

**KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT STARR TRONG ĐIỀU TRỊ
BỆNH THOÁT VỊ TRỰC TRÀNG ÂM ĐẠO KIỂU TÚI
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

Trần Thành Tuấn^{1}, Phạm Văn Linh²*

1. Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

2. Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng

** Email: tranthanhtuan632994@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi được định nghĩa là sự thoát vị của thành trước trực tràng tạo cấu trúc dạng túi nhô vào thành sau âm đạo. Hiện nay nhiều phương pháp điều trị được đặt ra nhằm giảm bớt các triệu chứng của bệnh nhân và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ. Trong đó, phẫu thuật STARR đã mang lại nhiều kết quả đáng mong đợi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả của phẫu thuật STARR trong điều trị bệnh thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi, mức độ cải thiện triệu chứng, tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 31 trường hợp bệnh thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi được điều trị bằng phẫu thuật STARR trong thời gian từ tháng 2/2019 đến tháng 5/2021 tại Bệnh viện Đại Học Y Dược

Cần Thơ. Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,2 \pm 11,0$ (29 đến 76) tuổi. Tỷ lệ hết đại tiện khó là 77,4%. Tỷ lệ đau ít trong ngày đầu sau mổ là 58% (18/31) và bí tiểu sau mổ là 25% (8/31). **Kết luận:** Phẫu thuật STARR là phương pháp điều trị bệnh thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi tương đối hiệu quả, an toàn với tỉ lệ biến chứng chấp nhận được.

Từ khóa: Phẫu thuật STARR, thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi

ABSTRACT

THE OUTCOMES OF STARR PROCEDURE FOR RECTOCELE TREATMENT AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Tran Thanh Tuan^{1}, Pham Van Linh²*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Hong Bang International University

Background: Rectocele is a herniation (bulge) of the rectum into the back wall of the vagina. Many treatments are currently being offered to alleviate the symptoms of patients and improve their quality of life. In particular, STARR procedure has brought many desirable results.

Objectives: To evaluate the results of STARR procedure in the treatment of rectocele, the degree of symptom improvement, and the complication rate of surgery. **Materials and methods:** 31 cases of rectocele treated by STARR procedure were during the period from February 2019 to May 2021 at Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy were included in this study. **Results:** The mean age of the patients was 53.2 ± 11.0 (29 to 76) years old. The rate of completion of difficult defecation was 77,4%. The rate of pain in the first day after surgery was 58% (18/31) and urinary retention after surgery was 25% (8/31). **Conclusion:** STARR procedure is a relatively effective and safe treatment for rectocele with an acceptable complication rate.

Keyword: STARR procedure, rectocele.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi là một trong những nguyên nhân gây ra hội chứng tổng phân tắc nghẽn [5]. Là bệnh lí lành tính thường gặp ở những phụ nữ sinh đẻ nhiều qua đường âm đạo. Bệnh thường có những biểu hiện lâm sàng như cảm giác đi cầu không hết phân, phải dùng tay trợ giúp khi đi đại tiện, cảm giác có khối phồng vùng chậu, đau hay tức nặng vùng chậu,... Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng, thường do sự kết hợp của nhiều yếu tố như táo bón, tổn thương mạc trực tràng âm đạo bẩm sinh hay mắc phải vì lớn tuổi, do quá trình sinh đẻ và tiền căn có phẫu thuật vùng chậu trước đó.

Vấn đề chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị cho thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi chủ yếu dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, trong đó việc thăm khám bằng tay kết hợp với đánh giá táo bón theo ROME IV [3] và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi (2012) [9] đóng vai trò then chốt. Nhiều tác giả đã đưa ra những phương pháp điều trị khác nhau nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cũng như cố gắng giải quyết triệt để vấn đề của bệnh nhân. Các phương pháp phẫu thuật kinh điển có thể được chia thành các nhóm như: Phục hồi bằng mô tự thân; đặt mảnh ghép (mesh) trực tràng; các phương pháp cắt trực tràng trong đó có phẫu thuật STARR (Stapled Transanal Rectal Resection) được đề cập với nhiều ưu điểm [10], [7]. Tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ đã thực hiện thành công nhiều trường hợp thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi bằng phẫu thuật STARR, Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về bệnh lý này được báo cáo. Do đó, để có cái nhìn tổng quát và hiểu rõ hơn về đặc điểm bệnh lý cũng như hiệu quả điều trị của phẫu thuật STARR. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi.
2. Đánh giá kết quả của phẫu thuật STARR trong điều trị bệnh lý thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ năm 2019 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 31 bệnh nhân nữ được chẩn đoán thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật STARR, theo dõi đánh giá sau 6 tháng, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi được chỉ định phẫu thuật STARR. Kích thước túi thoát vị lớn hơn 2cm, phải hỗ trợ bằng tay khi đại tiện [6].
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật STARR. Bệnh nhân đã từng phẫu thuật đặt mảnh ghép trực tràng.
- Bệnh nhân có kèm theo bệnh tâm thần, không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2019 đến tháng 05/2021 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, tiền sử sản khoa). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (thời gian táo bón trước mổ, lý do vào viện, đánh giá táo bón theo tiêu chuẩn ROME IV và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi, kích thước túi thoát vị, các cận lâm sàng như nội soi đại – trực tràng, các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, đông cầm máu,..). Đánh giá kết quả phẫu thuật (thời gian cuộc mổ, thời gian nằm viện). Biến chứng có thể có như: Đau, chảy máu, bí tiểu, hẹp hậu môn, rò trực tràng-âm đạo. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên sự cải thiện triệu chứng, thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi sau mổ và tái khám sau 6 tháng. Kết quả điều trị tốt khi tổng điểm 5 tiêu chí <7 điểm, các triệu chứng theo thang điểm này có điểm bằng 0; khá khi tổng điểm từ 7-9; trung bình khi tổng điểm >9, kém khi xảy ra tai biến, biến chứng trong lúc mổ và sau mổ. Bệnh nhân được cho xuất viện khi không có biến chứng sớm sau mổ, hết đau sau mổ, đại tiện được, trở lại với chế độ ăn và sinh hoạt bình thường.

2.3. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu.

Phương tiện thu thập số liệu:

Ghi chép dữ liệu dựa vào hồ sơ bệnh án. Dữ liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu của riêng từng bệnh nhân.

Kỹ thuật thu thập số liệu:

Khai thác thông tin cơ bản, bệnh sử, tiền sử. Thăm khám lâm sàng, đánh giá trước mổ ghi nhận vào phiếu nghiên cứu. Tham gia phẫu thuật và đánh giá sau mổ. Theo dõi, đánh giá bệnh nhân tái khám sau 6 tháng.

Kỹ thuật mổ:

Chuẩn bị trước mổ: Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, móng cách mép bàn mổ khoảng 10cm để dễ thao tác khi khâu cố định van vòng banh hậu môn. Vô cảm: gây tê tủy sống

Phương pháp mổ: Nong hậu môn và đặt van vòng banh hậu môn. Đánh giá túi sa trực tràng. Đưa cây đèn lưỡi vào trực tràng và quan sát thành trực tràng. Khâu cột 3 mũi chỉ Prolene 00 vào túi sa trực tràng theo trục dọc của trực tràng tại các vị trí 10,12, 2 giờ cách đường lược khoảng 3 – 5cm lấy hết thành trực tràng, hai đầu chỉ chừa khoảng 20cm, đặt nhẹ nhàng một hoặc hai thanh đèn lưỡi kim loại từ 8 đến 10 cm vào thành sau trực tràng. Sau khi khâu và bộc lộ túi sa, kéo lộn túi sa ra hoàn toàn, đưa đầu máy khâu bấm vào trong trực tràng, kéo đầu chỉ ở các vị trí 10, 12, 2 giờ cố định vào trục của đầu máy khâu bấm, vặn và đóng dần máy khâu bấm, sau khi vặn kéo túi sa vào khoang cắt vạch số 4 nằm ngang mép ngoài của van vòng banh hậu môn. Dùng ngón tay kiểm tra thành sau âm đạo, tránh cắt vào thành sau âm đạo, vặn đóng máy chặt khoảng 30 giây rồi mở khóa an toàn và bấm máy để cắt thành trước trực tràng. Xoay mở máy rồi kéo máy ra, kiểm tra đường khâu của máy.

2.4. Xử lý số liệu: Tất cả số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Tuổi

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi	Tần suất	Tỉ lệ %
≤ 20	0	0
21 - 39	3	9,7
40 – 59	19	61,3
≥ 60	9	29
Tổng	31	100

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 53,2 ± 11,0 tuổi. Nhỏ nhất là 29 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi. Nhóm tuổi từ 40 – 59 chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,3% (19/31).

3.2. Đặc điểm lâm sàng trước mổ

Triệu chứng trước mổ

Triệu chứng đại tiện khó gặp ở tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu, là nguyên nhân khó chịu chính khiến bệnh nhân nhập viện, tiếp theo là cảm giác căng ở trực tràng chiếm 51,6% (16/31) trường hợp, thấy khối phồng ở âm đạo chiếm 22,6% (7/31) trường hợp.

Điểm và triệu chứng theo thang điểm 5 tiêu chí

Bảng 2. Thang điểm 5 tiêu chí trước mổ

Trước mổ	Rặn nhiều		Đại tiện không hết phân		Dùng thuốc nhuận tràng		Dùng tay ấn âm đạo		Khó chịu/đau bụng	
	Tần suất	(%)	Tần suất	(%)	Tần suất	(%)	Tần suất	(%)	Tần suất	(%)
Không	0	0	2	6,5	7	22,6	5	16,1	7	22,6
Hiếm	0	0	1	3,2	11	35,5	1	3,2	15	48,4
Thỉnh thoảng	1	3,2	2	6,5	8	25,8	16	51,6	7	22,6
Thường xuyên	20	64,5	22	71	4	12,9	9	29	2	6,5
Luôn luôn	10	32,3	4	12,9	1	3,2	0	0	0	0

Nhận xét: Triệu chứng rặn nhiều và đại tiện không hết phân gặp nhiều trong nhóm thường xuyên chiếm 64,5% (20/31) và 71% (22/31). Các triệu chứng gặp nhiều nhất trong nhóm hiếm là dùng thuốc nhuận tràng chiếm 35,5% (11/31) và khó chịu/ đau bụng khi đi tiêu chiếm 48,4% (15/31).

Bảng 3. Tổng điểm 5 tiêu chí theo nhóm.

Điểm	Tần suất	Tỉ lệ (%)
≤ 7	0	0
7 - 9	11	35,5
≥ 9	20	64,5
Tổng	31	100

Nhận xét: Điểm trung bình của 5 tiêu chí trước mổ là $10,6 \pm 2,3$. Điểm thấp nhất là 7 điểm, cao nhất là 15 điểm. Trong đó, nhóm bệnh nhân dưới 7 điểm chiếm 0%, nhóm từ 7 – 9 điểm chiếm 35,5% (11/31), cao nhất là nhóm lớn hơn 9 điểm chiếm 64,5% (20/31).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Triệu chứng lâm sàng tái khám sau 6 tháng (n=31)

Đại tiện khó sau mổ gặp ở 22,6% trường hợp giảm 77,4% so với trước mổ ($p=0,000$), cảm giác căng ở trực tràng giảm 38,1% trường hợp so với trước mổ ($p=0,016 < 0,05$). Triệu chứng khối phòng âm đạo không gặp sau mổ.

Điểm và triệu chứng theo thang điểm 5 tiêu chí sau 6 tháng (n=31)

Điểm trung bình 5 tiêu chí sau mổ là $3,0 \pm 2,4$. Điểm thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 9 điểm. Điểm trung bình giảm so với trước mổ là $7,5 \pm 2,2$ ($p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân điểm 5 tiêu chí sau mổ dưới 7 điểm chiếm 87,1% so với trước mổ ($p=0,112$). Nhóm từ 7 – 9 điểm chiếm 12,9% giảm 22,6%. Nhóm lớn hơn 9 điểm không xuất hiện sau mổ.

Kết quả phẫu thuật

❖ Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $61,6 \pm 11,9$ phút. Ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 100 phút. Nhóm thời gian dài hơn 60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 61,3% (19/31).

❖ Đau sau mổ

Số ngày đau sau mổ trung bình là $3,6 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 7 ngày.

Bảng 4. Đau theo thang điểm VAS

Đau sau mổ	Đau ít (VAS 1-3)		Đau vừa (VAS 4-6)		Đau nhiều (VAS 7-10)		Tổng	
	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Ngày 1	18	58	9	29	4	13	31	100
Ngày 2	26	84	5	16	0	0	31	100
Ngày 3	22	91	2	9	0	0	24	100
Ngày 4	12	92	1	8	0	0	13	100
Ngày 5	7	88	1	12	0	0	8	100
Ngày 6	4	100	0	0	0	0	4	100
Ngày 7	2	100	0	0	0	0	2	100

Nhận xét: Đau ngày đầu sau mổ cao nhất là đau ít chiếm 58% (18/31), đau vừa 29% (9/31). Từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 mức độ đau giảm dần, chủ yếu là đau ít chiếm từ 84% (26/31) đến 100% (2/2).

Biến chứng

Biến chứng	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Bí tiểu	8	25
Chảy máu	2	6,5

Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,3 \pm 2,1$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 14 ngày.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung**

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $53,4 \pm 11,3$ tuổi. Nhỏ nhất là 29 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi. Theo Nguyễn Đình Cường và cộng sự (2013) nghiên cứu ở 35 bệnh nhân tuổi trung bình là $44,4 \pm 12,0$ (từ 26 đến 76 tuổi) [1]. Độ tuổi của hai nghiên cứu là khá tương đồng. Nhóm bệnh nhân lớn tuổi, sinh đẻ nhiều đường âm đạo là yếu tố nguy cơ làm yếu thành trực tràng âm đạo.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu này cả 31 bệnh nhân đều có đại tiện khó trước mổ, đây cũng là triệu chứng khó chịu chính khiến bệnh nhân nhập viện, sau mổ triệu chứng này giảm 77,4%; ít hơn là các triệu chứng căng ở trực tràng 57,5%, sau mổ giảm 38,1%, khối phòng âm đạo chiếm 25% thì sau mổ không xuất hiện. Điểm trung bình của 5 tiêu chí trước mổ là $10,6 \pm 2,3$. Điểm thấp nhất là 7 điểm, cao nhất là 15 điểm. Trong đó, nhóm bệnh nhân dưới 7 điểm chiếm 0%, nhóm từ 7 – 9 điểm chiếm 35,5% (11/31), cao nhất là nhóm lớn hơn 9 điểm chiếm 64,5% (20/31). Theo Hansan H.M (2012) [8] thì điểm trung bình trước mổ là $14,2 \pm 9,13$ điểm. Cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng bệnh nặng, do thời gian bệnh kéo dài, phát hiện bệnh muộn, cũng như chưa có nhiều kiến thức về bệnh lý này. Điểm trung bình giảm so với trước mổ là $7,5 \pm 2,2$. Nhóm bệnh nhân điểm 5 tiêu chí sau mổ dưới 7 điểm chiếm 87,1% so với trước mổ. Nhóm từ 7 – 9 điểm chiếm 12,9% giảm 22,6%. Nhóm lớn hơn 9 điểm không xuất hiện sau mổ. Theo Nguyễn Đình Cường (2013) [1] thì nhóm có điểm <7 (khỏi bệnh) là 78,8%, nhóm từ 7 – 9 điểm (giảm bệnh) chiếm 6,1%, nhóm >9 điểm chiếm 15,1%, cho thấy tỉ lệ khỏi bệnh của hai nghiên cứu khá tương đồng.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều được vô cảm bằng phương pháp tê tùy sống. Thời gian phẫu thuật trung bình là $61,6 \pm 11,9$ phút. Ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 100 phút. Nhóm thời gian dài hơn 60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 61,3% (19/31). Thấp nhất là nhóm dưới 40 phút với 3,2% (1/31). Theo Nguyễn Thành Lực (2014) thời gian phẫu thuật trung bình là $55 \pm 29,6$ (20 đến 165) phút. Thời gian mổ trong nghiên cứu này ở nhóm lớn hơn 60 phút chiếm tỉ lệ cao, có thể do đây là kỹ thuật mới ảnh hưởng đến thời gian mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,3 \pm 2,1$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 14 ngày [2]. Theo tác giả Boccasanta P. (2004) thời gian nằm viện trung bình là $2,1 \pm 0,8$ ngày [4]. Theo tác giả Hansan H.M (2012) [8] là $1,7 \pm 2,3$ ngày, so với hai nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện theo dõi dài hơn, có thể do mức độ đau sau mổ và đây là kỹ thuật mới nên thời gian nằm viện theo dõi lâu hơn. Các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi có đau sau mổ, với số ngày đau sau mổ trung bình là $3,6 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 7 ngày. Theo Nguyễn Thành Lực (2014) [2] thì đau

trung bình $4,2 \pm 1,5$ ngày. Mức độ đau sau mổ đa phần là đau ít. Biến chứng bí tiểu gặp trong 25% (8/31) trường hợp. Theo Nguyễn Thành Lực (2014)[2] tỉ lệ bí tiểu sau mổ là 60% trường hợp. Chảy máu gặp trong 6,5% (2/31) trường hợp. Các biến chứng khác như hẹp hậu môn, nhiễm trùng vết mổ, rò trực tràng âm đạo không xuất hiện trong nghiên cứu

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 31 bệnh nhân thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi được điều trị bằng phẫu thuật STARR tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Lâm sàng: Hết đại tiện khó: 77,4%. Nhóm kết quả tốt (<7 điểm): 87,1%
- Kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ: trung bình là $61,6 \pm 11,9$ phút. Đau sau mổ: trung bình là $3,6 \pm 1,4$ ngày.
- Biến chứng : Bí tiểu 25% (8/31) trường hợp, chảy máu 6,5% (2/31) trường hợp.

Phẫu thuật STARR là phương pháp điều trị bệnh thoát vị trực tràng âm đạo kiểu túi tương đối hiệu quả, an toàn với tỉ lệ biến chứng chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Cường, Nguyễn Trung Tín, (2013), *Kết quả của phẫu thuật STARR trong điều trị sa trực tràng kiểu túi*, Luận án Chuyên Khoa II, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, trg. 51-80.
2. Nguyễn Thành Lực, Nguyễn Trung Tín, (2014), *Kết quả của phẫu thuật STARR cải biên trong điều trị táo bón do sa trực tràng kiểu túi*, Luận Án Chuyên Khoa II, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, trg. 41-59.
3. Aziz I, Whitehead W E, Palsson O S, Törnblom H, et al, (2020), "An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation", *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 14 (1), pp. 39-46.
4. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, Bottini C, et al, (2004), "Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial", *Dis Colon Rectum*, 47 (8), pp. 1285-1296.
5. Brito L G, (2016), "Differences in the Diagnosis and Treatment of Rectocele: Time for Standardization", *Rev Bras Ginecol Obstet*, 38 (11), pp. 529-530.
6. Hall G M, Shanmugan S, Nobel T, Paspulati R, et al, (2014), "Symptomatic rectocele: what are the indications for repair?", *Am J Surg*, 207 (3), pp. 375-379.
7. Harris M A, Ferrara A, Gallagher J, DeJesus S, et al, (2009), "Stapled transanal rectal resection vs. transvaginal rectocele repair for treatment of obstructive defecation syndrome", *Dis Colon Rectum*, 52 (4), pp. 592-597.
8. Hasan H M, Hasan H M, (2012), "Stapled transanal rectal resection for the surgical treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectocele and rectal intussusception", *ISRN Surg*, 2012 .
9. Renzi A, Brillantino A, Di Sarno G, d'Aniello F, (2013), "Five-item score for obstructed defecation syndrome: study of validation", *Surg Innov*, 20 (2), pp. 119-125.
10. Steven D. Wexner, Fleshman J W, (2013), *Rectocele*, Master Techniques in General Surgery, Colon and Rectal Surgery: Anorectal Operation, pp. 237-245.

(Ngày nhận bài: 23/6/2021 – Ngày duyệt đăng: 23/7/2021)
