

# KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT LONGO TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH 2011 - 2012

PHAN ĐỨC TUYNH, NGUYỄN CÔNG HÓA,  
LÊ DANH THÀNH, NGUYỄN ĐỨC TRỌNG  
*Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình*  
NGUYỄN QUANG NGHĨA - *Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là sự sa giãn quá mức của các đám rối tĩnh mạch trĩ ở lớp dưới niêm mạc vùng hậu môn, tùy theo mức độ sa và biến chứng của nó mà gây ảnh hưởng ít hay nhiều đến đại tiện và sinh hoạt của người bệnh. Khi có sa trĩ ra ngoài ống hậu môn (từ độ 2 trở lên) là có chỉ định điều trị phẫu thuật.

Hơn 100 năm nay, có rất nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị trĩ ra đời: Whitehead, Milligan - Morgan, Toupet, Ferguson, khâu triệt mạch, Longo... [2], [3], nhằm đạt hiệu quả điều trị hết trĩ, ít đau, ít biến chứng, ít tái phát... Rất nhiều các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đã công bố đều nhằm đánh giá hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật trên, tuy nhiên tính ưu việt chưa tuyệt đối cho phương pháp phẫu thuật nào.

Kỹ thuật cắt khoan niêm mạc trực tràng, khâu nối máy qua ngả hậu môn để điều trị bệnh trĩ được Longo báo cáo lần đầu tiên năm 1998 tại hội nghị phẫu thuật nội soi quốc tế lần thứ 6 ở Rome [6]. Kỹ thuật nhanh chóng lan rộng bởi tính ưu việt là đau ít sau mổ, hầu hết các nghiên cứu đánh giá kỹ thuật này đều cho thấy thời gian nằm viện ngắn và sớm trở lại công việc [1], [4], [5], [7]. Tuy nhiên tại các bệnh viện tuyến tỉnh của Việt Nam, phẫu thuật Longo chưa phát triển mạnh do chi phí cho máy cắt nối còn quá cao so với khả năng chi trả của bệnh nhân.

Gần đây, kỹ thuật điều trị trĩ bằng máy cắt nối được khởi dậy và phát triển tại Thái Bình do sự hỗ trợ của bảo hiểm y tế. Vì vậy tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, kỹ thuật được nhiều phẫu thuật viên ứng dụng trong điều trị bệnh nhân trĩ. Nghiên cứu này nhằm ghi nhận hiệu quả ứng dụng phẫu thuật Longo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình với hai mục tiêu:

*Nhận xét một số đặc điểm chẩn đoán bệnh nhân trĩ ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật Longo 2011 - 2012.*

*Nhận xét kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật Longo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình và kết quả điều trị sớm bệnh trĩ bằng phương pháp này.*

## TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm những bệnh nhân trĩ đã được chỉ định điều trị bằng phương pháp Longo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ 01/2011 đến 10/2012.

### 2. Phương pháp.

**2.1. Nghiên cứu mô tả tiến cứu:** Bệnh nhân khi được chỉ định phẫu thuật theo phương pháp Longo,

được lấy số liệu theo protocol có sẵn.

### 2.2. Nội dung nghiên cứu

**2.2.1. Ghi nhận các đặc điểm chẩn đoán:** về tuổi, giới, tiền sử bệnh, đau hậu môn, ỉa máu, ỉa lòe khối, táo bón, các bệnh phối hợp, Đánh giá tổn thương trĩ, tổn thương khác: Nứt kẽ hậu môn, políp hậu môn, da thừa hậu môn.

**2.2.2. Các đặc điểm điều trị:** vô cảm, các kỹ thuật kết hợp, thời gian mổ, khó khăn, tai biến trong mổ theo từng bước của phẫu thuật Longo (*Trình Hồng Sơn nêu: Bước 1: Nong hậu môn; Bước 2: Đặt van hậu môn; Bước 3: Khâu vòng niêm mạc trên đường lược khoảng 2-3cm; Bước 4: Đặt và xiết máy PPH 03; Bước 5: Kiểm tra và bấm máy; Bước 6: Tháo máy, kiểm tra vòng cắt; Bước 7: Kiểm tra miệng nối, khâu tăng cường; Bước 8. Xử trí các tổn thương phối hợp*)

Điều trị sau mổ: kháng sinh, giảm đau, mức độ đau (Theo VAS), biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ; bí đái sau mổ, mổ lại, khám lại sau 1 tháng, đánh giá hiệu quả điều trị: Còn trĩ hay không; Liên sẹo mổ hay chưa; Cảm giác đại tiện thoải mái; Mất tự chủ hậu môn: theo tiêu chuẩn của Watts J.M (1964); Hẹp hậu môn.

### 2.3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chẩn đoán:

Về tuổi và giới. 28 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật Longo, nam 57%, nữ 43%, tuổi trung bình là 53, 3 (24 - 80). Theo Nguyễn Mạnh Nhâm và Nguyễn Xuân Hùng [3] tuổi trung bình là 45,2 và độ tuổi cao nhất 30- 60 gặp 68 %, R. Shalaby và A. Desoky thấy tuổi trung bình là 44,1 ± 3,2. H. Ortiz [9] thấy tuổi trung bình ở 27 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật Longo là 48,6.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	N	%
Tiền sử táo bón	10	35,5
Tiền sử tăng huyết áp	2	7,7
Đau, tức hậu môn	12	42,9
Ỉa máu	16	57,1
Khối sa khi đại tiện	28	100,0

Về mức độ tổn thương vùng hậu môn: Đối với phẫu thuật có chuẩn bị, soi trực tràng ống mềm trước mổ cho bệnh nhân được chúng tôi thực hiện một cách hệ thống, kết hợp với thăm khám lâm sàng chúng tôi có kết quả chẩn đoán tổn thương tại vùng hậu môn được trình bày ở bảng 2, bảng 3 dưới đây.

Bảng 2 cho thấy mức độ sa của búi trĩ ra ngoài, hầu hết bệnh nhân được chỉ định Longo có tổn thương độ 3 (71,4%), có 10,7% bệnh nhân trĩ được cắt longo là trĩ độ 4. Các tác giả như Ortiz và E. Zacharakis [7] trong nghiên cứu của mình nêu ra sự nghi ngờ đối với chỉ định cho trĩ độ 4 bởi tỷ lệ tái phát sau mổ cao hơn trĩ độ 2,3. Chúng tôi không cho rằng trĩ đã sa ở độ 4, các búi trĩ lớn, là không có chỉ định Longo vì phẫu thuật Longo không phải là “cắt trĩ”, nên việc tính toán sao cho vị trí đường ghim không quá gần và cũng không quá xa đường lược như vậy vừa không gây đau nhiều cho bệnh nhân do đụng chạm đến vùng pectel vừa kéo các búi trĩ vào trong ống hậu môn lên cao hơn.

Bảng 2. Độ trĩ nội

Độ	N	%
Độ 1	0	0,0
Độ 2	5	17,9
Độ 3	20	71,4
Độ 4	3	10,7
Tổng	28	100,0

Tổn thương bệnh lý tại vùng hậu môn hay gặp là trĩ, rò hậu môn, nứt kẽ hậu môn, polyp và da thừa... những bệnh nhân trĩ kết hợp với rò hậu môn chúng tôi không chỉ định phương pháp Longo. Những bệnh nhân trĩ có kèm các tổn thương khác như nứt kẽ hậu môn, polyp hay da thừa được chỉ định cắt trĩ longo và thêm các thủ thuật điều trị các tổn thương phối hợp này như cắt polyp, cắt da thừa, cắt vết nứt tạo hình niêm mạc hậu môn (Bảng 4).

Bảng 3. Tổn thương phối hợp ở vùng hậu môn.

Tổn thương	N	%
Nứt kẽ hậu môn	3	10,7
Da thừa hậu môn	7	25,0
Polip hậu môn	2	7,1
Trĩ đơn thuần	16	57,1

## 2. Điều trị phẫu thuật

Về kỹ thuật: Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi được phẫu thuật được ở tư thế sản khoa, có đệm một gối nhỏ cao mỏng, mỏng bệnh nhân thò ra ngoài mép bàn mổ, phụ mổ có thể đứng bên phải hay bên trái phẫu thuật viên. Phương pháp vô cảm được lựa chọn hàng đầu là tê tủy sống (26/28 bệnh nhân), có 2 bệnh nhân do gù vẹo không thể chọc tủy sống thành công thì được chuyển gây mê nội khí quản.

Bảng 4. Một số chỉ số trong mổ

Các chỉ số	Giá trị
Vô cảm: Tê tủy sống	26 bn
. Nội khí quản	02 bn
Kỹ Thuật: Thất bại	01 bn
. Cắt polyp hậu môn	02 bn
. Cắt da thừa hậu môn	07 bn
. Cắt vết nứt, tạo hình nm	03 bn
Thời gian mổ trung bình (phút)	24,66 ± 9,405 (10-50)

Kỹ thuật cắt trĩ longo (bảng 4, bảng 5) mới được thực hiện tại Thái Bình, do vậy cũng còn một số vấn đề khó khăn liên quan đến khả năng thao tác, sử

dụng máy. Chúng tôi ghi nhận 1 ca thất bại do phẫu thuật viên mới, siết máy nhẹ tay, do đó chỉ thực hiện được việc cắt khoanh niêm mạc trực tràng còn ghim thì hoàn toàn không được bắn, kết quả là chảy máu nhiều, phải thực hiện khâu cầm máu và khâu nối niêm mạc trực tràng bằng tay. Sau mổ bệnh nhân phải dùng giảm đau kéo dài, cảm giác ngứa rậm hậu môn. Về lỗi này thuộc về phẫu thuật viên chưa hiểu thì siết máy phải mạnh và dứt khoát, một số khó khăn trong thao tác kỹ thuật khác chúng tôi trình bày ở bảng 5 dưới đây; bao gồm:

Đặt ống nong vào hậu môn 5 bệnh nhân (17,9%) thường do kê tư thế bệnh nhân không tốt, hai ụ ngồi của bệnh nhân nhô ra ngoài nhiều, hoặc do bệnh nhân già không chỉnh được khớp háng nhiều do đó khó đặt ống nong và khó thao tác trong khi mổ.

Khâu vòng niêm mạc trực tràng khó khăn do tư thế bệnh nhân nằm ngửa khi khâu đến vị trí 11h đến 1h có đôi chút khó khăn, khắc phục tình trạng này bằng chỉnh bàn mổ cho đầu bệnh nhân thấp và chỉnh đèn mổ. Nguyên nhân gây khó khăn chủ yếu trong tầng này là do tụ máu dưới niêm do đường kim đi qua mạch máu; tụ máu dưới niêm mạc vừa làm thao tác mổ khó khăn vừa có nguy cơ chảy máu và nhiễm trùng sau mổ tăng cao; kinh nghiệm của chúng tôi thấy rằng thao tác khâu vòng cần nhanh gọn, dùng chỉ prolece 2/0, 3/0, nếu có biểu hiện tụ máu nhiều thì dùng khâu và ép gạc, sau đó khâu sau khi không còn chảy máu.

Tháo máy: chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào kẹt không tháo được máy, có 2 trường hợp ghi nhận tháo máy khó khăn ở thì kéo máy ra ngoài, thốt máy to hơn đường khâu, phẫu thuật viên nóng vội kéo máy do đó gây khó khăn và lúng túng trong thao tác, nhược điểm này về sau chúng tôi khắc phục bằng cách nghiêng nhẹ máy và từ từ lấy ra.

Bảng 5. Khó khăn về kỹ thuật trong mổ

Thao tác khó khăn	N	%
Nong và đặt ống nong hậu môn	5	17,9
Khâu vòng niêm mạc trực tràng	3	10,7
Siết máy	1	3,6
Tháo máy	2	7,1
Khâu tăng cường (cầm máu)	5	17,9

## 3. Kết quả điều trị

Về điều trị sau phẫu thuật: Bệnh nhân mổ trĩ, xưa nay những vấn đề cần quan tâm nhất ngay sau mổ đó là đau và nhiễm trùng. Chính do đó chúng tôi chuẩn bị bệnh nhân kỹ lưỡng, thật rửa đại tràng, kháng sinh dự phòng bằng cephalosporin thế hệ 3, sau mổ dùng thêm Klion đường uống kéo dài 10 ngày; dùng thuốc giảm đau chủ động paracetamol tĩnh mạch với liều 15mg/kg, ngày dùng 3 lần cách nhau 8 h, nếu bệnh nhân còn đau thì cho thêm voltarel viên đặt hậu môn. Về số thuốc giảm đau được dùng chúng tôi trình bày ở bảng 6 và hiệu quả chống đau sau mổ chúng tôi trình bày ở bảng 7

Bảng 6. Điều trị sau mổ

Điều trị	N	%
Kháng sinh cefoperazol	28	100,0
Kháng sinh Klion uống	28	100,0
Giảm đau Paracetamol tĩnh mạch	28	100,0
Giảm đau Voltarel viên đặt hậu môn	13	46,43

Về đau sau mổ: Arnaud dùng thang điểm đau đánh giá mức độ đau sau mổ (0 đến 10 điểm) thấy rằng ở ngày thứ 5 sau mổ, tỷ lệ bệnh nhân 0- 3 điểm chiếm 80,7 %, thời gian dùng giảm đau dưới 2 ngày có 59,3 % (83 bệnh nhân), 2- 7 ngày có 32,1 % (45 bệnh nhân) và trên 7 ngày có 8,6 % (12 bệnh nhân). Nghiên cứu của nhóm tác giả bệnh viện TWQĐ 108 các bệnh nhân đau sau mổ của phẫu thuật Longo và phẫu thuật Milligan- Morgan có dùng thuốc giảm đau đơn thuần và giảm đau gây nghiện thì tỷ lệ của hai nhóm có sự khác biệt rõ với độ tin cậy 99,9 %, theo tác giả trong khi nhóm Longo đau ở mức độ 1 và 2 chiếm 99,1 %, chỉ có 0,9 % đau mức độ 3 thì phẫu thuật Milligan- Morgan hầu hết đau ở mức độ 3 (95,5%).

Bảng 7. Diễn biến sau mổ

Diễn Biến	N	%
Đau sau mổ: Đau độ A	8	28,57
Đau độ B	20	71,43
Chảy máu sau mổ	1	3,6
Mổ lại	1	3,6
Bí đại sau mổ đến 24 h	5	17,9

Chảy máu sau mổ: chảy máu thường bắt nguồn từ động mạch trĩ nơi có các đường ghim, đôi khi gây mất máu nghiêm trọng buộc phải truyền máu hay mổ lại để cầm máu. có 1 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phải mổ lại để cầm máu, theo chúng tôi nguyên nhân gây chảy máu có thể do tụ máu dưới niêm mạc, sau đó khối tụ máu gia tăng và bung các đường khâu. Beattie trong nghiên cứu có 40 % bệnh nhân có chảy máu trong mổ tại các đường ghim phải khâu tăng cường, I. Kanellos (2006) có 104 bệnh nhân (86,6 %) khâu cầm máu bổ sung.

Kết quả sau 1 tháng: Tất cả 28 bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đều liên lạc và kiểm tra lại sau mổ 1 tháng kết quả cho thấy: chỉ có 1 bệnh nhân có cảm giác ngứa hậu môn, rậm hậu môn nhiều khi đại tiện (bệnh nhân khâu cầm máu nhiều bằng chỉ prolence), còn lại không có hẹp hậu môn, không có mất tự chủ hậu môn, hoàn toàn hết trĩ sa.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 28 bệnh nhân trĩ được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện đa khoa tỉnh

Thái Bình chúng tôi có kết luận sau:

- Phẫu thuật Longo được chỉ định trĩ độ 2; trĩ độ 3; độ 4, có thể phối hợp phẫu thuật điều trị các bệnh lý đi kèm như nứt kẽ hậu môn, da thừa và políp hậu môn

- Phẫu thuật Longo có thời gian mổ ngắn, có một số khó khăn trong thao tác cần chú ý là đặt ống nong hậu môn khó khăn 17,9%, khâu vòng niêm mạc khó khăn 10,7%, rút máy khó khăn 7,1%, tai biến do sử dụng máy không thành thạo 1 ca 3,6%. Chảy máu sau mổ phải mổ lại 1 ca (3,6%), 17,9% phải khâu tăng cường đường khâu máy trong mổ.

- Kết quả sau mổ: Đa số bệnh nhân đau ít. Sau phẫu thuật bệnh nhân hồi phục nhanh, không có bệnh nhân nào mất tự chủ hậu môn, không có hẹp hậu môn,.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Triệu Triệu Dương và cs (2006), "Kết quả điều trị bệnh trĩ độ III và độ IV bằng phẫu thuật Longo so sánh với phương pháp Milligan- Morgan tại bệnh viện TWQĐ 108". *Tạp chí Y dược học quân sự*, 2, tr. 87-92.

2. Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng (2004). "Quan niệm mới về điều trị trĩ". *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2, tr. 63- 68.

3. Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Xuân Hùng và cs (2003), "Điều tra bệnh trĩ ở miền bắc Việt Nam: Dịch tễ học và các biện pháp phòng bệnh- điều trị hiện nay" Đề tài báo cáo cấp cơ sở, nghiên cứu cấp bộ.

4. 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 12/2005*, tr 49- 54.

5. Arnaud J.P, Pessaux.P (2001), "Treatment of Hemorrhoids with Circular Stapler, a New Alternative to Conventional Methods: A Prospective Study of 140 Patients". *J Am Coll Surg* 2001; 193:161- 165.

6. Longo A (1998) *Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure*. In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery and 6th International Congress of European Association for Endoscopic Surgery (EAES), Rome, June 3-6, pp 777-84.

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