

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ TRỰC TRÀNG BẰNG MÁY KHÂU NỐI RUỘT TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Duy Đạt¹, Nguyễn Văn Hưng^{2*}, Lê Văn Quang², Hồ Hữu Đức¹

¹Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 04/09/2024; Ngày duyệt đăng: 14/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một phương pháp tiếp cận qua đường tầng sinh môn nhanh chóng và khả thi để điều trị sa trực tràng toàn bộ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo một trường hợp mô tả kỹ thuật và quy trình phẫu thuật điều trị sa trực tràng toàn bộ bằng phương pháp cắt bỏ sa tầng sinh môn bằng ghim bấm tuyến tính cải tiến. Bệnh nhân nữ 82 tuổi có tiền sử 1 năm chảy máu từ trực tràng và sa khớp hậu môn khi đi đại tiện.

Kết quả: Sa trực tràng toàn bộ đã được cắt bỏ qua đường tầng sinh môn thành công bằng 2 ghim bấm tuyến tính. Quy trình phẫu thuật hoàn tất trong 30 phút với lượng máu mất rất ít. Bệnh nhân được ra viện vào ngày hậu phẫu thứ tư và không quan sát thấy tình trạng tái phát sau 1 năm theo dõi.

Kết luận: Phương pháp cắt bỏ sa tầng sinh môn bằng ghim bấm tuyến tính cải tiến là một kỹ thuật khả thi và hiệu quả để điều trị sa trực tràng toàn bộ, mang lại các ưu điểm như thời gian phẫu thuật ngắn hơn, ít mất máu hơn và phục hồi nhanh hơn so với các phương pháp tầng sinh môn khác.

Từ khóa: Sa trực tràng, cắt bỏ sa tầng sinh môn bằng ghim bấm, phẫu thuật Altemeier, quy trình phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa trực tràng toàn bộ là một bệnh lý ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt là ở người cao tuổi. Mặc dù đã có nhiều phương pháp điều trị được áp dụng, nhưng vẫn còn những thách thức trong việc cân bằng giữa hiệu quả điều trị và mức độ xâm lấn của phẫu thuật.

Các phương pháp phẫu thuật truyền thống như phẫu thuật Altemeier thường đòi hỏi thời gian phẫu thuật kéo dài và có thể gây ra biến chứng đáng kể, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi [1]. Trong khi đó, các kỹ thuật ít xâm lấn hơn như phẫu thuật Delorme lại có tỷ lệ tái phát cao. Do đó, việc tìm kiếm một phương pháp điều trị có thể kết hợp được ưu điểm của cả hai hướng tiếp cận này là rất cần thiết [2].

Phương pháp cắt bỏ sa tầng sinh môn bằng ghim bấm tuyến tính cải tiến được giới thiệu trong báo cáo này là một nỗ lực nhằm đáp ứng nhu cầu đó. Kỹ thuật này hứa hẹn mang lại nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật

ngắn, ít xâm lấn, giảm mất máu và thời gian hồi phục nhanh, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị lâu dài [3],[4].

Việc áp dụng thành công kỹ thuật này có thể mở ra một hướng tiếp cận mới trong điều trị sa trực tràng toàn bộ, đặc biệt có ý nghĩa đối với nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc có nhiều bệnh lý nền [5],[6],[7]. Hơn nữa, nó còn có tiềm năng giảm gánh nặng cho hệ thống y tế thông qua việc rút ngắn thời gian nằm viện và giảm biến chứng hậu phẫu [8],[9].

Trong bối cảnh đó, báo cáo trường hợp này nhằm mô tả chi tiết quy trình phẫu thuật, đánh giá tính khả thi và hiệu quả ban đầu của phương pháp, đồng thời đặt nền tảng cho các nghiên cứu sâu rộng hơn trong tương lai.

*Tác giả liên hệ

Email: nvhung@uhsvnu.edu.vn Điện thoại: (+84) 383649018 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1628>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo trường hợp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Thống Nhất.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Một bệnh nhân nữ 82 tuổi bị sa trực tràng toàn bộ.

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Báo cáo trường hợp.

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

Nghiên cứu tập trung vào mô tả kỹ thuật và quy trình phẫu thuật điều trị sa trực tràng toàn bộ bằng phương pháp cắt bỏ tầng sinh môn sử dụng máy khâu nối ruột (máy ghim bấm tuyến tính).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin về trường hợp bệnh, quy trình phẫu thuật và kết quả điều trị được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Báo cáo trường hợp mô tả chi tiết quy trình phẫu thuật và kết quả điều trị.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân, các thông tin đều được bảo mật không phục vụ cho mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

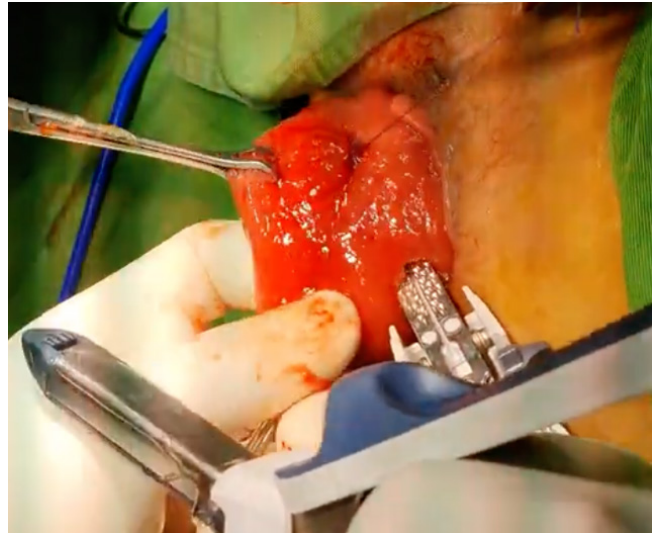
3.1. Báo cáo trường hợp

Một phụ nữ 82 tuổi có tiền sử 1 năm chảy máu từ trực tràng và sa khối hậu môn khi đi đại tiện. Khối sa có thể đẩy lên bằng tay. Bệnh nhân được đưa đến phòng cấp cứu vì khối sa gây đau nhiều hơn và không thể đẩy lên được. Khám trực tràng cho thấy trực tràng bị sa khoảng 8 cm. Trực tràng nhô ra bị sưng tấy, sung huyết rõ rệt và có dấu hiệu tổn thương niêm mạc bề mặt. Việc giảm mức độ sa của trực tràng bằng tay ở phòng cấp cứu có hiệu quả. Sau đó, bệnh nhân được nhập khoa Ngoại Tiêu hóa và lên lịch phẫu thuật. Trực tràng bị sa được cắt ngang bằng máy ghim bấm tuyến tính. Phẫu thuật được hoàn thành trong vòng 30 phút. Việc ăn uống qua đường miệng được bắt đầu vào ngày hôm sau và việc đi tiêu diễn ra vào ngày hậu phẫu thứ hai. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ tư, và không thấy tình trạng sa trực tràng tái phát sau 18 tháng tái khám.

3.2. Quy trình phẫu thuật

Bệnh nhân được phẫu thuật gây tê tuỷ sống, được đặt ở tư thế sản khoa. Trực tràng sa ra ngoài được cố định bằng chỉ khâu. Một vết rạch dọc có kích thước 1-2 cm được thực hiện cách đường lược khoảng 2 cm và một vết rạch khác ở phía đối diện, qua đó, một đường hầm đã được tạo ra, với cả thành bên trong và bên ngoài của trực tràng bị sa ra. Một ống Penrose được đưa qua

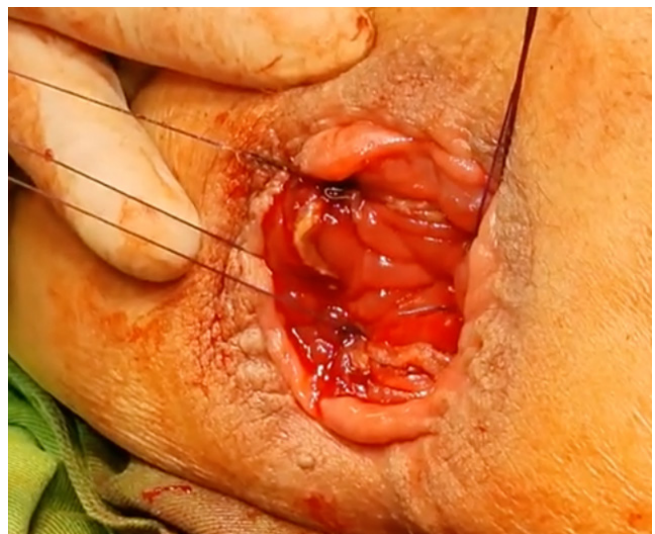
đường hầm để kéo phần sa trực tràng. Một máy bấm khâu nối ruột (máy cắt tuyến tính GIA 55) được đưa vào qua đường hầm (Hình 1), và mặt trước của trực tràng bị sa được cắt ra sau khi bản máy dập ghim.



Hình 1. Tạo đường hầm và đưa máy bấm khâu nối ruột đầu tiên

Một máy bấm GIA 55 được đưa qua đường hầm và chia cắt mặt trước của phần sa trực tràng sau khi bấm GIA. Mặt sau được cắt theo cùng một phương pháp.

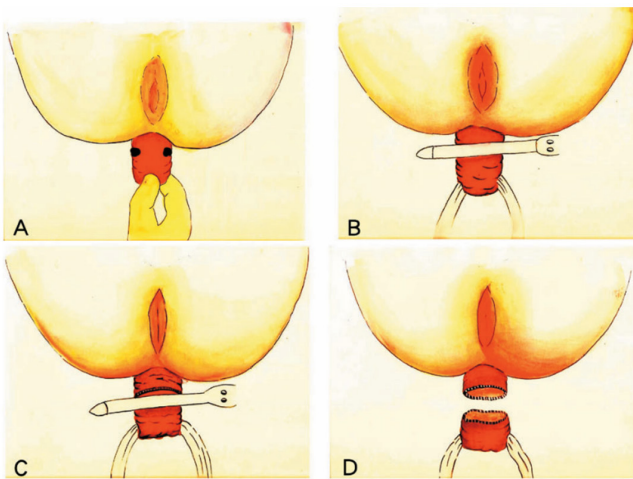
Sau đó, mặt sau được chia theo phương pháp tương tự, và phần sa trực tràng được cắt ngang. Cầm máu hoàn toàn đạt được bằng chỉ khâu chromic 3-0 ngắt quãng (Hình 2), và tình trạng sa trực tràng đã được giảm bớt, và được đặt vào hậu môn một miếng spongel giúp cầm máu (Hình 3). Tổng thời gian phẫu thuật chưa đến 30 phút và lượng máu mất rất ít. Hình tóm tắt về kỹ thuật này được minh họa trong Hình 4.



Hình 2. Khâu vòng toàn bộ không liên tục để cầm máu.



Hình 3. Trục tràng sa đã bị cắt bỏ.



Hình 4. Tóm tắt quy trình.

- A. Một vết rạch dọc (điểm đen) có kích thước 1-2 cm được thực hiện cách đường lược khoảng 2 cm và một vết rạch khác ở phía đối diện. B. Một ống Penrose được đưa qua đường hầm để kéo phần sa trực tràng. Một máy ghim bấm tuyến tinh GIA 55 được đưa vào qua đường hầm và cắt mặt trước sau khi bắn. C. Mặt phía sau được cắt bằng một dao cắt tuyến tinh khác. D. Trục tràng được cắt bỏ khi bấm bằng 2 ghim tuyến tinh.

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Phương pháp cắt bỏ sa tăng sinh môn bằng ghim bấm tuyến tinh cải tiến trong báo cáo này đã cho thấy những kết quả ban đầu đầy hứa hẹn trong điều trị sa trực tràng toàn bộ. Kỹ thuật này kết hợp được ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn và hiệu quả điều trị lâu dài.

Thời gian phẫu thuật ngắn và mức độ xâm lấn thấp là những ưu điểm nổi bật của phương pháp này. Trong một nghiên cứu so sánh gần đây, Emile và cộng sự (2023) đã chỉ ra rằng phương pháp cắt bỏ sa bằng ghim bấm

có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn đáng kể so với phương pháp Delorme truyền thống (45 phút so với 75 phút, $p < 0.001$) [2]. Điều này đặc biệt có ý nghĩa đối với bệnh nhân cao tuổi hoặc có nhiều bệnh lý nền, giúp giảm thiểu các rủi ro liên quan đến gây mê kéo dài.

Về hiệu quả điều trị, kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Hotouras và cộng sự (2020) trong một tổng quan hệ thống đã báo cáo tỷ lệ tái phát trung bình là 6.3% sau thời gian theo dõi trung bình 20 tháng đối với phương pháp này [3]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng thời gian theo dõi trong báo cáo của chúng tôi còn ngắn, và cần có các nghiên cứu dài hạn hơn để đánh giá chính xác hiệu quả lâu dài của phương pháp.

Một ưu điểm khác của kỹ thuật này là khả năng giảm thiểu biến chứng hậu phẫu. Kessler và cộng sự (2020) đã ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể so với phẫu thuật Altemeier truyền thống (10% so với 23%, $p = 0.04$) [4]. Điều này có thể được giải thích bởi việc sử dụng ghim bấm giúp cầm máu tốt hơn và giảm thiểu tổn thương mô.

Tuy nhiên, phương pháp này cũng có một số hạn chế cần được xem xét. Chi phí của dụng cụ ghim bấm có thể cao hơn so với phẫu thuật truyền thống, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận của bệnh nhân ở một số cơ sở y tế. Ngoài ra, kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu để thực hiện an toàn và hiệu quả.

So sánh với các phương pháp khác, như phẫu thuật nội soi cố định trực tràng, kỹ thuật của chúng tôi có ưu điểm là ít xâm lấn hơn và thời gian hồi phục nhanh hơn. Tuy nhiên, Ris và cộng sự (2022) trong một phân tích tổng hợp mạng lưới đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi có thể có tỷ lệ tái phát thấp hơn trong dài hạn [5]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc cân nhắc kỹ lưỡng khi lựa chọn phương pháp điều trị cho từng bệnh nhân cụ thể.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Heiyang và cộng sự (2020), cho thấy phương pháp cắt bỏ sa bằng ghim bấm có kết quả tương đương hoặc tốt hơn so với phẫu thuật Altemeier về mức độ đau sau mổ, thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng [6].

Tóm lại, phương pháp cắt bỏ sa tăng sinh môn bằng ghim bấm tuyến tinh cải tiến đã cho thấy những kết quả ban đầu đầy hứa hẹn trong điều trị sa trực tràng toàn bộ. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này trong dài hạn.

5. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cắt bỏ sa trực tràng toàn bộ qua đường tăng sinh môn bằng máy khâu nối ruột (máy ghim bấm tuyến tinh) là một phương pháp khả thi và hiệu quả.

Trong trường hợp báo cáo, phẫu thuật diễn ra nhanh

chóng, lượng máu mất ít, thời gian nằm viện ngắn và không có biến chứng. Bệnh nhân không tái phát sau 18 tháng.

Tuy nhiên, cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần VP, Trần ĐP. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ALTEMEIER ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG. *ctump*. 2023;(60):187-191. DOI: 10.58490/ctump.2023i60.723.
- [2] Emile SH, et al. (2023). "Perineal stapled prolapse resection versus Delorme's procedure for full-thickness rectal prolapse: A randomized controlled trial". *Colorectal Disease*. DOI: <https://doi.org/10.1111/codi.16554>.
- [3] Hotouras A, et al. (2020). "Perineal stapled prolapse resection for full-thickness external rectal prolapse: a systematic review". *Colorectal Disease*. DOI: <https://doi.org/10.1111/codi.15259>
- [4] Kessler H, et al. (2020). "Perineal stapled prolapse resection: a new option in the treatment of external rectal prolapse". *Diseases of the Colon & Rectum*. DOI: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001588>
- [5] Ris F, et al. (2022). "Laparoscopic ventral rectopexy versus perineal procedures for rectal prolapse: a network meta-analysis". *Colorectal Disease*. DOI: <https://doi.org/10.1111/codi.16135>
- [6] Heiyang J, et al. (2020). "A comparative study of perineal stapled prolapse resection and Altemeier's procedure for rectal prolapse". *Techniques in Coloproctology*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02265-y>
- [7] Tsunoda A, et al. (2021). "Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse: a systematic review". *Annals of Gastroenterological Surgery*. DOI: <https://doi.org/10.1002/ags3.12475>
- [8] Grossi U, et al. (2021). "Surgery for rectal prolapse: a practical guide for the general surgeon". *Journal of Visceral Surgery*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2021.05.006>
- [9] Lim SW, et al. (2019). "Clinical and functional outcome of laparoscopic ventral rectopexy for rectal prolapse". *Annals of Coloproctology*. DOI: <https://doi.org/10.3393/ac.2019.02.08>