



ÁP XE HẬU MÔN- RÒ HẬU MÔN

Sub by Team đi trễ

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Bộ môn Ngoại
PGS. TS. BS. Nguyễn Trung Tín
Ths. BS Lê Châu Hoàng Quốc Chương
Ths. BS Trần Thị Hoàng Ngâu

Phần ghi chú ở slide của GV là chữ màu đỏ



Phần sub là chữ màu xanh

Nội dung

01 Dịch tễ học

Nêu được tần suất bệnh áp xe và rò hậu môn

02 Giải phẫu học

Nêu được giải phẫu vùng hậu môn liên quan bệnh áp xe và rò hậu môn

03 Cơ chế bệnh sinh

Trình bày được nguyên nhân và sinh bệnh học của áp xe và rò hậu môn

04 Phân loại

Nêu được các phân loại áp xe và rò hậu môn

05 Chẩn đoán

Chẩn đoán được bệnh áp xe và rò hậu môn

06 Điều trị

Trình bày được nguyên tắc và phương pháp điều trị



Dịch tễ học

Dịch tễ học

Áp xe hậu môn

- Là bệnh thường gặp ở người lớn, đứng hàng thứ hai sau bệnh trĩ
- Anh: 14.000- 20.000 người/ năm
- Thụy Điển: 16,1/100.000 dân
- Hoa Kỳ: 100.000 người/ năm
- Tuổi TB là 40 tuổi (từ 20- 60)
- Nam:nữ = 2: 1

Rò hậu môn

- Hoa Kỳ: 20000 – 25000 người/ năm
- Nam/nữ= 2:1- 4:1, tỷ lệ cao nhất được báo cáo ở Ấn Độ là 4:1
- Lứa tuổi thường dưới 40 tuổi (từ 30-50)
- Tỷ lệ xuất hiện ở người nhỏ tuổi hơn xảy ra theo báo cáo ở Nigeria và người Mỹ da đen
- Tỷ lệ mắc bệnh này có thể được đánh giá thấp vì nhiều bệnh nhân có triệu chứng hậu môn trực tràng thường nghĩ là mình bị bệnh trĩ do đó không đi khám và để được chẩn đoán chính xác.
- Tần suất của rò hậu môn rất khó đánh giá, cho đến nay không có một nghiên cứu dịch tễ nào tính được chính xác tần suất của bệnh rò hậu môn



Giải phẫu học

Giải phẫu học

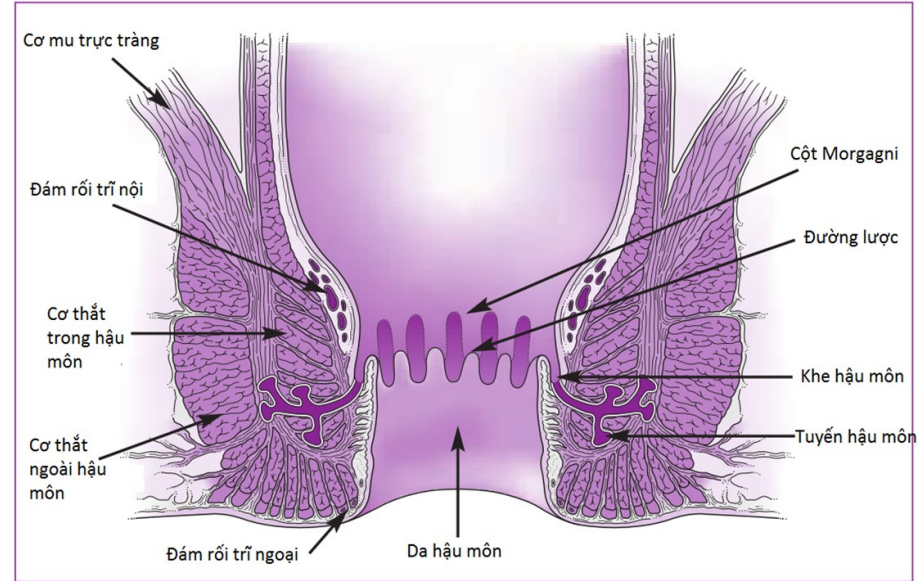
Tuyến hậu môn

Tuyến hậu môn

Do Tác nghẹn ống tuyến

- Park mô tả đầu tiên bệnh sinh của áp xe và rò hậu môn có liên quan đến **NHIỄM TRÙNG** các tuyến hậu môn
- Ở phần dưới niêm mạc của ống HM có những tuyến hậu môn (anal glands- Chiari 1878), đổ vào trong ống hậu môn ở khe hậu môn (crypts of Morgagni)
- Lót bởi biểu mô lát tầng **sừng hóa**
- Có khoảng $\frac{1}{2}$ các tuyến HM sẽ phát triển ra ngoài đến khoang gian cơ thắt
- Đa số tuyến này tập trung ở **phần sau của ống HM (4-12 tuyến)**→ áp xe HM thường ở vị trí này

3h-9h



- Có thể một hoặc nhiều tuyến cùng đổ vào một khe hậu môn. Ngược lại, có đến phân nửa các khe hậu môn không có liên kết với tuyến hậu môn. Những ống của các tuyến này phát triển xuống bên dưới ở lớp dưới niêm mạc hậu môn và ra ngoài với 2/3 các tuyến hậu môn xuyên qua cơ thắt trong hậu môn.
- Chức năng của các tuyến hậu môn hiện nay vẫn chưa được biết rõ. Với phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy có sự hiện diện của các tế bào tiết nhầy trong tuyến hậu môn. Tuy nhiên, các tuyến này tiết ra chất nhầy (mucin) nhưng có thành phần khác với chất tiết nhầy (mucus) của niêm mạc trực tràng có nhiệm vụ bôi trơn cho khối phân khi đi qua vùng trực tràng – hậu môn. Từ nghiên cứu so sánh về giải phẫu học của McColl, thì tuyến hậu môn là cấu trúc riêng biệt có liên quan với sự bài tiết chất tạo mùi (scent secretion) và nó không phải là vết tích còn lại của tuyến tạo mùi sinh dục. Shafik cho là đây không phải là tuyến thật mà chỉ là vết tích còn lại từ sự xếp nếp niêm mạc trực tràng đoạn cuối.

▪ 4 đường quan trọng: đường bờ da HM (ai cũng thấy, rờ đ*т là thấy, ngay bờ rìa HM)

Đường trắng Hilton: đường gian cơ thắt, từ ngoài vào sâu 3-5mm -> có 1 rãnh

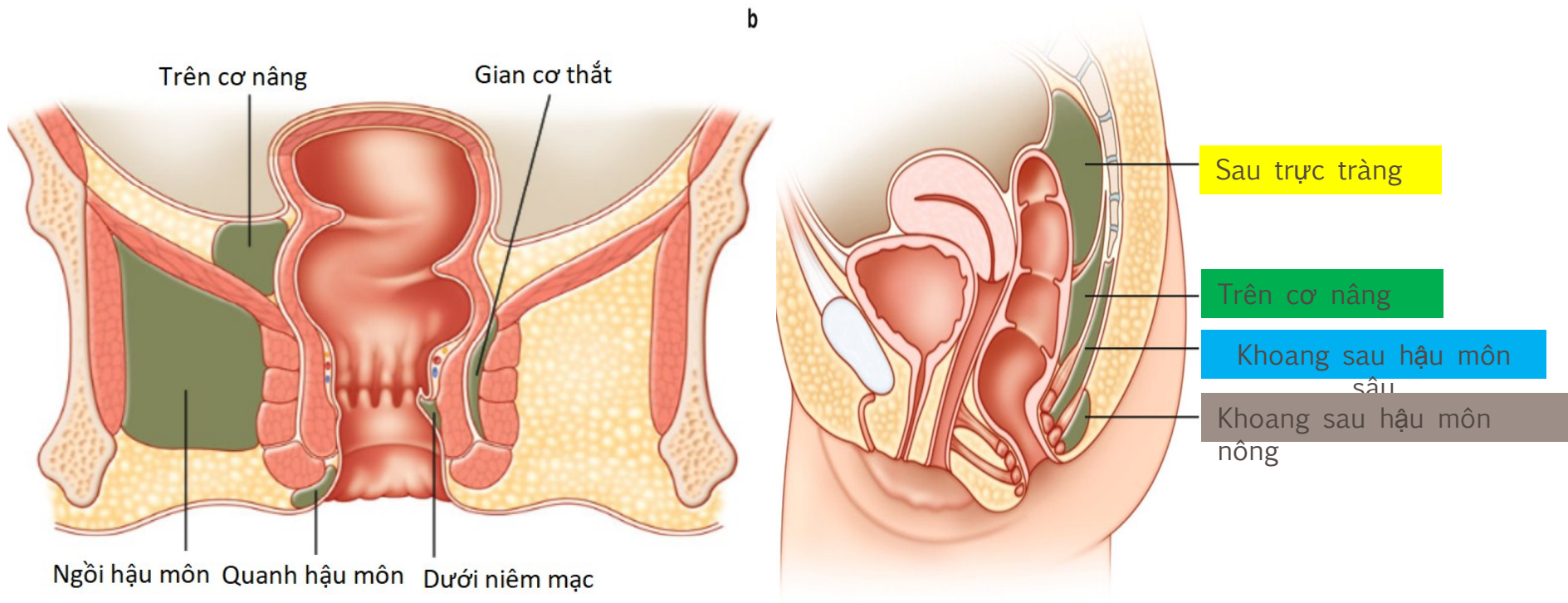
Đường lược: sâu 1,5-2cm cách rìa HM, chỗ niêm mạc hơi gồ ghề, trên nữa là niêm mạc trơn láng mềm mại

Vòng HMTT: ngay vị trí cơ nâng HM giao với cơ thắt trong (đường tưởng tượng, k có khe, k gồ ghề), sâu 4-5cm là mốc đầu tiên của cơ nâng HM (cơ nâng HM loe ra), sâu 6-7cm là thấy loe ra hình phễu -> điểm loe ra là vòng HMTT

- Có thể một hoặc nhiều tuyến cùng đổ vào một khe hậu môn. Ngược lại, có đến phân nửa các khe hậu môn không có liên kết với tuyến hậu môn. Những ống của các tuyến này phát triển xuống bên dưới ở lớp dưới niêm mạc hậu môn và ra ngoài với 2/3 các tuyến hậu môn xuyên qua cơ thắt trong hậu môn.
- Chức năng của các tuyến hậu môn hiện nay vẫn chưa được biết rõ. Với phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy có sự hiện diện của các tế bào tiết nhầy trong tuyến hậu môn. Tuy nhiên, các tuyến này tiết ra chất nhầy (mucin) nhưng có thành phần khác với chất tiết nhầy (mucus) của niêm mạc trực tràng có nhiệm vụ bôi trơn cho khối phân khi đi qua vùng trực tràng – hậu môn. Từ nghiên cứu so sánh về giải phẫu học của McColl, thì tuyến hậu môn là cấu trúc riêng biệt có liên quan với sự bài tiết chất tạo mùi (scent secretion) và nó không phải là vết tích còn lại của tuyến tạo mùi sinh dục. Shafik cho là đây không phải là tuyến thật mà chỉ là vết tích còn lại từ sự xếp nếp niêm mạc trực tràng đoạn cuối.

Giải phẫu học

Các khoang hậu môn



- Khoảng quanh HM: gh bởi da quanh móng và HM, gh trên: bờ ngoài cơ thắt ngoài bó dưới da
Khoang nông nhất -> nhìn thấy sưng quanh HM
- Khoảng ngoài HM: gh bởi bờ ngoài cơ thắt ngoài, gh trên: cơ nâng, ngoài: cơ bịt
Khoang bịt nhất, bên T, P
- Khoảng gian cơ thắt: giữa cơ thắt trong, ngoài
- Khoảng dưới niêm mạc: giữa niêm mạc, bờ trong cơ thắt trong
- Khoảng trên cơ nâng: 1 trong những khoang phức tạp, ngón tay đưa lên HM, ít nhất 6cm mới lên được cơ nâng -> áp xe rất sâu

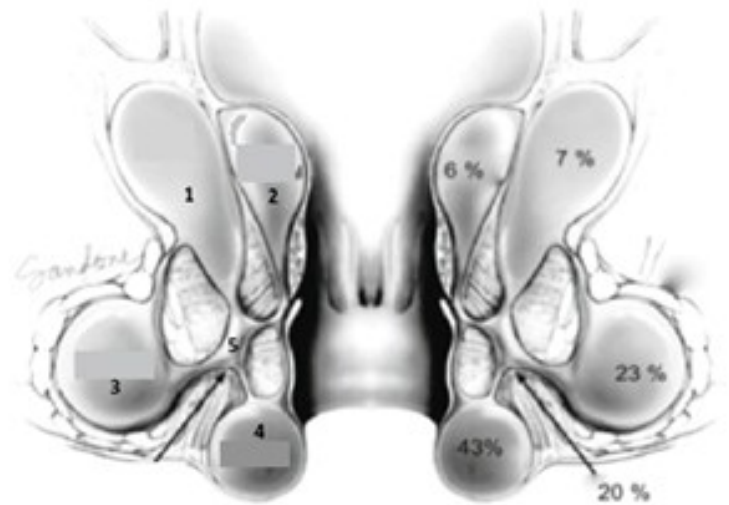




Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế bệnh sinh

- Áp xe phát triển khi một tuyến trong **khe tuyến HM bị tắc nghẽn với các mảnh mô hoại tử** → phát triển của vi khuẩn → áp xe
- Mủ lan theo các mặt phẳng tự nhiên đến các khoang:
 - ✓ Quanh hậu môn
 - ✓ Ngồi hậu môn
 - ✓ Gian cơ thắt
 - ✓ Trên cơ nâng
 - ✓ Sau hậu môn sâu
- **Khoảng một nửa áp xe HM trực tràng** sẽ dẫn đến hình thành rò HM mạn tính



Hướng lan của áp xe hậu môn do nguyên nhân khe tuyến

(1. Khoang trên cơ nâng, 2. Khoang dưới niêm mạc, 3. Khoang ngồi – hậu môn, 4. Khoang quanh hậu môn, 5. Khoang gian cơ thắt).

Một số áp xe di chuyển xuống rãnh gian cơ thất vào khoang dưới da quanh hậu môn, áp xe biểu hiện như một khối mềm, dao động (áp xe quanh hậu môn). Áp xe hậu môn có thể đi theo con đường khác là hướng lên trên cơ nâng hay xuyên cơ thất tạo thành áp xe trong khoang gian cơ thất, áp xe trong khoang ngồi hậu môn và trên cơ nâng để tạo thành áp xe quanh trực tràng

Áp xe: cấp tính

Rò: mạn tính

Áp xe điều trị/ k điều trị: 60% tự lành

40% k lành -> rò HM

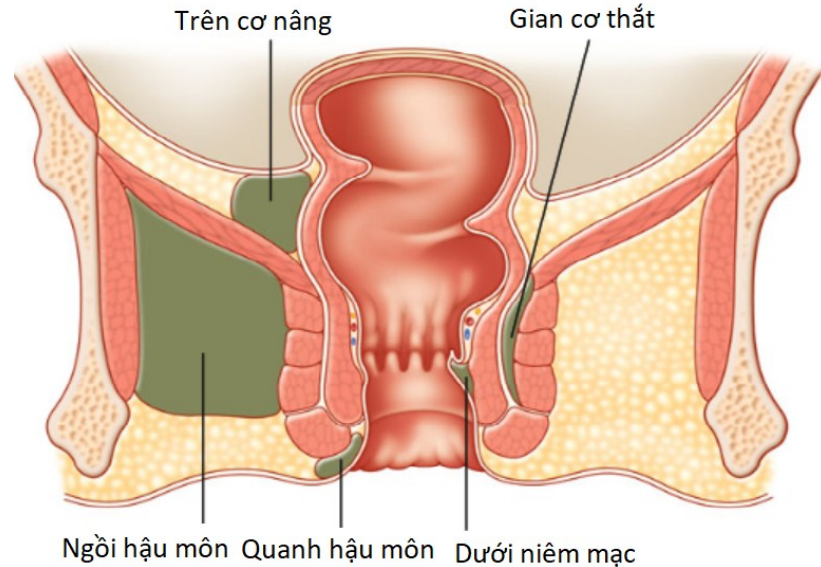


Phân loại

Phân loại

Áp xe hậu môn

- Áp xe khoang dưới niêm mạc
- Áp xe khoang quanh hậu môn
- Áp xe khoang ngòai hậu môn hay còn gọi là áp xe khoang ngòai trực tràng
- Áp xe gian cơ thắt
- Áp xe khoang sau trực tràng
- Áp xe trên cơ nâng
- Áp xe móng ngựa



Vị trí các áp xe hậu môn – trực tràng

- Áp xe khoang dưới niêm mạc: Áp xe nằm giữa niêm mạc của phần trên ống hậu môn và cơ thắt trong, giới hạn dưới là đường lược.
- Áp xe khoang quanh hậu môn: Ổ mủ nằm hai bên quanh ống hậu môn, giới hạn phía dưới là da quanh hậu môn, giới hạn trên là vách ngang.
- Áp xe khoang ngòai hậu môn hay còn gọi là áp xe khoang ngòai trực tràng: Áp xe xuyên qua cơ thắt ngòai hậu môn vào khoang ngòai hậu môn (hình 3) và biểu hiện dưới dạng khối lan tỏa, mềm, phập phều và ần đau cạnh hậu môn.
- Áp xe gian cơ thắt: Áp xe gian cơ thắt nằm trong rãnh giữa cơ thắt trong và ngòai hậu môn. Do đó, áp xe gian cơ thắt thường không gây ra thay đổi da quanh hậu môn nhưng có thể sờ thấy khi thăm khám trực tràng bằng ngón tay như một khối mềm ần đau nhô ra trong lòng hậu môn trực tràng.
- Áp xe khoang sau trực tràng: Ổ mủ nằm phía sau trực tràng, thành dưới là cơ mu – cụt, thành trên là phúc mạc, hai bên là mạc chậu

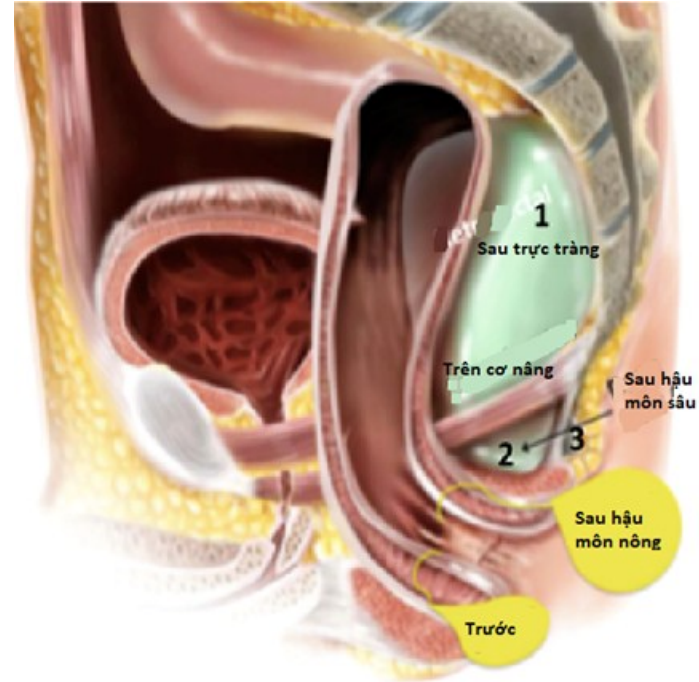
Áp xe trên cơ nâng: ít, 1% do không phát hiện ra

Hiện nay, BV lớn tất cả áp xe HM đều chụp MRI để phát hiện đường rò -> có phải áp xe trên cơ nâng k

Phân loại

Áp xe khoang sau trực tràng

- Ổ mủ nằm phía sau trực tràng
- Thành dưới là cơ mu – cắt
- Thành trên là phúc mạc
- Hai bên là mạc chậu



Áp xe hậu môn khoang sau trực tràng (1) và khoang sau hậu môn sâu (2).

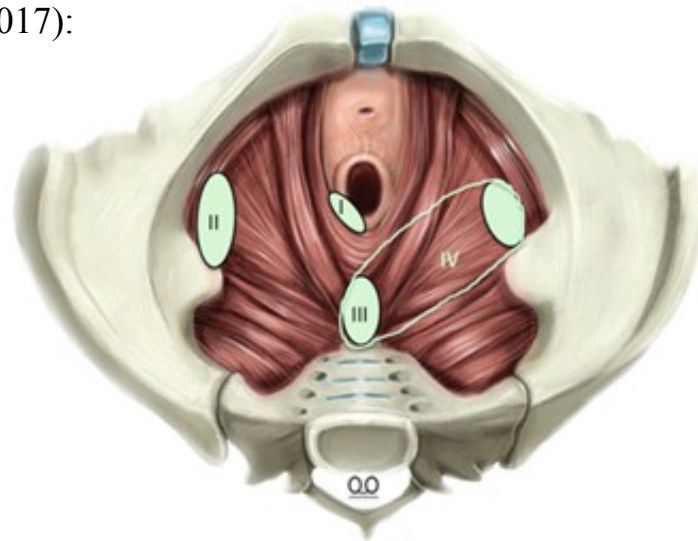
Phân loại

Áp xe hậu môn trên cơ nâng

Áp xe trên cơ nâng được phân thành 4 loại theo tác giả Ortega (2017):

- Loại I: ổ nhiễm khuẩn nguyên phát từ ổ nhiễm gian cơ thắt lan xuyên lên trên cơ nâng, có thể kèm hoặc không kèm lan xuống khoang ngồi – hậu môn cùng bên.
- Loại II: ổ áp xe nguyên phát từ khoang ngồi – hậu môn lan lên trên xuyên cơ nâng cùng bên.
- Loại III: Áp xe trên cơ nâng phía sau ngoài cơ thắt lan từ ổ áp xe nguyên phát là áp xe khoang sau hậu môn sâu.
- Loại IV: Áp xe trên cơ nâng phía ngoài cơ thắt lan đồng thời từ cả hai khoang sau hậu môn sâu và khoang ngồi – hậu môn (một bên hoặc cả hai bên).

2+3



Phân loại áp xe hậu môn trên cơ nâng.

Áp xe trên cơ nâng: Áp xe nằm hai bên trực tràng, thành trên là cơ mu – cột, thành dưới là cơ mu – trực tràng. Áp xe trên cơ nâng có thể bắt nguồn từ hai nguồn khác nhau: nhiễm khuẩn khe tuyến có thể lan lên trên cơ nâng trong theo khoang gian cơ thắt hoặc xuyên cơ thắt ngoài vào khoang ngòai hậu môn rồi lan lên trên cơ nâng qua chỗ bám của cơ nâng vào khoang trên cơ nâng hay nhiễm khuẩn trong khe tuyến xuyên cơ thắt ngoài vào khoang sau hậu môn sâu và lan lên trên cơ nâng qua các thớ cơ của cơ mu trực tràng.

Phân loại

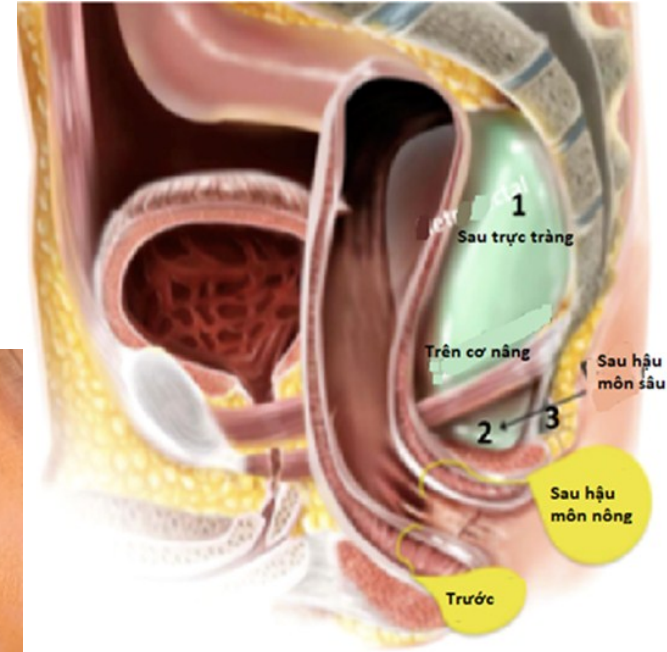
Áp xe hậu môn hình móng ngựa

Ít nhất 2 bên (T, P)

Phân loại áp xe hậu môn hình móng ngựa theo tác giả Ortega (2017):

- Áp xe hình móng ngựa ở phía trước: ở phía trước mặt cắt ngang ống hậu môn.
- Áp xe hình móng ngựa ở phía sau: ở phía sau mặt cắt ngang ống hậu môn, bao gồm:
 - ✓ Áp xe khoang sau hậu môn nông
 - ✓ Áp xe khoang sau hậu môn sâu
 - ✓ Áp xe khoang trên cơ nâng
 - ✓ Áp xe khoang sau trực tràng

Đa số phía sau
(khe tuyến nhiều
ở phía sau)



Áp xe hậu môn móng ngựa.

Phân loại

Phân loại rò hậu môn theo Park

Bảng phân loại này gồm 4 nhóm chính:

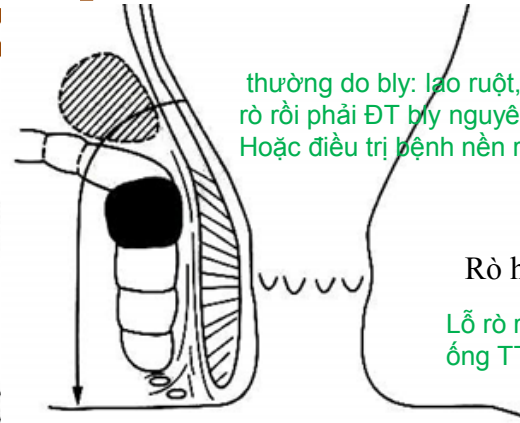
- Gian hai cơ thắt (intersphincteric)
- Xuyên cơ thắt (Transsphincteric)
- Trên cơ thắt (Suprasphincteric)
- Ngoài cơ thắt (Extrasphincteric)

Cơ thắt là cơ thắt ngoài

Phân loại rò hậu môn
Rò hậu môn gian cơ thắt
Rò đơn giản gian cơ thắt thấp
Rò có nhánh chột cao
Rò cao với lỗ mở vào trực tràng
Rò cao với lỗ mở vào trực tràng, không có lỗ ngoài vùng tăng sinh môn
Rò mở rộng ra bên ngoài trực tràng
Rò thứ phát sau các bệnh lý vùng chậu
Rò hậu môn xuyên cơ thắt
Không phức tạp
Rò có nhánh chột cao
Rò hậu môn trên cơ thắt
Không phức tạp
Rò hậu môn hình móng ngựa
Rò hậu môn ngoài ngoài cơ thắt
Thứ phát sau rò hậu môn
Do chấn thương
Do các bệnh lý viêm vùng chậu
Do bệnh lý viêm ruột hoặc các bệnh lý hậu môn khác

Phân Ic

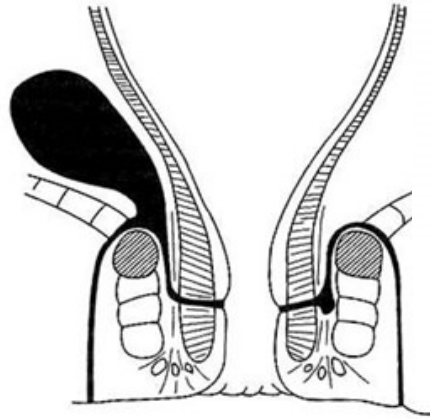
Phân loại rò hậu môn



thường do bly: lao ruột, viêm ruột, Crohn...ĐT lỗ rò rồi phải ĐT bly nguyên nhân
Hoặc điều trị bệnh nền rò có thể tự hồi phục

Rò hậu môn ngoài cơ thắt

Lỗ rò rất cao, thường nằm trên ống TT 7-8cm

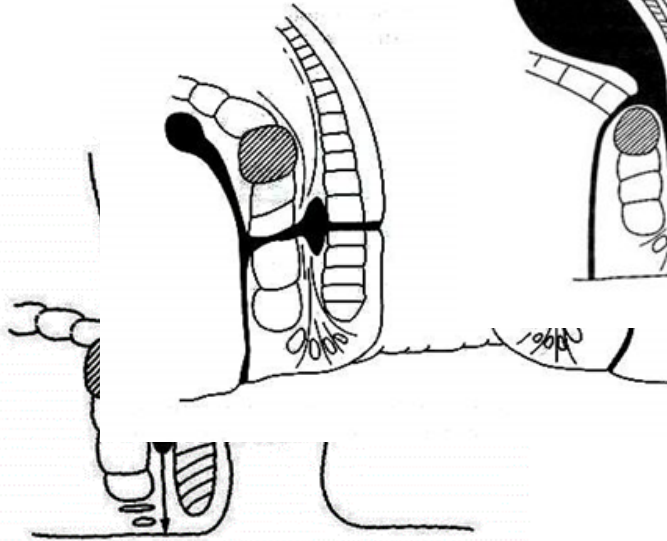


Rò hậu môn trên cơ thắt

- vòng lên trên cơ nâng -> xuyên qua -> xuống da
- Lên trên cơ thắt

Rò hậu môn xuyên cơ thắt với nhánh đi lên xuyên cơ nâng hoặc dưới cơ nâng

Nhánh đi xuống rò ra da



Rò hậu môn gian cơ thắt với các nhánh đường rò đi lên trên

Rò giãn cơ thắt : - Nhánh rò đi lên trên cơ nâng
- Rò ra da

BN tới BV thường lúc rò ra da

Ở BN HIV có rò HM: áp xe, rò là ĐT phẫu thuật, k ĐT bằng thuốc -> HIV mỗ k chắc lành do SGMD, HIV nhiễm trùng HM, klq đến khe tuyến -> trừ TH BN đau đớn, áp xe diễn tiến xấu nhiễm trùng nhiễm độc k kiểm soát bằng thuốc được, còn bt thì ĐT HIV tốt thì hết

TH BN bị rò do lao ruột, mình k biết BN bị lao ruột -> sau mỗ rò nghi ngờ xn lao

Phân loại

Rò hậu môn phức tạp

Theo phân loại của Hiệp hội phẫu thuật viên đại trực tràng Mỹ (ASCRS) năm 2005 thì rò hậu môn được gọi là “phức tạp” khi có một hay nhiều các yếu tố sau:

- Đường rò đi xuyên qua > 30% cơ thắt ngoài hậu môn
- RHM hình móng ngựa
- RHM ở bán phần trước ở nữ 3-9h -> cần thận, cắt có thể BN tiêu tiểu k tự chủ do tam giác niệu dục ở nữ yếu, k có cơ đan chéo; tam giác niệu dục ở nam là các cơ đan chéo chắc chắn
- RHM có nhiều đường rò, tái phát
- RHM do bệnh Crohn
- Bệnh nhân có xạ trị trước đó
- Bệnh nhân bị mất tự chủ đại tiện
- Rò trực tràng – âm đạo, rò trực tràng – niệu đạo, rò miệng nối sau phẫu thuật đại trực tràng, rò do chấn thương và rò do bệnh ung thư.

Rò TT AD: pn sinh cắt TSM nhưng vaanxbij rách thành AD phía sau lan tới TT-> rò phân
-> ĐT khó: HM dơ nhưng nhiều MM dễ lành, AD sạch
-> rách nhỏ để 3-6 tháng tự lành, rách độ 3,4 trở lên thì phải khâu lại



Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định

Triệu chứng
cơ năng

Thường áp xe, rò CĐ dựa vào ls



Cận lâm
sàng



Triệu chứng
thực thể

CLS xem mức độ nặng

Chẩn đoán xác định

Đau nếu có viêm đi kèm

Áp xe HM

- Đau là triệu chứng thường gặp nhất
- Diễn tiến và thời gian bệnh → quan trọng
 - ✓ Khởi phát nhanh, trong một khoảng thời gian ngắn: nhiễm trùng quanh hậu môn.
 - ✓ Áp xe gian cơ thắt → đau tăng khi đại tiện
 - ✓ Thời gian kéo dài → các khoang lớn hơn: khoang ngồi HM hay nhiều khoang (các ổ AX trên cơ nâng).
 - ✓ Mót rặn và đau tăng khi đại tiện → áp xe trên cơ nâng
- Triệu chứng khác: sốt, chảy mủ, khối sưng, đỏ

Triệu chứng
cơ năng

Rò HM

- Nhọt cạnh hậu môn
- Áp xe HM đã phẫu thuật/ dẫn lưu → không lành
- Chảy dịch/ mủ
- Đau hậu môn
- Ngứa

NHỌT (lỗ rò ngoài)

Mặn tính, k đau, nhọt
BN k đến vì đau, mà vì mụn: chảy dịch thường xuyên, rất gần HM, cách rìa HM chưa đến 5cm -> khả năng rò HM

ĐAU

Áp xe HM: Bệnh nhân có áp xe trong khoang sâu hơn (ví dụ, áp xe trên cơ nâng), có thể không có bất kỳ phát hiện thực thể nào khi thăm khám bên ngoài hậu môn và áp xe chỉ có thể được cảm nhận thông qua thăm khám hậu môn trực tràng bằng ngón tay hoặc bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Bốn triệu chứng, chứng tỏ bệnh nhân có áp xe trong các khoang sâu quanh hậu môn trực tràng: đau hậu môn nhiều, nhiễm khuẩn rõ (sốt và ớn lạnh), nhìn bên ngoài da quanh hậu môn không phát hiện áp xe và tăng cảm giác da hậu môn khi thăm khám bằng ngón tay

Đau HM, cục sưng gần HM -> gần 100% là áp xe HM

Bên mông, xa HM có thể là áp xe mông, áp xe phần mềm

- Khoang đau nhất, BN k ngồi, nằm được -> khoang nhỏ nhất, k có đường thoát: khoang gian cơ thắt
- Khoang to, có đường đi lên cơ nâng hoặc đi xuống, dễ nhìn: khoang ngồi
- Diễn tiến kéo dài 2-3 tuần, sưng hết sưng tái đi lại: khoang rộng và nhiều khoang
- Đau nhiều khi đi cầu: khoang bị chèn ép nhiều nhất khi đi caaufasp xe trên cơ nâng, gian cơ thắt

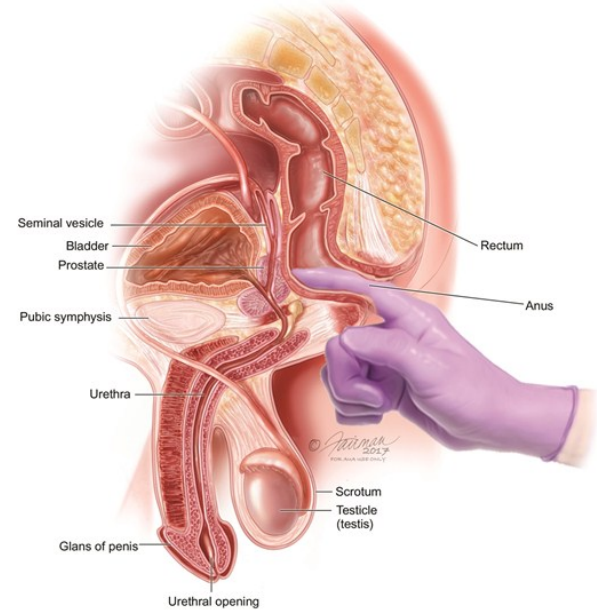
Chẩn đoán xác định



Triệu chứng
thực thể

Nhìn, sờ

Visual inspection is **not enough**

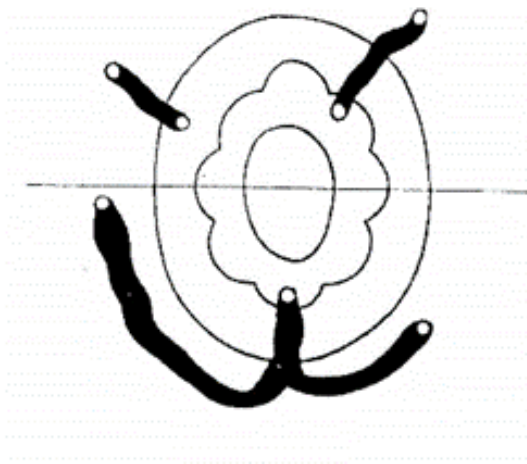


Systematic digital rectal examination

Chẩn đoán xác định

Mô tả vị trí theo chiều dọc, theo cung đồng hồ, khối sưng phồng, ấn đau k?, dấu phập phều?

Lỗ rò ngoài ở bp sau nằm ở vị trí nào thì cũng đổ về lỗ rò trong ở vị trí 6h,
Bp trước thì lỗ rò ngoài ở vị trí mấy h thì lỗ trong trong ở vị trí đó



Triệu chứng
thực thể



Minh họa định luật Goodsall

Áp xe quanh hậu môn là một khối mềm, đỏ da xung quanh phù nề

Định luật Goodsall giúp ta tìm được lỗ rò trong khi thấy được lỗ rò ngoài. Tuy nhiên định luật này có một ngoại trừ là nếu lỗ rò ngoài xa rìa hậu môn > 3cm và đường rò kèm với bệnh lý khác như bệnh Crohn's và bệnh lý ác tính.

Chẩn đoán xác định

- **Dấu hiệu phập phều của áp xe là dấu chứng muộn**
- Dấu hiệu thực thể không rõ → áp xe ẩn trong sâu
- Áp xe hậu môn trực tràng ẩn: dưới niêm mạc, gian cơ thắt, khoang sau hậu môn sâu, và trên cơ nâng
- Khám thấy khối mềm trên cơ thắt: áp xe trên cơ nâng
- Khám bằng 2 ngón tay: ngón trỏ trong hậu môn, ngón cái trên khoang ngồi hậu môn để phát hiện áp xe khoang ngồi hậu môn

Triệu chứng
thực thể



Kỹ thuật khám HM bằng 2 ngón tay

Tứ chứng nhiễm trùng ẩn (áp xe hậu môn trực tràng ẩn):

- Đau hậu môn
- Nhiễm trùng rõ
- Dấu chứng thực thể không rõ ràng
- Tăng cảm da không thăm khám được

→ Chẩn đoán hình ảnh là quan trọng

Chẩn đoán xác định

Cận lâm sàng

Biết được độ dài, sâu của đg rò, tương quan với xương chứ k biết tương quan với mô mềm

Chụp X quang đường rò có cản quang

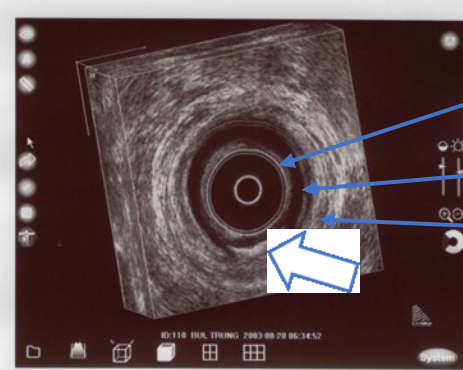
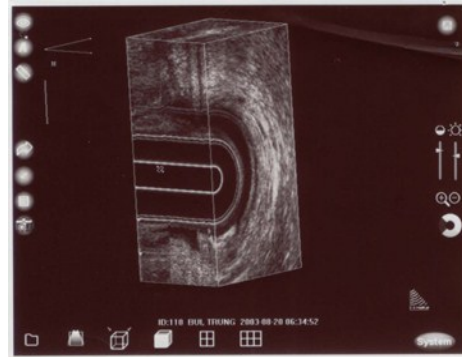
- Thuốc cản quang tan trong nước bơm vào đường rò qua lỗ rò ngoài bằng một ống feeding tube nhỏ hoặc kim luồn
- Chụp ảnh trên ít nhất hai bình diện thẳng và nghiêng.
- Hạn chế:
 - ✓ Lan rộng ổ nhiễm trùng
 - ✓ Chỉ hai bình diện → Chụp cắt lớp điện toán (CT scan) để khảo sát đường rò

Theo Kuypers, báo cáo trong 25 trường hợp bệnh nhân được chụp đường rò trước mổ có thể xác định chính xác được 25% các đường rò. Kết quả dương tính giả cho các ca có lỗ rò đồ cao trên trực tràng là 12%.

Chẩn đoán xác định

Cận lâm sàng

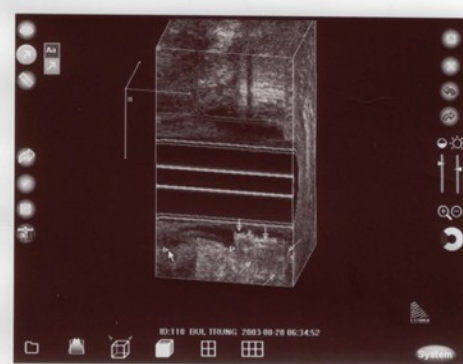
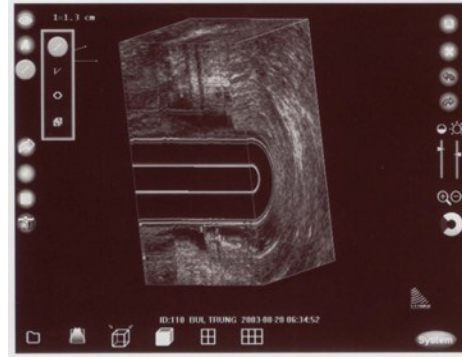
SA đường rò qua ngã HM



Niêm mạc hậu môn

Cơ thắt trong hậu môn

Cơ thắt ngoài hậu môn



Chẩn đoán xác định

Cận lâm sàng



Áp xe gian cơ thắt và dưới niêm mạc hậu môn trên Cộng hưởng từ
(ảnh cắt ngang và cắt đứng dọc).

Chỉ định chụp Cộng hưởng từ trong các trường hợp sau:

1. Bệnh nhân có tứ chứng nhiễm khuẩn hậu môn trực tràng ẩn

Đau hậu môn trực tràng

Triệu chứng nhiễm khuẩn rõ

Không nhìn thấy áp xe cạnh hậu môn

Tăng cảm giác da hậu môn, nên không thể khám hậu môn bằng ngón tay

2. Áp xe hậu môn trên cơ nâng

Áp xe hậu môn trên cơ nâng loại I – IV

Áp xe hậu môn không do nguyên nhân khe tuyến

Áp xe hậu môn do hoại tử u

Áp xe hậu môn do nguyên nhân từ chậu bụng

3. Áp xe hậu môn hình móng ngựa

Áp xe móng ngựa phía sau: Khoang sau hậu môn sâu, khoang trên cơ nâng, khoang sau trực tràng

Áp xe móng ngựa phía trước

4. Áp xe khoang ngồi hậu môn

Áp xe khoang ngồi hậu môn một bên tiên phát

Áp xe khoang ngồi hậu môn thứ phát sau áp xe khoang sau hậu môn sâu

Chẩn đoán phân biệt

- Nứt hậu môn
- Rò hậu môn
- Trĩ ngoại huyết khối
- Trĩ nội sa nghẹt
- Áp xe mông Gần HM thì nghĩ áp xe HM trc áp xe mông
- Áp xe tuyến Bartholin Nằm ở môi lớn vị trí 6h, viêm rò đến gần HM -> thường k mổ
- Bệnh tổ lông

Ít gặp ở HM, mà thường ở vùng cùng cụt, nguy cơ bị ở ng nhiều lông, lông mọc ngược vào trong-> NT-> triệt lông



Điều trị

Điều trị

Nguyên tắc điều trị

Áp xe HM

- Đường rạch gần rìa hậu môn
- Nhét gạc vết thương chỉ thời gian đầu
- PT cắt mở đường rò đồng thời
- Kháng sinh điều trị
- Cấy vết thương

Rò HM

- Bảo vệ an toàn cơ thắt và chức năng đại tiện có tự chủ
- Cắt bỏ được đường rò
- Loại bỏ được nhiễm trùng
- Giảm thiểu tối đa tái phát

Dẫn lưu
Áp xe phát hiện được lỗ rò -> ĐT luôn lỗ rò

Cắt từ lỗ rò ngoài vào lỗ rò trong
Bt BN vô k dùng KS, sau này đi mổ dùng KS dp

Một tổng quan của Cochrane năm 2010 về 6 thử nghiệm, bao gồm 479 bệnh nhân, kết luận rằng sự phân chia cơ thắt trong (cắt mở đường rò) được thực hiện với phẫu thuật rạch dẫn lưu áp xe làm giảm tỷ lệ lỗ rò hay áp xe kéo dài, tái phát áp xe và phẫu thuật tiếp theo, nhưng tăng tỷ lệ không tự chữa sau một năm theo dõi.

Do đó, quyết định thực hiện phẫu thuật cắt bỏ đường rò đồng thời so với trì hoãn nên được đưa ra sau khi cân nhắc lợi ích (lành bệnh) so với nguy cơ (không tự chữa) cho mỗi bệnh nhân. Điều kiện tại chỗ thuận lợi hơn khi tình trạng phù và viêm đã giảm để thực hiện một phẫu thuật cắt bỏ lỗ rò hay cắt mở lỗ rò trì hoãn.

Một tổng quan của Cochrane năm 2010 về 6 thử nghiệm, bao gồm 479 bệnh nhân, kết luận rằng sự phân chia cơ thắt trong (cắt mở đường rò) được thực hiện với phẫu thuật rạch dẫn lưu áp xe làm giảm tỷ lệ lỗ rò hay áp xe kéo dài, tái phát áp xe và phẫu thuật tiếp theo, nhưng tăng tỷ lệ không tự chữa sau một năm theo dõi.

Do đó, quyết định thực hiện phẫu thuật cắt bỏ đường rò đồng thời so với trì hoãn nên được đưa ra sau khi cân nhắc lợi ích (lành bệnh) so với nguy cơ (không tự chữa) cho mỗi bệnh nhân. Điều kiện tại chỗ thuận lợi hơn khi tình trạng phù và viêm đã giảm để thực hiện một phẫu thuật cắt bỏ lỗ rò hay cắt mở lỗ rò trì hoãn.

Hiệp hội Phẫu thuật đại trực tràng Hoa Kỳ (ASCRS) đề xuất một đợt điều trị bằng kháng sinh theo kinh nghiệm sau khi dẫn lưu áp xe hậu môn trực tràng ở những trường hợp sau:

Viêm mô tế bào quanh hậu môn hay quanh trực tràng

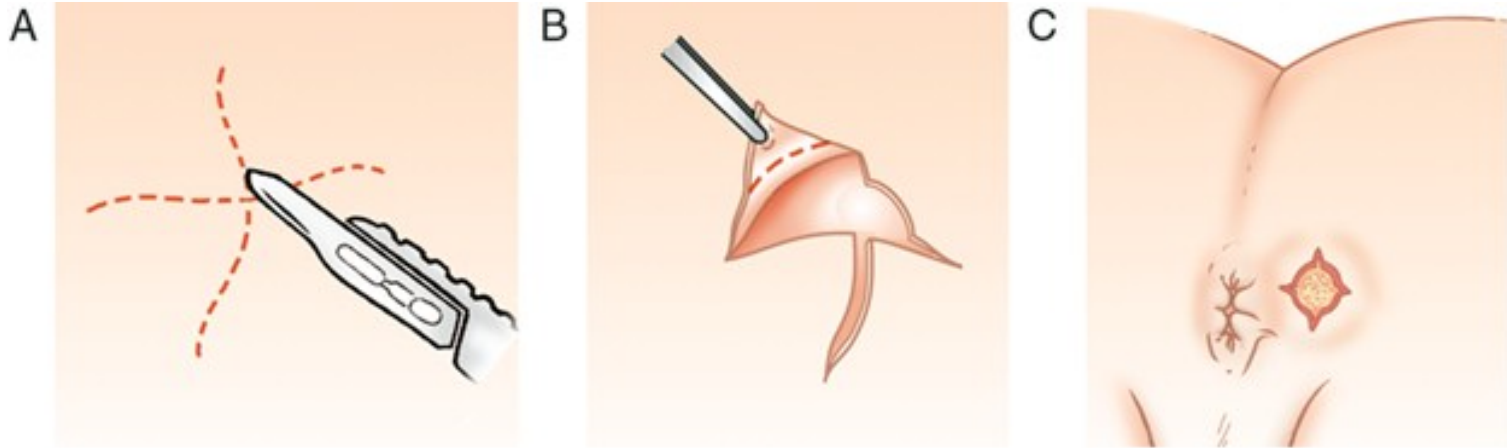
Có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân

Bệnh tiểu đường

Bệnh hở van tim

Suy giảm miễn dịch

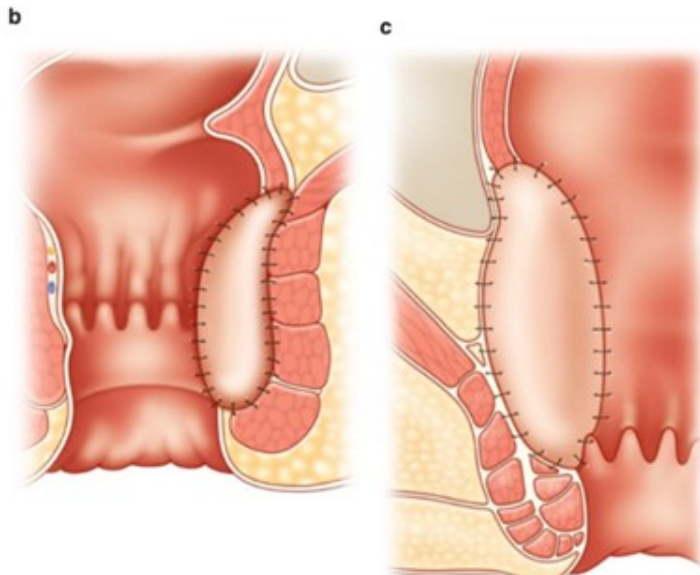
Điều trị áp xe HM



Rạch dẫn lưu áp xe khoang quanh hậu môn.

Điều trị áp xe HM

Đi từ đường trắng Hilton

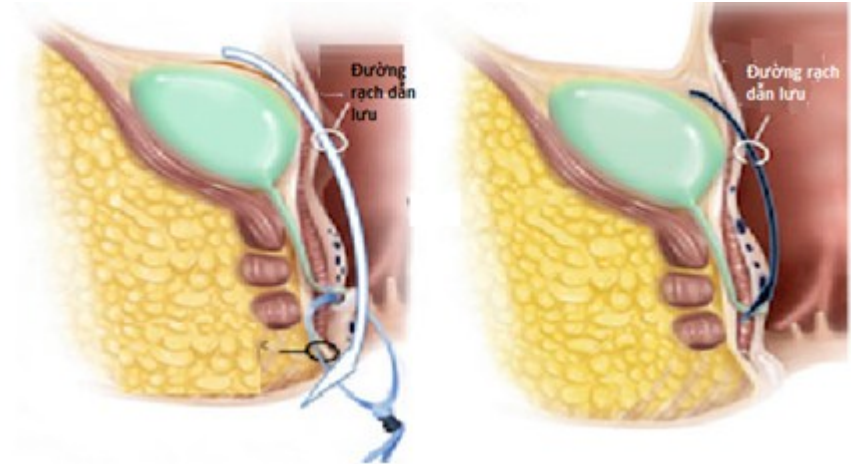


Rạch dẫn lưu khoang gian cơ thắt vào trong lòng hậu môn – trực tràng.

Điều trị áp xe HM

Áp xe trên cơ nâng loại I

- Dẫn lưu trong trực tràng
- Đặt seton gian cơ thắt phía trước (nữ), phía sau cho cả 2 giới để ngừa biến dạng lỗ khóa hậu môn phía sau gây rỉ dịch nhầy



Dẫn lưu áp xe trên cơ nâng loại I

Điều trị áp xe HM

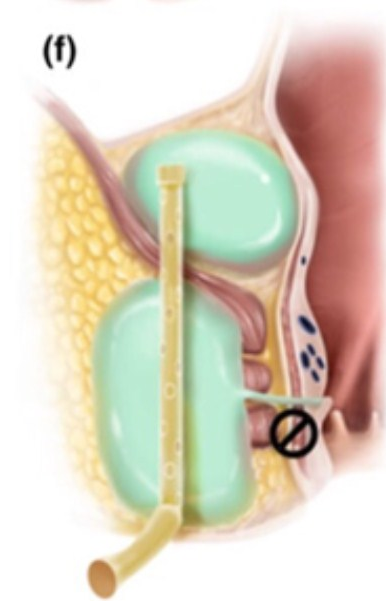
Áp xe trên cơ nâng loại II

- Dẫn lưu **ngoài** qua hố ngồi hậu môn
- Đặt ống dẫn lưu vài tuần
- Có hay không xác định vị trí đường rò xuyên cơ thất tiên phát

(e)



(f)

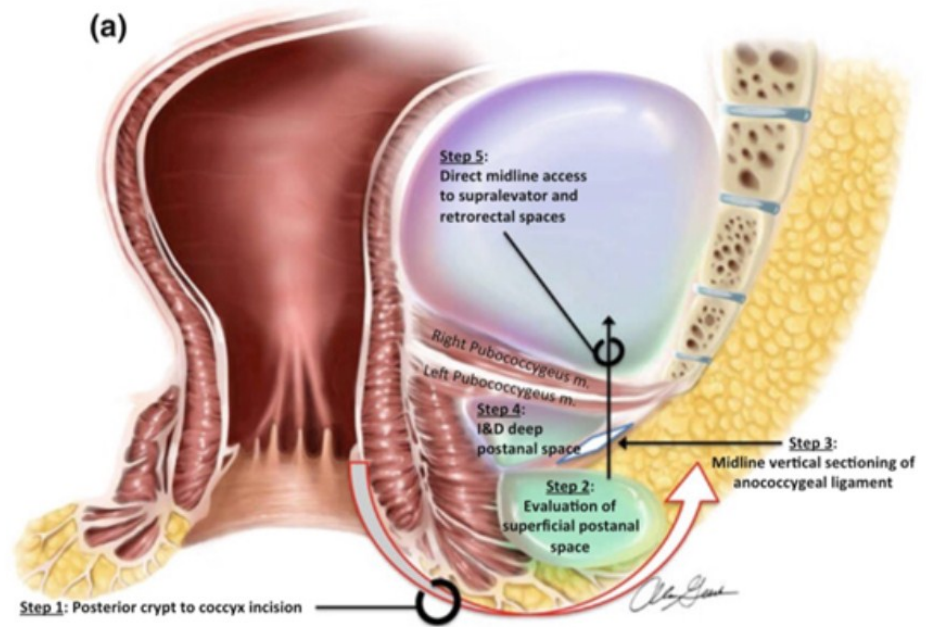


Dẫn lưu áp xe trên cơ nâng loại II

Điều trị áp xe HM

Áp xe trên cơ nâng loại III

- Xử trí như AX sau HM sâu
- Mở đường giữa sau thám sát khoang sau HM nông
- Xẻ dây chằng HM cắt thám sát khoang sau HM sâu

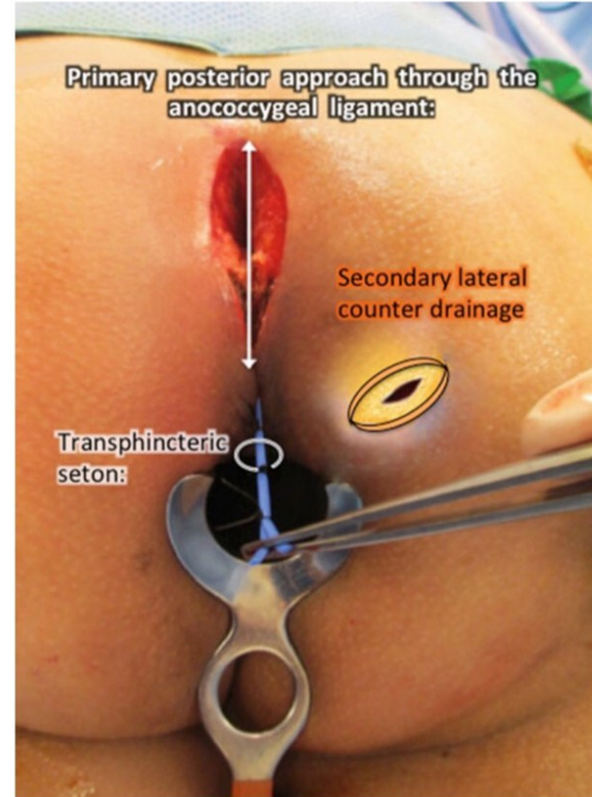


(b)

Điều trị áp xe HM

Áp xe trên cơ nâng loại IV

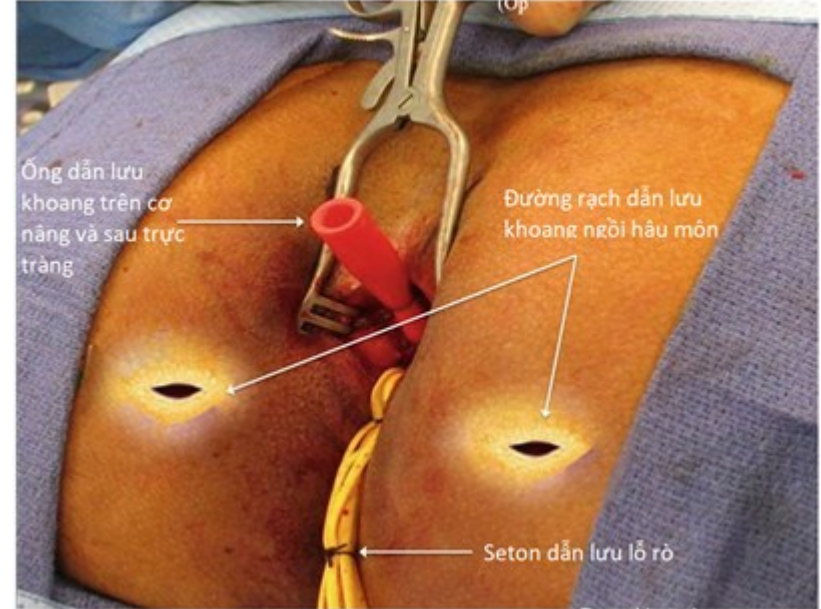
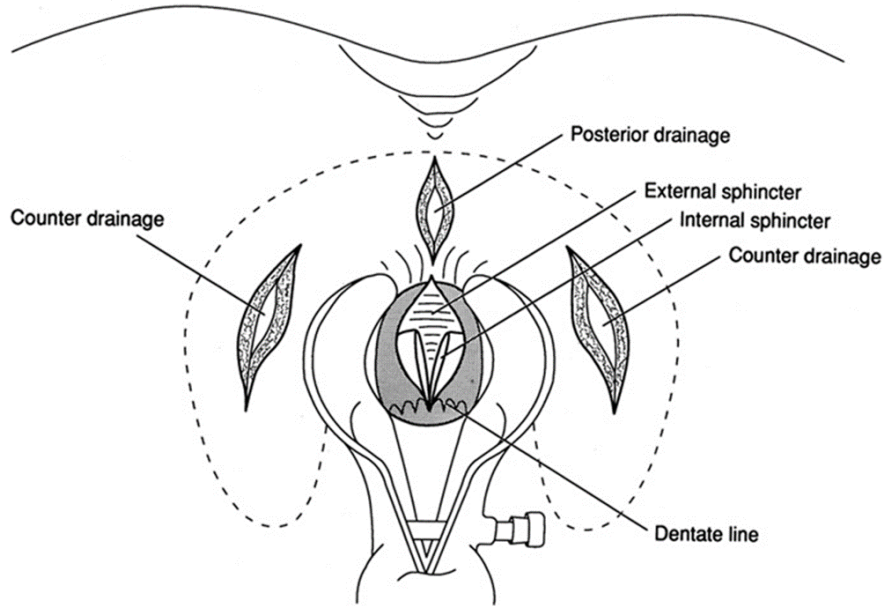
- Điều trị trực tiếp áp xe khoang sau HM sâu
- Dẫn lưu khoang ngòì HM



Điều trị áp xe HM

Áp xe hậu môn hình móng ngựa

Mở 3 lỗ

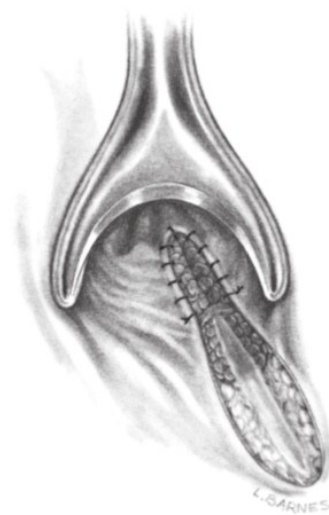
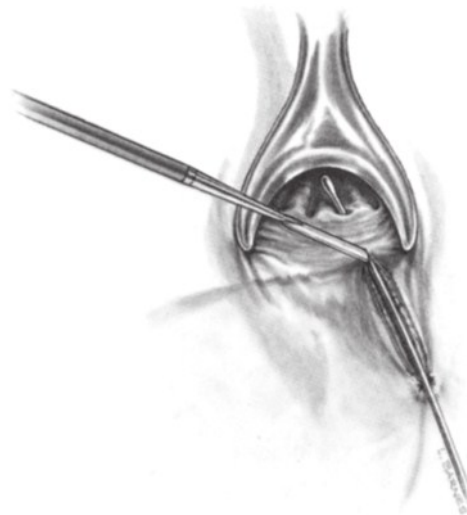


Phẫu thuật Hanley kết hợp dẫn lưu khoang ngồi hậu môn, khoang sau hậu môn
sâu, khoang sau trực tràng và đặt seton dẫn lưu

Điều trị rò HM

Mở đường rò

- Nong rộng hậu môn
- Dùng một que thông xác định đường rò
- Rạch trên que thông suốt dọc đường đi từ lỗ ngoài đến lỗ trong
- Áp dụng: rò gian cơ thắt và xuyên cơ thắt thấp



Phẫu thuật cắt mở đường rò Niêm mạc ống hậu môn được khâu viên

Điều trị rò HM

Rò phức tạp chú ý bảo tồn cơ thắt

ĐT tận gốc NT + bảo tồn cơ thắt

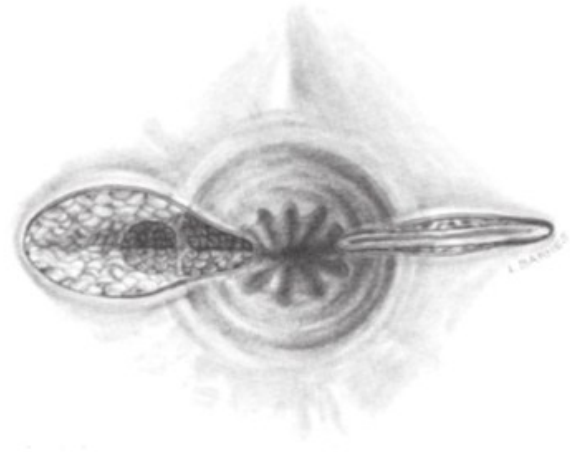
Để BN k bị tiêu tiểu k tự chủ

Cắt đường rò

- Lấy trọn mô xơ đường rò, khởi đầu cắt từ lỗ rò ngoài và theo mô đường rò đi lần vào đến lỗ rò trong bằng dao thường hay dao điện

Cho đến hiện nay, vẫn còn nhiều bàn cãi trong kết quả của mở đường rò hoặc cắt đường rò. Một vài nghiên cứu cho thấy cắt đường rò có thời gian lành vết thương kéo dài hơn, khuyết trên cơ thắt hậu môn lớn hơn và nguy cơ đại tiện mất tự chủ cao hơn; trong khi tỷ lệ tái phát tương đương với mở đường rò.

Một điều cần lưu ý nữa trong cắt đường rò là đối với rò hậu môn phức tạp hoặc rò hậu môn do bệnh Crohn thì sau mổ sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự tự chủ đại tiện và vết thương có thể không lành trong bệnh Crohn

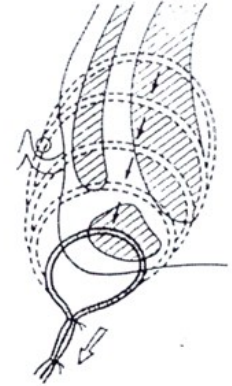
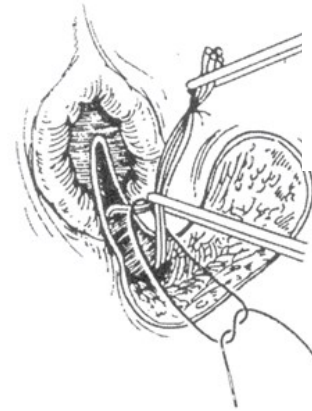
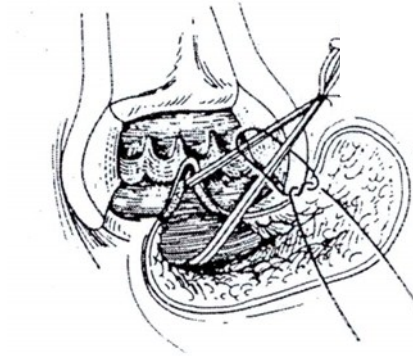


Phẫu thuật mở đường rò so với phẫu thuật cắt trọn đường rò

Điều trị rò HM

Cột dây thun

- Đặt một dây thun vào đường rò sau khi đã cắt được đường rò nhưng không thể cắt được khối cơ vòng ngoài liên quan với đường rò
- Chất liệu cột: chỉ không tan (silk), dây thun, dây luồn mạch máu, các ống nhỏ bằng silicone (feeding tube 6Fr).
- Tác dụng:
 - ✓ Bảo vệ sự toàn vẹn cơ vòng ngoài.
 - ✓ Dẫn lưu ổ NT và làm thay đổi tình trạng NT cấp tính.
 - ✓ Như là phương pháp mở rộng đường rò nhưng giảm bớt hậu quả của việc cắt tổng số cơ trong một phẫu thuật

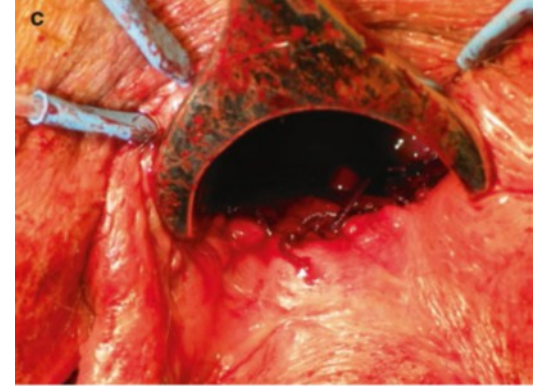
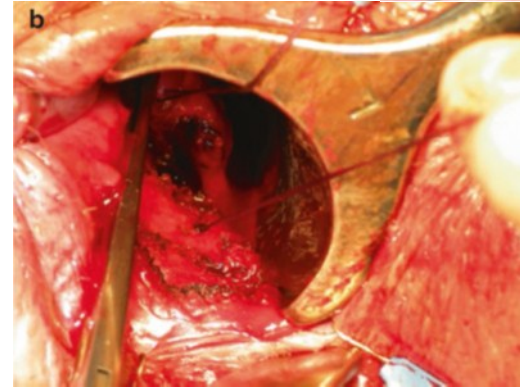


Cột dây thun trong điều trị rò hậu môn

Điều trị rò HM

Chuyển vạt niêm mạc trực tràng

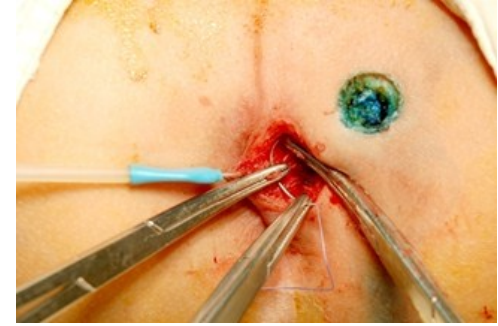
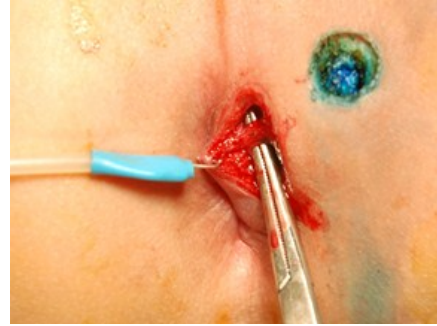
- Là một phương pháp hiệu quả để điều trị rò HM trên cơ thắt hoặc rò HM ngoài cơ thắt.
- Nguyên tắc chính gồm:
 - ✓ Cắt lọc sạch hoặc cắt bỏ một phần đường rò
 - ✓ Bóc tách và di động một vạt niêm mạc
 - ✓ Khâu vạt niêm mạc vào cơ thắt trong HM ngay tại vị trí lỗ rò trong để che lỗ rò trong bằng chỉ tan.



Điều trị rò HM

Cắt đường rò gian cơ thắt

- Đặt van Ferguson kích thước nhỏ và bơm oxy già vào lỗ rò ngoài
- Xác định đường rò bằng que thăm dò.
- Mở đường gian cơ thắt hình cung, bóc tách → bộc lộ được đường rò
- Khâu cột đường rò bằng Vicryl 3/0 và cắt sát lỗ rò trong.
- Phần bên ngoài của đường rò cho đến lỗ rò ngoài được nạo sạch ± lấy bỏ phần đường rò
- Bơm oxy già vào lỗ rò ngoài để chắc chắn rằng đường rò đã được cắt đứt hoàn toàn
- Vết mổ được khâu lại bằng Vicryl 3.0



Điều trị rò HM

Các phương pháp mới

Laser DT rò, nhưng kết hợp với pp khác,
k có áp xe
Áp xe chỉ rạch tháo mũ tối đa

Bơm keo sinh học có fibrin:

(Pp mới) bơm chặn đường rò

- Ưu điểm

- ✓ Đơn giản và bảo tồn cơ thất hậu môn.
- ✓ Kích thích các tế bào fibroblast và tế bào nội mạc phát triển để hình thành sẹo chắc sau 7-14 ngày. Lỗ rò trong có thể được khâu kín bằng Vicryl hoặc để mở.

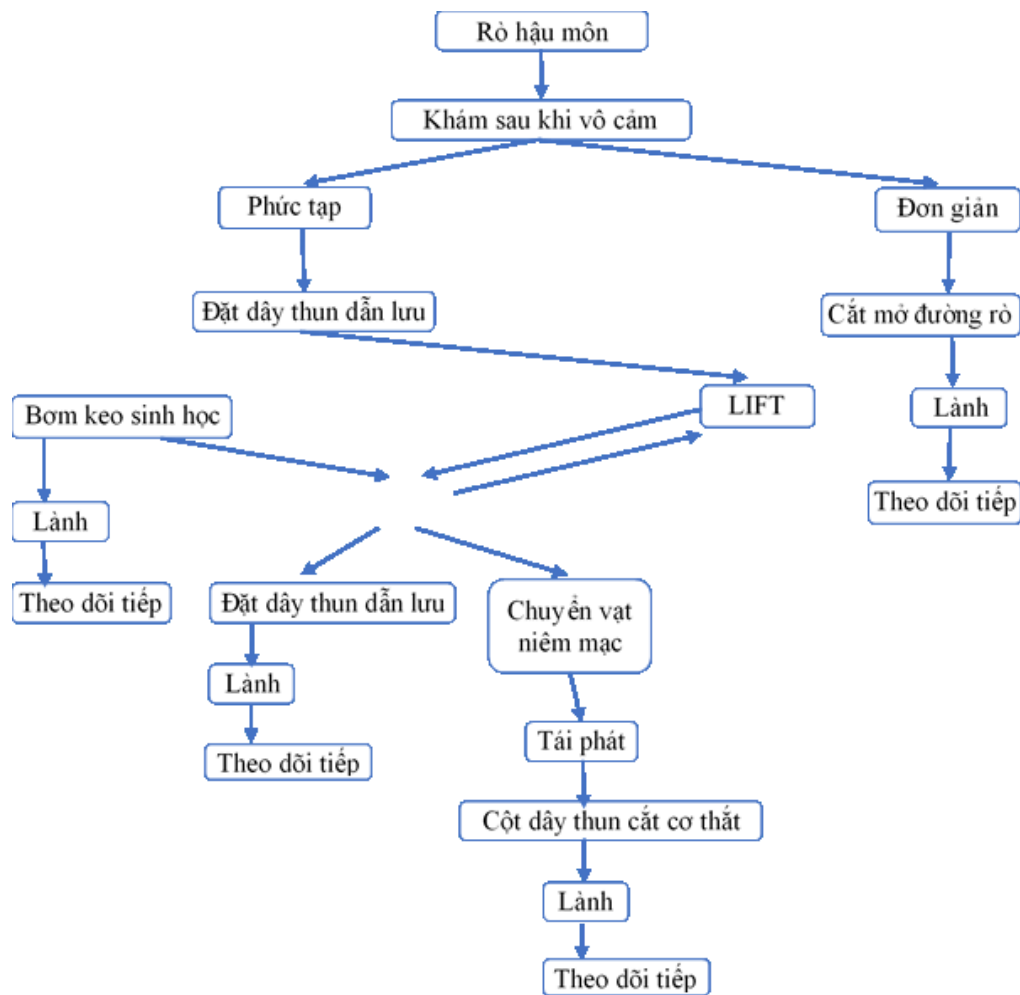
Tế bào gốc từ mỡ tự thân:

- ✓ Điều trị rò HM phức tạp và rò HM do bệnh Crohn
- ✓ An toàn
- ✓ Tỷ lệ thành công là 71% khi dùng tế bào gốc từ mô mỡ tự thân so với nhóm chứng 16% chỉ sử dụng keo sinh học có fibrin. 65,2% sau 1 năm và sau 3 năm là 33%. (Garcia-Olmo và cs. đã báo cáo kết quả nghiên cứu đa trung tâm, phân nhóm ngẫu nhiên)

Tái phát cao

Ng sợ đau, thẩm mỹ, làm tạm thời

Lưu đồ xử trí rò hậu môn





KẾT LUẬN

- Áp xe hậu môn là bệnh lý thường gặp
- Áp xe hậu môn và rò hậu môn có cùng cơ chế bệnh sinh là sự nhiễm trùng khe tuyến hậu môn **Ng phát**
- Chẩn đoán bệnh áp xe hậu môn và rò hậu môn cần sự phối hợp lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó, thăm khám hậu môn bằng ngón tay đóng vai trò quan trọng
- Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu bệnh áp xe hậu môn và rò hậu môn, tuy nhiên chọn lựa phương pháp phẫu thuật cần phù hợp với phân loại bệnh, kinh nghiệm phẫu thuật viên và cơ sở vật chất nơi bệnh nhân điều trị



Thank you

For your attention!

