

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC REVERSAL OF HARTMANN'S PROCEDURE AT THE DEPARTMENT OF DIGESTIVE SURGERY, THONG NHAT HOSPITAL

Hoang Anh Bac¹, Le Tien Dung¹, Vu Loc¹, Do Duy Dat¹, Nguyen Van Hung^{2*}

¹Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City –
Hai Thuong Lang Ong street, Di An city, Binh Duong province, Vietnam

Received: 28/08/2024

Revised: 04/09/2024; Accepted: 14/10/2024

ABSTRACT

Objective: Determining the success rate and complication rate of laparoscopic Hartmann reversal.

Subject and method: Retrospective study, descriptive analysis, patients undergoing laparoscopic surgery to restore intestinal circulation after Hartmann surgery at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City from February 2017 to September 2020.

Results: The success rate of laparoscopic Hartmann reversal was 85.71%. The complication rate was 6.67%. Most complications are infection of the incision site where the old colostomy is located, there is only one case of anastomosis that has to be reoperated.

Conclusion: Laparoscopic Hartmann reversal surgery is feasible, has a high success rate and low complication rate..

Keywords: Laparoscopic reversal, Hartmann's procedure, Surgical outcomes.

*Corresponding author

Email: nvhung@uhsvnu.edu.vn **Phone:** (+84) 383649018 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1627**

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐÓNG HẬU MÔN NHÂN TẠO SAU PHẪU THUẬT HARTMANN Ở KHOA NGOẠI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Hoàng Anh Bắc¹, Lê Tiến Dũng¹, Vũ Lộc¹, Đỗ Duy Đạt¹, Nguyễn Văn Hưng^{2*}

¹Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, khu đô thị, Dĩ An, Bình Dương

Ngày nhận bài: 28/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 04/09/2024; Ngày duyệt đăng: 14/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thành công, tỉ lệ tai biến của phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả phân tích, Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann tại bệnh viện Thống Nhất TPHCM từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 09 năm 2020..

Kết quả: Tỉ lệ thực hiện thành công của phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann là 85,71%. Tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann lần là 6,67%. Tuy nhiên hầu hết các biến chứng là nhiễm trùng vết mổ nơi hậu môn nhân tạo cũ chỉ cần điều trị nội khoa chỉ có một trường hợp xì miệng nối phải làm hậu môn nhân tạo lại trên dòng..

Kết luận: Phẫu thuật nội soi trong phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann là khả thi, có tỉ lệ thành công cao và tai biến thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi phục hồi, Phẫu thuật Hartmann, Kết quả phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann là một phẫu thuật đầy thách thức đối với các phẫu thuật viên tiêu hóa. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ khá cao. Tỷ lệ tử vong có thể lên đến con số 5%, trong khi tỷ lệ biến chứng có thể lên đến mức 55% [1], [2], [3]. Điều này dẫn đến một hệ quả xấu là các phẫu thuật viên rất dè dặt trong việc thực hiện phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột. Các báo cáo từ các nước tiên tiến cũng cho thấy chỉ có khoảng 44% bệnh nhân được phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann [1], [4], [5]. Bệnh lý nguyên nhân chỉ định phẫu thuật Hartmann ở các quốc gia châu Âu và Hoa Kỳ chủ yếu là các bệnh lý lành tính, trong khi ở Việt Nam và các nước khu vực Châu Á chiếm chủ yếu lại là các bệnh lý ác tính kèm theo khả năng xâm lấn tại chỗ cũng như di căn xa là khá cao [6], [7], [8], [9], [10].

Trong những năm gần đây, sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã đem lại nhiều lợi ích trong phẫu thuật tiêu hóa. Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi vào phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột đã giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm rõ rệt tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong

sau mổ [11], [12], [13].

Tuy vậy, để có thể ứng dụng phẫu thuật nội soi vào phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề điều luyện hơn do khó khăn trong gỡ dính phát sinh từ phẫu thuật Hartmann trước đó. Chính từ những khó khăn đó, phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann hiện vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi, ngay cả ở những trung tâm chuyên sâu về phẫu thuật tiêu hóa.

Đặc biệt ở nhóm người cao tuổi có nhiều bệnh lý đi kèm, các biến chứng và tỷ lệ tử vong lại tăng theo tuổi. Tuy nhiên ngày nay, phẫu thuật nội soi được ứng dụng nhiều trong các phẫu thuật đại trực tràng với những ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn hơn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả phân tích.

*Tác giả liên hệ

Email: nvhung@uhsvnu.edu.vn Điện thoại: (+84) 383649018 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1627>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Thống Nhất TP,HCM từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 09 năm 2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn tất cả mẫu phù hợp nghiên cứu (218 bệnh nhân).

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu: Tỷ lệ thành công, tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann tại bệnh viện Thống Nhất TP.HCM từ tháng 2/2017 đến tháng 9/2020.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 23.0, thống kê mô tả bằng tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân, các thông tin đều được bảo mật không phục vụ cho mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

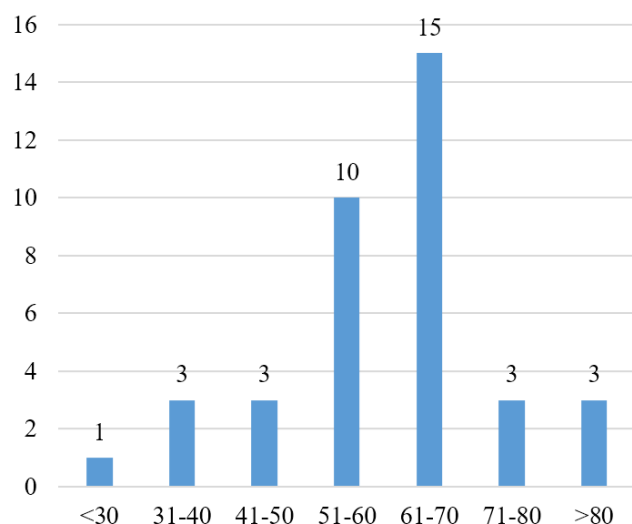
3.1. Đặc điểm chung:

Giới tính

Sự phân bố theo giới là không đều, nữ giới có 6 trường hợp chiếm 17,1%, nam giới có 29 trường hợp chiếm 82,9%.

Tỉ lệ nam/nữ = 4,83.

Tuổi:



Hình 1. Phân bố nhóm tuổi trong nghiên cứu

Độ tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 28t, lớn nhất là 84, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60,17. Nhóm tuổi thường gặp là 61-70 chiếm 42,8%, nhóm tuổi >60 chiếm 60% nghiên cứu

Mức độ ASA (đánh giá nguy cơ gây mê)

Nhóm ASA II chiếm tỷ lệ cao nhất 72,43%.

Tiếp theo là nhóm ASA I với 17,14%.

Nhóm ASA III chiếm 11,43%.

Không có bệnh nhân nào thuộc nhóm ASA IV.

Bệnh nội khoa kèm theo

Có 54,43% bệnh nhân bị tăng huyết áp, 22,86% bệnh nhân bị bệnh tim thiếu máu cục bộ, 8,57% bệnh nhân có bệnh mạch vành đã đặt stent, 17,14% bệnh nhân bị đái tháo đường, 8,57% bệnh nhân bị bệnh thận mạn giai đoạn V.

Có 31,43% bệnh nhân không có bệnh nội khoa kèm theo.

Có 14,28% bệnh nhân có đồng thời trên 2 bệnh nội khoa kèm theo.

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Đa số bệnh nhân có BMI trong khoảng bình thường (18,5-22,9 kg/m²), chiếm 77,1%; bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân chiếm 22,9% (BMI 23-24,9 kg/m²).

Không có bệnh nhân nào thuộc nhóm gầy (BMI < 18,5 kg/m²) hoặc béo phì (BMI ≥ 25 kg/m²).

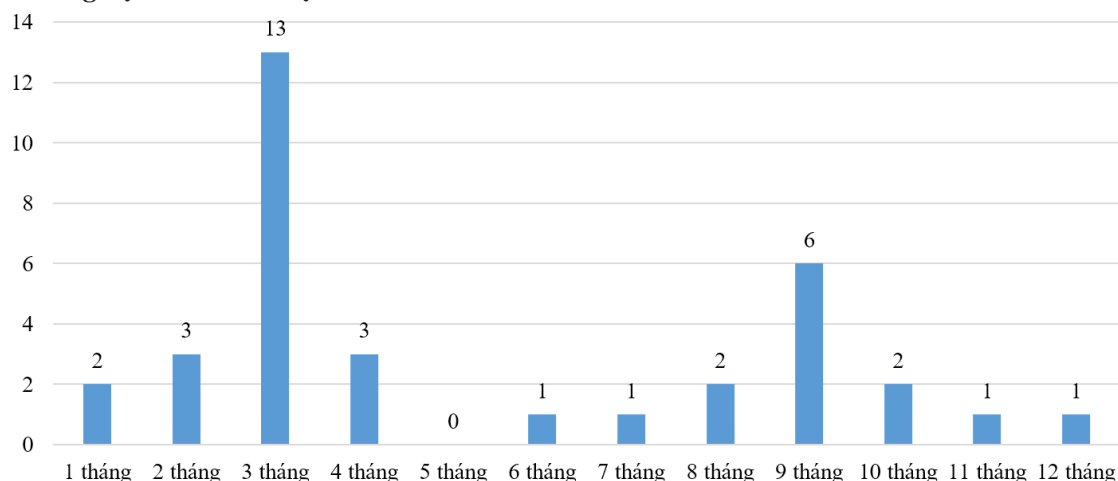
Nguyên nhân mổ làm hậu môn nhân tạo

Bảng 1. Các nguyên nhân mổ làm hậu môn nhân tạo trong nghiên cứu

Bệnh lý	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
K đại tràng sigma	11	31,4
K trực tràng	4	11,4
Thủng túi thừa đại tràng sigma	16	45,8
Vết thương đại tràng sigma	4	11,4
Tổng	35	100

Ung thư đại trực tràng và biến chứng của viêm túi thừa đại tràng sigma là các bệnh lý chiếm đa số, trong đó nhiều nhất là thủng túi thừa đại tràng sigma chiếm 45,8%.

Thời gian đóng hậu môn nhân tạo



Hình 2. Phân bố thời gian từ khi mở đến khi đóng hậu môn nhân tạo

Thời gian từ lúc phẫu thuật ban đầu đến lúc đóng HMNT dao động từ 1-12 tháng và phụ thuộc và bệnh lý nguyên phát. Nhìn chung những bệnh lý do nguyên nhân ung thư có thời gian để HMNT kéo dài hơn, thường là 8-10 tháng do ảnh hưởng.

Bảng 2. Phân bố thời gian từ khi mở đến khi đóng hậu môn nhân tạo theo nguyên nhân phẫu thuật ban đầu

Tháng	Tất cả		Ung thư		Túi thừa		Khác	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1	2	5,7	1	6,7	1	6,25	0	0
2	3	8,6	0	0	2	12,5	1	25
3	13	37,0	1	6,7	10	62,5	2	50
4	3	8,6	0	0	2	12,5	1	25
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	2,9	0	0	1	6,25	0	0
7	1	2,9	1	6,7	0	0	0	0
8	2	5,7	2	13,3	0	0	0	0
9	6	17,1	6	40,0	0	0	0	0
10	2	5,7	2	13,3	0	0	0	0
11	1	2,9	1	6,7	0	0	0	0
12	1	2,9	1	6,7	0	0	0	0
Tổng	35	100	15	42,8	16	45,8	4	11,4

Thời gian đóng HMNT khác nhau phụ thuộc vào bệnh lý nguyên nhân ban đầu:

- Đối với nhóm bệnh nhân ung thư, thời gian đóng HMNT thường kéo dài hơn, chủ yếu từ 8-10 tháng, có thể do ảnh hưởng của điều trị hóa trị.
- Đối với nhóm bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng, thời gian đóng HMNT ngắn hơn, thường từ 2-4 tháng.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 162 phút, trong đó ngắn nhất là 90 phút và dài nhất là 260 phút.

Vị trí đặt trocar đầu tiên

25 bệnh nhân được vào trocar đầu tiên ở rốn trên vết mổ

cũ, chiếm 83,3% tổng số các bệnh nhân. 5 bệnh nhân được vào trocar đầu tiên ở vị trí hạ sườn phải hay hố chậu phải, chiếm 16,7% tổng số các trường hợp được phẫu thuật.

Mở hồi tràng ra da: Không có trường hợp nào phải mở hồi tràng ra da.

Kiểu miệng nối:

Đa phần các trường hợp được thực hiện phục hồi lưu thông ruột theo kiểu miệng nối tận – tận bằng máy bấm tròn (74,3%), tuy nhiên một số trường hợp ko tiếp cận được đầu của môm trực tràng do dính hoặc môm trực tràng quá dài thì phải thực hiện miệng nối tận bên bằng stappler tròn (trong trường hợp dính) hoặc bên – bên bằng stappler thẳng nội soi trong ổ bụng (trong trường hợp môm trực tràng dài).

3.3. Đặc điểm sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện trung bình là 9,3 ngày.

Thời gian nằm viện dài nhất là 18 ngày, ngắn nhất là 6 ngày.

Tử vong sau mổ: Không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu tại bệnh viện.

Tỉ lệ thành công của phương pháp

Số trường hợp phải chuyển mổ mở là 5, chiếm tỉ lệ 14,28% trong tổng số 35 trường hợp phục hồi lưu thông ruột thành công bằng cả hai phương pháp mổ nội soi và mổ mở.

Có 3 trường hợp chuyển mổ mở do dính và 2 trường hợp do không bộc lộ được môm trực tràng.

Không có trường hợp nào tử vong trong mổ.

Như vậy có 30 trường hợp thực hiện thành công phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann. Tỉ lệ thành công là 85,71%.

Tai biến, biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng trong phẫu thuật

Sau phẫu thuật, biến chứng chính là nhiễm trùng vết mổ, nơi hậu môn nhân tạo cũ, có 10 ca chiếm tỉ lệ 30%. Vị trí nhiễm trùng thường ngay HMNT cũ và tất cả các trường hợp đều đáp ứng tốt với kháng sinh và chăm sóc vết mổ tích cực

Có 1 trường hợp xì miệng nối phải làm lại HMNT kiểu quai, và 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ điều trị nội khoa ổn định.

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Phẫu thuật Hartmann được sử dụng rộng rãi cho các bệnh lý lành tính và ác tính của đại trực tràng. Ông

thông đại tràng đặt qua nội soi chưa thông dụng ở Việt Nam, vì vậy phẫu thuật Hartmann vẫn còn được sử dụng khá nhiều ở nước ta trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann đi kèm với một tỉ lệ biến chứng hậu phẫu đáng kể, và ở hầu hết các trung tâm trên thế giới, mổ mở là phương pháp được chọn lựa với tỉ lệ biến chứng có thể lên đến 26% và tỉ lệ tử vong ở mức 2% [13]. Trong khoảng hai thập niên gần đây, rất nhiều nghiên cứu đã cho thấy ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mổ mở trong phục hồi lưu thông ruột, bao gồm thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ ngắn hơn, mức độ đau hậu phẫu ít hơn, phục hồi lưu thông ruột nhanh hơn và tỉ lệ biến chứng sau mổ ít hơn. Tỉ lệ phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau Hartmann rất thay đổi, dao động từ 21% đến 85%, trong các báo cáo đã được công bố. Điều này xảy ra do sự hiện diện của các bệnh lý kèm theo ở các bệnh nhân đã được phẫu thuật Hartmann. Hơn nữa, phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột là một trong những phẫu thuật khó nhất về mặt kĩ thuật và hiện nay chỉ có thể được thực hiện ở các trung tâm chuyên về đại trực tràng. Thật vậy, phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột chỉ chiếm dưới 1% trong tổng số các phẫu thuật nội soi đại trực tràng.

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có gì tương đồng và khác biệt với các nghiên cứu khác. Y văn cho thấy nguyên nhân dẫn đến phẫu thuật Hartmann lần đầu tiên ở bệnh nhân hầu hết là các biến chứng của bệnh lý túi thừa đại trực tràng. Thực vậy, tại khu vực Bắc Mỹ, nghiên cứu của Rosen ở Hoa Kỳ có nguyên nhân túi thừa là gần 70%, nghiên cứu của Hai Huynh tại Canada cũng có tỉ lệ tương tự. Tại Australia, nghiên cứu của Yang có tỉ lệ nguyên nhân túi thừa là 61 vẫn chiếm đa số. Tại khu vực Châu Âu, nghiên cứu của Leroy tại Pháp cho thấy tỉ lệ nguyên nhân là túi thừa tương đồng với các đồng nghiệp Bắc Mỹ là hơn 70. Tại Anh, tỉ lệ nguyên nhân túi thừa lên đến con số gần 85%. Tại Đức, con số này trong nghiên cứu của Zimmermann là 63%. Tại Ý, tỉ lệ này trong nghiên cứu của Fisco là khoảng 60%. Trong khi đó, tại Châu Á, nghiên cứu của Park ở Hàn Quốc cho thấy toàn bộ các trường hợp được thực hiện phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột đều có nguyên nhân của lần phẫu thuật đầu tiên là ung thư đại trực tràng. Các nghiên cứu về phẫu thuật mổ mở phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann thì có cùng kết luận với các tác giả Hàn Quốc về nguyên nhân dẫn đến phẫu thuật Hartmann, tức là các nguyên nhân liên quan đến ung thư đại trực tràng vẫn chiếm tỉ lệ cao hơn rất nhiều so với các nguyên nhân túi thừa [13]. Thực vậy, túi thừa đại trực tràng xuất hiện trên dân số trên 60 tuổi ở Hoa Kỳ, Châu Âu và Úc lên đến 50%. Trong khi tỉ lệ này tại Trung Quốc và Hàn Quốc chỉ vào khoảng 0,5-1,7%. Các nghiên cứu khác tại Đông Nam châu Á lại cho kết quả cao hơn, lên đến 28,5% tại Thái Lan. Tại Việt Nam, hiện chưa có bất kỳ thống kê nào về tình hình dịch tễ bệnh lý túi thừa đại tràng. Tuy nhiên, nguyên nhân dẫn đến phẫu thuật Hartmann trong nghiên cứu

của chúng tôi hầu hết là viêm thủng túi thừa và ung thư đại tràng (88,57%).

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 60,17 Tuổi thấp nhất là 28. Tuổi lớn nhất là 84. Trên 60 tuổi chiếm 60%. Bệnh nhân lớn tuổi cũng thường kèm theo các bệnh lý nội khoa khác, dẫn đến quyết định phẫu thuật trở nên khó khăn hơn thuật viên ngần ngại trong việc phẫu thuật nội soi ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, vì vậy họ đã lựa chọn các bệnh nhân nhỏ tuổi hơn để đảm bảo tính an toàn cho phẫu thuật. Các nghiên cứu còn lại cho thấy hoàn toàn không có sự khác biệt nào đáng kể.

4.2. Mức độ khả thi

Tỉ lệ chuyển mổ mở dao động lớn giữa các nghiên cứu. Có nghiên cứu hoàn toàn không có bất kỳ trường hợp nào phải chuyển mổ mở như nghiên cứu của Rosen và nghiên cứu của Fison. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Fison, 5 trường hợp không chuyển mổ mở nhưng cần phải có sự hỗ trợ bằng tay trong khi đó, nghiên cứu của Maitra có đến 13 trường hợp phải chuyển mổ mở, khiến cho tỉ lệ chuyển mổ mở của nghiên cứu này lên đến 29%. Nguyên nhân thường gặp nhất khiến dẫn đến chuyển mổ mở là do dính không thể gỡ dính được, tiếp theo là do không thể định vị mỏm trực tràng. Tỉ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,28% gần tương đồng với phần lớn các nghiên cứu đi trước.

Bảng 3. Tỷ lệ chuyển mổ hở trong các nghiên cứu

	Số lượng	Tỉ lệ
Rosen (2005)	2	9%
Hai Huynh (2010)	0	0%
Leroy J (2011)	4	10%
Park (2012)	0	0%
Maitra (2013)	13	29%
Fison (2013)	0	0%
Zimmermann (2014)	3	12,5%
Yang (2014)	6	7%
Chúng tôi	5	14,28%

4.3. Tai biến và biến chứng

Tai biến trong phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann thường khó tránh khỏi do đây là một phẫu thuật mổ lại. Trong nghiên cứu của Leroy, có 1 trường hợp đứt niệu quản phát hiện trong lúc mổ, 1 trường hợp chảy máu mạc treo đại tràng chậu hông và 1 trường hợp thiếu máu miệng nối cấp tính phát hiện trong lúc mổ phải làm lại miệng nối. Trong nghiên cứu của Hai Huynh, xuất hiện 1 trường hợp chảy máu mạc

treo đại tràng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 1 trường hợp thủng xì miệng nối phải làm hậu môn nhân tạo trên dòng. Còn lại 30% là bị nhiễm trùng vết mổ. Không có tử vong. Biến chứng sau mổ đối với phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann nhìn chung ít và nhẹ.

4.4. Lựa chọn thời gian phục hồi lưu thông ruột

Thời gian thực hiện phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann bao lâu sau phẫu thuật lần đầu tiên là hợp lý? Phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann là một phẫu thuật khó với số lượng bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật không nhiều, do đó sự hiện diện của các yếu tố có ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật hợp lý cũng như mức độ ảnh hưởng của các yếu tố này đến việc chọn lựa thời gian phẫu thuật đến nay vẫn chưa được nghiên cứu. Vì vậy, những gì chúng ta cần nhắc về việc lựa chọn thời gian phẫu thuật hiện nay vẫn dựa nhiều vào kinh nghiệm của các phẫu thuật viên. Tuy nhiên, kinh nghiệm của các phẫu thuật viên trong các nghiên cứu trước đây về phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann lại chủ yếu dựa vào các trường hợp biến chứng của bệnh lý viêm túi thừa. Trong nghiên cứu của chúng tôi do 2 nguyên nhân viêm túi thừa và ung thư đại trực tràng.

4.5. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện ở các nghiên cứu đi trước khá dao động. Trong nghiên cứu của Rosen, thời gian nằm viện trung bình chỉ 4,2 ngày. Trong khi trong nghiên cứu của Park, thời gian nằm viện trung bình lên đến 11,8 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là khoảng 9 ngày. Kết quả này gần tương đồng với các nghiên cứu của các nghiên cứu khác.

Bảng 4. Thời gian nằm viện trong các nghiên cứu

	Thời gian nằm viện (ngày)
Rosen (2005)	4,2
Hai Huynh (2010)	5
Leroy J (2011)	7
Park (2012)	11,8
Maitra (2013)	6,7
Fison (2013)	9
Zimmermann (2014)	9
Yang (2014)	6,7
Chúng tôi	9,3

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau Hartmann là phương pháp an toàn, ít xâm lấn giúp rút ngắn thời gian hồi phục và giảm nguy cơ biến chứng so với phương pháp mổ mở truyền thống.

Phương pháp này nên được khuyến khích áp dụng rộng rãi hơn trong điều trị phục hồi lưu thông ruột cho bệnh nhân sau phẫu thuật Hartmann.

Cần tiến hành thêm nghiên cứu so sánh với các nhóm được phục hồi lưu thông ruột bằng mổ mở, cũng như tiến hành thêm các nghiên cứu đa trung tâm để có cái nhìn toàn diện hơn về phương pháp phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nicola de' ngelis (2013), "Comparison between open and laparoscopic reversal of Hartmann's procedure for diverticulitis", *World J Gastrointest Surg.* 5 [8], pp. 245-251.
- [2] Daniel C.K. Ng (2013), "Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure: safety and feasibility", *Gastroenterology report.* 1 (2), pp. 149-152.
- [3] Roque-Castellano C (2007), "Analysis of the factors related to the decision of restoring intestinal continuity after Hartmann's procedure.", *Int J Colorectal Dis*, pp. 1091-1096.
- [4] Thang C.Nguyen (2012), "Diverticular disease and colonic volvulus", *Maingot's Abdominal Operations*, McGraw-Hill Professional.
- [5] Tokode OM (2011), "Factors affecting reversal following Hartmann's procedure: experience from two district general hospitals in the UK", *Surg Today*, pp. 79-83.
- [6] Nguyễn Đăng Khoa (2012), Đánh giá kết quả phẫu thuật Hartmann điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Việt Đức (từ 2007 - 2012), Luận văn thạc sỹ y học, Y Hà Nội, Hà Nội.
- [7] Phạm Văn Tấn, Võ Tấn Long, Bùi Văn Ninh và cộng sự. (2005). Xử trí tắc ruột do ung thư đại trực tràng. *Nghiên cứu Y học*, 9(1), 99–105.
- [8] D. C. Trottier H. Huynh, C. M. Soto et al. (2011), "Laparoscopic colostomy reversal after a Hartmann procedure: a prospective series, literature review and an argument against laparotomy as the primary approach", *Canadian Journal of Surgery.* 54, pp. 133-137.
- [9] F. Costantino J. Leroy, R. A. Cahill et al. (2011), "Technical aspects and outcome of a standardized full laparoscopic approach to the reversal of Hartmann's procedure in a teaching centre", *Colorectal Disease.* 13, pp. 1058-1065.
- [10] Joong-Min Park (2012), "Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure", *J Korean Surg*, pp. 256–260.
- [11] Huỳnh Công Bằng (2016), kết quả phẫu thuật nội soi phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật Hartmann, Luận văn thạc sỹ y học, Y-Dược TPHCM, TP HCM.
- [12] Joong-Min Park (2012), "Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure", *J Korean Surg Soc.* 82 [4], pp. 256–260.
- [13] Collopy BT Keck JO, Ryan PJ, Finck R, Mackay JR, Woods RJ (1994), "Reversal of Hartmann's Procedure: effect of timing and technique on ease and safety", *Dis Colon Rectum.* 37, pp. 243–248

SURGICAL TREATMENT OF COMPLETE RECTAL PROLAPSE USING INTESTINAL STAPLERS AT THONG NHAT HOSPITAL

Do Duy Dat¹, Nguyen Van Hung^{2*}, Le Van Quang², Ho Huu Duc¹

¹Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street, Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam

Received: 28/08/2024

Revised: 04/09/2024; Accepted: 14/10/2024

ABSTRACT

Objective: To describe a rapid and feasible perineal approach for the treatment of complete rectal prolapse.

Subject and method: A case report detailing the surgical technique and procedure for treating complete rectal prolapse using a modified perineal stapled prolapse resection with linear staplers. An 82-year-old female patient presented with a one-year history of rectal bleeding and a prolapsing rectal mass during defecation.

Results: The complete rectal prolapse was successfully resected transanally using two linear staplers. The procedure was completed in 30 minutes with minimal blood loss. The patient was discharged on the fourth postoperative day, and no recurrence was observed after one year of follow-up.

Conclusion: The modified perineal stapled prolapse resection using linear staplers is a feasible and efficient technique for the treatment of complete rectal prolapse, offering advantages such as shorter operative time, less blood loss, and faster recovery compared to other perineal procedures.

Keywords: Rectal prolapse, Perineal stapled prolapse resection, Altemeier procedure, Surgical technique.

*Corresponding author

Email: nvhung@uhsvnu.edu.vn **Phone:** (+84) 383649018 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1628**