

XÁC ĐỊNH KHẢ NĂNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG

NGUYỄN HOÀNG BẮC,
NGUYỄN MINH HẢI, TRẦN PHƯỚC HỒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa trực tràng là một bệnh lành tính, hiếm gặp, tạo nên bởi hiện tượng trực tràng chui qua lỗ hậu môn ra nằm ở ngoài hậu môn. Bệnh thường xảy ra ở phụ nữ, độ tuổi từ 60 đến 70. Sa trực tràng ít có biến chứng nặng nề và không có diễn biến phức tạp, nhưng bệnh gây cho bệnh nhân nhiều phiền toái trong sinh hoạt và ảnh hưởng không ít đến khả năng lao động.

Điều trị sa trực tràng bằng phẫu thuật với nhiều phương pháp mở dựa trên những nguyên lý khác nhau nhằm mục đích phục hồi lại vị trí giải phẫu trực tràng, đồng thời cải thiện tình trạng táo bón, tiêu không kiểm soát và hạn chế thấp nhất tỉ lệ tái phát. Theo ghi nhận của nhiều tác giả, phẫu thuật cố định trực tràng qua đường tầng sinh môn có tỉ lệ tái phát khoảng 60%. Phẫu thuật cố định trực tràng qua đường bụng cho tỉ lệ tái phát khoảng 3 - 5%.

Với sự tiến bộ của khoa học, năm 1992 Berman đã báo cáo những kết quả đầu tiên của 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 - 5%.

Sự cải thiện tình trạng tiêu không tự chủ và táo bón sau mổ cũng là vấn đề quan tâm của các phẫu thuật viên khi điều trị sa trực tràng. Theo nghiên cứu của một số tác giả, tỉ lệ tiêu không tự chủ và táo bón được cải thiện từ 35 - 89% sau phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng.

Ở Việt Nam, các công trình nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng còn quá ít. Qua việc nghiên cứu kết quả điều trị bệnh sa trực tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đại Học Y Dược và bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi hy vọng sẽ đóng góp phần nào trong việc xác định tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị bệnh sa trực tràng.

BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP

Bệnh nhân:

Từ tháng 4 năm 2004 đến tháng 4 năm 2008, nhóm nghiên cứu thực hiện phẫu thuật trên 50 trường hợp sa trực tràng. Tất cả bệnh nhân đều khám được khối sa ở hậu môn, không trường hợp nào bị nghẹt. Chiều dài trung bình của khối sa là 6,2cm (2-15cm).

Trong 28 bệnh nhân nữ của chúng tôi, có 25 bệnh nhân sinh từ 4 đến 16 lần. Trong đó có 7 bệnh nhân bị sa sinh dục từ độ 2 đến độ 4. Có 2 bệnh nhân đã mổ cắt tử cung qua đường âm đạo trước khi nhập viện.

Có 4 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng theo đường tầng sinh môn bị tái phát, (3 bệnh nhân được mổ theo phẫu thuật Thiersch và 1 bệnh nhân được mổ theo phẫu thuật Delorme).

Tất cả bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng trước mổ: Bệnh nhân được uống Fleet sô đa 45ml x 2 lần trong ngày trước mổ.

Kỹ thuật phẫu thuật:

Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân dạng. Nếu khối sa xuất hiện thì dùng tay đẩy lên. Tư thế đầu thấp, nghiêng trái 30°.

Sử dụng 3 trocar đến 5 trocar: 1 trocar 10mm ở rốn đặt kính soi, 1 trocar 10mm ở hố chậu phải và 1 trocar 5mm ở hông phải để thao tác, 1 trocar 5mm ở hố chậu trái để vén hay cầm nắm đại tràng chậu hông trong trường hợp đại tràng chậu hông dài.

Ở bệnh nhân nữ, tử cung được khâu treo lên thành bụng trước bằng kim thẳng để bộc lộ vùng chậu. Ruột non được vén lên trên.

Mở phúc mạc 2 bên trực tràng. Phẫu tích đi vào khoang trước xương cụt, di động mắt sau trực tràng đến cơ nâng hậu môn. Khi phẫu tích, bảo tồn thần kinh hạ vị 2 bên. Khi 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.

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

Nếu không dùng mảnh ghép, mũi khâu được lấy vào cơ thành sau và thành bên trực tràng, từ 2- 3 mũi rời, rồi cố định với lớp màng xương của xương cụt. Khi khâu phải cẩn thận tránh làm tổn thương động mạch cùng giữa.

Khi dùng mảnh ghép, 1 đầu mảnh ghép được khâu cố định vào xương cụt bằng 2 mũi rời, 1 đầu được khâu với thành bên của trực tràng.

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

Phúc mạc chậu được khâu kín bằng mũi liên tục.

Nếu có sa sinh dục kèm theo thì có thể treo tử cung bằng mảnh ghép, khâu gấp dây chằng tròn đối với sa sinh dục độ 2 hay cắt tử cung ngã âm đạo đối với sa sinh dục độ 3.

Các lỗ trocar được đóng từng lớp.

Hậu phẫu và theo dõi bệnh nhân:

ống thông dạ dày được rút trung bình vào ngày thứ 2 sau mổ

Bệnh nhân được cho ăn uống nhẹ vào ngày thứ 2 sau mổ

Tái khám bệnh nhân sau khi xuất viện 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân.

Tuổi: Nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 87, tuổi mắc bệnh trung bình là $70 \pm 19,2$. Có 11 bệnh nhân trên 80 tuổi, tỉ lệ 22%. Tuổi trung bình của nam là 45,55 trẻ hơn so với nữ là 77.

Giới: Nữ gặp nhiều hơn nam. Trong 50 bệnh nhân có 28 nữ chiếm 56% và 22 nam chiếm tỉ lệ 44%. Tỉ lệ nữ / nam là 1,27.

Thời gian mắc bệnh trung bình là 36 tháng, ít nhất là 1 tháng, lâu nhất là 612 tháng.

2. Triệu chứng lâm sàng.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng.

	Số bệnh nhân	Tỉ Lệ %
Táo bón	24	48%
Tiêu máu	16	32%
Tiêu không tự chủ	10	20%
Táo bón + tiêu không tự chủ	6	12%
Tiêu phân bình thường	21	42%
Khối sa trực tràng	50	100%

3. Phương pháp phẫu thuật.

Trong 50 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng, có 30 trường hợp khâu treo trực tràng vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép polypropylene (Phẫu thuật Orr – Loygue) và 20 trường hợp khâu treo trực tràng không dùng mảnh ghép.

Có 7 trường hợp sa sinh dục kèm theo, trong đó có 2 trường hợp sa sinh dục độ III – IV được xử trí cắt tử cung qua ngã âm đạo, 4 trường hợp được khâu treo tử cung vào ụ nhô có sử dụng mảnh ghép polypropylene. Số trocar được sử dụng trung bình là 4 trocar (3 - 5 trocar).

Thời gian mổ trung bình 140 phút (70 - 240 phút)

- Phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng không sử dụng mảnh ghép: Thời gian phẫu thuật dưới 140 phút chiếm ưu thế, (15/18 bệnh nhân, tỉ lệ 83%).

- Phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng sử dụng mảnh ghép: Thời gian phẫu thuật trên 140 phút chiếm tỉ lệ 60%, (15/25 bệnh nhân).

Kiểm định chi bình phương cho thấy sự liên quan giữa thời gian mổ và phương pháp mổ có sử dụng mảnh ghép hay không sử dụng mảnh ghép là có ý nghĩa, (P=0,004).

4. Theo dõi hậu phẫu.

Thời gian trung tiện vào ngày thứ 3 sau mổ chiếm tỉ lệ 40%.

Thời gian nằm viện trung bình là 4,8 ngày (2 – 8 ngày).

Thời gian theo dõi trung bình là 17,6 tháng (4 - 55 tháng). Chúng tôi theo dõi kết quả lâu dài sau mổ chỉ được 40 trong tổng số 50 bệnh nhân mổ sa trực tràng trong lô nghiên cứu này (tỉ lệ 80%). 10 bệnh nhân còn lại của chúng tôi không liên hệ được.

5. Tai biến - biến chứng.

Trong nghiên cứu này, không trường hợp nào bị chảy máu do tổn thương mạng tĩnh mạch trước xương cụt, không làm tổn thương các cơ quan khác trong ổ bụng và không trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở.

Chúng tôi không gặp ca nhiễm trùng vết mổ nào, có 1 ca bị tụ máu thành bụng và 1 ca thoát vị thành bụng.

Chúng tôi có 1 bệnh nhân sau mổ ngày thứ nhất phát hiện trực tràng chưa được kéo lên hết hoàn toàn. Chúng tôi xếp trường hợp này không phải là sa trực tràng tái phát, mà là khối sa không được kéo lên hết hoàn toàn.

6. Kết quả theo dõi bệnh nhân sau mổ. (Trong số 40 bệnh nhân theo dõi được)

Có 1 bệnh nhân bị tái phát sau mổ 3 tháng, tỉ lệ 2,5%.

20 bệnh nhân bị bón trước mổ, sau mổ chỉ còn 4 bệnh nhân bị bón. Tỉ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng táo bón sau mổ là 80%. Không có bệnh nhân nào trước mổ không bị táo bón, sau mổ lại bị táo bón. Không có trường hợp nào bị táo bón nặng hơn trước mổ.

Có 4 trường hợp vẫn còn triệu chứng tiêu không tự chủ sau mổ trong số 10 trường hợp tiêu không tự chủ trước mổ. Tỉ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng tiêu không tự chủ là 60%. Không có trường hợp nào trước mổ tiêu bình thường, sau mổ tiêu không tự chủ.

Chúng tôi ghi nhận có 1 bệnh nhân sau mổ không xuất tinh được trong quan hệ tình dục. Đến nay, sau 10 tháng theo dõi triệu chứng này đã cải thiện, bệnh nhân xuất tinh được.

Không có trường hợp nào bị liệt dương sau mổ.

Một bệnh nhân 76 tuổi đã tử vong sau mổ 10 tháng vì một bệnh lý nội khoa không liên quan đến phẫu thuật điều trị sa trực tràng.

BÀN LUẬN

1. Theo một số nghiên cứu trong và ngoài nước, tỉ lệ bệnh nhân nữ bị sa trực tràng cao hơn nam rất nhiều có thể lên đến 6/1, thậm chí có tác giả Huber báo cáo nghiên cứu 42 bệnh nhân sa trực tràng, tỉ lệ này là 20/1. Theo Lechaux, trong 48 bệnh nhân sa trực tràng có đến 44 bệnh nhân là nữ chiếm 91,6%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc (2008) [0], tỉ lệ nữ/nam là 2/1. 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, theo các tác giả trong nước, tỉ lệ nam cao hơn nữ. Trong nhóm bệnh nhân sa trực tràng của Nguyễn Đình Hối (1973) [0] có 5 nữ, 7 nam, Đỗ Đình Công (1997) [0] có 3 nữ, 7 nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 nữ, 22 nam, tỉ lệ nữ / nam là 1,27. Có 1 số tác giả tỉ lệ nữ / nam cách biệt rất nhiều.

2. Kết quả điều trị.

Bảng 2: So sánh thời gian phẫu thuật.

Tác giả	BN	Thời gian mổ
Solomon (2002)	40	135 phút
Demirbas (2005)	23	140 phút
Kariv (2006)	86	165 phút
Chúng tôi (2008)	43	140 phút

Thời gian mổ trung bình 140 phút, lâu nhất là 240 phút và ngắn nhất là 70 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi tương đương với báo cáo của các tác giả khác.

Có nhiều tác giả ghi nhận rằng tỉ lệ sa sinh dục kèm theo sa trực tràng khá cao từ 20-30%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 9 bệnh nhân sa trực tràng có kèm theo sa sinh dục chiếm tỉ lệ 32% (chỉ tính bệnh nhân nữ). 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.

Chúng tôi có 1 trường hợp khối sa không được kéo lên hết hoàn toàn.

Thời gian nằm viện trung bình là 4,9 ngày phù hợp với kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi treo trực tràng có thời gian nằm viện ngắn.

Bảng 3. Tai biến trong và sau phẫu thuật:

	Số BN	Thoát vị lỗ trocar	Chảy máu	Tụ máu thành bụng
Kellokumpu	34	1	1	1
Kariv	86	2	2	0
Benoist	30	2	0	0
Chúng tôi	50	1	0	1

Kariv, có 2/86 (2,3%) trường hợp chảy máu nhiều trong lúc mổ do tổn thương động mạch chậu trong và chảy máu vùng chậu. Cả 2 trường hợp này đều được chuyển sang mổ mở.

Chúng tôi không có trường hợp nào bị chảy máu trong khi mổ và không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở. Có một trường hợp bị tụ máu thành bụng nơi đặt trocar vùng hố chậu phải. Hậu phẫu khối máu tụ này tự tan dần và không cần xử trí gì thêm. Có một trường hợp bị thoát vị mạc nối lớn qua lỗ trocar vùng hố chậu phải. Tỷ lệ thoát vị lỗ trocar theo một số tác giả: Kariv 1,1%, Kellokumpu 2,9%, Benoist 6,6%, chúng tôi 2%.

3. Kết quả theo dõi sau mổ.

Tái phát sau mổ:

Nhiều tác giả ghi nhận tái phát thường xảy ra trong năm đầu sau phẫu thuật. Dulucq, có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 3 tháng. Lechaux, có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 6 tháng.

Tuy nhiên, một số báo cáo cho thấy sa trực tràng tái phát ở thời điểm sau 3 – 4 năm. Zittel, có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 42 tháng. Kessler, có 1 bệnh nhân tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 54 tháng.

Để đánh giá sự tái phát phải cần một thời gian dài theo dõi sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua thời gian theo dõi trung bình 17,6 tháng có 1 trường hợp tái phát sau mổ 3 tháng. Tỷ lệ sa trực tràng tái phát của chúng tôi là 2,5%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới. Lehaux nhận xét, thời gian theo dõi ngắn sẽ cho kết quả về sự tái phát sa trực tràng thấp hơn thực tế.

Một số tác giả báo cáo không có trường hợp nào tái phát sau mổ treo trực tràng. Tuy nhiên, theo Zittel, không tái phát trong các nghiên cứu có thể do mẫu nghiên cứu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn.

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, không có sự khác biệt đáng kể về kết quả và tỷ lệ tái phát ở những bệnh nhân treo trực tràng không sử dụng mảnh ghép và sử dụng mảnh ghép. Tỷ lệ sử dụng mảnh ghép của chúng tôi là 60%. Bệnh nhân tái phát nằm trong nhóm phẫu thuật không sử dụng mảnh ghép. Nguyên nhân của trường hợp tái phát duy nhất này có lẽ do lỗi kỹ thuật vì đây là ca mổ thứ 3 trong loạt nghiên cứu, thời điểm này chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm nhiều về phương pháp mổ nội soi để điều trị sa trực tràng. Do đó, về mặt kỹ thuật ở thời điểm này có thể chưa hoàn chỉnh. Mặt khác về thể trạng, bệnh nhân là người lớn tuổi và bị sa cùng lúc nhiều cơ quan (cả trực tràng và tử cung). Đây là những yếu tố thuận lợi dễ gây nên tái phát.

Táo bón sau mổ:

Táo bón là triệu chứng thường gặp trong sa trực tràng, tần suất có thể từ 15% đến 65%. Táo bón có thể được xem là 1 trong những yếu tố trong bệnh sinh của sa trực tràng, đồng thời táo bón cũng có thể là biến chứng sau phẫu thuật điều trị sa trực tràng do khâu kéo quá căng làm mất góc trực tràng.

Bảng 4. Kết quả theo dõi sau mổ:

	BN	Thời gian phẫu thuật (phút)	Thời gian nằm viện (ngày)	Bón sau phẫu thuật (%)	Thời gian theo dõi (tháng)
Demirbas	23	140 (± 50)	4,8	30%	15
Solomon	40	153 (95-215)	3,9 (3-6)	Không tăng	24
Bernoist	40	113 (± 26)	5,6	64%	19
Chúng tôi	40	140 (70 -240)	5,1 (3-10)	20%	17,6

Chúng tôi có 24 bệnh nhân bị táo bón trước mổ, nhưng chỉ liên lạc được với 20 bệnh nhân qua thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 17,6 tháng, số bệnh nhân bị táo bón giảm còn 4 bệnh. Như vậy, sau phẫu thuật treo trực tràng nội soi, Tỷ lệ bệnh nhân bị táo bón được cải thiện rõ rệt. (80% bệnh nhân hết bón so với trước mổ).

Dulucq, có 18% trường hợp bị táo bón mới sau mổ (trước mổ không bị bón).

Kellokumpu, có 30% trường hợp bị táo bón mới sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào trước mổ không táo bón nhưng sau mổ lại bị táo bón.

Nguyên nhân gây ra táo bón sau mổ không rõ ràng. Theo Ayav, Benoist, Kariv, 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 căng khi cố định hoặc do dùng mảnh ghép vòng quanh trực tràng làm gập góc. Chúng tôi tránh điều này bằng cách không kéo căng trực tràng và chỉ cố định vào bên phải và mặt sau của trực tràng, nếu dùng mảnh ghép chỉ cố định vào bên phải trực tràng. Thứ hai, 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. Chúng tôi chỉ 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, hình ảnh được phóng đại, đủ sáng, rõ ràng giúp dễ dàng thấy và bảo tồn được dây thần kinh hạ vị 2 bên.

Tiêu không tự chủ sau mổ:

Tỷ lệ bệnh nhân bị tiêu không tự chủ sau mổ 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, tỷ lệ kiểm soát tiêu phân sau phẫu thuật treo trực tràng qua nội soi đạt 64-85%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân tiêu không tự chủ trước mổ. Chúng tôi theo dõi được cả 10 bệnh nhân này, có 4 bệnh nhân vẫn còn tiêu không tự chủ sau mổ.

Trong nghiên cứu của Đỗ Đình Công [1] có 1 trường hợp tiêu không tự chủ (10%), triệu chứng này hết sau phẫu thuật mổ mở khâu treo trực tràng bằng phương pháp Orr-Loygue cải biên. Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng tiêu không tự chủ cải thiện được 60%.

Biến chứng muộn:

Chúng tôi không có bệnh nhân nào liệt dương sau mổ. Tỷ lệ liệt dương của các tác giả khác cũng rất thấp. Chúng tôi có 1 bệnh nhân không phóng tinh được sau mổ. Sau thời gian theo dõi 10 tháng, bệnh nhân đã xuất tinh được. Nhiều tác giả cho rằng, trong quá trình di động mặt sau 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 tinh dục.

4. Chọn phương pháp điều trị sa toàn bộ trực tràng.

So sánh giữa phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép và không sử dụng mảnh ghép.

Theo nhiều tác giả, phẫu thuật qua đường tầng sinh môn có ưu điểm là phẫu thuật nhẹ nhàng, phù hợp với những bệnh nhân có bệnh tim mạch, hô hấp nhưng cho tỷ lệ tái phát cao từ 0-20%. Phẫu thuật điều trị sa toàn bộ trực tràng theo đường bụng có tỷ lệ tái phát thấp (0 – 5%), chức năng đại tràng được phục hồi tốt.

Lechaux đề nghị cắt đại tràng chậu hông ở những bệnh nhân có táo bón thường xuyên hay thời gian lưu thông đại tràng trên 96 giờ. Cắt đại tràng chậu hông kèm với treo trực tràng làm cải thiện rõ rệt triệu chứng táo bón trong 2 nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng. Chúng tôi chưa thực hiện phẫu thuật cắt đoạn đại tràng chậu hông kết hợp với treo trực tràng trong nhóm nghiên cứu này.

Hiện nay, phẫu thuật nội soi đường bụng là chọn lựa đầu tiên cho những bệnh nhân sa trực tràng với đau sau mổ ít và hồi phục nhanh. Phẫu thuật nội soi vùng chậu có nhiều ưu điểm như ánh sáng tốt, hình ảnh rõ ràng và chi tiết giúp việc phẫu tích được thuận lợi và mất máu rất ít, có thể thấy rõ các dây thần kinh hạ vị và mạc trước xương cùng giúp tránh biến chứng làm tổn thương thần kinh và chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng.

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. Chúng tôi thấy có sự liên quan giữa 2 phương pháp này và kết quả sau mổ của bệnh nhân.

Phương pháp phẫu thuật khâu treo không sử dụng mảnh ghép có thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn hơn, thời gian trung tiện sớm hơn so với phẫu thuật khâu treo có sử dụng mảnh ghép. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

So sánh giữa phương pháp khâu treo trực tràng qua nội soi và mổ mở.

Theo 2 nghiên cứu tiền cứu so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở của Purkayastha (London trial) và Kariv (Cleveland trial).

Bảng 5. So sánh kết quả mổ mở và mổ nội soi:

Kariv	Purkayastha
- 86 bệnh nhân mổ nội soi và 86 bệnh nhân mổ mở - Theo dõi 5 năm	- 97 bệnh nhân mổ nội soi và 98 bệnh nhân mổ mở - Theo dõi 8 năm
- Thời gian nằm viện của bệnh nhân mổ nội soi ngắn hơn mổ mở	- Thời gian nằm viện của bệnh nhân mổ nội soi ngắn hơn mổ mở
- Kết quả chức năng và tỉ lệ tái phát của phẫu thuật nội soi và mổ mở tương đương nhau	- Kết quả chức năng và tỉ lệ tái phát của phẫu thuật nội soi và mổ mở tương đương nhau

Theo nhiều tác giả so với mổ mở, phẫu thuật nội soi tuy có thời gian mổ dài hơn nhưng thời gian nằm điều trị ngắn hơn, ít đau vết mổ, phục hồi sức khỏe nhanh, ít biến chứng nhiễm trùng vết mổ, ít sang chấn do phẫu thuật vì phẫu trường được chiếu sáng tốt, ít mất máu, bảo tồn tốt thần kinh hạ vị, tính thẩm mỹ cao. Do đó ngày nay phẫu thuật nội soi là sự lựa chọn trong điều trị bệnh sa trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13/50 bệnh nhân (26%) thuộc nhóm bệnh nhân có nguy cơ có thể bị tái phát sau mổ: 4 bệnh nhân là sa trực tràng tái phát đã điều trị ở tuyến tỉnh nhiều lần, 7 bệnh nhân có sa sinh dục kèm theo, 4 bệnh nhân đã cắt tử cung qua âm đạo. Qua thời gian theo dõi sau mổ trung bình 17 tháng, chỉ có 1 bệnh nhân bị tái phát (tỷ lệ 2,5%), triệu chứng táo bón cải thiện 83,4%, triệu chứng tiêu không tự chủ được cải thiện 60%, thời gian mổ trung bình là 140 phút và thời gian nằm viện 5,1 ngày, không có biến chứng gì lớn sau phẫu thuật. Điều này chứng tỏ tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị sa trực tràng.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu 50 trường hợp sa toàn bộ trực tràng được điều trị theo phương pháp mổ nội soi trong 4 năm, từ tháng 4 năm 2004 đến tháng 4 năm 2008 với thời gian theo dõi trung bình 17 tháng. Chúng tôi nhận xét:

Phẫu thuật nội soi treo trực tràng có sử dụng mảnh ghép hoặc không sử dụng mảnh ghép bước đầu được ghi nhận có tính hiệu quả và an toàn, ít tai biến, ít biến chứng trong và sau mổ.

Bệnh sa trực tràng được điều trị bằng phương pháp khâu treo trực tràng qua phẫu thuật nội soi có tỷ lệ tái phát thấp (2,5%), thời gian nằm viện ngắn.

Chức năng kiểm soát đại tiện sau mổ được cải thiện 60%. Trước mổ có 10 bệnh nhân bị tiêu không tự chủ, nhưng sau mổ chỉ còn 4 bệnh nhân có triệu chứng này.

Đây là loại phẫu thuật có thể được lựa chọn để điều trị bệnh sa trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 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*, TP. HCM, (4), tr. 31-40.
- Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn (2008), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng trong điều trị sa trực tràng”. *Tạp chí Y học*, TP. HCM, tr. 174-178.

3. Nguyễn Đình Hồi, Nguyễn Văn Vân (1973). “Điều trị sa trực tràng ở người lớn bằng phẫu thuật cố định trực tràng theo phương pháp Orr-Loygue”. Ngoại khoa, tr. 129-143.
4. Nguyễn Đình Hồi (2002). *Giải phẫu hậu môn trực tràng. Hậu môn trực tràng học*. Nhà xuất bản y học, tr. 1-21.
5. Auguste T, Dubreuil A, Bost R, et al (2006). “Technical and functional results after laparoscopic rectopexy to the promontory for complete rectal prolapse”, Prospective study in 54 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol*,30, pp. 659-663.
6. Ayav A, Bresler L, Brunaud L, Zarnegar R, Boissel P (2005), “Surgical management of combined rectal and genital prolapse in young patients: transabdominal approach”, *Int J Colorectal Dis* 20, pp. 173–179.
7. Benoist S, Taffinder N, Gould S et al (2001), “Functional results two years after laparoscopic rectopexy”, *Am J Surg* 182, pp. 168–173.
8. Debord J. R (1998), “The historical development of prostheses in hernia surgery”, *Surg Clin North Am*, Vol. 78, (6), pp. 973-1006.