.

Có thể dùng các vật liệu khác nhau để thực hiện kỹ thuật khâu vòng hậu môn: Dacron, Marlex, Prothèse, Angelchik...

Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật Thiersch và những cải biên, phẫu thuật này thường ít được sử dụng, tỉ lệ biến chứng cao. Hơn nữa các phẫu thuật này không chữa được nguyên nhân sa trực tràng, chắc chắn sẽ tái phát nếu chất liệu sử dụng trong phẫu thuật được lấy đi. Tuy nhiên một vài trường hợp hạn hẹp có thể sử dụng phẫu thuật Thiersch như bệnh nhân già không thể chịu được cuộc mổ lớn.

1.3.1.2. Treo trực tràng đường đáy chậu

*** Kỹ thuật của Wyatt (1981)**

Treo trực tràng qua đường đáy chậu nhờ trợ giúp của Prothèse nhân tạo. Đường vào hình cung qua khoang sau hậu môn, tới khoang sau trực tràng

qua đường liên cơ thắt và mở cân Waldeyer. Trục tràng dưới phúc mạc được phẫu tích rộng rãi. Một miếng chất dẻo Mersilène kích thước 8 x 10 cm được cố định vào mặt trước xương cùng và cả hai mặt bên của trục tràng như kỹ thuật Wells.

Chi định:

BN lớn tuổi già yếu, có nhiều bệnh mãn tính kèm theo, không chịu được các phẫu thuật lớn vùng bụng.

Biến chứng:

Nhiễm trùng vùng tầng sinh môn, chảy máu mạng tĩnh mạch trước xương cùng.

Araki (1999) thực hiện khâu treo trục tràng vào mặt trước xương cùng qua đường tầng sinh môn điều trị 5 BN STT tái phát, qua thời gian theo dõi 3 năm không có bệnh nhân nào bị tái phát STT [19].

1.3.1.3. Phẫu thuật cắt trục tràng đường đáy chậu

*** Phẫu thuật Delorme**

Phẫu thuật được Delorme mô tả vào năm 1900, thực hiện cắt bỏ niêm mạc của trục tràng sa kết hợp với khâu gấp lại lớp cơ được thực hiện dưới gây tê vùng hoặc tê tại chỗ.

Kỹ thuật kinh điển:

Kéo đoạn sa ra ngoài nhờ các pincers Babcock, một đường cắt vòng quanh niêm mạc trục tràng bằng dao điện ở vị trí 1,5 cm trên đường lược. Tiêm ngấm vào dưới niêm mạc dung dịch Xylocaine có adrenaline với mục đích để giảm chảy máu. Phẫu tích dưới niêm mạc làm xuất hiện lớp cơ vòng trong màu xanh xám ở mức cơ thắt trong tạo thành một ống niêm mạc tới tận đỉnh của khối sa và tiếp tục kéo căng và bóc tách niêm mạc, chiều dài toàn bộ ống niêm mạc được bóc tách khoảng 15-30 cm.

Sự thu giữ ngăn lại phần cơ đã được bóc trần nhờ việc khâu gấp dọc bằng 8-10 nút buộc ở bốn phía trực tràng. Thu gấp dần dần từng bình diện một, cuối cùng là nối niêm mạc phần trên với phần còn lại bên dưới và cắt bỏ ống niêm mạc từng phần theo chu vi.

Chỉ định:

Phẫu thuật này thích hợp lựa chọn điều trị sa niêm mạc trực tràng và đối với những người có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa không thể thực hiện mổ lớn.

Biến chứng:

Những biến chứng thông thường bao gồm chảy máu, tụ máu, xì rò miệng nối, chít hẹp trực tràng, đại tiện không tự chủ và tái phát.

Theo y văn thế giới và trong nước, tỉ lệ tái phát của phẫu thuật này là khoảng 10 - 38% [58],[77],[80],[96],[117],[122].

* **Phẫu thuật STARR (2001)**

Năm 2001 Bác sĩ Antonio Longo giới thiệu phương pháp phẫu thuật mới ít xâm lấn để điều trị bệnh lý sa trực tràng kiểu túi gọi là phẫu thuật STARR (Stapled Transanal Rectal Resection). Năm 2004 Bác sĩ Antonio Longo công bố phương pháp phẫu thuật này trong điều trị hội chứng tổng phân tác nghẽn do bệnh lý sa trực tràng kiểu túi và lồng trực tràng hậu môn.

Chỉ định:

Sa trực tràng kiểu túi và lồng trực tràng hậu môn.

Kỹ thuật:

Sử dụng hai bộ máy PPH 01 (Ethicon Endo – Surgery) có sẵn van vòng banh hậu môn bằng nhựa trong đường kính 33 mm.

Bước 1: Bộc lộ túi sa trực tràng.

Bước 2: Cắt túi sa thành trước trực tràng.

Khâu cột ba mũi chỉ Prolene 2.0 vào túi sa trực tràng theo trục dọc trực tràng ở vị trí 10, 12, 2 giờ cách đường lược khoảng 5 cm lấy hết thành trực tràng, hai đầu chỉ chừa khoảng 20 cm, cột một đầu chỉ ở vị trí 12 giờ với hai đầu chỉ ở vị trí 2 giờ với nhau và một đầu chỉ ở vị trí 12 giờ với hai đầu chỉ ở vị trí 10 giờ. Sau khi khâu và bộc lộ túi sa, kéo lộn túi sa ra hoàn toàn, mở máy PPH 01 đưa vào trong trực tràng, kéo đầu chỉ cột giữa vị trí 12 giờ và 2 giờ và vị trí 12 giờ và 10 giờ vào lỗ kéo chỉ rồi cột lại với nhau, giữ nút cột này kéo túi sa vào trong khoang cắt của máy và vặn đóng dần đầu cắt, bấm máy.

Bước 3: Cắt túi sa thành sau trực tràng.

Cách làm cũng tương tự cắt túi sa thành trước, nhưng ba mũi khâu ở vị trí 4, 6, 8 giờ.

Biến chứng:

Đau vùng hậu môn, chảy máu vết mổ, bí tiểu, nhiễm trùng vết mổ, hẹp hậu môn trực tràng, rò trực tràng âm đạo.

Trần Đình Cường năm 2011 nghiên cứu điều trị 35 bệnh nhân nữ sa trực tràng kiểu túi bằng phẫu thuật STARR tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, kết quả: kích thước túi sa trực tràng giảm: $1,85 \pm 1,06$ cm, hết túi sa trực tràng 35,7%, còn túi sa trực tràng độ I: 39,3%, hết lồng trực tràng hậu môn: 100%. Biến chứng: bí tiểu sau mổ: 68,6%.

Không chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, hẹp trực tràng, rò âm đạo trực tràng.

*** Cắt đoạn trực tràng bị sa.**

- **Phẫu thuật Mikulicz** (1989) cắt bỏ hoàn toàn đoạn trực tràng sa.

Kéo đoạn trực tràng sa và cắt bỏ bằng một đường cắt ngang ở ống ngoài cách mép hậu môn 1cm theo từng lớp và tiếp theo cắt ống trong bởi một đường cắt tương ứng, hai ống được nối với nhau.

Chỉ định:

Áp dụng cho sa trực tràng bị thắt nghẹt và hoại tử, BN già không mổ theo đường bụng được.

Biến chứng:

Xì rò miệng nối, viêm nhiễm vùng tầng sinh môn.

Tỉ lệ tái phát của phẫu thuật này là khoảng 60% và tỉ lệ tiêu không tự chủ sau mổ là 50% [6].

- Phẫu thuật của Altemeier:

Được Altemeier mô tả năm 1971.

Kỹ thuật: Khâu bít túi cùng Douglas, cắt bớt đoạn ruột sa ra ngoài và khâu gấp lại cơ nâng hậu môn.

Cắt trực tràng - đại tràng chậu hông: Cắt vòng tròn toàn bộ ống ngoài của khối trực tràng sa ở vị trí cách đường lược 2-3 cm. Ống trong là trực tràng và đại tràng Sigma được kéo ra ngoài sau khi mở lớp phúc mạc. Túi cùng Douglas được khâu lại ở trên thật cao, miệng nối đại tràng-hậu môn được thực hiện bằng khâu mũi rời chỉ tiêu chậm hoặc máy khâu tự động.

Chỉ định:

Sa niêm mạc trực tràng và đối với những người có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa không thể thực hiện mổ lớn.

Biến chứng:

Chảy máu, tụ máu, xì rò miệng nối, chít hẹp trực tràng, đại tiện không tự chủ.

Tỉ lệ tái phát 0 – 16% [86].

Năm 2009, Altomare thực hiện nghiên cứu điều trị 93 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật Altemeier cắt trực tràng đại tràng Sigma qua ngã tầng sinh môn, tuổi trung bình của bệnh nhân là 77 tuổi.

Kết quả qua thời gian theo dõi trung bình 41 tháng có 17 bệnh nhân (18%) tái phát hoàn toàn. Tái phát sa niêm mạc 6 bệnh nhân. Tiêu không tự chủ cải thiện 30 bệnh nhân (28%). Tai biến biến chứng nặng 8,3% (3 tụ máu vùng chậu, 1 xì rò miệng nối ruột, 1 thủng đại tràng Sigma, 1 áp xe cạnh hậu môn, 2 hẹp hậu môn) [18].

Ris (2009) [102] thực hiện nghiên cứu điều trị 60 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật Altemeier, tỉ lệ nam/nữ = 1/5, tuổi bệnh nhân trung bình là 77 tuổi, thời gian mổ trung bình 120 phút (60 – 120 phút). Biến chứng có 1 bệnh nhân tụ máu trước xương cùng, 1 bệnh nhân bục vết khâu ruột. Thời gian theo dõi trung bình 48 tháng, có 8 bệnh nhân tái phát, tỉ lệ 14%.

Ciocco W.C (2010)[42] nghiên cứu điều trị 103 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật Altemeier từ năm 2000 đến năm 2009, trong đó có 99 nữ, thời gian mổ trung bình 97,7 phút (50 – 180 phút). Biến chứng có 2 bệnh nhân bị hẹp miệng nối, 2 bệnh nhân rò âm đạo - trực tràng. Thời gian theo dõi trung bình 43 tháng, không có bệnh nhân tái phát.

- **Phẫu thuật của Prasad (1986):** Kỹ thuật này có thể kết hợp cắt trực-đại tràng Sigma khâu cơ nâng ở trước, sau hậu môn và treo đại tràng nhờ khâu với cân trước xương cụt ở trên sàn chậu. Việc cắt đại-trực tràng kết hợp với tái tạo góc hậu môn-trực tràng nhằm mục đích cải thiện tình trạng tự chủ hậu môn.

Kỹ thuật:

Đường rạch phía trước xương cùng cụt, tách qua cơ nâng hậu môn, bóc lộ trực tràng, mở phúc mạc phía trước, di động trực tràng hoàn toàn, đoạn đại tràng Sigma dài được kéo qua vết mổ ra ngoài. Cơ nâng hậu môn được khâu ngăn lại phía trước trực tràng, khâu lại phúc mạc, cắt đoạn đại tràng Sigma, nối tận tận với trực tràng, khâu kín vết mổ.

Ưu điểm:

Lợi thế của phẫu thuật này là không mở bụng, phục hồi được cơ nâng hậu môn, làm hẹp lại những khiếm khuyết ở sàn chậu, làm bí lại túi cùng Douglas.

Chỉ định:

Bệnh nhân sa trực tràng có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa không thể thực hiện mổ lớn, có kèm theo khiếm khuyết ở sàn chậu.

Biến chứng:

Chảy máu, tụ máu, xì rò miệng nối. Bệnh nhân bị đau nhiều ở vết thương của xương cùng cụt.

1.3.1.4. Phẫu thuật kết hợp giữa mổ bụng và mổ qua tầng sinh môn

Dunphy báo cáo phẫu thuật kết hợp giữa mổ bụng và tầng sinh môn điều trị sa trực tràng. Phẫu thuật qua tầng sinh môn giống như Altemeier. Vài ngày sau mổ bụng di động trực tràng và khâu gấp lại hai dây chằng bên trực tràng. Khâu bí túi cùng Douglas như Moschcowitz.

1.3.1.5. Một số kỹ thuật trợ giúp ở các cơ vùng đáy chậu

Sau khi treo trực tràng mà tình trạng cơ thắt hậu môn mất trương lực hoặc đai cơ đáy chậu bị nhão, nặng hơn là cơ thắt bị tổn thương phá hủy, có tình trạng mất tự chủ hậu môn thì việc áp dụng các kỹ thuật sửa chữa lại cơ thắt và cơ đáy chậu là rất cần thiết.

1.3.2. Phẫu thuật theo đường bụng

1.3.2.1. Phẫu thuật treo trực tràng

Những động tác chung cho tất cả các kỹ thuật:

- Giải phóng trực tràng dưới phúc mạc:
- + Đường vào: đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường bên trái.

+ Thăm dò tổn thương: Căng đại tràng Sigma thấy được chiều sâu không bình thường của Douglas, sự kéo dài của mạc treo đại tràng chậu hông, tình trạng nhão của phúc mạc chậu hông, trực tràng nằm xếp nếp dưới phúc mạc.

- Giải phóng trực tràng dưới phúc mạc:

+ Đường rạch hình vệt phúc mạc chậu hông ở chỗ gấp của mạc treo đại tràng Sigma bắt đầu từ bên phải trên ụ nhô rồi theo đường bám của rễ mạc treo đại tràng Sigma xuống tới túi cùng Douglas. Đường vòng cung đi sát gần với thành trực tràng, sang trái ngược lên trên một cách tương xứng đối chiếu với đường rạch bên phải, chú ý tránh các dây thần kinh và mạch máu trước xương cùng.

- Giải phóng rễ nguyên ủy của mạc treo đại tràng Sigma: bằng cách tạo nên một đường hầm nhờ 2 đường rạch phúc mạc trước ụ nhô, chú ý không làm tổn thương đám rối mạch máu trước xương cùng và mạch máu chậu trái. Sự bóc tách rễ mạc treo đại tràng Sigma là chìa khóa để phát hiện khoang sau trực tràng.

- Giải phóng trực tràng phía trước và phía sau: thực hiện bóc tách trong bao trực tràng sát lớp cơ và càng xuống thấp càng tốt tới tận cơ nâng hậu môn.

- Phục hồi phúc mạc thành bụng và cố định đại tràng Sigma vào bờ trên chậu hông nhỏ để đặt trực tràng ra ngoài phúc mạc sau khi đã cố định trực tràng.

Có nhiều phương pháp khâu cố định trực tràng:

*** Phẫu thuật treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép nhân tạo**

- Phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô Orr-Loygue

Năm 1947, Orr mô tả phương pháp treo trực tràng vào ụ nhô xương cùng bằng một dải cân. Về sau Loygue cùng với Orr cải biên kỹ thuật bao

gồm di động toàn bộ trực tràng và báo cáo kinh nghiệm với 257 bệnh nhân, tái phát 4,3% [82].

Kỹ thuật:

Bệnh nhân nằm tư thế Trendelenburg, vào bụng theo đường trắng giữa dưới rốn, thực hiện treo trực tràng vào ụ nhô nhờ 2 dải dọc nhỏ, trước đây các dải dọc này được lấy ra từ cân cơ căng cân đùi (kỹ thuật của Orr - 1947). Ngày nay người ta sử dụng chất dẻo tổng hợp có chiều rộng 2 cm và chiều dài 8 - 10 cm (kỹ thuật của Loygue - 1957). Hai dải này được khâu ở mặt trước bên của trực tràng thật thấp bằng 6 - 8 mũi chỉ không tiêu vào lớp cơ, trực tràng được kéo căng lên, đầu trên của các dải dọc được khâu vào dây chằng chung trước cột sống ở ụ nhô. Việc đặt trực tràng ra ngoài phúc mạc được thực hiện bằng cách cố định đại tràng Sigma vào bờ trên chậu hông nhỏ chỗ bóc tách phúc mạc ra để giải phóng trực tràng. Kỹ thuật này được áp dụng nhiều ở Pháp.

Chỉ định:

Sa trực tràng ở người lớn, không có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa, có thể thực hiện mổ lớn vùng bụng.

Biến chứng:

Chảy máu mạng tĩnh mạch trước xương cùng. Viêm đau đĩa sụn thất lưng cùng do khi khâu cố định vào ụ nhô khâu phải đĩa sụn L₅ - S₁. Nhiễm trùng mảnh ghép.

Tỉ lệ tái phát khoảng 0 -10%

Tái phát sa trực tràng sau khi đặt mesh thường do lỗi kỹ thuật, có thể mesh không được khâu sát vào cân trước xương cùng mà chỉ khâu vào mô lỏng lẻo xung quanh, hoặc có thể do đại tràng Sigma và trực tràng không được kéo đủ căng khi khám, lưới không được đặt đủ thấp. Những trường hợp

này thường gặp ở những người nam có khung chậu hẹp, sự di động trực tràng gặp khó khăn, không thể xuống sâu.

Portier (2006) [99] nghiên cứu từ năm 1993 đến 2004 điều trị 73 bệnh nhân sa trực tràng bằng phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô (phương pháp Orr – Loygue), qua thời gian theo dõi trung bình 28,6 tháng có 3 bệnh nhân tái phát (tỉ lệ 4,1%). Có 1 bệnh nhân bị biến chứng mảnh ghép xâm nhập vào thành sau âm đạo sau mổ 1 năm.

Marchal (2005) [90] nghiên cứu điều trị 109 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân, nhóm 1: mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô theo phương pháp Orr – Loygue (49 BN), nhóm 2: khâu xếp nếp trực tràng (phương pháp Delorme) (60 BN). Nhóm 1 qua thời gian theo dõi trung bình 106 tháng có 2 bệnh nhân tái phát (4%), nhóm 2 qua thời gian theo dõi trung bình 73 tháng có 14 bệnh nhân tái phát (23%).

- Phẫu thuật Wells

Phẫu thuật được mô tả vào năm 1959, sử dụng tấm lưới nhân tạo là Ivalon (Polyvinyl – Alcoolo) dày 3mm (có thể thay bằng Marlex hoặc Mersilène) kích thước 15 x 10cm được cố định vào giữa cân trước xương cùng, còn hai đầu ôm quanh trực tràng cố định vào lớp cơ và để hở cách nhau 1/3 chu vi bóng trực tràng.

Chỉ định:

Sa trực tràng ở người lớn, không có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa, có thể thực hiện mổ lớn vùng bụng

Biến chứng:

Chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng, tăng táo bón do mảnh ghép co rút.

Tỉ lệ tái phát 0 – 5%, tỉ lệ táo bón có thể bị tăng sau mổ [30],[44],[58],[117],[129].

- **Phẫu thuật Ripstein**

Đây là kỹ thuật được Ripstein mô tả năm 1952. Sau khi giải phóng trực tràng dùng một miếng Teflon làm nền bao bọc lấy bóng trực tràng có chiều rộng 5cm cố định 2 đầu ở giữa cân trước xương cùng dưới ụ nhô 5cm, bờ trên và dưới của Teflon được khâu vào cơ của trực tràng. Một số tác giả sử dụng tấm lưới nhân tạo khác như Marlex, Goretex...

Chỉ định:

Sa trực tràng ở người lớn, không có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa, có thể thực hiện mổ lớn vùng bụng

Biến chứng:

Tắc ruột, tắc nghẽn phân, rò trực tràng âm đạo. Tỷ lệ táo bón có thể bị tăng sau mổ [58].

Tỷ lệ tái phát 0 – 13%.

- **Phẫu thuật Sarles**

Phối hợp cả hai phương pháp cố định. Ở phía sau khâu dính trực tràng vào xương cùng theo chiều cong của xương. Phía trước cố định bằng một dải. Theo tác giả, với kỹ thuật phối hợp này trực tràng không bị quá căng. Trực tràng bị kéo quá căng sẽ gây bón sau mổ.

Chỉ định:

Sa trực tràng ở người lớn, không có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa, có thể thực hiện mổ lớn vùng bụng

Biến chứng:

Tắc ruột, tắc nghẽn phân, tăng táo bón.

Tỷ lệ tái phát 0 – 13%.

* **Phẫu thuật khâu treo trực tràng trực tiếp vào ụ nhô**

(Không sử dụng mảnh ghép)

Khâu treo mặt sau trực tràng vào ụ nhô trực tiếp bằng các mũi khâu rời chỉ không tiêu được Cutait mô tả năm 1959 [58].

Kỹ thuật:

Sử dụng chỉ không tiêu khâu cố định trực tràng vào ụ nhô xương cùng bằng ba mũi khâu. Ba mũi khâu là ba đỉnh của một tam giác. Trực tràng được dính vào xương cùng trên một diện hình tam giác, chứ không phải trên một điểm như khi khâu một mũi hay một đường khi khâu hai mũi. Về phía trực tràng khâu vào lớp thanh cơ, không lấy niêm mạc để tránh làm viêm nhiễm khoang sau trực tràng. Trong khi khâu luôn phải kéo trực tràng lên cao để trực tràng không bị sa lại. Về phía ụ nhô, mũi khâu lấy vào lớp màng xương của xương cùng. Động tác khâu của mũi này như dùi vào màng xương của xương cùng. Sau khâu, khi chưa thắt chỉ, cầm hai đầu sợi chỉ kéo thử, sợi chỉ phải được xương cùng giữ chặt. Thắt chỉ bằng nhiều nút dẹt để sau mổ, khi rặn đại tiện, chỉ không bị tụt.

Chỉ định:

Sa trực tràng ở người lớn, không có nguy cơ cao kèm theo bệnh lý nội khoa, có thể thực hiện mổ lớn vùng bụng.

Biến chứng:

Chảy máu mạng tĩnh mạch trước xương cùng, tăng táo bón

Tỉ lệ tái phát từ 0 – 10% [70],[128].

Đỗ Đình Công, Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định báo cáo kết quả nghiên cứu 10 bệnh nhân sa trực tràng được điều trị theo phương khâu treo trực tràng ụ nhô trong 3,5 năm (1983 - 1986), không có bệnh nhân tái phát [3].

Nguyễn Văn Xuyên [15] (Năm 2007) báo cáo kết quả nghiên cứu 36 bệnh nhân sa trực tràng được điều trị theo phương khâu treo trực tràng ụ nhô từ năm 1987 – 2007, qua thời gian theo dõi 5 năm có 1 ca tái phát vào tháng thứ 2 và 1 ca tái phát vào tháng thứ 12 sau mổ.

1.3.2.2. Cắt đại tràng kết hợp với cố định trực tràng vào xương cùng:

Kỹ thuật:

Sau khi giải phóng đại tràng Sigma và trực tràng nhưng phải để nguyên các dây chằng bên, căng đại tràng và cố định phía sau trực tràng vào cân trước xương cùng bằng hai đường khâu hai bên, cắt đoạn đại tràng trái thấp hoặc cắt đoạn đại tràng Sigma và thực hiện miệng nối đại tràng – trực tràng không được căng ở ngang mức ụ nhô.

Chỉ định:

Sa trực tràng ở người lớn, sa trực tràng có táo bón do đại tràng Sigma dài

Biến chứng:

Xi rò miệng nối ruột, nhiễm trùng vùng chậu, viêm phúc mạc. Tăng tỉ lệ nhiễm trùng mảnh ghép.

Tỉ lệ tái phát từ 0 – 10%

1.3.3. Phẫu thuật nội soi điều trị STTTB

* Trên thế giới

Vào những năm 1960 trên thế giới có nhiều phát minh về quang học. Đến năm 1986 phẫu thuật nội soi ra đời. Sự ra đời của phẫu thuật nội soi là một bước ngoặt lớn trong ngành phẫu thuật. Ngày nay ở một số lĩnh vực, phẫu thuật mổ nội soi đã hoàn toàn thay thế mổ mở. Sở dĩ PTNS được ưa chuộng và được sử dụng mỗi khi có thể là vì nó ít xâm hại hay nói cách khác là xâm hại tối thiểu.

Trong lĩnh vực ngoại tiêu hóa, năm 1992 Berman là người đầu tiên báo cáo kết quả thực hiện phẫu thuật khâu treo trực tràng qua nội soi ổ bụng [6],[16].

Bất kỳ phẫu thuật điều trị sa trực tràng theo đường bụng nào cũng đều có thể thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi ngoại trừ những trường hợp chống chỉ định mổ nội soi do không thể thực hiện gây mê toàn thân.

Phương pháp phẫu thuật nội soi thường được dùng điều trị sa trực tràng toàn bộ là khâu treo trực tràng có hoặc không sử dụng mesh, có hoặc không có cắt đoạn đại tràng.

Tỉ lệ tử vong của khâu treo qua nội soi từ 0 - 3%, tái phát từ 0 - 10%. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng phương pháp phẫu thuật nội soi có hiệu quả như mổ mở trong điều trị sa trực tràng nhưng có nhiều ưu điểm là ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sức khỏe nhanh hơn.

Rối loạn chức năng ruột sau mổ: Táo bón và tiêu không tự chủ phụ thuộc vào phương pháp khâu treo.

Kairaluoma (2003) [67] thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị 53 bệnh nhân sa trực tràng toàn bộ bằng phương pháp PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô trực tiếp (26 BN) và khâu treo trực tràng có kèm cắt đoạn đại tràng (27 BN). Biến chứng sau mổ xì rò miệng nối ruột 1 BN, hẹp miệng nối ruột 1BN, thoát vị lỗ trocar 1 BN, tụ máu trước xương cùng 2 BN. Tỉ lệ tái phát là 6% (3 BN). Cả 3 BN tái phát ở nhóm khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng. 60% BN táo bón trước mổ đã giảm táo bón sau mổ 12 tháng.

Dulucq [50] thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị 77 bệnh nhân sa trực tràng toàn bộ bằng phương pháp Wells từ năm 1999 – 2005. Tái phát 1,4%, táo bón được cải thiện 36% trường hợp, bón sau mổ 18%. Tác giả kết luận: Phẫu thuật Wells qua nội soi được thực hiện điều trị sa trực tràng cho kết quả chức năng tốt, tỉ lệ tái phát thấp. Tuy nhiên vấn đề táo bón sau mổ cần được quan tâm.

Ashari [20] thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng có kết hợp cắt đoạn đại tràng Sigma từ năm 1992 đến năm 2003 điều trị 117 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng. Kết quả qua thời gian theo dõi 62 tháng có 2 bệnh nhân (2,5%) sa tái phát hoàn toàn, 14 bệnh nhân (18%) tái phát sa niêm mạc trực tràng, một bệnh nhân xì dò miệng nối ruột tạo áp xe vùng chậu, không có bệnh nhân táo bón mới.

Johnson (2007) [65] thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng có kèm theo cắt đoạn đại tràng điều trị 15 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng và 5 BN mổ mở. Kết quả: Trong nhóm mổ mở có 1 BN tái phát sau mổ 6 tháng. Táo bón cải thiện 70%, táo bón không thay đổi 15%, táo bón tăng 15%. 5 BN bị tai biến và biến chứng (25%): 1 BN thủng bàng quang, 3 BN nhiễm trùng vết mổ, 1 BN tụ máu vị trí lỗ trocar.

Chaudhry (2010) [39] thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng điều trị 36 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng. Có 1 bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở. Có 1 bệnh nhân (3%) sa tái phát hoàn toàn sau mổ 3 tháng. Táo bón cải thiện 60%. Tiêu không tự chủ cải thiện 80%.

Auguste (2006) [22] thực hiện phương pháp phẫu thuật nội soi khâu cố định trực tràng vào ụ nhô xương cùng điều trị sa trực tràng cho 54 bệnh nhân. Có 3 bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở. Tỷ lệ tái phát là 7,4% qua 12 tháng theo dõi, táo bón hiện diện ở 20,3%, sự kiểm soát đại tiện được cải thiện 72,4%. Tác giả kết luận phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng vào ụ nhô là phẫu thuật an toàn và hiệu quả để điều trị sa trực tràng toàn bộ, tỷ lệ thất bại thấp, kết quả phục hồi chức năng kiểm soát tiêu phân, táo bón tương đương với mổ mở.

Kariv (2005) [69] thực hiện nghiên cứu kết quả điều trị sa toàn bộ trực tràng so sánh giữa 2 phương pháp phẫu thuật nội soi (86 BN) và mổ mở (86 BN) khâu treo trực tràng ụ nhô. Kết quả qua thời gian theo dõi trung bình 59 tháng tỷ lệ tái phát 2 nhóm tương đương nhau.

Salkeld (2004) [105] nghiên cứu điều trị sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp khâu treo trực tràng, so sánh giữa phẫu thuật nội soi (20 BN) và mổ mở (19 BN). Thời gian mổ trung bình của phẫu thuật nội soi dài hơn mổ mở 51 phút. Thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật nội soi ngắn hơn mổ mở (3,9 ngày so với 6,6 ngày). Chi phí điều trị của bệnh nhân phẫu thuật nội soi ít hơn mổ mở (2.812 so với 3.169 Australian dollars)

Carpelan- Holmstrom [38] (2006) thực hiện nghiên cứu điều trị 61 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phẫu thuật nội soi, so sánh 3 phương pháp phẫu thuật. Nhóm 1: khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép (23 BN), Nhóm 2: khâu treo trực tràng không sử dụng mảnh ghép (20 BN), Nhóm 3: khâu treo trực tràng kèm theo có cắt đoạn đại tràng (18 BN). Kết quả qua thời gian theo dõi 20 tháng, nhóm 1 tái phát STTTB 1 bệnh nhân, nhóm 2 tái phát STTTB 1 bệnh nhân, nhóm 3 không có tái phát STT nhưng có 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và 1 bệnh nhân bị chít hẹp miệng nối ruột.

Portier Guillaume (2006) [99] đã báo cáo kết quả điều trị 73 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được khâu treo trực tràng theo phương pháp Orr – Loygue kết hợp bảo tồn dây chằng bên. Tỷ lệ tái phát 4,1% sau thời gian theo dõi trung bình 28,6 tháng. Tác giả kết luận khâu treo trực tràng theo phương pháp Orr – Loygue kết hợp bảo tồn dây chằng bên điều trị sa trực tràng toàn bộ là phương thức điều trị an toàn và hiệu quả, việc bảo tồn dây chằng bên trực tràng dường như ngăn chặn được tình trạng táo bón sau mổ, không có tăng nguy cơ tái phát.

Lechaux. D (2005) [75] thực hiện nghiên cứu điều trị 48 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. So sánh phương pháp phẫu thuật khâu treo trực tràng có sử dụng mesh theo phương pháp Orr – Loygue và phương pháp phẫu thuật khâu treo trực tràng không sử dụng mesh. Qua thời gian theo dõi 36 tháng, nhóm khâu treo trực tràng không sử dụng mesh có 2 BN tái phát.

Benoist (2001) [27] báo cáo nghiên cứu so sánh 3 nhóm bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được điều trị bằng PP mổ nội soi khâu treo có sử dụng mảnh ghép, PP khâu treo không sử dụng mảnh ghép và PP khâu treo không sử dụng mảnh ghép có cắt đoạn đại tràng. Sau thời gian tháng theo dõi từ 20 đến 47, không có trường hợp nào tái phát. Tỷ lệ bệnh nhân bị bón sau mổ của

nhóm không sử dụng mảnh ghép có cắt đoạn đại tràng là 11%, của nhóm không sử dụng mảnh ghép là 62%, của nhóm có sử dụng mảnh ghép 64%.

Purkayastha (2005) [100] thực hiện nghiên cứu đa trung tâm so sánh 2 phương pháp điều trị sa toàn bộ trực tràng: phương pháp mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô (98 BN) và mổ nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô (97 BN). Kết quả không có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát của 2 phương pháp nhưng thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân mổ nội soi ngắn hơn mổ mở.

Formijne (2013) [66] thực hiện nghiên cứu từ năm 2000 đến năm 2012 điều trị 68 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi, so sánh 2 phương pháp phẫu thuật: 40 bệnh nhân được khâu treo trực tràng ụ nhô đơn thuần và 28 bệnh nhân được khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng. Kết quả: táo bón sau mổ giảm từ 57% xuống còn 21% ở nhóm khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng, và 55% xuống còn 23% ở nhóm khâu treo trực tràng ụ nhô đơn thuần. Tỉ lệ biến chứng sau mổ của phương pháp phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng là 32,1%, cao hơn nhóm khâu treo trực tràng ụ nhô đơn thuần (7,5%). Cả 2 nhóm không có bệnh nhân tái phát sa trực tràng qua thời gian theo dõi 42 tháng sau mổ.

Kim (2012) [72] thực hiện nghiên cứu từ năm 2003 đến năm 2008 so sánh 2 phương pháp điều trị sa trực tràng toàn bộ: Phương pháp phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng so sánh (18 BN) và phương pháp phẫu thuật cắt trực tràng – đại tràng chậu hông qua ngã tầng sinh môn (38 BN). Kết quả: Nhóm BN thực hiện phẫu thuật nội soi có 2 BN tái phát, 1 BN có biến chứng hẹp miệng nối ruột, 1 BN bị tụ máu thành bụng. Nhóm BN thực hiện phẫu thuật cắt trực tràng – đại tràng chậu hông qua ngã tầng sinh môn (28 BN): có 1 BN tái phát.

Trent Magruder (2013) [88] thực hiện nghiên cứu đa trung tâm từ năm 2005 đến năm 2008 điều trị 685 bệnh nhân sa trực tràng toàn bộ. Tác giả so

sánh 4 phương pháp phẫu thuật: 193 bệnh nhân được mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô đơn thuần, 247 bệnh nhân được mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng, 84 bệnh nhân được mổ nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô đơn thuần và 161 bệnh nhân được mổ nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng. Kết quả: bệnh nhân được mổ nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô đơn thuần có thời gian nằm viện ngắn và ít bị nhiễm trùng vết mổ so với các phương pháp khác. Tuy nhiên đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao thì phương pháp mổ nội soi cần nên xem xét lại để làm giảm nguy cơ tai biến và biến chứng trong phẫu thuật.

*** Tại Việt Nam**

Nguyễn Hoàng Bắc (2007) [2] điều trị 20 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng vào ụ nhô. Kết quả không có bệnh nhân tái phát qua thời gian theo dõi 19 tháng.

Trần Phước Hồng, Nguyễn Minh Hải (2008) [5] thực hiện nghiên cứu điều trị 25 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng có sử dụng mesh theo phương pháp Orr – Loygue.

Trần Phước Hồng (2008) [9] thực hiện nghiên cứu điều trị 50 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. Trong đó 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp treo trực tràng có sử dụng mesh theo phương pháp Orr – Loygue, 20 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp khâu treo trực tràng không sử dụng mesh. Qua thời gian theo dõi trung bình 17 tháng, nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp khâu treo trực tràng không sử dụng mesh có 1 bệnh nhân tái phát sa trực tràng. Tuy nhiên vì cỡ mẫu bệnh nhân nhỏ và thời gian theo dõi ngắn nên không thể kết luận chính xác phương pháp nào tốt hơn.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm những bệnh nhân STTTB được khâu treo trực tràng vào ụ nhô bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ 01/10/2005 đến 01/10/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân sa trực tràng toàn bộ từ độ I đến độ IV, chiều dài khối sa \geq 3cm, tuổi từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng vào ụ nhô.

Bệnh nhân sau mổ được theo dõi liên tục trong suốt thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt ca bệnh, theo dõi dọc, không đối chứng.

Tiền cứu

Thời gian từ tháng 11/2011 đến tháng 10/2014, gồm 23 BN.

Hồi cứu

Thời gian từ 10/2005 đến 10/2011, gồm 54 BN.

Các bệnh án lưu trữ phải ghi chép đầy đủ và thỏa các điều kiện theo yêu cầu của mục tiêu nghiên cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Để ước tính số lượng BN sa trực tràng được điều trị bằng phương pháp mổ nội soi cần nghiên cứu, chúng tôi áp dụng công thức ước lượng tỉ lệ của một dân số.

Hiện nay có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phẫu thuật thành công không có tái phát sa trực tràng sau mổ nội soi trong và ngoài nước từ 90% đến 97%, tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM, trong năm 2008 có tỉ lệ phẫu thuật không tái phát là 97,5% [9].

Do đó ước lượng tỉ lệ phẫu thuật thành công không tái phát sau mổ cho mẫu nghiên cứu khoảng 95% ($p=0,05$), với mức độ tin cậy là 95%.

Áp dụng công thức tính mẫu như sau:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy. Với ngưỡng tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $Z = 1,96$.

p: Tỉ lệ phẫu thuật thành công không có tái phát sa trực tràng sau mổ nội soi ước đoán. Trong nghiên cứu này chúng tôi dự kiến lấy $p = 0,95$ [9]

d: Độ chính xác mong muốn. Dự kiến $d=0,05$ (mong muốn kết quả đạt được sai khác so với kết quả thật không quá 5%).

Thay các thông số vào, cỡ mẫu tính được là 72,99

Như vậy, số BN sa trực tràng cần nghiên cứu tối thiểu là 73 bệnh nhân.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

❖ Trang thiết bị vô cảm:

- Máy gây mê

- Máy cảnh giới Monitoring: theo dõi chức năng sống của bệnh nhân, mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Máy theo dõi nồng độ CO₂ trong máu của bệnh nhân.

❖ Trang thiết bị và dụng cụ PTNS.

- Dàn máy phẫu thuật nội soi hãng KARL STORZ – ENDOSCOPE.

- Bộ xử lý hình ảnh, màn hình màu SONY.

- Nguồn sáng

- Camera đường kính 10 mm (Mặt kính nghiêng 30 độ)

- Máy bơm khí CO₂.

- Máy cắt đốt cao tần.

- Máy hút.

- Máy cắt đốt siêu âm cầm máu.

- Các trocar 5 mm, 10 mm.

- Kìm cặp kim.

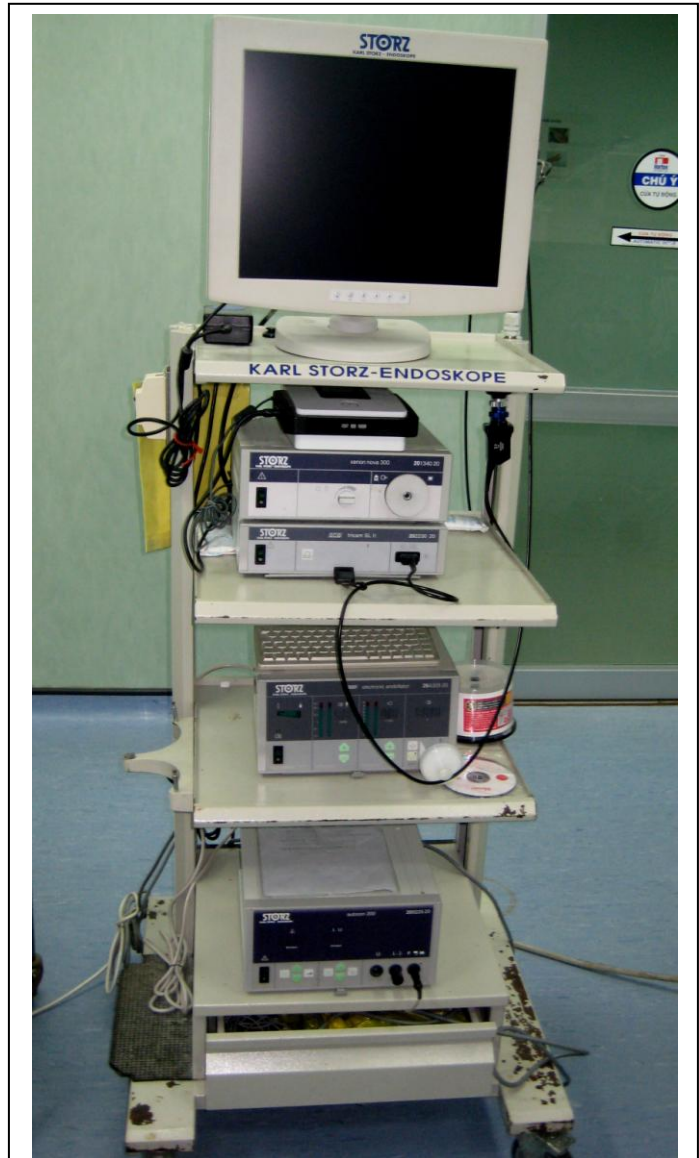
- Kẹp phẫu tích.

- Kéo cắt chỉ

- Ống hút.

- Mảnh ghép Polypropylen kích thước 2 x 10 mm

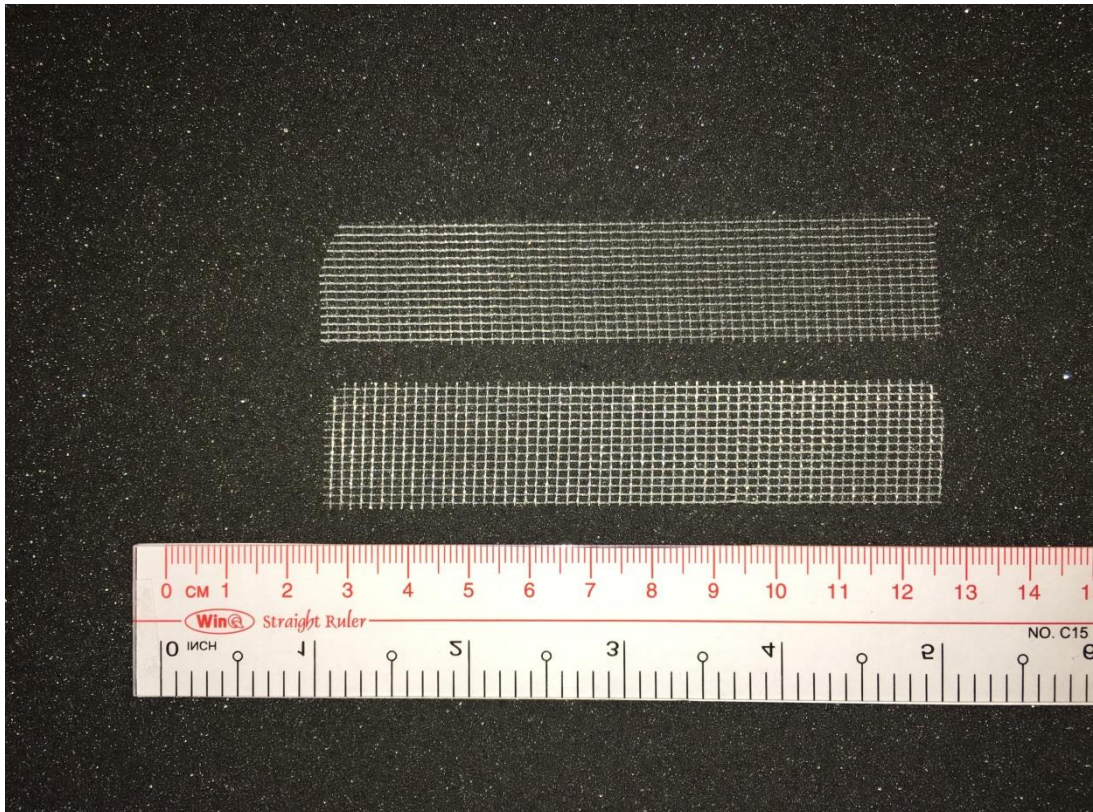
- Chỉ khâu Vicryl 2.0.



Hình 2.1. Hình máy phẫu thuật nội soi



Hình 2.2. Dụng cụ phẫu thuật nội soi



Hình 2.3. Mảnh ghép Polypropylene

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.4.1. Các chỉ tiêu đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi và giới tính: Bệnh nhân được phân chia tuổi theo nhóm bao gồm: 18 - 30, 31 – 40, 41 – 50, 51 – 60, 61 – 70, 71 – 80, 81 – 90. Nghiên cứu thực hiện ở người lớn, do đó chúng tôi chọn BN lớn hơn hoặc bằng 18. Nhóm tuổi được xếp theo nhóm giới tính nam và nữ.

- Chỉ số BMI: đo chỉ số khối cơ thể bao gồm cân nặng, chiều cao tính chỉ số khối theo công thức:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Trọng lượng cơ thể (kg)}}{\text{Chiều cao} \times \text{chiều cao (mét)}}$$

và được phân chia thành 3 nhóm bao gồm:

- Gầy: BMI < 18,5
- Trung bình: BMI = 18,5 – 24,9
- Béo: BMI ≥ 25.

- Tiền sử có vết mổ cũ vùng bụng.

- Tiền sử sản khoa: số lần sinh con, tiền sử phẫu thuật cắt tử cung qua ngã bụng hay ngã âm đạo (đối với nữ).

- Tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng (phương pháp phẫu thuật trước đây).

- Thời gian phát bệnh: Là thời gian từ lúc phát hiện sa trực tràng đến lúc nhập viện và được chọn vào nhóm đối tượng nghiên cứu.

2.2.4.2. Các chỉ tiêu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Táo bón: Đánh giá triệu chứng táo bón dựa theo định nghĩa táo bón của tiêu chuẩn Rome II, đánh giá mức độ nặng nhẹ theo thang điểm Wexner.

○ **Tiêu chuẩn Rome II**

Có 2 hay hơn 2 tiêu chuẩn sau, tối thiểu 12 tuần (không cần liên tục) trong 12 tháng:

- Rặn > 1/4 thời gian đại tiện.
- Phân cục lỏng nhón > 1/4 số lần đại tiện.
- Cảm giác không hết phân > 1/4 số lần đại tiện.
- Cảm giác phân bị nghẹt lại ở hậu môn– trực tràng > 1/4 số lần đại tiện.
- Phải dùng tay giúp đỡ đi tiêu > 1/4 số lần đại tiện.
- Đi tiêu < 3 lần / tuần.
- Không tiêu phân lỏng và không đủ tiêu chuẩn hội chứng ruột kích thích.

○ **Thang điểm Wexner**

Thang điểm Wexner đánh giá độ nặng của táo bón dựa trên 8 yếu tố:

- Số lần đại tiện.
- Đi tiêu đau, khó khăn.
- Cảm giác đi tiêu không hết phân.
- Đau bụng khi đại tiện.
- Thời gian ngồi trong đại tiện.
- Cần dùng thuốc nhuận trường kích thích – thụt tháo, móc phân.
- Mọi cố gắng giúp đại tiện trong vòng 24 giờ đều không thành công.
- Tiền sử táo bón (năm).

Bảng 2.1. Bảng điểm đánh giá độ táo bón theo thang điểm Wexner

STT	Tiêu chuẩn chẩn đoán	Điểm
1	Số lần đại tiện	
	1-2 lần trong 1-2 ngày	0
	2 lần trong tuần	1
	1 lần trong tuần	2
	Ít hơn 1 lần trong tuần	3
	Ít hơn một lần trong tháng	4
2	Đại tiện đau, khó khăn	
	Không có	0
	Hiếm	1
	Đôi khi	2
	Thường	3
	Luôn luôn	4
3	Cảm giác đại tiện không hết phân	
	Không có	0
	Hiếm	1
	Đôi khi	2
	Thường	3
	Luôn luôn	4
4	Đau bụng khi đại tiện	
	Không có	0
	Hiếm	1
	Đôi khi	2
	Thường	3
	Luôn luôn	4

STT	Tiêu chuẩn chẩn đoán	Điểm
5	Thời gian ngồi trong nhà vệ sinh	
	Ít hơn 5 phút	0
	5 – 10 phút	1
	11 – 20 phút	2
	21 – 30 phút	3
	Hơn 30 phút	4
6	Cần dùng thuốc nhuận trường kích thích, thụt tháo phân, móc phân	
	Không cần	0
	Cần thuốc nhuận trường	1
	Thụt tháo phân, móc phân	2
7	Mọi cố gắng giúp đại tiện trong vòng 24 giờ đều không thành công.	
	Không	0
	1 – 3 lần	1
	4 – 6 lần	2
	7 – 9 lần	3
	Hơn 9 lần	4
8	Tiền sử táo bón (năm).	
	Không	0
	1 – 5 năm	1
	6 – 10 năm	2
	11 – 20 năm	3
	Hơn 20 năm	4

- 0 điểm: đại tiện bình thường.

- 30 điểm: Táo bón nặng.

- Đại tiện không tự chủ: là tình trạng bài tiết phân không theo ý muốn, đại tiện ở thời điểm không thích hợp, ở nơi chốn không thích hợp hoặc là cả hai.

Đại tiện không tự chủ hoàn toàn là khi không kiểm soát được phân đặc.

Đại tiện không tự chủ không hoàn toàn là khi bệnh nhân chỉ phân nản về sự dính phân vào quần lót, chảy dịch ở hậu môn.

Bảng 2.2. Phân loại lâm sàng của đại tiện không tự chủ (Brownings và Parks)

Loại	Phân cục	Phân lỏng	Hơi
A	+	+	+
B	+	+	±
C	+	0	0
D	0	0	0

C và D là đại tiện không tự chủ thật sự.

- Đại tiện ra máu.
- Đau hậu môn.
- Chiều dài khối sa: nhận định dựa trên thăm khám lâm sàng. chiều dài khối sa được đo bằng thước, tính từ rìa hậu môn đến đỉnh của khối sa khi rặn.
- Phân độ sa trực tràng (Theo Nguyễn Văn Xuyên [14]):
 - + Độ I: Chiều dài khối sa : 3 – 5 cm.
 - + Độ II: Chiều dài khối sa : 6 – 8 cm.
 - + Độ III: Chiều dài khối sa : 9 – 12 cm.
 - + Độ IV: Chiều dài khối sa : > 12 cm.
- Khối sa bị thất nghệt: nhận định dựa trên thăm khám lâm sàng, khối sa không đẩy lên được.

– Sa sinh dục: nhận định dựa trên thăm khám lâm sàng, phân độ sa dựa trên phân độ quốc tế theo giải phẫu POP-Q (pelvic organ prolapse quantification). Độ I: cổ tử cung ở thấp, nhưng còn ở trong âm đạo. Độ II: cổ tử cung thấp thò tại âm hộ. Độ III: tử cung sa ra ngoài âm hộ. Độ IV: toàn bộ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ. Sa sinh dục còn được xác định qua phương tiện cận lâm sàng chụp cộng hưởng từ động vùng sàn chậu.

– Sa bàng quang: nhận định dựa trên thăm khám lâm sàng và được xác định qua chụp cộng hưởng từ động vùng sàn chậu. Độ I: chỉ một phần bàng quang phình ra âm đạo. Độ II: toàn bộ bàng quang phình ra âm đạo, nhưng còn ở trong âm đạo. Độ III: một phần bàng quang sa ra ngoài âm hộ. Độ IV: toàn bộ bàng quang sa hẳn ra ngoài âm hộ.

– Sa sàn chậu: được xác định qua chụp cộng hưởng từ động vùng sàn chậu.

Bảng 2.3. Phân độ sa sàn chậu (Theo Comiter)

Độ	Độ mở sàn chậu (Đường H)	Độ hạ xuống sàn chậu (Đường M)
Độ 1 (nhẹ)	6-8 cm	2-4cm
Độ 2 (trung bình)	8-10cm	4-6cm
Độ 3 (nặng)	>10cm	>6cm

– Chẩn đoán trước mổ:

- Sa trực tràng lần đầu: thăm khám lâm sàng vùng hậu môn có khối sa hình nón cụt, đáy ở lỗ hậu môn, đỉnh ở phía ngoài, từ đáy đến đỉnh có nhiều nếp niêm mạc vòng tròn đồng tâm.
- Sa trực tràng tái phát: tiền sử trước nhập viện đã có phẫu thuật điều trị sa trực tràng. Thăm khám lâm sàng vùng hậu môn có khối sa trực tràng.

2.2.4.3. Các chỉ tiêu đặc điểm phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật: Khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng có hoặc không có sử dụng mảnh ghép.
- Phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo: Khâu treo tử cung vào ụ nhô, khâu phục hồi cơ thắt hậu môn.
- Số trocar sử dụng trong phẫu thuật.
- Thời gian phẫu thuật: là thời gian từ lúc phẫu thuật viên rạch da đặt trocar đến lúc kết thúc cuộc mổ (đơn vị tính là phút).
- Chuyển mổ mở: Phẫu thuật được xem là chuyển mổ mở khi phẫu thuật viên đã tiến hành phẫu thuật, di động trực tràng với mục đích khâu treo trực tràng nhưng sau đó phải chuyển sang mổ mở vì không thể hoàn tất được phẫu thuật qua nội soi.
- Tai biến trong mổ: Chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng, thủng trực tràng.
- Biến chứng sau mổ: tụ máu vết mổ thành bụng, chảy máu vết mổ thành bụng, thoát vị lỗ trocar.
- Phẫu thuật thất bại: là trường hợp bệnh nhân xuất hiện khối sa 1 phần hay sa toàn bộ trực tràng trong khoảng thời gian từ sau mổ cho đến dưới 1 tháng sau xuất viện.
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Là thời gian từ lúc phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng đến lúc xuất viện.

2.2.4.4. Các chỉ tiêu theo dõi sau mổ

Đánh giá sau mổ được thực hiện qua gọi điện thoại, gửi thư và mời bệnh nhân đến cơ sở y tế tái khám để xác định sa trực tràng tái phát và chiều dài khối sa tái phát.

– Thời gian theo dõi: là thời gian gian được tính từ thời điểm xuất viện đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (đơn vị tính là tháng).

– Tái phát sa trực tràng: là trường hợp sau khi khâu treo trực tràng, khối ruột sa được kéo lên hoàn toàn, bệnh nhân xuất viện ổn định. Trong thời gian theo dõi sau mổ bệnh nhân bị tái phát sa trực tràng.

– Thời gian tái phát: là thời gian gian được tính từ thời điểm phẫu thuật đến thời điểm xuất hiện khối sa trực tràng tái phát (đơn vị tính là tháng).

– Táo bón sau mổ: Được xác định theo tiêu chuẩn Rome II

– Đại tiện không tự chủ sau mổ.

– Biến chứng rối loạn chức năng hoạt động tình dục:

Chức năng tình dục được đánh giá cho các bệnh nhân nam < 60 tuổi có chức năng tình dục trước mổ được xác định là bình thường.

Liệt dương, không xuất tinh: xác định qua thăm hỏi bệnh nhân.

Xuất tinh ngược vào bàng quang: xác định qua xét nghiệm nước tiểu có tinh trùng.

2.2.4.5. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật

– Tốt: không tái phát STT sau mổ, không có tai biến, biến chứng.

– Vừa: không tái phát STT sau mổ nhưng có tai biến, biến chứng.

– Kém: tái phát sau mổ hoặc có tai biến, biến chứng nặng gây tử vong cho BN.

2.2.5. Phương pháp tiến hành

Nội dung nghiên cứu:

Tất cả các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2.5.1. Thu thập số liệu về đặc điểm bệnh sa trực tràng.

- Giới tính, chỉ số BMI, số lần sinh con (đối với nữ), thời gian phát bệnh.
- Tiền sử mô điều trị sa trực tràng, sa sinh dục.
- Triệu chứng lâm sàng: táo bón, đại tiện không tự chủ, đại tiện ra máu, đau hậu môn, viêm loét khối sa, khối sa bị thắt nghẹt, chiều dài khối sa.
- Bệnh kết hợp: Sa sinh dục, sa bàng quang.
- Sa sàn chậu.
- Chẩn đoán trước mổ: sa trực tràng, sa trực tràng tái phát.

2.2.5.2. Chỉ định phẫu thuật

❖ Chỉ định

- Bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng từ độ I đến độ IV, chiều dài khối sa \geq 3 cm.
- Tuổi từ 18 đến 90.
- Khối sa trực tràng không bị thắt nghẹt hoại tử.
- Bệnh nhân đồng ý mổ nội soi.

❖ Chống chỉ định

Bệnh nhân có chống chỉ định mổ nội soi, không thể chịu đựng được gây mê toàn thân: có những bệnh mãn tính kèm theo như suy tim, viêm phổi tắc nghẽn mãn tính.

2.2.5.3. Đánh giá bệnh nhân trước mổ

Lâm sàng: Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng và chẩn đoán xác định sa toàn bộ trực tràng, phân độ sa trực tràng.

Cận lâm sàng: Nội soi trực tràng được thực hiện để phát hiện những bệnh kết hợp của trực tràng: trĩ, u nhú lòng trực tràng.

Nếu bệnh nhân nghi ngờ sa sần chậu sẽ được chỉ định chụp khung đại tràng động cản quang để xác định bệnh lý sa sần chậu kèm theo. Các bệnh lý kết hợp: Sa sinh dục, sa bàng quang.

Bệnh nhân được làm các xét nghiệm thường quy: Công thức máu, chức năng gan, thận... để đánh giá tổng thể trước khi mổ

Đánh giá tình trạng BN trước mổ theo tiêu chuẩn của hiệp hội gây mê Hoa Kỳ (ASA).

ASA I: Bệnh nhân khỏe mạnh, không mắc bệnh kèm theo.

ASA II: Bệnh nhân mắc một bệnh nhẹ, không ảnh hưởng đến các chức năng các cơ quan trong cơ thể.

ASA III: Bệnh nhân một bệnh nặng gây ảnh hưởng đến chức năng các cơ quan trong cơ thể.

ASA IV: Bệnh nhân một bệnh nặng thường xuyên đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân và gây suy sụp chức năng các cơ quan trong cơ thể.

ASA V: Bệnh nhân đang hấp hối có thể tử vong trong vòng 24 giờ dù mổ hay không mổ.

Điều kiện để phẫu thuật:

Huyết áp ổn định

Hct > 30%

Hb > 10 g/dL

Mạch: 70-90 lần/phút

Protid > 60g/L

Alb > 30g/L

Glucose/máu < 100 mg/dL

Chức năng gan thận về chỉ số bình thường.

Bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm trùng nội khoa: Viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, viêm họng.

Điều trị các bệnh lý nội khoa kèm theo: Tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), viêm phổi,... cho đến khi BN ổn định, có thể chịu đựng được cuộc mổ lớn.

2.2.5.4. Quy trình kỹ thuật PTNS khâu treo trực tràng vào ụ nhô

Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng được thực hiện mổ chương trình. Trong trường hợp sa trực tràng bị nghẹt, bệnh nhân được thực hiện vô cảm nhẹ, khối sa được đắp ấm và đẩy vào lại ổ bụng. Sau đó bệnh nhân được chuẩn bị tiền phẫu ổn định và mổ chương trình khâu treo trực tràng qua nội soi vào tuần sau.

Trường hợp khối sa trực tràng nghẹt hoại tử sẽ được thực hiện cắt trực tràng đường tầng sinh môn (không nằm trong nghiên cứu này).

Quy trình kỹ thuật PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô:

(1) Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

BN đổi chế độ ăn đặc sang lỏng từ ngày thứ ba trước mổ.

BN nhịn ăn từ chiều hôm trước mổ.

Dùng Fortrans (Macrogol) 2 gói tới 3 gói/ pha trong 3 lít nước uống trong vòng 3 giờ buổi chiều ngày hôm trước mổ một ngày, tiêu chuẩn ruột sạch: Sau khi chuẩn bị ruột, BN đi ngoài ra nước trong.

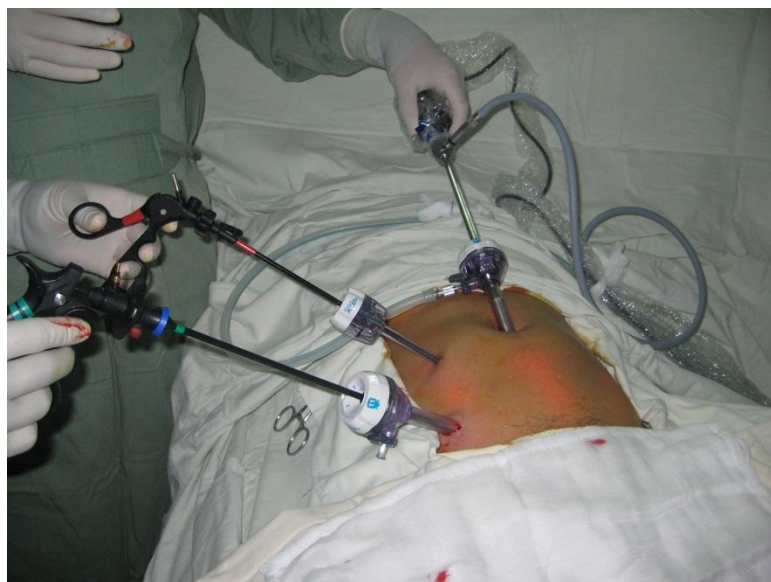
Kháng sinh trước mổ:

Cephalosporin thế hệ ba, dùng dự phòng trước và sau mổ hai liều.

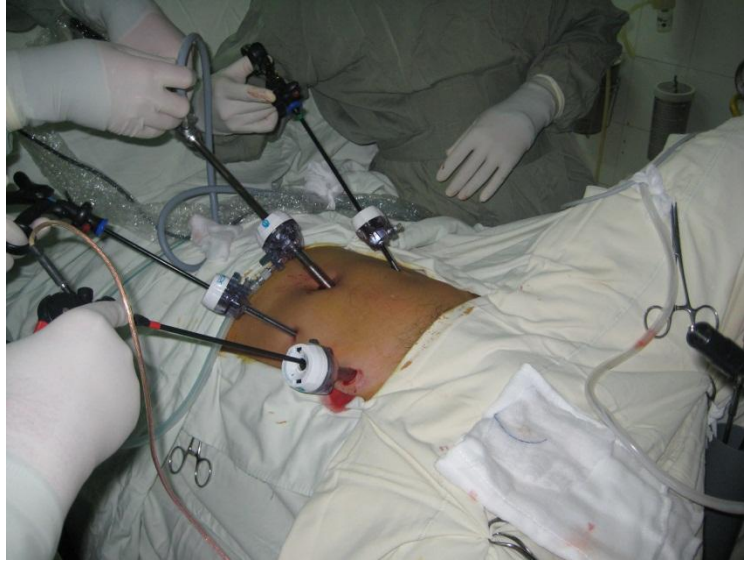
(2) Tư thế bệnh nhân:

Hình 2.4. Tư thế bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật

Bệnh nhân nằm tư thế Lloyd Davis và gây mê toàn thân với nội khí quản. Tay phải khép sát thân mình, tay trái dang vuông góc với thân mình. Phẫu thuật viên chính đứng bên phải bệnh nhân, người cầm camera đứng trên phẫu thuật viên chính, người phụ đứng bên trái bệnh nhân. Bộ máy phẫu thuật nội soi được đặt bên trái, phía dưới chân bệnh nhân.

(3) Cách đặt trocar:

Hình 2.5. Vị trí đặt 3 trocar



Hình 2.6. Vị trí đặt 4 trocar

- 1 trocar 10 mm ở rốn (trocar dùng cho camera).
- 1 trocar 10 mm ở hố chậu phải đường nách trước (trocar dùng cho kênh thao tác chính).
- 1 trocar 5 mm ở ngang rốn bên phải, đường nách trước (trocar dùng cho kênh thao tác cầm nắm). Trocar này cách trocar hố chậu phải 8 – 10 cm.
- 1 trocar 5 mm ở ngang rốn bên trái, đường nách trước (trocar của người phụ dùng để vén hay cầm nắm đại tràng chậu hông trong trường hợp đại tràng chậu hông dài).
- 1 trocar 5 mm ở trên xương mu (trocar của người phụ dùng vén bàng quang trong những trường hợp phẫu thuật khó gặp ở bệnh nhân béo phì).

(4) Phẫu tích di động trực tràng:

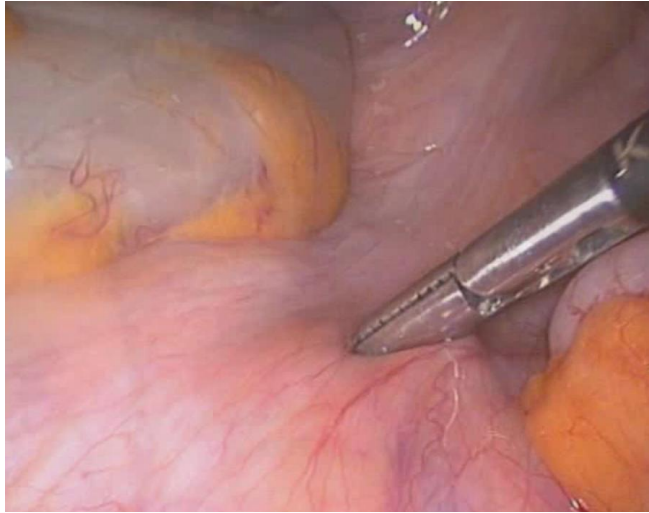
Sử dụng 3 trocar đến 5 trocar.

Vào trocar rốn theo phương pháp hở. Lắp đặt camera quan sát đánh giá tình trạng ổ bụng vùng hạ vị. Trường hợp bệnh nhân có vết mổ cũ dưới rốn, nếu phẫu thuật viên đánh giá ổ bụng dính nhiều, khó phẫu tích được vào trực tràng và tiểu khung thì quyết định không mổ mở.

Nếu ổ bụng bình thường, không có dây dính nhiều, thì vào tiếp các trocar còn lại.

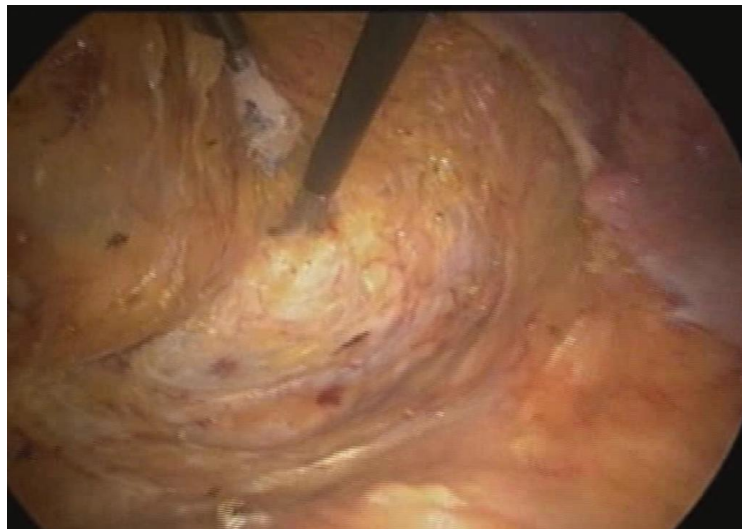
Ở bệnh nhân nữ, tử cung có thể được khâu treo lên thành bụng trước bằng kim thẳng để bộc lộ vùng chậu.

Ruột non được vén lên trên, phẫu tích bộc lộ ụ nhô.



Hình 2.7. Vị trí ụ nhô

Mở phúc mạc 2 bên trực tràng. Phẫu tích đi vào khoang trước xương cùng, di động mặt sau trực tràng đến bờ trên cơ nâng hậu môn. Khi phẫu tích, bảo tồn thần kinh hạ vị 2 bên. Di động trực tràng, chỉ cắt phần cao 2 bên trực tràng, không cắt xuống thấp để bảo tồn đám rối thần kinh hạ vị.



Hình 2.8. Phẫu tích mặt sau trực tràng

Sau khi di động trực tràng, trực tràng được kéo lên cao và cố định vào ụ nhô. Chỉ phẫu thuật được dùng là chỉ đơn sợi, không tan, kích thước 2.0, mảnh ghép Polypropylene kích thước khoảng 2x10cm.

(5) Thì khâu treo trực tràng vào ụ nhô:

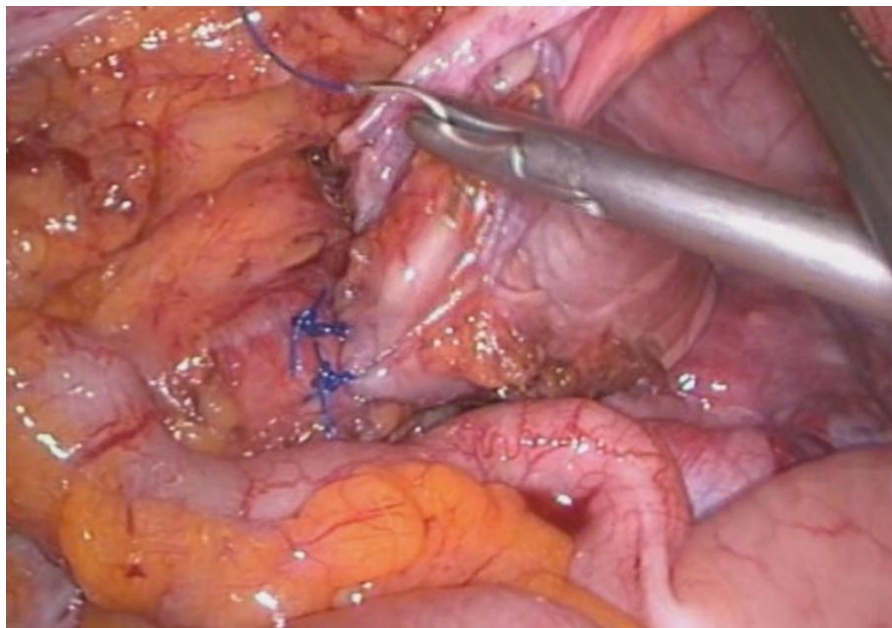
- Khâu treo trực tiếp trực tràng vào ụ nhô:

Trực tràng sau khi được di động, kéo căng trực tràng lên ụ nhô với lực vừa đủ, đảm bảo không còn đoạn trực tràng dài nằm xếp ở tiểu khung hoặc còn nằm ngoài hậu môn.

Mũi kim được khâu vào lớp cơ thành sau và thành bên trực tràng độ rộng khoảng 8 – 10 mm, sau đó khâu cố định với lớp cân trước xương cùng. Số mũi khâu trung bình là 3 mũi rời nằm trên bình diện 3 đỉnh của tam giác. Vị trí khâu: trước ụ nhô và lệch sang trái để tránh làm tổn thương động mạch cùng giữa.

Phúc mạc chậu được khâu kín bằng mũi liên tục.

Khâu đóng các lỗ trocar.



Hình 2.9. Khâu treo trực tràng vào ụ nhô không sử dụng mảnh ghép

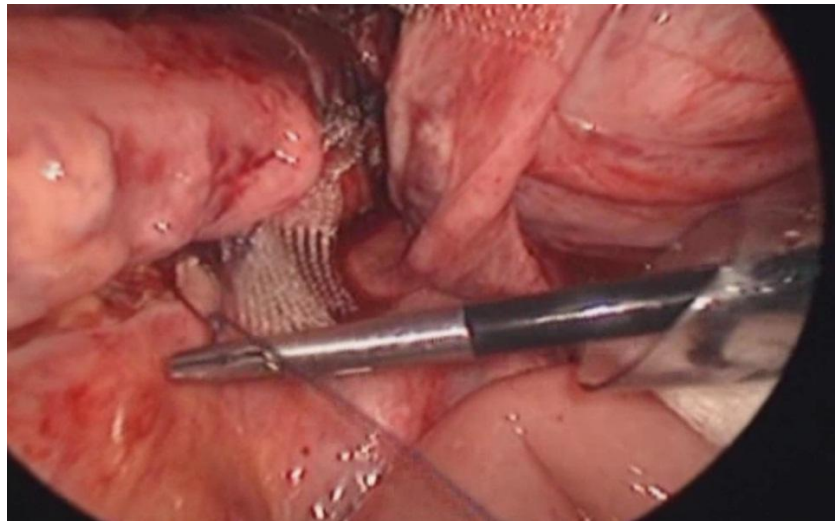
- Khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép:

Trực tràng sau khi được di động, kéo căng trực tràng lên ụ nhô với lực vừa đủ, dùng 2 mảnh ghép Polypropylene kích thước 2 x 10 cm, 2 đầu dưới mảnh ghép được khâu cố định vào 2 thành bên của trực tràng nơi thấp nhất, từ 2 – 3 mũi khâu rời, 2 đầu trên còn lại được khâu treo vào ụ nhô xương cùng bằng 2 – 3 mũi rời,

Trực tràng được treo phải không quá căng để tránh táo bón sau mổ.

Phúc mạc chậu được khâu kín bằng mũi liên tục.

Khâu đóng các lỗ trocar.



Hình 2.10. Khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép

(6) Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo:

Nếu có sa sinh dục kèm theo thì có thể treo tử cung vào ụ nhô bằng mảnh ghép.

Khâu treo tử cung bằng mảnh ghép:

Bóc tách di động mặt trước và sau tử cung đến 1/3 trong âm đạo.

Sử dụng 2 mesh Polypropylene kích thước 2 x 10 cm, 2 đầu dưới mảnh ghép được khâu cố định vào 2 mặt trước và sau vị trí bám của thành âm đạo

vào cổ tử cung, 2 đầu trên còn lại được khâu treo vào ụ nhô xương cùng bằng 2 – 3 mũi rời, phúc mạc chậu được khâu kín bằng mũi liên tục.

Có thể dẫn lưu hoặc không dẫn lưu ổ bụng tùy theo tình trạng ổ bụng trong lúc mổ có bị chảy máu hoặc không chảy máu khi di động mặt sau trực tràng.

Các lỗ trocar được đóng từng lớp.

2.2.5.5. *Đánh giá kết quả sớm sau mổ*

- Thời gian phẫu thuật.
- Tai biến trong mổ: Chảy máu u trước xương cùng, thủng trực tràng.
- Biến chứng sau mổ: Bí tiểu, tụ máu vết mổ thành bụng, chảy máu vết mổ thành bụng, thoát vị lỗ trocar.
- Kết quả khâu treo khối sa.
- Thời gian nằm viện

2.2.5.6. *Đánh giá kết quả xa sau mổ*

- Thời gian theo dõi.
- Tái phát sau mổ.
- Táo bón sau mổ: không táo bón, táo bón giảm, táo bón không thay đổi, táo bón nặng hơn, táo bón mới phát sinh sau mổ.
- Đại tiêu không tự chủ (ĐTKTC) sau mổ: không ĐTKTC, ĐTKTC giảm, ĐTKTC không thay đổi, ĐTKTC nặng hơn, ĐTKTC mới phát sinh sau mổ
- Phân tích nguyên nhân tái phát. Mối liên quan của tái phát sa trực tràng với các yếu tố: Tuổi, giới, chiều dài khối sa, thời gian phát bệnh, chỉ số BMI, bệnh sa tạng khác kết hợp và phương pháp mổ.
- Rối loạn chức năng hoạt động tình dục.

2.2.5.7. *Đánh giá chung kết quả phẫu thuật*

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Dùng phần mềm SPSS 16.0 phân tích số liệu.

Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

Thống kê mô tả cung cấp thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm, số trung bình, độ lệch chuẩn.

Tìm sự tương quan với phép kiểm χ^2 , Phép kiểm t, tương quan hồi quy Logistic phân tích đa biến. Thống kê phân tích với mức ý nghĩa 95%.

2.4. Vấn đề y đức

Thực hiện khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng là áp dụng thành tựu của khoa học kỹ thuật vào điều trị cho bệnh nhân với ưu điểm là vết mổ nhỏ, sau mổ bệnh nhân ít đau hơn so với mổ mở. Việc lựa chọn bệnh nhân đúng chỉ định điều trị phẫu thuật đồng thời phù hợp với 2 mục tiêu của nghiên cứu. Chúng tôi tham vấn về tình trạng bệnh lý và các phương pháp điều trị với tất cả bệnh nhân trước và sau mổ. Sự chấp nhận phương pháp phẫu thuật và thời gian theo dõi sau mổ của bệnh nhân là tự nguyện. Bệnh nhân rất hài lòng và hợp tác tốt với chúng tôi về cách theo dõi sau mổ, liên tục liên lạc bằng điện thoại, thư tín và được mời tái khám đánh giá sau mổ.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trên 77 bệnh nhân STTTB theo tiêu chuẩn chọn bệnh từ tháng 10 năm 2005 đến tháng 10 năm 2014. Số liệu phân tích trên 77 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô về một số kết quả đặc điểm của mẫu như sau:

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi, giới và chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Giới: Nữ gặp nhiều hơn nam. Bệnh nhân nữ: 40 (51,9%) và nam: 37 (48,1%). Tỷ lệ nữ / nam là 1,08.
- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,8 \pm 17,4$ tuổi, (nhỏ nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi), trung vị: 62 tuổi. Tuổi trung bình ở nữ là $72,1 \pm 13,3$ tuổi và tuổi trung bình ở nam là $48,7 \pm 12,5$ tuổi. Có sự khác nhau về tuổi trung bình giữa nữ và nam. Tuổi mắc bệnh trung bình của nữ cao hơn nam. ($p < 0,001$).
- Có 42 bệnh nhân > 60 tuổi. Tỷ lệ 54,5%.

Bảng 3.1. Nhóm tuổi và giới tính*N = 77*

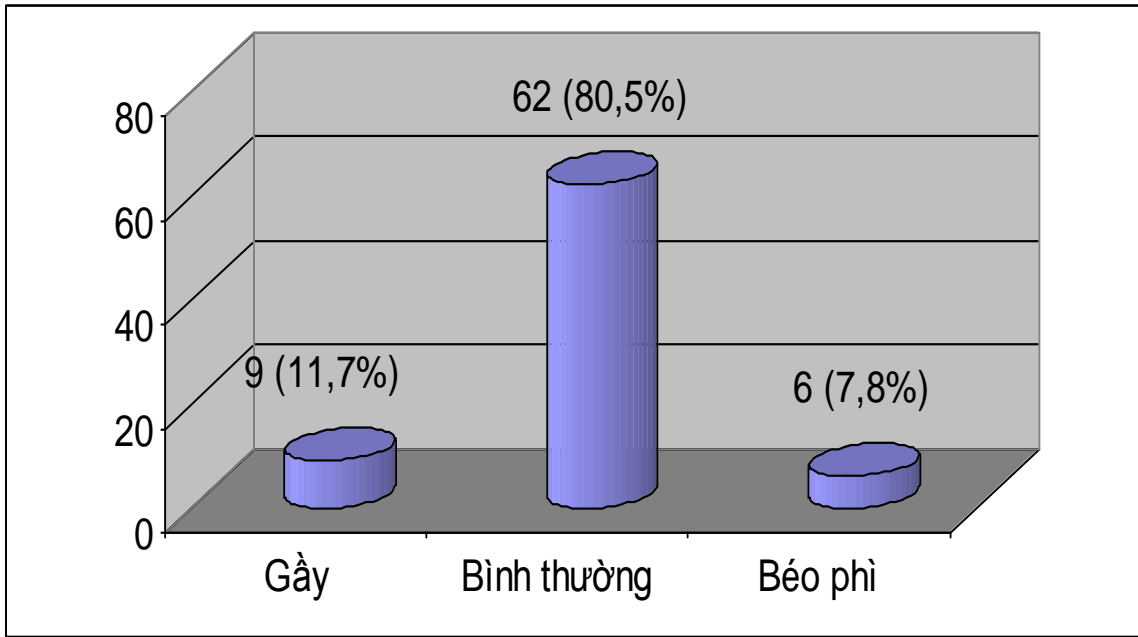
Nhóm tuổi	Giới		Tổng
	Nữ	Nam	
25 – 30	1 (2,5%)	2 (5,4%)	3 (3,9%)
31 – 40	1 (2,5%)	9 (24,3%)	10 (13%)
41 – 50	0 (0%)	8 (21,6%)	8 (10,4%)
51 – 60	3 (7,5%)	11 (29,7%)	14 (18,2%)
61 – 70	9 (22,5%)	6 (16,2%)	15 (19,5%)
71 – 80	14 (35,0%)	1 (2,7%)	15 (19,9%)
81 - 88	12 (30,0%)	0 (0%)	12 (15,6%)
Tổng	40 (100%)	37 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 43,120. P < 0,001)$			

Nhận xét:

Đa số BN nữ STT nằm trong độ tuổi > 60, có 35/40 bệnh nhân nữ (87,5%). Trong khi đối với BN nam đa số nằm trong nhóm tuổi ≤ 60, Có 30/37 BN nam (81,0%).

- Đặc điểm chỉ số khối của cơ thể (BMI):

Chúng tôi khảo sát chỉ số BMI trên 77 bệnh nhân, chỉ số BMI trung bình của BN là $21,08 \pm 2,93$. Lớn nhất là 30,10, nhỏ nhất là 14,32. Trong đó, chỉ số BMI trung bình của BN nam và nữ tương đương nhau ($21,14 \pm 2,88$ so với $21,03 \pm 3,01$. $p=0,873$).



Biểu đồ 3.1. Xếp loại chỉ số BMI

Nhận xét:

Chỉ có 6 bệnh nhân béo phì, chiếm tỉ lệ 7,8%.

Có 62 bệnh nhân bình thường, chiếm tỉ lệ 80,5%.

Bảng 3.2. Chỉ số BMI và giới tính (N= 77)

Chỉ số BMI	Giới tính		Tổng
	Nam	Nữ	
Gầy (≤ 18)	4 (10,8%)	5 (12,5%)	9 (11,7%)
Bình thường (18,01 – 24,99)	30(81,1%)	32 (80,0%)	62 (80,5%)
Béo phì (≥ 25)	3 (8,1%)	3 (7,5%)	6 (7,8%)
Tổng	37 (100%)	40 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,059; P = 0,971)$			

Nhận xét:

Chỉ số BMI bình thường ở BN nam và nữ có tỉ lệ tương đương nhau (81,1% và 80,0%).

Tỉ lệ BN béo phì ở BN nữ và BN nam gần bằng nhau (7,5% và 8,1%).

3.1.2. Đặc điểm tiền sử bệnh

Bảng 3.3. Đặc điểm tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng và tiền sử phẫu thuật vùng bụng (N= 77)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tiền sử phẫu thuật sa trực tràng	7	9,1
Phẫu thuật Delorme	1	1,3
Phẫu thuật Thiersch	1	1,3
Phẫu thuật khâu treo TT qua tầng sinh môn	3	3,9
Mổ mở khâu treo TT	1	1,3
Mổ nội soi khâu treo TT	1	1,3
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng	18	23,4
Phẫu thuật cắt ruột thừa	6	7,8
Mổ mở khâu treo TT	1	1,3
Mổ nội soi khâu treo TT	1	1,3
Phẫu thuật mở bàng quang.	2	2,6
Phẫu thuật lấy thai	1	1,3
Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi	1	1,3
Phẫu thuật cắt túi mật	1	1,3
Phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày	1	1,3
Phẫu thuật cắt tử cung qua ngã âm đạo	4	5,2

Một BN được phẫu thuật theo phương pháp Thiersch, 3 năm sau tái phát được phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng, 3 năm sau lại tái phát được nhập viện điều trị.

Nhận xét:

Có 7 BN (9,1%) có tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng, trong đó có 5 BN phẫu thuật qua đường tầng sinh môn và 2 BN phẫu thuật khâu treo trực tràng qua đường bụng.

Có 18 bệnh nhân (23,4%) có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, trong đó 14 bệnh nhân vết mổ cũ vùng bụng, 4 bệnh nhân cắt tử cung qua ngã âm đạo.

Bảng 3.4. Đặc điểm tiền sử sản phụ khoa*N = 40*

Tiền sử sản phụ khoa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
- Cắt tử cung qua ngã âm đạo	4	10,0
- Số lần sinh con:		
Không sinh con	5	12,5
Sinh 1 – 3 con	6	15,0
Sinh 4 – 15 con	29	72,5

Số lần sinh con trung bình của bệnh BN là $5,8 \pm 3,8$ con (từ 0 – 15 con)

Nhận xét:

Bệnh nhân sinh nhiều con (4 đến 15 con) chiếm tỉ lệ đến 72,5%. Có 12,5% BN chưa sinh con bị STT.

3.1.3. Đặc điểm bệnh lý kèm theo:

Bảng 3.5. Đặc điểm bệnh lý kèm theo (N= 77)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sa sinh dục + sa sàn chậu + sa bàng quang + tổn thương cơ thắt hậu môn	2	2,6%
Sa sinh dục + sa sàn chậu + sa bàng quang	2	2,6%
Sa sinh dục + tổn thương cơ thắt hậu môn	1	1,3%
Sa sinh dục	4	5,2%
Sa sàn chậu + sa bàng quang	1	1,3%
Tổn thương cơ thắt hậu môn	1	1,3%

Tất cả 11 bệnh nhân có bệnh lý kèm theo đều là BN nữ.

9 BN sa sinh dục: 3 BN sa độ I, 4 BN sa độ II, 1 BN sa độ III và 1 BN sa độ IV.

4 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo tổn thương cơ thắt hậu môn, trong đó có 1 bệnh nhân chỉ bị đứt 1 phần cơ thắt hậu môn, 2 bệnh nhân chỉ bị đứt hoàn toàn cơ thắt hậu môn, 1 bệnh nhân chỉ bị đứt hoàn toàn cơ thắt hậu môn tạo đường rò âm đạo – trực tràng. Tất cả 4 bệnh nhân này đều tổn thương cơ thắt hậu môn xảy ra trong quá trình sinh đẻ.

5 bệnh nhân sa bàng quang: 3 BN sa độ I, 2 BN sa độ II.

5 bệnh nhân sa sàn chậu: 1 BN sa độ I, 3 BN sa độ II, 1 BN sa độ III.

Nhận xét:

Một BN sa trực tràng có thể có kèm theo nhiều bệnh đồng thời như sa sàn chậu, sa sinh dục, tổn thương cơ thắt hậu môn và sa bàng quang.

3.1.4. Thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện

Bảng 3.6. Thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện (N= 77)

Thời gian phát bệnh (tháng)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 - 60	55	71,4
61- 120	10	13,0
121 - 600	12	15,6
Tổng	77	100,0

Thời gian trung bình từ khi bị bệnh đến lúc vào viện là 72,2 tháng (1 – 600 tháng). Trung vị là 24 tháng.

Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân có thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện trong khoảng từ 1 đến 60 tháng (5 năm), chiếm tỉ lệ 71,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.7. Đặc điểm lâm sàng (N= 77)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Táo bón	52	67,5
Đại tiện không tự chủ	22	28,6
Đau hậu môn	15	19,5
Đại tiện ra máu	14	18,2
Khô sa nghệt	4	5,2
Đại tràng chậu hông dài	32	41,6

Nhận xét:

Triệu chứng lâm sàng thường gặp: táo bón, đại tiện không tự chủ, đau hậu môn. Khô sa bị thất nghệt chỉ chiếm tỉ lệ 5,2%.

Bảng 3.8. Chiều dài khối sa (N= 77)

Chiều dài khối sa (cm)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
3 - 5	43	55,8
6 - 10	26	33,7
11 - 20	8	10,3

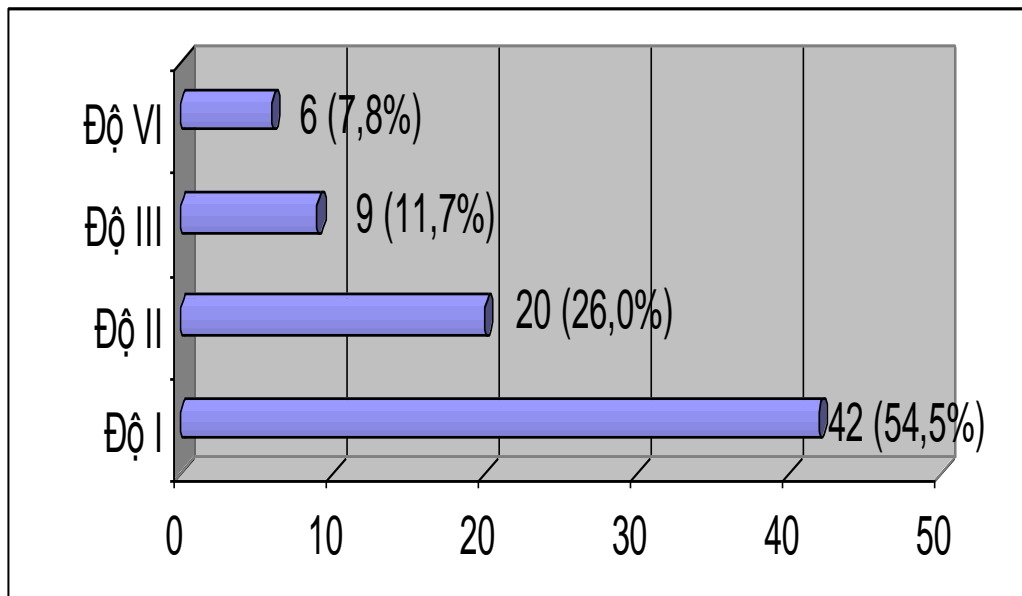
Chiều dài khối sa trung bình $6,3 \pm 3,5$ cm (ngắn nhất là 3 cm, dài nhất là 20 cm). Trung vị = 5 cm.

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân bệnh nhân có chiều dài khối sa dài trong khoảng từ 3 đến 5 cm.

Bảng 3.9. Chiều dài khối sa trung bình theo giới tính (N= 77)

Giới tính	Chiều dài khối sa trung bình	p-values
BN nữ (n=40)	$5,5 \pm 2,8$ cm	0,05
BN nam (n=37)	$7,2 \pm 4,1$ cm	

Nhận xét: Chiều dài khối sa trung bình ở bệnh nhân nam là $7,2 \pm 4,1$ cm, dài hơn so với bệnh nhân nữ ($5,5 \pm 2,8$ cm).

**Biểu đồ 3.2.** Phân độ sa trưc tràng (N= 77)

Nhận xét: Hơn phân nửa bệnh nhân nghiên cứu là sa trưc tràng độ I.

Bảng 3.10. Phân độ sa trực tràng theo giới tính (N=77)

Phân độ STT	Giới tính		Tổng
	Nữ	Nam	
Sa trực tràng độ I	26 (65,0%)	16 (43,2%)	42 (54,5%)
Sa trực tràng độ II	10(25,0%)	10 (27,0%)	20 (26,0,%)
Sa trực tràng độ III	2 (5,0%)	7 (18,9%)	9 (11,7%)
Sa trực tràng độ IV	2 (5,0%)	4 (10,8%)	6 (7,8%)
Tổng	40 (100%)	37 (100%)	77 (100%)

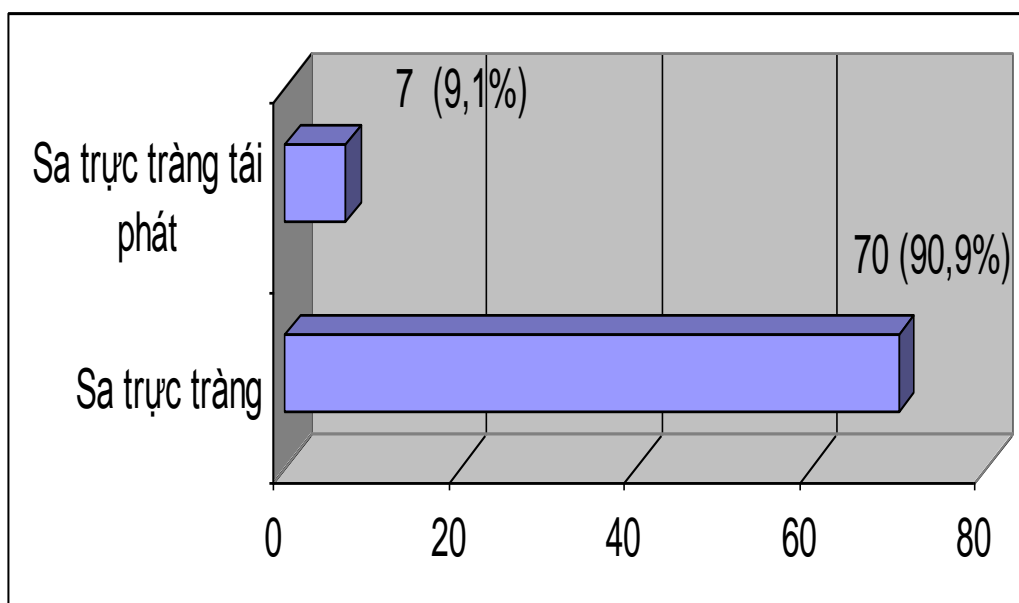
$(\chi^2 = 5,717; p = 0,126)$

Nhận xét:

STT độ I ở BN nữ chiếm tỉ lệ 65,0% cao hơn so với BN nam (43,2%).

Tỉ lệ BN STT độ II ở BN nữ và BN nam tương đương nhau (25% và 27%).

Tỉ lệ BN STT độ III và IV ở BN nam lần lượt là 18,9% và 10,8%, cao hơn so với BN nữ (5% và 5%).

**Biểu đồ 3.3.** Chẩn đoán trước mổ (N= 77)

Nhận xét: Có 7 bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ sa trực tràng tái phát, chiếm tỉ lệ 9,1%. Trong đó có 5 bệnh nhân nữ và 2 bệnh nhân nam.

Bảng 3.11. Liên quan giữa giới tính và chẩn đoán STT tái phát

(N = 77)

Chẩn đoán trước mổ	Giới tính		Tổng
	Nữ	Nam	
Sa trực tràng	35(87,5%)	35 (94,6%)	70 (90,9%)
Sa trực tràng tái phát	5 (12,5%)	2 (5,4%)	7 (9,1%)
Tổng	40 (100%)	37 (100%)	77 (100%)

Nhận xét:

Trong số 40 bệnh nhân nữ, có 5 bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ sa trực tràng tái phát, chiếm tỉ lệ 12,5%.

Trong số 37 bệnh nhân nam, có 2 bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ sa trực tràng tái phát, chiếm tỉ lệ 5,4%. Tỉ lệ bệnh nhân sa trực tràng tái phát ở bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam.

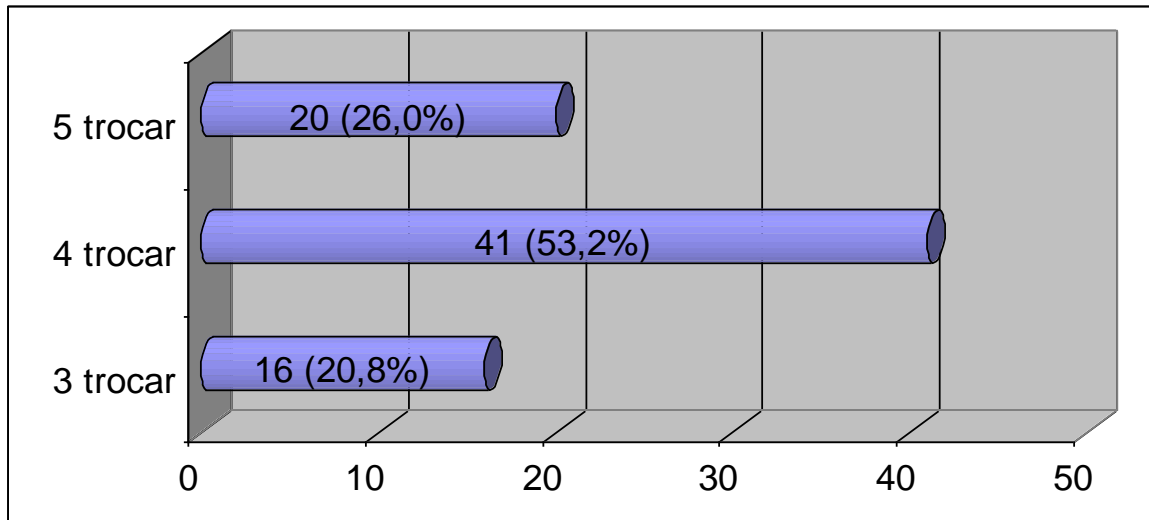
3.3. Đặc điểm kỹ thuật PTNS khâu theo trực tràng ụ nhô**3.3.1. Phương pháp phẫu thuật****Bảng 3.12.** Phương pháp phẫu thuật (N= 77)

Phương pháp phẫu thuật	Bệnh viện		Tổng
	BV Chợ Rẫy	BV ĐHYD	
Khâu treo trực tiếp	0 (0%)	27 (75,0%)	27 (35,1%)
Khâu treo có sử dụng mảnh ghép	41 (100%)	9 (25,0%)	50 (64,9%)
Tổng	41 (100%)	36 (100%)	77 (100%)

Nhận xét:

Có 50 bệnh nhân (64,9%) được khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép.

Có 27 bệnh nhân (35,1%) được khâu treo trực tràng trực tiếp vào ụ nhô.



Biểu đồ 3.4. Số trocar sử dụng trong phẫu thuật (N= 77)

Nhận xét:

Số trocar được sử dụng trung bình là 4 trocar, ít nhất là 3 trocar, nhiều nhất là 5 trocar. Có đến 53,2% trường hợp chỉ sử dụng 4 trocar, 20,8% trường hợp sử dụng 3 trocar và 26,0% trường hợp sử dụng 5 trocar.

Bảng 3.13. Đặc điểm trong phẫu thuật (N= 77)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bảo tồn dây chằng bên	27	35,1
Dẫn lưu ổ bụng	16	20,8
Chuyển mổ mở	1	1,3

Nhận xét:

Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,3%. Đây là bệnh nhân nam, phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép, khi khâu treo mảnh ghép vào ụ nhô làm chảy máu chân kim, dùng gạc đè ép không hiệu quả nên bệnh nhân được chuyển mổ mở theo đường giữa trên xương mu 3 cm để khâu cầm máu.

3.3.2. Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo

Bảng 3.14. Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo (N= 77)

Phẫu thuật điều trị bệnh kèm theo	BN	Tỉ lệ (%)
Khâu treo tử cung vào ụ nhô	7	9,1
Khâu treo tử cung vào ụ nhô + khâu phục hồi cơ vòng hậu môn	1	1,3
Khâu cơ nâng hậu môn + khâu phục hồi cơ vòng hậu môn	1	1,3
Tổng	9	11,7

Có 11 BN có bệnh lý kèm theo nhưng chỉ thực hiện phẫu thuật điều trị kèm theo có 9 BN. Hai BN STT không thực hiện phẫu thuật kèm theo là: 1 BN sa sinh dục độ I và 1 BN sa sàn chậu độ II + sa bàng quang độ I.

Nhận xét:

Có 7 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo sa sinh dục được phẫu thuật khâu treo tử cung vào ụ nhô (9,1%), trong đó có 2 BN sa sinh dục độ I, 3 BN sa sinh dục độ II, 1 BN sa sinh dục độ III và 1 BN sa sinh dục độ IV.

Có 1 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo sa sinh dục và tổn thương cơ vòng hậu môn được phẫu thuật khâu treo tử cung vào ụ nhô và đồng thời khâu phục hồi cơ vòng hậu môn.

Có 1 bệnh nhân vừa phẫu thuật khâu phục hồi cơ vòng hậu môn và cơ nâng hậu môn.

3.3.3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình chung cho cả mẫu nghiên cứu là $135,9 \pm 51,5$ phút, lâu nhất là 290 phút và ngắn nhất là 55 phút. Trung vị là 130 phút.

Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm BN có vết mổ cũ vùng bụng là $144,6 \pm 61,5$ phút, thời gian phẫu thuật trung bình BN không có vết mổ cũ là $134,0 \pm 49,3$ phút, $P = 0,490$.

Bảng 3.15. Thời gian phẫu thuật trung bình theo phương pháp phẫu thuật

(N= 77)

Phương pháp phẫu thuật	TG phẫu thuật trung bình (phút)	p-values
Khâu treo TT ụ nhô trực tiếp (n = 27)	$116,1 \pm 45,2$	0,012
Khâu treo TT ụ nhô sử dụng mảnh ghép (n = 50)	$146,7 \pm 51,9$	

Nhận xét:

Khâu treo trực tràng ụ nhô sử dụng mảnh ghép có thời gian mổ trung bình dài hơn không sử dụng mảnh ghép.

3.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

3.4.1. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

3.4.1.1. Kết quả, tai biến và biến chứng sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.16. Tai biến trong phẫu thuật (N= 77)

Tai biến	PPPT		Tổng (%)
	Có mảnh ghép	Không mảnh ghép	
Chảy máu ụ nhô	1	1	2 (2,6%)
Thủng ruột	0	1	1 (1,3%)

Nhận xét:

Có 2 bệnh nhân (2,6%) chảy máu ụ nhô, trong đó có 1 bệnh nhân chuyển sang mổ mở để cầm máu.

Có 1 bệnh nhân (1,3%) bị thủng trực tràng xảy ra trong lúc khâu treo TT ụ nhô, chỉ khâu làm rách thành TT một lỗ đường kính 1 cm. Bệnh nhân thủng ruột nằm ở nhóm phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô không sử dụng mảnh ghép.

Bảng 3.17. Biến chứng sớm sau phẫu thuật (N= 77)

Biến chứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Thoát mạc mối lớn qua lỗ trocar và Chảy máu vết mổ	1	1,3
Tụ máu thành bụng	1	1,3

Cả 2 bệnh nhân có biến chứng sau mổ trên nằm ở nhóm phẫu thuật khâu treo TT ụ nhô có sử dụng mảnh ghép.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có 3 loại biến chứng sau mổ là tụ máu thành bụng, chảy máu vết mổ và thoát mạc nối lớn qua lỗ trocar, nhưng xảy ra trên 2 bệnh nhân.

3.4.1.2. Thời gian điều trị

Bảng 3.18. Thời gian điều trị trung bình theo phương pháp phẫu thuật (N= 77)

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian điều trị trung bình (ngày)	p-values
Khâu treo TT ụ nhô trực tiếp (n = 27)	5,0 ± 1,7 ngày	0,150
Khâu treo TT ụ nhô sử dụng mảnh ghép (n = 50)	5,6 ± 2,0 ngày	

Thời gian điều trị trung bình chung cho cả mẫu nghiên cứu là $5,4 \pm 1,9$ ngày, lâu nhất là 13 ngày và ngắn nhất là 3 ngày. Trung vị là 5 ngày.

Nhận xét:

Thời gian điều trị trung bình đối với BN khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép dài hơn so với khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép.

3.4.2. Kết quả theo dõi xa sau phẫu thuật

3.4.2.1. Thời gian theo dõi

Bảng 3.19. Thời gian theo dõi (N= 77)

Thời gian theo dõi (tháng)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 – 12 tháng	6	7,79
13 - 24 tháng	15	19,48
25 - 36 tháng	8	10,39
37 - 48 tháng	7	9,09
49 - 60 tháng	11	14,29
61 - 72 tháng	3	3,90
73 - 84 tháng	9	11,69
85 - 96 tháng	14	18,18
97 - 110 tháng	4	5,19
Tổng	77	100,0

Thời gian theo dõi trung bình là $52,5 \pm 31,2$ tháng, trung vị là 49 tháng, theo dõi lâu nhất là 110 tháng và thời gian theo dõi ngắn nhất là 5 tháng.

Nhận xét: 38,96% bệnh nhân được theo dõi trên 60 tháng.

3.4.2.2. Tái phát

Bảng 3.20. Thời gian tái phát (N= 77)

Thời gian tái phát (tháng)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 tháng	2	2,6
2 tháng	1	1,3
6 tháng	2	2,6
7 tháng	1	1,3
12 tháng	1	1,3
18 tháng	1	1,3
30 tháng	1	1,3
Tổng	9	11,7%

Qua thời gian theo dõi sau mổ, nghiên cứu ghi nhận có 9 bệnh nhân bị tái phát sa trực tràng, tỉ lệ 11,7%. Có 2 bệnh nhân tái phát sớm sau khi xuất viện 30 ngày, trong đó có 1 bệnh nhân nữ được phẫu thuật khâu treo TT ụ nhô không sử dụng mảnh ghép, chiều dài khối sa trước mổ là 3 cm, chiều dài khối sa tái phát sau mổ là 2 cm và 1 bệnh nhân nam được phẫu thuật khâu treo TT ụ nhô có sử dụng mảnh ghép, chiều dài khối sa trước mổ là 15 cm, chiều dài khối sa tái phát sau mổ là 5 cm.

Nhận xét:

Tổng số bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau mổ là 9 bệnh nhân. Trong đó có 7 bệnh nhân tái phát trong vòng 12 tháng đầu sau mổ. Thời gian tái phát sau mổ trung bình là 9 tháng, tái phát sớm nhất là 1 tháng, tái phát muộn nhất là 30 tháng.

Bảng 3.21. Chiều dài khối sa tái phát (N= 77)

Chiều dài khối sa tái phát (cm)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1,5 cm	1	1,3
2,0 cm	1	1,3
2,5 cm	1	1,3
3,0 cm	2	2,6
4,0 cm	1	1,3
5,0 cm	2	2,6
15,0 cm	1	1,3
Tổng	9	11,7%

Chiều dài khối sa tái phát sau mổ trung bình $4,5 \pm 4,1$ cm, ngắn nhất là 1,5 cm, dài nhất là 15 cm.

Nhận xét:

Đa số chiều dài khối sa tái phát sau mổ từ 1 đến 5 cm, chỉ có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ có chiều dài khối sa dài 15 cm.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI PHÁT SA TRỰC TRÀNG

Bảng 3.22. Liên quan giữa thời gian phát bệnh, chỉ số BMI, chiều dài khối sa và tái phát sa trực tràng (N= 77)

Đặc điểm	Nhóm tái phát (n = 9)	Nhóm không tái phát (n = 68)	p-values
Thời gian phát bệnh	80,6 tháng	71,0 tháng	0,809
Chỉ số BMI	$22,3 \pm 2,3$	$20,9 \pm 2,9$	0,187
Chiều dài khối sa	$7,9 \pm 5,8$ cm	$6,2 \pm 3,2$ cm	0,480

Nhận xét:

Khảo sát không thấy có sự liên quan giữa tái phát sa trực tràng với thời gian phát bệnh, chỉ số BMI, chiều dài khối sa.

Bảng 3.23. Liên quan giữa giới tính và tái phát sa trực tràng (N= 77)

Giới tính	Tái phát sa trực tràng		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Nam	8 (88,9%)	29 (42,6%)	37 (48,1%)
Nữ	1 (11,%)	39 (57,4%)	40 (51,9%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 6,808; p = 0,009; OR = 10,759; KTC = 1,274 - 90,866)$			

Nhận xét:

Trong 9 bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau mổ chỉ có 1 bệnh nhân nữ, tỉ lệ 11%. Nam chiếm tỉ lệ 88,9%

Trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng mổ, bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 57,4%. Nam chiếm tỉ lệ 42,6%

Có sự liên quan giữa giới tính và tái phát sa trực tràng ($p=0,009$).

Bảng 3.24. Liên quan BN lớn tuổi (> 60) và tái phát sa trực tràng (N= 77)

Tuổi	Tái phát sa trực tràng		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Tuổi > 60	3 (33,3%)	39 (57,4%)	42 (54,5%)
Tuổi ≤ 60	6 (66,7%)	29 (42,5%)	35 (45,5%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 1,850; p = 0,174; OR = 0,372; KTC = 0,086 - 1,612)$			

Nhận xét:

Trong 42 bệnh nhân tuổi > 60, có 3 bệnh nhân tái phát STT sau phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô. Trong 35 bệnh nhân tuổi ≤ 60, có 6 tái phát sa trực tràng sau phẫu thuật. Tuy nhiên mối liên quan giữa tuổi bệnh nhân >60, ≤ 60 và tái phát sa trực tràng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.25. Liên quan giữa táo bón trước mổ và tái phát sa trực tràng

(N= 77)

Táo bón trước mổ	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có táo bón	5 (55,6%)	47 (69,1%)	52 (67,5%)
Không táo bón	4 (44,4%)	21 (30,9%)	25 (32,5%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,667; p = 0,414; OR = 0,559; KTC: 0,136 - 2,292)$			

Nhận xét:

Trong 9 bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau mổ có 5 bệnh nhân táo bón trước mổ, tỉ lệ 55,6%. Bệnh nhân không táo bón trước mổ chiếm tỉ lệ 44,4%.

Bảng 3.26. Liên quan giữa ĐTKTC trước mổ và tái phát sa trực tràng

(N= 77)

ĐTKTC trước mổ	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có ĐTKTC	3 (33,3%)	19 (27,9%)	22 (28,6%)
Không ĐTKTC	6 (66,7%)	49 (72,1%)	55 (71,4%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,113; p = 0,736; OR = 1,289; KTC: 0,292 - 5,685)$			

Nhận xét:

Trong 9 bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô, có 3 bệnh nhân ĐTKTC trước mổ, tỉ lệ 33,3%. Bệnh nhân không ĐTKTC trước mổ chiếm tỉ lệ 66,7%.

Bảng 3.27. Liên quan khối sa nghệt trước mổ và tái phát sa trực tràng

(N= 77)

Khối sa nghệt	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có	2 (22,2%)	2 (2,9%)	4 (5,2%)
Không	7 (77,8%)	66 (97,1%)	73 (94,8%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 6,000; p = 0,065; OR = 9,429; KTC: 1,144 - 77,702)$			

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau mổ, có 2 bệnh nhân khối sa nghệt trước mổ, tỉ lệ 22,2%. Nhưng trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng, tỉ lệ bệnh nhân khối sa nghệt chỉ có 2,9%.

Bảng 3.28. Liên quan đại tràng dài và tái phát sa trực tràng (N= 77)

Đại tràng dài	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có	2 (22,2%)	30 (34,1%)	32 (41,6%)
Không	7 (77,8%)	38 (55,9%)	45 (58,4%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 1,569; p = 0,210; OR = 0,362; KTC: 0,070 - 1,871)$			

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau mổ có 2 bệnh nhân đại tràng dài, tỉ lệ 22,2%. Trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng, tỉ lệ bệnh nhân đại tràng dài là 44,1%.

Bảng 3.29. Liên quan phương pháp phẫu thuật và tái phát sa trực tràng

(N= 77)

Phương pháp phẫu thuật	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Không mảnh ghép	3 (33,3%)	24 (35,3%)	27 (35,1%)
Có mảnh ghép	6 (66,7%)	44 (64,7%)	50 (64,9%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,013; p = 0,908; OR = 0,917; KTC: 0,210 - 3,997)$			

Nhận xét:

Trong 9 bệnh nhân tái phát sa trực tràng sau mổ, có 6 bệnh nhân được thực hiện phương pháp mổ sử dụng mảnh ghép, tỉ lệ 66,7%. Trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng, tỉ lệ bệnh nhân sử dụng mảnh ghép 64,7%.

Bảng 3.30. Liên quan bảo tồn dây chằng bên và tái phát sa trực tràng

(N= 77)

Bảo tồn dây chằng bên	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có	2 (22,2%)	25 (36,8%)	27 (35,1%)
Không	7 (77,8%)	43 (63,2%)	50 (64,9%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,738; p = 0,390; OR = 0,491; KTC: 0,095 - 2,551)$			

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân tái phát STT sau mổ, có 2 bệnh nhân bảo tồn dây chằng bên, tỉ lệ 22,2%. Trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng, tỉ lệ bệnh nhân bảo tồn dây chằng bên là 36,8%.

Bảng 3.31. Liên quan táo bón sau mổ và tái phát sa trực tràng (N= 77)

Táo bón sau mổ	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có	8 (88,9%)	35 (51,5%)	43 (55,8%)
Không	1 (11,1%)	33 (48,5%)	34 (44,2%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 4,513; p = 0,034; OR = 7,543; KTC: 0,894 - 63,635)$			

Nhận xét:

Trong 9 bệnh nhân tái phát STT sau mổ, có 8 bệnh nhân táo bón sau mổ, tỉ lệ 88,9%. Trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng, tỉ lệ bệnh nhân táo bón sau mổ là 51,5%.

Mối liên quan giữa táo bón sau mổ và tái phát sa trực tràng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,034$.

Bảng 3.32. Liên quan ĐTKTC sau mổ và tái phát sa trực tràng (N= 77)

ĐTKTC sau mổ	Tái phát sau mổ		Tổng
	Tái phát	Không tái phát	
Có	3 (33,3%)	12 (17,6%)	15 (19,5%)
Không	6 (66,7%)	56 (82,4%)	62 (80,5%)
Tổng	9 (100%)	68 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 1,247; p = 0,264; OR = 2,333; KTC: 0,510 - 10,665)$			

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân tái phát STT sau mổ, có 3 bệnh nhân ĐTKTC sau mổ, tỉ lệ 33,3%. Trong 68 bệnh nhân không tái phát sa trực tràng, tỉ lệ bệnh nhân ĐTKTC sau mổ là 17,6%. Mối liên quan giữa ĐTKTC sau mổ và tái phát sa trực tràng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4.2.3. Táo bón sau mổ:

Bảng 3.33. Đặc điểm táo bón sau mổ (N= 77)

Đặc điểm	BN	Tỉ lệ (%)
Không táo bón	34	44,2
Táo bón giảm	17	22,1
Táo bón không thay đổi	11	14,3
Táo bón nặng hơn	8	10,4
Táo bón mới phát sinh	7	9,1
Tổng	77	100.0

Nhận xét:

Có 34 bệnh nhân (44,2%) không bị táo bón sau mổ.

Có 43 bệnh nhân bị táo bón sau mổ, chiếm tỉ lệ 55,8%, trong đó có 17 BN táo bón sau mổ giảm hơn so với trước mổ (tỉ lệ 21,1%), 11 BN táo bón sau mổ không thay đổi so với trước mổ (tỉ lệ 14,3%), 8 BN táo bón sau mổ nặng hơn so với trước mổ (tỉ lệ 10,4%), 7 BN táo bón mới phát sinh sau mổ (tỉ lệ 9,1%).

Trước mổ có 52 bệnh nhân bị táo bón. Sau mổ còn 43 bệnh nhân bị táo bón, giảm 9 bệnh nhân. Tỉ lệ táo bón cải thiện 17,3%.

Bảng 3.34. Liên quan PPPT và táo bón sau mổ (N= 77)

Táo bón sau mổ	Phương pháp phẫu thuật		Tổng
	Không mảnh ghép	Có mảnh ghép	
Có	14 (51,9%)	29 (58,0%)	43 (55,8%)
Không	13 (48,1%)	21 (42,0%)	34 (44,2%)
Tổng	27 (100%)	34 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,269; p = 0,604; OR = 0,780; KTC: 0,304 - 1,998)$			

Nhận xét:

Tỉ lệ tảo bón sau mổ theo PPPT có sử dụng mảnh ghép và không sử dụng mảnh ghép tương đương nhau. Mọi liên quan giữa tảo bón sau mổ và PPPT không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.35. Liên quan bảo tồn dây chằng bên và tảo bón sau mổ (N= 77)

Tảo bón sau mổ	Bảo tồn dây chằng bên		Tổng
	Có	Không	
Có	15 (55,6%)	28 (56,0%)	43 (55,8%)
Không	12 (44,4%)	22 (44,0%)	34 (44,2%)
Tổng	27 (100%)	50 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 0,001; P = 0,970, OK = 0,982; KTC: 0,383 - 2,520)$			

Nhận xét:

Mọi liên quan giữa tảo bón sau mổ và bảo tồn dây chằng bên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4.2.4. Đại tiện không tự chủ sau mổ**Bảng 3.36.** Đặc điểm đại tiện không tự chủ sau mổ (N= 77)

Đặc điểm	BN	Tỉ lệ (%)
Không ĐTKTC	62	80,5
ĐTKTC giảm	5	6,5
ĐTKTC không thay đổi	5	6,5
ĐTKTC nặng hơn	1	1,3
ĐTKTC mới phát sinh	4	5,2
Tổng	77	100.0

Nhận xét:

Có 62 bệnh nhân (80,5%) không bị ĐTKTC sau mổ.

Có 15 bệnh nhân bị ĐTKTC sau mổ (19,5%), trong đó có 5 bệnh nhân (6,5%) giảm ĐTKTC, 5 bệnh nhân (6,5%) ĐTKTC không thay đổi, 1 bệnh nhân (1,3%) ĐTKTC nặng hơn, 4 bệnh nhân (5,2%) ĐTKTC mới phát sinh.

Trước mổ có 22 bệnh nhân ĐTKTC, sau mổ chỉ còn 15 bệnh nhân bị tiêu không tự chủ, giảm 7 bệnh nhân. Tỷ lệ ĐTKTC cải thiện 31,8%.

Bảng 3.37. Liên quan tổn thương cơ thắt hậu môn và ĐTKTC sau mổ

(N= 77)

ĐTKTC sau mổ	Tổn thương cơ thắt hậu môn		Tổng
	Có	Không	
Có	2 (50,0%)	13 (17,8%)	15 (19,5%)
Không	2 (50,0%)	60 (82,2%)	62 (80,5%)
Tổng	4 (100%)	73 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 2,505; P = 0,113; OK = 4,615; KTC: 0,594 - 35,839)$			

Nhận xét:

Mối liên quan giữa Tổn thương cơ thắt hậu môn và ĐTKTC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.38. Liên quan phân độ sa trực tràng và ĐTKTC sau mổ (N= 77)

Phân độ sa trực tràng	ĐTKTC sau mổ		Tổng
	Có	Không	
Độ I	9 (60,0%)	33 (53,2%)	42 (54,5%)
Độ II	2 (13,3%)	18 (29,0%)	20 (26,0%)
Độ III	3 (20,0%)	6 (7,9%)	9 (11,7%)
Độ IV	1 (6,7%)	5 (8,1%)	6 (7,8%)
Tổng	15 (100%)	62 (100%)	77 (100%)
$(\chi^2 = 2,379; P = 0,498)$			

Nhận xét:

Mối liên quan giữa độ sa trực tràng và ĐTKTC sau mổ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4.2.5. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ.

Chúng tôi khảo sát những rối loạn chức năng hoạt động tình dục (CNHĐTD) sau phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô ở những bệnh nhân nam dưới 60 tuổi trước mổ hoạt động tình dục bình thường. Trong số 77 bệnh nhân nghiên cứu có 37 nam, trong đó có 30 bệnh nhân dưới 60 tuổi.

Bảng 3.39. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ (N= 30)

Rối loạn chức năng tình dục	BN	Tỉ lệ (%)
Không rối loạn chức năng tình dục	23	76,7
Không xuất tinh được	4	13,3
Xuất tinh ngược vào bàng quang	3	10,0
Liệt dương	1	3,3
Tổng	30	100.0

Nhận xét:

Trong số 30 bệnh nhân nam dưới 60 tuổi theo dõi sau mổ có 8 bệnh nhân rối loạn chức năng hoạt động tình dục (26,7%), trong đó có 4 bệnh nhân sau mổ không xuất tinh được (13,3%), có 3 bệnh nhân sau mổ xuất tinh ngược vào bàng quang khi giao hợp (10%), 1 bệnh nhân sau mổ bị liệt dương.

Bảng 3.40. Thời gian hồi phục chức năng hoạt động tình dục sau mổ (N= 30)

Rối loạn chức năng tình dục	BN Rối loạn CNHĐTĐ	BN hồi phục CNHĐTĐ	TG hồi phục CNHĐTĐ (tháng)
Không xuất tinh được	4	1	36
Xuất tinh ngược vào bàng quang	3	1	12
Liệt dương	1	0	
Tổng	8	2	

Nhận xét: Trong số 8 bệnh nhân nam dưới 60 tuổi rối loạn chức năng hoạt động tình dục, qua thời gian theo dõi trung bình $39,2 \pm 29,3$ tháng, có 2 bệnh nhân hồi phục chức năng hoạt động tình dục (28,6%), trong đó có 1 bệnh nhân sau mổ xuất tinh ngược phục hồi sau 12 tháng, có 1 bệnh nhân sau mổ không xuất tinh phục hồi sau 36 tháng.

3.4.3. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô

Bảng 3.41. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật (N= 77)

Xếp loại	BN	Tỉ lệ (%)
Loại tốt	55	71,4
Loại vừa	13	16,8
Loại xấu	9	11,7
Tổng	77	100

Nhận xét: Sau mổ khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng, kết quả có 55 BN được xếp loại tốt (không tái phát sau mổ và không có tai biến, biến chứng). 13 BN xếp loại vừa (không tái phát sau mổ nhưng có tai biến hoặc biến chứng). 9 BN xếp loại xấu (tái phát sau mổ).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh sa trực tràng toàn bộ ở người lớn

4.1.1. Đặc điểm chung

- Đặc điểm về tuổi, giới

Qua nghiên cứu 77 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị STTTB chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình $60,8 \pm 17,4$ tuổi, nhỏ nhất là 25 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi có 42 bệnh nhân chiếm 54,5% ($P < 0,001$) (bảng 3.1), có sự khác nhau về độ tuổi mắc bệnh trung bình giữa nam và nữ ($48,7 \pm 12,5$ và $72,1 \pm 13,3$, $p < 0,001$).

Đối với BN nữ, tỉ lệ bệnh STT xảy ra nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 60 trở lên, có 35/40 BN nữ (chiếm tỉ lệ 87,5% đối với tổng số BN nữ) Trong khi đó ở nam tỉ lệ bệnh sa trực tràng xảy ra nhiều nhất ở nhóm tuổi ≤ 60 , có 30/37 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 81,0% đối với tổng số BN nam).

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi có 40 nữ, 37 nam. Tỉ lệ bệnh nhân nữ là 51,9% ($P < 0,001$). Có 1 số tác giả tỉ lệ nữ / nam cách biệt rất nhiều.

Theo một số nghiên cứu, STT thường gặp ở độ tuổi trung bình từ 50 – 70 tuổi [71]. Tỉ lệ bệnh nhân nữ bị sa trực tràng cao hơn nam rất nhiều, theo tác giả Azimuddin [24] nghiên cứu 63 bệnh nhân sa trực tràng, tỉ lệ nữ 92,0%. Lechaux [75], trong 48 bệnh nhân sa trực tràng có đến 44 bệnh nhân là nữ chiếm tỉ lệ 91,6%. Collinson (2010) [40] nghiên cứu 75 bệnh nhân, tỉ lệ nữ là 92%. Kellokumpu (2000) [70] nghiên cứu 34 bệnh nhân, tỉ lệ nữ là 91,1%. Heah (2000) [60] nghiên cứu 25 bệnh nhân, tỉ lệ nữ là 88,0%. Aitola [17] nghiên cứu 123 bệnh nhân, tỉ lệ nữ là 82,1%. Theo nghiên cứu 20 bệnh nhân

sa trực tràng của Nguyễn Hoàng Bắc (2008)[2], tỉ lệ nữ 65,0%. Nghiên cứu 50 bệnh nhân sa trực tràng của Trần Phước Hồng (2008) [9], tỉ lệ nữ là 56,0%. Điều này được giải thích có thể do sự suy yếu sàn chậu ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi sinh đẻ nhiều. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Văn Xuyên (2007) [14],[15] nghiên cứu sa trực tràng ghi nhận tỉ lệ nam cao hơn nữ. Đỗ Đình Công (1997) [3] có 3 nữ, 7 nam.

- Đặc điểm chỉ số khối của cơ thể (BMI)

Chỉ số BMI trung bình chung cho 77 bệnh nhân là $21,08 \pm 2,93$, trong đó chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân nam và nữ mắc bệnh sa trực tràng trong nghiên cứu không khác biệt nhau nhiều, chỉ số BMI trung bình của nam hơi cao hơn nữ ($21,14 \pm 2,88$ và $21,03 \pm 3,01$; $P=0,873$). Theo Tổ chức Y tế Thế giới, người lớn bình thường có chỉ số BMI từ 18,50 - 24,99. Dưới 18,5 là gầy, trên 25 là người béo phì. Trong nghiên cứu của chúng tôi 80,5% bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường, 11,7% bệnh nhân gầy, chỉ có 7,8% bệnh nhân béo phì.

Phân tích chỉ số BMI theo giới tính (bảng 3.2), tỉ lệ bệnh nhân nam béo phì cao hơn bệnh nhân nữ (8,1% so với 7,5%). Tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $P>0,05$.

- Đặc điểm về tiền sử

Tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng: Có 7 bệnh nhân (9,1%) có tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng, trong đó có 1 bệnh nhân được mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô. 1 bệnh nhân được phẫu thuật khâu quần vòng lõ hậu môn (phẫu thuật Thiersch), sau đó bị tái phát được thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô, 3 năm sau lại tái phát. 3 bệnh nhân treo trực tràng qua đường tầng sinh môn. 1 bệnh nhân khâu quần vòng lõ hậu môn, 1 bệnh nhân khâu xếp nếp niêm mạc trực tràng (phẫu thuật Delorme).

Vết mổ cũ vùng bụng: Có 14 bệnh nhân (18,2%) có vết mổ cũ vùng bụng, trong đó có 3 vết mổ đường giữa trên rốn cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, khâu lỗ thủng dạ dày. Còn lại 11 bệnh nhân có vết mổ cũ dưới rốn, trong đó có 6 bệnh nhân có vết mổ cắt ruột thừa, 1 vết mổ lấy thai, 2 vết mổ mở bàng quang, 1 vết mổ đường giữa khâu treo trực tràng và 1 bệnh nhân có vết mổ nội soi khâu treo trực tràng. Do đó, bệnh nhân có vết mổ cũ vùng dưới rốn vẫn được thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô điều trị sa trực tràng.

Đặc điểm tiền sử sản phụ khoa: Có 4/40 bệnh nhân nữ có tiền sử cắt tử cung qua đường âm đạo (tỉ lệ 10%), 9 bệnh nhân sa trực tràng kèm theo sa sinh dục từ độ 1 đến độ 4, trong đó có 4 bệnh nhân bị sa sinh dục có kèm theo sa bàng quang độ 1 và độ 2.

Theo định nghĩa sinh nhiều của chuyên ngành sản khoa là sinh hơn 3 lần. Trong số 40 bệnh nhân nữ, có 29 bệnh nhân sinh từ 4 đến 15 lần, chiếm tỉ lệ 72,5% bệnh nhân nữ. Số lần sinh con trung bình của bệnh nhân là $5,8 \pm 3,8$ lần (trung vị là 5,5).

Nhiều tác giả ghi nhận sinh đẻ nhiều, các tổ chức sàn chậu bị nong giãn hoặc sau khi mổ về sản phụ khoa các tổ chức này có thể bị tổn thương làm cho sàn chậu bị yếu. Những yếu tố trên có thể là nguyên nhân hoặc là yếu tố thuận lợi góp phần gây nên bệnh sa trực tràng ở nữ [7],[12],[16],[97].

Trong nghiên cứu này có 5/44 bệnh nhân nữ chưa sinh con nhưng bị sa trực tràng, tỉ lệ 12,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hối [8] tỉ lệ bệnh nhân nữ chưa sinh con nhưng bị sa trực tràng là 32,0%.

- Đặc điểm bệnh lý kèm theo:

Sa sàn chậu:

Sa sàn chậu thường xảy ra ở phụ nữ, những phụ nữ sinh đẻ nhiều lần có thể làm giãn các cơ vùng sàn chậu, hoặc trong quá trình sinh đẻ làm tổn

thương các cơ sàn chậu. Sự tổng xuất thai nhi qua âm đạo có thể làm tổn thương các mô liên kết nâng đỡ, cơ nâng hậu môn, được xem là yếu tố thúc đẩy sự phát triển sa các tạng vùng chậu [32]. Chụp cộng hưởng từ trong thời gian sau sanh cho thấy có sự thay đổi cường độ của cơ nâng hậu môn. Cơ nâng hậu môn cũng bị ảnh hưởng do sự lão hóa, dẫn đến cơ bị kém nuôi dưỡng và teo cơ.

Phẫu thuật cắt tử cung được xác định là yếu tố nguy cơ thúc đẩy sa các tạng vùng chậu. Một nghiên cứu ở Switzerland tìm thấy rằng yếu tố nguy cơ chính liên quan giữa sa tạng chậu, phẫu thuật cắt tử cung là độ sa tử cung, độ sa tử cung càng lớn thì có khả năng gây sa tạng chậu càng nhiều.

Sa trực tràng là một trong các bệnh bị ảnh hưởng trực tiếp do sự suy yếu của sàn chậu. Sa trực tràng có thể đồng thời cùng lúc với sa tử cung, sa bàng quang. Sự đánh giá cẩn thận sàn chậu giúp cho bác sĩ có kế hoạch điều trị thích hợp, giảm tái phát.

Bất thường về cấu trúc giải phẫu vùng chậu trong sa sàn chậu như sự lỏng lẻo và suy yếu của cơ nâng hậu môn, sự suy yếu của cơ vòng hậu môn và các cơ vùng đáy chậu có thể được tìm thấy trong sa trực tràng tái phát. Có thể do lần phẫu thuật đầu tiên không phục hồi đầy đủ những khiếm khuyết giải phẫu gây sa trực tràng, hoặc do sự tiến triển của tình trạng sa trực tràng ban đầu.

Trong nghiên cứu, có 9 trường hợp chụp cộng hưởng từ khảo sát trực tràng động, kết quả có 5 bệnh nhân bị sa sàn chậu, chiếm tỉ lệ 6,5%. Peter [97] nghiên cứu 55 bệnh nhân STT thì có đến 5 người bị sa sàn chậu, tỉ lệ 9,09%.

Tổn thương cơ vòng hậu môn:

Có 4 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo tổn thương cơ thắt hậu môn (5,2%). Trong đó có 1 bệnh nhân chỉ bị đứt 1 phần cơ thắt hậu môn, 1 bệnh

nhân chỉ bị đứt hoàn toàn cơ thắt hậu môn tạo đường rò âm đạo – trực tràng. Tổn thương cơ vòng hậu môn thường xảy ra sau khi thực hiện những phẫu thuật vùng tầng sinh môn như mổ trĩ hoặc mổ rò hậu môn. Nhưng nguyên nhân gây tổn thương cơ vòng hậu môn thường gặp nhất là sự tống xuất thai nhi trong quá trình sinh đẻ, đầu thai nhi đi qua âm đạo quá nhanh có thể làm tổn thương các cơ vòng hậu môn. Đây cũng là nguyên nhân làm suy yếu hệ thống nâng đỡ vùng sàn chậu gây nên sa đồng thời các tạng hệ tiêu hóa - sinh dục – tiết niệu.

Trong nghiên cứu này có 2 trong số 4 bệnh nhân tổn thương cơ thắt hậu môn có kèm theo sa sinh dục, sa sàn chậu và sa bàng quang.

- Đặc điểm thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện:

Thời gian mắc bệnh trung bình là 72,2 tháng (1 – 600 tháng). Trung vị là 24 tháng. Có 55 bệnh nhân (71,4%) thời gian mắc bệnh từ 1 đến 60 tháng.

Trong nghiên cứu của Đỗ Đình Công với 10 bệnh nhân sa trực tràng thì 5 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 12 tháng, 3 bệnh nhân từ 2 đến 7 năm và có 2 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm [3].

Sa trực tràng thường có triệu chứng âm thầm và ít gây nguy hiểm cho người bệnh do đó có nhiều bệnh nhân đã bị bệnh trong một thời gian khá dài nhưng không nhập viện điều trị. Chúng tôi có 12 bệnh nhân có thời gian phát bệnh trên 10 năm, trong đó có 5 bệnh nhân có thời gian phát bệnh từ 241 tháng đến 600 tháng (20 – 50 năm), đây là những trường hợp bệnh nhân bị bệnh sa trực tràng từ còn nhỏ.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng.

- Táo bón

Táo bón là triệu chứng thường gặp trong sa trực tràng, tần suất có thể từ 15 – 65% [62],[58],[64],[85],[89]. Chúng tôi có 52 bệnh nhân bị táo bón thường xuyên trước mổ (tỉ lệ 67,5%). Tỉ lệ táo bón theo nghiên cứu của Đỗ

Đình Công [3] là 50%. Theo kết quả nghiên cứu của Kellokumpu [70], táo bón chiếm tỉ lệ 70,5% bệnh nhân. Nhiều tác giả nhận định, táo bón là 1 trong những yếu tố thuận lợi thúc đẩy sự phát triển sa trực tràng.

- *Đại tràng chậu hông dài*

Đại tràng chậu hông dài được ghi nhận trong lúc phẫu thuật có 32 trường hợp, tỉ lệ 41,6%. Theo nhận xét của nhiều tác giả, đại tràng chậu hông dài sẽ nằm xếp gấp khúc ở trong tiểu khung sẽ gây nên tình trạng táo bón nặng nề ở bệnh nhân sa trực tràng.

- *Đại tiện không tự chủ*

Nhiều nghiên cứu [6],[22],[62],[61],[95] ghi nhận triệu chứng đại tiện không tự chủ chiếm tỉ lệ 50-70% bệnh nhân sa trực tràng. Tỉ lệ đại tiện không tự chủ theo nghiên cứu Kellokumpu [70] là 61%, Gallot (2000) [53] là 45%. Nguyên nhân là cơ vòng trong bị căng dẫn lâu ngày do khối sa dẫn đến trương lực của cơ thắt hậu môn thấp [57]. Tuy nhiên theo các nghiên cứu trong nước, tỉ lệ đại tiện không tự chủ ở BN STT không cao. Đỗ Đình Công có 1 trường hợp đại tiện không tự chủ (10%) [3], của Nguyễn Văn Xuyên [15] là 33,3%. Chúng tôi có 22 trường hợp bị đại tiện không tự chủ trước mổ (28,6%).

- *Đau hậu môn:*

Khối sa bị viêm loét nhiễm trùng và bị đẩy vào ổ bụng sau khi đi vệ sinh nhiều lần gây nên đau hậu môn. Nghiên cứu xác nhận có 15 bệnh nhân (19,5%) sa trực tràng bị đau hậu môn.

- *Đại tiện ra máu:*

Có tác giả cho rằng đại tiện ra máu có thể là một biến chứng của bệnh sa trực tràng do đoạn ruột sa lâu ngày gây viêm loét trực tràng và đại tiện ra máu cũng có thể là triệu chứng của đợt bệnh kiết lỵ cấp – một yếu tố thuận lợi gây nên sa trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có đến 14 trường hợp đại tiện ra máu (18,2%).

- Khối sa bị thắt nghẹt:

Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 3 bệnh nhân nhập viện vì khối sa đều bị nghẹt (27,2%)[3]. Tỷ lệ khối sa bị nghẹt trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên là 5,5%.

Nghiên cứu này của chúng tôi có 4 trường hợp khối sa bị nghẹt khi nhập viện, chiếm tỷ lệ 5,2%.

- Chiều dài khối sa

Chiều dài khối sa trung bình $6,3 \pm 3,5$ cm (3 – 20 cm). Phần lớn BN có chiều dài khối sa từ 3 đến 5 cm. Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 3 trường hợp khối sa trực tràng dài hơn 10 cm và cả 3 trường hợp này khối sa đều bị nghẹt (27,2%)[3].

Chúng tôi có 15 trường hợp khối sa dài hơn 10 cm, chiếm tỷ lệ 19,5%. Trong đó có 4 trường hợp (5,2%) khối sa bị nghẹt khi nhập viện.

Chiều dài khối sa trung bình của bệnh nhân nam là $7,2 \pm 4,1$ cm, dài hơn so với bệnh nhân nữ ($5,5 \pm 2,8$ cm). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $P = 0,035$.

- Phân độ sa trực tràng:

Đa số bệnh nhân sa trực tràng trong nghiên cứu này ở nhóm độ I và độ II (62 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 80,5%). Chỉ có 15 bệnh nhân (19,5%) sa trực tràng độ III, IV. Nguyễn Văn Xuyên [15] nghiên cứu 36 BN STT, có 24 BN STT độ II (66,7%) và 12 BN STT độ III – IV (33,3%).

Phân độ sa trực tràng theo giới tính: sa trực tràng độ I ở bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (65,0% so với 43,2%), sa trực tràng độ II ở bệnh nhân nữ và nam có tỷ lệ tương đương nhau (25,0% so với 27,0%),

nhưng tỉ lệ sa trực tràng độ III và độ IV ở bệnh nhân nữ thấp nhiều so với bệnh nhân nam (10,0% so với 29,7%). Tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,126$. (Bảng 3.10).

Chẩn đoán trước phẫu thuật:

Trước phẫu thuật có 7 bệnh nhân được chẩn đoán là sa trực tràng tái phát, chiếm tỉ lệ 9,1%. Trong đó có 5/40 bệnh nhân nữ và 2/37 bệnh nhân nam, tỉ lệ bệnh nhân nữ sa trực tràng tái phát cao hơn bệnh nhân nam (12,5% so với 5,4%..

Bảng 4.1. So sánh đặc điểm bệnh nhân STT với các nghiên cứu khác

Đặc điểm	Chúng tôi (n = 77)	Zittel[129] (n = 20)	Nguyễn Văn Xuyên[15] (n = 36)
Táo bón	67,5%	40,0%	11,1%
Đại tràng dài	41,6%	--	30,6%
ĐTKTC trước mổ	28,6%	65,0%	33,3%
Đau hậu môn	19,5%	25,0%	--
Đại tiện ra máu	18,2%	10,0%	41,7%
Khối sa Nghệt	5,2%	--	5,5%
Loét khối sa	0,0%	--	16,7%
Sa sàn chậu	6,5%	--	--
Chiều dài khối sa trung bình	6,3 ± 3,5 cm	--	9,7 cm

So sánh với các nghiên cứu khác, triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân STT nổi bật thường gặp bao gồm táo bón, đại tràng chậu hông dài, ĐTKTC, đau hậu môn, đại tiện ra máu, khối sa nghệt. Đại tràng chậu hông dài thường được ghi nhận trong lúc mổ nhưng trong một số nghiên cứu không quan tâm

hoặc bỏ qua đặc điểm này. Sa trực tràng có thể có kèm theo sa sàn chậu, đặc biệt đối với BN nữ, nhưng một số nghiên cứu không ghi nhận có thể do thời điểm nghiên cứu chưa có phương tiện chẩn đoán sa sàn chậu hoặc do chi phí khảo sát chẩn đoán sa sàn chậu cao nên không tầm soát đặc điểm này.

4.2. Nhận xét chỉ định, kỹ thuật khâu treo trực tràng ụ nhô bằng PTNS

Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi treo trực tràng theo 2 cách: Khâu treo có sử dụng mảnh ghép và không sử dụng mảnh ghép. Có sự khác biệt về kết quả sau mổ giữa 2 phương pháp này.

Thời gian phẫu thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là $135,9 \pm 51,5$ phút, ngắn nhất là 55 phút, dài nhất là 290 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi tương đương với báo cáo của các tác giả khác. Solomon [112] (2002) nghiên cứu 40 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình 135 phút. Demibras [45] (2005) nghiên cứu 23 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình 140 phút. Kariv [69] (2006) nghiên cứu 86 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình 165 phút.

So sánh thời gian phẫu thuật của bệnh nhân mổ nội soi có sử dụng mảnh ghép và bệnh nhân mổ nội soi không sử dụng mảnh ghép, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân mổ nội soi không sử dụng mảnh ghép có thời gian phẫu thuật ngắn hơn bệnh nhân có sử dụng mảnh ghép, ($116,1 \pm 45,2$ phút và $146,7 \pm 51,9$ phút, $P = 0,012$).

Thời gian phẫu thuật của bệnh nhân mổ nội soi có sử dụng mảnh ghép dài so với không sử dụng mảnh ghép vì hai lý do: thứ nhất là do sử dụng nhiều mũi khâu hơn (có mảnh ghép sử dụng 6 mũi khâu, trong khi không mảnh ghép sử dụng 3 mũi khâu), thứ 2 là do vị trí khâu mảnh ghép vào 2 thành bên trực tràng ở vị trí thấp ở bờ trên cơ nâng hậu môn nên thao tác khâu khó.

Nhược điểm của kỹ thuật khâu treo trực tràng không sử dụng mảnh ghép là khâu treo trực tràng trực tiếp vào ụ nhô ở vị trí cao, do đó dễ tạo nên gập góc trực tràng tại ụ nhô gây nên khó tổng xuất phân. Trong khi kỹ thuật khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép thì vị trí khâu treo trực tràng vào mảnh ghép nằm thấp gần sàn chậu.

Theo sinh lý về diễn tiến của quá trình lành vết thương có đặt mảnh ghép, có tác giả cho rằng sau khi đặt mảnh ghép vào cơ thể sẽ có phản ứng tương tự phản ứng lành sẹo thông thường nhưng xảy ra với cường độ thấp, do sự phát triển của khoa học công nghệ hiện nay các mảnh ghép thông dụng rất dễ được cơ thể dung nạp. Phản ứng lành sẹo sau khi đặt mảnh ghép có thể tóm tắt qua ba giai đoạn. Giai đoạn viêm phản ứng với vật lạ, mạng fibrin xuất hiện rất sớm tại vị trí đặt mảnh ghép. Fibrin tạo ra đường đi cho tế bào neutrophil và đại bào đến nơi có vật lạ. Giai đoạn tạo mô, đại bào tiết ra một số chất cùng với các cytokines khác thu hút sợi bào và tạo ra mạch máu mới thúc đẩy quá trình lành sẹo. Giai đoạn ổn định, lúc này sợi collagen sẽ tan và mô mới tạo ra được định hình. Kích thước lỗ của mảnh ghép cũng ảnh hưởng đến kết quả sử dụng mảnh ghép. Kích thước lỗ lớn hơn 75 micron thường được sử dụng vì các đại bào và bạch cầu dễ chui vào các lỗ này nên giảm nhiễm trùng mảnh ghép và tạo mô sẹo xơ hoá nơi đặt mảnh ghép[11],[115].

Nhiều tác giả cho rằng trong phẫu thuật khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép ngoài tác dụng treo trực tràng lên ụ nhô, còn làm tăng phản ứng tạo xơ hóa mặt sau trực tràng và mặt trước xương cùng [37],[61],[76]. Điều này có thể làm giảm tái phát nhưng có nguy cơ làm tăng táo bón và nhiễm trùng mảnh ghép. Athanasiadis nghiên cứu 222 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được điều trị theo phương pháp khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép, so sánh 2 nhóm khâu treo có và không có cắt đoạn đại tràng. Ông ghi nhận nhóm khâu treo có cắt đại tràng bị biến chứng nhiễm trùng

mảnh ghép cao hơn nhóm không cắt đại tràng [21]. Thực hiện kỹ thuật khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép kèm theo cắt đoạn đại tràng, miệng nối đại tràng là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ nhiễm trùng mảnh ghép.

PPPT khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép và PPPT khâu treo trực tràng ụ nhô không có sử dụng mảnh ghép cho tỉ lệ tái phát STT xấp xỉ như nhau (12,0% (6/50 BN) và 11,1% (3/27 BN)), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,908$)

Tỉ lệ bón sau mổ của PPPT khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép hơi cao hơn so với không sử dụng mảnh ghép (58,0% so với 51,9%). ($P = 0,604$)

Benoist báo cáo nghiên cứu so sánh 2 nhóm bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được điều trị bằng phương pháp mổ nội soi: 14 bệnh nhân được mổ theo phương pháp khâu treo có sử dụng mảnh ghép và 18 bệnh nhân được mổ theo phương pháp khâu treo không sử dụng mảnh ghép. Sau thời gian theo dõi 47 tháng và 24 tháng, không có trường hợp nào tái phát. Tỉ lệ bệnh nhân bị bón sau mổ của 2 nhóm gần tương đương nhau (64% và 62%) [27].

Lechaux [75] (2005) nghiên cứu điều trị 48 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp PTNS. Trong đó 35 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp treo trực tràng có sử dụng mesh theo phương pháp Orr – Loygue, 13 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp khâu treo trực tràng không sử dụng mesh kèm theo cắt đoạn đại tràng Sigma. Qua thời gian theo dõi trung bình 36 tháng:

	PT Orr-Loygue	PT khâu treo
	n = 35	n = 13
Táo bón		
Cải thiện	6 (19%)	1 (8%)
Không thay đổi	19 (54%)	11 (84%)
Nặng hơn	10 (27%)	1 (8%)
Tiêu tự chủ		
Cải thiện	10 (27%)	5 (38%)
Không thay đổi	24 (69%)	7 (54%)
Nặng hơn	1 (4%)	1 (8%)
Tái phát		
	1	1

- Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh nhân có vết mổ cũ: Trong 77 bệnh nhân sa trực tràng được thực hiện mổ nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô, có 14 bệnh nhân có vết mổ cũ vùng bụng (tỉ lệ 18,2%), trong đó có 11 bệnh nhân có vết mổ cũ dưới rốn. Có 2 trường hợp ruột non đến dính vào vết mổ cũ tại hố chậu phải, 1 trường hợp ruột non đến dính vào vết mổ cũ đường giữa dưới rốn cần phải gỡ dính ruột sau đó tiến hành phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô bình thường, các trường hợp ruột dính vết mổ trên rốn không cần phải gỡ dính. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm BN có vết mổ cũ vùng bụng là $131,2 \pm 48,5$ phút, tương đương với thời gian phẫu thuật trung bình BN không vết mổ cũ ($128,3 \pm 45,9$ phút). Do đó bệnh nhân STT có vết mổ cũ vùng bụng vẫn có chỉ định mổ nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô.

- Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh nhân STT tái phát: có 7 bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán là STT tái phát (có tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực

tràng), chiếm tỉ lệ 9,1%. Chúng tôi thực hiện phương pháp điều trị khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng có sử dụng mảnh ghép cho 6 bệnh nhân và khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng không sử dụng mảnh ghép cho 1 bệnh nhân. Qua thời gian theo dõi sau mổ đến nay, cả 7 trường hợp này không bị tái phát.

Trong 7 bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán là STT tái phát, có 1 bệnh nhân đã bị tái phát 2 lần, lần đầu bệnh nhân được chẩn đoán là STT và được phẫu thuật khâu quấn vòng lõ hậu môn, 32 tháng sau bị tái phát. Bệnh nhân được chẩn đoán là STT tái phát và được thực hiện phẫu thuật khâu treo trực tràng qua nội soi không sử dụng mảnh ghép, 48 tháng sau bệnh nhân lại bị tái phát. Bệnh nhân được chẩn đoán là STT tái phát lần 2 và tiếp tục được thực hiện phẫu thuật khâu treo trực tràng qua nội soi (không sử dụng mảnh ghép). Qua thời gian theo dõi sau mổ đến nay được 47 tháng chưa phát hiện tái phát.

Pikarsky (2000) nghiên cứu so sánh kết quả điều trị 27 bệnh nhân STTTB lần đầu và 27 bệnh nhân STTTB tái phát. Tỉ lệ tái phát sau mổ của nhóm bệnh nhân STTTB tái phát là 14,8% và tỉ lệ tái phát sau mổ của nhóm bệnh nhân STTTB lần đầu là 11,1% [98].

Theo Loygue, nghiên cứu 146 bệnh nhân treo trực tràng ụ nhô, có 2 bệnh nhân tái phát 2 lần, tỉ lệ 1,3%.

Steele (2006) nghiên cứu 685 bệnh nhân STT bằng nhiều phương pháp mổ, kết quả có 78 bệnh nhân sa trực tràng tái phát, trong đó có 61 bệnh nhân mổ lần đầu qua đường tầng sinh môn và 17 bệnh nhân mổ lần đầu qua đường bụng. Tỉ lệ tái phát sau mổ lần đầu là 11,3% (78/685). 78 bệnh nhân sa trực tràng tái phát được mổ lần 2 theo 2 nhóm phẫu thuật: Nhóm 1 (51 BN) mổ điều trị sa trực tràng tái phát qua đường tầng sinh môn, Nhóm 2 (27 BN) mổ điều trị sa trực tràng tái phát qua đường bụng. Kết quả nhóm 1 có 19 tái phát STT lần 2, tỉ lệ tái phát lần 2 là 37,2% (19/51). Nhóm 2 có 4 tái phát STT lần

2, tỉ lệ tái phát lần 2 là 14,8% (4/27). Tỉ lệ tái phát chung lần 2 là 29,4% (23/78). Nghiên cứu kết luận: Bệnh nhân có tiền sử sa trực tràng tái phát, khi điều trị sẽ cho tỉ lệ tái phát lần 2 cao hơn bệnh nhân STT khác[114]. Điều trị sa trực tràng tái phát qua phương pháp tiếp cận đường bụng sẽ cho kết quả ít tái phát hơn qua đường tăng sinh môn.

Chỉ định chuyển mổ mở: Có 1 bệnh nhân được chuyển sang mổ mở, chiếm tỉ lệ 1,3%. Đây là trường hợp bệnh nhân đã được thực hiện khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép bị biến chứng chảy máu vị trí vết chân kim khâu tại ụ nhô. BN được đè ép bằng gạc nhưng không cầm máu nên phải mổ mở khâu cầm máu.

Bảng 4.2. So sánh tỉ lệ chuyển mổ mở với các nghiên cứu khác

	BN NC	Chuyển mổ mở	TL Chuyển mổ mở	Lý do
Auguste [22]	54	3	5,5%	2 ca dính ruột
Himpens [64]	37	1	2,7%	Chảy máu TM TXC
Kariv [71]	86	2	2,3%	Tổn thương ĐM chậu trong
Carpelan [43]	43	1	2,3%	Chảy máu TM TXC
Madbouly [84]	24	2	8,3%	Chảy máu TM TXC
Wong [124]	84	1	1,1%	Thủng bàng quang
NC chúng tôi	77	1	1,3%	Chảy máu TM TXC

Auguste (2006) đã báo cáo kết quả điều trị 54 bệnh nhân sa trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi khâu cố định trực tràng vào ụ nhô xương cùng. Có 3 bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở (tỉ lệ 5,5%) [22]. Himpens (1999) phẫu thuật nội soi khâu cố định trực tràng vào ụ nhô xương cho 37 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở vì chảy máu tĩnh

mạch trước xương cùng [61]. Rose(2002) nghiên cứu 150 bệnh nhân sa trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, tỉ lệ chuyển mổ mở là 5,3%. Chỉ định chuyển mổ mở là do chảy máu, tắc ruột, xì miệng nối ruột [103]. Carpelan- Holmstrom (2006) có 4 BN chuyển mổ mở, tỉ lệ chuyển mổ mở là 6%, trong đó có 1 BN chuyển sang mổ mở vì chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng [38]. Theo nghiên cứu của Wong (2010) tỉ lệ chuyển mổ mở là 3,6% [124].

- Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo sa sinh dục: Nhiều tác giả ghi nhận rằng tỉ lệ sa sinh dục kèm theo sa trực tràng khá cao từ 20-30% [6]. Theo Dekel tỉ lệ này là 50% [43]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 9 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo sa sinh dục chiếm tỉ lệ 22,5% trên tổng số 40 bệnh nhân nữ. Có 8 bệnh nhân được thực hiện khâu treo tử cung vào ụ nhô. Điều trị sa sinh dục kèm theo sa trực tràng bằng phẫu thuật khâu treo tử cung vào ụ nhô đã được nhiều tác giả thực hiện có kết quả tốt, tỉ lệ tái phát thấp [23],[78]. Có 4 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo sa tử cung và sa bàng quang, phẫu thuật treo tử cung vào ụ nhô vừa điều trị sa tử cung đồng thời kéo được bàng quang lên vị trí bình thường, qua theo dõi sau mổ chưa phát hiện tái phát sa bàng quang. Trong nghiên cứu, qua theo dõi 8 bệnh nhân thực hiện khâu treo tử cung vào ụ nhô, có 1 bệnh nhân tái phát sa sinh dục sau mổ 6 tháng.

Nguyễn Văn Ân khâu treo thành âm đạo vào ụ nhô qua nội soi ổ bụng điều trị sa sinh dục cho tỉ lệ tái phát sa sinh dục là 15,8% qua thời gian theo dõi trung bình 20 tháng [1].

Theo nhiều tác giả khâu treo thành âm đạo vào ụ nhô qua nội soi ổ bụng điều trị sa sinh dục cho tỉ lệ thành công cao, không cần thiết cắt tử cung [1],[23].

- Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh nhân sa trực tràng có tổn thương cơ thắt hậu môn: Có 4 bệnh nhân bị tổn thương cơ thắt hậu môn, trong đó có 3 bệnh nhân bị đứt hoàn toàn cơ thắt hậu môn. Sau khi thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô, bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật khâu phục hồi lại cơ thắt hậu môn. 1 bệnh nhân chỉ bị đứt một phần cơ thắt hậu môn, trường hợp này không cần thực hiện khâu tái tạo cơ vòng. Có 1 bệnh nhân bị tổn thương cơ thắt hậu môn, sau khi thực hiện phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô, bệnh nhân không được thực hiện khâu tái tạo cơ thắt trong lần này mà hẹn bệnh nhân đến mổ khâu tái tạo cơ vòng vào lần sau vì lý do sức khỏe.

Tổn thương cơ thắt hậu môn là bệnh lý kèm theo thường gặp ở bệnh nhân nữ bị sa trực tràng, có thể xảy ra trong quá trình chuyển dạ sinh con. Cơ thắt hậu môn bị tổn thương sẽ làm suy yếu vùng sàn chậu. Đây là một trong những yếu tố thúc đẩy tạo nên bệnh sa trực tràng. Do đó, nếu bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo tổn thương cơ thắt hậu môn thì cần thiết thực hiện phẫu thuật khâu tái tạo lại cơ thắt. Tuy nhiên tùy hoàn cảnh bệnh nhân, có thể khâu tái tạo cơ vòng vào lần sau nếu sức khỏe bệnh nhân không cho phép thực hiện cùng lúc 2 loại phẫu thuật.

- Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh nhân sa trực tràng có khối sa bị thắt nghẹt: nếu khối sa bị thắt nghẹt hoại tử thì không có chỉ định mổ nội soi. Bệnh nhân sẽ được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng theo đường tầng sinh môn (phẫu thuật Altemeier). Nếu khối trực tràng bị sa không bị hoại tử, bệnh nhân được gây mê, giãn cơ vòng hậu môn, đẩy khối sa vào ổ bụng và thực hiện phẫu thuật khâu quần vòng lỗ hậu môn (phẫu thuật Thiersch), bệnh nhân được mổ chương trình trong tuần sau bằng phương pháp phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô.

Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 3 trường hợp này khối sa đều bị nghẹt (30%)[3]. Theo Lê Quang Nghĩa, có 2 trường hợp khối sa không đẩy lên được trong đó có 1 trường hợp bị hoại tử.

Chúng tôi có 4 trường hợp khối sa bị nghẹt khi nhập viện (tỉ lệ 5,2%), trong đó 1 trường hợp được xử trí đắp ấm khối sa sau đó đẩy khối sa vào ổ bụng chờ mổ chương trình. 3 trường hợp khối sa bị thất nghẹt không thể đẩy vào ổ bụng được do các cơ vòng hậu môn co thắt và khối sa phù nề nhiều nhưng chưa hoại tử. Bệnh nhân được gây mê, giãn cơ vòng hậu môn, đẩy khối sa vào ổ bụng và thực hiện phẫu thuật khâu quần vòng lỗ hậu môn (phẫu thuật Thiersch), bệnh nhân được mổ chương trình trong tuần sau bằng phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng. Trường hợp khối sa trực tràng bị thất nghẹt hoại tử sẽ được thực hiện cắt đoạn trực tràng qua đường tầng sinh môn (phẫu thuật Altemeier).

Nguyễn Trung Tín thực hiện phẫu thuật Altemeier điều trị cho 10 bệnh nhân sa trực tràng bị thất nghẹt và khối sa bị viêm loét không thể đẩy vào bụng được. Tất cả bệnh nhân được cắt đoạn trực tràng và khâu cơ nâng hậu môn qua tầng sinh môn. Qua thời gian theo dõi sau mổ chưa phát hiện tái phát [13].

Phương pháp phẫu thuật Altemeier cắt đoạn trực tràng qua tầng sinh môn được chỉ định cho bệnh nhân sa trực tràng bị nghẹt không đẩy lên bụng được hoặc đoạn ruột sa bị hoại tử.

Phương pháp Thiersch cũng thường được chỉ định ở bệnh nhân STTTB bị nghẹt nhưng không hoại tử, khối sa được đẩy vào ổ bụng. Phương pháp Thiersch được chỉ định trong trường hợp này chỉ là phẫu thuật tạm thời cấp cứu bệnh nhân chờ sức khỏe bệnh nhân ổn định thực hiện mổ chương trình.

- Chỉ định phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô:

Bệnh nhân không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi, được đánh giá có thể chịu được cuộc mổ lớn với gây mê toàn thân, không có nhiều bệnh mãn tính kèm theo như viêm phổi tắc nghẽn mãn tính, suy gan, rối loạn đông máu, suy mạch vành.

Chỉ định mổ nội soi điều trị sa trực tràng cũng phụ thuộc vào điều kiện trang thiết bị phẫu thuật, trình độ đào tạo và khả năng của phẫu thuật viên. Mặc dù có quá nhiều phương pháp phẫu thuật, nhưng hiện nay đa số các phẫu thuật viên chỉ áp dụng một số phương pháp phẫu thuật nội soi như sau:

- Phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng vào ụ nhô không sử dụng mảnh ghép
- Phẫu thuật khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép (phẫu thuật Orr – Loygue thường được sử dụng).
- Phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng vào ụ nhô có kèm theo cắt đoạn đại tràng,

Theo nhiều tác giả [28],[59],[85],[128],[110],[126] chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh sa trực tràng:

▪ Đối với bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ cao, không thể thực hiện phẫu thuật đường bụng thì thường dùng các phương pháp phẫu thuật tiếp cận qua đường tầng sinh môn như phương pháp phẫu thuật khâu xếp nếp niêm mạc trực tràng (phương pháp Delorme), phương pháp cắt đại tràng Sigma - trực tràng (phương pháp Altemeier), phương pháp khâu quần vòng lỗ hậu môn (phương pháp Thiersch), trong đó, phương pháp khâu quần vòng lỗ hậu môn thường được sử dụng.

– Phương pháp Delorme được chỉ định cho bệnh nhân sa niêm mạc trực tràng.

– Phương pháp phẫu thuật Altemeier cắt đoạn trực tràng qua tầng sinh môn được chỉ định cho bệnh nhân sa trực tràng bị nghẹt không đẩy lên bụng được hoặc đoạn ruột sa bị hoại tử.

– Phương pháp Thiersch được chỉ định cho bệnh nhân STTTB có nhiều bệnh mạn tính kèm theo không thể thực hiện được gây mê toàn thân để phẫu thuật theo đường bụng. Phương pháp Thiersch cũng thường được chỉ định ở bệnh nhân STTTB bị nghẹt nhưng không hoại tử, khối sa được đẩy vào ổ bụng. Phương pháp Thiersch được chỉ định trong trường hợp này chỉ là phẫu thuật tạm thời cấp cứu bệnh nhân chờ sức khỏe bệnh nhân ổn định thực hiện mổ chương trình.

- Các loại phẫu thuật đường bụng phù hợp cho bệnh nhân trẻ, khâu treo trực tràng ụ nhô mang lại kết quả điều trị tốt. Sự lựa chọn khâu treo có hoặc không có sử dụng mesh phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

- Ở những bệnh nhân có kết hợp sa trực tràng và sa sinh dục cần có sự kết hợp nhiều chuyên ngành của lĩnh vực sản phụ khoa. Sự hợp tác của bác sĩ tiết niệu hoặc phụ khoa với bác sĩ phẫu thuật đại trực tràng để điều trị đồng thời sa trực tràng và các rối loạn sản phụ.

- Phẫu thuật nội soi ổ bụng có thể cho phép các bác sĩ phẫu thuật thực hiện các phương pháp phẫu thuật với sự xâm hại tối thiểu cho bệnh nhân với nhiều ưu điểm ít đau, phục hồi sớm, rút ngắn thời gian nằm viện, trở về sớm với công việc. Ngoài những lợi thế trên, kết quả đạt được sau mổ tương đương hoặc tốt hơn so với mổ mở không phân biệt phương pháp sử dụng (khâu treo có hay không dùng mesh, cắt đoạn trực tràng) [36].

Ngày nay, với sự phát triển của nhiều nơi đã thực hiện phẫu thuật nội soi có sự hỗ trợ của robot. Draaisma [49], Munz [93], Wong [125] so sánh giữa nhóm phẫu thuật nội soi bình thường và phẫu thuật nội soi có robot trợ giúp, các tác giả ghi nhận, phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng có robot hỗ trợ là an toàn, ít biến chứng nhưng thời gian phẫu thuật dài hơn phẫu thuật nội soi bình thường.

4.3 Đánh giá kết quả PTNS điều trị STTTB ở người lớn bằng phương pháp khâu treo trực tràng vào ụ nhô

4.3.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật

4.3.1.1. Tai biến trong phẫu thuật

Nghiên cứu có 1 BN bị thủng trực tràng do trong lúc khâu trực tiếp trực tràng vào ụ nhô, chỉ khâu xé rách thành trực tràng 1 lỗ đường kính 10 mm. Vì trực tràng đã được chuẩn bị sạch trước mổ nên trường hợp này được xử trí khâu lại lỗ thủng trực tràng 1 lớp, khâu treo trực tràng vào ụ nhô ở vị trí khác, dẫn lưu ổ bụng. BN xuất viện sau 12 ngày điều trị. Tai biến thủng trực tràng có thể xảy ra do trong quá trình bóc tách di động trực tràng làm thủng trực tràng hoặc có thể xảy ra trong lúc khâu trực tràng. Bệnh nhân thủng trực tràng trong nghiên cứu xảy ra trong lúc khâu trực tràng, do khâu treo trực tràng với lực hơi căng và người phụ mổ không phối hợp tốt kéo trực tràng lên giúp phẫu thuật viên nên chỉ khâu xé rách thành trực tràng. Để tránh lỗi kỹ thuật này thì trước khi đặt mũi kim khâu vào thành ruột nên kéo trực tràng lên với lực vừa đủ và úm thử đoạn trực tràng vào ụ nhô để xác định đúng vị trí thành ruột cần khâu. Khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép hiêm khi làm thủng trực tràng do 2 mảnh ghép được khâu vào 2 bên phần thấp trực tràng với nhiều mũi khâu trên diện tiếp xúc rộng, lực kéo phân bố đều, hai đầu trên mảnh ghép được kéo lên khâu vào ụ nhô.

Heah PTNS điều trị 21 BN sa trực tràng bằng PPPT khâu treo trực tràng vào ụ nhô, có 1 BN bị thủng trực tràng xảy ra trong lúc di động trực tràng [60].

Nghiên cứu có 2 BN bị chảy máu ụ nhô trong khi khâu treo trực tràng, trong đó, 1 BN được đè ép cầm máu bằng gạc thành công. Một BN phải chuyển sang mổ mở khâu cầm máu qua một vết mổ nhỏ đường giữa trên xương mu dài 3 cm. Đây là trường hợp BN đã được thực hiện khâu treo trực

tràng có sử dụng mảnh ghép bị biến chứng chảy máu vị trí vết chân kim khâu tại ụ nhô được xử trí đè ép không hiệu quả. Trường hợp này BN đã được thực hiện hoàn tất phần di động toàn bộ trực tràng, khâu cố định mảnh ghép vào phần thấp trực tràng và khâu đầu trên mảnh ghép vào ụ nhô, tuy nhiên do động tác khâu kim vào ụ nhô không dứt khoát nên gây nên chảy máu ụ nhô. Dù phẫu thuật viên có khả năng khâu qua nội soi, nhưng để an toàn cho bệnh nhân nên quyết định mổ mở một vết mổ nhỏ 3 cm trên xương mu ngay nơi chảy máu để cầm máu. Chảy máu mạng tĩnh mạch trước xương cùng là tai biến khó xử trí, thường xảy ra lúc di động mặt sau trực tràng, bóc tách không đúng lớp, đi quá sâu vào mặt trước xương cùng. Chảy máu mạng tĩnh mạch trước xương cùng còn xảy ra do khâu kim với động tác không dứt khoát, đưa kim tới lui nhiều lần với mục đích khâu vào lớp cân trước xương cùng nên làm chảy máu. Chảy máu do mũi kim khâu thường được xử trí đè ép cầm máu thành công. Cả 3 trường hợp tai biến trong lúc mổ xảy ra trên những BN không có tiền sử phẫu thuật vùng bụng.

Bảng 4.3. So sánh tai biến với các nghiên cứu khác

	BN	Chảy máu TMTXC	Thủng ruột	Thủng BQ	Tỉ lệ (%)
Himpens [64]	37	1	0	0	2,7
Kellokumpu[72]	34	1	0	0	2,9
Kariv [71]	86	2	0	0	2,3
Carpelan [43]	43	1	1	0	4,1
Esschert [51]	17	0	1	0	5,8
Wong [124]	84	0	0	2	2,3
NC chúng tôi	77	2	1	0	3,8

Tỉ lệ tai biến trong lúc mổ của chúng tôi là 3,8% tương đương với một số nghiên cứu khác. Wong nghiên cứu 84 bệnh nhân khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng, có 2 bệnh nhân bị thủng bàng quang trong quá trình bóc tách di động trực tràng [124].

Auguste PTNS điều trị 54 BN sa trực tràng bằng PPPT khâu treo trực tràng vào ụ nhô, có 3 BN phải chuyển sang mổ mở, trong đó có 2 BN chuyển sang mổ mở vì phúc mạc bị dính khó [22]. Himpens PTNS điều trị 37 BN, có 1 BN phải chuyển sang mổ mở vì chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng [61]. Kariv có 2/86 (2,3%) BN chảy máu nhiều trong lúc mổ do tổn thương động mạch chậu trong và chảy máu vùng chậu, cả 2 BN này đều được chuyển sang mổ mở [69]. Loygue có 2/146 BN (1,3%) bị tụ máu vùng chậu. Carpelan Holmstrom có 1/43 BN bị chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng phải chuyển mổ mở [38]. Madbouly có 2/24 BN bị chuyển mổ mở vì chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng và dính ruột [84].

4.3.1.2. *Biến chứng sau phẫu thuật.*

Sau mổ có hai BN bị biến chứng: một BN bị tụ máu thành bụng nơi đặt trocar vùng rốn, hậu phẫu khối máu tụ này tự tan dần và không cần xử trí gì thêm. Một bệnh nhân vừa bị thoát vị mạc nối lớn đồng thời bị chảy máu thành bụng nơi đặt trocar vùng hố chậu phải. BN có đặt ống dẫn lưu túi cùng Douglas ra hố chậu phải, sau khi rút ống dẫn lưu, vết mổ đặt trocar bị chảy máu và mạc nối lớn chui ra ngoài thành bụng. Chúng tôi gây tê vùng, đẩy khối mạc nối vào ổ bụng và khâu cầm máu vết mổ và phục hồi thành bụng. Tỉ lệ thoát vị lỗ trocar theo một số tác giả: Kariv[69] 1,8%, Kellokumpu[70] 2,9%, Benoist[27] 6,6%, Lauretta [74] 3,3%, Wahed[121] 1,5%, chúng tôi 1,3%.

Hai BN bị biến chứng tụ máu thành bụng và chảy máu vết mổ, thoát vị lỗ trocar đều nằm ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật lần đầu, không có tiền sử

phẫu thuật vùng bụng. Biến chứng này xảy ra do lỗi kỹ thuật khi rút ống dẫn lưu và khâu thành bụng không đủ chắc.

Bảng 4.4. So sánh biến chứng sau mổ với các nghiên cứu khác

	BN	Thoát vị	Tụ máu TB	Chảy máu TB	Tắc ruột	Tỉ lệ (%)
Himpens [64]	37	0	0	0	0	0
Kellokumpu[72]	34	1	1	0	0	5,8
Kariv [71]	86	2	0	0	0	2,9
Carpelan [43]	43	1	2	0	0	6,9
Esschert [51]	17	2	0	0	0	11,7
Johnson [65]	15	0	1	0	0	6,6
Koscinski [73]	50	0	0	0	2	4,0
Esschert [51]	17	2	0	0	2	23,5
NC chúng tôi	77	1	1	1	0	3,9

Koscinski thực hiện khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép cho 50 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân bị tắc ruột: 1 bệnh nhân do phản ứng viêm nơi đặt mảnh ghép, 1 bệnh nhân khác bị dính ruột vào mảnh ghép [73].

Esschert thực hiện khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép cho 17 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân chuyển mổ mở vì thủng trực tràng, có 2 bệnh nhân bị tắc ruột, trong đó có 1 bệnh nhân bị dính ruột non vào mảnh ghép. 2 bệnh nhân bị thoát vị lỗ trocar [51].

Viêm đĩa sụn thất lưng cùng sau mổ được một số tác giả đề cập tới, Nguyễn Đình Hồi có 1/12 bệnh nhân khâu treo trực tràng theo phương pháp Orr-Loygue bị biến chứng viêm đĩa sụn thất lưng cùng sau mổ, Loygue báo cáo có 2 bệnh nhân [83].

Trong nghiên cứu này chưa gặp trường hợp nào bị viêm đĩa sụn thất lưng cùng và qua theo dõi kết quả lâu dài không có trường hợp nào bị tắc ruột.

Badrek nghiên cứu 45 bệnh nhân sa trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi bị biến chứng liên quan đến nguyên nhân từ mảnh ghép. Tác giả ghi nhận có 3 trường hợp trực tràng bị co rút, 3 trường hợp rò âm đạo trực tràng, 11 trường hợp mảnh ghép làm xói mòn thành các tạng lân cận, trong đó có 2 trường hợp ở thành trực tràng, 8 trường hợp ở thành âm đạo và 1 trường hợp ở thành bàng quang [25].

Tranchart nghiên cứu điều trị cho 312 bệnh nhân sa trực tràng toàn bộ bằng phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi có sử dụng mảnh ghép. Có 6 bệnh nhân bị biến chứng mảnh ghép làm xói mòn thủng vào trực tràng (tỉ lệ 1,9%). Thời gian trung bình xảy ra biến chứng này là 53 tháng (4 – 124 tháng). Biểu hiện lâm sàng: 3 bệnh nhân bị đại tiện ra chất nhầy và máu, 1 bệnh nhân đại tiện không tự chủ và tái phát STTTB, 1 bệnh nhân bị rò trực tràng ra da, 1 bệnh nhân bị đau hậu môn [118]. Theo Billingham tỉ lệ xói mòn mảnh ghép khoảng 3,4% [29].

Trong nghiên cứu này, qua thời gian theo dõi trung bình 52 tháng chưa ghi nhận tai biến của mảnh ghép. So với nhiều nghiên cứu khác tỉ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi là tương đối thấp [45],[69],[70],[108].

4.3.1.3. Thời gian nằm viện:

- Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu là $5,4 \pm 1,9$ ngày, giống như kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy PTNS khâu treo trực tràng có thời gian nằm viện ngắn. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 13 ngày, trung vị là 5 ngày. Có 1 bệnh nhân có thời gian nằm viện 9 ngày, 1 bệnh nhân có thời gian nằm viện 12 ngày, 1 bệnh nhân có thời gian nằm viện 13 ngày. Đây là những trường hợp có bệnh lý nội khoa kèm theo, có tai biến

thủng ruột cần theo dõi sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Solomon [112] là 3,9 ngày, của Demirbas [45] là 4,8 ngày, của Kariv [69] là 3,9 ngày, của Trent [88] là 3,2 ngày. Theo Vijay nghiên cứu 12 bệnh nhân khâu treo trực tràng qua nội soi ổ bụng, có 5 bệnh nhân được xuất viện trong ngày, kết quả theo dõi qua điện thoại tất cả đều ổn định [120].

4.3.2. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật

4.3.2.1. Tái phát sau mổ

Tái phát sau mổ là vấn đề quan tâm chính của phẫu thuật điều trị sa trực tràng và cũng là tiêu chí chủ yếu để người ta đánh giá và so sánh các kỹ thuật mổ khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua thời gian theo dõi trung bình 52,4 tháng có 9 trường hợp tái phát sau mổ, tỉ lệ 11,7%. Tỉ lệ này tương đương với kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới. Để đánh giá sự tái phát phải cần một thời gian dài theo dõi sau mổ.

Có một số tác giả báo cáo không có trường hợp nào tái phát sa trực tràng toàn bộ sau mổ treo trực tràng [23],[45],[61],[84]. Theo Zittel [129], Lechaux nhận xét: Một số trường hợp không tái phát sau mổ, có thể do mẫu nghiên cứu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn [75]. Theo Pikarsky tỉ lệ tái phát sau mổ điều trị sa trực tràng phụ thuộc nhiều vào thời gian theo dõi sau mổ [98]. Byrne báo cáo kết quả nghiên cứu 126 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi, tỉ lệ tái phát sau 5 năm là 6,9% và sau 10 năm là 10,8% [35]. Raftopoulos báo cáo nghiên cứu của 15 trung tâm với 643 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng, tỉ lệ tái phát sau 5 năm từ 0% đến 69% và sau 10 năm từ 5,7% đến 84,5% [101].

Bảng 4.5. So sánh tỉ lệ tái phát với các nghiên cứu khác

	Bệnh nhân	Tỉ lệ tái phát (%)	Thời gian theo dõi (tháng)
Auguste [22]	54	7,4	12
Madbouly [84]	13	0	18
Zittel [129]	29	3,8	42
Carpelan-Holmstrom[38]	43	5	23
Kellokumpu [70]	34	7,0	24
Kessler [71]	32	6,2	33
Kariv [69]	86	9,3	59
D'Hoore [46]	42	5,0	61
Ashari [20]	77	2,5	62
Chúng tôi	77	11,7	52,4

Những nghiên cứu thời gian theo dõi dài có tỉ lệ tái phát cao hơn những nghiên cứu theo dõi ngắn.

Hầu hết các tác giả đều cho rằng nếu bệnh nhân có thể chịu được phẫu thuật thì nên phẫu thuật đường bụng. Phẫu thuật đường bụng có tỉ lệ tái phát thấp hơn hẳn so với phẫu thuật theo đường tầng sinh môn [95],[106].

Trong 9 trường hợp tái phát, chúng tôi ghi nhận chỉ có 1 BN nữ. Có đến 7 bệnh nhân tái phát trong năm đầu tiên sau mổ, 2 bệnh nhân tái phát sau mổ 18 tháng và 30 tháng, thời gian tái phát sa trực tràng sau mổ trung bình là 9 tháng.

Nhiều tác giả ghi nhận tái phát thường xảy ra trong năm đầu sau phẫu thuật. Kim nghiên cứu 18 BN sa trực tràng được điều trị bằng phương pháp

khâu treo trực tràng ụ nhô, có 2 bệnh nhân tái phát sau mổ 2 tháng và 7 tháng [72]. Dulucq nghiên cứu 77 BN sa trực tràng, có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 3 tháng [50]. Lechaux nghiên cứu 35 bệnh nhân khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 6 tháng [75]. Liyanage báo cáo có 3/5 trường hợp tái phát xảy ra trong 12 tháng đầu sau mổ [81]. Wijffels nghiên cứu 80 bệnh nhân khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi có 2 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 6 tháng và 16 tháng [123].

Các nghiên cứu khác nhận xét một số ít bệnh nhân sa trực tràng tái phát sau mổ 3 đến 4 năm. Zittel PTNS khâu treo trực tràng cho 29 BN, có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 42 tháng (3,8%) [129].

Theo Kariv khảo sát mối liên quan của các yếu tố ảnh hưởng đến sự tái phát, tác giả nhận định lớn tuổi và chỉ số BMI cao có liên quan đến tái phát với $p=0,025$ và $p=0,005$ [69]. Ở BN béo phì lớp mỡ bao quanh thành trực tràng và khoang trước xương cùng dày nên việc khâu cố định trực tràng sẽ khó khăn. Đối với phẫu thuật viên không có kinh nghiệm sẽ khâu vào mô mỡ lỏng lẻo quanh thành trực tràng và khoang trước xương cùng nên tạo điều kiện tái phát sa trực tràng sau mổ. Trong nghiên cứu này, chỉ số BMI ở nhóm bệnh nhân tái phát sa trực tràng tương cao hơn nhóm không tái phát ($22,3 \pm 2,3$ và $20,9 \pm 2,9$), nhưng mối tương quan này không có ý nghĩa về thống kê với $P = 0,187$.

Giới tính có liên quan đến tái phát sa trực tràng, trong 9 bệnh nhân tái phát có 8 bệnh nhân nam (88,9%) và 1 nữ (11,1%). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $P= 0,009$. Có giả thuyết nêu rằng khung chậu nam hẹp hơn nữ, do đó các thao tác di động trực tràng gặp khó khăn, khó xuống đủ sâu đến cơ nâng hậu môn, đồng thời thao tác khâu cố định trực tràng cũng gặp khó khăn hơn so với khung chậu nữ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.31), táo bón sau mổ có liên quan đến sự tái phát sa trực tràng, trong số 9 bệnh nhân tái phát có 8 bệnh nhân bị táo bón sau mổ, tỉ lệ táo bón sau mổ ở BN tái phát sa trực tràng là 88,9% (8/9), trong số 68 bệnh nhân không tái phát có 35 bệnh nhân táo bón sau mổ, tỉ lệ táo bón sau mổ ở bệnh nhân không tái phát là 51,5% (35/68), mối liên quan giữa táo bón sau mổ và tái phát sa trực tràng sau mổ có ý thống kê với $P = 0,034$. Sau mổ, tùy phương pháp phẫu thuật có thể làm tăng hoặc giảm tỉ lệ táo bón. Những người bị táo bón khi đại tiện phải rặn làm tăng áp lực trong ổ bụng lên nhiều lần sẽ đẩy trực tràng ra ngoài hậu môn. Nhiều tác giả đã nhận xét, sau phẫu thuật điều trị sa trực tràng, táo bón được xem là yếu tố nguy cơ làm sa tái phát.

Tỉ lệ bệnh nhân có khối sa trực tràng bị thất nghệt ở nhóm sa trực tràng tái phát là 22,2%, cao hơn nhóm không tái phát (2,9%) nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Tất cả 4 bệnh nhân có khối sa trực tràng nghệt đều có chiều dài khối sa từ 10 cm đến 20 cm. Tuy chiều dài khối sa trung bình của nhóm tái phát dài hơn nhóm không tái phát ($7,8 \pm 5,7$ cm so với $6,1 \pm 3,2$ cm) nhưng sự tương quan giữa tái phát và chiều dài khối sa không có ý nghĩa thống kê ($P=0,181$).

Táo bón trước mổ và ĐTKTC trước mổ không có liên quan đến tái phát ($p = 0,414$ và $p = 0,736$).

Thời gian phát bệnh, chiều dài khối sa, tiền sử mổ sa trực tràng và sa sinh dục, có kèm theo sa sàn chậu đều được khảo sát. Nhưng mối liên quan của các biến số trên với bệnh nhân tái phát không có ý nghĩa thống kê vì $P > 0,05$.

Về phương pháp phẫu thuật khâu treo có sử dụng mảnh ghép và không sử dụng mảnh ghép, tỉ lệ tái phát tương đương như nhau (12,0% và 11,1%)

nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,908$ (bảng 3.29).

Nhiều tác giả nhận định không có sự khác biệt đáng kể về kết quả và tỉ lệ tái phát ở những bệnh nhân treo trực tràng không sử dụng mảnh ghép và sử dụng mảnh ghép [27].

Theo Slawik nghiên cứu 80 bệnh nhân sa trực tràng được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi có sử dụng mảnh ghép, không có trường hợp nào bị tái phát sa toàn bộ trực tràng. Nhưng có 3 bệnh nhân bị tái phát sa niêm mạc trực tràng qua thời gian theo dõi 54 tháng [111].

Tái phát sa trực tràng sau khi đặt mesh thường do lỗi kỹ thuật, có thể mesh không được khâu sát vào cân trước xương cùng mà chỉ khâu vào mô lỏng lẻo xung quanh, hoặc có thể do trực tràng không được kéo đủ căng khi khám hoặc lưới không được đặt đủ thấp.

Phân tích nguyên nhân tái phát, Loygue ghi nhận tái phát xảy ra do đoạn trực tràng bên dưới vị trí khâu treo bị dài, mặc dù mesh vẫn còn được cố định vào ụ nhô và thành ruột. Ông nhận định, tái phát có thể do bóc tách di động trực tràng không đủ sâu hoặc vị trí khâu treo trên đoạn trực tràng quá cao.

Trong nghiên cứu có 7 bệnh nhân chẩn đoán trước mổ là sa trực tràng tái phát (tiền sử đã mổ điều trị sa trực tràng), kết quả qua thời gian theo dõi sau mổ chưa có bệnh nhân nào bị tái phát, mặc dù có 1 trong số 7 bệnh nhân này bị tái phát 2 lần. Bệnh nhân sa trực tràng tái phát thường có kèm theo sa sàn chậu trong lần mổ trước, sau khi khâu treo trực tràng ụ nhô nếu không phục hồi lại sàn chậu sẽ là nguy cơ dễ gây nên tái phát sau mổ [83]. De Hoog báo cáo kết quả nghiên cứu 82 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép với 3 phương pháp mổ mở, mổ nội soi và mổ nội soi có sự hỗ trợ của robot. Tỉ lệ tái phát

chung là 11%. Phân tích hồi quy đa biến, tác giả nhận định tuổi bệnh nhân, phương pháp phẫu thuật, tiền sử phẫu thuật cắt tử cung và thời gian theo dõi sau mổ có liên quan đến tỉ lệ tái phát sa trực tràng [62].

Solomon so sánh kết quả điều trị bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng (20 BN) so sánh với mổ mở (19), kết quả nhóm BN mổ nội soi không có tái phát, nhóm mổ mở có 1 BN tái phát qua thời gian theo dõi trung bình 24 tháng [112].

4.3.2.2. Táo bón sau mổ

Táo bón có thể được xem là 1 trong những yếu tố bệnh sinh của sa trực tràng, đồng thời táo bón cũng có thể là biến chứng sau phẫu thuật điều trị sa trực tràng. Demibras nghiên cứu 23 bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng có 30,4% bệnh nhân bị táo bón sau mổ [45]. Bernoist nghiên cứu 40 bệnh nhân có 63,3% bệnh nhân bị táo bón sau mổ [27].

Chúng tôi có 52 bệnh nhân bị táo bón trước mổ (67,5%), sau mổ chỉ còn 43 bệnh nhân bị táo bón qua thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 52,4 tháng, tỉ lệ táo bón sau mổ là 55,8%. Sau phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng số bệnh nhân bị táo bón giảm 9 bệnh, tỉ lệ bệnh nhân bị táo bón được cải thiện 17,3%. Tuy nhiên có 8 bệnh nhân (10,4%) sau mổ bị táo bón nặng hơn và 7 bệnh nhân (9,1%) sau mổ bị táo bón mới phát sinh. Maggiori nghiên cứu 33 bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng được điều trị bằng phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép, kết quả táo bón cải thiện 72% qua thời gian theo dõi 42 tháng [87]. Boons tỉ lệ táo bón sau mổ cải thiện là 72% [31].

Một số nghiên cứu nhận thấy triệu chứng táo bón nặng hơn sau mổ treo trực tràng ở một số bệnh nhân [48],[72]. Dulucq nghiên cứu 77 bệnh nhân, tỉ lệ BN táo bón nặng hơn là 18% so với trước mổ [50], tương tự với Lechaux nghiên cứu 35 bệnh nhân khâu treo trực tràng ụ nhô theo phương pháp Orr -

Loygue, tỉ lệ% BN táo bón nặng hơn là 27% [75], Portier nghiên cứu 73 bệnh nhân, tỉ lệ% BN táo bón nặng hơn là 5,4% [99].

Có báo cáo nghiên cứu ghi nhận sau phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô có thể phát sinh táo bón. Dulucq có 18% trường hợp bị táo bón mới sau mổ (trước mổ không bị bón) [50]. Tương tự, Kellokumpu có 8,8% trường hợp bị táo bón mới sau mổ [70]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 7 bệnh nhân (9,1%) bị bón mới phát sinh.

Nguyên nhân gây ra táo bón sau mổ không rõ ràng. Theo Ayav [23], Benoist [27], Kariv [69], Speakman [113], Xynos [127] quai đại tràng chậu hông dài là một trong những nguyên nhân gây táo bón. Sau khi khâu treo trực tràng, quai đại tràng chậu hông xuống đắp vào túi cùng Douglas gây tắc nghẽn phân và táo bón. Ngoài ra, có 2 nguyên nhân do kỹ thuật mổ gây nên táo bón sau mổ. Thứ nhất, trực tràng bị kéo quá căng khi cố định hoặc do dùng mảnh ghép vòng quanh trực tràng làm gập góc. Có thể tránh điều này bằng cách không kéo căng trực tràng và chỉ cố định vào bên phải và mặt sau của trực tràng. Thứ hai, thần kinh hạ vị và đám rối thần kinh vùng chậu chi phối hoạt động trực tràng qua hai dây chằng bên của trực tràng [47], trong quá trình di động trực tràng, nếu cắt mô 2 bên trực tràng sẽ làm tổn thương đám rối thần kinh hạ vị chi phối trực tràng [31],[34],[63],[69]. Di động mặt sau trực tràng, phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp và cắt phần cao của mô 2 bên trực tràng để tránh làm tổn thương đám rối thần kinh. Khi phẫu tích qua nội soi, hình ảnh được phóng đại, đủ sáng, rõ ràng giúp dễ dàng thấy và bảo tồn được dây thần kinh hạ vị 2 bên. Nhiều tác giả [46],[68],[81],[85],[95],[99],[104],[128],[113],[116],[119],[124] nhận xét, bảo tồn 2 dây chằng bên của trực tràng có thể làm giảm táo bón sau mổ.

D'Hoore[46], Shin [107], Maggiori[87], Portier [99] đã đề xuất điều trị sa trực tràng toàn bộ với phương pháp Orr – Loygue kết hợp với việc cắt có

giới hạn bảo tồn dây chằng bên trực tràng có thể tốt cho chức năng ruột, giảm tình trạng táo bón sau mổ. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bệnh nhân bị táo bón sau mổ ở bệnh nhân PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô có bảo tồn dây chằng bên và không bảo tồn dây chằng bên là tương đương như nhau (55,6% so với 56,0%) (bảng 3.35), nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa về thống kê ($P=0,970$).

Khảo sát mối liên quan giữa bón sau mổ và phương pháp phẫu thuật khâu treo có sử dụng mảnh ghép hay không sử dụng mảnh ghép, Bernoist nghiên cứu trên 48 bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng bằng 3 phương pháp: Khâu treo đơn thuần, khâu treo có sử dụng mảnh ghép và cắt đoạn trực tràng. Tác giả ghi nhận tỉ lệ táo bón sau mổ là 62% ở bệnh nhân khâu treo đơn thuần, 64% ở bệnh nhân khâu treo có sử dụng mảnh ghép và 11% bệnh nhân khâu treo trực tràng kèm theo cắt đoạn trực tràng [27].

Lechaux nghiên cứu điều trị 2 nhóm bệnh nhân sa toàn bộ trực tràng bằng phẫu thuật nội soi so sánh giữa 2 phương pháp khâu treo có mảnh ghép và khâu treo đơn thuần kèm theo cắt đoạn đại tràng, tác giả ghi nhận tỉ lệ táo bón sau mổ tiến triển nặng hơn là 27% ở nhóm sử dụng mảnh ghép và 8% ở nhóm cắt đoạn đại tràng. Tác giả nhận định nguyên nhân có thể do mảnh ghép co rút làm tăng tỉ lệ táo bón [75].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân khâu treo đơn thuần không sử dụng mảnh ghép: tỉ lệ táo bón sau mổ 51,9%. Ở nhóm bệnh nhân khâu treo có sử dụng mảnh ghép: tỉ lệ táo bón sau mổ 58,0% ($P=0,604$). Nhiều tác giả đề nghị cắt đại tràng chậu hông kèm với treo trực tràng có thể làm cải thiện rõ rệt triệu chứng táo bón [26],[27],[55],[90],[91],[109].

4.3.2.3. Đại tiện không tự chủ sau mổ

Tỉ lệ bệnh nhân bị đại tiện không tự chủ sau mổ khâu treo trực tràng được cải thiện rõ rệt ở hầu hết bệnh nhân do phục hồi được về mặt giải phẫu

của trực tràng. Theo một số báo cáo, tỉ lệ kiểm soát đại tiện sau phẫu thuật treo trực tràng qua nội soi đạt 60-85% [20],[45],[54].

Trong nghiên cứu của Đỗ Đình Công có 1 trường hợp đại tiện không tự chủ (10%), triệu chứng này hết sau phẫu thuật mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô [3]. Demibras nghiên cứu 23 bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng đại tiện không tự chủ 85% [45]. Dulucq nghiên cứu 77 bệnh nhân, 89% bệnh nhân cải thiện triệu chứng đại tiện không tự chủ [50]. Zittel nghiên cứu khâu treo trực tràng qua nội soi 29 bệnh nhân, đại tiện không tự chủ cải thiện 76% nhưng có 15% bị đại tiện không tự chủ nặng hơn so với trước mổ qua thời gian theo dõi trung bình 22 tháng [129]. D'Hoog báo cáo kết quả nghiên cứu 82 bệnh nhân khâu treo trực tràng qua nội soi có sử dụng mảnh ghép, tỉ lệ đại tiện không tự chủ cải thiện 36% [62]. Theo Douard tỉ lệ đại tiện không tự chủ cải thiện 96% [48].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trước mổ có 22 bệnh nhân đại tiện không tự chủ. Sau mổ chỉ còn 15 bệnh nhân đại tiện không tự chủ. Tỉ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng đại tiện không tự chủ là 31,8% qua thời gian theo dõi trung bình 52,4 tháng.

Theo Benoist ghi nhận rằng không có sự khác biệt triệu chứng đại tiện không tự chủ sau mổ giữa phẫu thuật khâu treo có sử dụng mảnh ghép và không sử dụng mảnh ghép sau thời gian theo dõi 2 năm trong nghiên cứu của ông. Đại tiện không tự chủ sau mổ được cải thiện hơn 75% trường hợp so với trước mổ [27].

Trong nghiên cứu này có 4 trường hợp đại tiện không tự chủ mới phát sinh sau mổ (5,2%).

Phân tích đặc điểm bệnh nhân đại tiện không tự chủ sau mổ (bảng 3.34), tỉ lệ đại tiện không tự chủ ở nhóm bệnh nhân tái phát sa trực tràng là 33,3%, cao hơn nhóm bệnh nhân không tái phát (17,6%)($P=0,264$). Tỉ lệ bệnh

nhân bị đại tiện không tự chủ sau mổ ở nhóm bệnh nhân có tổn thương cơ vòng hậu môn là 50,0%, cao hơn nhóm bệnh nhân không có tổn thương cơ vòng hậu môn (17,8%)($P=0,113$). Nhưng những mối liên quan giữa tái phát sa trực tràng sau mổ, tổn thương cơ vòng hậu môn và đại tiện không tự chủ sau mổ không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Theo Briel tổn thương thần kinh vùng sàn chậu và những cơ vòng hậu môn do căng dẫn lâu dài gây nên đại tiện không tự chủ [33]. Biện pháp điều trị có hiệu quả nhất là điều trị thành công bệnh sa trực tràng. Do đó, cần thiết điều trị sớm bệnh sa trực tràng trước khi có triệu chứng đại tiện không tự chủ.

4.3.2.4. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục

Theo giải phẫu học [6], các nhánh cương thuộc phó giao cảm, tách từ đoạn cùng của tủy sống, mượn đường đi của rễ trước thần kinh cùng S2, S3 và S4, hợp với các nhánh hạ vị ở trước bên trực tràng tạo thành đám rối hạ vị dưới (hay còn gọi là đám rối chậu). Các sợi thần kinh hỗn hợp này chi phối tiền liệt tuyến, trực tràng, bàng quang, dương vật và cơ thắt trong. Sự phóng tinh phụ thuộc vào thành phần giao cảm, trong khi chức năng cương và làm voi bàng quang phụ thuộc thành phần phó giao cảm. Do đó, tổn thương các nhánh thần kinh tự trị vùng chậu ở các vị trí khác nhau khi phẫu thuật sẽ dẫn đến rối loạn chức năng bàng quang và sinh dục khác nhau. Nếu tổn thương đám rối thần kinh hạ vị trên hoặc dây thần kinh hạ vị sẽ làm rối loạn phóng tinh, còn nếu tổn thương đám rối chậu sẽ làm giảm khả năng cương và khả năng co bóp của bàng quang. Trong quá trình di động trực tràng, có thể bóc tách quá sâu và không đúng lớp làm tổn thương các nhánh của mạng lưới thần kinh tự động vùng hạ vị chi phối cho hoạt động của trực tràng và cơ quan sinh dục. Nếu mạng lưới thần kinh này bị tổn thương sẽ gây ra táo bón và rối loạn hoạt động tình dục. Theo Lindsey [79] hệ thần kinh phó giao cảm này thường bị tổn thương do bóc tách sâu vùng mặt trước trực tràng.

Nghiên cứu có 8 BN bị rối loạn chức năng hoạt động tình dục, trong đó có 4 BN không phóng tinh được sau mổ và 3 bị xuất tinh ngược vào bàng quang, 1 bệnh nhân bị liệt dương. Qua thời gian theo dõi trung bình $39,2 \pm 29,3$ tháng của những bệnh nhân này, có 2 bệnh nhân hồi phục chức năng hoạt động tình dục (28,6%), trong đó có 1 bệnh nhân sau mổ xuất tinh ngược vào bàng quang phục hồi sau 12 tháng, có 1 bệnh nhân sau mổ không xuất tinh phục hồi sau 36 tháng. 6 bệnh nhân còn lại đến nay vẫn chưa hồi phục chức năng hoạt động tình dục.

Carpelan Holmstrom thực hiện PTNS điều trị cho 43 BN STT, có 1 BN bị xuất tinh ngược nhưng phục hồi hoàn toàn sau 6 tháng [38]. Zittel PTNS khâu treo trực tràng cho 29 BN, có 1 BN bị liệt dương. BN hồi phục dần sau 24 tháng [129].

Tổng số tai biến, biến chứng trong nghiên cứu có 13 BN (16,8%), trong đó có 3 bệnh nhân bị tai biến trong lúc mổ, 2 bệnh nhân bị biến chứng sớm sau mổ và 8 bệnh nhân bị rối loạn chức năng hoạt động tình dục.

Theo nghiên cứu của Slawik phẫu thuật khâu treo trực tràng 80 bệnh nhân có sử dụng mảnh ghép, qua thời gian theo dõi 54 tháng, tỉ lệ tái biến và biến chứng là 21% [111].

4.3.3. Đánh giá kết quả chung của phương pháp phẫu thuật

Đánh giá kết quả chung của phương pháp phẫu thuật điều trị STT, phần lớn các tác giả dựa vào tiêu chí tái phát sau mổ. Ngoài ra những tai biến trong lúc mổ, biến chứng sau mổ và tử vong liên quan đến phẫu thuật cũng là tiêu chí để đánh giá và so sánh các kỹ thuật mổ khác nhau. Đánh giá kết quả phẫu thuật của 77 BN nghiên cứu, loại tốt có 55 BN (71,4%): không tái phát sau mổ và không có tai biến, biến chứng. Loại vừa có 13 BN (16,8%): không tái phát sau mổ nhưng có tai biến hoặc biến chứng. Loại xấu có 9 BN (11,7%): bị tái phát sau mổ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 77 trường hợp sa toàn bộ trực tràng được điều trị theo phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi với thời gian theo dõi trung bình 52,4 tháng. Chúng tôi nhận thấy PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô có tính khả thi cao, an toàn và hiệu quả, ít tai biến, biến chứng.

1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi mắc bệnh trung bình $60,8 \pm 17,4$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam = 1,08.
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: táo bón (67,5%), đại tiện không tự chủ (28,6%), đau hậu môn (19,5%), đại tiện ra máu (18,2%), khối sa nghẹt (5,2%), đại tràng chậu hông dài (41,6%), sa sàn chậu (6,5%).
- Chiều dài khối sa trung bình: $6,3 \pm 3,5$ cm (3 - 20 cm).
- Phân độ STT : độ I: 54,5% ; độ II: 26,0% ; độ III: 11,7% ; độ IV: 7,8%.
- Chỉ số BMI trung bình: $21,08 \pm 2,93$.
- Thời gian từ khi mắc bệnh đến lúc nhập viện trung bình: 72,2 tháng.

2. Kết quả phẫu thuật:

Kết quả sớm:

- Thời gian phẫu thuật trung bình $135,9 \pm 51,5$ phút.
- Thời gian nằm viện trung bình $5,4 \pm 1,9$ ngày.
- Tai biến: có 2 BN (2,6%) chảy máu ụ nhô, 1 BN (1,3%) bị thủng trực tràng.
- Biến chứng: 1 BN (1,3%) bị tụ máu thành bụng, 1 BN (1,3%) vừa bị chảy máu vết mổ đồng thời với thoát vị mạc nối lớn qua lỗ trocar hố chậu phải.
- Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,3%.

- Không có trường hợp nào tử vong trong lúc mổ và trong thời gian nằm hậu phẫu.

Kết quả theo xa:

- Tái phát: Có 9 BN bị tái phát STT, tỉ lệ 11,7%.
 - Các yếu tố liên quan đến tái phát: giới tính và táo bón sau mổ.
- Táo bón : Tỉ lệ cải thiện 17,3%.
- Đại tiện KTC: Tỉ lệ cải thiện 31,8%.
- Rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ: có 4 BN sau mổ không xuất tinh được, 3 BN sau mổ xuất tinh ngược vào bàng quang và 1 BN sau mổ bị liệt dương.
- Tỉ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ 16,8% (13 BN).
- Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật: loại tốt có 55 BN (71,4%), loại vừa có 13 BN (16,8%), loại không tốt có 9 BN (11,7%).

KIẾN NGHỊ

Công trình nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị sa trực tràng toàn bộ bằng phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô cần thêm thời gian nghiên cứu lâu dài hơn để đánh giá chính xác tỉ lệ tái phát sau mổ.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ

1. **Trần Phước Hồng, Vũ Huy Nùng, Nguyễn Văn Khoa** (2015), “Nhận xét kết quả khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng điều trị sa trực tràng toàn bộ”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Số 2, Tập 435, tr. 20-25.
2. **Trần Phước Hồng, Vũ Huy Nùng, Nguyễn Văn Khoa** (2015), “Tai biến và biến chứng sau khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng điều trị sa trực tràng toàn bộ”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Số 1, Tập 436, tr. 43-47.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Nguyễn Văn Ân, Võ Trọng Thanh Phong, Phạm Hữu Đoàn, và cộng sự** (2014), “Áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào mỏm nhô để điều trị sa niệu dục nặng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18(1), tr. 424- 429.
2. **Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn** (2007), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng trong điều trị sa trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 11(4), tr. 174- 178.
3. **Đỗ Đình Công** (1997), “Nhận xét về lâm sàng bệnh sa trực tràng và kết quả lâu dài của phẫu thuật Orr – Loygue cải tiến”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1(4), tr. 31- 40.
4. **Đỗ Đình Công** (2007), “Sa trực tràng”, *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr. 301- 312.
5. **Nguyễn Minh Hải, Trần Phước Hồng, Lâm Việt Trung, và cộng sự** (2008), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng sử dụng Mesh trong điều trị sa toàn bộ trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (4), tr. 175- 180.
6. **Nguyễn Đình Hối** (2002), *Hậu môn trực tràng học*. Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng, Nguyễn Văn Hậu, và cộng sự** (2005), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chứng táo bón do sa trực tràng kiểu túi”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 9(1), tr. 10- 16.
8. **Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng, Trần Văn Phoi, và cộng sự** (2005), “Vai trò của x quang động trong chẩn đoán chứng táo bón”. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 9(1), tr. 1- 9.

9. **Trần Phước Hồng** (2008), *Xác định khả năng của phẫu thuật nội soi trong điều trị sa trực tràng*, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh.
10. **Phạm Gia Khánh** (2002), “Sa trực tràng”, *bệnh học ngoại khoa, giáo trình giảng dạy sau đại học*, Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội, tr. 309- 313.
11. **Lê Quang Nghĩa** (2011), “Mảnh ghép dùng điều trị thoát vị”. Hội nghị khoa học sản chậu học thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 5, chuyên đề phẫu thuật đặt mảnh ghép trong điều trị sa tạng chậu nữ.
12. **Nguyễn Đức Ninh, Hoàng Tích Tộ** (2001), “Sa trực tràng”, *Bệnh học ngoại*, Nhà xuất bản Khoa Học và Kỹ Thuật Hà Nội, tr. 231- 245.
13. **Nguyễn Trung Tín** (2011), “Phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng”. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15 (1), tr. 103- 107.
14. **Nguyễn Văn Xuyên, Vũ Huy Nùng, Lê Thanh Sơn, và cộng sự** (2001), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng sa trực tràng toàn bộ và sơ bộ đánh giá kết quả điều trị sớm của phương pháp treo trực tràng ụ nhô trực tiếp trên người trưởng thành”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 262(8), tr. 54 - 59.
15. **Nguyễn Văn Xuyên** (2007), “Tìm hiểu một số nguyên nhân và kết quả của phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô trực tiếp trong điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 341(2), tr. 42 - 47.
16. **Nguyễn Văn Xuyên (2010)**, “Sa trực tràng”, *Bệnh học ngoại khoa bụng*. Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội, tr. 226- 230.

NƯỚC NGOÀI

17. **Aitola P.T., Hiltunen K.M., Matikainen M.J.** (1999), “Functional results of operative treatment of rectal prolapse over an 11-year period: emphasis on transabdominal approach”, *Diseases of the Colon Rectum*, 42, pp. 655- 660.

18. **Altomare D.F., Binda G., Ganio E. et al.** (2009), “Long- term outcome of Altemeier’s procedure for rectal prolapse”, *Diseases of the Colon Rectum*, 52, pp. 698- 703.
19. **Araki Y., Isomoto H., Tsuzi Y.** (1999), “Trans-sacral rectopexy for recurrent complete rectal prolapse”, *Surgery Today*, 29, pp. 970- 97.
20. **Ashari L.H.S., Lumley J.W., Stevenson A.R.L. et al** (2005), “Laparoscopically-Assisted Resection Rectopexy for Rectal Prolapse: Ten Years Experience”, *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(5), pp. 982- 987.
21. **Athanasiadis S., Weyand G., Heiligers J.** (1996), “The risk of infection of three synthetic materials used in rectopexy with or without colonic resection for rectal prolapse”, *International Journal of Colorectal Disease*, 11, pp. 42- 44.
22. **Auguste T., Dubreuil A., Bost R.** (2006), “Technical and functional results after laparoscopic rectopexy to the promontory for complete rectal prolapse”, *Gastroenterol Clin Biol*, 30, pp. 659- 663.
23. **Ayav A., Bresler L., Brunaud L., Zarnegar R. et al.** (2005), “Surgical management of combined rectal and genital prolapse in young patients: transabdominal approach”, *International Journal of Colorectal Disease*, 20, pp. 173- 179.
24. **Azimuddin K., Khubchandani IT., Rosen L. et al.** (2001), “Rectal prolapse: a search for the best operation”, *American Journal of Surgery*, 67, pp. 622- 7.
25. **Badrek A.H., Greenslade G.L., Dixon A.R. et al.** (2013), “How to deal with complications after laparoscopic ventral mesh rectopexy: lessons learnt from a tertiary referral centre”, *Diseases of the Colon Rectum*, 15(6), pp. 707- 12.

26. **Baker R., Senagore A.J., Luchtefeld M.A.** (1995), “Laparoscopic assisted versus open resection: rectopexy offers excellent results”, *Diseases of the Colon Rectum*, 38, pp. 199- 201.
27. **Benoist S., Taffinder N., Gould S. et al.** (2001), “Functional results two years after laparoscopic rectopexy”, *American Journal of Surgery*, 182, pp. 168- 173.
28. **Billingham R.P.** (2009), “Recurrent rectal proplase”, *Reoperative pelvic surgery*, pp. 145- 151.
29. **Billingham R.P.** (2009), “Recurrent pelvic organ proplase”, *Reoperative pelvic surgery*, pp. 113- 144.
30. **Boccasanta P., Rosati R., Venturi M. et al.** (1998), “Comparison of laparoscopic rectopexy with open technique in the treatment of complete rectal prolapse: clinical and functional results”, *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*, 8(6), pp. 460- 5.
31. **Boons P., Collinson R., Cunningham C. et al.** (2010), “Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse improves constipation and avoids de novo constipation”. *Colorectal Diseases*, 12(6), pp. 526- 32.
32. **Bortolini M.A.T., Rizk D.E.E.** (2011), “Genetics of pelvic organ prolapse: crossing the bridge between bench and bedside in urogynecologic research”, *International Urogynecology Journal*, 22, pp.1211- 1219.
33. **Briel J.W., Schouten W.R., Boerma M.O.** (1997), “Long-term results of suture rectopexy in patients with fecal incontinence associated with incomplete rectal prolapse”. *Diseases of the Colon and Rectum*, 40, pp. 1228- 1232.
34. **Brown A.J., Nicol L., Anderson J.H.** (2005), “Prospective study of the effect of rectopexy on colonic motility in patients with rectal prolapse”, *British Journal of Surgery*, 92, pp. 1417- 1422.

35. **Byrne CM., Smith SR., Solomon M.J. et al.** (2008), “Long-term functional outcomes after laparoscopic and open rectopexy for the treatment of rectal prolapse”. *Diseases of the Colon and Rectum*, 51(11), pp. 1597- 604.
36. **Cadeddu F., Sileri P., Grande M. et al.** (2012), “Focus on abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: meta-analysis of literature”, *Techniques in coloproctology*, 16(1), pp. 37- 53.
37. **Caliskan C., Denizli A., Makay O.** (2009), “*Experimental comparison of meshes for rectal prolapse Surgery*”. *European Surgical Research*, 43, pp. 310- 14.
38. **Carpelan-Holmström M., Kruuna O., Scheinin T. et al.** (2006), “Laparoscopic rectal prolapse surgery combined with short hospital stay is safe in elderly and debilitated patients”, *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*, 20, pp. 1353- 1359.
39. **Chaudhry B.R.** (2010), “Laparoscopic suturerectopexy: An effective treatment for complete rectal prolapse”, *Medical Journal Armed Forces India*, 66, pp.108- 112.
40. **Collinson R., Wijffels N., Cunningham C. et al.** (2010), ”Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse: short-term functional results”. *Colorectal Disease*. 12(2), pp. 97- 104.
41. **Corman., Marvin L.** (2005), “Rectal prolapse or Procidentia”, *Colon and rectal surgery*, pp. 1- 22.
42. **Cirocco W.C.** (2010), “Altemeier procedure for rectal prolapse: an operation for all ages”. *Diseases of the Colon and Rectum*, 53, pp.1618- 1623.
43. **Dekel A., Rabinerson D., Rafael Z.B. et al.** (2000), “Concurrent genital and rectal prolapse: two pathologies—one joint operation”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(1), pp. 125- 129.

44. **Delaney C.P.** (2007), "Laparoscopic management of rectal prolapse", *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 11, pp.150- 152.
45. **Dermirbas S., Akin M.Livhi. et al.** (2005), "Comparison of laparoscopic and open surgery for total rectal prolapse", *Surgery Today*, 35, pp. 446- 452.
46. **D'Hoore A., Cadoni R., Penninckx F.** (2004), "Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse", *British Journal of Surgery*, 91, pp. 1500- 1505.
47. **Diop M., Parratte B., Tatu L. et al.** (2003), " "Mesorectum": the surgical value of an anatomical approach", *Surgical and Radiologic Anatomy*, 25, pp. 290- 304.
48. **Douard R., Frileux P., Brunel M. et al.** (2003), "Functional results after the Orr-Loygue transabdominal rectopexy for complete rectal prolapse", *Diseases of the Colon & Rectum*, 46, pp. 1089- 1096.
49. **Draaisma W.A., Nieuwenhuis D.H., Janssen L.W.M. et al.** (2008), "Robot-assisted laparoscopic rectovaginopexy for rectal prolapse: a prospective cohort study on feasibility and safety", *Journal of Robotic Surgery*, 1, pp. 273- 277.
50. **Dulucq J.L., Wintringer P., Mahajna A.** (2007), "Clinical and functional outcome of laparoscopic posterior rectopexy (Wells) for full-thickness rectal prolapse", *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*, 21, pp. 2226- 2230.
51. **Esschert V.D.J.W., Van Geloven A.A., Vermulst N. et al.** (2008), "Laparoscopic ventral rectopexy for obstructed defecation syndrome". *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*, 22(12), pp. 2728- 32.
52. **Frank H.N** (2012), *Atlas of Human Anatomy*, 5th Edition, pp.362- 364.
53. **Gallot D., Martel P., Honigman I. et al.** (2000), "Posterior rectopexy in total rectal prolapse", *Annales de Chirurgie*, 125, pp. 40- 44.

54. **Germain A., Perrenot C., Scherrer M.L. et al.** (2013), “Long-term outcome of robotic-assisted laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse in elderly patients”, *Colorectal Disease*, 16, pp. 198- 202.
55. **Giorgio A.D., Biacchi D., Sibio S. et al.** (2005), “Abdominal rectopexy for complete rectal prolapse: Preliminary results of a new technique”, *International Journal of Colorectal Disease*, 20, pp.180- 189.
56. **Goldstein S.D., Maxwell P.J.** (2011), “Rectal prolapse”, *Clinics in colon and rectal surgery*, 24(1), pp. 39- 45.
57. **Gosselink M. P., Adusumilli S., Gorissen K.J. et al.** (2013), “Laparoscopic Ventral Rectopexy for Fecal Incontinence Associated with High-Grade Internal Rectal Prolapse”, *Diseases of the Colon & Rectum*, 56, pp.1409- 1414.
58. **Gourgiotis S., Baratsis S.** (2007), “Rectal prolapse”, *International Journal of Colorectal Disease*, 22, pp. 231- 243.
59. **Hamel C.T., Wexner S.D.** (2001), “Rectal prolapse – Surgery treatment”, *National Center for Biotechnology Information Bookshelf*, pp. 1- 5.
60. **Heah S.M., Hartely J., Hurley J. et al.** (2000), “Laparoscopic suture rectopexy without resection is effective treatment for full-thickness rectal prolapse”. *Diseases of the Colon & Rectum*, 43, pp. 638- 643.
61. **Himpens J., Cadire G.B., Bruyns J. et al.** (1999), “Laparoscopic rectopexy according to Wells”, *Surgical Endoscopy*, 13, pp. 139- 141.
62. **Hoog D.E.N.M, Heemskerk J., Nieman F.H. et al.** (2009), “Recurrence and functional results after open versus conventional laparoscopic versus robot-assisted laparoscopic rectopexy for rectal prolapse: a case-control study”, *International Journal of Colorectal Disease*, 24(10), pp. 1201- 6.

63. **Hsu A., Brand M.I., Saclarides T.J. et al.** (2007), “Laparoscopic rectopexy without resection: a worthwhile treatment for rectal prolapse in patients without prior constipation”. *American Journal of Surgery*, 73(9), pp. 858- 61.
64. **Jacobs L.K., Lin Y.J., Orkin B.A.** (1997), “The best operations for rectal prolapse”, *Surgical Clinics of North America*, 77(1), pp. 49- 70.
65. **Johnson E., Stangeland A., Johannessen H.O. et al.** (2007), “Resection rectopexy for external rectal prolapse reduces constipation and anal incontinence”. *Scandinavian Journal Surgery*, 96, pp. 56- 61.
66. **Jonkers H.A.F., Maya A., Draaisma W.A. et al.** (2013), “Laparoscopic resection rectopexy versus laparoscopic ventral rectopexy for complete rectal prolapse”, *Techniques in coloproctology*.
67. **Kairaluoma M.V., Viljakka M.T., Kellokumpu I.H.** (2003), “Open vs laparoscopic surgery for rectal prolapse: a case controlled study assessing short-term outcome”. *Diseases of the Colon & Rectum*, 46, pp. 353- 60.
68. **Kaiwa Y., Kurokawa Y., Namiki K. et al.** (2004), “Outcome of laparoscopic rectopexy for complete rectal prolapse in patients older than 70 years versus younger patients”, *Surgery Today*, 34, pp. 742- 746.
69. **Kariv Y., Delaney C.P., Casillas S. et al.** (2006), “Long term outcome after laparoscopic and open surgery for rectoprolapse: A case- control study”, *Surgical Endoscopy*, 20, pp. 35- 42.
70. **Kellokumpu I. H., Vironen J., Scheinin T.** (2000), “Laparoscopic repair of rectal prolapse: a prospective study evaluating surgical outcome and changes in symptoms and bowel function”, *Surgical Endoscopy*, 14, pp. 634- 640.

71. **Kessler H., Jerby B.L., Milsom J.W.** (1999), “Successful treatment of rectal prolapse by laparoscopic suture rectopexy”, *Surgical Endoscopy*, 13, pp. 858- 861.
72. **Kim M., Reibetanz J., Boenicke L. et al.** (2012), “Quality of life after laparoscopic resection rectopexy”. *International Journal of Colorectal Disease*, 27, pp. 489- 495.
73. **Kościński T., Meissner W., Stadnik H.** (2011), “ Abdominal rectopexy with absorbable and non-absorbable materials in the treatment for rectal prolapse”. *Polski Przegląd Chirurgiczny journal*, 83(12), pp. 668- 71.
74. **Lauretta A., Bellomo R.E., Galanti F. et al.** (2012), “Laparoscopic low ventral rectocolpopexy (LLVR) for rectal and rectogenital prolapse: surgical technique and functional results”. *Techniques in coloproctology*, 16(6), pp. 477- 83.
75. **Lechaux D., Trebuchet G., Siproudhis L. et al.** (2005), “Laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse: A single-institution retrospective study evaluating surgical outcome”, *Surgical Endoscopy*, 19, pp. 514- 518.
76. **Lechaux J.P., Atienza P., Goasguen N. et al.** (2001), “Prosthetic rectopexy to the pelvic and sigmoidectomy for rectal prolapse”, *The American Journal of Surgery*, 182, pp. 465- 469.
77. **Lee S., Kye B.H., Kim H.J. et al.** (2012), “Delorme ‘s procedure for complete rectal prolapse: Does it still have it’s own role?”, *Journal of the Korean Society of Coloproctology*, 28(1), pp. 13- 18.
78. **Lim M., Sagar P.M., Gonsalves S. et al.** (2007), “Surgical management of pelvic organ prolapse in females: functional outcome of mesh sacrocolpopexy and rectopexy as a combined procedure”. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(9), pp. 1412- 21.

79. **Lindsey I., Mortensen N.J.M.** (2002), "Iatrogenic impotence and rectal dissection", *British Journal of Surgery*, 89, pp. 1493- 1494.
80. **Lindsey I.** (2010), "Commentary: Best practice in rectal prolapse", *Colorectal Disease*, 12, pp. 504- 514.
81. **Liyanage C.A., Rathnayake G., Deen K.I.** (2009), "A new technique for suture rectopexy without resection for rectal prolapse". *Techniques in coloproctology*, 13(1), pp. 27- 31.
82. **Loygue J., Nordlinger B., Cunci O. et al.** (1984), "Rectopexy to the promontory for the treatment of rectal prolapse. Report of 257 cases", *Diseases of the Colon & Rectum*, 27, pp. 356- 359.
83. **Loygue J., Huguier M., Malafosse M. et al.** (1971), "Complete prolapse of the rectum. A report on 140 cases treated by rectopexy", *British Journal of Surgery*, 58, pp. 847- 848.
84. **Madbouly K.M., Senagore A.J., Delaney C.P. et al.** (2003), "Clinically based management of rectal prolapse. Comparison of the laparoscopic Wells procedure and laparoscopic resection with rectopexy", *Surgical Endoscopy*, 17, pp. 99- 103.
85. **Madiba T.E., Baig M.K., Wexner S.D.** (2005), "Surgical management of rectal prolapse", *Arch surgery*, 140, pp. 63- 73.
86. **Madsen M.A.** (2008), "Perineal approaches to rectal prolapse", *Clinics in colon and rectal surgery*, 21(2), pp. 100- 105.
87. **Maggiori L., Bretagnol F., Ferron M. et al.** (2013), "Laparoscopic ventral rectopexy: a prospective long-term evaluation of functional results and quality of life". *Techniques in coloproctology*, 17(4), pp. 431- 6.
88. **Magruder J.T, Efron J.E., Wick E.C. et al.** (2013), "Laparoscopic Rectopexy for Rectal Prolapse to Reduce Surgical-Site Infections and Length of Stay", *World Journal of Surgery*, 37, pp. 1110- 1114.

89. **Marceau C., Parc Y., Debroux E. et al.** (2005), "Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor of poor outcome". *Colorectal Disease*, 7(4), pp. 360- 5.
90. **Marchal F., Bresler L., Ayav A. et al.** (2005), "Long-term results of Delorme's procedure and Orr-Loygue rectopexy to treat complete rectal prolapse", *Diseases of the Colon & Rectum*, 48, pp. 1785- 1790.
91. **McKee R.F., Lauder J.C., Poon F.W. et al.** (1992), "A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse", *Journal of surgery gynecology and obstetrics*, 174, pp. 145- 148.
92. **Montero J.A.P., Puente M.C.M., Pascual I. et al.** (2006), "Complete rectal prolapse clinical and functional outcome with Delorme's procedure", *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas*, 98(11), pp. 1- 6.
93. **Munz Y., Moorthy K., Kudchadkar R. et al.** (2004), "Robotic assisted rectopexy". *American Journal of Surgery*, 187, pp. 88- 92.
94. **Nunoo-Mensah J.W., Efron J.E., Young-Fadok T.M.** (2007), "Laparoscopic rectopexy", *Surgical Endoscopy*, 21:325- 326.
95. **O'Brien D.P.** (2007), "Rectal Prolapse", *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 20, pp. 125- 132.
96. **Ommer A., Albrecht K., Wenger F. et al.** (2006), "Stapled transanal rectal resection (STARR): a new option in the treatment of obstructive defecation syndrome", *Langenbecks Arch Surgery*, 391, pp. 32- 37.
97. **Peters W.A., Smith M.R., Drescher C.W.** (2001), "Rectal prolapse in women with other defects of pelvic floor support", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(7), pp. 1488- 1494.

98. **Pikarsky A.J., Joo J.S., Wexner S.D. et al.** (2000), "Recurrent rectal prolapse: what is the next good option?" *Diseases of the Colon & Rectum*, 43, pp. 1273 - 1276.
99. **Portier G., Iovino F.F., Lazorthes F.** (2006), "Surgery for rectal prolapse: Orr-Loygue ventral rectopexy with limited dissection prevents postoperative-induced constipation without increasing recurrence", *Diseases of the Colon & Rectum*, 49(8), pp.1136- 1140.
100. **Purkayastha S., Tekkis P., Athanasiou T. et al.** (2005), "A comparison of open versus laparoscopic abdominal rectopexy for full - thickness prolapse: A meta – analysis", *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(10), pp.1930- 1940.
101. **Raftopoulos Y., Senagore A.J., Giuro G.D. et al.** (2005), "Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data", *Diseases of the Colon & Rectum*, 48, pp. 1200- 1206.
102. **Ris F., Colin J.F., Chilcott M. et al.** (2011), "Altemeier's procedure for rectal prolapse: analysis of long-term outcome in 60 patients", *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 14, pp. 1106- 1111.
103. **Rose J., Schneider C., Scheidbach H. et al.** (2002), " Laparoscopic treatment of rectal prolapse: experience gained in a prospective multicenter study". *Langenbecks Arch Surgery*, 387(3-4), pp.130- 7.
104. **Safar B., Vernava A.M.** (2008), "Abdominal approaches for rectal prolapse", *Clinics in colon and rectal surgery*, 21(2), pp. 94- 99.
105. **Salkeld G., Bagia M., Solomon M.** (2004), "Economic impact of laparoscopic versus open abdominal rectopexy", *British Journal Surgery*, 91, pp. 1188- 1191.

106. **Senapati A., Gray R.G., Middleton L.J. et al.** (2013), "PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse", *Colorectal Disease The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 15, pp. 858- 870.
107. **Shin E.J.** (2011), "Surgical treatment of rectal prolapse", *Journal of the Korean Society of Coloproctology*, 27(1), pp. 5- 12.
108. **Sileri P., Franceschilli L., Luca E.D. et al.** (2012), "Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse using biological mesh: postoperative and short-term functional results". *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16(3), pp. 622- 8.
109. **Siproudhis L., Ropert A., Gosselin A. et al.** (1993), "Constipation after rectopexy for rectal prolapse. Where is the obstruction?", *Digestive Diseases and Sciences*, 38, pp. 1801- 1808.
110. **Sivalingam P.** (2008), "Best approach for management of rectal prolapse", *Bombay hospital Journal*, 50(3), pp. 375- 385.
111. **Slawik S., Soulsby R., Carter H. et al.** (2007), "Laparoscopic ventral rectopexy, posterior colporrhaphy and vaginal sacrocolpopexy for the treatment of recto-genital prolapse and mechanical outlet obstruction". *Colorectal Disease*, 10(2), pp. 138- 43.
112. **Solomon M.J., Young C.J., Eyers A.A. et al.** (2002), "Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse", *British Journal of Surgery*, 89, pp. 35- 39.
113. **Speakman C.T.M., Madden M.V., Nicholls R.J. et al.** (1991), "Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study", *British Journal of Surgery*, 78, pp. 1431- 1433.

114. **Steele S.R., Goetz L.H., Minami S. et al.** (2000), "Management of recurrent rectal prolapse: surgical approach influences outcome", *Diseases of the Colon & Rectum*, 49, pp. 440- 445.
115. **Stepanian A.A., Miklos J.R., Moore R.D. et al.** (2008), "Risk of mesh extrusion and other mesh-related complications after laparoscopic sacral colpopexy with or without concurrent laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: experience of 402 patients", *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 15, pp. 188- 96.
116. **Thornton M.J., Lam A., King D.W.** (2005), "Bowel, bladder and sexual function in women undergoing laparoscopic posterior compartment repair in the presence of apical or anterior compartment dysfunction", *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45(3), pp. 195- 200.
117. **Tobin S.A., Scott I.H.K.** (1994), "Delorme operation for rectal prolapse", *British Journal of Surgery*, 81, pp.1681- 1684.
118. **Tranchart H., Valverde A., Goasguen N. et al.** (2013), "Conservative treatment of intrarectal mesh migration after ventral laparoscopic rectopexy for rectal prolapse", *International Journal of Colorectal Disease*, 28, pp. 1563- 1566.
119. **Varma M., Rafferty J., Buie W.D.** (2011), " Practice parameters for the Management of rectal prolapse", *Diseases of the Colon & Rectum*, 54, pp.1339-1346.
120. **Vijay V., Halbert J., Zissimopoulos A. et al.** (2007), "Day case laparoscopic rectopexy is feasible, safe, and cost effective for selected patients", *Surgical Endoscopy*.
121. **Wahed S., Ahmad M., Mohiuddin K. et al.** (2012), "Short-term results for laparoscopic ventral rectopexy using biological mesh for pelvic organ prolapse", *Colorectal Disease*, 14(10), PP. 1242- 7.

122. **Watts A.M.I., Thompson M.R.** (2000), "Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse", *British Journal of Surgery*, 87, pp. 218- 222.
123. **Wijffels N., Cunningham C., Dixon A. et al.** (2009), " Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse is very safe in the elderly, perineal procedures are almost obsolete: time for re- appraisal of a classic algorithm", *Bristol Laparoscopic Surgery*, pp. 1- 11.
124. **Wong M., Meurette G., Abet E. et al.** (2011), "Safety and efficacy of laparoscopic ventral mesh rectopexy for complex rectocele". *Colorectal Disease*. 13(9), pp.1019- 23.
125. **Wong M.T.C., Abet E., Rigaud J. et al.** (2011), "Minimally invasive ventral mesh rectopexy for complex rectocele: impact on anorectal and sexual function", *Colorectal Disease*, 13(10), pp. 320- 6.
126. **Wu J.S., Fazio V.W.** (2003), "Surgical Intervention for Adult Patients with Rectal Prolapse", *Current Gastroenterology Reports*, 5, pp. 425- 430.
127. **Xynos E., Chrysos E., Tsiaoussis J. et al.** (1999), "Resection rectopexy for rectal prolapse", *Surgical Endoscopy*, 13, pp. 862- 864.
128. **Yoon S.G.** (2011), "Rectal Prolapse: Review according to the personal experience", *Journal of the Korean Society of Coloproctology*, 27(3), pp. 107- 113.
129. **Zittel T.T., Manncke K., Haug S. et al.** (1999), "Functional results after laparoscopic rectopexy for rectal prolapse", *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16-19.

PHỤ LỤC

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ KHÂU TREO TRỰC TRÀNG Ụ NHỎ QUA NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ

Số thứ tự:..... Số lưu trữ:

Số điện thoại:

I. PHẦN HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên bệnh nhân:.....
2. Tuổi:.....
3. Giới: Nam: Nữ:
4. Nghề nghiệp:
5. Địa chỉ:
6. Ngày vào viện:
7. Ngày ra viện:
8. Ngày phẫu thuật:
9. Lý do vào viện:
10. Bệnh viện điều trị:
 - BV CR:
 - BV ĐHYD:

II. TIỀN SỬ:

11. Sản khoa: Số con:
12. Tiền sử mổ điều trị sa trực tràng: Có Không
 - Mổ qua tầng sinh môn: Có Không
 - Mổ nội soi: Có Không
 - Mổ mở: Có Không

13. Tiền sử mổ điều trị sa sinh dục: Có Không
- Mổ cắt tử cung qua âm đạo: Có Không
 - Mổ cắt tử cung qua đường bụng: Có Không

14. Vết mổ cũ:

- Có (.....)
- Không

III. LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ:

15. Mạch: lần/phút,

16. Huyết áp: / mmHg.

17. Chỉ số BMI:

- Cân nặng: Kg,
- Chiều cao: cm,
- BMI =

18. Độ BMI:

- Độ I
- Độ II
- Độ III
- Độ IV

19. Thời gian từ lúc mắc bệnh đến nhập viện: tháng

20. Triệu chứng cơ năng:

- Táo bón: Có Không
- Đại tiện không tự chủ: Có Không
- Đau hậu môn: Có Không
- Đại tiện ra máu: Có Không

21. Triệu chứng lâm sàng:

- Khối sa nghẹt: Có Không
- Chiều dài khối sa: cm

- Phân độ sa trực tràng:
 - Độ I
 - Độ II
 - Độ III
 - Độ IV
- Viêm loét khối sa: Có Không
- 22. Bệnh kèm theo: Có Không
 - Sa sàn chậu
 - Có (Độ Sa sàn chậu:)
 - Không
 - Sa sinh dục:
 - Có (Độ Sa sinh dục:)
 - Không
 - Sa bàng quang: Có Không
 - Sa sinh dục + bàng quang: Có Không
 - Tổn thương cơ vòng hậu môn:
 - Có (.....)
 - Không

23. Chẩn đoán trước phẫu thuật:

- Sa trực tràng:
- Sa trực tràng tái phát:

IV. QUÁ TRÌNH PHẪU THUẬT

24. Phương pháp mổ:

- Khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép:
- Khâu treo trực tràng ụ nhô trực tiếp:

25. Bảo tồn 2 dây chằng bên: Có Không

26. Số Trocar:.....

27. Dẫn lưu ổ bụng: Có Không
28. Thời gian mổ: phút.
29. Chuyển mổ mở:
Có Không
(Lý do chuyển mổ mở:)
30. Đại tràng chậu hông dài (ghi nhận trong lúc mổ):
Có Không
31. Phẫu thuật điều trị bệnh kèm theo: Có Không
- Treo tử cung ụ nhô: Có Không
 - Khâu tái tạo cơ vòng: Có Không
 - Khâu tái tạo sàn chậu: Có Không
 - Phẫu thuật khác:
Có Không
-

V. TAI BIẾN TRONG PHẪU THUẬT

32. Tai biến: Có Không
33. Chảy máu trước xương cùng: Có Không
34. Thủng ruột: Có Không
35. Tai biến khác:
- Có (.....)
- Không

VI. BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

36. Biến chứng: Có Không
37. Chảy máu vết mổ: Có Không
38. Tụ máu thành bụng: Có Không
39. Thoát mạc nối qua lỗ trocar: Có Không
40. Nhiễm trùng vết mổ: Có Không

41. Bí tiểu: Có Không

42. Thời gian điều trị: ngày

VII. KẾT QUẢ THEO DÕI XA SAU PHẪU THUẬT

43. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật:..... tháng.

44. Tái phát sa trực tràng. Có Không

45. Chiều dài khối sa tái phát: cm.

46. Thời gian tái phát sau mổ: tháng

47. Táo bón sau mổ: Có Không

• Táo bón giảm hơn so với trước mổ: Có Không

• Táo bón không thay đổi so với trước mổ: Có Không

• Táo bón nặng hơn so với trước mổ: Có Không

• Táo bón mới phát sinh: Có Không

48. Đại tiện không tự chủ (ĐTKTC) sau mổ: Có Không

• ĐTKTC giảm so với trước mổ: Có Không

• ĐTKTC không thay đổi so với trước mổ:
Có Không

• ĐTKTC nặng hơn so với trước mổ: Có Không

• ĐTKTC mới phát sinh: Có Không

49. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục (nam): Có Không

• Liệt dương: Có Không

• Không xuất tinh được: Có Không

• Xuất tinh ngược vào bàng quang: Có Không

50. Thời gian hồi phục chức năng hoạt động tình dục:

51. Bệnh nhân tử vong sau mổ: Có Không

• Thời gian tử vong sau mổ: tháng.

• Nguyên nhân tử vong:.....

DANH SÁCH BỆNH NHÂN SA TRỰC TRÀNG

(Điều trị tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh)

STT	Họ và tên	Số nhập viện	Năm sinh	Giới	Ngày mổ	Chẩn đoán
1.	Trần Văn A.	09 -0027626	1975	Nam	09-10-2009	Sa trực tràng
2.	Nguyễn Thị B.	09 -0031389	1938	Nữ	18-11-2009	Sa trực tràng tái phát
3.	Nguyễn Đức B.	10 -0010571	1955	Nam	26-5-2010	Sa trực tràng
4.	Phan Thị B.	07 -0000212	1920	Nữ	02-01-2007	Sa trực tràng
5.	Phan Thị C.	11 -0027188	1946	Nữ	01-10-2011	Sa trực tràng
6.	Nguyễn Thị C.	10 -0021955	1934	Nữ	20-8-2010	Sa trực tràng
7.	Nguyễn Bá C.	06 -0006225	1983	Nam	08-5-2006	Sa trực tràng
8.	Nguyễn Công C.	06 -0013082	1926	Nam	29-8-2006	Sa trực tràng
9.	Võ D.	09 -0033540	1977	Nam	09-02-2009	Sa trực tràng
10.	Nguyễn Thị D.	10 -0014802	1931	Nữ	09-6-2010	Sa trực tràng
11.	Cao Thị D.	06 -0016929	1930	Nữ	04-11-2006	Sa trực tràng
12.	Phạm Thái Đ.	08 -0002684	1967	Nam	25-01-2008	Sa trực tràng
13.	Trần Thị Đ.	07 -0005426	1924	Nữ	06-4-2007	Sa trực tràng
14.	Nguyễn Văn H.	05 -0012952	1968	Nam	24-10-2005	Sa trực tràng
15.	Nguyễn Trung H.	07 -0018506	1974	Nam	13-8-2007	Sa trực tràng
16.	Lê Văn K.	08 -0009531	1940	Nam	05-5-2008	Sa trực tràng
17.	Hàm Văn M.	05 -0012600	1944	Nam	17-10-2005	Sa trực tràng
18.	Phạm Công M.	07 -0005800	1953	Nam	12-4-2007	Sa trực tràng
19.	Lương Tấn N.	09 -0007265	1981	Nam	24-3-2009	Sa trực tràng
20.	Huỳnh Văn N.	11 -0022556	1970	Nam	17-8-2011	Sa trực tràng
21.	Phạm Thị N.	07 -0013375	1955	Nữ	03-8-2007	Sa trực tràng
22.	Trần Thanh P.	07 -0008883	1971	Nam	01-6-2007	Sa trực tràng

STT	Họ và tên	Số nhập viện	Năm sinh	Giới	Ngày mổ	Chẩn đoán
23.	Võ Văn Q.	05 -0012187	1942	Nam	07-10-2005	Sa trực tràng
24.	Phạm Văn S.	10 -0019376	1976	Nam	27-7-2010	Sa trực tràng
25.	Nguyễn Thị S.	09 -0001323	1927	Nữ	12-01-2009	Sa trực tràng
26.	Nguyễn thị T.	10 -0000661	1935	Nữ	29-12-2009	Sa trực tràng
27.	Trần Thị T.	10 -0019233	1948	Nữ	23-7-2010	Sa trực tràng
28.	Vũ Thị T.	08 -0025683	1970	Nam	09-10-2008	Sa trực tràng
29.	Phan Quốc T.	11 -0007312	1956	Nam	21-3-2011	Sa trực tràng
30.	Trần Thị T.	10 -0028169	1925	Nữ	02-11-2010	Sa trực tràng tái phát
31.	Bạch Thị T.	07 -0021995	1944	Nữ	22-11-2007	Sa trực tràng
32.	Mai Thị T.	07 -0002627	1929	Nữ	09-02-2007	Sa trực tràng
33.	Nguyễn Thị U.	07 -0019547	1935	Nữ	27-10-2007	Sa trực tràng
34.	Nguyễn Văn V.	11 -0019489	1954	Nam	01-8-2011	Sa trực tràng
35.	Phạm Thị X.	10 -0019094	1923	Nữ	23-7-2010	Sa trực tràng tái phát
36.	Trần Thị X.	07-0001770	1924	Nữ	30-01-2007	Sa trực tràng

Ngày 22 tháng 01 năm 2015

Xác nhận của Bệnh viện

Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh xác nhận nghiên cứu sinh đã nghiên cứu về những nội dung “nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị sa trực tràng toàn bộ bằng phẫu thuật nội soi” trên những bệnh nhân có tên trong danh sách.

Bệnh viện đồng ý cho nghiên cứu sinh được sử dụng các số liệu có liên quan trong bệnh án để công bố trong công trình luận án tiến sĩ.

BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

XÁC NHẬN DANH SÁCH BỆNH NHÂN NĂM VIỆN

Người yêu cầu xác nhận: BS. Trần Phước Hồng

Số TT	Số nhập viện	Họ và tên	Năm sinh	Giới
1.	06055407	Bùi Đình A.	1958	Nam
2.	07034427	Trần Thị B.	1928	Nữ
3.	14033000	Nguyễn Thị B.	1934	Nữ
4.	12045614	Trần Thế D.	1953	Nam
5.	12063597	Trần Văn H.	1957	Nam
6.	07072145	Nguyễn Phước H.	1962	Nam
7.	13069939	Nguyễn Văn H.	1965	Nam
8.	13002789	Trần Thị K.	1930	Nữ
9.	11014817	Phù Bích K.	1955	Nữ
10.	07056001	Chung Thị L.	1922	Nữ
11.	14032418	Nguyễn Thị L.	1945	Nữ
12.	14013256	Võ L.	1950	Nam
13.	06083930	Trần L.	1944	Nam
14.	09059376	Lê Minh L.	1970	Nam
15.	07065779	Chương M.	1924	Nữ
16.	12103701	Nguyễn Thị M.	1936	Nữ
17.	06042329	Trương Doãn M.	1970	Nam
18.	12081489	Bùi Phát M.	1956	Nam
19.	12076989	Nguyễn Thị M.	1950	Nữ
20.	13030397	Phạm Thị N.	1943	Nữ
21.	12087428	Đinh Thị N.	1930	Nữ

Số TT	Số nhập viện	Họ và tên	Năm sinh	Giới
22.	13080045	Cao Thị N.	1948	Nữ
23.	07085154	Phạm Thị N.	1923	Nữ
24.	13084703	Hồ Thị N.	1959	Nữ
25.	13011976	Bùi Thị O.	1936	Nữ
26.	13074149	Đỗ Thị P.	1938	Nữ
27.	07079984	Nguyễn Văn P.	1961	Nam
28.	08004630	Trương Thị Q.	1937	Nữ
29.	12093753	Huỳnh Văn Q.	1953	Nam
30.	12118656	Trần Văn S.	1947	Nam
31.	13072737	Nguyễn Văn S.	1971	Nam
32.	12079688	Phạm Tuấn S.	1957	Nam
33.	09022424	Đặng Thị T.	1932	Nữ
34.	09076597	Đình Công T.	1976	Nam
35.	07091692	Nguyễn Thị T.	1937	Nữ
36.	13111234	Nguyễn T.	1957	Nam
37.	10002986	Nguyễn Thị T.	1922	Nữ
38.	14052325	Nguyễn Thị T.	1989	Nữ
39.	06054243	Nguyễn Ngọc V.	1955	Nam
40.	07099434	Phan Ngọc X.	1953	Nam
41.	14042168	Trịnh Thị Y.	1953	Nữ

Ngày 22 tháng 01 năm 2015

TRƯỞNG PHÒNG