

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 2 người bệnh, chiếm tỷ lệ 1,8%, nói về vấn đề không có cảm giác mắc đi tiêu sau mổ. 2 trường hợp này sau phẫu thuật STARR. Những trường hợp này đều ghi nhận qua lời kể của NB nên chúng tôi đã mời NB vào để xác định thêm than phiền này. Chúng tôi sẽ kiểm tra vận động của đại tràng cũng như đánh giá cảm giác trực tràng thông qua phản xạ đại tiện.

## V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng đồng thời các phương pháp PT giúp kết quả điều trị STTKT tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đạt được đạt được tỷ lệ giảm bệnh khá cao, gần 80%, tỷ lệ tái phát và biến chứng dài hạn như lộ mảnh ghép, giao hợp đau hay hẹp hậu môn thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Tín, Lê Châu Hoàn Quốc Chương (2015). Phẫu thuật cắt túi sa trực tràng bằng máy khâu bấm (STARR) và phục hồi bản nâng trong điều trị táo bón do sa trực tràng kiểu túi ở bệnh nhân nữ. Đề tài nghiên cứu cấp Sở khoa học công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Edward Ram, Dan Alper, Eli Atar, Inna Tsitman, Zeev Dreznik (2010). Stapled transanal rectal resection: a new surgical treatment for obstructed defecation syndrome. IMAJ, 12(2):74-7.
3. Hasan H.M (2012). Stapled transanal rectal resection for the surgical treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectocele and rectal intussusception. ISRN Surgery, 2012: 652345, doi:10.5402/2012/652345.
4. Leanza et al (2013). Surgical repair of rectocele. Comparison of transvaginal and transanal approach and personal technique. G Chir, 34: 332-336.
5. Lene Duch Madsen et al (2017). Native-tissue repair of isolated primary rectocele compared with nonabsorbable mesh: patient-reported outcomes. Int Urogynecol J, 28(1): 49-57
6. M.A Mercer-Jones, A Sprowson, J S Varma (2004). Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. Dis Colon Rectum, 47(6):864-8
7. Megan Ladd; Faiz Tuma (2022). Rectocele. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books> Last Update: April 30
8. Reboa G, Gipponi M, Ligorio M, Marino P, Lantieri F (2009). The impact of stapled transanal rectal resection on anorectal function in patients with obstructed defecation syndrome. Dis Colon Rectum, 52(9):1598-604.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thế Hiệp<sup>1,2</sup>, Nguyễn Ngọc Hùng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh rò hậu môn (RHM) phức tạp tại Trung tâm Phẫu thuật tiêu hóa - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 52 bệnh nhân (BN) RHM phức tạp được phẫu thuật từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình là  $42,5 \pm 11,6$  (tuổi); tuổi hay gặp là 21 – 40 (42,3%); tỷ lệ nam/nữ là 12 (48/4); tỷ lệ BN đã mổ RHM trước đó là 11%. Trong mổ 100% các BN tìm được lỗ trong, 56,9% lỗ ngoài và 64,2% lỗ trong nằm ở nửa sau hậu môn. Phân loại tổn thương trong mổ: rò liên cơ thắt 3,9 % (2 BN), rò xuyên cơ thắt thấp 28,8% (15 BN), rò xuyên cơ thắt trung gian 38,4% (20 BN), rò xuyên cơ thắt cao (13 BN) 25%, rò trên cơ thắt (2 BN) 3,9%. Phẫu thuật cắt đường rò mở ngo được áp dụng trong 67,3%; phương pháp đặt Seton 5,8%, phương pháp cắt đường rò kết hợp đặt dẫn lưu

19,2%, phương pháp đặt seton kết hợp đặt dẫn lưu 7,7% . Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn sau mổ trong 3 tháng đầu, sau 3 tháng lần lượt là 3,8%, 1,9%. Tỷ lệ tái phát 0%. Xếp loại kết quả chung: Tốt 98,1%; trung bình 1,9% và kém 0%. **Kết luận:** Tìm được lỗ rò trong là chìa khóa thành công của phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp mổ phải phù hợp với phân loại đường rò. **Từ khóa:** rò hậu môn phức tạp, rò hậu môn tái phát, mất tự chủ hậu môn.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX ANAL FISTULA AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** The study aims to review the clinical characteristics and evaluate the results of surgery for complex anal fistula at the Center of Digestive Surgery - Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** Descriptive research on 52 patients with complex anal fistula, who had the surgery done from January 2023 to June 2024. **Research results:** the average age ranges from  $42.5 \pm 11.6$  (years); the most common age is from 21 to 40 (42.3%); the male/female ratio is 12 (48/4); the rate of patients who had had surgery before was 11%. During surgery, 100% of patients had found the internal hole, 56.9% of the external hole and 64.2% of the internal hole were located in the posterior half of the anus. Classification of

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hiệp

Email: nguyenthethiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

intraoperative lesions: intersphincteric fistula 3.9% (2 patients), low transsphincteric fistula 28.8% (15 patients), intermediate transsphincteric fistula 38.4% (20 patients), high transsphincteric fistula (13 patients) 25%, suprasphincteric fistula (2 patients) 3.9%. Fistulotomy was on 67.3%; Loose seton was on 5.8%, Combination of fistulotomy and drain placement procedure was on 19.2%, Combination of loose seton and drain placement procedure was on 7.7%. The rate of anal incontinence after surgery in the first 3 months and after 3 months is on 3.8% and 1.9%, respectively. The rate of recurrence is on 0%. The overall results includes: Good are on 98.1%; average are on 1.9% and poor are on 0%. **Conclusion:** Finding the internal fistula is the key to surgical success. The choice of surgical method must be appropriate to the classification of lesions. **Keywords:** complex anal fistula, recurrence, anal incontinence

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn (RHM) là hậu quả của sự viêm nhiễm xảy ra tại các tuyến Herrmann – Desfosses, quá trình viêm này tạo ra ổ mủ nằm trong khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Từ đây, mủ lan ra xung quanh theo lớp cơ dọc dài phức hợp sau đó có thể phá ra da quanh lỗ hậu môn hay vỡ vào lòng ống hậu môn trực tràng tạo thành đường rò với nhiều hình thái khác nhau[1].

Trên lâm sàng chia RHM thành hai loại: đơn giản và phức tạp. Theo Avraham Belizon [2] rò hậu môn phức tạp là khi đường rò xuyên qua trên 30% chiều dày cơ thắt ngoài, phụ nữ với đường rò ở phía trước, đường rò có nhiều nhánh, rò hậu môn tái phát, rò hậu môn có liên quan đến bệnh Crohn, viêm lao và HIV, rò hậu môn thứ phát do điều trị tia xạ tại chỗ, rò hậu môn trên bệnh nhân có tiền sử mất tự chủ hậu môn và rò trực tràng âm đạo.

Các phương pháp điều trị RHM được các tác giả trong nước và trên thế giới nghiên cứu là: dùng keo sinh học, đặt lưới, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại của của Việt Nam [3]... Các tác giả đều thống nhất phương pháp được áp dụng nhiều nhất và đạt kết quả cao nhất là phẫu thuật [4]

Các biến chứng chính của phẫu thuật RHM nói chung và RHM phức tạp nói riêng là tái phát và mất tự chủ hậu môn. Tỷ lệ các biến chứng sau mổ và kết quả chung của phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào mức độ phức tạp của ổ áp xe, đường rò và trình độ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên [5]. Ở Việt Nam, RHM phức tạp có thể gặp ở mọi tuyến bệnh viện, nhưng chẩn đoán và điều trị còn khác nhau, tỷ lệ biến chứng sau mổ vẫn còn cao[5]. Vì vậy việc điều trị RHM phức tạp đến nay vẫn còn là đề tài tranh luận và thách thức thật sự với các phẫu thuật viên tiêu

hóa. Tại Bệnh viện Bạch Mai những năm gần đây chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

Do đó đề tài được thực hiện nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh RHM phức tạp tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa – Bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các BN được chẩn đoán RHM phức tạp (dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương trong mổ) và được phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa - Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2024.

Chúng tôi loại trừ các BN RHM thứ phát do các bệnh khác (áp xe tiền liệt tuyến, viêm xương chậu, ung thư,...), các BN RHM phức tạp không đồng ý mổ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

- Quy trình nghiên cứu:

+ Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh (tháng), tiền sử mổ RHM, triệu chứng cơ năng (chảy mủ cạnh hậu môn, đau ở vùng hậu môn tăng sinh môn, sốt), triệu chứng thực thể (khám thấy khối áp xe vùng tầng sinh môn hay có lỗ rò chảy dịch), đặc điểm lỗ ngoài, đặc điểm lỗ trong.

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp Xquang ngực, Chụp MRI tầng sinh môn, cấy mủ, giải phẫu bệnh đường rò.

+ Các bước tiến hành phẫu thuật: Gây tê tùy sống, tư thế sản khoa. Tìm lỗ trong ở các hố hậu môn trên đường lược. Phân loại đường rò theo hệ thống cơ thắt và theo hình thái lâm sàng. Lựa chọn các phương pháp: cắt đường rò, đặt seton, cắt đường rò kết hợp đặt dẫn lưu, đặt seton kết hợp đặt dẫn lưu

+ Nhận xét kết quả sớm (trong 3 tháng đầu): các biến chứng bí đại, chảy máu, mất tự chủ hậu môn

+ Nhận xét kết quả xa (sau mổ 3 tháng): Thời gian liền sẹo, tỷ lệ tái phát, mất tự chủ hậu môn

+ Nhận xét kết quả chung 3 mức: tốt, trung bình, kém.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân RHM phức tạp chúng tôi thấy tuổi trung bình là  $42,5 \pm 11,6$  (tuổi), thấp nhất là 18 (tuổi), cao nhất là 67 (tuổi) và lứa tuổi hay gặp là 21 – 40 (42,3%); tỷ lệ nam/nữ là 12 (48/4); tỷ lệ BN đã mổ RHM trước đó là 11%.

**Bảng 1. Đặc điểm lỗ ngoài, lỗ trong và khoảng cách lỗ ngoài tới rìa hậu môn**

| Đặc điểm                    |              | Lỗ ngoài<br>(n=51) |           | Lỗ trong<br>(n=66) |           |
|-----------------------------|--------------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
|                             |              | Tần số             | Tỷ lệ (%) | Tần số             | Tỷ lệ (%) |
| Số lượng                    | 0 lỗ         | 16                 | 30,8      | 0                  | 0         |
|                             | 1 lỗ         | 23                 | 44,2      | 39                 | 75        |
|                             | 2 lỗ         | 11                 | 21,2      | 12                 | 23,1      |
|                             | 3 lỗ         | 2                  | 3,8       | 1                  | 1,9       |
| Vị trí lỗ                   | Nửa trước HM | 22                 | 43,1      | 23                 | 34,8      |
|                             | Nửa sau HM   | 29                 | 56,9      | 43                 | 64,2      |
|                             | Tổng         | 51                 | 100       | 66                 | 100       |
| Khoảng cách tới rìa hậu môn |              | 2,96 ± 0,38 (cm)   |           |                    |           |

**Nhận xét:** Với lỗ ngoài: có 56,9% số lỗ ngoài nằm ở nửa sau lỗ hậu môn, khoảng cách lỗ ngoài tới rìa hậu môn: 2,96 ± 0,38 (cm). Với lỗ trong: tất cả cả trường hợp đều tìm thấy lỗ trong, 64,2% số lỗ trong tập trung ở nửa sau lỗ hậu môn, 34,8% lỗ trong vị trí 6 giờ.

Tất cả 52 BN đều được làm XQ phối, 100% BN có hình ảnh bình thường và không BN nào có tổn thương lao.

### 3.2. Phân loại đường rò

**Bảng 2: Phân loại đường rò theo hệ thống cơ thắt (n=52)**

| STT  | Loại rò               |                                | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|------|-----------------------|--------------------------------|--------|-----------|
| 1    | Rò liên cơ thắt       |                                | 2      | 3,8       |
| 2    | Rò xuyên cơ thắt      | Xuyên cơ thắt thấp (IIA)       | 15     | 28,8      |
|      |                       | Xuyên cơ thắt trung gian (IIB) | 20     | 38,5      |
|      |                       | Xuyên cơ thắt cao (IIC)        | 13     | 25        |
| 3    | Rò trên cơ thắt (III) |                                | 2      | 3,8       |
| Tổng |                       |                                | 52     | 100       |

**Nhận xét:** Loại rò thấp (xuyên cơ thắt thấp và trung gian) thường gặp nhất, chiếm 67,3%, rò liên cơ thắt 3,8%, rò xuyên cơ thắt cao 25%, rò trên cơ thắt 2BN 3,8%. Không gặp trường hợp nào rò ngoài cơ thắt.

**Bảng 3: Phân loại đường rò theo hình thái lâm sàng (n=52)**

| Loại rò      | Tần số    | Tỷ lệ (%)  |
|--------------|-----------|------------|
| Rò đơn thuần | 20        | 38,5       |
| Rò móng ngựa | 16        | 30,8       |
| Rò kép       | 12        | 23,1       |
| Rò tam       | 1         | 1,9        |
| Rò chữ Y     | 3         | 5,7        |
| <b>Tổng</b>  | <b>52</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Rò đơn thuần thường gặp nhất chiếm 38,5 %. Rò tái phát có 7BN chiếm 13,5% trong đó 02 BN rò đơn thuần, 2 BN rò kép, 01 BN rò tam và 02 BN rò chữ Y

### 3.3. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 4: Các phương pháp phẫu thuật (n=52)**

| Phương pháp phẫu thuật   | Tần số    | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------------|-----------|------------|
| Cắt đường rò             | 35        | 67,3       |
| Đặt seton                | 3         | 5,8        |
| Cắt đường rò đặt dẫn lưu | 10        | 19,2       |
| Đặt seton và đặt dẫn lưu | 4         | 7,7        |
| <b>Tổng</b>              | <b>52</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Chủ yếu là phẫu thuật cắt đường rò 67,3% (35BN), phương pháp đặt seton 5,8% (3BN), phương pháp cắt đường rò đặt dẫn lưu 19,2% (10BN) và phương pháp đặt seton đặt dẫn lưu 7,7% (4BN)

**Bảng 5: Kết quả sớm sau mổ (trong 3 tháng đầu) (n=52)**

| Các biến chứng sớm | Tần số           | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|------------------|-----------|
| Đau nặng           | 0                | 0         |
| Đau vừa            | 10               | 19,2      |
| Đau nhẹ            | 42               | 80,8      |
| Bí đại             | 10               | 19,2      |
| Chảy máu           | 1                | 1,9       |
| Mất tự chủ hậu môn | 2                | 3,8       |
| Thời gian liền sẹo | 8,5 ± 0,6 (tuần) |           |

**Nhận xét:** Chủ yếu gặp BN đau nhẹ sau mổ 80,8%. Có 10 BN bí đại (19,2%), trong đó có 2 BN phải đặt sonde tiểu. Có 1 BN chảy máu sau mổ (1,9%) được xử trí tiểu phẫu khâu cầm máu. Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn trong 3 tháng đầu là 3,8% (2BN)

**Bảng 6: Kết quả xa sau mổ (sau mổ 3 tháng) (n=52)**

| Các biến chứng xa sau mổ |        | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--------|--------|-----------|
| Tái phát                 |        | 0      | 0         |
| Mất tự chủ hậu môn       | ĐỘ I   | 1      | 1,9       |
|                          | ĐỘ II  | 0      | 0         |
|                          | ĐỘ III | 0      | 0         |
| Hẹp hậu môn              |        | 0      | 0         |

**Nhận xét:** Tỷ lệ tái phát là 0%. Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn sau 3 tháng là 1,9% (1BN) (2 BN mất tự chủ độ I có 1 BN phục hồi sau 3 tháng). Xếp loại kết quả chung: Tốt: 51/52 (98,1%), trung bình 1/52 (1,9%), kém (0%)

## IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng:** Lứa tuổi hay gặp là 21- 40, chiếm 46,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 12 lần. Nam gặp nhiều hơn nữ có thể do một số yếu tố thuận lợi: các viêm nhiễm vùng quanh hậu môn ở nam cao gấp 3 lần nữ giới, có sự khác biệt về mật độ lông mọc quanh hậu môn, tăng tiết mồ hôi và kém vệ sinh hơn [6]. Có 56,9% số lỗ ngoài và 64,2% số lỗ trong nằm ở nửa sau hậu môn, số lỗ trong vị trí 6 giờ là 34,8 %. Các tác giả đều cho rằng sở dĩ như vậy là do các tuyến Herrmann – Desfosses, nơi xuất phát của quá trình viêm mủ nằm tập trung phần lớn ở nửa sau của ống hậu môn [1].

Phân loại theo mối liên quan giữa đường rò với hệ thống cơ thắt có ý nghĩa thực tiễn nhất, vì nó liên quan đến chỉ định phương pháp mổ: Loại rò thấp (rò xuyên cơ thắt thấp và rò xuyên cơ thắt trung gian) thường gặp nhất 63,5%, không có trường hợp nào rò ngoài cơ thắt. Với phân loại theo hình thái lâm sàng: rò đơn thuần gặp 38,5%, rò móng ngựa 30,8%, rò kép 23,1%, rò tam 1,9%, rò chữ Y 5,7%.

**Phương pháp phẫu thuật:** Vấn đề mấu chốt trong phẫu thuật RHM đó là tìm thấy được lỗ trong, cùng với đó là việc xác định mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt và lựa chọn phương pháp mổ phù hợp [5],[7]. Phẫu thuật cắt đường rò mở ngò 1 thì áp dụng 67,3%, đặt seton 5,8%, phương pháp cắt đường rò đặt dẫn lưu áp dụng trong 19,2%, đặt seton kết hợp dẫn lưu 7,7%. Với các trường hợp áp xe và rò hậu môn móng ngựa chúng tôi áp dụng phương pháp cắt đường rò đặt dẫn lưu hoặc đặt seton kết hợp đặt dẫn lưu theo Hanley[8] Có thể thấy, cắt đường rò mở ngò một thì là phương pháp được áp dụng nhiều nhất (86,5%), các tác giả đều cho rằng cắt đường rò mở ngò là phương pháp tối ưu cho các trường hợp rò thấp và một số trường hợp xuyên cơ thắt cao, mở ngò giúp vết mổ yên tĩnh nghỉ ngơi và được dẫn lưu tốt, tạo điều kiện lành sẹo tốt hơn [4],[5]

**Kết quả điều trị.** Thời gian liền sẹo trung bình sau mổ RHM là  $8,5 \pm 0,6$  tuần. Kết quả này cũng tương đương như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hòa[5] thời gian liền sẹo trung bình là  $7,07 \pm 3,48$  tuần, ngắn nhất là 2 tuần và dài nhất là 20 tuần.

**Rò tái phát:** Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị tái phát. Tái phát sau mổ là tình trạng sau mổ từ 6-8 tuần khi sẹo mổ đã liền mà vẫn còn xuất hiện lỗ rò chảy dịch, chảy mủ hoặc ổ áp xe. Các tác giả đều cho rằng, tỷ lệ thất bại của phẫu thuật xuất phát từ một số nguyên nhân sau: tìm và xử trí lỗ trong không tốt, không đánh giá đúng các hình thái lâm sàng trước và trong mổ, nhất là các đường rò phức tạp có nhiều nhánh phụ, túi cùng và mối liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt. Ngoài ra số lần phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu chưa đúng cách cũng là một trong những yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật [5],[7]. Trong nghiên cứu này, tất cả các BN đều tìm thấy được lỗ trong, chúng tôi tìm lỗ trong dựa trên định hướng của MRI, trong mổ tiến hành các phương pháp bơm oxy già, bơm xanh methylen, dùng que thăm dò và nếu các phương pháp trên thất bại chúng tôi tiến hành phẫu tích tỉ mỉ, cắt đường rò từ lỗ ngoài vào trong để tìm lỗ trong. Với các trường hợp rò tái phát, chia

khóa phẫu thuật thành công vẫn là phải tìm được lỗ rò trong, bên cạnh đó phải tìm và xử lý hết các đường rò phụ, góc ngách được tạo thành từ lần mổ trước. Với các trường hợp áp xe và rò hậu môn móng ngựa chúng tôi áp dụng phương pháp cắt đường rò đặt dẫn lưu hoặc đặt seton kết hợp đặt dẫn lưu theo Hanley[8], các BN đều được mổ 1 thì, kết quả tốt không có bệnh nhân nào bị tái phát và mất tự chủ hậu môn, sẹo mổ nhỏ và thời gian lành sẹo nhanh hơn so với phẫu thuật nhiều thì trước đây [1]

**Biến chứng mất tự chủ hậu môn:** Khi can thiệp phẫu thuật trực tiếp, hệ thống cơ thắt ít nhiều đều bị tổn thương, sự toàn vẹn của ống hậu môn trực tràng mất đi tạm thời hoặc vĩnh viễn, sẽ dẫn tới sự mất tự chủ của hậu môn ở nhiều mức độ, có thể hồi phục hoặc không[5]. Có 2/52 BN (3,8%) có biểu hiện mất tự chủ độ I, 97,2% không bị mất tự chủ hậu môn sau mổ 3 tháng đầu. 2 BN mất tự chủ đều là các trường hợp rò cao: 1 BN rò trên cơ thắt, được mổ đặt seton và 1 BN rò tái phát, xuyên cơ thắt cao được mổ cắt đường rò. Sau 3 tháng còn 1/52 BN (1,9%) vẫn còn mất tự chủ. Theo chúng tôi, chỉ định cắt đường rò 1 thì áp dụng với các trường hợp rò thấp và một số trường hợp rò xuyên cơ thắt cao IIC, không nên áp dụng rộng rãi với những trường hợp rò từ IIC trở lên, nhất là khi rò phối hợp với các ổ áp xe lớn, rò móng ngựa, rò kép. Với các BN rò cao này chúng tôi áp dụng đặt seton. Với rò kép: nếu 2 đường rò xuyên cơ thắt thấp hoặc trung gian, chúng tôi tiến hành cắt 2 đường rò; nếu có 1 đường rò xuyên cơ thắt cao: đặt seton đường rò xuyên cơ thắt cao và cắt mở ngò đường rò còn lại. Với rò tam: cũng nguyên tắc tương tự: đặt seton đường rò xuyên cơ thắt cao và cắt mở ngò các đường rò còn lại.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 52 BN RHM phức tạp chúng tôi thấy: tuổi trung bình là  $42,5 \pm 11,6$  (tuổi); 56,9% lỗ ngoài và 64,2% lỗ trong nằm ở nửa sau hậu môn. Loại rò thấp (xuyên cơ thắt thấp và trung gian) thường gặp nhất, chiếm 67,3%. Phẫu thuật cắt đường rò mở ngò một thì là phương pháp được áp dụng nhiều nhất (86,5%). Không có trường hợp nào bị tái phát. Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn gần là 3,8% và giảm xuống 1,9% sau 3 tháng. Xếp loại kết quả chung: Tốt 98,1% ; trung bình 1,9%. Tìm được lỗ rò trong là chìa khóa thành công của phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phải phù hợp với phân loại đường rò.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Hùng** (2001), "Rò hậu môn hình móng ngựa: chẩn đoán và điều trị", Ngoại khoa, số 3, 54-58.
2. **Avraham Belizon and Weiss E.G.** (2010). Complex Anal Fistula, Coloproctology, Chapter 13, pp. 161-169
3. **Adamina M., Ross T., et al** (2014), "Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae", Colorectal Disease, Vol 16, pp. 547-554.
4. **Nguyễn Trung Tín, Bùi Xuân Cường** (2012), "Kết quả điều trị áp xe hậu môn bằng phương pháp cột thun bó cơ thắt ngay khi rách thảo mù", Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 16 (1), 126-131.
5. **Nguyễn Hoàng Hòa** (2016), "Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp". Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
6. **Gordon P.H., Nivatvongs S.** (1992): Principles and practice of Surgery for the colon, rectum and anus. Quality Medical Publishing-St Louis-Missouri- US of America.
7. **Đỗ Đình Công** (2007), "Nguyên nhân thất bại của điều trị phẫu thuật bệnh rò hậu môn", Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 11 (1), 177-179
8. **S. Leventoglu., B. Ege., B. B. Menten., et al** (2013), "Treatment for horseshoe fistula with the modified Hanley procedure using a hybrid seton: results of 21 cases", Tech Coloproctol, Vol 17(4), pp. 411-7

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM BẨM SINH

Đỗ Anh Tiến<sup>1,2</sup>, Nguyễn Bá Phong<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Thái Dương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và khả năng thực hiện phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh. **Tóm tắt:** Bệnh tim bẩm sinh chiếm khoảng 0,8 % tổng số trẻ sinh ra sống. Nếu bệnh không được phát hiện và điều trị từ hồi nhỏ có thể phát triển thành bệnh tim bẩm sinh ở người trưởng thành. Phẫu thuật tim hở điều trị bệnh sinh được thực hiện qua đường mở xương ức lần đầu tiên năm 1953 bởi Gibbon và đã trở thành thường quy tại các bệnh viện. Ngày nay, ngoài phẫu thuật kinh điển qua đường mở xương ức thì phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh đang trở thành xu hướng và ngày càng phát triển rộng rãi. Tại bệnh viện E, phẫu thuật ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh được áp dụng từ năm 2012. Để đánh giá kết quả cũng như khả năng thực hiện kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. Từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 12 năm 2023 có 1020 bệnh nhân tim bẩm sinh được phẫu thuật ít xâm lấn bao gồm 403 bệnh nhân thông liên nhĩ, 497 bệnh nhân thông liên thất, 70 bệnh nhân thông sán nhĩ thất bán phần, 50 bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp (tứ chứng Fallot, thông sán nhĩ thất thể toàn bộ, hội chứng Ebstein, tim một tâm thất). Các phẫu thuật ít xâm lấn được thực hiện bao gồm: mở ngực (trước bên hoặc nách phải, nách trái), nội soi hỗ trợ, nội soi toàn bộ. **Kết quả:** Không có bệnh nhân tử vong sớm sau mổ, không có bệnh nhân phải chuyển mổ xương ức. Có 8 bệnh nhân phải mổ lại vì chảy máu: 5 bệnh nhân thông liên nhĩ, 3 bệnh nhân thông liên thất; 5 bệnh nhân tai biến mạch não sau mổ: 1 thông liên nhĩ, 3 thông liên thất, 1 thông sán nhĩ thất bán phần.

Có 4 bệnh nhân bị hẹp động mạch đùi chung phải mổ lại trong đó 2 bệnh nhân bị huyết khối ngay sau mổ và 2 bệnh nhân bị hẹp động mạch đùi chung; 3 bệnh nhân thông liên thất bị block nhĩ thất cấp 3 cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. **Kết luận:** Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn điều trị bệnh tim bẩm sinh có thể thực hiện an toàn với kết quả sớm tốt. **Từ khóa:** phẫu thuật ít xâm lấn, bệnh tim bẩm sinh

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR CONGENITAL HEART DISEASES

**Objective:** To evaluate the feasibility and early results of minimally invasive surgery for congenital heart diseases. **Summary:** The incident of congenital heart disease (CHD) varies about 0,8% all live births. If CHD isn't diagnosis and treatment when the patient was a child it becomes a CHD in an adult. The first open heart surgery was described by Gibbon in 1953, from that time, the open heart surgery has been popular at hospital. Today, beside traditional open heart surgery, minimally invasive congenital heart surgery (MICHs) a widespread tendency. At E hospital, MICHs has been established since 2012. we conducted this study to Evaluate the feasibility and results of minimally invasive surgery for congenital heart diseases. **Subjects and methods:** From 1/2012 to 12/2023, there were 1020 CHDs underwent MICHs which include: Atrial septal defect (403 patients), ventricular septal defect (497 patients), partial atrioventricular septal defect (70 patients), complex CHDs (50 patients - Tetralogy of Fallot, Complete atrioventricular septal defect, Ebstein syndrome, Single ventricular diseases). MICHs are thoracotomy, video assisted endosurgery and totally endosurgery. **The results:** No mortality, no patient had sternotomy. The main complications: 8 patients had re-operation because of bleeding (5 ASD and 3 VSD); 5 patients with brain injury (1 ASD, 3 VSD and 1 pAVSD); 4 patients with common femoral artery sternotic who had repair femoral artery; 3 patients VSD had permanent pacemaker implantation.

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tiến

Email: bsdoanhvien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025