

Chất lượng cuộc sống và tự chủ đại tiện sau phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT) điều trị rò hậu môn phức tạp

Đặng Như Thành^{1*}, Phạm Anh Vũ¹

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ: Đặng Như Thành | Email: dnthanh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 20/09/2026

Ngày duyệt đăng (Accepted): 12/10/2026

Xuất bản trực tuyến (Published online): 10/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT) là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt điều trị rò hậu môn phức tạp, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả về chức năng tự chủ đại tiện ở cả hai thời điểm trước và sau mổ. Rất ít nghiên cứu phân tích riêng cho nhóm thành công và nhóm thất bại.

Mục tiêu: Đánh giá tự chủ đại tiện và chất lượng cuộc sống trước - sau phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt trong điều trị rò hậu môn phức tạp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu trên 144 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được phẫu thuật bằng phẫu thuật LIFT và được theo dõi ít nhất 12 tháng. Đánh giá chức năng tự chủ bằng thang điểm Wexner, chất lượng cuộc sống bằng thang điểm FIQL, theo quy trình thống nhất trước mổ và sau mổ ba tháng.

Kết quả: Tỷ lệ thành công là 83,3% với thời gian theo dõi trung vị 18 tháng. Điểm Wexner trung vị bằng 0 ở cả hai thời điểm ($p = 0,052$). Chất lượng cuộc sống cải thiện có ý nghĩa ở thang lối sống, ứng phó/hành vi và trầm cảm/tự nhận thức ($p < 0,01$), không đổi ở thang xấu hổ ($p = 0,736$). Chức năng tự chủ không thay đổi ở nhóm thành công ($p = 0,655$) nhưng giảm đáng kể ở nhóm thất bại ($p = 0,034$), 7/24 bệnh nhân có rối loạn mới, đều ở mức són hơi dưới một lần mỗi tháng. Những bệnh nhân can thiệp thất bại có điểm số ban đầu thấp hơn ở cả bốn phân mục ($p < 0,001$); tuy nhiên, nhóm điều trị thành công vẫn duy trì được điểm số sau mổ vượt trội hơn ở lối sống ($p = 0,031$) và xấu hổ ($p = 0,006$).

Kết luận: Phẫu thuật LIFT cải thiện chất lượng cuộc sống nhưng không làm giảm chức năng tự chủ ở bệnh nhân điều trị thành công. Giảm chức năng chủ yếu trong nhóm thất bại, còn nhiễm trùng dai dẳng và phải mổ cắt cơ thắt.

Từ khóa: rò hậu môn; chất lượng cuộc sống; đại tiện không tự chủ.

Quality of life and anal incontinence after ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for complex anal fistula

Dang Nhu Thanh^{1*}, Pham Anh Vu¹

¹Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Ligation of the intersphincteric fistula tract is described as sphincter-preserving, yet robust evidence on the pre- and postoperative continence function remains scarce. Almost none analysed outcomes separately for healed and unhealed patients.

Objectives: To assess continence and quality of life before and after LIFT procedure for complex anal fistula.

Materials and methods: 144 patients undergoing LIFT procedure for complex anal fistula were followed up at least 12 months. Continence was measured with the Wexner Cleveland Clinic Incontinence Score and quality of life with the Fecal Incontinence Quality of Life scale, both administered by a fixed protocol before surgery and three months afterwards.

Results: Success rate was 83.3% over a median follow-up of 18 months. Median Wexner score was 0 at both assessments ($p = 0.052$). Quality of life improved significantly in lifestyle, coping/behaviour, and depression/self-perception (all $p < 0.01$) but not in embarrassment ($p = 0.736$). Continence remained unchanged after successful surgery ($p = 0.655$) but deteriorated after failure ($p = 0.034$), with seven of twenty-four patients developing new impairment, all confined to flatus occurring less than monthly. Patients who failed had poorer baseline scores in all four domains ($p < 0.001$), yet those who succeeded retained better postoperative lifestyle ($p = 0.031$) and embarrassment ($p = 0.006$) scores.

Conclusion: The operation improved disease-relevant quality of life without measurable continence deterioration in patients achieving fistula healing. Functional deterioration within the cohort was exclusively observed in patients with procedure failure and those who underwent sphincter-dividing salvage surgery.

Keywords: anal fistula; quality of life; fecal incontinence.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là một bệnh lý lành tính, hiếm khi gây nguy hiểm nhưng lại ảnh hưởng dai dẳng đến sinh hoạt của người bệnh. Tình trạng chảy dịch, nhiễm bẩn vùng hậu môn, đau tái diễn gây trở ngại cho công việc và sinh hoạt thường ngày, ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân nhiều hơn so với mức độ tổn thương thực thể [1]. Do đó, phẫu thuật điều trị phải giải quyết hai mục tiêu: vừa loại bỏ triệt để đường rò, vừa phải bảo tồn được tối đa phức hợp cơ thắt.

Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn tự chủ trung bình sau đặt seton là 12 - 18% [2], và 15,6% sau phẫu thuật cắt rò [3]. Hiệp hội Phẫu thuật Đại trực tràng Hoa Kỳ khuyến cáo áp dụng các kỹ thuật bảo tồn cơ thắt đối với rò hậu môn phức tạp dù tỷ lệ liền thương thấp hơn [4]. Phương pháp thắt đường rò gian cơ thắt (Ligation of the intersphincteric fistula tract - LIFT), được Rojanasakul và cộng sự mô tả vào năm 2007, tác động vào đoạn đường rò nằm giữa hai cơ thắt [5]. Phần rò gian cơ thắt được bóc tách, thắt và cắt bỏ, qua đó loại bỏ ổ nhiễm khuẩn từ ống hậu môn mà không cần cắt cơ. Kết quả ban đầu rất ấn tượng với tỷ lệ liền thương trên 90% và không ghi nhận mất tự chủ đại tiện, tuy nhiên kết quả từ các loạt ca bệnh sau đó rất khác biệt, dao động từ 47% đến 95% [6], và các phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ thành công nằm trong khoảng từ 76% đến 81% [7, 8].

Trong một nghiên cứu tổng quan, Tan và cộng sự đã phân tích 42 nghiên cứu có đánh giá tự chủ đại tiện sau LIFT. Chỉ có ba nghiên cứu là thử nghiệm ngẫu nhiên và một nghiên cứu xem xét tình trạng mất kiểm soát đại tiện là tiêu chí đánh giá chính. Đánh giá chức năng tự chủ được thực hiện trước và sau phẫu thuật ở 71,4% số nghiên cứu, 45,2% nghiên cứu sử dụng một quy trình đánh giá cố định, thực hiện đánh giá khách quan ở 14,3% nghiên cứu và không có nghiên cứu nào đánh giá giải phẫu phức hợp cơ thắt sau phẫu thuật. Các tác giả kết luận rằng ưu điểm bảo tồn cơ thắt của LIFT vẫn chưa được chứng minh bởi các nghiên cứu tiền cứu có bằng chứng thống kê mạnh [9].

Chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi bệnh lý ít được ghi nhận hơn so với chức năng tự chủ đại tiện. Chỉ số này thường chỉ được đánh giá một lần sau phẫu thuật thay vì so sánh với dữ liệu nền trước phẫu thuật, đồng thời không phân tích riêng chỉ số chất lượng cuộc sống giữa nhóm bệnh nhân đã liền rò và nhóm chưa liền dù trải nghiệm sau cùng một ca phẫu thuật ở hai nhóm này rất khác nhau. Công cụ được lựa chọn phổ biến nhất là thang đo Chất lượng cuộc sống liên quan đến tình trạng đại tiện không tự chủ (Fecal Incontinence Quality of Life scale) của Rockwood và cộng sự, bao gồm các lĩnh vực về lối sống, ứng phó/hành vi, trầm cảm, tự nhận thức và xấu hổ [10], công cụ này đã được dịch và xác thực về mặt tâm trắc học ở nhiều ngôn ngữ [11].

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu về kỹ thuật LIFT cho rò hậu môn phức tạp, trong đó khả năng tự chủ đại tiện và chất lượng cuộc sống của từng bệnh nhân được đánh giá theo một quy trình cố định vào thời điểm trước phẫu thuật và ba tháng sau phẫu thuật, đồng thời cả hai chỉ số này đều được phân tích riêng biệt dựa trên kết quả thành công hay thất bại của ca mổ. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật LIFT đối với chất lượng

cuộc sống liên quan đến bệnh và khả năng bảo tồn chức năng tự chủ đại tiện, đồng thời so sánh các kết quả này giữa hai nhóm bệnh nhân liền rò và không liền rò.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp tiến cứu thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế. Các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật LIFT điều trị rò hậu môn phức tạp và được theo dõi ít nhất 12 tháng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn phức tạp dựa trên các tiêu chí của Hiệp hội Phẫu thuật Đại trực tràng Hoa Kỳ, bao gồm: rò xuyên qua hơn 30% cơ thắt ngoài, đường rò nằm trên cơ thắt hoặc ngoài cơ thắt, rò phía trước đối với nữ giới, nhiều đường rò, rò móng ngựa, hoặc rò tái phát [4]. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các trường hợp rò thứ phát do áp xe tuyến tiền liệt, viêm xương chậu, bệnh lý ác tính vùng hậu môn - trực tràng hoặc vùng chậu, rò sau xạ trị vùng chậu, và rò trực tràng - âm đạo.

2.3. Các định nghĩa về kết quả phẫu thuật

Lành thương thì đầu được định nghĩa là sự biểu mô hóa hoàn toàn tại lỗ rò ngoài và vết thương vùng gian cơ thắt, không còn dịch tiết, được đánh giá ở thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật. Thất bại tiên phát được xác định khi vết thương chưa lành hoặc vẫn còn dịch tiết ở tuần thứ 12, hoặc khi bệnh nhân phải can thiệp lại do rò hoặc áp xe trước thời điểm này. Tái phát được định nghĩa là tình trạng xuất hiện lại dịch tiết từ lỗ ngoài cũ hoặc lỗ rò mới, hình thành áp xe quanh hậu môn mới ở bệnh nhân đã được xác nhận là đã lành thương trước đó.

2.4. Đánh giá tự chủ đại tiện và chất lượng cuộc sống

Khả năng tự chủ đại tiện được đánh giá bằng thang điểm Wexner của Cleveland Clinic, thang điểm này đánh giá tình trạng mất kiểm soát đối với phân đặc, phân lỏng và trung tiện, sử dụng tã và thay đổi trong lối sống, dựa trên thang đo 5 mức độ với tổng điểm dao động từ 0 (tự chủ hoàn toàn) đến 20 (mất tự chủ hoàn toàn) [12]. Chất lượng cuộc sống được đo lường bằng thang đo chất lượng cuộc sống liên quan đến mất tự chủ đại tiện (FIQL), gồm 29 mục chia thành bốn lĩnh vực với điểm từ 1 đến 4, trong đó giá trị càng cao thể hiện chất lượng cuộc sống càng tốt [10]. Cả hai thang đo này đều được đánh giá thông qua phỏng vấn tại thời điểm thăm khám trước phẫu thuật và tái khám sau 3 tháng.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập, làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được biểu thị bằng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%), so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Biến định lượng phân phối chuẩn biểu diễn bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; nếu không phân phối chuẩn biểu diễn bằng trung vị (IQR). So sánh các thang điểm ghép cặp trước và sau mổ bằng kiểm định dấu hạng Wilcoxon.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (Quyết định số ...).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng 144 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu (Bảng 1). Nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, đa số là nam giới, với tuổi trung vị là 39, 89,6% là nam giới và 56,3% có tiền sử phẫu thuật rò hậu môn. Chức năng tự chủ đại tiện ban đầu ở hầu hết các bệnh nhân đều bình thường, với điểm Wexner trung vị là 0 và chỉ có 11 bệnh nhân (7,6%) có điểm số từ 1 trở lên.

Bảng 1. Đặc điểm nền (trước phẫu thuật) của 144 bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị
Trung vị tuổi (khoảng giá trị)	39 (17 - 70)
< 45 tuổi, n (%)	85 (59,0)
Nam giới, n (%)	129 (89,6)

Đặc điểm	Giá trị
BMI (kg/m ²), TB ± SD	23,2 ± 3,5
Tiền sử phẫu thuật rò hậu môn, n (%)	81 (56,3)
Thời gian xuất hiện triệu chứng, tháng, trung vị (khoảng giá trị)	3 (0,25 - 36)
Rò xuyên cơ thắt (Parks II) khi phẫu thuật, n (%)	134 (93,1)
Áp xe trong mổ, n (%)	62 (43,1)
LIFT kinh điển, n (%)	115 (79,9)
LIFT cải biên, n (%)	29 (20,1)
Điểm Wexner trước mổ, trung vị (khoảng giá trị)	0 (0 - 2)
Điểm Wexner trước mổ ≥ 1, n (%)	11 (7,6)

SD: độ lệch chuẩn.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian theo dõi trung vị là 18 tháng, 138 bệnh nhân (95,8%, KTC 95% 91,2 - 98,1) đạt liền thương thì đầu ở mức 12 tuần, trong khi 6 bệnh nhân (4,2%) vẫn còn tồn tại đường rò. Trong số 138 bệnh nhân đã liền thương, có 18 trường hợp tái phát sau đó, tỷ lệ tái phát là 13,0% ở nhóm đã liền thương và 12,5% ở toàn bộ nhóm nghiên cứu. Do đó, tỷ lệ thành công là 83,3% (KTC 95% 76,4 - 88,5) và thất bại ở 24 bệnh nhân (16,7%, KTC 95% 11,5 - 23,6). Tình trạng tái phát xảy ra muộn, với thời gian trung vị là 12 tháng (8 - 18 tháng). Chín trong số 24 trường hợp thất bại được phẫu thuật cứu vãn trong quá trình theo dõi, tất cả 9 bệnh nhân này đều đã liền rò. Các biến chứng là hiếm gặp và không có trường hợp nào cần phẫu thuật lại: 1 bệnh nhân bí tiểu (0,7%), 2 bệnh nhân chảy máu sau mổ được kiểm soát bằng phương pháp ép tại chỗ (1,4%) và 3 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ ở khoang gian cơ thắt (2,1%). Thời gian nằm viện sau mổ trung vị là 3 ngày và hầu hết bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường trong vòng một tuần (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Giá trị
Thời gian theo dõi trung vị, tháng	18
Liền rò nguyên phát lúc 12 tuần, n (%)	138 (95,8)
Thất bại tiên phát, n (%)	6 (4,2)
Tái phát sau liền rò, n (%) (trong 138 ca)	18 (13,0)
Thành công, n (%) [KTC 95%]	120 (83,3) [76,4 - 88,5]
Thất bại chung, n (%) [KTC 95%]	24 (16,7) [11,5 - 23,6]
Thời gian liền thương, tuần, trung vị (IQR)	5 (4 - 6)
Thời gian tái phát, tháng, trung vị (IQR)	12 (8 - 18)
Phẫu thuật cứu vãn, n (%) (trong 24 ca thất bại)	9 (37,5)

KTC: khoảng tin cậy; IQR: khoảng tứ phân vị.

3.3. Khả năng kiểm soát đại tiện của đối tượng nghiên cứu

Điểm số Wexner trung vị là 0 ở cả thời điểm trước và sau phẫu thuật, không có bệnh nhân nào đạt điểm trên 2 trong cả hai lần đánh giá. So sánh ghép cặp không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($Z = -1,941$; $p = 0,052$). Tuy nhiên, sự phân bố điểm số đã có sự thay đổi (Bảng 3) với tỷ lệ bệnh nhân tự chủ đại tiện hoàn hảo giảm từ 92,4% xuống 85,4% và tỷ lệ có bất kỳ mức độ suy giảm chức năng nào tăng từ 7,6% (KTC 95% 4,3 - 13,2) lên 14,6% (KTC 95% 9,7 - 21,3); ngược lại, số lượng bệnh nhân đạt điểm 2 đã giảm từ bốn trường hợp xuống còn một trường hợp. Không có bệnh nhân nào báo cáo tình trạng són phân lỏng hoặc phân đặc, phải sử dụng tã dán hay thay đổi lối sống tại bất kỳ thời điểm nào.

Bảng 3. Phân bố điểm Wexner trước và sau phẫu thuật (n = 144)

Điểm Wexner	Trước phẫu thuật, n (%)	Sau phẫu thuật, n (%)	Ý nghĩa lâm sàng
0	133 (92,4)	123 (85,4)	Tự chủ hoàn toàn
1	7 (4,9)	20 (13,9)	Són hơi < 1 lần/tháng
2	4 (2,8)	1 (0,7)	Ít ảnh hưởng
≥ 1	11 (7,6)	21 (14,6)	Giảm chức năng

So sánh ghép cặp bằng kiểm định Wilcoxon signed-rank: $Z = -1,941$, $p = 0,052$.

3.4. Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Ba trong số bốn lĩnh vực của thang đo FIQL đã có sự cải thiện đáng kể (Bảng 4). Thay đổi rõ rệt nhất ghi nhận trong lĩnh vực ứng phó/hành vi ($Z = -4,649$, $p < 0,01$), trong đó điểm thấp nhất của phân bố tăng từ 3,4 lên 3,56, trong khi giá trị trung vị vẫn duy trì mức cao nhất là 4,0. Lĩnh vực lối sống có sự cải thiện với giá trị trung vị tăng từ 3,9 lên 4,0 ($Z = -3,765$, $p < 0,01$), lĩnh vực trầm cảm/tự nhận thức cũng cải thiện với $Z = -3,733$ ($p < 0,01$) mặc dù giá trị trung vị không thay đổi. Lĩnh vực xấu hổ không có sự thay đổi ($Z = -0,337$, $p = 0,736$), giá trị trung vị của phần này vốn đã ở mức tối đa là 4,0 trước phẫu thuật và vẫn duy trì ở mức đó sau phẫu thuật.

Bảng 4. Điểm FIQL trước và sau phẫu thuật, toàn bộ nhóm nghiên cứu (n = 144)

Lĩnh vực	Trung vị trước phẫu thuật (IQR)	Trung vị sau phẫu thuật (IQR)	Z	p
Lối sống	3,9 (3,3 - 4,0)	4,0 (3,3 - 4,0)	-3,765	< 0,01
Ứng phó/hành vi	4,0 (3,4 - 4,0)	4,0 (3,56 - 4,0)	-4,649	< 0,01
Trầm cảm/tự nhận thức	3,9 (3,3 - 3,9)	3,9 (3,3 - 3,9)	-3,733	< 0,01
Xấu hổ	4,0 (3,0 - 4,0)	4,0 (2,7 - 4,0)	-0,337	0,736

FIQL: Thang đo Chất lượng cuộc sống liên quan đến đại tiện không tự chủ; IQR: khoảng tứ phân vị. Kiểm định Wilcoxon signed-rank.

3.5. Khả năng tự chủ đại tiện và chất lượng cuộc sống theo kết quả phẫu thuật

Tự chủ đại tiện được bảo tồn hoàn toàn ở 120 bệnh nhân liền rò và không tái phát, không có sự thay đổi đáng kể nào giữa các lần đánh giá ($p = 0,655$). Ở 24 bệnh nhân phẫu thuật thất bại, tự chủ đại tiện suy giảm đáng kể ($Z = -2,121$, $p = 0,034$) với tỷ lệ bệnh nhân gặp suy giảm chức năng tăng từ 3/24 (12,5%, KTC 95% 4,3 - 31,0) lên 10/24 (41,7%, KTC 95% 24,5 - 61,2). Bảy bệnh nhân (29,2%, KTC 95% 14,9 - 49,2) xuất hiện tình trạng suy giảm chức năng mới dù có khả năng tự chủ hoàn toàn trước phẫu thuật, trong khi một bệnh nhân cải thiện từ điểm 2 xuống điểm 1. Tất cả 7 trường hợp mới xuất hiện rối loạn tự chủ đều ghi nhận điểm Wexner bằng 1, tương ứng với tần suất són hơi dưới 1 lần/tháng; đồng thời không có bệnh nhân nào trong nhóm thất bại có điểm số sau mổ đạt mức 2. Điểm Wexner sau phẫu thuật có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,001$), trong khi khác biệt ở thời điểm trước mổ là không có ý nghĩa ($p = 0,331$).

Những bệnh nhân có kết quả điều trị thất bại có điểm FIQL trước phẫu thuật thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở cả bốn khía cạnh trong thang điểm ($p < 0,001$). Sau phẫu thuật, nhóm thất bại cho thấy sự cải thiện lớn và có ý nghĩa thống kê về lối sống, ứng phó/hành vi và trầm cảm ($p < 0,001$), trong khi nhóm thành công chỉ cải thiện có ý nghĩa về ứng phó/hành vi ($p = 0,028$). Mặc dù nhóm thất bại đạt được mức cải thiện tương đối lớn hơn, nhóm thành công vẫn duy trì điểm số sau phẫu thuật tốt hơn đáng kể trong lĩnh vực lối sống ($p = 0,031$) và xấu hổ ($p = 0,006$), và không có lĩnh vực nào cho kết quả thấp hơn so với nhóm thất bại.

Bảng 5. Điểm Wexner và FIQL trước và sau phẫu thuật, phân loại theo kết quả phẫu thuật

Điểm số	Thành công (n = 120)		Thất bại (n = 24)		<i>p</i> , thành công	<i>p</i> , thất bại
	Trước PT	Sau PT	Trước PT	Sau PT		
Điểm Wexner ^a	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (0 - 1)	0,655	0,034
FIQL lối sống	4,00 (3,30 - 4,00)	4,00 (3,30 - 4,00)	3,70 (3,30 - 4,00)	3,80 (3,60 - 4,00)	0,176	< 0,001
FIQL ứng phó/hành vi	4,00 (3,56 - 4,00)	4,00 (3,56 - 4,00)	3,78 (3,44 - 4,00)	4,00 (3,56 - 4,00)	0,028	< 0,001
FIQL trầm cảm	3,86 (3,29 - 3,86)	3,86 (3,29 - 3,86)	3,71 (3,29 - 3,86)	3,86 (3,71 - 3,86)	0,054	< 0,001
FIQL xấu hổ	4,00 (3,00 - 4,00)	4,00 (2,67 - 4,00)	3,67 (3,00 - 4,00)	4,00 (3,33 - 4,00)	0,697	0,334

Giá trị trình bày dưới dạng trung vị (IQR); ^a trung vị (khoảng giá trị). PT: phẫu thuật. So sánh ghép cặp trong cùng nhóm bằng kiểm định Wilcoxon signed-rank, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Mann-Whitney U. Trước phẫu thuật, giá trị *p* so sánh giữa nhóm thành công và thất bại là *p* < 0,001 đối với cả bốn lĩnh vực FIQL và *p* = 0,331 đối với thang điểm Wexner. Sau phẫu thuật, các giá trị *p* lần lượt là *p* = 0,031 (lối sống), *p* = 0,376 (ứng phó/hành vi), *p* = 0,354 (trầm cảm), *p* = 0,006 (xấu hổ) và *p* < 0,001 (thang điểm Wexner).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận ba kết quả chính. Chất lượng cuộc sống được cải thiện sau LIFT ở ba trong bốn lĩnh vực thuộc thang đo FIQL. Khả năng tự chủ đại tiện được bảo tồn khi liền rò. Khả năng tự chủ giảm nhẹ chỉ xảy ra ở những bệnh nhân phẫu thuật không thành công. Kết quả này góp phần cho thấy phẫu thuật LIFT là phương pháp bảo tồn cơ thắt.

4.1. Khả năng tự chủ đại tiện sau phẫu thuật LIFT

Kết quả trên toàn bộ nhóm nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các dữ liệu đã được công bố, với điểm Wexner trung vị là 0 tại cả hai thời điểm đánh giá (*p* = 0,052). Trong một nghiên cứu lớn về LIFT cho rò xuyên cơ thắt cao, Sun và cộng sự không ghi nhận sự thay đổi đáng kể nào về điểm Wexner hay áp lực nghỉ và áp lực co bóp khi đo áp lực hậu môn trực tràng [13]. Sileri và cộng sự cũng không ghi nhận giảm tự chủ đại tiện sau phẫu thuật trong một nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm [14]. Tương tự, Elmer và cộng sự đã báo cáo rằng hầu hết các bệnh nhân đạt kết quả thành công đều có điểm không tự chủ St Mark dưới 5 khi theo dõi 139 bệnh nhân trong thời gian trung vị là 28 tháng [15]. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa kỹ thuật LIFT và vật trực tràng [16, 17].

Mặc dù sự khác biệt chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê (*p* = 0,052), chức năng tự chủ đại tiện vẫn có xu hướng giảm, với tỷ lệ bệnh nhân có một trong các mức giảm tự chủ tăng gần gấp đôi, và có ít nhất mười bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng mà trước đó họ không có. Sun cũng báo cáo tương tự với són hơi thoáng qua mức độ nhẹ và không gây rối loạn chức năng [13]. Những bệnh nhân liền rò không thay đổi chức năng đáng kể (*p* = 0,655), trong khi bệnh nhân không liền rò bị suy giảm chức năng có ý nghĩa (*p* = 0,034) và gần một phần ba bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng mới. Có hai cơ chế có khả năng góp phần vào hiện tượng này. Đầu tiên là bản thân bệnh lý, đường rò không lành hoặc tái phát đồng nghĩa với nhiễm khuẩn dai dẳng, chảy dịch mạn tính và viêm liên tục phức hợp cơ thắt. Thứ hai, chín trong số 24 trường hợp thất bại đã được phẫu thuật lại, trong đó bảy ca cắt rò.

4.2. Chất lượng cuộc sống

Ba lĩnh vực của thang đo FIQL đã cải thiện đáng kể, trong đó lĩnh vực ứng phó và hành vi đạt sự thay đổi lớn nhất. Điều này dễ hiểu vì các hành vi thuộc nhóm này như sử dụng tã dán, hạn chế ăn uống, lên kế hoạch ra ngoài dựa trên vị trí nhà vệ sinh hay tránh tham gia hoạt động đều xuất phát trực tiếp từ chảy dịch và són phân nên các hành vi này sẽ chấm dứt khi đường rò được đóng lại. Các chỉ số về lối sống và trầm cảm cũng ghi nhận cải thiện tương tự. Riêng chỉ số về lĩnh vực xấu hổ không có sự thay đổi, với giá trị trung vị nằm ở mức tối đa của thang đo cả trước và sau phẫu thuật.

Sự cải thiện ở nhóm bệnh nhân điều trị thất bại là điều đáng lưu ý. Thủ thuật LIFT không thành công vẫn có thể giúp dẫn lưu ổ nhiễm trùng, loại bỏ ổ mù gian cơ thắt và giảm tiết dịch, khi mà nhiều bệnh nhân trong nhóm này đã phải sống chung với rò hậu môn trong nhiều năm. Seneviratne và cộng sự đã ghi nhận một thực tế trái ngược là chất lượng cuộc sống của những

bệnh nhân phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát vẫn bị suy giảm dai dẳng, điều này cho thấy gánh nặng lớn nhất thuộc về bệnh nhân không khỏi bệnh [18].

Đánh giá về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhìn chung khá tương đồng giữa LIFT so với các phương pháp điều trị khác. Adamina và cộng sự khi đánh giá việc sử dụng nút bịt đường rò trong rò phức tạp ghi nhận phương pháp này bảo tồn chức năng tự chủ và duy trì được chất lượng cuộc sống nhưng có tỷ lệ liên thương thấp hơn có ý nghĩa [19]. Vật trực tràng có kết quả về mặt chức năng tương đương nhưng cần bóc tách rộng hơn [20], trong khi các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên cho thấy ưu thế của LIFT trong đau sau phẫu thuật, thời gian hồi phục và chất lượng cuộc sống tốt hơn nhưng không có sự khác biệt rõ về tỷ lệ liên thương [16, 17]. Các nghiên cứu về phẫu thuật cắt cơ thất lại cho thấy kết quả khác biệt: Visscher và cộng sự khi theo dõi bệnh nhân trong thời gian trung vị kéo dài nhiều năm sau cắt đường rò đã ghi nhận mất tự chủ đại tiện trong khoảng một phần ba số bệnh nhân và điểm FIQL kém hơn đáng kể ở nhóm rò phức tạp [21], Jayarajah và cộng sự cũng báo cáo suy giảm chức năng tự chủ đại tiện ngay cả sau phẫu thuật điều trị rò hậu môn đơn giản [22].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thất thành công ở 83,3% bệnh nhân rò hậu môn phức tạp và cải thiện chất lượng cuộc sống ở 3 trong số 4 lĩnh vực liên quan đến bệnh theo thang đo FIQL, với mức cải thiện rõ rệt nhất trong lĩnh vực ứng phó và hành vi. Chức năng tự chủ đại tiện được bảo tồn hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân liền rò. Giảm tự chủ mức độ nhẹ chỉ tập trung ở những bệnh nhân phẫu thuật thất bại với biểu hiện giới hạn ở mức són hơi dưới một lần mỗi tháng.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH & NGUỒN TÀI TRỢ

- Xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có bất kỳ xung đột lợi ích tài chính hoặc phi tài chính nào liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bartlett L, Nowak M, Ho YH. Impact of fecal incontinence on quality of life. *World J Gastroenterol*. 2009;15(26):3276–3282. doi: 10.3748/wjg.15.3276
2. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. *Colorectal Dis*. 2009;11(6):564–571. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01713.x
3. Abbas MA, Jackson CH, Haigh PI. Predictors of outcome for anal fistula surgery. *Arch Surg*. 2011;146(9):1011–1016. doi: 10.1001/archsurg.2011.197
4. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, Lightner AL, Shogan BD, Sun MY, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(8):964–985. doi: 10.1097/DCR.0000000000002473
5. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(3):581–586.
6. Sirany AM, Nygaard RM, Morken JJ. The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(6):604–612. doi: 10.1097/DCR.0000000000000374
7. Hong KD, Kang S, Kalaskar S, Wexner SD. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2014;18(8):685–691. doi: 10.1007/s10151-014-1183-3
8. Emile SH, Khan SM, Adejumo A, Koroye OF. 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*. 2020;167(2):484–492. doi: 10.1016/j.surg.2019.09.012
9. Tan IJW, Siew BE, Lau J, Yap CPL, Soon SMME, Tan KK. Is the ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) procedure truly a sphincter preserving procedure for anal fistula? A scoping review of the literature. *Eur J Med Res*. 2025;30(1):243. doi: 10.1186/s40001-025-02380-2

10. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(1):9–17. doi: 10.1007/BF02237236
11. 't Hoen LA, Utomo E, Schouten WR, Blok BFM, Korfage IJ. The Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQL) and Fecal Incontinence Severity Index (FISI): validation of the Dutch versions. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(3):710–715. doi: 10.1002/nau.23003
12. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77–97. doi: 10.1007/BF02050307
13. Sun XL, Wen K, Chen YH, Xu ZZ, Wang XP. Long-term outcomes and quality of life following ligation of the intersphincteric fistula tract for high transsphincteric fistulas. *Colorectal Dis*. 2019;21(1):30–37. doi: 10.1111/codi.14405
14. Sileri P, Giarratano G, Franceschilli L, Limura E, Perrone F, Stazi A, et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a minimally invasive procedure for complex anal fistula: two-year results of a prospective multicentric study. *Surg Innov*. 2014;21(5):476–480. doi: 10.1177/1553350613508018
15. Elmer S, Zuk D, Soop M, Nygren J, Oppelstrup H, Husberg B, et al. Ligation of intersphincteric fistula tract for perianal fistula: long-term results, functional outcomes, and predictors of failure. *Dis Colon Rectum*. 2025. doi: 10.1097/DCR.0000000000003985. Epub ahead of print.
16. Mushaya C, Bartlett L, Schulze B, Ho YH. Ligation of intersphincteric fistula tract compared with advancement flap for complex anorectal fistulas requiring initial seton drainage. *Am J Surg*. 2012;204(3):283–289. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.10.025
17. Madbouly KM, El Shazly W, Abbas KS, Hussein AM. Ligation of intersphincteric fistula tract versus mucosal advancement flap in patients with high transsphincteric fistula-in-ano: a prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum*. 2014;57(10):1202–1208. doi: 10.1097/DCR.0000000000000194
18. Seneviratne SA, Samarasekera DN, Kotalawala W. Quality of life following surgery for recurrent fistula-in-ano. *Tech Coloproctol*. 2009;13(3):215–217. doi: 10.1007/s10151-009-0517-z
19. Adamina M, Ross T, Guenin MO, Warschkow R, Rodger C, Cohen Z, et al. Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae. *Colorectal Dis*. 2014;16(7):547–554. doi: 10.1111/codi.12594
20. Garcés-Albir M, García-Botello SA, Pla-Martí V, Martín-Arévalo J, Moro-Valdezate D, Espí A, et al. Rectal advancement flaps for the treatment of transsphincteric perianal fistulas: a three-dimensional endoanal ultrasound and quality of life assessment. *Rev Esp Enferm Dig*. 2020;112(11):860–863. doi: 10.17235/reed.2020.7187/2020
21. Visscher AP, Schuur D, Roos R, Van der Mijnsbrugge GJH, Meijerink WJHJ, Felt-Bersma RJF. Long-term follow-up after surgery for simple and complex cryptoglandular fistulas: fecal incontinence and impact on quality of life. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(5):533–539. doi: 10.1097/DCR.0000000000000352
22. Jayarajah U, Wickramasinghe DP, Samarasekera DN. Anal incontinence and quality of life following operative treatment of simple cryptoglandular fistula-in-ano: a prospective study. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):572. doi: 10.1186/s13104-017-2895-z