

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ QUỐC PHÒNG
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

NGUYỄN HOÀNG DIỆU

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG QUI TRÌNH
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH TRĨ TẠI MỘT SỐ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC

Chuyên ngành : Ngoại tiêu hóa

Mã số : 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2017

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học:

GS.TS. TRỊNH HỒNG SƠN

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường, họp tại Viện NCKH Y Dược Lâm Sàng 108.

vào hồi: giờ ngày tháng năm 2017.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia.
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược Lâm Sàng 108.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một trong những bệnh khá thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng, là tập hợp những bệnh lý có liên quan đến biến đổi cấu trúc của mạng mạch trĩ và các tổ chức tiếp xúc với mạng mạch này.

Mặc dù là bệnh lý ít gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại làm ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh hoạt, lao động, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Táo bón, viêm đại tràng, thai sản... là những yếu tố thuận lợi gây bệnh đồng thời cũng làm cho bệnh phức tạp hơn, với nhiều biến chứng như sa nghẹt, hoại tử, chảy máu. Tuy không khác biệt về hình thái tổn thương nhưng tỷ lệ mắc bệnh lại khác nhau giữa các vùng lãnh thổ và liên quan trực tiếp tới điều kiện kinh tế xã hội.

Các tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam là những vùng kinh tế chậm phát triển, nhiều phong tục sinh hoạt lạc hậu, hệ thống y tế chưa phát triển đồng bộ, nhân lực và trang thiết bị thiếu, khiến cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh còn gặp nhiều khó khăn.

Một nghiên cứu hồi cứu năm 2009, trên 96 BN trĩ được điều trị phẫu thuật tại các địa phương này, cho thấy chưa có một quy trình thống nhất, các bước hỏi bệnh và khám lâm sàng không tỷ mỉ thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán sai, như mổ trĩ mà không thăm trực tràng để sót tổn thương ung thư trực tràng. Các xét nghiệm cận lâm sàng chưa được chỉ định đầy đủ, chưa thành thường quy. Những bệnh nhân trên 50 tuổi có đại tiện nhày máu giống như triệu chứng của bệnh trĩ lại không được soi đại trực tràng để loại trừ bệnh ác tính mà vẫn điều trị bệnh trĩ để khi bệnh nhân phát hiện ra ung thư đã ở giai đoạn muộn. PT Longo có ưu điểm ít đau sau mổ nhưng chỉ có một vài BV tỉnh áp dụng, triển khai thực hiện PT không theo quy trình thống nhất, chưa làm đầy đủ xét nghiệm GPB sau mổ dẫn đến kết quả PT chưa cao.

Từ thực tế trên, Trịnh Hồng Sơn và cộng sự đã tiến hành đề tài độc lập cấp Nhà nước mang mã số ĐTTĐL.2009G/49. Với bệnh trĩ, đề tài đã xây dựng một quy trình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trĩ thống nhất. Nhằm triển khai ứng dụng và đánh giá kết quả thực hiện quy trình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "**Nghiên cứu ứng dụng quy trình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trĩ tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc**" nhằm mục tiêu:

1. *Nghiên cứu ứng dụng quy trình chẩn đoán và phẫu thuật bệnh trĩ tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc.*
2. *Đánh giá kết quả sớm ứng dụng quy trình điều trị phẫu thuật bệnh trĩ tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi phía Bắc.*

NHỮNG ĐÓNG MÓC CỦA LUẬN ÁN

Nghiên cứu tiến hành trên một số lượng BN lớn, tại địa bàn miền núi trải rộng khắp 13 tỉnh miền núi phía Bắc với những đóng góp quý giá: Triển khai ứng dụng một quy trình chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ phù hợp với điều kiện nhân lực, trang thiết bị tại địa bàn các tỉnh miền núi phía Bắc và đánh giá được kết quả ứng dụng các quy trình đó. Triển khai được PT Longo và xét nghiệm GPB vòng cắt sau PT Longo, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ tại các tỉnh miền núi phía Bắc. Đánh giá kết quả sớm ứng dụng quy trình này qua đó rút ra một số kinh nghiệm về việc triển khai thực hiện, xác định những vấn đề cần bổ xung về trang thiết bị, nhân lực tại các tỉnh miền núi phía Bắc. Xác định những vấn đề phù hợp, không phù hợp, những vấn đề cần điều chỉnh bổ xung để ứng dụng được đầy đủ quy trình.

Luận án cho biết: kết quả sau PT có 98,27% đạt kết quả tốt, 0,39% đạt kết quả trung bình và 1,34% kết quả xấu. Với kết quả này khẳng định việc áp dụng qui trình chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ đã mang lại hiệu quả rõ rệt cho các tỉnh miền núi phía Bắc. Đây là một kết quả thực sự đáng khích lệ, phản ánh trực tiếp hiệu quả của việc áp dụng quy trình thống nhất trong chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ tại các địa phương mà điều kiện nhân lực và trang thiết bị còn thiếu thốn nhiều như ở các BV tỉnh miền núi phía Bắc.

Những đóng góp trên sẽ giúp cho Bộ Y tế Việt Nam có kế hoạch và biện pháp nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa cho các BV, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân ở vùng núi và biên giới phía Bắc nhằm mục tiêu: Nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ, BN được chữa bệnh ngay tại địa phương, giảm tình trạng quá tải bệnh nhân cho các BV Trung ương, đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc y tế giữa các vùng, miền trong cả nước, góp phần ổn định kinh tế, xã hội, chính trị và bảo đảm quốc phòng, an ninh cho các tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 137 trang: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 36 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 24 trang, kết quả nghiên cứu 28 trang, bàn luận 44 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. 5 công trình nghiên cứu, 51 bảng, 02 biểu đồ, 49 hình ảnh. 136 tài liệu tham khảo, trong đó 62 tài liệu tiếng Việt, 74 tài liệu tiếng nước ngoài.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu, sinh lý ống hậu môn liên quan đến bệnh trĩ

1.1.1. Giải phẫu ống hậu môn

Ống hậu môn (OHM) hay còn gọi là đoạn trực tràng tầng sinh môn. Hợp với phần thấp của trực tràng (bóng trực tràng) một góc 90° - 100° chạy xuống dưới ra sau và đổ ra da qua lỗ hậu môn (HM) ở tam giác đáy chậu sau.

1.1.1.1. Hệ thống cơ thắt

Cơ thắt trong HM: Phần dày lên ở tận cùng của lớp cơ vòng trực tràng, bao quanh $3/4$ trên OHM, cao khoảng 2,5 – 4 cm, dày 0,3 - 0,5 cm, màu trắng ngà.

Cơ thắt ngoài HM: Là khối cơ vân, hình trụ, bao quanh bên ngoài cơ thắt trong HM.

Cơ dọc dài phức hợp: Hình thành từ sự kết hợp các sợi của lớp cơ dọc trực tràng với cơ nâng HM.

1.1.1.2. Lớp niêm mạc

Lòng OHM được phủ bởi lớp biểu mô với cấu trúc thay đổi dần từ trong ra ngoài, là sự chuyển tiếp giữa niêm mạc trực tràng và da quanh lỗ HM, bắt đầu bằng lớp tế bào trụ đơn chuyển dần qua biểu mô vuông tầng, lát tầng và kết thúc là biểu mô giả da ở đoạn cuối của OHM. Đường lược chia OHM làm hai phần:

- Phần trên van là biểu mô trụ đơn, giống biểu mô của trực tràng. Lớp dưới niêm mạc có đám rối tĩnh mạch trĩ trong, gồm ba bó ở vị trí 3 giờ, 8 giờ và 11 giờ, khi đám rối này bị giãn sẽ tạo ra trĩ nội. Phần trên van là đoạn trực tràng nhận các nhánh thần kinh tự động, cảm giác không rõ, các PT tác động trên vùng này sẽ ít đau hơn.

- Phần dưới van là biểu mô không sừng hoá, không có tuyến bã và nang lông (niêm mạc Herman), lớp dưới niêm mạc có đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài. Niêm mạc Herman giàu đầu mút thần kinh là các thụ thể cảm giác tự do (Meissner, Golgi, Paccini, Krauss) nhạy cảm với đau, nóng, lạnh, áp lực và nhận biết tính chất phân (rắn, lỏng, khí).

1.1.1.3. Mạch máu của hậu môn- trực tràng:

Có 3 động mạch cấp máu: Động mạch trực tràng trên, động mạch trực tràng giữa, động mạch trực tràng dưới. Tĩnh mạch, gồm đám rối tĩnh mạch trĩ trong và đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài.

1.1.2. Bản chất của trĩ

Thomsontìm ra lớp đệm HM chính là vị trí các búi trĩ: Có độ dày không đều sắp xếp không đối xứng (3 giờ, 8 giờ, 11 giờ) với tư thế sản khoa. Trĩ tạo ra lớp đệm vùng HM, có vai trò trong cơ chế tự chữa.

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh

Thuyết mạch máu: Sự rối loạn điều hoà thần kinh vận mạch gây phản ứng quá mức điều chỉnh bình thường của mạng mạch trĩ và vai trò của các shunt động - tĩnh mạch. Khi các yếu tố khởi bệnh tác động làm các shunt mở rộng, máu động mạch chảy vào ở ạt làm các đám rối bị đầy, giãn quá mức, nhất là nếu lúc đó lại có một nguyên nhân cản trở đường máu trở về (táo bón, cơ thắt cơ tròn...) các mạch máu phải tiếp nhận một lượng máu quá khả năng chứa đựng nên phải giãn ra (xung huyết), nếu tiếp tục tái diễn sẽ đi đến chảy máu, máu đỏ tươi vì máu đi trực tiếp từ động mạch sang tĩnh mạch.

Thuyết cơ học: Do áp lực rặn trong lúc đại tiện khó khăn (táo bón) các bộ phận nâng đỡ các tổ chức trĩ bị giãn dần trở nên lỏng lẻo, các búi trĩ (vốn là bình thường) bị đẩy xuống dưới và dần dần lòi hẳn ra ngoài lỗ HM, luồng máu tĩnh mạch trở về bị cản trở, trong khi luồng máu từ động mạch vẫn đưa máu đến vì áp lực cao.

1.2. Chẩn đoán bệnh trĩ:

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng:

Đại tiện máu tươi: Thành tia, nhỏ giọt, dính vào phân hoặc giấy vệ sinh.

Sa trĩ: Sa từng búi hay cả vòng trĩ khi đại tiện hoặc gắng sức.

Đau vùng HM: Thường là biểu hiện của con trĩ cấp hoặc tắc mạch trĩ.

1.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Soi HMTT: Thấy búi trĩ màu tím, vị trí chân búi trĩ so với đường lược (phân loại trĩ ngoài, trĩ nội), phát hiện các tổn thương để chẩn đoán phân biệt.

Soi đại tràng toàn bộ: Với các BN tuổi trên 50, có triệu chứng đi ngoài ra máu, để loại trừ tổn thương phối hợp ở đại- trực tràng.

Các xét nghiệm cơ bản đánh giá hậu quả bệnh trĩ (xét nghiệm máu đánh giá mức độ thiếu máu do chảy máu từ trĩ...) hoặc các bệnh phối hợp: Lao phổi (chụp Xquang phổi), tiểu đường (sinh hóa máu), cao huyết áp (điện tim, siêu âm tim...).

1.2.3. Phân loại, phân độ trĩ

Phân loại trĩ: Trĩ nội: Gốc búi trĩ nằm trên đường lược. Trĩ ngoại: Búi trĩ nằm dưới đường lược. Trĩ hỗn hợp: Gồm cả trĩ nội + trĩ ngoại.

Phân độ trĩ nội và trĩ hỗn hợp, chia thành 4 độ: **Độ I:** 80% - 90% biểu hiện bằng đại tiện ra máu tươi. Khám qua soi: Các búi trĩ nhô lên thấy cương tụ, không bị sa ra ngoài khi gắng rặn đại tiện. **Độ II:** Đại tiện máu tươi nhiều đợt. Soi HM khi BN rặn thấy búi trĩ ở HM nhưng còn tự co lên. Trĩ độ II có thể kèm tiết dịch ẩm ướt, ngứa HM. **Độ III:** Búi trĩ nội khá lớn, nhiều khi không còn ranh giới giữa trĩ nội và trĩ ngoại, chỉ sa ra ngoài khi rặn và BN phải lấy tay đẩy búi trĩ lên. **Độ IV:** Búi trĩ thường xuyên sa ra ngoài, chảy dịch nhiều, trở niêm mạc, đồng thời sự phù nề có thể gây thắt nghẽn mạch làm đau đớn BN.

1.3. Điều trị phẫu thuật bệnh trĩ

1.3.1. Lịch sử điều trị phẫu thuật bệnh trĩ

Năm 1700 trước công nguyên, bản giấy cói của người Ai Cập đã nói về điều trị bệnh trĩ. Hippocrate năm 460 trước công nguyên mô tả điều trị bệnh trĩ. Năm 1888, Fredrick Salamon, người sáng lập BV St. Marks', mở rộng các PT cho bệnh trĩ, kết hợp cắt và thắt trĩ. Năm 1882, Whitehead mô tả một phương pháp trĩ mang tên Whitehead. Tại Anh, phương pháp của Salamon được cải tiến rồi được Milligan và Morgan mô tả năm 1937.

1.3.2. Các phương pháp phẫu thuật

Nhóm các phẫu thuật can thiệp xuống vùng dưới đường lược: PT Milligan-Morgan (1937), Ferguson (1956), PT cắt trĩ dưới niêm mạc (Parks), PT Whitehead W. (1882), PT Toupet A. (1969).

Nhóm các PT can thiệp ở phía trên đường lược: PT Longo, Khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler (PT THD).

1.4. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về quy trình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trĩ

1.4.1. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về quy trình chẩn đoán

Bệnh trĩ được nhắc đến trong y văn của Hippocrate, y văn cổ Trung Quốc, Ai Cập, Ả Rập... (4000- 5000 năm TCN).

Các hướng dẫn: Hội PT đại trực tràng Italia (SICCR) (Italian society of colorectal surgery), Hội PT đại trực tràng Hoa Kỳ (The American Society of Colon and Rectal Surgeons), Hội đại trực tràng Hàn Quốc (The Korean Society of Coloproctology) ... thống nhất chỉ định soi đại tràng toàn bộ đối với các BN trên 50 tuổi khi có đại tiện ra máu kèm thiếu máu, đối với BN trĩ có yếu tố gia đình liên quan đến ung thư đại tràng được khuyến cáo soi ở độ tuổi trên 40. Hướng dẫn

của các hiệp hội đưa ra chỉ định, chống chỉ định và các phương pháp PT đối với các mức độ sa trĩ.

Ở Việt Nam, Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự thực hiện tại một nhà máy hóa chất ở Phú Thọ. Khám lâm sàng: hỏi bệnh, thăm khám HM, soi HMTT, khám toàn thân. Chẩn đoán trĩ dựa trên các dấu hiệu: đại tiện ra máu, sa búi trĩ, soi HM TT. Những trường hợp nghi ngờ được tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết (Xquang, siêu âm...) để loại trừ các nguyên nhân khác gây chảy máu HMTT, đặc biệt là ung thư.

1.4.2. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về quy trình phẫu thuật

Các PT Milligan- Morgan, Ferguson, Whitehead và PT Longo đã được Hội PT đại trực tràng Hoa Kỳ (American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) mô tả cụ thể trong cuốn The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery. Hiệp hội PT đại trực tràng Mỹ (ASCRS) (the Standards Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons) 2010 đưa ra các khuyến nghị lựa chọn các phương pháp điều trị.

Tại Việt Nam, có: “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện” các năm 1999, 2001, 2005. Các quy trình này không nêu cụ thể, chi tiết các bước tiến hành PT. Còn thiếu nhiều quy trình kỹ thuật mới, cũng như những chỉ định thực hiện các kỹ thuật đã thay đổi. Để góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại các tỉnh miền núi phía Bắc, việc áp dụng một quy trình thống nhất về chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ phù hợp với từng điều kiện, hoàn cảnh có thể áp dụng đối với các cơ sở y tế từng địa phương cho các BVĐK tỉnh miền núi đề tài độc lập cấp Nhà nước mang mã số ĐTĐL.2009G/49 ra đời.

1.5. Tình hình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trĩ tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc trước ứng dụng quy trình

1.5.1. Tình hình chẩn đoán trước khi ứng dụng quy trình

Chẩn đoán bệnh trĩ chủ yếu dựa vào lâm sàng, bao gồm hỏi về tiền sử, thăm trực tràng và soi trực tràng ống cứng. Ở thời điểm này, các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận là sa khối trĩ, đau vùng HM và đại tiện có máu. Vẫn còn 27,9% BN không được khai thác tính chất chảy máu, tính chất chảy máu cần khai thác để phân biệt đặc điểm đại tiện ra máu của trĩ với đặc điểm đại tiện ra máu của bệnh lý khác vì dễ nhầm chảy máu trong bệnh trĩ với lý hay viêm đại tràng đặc biệt là ung thư đại trực tràng.

Thăm trực tràng là động tác thăm khám chính để chẩn đoán bệnh trĩ, nhưng vẫn còn 7,3% trường hợp không được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án phương pháp thăm khám.

Chẩn đoán xác định bệnh, cụ thể là phân độ và phân loại trĩ chưa được các BV tỉnh thực hiện một cách thống nhất và đầy đủ, có đến 35,1% không được phân độ trĩ.

Khuyến cáo đối với BN trên 50 tuổi, có đi ngoài ra máu nên soi đại tràng toàn bộ để loại trừ ung thư đại trực tràng, tuy vậy mới chỉ có 7/96 BN được soi đại tràng ống mềm (7,3%), chỉ 5/12 BVĐK tỉnh (Lạng Sơn, Tuyên Quang, Điện Biên, Quảng Ninh, Bắc Giang) thực hiện soi đại tràng ống mềm. Dụng cụ sinh thiết thiếu và không có khả năng GPB, tại hầu hết các BV tỉnh, nội soi không có sinh thiết. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm nội soi chưa được áp dụng tại các BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc trong giai đoạn này. Tất cả các BVĐK tỉnh đều đã được trang bị máy nội soi tiêu hóa, trong đó 8/12 BV tỉnh đã có 2 dàn nội soi. BVĐK tỉnh Lai Châu, Bắc Cạn, Sơn La có từ 1 đến 2 dàn máy nội soi tuy nhiên chỉ có dây soi dạ dày, chưa có dây soi đại tràng nên không thể thực hiện nội soi đại tràng, chưa có bộ nội soi ống cứng HM trực tràng để nội soi sinh thiết các trường hợp ung thư trực tràng. Tại các BV này cũng không được trang bị kim sinh thiết, mặt khác cũng không có giải phẫu bệnh (GPB) do đó không sinh thiết tổn thương trong soi.

GPB sau mổ trĩ chưa được thực hiện thường quy tại các BV tỉnh miền núi phía Bắc. Có 14/66 BN (21,2%) được làm GPB sau mổ, ở 2 tỉnh là Quảng Ninh và Bắc Giang, nhưng không có bệnh phẩm nào được làm xét nghiệm vi thể sau PT Longo.

1.5.2. Tình hình điều trị phẫu thuật trước khi ứng dụng quy trình

Về nhân lực, các PTV hầu hết là các bác sỹ ngoại chung, chưa có chuyên khoa chuyên biệt. Tại các BVĐK tỉnh như Hà Giang, Cao Bằng, Lai Châu... vẫn còn chưa chia tách khoa Chấn thương chỉnh hình riêng nên trong các tua trực cấp cứu PTV vẫn phải mổ cả chấn thương lẫn mô trĩ. BVĐK tỉnh Quảng Ninh có đến 9 BS gồm 7 PTV chuyên khoa (3 chuyên khoa cấp 1, 3 thạc sỹ và 1 chuyên khoa cấp 2) thì BVĐK tỉnh Bắc Cạn chỉ có 5 BS và chỉ có 2 BS có trình độ BS chuyên khoa cấp 1. Cơ nhân lực PTV đồng nên Quảng Ninh là tỉnh có BN được PT trĩ nhiều nhất so với 11 tỉnh còn lại.

PT Milligan – Morgan được hầu hết các tỉnh áp dụng. Do chưa có PTV được đào tạo về PT Longo nên chỉ 5 BVĐK tỉnh thực hiện PT này tại Lạng Sơn, Điện Biên, Lai Châu, Quảng Ninh, Lào Cai. Những BV tỉnh đã triển khai PT Longo ở giai đoạn này, nhiều nhất là BV tỉnh Lai Châu với 4 cam mổ, các BV còn lại số ca mổ tương đối ít.

Kết quả 6 tháng đầu năm 2009: Không có BN tử vong hay nặng về, sau mổ: bí tiêu 21,9%, đau sau mổ 100%. Chảy máu sau PT Longo 1%, ở

giờ thứ 6 sau mổ, phải truyền 500 ml máu toàn phần, mổ lại khâu cầm máu ở do chảy máu ở vị trí 6 giờ, hậu phẫu ổn định. Thời gian nằm viện trung bình là $6,1 \pm 2,8$ ngày.

Đánh giá chung, tại các BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc, vì chưa có một quy trình thống nhất. Do vậy chưa có sự đồng bộ trong khám lâm sàng, soi đại trực tràng trước mổ, điều trị PT và GPB sau mổ.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Bao gồm tất cả các BN được chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ ở 13 BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc. Thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 6 năm 2013.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

BN trĩ độ II, trĩ độ III, trĩ độ IV (theo Goligher) thể búi hoặc thể vòng, có thể kèm trĩ tắc mạch, nút kẽ HM, da thừa HM, polip HM, được chẩn đoán và PT theo đúng quy trình chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ của đề tài khoa học cấp Nhà nước mã số ĐTĐL.2009 G/49.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

BN mắc các bệnh phối hợp như: xơ gan, suy tim, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, suy thận, ung thư trực tràng, áp xe HM, hoại thư, hẹp HM, sa toàn bộ trực tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu quan sát mô tả theo dõi dọc và tiến cứu.

+ Giai đoạn 1: Từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 9 năm 2012, gồm các BN nằm trong nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước mã số: ĐTĐL.2009G/49, kết thúc và nghiệm thu cấp Nhà nước ngày 08 tháng 12 năm 2012. Nhóm nghiên cứu bao gồm chủ nhiệm đề tài, các BS của BV Việt Đức và nghiên cứu sinh, trực tiếp đến 13 BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc để phổ biến phiếu điều tra, mẫu bệnh án nghiên cứu.

Đối với quy trình chẩn đoán được thông qua các buổi đào tạo, tập huấn để thực hiện từng bước trong quy trình phù hợp với hoàn cảnh thực tế.

Đối với quy trình điều trị PT, các BS ngoại khoa của các BVĐK tỉnh được họp nhóm, phổ biến quy trình. Đối với PT Longo, các nhóm PTV của mỗi tỉnh được các BS, giáo sư của BV Việt Đức hướng dẫn trực tiếp trong các cuộc mổ theo từng bước trong quy trình (phụ mổ, thực hiện kỹ thuật với sự trợ giúp của PTV chính...). Các kỹ thuật mổ còn được thực hiện thông qua nhiều phương thức: các buổi học lý

thuyết, hướng dẫn đào tạo, chuyển giao tại chỗ, các buổi thảo luận nhóm,... kết hợp với thực hiện Đề án 1816 của Bộ Y tế.

Quy trình ứng dụng trong giai đoạn này đã được thông qua Hội đồng cấp Nhà nước và sử dụng thống nhất cho tới kết thúc hoàn thành luận án. Luận án nghiên cứu sinh cũng được xem là một sản phẩm của đề tài cấp nhà nước.

+ Giai đoạn 2: Từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 6 năm 2013, gồm các BN sau nghiệm thu đề tài cấp Nhà nước, tiếp tục được điều trị PT đúng theo quy trình điều trị PT bệnh trĩ thuộc đề tài cấp Nhà nước mã số: ĐTDL.2009G/49. Nghiên cứu sinh vẫn áp dụng thống nhất phương pháp nghiên cứu của quy trình trong đề tài cấp Nhà nước. Vì vậy số liệu trong phần kết quả nghiên cứu sẽ được tính gộp cho cả 2 giai đoạn.

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.3. Quy trình chẩn đoán lâm sàng và điều trị phẫu thuật bệnh trĩ ứng dụng tại các tỉnh miền núi phía Bắc thuộc đề tài cấp Nhà nước mã số: ĐTDL. 2009G/49.

* Quy trình chẩn đoán lâm sàng bệnh trĩ:

Đối với chẩn đoán gồm 4 bước: (1) Chẩn đoán lâm sàng → (2) Chẩn đoán xác định bệnh, phân độ trĩ → (3) Chẩn đoán phân biệt → (4) Chẩn đoán khả năng điều trị bệnh (chọn phương pháp điều trị bệnh thích hợp).

Yêu cầu chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng khai thác được từ hỏi bệnh: đại tiện ra máu, sa khối vùng HM (hỏi các mức độ: sa khối HM sau rặn tự co lên, sa khối phải dùng tay đẩy lên, sa thường xuyên), các triệu chứng khác (đau, ngứa HM). Khám HMTT có thể thấy búi trĩ sa, phát hiện các triệu chứng bệnh phối hợp: áp xe HM, nứt kẽ HM, sa niêm mạc trực tràng, ung thư OHM, bệnh Crohn,... đưa ra chẩn đoán xác định và phân độ trĩ.

* Quy trình điều trị PT:

Nhân lực: BS chuyên khoa ngoại chung hoặc ngoại tiêu hóa.

Phương tiện cần phải có:

- Bàn mổ có thể kê tư thế sản khoa.
- Phương tiện hồi sức, gây tê tủy sống, gây mê nội khí quản.
- Bộ dụng cụ mổ trĩ. Kim chỉ khâu: Các loại chỉ liên kim như vicryl, prolene... (loại 2/0, 3/0, 4/0). Máy PT Longo.

Chuẩn bị BN trước mổ: Vệ sinh vùng tầng sinh môn. Tẩy sạch đại tràng bằng thụt hoặc uống Fortrans (3 gói).

Phương pháp vô cảm: Tê tủy sống

Tư thế BN: Tư thế phụ khoa đặt hai chân lên khung có giá đỡ, đùi dạng tối đa, cẳng chân giơ cao.

Vị trí kẹp PT: PTV ở giữa hai chân BN.

Tiến hành PT một trong hai phương pháp sau:

- PT Milligan- Morgan, chỉ định: trĩ độ III, độ IV có- hoặc không chảy máu, có hoặc không có tắc mạch với các búi trĩ chính ở 3 giờ, 8 giờ, 11 giờ.

- PT Longo, chỉ định: Trĩ độ II, trĩ độ III, độ IV; trĩ kèm theo các bệnh khác vùng HM cần PT (nứt kẽ, da thừa, tắc mạch,...); trĩ đã được điều trị bằng những phương pháp khác nhưng thất bại. Chống chỉ định: Áp xe HM, hoại thư, hẹp HM, sa toàn bộ trực tràng. Điều kiện thực hiện: PTV phải có kinh nghiệm và nắm rõ giải phẫu vùng HM, biết chắc kỹ thuật sử dụng máy và ít nhất đã tham gia khóa học bằng hình ảnh. Cần làm xét nghiệm vi thể vòng cắt sau PT Longo ở những nơi có khoa GPB.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung

Tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp, dân tộc.

2.3.2. Ứng dụng quy trình chẩn đoán bệnh trĩ

2.3.2.1. Chẩn đoán lâm sàng

- Tiền sử đã điều trị bệnh trĩ: đông y, nội khoa, thủ thuật, PT
- Tiền sử các bệnh toàn thân liên quan đến bệnh trĩ: Tăng huyết áp, viêm phổi, viêm đại tràng, viêm loét dạ dày
- Các yếu tố liên quan đến bệnh trĩ: Táo bón, thai sản...
- Thời gian mắc bệnh.
- Triệu chứng cơ năng: Đại tiện ra máu; Đau rát HM; Sa khối trĩ; Ngứa, ẩm ướt HM.

- Triệu chứng thực thể: Trĩ sa ra khi rặn, sau đó tự co lên; Trĩ sa ra khi rặn và phải dùng tay đẩy lên; Trĩ sa thường xuyên, kể cả trường hợp sa trĩ tắc mạch.

- Các triệu chứng bệnh phối hợp: nứt kẽ, áp xe, polyp.

- Xét nghiệm công thức máu: Xếp loại các mức độ thiếu máu nhẹ, thiếu máu vừa và thiếu máu nặng thông qua chỉ số hemoglobin và hematocrit.

- Soi HMTT ống cứng và đại tràng ống mềm: Xác định tình trạng của trực tràng. Xác định tình trạng của đại tràng.

2.3.2.2. Chẩn đoán xác định bệnh, phân độ trĩ

+ Trĩ nội: Gốc búi trĩ nằm trên đường lược.

+ Trĩ ngoại: Búi trĩ nằm dưới đường lược.

+ Trĩ hỗn hợp: Gồm cả trĩ nội + ngoại.

Phân độ trĩ nội và trĩ hỗn hợp:

+ Trĩ độ II: Sa trĩ khi rặn, tự co lên sau khi đi ngoài.

- + Trĩ độ III: Sa trĩ khi rặn, phải dùng tay đẩy lên.
 - + Trĩ độ IV: Trĩ sa thường xuyên, kê cả trường hợp sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ có biến chứng: Chảy máu cấp tính; Tắc mạch; Sa, nghẹt trĩ;

Hoại tử trĩ

2.3.2.3. Chẩn đoán phân biệt

- + Ung thư OHM, trực tràng
- + Nứt kẽ HM
- + Các bệnh lý khác: Viêm OHM, sa trực tràng, u nhú vùng HM, polyp trực tràng, bệnh Crohn...

2.3.2.4. Chẩn đoán khả năng điều trị bệnh

Sau khi chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt mới đến bước xác định phương pháp điều trị (BN có thể PT được không? Dự kiến phương pháp PT sẽ được thực hiện?).

2.3.3. Ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

2.3.3.1. Chuẩn bị trước mổ

- Điều chỉnh các rối loạn toàn thân trước mổ; Điều trị tại chỗ.

2.3.3.2. Chỉ định phẫu thuật

- Theo tính chất phẫu thuật: Cấp cứu hay mổ phiến.
- Chỉ định mổ cấp cứu do các biến chứng: Tắc mạch trĩ, sa nghẹt trĩ, hoại tử trĩ, chảy máu cấp tính.
- Chỉ định mổ theo mức độ sa trĩ.

2.3.3.3. Phẫu thuật Milligan-Morgan: Gồm 5 bước.

2.3.3.4. Phẫu thuật Longo: Gồm 8 bước.

2.3.4. Kết quả sớm ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

- Qua từng bước PT Milligan – Morgan và PT Longo ghi nhận các khó khăn, thuận lợi.

- Thời gian PT (phút): Từ bước 1 đến bước cuối cùng.
- Các xử trí bổ xung: cắt vết nứt kẽ, cắt da thừa...
- Điều trị hậu phẫu: kháng sinh, giảm đau, truyền dịch tùy theo điều kiện thực tế để có phác đồ phù hợp.
- Đánh giá mức độ đau sau PT bệnh trĩ: Độ A: Không đau; Độ B: Đau nhẹ; Độ C: Đau vừa; Độ D: Đau nhiều; Độ E: Đau dữ dội.
- Rối loạn tiểu tiện saumổ: Bí tiểu phải đặt sonde tiểu.
- Chảy máu sau mổ: Chảy máu sớm: Chảy máu \leq 48 giờ sau PT; Chảy máu muộn: Chảy máu $>$ 48 giờ sau PT. Xử trí chảy máu sau PT: Nội khoa; Mổ lại để cầm máu
- Thời gian hậu phẫu (ngày): Kết thúc cuộc mổ đến khi ra viện.
- Thời gian nằm viện (ngày): Bắt đầu vào viện đến khi ra viện.
- Đánh giá kết quả PT trước khi ra viện: Tốt, trung bình, xấu.
- Xét nghiệm giải phẫu bệnh vòng cắt sau phẫu thuật Longo:

Nhận xét đại thể:

+ Sau khi tháo máy, kiểm tra vòng cắt có liên tiếp hay không, tiếp đó cắt vòng niêm mạc trong máy và rải đều bệnh phẩm trên vải PT; 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 0,5cm. Quan sát vòng cắt xem có nhìn rõ lớp cơ hay không.

+ Dùng thước đo bệnh phẩm để có được các chỉ số về độ dài vòng cắt niêm mạc, chiều ngang rộng nhất và chiều ngang hẹp nhất.

+ Chiều ngang trung bình được tính bằng tổng chiều ngang rộng nhất và chiều ngang hẹp nhất chia cho 2.

Nhận xét vi thể: Xác định về loại biểu mô phủ (trụ đơn hay lát tầng) ở diện cắt trên phía trực tràng và diện cắt dưới phía OHM, độ sâu của vòng cắt (tới niêm mạc, dưới niêm mạc, các lớp cơ).

2.4. Xử lý số liệu

- Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án thống nhất.
- Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình: 45,38 \pm 15,04 tuổi. Nam chiếm 65,70%, nữ chiếm 34,30%. Quảng Ninh có số lượng BN đông nhất (14,36%), thấp nhất là Cao Bằng (2,29%). BN sống nông thôn và miền núi chiếm 72,76%. BN sống ở thành thị 20,74%. Làm ruộng (36,39%), cán bộ, trí thức (30,65%). Dân tộc thiểu số (45,2%).

3.2. Ứng dụng quy trình chẩn đoán bệnh trĩ.

3.2.1. Chẩn đoán lâm sàng: Tiền sử: 17,43% BN đã điều trị bệnh trĩ, PT chiếm 3,26%. Mặc các bệnh toàn thân liên quan đến bệnh trĩ: Tăng huyết áp (5,38%), viêm loét dạ dày, đại tràng (5,17%). Các yếu tố liên quan bệnh trĩ: Táo bón (8,23%), tăng huyết áp (5,38%) và thai sản (2,29%). Thời gian mắc bệnh trong vòng 5 năm (67,43%). Triệu chứng cơ năng: Đại tiện ra máu (62,64%), đau rát HM (72,41%), sa búi trĩ (96,93%), ngứa (37,93%), ẩm ướt HM (22,22%). Triệu chứng thực thể: trĩ hỗn hợp (58,23%), búi trĩ nằm trên đường lược (38,70%), chỉ có 3,07% búi trĩ nằm dưới đường lược. Số lượng búi trĩ: từ 3 búi trở lên (72,79%). Bệnh lý HM khác kèm theo: da thừa HM (2,11%), nứt kẽ (1,34%) và polyp HM (0,96%). Cận lâm sàng: thiếu máu nặng (1,35%), thiếu máu vừa (4,02%) và 26,05% thiếu máu nhẹ. 76,43% soi HM trực tràng ống cứng. Soi đại tràng ống mềm 3,06%.

3.2.2. Chẩn đoán xác định bệnh, phân độ trĩ: Phân loại trĩ và phân độ trĩ: trĩ hỗn hợp (58,23%), trĩ nội (38,70%), trĩ ngoại (3,07%). Phân độ trĩ nội và trĩ hỗn hợp: trĩ độ II (3,96%), trĩ độ III (61,46%) và trĩ độ IV (34,58%). Phân loại theo biến chứng: tắc mạch trĩ (6,13%), sa nghệt trĩ (4,79%), chảy máu (1,53%) và 0,57% hoại tử trĩ.

3.2.3. Chẩn đoán phân biệt: Chủ yếu phân biệt với nút kẽ HM (1,34%) và polyp HM (0,95%).

3.3. Ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

3.3.1. Chuẩn bị trước mổ: Điều trị các rối loạn trước mổ: kháng sinh chống viêm (51,92%), hạ huyết áp (3,64%), giảm đau (2,68%), truyền máu (1,35%). Điều trị tại chỗ (18,58%).

3.3.2. Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định theo tính chất PT: Mổ phiến (86,97%), trong đó PT Milligan- Morgan (31,61%), PT Longo (55,36%); Mổ cấp cứu (13,02%), trong đó PT Milligan- Morgan (6,32%), PT Longo (6,70%).

Chỉ định cấp cứu do các biến chứng: Tắc mạch trĩ (6,13%), trong đó PT Milligan- Morgan (1,72%), PT Longo (4,41%); Sa nghệt trĩ (4,79%), trong đó PT Milligan- Morgan (4,41%), PT Longo (0,38%); Hoại tử trĩ (0,57%) và Chảy máu cấp tính (1,53%) đều theo phương pháp Milligan- Morgan.

Chỉ định PT theo mức độ sa trĩ: Trĩ độ II (3,95%), trong đó PT Milligan- Morgan (2,57%), PT Longo (1,38%); Trĩ độ III (61,46%), trong đó PT Milligan- Morgan (13,04%), PT Longo (21,54%); Trĩ độ IV (34,58%), trong đó PT Milligan- Morgan (13,04%), PT Longo (21,54%). Phương pháp vô cảm: Tê tủy sống (99,62%).

3.3.3. Ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

3.3.3.1. Ứng dụng quy trình phẫu thuật Milligan – Morgan

Bảng 3.24. Ứng dụng các bước phẫu thuật Milligan – Morgan

	Kết quả	Số BN (n= 198)	Tỷ lệ %
Bước 1	Thuận lợi	193	97,47
	Khó khăn	5	2,53
Bước 2	Thuận lợi	187	94,44
	Khó khăn	11	5,56
Bước 3	Thuận lợi	190	95,96
	Khó khăn	8	4,04
Bước 4	Thuận lợi	198	100
	Khó khăn	0	0
Bước 5	Thuận lợi	176	88,89
	Khó khăn	22	11,11

Nhận xét: Quá trình thực hiện PT gặp khó khăn ở các bước:

Bước 1 (nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ) 2,53%.

Bước 2 (đặt 3 pince, tiêm xylocain 1% tráng adrenalin) 5,56%.

Bước 3 (cắt phần da trĩ, cắt 1 phần dây chằng Parks) 4,04%.

Bước 5 (cầm máu, lấy búi trĩ dưới cầu da, niêm mạc) 11,11%.

Xử trí bổ xung trong PT Milligan- Morgan: 100% đốt điện cầm máu, khâu treo búi trĩ (12,62%), cắt da thừa (3,03%), điều trị nút kẽ HM và rò HM (2,02%).

3.3.3.2. Ứng dụng quy trình phẫu thuật Longo

Bảng 3.26. Ứng dụng các bước phẫu thuật Longo

	Kết quả	Số BN (n= 324)	Tỷ lệ %
Bước 1	Thuận lợi	320	98,77
	Khó khăn	4	1,23
Bước 2	Thuận lợi	316	97,53
	Khó khăn	8	2,47
Bước 3	Thuận lợi	321	99,07
	Khó khăn	3	0,93
Bước 4	Thuận lợi	323	99,69
	Khó khăn	1	0,31
Bước 5	Thuận lợi	323	99,69
	Khó khăn	1	0,31
Bước 6	Thuận lợi	314	96,91
	Khó khăn	10	3,09
Bước 7	Thuận lợi	324	100
	Khó khăn	0	0
Bước 8	Thuận lợi	324	100
	Khó khăn	0	0

Nhận xét: Khó khăn khi thực hiện gặp ở các bước:

Bước 1 (nong HM, đánh giá tình trạng búi trĩ, niêm mạc trực tràng, cơ thắt HM) 1,23%.

Bước 2 (đặt van HM) 2,47%.

Bước 3 (khâu vòng niêm mạc trên đường lược) 0,93%.

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) 0,31%.

Bước 5 (bỏ chốt an toàn, bấm máy) 0,31%.

Bước 6 (tháo máy, kiểm tra vòng cắt) 3,09%.

Không có khó khăn ở bước 7 và bước 8.

Xử trí bổ xung trong PT Longo: Khâu tăng cường + khâu treo túi trĩ (28,09%), 0,62% đốt điện cầm máu, cắt da thừa (1,54%), cắt polyp (1,23%), cắt vết nứt kẽ HM (0,93%).

3.4. Kết quả sớm ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

3.4.1. Kết quả sớm ứng dụng quy trình phẫu thuật Milligan- Morgan

- Thời gian PT trung bình: $47 \pm 2,52$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình: $6,12 \pm 2,84$ ngày (1 ngày – 18 ngày). Thời gian nằm viện trung bình: $9,83 \pm 4,49$ ngày (2 ngày- 27 ngày).

Bảng 3.29. Đau sau phẫu thuật Milligan- Morgan

Kết quả	Số BN (n= 198)	Tỷ lệ %
Độ A	4	2,02
Độ B	55	27,78
Độ C	95	47,98
Độ D	35	17,68
Độ E	9	4,54

Nhận xét: Đau sau mổ chủ yếu là độ C (47,98%), độ B (27,78%) và độ D (17,68%). Có 9 BN đau độ E (4,54%).

Biến chứng sau mổ: bí tiêu phải thông tiểu 31,31%, chảy máu 2,52%.

Bảng 3.31. Xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật Milligan- Morgan

Kết quả	Số BN (n=198)	Tỷ lệ %	
Chảy máu \leq 48 giờ	Mô lại để cầm máu Điều trị nội khoa	1 0	0,51 0
Chảy máu $>$ 48 giờ	Mô lại để cầm máu Điều trị nội khoa	3 1	1,52 0,51
Tổng số	5	2,54	

Nhận xét: Bệnh nhân chảy máu sau mổ chủ yếu là muộn $>$ 48 giờ (1,52%). Mô lại cầm máu 4 BN (2,54%), 0,51% điều trị nội khoa.

Kết quả PT: tốt (97,47%), trung bình (0,51%), xấu (2,02%).

3.4.2. Kết quả sớm ứng dụng quy trình phẫu thuật Longo

Thời gian PT trung bình: $31 \pm 1,32$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình: $5,15 \pm 2,84$ ngày (1 ngày- 15 ngày). Thời gian nằm viện trung bình $8,23 \pm 3,59$ ngày (2 ngày- 23 ngày).

Bảng 3.36. Đau sau phẫu thuật Longo

Kết quả	Số BN (n= 324)	Tỷ lệ %
Độ A	24	7,41
Độ B	169	52,16
Độ C	125	38,58
Độ D	5	1,54
Độ E	1	0,31

Nhận xét: Hầu hết BN đau sau mổ độ B (52,16%), chỉ có 1,54% đau độ D và 0,31% đau độ E.

Biến chứng sau mổ: bí tiêu phải thông tiểu (37,03%), chảy máu (1,23%).

Bảng 3.38. Xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật Longo

Kết quả	Số BN (n= 324)	Tỷ lệ %	
Chảy máu \leq 48 giờ	Mô lại để cầm máu Điều trị nội khoa	2 0	0,62 0
Chảy máu $>$ 48 giờ	Mô lại để cầm máu Điều trị nội khoa	1 1	0,31 0,31
Tổng số	4	1,24	

Nhận xét: Chảy máu sau mổ chủ yếu trong vòng 48 giờ sau mổ (0,62%). Phải mô lại để cầm máu: 0,93%, điều trị nội khoa có kết quả: 0,31%.

Kết quả PT: tốt (98,76%), trung bình (0,31%), xấu (0,93%).

Nhận xét đại thể vòng cắt sau PT Longo theo chiều ngang trung bình chủ yếu từ 1-2 cm (76,23%) và 2-3 cm (22,53%); theo chiều dài chủ yếu là 7- 12 cm (96,30%) và $>$ 12 cm (3,39%).

Bảng 3.44. Xét nghiệm vi thể độ sâu của vòng cắt sau phẫu thuật Longo

Kết quả	Số BN (n=154)	Tỷ lệ %
Hết lớp niêm mạc	45	29,22
Tới lớp cơ vòng	75	48,70
Tới lớp cơ dọc	34	22,08
Tổng số	154	100

Nhận xét: Hầu hết độ sâu các vòng cắt đều đi đến 2 lớp cơ, trong đó tới lớp cơ vòng (48,70%), tới lớp cơ dọc (22,08%).

Bảng 3.45. Xét nghiệm vi thể biểu mô phía trên và phía dưới vòng cắt sau phẫu thuật Longo

Kết quả	Số BN (n=154)	Tỷ lệ %	
Biểu mô phía trên vòng cắt	Biểu mô trụ Biểu mô lát tầng	154 0	100 0
Biểu mô phía dưới vòng cắt	Biểu mô trụ Biểu mô lát tầng	123 31	79,87 20,13

Nhận xét: Biểu mô phía trên và phía dưới hầu hết là biểu mô tuyến, tuy nhiên vẫn có 20,13% biểu mô lát tầng ở diện cắt dưới.

- Đánh giá kết quả PT bệnh trĩ chung trước khi ra viện: tốt (98,27%), trung bình (0,39%), xấu (1,34%).

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi, giới tính

Tuổi trung bình $45,38 \pm 15,04$ tương đương các nghiên cứu khác, tỷ lệ nam/nữ là 1,9. Tỷ lệ nữ giới thấp hơn nam giới, phù hợp với thực tế PT bệnh trĩ ở các tỉnh miền núi phía Bắc bởi bệnh trĩ là mãn tính, hơn nữa lại ở vùng kín đáo khiến người bệnh ngại đi khám bệnh, đặc biệt là phụ nữ.

4.1.2. Địa dư, dân tộc, nghề nghiệp

Tỷ lệ phân bố BN khác nhau giữa các tỉnh không phản ánh được cơ cấu bệnh tật tại địa phương đó. 45,2% BN được điều trị là người dân tộc thiểu số, thể hiện chính sách quan tâm của Đảng nhà nước về y tế đối với các đồng bào dân tộc miền núi vùng sâu vùng xa của tổ quốc. BN chủ yếu là làm ruộng (36,39%), cán bộ (30,65%) và công nhân (16,28%) tính chất công việc nặng nhọc, căng thẳng về tinh thần là nguyên nhân thuận lợi gây ra bệnh.

4.2. Ứng dụng các quy trình chẩn đoán sỏi mật

4.2.1. Chẩn đoán lâm sàng

Tiền sử cắt trĩ (3,26%) thấp hơn các nghiên cứu khác trong nước có thể do nhiều BN phải mổ lại đã được chuyển lên tuyến trên. Thời gian bị bệnh trong vòng 5 năm (67,43%). Lý do bệnh kéo dài nhiều năm: do tính chất của bệnh không gây nguy hiểm đến tính mạng, chưa ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe nên BN không muốn đi khám bệnh, do hầu hết ở các BV tỉnh chưa có chuyên khoa về HMTT nên chẩn đoán các giai đoạn bệnh chưa chính xác, lựa chọn phương pháp điều trị nội khoa, thủ thuật... chưa hiệu quả. Hay đã chẩn đoán được nhưng vì không nắm vững các nguyên tắc PT nên xử trí không đúng phương pháp nên chưa đạt kết quả. Chỉ có 69/522 BN được phát hiện có bệnh nội khoa (13,22%) gồm tăng huyết áp (5,38%), viêm đại tràng (3,26%) và viêm dạ dày (1,91%). Cho thấy BN các tỉnh miền núi đến điều trị bệnh trĩ trong điều kiện toàn thân không tốt, nhiều bệnh lý toàn thân kèm theo, điều này phù

hợp với điều kiện kinh tế xã hội và y tế thấp kém, đây cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh.

Bệnh nhân đến khám với các dấu hiệu: đại tiện ra máu (62,64%), đau rát HM khi đại tiện (72,41%) và sa khối khi đại tiện (96,93%), một số ít đến khám vì các khó chịu do ngứa (37,93%), âm ướt HM (22,22%). Chứng tỏ hệ thống y tế cơ sở tại các địa phương này còn chậm phát triển, chưa phát hiện được sớm bệnh trĩ.

Khám lâm sàng bằng thăm trực tràng kết hợp soi HMTT là động tác thăm khám chính. Nhận thức của các BS có cải thiện rất nhiều (so với nghiên cứu hồi cứu 6 tháng đầu năm 2009, cũng tại các tỉnh miền núi phía Bắc, 7,3% không được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án phương pháp thăm khám). 76,43% BN được soi HMTT ống cứng, 3,06% soi đại tràng ống mềm, một số BVĐK tỉnh chưa triển khai được nội soi sinh thiết do thiếu phương tiện là một thiếu sót lớn. Trang bị các kim sinh thiết là thực sự cần thiết và không quá khó khăn với các BV tỉnh miền núi phía Bắc.

Trước mổ 1,34% nút kẽ HM và 2,10% đa thừa HM, 0,96% polyp HM... được phát hiện, không có BN u trực tràng, khám đánh giá toàn diện tổn thương giúp chỉ định đúng, là một trong những bước quan trọng của chẩn đoán phân biệt mà quy trình chẩn đoán bệnh trĩ đã xây dựng.

Xét nghiệm máu, BN thiếu máu chiếm 31,42%, trong đó 1,35% thiếu máu nặng, là số BN phải truyền máu trước mổ. Thực tế đặt ra yêu cầu phải có phương pháp giáo dục sức khỏe và quản lý sức khỏe có hiệu quả trong nhân dân các dân tộc thuộc các tỉnh miền núi phía Bắc.

4.2.2. Chẩn đoán xác định bệnh, phân độ trĩ

Ở 6 tháng đầu năm 2009, khi quy trình chẩn đoán chưa áp dụng, theo Trịnh Hồng Sơn, tại 12 BVĐK tỉnh 35,1% không được phân độ trĩ. Nghiên cứu này có 506 BN (96,93%) trĩ nội và trĩ hỗn hợp, trong đó chủ yếu gặp trĩ độ 3 (61,46%) và độ 4 (34,58%), chỉ có 3,95% trĩ độ 2. Sự hiểu biết và ý thức về bệnh trĩ của BN chưa cao, khoảng thời gian mắc bệnh càng lâu bệnh càng nặng. BN đến điều trị muộn là một trong những nguyên nhân làm tăng số BN trĩ độ 4 hay các biến chứng nghẹt, chảy máu, và nhiễm trùng.

4.2.3. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý ác tính vùng HM có triệu chứng đại tiện ra máu giống bệnh trĩ. Tiêu chuẩn nghiên cứu, khi áp dụng quy trình chẩn đoán đã giúp các PTV loại trừ ung thư OHM và ung thư bóng trực

tràng trước khi mổ trĩ, vì vậy nghiên cứu này không gặp trường hợp nào ung thư, nhưng phát hiện được tổn thương của nứt kẽ HM (1,34%) và polyp HM (0,95%).

4.2.4. **Chẩn đoán khả năng điều trị bệnh (chọn phương pháp điều trị thích hợp)**

Việc áp dụng phương pháp PT nào, PTV cần hiểu rõ về giải phẫu sinh lý HMTT, cơ chế bệnh sinh trĩ, chỉ định PT, kỹ thuật thực hiện, tai biến biến chứng có thể gặp trong mổ và sau mổ. Đặc biệt khi áp dụng, về mặt kỹ thuật, từng bước PT cần làm đúng quy trình và áp dụng một cách khoa học các thao tác trong từng bước kỹ thuật.

4.3. **Ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ**

4.3.1. **Chuẩn bị trước mổ**

Trước mổ: 51,92% dùng kháng sinh chống viêm, 3,64% được điều trị tăng huyết áp, 1,35% được truyền máu... Điều trị tại chỗ 18,58 % BN. Không có nhiều BN có các bệnh toàn thân nặng nề kèm theo như suy thận, rối loạn đông máu, suy tim... vì những trường hợp này khi đến BV tỉnh, đã được khám, phát hiện sau đó chuyển lên tuyến trên.

4.3.2. **Chỉ định phẫu thuật**

4.3.2.1. **Chỉ định theo tính chất phẫu thuật**

Mô cấp cứu: trĩ tắc mạch (6,13%), sa nghẹt trĩ (4,79%) hay chảy máu nhiều (1,53%). Ứng dụng PT Milligan- Morgan và PT Longo trong mổ cấp cứu chiếm 6,32% và 6,70%. Trong điều kiện các BV tỉnh miền núi phía Bắc, các điều kiện còn hạn chế, kháng sinh không đầy đủ, trình độ và trang thiết bị hồi sức còn nhiều khó khăn, nên áp dụng PT cấp cứu cho những BN trĩ tắc mạch đến sớm trước 72 giờ, các bệnh lý toàn thân đi kèm không nặng nề. Khi BN càng nặng thì các bước PT càng đơn giản càng tốt, lấy bỏ những vị trí tắc mạch, dễ lấy.

4.3.2.2. **Chỉ định mổ theo mức độ sa trĩ**

Các chỉ định PT theo mức độ sa trĩ áp dụng PT Milligan-Morgan hay PT Longo là phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác. Nhóm BN trĩ độ 4 được PT Longo (21,54%), cần có thời gian theo dõi kết quả xa sau mổ tại các tỉnh miền núi phía Bắc để có thể lựa chọn phương pháp PT sao cho phù hợp, đạt kết quả cao nhất.

4.3.3. **Ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ**

4.3.3.1. **Ứng dụng quy trình phẫu thuật Milligan Morgan**

Bước 1: khó khăn (2,53%) khi kiểm tra tổn thương, đánh giá búi trĩ do các búi trĩ sa nghẹt, to và chảy máu. **Bước 2:** tuân thủ tam giác trình bày khi đặt 3 pince là quan trọng, khi tam giác trình bày rõ ràng thì cách giải quyết vấn đề cầu da và niêm mạc sẽ đủ rộng và tránh làm

mất cầu da niêm mạc, ngăn ngừa được nguy cơ sẹo hẹp HM sau mổ, 5,56% khó khăn do các búi trĩ to phù nề, chảy máu làm thay đổi cấu trúc OHM dẫn đến đặt 3 pince thiếu cân xứng. **Bước 3:** Người phụ ở bên phải dùng một miếng gạc ép vào HM ở điểm đối xứng (qua da HM) với ngón tay trái của người mổ- đồng thời đẩy ra phía ngoài và ra sau. Sự phối hợp giữa động tác này với bàn tay trái của người mổ làm cho bờ dưới cơ tròn trong bị đẩy ra trước và xuống dưới khiến cho việc tìm nó trở nên dễ dàng. Khó khăn khi người phụ kết hợp đẩy da rìa không tốt, cùng với chảy máu khi phẫu tích ở các búi trĩ to, phù nề, chiếm 4,04%. **Bước 4:** tránh hẹp HM khi thắt gốc búi trĩ phải nhìn rõ và chỉ thắt gốc trĩ, không buộc niêm mạc vùng lân cận. **Bước 5:** khó khăn 11,11%. Khó khăn xảy ra khi cắt các búi trĩ và cắt chỉ, một số trường hợp chảy máu ở gốc búi trĩ do không còn độ căng của chỉ. Không nên dùng dao điện cầm máu vì có thể làm lỏng chỉ buộc gốc búi trĩ, dẫn đến nguy cơ chảy máu sau mổ.

4.3.3.2. **Ứng dụng quy trình phẫu thuật Longo**

Bước 1, đánh giá tình trạng HM, các tổn thương phối hợp. Nong HM khó khăn do các BN đã có tiền sử tiêm xơ và thắt trĩ nên khi nong HM bị chảy máu. **Bước 2,** đặt ống nong HM, gặp khó khăn do kê tư thể BN không tốt, hai ụ ngồi nhô cao ở BN gầy hoặc do BN cao tuổi không chỉnh được khớp háng. Đặt ống nong không vào hết OHM, quan sát không rõ đường lược, dẫn đến khâu vòng niêm mạc không đều có thể diện cắt phạm vào dưới đường lược gây đau nhiều sau mổ. **Bước 3,** khó khăn do tụ máu ở các mũi khâu và có thể cả chảy máu kèm theo, gây phù nề, nhất là các trường hợp búi trĩ quá lớn. Khi người phụ kết hợp xoay van không đúng dẫn đến rối chỉ, kéo chỉ, đường khâu không đều dẫn đến đường cắt không đều. Khắc phục, khi khâu vòng niêm mạc trực tràng do tư thế BN nằm ngửa, khi khâu đến vị trí 11 giờ đến 1 giờ, điều chỉnh đèn mổ và bàn mổ cho đầu BN thấp xuống. **Bước 4 và 5** không gặp khó khăn nào, khi đưa máy vào HM theo đúng trục HMTT cần dùng ngón tay để xác định toàn bộ niêm mạc có nằm giữa búa và đe của máy mới siết chỉ và đóng máy, kiểm tra thành sau âm đạo với BN nữ, là động tác cơ bản trước khi bấm máy để tránh biến chứng rò trực tràng âm đạo. **Bước 6** khó khăn gặp 3,09%, khi tháo máy bị mắc. Nên xoay ngược đầu máy nửa vòng kết hợp rút máy ra khỏi HM, theo J.Bikchandani việc giữ máy trong thời gian 20 giây mới tháo và rút máy ra khỏi HM có tác dụng cầm máu. **Bước 7,** không nên đốt điện cầm máu khi có điểm rỉ máu ở diện cắt nối, nên khâu cầm máu bổ sung và khi khâu cần chú ý tránh khâu dưới

đường lược vì có thể làm BN đau hơn sau mổ. **Bước 8**, xử trí bổ sung, cắt vết nứt kẽ (0,93%), cắt da thừa (1,54%), cắt polyp HM (1,23%). Đối với các BN trĩ có kèm nứt kẽ HM, lấy bỏ vết nứt và cắt bán phần cơ thắt trước khi đặt máy thực hiện PT Longo.

4.4. Kết quả sớm ứng dụng các quy trình điều trị phẫu thuật

4.4.1. Chăm máu sau phẫu thuật

Chủ yếu sau mổ 48 giờ. Phải mổ lại để cầm máu ở PT Milligan-Morgan 4/5 BN, chỉ có 1 BN (0,51%) điều trị nội khoa kết quả. Các BN phải mổ lại để cầm máu đều do bị tuột các nút buộc chỉ ở gốc búi trĩ. Xử trí, khâu tăng cường mũi chữ X chỉ tiêu chặm vào điểm chảy máu ở gốc búi trĩ. Sau PT Longo có 3 BN phải mổ lại để cầm máu và 1 BN điều trị nội khoa thành công. Nguyên nhân gây chảy máu phải mổ lại do các đường ghim bị lỏng, rơi ra. Xử trí cầm máu: khâu tăng cường bằng các mũi chữ X, chỉ không tiêu vào điểm chảy máu.

4.4.2. Đau sau phẫu thuật

PT Longo có ưu điểm ít đau sau mổ, BN không đau (7,41%) đau nhẹ và vừa (độ B và C) chiếm 90,74%, đau nhiều (độ D) 1,54% và đau dữ dội (Độ E) chiếm 0,31%. PT Milligan- Morgan chủ yếu đau nhẹ và vừa (độ B và C) chiếm 75,76%, đau nhiều (độ D) chiếm 17,68%, đau dữ dội (Độ E) chiếm 4,54%; Đau sau mổ có thể liên quan tới những tác động vào vùng dưới đường lược (PT Milligan- Morgan), các xử trí phối hợp, cắt da thừa, cắt vết nứt tạo hình HM, khi khâu treo búi trĩ phạm xuống dưới đường lược, hay vòng cắt niêm mạc trực tràng ở PT Longo nằm dưới đường lược, cụ thể kết quả GPB có 20,13% biểu mô lát tầng.

4.4.3. Bí tiểu sau phẫu thuật

Bí tiểu sau PT Milligan- Morgan là 31,31%, sau PT Longo là 37,03%. Bí tiểu khó tránh khỏi hoàn toàn trong các PT điều trị bệnh trĩ, dù là PT được thực hiện ở tầng trên hay tầng dưới đường lược. Tuy nhiên, với các BN mổ trĩ, cũng cần chú ý đến các yếu tố ảnh hưởng đến hệ tiết niệu (như sỏi tiết niệu, u phì đại tuyến tiền liệt,...) có thể là nguyên nhân gây nên tình trạng bí tiểu sau PT.

4.4.4. Thời gian phẫu thuật

PT Milligan- Morgan là $47 \pm 2,52$ phút, PT Longo là $31 \pm 1,32$ phút. Có nhiều lý do làm cho thời gian mổ kéo dài hơn bình thường như: kinh nghiệm của PTV, trĩ biến chứng phức tạp, xảy ra tai biến, có tổn thương phối hợp, sự cố máy móc...

4.4.5. Thời gian hậu phẫu

PT Milligan- Morgan là $6,12 \pm 2,84$ ngày, PT Longo là $5,15 \pm 2,84$ ngày, dài hơn các nghiên cứu khác, do PT Longo mới được triển

khai tại các BV tỉnh miền núi phía Bắc, khi theo dõi BN sau mổ cũng cần nhiều thời gian hơn bên cạnh đó thêm nữa do những khó khăn về vị trí địa lý, điều kiện đi lại cũng làm thời gian lưu lại BV dài hơn.

4.4.6. Thời gian nằm viện

PT Milligan- Morgan, $9,83 \pm 4,49$ ngày, PT Longo $8,23 \pm 3,59$ ngày. Thời gian nằm viện dài hơn các tác giả khác do nhiều lý do khác nhau: các khó khăn trong mổ khi thực hiện các bước PT, xử trí thêm tổn thương đi kèm bệnh trĩ, các tai biến, biến chứng sau mổ, thêm nữa do mới triển khai PT Longo nên thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn để theo dõi là việc làm cần thiết.

4.4.7. Đánh giá kết quả phẫu thuật Milligan- Morgan và phẫu thuật Longo.

* **Đánh giá kết quả phẫu thuật Milligan- Morgan:** tốt 97,47%, trung bình: 0,51% và kết quả xấu 2,02%. PT Milligan – Morgan vẫn cho thấy là phương pháp triệt để, giải quyết tốt các búi trĩ tắc mạch, tiết kiệm chi phí và không khó thực hiện, rất phù hợp áp dụng ở các BV tuyến tỉnh.

* **Đánh giá kết quả phẫu thuật Longo:** tốt 98,76%, trung bình: 0,31% và kết quả xấu: 0,93%. Triển khai được PT Longo tại tất cả các BV tỉnh miền núi phía Bắc là một thành công của việc ứng dụng quy trình chẩn đoán và điều trị bệnh trĩ, góp phần vào sự phát triển của ngành Y tế các tỉnh miền núi, cụ thể hóa sự chăm sóc sức khỏe của Đảng và nhà nước đối với các dân tộc miền núi, đảm bảo tính ưu việt, tính công bằng trong công tác khám, chữa bệnh để bà con các dân tộc nói chung, người bệnh nghèo nói riêng được thụ hưởng những thành tựu y học mới ngay tại tỉnh nhà.

4.4.8. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật Longo

Kết quả xét nghiệm vi thể 154 bệnh phẩm sau PT Longo: 70,78% vòng cắt có lớp cơ của trực tràng, 20,13% có sự hiện diện của biểu mô lát tầng.

Vai trò của xét nghiệm GPB vòng cắt niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng của PT Longo là hết sức quan trọng, cần thiết, thực tế và khoa học. Vòng cắt chuẩn là vòng cắt không bị gián đoạn, vòng cắt đều, cắt trên đường lược...đưa lại kết quả tốt. Mặc dù chưa được làm toàn bộ các bệnh phẩm sau mổ nhưng cũng cho thấy sự tiến bộ rõ rệt trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý này của các BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc, các BN dù ở vùng sâu, vùng xa cũng được hưởng quyền lợi của phương pháp điều trị chuẩn.

4.4.9. Đánh giá chung kết quả ứng dụng các quy trình phẫu thuật

Kết quả sau PT có 98,27% đạt kết quả tốt, 0,39% đạt kết quả trung bình và 1,34% kết quả xấu. Khẳng định việc áp dụng quy trình chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ đã mang lại hiệu quả: Chất lượng chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ được nâng cao, BN được chữa bệnh ngay tại địa phương, giảm tình trạng quá tải BN cho các BV Trung ương, đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc y tế giữa các vùng, miền trong cả nước, góp phần ổn định kinh tế, xã hội, chính trị và bảo đảm quốc phòng, an ninh biên giới.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 522 BN (343 nam, 179 nữ), được ứng dụng quy trình chẩn đoán và điều trị PT bệnh trĩ thuộc đề tài cấp Nhà nước mã số ĐTĐL.2009G/49, tại 13 BVĐK tỉnh miền núi phía Bắc. Chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Nghiên cứu ứng dụng các quy trình chẩn đoán và phẫu thuật bệnh trĩ

+ Ứng dụng các quy trình chẩn đoán bệnh trĩ

Tuổi trung bình của các BN là 45,38±15,04 tuổi. Người dân tộc thiểu số chiếm 45,2%. Tiền sử có 37,36% đã điều trị Đông y, 18,68% đã cắt trĩ. Thời gian mắc bệnh trong vòng 5 năm chiếm 67,43%. Triệu chứng chủ yếu là: sa trĩ (96,93%), đau rát HM (72,41%), đại tiện ra máu tươi (62,64%), ngứa HM (37,93%) và ẩm ướt HM (22,22%).

Chẩn đoán xác định bệnh trĩ bằng thăm trực tràng (100%), soi HMTT ống cứng (76,43%), soi đại tràng ống mềm (3,06%). Kết quả khám lâm sàng: Trĩ nội 38,69%, trĩ ngoại 3,07% và trĩ hỗn hợp 58,23%. Phân độ trĩ nội và trĩ hỗn hợp: Trĩ độ II, trĩ độ III và trĩ độ IV tương ứng với các tỷ lệ 3,95%; 61,46% và 34,58%.

Chẩn đoán phân biệt với 1,34% nút kẽ HM; 2,10% đa thừa HM; 0,96% polyp HM do có cùng triệu chứng đau và sa khối hậu môn. Không có trường hợp nào có u trực tràng.

+ Ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

Chỉ định mổ: mổ phiến 86,97%, cấp cứu: 13,03% (chủ yếu tắc mạch trĩ, sa nghẹt trĩ, chảy máu cấp tính và hoại tử trĩ).

Trước mổ, đã dùng kháng sinh chống viêm (51,92%), hạ huyết áp (3,64%), giảm đau (2,68%) và truyền máu (1,35%).

Phẫu thuật Longo được triển khai tại tất cả các BV trên 324 BN, chủ yếu là mổ phiến (89,19%), cấp cứu khi trĩ tắc mạch (4,41%) và theo mức độ sa trĩ, gồm trĩ độ III (37,94%) và trĩ độ IV (21,54%). Quá trình thực hiện 8 bước PT, khó khăn gặp ở bước 1 (1,23%); bước 2 (2,47%); bước 3 (0,93%); bước 4 (0,31%); bước 5 (0,31%) và bước 6 (3,09%).

Phẫu thuật Milligan- Morgan vẫn là phương pháp chủ yếu cho mổ cấp cứu điều trị trĩ biến chứng (4,41% sa nghẹt trĩ, 1,72% tắc mạch, 1,53% chảy máu cấp tính và 0,57% hoại tử trĩ) và tất cả các mức độ sa trĩ khi mổ phiến. Quá trình thực hiện 6 bước PT, khó khăn ở bước 1 (2,53%); bước 2 (5,56%); bước 3 (4,04%) và bước 5 (11,11%).

2. Đánh giá kết quả sớm ứng dụng các quy trình phẫu thuật bệnh trĩ

Đánh giá chung: Ứng dụng các quy trình PT bệnh trĩ đã mang lại hiệu quả thiết thực, nâng cao chất lượng điều trị bệnh trĩ tại các BV tỉnh miền núi phía Bắc. Đặc biệt đã triển khai được xét nghiệm vi thể vòng cắt sau PT Longo (47,53%).

Phẫu thuật Milligan- Morgan có kết quả tốt 97,47%. Thời gian PT trung bình: 47± 2,52 phút. Đau sau mổ: độ C (47,98%), độ B (27,78%) và độ D (17,68%). Biến chứng sau mổ gồm bí tiểu (31,31%) và chảy máu (2,54%). Thời gian hậu phẫu trung bình: 6,12 ± 2,84 ngày. Thời gian nằm viện trung bình: 9,83± 4,49 ngày.

Phẫu thuật Longo mới được triển khai nhưng đã có kết quả tốt (98,76%) Thời gian PT trung bình: 31± 1,32 phút. Ít đau sau mổ (chủ yếu đau nhẹ 52,16%). Biến chứng sau mổ gồm bí tiểu (37,03%) và chảy máu (1,24%). Thời gian hậu phẫu trung bình: 5,15± 2,84 ngày. Thời gian nằm viện trung bình: 8,23± 3,59 ngày.

324 bệnh phẩm vòng cắt sau PT Longo có nhận xét đại thể, 154 bệnh phẩm được thực hiện đầy đủ đại thể và vi thể (47,53%), hầu hết độ sâu các vòng cắt đều đi đến 2 lớp cơ (70,78%). Biểu mô phía trên và phía dưới hầu hết là biểu mô tuyến, vẫn có 20,13% biểu mô lát tầng ở diện cắt dưới.

KIẾN NGHỊ

1. Xét nghiệm GPB vòng cắt sau PT Longo để hoàn thiện kỹ thuật và đánh giá kết quả PT.

2. Tiếp tục triển khai quy trình đã ứng dụng để có các nghiên cứu khác với số lượng bệnh nhân nhiều hơn, thời gian nghiên cứu dài hạn hơn tại các tỉnh miền núi phía Bắc.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn (2014), "Kết quả bước đầu điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 9(6), tr. 56 - 61.
2. Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn, Phạm Tiến Biên, Đỗ Văn Giang, Trần Mậu Việt, Nguyễn Hưng Đạo, Nguyễn Văn Lượng, Nguyễn Đăng Duy, Vũ Đức Mạnh, Đinh Ngọc Dũng, Trương Việt Anh, Vàng A Sáng, Lò Văn Nhay, Nguyễn Văn Đồng, Phạm Văn Cường (2015), "Biến chứng chảy máu phải mổ lại sau phẫu thuật Longo ở một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc", *Tạp chí Y học thực hành*, 951(1), tr. 9- 11.
3. Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn, Phạm Tiến Biên, Đỗ Văn Giang, Trần Mậu Việt, Nguyễn Hưng Đạo, Nguyễn Văn Lượng, Nguyễn Đăng Duy, Vũ Đức Mạnh, Đinh Ngọc Dũng, Trương Việt Anh, Vàng A Sáng, Lò Văn Nhay, Nguyễn Văn Đồng, Phạm Văn Cường (2015), "Chẩn đoán, điều trị phẫu thuật bệnh trĩ tại một số bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi và biên giới phía Bắc giai đoạn 2010- 2013", *Tạp chí Y học thực hành*, 951(1), tr. 24- 27.
4. Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn, Phạm Tiến Biên, Đỗ Văn Giang, Trần Mậu Việt, Nguyễn Hưng Đạo, Nguyễn Văn Lượng, Nguyễn Đăng Duy, Vũ Đức Mạnh, Đinh Ngọc Dũng, Trương Việt Anh, Vàng A Sáng, Lò Văn Nhay, Nguyễn Văn Đồng, Phạm Văn Đễ, Nguyễn Thu Hà, Trần Văn Thịnh, Hà Thị Thương, Nguyễn Thị Nguyên, Nguyễn Văn Tùng, Nguyễn Thanh Bình, Ngô Thị Hòa, Trương Quang Ngọc, Hoàng Tân Ất, Chu Văn Hải, Hoàng Thị Mỹ Ngọc, Đỗ Dương Quân (2015), "Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật Longo điều trị bệnh trĩ tại một số bệnh viện tỉnh miền núi phía Bắc", *Tạp chí Y học thực hành*, 951(1), tr. 16- 18.
5. Nguyễn Hoàng Diệu, Trịnh Hồng Sơn, Phạm Tiến Biên, Đỗ Văn Giang, Trần Mậu Việt, Nguyễn Hưng Đạo, Nguyễn Văn Lượng, Nguyễn Đăng Duy, Vũ Đức Mạnh, Đinh Ngọc Dũng, Trương Việt Anh, Vàng A Sáng, Lò Văn Nhay, Nguyễn Văn Đồng, Phạm Văn Cường (2015), "Điều trị phẫu thuật bệnh trĩ cho người dân tộc thiểu số tại một số bệnh viện tỉnh biên giới và miền núi phía Bắc", *Tạp chí Y học thực hành*, 951(1), tr. 12- 15.