

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG THỂ TRUNG GIAN Ở TRẺ TRAI BẰNG ĐƯỜNG SAU TRỰC TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẤT TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020 - 2023

Đặng Thế Quỳnh^{1,2,✉}, Trần Anh Quỳnh³, Vũ Hồng Tuấn²
Nguyễn Thị Ngọc Trân³

¹Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Dị tật hậu môn trực tràng thường gặp ở trẻ, có nhiều phương pháp điều trị nhưng chưa có phương pháp điều trị nào tối ưu cho trẻ. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian ở trẻ trai bằng đường sau trực tràng bảo tồn cơ thất tại bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023. Nghiên cứu mô tả hồi cứu của 43 bệnh nhân nam chẩn đoán dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian đã được phẫu thuật tạo hình hậu môn bằng đường sau trực tràng có bảo tồn cơ thất tại khoa Ngoại tiêu hóa – trung tâm Ngoại tổng hợp, bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023 với thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu $77,33 \pm 27,68$ phút. Tỷ lệ phát hiện đường rò trong mổ là 46,5%. Thời gian điều trị trung bình sau mổ là $5,7 \pm 2,7$ ngày. Theo dõi và khám lại được 35 bệnh nhân trong số 43 bệnh nhân đã được phẫu thuật, thời gian theo dõi trung bình là $38,9 \pm 15,3$ tháng. Số lần đi ngoài chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 1 - 2 lần/ngày với tỷ lệ 65,7%, có 3 trẻ bị táo bón chiếm tỷ lệ 8,6%. Tỷ lệ són phân là 51,4%. Kiểm soát đại tiện hoàn toàn chiếm tỷ lệ 82,6% và 17,4% trẻ kiểm soát đại tiện không hoàn toàn. Chức năng đại tiện sau mổ loại tốt chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,4%, trung bình là 22,9% và kém là 5,7%. Biến chứng thường gặp nhất sau mổ là sa niêm mạc trực tràng chiếm tỷ lệ 28,6%. Phẫu thuật tạo hình hậu môn bằng đường sau trực tràng bảo tồn cơ thất cho dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian ở trẻ trai là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Dị tật hậu môn trực tràng, sau trực tràng bảo tồn cơ thất, kiểm soát đại tiện.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật hậu môn trực tràng đặc trưng bởi bệnh nhân không có lỗ hậu môn, có hoặc không có đường rò từ ống hậu môn - trực tràng ra tăng sinh môn hoặc đường tiết niệu, cơ quan sinh dục.^{1,2} Tần suất đã được thống kê trong y văn là 1/2000 - 1/5000 trẻ mới sinh.^{3,4} Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ giới từ 12 - 16%.⁵

Dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian ở trẻ trai là dị tật hậu môn trực tràng có hoặc không

có đường rò từ túi cùng trực tràng vào niệu đạo hành trong đó vị trí thấp nhất túi cùng trực tràng nằm trong tam giác mu - ngồi - cụt (PCI).^{2,3}

Năm 1982, De Vries và Peña báo cáo phương pháp tạo hình hậu môn bằng đường sau trực tràng trước xương cùng bằng cách xẻ đôi hệ thống cơ thất hậu môn sau đó khâu phục hồi lại và phương pháp này đã trở thành phương pháp chính được các phẫu thuật viên áp dụng để điều trị dị tật hậu môn trực tràng.¹ Tuy nhiên, theo các nghiên cứu thì tỷ lệ đại tiện không tự chủ, tỷ lệ táo bón, són phân của phương pháp này còn cao.^{1,3,4} Ở Việt Nam, từ năm 1984 tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Nguyễn Xuân Thụ

Tác giả liên hệ: Đặng Thế Quỳnh

Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2

Email: thequynh.bn001@gmail.com

Ngày nhận: 12/08/2025

Ngày được chấp nhận: 30/08/2025

và Nguyễn Thanh Liêm bắt đầu tiến hành mổ chữa dị tật hậu môn trực tràng bằng đường sau trực tràng cải tiến theo phương pháp của Peña bằng cách bảo tồn hệ thống cơ thắt hậu môn không xẻ đôi cơ thắt với kết quả khả quan tỷ lệ đại tiện tự chủ cao, giảm tỷ lệ són phân và táo bón.^{5,6,8,10} Hiện tại, chỉ có ít nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian nói chung và đặc biệt chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của điều trị dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian ở trẻ trai bằng phương pháp phẫu thuật đường sau trực tràng có bảo tồn cơ thắt.^{6,8,10} Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá về khả năng đại tiện tự chủ của trẻ sau phẫu thuật tạo hình hậu môn bằng phương pháp phẫu thuật đường sau trực tràng có bảo tồn cơ thắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhi trai được chẩn đoán dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian đã được phẫu thuật điều trị tạo hình hậu môn thì 2 bằng đường sau trực tràng bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi

- Bệnh nhi nam được chẩn đoán DTHM-TT thể trung gian theo phân loại Wingspread được chẩn đoán bằng chụp đầu dưới HMNT, túi cùng trực tràng nằm trong tam giác mu-ngồi-cụt, có hoặc không có đường rò vào niệu đạo.

- Được phẫu thuật tạo hình hậu môn thì 2 bằng đường sau trực tràng bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Bệnh nhi đã được đóng hậu môn nhân tạo (có thể đóng cùng thì tạo hình hậu môn hoặc không).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhi có hồ sơ bệnh án lưu trữ không đầy đủ hoặc bị thất lạc, mất thông tin.

Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa ngoại tiêu hóa - Trung tâm Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/2020 - 12/2023.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

Chọn cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhi trong tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu:

- Các biến số nghiên cứu bao gồm: thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, đường rò trực tràng niệu đạo, số lần đại tiện/ngày, són phân, táo bón, hẹp hậu môn, sa niêm mạc, són tiểu, cương dương vật vào buổi sáng.

- Phân loại chức năng đại tiện theo Krickbeck.¹¹

+ Loại tốt: Đại tiện chủ động, không có hoặc hiếm khi són phân, không bị táo bón hoặc bị táo bón nhẹ (khỏi khi thay đổi chế độ ăn hoặc dùng thuốc nhuận tràng).

+ Loại trung bình: Đại tiện chủ động, có són phân độ 1 hoặc độ 2, táo bón độ 1 hoặc độ 2 (những bệnh nhân có són phân độ 1 kèm theo táo bón độ 3 mà thay đổi chế độ ăn hoặc dùng thuốc nhuận tràng không có kết quả).

+ Loại kém: Đại tiện không chủ động, són phân độ 2 hoặc độ 3, táo bón ở các mức độ.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương số 107/BVNTW-HĐĐĐ ngày 19/02/2025.

III. KẾT QUẢ

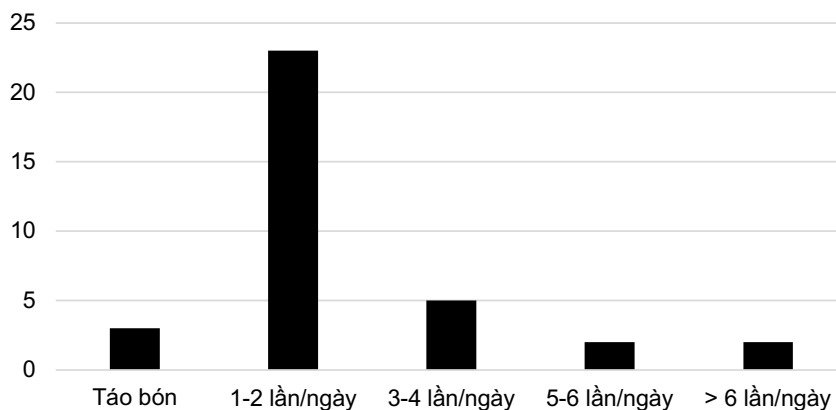
Nghiên cứu của chúng tôi có 43 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật tạo hình hậu môn bằng đường sau trực tràng với thời gian phẫu thuật trung bình là $77,3 \pm 27,7$ phút, trong đó thời gian nhất là 30 phút, dài nhất là 140 phút. Thời gian mổ của nhóm chỉ tạo hình hậu môn ngắn hơn so với thời gian mổ của nhóm có tạo hình hậu môn kết hợp đóng hậu môn nhân tạo nhân tạo cùng thời điểm phẫu thuật.

Trong mổ phát hiện được 20 trường hợp có đường rò vào niệu đạo hành chiếm tỉ lệ 46,5%.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,7 \pm 2,7$ ngày với ngày số ngày điều trị thấp nhất là 2 ngày, cao nhất là 17 ngày.

Có 35 bệnh nhân được theo dõi và khám lại sau mổ với thời gian theo dõi trung bình là $38,9 \pm 15,3$ tháng sau mổ, trường hợp ngắn nhất là 17 tháng, lâu nhất là 64 tháng sau mổ

Số lần đại tiện trong ngày



Biểu đồ 1. Số lần đại tiện/ngày

Có 3 trẻ táo thường xuyên và 2 trẻ đại tiện > 6 lần/ngày chiếm tỉ lệ lần lượt là 8,6% và 5,7%, có 23 trẻ chiếm tỉ lệ 65,7% đại tiện 1 - 2 lần/ngày.

Són phân

Có 17 trẻ (48,6%) trẻ không són phân, 11 trẻ (25,6%) hiếm khi són phân, 9% trẻ thỉnh thoảng són phân và 7% trẻ thường xuyên són phân.

Kiểm soát đại tiện cho trẻ từ 36 tháng

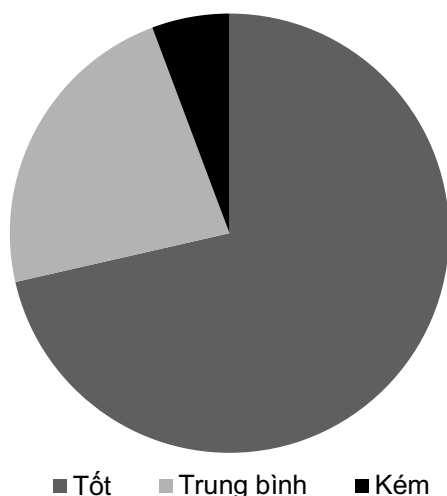
Bảng 1. Kiểm soát đại tiện

		Số lượng	%
Kiểm soát đại tiện	Không hoàn toàn	4	17,4
	Hoàn toàn	19	82,6
	Tổng	23	100,0

Trong 35 trẻ được theo dõi sau mổ có 23 trẻ từ 36 tháng tuổi trở lên thì có 19 trẻ kiểm soát đại tiện hoàn toàn chiếm tỉ lệ 82,6%, không có trường hợp nào trẻ đại tiện không tự chủ.

Phân loại chức năng theo Krickenbeck

Phân loại chức năng đại tiện

**Biểu đồ 2. Phân loại chức năng đại tiện theo Krickenbeck**

Trong 35 bệnh nhân được theo dõi sau mổ có 25 bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỉ lệ 71,4%, 8 bệnh nhân mức độ trung bình chiếm tỉ lệ 22,9% và 2 bệnh nhân mức độ kém chiếm tỉ lệ 5,7%.

Trong 35 trẻ được theo dõi sau mổ có 22 không xảy ra biến chứng, 10 có sa niêm mạc trực tràng chiếm tỉ lệ 28,6%, 2 trẻ bị hẹp xơ hậu môn và 1 trẻ bị tụt miệng nối sau mổ.

Tất cả 100% bệnh nhân có chức năng tiêu tiện bình thường không có són tiểu và 100% trẻ trai có khả năng cương dương vật bình thường vào buổi sáng.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $77,3 \pm 27,7$ phút. Thời gian này dài hơn đáng kể so với một số nghiên cứu khác, như của Đào Trung Hiếu và cộng sự (2013) là 56,2 phút.⁹ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 12 trường hợp đóng hậu môn nhân tạo cùng thì với tạo

hình hậu môn, trong khi nghiên cứu của Đào Trung Hiếu chỉ phẫu thuật tạo hình hậu môn đơn thuần. Tương tự, so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và Trần Anh Quỳnh (2015) với thời gian phẫu thuật trung bình 57 ± 8 phút, thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng dài hơn do có cả các trường hợp đóng hậu môn nhân tạo cùng thì.¹⁰

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,7 \pm 2,7$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 17 ngày. Kết quả này ngắn hơn so với nghiên cứu của Đào Trung Hiếu và cộng sự (2013) (15,1 ngày), có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ lớn hơn, trong khi nhóm của Đào Trung Hiếu là trẻ sơ sinh, cần thời gian hồi phục lâu hơn.⁹

Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào gặp tai biến trong phẫu thuật. Tỉ lệ biến chứng sớm sau mổ là 4,6% (2/43 trường hợp), bao gồm một trường hợp chảy máu tại vết mổ và một trường hợp áp xe cạnh hậu môn. Kết quả này tương tự với báo cáo của Nguyễn Thanh Liêm và Trần Anh Quỳnh (2015), ghi nhận không có tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau phẫu thuật.¹⁰ Tỉ lệ này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác như Đào Trung Hiếu (2013) với tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ 7,92% và Wang C. (2012) với 11,5%.^{9,12}

Trong số 43 bệnh nhân được phẫu thuật, 35 bệnh nhân đã được theo dõi và đánh giá kết quả lâu dài. Thời gian theo dõi trung bình là $38,9 \pm 15,3$ tháng.

Số lần đại tiện và táo bón: Tỉ lệ bệnh nhân đi đại tiện 1 - 2 lần/ngày chiếm 65,7% (23/35), cho thấy chức năng đại tiện tốt. Táo bón chỉ xảy ra ở 3 bệnh nhân (8,6%). Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Pena (10,4%) và thấp hơn so với Đào Trung Hiếu (15,22%).^{1,9} Táo bón trong nghiên cứu của chúng tôi là táo bón độ 3, cần can thiệp bằng thuốc nhuận tràng và thụt tháo.

Són phân: Có 18/35 trẻ (51,4%) bị són phân.

Tỉ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 12 trẻ dưới 36 tháng tuổi được đánh giá, trong khi các nghiên cứu khác chỉ đánh giá trẻ trên 36 tháng. Theo Đào Trung Hiếu, tỉ lệ són phân giảm dần theo thời gian, khi bệnh nhân lớn hơn tình trạng này sẽ cải thiện.⁹

Kiểm soát đại tiện: Trong số 23 trẻ trên 36 tháng tuổi, 19 trẻ (82,6%) có khả năng kiểm soát đại tiện hoàn toàn. Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Trần Anh Quỳnh (2017) (80,5%) và cao hơn đáng kể so với báo cáo của Holschneider và cộng sự (2001) trong giai đoạn 1962 - 1984 (30%) và 1985 - 1997 (46,8%).^{7,13}

Phân loại theo Krickenbeck: Đánh giá chức năng đại tiện theo thang điểm Krickenbeck cho thấy 71,4% (25/35) bệnh nhân đạt kết quả tốt, 22,9% (8/35) đạt kết quả trung bình và chỉ 5,7% (2/35) đạt kết quả kém. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Trần Anh Quỳnh (2017) (tốt 77,4%) và Julia (2010) (tốt 89%).^{7,14} Đây là một ưu điểm của phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, giúp cải thiện tốt chức năng đại tiện của bệnh nhân.

Tỉ lệ biến chứng muộn sau mổ là 37,1% (13/35). Biến chứng thường gặp nhất là sa niêm mạc trực tràng, chiếm 28,6% (10/35). Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Anh Quỳnh (2017) (18,9%).⁷ Sự khác biệt này có thể do kỹ thuật phẫu thuật đường sau trực tràng không có nội soi nên khó cố định trực tràng vào vị trí trong tiểu khung, dẫn đến nguy cơ sa niêm mạc cao hơn. Các biến chứng khác bao gồm hẹp hậu môn (5,7%, 2/35) và tụt miệng nối (2,9%, 1/35). Hầu hết các biến chứng này đều được xử trí thành công.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân có chức năng tiểu tiện bình thường và 100% trẻ trai có khả năng cương dương vật bình thường. Điều này khẳng định phương pháp phẫu thuật đường sau trực tràng bảo tồn

cơ thắt không làm ảnh hưởng đến các chức năng này và tương đồng với các báo cáo của Trần Anh Quỳnh (2017).⁷

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình hậu môn bằng đường sau trực tràng bảo tồn cơ thắt điều trị dị tật hậu môn trực tràng thể trung gian ở trẻ trai là phương pháp điều trị có kết quả tốt với khả năng đại tiện hoàn toàn với tỷ lệ cao, tỷ lệ són phân, táo bón thấp. Tuy nhiên, nghiên cứu cần thêm thời gian theo dõi lâu dài với số lượng bệnh nhân lớn hơn nữa để đánh giá một cách toàn diện hiệu quả của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peña A. Posterior sagittal anorectoplasty: Results in the management of 332 cases of anorectal malformations. *Pediatr Surg Int*. 1988; 3(2): 94-104. doi:10.1007/BF00182760.
2. Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội. Dị dạng hậu môn trực tràng. In: *Bệnh Học Ngoại Khoa Tiết Niệu - Nhi (Dùng Cho Sau Đại Học)*. Nhà xuất bản y học; 2022: 381-403.
3. Levitt MA, Peña A. Anorectal malformations. *Orphanet J Rare Dis*. 2007; 2(1): 33. doi:10.1186/1750-1172-2-33.
4. Gangopadhyay AN, Pandey V. Anorectal malformations. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2015; 20(1): 10-15. doi:10.4103/0971-9261.145438.
5. Nguyễn Thanh Liêm. Dị tật hậu môn trực tràng. *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*. Nhà xuất bản y học; 2000: 251-283.
6. Tran Anh Quỳnh, Le Quang Du, Pham Duy Hien et al. Outcomes of modified posterior sagittal anorectoplasty with internal sphincter preservation in the treatment of intermediate anorectal malformations in children. *Journal of Health Sciences*. 2024; 1(9): 102-108. doi.org/10.59070/jhs010924039.

7. Trần Anh Quỳnh, Nguyễn Thanh Liêm. Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật nội soi điều trị dị tật hậu môn trực tràng loại cao ở trẻ em. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2016; 2;79-82.
8. Nguyễn Thị Mai Phương, Bùi Đức Hậu ĐH. Kết quả điều trị hậu môn tiền đình bằng phẫu thuật đường sau trực tràng một thì. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2021; 509(1). doi:10.51298/vmj.v509i1.1737.
9. Đào Trung Hiếu. Phẫu thuật một thì điều trị dị dạng hậu môn trực tràng thể cao và trung gian ở trẻ sơ sinh. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2013; 17 (3).
10. Liem NT, Quynh TA. One stage operation through modified posterior sagittal approach preserving the sphincter intact for anal agenesis with rectovestibular fistula. *J Pediatr Surg*. 2015; 50(4): 634-637. doi:10.1016/j.jpedsurg.2015.01.003.
11. Holschneider, A., Hutson, J., Peña, A., et al. Preliminary report on the International Conference for the Development of Standards for the Treatment of Anorectal Malformations. *Journal of pediatric surgery*, 2005; 40(10), 1521-1526.
12. Wang C, Li L, Liu S, et al. The management of anorectal malformation with congenital vestibular fistula: a single-stage modified anterior sagittal anorectoplasty. *Pediatr Surg Int*. 2015; 31(9): 809-814. doi:10.1007/s00383-015-3749-1.
13. Holschneider AM, Koebke J, Meier-Ruge W, Land N, Jesch NK, Pfrommer W. Pathophysiology of chronic constipation in anorectal malformations. Long-term results and preliminary anatomical investigations. *Eur J Pediatr Surg Off J Austrian Assoc Pediatr Surg Al Z Kinderchir*. 2001; 11(5): 305-310. doi:10.1055/S-2001-18558.
14. Julià V, Tarrado X, Prat J, et al. Fifteen years of experience in the treatment of anorectal malformations. *Pediatr Surg Int*. 2010; 26(2): 145-149. doi:10.1007/s00383-009-2497-5.

Summary

OUTCOMES OF INTERMEDIATE-TYPE ANORECTAL MALFORMATIONS IN MALE USING POSTERIOR SAGITTAL APPROACH WITH SPHINCTER PRESERVATION AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL, 2020 - 2023

Anorectal malformations are common in children, with multiple treatment options available; however, no optimal method has yet been established for pediatric patients. This study aimed to evaluate the outcomes of posterior sagittal anorectoplasty (PSARP) with sphincter preservation for intermediate-type anorectal malformations in male children at the Vietnam National Children's Hospital from January 2020 to December 2023. A retrospective descriptive study was conducted on 43 male patients diagnosed with intermediate-type anorectal malformations who underwent PSARP with sphincter preservation at the Department of Gastrointestinal Surgery – Center for General Surgery, Vietnam National Children's Hospital, during the above period. The mean operative time in the study group was 77.33 ± 27.68 minutes. The intraoperative fistula detection rate was 46.5%. The mean postoperative hospital stay was 5.7 ± 2.7 days. Follow-up was achieved in 35 out of 43 operated patients, with a mean follow-up duration of 38.9 ± 15.3 months. The most common bowel movement frequency was 1 - 2 times/day (65.7%), with constipation occurring in 3 patients (8.6%). The rate of fecal soiling was 51.4%. Complete continence was achieved in 82.6% of patients, while 17.4% had partial continence. Good postoperative bowel function was observed in 71.4% of patients, fair function in 22.9%, and poor function in 5.7%. The most frequent postoperative complication was rectal mucosal prolapse (28.6%). PSARP with sphincter preservation for intermediate-type anorectal malformations in male children is a safe and effective treatment method.

Keywords: Anorectal malformation, posterior sagittal approach with sphincter preservation, bowel continence.