

# BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU PHẢI MỔ LẠI SAU PHẪU THUẬT LONGO

TRINH HỒNG SƠN, NGUYỄN THÀNH QUANG

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ là cắt vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng trên đường lược 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. Tác giả đưa ra ý tưởng này và thực hiện đầu tiên là phẫu thuật viên người Ý: Antonio Longo năm 1993 [4].

Đến nay, phẫu thuật này đã được thực hiện thường quy tại bệnh viện Việt Đức cùng với những phẫu thuật điều trị trĩ kinh điển khác.

Bên cạnh những ưu điểm như an toàn, hiệu quả, dễ thực hiện đặc biệt ít đau sau mổ và nhanh chóng đưa bệnh nhân trở về sinh hoạt bình thường, phẫu thuật Longo cũng có thể xảy ra các biến chứng nhất là biến chứng chảy máu sau mổ. Chảy máu sau phẫu thuật Longo có thể trong vòng 72 giờ sau mổ, cũng có thể chảy rỉ rả những ngày sau.

Nghiên cứu này ghi nhận chảy máu sau phẫu thuật Longo phải mổ lại để cầm máu tại bệnh viện Việt Đức từ 2/2007 đến 10/2009.

## TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Tư liệu.

04 bệnh nhân chẩn đoán trĩ được mổ theo phương pháp Longo tại bệnh viện Việt Đức hoặc tại các bệnh viện khác có biến chứng chảy máu phải mổ lại tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian mổ từ 2/2007 đến 10/2009.

### 2. Phương pháp.

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.  
- Phương pháp thu thập số liệu: lấy sổ giao ban mổ cấp cứu hàng ngày của bệnh viện, tìm những trường hợp mổ lại cấp cứu sau phẫu thuật Longo, ghi nhận họ tên bệnh nhân và ngày vào viện, tra cứu mã số và tới kho hồ sơ lưu trữ lấy hồ sơ bệnh án.

### 3. Các chỉ tiêu nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân được thu thập theo 1 bệnh án mẫu chung, với các dữ kiện:

- Tuổi, giới
- Nơi mổ Longo
- Lâm sàng trước khi mổ lại: tình trạng ỉa máu trước mổ, thời gian mổ lại (tính từ sau phẫu thuật Longo đến khi mổ lại tại bệnh viện Việt Đức; đơn vị: ngày), ghi nhận đã mổ lại tại nơi mổ Longo, trước khi đến bệnh viện Việt Đức, tình trạng mạch, huyết áp khi vào viện Việt Đức.
- Nhóm máu và số lượng máu truyền trước mổ
- Phương pháp gây tê, gây mê, thời gian mổ
- Đánh giá tổn thương trong mổ và cách xử lý
- Kết quả sau mổ: thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ và tình trạng khi ra viện.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Sau phẫu thuật Longo đã có nhiều thông báo trong Y văn mô tả các biến chứng đặc biệt sau mổ. Ví dụ:

- Năm 1997, Pescatori [6] thông báo 1 trường hợp rò trực tràng âm đạo sau phẫu thuật Longo.
- Năm 2000, Molloy và Kingsmore [5] đã thông báo một trường hợp nhiễm trùng tiểu khung và khoang sau phúc mạc sau phẫu thuật Longo.
- Năm 2001, Shalaby và Desoky gặp 1 trường hợp (tổng số 100 bệnh nhân) hẹp hậu môn sau mổ 1 năm [8].
- Năm 2002, Rippeti và cộng sự [7] thông báo 1 trường hợp thủng trực tràng gây tràn khí phúc mạc và trung thất.
- Năm 2003, Wong và cộng sự [9] lại thông báo 1 trường hợp thủng trực tràng sau phẫu thuật Longo
- Năm 2005 các tác giả ấn độ nhắc lại thông báo của Cipriani và Pescatori về 1 trường hợp tắc ruột cấp tính vì đóng kín niêm mạc trực tràng [3].

Ngoài ra, các biến chứng khác cũng đã được nêu trong Y văn: đau kéo dài hoặc đau dữ dội; chảy máu dữ dội; tổn thương cơ thắt; hẹp hậu môn, hẹp trực tràng; són phân, ỉa không tự chủ; tăng trương lực cơ thắt; bí tiểu; nứt kẽ hậu môn; trĩ tái phát; biến chứng tắc mạch; nhiễm trùng; tụ máu thành, cạnh tầng sinh môn; hội chứng vách niêm mạc; bục chỗ khâu, bục miệng nối...

Biến chứng chảy máu phải mổ lại là một trong những biến chứng của phẫu thuật Longo. Trong thời gian từ 2/2007 đến 10/2009 chúng tôi thu thập được 4 bệnh nhân được mổ lại sau phẫu thuật Longo với biến chứng chảy máu điều trị nội không kết quả. Kết quả cụ thể như sau:

Bảng 1: Tuổi, giới, mã hồ sơ

Họ và tên	Giới	Tuổi	Nơi mổ Longo	Ngày mổ lại tại Việt Đức	Mã số
Đình Xuân H	Nam	18	Bv Ông bí	27.2.2007	184/ 4832
Nguyễn Tiến T	Nam	44	Bv Nam Thăng long	6.3.2008	184/5213
Nông Văn L	Nam	34	Bv Việt Đức	7.5.2008	184/10172
Nguyễn Văn M	Nam	49	Bv Bắc Thăng long	3.10.2009	184/26710

Tất cả các bệnh nhân đều là nam giới, tuổi thấp nhất 18, cao nhất là 49. Có 1 bệnh nhân được mổ tại bệnh viện Việt Đức, 3 bệnh nhân được chuyển từ các bệnh viện khác tới.

**Bảng 2: Dấu hiệu lâm sàng, thời gian mổ lại, máu truyền trước mổ lại**

STT bệnh án	Dấu hiệu lâm sàng	Thời gian mổ lại	Máu truyền trước mổ và nhóm máu
1	Ỉa máu sau mổ từng đợt, máu cục kèm máu tươi, đã mổ lại cầm máu tại bệnh viện Uông bí, huyết áp ổn định khi vào Việt Đức	25 ngày	2000ml Nhóm máu B
2	Ỉa máu cục, lẫn máu đỏ, đã mổ lại khâu cầm máu tại bệnh viện Nam Thăng long, huyết áp ổn định khi vào Việt Đức	3 ngày	3500ml Nhóm máu O
3	Ỉa máu cục, máu đỏ tươi	1 ngày	1000ml Nhóm máu B
4	Ỉa máu tươi lẫn máu cục từng đợt, huyết áp ổn định khi vào Việt Đức	7 ngày	1000ml Nhóm máu O

Dấu hiệu lâm sàng rõ nét nhất là sau mổ bệnh nhân có ỉa máu tươi lẫn máu cục. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Diệu[1] có 65 bệnh nhân được mổ Longo với nhóm 2 phẫu thuật viên chuyên khoa mổ tại bệnh viện Việt Đức từ 1.2005 đến 10.2007 không có trường hợp nào chảy máu sau mổ Longo. Tác giả cho biết tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thì kiểm tra miệng nối máy sau mổ và đều có khâu cầm máu điểm rỉ máu ở miệng nối.

Với protocol thống nhất như vậy, khi triển khai kỹ thuật mổ Longo tại bệnh viện Lai châu với 30 trường hợp trong thời gian từ 22.9.2008 đến 27.9.2008 Trịnh Hồng Sơn không gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ Longo[2].

Thời gian mổ lại thay đổi từ 1 ngày đến 25 ngày. Đáng lưu ý có 2 bệnh nhân (số 1 và số 2) đã được mổ lại cầm máu ở bệnh viện tuyến trước nhưng không thành công; triệu chứng chảy máu vẫn tiếp diễn và phải chuyển tới bệnh viện Việt Đức mổ lại để cầm máu. Tất cả các bệnh nhân đều được truyền máu trước mổ với số lượng máu từ 1000ml (bệnh nhân số 3, số 4) tới 3500ml máu (bệnh nhân số 2). Tâm lý phẫu thuật viên nói chung ngại mổ lại, vì vậy truyền máu trước mổ hy vọng máu cầm không phải mổ lại. Tuy nhiên nếu bệnh nhân ỉa máu tươi lẫn máu cục nhiều lần, truyền máu tới 1000ml không cầm nên mổ lại.

**Bảng 3: Phương pháp gây tê, gây mê và thời gian mổ**

STT bệnh án	Gây mê, gây tê	Thời gian mổ
1	Gây tê tủy sống	50 phút
2	Nội khí quản	75 phút
3	Gây tê tủy sống	90 phút
4	Gây tê tủy sống	40 phút

Mổ lại có thể gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản. Bệnh án số 2 có lẽ vì mất máu nhiều nên gây mê nội khí quản? Thời gian mổ cầm máu lâu nhất là

90 phút (Bệnh nhân số 3). Như vậy thời gian mổ lại để xử lý cầm máu lâu hơn nhiều so với mổ Longo (trung bình 24 phút theo Nguyễn Hoàng Diệu[1]).

**Bảng 4: Tổn thương và cách xử lý**

Tổn thương trong mổ	Cách xử lý tổn thương
Hoại tử ống hậu môn, lộ cơ thắt, chảy máu đường nối máy	Lấy tổ chức niêm mạc hoại tử, lấy máu cục, khâu cầm máu từng điểm vicryl 3/0, đặt Surgicel
Máu chảy từ đường khâu máy vị trí 7h, 12h và từ chỗ khâu cầm máu lại ở 3h, 9h	Lấy hết máu cục. Khâu lại các điểm chảy máu 3h, 9h, 7h, 12h PDS 4/0; đặt dẫn lưu rửa liên tục
Không có máu phun thành tia, có máu cục ở vị trí đường nối máy 7h và 3h, kèm theo rỉ máu búi trĩ nội 5h, 7h	Lấy hết máu cục, khâu cầm máu điểm 3h, 7h ở đường khâu máy có máu cục và 5h, 7h búi trĩ nội vicryl 3/0; đặt dẫn lưu rửa liên tục
Chảy máu ở đường nối máy 3h và 11h	Lấy máu cục, khâu cầm máu 3h và 11h vicryl 3/0

Tất cả 4 bệnh nhân tổn thương chảy máu đều ở đường nối máy. Bệnh nhân số 3 không thấy chảy máu ở đường khâu nhưng có dấu hiệu máu cục ở 2 điểm 7h và 3h; đồng thời thấy chảy máu từ búi trĩ nội 5h và 7h. Cách xử lý tốt nhất là khâu lại các điểm còn đang chảy máu và các điểm nghi ngờ do có máu cục bằng chỉ tiêu kim tròn 3/0 hoặc 4/0. Bệnh nhân số 1 có hoại tử ống hậu môn kèm theo cả chảy máu đường khâu.

Ngoài động tác lấy hết máu cục, rửa trực tràng thật sạch bằng nước muối sinh lý ấm, nhìn kỹ điểm chảy máu, khâu cầm máu thì nên đặt hệ thống tưới rửa trực tràng liên tục (vừa để theo dõi, vừa chống nhiễm trùng tại chỗ). Hệ thống dẫn lưu nên đặt sonde nhựa to mềm và 2 sonde nhựa số 14 tưới rửa nhỏ giọt. Trong thời gian tưới rửa trực tràng, bệnh nhân nên cho nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong vòng 5 ngày.

Tất cả bệnh nhân không phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ. Trong trường hợp có kết hợp chảy máu nặng, thể trạng yếu có biểu hiện nhiễm trùng, tổn thương tại chỗ hoại tử rộng thì nên làm hậu môn nhân tạo toàn bộ bảo vệ ở đại tràng sigma.

**Bảng 5: Kết quả điều trị**

Thời gian nằm viện	Biến chứng sau mổ	Tình trạng ra viện
22 ngày	Bí đại phải đặt sonde	Ổn định
14 ngày	Bí đại phải đặt sonde	Ổn định
8 ngày	Không	Ổn định
5 ngày	Không	Ổn định

Thời gian nằm viện nhiều nhất là 22 ngày (bệnh nhân số 1) ít nhất là 5 ngày (bệnh nhân số 4). Như vậy phẫu thuật Longo khi có biến chứng chảy máu phải mổ lại thời gian nằm viện không phải ngắn. Sau mổ lại cả 4 bệnh nhân đều ổn định và ra viện.

### KẾT LUẬN

Mặc dù phẫu thuật Longo có nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân mau chóng trở lại làm việc bình thường... nhưng các phẫu thuật viên cũng cần chú ý tới những biến chứng tai biến có thể xảy ra trong và sau mổ để giải thích kỹ cho bệnh nhân và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật. Một trong những biến chứng là chảy máu sau

mổ với triệu chứng đi ngoài nhiều lần ra máu cục lẫn máu đỏ, truyền máu vẫn tiếp tục ỉa máu. Để tránh những biến chứng tốt nhất là phẫu thuật viên cần nắm vững chỉ định của phẫu thuật, sau đó là phải thực hiện đúng quy trình phẫu thuật đã được học tập và đào tạo.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.

2. Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Văn Giang, Lù Văn Châu, Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Quốc Sơn, Bùi Việt Lâm, Nguyễn Hồng Long, Nguyễn Minh Trọng, Nguyễn Thị Hà, Nguyễn Tiến Quyết. Phẫu thuật Longo điều trị trĩ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lai châu. Y học thực hành, 2009, 11 (687): 20- 23.

3. Jai Bikhchandani, P. N. Agarwal, Ravi Kant, V.K Malik. 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.

4. Longo Antonio. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal

prolapsed with circular suturing device: a new procedure. In Proceeding of 6<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery and 6<sup>th</sup> International Congress of European Association for Endoscopic Surgery (EAES), Rome, 1998, June 3-6: 777 – 784.

5. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000; 355: 8-10.

6. Pescatori M. Transanal stapled excision of rectal mucosa prolapse. Tech Coloproctol 1997; 1: 96-98.

7. Rippeti V, Caricato M, Arullani A.

Rectal perforation, retroperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsing hemorrhoids: Report of a case and subsequent considerations. Dis Colon Rectum 2002; 45: 268-270.

8. Shalaby R. and Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. British Journal of Surgery. 2001; 88: 1049-1053.

9. Wong LY, Jiang JK, Chang SC, Lin JK. Rectal perforation: A life threatening complication of stapled hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2003; 46: 116-117.