

sản phẩm và tình trạng tiêu hóa của bệnh nhân ảnh hưởng đến sự tuân thủ với tỉ lệ lần lượt là 36,4%, 54,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cawood, M. Elia, R. Stratton.** Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Ageing research reviews. 2012; 11(2):278-296. doi: 10.1016/j.arr.2011.12.008.
2. **F. Gomes, A. Baumgartner, L. Bounoure, et al.** Association of nutritional support with clinical outcomes among medical inpatients who are malnourished or at nutritional risk: an updated systematic review and meta-analysis. JAMA network open. 2019; 2(11):e1915138-e1915138. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15138
3. **N.V. Lam, S. Sulo, H.A. Nguyen, et al.** High prevalence and burden of adult malnutrition at a tertiary hospital: An opportunity to use nutrition-focused care to improve outcomes. Clinical Nutrition Open Science. 2021; 40:79-88. doi: 10.1016/j.nutos.2021.11.003.
4. **J. Thornton Snider, A. Jena, M. Linthicum.** Effect of hospital use of oral nutritional supplementation on length of stay, hospital cost, and 30-day readmissions among Medicare patients with COPD [published online ahead of print October 30, 2014]. Chest. 2015; 147(6): 1477-1484. doi: 10.1378/chest.14-1368Get.
5. **Cano-Torres EA, Simental-Mendia LE, Morales-Garza LA, et al.** Impact of Nutritional Intervention on Length of Hospital Stay and Mortality among Hospitalized Patients with Malnutrition: A Clinical Randomized Controlled Trial. J Am Coll Nutr. 2017;36(4):235-239. doi:10.1080/07315724.2016.1259595
6. **Gazzotti C, Arnaud-Battandier F, Parello M, et al.** Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: results from a randomised controlled clinical trial. Age Ageing. 2003; 32(3): 321-325. doi:10.1093/ageing/ 32.3.321
7. **Neelemaat F, Lips P, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA.** Short-term oral nutritional intervention with protein and vitamin D decreases falls in malnourished older adults. J Am Geriatr Soc. 2012;60(4): 691-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03888.x
8. **Matheson EM, Nelson JL, Baqqs GE, Luo M, Deutz NE.** Specialized oral nutritional supplement (ONS) improves handgrip strength in hospitalized, malnourished older patients with cardiovascular and pulmonary disease: A randomized clinical trial. Clin Nutr. 2021;40(3): 844-849. doi:10.1016/j.clnu.2020.08.035

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thế Sáng¹, Trần Đức Quý²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp (RHMPPT) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân RHMPPT tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** tuổi trung bình 43,15±18,07; nam chiếm 76,1%. Đường rò IIB chiếm 82,1%, đường rò IIC 17,9%. Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ đường rò và khâu bán phần cơ thắt là 82,1%; khoét bỏ đường rò và kết hợp Seton cho 12 bệnh nhân (chiếm 17,9%). Biến chứng chảy máu là 49,3%; tự chủ hậu môn ở mức độ 0 là 98,5%; đau hậu môn sau phẫu thuật mức độ nhẹ 97,0%. Thời gian nằm viện trung bình 6,82 ± 3,63 ngày. Liên sẹo sau phẫu thuật 3 tháng 100,0%; thời gian liền sẹo trung bình 9,66 ± 9,84 tuần. Hẹp hậu môn sau phẫu thuật 4,5%; rò tái phát 9,0%. Kết quả phẫu thuật: loại tốt 89,6%; trung bình 10,4%. **Kết luận:** kết quả phẫu thuật điều trị

RHMPPT tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018-2023 đạt tỷ lệ thành công cao. **Từ khóa:** rò hậu môn phức tạp, phẫu thuật, điều trị

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR COMPLEX ANAL FISTULA AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of surgical treatment for complex anal fistula (CAF) at Thai Nguyen National Hospital from 2018 to 2023. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 67 patients with CAF at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** The average age was 43.15 ± 18.07 years; 76.1% were male. Type IIB fistulas accounted for 82.1%, and type IIC fistulas was 17.9%. The surgical method of complete fistula excision and partial sphincterorrhaphy was 82.1%; while fistula excision combined with Seton placement was 17.9%. Postoperative bleeding complications was 49.3%; 98.5% had anal continence at level 0; 97.0% reported mild postoperative anal pain. The average hospital admission time was 6.82 ± 3.63 days. The rate of fistula closure after three- month postoperative was 100%; average time to closure was 9.66 ± 9.84 weeks. Anal stenosis occurred was 4.5%; fistula recurrence was 9.0%. Surgical result at good level was 89.6%; moderate level 10.4%. **Conclusion:** The

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Sáng

Email: drsangngoai1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

results of surgical treatment for CAF at Thai Nguyen National Hospital from 2018 to 2023 achieved high success rate. **Keywords:** complex anal fistula, surgery, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn trực tràng, đứng thứ hai sau bệnh trĩ, chiếm khoảng 25% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng [5], [7]. Rò hậu môn phức tạp (RHMP) là khi đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài, đường rò có nhiều nhánh, rò hậu môn tái phát, rò hậu môn có liên quan đến bệnh Crohn, viêm lao và HIV... RHMP là bệnh lý ít gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, sinh hoạt, lao động, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh [7], do đó cần được điều trị sớm. Có nhiều phương pháp điều trị RHMP nhưng phương pháp được áp dụng nhiều nhất và đạt kết quả cao nhất là phẫu thuật [6]. Tuy nhiên, phẫu thuật điều trị RHMP còn nhiều biến chứng như rò tái phát, đại tiện không tự chủ sau phẫu thuật [7]... Theo Dương Đình Hạnh, nghiên cứu trên 97 bệnh nhân RHMP có tỉ lệ biến chứng chảy máu 7,3%; rò hậu môn tái phát 7,2% [2]. RHMP là bệnh có thể gặp ở mọi tuyến bệnh viện, việc chẩn đoán và điều trị còn nhiều điểm cần được thảo luận, Biến chứng sau phẫu thuật còn nhiều. Nên tìm hiểu sâu hơn về điều trị RHMP sẽ cung cấp bằng chứng khoa học hỗ trợ cho việc điều trị, chăm sóc bệnh nhân tốt hơn. Chúng tôi nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 67 bệnh nhân được chẩn đoán RHMP (IIB; IIC) và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2018-12/2023.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán RHMP (loại IIB, IIC). Được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Bệnh nhân bị các bệnh mạn tính đã được điều trị ổn định; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu; Bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân RHM thứ phát do các bệnh khác: áp xe tiền liệt tuyến, viêm xương chậu, liên quan đến bệnh lý Crohn, dò do lao, bệnh nhân suy giảm miễn dịch: HIV,...sau điều trị tia xạ tại chỗ, rò trực tràng âm đạo. Bệnh nhân không khám lại, thất lạc trong quá trình theo dõi. Bệnh lý rối loạn đông máu kèm theo.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: từ 5/2023-5/2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang; thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn chủ đích toàn bộ bệnh án/bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian thu thập số liệu nghiên cứu (1/2018-12/2023).

2.4. Biến số và Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu
- Phương pháp phẫu thuật rò hậu môn phức tạp
- Biến chứng sau phẫu thuật
- Chức năng tự chủ hậu môn và mức độ đau sau phẫu thuật
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật
- Kết quả kiểm tra sau 3 tháng: liền sẹo, hẹp hậu môn và rò tái phát.
- Kết quả phẫu thuật điều trị RHMP

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá biến số nghiên cứu

*** Phân loại RHMP:** IIB, IIC

* Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật theo thang điểm VAS (Visual Analog Scales)

Cường độ đau theo VAS được đánh giá theo 4 mức sau: Không đau: 0 điểm; Đau nhẹ: 1-4 điểm; Đau trung bình: 5-7 điểm; Đau nặng: 8-10 điểm.

*** Đánh giá kết quả phẫu thuật**

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ tự chủ hậu môn theo thang điểm CCIS

Thang điểm	Không tự chủ với hơi	Không tự chủ với cả phân lỏng	Không tự chủ với cả phân rắn	Phải mang bím
Tự chủ HM				
Thỉnh thoảng	1	4	7	1
>1 lần/1 tuần	2	5	8	2
Mỗi ngày	3	6	9	3

CCIS: 0 điểm → kiểm soát hoàn hảo

CCIS: 1-7 điểm → kiểm soát tốt

CCIS: 8-14 điểm → mất tự chủ một phần

CCIS: 15-20 điểm → mất tự chủ nặng

CCIS: 21 điểm → hoàn toàn mất tự chủ.

* Phân loại kết quả phẫu thuật (sau 3 tháng) theo tiêu chuẩn của Van Koperen P.J.

+ Tốt: không bị tái phát, không có mất tự chủ hậu môn (CCIS 0-7 điểm), không hẹp, biến dạng hậu môn.

+ Trung bình: không bị tái phát, mất tự chủ hậu môn một phần (CCIS 8-14 điểm) không hồi phục sau 3 tháng, kèm theo sẹo hẹp, biến dạng nhẹ hậu môn.

+ Kém: bị tái phát, mất tự chủ hậu môn nặng đến hoàn toàn (CCIS 15- 21 điểm) mà không hồi phục.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học, Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên và Hội đồng Đạo đức – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số		SL	%
Nhóm tuổi	18-29	13	19,4
	30-39	27	40,3
	40-49	07	10,4
	50-59	10	14,9
	≥60	10	14,9
	TBC±ĐLC	43,15±18,07	
Giới	Nam	51	76,1
	Nữ	16	23,9
Thời gian mắc bệnh (tháng)	<6 tháng	50	74,6
	6-12 tháng	10	14,9
	>12 tháng	07	10,4
	TBC±ĐLC	4,4±5,9	
Phân loại RHMPT	Loại IIb	55	82,1
	Loại IIc	12	17,9
Tổng		67	100,0

Tỉ lệ bệnh nhân ở từ 30-39 chiếm 40,3%; từ 18-29 19,4%; giới nam 76,1% và thời gian mắc bệnh trung bình 4,4±5,9 tháng. RHM phức tạp loại IIb chiếm 82,1% và loại IIc 17,9%.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật rò hậu môn phức tạp

Phương pháp phẫu thuật	SL	%
Cắt toàn bộ đường rò và cắt bán phần cơ thắt + mở ngò	55	82,1
Cắt đường rò + Seton	12	17,9
Tổng	67	100

Tỉ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ đường rò, cắt bán phần cơ thắt và mở ngò chiếm 82,1%; cắt đường rò và đặt Seton là 17,9%.

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp

Biến chứng		SL	%
Chảy máu sau mổ		33	49,3
Hình thái chảy	Thấm băng	31	93,9
	Nhỏ giọt	01	3,0
	Tia	01	3,0
Xử trí chảy máu	Điều trị nội khoa	32	97,0
	Phẫu thuật cầm máu	01	3,0

Sau phẫu thuật, có 33 bệnh nhân có biến chứng chảy máu chiếm 49,3%; chảy máu theo hình thức thấm băng 93,9%. Điều trị nội khoa 97,0% và phẫu thuật cầm máu 1,0%.

Bảng 4. Tự chủ hậu môn và mức độ đau sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp

Chỉ số		SL	%
Mức độ tự chủ hậu môn sau phẫu thuật	Độ 0	66	98,5
	Độ I	0	0,0
	Độ II	01	1,5
	Độ III	0	0,0
Mức độ đau theo VAS	Không đau	0	0,0
	Đau nhẹ	65	97,0
	Đau trung bình	02	3,0
	Đau nặng	0	0,0
Tổng		67	100,0

Sau phẫu thuật tự chủ hậu môn ở mức độ 0 là 98,5%, mức độ II là 1,5%. Bệnh nhân đau nhẹ sau phẫu thuật 97,0% và đau trung bình 3,0%.

Bảng 5. Thời gian điều trị sau phẫu thuật rò hậu môn phức tạp

Thời gian điều trị sau phẫu thuật	SL	%
<7 ngày	40	59,7
7-10 ngày	19	28,4
>10 ngày	8	11,9
TBC ± ĐLC	6,82±3,63	
Tổng	67	100,0

Tỉ lệ nằm viện <7 ngày chiếm 59,7%; từ 7-10 ngày chiếm 28,4%. Thời gian nằm viện trung bình 6,82 ± 3,63 ngày.

Bảng 6. Kết quả kiểm tra sau 3 tháng phẫu thuật rò hậu môn phức tạp

Kết quả kiểm tra sau 3 tháng		SL	%
Thời gian liền sẹo	≤4 tuần	02	3,0
	>4-8 tuần	36	53,7
	>8 tuần	29	43,3
Hẹp hậu môn	Có	03	4,5
	Không	64	95,5
Rò tái phát	Có	06	9,0
	Không	61	91,0
Tổng		67	100,0

Sau 3 tháng 100,0%) bệnh nhân đều liền sẹo. Bệnh nhân liền sẹo trong vòng từ 4-8 tuần chiếm 53,7% và >8 tuần chiếm 43,3%. Thời gian liền sẹo trung bình 9,66±9,84 tuần. Có 03 bệnh nhân hẹp hậu môn tái phát chiếm 4,5%. Tỉ lệ rò tái phát là 9,0%.

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp

Kết quả	SL	%
Tốt	60	89,6
Trung bình	07	10,4
Kém	0	0,0
Tổng	67	100,0

Phẫu thuật điều trị RHMPT mức độ tốt 89,6%; trung bình 10,4%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $43,15 \pm 18,07$; giới nam 76,1% và thời gian mắc bệnh trung bình là $4,4 \pm 5,9$ tháng. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa với tuổi trung bình của bệnh nhân là $41,38 \pm 13,87$; giới nam 87,4%; thời gian mắc bệnh trung bình là $23,9 \pm 46,0$ tháng [3]. Như vậy, cả 2 nghiên cứu đều cho tỉ lệ mắc RHMPT của nam cao hơn nữ; tuy nhiên, tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và thời gian mắc bệnh ngắn hơn điều đó cũng phù hợp với hình thái lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân đến viện vì rò hậu môn loại IIB, IIC. Thực tế, rò hậu môn gặp nhiều nhất trong độ tuổi lao động và ở nam giới (do làm công việc nặng). Lứa tuổi này chiếm số đông trong xã hội, thường mắc các bệnh vùng hậu môn như: trĩ, polyp, nứt kẽ hậu môn... tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh RHM phát triển.

Theo hình thái lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỉ lệ bệnh nhân rò loại IIB chiếm 82,1%; tỉ lệ rò loại IIC 17,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa (2016) cho kết quả: tỉ lệ rò loại IIB chiếm 55,9%; tỉ lệ rò loại IIC chiếm 41,4% [3]. Theo Dương Đình Hạnh (2022), tỉ lệ rò loại IIB chiếm 80,6%; tỉ lệ rò loại IIC chiếm 17,9% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi về RHMPT nhưng chỉ chọn 2 loại IIB, IIC. Chúng tôi cũng gặp 01 bệnh nhân rò móng ngựa nhưng loại khỏi nhóm nghiên cứu vì cỡ mẫu quá nhỏ, không có ý nghĩa trong nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Dương Đình Hạnh.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ đường rò, cắt bán phần cơ thắt, mở ngò chiếm 82,1%; cắt đường rò và đặt Seton 17,9%. Theo Dương Đình Hạnh (2022), tỉ lệ lấy bỏ toàn bộ đường rò là phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất, có 2 bệnh nhân chiếm 2,1% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa (2016) thấy tỉ lệ mở ngò hoàn toàn 29,7%; mở ngò hoàn toàn và dẫn lưu bơm rửa 10,8%; lấy bỏ toàn bộ đường rò 37,9%; đặt seton 10,8%; đóng lỗ trong 6,3% [3]. Theo Võ Duy Kha có 60,5% trường hợp được chỉ định phẫu thuật bằng phương pháp cắt mở đường rò; có 30,2% trường hợp thắt đường rò và tỉ lệ cắt trọn đường rò là 9,3% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật cắt toàn bộ đường rò, cắt bán phần cơ thắt, mở ngò được chỉ định

cho rò loại IIB, còn phẫu thuật cắt đường rò và đặt Seton được chỉ định cho rò loại IIC. Kết quả giữa các nghiên cứu không tương đồng, theo chúng tôi mẫu nghiên cứu không tương đồng, xong lại phân tầng phân loại rò nên cỡ mẫu nhỏ, nên kết quả nghiên cứu không tương đồng.

Vùng tầng sinh môn là vùng rất giàu mạch máu, đặc điểm của vết mổ rò hậu môn là để ngỏ, hằng ngày ngâm rửa và thay băng tác động trực tiếp vào vết mổ, dễ gây chảy máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: sau phẫu thuật, có 33 bệnh nhân có biến chứng chảy máu, chiếm 49,3%. Hầu hết chảy máu theo hình thức thấm băng 93,9%; được điều trị nội khoa 97,0% và phẫu thuật lại 1,0%. Nghiên cứu của Dương Đình Hạnh (2022) cho tỉ lệ chảy máu sau mổ chiếm 7,3% (2,1% được chèn gạc cầm máu; 5,2% được khâu cầm máu) [2].

Sau phẫu thuật, tỉ lệ mức độ tự chủ hậu môn sau phẫu thuật ở mức độ 0 là 98,5%, mức độ II là 1,5%. Theo VAS, tỉ lệ bệnh nhân đau nhẹ 97,0% và đau trung bình là 3,0%. Theo Dương Đình Hạnh, tỉ lệ bệnh nhân mất tự chủ hậu môn độ I chiếm 3,1%; tỉ lệ đau nhẹ sau mổ 40,2%; đau vừa 55,7% và đau nặng 4,1% [2]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa cho thấy: có 35 bệnh nhân mất tự chủ hậu môn ngay sau mổ (chiếm 31,53%): trong đó 34 mất tự chủ độ I (chiếm 30,6%) và 1 mất tự chủ độ II (chiếm 0,9%) [3]. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân mất tự chủ độ II là áp xe, rò hậu môn móng ngựa khi mổ phải nạo nhiều tổ chức hoại tử và cắt cơ thắt cao. Theo thời gian tỉ lệ mất tự chủ hậu môn giảm dần khi vết thương dần liền hoàn toàn.

Tỉ lệ nằm viện <7 ngày chiếm 59,7%; từ 7-10 ngày chiếm 28,4%. Thời gian nằm viện trung bình là $6,82 \pm 3,63$ ngày. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa (2016) có thời gian nằm viện trung bình là $4,41 \pm 1,8$ ngày [3]. Nghiên cứu của Dương Đình Hạnh (2022) cho thời gian nằm viện trung bình là $6,68 \pm 3,18$ (ngày) [2]. Thời gian nằm viện của bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng bệnh, khả năng chăm sóc của cơ sở y tế, sự phối hợp của người nhà bệnh nhân cũng như sự hợp tác của bản thân bệnh nhân trong quá trình chăm sóc vết mổ.

Kết quả kiểm tra sau 3 tháng, toàn bộ (100,0%) bệnh nhân đều liền sẹo. Tỉ lệ bệnh nhân liền sẹo trong vòng từ 4-8 tuần chiếm 53,7% và >8 tuần chiếm 43,3%. Thời gian liền sẹo trung bình là $9,66 \pm 9,84$ tuần. Có 3 bệnh nhân hẹp hậu môn tái phát, chiếm 4,5%. Tỉ lệ rò tái phát là 9,0%. Nghiên cứu của Dương Đình Hạnh (2022) cho tỉ lệ hẹp hậu môn sau 3 tháng

là 1,0% và rò tái phát là 7,2% [2]. Theo Võ Duy Kha (2019), tỉ lệ mất tự chủ nhẹ ở tháng thứ 3 sau phẫu thuật là 9,3% [4].

Về kết quả phẫu thuật chung, nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỉ lệ phẫu thuật điều trị RHMPT (Iib, Iic) mức độ tốt 89,6%; trung bình là 10,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hoà (2016) thấy: kết quả tốt chiếm 73,0%, trung bình chiếm 13,5% và kém chiếm 13,5% [3]. Theo Tăng Huy Cường (2011), kết quả tốt chiếm 86,4%, trung bình chiếm 4,7% và kém 8,9% [1]. Theo Dương Đình Hạnh (2022), tỉ lệ phẫu thuật có kết quả chung mức độ tốt 88,7%; trung bình 4,1% và kém là 7,2% [2]. So sánh với nghiên cứu trước, nghiên cứu của chúng tôi không có kết quả phẫu thuật mức độ kém. Vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn mẫu nghiên cứu rò loại Iib, Iic; Phương pháp phẫu thuật áp 2 kỹ thuật, nên kết quả tốt cao hơn và không có kết quả kém.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật RHMPT loại Iib, Iic đạt kết quả tốt 89,6% và trung bình là 10,4%. Kiểm tra 3 tháng sau phẫu thuật RHMPT loại Iib, Iic: toàn bộ (100,0%) bệnh nhân đều liền sẹo; thời gian liền sẹo trung bình là $9,66 \pm 9,84$ tuần; tỉ lệ hẹp

hậu môn 4,5%; rò tái phát là 9,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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 sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Dương Đình Hạnh** (2022), Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
- Nguyễn Hoàng Hoà** (2016), Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Trung ương Quân đội 108, Hà Nội.
- Võ Duy Kha** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm qua ngà trực tràng, phân loại và 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, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Phan Minh Trí and Đỗ Đình Công** (2021), Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
- J. Champagne Bradley** (2023), "Operative management of anorectal fistulas", UpToDate, Last literature review version 19.3 pp. <https://www.uptodate.com/contents/operative-management-of-anorectal-fistulas>.
- M. Jimenez and N. Mandava** (2023), Anorectal Fistula [Updated 2023 Feb 2], StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).

NỒNG ĐỘ LACTATE MÁU TRONG DỰ ĐOÁN KẾT CỤC NỘI VIỆN CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Huỳnh Thị Nhung^{1,2}, Trần Hà Uyên¹, Nguyễn Hoàng Minh Thảo¹, Vũ Hoài Nam², Đoàn Lê Minh Hạnh¹

TÓM TẮT

Tổng quát: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) với biến cố đợt cấp của bệnh là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu toàn cầu. Một số nghiên cứu gần đây ghi nhận mối liên quan giữa lactate máu và kết cục lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Nồng độ lactate máu tăng có thể là yếu tố góp phần tiên lượng kết cục xấu của bệnh. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm xác định điểm cắt và giá trị của nồng độ lactate máu trong dự đoán kết cục nội viện của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ trên 136 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện tại khoa Cấp cứu và khoa Hô hấp

bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là $69,8 \pm 11,1$ tuổi, đa số là nam giới (90,4%) và 72,1% có tiền sử hút thuốc lá. Phần lớn bệnh nhân có đợt cấp BPTNMT ở mức độ trung bình đến nặng (99,3%). Nồng độ lactate máu có trung vị là 2 mmol/L (KTPV: 1,3 - 2,7), tỷ lệ tăng lactate máu là 50%. Không có khác biệt về tuổi, giới, BMI, CRP và sốt giữa hai nhóm có và không có tăng lactate máu. Nhịp tim trung bình, đường huyết, tỷ số neutrophil/lymphocyte ở nhóm lactate máu tăng cao hơn nhóm lactate máu không tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm cắt tối ưu trong dự đoán kết cục tử vong nội viện của lactate máu là 2,0 mmol/L, AUC là 0,84 (KTC 95% (0,77 - 0,9), $p < 0,05$), độ nhạy 93,5%, độ đặc hiệu 62,5%. Trong dự đoán kết cục thở máy, điểm cắt tối ưu của lactate máu là 1,7 mmol/L, AUC là 0,94 (KTC 95% (0,89 - 0,98), $p < 0,05$), độ nhạy 94,7%, độ đặc hiệu 81,7%. Lactate máu tăng là yếu tố độc lập dự đoán kết cục tử vong nội viện, bệnh nhân có lactate máu tăng có nguy cơ tử vong cao gấp 7,44 lần so với nhóm lactate máu không tăng (OR = 7,44, $p = 0,018$). **Kết luận:** Nồng độ lactate máu có mối liên quan có ý

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Nhung

Email: nhungyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024