

SO SÁNH PHẪU THUẬT HUSSEIN VÀ HUSSEIN CẢI BIÊN TRONG ĐIỀU TRỊ TRĨ NỘI ĐỘ 3 VÀ 4

*Lê Huy Cường, Nguyễn Văn Ngãi, Phan Văn Bé, Phạm Hòa Lợi
Khoa Ngoại Tổng Hợp- Bệnh viện An giang*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Hussein cải biên so với phẫu thuật Hussein cổ điển trong điều trị trĩ nội độ 3 và 4 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu đoàn hệ tương lai so sánh giữa 2 nhóm phẫu thuật Hussein cổ điển gồm 35 bệnh nhân được thực hiện từ 01/03/2012 đến 01/08/2012 và nhóm phẫu thuật Hussein cải biên gồm 36 bệnh nhân được thực hiện từ 10/08/2012 đến 12/08/2013.

Kết quả: Thời gian mổ, điểm đau hậu phẫu ngày 1 và ngày 3 và biến chứng chung của 2 nhóm là như nhau (khác nhau không có ý nghĩa thống kê). Tuy nhiên, thời gian nằm viện sau mổ của nhóm Hussein cải biên ngắn hơn nhóm Hussein cổ điển.

Kết luận: Phẫu thuật Hussein cải biên có thời gian mổ ngắn, ít đau sau mổ, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, có thể áp dụng trong điều kiện hiện nay để điều trị trĩ nội độ 3 và 4.

RÉSUMÉ:

Objectifs: Évaluer les résultats précoces de l'opération de Hussein modifiée par rapport à celle de Hussein classique dans le traitement des hémorroïdes internes au stade 3 et 4 à l'hôpital général central d'An Giang.

Méthodes: C'est une étude de cohorte prospective comparée entre 2 groupes de l'opération de Hussein classique ayant 35 patients qui ont été opérés du 1^{er} mars 2012 au 1^{er} août 2012 et de l'opération de Hussein modifiée ayant 36 patients qui ont été opérés du 10 août 2012 au 12 août 2013.

Résultats: La durée opératoire, la douleur moyenne par échelle visuelle analogique au J1 et J3 postopératoire et la morbidité générale postopératoire de 2 groupes sont identiques (la différence statistiquement non significative). Cependant, la durée d'hospitalisation du groupe d'opération de Hussein modifiée est plus brève que celle du groupe d'opération de Hussein classique (J3 vs J4 postopératoire avec $p < 0,001$).

Conclusion: L'opération de Hussein modifiée a la durée opératoire brève, la douleur et la morbidité postopératoires moindres, la durée d'hospitalisation courte. Cette opération pourrait appliquer dans la situation actuelle pour le traitement des hémorroïdes internes au stade 3 et 4.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trĩ là một bệnh được biết từ rất lâu và rất phổ biến, tần suất mắc bệnh gần 50% ở người trên 50 tuổi theo thông kê nước ngoài^{1,6}, năm 2006, một khảo sát bệnh trĩ ở người trên 50 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh¹¹ cho thấy tỷ lệ này là 25,13 %, bệnh thường gặp nhất ở lứa tuổi 45-65, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ^{2,3,4,5,7,10}. Hiện nay, trĩ nội có rất nhiều phương pháp điều trị, điều trị nội khoa được áp dụng cho tất cả các cấp độ trĩ, điều trị bằng dụng cụ được áp dụng khi điều trị nội khoa không hiệu quả và cho trĩ nội độ 2 và 3, điều trị ngoại khoa là điều trị sau cùng khi mà cả 2 phương pháp trên không hiệu quả và chủ yếu cho trĩ nội độ 3 và 4. Kỹ thuật cắt trĩ từng búi từ lâu đã trở thành kỹ thuật điều trị chính trong bệnh trĩ (Milligan-Morgan 1937, Parks 1956, Ferguson 1959, Nguyễn Đình Hối 1966). Tuy nhiên, với sự phát triển của y học hiện đại, quan niệm hiện nay xem đám rối tĩnh mạch trĩ là trạng thái sinh lý bình thường, do vậy, các phương pháp can thiệp ở vùng trên đường lược là xu hướng điều trị trĩ hiện nay, đây là phẫu thuật ít xâm hại, bảo đảm các yêu cầu sau phẫu thuật là giảm thể tích, không còn sa búi trĩ, bảo tồn lớp đệm hậu môn, ít đau sau mổ, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn. Bao gồm các phương pháp sau :

- ❖ Khâu triệt mạch và treo trĩ bằng máy bấm (phẫu thuật Longo, 1993).
- ❖ Khâu triệt mạch và treo trĩ bằng tay :
 - ✓ Khâu dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler.
 - ✓ Khâu mù (AM Hussein, 2001⁷, Nguyễn Trung Vinh², Nguyễn Trung Tính³, Lê Quang Nhân⁴...).

Do giá thành của máy bấm cao và không sẵn có máy siêu âm Doppler vùng hậu môn-trực tràng tại bệnh viện nên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu điều trị trĩ nội độ 3 và 4 theo phương pháp Hussein¹² và thấy rằng phương pháp này đơn giản, an toàn, thực hiện nhanh và có hiệu quả, tuy nhiên, trong lô nghiên cứu¹² có 8,57% các trường hợp treo trĩ kém hiệu quả, làm sa búi trĩ trong ngày đầu hậu phẫu, để khắc phục nhược điểm này, chúng tôi thay đổi một phần kỹ thuật phương pháp Hussein cổ điển, được gọi là phương pháp Hussein cải biên.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

- 1. Mục tiêu chung:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Hussein cải biên so với phẫu thuật Hussein.
- 2. Mục tiêu cụ thể:** So sánh giữa 2 nhóm về thời gian mổ, điểm đau hậu phẫu, các biến chứng sớm và thời gian nằm viện sau mổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

- 1. Đối tượng nghiên cứu:**

a. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả các bệnh nhân trên 18 tuổi có trĩ nội độ 3, độ 4 nhập viện từ 01/03/2012 đến 12/08/2013 không có hẹp hậu môn, không có biến chứng tắc mạch.

b. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tất cả các trĩ triệu chứng ở bệnh nhân mang thai, suy tim, xơ gan.
- Không dứt lọt dụng cụ nong hậu môn đường kính 33 mm (CAD).
- Có ung thư đại-trực tràng kèm theo.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Đoàn hệ tương lai bắt cặp gồm 2 nhóm, nhóm mổ theo phương pháp Hussein cổ điển có 35 bệnh nhân được mổ trong khoảng thời gian từ 01/03/2012 đến 01/08/2012 và nhóm mổ theo phương pháp Hussein cải biên có 36 bệnh nhân được mổ trong khoảng thời gian từ 10/08/2012 đến 12/08/2013.

3. Thời gian nghiên cứu: từ 01/03/2012 đến 12/08/2013.

4. Phương tiện nghiên cứu:

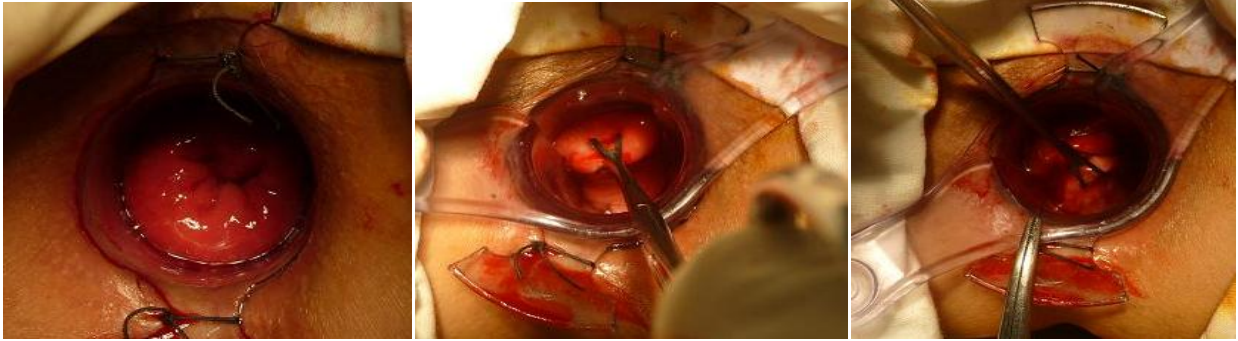
- Dụng cụ nong hậu môn và vòng nhựa có đường kính 33 mm.
- Dụng cụ soi hậu môn hỗ trợ khâu và soi lòng ống hậu môn.
- Chi monosyn 2.0.

5. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Làm các cận lâm sàng tiền phẫu theo quy định bệnh viện (các xét nghiệm tiền phẫu, x quang tim-phổi thẳng, đo điện tim).
- Nội soi đại-trực tràng loại trừ thương tổn ung thư.
- Cân bằng các rối loạn của cận lâm sàng (nếu có).
- Nhịn ăn uống ngày phẫu thuật, bệnh nhân được truyền glucose 10% trong khi chờ mổ.
- Bơm hậu môn 2 tube Fleet trước chuyển mổ 1 giờ nhằm làm sạch lòng đại-trực tràng.

6. Kỹ thuật phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây tê tủy sống và đặt nằm tư thế sản khoa.
- Phẫu thuật viên ngồi giữa 2 chân bệnh nhân.
- Nong hậu môn bằng tay rồi bằng dụng cụ nong hậu môn.
- Cố định vòng nhựa bảo vệ đường lược vào vùng tầng sinh môn.
- Đặt dụng cụ soi hậu môn và tiến hành khâu triệt mạch lớp niêm mạc và dưới niêm mạc trên đường lược 1,5 cm ở các vị trí có búi trĩ sa ra ngoài, sau đó khâu tiếp mũi chữ X phía trên chỗ vừa khâu 3-4 cm để kéo các búi trĩ vào trong lòng ống hậu môn.



- Rút vòng nhựa và kết thúc.

7. Các biến số cần đánh giá:

Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn trĩ, số búi trĩ, ASA, thời gian phẫu thuật, hậu phẫu đánh giá yếu tố đau, các biến chứng, ngày nằm viện.

8. Xử lý số liệu:

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 13.0, sử dụng kiểm định chi bình phương cho các biến định tính, sử dụng phép kiểm t cho các biến định lượng có phân phối chuẩn và sử dụng kiểm định Mann-Whiney cho các biến định lượng không có phân phối chuẩn. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có giá trị thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ:

Trong thời gian từ 10/08/2012 đến 12/08/2013, chúng tôi thực hiện phẫu thuật 36 trường hợp trĩ nội độ 3 và 4 bằng phương pháp Hussein cải biên so sánh với kết quả 35 trường hợp đã phẫu thuật từ 01/03/2012 đến 01/08/2012 bằng phương pháp Hussein cổ điển¹², kết quả được mô tả qua bảng sau:

Biến số	Hussein cổ điển (n=35)	Hussein cải biên (n=36)	Trị số p
Giới tính: Nam/Nữ	22/13	19/17	0,390
Tuổi	44,2 ± 12,7	46,6 ± 12,9	0,420
Triệu chứng:			
- Chảy máu nhỏ giọt	6 (17,1%)	0	
- Sa búi trĩ	23 (65,7%)	4 (11,1%)	< 0,001

- Chảy máu kèm sa búi trĩ	4 (11,4%)	7 (19,4%)	
- Chảy máu kèm đau búi trĩ	0	2 (5,6%)	
- Sa kèm đau búi trĩ	2 (5,7%)	23 (63,9%)	
Giai đoạn trĩ:			
- Độ 3	28 (80%)	20 (55,6%)	0,028
- Độ 4	7 (20%)	16 (44,4%)	
Số búi trĩ	3,54 ± 0,6	3,33 ± 0,7	0,190
ASA			
- ASA 1	24 (68,6%)	19 (52,8%)	0,170
- ASA 2	11 (31,4%)	17 (47,2%)	
Thời gian mổ (phút)	20	20	0,166
Đau hậu phẫu ngày 1	4,14 ± 1,2	3,8 ± 0,6	0,149
Đau hậu phẫu ngày 3	1,51 ± 0,6	1,67 ± 0,5	0,287
Biến chứng:			
- Chảy máu	1 (2,9%)	0	
- Bí tiểu	1 (2,9%)	0	0,150
- Trĩ ngoại thuyên tắc	1 (2,9%)	0	
- Sa búi trĩ	3 (8,7%)	0	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	4	3	< 0,001

BÀN LUẬN:

Qua bảng kết quả trên ta thấy rằng các biến số về giới tính, tuổi giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác^{2,3,4,10}. Về triệu chứng lâm sàng cho thấy trong nhóm Hussein cải biên có 32/36 trường hợp (88,9%) có triệu chứng phối hợp sa, đau, chảy máu nhỏ giọt búi trĩ, trong khi trong nhóm Hussein cổ điển có đến 65,7% bệnh nhân chỉ có sa búi trĩ đơn thuần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hơn nữa, về phân độ trĩ nội, trĩ độ 4 trong nhóm Hussein cải biên chiếm 44,4% nhiều hơn trong nhóm Hussein cổ điển (20%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, cả 2 điều này chứng tỏ rằng bệnh nhân trong nhóm Hussein cải biên có độ trĩ nặng hơn, tuy nhiên số búi trĩ và điểm ASA (American Society of Anesthesiologists) của 2 nhóm là tương đương nhau, điểm ASA đánh giá nguy cơ tai biến và biến chứng trong và sau mổ, trong nghiên cứu này điểm ASA nằm trong khoảng 1 đến 2 điểm, đây là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật.

Thời gian mổ của cả 2 nhóm là như nhau (khoảng 20 phút), thời gian này tương đối ngắn hơn một số tác giả Việt Nam khi thực hiện phẫu thuật Longo cải biên như Nguyễn Trung Vinh² (21,45 phút), Nguyễn Trung Tín³ (40 phút), Lê Quang Nhân⁴ (40 phút) nhưng lại dài hơn so với tác giả Hussein⁷ ($12,9 \pm 5,73$). Trong phẫu thuật Longo cải biên do phải khâu toàn bộ chu vi trực tràng nên thời gian mổ lâu hơn phương pháp của chúng tôi chỉ khâu triệt mạch và treo trĩ ở những vị trí có búi trĩ. Số búi trĩ trong lô nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn trong nghiên cứu của Hussein⁷ (3-4 búi so với 2-3 búi), số búi trĩ nhiều thì cần phải khâu can thiệp nhiều, đây chính là lý do mà thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn so với tác giả Hussein. Ưu điểm của phẫu thuật này là can thiệp tối thiểu nên mức độ đau cũng ít hơn các phương pháp cắt trĩ cổ điển⁴, trong thời gian hậu phẫu, chúng tôi dùng thuốc giảm đau là Paracétamol 1g truyền tĩnh mạch 2 lần trong ngày, ngày hậu phẫu thứ hai sẽ chuyển sang thuốc uống Paracétamol 0,5g 2 viên 2 lần trong ngày, để đánh giá mức độ đau, chúng tôi dùng thang điểm VAS (Visual Analogue Scales) được đánh số từ 1 đến 10 để đánh giá mức độ đau vào ngày hậu phẫu thứ 1 và 3, qua bảng kết quả, điểm đau trung bình của ngày hậu phẫu thứ 1 là 4 điểm và ngày hậu phẫu thứ 3 là 1,5 điểm cho cả 2 nhóm nghiên cứu, điểm đau này phù hợp với các tác giả khác^{2, 3, 4, 7} nhưng nếu so với cắt búi trĩ kinh điển thì điểm đau của phương pháp chúng tôi ít hơn (4 điểm so với 6-8 điểm)⁸.

Theo các tác giả^{2, 3, 4, 7}, tỷ lệ biến chứng chung sau mổ trĩ là 15%, trong 35 trường hợp mà ban đầu chúng tôi phẫu thuật theo phương pháp Hussein cổ điển thì tỷ lệ biến chứng chung là 17% (6/35 trường hợp), cụ thể là có 1 trường hợp (2,9%) có máu dính theo phân vào ngày hậu phẫu thứ 4 và 5, điều trị nội không còn chảy máu, 1 trường hợp bí tiểu (2,9%) hậu phẫu ngày 1, 1 trường hợp trĩ ngoại tắc mạch (2,9%) và đặc biệt là có 3 trường hợp bị sa búi trĩ ngay trong ngày hậu phẫu đầu tiên. Ngược lại, trong 36 trường hợp phẫu thuật theo phương pháp Hussein cải biên, tất cả bệnh nhân diễn tiến tốt không biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu, điều này được giải thích là sau thời gian thực hiện phẫu thuật, chúng tôi đã tìm được nguyên nhân gây biến chứng đồng thời cũng có kinh nghiệm phòng tránh biến chứng. Riêng 3 trường hợp sa búi trĩ, chúng tôi thấy rằng đây là nhược điểm về kỹ thuật của phương pháp Hussein cổ điển, đó cũng là lý do mà chúng tôi cải biên phương pháp Hussein và thực tế trong lô nghiên cứu 36 trường hợp được phẫu thuật không có trường hợp nào bị sa búi trĩ trong giai đoạn hậu phẫu.

Thời gian nằm viện sau mổ trong nhóm Hussein cải biên là 3 ngày, ngắn hơn nhóm Hussein cổ điển (4 ngày) với $p < 0,001$, đó là do sau thời gian thực hiện phẫu thuật chúng tôi đã có kinh nghiệm hạn chế các tai biến-biến chứng, đồng thời mạnh dạn cho bệnh nhân xuất viện

khi thấy bệnh nhân ổn, điều này đã rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng sớm hơn.

KẾT LUẬN:

Khâu triệt mạch và treo trĩ theo phương pháp Hussein cải biên là phương pháp mới, số mẫu ít, thời gian theo dõi ngắn nên chưa thể đánh giá một cách chính xác, toàn diện, tuy nhiên, với bước đầu so sánh với phương pháp Hussein cổ điển cho thấy phẫu thuật này đơn giản, an toàn, thực hiện nhanh, hiệu quả, ít tai biến và biến chứng phù hợp với điều kiện hiện tại còn thiếu thôn trang thiết bị, nhất là đối với bệnh nhân nghèo trong điều trị trĩ nội độ 3 và 4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Đình Hối. Bệnh trĩ. *Hậu môn trực tràng học*. Nhà xuất bản y học 2002: 73-104.
2. Nguyễn Trung Vinh, Kỹ thuật khâu trĩ vòng trong điều trị trĩ. Hội thảo chuyên đề Bệnh hậu môn-đại trực tràng, TP. Hồ Chí Minh, 14 &15-11-2003.
3. Nguyễn Trung Tín, Dương Phước Hưng, Trần Văn Phoi, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Đình Hối. Khâu treo trĩ trong điều trị trĩ vòng. Hội thảo chuyên đề Bệnh hậu môn-đại trực tràng, TP. Hồ Chí Minh, 14 &15-11-2003.
4. Lê Quang Nhân, Nguyễn Thúy Oanh. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị trĩ nội độ 3 và 4 bằng phẫu thuật Longo cải tiến. Hội thảo chuyên đề Bệnh hậu môn-đại trực tràng, TP. Hồ Chí Minh, 14 &15-11-2003.
5. F.Pigot, MD Quang, A. Castinel, F. Juguet, D. Bouchard, F.A.Allaert, J. Bockle. Vécu de la douleur postopératoire et résultats à long terme après chirurgie hémorroïdaire par anopexie. *Annales de chirurgie* 2006;131: 262-267.
6. J.L. Faucheron. La maladie hémorroïdaire. *Corpus médical-Faculté de médecine de Grenoble*. 2005: 1-7.
7. Hussein AM. Ligation-anopexy for treatment of advanced hemorrhoidal dis-ease. *Diseases of the Colon and Rectum* 2001; 44: 1887-1890.
8. Vogin G.D. Stapled hemorrhoidectomy may become new gold standard. *Arch Surg* 137 (2002): 337 – 340.
9. L. Siproudhis. Nouveautés thérapeutiques en proctologie. *Gastroenterol Clin Biol* 2001; 25: B101-B109.
10. M. Papillon, J.P. Arnaud, B. Descottes, J.F. Gravié. X. Hutten, N. De Manzini. Le traitement de la maladie hémorroïdaire par la technique de Longo. Résultats préliminaires d'une étude prospective portant sur 94 cas. *Annales de Chirurgie* 1999; 124: 666-669.
11. Trần Thiện Hòa, Phan Anh Tuấn, Trần Thị Mai Trang, Văn Tàn. Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của bệnh trĩ ở người trên 50 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh 2006: 35-46.
12. Lê Huy Cường, Nguyễn Văn Ngãi, Phan Văn Bé, Phạm Hòa Lợi. Kết quả sớm điều trị trĩ nội độ 3 và 4 theo phương pháp Hussein tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. *Kỷ yếu hội nghị khoa học Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang* 2012: 57-66.