

HẠ ĐẠI TRÀNG QUA NGÁ HẬU MÔN ĐIỀU TRỊ BỆNH HIRSCHSPRUNG Ở TRẺ SƠ SINH

Tạ Huy Cần*, Huỳnh Thị Phương Anh*, Trương Nguyễn Uy Linh**, Huỳnh Công Tiến*,
Đào Trung Hiếu*, Võ Tấn Long**

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá tính khả thi và những ưu điểm của phẫu thuật triệt để, một thì trong điều trị bệnh Hirschsprung ở trẻ sơ sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu trên 87 bệnh nhân bệnh Hirschsprung sơ sinh được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 1 bằng phương pháp hạ đại tràng qua ngả hậu môn từ tháng 1/2006 đến tháng 12/2008. Ghi nhận và phân tích các dữ kiện lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán, thuận lợi và khó khăn trong lúc mổ, kết quả sau mổ và biến chứng.

Kết quả: 87 bệnh nhi với tuổi phẫu thuật trung bình là 20,45 (7 đến 28 ngày). Thời gian phẫu thuật trung bình là 53,38 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình 5,16 ngày. Thời gian theo dõi trung bình 20,17 tháng. Không có biến chứng nặng và chức năng đi tiêu cải thiện dần theo thời gian.

Kết luận: Phẫu thuật triệt để một thì điều trị bệnh Hirschsprung cho trẻ sơ sinh có thể thực hiện một cách dễ dàng, an toàn và mang lại kết quả khả quan.

Từ khóa: bệnh Hirschsprung, phẫu thuật triệt để một thì, hạ đại tràng qua ngả hậu môn.

ABSTRACT

TRANSANAL ENDORECTAL PULL-THROUGH IN NEWBORNS WITH HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Ta Huy Can, Huynh Thi Phuong Anh, Truong Nguyen Uy Linh, Huynh Cong Tien,
Dao Trung Hieu, Vo Tan Long * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 – Supplement of No 1-2010: 200 - 205

Purpose: The aim of this study is to evaluate the feasibility and the advantages of one stage transanal endorectal pull-through (TEPT) procedure in newborns with Hirschsprung's disease.

Materials and methods: 87 newborns underwent TEPT for Hirschsprung's disease in the period between January 2006 and December 2008 in Children hospital No.1. Noted and analysed clinical and paraclinical data to diagnose; advantages and disadvantages during surgery; postoperative outcomes and complications.

Results: There were 87 patients. The median age at operation was 20.45 days (range from 7 to 28 days). Mean operating time was 53.38 minutes. Mean postoperative time was 5.16 days. The mean follow-up was 20.17 months. There weren't any severe complications. Bowel function has improved with time.

Conclusions: TEPT can be carried out on newborns easily, safety and associated with an excellent result.

Keywords: Hirschsprung disease, one-stage operative procedure, transanal endorectal pullthrough.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Hirschsprung là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây tắc ruột ở trẻ em³¹⁴²⁰³. Nếu không được điều trị sớm, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm. Những năm gần đây, quan điểm về điều

trị có sự thay đổi đáng kể. Do có nhiều ưu điểm cũng như nhờ những tiến bộ của gây mê hồi sức mà phẫu thuật sớm, một thì đã dần thay thế phẫu thuật nhiều thì. Từ năm 2002, hạ đại tràng qua ngả hậu môn đã được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 và gần đây áp dụng

* Bệnh viện Nhi Đồng 1 Tp.HCM
Địa chỉ liên hệ: BS. Tạ Huy Cần

** Đại học Y Dược Tp HCM
ĐT: 0975649090

Email: huycandhyd@yahoo.com

trong điều trị bệnh Hirschsprung ở sơ sinh. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật qua đó cho thấy những ưu, khuyết điểm của phương pháp phẫu thuật này trong điều trị bệnh Hirschsprung ở sơ sinh.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhi sơ sinh chẩn đoán bệnh Hirschsprung, được hạ đại tràng qua ngả hậu

môn từ 1/1/2006 đến 31/12/2008 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

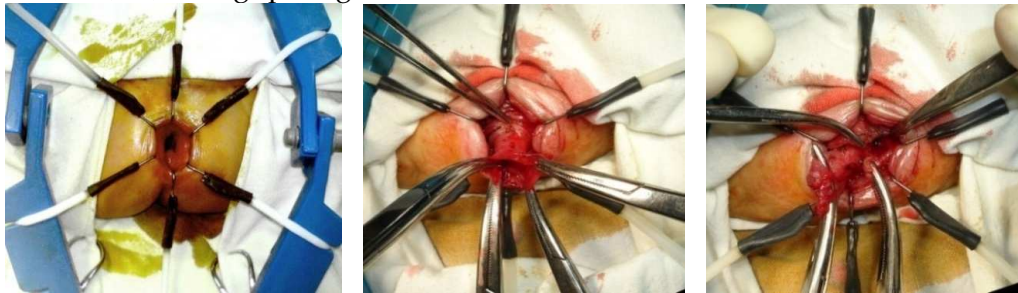
Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

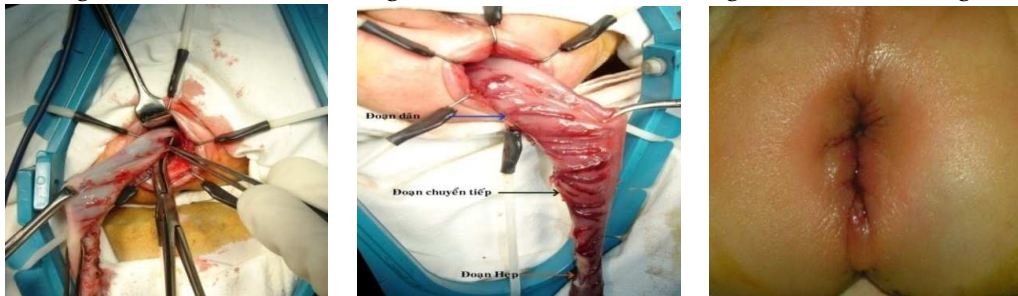
Tiền cứu mô tả. Thời gian nghiên cứu: 1/1/2006-30/06/2009.

Cách tiến hành

Phương pháp phẫu thuật



H1. Băng hậu môn bằng Lone Star, bóc tách khoang dưới niêm mạc và mở cổ lồng thanh-cơ trực tràng



H2. Triệt mạch máu mạc treo đại tràng và hình ảnh hậu môn sau hoàn tất phẫu thuật

Các dữ kiện trong lúc mổ: Tuổi, thời gian mổ, chiều dài đoạn ruột bệnh lý, chiều dài đoạn ruột cắt bỏ, vị trí cắt, có hay không có truyền máu trong mổ.

Hậu phẫu sớm: Hct sau mổ, giải phẫu bệnh, thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng hoàn toàn, thời gian nằm viện, các biến chứng.

Khi tái khám: ghi nhận chức năng đi tiêu và biến chứng muộn.

KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng

Tuổi nhập viện: trung bình $9,18 \pm 6,84$ ngày (1-24 ngày tuổi).

Lý do nhập viện: thường gặp nhất là bụng trướng và ói (68,96%).

Triệu chứng: bụng trướng (93,10%), chậm tiêu phân su (91,95%), ói (82,75%).

Cận lâm sàng

X quang bụng không sửa soạn: Ruột trướng hơi + vắng hơi trực tràng: 70,11%.

X quang đại tràng cản quang: 100% trường hợp có hình ảnh điển hình của bệnh Hirschsprung với vùng chuyển tiếp rõ hoặc chỉ số RSI nhỏ hơn 1.

Giải phẫu bệnh sau mổ

Đoạn cuối trực tràng: 100% ruột vô hạch.

Đại tràng nơi đưa xuống thực hiện miệng nối (đoạn dẫn): 91,95% trường hợp ruột có hạch, 8,05% ruột thiếu hạch.

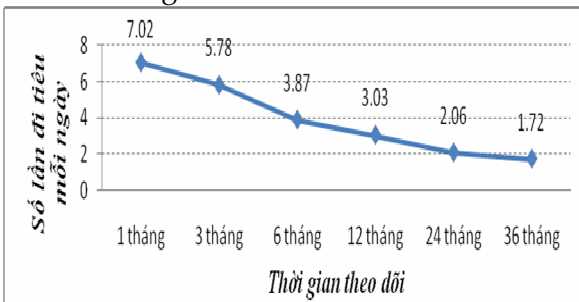
Đánh giá kết quả phẫu thuật

Trong lúc mổ

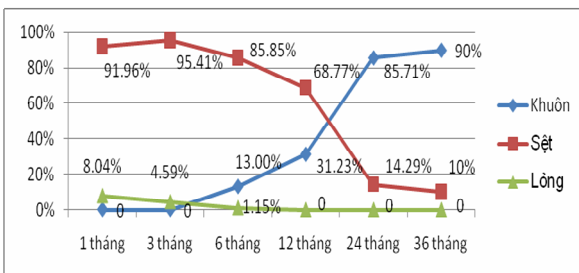
- Tuổi phẫu thuật: trung bình là 20,45 ± 4,21 ngày (7 - 28 ngày).
- Tiếp cận: qua ngả hậu môn(79 trường hợp), kết hợp ngả bụng(8 trường hợp).
- Đoạn ruột cắt bỏ: 18,56 ± 7,41 cm, trên đoạn chuyển tiếp 7,12±2,35 cm.
- Mất máu: Không có trường hợp nào phải truyền máu trong hay sau phẫu thuật.
- Thời gian phẫu thuật: trung bình là 53,38 phút (30-120 phút). Viêm ruột trước mổ làm khó khăn cho phẫu thuật.
- Liên quan giữa chiều dài đoạn ruột cắt bỏ và thời gian phẫu thuật: đoạn ruột được cắt bỏ càng dài thì thời gian phẫu thuật càng tăng.

Sau mổ: theo dõi trung bình 20,17 ± 5,32 tháng (6-36 tháng).

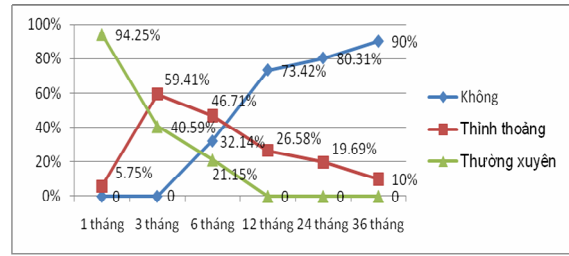
- Thời gian phục hồi nhu động ruột sau phẫu thuật: 8,21 giờ (4-40 giờ).
- Thời gian bắt đầu nuôi ăn đường miệng hoàn toàn: 35,78 giờ (32-72 giờ).
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: trung bình 5,16 ± 1,86 ngày (3-13 ngày).
- Chức năng đi cầu:



Biểu đồ 1. Số lần đi tiêu mỗi ngày tại các thời điểm theo dõi.



Biểu đồ 2. Tính chất phân tại các thời điểm theo dõi.



Biểu đồ 3. Số phân tại các thời điểm theo dõi.

- Biến chứng:

Bảng 1. Các biến chứng hậu phẫu.

Biến chứng	Không	Hăm đỏ quanh hậu môn	Nhiễm m trùng vết mổ	Hẹp hậu môn	Bón	Viêm ruột
Nằm viện	58,55%	33,33%	3,48%	0	0	4,64%
1 tháng	42,53%	57,47%	0	0	0	0
3 tháng	59,78%	34,48%	0	2,29%	0	3,45%
6 tháng	89,66%	9,19%	0	0	0	1,15%
12 tháng	96,92%	0	0	0	3,08%	0
24 tháng	100%	0	0	0	0	0
36 tháng	100%	0	0	0	0	0

BÀN LUẬN

Cho đến nay, cơ chế bệnh sinh của viêm ruột vẫn còn bàn cãi, tuy nhiên vấn đề ứ đọng phân là yếu tố quan trọng ⁷. Thật vậy, theo Teitelbaum, việc chẩn đoán muộn, đặc biệt sau 10 ngày tuổi làm tăng tỷ lệ viêm ruột. Ghi nhận của chúng tôi cũng phù hợp kết quả trên với 50% trẻ nhập viện trong tuần tuổi thứ tư bị viêm ruột, cao hơn nhiều so với trẻ nhập viện sớm. Hơn nữa, theo Marie¹¹, viêm ruột xảy ra ở đoạn chuyển tiếp 61,7% và ở đoạn vô hạch 22,4%. Marty¹⁶ cho rằng, việc thực tháo thường qui sau phẫu thuật làm giảm đáng kể tỷ lệ viêm ruột. Chính vì thế, giải quyết sớm tình trạng ứ đọng phân là hết sức cần thiết, góp phần cải thiện tình trạng viêm ruột.

Trước đây, phẫu thuật tiến hành nhiều thì, bệnh nhi được mở hậu môn tạm sau đó mới phẫu thuật triệt để khi trẻ đạt 10kg. Với sự tiến bộ của gây mê hồi sức, tuổi phẫu thuật triệt để

ngày càng được rút ngắn^(5,7,9,17,20,21,22,23).

Phẫu thuật sớm, một thì cho thấy nhiều ưu điểm^(7,14,20,23):

- Kinh tế hơn vì giảm số lần phẫu thuật và thời gian nằm viện. Không mở hậu môn tạm nên tránh được biến chứng do hậu môn tạm, đạt thẩm mỹ. Đại tràng không dẫn quá lớn và mạc treo không dày như trẻ lớn nên bóc tách và triệt mạch máu mạc treo ít khó khăn. Sự chênh lệch về khẩu kính của đại tràng lành đưa xuống và trực tràng không quá lớn nên miệng nối được thực hiện dễ dàng do đó làm giảm thời gian phẫu thuật và hạn chế biến chứng rò xì miệng nối.
- Phẫu thuật sớm giải quyết sớm tình trạng ứ đọng phân, góp phần hạn chế viêm ruột. Ở trẻ nhỏ, quá trình viêm ruột chưa diễn tiến lâu dài nên việc bóc tách khoang dưới niêm mạc trực tràng dễ hơn, giúp phẫu thuật nhanh hơn, ít mất máu.
- Mặt khác, ở trẻ sơ sinh hệ thần kinh và hệ tiêu hoá có khả năng hồi phục mạnh mẽ. Phẫu thuật sớm tạo điều kiện cho sự phục hồi sớm phân xạ ức chế hậu môn - trực tràng²³, góp phần cải thiện chức năng đi tiêu sau mổ⁽²⁴⁾.
- Phẫu thuật sớm giúp giảm bớt gánh nặng về tâm lý cho chính bệnh nhi và gia đình.
- Với những ưu điểm trên, phẫu thuật một thì ở sơ sinh đã được thực hiện và nhiều nghiên cứu cho thấy tính an toàn cũng như kết quả tốt về lâu dài^(5,7,19,21,23). Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật triệt để ở lứa tuổi này.

Hạ đại tràng qua ngả hậu môn được xem là cuộc cách mạng trong điều trị vì cho thấy nhiều ưu điểm^(1,6,7,9,15,23,24):

- Việc bóc tách trực tràng phía trên đường lược, không cắt đứt các thần kinh cảm giác đau và phần lớn các trường hợp thực hiện hoàn toàn qua ngả hậu môn, không vết mổ bụng nên bệnh nhân ít đau và đạt yêu cầu về thẩm mỹ có thể so sánh với phẫu thuật

nội soi.

- Bóc tách giữa lớp cơ và niêm mạc tránh được các tổn thương vùng chậu. Không để lại vạt thanh cơ vô hạch hay túi cùng trực tràng nên hạn chế tình trạng bón sau mổ.
- Không hoặc ít can thiệp vào ổ bụng nên sang chấn thành ruột là tối thiểu. Vì vậy, bệnh nhân ít liệt ruột, sớm phục hồi nhu động ruột, cho ăn sớm và ít dính ruột sau mổ.
- Kỹ thuật phẫu thuật không quá phức tạp nên dễ thực hiện, ít mất máu, ít tai biến trong lúc mổ, thời gian mổ ngắn nên việc hồi sức sau mổ nhẹ nhàng hơn.

Chức năng đi cầu

Số lần đi tiêu mỗi ngày cải thiện dần về trị số bình thường theo thời gian⁽¹⁰²⁵⁾. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự, sau mổ trẻ đi tiêu nhiều lần, tình trạng này cải thiện dần và trẻ đi tiêu gần như bình thường từ thời điểm 24 tháng.

Tính chất phân cũng hồi phục dần cùng với thời gian, biểu hiện bằng việc giảm dần tỷ lệ trẻ tiêu phân lỏng và tăng dần tỷ lệ trẻ tiêu phân sệt và khuôn. Điều này phù hợp với quá trình thích nghi của đường tiêu hoá sau phẫu thuật.

Són phân là vấn đề cần được quan tâm đặc biệt bởi vì ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như tâm lý của gia đình và bệnh nhi⁽²⁾. Ở thời điểm 24 tháng sau phẫu thuật có 19,69% trường hợp và sau 36 tháng có 10% trường hợp. Tất cả đều là són không thường xuyên.

Biến chứng: chỉ ghi nhận một số ít trường hợp, phần lớn là các biến chứng nhẹ.

Hăm đỏ quanh hậu môn thường gặp nhất và xảy ra nhiều nhất vào thời điểm một tháng sau phẫu thuật (57,47%), sau đó giảm dần. Sau mổ 12 tháng, không còn trường hợp nào có biến chứng này. Kết quả của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác có thể do khác nhau về tuổi phẫu thuật và thời điểm ghi nhận biến

chúng.

Hẹp hậu môn chỉ gặp 2 trường hợp (2,29%), ít hơn ghi nhận của một số tác giả⁹¹⁵. Theo Langer, vật thanh-cơ để lại dài sẽ tăng nguy cơ hẹp hậu môn sau mổ. Chúng tôi chỉ để lại vật thanh-cơ vô hạch khoản 3cm và nong hậu môn thường qui sau phẫu thuật cho tất cả các trường hợp nên đã hạ thấp tỷ lệ hẹp hậu môn.

Bón: ở thời điểm 24 tháng sau mổ, chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhi bón (3,08%). Cả 2 bệnh nhi này đều có giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là thiếu hạch tại đoạn ruột đưa xuống thực hiện miệng nối. Tỷ lệ bệnh nhi tiêu bón sau phẫu thuật thấp có thể do chúng tôi chỉ chừa lại vật thanh-cơ trực tràng ngắn, khoảng 3cm và nong hậu môn thường qui sau phẫu thuật.

Viêm ruột sau mổ là vấn đề quan trọng. Tỷ lệ này thay đổi từ 4,4% đến 55% tùy nghiên cứu^(5,7,8,12,13,15,16,18,19,23). Chúng tôi có 8 bệnh nhi viêm ruột (9,24%). Bốn trường hợp trong thời gian nằm viện, hai trường hợp sau mổ 3 tháng, một trường hợp sau mổ 6 tháng. Tất cả đều ở mức độ nhẹ và đáp ứng với điều trị kháng sinh, không phải làm hậu môn tạm.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 87 bệnh nhi được phẫu thuật, chúng tôi thấy rằng phương pháp HĐTQNHM có thể thực hiện an toàn ở sơ sinh với kết quả ban đầu khả quan: phẫu thuật dễ dàng, nhanh chóng, ít mất máu, không có biến chứng nặng trong và sau mổ, ăn đường miệng sớm, thời gian nằm viện sau mổ ngắn, đạt yêu cầu thẩm mỹ và chức năng đi tiêu sau mổ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aslan M K, Karaman I, Karaman A, Erdogđan D et al (2007), "Our experience with transanal endorectal pull-through in Hirschsprung's disease", Eur J Pediatr Surg, 17, pp. 335-339.
2. Athanasakos H, Starling J, Ross F, Cass D, Nunn K (2004), "Life after definitive treatment for Children with Hirschsprung's disease", International J of Surg, 2, pp. 95-101.
3. Bensoussan AL, Blanchard H (1990), "Meùgacoàlon aganglionnaire ou maladie de Hirschsprung", Chirurgie digestive de l'enfant, Doin, 41, pp.535- 558.
4. Berrebi D, Fouquet V, Lagausie P, Carricaburu E, Ferkdadjil L

- et al (2007), "Duhamel operation vs neonatal transanal endorectal pull-through procedure for Hirschsprung disease: which are the changes for pathologists?", J Pediatr Surg, 42, pp. 688-691.
5. Coran A G, Teitelbaum D H (2000), "Recent Advances in the Management of Hirschsprung's Disease", Am J Surg, 180, pp. 382-387.
6. De La Torre L, Ortega A (2000), "Transanal vesus open endorectal pull-through for Hirschsprung's disease", J Pediatr Surg, 35, pp. 1630-1632.
7. Đào Trung Hiếu (2004), Đánh giá kết quả phương pháp Soave cải biên trong điều trị bệnh Hirschsprung, Luận văn thạc sĩ y học, ĐHYD Tp Hoà Chí Minh.
8. Elhalaby EA, Coran AG, Blane CE, Hirschl RB, Teitelbaum DH (1995), "Enterocolitis associated with Hirschsprung's disease: A clinical-radiological characterization based on 168 patients", J Pediatr Surg, 30, pp. 76-83.
9. Elhalaby EA, Hashish A, Elbarbary MM, Soliman HA, Wishahy MK (2004), "Transanal one-stage endorectal pull-through for Hirschsprung's disease: A multicenter study", J Pediatr Surg, 39, pp. 345-351.
10. El-Sawaf, Drongowski R A, Chamberlain J N, Coran A G, Teitelbaum D H (2007), "Are the long-term results of the transanal pull-through equal to those of the transabdominal pull-through? A comparison of the 2 approaches for Hirschsprung disease", J Pediatr Surg, 42, pp. 41-47.
11. Farrugia M K, Alexander N, Clarke S, Nash R, Nicholls E A et al (2003), "Does transitional zone pull-through in Hirschsprung's disease Imply a poor prognosis?", J Pediatr Surg, 38, pp. 1766-1769.
12. Hackam D J, Filler R M, Pearl R H (1998), "Enterocolitis after the surgical treatment of Hirschsprung's disease: risk factors and financial impact", J Pediatr Surg, 33, pp. 830-833.
13. Hadidi A (2003), "Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease: A comparison with the Open Technique", Eur Pediatr Surg, 13, pp. 176-180.
14. Holschneider A, Ure BM (2005), "Hirschsprung's disease", Pediatric surgery, Elsevier Saunders, 34, pp. 477-495.
15. Langer J C, Durrant A C, De la Torre L, Teitelbaum D H, Minkes R K et al (2003), "One-stage transanal Soave pullthrough for Hirschsprung disease: A multicenter experience with 141 children", Ann surg, 238, pp. 569-576.
16. Marty T L, Seo T, Sullivan J J, Matlak M E, Black R E, Johnson D G (1995), "Rectal irrigations for the prevention of postoperative enterocolitis in Hirschsprung's disease", J Pediatr Surg, 30, pp. 652-654.
17. Philippe-Chomette P, Peuchmaur M, Aigrain Y (2007), "Maladie de Hirschsprung chez l'enfant : diagnostic et prise en charge", Encycl Meùd Chir, 9-078-B-10.
18. Podevin G, Lardy H, Azzis O, Branchereau S, Petit P (2006), "Technical Problems and complications of a Transanal pull-through for Hirschsprung's disease", Eur J Pediatr Surg, 16, pp. 104-108.
19. Polley TZ, Coran A G (1986), "Hirschsprung disease in the newborn", Pediatr Surg Int, 1, pp. 80-83.
20. Puri P (2003), "Hirschsprung's disease", Newborn surgery, Arnold, 55, pp. 513-533.
21. Teitelbaum DH, Cilley RE, Sherman NJ, Bliss D, Uitvlugt ND (2000), "A decade of experience with the primary pull-through for Hirschsprung disease in the newborn period", Annals of Surg, 232, pp. 372-380.

22. Teitelbaum DH, Coran AG (2003), "Primary pull-through for Hirschsprung's disease", *Seminars in Neonatology*, 8, pp. 233-241.
23. Trương Nguyễn Uy Linh, Phan Thị Ngọc Linh, Nguyễn Kinh Bang, Đào Trung Hiếu (2005), "Điều trị triệt để một thì bệnh Hirschsprung dưới ba tháng tuổi", *Y học TP. Hồ Chí Minh tập 9(1)*, tr. 1-4.
24. Zhang S C, Bai Y Z, Wang W, Wang W L (2005), "Clinical outcome in children after transanal 1-stage endorectal pull-through operation for Hirschsprung disease", *J Pediatr Surg*, 40, pp. 1307-1311.
25. Zhang S H, Bai Y Z, Wang W, Wang W L (2005), "Stooling patterns and colonic motility after transanal one-stage pull-through operation for Hirschsprung's disease in children", *J Pediatr Surg*, 40, pp. 1766-1772.

