

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Nguyễn Thị Quỳnh Mi¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn - trực tràng, đứng thứ hai sau bệnh trĩ với gần 24,5% các bệnh lý vùng này. Việc hiểu rõ về bệnh lý này với các nội dung như đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh lý này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân rò hậu môn tái phát tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 80 bệnh nhân đã được phẫu thuật ít nhất 1 lần, vẫn chưa khỏi (cả những bệnh nhân mổ các lần trước ở tuyến dưới, cả những bệnh nhân rạch áp xe) mà được chẩn đoán xác định áp xe, rò hậu môn. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $42,9 \pm 14,86$ (17 - 79), 31 - 50 tuổi chiếm 51,3%. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 6,3/1$. Lý do vào viện chảy dịch mủ hậu môn chiếm đa số với 66,3%. Có 75% bệnh nhân có 1 lỗ ngoài, 66,7% lỗ ngoài nằm ở nửa sau, khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn từ 2 đến 4 cm chiếm 76,4%. Có 86,1% tìm thấy lỗ trong, 77,8% có 1 lỗ trong, 76,8% phù hợp định luật Goodsall. Có 15% (12 bệnh nhân) được chụp MRI đường rò với kết quả tất cả 12 bệnh nhân đều được mô tả lỗ trong và vị trí đường rò trên kết quả chụp MRI. Về siêu âm, bệnh nhân có tổn thương phối hợp (áp xe + đường rò) chiếm 45%. Phân loại rò có 72,4% rò xiên cơ thắt, 21,3% áp xe đơn thuần, 6,3% rò phức tạp. **Kết luận:** Cần nhận định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý rò hậu môn và phân loại rò chính xác có hướng xử lý đúng đắn nhằm giúp bệnh nhân phải mổ đi mổ lại nhiều lần mà không chuyển bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa.

Từ khóa: Rò hậu môn, tái phát, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN RECURRENT ANAL FISTULATION PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Anal fistula is a common disease in the anal-rectal area, ranking second after hemorrhoids with nearly 24.5% of diseases in this area. Understanding this disease with information such as epidemiological characteristics, clinical and paraclinical features, and diagnosis plays a very important role in treating this disease. **Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with recurrent anal fistula at Can Tho Central General

Hospital. **Research method:** Retrospectively describes over 80 patients who have been operated on at least once and are still not cured (including patients with previous surgeries at the lower level, and patients with abscess incisions) but have been diagnosed with a definite abscess, anal fistula. **Results:** Average age: 42.9 ± 14.86 (17 - 79), 31 - 50 years old accounted for 51.3%. Male/female ratio $\approx 6.3/1$. The reason for admission to the hospital was anal discharge accounting for the majority with 66.3%. There are 75% of patients with 1 external opening, 66.7% of external openings are located in the back half, the distance from the external opening to the anal edge is from 2 to 4 cm, accounting for 76.4%. 86.1% found an internal hole, 77.8% had 1 internal hole, 76.8% were consistent with Goodsall's law. 15% (12 patients) had an MRI scan of the fistula with the results of all 12 patients having the internal hole and fistula location described on the MRI results. Regarding ultrasound, 45% of patients have combined lesions (abscess + fistula). According to fistula classification, 72.4% sphincter oblique fistula, 21.3% simple abscess, 6.3% complex fistula. **Conclusion:** It is necessary to identify the clinical and paraclinical characteristics of anal fistula disease and accurately classify the fistula with the right treatment to help prevent patients from having to undergo repeated surgery without referring the patient to the hospital. specialist line. **Keywords:** Anal fistula, recurrent, clinical, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là tình trạng nhiễm khuẩn khu trú bắt nguồn từ hốc hậu môn - trực tràng, dẫn đến tụ mủ, mủ lan theo tuyến Hermann - Desfosses tạo ra ổ áp xe giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, từ đây vỡ ra da cạnh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây các thể rò hậu môn - trực tràng khác nhau.

Áp xe và rò là hai giai đoạn của chung một quá trình bệnh lý, khi áp xe không được xử lý hoặc xử lý không tốt sẽ dẫn tới rò. Những áp xe và rò trên đây có quá trình bệnh lý khác hẳn với các loại áp xe và rò thứ phát như do lao, ung thư, dò xương, viêm mủ da, viêm nang lông, rò nước tiểu,... [1]. Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn - trực tràng, đứng thứ hai sau bệnh trĩ với gần 24,5% các bệnh lý vùng này [2], [3]. Việc hiểu rõ về bệnh lý này với các nội dung như đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh lý này.

Để có thể đánh giá kết quả rõ hơn về phẫu thuật điều trị rò hậu mônTP tại khu vực Đồng

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

bằng Sông Cửu Long chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý rò hậu môn tái phát tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Hồi cứu mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đã được phẫu thuật ít nhất 1 lần, vẫn chưa khỏi (cả những bệnh nhân mổ các lần trước ở tuyến dưới, cả những bệnh nhân rạch áp xe) mà được chẩn đoán xác định áp xe, rò hậu môn

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 03/2022 đến 03/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2} = 71$$

Trong đó: p = 90% là kết quả điều trị tốt sau mổ theo tác giả Manothay Toulabouth, Nguyễn Đoàn Văn Phú (2019) [4]. d=7% và Z_{1-α/2} = 1,96

Cỡ mẫu tính n= 71, chúng tôi cộng thêm 10% mất mẫu và làm trong n=80

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn trên hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu

2.5. Nội dung nghiên cứu

Mô tả đặc điểm chung: tuổi, giới, nơi ở, BMI

Đặc điểm lâm sàng: tiền sử mổ, thời gian nhập viện và lý do nhập viện, đặc điểm của lỗ rò trong và lỗ rò ngoài

Đặc điểm cận lâm sàng: tổng phân tích tế bào máu, MRI, siêu âm, giải phẫu bệnh

Phân loại rò hậu môn

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu trên được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS, Excel. Các biến số định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày bằng số lượng và tỷ lệ %.

2.7. Ý đức. Nghiên cứu được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới (n=80)	Nam	69	86,3
	Nữ	11	13,7
Tuổi (n=80)	<30 tuổi	16	20
	31-40 tuổi	19	23,8
	41-50 tuổi	22	27,5

	51-60 tuổi	13	16,2
	>60	10	12,5
	TB±ĐLC (NN-LN)	42,9±14,86	(17-79)
Phân loại BMI (n=80)	Bình thường	15	18,7
	Thừa cân	56	70
	Béo phì	9	11,3
Nơi ở (n=80)	Thành thị	29	22,5
	Nông thôn	61	77,5

Nhận xét: Tuổi trung bình: 42,9 ± 14,86 (17 - 79), 31 - 50 tuổi chiếm 51,3%. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 6,3/1. Có 77,5% bệnh nhân sống ở nông thôn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Tiền sử mổ và, thời gian và lý do nhập viện

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thời gian từ khi xuất hiện bệnh đến khi phẫu thuật lần này (n=80)	< 1 tháng	6	7,5
	1 - 6 tháng	18	22,5
	7 - 12 tháng	28	35
	> 12 tháng	28	35
	< 1 tháng	6	7,5
Số lần đã mổ trước đó (n=80)	1 lần	80	100
	2 lần	0	0
Lý do nhập viện lần này (n=80)	Đau hậu môn	16	20,9
	Chảy dịch mũ hậu môn	53	66,3
	Khác	11	13,8

Nhận xét: Số lần đã phẫu thuật rò hậu môn trước đó với 100% 1 lần. Lý do vào viện chủ yếu là chảy dịch mũ hậu môn với 66,3%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng rò hậu môn tái phát

Đặc điểm lâm sàng rò hậu môn tái phát	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Số lỗ rò ngoài (n=80)	Không tìm thấy	14	17,5
	1 lỗ ngoài	60	75
	2 lỗ ngoài	6	7,5
Vị trí lỗ rò ngoài (n=72)	Nửa trước	24	33,3
	Nửa sau	48	66,7
Khoảng cách lỗ ngoài đến rìa hậu môn (n=72)	< 1 cm	5	6,9
	1 - 2 cm	10	13,9
	2 - 3 cm	27	37,5
	3 - 4 cm	28	38,9
Số lỗ rò trong (n=72)	4 - 5 cm	2	2,8
	Không tìm thấy	10	13,9
Số lỗ rò trong (n=72)	1 lỗ	56	77,8
	2 lỗ	5	6,9
	3 lỗ	1	1,4
Vị trí lỗ rò trong (n=69)	Nửa trước	12	17,4
	Nửa sau	57	82,6
Vị trí lỗ ngoài và trong theo định luật Goodsall (n=72)	Phù hợp	52	72,2
	Không phù hợp	20	37,8

Nhận xét: Có 75% bệnh nhân có 1 ổ ngoài, 66,7% ổ ngoài nằm ở nửa sau, khoảng cách từ ổ ngoài đến rìa HM từ 2 đến 4 cm chiếm 76,4%. Có 86,1% tìm thấy ổ trong, 77,8% có 1 ổ trong, 76,8% phù hợp định luật Goodsall.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Tổng phân tích tế bào máu

Tổng phân tích tế bào máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hemoglobin (g/L) (n=80)	Bình thường	4, 5,0
	Thiếu máu nhẹ	76, 95,0
Số lượng bạch cầu (n=80)	Bình thường	7, 8,7
	Tăng	73, 91,3
Số lượng tiểu cầu (n=80)	Bình thường	71, 88,7
	Tăng	9, 11,3

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu máu nhẹ là 95%, tăng bạch cầu là 91,3% và tăng tiểu cầu là 11,3%.

Bảng 5. Đặc điểm hình ảnh học và giải phẫu bệnh

Đặc điểm hình ảnh học và giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm (n=80)	Áp xe	10, 12,5
	Đường rò	34, 42,5
	Áp xe+đường rò	36, 45%
Lỗ trong và đường rò phát hiện qua MRI (n=12)	Mô tả lỗ trong	12, 12
	Vị trí đường rò	12, 12
Kết quả giải phẫu bệnh (n=42)	Viêm mạn	42, 100
	Lao	0, 0

Nhận xét: Có 15% (12 bệnh nhân) được chụp MRI đường rò với kết quả tất cả 12 bệnh nhân đều được mô tả lỗ trong và vị trí đường rò trên kết quả chụp MRI. Về siêu âm, bệnh nhân có tổn thương phối hợp (áp xe + đường rò) chiếm 45%.

Bảng 6. Phân loại rò hậu môn

Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Áp xe đơn thuần	17	21,3
Rò xiên cơ thắt (IIa, IIb, IIc)	58	72,4
Rò phức tạp	5	6,3
Tổng	80	100

Nhận xét: Phân loại rò: 72,4% rò xiên cơ thắt, 21,3% áp xe đơn thuần, 6,3% rò phức tạp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi song tập trung cao nhất là độ tuổi 18 - 60 tuổi. Số liệu kết quả chúng tôi cho thấy bệnh nhân ở độ tuổi 18 - 60 tuổi chiếm 87,5%. Trong đó, đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 31-50 tuổi, chiếm 51,3% (41/80 người), nhóm 41-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 27,5%, tuổi trung bình là 42,9 ± 14,86 tuổi (17 - 79). Theo Tăng Huy

Cường [3] ghi nhận số bệnh nhân trong độ tuổi 18 - 60 chiếm đa số với 88.5% và tuổi trung bình là 39,41 ± 13,13 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 1 tuổi và lớn tuổi nhất là 78 tuổi. nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [5] có độ tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 21 - 60 tuổi với 86%. Nguyễn Xuân Hùng [6] trong nghiên cứu của mình cũng ghi nhận độ tuổi 21 - 60 chiếm đa số với 92.2%.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số với 86,3%, tỉ lệ nam/nữ ≈ 6,3/1. Theo Tăng Huy Cường [3] ghi nhận tỷ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ = 7,69. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác. Trịnh Hồng Sơn [5] ghi nhận tỷ lệ nam/nữ = 6,17. nghiên cứu Nguyễn Xuân Hùng [6] ghi nhận tỷ lệ nam/nữ = 7,6.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi ghi nhận lý do vào viện chủ yếu là chảy dịch mủ hậu môn (66,3%), đau hậu môn (20,9%), các lý do khác (13,8%). Kết quả này cũng tương tự với các tác giả khác. Tăng Huy Cường [3] có 36 bệnh nhân (15.9%) tới viện vì triệu chứng cấp cứu và có 190 bệnh nhân (84,1%) đến viện ở giai đoạn rò, trong đó 100% bệnh nhân áp xe tới viện có các triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau. Trịnh Hồng Sơn [5], Nguyễn Xuân Hùng [6] trong giai đoạn áp xe 2 triệu chứng này gặp ở 100% các bệnh nhân.

Lỗ ngoài hay còn gọi là lỗ thứ phát do ổ áp xe nguyên phát vỡ mủ tạo thành ở da quanh hậu môn, tăng sinh mô hoặc cũng có thể vỡ vào trực tràng. Thường gặp có 1 ổ ngoài nhưng cũng gặp trường hợp có 2, 3 ổ rò ngoài thậm chí nhiều hơn, tăng sinh mô như "ổ ong" đặc biệt là ở những bệnh nhân đã phẫu thuật nhiều lần mà không khỏi. Chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu 80 bệnh nhân thấy số bệnh nhân không có ổ ngoài là 14/80 (17,5%), số bệnh nhân có 1 ổ ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất với 60/80 (75%). Theo Tăng Huy Cường [3], trên 226 bệnh nhân với 226 ổ ngoài (38 bệnh nhân không có ổ ngoài, 70,8% bệnh nhân có 1 ổ ngoài). Nguyễn Xuân Hùng [6] ghi nhận 79,1% bệnh nhân có 1 ổ ngoài. Theo Trịnh Hồng Sơn [5] có 77% bệnh nhân có 1 ổ rò ngoài.

Tỷ lệ tìm thấy ổ trong đạt 62/72 (86,1%), 5 bệnh nhân có 2 ổ trong (6,9%) và có 1 bệnh nhân có 3 ổ trong (1,4%), số bệnh nhân có 1 ổ trong chiếm đa số với 77,8%. Theo Tăng Huy Cường [3] có 26/206 (12,6%) trường hợp không tìm thấy ổ trong. Nguyễn Xuân Hùng [5] có tỷ lệ không tìm thấy ổ trong cao hơn nhiều với 19,2%. Trịnh Hồng Sơn [6] có tỷ lệ không tìm

thấy lỗ trong lần lượt là 37% và 11,8%. Kết quả chúng tôi ghi nhận 81,4% số lỗ trong nằm ở nửa sau, riêng vị trí 6h chiếm 59,8%. Các tác giả Trịnh Hồng Sơn [6], Nguyễn Xuân Hùng [5] lần lượt ghi nhận là 92% và 67,7% lỗ rò trong nằm ở nửa sau. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh thì các tuyến Herrmann-Desfosses mới xuất phát của quá trình viêm mũ nằm tập trung phần lớn ở nửa sau của ống hậu môn [3].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong số các lỗ rò ngoài và trong thì đa số là phù hợp định luật Goodsall với 72,2%. Kết quả của Tăng Huy Cường [3] có 76,8% các trường hợp đúng định luật Goodsall. Kết quả tỷ lệ này theo Trịnh Hồng Sơn [5] là 93,4% và Nguyễn Xuân Hùng [6] là 81,5%.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Với chụp đường rò cản quang là xét nghiệm đơn giản nhất, không yêu cầu kỹ thuật cao có thể thực hiện được ở tuyến cơ sở. Chụp đường rò cản quang chỉ thực hiện được khi đường rò có lỗ ngoài. Kết quả nghiên cứu của Tăng Huy Cường [3] không có bệnh nhân nào được thực hiện kỹ thuật này. Theo Nguyễn Xuân Hùng [5] chụp đường rò cản quang cho hình ảnh khá rõ ở 32,6% các trường hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi có 15% (12 bệnh nhân) được chụp MRI đường rò với kết quả tất cả 12 bệnh nhân đều được mô tả lỗ trong và vị trí đường rò trên kết quả chụp MRI. Trong số 80 bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân được thực hiện siêu âm phần mềm đánh giá. Trong đó số bệnh nhân có tổn thương phối hợp (áp xe + đường rò) chiếm 45%. nghiên cứu của Tăng Huy Cường [3] có 101 bệnh nhân được thực hiện siêu âm nội soi, mô tả được lỗ trong 74/101 (73,3%), mô tả góc ngách đường rò phụ 39/101 (38,6%), mô tả vị trí đường rò với hệ thống cơ thắt chỉ đạt 9/101 (8,9%). Theo nghiên cứu của Võ Tấn Đức [7] tỷ lệ tìm được lỗ trong qua siêu âm nội soi là 100%, phù hợp với kết quả phẫu thuật đạt 98%. Theo Tăng Huy Cường [3] có 8/226 bệnh nhân được chụp MRI, tỉ lệ phát hiện được đường rò và lỗ trong đạt 100% và tỉ lệ chính xác so với kết quả phẫu thuật đạt 87,5%. Theo Lê Thị Diễm [8], MRI giúp phân loại đúng đường rò chính 90%, phát hiện được lỗ trong 100% phù hợp với phẫu thuật 87%. Theo Buchanan [9] phân loại đúng đường rò 91%, tỷ lệ phù hợp với phẫu thuật đạt 95%.

Trong 80 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 42 bệnh nhân (52,5%) được chỉ định lấy mô bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh và 100% bệnh nhân được thực hiện giải phẫu bệnh

có kết quả là mô viêm mạn. Tăng Huy Cường [3] có 109/ 226 bệnh nhân (48,2%) được làm giải phẫu bệnh, có 6 bệnh nhân (5,5%) kết quả là viêm lao. Theo Trịnh Hồng Sơn [4] thì tỷ lệ viêm lao là 8%. Các bệnh nhân bị viêm lao cần được hướng dẫn khám và điều trị chuyên khoa lao. Vì kết quả giải phẫu bệnh thường 5 – 7 ngày sau mới có kết quả, bệnh nhân thường đã ra viện nên cần giữ liên lạc với bệnh nhân để hướng dẫn họ khám và điều trị kịp thời.

Chúng tôi ghi nhận kết quả chủ yếu là rò xiên cơ thắt (72,4%), áp xe đơn thuần (21,3%), rò phức tạp (6,3%). Trong nghiên cứu của Tăng Huy Cường [3] có 45/226 (19,9%) trường hợp phẫu thuật viên không đưa ra phân loại. Còn lại 181 bệnh nhân với 193 đường rò được mô tả sự liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt. Trong đó rò liên cơ thắt 7/181 (3,6%), rò xuyên cơ thắt thấp 108/193 (55,9%), rò xuyên cơ thắt trung gian 43/193 (22,4%), rò xuyên cơ thắt cao 28/193 (14,5%), rò trên cơ thắt 7/193 (3,6%), rò thấp (IIa, IIb) 78,3%, rò cao (IIc, III) 18,1%. Tỷ lệ rò liên cơ thắt trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng [5] là 0,9%. Nguyễn Xuân Hùng [5] cũng ghi nhận 73,3% rò thấp, 8% rò cao. Tỷ lệ rò trên cơ thắt của Nguyễn Xuân Hùng [5] và Trịnh Hồng Sơn [6] lần lượt là 2,2% và 7%. Tỷ lệ rò xuyên cơ thắt của Tăng Huy Cường [3], Trịnh Hồng Sơn [6] là 92,8%, 48/120 (40%). Tăng Huy Cường [3] có kết quả ở nhóm rò thấp là $2,9 \pm 1,5$ cm, của nhóm rò cao là $4,26 \pm 1,6$ cm tương tự nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng [5]. Qua các kết quả trên có thể nói rằng rò hậu môn phẫu thuật lại chủ yếu ở loại rò xuyên cơ thắt.

V. KẾT LUẬN

Cần nhận định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý rò hậu môn và phân loại rò chính xác có hướng xử lý đúng đắn nhằm giúp đỡ bệnh nhân phải mổ đi mổ lại nhiều lần mà không chuyển bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Quốc Hưng** (2020), "Bài giảng bệnh học ngoại khoa – Dùng cho sinh viên năm thứ 6", Nhà xuất bản y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Đỗ Đình Công** (2007), "Kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh rò hậu môn", Y học thực hành, 11, tr. 173-175.
3. **Tăng Huy Cường** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Manothay Toulabouth, Nguyễn Đoàn Văn Phú** (2019), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tái phát", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 9, số 2 - tháng 4/2019, tr. 45 - 48.

5. **Trịnh Hồng Sơn** (2011), "Phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình", Y học thực hành, 7, tr. 43-201.
6. **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, tr. 45 - 52.
7. **Võ Tấn Đức** (2003), "Giá trị của siêu âm lòng hậu môn trong bệnh rò hậu môn", Hội nghị chuyên đề bệnh hậu môn - đại trực tràng, tr. 98 - 107.
8. **Lê Thị Diễm** (2010), "Bước đầu khảo sát giá trị hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn. Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 14, Phụ Bản Số 1.
9. **Buchanan GN, Halligan S, et al** (2004), Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano, Radiology 233 (3), 674 - 681.

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA MASK THANH QUẢN TRONG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ CẤP CỨU NGOÀI BỆNH VIỆN

Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}, Phạm Công Khẩn³, Trần Thị Kiệt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặt ống nội khí quản cần thời gian, kỹ năng trong khi úp mask bóp bóng chỉ là tạm thời và ít tin cậy. Đối với cấp cứu đường thở mask thanh quản (MTQ) có thể là một thay thế phù hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và an toàn của MTQ Supreme và Proseal trong kiểm soát đường thở (KSĐT) ngoài bệnh viện. **Phương pháp và đối tượng:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên bệnh nhân cần KSĐT tại Trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội. Sau khi được đào tạo 2 ngày về MTQ, nhân viên cấp cứu đặt MTQ và ghi nhận về số lần, thời gian đặt mask, tỉ lệ thành công, mức độ khó và hiệu quả thông khí. **Kết quả:** Đặt MTQ thành công ở cả 32 bệnh nhân (23 Supreme, 9 Proseal, trong đó 87,5% ở lần đầu, 12,5% ở lần hai). Thời gian đặt trung bình là $19,7 \pm 8,9$ giây. Bảo hòa oxy, biểu hiện tím tái và điểm Glasgow cải thiện đáng kể sau đặt mask thanh quản và thông khí. Không gặp bệnh nhân chảy máu miệng họng và trào ngược. Theo nhân viên cấp cứu tỉ lệ đặt dễ là 83,3% và trung bình là 16,7%. **Kết luận:** Trong cấp cứu ngoài viện sử dụng MTQ Supreme và Proseal đạt được KSĐT nhanh với tỉ lệ thành công cao và thông khí hiệu quả, an toàn.

Từ khóa: Mask thanh quản, Supreme, Proseal, kiểm soát đường thở, cấp cứu ngoài bệnh viện.

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF LARYNGEAL MASK AIRWAY IN EMERGENCY AIRWAY MANAGEMENT OUT OF THE HOSPITAL

Background: Tracheal intubation is a time- and skill-required maneuver, while bag-valve mask ventilation is only temporary and unreliable. In prehospital settings, laryngeal mask airway (LMA) may be a suitable alternative. **Purposes:** To evaluate the efficacy and safety of the Supreme and Proseal LMAs

for out-of-hospital airway control. **Patients and Methods:** A prospective and descriptive study was carried out at the Hanoi 115 Emergency Center. Thirty-two emergency patients required for airway control outside of the hospital were included. The paramedics had a two-day course of training about LMAs. The endpoints included the number of attempts and time for LMA insertion, success rate, degree of difficulty, ventilation efficacy, and adverse events recorded. **Results:** The LMAs were successfully applied to all patients who required airway control (23 Supreme, 9 Proseal). The incidence of successful insertion on the first and second attempts was 87.5% and 12.5%, respectively. The mean time of insertion was 19.7 ± 8.9 seconds. After 3 and 5 minutes of LMA insertion and ventilation, there was a noticeable improvement in oxygen saturation, cyanosis, and Glasgow score. The LMA insertions were considered easy (83.3%) and moderate (16.7%) by paramedics. No adverse events were observed. **Conclusions:** Supreme and Proseal LMAs provided rapid, effective, and safe airway control outside of hospital settings.

Keywords: Supreme LMA, Proseal LMA, airway management, out-of-hospital emergency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đường thở (KSĐT) thành công và thông khí hiệu quả là những bước quan trọng đầu tiên trong quá trình cấp cứu các bệnh nhân nặng cả ở trong và ngoài bệnh viện. Thiếu oxy máu do tắc nghẽn đường thở và thông khí kém hiệu quả có thể ảnh hưởng xấu đến kết cục hồi sức, có thể dẫn đến tổn thương các cơ quan hệ thống trong đó có tổn thương não không hồi phục và thậm chí là tử vong [1]. Đặt nội khí quản vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong KSĐT, đây là kỹ thuật đòi hỏi người đặt có kỹ năng, kinh nghiệm thực hành cao hơn và có nguy cơ xảy ra các biến chứng nguy hiểm. Mục tiêu chính trong bối cảnh trước khi nhập viện là đảm bảo thông khí cho bệnh nhân đến khi chuyển đến cơ sở điều trị thực thụ. Các lựa chọn KSĐT bao gồm nhiều loại dụng cụ có mức độ xâm lấn và phức tạp về công nghệ thiết kế cũng như yêu cầu về

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024