

- Fallon M.** Evaluation for liver transplantation in adults: 2013 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation. *Hepatology*. 2014;59(3):1144-65
3. **Uemura T, Randall HB, Sanchez EQ, et al.** Liver retransplantation for primary nonfunction: analysis of a 20-year single-center experience. *Liver transplantation: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*. 2007;13(2):227-233.
4. **Dindo D., Demartines N., Clavien P.A.** (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*, 240(2), 205-213
5. **Mandell MS, Hana Y.** Pro: Early extubation after liver transplantation. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2007;21:752-5
6. **Liang TB, Bai XL, Li DL, Li JJ, Zheng SS.** Early postoperative hemorrhage requiring urgent surgical reintervention after orthotopic liver transplantation. *Transplantation proceedings*. 2007;39(5):1549-1553
7. **Wiesner RH, Demetris AJ, Belle SH, et al.** Acute hepatic allograft rejection: incidence, risk factors, and impact on outcome. *Hepatology (Baltimore, Md)*. 1998;28(3):638-645
8. **Baganate F, Beal EW, Tumin D, et al.** Early mortality after liver transplantation: Defining the course and the cause. *Surgery*. 2018;164(4):694-704. doi:10.1016/j.surg.2018.04.039

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ BẰNG PHẪU THUẬT LONGO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Tuyên<sup>1</sup>, Trần Bảo Long<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>,  
Luu Quang Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Phan<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiền cứu trên 73 bệnh nhân chẩn đoán bệnh trĩ được phẫu thuật bằng phương pháp Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ 01/07/2021 đến 30/06/2022. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ trên 20 phút đến 50 phút, thời gian phẫu thuật trung bình chung là 39,25 ± 8,19. Tỷ lệ mổ cấp cứu là 20,5%. Sau mổ, chiếm đa số là bệnh nhân đau ở mức 6/10 theo thang điểm VAS với 63%, chỉ có 3 bệnh nhân đau ở mức 7/10 chiếm 4,1%, không có bệnh nhân đau từ 8 điểm trở lên. Thời gian dùng thuốc giảm đau chủ yếu là 2 ngày với 66 bệnh nhân chiếm 90,4%, tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ là 1,4%. Sau 3 tháng phẫu thuật, có 13,7% bệnh nhân có nếp da thừa và 2,7% bệnh nhân có hẹp nhẹ hậu môn. **Kết luận:** Phẫu thuật Longo là một phương pháp điều trị trĩ an toàn, hiệu quả nếu có sự chọn lọc bệnh nhân kỹ.

**Từ khóa:** phẫu thuật longo, trĩ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT RESULTS OF LONGO SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the results of Longo surgery at Hanoi Medical University Hospital.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tuyên

Email: xuantuyenhb94@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

**Subjects and methods:** prospective study on 73 patients diagnosed with hemorrhoids operated by Longo method at Hanoi Medical University Hospital during the period from 01/07/2021 to 30/06/2022. **Results:** The majority of patients had surgery time from over 20 minutes to 50 minutes, the overall average surgery time was 39.25 ± 8.19. The rate of emergency surgery was 20.5%. After surgery, the majority of patients had pain at 6/10 according to the VAS scale with 63%, only 3 patients had pain at 7/10, accounting for 4.1%, no patients had pain of 8 points or more. The duration of pain medication was mainly 2 days with 66 patients accounting for 90.4%, the rate of postoperative bleeding complications was 1.4%. After 3 months of surgery, 13.7% of patients had excess skin folds and 2.7% of patients had mild anal stenosis. **Conclusion:** Longo surgery is a safe and effective hemorrhoid treatment with careful patient selection. **Keywords:** longo surgery, hemorrhoids, Hanoi Medical University Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ khá thường gặp, tỷ lệ gặp từ 35 - 50% dân số tùy theo từng báo cáo, là bệnh đứng đầu trong các bệnh lý hậu môn - trực tràng. Theo Đinh Văn Lực bệnh trĩ chiếm 85% các bệnh lý ngoại khoa vùng hậu môn trực tràng<sup>1</sup>. Có nhiều phương pháp điều trị, khác nhau tùy theo mức độ và triệu chứng từ: điều chỉnh chế độ vệ sinh, ăn uống, chế độ làm việc, dùng thuốc đông, tây y toàn thân, tại chỗ, các thủ thuật điều trị trĩ (tiêm xơ, thắt vòng cao su...) đến phẫu thuật. Một số phương pháp thường được sử dụng: Milligan-Morgan, phẫu thuật Longo, triệt mạch trĩ dưới siêu âm

Doppler... Các phương pháp trên đều có ưu điểm và nhược điểm nhất định. Tại Việt Nam, phẫu thuật Longo đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế từ trung ương đến địa phương với chỉ định cho những bệnh nhân trĩ nội độ 2 và 3. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, trên một bệnh nhân trĩ, có thể có nhiều hình thái và mức độ trĩ khác nhau. Có nhiều phương pháp phân loại trĩ, từ phân loại theo vị trí đường lược, theo hình thái thể búi hay vòng, theo mức độ sa của trĩ nội theo Goligher, đến phân loại của Masuda. Mỗi phương pháp phân loại đều có những ưu nhược điểm riêng, tuy nhiên phân loại theo Masuda cho chúng ta một chẩn đoán tương đối đầy đủ hơn về từng bệnh nhân trĩ cụ thể. Do đó, để có được một chẩn đoán toàn diện và chi tiết hơn, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ và phân loại nhóm bệnh nhân này theo Masuda tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm tất cả những bệnh nhân trĩ được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ 01/07/2021 đến 30/06/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên và bao gồm 2 giới.

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trĩ sa từ độ 2 trở lên.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân kèm theo các bệnh viêm nhiễm của hậu môn trực tràng: lao, crohn, áp xe...

- Bệnh nhân kèm theo các bệnh ác tính: Ung thư trực tràng, Ung thư hậu môn.

- Bệnh nhân bị hẹp hậu môn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh trĩ dựa vào thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm để loại trừ theo bệnh án mẫu.

- Được phẫu thuật, điều trị và theo dõi – tái khám theo bệnh án mẫu tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

- Các thông tin được mã hóa và xử lý.

- Tổng kết và viết báo.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng tần số, phần trăm.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

**3.1.1. Đặc điểm lâm sàng.** Trong tổng số 73 bệnh nhân nghiên cứu: Nam chiếm 50,7%, nữ chiếm 49,3%; Độ tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,1%, tiếp theo đó là độ tuổi từ 40-49 với 24,7%, nhóm tuổi < 20 và ≥ 70 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,7%. Thời gian mắc bệnh trĩ chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 1 đến 5 năm (56,2%). Lý do vào viện thường gặp nhất là sa lồi búi trĩ (97,3%) và chảy máu (32,9%). Chiếm đa số là bệnh nhân có 4 búi trĩ (67,1%), bệnh nhân có 3 búi trĩ chiếm 32,9%, không có bệnh nhân nào có 1,2 búi trĩ.

### 3.1.2. Phân loại theo MASUDA

**Bảng 3.1. Phân loại trĩ theo MASUDA**

Phân loại MASUDA			
		n	%
Theo độ sa của các búi trĩ nội	P <sub>0</sub> : Không sa.	0	0
	P <sub>1</sub> : Sa trĩ tự co lên được	37	50,7
	P <sub>2</sub> : Sa trĩ không tự co lên được.	36	49,3
Theo tình trạng của trĩ ngoại	E <sub>0</sub> : Không có trĩ ngoại.	2	2,7
	E <sub>1</sub> : Trĩ ngoại chiếm ít hơn nửa chu vi hậu môn.	64	87,7
	E <sub>2</sub> : Trĩ ngoại chiếm nhiều hơn nửa chu vi hậu môn.	7	9,6
Theo sự liên kết của các búi trĩ theo chu vi ống hậu môn.	C <sub>0</sub> : Các búi trĩ riêng lẻ.	0	0
	C <sub>1</sub> : Các búi trĩ liên kết một phần.	42	57,5
	C <sub>2</sub> : Các búi trĩ liên kết với nhau thành vòng quanh chu vi.	31	42,5

**Nhận xét:** Theo độ sa của các búi trĩ nội, tỷ lệ bệnh nhân sa trĩ tự co lên được và sa trĩ không tự co lên được khá đồng đều nhau, tương ứng là 50,7% và 49,3%.

Có 71 bệnh nhân có trĩ ngoại, trong đó, chiếm đa số (87,7%) là chiếm ít hơn nửa chu vi hậu môn, 9,6% trường hợp còn lại chiếm nhiều hơn nửa chu vi hậu môn.

Tỷ lệ bệnh nhân có búi trĩ liên kết 1 phần là 57,5%, và liên kết thành vòng là 42,5%.

### 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

**\* Tính chất phẫu thuật**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo loại phẫu thuật**

**Nhận xét:** Bệnh nhân vào viện phẫu thuật đa số được mổ phiên, chiếm tỷ lệ 79,5%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ mổ cấp cứu là 20,5%.

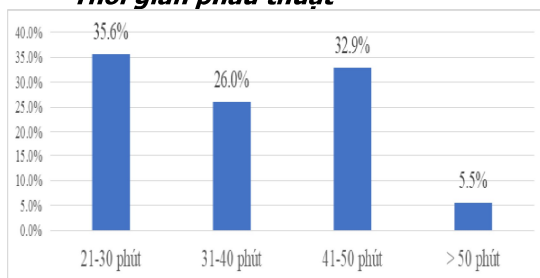
**\* Phương pháp vô cảm**

**Bảng 2. Phương pháp vô cảm**

Phương pháp vô cảm	n	%
Tê tủy sống	70	95,9
Mê nội khí quản	3	4,1
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân được vô cảm bằng tê tủy sống (95,9%), có 3 bệnh nhân được mê nội khí quản do có rối loạn về đông máu.

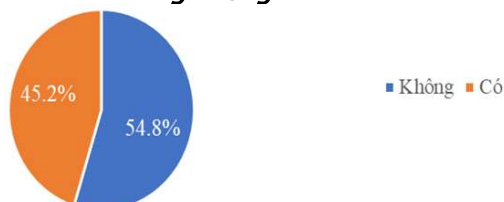
**\* Thời gian phẫu thuật**



**Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo thời gian phẫu thuật**

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ trên 20 phút đến 50 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình chung là 39,25 ± 8,19.

**\* Khâu tăng cường**



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân được khâu tăng cường đường cắt**

**Nhận xét:** tỷ lệ bệnh nhân không cần khâu tăng cường đường cắt là 54,8%.

**\* Xử trí bổ sung**

**Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân được xử trí bổ sung**

Xử trí bổ sung	n	%
Đốt điện cầm máu	67	91,8
Cắt polyp hậu môn	2	2,7
Cắt da thừa	23	31,5
Nhét spongtan	19	26
Đặt surgicel	66	90,4
Cắt sửa nút kế	0	0
Cắt búi trĩ tăng cường	22	30,1
Khâu treo	7	9,6
Lấy huyết khối	7	9,6

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu đều được đốt điện cầm máu (91,8%) và đặt

surgicel (90,4%). Có 22 bệnh nhân được cắt búi trĩ tăng cường do búi trĩ bị tắc mạch quá lớn hay chảy máu... chiếm 30,1%.

**3.3. Kết quả điều trị**

**3.3.1. Kết quả gần**

**Bảng 4. Đau sau mổ và thời gian dùng thuốc giảm đau**

Đau sau mổ	n	%
Đau sau mổ theo thang điểm VAS	4	8
	5	16
	6	46
	7	3
Số ngày dùng giảm đau	2	66
	3	7
	7	9,6

**Nhận xét:** Sau mổ, chiếm đa số là bệnh nhân đau ở mức 6/10 theo thang điểm VAS với 63%, chỉ có 3 bệnh nhân đau ở mức 7/10 chiếm 4,1%, không có bệnh nhân đau từ 8 điểm trở lên. Thời gian dùng thuốc giảm đau chủ yếu là 2 ngày với 66 bệnh nhân chiếm 90,4%

**Bảng 5. Một số đặc điểm khác sau mổ**

Đặc điểm sau mổ	n	%	
Cảm giác tức hậu môn	Có	71	97,3
	Không	2	2,7
Chảy máu	Có	1	1,4
	Không	72	98,6
Bí tiểu	Có	34/73	46,6
	Không	39/73	53,4
Xử trí bí tiểu	Chườm	26/34	76,5
	Đặt sonde	8/34	23,5
Thời gian đi ngoài lần đầu	< 24h	30	41,1
	≥ 24h	43	58,9

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân đều có cảm giác tức hậu môn sau mổ (97,3%). Tỷ lệ bí tiểu sau mổ chiếm 46,6%, phương pháp xử trí chủ yếu là chườm (76,5%). Thời gian đi ngoài lần đầu sau mổ thường là sau 24h (58,9%). Có 1 bệnh nhân xuất hiện chảy máu sau mổ chiếm 1,4%.

**3.2.3. Kết quả xa**

**Bảng 6. Tình trạng sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng**

Đặc điểm	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Nếp da thừa	10	13,7	10	13,7
Hẹp hậu môn mức nhẹ	2	2,7	2	2,7

**Nhận xét:** Sau 3 tháng phẫu thuật, có 13,7% bệnh nhân có nếp da thừa, và 2,7% bệnh nhân có hẹp nhẹ hậu môn.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Về tuổi:** Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh

trĩ gặp phổ biến ở độ tuổi lao động: 20 – 29 tuổi (chiếm 13,7%), 30 – 39 tuổi (chiếm 30,1%), 40 – 49 tuổi (chiếm 24,7%), 50 – 59 tuổi (15,1%). Các tác giả trong nước như Nguyễn Văn Chung (2018), nhóm tuổi thường gặp là 30 – 59 (chiếm 57,3%)<sup>2</sup>. Theo Nguyễn Đức Trọng (2018) tuổi trung bình là 47,6±13,43<sup>3</sup>. Qua đó, chúng ta thấy bệnh trĩ thường tập trung ở độ tuổi lao động.

**Về giới tính:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 50,7%, nữ chiếm 49,3%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Chung (2018), tỉ lệ nam/ nữ là 4,61, trong đó nam chiếm 81,4% nữ chiếm 18,6%<sup>2</sup>. Theo Nguyễn Hoàng Diệu (2007) nam 55,4%, nữ 44,6%<sup>4</sup>, Nguyễn Trung Học (2009) nam 53,5% nữ 46,5%<sup>5</sup>, Nguyễn Đức Trọng (2018) nam 53,4% nữ 46,6%<sup>3</sup>. Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính giữa các nghiên cứu có thể là do khác biệt về cỡ mẫu, cách chọn mẫu,...

**Về thời gian mắc bệnh:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh trĩ chủ yếu là ≤5 năm (83,6%). Thời gian trên 5 năm chiếm 16,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Chung (2018) cho thấy thời gian mắc bệnh trĩ dưới 5 năm khá phổ biến chiếm 49,5%. Thời gian 6 – 10 năm chiếm 25,2%, thời gian 11 – 20 năm chiếm 18,4%, trên 20 năm chiếm 6,8%<sup>2</sup>.

**Về lý do vào viện:** Bệnh nhân đến khám và phát hiện bệnh trĩ do có các triệu chứng tại vùng tầng sinh môn trong đó khối ở hậu môn, đại tiện ra máu và cảm giác đau vùng hậu môn là những triệu chứng đã được nhiều tác giả đề cập đến trong y văn.<sup>6-8</sup> Vũ Văn Quân thì cho biết khối vùng hậu môn gặp ở tất cả bệnh nhân và có 80,3% bệnh nhân có máu theo phân.<sup>9</sup> Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng xuất hiện triệu chứng xuất hiện ở nhiều bệnh nhân nhất là khối sa vùng hậu môn với 71 trường hợp (chiếm 97,3%). Triệu chứng đau vùng hậu môn và đi ngoài ra máu lần lượt gặp ở 18 trường hợp (chiếm 24,7%) và 24 trường hợp (chiếm 32,9%).

**Về phân loại trĩ:** Số lượng búi trĩ chúng tôi gặp bao gồm 3 và 4 búi trĩ, trường hợp này phù hợp cho chỉ định phẫu thuật Longo. Vũ Văn Quân báo cáo tỉ lệ gặp bệnh nhân có 3 búi trĩ là 55,9%.<sup>9</sup> Phân loại theo MASUDA, chúng tôi thu được kết quả theo độ sa của các búi trĩ nội, tỷ lệ bệnh nhân sa trĩ tự co lên được và sa trĩ không tự co lên được khá đồng đều nhau, tương ứng là 50,7% và 49,3%. Có 71 bệnh nhân có trĩ ngoại, trong đó, chiếm đa số (87,7%) là chiếm ít hơn nửa chu vi hậu môn, 9,6% trường hợp còn lại chiếm nhiều hơn nửa chu vi hậu môn. Tỷ lệ bệnh nhân có búi trĩ liên kết 1 phần là 57,5%, và liên kết thành vòng là 42,5%.

## 4.2. Đặc điểm phẫu thuật

**Tính chất phẫu thuật:** Bệnh trĩ là bệnh mạn tính và đa số sẽ được mổ có chuẩn bị, tuy nhiên vẫn có các biến chứng cấp tính đôi khi cần phải mổ cấp cứu. Theo Nguyễn Hoàng Diệu tỉ lệ phải mổ cấp cứu là 46,2%.<sup>4</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi có 79,5% bệnh nhân là được thực hiện phẫu thuật Longo theo kiểu mổ phiến, 20,5% trường hợp được mổ cấp cứu vì biến chứng chảy máu nhiều từ búi trĩ không cầm hoặc búi trĩ bị tắc mạch gây tình trạng đau vùng hậu môn dữ dội.

**Thời gian phẫu thuật:** Kết quả thống kê cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình chung là 39,25 ± 8,19 phút, thời gian ngắn nhất là 20 phút, dài nhất là 60 phút, từ 21 phút đến 30 phút chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6%. Như vậy với kỹ thuật đơn giản, cầm máu ngay tức thì khi phẫu thuật, thao tác thuận lợi, hiệu quả dễ dàng, rút ngắn được thời gian phẫu thuật.

## 4.3. Kết quả điều trị

**4.3.1. Kết quả gần.** Đau sau mổ luôn là mối quan tâm chính của các phẫu thuật viên và ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhân trước phẫu thuật. qua nghiên cứu chúng tôi cho thấy là 100% bệnh nhân đều có triệu chứng đau sau mổ. Trong đó, chiếm đa số là bệnh nhân đau ở mức 6/10 theo thang điểm VAS với 63%, chỉ có 3 bệnh nhân đau ở mức 7/10 chiếm 4,1%. Những bệnh nhân đau nhiều sau mổ gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân trĩ vòng, trĩ hỗn hợp nhiều búi, có biến chứng sa trĩ hoại tử, trĩ nghẹt, và những bệnh nhân có xử trí phối hợp bệnh kèm theo ở vùng hậu môn như cắt polyp. Nguyên nhân có thể do các biện pháp bóc sung có tác động vào vùng da nhạy cảm và vấn đề viêm phù nề sau mổ cũng kích thích nhạy cảm này gây triệu chứng đau ở bệnh nhân.

Diện cắt niêm mạc trong phẫu thuật Longo được nối bằng các vòng ghim kim loại, mặc dù vậy chảy máu từ đường nối này vẫn là vấn đề thường gặp. Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 1 bệnh nhân (1,4%) có chảy máu thứ phát sau mổ, trường hợp này được xử trí bằng cách mổ lại và khâu tăng cường vòng ghim.

Tỉ lệ bí tiểu sau mổ chiếm 46,6% (34/73 bệnh nhân), trong đó 23,5% (8/34 trường hợp) cần phải thông tiểu. Nguyễn Văn Xuyên (1991) gặp 29,1%, Nguyễn Mạnh Nhâm (1990) gặp 15,87%.<sup>10</sup> Nguyễn Đức Trọng (2018) gặp 19,4% có bí tiểu trong đó bí tiểu phải đặt thông là 6,8%.<sup>3</sup> Những bệnh nhân bí tiểu phải thông tiểu chỉ sau 24 giờ rút thông bệnh nhân lại đi tiểu dễ dàng. Phẫu thuật vào vùng hậu môn trực tràng

phải gây tê tủy sống nên cần phải xem biến chứng này như một điều phải chấp nhận và có biện pháp để dự phòng, điều trị tránh nhiễm khuẩn tiết niệu.

**4.3.2. Kết quả xa.** Hẹp hậu môn sau mổ trĩ trong các phẫu thuật khá thường gặp, theo báo cáo của nhiều tác giả cho thấy tỉ lệ hẹp hậu môn sau mổ chiếm tỉ lệ 5 – 10%. Nguyên nhân hẹp hậu môn là do sự sẹo hóa hình thành ở phần niêm mạc, da hậu môn bị lấy bỏ, không còn niêm mạc bao phủ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hẹp hậu môn là 2,7% (2 bệnh nhân đều ở mức độ nhẹ). Hẹp hậu môn gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân trĩ vòng, trĩ hỗn hợp nhiều búi, có biến chứng sa trĩ hoại tử, trĩ nghẹt, và những bệnh nhân có xử trí phối hợp bệnh kèm theo ở vùng hậu môn. Các trường hợp hẹp trên sau khi được khám lại và hướng dẫn cách nong hậu môn tại nhà bằng tay, sau 3 tháng khám lại tiến triển tốt không phải can thiệp phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Phân loại trĩ theo Masuda giúp chẩn đoán trĩ được đầy đủ hơn. Phẫu thuật Longo là một phương pháp điều trị trĩ an toàn, hiệu quả nếu có sự chọn lọc bệnh nhân kỹ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Văn Lực.** Tình hình bệnh tật ở hậu môn trực tràng. Tóm tắt công trình nghiên cứu khoa học 1957 - 1987 Viện YHCT HN, 1987, 87.
2. **Nguyễn Văn Chung** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật Milligan - Morgan điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y dược Thái Bình.
3. **Nguyễn Đức Trọng** (2018), Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Milligan-Morgan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội.
4. **Nguyễn Hoàng Diệu** (2007), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn thạc sỹ y học, đại học y Hà Nội.
5. **Nguyễn Trung Học** (2009), So sánh kết quả điều trị phẫu thuật trĩ theo hai phương pháp Longo và Milligan – Morgan tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp 2 y học, đại học y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Chi** (2006), Một số tổng quan về trĩ và bệnh trĩ. Tạp chí Hậu môn - Trực tràng, 7, 83–85.
7. **Nguyễn Đình Hồi** (1994), Bệnh trĩ. Bách khoa thư bệnh học. Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội, 121–126.
8. **Nguyễn Đình Hồi** (2002), Hậu môn trực tràng, Nhà xuất bản Y học.
9. **Vũ Văn Quân** (2013), Đánh giá kết quả phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại bệnh viện trường Đại học y Hà Nội, Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
10. **Nguyễn Văn Xuyên.** Góp phần nghiên cứu cắt toàn bộ trĩ vòng với dụng cụ tự tạo. Luận án PTS Khoa học Y - Dược HVQY. 1991.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRIỆT ĐỂ UNG THƯ ĐẦU CỔ CÓ PHỐI HỢP XẠ TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Hằng<sup>1</sup>, Trương Ngọc Thắng<sup>1</sup>,  
Lê Quốc Toàn<sup>1</sup>, Nguyễn Phạm Thanh Nhân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng, độc tính và biến chứng các phác đồ điều trị triệt để có phối hợp xạ trị trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy đầu cổ (HNSCC) người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 37 trường hợp bệnh nhân ung thư đầu cổ  $\geq 60$  tuổi được điều trị triệt để với xạ trị đơn thuần hoặc phối hợp hoá xạ đồng thời từ 1/6/2019 đến 31/12/2020 với phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Đa số thuộc nhóm 60-70 tuổi (70,3%). Nam giới gấp 3 lần nữ. Tất cả bệnh nhân có

chỉ số thể trạng tốt. Giải phẫu bệnh (GPB) là carcinoma tế bào gai grade 1 (46%) và carcinoma tế bào gai grade 2 (43,2%). Giai đoạn III, IV chiếm chủ yếu (65,1%). Độc tính viêm da, viêm niêm mạc chiếm 91,9%; độc tính đau, khó nuốt trên 90%; độc tính huyết học 8,1- 43,2%, không có độc tính độ 3, độ 4. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm 3 tháng là 89%. Tỷ lệ tái phát di căn tại thời điểm 6 tháng là 10,8% (4 ca). Biến chứng giảm bạch cầu, khó nuốt, đau làm giảm tỷ lệ đáp ứng điều trị. **Kết luận:** Bệnh nhân cao tuổi ung thư đầu cổ có thể trạng tốt, dung nạp điều trị hiệu quả với các phác đồ thích hợp với tỷ lệ đáp ứng cao cùng với tác dụng phụ trong giới hạn chấp nhận.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tế bào vảy đầu cổ, bệnh nhân người cao tuổi, điều trị triệt để.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF DEFINITIVE TREATMENT FOR HEAD AND NECK CANCER WITH

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: bshangdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2022