

Kết quả xa phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn

Long-term outcomes of ligation of the intersphincteric fistula tract for anal fistula

Lê Văn Quốc, Triệu Triều Dương, Diêm Đăng Bình,
Trần Tuấn Linh, Hồ Hữu An, Nguyễn Văn Trường

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xa phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT) điều trị rò hậu môn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả theo dõi dọc tất cả bệnh nhân rò hậu môn xuyên cơ thắt, được phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 2/2016 đến 2/2020. **Kết quả:** 33 bệnh nhân, tuổi trung bình $41,0 \pm 12,3$ năm, tỷ lệ nam/ nữ 15,5/1, thời gian biểu hiện bệnh trung bình $11,5 \pm 10,9$ tháng. 97,3% bệnh nhân rò xuyên cơ thắt cao, 63,6% được rạch áp xe hậu môn, 21,2% bệnh nhân rò hậu môn tái phát, 87,9%, 9,1%, 3% bệnh nhân lần lượt có 1, 2, 4 lỗ rò ngoài. Thời gian phẫu thuật trung bình $48,9 \pm 11,5$ phút; 100% bệnh nhân đau ít sau mổ theo thang điểm VAS. Thời gian nằm viện trung bình $2,8 \pm 1,2$ ngày, thời gian trung bình liền sẹo $3,1 \pm 0,9$ tuần. Có 1 bệnh nhân (3%) tái phát được cắt bỏ đường rò. Thời gian theo dõi $21,1 \pm 16,9$ tháng; Điểm đánh giá mức độ tự chủ hậu môn trước mổ, sau mổ 2 tuần, 2 tháng lần lượt là 0; $1,1 \pm 0,3$, $0,1 \pm 0,3$ điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn cho tỷ lệ khỏi 97%, nhanh hồi phục, ít ảnh hưởng tới chức năng hậu môn.

Từ khoá: Thắt đường rò gian cơ thắt, rò hậu môn xuyên cơ thắt, rò hậu môn.

Summary

Objective: To evaluate long-term results of ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for anal fistula. **Subject and method:** The study was conducted descriptively prospectively and longitudinally all of transsphincteric fistula patients with ligation of intersphincteric fistula tract at 108 Military Central Hospital from February 2016 to February 2020. **Result:** 33 patients, average age 41.0 ± 12.3 years, male/female 15.5/1, average length of diseases 11.5 ± 10.9 months. 97.3% of patients with high transsphincteric fistula, 63.6% of patients with preoperative abscess incision, 21.2% of patients with recurrent anal fistula, 87.9%, 9.1%, 3.0% of patients had 1, 2, 4 external opening, respectively. The mean operative time was 48.9 ± 11.5 minutes, 100% of patients with less pain after surgery according to the VAS scale. Average hospital stay 2.8 ± 1.2 days, mean healing time 3.1 ± 0.9 weeks, there was 1 patient (3%) recurrence, which had fistulectomy. Average follow-up time 21.1 ± 16.9 months, the assessing the degree incontinence anal scores before surgery, 2 weeks, 2 months after surgery respectively 0; 1.1 ± 0.3 , 0.1 ± 0.3 points. **Conclusion:** Ligation of intersphincteric fistula tract to treat the anal fistula with 97% cure rate, fast recovery, little affects anal function.

Keyword: Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT), transsphincteric fistula, anal fistula.

Ngày nhận bài: 11/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 07/3/2021

Người phản hồi: Lê Văn Quốc, Email: lequoch108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

1. Đặt vấn đề

Rò hậu môn là bệnh viêm nhiễm thường gặp vùng hậu môn trực tràng, đứng hàng thứ hai sau bệnh trĩ. Bệnh có thể kéo dài nhiều tháng, nhiều năm, không gây nguy hiểm chết người nhưng làm người bệnh khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và năng suất lao động [1], [2].

Mục tiêu điều trị rò hậu môn là khỏi bệnh và bảo tồn chức năng cơ thắt để tránh biến chứng đại tiện không kiểm soát sau mổ. Rò hậu môn xuyên cơ thắt là đường rò đi qua cơ thắt trong và cơ thắt ngoài hậu môn. Trước đây, với rò hậu môn xuyên cơ thắt được phẫu thuật bằng các phương pháp cắt mở đường rò, seton, chuyển vạt niêm mạc trực tràng... Các phương pháp này để lại vết mổ rộng, ít nhiều cắt 1 phần cơ thắt. Do vậy, chăm sóc vết mổ khó khăn, lâu dài sẽ gây biến dạng, co kéo hậu môn, ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống [1], [2].

Năm 2007, tác giả Arun Rojanasakul lần đầu tiên công bố kết quả phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt (Ligation of intersphincteric fistula tract - LIFT) điều trị rò hậu môn với kết quả khả quan, tỷ lệ khỏi 94,4%, không có biến chứng, không có rối loạn chức năng cơ thắt [3]. Từ đó đến nay, phương pháp này đang ngày càng được áp dụng rộng rãi, các nghiên cứu bước đầu cho kết quả khả thi với ưu điểm: Ít đau sau mổ; chăm sóc vết mổ đơn giản; không gây biến

dạng, co kéo, hẹp hậu môn sau khi liền sẹo; thời gian liền sẹo ngắn, tái hoà nhập lao động nhanh; tỷ lệ khỏi cao [4], [5], [6], [7], [8].

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn.*

2. Đối tượng và phương pháp

Tất cả bệnh nhân rò hậu môn xuyên cơ thắt, được phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 02/2016 đến tháng 02/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân (BN)

Được chẩn đoán rò hậu môn xuyên cơ thắt (Dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh phim cộng hưởng từ tiểu khung): Rò đơn, hình móng ngựa.

Được phẫu thuật bằng phương pháp thắt đường rò gian cơ thắt.

Được theo dõi đầy đủ trong 03 tháng sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ BN

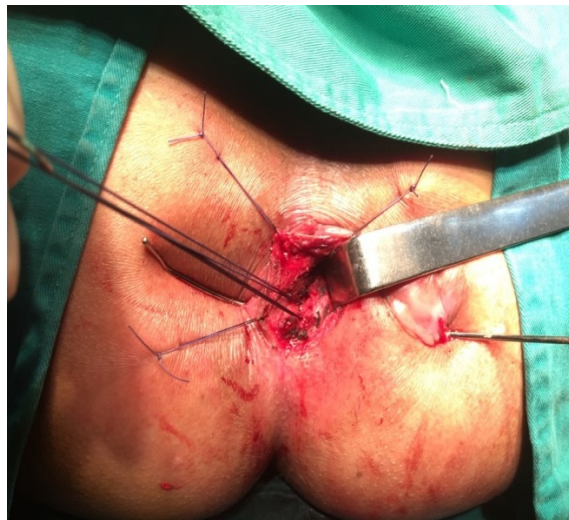
Rò hậu môn liên quan tới các bệnh khác: Crohn, HIV, xạ trị tại chỗ, rò trực tràng âm đạo.

BN không khám lại hoặc thất lạc trong quá trình theo dõi.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

Các bước phẫu thuật



Hình 1. Xác định lỗ rò trong và đường rò. Nguồn: (BN Phan Văn Đ. 43 tuổi, SHS: 185766)**Hình 2.** Phẫu tích vị trí gian cơ thắt, bộc lộ đường rò**Hình 3.** Thắt đường rò ở đầu ngoại vi, đầu trung tâm ở vị trí gian cơ thắt**Hình 4.** Cắt đường rò và đóng vết mổ ở vị trí gian cơ thắt, cắt bỏ tổ chức viêm lỗ rò ngoài

Đánh giá mức độ tự chủ hậu môn dựa vào tổng số điểm Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS)

Bảng 1. Bảng điểm đánh giá mức độ tự chủ hậu môn (Theo Cleveland Clinic Incontinence Score)

Mức độ mất tự chủ	Không Bình thường	Hiếm < 1 lần/ tháng	Đôi khi <1 lần/ tuần - > 1 lần/ tháng	Thường xuyên <1 lần/ngày -> 1 lần/tuần	Luôn luôn > 1 lần/ngày
Hơi	0	1	2	3	4
Phân lỏng	0	1	2	3	4
Phân đặc	0	1	2	3	4
Đóng bím	0	1	2	3	4
Thay đổi cách sống	0	1	2	3	4

Kết quả: Đại tiện bình thường: 0 điểm; Đại tiện tốt: 1 - 7 điểm; Mất tự chủ một phần: 8 - 14 điểm; Mất tự chủ nặng: 15 - 19 điểm; Mất tự chủ hoàn toàn: 20 điểm.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân, đường rò

Có 33 BN, tỷ lệ nam/ nữ: 15,5/1; tuổi trung bình: $41,0 \pm 12,3$ (18 - 69 tuổi).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	n, %	Đặc điểm	n, %
Thời gian bị bệnh (tháng)		Khoảng cách lỗ rò ngoài đến mép HM (cm)	
< 6	16 (48,5)	3 - 5cm	31 (94,0)
6 - 12	8 (24,2)	> 5cm	2 (6,0)
> 12	9 (27,3)		
Tiền sử mổ		Vị trí lỗ rò trong	
Tự vỡ áp xe	2 (6,1)	Trên đường lược	27 (81,8)
Rạch áp xe	18 (54,5)	Tại đường lược	5 (15,2)
Rò hậu môn	3 (9,1)	Dưới đường lược	1 (3,0)
Số lượng lỗ ngoài		Đường đi	
1 lỗ	29 (87,9)	Đi thẳng	31 (94,0)
2 lỗ	3 (9,1)	Phân nhánh	1 (3,0)
≥ 3 lỗ	1 (3,0)	Móng ngựa	1 (3,0)

Nhận xét: Khoảng cách lỗ rò ngoài đến mép hậu môn từ 3 - 5cm là chủ yếu (94%). Đường rò thẳng chiếm đa số 94%.

3.2. Kết quả sớm và kết quả xa

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	n, %	Đặc điểm	n, %
Các phẫu thuật kèm theo		Đau sau mổ theo VAS	
Khâu treo triệt mạch trĩ	3 (9,0)	Đau ít	31 (94,0)
Cắt mở đường rò khác	1 (3,0)	Đau vừa	2 (6,0)
Biến chứng		Giải phẫu bệnh	
Chảy máu	1 (3,0)	Viêm mạn tính	31 (94,0)
Bí tiểu	3 (9,0)	Viêm bán cấp	1 (3,0)
		Viêm cấp tính	1 (3,0)
Thời gian nằm viện (ngày)		Thời gian khỏi (tuần)	
< 3 ngày	18 (54,5)	≤ 3 tuần	26 (78,8)
3 - 5	14 (42,5)	> 3 - 4 tuần	6 (18,2)
> 5	1 (3,0)	> 4 - 8 tuần	1 (3,0)

Nhận xét: Sau mổ bệnh nhân đau ít 94%, tổ chức giải phẫu bệnh viêm mạn tính 94%. Thời gian khỏi bệnh ≤ 3 tuần chiếm chủ yếu 78,8%.

Với thời gian theo dõi trung bình $25,3 \pm 16,9$ tháng (4,0 - 53 tháng). Tỷ lệ điều trị khỏi 97%. Điểm đánh giá mức độ tự chủ hậu môn (Điểm CCIS) trước mổ, sau mổ 2 tuần, 2 tháng, 3 tháng lần lượt là 0, 1, $1 \pm 0,3$, $0,1 \pm 0,3$, $0,03 \pm 0,2$ điểm.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian mắc bệnh trung bình $11,5 \pm 10,9$ tháng. Trong đó thời gian mắc bệnh ở nhóm tuổi < 6 tháng chiếm đa số (48,5%), ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 48 tháng (Bảng 2). Các triệu chứng của rò hậu môn (RHM) hay gặp là lỗ RHM chảy dịch, đau tức cạnh hậu môn, ngứa cạnh hậu môn. Do các triệu chứng của bệnh không ảnh hưởng tới tính mạng của bệnh nhân (BN), do vậy nhiều BN lựa chọn cách điều trị nội khoa, theo dõi. Do vậy, thời gian mắc bệnh của BN thường kéo dài [1], [2].

Tỷ lệ BN có tiền sử rạch ổ áp xe 54,5%, cao hơn so với các nghiên cứu (NC) khác có thể do lựa chọn BN trong NC là rò xuyên cơ thắt, do các áp xe được phẫu thuật lần đầu là những áp xe phức tạp, áp xe hố ngồi trực tràng, áp xe hình móng ngựa. Vị trí lỗ rò ngoài ở bán phần trước có 16 BN (48,5%), ở bán phần sau (bao gồm điểm 3 giờ, 9 giờ) có 17 BN (51,5%). Tỷ lệ phù hợp giữa lỗ rò ngoài và lỗ rò trong theo định luật Goodsall là 84,8%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo tác giả Nguyễn Trung Vinh định luật Goodsall phù hợp 90,3% [5]. Ngoài ra, lỗ rò ngoài nằm sát rìa hậu môn có thể gợi ý một rò gian cơ thắt và nằm xa hơn sẽ nghĩ đến rò xuyên cơ thắt. Lỗ ngoài nằm càng xa càng nhiều khả năng đường rò hướng lên cao, làm tăng tính phức tạp và biến chứng khi can thiệp điều trị. Trong NC vị trí lỗ rò ngoài nằm cách mép hậu môn chủ yếu từ 3cm - 5cm. Khoảng cách này đủ chiều dài để thuận lợi bộc lộ đường rò gian cơ thắt.

Vị trí lỗ rò trong càng cao thì đường rò càng phức tạp. Khi vị trí lỗ rò trong nằm trên đường lược thì định hướng tới đường rò xuyên cơ thắt, trên cơ thắt hoặc ngoài cơ thắt [2]. Trong NC, 100% BN được xác định lỗ rò trong bằng bơm betadin kết hợp oxy già qua lỗ rò ngoài và dùng que thăm dò. Có 1 BN có 2 lỗ rò ngoài khi kiểm tra xác định 2 đường rò tách biệt: 1 đường rò xuyên cơ thắt được phẫu thuật LIFT,

1 đường rò trong cơ thắt được phẫu thuật cắt bỏ, để hở đường rò (Bảng 2). Khi thực hiện kỹ thuật LIFT cần xác định được lỗ rò trong và đường đi của đường rò để đưa que thăm dò vào đường rò chính xác. Khi đó bộc lộ đường rò ở vết mổ gian cơ thắt mới chính xác.

Theo thống kê có 100% đường rò xuyên cơ thắt cao, đường đi của đường rò đi thẳng có 31 BN (94,0%), đường rò móng ngựa có 1 BN (3,0%), đường rò phân nhánh có 1 BN (3,0%). Hầu hết các tác giả NC các BN phẫu thuật LIFT là BN rò hậu môn xuyên cơ thắt. Gần đây, một số tác giả chỉ định phẫu thuật cả ở BN rò xuyên cơ thắt, rò trong cơ thắt, rò trên cơ thắt, rò móng ngựa [9]. Theo NC của Songphol Malakorn và cộng sự có 251 BN được phẫu thuật LIFT trong đó có 10,7% rò trong cơ thắt, 55,8% đường rò thẳng xuyên cơ thắt thấp, 6% đường rò thẳng xuyên cơ thắt cao, 25,5% rò hình cung hình nửa móng ngựa, 2% rò hình móng ngựa [10].

4.2. Kết quả phẫu thuật, kết quả dài hạn

Phẫu thuật LIFT đơn thuần có 29 BN (87,9%), phẫu thuật khâu treo triệt mạch trĩ (9,1%), cắt mở đường rò khác (3,0%). Theo Trần Thị Thanh có 80% BN chỉ phẫu thuật LIFT, có 20% BN kết hợp phẫu thuật cắt trĩ [6]. Các tác giả nhận định cắt trĩ kèm theo phẫu thuật rò không làm tăng tỷ lệ tái phát, tuy nhiên cắt trĩ sẽ là nguyên nhân gây đau nhiều sau mổ và gia tăng tần suất chảy máu sau mổ [1].

Một số yếu tố liên quan tới thời gian phẫu thuật như mức độ tổn thương, phương pháp phẫu thuật, trình độ phẫu thuật viên. Thời gian phẫu thuật trung bình 48,9 phút (30 - 90 phút). Tương tự với kết quả Arun Rojanasakul có thời gian phẫu thuật trung bình là 40 phút (30 - 80 phút) [3]. Thời gian phẫu thuật dài hơn so với Nguyễn Trung Tín có thời gian phẫu thuật trung bình là $29,09 \pm 10,09$ phút [4]. Phẫu thuật LIFT đòi hỏi phẫu thuật viên nắm chắc giải phẫu vùng hậu môn, khi phẫu tích phải tỉ mỉ để có thể phẫu tích chính xác vùng gian cơ thắt và bộc lộ rõ tổ chức đường rò. Số lượng máu mất trung bình 11,1ml, Kết quả tương tự với NC của Nguyễn Trung Tín, Nguyễn Trung Vinh [4], [5].

Hiện nay, nhiều tác giả đánh giá mức độ đau bằng cách dùng thang điểm đánh giá VAS. Người

bệnh được giới thiệu một thước đo đau nằm ngang chia ra nhiều mức từ 0 đến 10. Thấy thuốc và bệnh nhân phải thống nhất với nhau trước về việc đánh giá mức độ đau, điểm 0 là không đau, đau tăng dần theo thang điểm cho đến 10 là đau dữ dội không chịu nổi. Thống kê cho thấy mức độ đau sau mổ của BN chủ yếu là đau ít (94,0%), đau vừa (6,0%). Các tác giả đều thống nhất tình trạng đau liên quan tới mức độ cắt bỏ tổ chức viêm, tổ chức xơ, sẹo tổn thương lớn của lỗ rò ngoài, có cắt cơ thắt và phẫu thuật kèm theo như trĩ, nút hậu môn, da thừa. Theo Nguyễn Trung Tín, Nguyễn Trung Vinh và các tác giả khác cho rằng so với các kỹ thuật phẫu thuật khác tình trạng đau của phẫu thuật LIFT ít hơn [4], [5]. Các BN sau mổ đau ít được dùng thuốc paracetamol đường uống, nếu không đỡ dùng đường truyền tĩnh mạch. Có 2 BN đau vừa, trong đó 1 BN mổ cắt bỏ đường rò kết hợp, 1 BN cắt bỏ tổ chức xơ sẹo tổn thương lớn. Sau mổ BN được dùng morphin, ngày thứ 2 trở đi BN đỡ đau.

Bí tiểu là một trong các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng. Nguyên nhân chính xác bí tiểu sau mổ chưa được biết rõ, một số yếu tố gây bí tiểu như đau sau mổ, nhét gạc hậu môn. Ngoài ra truyền nhiều dịch trong mổ (> 1000ml) là một trong các yếu tố nguy cơ của bí tiểu sau mổ. Bằng việc hạn chế truyền dịch, biến chứng này đã giảm đáng kể (7,9% so với 16,7%, có ý nghĩa thống kê $p < 0,0001$) [1], [2]. Theo thống kê có 3 BN (9,0%) bí tiểu. 1 BN được chườm ấm vùng hạ vị, sau đó đã tự đi tiểu được. Có 2 BN đã được đặt sonde tiểu và rút bỏ sau 24 giờ, BN tự tiểu tiện được bình thường (1 BN do tuổi cao, tuyến tiền liệt to được điều trị thêm thuốc Xatral 10mg, giãn cơ niệu đạo. Một BN nhân có 4 lỗ rò ngoài, phải cắt bỏ tổ chức viêm, sẹo rộng nên BN đau có thể gây ra bí tiểu).

Ngoài ra, chúng tôi gặp 1 BN chảy máu sau mổ. BN được xác định chảy rỉ máu ở mép vết thương, đã được băng ép vết mổ, dùng thuốc cầm máu đường tĩnh mạch, sau đó BN ổn định, ra viện. Nguyên nhân chảy máu sau mổ thường do lỗi kỹ thuật như cầm máu không kỹ, bỏ sót mạch máu, do chảy máu thứ phát, có phẫu thuật kèm theo như cắt trĩ hoặc đường rò tổn thương tiến triển cấp tính. Do vậy, để

hạn chế chảy máu sau mổ, trong quá trình phẫu thuật cần cầm máu kỹ đặc biệt các BN có tổ chức viêm cấp, bệnh lý tăng huyết áp kèm theo, băng ép vết mổ để 24 giờ sau mổ mới tháo bỏ [1].

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $2,8 \pm 1,1$ ngày. Theo Arun Rojasanaku thời gian nằm viện trung bình là 1,25 ngày, thời gian này ngắn hơn kết quả nghiên cứu [3]. Do các BN của chúng tôi được phẫu thuật cuối tuần, không tổng kết BN ra viện trong các ngày nghỉ. Nhiều tác giả cho rằng LIFT là phẫu thuật trong ngày, sau phẫu thuật khi BN hết tác dụng của thuốc gây tê có thể cho BN về nhà điều trị ngoại trú. Năm 2019, Jian -ming Qiu NC về tính an toàn phẫu thuật trong ngày của LIFT. Kết quả NC 386 BN được phẫu thuật LIFT có 218 BN được ra viện trong ngày, 168 BN điều trị nội trú cho thấy nhóm ra viện trong ngày trở lại hoạt động, sinh hoạt bình thường sớm hơn ($p < 0,01$), sau mổ nhóm ra viện trong ngày xuất hiện trĩ ngoại, đau nhiều hơn ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng chung, tỷ lệ nhập viện lại không khác nhau giữa 2 nhóm [11].

Kết quả NC cho thấy thời gian liền sẹo trung bình là $3,1 \pm 1,0$ tuần. Kết quả NC Trần Thị Tranh cho thấy thời gian liền sẹo trung bình của phẫu thuật mở ngò là $6,37 \pm 2,23$ tuần (2 - 12 tuần). Nhóm phẫu thuật LIFT là $4,53 \pm 1,61$ tuần (2 - 8 tuần), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$ [6]. Theo các NC khác thời gian liền sẹo trung bình từ 3,1 - 8 tuần [4] [5], [7], [8], [9]. Có các yếu tố liên quan tới sự liền sẹo vết mổ nói chung cũng như ở vết mổ vùng hậu môn: Tình trạng dinh dưỡng, các bệnh lý kết hợp (tiểu đường), kích thước đường mổ, cách thức chăm sóc sau mổ [8], [9], [10].

Tỷ lệ đại tiện không kiểm soát sau mở đường rò rất cao và khác nhau từ 0% đến 40% trong rò xuyên cơ thắt thấp [1], [2]. Rối loạn đại tiện tự chủ hậu môn trong NC được đánh giá bằng bảng điểm CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score). Chức năng đại tiện của BN dựa vào thang điểm CCIS trước mổ, sau mổ 2 tuần, 2 tháng, 3 tháng có số điểm lần lượt là $0, 1,1 \pm 0,3, 0,1 \pm 0,3; 0,03 \pm 0,2$ điểm. BN sau mổ thường mất tự chủ kiểm soát hơi, sau đó hồi phục dần theo thời gian. 1 BN do ngoài phẫu thuật LIFT còn kết hợp cắt bỏ 1 đường rò trong cơ thắt nên sau

mổ đại tiện mất tự chủ kiểm soát phân lỏng, sau 2 tháng hồi phục hoàn toàn. Đánh giá kết quả chung chức năng đại tiện tốt sau 3 tháng theo dõi. Các nguyên nhân gây mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật rò hậu môn bao gồm: Cắt vào cơ hậu môn trực tràng, cắt vào thần kinh vận động của cơ thắt, đường rò chính đi càng cao qua cơ thắt thì càng có nhiều nguy cơ bị tổn hại chức năng khi cắt đường rò; và cơ thắt càng yếu trước khi can thiệp phẫu thuật thì càng nhiều khả năng mất tự chủ sau mổ. Nguy cơ đại tiện không kiểm soát sau mổ thể hiện ở nữ nhiều hơn nam, đặc biệt là sau phẫu thuật điều trị đường rò nằm phía trước, bởi vì cấu trúc cơ thắt nhỏ hơn và cũng có thể bị suy yếu do sinh đẻ [1], [2].

Tái phát là tình trạng khi vết mổ đã liền sẹo mà vẫn còn xuất hiện lỗ rò chảy dịch, chảy mủ, hoặc áp xe cạnh hậu môn [1], [2]. Thông thường liền sẹo vết mổ từ 6 tuần - 8 tuần. Theo thống kê, thời gian theo dõi trung bình $25,3 \pm 16,9$ tháng (4,0 - 53 tháng) có 1 BN tái phát ở tháng thứ 8, được chẩn đoán rò gian cơ thắt thấp đã phẫu thuật cắt đường rò để hở vết mổ. Sau 3 tuần BN ổn định, vết mổ liền sẹo. Chúng tôi tìm hiểu lại yếu tố nguy cơ tái phát của BN đó là BN được phẫu thuật áp xe hậu môn trước đó, lần phẫu thuật LIFT, giải phẫu bệnh tổ chức đường rò là mạn tính tiến triển cấp tính. Theo Emile SH nghiên cứu 1378 BN, phân tích thấy các yếu tố nguy cơ gây tái phát rò hậu môn sau phẫu thuật LIFT là rò hình móng ngựa, rò hậu môn do bệnh Crohn, rò tái phát. Các BN tái phát, mức độ đường rò phức tạp thường giảm xuống sau phẫu thuật LIFT. Thông thường từ đường rò xuyên cơ thắt, sau tái phát thành đường rò đơn giản hơn là đường rò trong cơ thắt hoặc gian cơ thắt. Cách xử lý thường các tác giả phẫu thuật cắt bỏ đường rò, để hở vết mổ. Một số tác giả lựa chọn phẫu thuật lại bằng phương pháp LIFT. Theo Hong KD nghiên cứu phân tích tổng hợp 1110 BN với thời gian theo dõi trung bình 10,3 tháng, tỷ lệ thành công và biến chứng sau mổ lần lượt là 76,4% và 5,5% [10]. Một số tác giả cho rằng nên chờ đợi thời gian rồi mới phẫu thuật LIFT ở những BN mà tổ chức đường rò chưa mạn tính, xơ chai. Những BN này cần

thực hiện phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe bằng phương pháp seton [1].

Theo các NC, với thời gian theo dõi trung bình từ 6,5 - 16,5 tháng, tỷ lệ điều trị thành công dao động từ 76,4% - 94,4% [3], [9], [10]. Kết quả NC cho thấy cao hơn so với thống kê của các tác giả trong và ngoài nước khác. Điều này có thể do sự lựa chọn BN kỹ càng, đánh giá tình trạng bệnh qua thăm khám lâm sàng cũng như dựa vào kết quả phim cộng hưởng từ vùng tiểu khung. Các tác giả cũng cho rằng, tỷ lệ thất bại của phẫu thuật xuất phát từ một số nguyên nhân sau: Tìm và xử trí lỗ rò trong không tốt, không đánh giá đúng các hình thái lâm sàng trước và trong mổ, số lần phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu [8], [9], [10].

5. Kết luận

Kết quả dài hạn phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn thấy tỷ lệ khỏi 97%, nhanh hồi phục, ít ảnh hưởng tới chức năng hậu môn.

Tài liệu tham khảo

1. Herand Abcarian (2014) *Anal fistula principles and management*. © Springer Science+Business Media New York 2014.
2. Jon DV et al (2016) *Anorectal fistula: Clinical manifestations, diagnosis, and management principles*. UpToDate. accessed: 10/01/2016.
3. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, et al (2007) *Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract*. J Med Assoc Thai 90(3): 581-586.
4. Nguyễn Trung Tín (2010) *Kết quả phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, (Tập 15), tr. 147-151.
5. 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*. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 19, Số 5, tr. 58-65.
6. Trần Thị Tranh (2012) *Kết quả sớm của phẫu thuật LIFT trong điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 16(1), tr. 121-125.

7. Nguyễn Anh Tuấn (2017) *Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật cắt đường rò gian cơ thắt (LIFT) điều trị rò hậu môn xuyên cơ thắt*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, (Tập 12), tr. 79-86.
8. Malakorn S, Sammour T, Khomvilai S et al (2017) *Ligation of intersphincteric fistula tract for fistula in ano: Lessons learned from a decade of experience*. Dis Colon Rectum 60(10): 1065–1070.
9. Emile SH, Khan SM, Adejumo A et al (2020) *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*. Surgery 167(2): 484–492.
10. Hong KD, Kang S, Kalaskar S et al (2014) *Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: systematic review and meta-analysis*. Tech Coloproctol 18(8): 685-691.
11. Qiu J, Yang G, Wang H et al (2019) *Feasibility of ambulatory surgery for anal fistula with LIFT procedure*. BMC Gastroenterology 19(1): 81.