

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM BỆNH PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHẪU THUẬT SOAVE MỘT THÌ QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

Phạm Anh Vũ¹, Hồ Hữu Thiện², Phạm Như Hiệp²,
Đặng Quốc Ái³, Nguyễn Thanh Xuân², Phan Hải Thanh²

TÓM TẮT¹

Phẫu thuật Pull-Through một thì xuyên trực tràng được thực hiện trong những năm gần đây trong điều trị bệnh Hirschsprung's, có thể thay cho các kỹ thuật khác trong điều trị bệnh lý này. Nghiên cứu có mục đích đánh giá hiệu quả và một số vấn đề của kỹ thuật này trên bệnh phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. 31 bệnh nhân (23 nam và 8 nữ) đã được thực hiện phẫu thuật này sau khi được chẩn đoán bằng chụp đại tràng cản quang. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi 6 tháng sau khi ra viện. Kết quả: không có biến chứng trong mổ, mổ bụng hỗ trợ chỉ cần thực hiện trên 3 bệnh nhân, đoạn đại tràng vô hạch trung bình là 13,9cm, thời gian nằm viện sau mổ là 8,1 ngày. Chỉ có 2 bệnh nhân phải thực hiện lại kỹ thuật này do vẫn còn sót đoạn vô hạch. Theo dõi sau 6 tháng đều cho kết quả tốt. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật này (Soave đường hậu môn 1 thì) là hiệu quả và an toàn cho bệnh phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh.

SUMMARY

TRANSANAL ONE-STAGE ENDORECTAL PULL-THROUGH FOR HIRSCHSPRUNG DISEASE DURING NEONATAL PERIOD: EARLY RESULTS

Phạm Anh Vũ¹, Hồ Hữu Thiện², Phạm Như Hiệp²,
Đặng Quốc Ái³, Nguyễn Thanh Xuân², Phan Hải Thanh²

Transanal one-stage endorectal pull-through (TOSEPT) has been presented as the most recent progression in treatment of Hirschsprung's disease, which may be able to replace various previous techniques. This prospective study was designed to evaluate the efficacy and probable complications of this procedure in management of newborns with HD. Thirty-one newborns (23 boys and 8 girls) underwent TOSEPT-all after being diagnosed by barium enema over an 18-month period. All patients were followed-up up to 6 months after hospital discharge. There was no per-operative complication. Laparotomy was necessary in 3 children (9.6%). Average aganglionic segment was 13.9cm. Mean postoperative time was 8.1 days. TOSEPT was redone in 2 patients (6.4%) because of aganglionic segment remaining. After 6 months, all childrens were well-being. Our data suggested that TOSEPT is efficacious and safe in the managememnt of newborn with HD.

1. Hue College of Medicine and Pharmacy

2. Hue Central Hospital

3. Former surgical internship of Hue

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng để lại ống thanh cơ để điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh được đề xuất bởi Soave năm 1963. Kể từ đó, nhiều cải tiến cho phương pháp phẫu thuật này đã được đề xuất như Soave qua nội soi ổ bụng, Soave qua đường hậu môn, Soave-Swenson...[5]. Tại Bệnh viện TW Huế, phẫu thuật Soave qua đường hậu môn được chúng tôi áp dụng từ năm 2003, đầu tiên hai thì và sau đó giảm còn chỉ một thì. Tuy nhiên, từ 2005, chúng tôi mới áp dụng phẫu thuật Soave qua đường hậu môn một thì cho trẻ sơ sinh [1], [2].

Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật sớm bệnh phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh bằng phẫu thuật Soave một thì qua đường hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 31 trẻ sơ sinh có phình đại tràng bẩm sinh và được điều trị triệt để bằng phẫu thuật theo PT Soave cải tiến một thì qua đường hậu môn của De la Torr (Transanal Endorectal Pull- Through) tại khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu bụng, BVTW Huế từ 1/2007 đến 6/2009.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Lâm sàng: nôn mửa, bụng chướng, chậm ỉa phân su, hội chứng tháo cống.

- Cận lâm sàng: trên phim chụp đại tràng cản quang có hình ảnh đặc trưng (hình phễu) hay đường kính ngang trực tràng nhỏ hơn của đại tràng sigma.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhi không có kết quả giải phẫu bệnh.

- Những bệnh nhi đã có hậu môn nhân tạo trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

2.2.1 Đặc điểm chung

2.2.2 Đặc điểm phẫu thuật

2.2.2.1. Phương pháp phẫu thuật: [2].

2.2.2.2. Đặc điểm phẫu thuật

- Đường mổ: đường hậu môn đơn thuần hay có mở bụng phối hợp.

- Chiều dài đoạn đại tràng hẹp và chiều dài đoạn đại tràng cắt bỏ

- Thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ (trong thời gian hậu phẫu): chảy máu hậu môn, chảy máu trong ổ phúc mạc, bực miệng nối,...

- Ghi nhận thời gian trẻ đại tiện trở lại sau mổ: tính theo ngày, thời gian cho trẻ bú lại, thời gian hậu phẫu

2.2.3. Đánh giá kết quả lúc tái khám sau 3 tháng và 6 tháng.

- Đặc điểm đại tiện: số lần đại tiện trong ngày, tính chất phân: lỏng, nhão hay thành khuôn.

- Các biến chứng:

- + Hẹp miệng nối: đánh giá theo tiêu chuẩn của Langer J.C.[12], trẻ đại tiện khó phải rặn nhiều, thăm khám hậu môn bằng ngón Hégar số 10 (1cm) không lọt.

- + Sa niêm mạc trực tràng, viêm ruột, táo bón, són phân, sót đoạn vô hạch,...

2.2.4 Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê y học EPI-INFO 2000.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung.

- **Giới tính:** 23 bé trai chiếm 74,2% và 8 bé gái chiếm 25,8%.

- **Tuổi:** trung bình là 21 ± 6 ngày tuổi, nhỏ nhất là 8 ngày và lớn nhất là 28 ngày. Sự khác biệt về tuổi giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,069$ ($p > 0,05$).

- **Cân nặng trẻ khi phẫu thuật:** Trung bình là $3053,2 \pm 491,4$ gr, thấp nhất là 2000gr và cao nhất là 4000gr. Sự khác biệt về cân nặng giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,475$ ($p > 0,05$).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật.

3.2.1. Trong phẫu thuật.

- **Đường mổ:** Trong 31 bệnh nhi, 3 cần mở bụng phối hợp, chiếm 9,6%. 2 bệnh do đoạn vô hạch nằm cao phải phối hợp đường mổ nhỏ dưới hạ sườn trái để hạ đại tràng góc lách và 1 do dính ruột không phẫu tích và kéo đoạn đại tràng phía trên xuống được.

- **Thời gian phẫu thuật:** trung bình là $119,2 \pm 33,6$ phút, nhanh nhất là 60 phút và chậm nhất là 180 phút.

- **Chiều dài đoạn hẹp, đoạn cắt bỏ và đoạn vô hạch trên giải phẫu bệnh lý (GPBL):**

Bảng 3.1. Chiều dài đoạn cắt bỏ, đoạn hẹp trên lâm sàng và đoạn vô hạch trên GPBL.

Đoạn ruột trên lâm sàng	Trung bình (cm)	Ngắn nhất (cm)	Dài nhất (cm)
Đoạn cắt bỏ	$22,7 \pm 6,0$	15	40
Đoạn hẹp	$13,1 \pm 5,4$	6	30
Đoạn vô hạch (GPBL)	$13,9 \pm 6,0$	7	31

Trong tất cả trường hợp, đoạn hẹp thấy rõ trong phẫu thuật. Đoạn cắt bỏ trên lâm sàng thường phía trên đoạn hẹp khoảng 8cm đến 10cm.

Chiều dài đoạn vô hạch ở những trường hợp có mở bụng phối hợp dài hơn đường mổ hậu môn đơn thuần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

- **Các tai biến trong phẫu thuật:** Không có trường hợp nào có tai biến xảy ra trong phẫu thuật như chảy máu mạc treo đại tràng, tổn thương niệu đạo, âm đạo, hoặc các tai biến do gây mê.

3.2.2. Sau phẫu thuật.

- **Thời điểm đại tiện và bú lại:**

Bảng 3.2. Đại tiện và bú trở lại.

Thời điểm đại tiện & bú lại		≤ 24 giờ	$> 24-48$ giờ	> 48 giờ
Thời điểm đại tiện	n	28	2	1
	(%)	90,3	6,5	3,2
Thời điểm cho bú lại	n	26	4	1
	(%)	83,9	12,9	3,2

Trường hợp đại tiện sớm nhất là 4 giờ và muộn nhất là 60 giờ sau phẫu thuật, bú lại sớm nhất là 8 giờ và muộn nhất là 72 giờ sau phẫu thuật.

- **Các biến chứng sớm trong giai đoạn hậu phẫu:** không có trường hợp nào xảy ra các biến chứng nghiêm trọng trong thời gian hậu phẫu. 8 bệnh nhi (25,8%) bị viêm da quanh hậu môn.

- **Số ngày điều trị sau phẫu thuật:** TB $8,1 \pm 2,3$ (5 – 13). Sự khác biệt giữa nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng sau mổ có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,047$ ($p < 0,05$).

3.3. Kết quả tái khám sau 3 tháng và 6 tháng.

Bảng 3.3. Đặc điểm đại tiện sau 3 tháng và 6 tháng.

Số lần đại tiện trong ngày		1-2 lần	3-4 lần	> 4 lần	Tổng
3 tháng	n	2	15	14	31
	(%)	6,5	48,4	45,1	100
6 tháng	n	4	26	1	31
	(%)	12,9	83,9	3,2	100

Bảng 3.4. Tính chất phân sau 3 tháng và 6 tháng.

Tính chất phân		Lông	Nhảo	Thành khuôn	Són phân
3 tháng	n	1	16	10	4
	(%)	3,2	51,6	32,3	12,9
6 tháng	n	0	5	26	0
	(%)	0	16,1	83,9	0

Bảng 3.5. Các biến chứng sau 3 tháng và 6 tháng.

Các triệu chứng	3 tháng		6 tháng	
	n	(%)	n	(%)
Hẹp miệng nổi	3	9,7	0	0
Viêm ruột	3	9,7	0	0
Táo bón	2	6,5	0	0
Són phân kéo dài	4	12,9	0	0
Sốt đoạn vô hạch	2	6,5	0	0
Tổng	14	45,2	0	0

IV. BÀN LUẬN

Điều trị triệt để bệnh Hirschsprung là điều trị ngoại khoa với phẫu thuật cắt bỏ đoạn ống tiêu hóa không có tế bào hạch, theo nhiều phương pháp khác nhau, như của Swenson, Duhamel, hay Soave. Trong đó, phẫu thuật Soave đặc trưng bởi việc phẫu tích lớp dưới niêm mạc, để lại ống thanh cơ nên về lý thuyết, nó cho phép tránh được các biến chứng thường gặp như tổn thương đám rối thần kinh niệu dục, tổn thương niệu đạo-âm đạo. Phẫu thuật Soave qua đường hậu môn do De la Torre [3] đề xuất cho phép tránh được mở bụng mà vẫn giữ được các ưu điểm của phẫu thuật Soave nguyên thủy nên ngày càng được các phẫu thuật viên trên thế giới ưa dùng.

Phẫu thuật Soave qua đường hậu môn được chúng tôi ứng dụng trong điều trị bệnh Hirschsprung từ 2003 và đã bước đầu khẳng định các ưu điểm của nó. Đầu tiên, chúng tôi thực hiện thành 2 hay 3 thì với làm hậu môn nhân tạo trước đó, nhất là cho trẻ sơ sinh. Gần đây, chúng tôi bắt đầu ứng dụng phẫu thuật một thì cho cả trẻ sơ sinh. Ưu điểm của phẫu thuật một thì là tránh được phẫu thuật nhiều lần cho trẻ, không có hậu môn nhân tạo và các biến chứng liên quan đến hậu môn nhân tạo [5][6]. Mặc khác, phẫu thuật một thì cho phép phân biệt rõ ràng giữa đoạn vô hạch hẹp bên dưới và đoạn lành dẫn lớn bên trên [5], [6], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy 100% bệnh nhi có sự thay đổi khẩu kính ruột rõ trong mổ.

Mặc dù có rất nhiều ưu điểm đã được các nghiên cứu chỉ ra như cho phép tránh được các biến chứng thường gặp như tổn thương đám rối thần kinh niệu dục, tổn thương niệu đạo-âm đạo, tránh được mở bụng, phẫu thuật Soave qua đường hậu môn vẫn có một số nhược điểm, trong đó táo bón hay hẹp hậu môn là biến chứng hay gặp [7][4]. Ngoài ra, trong một số trường hợp, do đoạn vô hạch quá dài, mở bụng phối hợp hay nội soi ổ bụng vẫn rất cần thiết để có đủ chiều dài đoạn ruột đưa xuống nối. Poderin [6] cho thấy 4/65 bệnh nhân là cần mở bụng phối hợp, Rintala [7] có 1/13 bệnh nhân cần mở bụng phối hợp. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với 3/31 bệnh nhân cần mở bụng do đoạn vô hạch dài. Chúng tôi cho rằng kỹ thuật này là cần thiết đối với những trường hợp đoạn vô hạch dài nhằm đảm bảo cắt triệt để và có một miệng nối không căng. Hơn nữa, đây chỉ là một đường mổ nhỏ hoặc nếu được qua nội soi ổ bụng nên hậu phẫu vẫn nhẹ nhàng, trẻ vẫn đại tiện nhanh và được cho bú sớm như trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy.

Một điểm nữa cần được bàn luận là chiều dài ống thanh cơ để lại. Theo Soave kinh điển cũng như Soave đường hậu môn mà De la Torre đề xuất [3], ống thanh cơ để lại bao gồm toàn bộ chiều dài của trực tràng và một phần đại tràng sigma, dài khoảng 6-8cm. Tuy nhiên, theo nhiều tác giả, chính phần thanh cơ để lại dài như vậy là nguồn gốc của tình trạng táo bón, són phân hay hẹp miệng nối sau mổ vì phần thanh cơ này là phần ống tiêu hóa vô hạch [5][6][7][8]. Vì vậy, trong những năm gần đây, một số tác giả đề xuất kỹ thuật cắt dọc mặt sau ống thanh cơ hay cắt ngắn bớt toàn bộ ống thanh cơ [4][5][7]. Langer JC [4] nhận thấy rằng ống thanh cơ để lại #2cm cho kết quả tốt như phẫu thuật Swenson. Chúng tôi cho rằng khi cắt dọc mặt sau ống thanh cơ thì có thể mở rộng chứ phần thanh cơ vô hạch vẫn còn nên nguy cơ táo bón và són phân vẫn ít cải thiện. Còn kỹ thuật cắt ngắn toàn bộ ống thanh cơ thì cũng như phẫu thuật Swenson, sẽ làm giảm hay mất đi

ưu điểm của Soave là tránh thương tổn đám rối thần kinh niệu dục và niệu đạo-âm đạo. Vì vậy, chúng tôi đề xuất chỉ cắt bỏ phần sau của ống thanh cơ, vì cho phép giữ được các ưu điểm của Soave nhưng cũng tránh được nguy cơ táo bón hay hẹp miệng nối sau phẫu thuật. Ngoài ra, với sự cải tiến này, chúng tôi vẫn có được thời gian phẫu thuật ngắn với trung bình 106 phút và 80% trẻ được cho bú trở lại trong 24 giờ đầu sau mổ. Chúng tôi cũng đồng ý với quan điểm của Rintala [7] là chính sự rút ngắn chiều dài ống thanh cơ này cho phép có được cuộc mổ nhanh

hơn, mà điều này rất quan trọng ở trẻ sơ sinh, khi mà cháu còn ít cân và thể trạng chung còn chưa được tốt, nhất là trẻ sơ sinh bị bệnh Hirschsprung.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy phẫu thuật theo phương pháp Soave một thì qua đường hậu môn trong điều trị bệnh Hirschsprung là an toàn và triệt để ở lứa tuổi sơ sinh. Cần theo dõi lâu dài hơn nữa và nghiên cứu ở số lượng bệnh nhi lớn hơn để kết quả thuyết phục hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phi Phong (2006), "Đánh giá kết quả phẫu thuật Soave qua đường hậu môn trong điều trị bệnh Hirschsprung", Luận văn thạc sỹ Y học.
2. Hồ Hữu Thiện (2005), "Điều trị bệnh Hirschsprung ở trẻ sơ sinh bằng phẫu thuật Soave đường hậu môn một thì", Tạp chí y học thực hành, tr. 15-17.
3. De la Torre M, JA Ortega-Salgado (1998), "Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's Disease", *J Pediatr Surg* 33:1283-1286.
4. Langer JC, et al (2003), "One-stage transanal Soave Pull-through for Hirschsprung disease, a multicenter experience with 141 children", *Ann Surg* 238:262-269.
5. Nasr A., Langer J.C. (2007), "Evolution of the technique in the transanal pull-through for Hirschsprung's disease; effect on outcome", *Journal of Pediatric Surgery*, 42, pp. 36-40.
6. Podevin G, Lardy H, Azzis O et al (2006), "Technical problems and complications of a transanal Pull-through for Hirschsprung's disease", *Eur J Pediatr Surg* 16:104-108.
7. Rintala RJ (2003), "Transanal Coloanal Pull-through with a short muscular cuff for classic Hirschsprung's disease", *Eur J Pediatr Surg* 13:181-186.