

Bước đầu ứng dụng phẫu thuật phương pháp thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT) trong điều trị áp xe cạnh hậu môn phức tạp cấp tính

Đặng Như Thành*, Phạm Anh Vũ
Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Áp xe hậu môn cấp tính có nguồn gốc từ tuyến ống hậu môn thường được xử trí bằng cách rạch và dẫn lưu, kết quả là sự phát triển thành đường rò lên đến 73% trường hợp cần phẫu thuật cắt lỗ rò sau đó. Tuy nhiên, do các đường rò có thể đã xuất hiện ở lần xuất hiện ban đầu, việc đóng đường sơ cấp để ngăn ngừa hình thành lỗ rò thứ phát, bằng cách thắt đường rò trong khoang gian cơ thắt có thể giúp cải thiện tỷ lệ xuất hiện đường rò sau đó. **Mục tiêu:** báo cáo kết quả ngắn hạn các trường hợp áp xe cạnh hậu môn phức tạp được điều trị bằng phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** báo cáo một loạt ca gồm 6 bệnh nhân. **Kết quả:** Cả 6 bệnh nhân đều được mổ cấp cứu trong vòng 24 giờ và được chụp MRI trước mổ. Đường rò được xác định trên MRI và trong mổ bằng các phương pháp thăm dò. Đường rò sau đó được khâu buộc và cắt trong khoang gian cơ thắt theo phương pháp LIFT hoặc LIFT cải biến. 4/6 bệnh nhân đều lành thương hoàn toàn sau 60 ngày. 1 bệnh nhân không lành đường rò nhưng từ chối điều trị tiếp. 1 bệnh nhân được điều trị thì 2 bằng phương pháp LIFT và khoét đường rò ngoài. Không có bệnh nhân nào có rối loạn tử chủ sau 90 ngày. **Kết luận:** Phương pháp LIFT có thể cải thiện tỷ lệ xuất hiện đường rò sau khi giải quyết áp xe cấp tính mà không gây ảnh hưởng đến khả năng tự chủ hậu môn.

Từ khóa: Áp xe cạnh hậu môn phức tạp, LIFT.

Preliminary results of ligation of intersphincteric tract (LIFT) in the treatment of complex acute anorectal abscesses

Dang Nhu Thanh*, Pham Anh Vu
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Acute cryptoglandular anorectal abscesses are often treated by incision and drainage, resulting in the development of a fistula in up to 73% of cases. Since fistula tracts may already be present at initial presentation, primary closure to prevent secondary fistula formation, by ligation of the fistula tract in the intersphincteric space, may help improve the incidence of subsequent fistula occurrence. **Objectives:** To report the short-term outcomes of complex anorectal abscesses treated with LIFT procedure. **Materials and method:** A case series of six patients. **Results:** All six patients had emergency surgery within 24 hours and had MRI scans before surgery. The fistula tract is identified on MRI and during surgery by exploration. The fistula tracts were later sutured and divided in the intersphincteric space according to the classic or modified LIFT method. 4/6 patients completely healed after 60 days. One patient did not heal but refused further treatment. One patient having persistent fistula was later treated with the re-LIFT and coring out of external tract. No patient had incontinence after 90 days. **Conclusion:** The LIFT method can improve the odd of fistula occurrence after acute abscess treatment without affecting anal continence.

Keywords: Complex anorectal abscess, LIFT procedure.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp-xe hậu môn trực tràng là một trong những cấp cứu phổ biến nhất trên toàn cầu. Giả thuyết bệnh sinh được chấp nhận nhiều nhất là ống tuyến hậu môn bị tắc nghẽn [1]. Rò hậu môn (HM) xuất hiện sau khoảng 25 - 50% số áp-xe, trong đó một số ít trường hợp có

thể diễn tiến tới nhiễm trùng huyết đe dọa tính mạng [2, 3]. Tuy nhiên, Eisenhammer [4] và Parks [5] đã đặt nghi vấn về tính chính xác của lý thuyết này. Các nghiên cứu giải phẫu tìm thấy các tuyến HM ở nhiều vị trí như trong lớp dưới niêm mạc, cơ thắt trong HM, khoang gian cơ và ngoài khoang gian cơ [6]. Áp xe khoang gian cơ thắt chỉ được tìm thấy ở

* Tác giả liên hệ: Đặng Như Thành. Email: dnthanh@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 19/06/2025; Ngày đồng ý đăng: 15/10/2025; Ngày xuất bản: 25/12/2025

29% bệnh nhân (BN) áp xe hậu môn trực tràng và 13% BN bị áp xe trực tràng.

Xử trí áp xe hậu môn trực tràng còn nhiều tranh cãi.

Quan điểm được công bố gần đây của Hiệp hội Đại trực tràng Anh và Ireland khuyến cáo rằng chỉ nên tiến hành phẫu thuật cắt rò một thì bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và dẫn lưu áp xe đơn giản được khuyến cáo trong hầu hết các trường hợp khi phẫu thuật viên không có kinh nghiệm hoặc đường rò khó xác định [7]. Rò HM được tìm thấy ở 30 - 70% bệnh nhân có áp-xe hậu môn trực tràng vào thời điểm chẩn đoán [2, 8]. Khi một đường rò không được thám sát thấy trong quá trình dẫn lưu áp-xe, nó sẽ phát triển ở khoảng 25 - 50% bệnh nhân sau vài tháng đến vài năm [9, 10]. Hơn nữa, ở những áp xe sâu (loại gian cơ thắt cao và loại xuyên cơ thắt cao), tỷ lệ tái phát sau dẫn lưu đơn thuần cao hơn, có thể lên đến 73% [11].

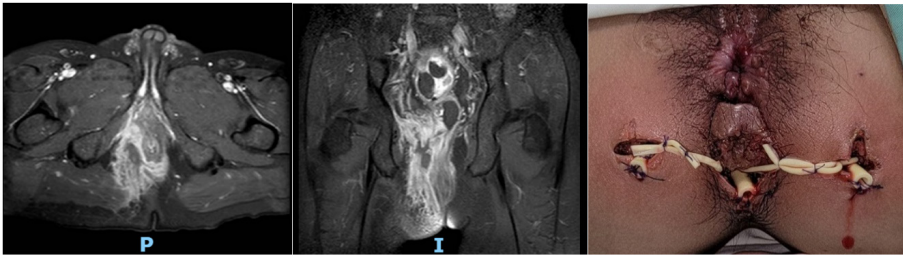
Phẫu thuật đường rò một thì cho áp xe hậu môn trực tràng cấp tính đã được báo cáo. Các lập luận chống lại việc cắt rò một thì trong áp xe hậu môn trực tràng cấp tính bao gồm gia tăng nguy cơ mất tự chủ HM và

khả năng can thiệp không cần thiết ở nhóm BN này.

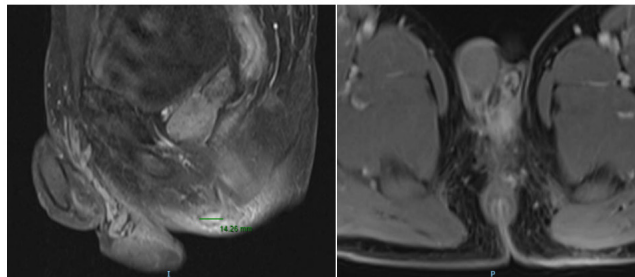
Thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT) đã được sử dụng rộng rãi để điều trị rò HM với tỷ lệ thành công từ 60% đến 94% [12-14]. Ưu điểm của kỹ thuật này là tránh được tổn thương cơ thắt. Một ưu điểm khác của phẫu thuật LIFT là khả năng thành công thứ cấp, khi đường rò từ xuyên cơ thắt được hạ cấp thành đường rò gian cơ thắt trong 30% trường hợp thất bại, cho phép cắt cơ thắt trong thì hai và bảo tồn cơ thắt ngoài [15].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo loạt ca bệnh được chẩn đoán áp xe HM phức tạp và được điều trị bằng phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt (LIFT). Áp-xe và rò hậu môn đại diện cho các giai đoạn khác nhau của cùng một bệnh, trong đó rò là kết quả của nhiễm trùng mãn tính dẫn đến sự biểu mô hóa của đường dẫn lưu áp-xe, đôi khi có sự phát triển của các áp-xe hậu môn trực tràng thứ cấp. Trong đó, rò phức tạp bao gồm rò xuyên cơ thắt cao (liên quan hơn 30% cơ thắt ngoài), rò trên và ngoài cơ thắt. Ngoài ra, còn có rò móng ngựa, rò tái phát, rò phía trước ở nữ giới.



BN 4. Áp xe hố ngồi HM 2 bên và áp xe khoang sau HM sâu. Được thắt đường rò (6h), không đóng vết thương gian cơ thắt, dẫn lưu ổ áp xe bằng Pezzer và seton



BN2. Rò xuyên cơ thắt cao và áp xe cạnh HM. Được rạch dẫn lưu áp xe và thắt đường rò với phương pháp LIFT kinh điển

Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện với BN ở tư thế sản khoa và vô cảm với phương pháp tê tuỷ sống (100%). Lỗ rò trong được xác định bằng cách sờ nắn đường rò hoặc xác định vị trí mũ trào ra ở lỗ trong khi ấn vào ổ áp xe. Trong trường hợp khó xác định, có thể mở rộng ổ áp xe, kết hợp thăm dò bằng tay và que thăm dò ở vị trí ổ áp xe gần ống hậu môn nhất (gợi ý bằng MRI trước mổ). Rạch và dẫn lưu áp xe được thực hiện ở vùng căng phồng nhất hoặc ở rãnh gian cơ. Một đường rạch riêng biệt được thực hiện ở rãnh gian cơ tùy theo vị trí của đường rò được sờ thấy kết hợp đối chiếu với hình ảnh MRI trước mổ. Nếu không có ổ áp xe trong khoang gian cơ thắt, đường rò được thắt với kỹ thuật LIFT kinh điển bằng chỉ polyglactin 3.0 ở phía cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Ngược lại, trường hợp phát hiện ổ áp xe trong khoang gian cơ thắt, sau khi ổ áp xe đường mở vào trong ống HM (internal fistulotomy), đường rò được thắt ở phía cơ thắt ngoài

bằng chỉ 3.0. Các ổ áp xe ở ổ hố ngồi HM hoặc khoang sau HM sâu sẽ được dẫn lưu thêm bằng seton hoặc ống cao su (ống dẫn lưu Kehr hoặc ống Pezzer cỡ lớn).

BN được sử dụng kháng sinh và giảm đau sau mổ. Kháng sinh (nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc quinolone phối hợp với nhóm imidazole) được sử dụng kéo dài 5 - 7 ngày. Các ống dẫn lưu và khoang áp xe được súc rửa bằng nước muối sinh lý hoà với betadine trong những ngày đầu ở bệnh viện và tiếp tục ở nhà bởi người nhà BN sau khi được hướng dẫn bởi nhân viên y tế. Các ống dẫn lưu sẽ được rút sau khoảng 4 tuần sau mổ để đảm bảo dẫn lưu mũ được triệt để.

BN được hẹn tái khám và theo dõi sau khi xuất viện một tuần và tại các thời điểm 1, 3, 6, 12 tháng sau đó bằng thăm khám lâm sàng và siêu âm phần mềm tầng sinh môn. Nếu nghi ngờ tái phát (đau, chảy dịch trở lại), MRI đường rò được chỉ định để xác định chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị lại.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của 6 trường hợp

STT	Tuổi	Giới	BMI (kg/m ²)	Thời gian triệu chứng (giờ)	Thời gian theo dõi (tháng)	Đái tháo đường	Số lượng bạch cầu lúc vào viện (K/uL)
1	22	Nữ	18,4	24	03	Không	15,5
2	51	Nam	19,4	48	06	Không	13,5
3	33	Nam	21,5	48	12	Không	21,3
4	45	Nam	23,1	72	05	Không	17,5
5	43	Nam	22,4	72	03	Không	15,1
6	51	Nam	23,5	96	03	Có	21,4

Đặc điểm chung của 6 BN được liệt kê trong bảng 1. Phần lớn BN là nam. Không có BN nào thừa cân. Thời gian theo dõi ít nhất 90 ngày. 1 BN có tiền sử đái tháo đường phụ thuộc insulin. Tất cả các BN đều có tăng bạch cầu tại thời điểm vào viện. Tất cả BN đều được phẫu thuật trong 24h kể từ thời điểm vào viện và có MRI trước mổ.

Bảng 2. Đặc điểm trong mổ của 6 trường hợp

STT	Loại áp xe	Vị trí ổ áp xe	Kích thước ổ áp xe (cm)	Vị trí lỗ rò trong	Đặc điểm tổn thương gian cơ thắt	Phương pháp xử lý đường rò
1	Xuyên cơ thắt trung gian	Áp xe hố ngồi HM	3,5	Phía trước	Đường rò xơ	Thắt đường rò - dẫn lưu áp xe
2	Xuyên cơ thắt cao	Áp xe cạnh HM	4	Phía trước	Đường rò xơ	Thắt đường rò - xẻ rộng áp xe
3	Xuyên cơ thắt cao	Áp xe hố ngồi HM	6,7	Phía sau	Đường do gian cơ thắt mảnh	Thắt đường rò - xẻ rộng + dẫn lưu áp xe
4	Xuyên cơ thắt cao	Áp xe hố ngồi HM + Áp xe khoang sau HM sâu	4,5 - 3	Phía sau	Ổ áp xe gian cơ thắt	Mở áp xe vào HM, thắt đường rò phía cơ thắt ngoài, dẫn lưu áp xe

5	Xuyên cơ thắt cao	Áp xe hố ngồi HM	7,2	Phía bên	Ổ áp xe gian cơ thắt	Mở áp xe vào HM, thắt đường rò phía cơ thắt ngoài, dl áp xe
6	Xuyên cơ thắt cao	Áp xe hố ngồi HM có nhánh lên trên cơ nâng	4,1	Phía bên	Đường rò xơ	Thắt đường rò - xẻ rộng + dẫn lưu áp xe

Đặc điểm trong mổ của BN được thể hiện trong Bảng 2. Tất cả các trường hợp đều có đường rò xuyên cơ thắt cao hoặc trung gian (100%). 100% trường hợp đều có áp xe hố ngồi HM hoặc cạnh HM. 1 BN có phối hợp áp xe khoang sau HM sâu. 1 trường hợp có nhánh lên của ổ áp xe lên trên cơ nâng. 3/6 BN có đường rò trưởng thành (xơ rõ) và 1/6 BN có đường rò mảnh. 4 BN này đều được xử lý đường rò theo phương pháp LIFT kinh điển. 2/6 trường hợp có ổ áp xe ở khoang gian cơ thắt phối hợp. Chúng tôi tiến hành mở ổ áp xe gian cơ thắt vào trong ống HM, làm sạch, và khâu bít đường rò bằng chỉ polyglactin 3-0 phía cơ thắt ngoài.

Bảng 3. Kết quả điều trị

BN	Thời gian lành thương	Rối loạn tự chủ sau 3 tháng	Phương pháp điều trị nếu đường rò thứ phát
1	6 tuần	Không	-
2	4 tuần	Không	-
3	Không lành thương sau 3 tháng	Không	Từ chối điều trị
4	9 tuần	Không	-
5	Không lành thương sau 3 tháng	Không	LIFT lần 2 + khoét đường rò ngoài, lành thương sau 4 tuần
6	8 tuần	Không	-

Kết quả điều trị được thể hiện trong Bảng 3. 4/6 BN lành thương hoàn toàn sau tối đa 9 tuần. Có 1 BN còn đường rò sau 3 tháng nhưng từ chối điều trị tiếp tục. 1 BN khác không lành thương nhưng được điều trị bằng phương pháp LIFT lần 2 và khoét rộng đường rò ngoài. BN này sau đó lành thương sau mổ lần thứ 2 4 tuần. Không có BN nào có rối loạn tự chủ HM tại thời điểm tái khám sau mổ 90 ngày.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này là nghiên cứu bước đầu thực hiện trên 06 BN áp dụng phương pháp thắt đường rò gian cơ thắt. Tất cả BN đều được chụp MRI trước mổ để đánh giá vị trí áp xe và đặc điểm đường rò cũng như tiền lượng vị trí lỗ rò trong trước mổ.

Nghiên cứu này cho thấy với sự hỗ trợ của MRI trước mổ và thăm dò trong mổ, vị trí đường rò và lỗ rò trong có thể được xác định trong phần lớn các trường hợp. Tỷ lệ lành thương trong các nghiên cứu giảm xuống còn 50% ở nhóm không xác định được lỗ trong. Theo tác giả Yagnik V và CS, khi không thể xác định được lỗ trong, BN sẽ được đánh giá bằng cách xem lại phim MRI. Đối với áp xe không móng ngựa, lỗ trong được xem là vị trí đường rò đi vào sát phức hợp cơ thắt nhất. Đối với rò móng ngựa, lỗ trong được xem là nằm ở đường giữa (trước 12h, sau 6h). Các đường rò thấp được xẻ rò còn đường rò cao được xử trí bằng các phương pháp bảo tồn

cơ thắt. Tỷ lệ thành công ở nhóm xác định được lỗ trong là 87,8% còn ở nhóm không xác định được lỗ trong là 84,2% ($p = 0,64$) [16].

Hầu hết các áp xe hậu môn trực tràng có đường rò gian cơ thắt có thể được xác định và có thể được giải quyết bằng phương pháp LIFT hoặc hoặc LIFT cải biên. 4/6 BN trong nghiên cứu đã được điều trị lành một thì với phương pháp này. Trong áp xe hậu môn - trực tràng phức tạp, bao gồm áp xe xuyên cơ thắt cao và áp xe gian cơ thắt cao, việc điều trị thành công với tỷ lệ 66% tốt hơn so với dẫn lưu đơn thuần.

Phương pháp thăm dò gian cơ thắt kết hợp với kỹ thuật LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract) được xem là một phương pháp an toàn, cho phép dẫn lưu áp-xe và đóng lỗ rò đồng thời, giảm thiểu nguy cơ tổn thương phức hợp cơ thắt và tỷ lệ són phân so với các phương pháp cắt cơ thắt. Việc thực hiện thắt rò gian cơ thắt vẫn có thể dễ dàng

tiến hành trong điều kiện có áp-xe cấp tính, do tình trạng viêm nhiễm chủ yếu tập trung ở khu vực ngoại vi của cơ thắt ngoài, không ảnh hưởng đáng kể đến khoang gian cơ thắt.

5. KẾT LUẬN

Điều trị triệt để một giai đoạn đối với áp xe hậu môn trực tràng bằng cách sử dụng phương pháp LIFT là an toàn và cho kết quả khả quan với tỷ lệ rối loạn tự chủ thấp. Tuy vậy, cần các nghiên cứu có thời gian theo dõi dài hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abcarian H. Anorectal infection: abscess-fistula. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(1):14–21.
2. Cox SW, Senagore AJ, Luchtefeld MA, Mazier WP. Outcome after incision and drainage with fistulotomy for ischiorectal abscess. Am Surg. 1997;63(8):686–9.
3. Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. Cochrane database of systematic reviews [Internet]. 2010;(7):CD006827.
4. Eisenhammer S. The internal anal sphincter and the anorectal abscess. Surg Gynecol Obstet [Internet]. 1956;103(4):501–6.
5. Parks AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J. 1961;1(5224):463–9.
6. Seow-Choen F, Ho JMS. Histoanatomy of anal glands. Dis Colon Rectum. 1994;37(12):1215–8.
7. Williams G, Williams A, Tozer P, Phillips R, Ahmad A, Jayne D, et al. The treatment of anal fistula: second ACPGBI Position Statement – 2018. Colorectal Disease. 2018 Jul 1;20:5–31.
8. Vasilevsky CA, Gordon PH. Results of treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum. 1985 Apr;28(4):225–31.
9. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann Chir Gynaecol [Internet]. 1984;73(4):219–24.
10. Zanutti C, Martinez-Puente C, Pascual I, Pascual M, Herreros D, García-Olmo D. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union. Int J Colorectal Dis [Internet]. 2007;22(12):1459–62.
11. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. Dis Colon Rectum. 2016;59(12):1117–33.
12. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. Journal of the Medical Association of Thailand. 2007;90(3):581–6.
13. Madbouly KM, Emile SH, Issa YA, Omar W. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) with or without injection of platelet-rich plasma (PRP) in management of high trans-sphincteric fistula-in-ano: Short-term outcomes of a prospective, randomized trial. In: Surgery (United States). Mosby Inc.; 2021. p. 61–6.
14. Chen HJ, Sun GD, Zhu P, Zhou ZL, Chen YG, Yang BL. Effective and long-term outcome following ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) for transsphincteric fistula. Int J Colorectal Dis [Internet]. 2017;32(4):583–5.
15. Tan KK, Tan IJ, Lim FS, Koh DC, Tsang CB. The anatomy of failures following the ligation of intersphincteric tract technique for anal fistula: a review of 93 patients over 4 years. Dis Colon Rectum [Internet]. 2011;54(11):1368–72.
16. Yagnik VD, Kaur B, Dawka S, Sohal A, Menon GR, Garg P. Non-Locatable Internal Opening in Anal Fistula Associated with Acute Abscess and Its Definitive Management by Garg Protocol. Clin Exp Gastroenterol. 2022;15:189–98.