

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

NGUYỄN VĂN HƯƠNG

Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu 177 bệnh nhân bị bệnh trĩ nội ngoại độ 3, độ 4 bằng phẫu thuật Longo từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2012. Mô tả nghi nhận các đặc điểm đối tượng nghiên cứu và các kết quả sau mổ của phẫu thuật.

Kết quả: 177 bệnh nhân gồm 116 nam (65,5%) và 61 nữ (34,5%); Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 46 ± 24 , thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất 83, tuổi thường gặp nhất là trên 50 tuổi (49,8%) có 113 bệnh nhân sống ở nông thôn và miền núi; đối tượng cán bộ và hưu trí chiếm 51,4% và ít nhất là học sinh-sinh viên (1,1%). Trĩ độ 3 có 118 bệnh nhân (66,7%), độ 4 gặp 59 bệnh nhân (33,3%); trong đó có 19,8% số bệnh nhân kèm theo có da thừa hoặc u nhú hậu môn. Thời gian mổ trung bình $24 \pm 8,6$ (18-42) phút; ngày nằm viện trung bình sau mổ là $2,24 \pm 0,64$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Longo để điều trị trĩ độ 3-4 có thể thực hiện an toàn và hiệu quả tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh.

Từ khóa: Phẫu thuật longo, bệnh trĩ, phẫu thuật cắt trĩ.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES HEMORRHOIDS WITH THE LONGO TECHNIQUE

Objective: Assessment of treatment outcomes with surgery hemorrhoids Longo in the Nghe An general friendship hospital.

Material and method: Prospective descriptive study of 177 patients with internal-external hemorrhoids grade 3, grade 4 by Longo technique from January 2011 to December 2012. Description guests receive the object of study characteristics and postoperative outcomes of surgery.

Results: 177 patients included 116 men (65.5%) and 61 female (34.5%); Mean age 46 ± 24 , the lowest was 21 years old, the highest 83-year old; patients over 50 years old accounted for 49.8%, 147 patients living in rural and mountainous areas; staff subjects and retirement accounts for 51.4% and least student (1.1%). Hemorrhoids 3 of 118 patients (66.7%), 59 patients experiencing grade 4 (33.3%), including 19.8% of patients who have excess skin or anal warts. Average operation 24 ± 8.6 (18-42) min; day average postoperative hospital stay was 2.24 ± 0.64 days.

Conclusion: Longo techniques to treatment hemorrhoids 3-4 can be performed safely and effectively in the provincial health facilities.

Keywords: Longo technique, Hemorrhoides,

Hemorrhoidectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ là cắt vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 3 cm nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng sa trở về vị trí bình thường, đồng thời cắt nguồn máu đến búi trĩ. Kỹ thuật này được giới thiệu lần đầu tiên bởi phẫu thuật viên người Ý-Bác sĩ Antonio Longo, Bộ môn Ngoại, Đại học Palermo vào năm 1993 và kể từ đó được áp dụng rộng rãi khắp châu Âu. Phẫu thuật này có ưu điểm là thời gian phẫu thuật ngắn và ít đau sau mổ nên khiến bệnh nhân rất hài lòng, có thể trở lại sinh hoạt bình thường sớm [7].

Chỉ định của phẫu thuật đối với bệnh trĩ độ 2-4, và đặc biệt là trĩ vòng. Nguyên tắc của phẫu thuật này là sử dụng máy khâu vòng để cắt một khoanh niêm mạc trên đường lược 2-3 cm. Kết quả là làm giảm lưu lượng máu đến đám rối tĩnh mạch trĩ để làm teo nhỏ búi trĩ và khâu treo niêm mạc hậu môn bị sa để tạo hình lại tấm đệm hậu môn. Do vậy, phẫu thuật Longo là một trong những kỹ thuật thường được dùng hiện nay để điều trị bệnh trĩ, khi có chỉ định phẫu thuật. Để góp phần đánh giá tính ưu việt của kỹ thuật trong điều trị bệnh trĩ độ 3-4, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

177 bệnh nhân (BN) mắc bệnh trĩ độ 3 - 4, độ tuổi từ 18 tuổi trở lên được mổ phiến tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian từ 1/2011 đến 12/2012.

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu.
- Sử dụng máy cắt PPH 03.
- Phẫu thuật Longo bao gồm 5 bước chính:

Bước 1: Sau khi vô cảm bằng gây tê tuỷ sống, tiến hành đẩy búi trĩ sa vào lại trong ống hậu môn

Bước 2: Đặt van nong hậu môn và kiểm tra tình trạng các búi trĩ, niêm mạc trực tràng và các bệnh phối hợp.

Bước 3: Khâu vòng niêm mạc trên đường lược khoảng 2-3 cm bằng chỉ Prolen 2/0 kiểu mũi túi (Purse-string).

Bước 4: Lắp máy khâu nối (stapler) trên vòng khâu, buộc mũi túi, kiểm tra thành sau âm đạo (nếu là nữ đóng máy từ từ), tháo chốt an toàn rồi bấm cắt.

Bước 5: Để chế độ bấm máy 1/2 đến 1 phút rồi tháo máy, kiểm tra vòng cắt.

Bước 6: Khâu cầm máu các vị trí chảy máu của đường cắt nối máy bằng chỉ tự tiêu 3/0 (có thể sử dụng chỉ Vicryl hoặc PDS).

Bước 7: Xử trí các tổn thương phối hợp nếu có như: lấy da thừa, u nhú ria hậu môn...

Các nội dung nghiên cứu:

- Ghi nhận các đặc điểm đối tượng nghiên cứu như: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ thời gian mắc bệnh và mức độ bệnh....

- Kỹ thuật mổ.
- Thời gian mổ.
- Tai biến trong mổ, kĩ thuật bổ sung.
- Biến chứng trong mổ và sau mổ.
- Đánh giá kích thước của mảnh cắt bỏ.
- Thời gian nằm viện sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 30	24	13,6
31-50	65	36,7
> 50	88	49,7
Tổng số	177	100

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 46± 24, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất 83, tuổi thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là trên 50 tuổi(49,8%)

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	116	65,5
Nữ	61	34,5

Bệnh nhân nam chiếm 65,5%, nữ giới chiếm 34,5%, tỷ lệ Nam/Nữ là 1,9.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nông dân	84	47,5
Cán bộ và Hưu trí	91	51,4
Học sinh- Sinh viên	2	1,1

Bệnh nhân là cán bộ và hưu trí 51,4%, nông dân chiếm 47,5%; chỉ có 1,1% là học sinh-sinh viên.

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú

Nơi cư trú	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thành phố Vinh	64	36,1
Nông thôn và miền núi	113	63,9

Bệnh nhân sống ở vùng nông thôn và miền núi chiếm 63,9%, ở thành phố 36,1%.

Bảng 5. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 5 năm	38	21,5
5-10 năm	56	31,6
> 10 năm	75	47,0

Bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm chiếm 47,0%, dưới 5 năm là 21,5%.

Bảng 6. Đặc điểm phân loại theo mức độ bệnh và tổn thương phối hợp

Mức độ bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trĩ độ 3	118	66,7
Trĩ độ 4	59	33,3
Trĩ độ 3-4 kèm theo có da thừa	24	13,6
Trĩ độ 3-4 kèm theo có hẹp hậu môn	11	6,2

Bệnh nhân mắc bệnh trĩ ở độ 3 chiếm 66,7%, độ

4 là 33,3%; trong đó có 16,8% số bệnh nhân có da thừa hoặc u nhú hậu môn.

2. Kết quả điều trị phẫu thuật.

Bảng 7. Tỷ lệ chảy máu phải khâu tăng cường, lấy da thừa, tạo hình hậu môn trong mổ.

Nội dung kỹ thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không khâu cầm máu tăng cường	132	74,6
Khâu tăng cường cầm máu 2 mũi	13	7,3
Khâu tăng cường cầm máu 3 mũi	15	8,5
Khâu tăng cường cầm máu 4 mũi	11	6,2
Khâu tăng cường cầm máu 5 mũi	6	3,4
Lấy da thừa phối hợp	24	13,6
Tạo hình hậu môn phối hợp	11	6,2

74,6% số các trường hợp không phải khâu cầm máu tăng cường ở diện vòng cắt, số còn lại có chảy máu diện cắt nổi máy phải khâu tăng cường tại các vị trí chảy máu từ 2-5 mũi. Những trường hợp có da thừa hoặc u nhú hậu môn đều kết hợp phẫu thuật .

Bảng 8. Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT (phút)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 20	24	13,6
21 – 30	98	55,4
> 30	55	31,0

Thời gian phẫu thuật trung bình là 24± 8,6 (18-42) phút.

Bảng 9. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu điều trị nội khoa	16	9,0
Chảy máu phải mổ lại	0	0
Bí đại sau mổ	11	6,2

Có 16 bệnh nhân (9,0%) có rỉ máu nhẹ thấm mết sau mổ, không có bệnh nhân nào phải mổ để cầm máu.

Bảng 10. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 ngày	31	17,5
2 ngày	104	58,8
≥ 3 ngày	42	23,7

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 2,24 ± 0,64 (1-4) ngày

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

177 BN được mổ trĩ theo phương pháp Longo tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ an có độ tuổi trung là 46± 24, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất 83, tuổi trên 50 là 49,8%. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn gặp tuổi trung bình là 48±16,083 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất 86 tuổi [2].

Về giới: Bệnh nhân nam gặp 116 trường hợp chiếm 65,5% và nữ là 34,5%. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn cho kết quả nữ chiếm 45,6%, nam giới chiếm 54,4%. Tỷ lệ nam/nữ =1,193[2]. Nghiên cứu của R.Shalaby và A.Desoky tuổi trung bình là 44,1±3,2 [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp bệnh

nhân là cán bộ và hưu trí 51,4%, nông dân chiếm 47,5%; chỉ có 1,1% là học sinh-sinh viên; Bệnh nhân sống ở vùng nông thôn và miền núi chiếm 63,9%, ở thành phố 36,1%; Bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm chiếm 47,0%, từ 5 năm đến 10 năm là 31,6%, dưới 5 năm là 21,5%. Bệnh nhân mắc bệnh trĩ ở độ 3 chiếm 66,7%, độ 4 là 33,3%; trong đó có 16,8% số bệnh nhân có da thừa hoặc u nhú hậu môn.

2. Kết quả điều trị phẫu thuật.

Hội nghị quốc tế về phẫu thuật longo đã đưa ra chỉ định: Phẫu thuật longo được áp dụng cho trĩ độ 3, độ 4, trĩ kèm theo các bệnh phối hợp như nứt kẽ hậu môn, da thừa, u nhú, trĩ tắc mạch. Hội nghị này cũng đưa ra những khuyến cáo các chống chỉ định như trĩ kèm theo áp xe hậu môn, hoại thư, hẹp hậu môn, sa toàn bộ niêm mạc trực tràng [3]. Vì chúng tôi mới áp dụng kỹ thuật nên chỉ mới triển khai cho trĩ độ 3,4 và có kèm theo da thừa và u nhú hậu môn. Trong quá trình triển khai từng bước về quy trình phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận tất cả những khó khăn và thuận lợi của kỹ thuật để dần dần rút kinh nghiệm chuyên môn. Do được tổ chức học tập nhiều tại các bệnh viện trung ương như bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Trung ương Huế... nên nhìn chung trong các bước phẫu thuật chúng tôi không gặp nhiều khó khăn. Điều chúng tôi thấy cần rút kinh nghiệm chuyên môn là sau khi khâu phải kiểm tra kỹ mũi khâu từ vị trí 11 giờ đến 1 giờ đối với bệnh nhân là phụ nữ và sau khi cắt cần kiểm tra lại đường cắt, nếu đánh giá có nguy cơ chảy máu không tự cầm sau mổ, chúng tôi khâu mũi chữ X tại các điểm chảy máu, số lượng các mũi khâu có thể từ 2 đến 5 mũi bằng chỉ Vicryl hoặc PDS 3/0 tùy các vị trí chảy máu. Các vị trí chảy máu hay gặp là ở 3 giờ, 9 giờ và 12 giờ. Chúng tôi tuân thủ theo ý kiến của nhiều tác giả là không nên đốt cầm máu, vì hiệu quả cầm máu không chắc chắn, hơn nữa có nguy cơ làm nóng bỏng vòng cắt, gây hoại tử chảy máu sau này. Đối với các búi trĩ to, không thể kéo lên hết sau phẫu thuật. Chúng tôi sử dụng kỹ thuật khâu treo, búi trĩ bỏ sung. Kết quả khâu tăng cường của chúng tôi là : 2 mũi có 13 bệnh nhân, 3 mũi có 15 bệnh nhân, 4 mũi có 11 bệnh nhân, 5 mũi có 6 bệnh nhân; vậy là có 25,4% số bệnh nhân phải khâu tăng cường. Đối với những bệnh nhân có những da thừa hay u nhú ở hậu môn thì chúng tôi phẫu thuật sau khi đã kiểm tra và cầm máu kỹ diện cắt.

Về thời gian phẫu thuật: Thời gian trung bình để phẫu thuật cho một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $24 \pm 8,6$ (18-42) phút; của Trịnh Hồng Sơn là $22,34 \pm 8,209$ phút, thời gian ngắn nhất để phẫu thuật cho một bệnh nhân là 10 phút và thời gian dài nhất là 50 phút [2]; của các tác giả bệnh viện Virgen del Camino, Navarra, Tây Ban Nha trung bình là 19 phút (từ 14 đến 35 phút) [trích dẫn từ 2], còn thời gian mổ trung bình của Mehigan và cộng sự là 18 phút [6]. Theo Nguyễn Hoàng Diệu thì thời gian mổ trung bình của một bệnh nhân là $24,66 \pm 9,405$ phút [1], Thời gian trung bình của chúng tôi dài hơn

so với các tác giả khác do chúng tôi triển khai tại một cơ sở y tế tuyến tỉnh và có cả việc xử trí bổ xung các thương tổn đi cùng với trĩ như lấy vết nứt kẽ tạo hình hậu môn, lấy da thừa.

Về biến chứng của phẫu thuật: Biến chứng chảy máu sau mổ là một trong những biến chứng của phẫu thuật longo. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16 bệnh nhân (9,0%) có rỉ máu nhẹ thấm mét sau mổ, những bệnh nhân này chúng tôi cho nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, nhịn ăn, cho thêm thuốc giảm đau để cho bệnh nhân đỡ tăng phản xạ mót rặn và dặn bệnh nhân chịu khó không rặn nên không có bệnh nhân nào phải mổ để cầm máu và chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị rò trực tràng âm đạo hay nhiễm trùng tiêu khung như một số tác giả nước ngoài công bố [4].

Thời gian nằm viện sau mổ: Các bệnh nhân của chúng tôi có thời gian nằm viện trong vòng 1 đến 2 ngày chiếm đa số 76,3% (135 bệnh nhân), trung bình $2,24 \pm 0,64$ (1-4) ngày, thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày chiếm 17,5% (31 bệnh nhân), trên 3 ngày chiếm 23,7% (42 bệnh nhân) chủ yếu nằm trong số bệnh nhân có chảy máu nhẹ sau mổ cần phải điều trị nội khoa thêm. Theo nghiên cứu của J.Bikhchandani [4] thời gian nằm viện trung bình là $1,24 \pm 0,62$ ngày, Trịnh Hồng Sơn $2,13 \pm 0,096$ ngày [2].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 177 bệnh nhân trĩ độ 3,4 được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2012 chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Đặc điểm lâm sàng nhóm: nam nhiều hơn nữ, các bệnh nhân đều có triệu chứng của trĩ độ 3, độ 4. Có 16,8% bị các bệnh lý khác phối hợp như da thừa và u nhú hậu môn

Kết quả gần: Thời gian mổ trung bình của một bệnh nhân là $24,4 \pm 8,6$ phút. Không có biến chứng chảy máu sau mổ phải mổ lại để cầm máu. Thời gian nằm viện trung bình là $2,24 \pm 0,64$ ngày. Bệnh nhân trở lại công việc cũng như sinh hoạt bình thường trong vòng 2 tuần. Phẫu thuật Longo có thể triển khai rộng rãi để điều trị bệnh trĩ tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Diệu. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Minh Trọng, Phạm Kim Bình. Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ. Y học thực hành. 2005; 1;49-53.
3. Corman M.L et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party – indications, contra – indications and technique. Colorectal Disease.2001;5:304-310; Colorectal Disease, 2003; 5: 304- 310
4. Jai Bikhchandani et al. Randomized controlled trial to compare the early and mid- term results of stapled versus open hemorrhoidectomy. The American

Journal of Surgery.2005; 189:56-60

5. Jean- Pierre Arnaud et al. Treatment of hemorrhoids with circular stapler, a new alternative to conventional methods: A prospective study of 140 patients. *Jam Coll Surg.*2001;161-165

6. Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE. "Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomized controlled trial ". *Lancet.*2000;355:782-785.

7. Longo Antonio. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and nemorrhoidal

prolapsed with circular suturing device: A new procedure. The 6th World Congress of Endoscopic Surgery Rome.1998; 777- 784

8. Ortiz.H, J.Marzo, P.Armendariz (2002), "Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy vs conventional diathermy haemorrhoidectomy". *BritishJournal of Surgery*2002,89,1376- 1381.

9. Shalaby. R and A. Desoky (2001), " Randomized clinical trial of stapled vs Milligan - Morgan haemorrhoidectomy". *British Journal of Surgery* 2001, 88, 1049- 1053.