

Nếu trong giai đoạn rò thì cần phải xác định mối tương quang giữa đường rò và hệ thống cơ thắt để tiến hành phẫu thuật 1 thì hay nhiều thì (có thể đặt chì chờ cho mổ lần sau)

- Nguyên nhân:

Rò trực tràng – tầng sinh môn không vào các tạng khác được xử trí như rò hậu môn phức tạp trên cơ thắt hay trên cơ nâng. Có thể mổ rò 1 hay nhiều thì

Rò trực tràng – tầng sinh môn kèm theo rò vào các tạng trong tiểu khung (bàng quang, niệu đạo, âm đạo...) tùy theo nguyên nhân có thể đóng lỗ rò trực tràng, bàng quang, niệu quản, âm đạo... tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và có chuẩn bị đại tràng. Nếu bờ tổn thương mềm mại và được chuẩn bị tốt có thể đóng lỗ rò tại chỗ. Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong trường hợp tổ chức đóng đường rò không đảm bảo hay dẫn lưu bàng quang hoặc đặt sonde niệu đạo – bàng quang.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:
- + Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- + Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
- + Khi phẫu thuật bằng gây tê tùy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

### **2. Xử trí tai biến:**

- Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.
- Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

## 20. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ TRỰC TRÀNG – TIỂU KHUNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trực tràng tiểu khung có thể là biến chứng của sản khoa, bệnh viêm ruột, khối u ác tính vùng tiểu khung, xạ trị, phẫu thuật vùng tiểu khung hoặc do chấn thương... Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tiểu khung xử trí tùy thuộc vào từng giai đoạn (áp xe hoặc rò), nguyên nhân (tai biến thủ thuật, phẫu thuật, bệnh lý...), vị trí (trên phúc mạc và dưới phúc mạc hay rò vào các tạng trong tiểu khung) của đường rò.

### II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán với triệu chứng lâm sàng đa dạng và cận lâm sàng (chụp mạch hệ tiết niệu, bàng quang, thụt thuốc cản quang, soi âm đạo và cổ tử cung, cắt lớp vi tính đa dãy, cộng hưởng từ...).

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi nặng

### IV. CHUẨN BỊ

1. **Ngay lập tức:** Phẫu thuật viên tiêu hoá hay ngoại chung

2. **Ngay lập tức:**

- Xét nghiệm chẩn đoán, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...
- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh,
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,... trong phạm vi cho phép.

3. **Phong tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu.

4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 120 phút

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tọa thế:** Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

3. **Kỹ thuật:**

3.1. *Đối với đường rò trong phúc mạc:*

a. Đường vào ổ bụng: Mở đường trắng giữa.

b. Kiểm tra, đánh giá tình trạng, giai đoạn (áp xe hay rò) và nguyên nhân (tai

biên do thủ thuật, phẫu thuật hay bệnh lý) gây rò trực tràng - tiểu khung.

c. Xử trí đường rò tùy thuộc

- Giai đoạn: Nếu trong giai đoạn áp xe, xử trí làm sạch và dẫn lưu ổ áp xe có thể xử trí đường rò ngay thì đầu nếu đường rò không phức tạp. Nếu trong giai đoạn rò thì cần phải xác định nguyên nhân gây rò để xử trí theo từng nguyên nhân.
- Nguyên nhân: Tùy theo nguyên nhân có thể đóng lỗ rò trực tràng, bàng quang, niệu quản, âm đạo... tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và có chuẩn bị đại tràng. Nếu bờ tổn thương mềm mại và được chuẩn bị tốt có thể đóng lỗ rò tại chỗ. Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong trường hợp tổ chức đóng đường rò không đảm bảo hay dẫn lưu bàng quang hoặc đặt sonde niệu đạo – bàng quang. (xem thêm các bài phẫu thuật điều trị rò trực tràng – âm đạo; rò trực tràng – bàng quang...).

3.2. *Đối với đường rò dưới phúc mạc:* (xem bài phẫu thuật điều trị rò trực tràng – tầng sinh môn).

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:
  - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
  - + Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
  - + Khi phẫu thuật bằng gây tê tùy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

### **2. Xử trí tai biến:**

- Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.
- Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.