

năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. J Vietnam Cardiol 2023;104:53-60. <https://doi.org/10.58354/jvc.104.2023.416>

6. Sauer A., Wilcox J.E., Andrei A.-C. et al. Diastolic Electromechanical Coupling: Association of the Electrocardiographic T-peak to

T-end Interval with Echocardiographic Markers of Diastolic Dysfunction. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2012; 5(3), 537–543

7. Namdar M., Biaggi P., Stähli B. và cộng sự. A Novel Electrocardiographic Index for the Diagnosis of Diastolic Dysfunction. PLoS ONE. 2013; 8(11)

KẾT QUẢ LÂU DÀI ĐIỀU TRỊ TEO HẬU MÔN, RÒ TRỰC TRÀNG NIỆU ĐẠO BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP VỚI ĐƯỜNG SAU TRỰC TRÀNG GIỮ NGUYÊN CƠ THẮT

Ngô Duy Minh¹, Nguyễn Thanh Liêm²,
Phạm Duy Hiền², Trần Anh Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâu dài điều trị rò trực tràng - niệu đạo bằng phẫu thuật nội soi kết hợp đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt. **Đối tượng, phương pháp:** Tất cả bệnh nhân rò trực tràng - niệu đạo được phẫu thuật cùng 1 kỹ thuật tại bệnh viện nhi trung ương, thời gian 4/2017 đến 4/2020. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu. **Kết quả:** 52 bệnh nhân trong đó 25 bệnh nhân rò trực tràng - niệu đạo tiền liệt tuyến, 27 bệnh nhân rò trực tràng - niệu đạo hành. Thời gian phẫu thuật từ 48 đến 80 phút, trung bình 57,8 ± 5,7 phút, không có tai biến trong phẫu thuật hoặc tử vong sau phẫu thuật. Điều trị sau phẫu thuật trung bình 5,1 ± 0,9 ngày, kết quả lâu dài cho thấy tỷ lệ táo bón sau mổ chiếm 13,3%, Són phân chiếm 46,7%, đại tiện tự chủ hoàn toàn chiếm 82,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi kết hợp sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt điều trị bệnh lý rò trực tràng - niệu đạo là phương pháp khả thi, an toàn, theo dõi lâu dài thấy kết quả đại tiện tự chủ chiếm tỷ lệ cao. **Từ khóa:** Rò trực tràng - niệu đạo, phẫu thuật nội soi kết hợp đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt.

SUMMARY

LONG – TERM OUTCOMES OF TREATMENT RECTOURETHRAL FISTULA BY COMBINED LAPAROSCOPIC AND MODIFIED POSTERIOR SAGITTAL APPROACH SAVING THE EXTERNAL SPHINCTER

Objectives: The aim of this study was to evaluate long - term results of rectourethral fistula treatment by combined laparoscopic and modified posterior sagittal approach saving the external sphincter. **Patients and methods:** All patients with rectourethral fistula treated by the same mentioned

technique between April 2017 and April 2020 were retrospectively studied. **Results:** Laparoscopic and modified posterior sagittal approach saving the external sphincter was completed on 52 patients with rectourethral fistula, including 25 patients with rectoprostate fistulas and 27 patients with rectobulbar fistulas. Mean operative time was 57.8 ± 5.7 minutes (48 to 80 minutes). There were no intraoperative complications and no perioperative mortalities. The mean hospital stay was 5.1 ± 0.9 days. As for the long-term results, constipation rate was 13.3%, Soiling rate was 46.7%, totally continent rate was 82.3%. **Conclusion:** Combined laparoscopic and modified posterior sagittal approach saving the external sphincter is feasible and safe for rectourethral fistula. Long-term follow-up shows a high rate of totally continent defecation. **Keywords:** Rectourethral fistula, Combined laparoscopic and modified posterior sagittal approach, external sphincter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo hậu môn, rò trực tràng niệu đạo là dị tật phổ biến nhất trong các loại dị tật hậu môn trực tràng ở nam giới, lỗ rò từ trực tràng vào niệu đạo có thể nằm ở niệu đạo hành hoặc niệu đạo tuyến tiền liệt^{1,2}. Để điều trị dị tật này có thể tiến hành bằng phương pháp phẫu thuật mở đường bụng, phẫu thuật đường sau trực tràng, phẫu thuật nội soi hoặc phối hợp các phương pháp trên¹. Mục đích của phẫu thuật điều trị bệnh lý này không chỉ điều trị về mặt giải phẫu mà chủ yếu là nhằm phục hồi lại một chức năng quan trọng nhất là chức năng đại tiện. Bệnh nhân đạt được chức năng đại tiện càng gần mức sinh lý càng tốt. Từ năm 2013 đến nay, phương pháp phẫu thuật nội soi kết hợp với đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt đã được tiến hành thường qui tại bệnh viện Nhi trung ương. Mặc dù vậy chưa có báo cáo nào với số bệnh nhân đủ lớn và thời gian theo dõi lâu dài để đánh giá về chức năng đại tiện của phương pháp này.

Mục đích: *Đánh giá kết quả lâu dài trên 3*

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Duy Minh

Email: rp.minh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023

nằm điều trị rò trực tràng - niệu đạo bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân bị dị tật hậu môn trực tràng loại rò trực tràng - niệu đạo được điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, được sự đồng ý của gia đình bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân rò trực tràng - niệu đạo nhưng được mổ bằng kỹ thuật mổ khác, không được sự đồng ý của gia đình, mắc các bệnh lý về nhiễm trùng, rối loạn đông máu hay các bệnh lý phức tạp khác.

Địa điểm: Khoa ngoại Bv. Nhi trung ương.

Thời gian: Từ 4/2017 đến 4/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Kỹ thuật mổ:

- Chuẩn bị tự thể: Trẻ nằm theo chiều ngang bàn mổ. Phẫu thuật được tiến hành qua 3 troca 5mm: 1 ở rốn cho ống soi, 1 ở chậu phải và 1 ở hố chậu trái. Áp lực bơm hơi từ 8-10mmHg, lưu lượng từ 2-3 L/p.

- Phẫu tích nội soi. Tạo cửa sổ qua mạc treo trực tràng, bóc tách bóng trực tràng từ nếp gấp phúc mạc xuống tới chỗ tận cùng của đường rò trực tràng. Phẫu tích sát thành trực tràng để tránh làm tổn thương các cơ quan lân cận như đoạn cuối niệu quản, ống dẫn tinh... có thể khâu treo bàng quang vào thành bụng tạo ra phẫu trường rộng rãi để phẫu tích túi cùng trực tràng được dễ dàng hơn

Sau khi bóc tách bóng trực tràng tới sát đến vị trí rò trực tràng vào niệu đạo thì dùng nội soi. Đánh giá đoạn cuối trực tràng đủ dài khi tạo hình hậu môn hay không, có thể cắt thân động mạch xích ma nếu ảnh hưởng đến miệng nối phía dưới. Rút và khâu các lỗ troca trên thành bụng.

- Phẫu tích đường sau trực tràng, bảo tồn cơ thắt ngoài hậu môn.

- Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp theo hình dao díp gấp ở vị trí dọc theo bàn mổ.

Dùng máy kích thích cơ để xác định vị trí trung tâm cơ thắt ngoài tương ứng trên da để xác định vị trí rạch da.

Rạch da từ đỉnh xương cụt đến vết tích hậu môn rồi kéo sang hai bên giống hình chữ Y lộn ngược.

Bóc tách các vạt da bọc lộ cơ thắt ngoài. Bóc

tách phía trên đường rạch đến cơ mu trực tràng. Cắt dây chằng giữa xương cụt và trực tràng, kéo cơ mu trực tràng xuống dưới bọc lộ bóng trực tràng. Luồn dây giữa trực tràng - niệu đạo kéo bóng trực tràng ra phía sau.

Tách bóng trực tràng đến phần tận cùng, cắt rời bóng trực tràng cách phần tận cùng khoảng 5mm-10mm. Kiểm tra đường rò, cắt phần tận cùng của trực tràng đến sát niệu đạo. Khâu kín đường rò phía niệu đạo bằng chỉ PDF 5.0 hoặc 6.0.

Dùng máy kích thích cơ để xác định lại trung tâm của cơ thắt ngoài trước khi tạo đường hầm qua trung tâm cơ thắt ngoài, nong đường hầm bằng que nong Hega theo số tương ứng với tuổi, kéo bóng trực tràng qua đường hầm, kiểm tra túi cùng trực tràng có đủ dài để hạ xuống tạo hình hậu môn.

- **Tạo hình hậu môn.** Khâu cố định thanh cơ thành trực tràng vào cơ thắt ngoài hậu môn bằng 4 mũi rời. Khâu da vết tích hậu môn với niêm mạc trực tràng để tạo hình lỗ hậu môn

Khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu, trong đó có khâu cố định trực tràng, cố định sonde tiểu, kết thúc phẫu thuật.

Các biến số nghiên cứu chính:

- Thể loại dị tật: Rò trực tràng - niệu đạo tiền liệt tuyến hoặc rò trực tràng - niệu đạo hành

- Thời gian mổ: tính bằng phút, được hiểu là thời gian bắt đầu rạch da cho đến kết thúc cuộc mổ.

- Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ: Ghi nhận trong mổ gồm tai biến trong khi gây mê, phẫu thuật, các biến chứng trong thời gian hậu phẫu và trong thời gian khám lại.

- Số ngày nằm viện sau mổ: Tính bằng số ngày, được tính từ ngày mổ đến ngày bệnh nhân xuất viện.

- Tình trạng táo bón, són phân và đại tiện tự chủ hoàn toàn được đánh giá tại thời điểm các bệnh nhân được theo dõi trên 3 năm sau phẫu thuật.

- Táo bón: phân loại các mức độ: Không táo bón, táo bón độ I (Có thể điều trị bằng thay đổi chế độ ăn), táo bón độ II (Có thể điều trị bằng dùng thuốc nhuận tràng), táo bón độ III (Cần phối hợp cả thuốc nhuận tràng hoặc thụt tháo và thay đổi chế độ ăn để điều trị táo bón).

- Són phân: phân loại các mức độ: Không són phân, són phân độ I (Hiếm khi són phân, số lần ≤ 2 lần/tuần), són phân độ II (Thỉnh thoảng són phân, số lần 3- 4 lần/ tuần, không có vấn đề về tâm lý xã hội), són phân độ III (thường xuyên són phân, ngày nào cũng bị són phân, có các vấn đề về tâm lý xã hội).

- Phân độ đại tiện tự chủ hoàn toàn:

+ Đại tiện tự chủ hoàn toàn (đại tiện tự chủ khi phân đặc và phân lỏng, đại tiện tự chủ trong mọi lúc, nhịn đại tiện được hàng phút, không són phân hoặc hiếm khi són phân).

+ Đại tiện tự chủ không hoàn toàn (đại tiện tự chủ lúc được, lúc không, tự chủ được khi phân đặc, không tự chủ được khi phân lỏng, nhịn đại tiện được hàng giây, són phân kèm theo độ II).

+ Đại tiện không tự chủ: bệnh nhân không tự chủ được việc đại tiện, són phân thường xuyên, không có cảm giác buồn đại tiện, són phân độ III.

Các thông tin được thu thập vào mẫu bệnh án thống nhất, phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

Đề cương đã được thông qua hội đồng y đức bệnh viện Nhi trung ương theo quyết định số: 1333/BVNTW-VNCSKTE.

Bảng 3.2: Liên quan giữa thời gian phẫu thuật trung bình với vị trí rò.

Vị trí rò trong phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)			p
	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Nhanh nhất	Lâu nhất	
Rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến	57,6 ± 7,5	48	78	0,077
Rò trực tràng niệu đạo hành	57,2 ± 7,8	48	80	

- Tai biến trong phẫu thuật: không có tai biến trong phẫu thuật.

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật: Có 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng miệng nổi tại vị trí đưa trực tràng dính với da vết tích hậu môn, 1 trường hợp điều trị bằng kháng sinh ổn định, 1 trường

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả phẫu thuật

- Trong thời gian nghiên cứu đã có 52 bệnh nhân nam được phẫu thuật với cùng một phương pháp thống nhất, kết quả cho thấy các thể loại dị tật được trình bày trong bảng 3.1:

Bảng 3.1: Các thể loại dị tật

Thể loại dị tật	Số lượng	Tỉ lệ %
Rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến	25	48,1
Rò trực tràng niệu đạo hành	27	51,9
Tổng	52	100

- Thời gian phẫu thuật từ 48 đến 80 phút, trung bình 57,8 ± 5,7 phút, thời gian phẫu thuật trung bình liên quan với vị trí rò được ghi nhận ở bảng 3.2

hợp phải làm sạch vết thương, khâu lại miệng nổi.

- Không có bệnh nhân tử vong sau mổ

- Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật là 5,1 ± 0,9 ngày, ngắn nhất là 4 ngày, nhiều nhất là 7 ngày. Số ngày điều trị sau mổ theo vị trí rò thể hiện trong bảng 3.3.

Bảng 3.3: Số ngày điều trị trung bình sau mổ liên quan đến vị trí rò

Vị trí rò trong phẫu thuật	Ngày điều trị sau phẫu thuật			p
	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Ngắn nhất	Dài nhất	
Rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến	5,0 ± 0,9	4	7	0,249
Rò trực tràng niệu đạo hành	5,2 ± 1,1	4	7	

- Theo dõi lâu dài trên 3 năm sau phẫu thuật ghi nhận 52 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được đóng hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật tạo hình hậu môn trong khoảng thời gian 3 tháng. 45 bệnh nhân (chiếm 86,8%) được theo dõi sau phẫu thuật với thời gian trung bình là 48,8 ± 7,2 tháng, ngắn nhất là 39 tháng, dài nhất là 65 tháng. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,1 ± 7,3 tháng tuổi, thấp nhất là 42 tháng

tuổi, cao nhất là 68 tháng tuổi (5,7 tuổi).

3.2. Đánh giá chức năng đại tiện

3.2.1. Táo bón sau phẫu thuật

- Tỷ lệ táo bón tại thời điểm kết thúc nghiên cứu thấy có 39/45 bệnh nhân chiếm 86,7% không táo bón sau mổ, chỉ có 6/45 bệnh nhân chiếm 13,3% táo bón sau mổ.

- So sánh tỷ lệ táo bón với các nghiên cứu khác được thể hiện trong bảng 3.4

Bảng 3.4. So sánh tỷ lệ táo bón sau phẫu thuật của một số nghiên cứu

Tác giả	Năm công bố	Phương pháp phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân (Thể loại dị tật)	Tỷ lệ táo bón
Peña ²	2006	Mổ mở	91 (Rò niệu đạo hành)	58,3%
Peña ²	2006	Mổ mở	94 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	44,7%
Long Li ³	2019	Nội soi	92 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	20,8%
Long Li ³	2019	Nội soi	114 (Rò niệu đạo hành)	27,2%
Levitt ¹	2012	Mổ mở	110 (Rò niệu đạo hành)	59%
Levitt ¹	2012	Mổ mở	112 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	42%

Chúng tôi	2023	Nội soi kết hợp đường sau trực tràng	45 (rò niệu đạo hành và rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	13,3%
-----------	------	--------------------------------------	--	-------

3.2.2. Tình trạng són phân sau phẫu thuật

- Tỷ lệ không són phân 53.3%, hiếm khi són phân chiếm 26,7%, thỉnh thoảng són phân 17,8% và 1 bệnh nhân chiếm 2,2% thường xuyên són phân, so sánh tỷ lệ són phân sau phẫu thuật với các nghiên cứu khác được thể hiện trong bảng 3.5

Bảng 3.5: So sánh tỷ lệ són phân sau phẫu thuật

Tác giả	Năm công bố	Phương pháp phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân (Thể loại dị tật)	Tỷ lệ són phân
Peña ²	2006	Mổ mở	89 (Rò niệu đạo hành)	53,9%
Peña ²	2006	Mổ mở	88 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	77,3%
Levitt ¹	2012	Mổ mở	105 (Rò niệu đạo hành)	49%
Levitt ¹	2012	Mổ mở	110 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	78%
Chúng tôi	2023	Nội soi kết hợp đường sau trực tràng	45 (Rò niệu đạo hành và rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	46,7%

3.2.3. Đại tiện tự chủ hoàn toàn

- Đại tiện tự chủ hoàn toàn tại thời điểm kết thúc nghiên cứu được thể hiện trong bảng 3.6.

Bảng 3.6: Khả năng đại tiện tự chủ

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ%
Đại tiện tự chủ hoàn toàn	37	82,3
Đại tiện tự chủ không hoàn toàn	6	13,3
Đại tiện không tự chủ	2	4,4
Tổng	45	100

- So sánh tỷ lệ đại tiện tự chủ hoàn toàn với các nghiên cứu khác được thể hiện trong bảng 3.7

Bảng 3.7: So sánh tỷ lệ đại tiện tự chủ hoàn toàn với các nghiên cứu khác

Tác giả	Năm công bố	Phương pháp phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân (Thể loại dị tật)	Tỷ lệ đại tiện tự chủ hoàn toàn
Peña ²	2006	Mổ mở	83 (Rò niệu đạo hành)	41%
Peña ²	2006	Mổ mở	72 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	22,2%
Levitt ¹	2012	Mổ mở	101 (Rò niệu đạo hành)	46%
Levitt ¹	2012	Mổ mở	105 (Rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	18%
Chúng tôi	2023	Nội soi kết hợp đường sau trực tràng	45 (Rò niệu đạo hành và rò niệu đạo tiền liệt tuyến)	82.3%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật. Vị trí đường rò trực tràng - niệu đạo có thể nằm ở phần dưới (niệu đạo hành) hoặc phần cao hơn (tuyến tiền liệt) của niệu đạo, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 48,1% các trường hợp đường rò trực tràng vào niệu đạo tiền liệt tuyến, 51,9% các trường hợp đường rò trực tràng niệu đạo hành, trong nghiên cứu của Xiao, tác giả thấy rằng tỷ lệ rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến là 35,3%, rò trực tràng niệu đạo hành là 64,7%⁴. Sự khác nhau này có thể giải thích do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả và chúng tôi có sự khác nhau.

Trong quá trình phẫu thuật, không có tai biến trong phẫu thuật, trong quá trình đặt troca, không có tai biến liên quan đến bơm CO₂ hoặc khi gây mê, nhiễm trùng miệng nổi hậu môn là biến chứng thường gặp, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân chiếm 3,8% bị nhiễm

trùng miệng nổi, 1 bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng kháng sinh, 1 bệnh nhân phải khâu phục hồi lại miệng nổi, theo dõi lâu dài thấy 2 trường hợp này không bị sẹo xơ chai tại miệng nổi. Emre Divarci báo cáo năm 2020 cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong khoảng 7-24%⁵. Yuta Yazaki báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 6,7%⁶. Tác giả Ming và cộng sự ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 11,8%⁷. Tỷ lệ bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi thấp hơn so với tác giả khác, có được điều đó là do chúng tôi đã lưu ý trước, trong và sau phẫu thuật đều đảm bảo vô trùng tối đa, cần dùng kháng sinh trước phẫu thuật với 2 loại kháng sinh phối hợp. Ngoài ra trước phẫu thuật, bệnh nhân được thực sạch đầu dưới hậu môn nhân tạo nên nguy cơ nhiễm trùng đã được giảm xuống. Trong phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy do quan sát trực tiếp với độ phóng đại cao nên chủ động phẫu tích túi cùng trực tràng tại vị trí đảm bảo có mạch máu nuôi

đủ miệng nối, đảm bảo đoạn ruột hạ xuống không bị căng, vì vậy giảm nguy cơ bực miệng nối. Đường rò được chúng tôi xử lý ở thì sau trực tràng, đường rò được cặp, khâu kín đầu trên tránh gây nhiễm trùng vết mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi kết hợp đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt điều trị dị tật rò trực tràng niệu đạo có tính an toàn và khả thi. Không có tai biến trong mổ, không có tử vong sau mổ. Kết quả tương tự như trong nghiên cứu của Yuta Yazaki⁶. Thời gian mổ trung bình $57,8 \pm 5,7$ phút, ngắn hơn so với nghiên cứu của Yuta Yazaki năm 2016⁶.

Nhược điểm của kỹ thuật này là phải thay đổi tư thế bệnh nhân. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật trong loạt nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với các nghiên cứu khác với phẫu thuật được thực hiện bằng phương pháp khác.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $5,1 \pm 0,9$ ngày, ngắn hơn so với tác giả Ren là $6,15 \pm 1,10$ với mổ nội soi và $9,64 \pm 4,13$ ngày với mổ đường sau trực tràng⁸.

4.2. Kết quả lâu dài sau phẫu thuật.

Thời gian theo dõi lâu dài sau phẫu thuật trung bình là $48,8 \pm 7,2$ tháng, ngắn nhất là 39 tháng, dài nhất là 65 tháng. Với độ tuổi trung bình lúc đánh giá là $52,1 \pm 7,3$ tháng tuổi. Đánh giá chức năng đại tiện chúng tôi dựa vào tình trạng táo bón, són phân và đại tiện tự chủ hoàn toàn.

Táo bón là một trong các biến chứng lâu dài thường gặp ở trẻ sau phẫu thuật tạo hình hậu môn, táo bón mãn tính có thể kết hợp với són phân và đại tiện không tự chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ táo bón 13,3%, hiện tại các bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc nhuận tràng và tập thói quen đại tiện nhằm cải thiện tình trạng táo bón. Tỷ lệ táo bón của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu năm 2019 của Long Li và cộng sự với phẫu thuật nội soi đơn thuần, tác giả ghi nhận 20,8% bệnh nhân táo bón ở nhóm rò trực tràng niệu đạo hành và 27,2% bệnh nhân táo bón ở nhóm rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến³. Tỷ lệ táo bón của chúng tôi cũng thấp hơn so với phương pháp mổ mở do Levitt và cộng sự báo cáo¹.

Chúng tôi ghi nhận 46,7% các trường hợp són phân sau phẫu thuật, trong đó có đến 26,7% hiếm khi són phân, 17,8% thỉnh thoảng són phân và 1 bệnh nhân chiếm 2,2% thường xuyên són phân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác được tiến hành với phương pháp phẫu thuật mở với cơ thắt hậu môn bị tổn thương đã báo cáo trước đây nêu ở bảng 5^{1,2}.

Són phân dai dẳng và đại tiện không tự chủ dẫn tới ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh, hạn chế hoạt động giao tiếp xã hội. Việc theo dõi, can thiệp sớm đối với bệnh nhân són phân, không kiểm soát đại tiện giúp cải thiện chức năng đại tiện cũng như chất lượng cuộc sống.

Dị tật hậu môn trực tràng là bệnh được điều trị bằng phẫu thuật, tuy nhiên chức năng đại tiện sau phẫu thuật không phải lúc nào cũng tốt. Đại tiện không tự chủ làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 45 bệnh nhân được theo dõi lâu dài, qua đó thấy 82,3% bệnh nhân có khả năng đại tiện tự chủ hoàn toàn, 13,3% bệnh nhân đại tiện tự chủ không hoàn toàn và 4,4% bệnh nhân đại tiện không tự chủ. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Levitt và Peña được phẫu thuật theo phương pháp mổ mở sau trực tràng đơn thuần^{1,2}. Tác giả Levitt đưa ra kết luận tỷ lệ đại tiện tự chủ hoàn toàn của nhóm rò trực tràng niệu đạo hành là 46,6% và ở nhóm niệu đạo tiền liệt tuyến là 18%¹.

Theo dõi lâu dài đánh giá khả năng đại tiện tự chủ hoàn toàn của bệnh nhân rất cần thiết vì đây là thông số quan trọng đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật, các bệnh nhân cần được theo dõi và can thiệp hỗ trợ nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống.

Chúng tôi tiến hành kỹ thuật mổ với chi tiết quan trọng đó là hạ bóng trực tràng bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt thay vì cắt cơ thắt như trong kỹ thuật Peña. Khi cơ thắt ngoài ít bị tổn thương và bóng trực tràng được hạ qua đúng trung tâm cơ thắt là những yếu tố quan trọng đảm bảo chức năng đại tiện sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi kết hợp đường sau trực tràng giữ nguyên cơ thắt là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị rò trực tràng - niệu đạo. Theo dõi lâu dài thấy tỷ lệ đại tiện tự chủ hoàn toàn cao giúp cải thiện chất lượng cuộc sống khi trẻ hòa nhập cộng đồng nhất là độ tuổi đi học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Levitt M A. Anorectal Malformations**, chapter 103, in *Pediatric Surgery Seventh Edition*, Arnold G Coran, 2012, 1289-1309.
2. **Peña A, Levitt M A.** Anorectal Malformation. chapter 101, in *Pediatric Surgery*, sixth edition, Jay L Grosfeld, 2006, 1566- 1589.
3. **Long L, Ren X, Ming A, et al.** Laparoscopic surgical technique to enhance the management of anorectal malformations: 330 cases' experience in

- a single center. *Pediatr Surg Int.* Mar 2020;36(3):279-287.
4. **Xiao H, Chen L, Ren XH, et al.** One-Stage Laparoscopic-Assisted Anorectoplasty for Neonates with Anorectal Malformation and Recto-Prostatic or Recto-Bulbar Fistula According to the Krickenbeck Classification. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* Aug 2018;28(8):1029-1034.
 5. **Divarci E, Ergun O.** General complications after surgery for anorectal malformations. *Pediatr Surg Int.* Apr 2020;36(4):431-445.
 6. **Yazaki Y, Koga H, Ochi T, et al.** Surgical management of recto-prostatic and recto-bulbar anorectal malformations. *Pediatr Surg Int.* Oct 2016;32(10):939-44.
 7. **Ming A X, Li L, Diao M, et al.** Long term outcomes of laparoscopic-assisted anorectoplasty: a comparison study with posterior sagittal anorectoplasty. *J Pediatr Surg.* Apr 2014;49(4):560-3.
 8. **Ren X, Xu H, Jiang Q, et al.** Single-incision laparoscopic-assisted anorectoplasty for treating children with intermediate-type anorectal malformations and rectobulbar fistula: a comparative study. *Pediatr Surg Int.* Nov 2019; 35(11):1255-1263.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO SƠ CẤP CỨU CỦA SINH VIÊN KHOA Y ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM NĂM HỌC 2020-2021

Phạm Anh Thư¹, Nguyễn Nhật Quỳnh¹, Phạm Lê An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ, cũng như tìm hiểu nhu cầu đào tạo của sinh viên khoa Y về sơ cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, ngẫu nhiên trên 494 sinh viên từ năm thứ 1 đến năm thứ 6, đang theo học Bác sĩ đa khoa tại Khoa Y Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Thông tin được thu thập qua bộ câu hỏi tự điền. **Kết quả:** 428 sinh viên (86,64%) có kiến thức đạt về sơ cấp cứu, 124 sinh viên (25,10%) có thái độ chung tốt về sơ cấp cứu. 95,55% sinh viên có nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu, phương pháp đào tạo được chọn nhiều nhất là tổ chức diễn tập ngoại khóa (46,40%) và đưa vào môn học chính khóa (44,70%). **Kết luận:** Kiến thức và thái độ về sơ cấp cứu của sinh viên khoa Y còn hạn chế trong khi nhu cầu đào tạo lại rất cao. Cần có thêm các chương trình giáo dục phù hợp nâng cao kiến thức về sơ cấp cứu, đồng thời sinh viên cũng cần tích cực trau dồi kiến thức và rèn luyện kỹ năng thực hành sơ cấp cứu.

Từ khóa: kiến thức; thái độ, nhu cầu đào tạo, sinh viên y khoa, sơ cấp cứu

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND TRAINING NEEDS TOWARDS FIRST AID AMONG MEDICAL STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY, 2020-2021

Objectives: To analyse medical students' first-aid knowledge and attitude, and to investigate their training needs. **Subjects and methods:** This was a cross-sectional, questionnaire-based survey of 494

first- to sixth-year medical students at the Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City. **Results:** 428 students (86.64%) had satisfactory first aid; 25.1% had a positive general attitude about first aid. 95.55% of students reported that they had a need for first aid training; 'included as part of the main course' and 'extracurricular drills' were the most chosen training methods. **Conclusions:** Medical students' knowledge and attitude about first aid were still limited while the need for training is very high. It is necessary to have more educational programs, and students need to cultivate knowledge and practice first aid skills actively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sơ cấp cứu là các can thiệp, trợ giúp và chăm sóc ban đầu đối với người bị nạn tại hiện trường bằng phương tiện, dụng cụ có sẵn ngay tại chỗ, khi chưa có sự hỗ trợ của đội cấp cứu với các phương tiện cấp cứu chuyên dụng⁽¹⁾. Theo thống kê của Global Burden of Disease năm 2017 và khuyến cáo của WHO, ước tính đến 520 triệu trường hợp tai nạn thương tích mới trên toàn cầu, với hơn 4 triệu người tử vong⁽¹⁾, giảm tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích nhấn mạnh tầm quan trọng của sơ cấp cứu khi xảy ra^(2,3).

Sinh viên Y khoa, những bác sĩ tương lai, càng cần có kiến thức vững chắc về sơ cấp cứu. Đây không chỉ là lực lượng chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện tuyến đầu, cũng như các trung tâm y tế địa phương mà còn là lực lượng hướng dẫn, huấn luyện sơ cấp cứu cho gia đình, cộng đồng khi sơ cấp cứu vẫn còn chưa được phổ cập rộng rãi hiện nay.

Tuy nhiên trong những năm gần đây, tại Việt Nam và Thành phố Hồ Chí Minh vẫn chưa có nghiên cứu nào về kiến thức, thái độ, nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu trên đối tượng là sinh viên khoa Y. Các chương trình đào tạo sơ cấp cứu có cấp

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Quỳnh

Email: nguyennhatquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2023

Ngày duyệt bài: 29.9.2023