

Kết quả điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Việt Đức

Results of surgical treatment of complex anal fistula in Viet Duc Hospital

Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Thị Phương

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi 50 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được phẫu thuật và điều trị tại Trung tâm phẫu thuật đại trực tràng - tăng sinh môn, Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 8/ 2015 đến tháng 8/ 2016. **Kết quả:** Nam 45/50 (90%); nữ 5/50 (10%). Tuổi trung bình 40 (19 - 65), độ tuổi 30 - 49 chiếm 58%. Thời gian mắc bệnh: < 6 tháng (54%); 6 - 12 tháng (24%); > 12 tháng (22%). Tiền sử phẫu thuật: Chưa phẫu thuật 24/50 (48%), 1 lần 18/50 (36%), 2 lần 6/50 (12%), phẫu thuật $\geq$ 3 lần 2/50 (4%). Phân loại rò xuyên cơ thắt cao 30/50 (60%); rò móng ngựa 10/50 (20%); rò móng ngựa + đường rò xuyên cơ thắt cao 10/50 (20%). Phẫu thuật mở ngò: 16 (32%); hai thì: 12 (24%); dẫn lưu bơm rửa 19 (38%) và đóng lỗ trong: 3 (6%). Thời gian phẫu thuật trung bình 33 phút. Trên 64% bệnh nhân nằm viện trên 7 ngày. Rò do lao 1 bệnh nhân (2%). Các biến chứng sau mổ: Chảy máu: 8/50 (16%), có 3 bệnh nhân phải khâu cầm máu, 5 băng ép tự cầm. Mất tự chủ hậu môn ngay sau mổ: Độ 1: 3/50 (6%); độ 2: 2/50 (4%). Sau 3 tháng tỷ lệ mất tự chủ còn 2/50 (4%). Thời gian đặt dẫn lưu bơm rửa: < 2 tuần 3 bệnh nhân; 2 - 4 tuần 16 bệnh nhân. Tái phát và mổ thì 2, hoặc làm sạch ổ tồn dư sau dẫn lưu bơm rửa: 10/50 (20%). Thời gian liền sẹo trung bình 12 tuần. **Kết luận:** Rò hậu môn phức tạp là loại điều trị khó, cần được theo dõi, thay băng kỹ càng, tỷ lệ tái phát cao. Thời gian từ khi phẫu thuật đến liền sẹo hoàn toàn là 12 tuần.

Từ khóa: Rò hậu môn, rò hậu môn phức tạp.

Summary

Objective: To evaluate the results of surgical treatment of complex anal fistula in Viet Duc hospital. **Subject and method:** Descriptive, prospective study on 50 patients diagnosed and classified complex anal fistula surgically treated in Viet Duc hospital from August 2015 to August 2016. **Result:** 45 males of 50 patients (90%); mean age were 40. Patients had precedent surgical treatment 1 time 18/50 (36%), 2 times (6/50 (12%), 3 times 2/50 (4%). Classification of anal fistula: high 30/50 (60%); horse - shoe 10 (20%); horse shoe + high 10 (20%), tuberculosis fistula 1 (2%). Surgical techniques: open 16/50 (32%); two times 12 (24%); drain and irrigation 19 (36%) and close intern hole 3 (6%). Mean surgical time was 33 minutes. Postoperative complications: bleeding 8/50 (16% - 3 patients had to suture). Anal incontinence after surgery were 3 patients (6%) at the first degree and is 2 patients (4%) at the second degree. Anal incontinence after surgery 12 weeks were 2 patients at the first degree (4%). 10 patients (20%) had the second operation by disease recurrence or remain liquid after putting a drain of irrigation. Mean time of

Ngày nhận bài: 17/02/2017, ngày chấp nhận đăng: 02/05/2018

Người phản hồi: Nguyễn Xuân Hùng, Email: hung34pk@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

cicatrizization was 12 weeks. *Conclusion:* Complex anal fistula is a type that is difficult to treat. Additionally, recur ratio is high.

Keywords: Anal fistula, complex anal fistula.

1. Đặt vấn đề

Rò hậu môn là bệnh nhiễm khuẩn vùng hậu môn trực tràng. Bệnh tuy không nguy hiểm chết người nhưng gây khó chịu và phiền toái trong đời sống sinh hoạt. Tỷ lệ rò hậu môn phức tạp chiếm khoảng 25% các loại rò hậu môn [1], [3], [8]. Điều trị rò hậu môn phức tạp thường khó, tỷ lệ tái phát cao, đòi hỏi phẫu thuật viên chuyên khoa có kinh nghiệm, chăm sóc sau mổ tỉ mỉ. Nghiên cứu có mục đích đánh giá kết quả điều trị các bệnh nhân rò hậu môn phức tạp: Phân tích các thể bệnh, phương pháp phẫu thuật, chăm sóc sau mổ và thời gian liền vết thương của nhóm bệnh nhân này.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật rò hậu môn phức tạp tại Trung tâm Phẫu thuật đại trực tràng - tầng sinh môn (TSM), Bệnh viện Việt Đức thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 8 năm 2016.

2.2. Phương pháp



Rò móng ngựa, đặt dẫn lưu bơm rửa (Kehr)

Chỉ định và phương pháp kỹ thuật điều trị

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

Cỡ mẫu: 50 bệnh nhân.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm phẫu thuật đại trực tràng - TSM.

Phân loại rò hậu môn phức tạp:

Phân loại theo độ cao đường rò với cơ thắt hậu môn: các đường rò xuyên cơ thắt cao, rò trên cơ thắt.

Theo thể lâm sàng: Rò móng ngựa, rò chữ Y, rò kép.

Phân loại mất tự chủ hậu môn:

Độ I: Không giữ được khí.

Độ II: Không giữ được phân lỏng, khí.

Độ III: Không giữ được cả khí, phân lỏng, phân đặc.

Phương pháp phẫu thuật

Giảm đau trong mổ: Tê tủy sống.

Phẫu thuật: Các bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn, phân loại thể phức tạp được phẫu thuật thường qui. Một số trường hợp đường rò lan rộng, góc ngách, rò xuyên cơ thắt cao hoặc trên cơ thắt, chúng tôi phải thực hiện phẫu thuật nhiều thì (đặt seton), hay phải đặt dẫn lưu bơm rửa vào các hốc ở sâu, góc ngách.



Đường rò xuyên cơ thắt cao, sau khi hạ thấp đường rò, đặt seton

Trong trường hợp rò kép (có từ hai lỗ trong trở lên), tùy thuộc vào độ cao đường rò. Chỉ trong trường hợp các đường rò đều xuyên cơ thắt thấp, thực hiện mở đường rò hai vị trí.

Trường hợp có một đường rò xuyên cơ thắt cao, thực hiện mở ngỏ đường rò xuyên cơ thắt thấp, còn đường rò cao chỉ được hạ thấp và đặt seton.

Chỉ định mổ hai thì khi rò xuyên cơ thắt cao (đường rò nhiều góc ngách, tổ chức viêm hoại tử lan rộng), rò trên cơ thắt.

Trường hợp rò xuyên cơ thắt cao, đường rò nhỏ, một đường đơn thuần, không góc ngách. Sau khi lấy hết đường rò, cắt lọc sạch, khâu đóng lỗ trong và một phần cơ thắt.

Xét nghiệm giải phẫu bệnh lý đường rò để chẩn đoán loại trừ các trường hợp ung thư hay cần điều trị nội khoa phối hợp như bệnh Crohn, lao,...

Theo dõi, săn sóc sau mổ: Bệnh nhân được chăm sóc hậu phẫu như các bệnh nhân sau mổ vùng hậu môn. Thuốc giảm đau thông thường dùng loại paracetamol (dùng đường truyền trong ngày đầu, sau sử dụng đường uống). Trong trường hợp bệnh nhân đau nhiều, sẽ chỉ định dùng morphin. Chúng tôi không sử dụng các biện pháp giảm đau khác.

Phương pháp thu thập số liệu: Theo dõi bệnh nhân từ khi vào viện, cách thức phẫu thuật, đặt ra kế hoạch chăm sóc đến lúc vết thương liền hẳn và tái khám đánh giá kết quả.

Phương pháp phân tích số liệu: Các số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm dịch tễ học nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,64 (19 - 65). Nhóm tuổi từ 30 - 49 chiếm 58%.

Tỷ lệ nam chiếm 90%, nữ 10%.

Thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng 54%.

Triệu chứng lâm sàng: Thở áp xe 44%, thở rò hậu môn 56%. Các trường hợp áp xe hậu môn, khi chưa sắp xếp được mổ ngay, chúng tôi thường gây tê tại chỗ, chọc hút mủ giảm triệu chứng và bệnh nhân được lên lịch mổ phiến.

Rò do lao 1 bệnh nhân (tỷ lệ 2%), không có trường hợp nào bị bệnh Crohn.

94% mổ phiến, 6% mổ cấp cứu.

Bảng 1. Tiền sử phẫu thuật rò hậu môn

Số lần phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chưa phẫu thuật	24	48
1 lần	18	36
2 lần	6	12
≥ 3 lần	2	4
Tổng	50	100

52% bệnh nhân đã phẫu thuật trên 1 lần.

Bảng 2. Phân loại bệnh

Phân loại rò	n	Tỷ lệ %
Đường rò xuyên cơ thắt cao	30	60
Rò móng ngựa, đường rò xuyên cơ thắt trung gian	10	20
Rò móng ngựa, đường rò xuyên cơ thắt cao	10	20
Tổng	50	100

3.2. Phẫu thuật

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	Tần số	Tỷ lệ %
Mở ngỏ hoàn toàn	16	32
Đóng lỗ trong	3	6
Đặt seton	12	24
Đặt dẫn lưu bơm rửa sau mổ	19	38
Tổng	50	100

Tỷ lệ đặt dẫn lưu bơm rửa 38%, phẫu thuật 2 thì 18%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 33,20 phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 120 phút do độ phức tạp của rò hậu môn.

Bảng 4. Số lượng vết mổ

Số lượng vết mổ	Tần số	Tỷ lệ %
-----------------	--------	---------

1	33	66
2	13	26
≥ 3	4	8
Tổng	50	100

Vị trí vết mổ (bệnh nhân nằm ngửa, quy ước theo các múi giờ, theo chiều kim đồng hồ): Vị trí từ 7 giờ đến 11 giờ (48%), vị trí 6 giờ (26%). Vị trí 12 giờ là ít nhất với 6%.

3.3. Chăm sóc sau mổ

Thời gian nằm viện: Dưới 4 ngày 2%; Từ 4 - 7 ngày chiếm 34% và trên 7 ngày là 64%. Ngày nằm viện ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 14 ngày.

Mức độ đau theo thang điểm VAS: Đau nhiều 82% (7 - 10 điểm); đau mức độ vừa (4 - 6 điểm) chiếm 10% và đau ít 8% (1 - 3 điểm).

Dùng thuốc giảm đau: Không dùng thuốc 18%, tỷ lệ dùng paracetamol 80% (đường uống và tiêm); có 2% phải sử dụng morphin.

Thời gian để dẫn lưu bơm rửa: Dưới 2 tuần là 3/19 (16%), từ 2 - 4 tuần là 16/19 bệnh nhân (84%).

Có 12 bệnh nhân được đặt seton. Trong số đó có 2 bệnh nhân seton đã tự cắt cơ thắt và không cần phải phẫu thuật thì 2.

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau mổ		Tần số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu	Băng ép	5	10
	Khâu cầm máu	3	6
Mất tự chủ hậu môn	Độ 1	3	6
	Độ 2	2	4

Sau mổ có 5 bệnh nhân đại tiện không tự chủ chiếm 10%. Sau quá trình điều trị vết thương liền hẳn (sau 3 tháng). Tỷ lệ bệnh nhân đại tiện không tự chủ ở mức độ 1 giảm còn 2 (4%). Đó là 2 bệnh nhân mất tự chủ độ 2 ngay sau mổ, 3 bệnh nhân còn lại không còn triệu chứng.

Bảng 6. Di chứng sau mổ

Di chứng	n	Tỷ lệ %
Mất tự chủ độ 1	2	4

Tái phát	10	20
----------	----	----

Sau 3 tháng, khi vết mổ đã liền hoàn toàn, có hai bệnh nhân mất tự chủ độ 1. Đó là các bệnh nhân thuộc nhóm 10 bệnh nhân rò móng ngựa, đường rò xuyên cơ thắt cao, phẫu thuật đặt dẫn lưu bơm rửa. Như vậy, nếu tính chung tỷ lệ di chứng mất tự chủ độ 1 của toàn bộ nhóm nghiên cứu là 2/50, là 4%. Nếu tính riêng nhóm 10 bệnh nhân rò móng ngựa, đường rò xuyên cơ thắt cao, phẫu thuật đặt dẫn lưu bơm rửa thì tỷ lệ 2/10, là 20%.

Bảng 7. Thời gian liền sẹo chung của các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	Thời gian liền sẹo	
	(ngày)	(tuần)
Mở ngỏ hoàn toàn	80,9	12
Đóng lỗ trong	83,0	12
Đặt seton	94,7	14
Đặt dẫn lưu	84,9	12

4. Bàn luận

Theo Avraham Belizon và Bradley rò hậu môn phức tạp được định nghĩa khi đường rò xuyên qua trên 30% bề dày cơ thắt ngoài, đường rò phía trước ở phụ nữ, đường rò nhiều nhánh, rò tái phát, rò do bệnh Crohn hậu môn trực tràng, do lao hay rò thứ phát sau tia xạ tại chỗ, rò trực tràng âm đạo [6] [7].

Tỷ lệ rò hậu môn phức tạp chiếm khoảng 25% các bệnh nhân rò hậu môn. Biểu hiện lâm sàng dưới dạng rò hậu môn hình móng ngựa, rò xuyên cơ thắt cao, rò hình chữ Y, chữ V, nhiều góc ngách, tổ chức xơ sẹo quanh hậu môn. Thậm chí tạo thành những vành đai xơ quanh trực tràng. Thường bệnh nhân đã phải mổ nhiều lần, tái phát [1], [2], [4], [5]

Điều trị bệnh rò hậu môn là phẫu thuật. Nguyên tắc phẫu thuật phải cân bằng hợp lý giữa mong muốn điều trị khỏi bệnh rò với việc bảo tồn tối đa hình thái giải phẫu chức năng cơ thắt hậu môn [3]. Do vậy, đối với rò hậu môn phức tạp quá trình điều trị đòi hỏi phải có thời

gian, phẫu thuật nhiều thì mới đáp ứng được yêu cầu trên. Hay nói một cách khác phẫu thuật viên sẽ biến dần dần thể rò hậu môn phức tạp thành đỡ phức tạp hơn, thành đơn giản hơn và điều trị khỏi bệnh.

Có thể nói phẫu thuật mới chỉ là bước bắt đầu cho quá trình điều trị. Quá trình liền sẹo và quy trình chăm sóc sau mổ đóng vai trò quan trọng nhất trong điều trị rò hậu môn phức tạp. Yêu cầu của quá trình liền sẹo khi mổ rò hậu môn là vết thương phải đầy từ đáy lên, miệng vết mổ không được khép lại quá sớm. Có nghĩa là các góc ngách ở trong sâu phải được lấp đầy từ đáy lên, từ sâu ra nông, từ trong ra ngoài, mà không có một phẫu thuật nào có thể mở tung hết các góc ngách đó được. Do yêu cầu bảo tồn chức năng cơ thắt. Để làm được điều đó đòi hỏi phải có một quy trình chăm sóc tỉ mỉ, chuyên sâu, cũng như sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ như đặt dẫn lưu bơm rửa, đặt seton, sử dụng các chất keo sinh học,...

Là một nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc trên 50 bệnh nhân, thuộc các thể rò phức tạp. Trong đó 30 bệnh nhân có đường rò xuyên cơ thắt cao (60%); 20 bệnh nhân rò móng ngựa, trong đó một nửa có đường rò xuyên cơ thắt cao. Các phẫu thuật thực hiện tương ứng với thể bệnh: Mổ ngỏ hoàn toàn 16 bệnh nhân (32%), đặt seton 12 bệnh nhân (24%), đặt dẫn lưu bơm rửa sau mổ 19 bệnh nhân (38%).

Các biến chứng sau mổ: Chảy máu gặp 8/50 chiếm tỷ lệ 32%. Để xử lý các biến chứng này, nguyên tắc đầu tiên là băng ép, điều trị bảo tồn. Có 3 trường hợp phải khâu cầm máu tại chỗ (12%). Đây là các trường hợp vết mổ rộng, nhiều góc ngách, tổ chức viêm nặng. Biến chứng mất tự chủ hậu môn tạm thời gặp 5 bệnh nhân, tỷ lệ 20%. Quá trình liền sẹo, chức năng tự chủ cũng được cải thiện. Sau 3 tháng còn 2 bệnh nhân (4%) có biểu hiện mất tự chủ độ 1. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa là 6,3% [1].

Về thời gian liền sẹo, thời gian liền sẹo trung bình là 12 tuần. Ngắn nhất là 9 tuần, dài nhất là 14 tuần thuộc nhóm phải mổ hai thì (đặt seton). Tỷ lệ tái phát là 20%, so sánh với kết quả của

Nguyễn Hoàng Hòa là 13,5% [1]. Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh sau 3 tháng điều trị đạt 100%.

5. Kết luận

Theo dõi đánh giá 50 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được phẫu thuật trong thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 8 năm 2016 kết quả cho thấy: Bệnh nhân nam 45/50 (90%); nữ 5/50 (10%). 26 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bệnh rò hậu môn, chiếm 52%. Đường rò xuyên cơ thắt cao 30/50 (60%); rò móng ngựa 10/50 (20%); rò móng ngựa và đường rò xuyên cơ thắt cao 10/50 (20%).

Phẫu thuật mở ngỏ: 16 bệnh nhân (32%), phẫu thuật hai thì: 12 (24%), số bệnh nhân đặt dẫn lưu bơm rửa 19 (38%) và đóng lỗ trong: 3 (6%).

Các biến chứng sau mổ: Chảy máu: 8/50 (16%), Mất tự chủ hậu môn ngay sau mổ: Độ 1: 3/50 (6%); độ 2: 2/50 (4%). Sau 3 tháng tỷ lệ mất tự chủ còn 2/50 (4%). Hai bệnh nhân thuộc nhóm 10 bệnh nhân rò móng ngựa, đường rò xuyên cơ thắt cao, phẫu thuật đặt dẫn lưu bơm rửa thì tỷ lệ 2/10, là 20%. Tỷ lệ tái phát 10/50 (20%). Thời gian liền sẹo trung bình 12 tuần.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Hòa (2015) *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật áp xe, rò hậu môn phức tạp có dẫn lưu bơm rửa*. Luận án Tiến sĩ Y học.
2. Nguyễn Xuân Hùng (2001) *Rò hậu môn hình móng ngựa: Chẩn đoán và điều trị*. Ngoại khoa, tập 3, tr. 54-58.
3. Nguyễn Xuân Hùng (2005) *Những cấp cứu thường gặp vùng hậu môn trực tràng*. Ngoại khoa, tr. 1-7.
4. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng và Đỗ Đức Vân (1996) *Thái độ xử trí rò kép trong bệnh lý rò hậu môn*. Tạp chí Y học tập 320, số 3, tr. 3-5.

5. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng và Đỗ Đức Vân (1999) *Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn hình móng ngựa*. Y học thực hành số 2, tập 361, tr. 22-26.
6. Avraham B, Weiss EG (2010) *Complex anal fistula*. Coloproctology 13: 161-169.
7. Bradley J, Champagne (2011) *Operative management of anorectal fistula*. Uptodate, last literature review version 19.3.
8. (1992) *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. Quality Medical Publishing, Inc.