

ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP LONGO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÒA BÌNH

NGUYỄN HOÀNG ĐIỀU, TRỊNH HỒNG SƠN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ 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 loại bỏ nguồn máu tới cho các búi trĩ. Phẫu thuật này được một phẫu thuật viên người Italia tên là Antonio Longo đưa ra ý tưởng và thực hiện lần đầu tiên vào năm 1993 nhưng đến năm 1995 kết quả mới được công bố [5], [8].

Hiện nay ở Việt Nam phẫu thuật Longo được hầu hết các bệnh viện tuyến Trung ương áp dụng và đánh giá là an toàn, hiệu quả, đặc biệt ít đau sau mổ và nhanh chóng đưa bệnh nhân trở về sinh hoạt bình thường [1], [2].

Hòa Bình là một tỉnh miền núi phía Bắc gồm nhiều dân tộc cùng sinh sống, việc áp dụng kỹ thuật mới, hiện đại gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ do nhiều lý do khác nhau (giá thành của máy còn cao so với thu nhập chung của người dân miền núi, sử dụng 1 lần, chưa được thanh toán bảo hiểm y tế). Nhưng từ tháng 4 năm 2009 phẫu thuật này đã được sử dụng để điều trị bệnh trĩ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình.

Mục đích nghiên cứu này đánh giá kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình.

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu.

27 bệnh nhân (BN) có trĩ nội- ngoại độ 3 hoặc 4 được mổ phiến hay cấp cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình trong thời gian từ 21/4/2009 đến 22/12/2011.

Bộ dụng cụ phẫu thuật làm máy PPH 03 do hãng Johnson & Johnson của Mỹ sản xuất bao gồm: máy nối, ống nong hậu môn, ống soi hậu môn nửa vòng, móc luôn chì) được thực hiện bởi nhóm phẫu thuật viên đã được đào tạo.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả tiến cứu.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Tuổi, giới, dân tộc...
- Mổ cấp cứu và mổ phiến.
- Phẫu thuật Longo tiến hành theo 8 bước [1], [2].
- Ghi nhận thời gian phẫu thuật: tính từ khi đặt ống nong hậu môn đến khi kết thúc cuộc mổ (tính bằng phút).

- Khâu tăng cường và xử lý phối hợp: sau bấm máy kiểm tra nếu có các điểm chảy máu ở vị trí nối máy thì khâu tăng cường bằng các mũi chỉ vicryl 3.0 rời đồng thời lấy bỏ da thừa, cắt vết nứt hậu môn, khâu treo các búi trĩ nếu các búi trĩ quá to...

- Nhận xét đại thể, vi thể theo Protocol Sơn- Bình: vòng niêm mạc lấy ra từ máy PPH 03 sau phẫu thuật dàn đều trên toàn phẫu thuật, nhận xét đại thể (chiều dài, rộng nhất, hẹp nhất, chiều ngang trung bình, vòng niêm mạc lấy ra được coi là đều khi số đo nơi hẹp nhất và rộng nhất của chiều ngang chênh nhau không quá 0,5 cm), vi thể (nhận xét biểu mô phía trên và biểu mô phía dưới).

- Chảy máu sau mổ: trong vòng 12 giờ hay 24-48 giờ và các ngày sau, ghi nhận phương pháp xử lý

- Đau sau mổ: dựa theo 5 mức độ đau sau mổ của J.E Goligher: không đau (độ A), đau nhẹ (độ B), đau vừa (độ C), đau nhiều (độ D) và đau dữ dội (độ E).

- Rối loạn tiểu tiện sau mổ: bí đái phải thông tiểu hay tiểu bình thường.

- Thời gian trở lại công việc: là thời gian sau khi bệnh nhân ra viện có thể tự làm được các công việc thường ngày.

- Đánh giá kết quả xa sau mổ: cách cho điểm của Trịnh Hồng Sơn (THS) là BN tự đánh giá và cho điểm khi so sánh giữa triệu chứng cơ năng (đau, chảy máu, sa trĩ...) trước và sau mổ theo thang điểm từ 1 đến 10 (thang điểm THS).. Trước khi BN tự đánh giá, nói rõ cho BN bảng điểm 10. BN tự cho điểm: cho điểm 10 khi tự bệnh nhân thấy không có bất cứ phần nào gì về bệnh so với trước khi mổ, BN thấy thoải mái và dễ chịu, khi đại tiện... Điểm 5 là trung bình, các triệu chứng không cải thiện hơn so với trước mổ. Điểm dưới 5 khi các triệu chứng không được cải thiện, tồi hơn, xấu hơn trước mổ

KẾT QUẢ

Bảng 1: Tuổi và giới

Độ tuổi	Giới	
	Nam	Nữ
< 30 tuổi	2 (7,4 %)	2 (7,4 %)
30 – 50 tuổi	8 (29,6 %)	6 (22,2 %)
>50 tuổi	4 (14,8 %)	5 (18,5 %)
Tổng	14 (51,9 %)	13 (48,1%)

Bảng 2: Dân tộc

Dân tộc	n	%
Kinh	24	88,9
Mường, Thái	3	11,1
Tổng	27	100

Bảng 3: Phân loại trĩ.

Phân loại trĩ	n	%
Trĩ ngoại	22	81,5
Trĩ nội	2	7,4
Trĩ hỗn hợp	22	81,5
Trĩ tắc mạch	3	11,1

Bảng 4: Thời gian mổ.

Thời gian mổ	n	%
< 30 phút	10	37,0
30 – 45 phút	6	22,2
> 45 phút	14	40,8
Tổng	27	100

Bảng 5: Khâu tăng cường và xử lý phối hợp.

Khâu tăng cường và xử lý phối hợp	n	%
Khâu 2 mũi	6	22,2
Khâu 3 mũi	7	25,9
Khâu 4 mũi	11	40,7
Lấy da thừa	1	3,7
Lấy nút kê, tạo hình hậu môn kèm theo	3	11,1
Khâu treo	19	70,4

Bảng 6. Đại thể vòng cắt theo chiều ngang trung bình.

Chiều ngang trung bình (cm)	n	%
1,5	1	3,7
02	14	51,9
2,5	10	37,03
03	02	7,37

Bảng 7. Biểu mô phía trên và phía dưới mảnh cắt (n=21)

Vi thể	Biểu mô phía trên	Biểu mô phía dưới
Biểu mô trụ	21	21
Biểu mô lát tầng	0	06
n	21	21

Bảng 8. Kết quả gần.

Kết quả gần	n	%
Ngày nằm viện trung bình (4±2 ngày)	27	100
Đau vừa sau mổ	6	22,2
Bí đại	1	3,7
Chảy máu sau mổ	0	0

Bảng 9. Thời gian trở lại công việc và điểm tự đánh giá của bệnh nhân.

Thời gian trở lại công việc	n	%	
< 7 ngày	0	0	
7- 14 ngày	27	100	
> 14 ngày	0	0	
Bệnh nhân tự đánh giá điểm	10 điểm	19	70,4
	9 điểm	5	18,5
	8 điểm	3	11,1
	≤7 điểm	0	0

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung.

27 BN được mổ trĩ theo phương pháp Longo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình trong thời gian từ 21/4/2009 đến 22/12/2011 cho biết:

tuổi trung bình là 40,5 ± 12,1; tuổi thấp nhất là 23 tuổi và tuổi cao nhất là 69 tuổi. Với tỷ lệ nam là 51,9% và nữ là 48,1% (bảng 1). Có 3 người là đồng bào dân tộc Mường, Thái (chiếm 11,1%) được khám và điều trị theo phương pháp Longo (bảng 2). Phẫu thuật Longo là một kỹ thuật mới, thường được áp dụng ở các nước tiên tiến còn tại Việt Nam chủ yếu là các bệnh viện

tuyến Trung ương, so với các phẫu thuật kinh điển trong điều trị trĩ như Milligan – Morgan, Toupet, Ferfusion...phẫu thuật Longo được đánh giá là ít đau sau mổ, thời gian nằm viện và trở lại công việc sớm hơn. Để triển khai kỹ thuật này chúng tôi đều giải thích kỹ trước mổ cho BN và người nhà về giá thành của máy, máy sử dụng 1 lần và chưa được thanh toán bảo hiểm y tế. Khi BN và người nhà có điều kiện về kinh tế đồng ý chúng tôi mới thực hiện nên số lượng BN của chúng tôi chưa nhiều.

2. Phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ.

Gây tê tùy sống được áp dụng cho toàn bộ các BN. Thời gian phẫu thuật < 30 phút chiếm tỷ lệ 33,3%, có 14 mổ > 45 phút (nhiều nhất là 50 phút) thời gian mổ trung bình 33 ± 5,3 phút (bảng 6). So với cắt trĩ bằng các phương pháp kinh điển như phương pháp Milligan – Morgan chúng tôi thực hiện phẫu thuật Longo thuận lợi và nhanh chóng hơn.

Tại một nghiên cứu đa trung tâm năm 2003 đã đưa ra chỉ định và chống chỉ định của phương pháp điều trị trĩ bằng máy PPH03 [2], [3] 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 được điều trị bằng những phương pháp khác thất bại. Chống chỉ định: áp xe hậu môn, hoại thư, hẹp hậu môn, sa toàn bộ trực tràng. BN của chúng tôi đa số là trĩ hỗn hợp, búi trĩ rất to (bảng 4).

Trong từng bước phẫu thuật chúng tôi đều ghi nhận các khó khăn và thuận lợi, nhìn chung trong 8 bước phẫu thuật [1],[2] chúng tôi không gặp khó khăn nào. Điều này có thể giải thích BN đều có búi trĩ to làm rộng ống hậu môn nên việc đặt ống nông và đặt máy được dễ dàng. Ở những BN đầu tiên chúng tôi thực hiện rất thận trọng vì mới làm kỹ thuật này. Sau khi bấm máy, tất cả các BN này đều được khâu tăng cường diện cắt vòng niêm mạc trực tràng để cầm máu, chủ yếu phải khâu thêm 3 – 4 mũi. Trong bước phẫu thuật bổ xung (bước 8) do BN trong nghiên cứu đều là trĩ hỗn hợp nhiều búi trĩ sa rất to vì vậy sau khi bấm máy kiểm tra thấy các búi trĩ chưa được kéo hoàn toàn vào trong ống hậu môn chúng tôi đều thực hiện khâu treo tăng cường để kéo các búi trĩ vào ống hậu môn. Khi khâu vẫn thực hiện trên đường lược vì việc tôn trọng vùng Pectel là vùng chuyển tiếp giữa biểu mô trụ và biểu mô lát tầng liên quan đến cảm giác đau.

100 % các trường hợp được nhận xét về đại thể vòng cắt theo protocol Sơn – Bình [4]. Sau khi tháo máy, kiểm tra vòng cắt có liên tiếp hay không ? quan sát đại thể có nhìn rõ lớp cơ hay không ? chúng tôi cắt vòng niêm mạc lấy ra từ máy nổi và rải đều bệnh phẩm trên toan phẫu thuật: quan sát và đo kích thước của vòng cắt. Vòng niêm mạc lấy ra được coi là đều khi số đo nơi hẹp nhất và nơi rộng nhất của chiều ngang chênh lệch nhau không quá 0,5 cm. 100% bệnh phẩm là vòng cắt chúng tôi kiểm tra lại đều có

sự liên tục, hẹp nhất là 1,5cm và rộng nhất là 3,5 cm. 21/27 BN được xét nghiệm giải phẫu bệnh vi thể diện cắt sau khi được khoa giải phẫu bệnh bệnh viện Việt Đức giúp đỡ về máy cắt bệnh phẩm, kết quả có 9,23% trường hợp diện cắt phía dưới trong kết quả vi thể cho biết là biểu mô lát tầng, chúng tôi vòng cắt của 6 BN đó xâm phạm vào vùng chuyển tiếp từ biểu mô trụ đơn thành biểu mô lát tầng, vùng nhạy cảm với cảm giác đau (Bảng 6).

3. Kết quả bước đầu.

Thời gian nằm viện trung bình 4 ± 2 ngày (bảng 8). Chúng tôi ghi nhận được 21 BN sau mổ không đau, không phải dùng thuốc giảm đau (77,8 %), BN đau nhẹ và đau vừa, dùng thuốc giảm đau đường uống (22,2 %) và đây cũng là số BN cũng được xuất viện ngày thứ 4 (bảng 8).

Các trường hợp chảy máu trong vòng 24 giờ hay từ 24 đến 48 giờ sau mổ chúng tôi xếp vào biến chứng sớm, theo các tác giả Pháp [7] chảy máu thường xuất hiện trong vòng 48 giờ đầu hay sau 7 ngày, 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. Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi phải mổ lại để cầm máu (Bảng 10), bởi vì các đường ghim luôn được kiểm tra cẩn thận, chúng tôi khâu tăng cường vào vị trí nối máy khi có biểu hiện rỉ máu (Bảng 7). Theo chúng tôi không nên đốt điện để cầm máu ở vùng niêm mạc trực tràng bởi có thể gây hoại tử, lỏng và tụt ghim, gây ra các biến chứng như đã được thông báo trong y văn. Beattie trong nghiên cứu có 40% BN có chảy máu trong mổ tại các đường ghim phải khâu tăng cường. Theo I. Kanellos có 104 BN (86,6 %) khâu cầm máu bổ xung [5]

Các biến chứng khác: 1 BN bí đại phải đặt ống thông và 2 BN ỉa phân đen sau mổ. Không có BN nào phải mổ lại vì các biến chứng như chảy máu, bục, nhiễm trùng... Nghiên cứu của chúng tôi với số lượng BN còn ít, thời gian theo dõi chưa dài nên rất thận trọng trong chỉ định, kỹ thuật cũng như theo dõi sau mổ.

Thời gian nằm viện là một cách đánh giá khách quan kết quả điều trị của một phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật Longo được xem như đạt được tiêu chí này, đó là rút ngắn được thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi tính từ lúc mổ đến khi ra viện, tất cả các BN này đều trở lại công việc cũng như sinh hoạt thường ngày trong vòng 7-14 ngày (bảng 11).

Theo dõi xa 27 BN được liên lạc và kiểm tra lại sau mổ bằng điện thoại và khám lại trực tiếp, thời gian khám lại sau mổ sớm nhất là 3 tháng, xa nhất là 25 tháng, trung bình là $14,26 \pm 7,245$ tháng. Với cách cho điểm của THS, thầy thuốc có thể đánh giá kết quả bất cứ khi nào và có thể so sánh số điểm ở các thời điểm khác nhau. Nhất là phương pháp kiểm tra bệnh nhân qua điện thoại. Kết quả cho thấy: 88,9 % BN cho điểm 9-10 (bảng 11), 01 BN phân nân do vẫn thấy vướng ở hậu môn sau khi đại tiện cảm giác như

vẫn còn búi trĩ như trước mổ và 02 BN vẫn còn cảm thấy chưa thực sự thoải mái khi vẫn còn sờ thấy mảnh da thừa ở rìa hậu môn, 3 BN này cho điểm 8 đối với kết quả điều trị. Với 3 BN này, trước mổ chúng tôi cũng đã giải thích về khả năng đau sau mổ khi lấy thêm các mảnh da thừa này và BN đã đồng ý không cắt bỏ. Mặt khác sự nhận xét cho điểm đối với kết quả phẫu thuật có thể do chủ quan của người bệnh bởi vì khi kiểm tra lại trực tiếp 3 BN này hoàn toàn chỉ là các núm da thừa, không còn búi trĩ, không hẹp hậu môn, bệnh nhân hoàn toàn tự chủ với đấm, ỉa vì vậy chúng tôi không cho là tái phát trĩ sau mổ. Các BN trong nghiên cứu này phần lớn là trĩ hỗn hợp có búi sa rất lớn khi tiến hành khâu túi cần đảm bảo để máy cắt nối vòng niêm mạc không quá cao lên trên trực tràng và việc khâu treo để các búi trĩ được kéo vào ống hậu môn là cần thiết.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật Longo đã được thực hiện tại BVĐK tỉnh Hòa Bình từ tháng 4/2009 điều trị các trĩ nội ngoại độ 3, độ 4, với kỹ thuật bổ xung: khâu treo các búi trĩ lớn vào trong ống hậu môn sau khi bấm máy. Kết quả bước đầu rất khả quan, thời gian nằm viện trung bình 4 ± 2 ngày, BN trở lại công việc cũng như sinh hoạt thường ngày trong vòng 7-14 ngày, không có biến chứng chảy máu sau mổ, đa số BN đau ít. 88,9% BN cho 9,10 điểm không có BN nào cho bằng hoặc dưới điểm 7 theo thang điểm THS.

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, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Minh Trọng, Phạm Kim Bình (2005), “Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ”, Y học thực hành, 12: 49 - 53.
3. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Hoàng Diệu, Nguyễn Minh Trọng (2007), “Phẫu thuật Longo trong điều trị trĩ tắc mạch”. Y học thực hành, 1: 59 - 60.
4. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Kim Bình, Nguyễn Hoàng Diệu, Nguyễn Sỹ Lánh (2007), “Nghiên cứu giải phẫu bệnh của vòng niêm mạc lấy ra từ máy PPH03 sau điều trị trĩ bằng phẫu thuật Longo”. Tạp chí Y học thực hành số 7: 22- 23.
5. Corman M.L et al (2001), “Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party - indications, contra - indications and technique”, Colorectal Disease; 5: 304 - 310.
6. Jai Bikhchandani et al (2005), “Randomized controlled trial to compare the early and mid - term results of stapled versus open hemorrhoidectomy”. The American Journal of Surgery, 189: 56 - 60.
7. Jean - Pierre Arnaud et al (2001), “Treatment of hemorrhoids with circular stapler, a New alternative to conventional methods: a prospective study of 140 patients”, J Am Coll Surg, 193: 161 - 165.
8. Longo Antonio (1998), “Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapsed with circular suturing device: a new procedure”, 6th World Congress of Endoscopic Surgery Rome: 777 - 784.