SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIỮA HẠ ĐẠI TRÀNG QUA NGẢ HẬU MÔN VÀ GEORGESON TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH HIRSCHSPRUNG THỂ KINH ĐIỂN

Hồ Trần Bản[1], Vương Minh Chiều[2], Bùi Hải Trung[2], Trần Thanh Trí[2], Trương Quang Định[3], Trương Nguyễn Uy Linh[1]

TÓM TẮT

***Mục tiêu**: So sánh hạ đại tràng qua ngả hậu môn (HĐTQNHM) hay Georgeson trong điều trị bệnh Hirschsprung thể kinh điển.*

***Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu**: Đoàn hệ tiến cứu 154 trường hợp được phẫu thuật.*

***Kết quả**: Từ 1/1/2015 - 30/9/2020, 154 trường hợp được phẫu thuật (HĐTQNHM: 113 (nam: 91 (80,5%), nữ 22 (19,5%)), Georgeson: 41 (nam: 32 (78,1%), nữ: 9 (21,9%)). Thời gian phẫu thuật của HĐTQNHM là 109,5 ± 23,6 phút ngắn hơn Georgeson là 144,6 ± 36,8 phút (p <0,001). Tái khám xa không ghi nhận sự khác biệt giữa 2 phương pháp về biến chứng phẫu thuật và chức năng đại tiện.*

***Kết luận**: Hạ đại tràng qua ngả hậu môn và Georgeson đều an toàn và khả thi trong phẫu thuật bệnh Hirschsprung ở thể kinh điển, không có sự khác biệt giữa hai phương pháp.*

***Từ khóa**: hạ đại tràng qua ngả hậu môn, thể kinh điển*

ABSTRACT

TO COMPARE OUTCOME BETWEEN TRANSANAL ENDORECTAL PULL-THROUGH AND GEORGESON PROCEDURE FOR FOR CLASSIC SEGMENT HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Ho Tran Ban, Vuong Minh Chieu, Bui Hai Trung, Tran Thanh Tri, Truong Quang Dinh, Truong Nguyen Uy Linh

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 93 - 100

***Objective**: To compare TERPT or Georgeson procedure for the treatment of classic segment Hirschsprung's disease.*

***Method**: Cohort study 154 patients underwent a pull-through procedure.*

***Results**: From 1/1/2015 - 30/9/2020, 154 patients underwent a pull-through procedure: 113 patients treated with transanal endorectal pull-through (boys: 91 (80.5%), girls: 22 (19.5%)) and 41 with Georgeson were eligible for this study (boys: 32 (78.1%), girls: 9 (21.9%)). The TERPT - procedure took less time: median 109.5 ± 23.6 min vs Georgeson 144.6 ± 36.8 min (p <0.001). Long-term outcome, there were no significant differences between procedures in complication rate and bowel function.*

***Conclusions**: These results support use of TERP or Georgeson as an excellent surgical approach for children with classic segment. There were no significant differences between procedures.*

***Keywords**: classic segment, transanal endorectal pull-through*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp hạ đại tràng qua ngả hậu môn (HĐTQNHM) không đòi hỏi mở bụng hoặc sử dụng nội soi ổ bụng cho thấy có nhiều ưu điểm[1]. Vì không có vết mổ ở bụng, việc bóc tách trực tràng hoàn toàn thực hiện qua ngả hậu môn do đó sang thương vùng tiểu khung là tối thiểu. Sau mổ bệnh nhân ít đau, ít

[1]Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh [2]Bệnh viện Nhi Đồng 2 [3]Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố
Tác giả liên lạc: BS. Hồ Trần Bản *ĐT:* 0989037074 *Email:* hotranban@ump.edu.vn

bị liệt ruột, sẽ được cho ăn sớm, thời gian nằm viện rút ngắn do đó sẽ giảm chi phí điều trị. Hơn nữa, HĐTQNHM mang tính thẩm mỹ cao vì không có sẹo mổ ở bụng.

Việt Nam cũng đã sử dụng phương pháp này từ năm 2002 và hiện nay đã trở thành phương pháp đầu tay trong phẫu thuật bệnh Hirschsprung, đặc biệt là thể kinh điển[2]. Tuy nhiên, hiện có một số báo cáo ghi nhận có thể gặp rò miệng nối, xoắn ruột, đoạn ruột bị cắt nhiều hơn, ảnh hưởng chức năng đại tiện do việc dùng dụng cụ banh ống hậu môn gây tổn thương co thắt ở phương pháp này; trong khi vấn đề này ít gặp ở phương pháp Georgeson[3,4]. Phương pháp Georgeson gồm hai thì chính là sinh thiết, giải phóng đại trực tràng qua đường nội soi, phẫu thuật thì hậu môn giống kỹ thuật De La Torre nhưng ngắn hơn. Ngoài ưu điểm của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật nội soi cho phép quan sát rõ đoạn vô hạch, đoạn chuyển tiếp, đoạn dãn và đoạn đại tràng lành, giúp xác định vị trí cần sinh thiết để chẩn đoán trước khi di động đại trực tràng[5]. Phẫu thuật viên có thể di động đại tràng ở vị trí cao mà phẫu thuật qua hậu môn không thực hiện được, giảm thời gian banh hậu môn, kiểm soát đảm bảo ruột không bị xoắn. Ở những trường hợp vô hạch vượt quá đại tràng sigma, đã có một số nghiên cứu cho thấy ưu thế của Georgeson so với HĐTQNHM. Tuy nhiên, thể kinh điển hiện vẫn có sự tranh luận giữa các phẫu thuật viên nhi trên thế giới trong việc chọn lựa giữa hai phương pháp[3,4].

Mục tiêu

So sánh HĐTQNHM hay Georgeson trong điều trị bệnh Hirschsprung thể kinh điển.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân <15 tuổi, có kết quả sinh thiết hút nhuộm Calretinin là bệnh Hirschsprung và phải là thể kinh điển (thể trực tràng - đại tràng sigma), nhập bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/1/2015 đến 31/3/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có hậu môn tạm, đã phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng (trừ sinh thiết trực tràng), bệnh Hirschsprung đang có biến chứng, rối loạn đông máu, viêm phế quản, viêm phổi, tái khám sau phẫu thuật <6 tháng.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Đoàn hệ tiến cứu.

Phương pháp tiến hành

Chuẩn bị trước phẫu thuật:

Đại tràng được thụt tháo bằng nước muối sinh lý trong 2 - 3 ngày trước phẫu thuật. Kháng sinh Cephalosporin thế hệ ba, Metronidazole và Aminoglycoside được tiêm từ lúc gây mê cho tới 4 - 5 ngày sau mổ.

Phẫu thuật:

Phương pháp HĐTQNHM

Bệnh nhận được nằm tư thế sản phụ khoa, vô cảm bằng gây mê kết hợp với tê xương cùng. Bộc lộ ống hậu môn bằng vòng Lone Star. Niêm mạc trực tràng được cắt vòng phía trên đường lược 0,5 - 1 cm bằng dao điểm đầu nhọn và được kẹp - kéo xuống bằng kềm Mosquito. Khoang dưới niêm mạc được bóc tách cẩn thận đi lên trên khoảng 2 - 3 cm cho đến nếp gấp phúc mạc, kẹp ngang vị trí này bằng kềm Kelly. Mở cổ lồng thanh cơ vị trí 3 giờ để tạo sự thông thương với khoang phúc mạc. Bóc tách trực tràng và xử lý mạc treo đại tràng bằng dao điện cho đến khi thấy được vùng chuyển tiếp vài cm. Tiến hành nối đại tràng lành với ống hậu môn. 12 tiếng sau phẫu thuật cho trẻ uống nước, 24 tiếng sau cho trẻ uống sữa. Khoảng 6 - 7 ngày sau phẫu thuật bệnh nhân có thể xuất viện.

Phương pháp Georgeson

Thì 1: phẫu thuật nội soi được tiến hành qua 3 trocar đặt qua thành bụng: một trocar 5 mm đặt ở rốn, một trocar 5 mm ở hông trái, một trocar 5 mm ở hông phải. Áp lực khí CO_2 bơm vào ổ bụng được duy trì khoảng 8 mmHg. Tạo một cửa sổ qua mạc treo đại tràng sigma; tiếp

theo giải phóng đại tràng sigma và phẫu tích sát thành trực tràng xuống tiểu khung dưới nếp phúc mạc phía trước 2 cm, và phía sau ngang mức xương cụt. Thân động mạch sigma được đốt bằng dao điện hay Ligasure và cắt đôi. Mạc treo đại tràng được giải phóng ngang mức động mạch mạc treo tràng trên.

Thì 2: thì ở hậu môn. Bộc lộ ống hậu môn bằng vòng Lone Star. Niêm mạc trực tràng được cắt vòng phía trên đường lược 0,5 - 1 cm. Khoang dưới niêm mạc được bóc tách cẩn thận đi lên trên khoảng 2 - 3 cm cho đến nếp gấp phúc mạc, kẹp ngang vị trí này bằng kềm Kelly. Mở cổ lồng thanh - cơ vị trí 3 giờ để tạo sự thông thương với khoang phúc mạc. Đại tràng sigma được kéo qua ống hậu môn ra ngoài. Đoạn đại tràng vô hạch và đoạn dãn được cắt bỏ (chiều dài đoạn dãn được cắt phải ≥6 cm). Nối đại tràng bình thường với ống thanh cơ hậu môn trên đường lược 0,5 - 1 cm. 12 tiếng sau phẫu thuật cho trẻ uống nước, 24 tiếng sau cho trẻ uống sữa. Khoảng 6 - 7 ngày sau phẫu thuật bệnh nhân có thể xuất viện.

Những lưu ý

Nghiên cứu của chúng tôi có thay đổi kỹ thuật ban đầu của De la Torre, chúng tôi để lại ống thanh cơ ngắn hơn[1]. Chúng tôi chỉ dùng 3 trocar và không xẻ ống thanh cơ còn lại so với kỹ thuật do Georgeson mô tả[5].

Định nghĩa biến số

Chảy máu trong ổ bụng hay miệng nối: dựa vào khám lâm sàng, siêu âm bụng, Hct.

Xì miệng nối: đau bụng, trướng bụng, nôn, sốt, có thể biểu hiện nhiễm độc, có cảm ứng phúc mạc.

Tắc ruột sau mổ: đau bụng, khóc, trướng bụng, nôn, bí trung đại tiện. X - quang có hình ảnh mức nước và hơi, khám hậu môn - trực tràng để phát hiện bất thường.

Táo bón: được xác định theo ROME III. Tuy nhiên không phải tất cả bệnh nhi đều thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón của ROME III, đặc biệt nhóm trẻ dưới 1 tuổi nên triệu chứng "quấy khóc hay khó chịu khi đi đại tiện" là một tiêu chuẩn thay thế tiền sử đau hoặc khó khăn khi đại tiện phân cứng.

Số lần đại tiện/ngày: 1 – 2 lần/ngày, 3 – 5 lần/ngày, ≥6 lần ngày, ≥2 ngày/lần.

Són phân: tình trạng tự thoát một ít phân ra quần lót (tã) ngoài những lần đại tiện, có thể kèm theo hơi hoặc không; mức độ són phân: không són phân, thỉnh thoảng (són phân 1 – 6 lần/tuần), thường xuyên (són phân mỗi ngày).

Viêm ruột non - đại tràng: tiêu lỏng, phân xám, mùi tanh, bụng trướng, nôn, sốt, bạch cầu và hồng cầu trong phân, bạch cầu và CRP máu tăng. X - quang đại tràng có niêm mạc ruột không đều (đại tràng co thắt).

Hẹp miệng nối hay ống cơ cuối trực tràng: đặt nong hậu môn theo tuổi vào hậu môn không được hay khó.

Hăm da quanh hậu môn: tình trạng viêm đỏ, trầy sướt da xung quanh hậu môn.

Sa niêm mạc đại tràng: niêm mạc của đại tràng hạ xuống làm miệng nối bị sa ra ngoài ống hậu môn.

Rối loạn chức năng cương: bệnh nhi khi mắc tiểu không cương dương vật được.

Rò trực tràng - âm đạo hay niệu đạo: có phân từ âm đạo hay niệu đạo.

Sót đoạn vô hạch: đại tràng hạ xuống làm miệng nối vẫn không có tế bào hạch thần kinh.

Phương pháp phân tích dữ liệu

Các kết quả là biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (nếu phân bố chuẩn) hoặc trung vị kèm theo giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất (nếu không phân bố chuẩn).

Các biến số định tính được trình bày dưới dạng giá trị tuyệt đối hay phần trăm.

So sánh giữa hai nhóm biến số định lượng phân bố chuẩn bằng phép kiểm T, biến số định lượng không phân bố chuẩn bằng phép kiểm Mann - Whitney.

So sánh giữa hai nhóm biến số định tính

bằng phép kiểm Chi bình phương, Fisher.

Giá trị p <0,05 được xem như có ý nghĩa thống kê.

Y đức

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 431/ĐHYD-HĐ ký ngày 17/12/2015.

KẾT QUẢ

Từ 1/1/2015 - 30/9/2020, 154 trường hợp được phẫu thuật (HĐTQNHM: 113 (73,3%) và Georgeson: 41 (26,7%)). Đại tràng hạ xuống làm miệng nối có 1 trường hợp chỉ có tế bào thần kinh không trưởng thành ở phương pháp HĐTQNHM, các trường hợp còn lại đều có tế bào hạch thần kinh trưởng thành.

***Bảng 1**. Các đặc điểm phẫu thuật theo hai phương pháp*

	HĐTQNHM (n = 113)	Geogerson (n = 41)	P	Tổng
Tuổi phẫu thuật	2,7 (2 - 14,5)	3,3 (2 - 9,9)	0,886	3 (2 - 12,5)
Thời gian phẫu thuật (phút)	109,5 ± 23,6	144,6 ± 36,8	< 0,001	118,8 ± 31,7
Chiều dài đoạn ruột được cắt đi (cm)	22,2 ± 6,6	21,9 ± 6,3	0,820	22,1 ± 6,5
Chiều dài đoạn ruột hẹp (cm)	8 (5 - 12)	10 (4 - 10)	0,873	8 (5 - 10)
Chiều dài đoạn ruột chuyển tiếp (cm)	4,9 ± 2,2	4,8 ± 1,6	0,827	4,9 ± 2,1
Chiều dài đoạn ruột dãn (cm)	9,0 ± 3,7	9,1 ± 3,9	0,838	9,0 ± 3,7
Vị trí cắt bỏ trên đoạn chuyển tiếp (cm)	8,7 ± 2,7	8,4 ± 2,3	0,591	8,6 ± 2,6
Hct trước mổ (%)	34,3 ± 4,8	34,2 ± 5,7	0,846	34,3 ± 5,1
Hct sau mổ (%)	33,2 ± 4,8	32,6 ± 5,5	0,539	33,0 ± 5,0
Máu mất (ml)	5 (5 - 10)	8 (5 - 10)	0,065	5 (5 - 10)
Thời gian nằm viện (hậu phẫu) (ngày)	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0,359	6 (5 - 7)

***Bảng 2**. Biến chứng của hai phương pháp trong thời gian nằm viện*

Biến chứng thời gian nằm viện	HĐTQNHM (n = 113)	Geogerson (n = 41)	P
Viêm ruột sau mổ	7 (6,2)	1 (2,4)	0,682
Hăm da quanh hậu môn	5 (4,4)	3 (7,3)	0,440
Nhiễm trùng vết mổ	2 (1,8)	1 (2,4)	> 0,99
Tiểu khó	2 (1,8)	0 (0)	> 0,99

***Bảng 3**. Biến chứng của hai phương pháp phẫu thuật khi tái khám*

	HĐTQNHM (n = 113)	Geogerson (n = 41)	P
Són phân	67 (59,3)	19 (46,3)	0,151
Táo bón	11 (9,7)	3 (7,3)	0,647
Viêm ruột	7 (5,3)	2 (4,9)	0,921
Rối loạn chức năng đi tiểu	3 (2,7)	0 (0)	
Hăm da quanh hậu môn	30 (25,5)	6 (14,6)	0,153
Hẹp miệng nối	5 (4,3)	2 (4,9)	0,873
Rò trực tràng âm đạo	1 (0,8)	0 (0)	
Sa niêm mạc đại tràng	1 (0,8)	0 (0)	
Sót đoạn vô hạch	1 (0.8)	1 (2,4)	0,425

***Bảng 4**. Biến chứng của hai phương pháp phẫu thuật theo thời gian 14 ngày và 3 năm*

	HĐTQNHM (n = 113)	Geogerson (n = 41)	P
Biến chứng chung			
14 ngày (n = 154)	67 (59,3)	23 (56,1)	0,722
3 năm (n = 101)	7 (9,0)	1 (4,3)	0,470
Són phân			
14 ngày (n = 154)	56 (49,6)	19 (46,3)	0,724
3 năm (n = 101)*	6 (7,8)	1 (4,2)	> 0,99
Táo bón			
14 ngày (n = 154)	11 (9,7)	3 (7,3)	0,761
3 năm (n = 101)	1 (1,3)	0 (0)	> 0,99
Viêm ruột			
14 ngày (n = 154)	1 (0,9)	0 (0)	> 0,99
3 năm (n = 101)	1 (1,3)	0 (0)	> 0,99
Rối loạn chức năng đi tiểu			
14 ngày (n = 154)	1 (0,9)	0 (0)	> 0,99
3 năm (n = 101)	1 (1,3)	0 (0)	> 0,99
Hăm da quanh hậu môn			
14 ngày (n = 154)	25 (22,1)	6 (14,6)	0,306
3 năm (n = 101)	0 (0)	0 (0)	
Hẹp miệng nối			
14 ngày (n = 154)	4 (3,5)	1 (2,4)	> 0,99
3 năm (n = 101)	1 (1,3)	0 (0)	> 0,99
Rò trực tràng âm đạo			
14 ngày (n = 154)	1 (0,9)	0 (0)	> 0,99
3 năm (n = 101)	0 (0)	0 (0)	
Sa niêm mạc đại tràng			
14 ngày (n=154)	0 (0)	0 (0)	
3 năm (n=101)	0 (0)	0 (0)	
Sót đoạn vô hạch			

	HĐTQNHM (n = 113)	Geogerson (n = 41)	P
14 ngày (n = 154)	0 (0)	1 (2,4)	0,266
3 năm (n = 101)	1 (1,3)	0 (0)	> 0,99

***Bảng 5**. Chức năng đại tiện ở tái khám 3 năm*

Chức năng đại tiện	HĐTQNHM n = 77	Geogerson n = 24	P
Rất tốt	60 (77,9)	19 (79,2)	> 0,99
Tốt	11 (14,3)	4 (16,7)	
Trung bình	5 (6,5)	1 (4,1)	
Kém	1 (1,3)	0 (0)	

Chúng tôi chỉ phân loại chức năng đại tiện ở những trẻ >36 tháng, ở đây lấy số liệu tất cả các trẻ có tái khám 3 năm sau phẫu thuật: 77 trường hợp HĐTQNHM, 24 trường hợp Georgeson. Không có sự khác biệt về chức năng đại tiện giữa 2 nhóm.

BÀN LUẬN

Thời gian nằm viện

Thời gian phẫu thuật ngắn hơn nghiên cứu nước ngoài do chúng tôi không có sinh thiết lạnh. Thời gian phẫu thuật của nhóm HĐTQNHM nhanh hơn nhóm Georgeson có ý nghĩa thống kê (109,5 ± 23,6 phút so với 144,6 ± 36,8 phút), tương tự với nghiên cứu của Van de Ven TJ[4]. Sự khác biệt về thời gian có trung tiện và đại tiện giữa hai phương pháp có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Thời gian nằm viện điều trị sau phẫu thuật giữa 2 phương pháp tương đương nhau, trung bình 6 ngày; đa số dài hơn các tác giả trong nước nhưng ngắn hơn các tác giả nước ngoài[6,7,8]. Sở dĩ thời gian nằm viện sau phẫu thuật lâu hơn vì bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa số từ các tỉnh của miền nam, Tây Nguyên về điều trị, nhiều bệnh nhân ở vùng sâu, người dân tộc nên không thể cho ra viện sớm được vì gia đình bệnh nhân và thầy thuốc chưa yên tâm. Một số trường hợp tình trạng bệnh nhân có thể ra viện được nhưng đúng vào ngày thứ bảy, chủ nhật nên không làm thủ tục ra viện được.

Tỉ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật của cả hai nhóm thấp. Chúng tôi không gặp biến chứng tử vong, xoắn đoạn ruột hạ xuống làm miệng nối, nhiễm trùng vùng chậu, thoát vị vết mổ nội soi, tắc ruột, sa trực tràng, rò trực tràng âm đạo và rò trực tràng niệu đạo trong giai đoạn này. Kết quả gần tương tự Van; tuy nhiên Van có 3% xoắn đoạn ruột hạ xuống làm miệng nối ở nhóm Georgerson, 5% rò miệng nối ở nhóm HĐTQNHM[4].

Biến chứng của hai phương pháp phẫu thuật theo thời gian tái khám

Viêm ruột

Nhìn chung tỉ lệ viêm ruột trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác[4,9]. Viêm ruột sau phẫu thuật không có sự khác biệt giữa hai phương pháp HĐTQNHM và Georgeson của chúng tôi tương tự trong y văn[4]. Cũng như nghiên cứu của Vũ Hồng Anh, chúng tôi để lại ống thanh cơ ngắn cùng chế độ nong hậu môn thường quy đến 3 tháng sau phẫu thuật là cách vừa tránh hẹp miệng nối, vừa kích thích trẻ đại tiện tránh ứ phân và hơi, làm giảm tỉ lệ viêm ruột[6].

Sót đoạn vô hạch

Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp ở HĐTQNHM (0,8%), 1 trường hợp Georgeson (2,4%), không có sự khác biệt giữa hai phương pháp. Cả 2 trường hợp đều phải HĐTQNHM lại.

Trường hợp HĐTQNHM, bệnh nhân bị táo bón kéo dài, điều trị thuốc nhuận trường lúc đại tiện được, lúc không. Thời điểm năm thứ 3, được sinh thiết hút lại ghi nhận sót đoạn vô hạch. Bệnh nhân được chẩn đoán và can thiệp trễ một phần do bác sĩ phẫu thuật chủ quan, không nghĩ sót đoạn vô hạch nên không được chụp X – quang đại tràng cản quang và sinh thiết hút lại sớm; bên cạnh đó, bệnh nhân bỏ tái khám năm thứ 2, năm thứ 3 mới tái khám lại.

Trường hợp phẫu thuật Georgeson phát hiện từ 14 ngày sau phẫu thuật và được phẫu thuật lại sau 1 tháng. Nhiều tác giả không ghi nhận biến chứng này khi có sinh thiết lạnh trong lúc phẫu thuật[3,4,10]. Chúng tôi không thể làm sinh thiết lạnh vì mẫu mô cần được làm trong vòng 30 phút mà thời điểm nghiên cứu bệnh viện Nhi

Đồng 2 chưa triển khai kỹ thuật, nếu chuyển qua Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thì thời gian cuộc phẫu thuật không cho phép.

Hẹp miệng nối

Chúng tôi ghi nhận số trường hợp hẹp miệng nối lần lượt ở hai phương pháp HĐTQNHM, Georgeson là 5 (4,3%) và 2 (4,9%). Trong khi nhóm Georgeson chỉ xuất hiện trong 3 tháng đầu. Một trường hợp xuất hiện vào ngày 14 sau phẫu thuật, trường hợp còn lại xuất hiện vào 1 tháng sau phẫu thuật và cả hai hết hẹp vào thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, ở nhóm HĐTQNHM, hẹp miệng nối có 4 trường hợp vào 14 ngày sau phẫu thuật, 1 trường hợp vào thời điểm 1 tháng. Tới thời điểm 6 tháng vẫn còn 2 trường hợp phải nong hậu môn, tới 2 năm thì 2 trường hợp này này vẫn còn hẹp và xuất hiện 1 ca tái hẹp, 3 trường hợp này chúng tôi tư vấn rất kỹ về phương pháp và sự quan trọng phải nong nhưng người nhà không tuân thủ điều trị, có thể do người nhà là người dân tộc và có điều kiện kinh tế quá khó khăn nên ít có thời gian chăm sóc bệnh nhân. Thời điểm tái khám lúc 3 năm thì còn 1 trường hợp hẹp. Một số tác giả không ghi nhận hẹp miệng nối khi tái khám xa[4,6,11]. Theo phân tích gộp của Ernigel B trên các báo cáo về HĐTQNHM từ 2004 - 2014, tỉ lệ hẹp miệng nối từ 0% - 91%[12]. Năm 2016, Tommuschat C thực hiện nghiên cứu phân tích gộp về phẫu thuật nội soi hỗ trợ trong hạ đại tràng. Các tác giả tổng hợp 16 nghiên cứu Cohort từ 1996 - 2013 thì chỉ ghi nhận hẹp miệng nối trong các phẫu thuật liên quan với phương pháp Duhamel 3,3% - 6,7%, trong khi đó không ghi nhận trường hợp nào ở Georgeson[13]. Một số tác giả thực hiện miệng nối chéo, miệng nối Z, miệng nối hình tim để giảm nguy cơ hẹp miệng nối. Một số khác chủ trương nong hậu môn định kỳ sau phẫu thuật để tránh hẹp miệng nối, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh[12]. Nhiều tác giả cải tiến để ống thanh cơ ngắn hơn phẫu thuật Soave kinh điển để giảm biến chứng hẹp ống thanh cơ[11,14]. Nhìn chung, tỉ lệ hẹp miệng nối của chúng tôi thấp có thể do chúng tôi nong hậu môn thường quy sau phẫu thuật 14 ngày, những trường hợp hẹp và tái hẹp đa phần do không tuân thủ điều trị.

Són phân

Tỉ lệ són phân của chúng tôi khá cao vào thời điểm 14 ngày sau phẫu thuật (HĐTQNHM: 49,6%, Georgeson: 46,3%), tỉ lệ này giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên, tỉ lệ són phân ở HĐTQNHM, Georgeson vẫn còn lần lượt là 7,8%, 4,2% sau 3 năm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 phương pháp. Năm 2015, Thomson D thống kê lại một cách có hệ thống và phân tích đa trung tâm để so sánh tiên lượng các bệnh nhi phẫu thuật Hirschsprung bằng HĐTQNHM và Georgeson cũng không ghi nhận sự khác biệt về són phân giữa hai phương pháp[15].

Xì miếng nối

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp xì miệng nối khi so sánh 2 phương pháp như đa số các tác giả Dahal, Ishikawa, Langer, Mattioli, Van. Biến chứng xì miệng nối ít gặp trong phẫu thuật Georgeson và HĐTQNHM[13].

Táo bón

Tỉ lệ táo bón giữa 2 phương pháp HĐTQNHM, Georgeson trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt 9,7%, 7,3% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ táo bón này giảm dần theo thời gian. Kết quả tương tự tác giả Thomson D[15].

Rò trực tràng âm đạo hay niệu đạo

Vì thành trước trực tràng và thành sau âm đạo (bé gái), niệu đạo (bé trai) sát nhau nên việc phẫu tích có thể làm tổn thương các cơ quan này. Trong nghiên cứu này, tuy chúng tôi phẫu tích cẩn thận và đi trong lòng trực tràng nên đã hạn chế biến chứng, nhưng vẫn ghi nhận 1 trường hợp rò trực tràng âm đạo ở nhóm HĐTQNHM (0,8%), không ghi nhận ở phương pháp Georgeson không có sự khác biệt về mặt thống kê giữa hai phương pháp theo thời gian tái khám. Trường hợp này là bệnh nhân 2 tháng

tuổi, nhập viện ngay sau sinh, viêm ruột kéo dài dài làm viêm dính, việc bóc tách khoang dưới niêm mạc trực tràng khó khăn, chỉ phát hiện rò trực tràng âm đạo sau phẫu thuật 14 ngày. Bệnh nhân phải được làm hậu môn tạm, vá rò. Sau 1 tháng được HĐTQNHM lại, 1 tháng tiếp theo được đóng hậu môn nhân tạo.

Rối loạn chức năng đi tiểu

Chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp rối loạn đi tiểu (2,7%), đều ở nhóm HĐTQNHM, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tương tự với nghiên cứu của Mattioli G[10]. Trường hợp 1 có trước phẫu thuật và kéo dài đến 6 tháng sau phẫu thuật. Trường hợp 2 xuất hiện vào tháng thứ 6 và kéo dài 2 năm. Cả 2 trường hợp này đều tự hồi phục. Trường hợp 3 xuất hiện vào năm thứ hai và vẫn tồn tại vào năm thứ 3 tái khám. Trường hợp 1 có thể do trẻ lớn, tình trạng táo bón mạn tính kéo dài và trực tràng dãn to trước phẫu thuật; ở những bệnh nhân này bàng quang bị mất trương lực, gây chèn ép vào vùng cổ bàng quang. Rối loạn chức năng đi tiểu xảy ra hầu hết sau phẫu thuật Soave, Dai Y[16] ít ghi nhận trong phẫu thuật HĐTQNHM và Georgeson.

Hăm da quanh hậu môn

Hăm da quanh hậu môn là biến chứng thường gặp thứ hai sau són phân. Nhóm HĐTQNHM có 25,5%, nhóm Georgeson có 14,6%. Phẫu thuật nội soi ít có biến chứng này hơn, nhưng không có sư khác biệt có ý nghĩa thống kê. Biến chứng xảy ra nhiều nhất vào thời điểm 14 ngày sau phẫu thuật và sau đó giảm dần. Sau phẫu thuật 24 tháng, không còn trường hợp nào có biến chứng này. Kết quả của chúng tôi cũng gần tương tự Adıgüzel U (24%), Lu C (27,6%)[17,18].

Chức năng đại tiện

Chúng tôi phân loại theo Teitelbaum DH[19]. Chức năng đại tiện ở thời điểm tái khám 3 năm của chúng tôi ở 2 nhóm lần lượt HĐTQNHM (rất tốt: 77,9%, tốt 14,3%. trung bình: 6,5%, kém: 1,3%), Georgeson (rất tốt: 79,2%, tốt: 16,7%, trung bình: 4,1%, kém: 0%). Mặc dù, tỉ lệ chức năng đại tiện của nhóm Georgeson tốt hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Mattioli dùng bảng phân loại Wingspread không ghi nhận khác nhau giữa 2 phương pháp HĐTQNHM và Georgeson về đại tiện tự chủ, bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều có chức năng đại tiện tốt và rất tốt là 100%[10]. Dahal GR dùng bảng phân loại của Teitelbaum có 90,7% chức năng đại tiện tự chủ tốt và rất tốt sau phẫu thuật HĐTQNHM và Georgeson[20].

KẾT LUẬN

Hạ đại tràng qua ngả hậu môn và Georgeson đều an toàn và khả thi trong phẫu thuật một thì bệnh Hirschsprung ở thể kinh điển, không có sự khác biệt giữa hai phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De la Torre-Mondragon L, Ortega-Salgado JA (1998). "Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease". *Journal of Pediatric Surgery*, 33:1283-1286.
2. Nguyễn Kinh Bang, Trương Nguyễn Uy Linh, Đào Trung Hiếu (2004). "Hạ đại tràng qua hậu môn: kỹ thuật không mở bụng trong điều trị bệnh Hirschsprung tại bệnh viện Nhi Đồng 1". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 8:182-186.
3. Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Đức Hậu, Trần Anh Quỳnh, Vũ Hồng Anh (2011). "So sánh kết quả ban đầu giữa hai phương pháp phẫu thuật một thì nội soi và đường qua hậu môn điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15:33-36.
4. Van de Ven TJ, Sloots CE, Wijnen MH, Rassouli R, van Rooij I, Wijnen RM, et al (2013). "Transanal endorectal pull – through for classic segment Hirschsprung's disease: with or without laparoscopic mobilization of the rectosigmoid?". *Journal of Pediatric Surgery*, 48:1914-1918.
5. Georgeson KE, Cohen RD, Hebra A, Jona JZ, Powell DM, Rothenberg SS (1999). "Primary laparoscopic-assisted endorectal colon pull-through for Hirschsprung's disease: a new gold standard". *Annals of Surgery*, 229:678-682.
6. 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*, Đại học Y Hà Nội.
7. Trương Nguyễn Uy Linh, Phan Thị Ngọc Linh, Nguyễn Kinh Bang, Đào Trung Hiếu (2005). "Điều trị phẫu thuật triệt để, một thì ở trẻ bệnh Hirschsprung dưới 3 tháng tuổi". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 9:1-4.
8. Li X, Li X, Cheng J, Zhang Y, Zou W, Xie F (2017). "Laparoscopic-assisted endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. A retrospective study". *Saudi Medical Journal*, 38:1255-1258.
9. Zhang X, Li L, Li SL, Li SX, Wang XY, Tang ST (2020). "Primary laparoscopic endorectal pull-through procedure with or without a postoperative rectal tube for hirschsprung disease: a

multicenter perspective study". *Journal of Pediatric Surgery*, 55:381-386.
10. Mattioli G, Pini Prato A, Giunta C, Avanzini S, Della Rocca M, Montobbio G (2008). "Outcome of primary endorectal pull-through for the treatment of classic Hirschsprung disease". *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques,* Part A, 18:869-874.
11. Hau BD, Quynh TA, Anh VH, Liem NT (2011). "Early and late outcomes of primary laparoscopic endorectal colon pull-through leaving a short rectal seromuscular sleeve for Hirschsprung disease". *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, Part A, 21: 81-83.
12. Erginel B, Gun Soysal F, Keskin E, Celik A, Yüksel S, Salman T (2016). "Long-term outcomes of children with transanal endorectal pull-through and a review of the literature". *Acta Chirurgica Belgica*, 116:372-375.
13. Tomuschat C, Zimmer J, Puri P (2016). "Laparoscopic-assisted pull-through operation for Hirschsprung's disease: a systematic review and meta-analysis". *Pediatr Surg Int*, 32:751-757.
14. Stensrud KJ, Emblem R, Bjornland K (2010). "Functional outcome after operation for Hirschsprung disease-transanal vs transabdominal approach". *Journal of Pediatric Surgery*, 45:1640-1644.
15. Thomson D, Allin B, Long AM, Bradnock T, Walker G, Knight M (2015). "Laparoscopic assistance for primary transanal pull-through in Hirschsprung's disease: a systematic review and meta-analysis". *BMJ Open*, 5:e006063.
16. Dai Y, Deng Y, Lin Y, Ouyang R, Li L (2020). "Long-term outcomes and quality of life of patients with Hirschsprung disease: a systematic review and meta-analysis". *BMC Gastroenterol*, 20:67-67.
17. Adıgüzel Ü, Ağengin K, Kırıştıoğlu I, Doğruyol H (2017). "Transanal endorectal pull – through for Hirschsprung's disease: experience with 50 patients". *Irish Journal of Medical Science*, 186:433-437.
18. Lu C, Hou G, Liu C (2017). "Single – stage transanal endorectal pull-through procedure for correction of Hirschsprung disease in neonates and nonneonates: A multicenter study". *Journal of Pediatric Surgery*, 52:1102-1107.
19. Teitelbaum DH, Cilley RE, Sherman NJ (2000). "A decade of experience with the primary pull-through for hirschsprung disease in the newborn period: a multicenter analysis of outcomes". *Annals of Surgery*, 232:372-380.
20. Dahal GR, Wang JX, Guo LH. (2011), "Long – term outcome of children after single-stage transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease". *World Journal of Pediatrics*, 7:65-69.

Ngày nhận bài báo: *15/02/2021*
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: *31/03/2021*
Ngày bài báo được đăng: *10/04/2021*