

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

NGUYỄN PHỔ

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CỘNG HƯỞNG TỪ
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT RÒ HẬU
MÔN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ
VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀNG TUẤN TỈNH
SÓC TRĂNG 2022 - 2023**

Chuyên ngành: Ngoại Khoa

Mã số: 8720104

LUẬN VĂN THẠC SĨ

Hướng dẫn khoa học:

1.TS.BS. Nguyễn Văn Hai

2.TS.BS. Lữ Văn Trạng

CẦN THƠ – 2023

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận văn là trung thực, khách quan và chưa từng được công bố ở bất kỳ nơi nào.

Tác giả luận văn

Nguyễn Phổ

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn tốt nghiệp, tôi đã nhận được sự chỉ dẫn, giúp đỡ tận tình của quý thầy cô, quý đồng nghiệp.

Tôi xin chân thành gửi lời cảm ơn đến Ban Giám hiệu, tập thể Khoa Y, Bộ môn Ngoại của trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Khoa Ngoại Tổng hợp của Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng đã chấp thuận và tạo điều kiện cho tôi làm đề tài nghiên cứu này.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến TS.Bs Nguyễn Văn Hai và TS.Bs Lữ Văn Trạng, hai người thầy đã trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện luận văn với tất cả nhiệt tình và tâm huyết.

Xin cảm ơn thư viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã cung cấp cho tôi nhiều tài liệu và thông tin quý giá.

Tôi xin chân thành cảm ơn tất cả bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Cuối cùng, xin cảm ơn nguồn động viên to lớn từ gia đình, bạn bè - những người đã luôn đồng hành và giúp đỡ tôi trong suốt thời gian qua.

Tác giả luận văn

Nguyễn Phổ

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN

LỜI CẢM ƠN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC CÁC BẢNG

MỞ ĐẦU	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Giải phẫu và sinh lý rò hậu môn - trực tràng	3
1.2. Chẩn đoán rò hậu môn	6
1.3. Điều trị rò hậu môn	15
1.4. Tình hình nghiên cứu về các đặc điểm và kết quả điều trị rò hậu môn ...	20
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu	25
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	26
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.....	39
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	40
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	40
3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học	43
3.3. Kết quả điều trị.....	47
Chương 4 BÀN LUẬN	56
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	56
4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học	58
4.3. Kết quả điều trị.....	61
KẾT LUẬN.....	70
KIẾN NGHỊ.....	71

TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Phân viết tắt	Phân viết đầy đủ
BN	Bệnh nhân
CS	Cộng sự
HM	Hậu môn
HM - TT	Hậu môn - trực tràng
CHT	Cộng hưởng từ
PT	Phẫu thuật
RHM	Rò hậu môn
SANS	Siêu âm nội soi
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm giá trị đo lường cường độ đau)

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	41
Bảng 3.2. Nghề nghiệp.....	41
Bảng 3.3. Tiền sử điều trị rò hậu môn	42
Bảng 3.4. Bệnh lý nội khoa mạn tính.....	42
Bảng 3.5. Số lượng lỗ bên ngoài hậu môn.....	44
Bảng 3.6. Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn	44
Bảng 3.7. Vị trí của lỗ ngoài so với đường ngang hậu môn	45
Bảng 3.8. Số lượng lỗ rò trong xác định bằng que thăm dò khi phẫu thuật ...	45
Bảng 3.9. Số lượng lỗ trong	46
Bảng 3.10. Phân loại theo Đại học St James (MRI)	46
Bảng 3.11. Tỷ lệ tìm thấy đường rò trên siêu âm nội soi trực tràng.....	46
Bảng 3.12. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện.....	47
Bảng 3.13. Phương pháp phẫu thuật	47
Bảng 3.14. Tai biến trong lúc mổ.....	48
Bảng 3.15. Biến chứng sớm sau mổ.....	49
Bảng 3.16. Đi tiêu không tự chủ sau phẫu thuật.....	50
Bảng 3.17. Hẹp hậu môn sau phẫu thuật.....	51
Bảng 3.18. Rò hậu môn tái phát sau phẫu thuật.....	52
Bảng 3.19. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.....	53
Bảng 3.20. Điểm câu hỏi chất lượng cuộc sống	54

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Thiết đồ đứng ngang qua giữa HM - TT.....	3
Hình 1.2. Định luật Goodsall	9
Hình 1.4. Hình ảnh đường rò xuyên cơ thắt.....	11
Hình 1.5. Đường rò xuyên cơ thắt có nhánh phụ.....	12
Hình 1.7. Phân loại đường rò hậu môn theo Parks	14
Hình 1.11. Vết rạch hậu môn	16
Hình 1.12. Xác định lỗ rò trong và đường rò bằng bơm chất màu	17
Hình 1.13. Tách riêng và cột cắt đường rò vùng gian cơ thắt.....	18
Hình 1.14. Lỗ rò trong, VAAFT	19
Hình 2.1. Hệ thống máy chụp CHT (HITACHI Airis Vento 0.3T).....	30

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ giới tính bệnh nhân rò hậu môn	40
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân rò hậu môn	43
Biểu đồ 3.4. Kết quả chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật	55

MỞ ĐẦU

Rò hậu môn (Anal fistula) là bệnh rất thường gặp ở vùng hậu môn (HM), đứng thứ 2 sau bệnh trĩ [3], [9]. Tỷ lệ mắc trong cộng đồng khoảng 10/100.000 người, thường gặp ở lứa tuổi trung niên, tỷ lệ nam/nữ khoảng 3/1 [3], [9], [56]. Bệnh rò hậu môn (RHM) có thể kéo dài nhiều tháng, nhiều năm, tuy không gây nguy hiểm chết người, nhưng làm cho bệnh nhân (BN) có nhiều phiền toái trong sinh hoạt, trong cuộc sống, ảnh hưởng không ít đến năng suất lao động [3], [22].

Trên lâm sàng chia rò hậu môn thành hai loại theo Hội phẫu thuật (PT) đại trực tràng Hoa Kỳ gồm rò đơn giản và rò phức tạp [71]. Đối với rò hậu môn đơn giản, điều trị tương đối nhẹ nhàng, nhanh chóng và hiệu quả tốt; còn với rò hậu môn phức tạp, việc chẩn đoán và điều trị không đơn giản, tỷ lệ tái phát và biến chứng cao, làm tốn nhiều thời gian, tiền bạc, ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tại Việt Nam bệnh nhân có thể đến khám ở mọi tuyến bệnh viện, nhưng chẩn đoán và điều trị còn rất khác nhau vì chưa có phác đồ thống nhất. Các nghiên cứu chủ yếu về bệnh lý rò hậu môn nói chung, rất ít các nghiên cứu riêng về chẩn đoán và điều trị rò hậu môn phức tạp. Chẩn đoán bệnh thường dựa vào lâm sàng bằng việc hỏi bệnh sử và thăm khám cẩn thận [9], [19]. Tuy nhiên, để chẩn đoán chính xác đường đi của đường rò lỗ rò trong, chúng ta cần thêm chẩn đoán hình ảnh, mà hiện tại phương tiện sẵn có được đánh giá tốt nhất là chụp cộng hưởng từ (CHT) đường rò [7], [19], [69], rất hữu ích cho phẫu thuật viên trong điều trị, làm giảm đáng kể tỷ lệ thất bại cũng như tai biến, biến chứng và những di chứng sau phẫu thuật. Ngoại khoa là điều trị được lựa chọn hàng đầu ở các nước và ở Việt Nam [19], [35].

Tuy vậy, biến chứng của phẫu thuật rò hậu môn nói chung và rò hậu môn phức tạp nói riêng là tái phát và đi tiêu không tự chủ sau mổ [39], tỷ lệ các biến chứng sau mổ với kết quả phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào thương tổn đơn giản hay phức tạp của ổ áp xe, đường rò, cũng như trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật, chăm sóc vết thương sau mổ... và rất khác nhau ở các nghiên cứu [8]. Do đó việc theo dõi và đánh giá sau mổ là rất cần thiết để giảm thiểu biến chứng và tái phát, nâng cao hiệu quả phẫu thuật, hạn chế suy giảm chất lượng cuộc sống về sau của bệnh nhân.

Xuất phát từ những vấn đề trên, để ứng dụng những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh, cũng như có những luận cứ khoa học về kết quả điều trị RHM. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật rò hậu môn tại bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ và bệnh viện Đa Khoa Hoàng Tuấn Tỉnh Sóc Trăng 2022 - 2023”**, với hai mục tiêu sau đây:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ rò hậu môn tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật rò hậu môn tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng*

Chương 1

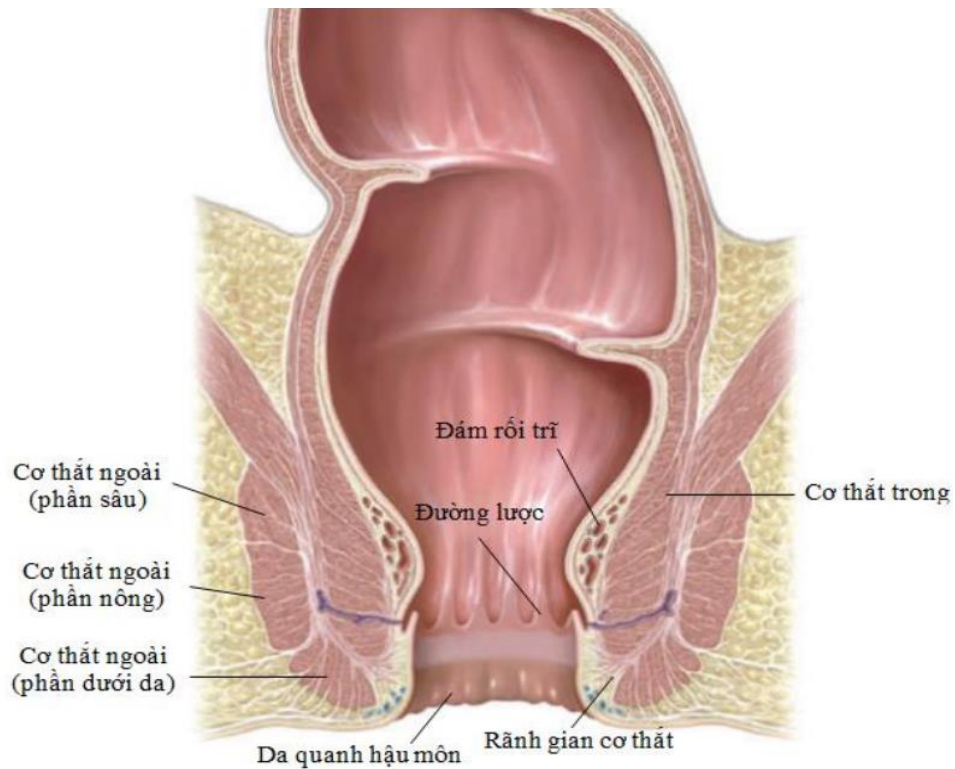
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu và sinh lý rò hậu môn - trực tràng

1.1.1. Giải phẫu hậu môn - trực tràng

1.1.1.1. Hình thể và cấu tạo

Trực tràng và ống HM là đoạn cuối cùng của ống tiêu hóa [5], [9].



Hình 1.1. Thiết đồ đứng ngang qua giữa HM - TT

Nguồn: Heald R.J., Moran B.J. (1998) [42]

* **Hình thể ngoài:** trực tràng (TT) là đoạn cuối cùng của ống tiêu hóa, ống HM là phần thấp nhất của TT [9].

- Trực tràng: đóng vai trò là nơi chứa phân [34], dài 12-15 cm, chia làm hai đoạn, phần trên phình to để chứa phân gọi là bóng trực tràng, dài 10-12 cm. Phần dưới hẹp để giữ và thải phân gọi là ống HM dài 2-3 cm [9].

- Giới hạn của ống HM: theo các bác sĩ giải phẫu, ống HM giải phẫu được giới hạn ở phía ngoài là lỗ HM và phía trong là đường lược, nên chỉ dài khoảng 1-1,5 cm. Theo các phẫu thuật viên: ống HM PT được giới hạn ở phía ngoài cũng là lỗ HM, phía trong là đường hay vòng hậu môn trực tràng (HM – TT) cao hơn đường lược 1,5 cm, vì vậy phẫu thuật viên mô tả ống HM dài 3 cm [9].

* **Hình thể trong:** ống HM được lót bởi da nhẵn không có lông, cao khoảng 1 cm màu đỏ tím vì có nhiều đám rối tĩnh mạch.

* **Các tuyến cạnh HM:** là những ống chia nhánh, có phần chế tiết nằm ở tầng dưới niêm mạc, còn các ống bài xuất thì đi xuyên qua lớp đệm rồi đổ chất tiết vào lòng ống HM, nơi đường lược.

1.1.1.2. Hệ thống cơ thắt HM - TT

Các cơ vùng HM có tác dụng nâng và thắt ống HM [9].

Cơ thắt trong: thuộc hệ cơ trơn là lớp cơ vòng của thành ruột, đi liên tục từ trên xuống, đến HM thì dày lên, to ra để tạo nên cơ thắt trong [5], [9], [60].

Cơ thắt ngoài: thuộc hệ cơ vân có hình dáng bên ngoài dạng elip và dày khoảng 8mm, được chia thành ba phần: phần sâu, phần nông, phần dưới da [5], [9].

Cơ dọc kết hợp: cơ dọc của thành ruột đi từ trên xuống, hòa lẫn với các sợi của cơ nâng HM và các mô sợi đàn hồi tạo nên cơ dọc kết hợp [9].

1.1.1.3. Các đường giới hạn vùng HM - TT

Có bốn đường chạy vòng quanh khắp chu vi lòng ống HM gồm: đường HM – da, đường liên cơ thắt, đường lược, đường HM – TT[9].

1.1.1.4. Các khoang quanh HM - TT

Niêm mạc, các cơ riêng của HM - TT cùng với các cơ trong vùng và các thành vách của khung chậu tạo nên các khoang [9].

Khoang dưới niêm mạc: nằm giữa niêm mạc của phần trên ống HM và cơ thắt trong. [5], [9].

Khoang quanh HM: nằm ở nông, bao quanh ống HM. Ở phía ngoài liên tục với lớp mỡ dưới da của mông.

Khoang ụ ngồi - trực tràng: có đỉnh là cơ nâng HM và đáy là da tầng sinh môn.

Khoang liên cơ thắt: nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, ngang mức và ở phía trong khoang ụ ngồi-trực tràng.

Khoang trên cơ nâng: nằm ở mỗi bên trực tràng. Thành trên là phúc mạc, thành dưới là cơ nâng HM, thành ngoài là vách chậu, thành trong là trực tràng.

Khoang sau HM nông: nằm phía sau HM, dưới dải HM - cụt, tiếp nối khoang ụ ngồi - trực tràng phải và trái.

Khoang sau HM sâu: cũng giống như khoang sau HM nông nhưng nó ở sâu hơn, nằm phía trên dải HM - cụt.

Khoang sau trực tràng: nằm ở giữa 2/3 trên trực tràng và xương cùng. [9].

1.1.1.5. Mạch máu và thần kinh

Tĩnh mạch: gồm tĩnh mạch trực tràng trên hay tĩnh mạch trĩ trên, tĩnh mạch trực tràng giữa hay tĩnh mạch trĩ giữa, tĩnh mạch trực tràng dưới hay tĩnh mạch trĩ dưới

Động mạch: toàn bộ trực tràng và HM được cung cấp bởi [9]: Động mạch trực tràng trên, động mạch trực tràng giữa, động mạch trực tràng dưới, động mạch cùng giữa [18], [67].

Thần kinh: gồm dây thần kinh sống và dây thần kinh thực vật.

1.1.2. Sinh lý chức năng tự chủ của hậu môn

1.1.2.1. Yếu tố cơ học

Vị trí gập góc của đại tràng chậu hông và các van Houston của trực tràng có tác dụng làm chậm đưa phân qua trực tràng. Khối lượng phân này khá nặng nên càng làm góc gập nhiều hơn và ngăn cản phân đi xuống [5], [9].

1.1.2.2. Yếu tố sinh lý

Trực tràng có các hoạt động co thắt mạnh và thường xuyên hơn đại tràng chậu hông, nhằm kháng lại sự đẩy phân từ trên xuống dưới.

1.1.2.3. Yếu tố cơ thắt

Là yếu tố quan trọng liên quan đến khả năng tự chủ của HM, là vùng áp suất cao trong ống HM lúc nghỉ (25-120 mmHg) tạo một rào cản hiệu quả chống lại áp suất trong trực tràng (5-20 mmHg).

1.1.2.4. Yếu tố giải phẫu

- Góc HM - TT: Góc này tạo bởi trục của trực tràng và trục của ống HM
 - Van ép hai bên: sự tăng cường bảo vệ không cho phân thoát ra có được là do áp suất ổ bụng được truyền tới vị trí cơ nâng HM.
 - Van ép một bên: Phần vách của niêm mạc trực tràng trước, phần vách này bị cơ mu trực tràng kéo xuống tại góc HM - TT, nằm đè lên đầu trên của ống HM.
 - Các lực quanh ống HM: các lực ép xung quanh phần đầu ống HM mạnh nhất ở phía sau, yếu hơn ở hai bên và yếu nhất ở phía trước. Khi có kìm nén đại tiện, sẽ có cảm giác đau bụng cho đến khi đại tiện.
 - Cơ thắt ngoài: có tác dụng bổ sung cho việc kìm giữ hoạt động đại tiện.
- [9].

1.2. Chẩn đoán rò hậu môn

Rò hậu môn là bệnh phổ biến thứ hai của vùng hậu môn trực tràng sau bệnh trĩ, bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng nguyên nhân do nhiễm trùng

khe tuyến hậu môn chiếm đa số (hơn 90% trường hợp). Rò hậu môn không nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân nhưng các triệu chứng của bệnh gây cho bệnh nhân những khó chịu kéo dài và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Hiệu quả điều trị rò hậu môn còn tùy thuộc vào tính chất đường rò. Đối với rò hậu môn đơn giản điều trị tương đối nhẹ nhàng, nhanh chóng và hiệu quả tốt.

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

1.2.1.1. Giai đoạn cấp tính (áp xe)

*** Triệu chứng cơ năng:**

- Triệu chứng chính là đau. Đau vùng HM và lan ra xung quanh [9], [64].
- Đau âm ỉ liên tục, đau tăng khi đi lại, khi ngồi, ho, rặn và đại tiện [9].
- Áp xe nông có thể rất đau, phù nề quanh HM.
- Áp xe sâu hơn sẽ ít đau nhưng có những triệu chứng nhiễm độc (sốt, ớn lạnh, khó chịu).

*** Triệu chứng toàn thân:**

Có các triệu chứng của nhiễm trùng cấp tính, BN có thể sốt (39-40 độ), nhiệt độ có thể tăng cao trong vài ngày đầu rồi hạ dần. Người mệt mỏi, bứt rứt, đêm không ngủ, không dám ăn vì sợ phải đi đại tiện [9], [64].

*** Triệu chứng thực thể:**

- Thấy một chỗ da bóng sưng, phồng, không giới hạn rõ, thường cách HM vài cm. Sau vài ngày, chỗ tấy đỏ giới hạn rõ rệt với 1 chấm trắng ở giữa, mũ đã hình thành, khi áp xe vỡ thấy một vài giọt mủ trắng loãng từ trong HM chảy ra.
- Thăm khám HM - TT: Ngón tay sờ thấy một chỗ phồng nhỏ, nằm bất kì vị trí nào của chu vi ống HM. Niêm mạc chỗ sưng trơn láng, ấn nhẹ rất đau.
- Trong trường hợp khó phân biệt, sử dụng siêu âm nội soi (SANS) để xác định vị trí, độ lớn và tính chất tổn thương nhưng rất hạn chế vì gây đau cho BN.

1.2.1.2. Giai đoạn rò

* **Triệu chứng cơ năng:**

- Thấy một khối phòng nhỏ trước đó vài tuần hay vài tháng, khối phòng sưng tấy tự vỡ hay được rạch dẫn lưu. Kéo dài nhiều tháng nhiều năm không hết [9].

- BN bị chảy nước vàng kéo dài ở lỗ rò HM, thấy phân xì ra ở lỗ rò khi đi trung tiện hoặc đại tiện.

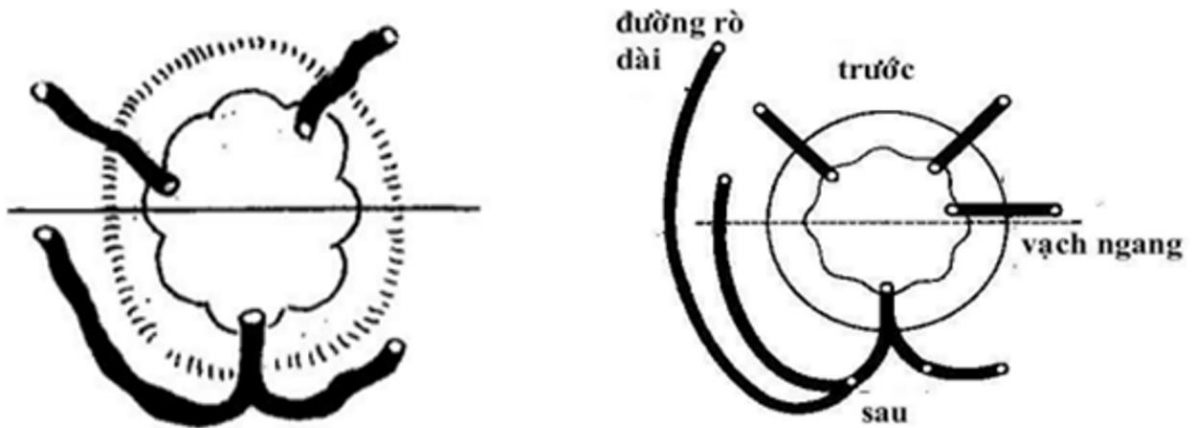
* **Triệu chứng thực thể:**

- Thấy bất thường ở vùng da xung quanh lỗ HM, thỉnh thoảng có mũ từ trong lòng HM chảy ra.

- Cạnh HM có một nốt sần, có lỗ ở giữa, ấn nốt sần có thể thấy một ít mũ hay nước vàng theo lỗ chảy ra. Sờ nắn phần da giữa nốt sần và HM có cảm giác chạm một dây cứng.

- Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa HM có nhiều vị trí, có trường hợp trên 10cm.

* **Định Luật Goodsall (1900):** BN nằm tư thế sản khoa, kẻ một đường ngang đi qua lỗ HM. Trường hợp rò mà lỗ ngoài nằm ở trước đường ngang thì đường rò theo đường nan hoa sẽ đi thẳng vào đường lược. Trong loại rò mà lỗ ngoài nằm sau đường ngang thì lỗ trong nằm ở vị trí 6h. Trong khi mổ, định luật này giúp phẫu thuật viên tìm lỗ trong.[9].



Hình 1.2. Định luật Goodsall

Nguồn: Lại Viễn Khách (2002) [12]

1.2.2. Hình ảnh học

Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đóng một vai trò hết sức quan trọng giúp tiên lượng và chủ động trong cuộc mổ góp phần hạn chế bỏ sót tổn thương, tránh tái phát [4], [13].

1.2.2.1. Cộng hưởng từ

Chụp CHT (MRI) được nhiều bác sĩ chỉ định trong điều trị RHM, mặc dù chi phí không hề rẻ [70]. Sử dụng MRI trong RHM lần đầu tiên được báo cáo vào đầu những năm 1990. Trong báo cáo ban đầu đó, MRI cho thấy 87,5% phù hợp với PT. CHT có khả năng phân biệt các mô mềm, xác định các vùng bên ngoài ống HM và chứng minh hình ảnh tương thích với mặt phẳng liên quan đến PT. Hiệp hội PT đại trực tràng của Anh và Ireland đã định nghĩa CHT là một kỹ thuật hình ảnh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để chẩn đoán đường rò chính và khuyến nghị kỹ thuật này để đánh giá hình ảnh các đường rò phức tạp hoặc tái phát [45].

Nhờ độ phân giải mô mềm cao của CHT, việc xác định vị trí của đường rò bên trong, xác định các đường chính và phụ mối liên quan của đường rò với

các cơ vòng cũng như sự hiện diện của lỗ rò móng ngựa và áp xe có thể được mô tả chính xác hơn trước PT [7], [44], [45], [63].

Đôi khi lỗ rò bên ngoài có thể lành nhưng vẫn còn áp xe hoặc đường rò nằm sâu, khiến việc chẩn đoán trên lâm sàng trở nên khó khăn. [54].

Trình tự CHT được sử dụng để phân loại lỗ rò trong HM, phân biệt các cấu trúc về mặt giải phẫu (để xác định đường đi của lỗ rò đối với các cấu trúc lân cận), khả năng phát hiện hình ảnh nhiễm trùng (thường là mũ). Nhiều nhà nghiên cứu sử dụng các chuỗi T2W xung nhanh giúp làm nổi bật dịch có cường độ cao trong lỗ rò, đồng thời phân biệt các lớp riêng lẻ của phức hợp cơ vòng HM. Một số nghiên cứu sử dụng hình ảnh STIR với việc bổ sung ảnh chụp T1W để giúp làm rõ giải phẫu, ngoài ra chất cản quang gadolinium có thể được sử dụng thêm. [40].

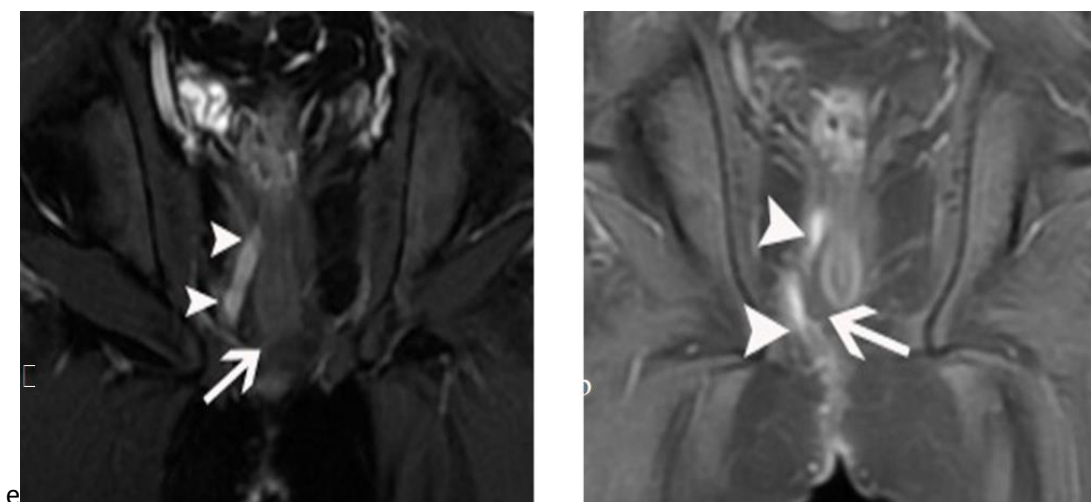
*** Hình ảnh đường rò hậu môn trên cộng hưởng từ**

Theo tính chất, chúng ta chia thành đường rò thể hoạt động và không hoạt động. Theo hình thái, Chúng ta chia ra: đường rò đơn giản, đường rò có nhánh phụ, đường rò cụt, đường rò móng ngựa.

- Đường RHM thể hoạt động thường có hình ảnh:

+ Trên T2W: với đường rò lớn thì tổn thương hình ống khi mặt cắt song song với trục lớn đường rò và có hình tròn hay bầu dục khi mặt cắt vuông góc với đường rò, có thành ngoài giảm tín hiệu, trong lòng tăng tín hiệu so với cấu trúc cơ nhưng giảm tín hiệu hơn so với cấu trúc mỡ xung quanh. Với đường rò nhỏ thì hình ảnh là dải giảm tín hiệu gần như cấu trúc cơ và giảm tín hiệu rõ so với tổ chức mỡ xung quanh, đôi khi rất khó phân biệt đó là đường rò hay chỉ là dải sẹo xơ.

+ Trên T2 xoá mỡ, cho phép quan sát rõ hơn thành phần viêm của đường rò hoạt động với hình ảnh tăng tín hiệu ở các mức độ khác nhau so với cấu trúc cơ thắt và tổ chức mỡ xung quanh [38].



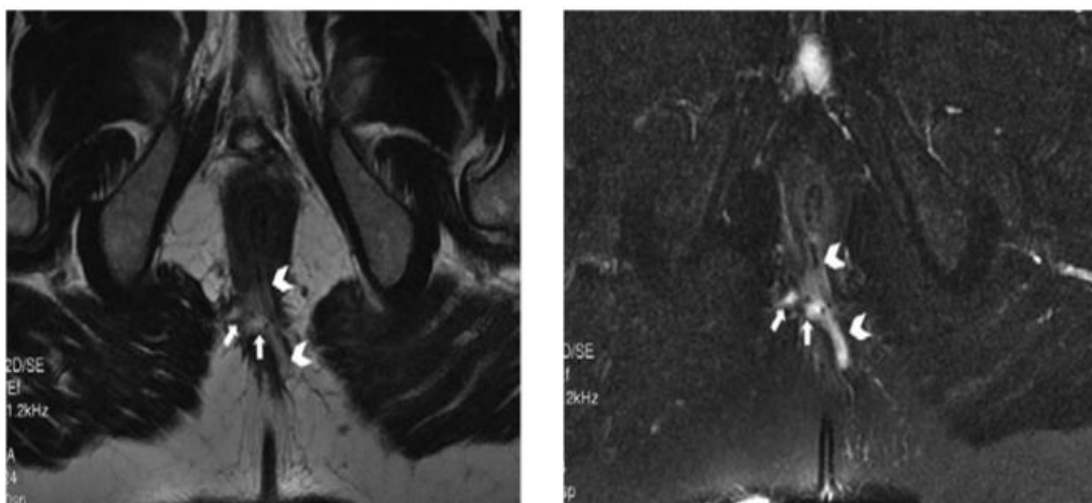
Hình 1.3. Hình ảnh đường rò xuyên cơ thắt. (a) T2 đứng ngang xoá mỡ, (b) T1 đứng ngang xoá mỡ sau tiêm, đường rò (đầu mũi tên), cơ thắt ngoài (mũi tên) (nguồn: Abcarian H. (2014) [32])

+ Đồng tín hiệu với các cơ trên chuỗi xung T1W, T1 xoá mỡ trước tiêm thuốc đối quang từ; sau tiêm thuốc thành đường rò ngấm thuốc ở các mức độ khác nhau.

Thể hiện đặc tính hoạt động của đường rò. Ngấm thuốc sau tiêm cũng tạo điều kiện dễ dàng phát hiện các đường rò chứa ít dịch khó nhận dạng trên các chuỗi xung T2W cũng như T2 xoá mỡ.

- Đường RHM thể không hoạt động: trong đường rò thường không chứa dịch, đường rò chủ yếu là các cấu trúc xơ nên chúng thường đồng tín hiệu hoặc giảm tín hiệu trên T2W, đồng tín hiệu hoặc tăng nhẹ tín hiệu trên T2 xoá mỡ, đồng tín hiệu hoặc tăng nhẹ tín hiệu trên chuỗi xung khếch tán, đồng tín hiệu trên T1 xoá mỡ trước tiêm, ngấm thuốc sau tiêm.

- Đường rò móng ngựa: hình ảnh đường rò từ bên phải hoặc trái lan sang bên đối diện qua đường giữa, ở phía trước hoặc phía sau ống HM.



Hình 1.4. Đường rò xuyên cơ thắt có nhánh phụ. (a) T2W ngang, (b) T2 xoá mỡ, đường rò (đầu mũi tên), nhánh phụ xuất phát từ đường rò xuyên qua đường giữa và lan vào hố ngài hậu môn phải (mũi tên) (nguồn: *Abcarian H. (2014) [32]*)

- Đường rò có nhánh phụ: là các nhánh nhỏ xuất phát từ đường rò, không xuất phát từ các hốc HM, các nhánh này có thể lớn hoặc nhỏ, đặc điểm hình ảnh của nhánh phụ thuộc vào độ lớn của nó. Nếu nhánh phụ lớn, chúng có đặc điểm hình ảnh trên các chuỗi xung thăm khám giống như đường rò mô tả trên.

*** Hình ảnh ổ áp xe và tổn thương viêm quanh đường rò**

- Các ổ áp xe: tăng tín hiệu trên T2W so với cấu trúc cơ thắt, giảm nhẹ hoặc đồng tín hiệu so với tổ chức mỡ ở hố ngài HM. Tăng tín hiệu rõ trên T2 xoá mỡ và chuỗi xung khuếch tán so với các cấu trúc xung quanh, đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1 xoá mỡ trước tiêm tùy thuộc vào kích thước của ổ áp xe. Thành ổ áp xe thường mỏng đều, giảm tín hiệu trên T2W, đồng tín hiệu trên T2 xoá mỡ so với cơ thắt ngoài; đồng tín hiệu với cơ thắt trên T1 xoá mỡ trước tiêm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm [57].

- Tổn thương viêm quanh đường rò có hình thái đa dạng, có thể là hình tua gai hoặc đám thâm nhiễm giảm tín hiệu trên T2W so với tổ chức mỡ, tăng tín hiệu trên T2 xoá mỡ, ngấm thuốc không đều trên T1 xoá mỡ sau tiêm [37].

1.2.2.2. Hình ảnh học khác

*** Chụp đường rò bằng thuốc cản quang**

Là một xét nghiệm giúp ích cho việc xác định vị trí và đường đi lỗ trong, rò đơn giản hay phức tạp, để định hướng trước PT, tránh biến chứng trong và sau mổ, hạn chế tái phát. Tuy nhiên ý nghĩa này có giới hạn nhất định vì do kỹ thuật hình ảnh còn hạn chế [7], [13], [46], [47]. [9].

*** Siêu âm nội soi trực tràng**

SANS trực tràng là một cận lâm sàng thể hiện chính xác hình ảnh, mô tả giải phẫu của cả lỗ RHM cũng như lỗ rò quanh HM và áp xe [70]. Chẩn đoán của siêu âm bao gồm xác định vị trí, số lượng lỗ trong và loại đường rò [4].

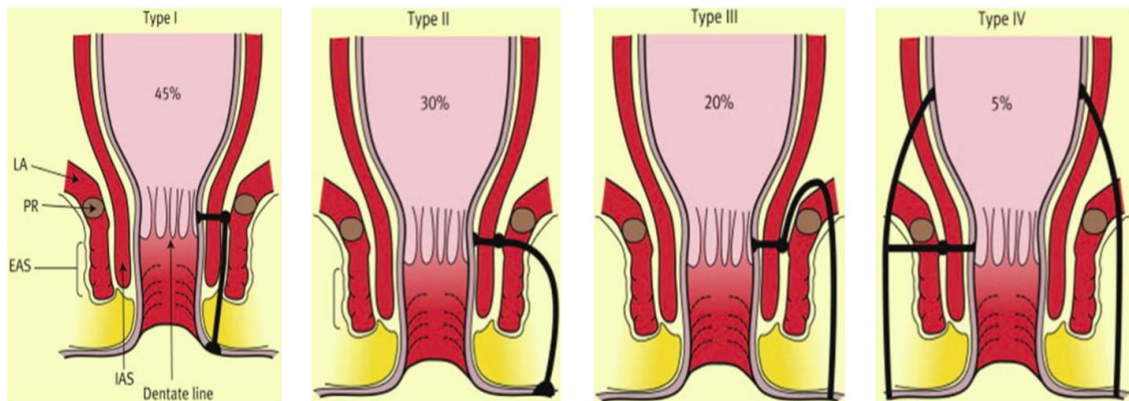
SANS trực tràng thật sự không thể thiếu trước khi tiến hành PT RHM nhằm hạn chế sự tái phát của RHM. Có chi phí thấp, tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá toàn bộ cơ vòng trong và ngoài, phát hiện các đường rò, góc ngách và các ổ áp xe HM [6], [44].

1.2.3. Phân loại rò hậu môn

1.2.3.1. Phân loại hệ thống cơ thắt

Phân loại RHM dựa trên giải phẫu học, cụ thể là liên quan đến phức hợp cơ vòng. Vào năm 1976, Tiến sĩ Parks đã xuất bản một bài báo mô tả một hệ thống phân loại bệnh RHM vẫn được sử dụng rộng rãi cho đến ngày nay. [55].

Cách phân loại này dựa theo mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt ngoài của HM



Hình 1.5. Phân loại đường rò hậu môn theo Parks

(LA: cơ nâng hậu môn. PR: cơ mu trực tràng. EAS: cơ thắt ngoài.

IAS: cơ thắt trong)

(*Nguồn: Abcarian H., 2014 [32]*)

- Rò gian cơ thắt: đây là loại rò nông, nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, hình thành do áp xe dưới da cạnh HM. Đây là loại dễ điều trị nhất, ít tái phát. (Type I)

- Rò xuyên cơ thắt: đây là loại đường rò đi xuyên qua cơ thắt trong và cơ thắt ngoài của HM. Được chia thành 2 loại là rò xuyên cơ thắt thấp và rò xuyên cơ thắt cao. (Type II)

- Rò trên cơ thắt: đường rò xuyên qua phía trên khối cơ thắt kể cả một phần bó mu trực tràng của cơ nâng HM. (Type III)

- Rò ngoài cơ thắt: đường rò đi từ khoang chậu - trực tràng xuyên qua cơ nâng (không xuyên qua cơ thắt) để đổ ra ngoài da [39]. (Type IV)

1.2.3.2. Phân loại theo Đại học St James (MRI)

Được sử dụng từ những năm 2000 cải tiến hơn so với phân loại Parks là nhờ dựa vào MRI [51] [73].

- Loại I: rò gian cơ thắt đơn giản.
- Loại II: rò gian cơ thắt kèm áp xe và đường rò thứ phát.
- Loại III: rò xuyên cơ thắt.

- Loại IV: rò xuyên cơ thắt kèm với áp xe hoặc đường rò thứ phát.
- Loại V: rò hoặc áp xe xuyên hoặc trên cơ nâng.

Trong đó loại I và II là rò đơn giản, loại III, IV, V là RHM phức tạp.

1.2.3.3. Phân loại theo hình thái lâm sàng

Gồm có các thể sau [8], [23]:

- Rò móng ngựa: ổ áp xe lan tỏa từ một bên hố ngồi trực tràng sang hố ngồi trực tràng bên đối diện.
- Rò kép, tam: là loại rò có 2, 3 lỗ ngoài thông với 2, 3 lỗ trong bằng những đường rò độc lập.
- Rò chữ Y: là loại rò xuyên cơ thắt hoặc trên cơ thắt kết hợp với một đường rò kéo dài lên phía trên ở trong khoang cơ thắt.
- Rò tái phát: sau mổ từ 6-8 tuần xuất hiện lỗ rò hoặc ổ áp xe trên nền sẹo mổ cũ.

1.3. Điều trị rò hậu môn

1.3.1. Các phương pháp điều trị

*** Nguyên tắc trong phẫu thuật RHM [9]:**

- Xác định và xử lý lỗ rò trong.
- Lấy hết tổ chức xơ, phá hết các đường rò phụ, các góc ngách.
- Tôn trọng tối đa chức năng tự chủ của HM bao gồm cấu trúc của hệ thống cơ thắt HM và cấu trúc toàn vẹn của vùng HM - TT.(bỏ chuẩn bị BN)

1.3.1.1. Điều trị áp xe HM

Áp xe quanh HM có chỉ định rạch và dẫn lưu kịp thời.

Nguyên tắc: chủ yếu là dẫn lưu mủ, không nên cố gắng cắt đường rò vì có thể làm tổn thương cơ thắt.



Hình 1.6. Vết rạch hậu môn

Nguồn: Pigot F. (2015) [56]

Sau khi rạch và dẫn lưu được thực hiện, không cần sử dụng kháng sinh trừ các trường hợp có bệnh mạn tính bao gồm bệnh van tim, suy giảm miễn dịch, đái tháo đường hoặc đang trong tình trạng nhiễm trùng huyết. [56], [64].

1.3.1.2. Điều trị rò hậu môn

*** Tìm lỗ trong**

Bơm hơi: qua lỗ ngoài, bơm hơi vào đường rò, quan sát ống HM có thể thấy những bong bóng hơi nhỏ xuất hiện ở lỗ trong

Bơm chất màu: lau sạch lòng HM - TT. Bơm chất màu thường là xanh methylen, phía trong có thấm gạc.



Hình 1.7. Xác định lỗ rò trong và đường rò bằng bơm chất màu

Nguồn: Lê Văn Quốc và cộng sự (2021) [22]

Que thăm: que thăm bằng kim loại thân nhỏ, dễ uốn cong, đầu tròn, đặt vào lỗ ngoài và nhẹ nhàng từ từ đẩy dần vào trong. Ngón trỏ tay còn lại đặt trong lòng HM để tìm [9], [44].

*** *Phẫu thuật mở đường rò (Fistulotomy, Lay – open)***

Rạch đường rò theo một chiều dọc từ lỗ rò ngoài đến lỗ rò trong. Mở đường rò nghĩa là phải cắt cơ thắt để xử lý lỗ rò trong, giải quyết vấn đề tái phát, đường rò sẽ liền từ đáy lên bề mặt, từ trong ra ngoài [1] [65]. Tuy nhiên, nguy cơ tiềm ẩn tổn thương cơ thắt HM và giảm chức năng sau khi PT vẫn còn tỷ lệ lớn, [48].

*** *Phẫu thuật cắt đường rò (Fistulectomy)***

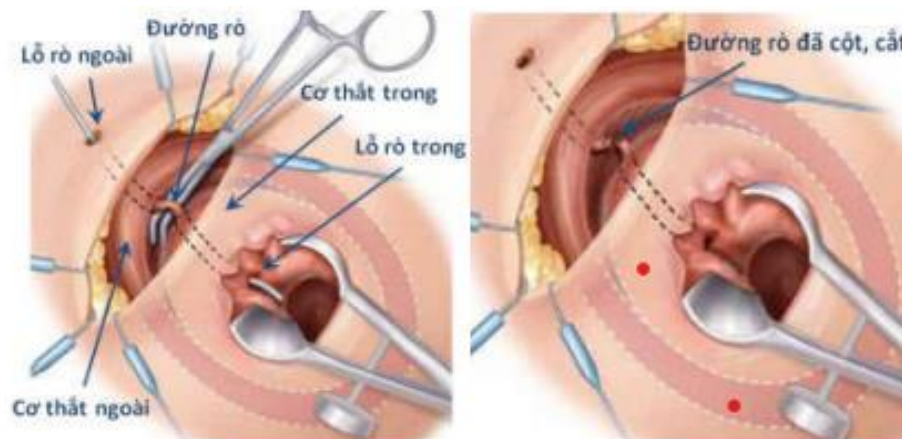
PT khoét hay lấy bỏ hoàn toàn đường rò. Trong thời kỳ đầu, phương pháp lấy bỏ toàn bộ đường rò 1 thì đã được thực hiện rộng rãi trong một thời gian dài khi mục tiêu được ưu tiên là chữa khỏi hoàn toàn và tránh tái phát.

*** Đặt Seton (Thắt đường rò)**

Phương pháp PT lâu đời nhất, lần đầu tiên được Hippocrates trình bày chi tiết, là sử dụng một seton, cho phép bảo tồn cơ thắt HM. Việc đặt seton đã được ủng hộ, để kiểm soát nhiễm trùng, cắt qua cơ vòng dần dần hoặc làm cầu nối giữa hai khối rò bán phần riêng biệt [44], [48].

*** Phẫu thuật LIFT**

Cột và cắt đường rò gian cơ thắt (PT LIFT) nhằm mục đích ngăn chặn đường vào của phân qua lỗ rò trong, đồng thời loại bỏ ổ nhiễm khuẩn nằm gian cơ thắt. PT này không cắt cơ thắt nên sẽ bảo tồn được chức năng của cơ thắt, tổn thương mô tối thiểu, thời gian lành tổn thương ngắn, không phát sinh thêm chi phí [22], [29], [24], [28].

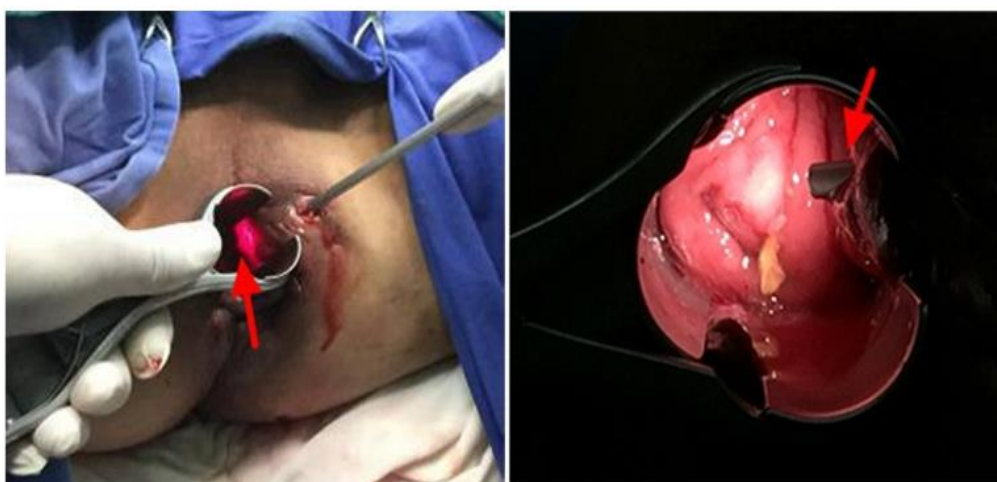


Hình 1.8. Tách riêng và cột cắt đường rò vùng gian cơ thắt

Nguồn: Vũ Tiến Quốc Thái và cộng sự (2016) [26]

*** Điều trị rò hậu môn được hỗ trợ bởi video (VAAFT)**

Điều trị RHM bằng video hỗ trợ (VAAFT) là một phương pháp mới để điều trị RHM. Nó liên quan đến việc đặt một ống nội soi nhỏ là một “ống soi lỗ rò” từ lỗ bên ngoài của đường rò vào lỗ trong của đường rò. Diathermy được sử dụng để làm sạch đường rò dưới hình ảnh trực tiếp và đường rò được cạo sạch bằng bàn chải. Việc lỗ bên trong sau khi làm sạch sẽ được đóng lại bằng chỉ khâu [53], [43].



Hình 1.9. Lỗ rò trong, VAAFT

Nguồn: Jiang H.H. et al. (2017) [43]

1.3.2. Kết quả điều trị

1.3.2.1. Tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ

*** Chảy máu trong và sau mổ**

Vùng HM, tầng sinh môn rất giàu mạch máu, đặc điểm của vết mổ RHM là dễ hở, hàng ngày ngâm rửa và thay băng tác động trực tiếp vào vết mổ. Nếu trong quá trình mổ cầm máu không tốt, thì sau mổ rất dễ chảy máu: nhẹ thì máu thấm băng, nặng hơn có thể có mạch phun thành tia [41].

*** Bí tiểu**

Đây là một biến chứng do gây tê tủy sống, việc PT ở vùng HM cũng gây phản xạ co thắt cổ bàng quang gây bí tiểu. Với những BN tiểu khó cho giảm đau, chườm nóng sẽ đi tiểu được. Những BN không đi tiểu được cần đặt thông tiểu và rút sau 24 giờ thường sẽ đi tiểu tốt.

1.3.2.2. Biến chứng sau mổ khi đã xuất viện

*** Đi tiêu không tự chủ**

Khi can thiệp PT RHM cơ thắt sẽ bị ảnh hưởng, hệ thống cơ thắt bị tổn thương điều này sẽ dẫn tới đi tiêu không tự chủ ở nhiều mức độ, có thể hồi phục hoàn toàn, một phần, hoặc không.

*** Rò tái phát sau phẫu thuật**

Sau khi mổ RHM nếu như tái phát (sau PT 6-8 tuần) thì BN sẽ thấy tại vị trí vết mổ bị chảy mủ, chảy dịch hoặc ổ áp xe. Khi mủ chảy ra thì BN thấy ngứa ngáy, ẩm ướt khó chịu và đặc biệt có thể còn bị tắc nghẽn ở đường rò.

*** Phân loại kết quả sau phẫu thuật**

Đánh giá kết quả dựa theo tiêu chuẩn của van Koperen P.J. gồm 3 nhóm [31]:

- Tốt: không bị tái phát, đi tiêu không tự chủ, không hẹp hay biến dạng HM.

- Trung bình: không bị tái phát, đi tiêu không tự chủ độ I không hồi phục sau 3 tháng, kèm theo sẹo hẹp, biến dạng nhẹ HM.

- Kém: bị tái phát, đi tiêu không tự chủ từ độ II trở lên mà không hồi phục.

1.3.2.3. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật rò hậu môn

Các phẫu thuật viên quan tâm và nghiên cứu khá nhiều về kỹ thuật - phương pháp, kết quả sau PT. Vì vậy nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của BN lại chưa được thực hiện nhiều ở Việt Nam[68].

Một số thang điểm có thể giúp đánh giá chất lượng cuộc sống sau PT RHM cho BN như: Quality of Life (QoL), Short Form Health Survey (SF-12), Wexner...

*** Bộ câu hỏi Short Form Health Survey (SF-12) [72]**

Cách tính điểm bộ câu hỏi SF-12: Tổng cộng có 12 câu hỏi, điểm trả lời cho mỗi câu hỏi được quy thành điểm 0-100. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống bằng trung bình cộng của tất cả các câu hỏi trong bộ câu hỏi SF-12.

1.4. Tình hình nghiên cứu về các đặc điểm và kết quả điều trị rò hậu môn

1.4.1. Các nghiên cứu ngoài nước

Tác giả Jimenez M. và Mandava N. (2022) đã báo cáo lỗ rò HM - TT không phổ biến và có tỷ lệ mắc bệnh từ 1-8% trên 10.000 người mỗi năm. Ở

bán cầu, có tới 25% trường hợp liên quan đến bệnh Crohn. Bệnh này phổ biến gấp hai lần ở nam giới so với nữ giới và thường xuất hiện ở độ tuổi 30-50 [44].

Liu H. và cộng sự (2020) đã báo cáo so sánh kết quả PT điều trị lỗ RHM bằng video (VAAFT) với PT cắt lỗ rò có sử dụng Seton đối với RHM phức tạp (FPS), bao gồm 148 BN (68 BN và 80 BN lần lượt là VAAFT và FPS) điều trị tại bệnh viện từ tháng 12 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018. Với kết quả VAAFT mang lại một số ưu điểm trong điều trị CAF, bao gồm tổn thương tối thiểu, ít đau hơn, phục hồi nhanh, ít biến chứng hơn và bảo tồn cơ vòng tốt hơn [49].

Andreou C. và cộng sự (2020) đã báo cáo nghiên cứu quan sát hồi cứu phân tích kết quả của những BN được PT RHM đánh giá tỷ lệ tái phát và tái PT sau các kỹ thuật PT khác nhau. Từ tháng 1 năm 2005 và tháng 5 năm 2013, Tổng số 65 BN đã được nghiên cứu. Từ 93 ca PT trong đó 65 ca PT cắt lỗ rò, 13 ca hạ vạt niêm mạc, 7 ca bịt lỗ trong HM và 8 ca cắt seton. Thời gian theo dõi trung bình là 80 tháng. 85% BN hồi phục tốt sau PT. Tỷ lệ tái phát cao nhất ở nút bịt RHM với 42%. Mặt khác, không có sự tái phát nào của PT cắt seton. Đối với tất cả các loại PT, không thấy đau dai dẳng sau PT hoặc đi tiêu không tự chủ [33].

Chadbunchachai W. và cộng sự (2022) đã nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài sau PT RHM từ các bệnh viện đại học ở Thái Lan. Nghiên cứu này bao gồm 247 BN ghi nhận 178 BN (72,1%) với đường RHM mới và 69 BN (27,9%) với rò tái phát. 121 BN (49,0%) có rò phức tạp, 53 BN rò bán móng ngựa (21,5%), 41 BN rò xuyên cơ thắt cao (16,6%), 24 BN rò móng ngựa (9,7%), và 3 BN rò trên cơ thắt (1,2%). LIFT là PT phổ biến nhất được thực hiện (n = 88, chiếm 35,6%) sau đó là PT cắt đường rò (n = 79, 32,0%). Với thời gian theo dõi trung bình là 23 tháng (12-45 tháng), có 18 trường hợp rò mạn tính (7,3%) và 33 người có rò tái phát (13,4%) - chiếm 20,6% tỷ lệ thất bại. Tất cả trường hợp tái phát

xảy ra trong vòng 24 tháng sau PT. Đường rò phức tạp là yếu tố dự báo quan trọng duy nhất cho đường rò tái phát với tỷ lệ cao là 4,81 (khoảng tin cậy 95%, 1,82-12,71) [36].

1.4.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

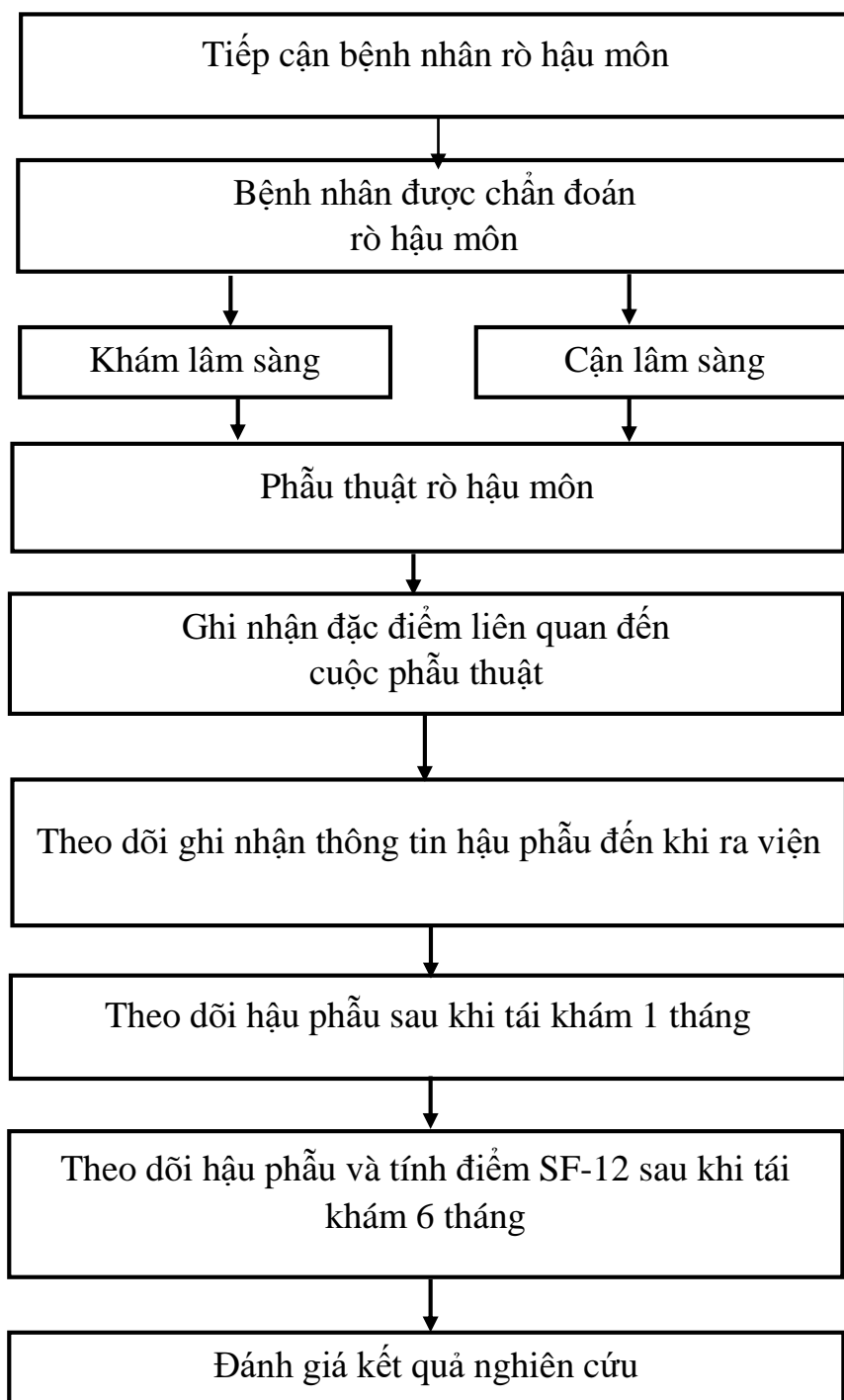
Tác giả Đặng Thị Thúy Cẩm (2017) đã báo cáo kết quả nghiên cứu RHM phức tạp tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Nghiên cứu được thực hiện trên 83 BN, trong đó có 33 trường hợp RHM phức tạp được điều trị PT. Kết quả cho thấy triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy dịch, mũ cạnh HM chiếm 92,8%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $17,6 \pm 6,9$ tháng. Phân loại RHM theo tính chất đường rò: rò đơn giản 60,2% và rò phức tạp: 39,8%. Biến chứng sớm sau PT RHM phức tạp: bí tiểu (6,1%) và chảy máu sau mổ (3%). Thời gian lành vết mổ trung bình $8,6 \pm 3,3$ tuần. Kết quả điều trị: khá tốt 97%, trung bình 3% và không có kết quả kém [3].

Tác giả Nguyễn Ngọc Ánh (2018) đã báo cáo kết quả điều trị RHM móng ngựa tại bệnh viện Việt Đức, với kết quả PT ghi nhận: tốt 72,5% (29/40), trung bình 10% (4/40), kém 17,5% (7/40) [2].

Trong một nghiên cứu tương tự, tác giả Bùi Sỹ Tuấn Anh và cộng sự (2021) nghiên cứu tiên cứu không đối chứng những BN được chẩn đoán RHM hình móng ngựa bằng chụp CHT và PT điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2016 đến tháng 04/2019. Kết quả: Có 56 BN RHM hình móng ngựa. Thời gian mắc bệnh trung bình $4,1 \pm 06$ tháng. Chụp CHT phát hiện lỗ trong 62,5% với độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 100%. Tỷ lệ phù hợp giữa chụp CHT và PT là 100%. Tỷ lệ phù hợp phân loại đường rò là 93,3%, phân loại RHM trong mổ theo hệ thống cơ thắt có 53,6% rò gian cơ thắt, 21,4% rò xuyên cơ thắt, 23,2% rò trên cơ thắt và rò ngoài cơ thắt 1,8%. Các phương pháp PT mở ngỏ hoàn toàn + đặt dẫn lưu 51,8%, mở ngỏ hoàn toàn + đặt seton + đặt

dẫn lưu 5,4% và 10,7% lấy bỏ đường rò. Ngày nằm viện trung bình là $7,7 \pm 3,3$ ngày. Kết quả PT sau 18 tháng, thấy tốt 95,8%, xấu 4,2% [1].

Tác giả Phạm Phúc Khánh và cộng sự (2020) đã nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của BN sau mổ RHM, BN được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi SF-36 vào thời điểm sau PT 2 tuần (lần 1) và 4 tuần (lần 2) để đánh giá chất lượng cuộc sống. Bảng điểm Wexner được sử dụng để đánh giá sự tự chủ của BN sau PT. Kết quả: Từ ngày 01/01/2019 đến ngày 30/09/2019 có 156 BN được phỏng vấn. Điểm trung bình sức khỏe thể chất của BN tăng từ 30,63 điểm (lần 1) lên 75,18 điểm (lần 2). Tỷ lệ BN có điểm sức khỏe thể chất ở mức thấp đã giảm từ 89,7% xuống còn 9,6%. Ngược lại điểm sức khỏe thể chất ở mức độ cao đã tăng từ 10,3% lên 90,4% ($p < 0,0001$). Các tác giả kết luận chất lượng cuộc sống tổng thể của BN bị ảnh hưởng nhiều sau PT điều trị RHM. Đi tiêu không tự chủ là biến chứng thường gặp và là yếu tố làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN [15].



Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả Bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn và có chỉ định phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn Tỉnh Sóc Trăng.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn có chụp cộng hưởng từ hậu môn – trực tràng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có áp xe, rò hậu môn thứ phát do các bệnh khác: áp xe tiền liệt tuyến, viêm xương chậu...

Bệnh nhân có rò hậu môn liên quan đến bệnh lý viêm ruột: Crohn (chẩn đoán loại trừ bằng nội soi).

Bệnh nhân có rò hậu môn kèm suy giảm miễn dịch: HIV.

Bệnh nhân có rò hậu môn thứ phát sau điều trị tia xạ tại chỗ.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.3.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng.

2.1.3.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp, không nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu

Công thức tính ước lượng cỡ mẫu tối thiểu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% vậy Z=1,96.

p: là tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị thành công sau phẫu thuật rò hậu môn, theo nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thúy Cẩm và cs với p = 97% [3].

d: là sai số cho phép, chọn d = 0,06.

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là n = 32. Thực tế chúng tôi ghi nhận được 39 trường hợp.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

2.2.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

a) **Tuổi:** được ghi nhận bằng cách lấy năm sinh trừ cho năm ngay thời điểm nhập viện, ghi nhận giá trị trung bình [8]

- Nhóm 1: 16-40 tuổi.

- Nhóm 2: 41-60 tuổi

- Nhóm 3: ≥ 60 tuổi.

b) **Giới:** chia làm hai nhóm là nam và nữ.

c) **Nghề nghiệp**: là nghề nghiệp chính của BN, chia làm 4 nhóm là nông dân, công nhân, học sinh và nghề khác.

d) Tiền sử điều trị rò hậu môn[8]

- Nhóm chưa điều trị.
- Nhóm điều trị nội khoa.
- Nhóm điều trị PT: phẫu thuật 1 lần, phẫu thuật 2 lần và phẫu thuật ≥ 3 lần. Đồng thời, ghi nhận phương pháp phẫu thuật của lần mổ trước [8]:
 - + Dẫn lưu áp xe, mở ngõ đường rò, cắt đường rò, đặt Seton, đóng lỗ trong, chuyển vạt niêm mạc, đặt dẫn lưu bơm rửa kết hợp.

e) Tiền sử bệnh

Thông qua khai báo của BN và giấy tờ chẩn đoán trước:

- Tại HM: trĩ, polyp HM – TT, nứt HM
- Bệnh toàn thân: tăng huyết áp, xơ gan, bệnh thận mạn, đái tháo đường

2.2.4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học

a) Lâm sàng

Khối sưng cạnh HM: được xác định bằng cách quan sát thấy có một đầu trắng chứa dịch mủ bên trong, nằm cạnh HM hoặc vùng tầng sinh môn.

Đau nhức cạnh HM

Triệu chứng sốt [21]: được xác định bằng nhiệt độ đo từ BN, chia làm 2 nhóm là có sốt và không sốt.

Chảy dịch mủ cạnh HM: quan sát thấy dịch mủ trắng đục, vàng hay xanh có mùi hôi chảy ra từ một nốt nằm cạnh HM.

Số lượng lỗ rò ngoài: quan sát số lượng nốt rỉ dịch nằm cạnh HM [8]:

- Không thấy
- 1 lỗ.
- ≥ 2 lỗ.

Vị trí lỗ ngoài: quan sát vị trí lỗ ngoài, phân thành 2 nhóm là trước đường ngang HM và sau đường ngang HM.

Khoảng cách lỗ ngoài đến HM: tính từ lỗ ngoài cho đến miệng HM, đơn vị tính bằng cm.

* **Phương pháp tìm lỗ trong:** số lượng lỗ rò trong xác định lúc PT với phương pháp dùng que thăm dò.

- Không có
- 1 lỗ.
- ≥ 2 lỗ.

* **Phân loại đường rò theo Parks**

- Rò gian cơ thắt : đây là loại rò nông, nằm toàn bộ bên trong cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, hình thành do áp xe dưới da cạnh HM. Đây là loại dễ điều trị nhất, ít tái phát.

- Rò xuyên cơ thắt : đường rò đi xuyên qua cơ thắt HM. Được chia thành 2 loại là rò xuyên cơ thắt thấp và rò xuyên cơ thắt cao.

- Rò trên cơ thắt: đường rò xuyên qua phía trên khối cơ thắt kể cả một phần bó mu trực tràng của cơ HM.

- Rò ngoài cơ thắt: đường rò đi từ khoang chậu - trực tràng xuyên qua cơ nâng (không xuyên qua cơ thắt) để đổ ra ngoài da.

b) Hình ảnh học

* **Phân loại theo Đại học St James (MRI) [52] [73]**

- Loại I: rò gian cơ thắt đơn giản.
- Loại II: rò gian cơ thắt kèm áp xe và đường rò thứ phát.
- Loại III: rò xuyên cơ thắt.
- Loại IV: rò xuyên cơ thắt kèm với áp xe hoặc đường rò thứ phát.
- Loại V: rò hoặc áp xe xuyên hoặc trên cơ nâng.

➔ Trong đó loại I và II là rò đơn giản, loại III, IV, V là RHM phức tạp.

*** Số lượng lỗ rò trong xác định qua MRI vùng HM – TT:**

- Không thấy

- 1 lỗ.

≥ 2 lỗ.

*** Siêu âm nội soi trực tràng:** khả năng tìm thấy đường rò trên SANS trực tràng, chia làm 2 nhóm:

- Tìm thấy đường rò.

- Không thấy.

2.2.4.3. Quy trình chụp cộng hưởng từ

a) Chuẩn bị phương tiện

+ Hệ thống máy chụp CHT (Toshiba Medical Systems Vantage elan MRI 2022) tại Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ và hệ thống máy chụp CHT (HITACHI Airis Vento 0.3T) tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn Sóc Trăng.



Hình 2.1. Hệ thống máy chụp CHT (HITACHI Airis Vento 0.3T)

Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn Sóc Trăng

+ Thuốc đối quang từ chúng tôi sử dụng 2 loại: Dotarem và Gadovist.

b) Kỹ thuật chụp CHT

- Tư thế BN

+ BN được nằm ngửa trên bàn chụp

+ Di chuyển bàn chụp và vùng từ trường của máy

- Kỹ thuật thực hiện

+ Chụp định vị

+ Thực hiện chụp không tiêm thuốc đối quang từ các chuỗi xung T1W FSE ngang - chéo, T2W FSE ngang – chéo hoặc chuỗi xung T2W ba chiều và chuỗi xung STIR.

+ Tiêm thuốc đối quang từ Dotarem hoặc Gadovist 0,1 mmol/kg cân nặng, tốc độ 2m/giây.

+ Chụp chuỗi xung T1W kèm xóa mỡ sai khi tiêm thuốc đối quang từ

- Nhận định kết quả.

+ Hình ảnh rõ các cấu trúc thành ống HM

+ Xác định rõ đường rò, đường đi và các thâm nhiễm xung quanh đường rò, ổ áp xe nằm sâu không phát hiện được trên lâm sàng.

2.2.4.4. Đặc điểm và quy trình trình phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật:

* **Thời gian phẫu thuật:** tính từ khi rạch da đến khi đóng mũi chỉ khâu da cuối cùng, thời gian tính bằng phút.

* **Thời gian nằm viện:** tính từ ngày BN nhập viện đến ngày xuất viện.

Quy trình phẫu thuật:

a) Chuẩn bị bệnh nhân

- Tất cả BN vào viện được thăm khám lâm sàng, làm cận lâm sàng.
- Giải thích cho BN và gia đình về kỹ thuật mổ, những tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ có thể xảy ra.

- BN nhịn ăn uống hoàn toàn trước mổ tối thiểu 6 tiếng.

- Thụt tháo sạch đại trực tràng trước PT

- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ.

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.

b) Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện phẫu thuật

- Bộ dụng cụ trung phẫu.

- Dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Ống nong HM và van mở HM, que thăm HM.

- Oxy già, thuốc xanh methylene.

- Các loại sonde dẫn lưu.

c) Phương pháp vô cảm

Áp dụng phương pháp gây tê tuỷ sống cho các BN hoặc mê nội khí quản đối với BN có chống chỉ định với tê tuỷ sống.

d) Tư thế bệnh nhân

BN được đặt nằm ngửa tư thế sản khoa.

e) Các bước tiến hành

- Nong rộng lỗ HM.

- Dùng farabeuf banh rộng HM để tìm lỗ trong (thường nằm ở hóc HM trên đường lược). Nên áp dụng định luật Goodsall để xác định vị trí của lỗ trong.

- Có thể nhìn thấy lỗ trong bởi màu sắc khác thường, hoặc sờ thấy sọc xơ cứng xung quanh, hoặc ấn thấy mũ chảy ra.

- Bơm ôxy già tìm lỗ trong.

- Bơm chỉ thị màu.

- Dùng que thăm dò: có thể dùng một que thăm tròn đầy nhẹ từ ngoài vào trong để tìm lỗ trong. Nhưng nếu đường rò nhiều góc ngách sẽ khó thực hiện được.

- Có thể nắn bằng tay để xác định hướng đi của đường rò. Nếu đường rò cao sẽ rất khó sờ.

- Nếu không tìm thấy lỗ trong thì phẫu tích theo đường xơ của đường rò để tìm lỗ trong.

f) Các phương pháp xử lý đường rò

*** Phẫu thuật mở đường rò (Fistulotomy, Lay-open)**

Rạch mở đường rò theo một chiều dọc từ lỗ trong đến lỗ ngoài. Tức là đường rò cùng với lỗ ngoài và lỗ trong sau khi mổ sẽ trở thành một bộ phận của ống HM.

*** *Phẫu thuật cắt đường rò (Fistulectomy)***

PT khoét hay lấy bỏ đường rò hoàn toàn đường rò sau đó khâu lại phần cơ thắt bị cắt đứt.

*** *Phương pháp đặt Seton (Thắt đường rò)***

Được lựa chọn cho những trường hợp rò cao, rò trên cơ thắt. Vật liệu dùng để luồn vào đường rò cũng rất đa dạng, một số phẫu thuật viên dùng bằng dây cao su hoặc luồn sợi chỉ nylon từ lỗ ngoài vào lỗ trong của đường rò và cố định lại.

*** *Phương pháp kết hợp đặt dẫn lưu bơm rửa***

Áp dụng cho ổ áp xe lớn và ở sâu như: hồ ngồi trực tràng hoặc chậu trực tràng.

Kỹ thuật: sau khi xử lý lỗ trong như các trường hợp RHM khác, thay vì phải mở ngỏ hoàn toàn ổ áp xe, chúng tôi đặt 2 ống dẫn lưu cỡ 12 Fr theo nguyên tắc ống đặt ở chỗ cao nhất và sâu nhất để tiến hành bơm rửa hàng ngày qua ống dẫn lưu phía trên cao.

Dung dịch rửa: sử dụng nước muối 0,9% có pha thêm kháng sinh Metronidazol 0,5g và dung dịch Betadin, số lượng dịch từ 300 đến 500ml/lần.

Thời gian rửa: mỗi ngày rửa 2 lần sáng và chiều. Thời gian từ 4 đến 8 tuần tùy theo từng trường hợp.

g) Tai biến trong lúc mổ

Chảy máu lượng nhiều, khó kiểm soát trong lúc mổ.

Diễn tiến xấu của một trong các bệnh lý nền mạn tính của bệnh nhân.

h) Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau mổ

Các vấn đề chính trong chăm sóc sau mổ RHM bao gồm:

- Sử dụng thuốc giảm đau theo mức độ và nhu cầu của BN, có thể bằng đường tiêm truyền hoặc uống.

- Theo dõi và xử lý các biến chứng: Chảy máu vết mổ, tiểu khó, bí tiểu, táo bón, nhiễm khuẩn vết mổ,...

- Chăm sóc vết mổ:

+ Ngâm rửa HM hàng ngày (từ ngày thứ 2 sau mổ tới khi vết mổ lành). BN được điều dưỡng hướng dẫn cách ngâm rửa để có thể tự thực hiện sau khi ra viện.

+ Có thể dùng dung dịch Betadin pha loãng trong nước ấm, nước muối, (khoảng 2 lít). Dung dịch ngâm HM được để trong chậu lớn để BN ngồi ngâm.

+ Mỗi ngày ngâm 2- 3 lần: buổi sáng, buổi tối và sau khi đại tiện.

+ Sau mỗi lần ngâm HM, vết mổ được thấm khô bằng, đảm bảo cho 2 mép vết thương luôn mở để vết mổ lành từ đáy lên.

- Chế độ ăn uống, sinh hoạt:

+ BN được ăn nhẹ trở lại sau mổ 6 tiếng và ăn uống bình thường từ ngày thứ 2 trở đi.

+ Tư vấn chế độ ăn nhiều rau, quả, uống 2-2,5 lít nước/ ngày, hạn chế sử dụng chất kích thích, gia vị cay, cà phê... để tránh táo bón sẽ gây đau cho BN khi đại tiện

+ Sau mổ BN có thể vận động trở lại gần như bình thường. Tuy nhiên cần tránh các công việc gắng sức.

- BN được cho ra viện khi hết đau, không có biến chứng chảy máu, bí tiểu,... BN ăn uống sinh hoạt bình thường và biết tự ngâm rửa, chăm sóc vết thương.

- BN được hẹn tái khám theo lịch hoặc khi có bất thường.

2.2.4.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn

a) Tai biến trong lúc mổ

Chảy máu trong lúc mổ: đề cập đến việc xuất hiện lượng máu không mong muốn trong quá trình phẫu thuật, chảy máu có thể xuất phát từ mạch

máu nhỏ hay mạch máu lớn, mức độ nghiêm trọng thay đổi từ nhẹ đến nặng, trong đó chảy máu nặng đòi hỏi sự can thiệp nhanh như đốt điện hoặc khâu cầm máu, gây ảnh hưởng lớn đến quá trình phẫu thuật.

b) Biến chứng sớm sau mổ: được đánh giá từ thời điểm sau mổ đến khi BN xuất viện

*** Chảy máu**

- Cần chèn gạc cầm máu.
- Phải phẫu thuật lại cầm máu: đốt điện hoặc khâu cầm máu

*** Nhiễm trùng vết mổ:** ghi nhận tình trạng nhiễm trùng vết mổ trong khoảng thời gian sau khi PT đến trước khi xuất viện, ghi nhận đầy đủ các dấu hiệu sốt, đau vết mổ nhiều và rỉ dịch bất thường (lượng nhiều, hôi).

*** Bí tiểu:** khi BN có cảm giác mắc tiểu nhưng không đi tiểu, khám có cầu bàng quang, phải thông tiểu cho BN.

*** Đau sau mổ**

Cho BN đánh giá mức độ đau một cách chủ quan theo thang điểm 10 (từ 0 đến 10 điểm), ghi nhận số điểm (số nguyên).

- Đau nhẹ: 0-3 điểm.
- Đau vừa: 4-6 điểm.
- Đau nặng: 7-10 điểm.

*** Biến dạng hậu môn**

Hình dạng giải phẫu của HM không được như trước mổ.

*** Đi tiêu không tự chủ [27]**

- Độ 0: tự chủ HM hoàn toàn bình thường.
- Độ 1: không chủ động kìm giữ được khí nhưng vẫn giữ được phân lỏng và rắn.
- Độ 2: không kìm giữ được khí và phân lỏng nhưng giữ được phân rắn.
- Độ 3: không kìm giữ được khí, phân lỏng và phân rắn.

c) *Biến chứng sau mổ khi đã xuất viện*

Theo dõi và tái khám sau các khoảng thời gian 1, 6 tháng.

* ***Biến dạng hậu môn***: hình dạng giải phẫu của HM bị thay đổi về thẩm mỹ và hoặc chức năng.

* ***Đánh giá rối loạn đi tiêu không tự chủ***: đã được phân độ phía trên theo từng đợt tái khám.

* ***Hẹp hậu môn*** [52]

- Độ 0: đường kính HM bình thường.

- Độ 1: hẹp nhẹ, HM khó dứt lọt ngón trở hoặc van Hill-Ferguson cỡ M.

- Độ 2: hẹp vừa, dứt ngón trở 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 dứt lọt, chỉ khi nong dẫn ra mới dứt được.

* ***Tình trạng lành vết mổ*** [27]: đánh giá trong thời gian 3 tháng sau phẫu thuật

- Lành: đã liền da hoặc sẹo hoặc đã đầy mô hạt và không tiết dịch hay rỉ dịch viêm

- Không lành: đã có mô hạt ít hoặc vết mổ còn hở không có mô hạt nhưng còn tiết dịch viêm.

* ***Rò hậu môn tái phát***: sau khi ra viện vết mổ không liền hoặc đã liền sau 1 thời gian lại sưng tấy, vỡ mủ thành đường rò hoặc trường hợp xuất hiện lại các triệu chứng và hoặc dấu hiệu mới của RHM ở vị trí khác.

* ***Đánh giá kết quả sau phẫu thuật***

Đánh giá kết quả dựa theo tiêu chuẩn của van Koperen P.J. Chia làm 3 nhóm [69]:

- Tốt: không bị tái phát, không có đi tiêu không tự chủ, không hẹp hay biến dạng HM.

- Trung bình: không bị tái phát, đi tiêu không tự chủ độ I không hồi phục sau 3 tháng, kèm theo sẹo hẹp, biến dạng nhẹ HM.

- Kém: bị tái phát, đi tiêu không tự chủ từ độ II trở lên mà không hồi phục.

*** Bộ câu hỏi Short Form Health Survey (SF-12)**

Cách tính điểm bộ câu hỏi SF-12: Tổng cộng có 12 câu hỏi, điểm trả lời cho mỗi câu hỏi được quy thành điểm 0-100. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống bằng trung bình cộng của tất cả các câu hỏi trong bộ câu hỏi SF-12.

Bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống dựa vào các câu hỏi SF-12 [72] (phụ lục 2).

2.2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu

2.2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

Phiếu thu thập số liệu, dụng cụ thăm khám lâm sàng, máy chụp CHT, hệ thống máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng

2.2.5.2. Các bước tiến hành

Bước 1: Lập bảng thu thập số liệu: các thông tin phải được thu thập vào phiếu thu thập số liệu theo mẫu.

Bước 2: Thu thập đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử điều trị RHM, tiền sử có bệnh lý tại HM và bệnh lý toàn thân mãn tính.

Bước 3: Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng như sốt, hội chứng nhiễm trùng, ổ áp xe cạnh HM, chảy dịch mũ cạnh HM, đau nhức cạnh HM, lỗ rò cạnh HM và thời gian mắc bệnh qua thăm khám, hỏi bệnh và thu nhận kết quả từ giấy chẩn đoán, điều trị những lần trước đó.

Bước 4: Ghi nhận kết quả CLS:

- Phân loại rò theo hệ thống cơ thắt dựa trên kết quả MRI. Ghi nhận số lỗ

rò trong.

- SANS trực tràng.
- Bạch cầu qua công thức máu, tỷ lệ prothrombin, AST, ALT, glucose.
- Đặc điểm X quang ngực và điện tim.

Bước 5: Ghi nhận đặc điểm quy trình PT, bao gồm loại PT, phương pháp PT, chăm sóc BN sau PT, thời gian PT và các biến chứng liên quan đến PT (chảy máu, trầm trọng các bệnh lý nền mãn tính sẵn có). Ghi nhận số lỗ rò trong xác định trong lúc PT bằng phương pháp dùng que thăm dò.

Bước 6: Theo dõi các biến chứng sau PT trong thời gian nằm viện gồm chảy máu, bí tiểu, nhiễm trùng vết mổ, đi tiêu không tự chủ, đau sau mổ, biến dạng HM bằng cách thăm khám, hỏi bệnh. Ghi nhận số ngày nằm viện.

Bước 7: Theo dõi biến chứng sau mổ sau khi xuất viện. Đánh giá sau 1 tháng và 6 tháng tái khám về các biến chứng: hẹp HM, đi tiêu không tự chủ, biến dạng HM, RHM tái phát, thời gian lành vết mổ. Đánh giá chất lượng cuộc sống BN. Đối với những BN không tái khám, gọi điện liên lạc để hỏi về các biến chứng trên và hỏi về chất lượng cuộc sống.

2.2.6. Phương pháp kiểm soát sai số

Để hạn chế tối đa sai số trong quá trình thu thập và xử lý số liệu cần phải:

- Tránh các lỗi khi thu thập: thu thập sót số liệu dẫn đến hủy mẫu, ghi chép không cẩn thận.
- Tránh các lỗi khi nhập số liệu: nhập sai số liệu, nhập nhầm hay bỏ sót.
- Tránh các lỗi khi xử lý số liệu.

2.2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

2.2.7.1. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.2.7.2. Phương pháp phân tích số liệu

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

- Giá trị các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn hoặc trung vị, tứ phân vị nếu không phải là phân phối chuẩn. Giá trị các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm.

- Sử dụng phép kiểm χ^2 để so sánh mối liên quan giữa 2 biến định tính. Sử dụng phép kiểm T-Test khi so sánh trung bình của 2 nhóm độc lập có phân phối chuẩn, đối với những biến không có phân phối chuẩn, dùng phép kiểm Mann-Whitney U-Test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

- Tìm hệ số tương quan Pearson r khi so sánh 2 biến có phân phối chuẩn (hoặc Spearman khi cả 2 hoặc ít nhất một biến không có phân phối chuẩn). Sau đó, chúng tôi dùng hồi quy tuyến tính để mô tả mối quan hệ giữa biến phụ thuộc và biến độc lập.

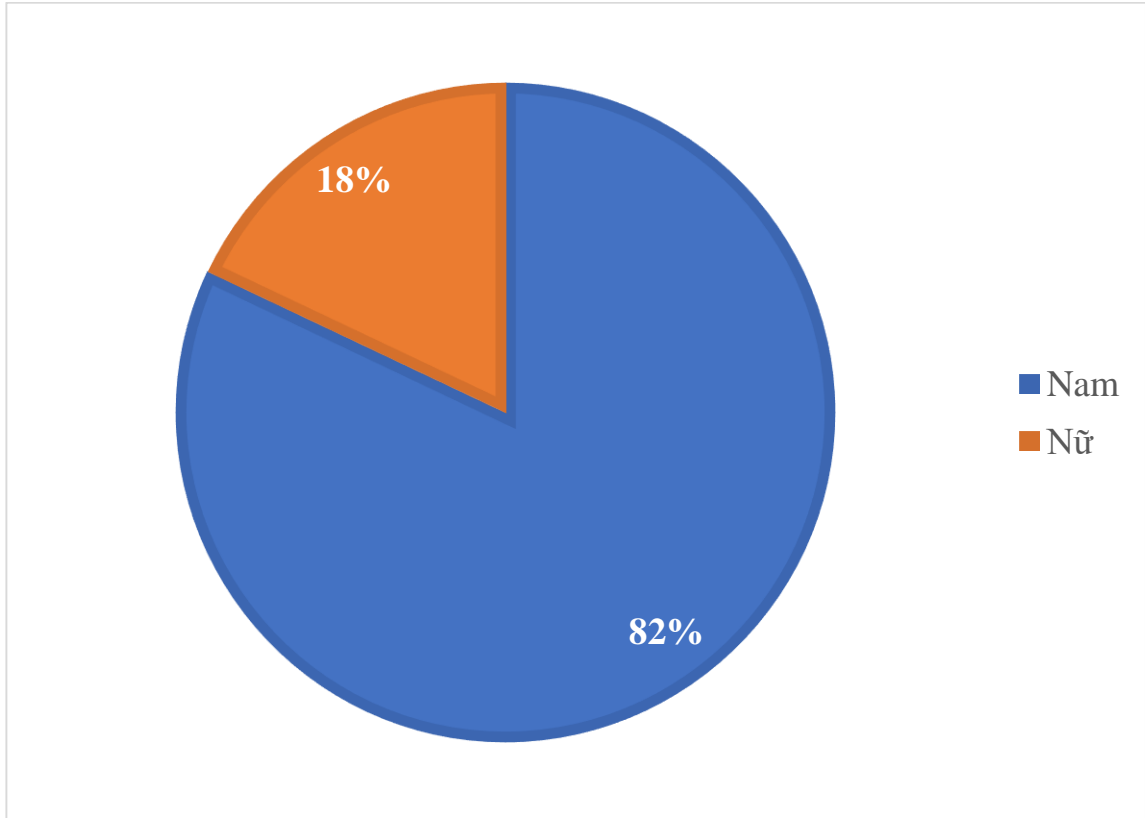
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Các đối tượng trước khi tham gia nghiên cứu được chúng tôi giải thích cụ thể, rõ ràng mục đích và quy trình nghiên cứu. Sự tham gia của đối tượng là hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc. BN có quyền từ chối không tiếp tục tham gia nghiên cứu vì bất cứ lý do gì. Các thông tin riêng tư của đối tượng tham gia nghiên cứu được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các đối tượng tham gia đều được phỏng vấn, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm đầy đủ theo yêu cầu nghiên cứu, được tư vấn và điều trị tích cực. Các số liệu thu thập trung thực, kết quả được xử lý và phân tích theo phương pháp khoa học.

Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Giới tính



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ giới tính bệnh nhân rò hậu môn

Nhận xét: Theo nghiên cứu chúng tôi, RHM chủ yếu gặp ở nam giới với tỷ lệ 82%. Tỷ lệ Nam/Nữ $\approx 5/1$.

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

		Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	16-40 tuổi	27	69,2%
	41- <60 tuổi	10	25,6%
	≥60 tuổi	2	5,1%
Tuổi (trung bình)		37,46 ± 12,78	

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là $37,46 \pm 12,78$, trong đó nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 16-40 tuổi với tỷ lệ 69,2%.

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.2. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Nông dân	23	59%
Công nhân	3	7,7%
Sinh viên	2	5,1%
Nghề khác	11	28,2%

Nhận xét: Trong số các BN nghiên cứu, BN có nghề nghiệp nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 59%. Mặc khác, sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,1%.

3.1.4. Tiền sử điều trị rò hậu môn

Bảng 3.3. Tiền sử điều trị rò hậu môn

Tiền sử điều trị RHM	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Chưa điều trị	32	82,1%
Nội khoa	3	7,7%
Phẫu thuật	4	10,2%

Nhận xét: Phần lớn BN chưa điều trị RHM chiếm đa số 82,1%, tiếp theo là BN đã từng PT và điều trị nội khoa lần lượt chiếm tỷ lệ 10,2% và 7,7%.

3.1.5. Bệnh nội khoa mạn tính

Bảng 3.4. Bệnh lý nội khoa mạn tính

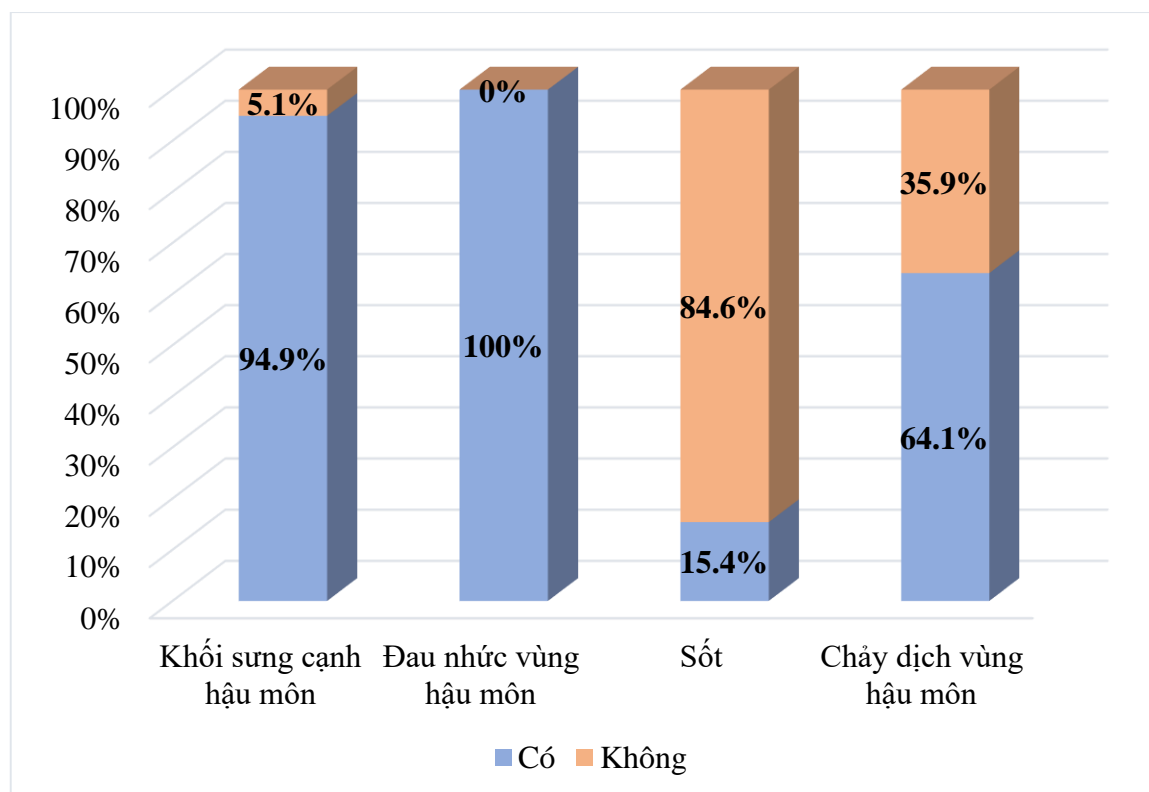
Các bệnh nội khoa mạn tính kèm theo	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Không có bệnh mạn tính	29	74,4%
Tăng huyết áp	7	17,9%
Đái tháo đường	3	7,7%

Nhận xét: Đa số các BN trong nghiên cứu không có bệnh mạn tính với tỷ lệ 74,4%, tiếp theo là tăng huyết áp chiếm 17,9% và đái tháo đường 7,7%, không ghi nhận trường hợp nào mắc bệnh thận mạn và xơ gan.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1.1. Triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân rò hậu môn

Nhận xét: Về triệu chứng lâm sàng lúc vào viện, các triệu chứng chính là đau nhức vùng HM và khối sưng cạnh HM với tỷ lệ lần lượt là 100% và 94,9%, triệu chứng chảy dịch vùng HM chiếm 64,1% BN. Trong khi đó, triệu chứng chỉ điểm tình trạng cấp tính là sốt chiếm tỷ lệ 15,4%.

3.2.1.2. Số lượng lỗ bên ngoài hậu môn

Bảng 3.5. Số lượng lỗ bên ngoài hậu môn

Số lượng lỗ bên ngoài hậu môn	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Không thấy	0	0%
1 lỗ	32	82,1%
≥2 lỗ	7	17,9%

Nhận xét: Tổng cộng ghi nhận 47 lỗ rò ngoài trên tổng số 39 BN trong nghiên cứu. Phân loại BN theo số lượng lỗ rò ngoài HM cho thấy phần lớn bệnh nhân chỉ có một lỗ rò ngoài, chiếm tỷ lệ 82,1%. Nhiều hơn hoặc bằng 2 lỗ rò ghi nhận 17,9%. Trong số BN có từ 2 lỗ trở lên, ghi nhận có 6 BN có 2 lỗ ngoài và 1 BN có 3 lỗ ngoài. Ngoài ra, không ghi nhận BN không có lỗ rò ngoài.

3.2.1.3. Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn

Bảng 3.6. Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn

Khoảng cách	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
<3 cm	6	15,4%
3-5 cm	26	66,7%
>5 cm	7	17,9%
Trung bình	4,54 ± 2,7	
Ngắn nhất-dài nhất	1-15 cm	

Nhận xét: Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa HM trung bình là 4,54 ± 2,7 cm với khoảng cách xa nhất ghi nhận là 15cm. Phần lớn khoảng cách này nằm trong khoảng 3-5 cm, chiếm 66,7%.

3.2.1.4. Vị trí của lỗ ngoài so với đường ngang hậu môn

Bảng 3.7. Vị trí của lỗ ngoài so với đường ngang hậu môn

Khoảng cách	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Nửa trước	16	41%
Nửa sau	23	59%

Nhận xét: Vị trí phân bố của các lỗ ngoài ưu thế ở phía nửa sau HM với 59%.

3.2.1.5 Số lượng lỗ rò trong xác định bằng que thăm dò khi phẫu thuật

Bảng 3.8. Số lượng lỗ rò trong xác định bằng que thăm dò khi phẫu thuật

Số lượng lỗ rò trong	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Không thấy	0	0%
1 lỗ	32	82,1%
≥ 2 lỗ	7	17,9%

Nhận xét: Số lượng lỗ rò trong phần lớn là 1 lỗ chiếm tỷ lệ 82,1%. Ngoài ra, có từ 2 lỗ trở lên chiếm 17,9% và không ghi nhận trường hợp không có lỗ rò.

3.2.2. Đặc điểm hình ảnh học

3.2.2.1. Số lượng lỗ trong trên MRI

Bảng 3.9. Số lượng lỗ trong

Số lượng lỗ trong	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Không thấy	0	0%
1 lỗ	33	84,6%
≥2 lỗ	6	15,4%

Nhận xét: Số lượng lỗ rò trong trên MRI phần lớn có 1 lỗ với tỷ lệ 84,6%, còn 2 lỗ rò trong với tỷ lệ 15,4%.

3.2.2.2. Phân loại theo Đại học St James (MRI)

Bảng 3.10. Phân loại theo Đại học St James (MRI)

Phân loại theo MRI	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Độ 3	15	38,5%
Độ 4	24	61,5%

Nhận xét: Dựa trên MRI BN có độ 4 chiếm đa số với tỷ lệ 61,5%, còn lại là BN có độ 3 tương ứng với 38,5%.

3.2.2.3. Tỷ lệ tìm thấy đường rò trên siêu âm nội soi trực tràng

Bảng 3.11. Tỷ lệ tìm thấy đường rò trên siêu âm nội soi trực tràng

Siêu âm	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Tìm thấy đường rò	31	79,5%
Không thấy	8	20,5%

Nhận xét: Trên siêu âm, tìm thấy đường rò chiếm 79,5%. Không thấy đường rò là 20,5%

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Đánh giá các đặc điểm chung của phẫu thuật

3.3.1.1. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

Bảng 3.12. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	35,67	7,81	25	60
Thời gian nằm viện (ngày)	3,56	1,35	2	8

Nhận xét:

Thời gian PT trung bình là $35,67 \pm 7,81$ phút, thời gian ngắn nhất là 25 phút và dài nhất là 60 phút.

Thời gian nằm viện trung bình là $3,56 \pm 1,35$ ngày, thời gian nằm ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 8 ngày.

3.3.1.2. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.13. Phương pháp phẫu thuật

	Tần số (n=39)	Tỷ lệ (%)
Nhóm mở đường rò + thắt đường rò	9	23,1%
Nhóm cắt đường rò + thắt đường rò	23	59%
Nhóm thắt đường rò	3	7,7%
mở đường rò	4	10,2%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp phẫu thuật cắt đường rò chiếm phần lớn với 59%, tiếp theo là nhóm mở đường rò + thắt đường rò với 23,1%. Phương pháp phẫu thuật ít sử dụng nhất là thắt đường rò với 7,7%.

3.3.2 Tai biến và Biến chứng

3.3.2.1. Tai biến trong lúc mổ

Bảng 3.14. Tai biến trong lúc mổ

Tai biến trong lúc mổ		Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu lượng nhiều	Có	2	5,1%
	Không	37	94,9%

Nhận xét: Trong lúc mổ, chúng tôi ghi nhận có 2 BN chảy máu lượng nhiều chiếm 5,1%. Như vậy đa số BN không có tai biến chảy máu lượng nhiều trong thời gian PT, tỷ lệ chiếm 94,9%. Ngoài ra, trong khoảng thời gian PT, chúng tôi không ghi nhận trường hợp BN có diễn tiến xấu một trong các bệnh lý nền mạn tính sẵn có.

3.3.2.2. *Biến chứng sớm sau mổ***Bảng 3.15. Biến chứng sớm sau mổ**

Biến chứng sớm sau mổ		Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	Cần chèn gạc cầm máu	2	5,1%
	Phải phẫu thuật lại cầm máu	0	0%
	Không	37	94,9%
Đau sau phẫu thuật	Nhẹ (0-3 điểm)	36	92,3%
	Vừa (4-6 điểm)	3	7,7%
	Nặng (7-10 điểm)	0	0%

Nhận xét:

Sau thời gian PT, các biến chứng sớm gồm chảy máu, nhiễm trùng vết mổ và đau sau PT. Trong đó, biến chứng chảy máu có 2 BN chiếm tỷ lệ 5,1%, cả 2 trường hợp này đều chỉ cần chèn gạc cầm máu mà không phải PT lại.

Các biến chứng nhiễm trùng vết mổ và bí tiểu không ghi nhận trường hợp nào.

Đánh giá đau sau PT theo thang điểm VAS (từ 0-10 điểm), phần lớn BN đều đau nhẹ (0-3 điểm), chiếm 92,3%, còn lại có 3 trường hợp BN là đau vừa (4-6 điểm), không có trường hợp nào đau mức độ nặng

3.3.2.3. Biến chứng sau mổ khi đã xuất viện

Sau mổ, các biến chứng sau mổ khi đã xuất viện được theo dõi với thời gian là 6 tháng tính từ lúc BN ra viện. Các mốc thời gian bao gồm: khi BN nằm viện, sau xuất viện 1 tháng và sau xuất viện 6 tháng.

Bảng 3.16. Đi tiêu không tự chủ sau phẫu thuật

Đi tiêu không tự chủ	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Khi nằm viện		
Độ 0	39	100%
Sau xuất viện 1 tháng		
Độ 0	38	97,4%
Độ 1	1	2,6%
Sau xuất viện 6 tháng		
Độ 0	36	92,3%
Độ 1	3	7,7%

Nhận xét: Mức độ đi tiêu không tự chủ sau PT của những BN trong nghiên cứu của chúng tôi chia làm 4 mức độ từ 0 đến 3. Ở mốc thời gian khi nằm viện và sau xuất viện 1 tháng, ghi nhận được 1 BN có đi tiêu không tự chủ độ 1, chiếm tỷ lệ 2,6%. Ở mốc thời gian 6 tháng sau khi xuất viện, chúng tôi ghi nhận được 3 BN có đi tiêu không tự chủ độ 1, chiếm tỷ lệ 7,7%.

3.3.2.4. Hẹp hậu môn sau phẫu thuật

Bảng 3.17. Hẹp hậu môn sau phẫu thuật

Hẹp HM	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Khi nằm viện		
Độ 0	39	100%
Sau xuất viện 1 tháng		
Độ 0	38	97,4%
Độ 1	1	2,6%
Sau xuất viện 6 tháng		
Độ 0	37	94,9%
Độ 1	2	5,1%

Nhận xét: Tương tự như đi tiêu không tự chủ, hẹp HM sau PT được chia làm mức độ từ độ 0 đến độ 3. Ở mốc thời gian khi nằm viện và sau xuất viện 1 tháng, chúng tôi ghi nhận có 1 BN có hẹp HM độ 1, chiếm tỷ lệ 2,6%. Ở mốc thời gian 6 tháng sau khi xuất viện, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 94,9% BN có mức hẹp ở độ 0, chỉ 2 BN có hẹp HM độ 1, chiếm tỷ lệ 5,1%.

3.3.2.5. Rò hậu môn tái phát sau phẫu thuật

Bảng 3.18. Rò hậu môn tái phát sau phẫu thuật

RHM tái phát	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Khi nằm viện		
Có	0	0%
Không	39	100%
Sau xuất viện 1 tháng		
Có	0	0%
Không	39	100%
Sau xuất viện 6 tháng		
Có	3	7,7%
Không	36	92,3%

Nhận xét: Với biến chứng RHM tái phát sau PT khi thăm khám ở 3 mốc thời gian. Ở mốc thời gian khi nằm viện và sau xuất viện 1 tháng, chúng tôi ghi nhận tất cả BN không có RHM tái phát. Ở mốc thời gian 6 tháng sau khi xuất viện, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp RHM tái phát, tỷ lệ BN không tái phát sau xuất viện 6 tháng chiếm 92,3%.

3.3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3.19. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Tốt	31	79,5%
Trung bình	5	12,8%
Kém	3	7,7%

Nhận xét: Sau 6 tháng theo dõi, kết quả chung sau PT của chúng tôi ghi nhận được đa số đều đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 79,5%, tiếp theo là kết quả ở mức trung bình chiếm 12,8%. Chỉ có 3 trường hợp có kết quả kém do có rò tái phát sau phẫu thuật.

3.3.4. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

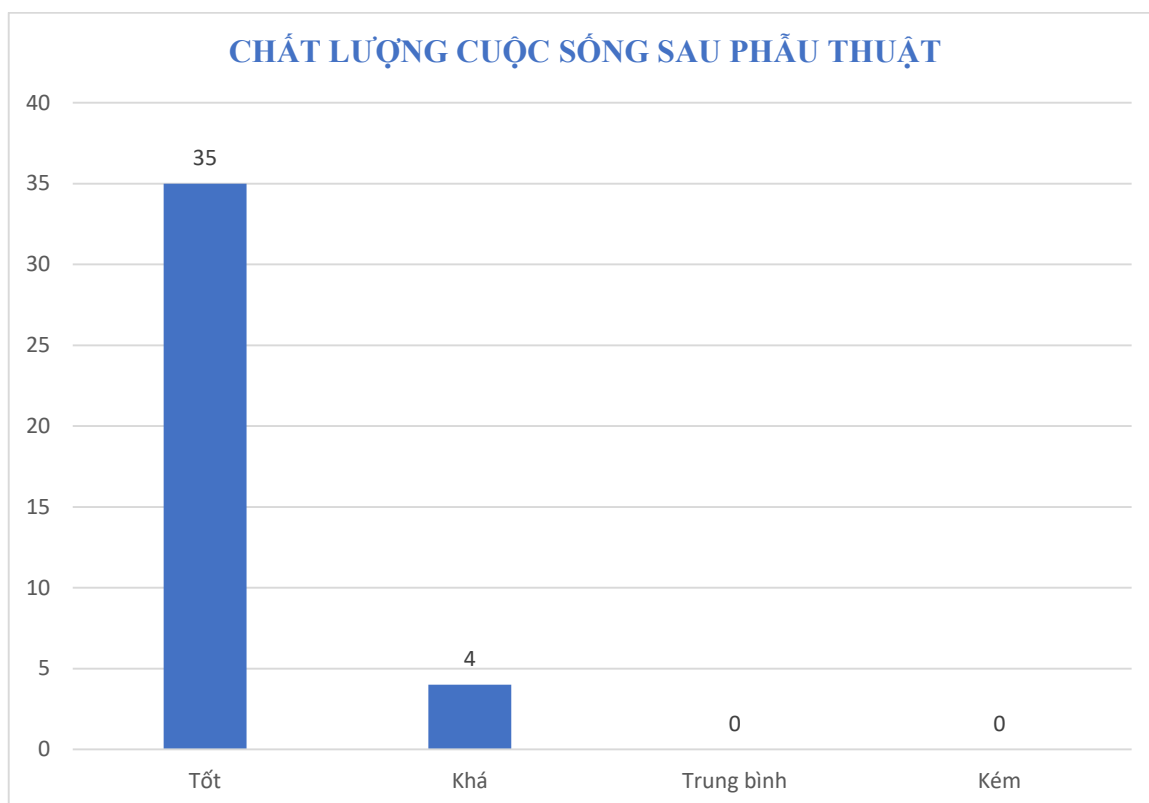
3.3.4.1. Điểm câu hỏi chất lượng cuộc sống

Bảng 3.20. Điểm câu hỏi chất lượng cuộc sống

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
Chất lượng cuộc sống chung theo cảm nhận của bệnh nhân sau phẫu thuật	80,95	16,39	50	100
Khía cạnh sức khoẻ thể chất	95,30	13,14	25	100
Khía cạnh sức khoẻ tinh thần	85,83	10,61	64,29	100

Nhận xét: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đều thuộc loại tốt từ 80 điểm trở lên, điểm thấp nhất ghi nhận ở khía cạnh sức khoẻ thể chất với 25 điểm.

3.3.4.2 Kết quả chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.3. Kết quả chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Nhận xét: Phần lớn BN đều được phân loại chất lượng cuộc sống loại tốt, có 4 BN xếp loại khá do kết quả PT và biến chứng sau phẫu như biến dạng HM, đi tiêu không tự chủ, hẹp HM và rò tái phát.

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính

Bệnh hay gặp ở nam giới với tỷ lệ 82% và tỷ lệ Nam/Nữ $\approx 5/1$. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Phong tỷ lệ Nam/Nữ $\approx 6,5/1$ [20] và nghiên cứu của tác giả Hui-hong Jiang tỷ lệ Nam/Nữ $\approx 5,5/1$ [43].

Sở dĩ rò hậu môn xảy ra ở nam nhiều hơn nữ là vì tần suất mắc các bệnh về hậu môn trực tràng như: trĩ, nứt kẽ hậu môn, viêm cơ thắt, viêm đại tràng... ở nam nhiều hơn nữ.

Tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi có 39 BN với độ tuổi trung bình là $37,46 \pm 12,78$, thường gặp nhất là nhóm tuổi 16-40 với tỷ lệ là 69,2%. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Phong độ tuổi trung bình $47,3 \pm 11,8$, nhóm tuổi lao động từ 21-60 chiếm 93,3 % [20]; nghiên cứu của tác giả Võ Duy Kha độ tuổi trung bình $43,93 \pm 11,94$ tuổi, độ tuổi từ 20-60 tuổi chiếm 88,4% [11].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ BN RHM đa số gặp ở lứa tuổi lao động.

Nghề nghiệp

Nghề nghiệp có thể ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của BN. Tuy nhiên đối với bệnh cảnh RHM, ảnh hưởng của nghề nghiệp phụ thuộc chủ yếu vào công việc và điều kiện làm việc của BN. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, RHM gặp ở tất cả nghề nghiệp, trong đó nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất với 59%.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hòa tỷ lệ nông dân gặp nhiều nhất 32/111, chiếm 28,8% [8]. Nghề nghiệp của BN không phải là yếu tố chính ảnh hưởng đến bệnh, nhưng nghề nghiệp có thể liên quan phần nào đó khả năng nhận thức và mức độ quan tâm đến sức khỏe, bệnh tật của BN.

Tiền sử rò hậu môn và tiền sử toàn thân

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 7/39 BN có tiền sử đã điều trị RHM chiếm 18%, trong đó 4/39 BN là điều trị bằng PT chiếm 10,2% với các trường hợp đã từng PT 1 lần và 3/39 BN điều trị bằng nội khoa chiếm 7,7%. Theo tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8], nghiên cứu trên 111 ca rò phức tạp có 42,3% BN chưa PT lần nào; 56,7% số bệnh nhân đã từng được phẫu thuật, trong đó gặp chủ yếu BN đã PT 1 lần là 42/111 BN chiếm 37,8%. Tác giả Malouf A. J. và cộng sự [50], trong 98 BN rò hậu môn được điều trị tại bệnh viện St. Mark có 52% đã trải qua ít nhất 1 lần phẫu thuật, ghi nhận trên 51 BN có tổng 115 lần PT.

Với tỷ lệ tiền sử PT thấp và chỉ PT lần 1 tại tuyến dưới, điều đó chứng tỏ rằng có sự đánh giá đúng mức về bệnh RHM. Đặc biệt là kinh nghiệm và thái độ xử trí của các bác sĩ tuyến cơ sở ngày càng nâng cao, giúp giảm đáng kể tình trạng phải PT nhiều lần.

Bệnh lý nội khoa mạn tính

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các BN trong nghiên cứu không có bệnh lý nội khoa mạn tính với tỷ lệ 74,4%, tăng huyết áp chiếm 17,9% và đái tháo đường 7,7%.

Theo tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8], bệnh lý mạn tính có 4/111 BN lao phổi cũ chiếm 3,6%, đái tháo đường có 4/111 BN chiếm 3,6% và 18/111 BN viêm đại tràng chiếm 16,2%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Phụ thuộc vào từng giai đoạn của bệnh, triệu chứng khi BN nhập viện có thể thay đổi. Ở giai đoạn áp xe, BN đến bệnh viện với tình trạng sưng đau ở vùng HM, có khả năng xuất hiện cùng triệu chứng sốt. Mặc khác, khi tình trạng bệnh ở giai đoạn rò, các triệu chứng có thể xuất hiện bao gồm chảy dịch, mũ vùng hậu môn [8], [50].

Triệu chứng lâm sàng

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy triệu chứng đau nhức vùng HM và có khối sưng cạnh HM là hai lý do thường gặp với tỷ lệ lần lượt 100% và 94,9%, triệu chứng chảy dịch vùng HM chiếm gần 2/3 số BN với 64,1%. Trong khi đó, triệu chứng chỉ điểm tình trạng cấp tính là sốt chỉ chiếm tỷ lệ thấp với 15,4%.

Theo tác giả Nguyễn Hoàng Hòa triệu chứng chảy dịch cạnh HM là lý do thường gặp nhất chiếm 81,1% [8]; Theo tác giả Nguyễn Văn Lâm, triệu chứng chảy dịch cạnh HM với tỷ lệ là 68,4% [16]. Sự khác biệt đến từ việc đau là triệu chứng chủ quan ảnh hưởng từ cảm tính và mức độ chịu đựng của mỗi BN, ngoài ra còn tùy vào giai đoạn bệnh mà BN vào bệnh viện với những triệu chứng khác nhau.

Lỗ ngoài

Lỗ ngoài hay còn gọi là lỗ thứ phát do ô áp xe nguyên phát vỡ mũ tạo thành ở da quanh HM, tầng sinh môn. Phân loại BN theo số lượng lỗ rò ngoài HM cho thấy phần lớn BN chỉ có một lỗ rò ngoài, chiếm tỷ lệ 82,1% và BN có từ 2 lỗ rò ngoài trở lên chiếm 17,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ 1 BN được ghi nhận có 3 lỗ rò ngoài. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận khoảng cách trung bình từ lỗ ngoài đến rìa HM là $4,54 \pm 2,7\text{cm}$ và phần lớn nằm nửa sau HM chiếm 59%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu RHM khác.

Theo nghiên cứu tác giả Nguyễn Hoàng Hòa cho thấy có 74,7% tỷ lệ BN có 1 lỗ rò ngoài, khoảng cách trung bình từ lỗ ngoài đến rìa HM là $4,54 \pm 2,09\text{cm}$ [8]. Nghiên cứu của tác giả Võ Duy Kha với 72,1% tỷ lệ BN có 1 lỗ rò ngoài chủ yếu ở nửa sau HM chiếm 60,5% [11]. Nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thúy Cẩm với 84,4% tỷ lệ BN có 1 lỗ rò ngoài, khoảng cách trung bình là $2,3 \pm 1,1\text{cm}$ [3]. Nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Thái với 82,9% BN có 1 lỗ rò ngoài và phần lớn nằm nửa sau HM chiếm 55,8%, khoảng cách trung bình là $2,38 \pm 1,4\text{cm}$ [25]. Theo tác giả Manothay Toulabouth [17], 23/30 BN (76,7%) có 1 lỗ ngoài, 5/30 BN (16,7%) có 2 lỗ rò ngoài, 1/30 BN (3,3%) có 3 lỗ rò ngoài, 1/30 BN (3,3%) có 4 lỗ rò ngoài.

Số lượng lỗ rò trong lúc phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số lượng lỗ trong phần lớn là 1 lỗ trong chiếm tỷ lệ 82,1%, có 7 trường hợp có 2 lỗ trong trở lên chiếm 17,9%. Theo tác giả Nguyễn Hoàng Hòa [8], nghiên cứu về số lượng lỗ trong của tổng 99 BN cho thấy có 91/99 BN (chiếm 91,9%) có 1 lỗ trong, 6/99 BN (chiếm 6,1%) có 2 lỗ trong, 2/99 BN (chiếm 2%) có 3 lỗ trong.

Về sự phân bố vị trí lỗ trong, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 59% lỗ trong phân bố ở nửa sau, và có 41% lỗ trong phân bố ở nửa trước. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó và cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh.

Phương pháp phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp PT được sử dụng gồm nhiều phương pháp là mở đường rò và cắt đường rò, thắt đường rò, các phương pháp kết hợp. Trong đó, nhóm cắt đường rò + thắt đường rò là phương pháp sử dụng nhiều nhất với 23 BN chiếm 59%, tiếp theo mở đường rò + thắt đường rò được sử dụng với 9 BN chiếm tỷ lệ là 23,1%.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8], 45 BN được áp dụng phương pháp mở đường rò (40,5%), trong đó có 27/45 BN (60%) áp dụng cho rò xuyên cơ thắt trung gian và 18/45 BN (40%) với rò xuyên cơ thắt cao. Chỉ định mở ngổ được áp dụng cho hầu hết các trường hợp rò xuyên cơ thắt trung gian và một số trường hợp được áp dụng cho rò xuyên cơ thắt cao trong trường hợp những phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn [23], PT mở đường rò được áp dụng cho 193/225 BN (85,8%). Trong nhóm rò xuyên cơ thắt trung gian và liên cơ thắt tỷ lệ mở đường rò là 156/167 BN (93,4%). Theo tác giả chỉ định mở ngổ được áp dụng cho hầu hết các đường rò liên cơ thắt, xuyên cơ thắt trung gian, thậm chí với một số đường rò móng ngựa xuyên cơ thắt. Như vậy, các nghiên cứu trước đa phần sử dụng phương pháp mở đường rò để điều trị. Sự khác biệt là do chúng tôi thực hiện trên bệnh RHM bệnh cảnh lâm sàng khác nhau cần được cá thể hóa lựa chọn phương pháp điều trị.

4.2.2. Đặc điểm hình ảnh học

Một trong những nguyên tắc để PT thành công bệnh RHM là tìm được đường rò, các túi cùng, góc ngách, để phân loại rò và lựa chọn các phương pháp PT phù hợp. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có vai trò hết sức quan trọng: CHT và siêu âm là 2 phương pháp góp phần phân loại và chỉ định phương pháp PT. Hiện nay, SANS và CHT nên được chỉ định chụp để đánh giá sự liên quan giữa đường rò và cơ thắt HM một cách chính xác hơn. Chụp CHT là một

kỹ thuật hình ảnh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để chẩn đoán đường rò chính và CHT được khuyến nghị để đánh giá hình ảnh các đường rò phức tạp hoặc tái phát. Xác định chính xác lỗ rò trong là một trong những nguyên tắc quan trọng quyết định sự thành công trong việc PT điều trị RHM.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận số lượng lỗ rò trong trên CHT phần lớn có 1 lỗ rò trong với tỷ lệ 84,6%, còn lại từ 2 lỗ rò trong trở lên với tỷ lệ lần lượt 15,4% và không ghi nhận trường hợp không thấy lỗ rò trong. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lâm có tỷ lệ 76,3% hay nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thúy Cẩm với tỷ lệ 91,6%.

Đại học ST. James phân loại RHM có 5 độ trên MRI, trong đó độ 1 và 2 là RHM đơn giản và độ 3, 4, 5 là RHM phức tạp. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên BN RHM phức tạp nên ghi nhận dựa trên MRI BN có độ 4 chiếm đa số với tỷ lệ 61,5%, còn lại là BN có độ 3 tương ứng với tỷ lệ 38,5%, chưa ghi nhận được độ 5. Phân độ này giúp cho phẫu thuật viên chỉ định kỹ thuật PT phù hợp, chính xác, mang lại kết quả cao.

4.3. Kết quả điều trị

Mục tiêu của việc thực hiện PT RHM là giải quyết triệt để tổn thương và duy trì chức năng tự chủ của HM. Do đó, PT được coi là biện pháp chính trong việc điều trị RHM.

4.3.1. Đánh giá các đặc điểm chung của phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình PT. Một thời gian PT hợp lý có thể đảm bảo rằng các bước PT được thực hiện đầy đủ và chính xác, dẫn đến kết quả tích cực hơn. Thời gian PT ngắn giúp giảm những tai biến về gây mê hồi sức, giảm chi phí cho BN [8].

Thời gian PT trung bình là $35,67 \pm 7,81$ phút, thời gian ngắn nhất là 25 phút và dài nhất là 60 phút.

Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8], thời gian PT trung bình là $35,83 \pm 13,3$ phút, nhanh nhất là 15 phút và dài nhất 90 phút, trong đó thời gian PT chủ yếu nằm trong khoảng từ 30 – 50 phút có 82 BN (chiếm 73,9%). Theo tác giả Nguyễn Văn Lâm và cộng sự [16], thời gian PT trung bình là 33 phút. Theo tác giả Trần Thị Tranh [30], trong nghiên cứu 60 BN RHM phức tạp được điều trị PT tại bệnh viện Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh, kết quả cho thấy thời gian PT trung bình là $21,67 \pm 8,64$ phút cho nhóm được thực hiện bằng phương pháp cắt mở đường rò và $28,83 \pm 8,67$ phút cho nhóm thực hiện PT LIFT và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo tác giả Schulze B. và cộng sự [61], trong nghiên cứu 75 BN RHM phức tạp, thời gian PT trung bình là $13,2 \pm 1,5$ phút.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hòa. Tuy nhiên, thời gian PT của chúng tôi dài hơn một số tác giả do thời gian PT phụ thuộc thương tổn của đường rò, phương tiện, trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình là $3,56 \pm 1,35$ ngày, thời gian nằm ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 8 ngày.

Kết quả này ngắn hơn so với tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8] là $4,41 \pm 1,8$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 11 ngày. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Tín [24], thời gian nằm viện trung bình là $3,09 \pm 0,7$ ngày, sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 5 ngày, thời gian nằm viện trong khoảng từ 2 – 3 ngày chiếm 86,3%. Theo tác giả Nguyễn Văn Lâm, thời gian nằm viện chỉ có 1,7 ngày [16].

Theo tác giả Roig J. V. và cs [59] nghiên cứu 31 BN RHM phức tạp, thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày. Theo tác giả Chadbunchachai, W. và cs [36], thời gian nằm viện trung bình là 1 ngày.

Thời gian nằm viện đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp chăm sóc y tế toàn diện, đảm bảo sự an toàn và phục hồi của BN. Từ kết quả trên có thể thấy rằng PT điều trị RHM có thời gian nằm viện tương đối ngắn, đặc biệt đối với các BN không có biến chứng trong và sau PT. Quan trọng hơn nữa là giảm chi phí trong điều trị và thời gian chăm sóc BN [16], [24], [36].

4.3.2. Biến chứng

Để mang lại kết quả PT như mong muốn, theo dõi và đánh giá các biến chứng sau PT là rất quan trọng, từ đó có thể phát hiện và xử trí các biến chứng kịp thời.

4.3.2.1. Tai biến trong lúc mổ

Chảy máu nhiều

Trong lúc PT, chúng tôi ghi nhận có 2 BN chảy máu lượng nhiều chiếm 5,1%, đa số BN không có tai biến chảy máu lượng nhiều trong thời gian PT, tỷ lệ chiếm 94,9%. Theo tác giả Nguyễn Xuân Hùng [10], tai biến chảy máu trong mổ là 2,22%.

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8], 10 bệnh nhân chảy máu sau mổ (chiếm 9%), có 7 BN chỉ cần chèn gạc, băng ép cầm máu, 3 BN phải mổ lại cầm máu và truyền máu (chiếm 2,7%), là những trường hợp áp xe móng ngựa, khi mổ phải nạo nhiều tổ chức ở sâu, đã khâu cầm máu trong mổ và 1 BN có huyết áp cao.

Không ghi nhận trường hợp BN có diễn tiến xấu một trong các bệnh lý nền mạn tính sẵn có

4.3.2.2. Biến chứng sớm sau mổ

Chảy máu

Chảy máu có 2 BN chiếm tỷ lệ 5,1%, cả 2 trường hợp này đều chỉ cần chèn gạc cầm máu mà không phải phẫu thuật lại. Vùng tầng sinh môn rất giàu mạch máu, đặc điểm của vết mổ RHM là dễ ngổ, hằng ngày ngâm rửa và thay băng tác động trực tiếp vào vết mổ. Nếu trong mổ cầm máu không tốt, thì sau mổ rất dễ chảy máu: nhẹ thì máu thấm băng, nặng hơn có thể có máu phun thành tia. Chảy máu sau PT thường do lỗi kỹ thuật như cầm máu không kỹ, do bong mảng từ chỗ cắt đốt dao điện hoặc có PT cắt trĩ kèm theo. Tuy nhiên việc phát hiện chảy máu sau mổ RHM thường không quá khó, lượng máu mất không nhiều như những PT khác, khắc phục không gặp nhiều khó khăn.

Tác giả Trần Thị Tranh [30], có 1/30 BN (3,33%) có chảy máu sau mổ mức độ nhẹ và chỉ cần băng ép cầm máu. Tác giả Nguyễn Trung Tín [24] có 1/22 BN (4,55%) chảy máu phải mổ lại cầm máu. Tác giả Lê Văn Quốc [22], có 1 trường hợp chảy máu sau mổ.

Từ các kết quả trên có thể thấy việc cầm máu kỹ trong mổ là rất cần thiết vì có thể ảnh hưởng đến cả sức khỏe và tâm lý BN, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Các tác giả cũng cho rằng cần đặc biệt chú ý cầm máu kỹ những trường hợp cắt cơ thắt, nạo tổ chức hoại tử ở sâu và lưu ý BN có cao huyết áp.

Bí tiểu

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp bí tiểu. Tuy nhiên, việc PT ở vùng HM cũng gây phản xạ co thắt cơ cổ bàng quang gây bí tiểu, đặc biệt với những BN nam giới cao tuổi có phì đại tiền liệt tuyến kèm theo. Với những BN này cho giảm đau, chườm nóng trên xương mu nếu không đi tiểu được sẽ đặt thông tiểu. Để khắc phục tình trạng bí tiểu sau mổ nên chủ động sử dụng thuốc giảm đau cho BN khi hết tác dụng của thuốc gây tê tủy

sống, kết hợp xoa nhẹ liên tục, chườm ấm vùng hạ vị ngay sau mổ và hạn chế truyền dịch, điều đó giúp giảm tối đa số BN bí tiểu phải đặt thông tiểu.

Đau sau phẫu thuật

Hiện nay, nhiều tác giả sử dụng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau của BN. Theo đó, thang điểm có 10 mức đánh giá tùy vào mức độ đau của BN với 0 là mức độ thấp nhất: không đau, và 10 là mức độ cao nhất: đau dữ dội. Các mức độ này sẽ được chia làm 3 nhóm là nhẹ (0-3 điểm), vừa (4-6 điểm) và nặng (7-10 điểm).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thống kê được đau nhẹ 92,3% và đau vừa 7,7%. Các nhà tác giả đồng thuận rằng tình trạng đau có liên quan đến việc loại bỏ các tổ chức viêm, tổ chức xơ, sẹo lớn ở lỗ rò ngoài, cùng với việc thực hiện cắt cơ thắt và PT kèm theo trong trường hợp như trĩ, nứt HM, và da thừa. Theo tác giả Lê Văn Quốc [22], đau ít chiếm 94%, đau vừa 6%. Đau là cảm giác chủ quan, thay đổi tùy vào mức độ chịu đựng của mỗi người cho nên kết quả có phần khác nhau giữa các tác giả.

4.3.2.3. Biến chứng sau mổ khi xuất viện

Đi tiêu không tự chủ

Mức độ tự chủ HM sau mổ của những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chia làm 4 mức độ từ 0 đến 3. Ở mốc thời gian khi nằm viện và sau xuất viện 1 tháng, ghi nhận được 1 BN có tiêu không tự chủ HM độ 1, chiếm tỷ lệ 7,7%. Ở mốc thời gian 6 tháng sau khi xuất viện, chúng tôi ghi nhận được 1 BN có đi tiêu không tự chủ độ 1, chiếm tỷ lệ 2,6%.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8] cho thấy: 35 BN đi tiêu không tự chủ ngay sau mổ (chiếm 31,53%): trong đó 34 BN đi tiêu không tự chủ độ I (chiếm 30,6%) và 1 BN đi tiêu không tự chủ độ II (chiếm

0,9%). Bệnh nhân đi tiêu không tự chủ độ II là áp xe, rò hậu môn móng ngựa khi mổ phải nạo nhiều tổ chức hoại tử và cắt cơ thắt cao. Theo thời gian tỷ lệ đi tiêu không tự chủ giảm dần khi vết thương dần liền hoàn toàn.

Theo tác giả Nguyễn Xuân Hùng [10], có 36,6% đi tiêu không tự chủ trong 3 tháng đầu (độ I là 24,2%, độ II là 11,8% và độ III là 0,7%), sau 3 tháng (độ I 12,4%, độ II 5,2% và độ III 0,7%).

Theo tác giả Sygut A. và cộng sự [66] nghiên cứu 407 BN RHM có 300/407 BN được đánh giá kết quả xa (chiếm 73,7%), thời gian theo dõi trung bình là 4,2 năm. Kết quả có 32/300 BN có đi tiêu không tự chủ sau mổ ở các mức độ khác nhau (chiếm 10,7%), trong đó có 14 trường hợp xuất hiện đi tiêu không tự chủ ở giai đoạn 1 năm đầu sau mổ và 18 bệnh nhân xuất hiện đi tiêu không tự chủ vào năm thứ 2. Các tác giả cũng nhận thấy đối với đa số BN những phiền toái do đi tiêu không tự chủ còn khó chịu và phiền phức hơn nhiều bệnh RHM, đồng thời việc khắc phục cũng gặp nhiều khó khăn.

Theo chúng tôi, để bảo tồn cơ thắt, hạn chế tới mức thấp nhất biến chứng đi tiêu không tự chủ, cần tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc: Không cắt cơ thắt tại hai vị trí khi hai đường rò đều cao. Cắt cơ thắt ngoài không quá 50% chiều dày, cắt vuông góc. Lựa chọn các kỹ thuật, cắt - khâu phục hồi, hoặc cắt cơ thắt tùy theo từng trường hợp cụ thể. So với nghiên cứu trước đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khả quan hơn.

Rò tái phát

Bên cạnh đi tiêu không tự chủ, tái phát sau mổ vẫn còn là một thách thức với các phẫu thuật viên trong giai đoạn hiện nay. Với biến chứng RHM tái phát sau PT khi thăm khám ở 3 mốc thời gian. Ở mốc thời gian khi nằm viện và sau xuất viện 1 tháng, chúng tôi ghi nhận 1 BN có RHM tái phát. Ở mốc thời gian 6 tháng sau khi xuất viện, chúng tôi ghi nhận được 3 BN có RHM tái phát,

chiếm tỷ lệ 7,7%. Tái phát sau phẫu thuật là tình trạng sau PT từ 6 – 8 tuần khi sẹo mổ đã liền mà vẫn còn xuất hiện lỗ rò chảy dịch, chảy mủ hoặc ổ áp xe. Đối với phẫu thuật điều trị rò hậu môn: tỷ lệ tái phát cao, thấp tùy theo từng tác giả.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8] sau 24 tháng, có 15 BN tái phát sau mổ (chiếm 13,5%), thời gian tái phát trung bình $6,47 \pm 4,82$ tháng. Trong đó 3 BN (chiếm 2,7%) tái phát < 6 tháng và > 6 tháng có 12 BN (chiếm 10,8%). Nghiên cứu của tác giả Manothay Toulabouth [17] có 1/30 BN chiếm 3,3%. Theo tác giả Shafik A. A. và cs [62] trong nghiên cứu 53 BN RHM phức tạp, thời gian theo dõi sau mổ 19 tháng, kết quả cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 92,5%, tái phát sau mổ gặp 4/53 BN (chiếm 7,5%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Các tác giả cũng cho rằng, tỷ lệ thất bại của phẫu thuật xuất phát từ một số nguyên nhân sau: tìm và xử trí lỗ rò trong không tốt, không đánh giá đúng các hình thái lâm sàng trước và trong mổ, nhất là các đường rò phức tạp có nhiều nhánh phụ, túi cùng và mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt, là cơ sở chính để phân loại đường rò. Ngoài ra số lần phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu cũng là một trong những yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật.

Tuy nhiên do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn các tác giả khác nên việc đánh giá theo dõi tái phát chỉ có tính tương đối.

4.3.3. Phân loại kết quả sau phẫu thuật

Lựa chọn phương pháp PT để điều trị bệnh RHM nói chung và RHM tái phát nói riêng đều tuân theo nguyên tắc là phải đạt hiệu quả điều trị cao nhất và giảm thiểu tối đa nguy cơ đi tiêu không tự chủ sau mổ. Mỗi cơ sở y tế, mỗi phẫu thuật viên đều có những lựa chọn phương pháp điều trị khác nhau. Mỗi

phương pháp PT cho một tỷ lệ khỏi bệnh, đi tiêu không tự chủ khác nhau, và đây cũng là một yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh.

Sau 6 tháng theo dõi, kết quả chung sau PT của chúng tôi ghi nhận được đa số đều đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 79,5%, tiếp theo là kết quả ở mức trung bình chiếm 12,8%. Chỉ có 3 trường hợp có kết quả kém do có rò tái phát sau PT.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Hoà [8] cho thấy: kết quả tốt 81 bệnh nhân chiếm 73%, trung bình chiếm 13,5% và kém chiếm 13,5%. Theo tác giả Manothay Toulabouth [17] kết quả điều trị tại thời điểm 6 tháng sau PT: tốt chiếm 90%, trung bình chiếm 6,7% và kém chiếm 3,3%. Theo tác giả Phạm Phúc Khánh [14], kết quả tốt là 70,7%, trung bình là 9,8 và kém là 19,5%.

4.3.4. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Chất lượng cuộc sống sau PT được chúng tôi đánh giá gồm 12 câu hỏi về quan điểm của bản thân BN cảm nhận tình trạng sức khoẻ hiện tại. Nghiên cứu ghi nhận điểm trung bình chất lượng cuộc sống của BN đều thuộc loại tốt, điểm thấp nhất ở khía cạnh sức khoẻ với 25 điểm và cao nhất là 100 điểm. Phần lớn BN đều được phân loại chất lượng cuộc sống loại tốt, có 4 BN xếp loại khá do kết quả phẫu và biến chứng như biến dạng HM, đi tiêu không tự chủ, hẹp HM và rò tái phát. Ngoài việc ảnh hưởng đến những vấn đề về sinh hoạt hàng ngày thì BN sau PT RHM còn phải thay đổi nếp sống sinh hoạt tình dục hàng ngày của mình.

Tác giả Riss và cộng sự cũng thực hiện nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống và cuộc sống tình dục của 88 BN sau PT RHM do bệnh Crohn cho thấy có sự thay đổi về điểm chất lượng cuộc sống nhưng lại không thấy sự ảnh hưởng lên đời sống tình dục BN [58]. Đối với BN sau PT RHM, biến chứng đi tiêu không tự chủ là yếu tố chính gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống.

Tuy nhiên, biến chứng này được cải thiện theo thời gian, sự tự chủ HM của BN tốt hơn thì chất lượng cuộc sống của BN sẽ tốt hơn.

Theo tác giả Phạm Phúc Khánh [15], chất lượng cuộc sống tổng thể của BN sau PT RHM bị ảnh hưởng nhiều cả về mặt thể chất và tinh thần. Tuy nhiên, theo thời gian BN sẽ thích nghi và chất lượng cuộc sống cũng sẽ cải thiện tốt hơn. Đi tiêu không tự chủ là biến chứng thường gặp và là yếu tố làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN. Qua nghiên cứu cho thấy việc chăm sóc nâng cao chất lượng cuộc sống và sự hài lòng của BN sau PT RHM cần được chú ý nhiều hơn.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 BN được chẩn đoán xác định bệnh RHM và phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học

- Bệnh gặp nhiều ở lứa tuổi lao động, tuổi trung bình: $37,46 \pm 12,78$ tuổi, nam nhiều hơn nữ (Nam/Nữ là 5/1). Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân với tỷ lệ là 59%.

- Tiền sử BN phần lớn chưa có điều trị RHM với tỷ lệ 82,1%. Nội khoa là 7,7 %, PT là 10,2%.

- Triệu chứng đau nhức vùng HM và khối sưng cạnh HM với tỷ lệ lần lượt là 100% và 94,9%; triệu chứng chảy dịch vùng HM là 64,1% và sốt là 15,4%.

- Đa số BN chỉ có một lỗ rò ngoài chiếm tỷ lệ 82,1%.

- Số lượng lỗ rò trong trên MRI phần lớn có 1 lỗ trong với tỷ lệ 84,6%, còn lại 2 lỗ rò trong trở lên chiếm tỷ lệ 15,4%. Dựa trên MRI BN có độ 4 chiếm đa số với tỷ lệ 61,5 %, còn lại là BN có độ 3 tương ứng với 38,5%.

2. Kết quả điều trị phẫu thuật

- Thời gian PT trung bình là $35,67 \pm 7,81$ phút.

- Thời gian nằm viện trung bình là $3,56 \pm 1,35$ ngày.

- Tai biến trong PT và Biến chứng sau PT: Có 5,1% số (2/39) BN bị chảy máu trong mổ và 5,1% (2/39) số BN bị chảy máu sau mổ cần chèn gạc cầm máu nhưng không ghi nhận BN nào phải mổ lại cầm máu.

- Đi tiêu không tự chủ: giai đoạn sau xuất viện 6 tháng là 7,7% (3/39) BN

- Hẹp HM: giai đoạn sau xuất viện 6 tháng là 5,1% (2/39) BN

- Tỷ lệ tái phát: giai đoạn sau xuất viện 6 tháng là 7,7% (3/39) BN

- Kết quả chung: tốt là 79,5%, trung bình là 12,8% và kém là 7,7%.

KIẾN NGHỊ

Cần chú trọng tầm soát quản lý bệnh RHM trên các đối tượng có yếu tố nguy cơ cao là nam giới ở độ tuổi trung niên, đánh giá cẩn thận tránh bỏ sót do phần lớn BN chưa có tiền sử RHM trước đó. Các bác sĩ nên kết hợp lâm sàng và hình ảnh học nhằm đánh giá chính xác vị trí, số lượng các lỗ rò và mức độ tổn thương cơ thắt HM để có phương án điều trị phù hợp. Phụ thuộc vào từng giai đoạn của bệnh, triệu chứng khi BN nhập viện có thể thay đổi. Khi tình trạng bệnh ở giai đoạn rò, các triệu chứng có thể xuất hiện bao gồm chảy dịch, mủ vùng hậu môn.

Một trong những nguyên tắc để PT thành công bệnh RHM là tìm được đường rò, các túi cùng, góc ngách, để phân loại rò và lựa chọn các phương pháp PT phù hợp. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có vai trò hết sức quan trọng: CHT và siêu âm là 2 phương pháp góp phần phân loại và chỉ định phương pháp PT. Hiện nay, SANS và CHT nên được chỉ định chụp để đánh giá sự liên quan giữa đường rò và cơ thắt HM một cách chính xác hơn. Chụp CHT là một kỹ thuật hình ảnh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để chẩn đoán đường rò chính và CHT được khuyến nghị để đánh giá hình ảnh các đường rò phức tạp hoặc tái phát. Xác định chính xác lỗ rò trong là một trong những nguyên tắc quan trọng quyết định sự thành công trong việc PT điều trị RHM. Với các kết quả khả quan, cần tiến hành sớm điều trị PT RHM nhằm phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN. Dù các biến chứng hậu phẫu ghi nhận ở mức thấp, các bác sĩ cần kết hợp với người nhà BN nhằm theo dõi sát tình trạng BN, chất lượng cuộc sống và đánh giá dài hạn các biến chứng sau mổ khi đã xuất viện và nguy cơ tái phát, đặc biệt trong thời gian 6 tháng hậu phẫu.

Bên cạnh đó, các bác sĩ cần thường xuyên cập nhật, theo dõi sự phát triển của các phương pháp PT mới, đồng thời tạo điều kiện nghiên cứu ứng dụng các

phương pháp mới này nhằm đánh giá các ưu nhược điểm và sớm phổ biến rộng rãi để đạt mục tiêu điều trị tốt nhất cho bệnh lý RHM.

Cần thời gian nghiên cứu dài hơn với số lượng mẫu nhiều hơn để có kết quả chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bùi Sỹ Tuấn Anh, Nguyễn Xuân Hùng, Trịnh Hồng Sơn (2021), "Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn hình móng ngựa", " *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, 16(ĐB4), tr. 172-177.
2. Nguyễn Ngọc Ánh, Nguyễn Xuân Hùng, Phạm Thị Thanh Huyền và các cộng sự. (2018), "Kết quả điều trị rò hậu môn móng ngựa tại Bệnh viện Việt Đức", *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*, 113(4), tr. 23-30.
3. Đặng Thị Thúy Cẩm, Lý Quang Huy, Nguyễn Văn Lâm (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ", *Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ*, 2017(8), tr. 56.
4. Đỗ Đình Công, Võ Thị Mỹ Ngọc (2007), "Vai trò của siêu âm 3 chiều trong chẩn đoán rò hậu môn phức tạp", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 11(1), tr. 170-172.
5. Lê Văn Cường (2019), *Giải phẫu học sau đại học*, Nhà Xuất Bản Y Học.
6. Võ Tấn Đức, Nguyễn Quang Thái Dương (2007), "Khảo sát siêu âm lòng hậu môn với Hydrogen Peroxide trong bệnh rò hậu môn và rò hậu môn-âm đạo", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 11(1), tr. 17-22.
7. Hoàng Đức Hạ, Nguyễn Thị Thắm, Phạm Thị Thanh Xuân và các cộng sự. (2021), "Nhận xét vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rò hậu môn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng 2019 - 2020", *Y Học Việt Nam*, 500(2), tr. 197-200.
8. Nguyễn Hoàng Hòa (2016), *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp*, Luận văn Tiến Sĩ Y Học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

9. Nguyễn Đình Hồi (2002), *Hậu môn trực tràng học*, Nhà Xuất Bản Y Học.
10. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003 - 2006", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1, tr. 45–51.
11. Võ Duy Kha, Nguyễn Văn Lâm (2019), "Vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng trong chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019", *Tạp chí Y tế Công cộng*, 2019(20), tr. 1-7.
12. Lại Viễn Khách (2002), "Nhận xét định luật Goodsall trong bệnh rò hậu môn", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 6(3), tr. 1-4.
13. Lại Viễn Khách, Đỗ Đình Công (2003), "Vai trò của X quang đường rò và nội soi trực tràng trong bệnh rò hậu môn", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 7(1), tr. 169-173.
14. Phạm Phúc Khánh, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Ngọc Ánh và các cộng sự. (2021), "Kết quả phẫu thuật rò hậu môn tái phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SÀNG 108*, 16(2), tr. 76-83.
15. Phạm Phúc Khánh, Nguyễn Ngọc Thực, Nguyễn Ngọc Ánh và các cộng sự. (2020), "Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ rò hậu môn", *TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SÀNG 108*, 15(5), tr. 1-6.
16. Nguyễn Văn Lâm, Lý Quang Huy, Võ Thị Hậu (2020), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ", *TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ*, 2020(26), tr. 118-124.
17. Manothay T., Nguyễn Đoàn Văn Phú (2019), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tái phát", *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 9(2), tr. 45-48.

18. Netter F.H., Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu (2012), Trục tràng và ống hậu môn, *Atlas giải phẫu người tái bản lần thứ 5 -tiếng Việt*, Nhà xuất bản Y học.
19. Võ Thị Mỹ Ngọc, Võ Đăng Thanh Hiền (2022), "Báo Cáo Ca Lâm Sàng Nhân Một Trường Hợp Rò Hậu Môn Do Dị Vật Tiêu Hóa", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 26(1), tr. 37-39.
20. Lê Quốc Phong, Nguyễn Nhật Quang (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát", *Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, 2023(85), tr. 11-17.
21. Trần Anh Quân, Nguyễn Thị Tuyên (2022), "Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật tiêu hóa và một số yếu tố liên quan tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện đa khoa xanh pôn năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514(1), tr. 302-305.
22. Lê Văn Quốc, Triệu Triều Dương, Diêm Đăng Bình và các cộng sự. (2021), "Kết Quả Xa Phẫu Thuật Thất Đường Rò Cơ Thất Điều Trị Rò Hậu Môn.", *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng 108*, 16(4), tr. 201-208.
23. Trịnh Hồng Sơn (2006), "Một Số Hình Thái Lâm Sàng Của Rò Hậu Môn", *Y Học Thực Hành*, số 9, tr. 2-6.
24. Nguyễn Trung Tín (2011), "Kết quả phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 15(1).
25. Lê Trọng Thái (2022), *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp*, Luận văn thạc sỹ của bác sĩ nội trú, Trường đại học Y Dược Huế, Huế.
26. Vũ Tiến Quốc Thái, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Thanh Sáng và các cộng sự. (2016), "Đánh giá kết quả sớm phẫu Thuật cột đường rò gian

- ơ thắt (LIFT) trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt", *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh*, 20(5), tr. 36-41.
27. Vũ Tiến Quốc Thái, Nguyễn Trung Vinh (2015), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cột đường rò gian cơ thắt (lift) trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt", *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 19(6), tr. 58-64.
 28. Trần Thị Thanh, Nguyễn Trung Tín, Lê Châu Hoàng Quốc Chương (2012), "Kết quả sớm của phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 16(1).
 29. Nguyễn Đắc Thao, Lê Nhật Huy, Nguyễn Văn Chung và các cộng sự. (2021), "Kết quả phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng 108*, 16(2), tr. 82-89.
 30. Trần Thị Tranh, Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Nguyễn Trung Tín (2012), "Kết quả sớm của phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt", *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*, 16(1), tr. 121–125.
 31. Nguyễn Văn Xuyên (2007), "Tìm hiểu một số nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ngoại khoa 126 bệnh nhân rò hậu môn tái phát", *Tạp chí Y học Thực hành*, 11, tr. 104-107.

TIẾNG ANH

32. Abcarian H. (2014), Anal fistula, *Principles and management*, Springer Science Business Media New York.
33. Andreou C., Zeindler J., Oertli D., et al. (2020), "Longterm outcome of anal fistula - A retrospective study", *Sci Rep*, 10(1), p. 6483.
34. Barleben A., Mills S. (2010), "Anorectal anatomy and physiology", *Surg Clin North Am*, 90(1), pp. 1-15.
35. Carr S., Velasco A. L. (2022), *Fistula In Ano*, StatPearls, Treasure Island (FL).
36. Chadbunchachai W., Lohsiriwat V., Paonariang K. (2022), "Long-term outcomes after anal fistula surgery: results from two university hospitals in Thailand", *Ann Coloproctol*, 38(2), pp. 133-140.
37. de Miguel Criado J., del Salto L. G., Rivas P. F., et al. (2012), "MR imaging evaluation of perianal fistulas: spectrum of imaging features", *Radiographics*, 32(1), pp. 175-194.
38. Domínguez A., Noceti M., Pitrella A. (2017), "Fístulas perianales: caracterización con resonancia magnética", *Revista Argentina de Radiología*, 81, pp. 129 - 134.
39. Garg P., Sodhi S. S., Garg N. (2020), "Management of Complex Cryptoglandular Anal Fistula: Challenges and Solutions", *Clin Exp Gastroenterol*, 13, pp. 555-567.
40. Halligan S. (2020), *Magnetic Resonance Imaging of Fistula-In-Ano*, UCL Centre for Medical Imaging, London, United Kingdom.
41. Hammond T. M., Grahn M. F., Lunniss P. J. (2004), "Fibrin glue in the management of anal fistulae", *Colorectal Dis*, 6(5), pp. 308-319.
42. Heald R. J., Moran B. J. (1998), "Embryology and anatomy of the rectum", *Semin Surg Oncol*, 15(2), pp. 66-71.

43. Jiang H. H., Liu H. L., Li Z., et al. (2017), "Video-Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT) for Complex Anal Fistula: A Preliminary Evaluation in China", *Med Sci Monit*, 23, pp. 2065-2071.
44. Jimenez M., Mandava N. (2022), Anorectal Fistula, *StatPearls*, Treasure Island (FL).
45. Konan A., Onur M. R., Ozmen M. N. (2018), "The contribution of preoperative MRI to the surgical management of anal fistulas", *Diagn Interv Radiol*, 24(6), pp. 321-327.
46. Liang C., Jiang W., Zhao B., et al. (2013), "CT imaging with fistulography for perianal fistula: does it really help the surgeon?", *Clin Imaging*, 37(6), pp. 1069-1076.
47. Liang C., Lu Y., Zhao B., et al. (2014), "Imaging of anal fistulas: comparison of computed tomographic fistulography and magnetic resonance imaging", *Korean J Radiol*, 15(6), pp. 712-723.
48. Limura E., Giordano P. (2015), "Modern management of anal fistula", *World J Gastroenterol*, 21(1), pp. 12-20.
49. Liu H., Tang X., Chang Y., et al. (2020), "Comparison of surgical outcomes between video-assisted anal fistula treatment and fistulotomy plus seton for complex anal fistula: A propensity score matching analysis - Retrospective cohort study", *Int J Surg*, 75, pp. 99-104.
50. Malouf A. J., Buchanan G. N., Carapeti E. A., et al. (2002), "A prospective audit of fistula-in-ano at St. Mark's hospital", *Colorectal Dis*, 4(1), pp. 13-19.
51. Morris J., Spencer J. A., Ambrose N. S. (2000), "MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient

- management", *Radiographics*, 20(3), pp. 623-635; discussion 635-627.
52. Mujukian A., Truong A., Fleshner P., et al. (2020), "Long-term healing after complex anal fistula repair in patients with Crohn's disease", *Tech Coloproctol*, 24(8), pp. 833-841.
 53. Nottingham J. M., Rentea R. M. (2022), *Anal fistulotomy*, StatPearls, Treasure Island, Florida.
 54. Osterman M. T., Lichtenstein G. R. (2006), "Infliximab in fistulizing Crohn's disease", *Gastroenterol Clin North Am*, 35(4), pp. 795-820.
 55. Parks A. G., Gordon P. H., Hardcastle J. D. (1976), "A classification of fistula-in-ano", *Br J Surg*, 63(1), pp. 1-12.
 56. Pigot F. (2015), "Treatment of anal fistula and abscess", *J Visc Surg*, 152(2 Suppl), pp. S23-29.
 57. Rezmovitz J., MacPhee I., Schwindt G. (2019), "Horseshoe abscesses in primary care", *Can Fam Physician*, 65(7), pp. 476-478.
 58. Riss S., Schwameis K., Mittlböck M., et al. (2013), "Sexual function and quality of life after surgical treatment for anal fistulas in Crohn's disease", *Tech Coloproctol*, 17(1), pp. 89-94.
 59. Roig, Garcia Armengol, Jordán, et al. (1999), "Immediate reconstruction of the anal sphincter after fistulectomy in the management of complex anal fistulas", *Colorectal Dis*, 1(3), pp. 137-140.
 60. Sangwan Y. P., Solla J. A. (1998), "Internal anal sphincter: advances and insights", *Dis Colon Rectum*, 41(10), pp. 1297-1311.
 61. Schulze B., Ho Y. H. (2015), "Management of complex anorectal fistulas with seton drainage plus partial fistulotomy and subsequent ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT)", *Tech Coloproctol*, 19(2), pp. 89-95.

62. Shafik A. A., El Sibai O., Shafik I. A. (2014), "Combined partial fistulectomy and electro-cauterization of the intersphincteric tract as a sphincter-sparing treatment of complex anal fistula: clinical and functional outcome", *Tech Coloproctol*, 18(11), pp. 1105-1111.
63. Sharma G., Khandige G., Mohan M. (2016), "Magnetic resonance imaging in perianal fistulas-A pictorial atlas", *Indian J Gastroenterol*, 35(5), pp. 337-342.
64. Sigmon D. F., Emmanuel B., Tuma F. (2022), *Perianal Abscess, StatPearls*, Treasure Island (FL).
65. Soker G., Gulek B., Yilmaz C., et al. (2016), "The comparison of CT fistulography and MR imaging of perianal fistulae with surgical findings: a case-control study", *Abdom Radiol (NY)*, 41(8), pp. 1474-1483.
66. Sygut A., Zajdel R., Kedzia-Budziewska R., et al. (2007), "Late results of treatment of anal fistulas", *Colorectal Dis*, 9(2), pp. 151-158.
67. Thilo W. (2013), Chapter 2. Anatomy of the rectum, anal canal and pelvic floor, *Manual of total mesorectal excision, CRC press*, pp. 31-51.
68. Urbach D. R. (2005), "Measuring quality of life after surgery", *Surg Innov*, 12(2), pp. 161-165.
69. Van Koperen P.J., Horsthuis K., Bemelman W. A. (2008), "Perianal fistulas: developments in the classification and diagnostic techniques, and a new treatment strategy", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, , 152(51-52), pp. 2774-2780.
70. Visscher A. P., Felt-Bersma R. J. (2015), "Endoanal ultrasound in perianal fistulae and abscesses", *Ultrasound Q*, 31(2), pp. 130-137.

71. Vogel J. D., Johnson E. K., Morris A. M., et al. (2016), "Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula", *Dis Colon Rectum*, 59(12), pp. 1117-1133.
72. Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. (1995), *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Symmary Scales*, The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.
73. Morris John, Spencer John A, Simon Ambrose N. (2000)," MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management", *Raiographics*, 20(3),pp.623-35.

PHỤ LỤC 1

MẪU BỆNH ÁN THEO DÕI BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN

I- Phần Hành Chính

Họ và tên: Giới tính: Tuổi:

Số bệnh án:

Địa chỉ:

Nghề nghiệp:

Số điện thoại:

Ngày vào viện: Ngày phẫu thuật: Ngày ra viện:

II- Phần Chuyên Môn

1. Lý do vào viện

Khối sưng cạnh hậu môn

Đau nhức vùng hậu môn

Sốt

Chảy dịch vùng hậu môn

2. Quá trình bệnh lý

- Thời gian mắc bệnh: (tháng)

- Tính chất: Cấp tính Mạn tính

- Số lượng lỗ rò bên ngoài hậu môn:

Không thấy

1 lỗ

2 lỗ

≥ 3 lỗ

- Vị trí khối sưng nề hoặc lỗ rò ngoài (theo mặt đồng hồ tư thế sản khoa):

- Lỗ rò ngoài cách rìa hậu môn:

- Thăm trực tràng:

+ Đánh giá tình trạng cơ thắt hậu môn: Bình thường Yếu

+ Vị trí khối phòng hoặc lỗ rò trong tại ống hậu môn:

3. Tiền sử

- Tiền sử điều trị rò hậu môn:

Chưa điều trị

Nội khoa

Phẫu thuật

- Nếu đã phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dẫn lưu áp xe | <input type="checkbox"/> Mở ngõ đường rò |
| <input type="checkbox"/> Đặt dẫn lưu bơm rửa kết hợp | <input type="checkbox"/> Thất đường rò |
| <input type="checkbox"/> Đóng lỗ trong | <input type="checkbox"/> Chuyển vạt niêm mạc |
| <input type="checkbox"/> Lấy bỏ hoàn toàn đường rò, khâu lại cơ thắt | <input type="checkbox"/> Khác |
| <input type="checkbox"/> Không | |

- Các bệnh vùng hậu môn - trực tràng khác:

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trĩ | <input type="checkbox"/> Polyp hậu môn - trực tràng | <input type="checkbox"/> Nứt hậu môn |
|------------------------------|---|--------------------------------------|

- Các bệnh nội khoa mạn tính kèm theo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp | <input type="checkbox"/> Đái tháo đường |
| <input type="checkbox"/> Xơ gan | <input type="checkbox"/> Bệnh thận mạn |

4. Cận lâm sàng

4.1. Xét nghiệm máu

- Số lượng BC: (G/L), Đa nhân trung tính: %
- Tỷ lệ Prothrombin: %, Nhóm máu:
- AST: UI/L, ALT: UI/L
- Glucose máu tĩnh mạch: (mmol/L)

4.2. Điện tim và X-quang phổi

- Điện tim:
.....
- X-quang phổi:
.....

4.3. Chụp CHT hậu môn - trực tràng

- Số lượng lỗ trong: 1 2 ≥ 3
- Phân loại theo MRI:
 Độ 1 Độ 2 Độ 3

Độ 4

Độ 5

- Liên quan đường rò với hệ thống cơ thắt:

Rò xuyên cơ thắt trung gian

Rò xuyên cơ thắt cao

Rò trên cơ thắt

Rò ngoài cơ thắt

5. Phẫu thuật

- Loại phẫu thuật:

1 thì

2 thì

- Phương pháp phẫu thuật:

Mở ngỏ hoàn toàn

Phẫu thuật LIFT

Cắt đường rò

Thắt đường rò

Đóng lỗ trong bằng nút bịt

Đặt dẫn lưu bơm rửa

- Thời gian phẫu thuật: (phút)

- Số lượng lỗ trong:

1

2

≥ 3

- Vị trí lỗ rò trong hoặc ổ áp xe:

- Tình trạng tổn thương của hệ thống cơ thắt:

6. Ghi nhận biến chứng trong và sau phẫu thuật

6.1. Trong phẫu thuật:

- Chảy máu nhiều:

Có

Không

- Diễn tiến xấu bệnh lý nền sẵn có:

Có

Không

6.2. Sau phẫu thuật:

- Thời gian nằm viện: (ngày)

- Chảy máu:

Không

Cần chèn gạc

Phải phẫu thuật cầm

máu lại

- Bí tiểu:

Có

Không

- Nhiễm trùng vết mổ:

Có

Không

- Mức độ đau sau phẫu thuật:

Nhẹ (0-3 điểm)

Vừa (4-6 điểm)

Nặng (7-10 điểm)

- Biến dạng hậu môn: Có Không

- Tiêu không tự chủ:

Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

- Hẹp hậu môn:

Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

7. Tái khám và theo dõi

7.1. Tái khám và theo dõi 1 tháng sau phẫu thuật:

- Lâm sàng:

+ Tình trạng bệnh: Khởi Tái phát

+ Tình trạng vết mổ: Lành tốt Hở lộ, rỉ dịch

+ Thời gian lành sẹo:..... (tuần)

+ Đau do sẹo: Có Không

+ Tiêu không tự chủ:

Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

+ Hẹp hậu môn:

Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm nội trực tràng hoặc CHT nếu cần) để đánh giá tình trạng cơ thắt hậu môn:

.....

.....

7.2 Theo dõi 3 tháng sau phẫu thuật:

- Lâm sàng:

+ Tình trạng bệnh: Khởi Tái phát

+ Tình trạng vết mổ: Lành tốt Hở lộ, rỉ dịch

+ Thời gian lành sẹo:..... (tuần)

7.3. Tái khám và theo dõi 6 tháng sau phẫu thuật:

- Lâm sàng:

- + Tình trạng bệnh: Khởi Tái phát
- + Tình trạng vết mổ: Lành tốt Hở lộ, rỉ dịch
- + Đau do sẹo: Có Không
- + Tiêu không tự chủ:
- Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

- + Hẹp hậu môn:
- Độ 0 Độ 1 Độ 2 Độ 3

- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm nội trực tràng hoặc CHT nếu cần) để đánh giá tình trạng cơ thắt hậu môn:

.....

.....

* Những bệnh nhân không đến tái khám được thì việc đánh giá qua trả lời các câu hỏi có sẵn trong thư gửi cho bệnh nhân hoặc phỏng vấn trực tiếp qua điện thoại về các chỉ tiêu như trên.

8. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Phân loại kết quả chung: theo tiêu chuẩn của Van Koperen P.J.

- Tốt Trung bình Kém

9. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

- Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật:

Mục	Điểm
Chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân sau phẫu thuật	
Khía cạnh sức khỏe thể chất	
Khía cạnh sức khỏe tinh thần	

- Phân loại chất lượng cuộc sống bệnh nhân rò hậu môn sau phẫu thuật:

- Tốt Trung bình Khá Kém

PHỤ LỤC 2

BẢNG CÂU HỎI SHORT FORM HEALTH SURVEY

Mã	Phần câu hỏi	Phần trả lời
1	Nhìn chung, ông/bà cảm thấy sức khỏe của mình như thế nào?	<input type="checkbox"/> Tuyệt vời (100 điểm) <input type="checkbox"/> Rất tốt (75 điểm) <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Quá kém
Các mục sau đây là về các hoạt động bạn mà ông/bà có thể làm trong một ngày bình thường. Hiện tại sức khỏe của ông/bà có hạn chế trong các hoạt động này không? Nếu có thì ở mức độ nào?		
2	Nâng hay di chuyển kiện hàng nhỏ? (như chồng sách, thùng đựng chén đĩa, thùng mỳ)	<input type="checkbox"/> Có, giới hạn nhiều (0 điểm) <input type="checkbox"/> Có, giới hạn ít (50 điểm) <input type="checkbox"/> Không giới hạn gì (100 điểm)
3	Leo nhiều tầng lầu?	<input type="checkbox"/> Có, giới hạn nhiều (0 điểm) <input type="checkbox"/> Có, giới hạn ít (50 điểm) <input type="checkbox"/> Không giới hạn gì (100 điểm)
Trong 4 tuần qua, ông/bà gặp phải bất kỳ vấn đề nào sau đây với công việc hoặc các hoạt động thường ngày khác do sức khỏe thể chất của ông/bà không?		
4	Ông/bà hoàn thành công việc ít hơn mong muốn?	<input type="checkbox"/> Có (0 điểm) <input type="checkbox"/> Không (100 điểm)
5	Ông/bà bị hạn chế hoạt động trong công việc hoặc các hoạt động thường ngày khác?	<input type="checkbox"/> Có (0 điểm) <input type="checkbox"/> Không (100 điểm)
Trong 4 tuần qua, ông/bà gặp phải bất kỳ vấn đề nào sau đây với công việc hoặc các hoạt động thường ngày khác do bất kỳ vấn đề cảm xúc nào không (chẳng hạn như cảm thấy chán nản hoặc lo lắng)?		
6	Ông/bà hoàn thành công việc ít hơn mong muốn?	<input type="checkbox"/> Có (0 điểm) <input type="checkbox"/> Không (100 điểm)
7	Ông/bà không thể làm việc cẩn thận như bình thường?	<input type="checkbox"/> Có (0 điểm) <input type="checkbox"/> Không (100 điểm)

8	Trong 4 tuần qua, cơn đau đã ảnh hưởng đến công việc bình thường của bạn đến mức nào (bao gồm cả công việc bên ngoài và việc nhà)	<input type="checkbox"/> Không ảnh hưởng gì (100 điểm) <input type="checkbox"/> Một ít (75 điểm) <input type="checkbox"/> Vừa phải (50 điểm) <input type="checkbox"/> Đáng kể (25 điểm) <input type="checkbox"/> Nghiêm trọng (0 điểm)
<p>Những câu hỏi sau đây là về cảm giác của ông/bà về mọi việc diễn ra như thế nào trong 4 tuần qua. Đối với mỗi câu hỏi, vui lòng đưa ra một câu trả lời gần nhất với cảm nhận của ông/bà.</p>		
9	Ông/bà có cảm thấy cuộc sống yên tĩnh và thanh bình không?	<input type="checkbox"/> Lúc nào cũng vậy (100 điểm) <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian (80 điểm) <input type="checkbox"/> Hay gặp (60 điểm) <input type="checkbox"/> Vài lần (40 điểm) <input type="checkbox"/> Rất ít khi (20 điểm) <input type="checkbox"/> Không lúc nào (0 điểm)
10	Ông/bà có cảm thấy tràn đầy năng lượng, sinh lực không?	<input type="checkbox"/> Lúc nào cũng vậy (100 điểm) <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian (80 điểm) <input type="checkbox"/> Hay gặp (60 điểm) <input type="checkbox"/> Vài lần (40 điểm) <input type="checkbox"/> Rất ít khi (20 điểm) <input type="checkbox"/> Không lúc nào (0 điểm)
11	Ông/bà có cảm thấy cuộc sống buồn chán và thất vọng không?	<input type="checkbox"/> Lúc nào cũng vậy (0 điểm) <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian (20 điểm) <input type="checkbox"/> Hay gặp (40 điểm) <input type="checkbox"/> Vài lần (60 điểm) <input type="checkbox"/> Rất ít khi (80 điểm) <input type="checkbox"/> Không lúc nào (100 điểm)
12	Trong 4 tuần qua, các vấn đề về sức khỏe thể chất hoặc cảm xúc của ông/bà đã cản trở các hoạt động xã hội bình thường của ông/bà nhiều đến mức nào (như thăm bạn bè, họ hàng,...)?	<input type="checkbox"/> Lúc nào cũng vậy (0 điểm) <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian (20 điểm) <input type="checkbox"/> Hay gặp (40 điểm) <input type="checkbox"/> Vài lần (60 điểm) <input type="checkbox"/> Rất ít khi (80 điểm) <input type="checkbox"/> Không lúc nào (100 điểm)