Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 152-156

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ANAL FISTULA BEFORE AND AFTER SURGERY AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Ngoc Dan[1,2*], Nguyen Tri Cuong[2], Nguyen Lam Minh Duc[1], Nguyen Hoang Anh[1], Nguyen Canh Hung[1], Nguyen Dac Hung[1]

[1]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Saint Paul General Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 11/06/2026
Revised: 11/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the quality of life and identify associated factors affecting quality of life in patients with anal fistula before and after surgical intervention.

Subjects and methods: A prospective descriptive study was conducted on patients undergoing surgical treatment for anal fistula at the High-Tech Center of Saint Paul General Hospital. Quality of life was assessed using the QoLAF-Q questionnaire at preoperatively, 2 weeks, 4 weeks, and 12 weeks postoperatively.

Results: A statistically significant improvement in quality of life was observed at 12 weeks postoperatively compared to baseline preoperative scores (QoLAF-Q = 15.19 ± 2.01 points vs. 28.85 ± 6.84 points, respectively; p = 0.01). The disease-specific impact of anal fistula on patients was significantly lower postoperatively than preoperatively, demonstrating a progressive reduction over the follow-up period (p = 0.001). Factors significantly associated with perioperative quality of life included a history of previous anal fistula surgery, wound healing status, chronic pain, and surgical site drainage.

Conclusions: Surgical management significantly improves the quality of life of patients with anal fistula. Key determinants influencing postoperative quality of life outcomes include a history of prior fistula surgery, wound healing progress, chronic pain, and persistent surgical site drainage.

Keywords: Anal fistula, quality of life, QoLAF-Q.

*Corresponding author
Email: bsdanspaul@gmail.com **Điện t**hoại: (+84) 98489**9885** DOI: 10.52163/yhc.v67i9.6637

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH RÒ HẬU MÔN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Ngọc Đan[1,2*], Nguyễn Trí Cương[2], Nguyễn Lâm Minh Đức[1], Nguyễn Hoàng Anh[1], Nguyễn Cảnh Hưng[1], Nguyễn Đắc Hùng[1]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, P. Ba Đình, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 11/06/2026
Ngày sửa: 11/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh rò hậu môn trước và sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên các bệnh nhân được phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại Trung tâm Kỹ thuật cao, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn qua bộ câu hỏi QoLAF-Q vào thời điểm trước mổ, sau mổ 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần để đánh giá chất lượng cuộc sống.

Kết quả: Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê (p = 0.01) giữa chất lượng cuộc sống sau mổ 12 tuần (QolAF-Q = 15,19 ± 2,01 điểm), so với trước mổ (QolAF-Q = 28,85 ± 6,84 điểm). Mức độ tác động của bệnh rò hậu môn đến người bệnh sau mổ giảm hơn so với trước mổ, đồng thời sự tác động này cũng giảm dần theo thời gian trong quá trình theo dõi sau mổ (p = 0,001). Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh trước và sau mổ là tiền sử mổ rò hậu môn, tình trạng lành thương, đau mạn và chảy dịch vùng mổ.

Kết luận: Có sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ so với lúc trước mổ của bệnh nhân. một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh là tiền sử mổ rò hậu môn, tình trạng lành thương, đau mạn chảy dịch vết mổ.

Từ khóa: Rò hậu môn, chất lượng cuộc sống, QolAF-Q.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là nhiễm khuẩn khu trú bắt nguồn từ hốc hậu môn, nhiễm khuẩn này dẫn tới tụ mủ, lan theo tuyến Hermann-Desfosses tạo thành ổ áp xe nằm trong khoảng giữa cơ thắt trong và ngoài, từ đây lan ra xung quanh theo các hướng khác nhau, và có thể vỡ ra ngoài da cạnh hậu môn hoặc vỡ vào trong lòng trực tràng gây ra các thể rò hậu môn khác nhau.

Tại Việt Nam, rò hậu môn được ghi nhận là bệnh lý phổ biến, đứng thứ hai sau bệnh trĩ, chiếm khoảng 25% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng [1]. Bệnh không gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh do những triệu chứng của bệnh, nguy cơ tái phát sau mổ, cần phải mổ nhiều lần, đặc biệt là biến chứng mất tự chủ sau mổ rò hậu môn [2-3].

Cho đến nay hầu hết các nghiên cứu về bệnh rò hậu môn thường tập trung vào vấn đề chẩn đoán và kết quả phẫu thuật, còn khá ít nghiên cứu về CLCS của người bệnh trước và sau phẫu thuật [1], [3-4]. Thang điểm QoLAF-Q được Manuel Ferrer-Marqué và cộng sự xây dựng năm 2017 để đánh giá CLCS chuyên biệt cho người bệnh rò hậu môn, đến nay được áp dụng khá rộng rãi [5].

Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, trung bình mỗi năm phẫu thuật cho khoảng 300 trường hợp rò hậu môn, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá sự cải thiện về CLCS người bệnh trước và sau phẫu thuật được thực hiện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên này nhằm đánh giá CLCS của người bệnh rò hậu môn và một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại Trung tâm Kỹ thuật cao, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 7/2024. Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Người bệnh không có khả năng nghe, trả lời bằng tiếng Việt, hoặc các trường hợp rò hậu môn do lao, Crohn, ung thư không được đưa vào nghiên cứu. Những bệnh nhân tái phát trong thời gian theo dõi nhưng không đồng ý phẫu thuật, hoặc phẫu thuật tại bệnh viện khác cũng loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

- Phương pháp thu thập dữ liệu: các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán rò hậu môn có chỉ định phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu, thông tin nghiên cứu sẽ được thu thập qua bệnh án và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi QoLAF-Q trước mổ và trong quá trình nằm viện. Thông tin sau mổ được ghi nhận vào thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ qua các lần tái khám hoặc gọi điện phỏng vấn.

Bộ câu hỏi QoLAF-Q bao gồm 14 câu hỏi khác nhau, được phân chia thành 2 khía cạnh tác động: tác động đến thể chất (câu 1-7), và tác động đến tâm lý (câu 8-14). Mỗi câu hỏi được chia theo thang Likert có mức từ 1-5 điểm. Điểm của 14 câu hỏi được tính tổng và chia làm các mức độ: 14 điểm (không có tác động đến CLCS); 15-28 điểm (tác động hạn chế); 29-42 điểm (tác động vừa phải); 43-56 điểm (tác động đáng kể); 57-70 điểm (tác động rất lớn).

Khả năng tự chủ hậu môn của người bệnh được đánh giá bằng bảng điểm Wexner, với số điểm từ 0 đến 20: 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).

- Phương pháp phân tích số liệu: các số liệu sau khi được thu thập và tổng hợp sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 29.0. Sử dụng kiểm định Kruskal Wallis và Mann-Whitney để đánh giá sự khác nhau của điểm CLCS trước-sau mổ và để

*Tác giả liên hệ
Email: bsdanspaul@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 984899885 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6637

tìm ra các yếu tố tác động đến CLCS. Sự khác biệt được xác định khi p < 0,05.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và đường rò

Tổng số có 107 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó có 93 nam (86,9%) và 14 nữ (13,1%), tỷ lệ nam/nữ là 6,6/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 38,14 ± 13,17 tuổi, phân bố theo các nhóm tuổi: dưới 40 tuổi 64 bệnh nhân (59,8%), 40-60 tuổi 32 bệnh nhân (29,9%), và trên 60 tuổi 11 bệnh nhân (10,3%).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và đường rò của bệnh nhân (n = 107)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử mổ rò hậu môn	Đã từng mổ rò hậu môn	25	23,4
	Chưa từng mổ rò hậu môn	82	76,6
Phân loại đường rò	Rò liên cơ thắt	57	53,3
	Rò xuyên cơ thắt	23	21,5
	Rò trên cơ thắt	2	1,9
	Áp xe	25	23,4
Phương pháp phẫu thuật	Cắt mở đường rò	75	70,1
	Dẫn lưu áp xe	14	13,1
	Đặt seton đường rò	11	10,3
	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	7	6,6

25 bệnh nhân (23,4%) có tiền sử đã mổ rò hậu môn, rò liên cơ thắt là loại rò thường gặp nhất với 57 bệnh nhân (53,3%), phần lớn người bệnh được phẫu thuật theo phương pháp cắt mở đường rò với 75 trường hợp (70,1%).

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả sớm sau mổ (n = 107)

Kết quả sau mổ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		3,00 ± 1,42	
Đau sau mổ ngày 1	Không đau hoặc đau ít	74	69,2
	Đau vừa	33	30,8
Biến chứng sau mổ	Chảy máu	5	4,7
	Bí đái	12	11,2
	Không	90	84,1

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của người bệnh là 3,00 ± 1,42 ngày. Sau mổ ngày 1, phần lớn người bệnh không đau hoặc đau ít (69,2%), có 30,8% bệnh nhân đau vừa. Biến chứng gặp sau mổ là bí đái (11,2%) và chảy máu vết mổ (4,7%).

3.3. Kết quả tái khám sau mổ

Bảng 3. Kết quả tái khám sau mổ (n = 107)

Kết quả		Sau mổ 2 tuần		Sau mổ 4 tuần		Sau mổ 12 tuần	
		n	%	n	%	n	%
Tình trạng lành thương	Chưa lành	106	99,1	52	48,6	11	10,3
	Tái phát	1	0,9	3	2,8	5	4,7
	Đã lành	0	0	52	48,6	94	87,9
Phân dính máu khi đại tiện	Không dính máu	85	79,4	103	96,3	107	100
	Có dính máu	22	20,6	4	3,7	0	0
Đau vùng mổ	Không đau	94	87,8	101	94,4	107	100
	Đau ít, hoặc vừa	13	12,1	6	5,6	0	0
Chảy dịch vết mổ	Không chảy dịch	95	88,8	102	95,3	105	98,1
	Có chảy dịch	12	11,2	5	4,7	2	1,9
Mất tự chủ hậu môn	Không mất tự chủ	92	86,0	97	90,6	99	92,5
	Có mất tự chủ	15	14,0	10	9,4	8	7,5
Điểm Wexner		0,51 ± 1,5		0,33 ± 1,3		0,24 ± 1,1	

Tỷ lệ lành thương tại thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ lần lượt là 0%, 48,6% và 87,9%. Có 5 bệnh nhân tái phát trong quá trình theo dõi đến tuần thứ 12 sau mổ chiếm 4,7%, tất cả đều đã được phẫu thuật lại.

Hai vấn đề gây khó chịu nhất cho người bệnh sau mổ là phân dính máu và đau vị trí vết mổ, đều có xu hướng giảm dần theo thời gian trong quá trình theo dõi. Tỷ lệ bệnh nhân đại tiện có dính máu ở thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ lần lượt là 20,6%; 3,7% và 0%, tỷ lệ bệnh nhân còn đau vị trí mổ ở thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ lần lượt là 12,1%, 5,6% và 0%.

Tỷ lệ mất tự chủ đại tiện ở thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ lần lượt là 14,0% (điểm Wexner trung bình 0,51); 9,4% (điểm Wexner trung bình 0,33); và 7,5% (điểm Wexner trung bình 0,24).

3.4. CLCS của bệnh nhân

Bảng 4. Đặc điểm CLCS của bệnh nhân (n = 107)

Đặc điểm CLCS		Trước mổ	Sau mổ 2 tuần	Sau mổ 4 tuần	Sau mổ 12 tuần	p*
Tổng điểm QoLAF-Q		28,85 ± 6,84	20,64 ± 5,16	17,33 ± 3,77	15,19 ± 2,01	0,01
Tác động đến thể chất		12,77 ± 3,02	9,10 ± 2,16	7,88 ± 1,42	7,25 ± 0,86	0,01
Tác động đến tâm lý xã hội		16,08 ± 4,67	11,53 ± 3,59	9,45 ± 2,69	7,93 ± 1,34	0,01
Mức độ ảnh hưởng	Không tác động	0	5 (4,67%)	19 (17,76%)	46 (42,9%)	0,001
	Tác động ít	54 (49,53%)	93 (86,92%)	86 (80,37%)	61 (57,1%)	
	Tác động trung bình	49 (46,73%)	9 (8,41%)	2 (1,87%)	0	
	Tác động cao	4 (3,74%)	0	0	0	
	Tác động rất cao	0	0	0	0	

*Ghi chú: *Đánh giá bằng Friedman test*

Điểm CLCS của bệnh nhân được cải thiện dần theo thời gian, tại thời điểm trước mổ, sau mổ 2 tuần, 4 tuần, và 12 tuần lần lượt là 28,9 điểm; 20,6 điểm; 17,3 điểm và 15,2 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,01).

Mức độ ảnh hưởng của rò hậu môn đến bệnh nhân được cải thiện rõ rệt sau mổ so với trước mổ, đồng thời cũng được cải thiện dần theo thời gian theo dõi sau mổ. Tỷ lệ tác động cao, trung bình, ít, và không tác động của bệnh rò hậu môn đến bệnh nhân trước mổ (3,7%; 46,7%; 49,5%; 0%) so với sau

mổ 12 tuần (0%; 0%; 57,1%; 42,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,001).

3.5. Các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh

Bảng 5. Những yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân

Yếu tố		Trước mổ	Sau mổ 2 tuần	Sau mổ 4 tuần	Sau mổ 12 tuần
Tiền sử mổ rò hậu môn	Có	30,08 ± 5,72	22,56 ± 5,52	19,32 ± 4,49	15,16 ± 1,37
	Không	28,54 ± 7,14	20,07 ± 4,91	16,71 ± 3,32	15,19 ± 2,17
	p-value	0,1667	0,0352	0,0025	0,2790
Phương pháp mổ	Kinh điển		20,7 ± 5,19	17,32 ± 3,87	15,12 ± 1,99
	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ		20 ± 4,69	17,43 ± 1,90	16,14 ± 2,19
	p-value		0,7736	0,2494	0,1745
Biến chứng sau mổ	Có		22,59 ± 5,61	18,54 ± 4,88	15 ± 1,77
	Không		20,13 ± 4,94	17,01 ± 3,39	15,23 ± 2,07
	p-value		0,047	0,20	0,57
Tình trạng lành thương	Chưa lành			18,88 ± 4,19	17,45 ± 2,81
	Khỏi			15,46 ± 1,92	14,72 ± 1,03
	Tái phát			22,67 ± 4,04	24,50 ± 0,71
	p-value			0,0009	0,0001
Đau vùng mổ	Có		29,46 ± 3,91	27,17 ± 2,40	
	Không		19,41 ± 4,00	16,74 ± 2,94	
	p-value		0,0001	0,0001	
Phân dính máu khi đại tiện	Có		22,00 ± 4,00	19,00 ± 3,27	
	Không		20,28 ± 5,38	17,26 ± 3,79	
	p-value		0,05	0,228	
Chảy dịch hậu môn	Có		24,50 ± 4,19	20,43 ± 3,55	21,75 ± 3,95
	Không		20,15 ± 5,08	17,11 ± 3,71	17,16 ± 3,68
	p-value		0,0021	0,0064	0,0001
Mất tự chủ đại tiện	Có mất tự chủ		22,40 ± 4,73	19,00 ± 4,57	16,88 ± 4,76
	Không mất tự chủ		20,35 ± 5,19	17,15 ± 3,66	15,05 ± 1,58
	p-value		0,0705	0,2264	0,905

Một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân là: tiền sử mổ rò hậu môn, biến chứng sau mổ (ở thời điểm 2 tuần sau mổ, với p = 0,047); tình trạng lành thương (p < 0,001 ở thời điểm 4 tuần và 12 tuần sau mổ); tình trạng chảy dịch vết mổ và đau vết mổ (p < 0,01) ở tất cả các thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ.

4. BÀN LUẬN

Rò hậu môn là bệnh lý viêm nhiễm thường gặp vùng hậu môn, có thể gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả hai giới. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 38,14 tuổi, nam thường gặp hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 6,6/1. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu đã được công bố trước đây như nghiên cứu của Phạm Phúc Khánh và cộng sự có tuổi trung bình là 37,65, tỷ lệ nam/nữ là 7,21/2 [1], hay nghiên cứu của Ahmed A và cộng sự có độ tuổi trung bình là 38,4 [6].

Bệnh rò hậu môn tiến triển qua hai giai đoạn: áp xe là giai đoạn cấp tính, rò là giai đoạn mạn tính sau khi áp xe tự vỡ hoặc được phẫu thuật dẫn lưu. Theo phân loại của Parks A.G và cộng sự dựa trên sự tương quan của đường rò và hệ thống cơ thắt, chia rò hậu môn làm 4 thể: rò liên cơ thắt, rò xuyên cơ thắt, rò trên cơ thắt, và rò ngoài cơ thắt [7]. Tùy theo giai đoạn bệnh và thể rò để chọn các phương pháp phẫu thuật phù hợp. Phẫu thuật cắt mở đường rò được chỉ định cho rò liên cơ thắt, và rò xuyên cơ thắt thấp. Đối với các trường hợp rò phức tạp bao gồm rò xuyên cơ thắt cao, rò trên cơ thắt và rò ngoài cơ thắt, để tránh biến chứng mất tự chủ đại tiện sau mổ, cần chọn lựa các kỹ thuật không làm tổn thương cơ thắt như: phẫu thuật nội soi hỗ trợ, phẫu thuật thắt đường rò trong khoang liên cơ thắt, hay gần đây nhất là kỹ thuật mở ngỏ đường rò ở rãnh gian cơ thắt [8]. Trong nghiên cứu này, có 75 bệnh nhân (70,1%) được phẫu thuật cắt mở đường rò, 14 bệnh nhân (13,1%) dẫn lưu áp xe đơn thuần, 11 bệnh nhân (10,3%) đặt seon đường rò, và 7 bệnh nhân (6,6%) phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị rò hậu môn. Chúng tôi chỉ định phẫu thuật cắt mở đường rò cho các trường hợp rò liên cơ thắt hoặc rò xuyên cơ thắt thấp. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ được chỉ định trong rò phức tạp (rò xuyên cơ thắt cao, rò trên cơ thắt) khi đường rò ở giai đoạn mạn tính, không còn áp xe. Đối với giai đoạn áp xe thì dẫn lưu làm sạch áp xe kết hợp cắt mở đường rò được chỉ định cho áp xe liên cơ thắt hoặc áp xe hố ngồi trực tràng có đường rò thấp, với đường rò cao cần đặt seton dẫn lưu đường rò kết hợp, dẫn lưu áp xe đơn thuần khi không tìm thấy lỗ rò trong trong mổ.

Tái phát và mất tự chủ sau mổ là hai thách thức lớn nhất trong phẫu thuật rò hậu môn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân (4,7%) bị tái phát trong quá trình theo dõi đến 12 tuần sau mổ cần phải mổ lại. Tỷ lệ mất tự chủ đại tiện ở thời điểm 2 tuần, 4 tuần, 12 tuần sau mổ lần lượt là 14,2%; 9,4% và 7,5%, với điểm Wexner tương ứng lần lượt là 0,51 ± 1,1 điểm; 0,33 ± 0,7 điểm và 0,24 ± 0,4 điểm. Tất cả các trường hợp mất tự chủ trong nghiên cứu đều có Wexner ≤ 7 điểm, tức là bệnh nhân chỉ mất tự chủ mức độ nhẹ, thuộc nhóm đại tiện tốt theo phân loại CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score). Theo thời gian, khi vết mổ liền sẹo dần thì tỷ lệ cũng như mức độ mất tự chủ cũng sẽ được cải thiện dần. Tỷ lệ mất tự chủ đại tiện giao động từ 0% đến 40% tùy theo nghiên cứu. Việc phân loại đúng đường rò trước mổ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng thể rò giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ, đặc biệt là mất tự chủ đại tiện [2], [8].

Rò hậu môn là bệnh lý lành tính, tuy nhiên ảnh hưởng nhiều đến CLCS người bệnh do triệu chứng bệnh dai dẳng, chăm sóc vết thương phức tạp, thời gian liền thương kéo dài, đặc biệt biến chứng mất tự chủ đại tiện cũng như tỷ lệ tái phát khá cao, nhất là với các thể rò phức tạp. Trước đây các nghiên cứu về bệnh rò hậu môn thường chỉ tập trung vào khía cạnh kết quả phẫu thuật như tỷ lệ khỏi bệnh, tỷ lệ biến chứng, mà ít quan tâm đến CLCS người bệnh [4]. Một số nghiên cứu về CLCS bệnh nhân rò hậu môn trước đây thường chỉ sử dụng bộ câu hỏi đánh giá CLCS liên quan đến sức khỏe nói chung như bộ khảo sát sức khỏe biểu mẫu ngắn (SF-36), hay các bộ câu hỏi chung cho hệ tiêu hóa như GIQLI (Gastrointestinal quality of life index) [3], [9], mà chưa có bộ câu hỏi riêng cho bệnh rò hậu môn. Bộ câu hỏi QoLAF-Q (Quality of life in patients with Anal Fistula Questionaire) bao gồm 14 câu hỏi, được Ferrer-Márquez M và cộng sự đề xuất năm 2017, đây là bộ câu hỏi đánh giá CLCS chuyên biệt cho bệnh nhân rò hậu môn, do đó phản ánh chính xác hơn những tác động của bệnh đến CLCS bệnh nhân [5].

Trong nghiên cứu, điểm CLCS trung bình trước mổ theo QoLAF-Q là 28,8 điểm, trong đó tác động đến thể chất là

12,7 điểm, tác động đến tâm lý là 16,1 điểm. Đánh giá về mức độ tác động đến CLCS cho thấy bệnh rò hậu môn ảnh hưởng đến bệnh nhân ở thời điểm trước mổ lần lượt là 49,5% tác động ít, 46,7% tác động trung bình và 3,8% tác động cao (bảng 4). CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn so với nghiên cứu của Ferrer-Márquez M và cộng sự với chất lượng cuộc trung bình (theo QoLAF-Q) là 35,2 điểm, trong đó tác động đến thể chất là 16,8 điểm, tác động đến tâm lý là 18,4 điểm [10]. Xét về mức độ tác động, nghiên cứu của Ferrer-Márquez M và cộng sự cũng cho thấy bệnh ảnh hưởng đến CLCS bệnh nhân nhiều hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với 33,8% tác động ít, 36,3% tác động trung bình, 26,3% tác động cao và 2,5% tác động rất cao [10]. Sự khác biệt có thể là do nghiên cứu của Ferrer-Márquez M và cộng sự có đến 88,8% bệnh nhân đến khám với triệu chứng viêm tấy, chảy mủ đường rò gây đau đớn, khó chịu nhiều cho người bệnh; ngược lại, nghiên cứu của chúng tỷ lệ này chỉ là 23,4%, và 76,6% bệnh nhân đến trong giai đoạn rò mạn tính, không đau nhức.

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLCS sau mổ được cải thiện rõ rệt so với trước mổ. Cụ thể QoLAF-Q trung bình ở thời điểm trước mổ, sau mổ 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần lần lượt là 28,9 điểm, 20,6 điểm, 17,3 điểm và 15,2 điểm, khác biệt có ý nghĩa với p = 0,01. Tương tự, mức độ ảnh hưởng của rò hậu môn đến CLCS của bệnh nhân cũng giảm đi sau phẫu thuật, từ 50,5% tác động nhiều và tác động cao trước mổ xuống còn 42,9% không tác động, 57,1% tác động ít và 0% tác động trung bình sau mổ 12 tuần (p = 0,001). Đánh giá tại các thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần sau mổ chúng tôi cũng nhận thấy CLCS của người bệnh được cải thiện dần theo thời gian trên cả 3 yếu tố: điểm QoLAF-Q chung, điểm tác động đến thể chất và điểm tác động đến tâm lý - xã hội. Như vậy có thể thấy rằng phẫu thuật giúp cải thiện CLCS cho người bệnh, mặc dù phẫu thuật là một can thiệp xâm lấn, gây đau đớn cho người bệnh, tuy nhiên theo thời gian, vết mổ dần hồi phục, bệnh nhân sẽ ổn định dần và từng bước trở lại công việc, sinh hoạt thường nhật, do đó CLCS sẽ dần được nâng lên ở cả khía cạnh thể chất và tâm lý. Nghiên cứu của Phạm Phúc Khánh và cộng sự đánh giá CLCS bệnh nhân sau mổ rò hậu môn theo bộ câu hỏi SF-36 cho thấy: sau mổ khi vết mổ hồi phục dần theo thời gian thì điểm sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân cũng dần được nâng lên qua các lần thăm khám [1]. Nghiên cứu của Seneviratne S.A và cộng sự đánh giá CLCS bệnh nhân trước và sau mổ rò hậu môn bằng bộ câu hỏi GIQLI cũng cho kết quả: có sự cải thiện rõ rệt (p < 0,01) giữa điểm GIQLI sau mổ (116,14 điểm) so với trước mổ (97,02 điểm), trong đó một số yếu tố được cải thiện rõ ràng nhất là triệu chứng bệnh, cảm xúc và hòa nhập xã hội [9].

Phân tích về các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS bệnh nhân rò hậu môn, nghiên cứu của Ferrer-Márquez M và cộng sự sử dụng thang điểm QoLAF-Q cho kết quả thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng có CLCS tồi hơn có ý nghĩa (p = 0,016) so với những bệnh nhân mắc bệnh lâu hơn, tương tự các trường hợp rò mới mắc lần đầu có CLCS kém hơn những trường hợp rò tái phát (p = 0,048) [10]. Các tác giả cho rằng với những trường hợp mắc bệnh kéo dài, hay tái phát làm cho bệnh nhân dần thích nghi với triệu chứng bệnh, do đó CLCS sẽ tốt hơn. Ngược lại một số yếu tố như triệu chứng lâm sàng của rò, loại rò, phương pháp mổ, hay tình trạng mất tự chủ đại tiện sau mổ đều không ảnh hưởng đến CLCS người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về các yếu tố liên qua đến CLCS (bảng 5) cho thấy các bệnh nhân có tiền sử rò tái phát có CLCS kém hơn có ý nghĩa so với các bệnh nhân mới mắc bệnh lần đầu ở thời điểm 2 tuần và 4 tuần sau mổ (p = 0,035 và 0,0025). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Ferrer-Márquez M và cộng sự [10], nhưng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Owen H.A và cộng sự khi bệnh nhân rò tái phát có CLCS kém hơn về chức năng thể chất và cảm xúc [3]. Chúng tôi cho rằng sự lo lắng về kết quả phẫu thuật, biến chứng, tái phát bệnh ảnh hưởng xấu đến CLCS bệnh nhân, minh chứng là sau 12 tuần khi vết mổ ổn định thì CLCS của hai nhóm bệnh nhân này không còn khác biệt nữa.

Tình trạng lành thương cũng là một yếu tố có tác động rất rõ rệt đến CLCS người bệnh, điểm CLCS ở nhóm đã lành thương, chưa lành thương và tái phát lần lượt là 15,5; 18,9; 22,7 (p = 0,009) ở thời điểm 4 tuần sau mổ và 14,7; 17,5; 24,5 (p = 0,001) ở thời điểm 12 tuần sau mổ. Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy một số triệu chứng sau mổ như: đau mạn tính vết mổ, chảy dịch vết mổ cũng tác động tiêu cực đến CLCS người bệnh một cách có ý nghĩa (p < 0,001). Tuy nhiên chúng tôi không thấy có sự khác biệt về CLCS giữa nhóm mất tự chủ đại tiện với nhóm đại tiện bình thường, có lẽ các bệnh nhân mất tự chủ trong nghiên cứu đều ở mức độ nhẹ, thuộc nhóm "đại tiện tốt" theo phân độ CCIS (1-7 điểm), do đó ít ảnh hưởng đến bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ahmed A và cộng sự [6] trên 169 bệnh nhân phẫu thuật rò hậu môn được đánh giá CLCS bằng thang điểm SF-36 cho thấy có một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS là: tình trạng tái phát bệnh, mất tự chủ đại tiện, và các triệu chứng khó chịu sau mổ như đau mạn tính, chảy dịch vết mổ. Phân tích chi tiết hơn về tình trạng mất tự chủ đại tiện, nghiên cứu còn chỉ ra: chỉ có mất tự chủ mức độ nặng (với phân rắn) mới ảnh hưởng có ý nghĩa đến CLCS; ngược lại, với các trường hợp mất tự chủ hơi thì CLCS không có sự khác biệt so với các bệnh nhân không biến chứng.

5. KẾT LUẬN

Có sự cải thiện rõ rệt về CLCS bệnh nhân rò hậu môn sau mổ qua các thời điểm 2 tuần, 4 tuần và 12 tuần so với trước mổ. Một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS bệnh nhân là: tiền sử mổ rò, tình trạng lành thương, đau vết mổ và chảy dịch vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Phạm Phúc Khánh, Nguyễn Ngọc Thực và cộng sự. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ rò hậu môn. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2020, 15 (5): 1-7.

[2] Lê Văn Quốc, Triệu Triều Dương và cộng sự. Kết quả xa phẫu thuật thắt đường rò gian cơ thắt điều trị rò hậu môn. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2021, 16 (số đặc biệt): 201-208.

[3] Owen H.A, Buchanan G.N et al. Quality of life with anal fistula. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2016, 98 (5): 334-338. doi: 10.1308/rcsann.2016.0136.

[4] Yassin N.A, Hammond T.M et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. Colorectal Dis, 2013, 15 (5): 527-535. doi: 10.1111/codi.12224.

[5] Ferrer-Márquez M, Espínola-Cortés N et al. Design and psychometric evaluation of the quality of life in patients with anal fistula questionnaire. Diseases of the Colon & Rectum, 2017, 60 (10): 1083-1091. doi: 10.1097/DCR.0000000000000877.

[6] Ahmed A et al. Short Form 36 quality of life after lay open of anal fistula. The Egyptian Journal of Surgery, 2015, 34: 281-286. doi: 10.1308/rcsann.2016.0136

[7] Parks A.G, Gordon P.H, Hardcastle J.D. A classification of fistula in ano. Br J Surg, 1976, 63 (1): 1-12. doi: 10.1002/bjs.1800630102.

[8] Garg P, Bhattacharya K et al. Recent advances in the diagnosis and treatment of complex anal fistula. Ann Coloproctol, 2024, 40 (4): 321-335. doi: 10.3393/ac.2024.00325.0046.

[9] Seneviratne S.A et al. Quality of life following surgery for recurrent fistula-in-ano. Techniques in Coloproctology, 2009, 13 (3): 215-217. doi: 10.1007/s10151-009-0517-z.

[10] Ferrer-Márquez M, Espínola-Cortés N, Reina-Duarte A et al. Analysis and description of disease-specific quality of life in patients with anal fistula. Cirugía Española (English Edition), 2018, 96 (4): 213-220. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.12.003.