

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT

Manothay Toulabouth, Nguyễn Đoàn Văn Phú

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh rò hậu môn (RHM) tái phát và đánh giá kết quả sau phẫu thuật rò hậu môn tái phát của các bệnh nhân (BN) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ 2/2017 – 8/2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 trường hợp rò hậu môn tái phát được điều trị phẫu thuật từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là 21 – 60 (90 %). Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy dịch, mủ cạnh hậu môn chiếm 86,7%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $2,5 \pm 1,7$ tháng. Khoảng cách trung bình từ lỗ rò ngoài đến rìa hậu môn là $3,0 \pm 1,2$ cm. Có 68% lỗ rò ngoài và lỗ rò trong phù hợp với định luật Goodsall. Số lần bệnh nhân đã phẫu thuật rò hậu môn trung bình là $1,23 \pm 0,57$ lần. Biến chứng sớm sau phẫu thuật rò hậu môn tái phát là mất tự chủ trung đại tiện là 10/30 BN, chảy máu sau mổ 1/30 BN. Thời gian lành vết mổ trung bình là $7,5 \pm 2,3$ tuần. Kết quả điều trị tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật: tốt 90%, trung bình 6,7% và kém 3,3%. **Kết luận:** Tình hình điều trị rò hậu môn tái phát ngày càng được cải thiện, cần tôn trọng các nguyên tắc phẫu thuật để hạn chế tái phát.

Từ khóa: rò hậu môn, tái phát, phẫu thuật điều trị.

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS, CLASSIFICATION AND RESULTS OF TREATMENT RECURRENT ANAL FISTULA

Manothay Toulabouth, Nguyen Doan Van Phu

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: To evaluate the results of surgical treatment of recurrent anal fistula. **Methods:** This was a cross-sectional, descriptive study including 30 recurrent anal fistula patients who underwent surgery from March 2017 to August 2018 at Hue University Hospital of Medicine and Pharmacy and Hue Central Hospital. **Results:** Male/female ratio was 4/1. The highest proportion was among the ages of 21 – 60 (90%). The most common clinical presentation was perianal discharge in 86.7% of cases. The average duration of disease was found to be 2.5 ± 1.7 months approximately. Early postoperative complications rate is 36.7% including: air or fecal incontinence (33.4%), postoperative hemorrhage (3.3%). Average wound healing time is 7.5 ± 2.3 weeks and delayed wound healing rate is 100%. Results of surgical treatment of recurrent fistula anal are good 90%, mid 6.7%, poor 3.3%. **Conclusions:** Surgical treatment of recurrent anal fistula must depend upon the understanding the relative between anal sphincter and fistula tract. Surgical procedures have to be suitable for each type of anal fistulas.

Key words: anal fistula, recurrent, surgical treatment.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là một bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng đứng thứ 2 sau bệnh trĩ. Rò hậu môn có nguồn gốc từ nhiễm trùng của một trong những tuyến Hermann – Desportes.

Quá trình viêm nhiễm này tạo ra ổ mủ lan ra xung quanh theo lớp cơ dọc: có thể ra ngoài da quanh lỗ hậu môn hay vỡ vào lòng ống hậu môn trực tràng và tạo ra đường rò mạn tính [1],[2].

Hiện nay phương pháp điều trị có hiệu quả nhất

là phẫu thuật. Những vấn đề thường gặp nhất sau phẫu thuật là đi cầu không tự chủ, hẹp hậu môn và bị tái phát.

Trong đó tỷ lệ tái phát của bệnh rò hậu môn là từ 5-23% [1],[3],[4]. Công trình nghiên cứu chúng tôi nhằm hai mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh rò hậu môn tái phát.

2. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật rò hậu môn tái phát.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, cả 2 giới.
- Bệnh nhân bị rò hậu môn tái phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế thời gian từ 2/2017 đến 8/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân RHM thứ phát do các bệnh khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Chúng tôi nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh (thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến lúc khám phát hiện).

- Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm trong phẫu thuật, tại hậu phẫu như: lỗ rò ngoài, lỗ rò trong, thời gian phẫu thuật, các tai biến, thời gian nằm viện...

* Chúng tôi phân loại RHM trong mổ theo sự liên quan với cơ thắt như sau[6], [7]:

- + Loại I: Rò gian cơ thắt
- + Loại II: Rò xuyên cơ thắt
 - Ila: Xuyên cơ thắt phần thấp
 - IIb: Xuyên cơ thắt phần trung gian
 - IIc: Xuyên cơ thắt phần cao
- + Loại III: Rò trên cơ thắt
- + Loại IV: Rò ngoài cơ thắt

Chúng tôi đánh giá dựa vào kết quả X-quang và kết quả phẫu tích bộc lộ trong quá trình phẫu thuật điều trị rò hậu môn.

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, 3 tháng sau phẫu thuật, 6 tháng sau phẫu thuật: thời gian liền vết thương, hẹp hậu môn, rối loạn đại tiện, rò tái phát...

* Mất tự chủ hậu môn sau mổ: chia độ theo phân loại của Parks A.G. [5]

- Mất tự chủ hậu môn độ 0: tự chủ hậu môn hoàn toàn bình thường.

- Mất tự chủ hậu môn độ I: không chủ động kìm giữ được khí nhưng vẫn giữ được phân lỏng và phân rắn.

- Mất tự chủ hậu môn độ II: không kìm giữ được khí và phân lỏng nhưng vẫn giữ được phân rắn.

- Mất tự chủ hậu môn độ III: không kìm giữ được khí, phân lỏng và phân rắn.

* Chia mức độ hẹp HM theo đường kính HM [5]:

- Độ 0: Đường kính hậu môn bình thường.
- Độ 1: Hẹp nhẹ, HM khó dứt lọt ngón trỏ hoặc van Hill-Ferguson cỡ M.

- Độ 2: Hẹp vừa, dứt ngón trỏ hoặc van Hill-Ferguson cỡ M rất khó và chặt.

- Độ 3: Hẹp nặng, cả ngón út và van Hill-Ferguson cỡ S đều không dứt lọt, chỉ khi nong giãn ra mới dứt được.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 30 bệnh nhân rò hậu môn tái phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế thời gian từ 3/2017 đến 8/2018. Kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung:

- Tuổi mắc bệnh: Lứa tuổi hay gặp nhất là 21 – 60 tuổi, chiếm 90%. Tuổi trung bình là $39,7 \pm 15,1$ tuổi. Thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 79 tuổi.

- Giới: Tỷ lệ nam/nữ: 4/1.

- Thời gian mắc bệnh: 66,7% bệnh nhân mắc bệnh khoảng < 3 tháng.

- Tiền sử mổ RHM: 22/30 BN (73,3%) đã được phẫu thuật tại tuyến tỉnh, 4/30 BN (13,3%) tại tuyến trung ương, 4/30 BN (13,3%) tại tuyến huyện.

- Số lần phẫu thuật trước đây trung bình là: $1,23 \pm 0,57$ lần.

- Kết quả nghiên cứu có 17/30 BN, chiếm 56,7% có bệnh kết hợp tại hậu môn, trong đó bệnh trĩ có 6/30 BN chiếm 20%, áp xe HMTT có 7/30 BN chiếm 23,3%.

3.2. Triệu chứng thực thể:

* Các đặc điểm của lỗ ngoài:

- 23/30 (76,7%) BN có 1 lỗ ngoài, 5/30 BN (16,7%) có 2 lỗ rò ngoài, 1/30 (3,3%) bệnh nhân có 3 lỗ rò ngoài, 1/30 (3,3%) bệnh nhân có 04 lỗ rò ngoài.

- 70% số lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau và phía bên lỗ hậu môn.

- Khoảng cách từ lỗ rò ngoài đến rìa hậu môn trung bình là: $3,0 \pm 1,2$ cm, 46,7% nằm trong khoảng < 3cm.

* Đặc điểm lỗ trong:

- 2/30 (6,7%) BN không tìm thấy lỗ trong. 27/28 (96,4%) BN có 1 lỗ trong.

- 19/28 BN (67,7%) số lỗ trong nằm ở nửa sau lỗ hậu môn.

- 11/28 BN (39,2%) trường hợp lỗ trong tìm thấy ở vị trí 6 giờ.

* Liên quan thông giữa lỗ rò ngoài và lỗ rò trong.

- + Trong 23 bệnh nhân có 01 lỗ rò ngoài thì có 22 bệnh nhân lỗ rò ngoài thông với lỗ rò trong, 01 bệnh nhân không phát hiện lỗ rò trong (tổng cộng có 23 đường rò phải phẫu thuật)

- + 05 bệnh nhân có 02 lỗ rò ngoài: có 4 BN có 02 lỗ rò ngoài thông với nhau cùng đổ vào 1 lỗ rò trong. Có 01 BN có 02 lỗ rò ngoài và không thông vào trực tràng (như vậy có tổng cộng có 06 đường rò phải phẫu thuật).

+ 01 BN có 3 lỗ rò ngoài, 3 lỗ này thông với nhau và thông vào trực tràng (tổng cộng có 1 đường rò phải phẫu thuật).

+ 01 BN có 4 lỗ rò ngoài thông với nhau và cùng thông vào 01 lỗ rò trong (tổng cộng có 01 đường rò phải phẫu thuật).

3.4. Phân loại rò hậu môn

Bảng 1. Phân loại đường rò theo hệ thống cơ thắt

Loại rò		Số BN	Tỷ lệ %
Rò liên cơ thắt		0	0
Rò xuyên cơ thắt	Thấp	11	35,4
	Trung gian	14	45,2
	ao	3	9,7
Rò trên cơ thắt		3	9,7
Tổng		31	100

3.5. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật

Hệ thống cơ thắt Phương pháp phẫu thuật	Rò xuyên cơ thắt			Rò trên cơ thắt	Tổng n (%)
	Thấp	Trung gian	Cao		
Lấy bỏ đường xơ rò	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	0	3 (9,7%)
Mở hoàn toàn đường rò	10 (47,6%)	11 (52,4%)	0	0	21 (67,7%)
Cắt đường rò + đặt seton	0	1 (14,2%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)	7 (22,6%)
Tổng	11 (35,5%)	14 (45,1%)	3 (9,7%)	3 (9,7%)	31 (100%)

3.6. Kết quả điều trị

* Kết quả sau phẫu thuật

- Chảy máu sau phẫu thuật: 1/30 BN (3,3%)

- Bí tiểu sau phẫu thuật: 4/30 BN (chiếm 13,4%).

* Kết quả 3 tháng sau phẫu thuật

- Thời gian liền sẹo trung bình: $7,5 \pm 2,3$ tuần.

- Mất tự chủ hậu môn: độ I: 01/30 BN (3,3%), độ II 02/30 BN (3,7%).

- Hẹp hậu môn, tái phát: 0

* Kết quả 6 tháng sau phẫu thuật

- Hẹp hậu môn: 0/30

- Chức năng tự chủ hậu môn: 2/30 BN (6,7%) bị mất tự chủ HM độ I.

- Tái phát: 1/30 BN (3,3%)

4. BÀN LUẬN

Bệnh RHM là một bệnh thường gặp vùng hậu môn, đứng thứ hai sau bệnh trĩ. Phương pháp điều trị tốt nhất của RHM là phẫu thuật. Tuy nhiên còn có biến chứng thường gặp sau khi phẫu thuật đó là bị tái phát, hẹp hậu môn và đi cầu không tự chủ. Tỷ lệ tái phát của bệnh rò hậu môn từ 5 - 23%. Bệnh phổ biến trong độ tuổi từ 30 – 50. Tỷ lệ mắc bệnh của nam cao khác nhau từ 2 : 1 đến 5 : 1 so với nữ. Theo Gosselink P.M. có sự liên quan giữa hóc - môn với tỷ

Như vậy có tổng cộng 31 đường rò/30 bệnh nhân phải phẫu thuật.

3.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng: Kết quả chẩn đoán hình ảnh: 18/30 BN được chụp đường rò: Rò đơn giản 05/18 BN (27,8%), rò phức tạp 13/18 BN (72,2%). Tỷ lệ phát hiện được đường rò của siêu âm là 100%.

lệ mắc bệnh giữa nam và nữ. Hóc - môn testosterone của nam sẽ dễ làm tăng nhiễm trùng của vi khuẩn, do đó nam sẽ có tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn nữ [9].

Trong nghiên cứu chúng tôi có 2/30 (6,7%) trường hợp không tìm thấy lỗ trong. Theo Trịnh Hồng Sơn là 37%, Nguyễn xuân Hùng là 19,2%. Việc xác định lỗ trong là một yếu tố chính cho tất cả các bước thực hiện phẫu thuật rò hậu môn. Không tìm thấy lỗ trong là một yếu tố quan trọng làm tăng tỷ lệ tái phát của của RHM. Còn một số yếu tố khác làm tăng tỷ lệ RHM tái phát gồm có: có tiền sử áp xe quanh hậu môn, tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn, xoang quanh hậu môn và rò hậu môn phức tạp [10],[11].

Một trong những nguyên tắc để phẫu thuật thành công bệnh RHM là tìm được đường rò, các túi cùng, góc ngách, để phân loại rò và lựa chọn các phương pháp phẫu thuật phù hợp. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có vai trò hết sức quan trọng: chụp XQ đường rò cản quang và siêu âm phần mềm là 2 phương pháp góp phần phân loại và chỉ định phương pháp phẫu thuật. Hiện nay, siêu âm nội soi và cộng hưởng từ (MRI) nên được chỉ định chụp để cho phép đánh giá sự liên quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn một cách chính xác hơn.

Phương pháp lấy bỏ hoàn toàn đường rò một thì được áp dụng nhiều nhất trong nhóm rò thấp (xuyên 1/3 dưới cơ thắt ngoài, rò liên cơ thắt) với tỷ lệ là 70%. Thời gian nằm viện trung bình sau khi phẫu thuật là: $5,0 \pm 3,7$ ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất 16 ngày.

Biến chứng sau mổ của nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bí tiểu (không cần đặt sonde tiểu), một trường hợp chảy máu sau mổ cần khâu lại tại phòng tiểu phẫu của khoa.

Thời gian liền sẹo: Thời gian liền sẹo trung bình là $7,5 \pm 2,3$ tuần. Theo Sudershan Kapoor, thời gian liền sẹo trung bình là 40,3 ngày, liền sẹo nhanh nhất là 16 ngày và chậm nhất là 75 ngày. Thời gian liền sẹo sẽ dài hơn so với phẫu thuật khác vì vết mổ thường tiếp xúc với vi khuẩn từ lòng trực tràng [8].

Biến chứng mất tự chủ hậu môn: mất tự chủ hậu môn là một trong hai biến chứng thường gặp nhất khi phẫu thuật rò hậu môn. Sự toàn vẹn của hậu môn mất đi tạm thời hoặc vĩnh viễn, sẽ dẫn đến sự

mất tự chủ hậu môn ở nhiều mức độ. Trong nghiên cứu của chúng tôi sau 3 tháng có 3 BN mất tự chủ hậu môn độ I, II; sau 6 tháng có 02 bệnh nhân mất tự chủ độ I (hai bệnh nhân này đều đã có biểu hiện mất tự chủ độ I sau những lần mổ trước đây).

Tỷ lệ tái phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1/30 chiếm 3,3%. Tỷ lệ tái phát của Nguyễn Bá Sơn là 5,1% và của Sudershan Kapoor là 2%. Yếu tố dễ làm nguy cơ tái phát cao là rò nhóm cao (rò xuyên cơ thắt cao, rò trên cơ thắt, rò ngoài cơ thắt), không tìm thấy lỗ trong, rò tái phát, rò phức tạp và áp xe quanh hậu môn mãn tính [8], [12].

5. KẾT LUẬN

Rò hậu môn, đặc biệt là rò hậu môn tái phát là bệnh lý phức tạp, cần phải có khám và làm các xét nghiệm cần thiết trước mổ để giúp xác định chính xác đường dò, phẫu thuật cẩn thận để giúp phẫu thuật thành công, hạn chế tỉ lệ biến chứng và đặc biệt là tỉ lệ tái phát cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adamina M., Ross T., & al (2014), "Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistula". *Colorectal Disease*, Vol. 16, pp. 547-9554
2. Dalbem C.S., Danilo S., TanTomiyoshi, et al (2014), "Assessment of LIFT (ligation of the intersphincteric fistula tract) technique in patients with perianal transsphincteric fistulas", *J Coloproctol (rio j)*, Vol. 34, pp. 250-253.
3. Bành Văn Khiếu, & Cộng sự (2001), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị RHM bằng phương pháp y học cổ truyền kết hợp với phương pháp y học hiện đại", *Y học Việt Nam*, tập 8, tr. 18-24.
4. Nguyễn Văn Thái (2006), "Đánh giá kết quả lâu dài với Kỹ thuật riêng về dò hậu môn", *Tạp chí của Hội nghị khoa học của Hội Hậu môn trực tràng Việt Nam*, Hà Nội.
5. Hàn Văn Bạ (2005), *Nghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị rò hậu môn tái phát*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
6. Ngô Nguyễn Xuân Nam (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh lý và kết quả điều trị RHM*

theo phương pháp cắt rò để hở, Đại học Y Dược Huế.

7. Bradley J. Champagne (2011), "Operative management of anorectal fistulas". *Up to date*.
8. Dr. Ashwani Kumar Dr. Sudershan Kapoor, Dr. Sahil Rally, & Dr. Amarbir Singh Sandhu Dr. Venita Kapoor (2018), "Study Of Clinical Presentation And Management Of Patients Presenting With Fistula- In -Ano". *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, Vol. 17, 39-46.
9. Gosselink M.P., Van Onkelen and Schouten W.R (2015), "The cryptoglandular theory revisited", *Colorectal Disease*, Vol. 17, pp. 1041-1043.
10. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng & Đỗ Đức Vân (1999), "Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn móng ngựa", *Y học thực hành*, tập 2, tr. 22-26.
11. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2003-2006", *Y học Việt Nam*, tập 1, tr. 45-51.
12. Nguyễn Bá Sơn (1991), *Góp phần nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị ngoại khoa rò hậu môn*, Luận án phó tiến sĩ, Học viện Quân y, Hà Nội.