

DÒ HẬU MÔN

1-Đại cương:

Dò hậu môn là một đường hầm, thành được lót bởi mô hạt, đầu (lỗ) trong nằm ở ống hậu môn, đầu (lỗ) ngoài nằm ở phần da quanh ống hậu môn.

Áp-xe cạnh hậu môn được định nghĩa là một khối nung mủ ở vùng cạnh hậu môn.

95% dò hậu môn có nguồn gốc từ viêm ống tuyến hậu môn. Ống tuyến hậu môn bị viêm dẫn đến hình thành một ổ nung mủ (áp-xe) cạnh hậu môn. Áp-xe cạnh hậu môn, khi tìm đường thoát mủ ra ngoài hay vào lòng trực tràng, sẽ tạo thành đường dò.

Trong 5% các trường hợp còn lại, dò hậu môn có nguồn gốc từ:

- o Chấn thương
- o Ung thư
- o Các bệnh lý viêm nhiễm mãn tính vùng trực tràng hậu môn: lao, Crohn, viêm túi thừa, nhiễm Chlamydia, actinomycoses...
- o Nứt hậu môn (gây áp-xe và dò dưới da)

Nếu dò hậu môn có nguồn gốc từ ống tuyến hậu môn, lỗ trong sẽ nằm trên đường lược. Thể lâm sàng duy nhất của dò hậu môn do viêm ống tuyến hậu môn mà lỗ trong nằm ở thành trực tràng là dò hậu môn ngoài cơ thắt.

Nếu dò hậu môn do các nguyên nhân khác, lỗ trong sẽ nằm ở vị trí bất kỳ, trong đó có thể xuất phát từ thành trực tràng. Bài này chỉ đề cập đến dò hậu môn và áp-xe do viêm ống tuyến hậu môn.

Phân loại áp-xe cạnh hậu môn (do viêm ống tuyến hậu môn) (hình 1):

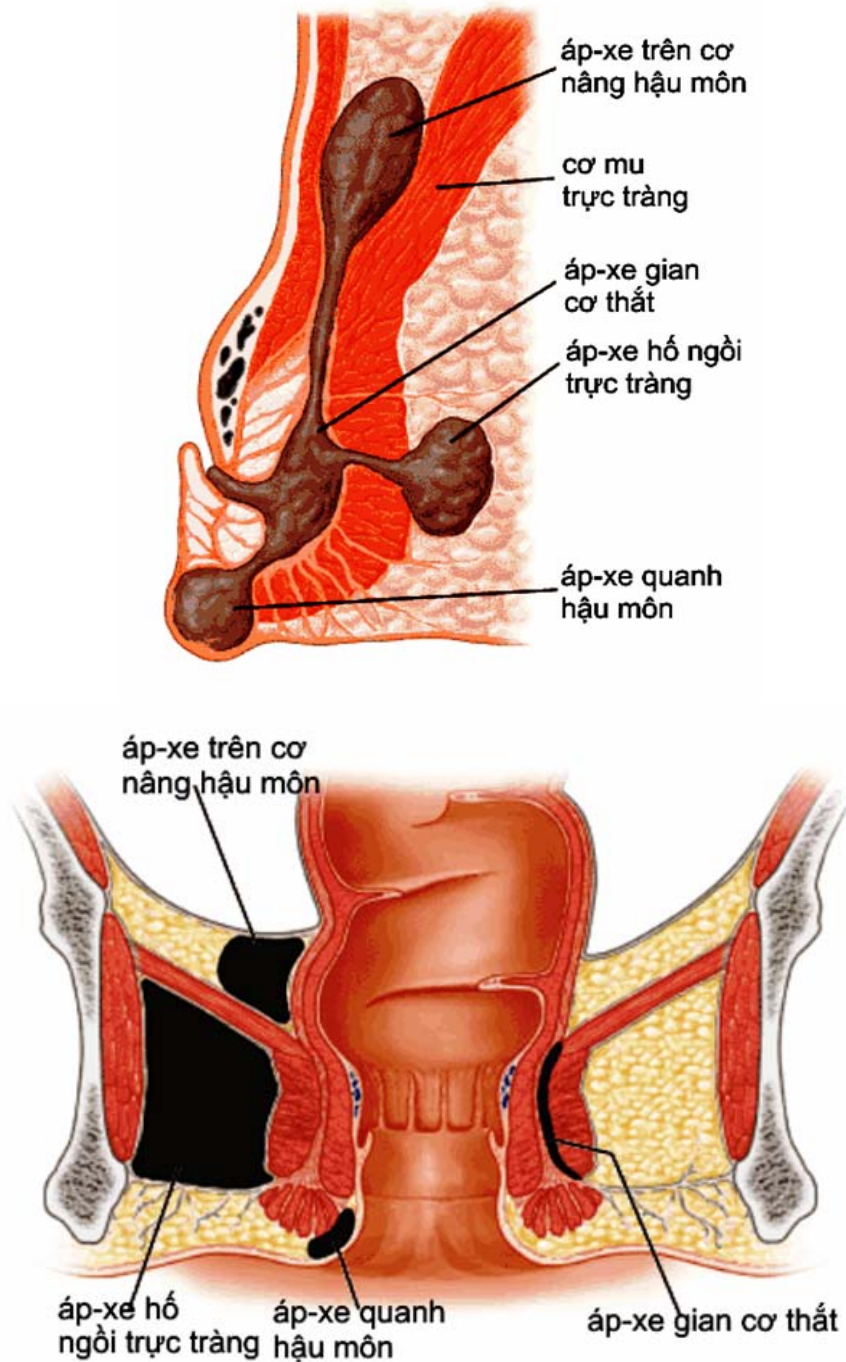
- o Áp-xe dưới da (quanh hậu môn)
- o Áp-xe gian cơ thắt
- o Áp-xe trên cơ nâng hậu môn
- o Áp-xe hố ngồi trực tràng
- o Áp-xe kết hợp, trên cơ nâng và hố ngồi trực tràng (áp-xe hình quả tạ)

Áp-xe trên cơ nâng hậu môn là nguồn gốc của dò hậu môn thể ngoài cơ thắt: khi ổ áp-xe tìm đường vỡ vào lòng trực tràng và vỡ ra da, đường dò hậu môn thể ngoài cơ thắt sẽ hình thành.

Phân loại dò hậu môn:

- o Theo tính chất đơn giản hay phức tạp:
 - Dò đơn giản:
 - ▲ Có một lỗ trong, một lỗ ngoài và một đường dò nguyên phát nối hai lỗ.
 - ▲ Định luật Goodsall (hình 2): BN nằm xấp xỉ, nếu lỗ ngoài nằm ở $\frac{1}{2}$ trên đường ngang qua ống hậu môn, lỗ trong sẽ nằm trên đường giữa. Nếu lỗ ngoài nằm ở $\frac{1}{2}$ dưới, lỗ trong sẽ nằm trên đường hướng

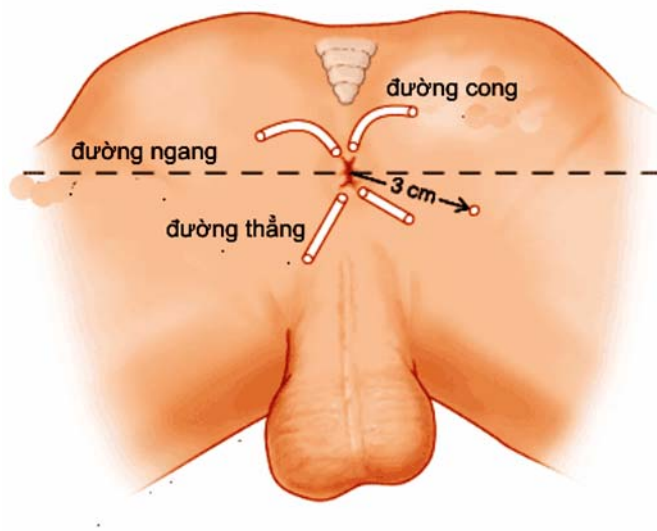
tâm (đặc điểm này sẽ thay đổi nếu lỗ ngoài nằm cách rìa hậu môn 2-3 cm) .



Hình 1- Vị trí của áp-xe cạnh hậu môn trong mối tương quan với cấu trúc giải phẫu của ống hậu môn

▪ Dò phức tạp:

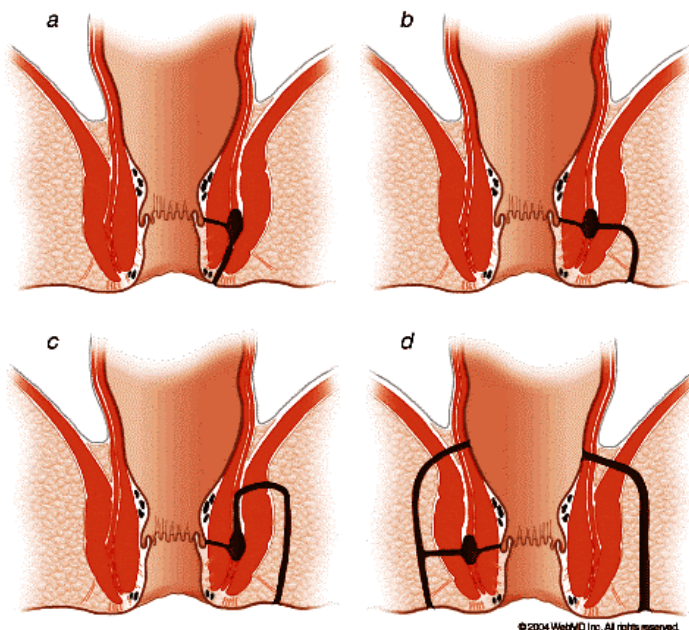
- ▲ Có một lỗ trong, một đường dò nguyên phát và một hay nhiều đường thứ phát, mỗi đường dò có một lỗ ngoài.
- ▲ Dò móng ngựa: lỗ trong nằm ở phần sau hậu môn, đường dò nguyên và thứ phát đi vòng ra hai bên, trong hố ngồi-trực tràng.



Hình 2- Mối liên quan giữa lỗ trong và lỗ ngoài của một đường dò hậu môn theo định luật Goodsall

o Theo phần cơ thắt có liên quan (hình 3):

- Được ứng dụng nhiều trên lâm sàng vì có liên quan đến việc chọn lựa phương pháp điều trị.
- Tùy theo khối lượng của phần cơ thắt có liên quan (phần cơ thắt nằm giữa đường dò và bề mặt biểu mô của ống hậu môn), dò hậu môn được phân thành 4 loại chính:
 - ▲ Dò gian cơ thắt (70%)
 - ▲ Dò ngang cơ thắt (24%) bao gồm dò ngang cơ thắt thấp và dò ngang cơ thắt cao
 - ▲ Dò trên cơ thắt (5%)
 - ▲ Dò ngoài cơ thắt (1%)



Hình 3- Các kiểu dò hậu môn: a-Dò gian cơ thắt, b-Dò ngang cơ thắt, c-Dò trên cơ thắt, d-Dò ngoài cơ thắt.

2-Chẩn đoán:**2.1-Chẩn đoán áp-xe cạnh hậu môn:**

Lâm sàng nghĩ đến áp-xe cạnh hậu môn khi BN than đau nhức vùng hậu môn kèm sốt. Khi thăm khám, tùy vào vị trí của ổ áp-xe mà BN có các dấu hiệu thực thể sau:

- o Áp-xe gian cơ thắt: cạnh hậu môn có một khối gồ lên, nóng, đỏ, đau. Các nếp nhăn rìa hậu môn mất. Nếu thăm trực tràng (không cần thiết vì sẽ làm cho BN đau đớn): không còn cảm giác xiết chặt bình thường của cơ thắt, thay vào đó là một khối, ở một bên ống hậu môn, ép vào ngón tay.
- o Áp-xe hố ngồi trực tràng: khối sưng, nóng, đỏ, đau nằm ở giữa rìa hậu môn và u ngồi, các nếp nhăn da rìa hậu môn còn. Cần thăm trực tràng để loại trừ áp-xe hình quả tạ.
- o Áp-xe trên cơ nâng hậu môn: chỉ phát hiện khi thăm khám trực tràng: một phôi phều cạnh bên trực tràng.

Cần chẩn đoán phân biệt áp-xe cạnh hậu môn với các bệnh lý sau:

- o Áp-xe tuyến apocrine (hydradenitis suppurativa)
- o Nhiễm trùng nang lông
- o Nhiễm trùng nang vùi thượng bì (inclusion cyst)
- o Áp-xe tuyến Bartholin ở nữ

2.2-Chẩn đoán dò hậu môn:

Chẩn đoán lâm sàng: BN bị chảy nước vàng kéo dài vùng hậu môn. Khám: cạnh hậu môn có một nốt sần, giữa có lỗ, ấn nốt sần dịch vàng đục trào qua lỗ. Sờ nắn phần da giữa nốt sần và hậu môn có cảm giác một dây cứng. Thăm trực tràng có thể sờ được lỗ trong, nằm trên đường lược.

Đối với các đường dò đơn giản (một lỗ ngoài, lỗ ngoài nằm lân cận rìa hậu môn), không cần thiết phải có các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, trừ nội soi hậu môn trực tràng để loại trừ các nguyên nhân khác của dò hậu môn không xuất phát từ ống tuyến hậu môn (u bướu, viêm nhiễm...). Việc đánh giá đường dò sẽ được thực hiện trong lúc mổ.

Trong trường hợp dò phức tạp, các phương pháp chẩn đoán sau có thể được chỉ định:

- o X-quang đường dò: bơm thuốc cản quang vào lỗ trong, chụp nhiều tư thế (trước sau, nghiêng, chéo).
- o Siêu âm qua ngã hậu môn-trực tràng: được chỉ định khi không tìm thấy lỗ trong hay nghi ngờ đường dò đi cao (trên cơ thắt, ngoài cơ thắt). Việc bơm oxy già vào lỗ ngoài sẽ làm tăng độ nhạy của chẩn đoán.
- o Đo áp lực cơ thắt: được chỉ định trong trường hợp dò tái phát sau mổ, dò trên cơ thắt, hay BN có bệnh lý làm giảm trương lực cơ thắt (người già yếu, sang chấn sản khoa...)

3-Điều trị:**3.1-Điều trị áp-xe cạnh hậu môn:**

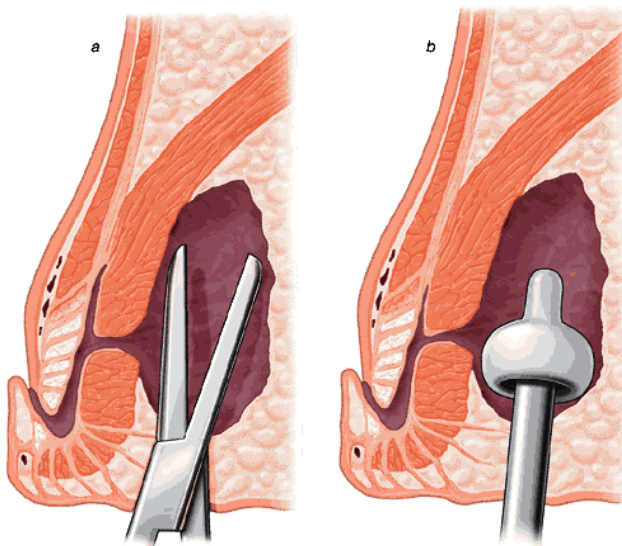
Áp-xe cạnh hậu môn, nếu không được dẫn lưu kịp thời, có thể gây viêm tấy lan rộng vùng tầng sinh môn.

Nguyên tắc: chủ yếu là dẫn lưu mủ. Không nên cố gắng cắt đường dò, trừ trường hợp áp-xe tái phát trên BN đã được chẩn đoán dò hậu môn, đường dò đơn giản và đã định hình rõ.

Chuẩn bị trước mổ: cho kháng sinh và thuốc giảm đau.

Nội dung phẫu thuật:

- o Phương pháp vô cảm: thường là gây mê tĩnh mạch. Nếu ổ áp-xe có dấu hiệu phập phều rõ, chỉ cần tiền mê với các dẫn xuất của morphine là đủ.
- o Áp-xe tái phát trên BN đã có dò hậu môn: xử trí như dò hậu môn (cắt đường dò hay đặt seton).
- o Áp-xe gian cơ thắt: rạch da hình vòng cung 2cm cạnh hậu môn, trên khối áp-xe, tách lớp nông của cơ thắt vào ổ áp-xe, bơm rửa với dung dịch povidone-iodine hay oxy già, nhét một gác tấm povidone-iodine vào ổ áp-xe. Chú ý không phá rộng ổ áp-xe vì có thể làm tổn thương nhiều ở cơ thắt.
- o Áp-xe hố ngồi trực tràng: rạch da, tách lớp mỡ trong hố ngồi trực tràng vào ổ áp-xe. Sau khi bơm rửa, đặt một thông có đầu hình nấm (Pezzer, Malecot) vào ổ áp-xe (hình 4).



Hình 4- Đặt thông đầu hình nấm trong ổ áp-xe hố ngồi trực tràng

- o Áp-xe hình quả tạ: đường rạch da như áp-xe hố ngồi trực tràng. Sau khi bơm rửa ổ áp-xe, đặt một thông có đầu hình nấm (Pezzer, Malecot) đưa lên trên sao cho đầu nấm của thông nằm trong ổ áp-xe trên cơ nâng hậu môn.
- o Áp-xe trên cơ nâng hậu môn: dẫn lưu mủ qua thành trực tràng.

Chăm sóc hậu phẫu:

- o Tiếp tục sử dụng kháng sinh 3-5 ngày sau mổ
- o Thay gác tấm một vài ngày đầu đối với áp-xe gian cơ thắt, sau đó cho BN ngâm hậu môn hàng ngày với nước ấm pha povidone-iodine cho đến khi vết thương lành hẳn. Phần lớn các áp-xe gian cơ thắt có thể lành hẳn mà không chuyển thành dò hậu môn.
- o Nếu có đặt một thông hình nấm vào ổ áp-xe, bơm rửa ổ áp-xe hàng ngày trong vòng hai tuần đầu. Mỗi lần bơm rửa chú ý quan sát xem có chảy dung dịch bơm

rửa qua ngã hậu môn hay không. Sự chảy dịch qua ngã hậu môn mỗi lần bơm rửa chứng tỏ có sự tồn tại của lỗ trong. Nếu không có sự chảy dịch qua ngã hậu môn, rút thông, cho BN ngâm hậu môn hàng ngày với nước ấm pha povidone-iodine cho đến khi vết thương lành hẳn. Nếu sau hai tuần mà lỗ trong vẫn tồn tại (50% các trường hợp), BN nên được điều trị dò hậu môn bằng phẫu thuật.

3.2-Điều trị dò hậu môn:

3.2.1-Cắt mở đường dò (fistulostomy):

Nguyên tắc: cắt đường dò từ lỗ trong ra lỗ ngoài, mở đường dò ra bề mặt (biến “đường hầm” thành “đường hào”). Đường dò sẽ lành từ đáy lên bề mặt. Phương pháp này cũng cắt phần cơ thắt có liên quan. Nếu phần cơ thắt bị cắt nhiều, BN sẽ không kiểm soát vấn đề giữ phân (són phân hay tiêu không tự chủ)

Chỉ định:

- o Dò gian cơ thắt
- o Dò xuyên cơ thắt thấp (trừ đường dò ở 1/2 trước hậu môn ở BN nữ)

Chuẩn bị trước mổ:

- o Thụt tháo trực tràng
- o Cho kháng sinh

Kỹ thuật (hình 5):

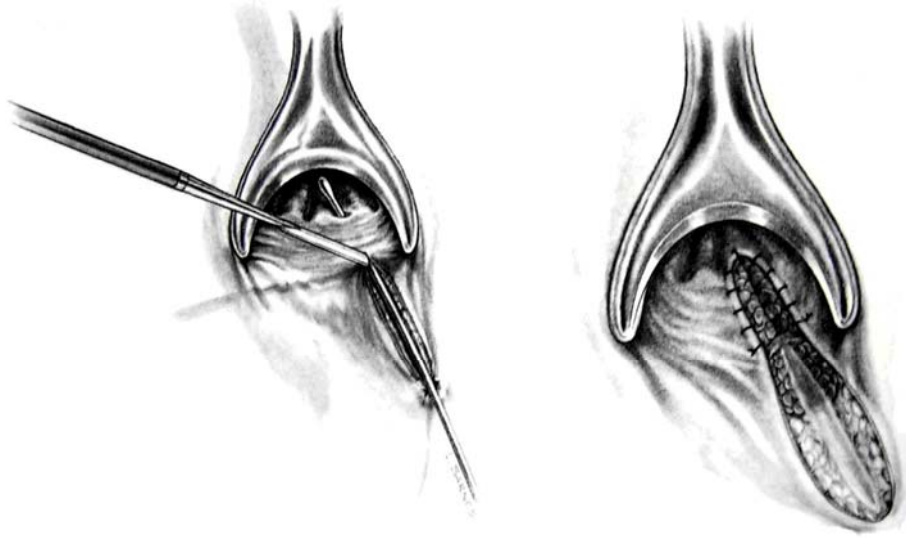
- o Nong hậu môn, đặt mỏ vịt
- o Tìm lỗ trong. Trong trường hợp không thấy lỗ trong, có thể áp dụng các biện pháp sau:
 - Bơm oxy già, xanh methylene, sữa...vào lỗ ngoài, đồng thời quan sát các chất này sủi lên ở vị trí lỗ trong.
 - Lôi kéo lỗ ngoài, lỗ trong sẽ nhô lên thụt vào trên thành ống hậu môn.
- o Dùng que đầu tù luồn nhẹ nhàng từ lỗ ngoài theo đường dò vào lỗ trong.
- o Sau khi đưa được que từ lỗ ngoài vào lỗ trong, dùng dao cắt da, mô mỡ dưới da, phần cơ thắt trong ở phía trong que.
- o Nạo sạch mô hạt
- o Nếu cắt bỏ mô xơ trên thành đường dò, thời gian lành sẽ nhanh hơn.
- o Gởi các mẫu mô được cắt đến phòng giải phẫu bệnh để loại trừ các nguyên nhân khác của dò hậu môn.

Chăm sóc hậu phẫu:

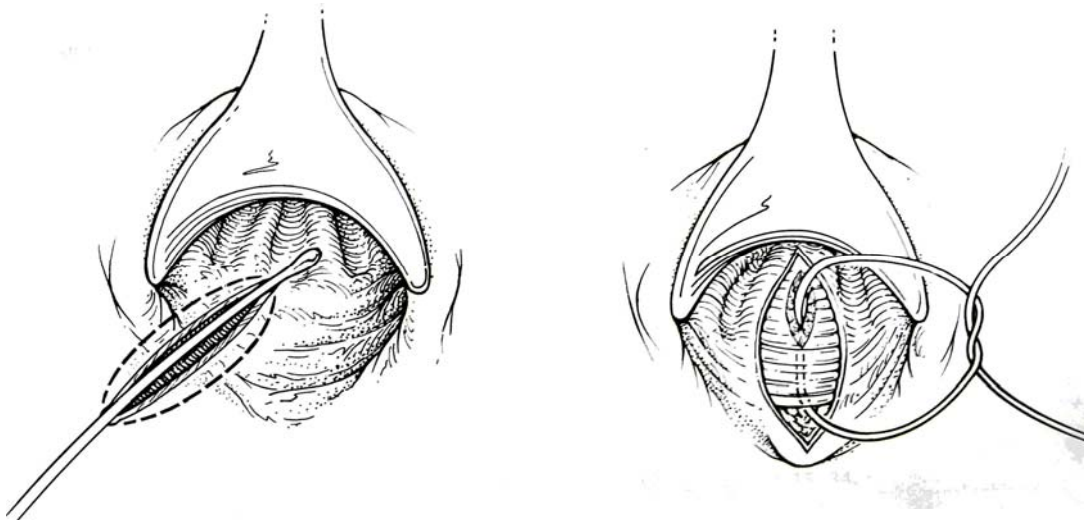
- o Tiếp tục dùng kháng sinh khoảng 3 ngày sau mổ.
- o Ngâm hậu môn ngày 2 lần. Khi ngâm, dùng ngón tay miết vào vết thương để cho vết thương lành từ đáy lên trên, từ trong ra ngoài, đồng thời hạn chế nguy cơ hẹp hậu môn.
- o Thời gian lành hẳn vết thương trung bình 6 tuần, hiếm khi quá 12 tuần.

3.2.2-Đặt seton:

Nguyên tắc: cắt đường dò “dần dần”, để đường dò lành mà vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt.



Hình 5- Kỹ thuật cắt mở đường dò trong điều trị dò hậu môn



Hình 6- So sánh cắt mở đường dò (hình trái) và đặt seton trong điều trị dò hậu môn.

Chỉ định:

- o BN nữ có đường dò ở 1/2 trước hậu môn
- o Dò tái phát
- o Dò phức tạp
- o Dò xuyên cơ thắt cao, trên hay ngoài cơ thắt
- o Dò hậu môn ở BN có trương lực cơ thắt thấp

Nội dung điều trị:

- o Các bước đầu tương tự như cắt mở đường dò
- o Không cắt cơ thắt. Luồn một sợi chỉ silk to hay dải cao su (Penrose) từ lỗ ngoài vào lỗ trong, buộc quanh phần cơ thắt có liên quan (hình 6).

- o Sau mổ, xiết dần seton mỗi khi BN tái khám, cho tới khi seton cắt xuyên qua phần cơ thắt và rớt ra ngoài.

3.2.3-Bít đường dò bằng keo fibrin:

Các bước chính của phương pháp bít đường dò bằng keo fibrin trong điều trị dò hậu môn:

- o Nạo sạch mô hạt thành đường dò
- o Khâu kín lỗ trong
- o Bơm keo fibrin vào đường dò

Phương pháp này cho tỉ lệ lành đường dò thấp.

3.2.4-Chuyển vạt nội trực tràng (endorectal advancement flap):

Nguyên tắc: tách một mảnh niêm mạc thành trực tràng, chuyển xuống và khâu che lên lỗ dò trong. Có thể kết hợp với bơm keo fibrin vào đường dò.

Đây là phương pháp lý tưởng để điều trị các đường dò cao.

3.2.5-Kết quả và biến chứng:

Kết quả:

- o Sau cắt mở đường dò, tỉ lệ tái phát 0-17%, tỉ lệ són phân 3-7%.
- o Sau đặt seton, tỉ lệ tái phát 0-18%, tỉ lệ són phân 0-17%.

Biến chứng sau mổ:

- o Chảy máu
- o Són phân: do một phần đáng kể cơ thắt hậu môn bị cắt đứt, hay cắt mở đường dò ở BN có trương lực cơ thắt thấp.
- o Hẹp hậu môn: có thể xảy ra, nếu sau cắt đường dò mô sợi xơ phát triển quá mức.