

Đánh giá rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng

Phan Thanh Tuấn, Dương Bá Lập, Lê Phong Huy, Nguyễn Thanh Lâm Phú, Nguyễn Thanh Sang, Trần Trí Bảo, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hứa Thành Danh

Bệnh viện Bình Dân

Từ khóa:

TME, ung thư trực tràng, chức năng bàng quang.

Địa chỉ liên hệ:

Phan Thanh Tuấn,
Bệnh viện Bình Dân
371 Điện Biên Phủ - Phường 4 -
Quận 3 - TP. Hồ Chí Minh Điện
thoại: 0919 223 070
Email: phanthanhtuan@live.com

Ngày nhận bài: 29/9/2020

Ngày duyệt: 13/10/2020

Ngày chấp nhận đăng:

23/10/2020

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bao gồm: thứ nhất cắt trọn khối mạc treo trực tràng, thứ hai là phân tích cũng như nhận biết và bảo vệ hệ thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật. Tỷ lệ rối loạn chức năng tiết niệu sau phẫu thuật có thể lên tới 27%, rối loạn chức năng tình dục dao động từ 11% đến 55% tại Việt Nam hiện chưa có những báo cáo về những rối loạn về chức năng tiết niệu dục sau phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có kèm bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sự rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu.

Phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019 tại Khoa ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Bình Dân TP. Hồ Chí Minh. Người bệnh bị ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

Kết quả: 28 trường hợp u trực tràng trên, 77 trường hợp u trực tràng giữa và 65 trường hợp u trực tràng dưới. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của khối u ($> 4\text{cm}$) với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ ($p = 0,043$). Thời gian phẫu thuật trung vị là 180 phút không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm IPSS trước và sau mổ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm chất lượng cuộc sống trước và sau mổ. Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang là 10,59%.

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là 10,59% và có mối liên quan giữa kích thước u ($\geq 4\text{cm}$). Chưa ghi nhận được sự liên quan giữa yếu tố: giới tính, chỉ số khối cơ thể, vị trí u, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất với tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật. Điểm IPSS, điểm chất lượng cuộc sống không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau mổ.

Bladder dysfunction after rectal cancer laparoscopic

Phan Thanh Tuan, Duong Ba Lap, Le Phong Huy, Nguyen Thanh Lam Phu, Nguyen Thanh Sang, Tran Tri Bao, Nguyen Ba Minh Nhat, Hua Thanh Danh

Binh Dan Hospital

Abstract

Introduction: The main goal of total mesorectal excision is to remove the rectal tumor with the pararectal lymph nodes, and preservation of structures outside the rectal fasciation, particularly nerve fibers. Functional urinary problems rate is 27% of patients after surgery and sexual problems arise in 11 – 55% of patients. In Vietnam, there is no research about urinary and sexual problems after total mesorectal excision surgery with pelvic autonomic nerve preservation. This study is to assess the functional bladder disorder after total mesorectal excision surgery with pelvic autonomic nerve preservation.

Materials and Methods: From 01/2018 to 06/2019 in Gastrointestinal Surgical Department of Binh Dan hospital.

Patients with rectal cancer was indicated laparoscopic total mesorectal surgery.

Results: 28 patients with upper rectal tumor, 77 patients with middle tumor and 65 patients with lower tumor was analysed. there is a relationship between tumor size ($\geq 4\text{cm}$) and functional bladder problem is statistically significant ($p = 0,043$). Median operating time is 180 minutes and not statistically significant with functional bladder problem. IPSS score and quality of life scale are not statistically significant between before and after surgery. The functional bladder problem rate is 10,59%.

Conclusions: The functional bladder problem rate is 10,59% and there is a relationship between tumor size ($\geq 4\text{cm}$) and functional bladder problem is statistically significant. There is no relationship between gender, BMI, tumor position, operating time, total operation blood loss with functional bladder problem after surgery. IPSS score and quality of life scale are not statistically significant between before and after surgery

Keywords: TME, rectal cancer, bladder function.

Đặt vấn đề

Phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đã có nhiều thay đổi trong vài thập kỷ trở lại đây. Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bao gồm: thứ nhất cắt trọn khối mạc treo trực tràng trong đó có mạch máu, dẫn lưu bạch huyết, mô mỡ cũng như các mạc của trực tràng thành khối (đóng gói u), thứ hai là phân tích cũng như nhận biết và bảo vệ hệ thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật. Điều này đảm bảo cho kết quả tốt về mặt ung thư, đồng thời cũng bảo

toàn chức năng niệu dục sau mổ, không làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Tỷ lệ rối loạn chức năng tiết niệu có thể lên tới 27% trong đó bao gồm khó khăn trong việc làm trống bàng quang (tiểu khó, bí tiểu) cũng như tiểu không tự chủ. Các rối loạn chức năng tình dục dao động từ 11% đến 55% sau phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

Theo tài liệu chúng tôi thu thập được tại Việt Nam hiện chưa có những báo cáo về những rối

loạn về chức năng niệu dục sau phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có kèm bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. Như vậy đánh giá chức năng niệu dục sau mổ ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu là một nhu cầu cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sự rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019 tại Khoa ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Bình Dân TP. Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh bị ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh:

Người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

Giai đoạn ung thư I-III theo AJCC VIII.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh có bệnh lý bàng quang trước đó như bàng quang thần kinh, phẫu thuật ở bàng quang, hoặc có phẫu thuật bệnh lý tiền liệt tuyến.

Quy trình

Chuẩn bị người bệnh

Chuẩn bị trước mổ: cho người bệnh ăn nhẹ vài ngày trước phẫu thuật, ngày trước phẫu thuật uống Fortrans. Nếu người bệnh có dấu hiệu bán tắc ruột trước đó, hoặc phim X-quang đại tràng hình ảnh cắt cụt, hoặc nội soi đại tràng hẹp khí... thì thực tháo đại tràng đến nước trong trước mổ.

Người bệnh nằm ngửa, 2 chân dạng, chân phải đặt thấp, hơi khép.

Mông đặt thấp xuống khỏi mép bàn để chuẩn bị cho thì khâu nối.

Hai tay đặt dọc thân người. Đặt sonde mũi – dạ dày, sonde bàng quang.

Bàn đầu thấp 30°, nghiêng phải 15°.

Đặt 4 trocar tại các vị trí: trocar 10mm dưới rốn, 12mm hố chậu phải, 5mm ở hông phải và hông trái.

Thăm sát

Quan sát toàn thể ổ bụng, xác định vị trí khối u, độ lớn, xâm lấn. U nhỏ có thể phải nội soi đại tràng đánh dấu vị trí.

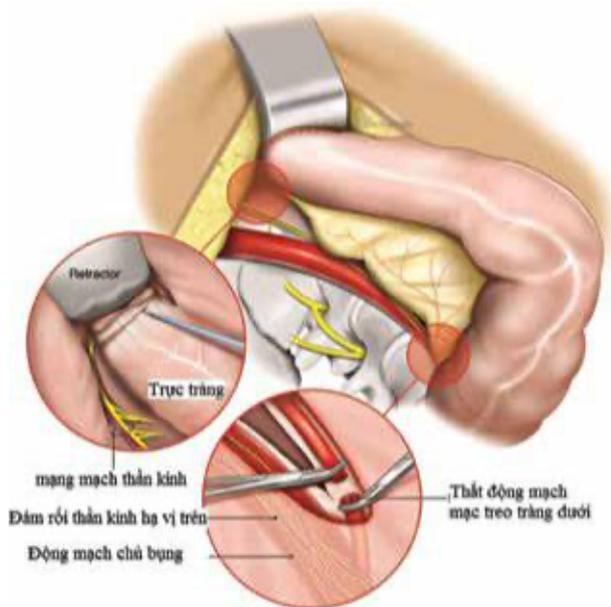
Đánh giá hạch dọc mạch máu đại tràng.

Đánh giá gan, dịch ổ bụng. Tạo khoảng trống trong ổ bụng.

Kỹ thuật mổ

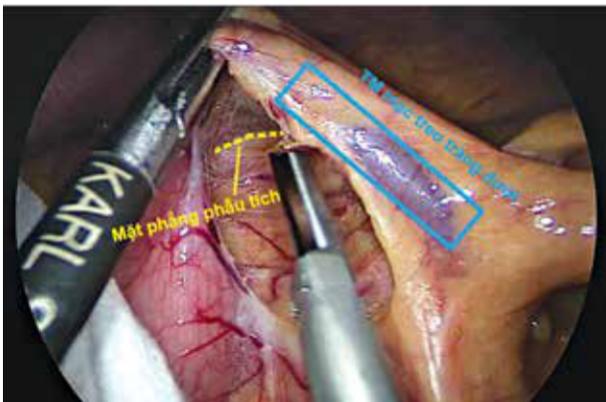
Những lưu ý trong quá trình phẫu tích để tránh tổn thương thần kinh vùng chậu

Bắt đầu bóc tách tìm khoang phẫu tích từ tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, tiếp cận ngay dưới tĩnh mạch mạc treo tràng dưới gần gốc Treitz để vào khoang phẫu tích, rồi đi vòng qua phải xuống gốc của động mạch mạc treo tràng dưới để đảm bảo liên tục của khoang mạc treo và không gây tổn thương đám rối hạ vị trên ngay gốc mạc treo tràng dưới. Chúng ta tiếp tục theo khoang phẫu tích đi ra mạc bên và đi trên cấu trúc niệu quản, bó mạch sinh dục và các nhánh thần kinh quanh động mạch chậu để đảm bảo sự toàn vẹn của khoang phẫu tích.



Hình 1: Vị trí thắt động mạch mạc treo tràng dưới [1]

Cắt động mạch mạc treo tràng dưới nên cách gốc động mạch chủ từ 1,5cm - 2cm, để tránh tổn thương đám rối hạ vị trên ngay phía trên của động mạch chủ.



Hình 2: Vị trí tiếp cận khoang phẫu tích

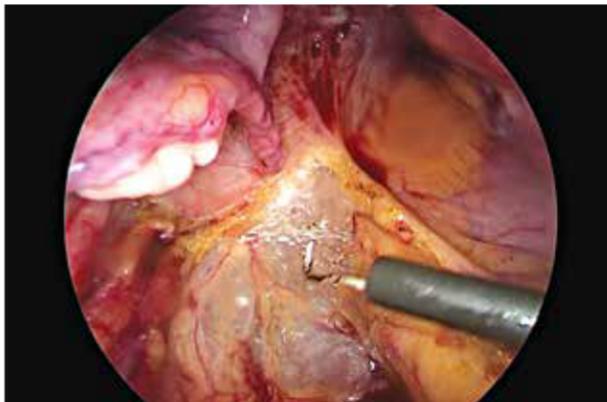
Cầm màng lớn động mạch mạc treo tràng dưới làm tăng nguy cơ tổn thương nhánh trái của đám rối hạ vị trên, dẫn tới làm đứt liên kết với nhánh thần kinh bên phải ngay khoang phẫu tích trước động mạch chủ.

Quan sát mạc Gerota trong quá trình di động niệu quản và bó mạch sinh dục để bảo tồn các sợi thần kinh của đám rối hạ vị trên.

Tại vị trí u nhô, nơi phân chia của mạc treo đại tràng sigma và mạc treo trực tràng là nơi rất dễ gây tổn thương đám rối trước xương cùng và đám rối hạ vị. Để tránh đi nhầm khoang phẫu tích, điều quan trọng là bóc tách “khoảng” ngay dưới của động mạch trực tràng trên để đi vào mặt phẳng phẫu tích trước mạc trước xương cùng, hay có thể đi gần 2cm trước u nhô để vào khoang phẫu tích.



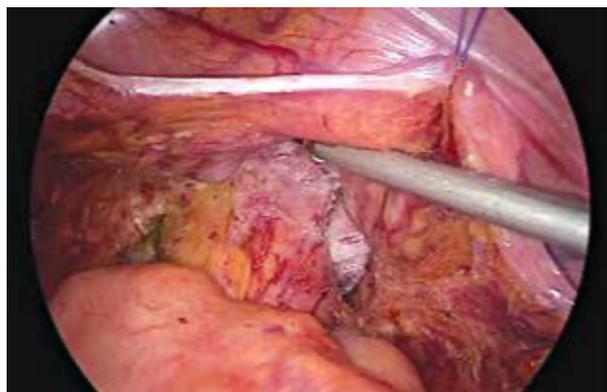
Hình 3: Thần kinh hạ vị phải và trái



Hình 4: Thành chậu bên trái, thần kinh hạ vị trái

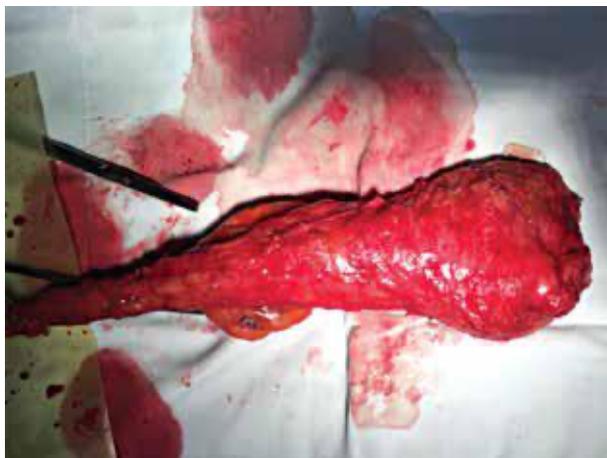
Cách tốt nhất để phẫu tích đi mặt bên là đi mặt sau trực tràng xuống thấp tới cơ nâng. Quan sát thấy được các sợi thần kinh hạ vị đi vào lớp sau của mạc thành, và có thể dính sợi thần kinh vào mạc treo trực tràng ở hai bên. Phẫu thuật viên nên dùng móc để tách cẩn thận nhằm tránh tổn thương các sợi thần kinh.

Phẫu tích quanh cơ quan niệu dục



Hình 5: Cản denonvillier

Phẫu tích đi dưới phúc mạc trực tràng từ tuyến tiền liệt, túi tinh và âm đạo, nơi mà rất dễ gây tổn thương thần kinh. Điều đó yêu cầu phẫu thuật viên cần hiểu rõ mạc Denonvilliers và sự bao phủ phía trước của mạc treo trực tràng. Có thể rất khó nhận biết mạc Denonvilliers ở người già cũng như người bệnh đã xạ trị trước mổ hay khung chậu hẹp. Tuy nhiên, một số khuyến cáo cho rằng có thể đi sát vào trực tràng và nhận biết mạc Denonvilliers bằng cách quan sát cơ vòng của trực tràng.



Hình 6: Mẫu bệnh phẩm

Kết quả

Đặc điểm chung: có 170 trường hợp người bệnh trong nghiên cứu

Người bệnh nhỏ tuổi nhất là 24 tuổi, lớn nhất là 89 tuổi. Độ tuổi trung bình là 61,45 tuổi ± 25,08 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi có 69 người bệnh nam (40,59%) và 101 người bệnh nữ (59,41%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 58 người bệnh thừa cân với BMI ≥ 23kg/m², 32 người bệnh thiếu cân với BMI < 18,5kg/m², 47% người bệnh có cân nặng bình thường.

Vị trí u

Bảng 1: Liên quan giữa vị trí u với rối loạn chức năng bàng quang 120 phút và thời gian dài nhất là 340 phút. Chúng tôi sau mổ.

Vị trí:	Trên	Giữa	Dưới
Rối loạn chức năng bàng quang	1	9	8
Không rối loạn chức năng bàng quang	27	68	57

Kích thước u

Bảng 2: Liên quan giữa kích thước u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ

Kích thước	≥ 4cm	< 4cm
Rối loạn chức năng bàng quang	17	1
Không rối loạn chức năng bàng quang	111	41

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 74,71% trường hợp khối u có kích thước từ ≥ 4cm. Chúng tôi ghi nhận có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của khối u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (p = 0,043).

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật:

Bảng 3: Liên quan giữa thời gian phẫu thuật với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ.

	Thời gian trung bình (phút)	Độ lệch chuẩn (phút)
Rối loạn chức năng bàng quang	221,944	81,333
Không rối loạn chức năng bàng quang	201,493	72,432

Thời gian phẫu thuật trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 180 phút. Thời gian ngắn nhất là

ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (p = 0,1979).

Lượng máu mất trong mổ:

Bảng 4: Liên quan giữa lượng máu mất trong mổ với rối loạn chức năng

	Lượng máu mất TB (ml)	Độ lệch chuẩn (ml)
--	-----------------------	--------------------

Nghiên cứu của chúng tôi có 28 trường hợp u trực tràng trên, 77 trường hợp u trực tràng giữa và 65 trường hợp u trực tràng dưới.

Rối loạn chức năng
bàng quang 122,222

108,766

Không rối loạn chức
năng bàng quang 107,704

77,259

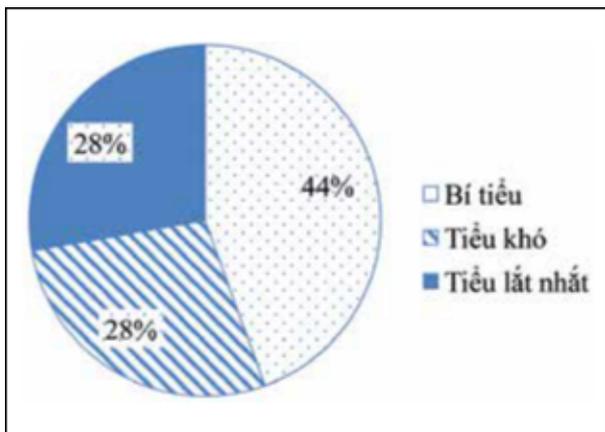
Lượng máu mất trong các trường hợp mổ của chúng tôi trung bình là 109,24ml. Lượng máu mất ít nhất là 50ml và nhiều nhất là 500ml. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất ở các người bệnh có hoặc không rối loạn chức năng bàng quang sau mổ ($p = 0,7953$).

Điểm số IPSS và chất lượng cuộc sống:

Chúng tôi ghi nhận trung bình điểm IPSS trước mổ là $2,624 \pm 2,480$. Điểm IPSS thấp nhất trước mổ là 1 điểm và cao nhất là 6 điểm. Điểm IPSS trung bình sau mổ là $2,653 \pm 2,6$, điểm IPSS thấp nhất sau mổ là 1 điểm và cao nhất là 7 điểm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm IPSS trước và sau mổ ($p = 0,3173$).

Điểm Chất lượng cuộc sống trung bình trước mổ là $1,571 \pm 1,105$, điểm cao nhất là 3 điểm và thấp nhất là 1 điểm. Điểm Chất lượng cuộc sống trung bình sau mổ là $1,612 \pm 1,134$, cao nhất là 1 điểm và thấp nhất là 3 điểm. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Chất lượng cuộc sống trước và sau mổ ($p = 0,0896$).

Rối loạn chức năng bàng quang sau mổ:



Biểu đồ 1: Các rối loạn chức năng bàng quang sau mổ.

Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,59%. Các loại rối loạn bao gồm 8 trường hợp bí tiểu, 5 trường hợp tiểu khó và 5 trường hợp tiểu lắt nhắt. Trong những trường hợp có rối loạn chức năng bàng quang sau mổ, có 2 trường hợp phải mang thông tiểu về sau khi xuất viện.

Bảng 5: Liên quan giữa giới tính và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ

	Có rối loạn chức năng bàng quang	Không rối loạn chức năng bàng quang
Nam	13	88
Nữ	5	64

Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa RLCN bàng quang sau mổ với giới tính (phép kiểm Chi bình phương, $p = 0,242$).

Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (phép kiểm Chi bình phương, $p = 0,925$).

Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan giữa lớn tuổi (trên 60 tuổi) với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (phép kiểm Chi bình phương, $p = 0,849$).

Bàn luận

Trong đó độ tuổi trung bình là $61,45 \pm 25,08$, nhỏ nhất 24 và lớn nhất là 89 tuổi. Kết quả khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước. Qua nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa tuổi (> 60 tuổi) với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ ($p = 0,849$). Tuy nhiên, theo Hyung thì tuổi > 60 là một yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng bàng quang sau mổ [2].

Giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,59% nam và 59,41% nữ. Không có mối liên quan giữ giới tính với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ($p = 0,242$), kết quả này khác so với Hyung khi tác giả cho rằng giới tính cũng là một yếu tố nguy cơ của các rối loạn niệu dục sau mổ [2].

Có 18,82% người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm nhẹ cân, nhóm thừa cân chiếm 34,12%, nhóm bình thường là 47,06%, qua phân tích chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ ($P = 0,925$).

Nghiên cứu của chúng tôi có 28 trường hợp u trực tràng trên (16,47%), 77 trường hợp u trực tràng

giữa (45,29%) và 65 trường hợp u trực tràng dưới (38,24%), Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan giữa vị trí u và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (phép kiểm Chi bình phương, $P = 0,415$).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 74,71% trường hợp khối u có kích thước từ ≥ 4 cm. Chúng tôi ghi nhận có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của khối u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ ($P = 0,043$).

Chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 180 phút, thời gian ngắn nhất là 120 phút và thời gian dài nhất là 340 phút. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ. Theo Kennichiro thời gian phẫu thuật kéo dài trên 240 phút sẽ có nguy cơ ảnh hưởng đến các rối loạn chức năng bàng quang sau mổ.

Lượng máu mất trong các trường hợp mổ của chúng tôi trung bình là 109,24ml. Lượng máu mất ít nhất là 50ml và nhiều nhất là 500ml. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất ở các người bệnh có hoặc không rối loạn chức năng bàng quang sau mổ. Kenichiro và cộng sự qua nghiên cứu của mình cho thấy lượng máu mất trên 300ml cũng có ảnh hưởng đến chức năng bàng quang sau mổ [3].

Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang chung sau mổ là khá cao tùy theo nghiên cứu, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 10,59%, so với Sterk [4] 24,4%, Shirouzu < 20% (mổ mở) [5], Liang 17,6% [6], Jayne 21% [7], Kim 29,1% [8] (mổ nội soi). Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các rối loạn chức năng bàng quang sau mổ đều hồi phục dần và không ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh, bằng chứng là điểm khảo sát chất lượng cuộc sống về các rối loạn chức năng bàng quang không có sự khác biệt giữa trước ($1,57 \pm 1,1$ điểm) và sau mổ ($1,61 \pm 1,13$ điểm) một tuần ($p = 0,0896$), theo một nghiên cứu của Sterk và cộng sự cho thấy rằng 90% trường hợp các rối loạn chức năng bàng quang sau mổ sẽ trở về bình thường chỉ 10% trường hợp còn tiếp tục có các rối loạn kéo dài sau 6 tháng [4]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp rối loạn chức năng bàng quang nặng sau mổ, người bệnh vẫn còn phải mang thông tiểu khi xuất viện điều này ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và người bệnh gần như không hài lòng về sự rối loạn này. Hai người bệnh bao gồm một nam và một nữ: người bệnh nữ được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp, kích thước u lớn, xâm lấn xung quanh nên được hoá trị trước mổ 3 chu kỳ, trong quá trình mổ khối u lớn kèm mô quanh trực tràng bị viêm dễ chảy máu nên khi phẫu thuật xuống vùng chậu rất khó khăn điều này có thể đã gây tổn thương cả hai bên thần kinh vùng chậu dẫn đến rối loạn nặng chức năng bàng quang sau mổ; còn người bệnh nam thì có u ở trực tràng thấp, khung chậu hẹp, trong quá trình phẫu thuật có chảy máu làm hạn chế tầm nhìn rõ ràng trong khoang phẫu tích nên khi phẫu thuật sâu xuống sàn chậu để thực hiện cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có thể đã làm tổn thương thần kinh ở cả hai bên.

Trong nghiên cứu của mình chúng tôi đều có ý thức bảo tồn thần kinh vùng chậu trong mổ nên tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ khá khá quan (10,5%) khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Kết quả bảo tồn chức năng bàng quang nói riêng và niệu dục nói chung đạt được như ngày nay đó là một quá trình lâu dài vì trong giai đoạn đầu phẫu thuật cắt bỏ trực tràng do ung thư, vấn đề điều trị triệt căn ung thư được đặt lên hàng đầu do đó các phẫu thuật luôn được cắt rộng, cho đến những năm 1970 đến giữa những năm 1980 các bác sĩ phẫu thuật Nhật Bản vẫn chuộng phẫu thuật rộng và xa quanh trực tràng và sẵn sàng hy sinh thần kinh để đảm bảo kết quả điều trị triệt căn ung thư [9], [10]. Hậu quả là các chức năng niệu, đặc biệt là chức năng sinh dục bị tổn thương nghiêm trọng với tỷ lệ rất cao (hơn 90% các trường hợp). Shirouzu và cộng sự so sánh hai nhóm người bệnh được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có và không bảo tồn thần kinh, nhận thấy rằng ở nhóm không được bảo tồn thần kinh có tỉ lệ rối loạn chức năng niệu sau mổ cao hơn hẳn (dưới 20% ở nhóm có bảo tồn và trên 90% ở nhóm không bảo tồn) [5]; còn theo Wang [11] thì tỉ lệ này là 6,25% và 31,25% đối với nhóm có và không có bảo tồn thần

kinh, tỉ lệ này theo Liang [12] là 12,71% và 70,33%. Các rối loạn chức năng tình dục cũng tương tự như rối loạn chức năng niệu ở hai nhóm có bảo tồn và không bảo tồn thần kinh, tỉ lệ rối loạn sau mổ giữa 2 nhóm là 21% và 100% theo Shirouzo [5], 4,1% và 37,5% theo Wang [11], 49,15% và 95,76% theo Liang và cộng sự [12]. Như vậy rõ ràng có sự khác biệt rõ rệt về những rối loạn niệu dục sau mổ ở nhóm có bảo tồn và không bảo tồn thần kinh, ở nhóm có bảo tồn chức năng niệu dục sau mổ có cải thiện hơn rõ ràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên người bệnh phẫu thuật nội soi nhờ đó kết quả rối loạn chức năng bàng quang sau mổ tương đối thấp. Theo Quah và cộng sự, tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ cắt trực tràng giữa mổ mở và mổ nội soi là không khác biệt [13], trong nghiên cứu của Macloen cũng cho kết quả tương tự. Còn theo Hur và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu trên 97 người bệnh bị ung thư trực tràng được chia làm hai nhóm mổ nội soi và mổ mở cho thấy rằng tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang tương ứng là 5,4% đối với nhóm mổ nội soi và 7,3% đối với nhóm mổ mở [14], nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Tương tự một nghiên cứu khác của Zeng được công bố vào năm 2013 thì tỷ lệ rối loạn sau mổ đối với chức năng bàng quang là 16,28% và 15,29% tương ứng với nhóm mổ nội soi và mổ mở, kết quả này cũng không được ghi nhận là khác biệt có ý nghĩa thống kê [15].

Khi so sánh tỷ lệ rối loạn chức năng sau mổ cắt trực tràng ở hai nhóm có bảo tồn và nhóm không bảo tồn thần kinh thì sự khác biệt là rõ ràng. Theo một nghiên cứu của Shirouzo nhóm có bảo tồn thần kinh có tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là dưới 20% nhưng khi so với nhóm không có bảo tồn thần kinh thì tỷ lệ rối loạn này lên đến hơn 90%, còn trong nghiên cứu của Wang có tỷ lệ rối loạn chức năng sau mổ thấp hơn nhưng khi so sánh giữa hai nhóm có và không bảo tồn thần kinh thì sự khác biệt là rất lớn, 6,25% và 31,25% tương ứng với tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ cắt trực tràng có và không có bảo tồn thần kinh vùng chậu [5]. Để bảo vệ được thần kinh vùng chậu trong mổ đòi hỏi phải nhận biết được thần kinh này trong mổ, tuy nhiên điều này là

không dễ dàng vì nhiều lý do, trong đó có vấn đề hiện tại nhận biết thần kinh trong mổ vẫn dựa chủ yếu vào quan sát trong mổ, mà phẫu trường trong mổ không phải lúc nào cũng rõ ràng [16], [17].

Điểm IPSS trước và sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,62 \pm 2,48$ và $2,7 \pm 2,6$, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,3173$), điều này có thể do các triệu chứng rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là khá phổ biến nhưng thời gian hồi phục là khá nhanh nên đến hậu phẫu ngày 7 (thời điểm thực hiện đánh giá IPSS sau mổ) các triệu chứng không còn gây cản trở và khó chịu cho người bệnh nữa. Điều này cũng phù hợp với báo cáo của Stark [4] khi ông nhận thấy đa số các rối loạn sẽ trở về bình thường, chỉ một số nhỏ là kéo dài trên 6 tháng. Hơn nữa tỷ lệ có rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là cao nhưng số người bệnh có nhiều rối loạn cùng lúc là không cao, theo Carlo và cộng sự tỷ lệ người bệnh có nhiều rối loạn cùng lúc chỉ là 3% [18]. Theo Morino nghiên cứu trên 50 người bệnh nam dưới 75 tuổi bị ung thư trực tràng giữa và dưới được phẫu thuật cắt trực tràng có bảo tồn thần kinh vùng chậu thì điểm IPSS được ghi nhận lúc trước mổ là $3,02 \pm 5,04$, sau mổ là $5,22 \pm 5,60$ [19], tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê, qua nghiên cứu này tác giả cũng cho thấy vị trí khối u và giai đoạn của khối u có ảnh hưởng đến điểm IPSS sau mổ của người bệnh. Một nghiên cứu khác của Nam Kyu trên 68 người bệnh nam ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trực tràng, điểm IPSS được ghi nhận trước và sau mổ lần lượt là $6,2 \pm 5,8$ và $9,8 \pm 5,9$ sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$) [8], trong nghiên cứu tác giả cũng cho thấy kích thước khối u lớn hơn 5cm là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến điểm IPSS sau mổ của người bệnh

[8]. Theo Kneist và cộng sự điểm IPSS trước và sau mổ ở người bệnh trong nhóm nghiên cứu của ông là $3 \pm 4,9$ và $5,2 \pm 6,4$ tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê [20]. Khi so sánh giữa hai nhóm có kiểm tra thần kinh trong mổ và nhóm không kiểm tra thần kinh trong mổ thì điểm IPSS lần lượt là $3 \pm 4,9$ và $9,9 \pm 6,7$ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$) [20].

Kết luận

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là 10,5%, và có mối liên quan giữa kích thước u (từ $\geq 4\text{cm}$) với tỉ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ, tuy nhiên qua nghiên cứu chúng tôi chưa ghi nhận được sự liên quan giữa yếu tố: giới tính, chỉ số khối cơ thể, vị trí u, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất với tỉ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật.

Điểm IPSS (International Prostate Symptom Score: điểm triệu chứng tiền liệt tuyến quốc tế) trước mổ là $2,2624 \pm 2,480$ sau mổ là $2,653 \pm 2,6$, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê.

Điểm chất lượng cuộc sống trung bình trước mổ là $1,571 \pm 1,105$, điểm cao nhất là 3 điểm và thấp nhất là 1 điểm. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình sau mổ là $1,612 \pm 1,134$, cao nhất là 1 điểm và thấp nhất là 3 điểm. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tài liệu tham khảo

- Chew, M. H., Yeh, Y. T., Lim, E. & Seow-Choen, F. Pelvic autonomic nerve preservation in radical rectal cancer surgery: Changes in the past 3 decades. *Gastroenterol. Rep.* 4, 173–185 (2016).
- Kim, H. O. *et al.* Scoring Systems Used to Predict Bladder Dysfunction After Laparoscopic Rectal Cancer Surgery. *World J. Surg.* 40, 3044–3051 (2016).
- Toritani, K. *et al.* The risk factors for urinary dysfunction after autonomic nerve-preserving rectal cancer surgery: a multicenter retrospective study at Yokohama Clinical Oncology Group (YCOG1307). (2019).
- Sterk, P. *et al.* Voiding and sexual dysfunction after deep rectal resection and total mesorectal excision: prospective study on 52 patients. *Int. J. Colorectal Dis.* 20, 423–427 (2005).
- Shirouzu, K., Ogata, Y. & Araki, Y. Oncologic and functional results of total mesorectal excision and autonomic nerve-preserving operation for advanced lower rectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 47, 1442–1447 (2004).
- Liang, J.-T., Lai, H.-S. & Lee, P.-H. Laparoscopic pelvic autonomic nerve-preserving surgery for patients with lower rectal cancer after chemoradiation therapy. *Ann. Surg. Oncol.* 14, 1285–1287 (2007).
- Jayne, D. G. *et al.* Bladder and sexual function following resection for rectal cancer in a randomized clinical trial of laparoscopic versus open technique. *Br. J. Surg.* 92, 1124–1132 (2005).
- Kim, N. K. *et al.* Assessment of sexual and voiding function after total mesorectal excision with pelvic autonomic nerve preservation in males with rectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 45, 1178–1185 (2002).
- Cosimelli, M. *et al.* Nerve-sparing surgery in 302 resectable rectosigmoid cancer patients: genitourinary morbidity and 10-year survival. *Dis. Colon Rectum* 37, S42-6 (1994).
- Aigner, F. *et al.* The Rectogenital Septum: Morphology, Function, and Clinical Relevance. *Dis. Colon Rectum* 47, 131–140 (2004).
- JP Wang. Pelvic autonomic nerve preservation in 96 female patients of rectal carcinoma undergoing radical resection. *Chin J Gen Surg* 619–621 (2005).
- D Liang. Autonomic nerve preserving radical operation for rectal cancer patients. *Chin J Gen Surg* 21, 511–513 (2006).
- Quah, H. M., Jayne, D. G. & Eu, K. W. Bladder and sexual dysfunction following laparoscopically assisted and conventional open mesorectal resection for cancer. 1551–1556 (2002).
- Hur, H. *et al.* Comparative study of voiding and male sexual function following open and laparoscopic total mesorectal excision in patients with rectal cancer. *J. Surg. Oncol.* 108, 572–578 (2013).
- ZQ Zeng. Study on of sex and urination functions of male rectal cancer patients after pelvic autonomic nerve-preserving total mesorectal excision: laparoscopic resection versus open resection. *Chin J Gen Surg* 22, 800–802 (2013).
- Moszkowicz, D. *et al.* Where does pelvic nerve injury occur during rectal surgery for cancer? *Color. Dis.* 13, 1326–1334 (2011).
- Runkel, N. & Reiser, H. Nerve-oriented mesorectal excision (NOME): Autonomic nerves as landmarks for laparoscopic rectal resection. *Int. J. Colorectal Dis.* 28, 1367–1375 (2013).
- Sartori, C. A., Sartori, A., Vigna, S., Occhipinti, R. & Baiocchi, G. L. Urinary and sexual disorders after laparoscopic TME for rectal cancer in males. *J. Gastrointest. Surg.* 15, 637–643 (2011).
- Morino, M. *et al.* Male sexual and urinary function after laparoscopic total mesorectal excision. *Surg. Endosc.* 23, 1233–1240 (2009).
- Kneist, W., Heintz, A. & Junginger, T. Major urinary dysfunction after mesorectal excision for rectal carcinoma. *Br. J. Surg.* 92, 230–234 (2005).