

KẾT QUẢ DÀI HẠN CỦA PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG KIỂU TÚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Thị Mỹ Ngọc¹, Võ Đăng Thanh Hiền¹,
Đoàn Thủy Thúy Nga¹, Phan Đình Vĩnh Linh¹, Lâm Thị Bích Chi¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả dài hạn sau phẫu thuật điều trị sa trực tràng kiểu túi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca tất cả người bệnh được phẫu thuật điều trị sa trực tràng kiểu túi trong giai đoạn 2019-2023. **Kết quả:** Có 107 người bệnh sa trực tràng kiểu túi được phẫu thuật, với 90,7% được phẫu thuật theo phương pháp STARR (81,3% là STARR 2 máy), 9,3% theo phương pháp đặt mảnh ghép thành sau âm đạo. Kết quả ghi nhận tỷ lệ giảm bệnh theo các triệu chứng tiêu khổ đạt được 79,4%. Tỷ lệ biến chứng lâu dài chiếm 4,7% tất cả các trường hợp. Tỷ lệ tái phát là 0,9%. **Kết luận:** Kết quả điều trị phẫu thuật sa trực tràng kiểu túi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong giai đoạn 2019-2023 đạt được tỷ lệ giảm bệnh khá cao, gần 80% và tỷ lệ biến chứng dài hạn và tái phát thấp. **Từ khóa:** Sa trực tràng kiểu túi, hội chứng tổng phân tắc nghẽn, phẫu thuật STARR, đặt mảnh ghép thành sau âm đạo.

SUMMARY

THE LONG-TERM OUTCOMES AFTER SURGICAL TREATMENT OF RECTOCELE AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Objectives: To evaluate the long-term outcomes after surgical treatment of rectocele at University Medical Center, Ho Chi Minh city. **Methods:** We studied retrospectively case series of rectocele treated by surgery at University Medical Center, Ho Chi Minh city in the period 2019-2023. **Results:** 107 people with rectocele were operated on, with 90.7% operated on the STARR method (81.3% with 2-machine STARR), 9.3% with the posterior vaginal wall repair using mesh implants. The results recorded a reduction rate of constipation due to obstructed defecation syndrom of 79.4%. The long-term complication rate accounted for 4.7% of all cases. The recurrence rate was 0.9%. **Conclusion:** The results of surgical treatment for rectocele at University Medical Center, Ho Chi Minh City in the period 2019-2023 are quite high with a disease reduction rate of nearly 80% and a low rate of long-term complications and recurrence.

Keywords: Rectocele, Obstructed Defecation Syndrom, STARR procedure, mesh repair.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Mỹ Ngọc

Email: ngoc.vtm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa trực tràng kiểu túi (STTKT) là một trong những nguyên nhân gây ra hội chứng tổng phân tắc nghẽn và thường xảy ra ở nữ giới, gây ảnh hưởng nhiều đến công việc và sinh hoạt của người bệnh (NB).

Có nhiều cách tiếp cận để điều trị bệnh lý STTKT. Phẫu thuật (PT) phục hồi mạc trực tràng âm đạo bằng mô tự thân, PT đặt mảnh ghép thành sau âm đạo đã được đề xuất bởi tác giả Parker và Philips vào năm 1993, PT cắt trực tràng ngả hậu môn (STARR: Stapled Transanal Rectal Resection) được tác giả Antonio Longo giới thiệu vào năm 2001.

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị sa trực tràng kiểu túi. Tác giả Nguyễn Trung Tín (năm 2015) đã có một nghiên cứu cấp Sở Khoa học và Công nghệ về phẫu thuật STARR trong điều trị sa trực tràng kiểu túi. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật STARR giúp giảm tỷ lệ táo bón do tắc nghẽn là 84,4% và không có tai biến và biến chứng trong nghiên cứu. Tuy nhiên, thời gian theo dõi trong 2 nghiên cứu này chỉ trong khoảng 3 tháng [1].

Chúng tôi muốn đánh giá kết quả lâu dài của 3 phương pháp PT này trong điều trị STTKT tại Bệnh viện (BV) Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho NB.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả dài hạn sau PT điều trị sa trực tràng kiểu túi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.*

1. Xác định tỉ lệ giảm bệnh sau PT dựa vào triệu chứng lâm sàng.

2. Xác định tỷ lệ tái phát và các biến chứng trong thời gian theo dõi: lộ mảnh ghép, giao hợp đau, hẹp hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: Tất cả người bệnh được PT điều trị STTKT trong giai đoạn 2019-2023

Thời gian nghiên cứu: 10/2023-10/2024

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả NB có chẩn đoán STTKT được PT

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có thông tin tái khám hay không liên lạc được.

- Thời gian ghi nhận triệu chứng sau mổ

dưới 1 năm.

Tiến hành nghiên cứu

- Lấy danh sách NB STTKT được điều trị bằng PT trong 5 năm, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023.
- Ghi nhận thông tin theo bệnh án nghiên cứu.
- Tra cứu thông tin tái khám trên phần mềm bệnh án điện tử.
- Gọi điện thoại cho NB nếu không có thông tin tái khám trên phần mềm.
- Nhập dữ liệu vào phần mềm SPSS 20.

Các biến số chính

- Triệu chứng đi tiêu khó trước và sau mổ: có một trong các triệu chứng sau: đi tiêu phải rặn, cảm giác còn phân, dùng tay hỗ trợ, phải dùng thuốc bơm hay thực tháo để đi tiêu. Khi có các triệu chứng trên được xem là có, khi không có các triệu chứng trên được xem là không. Các triệu chứng này ghi nhận trước mổ và trong thời gian theo dõi.
- Phương pháp PT: Phẫu thuật STARR 01 máy hay 02 máy, đặt mảnh ghép thành sau âm đạo hay khâu phục hồi thành sau âm đạo bằng mô tự thân.
- Biến chứng trong thời gian theo dõi: lộ mảnh ghép, giao hợp đau, hẹp hậu môn
- Tái phát: Xuất hiện lại túi sa trực tràng vào vách âm đạo thông qua triệu chứng đi tiêu khó của người bệnh và xác định bằng chụp cộng hưởng từ động sản chậu.
- Giảm bệnh sau điều trị: Không còn bất kỳ triệu chứng khó đi tiêu nào sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 5 năm, 2019-2023, có 196 trường hợp STTKT đến khám và điều trị. Loại trừ 7 trường hợp do không ghi nhận được thông tin sau mổ, chúng tôi xem xét 189 trường hợp. Trong đó, chỉ có 107 trường hợp ghi nhận được thông tin theo dõi từ 01 năm trở lên. Có 10 trường hợp bị thiếu thông tin trước mổ nên dữ liệu về triệu chứng cơ năng trước mổ được phân tích trên 97 NB.

Tuổi trung bình là $51,3 \pm 12,2$ tuổi, thấp nhất là 20 và cao nhất là 74 tuổi.

Về triệu chứng lâm sàng trước mổ:

Trong nhóm nghiên cứu có 91 NB bị tiêu khó, chiếm 93,8% (Bảng 1 và Bảng 2).

Bảng 1: Phân bố NB theo triệu chứng trước mổ

Triệu chứng	Trước mổ (n=97)	
	Tần suất	%
Đại tiện khó	91	93,8
Căng hậu môn trực tràng	01	1
Khối phồng ở âm đạo	4	4,1

Bảng 2: Phân bố NB theo triệu chứng đi tiêu khó trước mổ

Triệu chứng đại tiện khó	Trước mổ (n=97)	
	Tần suất	%
Rặn nhiều khi đi tiêu	34	35,1
Dùng tay hỗ trợ hay dùng thuốc bơm	31	32
Cảm giác tiêu không hết phân	31	32

Về chẩn đoán hình ảnh trước mổ: Có 102 trường hợp được chụp cộng hưởng từ (MRI: Magnetic Resonance Imaging). Các túi sa trực tràng có kích thước trung bình là $3,5 \pm 0,8$ cm, nhỏ nhất là 2cm và to nhất là 5,6 cm, trong đó có 9 trường hợp kèm theo lồng trong trực tràng, chiếm 8,9% với chiều dài đoạn lồng trung bình $2,5 \pm 1,1$ cm đồng thời ghi nhận các sa tạng chậu đi kèm (Bảng 3).

Bảng 3: Phân bố NB theo chẩn đoán sa tạng chậu trước mổ

Sa tạng chậu kèm theo trước mổ	Chung (n=102) Tần suất %	
Sa sàn chậu	99	97,1
Sa tử cung	64	62,7
Sa bàng quang	79	77,5
Lồng trực tràng	9	8,8

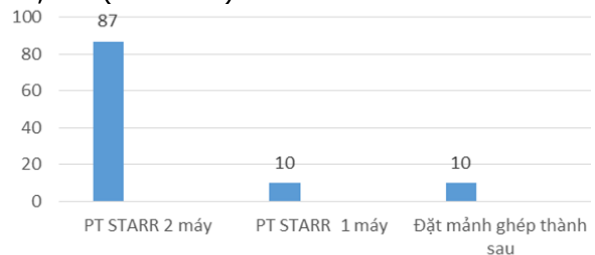
Về chẩn đoán trước mổ: hầu hết các trường hợp là STTKT độ 2, chiếm 92,5% (Bảng 4).

Bảng 4: Phân bố NB theo mức độ sa trước mổ

Mức độ sa	N=107	
	Tần suất	%
STTKT độ 2	99	92,5
STTKT độ 3	8	7,5

Về phẫu thuật: Phương pháp vô cảm: Có 92 trường hợp được tê tùy sống để mổ, chiếm 86%, còn lại 15 trường hợp phải gây mê.

Phương pháp PT: Hầu hết các trường hợp (87) được thực hiện pt STARR 2 máy, chiếm 81,3%. (Biểu đồ 1)



Biểu đồ 1: Phân bố các phương pháp phẫu thuật
Thời gian mổ trung bình là $50,2 \pm 25,1$ phút, nhanh nhất là 24 phút, chậm nhất là 157 phút.

Về biến chứng sớm sau mổ: 98 trường hợp (91,6%) không có biến chứng sớm sau mổ. 7 trường hợp bị bí tiểu sau mổ, chiếm 6,5%. 2 trường hợp bị chảy máu sau mổ, chiếm 1,9%, 1

trường hợp bị rò trực tràng âm đạo, chiếm 0,9%. Trường hợp này xảy ra 01 tuần sau phẫu thuật STARR 2 máy.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3 \pm 1,9$ ngày, nhanh nhất là 01 ngày và lâu nhất là 16 ngày. Trường hợp nằm viện sau mổ 16 ngày là trường hợp có biến chứng chảy máu và bí tiểu sau mổ.

Theo dõi dài hạn sau mổ: Thời gian theo dõi ít nhất là 12 tháng, lâu nhất là 71 tháng.

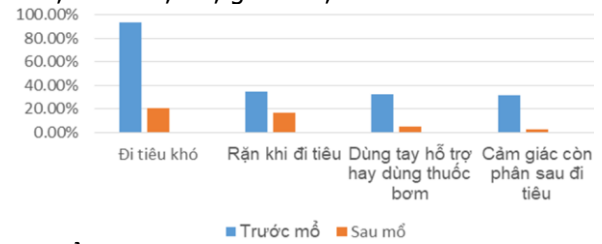
Về kết quả điều trị (Biểu đồ 2)

Còn 22 trường hợp tiêu khó, chiếm tỷ lệ 20,6%, giảm 73,2% so với trước mổ. Như vậy, tỷ lệ giảm bệnh sau điều trị chiếm 79,4%.

18 trường hợp còn phải rặn nhiều sau mổ, chiếm 16,8%, giảm 18,3% so với trước mổ.

5 trường hợp phải dùng tay hay thuốc bơm hỗ trợ lúc đi tiêu, chiếm 4,7%, giảm 27,3% so với trước mổ.

3 trường hợp còn cảm giác còn phân sau đi tiêu, chiếm 2,8%, giảm 29,2% so với trước mổ.



Biểu đồ 2: Sự cải thiện các triệu chứng đi tiêu sau mổ

Không có trường hợp nào còn khối phòng âm đạo và cảm giác căng hậu môn sau mổ.

Có 1 trường hợp tái phát sau mổ, chiếm tỷ lệ 0,9%. Có 5 trường hợp bị biến chứng sau mổ, chiếm tỷ lệ 4,7% (Bảng 5).

Có 2 trường hợp ghi nhận không có cảm giác mắc đi tiêu sau mổ, chiếm tỷ lệ 1,9%, đây là 2 trường hợp sau làm PT STARR 2 máy (2,5%).

Bảng 5: Phân bố NB theo các biến chứng và phương pháp phẫu thuật

Biến chứng	Chung (n=107)		STARR (n=97)		Đặt mảnh ghép thành sau âm đạo (n=10)	
	Tần suất	%	Tần suất	%	Tần suất	%
Tái phát	1	0,9	1	1	0	0
Hẹp hậu môn	1	0,9	1	1	0	0
Lộ mảnh ghép	2	1,9	0	0	2	20
Giáp hợp đầu	2	1,8	0	0	2	20
Không cảm giác mắc đi tiêu	2	1,8	2	2,1	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ các biến chứng trong nghiên cứu không nhiều và có những biến chứng là chuyên biệt cho từng phương pháp PT.

Bảng 6: Phân bố NB cải thiện đi tiêu theo phương pháp phẫu thuật

Tiêu khó (trước mổ/sau mổ)	Chung (n=97/107)		STARR (n=89/97)		Đặt mảnh ghép thành sau âm đạo (n=8/10)	
	Tần suất	%	Tần suất	%	Tần suất	%
Tiêu khó	91/22	93,8/20,6	83/19	93,2/19,6	8/3	100/30
Chênh lệch	73,2%		73,6%		70%	

Nhận xét: Về mức độ giảm triệu chứng tiêu khó, ta nhận thấy nhóm phẫu thuật STARR giúp giảm tỷ lệ tiêu khó sau mổ nhiều hơn nhóm PT đặt mảnh ghép thành sau âm đạo.

IV. BÀN LUẬN

STTKT là một trường hợp sa tạng chậu thường gặp trong bệnh lý khoang sau của sàn chậu. PT được chỉ định trong những trường hợp điều trị bảo tồn thất bại. Có nhiều yếu tố cần cân nhắc khi lựa chọn PT như tuổi, chiều dài âm đạo, mong muốn giao hợp, giai đoạn túi sa và triệu chứng thay đổi đi tiêu. Nguyên tắc của PT là phục hồi vách âm đạo trực tràng để hạn chế trực tràng tiếp tục sa qua thành sau âm đạo hay cắt bỏ túi sa trực tràng. Vì vậy, điều trị PT dạng sa này có thể tiếp cận nhiều ngã như ngã bụng, ngã âm đạo, ngã đáy chậu hay ngã hậu môn và

còn tùy thuộc PT viên. Trong đó, PT qua ngã âm đạo với phương pháp khâu phục hồi vách âm đạo trực tràng bằng mô tự thân hay đặt mảnh ghép vào vách âm đạo trực tràng được đề xuất và áp dụng tại Việt Nam từ rất sớm (năm 2000). Sau đó khoảng 10 năm, phẫu thuật STARR được đưa vào để điều trị bệnh lý này bằng cách cắt túi sa qua ngã hậu môn.

Phẫu thuật STARR được xem là an toàn và hiệu quả để điều trị hội chứng táo bón do tắc nghẽn ngõ ra vì lồng trong trực tràng, STTKT và sa trực tràng toàn thành nhỏ. So sánh với tiếp cận ngã âm đạo, PT ngã hậu môn cho phép điều trị luôn các bệnh lý của hậu môn trực tràng như trĩ và lồng trong [2],[8].

Tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, việc điều trị STTKT cũng theo sự phát triển PT của các nước. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, NB STTKT được PT theo dõi nhiều phương pháp khác nhau, từ khâu phục hồi thành sau băng mô tự thân đến đặt mảnh ghép thành sau âm đạo, từ PT STARR 01 máy đến phẫu thuật STARR 2 máy... Từ năm 2019, PT đặt mảnh ghép được sử dụng nhiều hơn nhưng sau đó PT STARR đã được chỉ định rộng rãi hơn với kết quả khả quan hơn. Với 107 trường hợp STTKT, phẫu thuật STARR được chỉ định trong 97 trường hợp (90,7%), trong đó phẫu thuật STARR 2 máy chiếm 81,3%. Con số này cho thấy sự phổ biến và có hiệu quả của phẫu thuật STARR, đặc biệt là phẫu thuật STARR 2 máy.

Với 107 lượt PT điều trị STTKT trong 5 năm, chúng tôi đạt được kết quả đáng khích lệ khi giảm được 73,2% tỷ lệ đi tiêu khó. Trong đó, kết quả ở nhóm các NB được thực hiện phẫu thuật STARR và đặt mảnh ghép thành sau âm đạo đạt tương đương nhau (73,6% và 70%) và tỷ lệ điều trị thành công chiếm 79,4%. Các triệu chứng tiêu khó như rặn nhiều, dùng tay hay thuốc bơm hỗ trợ hay cảm giác còn phân sau đi tiêu đều giảm được gần 20% so với trước mổ, trong đó giảm nhiều nhất là nhu cầu dùng tay hay thuốc bơm hỗ trợ lúc đi tiêu và cảm giác đi tiêu không hết phân, đạt được 27,3% và 29,2%. Trong một số các nghiên cứu trên thế giới sau PT STARR, nhu cầu dùng tay hỗ trợ làm sạch phân sau đi tiêu khoảng 16,6%-27%, so với nghiên cứu của chúng tôi nhu cầu này là 4,7%.

Tác giả Hasan H.M trong 2 năm (2008-2010) đã sử dụng phương pháp phẫu thuật STARR trong điều trị STTKT và lồng hậu môn trực tràng trên 40 bệnh nhân, theo dõi sau 12 tháng, tác giả ghi nhận triệu chứng táo bón cải thiện 90% [3].

Tác giả NDH vào năm 2004, theo dõi 10 trường hợp STTKT được PT đặt mảnh ghép vào vách âm đạo trực tràng. Qua 2 tuần, kết quả cho thấy không có biến chứng nào xảy ra và cải thiện rõ rệt triệu chứng rối loạn đi tiêu với tỷ lệ lành bệnh 100%. Tuy nhiên, thời gian theo dõi của nghiên cứu này chỉ 2 tuần.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn báo cáo của tác giả Nguyễn Trung Tín. Trong một nghiên cứu 4 năm, theo dõi 3 tháng 78 NB sau PT STARR có kèm hay không khâu bản nâng, tác giả Nguyễn Trung Tín đã báo cáo tỷ lệ giảm đi tiêu khó lên đến 84,4% và không có trường hợp nào bị hẹp trực tràng hay rò trực tràng âm đạo [1]. Nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp rò trực tràng âm đạo và 01 trường hợp tái phát, chiếm tỷ lệ tương đương 1%.

Trường hợp rò trực tràng âm đạo xảy ra trong vòng 1 tuần sau phẫu thuật STARR 2 máy. Chúng tôi nghĩ trường hợp này xảy ra khả năng do hoại tử muộn vách âm đạo trực tràng. Trên y

văn cũng có vài nghiên cứu cho thấy rò trực tràng âm đạo sau phẫu thuật STARR có thể cần phải can thiệp lại và nguyên nhân là do thiếu máu hoại tử hay do máu tụ trong vách âm đạo trực tràng hơn là do sang chấn trực tiếp trong khi PT [4]. NB này được điều trị nội khoa hết nhiễm trùng và PT khâu lại chỗ rò. Sau mổ, NB ổn định và may mắn là không còn tiêu khó như trước mổ.

Trường hợp STTKT tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra sau phẫu thuật STARR 2 máy. Trường hợp này sau đó được mổ lại bằng phương pháp đặt mảnh ghép thành sau âm đạo và tình trạng đi tiêu hiện tại đã ổn định.

Tác giả Kahn cho tỷ lệ tái phát với phương pháp khâu phục hồi vách âm đạo trực tràng âm đạo khá cao, khoảng 24% với thời gian theo dõi 42 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào tái phát sau PT đặt mảnh ghép thành sau âm đạo số lượng NB được sử dụng phương pháp mổ này còn ít nên cũng khó kết luận chúng tôi đã làm tốt hơn. Tác giả Lene Duch Madsen năm 2017, với 80 NB được mổ với PT đặt lưới thành sau âm đạo, cho tỷ lệ tái phát 1,5% sau 01 năm theo dõi [5]. Tác giả Megan Ladd và Faiz Tuma năm 2022 cho tỷ lệ tái phát sau PT đặt mảnh ghép thành sau âm đạo khoảng 11% [7].

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp lộ mảnh ghép sau đặt mảnh ghép thành sau âm đạo (1,9%/20%). Hai trường hợp này được cắt bỏ mảnh ghép lộ tuy nhiên phải làm dưới gây tê vùng. Đây cũng là biến chứng khá thường gặp sau loại PT này và gây ảnh hưởng không nhỏ đến hài lòng sau mổ của NB.

Một di chứng cần được nhắc đến là giao hợp đau. Điều này đã được nhắc đến nhiều trong y văn, đặc biệt là rối loạn chức năng tình dục. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 2 trường hợp đau sau PT đặt mảnh ghép thành sau âm đạo. Sự lành mô sẽ khiến mảnh ghép bị co rút, làm vách âm đạo trực tràng không còn mềm mại vì vậy dễ dẫn đến cảm giác đau khi giao hợp.

Tác giả Mercer-Jones và cộng sự trong 4 năm (năm 1998 đến năm 2002), nghiên cứu trên 24 NB bị STTKT được PT băng đặt mảnh ghép thành sau âm đạo. Với thời gian theo dõi từ 3 tháng đến 47 tháng, tác giả ghi nhận không có trường hợp nào bị lộ mảnh ghép, có 01 trường hợp than phiền đau khi giao hợp, chiếm tỷ lệ 4,2% [6].

Hẹp hậu môn trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp, chiếm 0,9%. Cả 2 trường hợp này chỉ hẹp mức độ nhẹ và được xử trí tốt bằng nong bằng dụng cụ tại phòng khám.

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 2 người bệnh, chiếm tỷ lệ 1,8%, nói về vấn đề không có cảm giác mắc đi tiêu sau mổ. 2 trường hợp này sau phẫu thuật STARR. Những trường hợp này đều ghi nhận qua lời kể của NB nên chúng tôi đã mời NB vào để xác định thêm than phiền này. Chúng tôi sẽ kiểm tra vận động của đại tràng cũng như đánh giá cảm giác trực tràng thông qua phản xạ đại tiện.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng đồng thời các phương pháp PT giúp kết quả điều trị STTKT tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đạt được đạt được tỷ lệ giảm bệnh khá cao, gần 80%, tỷ lệ tái phát và biến chứng dài hạn như lộ mảnh ghép, giao hợp đau hay hẹp hậu môn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Tín, Lê Châu Hoàn Quốc Chương (2015). Phẫu thuật cắt túi sa trực tràng bằng máy khâu bấm (STARR) và phục hồi bản nâng trong điều trị táo bón do sa trực tràng kiểu túi ở bệnh nhân nữ. Đề tài nghiên cứu cấp Sở khoa học công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Edward Ram, Dan Alper, Eli Atar, Inna Tsitman, Zeev Dreznik (2010). Stapled transanal rectal resection: a new surgical treatment for obstructed defecation syndrome. IMAJ, 12(2):74-7.
3. Hasan H.M (2012). Stapled transanal rectal resection for the surgical treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectocele and rectal intussusception. ISRN Surgery, 2012: 652345, doi:10.5402/2012/652345.
4. Leanza et al (2013). Surgical repair of rectocele. Comparison of transvaginal and transanal approach and personal technique. G Chir, 34: 332-336.
5. Lene Duch Madsen et al (2017). Native-tissue repair of isolated primary rectocele compared with nonabsorbable mesh: patient-reported outcomes. Int Urogynecol J, 28(1): 49-57
6. M.A Mercer-Jones, A Sprowson, J S Varma (2004). Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. Dis Colon Rectum, 47(6):864-8
7. Megan Ladd; Faiz Tuma (2022). Rectocele. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books> Last Update: April 30
8. Reboa G, Gipponi M, Ligorio M, Marino P, Lantieri F (2009). The impact of stapled transanal rectal resection on anorectal function in patients with obstructed defecation syndrome. Dis Colon Rectum, 52(9):1598-604.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thế Hiệp^{1,2}, Nguyễn Ngọc Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh rò hậu môn (RHM) phức tạp tại Trung tâm Phẫu thuật tiêu hóa - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 52 bệnh nhân (BN) RHM phức tạp được phẫu thuật từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình là $42,5 \pm 11,6$ (tuổi); tuổi hay gặp là 21 – 40 (42,3%); tỷ lệ nam/nữ là 12 (48/4); tỷ lệ BN đã mổ RHM trước đó là 11%. Trong mổ 100% các BN tìm được lỗ trong, 56,9% lỗ ngoài và 64,2% lỗ trong nằm ở nửa sau hậu môn. Phân loại tổn thương trong mổ: rò liên cơ thắt 3,9 % (2 BN), rò xuyên cơ thắt thấp 28,8% (15 BN), rò xuyên cơ thắt trung gian 38,4% (20 BN), rò xuyên cơ thắt cao (13 BN) 25%, rò trên cơ thắt (2 BN) 3,9%. Phẫu thuật cắt đường rò mở ngo được áp dụng trong 67,3%; phương pháp đặt Seton 5,8%, phương pháp cắt đường rò kết hợp đặt dẫn lưu

19,2%, phương pháp đặt seton kết hợp đặt dẫn lưu 7,7% . Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn sau mổ trong 3 tháng đầu, sau 3 tháng lần lượt là 3,8%, 1,9%. Tỷ lệ tái phát 0%. Xếp loại kết quả chung: Tốt 98,1%; trung bình 1,9% và kém 0%. **Kết luận:** Tìm được lỗ rò trong là chìa khóa thành công của phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp mổ phải phù hợp với phân loại đường rò. **Từ khóa:** rò hậu môn phức tạp, rò hậu môn tái phát, mất tự chủ hậu môn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX ANAL FISTULA AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: The study aims to review the clinical characteristics and evaluate the results of surgery for complex anal fistula at the Center of Digestive Surgery - Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** Descriptive research on 52 patients with complex anal fistula, who had the surgery done from January 2023 to June 2024. **Research results:** the average age ranges from 42.5 ± 11.6 (years); the most common age is from 21 to 40 (42.3%); the male/female ratio is 12 (48/4); the rate of patients who had had surgery before was 11%. During surgery, 100% of patients had found the internal hole, 56.9% of the external hole and 64.2% of the internal hole were located in the posterior half of the anus. Classification of

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hiệp

Email: nguyenthethiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025