

đủ 2 khía cạnh của thang đo: tính tin cậy (tin cậy nội bộ) và tính giá trị (giá trị nội dung). Tuy nhiên, để ứng dụng rộng rãi thang đo này, cần thêm các nghiên cứu đánh giá tính giá trị cấu trúc và các chỉ số về độ tin cậy khác.

V. KẾT LUẬN

Thang đo VEINES-QOL/Sym phiên bản tiếng Việt có giá trị nội dung và tính tin cậy nội bộ mức độ tốt, phù hợp để đánh giá chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân có HKTMSCD tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Đức Thảo** (2020) Nghiên cứu nguy cơ xuất hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới lần đầu và kết quả dự phòng bằng Heparin Trọng Lượng Phân Tử Thấp Ở Bệnh Nhân Hồi Sức Cấp Cứu, Đại học Y Hà Nội,
2. **American Heart Association** (2023) Venous Thromboembolism, <https://www.heart.org/en/health-topics/venous-thromboembolism>,
3. **Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M. B.** (2000) "Guidelines for the process of

cross-cultural adaptation of self-report measures". Spine (Phila Pa 1976), 25 (24), 3186-91.

4. **Kahn SR, Solymoss S, Lamping DL, Abenhaim L.** (2000) "Long-term outcomes after deep vein thrombosis: Postphlebotic syndrome and quality of life". J GEN INTERN MED, 15 (6), 425-429.
5. **Korlaar IM van, Vossen CY, Rosendaal FR, et al.** (2004) "The impact of venous thrombosis on quality of life". Thrombosis Research, 114 (1), 11-18.
6. **Lamping DL, Schroter S, Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L.** (2003) "Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of the leg: development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life". J Vasc Surg, 37 (2), 410-419.
7. **Utne KK, Tavoly M, Wik HS, et al.** (2016) "Health-related quality of life after deep vein thrombosis". SpringerPlus, 5 (1), 1278.
8. **Zamanzadeh V., Ghahramanian A., Rassouli M., Abbaszadeh A., Alavi-Majd H., Nikanfar A. R.** (2015) "Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication". J Caring Sci, 4 (2), 165-78.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ BIẾN CHỨNG SAU MỔ CẮT KHỐI TÁ TUYỆT ĐỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG TÁ TRÀNG ĐẦU TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Trần Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt khối tá tụy do ung thư vùng tá tràng, đầu tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,4 ± 3,7 tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 250 ± 30,7 phút. Khối u ở đầu tụy là chủ yếu chiếm 56,2%. Tỉ lệ có di căn hạch chiếm 53,1%. Biến chứng chung sau phẫu thuật gồm có 15/32 trường hợp chiếm 46,9%. Trong đó chảy máu miệng nối tụy-dạ dày có 3 bệnh nhân chiếm 9,4%, 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng phải mổ lại chiếm 3,1%, và tỉ lệ biến chứng rò tụy là 37,5% (12 bệnh nhân). Áp xe tồn dư trong ổ bụng có 8 trường hợp chiếm 25%, trong đó có 1 trường hợp phải dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm. Phân loại mức độ biến chứng theo Clavien-Dindo độ III có 3 trường hợp chiếm 25%. Trong các biến chứng sau mổ có 1 trường hợp mổ lại do chảy máu trong ổ bụng (3,1%), 1 trường hợp phải can thiệp nút mạch (3,1%), 1 trường hợp nội

soi dạ dày cầm máu miệng nối tụy-dạ dày (3,1%) và 1 trường hợp phải dẫn lưu ổ áp xe trong ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm (3,1%), tỉ lệ tử vong 30 ngày sau mổ không có trường hợp nào. **Kết luận:** phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị khối u vùng tá tràng-đầu tụy là một phẫu thuật có tỉ lệ tử vong thấp, nhưng biến chứng sau mổ còn cao và biến chứng chủ yếu là rò tụy. **Từ khóa:** phẫu thuật cắt khối tá tụy, biến chứng sau mổ.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND THE RATE OF COMPLICATIONS AFTER PANCREATODUODENECTOMY FOR PERIUMPULLARY AND PANCREATIC CARCINOMA IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Evaluation of clinical features and complication of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer at Hanoi Medical University. **Subjects and Methods:** Retrospective, cross-sectional descriptive method of 32 pancreatic cancer patients undergoing pancreaticoduodenectomy at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** average age is 60.4 ± 3.7 years. The average surgical time was 250 ± 30.7 minutes. Tumors in the head of the pancreas are mainly located at 56.2%. The rate of lymph node metastasis is 53.1%. Complications after surgery included 15/32 cases, accounting for 46.9%.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

Among them, 3 patients had bleeding from the gastropancreatic anastomosis, accounting for 9.4%, 1 case of intra-abdominal bleeding required re-operation, accounting for 3.1%, and the complication rate of pancreatic fistula was 37.5% (12 patients). There were 8 cases of intraabdominal abscesses, accounting for 25%, of which 1 case required drainage of the abscess under ultrasound guidance. Classification of the complications according to Clavien-Dindo level III, accounting for 25%. There was 1 case of re-operation due to intra-abdominal bleeding (3.1%), 1 case requiring embolization (3.1%), 1 case of gastropancreatic anastomosis bleeding requiring endoscopic intervention (3.1%) and 1 case requiring drainage of an intra-abdominal abscess under ultrasound guidance (3.1%), the mortality rate 30 days after surgery was no case. **Conclusion:** pancreaticoduodenectomy to treat the tumors in peripillary and pancreatic carcinoma is a procedure with a low mortality rate, but postoperative complications are still high and the main complication is pancreatic fistula.

Keywords: duodenectomy, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng tá tràng đầu tụy là tập hợp những tổn thương ác tính của vùng tá tràng đầu tụy, bao gồm ung thư biểu mô tuyến của đầu tụy, bóng Vater, đoạn cuối ống mật chủ và tá tràng. Phẫu thuật cắt khối tá tụy hiện nay vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhất trong ung thư vùng tá tràng đầu tụy. Tỷ lệ sống còn sau 5 năm của các ung thư vùng tá tràng đầu tụy còn thấp, tỷ lệ phẫu thuật triệt căn chỉ chiếm khoảng 10-20%. Ngày nay tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật đã giảm nhiều (dưới 5%), song biến chứng vẫn còn cao, chiếm từ 30- 50% và không có xu hướng giảm trong vài thập kỉ gần đây¹.

Hầu hết các biến chứng sau mổ cắt khối tá tụy là rò tụy và thường kèm theo tiến triển thành áp xe trong ổ bụng, chảy máu sớm hoặc muộn có thể cần thiết phải mổ lại hoặc dẫn đến tử vong. Theo hội Gan-Mật-Tụy quốc tế (IHPBA) năm 2021, từ số liệu 42.402 BN được cắt khối tá tụy ở 1238 trung tâm trên thế giới đã dựa vào số lượng các ca phẫu thuật thực hiện được trong một năm để chia ra: trung tâm phẫu thuật nhỏ, vừa, và lớn tương ứng với số lượng ca mổ < 9, 9 – 35, > 35 ca/năm (Panni-2021)². Tương ứng với đó, tỷ lệ biến tử vong giảm đi đáng kể ở các trung tâm phẫu thuật lớn. Chính vì lẽ đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ biến chứng sau mổ DPC điều trị những khối u ung thư vùng tá tràng đầu tụy tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm những bệnh nhân được cắt khối tá tụy do ung thư vùng

tá tràng đầu tụy tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9 năm 2016 đến hết tháng 9 năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: phương pháp thiết kế nghiên cứu là phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình	60,4 ± 3,7 tuổi	
Thời gian phẫu thuật	250 ± 30,7 phút	
Vị trí u	U Vater	9BN (28,1%)
	U tá tràng	3BN (9,4%)
	U phần thấp OMC	2BN (6,2%)
	U đầu tụy	18BN (56,2%)
Tỷ lệ di căn hạch	N0	15BN (46,9%)
	N1	16BN (50%)
	N2	1BN (3,1%)

Nhận xét: khối u ở vị trí đầu tụy chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%, hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn N0 và N1, chỉ có 1 trường hợp ở giai đoạn N2 chiếm 3,1%.

Bảng 3.2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Số bệnh nhân có biến chứng	15	46,9
Chảy máu miệng nối tụy-dạ dày	3	9,4
Chảy máu trong ổ bụng sau mổ	1	3,1
Rò tụy	12	37,5
Biến chứng ứ trệ dạ dày	1	3,1
Có ổ áp xe tồn dư sau mổ	8	25
Nhiễm trùng vết mổ	6	18,8
Tử vong	0	0

Nhận xét: Biến chứng chung sau phẫu thuật gồm có 15/32 trường hợp, nhiễm trùng vết mổ (chiếm 18,8%), tỷ lệ rò tụy chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%), chảy máu trong ổ bụng có 1 trường hợp phải mổ lại, không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 3.3. Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo

Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo	N=19	Tỷ lệ %
Độ I	0	0
Độ II	14	73,7
Độ III	3	15,8
Độ IIIa	1	5,3
Độ IIIb	2	10,5

Nhận xét: Theo phân loại biến chứng của Clavien-Dindo thì trong số bệnh nhân có biến chứng: độ II (73,7%), độ III (15,8%), độ IIIa (5,3%), độ IIIb (10,5%).

Bảng 3.4. Cách xử trí biến chứng sau phẫu thuật

Xử trí biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %
Điều trị nội	11	73,3

Dẫn lưu ổ áp xe dưới siêu âm	1	3,1
Nội soi dạ dày cầm máu miệng nổi tụy-dạ dày	1	3,1
Can thiệp nút mạch	1	3,1
Phẫu thuật	1	3,1

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có biến chứng được điều trị nội khoa ổn định (73,3%), có 1 trường hợp cần dẫn lưu dịch dưới siêu âm, 1 trường hợp nội soi dạ dày cầm máu vị trí chảy máu tại miệng nổi tụy-dạ dày, 1 trường hợp can thiệp nút mạch và 1 trường hợp phẫu thuật lại do chảy máu trong ổ bụng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Trong UT vùng tá tràng đầu tụy thì UT vùng đầu tụy là hay gặp nhất. Về độ tuổi, ung thư biểu mô tuyến tụy liên quan chặt chẽ đến tuổi cao, khoảng 80% các trường hợp xảy ra ở bệnh nhân từ 60-80 tuổi, dưới 40 tuổi là rất hiếm. Theo De Vuyst trong số 243 bệnh nhân ung thư tuyến tụy chỉ có 10 bệnh nhân (chiếm 4%) là bệnh nhân < 40 tuổi, trẻ nhất là 17 tuổi³. Nghiên cứu của Farnell 2005 thấy tuổi trung bình là 64,1 (cao nhất là 81, thấp nhất là 32 tuổi)⁴. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình là 60,4 ± 3,7 tuổi, thấp nhất là 11 tuổi, cao nhất là 75 tuổi, nhóm tuổi trên 60 chiếm 53,1%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 250 ± 30,7 phút (200 – 370 phút). Thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào giai đoạn bệnh, tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh và trình độ kỹ thuật viên. So sánh với một số nghiên cứu khác như của Hồ Văn Linh (2016) với đối tượng NC là 44 U Vater (dễ cắt bỏ nhất) thì thời gian mổ trung bình 280,8 ± 28,89 (220 – 336 phút)⁵. Như vậy kết quả của chúng tôi tương đồng và có phần ngắn hơn các nghiên cứu trước đây.

Biến chứng sau mổ: trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ biến chứng nói chung là 46,9%, trong đó biến chứng rò tụy là chủ yếu chiếm 37,5%. Với biến chứng rò tụy hầu hết các trường hợp được điều trị nội khoa, chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân phải điều trị bằng dẫn lưu dưới siêu âm do hình thành ổ áp xe. Biến chứng chảy máu trong ổ bụng có 1 trường hợp và bệnh nhân phải mổ lại chiếm 3,1%, nội soi dạ dày cầm máu điểm chảy máu miệng nổi tụy dạ dày có 2 trường hợp (6,2%) và 1 trường hợp khác được can thiệp nút mạch (3,1%), theo phân loại biến chứng của Clavien-Dindo từ mức độ III trở lên chúng tôi có 3 trường hợp chiếm 25%. Năm 2017, Aoki⁶ thông báo nghiên cứu đa trung tâm gồm 17564 trường hợp được mổ cắt khối tá tụy thấy tỉ lệ tử vong sau mổ là rất thấp chiếm

1,31%. Tuy nhiên tỉ lệ biến chứng nói chung sau mổ vẫn còn rất cao chiếm 41,56%. Rò tụy vẫn là biến chứng chiếm tỉ lệ cao nhất trong đó có tới 76,4% các biến chứng nặng liên quan đến rò tụy mức độ C và D. Các nghiên cứu cho rằng: tuổi, giới, tăng BMI, hút thuốc, nồng độ ADL thấp, điểm ASA cao là các yếu tố liên quan đến rò tụy. Các yếu tố như nhồi máu cơ tim, bệnh mạch máu là những yếu tố liên quan độc lập đến rò tụy độ C. Bệnh sơ võa mạch máu, bệnh mạch vành cũng là các yếu tố liên quan đến rò tụy vì là nguyên nhân dẫn đến thiếu máu miệng nổi từ đó gây rò tụy.

Nồng độ CRP tăng trước mổ cũng là yếu tố liên quan độc lập với rò tụy. CRP tăng trước mổ do hệ thống phản ứng viêm phản ứng. Sự phản ứng của hệ thống viêm thể hiện khả năng liên miễn nổi kém biến chứng nhiễm khuẩn của bệnh nhân ung thư. Trong nghiên cứu của Aoki cũng cho thấy rằng có đến 20% các trường hợp biến chứng mức độ IV, V theo phân loại của Clavien Dindo không phải do yếu tố cắt tụy như là các biến chứng viêm phổi, tim mạch hoặc biến chứng hệ tĩnh mạch trung tâm và các biến chứng này có thể được cải thiện nếu có sự chuẩn bị và chăm sóc tốt trong khoảng thời gian trước và sau mổ⁶.

Năm 2015 Adam⁷ nghiên cứu trên 2 nhóm phẫu thuật cắt khối tá tụy mổ mở và nhóm phẫu thuật cắt khối tá tụy ít xâm lấn thấy rằng tỉ lệ biến chứng trong vòng 30 ngày sau mổ ở nhóm mổ ít xâm lấn cao hơn là nhóm mổ mở và thời gian nằm viện ở nhóm mổ ít xâm lấn thì ngắn hơn nhóm mổ mở. Tuy nhiên những nghiên cứu gần đây thì cho thấy rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng sau mổ của 2 nhóm này. Về khía cạnh biến chứng rò tụy sau mổ khi so sánh giữa 2 nhóm mổ mở và nhóm mổ ít xâm lấn Vining⁸ nghiên cứu so sánh trên 12612 trường hợp mổ mở và 498 trường hợp phẫu thuật ít xâm lấn thì thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên cũng có nhiều nghiên cứu khác lại chứng minh điều ngược lại tức là tỉ lệ rò tụy ở nhóm phẫu thuật ít xâm lấn cao hơn so với nhóm mổ mở⁹. Năm 2022 Kokkinakis¹⁰ thông báo một nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm trong 10 năm với 63229 trường hợp cắt khối tá tụy thấy biến chứng sau mổ cắt khối tá tụy theo phân loại Clavien-Dindo từ mức độ III trở lên chiếm 25,5%. Nghiên cứu này cũng cho thấy các yếu tố: tuổi, giới, ASA, BMI, điều trị hóa chất hỗ trợ trước mổ, đường kính ống tụy, nhu mô tụy mềm là những yếu tố độc lập liên quan đến rò tụy. Tỉ lệ có cắt và tạo hình mạch máu trong nghiên cứu này là 12,1% và không cho thấy có

sự khác biệt về tỉ lệ tử vong và biến chứng sau mổ ở 2 nhóm cắt khối tá tụy có tạo hình mạch máu và nhóm cắt khối tá tụy mà không có tạo hình mạch máu.

V. KẾT LUẬN

Cắt khối tá tụy cho đến nay vẫn là một phẫu thuật nặng và phức tạp. Mặc dù tỉ lệ tử vong sau mổ đã giảm nhiều so với trước đây. Tuy nhiên biến chứng sau mổ vẫn còn cao mặc dù có nhiều cải tiến về chẩn đoán và điều trị, trong đó phổ biến nhất là rò tụy sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kleinerman RA, Tucker MA, Sigel BS, Abramson DH, Seddon JM, Morton LM.** Patterns of Cause-Specific Mortality Among 2053 Survivors of Retinoblastoma, 1914–2016. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 2019;111(9):961-969. doi:10.1093/jnci/djy227
- Panni RZ, Panni UY, Liu J, et al.** Re-defining a high volume center for pancreaticoduodenectomy. *HPB.* 2021;23(5): 733-738. doi:10.1016/j.hpb.2020.09.009
- De Vuyst M., Rickaert, F., De Roy, G. Kloppel (1993):** "Thế spectrum of ductal adenocarcinoma and other tumors of the pancreas in patients younger than 40 years of age". *Path. Res. pract.*, 189, pp 681.
- Farnell MB, Pearson RK, Sarr MG, et al.** A prospective randomized trial comparing standard pancreatoduodenectomy with extended lymphadenectomy in resectable pancreatic head

adenocarcinoma. *Surgery.* 2005;138(4):618-628; discussion 628-630. doi:10.1016/j.surg.2005.06.044

- Hồ Văn Linh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy- tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater. Luận Văn Tiến Sĩ Học Trường Đại Học Dược Huế. Published online 2016.
- S A, H M, H K, et al.** Risk factors of serious postoperative complications after pancreaticoduodenectomy and risk calculators for predicting postoperative complications: a nationwide study of 17,564 patients in Japan. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2017;24(5). doi:10.1002/jhbp.438
- Adam MA, Choudhury K, Dinan MA, et al.** Minimally Invasive Versus Open Pancreaticoduodenectomy for Cancer: Practice Patterns and Short-term Outcomes Among 7061 Patients. *Ann Surg.* 2015;262(2):372-377. doi:10.1097/SLA.0000000000001055
- Vining CC, Kuchta K, Schuitevoerder D, et al.** Risk factors for complications in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: A NSQIP analysis with propensity score matching. *J Surg Oncol.* 2020;122(2):183-194. doi:10.1002/jso.25942
- Cai J, Ramanathan R, Zenati MS, et al.** Robotic Pancreaticoduodenectomy Is Associated with Decreased Clinically Relevant Pancreatic Fistulas: a Propensity-Matched Analysis. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2020; 24(5):1111-1118. doi:10.1007/s11605-019-04274-1
- Kokkinakis S, Kritsotakis EI, Maliotis N, Karageorgiou I, Chrysos E, Lasithiotakis K.** Complications of modern pancreaticoduodenectomy: A systematic review and meta-analysis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT.* 2022;21(6):527-537. doi:10.1016/j.hbpd.2022.04.006

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Nguyễn Thị Quỳnh Mi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để có thể đánh giá kết quả rõ hơn về phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát tại khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị 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:** Phân loại rò: 72,4% rò xiên cơ thắt, 21,3% áp xe đơn thuần, 6,3% rò phức tạp. Đa số các ca (86,3%) phải sử dụng thuốc giảm đau thông thường,

một tỷ lệ nhỏ (7,4%) phải sử dụng morphin để giảm đau. Đa phần không tự chủ đa phần các ca (93,7%) ở mức độ 1 (độ nhẹ) và ở mức độ 2 (6,3%). Có 12,4% gặp chày máu sau mổ nhưng không cần mổ lại và 1 ca (1,3%) gặp chày máu và phải mổ lại. Xử trí bí đái sau phẫu thuật (với 9 ca) đa số (77,8%) được áp dụng biện pháp chườm nóng và 22,2% phải đặt sonde tiểu. Có 81% đạt kết quả tốt và 19% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. **Kết luận:** Cần lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại rò hậu môn và điều kiện của từng tuyến bệnh viện để tăng hiệu quả điều trị. Phương pháp điều trị rò hậu môn tái phát được áp dụng khá an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đau sau phẫu thuật vẫn là vấn đề cần được kiểm soát tốt hơn. **Từ khóa:** Rò hậu môn, tái phát, đánh giá kết quả điều trị

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT RECURRENT ANAL FISTULA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL