

Kết quả phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

The outcomes of the ligation of intersphincteric fistula tracts (LIFT) procedure in the treatment of anal fistula at Vietduc University Hospital

Nguyễn Đắc Thao, Lê Nhật Huy,
Nguyễn Văn Chung, Nguyễn Xuân Hùng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả chỉ định và kỹ thuật thắt đường rò qua khoang gian cơ thắt điều trị bệnh rò hậu môn. Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân được phẫu thuật thắt đường rò qua khoang gian cơ thắt điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 18 bệnh nhân hồi cứu; 13 bệnh nhân tiến cứu, được lựa chọn và phẫu thuật theo một quy trình; nghiên cứu mô tả theo dõi dọc. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $39,6 \pm 11,8$ năm; tỷ lệ nam/ nữ: 25/6; 5 (16,1%) bệnh nhân dẫn lưu áp xe và dùng kháng sinh trước mổ; tiền sử mổ rò hậu môn cũ: 16 (51,6%). Thời gian mổ trung bình $35,7 \pm 11,7$ (phút), 1 (3,2%) bệnh nhân thực hiện phẫu thuật Park kèm theo. Thời gian nằm viện trung bình: $3,5 \pm 1,3$ (ngày), chảy máu sau mổ: 1 (3,2%), trĩ tắc mạch sau mổ: 1 (3,2%), tái phát 3 (9,7%), không có bệnh nhân nào mất tự chủ sau mổ. **Kết luận:** Chỉ định phẫu thuật LIFT có thể được mở rộng đối với một số trường hợp có áp xe cạnh đường rò (cần chụp cộng hưởng từ phối hợp và có thể sử dụng kháng sinh trước mổ). Điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật LIFT có tỷ lệ tái phát và biến chứng sau mổ thấp, bảo tồn tối đa cơ thắt và chức năng tự chủ cho bệnh nhân.

Từ khóa: Rò hậu môn, bảo tồn cơ thắt, khoang gian cơ thắt.

Summary

Objectives: To describe the indication and the technique of the LIFT (ligation of intersphincteric fistula tracts) procedure. To evaluate the outcomes of the LIFT procedure in the treatment of anal fistula at Vietduc University Hospital. **Subject and method:** Retrospective, descriptive, and follow-up in 18 patients; prospective, descriptive, and follow-up in 13 patients. **Result:** The mean age: 39.6 ± 11.8 years; the male/female ratio was 25/6; the rate of patients with pre-operative abscess drainage and antibiotic usage: 5 (16.1%); 16 patients (51.6%) had a previous history of anal fistula surgery. The mean duration of the operation was 35.7 ± 11.7 (mins). There was one case that underwent the LIFT procedure combined with the Park procedure. The mean hospitalization was 3.5 ± 1.3 (days), one patient had postoperative wound hemorrhage, another one had a postoperative thrombosed hemorrhoid; the recurrence rate was 3 (9.7%) and no patient with post-operative incontinence. **Conclusion:** This technique is commonly used in cases with stable fistula. Besides, we suppose that it may be extended for some cases with abscesses

Ngày nhận bài: 22/12/2020, ngày chấp nhận đăng: 15/01/2021

Người phản hồi: Nguyễn Đắc Thao, Email: drthao.hmu@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

adjacent to the fistula tract (requires coordination of MRI and antibiotics may be preoperatively introduced for these patients for a week). This technique has a low rate of recurrence and postoperative complications and preserves maximally the anal sphincter as well as patients' continence.

Keywords: Anal fistula, sphincter-sparing techniques, LIFT procedure.

1. Đặt vấn đề

Rò hậu môn là bệnh lí thường gặp ở vùng hậu môn-trực tràng có nguồn gốc từ những nhiễm khuẩn của tuyến Hermann Desfosses tại hốc hậu môn với tỷ lệ mắc khoảng 2/10000 người [3]. Phẫu thuật mở đường rò được áp dụng và chấp nhận rộng rãi trong điều trị rò hậu môn đơn giản với tỉ lệ tái phát thấp; đối với rò hậu môn phức tạp, xuyên cơ thắt cao, nhằm tránh nguy cơ mất tự chủ hậu môn sau mổ, nhiều phương pháp bảo tồn cơ thắt đã được đưa ra, tuy nhiên cho đến nay chưa có kĩ thuật nào được cho là tối ưu nhất. Phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt được mô tả lần đầu năm 2007 [4], từ đó đến nay, được nhiều phẫu thuật viên áp dụng và đánh giá thấy kết quả khả quan. Tại Việt Nam, những nghiên cứu về phẫu thuật LIFT điều trị rò hậu môn còn ít, và thường chỉ đánh giá kết quả sớm [1], [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả chỉ định và kĩ thuật thắt đường rò qua khoang gian cơ thắt điều trị bệnh rò hậu môn; Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật thắt đường rò qua khoang gian cơ thắt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân rò hậu môn được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp thắt đường rò gian cơ thắt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 9/2020. Trong đó: Nhóm bệnh nhân hồi cứu từ tháng 01/2018 đến tháng 04/2020: 18 bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân tiến cứu từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2020: 13 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp

Mô tả, theo dõi dọc.

Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị phương tiện: Bộ dụng cụ trung phẫu, van Hill Ferguson cỡ S, M; dissector cong, que thăm dò stylet.

Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được thực trước mổ 1 tuýp Fleet Enema, không cần nhịn ăn và kháng sinh dự phòng. Người bệnh nằm trên bàn mổ tư thế sản khoa

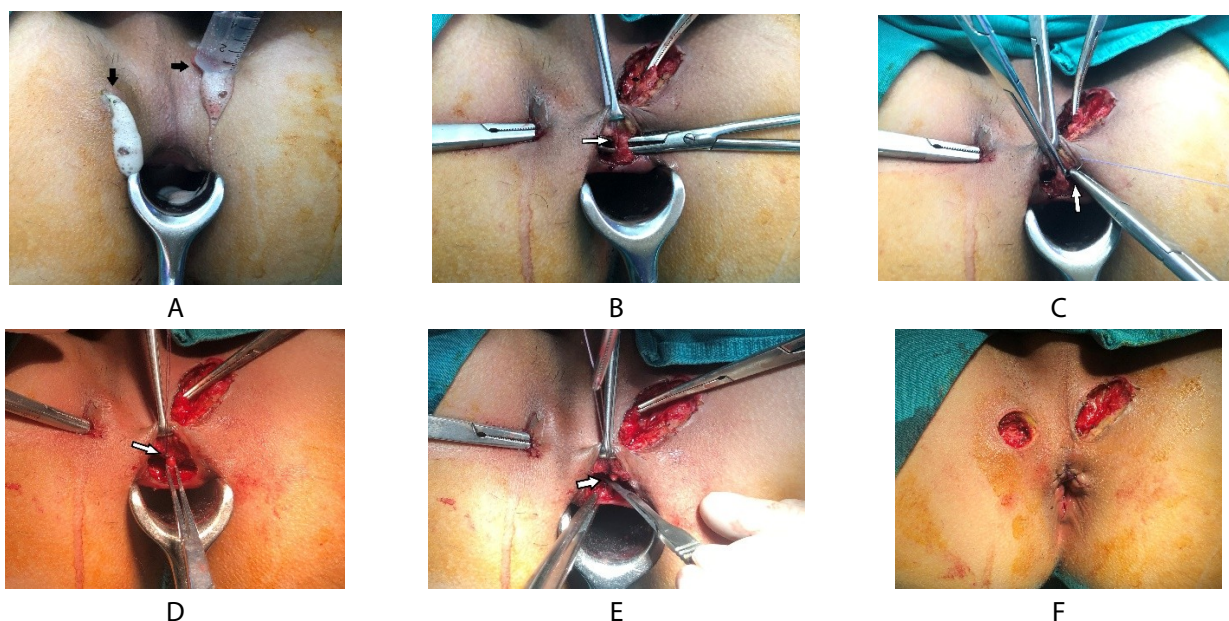
Các bước phẫu thuật

Đánh giá lỗ ngoài, lỗ trong đường rò: Bơm oxy già pha xanh methylene qua lỗ ngoài vào lỗ trong, có thể dùng Stylet thăm dò qua lỗ ngoài vào lỗ trong (không cố thực hiện nếu khó khăn).

Đặt van Hill Ferguson làm căng đường trắng bộc lộ rãnh gian cơ thắt, dùng dao điện hoặc dao thường rạch theo rãnh này tiếp cận khoang gian cơ thắt, tách 2 lớp cơ thắt, tìm đường rò (đường xơ chắc màu trắng), bộc lộ ít nhất 7mm. Trong trường hợp khó xác định: Đường rò, mức độ xơ chắc của đường rò có thể thắt được hay không, chúng tôi sử dụng curette nạo quanh mặt ngoài đường rò để bộc lộ rõ đường rò. Nếu đường rò đủ xơ chắc, sẽ quyết định thắt đường rò.

Thắt 2 đầu đường rò bằng chỉ tiêu vicryl 3/0, phía trong sát cơ thắt trong, phía ngoài sát cơ thắt ngoài, cắt đường rò bằng kéo hoặc dao thường, lấy 1 phần đường rò làm giải phẫu bệnh. Mở rộng lỗ ngoài lấy 1 phần hoặc toàn bộ đường rò ngoài, nạo viêm.

Xử lí lỗ trong: Nếu lỗ trong mềm mại thì không cần xử lí, hoặc đốt lỗ trong bằng dao điện, khâu đóng lỗ trong bằng chỉ tiêu vicryl 4/0. Đóng lại vết mổ bằng chỉ tiêu nhanh safil quick 4/0.



Hình 1. (A): Bơm oxy già qua lỗ ngoài xác định lỗ trong; (B) phẫu tích đường rò trong khoang gian cơ thắt; (C), (D) thắt đường rò trong và ngoài; (E) cắt đường rò bằng dao thường, (F) kết thúc cuộc mổ
(Nguồn: BN Vũ Duy M K, 27 tuổi, mổ ngày 28/05/2020)

Bệnh nhân được ăn chế độ nhiều chất xơ ngay sau mổ, kháng sinh đường uống, giảm đau đường uống, thay băng hàng ngày, không ngâm hậu môn. Hẹn bệnh nhân khám lại mỗi 2 - 3 tuần/ lần đến khi khỏi bệnh hoặc tái phát.



Hình 2. Hình ảnh sau mổ 2 tuần, 4 tuần, 6 tuần
(Nguồn: BN Vũ Duy M K, 27 tuổi, mổ ngày 28/05/2020)

Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh; đặc điểm lỗ ngoài, vị trí, số lượng; điều trị kháng sinh trước mổ, tình trạng tự chủ trước mổ theo Browning (độ 1: Tự chủ hoàn toàn, độ 2: Mất tự chủ với hơi, độ 3: Mất tự chủ với phân lỏng, độ 4: Mất tự chủ hoàn toàn). **Đặc điểm chẩn đoán:** Loại rò (tiên phát, tái phát), thể xuyên cơ thắt (trung gian, cao, trên cơ thắt), chẩn đoán áp xe hậu môn, phân loại Goldsall, phân loại Park, phân loại St James. **Đặc điểm phẫu thuật:** Thời gian mổ, phương pháp xử lý lỗ trong,

đường rò ngoài, các phẫu thuật kèm theo. **Kết quả:** Thời gian nằm viện, biến chứng sớm sau mổ, biến chứng muộn, thời gian liền vết mổ (vết mổ được tính là chậm liền sau 10 tuần), di chứng, tái phát. Tái phát được định nghĩa là xuất hiện rò mủ trên vết mổ ở lỗ ngoài cũ và lỗ trong nằm ở đúng hốc hậu môn của lần mổ trước sau mổ 3 tháng, được khẳng định chẩn đoán rò tái phát bằng MRI và phẫu thuật. Còn đường rò ngoài khi tồn tại đường rò từ lỗ ngoài cũ đến cơ thắt ngoài, đường rò không thông vào hốc hậu môn, được khẳng định bằng MRI và phẫu thuật. Còn đường rò trong là khi có rò mủ tại rãnh gian cơ

thắt trên sẹo mổ cũ, thông vào hốc hậu môn tương ứng (rò gian cơ thắt), phần đường rò phía ngoài liền hoàn toàn, được khẳng định bằng MRI và phẫu thuật.

Xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 20.0, sự khác nhau giữa các phép so sánh có ý nghĩa với $p < 0,05$.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân (n = 31)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	25	80,6
	Nữ	6	19,4
Goodsall	Dương tính	21	67,7
	Âm tính	10	32,3
Điều trị kháng sinh trước mổ		5	16,1

Tuổi trung bình: $39,6 \pm 11,8$ (19 - 67 tuổi). Thời gian bị bệnh trung bình: $19,9 \pm 46,9$ (0,5 - 240) tháng. 5 bệnh nhân có tình trạng áp xe trên lâm sàng được rạch dẫn lưu mủ tại phòng khám, uống kháng sinh trước mổ 1 tuần.

Bảng 2. Đặc điểm chỉ định mổ các thể rò hậu môn

Chỉ định mổ		Số bệnh nhân (n = 31)	Tỷ lệ %
Rò hậu môn tái phát		16	51,6
Đường rò kèm áp xe		12	38,7
Phân loại rò hậu môn theo Park	2a	24	77,4
	2b	6	19,4
	3	1	3,2

Có 29 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trong đó St 3: 20 (69%) bệnh nhân, St 4: 8 (27,6%), St 5: 1 (3,4%).

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		Số bệnh nhân (n = 31)	Tỷ lệ %
Xử lý lỗ trong	Để nguyên	20	64,5
	Đốt điện	1	3,2
	Khâu đóng	5	16,1
	Mở kèm cơ thắt trong	5	16,1
Xử lý đường rò ngoài	Nạo viêm	11	35,5
	Lấy một phần kèm nạo viêm	19	61,3
	Phẫu thuật Park	1	3,2

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là $35,7 \pm 11,7$ (20 - 65) phút, 1 bệnh nhân rò kép được thực hiện LIFT 2 vị trí.

Bảng 4. Kết quả sau mổ

Kết quả sau mổ		Số bệnh nhân (n = 31)	Tỷ lệ %
Kết quả sớm	Chảy máu sau mổ	1	3,2
	Trĩ tắc mạch sau mổ	1	3,2
Kết quả xa	Chậm liền vết mổ	4	12,9
	Tái phát	3	9,7
	Còn đường rò ngoài	1	3,2
	Còn đường rò trong (rò gian cơ thắt)	1	3,2
	Mất tự chủ sau mổ	0	0

Thời gian nằm viện trung bình $3,5 \pm 1,3$ (2 - 6) ngày. Thời gian theo dõi trung bình $13,3 \pm 9,5$ (3 - 29) tháng. Thời gian liền vết mổ trung bình $7,2 \pm 2,4$ (4 - 14) tuần. 12,9% bệnh nhân chậm liền vết mổ liên quan có ý nghĩa thống kê với những đường rò kèm áp xe trong mổ $p=0,016$.

4. Bàn luận

Bệnh rò hậu môn đã được Hippocrates mô tả từ những năm 430 trước công nguyên. Tại Mỹ khoảng 20.000 - 25.000 trường hợp mới mắc mỗi năm [5]. Tỷ lệ mắc bệnh trong một số nghiên cứu ở châu Âu 0,86 - 2,8/100000 [6], trong đó gặp ở nam giới nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ từ 1,8 - 6,6/1, tuổi trung bình là 42,3 tuổi [7]. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với các thống kê qua y văn, tuổi trung bình là 39,6, tỷ lệ nam/nữ là 4,1.

Năm 2007, Arun Rojanasakul [4], dựa trên cơ chế bệnh sinh rằng phân trong hậu môn có thể qua lỗ trong vào khoang gian cơ thắt, do vậy thắt đường rò sát lỗ trong sẽ điều trị triệt để tình trạng nhiễm khuẩn, đã báo cáo kỹ thuật LIFT với 5 lợi điểm bao gồm (bảo tồn cơ thắt, tổn thương tối thiểu tổ chức làm nhanh liền vết thương, sẹo nhỏ, thực hiện được cho những bệnh nhân có tiền sử mổ cũ, và nếu tái phát cũng không làm ảnh hưởng xấu đến lần phẫu thuật lại). Chỉ định phẫu thuật LIFT cho những bệnh nhân rò xuyên cơ thắt, tiên phát hoặc tái phát, dựa trên phân loại rò hậu môn của Park (rò type 2), một số nghiên cứu khác còn chỉ định cho những bệnh nhân rò gian cơ thắt, rò

trên cơ thắt, rò trực tràng âm đạo. Chống chỉ định của phẫu thuật bao gồm: Đường rò có tình trạng áp xe cấp tính, bệnh lý viêm ruột cấp tính, rò hậu môn do ung thư, bệnh Crohn, bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, bệnh nhân có kèm trĩ mức độ nặng [8]. Thêm vào đó, một số nghiên cứu sử dụng seton dẫn lưu và làm xơ chắc đường rò đối với những bệnh nhân có tình trạng áp xe, sau đó sẽ phẫu thuật LIFT thì 2 sau 10 - 12 tuần [8].

Trong nghiên cứu này, ngoài việc khám lâm sàng, chúng tôi sử dụng cộng hưởng từ (MRI) để đánh giá đường rò trước mổ. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, 24 (96,8%) bệnh nhân rò xuyên cơ thắt (24 bệnh nhân phân loại Park 2a, 6 bệnh nhân Park 2b) được chỉ định phẫu thuật LIFT, 1 bệnh nhân (3,2%) rò trên cơ thắt (phân loại Park 3); 51,6% bệnh nhân là rò tái phát. Có 29 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước mổ, với 69% được phân loại rò St James 3 (tương đương với Park 2a), 8 bệnh nhân (27,6%) Park 4 tức là có tổn tại ổ áp xe bên cạnh đường rò trên phim MRI, 1 bệnh nhân rò St James 5 (tương đương với Park 3). Ngoài ra, có 5 bệnh nhân (16,1%) khám có ổ áp xe trên lâm sàng, được trích rạch áp xe dẫn lưu mủ tại phòng khám, và điều trị kháng sinh tại nhà 7 - 10 ngày trước khi được phẫu thuật LIFT. Chúng tôi cho rằng, với bệnh nhân rò hậu môn xuyên cơ thắt, nếu có tình trạng áp xe trên lâm sàng hoặc trên cộng hưởng từ, có thể xét phẫu thuật LIFT trong trường hợp phần đường rò nằm trong khoang gian cơ thắt không thâm nhiễm và không có áp xe bên cạnh, có thể trích rạch áp xe

và điều trị kháng sinh trước mổ. Ngoài ra trong mổ có thể đánh giá độ chắc của đường rò bằng cách nạo bằng curette (chúng tôi đã trình bày trong phần kĩ thuật mổ).

Trong lần đầu tiên mô tả kĩ thuật, Rojanasakul đã đưa ra 6 bước: 1) Xác định lỗ trong và lỗ ngoài, 2) Mở vào khoang gian cơ thắt qua đường rạch tại rãnh gian cơ thắt, 3) Xác định đường rò nằm trong khoang này, 4) Thắt đường rò trong khoang gian cơ thắt sát cơ thắt trong, 5) Cắt đường rò, lấy bỏ phần đường rò trong khoang này, 6) Nạo phần đường rò phía ngoài, mở rộng phần lỗ ngoài để dẫn lưu [4]. Thay đổi kĩ thuật đã được các tác giả khác thực hiện bao gồm: Thắt 2 phía của đường rò trong khoang gian cơ thắt, khâu đóng lỗ trong, lấy bỏ phần lỗ ngoài [8]. Chúng tôi thực hiện thắt 2 đầu đường rò trong khoang gian cơ thắt, 1 đầu sát cơ thắt trong, 1 đầu sát cơ thắt ngoài. Cần phẫu tích phần đường rò trong khoang này ít nhất 7mm để có thể thắt 2 đầu dễ dàng và lấy 1 phần tuyến tại vị trí này làm mô bệnh học, sử dụng kéo hoặc dao thường cắt đường rò vì nút thắt có thể tuột nếu cắt bằng dao điện. Có 64,5% trường hợp lỗ trong để nguyên không xử lí, 16,5% khâu đóng lỗ trong, 16,5% đốt mở lỗ trong kèm cơ thắt trong. Đối với phần đường rò ngoài, đa số các trường hợp (61,3%) lấy bỏ lỗ ngoài kèm phần đường rò đến sát cơ thắt ngoài, 11 bệnh nhân (35,5%) được mở rộng lỗ ngoài kèm nạo viêm, 1 trường hợp được phẫu thuật rút lõi đường rò kèm khâu cơ thắt ngoài (phẫu thuật Park). Những trường hợp đường rò xơ chắc lâu ngày, chúng tôi ủng hộ việc lấy phần đường rò ngoài đến sát cơ thắt ngoài hoặc phẫu thuật Park lấy bỏ toàn bộ phần đường rò ngoài nhằm tránh để lại tổ chức đường rò viêm mạn tính. Những trường hợp đường rò mềm mại, hoặc kèm ổ áp xe hố ngồi bên cạnh đường rò, chỉ cần mở rộng lỗ ngoài, nạo viêm là đủ. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi có 1 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật LIFT 2 vị trí, không thấy khó khăn về kĩ thuật và kết quả sau mổ bệnh nhân khỏi hoàn toàn. Chúng tôi khuyến cáo nên chụp MRI để xác định toàn bộ giải phẫu đường rò kèm những ổ áp xe cạnh đường rò, giúp thuận lợi cho phẫu thuật.

Các biến chứng sớm sau mổ được ghi nhận trong y văn của phẫu thuật LIFT khoảng 13,6% bao gồm: Không liền vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, chảy

máu vết mổ, rỉ dịch hậu môn, nứt hậu môn, tụ máu quanh hậu môn [7]. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp (3,2%) chảy máu vết mổ, được xử lí bằng khâu cầm máu tại chỗ; 1 trường hợp (3,2%) trước mổ có trĩ vòng hỗn hợp kèm theo rò hậu môn được phẫu thuật LIFT, biến chứng trĩ tắc mạch sau mổ được điều trị nội khoa ổn định, bệnh nhân khỏi bệnh rò hậu môn và tình trạng trĩ ổn định. Một số tác giả trên thế giới không sử dụng phẫu thuật LIFT đối với những bệnh nhân rò hậu môn kèm trĩ mức độ nặng [8], tuy vậy, chúng tôi cho rằng có thể thực hiện được phẫu thuật thắt đường rò qua khoang gian cơ thắt ở những bệnh nhân như vậy, và có thể gặp biến chứng trĩ tắc mạch sau mổ, vậy câu hỏi đặt ra là có nên cắt búi trĩ kèm theo (nếu có) tại vị trí hốc hậu môn có đường rò hay không? Thời gian nằm viện sau phẫu thuật LIFT ngắn 1,4 ngày [7], do mức độ đau sau mổ ít, chăm sóc vết mổ dễ dàng. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có thời gian nằm viện trung bình $3,5 \pm 1,3$ (2 - 6) ngày.

Thời gian liền vết thương trung bình của phẫu thuật LIFT trong nhóm bệnh nhân đầu tiên là 4 tuần (1 - 8 tuần) [4], các nghiên cứu về sau có kết quả liền vết mổ từ 4,5 - 5,9 tuần ngắn hơn có ý nghĩa so với phẫu thuật mở đường rò [1], [2]. Trong nghiên cứu này, thời gian liền vết mổ là 7,2 tuần, trong đó có 4 bệnh nhân chậm liền vết mổ trên 10 tuần, liên quan có ý nghĩa với những trường hợp có áp xe cạnh đường rò ($p=0,016$). Thời gian liền vết mổ trong phẫu thuật LIFT ngắn hơn so với mở đường rò để hở vì kĩ thuật này làm tổn thương ít tổ chức hơn và vết mổ nhỏ hơn, bệnh nhân chăm sóc vết mổ thuận tiện hơn. Đối với những trường hợp áp xe cạnh đường rò, phẫu thuật yêu cầu mở rộng vết mổ phía ngoài nhiều hơn và nạo tổ chức viêm nhiều hơn, điều này giải thích việc nhóm bệnh nhân này có thời gian liền vết thương lâu hơn.

Thống kê của Rojanasakul A và cộng sự (2007) cho thấy, trong nhóm 18 bệnh nhân đầu tiên được phẫu thuật LIFT, các tác giả chưa ghi nhận được biến chứng đáng kể [4], một nghiên cứu phân tích gộp năm 2019 ghi nhận tỷ lệ mất tự chủ nhẹ là 1,4% [7]. Chúng tôi chưa thấy trường hợp nào mất tự chủ sau mổ, điều này phù hợp với nguyên tắc phẫu thuật là bảo tồn tối đa cơ thắt, có 5 trường hợp (16,1%) xử lí lỗ trong bằng mở kèm cơ tròn trong cũng không có

rối loạn tự chủ sau mổ. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp còn đường rò ngoài sau mổ, bệnh nhân được mổ lại lấy đường rò ngoài khâu kín vết mổ, sau đó khỏi bệnh hoàn toàn. Do vậy, việc xử lý lỗ ngoài bằng cách mở rộng nạo viêm kĩ hay lấy bỏ đường rò ngoài cần cân nhắc cụ thể trong từng trường hợp, mặc dù đã có nghiên cứu cho thấy không thấy sự khác biệt có ý nghĩa trong việc liền vết mổ của 2 nhóm này [8]. Có 1 bệnh nhân còn đường rò trong sau mổ (rò gian cơ thắt) 3 tháng, trong mổ bệnh nhân bị tụt nút thắt đường rò sát cơ thắt trong, được khâu lại tăng cường. Trong các nghiên cứu khác, cũng ghi nhận biến chứng này và phẫu thuật LIFT ở trường hợp này chỉ làm giảm mức độ bệnh từ rò xuyên cơ thắt thành rò gian cơ thắt, và phẫu thuật lại chỉ cần mở đường rò đơn thuần. Chúng tôi thấy rằng việc bộc lộ đường rò đủ dài, đánh giá mức độ chắc đường rò, cắt đường rò bằng dao thường hoặc kéo sẽ làm giảm nguy cơ tụt nút thắt đường rò và có thể hạn chế biến chứng này.

Zirak-Schmidt đánh giá qua 19 nghiên cứu với thời gian theo dõi trung bình 10,3 tháng, ghi nhận thời gian tái phát từ 4 tuần đến 8 tháng, do vậy tác giả khuyến cáo nên theo dõi bệnh nhân ít nhất 8 tháng như là trường hợp báo cáo tái phát muộn nhất [8]. Emile và cộng sự [7], trong một phân tích gộp gồm 26 nghiên cứu với thời gian theo dõi trung bình 16,5 tháng thấy rằng, 9,6% bệnh nhân còn rò hậu môn ngay sau mổ, tỷ lệ tái phát sau khi vết mổ liền hoàn toàn là 12,4%; tỷ lệ thành công của phẫu thuật LIFT là 78%; và các bệnh nhân tái phát được mổ lại bằng những kĩ thuật: Mở đường rò, phẫu thuật LIFT, seton, vật trực tràng, keo fibrin... Các yếu tố tiên lượng thất bại của phẫu thuật LIFT bao gồm rò hậu môn móng ngựa, rò hậu môn liên quan đến bệnh Crohn, tiền sử mổ rò hậu môn cũ [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi trung bình 13,3 tháng, có 3 (9,7%) trường hợp tái phát sau mổ 3 tháng. Trong đó 1 trường hợp phát hiện tuột nút buộc đường rò trong mổ đã được khâu tăng cường, bệnh nhân được mổ lại bằng kĩ thuật mở đường rò. 1 trường hợp có tổn tại áp xe cạnh đường rò nằm trong cơ thắt ngoài và phẫu thuật viên chưa đánh giá đường rò bằng cách nạo curette để xác định độ chắc của đường rò, bệnh nhân được mổ lại bằng kĩ thuật bơm keo fibrin và đang theo dõi

sau mổ. 1 bệnh nhân rò tái phát được mổ LIFT, tái phát sau mổ 3 tháng được mổ lại bằng kĩ thuật này hiện tại đã khỏi hoàn toàn. Do vậy, chúng tôi nhấn mạnh lại vai trò của MRI trước mổ đánh giá đường rò tại vị trí khoang gian cơ thắt, đồng thời ghi nhận tính quan trọng của kĩ thuật và đánh giá trong mổ quyết định đến sự thành công của phẫu thuật.

5. Kết luận

Phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn là kĩ thuật đơn giản, an toàn, với tỉ lệ tái phát và biến chứng thấp, đặc biệt ít ảnh hưởng đến chức năng tự chủ hậu môn do bảo tồn tối đa cơ thắt. Vai trò của chụp cộng hưởng từ trước mổ rất quan trọng đánh giá đường rò, các ổ áp xe liên quan, đặc biệt tại vị trí khoang gian cơ thắt (có áp xe, thâm nhiễm không) trong quyết định chỉ định và kĩ thuật mổ góp phần vào thành công của phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Tiến Quốc Thái, Nguyễn Trung Vinh (2015) *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cột đường rò gian cơ thắt (LIFT) trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt*. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 19(5), tr. 58-65.
2. Trần Thị Tranh, Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Nguyễn Trung Tín (2012) *Kết quả sớm của phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt*. Y Học TP. Hồ Chí Minh 16(1), tr. 121-125.
3. Hokkanen S RK et al (2019) *Prevalence of anal fistula in the United Kingdom*. World journal of clinical cases 7(14): 1795.
4. Rojanasakul A et al (2007) *Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract*. Journal-Medical Association of Thailand 90(3): 581.
5. Sugrue J et al (2017) *Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: A systematic review*. Techniques in coloproctology 21(6): 425-432.
6. Zanotti C et al (2007) *An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union*. International journal of colorectal disease 22(12): 1459-1462.
7. Emile SH et al (2019) *Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) in treatment of anal fistula: An updated systematic review, meta-analysis, and*

meta-regression of the predictors of failure. J Surgery 167(2): 484-492.

8. Zirak-Schmidt S, Perdawood SK (2014) *Management of anal fistula by ligation of the intersphincteric fistula tract a systematic review. Dan Med J* 61(12): 1-8.