ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHÔNG HẬU MÔN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải, Lê Trọng Thông, Trần Minh Long

Chịu trách nhiệm : Tăng Xuân Hải
Email : bstangxuanhai@gmail.com
ĐT : 0912379583
Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An
Ngày nhận : / /2022
Ngày phản biện : / /2022
Ngày duyệt bài : / /2022

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh không hậu môn tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng-Phương pháp: Mô tả cắt ngang 20 trẻ bị dị tật hậu môn trực tràng được phẫu thuật hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 1/2018-10/2021.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật nhóm bệnh nhân mổ phối hợp đường ổ bụng, nội soi, sau trực tràng là 59,38 ± 18,98 phút. Thời gian nằm điều trị của bệnh nhân trung bình 9,2 ± 2,6 ngày. Đánh giá theo tiêu chuẩn phân loại quốc tế của Wingspread (1986) 60% bệnh nhân được đánh giá trung bình, không có bệnh nhân nào ở tình trạng xấu.

Kết luận: Phẫu thuật hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn có tính khả thi và an toàn. Phương pháp không gây nhiễm trùng vết mổ, không bục miệng nối, không hẹp miệng nối, không tắc ruột do dính sau mổ.

Từ khóa: Dị tật hậu môn trực tràng, phẫu thuật hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn.

ABSTRACT:

THE TREATMENT RESULT OF ANORECTAL MALFORMATION AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment result of anorectal malformation at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Subjects-methods: Cross-sectional descriptive study of 20 children with anorectal malformation at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Result: The surgical time in the group of patients with combined abdominal, laparoscopic and retrorectal surgery was 59.38 ± 18.98 minutes. The average length of stay of the patients was 9.2±2.6 days. 60% of the patients were assessed as moderate, none of the patients were in bad condition according to the international classification standard of Wingspread (1986).

Conclusions: The anorectal malformation surgery is possible and safe. This method doesn't cause wound infection, burst the anastomosis, narrow the anastomosis, intestinal obstruction due to postoperative adhesions.

Keywords: Anorectal malformation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT - Anorectal malformations) là một trong những dị tật bẩm sinh hay gặp nhất trong cấp cứu ngoại nhi. Tần suất đã được thống kê trong y văn là 1/5000 trẻ mới sinh [1,2,3]. Đây là một dị tật đa dạng và phức tạp vì dị tật hậu môn

trực tràng có nhiều thể loại và liên quan đến cả hệ tiết niệu, sinh dục, kèm theo nhiều loại dị tật ở các cơ quan khác.

Phẫu thuật qua đường sau trực tràng được Amussat thực hiện lần đầu tiên năm 1835. Từ đó đến nay đã có rất nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình hậu môn như của Rhoad, Stephens, Pena…[4,5,6]. Ở Việt Nam phẫu thuật điều trị không hậu môn đường sau trực tràng được Nguyễn Thanh Liêm và Nguyễn Xuân Thụ giới thiệu năm 1988 [1,7].

Chúng tôi thực hiện đề tài với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh không hậu môn tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, từ đó góp phần vào việc đánh giá chung trên cả nước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu theo phương pháp : hồi cứu, mô tả cắt ngang. Đối tượng phương pháp nghiên cứu : tất cả các bệnh nhân bị dị tật không hậu môn được phẫu thuật hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2018 đến tháng 10/2021. Với những đặc điểm như sau :

- Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 20 bệnh nhân thỏa mãn trong đó 80% là nam, 20% là nữ. Tất cả bệnh nhân có tiền sử mẹ mang thai bình thường và chỉ có 1 trẻ sinh non (5%).

Một số đặc điểm lâm sàng bao gồm 1 trường hợp (5%) có triệu chứng rò trên lâm sàng; 12 BN (60%) không có dị tật, 1 BN (5%) có hội chứng Down, 5 BN (25%) có bất thường về tim mạch, BN có dị tật cơ quan vận động (10%) là bàn chân khoèo.

Một số đặc điểm cận lâm sàng gồm: 12 bệnh nhân (60%) mổ 3 thì, được chụp đầu dưới HMNT, có 8 bệnh nhân (40%) mổ tạo hình hậu môn 1 thì ở thời kì sơ sinh. Kết quả chụp đầu dưới HMNT 91,67% không thấy rò; 01 trường hợp thấy được đường rò vào niệu đạo tiền liệt tuyến. Có 13 bệnh nhân (65%) được chụp MRI, kết quả chụp có 11 BN (84,6%) bình thường, 2 BN (15,4%) có chóp tủy tận cùng xuống thấp. 100% BN được siêu âm ổ bụng và cho kết quả bình thường. 100% bệnh nhân được siêu âm tim và có 5 bệnh nhân phát hiện bệnh tim bẩm sinh: còn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ.

Kết quả chung về khả năng đại tiện được phân loại làm 4 nhóm dựa theo các tiêu chuẩn quốc tế của Wingspread.

- Loại rất tốt: Chủ động đại tiện hoàn toàn, hiếm khi có dây phân ra quần lót khi có các sang chấn, không bị táo bón, không phải dùng thuốc nhuận tràng.
- Loại tốt: Hiếm khi són phân, trừ khi thực hiện các động tác gây sang chấn mạnh, táo bón điều trị bằng thuốc được.
- Loại trung bình: Són phân từng lúc, không chủ động đại tiện khi cấp bách, thường xuyên són phân lỏng hoặc táo bón cần phải thụt tháo.
- Loại xấu: Thường xuyên són phân hoặc dây phân hoặc táo bón chỉ đáp ứng với thụt tháo.

Xử lý số liệu bằng : SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là 2.4 ± 1.5 tháng, trong đó trẻ trong 1 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, tuổi lớn nhất là 6 tháng tuổi. Cân nặng trung bình lúc vào viện là 4610 ±1670 gram. Tất cả bệnh nhân có tiền sử mẹ mang thai bình thường và chỉ có 1 trẻ sinh non (5%).

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật và khâu nối bằng chỉ PDS 5.0 và 6.0. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi phát hiện có 1 trường hợp (5%) rò vào niệu đạo tiền liệt tuyến.

Bảng 1. Thời gian trung bình phẫu thuật của 2 nhóm

Phối hợp đường ổ bụng,	**Thời gian phẫu thuật (phút)**

nội soi, sau trực tràng (n)	Trung bình	Lâu nhất	Nhanh nhất
Không (n = 8)	111,25 ± 32,06	180	60
Có (n = 12)	59,38 ± 18,98	100	40

Thời gian phẫu thuật nhóm bệnh nhân mổ phối hợp đường ổ bụng, nội soi, sau trực tràng là 59,38 ± 18,98 phút, ngắn hơn nhiều so với không phối hợp là 111,25 ± 32,06 phút. Trong nhóm có phối hợp, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút và lâu nhất là 100 phút.

Thời gian phẫu thuật nhóm bệnh nhân mổ không rò nhanh hơn so với phẫu thuật có rò (bảng 2).

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật ở BN có rò và không có rò

Rò trực tràng với cơ quan khác (n)	**Thời gian phẫu thuật (phút)**		
	Trung bình	Lâu nhất	Nhanh nhất
Không	82,63 ± 33,35	150	40
Có	180	180	180

Không có biến chứng sớm nào sau phẫu thuật xảy ra, thời gian nằm điều trị của bệnh nhân trung bình 9.2 ± 2.6 ngày. Khi ra viện, tất cả bệnh nhân đều được hướng dẫn nong hậu môn và tái khám kiểm tra nong hậu môn.

Kết quả theo dõi sau 3-6 tháng

Chúng tôi đánh giá kết quả sau mổ về chức năng đại tiện và tiểu tiện.

Tất cả 100% bệnh nhân đều tiểu tiện bình thường.

Số lần đi đại tiện trong một ngày được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Số lần đại tiện trong ngày

Số lần đại tiện	**n**	**%**
1-2 lần	17	85
3-4 lần	2	10
> 4 lần	0	0
Đại tiện không tự chủ	0	0
Són phân	1	5
Táo bón	0	0
Tổng	20	100

Như vậy, không có trường hợp nào đại tiện không tự chủ hoặc táo bón. Tuy nhiên vẫn có 1 bệnh nhân (5%) bị són phân.

Bảng 4. Tình trạng hậu môn

	n	**%**
Rộng, mềm mại	17	85
Hẹp, xơ cứng	1	5
Sa, thừa niêm mạc trực tràng	2	10
Tổng	20	100

Đánh giá sau khi tái khám có tới 85% bệnh nhân tình trạng hậu môn rộng, mềm mại, có 1 bệnh nhân bị hẹp xơ cứng (5%) và 2 bệnh nhân có tình trạng sa, thừa niêm mạc trực tràng (10%).

Kết quả về chức năng đại tiện của bệnh nhân được đánh giá theo tiêu chuẩn phân loại quốc tế của Wingspread (1986) được trình bày qua bảng 5.

Bảng 5. Kết quả về chức năng đại tiện sau phẫu thuật theo Wingspread

Chức năng đại tiện	n	%
Rất tốt và tốt	19	95
Trung bình	1	5
Xấu	0	0
Tổng	20	100

Đa số bệnh nhân được đánh rất tốt và giá tốt (95%), không có bệnh nhân nào ở tình trạng xấu.

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chẩn đoán không hậu môn. Với tiến bộ của Gây mê hồi sức, tuổi phẫu thuật ở bệnh nhân DTHMTT đã được tiến hành phẫu thuật sớm hơn so với trước đây [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật trung bình là 2.4 ± 1.5 tháng, trong đó dưới 1 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 40% là sau sinh bị dị tật hậu môn nắp. Tỷ lệ bệnh nhân không có dị tật phối hợp chiếm 60%. Dị tật hệ tim mạch chiếm nhiều nhất 25%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ dị tật phối hợp tương đồng với các công bố trước đây [1,2,3].

Các bệnh nhân mổ thì 2 đều được chụp đầu dưới HMNT có bơm thuốc cản quang, 100% bệnh nhân có hình ảnh túi cùng trực tràng xuống đến đường mu cụt (đường PC) thể cao hoặc thể thấp; 91,67% không thấy rò từ trực tràng sang cơ quan khác. Chụp XQ đầu dưới HMNT có thuốc cản quang nhằm xác định lại chẩn đoán thể bệnh, xác định tình trạng rò từ túi cùng trực tràng và có thể ước lượng được mức độ giãn của túi cùng trực tràng hỗ trợ trong tiên lượng miệng nối hậu môn trực tràng trước phẫu thuật [1]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu đã cho ta thấy kết quả chẩn đoán rò túi cùng trực tràng trước mổ dựa vào kết quả chụp đầu dưới HMNT có thuốc cản quang là giống trong phẫu thuật và chủ yếu xác định lại thể bệnh của bệnh.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thấy khi cắt đường rò trực tràng thì lượng dịch bẩn ra phẫu trường giảm hơn rất nhiều, vì vậy có thể điều này làm giảm nguy cơ nhiễm trùng trong mổ và sự tồn tại áp xe tồn dư sau mổ.

Trong nghiên cứu, có 1 bệnh nhân có rò trực tràng vào niệu đạo tiền liệt tuyến. Không gặp biến chứng nào khi phẫu tích hạ bóng trực tràng và cắt đường rò trực tràng. Sau mổ chúng tôi lưu sonde tiểu theo rõi sau 24 giờ.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 82,63 ± 33,35 phút.

Khi đánh giá thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm có phối hợp đường sau trực tràng và nhóm không phối hợp, chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật của nhóm không nội soi, sau trực tràng lâu hơn nhóm tạo hình hạ bóng trực tràng 1 thì.

Cũng như vậy, trong nghiên cứu chúng tôi cũng đánh giá thời gian phẫu thuật của nhóm rò và không rò, giữa các nhóm tuổi trong phẫu thuật, chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật giữa nhóm có rò lâu hơn nhóm không rò.

Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả sớm: Thời gian nằm điều trị của bệnh nhân trung bình 9,2±2,6 ngày. Trong đó thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, 2 bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 15 ngày với lý do bệnh nhân điều trị nhiễm trùng sơ sinh. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu lâu hơn một số tác giả khác [4].

Trong nhóm nghiên cứu, không có bệnh nhân nào có tình trạng nhiễm trùng rốn, tắc ruột sau mổ, thoát vị thành bụng tại lỗ trocar, chảy máu miệng nối hậu môn trực tràng, hoại tử bục miệng nối trực tràng hậu môn.

Theo dõi sau ra viện được đánh giá trong 2 tuần đầu tiên, vì đây là thời điểm khám lại đầu tiên sau phẫu thuật. Trong lần tái khám này là lần đầu tiên đánh giá lại miệng nối vùng hậu môn. Tiến hành nong hậu môn cho bệnh nhân bằng bộ nong Hegar. Và hướng dẫn gia đình bệnh nhân nong hậu môn bằng dụng cụ theo quy trình.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 65% hậu môn có tính chất mềm mại, rộng đưa lọt ngón trỏ trước thì đóng HMNT. Có 5 trường hợp (chiếm 25%) hậu môn có vòng xơ cứng quanh hậu môn, chúng tôi đã tiến hành nong hậu môn hàng ngày, sau rộng được. Có 2 (10%) trường hợp bị sa thừa niêm mạc trực tràng, đã được phẫu thuật tạo hình lại.

Kết quả theo dõi sau 3-6 tháng:

Chức năng ruột, chức năng hậu môn sau phẫu thuật được đánh giá đặc trưng bởi số lần đại tiện trong ngày. Không có bệnh nhân nào có đại tiện không tự chủ. Có 1 bệnh nhân chiếm 5% trong nhóm nghiên cứu có dấu hiệu són phân, tức có một ít phân làm bẩn quần lót hay bỉm trong ngày hoặc qua đêm.

Tình trạng táo bón, són phân và sa trực tràng niêm mạc trực tràng sau mổ vẫn còn là một vấn đề trong điều trị bệnh không hậu môn [1,8]. Són phân là vấn đề lớn tác động đến tâm lý xã hội, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau này. Bệnh nhân có hệ thống cơ thắt ngoài mỏng bị són phân nhiều hơn bệnh nhân có hệ thống cơ thắt dày [1]. Vì vậy, vấn đề theo dõi lâu dài thường xuyên là rất cần thiết.

Kết quả về khả năng đại tiện chúng tôi dựa vào các tiêu chuẩn quốc tế của Wingspread. Về cơ bản dựa vào một số yếu tố như khả năng kiểm soát đại tiện, tình trạng són phân, số lần đại tiện/ngày, tính chất phân. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rất tốt và tốt chiếm 95%, tỷ lệ trung bình chiếm 5%, không có kết quả xấu chiếm. Theo báo cáo của Nguyễn Thanh Liêm, Trần Anh Quỳnh năm 2014 tỷ lệ tốt và rất tốt là 78,3%, tỷ lệ trung bình là 17,4% [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trong 3 năm ghi nhận 20 bệnh nhân dị tật không hậu môn đã được phẫu thuật hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn, chúng tôi thấy rằng phương pháp này cho kết quả tốt và an toàn kể cả ở trẻ sơ sinh. Những biến chứng sau mổ hầu hết có thể chấp nhận và điều trị được. Tình trạng bón và són phân vẫn còn nhưng cải thiện dần khi theo dõi lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (1999). Dị tật hậu môn - trực tràng, *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em,* Nhà xuất bản Y học, 251-283.
2. Phạm Gia Đức (1972). Một số nhận xét về tình hình các dị tật bẩm sinh điều trị từ 1/12/1970 đến 30/11/1971. *Sản phụ khoa số* 2, 1-14.
3. Edward M, Kiely, Pena A (1998). Anorectal Malformations. *Paediatr Surg*, 2, p. 1425-1448.
4. Nguyễn Thanh Liêm (1991). *Nghiên cứu phương pháp mổ chữa một số thể loại dị tật hậu môn trực tràng bằng đường trước xương cùng sau trực tràng*, Luận án phó tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội .
5. Rhoads JE, Pipes RL, Randall JP (1948). A simultaneous abdominal and perianeal approach in operation for imperforate anus with atresia of the rectum and rectosigmoid. *An Surg*, 127: p. 552-556.
6. Stephens FD (1953). Congenital imperforate rectum, recto – urethral and recto – vaginal fistular. *Aust NS – Surg,*. 22, 161-172.

7. Nguyễn Thanh Liêm, Trần Anh Quỳnh, Phạm Duy Hiền (2005). Điều trị dị tật hậu môn trực tràng bằng phẫu thuật một thì qua đường sau trực tràng. *Tạp chí nghiên cứu Y học* , 38, 268-270.

8. Marc A Levitt and Peña A (2007). Anorectal malformations. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 1-13.