

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH Ở SƠ SINH BẰNG PHẪU THUẬT MỘT THÌ QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

**BÙI ĐỨC HẬU, SOMSAK PHANTHAVONG,
LÊ THANH HẢI, NGUYỄN THANH LIÊM và CS
*Bệnh viện Nhi Trung ương***

TÓM TẮT

Mục đích: Mục đích của nghiên cứu này là trình bày kinh nghiệm và những kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật Soave cải tiến bằng phẫu thuật qua đường hậu môn trong điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh (PĐTBS) giai đoạn sơ sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 2-2003 đến tháng 10-2010, 39 bệnh nhân (30 nam, 9 nữ) bị bệnh PĐTBS đã được phẫu thuật bằng đường qua hậu môn một thì. Tuổi từ 6 ngày đến 31 ngày. Phẫu thuật được thực hiện qua lỗ hậu môn. Đoạn đại tràng vô hạch và đại tràng lạnh

được xác định ngay trong khi mổ bằng sinh thiết tức thì. Đoạn đại tràng bệnh lý được cắt bỏ để lại ống thanh cơ của ống hậu môn trực tràng ngắn 1,5cm từ trên đường rãnh lược. Miệng nối giữa đại tràng lành với ống hậu môn được thực hiện một thì trên đường lược 0,5cm.

Kết quả: Trong nghiên cứu này cho thấy đoạn đại tràng vô hạch ở trực tràng 17 trường hợp, ở sigma 15 và dài tới đại tràng xuống 7. Thời gian mổ trung bình 96 phút. Không có tử vong và biến chứng phẫu thuật. Mất máu trong mổ ít. Thời gian nằm viện trung bình 4,5 ngày. Tất cả bệnh nhân đều tự đại tiện được khi xuất viện.

Kết luận: Phẫu thuật một thì qua đường hậu môn để điều trị bệnh PĐTBS là phương pháp an toàn không chỉ cho bệnh nhân lớn cho cả bệnh nhân trong giai đoạn sơ sinh.

Từ khoá: Phình đại tràng bẩm sinh (PĐTBS), đường qua hậu môn, giai đoạn sơ sinh.

SUMMARY

OBJECTIVE: The aim of this study was to describe the experience and to present the initial results in the treatment of Hirschsprung disease (HD) by applying modified Soave procedure through Transanal approach one-stage in newborn period.

METHODS: Between February 2003 and October 2010, 39 patients (30 males, 9 females) underwent primary endorectal colon pull-through procedure (Transanal approach) for HD. Ages ranged from 6 days to 31 days. The operation was performed through the anus. The ganglionic and aganglionic segments were initially identified by seromuscular biopsies obtained intraoperation. We left a short rectal seromuscular sleeve 1,5cm from the dentate line.

RESULTS: The aganglionic segment was located in the rectum in 17 patients, in the sigmoid colon in 15 patients, in the left colon in 7 patients. The median operating time was 96 minutes. There were no operative complications or deaths. There was minimal blood loss during surgery. The median hospital stay was 4,5 days. Spontaneous defaecation occurred in all patients before discharge.

CONCLUSION: One-stage transanal approach is a safe and effective procedure for HD, not only for infant but on so for newborn.

Keywords: Hirschsprung disease, transanal approach, in newborn period.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay nhiều kỹ thuật mổ và đường mổ đã được sử dụng để điều trị bệnh PĐTBS. Các kỹ thuật kinh điển qua đường bụng đã được sử dụng trong nhiều năm [11,12]. Gần đây, nhiều đường mổ như phẫu thuật qua đường hậu môn (HM), phẫu thuật qua đường sau trực tràng (STT), phẫu thuật nội soi (NS) cũng đã được áp dụng rộng rãi [1-10] và đang dần thay thế những đường mổ kinh điển qua bụng. Từ năm 1998, sau khi kỹ thuật cơ bản nhất của phẫu thuật qua đường HM được áp dụng bởi de la Torre Mondragon và Ortega Salgado [1], nó đang ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn để điều trị bệnh PĐTBS. Phẫu thuật qua đường HM được chúng tôi áp dụng lần đầu tiên năm 2000 để điều trị bệnh PĐTBS, và từ 2001 kỹ thuật đã được áp dụng một cách có hệ thống để điều trị bệnh

PĐTBS tại bệnh viện Nhi trung ương. Kỹ thuật này được áp dụng không chỉ ở trẻ lớn mà áp dụng cả và với trẻ trong giai đoạn sơ sinh một cách rộng rãi.

Mục đích của nghiên cứu là nhằm trình bày kinh nghiệm và những kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật Soave cải tiến bằng đường qua hậu môn trong điều trị bệnh PĐTBS trong giai đoạn sơ sinh tại bệnh viện Nhi trung ương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm bệnh nhân có bệnh PĐTBS được mổ bằng phẫu thuật Soave cải tiến qua đường HM, từ tháng 2-2003 đến tháng 10-2010, tại Bệnh viện nhi TW. Tiêu chuẩn chọn để chỉ định mổ cho kỹ thuật này bao gồm: tuổi sơ sinh, giới, những trường hợp có đoạn vô hạch ở trực tràng và trực tràng sigma mà đại tràng phía trên đoạn vô hạch không giãn to. Bệnh được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết lạnh trực tràng trong mổ.

2. Phương pháp nghiên cứu

Là phương pháp mô tả, tiến cứu. Bệnh nhân được nghiên cứu theo một mẫu bệnh án thống nhất. Các thông tin nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, biểu hiện lâm sàng, vị trí vô hạch trên phim chụp đại tràng, vị trí vô hạch trong mổ, phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ, chiều dài đoạn cắt bỏ, biến chứng và tử vong sau mổ.

Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa (có thể không treo chân nếu bệnh nhân quá nhỏ). Bắt đầu rạch vòng quanh niêm mạc của ống hậu môn ngay trên đường lược khoảng 0,5cm. Phẫu tích lớp niêm mạc lên trên (khoảng 6cm) phía tiểu khung tới nếp gấp phúc mạc tiểu khung, lớp thanh cơ thành trước trực tràng lộn xuống, cắt dọc mở một lỗ nhỏ qua lớp thanh cơ này, vào ổ phúc mạc, cắt vòng quanh ống thanh cơ giải phóng hoàn toàn trực tràng, ống thanh cơ trực tràng được cắt sửa để lại một phần ống thanh cơ dài 1,5cm tính từ đường lược. Tiến hành phẫu tích mạc treo sigma kéo trực tràng và sigma ra ngoài qua ống hậu môn. Sinh thiết lạnh ở 2 vị trí nơi đại tràng hẹp và nơi dân để xác định chẩn đoán. Cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch và đoạn đại tràng giãn ngoài ổ bụng. Nối đại tràng lành với ống hậu môn cách đường rãnh lược khoảng 0,5cm, khâu mũi rời với chỉ tự tiêu 5/0 (Vicryl 5/0) Đặt ống sông Folley vào đại tràng qua miệng nối, ống sông được rút bỏ sau 3 ngày. 6 giờ sau mổ cho trẻ uống nước, ngày thứ hai sau mổ cho trẻ bú mẹ. Xuất viện ngày thứ tư hoặc thứ năm sau mổ. Bắt đầu nong miệng nối từ tuần thứ 2 sau mổ, nong 1 lần/ ngày, 2-3 phút cho mỗi lần, nong một tháng liên tục. Bệnh nhân được khám lại trong 3 năm, 3-6 tháng khám lại một lần.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2-2003 đến tháng 10-2010, 39 bệnh nhân (30 nam, 9 nữ) bị bệnh PĐTBS đã được phẫu thuật bằng đường qua hậu môn một thì. Tuổi từ 6 ngày đến 31 ngày (bảng 1). Bệnh nhân có đoạn vô hạch ở trực tràng 17 trường hợp, đại tràng sigma 15 trường hợp và đại tràng trái 7 trường hợp (Bảng 2). Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ ngắn nhất 10cm, dài nhất 35cm (Bảng 3).

Bảng 1: Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu (theo ngày)

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 7 ngày	3	7,7
7 — 15 ngày	13	33,3
> 15 ngày	23	59,0
Tổng số	39	100

Bảng 1 mô tả sự phân bố tuổi phẫu thuật, dưới 7 ngày tuổi chiếm 7,7%, tiếp sau là tuổi từ 7-15 ngày chiếm 33,3%, trên 15 ngày tuổi là 59%. Tuổi thấp nhất là 6 ngày, cao nhất là 31 ngày và trung bình là 18 ngày tuổi.

Bảng 2: Phân bố vị trí đoạn vô hạch trong phẫu thuật

Vị trí đoạn vô hạch	Số lượng	%
Trực tràng	17	43,6
Dài tới sigma	15	38,5
Dài tới đại tràng trái	7	17,9
Tổng số	39	100

Bảng 2 mô tả sự phân bố tỷ lệ bệnh nhân có đoạn vô hạch ở trực tràng là 43,6%, ở đại tràng sigma là 38,5% và ở đại tràng trái là 17,9%.

Bảng 3: Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ

Chiều dài đoạn cắt bỏ (cm)	Số lượng	%
10-20	24	61,5
21-30	11	28,2
>30	4	10,3
Tổng số	39	100

Bảng 3 mô tả phân bố tỷ lệ bệnh nhân có chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ, đoạn đại tràng cắt bỏ từ 10-20cm chiếm 61,5%, đoạn cắt bỏ từ 21-30cm chiếm 28,2% và đoạn cắt bỏ trên 30cm là 10,3%. Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ ngắn nhất 10cm, dài nhất 35cm và đoạn cắt bỏ trung bình là 24,0cm.

Thời gian mổ ngắn nhất 50 phút, dài nhất 180 phút, trung bình 96 phút. Không có tử vong trong và sau mổ. Mất máu trong mổ ít. Trong 35 trường hợp có 4 trường hợp phải chuyển mổ đường bụng (kết hợp với nội soi hoặc mổ bụng) do căng động mạch mạc treo đại tràng sigma, do đoạn vô hạch dài và có một trường hợp do có khối u phân to trong đại tràng sigma. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 4,5 ngày. Bệnh nhân tự đại tiện tốt khi xuất viện.

BÀN LUẬN

Đường mổ bụng để điều trị bệnh PĐTBS là đường phẫu thuật quy ước. Tuy nhiên, nhiều đường mổ khác như đường qua hậu môn (HM), đường sau trực tràng (STT) và mổ nội soi (NS) cũng đã được sử dụng [1]. Đường qua HM có nhiều ưu điểm quan trọng hơn so với đường mổ quy ước. Mặc dù, đường qua HM không bộc lộ thật rõ ràng ống HM, trực tràng và vùng tiểu khung, nhưng nếu phẫu tích chính xác sát thành trực tràng sẽ ít gây tổn thương tới các tạng xung quanh. Đường qua HM tránh được các biến chứng như thoát vị thành bụng, tắc ruột liên quan tới mổ bụng. Bệnh nhân hồi phục nhanh và ít đau.

Kỹ thuật của chúng tôi khác một số chi tiết nhỏ so với kỹ thuật cơ bản mà tác giả de la Torre Mondragon và Ortega Salgado đã mô tả năm 1998 [1]. Khác ở

chỗ: ống niêm mạc được phẫu tích lên cao tới nếp gấp phúc mạc tiểu khung. Lốp thanh cơ của thành trước trực tràng lộn xuống, cắt dọc mở một lỗ nhỏ tại chỗ ống thanh cơ lộn xuống này để vào tiểu khung, cắt vòng quanh lớp thanh cơ để giải phóng hoàn toàn trực tràng. ống thanh cơ được cắt sửa để lại dài 1,5cm tính từ đường lược, phẫu tích như trên sẽ hạn chế gây sang chấn cho các cơ quan kế cận. Ngoài ra, miệng nối giữa đại tràng lành với ống hậu môn được thực hiện tương tự kỹ thuật Soave, có cải tiến hơn miệng nối thông thường là có 1cm ống thanh cơ và phủ ngoài miệng nối bằng ống thanh cơ. Với kỹ thuật nối này, miệng nối được cung cấp máu tốt và giảm nguy cơ rò miệng nối. Cuff để lại ngắn có thể tránh được hiện tượng táo bón dai dẳng tồn tại sau mổ, hiện tượng này thỉnh thoảng vẫn thấy còn tồn tại trong phương pháp Soave kinh điển.

Trong nghiên cứu này, đường qua HM đã được áp dụng thành công, không những cho thể loại có đoạn vô hạch dài ở trực tràng mà còn cho cả loại có đoạn vô hạch dài tới sigma. Có 4 trường hợp đã phải phối hợp với đường bụng do một số trường hợp bị căng mạch mạc treo, một số trường hợp khác có đoạn vô hạch dài quá sigma và một trường hợp do sigma giãn to có chứa khối phân cứng. Sau mổ, tất cả bệnh nhân đều đại tiện bình thường. Theo dõi lâu dài là cần thiết để đánh giá chức năng, đặc biệt là chức năng đại tiện. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phẫu thuật theo phương pháp Soave cải tiến, bằng đường qua HM là một trong những phương pháp phẫu thuật có hiệu quả tốt, an toàn có thể được lựa chọn để điều trị bệnh PĐTBS cho tuổi sơ sinh với chiều dài đoạn vô hạch ở cả trực tràng tới 1/3 dưới đại tràng sigma. Phẫu thuật nội soi cần được phối hợp khi hạ đại tràng bằng đường qua HM đơn thuần gặp khó khăn.

KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu của 39 bệnh nhân bị bệnh PĐTBS được phẫu thuật theo phương pháp Soave cải tiến bằng đường qua HM cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật an toàn cho bệnh nhân ở tuổi sơ sinh. Phẫu thuật ở giai đoạn sơ sinh chỉ nên thực hiện được ở nơi có phẫu thuật nhi chuyên sâu và phẫu thuật viên có kinh nghiệm về bệnh PĐTBS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- De la Torre Mondragon L, Ortega Salgado JA. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg* 1998;33:1283-1286.
- De la Torre-Mondragon L, Ortega-Salgado JA. Transanal versus open endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg* 2000;35:1630-2.
- Elhalaby EA, Hashish A, Elbarbary MM, et al. Transanal one stage endorectal pull-through for Hirschsprung's disease: a multicenter study. *J Pediatr Surg* 2004;39:345-51.
- Georgeson KT, Fuenfer MM, Hardin WD. Primary Laparoscopic pull-through for Hirschsprung's disease in infants and children. *J Pediatr Surg* 1995;30:1017-22.
- Hedlund H. Posterior sagittal resection for rectal aganglionosis preliminary results of a new approach. *J Pediatr Surg* 1997;32:1717-20.
- Langer JC, Durrant AC, de la Torre-Mondragon L, et al. One-stage transanal Soave pull-through for

Hirschsprung's disease: multi-center experience with 141 children. *Ann Surg* 2003;238:583-5.

7. Nguyen Thanh Liem*, Bui Duc Hau, Hoang Thanh Son. Modified Soave procedure through the posterior sagittal approach for Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg* 2005;40:547-550.

8. Nguyen T. Liem, Bui D. Hau. Primary Laparoscopic Endorectal Colon pull-through for Hirschsprung's

disease: Early results of 61 cases. *Asian Surg* 2006;29(3):173-5.

9. Rigamonti W, Falchetti D, Torri F, et al. The laparoscopic treatment of Hirschsprung's disease. *Pediatr Med Chir* 1994;16:499-501.