

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TRĩ NỘI TẮC MẠCH
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
NĂM 2017 – 2019**

Nguyễn Văn Tuấn*, Võ Quang Huy, Phạm Văn Năng
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nguyenvantuan@ctump.edu.vn,
vqhuy@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật Milligan-Morgan sử dụng dao Ligasure có hiệu quả tốt trong điều trị bệnh trĩ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của phẫu thuật Milligan-Morgan có sử dụng dao đốt Ligasure trong điều trị trĩ tắc mạch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 66 bệnh nhân trĩ tắc mạch được cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan có sử dụng dao Ligasure (LH) từ 6/2017 đến 6/2019. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá mức độ đau, chảy máu, thời gian mổ, thời gian lành vết mổ, thời gian trở lại làm việc. Tất cả bệnh nhân được theo dõi ít nhất 4 tháng sau mổ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $43,3 \pm 14,1$ (19-90 tuổi), nam giới chiếm 63,64%, tỷ lệ nam/ nữ: 1,75/1. Hoàn cảnh khởi phát trĩ tắc mạch thường gặp nhất là sau khi đi tiêu rặn nhiều do bón chiếm 55,1%. Điểm đau trung bình khi vào viện là VAS = $5,8 \pm 1,1$ điểm (2-8 điểm). Thời gian mổ trung bình là 30 ± 10 phút. Có 51% bệnh nhân được cắt từ 3 búi trĩ trở lên. Mức độ đau sau mổ 24 giờ theo thang điểm VAS trung bình $5 \pm 1,3$. Tỷ lệ bí tiểu sau mổ là 18,3%. Có 50 bệnh nhân chảy máu sau mổ được điều trị nội, chiếm 75,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt trĩ bằng dao Ligasure là an toàn và có hiệu quả tốt cho bệnh nhân trĩ tắc mạch. Phẫu thuật này có thời gian mổ ngắn, ít đau sau mổ và sớm trở lại làm việc và sinh hoạt bình thường.

Từ khóa: Bệnh trĩ, LigaSure, phẫu thuật Milligan-Morgan.

ABSTRACT

RESULT OF LIGASURE HEMORRHOIDECTOMY FOR THROMBOSED HEMORRHOIDS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2017 – 2019

Nguyen Van Tuan^{}, Vo Quang Huy, Pham Van Nang*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Ligasure hemorrhoidectomy is highly effective in treatment for the hemorrhoids.

Objectives: The purpose of study is assessed characteristically clinical and efficient at Milligan-Morgan hemorrhoidectomy using Ligasure scalpel. **Materials and Method:** Between 6/2017 and 6/2019, sixty six patients were treated by Milligan-Morgan hemorrhoidectomy using Ligasure scalpel. After the surgery, the patients were assessed the following main outcomes: postoperative pain, early and late complications (bleeding, anal stenosis, urinary retention,...), days of hospitalization, the time of recovery of work, the time of wound healing. All patients had a minimum follow-up of four months. **Results:** The mean age was $43,3 \pm 14,1$ (19-90), 63,64% was male and male/female: 1,75/1. The onset of thrombosed after bowel movement was 55,1%. The time mean of surgery was 30 ± 10 minutes. The pain score at the first day was $5 \pm 1,3$. 18,3% patients had urinary retention, 50 (75,5%) patients had postoperative bleeding and successfully conservative treatment. **Conclusions:** Ligasure hemorrhoidectomy was safe and effective procedure for thrombosed hemorrhoids. It had shorter operating time, reduced postoperative pain, return to work, and allowed surgical wounds to heal fast.

Key words: Hemorrhoid, Milligan-Morgan hemorrhoidectomy, Ligasure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ tắc mạch là một biến chứng thường gặp của bệnh trĩ. Nếu trĩ tắc mạch được điều trị nội khoa, bệnh diễn tiến theo hướng hoại tử loét búi trĩ và để lại da thừa hậu môn, thời gian điều trị nội khoa kéo dài từ 10-14 ngày, bệnh nhân chịu nhiều đau đớn và có tỷ lệ tái phát nhất định [3]. Do đó, phẫu thuật cắt trĩ cấp cứu là chỉ định tốt nhất để xử trí trĩ tắc mạch vì làm giảm đau nhanh, giảm thời gian chăm sóc bệnh và biến chứng sau phẫu thuật không khác so với cắt trĩ không biến chứng.

Dao cắt đốt LigaSure (Valleylab, Covidien, USA,...) là dụng cụ hàn mạch máu và có thể tự động dừng lại khi mô được hàn hoàn toàn. Với nhiệt độ thấp ($50-80^{\circ}\text{C}$), dao LigaSure ít làm tổn thương các mô xung quanh (không quá 2mm tính từ đường cắt) [5], [7]. Năm 2001, dao Ligasure được ứng dụng trong phẫu thuật cắt trĩ với những ưu điểm như cầm máu tốt, thời gian mổ nhanh hơn và quan trọng nhất là bệnh nhân ít đau sau mổ [8].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ, giảm các biến chứng như chảy máu, bí tiểu, hẹp hậu môn,... và đánh giá thời gian lành vết mổ, thời gian trở lại làm việc của bệnh nhân khi thực hiện phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan-Morgan có sử dụng dao Ligasure trong điều trị trĩ tắc mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán là trĩ tắc mạch được điều trị phẫu thuật cắt trĩ tại bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2019

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán trĩ tắc mạch và được điều trị phẫu thuật cắt trĩ tại bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, có bệnh án, thông tin đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có rò hậu môn, áp xe hậu môn, trĩ tắc mạch, viêm trực tràng, rối loạn đông cầm máu hoặc có tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng. Bệnh nhân trĩ tắc mạch đã điều trị nội khoa trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang, không nhóm chứng

- **Cỡ mẫu:** dự kiến được tính theo công thức

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần có.

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z = 1,96$.

p: Tỷ lệ thành công của phẫu thuật Milligan-Morgan sử dụng dao đốt cầm máu Ligasure. Theo Sakr và cộng sự ghi nhận, tỷ lệ thành công là 97,62% [7].

d: Sai số cho phép ($d=0,05$).

Thay số vào công thức trên được $n = 35$.

- **Phương pháp thực hiện:** Tất cả bệnh nhân chẩn đoán trĩ tắc mạch (bao gồm: trĩ nội tắc mạch, trĩ ngoại tắc mạch và trĩ hỗn hợp tắc mạch) và được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ được thu thập dữ liệu theo bộ câu hỏi có sẵn và tái khám sau phẫu thuật.

Quy trình phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bởi nhóm 3 phẫu thuật viên chuyên ngành ngoại tiêu hóa của bệnh viện. Chuẩn bị trước mổ bằng Fleet enema bơm hậu môn trước 2 giờ, kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3, 1g tiêm trước mổ 30 phút. Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa và vô cảm bằng tê tủy sống. Búi trĩ tắc mạch được phẫu tích bằng dao Ligasure đến cuống mạch máu và cột bằng chỉ Vicryl 2.0. Vết mổ hậu môn được băng lại sau mổ và lấy ra sau 24 giờ để đánh giá tình trạng chảy máu sau mổ và được rửa mỗi ngày bằng nước sạch, lót gạc sạch hoặc băng vệ sinh để đánh giá tình trạng rỉ dịch, máu sau mổ. Thuốc sau mổ gồm kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3, 1g mỗi 12 giờ, Diclofenac 75mg mỗi 12 giờ, Diosmin (Daflon) mỗi 12 giờ, thuốc nhuận tràng cho những bệnh nhân táo bón. Tiêu chuẩn xuất viện là bệnh nhân đau ít hoặc không đau, không chảy máu hậu môn hoặc chỉ dính giấy, tiểu tiện tốt.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung (tuổi, giới), lâm sàng (khối sưng hậu môn, vị trí búi trĩ tắc mạch, hoàn cảnh khởi phát,...), kết quả phẫu thuật (đau sau mổ, chảy máu, bí tiểu, thời gian mổ, thời gian nằm viện, thời gian lành vết mổ,...). Các thông số nghiên cứu được thu thập sau mổ 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 và các test liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu thực hiện trên 66 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $43,3 \pm 14,1$ (19-90 tuổi), nam giới chiếm 63,64%, tỷ lệ nam/ nữ: 1,75/1. Có 63,7% số bệnh nhân là lao động nặng hoặc công việc phải ngồi nhiều (nông dân, công nhân, buôn bán,...).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n=66)

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	Chảy máu khi đi tiêu	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)
<1 năm	3 (4,1%)	Đau hậu môn	66 (100%)
1-5 năm	24 (36,7%)	Khối sưng hậu môn	66 (100%)
6-10 năm	23 (34,7%)	Chảy dịch nhầy máu hậu môn	13 (20,4%)
>10 năm	16 (24,7%)	Sốt	13 (20,4%)
		Hoại tử/loét da niêm trên bề mặt búi trĩ	16 (24,5%)

Số lượng búi trĩ cắt	Tỷ lệ %	Hoàn cảnh khởi phát	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)
2 búi	18%	Khi nghỉ ngơi không làm gì	3 (4,5%)
3 búi	51%	Đang làm việc gắng sức	4 (6,1%)
4 búi	27%	Sau rặn nhiều do bón	36 (54,5%)
5 búi	4%	Búi trĩ sa nghẹt	19 (28,8%)
		Sau chích xơ	4 (6,1%)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có khối sưng và đau hậu môn khi vào viện, trong số đó, 16 bệnh nhân (24,5%) đã xuất hiện hoại tử trên bề mặt búi trĩ. Thời gian mắc bệnh trung bình là $7,9 \pm 6,7$ năm (1 tháng - 40 năm) với 24,5% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm. Gần 50% có điều trị trước đó và 54,5% trĩ tắc mạch xảy ra sau khi phải rặn nhiều vì táo bón, 28,8% sau khi búi trĩ sa nghẹt. Có 24,5% bệnh nhân thiếu máu trên cận lâm sàng, không có bệnh nhân thiếu máu nặng.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 32 ± 10 phút, 51% bệnh nhân cắt từ 3 búi trĩ trở lên. Thời gian nằm viện trung bình là $2,2 \pm 0,6$ ngày (1-4 ngày). Thời gian trở lại sinh hoạt trung bình $7,4 \pm 2,7$ ngày. 44,9% bệnh nhân trở lại làm việc bình thường trong vòng 1 tuần sau phẫu thuật.

3.2. Kết quả điều trị

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 66)

Biến chứng sau phẫu thuật		Số bệnh nhân (tỷ lệ)
Đau sau mổ	VAS/ 24 giờ	$5 \pm 1,3$
	VAS/ 7 ngày	$3 \pm 1,4$
Chảy máu sau mổ		50 (75,5%)
Bí tiểu		12 (18,4%)
Hẹp hậu môn		0
Tái phát trĩ		0
Tiêu không tự chủ		0
Da thừa hậu môn		1 (2%)

Nhận xét: Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) trung bình là $5 \pm 1,3$ sau 24 giờ, có 11 bệnh nhân đau nhiều (VAS > 7 điểm), 47 bệnh nhân đau vừa (VAS 3-7 điểm), không có bệnh nhân không đau. Sau 7 ngày, chỉ còn 4 BN cảm thấy rất đau chiếm 6,1%. Có 50 trường hợp chảy máu sau mổ (75,5%) trong vòng 24 giờ sau mổ, số lượng giảm còn 17 bệnh nhân (26,5%) sau 1 tuần. Bí tiểu chiếm tỷ lệ 18,4% (12 bệnh

nhân), trong đó phải đặt sonde tiểu là 3 trường hợp (4,1%). Không có bệnh nhân hẹp hậu môn sau mổ 4 tuần. Chúng tôi có 1 bệnh nhân da thừa hậu môn (2%).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt trĩ sử dụng dao LigaSure được các tác giả trên thế giới ghi nhận là có hiệu quả trong việc giảm đau sau mổ, giảm biến chứng như chảy máu, bí tiểu, hẹp hậu môn, tiêu không tự chủ, tái phát,...khi so với những phẫu thuật cắt trĩ khác. Nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi ít nhất là 4 tháng trong nhóm bệnh nhân trĩ tắc mạch được phẫu thuật cắt trĩ sử dụng dao LigaSure theo phương pháp Milligan-Morgan, không sử dụng nhóm chứng.

Đau sau mổ là biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tăng tình trạng đau sau mổ: cơ thắt bị kẹt trong các mũi khâu, cắt quá nhiều da vùng hậu môn, nhiễm trùng vết mổ, mô bị cháy thành than khi cầm máu, phù nề mô xung quanh, và dị vật trong lòng hậu môn. Phẫu thuật cắt trĩ sử dụng dao LigaSure giảm đau sau mổ do giảm co thắt HM sau mổ, ít tổn thương mô lành xung quanh vết cắt vì chỉ lan rộng ra 2 mm quanh diện cắt trĩ [5], [6]. Chúng tôi ghi nhận mức độ đau sau mổ theo VAS sau 24 giờ là $5 \pm 1,3$, thang điểm này được đánh giá trước khi thực hiện thuốc và cách lần thuốc trước ít nhất 6 giờ. Chúng tôi chọn bệnh nhân không mắc các bệnh lý hậu môn trực tràng kèm theo, không có tình trạng đau hậu môn trước mổ, chỉ thực hiện duy nhất phẫu thuật cắt trĩ không kèm theo phẫu thuật nào khác. Điều này giải thích lý do nghiên cứu của chúng tôi có mức độ đau thấp hơn so với các tác giả khác như Huang Jen Lai (2006) là $7,2 \pm 1,8$ điểm, Lê Bá Khánh Linh (2015) là $6,6 \pm 2,2$ điểm. Một số tác giả khuyến cáo có thể sử dụng thuốc mỡ chứa 10% metronidazol thoa tại chỗ, hoặc các thuốc bôi giảm đau vùng hậu môn cho bệnh nhân sau mổ (hemo clin, xylocain 2%, proctolog cream,..) nhằm giảm đau tốt hơn cho bệnh nhân sau phẫu thuật [4], [5].

Chảy máu sau mổ gồm có chảy máu sớm sau phẫu thuật (1-2%), loại này thường do lỗi cầm máu lúc mổ, hầu hết phải phẫu thuật lại cầm máu; loại còn lại là chảy máu muộn ở ngày thứ 5-7 sau mổ do hoại tử cuống mạch máu búi trĩ gây ra (2,4%). Xử trí gồm có nhiều mức độ như băng ép cầm máu, phẫu thuật khâu lại chỗ chảy máu [5], [6]. Các tác giả đều ghi nhận những trường hợp chảy máu muộn sau mổ thường liên quan đến táo bón hoặc do sử dụng thuốc kháng đông (aspirin,...). Chúng tôi có 50 bệnh nhân chảy máu sau mổ 24 giờ (75,5%), những bệnh nhân này tiêu máu đỏ tươi và được xử trí bằng thuốc cầm máu (cyclonamin 12,5%; 02 ống tiêm mạch mỗi 12 giờ), băng ép hậu môn trong vòng 12 giờ, bệnh nhân sẽ được giữ lại 1 ngày để theo dõi. Sau 1 tuần tỷ lệ này giảm xuống còn 26,5% và chỉ còn 4,1% sau 1 tháng. Để tránh biến chứng chảy máu sớm trong 24 giờ, Milito đề nghị đặt vào hậu môn sponge cầm máu có thể tan được để cầm máu tại chỗ sau phẫu thuật [6]. Chảy máu sau mổ ảnh hưởng rất nhiều đến tâm lý, sự hài lòng của bệnh nhân sau mổ, làm tăng thời gian nằm viện, đa số có liên quan đến táo bón, do đó, sử dụng thuốc nhuận tràng, chế độ ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước được khuyến cáo để tránh tình trạng táo bón sau mổ, nhất là trong khoảng thời gian vết mổ chưa lành; ngoài ra, việc thay đổi chế độ ăn cũng làm giảm nguy cơ tái phát trĩ sau khi phẫu thuật.

Bí tiểu là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật trĩ với nhiều yếu tố nguy cơ như đau và co thắt hậu môn sau mổ, truyền dịch nhiều sau mổ, co thắt hậu môn,...tỷ lệ của biến chứng này từ 3-20% tùy theo mỗi nghiên cứu [5]. Nghiên cứu có 12 bệnh nhân cảm thấy khó tiểu sau mổ 24 giờ, khám có cầu bàng quang (chiếm 18,4%), chúng tôi hướng dẫn chườm ấm hạ vị bằng nước ấm 40-60°C kết hợp với tập phản xạ đi tiểu trong

nhà vệ sinh, cho thêm thuốc giảm đau nếu bệnh nhân đau nhiều ($VAS > 7$) thì có 9 bệnh nhân có thể tiểu được, không còn cầu bàng quang (chiếm 14,3%) và chỉ 3 bệnh nhân không thể tự tiểu được cần phải đặt thông tiểu, thông tiểu được rút sau đó 8 giờ.

Hẹp hậu môn muộn được báo cáo với tỷ lệ 4-5% ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trĩ thông thường. Sau phẫu thuật 4 tuần, chúng tôi không ghi nhận hẹp hậu môn. Các nghiên cứu cắt trĩ LigaSure chưa ghi nhận trường hợp nào phải phẫu thuật tạo hình hậu môn do hẹp sau phẫu thuật, tất cả đều đáp ứng với nong hậu môn [2], [5], [6], [7], [8]. Có 4 bệnh kẹt phân sau mổ. Sau phẫu thuật hậu môn bị cứng, tạm thời chưa co bóp tốt dẫn đến tình trạng phân khó ra, đồng thời tình trạng đau vết mổ nhiều khiến bệnh nhân không dám thực hiện động tác rặn để tống khối phân ra. Ghi nhận thang điểm đau của 3 bệnh nhân bị kẹt phân đều ≥ 7 điểm thuộc nhóm rất đau. Các bệnh nhân này được bác sĩ phòng khám sử dụng xylocaine để thăm khám hậu môn-trực tràng và tháo phân.

Tỷ lệ tái phát trĩ ở các phẫu thuật kinh điển dao động từ 3-5% [6]. Chúng tôi không bệnh nhân tái phát trĩ sau 4 tháng theo dõi.

Thời gian lành vết mổ khác nhau theo từng tác giả, nhưng nhìn chung tất cả đều thống nhất rằng do ít tổn thương mô xung quanh hơn, vết mổ nhỏ, ít gây co thắt hậu môn sau mổ nên thời gian lành vết mổ sẽ nhanh hơn khi so với các phẫu thuật cắt trĩ khác. Ngoài ra, nếu kết hợp với những chất kích thích lành mô sẽ làm tăng thời gian lành vết thương hơn. Do ít đau, ít biến chứng nên bệnh nhân trở lại làm việc sau mổ sẽ nhanh hơn so với các phẫu thuật khác. Chúng tôi nhận thấy thời gian trở lại làm việc khác nhau tùy vào tính chất công việc, độ nhạy cảm đau và tâm lý của từng bệnh nhân. Qua quá trình theo dõi, chúng tôi ghi nhận có những bệnh nhân dù không còn đau, diễn tiến sau mổ rất tốt nhưng vẫn lo lắng chưa trở lại công việc; bệnh nhân là nội trợ, nông dân, công nhân có thể trở lại công việc thường ngày ngay sau xuất viện. Hầu hết đều có thể làm việc như trước mổ mà không gặp bất kỳ trở ngại nào.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Milligan-Morgan có sử dụng dao Ligasure hiệu quả tốt trong việc điều trị trĩ tắc mạch, bệnh nhân giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn không có những biến chứng nặng nề như chảy máu nặng sau mổ, hẹp hậu môn hay mất tự chủ hậu môn. Tuy nhiên, phẫu thuật viên cần hiểu rõ những biến chứng tiềm tàng khi thực hiện phẫu thuật, tránh tổn thương cơ thắt và mô xung quanh ống hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối (2002), Hậu môn trực tràng học, NXB Y học, Tp. Hồ Chí Minh.
2. Altomare DF., Milito G., Andreoli R. et al (2008), “LigaSure Precise vs conventional diathermy for Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial”, *Dis Colon Rectum*, 51, pp. 514 – 519.
3. Bakhtiar N., Moosa FA., Jaleel F., Qureshi NA., Jawaid M. (2016), “Comparison of hemorrhoidectomy by LigaSure with conventional Milligan Morgan’s hemorrhoidectomy”, *Pak J Med Sci*, 32(3), pp. 657-661.
4. Chen CW. et al (2013), “Results of 666 consecutive patients treated with LigaSure hemorrhoidectomy for symptomatic prolapsed hemorrhoids with a minimum follow-up of 2 years”, *Surgery*, 152(2), pp. 212-218.
5. Khubchandani I. et al (2009), *Surgical Treatment of Hemorrhoids*, Springer, USA.
6. Milito G., Cadeddu F. (2012), “LigaSure™”, *Master Techniques in General Surgery Colon and Rectal Surgery Anorectal Operations*, pp. 5-13.

7. Sakr MF. (2010), “LigaSure versus Milligan–Morgan hemorrhoidectomy: a prospective randomized clinical trial”, Tech Coloproctol, 14, pp. 13-17.
8. Sayfan J. et al (2001), “Sutureless Closed Hemorrhoidectomy: A New Technique”, Annals of Surgery, 234(1), pp. 21-24.

(Ngày nhận bài: 09/11/2021– Ngày duyệt đăng: 12/02/2022)
