

Cắt trĩ phương pháp Whitehead: Những kỹ thuật cải biên và kết quả điều trị

Whitehead's hemorrhoidectomy: Modified techniques and treatment outcomes

Nguyễn Đắc Thao, Nguyễn Xuân Hùng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật mổ Whitehead trong mối liên quan với những biến chứng sau mổ. Đánh giá kết quả phẫu thuật Whitehead điều trị trĩ tại Trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng - Tầng sinh môn, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** 17 bệnh nhân trĩ được điều trị bằng phẫu thuật phương pháp Whitehead thời gian từ tháng 10/2011 đến tháng 06/2017, nghiên cứu hồi cứu mô tả, theo dõi dọc. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $49,8 \pm 13,6$ (27 - 70), thời gian mổ: $50,6 \pm 12,9$ phút (30 - 80), thời gian nằm viện: $5,7 \pm 1,7$ ngày (3 - 8); chảy máu sau mổ 2/17 bệnh nhân điều trị nội khoa, hẹp hậu môn sau mổ 1 bệnh nhân phải nong hậu môn. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt trĩ Whitehead là một kỹ thuật khó, nhưng hiệu quả trong điều trị trĩ vòng, có thể áp dụng với biến chứng sau mổ thấp nếu hiểu rõ giải phẫu ống hậu môn, và thực hiện đúng kỹ thuật.

Từ khóa: Whitehead, trĩ vòng, cắt trĩ.

Summary

Objective: We describe this technique in relation to postoperative complications and evaluate the results of Whitehead hemorrhoidectomy at Surgical Center of Coloproctological and Perineal Diseases, Viet Duc University Hospital. **Subject and method:** 17 patients were used Whitehead hemorrhoidectomy technique from October 2011 to June 2017, retrospective descriptive study. **Result:** Age 49.8 ± 13.6 (27 - 70), mean operating time (min) 50.6 ± 12.9 (30 - 80), mean hospital stay (day): 5.7 ± 1.7 (3 - 8), postoperative hemorrhage: 2 cases, anal stenosis: 1 case. **Conclusion:** Whitehead hemorrhoidectomy is a difficult technique, but the effective in treatment for circumferential hemorrhoid. Understanding the anal anatomy and technique is essential that we can use Whitehead's hemorrhoidectomy with low rate of postoperative morbidity.

Keywords: Whitehead hemorrhoidectomy, circumferential hemorrhoid, hemorrhoidectomy.

Ngày nhận bài: 11/3/2019, ngày chấp nhận đăng: 06/4/2019

Người phản hồi: Nguyễn Đắc Thao. Email: drthao.hmu@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

1. Đặt vấn đề

Bệnh trĩ là một trong những bệnh thường gặp nhất vùng hậu môn trực tràng, với tỷ lệ mắc 39%, trong đó 44,7% là có triệu chứng [1]. Mục đích của phẫu thuật điều trị trĩ là cắt bỏ vừa đủ những búi trĩ để làm giảm hoặc loại bỏ triệu chứng và không có biến chứng sau mổ. Một số phương pháp đã và đang được sử dụng rộng rãi bao gồm: Cắt trĩ hở (Milligan Morgan) hoặc cắt trĩ kín (Ferguson), phẫu thuật Longo [2]. Tuy nhiên, biến chứng và tái phát sau mổ trĩ là một vấn đề nan giải, đặc biệt trong trường hợp trĩ vòng tắc mạch hoại tử; do vậy đã có nhiều tranh luận về một kỹ thuật cắt trĩ thực sự đúng đối với trĩ vòng [3]. Năm 1882, Water Whitehead đưa ra kỹ thuật điều trị trĩ vòng trên Tạp chí Bristish Medical Journal với tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với những kỹ thuật khác: Whitehead mô tả kỹ thuật với một đường rạch ở niêm mạc "toàn bộ chu vi trực tràng tại chỗ chuyển tiếp với da", sau đó phẫu tích lớp niêm mạc kèm những búi trĩ; khi phẫu tích đến vùng phía trên búi trĩ, cắt ngang niêm mạc và lấy bỏ vòng niêm mạc - trĩ, "diện cắt niêm mạc phía trên được khâu với diện cắt da ở phía dưới" [4]. Tuy nhiên, kỹ thuật kinh điển này chưa bao giờ được sử dụng rộng rãi vì khó thực hiện, và sau đó là những báo cáo về biến chứng hẹp hậu môn, mất tự chủ, rỉ dịch hậu môn [3], [5]. Điều gì gây ra sự khác biệt rất nhiều giữa kết quả của các nghiên cứu khác nhau?. Vấn đề có thể được giải thích do sự nhầm lẫn tại thời điểm Whitehead mô tả ranh giới của da niêm mạc được DeCourcy chỉ ra năm 1945 và sau đó đến năm 1988 được Bonello nhấn mạnh chi tiết [6]. Hiện nay, ranh giới da niêm mạc được hiểu rõ ràng là tại đường lược, tuy nhiên, theo những y văn cuối thế kỷ XVIII và đầu thế kỷ XIX định nghĩa ranh giới da niêm mạc tại vị trí rãnh liên cơ thắt, phía ngoài đường lược khoảng 3 - 20mm. Điều này giải thích những hậu quả sau cắt trĩ Whitehead ở một số phẫu thuật viên [7] bao gồm: Cắt quá nhiều da hậu môn và tái tạo lại đường lược sai vị trí. Corman tin rằng, những biến chứng sau mổ thường là hậu quả của việc thực hiện không đúng kỹ thuật kinh điển đã được

Whitehead mô tả: Niêm mạc được khâu với ống hậu môn ngay trên đường lược, nếu phẫu thuật viên nhầm lẫn mô tả này khâu niêm mạc với da rìa hậu môn, đường khâu thường sẽ không liền và vết mổ sẽ liền sẹo thứ phát [8]. Từ năm 1930 đến nay có những cải biên kỹ thuật cắt trĩ Whitehead trong điều trị trĩ vòng, trong đó có 3 kỹ thuật được mô tả chi tiết và cả ba đều nhấn mạnh việc tránh khâu niêm mạc trực tràng vào da rìa hậu môn gây ra sa niêm mạc trực tràng rỉ dịch hậu môn [5]: (1) Vạt da hậu môn do Louis A Buie mô tả năm 1932, (2) Đường rạch giảm sức căng do Fannler đưa ra năm 1933 và Rand năm 1969, (3) Liền sẹo thứ phát ở da hậu môn do Granet đưa ra năm 1953.

Từ năm 2012 - 2017 tại Trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng - tầng sinh môn mổ 17 trường hợp trĩ bằng kỹ thuật Whitehead kinh điển hoặc có cải biên theo kỹ thuật vạt da hậu môn. Mục đích nghiên cứu: *Mô tả kỹ thuật cắt trĩ phương pháp Whitehead có cải biên, trong sự liên quan đến những biến chứng sau mổ, và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Whitehead tại trung tâm của chúng tôi.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 17 bệnh nhân được cắt trĩ bằng phương pháp Whitehead tại Trung tâm Phẫu thuật Đại trực tràng - Tầng sinh môn, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm tháng 10/2011 đến tháng 06/2017, trong đó có 1 bệnh nhân đã chết do tuổi già không đánh giá được kết quả xa sau mổ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán trĩ vòng, trĩ vòng tắc mạch hoại tử, biến chứng hoại tử hậu môn cầu da niêm mạc sau mổ trĩ.

Bệnh nhân được mổ theo phương pháp Whitehead kinh điển hay có cải biên.

Đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được chẩn đoán là trĩ, điều trị nội hoặc được mổ các phương pháp khác.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu quan sát, mô tả, theo dõi dọc.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các chỉ tiêu chung: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tiền sử mổ trĩ.

Các chỉ tiêu về lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng (sa trĩ, đại tiện ra máu, đau hậu môn), chẩn đoán lâm sàng (trĩ vòng, trĩ vòng tắc mạch hoại tử, hoại tử hậu môn sau mổ trĩ). Thời gian mổ, thời gian nằm viện, thời gian nhịn ăn sau mổ, kháng sinh sau mổ, đánh giá mức độ đau sau mổ thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ.

Biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ (điều trị bảo tồn, mổ lại), nhiễm trùng vết mổ, bục đường khâu niêm mạc trực tràng - da, mất tự chủ hậu môn (sử dụng băng phân độ của Wexner), hẹp hậu môn đánh giá theo phân độ của Milsom và Mazier: Hẹp nhẹ (hậu môn khít có thể thăm được bằng ngón 2 hoặc van Hill-Ferguson cỡ vừa bôi trơn), hẹp vừa (thăm bằng ngón 2 hoặc van Hill-Ferguson cỡ vừa một cách gắng sức), hẹp nặng (không thể thăm hậu môn bằng ngón 5 hoặc van Hill-Ferguson cỡ nhỏ trừ khi gắng sức) [9], (điều trị bằng nong hậu môn, điều trị phẫu thuật), rỉ dịch hậu môn, nứt hậu môn, táo bón. Biến chứng sớm sau mổ là biến chứng xảy ra trong vòng 1 tháng sau mổ, biến chứng muộn sau mổ là biến chứng xảy ra sau mổ trên 1 tháng.

Mô tả kỹ thuật mổ

Chỉ định: Trĩ vòng (trĩ độ 3, 4 không còn cầu da niêm mạc lành, có kèm theo sa niêm mạc trực tràng và bệnh nhân không đồng ý thực hiện phẫu thuật Longo; trĩ vòng hỗn hợp), sa trĩ vòng tắc mạch hoại tử, hoại tử hậu môn sau mổ trĩ.

Phương pháp áp dụng: Đối với trĩ vòng độ 3, 4 da thừa hậu môn và trĩ ngoại nhỏ chúng tôi sử

dụng kỹ thuật cắt trĩ theo phương pháp Whitehead kinh điển; đối với trường hợp sa trĩ vòng tắc mạch, trĩ vòng tắc mạch hoại tử chúng tôi sử dụng kỹ thuật Whitehead sử dụng vật da hậu môn (cải biên theo Buie).

Chống chỉ định tương đối: Hậu môn nhỏ, hẹp; tiêu chảy mạn tính do những nguyên nhân bệnh lý khác, viêm trực tràng, mất tự chủ hậu môn, trĩ hoại tử muộn (> 24 giờ), bệnh nhân có kèm theo sa trực tràng - sa niêm mạc trực tràng trong tình trạng sa sàn chậu.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Bệnh nhân nhịn ăn tối trước mổ, thụt 1 type fleet enema. Vô cảm: Tê tủy sống. Tư thế mổ: Chúng tôi sử dụng tư thế sản khoa.

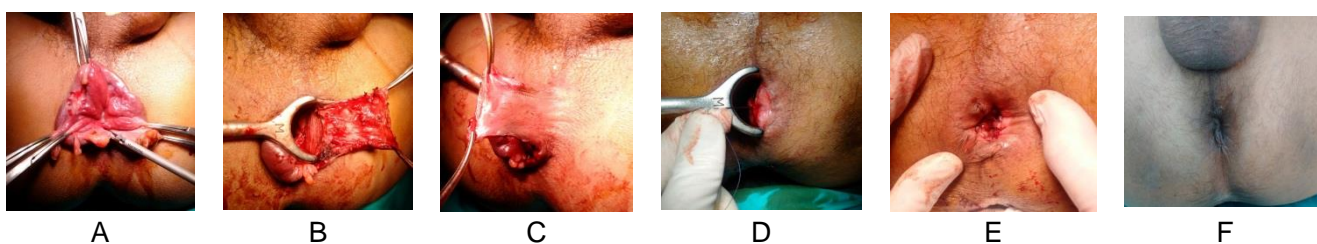
Bước 1: Khâu triệt mạch trĩ ở niêm mạc trực tràng trên đỉnh búi trĩ 3cm, chúng tôi thường khâu 4 - 6 mũi vicryl 2/0 theo chu vi ống hậu môn - trực tràng, để tránh chảy máu niêm mạc trực tràng - búi trĩ khi phẫu tích và tránh niêm mạc trực tràng bị co lên sau khi cắt vòng trĩ), tiêm thấm lidocaine pha adrenalin 1/10000 toàn bộ chu vi gốc búi trĩ.

Bước 2: Phẫu tích búi trĩ: Đặt van hậu môn đánh giá toàn bộ vòng trĩ, niêm mạc trực tràng, da ống hậu môn. Bắt đầu phẫu tích theo từng nửa chu vi: đường rạch bắt đầu ở vị trí đường lược phẫu tích lên trên dọc theo búi trĩ đến niêm mạc trực tràng lành (dùng kéo hoặc dao điện), búi trĩ được cắt bỏ. Trong trường hợp trĩ nội vòng, trĩ ngoại nhỏ, chúng tôi sử dụng kỹ thuật Whitehead kinh điển khâu niêm mạc trực tràng với da hậu môn ngay trên đường lược. Nếu trĩ hỗn hợp tắc mạch hoại tử, chúng tôi sử dụng kỹ thuật sửa đổi của Buie [7] vật niêm mạc ống hậu môn được phẫu tích lấy bỏ phần trĩ ngoại dưới da niêm mạc và phần niêm mạc hoại tử do trĩ tắc mạch. Trường hợp hoại tử hậu môn sau mổ trĩ - do mất hết da ống hậu môn, chúng tôi phải khâu niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn và tổ chức liên kết dưới da hậu môn.

Bước 3: Khâu niêm mạc trực tràng với da ống hậu môn: Khâu niêm mạc trực tràng với lớp cơ tròn trong phía trên vạt niêm mạc ống hậu môn để cố định và làm giảm lực căng vào miệng nối 4 mũi vicryl 3/0 3, 6, 9, 12 giờ. Khâu nối niêm mạc trực tràng với niêm mạc ống hậu môn vicryl 4/0 rời, đường khâu lấy vào 1 phần lớp cơ tròn trong để tránh tạo khoang dưới đường khâu, tạo hình lại đường nối da niêm mạc ống hậu môn tại đúng vị trí đường lược cũ. Đường khâu phải đảm bảo: không căng, không chảy máu, và được cấp

máu tốt. Đặt 1 gác ở hậu môn, nếu rỉ máu có thể đặt surgical hoặc lyostypt trên đường khâu. Sau mổ bệnh nhân có thể ăn ngay hoặc nhịn ăn dùng thuốc táo bón 3 - 4 ngày tùy đánh giá của phẫu thuật viên.

Lưu ý: Trong trường hợp hoại tử cầu da niêm mạc hậu môn sau mổ trĩ, do bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt trĩ, nên về mặt kĩ thuật chúng tôi chỉ có thể hạ niêm mạc trực tràng nối xuống da rìa hậu môn.



Hình 1. Kỹ thuật mổ

A: Đánh giá thương tổn, B, C: Vạt niêm mạc da hậu môn, D: Đường khâu niêm mạc da tại vị trí đường lược cũ, E: Sau mổ, F: Sau mổ 3 tuần.

(Nguồn: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu)

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung	n = 17
Tuổi	49,8 ± 13,6 (27 - 70)
Giới	Nam/nữ 13/4
Thời gian theo dõi (tháng)	31 ± 19 (1 - 70)
Tiền sử bệnh trĩ phải can thiệp	7/17 (3 mổ, 4 thủ thuật)
Chỉ định mổ	Trĩ vòng (9/17), trĩ vòng tắc mạch hoại tử (6/17), hoại tử cầu da niêm mạc sau mổ trĩ (2/17)

Nhận xét: 2/17 bệnh nhân mổ cấp cứu, thời gian bị bệnh trung bình: 98 tháng (12 - 240).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Thời gian mổ	50,6 ± 12,9 phút (30 - 80)
Thời gian nằm viện	5,7 ± 1,7 ngày (3 - 8)
Thời gian nhịn ăn sau mổ (ngày)	2,2 ± 1,8 (6/17 bệnh nhân ăn ngay sau mổ)

Phương pháp vô cảm: 100% tê tủy sống.

Bảng 3. Biến chứng sớm sau mổ

Bí đái	1 bệnh nhân lưu sonde tiểu 5 ngày
Đường khâu không liền	1 bệnh nhân (chẩn đoán trước mổ: Hoại tử cầu da niêm mạc sau mổ trĩ)
Chảy máu sau mổ	2/15, 1 bệnh nhân sau mổ 5 ngày, 1 bệnh nhân sau mổ 10 ngày điều trị nội khoa
Dùng thuốc giảm đau sau mổ	10 bệnh nhân sau 1 ngày, 2 bệnh nhân sau 5 ngày, 5 bệnh nhân sau 2 - 4 ngày
Nhiễm trùng	1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ

vết mổ	làm đường khâu không liền
--------	---------------------------

Bảng 4. Biến chứng muộn sau mổ

Hẹp hậu môn	1 bệnh nhân hẹp vừa sau mổ 4 tháng phải nong hậu môn 1 tuần
Da thừa hậu môn	1 bệnh nhân
Rỉ dịch hậu môn	6 bệnh nhân có cảm giác ướt hậu môn < 1 lần/tuần
Đại tiện không tự chủ	2 bệnh nhân mất tự chủ độ 2 kéo dài, 2 bệnh nhân mất tự chủ độ 2 tạm thời kéo dài 3 tháng sau mổ

Có 3 bệnh nhân phải sử dụng thuốc nhuận tràng sau mổ.

4. Bàn luận

Dựa vào vị trí với đường lược trĩ được phân ra trĩ nội và trĩ ngoại. Trĩ nội được chia ra 4 độ theo Goligher: Trĩ độ 1 hình thành từ những mạch máu dưới niêm mạc phía trên đường lược, có thể tăng lên về số lượng, kích thước và gây đại tiện ra máu. Trĩ độ 2 sa ra khi đại tiện nhưng tự co lên sau đó. Trĩ độ 3 sa ra khi đại tiện và phải dùng tay đẩy lên. Trĩ độ 4 sa không thể đẩy lên được. Trĩ nội có nguồn gốc từ đám rối tĩnh mạch trĩ trên và được phủ bằng niêm mạc phía trên đường lược. Phân loại này của Goligher chỉ dựa trên mức độ sa mà không mô tả kích thước của búi trĩ và trĩ vòng hay không, những yếu tố quan trọng trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật [1], [2].

Bàn về chỉ định mổ

Chúng tôi sử dụng thường quy kỹ thuật cắt trĩ phương pháp Milligan Morgan và Ferguson. Thậm chí trong những trường hợp trĩ vòng, chúng tôi có thể cắt trĩ theo phương pháp Milligan Morgan 3 búi cơ bản và lấy trĩ dưới cầu da ở phần còn lại hoặc cắt trĩ 4 búi. Tuy vậy, những trường hợp trĩ vòng không thể sử dụng phương pháp Milligan Morgan chúng tôi thực hiện cắt trĩ phương pháp Whitehead kinh điển hay có cải biến sử dụng vạt da hậu môn (theo

Buie). Ngoài ra những trường hợp hoại tử da - niêm mạc hậu môn, hoại tử cầu da niêm mạc sau mổ trĩ, hoặc do đắp thuốc mà không thể sử dụng kỹ thuật Milligan Morgan, chúng tôi cũng sử dụng phương pháp Whitehead và bảo tồn tối đa da hậu môn tùy theo thương tổn. Theo Rand (1972) [10] một số chỉ định cắt trĩ theo phương pháp Whitehead cải biến kỹ thuật bằng vạt da hậu môn bao gồm: (1) Trĩ nội vòng, (2) Trĩ ngoại lớn nhiều búi hoặc da thừa nhiều, (3) Ống hậu môn ngắn, sa ra ngoài, (4) Sa niêm mạc trực tràng nhiều kèm theo trĩ, (5) Hậu môn hẹp khít chặt, cần tạo hình rộng hậu môn, (6) Trĩ ngoại kèm theo nhiều vết nứt kẽ hậu môn, da hậu môn mỏng yếu.

Biến chứng sớm sau mổ

Trong báo cáo của mình với 300 trường hợp đầu tiên trong 9 năm, Whitehead thông báo không có tử vong, biến chứng sớm và biến chứng muộn sau mổ [4]. Trong nghiên cứu của Woft năm 1988 [5] trong 484 bệnh nhân (tất cả đều được gây tê tùy sống) 110 bệnh nhân cần đặt sonde tiểu (22%), chảy máu sớm sau mổ gặp ở 6 bệnh nhân (1,3%), 5 bệnh nhân phải mổ lại; chảy máu muộn sau mổ ở 6 bệnh nhân (đều liên quan đến táo bón sau mổ). 1 bệnh nhân áp xe hậu môn sau mổ (0,2%), 4 bệnh nhân nứt kẽ hậu môn - loét hậu môn (0,8%); miệng nối không liền ở 35 bệnh nhân (7,2%), 1 bệnh nhân hẹp hậu môn. Nghiên cứu của Maria năm 2001 [8] trên 26 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân bí đái phải đặt sonde tiểu, 2 bệnh nhân chảy máu sau mổ mức độ nhẹ, điều trị nội khoa.

Biến chứng muộn sau mổ

Biến chứng hẹp hậu môn hiếm gặp nhưng là một biến chứng phức tạp sau mổ vùng hậu môn, trực tràng - thường gặp nhất sau mổ trĩ (90% do cắt trĩ một cách quá mức). Tình trạng hẹp lòng ống hậu môn có thể là thực thể về mặt giải phẫu hoặc hẹp do co thắt cơ vòng hậu môn. Trong hẹp hậu môn thực thể, vùng da hậu môn mềm mại bị thay thế bởi tổ chức sẹo xơ gây ra thay đổi hình thái hậu môn dẫn đến đại tiện khó khăn

và đau. Hẹp hậu môn sau mổ cắt toàn bộ vòng trĩ ở 5 - 10% trường hợp, hoặc sau khi cắt một phần lớn da ống hậu môn. Điều trị hẹp hậu môn bằng chế độ ăn nhiều chất xơ, thuốc nhuận tràng, nong hậu môn, và cuối cùng là phẫu thuật tạo hình hậu môn. Hẹp hậu môn sau mổ trĩ - đặc biệt sau phẫu thuật Whitehead là do đường khâu niêm mạc trực tràng-da ống hậu môn nhiễm trùng, không liền, dẫn đến hình thành sẹo xơ thứ phát. Sau phẫu thuật Milligan - Morgan hoặc phẫu thuật Longo tỷ lệ hẹp hậu môn ít hơn [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân hẹp hậu môn xuất hiện sau mổ 4 tháng, hẹp vừa và phải nong hậu môn, hiện tại bệnh nhân đang có dấu hiệu hẹp lại với biểu hiện đại tiện khó, đau và nhỏ khuôn phân. Tỷ lệ hẹp hậu môn sau mổ cắt trĩ phương pháp Whitehead của một số tác giả trên thế giới: Theo Woft [5]: 2/484 bệnh nhân (0,4%); theo Maria [8] trong thời gian theo dõi 3 năm có 1/26 bệnh nhân hẹp hậu môn 3 tháng sau mổ phải nong hậu môn.

Năm 1893, Kelsey thông báo trường hợp đầu tiên rỉ dịch hậu môn; năm 1895 Andrew báo cáo một số lượng lớn trường hợp có biến chứng rỉ dịch hậu môn sau mổ [7]. Nghiên cứu của Woft trên 484 bệnh nhân không có bệnh nhân nào rỉ dịch hậu môn [5], nghiên cứu của Maria [8] không có bệnh nhân nào rỉ dịch hậu môn sau 3 năm theo dõi. Nguyên nhân của sự khác nhau về biến chứng sau mổ giữa các phẫu thuật viên có thể nằm ở sự nhầm lẫn về ranh giới của niêm mạc - da tại thời điểm Whitehead mô tả kĩ thuật mà đã được Bonello chỉ ra [6]. Lựa chọn vị trí khâu cẩn thận để tránh biến chứng rỉ dịch hậu môn (Wet anus - Whitehead deformity, ectropion) bằng cách bảo tồn tối đa da hậu môn và vạt da hậu môn để tạo hình lại đường lược, chúng tôi nhấn mạnh kĩ thuật sửa đổi của Buie có hiệu quả trong trĩ tắc mạch hoại tử nhằm tránh biến chứng này [2]. Chúng tôi áp dụng kĩ thuật Whitehead kinh điển đối với trường hợp trĩ vòng độ 3, độ 4, đường khâu nằm ở đường lược không gây lộ niêm mạc trực tràng do đó hạn chế rỉ dịch hậu môn sau mổ. Đối với những trường hợp sử dụng

vạt da hậu môn, đường khâu nối niêm mạc - da nằm đúng vị trí đường lược cũ do đó niêm mạc trực tràng cũng không sa ra ngoài lỗ hậu môn hạn chế rỉ dịch hậu môn. Nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi trung bình là 31 tháng, có 6 bệnh nhân có triệu chứng rỉ dịch hậu môn dưới 1 lần/tuần, ít ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Mất tự chủ hậu môn: Theo quan điểm của Thompson, là do tổn thương lớp đệm vùng hậu môn dẫn đến mất tự chủ hậu môn, tuy nhiên theo nghiên cứu của Li [11] cắt bỏ lớp đệm vùng hậu môn sau mổ trĩ không thấy ảnh hưởng đến tự chủ hậu môn ở bệnh nhân trĩ có chỉ định mổ. Biến chứng mất tự chủ hậu môn sau cắt trĩ Whitehead trong nghiên cứu của Woft là 3/484 bệnh nhân mất tự chủ nhẹ [5]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân mất tự chủ với hơi kéo dài, 2 bệnh nhân mất tự chủ với hơi tạm thời sau mổ 3 tháng.

Kĩ thuật Whitehead là cắt toàn bộ vòng trĩ, do đó tỷ lệ tái phát trĩ trong các nghiên cứu trên thế giới là rất thấp. Nghiên cứu của Woft tỷ lệ tái phát là 0/484 bệnh nhân [5]. Tỷ lệ tái phát trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 0%.

Vì phẫu thuật Whitehead là một kĩ thuật khó, cắt bỏ toàn bộ vòng trĩ, do đó chỉ định và áp dụng điều trị kĩ thuật này cần hết sức thận trọng vì biến chứng sau mổ có thể rất phức tạp và khó sửa chữa chúng tôi chỉ sử dụng kĩ thuật này khi không thể áp dụng những kĩ thuật cắt trĩ khác. Đối với trường hợp trĩ vòng độ 3, độ 4, có thể kèm theo sa niêm mạc trực tràng, phẫu thuật Longo là một trong những kĩ thuật nên được ưu tiên sử dụng; trong trường hợp bệnh nhân không có đủ điều kiện sử dụng kĩ thuật này, chúng tôi sử dụng kĩ thuật Whitehead kinh điển, bảo tồn tối đa niêm mạc - da từ đường lược ra đến rìa hậu môn, đồng thời cắt bỏ được tối đa vòng trĩ nội và niêm mạc trực tràng sa. Đối với trường hợp trĩ vòng hỗn hợp, sa trĩ vòng tắc mạch hoại tử, phần trĩ ngoại sẽ nhiều, da hậu môn bị giãn nhiều, nên áp dụng kĩ thuật Whitehead cải biên theo Buie bảo tồn tối đa da hậu môn và kéo phần da này

nổi với niêm mạc trực tràng tại vị trí đường lược cũ tránh sa niêm mạc trực tràng và bảo tồn vùng da chức năng của hậu môn. Trong trường hợp hoại tử hậu môn do đắp thuốc hoặc hoại tử cầu da niêm mạc sau mổ trĩ, bắt buộc phải cắt lọc vùng da hoại tử, khi đó chỉ có thể bảo tồn tối đa da hậu môn và hạ niêm mạc trực tràng nổi xuống vùng này chấp nhận một phần nguy cơ sa niêm mạc trực tràng.

5. Kết luận

Thái độ điều trị trĩ vòng, đặc biệt trong trường hợp trĩ tắc mạch hoại tử vẫn còn là một vấn đề phức tạp. Cắt trĩ theo phương pháp Whitehead còn có nhiều tranh cãi do có những biến chứng: Hẹp hậu môn, rỉ dịch hậu môn. Nắm rõ những thành phần giải phẫu vùng hậu môn, và hiểu đúng kĩ thuật cắt trĩ Whitehead sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng sau mổ. Kĩ thuật cắt trĩ phương pháp Whitehead là kĩ thuật có thể áp dụng trong những trường hợp cắt trĩ kinh điển 3 búi không thể thực hiện được, với tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp sau mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Yeo D, Tan KY (2014) *Hemorrhoidectomy - making sense of the surgical options*. World Journal of Gastroenterology 20(45): 16976-16983.
2. Sagar PM, Wolff BG (1999) *The use of the modified Whitehead procedure as an alternative to the closed Ferguson hemorrhoidectomy*. Tech Coloproctol 3: 131-134.
3. Mukhashavria GA, Qarabaki MA (2011) *Circumferential excisional hemorrhoidectomy for extensive acute thrombosis: A 14-year experience*. Diseases of the Colon & Rectum 54(9): 1162-1169.
4. Whitehead W (1882) *The surgical treatment of hemorrhoids*. British Medical Journal 1: 148-150.
5. Wolff BG, Culp CE (1988) *The Whitehead hemorrhoidectomy: An unjustly maligned procedure*. Diseases of the Colon & Rectum 31(8): 587-590.
6. Bonello J C (1988) *Who's afraid of the dentate line? The Whitehead hemorrhoidectomy*. The American Journal Of Surgery 156(3 Pt1): 182-186.
7. Soop M, Wolff BG (2009) *Surgical treatment of hemorrhoids*. London: Springer London.
8. Maria G, Alfonsi G, Nigro C et al (2001) *Whitehead's hemorrhoidectomy. A useful surgical procedure in selected cases*. Tech Coloproctol 5: 93-96.
9. Brisinda G, Vanella S, Cadeddu F et al (2009) *Surgical treatment of anal stenosis*. World Journal of Gastroenterology 15(16): 1921-1928.
10. Rand AA (1972) *Whitehead's radical circumferential hemorrhoidectomy*. Symposium on Diseases of the Colon and Anorectum 52(4): 1031-1045.
11. Li YD, Xu JH, Lin JJ et al (2012) *Excisional hemorrhoidal surgery and its effect on anal continence*. World Journal of Gastroenterology 18(30): 4059-4063.