

tác dụng phụ trên tim mạch 8% và tiêu hóa 4%. Điều này cũng phù hợp với các tài liệu trong y văn chỉ ra những thay đổi dược động học của thuốc ở người già đặc biệt với nhóm thuốc hướng thần trong đó có nhóm an thần kinh, chống trầm cảm tác động không chọn lọc trên serotonin dễ tăng nguy cơ tác dụng phụ kháng cholinergic⁷. Do đó khi lựa chọn thuốc hướng thần trên đối tượng người già cần cân nhắc, thận trọng và theo dõi phát hiện sớm các tác dụng không mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng đau cải thiện rõ rệt về số lượng vị trí và mức độ đau cùng với sự cải thiện trầm cảm khi được điều trị liệu pháp hóa dược phối hợp CTC, ATK yên dịu liều thấp, bình thần có thể dùng ngăn ngừa. Chưa thấy sự khác biệt thuyên giảm đau giữa các mức độ trầm cảm. Tác dụng không mong muốn kháng cholinergic hay gặp ở nhóm bệnh nhân trầm cảm người già hơn so với các tác dụng không mong muốn khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zivin K, Wharton T, Rostant O (2013).** The Economic, Public Health, and Caregiver Burden of Late-life Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 631-649.
2. **Fiske A, Wetherell JL, Gatz M (2009).** Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5(1), 363-389.
3. **Silva MR da, Ferretti F, Pinto S da S et al (2018).** Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. *Brazilian Journal Of Pain*, 1(4).
4. **Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, et al (2017).** Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*, 12:709-720.
5. **Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, et al (2007).** Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 164(6).
6. **Demyttenaere K, Reed C, Quail D, et al (1981).** Presence and predictors of pain in depression: Results from the FINDER study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3):53-60.
7. **Boss GR, Seegmiller JE(2021).** Age-Related Physiological Changes and Their Clinical Significance. *West J Med*. 135(6):434-440.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU BÍT TÚI SA TRỰC TRÀNG CẢI TIẾN ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG RA DO SA TRỰC TRÀNG KIỂU TÚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Vinh*, Nguyễn Xuân Hùng**, Trần Ngọc Dũng*,
Luu Quang Dũng*, Hoàng Đình Âu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng tắc nghẽn đường ra (Obstructed defecation syndrome-ODS) có nguyên nhân là những tổn thương cơ học tại vùng hậu môn trực tràng; trong đó sa trực tràng kiểu túi (Rectocele) là nguyên nhân thường gặp. Để xác định thương tổn này cần phải có phương tiện chẩn đoán hình ảnh là chụp cộng hưởng từ động học tổng phân (MRI Defecography). Về điều trị, cần đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến điều trị hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi theo thang điểm Rome IV (2016) và thang điểm 5 tiêu chí

của Adolfo Renzi (2012); có kèm/ không kèm sa niêm trong trực tràng trên MRI defecography. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên sự cải thiện của triệu chứng theo Rome IV và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi. Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt bệnh. **Kết quả:** Từ 01/2018 đến 12/2020, 30 ca được chẩn đoán và phẫu thuật khâu treo cải tiến tại Bệnh viện Đại học Y. Kết quả sau mổ rất tốt và tốt 80%, cải thiện 100% triệu chứng đại tiện khó phải rặn. Biến chứng sau mổ có 5/30 (16,7%) bệnh nhân bí tiểu sau mổ. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ động học tổng phân là phương pháp chẩn đoán chính xác thương tổn sa trực tràng kiểu túi. Phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến cho kết quả tốt, ít biến chứng.

Từ khóa: Hội chứng đại tiện tắc nghẽn; Túi sa trực tràng; Sa niêm trong trực tràng; Phẫu thuật STARR; Phẫu thuật khâu treo NTV.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL TO TREAT THE OBSTRUCTED DEFECATION SYNDROME CAUSED BY RECTOCELE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Evaluate the diagnosis and

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Vinh

Email: nguyenthuvinh86@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021

treatment outcomes for constipations due to Obstructed defecation syndrome (ODS). Rectocele is hernia of the anterior rectal wall into the vagina. Defecography is the Xray method to evaluate this defect. **Purposes:** Describing results of surgical to treat the obstructed defecation syndrome (ODS) caused by rectocele at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Female patients: Obstructed defecation syndrome standard by Rome IV criteria and Adolfo Renzi. Rectocele and/ or not mucosal prolapse syndrome (MRI defecography). Results of Surgery: Assessing functions of defecation by Rome IV criteria (2016), Five-Item Score for ODS by Adolfo Renzi (2012). **Results:** For 2 years, there were 30 patients who had rectocele were evaluated by defecography and surgical repaired 80% excellent result, 100% improve the symptoms difficult to defecate. 5 patient (16,7%) who had urinary retention. **Conclusion:** Surgical repair of rectocele improve the difficult evacuation, good result and less complications

Keywords: Obstructed defecation syndrome, Rectocele, Internal rectal prolapse, STARR procedure, Circular lifting suture (NTV's procedure).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tắc nghẽn đường ra (ODS) có nguyên nhân là những tổn thương cơ học tại vùng hậu môn trực tràng; trong đó sa trực tràng kiểu túi là nguyên nhân thường gặp [7]. Phần lớn bệnh nhân đến khám thường không triệu chứng hoặc chỉ đại tiện khó gây ảnh hưởng đời sống sinh hoạt, thường kèm sa các tạng chậu,

để chẩn đoán nhầm hoặc không đầy đủ nếu chỉ dựa vào khám lâm sàng. Chụp cộng hưởng từ động học tổng phân giúp chẩn đoán rõ thương tổn sa trực tràng kiểu túi kèm tổn thương phối hợp như sa niêm mạc, lồng trực tràng – trực tràng [3]. Có nhiều phương pháp điều trị sa trực tràng kiểu túi có tỷ lệ khỏi bệnh và tái phát khác nhau [2].

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến điều trị hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi được phẫu thuật tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt bệnh. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi theo tiêu chuẩn Rome IV (2016) và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi (2012); kích thước túi sa vừa ($R \leq 4$ cm), có kèm/ không kèm sa niêm mạc trực tràng trên MRI Defecography. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên sự cải thiện triệu chứng theo tiêu chuẩn Rome IV[6] và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi[4].

Bảng 1: Thang điểm đánh giá hội chứng đại tiện tắc nghẽn 5 tiêu chí của Adolfo Renzi

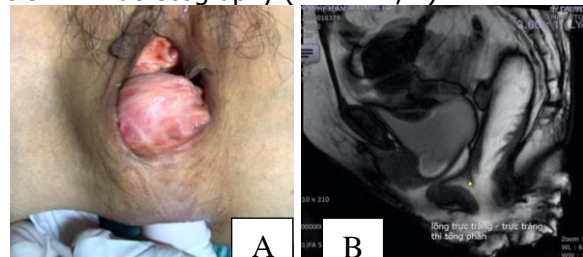
Triệu chứng	Không	Hiếm	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Rặn nhiều	0	1	2	3	4
Trực tràng tống xuất không hoàn toàn	0	1	2	3	4
Dùng thuốc nhuận trường/thụt tháo	0	1	2	3	4
Dùng tay ấn âm đạo/tăng sinh môn	0	1	2	3	4
Khó chịu/đau bụng	0	1	2	3	4

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán Rome IV cho táo bón [6]

- Phải có ≥ 2 triệu chứng sau:
 - Rặn, gắng sức ít nhất 25% các lần đại tiện.
 - Phân vón cục ố nhón và/hoặc cứng ít nhất 25% các lần đại tiện.
 - Cảm giác đại tiện không hết phân ít nhất 25% các lần đại tiện.
 - Cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn trực tràng ít nhất 25% các lần đại tiện.
 - Hỗ trợ bằng tay ít nhất 25% các lần đại tiện (dùng tay móc phân).
 - Đại tiện ít hơn 3 lần / tuần.
- Các tiêu chuẩn này kéo dài trong 3 tháng vừa qua với triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán (Rome IV)

- Quy trình nghiên cứu

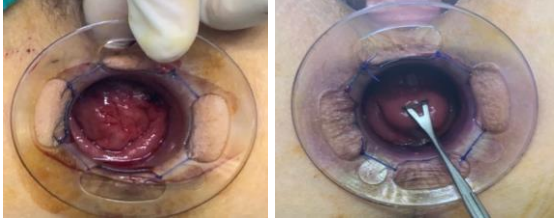
Tuyển chọn bệnh nhân: Thăm khám lâm sàng; phát hiện STTKT có triệu chứng theo Rome IV. Cận lâm sàng: hình ảnh STTKT dựa trên MRI defecography (Hình 1 A, B)



Hình 1: Chẩn đoán sa trực tràng kiểu túi kèm sa niêm mạc trực tràng qua khám và MRI Defecography. "Nguồn: Bệnh viện Đại học Y, BN Nguyễn Thị X. 60T"

Các bước phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến:

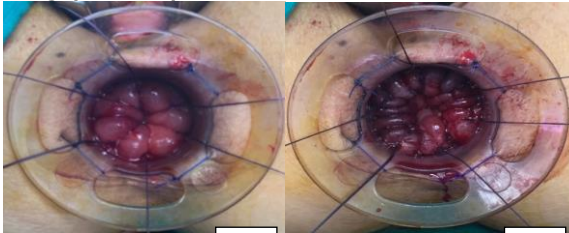
Bước 1: Xác định đỉnh túi rectocele (Hình 2)



Hình 2: Xác định đỉnh túi rectocele "Nguồn: Bệnh viện Đại học Y – BN Nguyễn Thị X. 60T"

Bước 2: Khâu bít toàn thành thành trước trực tràng (Hình 3A.)

Bước 3: Khâu gấp nếp niêm mạc thành sau trực tràng (Hình 3B).



Hình 3: Khâu toàn thành trước trực tràng (A) và khâu gấp nếp niêm mạc thành sau trực tràng (B) "Nguồn: Bệnh viện Đại học Y, BN Nguyễn Thị X. 60T"

- Đánh giá kết quả điều trị

+ Giảm bệnh: tổng số điểm theo Adolfo từ 7 - 9 điểm. MRI Defecography còn STTKT độ I theo Yang. Không giảm bệnh khi không đạt tiêu chuẩn trên.

+ Khỏi bệnh: tổng số điểm theo Adolfo < 7 điểm. MRI Defecography giảm kích thước độ sâu của túi sa về giới hạn gần bình thường. Không khỏi bệnh khi không đạt tiêu chuẩn trên.

- Đánh giá kết quả điều trị rất tốt, tốt, trung bình, kén dựa trên cải thiện triệu chứng theo tiêu chuẩn Rome IV

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2020, chúng tôi tiến hành phẫu thuật 30 ca đại tiện tắc nghẽn do sa trực tràng kiểu túi, kết quả như sau: Triệu chứng thường gặp là đại tiện khó phải rặn, đại tiện không hết phân. Khám lâm sàng thấy đa số STTKT mức DeLancey II 28 (93,3%), 100% độ II theo Yang (độ sâu túi sa thấp nhất là 2,1 cm; cao nhất là 4 cm). Thời gian phẫu thuật và hậu phẫu ngắn, ít đau sau mổ. Chỉ có biến chứng bí tiểu sau mổ 5/ 30 (16,7%) bệnh nhân.

Bảng 3: Cải thiện triệu chứng táo bón theo tiêu chuẩn Rome IV

Tiêu chuẩn rome iv	Trước mổ	Cải thiện sau mổ	Tỷ lệ
Rặn nhiều khi đại tiện*	30	30	100%
Phân cứng/ Phân cục*	30	28	93,3%
Đại tiện không hết phân*	30	27	90%
Tắc nghẽn ở hậu môn trực tràng*	19	16	84,2%
Hỗ trợ đại tiện bằng tay / thụt tháo*	25	24	96%
Đại tiện <3 lần/ tuần*	5	5	100%

* ≥ 25% số lần đại tiện

Nhận xét: Sau mổ cải thiện hoàn toàn triệu chứng phải rặn nhiều khi đại tiện. Kết quả sau mổ rất tốt và tốt là 24/30 (80%).

Bảng 4: Cải thiện phân bố các nhóm bệnh theo thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo

Điểm 5 tiêu chí theo Adolfo	Nhóm < 7 điểm		Nhóm 7 – 9 điểm		Nhóm > 9 điểm	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Trước mổ	0	0	0	0	30	100
Sau mổ 1 tháng	29	96,7	1	3,3	0	0
Sau mổ 3 tháng	27	90	3	10	0	0
Sau mổ 6 tháng	24	80	4	13,3	2	6,7

Nhận xét: Trước mổ: 100% bệnh nhân thuộc nhóm > 9 điểm. Sau mổ 1 tháng: Nhóm có điểm < 7 điểm (khỏi bệnh) chiếm 96,7%. Nhóm từ 7 – 9 điểm (giảm bệnh) chiếm 3,3%. Nhóm trên 9 điểm 0%. Tuy nhiên tỷ lệ khỏi bệnh giảm dần sau 3 tháng, 6 tháng, tỷ lệ giảm bệnh tăng dần sau 3 tháng, 6 tháng. Chúng tôi chỉ định chụp lại MRI Defecography sau mổ 1 tháng được 16/30 ca, trong đó có 14/16 (87,5%) ca không còn túi sa thành trước trực tràng, 2/16 (12,5%) ca có túi sa độ I theo Yang.

IV. BÀN LUẬN

Theo Anthony Lembo (2003) [7] hội chứng tắc nghẽn đường ra gồm 2 loại: (1) Tắc nghẽn đường ra vật lý: bất đồng vận cơ sàn chậu (Anismus), phì đại cơ thắt trong hậu môn (Achalasia), phình giãn đại tràng bẩm sinh hoặc mắc phải... (2) Tắc nghẽn đường ra giải phẫu: sa trực tràng kiểu túi (STTKT - Rectocele), các túi sa vùng đỉnh gồm sa tử cung, sa ruột non (enterocele)/đại tràng sigma (sigmoidocele)/mỡ

mạc nối (peritoneocele), sa trong (lõng) trực tràng hậu môn (rectoanal intussusceptions) và sa ngoài trực tràng (rectal prolapse). Trong đó STTKT là thường gặp nhất, có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải. Ở nữ trưởng thành, tỷ lệ khám thấy STTKT khoảng 20 – 80% và thường không triệu chứng trừ khi kích thước lớn ($R > 3\text{cm}$) và/hoặc đi kèm với sa trong trực tràng. Chụp cộng hưởng từ động học tổng phân giúp chẩn đoán rõ thương tổn STTKT kèm tổn thương phối hợp như sa niêm mạc trong, lõng trực tràng – trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đại tiện khó phải rặn nhiều, phân vón cục lớn nhón và/hoặc cứng, cảm giác đại tiện không hết phân có trên tất cả các trường hợp (100%), 25/30 (83,3%) trường hợp phải dùng tay để hỗ trợ đại tiện. Các triệu chứng này đều cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Hồi và cs (2005) [1]: rặn nhiều khi đại tiện (93%), cảm giác đại tiện không hết phân (94%).

Trong số 30 ca phẫu thuật thì 100% các bệnh nhân có mức độ túi sa độ II theo Yang. Kích thước túi sa trực tràng trước mổ trung bình là $3,34 \pm 0,53\text{ cm}$, kích thước túi sa lớn nhất là 4 cm. Theo Renzi A. và cộng sự (2008) [5] kích thước túi sa thành trước trực tràng trước mổ trung bình là $3,4 \pm 1,5\text{ cm}$.

Sau mổ sự cải thiện 3 triệu chứng theo Rome IV: rặn nhiều, phân cứng, đại tiện không hết phân thường gặp nhất trong hội chứng đại tiện tắc nghẽn 100%. Kết quả sau mổ rất tốt và tốt là 24/30 (80%). Theo Nguyễn Đình Hồi [1], tỷ lệ cải thiện triệu chứng theo Rome IV là 79,1%.

Trước mổ, điểm Adolfo trung bình là 15,93; thấp nhất là 11 điểm, cao nhất là 19 điểm. Sau mổ 6 tháng điểm 5 tiêu chí trung bình là 4,06

điểm; thấp nhất 1 điểm, cao nhất 10 điểm. Có 2/30 (6,7%) trường hợp kết quả sau mổ kém dần tiếp tục tập vật lý sàn chậu và theo dõi tiếp kết quả dài hạn.

V. KẾT LUẬN

- Với những bệnh nhân táo bón trên 1 năm và có triệu chứng của hội chứng đại tiện tắc nghẽn cần chụp cộng hưởng từ động học tổng phân để tìm nguyên nhân.

- Phẫu thuật khâu bó túi sa trực tràng cải tiến cho kết quả tốt, an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi, Dương Phước Hưng, Nguyễn Văn Hậu và cộng sự (2005). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chứng táo bón do sa trực tràng kiểu túi. Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh, 9, 10-16.
2. Nguyễn Trung Vinh (2015), Sàn chậu học, Nhà xuất bản Y học.
3. López A., Zetterström J., và Mellgren A.F. (2005). Defecography: A Swedish Perspective. Complex Anorectal Disorders: Investigation and Management. Springer, London, 199–216.
4. Renzi A., Brillantino A., Di Sarno G. và cộng sự. (2013). Five-Item Score for Obstructed Defecation Syndrome: Study of Validation. Surg Innov, 20(2), 119–125.
5. Renzi A., Talento P., Giardiello C. và cộng sự. (2008). Stapled trans-anal rectal resection (STARR) by a new dedicated device for the surgical treatment of obstructed defaecation syndrome caused by rectal intussusception and rectocele: early results of a multicenter prospective study. Int J Colorectal Dis, 23(10), 999–1005.
6. Simren M., Palsson O.S., và Whitehead W.E. (2017). Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice. Curr Gastroenterol Rep, 19(4), 15.
7. Lembo A. và Camilleri M. (2003). Chronic Constipation. N Engl J Med, 349(14), 1360–1368.

MÔ HÌNH TẬT KHÚC XẠ Ở TRẺ 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Thị Thu Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mô hình tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi tại Bệnh viện Mắt Trung Ương và một số yếu tố

¹Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga

Email: Drnganguyen37@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021

Ngày duyệt bài: 25.8.2021

liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 117 trẻ 6 tuổi với 228 mắt được chẩn đoán tật khúc xạ tại khoa Khúc xạ Bệnh Viện Mắt Trung Ương từ tháng 9/2020 đến 7/2021. **Kết quả:** Hình thái tật khúc xạ phổ biến nhất là loạn thị (74,1%), tiếp theo đó là viễn thị (19,3%) và cận thị (6,6%). Mức độ tật khúc xạ cao trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cao hơn các nghiên cứu trong cộng đồng. Nhược thị chiếm tỷ lệ cao 42,1% trẻ mắc tật khúc xạ. Không có mối liên quan giữa tật khúc xạ và giới tính ($p > 0,05$). Hình thái tật khúc xạ có mối liên quan tới mức độ nhược thị.