

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM QUA NGÃ 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

Võ Duy Kha^{1*}, Nguyễn Văn Lâm²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: voduykhact41@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò hậu môn phức tạp cần phải được đánh giá cẩn thận. Siêu âm qua ngã trực tràng đã được chứng minh là công cụ hiệu quả trong việc xác định đường rò phức tạp và tương quan với phẫu thuật lên đến 90-94%. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát vai trò của siêu âm qua ngã trực tràng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên 43 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được siêu âm qua ngã trực tràng trước mổ và điều trị phẫu thuật từ 3/2017 đến tháng 3/2019 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Siêu âm qua ngã trực tràng đã phát hiện được lỗ rò trong ở 33/43 bệnh nhân. 81,4% trường hợp có hình ảnh siêu âm qua ngã trực tràng phù hợp với tổn thương trong mổ. Độ nhạy trong chẩn đoán lỗ rò trong là 82,1%, độ đặc hiệu là 75%. Biến chứng sau mổ chiếm 7% gồm chảy máu (4,7%), bí tiểu (2,3%). Thời gian lành vết mổ trung bình: $6,5 \pm 3,2$ tuần. Sau 6 tháng tỉ lệ mất tự chủ hậu môn 7%, tái phát 4,7%. **Kết luận:** Siêu âm qua ngã trực tràng có vai trò quan trọng trong việc thiết lập được tương quan của đường rò với cơ thắt và mô tá được vị trí của lỗ rò trong, giúp các phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, an toàn và hiệu quả đối với rò hậu môn phức tạp.

Từ khóa: Rò hậu môn phức tạp, siêu âm qua ngã trực tràng.

ABSTRACT

THE VALUE OF ENDORECTAL ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSIS AND RESULTS OF COMPLEX ANAL FISTULAS SURGERY AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2017-2019

Vo Duy Kha^{1*}, Nguyen Van Lam²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Complex anal fistulas require careful evaluation. Endorectal ultrasonography has been shown to be an effective tool in defining complex fistula tracts, and correlation with intraoperative examination is 90% to 94%. **Objectives:** To evaluate the value of endorectal ultrasonography and results of complex anal fistulas surgery. **Materials and methods:** A cross-sectional prospective study was conducted with 43 complex anal fistulas patients who underwent endorectal ultrasonography preoperatively and underwent surgery from March 2017 to March 2019 at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Endorectal ultrasonography was able to identify the internal openings in 33/43 patients. The overall concordance between endorectal ultrasonography and surgical findings was 81.4%. In detecting internal openings, the sensitivity was 82.1%, the specificity was 75%. Early post-operative complications rate was 7% which were including: post-operative hemorrhage (4.7%), urinary retention (2.3%). Average wound healing time was 6.5 ± 3.2 weeks. Fecal incontinence rate was 7% after 6 months follow-up. Post-operative recurrence rate was 4.7%. **Conclusion:** Endorectal ultrasonography is able to establish the relation between the fistulas and the sphincter muscles and to identify the internal openings of fistulas. Therefore, this can help surgeons choose an appropriate, safe and effective surgical procedure for complex anal fistulas.

Keywords: Complex anal fistulas, endorectal ultrasonography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh thường gặp đứng thứ hai ở vùng hậu môn trực tràng sau bệnh trĩ[2]. Trên lâm sàng rò hậu môn được chia thành hai loại: đơn giản và phức tạp. Theo Avraham Belizon rò hậu môn phức tạp là khi đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài, phụ nữ với đường rò ở phía trước, đường rò có nhiều nhánh, rò hậu môn tái phát, rò hậu môn có liên quan đến bệnh Crohn, viêm lao và HIV, rò hậu môn thứ phát do điều trị tia xạ tại chỗ, rò hậu môn trên bệnh nhân có tiền sử mất tự chủ hậu môn và rò trực tràng âm đạo. Những năm gần đây một số ít bệnh viện lớn được trang bị siêu âm qua ngả trực tràng đã làm tăng giá trị chẩn đoán, rất hữu ích cho phẫu thuật viên trong điều trị, làm giảm đáng kể tỉ lệ thất bại cũng như biến chứng sau phẫu thuật. Siêu âm qua ngả trực tràng đã được chứng minh là công cụ hiệu quả trong việc xác định đường rò phức tạp và tương quan với phẫu thuật lên đến 90-94%. Theo đánh giá của Võ Tấn Đức với siêu âm có thuốc tương phản thì khả năng chẩn đoán lên đến 96% đối với rò xuyên cơ thắt. Tại Việt Nam bệnh có thể gặp 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 rò hậu môn nói chung, rất ít các nghiên cứu riêng rẽ về chẩn đoán và điều trị rò hậu môn phức tạp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn đánh giá được vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp. Từ đó rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu:

Khảo sát vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng trong chẩn đoán rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019.

Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: tất cả các trường hợp được chẩn đoán rò hậu môn phức tạp có siêu âm qua ngả trực tràng trước mổ và phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2019.

Chẩn đoán rò hậu môn phức tạp: bệnh nhân có đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài dựa trên hình ảnh siêu âm qua ngả trực tràng, phụ nữ với đường rò ở phía trước hậu môn, đường rò có nhiều nhánh, rò hậu môn tái phát[10].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng không thể phẫu thuật; rò hậu môn liên quan đến bệnh lý như viêm ruột, suy giảm miễn dịch, ung thư trực tràng, ung thư ống hậu môn, sau điều trị tia xạ; bệnh nhân có vấn đề về tâm thần, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, không tái khám lại hoặc thất lạc trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: n = 43, chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung (tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, lý do vào viện, đặc điểm lỗ rò ngoài); vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng (phân loại đường rò theo hệ thống cơ thắt, tỉ lệ phát hiện lỗ rò trong, tỉ lệ phù hợp phân loại đường rò, độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm qua ngả trực tràng trong xác định lỗ rò trong và trong phân loại đường rò); đánh giá kết quả phẫu thuật (phương pháp phẫu thuật theo hệ thống cơ thắt, biến chứng sớm sau mổ: chảy máu, bí tiểu và biến chứng sau 6 tháng theo dõi: mất tự chủ hậu môn, tái phát, thời

gian lành vết mổ, kết quả điều trị chung). Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị chung dựa theo Van Koperen P. J [14]: tốt (không bị tái phát, không mất tự chủ hậu môn, không hẹp, biến dạng hậu môn), trung bình (không bị tái phát, mất tự chủ hậu môn độ I, sẹo hẹp, biến dạng hậu môn), kém (bị tái phát, mất tự chủ hậu môn độ II trở lên không hồi phục).

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu: bệnh nhân vào viện được chẩn đoán rò hậu môn phức tạp qua hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, siêu âm qua ngả trực tràng và thực hiện các xét nghiệm cơ bản khác. Sau đó bệnh nhân và người nhà được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật. Nếu đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu thì chọn vào mẫu nghiên cứu. Sau đó tiến hành làm sạch phân trong lòng trực tràng bệnh nhân bằng cách bơm 1 tít fleet enema 30-60 phút trước khi phẫu thuật. Thực hiện vô cảm bằng gây tê tùy sống, phẫu thuật tư thế sản khoa. Các bước phẫu thuật: xác định lỗ rò ngoài, dự đoán lỗ rò trong theo định luật Goodsall; sau đó xác định lỗ rò trong bằng các phương pháp: sờ nắn, bơm hơi, bơm oxy già, xanh methylen, dùng que thăm dò. Xác định phân loại rò hậu môn phức tạp và lựa chọn phương pháp phẫu thuật: cắt mở đường rò, cắt trọn đường rò, thắt đường rò bằng dây cao su (seton) kèm theo lấy một phần mô đường rò làm giải phẫu bệnh. Theo dõi tái khám sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tỉ lệ nam/nữ là 13,3/1. Tuổi trung bình là $43,93 \pm 11,94$ tuổi (13-64). Độ tuổi thường gặp là 20-60 tuổi (chiếm 88,4%). Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân (30,2%).

Thời gian mắc bệnh thường gặp dưới 6 tháng chiếm 51,2% với lý do vào viện vì chảy dịch, mủ cạnh hậu môn chiếm 67,4%.

Bảng 1: Đặc điểm lỗ rò ngoài

Đặc điểm		n	%
Số lượng lỗ rò ngoài	1 lỗ	31	72,1
	2 lỗ	9	20,9
	≥ 3 lỗ	3	7
Mặt phẳng hậu môn	Nửa trước	13	30,2
	Nửa sau	26	60,5
	Cả hai	4	9,3
Khoảng cách lỗ rò ngoài đến rìa hậu môn	< 3cm	6	14
	3-5cm	35	81,4
	> 5cm	2	4,7

3.2. Hình ảnh siêu âm qua ngả trực tràng

Bảng 2: Phân loại đường rò theo hệ thống cơ thắt trên siêu âm

Phân loại đường rò	n	%
Rò xuyên cơ thắt trung gian	32	74,4
Rò xuyên cơ thắt cao	8	18,6
Rò trên cơ thắt	3	7
Tổng	43	100

Bảng 3: Tỉ lệ phù hợp phân loại đường rò với thương tổn trong mổ

Phân loại đường rò với thương tổn trong mổ	n	%
Phù hợp	35	81,4
Không phù hợp	8	18,6
Tổng	43	100

Có 33 trường hợp phát hiện được lỗ rò trong trên siêu âm qua ngả trực tràng (76,7%).

Bảng 4: Độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm trong xác định lỗ rò trong

Lỗ rò trong		Phẫu thuật		Tổng
		Có	Không	
Siêu âm	Có	32	1	33
	Không	7	3	10
Tổng		39(90,7%)	4(9,3%)	43
Độ nhạy		82,1%		
Độ đặc hiệu		75%		

Bảng 5: Độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm trong phân loại đường rò

Phân loại đường rò	Siêu âm	Phẫu thuật		Độ nhạy	Độ đặc hiệu
		Có	Không		
Rò xuyên cơ thắt trung gian	Có	30	2	90,9%	80%
	Không	3	8		
Rò xuyên cơ thắt cao	Có	4	4	66,7%	89,2%
	Không	2	33		
Rò trên cơ thắt	Có	1	2	25%	94,9%
	Không	3	37		

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 6: Phân loại phương pháp phẫu thuật

	Cắt mở đường rò		Thắt đường rò (seton)		Cắt trộn đường rò		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rò xuyên cơ thắt trung gian	26	100	3	23,1	4	100	33	76,7
Rò xuyên cơ thắt cao	0	0	6	46,2	0	0	6	14
Rò trên cơ thắt	0	0	4	30,8	0	0	4	9,3
Tổng	26	100	13	100	4	9,3	43	100

Bảng 7: Biến chứng sau mổ

Biến chứng			n	%
Sớm sau mổ	Chảy máu sau mổ	Chèn gạc cầm máu	1	2,3
		Mô lại cầm máu	1	2,3
	Bí tiểu	Đặt sonde tiểu	1	2,3
Theo dõi 6 tháng sau mổ	Mất tự chủ hậu môn (độ I)		3	7
	Tái phát		2	4,7

Bảng 8: Thời gian lành vết mổ theo phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Tuần lành		Ngắn nhất – Dài nhất
	Trung bình		
Cắt mở đường rò	5,7 ± 3,3	6,5 ± 3,2	3-16

Thắt đường rò (seton)	8,1 ± 1,7		4 - 11
Cắt trọn đường rò	6,5 ± 3,1		3 - 16

Bảng 9: Kết quả điều trị chung

Kết quả	n	%
Tốt	37	86
Trung bình	4	9,3
Kém	2	4,7
Tổng	43	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng

Siêu âm qua ngả trực tràng là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hữu ích trong việc xác định chính xác sự hiện diện và vị trí lỗ rò trong cũng như tương quan với hệ thống cơ thắt - là một trong những yếu tố cần thiết trước mổ để dự đoán phương pháp phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có 76,7% bệnh nhân phát hiện được lỗ rò trong khi khảo sát bằng siêu âm qua ngả trực tràng. Đối chiếu với vị trí lỗ rò trong (90,7%) và đường rò được tìm thấy trong mổ bằng các phương pháp bơm hơi, hydrogen peroxide, xanh methylene, que thăm dò do các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm thực hiện thì tỉ lệ phù hợp giữa hình ảnh siêu âm với thương tổn trong mổ về vị trí lỗ rò trong và phân loại đường rò lần lượt là 74,4% và 81,4%. Độ nhạy của siêu âm qua ngả trực tràng trong xác định lỗ rò trong là 82,1% và độ đặc hiệu 75% và đối với từng loại rò hậu môn theo hệ thống cơ thắt thì có khác nhau. Về phân loại đường rò theo hệ thống cơ thắt có 74,4% được chẩn đoán rò xuyên cơ thắt trung gian, độ nhạy 90,9% và độ đặc hiệu 80%. Chẩn đoán rò xuyên cơ thắt cao 14%, độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 89,2%. Chẩn đoán rò trên cơ thắt 9,3%, độ nhạy 25%, độ đặc hiệu 94,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự với Võ Thị Mỹ Ngọc[4] nghiên cứu vai trò của siêu âm qua ngả trực tràng trong chẩn đoán 48 trường hợp rò hậu môn phức tạp với độ nhạy trong chẩn đoán lỗ rò trong là 83,3% và tỉ lệ từng loại rò có khác nhau. Đối với rò xuyên cơ thắt trung gian độ nhạy 33,33% và độ đặc hiệu 89,74%, rò xuyên cơ thắt cao độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 95,55%, rò trên cơ thắt độ nhạy 0% và độ đặc hiệu 93,47%. Tuy nhiên, so với kết quả nghiên cứu của một vài tác giả khác trong và ngoài nước thì kết quả của chúng tôi có phần thấp hơn. Theo Võ Tấn Đức[7] trong nghiên cứu 132 bệnh nhân rò hậu môn được chẩn đoán bằng siêu âm nội trực tràng, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phát hiện được lỗ trong là 100%. Tác giả Nguyễn Hoàng Hòa[1] nghiên cứu 80/111 bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn phức tạp bằng siêu âm qua ngả trực tràng thì tỉ lệ phát hiện lỗ rò trong là 93,8% với độ nhạy của siêu âm qua ngả trực tràng là 91,7% và độ đặc hiệu là 84,4%. Theo Nagendranath C.[12] còn ghi nhận rằng siêu âm qua ngả trực tràng chính xác hơn so với thăm khám lâm sàng khi đánh giá về vị trí lỗ rò trong (92,65% và 79,41%, $p < 0.001$) và rất hiệu quả trong xác định đường rò phụ (91,18% và 77,94%, $p < 0,001$).

Có sự khác biệt trên có thể do nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân rò hậu môn phức tạp, đường rò nhiều góc ngách nên dễ dẫn đến sai sót trong siêu âm. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở giai đoạn đầu ứng dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh siêu âm qua ngả trực tràng với đầu dò xoay chỉ có 120⁰ nên khả năng chẩn đoán cũng có phần hạn chế hơn. Tuy nhiên, các tác giả đều thống nhất rằng: siêu âm qua ngả trực tràng là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh hữu ích trong việc xác định lỗ rò trong và phân loại đường rò, giúp phẫu thuật viên hoạch định chiến lược phẫu thuật trước mổ [1], [4].

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Để đảm bảo cho phẫu thuật thành công, tránh tái phát cần phải tìm được lỗ rò tiên phát, lấy hết tổ chức xơ, phá hết đường rò phụ, các góc ngách và tôn trọng tối đa chức năng tự chủ của hậu môn[8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì rò xuyên cơ thắt cao và trên cơ thắt chủ yếu được phẫu thuật theo phương pháp thắt đường rò (seton) với tỉ lệ lần lượt là 46,2% và 30,8% (bảng 6). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt mở đường rò nằm trong nhóm rò xuyên cơ thắt trung gian (chiếm 78,8% phân loại theo hệ thống cơ thắt). Theo Akhtar Munir và cs [8] nghiên cứu 30 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp, có 83,3% rò xuyên cơ thắt cao và 16,7% rò trên cơ thắt bằng phương pháp đặt seton. Theo Lữ Hoàng Phi[5], Nguyễn Văn Xuyên[6] thì phẫu thuật cắt mở đường rò được áp dụng nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 81,5%, 75,4% trường hợp. Các tác giả đều đưa đến nhận định rằng lựa chọn phương pháp phẫu thuật nên dựa vào hệ thống cơ thắt[5], [6].

Các biến chứng sau mổ rò hậu môn như bí tiểu, chảy máu chúng tôi cũng gặp tỉ lệ và nguyên nhân tương tự như các tác giả khác, với tỉ lệ lần lượt là: Lữ Hoàng Phi[5] là 7,1%; Nguyễn Xuân Hùng[3] là 4,9%, Nguyễn Văn Xuyên [6] là 11,1%. Kết quả của chúng tôi chảy máu sau mổ 4,7%, bí tiểu 2,3%. Có 1 trường hợp chảy máu sau mổ cần phải khâu cầm máu tại phòng mổ. Trường hợp khác chỉ ở mức độ nhẹ được điều trị bảo tồn thành công.

Đặc điểm của vết mổ rò hậu môn thường là để mở và mất một diện tích da. Đồng thời thường xuyên tiếp xúc với vi khuẩn từ lòng trực tràng và da quanh hậu môn nên thời gian lành vết mổ thường dài hơn so với các phẫu thuật khác[8]. Thời gian lành vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình $6,5 \pm 3,2$ tuần, trong đó thời gian lành vết mổ trung bình theo phương pháp thắt đường rò là dài nhất, trung bình $8,1 \pm 1,7$ tuần. Đa số bệnh nhân lành vết mổ vào tuần thứ 8 (83,7%). Kết quả trên cũng gần tương tự với Nguyễn Hoàng Hòa[1], thời gian liền sẹo trung bình $7,07 \pm 3,48$ tuần. Tác giả cho rằng, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương như dinh dưỡng, tồn tại tình trạng nhiễm trùng, tuổi già, béo phì, thiếu ôxy mô, kích thước vết mổ... [1].

Một trong những tiêu chí đánh giá hiệu quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp là mức độ tự chủ hậu môn và tái phát sau mổ. Nghiên cứu có 7% bệnh nhân mất tự chủ hậu môn độ I (không giữ được hơi) sau mổ rò hậu môn tái phát có cắt mở đường rò, thắt đường rò, rò xuyên cơ thắt cao. Kết quả của chúng tôi gần tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa[1], mất tự chủ độ I chiếm 6,3% ở bệnh nhân rò xuyên cơ thắt cao. Tác giả kết luận rằng để hạn chế tới mức thấp nhất biến chứng mất tự chủ hậu môn cần phải tuân thủ nguyên tắc phẫu thuật[1]. Tỉ lệ tái phát sau mổ của chúng tôi là 4,7%. Theo Roig J. V.[13], nghiên cứu 31 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp, thời gian theo dõi là 24 tháng, tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là 3/31 (chiếm 9,7%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên nghiên cứu 126 bệnh nhân rò hậu môn tái phát thì tỉ lệ tái phát là 3,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Các tác giả cũng cho rằng phẫu thuật thất bại là do không tìm và xử lý lỗ rò trong tốt, chưa đánh giá chính xác được đường rò, nhất là các đường rò phức tạp có nhiều nhánh phụ và mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt.

Đánh giá kết quả điều trị chung sau phẫu thuật với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng thì kết quả tốt 86%, kết quả trung bình 9,3% do bệnh nhân có mất tự chủ hậu môn độ 1 và có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật phải nhập viện để phẫu thuật cầm máu, 4,7% bệnh nhân tái phát có kết quả kém. Điều này cũng phù hợp với các tác giả khác trong và ngoài nước. Với thời gian theo dõi dài hơn trong 2 năm Nguyễn Văn Xuyên nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật 126 bệnh nhân rò hậu môn tái phát kết quả tốt đạt 81% và kém 3,2%. Cũng trong cùng thời gian theo dõi đó, tác giả Nguyễn Hoàng Hòa báo cáo kết quả điều trị tốt đạt 73%, 13,5% bệnh nhân đạt kết quả trung bình và 13,5% bệnh nhân có kết quả kém. Các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả điều trị tương tự. Theo El-Said M. và cs đánh giá kết quả điều trị 46 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp có

87,5% đạt kết quả tốt, 6,25% bệnh nhân tái phát có kết quả kém. Tác giả còn kết luận rằng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật 6 tháng đã có sự cải thiện đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm qua ngả trực tràng có vai trò quan trọng trong việc thiết lập được tương quan của đường rò với cơ thắt và mô tả được vị trí của lỗ rò trong 76,7% trường hợp với độ nhạy 82,1% và độ đặc hiệu 75%. Tỷ lệ phù hợp trong phân loại đường rò là 81,4% với độ nhạy, độ đặc hiệu có khác nhau trong từng loại đường rò.

Phương pháp phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp chủ yếu dựa vào phân loại theo hệ thống cơ thắt với kết quả điều trị: biến chứng sớm 7%; thời gian lành vết mổ trung bình $6,5 \pm 3,2$ tuần; tỷ lệ mất tự chủ hậu môn độ I chiếm 7%. Tỷ lệ tái phát 4,7%. Đánh giá kết quả điều trị chung sau phẫu thuật: tốt 86%, trung bình 9,3% và kém 4,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Hòa (2016), *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp*, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108, Luận án tiến sĩ y học.
2. Nguyễn Đình Hối (2002), *Rò hậu môn, Hậu môn trực tràng học*, Nhà xuất bản Y học, pp. 129-147.
3. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003 - 2006", *Y học Việt Nam*, 1 pp. 45-51.
4. Võ Thị Mỹ Ngọc, Đỗ Đình Công (2006), "Vai trò của siêu âm 3 chiều trong chẩn đoán rò hậu môn phức tạp", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 10 (5), pp. 43-46.
5. Lữ Hoàng Phi (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và kết quả điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
6. 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 pp. 104-107.
7. Võ Tấn Đức, Nguyễn Quang Thái Dương và CS (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), pp. 17-23.
8. Akhtar Munir, Sheikh Qais Falah (2014), "Management of high fistula in ano with cutting seton", *Gomal J Med Sci*, 12 pp. 210-212.
9. Almeida I., Jayarajah. U., et al (2019), "Value of three-dimensional endoanal ultrasound scan (3D-EAUS) in preoperative assessment of fistula-in-ano", *BMC Research Notes*, 12 (1), pp. 66-71.
10. Avraham Belizon, Weiss E. G. (2010), Complex Anal Fistula, *Coloproctology*, pp. 161 - 169
11. El-Said M., Emile. S., et al (2019), "Outcome of Modified Park's Technique for Treatment of Complex Anal Fistula", *J Surg Res*, 235 pp. 536-542.
12. Nagendranath C., Saravanan M. N. S C (2014), "Peroxide-enhanced endoanal ultrasound in preoperative assessment of complex fistula-in-ano", *Tech Coloproctol*, 18 pp. 433-438.
13. Roig J. V., Garcia-Armengol J., et al (2014), "Immediate reconstruction of the anal sphincter after fistulectomy in the management of complex anal fistulas", *Colorectal Disease*, 1 pp. 137-140.
14. Van Koperen P. J., et al (2008), "Perianal fistulas: developments in the classification and diagnostic techniques, and a new treatment strategy", *Ned Tijdschr Geneesk*, 152 (52), pp. 2774-2780.

(Ngày nhận bài: 9/8/2019 - Ngày duyệt đăng bài: 28/8/2019)
