

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ BẰNG PHẪU THUẬT THEO PHƯƠNG PHÁP LONGO

ThS. HOÀNG SONG QUÂN, ThS. HOÀNG NGỌC PHAN
BSCKI. NGUYỄN KHẮC LONG, BS. NGUYỄN TRẦN PHÚ
Bệnh viện Quân y 268

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN VĂN XUYỀN
Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại bụng, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu 43 bệnh nhân trĩ, điều trị phẫu thuật theo phương pháp Longo, tại Bệnh viện Quân y 268, từ tháng 1/2016-3/2017, nhận thấy:

- Bệnh nhân ở độ tuổi trung bình $45,03 \pm 13,56$ tuổi; chủ yếu là nam giới (86%), thời gian mắc bệnh từ 6-10 năm (55,8%), có yếu tố nguy cơ gây bệnh là táo bón (65,1%), chưa được điều trị (58,1%). Lâm sàng thường gặp đại tiện ra máu kèm búi trĩ sa (55,8%); thể bệnh trĩ hỗn hợp và trĩ vòng (93%).

- Thời gian phẫu thuật trung bình $37,49 \pm 10,78$ phút. Tai biến trong mổ chỉ gặp chảy máu (16,1%). Sau mổ, 60,5% bệnh nhân đau nhẹ trong 24 giờ đầu; 9,3% có chảy máu; 39,5% đau nhẹ hậu môn khi đại tiện lần đầu; 2,3% sưng nề hậu môn; 4,6% rỉ dịch không hôi. Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình $7,79 \pm 2,47$ ngày.

- Kết quả tái khám: 3,2% hẹp hậu môn mức độ nhẹ; 6,4% đại tiện có máu dính phân; 12,9% đau nhẹ hậu môn khi đại tiện; 3,2% đại tiện khó; không trường hợp nào mất tự chủ hậu môn, hẹp hậu môn mức độ nặng, hoặc có cảm giác ẩm ướt, ngứa, khó chịu ở hậu môn.

Từ khóa: Trĩ, phẫu thuật Longo.

ABSTRACT: Study on the 43 haemorrhoids patients treated by surgical Longo method at the Military hospital 268 from January 2016 to March 2017, found that:

- The patients with an average age of 45.03 ± 13.56 years; the majority of them were males (86%), the time of suffering from the diseases was 6-10 years (55.8%), the risk factors were constipation (65.1%), untreated (58.1%). The common clinical symptom was haemorrhagic defecation with hemorrhoids prolapse (55.8%); mixed hemorrhoids and ring hemorrhoids (93%).

- The average surgery time was 37.49 ± 10.78 minutes. The accident in surgery was only haemorrhage (16.1%). After surgery, 60.5% of patients had mild pain in the first 24 hours; 9.3% of patients with haemorrhage; 39.5% of patients had anal mild pain when defecating for the first time; 2.3% of patients had anal swelling; 4.6% of patients had unfetid fluids. The average postoperative treatment time was 7.79 ± 2.47 days.

- The results of medical re-examination: there was 3.2% of patients with mild anal stenosis; 6.4% of patients with haemorrhagic defecation and bloody stools; 12.9% of patients had mild pain of anus when defecation; 3.2% of patients with difficulty defecation; there were not cases of loss of anal self-control, severe narrow anus, or feeling of wetness, itching, irritability in the anus.

Key words: Hemorrhoids, Longo surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Hoàng Ngọc Phan, Email: hoangngocphan0502@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/10/2017; mời phản biện khoa học: 19/11/2017; chấp nhận đăng: 25/12/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh trĩ được Hippocrates lần đầu tiên nghiên cứu và đặt tên từ năm 460 trước công nguyên. Đây là bệnh thường gặp, chiếm 58,5% các bệnh lý ống hậu môn - trực tràng. Tần suất mắc bệnh trong cộng đồng khoảng 10-40%, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhiều ở người lớn, đặc biệt ở người trên 50 tuổi với tỉ lệ hơn 50% [1], [5], [9]. Bệnh trĩ tuy gây tổn thương nhỏ, nhưng ảnh hưởng lớn đến tinh thần và sức khỏe người bệnh.

Trong ngoại khoa, phẫu thuật điều trị bệnh trĩ được thực hiện sớm nhất. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau về phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh trĩ. Điều đó cho thấy, không có phương pháp nào thật sự hoàn hảo. Các phương pháp phẫu thuật điều trị trĩ kinh điển thường gây đau nhiều và có các biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu. Ngoài ra, các đệm trĩ là một tổ chức mô bình thường, góp phần quan trọng trong việc đóng kín lỗ hậu môn. Vì vậy, phương pháp phẫu thuật cắt trĩ luôn được nghiên cứu và cải tiến [1].

Phẫu thuật điều trị bệnh trĩ theo phương pháp Longo được Antonio Longo đề xuất năm 1993, với nguyên tắc triệt bỏ một phần mạch trĩ, khâu treo phần niêm mạc trực tràng bị sa về vị trí bình thường. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm vì giữ được chức năng sinh lý bình thường của vùng hậu môn - trực tràng, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện [15].

Năm 2012, Bệnh viện Quân y 268 bắt đầu áp dụng phương pháp phẫu thuật Longo, nhưng đến năm 2016, mới tiến hành điều trị có hệ thống cho nhiều bệnh nhân (BN). Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Quân y 268.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

43 BN mắc bệnh trĩ, có chỉ định và được phẫu thuật bằng phương pháp Longo, tại Bệnh viện Quân y 268, từ tháng 1/2016-3/2017.

- Tiêu chuẩn chọn BN: trĩ nội độ 2-3, trĩ vòng, trĩ hỗn hợp có hoặc không sa niêm mạc hậu môn - trực tràng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN đang có bệnh lý nội khoa nặng chưa ổn định (bệnh lý tim mạch, tiểu đường, lao phổi tiến triển...) hoặc không có chỉ định mổ theo phương pháp Longo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, cắt ngang không đối chứng, phân tích thông tin theo chiều dọc.

- Tiến hành mổ theo phương pháp Longo [14].

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, nơi sinh sống, thời gian mắc bệnh, tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ gây trĩ, các phương pháp điều trị trước đó.

+ Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, phân loại trĩ, triệu chứng bệnh trĩ.

+ Diễn biến mổ: thời gian mổ, tai biến trong mổ.

+ Kết quả sau mổ: mức độ đau sau mổ (trong 24 giờ đầu và sau 24 giờ), chảy máu sau mổ, tình trạng đại tiện lần đầu sau mổ, tình trạng hậu môn sau mổ, thời gian hậu phẫu. Đánh giá mức độ đau sau mổ theo Goligher, gồm 5 độ: không đau (độ I), đau nhẹ (độ II), đau vừa (độ III), đau nhiều (độ IV), đau dữ dội (độ V).

+ Kết quả tái khám: đánh giá chức năng tự chủ hậu môn, tình trạng đại tiện, tình trạng hậu môn (ngứa, khó chịu, ẩm ướt, hẹp).

- Phương pháp xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

3.1.1. Phân bố BN theo giới tính và tuổi:

- Giới tính: 37 BN nam (86%) và 6 BN nữ (14%).

- Tuổi:

+ Từ 20-60 tuổi: 40 (93%).

+ Trên 60 tuổi: 3 BN (7%).

+ BN từ 20-67 tuổi, trung bình $45,03 \pm 13,56$ tuổi.

3.1.2. Phân bố BN theo nghề nghiệp:

- Cán bộ, công chức: 15 BN (34,9%).

- Công nhân: 3 BN (7,0%).

- Nông dân: 21 BN (48,8%).

- Nghề nghiệp khác (nội trợ, buôn bán...): 4 BN (9,3%).

3.1.3. Phân bố BN theo địa dư:

- Nông thôn: 24 BN (55,8%).

- Thành thị: 19 BN (44,2%).

3.1.4. Thời gian mắc bệnh:

- Từ 1-5 năm: 12 BN (27,9%).

- Từ 6-10 năm: 24 BN (55,8%).

- Từ 11-20 năm: 5 BN (11,6%).

- Trên 20 năm: 2 BN (4,7%).

3.1.5. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ gây trĩ:

- Táo bón: 28 BN (65,1%).

- Đẻ khó: 2 BN (4,7%).

- Viêm đại tràng, dạ dày hoặc lỵ: 5 BN (11,6%).

- Thói quen sinh hoạt (uống rượu, bia, cà phê, ăn ít chất xơ, ăn cay...): 8 BN (18,6%).

3.1.6. Phương pháp điều trị trước đó:

- Nội khoa: 11 BN (25,6%).

- Thủ thuật và phẫu thuật: 7 BN (16,3%).

- Không điều trị: 25 BN (58,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

3.2.1. Lý do vào viện:

- Đại tiện ra máu: 2 BN (4,6%).

- Đau hậu môn khi đại tiện: 7 BN (16,3%).

- Đại tiện ra máu kèm trĩ sa: 24 BN (55,8%).

- Đại tiện có trĩ sa: 10 BN (23,3%).

3.2.2. Phân loại trĩ:

- Trĩ búi: 3 BN (7,0%).

- Trĩ vòng: 12 BN (27,9%).
- Trĩ hỗn hợp: 28 BN (65,1%).

3.2.3. Triệu chứng bệnh trĩ:

- Đại tiện ra máu: 26 BN (60,4%), trong đó, 19 BN (44,1%) rớm máu và 7 BN (16,3%) chảy máu thành giọt.

- Búi trĩ sa: 43 BN (100%).
- Đau nhức hậu môn: 7 BN (16,3%).

3.3. Diễn biến mổ:

3.3.1. Thời gian mổ:

Thời gian mổ từ 20-70 phút, trung bình $37,49 \pm 10,78$ phút.

3.3.2. Tai biến trong mổ:

Có 7 BN (16,3%) bị tai biến chảy máu trong mổ.

3.4. Kết quả sau mổ:

3.4.1. Mức độ đau sau mổ:

Mức độ đau	Trong 24 giờ đầu (n = 43)	Sau 24 giờ (n = 43)
Độ I	0	32 (74,5%)
Độ II	26 (60,5%)	2 (4,6%)
Độ III	8 (18,6%)	5 (11,6%)
Độ IV	9 (20,9%)	4 (9,3%)
Độ V	0	0

3.4.2. Chảy máu sau mổ:

Có 4 BN (9,3%) chảy máu sau mổ.

3.4.3. Tình trạng đại tiện lần đầu sau mổ:

- Bình thường: 26 BN (60,5%).
- Đau nhẹ: 17 BN (39,5%).

3.4.4. Tình trạng hậu môn sau mổ:

- Sưng nề: 1 BN (2,3%).
- Rỉ dịch không hôi: 2 BN (4,6%).
- Hậu môn khô sạch: 40 BN (93,1%).

3.4.5. Thời gian điều trị hậu phẫu:

- 3 ngày: 1 BN (2,3%).
- Trên 3 ngày: 42 BN (97,7%).

Thời gian điều trị hậu phẫu từ 3-14 ngày, trung bình là $7,79 \pm 2,47$ ngày.

3.5. Kết quả tái khám (n = 31):

- Chức năng tự chủ hậu môn: cả 31 BN (100%) đều có chức năng tự chủ hậu môn.

- Tình trạng đại tiện:
 - + Bình thường: 24 BN (77,5%).
 - + Máu dính phân: 2 BN (6,4%).

- + Đau nhẹ hậu môn: 4 BN (12,9%).
- + Khó: 1 BN (3,2%).

- Tình trạng hậu môn: không có trường hợp nào bị ngứa, khó chịu hoặc ẩm ướt hậu môn, chỉ có 1 BN (3,2%) bị hẹp hậu môn mức độ nhẹ.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của BN:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ bệnh trĩ ở nam (86%) cao hơn nữ (14%), phù hợp với các nghiên cứu ở trong nước và nước ngoài như Nguyễn Đình Đạt: 68,2% nam, 31,8% nữ [3]; Uras C: 63,6% nam, 35,4% nữ [15]; Athar A: 78% nam, 22% nữ [11]. Tỉ lệ mắc bệnh trĩ ở nam giới cao hơn nữ có thể do nam giới thường lao động nặng và thường dùng các chất kích thích (bia, rượu, cà phê) nên dễ gây táo bón, đó cũng là những yếu tố dễ gây nên bệnh trĩ. Mặt khác, nữ giới thường ngại đi khám và điều trị bệnh lý ở vùng hậu môn - trực tràng (trong đó có bệnh trĩ).

BN trĩ tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 20-60 (93%), trung bình là $45,03 \pm 13,56$ tuổi. Đây là độ tuổi lao động chính, có những yếu tố thuận lợi gây ra bệnh trĩ. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đình Đạt [3]. Theo thuyết cơ học, đám rối tĩnh mạch nằm ở mặt phẳng sâu của lớp dưới niêm mạc, được giữ lại bởi các sợi cơ có tính đàn hồi, khi có hiện tượng thoái hóa thì các dải này chùng và nhão dần. Khi bị táo bón kinh niên hay rối loạn đại tiện gây tăng áp lực trong ổ bụng làm cho đám rối tĩnh mạch trĩ to lên, từ đó xuất hiện dần các triệu chứng của bệnh trĩ. Hiện tượng này bắt đầu ở độ tuổi 20, bởi vậy trĩ hiếm gặp ở trẻ em [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không thấy BN trĩ dưới 20 tuổi.

Tỉ lệ mắc bệnh trĩ ở nhóm nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất (48,8%); tiếp đến là nhóm cán bộ, công chức (34,9%); nhóm nội trợ, buôn bán (9,3%) và nhóm công nhân (7%). Theo chúng tôi, nghề nghiệp có ảnh hưởng đến tình trạng mắc bệnh trĩ, đặc biệt là những công việc nặng nhọc, phải ngồi hoặc đứng quá lâu gây nên tình trạng làm tăng áp lực trong ổ bụng dẫn đến tình trạng tăng áp lực vùng hậu môn - trực tràng làm các búi tĩnh mạch trĩ giãn ra, kết hợp sự thoái hóa tổ chức gây sa niêm mạc hậu môn dần dần dẫn tới tình trạng sa lồi búi trĩ nhiều hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ BN ở nông thôn (55,8%) cao hơn BN ở thành thị (44,2%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Tín, 37% BN ở nông thôn, 63% BN ở thành thị [8]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu trên có thể do đối tượng BN bảo hiểm y tế của Bệnh viện Quân y 268 chủ yếu ở vùng nông thôn.

Đa số BN có thời gian mắc bệnh trĩ kéo dài từ 6-10 năm (55,8%) và 1-5 năm (27,9%). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Võ Thị Hoàng Mỹ [8] và Nguyễn Vũ Lâm [6]. Điều này cho thấy, các BN mắc bệnh lâu nhưng không đi chữa hoặc chữa bằng các phương pháp không hiệu quả. Đó là do sự thiếu hiểu biết, tâm lý ngại đi khám hoặc quan niệm nặng nề về phẫu thuật gây lo lắng, sợ đau.

Chúng tôi gặp các yếu tố nguy cơ phát sinh bệnh trĩ chủ yếu là táo bón (65,1%) và thói quen uống rượu, bia, cà phê, ăn ít chất xơ, ăn cay... (18,6%), phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Vũ Lâm và Nguyễn Văn Liễu [6], [7]. Khi bị táo bón, mỗi lần đại tiện phải rặn nhiều làm áp lực trong tĩnh mạch trĩ tăng lên rất nhiều, khi rặn áp lực trong lòng ống hậu môn tăng lên gấp 10 lần, bộ phận nâng đỡ các tổ chức trĩ (dây chằng, cơ, xơ) bị giãn dần trở thành lỏng lẻo, các búi trĩ (vốn bình thường) bị đẩy xuống dưới, dần dần lòi hẳn ra ngoài hậu môn. Thói quen sinh hoạt như uống nhiều rượu bia, cà phê, chế độ ăn ít chất xơ... cũng là yếu tố nguy cơ gây bệnh trĩ. Tình trạng viêm đại tràng, dạ dày hoặc ỉa, dễ khó cũng ảnh hưởng đến tình trạng tăng áp lực hậu môn - trực tràng gây sa lòi trĩ. Đại tiện phân lỏng, táo bón, nhầy là yếu tố làm phát sinh bệnh trĩ.

Tỉ lệ BN trĩ chưa điều trị 58,1%, BN đã điều trị nội khoa (25,6%), thủ thuật và phẫu thuật 16,3%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Vũ Lâm và Nguyễn Văn Liễu [6], [7]. Điều này cho thấy, tâm lý BN rất e ngại tới khám và điều trị bệnh trĩ nói riêng và bệnh lý hậu môn - trực tràng nói chung, điều trị trĩ theo các phương pháp khác có tỉ lệ tái phát hoặc thất bại cao.

4.2. Đặc điểm lâm sàng:

Triệu chứng khiến BN phải vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là đại tiện ra máu kèm trĩ sa (55,8%), phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Vũ Lâm (66,37%) [6] và Nguyễn Đình Đạt (61,36%) [3]. Chảy máu khi đại tiện là triệu chứng quan trọng nhất và là triệu chứng làm cho BN không dám tự điều trị tại nhà mà phải đến cơ sở y tế để điều trị.

Về phân loại trĩ: trĩ hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất (65,1%), sau đó là trĩ vòng (27,9%) và ít nhất là trĩ búi (7%).

Nghiên cứu về các biểu hiện lâm sàng trước mổ, chúng tôi gặp 60,4% BN chảy máu sau đại tiện, trong đó, chảy máu thành giọt chiếm 16,3%, rớm máu chiếm 44,1% và không có máu chảy thành tia. Tỉ lệ chảy máu sau đại tiện của chúng tôi khác biệt so với các nghiên cứu của Nguyễn Vũ Lâm (94,82%), Nguyễn Đình Đạt (95,45%) và

Nguyễn Văn Liễu (39,7%) [6], [3], [7] có thể do tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau. Chảy máu khi đại tiện có hình thức và mức độ khác nhau. Khởi đầu triệu chứng thông thường là kín đáo, BN chỉ tình cờ phát hiện khi nhìn thấy máu dính phân cuối bãi hay theo giấy vệ sinh. Sau mỗi đợt táo bón, tình trạng chảy máu tăng dần, chảy máu thành giọt, một số trường hợp thấy máu chảy từ động mạch với tính chất thành tia đỏ như cắt tiết... Chảy máu là triệu chứng quan trọng làm cho người bệnh lo lắng đi khám bệnh [1], [5].

100% BN có triệu chứng búi trĩ sa. Sở dĩ có tỉ lệ cao như vậy là vì tình trạng BN bị táo bón kinh niên phải rặn nhiều (65,1% BN bị táo bón, phân cứng gây cọ sát vào niêm mạc do đó búi trĩ sa lòi ngày càng tăng dần thậm chí gây thuyên tắc, kèm theo sự tăng áp lực ống hậu môn cũng gây nên tình trạng chảy máu và đau khi đại tiện. Nhiều lúc đau quá khiến BN không dám đại tiện càng làm cho tình trạng táo bón trở nên nặng hơn, hậu quả càng làm sa búi trĩ, chảy máu và đau nhiều hơn.

Triệu chứng đau nhức hậu môn sau đại tiện trong nghiên cứu của chúng tôi (16,3%) tương đương với kết quả của Nguyễn Văn Liễu (18,3%) [7]. Hiện tượng đau nhức hậu môn có thể không xảy ra, chỉ thấy cộm cộm vướng khi đại tiện, nhưng cũng có thể đau thật sự trong các trường hợp tắc mạch (xuất hiện trong búi trĩ các cục máu đông nhỏ). Khi bị tắc mạch, BN thường không dám ngồi ngay ngắn trên ghế, khi búi trĩ sa ra ngoài và phù nề có thể sưng khá to và bị nghẹt [5].

4.3. Diễn biến mổ:

Thời gian mổ từ 20-70 phút, trung bình 37,49 ± 10,78 phút. kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn, thời gian mổ trung bình 40 phút (từ 25-60 phút) [10]. So sánh thời gian mổ theo phương pháp Milligan - Morgan của Triệu Triều Dương [4], thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn. Đây cũng là một ưu điểm của phương pháp Longo.

Về tai biến trong mổ, chúng tôi gặp 7 BN (16,1%) chảy máu trong mổ, không có BN nào tổn thương các cơ quan lân cận như thủng thành sau âm đạo, thủng trực tràng... Với các trường hợp chảy máu trong mổ, chúng tôi phải tiến hành khâu lại diện cắt bằng chỉ Vicryl 3/0 và tất cả sau hậu phẫu đều ổn định. Vì điều kiện kinh tế BN còn khó khăn, nên chúng tôi sử dụng máy cắt trĩ Longo do Trung Quốc sản xuất thay vì sử dụng máy của các hãng uy tín (Ethicon Endo-Surgery, Jonhson & Jonhson...), do đó, không tránh khỏi sự cố kỹ thuật của máy nhưng không ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc mổ cũng như sức khỏe BN.

Nghiên cứu của Ravo B gặp 0,3% có vấn đề về máy khâu nối [14].

Về tổn thương các cơ quan lân cận khi mổ trĩ theo phương pháp Longo, năm 1997 Pescatori thông báo 1 trường hợp rò trực tràng - âm đạo, năm 2002 Rippeti báo cáo 1 trường hợp thủng trực tràng gây tràn khí phúc mạc và trung thất, năm 2003 Wong J.C báo cáo 1 trường hợp thủng trực tràng. Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp những tai biến trên. Theo chúng tôi, tai biến thủng trực tràng có liên quan đến hiện tượng máy cắt quá thanh mạc; rò trực tràng - âm đạo cũng liên quan đến máy cắt quá sâu vào thành sau âm đạo. Vì vậy, trước khi bỏ chốt an toàn và bấm máy cắt, phẫu thuật viên nên kiểm tra thành sau âm đạo.

4.4. Kết quả sau mổ:

Đau sau mổ là cảm giác chủ quan của BN nên khó đánh giá một cách khách quan về mức độ đau. Đánh giá mức độ đau theo Goligher trong 24 giờ đầu, thấy độ II chiếm 60,5%, độ III chiếm 18,6%, độ IV chiếm 20,9%. Sau 24 giờ, các tỉ lệ này đều giảm: độ II còn 4,6%, độ III còn 11,6%, độ IV còn 9,3%. Tỉ lệ BN đau độ I không có trong 24 giờ đầu và tăng lên 74,5% sau 24 giờ. Kiểm soát đau sau phẫu thuật trĩ luôn là mối quan tâm của phẫu thuật viên, do đó đã có nhiều phương pháp để giảm đau sau mổ nhưng đều không đưa lại kết quả như mong muốn do tổn thương vùng rất nhạy cảm (vùng chuyển tiếp dưới đường lược, da rìa hậu môn). Phương pháp Longo không làm tổn thương đến vùng nhạy cảm này, vì vậy tỉ lệ đau sau mổ so với các phương pháp mổ khác giảm đáng kể.

Chảy máu sau mổ theo phương pháp Longo là biến chứng sớm gây lo lắng cho BN và phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ chảy máu sau mổ chiếm 9,3% và chỉ cần nhét gạc là cầm máu được, không BN nào phải khâu cầm máu. Tỉ lệ chảy máu sau mổ theo phương pháp Longo của các nghiên cứu khác từ 3,3-8% [2], [12]. Đa số điểm chảy máu xuất phát từ các tiểu động mạch nằm vòng theo diện cắt nối nơi có các ghim cầm máu. Điều này có thể do kỹ thuật khâu mỗi chỉ hình túi hoặc do viêm nhiễm vùng niêm mạc làm cho ghim cầm máu không bám chắc vào tổ chức bên dưới. Khi di chuyển Anoscope bên trong ống hậu môn để khâu mỗi chỉ hình túi có thể dẫn đến sai vị trí của mũi khâu thành hình elip thay vì hình tròn, dẫn đến tăng kích thước không đều của khoanh niêm mạc làm cho các ghim cầm máu mất hiệu lực [14].

Tình trạng đại tiện lần đầu sau mổ, chúng tôi chỉ gặp đau nhẹ hậu môn ở 39,5% BN, không có trường hợp nào són phân hoặc đại tiện không tự chủ. Điều này chứng tỏ vị trí cắt khoanh niêm mạc

không xâm phạm đến vùng lược nên bảo đảm chức năng đại tiện được tự chủ hoàn toàn. Tình trạng đau nhẹ hậu môn khi đại tiện lần đầu có thể là do nong hậu môn thô bạo, cắt sát đường lược hoặc cắt phải niêm mạc vùng lược hoặc do co thắt cơ vòng hậu môn... [2]. Sau mổ 5-7 ngày, các vết sang chấn do mổ ở vùng hậu môn dần ổn định, BN sẽ có cảm giác đại tiện thoải mái.

Theo dõi tình trạng hậu môn sau mổ, chúng tôi thấy, chỉ có 2,3% BN sưng nề hậu môn hậu môn và 4,6% BN rỉ dịch không hôi, 93,1% có hậu môn khô sạch. Lê Châu Quốc Chương mổ trĩ theo phương pháp Longo thấy hậu môn xuất tiết (10,2%) và viêm tấy tầng sinh môn (0,1%) [2]. Nguyễn Vũ Lâm mổ trĩ theo phương pháp Milligan - Morgan thấy 88,8% hậu môn khô sạch, 7,7% rỉ dịch không hôi, 6,9% sưng tấy đỏ hậu môn [3].

Phẫu thuật trĩ theo phương pháp Longo sử dụng máy khâu nối vòng để cắt và nối khoanh niêm mạc ống hậu môn trên đường lược sẽ bảo tồn cấu trúc giải phẫu của đệm hậu môn và tránh đường rạch da [2]. Do đó, so với mổ theo phương pháp Milligan - Morgan, phương pháp Longo ít gây sang chấn, không tác động trực tiếp vào búi trĩ nên tình trạng hậu môn sau mổ được cải thiện tốt hơn.

Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình của chúng tôi là $7,79 \pm 2,47$ ngày, dài hơn so với nghiên cứu của Lê Châu Quốc Chương ($2,4 \pm 1,4$ ngày); Nguyễn Văn Liễu ($2,52 \pm 1,35$ ngày) và Kang J.C (1,3 ngày) [2], [7], [13]. Thời gian hậu phẫu dài hay ngắn phụ thuộc vào tình trạng của BN như: đau, chảy máu, tình trạng đại tiện, các yếu tố khách quan... Thời gian nằm viện của các tác giả trên ngắn so với chúng tôi có lẽ do hệ thống y tế cơ sở quản lý BN tốt.

4.5. Kết quả tái khám:

Trong số 31 BN đến tái khám, không trường hợp nào bị mất tự chủ hậu môn hoặc hẹp hậu môn mức độ nặng; không trường hợp nào có cảm giác ngứa, khó chịu hoặc ẩm ướt hậu môn. Chúng tôi chỉ gặp hẹp hậu môn mức độ nhẹ (3,2%), đại tiện có máu dính phân (6,4%), đau nhẹ hậu môn khi đại tiện (12,9%) và đại tiện khó (3,2%).

Mất tự chủ hậu môn là hậu môn mất khả năng kiểm soát tổng phân và khí ra ngoài, không kiểm chế được sự đòi hỏi thải phân hoặc cảm giác mót đại tiện. Từ đường lược trở xuống đến da vùng rìa hậu môn là biểu mô chuyển tiếp, trong lớp biểu mô này có nhiều thụ thể đáp ứng nhận cảm với tất cả các tác nhân đau, nóng, lạnh và áp lực tham gia

cơ chế tự chủ hậu môn [9]. Mổ theo phương pháp Longo chỉ lấy bỏ một phần niêm mạc trực tràng phía trên vùng lược, vì vậy, chức năng tự chủ của hậu môn được bảo tồn triệt để.

Đối với trường hợp hẹp nhẹ hậu môn, chúng tôi hướng dẫn BN tự nong hậu môn bằng tay 3 lần/ngày; sau 1 tuần, BN cảm giác đại tiện thoải mái và sau 3 tháng, tái khám không còn tình trạng hẹp hậu môn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 43 BN trĩ, điều trị phẫu thuật theo phương pháp Longo, tại Bệnh viện Quân y 268, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Đặc điểm chung của BN: bệnh gặp chủ yếu ở nam giới (86%), tuổi mắc bệnh trung bình là $45,03 \pm 13,56$, BN là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất (48,8%), gặp nhiều ở nông thôn hơn thành thị (55,8%/44,2%), thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 6-10 năm (55,8%), yếu tố nguy cơ gây bệnh cao nhất là táo bón (65,1%), đa số BN chưa được điều trị (58,1%).

- Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện chính là đại tiện ra máu kèm trĩ sa (55,8%), trĩ hỗn hợp và trĩ vòng là chủ yếu (93%), trước mổ đa số BN chảy máu sau đại tiện (60,4%), có búi trĩ sa (100%), đau nhức hậu môn sau đại tiện (16,3%).

- Diễn biến mổ: thời gian mổ trung bình $37,49 \pm 10,78$ phút, tai biến trong mổ chỉ gặp chảy máu (16,1%).

- Kết quả sau mổ: chủ yếu BN đau nhẹ trong 24 giờ đầu sau mổ (60,5%), chảy máu chiếm 9,3%, đau nhẹ hậu môn khi đại tiện lần đầu (39,5%), sưng nề hậu môn (2,3%) và rỉ dịch không hôi (4,6%). Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình $7,79 \pm 2,47$ ngày.

- Kết quả tái khám: hẹp hậu môn mức độ nhẹ (3,2%), đại tiện có máu dính phân (6,4%), đau nhẹ hậu môn khi đại tiện (12,9%), đại tiện khó (3,2%). Không trường hợp nào bị mất tự chủ hậu môn hoặc hẹp hậu môn mức độ nặng, không trường hợp nào có cảm giác ngứa, khó chịu hoặc ẩm ướt hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội (2001), "Bệnh trĩ", *Bệnh học ngoại, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 259-264.
2. Lê Châu Quốc Chương và CS (2008), "Đánh giá kết quả sớm trong điều trị trĩ bằng phẫu thuật Longo", *Tạp chí Đại trực tràng học*, số 2, trang 23-33.
3. Nguyễn Đình Đạt (2011), *Đánh giá kết quả*

điều trị phẫu thuật cắt trĩ bằng dao siêu âm, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Dược Huế.

4. Triệu Triều Dương, Tống Khánh Vinh, Đặng Vĩnh Dũng (2005), "Kết quả sớm trong điều trị trĩ nội độ 3, 4 bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số đặc biệt, trang 49-51.

5. Nguyễn Đình Hối (2002), "Bệnh trĩ", *Bách khoa thư bệnh học, tập 2*, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa, trang 121-126.

6. Nguyễn Vũ Lâm (2006), *Đánh giá kết quả điều trị trĩ bằng phương pháp phẫu thuật Milligan - Morgan kết hợp cắt trĩ dưới niêm mạc tại Bệnh viện Trường Đại học y khoa Huế*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

7. Nguyễn Văn Liễu, Nguyễn Đoàn Văn Phú (2008), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị cắt trĩ theo phương pháp Milligan - Morgan kết hợp cắt, đốt trĩ dưới niêm mạc tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Trường Đại học y-dược Huế", *Tạp chí Đại trực tràng học*, số 1, trang 24-28.

8. Võ Thị Hoàng Mỹ (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện 121 Quân khu 9*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y-dược Huế.

9. Nguyễn Mạnh Nhâm (2007), *Những bệnh cần biết ở vùng hậu môn*, NXB Y học, Hà Nội.

10. Trịnh Hồng Sơn và CS (2005), "Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ", *Tạp chí Y học thực hành*, số 12, trang 49-53.

11. Athar A, Chawla T, Turab P (2009), "Stapled hemorrhoidopexy: the Aga Khan University Hospital Experience", *The Saudi Journal of Gastroenterology*, 15 (3), pp. 163-166.

12. Grigoropoulos P et al (2011), "Early and late complications of stapled haemorrhoidopexy: a 6 years experience from a single surgical clinic", *Tech Coloproctol*, Springer-Verlag, 15 (1), pp. 79-81.

13. Kang J.C, Chung M.H et al (2005), "Emergency stapled haemorrhoidectomy for haemorrhoidal crisis", *British Journal of Surgery*, 92, pp. 1014-1016.

14. Ravo B et al (2002), "Complications after stapled haemorrhoidectomy: can they be prevented?", *Tech Coloproctol*, Springer-Verlag, 6, pp. 83-88.

15. Uras C et al (2008), "Circular stapled hemorrhoidopexy: experience of single center with 445 cases", *World Journal of Surgery*, Springer-Verlag, 32, pp. 1783-1788. ■