

Kết quả phẫu thuật hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Surgical outcomes of anal stenosis following hemorrhoid treatment at Viet Duc University Hospital

Phạm Phúc Khánh¹, Đỗ Tất Thành^{1,2*},
Nguyễn Thị Lý^{1,3}, Phạm Thị Thanh Huyền¹,
Lê Nhật Huy¹, Nguyễn Đắc Thao¹, Nguyễn Ngọc Anh²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,
²Trường Đại học Y Hà Nội,
³Trường Đại học Y dược, ĐHQG Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân, phân loại hẹp hậu môn sau can thiệp bệnh trĩ; đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Các bệnh nhân được phẫu thuật hẹp hậu môn sau điều trị trĩ từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tổng số 13 bệnh nhân bao gồm 8 nam, 5 nữ. Triệu chứng chính là đại tiện khó và khuôn phân nhỏ 13/13 bệnh nhân (100%). 12/13 bệnh nhân khỏi bệnh, chiếm 92,3%, thời gian liền thương trung bình là $2 \pm 1,1$ tháng. **Kết luận:** Hẹp hậu môn là biến chứng hiếm nhưng nghiêm trọng. Nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật khác nhau, mang lại kết quả tốt, ít biến chứng.

Từ khóa: Hẹp hậu môn, bệnh trĩ, phẫu thuật trĩ.

Summary

Objective: This study aims to describe the clinical features, causes, and classification of anal stenosis after hemorrhoid surgery and to evaluate surgical outcomes based on a retrospective cohort. **Subject and method:** A retrospective study on patients who underwent surgery for anal stenosis following hemorrhoid treatment between January 2022 and June 2024 at Viet Duc University Hospital. Patients were evaluated based on clinical symptoms and treatment outcomes. **Result:** The study included 13 patients (8 males, 5 females) with primary symptoms of difficulty in defecation and narrow stool form in all cases (100%). Surgical success was achieved in 92.3% of patients, with a mean healing time of 2.0 ± 1.1 months. **Conclusion:** Anal stenosis is a rare yet serious complication post-hemorrhoidectomy. Our findings suggest that various surgical techniques yield favorable outcomes with low recurrence and complication rates.

Keywords: Anal stenosis, hemorrhoids, hemorrhoid surgery.

Ngày nhận bài: 15/10/2024, ngày chấp nhận đăng: 27/11/2024

* Tác giả liên hệ: dotatthanh@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ là tình trạng hẹp về mặt giải phẫu của ống hậu môn gây ra các triệu chứng như đại tiện khó, đau hậu môn, khuôn phân nhỏ sau khi điều trị bệnh trĩ. Đây là biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng và thường gặp nhất sau phẫu thuật. 90% tình trạng hẹp hậu môn phát triển sau cắt trĩ quá mức, đặc biệt “cắt trĩ phương pháp Whitehead”¹. Cắt trĩ phương pháp Milligan-Morgan hay phẫu thuật Longo có tỉ lệ hẹp hậu môn thấp hơn, khoảng 0,8 đến 6%¹. Việc cắt bỏ niêm mạc và da hậu môn mà không bảo tồn đủ các cầu da-niêm mạc, sẽ dẫn đến sẹo và hẹp mạn tính tiến triển.

Người bệnh thường có các triệu chứng như táo bón nặng, tắc nghẽn đường ra và đau hậu môn, không thể cải thiện bằng thuốc làm mềm phân hoặc thay đổi chế độ ăn uống.

Phân loại hẹp hậu môn theo Milsom và Mazier² bao gồm:

Phân độ theo mức độ hẹp:

Nhẹ	có thể kiểm tra ống hậu môn bằng ngón trỏ được bôi trơn tốt hoặc van Hill-Ferguson cỡ trung bình
Vừa	cần nong mạnh để đưa ngón trỏ hoặc van Hill-Ferguson cỡ trung bình
Nặng	không thể đưa ngón út hoặc van Hill-Ferguson cỡ nhỏ vào trừ khi nong mạnh

Phân loại theo độ cao:

Hẹp thấp	0,5cm dưới đường lược
Hẹp trung bình	Cách đường lược 0,5cm lên trên và xuống dưới
Hẹp cao	Trên đường lược 0,5cm
Hẹp lan tỏa	Hẹp toàn bộ ống hậu môn

Điều trị hẹp hậu môn bao gồm cả nội khoa, thủ thuật và phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp điều trị nên được điều chỉnh dựa trên mức độ hẹp. Hẹp nhẹ có thể được kiểm soát bảo tồn bằng thuốc làm mềm phân hoặc bổ sung chất xơ kết hợp nong hậu môn bằng ngón tay hoặc que nong. Phẫu thuật mở cơ thắt bán phần có thể khá phù hợp với bệnh

nhân bị hẹp mức độ nhẹ. Đối với hẹp hậu môn nghiêm trọng hơn, nên tiến hành phẫu thuật¹. Một số kỹ thuật đã được mô tả như mở vòng xơ có hoặc không kết hợp tạo hình hậu môn. Các biến chứng hậu phẫu thường gặp là nhiễm trùng vết thương, thiếu máu cục bộ vật và chảy máu².

Chúng tôi báo cáo các trường hợp hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024 với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật hẹp hậu môn sau can thiệp bệnh trĩ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu bao gồm 13 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ bằng thăm khám lâm sàng và được phẫu thuật điều trị hẹp hậu môn từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024. Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học của bệnh viện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ tại Trung tâm Phẫu thuật đại trực tràng và tăng sinh môn, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân hẹp hậu môn cấp tính, các bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa.

Các bệnh nhân hẹp hậu môn do nguyên nhân khác: Chấn thương tăng sinh môn, dị tật hậu môn trực tràng, hẹp miệng nối sau mổ ung thư.

Các hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin hoặc mất liên lạc sau phẫu thuật.

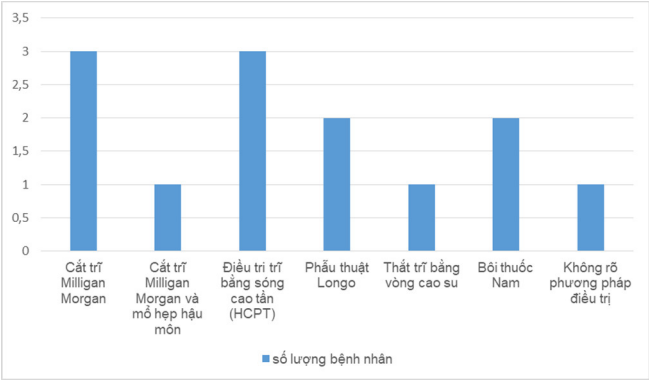
Tiêu chuẩn đánh giá khỏi bệnh: Đại tiện khuôn phân to, dễ dàng, không đau, không chảy máu và không phải dùng thuốc làm mềm phân.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024, có 13 bệnh nhân hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ được phẫu thuật. Tuổi trung bình là 45,2 ± 10,1; trẻ nhất 21 tuổi, cao nhất 77 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 8/5.

Tất cả 13 bệnh nhân (100% bệnh nhân) có triệu chứng đại tiện khó, khuôn phân nhỏ. 8 bệnh nhân đại tiện đau (61,5%), và 6 bệnh nhân đại tiện máu (46,2%).

Tỷ lệ khỏi chung 84,6% (12/13) bệnh nhân khỏi. Một bệnh nhân tái phát sau mổ hạ niêm mạc trực tràng (7,7%).



Biểu đồ 1. Tiền sử phương pháp điều trị bệnh trĩ

Nhận xét: Biến chứng hẹp hậu môn hay xảy ra với phương pháp Milligan-Morgan và phương pháp HCPT.

Bảng 1. Thời gian biểu hiện triệu chứng

Thời gian biểu hiện triệu chứng	n	Tỷ lệ %
1-4 tháng	8	61,5
7 tháng	1	7,7
1 năm	1	7,7
Hơn 2 năm	3	23,1

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có triệu chứng hẹp hậu môn trong khoảng thời gian 1-4 tháng sau phẫu thuật/thủ thuật (8/13 bệnh nhân, chiếm 61,5%).

Bảng 2. Phân loại hẹp hậu môn

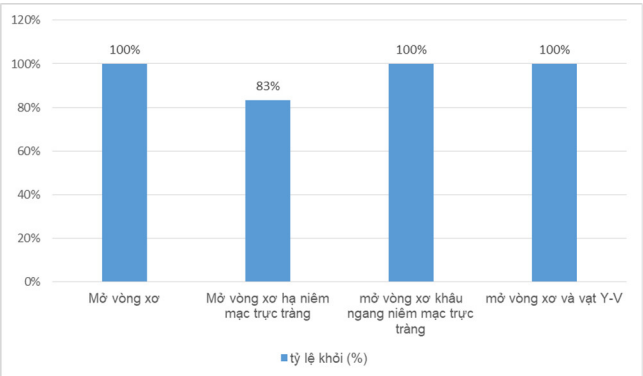
Phân loại theo mức độ hẹp	n	Tỷ lệ %
Nhẹ	1	7,7
Vừa	3	23,1
Nặng	9	69,2
Phân loại theo chiều cao	n	Tỷ lệ %
Cao	1	7,7
Trung gian	1	7,7
Thấp	9	69,2
Lan toả	2	15,4

Nhận xét: 9/13 bệnh nhân (69,2%) hẹp hậu môn mức độ nặng. Vị trí hẹp hậu môn hay gặp nhất là hẹp thấp, chiếm 69,2%.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật và thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%	Thời gian phẫu thuật (phút)
Mở vòng xơ	4	30,8	37,17 ± 10
Mở vòng xơ + hạ niêm mạc trực tràng	6	46,2	57,29 ± 20
Mở vòng xơ + khâu ngang niêm mạc trực tràng	1	7,7	60
Mở vòng xơ + tạo hình bằng vật VY	2	15,4	104,0 ± 5,6

Nhận xét: 4 bệnh nhân (30,8%) mở vòng xơ đơn thuần. Các phương pháp tạo hình hậu môn bao gồm: hạ niêm mạc trực tràng (6 bệnh nhân- 46,2%), khâu ngang niêm mạc trực tràng (1 bệnh nhân- 7,7%), tạo hình bằng vật Y-V (2 bệnh nhân- 15,4%).



Biểu đồ 2. Kết quả phẫu thuật của từng phương pháp điều trị

Nhận xét: Phương pháp mổ hạ niêm mạc trực tràng tỷ lệ khỏi là 83%, các phương pháp khác là 100%.

VI. BÀN LUẬN

Tiền sử điều trị bệnh trĩ: Nhóm nghiên cứu bao gồm 13 bệnh nhân, tiền sử điều trị bệnh trĩ bao gồm phẫu thuật và can thiệp thủ thuật, đắp thuốc hậu môn. Một số tác giả cho thấy 90% hẹp hậu môn gặp sau cắt trĩ quá mức¹. Gaetano Gallo phân tích 29 nghiên cứu với 556 trường hợp hẹp hậu môn cho thấy, tiền sử phẫu thuật bệnh trĩ chiếm ba phần tư số trường hợp³. Tương tự, trong nghiên cứu của

chúng tôi, nguyên nhân chủ yếu là sau phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật được sử dụng bao gồm: phẫu thuật Milligan-Morgan (4 bệnh nhân-30,8%), HCTP (3 bệnh nhân-23,1%), phẫu thuật Longo (2 bệnh nhân- 15,4%). Một bệnh nhân mổ 7 năm trước, hẹp thấp, nặng bởi vòng xơ chiếm toàn bộ chu vi hậu môn, không rõ phương pháp phẫu thuật cũ. Không có trường hợp nào hẹp hậu môn sau cắt trĩ Whitehead trong nghiên cứu dường như mâu thuẫn với y văn trên thế giới khi nhiều tác giả cho rằng cắt trĩ Whitehead là phẫu thuật có biến chứng hẹp hậu môn cao nhất, lên đến 8,8%. Đây là phương pháp được Whitehead giới thiệu vào năm 1882, thực hiện cắt bỏ toàn bộ búi trĩ vòng cùng với niêm mạc bao phủ chúng⁴. Sau phẫu thuật này rất ít bệnh nhân bị tái phát. Tuy nhiên, tỷ lệ hẹp hậu môn được báo cáo là rất cao, lên tới 8,8%³ và do đó hầu hết các phẫu thuật viên từ chối thực hiện phẫu thuật này. Cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan hay phẫu thuật Longo có tỷ lệ hẹp hậu môn thấp hơn, khoảng 0,8 đến 6%¹. Thậm chí có các nghiên cứu cho thấy cắt trĩ phương pháp Milligan-Morgan có tỷ lệ hẹp hậu môn 0%⁵ khi tuân thủ đúng kỹ thuật.

Hai bệnh nhân hẹp hậu môn sau thủ thuật thắt trĩ bằng vòng cao su và một bệnh nhân đắp thuốc nam. Các bệnh nhân này đều làm thủ thuật trong ngày tại phòng khám tư, không tái khám định kì. Có lẽ do sai sót về mặt kĩ thuật, bệnh nhân không được theo dõi đầy đủ sau thủ thuật nên sẹo xơ hình thành và tiến triển thành hẹp hậu môn.

Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu: Đại tiện khó, khuôn phân nhỏ xảy ra ở 13/13 bệnh nhân (100%). Triệu chứng đại tiện có máu và đau hậu môn xảy ra riêng lẻ hoặc cùng tồn tại với triệu chứng đại tiện khó, với tỷ lệ gặp lần lượt là 46,2% (6 bệnh nhân) và 61,5% (8 bệnh nhân). Nghiên cứu của Habr-Gama trên 77 bệnh nhân hẹp hậu môn từ trung bình đến nặng cho thấy 77% phàn nàn về việc đại tiện khó, 69% đau hậu môn khi đại tiện và 23% thường xuyên chảy máu khi đại tiện⁶. Thời gian từ khi phẫu thuật trĩ đến phẫu thuật hẹp hậu môn là từ 2 tháng đến 15 năm⁶. 8/13 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu xuất hiện các triệu chứng trên trong khoảng thời gian từ 1 đến 4 tháng trước khi khám tại Bệnh viện Việt Đức. Trong nhóm này, có 3 bệnh nhân không biết mình bị hẹp hậu môn mà chỉ nghĩ là tình trạng

sau mổ trĩ cho đến khi không thể đại tiện được mới đi khám trong khi khoảng thời gian trung bình giữa phẫu thuật và biểu hiện hẹp hậu môn là 6 tuần (dao động từ 3–12 tuần)⁷. Ngược lại, có 5 bệnh nhân biết chẩn đoán hẹp hậu môn, sống chung với các triệu chứng trên trong thời gian dài (1 bệnh nhân 7 tháng, 1 bệnh nhân 1 năm, 1 bệnh nhân 3 năm, 1 bệnh nhân 18 năm). Bệnh nhân chịu đựng lâu nhất: Mổ trĩ cách 18 năm, hậu môn hẹp dần từ sau mổ, 3 năm gần đây chỉ uống nước hoa quả, không ăn cơm và phải thụt để đại tiện. Việc đại tiện khó, phải thụt ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đánh giá chất lượng cuộc sống kém trước phẫu thuật.

Mức độ hẹp hậu môn: Hẹp nặng gặp nhiều nhất với 9 bệnh nhân (69,2%), 3 bệnh nhân hẹp vừa (23,1%) và 1 bệnh nhân hẹp nhẹ (7,7%). Ngược lại, nghiên cứu của Yu-Tse Weng trên 60 bệnh nhân hẹp hậu môn sau mổ trĩ cho thấy tỉ lệ hẹp nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 48,33%, 33,33% và 18,33%⁸. Tuy nhiên, điều này có thể lí giải do nghiên cứu này được tiến hành tại một bệnh viện tuyến trung ương chứ không phải tuyến y tế cơ sở, nơi bệnh nhân nhẹ hơn đã được sàng lọc và điều trị. Hơn nữa, do hiểu biết còn hạn chế, tâm lí ngại ngùng nên bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn khi hậu môn đã hẹp nặng, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống.

Trong nhóm nghiên cứu, hẹp thấp bao gồm 9/13 bệnh nhân (69,2%), còn lại một bệnh nhân hẹp cao (7,7%), một bệnh nhân hẹp trung gian (7,7%); đặc biệt, có hai bệnh nhân hẹp lan toả ống hậu môn (15,4%). Một bệnh nhân hẹp cao là trường hợp sau phẫu thuật Longo. Hai bệnh nhân hẹp lan toả đều có tiền sử mổ Milligan-Morgan, hẹp nặng kèm theo mất niêm mạc ống hậu môn. Vị trí hẹp thấp gặp nhiều nhất là phù hợp khi nghiên cứu đánh giá các bệnh nhân sau điều trị bệnh trĩ.

Kết quả điều trị phẫu thuật: Phẫu thuật điều trị hẹp hậu môn bao gồm nhiều phương pháp khác nhau như mở vòng xơ ở một hay nhiều vị trí, có hoặc không kết hợp tạo hình hậu môn. Để lựa chọn phương pháp phù hợp, cần dựa vào mức độ hẹp, vị trí hẹp và sự lan toả tổn thương của da rìa hậu môn và phức hợp cơ thắt hậu môn. Bệnh nhân bị sẹo hẹp do mất nhiều da-niêm mạc hậu môn nên tạo hình vạt. Việc giải phóng đơn giản tình trạng hẹp có thể

làm giảm tạm thời các triệu chứng nhưng tỷ lệ hẹp tái phát cao⁹. Có nhiều loại vật, việc lựa chọn vật phụ thuộc vào vị trí và mức độ hẹp. Vật V-Y được sử dụng cho tình trạng hẹp ở đường lược. Hẹp cao hơn được điều trị tốt nhất bằng vật kim cương hoặc vật hình ngôi nhà. Các khiếm khuyết rất lớn có thể cần nhiều vật hình ngôi nhà hoặc phẫu thuật tạo vật hình chữ S. Vật niêm mạc thích hợp nhất để điều trị hẹp ống hậu môn giữa và cao^{1,13}.

Trong nhóm nghiên cứu, 4 phương pháp phẫu thuật đã được thực hiện bao gồm mở vòng xơ đơn thuần (4 bệnh nhân-30,8%), mở vòng xơ tạo hình hậu môn bằng hạ niêm mạc trực tràng (6 bệnh nhân-46,2%), mở vòng xơ khâu ngang niêm mạc trực tràng (1 bệnh nhân-7,7%) và mở vòng xơ tạo hình bằng vật Y-V (2 bệnh nhân-15,4%). Thời gian phẫu thuật của 4 phương pháp lần lượt là $37,17 \pm 10$ phút, $57,29 \pm 20$ phút, 60 phút và $104,0 \pm 5,6$ phút. Như vậy thời gian phẫu thuật phương pháp mở vòng xơ là ngắn nhất, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với phương pháp (2) và (4) ($p=0,217$ và $p=0,517$). Không gặp tai biến trong mổ ở tất cả các bệnh nhân.

Sau phẫu thuật, không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu chảy máu vết mổ, hoại tử, nhiễm trùng, áp xe hậu môn. Hai bệnh nhân tạo hình hậu môn bằng vật Y-V căng vật, dẫn đến tụt mỏm chữ V tại ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Bệnh nhân này được tiếp tục điều trị nội khoa. Nhược điểm chính liên quan đến kỹ thuật tạo hình hậu môn bằng vật Y-V là đầu của vật chữ V dễ bị hoại tử do thiếu máu cục bộ¹. Maria và cộng sự đã báo cáo 29 bệnh nhân đã phẫu thuật tạo hình Y-V với tỷ lệ lành vết thương là 90%; co thắt do thiếu máu cục bộ ở mép vật và vết thương hở ở hai bệnh nhân¹. Nghiên cứu của Asfar và cộng sự trên 65 bệnh nhân hẹp hậu môn được phẫu thuật hạ niêm mạc trực tràng không quan sát thấy hoại tử niêm mạc- da quanh hậu môn¹⁰. Một nghiên cứu khác có 77 bệnh nhân hạ niêm mạc trực tràng thì một bệnh nhân phẫu thuật lại sớm do bục đường khâu⁶.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi sau mổ đều được hướng dẫn nong hậu môn tại nhà bằng tay hoặc bằng que nong. Nhóm mở vòng xơ đơn thuần cần số lần nong nhiều hơn (3 lần/ngày) so với các bệnh nhân có tạo hình hậu môn (1- 2 lần/ngày).

Cùng với nong hậu môn, bệnh nhân được kê thêm các thuốc làm mềm phân. 13 bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian theo dõi sau phẫu thuật từ 4 đến 24 tháng, trung bình là $13,3 \pm 2,1$ tháng. Kiểm tra bằng cách phỏng vấn qua điện thoại và thăm khám lâm sàng. Kết quả cho thấy 12/13 bệnh nhân khỏi bệnh với thời gian trung bình là $2,0 \pm 1,1$ tháng. Nhóm mở vòng xơ đơn thuần có thời gian khỏi bệnh lâu nhất, $2,8 \pm 1,3$ tháng. Ngược lại, nhóm tạo hình hậu môn bằng hạ niêm mạc trực tràng; khâu ngang niêm mạc trực tràng và vật Y-V có thời gian khỏi bệnh ngắn hơn, lần lượt là $1,2 \pm 0,2$ tháng, 1 tháng. Nghiên cứu 77 bệnh nhân hẹp hậu môn điều trị bằng phẫu thuật hạ niêm mạc trực tràng thấy thời gian trung bình cho đến khi vết thương lành hoàn toàn là 4 tuần, dao động từ 3 đến 6 tuần và việc liền vết thương hoàn toàn đã được quan sát thấy ở tất cả các bệnh nhân⁶. Một nghiên cứu khác ở nhóm hạ niêm mạc trực tràng cho thấy thời gian khỏi bệnh là trong vòng 2-3 tháng; đến tuần thứ ba sau phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân đã ngừng sử dụng thuốc làm mềm phân và có thể đi đại tiện thoải mái¹⁰.

Một bệnh nhân sau mổ hạ niêm mạc trực tràng tái phát hẹp hậu môn, đã mổ thành công tại bệnh viện khác sau 3 tháng, nhưng không rõ phương pháp mổ. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu của tác giả Asfar trên 65 bệnh nhân hẹp hậu môn phẫu thuật hạ niêm mạc trực tràng chỉ có một trường hợp tái phát sau hai năm, được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình lần hai¹⁰. Nghiên cứu của Habr Gama gồm 77 bệnh nhân hạ niêm mạc trực tràng thấy kết quả tốt ở 87% sau một năm⁶.

Nhóm nghiên cứu có hai bệnh nhân phẫu thuật tạo hình bằng vật Y-V, trong đó một bệnh nhân sau mổ phải đã tiêm thuốc giảm sẹo 14 lần do tình trạng sẹo tăng sinh mạnh; hiện tại bệnh nhân đại tiện được dễ dàng khi phân mềm, khuôn phân nhỏ; khi táo bón thì cần thụt nước. Bệnh nhân còn lại không còn triệu chứng đại tiện tắc nghẽn, khuôn phân to. Một nghiên cứu tổng hợp từ 29 nghiên cứu báo cáo dữ liệu về 556 bệnh nhân, trong đó nhóm tạo hình bằng vật Y-V có tỷ lệ biến chứng chung là 10,2%³. Farid và cộng sự đã quan sát thấy 65% cải thiện về mặt lâm sàng và 15% biến chứng vết thương do thiếu máu cục bộ ở kỹ thuật tạo hình hậu môn bằng vật Y-V¹.

Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ tái hẹp chung là 7,7%. Đó là một trường hợp mở vòng xơ hạ niêm mạc trực tràng. Bệnh nhân này không tái khám định kỳ sau mổ theo hướng dẫn và đã phẫu thuật điều trị hẹp hậu môn lần 2 sau 3 tháng tại một bệnh viện khác, không rõ phương pháp phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Gallo trên 556 bệnh nhân được theo dõi sau mổ ít nhất 12 tháng, tỷ lệ tái phát là 4,7% (2,2%–9,8%)³.

V. KẾT LUẬN

Hẹp hậu môn là một biến chứng hiếm nhưng nghiêm trọng trong điều trị bệnh trĩ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 92,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật, với tỷ lệ tái phát thấp (7,7%). Các phương pháp phẫu thuật như mở vòng xơ và tạo hình hậu môn (bằng hạ niêm mạc trực tràng, khâu ngang niêm mạc trực tràng, hoặc vật Y-V) đều cho kết quả khả quan, mặc dù phương pháp mở vòng xơ có thời gian hồi phục dài hơn. Tuy nhiên, biến chứng nhẹ sau phẫu thuật, chẳng hạn như bung chỉ khâu tại vật Y-V, có thể xảy ra nhưng không yêu cầu phẫu thuật lại. Nhìn chung, các phương pháp điều trị phẫu thuật đã chứng minh được tính hiệu quả và an toàn trong việc giải quyết biến chứng hẹp hậu môn sau điều trị bệnh trĩ.

Khuyến nghị

Phẫu thuật điều trị các bệnh vùng hậu môn đặc biệt là bệnh trĩ cần được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa về hậu môn trực tràng và ở cơ sở y tế uy tín để tránh biến chứng hẹp hậu môn.

Phẫu thuật mở vòng xơ đơn thuần, có kết hợp với hạ niêm mạc trực tràng hoặc khâu ngang niêm mạc trực tràng nên được thực hiện ở những trường hợp hẹp nhẹ và vừa. Những trường hợp hẹp nặng và lan toả nên sử dụng các kỹ thuật tạo hình hậu môn bằng chuyển vạt.

Cần thêm nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brisinda G, Vanella S, Cadeddu F, Marniga G, Mazzeon P, Brandara F, Maria G (2009) *Surgical Treatment of Anal Stenosis*. World J Gastroenterol 15(16):1921-8. doi: 10.3748/wjg.15.1921.
2. Milsom JW, Mazier WP (1986) *Classification and Management of Postsurgical Anal Stenosis*. Surg Gynecol Obstet 163(1): 60–64.
3. Gallo G, Picciariello A, Di Tanna GL, Pelizzo P, Altomare DF, Trompetto M, Santoro GA, Roviello F, Felice C, Grossi U (2022) *Anoplasty for Anatomical Anal Stenosis: Systematic Review of Complications and Recurrences*. Colorectal Dis 24(12): 1462-1471. <https://doi.org/10.1111/codi.16248>.
4. Who's afraid of the dentate line? The Whitehead hemorrhoidectomy - Science Direct. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000296108880062X> (accessed 2024-08-03).
5. Long Q, Wen Y, Li J (2023) *Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy Combined with Non-Doppler Hemorrhoidal Artery Ligation for the Treatment of Grade III/IV Hemorrhoids: A Single Centre Retrospective Study*. BMC Gastroenterol 23: 293. <https://doi.org/10.1186/s12876-023-02933-x>.
6. Habr-Gama A, Sobrado CW, de Araújo SEA, Nahas SC, Birbojm I, Nahas CSR, Kiss DR (2005) *Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties*. Clinics (Sao Paulo) 60(1): 17-20. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322005000100005>.
7. Eu KW, Teoh TA, Seow-Choen F, Goh HS (1995) *Anal stricture following haemorrhoidectomy: Early diagnosis and treatment*. Australian and New Zealand Journal of Surgery 65(2): 101-103. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1995.tb07270.x>.
8. Weng YT, Chu KJ, Lin KH, Chang CK, Kang JC, Chen, CY, Hu JM, Pu TW (2022) *Is anoplasty superior to scar revision surgery for post-hemorrhoidectomy anal stenosis? Six years of experience*. World J Clin Cases 10(22): 7698-7707. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i22.7698>.
9. Kunitake H, Poylin V (2016) *Complications following anorectal surgery*. Clin Colon Rectal Surg 29(1): 14-21. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1568145>.
10. Asfar S (2018) *Anoplasty for post-hemorrhoidectomy low anal stenosis: A new technique*. World j. surg 42(9): 3015-3020. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4561-6>.