

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TẠI CÁC TỈNH BIÊN GIỚI VÀ MIỀN NÚI PHÍA BẮC TRONG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2009

TRỊNH HỒNG SƠN, BÙI TRUNG NGHĨA,
NGUYỄN QUỐC HÙNG, PHẠM TIẾN BIÊN, ĐINH NGỌC DŨNG,
VŨ ĐỨC MẠNH, NGUYỄN HƯNG ĐẠO, ĐỖ VĂN GIANG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn (RHM) là danh từ để chỉ một bệnh lý thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng. Đây là những nhiễm khuẩn khu trú bắt nguồn từ tuyến Hermann □ Desfosses nằm tại hốc hậu môn. Những nhiễm khuẩn này dẫn đến tụ mủ ở khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, lan theo các bó cơ dọc dài phức hợp và phá ra ngoài lỗ hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng ống hậu môn trực tràng gây ra áp xe và rò. áp xe và rò là hai giai đoạn của cùng một quá trình bệnh lý. Nếu áp xe không được xử lý hoặc xử lý không đúng sẽ dẫn đến rò. áp xe và rò được quan tâm ở đây có cơ chế bệnh sinh và diễn biến hoàn toàn khác so với các tổn thương do lao, ung thư, viêm mủ da, viêm xoang lông...

Chẩn đoán rò và áp xe hậu môn trên lâm sàng không khó nhưng để phân loại được rò dựa vào liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt và quyết định phương pháp điều trị là không đơn giản.

Tại các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc nước như: Quảng Ninh, Lai Châu, Bắc Kạn, Điện Biên, Lào Cai, Hà Giang, Bắc Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Yên Bái và Sơn La, do đặc điểm địa hình phức tạp, mức sống của nhân dân phần đông còn thấp, những hạn chế về điều kiện trang bị đã hạn chế khả năng chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ngoại khoa nói chung và rò hậu môn nói riêng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tình hình chẩn đoán và điều trị rò hậu môn tại một số tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc trong 6 tháng đầu năm 2009.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là áp xe hay rò hậu môn được điều trị phẫu thuật tại các bệnh viện đa khoa tỉnh (BVĐK) tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc trong thời gian từ 01.01.2009 đến hết 30.6.2009.

2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu mô tả, cắt ngang

Các bước tiến hành nghiên cứu

. Bước 1: ký kết hợp tác nghiên cứu với Ban giám đốc các BVĐK các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc

. Bước 2: bổ sung và hoàn thiện kiến thức về chẩn đoán và điều trị RHM cho các bác sỹ BVĐK tỉnh qua các lớp học tổ chức ngay tại các bệnh viện

. Bước 3: hướng dẫn và thống nhất về protocol chẩn đoán và điều trị RHM

. Bước 4: Thu thập số liệu dựa vào thống kê của phòng Kế hoạch tổng hợp tại các BVĐK tỉnh

. Bước 5: lấy bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ theo danh sách

. Bước 6: nhóm nghiên cứu vào số liệu theo phần mềm SPSS 17.0

. Bước 7: tập hợp và xử lý số liệu theo trường trình phần mềm SPSS 17.0

3. Nội dung nghiên cứu

- Số lượng bệnh nhân mổ tại các BVĐK tỉnh
- Tuổi, giới, nghề nghiệp, dân tộc
- Lý do vào viện: Sưng, đau cạnh hậu môn; chảy dịch, mủ cạnh hậu môn

- Tiền sử: đặc biệt là tiền sử RHM có phẫu thuật và không phẫu thuật

- Các triệu chứng lâm sàng: đau hậu môn, ngứa, chảy dịch, lỗ rò ngoài...

- Thăm trực tràng đánh giá lỗ ngoài, tình trạng cơ thắt, tìm lỗ trong, phát hiện tổn thương phối hợp...

- Ghi nhận các phương tiện cận lâm sàng tham gia chẩn đoán: siêu âm, chụp cộng hưởng từ, đo áp lực hậu môn, nội soi và siêu âm nội soi đại trực tràng...

- Đánh giá tổn thương trong mổ: tình trạng niêm mạc trực tràng, xác định lỗ nguyên phát, phân loại rò với hệ thống cơ thắt...

- Ghi nhận phương pháp phẫu thuật

- Kết quả giải phẫu bệnh xác định bản chất tổn thương sau mổ

- Biến chứng sau mổ: tử vong, chảy máu, đau, bí tiểu...

KẾT QUẢ

Số liệu tại các BVĐK tỉnh

Bảng 1: Số bệnh nhân mổ

STT	Bệnh viện tỉnh	n
1	Quảng Ninh	8
2	Lai Châu	1
3	Bắc Kạn	1
4	Điện Biên	4
5	Lào Cai	4
6	Tuyên Quang	4
7	Hà Giang	0
8	Bắc Giang	0
9	Cao Bằng	0
10	Lạng Sơn	0
11	Yên Bái	0
12	Sơn La	0
n		22

Tuổi

Tuổi trung bình: 32.3 ± 13.29 (tuổi), nhỏ nhất là 11 tuổi, lớn nhất 59 tuổi.

Bảng 2: Nhóm tuổi

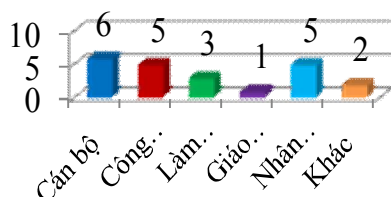
Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
< 18	1	4.5
19 é 30	9	40.9

30 é 60	12	54.6
> 60	0	0
n	22	100

Giới

Nam là 21 người (95%); nữ là 1 người (5%).

Nghề nghiệp



Biểu đồ 2: Nghề nghiệp

Dân tộc

Bảng 3: Dân tộc

Dân tộc	n	Tỷ lệ %
Kinh	18	81.8
Tày	2	9.1
H'mong	1	4.5
Thái	1	4.5
n	22	100

6. Lý do vào viện

Bảng 4: Lý do vào viện

Lý do vào viện	n	Tỷ lệ %
Chảy dịch, mũ cạnh hậu môn	8	36.4
Sưng, đau cạnh hậu môn	14	63.6
n	22	100

7. Triệu chứng lâm sàng

Tiền sử rò hậu môn cũ: 10 / 22 trường hợp chiếm 45.5%. Trong đó, 5 trường hợp đã được điều trị phẫu thuật, có 1 trường hợp mổ cũ 3 lần và 2 trường hợp mổ cũ 2 lần tại BVĐK tỉnh và khu vực. 5 trường hợp được phát hiện RHM nhưng chỉ điều trị nội khoa.

Bảng 5: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %		
Đau vùng hậu môn	17	77.3		
Mót rặn	2	9.0		
Sốt	10	45.5		
Da vùng hậu môn	Bình thường	12	54.5	
	Sưng, nề	6	27.3	
	Nóng, đỏ	4	18.2	
Lỗ hậu môn	Bình thường	15	68.2	
	Có mũ chảy ra	4	8.2	
	Không mô tả	3	13.6	
Khối cạnh hậu môn (n=7)	Tính chất	Khối chắc	5	71.4
		Khối mềm	2	28.6
	ấn đau	7	100	
	Sát rìa hậu môn	7	100	
	Vỡ mũ	5	71.4	
Lỗ rò ngoài	Dịch Vàng	7	31.8	

	Mũ	4	18.2
	Không mô tả	11	50.0
Số lỗ rò	1 lỗ	17	77.3
	2 lỗ	0	0
	3 lỗ	1	4.5
	Không mô tả	4	18.2
Cách RHM	1 cm	7	41.2
	2 cm	6	35.3
	3 cm	4	23.5
Ngứa quanh hậu môn		3	13.6
Nứt kẽ phối hợp		1	4.5
Trĩ phối hợp		3	13.6
Polyp ống hậu môn		0	0
Thăm trực tràng / Soi ống cứng	Có	14	63.6
	Không	8	36.4
Xác định lỗ trong (n=14)	Có	5	36.7
	Không	9	64.3

8. Cận lâm sàng

Bảng 6: Phương tiện cận lâm sàng tham gia chẩn đoán

Triệu chứng cận lâm sàng	n	Tỷ lệ %	
Chụp đường rò (n = 3)	Thuốc vào lòng trực tràng	1	4.5
	Không vào	2	9.1
Siêu âm nội soi, đo áp lực hậu môn, chụp cộng hưởng từ	0	0	
Nội soi đại trực tràng ống mềm	0	0	
Xquang phổi bình thường	22	100	

9. Tổn thương trong mổ

Cả 22 trường hợp được vô cảm bằng gây tê tùy sống.

Bảng 7: Tổn thương trong mổ (N=22)

Tổn thương trong mổ	n	Tỷ lệ %		
Niêm mạc trực tràng	Bình thường	12	54.5	
	Lấn sản, viêm đỏ	7	31.8	
	Không mô tả	3	13.6	
Lỗ trong	Xác định	Có	12	54.5
		Không	10	45.5
	Cách xác định	Định luật Goodsall	7	31.8
		Bơm hơi	2	9.1
		Sờ thấy dải xơ	3	13.6
		Bơm Xanh metylen	5	22.7
		Không mô tả	5	22.7
		Vị trí	1h	2
	9h		2	9.1
	6h		5	22.7
Không mô tả	13		59.1	
Phân loại liên quan rò với hệ thống cơ thắt	I: Liên cơ thắt	2	9.1	
	IIa: Xuyên cơ thắt phân thấp	5	22.7	
	IIb: Xuyên cơ thắt trung gian	0	0	
	IIc: Xuyên cơ thắt phân cao	2	9.1	
	III: Trên cơ thắt	1	4.5	
IV: Ngoài cơ thắt	2	9.1		

	Không đánh giá được	10	45.5
Hình thái lâm sàng	Rò đơn	21	95.5
	Rò phức tạp	1	4.5

10. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 8: Phương pháp phẫu thuật (n=22)

Phương pháp phẫu thuật		n	Tỷ lệ
Thì phẫu thuật	1 thì	14	63.6
	2 thì	8	36.4
Lấy hết đường rò		22	100
Vị trí cắt bán phần cơ thắt	1h	1	4.5
	6h	3	13.6
	9h	2	9.1
	Không mô tả	16	72.7
Để hở da	Hoàn toàn	7	31.8
	Không mô tả	15	68.2
Phẫu thuật kèm theo	Lấy da thừa hậu môn	1	4.5
	Cắt trĩ	0	0
	Xử lý nứt kẽ	1	4.5

Giải phẫu bệnh

Không có trường hợp nào được xét nghiệm giải phẫu bệnh bệnh phẩm rò sau mổ.

Kết quả gần sau mổ

Bảng 9: Kết quả gần sau mổ (n = 22)

Kết quả gần sau mổ	N	Tỷ lệ
Tử vong, nặng về	0	0
Bí tiểu	3	13.6
Sốt, chảy máu sau mổ, viêm mô tế bào, ỉa không tự chủ	0	0
Đau rất hậu môn	1	4.5

BÀN LUẬN

1. Tình hình chẩn đoán RHM

RHM là một bệnh rất phổ biến, chỉ đứng sau trĩ trong các bệnh lý của hậu môn trực tràng. Tại Bệnh viện Việt Đức có 461 RHM được mổ tại đây từ năm 1978 □ 1995[0], [2]. Nghiên cứu này chỉ có 6/12 tỉnh có điều trị rò hậu môn trong 6 tháng đầu năm 2009 (Bảng 1). Nguyên nhân có thể do thời gian nghiên cứu ngắn, cũng có thể do bệnh chưa được thay thuốc quan tâm, cho rằng bệnh có thể điều trị nội bằng kháng sinh hoặc bệnh nhân lên tuyến trên điều trị. Tuy nhiên với 22 trường hợp cũng nêu được một vài điểm khái quát tình hình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh lý này tại các tỉnh biên giới núi phía bắc.

Bảng 2 cho thấy RHM chủ yếu gặp ở nhóm 30 □ 60 tuổi (54.6%), nhỏ nhất là 11 tuổi, lớn nhất là 59 tuổi, với tuổi trung bình là 32 tuổi. BN chủ yếu là nam (95%) (Biểu đồ 1). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước khác. RHM có thể gặp ở các BN với nhiều nghề nghiệp khác nhau, nghiên cứu này cho thấy đa số BN là cán bộ (27%) (Biểu đồ 2). BN là người dân tộc chỉ chiếm 18,2% (Bảng 3); điều này có thể do nhóm BN này có trình độ dân trí cao hơn, lại thường tập trung ở trung tâm nên có điều kiện tiếp xúc nhiều hơn với các dịch vụ y tế so với các đồng bào dân tộc thiểu số và ở vùng cao. Sự khác biệt đặc biệt thấy rõ ở các tỉnh

biên giới, vùng cao, nơi địa hình phức tạp, chia cắt nhiều như Điện Biên, Lai Châu □

Lý do vào viện thường gặp là đau, sưng nề hoặc chảy mủ hậu môn chiếm 63,6% (Bảng 4). 45.5% trường hợp đã có tiền sử RHM cũ. Trong đó, 5 trường hợp tái phát sau khi đã được điều trị phẫu thuật. Cá biệt có 2 BN mổ cũ 2 lần và 1 trường hợp thậm chí đã mổ 3 lần tại các BVĐK tỉnh và đa khoa khu vực. Ngoài ra, 5 trường hợp còn lại chỉ được điều trị nội khoa với kháng sinh và thuốc chống phù nề trước nhiều năm mà không giới thiệu tới các đơn vị ngoại khoa mặc dù đã được chẩn đoán là RHM.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau vùng hậu môn (77.3%) có thể kèm theo sốt (45.5%), ngứa, thấy khối sưng đau cạnh hậu môn hoặc vỡ chảy mủ, dịch cạnh hậu môn (Bảng 5). Cảm giác đau thường được mô tả là nhức nhối, có khi liên tục, lan ra phía xương cùng cụt, thậm chí là mất ngủ khi có áp xe. Cơ thắt ngoài hậu môn bình thường ở 77.3% BN. 31.8% BN vào viện ở giai đoạn áp xe với khối chắc (71.4%) sưng nóng, đau ở cạnh hậu môn, đã vỡ mủ (71.4%). Triệu chứng kích thích hậu môn như đi ngoài, mót rặn hay cơ thắt ngoài co bóp chặt ít gặp. Có 1 trường hợp rò 3 lỗ ngoài. Tổn thương phối hợp thường gặp là trĩ sa (3 BN) và nứt kẽ hậu môn (1 BN) với vết loét hình vệt ở vị trí 6h. Đáng tiếc là chỉ có 63.6% BN được thăm trực tràng hoặc soi trực tràng ống cứng để đánh giá tổn thương. Điều này phản ánh hạn chế trong nhận thức của các bác sỹ lâm sàng tại tuyến tỉnh: động tác thăm trực tràng là bắt buộc đối với mọi bệnh lý vùng hậu môn trực tràng. Khám hậu môn trực tràng (trong đó có thăm trực tràng) trong RHM cần nêu rõ: tình trạng da rìa hậu môn (có vùng sưng, nóng đỏ không, có vùng da đổi màu không?...); vị trí, số lượng, tính chất lỗ rò ngoài; tình trạng cơ thắt; niêm mạc trực tràng; đường lược, hốc hậu môn; bệnh phối hợp: trĩ, nứt kẽ, polyp...; khối u trực tràng, tiền liệt tuyến, thậm trí khối u tiểu khung...

Về xét nghiệm cận lâm sàng chụp Xquang phổi được tiến hành ở tất cả các trường hợp và không có trường hợp nào ghi nhận tổn thương lao. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng chụp Xquang phổi không chỉ là một xét nghiệm thường quy cho các BN chuẩn bị phẫu thuật mà còn là một bilan quan trọng trong chẩn đoán phân biệt với các trường hợp rò do lao tiến triển. Mặc dù tính chất rò có thể khác nhau như y văn mô tả: nhiều lỗ rò rộng, mềm, có bờ nhám nhỏ, xám xịt, đáy nhợt nhạt, chảy dịch mủ loãng, có hạt xám □, nhưng do thái độ điều trị khác nhau nên bỏ sót bilan này có thể là nguyên nhân dẫn đến rò tái phát nhiều lần sau khi phẫu thuật. Trịnh Hồng Sơn đã báo cáo kết quả điều trị 6 trường hợp RHM do lao đạt kết quả tốt, hết rò mà không cần phẫu thuật.

Chỉ có 3 trường hợp được chụp đường rò bằng télébrix và chứng minh được RHM khi thuốc vào lòng trực tràng ở 1 trường hợp. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác (Bảng 6) như siêu âm nội soi, chụp cộng hưởng từ chưa được áp dụng trong giai đoạn

này. Điều này xuất phát từ thực tế rằng RHM có thể chẩn đoán được bằng lâm sàng và mặc dù các phương tiện hiện đại có thể hỗ trợ đánh giá liên quan của hệ thống đường rò, từ đó đưa ra thái độ xử trí phù hợp thì kinh nghiệm và kiến thức chuyên ngành của phẫu thuật viên vẫn là yếu tố không thể thay thế trong chẩn đoán và điều trị RHM. Trong điều kiện kinh tế còn khó khăn và mức sống của đa phần các bệnh nhân còn thấp, đặc biệt ở các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc thì nâng cao tay nghề và bổ sung kiến thức cho các bác sĩ tuyến tỉnh vẫn là ưu tiên hàng đầu trong phát triển. Đây cũng là một trong các mục đích của chúng tôi khi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

2. Tình hình điều trị RHM

RHM là bệnh lý chưa nhận được sự quan tâm đúng mức của bác sĩ: chỉ định điều trị nội dùng kháng sinh, mổ hay tái phát do chưa nắm vững cơ chế bệnh sinh và nguyên tắc điều trị. Vấn đề tái phát trong mổ RHM đã được xác định: một là không giải quyết triệt để ổ nguyên phát (thường gọi là ổ trong); hai là không xác định được liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt để mổ ngõ. Cụ thể: phải nhận biết rõ các hốc hậu môn và đường lược; nắm định luật Goodsall; cách sử dụng bơm hơi hay xanh methylen từ ổ ngoài; cách thăm rò bằng quèn thăm dò;... phải biết được cách phân loại rò (rò liên thắt; rò xuyên cơ thắt phần thấp, phần cao; rò trên cơ thắt và rò ngoài cơ thắt); phải nắm được vùng giải phẫu cơ bản của hậu môn trực tràng (hệ thống cơ thắt, các hốc hậu môn, đường lược; các khoang quanh hậu môn trực tràng...). Bảng 7 nêu rõ tình hình điều trị RHM của các BVĐK tỉnh: 45,5% không xác định ổ trong; 59,1% không mô tả vị trí ổ trong; 45,5% trường hợp chưa đánh giá được liên quan của đường rò và hệ thống cơ thắt (không phân loại rò); 2/22 trường hợp (9,1%) rò ngoài cơ thắt (nếu phân loại đúng thì đây là loại rò do phẫu thuật viên gây nên, loại rò này có phương pháp điều trị khác biệt: mở ngõ, đóng rò và làm hậu môn nhân tạo bảo vệ...). Điều này phản ánh phần nào hạn chế trong nhận thức của bản thân phẫu thuật viên và có thể dẫn đến thái độ xử trí sai lầm.

Bảng 8 ghi nhận về phương pháp phẫu thuật, 63,6% BN được phẫu thuật một thì còn 36,4% Bn còn lại được phẫu thuật đặt chỉ chờ để chuẩn bị cho thì hai. Phẫu thuật 2 thì trong RHM phụ thuộc vào đánh giá của phẫu thuật viên về liên quan đường rò với hệ thống cơ thắt. Nếu rò xuyên cơ thắt phần cao, nên làm 2 thì để đảm bảo chức năng cơ thắt, tránh đại tiện không tự chủ sau mổ. Phẫu thuật mổ ngõ là cắt cơ thắt từ ổ trong ra ổ ngoài, biến toàn bộ đường rò thông thương với ống hậu môn. Sau mổ ngõ, bệnh nhân sẽ có một ống hậu môn mới, quá trình liền sẹo sẽ biểu mô hóa ống hậu môn mới, sẹo thường liền sau 6 đến 8 tuần. Theo ghi nhận của nghiên cứu này có tới 72,7% không ghi nhận vị trí cắt cơ thắt; 62,8% không mô tả có để hở da hay không chứng tỏ phẫu

thuật viên chưa nắm vững nguyên tắc mổ mổ. Đây là yếu tố dẫn tới rò tái phát. Rất tiếc nghiên cứu này không đánh giá được kết quả sau mổ về tỷ lệ tái phát và biến chứng đại tiện không tự chủ sau mổ (kiểm tra sau 6 tháng, 1 năm, 2 năm) mà mới chỉ đánh giá kết quả gần ngay sau mổ: không có tử vong, chảy máu sau mổ, biến chứng thường gặp nhất là bí tiểu (3/22 BN) (Bảng 9).

Rất tiếc là trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào được xét nghiệm giải phẫu bệnh để xác định bản chất tổn thương sau mổ. Bên cạnh nguyên nhân khách quan với những khó khăn về kinh tế nên chưa có trang thiết bị kỹ thuật để xét nghiệm thì ngay ở nơi có đầy đủ điều kiện như bệnh viện tỉnh Quảng Ninh, cũng không có bệnh phẩm nào được xét nghiệm giải phẫu bệnh. Thói quen xác định bản chất tổn thương sau mổ không chỉ mang lại lợi ích cho bệnh nhân mà còn thể hiện kiến thức chuyên môn và trách nhiệm của phẫu thuật viên trong điều trị không chỉ rò hậu môn mà tất cả các bệnh lý khác.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu 22 trường hợp RHM được phẫu thuật tại một số BVĐK tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc, chúng tôi nhận thấy rằng: số lượng mổ RHM còn ít. Quy trình chẩn đoán còn chưa đáp ứng yêu cầu như thăm trực tràng để đánh giá tổn thương RHM cũng như tổn thương phối hợp, đặc biệt chưa có xét nghiệm giải phẫu bệnh xác định bản chất tổn thương sau mổ. Quy trình điều trị còn chưa được áp dụng thống nhất: đa số các trường hợp phẫu thuật viên chưa đánh giá được liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt, vị trí ổ trong và cách thức mổ ngõ trong điều trị phẫu thuật RHM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn (1988). Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội
2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Đức Vân (1999). Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn hình móng ngựa. Y học thực hành, 2, tr.22-26
3. 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, số 1, tr. 45 - 52
4. Giuseppe Di Falco, Carmelo Guccione, Annibale D'Annibale et al. (1986). □Fournier's gangrene following a perianal abscess□. Diseases of the Colon & Rectum, Volume 29, Number 9, 582-585
5. Julio G., Belmonte C., Wong W. và cs (1996). □Anal fistula surgery□. Dis Colon Return, 39: (7), pp 723-9