

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT

Lê Quốc Phong¹, Nguyễn Nhật Quang¹

¹Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò hậu môn tái phát là bệnh lý phức tạp chẩn đoán chính xác và điều trị khó khăn. Vì vậy, để đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát tại bệnh viện trung ương Huế. Chúng tôi khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bằng chẩn đoán hình ảnh: chụp đường rò có cản quang, siêu âm phần mềm quanh hậu môn, chụp cộng hưởng từ, chỉ định và kết quả sau phẫu thuật.

Đối tượng, phương pháp: Thực hiện nghiên cứu mô tả 45 bệnh nhân rò hậu môn tái phát được điều trị bằng phẫu thuật từ 1.2014 - 6.2021 tại bệnh viện trung ương Huế. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định phương pháp phẫu thuật và đánh giá kết quả.

Kết quả: Từ 1.2014 đến 6.2021, đã phẫu thuật 45 bệnh nhân rò hậu môn tái phát, 39 nam và 6 nữ, tuổi trung bình $47,3 \pm 11,8$ (27 - 69). Thời gian mổ trung bình $56,4 \pm 8,7$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $6,5 \pm 1,3$ ngày. Tỷ lệ biến chứng: chảy máu 6,7%, tiểu khó 11,1%, bí tiểu 8,9%, viêm tấy lan tỏa 4,4%, rối loạn tự chủ hậu môn độ I là 6,7%, rối loạn tự chủ hậu môn độ II là 2,2%, tái phát lại 2,2%.

Kết luận: Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác rò hậu môn tái phát và chỉ định phương pháp phẫu thuật điều trị phù hợp, mang lại kết quả cao, biến chứng thấp, thời gian mổ ngắn, thời gian nằm viện ngắn, cần tôn trọng các nguyên tắc phẫu thuật để tránh rối loạn tự chủ hậu môn và tái phát lại.

Từ khóa: Rò hậu môn tái phát.

ABSTRACT

THE RESEARCH FEATURE CLINICAL, PARACLINICAL AND EVALUATE OF RESULT OF RESECTION IN TREATMENT RECURRENT ANAL FISTULA

Le Quoc Phong¹, Nguyen Nhat Quang¹

Ngày nhận bài:

08/11/2022

Ngày chỉnh sửa:

10/2/2023

Chấp thuận đăng:

15/02/2023

Tác giả liên hệ:

Lê Quốc Phong

Email:

drlequocphong@gmail.com

SĐT: 0914977660

Background: Recurrent anal fistula is a complex pathology with accurate diagnosis and difficult treatment. In the evaluation of result of resection in treatment recurrent anal fistula at Hue central Hospital. We survey of feature clinical, paraclinical by image diagnostic: fistulography, perineal ultrasonography, perianal magnetic resonance imaging. The indicated surgical and the result post - operative.

Methods: From January 2014 to June 2021, a total of 45 patients who were diagnosed with recurrent anal fistula underwent resection in treatment at The Hue Central Hospital. A prospective, descriptive study was conducted in 45 patients had been examined by fistulography, perineal ultrasound, perianal magnetic resonance imaging, indicated surgical methods.

Results: There were 45 patients recurrents fistules anals: 39 males and 6 females. The mean age at diagnosis was 47.3 ± 11.8 years (range 27 - 67 years). The mean operating time 56.4 ± 8.7 minutes. The mean length of hospital stay was 6.5 ± 1.3 days. The post - operative complication rate: bleeding 6.7%, urinary difficulty 11.1%, urinary retention 8.9%, incontinence level I: 6.7%, incontinence level II: 2.2%, re - recurrent 2.2%.

Conclusion: Imaging diagnostic plays an important role in the accurate diagnosis of recurrent anal fistula and appropriate surgical treatment to bring about the best result, low complications, short surgical time, short hospital stay, need to respect surgical principles to avoid anal incontinence and re - recurrent anal fistula.

Keywords: Recurrent anal fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn tái phát là các đường rò xuất hiện tại vị trí mổ cũ (sẹo mổ cũ), hoặc không hết rò sau khi bệnh nhân được phẫu thuật điều trị rò hậu môn. Tỷ lệ xuất hiện tái phát rò hậu môn thường dao động khác nhau tùy thuộc vào thể rò đơn giản hay phức tạp và phương pháp mổ được sử dụng. Rò hậu môn là bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn - trực tràng. Bệnh có nhiều nguyên nhân nhưng thường gặp nhất là do những nhiễm khuẩn khu trú bắt nguồn từ tuyến Hermann - Desfosses nằm tại hốc hậu môn, dẫn đến tụ mủ ở khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài (khoang gian cơ thắt), từ đây lan ra xung quanh theo các bó cơ dọc dài phức hợp để vỡ ra ngoài da cạnh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây ra các thể rò hậu môn khác nhau. Áp xe và rò hậu môn là hai giai đoạn của một quá trình bệnh lý. Bệnh thường gặp vùng hậu môn trực tràng, đứng thứ hai sau bệnh trĩ, chiếm khoảng 25% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng [1 - 3].

Trên thế giới phương pháp điều trị áp xe, rò hậu môn được các tác giả nghiên cứu nhưng tỷ lệ thành công không cao như: kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại, dùng keo sinh học của Blom J., đặt lưới của Adamina M., bơm hóa chất vào đường rò của Jímez de Oca. Mặc dù, có nhiều phương pháp nhưng các tác giả đều thống nhất phương pháp được áp dụng nhiều nhất và đạt kết quả cao nhất là phẫu thuật.

Tuy nhiên, biến chứng của phẫu thuật rò hậu môn nói chung và rò hậu môn phức tạp nói riêng là đại tiện không tự chủ và tái phát sau mổ, tỷ lệ các biến chứng sau mổ và kết quả phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào thương tổn đơn giản hay phức tạp của ổ áp xe, đường rò, trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương tiện dụng cụ, chăm sóc vết thương sau mổ... và rất khác nhau ở các nghiên cứu [1, 2, 4].

Mặc dù rò hậu môn là bệnh lý ít gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, sinh hoạt, lao động, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trên lâm sàng chia rò hậu môn thành hai loại: đơn giản và phức tạp. Tại Việt Nam, rò hậu môn tái phát có thể gặp ở mọi tuyến bệnh viện, với tỷ lệ tái phát từ 13,3% - 25,9% [5], Việc chẩn đoán và điều trị còn rất khác nhau vì chưa có phát đồ thống nhất, chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng và chụp X-Quang đường dò, dễ bỏ sót tổn thương khi mổ và tái phát sau mổ.

Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị rò hậu môn tái phát đến nay vẫn còn là đề tài tranh luận và thách thức thực sự với phẫu thuật viên tiêu hóa. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh rò hậu môn tái phát; Đánh giá kết quả phẫu thuật rò hậu môn tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân rò hậu môn tái phát: tiền sử mổ rò hậu môn ít nhất một lần ở tất cả các cơ sở điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Rò hậu môn liên quan đến bệnh lý Crohn, viêm ruột. Rò hậu môn trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch, HIV. Rò hậu môn thứ phát do bệnh lý do bệnh lý khác: áp xe tuyến tiền liệt, viêm xương chậu, lao... sau điều trị tia xạ tại chỗ. Rò trực tràng - âm đạo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng, tiền cứu mô tả có can thiệp, theo dõi dọc. Các biến số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung rò hậu môn tái phát: giới tính, tuổi, tiền sử mổ rò hậu môn. Đặc điểm lâm sàng: đau vùng hậu môn, khối sưng nề cạnh hậu môn, chảy ứ đọng dịch

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật...

cạnh hậu môn. Đặc điểm cận lâm sàng: Chụp đường rò có cản quang, siêu âm phần mềm vùng quanh hậu môn, chụp MRI vùng tầng sinh môn, PCR lao dịch đường rò, chụp X- Quang phổi.

Phân loại rò hậu môn theo Parks:

Loại I: Rò trong cơ thắt. Loại II: Rò xuyên cơ thắt (IIa: Xuyên cơ thắt phần thấp; IIb: Xuyên cơ thắt phần trung gian; IIc: Xuyên cơ thắt phần cao). Loại III: Rò trên cơ thắt. Loại IV: Rò ngoài cơ thắt

Chỉ định: Rò hậu môn tái phát

Kỹ thuật tiến hành: Kỹ thuật mổ riêng với từng loại rò:

- Rò loại I, IIa, IIb: do đường rò ngắn nên phẫu thuật đơn giản. Mở toàn bộ đường rò, cắt cơ tròn trong và có thể vài sợi cơ tròn ngoài, phá ổ nhiễm khuẩn ở hốc bằng dao điện hoặc dùng thìa để nạo.

- Rò loại IIc, III, IV: Thì 1: cắt mở rộng đường rò tới bình diện cơ thắt ngoài, sau đó luồn vòng qua đường rò vào lỗ rò trong bằng sợi cao su. Đối với rò trên cơ thắt cũng luồn chỉ như vậy, sau khi đã cắt phần cao của cơ thắt ngoài để hạ thấp đường rò mà không làm thay đổi cấu trúc hậu môn. Thì 2: mổ lại sau 6 tuần khi vết mổ cũ đã có tổ chức sẹo tốt, tiến hành cắt từ từ bằng cách thắt các sợi chỉ cao su, sau khi cắt bỏ vùng da và niêm mạc nhạy cảm ở hậu môn.

- Rò hình móng ngựa: mổ chia làm 3 thì. Thì 1: dẫn lưu đường rò chính và làm thông 2 hố ngồi trực tràng bằng hai sợi chỉ không tiêu hoặc cao su. Thì 2: sau mổ 8 - 10 tuần, rạch mở thông 2 hố ngồi trực tràng. Thì 3: cắt mở đường rò chính qua cơ thắt. Trong một số trường hợp với các đường rò thấp, việc mở đường rò chính qua cơ thắt có thể làm cùng thì 2, nếu rò cao thì đặt chỉ không tiêu hoặc cao su thắt lại từ từ.

- Cắt mở hoàn toàn đường rò.

- Lấy bỏ đường xơ rò

- Cắt đường rò và đặt seton

Bệnh nhân sau mổ được sử dụng kháng sinh và giảm đau sau mổ, ngâm hậu môn bằng thuốc tím pha loãng ngày hai lần, chăm sóc và rửa sạch vết mổ bằng nước muối sinh lý cho đến khi tổ chức hạt lên tốt, đáy vết mổ không còn vết mổ và sẹo liền tốt.

2.3. Kết quả sau phẫu thuật

Các chỉ số liên quan đến phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật: tính từ khi bắt đầu rạch da bệnh nhân cho đến khi kết thúc phẫu thuật, thời gian tính bằng phút. Thời gian nằm viện: ngày nằm viện được tính từ ngày bệnh nhân được phẫu thuật cho đến ngày bệnh nhân ra viện.

Kết quả và biến chứng sớm sau mổ:

- Chảy máu sau mổ: Do cầm máu không kỹ. Nếu chảy ít chỉ cần nhét gạc, băng ép. Chảy nhiều nếu không thể cầm máu bằng băng ép thì cần mổ lại kiểm tra và khâu cầm máu.

- Đau sau mổ: Đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS (Visual analogue scale)

- Tình trạng rối loạn tiểu tiện: Tiểu khó: chòem ảm và kích thích bàng quang trên xương mu. Bí tiểu: có cầu bàng quang, đặt sonde tiểu và rút sonde sau 24 giờ.

- Viêm tấy lan tỏa: Rạch rộng dẫn lưu tổn thương và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Nhiễm khuẩn huyết: Cấy máu khi sốt cao và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Mất tự chủ hậu môn sau mổ: Chia độ theo phân loại của Parks A.G: Mất tự chủ hậu môn độ 0: tự chủ hậu môn hoàn toàn bình thường. Mất tự chủ hậu môn độ I: không chủ động kìm giữ được khí nhưng vẫn giữ được phân lỏng và phân rắn. Mất tự chủ hậu môn độ II: không kìm giữ được khí và phân lỏng nhưng vẫn giữ được phân rắn. Mất tự chủ hậu môn độ III: không kìm giữ được khí, phân lỏng và phân rắn.

- Chia mức độ hẹp hậu môn theo đường kính hậu môn: Độ 0: đường kính hậu môn bình thường. Độ 1: hẹp nhẹ, hậu môn đứt lốt ngón trỏ hoặc van Hill - Ferguson cỡ M. Độ 2: hẹp vừa, hậu môn đứt ngón trỏ hoặc van Hill - Ferguson cỡ M rất khó và chặt. Độ 3: hẹp nặng, cả ngón út và van Hill - Ferguson cỡ S đều không đứt lốt, chỉ khi nong giãn ra mới đứt được.

Kết quả gần và xa sau mổ: Tiến hành hẹn tái khám và kiểm tra cho bệnh nhân sau mổ: sau 1 - 3 tháng, sau 6 tháng, 12 tháng.

2.4. Xử lý số liệu

Theo các phương pháp thống kê y học: SPSS 20.0 và Excel 2007

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm về tuổi, giới, tiền sử mổ rò hậu môn

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số bệnh nhân	%
Nam	39	86,7
Nữ	6	13,3
Tổng	45	100

Bệnh hay gặp ở nam giới 86,7% và tỷ lệ nam/nữ là 6,5/1.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật...

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
21 - 40	14	31,1
41 - 60	28	62,2
> 60	3	6,7
Tổng	45	100

Tuổi trung bình $47,3 \pm 11,8$, thường gặp trong độ tuổi lao động từ 21 - 60 chiếm 93,3%, tuổi nhỏ nhất 27, tuổi lớn nhất 69.

Bảng 3: Tiền sử phẫu thuật rò hậu môn

Tiền sử phương pháp phẫu thuật, số lần mổ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cắt mở rộng đường rò (1 lần)	37	82,2
Khoét rộng đường rò, khâu lại cơ thắt (2 lần)	5	11,1
Rò móng ngứa làm nhiều thì (3 lần)	3	6,7
Tổng	45	100

Bệnh nhân tiền sử phẫu thuật, chủ yếu mổ cắt mở rộng đường rò (1 lần) chiếm 82,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đau hậu môn	12	71,1
Chảy dịch cạnh hậu môn	39	86,7
Khối sưng nề cạnh hậu môn	7	15,6

Chảy dịch cạnh hậu môn gặp chủ yếu chiếm 86,7%.

Bảng 5: Hình ảnh chụp đường rò có cản quang

Hình ảnh đường rò	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đường rò đơn giản	14	31,1
Đường rò phức tạp	30	66,7
Đường rò móng ngứa	1	2,2
Tổng	45	100

Bảng 6: Số lượng ổ dịch theo kết quả siêu âm phần mềm

Số lượng ổ dịch	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
1 ổ dịch	36	80
2 ổ dịch	6	13,3
≥ 3 ổ dịch	3	6,7
Tổng	45	100

Bảng 7: Kết quả chụp đường rò trên MRI

Hình ảnh đường rò	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Rò xuyên cơ thắt thấp	10	22,3
Rò xuyên cơ thắt trung gian	18	40
Rò xuyên cơ thắt cao	1	2,2
Rò móng ngứa	1	2,2
Tổng	30	66,7

3.3. Thời gian và phương pháp phẫu thuật

Bảng 8: Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (Phút)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
40 - 50	14	31,1
51 - 60	20	44,5
> 60	11	24,4
Tổng	45	100

Bảng 9: Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cắt mở rộng đường rò	16	35,6
Khoét lấy bỏ đường rò và khâu lại cơ thắt	6	13,3
Cắt đường rò + lấy bỏ tổ chức xơ	21	46,7
Đặt seton	2	4,4
Tổng	45	100

3.4. Kết quả phẫu thuật

Bảng 10: Thời gian nằm viện

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
< 5	4	8,9
5 - 7	32	71,1
> 7	9	20
Tổng	45	100

Trung bình: $6,5 \pm 1,3$ ngày

Bảng 11: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Chảy máu	3	6,7
Tiểu khó	5	11,1
Bí tiểu	4	8,9
Viêm tấy lan tỏa	2	4,4
Tổng	14	31,1

Bảng 12: Biến chứng sau 1 - 3, 6, 12 tháng

Biến chứng xa		1 - 3 tháng		6 tháng		12 tháng	
		Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Mất tự chủ hậu môn	Độ I	3	6,7	2	4,4	1	2,2
	Độ II	1	2,2	0	0	0	0
Hẹp hậu môn		0	0	0	0	0	0
Tái phát lại		0	0	0	0	1	2,2
Tổng		4	8,9	4,4	0	2	4,4

V. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Tuổi: nghiên cứu này, có 45 bệnh nhân, tuổi trung bình $47,3 \pm 11,8$ thường gặp nhất trong độ tuổi lao động từ 21 - 60 chiếm 93,3%, tuổi nhỏ nhất 27, lớn nhất 69. Theo Nguyễn Hoàng Hòa, tuổi trung bình $41,38 \pm 13,87$, hay gặp nhất từ 21 - 60 chiếm 85,6%, tuổi nhỏ nhất 14, lớn nhất 80 [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như thống kê của các tác giả khác đã cho thấy, rò hậu môn gặp nhiều nhất trong độ tuổi lao động. Vì lứa tuổi từ 21 - 60 chiếm phần đông trong xã hội, các tuyến ở hậu môn hoạt động mạnh dễ lan truyền vi khuẩn giữa các tuyến với nhau. Giới: nghiên cứu này có 39 nam, 6 nữ bệnh hay gặp ở nam giới chiếm 86,7% và tỷ lệ nam/nữ là 6,5/1. Theo Nguyễn Hoàng Hòa, nghiên cứu có 97 bệnh nhân nam và 14 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ là 6,9/1 [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả này

4.2. Lâm sàng, cận lâm sàng

Các triệu chứng thường gặp, chảy dịch cạnh hậu môn, đau hậu môn, khối sưng nề cạnh hậu môn. Tùy thuộc vào giai đoạn bệnh mà triệu chứng vào viện của bệnh nhân có thể khác nhau. Với giai đoạn áp

xe thì người bệnh đến viện với lý do chính là sưng đau vùng hậu môn. Với giai đoạn rò thì lý do phổ biến là chảy dịch, mủ từng đợt tái diễn. Nghiên cứu của chúng tôi, chảy dịch cạnh hậu môn gặp chủ yếu chiếm 86,7%. Theo Nguyễn Hoàng Hòa cho thấy triệu chứng chảy dịch, mủ cạnh hậu môn là lý do thường gặp nhất để bệnh nhân vào viện chiếm 81,1% [2]. Phù hợp với kết quả của các y văn kinh điển.

Chụp đường rò có cản quang đơn giản nhất, không yêu cầu kỹ thuật cao có thể thực hiện ở tuyến cơ sở, chụp đường rò cản quang chỉ thực hiện khi đường rò có lỗ rò ngoài [6]. Nghiên cứu này, 45 bệnh nhân chụp đường rò có thuốc cản quang chiếm 100%. Theo Nguyễn Xuân Hùng, chụp đường rò cho hình khá rõ ở 32,6% các trường hợp [5]. Siêu âm phần mềm quanh hậu môn để chẩn đoán rò hậu môn, là kỹ thuật có thể xác định hướng đi của đường rò, sự liên quan giữa ổ áp xe và đường rò, để thực hiện không cần chuẩn bị nhiều vùng hậu môn, ít ảnh hưởng đến bệnh nhân và hiệu quả về kinh tế. Nghiên cứu này, siêu âm phát hiện một ổ dịch chiếm 80%, hai ổ dịch chiếm 13,3%. Theo Hwang J. Y, siêu âm phần mềm vùng quanh hậu môn 64 bệnh nhân, tìm thấy 62 đường rò trong 46/64 bệnh nhân chiếm 71,8%, 33

bệnh nhân tìm thấy một đường rò, 13 bệnh nhân phát hiện thấy đường rò nhiều hơn hai đường và 18 bệnh nhân không tìm thấy đường rò [7].

Chụp MRI trong rò hậu môn, có độ nhạy 97%, độ đặc hiệu 100% phát hiện đường rò, đóng vai trò chính trong đánh giá rò hậu môn trước phẫu thuật và có vai trò chủ yếu giúp quyết định điều trị đúng rò hậu môn vì chiến lược điều trị phải theo từng kiểu rò và mức độ liên quan với các cấu trúc xung quanh. MRI nhận diện và định vị toàn bộ đường rò, lỗ rò ngoài, đường rò chính, lỗ rò trong, các đường rò thứ phát và áp xe [6, 8]. Nghiên cứu này, chúng tôi phân loại đường rò theo tác giả Parks cũng như tác giả Tống Anh Vũ và cộng sự [9], kết quả chụp MRI cho thấy, rò xuyên cơ thắt thấp chiếm 30%, rò xuyên cơ thắt trung gian chiếm 60%, rò ngoài cơ thắt chiếm 6,7%. Theo Lê Thị Diễm, MRI có thể trở thành phương pháp đánh giá rò hậu môn trước phẫu thuật với độ chính xác cao. Tỷ lệ phù hợp so với phẫu thuật trong phân loại đường rò chính 90% trường hợp, trong đó loại rò xuyên cơ thắt chiếm đa số 84% và có tỷ lệ phù hợp 89%. Tỷ lệ phù hợp trong xác định vị trí lỗ trong 87% trường hợp. MRI có khả năng xác định đúng tổn thương lan rộng 90% trường hợp, đặc biệt là dạng rò móng ngựa 9/9 trường hợp [10]. Chiến lược điều trị phù hợp dựa vào chẩn đoán chính xác vị trí lỗ rò, kiểu đường rò, áp xe và thương tổn liên quan. Cộng hưởng từ có độ phân giải cao, giúp đánh giá và phân loại đường rò. Theo phân loại của Parks, có bốn loại đường rò: gian cơ thắt, xuyên cơ thắt, trên cơ thắt và ngoài cơ thắt. Theo Viện trường ST. James phân loại rò hậu môn có 5 độ trên MRI: độ 1 rò hậu môn gian cơ thắt đơn giản, độ 2 rò hậu môn gian cơ thắt với áp xe hay đường rò thứ phát, độ 3 rò hậu môn xuyên cơ thắt, độ 4 rò hậu môn xuyên cơ thắt kèm áp xe hay rò thứ phát trong khoang ngòai hậu môn, độ 5 rò hậu môn trên cơ nâng và xuyên cơ nâng. Phân độ này giúp cho phẫu thuật viên ngoại tiêu hóa chỉ định kỹ thuật mổ phù hợp, chính xác, mang lại kết quả cao [1, 9].

4.3. Phương pháp và kết quả phẫu thuật

Nguyên tắc điều trị rò hậu môn, dù đơn giản hay phức tạp hoặc tái phát thì phải điều trị bằng phẫu thuật, phải xác định lỗ rò ngoài, lỗ rò trong, các ổ áp xe, xác định chính xác hướng đi của đường rò chính và đường rò thứ phát, lấy hết tổ chức xơ, phá hết các ngóc ngách và bảo tồn cơ thắt tối đa. Trong

nghiên cứu này, khi chẩn đoán rò hậu môn tái phát. Chúng tôi dựa vào thăm khám lâm sàng xác định vị trí đường rò, lỗ rò ngoài, lỗ rò trong và kết hợp chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là cộng hưởng từ đánh giá, phân loại rò hậu môn theo Parks dựa vào hệ thống cơ thắt, chỉ định phương pháp phẫu thuật: rò xuyên cơ thắt thấp: cắt mở rộng đường rò 35,6%; rò xuyên cơ thắt trung gian: cắt đường rò + lấy bỏ tổ chức xơ 46,7%, khoét lấy bỏ đường rò và khâu lại cơ thắt 13,3%; rò trên cơ thắt và rò móng ngựa đặt Seton 4,4%. Theo Nguyễn Hoàng Hòa, mở rộng đường rò hoàn toàn 40,5%, trong đó 60% áp dụng cho rò xuyên cơ thắt trung gian và 40% với rò xuyên cơ thắt cao. Lấy bỏ đường rò 37,9%, trong đó rò trung gian có 78,6% và rò cao 21,4%. Đặt Seton 15,3%, trong đó 82,4% chỉ định cho rò xuyên cơ thắt cao, 17,6% áp dụng cho rò trên cơ thắt [2].

Nghiên cứu này, thời gian nằm viện trung bình là $6,5 \pm 1,3$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 9 ngày. Thời gian nằm viện trên 5 ngày là những bệnh nhân cắt mở rộng đường rò kết hợp lấy bỏ tổ chức xơ, khoét lấy bỏ đường rò khâu lại phần cơ thắt vì khi rò hậu môn tái phát tổ chức bị viêm mạn tính và tổ chức xơ hóa nhiều nên khi phẫu thuật lấy hết tổ chức xơ đến tổ chức lành do đó phải khoét, mở rộng rãi đường rò nên quá trình liền vết mổ chậm liền hơn. Bệnh nhân có biến chứng sớm sau mổ: chảy máu 6,7%, tiểu khó 11,1%, bí tiểu 8,9%, viêm tấy lan tỏa 4,4%. Bệnh nhân chảy máu 3 trường hợp: 2 bệnh nhân băng ép cầm máu, 1 bệnh nhân chảy máu nhiều phải chuyển lên phòng mổ khâu cầm máu, 5 bệnh nhân tiểu khó phải chườm nước nóng trên xương mu kết hợp xoa bóp thì bệnh nhân tiểu tiện được, 4 bệnh nhân bí tiểu phải đặt xông tiểu, 2 bệnh nhân viêm tấy lan tỏa phải dùng kháng sinh mạnh liều cao sau đó bệnh ổn định.

Sau khi bệnh nhân xuất viện được cấp giấy hẹn tái khám tại khoa phẫu thuật trong bệnh viện, thời gian hẹn tái khám sau mổ: sau 1 - 3 tháng, sau 6 tháng, 12 tháng. Khi bệnh nhân tái khám cần kiểm tra quá trình liền vết mổ, xem còn rỉ dịch hay không, mất độ tự chủ hậu môn theo phân độ của Parks, bị tái phát lại hay không. Kết quả trong thời gian theo dõi: mất tự chủ hậu môn độ I là 6,7%, độ II là 2,2%, tái phát lại là 2,2%. Theo Nguyễn Hoàng Hòa, thời gian nằm viện trung bình là $4,4 \pm 1,8$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 11 ngày. Chảy máu trong mổ 10,8%

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật...

phải khâu cầm máu, có 10,8% bí tiểu phải đặt thông tiểu và rút sau 24 giờ bệnh nhân đều đi tiểu tốt, mất tự chủ hậu môn ngay sau mổ 31,53%: mất tự chủ độ I là 30,6% và mất tự chủ độ II là 0,9% [2].

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác rò hậu môn tái phát, chỉ định phương pháp phẫu thuật điều trị thích hợp mang lại kết quả cao, biến chứng thấp, thời gian mổ ngắn, thời gian nằm viện ngắn, cần tôn trọng các nguyên tắc phẫu thuật để tránh rối loạn tự chủ hậu môn và tái phát lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Đức Hạ, Nguyễn thi Thắm, Phạm Thị Thanh Xuân. Nhận xét vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rò hậu môn tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng, năm 2019 - 2020. Y học Việt Nam. 2021;500:197-200.
2. Nguyễn Hoàng Hòa. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp, Luận án tiến sĩ y học, Hà Nội. 2016:1-124.
3. Nguyễn Ngọc Ánh và cộng sự. Kết quả điều trị rò hậu môn móng ngựa tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2018;113:23-30.
4. Nguyễn Trung Tín , Bùi Xuân Cường. Kết quả điều trị áp xe hậu môn bằng phương pháp cột thun bó cơ thắt ngay khi rạch tháo mũ. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012;16:126-131.
5. Nguyễn Xuân Hùng. Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2003 - 2006. Y học Việt Nam. 2008;1:45-51.
6. Sun MR, Smith MP, Kane RA. Current techniques in imaging of fistula in ano: three-dimensional endoanal ultrasound and magnetic resonance imaging. Semin Ultrasound CT MR. 2008;29:454-71.
7. Hwang JY, Yoon HK, Kim WK, Cho YA, Lee JS, Yoon CH, et al. Transperineal ultrasonography for evaluation of the perianal fistula and abscess in pediatric Crohn disease: preliminary study. Ultrasonography. 2014;33:184-90.
8. Dominguez A, Pitrella A, Noceti M. Perianale fistulas: Magnetic Resonance Characterization. Rev. Argent. Radiol. 2017;81:129-134.
9. Tống Anh Vũ, Đinh Trung Thành, Phạm Hồng Đức. Vai trò của cộng hưởng từ trước phẫu thuật trong chẩn đoán rò hậu môn. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;145:195-202.
10. Lê Thị Diễm và cộng sự. Bước đầu khảo sát giá trị cộng hưởng từ của rò hậu môn. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;14:51-56.