

HIỆU QUẢ CỦA CÁC LIỆU PHÁP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SÀN CHẬU LÊN HỘI CHỨNG CẮT BỎ TRƯỚC THẤP (LARS): TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP

Lê Thị Hồng Phúc^{1,2,✉}, Bùi Thị Hoài Thu³

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Hội chứng cắt bỏ trước thấp (LARS) là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật ung thư trực tràng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của người bệnh. Bài tổng quan hệ thống và phân tích gộp này nhằm đánh giá hiệu quả của các liệu pháp phục hồi chức năng sàn chậu trong cải thiện triệu chứng LARS. Nghiên cứu được tiến hành theo hướng dẫn PRISMA, tìm kiếm dữ liệu trên PubMed và Cochrane Library (01/2020 – 08/2025), đánh giá nguy cơ sai lệch bằng RoB 2.0 và mức độ tin cậy của bằng chứng theo GRADE. Tổng cộng 454 bệnh nhân từ 8 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng được đưa vào phân tích. Kết quả cho thấy phục hồi chức năng sàn chậu giúp giảm đáng kể điểm LARS so với nhóm chứng (MD = -4,56; 95%CI: -7,19 đến -1,92; $p = 0,0007$) và cải thiện có ý nghĩa điểm đại tiện không tự chủ (FI) (MD = -0,19; 95%CI: -0,39 đến 0; $p = 0,05$). Mức độ bằng chứng được đánh giá từ trung bình đến cao. Ngoài ra, can thiệp này còn góp phần nâng cao chất lượng sống. Phục hồi chức năng sàn chậu là lựa chọn can thiệp hiệu quả và nên được đưa vào thực hành lâm sàng cho bệnh nhân sau phẫu thuật cắt bỏ trước thấp.

Từ khóa: Phục hồi chức năng sàn chậu, hội chứng cắt bỏ trước thấp, điểm LARS, ung thư trực tràng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN Việt Nam 2022, Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng thứ tư về số ca mắc mới (16.835 ca) và thứ năm về số ca tử vong (8.454 ca).¹ Trong điều trị ung thư trực tràng, hóa xạ trị tân bổ trợ và phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision - TME), bảo tồn cơ thắt là tiêu chuẩn vàng, giúp tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt trên 60%.² Tuy nhiên, hội chứng cắt bỏ trước thấp (Low Anterior Resection Syndrome - LARS) là biến chứng thường gặp sau TME, với tỷ lệ mắc 60-90%, trong đó khoảng 60% ở mức độ nặng, có

thể kéo dài trong nhiều năm và có thể dẫn đến hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở 5% trường hợp.³

LARS là di chứng tiêu hóa dai dẳng đặc trưng bởi các triệu chứng như đại tiện gấp, tăng số lần đại tiện, đại tiện không tự chủ, són phân, táo bón và buồn nôn. Mặc dù không đe dọa trực tiếp tính mạng, LARS gây suy giảm nghiêm trọng chất lượng sống. LARS được chẩn đoán và phân loại mức độ nặng dựa trên bộ 5 câu hỏi với tổng điểm tối đa là 42 điểm, chia thành 3 mức độ: “không có LARS” (0 - 20), “LARS nhẹ” (21 - 29) và “LARS nặng” (30 - 42).⁴

Hiện chưa có phác đồ điều trị thống nhất cho LARS. Trên thế giới, các phương pháp phục hồi chức năng (PHCN) sàn chậu như rửa hậu môn (Transanal Irrigation - TAI), phản hồi sinh học (Biofeedback - BIOFE), tập cơ sàn chậu

Tác giả liên hệ: Lê Thị Hồng Phúc

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

Email: bslephucungbuou@gmail.com

Ngày nhận: 04/09/2025

Ngày được chấp nhận: 08/10/2025

kết hợp phản hồi áp lực (Pelvic Neuromuscular Facilitation Rehabilitation - PNFR), kích thích thần kinh chày qua da (Percutaneous Tibial Nerve Stimulation - PTNS) và kích thích thần kinh cùng (Sacral Nerve Stimulation - SNS) đã chứng minh hiệu quả trong nhiều thử nghiệm lâm sàng, giúp giảm điểm LARS, cải thiện triệu chứng đại tiện và nâng cao các chỉ số chất lượng sống.⁵⁻⁶

Tại Việt Nam, các hướng dẫn chuẩn hóa và phối hợp đa chuyên khoa, đặc biệt giữa lĩnh vực PHCN và Ngoại Tiêu hóa, khiến nhiều bệnh nhân không được tiếp cận các can thiệp phù hợp, làm giảm hiệu quả hồi phục lâu dài. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích các bằng chứng hệ thống về hiệu quả của PHCN sản chày đối với LARS, nhằm xây dựng cơ sở khoa học cho việc áp dụng trong can thiệp LARStại Việt Nam.

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

1. Đối tượng

Thiết kế nghiên cứu

Tổng quan hệ thống và phân tích gộp được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA 2020.

Chiến lược PICO

- Population (P): Bệnh nhân đã phẫu thuật bảo tồn hậu môn do ung thư trực tràng.

- Intervention (I): Sử dụng ít nhất một trong các liệu pháp can thiệp PHCN sản chày bao gồm: rửa hậu môn, phản hồi sinh học, tập cơ sản chày kết hợp phản hồi áp lực, kích thích thần kinh chày qua da và kích thích thần kinh cùng.

- Comparison (C): Nhóm đối chứng áp dụng các phương pháp không can thiệp, chăm sóc thông thường, liệu pháp phục hồi chức năng giả, hoặc bất kỳ loại liệu pháp phục hồi chức năng nào khác.

- Outcomes (O): Biến chính: 1 điểm LARS; các biến phụ gồm: 2 điểm số đại tiện không tự

chủ sau can thiệp (điểm FI); được tính bởi các thang điểm Đại tiện không tự chủ tại (Wexner), điểm số đại tiện không tự chủ của St. Mark và bảng câu hỏi chức năng đại tràng (COREFO); Chất lượng cuộc sống được đo bởi các thang điểm khác nhau như: 3 Điểm FIQL: Bảng câu hỏi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân són phân; 4 Điểm SF-12: Công cụ đánh giá sức khỏe tổng quát; 5 Điểm EORTC QLQ-C30: Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu; 6 Điểm EORTC QLQ-CR29: Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu dành riêng cho ung thư đại trực tràng.

Tiêu chí lựa chọn

- Các nghiên cứu được đưa vào phân tích cần thỏa mãn các điều kiện sau:

- Là thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (Randomized Controlled Trial - RCT).

- Công bố bằng tiếng Anh, trong giai đoạn từ 01/01/2020 đến 12/08/2025.

- Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đã phẫu thuật bảo tồn hậu môn do ung thư trực tràng, tham gia chương trình phục hồi chức năng sản chày dưới bất kỳ hình thức nào (tại bệnh viện, cộng đồng hoặc tại nhà).

- Có báo cáo về điểm LARS sau can thiệp.

- Toàn văn nghiên cứu có thể truy cập đầy đủ.

Tiêu chí loại trừ

Các nghiên cứu sẽ bị loại trừ nếu:

- Nghiên cứu thực hiện trên nhóm phẫu thuật không liên quan đến ung thư trực tràng.

- Các nghiên cứu trong đó sự can thiệp bao gồm liệu pháp can thiệp PHCN sản chày nhưng kết hợp với nhiều phương pháp điều trị PHCN khác.

- Nhóm chứng có dung các liệu pháp can thiệp PHCN sản chày mà không có ở nhóm can thiệp.

2. Phương pháp

Chiến lược tìm kiếm và chọn lọc nghiên cứu

Chiến lược tìm kiếm được triển khai trên hai cơ sở dữ liệu chính là Cochrane Library và PubMed, sử dụng các từ khóa MeSH và từ khóa tự do: “Pelvic Floor”, “pelvic floor rehabilitation”, “pelvic floor muscle training”, “biofeedback therapy”, “transanal irrigation”, “Rectal Neoplasms surgery”, “rectal cancer”, “low anterior resection”, “Low Anterior Resection Syndrome”, “LARS”, “bowel dysfunction”, “fecal incontinence”, “Neuromodulation”, “randomized controlled trial”. Các từ khóa được kết hợp bằng các toán tử logic (AND/OR).

Tìm kiếm giới hạn trong khoảng thời gian từ 01/01/2020 đến 12/08/2025, với ngôn ngữ là tiếng Anh. Dữ liệu tìm kiếm được nhập vào Microsoft Excel để sàng lọc. Các bản trùng được loại bỏ thủ công.

Đánh giá nguy cơ sai lệch, mức độ tin cậy của bằng chứng:

Đánh giá nguy cơ sai lệch bằng công cụ RoB 2.0 (Cochrane Risk of Bias tool, phiên bản 2). Việc đánh giá được nhóm tác giả thực hiện bằng cách trả lời các câu hỏi cụ thể cho từng vấn đề, câu trả lời “có” cho thấy nguy cơ sai lệch thấp, câu trả lời “không” cho thấy nguy cơ sai lệch cao, câu trả lời “không chắc chắn” cho thấy nguy cơ sai lệch tiềm tàng.

Mức độ tin cậy của bằng chứng được đánh giá theo hệ thống GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) đối với 2 biến số bao gồm điểm LARS sau can thiệp, điểm số đại tiện không tự chủ sau can thiệp (điểm FI).

Xử lý và phân tích dữ liệu

Phân tích gộp được thực hiện trên các biến số định lượng, các biến số này đều được trích dẫn số liệu là kết quả chính trong mỗi nghiên cứu. Phân tích được thực hiện bằng phần mềm

Review Manager (RevMan) phiên bản 5.4. Đối với mỗi kết quả, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn được trích xuất từ nghiên cứu chính hoặc thực hiện phép chuyển đổi tương ứng nếu báo cáo sử dụng trung vị và khoảng tứ phân vị, khoảng dao động. SD được ước tính từ khoảng tin cậy 95% theo hướng dẫn trong sổ tay Cochrane. Trong trường hợp kết quả được đo tại các thời điểm khác nhau, phép đo cuối cùng được chọn cho cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Đối với tất cả các kết quả được đưa vào phân tích tổng hợp, chênh lệch trung bình (MD) hoặc chênh lệch trung bình chuẩn hóa (SMD) được sử dụng khi các thử nghiệm đo lường cùng một kết quả nhưng áp dụng các phương pháp hoặc đơn vị khác nhau. Khoảng tin cậy 95% (CI) đã được tính toán và các giá trị p thấp hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê trong mọi trường hợp. Dị biệt giữa các nghiên cứu được đánh giá bằng chỉ số I^2 ; mô hình hiệu ứng cố định được áp dụng khi $I^2 \leq 50\%$, và mô hình hiệu ứng ngẫu nhiên được sử dụng khi $I^2 > 50\%$. Điểm LARS, điểm FI được trích xuất dữ liệu là kết quả chính được nêu trong mỗi nghiên cứu. Khi quan sát thấy dị biệt lớn, chúng tôi đã phân tích gộp phân nhóm đối với biến số là điểm LARS theo thời gian theo dõi sau mổ. Cuối cùng, phân tích độ nhạy của các nghiên cứu được đưa vào đã được tiến hành để đánh giá tính ổn định của kết quả. Đối với biến số được báo cáo bằng các công cụ đo lường không đồng nhất, chúng tôi thực hiện phân tích định tính.

Quy trình thực hiện đánh giá và phân tích

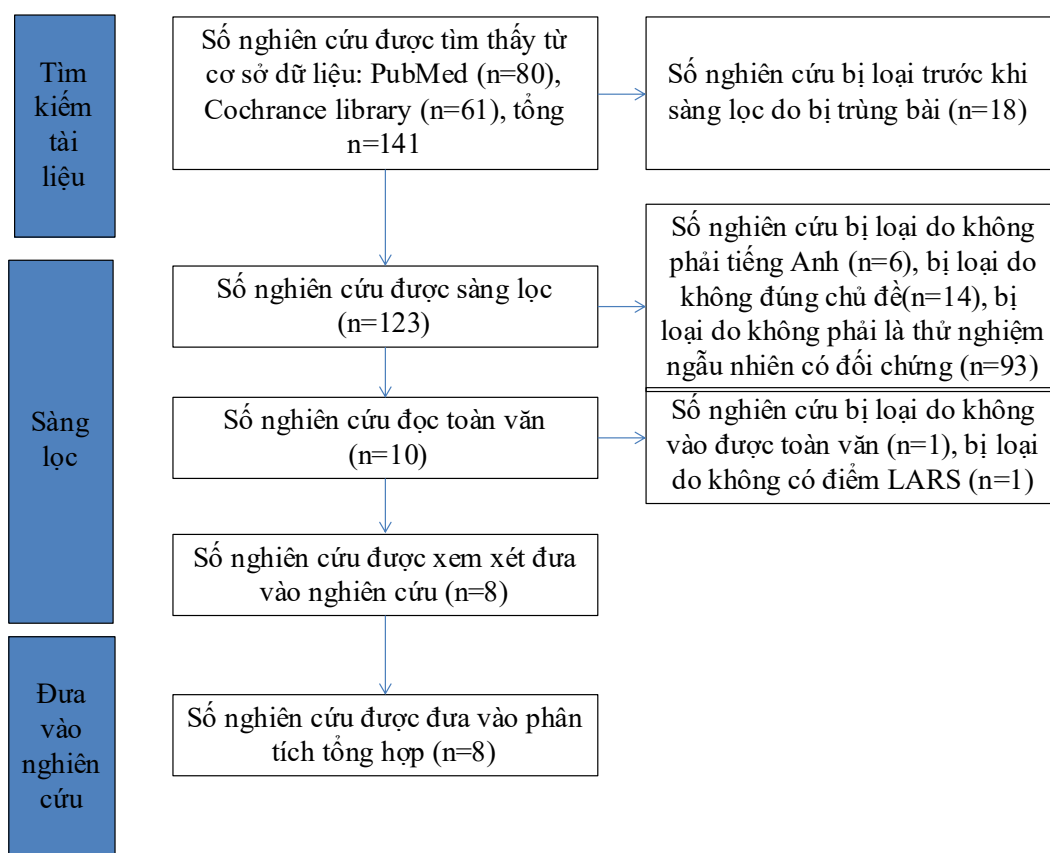
Toàn bộ quy trình tổng quan hệ thống, bao gồm xây dựng chiến lược tìm kiếm, sàng lọc nghiên cứu, trích xuất dữ liệu, đánh giá nguy cơ sai lệch, mức độ tin cậy của bằng chứng và phân tích kết quả, đều được thực hiện bởi nhóm tác giả. Những điểm không nhất quán đã được khắc phục thông qua thảo luận giữa hai nhà đánh giá cho đến khi đạt được sự đồng thuận.

II. KẾT QUẢ

1. Lựa chọn RCT

Tổng cộng 141 nghiên cứu liên quan từ năm 2020 - 2025 đã được lấy từ thử nghiệm lâm sàng Cochrane Library (n = 61), PubMed (n = 80). Sau khi loại bỏ các bản sao, tiêu đề và

tóm tắt, đọc toàn văn của các nghiên cứu đã được xem xét toàn diện, cuối cùng 8 bài nghiên cứu liên quan đến bệnh nhân đã được đưa vào phân tích gộp này.⁷⁻¹⁴



Sơ đồ 1. Sơ đồ PRISMA

2. Đặc điểm của RCT

Tất cả các nghiên cứu được đưa vào bài đánh giá đều là các thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên. Trong tổng số 8 RCT được đưa vào phân tích, có 454 bệnh nhân sau phẫu thuật trực tràng bảo tồn cơ thắt tham gia, trong đó

217 bệnh nhân được can thiệp bởi các liệu pháp PHCN sàn chậu dưới nhiều hình thức khác nhau, và 237 bệnh nhân thuộc nhóm chứng. Về phân bố địa lý, các RCT chủ yếu ở Châu Âu. Các đặc điểm chi tiết của từng RCT được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của các liệu pháp PHCN sản chậu trong mỗi nghiên cứu

Tên nghiên cứu	Cỡ mẫu	Loại phẫu thuật	Thời gian bắt đầu điều trị	Sự can thiệp		Cường độ liệu pháp AG	Kết quả	Kết luận
				Nhóm AG	Nhóm CG			
Marinello (2021)	Nhóm AG: 23	SPS	Sau phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo 1 năm	PTNS	Giả được	30 phút/buổi x 16 buổi	1,2,5	PTNS có tác dụng tích cực ở một số bệnh nhân bị LARS nặng.
	Nhóm CG: 51							
Heijden (2022)	Nhóm AG: 44	LAR	Sau LAR 3 tháng với trường hợp không có hậu môn nhân tạo và sau 6 tuần sau khi đóng hậu môn nhân tạo.	Tập cơ sàn chậu kết hợp PNFR, BIOFE, PTNS và SNS	Chăm sóc thông thường	3 tháng	1,2,3	PHCN có lợi ích trong trường hợp tiểu gấp hoặc tiểu không tự chủ ở mức độ trung bình và nhẹ.
	Nhóm CG: 51							
Pieniowski (2023)	Nhóm AG: 22	LAR	2 tuần kể từ khi đóng hậu môn nhân tạo	TAI cộng với việc chăm sóc thông thường	Chăm sóc thông thường	Hướng dẫn TAI tại nhà	1,2,5	TAI làm giảm các triệu chứng trong hội chứng LARS và cải thiện chất lượng cuộc sống
	Nhóm CG: 23							
Asnong (2022)	Nhóm AG: 50	LAR	1 tháng sau khi đóng hậu môn nhân tạo	Tập cơ sàn chậu kết hợp PNFR, BIOFE, PTNS và SNS.	Chăm sóc thông thường	1 buổi/tuần x 6 tuần đầu và 1 buổi/2 tuần x 6 tuần tiếp theo	1,2,4	PHCN sản chậu giúp phục hồi và giảm LARS
	Nhóm CG: 54							
Meurette (2023)	Nhóm AG: 15	LAR	3 tháng sau khi đóng hậu môn nhân tạo	TAI cộng với chăm sóc tiêu chuẩn	Chăm sóc tiêu chuẩn	Hướng dẫn TAI tại nhà	1,2,3	TAI làm giảm điểm LARS
	Nhóm CG: 15							

Tên nghiên cứu	Cỡ mẫu	Loại phẫu thuật	Thời gian bắt đầu điều trị	Sự can thiệp		Cường độ liệu pháp AG	Kết quả	Kết luận
				Nhóm AG	Nhóm CG			
Marinello (2024)	Nhóm CG: 18	SPS	Sau 1 năm đóng hậu môn nhân tạo	SNS với máy phát xung vĩnh viễn bắt trong 4 tuần rồi tắt trong 4 tuần	SNS với máy phát xung vĩnh viễn tắt trong 4 tuần rồi bật trong 4 tuần	SNS	1,2,5	SNS có hiệu quả trong việc làm giảm LARS nhưng chưa có bằng chứng chắc chắn
	Nhóm AG: 17							
Ofluoglu (2024)	Nhóm AG: 16	SPS	15 ngày sau Phẫu thuật và 6 tháng sau khi đóng hậu môn nhân tạo	Tập luyện cơ sàn chậu bằng bài tập Kegel.	Chăm sóc thông thường	15 buổi	1,5,6	PHCN sàn chậu cải thiện đáng kể chức năng cơ thắt, làm giảm điểm LARS, tác động tích cực đến chất lượng cuộc sống.
	Nhóm CG: 16							
Bosch (2024)	Nhóm AG: 46	LAR	Sau LAR 3 tháng với trường hợp không có hậu môn nhân tạo và sau 6 tuần sau khi đóng hậu môn nhân tạo.	Tập cơ sàn chậu kết hợp PNFRR, BIOFE, PTNS và SNS.	Chăm sóc thông thường	Hàng tuần trong 3 tháng	1,2,3,6	PHCN sàn chậu có liên quan đến việc cải thiện FIQL. Không có sự khác biệt đáng kể trong điểm đại tiện không tự chủ
	Nhóm CG: 40							

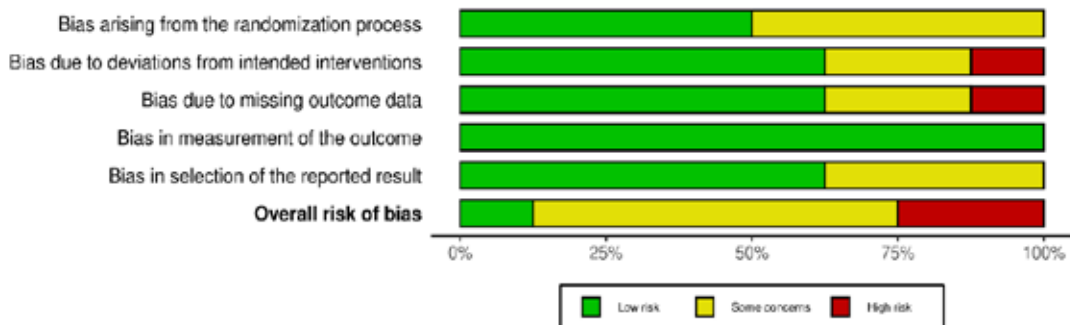
Chú thích: Kết quả: 1 Điểm LARS sau can thiệp PHCN sản chậu; 2 Điểm FI -điểm số đại tiện không tự chủ sau can thiệp PHCN sản chậu 3 Điểm FIQL; 4 Điểm SF-12; 5 Điểm EORTC QLQ-C30; 6 Điểm EORTC QLQ-CR29. Nhóm AG: Nhóm can thiệp; Nhóm CG: Nhóm đối chứng; LAR: cắt bỏ phần trước thấp; SPS: Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt

Chất lượng của RCT đưa vào:

Việc đánh giá nguy cơ sai lệch của các nghiên cứu được thực hiện bởi nhóm tác giả, tuân thủ đầy đủ quy trình theo hướng dẫn của công cụ RoB 2.0 của Cochrane cho 8 RCT với 5 lĩnh vực chính: quy trình phân bổ ngẫu nhiên (D1), sai lệch do can thiệp (D2), mất dữ liệu kết quả (D3), đo lường kết quả (D4) và báo cáo có chọn lọc (D5). Tóm tắt về nguy cơ sai lệch đối với các

nghiên cứu được đưa vào được thể hiện trong Biểu đồ 2, biểu đồ 3. Nhìn chung, các nghiên cứu đều chứng minh nguy cơ sai lệch thấp và sai lệch tiềm tàng trong quá trình phân bổ ngẫu nhiên, tất cả đều có nguy cơ sai lệch thấp về đo lường kết quả, phần lớn có nguy cơ sai lệch thấp mức sai lệch do can thiệp, mất dữ liệu kết quả và báo cáo có sàng lọc. Có 1 RCT nguy cơ sai lệch cao cho mất dữ liệu kết quả.⁷ Một RCT khác nguy cơ sai lệch cao do can thiệp.⁸

Độ tin cậy của bằng chứng được đánh giá theo hệ thống GRADE, dựa trên 5 tiêu chí hạ bậc: nguy cơ sai lệch, tính không đồng nhất, tính gián tiếp, độ chính xác và thiên lệch công bố. Mỗi kết quả được phân loại thành cao, trung bình, thấp hoặc rất thấp. Toàn bộ đánh giá được trình bày chi tiết trong Bảng 2.



Biểu đồ 1. Biểu đồ tóm tắt chung về nguy cơ sai lệch

		Risk of bias domains					Overall
		D1	D2	D3	D4	D5	
Study	Marinello 2021	+	+	×	+	+	×
	Heijden 2022	-	×	-	+	-	×
	Pieniowski 2022	+	+	-	+	+	-
	Asnong 2022	+	-	+	+	-	-
	Meurette 2023	-	-	+	+	-	-
	Oflluoglu 2024	-	+	+	+	+	-
	Marinello 2024	+	+	+	+	+	+
	Bosch 2024	-	+	+	+	+	-

Domains:
D1: Bias arising from the randomization process.
D2: Bias due to deviations from intended interventions.
D3: Bias due to missing outcome data.
D4: Bias in measurement of the outcome.
D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
High
Some concerns
Low

Biểu đồ 2. Tóm tắt nguy cơ sai lệch tương ứng với từng nghiên cứu

3. Phân tích định lượng

Tám thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng báo cáo về biến số điểm LARS.⁷⁻¹⁴ Do mức độ dị biệt cao giữa các nghiên cứu ($I^2 = 60\%$, $p = 0,01$), mô hình hiệu ứng ngẫu nhiên được áp dụng cho phân tích. Kết quả cho thấy phục hồi chức năng sàn chậu giúp giảm trung bình 4,56 điểm LARS so với nhóm chứng (MD = -4,56; 95%CI: -7,19 đến -1,92), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0007$). Theo thang GRADE, mức độ chắc chắn của bằng chứng

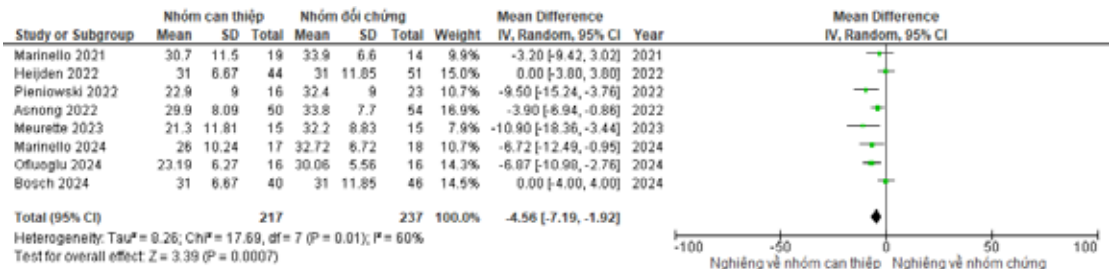
được đánh giá là trung bình (Biểu đồ 4, Bảng 2).

Điểm FI sau can thiệp phục hồi chức năng sàn chậu được báo cáo trong 7 RCT.^{7-12,14} Do mức độ dị biệt thấp giữa các nghiên cứu ($I^2 = 50\%$, $p = 0,06$), do đó mô hình hiệu ứng cố định được sử dụng. Kết quả cho thấy phục hồi chức năng sàn chậu giúp giảm trung bình 0,19 điểm FI so với nhóm chứng (MD = -0,19; 95% CI: -0,39 đến 0,00), đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,05$). Theo đánh giá GRADE, mức độ chắc chắn của bằng chứng ở mức cao (Biểu đồ 5, Bảng 2).

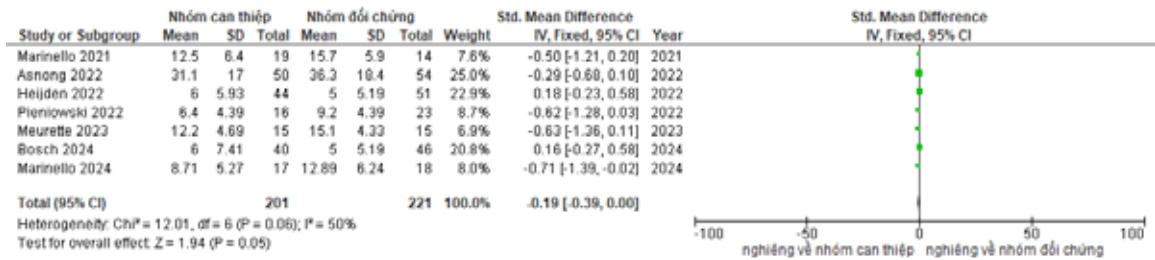
Bảng 2. Bảng tóm tắt các kết quả chính

Nhóm can thiệp (AG) so với nhóm chứng (CG)				
Biến số	Tác động tuyệt đối dự kiến* (khoảng tin cậy 95%)	Cỡ mẫu (số nghiên cứu)	Mức độ tin cậy của bằng chứng (GRADE)	Nhận xét
Điểm LARS	Giảm trung bình 4,56 điểm (từ giảm 7,19 đến giảm 1,92 điểm)	454 (8 RCT)	Trung Bình a	PHCN sàn chậu giúp giảm trung bình 4,56 điểm LARS, độ tin cậy của bằng chứng ở mức độ Trung Bình và kết quả có ý nghĩa thống kê
Điểm FI	Giảm trung bình 0,19 điểm (từ giảm 0,39 đến không giảm)	422 (7 RCT)	Cao	PHCN sàn chậu giúp giảm trung bình 0,19 điểm FI, độ tin cậy của bằng chứng ở mức độ Cao và kết quả có ý nghĩa thống kê

a: Hạ 1 bậc do dị biệt cao giữa các nghiên cứu, cho thấy sự khác biệt mức độ tác động giữa các nghiên cứu

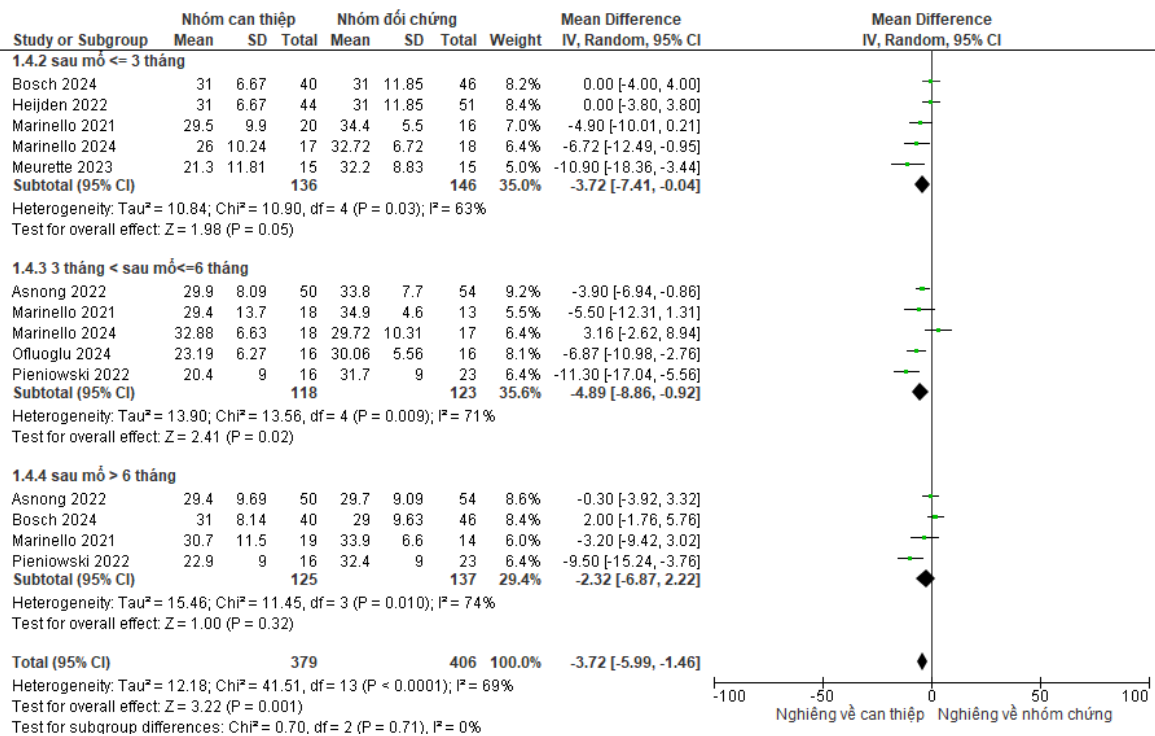


Biểu đồ 3. Kết quả phân tích gộp đánh giá hiệu quả PHCN sàn chậu trong giảm điểm LARS ở hội chứng cắt bỏ trước thấp



Biểu đồ 4. Kết quả phân tích gộp đánh giá hiệu quả PHCN sàn chậu giúp giảm điểm FI trong hội chứng cắt bỏ trước thấp

3. Phân tích nhóm

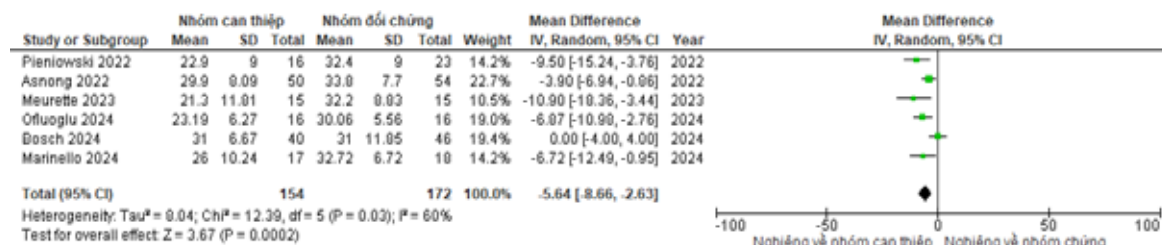


Biểu đồ 5. Kết quả phân tích gộp đánh giá hiệu quả PHCN sàn chậu trong giảm điểm LARS ở hội chứng cắt bỏ trước thấp theo thời gian hậu phẫu

Phân tích gộp cho thấy PHCN sàn chậu có hiệu quả cải thiện đáng kể điểm số LARS ở một số nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật. Cụ thể, ở nhóm bệnh nhân có thời gian sau mổ ≤ 3 tháng, PHCN sàn chậu giúp giảm trung bình 3,72 điểm LARS so với nhóm chứng (MD = -3,72; 95% CI: -7,41 đến -0,04; p = 0,05). Ở nhóm bệnh nhân từ 3 đến 6 tháng sau mổ, sự cải

thiện rõ rệt hơn, với mức giảm trung bình 4,89 điểm (MD = -4,89; 95% CI: -8,86 đến -0,92; p = 0,02). Ngược lại, ở nhóm có thời gian sau mổ > 6 tháng, PHCN sàn chậu chỉ giúp giảm trung bình 2,32 điểm (MD = -2,32; 95% CI: -6,87 đến 2,22), tuy nhiên sự khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,32).

3. Phân tích độ nhạy và độ lệch



Biểu đồ 6. Kết quả phân tích nhạy đánh giá hiệu quả PHCN sàn chậu trong giảm điểm LARS ở hội chứng cắt bỏ trước thấp

Bài nghiên cứu tổng quan của chúng tôi sử dụng điểm LARS làm biến số chính, phân tích độ nhạy trên biến số này được thực hiện bằng cách loại trừ 2 RCT là 2 nghiên cứu có nguy cơ sai lệch cao để tiến hành phân tích gộp.⁷⁻⁸ Chúng tôi nhận thấy rằng không có ảnh hưởng nào đến kết cục điểm LARS. Kết quả phân tích nhạy được thể hiện trong (Biểu đồ 7). Trong bài đánh giá của chúng tôi, do số lượng nghiên cứu nhỏ (< 10), không thực hiện biểu đồ phễu (Funnel plot) hay kiểm định Egger, theo khuyến cáo của Cochrane.

4. Phân tích định tính

Tất cả 8 RCT đều đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân qua các bộ công cụ khác nhau bao gồm: FIQL, SF-12, EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-CR 29.

FIQL: Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bị són phân.

Nghiên cứu của Meurette et al chỉ ra kết quả ở chỉ số Đối phó và Hành vi của nhóm can thiệp đã giảm đáng kể, đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,047$) nhưng không có sự khác biệt ở 3 chỉ số còn lại.¹¹ Tuy nhiên, ở nghiên cứu Heijden et al điểm số thay đổi trên 4 lĩnh vực của thang đo FIQL là không có sự khác biệt sau PHCN sàn chậu.⁸ Mặt khác nghiên cứu của Bosch et al về FIQL sau 1 năm chỉ ra rằng: Những bệnh nhân đã trải qua PHCN sàn chậu có sự cải thiện hơn

so với đánh giá ban đầu, những bệnh nhân này cho thấy điểm số FIQL tốt hơn ở các chỉ số Lối sống (AG: 0,51, CG: -0,13, $p = 0,03$) và Đối phó và Hành vi (AG: 0,40, CG: -0,24, $p = 0,01$), 2 chỉ số còn lại có xu hướng tốt hơn nhưng không đạt ý nghĩa thống kê.¹⁴

SF-12: Công cụ đánh giá sức khỏe tổng quát, gồm 12 câu hỏi tạo ra hai thang điểm: sức khỏe thể chất (PCS) và sức khỏe tinh thần (MCS). Chỉ có 1 nghiên cứu sử dụng công cụ này.

Nghiên cứu Asnong et al đã ghi nhận là: So với nhóm đối chứng, phương pháp điều trị phản hồi sinh học kết hợp với kích thích điện chức năng, và tập cơ sàn chậu kết hợp phản hồi áp lực không có sự khác biệt về mặt thống kê trong sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần.¹⁰

EORTC QLQ-C30: là một bảng câu hỏi được phát triển để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư, trong đó điểm số cao hơn ở các lĩnh vực tình trạng sức khỏe chức năng và tổng quát có liên quan đến tình trạng sức khỏe chức năng tốt hơn. Ngược lại, điểm số thấp hơn ở lĩnh vực triệu chứng thì tốt hơn.

Trong nghiên cứu Marinello et al. năm 2021: Một tháng sau can thiệp, chất lượng cuộc sống được đo bằng thang điểm EORTC QLQ-C30 chỉ cải thiện ở các lĩnh vực vai trò và chức năng cảm xúc ở những bệnh nhân được điều trị bằng kích thích thần kinh chày qua da. Sự cải thiện

này không được duy trì sau 12 tháng. Không có thay đổi nào về các lĩnh vực và triệu chứng khác ở nhóm PTNS và nhóm giả dược.⁷ Ở một nghiên cứu khác của Ofluoglu et al thì lại không cho thấy bất kỳ sự khác biệt nào liên quan đến các thông số EROTC QLQ-C30.¹³ Mặt khác, ở nghiên cứu Marinello et al năm 2024: Khi theo dõi sau 6 và 12 tháng, tình trạng sức khỏe toàn diện và các lĩnh vực hoạt động (thể chất, vai trò, cảm xúc, nhận thức và xã hội) đều tăng lên, trong khi tình trạng mệt mỏi, đau đớn, Mất ngủ và Tiêu chảy lại giảm.¹² Tương tự thì ở nghiên cứu Pieniowski et al, kết quả cho thấy nhóm can thiệp có lợi hơn về điểm số tổng hợp, tình trạng sức khỏe chung, chất lượng cuộc sống, chức năng thể chất, chức năng vai trò, chức năng xã hội, cũng như các triệu chứng mệt mỏi, đau và tiêu chảy.⁹

EORTC QLQ-CR29: Bộ công cụ bổ sung cho QLQ-C30, gồm 29 mục, tập trung vào các triệu chứng và vấn đề chất lượng sống đặc thù của bệnh nhân ung thư đại trực tràng (như rối loạn tiêu hóa, tiểu tiện, tình dục, hình ảnh cơ thể).

Nghiên cứu Bosch et al. chỉ ra rằng: Không có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê điểm EORTC QLQ-CR29 giữa đánh giá ban đầu và đánh giá theo dõi sau 1 năm ở nhóm can thiệp, nghiên cứu Ofluoglu et al có kết quả thông số quan tâm đến tình dục được phát hiện cao hơn ở nhóm can thiệp ($p < 0,01$) và tỷ lệ số phân trong cùng khảo sát được phát hiện thấp hơn ($p < 0,039$), các lĩnh vực còn lại là không có sự khác biệt.¹⁴

III BÀN LUẬN

Hội chứng LARS phản ánh sự suy giảm nghiêm trọng chức năng ruột sau phẫu thuật.² Khả năng kiểm soát đại tiện là một quá trình sinh lý phức tạp, và sau phẫu thuật cắt trực tràng thấp, chức năng chứa của trực tràng bị mất, dẫn đến giảm lưu trữ, rối loạn đại tiện và suy giảm độ đàn hồi trực tràng.⁴ Phục hồi chức

năng sàn chậu được xem là một phương pháp tiềm năng trong can thiệp LARS. Tổng quan và phân tích gộp của chúng tôi cho thấy phục hồi chức năng sàn chậu giúp giảm đáng kể điểm LARS và điểm FI. Các kết quả này đạt ý nghĩa thống kê, đồng thời mức độ bằng chứng được đánh giá là cao theo hệ thống GRADE. Ngoài ra, PHCN sàn chậu cũng có thể mang lại lợi ích nhất định trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân LARS. Trong 8 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, 5 loại can thiệp đã được áp dụng gồm: rửa hậu môn, phản hồi sinh học, tập cơ sàn chậu kết hợp phản hồi áp lực, kích thích thần kinh chày qua da và kích thích thần kinh cùng. Các nhóm đối chứng nhận chăm sóc thông thường hoặc chế độ chăm sóc tiêu chuẩn, bao gồm tư vấn chế độ dinh dưỡng, sử dụng loperamide và bài tập sàn chậu cơ bản. Tuy nhiên, giữa các nghiên cứu có sự khác nhau về loại hình can thiệp, thời điểm bắt đầu, thời gian can thiệp và thời gian theo dõi, điều này góp phần tạo ra sự dị biệt lớn giữa các nghiên cứu. Cụ thể, về nội dung can thiệp, có 4 nghiên cứu áp dụng kết hợp đồng thời các liệu pháp sàn chậu như TAI, biofeedback, PNFR và kích thích điện chức năng, trong khi 4 nghiên cứu còn lại chỉ sử dụng đơn liệu pháp như TAI hoặc tập cơ sàn chậu thông thường.⁷⁻¹⁴ Tuy nhiên, nhìn chung các nghiên cứu đều có xu hướng kết hợp nhiều phương pháp can thiệp trong chương trình quản lý đường ruột ở người bệnh LARS. Kết quả tại biểu đồ 4 cũng cho thấy mức giảm điểm LARS có xu hướng cải thiện hơn ở các nghiên cứu đa liệu pháp so với đơn trị liệu. Về thời điểm can thiệp: chúng tôi tiến hành phân tích phân nhóm theo thời gian theo dõi sau phẫu thuật để đánh giá sự thay đổi điểm LARS. Kết quả tại biểu đồ 6 cho thấy, nhóm can thiệp có điểm LARS thấp hơn đáng kể trong giai đoạn sau mổ đến 3 tháng và từ 3 đến 6 tháng ($p = 0,05$; $p = 0,02$). Trong giai đoạn trên 6 tháng

sau phẫu thuật, điểm LARS ở nhóm can thiệp vẫn thấp hơn nhóm chứng nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,32$). Nhìn chung, điểm LARS giảm rõ rệt trong giai đoạn hậu phẫu sớm, đặc biệt giảm nhiều nhất trong khoảng 3 - 6 tháng. Sau 6 tháng, sự khác biệt giữa hai nhóm giảm dần, có thể do LARS trở thành rối loạn chức năng ruột mạn tính, khó hồi phục. Ngược lại, khoảng thời gian dưới 6 tháng sau phẫu thuật được xem là “thời gian tối ưu” để can thiệp phục hồi chức năng sàn chậu nhằm đạt hiệu quả cao nhất.¹³ Về thời gian can thiệp PHCN sàn chậu thường dao động từ 2 tuần đến 4 tháng. Sự khác biệt về thời điểm bắt đầu phục hồi chức năng chủ yếu phụ thuộc vào việc bệnh nhân có hay không có hậu môn nhân tạo. Tuy nhiên tất cả các nghiên cứu này đều chưa đánh giá sự chi tiết khác biệt về hiệu quả PHCN sàn chậu ở những trường hợp có hoặc không có hậu môn nhân tạo. Nhìn chung, ở bệnh nhân không có hậu môn nhân tạo, phục hồi chức năng có thể bắt đầu sớm, từ 2 tuần đến 3 tháng sau mổ, khi đường tiêu hóa đã được tái lập hoàn toàn và bệnh nhân có thể chịu được các bài tập liên quan đến hội chứng cắt bỏ trước thấp. Ngược lại, ở bệnh nhân có hậu môn nhân tạo, can thiệp chỉ có thể bắt đầu sau khi lỗ thông được đóng, với khoảng thời gian dao động từ 2 tuần đến 4 tháng. Việc này nhằm đảm bảo an toàn cho đoạn nối, giảm nguy cơ biến chứng và tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân thích nghi dần với chức năng đại tiện. Kết quả phân tích gộp theo nhóm cũng cho thấy điểm LARS giảm nhiều nhất ở giai đoạn 3 - 6 tháng sau mổ ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng, trong khi sự chênh lệch điểm LARS giữa hai nhóm thấp nhất ở giai đoạn sau mổ > 6 tháng. Điều này cho thấy giai đoạn 3 - 6 tháng sau mổ là “thời điểm vàng” để can thiệp phục hồi chức năng sàn chậu. Lúc này, mối nối đã ổn định, cơ sàn chậu có thể đáp ứng tập luyện hiệu quả, và bệnh nhân

bắt đầu phục hồi chức năng đại tiện; do đó, các liệu pháp phục hồi chức năng sàn chậu có thể giúp giảm rõ rệt các triệu chứng LARS. Sự khác biệt này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cá thể hóa kế hoạch phục hồi chức năng, điều chỉnh thời điểm bắt đầu dựa trên tình trạng phẫu thuật, đặc biệt là việc có hay không có hậu môn nhân tạo, nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Theo hiểu biết của chúng tôi, hiện chưa có bài tổng quan hệ thống và phân tích gộp nào đánh giá đồng thời cả năm liệu pháp phục hồi chức năng sàn chậu. Các nghiên cứu tổng quan hiện có chủ yếu tập trung vào từng phương pháp riêng lẻ, vì vậy chưa cung cấp được một cái nhìn toàn diện. Cho đến nay, chỉ có một nghiên cứu duy nhất của Yu et al., sử dụng phân tích gộp mạng lưới theo mô hình Bayesian để so sánh hiệu quả giữa các phương pháp điều trị đối với LARS. Kết quả cho thấy, tất cả các liệu pháp phục hồi chức năng sàn chậu đều giúp cải thiện đáng kể điểm số LARS cũng như mức độ đại tiện không tự chủ.⁶ Như vậy, nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của chúng tôi xác nhận rằng phục hồi chức năng sàn chậu cải thiện đáng kể điểm LARS và điểm đại tiện không tự chủ, đồng thời có xu hướng nâng cao chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân LARS sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Tuy nhiên, các nghiên cứu tổng quan trước đây thường thiếu các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, kết quả chưa đạt ý nghĩa thống kê, chưa cập nhật mới và chỉ tập trung vào một số phương pháp đơn trị liệu và chưa đánh giá có hệ thống hiệu quả của các phương pháp khác nhau cũng như lợi ích tổng hợp khi phối hợp đa trị liệu.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, việc tìm kiếm chỉ thực hiện bằng tiếng Anh trên hai cơ sở dữ liệu là PubMed và Cochrane Library, do đó có khả

năng bỏ sót các nghiên cứu khác. Thứ hai, hầu hết các nghiên cứu được thực hiện tại châu Âu, chưa có nghiên cứu nào ở châu Á hoặc Việt Nam. Thứ ba, sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu về phương pháp can thiệp PHCN sàn chậu, thời điểm và thời gian can thiệp, cũng như thời gian theo dõi, có thể ảnh hưởng đến tính nhất quán của kết quả. Thứ tư, các thang đo chất lượng cuộc sống không đồng nhất giữa các nghiên cứu. Cuối cùng, do số lượng nghiên cứu ít hơn 10, biểu đồ phễu và kiểm định Egger chưa được áp dụng theo khuyến cáo của Cochrane để đánh giá khả năng thiên lệch công bố.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phân tích gộp từ 8 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy phục hồi chức năng sàn chậu sau phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thấp giúp giảm điểm LARS và điểm FI so với nhóm chứng. Nghiên cứu tổng quan của chúng tôi ghi nhận hiệu quả lâm sàng rõ rệt đối với biến chứng phổ biến và nghiêm trọng này. Bằng chứng hiện có được đánh giá ở mức độ tin cậy trung bình đến cao theo hệ thống GRADE. Ngoài ra, PHCN sàn chậu cũng cho thấy xu hướng cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, củng cố vai trò hỗ trợ của can thiệp này trong chăm sóc hậu phẫu toàn diện.

Do đó, các cơ sở điều trị tại Việt Nam, đặc biệt khoa Ngoại Tiêu Hóa ở các bệnh viện ung bướu, cần tích cực triển khai thí điểm các chương trình PHCN sàn chậu phù hợp. Đồng thời, cần đánh giá thêm các chỉ số như áp lực trung bình hậu môn, ngưỡng cảm giác trực tràng, rối loạn tình dục và chức năng tiểu tiện sau phẫu thuật. Sự cần thiết của các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên với cỡ mẫu lớn, thời gian theo dõi dài và thiết kế hạn chế nguy cơ sai lệch là rất quan trọng để xác định rõ hiệu quả và phạm vi ứng dụng của các can thiệp PHCN trong quản lý hội chứng LARS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Agency for Research on Cancer. Vietnam: GLOBOCAN 2022. Lyon, France: World Health Organization; 2024. Accessed June 21, 2025. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-vietnam-fact-sheets.pdf>.
2. Li H, Guo C, Gao J, et al. Effectiveness of biofeedback therapy in patients with bowel dysfunction following rectal cancer surgery: a systematic review with meta-analysis. *Ther Clin Risk Manag*. 2022; 18:71-93. doi:10.2147/TCRM.S344375
3. Williams H, Lee C, Garcia-Aguilar J. Nonoperative management of rectal cancer. *Front Oncol*. 2024;14:1477510. doi:10.3389/fonc.2024.1477510.
4. Morini A, Fabozzi M, Zanelli M, et al. Transanal Irrigation in Patients with Low Anterior Resection Syndrome After Rectal-Sphincter-Preserving Surgery for Oncological and Non-Oncological Disease: A Systematic Review. *Surgical Techniques Development*. 2024; 13(4): 409-425. doi:10.3390/std13040033.
5. Bazzell A, Madsen LT, Dains J. Clinical management of bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *J Adv Pract Oncol*. 2016; 7(6): 618-629. doi:10.6004/jadpro.2016.7.6.5.
6. Yu M, Liu Y, Li N, et al. Optimal interventions for low anterior resection syndrome: Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials. *Tech Coloproctol*. 2025; 29(1): 64. doi:10.1007/s10151-024-03099-8.
7. Marinello FG, Jiménez LM, Talavera E, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation in patients with severe low anterior resection syndrome: randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2021; 108(4):380-387. doi:10.1093/bjs/znaa171.

8. van der Heijden JAG, Kalkdijk-Dijkstra AJ, Pierie JPEN, et al. Pelvic floor rehabilitation after rectal cancer surgery: a multicenter randomized clinical trial (FORCE trial). *Ann Surg.* 2022; 276(1): 38-45. doi:10.1097/SLA.0000000000005353.
9. Pieniowski EHA, Bergström CM, Nordenvall CAM, et al. A randomized controlled clinical trial of transanal irrigation versus conservative treatment in patients with low anterior resection syndrome after rectal cancer surgery. *Ann Surg.* 2023; 277(1): 30-37. doi:10.1097/SLA.0000000000005482.
10. Asnong A, D'Hoore A, Van Kampen M, et al. The role of pelvic floor muscle training on low anterior resection syndrome: a multicenter randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2022; 276(5): 761-768. doi:10.1097/SLA.0000000000005632.
11. Meurette G, Faucheron JL, Cotte E, et al. Low anterior resection syndrome after rectal resection management: multicentre randomized clinical trial of transanal irrigation with a dedicated device (cone catheter) versus conservative bowel management. *Br J Surg.* 2023; 110(9): 1092-1095. doi:10.1093/bjs/znad078.
12. Marinello F, Fraccalvieri D, Planellas P, et al. Sacral neuromodulation in patients with low anterior resection syndrome: the SANLARS randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2024; 67(3): 435-447. doi:10.1097/DCR.0000000000003143.
13. Ofluoglu CB, Aydin IC, Altuntas YE, et al. Impact of pelvic floor muscle training on sphincter function and quality-of-life in patients who underwent low anterior resection: a comparative evaluation. *North Clin Istanbul.* 2024; 11(4): 336-342. doi:10.14744/nci.2024.37786.
14. Bosch NM, KalkdijkDijkstra AJ, van Westreenen HL, et al; FORCE trial group. Pelvic floor rehabilitation after rectal cancer surgery: one-year follow-up of a multicenter randomized clinical trial (FORCE trial). *Ann Surg.* 2024; 281(2): 235-242. doi:10.1097/SLA.0000000000006402.

Summary

THE EFFECTIVENESS OF PELVIC FLOOR REHABILITATION ON LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME (LARS): A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Low anterior resection syndrome (LARS) is a common complication after rectal cancer surgery, which significantly impairs patients' quality of life. This systematic review and meta-analysis aimed to evaluate the effectiveness of pelvic floor rehabilitation (PFR) in improving LARS symptoms. The review was conducted in accordance with PRISMA guidelines, with literature searches performed in PubMed and the Cochrane Library from January 2020 to August 2025. Risk of bias was assessed using the RoB 2.0 tool, and the certainty of evidence was graded using the GRADE approach. A total of 454 patients from eight randomized controlled trials were included. PFR significantly reduced LARS scores compared with controls (MD = -4.56; 95% CI: -7.19 to -1.92; $p = 0.0007$) and also improved fecal incontinence (FI) scores (MD = -0.19; 95% CI: -0.39 to 0; $p = 0.05$). The certainty of evidence ranged from moderate to high. Moreover, PFR was associated with improved quality of life. Pelvic floor rehabilitation appears to be an effective intervention and should be integrated into clinical practice for patients following low anterior resection.

Keywords: Pelvic floor rehabilitation; Low anterior resection syndrome; LARS score; rectal cancer.