

Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng toàn bộ

Nguyễn Thanh Phong

Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng, sa trực tràng toàn bộ.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thanh Phong,
Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh,
215 Hồng Bàng, Quận 5, TP HCM
Điện thoại: 0903643310
Email: phongy89@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/12/2017

Ngày duyệt: 22/2/2018

Ngày chấp nhận đăng:

20/4/2018

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sa trực tràng là một trong những bệnh lành tính hậu môn trực tràng nhưng có ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh. Bệnh thường gặp ở khoa hậu môn trực tràng. Phẫu thuật nội soi thường dùng điều trị sa trực tràng vì xâm hại tối thiểu, ít đau sau mổ và thẩm mỹ, có tỉ lệ tái phát và biến chứng thấp, cải thiện chức năng ruột sau mổ.

Phương pháp nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng. Hồi cứu các trường hợp sa toàn bộ trực tràng được phẫu thuật nội soi tại đơn vị hậu môn - trực tràng bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2015 đến tháng 9/2017, bao gồm tiêu không tự chủ, táo bón, tỉ lệ tai biến, biến chứng và tỉ lệ tái phát.

Kết quả: Có 12 người bệnh bao gồm 6 nữ và 6 nam, tuổi trung bình 61 (thay đổi từ 21 đến 82 tuổi). Tất cả đều nhập viện vì khối sa hậu môn khi đi tiêu (100%), trong đó có 1 (8,3%) trường hợp sa kẹt nhưng đẩy lên được, tiêu máu 4 (33,3%) trường hợp, táo bón 6 (50%) trường hợp (TH) và 2 (16,9%) TH tiêu không tự chủ. Không có TH nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 100 (thay đổi từ 90-150) phút. Thời gian có trung tiện trung bình là 48 (thay đổi từ 24-60) giờ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 6,5 (thay đổi từ 4 đến 15) ngày. Không có biến chứng đáng kể ngoại trừ 1 (8,3%) trường hợp bí tiểu sau mổ. Tất cả (100%) TH đều cải thiện triệu chứng tiêu không tự chủ và 66,7% TH cải thiện triệu chứng táo bón sau mổ. Không có tái phát và không có tử vong. Tỉ lệ thành công và người bệnh hài lòng 100%. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 3,8 tháng (thay đổi từ 2 đến 6 tháng).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, không tử vong và có tỉ lệ biến chứng thấp cải thiện triệu chứng táo bón và tiêu không tự chủ.

Laparoscopic treatment for total rectal prolapse

Nguyen Thanh Phong

University of medicine and pharmacy, Ho Chi Minh City

Abstract

Introduction: Rectal prolapse (RP) is a benign anorectal disease that affects the quality of life a lot. This is very common seen in Proctology Department. Laparoscopic surgery is the treatment of choice because of minimal

invasion, shorter hospital stay, lesser postoperative pain, cosmetic outcomes, low complication and recurrence rate with bowel functional improvement.

Material and Methods: The aim of the study is to evaluate the early results of the laparoscopic treatment of total rectal prolapse without strangulated prolapse. Data was retrospectively collected and analysed on patients who underwent laparoscopic surgery for full thickness rectal prolapse in proctology unit at Binh Dan hospital from January 2015 to September 2017. The pre- and post-operative course of each patient was followed up with attention paid to first bowel movement, faecal incontinence, constipation, recurrence, morbidity rate and hospital stay.

Results: There were 12 patients including 6 females and 6 males with the mean age of 61 years old (21 - 82). Clinical manifestations include rectal prolapse 100%, reducible strangulated 1 (8.3%), rectal bleeding 4 (33.3%), constipation 6 (50%) and faecal incontinence 2 (16.6%). No patient had conversion to open surgery. Mean duration of surgery was 100 minutes (90 - 150). The mean time for the first bowel movement was 48 (24 - 60) hours. Mean hospital stay was 6.5 (4 - 15) days. There was no significant postoperative complication except 1 (8.3%) case of urine retention. Of the 2 patients who had incontinence preoperatively, 100% showed improvement after surgery. Constipation was present in 6 patients preoperatively. 4 of them (66.7%) improved as regards after surgery. There have been no recurrence and mortality. The successful and satisfied rate was 100%. Mean follow-up time was 3.8 months (2 - 6).

Conclusion: Laparoscopic surgery is safe and effective in the management of complete rectal prolapse. This procedure is associated with minimal morbidity, no mortality and helps to improve the problems of incontinence and constipation.

Keyword: Laparoscopic treatment of rectal prolapse, total rectal prolapse

I. Đặt vấn đề

Sa trực tràng được coi như kết hợp thay đổi giải phẫu và rối loạn chức năng, tình trạng này thường gây ra táo bón hay tiêu không tự chủ, vì vậy cần có những chiến lược điều trị khác nhau. Phẫu thuật nhằm mục tiêu phục hồi chức năng sinh lý của hậu môn trực tràng, điều trị tình trạng sa, cải thiện triệu chứng tiêu không tự chủ và táo bón với tỉ lệ tử vong, biến chứng và tái phát thấp. Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng cho thấy có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở vì xâm hại tối thiểu ít đau sau mổ và thẩm mỹ, có tỉ lệ tái phát và biến chứng thấp, cải thiện chức năng ruột sau mổ. Chỉ định của phẫu thuật nội soi thì không khác biệt gì với mổ mở kinh điển.

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng.

II. Đối tượng - phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu 12 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng cho những người bệnh

tại khoa hậu môn trực tràng bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2015 đến 9/2017.

Loại trừ những trường hợp: người bệnh cần phải kết hợp phẫu thuật sa tạng sàn chậu khác, người bệnh đã được phẫu thuật sa trực tràng ngã bụng trước đó hay sa trực tràng kẹt nghẹt mà không đẩy vào được.

Trước mổ người bệnh được soi đại tràng- trực tràng để loại trừ bướu trực tràng. Tất cả người bệnh được khai thác triệu chứng táo bón hay tiêu không tự chủ.

Đánh giá tự chủ của hậu môn theo 4 mức độ:

- Độ 0: tự chủ hoàn toàn bình thường
- Độ 1: tự chủ với khí
- Độ 2: tự chủ với phân lỏng
- Độ 3: mất tự chủ cả hơi, phân lỏng và đặc.

Độ 0 và 1 coi như tiêu tự chủ còn độ 2 và 3 là tiêu không tự chủ.

Thời gian nằm viện sau mổ được tính từ ngày phẫu thuật đến khi xuất viện.

Sau mổ người bệnh được nuôi dưỡng bằng truyền tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện ghi nhận thời điểm có trung tiện.

Tỉ lệ mổ thành công, thất bại: Phẫu thuật được

xem là thất bại khi chuyển sang mổ mở hay tái phát.

- Mức độ hài lòng của người bệnh:

Trước khi xuất viện, hướng dẫn cho người bệnh tự đánh giá mức độ hài lòng của mình về cuộc mổ

giống như cách đánh giá của thang VAS với câu hỏi: Ông/Bà có hài lòng về cải thiện triệu chứng sau mổ của mình không? Tùy theo mức độ hài lòng mà người bệnh chọn cho thích hợp.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Không hài lòng					Rất hài lòng				
Mức độ hài lòng	Rất tốt		Tốt		Trung bình		Chấp nhận được		Không chấp nhận
Số điểm	9-10		7-8		5-6		3-4		1-2

Chuẩn bị phẫu thuật:

Tất cả người bệnh được chuẩn bị ruột và kháng sinh dự phòng trước mổ.

Phương pháp vô cảm: người bệnh được gây mê toàn thân để phẫu thuật.

Thời gian và chăm sóc hậu phẫu: Sau mổ người bệnh được dinh dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện và xuất viện từ 5-7 ngày sau mổ. Vết thương được thay băng, chăm sóc hàng ngày và ghi nhận triệu chứng táo bón, tiêu không tự chủ hay các biến chứng.

Thời gian theo dõi kết quả sớm sau mổ là 2 đến 6 tháng (người bệnh được hẹn tái khám 2,4,6 tháng sau mổ).

III. Kết quả

Tổng cộng 12 người bệnh sa trực tràng được phẫu thuật nội soi điều trị và thu thập dữ liệu đưa vào nghiên cứu.

Dịch tể học: Tuổi trung bình của người bệnh 61. Tuổi nhỏ nhất là 21 và cao nhất là 82 tuổi. Trong số 12 người bệnh được thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng, có 6 người bệnh phái nam và 6 người bệnh là nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1:1. Trong đó tuổi trung bình của người bệnh nam là 53,8 và tuổi trung bình của nữ là 69,8.

Đa số (91,7%) người bệnh đều là ASA II và có 1(8,3%) người bệnh là ASA III, không có ASA IV

Thời gian mắc bệnh trung bình là 5 năm (ngắn nhất 1 năm, lâu nhất 20 năm).

Có 4 TH có tiền sử phẫu thuật trước đó gồm: 3 TH mổ lằm với bệnh trĩ (1 TH phẫu thuật Longo, 2 TH cắt trĩ) tại tuyến trước và 1 TH được phẫu thuật Starr.

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh

Tuổi trung bình 61 (21- 82)	
Nam	53,8 (21-82)
Nữ	69,8 (45-82)
Nguy cơ phẫu thuật	
ASA II	11 (91,7%)
ASA III	1 (8,3%)
Thời gian mắc bệnh (năm)	5 (1-20)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

	Số người bệnh	Tỉ lệ %
Khối sa khi đi tiêu	12	100
Táo bón	6	50
Chảy máu	4	33,3
Tiêu không tự chủ	2	16,6
Sa kẹt	1	8,3

Có 1 TH sa kẹt nhưng đẩy vào được trước khi mổ.

Tất cả người bệnh được soi hậu môn trực tràng kết quả: có 2 trường hợp viêm đỏ niêm mạc trực tràng khi soi, ghi nhận 2 TH có đại tràng Sigma dài.

Không có TH nào thực hiện Videoproctoscope hay MRI defecogrphaphy.

Tất cả người bệnh đều được phẫu thuật nội soi, không có trường hợp nào chuyển mổ mở, không trường hợp nào tái phát, tỉ lệ thành công 100%. Không có TH nào tổn thương ruột hay trực tràng lúc mổ.

Có 9 (75%) TH khâu treo cố định trực tràng vào mỏm nhô bằng mesh, trong đó có một (8,3%) TH kèm cắt đoạn đại tràng sigma dài.

Có 2 (16,6%) khâu treo cố định trực tràng vào mỏm nhô.

Có một (8,3%) TH cắt trước thấp nối máy.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 100 (thay đổi từ 90-150) phút.

Thời gian có trung tiện trung bình là 48 (thay đổi từ 24-60) giờ.

Thời gian hậu phẫu trung bình là 6,5 ngày (thay đổi từ 4 đến 15 ngày). Trường hợp lâu nhất 15 ngày là cắt trước thấp nối máy có biến chứng bí tiểu sau mổ được điều trị nội.

Có 5 TH ghi nhận đại tràng sigma dài lúc mổ thì 1 TH được cắt đoạn đại tràng sigma và người bệnh này có cải thiện triệu chứng táo bón sau mổ. Trong 4 TH còn lại không cắt đại tràng thì triệu chứng táo bón cải thiện 2/4 TH (50%).

Không có trường hợp nào tiêu không tự chủ.

Bảng 3. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và biến chứng

Phương pháp phẫu thuật	Biến chứng (%)		
	Không	Táo bón	Bí tiểu
Khâu treo bằng mesh	6 (50%)	2 (16,6%)	0
Khâu mesh + cắt sigma	1 (8,3%)	0	0
Khâu treo	2 (16,6%)	0	0
Cắt trước thấp	0	0	1 (8,3%)

Không có tử vong.

100% người bệnh hoàn toàn hài lòng với phẫu thuật.

IV. Bàn luận

Dịch tễ:

Sa trực tràng là bệnh tương đối phổ biến ở các nước phương Tây với tỉ lệ là 420/ 100000 dân. Trên 65 tuổi thì tỉ lệ này là 1000/100000. Bệnh xảy ra chủ yếu ở phụ nữ trung niên và lớn tuổi cùng với sa tạng chậu khác như sa bàng quang, tử cung. Yếu tố nguy cơ gây sa trực tràng thì tương tự với sa tạng chậu như túi cùng Douglas thấp bất thường, giãn và

mất trương lực cơ sàn chậu và ống hậu môn, suy yếu cơ thắt ngoài và cơ thắt trong hậu môn, thường kết hợp với bệnh thần kinh sinh dục và thiếu sự cố định trực tràng. Ngoài ra còn có các yếu tố thuận lợi gây sa trực tràng như: béo phì, thai kỳ, táo bón mạn tính và các nguyên nhân khác gây tăng áp lực ổ bụng.

Phụ nữ trên 50 tuổi thường dễ bị sa trực tràng gấp 6 lần so với nam giới (1), mặc dù cho đến nay nhiều tác giả đều cho rằng sa trực tràng là hậu quả của việc sinh đẻ nhiều và khoảng 1/3 người bệnh nữ sa trực tràng là có nhiều con. Tuổi thường gặp nhất là nữ trên 70 tuổi, ngược lại người bệnh nam thường gặp là dưới 40 tuổi, đặc điểm nổi bật nhất ở người bệnh trẻ là mắc bệnh tâm thần tự kỷ, người bệnh trẻ sa trực tràng thường có triệu chứng đặc hiệu liên quan đến chức năng đại tràng đặc biệt là tống xuất phân.

Một nghiên cứu khác cũng nhận thấy có đến 90% người bệnh là phái nữ (2), tần suất bệnh thường gặp ở trẻ con và người lớn tuổi. Tiền sử người bệnh có bệnh tâm thần chiếm đến 50% các trường hợp (2). Trong nghiên cứu này tỉ lệ người bệnh nam tương đương với người bệnh nữ và người bệnh nam ở độ tuổi trẻ hơn người bệnh nữ và yếu tố nguy cơ phẫu thuật đa số là ASA II (91,7%) cho thấy chỉ định phẫu thuật nội soi thì nghiêm ngặt hơn so với mổ ngã tăng sinh môn.

Tuy mẫu còn nhỏ nhưng chúng tôi nhận thấy sa trực tràng có thể xảy ra ở những người bệnh còn trẻ (21 tuổi). Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 61 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng:

Khối sa ở hậu môn, lúc đầu thường nhỏ nhắn, xuất hiện khi đi cầu, kèm theo là thỉnh thoảng có triệu chứng chảy máu khi đi tiêu làm người bệnh lầm tưởng với bệnh trĩ. Trong nghiên cứu này, tất cả người bệnh (100%) đều nhập viện vì khối sa ra ngoài hậu môn khi đi tiêu kèm theo là triệu chứng táo bón (50%), tiêu không tự chủ không thường gặp (16,6%), chảy máu khi đi tiêu (33,3%) làm người bệnh lầm tưởng với bệnh trĩ. Nếu thầy thuốc không thăm khám lâm sàng cẩn thận thì cũng dễ dàng chẩn đoán lầm với bệnh trĩ. Chúng tôi có 3(24,9%) TH chẩn đoán lầm và được mổ ở bệnh viện khác trước

đó là trĩ hỗn hợp, vì thực sự khi thăm khám hay ngay cả nội soi hậu môn trực tràng cũng không phát hiện được sa trực tràng nếu khối sa trực tràng đã tụt vào.

Khi khám người bệnh ngồi ở tư thế ngồi xổm hay thực hiện Videoproctoscopy hay khi khối sa kẹt hay nghẹt thì mới dễ dàng phát hiện được bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có trường hợp nào được thực hiện Videoproctoscopy. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy chẩn đoán có thể có được một cách rõ ràng và khách quan khi cho thực hiện chụp Videoproctoscopy. Biện pháp này còn giúp chẩn đoán phân biệt giữa bệnh trĩ và sa trực tràng cũng như chẩn đoán chính xác mức độ sa của trĩ hay sa trực tràng. Một số trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán lầm giữa sa trực tràng và trĩ. Hậu quả là hoại tử trực tràng sa do đắp thuốc.

Nội soi đại tràng sigma hay khung đại tràng bằng ống soi mềm là cần thiết để loại trừ bất kỳ sang thương lành tính hay ác tính mà có thể đóng vai trò như điểm khởi phát của lồng đại trực tràng, hơn nữa cần phải loại trừ những ổ loét trực tràng đơn độc có thể do sa trực tràng nội.

Niêm mạc trực tràng sa dễ bị phù nề và viêm loét hoại tử. Khi sa trực tràng lớp thanh mạc trực tràng (phúc mạc tạng) bị xếp nếp và có thể viêm dính gây kẹt. Trong nghiên cứu này tất cả người bệnh đều được soi sigma- trực tràng, có 2 (16,6%) trường hợp viêm đỏ niêm mạc trực tràng khi soi và 1 (8,3%) TH sa kẹt nhưng sau thời gian điều trị nội đã đẩy vào lại trước mổ.

Phương pháp phẫu thuật, biến chứng, tái phát:

Nhiều loại phẫu thuật điều trị sa toàn bộ trực tràng đã được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân trong suốt mấy thập niên. Phẫu thuật ngã bụng có nhiều thay đổi đặc biệt là phẫu thuật nội soi đã ngày càng thực hiện rộng rãi:

Phẫu thuật nội soi treo trực tràng với mesh: mesh tổng hợp đã được dùng trong thời gian dài để cố định trực tràng vào mỏm nhô, nhưng tỉ lệ biến chứng cao đặc biệt dễ gây tình trạng táo bón sau mổ nên cần cân nhắc ở những người bệnh sa trực tràng có táo bón

Khâu treo trực tràng bằng mesh kèm cắt bỏ đoạn đại tràng sigma cho kết quả về chức năng tốt hơn

nhưng có nguy cơ xì rò miệng nối. Trong nghiên cứu này có 9 (75%) TH khâu treo cố định trực tràng vào mỏm nhô bằng mesh, trong đó có 1 (8,3%) TH kèm cắt đoạn đại tràng sigma dài.

Frykman (2) đề xuất những người bệnh sa trực tràng có triệu chứng táo bón nên cắt đại tràng sigma kết hợp với khâu treo trực tràng. Phương pháp này không dùng mesh tổng hợp, dễ thực hiện và cắt bỏ đoạn đại tràng sigma dài, tỉ lệ tái phát thấp 2-5% và tỉ lệ biến chứng 0-20%.

Mặc dù có số ít người bệnh có triệu chứng đi tiêu không tự chủ có cải thiện triệu chứng này sau khi cắt đoạn đại tràng sigma nhưng chỉ định cắt sigma trong tiêu không tự chủ ít gặp, nhiều nghiên cứu cho rằng cắt đại tràng sigma thì không cần thiết nếu không có táo bón và tiêu không tự chủ hoặc những người bệnh có nguy cơ táo bón trong tương lai.

Chúng tôi nhận thấy khi có cắt đoạn đại tràng sigma dài - tạo miệng nối và treo trực tràng hoàn toàn qua nội soi đòi hỏi phẫu thuật viên cần có kỹ năng thành thực hơn và dụng cụ nội soi nhiều hơn vì vậy cần phải xác định loại phẫu thuật nào là cần thiết cho mỗi người bệnh.

Khâu treo trực tràng: có tỉ lệ tái phát (4-8%) và biến chứng (10-33%) tương đương với mổ mở nhưng có ưu điểm là ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và có nhu động ruột sớm, hơn nữa phẫu thuật nội soi này dễ thực hiện và khả thi đối với những người bệnh có nguy cơ cao (5).

Tỉ lệ tái phát là 20% nên phẫu thuật này thường được chọn vì tương đối an toàn với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp nhất (3). Không có biến chứng và tử vong trong 2 (16,6%) trường hợp khâu treo cố định trực tràng vào mỏm nhô của chúng tôi.

Phẫu thuật nội soi cắt trước: có tỉ lệ tái phát và tỉ lệ biến chứng cao hơn nên không là chọn lựa điều trị đầu tiên.

Chúng tôi chỉ có một (8,3%) TH cắt trước thấp nối máy kết quả là có biến chứng bí tiểu sau mổ có thể là do cắt mạc treo trực tràng trong khi cắt đoạn đại trực tràng đã cắt bỏ nhiều dây thần kinh hướng tâm nằm trong mạc treo.

Vì số liệu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ và

chưa có so sánh giữa các kỹ thuật mổ nên chúng tôi chưa thể đưa ra kết luận cho từng phương pháp.

Không có trường hợp nào trong nghiên cứu của chúng tôi phải chuyển sang mổ mở hay phương pháp khác. So với nghiên cứu của Heah (4) là 16% do tổn thương ruột khi mổ, phẫu trường kém và dính, nguồn sáng kém, người bệnh bị ép tim khi bơm hơi. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cho phẫu trường rõ ràng và phóng đại nhiều lần trong khung chậu hẹp chứa những cấu trúc quan trọng như niệu quản và đám rối thần kinh hạ vị so với các trường hợp mổ mở trước đây.

VỀ CHỨC NĂNG:

Theo Graf (3) khâu treo trực tràng bằng mesh có sự cải thiện chức năng tiêu tự chủ thấp chỉ 40% TH. Tuy nhiên khi so sánh với phẫu thuật khâu treo trực tràng không dùng mesh thì kết quả còn kém hơn khi có dùng mesh vì mesh thì không ảnh hưởng chức năng chứa đựng của trực tràng so với khâu treo đơn thuần. Trong nghiên cứu này có 2 (16,6%) người bệnh khâu treo trực tràng bằng mesh có triệu chứng tiêu không tự chủ trước mổ, sau phẫu thuật tất cả người bệnh đều được cải thiện triệu chứng này. Tuy số liệu còn ít nhưng cũng cho thấy hiệu quả của phẫu thuật.

Cùng với triệu chứng tiêu không tự chủ, táo bón là triệu chứng thường xảy ra khi sa trực tràng toàn bộ, người bệnh bị sa trực tràng toàn bộ thường có sự suy yếu sự thích nghi với chức năng chứa phân của trực tràng góp phần gây không tự chủ của hậu môn và kết quả là hơn 50% người bệnh bị tiêu không tự chủ (3).

Táo bón trong sa trực tràng chiếm tỉ lệ 15-65% (3) trong nghiên cứu của chúng tôi táo bón chiếm 6 (50%) người bệnh. Trong giai đoạn hậu phẫu chỉ có 2/6 (33,3%) người bệnh còn triệu chứng táo bón, táo bón là vấn đề sau phẫu thuật khâu treo trực tràng đặc biệt khi có dùng mesh (10-47%). Nghiên cứu của chúng tôi còn 2/6 TH táo bón sau mổ là do đại tràng sigma dài mà không được cắt bỏ khi phẫu thuật và cả 2 trường hợp này đều là khâu treo trực tràng bằng mesh. Nguyên nhân táo bón là do mesh cản trở ở chỗ nối của sigma- trực tràng, do đại tràng sigma dài mà không cắt bỏ sa xuống túi cùng Douglas sâu bất thường hay do

cắt bỏ dây chằng bên trực tràng có chứa đám rối thần kinh phó giao cảm trong thì di động trực tràng.

Thời gian phẫu thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là 100 (thay đổi từ 90-150) phút, so với thời gian khâu treo của Heah (4) là 96 phút (thay đổi từ 50-150) và có cắt đại tràng sigma dài là 258 phút (thay đổi từ 150-380), so với khâu treo trực tràng bằng mesh là 140 phút (thay đổi từ 105-240) thì cũng tương đương. Thời gian mổ có dùng mesh dài hơn là do phải chuẩn bị mesh đưa vào ổ bụng và xác định vị trí mesh cũng như khâu dính cố định mesh.

Thời gian hậu phẫu:

Có liên quan đến sự hồi phục và biến chứng của người bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian hậu phẫu trung bình là bình 6,5 ngày (thay đổi từ 4 đến 15 ngày) thì tương tự với nghiên cứu của Graf (3) là 5.8 ngày (thay đổi từ 2-10) và có cắt đoạn sigma dài là 15 ngày (thay đổi từ 6-47), chúng tôi có 1 TH hậu phẫu 15 ngày ở một người bệnh được cắt trước thấp nối máy có biến chứng bí tiểu sau mổ được điều trị nội.

V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, không tử vong và có tỉ lệ biến chứng thấp cải thiện triệu chứng táo bón và tiêu không tự chủ.

Tài liệu tham khảo

1. Azimuddin K, Khubchandani I, Rosen L. (2001). Rectal prolapse: a search for the best operation. Am Surg 67: 622–627.
2. Frykman H, Goldberg S (1969). The surgical treatment of rectal procidentia. Surg Gynecol Obstet. 129:1225–1230.
3. Graf W, Karlhom U, Pahlman L, (1996). Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception. Eur J Surg.162:905–911.
4. Heah S, Hartley J, Hurley J, (2000). Laparoscopic suture rectopexy without resection is effective treatment for full thickness rectal prolapse. Dis Colon Rectum 43: 638- 643.
5. Plocek M, Geisler D, Glennon E, (2005). Laparoscopic colorectal surgery in the complicated patient. Am J Surg.;190:882–885.