

SỞ Y TẾ HÀ GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA VỊ XUYÊN

**ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**TÊN ĐỀ TÀI:**

*“Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật Longo điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vị Xuyên”*

**Chủ nhiệm đề tài: Tạ Tiến Mạnh**

Học hàm, học vị: Bác sỹ Chuyên khoa II

Chức vụ: Giám đốc

Đơn vị công tác: Bệnh Viện đa khoa Vị Xuyên

**Thành viên tham gia:**

1. Chu Quốc Khánh

Đơn vị công tác: Bệnh Viện đa khoa Vị Xuyên

2. Nguyễn Văn Sáng

Đơn vị công tác: Bệnh Viện đa khoa Vị Xuyên

Vị Xuyên, năm 2023

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN</b>	<b>2</b>
<b>1.1. GIẢI PHẪU VÙNG HẬU MÔN – TRỰC TRÀNG</b>	<b>2</b>
1.1.1. Giải phẫu ống hậu môn - trực tràng	2
<b>1.1.2. Mạch máu của hậu môn – trực tràng</b>	<b>5</b>
1.1.3 Thần kinh vùng hậu môn – trực tràng	8
<b>1.2. SINH LÝ ỐNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG</b>	<b>8</b>
1.2.1 Sự tự chủ của hậu môn	8
1.2.2 Cơ chế đại tiện	8
<b>1.3 NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH</b>	<b>9</b>
1.3.1 Nguyên nhân	9
1.3.2 Cơ chế bệnh sinh bệnh trĩ	9
1.3.3 Chẩn đoán, phân độ - phân loại trĩ	12
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b>	<b>13</b>
<b>2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU</b>	<b>13</b>
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân	13
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ 31	13
<b>2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b>	<b>13</b>
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	13
2.2.2. Nội dung nghiên cứu	14
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b>	<b>20</b>
3.1.1. Đặc điểm Tuổi, giới tính	20
3.1.2. Nghề nghiệp	20
3.1.3. Thời gian mắc bệnh trĩ	21
3.1.4. Các yếu tố liên quan tới phát sinh bệnh trĩ	21
3.1.5. Các phương pháp đã điều trị trước phẫu thuật Longo	21
3.1.6. Các triệu chứng lâm sàng và hình thái tổn thương	22
3.1.7. phân độ trĩ nội	22
3.1.8. Phân loại theo vị trí giải phẫu	22
3.1.9. Phân loại theo biến chứng	22
3.1.10. Số lượng búi trĩ	23

3.1.11 Một số Bệnh lý khác đi kèm vùng hậu môn	23
3.1.12 Chức năng tự chủ hậu môn trước phẫu thuật	23
3.1.13 Xét nghiệm cận lâm sàng	24
3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRONG MỔ	24
3.2.1. Tính chất phẫu thuật	24
3.2.2. Thời gian phẫu thuật	24
3.2.3. Khó khăn và thuận lợi trong mổ	25
3.2.4. Xử trí bổ xung	25
3.2.5. Giải phẫu bệnh vòng cắt	26
3.3. KẾT QUẢ GẦN SAU PHẪU THUẬT LONGO	26
3.3.1. Đau sau mổ	27
3.3.2. Chảy máu sau mổ	27
3.3.3. Bí đái sau mổ	27
3.3.4. Đại tiện lần đầu sau mổ	28
3.3.5. Tính chất phân sau lần đầu đại tiện	28
3.3.6. Cảm giác lần đầu sau đại tiện	28
3.3.7. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ	29
3.3.8. Thời gian nằm viện	29
<b>Chương 4: BÀN LUẬN</b>	<b>30</b>
<b>KẾT LUẬN</b>	<b>39</b>

## DANH MỤC CÁC BẢNG

Trang

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới	20
Bảng 2. Nghề nghiệp	20
Bảng 3. Thời gian mắc bệnh trĩ	21
Bảng 4 . Một số yếu tố liên quan tới phát sinh bệnh trĩ	21
Bảng 5. Các phương pháp đã điều trị trước phẫu thuật Longo	21
Bảng 6. Các hình thái tổn thương	22
Bảng 7. Phân độ trĩ nội	22
Bảng 8. Phân loại theo vị trí giải phẫu	22
Bảng 9. Phân loại theo biến chứng	22
Bảng 10. Số lượng các búi trĩ	23
Bảng 11. Một số bệnh lý khác ãi kèm ở vùng hậu môn	24
Bảng 12. Chức năng tự chủ hậu môn trước phẫu thuật	23
Bảng 13. Xét nghiệm máu	24
Bảng 14. Tính chất phẫu thuật	24
Bảng 15. Thời gian phẫu thuật	24
Bảng 16. Khó khăn và thuận lợi trong mổ	25
Bảng 17. Xử trí bổ xung	26
Bảng 19. Vòng cắt theo chiều ngang trung bình	26
Bảng 20. Nhận xét vòng cắt theo chiều dài	26
Bảng 21. Độ sâu của các mảnh cắt	27
Bảng 22. Đau sau mổ	27
Bảng 23. Chảy máu sau mổ	27
Bảng 24. Bí đái sau mổ	27

Bảng 25. Đại tiện lần đầu sau phẫu thuật	28
Bảng 26. Tính chất phân sau lần đầu đại tiện	28
Bảng 27. Cảm giác đại tiện lần đầu sau mổ	28
Bảng 28. Thời gian phải dùng thuốc giảm đau sau mổ	29
Bảng 29. Thời gian nằm viện	29

## DANH MỤC HÌNH ẢNH

Trang

Hình 1.1 : Thiết đồ đứng ngang qua giữa hậu môn trực tràng	2
Hình 1.2 :Thiết đồ đứng dọc, các lớp cơ vùng hậu môn trực tràng	6
Hình 1.3: Các mạch máu của trực tràng và ống hậu môn	6
Hình 1.4 : Thần kinh chi phối hậu môn trực tràng	7
Hình 2.1: Minh họa bước 1	15
Hình 2.2: Minh họa bước 2	15
Hình 2.3: Minh họa bước 3	16
Hình 2.4: Minh họa bước 4	16
Hình 2.5: Minh họa bước 5	17
Hình 2.6: Minh họa bước 6	17
Hình 2.7: Minh họa bước 7	18
Hình 2.8: Minh họa bước 8	18

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ 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. Bệnh trĩ rất thường gặp. Các tài liệu về dịch tễ học thế giới cũng như của Hội Hậu môn - trực tràng học Việt nam đều thấy bệnh trĩ gặp ở khoảng 50% người trưởng thành. Bệnh trĩ tuy không đe dọa đến sự sống còn, nhưng gây khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Mục tiêu chính của điều trị bệnh trĩ là giảm thiểu các triệu chứng gây khó chịu và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Điều trị trĩ trên thế giới cũng như ở Việt Nam có rất nhiều phương pháp: từ thay đổi cách sinh hoạt, ăn uống, dùng thuốc đông - tây y toàn thân hoặc tại chỗ...đến điều trị nội khoa, điều trị bằng thủ thuật và sau cùng là phẫu thuật.

Phẫu thuật Longo chỉ là một trong rất nhiều phương pháp mổ trĩ, được phẫu thuật viên người Ý – LONGO – đưa ra năm 1998 với nguyên tắc và dụng cụ hoàn toàn mới: Mổ trên đường lược và dùng máy cắt khâu rất nhanh, gọn, có nhiều ưu điểm như thời gian mổ ngắn, hậu phẫu ít đau, hồi phục sớm và dễ thực hiện kỹ thuật. Phương pháp mổ Longo được thực hiện tại Việt nam từ năm 2001 và ngày càng được áp dụng rộng rãi ở các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến huyện trên toàn quốc.

Tại Bệnh viện Vĩ Xuyên – Hà Giang đã sử dụng thường xuyên phương pháp mổ Longo cho khá nhiều bệnh nhân bị bệnh trĩ. Để góp phần đánh giá tính ưu việt và hiệu quả của kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật Longo điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện Đa khoa Huyện Vĩ Xuyên Tỉnh Hà Giang”** nhằm 02 mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan của bệnh trĩ được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật Longo tại Bệnh viện đa khoa Vĩ Xuyên.*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đa khoa Vĩ Xuyên.*

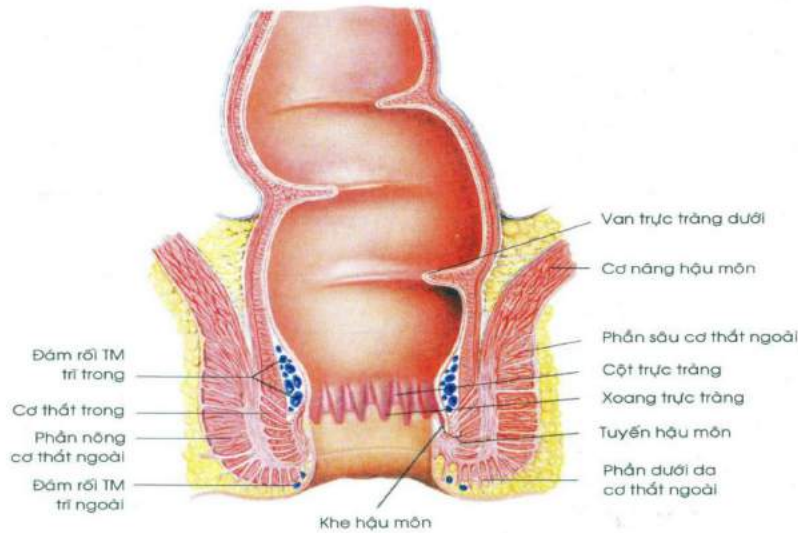
## Chương 1 TỔNG QUAN

### 1.1. GIẢI PHẪU VÙNG HẬU MÔN – TRỰC TRÀNG

#### 1.1.1. Giải phẫu ống hậu môn – trực tràng

Ống hậu môn hay còn gọi là đoạn trực tràng tầng sinh môn là phần trực tràng đi ngang qua phần sau của tầng sinh môn. Được giới hạn ở trên bởi giải mu - trực tràng của cơ nâng hậu môn, phía dưới là bó dưới da của cơ thắt ngoài. Ống hậu môn hợp với phần thấp của trực tràng (bóng trực tràng) một góc 90<sup>0</sup>-100<sup>0</sup> chạy xuống dưới ra sau và đổ ra da ở lỗ hậu môn ở tam giác này chậu sau. Ống hậu môn dài 3- 4 cm, đường kính khoảng 3 cm, đóng mở chủ động. Từ ngoài vào trong ống hậu môn nược cấu tạo bởi các lớp cơ, lớp niêm mạc và hệ thống mạch máu thần kinh.

##### 1.1.1.1. Cơ vùng hậu môn



Hình 1.1. Thiết đồ đứng ngang qua giữa hậu môn trực tràng

Vùng hậu môn có nhiều cơ tạo thành hình thể ống hậu môn và góp phần quan trọng trong hoạt động chức năng của hậu môn.

##### \* Cơ thắt ngoài:

Thuộc hệ cơ vân, hình ống và bao quanh bên ngoài cơ thắt trong, vượt quá bờ dưới cơ thắt trong khi đi sâu xuống phía dưới tiến sát tới da rìa hậu môn, cơ thắt ngoài là cơ riêng của vùng này gồm có 3 phần: phần dưới da, phần nông và phần sâu.

Phần dưới da: Nông nhất, ngay ở lỗ hậu môn. Xuyên qua phần này có các sợi xơ- cơ của cơ dọc trực tràng chạy từ ngoài vào, từ trên xuống, bám vào da



tạo nên cơ nhẵn da, làm cho da có các nếp nhăn. Các nếp nhăn này xếp theo hình nan quạt mà tâm điểm là lỗ hậu môn.

**Phần nông:** phần nông ở sâu hơn và ở phía ngoài hơn so với phần dưới da. Phần nông là phần to nhất của cơ thắt ngoài. Phần này xuất phát từ sau chạy ra trước, vòng quanh hai bên hậu môn, có một số sợi bám vào trung tâm cân đáy chậu.

**Phần sâu:** nằm trên phần nông. Các thớ cơ của phần này hoà lẫn với các thớ cơ của cơ nâng hậu môn, hai bó này duy trì góc hậu môn trực tràng và có chức năng đặc biệt trong tự chủ hậu môn.

\* **Cơ thắt trong:** thuộc hệ cơ trơn, là phần dày lên của lớp cơ vòng hậu môn. Cấu trúc hình ống dẹt, cao 4- 5 cm, dày 3- 6 mm, màu trắng ngà, co bóp tự động.

\* **Cơ nâng hậu môn, gồm hai phần:** phần thắt và phần nâng.

Phần thắt xoè giống hình cái quạt gồm 3 bó (bó mu bám ở mặt sau xương mu, bó ngồi bám ở gai hông, bó chậu bám vào cân cơ bịt trong), cả 3 bó đều tụm lại chạy ở hai bên trực tràng, tới sau hậu môn nính với nhau, nính vào xương cụt hình thành phen đan hậu môn- xương cụt.

Phần nâng, chỉ bám vào xương mu, ở phía trên phần thắt, bám tận bằng hai bó ở phía trước và phía bên hậu môn. Hai bó ở hai bên đan vào nhau ở phía trước của hậu môn. Bó bên của hai bên đan vào lớp cơ của thành trực tràng và bám vào bó sâu của cơ thắt ngoài.

\* **Cơ dọc dài phức hợp:**

Tạo bởi các thớ cơ dọc của lớp cơ thành trực tràng, các sợi từ cân chậu trên, một số nhánh sợi cơ trên xuất phát từ cơ nâng hậu môn và bó sâu của cơ thắt ngoài. Dải cơ dọc này chạy giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, xuống phía dưới toả thành hình nan quạt và tận cùng ở phần thấp của cơ thắt trong tạo nên các dây chằng Parks cố định niêm mạc hậu môn vào mặt trong cơ thắt trong.

#### **1.1.1.2. Lớp niêm mạc hậu môn**

Lòng ống hậu môn được phủ bởi lớp biểu mô với cấu trúc thay đổi dần từ trong ra ngoài, thực chất đây là sự chuyển tiếp giữa niêm mạc trực tràng và da quanh lỗ hậu môn, cùng với đó là sự thay đổi chức năng sinh lý quan trọng trong lòng ống hậu môn. Một số mốc giải phẫu cơ bản cần nắm được:

- **Đường lược:** là mốc quan trọng trong phẫu thuật hậu môn- trực tràng, cách rìa hậu môn da khoảng 1,5 -2 cm. Đường lược chia ống hậu môn làm hai phần trên van và dưới van mà sự khác biệt mô học là rõ rệt.

+ Phần trên van là biểu mô trụ đơn, giống biểu mô của trực tràng, niêm mạc lỏng lẻo có màu đỏ sẫm. Lớp dưới niêm mạc có đám rối tĩnh mạch trĩ trong, khi đám rối này bị dẫn sẽ tạo ra trĩ nội

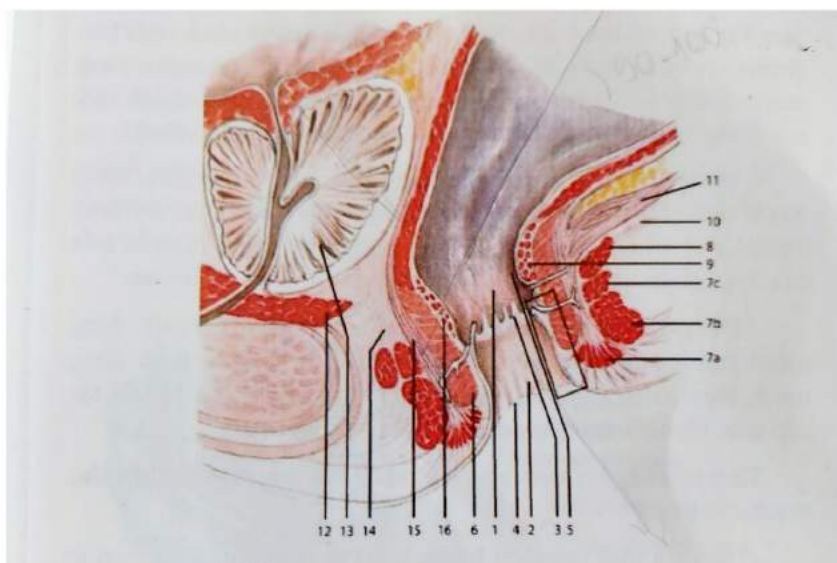
+ Phần dưới van là biểu mô không sừng hoá, không có tuyến bã và nang lông gọi là niêm mạc Herman, rất giàu các đầu mút thần kinh để nhận cảm với các tác nhân đau, nóng, lạnh, áp lực và nhận biết tính chất phân. Do vậy, vùng này rất quan trọng trong việc duy trì chức năng sinh lý của ống hậu môn. Ứng dụng lâm sàng trong việc phẫu thuật thủ thuật điều trị bệnh trĩ: để không gây đau cho người bệnh, nên được thực hiện ở phần trên của ống hậu môn, nghĩa là trên đường lược ít nhất 0,5cm.

Hơn nữa, đường lược chính là nơi phân biệt trĩ nội và trĩ ngoại. Các búi trĩ nằm trên đường lược là trĩ nội. Các búi trĩ nằm dưới đường lược là trĩ ngoại.

- **Đường hậu môn da:** là ranh giới giữa da quanh lỗ hậu môn và lớp niêm mạc của ống hậu môn.

- **Đường liên cơ thắt:** là rãnh nằm giữa bó dưới da cơ thắt ngoài và cơ thắt trong. Đường này nằm ngay phía trên đường hậu môn da và dưới đường lược khoảng 1 cm.

- **Đường hậu môn trực tràng:** là ranh giới giữa ống hậu môn và bóng trực tràng.



Hình 1.2. Thiết đồ đứng dọc, các lớp cơ vùng hậu môn trực tràng

1. Trục tràng 2. Ống hậu môn 3. Hốc hậu môn 4. Đường hậu môn da  
5. Đường hậu môn trục tràng 6. Cơ thắt trong hậu môn 7. Cơ thắt ngoài hậu môn  
8. Cơ mu – trục tràng 9. Đám rối TM trục tràng trong 10. Dây chằng môn cụt  
11. Cơ nâng hậu môn 12. Cơ ngang đáy chậu sâu 13. Tuyến tiền liệt 14. Khoang trước trục tràng 15. Cơ dọc kết hợp 16. Khoang dưới niêm mạc

### 1.1.2. Mạch máu của hậu môn – trục tràng

\* **Động mạch:** có ba động mạch cấp máu cho vùng này.

- **Động mạch trục tràng trên (động mạch trĩ trên):** là nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới. Động mạch này chia 3 nhánh: nhánh phải trước, nhánh phải sau và nhánh trái bên (trùng với vị trí ba bó trĩ chính thường gặp trên lâm sàng), tương ứng với mô tả của Miles. Các nhánh này nối thông với nhau và nối thông với các tĩnh mạch qua shunt.

- **Động mạch trục tràng giữa (động mạch trĩ giữa):** động mạch trục tràng giữa bên phải và bên trái xuất phát từ động mạch hạ vị, cấp máu cho phần dưới bóng trục tràng và phần trên của ống hậu môn.

- **Động mạch trục tràng dưới (động mạch trĩ dưới):** động mạch trục tràng dưới bên phải và bên trái xuất phát từ động mạch thẹn trong cấp máu cho hệ thống cơ thắt, các nhánh tận cấp máu cho 1/3 dưới hậu môn và vùng da hậu môn.

\* **Tĩnh mạch:** gồm đám rối tĩnh mạch trĩ trong và đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài.

- **Đám rối tĩnh mạch trĩ trong:** máu từ đám rối tĩnh mạch trĩ trong được dẫn về tĩnh mạch trục tràng trên, đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng dưới (hệ cửa).

Khi đám rối tĩnh mạch trĩ trong giãn tạo nên trĩ nội.

- **Đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài:** máu từ năm rối tĩnh mạch trĩ ngoài đổ vào tĩnh mạch trục tràng giữa và dưới rồi đổ vào tĩnh mạch hạ vị (hệ chủ) qua tĩnh mạch thẹn. Đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài giãn tạo ra trĩ ngoài.

Hai đám rối này được phân cách nhau bởi dây chằng Parks, khi dây chằng này thoái hoá mất độ bền chắc sẽ chùng ra, hai đám rối sát liền nhau, trĩ nội sẽ liên kết với trĩ ngoài tạo nên trĩ hỗn hợp. Khi trĩ hỗn hợp to ra, không nằm riêng rẽ nữa mà liên kết nhau tạo nên trĩ vòng.

Theo Treitz và Stelzner cấu trúc mạch máu trong các mô dưới niêm mạc và



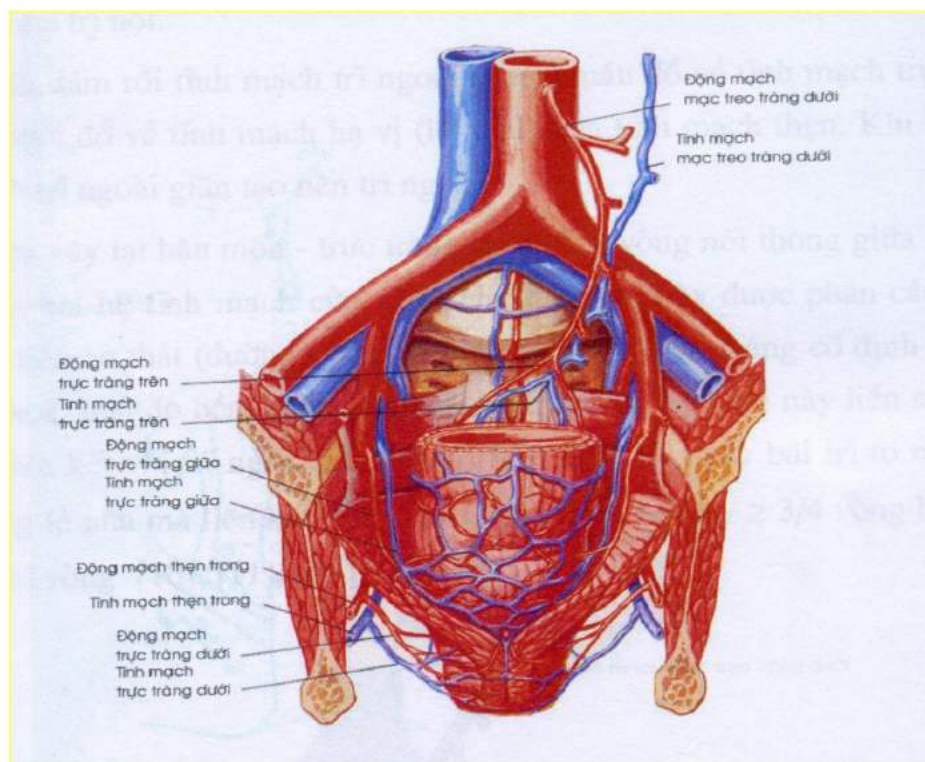
dưới da của ống hậu môn mà ông gọi là thể hang của trực tràng, tổ chức này ngoài khả năng co giãn còn có thể chun lại góp phần trong sự tự chủ của hậu môn. Giả thuyết này có cơ sở ở một số bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trĩ rối loạn tự chủ của hậu môn, có thể do bị cắt mất thể hang này.

**\* Các nối thông động – tĩnh mạch:**

Duret cho thấy có sự thông thương giữa động – tĩnh mạch ở lớp dưới niêm mạc của ống hậu môn và máu ở trĩ là máu động mạch nên tác giả đưa ra lý thuyết thông động tĩnh mạch góp phần gây bệnh.

Theo Thomson có sự liên thông giữa động mạch và tĩnh mạch ở mạng mạch trĩ, toàn bộ hệ thống động tĩnh mạch này nằm ở lớp dưới niêm mạc trong một hệ thống tổ chức thể hang và chịu sự điều khiển của thần kinh thực vật.

Soullard (1975) cho rằng hiện tượng chảy máu trong bệnh trĩ là do các rối loạn tuần hoàn tại chỗ của chính các mạch máu nối thông này chứ không phải là do hiện tượng giãn tĩnh mạch.



*Hình 1.3. Các mạch máu của trực tràng và ống hậu môn*

### 1.1.3. Thần kinh

Hậu môn trực tràng được chi phối bởi thần kinh sống và thần kinh thực vật. Hoạt động bài tiết phân thực hiện được tự chủ thông qua sự chi phối của hai hệ thần kinh này.

- **Thần kinh sống:** hệ thần kinh sống có dây thần kinh hậu môn, tách từ dây cùng III và dây cùng IV. Dây này vận động cơ thắt hậu môn và cảm giác vùng quanh lỗ hậu môn, phẫu thuật làm tổn thương dây này sẽ gây nên mất tự chủ khi đại tiện.

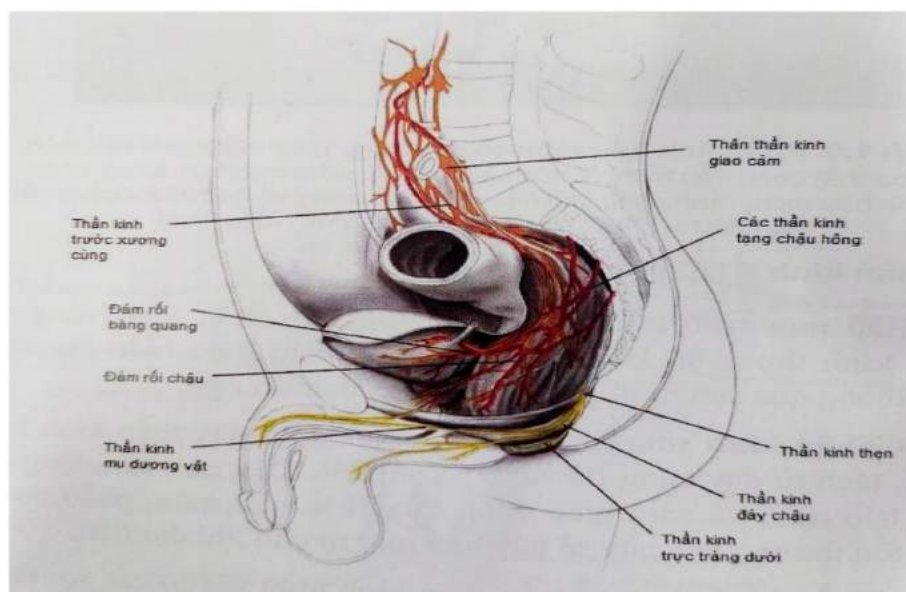
- **Thần kinh thực vật:** hệ thần kinh thực vật có các sợi thần kinh tách từ đám rối hạ vị.

. Các dây giao cảm từ các hạch giao cảm thắt lưng.

. Các sợi phó giao cảm xuất phát từ hai nguồn

. Các sợi tận cùng của dây thần kinh X đi qua nãm rốn mạc treo tràng dưới, qua dây cùng trước và dây hạ vị đi xuống. Các nhánh này vận động và chỉ huy việc tiết dịch trực tràng.

. Các dây cương tách ra từ đoạn cùng của tuỷ sống và mượn đường đi của rễ trước thần kinh cùng II, III, IV tới nãm rốn hạ vị chi phối cho các tạng niệu dục, điều này giải thích cho việc rối loạn tiểu tiện ở các bệnh nhân có phẫu thuật ở vùng hậu môn trực tràng do sự chi phối của thần kinh thực vật.



Hình 1.4. Thần kinh chi phối hậu môn trực tràng

## **1.2. SINH LÝ ỚNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG**

### **1.2.1. Sự tự chủ hậu môn**

Khả năng tự chủ của hậu môn tùy thuộc vào một chuỗi quá trình phức tạp, có quan hệ chặt chẽ với nhau.

Hiện nay với những hiểu biết về sinh bệnh học bệnh trĩ, các nhà hậu môn học công nhận đám rối tĩnh mạch trĩ là trạng thái sinh lý bình thường, tạo nên lớp đệm ở ống hậu môn, giúp kiểm soát sự tự chủ của đại tiện.

Kerremans cho rằng chức năng của hậu môn trực tràng trong việc chủ động đại tiện và chủ động nhịn đại tiện là sự kết hợp của cả hai hoạt động sinh lý, vừa động vừa tĩnh. Khả năng tự chủ của hậu môn là do vùng áp suất cao trong ống hậu môn lúc nghỉ (25- 120 mmHg) tạo ra rào cản chống lại áp suất trong trực tràng (5- 20)

Khi phân xuống trực tràng làm tăng áp lực trong bóng trực tràng và kích thích các bộ phận nhận cảm áp lực để từ đó gây ra các phản xạ giúp tự chủ hậu môn (phản xạ ức chế và phản xạ bảo vệ).

- Phản xạ ức chế: bắt đầu bằng việc cơ thắt trong giãn ra để phân tiếp xúc với các tế bào nhạy cảm ở phần trên ống hậu môn, từ đó cơ thể nhận cảm được khối lượng và tính chất phân, sự nhận biết này là vô thức.

- Phản xạ bảo vệ: Trong khi cơ tròn trong giãn ra thì cơ tròn ngoài vẫn co thắt không cho phân ra ngoài, khi cơ thể nhận biết được khối lượng, tính chất phân thì cơ thắt ngoài co thắt mạnh hơn không cho phân ra ngoài, đồng thời trực tràng giãn ra để thích nghi với khối lượng phân lớn hơn, khi đó áp lực trong bóng trực tràng đã giảm xuống và cảm giác buồn đi ngoài triệt tiêu do các bộ phận nhận cảm không còn bị kích thích. Phản xạ đó là vô thức, có sự chỉ huy của trung tâm phía dưới tuỷ sống và vỏ não.

### **1.2.2. Cơ chế đại tiện**

Ớng hậu môn với chức năng sinh lý chính là đào thải phân bằng động tác đại tiện. Hoạt động sinh lý bình thường của ống hậu môn hoàn toàn tự chủ.

Khi muốn đi đại tiện thì cơ thể phải huỷ bỏ cơ chế giữ phân như đã nêu, phân xuống đến trực tràng áp lực trong bóng trực tràng đến ngưỡng (45mmHG )



thì có cảm giác đại tiện: phản xạ ức chế cơ thắt ngoài và bó mu trực tràng xuất hiện làm cho 2 cơ này giãn ra, kết hợp với tư thế ngồi cúi 90 độ sẽ làm mất góc hậu môn trực tràng; động tác rặn làm tăng áp lực trong ổ bụng để đẩy phân xuống, lúc này hiệu ứng van không còn nữa áp lực trực tràng tăng cao vượt quá sức cản của ống hậu môn, phân được tống ra ngoài.

### **1.3. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH, CHẨN ĐOÁN, PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI TRĨ VÀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT LONGO**

#### **1.3.1. Nguyên nhân**

Nguyên nhân của bệnh trĩ chưa được xác định một cách rõ ràng. Nhiều yếu tố được coi như là nguyên nhân thuận lợi phát sinh bệnh.

1.3.1.1. **Tư thế đứng:** Trĩ gặp nhiều ở những người phải đứng lâu, phải ngồi nhiều. Taylor và Egbert chứng minh được áp lực tĩnh mạch trĩ ở tư thế nằm là 25cm nước khi đứng áp lực tăng lên là 75 cm nước.

1.3.1.2. **Táo bón:** Bệnh nhân bị táo bón khi đại tiện phải rặn nhiều, khi rặn áp lực trong lòng ống hậu môn tăng gấp 10 lần. Parks cho rằng đây là một nguyên nhân quan trọng gây ra trĩ .

1.3.1.3. **Tăng áp lực trong khoang bụng:** ở người lao động tay chân nặng nhọc, suy tim... áp lực trong ổ bụng tăng và bệnh trĩ dễ xuất hiện.

1.3.1.4. **Các khối u hậu môn trực tràng và tiểu khung:** làm cản trở máu hậu môn trực tràng trở về cũng là nguyên nhân của trĩ.

1.3.1.5. **Thai kỳ:** trĩ thường gặp lúc phụ nữ đang mang thai, sau mỗi lần mang thai, trĩ đều nặng hơn. Theo Parks ở phụ nữ trẻ thì thai kỳ là nguyên nhân gây trĩ nhiều nhất.

#### **1.3.2. Cơ chế bệnh sinh bệnh trĩ**

Đã có nhiều công trình nghiên cứu khác nhau về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ. Những công trình này đã dựa trên cơ sở nhận xét lâm sàng hoặc trên cơ sở tổ chức học để xây dựng nên các lý thuyết cắt nghĩa cơ chế bệnh sinh. Trong các thuyết nêu ra có hai thuyết được nhiều người chấp nhận.

- **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 nó lại có một nguyên nhân cản trở đường máu trở về (rặn mạnh vì táo bón, co 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 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 hậu môn, luồng máu tĩnh mạch trở về bị cản trở, trong khi luồng máu từ động mạch vẫn đưa máu đến vì áp lực cao. Quá trình đó tạo thành vòng luẩn quẩn, lâu dài làm mức độ sa trĩ càng nặng lên.

### **1.3.3. Chẩn đoán, phân độ - phân loại trĩ và chỉ định, chống chỉ định phẫu thuật Longo**

#### **1.3.3.1. Chẩn đoán**

##### **a. Lâm sàng**

*Triệu chứng điển hình*: Ba triệu chứng kinh điển thường gặp nhất: chảy máu, khối sa hậu môn và đau.

- Chảy máu khi đi ngoài ở các mức độ khác nhau, chảy máu là triệu chứng báo động, tần suất xuất hiện chảy máu trong bệnh trĩ từ 50 % đến 75 % đôi khi máu chảy nhiều buộc bệnh nhân đi khám cấp cứu. Thường máu chảy không nhiều, màu đỏ tươi, chảy rỉ ra theo phân.

- Khối trĩ sa hậu môn, sa từng bó hay cả vòng trĩ khi đi ngoài hoặc gắng sức. Bó trĩ sa có thể tự co lên, phải dùng tay đẩy lên hay sa thường xuyên kèm chảy dịch hậu môn, ngứa...gây khó chịu.

- Đau vùng hậu môn, tuy không thường có nhưng vẫn chiếm khoảng 15% mà nguyên nhân do sa trĩ tắc mạch.

- Thăm trực tràng: Là thủ thuật bắt buộc khi thăm khám bệnh nhân trĩ, có thể sờ thấy búi trĩ mềm, ấn xẹp. Đánh giá tình trạng trương lực cơ thắt hậu môn và các bệnh vùng tầng sinh môn phối hợp, các bệnh đi kèm với bệnh trĩ: áp xe,



rò, nứt kẽ, ung thư....

- Cho bệnh nhân ngồi xổm rặn để xem mức độ xa và chảy máu của búi trĩ.

***Triệu chứng trong quá trình tiến triển của bệnh:***

- Trĩ ngoại tắc mạch: Là những khối nhỏ, đơn độc, màu xanh tím, nằm dưới da rìa hậu môn. Phần lớn sẽ tự tiêu để lại miếng da thừa ở rìa hậu môn

- Trĩ nội tắc mạch: hiếm gặp hơn, biểu hiện là những cơn đau dữ dội trong ống hậu môn, soi hậu môn thấy khối màu xanh tím, niêm mạc nề nhẹ.

- Sa trĩ tắc mạch: Đau dữ dội vùng hậu môn, khó có thể đẩy trĩ vào lòng hậu môn, đi kèm là hiện tượng viêm, phù nề niêm mạc vùng hậu môn trực tràng, tiến triển theo hai hướng, triệu chứng đau giảm đi bó trĩ nhỏ lại tạo thành di tích là mảnh da thừa hay u nhú phi đại hoặc tiếp tục tiến triển thành hoại tử.

***Triệu chứng kết hợp với các bệnh lý khác:***

- Đi ngoài phân có máu: dễ nhầm lẫn nhất với khối u trực tràng hoặc ở đại tràng. Cần thăm trực tràng, sau đó là trực tràng – đại tràng ống mềm để xác định tổn thương.

- Đau hậu môn: có thể kết hợp với một nứt kẽ hậu môn hoặc một áp xe cạnh hậu môn.

***b. Cận lâm sàng***

- Soi hậu môn – trực tràng: thấy búi trĩ màu tím, vị trí chân búi trĩ so với đường lược, phát hiện các tổn thương để chẩn đoán phân biệt

- Soi đại tràng toàn bộ: để loại trừ tổn thương phối hợp ở đại trực tràng, nhất là với các bệnh nhân trên 50 tuổi.

- Các xét nghiệm cơ bản đánh giá hậu quả của bệnh trĩ: huyết học, sinh hoá, điện tim...

**1.3.3.2. Phân độ và phân loại trĩ**

***Trĩ nội:***

- Xuất phát trên đường lược

- Bề mặt niêm mạc không có thần kinh cảm giác

- Diễn biến: chảy máu, xa, nghẹt, tắc mạch

- Được phân thành 4 độ:

+ Độ 1: trĩ cương tụ, có thể có hiện tượng chảy máu (chỉ to lên trong lòng ống hậu môn).

+ Độ 2: sa trĩ khi rặn, tự co lên được.

+ Độ 3: sa trĩ khi rặn, phải dùng tay đẩy lên.

+ Độ 4: trĩ sa thường xuyên, có thể nghẹt dẫn đến hoại tử.

***Trĩ ngoại:***

- Xuất phát dưới đường lược.

- Có thần kinh cảm giác.

- Diễn biến: tắc mạch, mủ da thừa

***Trĩ hỗn hợp:*** trĩ nội và trĩ ngoại cùng có ở một búi trĩ hoặc nhiều búi trĩ.

***Trĩ có biến chứng:*** chảy máu, tắc mạch, sa – nghẹt trĩ.

**1.3.3.3. Chỉ định, chống chỉ định phẫu thuật longo**

Các phẫu thuật kinh điển nói chung đều đã kích vào vùng da quanh hậu môn và lớp biểu mô ống hậu môn nơi có nhiều tế bào thần kinh cảm giác nhạy cảm, gây đau nhiều sau mổ. Để tránh hay giảm đau sau mổ, một số phẫu thuật gần đây đã tìm cách điều trị chỉ tác động vào vùng niêm mạc trên đường lược và một loạt những công trình điều trị bằng khâu máy ra đời, trong đó phẫu thuật Longo được xem như một “ bước đột phá ” mới trong điều trị bệnh trĩ.

**a. 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, u nhú, tắc mạch, sa niêm mạc trực tràng...);

- Trĩ độ 2 nhưng có những búi xa có thể tự lên được.

- Trĩ được điều trị bằng những phương pháp khác thất bại.

**b. Chống chỉ định:**

- Apxe hậu môn,

- Hoại thư,

- Hẹp hậu môn,

- Sa toàn bộ trực tràng.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

##### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

Gồm những bệnh nhân trĩ đã được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp Longo tại bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên thời gian từ 01/06/2020 đến 31/07/2023 với các tiêu chuẩn:

\* Bệnh nhân thuộc mọi lứa tuổi; Bệnh trĩ độ 2, độ 3 và độ 4 có thể kèm trĩ tắc mạch, nứt kẽ hậu môn, polyp hậu môn và da thừa hậu môn, không có áp xe hậu môn, rò hậu môn, viêm trực tràng kèm theo.

\* Phẫu thuật Longo do phẫu thuật viên chuyên khoa thực hiện theo cách thức phẫu thuật thống nhất gồm 8 bước, trong đó cả mổ cấp cứu và mổ phiên.

\* Bệnh phẩm là vòng niêm mạc lấy ra từ máy YG – 34 của hãng CHANGZHOU HAIERS MEDICAL DEVICES Quảng châu Trung quốc .

\* Bộ dụng cụ phẫu thuật là YG – 34 của hãng changzhou haiers medical devices sản xuất tại Trung quốc, gồm có: máy nối, ống nong hậu môn, ống soi hậu môn để khâu chỉ vòng, móc luồn chỉ.

##### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân mắc các bệnh phối hợp như: Xơ gan, suy tim, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, suy thận, viêm trực tràng, ung thư trực tràng, rò hậu môn, áp xe hậu môn, Rectocel. Bệnh nhân apxe hậu môn, hoại thư, hẹp hậu môn, sa toàn bộ trực tràng...

#### **2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Là nghiên cứu kết hợp hồi cứu và tiến cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả ở những bệnh nhân trĩ được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên thời gian từ 01/06/2020 đến 31/07/2023.

- Thông tin được ghi nhận từ bệnh án lưu trữ hoặc ngay từ khi hỏi bệnh, khám bệnh, làm bệnh án, vào viện, thực hiện phẫu thuật, theo dõi bệnh nhân...thu thập bằng bệnh án nghiên cứu.

- Tất cả các dữ liệu nghiên cứu được tổng kết và xử lý theo thuật toán thống kê y học của chương trình SPSS 16.0.

## **2.2.2. Nội dung nghiên cứu**

### **2.2.2.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trĩ trước mổ**

- Ghi nhận các đặc điểm về tuổi, giới, nghề nghiệp (cán bộ viên chức, hưu trí, công nhân, nội trợ, nghề tự do).

- Tiền sử bệnh, thời gian xuất hiện triệu chứng và các biện pháp điều trị trước phẫu thuật Longo (nội khoa, đông y, thủ thuật, phẫu thuật).

- Các triệu chứng cơ năng được chúng tôi ghi nhận từ bệnh án, ghi nhận các lý do vào viện: đau hậu môn, ỉa máu, ỉa lòi khối.

- Ghi nhận một số yếu tố liên quan: táo bón, sau đẻ, các bệnh phối hợp (tăng huyết áp, xơ gan, viêm đại tràng...).

- Các phương pháp mà bệnh nhân đã điều trị trước mổ (Nội khoa, đông y, tiêm xơ búi trĩ, phẫu thuật...)

- Chúng tôi ghi nhận các triệu chứng thực thể căn cứ vào bệnh án, mô tả trong mổ, phân độ trĩ trong mổ của phẫu thuật viên. Phân loại trĩ theo vị trí giải phẫu. Phân loại theo biến chứng. Ghi nhận số lượng búi trĩ.

- Ghi nhận các tổn thương khác kèm theo:

Nứt kẽ hậu môn: vết nứt kẽ, cột báo hiệu, nhú phì đại và dấu hiệu co bóp chặt của cơ thắt hậu môn.

- Políp hậu môn và da thừa hậu môn (vị trí, số lượng).

- Da thừa hậu môn (vị trí, số lượng)

- Chức năng tự chủ hậu môn trước phẫu thuật.

- Một số thăm dò cận lâm sàng: Xét nghiệm máu, Nội soi đại tràng.

### **2.2.2.2. Kết quả của phẫu thuật Longo**

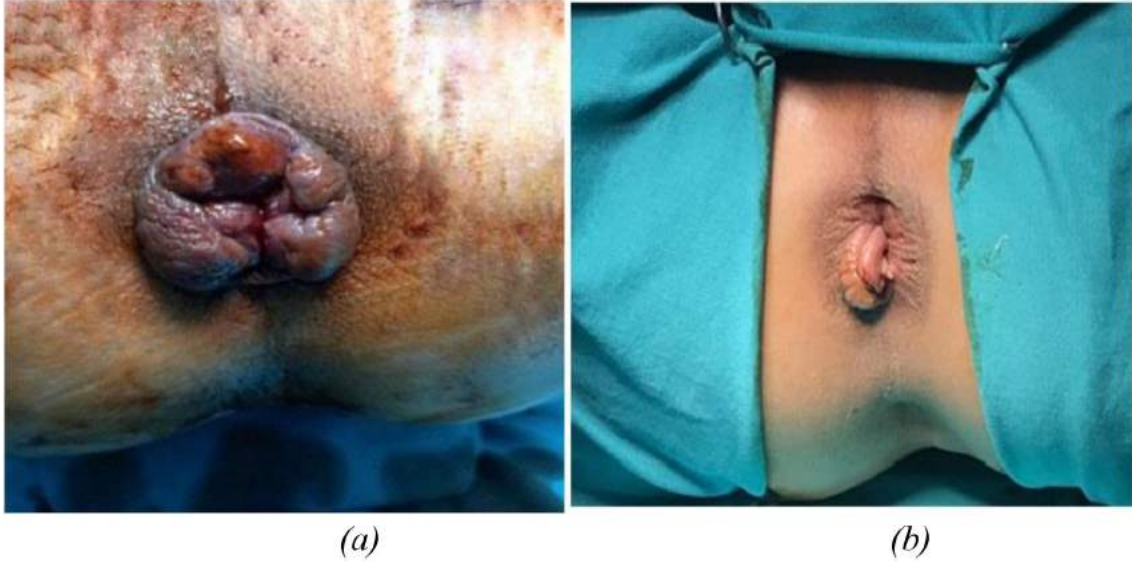
#### **a. Kết quả trong mổ:**

- Tính chất phẫu thuật: mổ phiên, mổ cấp cứu. Ghi nhận quy trình chuẩn bị bệnh nhân.

- Ghi nhận phương pháp vô cảm: gây tê tùy sống, mê nội khí quản, mask thanh quản.

- Các bước thực hiện phẫu thuật: Gồm 8 bước

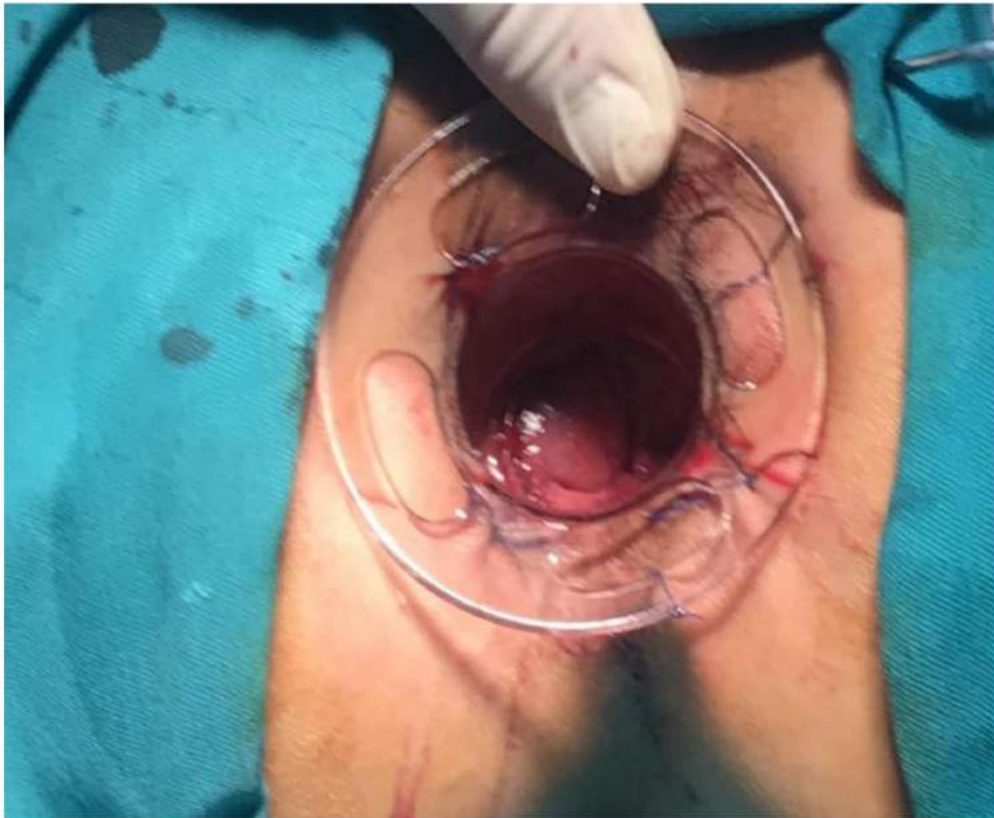
**Bước 1:** Sau khi gây tê, mê nong hậu môn, đánh giá lại tình trạng búi trĩ, niêm mạc trực tràng, cơ thắt hậu môn...



*Hình 2.1: Minh hoạ bước 1.*

*(a) Bn số 2307472 ; (b) Bn số 2210357*

**Bước 2:** Đặt van hậu môn (ống nong hậu môn)



*Hình 2. 2. Minh hoạ bước 2. (Bn số 2210357)*



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

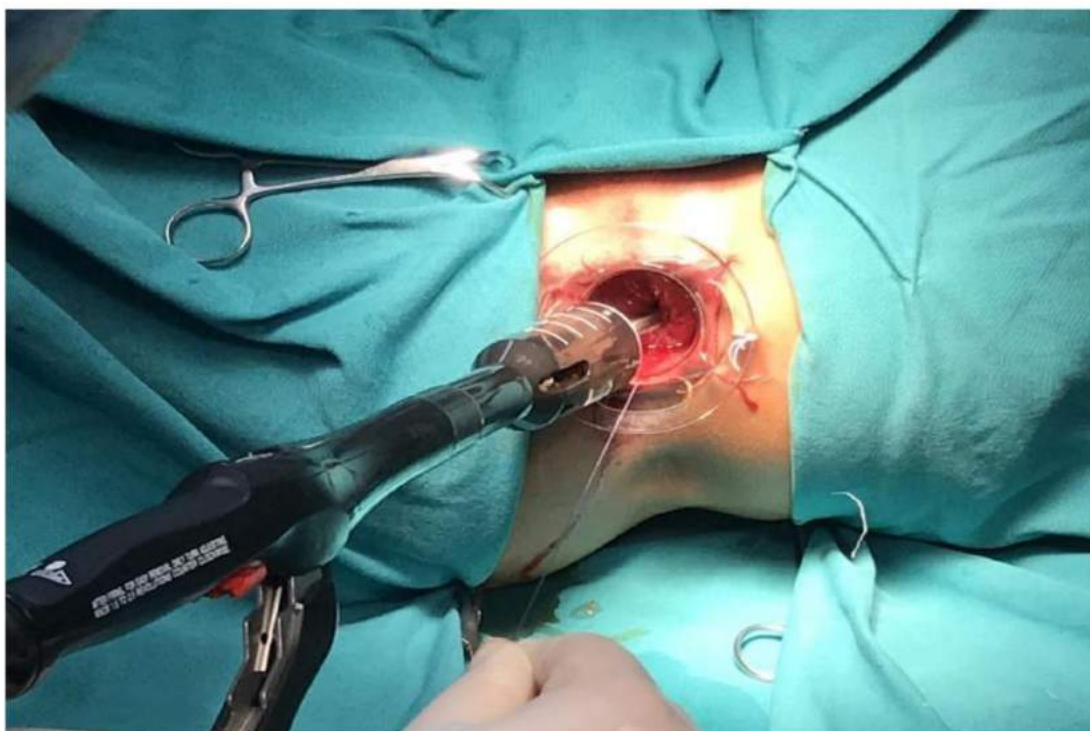


(a)

(b)

*Hình 2.3: Minh họa bước 3. (a) Kíp phẫu thuật của bệnh viện Vị Xuyên. (b) Khâu vòng niêm mạc trên đường lược 3 cm của Bn số 2210357*

**Bước 4:** Đặt đầu máy trên vòng khâu bằng máy YG – 34 sau đó xiết chỉ, buộc túi, móc luôn chỉ, đóng máy từ từ đến giới hạn vạch quy định.



*Hình 2.4. Minh họa bước 4 (Bn số 2210357)*

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



*Hình 2.5. Minh họa bước 5 Bn số 2210357*

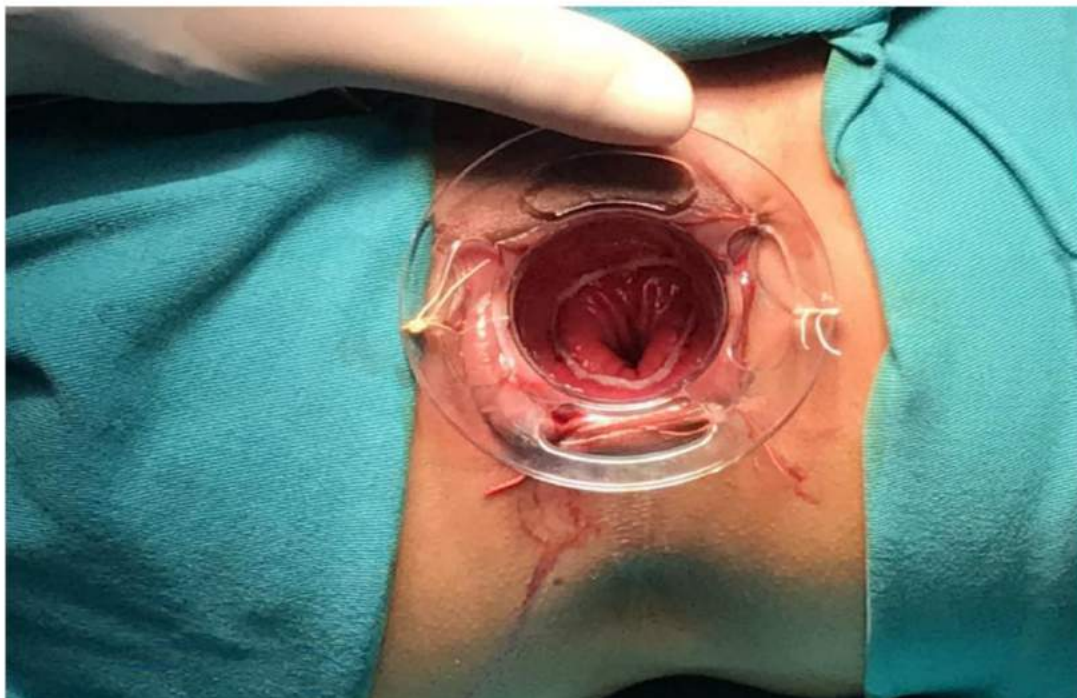
**Bước 6:** Sau bấm máy (cắt) để 3 phút tại chỗ, tháo máy kiểm tra vòng cắt.



*Hình 2.6. Minh họa bước 6 Bn số 2210357*



**Bước 7:** Kiểm tra miệng nối, nếu có chảy máu ở miệng nối khâu tăng cường chỉ Vicryl 3/0- 4/0.



*Hình 2.7 Minh họa bước 7 Bn số 2210357*

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



*Hình 2.8. Kết thúc phẫu thuật Bn số 2210357*



- Ghi nhận khó khăn và thuận lợi trong từng thao tác và giải quyết các tình huống khó khăn đó.

- Ghi nhận thời gian phẫu thuật.

- Các xử trí bổ xung. Ghi nhận các phẫu thuật phối hợp (lấy da thừa, cắt polip, cắt vết nứt tạo hình hậu môn).

- Ghi nhận giải phẫu bệnh của vòng cắt.

***b. Kết quả gần sau phẫu thuật Longo:***

- Đau sau mổ: dựa theo 5 mức độ đau sau mổ của Zolligher: không đau (độ A), đau nhẹ (độ B), đau vừa (độ C), đau nhiều (độ D) và đau dữ dội (độ E). Chúng tôi dựa theo phân độ đau của Zolligher để bổ xung thuốc giảm đau cho bệnh nhân.

Độ A: không cần dùng thuốc giảm đau.

Độ B và độ C: chỉ cần dùng thuốc giảm đau đường uống.

Độ D: cần bổ xung bằng thuốc giảm đau bằng đường tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.

Độ E: cần dùng đến thuốc giảm đau thuộc nhóm á phiện.

- Chảy máu sau mổ: Được coi là có biến chứng chảy máu sau mổ khi cần phải can thiệp nhét mét, đắp gạc adrenalin, khâu cầm máu, mổ lại.... Chảy máu sau mổ trong vòng 12 giờ hay 24- 48 giờ sau mổ.

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

- Đại tiện lần đầu sau phẫu thuật: Thời gian (trong vòng 24h/ 24- 48h/ 48- 72h/ sau 3 ngày).

- Tính chất phân: lỏng, thành khuôn, kèm theo máu tươi hay máu nâu đen.

- Cảm giác đại tiện sau mổ: thoải mái; tức hay đau rát khi rặn;

- Thời gian nằm viện (ghi nhận từ khi bệnh nhân mổ đến khi ra viện).

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 7 năm 2023, chúng tôi có 27 bệnh nhân được nghiên cứu. Số bệnh nhân hồi cứu là 23, số bệnh nhân tiến cứu là 04 bệnh nhân. Sau nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả sau:

### 3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

#### 3.1.1. Tuổi, giới tính

**Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới**

Tuổi	Giới		%
	Nam	Nữ	
20- 29	03	00	11
<b>30- 39</b>	<b>06</b>	<b>03</b>	<b>33</b>
<b>40- 49</b>	<b>06</b>	<b>01</b>	<b>26</b>
50- 59	04	2	23
60- 69	1	1	7
N	20(74,1%)	07 (25,9 %)	100

**Nhận xét:** Tuổi trung bình  $48,44 \pm 16,83$  tuổi; tuổi thấp nhất 19 tuổi; cao tuổi nhất 69 tuổi. Bệnh nhân nữ chiếm 74,1%, nam giới chiếm 25,9%. Tỷ lệ nam/nữ = 2,846.

#### 3.1.2. Nghề nghiệp

**Bảng 2. Nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	N	%
Viên chức	03	11,2
Hưu trí	02	7,4
Làm ruộng	16	59,2
Sinh viên	2	7,4
Nội trợ	4	14,8
	27	100

**Nhận xét:** Làm ruộng chiếm 59,3% là nhóm công việc thường gặp nhất ở bệnh nhân trĩ.

### 3.1.3. Thời gian mắc bệnh trĩ

**Bảng 3. Thời gian mắc bệnh trĩ**

Thời gian (năm)	N	%
1 – 5	13	48,2
6 – 10	09	33,3
10 – 15	05	18,5
	27	100

**Nhận xét:** Thời gian bị bệnh trung bình  $6,34 \pm 5,78$  năm.

### 3.1.4. Các yếu tố liên quan tới phát sinh bệnh trĩ

**Bảng 4 . Một số yếu tố liên quan tới phát sinh bệnh trĩ**

Liên quan	N	%
Táo bón	10	37
Cao huyết áp	03	11,1
Sinh đẻ	6	22,2
Không mắc bệnh kèm theo	8	29,7
	27	100

**Nhận xét:** 37% bệnh nhân bị táo bón (10 bệnh nhân). Sau sinh đẻ có 22,2 % trường hợp bị trĩ (06 bệnh nhân), 11,1% bệnh nhân cao huyết áp (3 bệnh nhân).

### 3.1.5. Các phương pháp đã điều trị trước phẫu thuật Longo

**Bảng 5. Các phương pháp đã điều trị trước phẫu thuật Longo**

Các phương pháp đã điều trị	N	%
Đông y	4	14,9
Nội khoa	10	37
Chưa điều trị	7	25,9
Thủ thuật	5	18,5
Phẫu thuật	1	3,7
	27	100

**Nhận xét:** Điều trị nội khoa là gặp nhiều nhất chiếm 37% (10 bệnh nhân). Đông y chiếm tỷ lệ 14,9 % ( 04 bệnh nhân). Điều trị thủ thuật chiếm tỷ lệ 18,5 % (5 bệnh nhân). Điều trị bằng phẫu thuật chiếm tỷ lệ 3,7% (1 bệnh nhân). Chưa điều trị có 25,9 % (07 bệnh nhân).

### 3.1.6. Các triệu chứng lâm sàng và hình thái tổn thương

*Bảng 6. Triệu chứng cơ năng*

Triệu chứng	N	%
Ỉa máu + Đau	12	44,4
<b>Ỉa lòi khổi</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>
Ỉa máu kèm lòi khổi	16	59,2

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân mổ trĩ đều có triệu chứng ỉa lòi khổi (100%), ỉa máu và đau chiếm 44,4%, ỉa máu kèm lòi khổi 59,2 %.

### 3.1.7 Phân độ trĩ nội

*Bảng 7. Phân độ trĩ nội*

Phân độ	N	%
Độ 1	0	0
Độ 2	1	3,7
<b>Độ 3</b>	<b>10</b>	<b>37</b>
<b>Độ 4</b>	<b>16</b>	<b>59,3</b>
	27	100

**Nhận xét:** Không mổ bệnh nhân nào trĩ độ 1. Mổ trĩ độ 4 là 59,3 % (16 bệnh nhân), độ 3 là 37% (10 bệnh nhân), độ 2 là 3,7%. (1 bệnh nhân)

### 3.1.8 Phân loại theo vị trí giải phẫu

*Bảng 8. Phân loại theo vị trí giải phẫu*

Phân loại	N	%
Trĩ nội	18	66,6
Trĩ hỗn hợp	9	33,4
	27	100

**Nhận xét:** Trĩ nội chiếm tỷ lệ 66,6%; trĩ hỗn hợp chiếm 33,4%.

### 3.1.9 Phân loại theo biến chứng

*Bảng 9. Phân loại theo biến chứng*

Biến chứng	N	%
Trĩ tắc mạch	7	25,9
Chảy máu trĩ cấp tính	1	3,7
Không	19	70
	27	100

**Nhận xét:** Biến chứng tắc mạch trĩ 25,9% (07 bệnh nhân). Biến chứng chảy máu 3,7% (1 bệnh nhân).

### 3.1.10 Số lượng các búi trĩ

*Bảng 10. Số lượng các búi trĩ*

Số búi trĩ	N	%
1	1	3,7
2	3	11,2
<b>3</b>	<b>14</b>	<b>51,8</b>
4	7	25,9
>5	2	7,4
	27	100

#### **Nhận xét:**

Số lượng 1- 2 búi trĩ chiếm 14,9 % (4 bệnh nhân). Số lượng gặp 3 búi chiếm 51,8% (14 bệnh nhân).

Từ 4 búi trở lên gặp 33,3 % (9 bệnh nhân).

### 3.1.11 Một số bệnh lý khác đi kèm ở vùng hậu môn

*Bảng 11. Một số bệnh lý khác đi kèm ở vùng hậu môn*

Bệnh phối hợp	N	%
Nứt kẽ hậu môn	2	7,4
Da thừa hậu môn	6	22,2
Polip hậu môn	4	14,8
Không	15	55,6
	27	100

**Nhận xét:** Nứt kẽ hậu môn chiếm tỷ lệ 7,4% (2 bệnh nhân). Da thừa chiếm tỷ lệ 22,2% (6 bệnh nhân). Polyp hậu môn chiếm tỷ lệ 14,8 % (4 bệnh nhân).

### 3.1.12 Chức năng tự chủ hậu môn trước phẫu thuật.

*Bảng 12. Chức năng tự chủ hậu môn trước phẫu thuật*

Tự chủ hậu môn	N	%
Độ 0	27	100
Độ 1	0	0
Độ 2	0	0
Độ 3	0	0
	27	100

**Nhận xét:** Bảng này cho thấy chức năng tự chủ hậu môn trước mổ của các bệnh nhân là bình thường

### 3.1.13 Xét nghiệm cận lâm sàng

*Bảng 13. Xét nghiệm máu*

Tình trạng thiếu máu	N
Không thiếu máu	26
Thiếu máu nhẹ	0
Thiếu máu vừa	1
Thiếu máu nặng	0
	27

**Nhận xét:** Có 01 trường hợp thiếu máu mức độ vừa trước mổ chiếm tỷ lệ 1,1%.

## 3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRONG MỔ

### 3.2.1. Tính chất phẫu thuật

*Bảng 14 Tính chất phẫu thuật*

Phẫu thuật	N	%
Mổ cấp cứu	01	3,7
Mổ phiên	26	92,3
	27	100

**Nhận xét:** Tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 3,7 % (3,7 bệnh nhân). Mổ phiên chiếm đa số 92,3% (26 bệnh nhân).

### 3.2.2. Thời gian phẫu thuật

*Bảng 15. Thời gian phẫu thuật*

Thời gian (phút)	N	%
10- 20	8	29,6
21- 30	12	44,5
31- 40	5	18,5
41- 50	2	7,4
Tổng	27	100

**Nhận xét:** Thời gian mổ trung bình  $22,34 \pm 8,209$  phút. Thời gian mổ 1 ca ngắn nhất là 10 phút. Thời gian dài nhất để mổ 1 ca là 50 phút.

### 3.2.3. Khó khăn và thuận lợi trong mổ

**Bảng 16. Khó khăn và thuận lợi trong mổ**

Thao tác	Bước 1	Bước 2	Bước 3	Bước 4	Bước 5	Bước 6	Bước 7	Bước 8
Thuận lợi	27	18	20	27	27	25	27	27
Khó khăn	0	9	7	0	0	2	0	0
N	27							

#### Nhận xét:

Trong mổ chúng tôi gặp khó khăn nhiều nhất ở bước 2 (đặt ống nong hậu môn) chiếm tỷ lệ: 33,3 % (9 bệnh nhân).

Bước 3 (khâu vòng niêm mạc): 25,9 % (7 bệnh nhân). Bước 6 (tháo máy): 7,4 % (2 bệnh nhân).

**Bảng 17. Khâu tăng cường vào chỗ nối máy**

Khâu tăng cường	N	%
Không khâu	08	29,6
01 mũi	02	7,4
02 mũi	06	22,2
03 mũi	08	29,6
04 mũi	01	3,7
05 mũi	02	7,4
	27	100

**Nhận xét:** Ở vị trí nối máy: 70,4% ( 21 bệnh nhân) được khâu tăng cường, có 29,6% (48 bệnh nhân) là không phải khâu tăng cường.

### 3.2.4. Xử trí bổ xung

**Bảng 18. Xử trí bổ xung**

Xử trí bổ xung	N	%
Cắt polyp	2	7,4
Lấy da thừa	6	22,2
Lấy vết nứt tạo hình hậu môn	1	3,7
Không	18	66,7
	27	100

**Nhận xét:** Lấy da thừa và cắt polyp cùng chiếm tỷ lệ 29,6 % (8 bệnh nhân); lấy vết nứt kẽ tạo hình hậu môn có tỷ lệ 3,7% (1 bệnh nhân).

### 3.2.5. Giải phẫu bệnh vòng cắt

**Bảng 19. Vòng cắt theo chiều ngang trung bình**

Chiều ngang trung bình (cm)	N	%
1,5	01	3,7
02	08	29,6
2,5	13	48,2
03	05	18,5
	27	100

**Nhận xét:** Đa số các vòng cắt niêm mạc có chiều ngang trung bình 2,5 cm (48,2 %).

**Bảng 20. Nhận xét vòng cắt theo chiều dài**

Kích thước (cm)	N	%
9 - 10,5	09	33,4
11- 12,5	16	59,2
13- 14	02	7,4
	27	100,0

**Nhận xét:** Chiều dài vòng cắt dao động từ 9 cm đến 14 cm, chủ yếu là từ 11 đến 12,5 cm chiếm 59,2% (16 bệnh nhân)

**Bảng 21. Độ sâu của các mảnh cắt**

Độ sâu	N	%
Lớp niêm mạc và dưới niêm mạc	02	7,5
Lớp cơ	25	92,5
Lớp thanh mạc	01	3,7
	27	100

**Nhận xét:** Các mảnh cắt đều sâu đến lớp cơ 96,3%, có 2 trường hợp đi quá sâu đến lớp thanh mạc chiếm tỷ lệ 3,7%.

## 3.3. KẾT QUẢ GẦN SAU PHẪU THUẬT LONGO

### 3.3.1. Đau sau mổ



**Bảng 22. Đau sau mổ**

<b>Đau sau mổ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Độ A	06	22,2
Độ B và C	16	59,2
Độ D	05	18,6
Độ E	0	0
	27	100

**Nhận xét:**

Đau mức độ A (bệnh nhân không đau, không phải dùng thuốc giảm đau) có tỷ lệ 22,2 % (06 bệnh nhân).

Đau mức độ B và C (đau nhẹ và đau vừa, chỉ dùng thuốc giảm đau thường uống): 59,2 % (16 bệnh nhân).

Đau mức độ D (đau nhiều, cần bổ xung thuốc giảm đau đường tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch): 18,6% (05 bệnh nhân).

Không có bệnh nhân nào đau mức độ E (đau dữ dội, dùng đến giảm đau nhóm á phiện).

**3.3.2. Chảy máu sau mổ**

**Bảng 23. Chảy máu sau mổ**

<b>Chảy máu sau mổ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
≤ 24 h	0	100
24- 48h	0	100
>48h	0	100
	27	100

**Nhận xét:** Chúng tôi không gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ cần phải mổ lại, nhét mét hay khâu tăng cường sau mổ.

**3.3.3. Bí đái sau mổ**

**Bảng 24. Bí đái sau mổ**

<b>Bí đái sau mổ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Không phải thông	25	93
Phải thông đái	02	7
	27	100

**Nhận xét:** Sau mổ tỷ lệ bí đái phải thông là 7,4 % (02 bệnh nhân).

### 3.3.4. Đại tiện lần đầu sau mổ

**Bảng 25. Đại tiện lần đầu sau phẫu thuật**

Đại tiện lần đầu sau mổ	N	%
≤ 24h	12	44,5
24- 48h	10	37
48- 72h	05	18,5
	27	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân chủ yếu đại tiện trong vòng 24- 48 giờ sau mổ: 81,5% (22 bệnh nhân).

### 3.3.5. Tính chất phân sau lần đầu đại tiện

**Bảng 26. Tính chất phân sau lần đầu đại tiện**

Tính chất phân		N	%
Phân lỏng	Kèm máu tươi	1	3,7
	Kèm máu nâu đen	11	40,8
Phân thành khuôn	Kèm máu tươi	1	3,7
	Kèm máu nâu đen	14	51,8
		27	100

**Nhận xét:** Sau phẫu thuật bệnh nhân đi ngoài phân thành khuôn chiếm: 55,5% (15 bệnh nhân), phân lỏng 44,5% (12 bệnh nhân). Phân kèm máu nâu đen 92,6,3% (25 bệnh nhân), phân kèm máu tươi có 7,4% (2 bệnh nhân).

### 3.3.6. Cảm giác lần đầu sau đại tiện

**Bảng 27. Cảm giác đại tiện lần đầu sau mổ**

Cảm giác đại tiện lần đầu sau mổ	N	%
Thoải mái	2	7,5
Đau rát khi rặn	12	44,4
Tức hậu môn	13	48,1
	27	100,0

**Nhận xét:** Bệnh nhân sau đại tiện thấy tức ở hậu môn chiếm đa số: 48,1% (13 bệnh nhân). Có 12 trường hợp đau rát sau đại tiện (44,4%). Số bệnh nhân

thấy thoải mái 7,5% (2 bệnh nhân).

### 3.3.7. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ

**Bảng 28. Thời gian phải dùng thuốc giảm đau sau mổ**

Số ngày phải dùng giảm đau	N	%
Không dùng	2	7,5
01	15	55,5
02	8	29,6
03	1	3,7
05	1	3,7
	27	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân phải dùng giảm đau sau mổ chủ yếu từ 1 đến 2 ngày (85,1%). Không phải dùng giảm đau: 7,5% (02 bệnh nhân).

### 3.3.8. Thời gian nằm viện

**Bảng 29 Thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện (ngày)	N	%
01	00	00
02	00	00
03	2	7,5
04	7	25,9
05	12	44,4
06	5	18,5
07	01	3,7
	27	100

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trong vòng 4 ngày đến 5 ngày chiếm đa số 73%, ngắn nhất là 2 ngày chiếm 7,4% (02 bệnh nhân), dài nhất là 7 ngày chiếm 3,7% (1 bệnh nhân). Thời gian nằm viện trung bình  $5,13 \pm 0,096$  ngày.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1 ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH TRĨ**

##### **4.1.1 Đặc điểm chung:**

Nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh chủ yếu ở nhóm người trưởng thành trong độ tuổi lao động, trong đó gặp nhiều nhất ở đối tượng từ tuổi từ 30 đến 59 chiếm 81% là độ tuổi lao động và làm việc. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $48,44 \pm 16,083$  (Bảng 1), trong đó thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 69 tuổi. Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Nhâm và Nguyễn Xuân Hùng tuổi trung bình là  $45,2 \pm 14,94$  và độ tuổi đó gặp nhiều nhất 30- 60 gặp 68 %. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Diệu tuổi trung bình là  $45,57 \pm 13,498$ .

Trong nghiên cứu 90 bệnh nhân trĩ của chúng tôi nam giới nhiều hơn nữ 74,1 % so với 25,9% (Bảng 1) có đầy đủ các ngành nghề trong xã hội nhưng tập trung chủ yếu là làm ruộng (59,2%), chỉ có 3 bệnh nhân (11,2%) là viên chức, 1 bệnh nhân là sinh viên trẻ tuổi nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Có thể nói rằng tính chất công việc như phải đứng nhiều, lao động nặng là nguyên nhân thuận lợi gây ra bệnh.

##### **4.1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị bệnh trĩ**

Các bệnh nhân đến viện với thời gian trung bình mang bệnh là  $6,34 \pm 5,78$  năm, số mắc bệnh trong vòng gần 1 năm đến 5 năm nhiều hơn cả (48,2%) có 5 bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ 18,5% (Bảng 3). 70% các bệnh nhân trước khi đến viện đã điều trị bằng nhiều cách điều trị như đông y, tây y, các thủ thuật như tiêm xơ hay thắt vòng cao su thậm chí có 4 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt trĩ trước đó 5 năm nhưng không đạt kết quả (Bảng 5), chỉ có 25,9% các bệnh nhân trước mổ chưa điều trị gì. Vì vậy phẫu thuật Longo trong nghiên cứu này được chúng tôi áp dụng cho các bệnh nhân đã điều trị trĩ bằng các phương pháp khác thất bại. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân bị táo bón hay sau sinh đẻ thì nguy cơ bị trĩ cao hơn so với các bệnh khác

chiếm tỷ lệ 59,2%.( Bảng 4)

Tất cả các bệnh nhân vào viện phải mổ với các triệu chứng ỉa lòi khối (100%), ỉa máu chiếm tỷ lệ 59,2% ( 16 bệnh nhân) và ỉa đau chiếm tỷ lệ 44,4 (12 bệnh nhân) (Bảng 6). Nghiên cứu này chúng tôi có 59,3 % trĩ độ 4, chiếm 37 % trĩ độ 3 và trĩ độ 2 có 3,7 % (Bảng 7). Các tác giả như Ortiz và E. Zacharakis trong nghiên cứu của mình nêu ra sự nghi ngờ đối với chỉ định cho trĩ độ 4 bởi tỷ lệ tái phát sau mổ cao hơn trĩ độ 3. Phần lớn các bệnh nhân đến với chúng tôi trĩ đã sa ở độ 4, các búi trĩ lớn, nhưng vì phẫu thuật Longo không phải là “cắt trĩ”, nên việc tính toán sao cho vị trí đường ghim không quá gần và cũng không quá xa đường lược như vậy vừa không gây đau nhiều cho bệnh nhân do đụng chạm đến vùng niêm mạc Herman và vừa kéo các búi trĩ vào trong ống hậu môn lên cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân bị trĩ nội chiếm tỷ lệ 66,6% (18 bệnh nhân), còn trĩ hỗn hợp có 09 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 33,4% ( Bảng 8 ). Có 07 trường hợp bị trĩ tắc mạch, 01 trường hợp chảy máu cấp búi trĩ. Tuy vậy chúng tôi cũng chỉ mổ cấp cứu cho 01 trường hợp (01 trường bị chảy máu búi trĩ cấp tính) (Bảng 8, Bảng 9 và Bảng 15).

Bệnh trĩ nếu chảy máu rỉ rả kéo dài sẽ dẫn tới thiếu máu, trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân số 15, ngoài triệu chứng đau do tắc mạch trĩ, bệnh nhân đi ngoài ra máu tươi liên tục một tháng và đang điều trị xơ gan tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang, xét nghiệm máu hồng cầu 3,62 triệu, huyết sắc tố 84 g/l, hematocrit 26,2 %, được phẫu thuật cấp cứu bằng phương pháp Longo, sau mổ ổn định kiểm tra lại kết quả xét nghiệm trở về trong giới hạn bình thường, bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

#### **4.1. KẾT QUẢ SAU MỔ LONGO**

##### **4.1.1. Kết quả trong mổ**

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi được phẫu thuật ở tư thế sản khoa, có đệm một gối nhỏ kê cao mông, mông bệnh nhân thò ra ngoài mép bàn mổ, phụ mổ có thể đứng bên phải hay bên trái phẫu thuật viên.

Các bệnh nhân của chúng tôi được vô cảm chủ yếu bằng tê tủy sống

96,3% (26 bệnh nhân) chỉ có một trường hợp gây mê bằng nội khí quản. Trong khi tất cả các bệnh nhân của R. Shalaby đều được gây mê nội khí quản thì J. Arnaud đều có bệnh nhân mê nội khí quản và tê tủy sống để vô cảm khi mổ. Theo chúng tôi dù các biện pháp vô cảm có khác nhau trong từng nghiên cứu thì cũng đều với mục đích đảm bảo an toàn cho cuộc mổ. Bệnh nhân của chúng tôi có 3,7% được mổ cấp cứu (01 bệnh nhân), còn lại chúng tôi đều có sự chuẩn bị bệnh nhân trước mổ để mổ phiên (Bảng 14).

Thời gian trung bình để phẫu thuật cho một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $22,34 \pm 8,209$  phút, ngắn nhất 10 phút, dài nhất là 50 phút, số bệnh nhân có thời gian mổ từ 10- 20 phút chiếm 29,6% (Bảng 15). Theo Nguyễn Hoàng Diệu thì thời gian mổ trung bình là  $24,66 \pm 9,405$  phút. Thời gian mổ của các tác giả bệnh viện Virgen del Camino, Navarra, Tây Ban Nha, trung bình 19 (từ 14 đến 35 phút), của Mehigan và cộng sự là 18 phút. Thời gian trung bình phẫu thuật ở nghiên cứu của chúng tôi có dài hơn so với các tác giả khác có thể do việc xử trí bổ xung các thương tổn đi cùng với trĩ như lấy vết nứt kẽ tạo hình hậu môn, lấy da thừa.... Bên cạnh đó chúng tôi hết sức lưu ý các điểm chảy máu ở vị trí nối máy và đa phần các trường hợp chúng tôi đều khâu tăng cường vào vị trí nối máy (Bảng 17).

Trong từng bước phẫu thuật chúng tôi đều ghi nhận các khó khăn và thuận lợi, nhìn chung trong 8 bước phẫu thuật do chúng tôi thống nhất các khó khăn xuất hiện ở bước 2 (đặt ống nong hậu môn) chiếm tỷ lệ: 33,3% (09 bệnh nhân), bước 3 (khâu vòng niêm mạc): 25,9% (7 bệnh nhân), bước 6 (tháo máy): 7,4% (2 bệnh nhân) (Bảng 16).

Bước 1, tiến hành thuận lợi không gặp khó khăn nào

Tại bước 2 đặt ống nong hậu môn chúng tôi gặp khó khăn 09 trường hợp phải đặt lại ống nong hậu môn từ hai lần trở lên, chúng tôi rút kinh nghiệm là nong hậu môn trước khi đặt ống từ từ (Bước 1) nếu có nứt kẽ hậu môn phối hợp thì tiến hành cắt bán phần cơ thắt trước hoặc dùng 3 kẹp răng chuột đặt ở rìa hậu môn kéo các búi trĩ ra ngoài theo ba điểm cân xứng, quá trình đặt ống nong vừa kéo các búi trĩ ra ngoài, vừa đẩy vừa xoay ống nhẹ nhàng. Ở bước này R.

Shalaby cho rằng sự thay đổi về tự chủ hậu môn cũng như áp lực ống hậu môn trước và sau mổ có thể do bước nong hậu môn gây nên, theo Abcarian việc bôi trơn ống nong có thể làm giảm nguy cơ tổn thương cơ thắt. Động tác này cũng được chúng tôi thực hiện khi bôi dầu parafin vào ống nong hậu môn.

Bước 3 (khâu vòng niêm mạc trên đường lược) khó khăn chúng tôi thấy chủ yếu do tụ máu ở các mũi khâu và có thể cả chảy máu kèm theo, gây phù nề khó khăn quan sát nhất là các trường hợp búi trĩ quá lớn, chúng tôi gặp một trường hợp phải tháo chỉ ra để khâu lại (bệnh nhân số 16). Ở bước này các đường khâu túi của chúng tôi được bắt đầu từ vị trí 3 giờ, trên đường lược 3 cm, theo chiều kim đồng hồ, dùng chỉ promilen 2/0, ở động tác này nhóm tác giả bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện khâu túi bằng chỉ monocrin, vị trí phía trên cách đường lược 4 cm. Theo các tác giả của các nhóm nghiên cứu trong và ngoài nước nếu đường khâu túi quá cao có thể cắt phải các tạng trong ổ bụng khi đóng máy, còn nếu khâu quá gần đường lược tuy nâng được các búi trĩ trở lại ống hậu môn rất tốt, nhưng khiến bệnh nhân có nguy cơ rất đau sau mổ. Tác giả cũng đưa ra gợi ý đối với vị trí khâu túi từ 2 cm tính từ đỉnh búi trĩ sẽ tạo ra đường ghim cách đường lược 2 cm đến 4 cm, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với đề xuất này.

Các bước 4 và 5 chúng tôi không gặp khó khăn nào, đặt máy hoàn toàn thuận lợi, sau khi đưa máy vào hậu môn theo đúng trục hậu môn- trực tràng 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, tất cả các bệnh nhân nữ đều được kiểm tra thành sau âm đạo, đây là động tác cơ bản trước khi bấm máy để tránh biến chứng rò trực tràng âm đạo.

Khó khăn ở bước 6 (tháo máy) chúng tôi gặp 2 bệnh nhân, khi tháo máy bị mắc, một trường hợp trước khi rút máy không mở lại một vòng (vặn ngược chiều kim đồng hồ ở vị trí đóng máy có ghi chữ open) để giải quyết khó khăn này chúng tôi xoay ngược đầu máy nửa vòng kết hợp rút máy ra khỏi hậu môn, các trường hợp sau khi kiểm tra lại diện cắt thấy vòng cắt đều nhưng có lẽ các đường ghim đi hơi sâu vào lớp cơ của trực tràng gây mắc máy? theo J.W.



Nunoo-Mensah việc giữ máy trong thời gian 5 phút mới tháo và rút máy ra khỏi hậu môn có tác dụng cầm máu, kíp phẫu thuật của chúng tôi đều giữ máy đủ 3 phút trước khi tháo và rút máy ra khỏi hậu môn.

Bước 7, ở các vị trí nối máy khi phát hiện có dấu hiệu rỉ máu chúng tôi đều khâu tăng cường (bằng chỉ tiêu 4/0), ở bước này chúng tôi có một bệnh nhân có xơ gan và trĩ nội chảy máu (bệnh nhân số 15) sau khi cắt vòng niêm mạc trên đường lược, máu rỉ nhiều từ diện cắt phải khâu cầm máu và đặt 1 sponzel, hậu phẫu tiến triển tốt. Đối với các bệnh nhân phải khâu tăng cường vào chỗ nối máy (Bảng 17) chúng tôi khâu tăng cường ở 21 bệnh nhân (95,6%). Ở bước này các tác giả Rowsell và Shalaby. R chỉ nhét sponzel chứ không khâu cầm máu.

Bước 8, theo như một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, khi điều trị trĩ có thể xử trí bổ xung các thương tổn phối hợp như nút kẽ, polip, da thừa cùng với phẫu thuật Longo. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh phối hợp gồm nút kẽ hậu môn (7,4%) da thừa (22,2%), polip hậu môn (14,8%) (Bảng 11). Chúng tôi không chỉ định điều trị trĩ có kèm rò hậu môn bằng phẫu thuật Longo vì chúng tôi thấy rằng khi phối hợp phẫu thuật Longo với một quá trình viêm nhiễm sẽ là con đường lan truyền nhiễm khuẩn lên tiểu khung gây biến chứng nặng nề như các thông báo trong y văn.

Cần phải nói thêm rằng việc chỉ định cho các trường hợp có da thừa rìa hậu môn chúng tôi rất cân nhắc, nếu da thừa quá dài, chân rộng và khu trú hay da thừa ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt, thẩm mỹ thì có chỉ định cắt bỏ, nhưng bao giờ chúng tôi cũng giải thích rõ cho người bệnh về biến chứng cũng như mức độ đau sau mổ, nếu bệnh nhân đồng ý chúng tôi mới thực hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 06 bệnh nhân bị da thừa khi mổ chúng tôi đã phẫu thuật cắt da thừa cho cả 6 bệnh nhân và tất cả các bệnh nhân bị políp và nút kẽ hậu môn đều được phẫu thuật xử lý. Trong phẫu thuật Longo chúng tôi có 1 bệnh nhân cắt vết nút kẽ tạo hình ống hậu môn (3,7%), 02 bệnh nhân cắt polyp (7,4%) và 6 bệnh nhân được lấy da thừa (22,2%), (Bảng 18), đối với các bệnh nhân trĩ có kèm nút kẽ hậu môn, chúng tôi lấy bỏ vết nút và cắt bán phần cơ thắt trước khi đặt máy thực hiện phẫu thuật Longo. Thực hiện phẫu thuật bổ xung như nút kẽ, rò hậu



môn hay sa niêm mạc trực tràng theo L.M Pernice cũng không làm thay đổi kỹ thuật. Đối với các trường hợp có da thừa nhưng kích thước nhỏ, không khu trú chúng tôi không lấy bỏ, bởi ở vị trí đường khâu túi trên đường lược khoảng 2 cm cũng đã đảm bảo khi bấm máy cắt vòng niêm mạc sẽ tạo ra đường ghim chỉ cách đường lược 1- 1,5 cm, như vậy có thể kéo búi trĩ cũng như da thừa vào trong ống hậu môn.

Chúng tôi cho rằng các bước phẫu thuật có ảnh hưởng rất lớn tới kết quả hậu phẫu như đau, bí đái, chảy máu, nhiễm trùng khoang sau phúc mạc, thủng thành sau âm đạo... đã được nêu trong y văn.

#### **4.1.2. Kết quả giải phẫu bệnh**

Sau khi tháo máy chúng tôi cắt vòng niêm mạc lấy ra từ máy và rải đều bệnh phẩm trên toan phẫu thuật: quan sát và đo kích thước của vòng cắt (Bảng 19, 20, 21). 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. Chúng tôi thấy đa số các vòng cắt niêm mạc có chiều ngang trung bình từ 2- 2,5 cm (48,2%); chiều dài vòng cắt (thực chất là chu vi) dao động từ 9 cm đến 14 cm, chiếm đại đa số là từ 11 đến 12,5 cm, ở 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 cm (Bảng 3.20), theo J.W. Nunoo-Mensah các bệnh phẩm lấy ra từ đầu máy PPH 03 có đều và liên tục hay không là do bước khâu túi quyết định.

Khi máy nối cắt hết lớp thanh mạc của trực tràng có nghĩa là bệnh nhân đã bị cắt trực tràng thấp. Đề cập đến các biến chứng của phẫu thuật Longo như: rò trực tràng âm đạo, nhiễm trùng tiểu khung và khoang sau phúc mạc, thủng trực tràng gây tràn khí sau phúc mạc và trung thất ...đã có một số tác giả đề cập đến nguyên nhân này. Rất may chúng tôi chưa gặp biến chứng nặng nề nào như vậy.

#### **4.1.3. Kết quả sau mổ Longo**

Kết quả hậu phẫu hay kết quả gần là một trong những quan tâm của chúng tôi về kết quả chung của bệnh nhân. Sau mổ bệnh nhân cảm nhận được gì ngay sau phẫu thuật, hậu phẫu của bệnh nhân thế nào và sau bao lâu thì bệnh nhân được ra viện?

#### **4.1.3.1. Đau sau mổ**

Đau sau mổ trĩ luôn là mối quan tâm chính của các phẫu thuật viên và là lý do bệnh nhân từ chối phẫu thuật. Có rất nhiều biện pháp hỗ trợ để làm giảm đau sau mổ: dùng dao siêu âm, dao Ligasure, Laser... cho tới các phương pháp gây mê tại chỗ hay toàn thân, kháng sinh, thuốc giảm đau sau mổ kết hợp với các phẫu thuật như cắt cơ thắt trong phía bên để giảm co bóp của cơ thắt sau mổ nhưng kết quả mang lại không được như ý muốn bởi các phẫu thuật này đều tác động đến vùng nhạy cảm với cảm giác hậu môn vẫn gây đau nhiều cho bệnh nhân.

Chúng tôi ghi nhận được 06 bệnh nhân sau mổ không đau, không phải dùng thuốc giảm đau (22,2%), bệnh nhân đau nhẹ và đau vừa chỉ phải dùng thuốc giảm đau đường uống chiếm 59,2% (Bảng.22) và đây cũng là số bệnh nhân của nhóm xuất viện sớm, số bệnh nhân đau nhiều phải tiêm, truyền thuốc giảm đau chiếm 18,6%, không có bệnh nhân nào đau hậu môn nhiều tới mức phải dùng giảm đau nhóm á phiện, bệnh nhân dùng giảm đau sau mổ chủ yếu từ 1 đến 2 ngày chiếm 76,6% (Bảng 28 ), có 1 bệnh nhân dùng thuốc giảm đau 3 ngày và có 1 bệnh nhân phải dùng tới 5 ngày. Thuốc giảm đau sau mổ nếu phải tiêm, truyền hay uống chúng tôi đều sử dụng paracetamol. Nghiên cứu của Johannes, với 27 bệnh nhân được mổ theo phương pháp Longo chỉ cần dùng thuốc giảm đau nhẹ (paracetamol) và phần lớn dùng 2 ngày sau mổ (59,2%), chỉ có 7,4% trường hợp phải dùng thuốc giảm đau đến 1 tuần. Arnaud dùng thang điểm đau đánh giá mức độ đau sau mổ (0 đến 10 điểm) thấy rằng ở ngày thứ 5 sau mổ, tỷ lệ bệnh nhân 0- 3 điểm chiếm 80,7%, thời gian dùng giảm đau dưới 2 ngày có 59,2% (16 bệnh nhân), 2- 7 ngày có 29,6% (8 bệnh nhân) và trên 7 ngày có 3,7% (1 bệnh nhân).

Các nghiên cứu khi so sánh phẫu thuật Longo với các phẫu thuật kinh điển như Milligan- Morgan hay Whitehead đều kết luận phẫu thuật Longo ít đau sau mổ hơn .

Nói đến mối liên quan của xét nghiệm vi thể trong vòng cắt đối với đau sau mổ, Arnaud cho biết sự có mặt của cơ trơn trong vòng cắt làm gia tăng mức độ đau sau mổ. Nghiên cứu này các bệnh phẩm lấy từ máy YG – 34 của hãng

CHANGZHOU HAIERS MEDICAL DEVICES có 25 bệnh nhân (92,5%) đến lớp cơ, thậm chí có 1 trường hợp tới tận lớp thanh mạc (3,7%) (Bảng 21) chúng tôi lại chỉ thấy có 10 trường hợp đau sau mổ.

#### **4.1.3.2. Chảy máu sau mổ**

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 chảy máu thường xuất hiện trong vòng 48 giờ đầu hay sau 7- 10 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 23), 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 17), 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. Chảy máu trong nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng ít gặp, phần lớn kiểm soát được trong mổ. Thông báo của Triệu Triệu Dương gặp 1 trường hợp chảy máu ở giờ thứ 8 sau mổ (0,9%).

#### **4.2.3.3. Bí đái sau mổ**

Bí đái sau mổ là biến chứng hay gặp sau phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng. Theo Marc Singer nguyên nhân bí đái do gây tê tủy sống, do dùng nhiều dịch truyền trong và sau mổ, do đau gây co thắt cơ niệu đạo.

Bí đái do gây tê tủy sống theo M.N Green, do các thuốc tê ức chế các sợi tiền hạch phó giao cảm chi phối cơ thắt bàng quang.

Bí đái sau phẫu thuật Longo, trong khi nghiên cứu của L.M Pernice có 13 % trường hợp thì I. Kanellos chỉ thấy có 5,8%, còn thông báo của Triệu Triệu Dương bí đái ngay đầu sau mổ tới 79,4%. Trong 27 bệnh nhân của chúng tôi có 96,7% trường hợp được gây tê tủy sống, 100% trường hợp truyền dịch trong và sau mổ có 02 bệnh nhân bí đái phải đặt thông tiểu (7%) (Bảng 24).

#### **4.2.3.4. Đại tiện sau mổ**

Bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu đại tiện trong vòng 24- 48 giờ sau mổ: 81,5%, thời gian đại tiện sớm nhất dưới 24 giờ chiếm 44,5%, muộn

nhất, trong vòng 48- 72 giờ chiếm 18,5% (Bảng 25). Sau đại tiện các bệnh nhân chủ yếu có cảm giác tức ở hậu môn: 48,1% (13 bệnh nhân), đau khi đại tiện chỉ có 12 trường hợp (44,4%), thấy thoải mái có 7,4% (02 bệnh nhân), không có trường hợp nào són ỉa.

Đại tiện phân lỏng sau phẫu thuật Longo cũng được nhiều tác giả đề cập, theo chúng tôi có thể do rối loạn vận động của đại tràng và thay đổi áp lực của bóng đại tràng ở giai đoạn đầu sau mổ. Nghiên cứu chúng tôi gặp 12 trường hợp có ỉa lỏng (44,5%), trong khi I. Kanellos chỉ có 13,3% (16 bệnh nhân) thì tỷ lệ này là 25% ở nghiên cứu của Triệu Triệu Dương. Các bệnh nhân của chúng tôi khi đi đại tiện thấy phân kèm máu nâu đen 51,8% (14 bệnh nhân) và cũng chủ yếu thấy ở số đại tiện phân thành khuôn (Bảng 26).

#### ***4.2.3.5. Thời gian nằm viện***

Thời gian nằm viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tính từ lúc mổ đến khi ra viện.

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh nhân nằm viện trung bình là  $5,13 \pm 0,096$  ngày. (Bảng 29 )

Bệnh nhân nằm viện trong vòng 5 ngày chiếm 44,4 %, dài nhất là 7 ngày chiếm 3,7% (7 bệnh nhân).

Ở những nghiên cứu so sánh với phẫu thuật cắt trĩ, theo Triệu Triệu Dương thấy nhóm bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp Longo thời gian nằm viện trung bình là 2,5 ngày còn nhóm Milligan- Morgan trung bình 9 ngày, còn nghiên cứu của Nguyễn Trung Học thì nhóm Longo thời gian nằm viện trung bình là  $2,78 \pm 0,93$  ngày còn nhóm phẫu thuật bằng phương pháp Milligan- Morgan thì thời gian nằm viện trung bình là  $3,40 \pm 1,37$  ngày. Nguyên nhân chính là bệnh nhân không đau hoặc ít đau và không phải chăm sóc vết thương ở hậu môn. Tuy nhiên thời gian nằm viện theo một vài tác giả ít có ý nghĩa nhưng thời gian trở lại công việc thì phẫu thuật Longo hiệu quả hơn.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 27 bệnh nhân trĩ được điều trị bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện Vĩ Xuyên từ 01/06/2020 - 30/07/2023 chúng tôi có kết luận sau:

### 1. Đặc điểm lâm sàng

Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ (nam 74,1%, nữ 25,9%). Các triệu chứng đều là đại tiện lòi khối. Bệnh nhân trĩ độ 3, độ 4 là chiếm 96,3%. Có 44,4% bị các bệnh lý khác phối hợp như nứt kẽ hậu môn, da thừa hậu môn, polip hậu môn, biến chứng tắc mạch chiếm 29,6%.

### 2. Kết quả của bệnh nhân sau mổ Longo

- Phẫu thuật Longo là một trong phẫu thuật khá đơn giản, trong nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện phẫu thuật chỉ gặp khó khăn ở bước 2 (đặt ống nong hậu môn) và bước 3 (khâu vòng niêm mạc).

- Trong nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện phẫu thuật không có biến chứng chảy máu sau mổ phải mổ lại để cầm máu; 22,2% sau mổ không đau không phải dùng thuốc giảm đau. Thời gian nằm viện trung bình  $5,13 \pm 0,096$  ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chí** (2006), “ Một số tổng quan về trĩ và bệnh trĩ ”. *Tạp chí hậu môn trực tràng học*, 7, 2006, tr. 83- 85.
2. **Lê Châu Hoàng Quốc Chương và cs** (2006), “ MIPH (Minimally invasive procedure for hemorrhoids) nánh giá kết quả sớm trong trĩ nội ”, *Tạp chí hậu môn trực tràng học*, 7, 2006, tr. 59- 69.
3. **Nguyễn Hoàng Diệu** (2007), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Longo trong trĩ nội tại bệnh viện Việt Đức”, *Luận văn thạc sỹ y học*, tr 71-75.
4. **Triệu Triều Dương và cs** (2005), “ Kết quả sớm trong trĩ nội bệnh trĩ nội III, IV bằng phẫu thuật Longo tại bệnh viện TWQĐ 108 ”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 7, tr. 49- 52.
5. **Triệu Triều Dương và cs** (2006), “ Kết quả trĩ nội bệnh trĩ nội III và nội IV bằng phẫu thuật Longo so sánh với phương pháp Milligan-Morgan tại bệnh viện TWQĐ 108 ”. *Tạp chí Y dược học quân sự*, 2, tr. 87- 92.
6. **Nguyễn Trung Học** (2009), “So sánh kết quả trĩ nội phẫu thuật bệnh trĩ theo hai phương pháp Longo và Milligan-Morgan tại bệnh viện Việt Đức 2008-2009”, *Luận văn bác sỹ chuyên khoa II*.
7. **Nguyễn Đình Hối** (1982), “ Điều trị trĩ bằng phẫu thuật cắt bỏ riêng lẻ từng búi ”. *Tạp chí Ngoại khoa*, 2, 1982, tr: 40- 46.
8. **Nguyễn Đình Hối** (1994), “ *Bệnh trĩ- Bách khoa thư bệnh học*”. Tập 2, trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội, tr.121-126.

9. **Nguyễn Đình Hối** (2002), “ *Hậu môn trực tràng* ”. NXB Y học, tr. 1- 106.
10. **Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng** (2004). “ Quan niệm mới về trĩ ”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2, tr. 63- 68.
11. **Đỗ Xuân Hợp** (1997). “ *Trực tràng* ”. Giải phẫu bụng, tập 1, NXB Y học, tr. 101- 106.
12. **Lê Xuân Huệ, Đỗ Đức Vân** (1998), “ Điều trị trĩ vòng theo phương pháp Toupet ”. *Tạp chí Y học thực hành, số 7/1998, tr 31- 33.*
13. **Nguyễn Xuân Huyền** (2001). “ Sinh lý bệnh và trĩ nội khoa bệnh trĩ ”. *Tạp chí hậu môn trực tràng*, 4, tr. 1- 3.
14. **Nguyễn Xuân Hùng** (1999), “ Nhận xét kết quả trĩ nội trĩ bằng phương pháp tiêm xơ với Kinurea ”. *Tạp chí Ngoại khoa*, 5, tr. 16- 19.
15. **Dương Phước Hưng và cs** (2004), “ Điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp thắt vòng cao su ”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, chuyên đề Ngoại- Sản*, 8, 2004, tr. 59- 63.
16. **Dương Phước Hưng và cs** (2004), “ Điều trị trĩ bằng phương pháp quang đông hồng ngoại ”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, chuyên đề Ngoại - Sản*, 8, 2004, tr. 64 - 67.
17. **Hoàng Đình Lân** (2004), “ Đánh giá tác dụng trĩ nội trĩ vết thương cho bệnh nhân sau mổ trĩ của thuốc “ Bột ngâm trĩ ”. *Tạp chí Nghiên cứu Y dược học cổ truyền, số 12/2004, tr. 24- 28.*
18. **Đình Văn Lực** (1987), “ *Tình hình bệnh tật ở hậu môn trực tràng* ”. Tóm tắt công trình nghiên cứu khoa học 1957- 1987 Viện YHCT HN 1987, tr: 87.
19. **Lê Quang Nghĩa và cs** (2002), “ *Bệnh trĩ* ”. NXB Y học, tr. 11- 224.



20. **Trần Khắc Nguyên** (2004), “ *Đánh giá kết quả phẫu thuật Milligan- Morgan trong trĩ nội trĩ tại bệnh viện Việt Đức* ”. Luận văn thạc sỹ y dược, đại học y Hà Nội.
21. **Lê Quang Nhân, Nguyễn Thuý Oanh** (2004), “ *Đánh giá kết quả bước khâu trĩ nội độ III và độ IV bằng phẫu thuật Longo cải tiến* ”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8, tr. 50- 58.
22. **Nguyễn Mạnh Nhâm** (1997), “ *Chảy máu thứ phát sau mổ trĩ* ”. *Tạp chí Ngoại khoa*, 5, tr. 8- 15.
23. **Nguyễn Mạnh Nhâm** (1997), “ *Hậu môn học* ”. Hậu môn học (Proctology) viện y học cổ truyền Việt Nam. TTNC bệnh lý hậu môn, Hà Nội, tập 1 (1997) tr. 1- 5.
24. **Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Đình Chi** (1999). “ *Tình hình bệnh trĩ ở một nhà máy (qua nhiều tra dịch tế học và kết quả bước khâu của công tác trĩ nội)* ”. *Tạp chí Ngoại khoa*, 4, tr. 15- 21.
25. **Nguyễn Mạnh Nhâm** (2000), “ *Phẫu thuật cắt trĩ bằng laser ở người cao tuổi* ”. *Tạp chí Ngoại khoa*, 5, 2000, tr. 49- 55.
26. **Nguyễn Mạnh Nhâm** (2003), “ *Một phương pháp mổ trĩ không khâu* ”. *Tạp chí Y học thực hành*, 3, tr. 90- 95.
27. **Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Xuân Hùng và cs** (2003), “ *Điều tra bệnh trĩ ở miền bắc Việt Nam: Dịch tế học và các biện pháp phòng bệnh- trĩ nội trĩ hiện nay* ” Đề tài báo cáo cấp cơ sở, nghiên cứu cấp bộ.
28. **Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Duy Thức** (2004), “ *Điều trị một số bệnh thông thường vùng hậu môn bằng thủ thuật- phẫu thuật* ”. NXB Y học, tr. 3- 198.
29. **Trần Thị Hồng Phương** (2000), “ *Đánh giá tác dụng trĩ nội trĩ nội độ I,II,III có chảy máu của bài “ Bổ trung ích khí gia vị* ”. Luận văn thạc sỹ y khoa, 2000, tr 75.



30. **Nguyễn Quang Quyền** (1986), “ *Hệ thần kinh tự chủ* ”. Giải phẫu học, NXB Y học chi nhánh TP.Hồ Chí Minh, tập 2, tr. 232- 257.
31. **Nguyễn Quang Quyền** (1988), “ *Đáy chậu* ”. Bài giảng giải phẫu, tập 2, tr. 257- 232.
32. **Hà Văn Quyết** (2006), “ *Chảy máu ãường tiêu hóa*”. Bệnh học Ngoại sau ãại học, tập 1, tr.36- 44.
33. **Trịnh Hồng Sơn** (1998), “ *Góp phần nghiên cứu ãiều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật* ”. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, tr: 1- 36.
34. **Trịnh Hồng Sơn và cs** (2005), “ Nhận xét kết quả bước ãầu phẫu thuật Longo trong ãiều trị trĩ ”. *Tạp chí Y học thực hành số 12/2005, tr 49- 54.*
35. **Trịnh Hồng Sơn và cs** (2007), “ Phẫu thuật Longo ãiều trị trĩ tắc mạch ”. *Tạp chí Y học thực hành số 2/2007, tr 58- 60.*
36. **Trịnh Hồng Sơn và cs (2007)**, “ Nghiên cứu giải phẫu bệnh của vòng niêm mạc lấy ra từ máy PPH03 sau ãiều trị trĩ bằng phẫu thuật Longo”. *Tạp chí Y học thực hành số 7/2007, tr 22- 23.*
37. **Đỗ Đức Vân** (2006), “ *Bệnh trĩ* ”. Bệnh học Ngoại khoa, tập 2, tr. 326- 332.

**HỘI ĐỒNG KHOA HỌC  
BỆNH VIỆN**

**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI**

**Tạ Tiến Mạnh**

# BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT LONGO

Mã số lưu trữ:.....

## I. Hành chính:

1. Họ và tên:..... Tuổi: ..... Giới: *Nam, Nữ*.

2. Nghề nghiệp:.....

3. Địa chỉ:.....

4. Ngày vào viện:...../...../..... Ngày mổ:...../...../..... Ngày ra viện:...../...../.....

Tiền sử

\* Thời gian xuất hiện triệu chứng của trĩ (ỉa máu, ỉa lòi khối)..... năm

\* Tiền sử điều trị trước phẫu thuật Longo:

- Thuốc đông y:            Bôi                     Uống                     Đặt hậu môn

- Tây y:

- Thủ thuật trước : Tiêm xơ                                     Thắt vòng cao su

\* Mắc bệnh khác:

Xơ gan                     Tăng áp lực tĩnh mạch cửa                     Cao huyết áp                     Lao

Bệnh tim                     Đái tháo đường                                     Viêm đại tràng

Táo bón                     Ly                                     Viêm dạ dày

## II. Khám lâm sàng và cận lâm sàng:

1. Toàn thân:

Chiều cao:.....(cm)                    Cân nặng:.....(kg)                    Mạch.....(lần/phút)

Nhiệt độ:.....(°C)                    Huyết áp:...../.....(mmHg)

2. Hậu môn trực tràng:

\* Tầng sinh môn:    Bình thường                     Bất thường

\* Hậu môn:

- Đường kính hậu môn: Bình thường                     Hẹp

- Nhận cảm hậu môn:                    Tốt                     Bình thường

- Trương lực cơ: Tăng                     Bình thường                     Nhão

- Cơ cơ thắt:            Mạnh                     Bình thường                     Yếu

- Trĩ nội độ:.....

- Trĩ ngoại:..... Số búi trĩ:..... Vị trí:.....
- Tắc mạch trĩ  Chảy máu
- Bệnh phối hợp: Polip  Nứt kẽ hậu môn  Da thừa

### 3. Cận lâm sàng:

- Hồng cầu:.....(T/l) Bạch cầu:.....(G/l) Tiểu cầu:.....(G/l)
- Hematocrit:.....(L/L) Huyết sắc tố:.....(g/L)
- Nhóm máu: “.....”

### III.Điều trị:

1. Dụng cụ: Loại máy: “Longo” :.....
2. Phương pháp gây mê, gây tê:.....
3. Thời gian mổ:.....
4. Thuận lợi, khó khăn trong thao tác: Thuận lợi  Khó khăn   
(Ghi rõ:.....)
5. Khâu tăng cường thêm vào chỗ nối máy: Có  Không   
( Khâu máy mũi.....vị trí khâu.....)
6. Xử trí bỏ xung: Đốt điện cầm máu  Lấy da thừa  Nhét mét
7. Kích thước Bệnh phẩm:  
Chiều dài:..... (cm) Chiều rộng nhất:..... (cm) Chiều hẹp nhất:..... (cm)  
Trung bình:..... (cm)

### IV. Theo dõi sau mổ:

- 1.Đau sau mổ: Có  Không
- 2.Mức độ đau: Rất đau  Vừa  Nhẹ
- 3.Cảm giác tức ở hậu môn: Có  Không
- 4.Đau giờ đầu sau mổ: Có  Không
- 5.Bí đại: Có  Không  Xử trí: Chườm  Thông đại
- 6.Sốt: Có  Không
- 7.Chảy máu sau mổ: Có  Không
- 8.Thời gian chảy máu: Trước 24h  Sau 24h
- 9.Đại tiện lần đầu sau mổ:

Trong vòng 24h  24- 48h  48-72h  Sau 3 ngày

-Tính chất phân: Lỏng  Thành khuôn

-Phân kèm máu tươi: Có  Không

-Phân kèm máu nâu đen: Có  Không

10. Cảm giác đại tiện sau mổ:

Thoải mái  Tức  Đau rát khi rặn  Không thoải mái  Sợ

Iả sốn: Có  Không

11. Tình trạng sức khoẻ ra viện: Tốt  Xấu

#### V. Các chỉ tiêu theo dõi sau mổ khác:

1. Bao lâu thì vận động đi lại được:

Sau mổ 12h  12-24h  24-48h  48-72h

2. Thay đổi thói quen đi ngoài so với trước mổ: Có  Không

3. Thời gian nằm viện:

03 ngày  03 ngày  05 ngày  06 ngày

.Người lấy số liệu. Ngày xử lý số liệu. Người xử lý số liệu.

( Ký tên )

...../...../.....