

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

CAO NGỌC KHÁNH

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRUNG HẠN
CỦA PHẪU THUẬT KHÂU TREO
ĐIỀU TRỊ TÁO BÓN DO SA TRỰC TRÀNG KIỂU TÚI
KẾT HỢP SA NIÊM TRONG TRỰC TRÀNG

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số: 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2023

Công trình được thực hiện tại

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: **PGS.TS. Nguyễn Trung Tín**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường
Họp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Vào lúc: giờ phút, ngày tháng năm

Có thể tìm luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia Việt Nam
2. Thư viện Khoa học Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh
3. Thư viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề:

Hội chứng đại tiện tắc nghẽn (ODS) là một tình trạng bệnh lý rất phổ biến, gặp ở 15% - 20% phụ nữ trưởng thành, ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống của bệnh nhân. Căn nguyên của ODS có thể là do rối loạn chức năng sàn chậu hoặc do bất thường giải phẫu hậu môn - trực tràng (HMTT). Sa trực tràng kiểu túi (STTKT) kết hợp sa niêm mạc trong trực tràng (SNTTT) hay còn gọi là sa trực tràng kiểu túi Marti III là bất thường giải phẫu thường gặp gây ra ODS.

Các liệu pháp bảo tồn là những lựa chọn điều trị đầu tay cho bệnh nhân ODS. Tuy nhiên, những bệnh nhân ODS do bất thường giải phẫu như sa trực tràng kiểu túi kết hợp sa niêm mạc trong trực tràng không đáp ứng với điều trị bảo tồn cần can thiệp phẫu thuật.

Trên thế giới đã có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị ODS do STTKT kết hợp SNTTT như phẫu thuật STARR, phẫu thuật Bresler cải biên, phẫu thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc. Tuy nhiên, chưa có phương pháp phẫu thuật nào được cho là lý tưởng. Kết quả của những phương pháp kể trên chưa thật khả quan, đặc biệt là kết quả kém dần theo thời gian, nhiều tai biến biến chứng, giá thiết bị lại quá đắt.

Năm 2004, Antonio Longo công bố phẫu thuật STARR điều trị ODS do bệnh lý STTKT kết hợp SNTTT. Sau đó, trên thế giới có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật STARR, báo cáo tỷ lệ cải thiện táo bón từ 86% đến 95% khi theo dõi 6 tháng - 12 tháng, tuy nhiên sau 4 năm kết quả cải thiện chỉ còn 50%, biến chứng chảy máu vòng cắt 80%, tiêu mất tự chủ 40%, chảy máu muộn sau mổ 10%...

Ở Việt Nam, phẫu thuật STARR bắt đầu được thực hiện trong điều trị ODS do STTKT kết hợp SNTTT tại bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 8 năm 2011. Tác giả Trần Đình Cường nghiên cứu phẫu thuật STARR kết quả cải thiện táo bón 60,6%.

Trên cơ sở nguyên tắc phẫu thuật của phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng của Sullivan và Block hoặc phẫu thuật STARR, tác giả Nguyễn Trung Vinh đã vận dụng, kế thừa, cải biên và đưa ra phẫu thuật khâu treo để điều trị ODS do STTKT kết hợp SNTTT nhằm hạn chế nhược điểm (kết quả kém dần theo thời gian, nhiều tai biến biến chứng, giá thiết bị lại quá đắt) của các phương pháp điều trị trước đây.

Nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật khâu treo, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đánh giá kết quả trung hạn của phẫu thuật khâu treo điều trị táo bón do sa trực tràng kiểu túi kết hợp sa niêm trong trực tràng*” với các mục tiêu sau:

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định: tỷ lệ cải thiện TB, cải thiện điểm ODS, mức độ hài lòng về đại tiện của BN, tỷ lệ tái phát sớm và trung hạn, cải thiện STTKT và SNTTT trên MRI sau phẫu thuật khâu treo.

2. Xác định tỷ lệ các tai biến, các biến chứng sớm và trung hạn của phẫu thuật khâu treo.

2. Tính cấp thiết của đề tài:

Táo bón có liên quan đến hội chứng tắc nghẽn đường ra (ODS) là một triệu chứng thường gặp, ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Sa trực tràng kiểu túi (STTKT) và sa niêm trong trực tràng (SNTTT) là hai bất thường giải phẫu thường gặp có liên quan đến ODS.

Có khá nhiều phương pháp điều trị từ nội khoa đến ngoại khoa, tuy nhiên đến nay vẫn chưa có phương pháp nào là tối ưu. Việc tiếp tục nghiên cứu về vấn đề này là cần thiết và có đóng góp cho y văn.

3. Những đóng góp mới của luận án:

Kết quả nghiên cứu bao gồm:

1. Tỷ lệ cải thiện TB, cải thiện điểm ODS, mức độ hài lòng về đại tiện của BN, tỷ lệ tái phát sớm và trung hạn, cải thiện STTKT và SNTTT trên MRI sau phẫu thuật khâu treo.

2. Tỷ lệ các tai biến, các biến chứng sớm và trung hạn của phẫu thuật khâu treo.

Được xem là đóng góp mới cho sự phát triển khoa học, có ý nghĩa khoa học, giá trị và độ tin cậy của những kết quả đó.

4. Bố cục luận án:

Luận án dày 113 trang, Đặt vấn đề 2 trang, Chương 1: 35 trang, Chương 2: 16 trang, Chương 3: 23 trang, Chương 4: 34 trang, Kết luận 2 trang, Kiến nghị 1 trang. Có 4 danh mục: 44 bảng, 11 biểu đồ, 2 sơ đồ và 28 hình. Luận án có 99 tài liệu tham khảo, trong đó có 13 tài liệu (nghiên cứu) trong nước, 3 tài liệu tham khảo từ sách giáo khoa. Tài liệu tham khảo mới nhất: 10 tài liệu năm 2020.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 Giải phẫu học ứng dụng trong phẫu thuật khâu treo

1.1.1 Giải phẫu hậu môn – trực tràng

Cơ dọc của thành ruột đi từ trên xuống đến ngang vòng hậu môn - trực tràng thì hòa lẫn với các sợi của cơ nâng hậu môn và các mô sợi

đàn hồi của bao thanh mạc trực tràng tạo nên cơ dọc kết hợp, cơ này nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Khi tới phía dưới các sợi cơ xuyên qua cơ thắt trong (các dây chằng treo niêm mạc) rồi hòa lẫn vào lá cơ dưới niêm tạo thành cơ Trietz, một số sợi tiếp tục đi xuống bám vào lớp biểu mô vùng lược được gọi là dây chằng Parks.

Tác giả A. Longo (2011) cho rằng nguyên nhân của sa niêm trong trực tràng là do sa các cấu trúc thành trong trực tràng (bó cơ dọc kết hợp, lớp cơ dưới niêm và niêm mạc).

1.1.2 Cấu trúc nâng đỡ thành sau âm đạo:

Mạc trực tràng âm đạo là một lớp mô liên kết dày nằm ngay dưới biểu mô thành sau âm đạo, với đầu bám trên là bờ sau vòng cổ tử cung và đầu bám dưới là cực trên thể đáy chậu.

Mạc trực tràng âm đạo ngăn cách với thành trước trực tràng qua khoang trực tràng âm đạo (khoang ảo) khiến thành sau âm đạo và thành trước trực tràng bình thường có thể trượt lên nhau, nghĩa là hai thành này độc lập nhau một cách tương đối.

Sa trực tràng kiểu túi được xem là do khiếm khuyết của lớp mạc này cho phép thành trước trực tràng nhô vào âm đạo do áp lực phía trực tràng cao hơn áp lực trong âm đạo.

1.2 Sa trực tràng kiểu túi kết hợp sa niêm trong trực tràng

1.2.1 Định nghĩa

STTKT là một túi phình của thành trước trực tràng và thành sau âm đạo nhô vào trong âm đạo.

SNTTT là hai lớp niêm mạc trực tràng sa gấp nếp vào nhau trong lòng trực tràng - ống hậu môn khi rặn, không vượt quá rìa lỗ hậu môn.

STTKT kết hợp SNTTT còn gọi là STTKT Marti III (theo Marti).

1.2.2 Cơ chế cơ học gây tắc nghẽn đại tiện của STTKT kết hợp SNTTT

Theo Longo Lenisa (2009) triệu chứng trong ODS là do:

- Khối phồng do thoát vị ở thành trước trực tràng nhô vào âm đạo tạo thành STTKT và trong quá trình đó trực tràng trở nên nằm ngang trên sàn chậu.

- SNTTT cản trở hướng di chuyển của phân về phía hậu môn

- Phân trở nên bị kẹt trong TSTT do khối SNTTT ban đầu.

- Khối SNTTT tạo thành nút chặn làm gián đoạn sự tổng xuất của trực tràng.

1.2.3 Chẩn đoán STTKT kết hợp SNTTT

- Triệu chứng cơ năng: ODS.

- Thăm khám lâm sàng: phát hiện STTKT và SNTTT.

- Chẩn đoán hình ảnh: XQ trực tràng động hoặc MRI.

- Chẩn đoán trong mổ.

1.2.4 Điều trị STTKT kết hợp SNTTT

- Điều trị không phẫu thuật hay điều trị bảo tồn.

- Điều trị phẫu thuật.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nữ, $18 \leq \text{tuổi} \leq 80$, bị táo bón bế tắc (chẩn đoán theo ROME IV) do STTKT kết hợp SNTTT (STTKT Marti III), được điều trị bằng phẫu thuật khâu treo tại bệnh viện Triều An.

2.3 Xác định các biến số độc lập và phụ thuộc

2.3.1 Biến số độc lập

Biến phẫu thuật.

2.3.2 Biến số phụ thuộc

a. Biến số kết cục chính

- Tỷ lệ cải thiện táo bón sau mổ.
- Cải thiện điểm ODS sau mổ.
- Mức độ hài lòng về đại tiện của bệnh nhân sau mổ.
- Cải thiện STTKT và SNTTT trên MRI sau mổ.
- Tỷ lệ tái phát sau mổ.
- Tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật khâu treo.
- Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khâu treo.

b. Biến số kết cục phụ

- Thời gian phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.
- Thời gian trở lại hoạt động hàng ngày bình thường sau mổ.

2.3.3 Biến số nền hay kiểm soát

- Đặc điểm bệnh nhân.
- Lý do nhập viện.
- Điều trị táo bón trước đây.

- Điều trị bảo tồn thất bại.
- Đặc điểm táo bón.
- Các nghiệm pháp chẩn đoán:
 - + Phản xạ đại tiện.
 - + Nghiệm pháp tổng bóng.

2.4 Quy trình nghiên cứu

BN được thăm khám, đánh giá TB theo ROME IV, đánh giá điểm ODS theo Adlfo Renzi (2012), chụp MRI để loại trừ chứng bất đồng vận sàn chậu, xác định kích thước STTKT và SNTTT; khám bằng tay để đánh giá ban đầu.

BN đủ tiêu chuẩn chọn bệnh và BN đồng ý mới đưa vào nghiên cứu. Sau xuất viện BN tái khám vào ngày thứ 7, tháng thứ 1, tháng thứ 3, tháng thứ 6, tháng thứ 12, tháng thứ 18 sau mổ.

2.5 Phương pháp, công cụ đo lường, thu thập số liệu, phân tích dữ liệu

Các dữ liệu được ghi nhận theo phiếu thu thập dữ liệu soạn sẵn và được lưu vào máy vi tính. Dữ liệu theo dõi sau xuất viện được thu thập trực tiếp từ BN hoặc trao đổi qua điện thoại. Các dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Thống kê mô tả:

Các dữ liệu định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các dữ liệu định lượng thì trung bình và độ lệch chuẩn được dùng để báo cáo.

- Thống kê phân tích:

Phép kiểm Chi bình phương được sử dụng cho biến định tính (so sánh giữa các tần suất). Phép kiểm T với mẫu ghép cặp được sử dụng

cho biến định lượng (so sánh các giá trị định lượng trước và sau mổ trên cùng một bệnh nhân). Các phép kiểm đánh giá sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 06-2017 đến tháng 12-2020, tại bệnh viện Triều An có 54 bệnh nhân nữ đã được điều trị bệnh lý táo bón bết tắc do STTKT kết hợp SNTTT bằng phẫu thuật khâu treo.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ

3.1.1 Lý do vào viện: Chủ yếu là đại tiện khó (61,1%).

3.1.2 Đánh giá BN TB trước mổ theo tiêu chuẩn Rome IV

- 100% BN đủ tiêu chuẩn TB theo Rome IV.

- Những triệu chứng đặc trưng của táo bón do tắc nghẽn đường ra gặp với tần suất cao.

3.1.3 Đánh giá BN TB trước mổ theo thang điểm 5 tiêu chí

Điểm trung bình tổng 5 triệu chứng:

$14,69 \pm 1,78$ điểm (11 – 18 điểm).

3.1.5.4 Phản xạ đại tiện, nghiệm pháp tổng bóng trước mổ

- Phản xạ đại tiện: 100% BN có phản xạ đại tiện.

- Tổng bóng: Có 79,6% (43/54) BN không tổng được bóng.

3.1.5.5 Chẩn đoán STTKT kết hợp SNTTT dựa trên MRI và đánh giá trong lúc mổ

a. Chẩn đoán STTKT

* Phân loại Marti: Tất cả BN đều thuộc Marti III.

* Phân loại STTKT theo Yang:

Tất cả BN đều xếp độ II theo Yang.

Kích thước TSTT trung bình: $25,76 \pm 6,06$ mm (20 – 40 mm).

b. Chẩn đoán SNTTT

- SNTTT phát hiện trên MRI: 26/54 BN (48,1%).

- SNTTT phát hiện trong lúc mổ: 54/54 BN (100%).

Tất cả 54 ca này đều xếp loại SNTTT độ I (theo A. Longo -2011).

3.2 Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.2.1 Thời gian thực hiện phẫu thuật

Trung bình: $18,24 \pm 1,79$ phút (15 – 20 phút).

3.2.2 Thời gian nằm viện sau mổ

Trung bình: $1,65 \pm 0,84$ ngày (1 – 2 ngày).

3.2.3 Thời gian hoạt động hàng ngày bình thường trở lại sau mổ

Trung bình: $4,59 \pm 0,79$ ngày (3 – 6 ngày).

3.2.4 Đánh giá sự cải thiện triệu chứng LS và CLS sau mổ so với trước mổ

3.2.4.1 Đánh giá sự cải thiện TB theo Rome IV

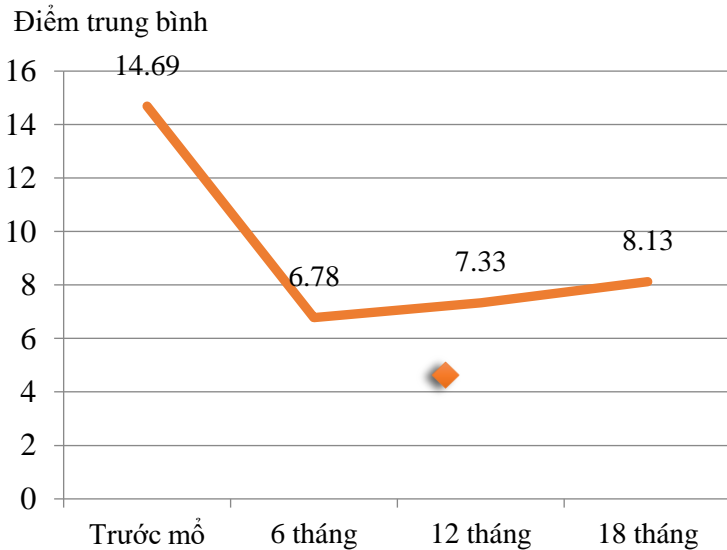
Tỷ lệ BN cải thiện TB sau mổ là:

6 tháng cải thiện 94,4% (N=54);

12 tháng cải thiện 89,1% (N=46);

18 tháng cải thiện 87,5% (N=40).

3.2.4.2 Đánh giá sự cải thiện TB theo 5 tiêu chí



Biểu đồ 3.1: Cải thiện điểm trung bình tổng các triệu chứng theo 5 tiêu chí trước và sau mổ.

Điểm trung bình tổng các triệu chứng sau mổ cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($P < 0.001$).

3.2.4.3 Sự cải thiện STTKT và SNTTT trên MRI

Có 43 BN chụp MRI trước và sau mổ 6 tháng. Đánh giá sự cải thiện STTKT và SNTTT trên 43 trường hợp này.

a. Sự cải thiện TSTT

Kích thước TSTT cải thiện trung bình: $15,85 \pm 6,23$ mm.

Tỷ lệ BN cải thiện STTKT sau mổ: $36/43\text{BN} = 83,7\%$.

b. Sự cải thiện SNTTT

Tỷ lệ BN cải thiện SNTTT sau mổ: 15/19 BN = 78,95%.

3.2.4.4 Tái phát sớm và trung hạn

- Tỷ lệ tái phát STTKT: 7/43 BN = 16,3%.

- Tỷ lệ tái phát SNTTT: 4/19 BN = 21,05%.

3.3 Các biến chứng

- Đau sau mổ

Ngày đầu: đau nhiều 20,4%, đau vừa (79,6%), đau ít 0%.

Ngày thứ 2: chủ yếu đau vừa 64,8%, đau ít 24,1%

Đến ngày thứ 3 trở đi: đa số bệnh nhân đau ít (83,3%) .

- Bí tiểu sau mổ

Tỷ lệ BN bí tiểu sau mổ: 10/54= 18,5%.

- Biến chứng hẹp hậu môn

2 trường hợp (2/54 = 3,7%).

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm LS và CLS trước mổ

4.1.1 Đánh giá BN TB trước mổ theo Rome IV

Trong nghiên cứu này, trước mổ 100% BN có đủ tiêu chuẩn TB theo Rome IV.

Nhìn chung, các triệu chứng đại tiện tắc nghẽn (rặn nhiều, đi tiêu không hết phân, cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn) trong lô nghiên cứu này đều gặp với tần suất cao hơn so với các lô nghiên cứu của các tác giả khác.

4.1.2 Đánh giá BN TB trước mổ theo 5 tiêu chí Adolfo Renzi

Tổng điểm 5 tiêu chí trước mổ trung bình là $14,69 \pm 1,78$ điểm (11 - 18 điểm).

Điểm trung bình tổng các triệu chứng theo thang điểm 5 tiêu chí của các BN trong lô nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả nước ngoài, cao hơn so với các tác giả trong nước.

Theo Michele Schiano Di Visconte nghiên cứu 74 BN bị ODS điều trị phẫu thuật STARR theo dõi sau mổ 10 năm, điểm ODS trung bình trước mổ càng cao thì tỷ lệ tái phát sau mổ càng cao.

4.1.3 Phản xạ đại tiện, nghiệm pháp tổng bóng trước mổ

- Phản xạ đại tiện: 100% BN có phản xạ đại tiện.
- Nghiệm pháp tổng bóng: 79,60% (43/54) BN không tổng được bóng.

Giống với các BN trong các lô nghiên cứu của hai tác giả Nguyễn Thành Lực và Trần Đình Cường, các BN trong lô nghiên cứu của chúng tôi đều có phản xạ đại tiện (100%). Tuy nhiên, chúng tôi loại trừ những trường hợp giảm nhạy cảm trực tràng (khi bơm bóng > 90 ml nước BN mới có cảm giác mắc cầu) không đưa vào nghiên cứu này.

4.1.4 Chẩn đoán STTKT kết hợp SNTTT dựa trên MRI và đánh giá trong lúc mổ

a. Chẩn đoán STTKT

* *Phân loại theo Yang:*

Kích thước TSTT trước mổ trung bình là $25,76 \pm 6,06$ mm (20 – 40 mm). Tất cả đều xếp độ II theo Yang.

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, BN có kích thước TSTT nhỏ hơn các tác giả khác.

Chúng tôi chỉ chọn những trường hợp TSTT có kích thước vừa ($2\text{cm} \leq R \leq 4\text{cm}$, mạc ĐTT chưa tổn thương nặng) để phù hợp với

phẫu thuật khâu treo vì chúng tôi chỉ sửa chữa khiếm khuyết thành trước trực tràng, chúng tôi chưa sửa chữa khiếm khuyết mạc ĐTT.

** Phân loại theo Marti:*

Tất cả các ca đều thuộc phân loại STTKT Marti III.

b. Chẩn đoán SNTTT

- SNTTT phát hiện trên MRI trước mổ: 26/54 BN (48,1%).

- SNTTT phát hiện trong lúc mổ: 54/54 BN (100%).

Tất cả đều xếp loại SNTTT độ I (theo A. Longo 2011).

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, trong lúc mổ chúng tôi phát hiện thêm số ca có SNTTT mà trên phim cộng hưởng từ động tổng phân không phát hiện được với tỷ lệ khá cao (51,9%).

4.2 Đánh giá kết quả phẫu thuật

4.2.1 Thời gian thực hiện phẫu thuật

Trung bình: $18,24 \pm 1,79$ phút (15 phút – 20 phút).

So với các phẫu thuật điều trị ODS do STTKT kết hợp SNTTT khác, thời gian phẫu thuật khâu treo ngắn hơn.

4.2.2 Thời gian nằm viện sau mổ

Trung bình: $1,65 \pm 0,84$ ngày (1 -2 ngày).

Phẫu thuật khâu treo không cắt thành trực tràng nên có thể cho BN xuất viện sớm.

4.2.3 Thời gian hoạt động hàng ngày bình thường trở lại sau mổ

Trung bình: $4,59 \pm 0,79$ ngày (3–6 ngày).

Thời gian trung bình hoạt động hàng ngày bình thường trở lại sau phẫu thuật khâu treo ngắn hơn các phẫu thuật khác.

4.2.4 Đánh giá sự cải thiện triệu chứng LS và CLS sau mổ

4.2.4.1 Đánh giá sự cải thiện TB theo Rome IV

Bảng 4.1: Cải thiện tỷ lệ BN TB theo Rome IV

Tỷ lệ TB sau mổ theo Rome IV		Số BN	Tỷ lệ (%)	Cải thiện so với trước mổ (%)
Chúng tôi (Khâu reo)	Sau mổ 6 tháng (N=54)	3/54	5,6	94,4
	Sau mổ 12 tháng (N=46)	5/46	10,9	89,1
	Sau mổ 18 tháng (N=40)	5/40	12,5	87,5
Angelo Guttadauro ⁴ (10 năm) (STARR)				80
Boccasanta và cs ^{Error! Reference source not found.} (STARR)			10	90
Hasan H.M ⁶ (STARR)		4/40	10	90
Nguyễn Thành Lực (STARR)		16/45	35,6	64,4
Trần Đình Cường (STARR)		13/33	39,4	60,6
Nguyễn Đình Hối		15/72	20,9	79,1

Tỷ lệ BN cải thiện TB sau mổ theo tiêu chuẩn Rome IV trong lô nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Thành Lực, Trần Đình Cường, Nguyễn Đình Hối, Angelo Guttadauro và tương đương tác giả Boccasanta và Hasan H.M (2012).

4.2.4.2 Đánh giá sự cải thiện TB theo 5 tiêu chí

Bảng 4.2: Cải thiện điểm trung bình tổng các triệu chứng theo 5 tiêu chí

Điểm trung bình		Trước mổ	Sau mổ	Cải thiện
Chúng tôi (khâu treo)	6 tháng	14,69 ± 1,78	6,78 ± 3,08	7,91 ± 2,17
	12 tháng	14,61 ± 1,87	7,32 ± 3,54	7,28 ± 2,52
	18 tháng	14,50 ± 1,94	8,13 ± 3,95	6,40 ± 2,80
Angelo Guttadauro (STARR) ^{Err} or! Reference source not found.	12 tháng	14,1	3,1	
	36 tháng		4,3	
	60 tháng		6,4	
Claudio Pagano (MuRAL)	6 tháng	20,13 ± 1,84	5,12 ± 1,72	
	12 tháng		4,07 ± 1,35	
Hasan H.M (STARR)		14,2 ± 9,1	2,3 ± 2,9	11,9
Nguyễn Thành Lực (STARR-ONE)		10,9 ± 3,7	4,6 ± 3,7	6,4 ± 4,7
Trần Đình Cường (STARR)		10,39 ± 2,95	3,85 ± 3,97	6,55 ± 4,76

Sự cải thiện điểm trung bình tổng các triệu chứng theo 5 tiêu chí sau mổ so với trước mổ trong lô nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn các tác giả trong nước, ít hơn các tác giả nước ngoài.

Điểm trung bình tổng các triệu chứng sau mổ theo thang điểm ODS trong nghiên cứu của chúng tôi có tăng nhẹ theo thời gian. Nhóm theo

đôi sau 6 tháng điểm trung bình chỉ còn $6,78 \pm 3,08$ điểm, nhóm 12 tháng đã tăng lên $7,32 \pm 3,54$ điểm, và tăng lên $8,13 \pm 3,95$ điểm ở nhóm theo dõi sau 18 tháng.

Guttadauro cũng quan sát thấy sự gia tăng của điểm trung bình ODS từ 3,1 điểm sau 12 tháng, 4,3 điểm sau 36 tháng, 6,4 điểm sau 60 tháng. Theo Guttadauro, sự suy giảm dần dần chức năng HMTT xảy ra trong 10-30% các trường hợp, sự xấu đi dần dần về điểm số ODS đã được quan sát thấy mặc dù không có bằng chứng về sự tái phát của SNTTT hoặc STTKT.

Pagano sử dụng kỹ thuật Block cải biên kết hợp khâu treo và cố định niêm mạc thì lại ghi nhận sự cải thiện điểm trung bình ODS theo thời gian. Điểm trung bình sau theo dõi 6 tháng là 5,12 và sau theo dõi 12 tháng là 4,07.

4.2.4.3 Sự cải thiện STTKT và SNTTT trên MRI sau mổ

a. Sự cải thiện STTKT

Bảng 4.3: Cải thiện kích thước TSTT trung bình (N=43)

Kích thước túi sa (mm)	Trước mổ	Sau mổ	Cải thiện
Chúng tôi (khâu treo)	$25,44 \pm 5,98$	$9,59 \pm 8,67$	$15,85 \pm 6,23$
Trần Đình Cường (Starr)	$32,3 \pm 5,6$	$13,4 \pm 10,8$	$18,5 \pm 10,6$
Nguyễn Thành Lực (Starr-One)	$33,0 \pm 8,0$	$18,0 \pm 12,0$	$15,0 \pm 11,0$
Qun Deng (Bresler cải biên)	$36,8 \pm 2,6$	$7,1 \pm 2,1$	
Hasan HM Starr)	Giảm đáng kể từ 90% đến 15% (P <0,001)		

Renzi A. (Starr)	36 ± 14	15,4 ± 7,6	
------------------	---------	------------	--

Bảng 4.4: Tỷ lệ BN cải thiện STTKT (R < 20 mm)

STTKT sau mổ	Cải thiện		Không cải thiện	
	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
Chúng tôi (Khâu treo) (6 tháng)	36/43	83,7	7/43	16,3
Nguyễn Thành Lực (STARR) (6 tháng)	27/45	60	18/45	40
Trần Đình Cường (STARR) (6 tháng)	26/35	75	9/35	25
Hasan HM (Starr) (12 tháng)	27/36	75	9/36	25
Claudio Pagano (MuRAL) (12 tháng)	56/56	100	0/56	0
Angelo Guttadauro (STARR) (5 năm)	?	100	?	0

- Cải thiện kích thước TSTT trung bình sau mổ:

15,85 ± 6,23mm.

- Tỷ lệ BN cải thiện STTKT (R < 20 mm): 36/43 BN = 83,7%.

Sự cải thiện kích thước TSTT trong lô nghiên cứu của chúng tôi tương đương tác giả Nguyễn Thành Lực, thấp hơn tác giả Trần Đình Cường và các tác giả nước ngoài.

Tỷ lệ BN cải thiện STTKT trong lô nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trong nước (Nguyễn Thành Lực, Trần Đình Cường),

cao hơn Hasan HM (Starr), thấp hơn Claudio Pagano (MuRAL) và Angelo Guttadauro (STARR).

Các tác giả nước ngoài có kinh nghiệm hơn các tác giả trong nước nên kết quả phẫu thuật tốt hơn.

b. Sự cải thiện SNTTT

Bảng 4.5: Cải thiện SNTTT trên MRI (n=43)

Tỷ lệ SNTTT		Trước mổ	Sau mổ	Cải thiện	Không cải thiện
Chúng tôi (n=43)	Số BN	19/43	4/43	15/19	4/19
	Tỷ lệ %	44,2	9,3	78,95	21,05
Trần Đình Cường ²³ (n=35)	Số BN	12/35	0	12/12	0
	Tỷ lệ %	34,3	0	100	0
Hasan HM (Starr) ⁶ (n=40)	Số BN	22/40	3/40	19/22	3/22
	Tỷ lệ %	55	7,5	86,4	13,6
Angelo Guttadauro (STARR) ⁴	Số BN	?	?		
	Tỷ lệ %	?	?	100	0

- Trước mổ: 44,2% (19/43) BN có SNTTT.

- Sau mổ: Cải thiện 78,95% (15/19) BN SNTTT.

Tỷ lệ cải thiện SNTTT trong lô nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả khác.

4.2.6 Tái phát sớm và trung hạn

Đánh giá theo MRI trước và sau mổ.

Bảng 4.6: Tỷ lệ tái phát STTKT và SNTTT trên MRI sau mổ

Tỷ lệ tái phát dựa MRI sau mổ		Tái phát SNTTT (%)	Tái phát STTKT (%)
Chúng tôi (khâu treo)		4/19BN = 21,05	7/43BN = 16,3
Nguyễn Thành Lực (STARR)			18/45BN = 40
Trần Đình Cường (STARR)		0/12BN = 0	9/35BN = 25,7
Claudio Pagano (12 tháng)		0	0/56BN = 0
Hasan H.M (2012) (STARR)		3/22BN = 13,6	9/36BN = 25
Michele Schiano Di Visconte (STARR)	Sau mổ 1 năm	5	5
	Sau mổ 10 năm	40	

- Tái phát STTKT:

+ Chúng tôi: 16,3%.

+ Các tác giả khác:

Nguyễn Thành Lực: 40%;

Trần Đình Cường: 25,7%;

Claudio Pagano (MuRAL): 0%;

Hasan H.M: 25%

Michele Schiano Di Visconte:

Sau mổ 1 năm: 5%;

Sau mổ 10 năm: 40%.

Như vậy, tỷ lệ tái phát STTKT trong lô nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Thành Lực, Hasan H.M, Trần Đình Cường.

- Tái phát SNTTT:

+ Chúng tôi: 21,05%.

+ Các tác giả khác:

Trần Đình Cường: 0%.

Claudio Pagano (MuRAL): 0%.

Hasan H.M: 13,6%.

Michele Schiano Di Visconte: Sau mổ 1 năm là 5%, sau mổ 10 năm là 40%.

Như vậy, tỷ lệ tái phát SNTTT trong lô nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác. Tác giả Michele Schiano Di Visconte theo dõi kết quả phẫu thuật STARR sau 1 năm tỷ lệ tái phát SNTTT chỉ có 5%, sau 10 năm tỷ lệ này lên đến 40%.

Theo chúng tôi, đánh giá sự cải thiện hay tái phát SNTTT dựa trên MRI chỉ mang tính chất tương đối, vì trên MRI chỉ phát hiện được 40% – 70% các trường hợp SNTTT, trong lúc mổ chỉ phát hiện được 100% 36 SNTTT (theo A. Longo 2011)

Theo Michele Schiano Di Visconte:

Phân tích hồi quy logistic cho thấy tiền sử phẫu thuật niệu dục, phẫu thuật HMTT, điểm ODS trước mổ đóng góp có ý nghĩa thống kê vào tiên lượng tái phát sau mổ. (Tiền sử phẫu thuật niệu dục: tỷ lệ tái phát ODS tăng 10,5 lần; tiền sử phẫu thuật hậu môn - trực tràng: tỷ lệ tái phát ODS tăng 18,8 lần sau phẫu thuật STARR; tăng xấp xỉ 1,3 lần cho mỗi điểm ODS trước mổ).

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chỉ chọn những BN STTKT Marti III có kích thước vừa, không có tiền sử phẫu thuật niệu dục và hậu môn trực tràng. Chỉ có điểm ODS trước mổ cao hơn so với nhóm nghiên cứu của các tác giả khác, là yếu tố tiên lượng cho sự tái phát sau mổ cao hơn.

4.3 Các biến chứng

4.3.1 Đau sau mổ

Nhìn chung, sau mổ khâu treo của chúng tôi BN đau nhiều hơn các phương pháp phẫu thuật khác. Tuy nhiên mức độ đau kèm thuốc giảm đau hỗ trợ BN chấp nhận được.

4.3.2 Bí tiểu sau mổ

Biến chứng bí tiểu sau mổ trong lô nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hai tác giả trong nước (Trần Đình Cường và Nguyễn Thành Lực), cao hơn các tác giả nước ngoài (Boccasanta P. (2004), Hasan H.M, Hasan H.M (2012), Angelo Guttadauro (STARR 2018), Claudio Pagano (MuRAL-2020), Qun Deng.

4.3.3 Biến chứng hẹp hậu môn sau mổ

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi có 3,7% (2/54) BN bị biến chứng hẹp hậu môn.

Theo tác giả Boccasanta P48 là: 3,3%.

Theo tác giả Qun Deng (2020)17 là: 7,5% (3/40).

Phẫu thuật khâu treo: không cắt thành trực tràng.

Phẫu thuật STARR: sử dụng máy khâu bấm cắt cả lớp cơ và lớp niêm của thành trước lẫn thành sau trực tràng. Các kim bấm là dị vật sẽ kích thích gây viêm, tăng sinh mô sợi gây co rút. Do đó, phẫu thuật STARR dễ gây biến chứng hẹp hậu môn hơn.

Khi có biến chứng hẹp hậu môn xảy ra, trong trường hợp phẫu thuật khâu treo, mô sẹo xơ hóa co rút gây hẹp chủ yếu là từ lớp niêm mạc, do đó việc xử lý mô sẹo xơ cũng dễ hơn nhiều so với mô sẹo xơ từ lớp cơ trong phẫu thuật STARR.

4.3.4 Các biến chứng sau mổ khác khác

Biến chứng rò âm đạo trực tràng, đau dai dẳng sau mổ, giao hợp đau, chảy máu đường khâu, tụ máu vùng chậu, nhiễm trùng vùng chậu do thủng dưới phúc mạc, tiêu mất tự chủ, đi cầu khẩn cấp, chảy máu sau mổ, bung đường khâu, són hơi, són phân sau mổ không gặp trong lô nghiên cứu phẫu thuật khâu treo.

Các biến chứng này xảy ra với tỷ lệ rất cao khi phẫu thuật STARR.

4.4 Chi phí điều trị

BN sau mổ khâu treo có thời gian nằm viện ngắn, không dùng máy khâu bấm, thời gian làm việc hàng ngày trở lại bình thường ngắn nên tổng chi phí điều trị rất thấp so với các phương pháp phẫu thuật điều trị khác, phù hợp với điều kiện kinh tế thấp của người dân Việt Nam.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 54 BN nữ tại bệnh viện Triều An bị táo bón do STTKT kết hợp SNTTT được điều trị bằng phẫu thuật khâu treo trong thời gian từ tháng 6/2017 – tháng 12/2020, một số kết luận được rút ra như sau:

Phẫu thuật khâu treo điều trị táo bón do STTKT kết hợp SNTTT là một phẫu thuật đơn giản, an toàn, hiệu quả, chi phí điều trị rất thấp.

1. Tỷ lệ BN cải thiện TB; Cải thiện điểm ODS; Mức độ hài lòng về đại tiện; Cải thiện STTKT và SNTTT trên MRI sau phẫu thuật khâu treo

*** Tỷ lệ cải thiện TB: (Rome IV)**

6 tháng: giảm 94,4 %.

12 tháng: giảm 89,1 %.

18 tháng: giảm 87,5 %.

*** Cải thiện điểm ODS trung bình (Adolfo Renzi 2012)**

6 tháng: $14,69 \pm 1,78$ điểm $\rightarrow 6,78 \pm 3,08$ điểm.

12 tháng: $14,61 \pm 1,87$ điểm $\rightarrow 7,33 \pm 3,54$ điểm.

18 tháng: $14,50 \pm 1,94$ điểm $\rightarrow 8,13 \pm 3,95$ điểm.

*** Tỷ lệ BN hài lòng sau mổ:**

6 tháng: 87,1%.

12 tháng: 89,2%.

18 tháng: 85,0%.

*** Cải thiện trên MRI:**

Kích thước TSTT giảm: $15,85 \pm 6,23$ mm.

Tỷ lệ BN có STTKT cải thiện: 83,7%.

Tỷ lệ BN có SNTTT cải thiện: 78,95%.

*** Tỷ lệ tái phát sớm và trung hạn sau phẫu thuật khâu treo**

Đánh giá theo MRI trước và sau mổ:

+ STTKT: tái phát 16,3%.

+ SNTTT: tái phát 21,05%.

2. Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật khâu treo

- Đau: BN sau mổ khâu treo đau nhiều hơn so với các phương pháp khác, tuy nhiên BN chấp nhận được.

+ Ngày 1: Đau ít: 0%; Đau vừa (79,6%); Đau nhiều (20,4%).

+ Ngày 2: Đau ít: 24,1%; Đau vừa: 64,8%; Đau nhiều: 11,1%.

+ Ngày 3: Đau ít: 83,3%; Đau vừa: 16,7%; Đau nhiều: 0%.

- Bí tiểu sau mổ: 18,5%.

- Hẹp hậu môn sau mổ: 3,7%.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Tiếp tục theo dõi BN trong nghiên cứu này để đánh giá kết quả và tỷ lệ tái phát dài hạn của phẫu thuật khâu treo điều trị táo bón do STTKT kết hợp SNTTT, từ đó đưa ra quyết định nên hay không nên áp dụng rộng rãi, đặc biệt lưu ý tiêu chuẩn chọn bệnh.

2. Các nghiên cứu phải có nhóm chứng phân phối ngẫu nhiên (RCT), tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ giống nhau để so sánh ưu và khuyết điểm của các phương pháp phẫu thuật điều trị táo bón do STTKT kết hợp SNTTT.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Cao Ngoc Khanh, Pham Ngoc Truong Vinh, Tran Duc Huy, Ung Van Viet, Pham Van Tan, Nguyen Trung Vinh, Nguyen Trung Tin. Assessment of results of suture rectopexy procedure for rectal intussusception associated with rectocele. *Vietnam Journal of Surgery and Endolaparosurgery*. 2022. No. (2), Vol. (12): 27-34. ISSN 1859-4506.
2. Cao Ngoc Khanh, Pham Ngoc Truong Vinh, Tran Duc Huy, Ung Van Viet, Pham Van Tan, Nguyen Trung Vinh, Nguyen Trung Tin. Assessment of results of suture rectopexy technique for obstructed defecation syndrome, analysis of recurrent factors. *Vietnam Journal of Surgery and Endolaparosurgery*. 2022. No. (3), Vol. (12): 38-42. ISSN 1859-4506.