

Phẫu thuật nội soi một thì điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ ≤ 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Việt Đức

Nguyễn Việt Hoa

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:

Phình đại tràng bẩm sinh, Nội soi cắt đoạn đại tràng vô hạch qua hậu môn

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Việt Hoa,
Khoa Phẫu thuật Nhi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0947379955
Email: nvhoa96@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 24/01/2018

Ngày duyệt: 22/02/2018

**Ngày chấp nhận đăng:
26/02/2018**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng kết hợp với đường qua hậu môn cắt đoạn đại tràng vô hạch ở trẻ 2 - 6 tháng tuổi tại khoa Nhi bệnh viện Việt Đức

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu cho trẻ 2 - 6 tháng tuổi được chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh dựa vào lâm sàng, chụp đại tràng có thuốc cản quang và sinh thiết tức thì trong mổ. Phẫu thuật 1 thì, nội soi ổ bụng sử dụng 3 trocars phẫu tích đoạn đại tràng cần cắt bỏ, kết hợp đường qua hậu môn sử dụng van Lonestar bóc đoạn trực tràng trên đường lược khối thanh cơ phương pháp Soave, kéo đoạn đại tràng vô hạch ra ngoài qua hậu môn, cắt và nối đại tràng lạnh với ống hậu môn. Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn Wingspread 1984

Kết quả: Trong thời gian từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2017 có 32 người bệnh được phẫu thuật nội soi, tuổi trung bình 3,5 tháng. Thời gian phẫu thuật trung bình 150 ± 40 phút. Thời gian nằm viện trung bình 7,4 ± 2,2 ngày. Đại tràng vô hạch vị trí xích ma 1/3 dưới 19 người bệnh (59,37%), xích ma 1/3 giữa 11 người bệnh (34,38%), xích ma 1/3 trên 2 người bệnh (6,25%). Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. chảy máu nặng hay bục rò miệng nối sau mổ. Theo dõi sau mổ từ 3 tháng - 4 năm: Viêm quanh hậu môn 6 người bệnh (18,75%); viêm ruột 8 người bệnh (25%); són phân 5 người bệnh (15,62%); táo bón 1 người bệnh (3,12%). Đánh giá chức năng đại tiện rất tốt 68,75%, tốt 21,88%, trung bình 9,37%. Chưa có trường hợp mổ lại,

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng kết hợp đường qua hậu môn cắt đoạn đại tràng vô hạch một thì ở trẻ nhỏ là phương pháp phẫu thuật an toàn, mang lại chức năng đại tiện tốt, đảm bảo thẩm mỹ.

Single stage laparoscopic treatment of Hirschsprungs disease for children under 6 month old in Viet Duc hospital

Nguyen Viet Hoa

Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: Laparoscopic assisted endorectal colon pull-through for Hirschsprung's disease have been applied for children under 6 month old in Viet Duc hospital

Material and Methods: Restrospective. Children from 2 to 6 month with diagnosis of Hirschsprung's disease by clinical, radiological symptoms and biopsy during operation. Laparoscopic assisted endorectal colon pull- through by using Lonestar valve for resection of colon and coloanal anastomosis. Functional defecation is assessed according to the standard of Wingspread 1984.

Results: 32 patients during from 6/2014 to 6/2017. Mean age: 3,5 months old, average operating time: 150 ± 40 minutes, average hospital stay time: 7,4 ± 2,2 days. The aganglionics lower sigmoid segment in 19 patients (59,37%), 1/3 middle sigmoid segment in 11 patients (34,38%), sigmoid segment in 2 patients (6,25%). Non bleeding during the operation, no conversion to open surgery, no anastomotic fistula. Follow – up postoperative from 3 months to 4 years peri-anal: infection 6 patients (18,75%), enterocolitis 8 patients (25%), fecal incontinence 5 patients (15,62%), constipation 1 patient (4,45%). Functional defecation assesment: very good 68,75; good 21,88; average 9,37%. No re- operation.

Conclusion: Single stage laparoscopic assisted endorectal colon pull- through for Hirschsprung's disease in children under 6 month old is safe with good functional defecation assesment.

Keyword: Hirschsprung 's disease, laparoscopic, endorectal colon pull- through

I. Đặt vấn đề

Phình đại tràng bẩm sinh (bệnh Hirschsprung) là một bệnh ngoại khoa khá phổ biến ở Việt Nam. Theo thống kê ở Hoa kỳ và châu Âu tỉ lệ gặp khoảng 1/5000 trẻ mới sinh (1). Nguyên nhân là do đoạn đại tràng không có tế bào hạch thần kinh nên không có khả năng co bóp tổng phân, hậu quả trẻ bị táo bón, tích tụ phân trong đường tiêu hóa. Trong lịch sử điều trị đã có rất nhiều các phương pháp phẫu thuật như: Swenson, Soave, Duhamel... với các kỹ thuật mổ mở, làm 3 thì, 2 thì, 1 thì... Phẫu thuật nội soi kết hợp với đường qua hậu môn cắt đại tràng được Georgeson giới thiệu năm 1995 cho kết quả tốt và được ứng dụng phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới (5). Ở Việt Nam phẫu thuật nội soi được thực hiện từ năm 1997 tại Viện Nhi Trung ương (2). Tại khoa Nhi Bệnh viện Việt Đức chúng tôi sử dụng bộ dụng cụ nội soi 3mm để phẫu thuật cho trẻ ≤ 6 tháng tuổi cho kết quả tốt.

Mục tiêu:

Ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng kết hợp

đường qua hậu môn cắt đoạn đại tràng vô hạch điều trị phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ 2- 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Việt- Đức.

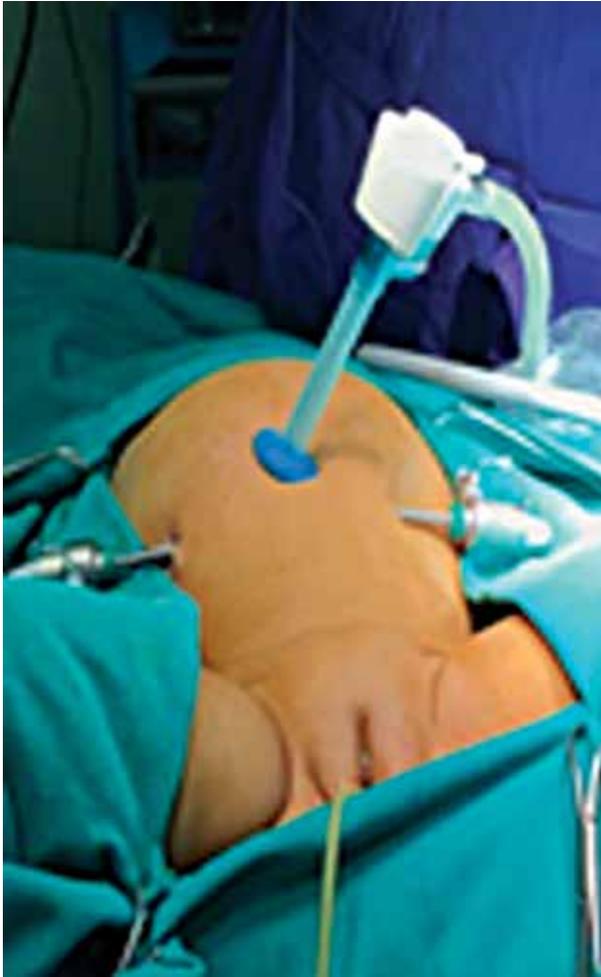
II. Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: 32 người bệnh, tuổi từ 2 - 6 tháng, chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh dựa vào lâm sàng, chụp đại tràng có thuốc cản quang và sinh thiết trong mổ.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả theo mẫu bệnh án

Thời gian: từ 6/2014 đến 6/2017

Phương pháp phẫu thuật: Nội soi mở 3 trocar: 5mm ở rốn cho camera 30 độ, 2 trocar 3mm hố chậu phải và trái. Quan sát đánh giá thương tổn, sinh thiết đại tràng 2 vị trí: đại tràng lành và đại tràng vô hạch. Phẫu tích đoạn đại tràng cần cắt bỏ, kết hợp đường qua hậu môn sử dụng van Lonestar bóc đoạn trực tràng trên đường lược khối thanh cơ theo phương Soave, đưa đoạn đại tràng vô hạch ra ngoài cắt và nối đại tràng lành với ống hậu.



Hình 1. Vị trí troca



Hình 2. Kéo đại tràng ra ngoài qua hậu môn

Đánh giá kết quả sau mổ: đánh giá chức năng đại tiện theo tiêu chuẩn Wingspreal 1984 (4).

III. Kết quả

Đặc điểm chung:

Tuổi, giới: trong thời gian nghiên cứu có 32 người bệnh (27 trẻ trai và 5 trẻ gái). Tỷ lệ nam/nữ 5,4/1.

Tuổi phẫu thuật: 2 – 6 tháng tuổi. Tuổi phẫu thuật trung bình: 3,5 tháng

Cân nặng thấp nhất 4 kg, nặng nhất 8 kg. Cân nặng trung bình: 5 kg.

Đặc điểm chẩn đoán:

Lâm sàng:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Chậm ỉa phân xu ≥ 24h	26	81,25
Chậm ỉa phân xu ≥ 48h	6	18,75
Thụt dẫn phân hàng ngày	32	100
Có đợt viêm ruột	15	46,87
Tắc ruột thấp	7	21,87

Chụp đại tràng có thuốc cản quang thẳng và nghiêng cho tất cả người bệnh

Bảng 2. Chụp đại tràng có thuốc cản quang

Hình ảnh đại tràng	Số người bệnh	Tỷ lệ
3 đoạn ruột kích thước khác nhau	9	28,13
Đoạn đại tràng nhỏ dài, đại tràng trên giãn	18	56,25
Đoạn đại tràng nhỏ ngắn, đại tràng trên giãn	5	15,62

Đánh giá trong mổ:

Vị trí đại tràng vô hạch (đại tràng nhỏ):

Đại tràng xích ma 1/3 dưới: 19 người bệnh (59,37%)

Đại tràng xích ma 1/3 giữa: 11 người bệnh (34,38%)

Đại tràng xích ma 1/3 trên: 2 người bệnh (6,25%)

Đoạn đại tràng cắt bỏ:

Trực tràng + 1/3 đại tràng xích ma dưới: 16 người bệnh (50%)

Trực tràng + 2/3 đại tràng xích ma: 12 người bệnh (37,5 %)

Trực tràng + đại tràng xích ma: 4 người bệnh (12,5 %)

Chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ trung bình: 18,6 ± 3,7 cm (Ngắn nhất: 15 cm, dài nhất : 25 cm)

Thời gian phẫu thuật: 150 ± 30 phút (ngắn nhất 90 phút, dài nhất 180 phút)

Biến chứng trong và sau mổ: Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Không chảy máu, rò hay bục miệng nối sau mổ. Không có tử vong

Đánh giá kết quả sớm sau mổ:

Ăn sữa mẹ sau mổ: 10h - 12h.

Để mổ thừa sau mổ: 3 người bệnh (9,37%)

Rút dẫn lưu: Cạnh hậu môn sau mổ: 2 ngày

Ống thông hậu môn: 3 - 5 ngày

Thời gian nằm viện trung bình: 7,5 ± 2,5 ngày (5 – 10 ngày)

Đánh giá kết quả sau 3 tháng – 4 năm:

Viêm ruột 8 người bệnh (25%)

Són phân 5 người bệnh (15,62%);

Viêm quanh hậu môn 6 người bệnh (18,75%). 1 người bệnh do nấm

Hẹp miệng nối 1 người bệnh(3,12%)

Táo bón 1 người bệnh (3,12%).

Đánh giá chức năng đại tiện

Bảng 3. Đánh giá chức năng đại tiện theo Wingspreal 1984

Phân loại	Số người bệnh	Tỉ lệ(%)
Rất tốt	22	68,75
Tốt	7	21,88
Trung bình	3	9,37
Xấu	0	0

Không có trường hợp mổ lại.

IV. Bàn luận

1. Đặc điểm chẩn đoán: chủ yếu dựa trên triệu chứng lâm sàng và chụp đại tràng có thuốc cản quang

Lâm sàng: Chậm ỉa phân xu là triệu chứng chủ yếu trên lâm sàng, chậm ỉa phân xu sau 24 giờ

chiếm 81,25% và sau 48 giờ chiếm 18,75%. Theo nghiên cứu của Swenson tỉ lệ chậm ỉa phân xu sau 24 giờ là 94%, theo tác giả nếu một người bệnh khỏe mạnh chậm ỉa phân xu sau 48 giờ phải nghĩ tới phình đại tràng bẩm sinh, trong gia đoạn sơ sinh biểu hiện hội chứng tắc ruột thấp với triệu chứng không ỉa phân xu bụng chướng nôn ra dịch tiêu hóa [3]. Đặt ống thông vào hậu môn thấy có phân xu ở đầu ống thông hoặc phân xu được tống ra ào ạt, bụng người bệnh đỡ chướng. Tất cả 32 người bệnh đều được hướng dẫn thụt tháo tại nhà bằng ống thông plastic số 8, thụt bằng oresol hoặc nước muối sinh lý 1- 2 lần/ ngày. Trên thực tế có những người bệnh có đợt viêm ruột gấp ở 46,87% trường hợp hoặc tắc ruột chiếm 21,87% số người bệnh phải vào viện điều trị tuy nhiên không có trường hợp nào phải làm hậu môn nhân tạo, thủng ruột hoặc nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

Chụp đại tràng có thuốc cản quang tập trung vào vùng trực tràng và đại tràng xích ma chẩn đoán vị trí đoạn vô hạch, giá trị chẩn đoán đúng 76% - 92%. Trước chụp không nên thụt tháo hoặc thăm trực tràng vì có thể làm thay đổi vùng chuyển tiếp.

Cách làm: đặt 1 ống thông plastic số 8 vào hậu môn bơm thuốc từ từ. Trường hợp điển hình trên phim nghiêng có 3 đoạn ruột kích thước khác nhau: đoạn giãn, đoạn chuyển tiếp và đoạn hẹp. Trong nghiên cứu này hình ảnh điển hình và có đoạn hẹp rõ chiếm 84,38%. Đoạn hẹp ngắn chiếm 15,62%.

2. Phẫu thuật nội soi được ứng dụng :

Tuổi phẫu thuật: Nhờ có những tiến bộ của gây mê hồi sức chúng tôi có thể phẫu thuật nội soi 1 thì cho trẻ từ 2 tháng tuổi, cân nặng ≥ 4 kg. Theo Ali. K.A.E nghiên cứu phẫu thuật qua ống hậu môn ở trẻ 1 tháng tuổi [3]

Một số đặc điểm phẫu thuật nội soi ở trẻ nhỏ:

Thì nội soi ổ bụng: thụt tháo sạch trước mổ, tư thế người bệnh nằm ngửa theo chiều ngang bàn, áp lực bơm hơi 60 – 80 mm Hg. Sử dụng dụng cụ nội soi 3mm với 3 trocar, không khâu treo bằng quang hay tử cung hoặc sử dụng trocar thứ 4 trên xương mu theo một số tác giả [6,7] nhưng chúng tôi không gặp khó khăn khi phẫu tích trực tràng. Sinh thiết đại

tràng 2 vị trí là đại tràng lành chỗ đưa xuống nối và đại tràng nhỏ vô hạch. Tạo 1 cửa sổ qua mạc treo đại tràng xích ma làm mốc để từ vị trí này đốt lên trên và xuống dưới, đốt các nhánh xiên tương ứng đi vào đại tràng cần cắt bỏ.

Thì hậu môn: Dùng van Lonestar mở rộng hậu môn, rạch niêm mạc ống hậu môn trên đường lược 1 cm, phẫu tích niêm mạc trực tràng khở thanh cơ phương pháp Soave. Khi kéo đại tràng ra ngoài hậu môn cần kết hợp nội soi để tránh xoắn, cắt đại tràng đến vị trí đánh dấu là lành. Nối đại tràng với ống hậu môn 1 lớp bằng chỉ monosyn 5/0.

Để mổ thừa đại tràng ra ngoài sau mổ có 3 người bệnh là những ca đầu tiên để bảo tồn miệng nối. Tuy nhiên 29 người bệnh còn lại không để mổ thừa, chúng tôi nhận thấy nếu đại tràng phẫu tích đủ dài không căng và mạch máu nuôi tốt thì không cần thiết phải để mổ thừa.

3. Đánh giá kết quả điều trị:

Kết quả sớm: Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, chảy máu nặng phải truyền máu, rò bực miệng nối sau mổ. Trẻ được ăn sữa mẹ sau mổ 12 giờ, thời gian nằm viện 5- 10 ngày. Tỷ lệ bực miệng nối theo các nghiên cứu là 2,5% - 7% [5], theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự tỷ lệ bực miệng nối là 1% [2] nguyên nhân là do đại tràng giãn to, thành dày, miệng nối không cân xứng, trong trường hợp này nên làm hậu môn nhân tạo và phẫu thuật lại để hạ đại tràng. Các người bệnh của chúng tôi là trẻ nhỏ, được chẩn đoán sớm và điều trị thụt tháo hàng ngày nên đại tràng phía trên k bị giãn to, thành dày.

Viêm ruột sau phẫu thuật chiếm 3 – 38,5% theo các nghiên cứu, tỷ lệ viêm ruột của chúng tôi là 25%, theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm tỷ lệ viêm ruột là 9,5% [2]. Để chẩn đoán viêm ruột sau mổ chúng tôi dựa trên bảng tính điểm, các người bệnh viêm ruột đều đáp ứng với điều trị bảo tồn: nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, kháng sinh toàn thân và thụt tháo hết phân hàng ngày. Chúng tôi nhận thấy rằng những người bệnh đại tràng giãn, nhu động kém sẽ dễ có nguy cơ viêm ruột sau mổ do ứ đọng phân. Chính vì vậy khi

phẫu thuật nên tính toán để cắt bớt đại tràng giãn to thành dày. Gần đây một số báo cáo cho rằng nên điều trị men vi sinh sau mổ có thể giảm tỷ lệ viêm ruột.

Viêm da quanh hậu môn sau phẫu thuật gặp 37,5%, cũng tương tự như nghiên cứu của Rintala và Wester tỷ lệ là 40%, chỉ cần điều trị nội khoa bôi thuốc tại chỗ khởi sau 2 – 4 tuần. Chúng tôi có 1 trường hợp viêm da quanh hậu môn do nấm nên điều trị kháng sinh chống nấm khởi.

Hẹp miệng nối: hẹp miệng nối gặp trong phẫu thuật Rehbein và Soave, phẫu thuật Swenson ít gặp hơn. Chúng tôi có 1 người bệnh (3,25%) hẹp miệng nối sau mổ. Để tránh biến chứng hẹp hậu môn cần hẹn đến khám lại sau 2 tuần và hướng dẫn nong hậu môn hàng ngày 3 tháng sau mổ

Chức năng đại tiện: rất tốt và tốt chiếm 89,63%, tương tự các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm tỷ lệ đại tiện tự chủ sau mổ là 97%. Tỷ lệ số phân trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,62% tương tự như các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ số phân 3 – 19%, do cơ thắt trong còn lại quá ngắn, tình trạng số phân giảm dần theo thời gian. Tỷ lệ táo bón sau mổ của chúng tôi là 3,12% nhưng người bệnh chưa phải mổ lại vì táo bón không thường xuyên và đáp ứng với thụt nên chưa có chỉ định mổ lại. Chúng tôi không có trường hợp nào đại tiện không tự chủ.

Kết luận

Chúng tôi nhận thấy phẫu thuật sớm từ sau giai đoạn sơ sinh khi chưa có biến chứng bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với đường qua hậu môn một thì là phương pháp an toàn, cho chức năng đại tiện tốt.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Hồng Anh (2012). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi Georgeson có cải tiến điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh một thì ở trẻ em, luận án Tiến sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội
2. Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Đức Hậu (2006) kết quả bước đầu mổ chữa phình đại tràng bẩm sinh bằng phẫu thuật nội soi. Kinh nghiệm với 100 trường hợp. Y học Việt

- Nam số đặc biệt, tr 139- 141.
3. Ali K.A.E. (2010). Transanal endorectal pull- through for Hirschsprungs disease during the first month of life. *Annal pediater Surg.* 6(2).pp.81- 88
 4. El-Hak N.A.G., El-Hemaly M.M., Negm E.H., et al. (2010). Functional outcome after Swensons operation for Hirschsprungs disease. *Saudi J. Gastroenterol*, 16 (1), pp. 30- 34. *Pediatr Surg*, 39, pp. 345 – 351.
 5. Georgeson K.E., Cohen R.D., Hebra A., et al. (1999). Primary laparoscopic- assisted endorectal colon pull- through for Hirschsprungs disease a new gold standard. *Ann Surg.* 229 (5), pp. 678- 682.
 6. Kumar R, Mackay A, Borzi P (2013). Laparoscopic Swenson procedure- an optimal approach both primary and secondary pull- through for Hirschsprungs disease. *J. Pediatr Surg*, 38: 1441- 1443.
 7. Smith BM, Steiner RB, Lobe TE (1994). Laparoscopic Duhamel pull- through procedure for Hirschsprungs disease in childhood. *J. laparoendosc Surg.* 4: 273- 276.