

PHẪU THUẬT MILIGAN-MORGAN, PHẪU THUẬT LONGO, PHẪU THUẬT TRIỆT MẠCH TRĨ CÓ SỬ DỤNG DOPPLER (THD) TRONG ĐIỀU TRỊ TRĨ: CHỈ ĐỊNH, KỸ THUẬT VÀ BIẾN CHỨNG

TRỊNH HỒNG SƠN,
BÙI TRUNG NGHĨA, NGUYỄN THÀNH KHIÊM

MỞ ĐẦU

Đối với trĩ độ III và IV nhất là kèm với chảy máu, tắc mạch thì phẫu thuật thường được đặt ra. Có nhiều phương pháp phẫu thuật từ cũ đến mới, ví dụ:

Phẫu thuật Milligan- Morgan (phẫu thuật cắt bỏ 3 búi trĩ chính có để lại cầu da và niêm mạc) là phương pháp được áp dụng phổ biến trên thế giới và Việt Nam trong những thập kỷ trước.

Phẫu thuật Longo là phương pháp cắt bỏ vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trên đường lược 3cm để kéo búi trĩ sa và thắt bỏ nguồn máu tới búi trĩ làm trĩ teo.

Phẫu thuật THD (Transanal haemorrhoidal dearterialisation) là phương pháp dùng Doppler để xác định mạch máu cấp máu cho búi trĩ, sau đó khâu triệt mạch trĩ.

Bài viết này nhằm điểm lại sơ lược chỉ định, kỹ thuật, những ưu nhược điểm của từng phương pháp nêu trên cũng như biến chứng có thể xảy ra giúp các phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp thích hợp điều trị trĩ.

GIỚI THIỆU VÀI NÉT SƠ LƯỢC VỀ KỸ THUẬT CỦA 3 PHƯƠNG PHÁP

1. Cắt trĩ bằng phương pháp Milligan-Morgan [1]

Phẫu thuật này được các tác giả Milligan, Morgan, Jones và Officer mô tả, thực hiện vào năm 1937 tại bệnh viện Saint Marks ở Anh. Vì thế phẫu thuật này còn có tên là phẫu thuật "Bệnh viện Saint Marks" hoặc "Kỹ thuật người Anh".

Phẫu thuật Milligan- Morgan lấy đi ba búi trĩ chính ở 3-5h, 7h và 11h. Phẫu tích bắt đầu từ da rìa hậu môn, lên trên và vào trong phía trong cơ thắt trong cho tới cuống mạch trĩ. Cuống này sẽ được thắt và cắt bỏ cùng búi trĩ. Vết thương không được đóng kín. Điều chỉnh cơ bản trong phẫu thuật này là để lại các cầu da và niêm mạc.

- **Chỉ định:** Trĩ độ III, độ IV có hoặc không chảy máu, có hoặc không có tắc mạch với các búi trĩ chính ở 3h, 7h và 11h.

- Các thì của kỹ thuật:

Thì 1: Chuẩn bị dụng cụ, nong hậu môn, kiểm tra lại tổn thương, niêm mạc trực tràng, bộc lộ các búi trĩ.

Thì 2 (đặt 3 pince) vào mỗi búi trĩ cần cắt

. Pince thứ nhất: kẹp vào da rìa hậu môn.

. Pince thứ hai: kẹp ở đường lược.

. Pince thứ ba: kẹp ở niêm mạc trực tràng, gốc của búi trĩ.

Sau đó tiêm Xylocain 1% có tráng ống Adrenaline vào tổ chức dưới da giữa pince thứ nhất và pince thứ hai.

Thì 3: dùng kéo cắt bỏ phần da của trĩ, lược kéo ở trong hậu môn được đặt sát vào vị trí pince thứ hai. Phẫu tích cắt một phần dây chằng Parks để lộ bó của cơ thắt trong.

Thì 4: khâu và thắt gốc của búi trĩ ở sát pince thứ ba.

Thì 5: cầm máu và kiểm tra các cầu da và niêm mạc. Sau đó có thể lấy các búi trĩ còn lại ở dưới cầu da và niêm mạc, hoặc làm ngắn lại cầu da và niêm mạc.

- Biến chứng sau mổ có thể gặp

Chảy máu: có thể ngay sau mổ, có thể chảy trong quá trình liền sẹo.

Hẹp hậu môn: thường là do không nong hậu môn sau mổ, để lại các cầu da và niêm mạc hẹp hoặc làm mất cầu da và niêm mạc. Để tránh hẹp hậu môn cần:

. Nong hậu môn 24h sau mổ nhẹ nhàng bằng một ngón trỏ (những ngày đầu là phẫu thuật viên nong, những ngày sau bệnh nhân tự nong). Qua theo dõi thực tế trên bệnh nhân chúng tôi phẫu thuật nếu bệnh nhân đại tiện đều đặn hàng ngày và phân thành khuôn thì không nhất thiết phải nong hậu môn nhất là ở bệnh nhân này có cầu da và niêm mạc rộng.

. Giải quyết vấn đề cầu da và niêm mạc đúng và chuẩn bằng cách:

Khi thắt gốc búi trĩ thì phải nhìn rõ và chỉ thắt gốc trĩ, không được buộc niêm mạc vùng lân cận.

Tôn trọng tam giác trình bày trong mổ trĩ.

Để lại cầu da và niêm mạc đủ rộng.

Tái phát: do phẫu thuật này còn để lại các cầu da và niêm mạc.

Thực ra không phải "tái phát trĩ" mà là bỏ sót trĩ ở vùng cầu da và niêm mạc. Vì vậy cần có chỉ định đúng: nếu trĩ vòng hậu môn độ III, độ IV nên làm phẫu thuật Toupet.

Nếu phẫu thuật viên không quen với phẫu thuật Toupet thì cần làm quen với động tác lấy bỏ búi trĩ dưới cầu da và niêm mạc trong phẫu thuật Milligan - Morgan.

Các biến chứng khác: đau kéo dài sau mổ, sốt, bí đại...

Lợi ích của phương pháp: hiệu quả lấy bỏ búi trĩ, tỷ lệ tái phát thấp, phẫu thuật viên quen dùng. Bất lợi: có thể có biến chứng: chảy máu, bí đại, nhiễm trùng tiết niệu, hẹp hậu môn, đòi hỏi nằm viện 2-5 ngày.

Những ưu điểm của phẫu thuật Longo hơn phẫu thuật Milligan Morgan cũng đã được minh chứng trong nhiều công trình trên thế giới như là thời gian phẫu thuật ngắn, bệnh nhân đau ít, thời gian nằm viện ngắn mau chóng trở lại với lao động, sinh hoạt bình thường.

2. Phẫu thuật Longo điều trị trĩ (Stapled Haemorrhoidal anopexy) [2]

Tháng 6/1998, Longo, tác giả người Ý, đã trình bày tổng kết một phương pháp phẫu thuật để điều trị trĩ (cho 144 bệnh nhân từ 1993- 1996), tại hội nghị phẫu thuật nội soi quốc tế lần thứ 6 ở Rome. Nội dung cơ bản của phương pháp này là cắt một vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 3cm, nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng sa trở về vị trí cũ đồng thời cắt phần mạch máu cung cấp cho búi trĩ.

- Chỉ định

Năm 2003, nhóm tác giả Corman và cộng sự một nghiên cứu đa trung tâm ở New York, Chicago, Floryda, Illinois, Weston, Burlington (Mỹ), Italy, Pháp, Thụy Điển, Anh, Đức, Thụy Sĩ, Singapore, Scotland và Austria đã nhóm họp và nhất trí đưa ra chỉ định, chống chỉ định của phương pháp điều trị trĩ bằng máy PPH03. Hội nghị thống nhất không dùng thuật ngữ "stapled haemorrhoidectomy" mà đặt tên cho kỹ thuật là "Stapled haemorrhoidopexy" vì: phẫu thuật này không phải là cắt trĩ, cũng không phải cắt bỏ niêm mạc hậu môn. Một số thành viên của Hội nghị đề nghị thuật ngữ "stapled haemorrhoidopexy" cùng nghĩa với "Kỹ thuật Longo".

Về chỉ định: trĩ độ 3, độ 4; trĩ kèm theo những bệnh vùng hậu môn khác cần phẫu thuật (ví dụ: nứt kẽ, da thừa, rò, u nhú, tắc mạch, sa niêm mạc trực tràng...); trĩ độ 2 nhưng có những búi sa có thể tự lên được; trĩ đã được điều trị bằng những phương pháp khác nhưng thất bại.

- **Chống chỉ định:** áp xe hậu môn, hoại thư, hẹp hậu môn, sa toàn bộ trực tràng.

Hội nghị cũng khuyến cáo khi tiến hành phẫu thuật Longo cần có các điều kiện sau:

. Phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, và nắm rõ giải phẫu vùng hậu môn.

. Biết chắc kỹ thuật sử dụng máy.

. Tham dự khoá học bằng hình ảnh.

- Tóm tắt các bước thực hiện kỹ thuật

Bước 1: Sau khi gây tê, mê nông hậu môn, đánh giá lại tình trạng búi trĩ, niêm mạc trực tràng, cơ thắt hậu môn...

Bước 2: Đặt van hậu môn (ống nông hậu môn)

Bước 3: Khâu vòng niêm mạc trên đường lược (chỉ Prolene 2/0) khoảng 3 cm bắt đầu vị trí 3h- 4h- 5h, 6h, 7h, 8h, 9h, 10h, 11h, 12h, 1h, 2h,

Bước 4: Đặt đầu máy trên vòng khâu, xiết chỉ, buộc túi, móc luồn chỉ, đóng máy từ từ đến giới hạn vạch quy định.

Bước 5: Kiểm tra thành sau âm đạo (nếu là nữ giới), bỏ chốt an toàn và bấm máy (cắt một lần, dứt khoát).

Bước 6: Sau bấm máy (cắt), để tại chỗ 1 phút, tháo máy, kiểm tra vòng cắt.

Bước 7: Kiểm tra miệng nối, nếu có chảy máu ở miệng nối thì khâu tăng cường bằng các mũi chỉ PDS hoặc Vicryl 3/0 hoặc 4/0.

Bước 8: Phẫu thuật phối hợp (có thể lấy da thừa, u nhú rìa hậu môn...)

- Một số biến chứng khi sử dụng kỹ thuật này đã được thông báo trong y văn

Các biến chứng đặc biệt:

. Năm 1997, Pescatori [3] thông báo 1 trường hợp rò trực tràng âm đạo sau phẫu thuật Longo.

. **Năm 2000, Molloy và Kingsmore[4] 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 [5].

. Năm 2002, Rippeti và cộng sự [6] thông báo 1 trường hợp **thủng trực tràng gây tràn khí phúc mạc và trung thất.**

. Năm 2003, Wong và cộng sự [7] 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 Pescorri về 1 trường hợp **tắc ruột cấp tính** vì đóng kín niêm mạc trực tràng[8].

Các biến chứng khác:

. **Đau kéo dài hoặc đau dữ dội** (severe anal pain)

Nhóm các tác giả tại bệnh viện St Mark, Vương Quốc Anh [9] nghiên cứu 22 bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp Longo được thực hiện bởi một phẫu thuật viên. Kết quả ở 16 bệnh nhân theo dõi trên 6 tháng, có 5 bệnh nhân xuất hiện đau và són phân kéo dài trên 15 tháng sau mổ. Các bệnh nhân được tiến hành siêu âm qua hậu môn, đo áp lực hậu môn và thăm khám hậu môn dưới gây tê (cả 5 bệnh nhân này đều được khám một cách độc lập bởi 2 phẫu thuật viên có kinh nghiệm). Trong đó, một bệnh nhân có polyp xơ hóa ở da rìa hậu môn, còn các bệnh nhân khác thì bình thường. 4/5 bệnh nhân đó có vòng cơ thắt chặt khi thăm hậu môn – trực tràng so với 1/11 bệnh nhân còn lại. Nhóm các tác giả này kết luận: đau dai dẳng và són phân có thể gặp ở một số bệnh nhân. Cơ chế hiện chưa được biết rõ.

. **Chảy máu, chảy máu trực tràng dữ dội** (massive rectal bleeding)

Nhóm các tác giả ở Tiệp Khắc nghiên cứu hồi cứu trong hai năm, từ 1/12/ 2000 đến 30/11/2002, trên 52 bệnh nhân điều trị trĩ bằng phương pháp Longo. Trong đó, 11 bệnh nhân có biến chứng ngoại khoa. Các bệnh nhân này được theo dõi trong 3 tuần và 3 tháng sau mổ. Biến chứng nặng nhất là chảy máu dữ dội sau phẫu thuật, gặp ở 4 bệnh nhân (7.6%). Ngoài ra, còn gặp biến chứng hẹp hậu môn, nhiễm trùng tại chỗ, rò và bí đại.

. Tổn thương cơ thắt (sphincter damages)

Nhóm tác giả Singapore nghiên cứu 58 bệnh nhân trĩ được điều trị, chia thành hai nhóm có nông (banh) hậu môn khi mổ và nhóm không nông hậu môn đưa ra nhận xét nhóm có nông hậu môn làm tăng nguy cơ chấn thương cơ thắt trong khi đó, các chỉ số về đau, chất lượng cuộc sống và thời gian nghỉ việc không

cho thấy sự khác biệt. Tuy nhiên, nhóm sử dụng nong hậu môn thì tổn thương cơ thắt trong tổn tại ít nhất 14 tuần (được tìm thấy ở 4 bệnh nhân sau nong), trong khi không có bệnh nhân nào ở nhóm không nong. Tuy nhiên cả 4 bệnh nhân này không biểu hiện hiện triệu chứng và không thay đổi về chỉ số ỉa không tự chủ và áp lực hậu môn.

. **Hẹp hậu môn (anal stenosis), hẹp trực tràng (rectal stenosis).**

Nhóm tác giả Đức nghiên cứu hồi cứu 219 trường hợp được tiến hành phẫu thuật Longo (12/98 – 8/03). Thời gian theo dõi trung bình là 281 ngày. Kết quả: hẹp trực tràng 9 bệnh nhân (3.1%), 8 trong số này được phát hiện trong 100 ngày sau phẫu thuật, trung bình là 95 ngày. Chỉ 1 trường hợp hẹp trực tràng phát hiện muộn 1 năm sau mổ. 8 trường hợp không có triệu chứng, trường hợp còn lại đi ỉa khó kéo dài và phải phẫu thuật tạo hình chỗ hẹp qua đường hậu môn bằng dao điện. Các phân tích thống kê chỉ ra rằng những bệnh nhân tái phát có nguy cơ hẹp hậu môn cao. Đau dữ dội sau mổ cũng là yếu tố có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với hẹp hậu môn.

. **Són phân, ỉa không tự chủ (gas, flatus and faecal incontinence)**

Nhóm các tác giả ý nghiên cứu 232 bệnh nhân được mổ lần đầu theo phương pháp Longo và 65 bệnh nhân được mổ lại sau phẫu thuật Longo hoặc do biến chứng hoặc do không hiệu quả tại một trung tâm. (35 nam: 30 nữ) với độ tuổi trung bình là 50 tuổi, thấp nhất 29, cao nhất 81 tuổi). Sau phẫu thuật can thiệp lại, 61 / 65 bệnh nhân được soi hậu môn, trực tràng với thời gian theo dõi trung bình là 5.5 tháng. Kết quả: Tỷ lệ mổ lại sau PT Longo là 11%. Chỉ định chính của can thiệp là đau nhiều và kéo dài sau mổ (29/65 bệnh nhân, 45%); chảy máu dữ dội sau mổ (20/65 bệnh nhân, 31%), nút kẽ hậu môn (16/65 bệnh nhân, 21%), sa búi trĩ (12/65 bệnh nhân, 18%), polyp hậu môn (11 bệnh nhân, 16%), ỉa không tự chủ (7/65 bệnh nhân, 11%). Phẫu thuật cắt bỏ búi trĩ, lấy vết loét và tạo hình cơ thắt là phẫu thuật thường được tiến hành (41 bệnh nhân). Soi hậu môn – trực tràng sau can thiệp lại, phần lớn trường hợp không thấy tái phát (52 bệnh nhân – 80%). Như vậy, đau và chảy máu, chủ yếu là do còn búi trĩ. Nút kẽ hậu môn gây nguy cơ can thiệp lại sau phẫu thuật Longo. Phẫu thuật lại có tỷ lệ chảy máu và nhiễm khuẩn cao nhưng có hiệu quả trong điều trị triệu chứng trong đa số trường hợp.

. **Tăng trương lực cơ thắt (sphincter hypertonicity).**

Nhóm các tác giả Anh nghiên cứu 77 trường hợp phẫu thuật Longo, theo dõi vào các thời điểm 6, 12, 24, 48 tuần sau mổ, có kiểm tra bằng siêu âm qua hậu môn, độ nhạy cảm và đo áp lực hậu môn. Kết quả cho thấy 3 bệnh nhân xuất hiện đau khi đi ngoài ảnh hưởng tới cuộc sống, tăng trương lực hậu môn qua thăm khám và đo áp lực hậu môn. Nhóm tác giả này kết luận, đau sau mổ là một biến chứng đặc biệt

hay gặp ở các bệnh nhân nam, lớn tuổi. Các tác giả này cũng nhận thấy rằng triệu chứng này có thể thuyên giảm khi sử dụng Nifedipine đường uống.

. **Nút kẽ hậu môn (anal fissure), trĩ tái phát (recurrent haemorrhoids).**

Nghiên cứu đa trung tâm tại Pháp (3/99 – 4/03) 550 bệnh nhân được tiến hành PT Longo ở 12 trung tâm trong vùng Rhône - Alpes. Biến chứng sớm là những biến chứng xuất hiện trong vòng 7 ngày. 105 bệnh nhân có biến chứng (19%). Tuổi trung bình 51. Biến chứng sớm bao gồm: 1,8% chảy máu, đau hậu môn dữ dội 2,35%, bí đái 0,9%, nhiễm trùng 0,5%. Biến chứng muộn gồm đau hậu môn kéo dài 1,6%, bục chỗ khâu 1,6%, hẹp hậu môn 1.6%, nút kẽ hậu môn 0,9%, tắc mạch trĩ ngoại 0,9%, áp xe và rò 0,9%, ỉa không tự chủ 0,3%. Triệu chứng trĩ vẫn còn hoặc tái phát 3,2%. Hẹp hậu môn được điều trị bằng nong, trĩ ngoại tắc mạch được phẫu thuật cắt lại, rò được mổ ngỏ, nút kẽ được điều trị bằng cắt cơ thắt. Hầu hết các trường hợp tái phát được điều trị bằng phương pháp Milligan Morgan.

. **Bí tiểu (urinary retention)**

Nhóm các tác giả Pháp tại CHU Angers cũng nghiên cứu để đánh giá các biến chứng của phẫu thuật Longo, theo dõi trong 18 tháng. Nhóm nghiên cứu gồm 140 bệnh nhân (57 nam, 83 nữ), tuổi trung bình 43.8. Trĩ độ II: 3 ca, độ III: 197; độ IV 40 ca. Kết quả: thời gian mổ trung bình 18 phút, nằm viện 36h, không gặp biến chứng trong mổ, tử vong 0, sau mổ: 11 bệnh nhân: 5 trường hợp chảy máu, 2 trường hợp tụ máu dưới niêm mạc, trong đó 1 trường hợp nhiễm trùng phải mổ mở trực tràng sau 21h, 2 trường hợp bí đái và 2 bệnh nhân trĩ ngoại tắc mạch. Chảy máu xuất hiện 12h sau phẫu thuật, trừ 1 trường hợp xuất hiện chảy máu ở ngày 16 do thiếu vitamin K. Sau 18 tháng, 5 bệnh nhân hẹp nhẹ hậu môn không triệu chứng, 2 bệnh nhân phản nản về cột da thừa, ko có rối loạn chức năng đại tiện hay ỉa không tự chủ. Với thời gian theo dõi 40 tháng, 90% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Ngoài các biến chứng nêu trên, còn một số biến chứng được ghi nhận trong y văn.

. **Biến chứng tắc mạch (thrombosis)**

. **Nhiễm trùng:** Nhiễm trùng khứ trú (local infection) viêm phúc mạc, áp xe dưới niêm mạc (submucosal abscess), áp xe trong thành (intramural abscess)

. **Tụ máu thành, cạnh tầng sinh môn (perineal intramural hematoma)**

. **Hội chứng vách niêm mạc (mucosal septum)**

. **Bục chỗ khâu, bục miệng nối (suture dehiscence)**

Nhóm tác giả ý [14] ở bệnh viện Rome American tập hợp 1107 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp Longo tại 12 trung tâm phẫu thuật đại trực tràng tại ý và ghi nhận được 164 trường hợp (15%) có biến chứng. Các biến chứng sớm ngay từ tuần đầu bao gồm: đau nhiều (5%), chảy máu (4,2%), tắc mạch

(2,3%), bí đái (1,5%), miệng nối không liền (0,5%), nút kẽ hậu môn (0,2%), tụ máu liên cơ thắt cạnh hậu môn (0,1%), áp xe dưới niêm mạc (0,1%).

Chảy máu cần can thiệp ngoại khoa chiếm 24% bằng cách dùng bóng sonde Foley để ép (15%), phong bế bằng epinephrine (2%). 53% trường hợp không cần can thiệp gì và 6% cần phải truyền máu. Một bệnh nhân bực miệng nối phải tiến hành dẫn lưu tiểu khung và làm hậu môn nhân tạo.

Những biến chứng thường gặp sau một tuần: trĩ tái phát (2,3%), đau nhiều (1,7%), hẹp hậu môn (0,8%), nút kẽ (0,6%), chảy máu (0,5%), da thừa (0,5%), tắc mạch (0,4%), phì đại niêm mạc (u nhú) (0,3%), són phân (0,2%), có vấn đề tại chỗ nối (do máy – cộm, khó chịu) (0,2%), ỉa không tự chủ (0,2%), áp xe liên cơ thắt, bực một phần miệng nối, vách ngăn niêm mạc và lồng ruột (each <1%).

Trĩ tái phát được điều trị bằng cách thắt (40%) và bằng phương pháp Milligan – Morgan (32%). Búi trĩ tắc mạch được rạch, lấy bỏ. Hẹp hậu môn: nong hậu môn (55%) và tạo hình hậu môn (45%). Nút kẽ hậu môn điều trị bằng nong (57%). Hầu hết các biến chứng (65%) xảy ra ở các phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm mổ trên 25 ca theo phương pháp Longo. Biến chứng thường gặp nhất trong 25 ca đầu của phẫu thuật viên là chảy máu (48%).

Mặc dù phương pháp Longo có nhiều hứa hẹn, nhưng chúng tôi thấy cần phải tiến hành ngẫu nhiên đa trung tâm với thời gian theo dõi lâu dài để so sánh với các phương pháp khác để đưa ra khuyến cáo chính xác. Hầu hết các biến chứng gặp phải như trên đây có thể tránh được bằng cách tôn trọng giải phẫu của thành trực tràng khi tiến hành phẫu thuật.

3. Phương pháp triệt mạch trĩ có sử dụng Doppler

Phương pháp triệt mạch trĩ có sử dụng Doppler được gọi tắt tên tiếng Anh lúc đầu là DG-HAL (Doppler Guided Haemorrhoid Artery Ligation); về sau do cải biên về phương tiện, dụng cụ, phương pháp này được gọi là THD (Transanal haemorrhoidal dearterialisation).

Năm 1995, một phẫu thuật viên người Nhật tên là Kazumasa Morinaga đã đưa ra một phương pháp mới điều trị trĩ. Tác giả đã xác định động mạch trĩ bằng kỹ thuật siêu âm Doppler. Tác giả đã thiết kế một dụng cụ đặc biệt chứa một ống dẫn để làm Doppler và cửa sổ cho phép phẫu thuật xác định và thắt động mạch trĩ bằng cách khâu một mũi xung quanh chúng. Đây là một kỹ thuật đơn giản, kỹ thuật giải quyết được hầu hết các triệu chứng của bệnh trĩ như sa trĩ và chảy máu.

Từ năm 2001, DG-HAL bắt đầu được sử dụng tại Đức. Nghiên cứu kết quả sớm trên 248 bệnh nhân điều trị bằng DG – HAL cho thấy: 171 (69%) bệnh nhân không cần giảm đau, 147 bệnh nhân không cần can thiệp thêm được khám lại 6 tuần sau mổ, 61,2% không có triệu chứng. Tỷ lệ biến chứng là rất thấp. Nhóm các tác giả này kết luận DG-HAL là một phương pháp tương đối hiệu quả để điều trị trĩ với ít

biến chứng để điều trị trĩ ngoại trú. Chỉ định lý tưởng của phương pháp này là cho trĩ không sa.

- Giới thiệu phương tiện dụng cụ của phương pháp

Để thực hiện phẫu thuật này cần có các dụng cụ sau đây:

. Máy THD (**THD evolution**) là một thiết bị điện tử bao gồm một đầu dò Doppler kỹ thuật số, độ nhạy cao và một nguồn sáng. Đầu dò Doppler được thiết kế chuyên dụng để định vị rõ nhánh tận của động mạch.

. Sợi cáp Doppler nối đầu dò với máy THD để định vị các nhánh động mạch cần khâu. Còn sợi cáp quang nối đèn soi với nguồn sáng của máy THD để chiếu sáng trường mổ.

. Bộ dụng cụ THD (**THD Kit**) bao gồm: một là 01 thiết bị THD (**THD device**) được thiết kế để dễ dàng cho vào ống hậu môn và có hình dạng hoàn hảo để dính sát vào thành trực tràng đồng thời có rãnh để luôn đầu dò Doppler vào. Hai là que đẩy chỉ (**Knot pusher**) là một thiết bị hỗ trợ luôn vào ống hậu môn nhằm thuận lợi cho động tác buộc chỉ. Ba là 01 kim kẹp kim (**needle holder**) được thiết kế phù hợp với thiết bị THD và có móc xác định vị trí kẹp kim. Bốn là 01 một sợi chỉ tiêu (**set of absorbable sutures**) 2/0 dài 70 cm, tự tiêu với kim tròn đường kính 26,7mm vòng 5/8 hợp lý để có thể khâu tự do trong dụng cụ THD.

. Một ống soi hậu môn trực tràng (**THD Surgy**) để thăm khám hậu môn trực tràng đồng thời sử dụng để khâu treo niêm mạc trực tràng.

. Một miếng gạc cầm máu (**THD Spon-Anal**)

- Kỹ thuật

Bước 1: Chuẩn bị dụng cụ bao gồm lắp đầu dò, cáp quang vào bộ máy phát, lắp đầu dò và nguồn sáng vào dụng cụ THD, kiểm tra dụng cụ khâu và khâu thử trong dụng cụ THD.

Bước 2: Dùng dụng cụ soi hậu môn đánh giá tổn thương trước mổ.

Bước 3: Đưa dụng cụ THD bao gồm cả nguồn sáng và đầu dò vào ống hậu môn trực tràng và dùng đầu dò xác định gốc các mạch trĩ, thường là 6 nhánh tận của động mạch trực tràng trên ở các vị trí 1h, 3h, 5h, 7h, 9h, 11h

Bước 4: Khâu thắt các gốc mạch trĩ đã được xác định bằng Doppler (thường trên đường lược 3cm) bằng sợi chỉ tiêu 2/0 với trong dụng cụ THD. Lưu ý không cắt sợi chỉ vừa khâu (thường chỉ thắt các gốc động mạch tương ứng với búi trĩ mà không thắt cả 6 động mạch).

Bước 5: Tháo dụng cụ THD ra ngoài và thay bằng ống soi hậu môn trực tràng, nhờ dụng cụ này khâu tiếp 3-5 mũi niêm mạc trực tràng từ gốc của động mạch tới đáy của búi trĩ sa và đảm bảo mũi khâu cuối cùng vẫn ở trên đường lược. Sau khi khâu sợi chỉ được buộc với đầu chỉ đã khâu ở gốc búi trĩ để kéo búi trĩ lên.

Như vậy thủ thuật vừa thắt được nguồn động mạch cấp máu cho búi trĩ và vừa kéo được búi trĩ sa

lên, niêm mạc và các lớp sâu hơn của trực tràng sau đó sẽ dính vào nhau và xơ hoá

- Ưu điểm của phương pháp THD so với các phương pháp khác

. So sánh THD với cắt trĩ Milligan – Morgan

Về mặt kỹ thuật, THD không phải phẫu thuật cắt bỏ, không đau hoặc đau ít trong thời gian ngắn dưới 48h trong khi Milligan - Morgan gây đau nhiều, kéo dài có khi tới 3 tuần. Về biến chứng: phương pháp THD không có biến chứng nặng trong khi đó, phẫu thuật Milligan – Morgan có thể gây biến chứng chảy máu, ỉa không tự chủ, hẹp hậu môn Bệnh nhân sau điều trị bằng phương pháp THD có thể được gây tê tùy sống, gây tê vùng hoặc không gây tê, không phải nằm viện trong khi Milligan Morgan có thể phải gây mê hoặc gây tê tùy sống và phải nhập viện. Thời gian trở lại công việc sau phẫu thuật Milligan – Morgan là khoảng 15 ngày còn THD là dưới 48h.

Nhóm các tác giả Hungary đã công bố năm 2003 báo cáo so sánh kết quả gần và xa của 2 phương pháp Milligan - Morgan và THD. 2 nhóm nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ (nhóm A) và phẫu thuật thắt mạch búi trĩ dưới hướng dẫn của Doppler (nhóm B) theo dõi từ 7 – 15 tháng. Lượng giảm đau trung bình của nhóm A > B. Thời gian nằm viện của nhóm A (62.9 giờ) > B (19.8h). Thời gian phục hồi của nhóm A (24.9 ngày) > nhóm B (3 ngày). Nhóm tác giả này kết luận cả hai phương pháp đều điều trị trĩ có hiệu quả nhưng phương pháp THD ít xâm lấn và giảm thời gian nằm viện và phục hồi.

. So sánh THD với phẫu thuật Longo (PPH)

Nhóm các tác giả Anh P Nastro và cộng sự nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không ngẫu nhiên trên 52 bệnh nhân bị trĩ độ 2 và 3 từ tháng 9/2004 đến tháng 12/2005, các bệnh nhân này được chia làm 2 nhóm và được điều trị bằng PT Longo và phương pháp THD, bệnh nhân sau mổ được theo dõi sau đó 2 và 8 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm đau sau mổ trung bình trong ngày đầu tiên của những bệnh nhân được điều trị bằng THD là 1 và 2.5 đối với những bệnh nhân được điều trị bằng PPH. Tỷ lệ hồi phục để có thể trở lại làm việc và hoạt động bình thường sau 4 ngày của bệnh nhân được điều trị bằng THD là 25/28, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm còn lại là 12/24 (50%), nhóm được điều trị bằng PPD có 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu và 1 hẹp hậu môn trong khi đó nhóm điều trị bằng THD chỉ có 2 trường hợp có biến chứng về kỹ thuật, 2 tỷ lệ này khác nhau có ý nghĩa. Nhóm các tác giả này kết luận: cả THD và PPH đều an toàn và hiệu quả đối với trĩ độ 2 và độ 3 và đau rất ít sau mổ, bệnh nhân được điều trị bằng THD trở lại làm việc nhanh hơn và ít biến chứng hơn. Tuy nhiên các tác giả cũng đề nghị cần có các nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên với thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá chính xác hơn về vai trò của những kỹ thuật mới này trong điều trị trĩ trĩu chứng.

KẾT LUẬN

Năm vững 3 kỹ thuật trên và các biến chứng có thể xảy ra là điều cần thiết cho các phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá. Việc quyết định sử dụng một trong ba phương pháp trên phụ thuộc vào kinh nghiệm, thói quen, sự học hỏi và từng hoàn cảnh cụ thể. Nếu như phương pháp triệt mạch trĩ cần phải có phương tiện dụng cụ Doppler để xác định chuẩn gốc mạch cấp máu cho trĩ để khâu mới có hiệu quả thì phẫu thuật Longo cần phải có máy PPH 03 tương đối đắt tiền nhưng làm cho bệnh nhân không đau sau mổ đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân so với phương pháp Milligan-Morgan. Phương pháp Longo hiện nay có nhiều ưu điểm như ít tái phát, bệnh nhân ít đau và nhanh chóng hồi phục. Tuy nhiên phương pháp này còn có biến chứng: một số trường hợp còn đau dữ dội và dai dẳng sau mổ, chảy máu, nhiễm trùng, thủng trực tràng, bí tiểu, đại tiện không tự chủ, hẹp hậu môn..., đòi hỏi phải gây mê, nằm viện và thời gian bình phục hoàn toàn còn tương đối dài (8-17 ngày). Với phương pháp THD bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú, những can thiệp của phương pháp ít xâm lấn, sinh lý; không phải cắt bỏ, ít đau, không cần gây mê, không cần chăm sóc sau mổ, hồi phục ngay lập tức, không chảy máu, không có sẹo trong khi hiệu quả điều trị cũng rất tốt. Phương pháp này còn dễ áp dụng, không phải chuẩn bị ruột. Phương pháp này có một bất lợi duy nhất là đòi hỏi phẫu thuật viên phải rất tinh tế về kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh
Trĩ và phẫu thuật Milligan – Morgan
Y học thực hành; 2005, 1 (407): 3 - 5
2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Minh Trọng, Phạm Kim Bình
Nhận xét bước đầu kết quả phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ. Y học thực hành; 2005, 12 (532): 49 - 53
3. Pescatori M. Transanal stapled excision of rectal mucosa prolapse. Tech Coloproctol 1997; 1: 96-98
4. Molloy RG, Kingsmore D.
Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. Lancet 2000; 355: 8-10
5. Shalaby R. and Desoky A.
Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. British Journal of Surgery. 2001; 88: 1049-1053
6. 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
7. Wong LY, Jiang JK, Chang SC, Lin JK.
Rectal perforation: A life threatening complication of stapled hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2003; 46: 116-117
8. 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