

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG BÀNG QUANG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Phan Thanh Tuấn*, Nguyễn Thanh Lâm Phú*
Nguyễn Việt Trung*, Đỗ Ngọc Nghĩa*

* Khoa Ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân

Tác giả liên hệ: ThS. BS CKII. Phan Thanh Tuấn, SĐT: 0919223070, Email: phanthanhtuan@live.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bao gồm: thứ nhất cắt trọn khối mạc treo trực tràng, thứ hai là phân tích cũng như nhận biết và bảo vệ hệ thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật. Tỷ lệ rối loạn chức năng tiết niệu sau phẫu thuật có thể lên tới 27%, rối loạn chức năng tình dục dao động từ 11% đến 55% tại Việt Nam hiện chưa có những báo cáo về những rối loạn về chức năng niệu dục sau phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có kèm bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sự rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019 tại khoa ngoại tiêu hóa, bệnh viện Bình Dân TP Hồ Chí Minh. Bệnh nhân bị ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng.

Kết quả: 28 trường hợp u trực tràng trên, 77 trường hợp u trực tràng giữa và 65 trường hợp u trực tràng dưới. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của khối u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ ($p=0,043$). Thời gian phẫu thuật trung vị là 180 phút không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm IPSS trước và sau mổ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Chất lượng cuộc sống trước và sau mổ. Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang là 10,59%.

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau mổ là 10,5%, và có mối liên quan giữa kích thước u (trên 4cm). Chưa ghi nhận được sự liên quan giữa yếu tố: giới tính, chỉ số khối cơ thể, vị trí u, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất với tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật. Điểm IPSS, điểm Chất lượng cuộc sống không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, rối loạn chức năng bàng quang, ung thư trực tràng

ABSTRACT

FUNCTIONAL BLADDER DISORDER AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER

Phan Thanh Tuan, Nguyen Thanh Lam Phu
Nguyen Viet Trung, Do Ngoc Nghia

Background: The main goal of total mesorectal excision is to remove the rectal tumor with the pararectal lymph nodes, and preservation of structures outside the rectal fasciation, particularly nerve fibers. Functional urinary problems rate is 27% of patients after surgery and sexual problems arise in 11 – 55% of patients. In Vietnam, there is no research about urinary and sexual problems after total mesorectal excision surgery with pelvic autonomic nerve preservation. This study is to assess the functional bladder disorder after total mesorectal excision surgery with pelvic autonomic nerve preservation.

Materials and methods: Cross sectional study. From 01/2018 to 06/2019 in Gastrointestinal Surgical Department of Binh Dan hospital. Patients with rectal cancer was indicated laparoscopic total mesorectal surgery.

Results: 28 patients with upper rectal tumor, 77 patients with middle tumor and 65 patients with lower tumor was analysed. there is a relationship between tumor size (>4cm) and functional bladder problem is statistically significant ($p=0.043$). Median operating time is 180 minutes and not statistically significant with functional bladder problem. IPSS score and quality of life scale are not

statistically significant between before and after surgery. The functional bladder problem rate is 10.59%.

Conclusion: The functional bladder problem rate is 10.59% and there is a relationship between tumor size (>4cm) and functional bladder problem is statistically significant. There is no relationship between gender, BMI, tumor position, operating time, total operation blood loss with functional bladder problem after surgery. IPSS score and quality of life scale are not statistically significant between before and after surgery

Keywords: Laparoscopy, functional bladder disorder, rectal cancer

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật (PT) điều trị ung thư trực tràng đã có nhiều thay đổi trong vài thập kỷ trở lại đây. PT cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bao gồm: thứ nhất cắt trọn khối mạc treo trực tràng trong đó có mạch máu, dẫn lưu bạch huyết, mô mỡ cũng như các mạc của trực tràng thành khối (đóng gói u), thứ hai là phân tích cũng như nhận biết và bảo vệ hệ thần kinh tự động vùng chậu trong PT. Điều này đảm bảo cho kết quả tốt về mặt ung thư, đồng thời cũng bảo toàn chức năng niệu dục sau mổ, không làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tỷ lệ rối loạn chức năng tiết niệu có thể lên tới 27% trong đó bao gồm khó khăn trong việc làm trống bàng quang (tiểu khó, bí tiểu), cũng như tiểu không tự chủ⁽¹⁾. Các rối loạn chức năng tình dục dao động từ 11% đến 55% sau PT cắt toàn bộ mạc treo trực tràng⁽¹⁾.

Theo tài liệu chúng tôi thu thập được tại Việt Nam hiện chưa có những báo cáo về những rối loạn về chức năng niệu dục sau PT cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có kèm bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. Như vậy đánh giá chức năng niệu dục sau mổ ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu là một nhu cầu cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sự rối loạn chức năng bàng quang sau PT ung thư trực tràng có bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt trực tràng tại khoa ngoại tiêu hóa, bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng được PTNS cắt trực tràng; Giai đoạn ung thư I-III theo AJCC VIII.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý bàng quang trước đó như bàng quang thần kinh, phẫu thuật ở bàng quang, hoặc có PT bệnh lý tiền liệt tuyến.

Biến số: giới tính, tuổi, đặc điểm khối u (kích thước, vị trí, giai đoạn), các biến số liên quan đến PT (thời gian PT, lượng máu mất), các biến số liên quan đến đánh giá chức năng niệu dục (thời gian rút thông tiểu, chỉ số IPSS, chỉ số chất lượng cuộc sống, các triệu chứng rối loạn chức năng bàng quang).

Phương pháp thu thập: phiếu thu thập số liệu

Phương pháp thống kê: Phần mềm SPSS

Các bước tiến hành

Chuẩn bị bệnh nhân

Cho bệnh nhân ăn nhẹ vài ngày trước PT, ngày trước PT uống Fortrans. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu bán tắc ruột trước đó, hoặc phim Xquang đại tràng hình ảnh cắt cụt, hoặc nội soi đại tràng hẹp khít... thì thực tháo đại tràng đến nước trong trước mổ.

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, chân phải đặt thấp, hơi khép.

Mông đặt thấp xuống khỏi mép bàn để chuẩn bị cho thì khâu nối.

Hai tay đặt dọc thân người. Đặt sonde mũi – dạ dày, sonde bàng quang.

Bàn đầu thấp 30°, nghiêng phải 15°.

Đặt 4 trocar tại các vị trí: trocar 10mm dưới rốn, 12mm hố chậu phải, 5mm ở hông phải và hông trái.

Thăm sát

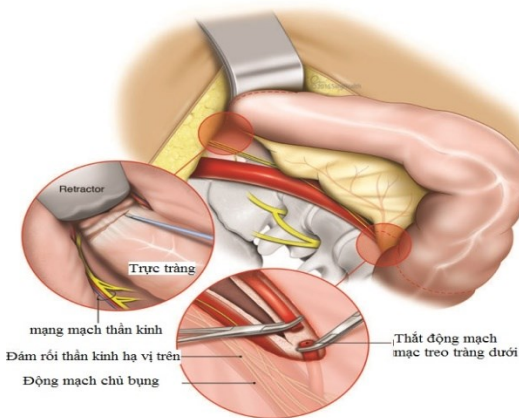
Quan sát toàn thể ổ bụng, xác định vị trí khối u, độ lớn, xâm lấn. U nhỏ có thể phải nội soi đại tràng đánh dấu vị trí; Đánh giá hạch dọc mạch máu đại tràng; Đánh giá gan, dịch báng. Tạo khoảng trống trong ổ bụng.

Kỹ thuật mổ

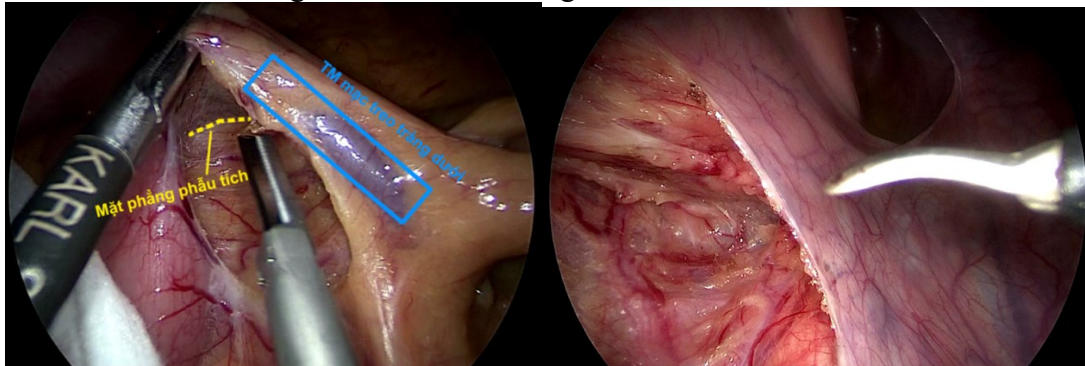
Những lưu ý trong quá trình phẫu tích để tránh tổn thương thần kinh vùng chậu

Bắt đầu bóc tách tìm khoang phẫu tích từ tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, tiếp cận ngay dưới tĩnh mạch mạc treo tràng dưới gần gốc Treitz để vào khoang phẫu tích, rồi đi vòng qua phải xuống gốc của động mạch mạc treo tràng dưới để đảm bảo liên tục của khoang mạc treo và không gây tổn thương đám rối hạ vị trên ngay gốc mạc treo tràng dưới. Chúng ta tiếp tục theo khoang phẫu tích đi ra mạc bên và đi trên cấu trúc niệu quản, bó mạch sinh dục và các nhánh thần kinh quang động mạch chậu để đảm bảo sự toàn vẹn của khoang phẫu tích.

Cắt động mạch mạc treo tràng dưới nên cách gốc động mạch chủ từ 1,5cm- 2cm, để tránh tổn thương đám rối hạ vị trên ngay phía trên của động mạch chủ. Cầm mảnh lớn động mạch mạc treo tràng dưới làm tăng nguy cơ tổn thương nhánh trái của đám rối hạ vị trên, dẫn tới làm đứt liên kết với nhánh thần kinh bên phải ngay khoang phẫu tích trước động mạch chủ. Quan sát mạc Gerota trong quá trình di động niệu quản và bó mạch sinh dục để bảo tồn các sợi thần kinh của đám rối hạ vị trên.



Hình 1. Vị trí thắt động mạch mạc treo tràng dưới⁽¹⁾.



Hình 2. Vị trí tiếp cận khoang phẫu tích (Hình trên) và thần kinh hạ vị trái – phải (hình dưới).

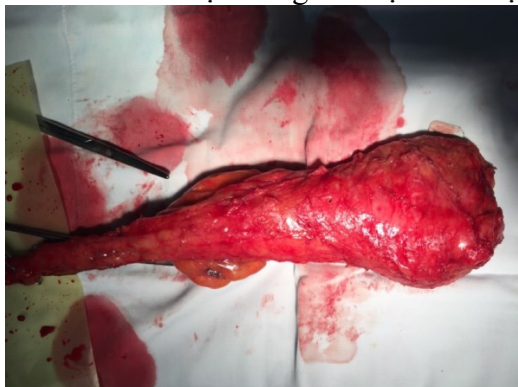
Nguồn: tác giả.

Tại vị trí u nhô, nơi phân chia của mạc treo đại tràng sigma và mạc treo trực tràng là nơi rất dễ gây tổn thương đám rối trước xương cùng và đám rối hạ vị. Để tránh đi nhầm khoang phẫu tích, điều quan trọng là bóc tách “khoảng” ngay dưới của động mạch trực tràng trên để đi vào mặt phẳng phẫu tích trước mạc trước xương cùng, hay có thể đi gần 2cm trước u nhô để vào khoang phẫu tích.

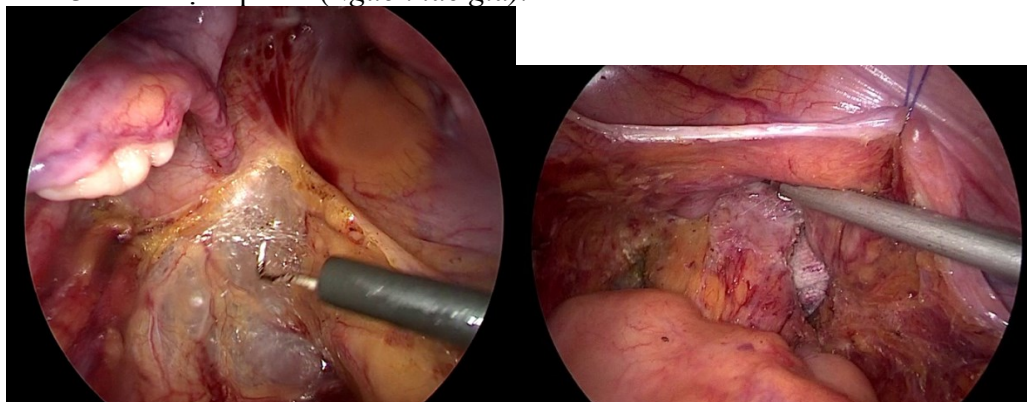
Cách tốt nhất để phẫu tích đi mặt bên là đi mặt sau trực tràng xuống thấp tới cơ nâng. Quan sát thấy được các sợi thần kinh hạ vị đi vào lớp sau của mạc thành, và có thể dính sợi thần kinh vào mạc treo trực tràng ở hai bên. Phẫu thuật viên nên dùng móc để tách cẩn thận nhằm tránh tổn thương các sợi thần kinh.

Phân chia quan hệ cơ quan niệu dục

Phẫu tích đi dưới phúc mạc trực tràng từ tuyến tiền liệt, túi tinh và âm đạo, nơi mà rất dễ gây tổn thương thần kinh. Điều đó yêu cầu phẫu thuật viên cần hiểu rõ mạc Denonvilliers và sự bao phủ phía trước của mạc treo trực tràng. Có thể rất khó nhận biết mạc Denonvilliers ở người già cũng như bệnh nhân đã xạ trị trước mổ hay khung chậu hẹp. Tuy nhiên, một số khuyến cáo cho rằng có thể đi sát vào trực tràng và nhận biết mạc Denonvilliers bằng cách quan sát cơ vòng của trực tràng.



Hình 3. Mẫu bệnh phẩm (Nguồn tác giả).



Hình 4. Thành chậu bên trái, thần kinh hạ vị trái (hình trên) và Cân denonvillier (Hình dưới).
Nguồn: tác giả.

Y đức nghiên cứu: Quyết định hội đồng đạo đức: 110/HĐĐĐ-TĐHYKPNT

KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019 có 170 trường hợp (TH) trong nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $61,45 \pm 25,08$ tuổi. Trong đó có 69 nam (40,59%) và 101 nữ (59,41%). Có 58 TH thừa cân với $BMI \geq 23 \text{kg/m}^2$, 32 TH thiếu cân với $BMI < 18,5 \text{kg/m}^2$ và 47% TH có cân nặng bình thường. Số TH có khối u trực tràng ở vị trí trên giữa và dưới lần lượt là 28, 77 và 65 TH. Trong đó, khối u có kích thước lớn hơn 4cm là 128 TH (75,4%)

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tên biến số	N=170
Tuổi	$61,45 \pm 25,08$ tuổi
Nam	69 TH (40,59%)
Nữ	101 TH (59,41%)
Thừa cân ($\geq 23 \text{kg/m}^2$)	58 TH (34,12%)
Cân đối	80 TH (47%)

Thiếu cân (<18,5kg/m ²)	32 TH (18,88%)
-------------------------------------	----------------

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Tên biến số	N=170
U trực tràng trên	28 TH (16,5%)
U trực tràng giữa	77 TH (45,3%)
U trực tràng dưới	65 TH (38,2%)
Kích thước khối u >4cm	128 TH (75,4%)
Kích thước khối u <4cm	42 TH (24,6%)

Kết quả phẫu thuật

Thời gian PT trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 180 phút. Thời gian ngắn nhất là 120 phút và thời gian dài nhất là 340 phút. Lượng máu mất trong các trường hợp PT của chúng tôi trung bình là 109,24ml. Lượng máu mất ít nhất là 50ml và nhiều nhất là 500ml.

Điểm số IPSS và chất lượng cuộc sống:

Chúng tôi ghi nhận trung bình điểm IPSS trước PT là 2,624±2,480. Điểm IPSS thấp nhất trước PT là 1 điểm và cao nhất là 6 điểm. Điểm IPSS trung bình sau PT là 2,653±2,6, Điểm IPSS thấp nhất sau PT là 1 điểm và cao nhất là 7 điểm.

Điểm Chất lượng cuộc sống trung bình trước PT là 1,571 ±1,105, điểm cao nhất là 3 điểm và thấp nhất là 1 điểm. Điểm Chất lượng cuộc sống trung bình sau PT là 1,612±1,134, cao nhất là 3 điểm và thấp nhất là 1 điểm.

Rối loạn chức năng bàng quang sau mổ:

Tỷ lệ rối loạn chức năng bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,59%. Các loại rối loạn bao gồm 8 TH bí tiểu, 5 TH tiểu khó và 5 TH tiểu lắt nhắt. Trong những TH có RLCN bàng quang sau mổ, có 2 TH phải mang thông tiểu về sau khi xuất viện.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu

	N=170
Thời gian PT	180 phút
Lượng máu mất	109,24 ml
Điểm số IPSS trước PT	2,624±2,480
Điểm số IPSS sau PT	2,653±2,6
Điểm chất lượng cuộc sống trước PT	1,571 ±1,105
Điểm chất lượng cuộc sống sau PT	1,612±1,134
Rối loạn chức năng bàng quang sau PT	18 TH (10,59%)
Bí tiểu	8 TH
Tiểu khó	5 TH
Tiểu lắt nhắt	5 TH

Sự liên quan giữa các yếu tố chu phẫu và RLCN bàng quang sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa RLCN bàng quang sau PT với các yếu tố như giới, tuổi và chỉ số khối cơ thể với phép kiểm Chi bình phương với chỉ số p lần lượt là 0,242, 0,849 và 0,925. Nghiên cứu của chúng tôi có 28 trường hợp u trực tràng trên, 77 trường hợp u trực tràng giữa và 65 trường hợp u trực tràng dưới. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan giữa vị trí u và rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (phép kiểm Chi bình phương, p=0,415). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 74,71% trường hợp khối u có kích thước lớn hơn 4cm. Chúng tôi ghi nhận có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của khối u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ (phép kiểm Fisher exact 1 đuôi, p=0,043).

Bảng 4. Liên quan giữa vị trí khối u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ

	Trên	Giữa	Dưới	P
Rối loạn chức năng bàng quang	1	9	8	0,415
Không rối loạn chức năng bàng quang	27	68	57	

Bảng 5. Liên quan giữa kích thước khối u với rối loạn chức năng bàng quang sau mổ

	>4cm	<4cm	P
Rối loạn chức năng bàng quang	16	1	0,043
Không rối loạn chức năng bàng quang	111	41	

Về đặc điểm PT, chúng tôi không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ với RLCN bàng quang sau mổ với chỉ số p lần lượt là 0,1979 và 0,7835. Chúng tôi cũng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số IPSS và chỉ số chất lượng cuộc sống trước và sau mổ với RLCN bàng quang sau mổ với chỉ số p lần lượt là 0,3173 và 0,0896.

Bảng 6. Liên quan giữa các yếu tố chu phẫu và RLCN bàng quang sau mổ

Tên biến	Chỉ số p
Giới	0,242
Tuổi (>60 tuổi)	0,849
Chỉ số BMI	0,925
Vị trí khối u (Trên, giữa, dưới)	0,415
Kích thước khối u (>4cm)	0,043*
Thời gian phẫu thuật	0,1979
Lượng máu mất	0,7835
Chỉ số IPSS	0,3173
Chỉ số chất lượng cuộc sống	0,0896

BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,45±25,08, nhỏ nhất 24 và lớn nhất là 89 tuổi. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước. Chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa tuổi (>60 tuổi) với RLCN bàng quang sau PT (p=0,849). Tuy nhiên, theo Hyung thì tuổi >60 là một yếu tố nguy cơ của RLCN bàng quang sau mổ⁽²⁾. Giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,59% nam và 59,41% nữ. Không có mối liên quan giữ giới tính với RLCN bàng quang sau PT trong nghiên cứu của chúng tôi (p=0,242), kết quả này khác so với Hyung khi tác giả cho rằng giới tính cũng là một yếu tố nguy cơ của các rối loạn niệu dục sau mổ⁽²⁾. Có 18,82% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm nhẹ cân, nhóm thừa cân chiếm 34,12%, nhóm bình thường là 47,06%, qua phân tích chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với RLCN bàng quang sau PT (P = 0,925).

Chúng tôi ghi nhận có 28 trường hợp u trực tràng trên (16,47%), 77 trường hợp u trực tràng giữa (45,29%) và 65 trường hợp u trực tràng dưới (38,24%), Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan giữa vị trí u và RLCN bàng quang sau PT (P=0,415). Chúng tôi ghi nhận có 74,71% trường hợp khối u có kích thước lớn hơn 4cm. Chúng tôi ghi nhận có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của khối u với RLCN bàng quang sau mổ (P=0,043)

Thời gian PT trung bình là 180 phút, thời gian ngắn nhất là 120 phút và thời gian dài nhất là 340 phút. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và RLCN bàng quang sau PT. Theo Kennichiro thời gian PT kéo dài trên 240 phút sẽ có nguy cơ ảnh hưởng đến các RLCN bàng quang sau PT. Lượng máu mất trong các TH PT của chúng tôi trung bình là 109,24ml. Lượng máu mất ít nhất là 50ml và nhiều nhất là 500ml. Chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất ở các bệnh nhân có hoặc không RLCN bàng quang sau PT. Kenichiro và cộng sự qua nghiên cứu của mình cho thấy lượng máu mất trên 300ml cũng có ảnh hưởng đến chức năng bàng quang sau PT⁽³⁾.

Tỷ lệ RLCN bàng quang chung sau PT là khá cao tùy theo nghiên cứu, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 10,59%, so với Sterk⁽⁴⁾ 24,4%, Shirouzu <20% (mổ mở)⁽⁵⁾, Liang 17,6%⁽⁶⁾, Jayne 21%⁽⁷⁾, Kim 29,1%⁽⁸⁾ (PTNS). Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các RLCN bàng quang sau PT đều hồi phục dần và không ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân, bằng chứng là điểm khảo sát chất lượng cuộc sống về các RLCN bàng quang không có sự khác biệt giữa trước (1,57±1,1 điểm) và sau PT (1,61±1,13 điểm) một tuần (p=0,0896), theo một nghiên cứu của Sterk

và cs. cho thấy rằng 90% TH các RLCN bàng quang sau PT sẽ trở về bình thường chỉ 10% TH còn tiếp tục có các rối loạn kéo dài sau 6 tháng⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai TH RLCN bàng quang nặng sau PT, bệnh nhân vẫn còn phải mang thông tiểu khi xuất viện điều này ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và bệnh nhân gần như không hài lòng về sự rối loạn này. Hai bệnh nhân bao gồm một nam và một nữ: bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp, kích thước u lớn, xâm lấn xung quanh nên được hoá trị trước mổ 3 chu kỳ, trong quá trình mổ khối u lớn kèm mô quanh trực tràng bị viêm dễ chảy máu nên khi phẫu thuật xuống vùng chậu rất khó khăn điều này có thể đã gây tổn thương cả hai bên thần kinh vùng chậu dẫn đến rối loạn nặng chức năng bàng quang sau mổ; TH bệnh nhân nam có u ở trực tràng thấp, khung chậu hẹp, trong quá trình PT có chảy máu làm hạn chế tầm nhìn rõ ràng trong khoang phẫu tích nên khi phẫu tích sâu xuống sàn chậu để thực hiện cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có thể đã làm tổn thương thần kinh ở cả hai bên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ý thức bảo tồn thần kinh vùng chậu trong mổ nên tỷ lệ RLCN bàng quang sau mổ khá khả quan (10,5%) khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Kết quả bảo tồn chức năng bàng quang nói riêng và niệu dục nói chung đạt được như ngày nay đó là một quá trình lâu dài vì trong giai đoạn đầu phẫu thuật cắt bỏ trực tràng do ung thư, vấn đề điều trị triệt căn ung thư được đặt lên hàng đầu do đó các PT luôn được cắt rộng, cho đến những năm 1970 đến giữa những năm 1980 các PTV Nhật Bản vẫn chuộng PT rộng và xa quanh trực tràng và sẵn sàng hy sinh thần kinh để đảm bảo kết quả điều trị triệt căn ung thư^(9,10). Hậu quả là các chức năng niệu, đặc biệt là chức năng sinh dục bị tổn thương nghiêm trọng với tỷ lệ rất cao (hơn 90% các trường hợp). Shirouzo và cs. so sánh hai nhóm bệnh nhân được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có và không bảo tồn thần kinh, nhận thấy rằng ở nhóm không được bảo tồn thần kinh có tỉ lệ RLCN niệu sau mổ cao hơn hẳn (dưới 20% ở nhóm có bảo tồn và trên 90% ở nhóm không bảo tồn)⁽⁵⁾; còn theo Wang⁽¹¹⁾ thì tỉ lệ này là 6,25% và 31,25% đối với nhóm có và không có bảo tồn thần kinh, tỉ lệ này theo Liang¹² là 12,71% và 70,33%. Các RLCN tình dục cũng tương tự như rối loạn chức năng niệu ở hai nhóm có bảo tồn và không bảo tồn thần kinh, tỉ lệ rối loạn sau mổ giữa 2 nhóm là 21% và 100% theo Shirouzo⁽⁵⁾, 4,1% và 37,5% theo Wang⁽¹¹⁾, 49,15% và 95,76 theo Liang và cs.⁽¹²⁾. Như vậy rõ ràng có sự khác biệt rõ rệt về những rối loạn niệu dục sau mổ ở nhóm có bảo tồn và không bảo tồn thần kinh, ở nhóm có bảo tồn chức năng niệu dục sau mổ có cải thiện hơn rõ ràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên bệnh nhân PTNS nhờ đó kết quả RLCN bàng quang sau PT tương đối thấp. Theo Quah và cs., tỷ lệ RLCN bàng quang sau PT cắt trực tràng giữa mổ mở và PTNS là không khác biệt⁽¹³⁾, trong nghiên cứu của Macloen cũng cho kết quả tương tự. Còn theo Hur và cs. khi tiến hành nghiên cứu trên 97 bệnh nhân bị ung thư trực tràng được chia làm hai nhóm PTNS và mổ mở cho thấy rằng tỷ lệ RLCN bàng quang tương ứng là 5,4% đối với nhóm PTNS và 7,3% đối với nhóm mổ mở⁽¹⁴⁾, nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Tương tự một nghiên cứu khác của Zeng được công bố vào năm 2013 thì tỷ lệ rối loạn sau PT đối với chức năng bàng quang là 16,28% và 15,29% tương ứng với nhóm PTNS và mổ mở, kết quả này cũng không được ghi nhận là khác biệt có ý nghĩa thống kê⁽¹⁵⁾.

Khi so sánh tỷ lệ RLCN sau PT cắt trực tràng ở hai nhóm có bảo tồn và nhóm không bảo tồn thần kinh thì sự khác biệt là rõ ràng. Theo một nghiên cứu của Shirouzu nhóm có bảo tồn thần kinh có tỷ lệ RLCN bàng quang sau mổ là dưới 20% nhưng khi so với nhóm không có bảo tồn thần kinh thì tỷ lệ rối loạn này lên đến hơn 90%, còn trong nghiên cứu của Wang có tỷ lệ RLCN sau PT thấp hơn nhưng khi so sánh giữa hai nhóm có và không bảo tồn thần kinh thì sự khác biệt là rất lớn, 6,25% và 31,25% tương ứng với tỷ lệ RLCN bàng quang sau PT cắt trực tràng có và không có bảo tồn thần kinh vùng chậu⁽⁵⁾. Để bảo vệ được thần kinh vùng chậu trong PT đòi hỏi phải nhận biết được thần kinh này trong mổ, tuy nhiên điều này là không dễ dàng vì nhiều lý do, trong đó có vấn đề hiện tại nhận biết thần kinh trong PT vẫn dựa chủ yếu vào quan sát trong PT, mà phẫu trường trong PT không phải lúc nào cũng rõ ràng^(16,17).

Điểm IPSS trước và sau PT trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,62 \pm 2,48$ và $2,7 \pm 2,6$, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,3173$), điều này có thể do các triệu chứng RLCN bàng quang sau

PT là khá phổ biến nhưng thời gian hồi phục là khá nhanh nên đến hậu phẫu ngày 7 (thời điểm thực hiện đánh giá IPSS sau PT) các triệu chứng không còn gây cản trở và khó chịu cho bệnh nhân nữa. Điều này cũng phù hợp với báo cáo của Stark⁽⁴⁾ khi ông nhận thấy đa số các rối loạn sẽ trở về bình thường, chỉ một số nhỏ là kéo dài trên 6 tháng. Hơn nữa tỷ lệ có RLCN bàng quang sau PT là cao nhưng số bệnh nhân có nhiều rối loạn cùng lúc là không cao, theo Carlo và cs. tỷ lệ bệnh nhân có nhiều rối loạn cùng lúc chỉ là 3%⁽¹⁸⁾. Theo Morino nghiên cứu trên 50 bệnh nhân nam dưới 75 tuổi bị ung thư trực tràng giữa và dưới được PT cắt trực tràng có bảo tồn thần kinh vùng chậu thì điểm IPSS được ghi nhận trước PT là $3,02 \pm 5,04$, sau PT là $5,22 \pm 5,60$ ⁽¹⁹⁾, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê, qua nghiên cứu này tác giả cũng cho thấy vị trí khối u và giai đoạn của khối u có ảnh hưởng đến điểm IPSS sau PT. Một nghiên cứu khác của Nam Kyu trên 68 bệnh nhân nam ung thư trực tràng được PT cắt trực tràng, điểm IPSS được ghi nhận trước và sau PT lần lượt là $6,2 \pm 5,8$ và $9,8 \pm 5,9$ sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$)⁽⁸⁾, trong nghiên cứu tác giả cũng cho thấy kích thước khối u lớn hơn 5cm là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến điểm IPSS sau PT của bệnh nhân⁽⁸⁾. Theo Kneist và cs. điểm IPSS trước và sau PT ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của ông là $3 \pm 4,9$ và $5,2 \pm 6,4$ tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê⁽²⁰⁾. Khi so sánh giữa hai nhóm có kiểm tra thần kinh trong PT và nhóm không kiểm tra thần kinh trong PT thì điểm IPSS lần lượt là $3 \pm 4,9$ và $9,9 \pm 6,7$ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$)⁽²⁰⁾.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ RLCN bàng quang sau mổ là 10,5%, và có mối liên quan giữa kích thước u (trên 4cm) với tỉ lệ RLCN bàng quang sau mổ, tuy nhiên qua nghiên cứu chúng tôi chưa ghi nhận được sự liên quan giữa yếu tố: giới tính, chỉ số khối cơ thể, vị trí u, thời gian PT, lượng máu mất với tỉ lệ rối loạn chức năng bàng quang sau phẫu thuật. Điểm IPSS (International Prostate Symptom Score: điểm triệu chứng tiền liệt tuyến quốc tế) trước PT là $2,2624 \pm 2,480$ sau PT là $2,653 \pm 2,6$, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Điểm Chất lượng cuộc sống trung bình trước mổ là $1,571 \pm 1,105$, điểm cao nhất là 3 điểm và thấp nhất là 1 điểm. Điểm Chất lượng cuộc sống trung bình sau PT là $1,612 \pm 1,134$, cao nhất là 1 điểm và thấp nhất là 3 điểm. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chew, M. H., Yeh, Y. T., Lim, E. & Seow-Choen, F. Pelvic autonomic nerve preservation in radical rectal cancer surgery: Changes in the past 3 decades. *Gastroenterol. Rep.* 4, 173–185 (2016).
2. Kim, H. O. et al. Scoring Systems Used to Predict Bladder Dysfunction After Laparoscopic Rectal Cancer Surgery. *World J. Surg.* 40, 3044–3051 (2016).
3. Toritani, K. et al. The risk factors for urinary dysfunction after autonomic nerve-preserving rectal cancer surgery : a multicenter retrospective study at Yokohama Clinical Oncology Group (YCOG1307). (2019).
4. Sterk, P. et al. Voiding and sexual dysfunction after deep rectal resection and total mesorectal excision: prospective study on 52 patients. *Int. J. Colorectal Dis.* 20, 423–427 (2005).
5. Shirouzu, K., Ogata, Y. & Araki, Y. Oncologic and functional results of total mesorectal excision and autonomic nerve-preserving operation for advanced lower rectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 47, 1442–1447 (2004).
6. Liang, J.-T., Lai, H.-S. & Lee, P.-H. Laparoscopic pelvic autonomic nerve-preserving surgery for patients with lower rectal cancer after chemoradiation therapy. *Ann. Surg. Oncol.* 14, 1285–1287 (2007).
7. Jayne, D. G. et al. Bladder and sexual function following resection for rectal cancer in a randomized clinical trial of laparoscopic versus open technique. *Br. J. Surg.* 92, 1124–1132 (2005).
8. Kim, N. K. et al. Assessment of sexual and voiding function after total mesorectal excision with pelvic autonomic nerve preservation in males with rectal cancer. *Dis. Colon Rectum* 45, 1178–1185 (2002).
9. Cosimelli, M. et al. Nerve-sparing surgery in 302 resectable rectosigmoid cancer patients: genitourinary morbidity and 10-year survival. *Dis. Colon Rectum* 37, S42-6 (1994).
10. Aigner, F. et al. The Rectogenital Septum: Morphology, Function, and Clinical Relevance. *Dis. Colon Rectum* 47, 131–140 (2004).
11. JP Wang. Pelvic autonomic nerve preservation in 96 female patients of rectal carcinoma undergoing radical resection. *Chin J Gen Surg* 619–621 (2005).
12. D Liang. Autonomic nerve preserving radical operation for rectal cancer patients. *Chin J Gen Surg* 21, 511–513 (2006).

13. Quah, H. M., Jayne, D. G. & Eu, K. W. Bladder and sexual dysfunction following laparoscopically assisted and conventional open mesorectal resection for cancer. 1551–1556 (2002).
14. Hur, H. et al. Comparative study of voiding and male sexual function following open and laparoscopic total mesorectal excision in patients with rectal cancer. *J. Surg. Oncol.* 108, 572–578 (2013).
15. ZQ Zeng. Study on of sex and urination functions of male rectal cancer patients after pelvic autonomic nerve-preserving total mesorectal excision: laparoscopic resection versus open resection. *Chin J Gen Surg* 22, 800–802 (2013).
16. Moszkowicz, D. et al. Where does pelvic nerve injury occur during rectal surgery for cancer? *Color. Dis.* 13, 1326–1334 (2011).
17. Runkel, N. & Reiser, H. Nerve-oriented mesorectal excision (NOME): Autonomic nerves as landmarks for laparoscopic rectal resection. *Int. J. Colorectal Dis.* 28, 1367–1375 (2013).
18. Sartori, C. A., Sartori, A., Vigna, S., Occhipinti, R. & Baiocchi, G. L. Urinary and sexual disorders after laparoscopic TME for rectal cancer in males. *J. Gastrointest. Surg.* 15, 637–643 (2011).
19. Morino, M. et al. Male sexual and urinary function after laparoscopic total mesorectal excision. *Surg. Endosc.* 23, 1233–1240 (2009).
20. Kneist, W., Heintz, A. & Junginger, T. Major urinary dysfunction after mesorectal excision for retal carcinoma. *Br. J. Surg.* 92, 230–234 (2005).

Ngày nhận bài: 23/04/2021

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 17/05/2021

Ngày bài được đăng: