

$\pm 0,323$ ng/mL và NMCTKSTCL là: $0,350 \pm 0,396$ ng/mL. Nghiên cứu của Đặng Đức Minh cho kết quả nồng độ hs – TnT tại thời điểm nhập viện là $0,801 \pm 1,496$ ng/mL. Nghiên cứu của Ali Akbar Ahmadi trên NMCTKSTCL cho kết quả hs – TnT là $1,89 \pm 7,26$ ng/mL^[10].

Hs – TnT là một xét nghiệm chẩn đoán hữu ích được thực hiện để loại trừ HCVC, nhưng do độ nhạy cao nên có thể cho kết quả dương tính giả. Theo các nghiên cứu trên thế giới, ở bệnh nhân suy thận có nồng độ hs – Tn T cao hơn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ hs – TnT tại cả hai thời điểm nhập viện và sau 6 giờ không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân suy thận và không có suy thận. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế và không có bệnh nhân suy thận nặng.

KẾT LUẬN

Nồng độ hs – Troponin T tại thời điểm nhập viện ở nhóm bệnh nhân NMCTSTCL cao hơn nhiều nhóm NMCTKSTCL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồng Huệ (2018), "Nghiên cứu giá trị của hs-CRP, hs-TnT, NT-proBNP trong tiên lượng ngắn hạn bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp". Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu lâm sàng 108.
2. Đặng Đức Minh (2021), "Nghiên cứu biến đổi nồng độ và giá trị tiên lượng của hs-Troponin T, NTproBNP, hs-CRP ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu" Luận án tiến sĩ y học.

3. Hồ Văn Phước (2014), "Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ hsTroponin T và mức độ tổn thương mạch vành ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp", Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Huế.

4. Nguyễn Văn Tuấn (2021), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp", Tạp chí Y học Việt Nam tập 502 - tháng 5 – số 1 – 2021, tr. 180 – 184.

5. Phạm Quang Tuấn (2019), "Nghiên cứu vai trò chẩn đoán sớm của IMA huyết thanh phối hợp với hs-Troponin T ở bệnh nhân hội chứng vành cấp", Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Huế.

6. A. O. Demirtas, T. Karabag and D. Demirtas (2018), "Ischemic Modified Albumin Predicts Critical Coronary Artery Disease in Unstable Angina Pectoris and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction", *J Clin Med Res.* 10(7), tr. 570-575.

7. D. M. Lloyd-Jones et al. (2004), "Framingham risk score and prediction of lifetime risk for coronary heart disease", *Am J Cardiol.* 94(1), tr. 20-4.

8. Ru-Yi Xu et al. (2013), "High-sensitive cardiac troponin T", *Journal of geriatric cardiology: JGC.* 10(1), tr. 102-109.

9. World Health Organization (2012), "Cardiovascular Disease: Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control", Geneva, Switzerland, "tr. 3-8.

10. Ali Akbar Ahmadi et al. (2017), "Comparison of high-sensitive cardiac troponin-t changes between non-st-segment elevation myocardial infarction and non-coronary artery patients", *Iranian Red Crescent medical journal (IRCMJ).* 19(10).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH

DƯƠNG ĐÌNH HẠNH¹,
TRỊNH HỒNG SƠN², VŨ THỊ HỒNG ANH³
¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bắc Ninh,
²Bệnh viện Việt Đức
³Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm: Dương Đình Hạnh
Email: giakhanhdongcoi@gmail.com
Ngày nhận: 06/8/2021
Ngày phản biện: 24/9/2021
Ngày duyệt bài: 19/10/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn phức tạp tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh.

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn phức tạp được phẫu thuật từ năm 2016- 2020.

Kết quả: Tác giả tổng kết, phân tích 97 trường hợp được phẫu thuật rò hậu môn phức tạp trong 5 năm tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh. Nhóm tuổi hay gặp từ 21- 60 chiếm 81,5%, tuổi trung bình $44,13 \pm 15,34$. Lâm sàng: Đau và chảy dịch là triệu chứng chính chiếm 83,5% và 70,1%. Sốt gặp ở 23 bệnh nhân chiếm 23,7% và có 31 bệnh nhân áp xe hậu môn chiếm 32%. Định luật Goodsall: Định luật goodsall đúng trong 84% trường hợp Phương pháp phẫu thuật: Lấy bỏ toàn bộ đường rò là phẫu thuật được sử dụng nhiều chiếm 59,8%. Có 7 bệnh nhân chảy máu trong đó khâu cầm máu tại giường chiếm 5,2%, băng cầm máu có 2 bệnh nhân chiếm 2,1%. Tái phát: Có 7 bệnh nhân tái phát chiếm 7,2%. Kết quả chung: 88,7% có kết quả phẫu thuật tốt, kém chiếm 7,2%.

Kết luận: Rò hậu môn phức tạp là phẫu thuật khó và có nhiều phương pháp phẫu thuật tùy tình trạng phức tạp của đường rò.

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

Objective: This study aims to evaluate the results of complex anal fistula treatment at Bac Ninh general hospital.

Research Methods: This is a retrospective, descriptive, cross-sectional study.

Study subjects: All patients diagnosed with complicated anal fistula were operated from 2016-2020.

Results: The author summarizes and analyzes 97 cases of complicated anal fistula surgery in 5 years at Bac Ninh General Hospital. The most common age group is from 21 to 60, accounting for 81.5%, the average age is 44.13 ± 15.34 . Clinical: Pain and drainage are the main symptoms accounting for 83.5% and 70.1%. Fever was found in 23 patients, accounting for 23.7% and 31 patients with anal abscess, accounting for 32%. Goodsall's law: Goodsall's law is correct in 84% of cases Surgical method: Removal of the entire fistula is the most commonly used surgery, accounting for 59.8%... There were 7 bleeding patients, in which bed hemostasis accounted for 5.2%, 2 patients accounted for 2.1% with hemostatic bandage. Recurrence: There are 7 patients with relapse, accounting for 7.2%. Overall results: 88.7% had good surgical results, poor accounted for 7.2%.

Conclusion: Complicated anal fistula is a difficult surgery and there are many surgical methods depending on the complexity of the fistula.

Keywords: Anal fistula, complicated anal fistula

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là những nhiễm khuẩn khu trú bắt nguồn từ hốc hậu môn trực tràng, nhiễm khuẩn này dẫn tới tụ mủ, mủ lan theo tuyến Hermann -Desfosses tạo thành ổ áp xe nằm trong khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, từ đây lan ra xung quanh theo lớp cơ dọc dài phức tạp để vỡ ra ngoài da cạnh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây ra các thể rò hậu môn khác nhau. Áp xe và rò hậu môn là hai giai đoạn của một quá trình bệnh lý^[1].

Tại Mỹ hàng năm có khoảng 68 000 đến 96 000 trường hợp áp xe hậu môn^[2]. Tại Vương Quốc Anh là 1,8/ 10000 bệnh nhân^[3].

Theo Giulio A. Santoro^[2]: rò hậu môn phức tạp là khi đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài, đường rò có nhiều nhánh, rò hậu môn tái phát.

Việc chẩn đoán rò hậu môn phức tạp không khó, có thể khai thác lâm sàng và khám có thể sơ bộ chẩn đoán. Ba yếu tố quyết định điều trị gồm: các yếu tố liên quan đến bệnh nhân, đặc điểm của lỗ rò và sự lựa chọn phẫu thuật của bác sĩ bao gồm cả tiến hành kỹ thuật của nó^[2]. Những kết quả báo cáo kết quả điều trị tại Việt Nam cho thấy tỉ lệ tái phát thay đổi từ 2,2- 3%, tỉ lệ mất tự chủ cơ thắt 9,3%. Trong trường hợp áp xe tỉ lệ tái phát cơ thể lên đến 60%^[4]. Phẫu thuật là lựa chọn chính để điều trị rò hậu môn phức tạp.

Tại bệnh viện Bắc Ninh tình hình bệnh nhân rò hậu môn phức tạp cũng thường gặp, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

“Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ năm 2016- 2020” Với hai mục tiêu sau đây:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng rò hậu môn phức tạp được phẫu thuật tại BVĐK Bắc Ninh từ năm 2016 - 2020.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật rò hậu môn phức tạp tại Bệnh Viện Bắc Ninh từ 01/2016- 06/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân có đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài qua chụp cộng hưởng từ hoặc đánh giá lâm sàng
- Rò trên cơ thắt.
- Rò ngoài cơ thắt.
- Phụ nữ với đường rò ở phía trước hậu môn.
- Rò hậu môn có nhiều nhánh.
- Rò hậu môn tái phát.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân áp xe, rò hậu môn thứ phát do các bệnh khác: áp xe tiền liệt tuyến, viêm xương chậu...
- Rò hậu môn liên quan đến bệnh lý viêm ruột: Crohn.
- Rò hậu môn trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch: HIV.
- Rò hậu môn thứ phát sau điều trị tia xạ tại chỗ.
- Bệnh nhân không khám lại hoặc thất lạc trong quá trình theo dõi

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả, hồi cứu

3. Xử lý số liệu

Theo chương trình SPSS 15.0 for Windows.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
≤ 20	6	6,2
21 – 40	32	33
– 60	47	48,5
> 60	12	12,4
Tổng	97	100
Trung bình	44,13 ± 15,34	

Nhận xét:

Nhóm tuổi gặp phổ biến nhất là 41- 60 chiếm 48,5%

Nhóm tuổi ít gặp nhất là nhóm ≤ 20 tuổi chiếm 6,2%

Nhóm tuổi từ 21- 60 chiếm 81,5%, tuổi trung bình 44,13 ± 15,34

Tỷ lệ mắc bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ 84%, trong khi nữ giới chỉ chiếm tỷ lệ 16%.

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Đau	81	83,5
Sốt	23	23,7
Ap xe cạnh hậu môn	31	32
Chảy dịch	68	70,1
Lỗ rò cạnh hậu môn	68	70,1

Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân vào viện vì đau và chảy dịch và lỗ rò hậu môn lần lượt chiếm 83,5% và 70,1%. Sốt gặp ở 23 bệnh nhân chiếm 23,7% và có 31 bệnh nhân áp xe hậu môn chiếm 32%.

Bảng 3. Số lượng lỗ ngoài

Số lượng lỗ ngoài	Số BN	Tỷ lệ %
0 lỗ	31	32
1 lỗ	51	52,6
2 lỗ	15	15,5
≥ 3 lỗ	0	0
Tổng	97	100

Nhận xét: Tỷ lệ gặp rò hậu môn 1 lỗ ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất 52,6%. Không tìm thấy lỗ ngoài gặp ở áp xe hậu môn 32%. Có 15 bệnh nhân trên 2 lỗ chiếm tỷ lệ 15,5%.

Bảng 4. Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn

Khoảng cách	Số BN (n = 66)	Tỷ lệ %
< 3 cm	1	1,5
3 – 5 cm	64	97
> 5 cm	1	1,5
Tổng	66	100
Trung bình	3,42 ± 0,725	(cm)

Nhận xét: Khoảng cách lỗ ngoài từ 3-5 cm hay gặp nhất 97%. Có 1 bệnh nhân khoảng cách trên 5 cm và 1 bệnh nhân khoảng cách dưới 3cm chiếm tỷ lệ 1,5%. Khoảng cách trung bình đến rìa hậu môn là 3,42 ± 0,725 (cm).

Bảng 5. Phân loại đường rò theo MRI

Phân loại đường rò	Số BN	Tỷ lệ %
Rò xuyên cơ thắt trung gian	2	33,3
Rò xuyên cơ thắt cao	3	50,0
Rò trên cơ thắt	1	16,7
Rò ngoài cơ thắt	0	0
Tổng	6	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu chỉ có 6 bệnh nhân làm MRI, trong đó rò xuyên cơ thắt cao có 3 bệnh nhân chiếm 50%. Có 5/6 (83,3%) chính xác.

Kết quả phẫu thuật:

Bảng 6. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số BN	%
Mở ngổ hoàn toàn	13	13,4
Mở ngổ hoàn toàn + Đặt dẫn lưu bơm rửa	16	16,5
Lấy bỏ toàn bộ đường rò	58	59,8
Đặt Seton	2	2,1
Đặt Seton + Đặt dẫn lưu bơm rửa	4	4,1
Đóng lỗ trong	4	4,1
Tổng	97	100

Nhận xét: Lấy bỏ toàn bộ đường rò là phẫu thuật được sử dụng nhiều chiếm 59,8%. Đặt seton là phẫu thuật ít áp dụng nhất có 2 bệnh nhân chiếm 2,1%.

Bảng 7. Biểu chứng phẫu thuật

Biểu chứng		Số BN (n= 97)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	Chèn gạc cầm máu	2	2,1
	Khâu cầm máu	5	5,2
Bí đái	Phải thông tiểu	12	12,4
Viêm tấy lan tỏa		3	3,1
Không		75	77,3
Tổng		97	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sau mổ không có biểu chứng chiếm 77,3%. Bí đái chiếm 12,4%. Có 7 bệnh nhân chảy máu trong đó khâu cầm máu tại giường chiếm 5,2%, băng cầm máu có 2 bệnh nhân chiếm 2,1%.

Bảng 8. Tỷ lệ biến chứng xa

Biểu chứng xa		Số BN	Tỷ lệ %
Mất tự chủ HM tại 3 tháng	Độ 0	94	96,9
	Độ I	03	3,1
	Độ II	00	00
	Độ III	00	00
Tái phát		07	7,2
Biến dạng, hẹp hậu môn		01	1

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân sau phẫu thuật không ảnh hưởng tới mất tự chủ hậu môn 96,9%, có 3 bệnh nhân mất tự chủ độ I chiếm 3,1%. Có 7 bệnh nhân tái phát chiếm 7,2%. 1 bệnh nhân có biến dạng hậu môn chiếm 1%.

Bảng 9. Kết quả chung

Kết quả chung	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	86	88,7
Trung bình	04	4,1
Kém	07	7,2
Tổng	97	100

Nhận xét: 86 bệnh nhân chiếm 88,7% có kết quả phẫu thuật tốt. Có 07 bệnh nhân có kết quả phẫu thuật kém chiếm 7,2%.

BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình $44,13 \pm 15,34$. Nhóm tuổi từ 21- 60 chiếm tới 81,5%. Tỷ lệ mắc bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với tỷ lệ 84%, trong khi nữ giới chỉ chiếm tỷ lệ 16%.

Theo nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [5] thì tỉ

lệ nam giới hay gặp hơn ở nữ giới với tỉ lệ nữ là 14% và nam giới là 86%, tuổi trung bình là 35, ít nhất là 13 tháng, cao nhất là 71 tuổi.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Lâm sàng

Theo nghiên cứu của chúng tôi thấy phần lớn bệnh nhân vào viện vì đau và chảy dịch và lỗ rò hậu môn lần lượt chiếm 83,5% và 70,1%. Sốt gặp ở 23 bệnh nhân chiếm 23,7% và có 31 bệnh nhân áp xe hậu môn chiếm 32%.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hoà [6] cho thấy triệu chứng chảy dịch, mũ cạnh hậu môn là lý do thường gặp nhất để bệnh nhân vào viện chiếm 81,1%. Theo nghiên cứu của Võ Duy Kha [7] 68,4% bệnh nhân vào viện vì chảy dịch, mũ cạnh hậu môn, đau hậu môn là lý do thường gặp thứ 2 chiếm 18,5%.

2.2. Đặc điểm lỗ ngoài

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ gặp rò hậu môn 1 lỗ ngoài chiếm tỉ lệ cao nhất 52,6%. Không tìm thấy lỗ ngoài gặp ở áp xe hậu môn 32%. Có 15 bệnh nhân trên 2 lỗ chiếm tỉ lệ 15,5%. Khoảng cách lỗ ngoài từ 3-5 cm hay gặp nhất 97%. Có 1 bệnh nhân khoảng cách trên 5 cm và 1 bệnh nhân khoảng cách dưới 3cm chiếm tỉ lệ 1,5%. Khoảng cách trung bình đến rìa hậu môn là $3,42 \pm 0,725$ (cm).

Theo nghiên cứu Tăng Huy Cường [8], nghiên cứu 226 bệnh nhân với 226 lỗ ngoài, có 65,5% lỗ ngoài nằm ở nửa sau. Khoảng cách trung bình là $3,03 \pm 1,61$ cm và có 76,1% lỗ ngoài cách rìa hậu môn khoảng 2 – 3cm, có 5,4% lỗ ngoài cách rìa hậu môn > 5cm. Tác giả Nguyễn Xuân Hùng [9] cho kết quả khoảng cách trung bình $2,88 \pm 1,21$ cm, có 36,4% lỗ ngoài cách rìa HM 2 – 3cm và 3,6% cách rìa HM > 5 cm.

2.3. Đặc điểm lỗ trong

Theo nghiên cứu của chúng tôi dùng que thăm dò hay được áp dụng chiếm 34,6%. Ít áp dụng nhất là phẫu tích đường rò 12,3%.

Theo nghiên cứu Nguyễn Hoàng Hoà [6]: 12,6% BN tìm được bằng phương pháp nhìn, sờ; 49,5% bằng phương pháp bơm ôxy già; 8,2% tìm thấy nhờ bơm xanh methylen. Tìm được bằng que thăm dò chiếm 18,9% và 10,8% không tìm thấy lỗ trong.

2.4. Định luật goodsall

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phù hợp định luật Goodsall: 84% (68/81) trường hợp áp dụng

Nghiên cứu của Jayarajah [10] cho thấy, mặc dù không đúng trong 22% trường hợp nhưng định luật Goodsall vẫn có giá trị cho các trường hợp rò hậu môn đơn giản.

3. Kết quả phẫu thuật

3.1. Phương pháp phẫu thuật

Theo nghiên cứu của chúng tôi lấy bỏ toàn bộ đường rò là phẫu thuật được sử dụng nhiều chiếm 59,8%. Đặt seton là phẫu thuật ít áp dụng nhất có 2 bệnh nhân chiếm 2,1%. Phương pháp mổ cũng phù hợp vì bệnh nhân xuyên cơ thất trung gian chiếm phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu chiếm 80,6%.

Theo Nguyễn Xuân Hùng^[9], phương pháp phẫu thuật lấy đường rò, mổ ngõ là phương pháp phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao nhất với 50%. Mổ ngõ dẫn lưu apxe chiếm 16,3%. Đặt seton dẫn lưu, hạ thấp đường rò, mổ cắt đường rò thì 2 chiếm 12,2%. PT Hanley áp dụng trong 10,2% trường hợp

3.2. Tai biến, biến chứng

Theo nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân sau mổ không có biến chứng chiếm 77,3%. Bí đái chiếm 12,4%. Có 7 bệnh nhân chảy máu trong đó khâu cầm máu tại giường chiếm 5,2%, băng cầm máu có 2 bệnh nhân chiếm 2,1%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng^[9], không gặp tai biến trong phẫu thuật. Sau mổ 3 ngày đầu gặp 5 (5%) trường hợp bị chảy máu vết mổ, phải khâu cầm máu tại giường.

3.3. Tái phát sau phẫu thuật

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân tái phát chiếm 7,2%, 100% bệnh nhân tái phát sau 3 tháng. Tỉ lệ tái phát trên bệnh nhân rò móng ngựa chiếm tới 25% bệnh nhân rò móng ngựa. Rò phức tạp khác chiếm tới 20%.

Tác giả Schulze B. và cộng sự^[11], trong nghiên cứu 75 BN RHM phức tạp. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ $14,6 \pm 1,7$ tháng, có 9/75 (12%) có tái phát sau mổ, thời gian tái phát trung bình trong khoảng $9,2 \pm 2,7$ tháng.

Theo Shafik A. A. và CS^[12], trong nghiên cứu 53 BN RHM phức tạp, thời gian theo dõi sau mổ 19 tháng, kết quả cho thấy tỉ lệ thành công của phẫu thuật là 92,5%, tái phát sau mổ gặp 4/53 (chiếm 7,5%).

3.4. Kết quả phẫu thuật

Theo nghiên cứu của chúng tôi 86 bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt chiếm 88,7%. Có 07 bệnh nhân có kết quả phẫu thuật kém chiếm 7,2%.

Tác giả Sygut A. và cộng sự^[13] kết quả chung sau phẫu thuật có 67/300 bệnh nhân (chiếm 22,3%) có biến chứng sau phẫu thuật và được đánh giá là phẫu thuật không thành công, trong đó có 43/300 tái phát (14,33%), 32/300 có rối loạn tự chủ hậu môn ở các mức độ khác nhau

(10,7%), có 8/300 mắc cả hai biến chứng này (2,7%).

Theo Malouf A. J. và cộng sự^[14] tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 89/98 (91%). Theo Michał Romaniszyn và CS^[15], trong nghiên cứu 17 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp, kết quả cho thấy tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật là 53%, trong đó rò đơn giản thành công 80%, rò phức tạp 50% và nhóm rò tái phát thành công 33%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 97 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được điều trị tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh từ năm 2016- 2020 chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh rò hậu môn phức tạp tại bệnh viện Bắc Ninh

- Nhóm tuổi hay gặp từ 21- 60 chiếm 81,5%, tuổi trung bình $44,13 \pm 15,34$. Tỉ lệ Nam 84%, Nữ: 16%.

- Triệu chứng lâm sàng: Đau và chảy dịch là triệu chứng chính chiếm 83,5% và 70,1%. Số gặp ở 23 bệnh nhân chiếm 23,7% và có 31 bệnh nhân áp xe hậu môn chiếm 32%.

- Khoảng cách lỗ ngoài: Khoảng cách 3-5 cm hay gặp nhất 97%. Có 1 bệnh nhân khoảng cách trên 5 cm. Khoảng cách trung bình đến rìa hậu môn là $3,42 \pm 0,725$ (cm)

- Vị trí lỗ trong: Vị trí 06h00 và ở nửa sau hậu môn chiếm 64,2%. Vị trí 3h và nửa sau trong rò kép ít gặp nhất chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 1,2%.

- Định luật Goodsall: Định luật goodsall đúng trong 84% trường hợp

2. Kết quả điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh

- Phương pháp phẫu thuật: Lấy bỏ toàn bộ đường rò là phẫu thuật được sử dụng nhiều chiếm 59,8%. Đặt seton là phẫu thuật ít áp dụng chiếm 2,1%.

- Tai biến phẫu thuật: Đa số bệnh nhân sau mổ không có biến chứng chiếm 77,3%. Bí đái chiếm 12,4%. Có 7 bệnh nhân chảy máu trong đó khâu cầm máu tại giường chiếm 5,2%, băng cầm máu có 2 bệnh nhân chiếm 2,1%.

- Tái phát: Có 7 bệnh nhân tái phát chiếm 7,2%.

- Kết quả chung: 88,7% có kết quả phẫu thuật tốt, kém chiếm 7,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn (2006), "Một số hình thái lâm sàng của rò hậu môn", *Y học thực hành*, số 9, tr. 2-6.

2. **Giulio A. Santoro and Maher A. Abbas** (2019) "Complex Anal Fistula", The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery, Third Edition, Chapter 15, pp. 201–219.
3. **Suvi RK Hokkanen** (2019), "Prevalence of anal fistula in the United Kingdom" World J Clin Cases 2019 July 26; 7(14): 1795-1804
4. **Đỗ Đình Công** (2007), "Kết quả sớm điều trị phẫu thuật rò hậu môn", Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 11, Phụ bản số 1, pp 173-175.
5. **Trịnh Hồng Sơn** (1988), Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Hoàng Hoà** (2016), Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị bệnh rò hậu môn phức tạp, Luận văn tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y.
7. **Võ Duy Kha** (2019), "Vai trò của siêu âm qua ngã trực tràng trong chẩn đoán và kết quả điều trị rò hậu môn phức tạp tại bệnh viện trường Đại học y dược Cần Thơ năm 2017-2019" tạp chí Y dược học Cần Thơ.
8. **Tăng Huy Cường** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **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, số 1, tr. 45–51.
10. **Jayarajah U., Samarasekera D N** (2017), Predictive accuracy of Goodsall's rule fistula – in ano, Ceylon Medical Journal 2017; 62: 97-99.
11. **Schulze B., Yik-Hong Ho** (2015), "Management of complex anorectal fistulas with seton drainage plus partial fistulotomy and subsequent ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT)", Tech Coloproctol, Vol 19 (2), pp. 89–95
12. **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, Vol 18, pp. 1105–1111.
13. **Sygut A., Zajdel R., Kedzia-Budziewska R.** (2006), Late results of treatment of anal fistulas, Colorectal Disease, Vol 9, pp. 151–158
14. **Malouf A. J., Buchanan G. N., Carapeti E.A.** (2000), A prospective audit of Fistula-in-ano at St. Mark's hospital, Colorectal Disease, Vol 4, pp. 13 – 19.
15. **Michał Romaniszyn, Piotr Julian Walega, Wojciech Nowak** (2015), "Efficacy of LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract) for complex and recurrent anal fistulas– a single-center experience and a review of the literature", Polski Przegląd Chirurgiczny, Vol 86 (11), pp. 532–536.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI CÓ DẢI ÁNH SÁNG HẸP Ở BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

NGUYỄN VĂN NAM¹, DƯƠNG HỒNG THÁI²
¹*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh*
²*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi có dải ánh sáng hẹp ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 81 bệnh nhân

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Nam
Email: bsnguyennam84@gmail.com
Ngày nhận: 14/9/2021
Ngày phản biện: 12/10/2021
Ngày duyệt bài: 28/10/2021