

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN PHỨC TẠP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Văn Lâm*, Lý Quang Huy, Võ Thị Hậu

Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

*Email: nvlam@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò hậu môn là bệnh phổ biến thứ hai của vùng hậu môn trực tràng sau bệnh trĩ, bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng nguyên nhân do nhiễm trùng khe tuyến hậu môn chiếm đa số. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh rò hậu môn phức tạp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 38 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được điều trị phẫu thuật từ 10/2016 đến 10/2017 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Nguyên nhân rò hậu môn do nhiễm trùng khe tuyến hậu môn chiếm 100%. Biến chứng sớm sau mổ chiếm 15,8% bao gồm: bí tiểu (13,2%), chảy máu sau mổ (2,6%). Thời gian lành vết mổ trung bình 10 tuần. Tỷ lệ mất tự chủ hậu môn là 10,5% (mức độ nhẹ), vết mổ chậm lành 5,3% và hẹp hậu môn nhẹ 2,6% sau mổ 3 tháng. Tỷ lệ tái phát 0%. **Kết luận:** Phẫu thuật rò hậu môn phải tuân theo các nguyên tắc điều trị. Phương pháp phẫu thuật phải phù hợp với phân loại đường rò.

Từ khóa: rò hậu môn phức tạp.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF COMPLEX ANAL FISTULA TREATMENT AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Lam Van Nguyen, Huy Quang Ly, Hau Thi Vo

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: anal fistula is the second most common disease in the anorectal region after hemorrhoids, which is caused by many causes, but the majority is caused by anal cleft infection. **Objectives:** to describe the clinical characteristics and result of complex anal fistula surgery. **Material and methods:** The prospective study included 38 consecutive complex anal fistula patients who underwent surgery between October 2016 and October 2017 at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** All anal fistulas caused by cryptoglandular

*infection were 100%. Early post-operative complication rate was 15.8% which were: urinary retention (13.2%), post-operative hemorrhage (2.6%). Average wound healing time was 10 weeks. Fecal incontinence rate was 10.5% (mild incontinence), delayed wound healing rate was 5.3% and mild anal stenosis was 2.6% after 3 months follow-up. Post-operative recurrence rate was 0%. **Conclusions:** anal fistula surgery must be done with definition treatment principles. Surgical procedure have to be suitable for matched type of anal fistula.*

Keywords: complex anal fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh phổ biến thứ hai của vùng hậu môn trực tràng sau bệnh trĩ, bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, nhưng nguyên nhân do nhiễm trùng khe tuyến hậu môn chiếm đa số (hơn 90% trường hợp) [4]. Rò hậu môn không nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân nhưng các triệu chứng của bệnh gây cho bệnh nhân những khó chịu kéo dài và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống nhất là những trường hợp rò phức tạp. Hiệu quả điều trị rò hậu môn còn tùy thuộc vào tính chất đường rò. Đối với rò hậu môn đơn giản, điều trị tương đối nhẹ nhàng, nhanh chóng và hiệu quả tốt; còn với rò hậu môn phức tạp, việc chẩn đoán và điều trị không đơn giản, tỷ lệ tái phát và biến chứng cao, làm tốn nhiều thời gian, tiền bạc, ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [4], [7]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 38 bệnh nhân rò hậu môn phức tạp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 10/2016 đến 10/2017.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 38 bệnh nhân

- Nội dung nghiên cứu:

* Chuẩn bị trước mổ:

+ Xét nghiệm công thức máu ngoại vi, chức năng đông cầm máu, x-quang phổi thẳng, đánh giá chức năng cơ thắt trước mổ

+ Xác định đường rò bằng tay, lỗ ngoài (số lượng, vị trí, khoảng cách đến rìa hậu môn)

+ Bơm 1 tube fleet enema làm sạch phân lòng trực tràng

* Phương pháp vô cảm: gây tê tủy sống

* Tư thế phẫu thuật: tư thế sản khoa

* Các bước phẫu thuật:

+ Xác định lỗ rò trong (bơm hơi, xanh methylen, oxy già, dùng que thăm dò)

+ Xác định phân loại rò hậu môn và lựa chọn phương pháp phẫu thuật

Mở đường rò, cắt trọn đường rò

Thắt đường rò bằng dây cao su (seton)

Phối hợp các phương pháp phẫu thuật

+ Lấy một phần mô đường rò làm giải phẫu bệnh

* Đánh giá biến chứng sớm 24 giờ sau mổ: bí tiểu, trĩ ngoại tắc mạch, mức độ đau hậu môn (theo thang điểm đau hiện thị), mức độ tự chủ hậu môn (theo thang điểm Wexner), chảy máu vết mổ

* Theo dõi sau mổ: thời gian lành vết mổ, mức độ tự chủ hậu môn, tái phát sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ Nam/Nữ \approx 6,6/1
- Tuổi trung bình 45 tuổi. Bệnh nhân lớn nhất 71 tuổi, nhỏ nhất 24 tuổi. Độ tuổi thường gặp là 31-50 tuổi (60,5%)
- Nghề nghiệp thường gặp là nhóm công nhân viên (34,2%)

3.2 Đặc điểm lâm sàng và phân loại rò hậu môn

- Lý do vào viện: 68,4% vào viện vì chảy dịch, mù cạnh hậu môn; đau hậu môn là lý do thường gặp thứ 2 (18,5) khiến bệnh nhân nhập viện
- Thời gian khởi phát bệnh: trung bình 17 tháng. Dài nhất là 20 năm
- Đặc điểm lỗ rò ngoài: 60,6% có 1 lỗ rò ngoài, có một bệnh nhân quanh hậu môn có tới 11 lỗ rò ngoài, khoảng cách trung bình từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn là 3,1 cm (1,5-6 cm), 56,1% lỗ ngoài tập trung nửa sau hậu môn
- Đặc điểm lỗ rò trong: 76,3% có 1 lỗ rò trong, 68,6% lỗ rò trong tập trung ở nửa sau hậu môn, 84,3% lỗ rò trong nằm ngay trên đường lược.
- Phân loại rò hậu môn

Bảng 3.1. Phân loại rò hậu môn theo hệ thống cơ thắt

Loại rò	Tần suất	Tỷ lệ
Rò xuyên cơ thắt thấp	11	21,6%
Rò xuyên cơ thắt cao	19	37,2%
Rò trên cơ thắt	15	29,4%
Rò ngoài cơ thắt	6	11,8%
Tổng	51	100%

Bảng 3.2. Phân loại rò hậu môn theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Tần suất	Tỷ lệ
Nhiễm trùng khe tuyến	38	100%
Nguyên nhân đặc hiệu	0	0%
Tổng	38	100%

3.3. Phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật: thắt đường rò (52,6%), mở đường rò (10,5%), mở + thắt đường rò (18,4%), mở + cắt trọn đường rò (5,3%), cắt trọn + thắt đường rò (13,2%)
- Thời gian phẫu thuật trung bình: 33 phút

3.4. Kết quả điều trị

- Biến chứng sớm 24 giờ sau mổ. Tỷ lệ biến chứng chung là 15,8% trong đó: chảy máu sau mổ 2,6%, bí tiểu 13,2%.
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: 1,7 ngày.
- Thời gian lành vết mổ trung bình 10 tuần.

- Sau mổ 3 tháng: mất tự chủ hậu môn mức độ nhẹ là 10,5%, chậm lành vết mổ chiếm 5,3% và 2,6% hẹp hậu môn mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng và phân loại rò hậu môn

Chảy dịch hậu môn là lý do chính làm cho bệnh nhân khó chịu và phải đi điều trị (68,4%) đặc điểm này cũng tương đồng như các nghiên cứu về bệnh rò hậu môn của các tác giả khác. Than phiền về chảy dịch hậu môn nhiều lần làm cho bệnh nhân phải đi điều trị là lý do vào viện chính trong nghiên cứu của tác giả Lữ Hoàng Phi [6]. Tác giả Tăng Huy Cường cũng ghi nhận triệu chứng chảy dịch từ lỗ rò ngoài là lý do than phiền chính để bệnh nhân tìm đến cơ sở y tế điều trị (82,3%) [2].

Rò hậu môn là bệnh lý xảy ra ở vùng kín nên làm bệnh nhân ngại đi khám và điều trị, bên cạnh đó các triệu chứng cơ năng lại không quá rầm rộ và nguy hiểm do đó thời gian mắc bệnh từ lúc khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi điều trị thường kéo dài nhiều tháng nhiều năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình là 17 tháng và bệnh nhân mắc bệnh kéo dài nhất là 20 năm.

Trong mẫu 38 trường hợp chúng tôi nghiên cứu thì có đến 66 lỗ rò ngoài và đa phần tập trung chủ yếu ở nửa sau của hậu môn (56,1%), còn lại 30,3% ở nửa trước hậu môn có và 13,6% lỗ ngoài ngay đường ngang (vị trí 3 giờ hoặc 9 giờ). Một số trường hợp phức tạp với nhiều lỗ ngoài có thể phân bố ở cả hai nửa hậu môn, trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận một bệnh nhân có đến 11 lỗ rò ngoài hình dạng tổ ong tập trung ở nửa sau mặt phẳng hậu môn và kết quả mô bệnh học đường rò là viêm mạn tính. Khoảng cách trung bình từ lỗ rò ngoài đến rìa hậu môn trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,1cm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu rò hậu môn khác. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng có 79,2% bệnh nhân có 1 lỗ rò ngoài và 63,9% số lỗ ngoài tập trung ở nửa sau hậu môn, khoảng cách trung bình từ lỗ rò ngoài đến rìa hậu môn là 2,88cm [5]. Kết quả nghiên cứu 126 ca rò hậu môn của tác giả Nguyễn Văn Xuyên năm 2007, số bệnh nhân có 1 lỗ rò trong cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (69%), và có đến 74,3% lỗ rò trong nằm ở nửa sau hậu môn [8]. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh rò hậu môn là do các tuyến Herrmann- Desffosses phân bố tập trung phần lớn ở nửa sau hậu môn [10].

Nguyên nhân rò hậu môn do nhiễm trùng khe tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ là 100%, có lẽ do số mẫu còn ít nên chúng tôi chưa gặp các nguyên nhân đặc hiệu khác như lao, ung thư.

Việc xác định mối tương quan giữa đường rò và hệ thống cơ thắt hậu môn có vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật, nhằm hạn chế tình trạng mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu từ 38 trường hợp rò hậu môn phức tạp chúng tôi ghi nhận rò xuyên cơ thắt chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,8% trong đó rò xuyên cơ thắt cao chiếm 37,2%. Rò trên cơ thắt và rò ngoài cơ thắt chiếm tỷ lệ lần lượt là 29,4% và 11,8%, có những trường hợp rò xuyên cơ thắt thấp và liên cơ thắt, nhưng đường đi lan rộng, có nhiều nhánh hay nhiều đường rò như trường hợp rò móng ngựa, rò kép và rò tam. Nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi ghi nhận: 71,92% trường hợp thuộc loại rò liên cơ thắt, có 18,9% rò xuyên cơ thắt thấp và 8,7% rò xuyên cơ thắt cao [6]. Theo nghiên cứu của

G.Rosa và cộng sự thực hiện trên 844 BN ghi nhận: rò liên cơ thất chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,3%, kế đến là rò xuyên cơ thất thấp với 23,8% [11]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng năm 2003-2006 ghi nhận rò móng ngựa chiếm 17,7% rò phức tạp, rò kép ít gặp hơn với 9,7% [5]. Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ các loại rò, nhưng các tác giả đều kết luận rò liên cơ thất là loại rò thường gặp nhất trên lâm sàng.

4.2 Kết quả điều trị

Nhìn chung, phẫu thuật rò hậu môn là phẫu thuật tương đối an toàn, biến chứng chủ yếu là bí tiểu và chảy máu sau mổ, có thể điều trị bảo tồn thành công. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật 24 giờ chiếm tỷ lệ 15,8% trong mẫu 38 bệnh nhân của chúng tôi. Trong đó, có 5 BN bí tiểu chiếm 13,2% nhưng không cần đặt sonde tiểu. BN bí tiểu do nhiều nguyên nhân như phẫu thuật rò hậu môn can thiệp vào vùng tầng sinh môn, mức độ đau sau mổ và tác dụng phụ của gây tê tùy sống [2]. Theo nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi, bí tiểu chỉ gặp ở 1,4% BN sau mổ. Vậy biến chứng bí tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ bí tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Diệu và Trịnh Hồng Sơn, hai tác giả ghi nhận có 28,6% BN bí tiểu, trong đó 50% trường hợp phải đặt thông tiểu [3].

Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp chảy máu vết mổ sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 2,6%. BN chảy máu thấm băng, được xử trí bằng băng ép, không cần phải phẫu thuật cầm máu lại và không truyền máu. Sau 1 ngày thì tình trạng chảy máu hết hẳn. Nghiên cứu của Lữ Hoàng Phi ghi nhận 5/220 trường hợp chảy máu vết mổ chiếm tỷ lệ 2,3% [6]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hùng ghi nhận 2,2% trường hợp chảy máu sau mổ phải khâu cầm máu [5]. Chúng tôi ghi nhận tình trạng rịn máu vết thương sau đi tiêu gặp 52,6% BN chảy máu khi đi tiêu sau phẫu thuật 1 tuần do BN rạn làm rách vết thương, nhưng chỉ chảy máu nhỏ giọt. Tình trạng này cũng giảm dần trong tháng hậu phẫu đầu tiên còn 15,8% và sau 3 tháng, 100% BN không còn tình trạng chảy máu khi đi tiêu. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có nhiễm trùng vết mổ, trĩ tắc mạch và kẹt phân.

Tình trạng tự chủ HM và tái phát là hai tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá mức độ thành công của phẫu thuật điều trị rò hậu môn. Sau phẫu thuật, khi đánh giá chức năng cơ thất HM, chúng tôi ghi nhận 3 mức độ về chức năng cơ thất: tốt hoàn toàn, yếu cơ thất độ I và yếu cơ thất độ II. Tình trạng tự chủ HM của BN tốt dần lên sau 3 tháng theo dõi. Sau 1 tuần, có 57,9% BN yếu cơ thất độ I và 5,3% BN yếu cơ thất độ II. Sau 3 tháng, có 4/38 BN yếu cơ thất độ I chiếm tỷ lệ 10,5%, trong đó có 2 BN được phẫu thuật bằng phương pháp mở đường rò và 2 BN được mở và cắt trọn đường rò. Các BN có cơ thất HM yếu từ trước cũng như đã từng phẫu thuật rò hậu môn, BN lớn tuổi và một phần cơ thất bị tổn thương khi giải quyết đường rò thì khả năng gặp biến chứng này càng cao. Theo nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 2/103 trường hợp yếu cơ thất độ I sau phẫu thuật chiếm 2% [1]. Tác giả cho rằng chức năng cơ thất sẽ trở lại bình thường sau 5-6 tháng. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN mất tự chủ HM cao hơn nghiên cứu của Đỗ Đình Công. Nguyên nhân có thể do Đỗ Đình Công nghiên cứu cả rò hậu môn đơn giản và phức tạp, còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp.

Đặc điểm của vết mổ rò hậu môn là mất một diện tích da (tùy theo phương pháp phẫu thuật), để hở hoàn toàn và thường xuyên tiếp xúc với vi khuẩn từ lòng trực tràng nên thời gian liền sẹo chậm hơn các vết mổ khác [2]. Thời gian lành vết mổ trung bình trong

mẫu nghiên cứu của chúng tôi là $10,2 \pm 3,8$ tuần. Đa số BN lành vết mổ trong khoảng 4-6 tuần (44,7%). Sau 3 tháng, có 36/38 BN lành vết mổ chiếm 94,7%, còn 2 BN (5,3%) chưa lành vết mổ. Thời gian lành vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nghiên cứu của G. Rosa. Tác giả ghi nhận, thời gian lành vết mổ trung bình của rò hậu môn phức tạp là 18 tuần [11]. Tiến bộ của Y học cả về phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu là nguyên nhân của sự khác biệt này.

Sau 3 tháng theo dõi chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào bệnh tái phát tuy nhiên do thời gian theo dõi còn ngắn nên tiêu chí này cũng chưa được đánh giá một cách xác thực.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 trường hợp rò hậu môn phức tạp được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trường ĐHYD Cần Thơ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Đặc điểm lâm sàng: bệnh đa phần xảy ra ở nam giới. Tuổi mắc bệnh trung bình là 45 tuổi. Đa số bệnh nhân vào viện vì chảy dịch, mủ cạnh hậu môn kéo dài 12-24 tháng. Bệnh nhân có 1 lỗ rò ngoài chiếm đa số.

- Phân loại rò hậu môn: nguyên nhân do nhiễm trùng khe tuyến hậu môn chiếm 100%. Phân loại rò hậu môn theo Parks: rò xuyên cơ thắt chiếm tỷ lệ 58,8% còn lại rò trên cơ thắt và rò ngoài cơ thắt chiếm tỷ lệ lần lượt là 29,4% và 11,8%.

- Kết quả điều trị: Biến chứng sớm 15,8%. Thời gian lành vết mổ trung bình 10 tuần. Yếu cơ thắt độ I chiếm tỉ lệ 10,5%. Sau 3 tháng chưa ghi nhận tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Công (2007), “Kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh rò hậu môn”, *Y học thực hành*, 11, tr.173-175.
2. Tăng Huy Cường (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn (2011), “Phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình”, *Y học thực hành*, 7, tr.43-201.
4. Nguyễn Đình Hối, 2002, *Rò hậu môn. Hậu môn trực tràng học*. NXB Y Học, tr. 129- 147
5. Nguyễn Xuân Hùng, 2008, Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003-2006. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 7, số 2, tr. 49- 53
6. Lữ Hoàng Phi (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và kết quả điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ*. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
7. Trịnh Hồng Sơn, Bùi Trung Nghĩa và cộng sự (2012), "Nghiên cứu tình hình chẩn đoán và điều trị rò hậu môn tại các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc trong 6 tháng đầu năm 2009", *Y học thực hành*, 804 (1), tr. 94-97.
8. Nguyễn Văn Xuyên, 2007, Tìm hiểu một số nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ngoại khoa 126 bệnh nhân rò hậu môn tái phát. *Tạp chí Y học thực hành*, số 11, tr. 104- 107.
9. A. Kucharczyk, Kolodziejczak M (2014), "Autologous growth factors used for the treatment of recurrent fistula-in-ano preliminary results", *Tech Coloproctol*, 18, pp. 317-318.
10. F. Charles Brunnicardi, Dana K. Andersenb (2015), "Colon, rectum, and anus", *Schwartz's principles of surgery*, 10th edition, pp. 1176-1279.
11. G.Rosa, P.Lolli (2006), “Fistula-in-ano: anatomoclinical aspects, surgical therapy and results in 844 patients”, *Tech Coloproctol*, 10, pp.215-221

12. K.W.A.Göttgens, P.T.J.Janssen (2015), “Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study”, *Int J Colorectal Dis*, 30, pp.213-219.
13. P.Meinero, L.Mori (2011), "Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas", *Tech Coloproctol*, 15, pp. 417-422.
14. Richards Karen Lee (2009), “Using the Pain Scale Effectively”, *HealthCentral*, pp.1-5.
15. Schulze B. and Yik-Hong Ho (2015), “Management of complex anorectal fistulas with seton drainage plus partial fistulotomy and subsequent ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT)”, *Tech Coloproctology*, pp. 89-95.
16. Sherief Shawki, Steven D Wexner, 2011. Idiopathic fistula-in-ano, *World J Gastroenterol*, 17(28), pp. 3277- 3285.

(Ngày nhận bài:24/09/2019 - Ngày duyệt đăng bài:11/4/2020)
