

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TRĨ NỘI ĐỘ 3 VÀ 4 THEO PHƯƠNG PHÁP HUSSEIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Huy Cường, Nguyễn Văn Ngãi, Phan Văn Bé, Phạm Hòa Lợi.

Khoa Ngoại, Bệnh viện An Giang

TÓM TẮT:

Mục tiêu: *Đánh giá tính khả thi, hiệu quả và an toàn của phẫu thuật Hussein trong điều trị trĩ nội độ 3 và 4 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.*

Phương pháp: *Từ 01/03/2012 đến 01/08/2012, 35 bệnh nhân trĩ nội độ 3 và 4 được phẫu thuật theo phương pháp Hussein, các thông số được phân tích để đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật.*

Kết quả: *Tỷ lệ nam/nữ là 1,69 (22 nam và 13 nữ), tuổi trung bình là $44,2 \pm 12,7$, thời gian mổ trung bình là $21 \pm 7,34$ phút, điểm đau trung bình ở ngày 1 hậu phẫu là $4,1 \pm 1,2$ và của ngày 3 hậu phẫu là $1,5 \pm 0,6$. Biến chứng hậu phẫu là 9,3% (n=3) và thời gian nằm viện trung bình là $4,5 \pm 1,9$ ngày.*

Kết luận: *Phẫu thuật Hussein 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 la faisabilité, l'efficacité et la sécurité de l'opération de Hussein pour le traitement des hémorroïdes internes au stade 3 et 4 à l'hôpital général central d'An Giang.*

Méthodes: *Du 1^{er} mars 2012 au 1^{er} août 2012, 35 patients ayant l'hémorroïde interne au stade 3 et 4 ont été opérés selon la méthode de Hussein, les paramètres ont été analysés pour évaluer les résultats précoces de cette opération.*

Résultats: *Sex-ratio homme/femme est de 1,69 (22 hommes et 13 femmes), l'âge moyen est de $44,2 \pm 12,7$, la durée opératoire moyenne est de $21 \pm 7,34$ min, la douleur moyenne par échelle visuelle analogique au J1 postopératoire est de $4,1 \pm 1,2$ et au J3 postopératoire est*

de $1,5 \pm 0,6$. La morbidité postopératoire est de $9,3\%$ ($n=3$) et la durée moyenne d'hospitalisation est de $4,5 \pm 1,9$ jours.

Conclusion: L'opération de Hussein a la durée brève opératoire, 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 đã 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 giai đoạn 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, tạo nên lớp đệm ở ống hậu môn giúp kiểm soát sự tự chủ trong đại tiện, do vậy, xu hướng điều trị trĩ hiện nay là sử dụng phẫu thuật ít xâm hại nhằm bảo tồn lớp đệm hậu môn, giảm thể tích búi trĩ và ít đau, đó là các phương pháp can thiệp ở vùng trên đường lược làm giảm lưu lượng máu đến các búi trĩ nên làm nhỏ thể tích búi trĩ đồng thời cố định các búi trĩ vào ống hậu môn, 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 nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Hussein trên bệnh nhân trĩ nội độ 3 và độ 4 để bệnh nhân trĩ được hưởng những ưu điểm của quan điểm điều trị mới hiện nay.

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 01/08/2012 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 lộn dụng cụ nong hậu môn đường kính 33 mm (CAD).
- Có ung thư đại-trực tràng kèm theo.

2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

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

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.
- Chỉ nylon 0 và monosyn 2.0.

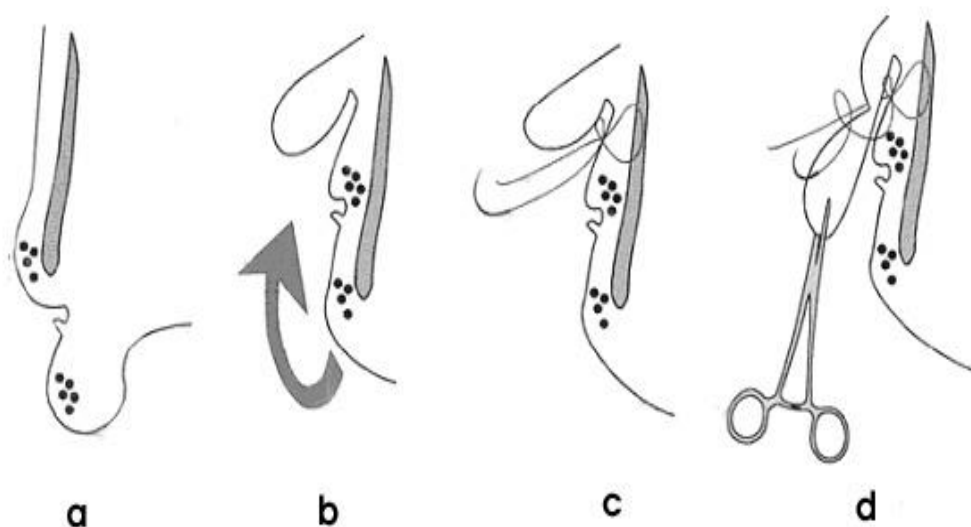
5. Chuẩn bị bệnh nhân:

- 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% hoặc 30% trong khi chờ mổ.
- Bơm hậu môn 1 tube Fleet Enema 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 cố định lớp niêm mạc và dưới niêm mạc trên đường lược 1,5 cm vào cơ thắt trong, cột niêm mạc phía trên vào trong chỗ khâu để kéo các búi trĩ vào trong lòng ống hậu môn.



Khâu treo trĩ theo Hussein

(Nguồn: Ahmed M. Hussein, 2001).

- Búi trĩ hỗn hợp sa ra ngoài.*
- Dùng dụng cụ nong hậu môn đẩy da và niêm mạc sa ra ngoài vào bên trong ống hậu môn.*
- Khâu trên đường lược 1,5cm để cố định niêm mạc và dưới niêm mạc vào cơ thắt trong và không cắt chỉ.*
- Cột niêm mạc thừa phía trên vào nơi chỉ vừa khâu.*

- 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, biến định lượng về tuổi được tính trung bình và độ lệch chuẩn, các biến định lượng khác và các biến định tính được tính bằng tỷ lệ %.

KẾT QUẢ:

Trong thời gian từ 01/03/2012 đến 01/08/2012, chúng tôi thực hiện được 35 trường hợp trĩ độ 3 và 4 với các đặc điểm được tóm tắt như sau :

1. Đặc điểm chung:

Trong 35 trường hợp có 22 nam (62,9%) và 13 nữ (37,1%), tỉ lệ nam/nữ là 1,69, tuổi trung bình là $44,2 \pm 12,7$ (24 – 75 tuổi).

2. Triệu chứng:

a. Triệu chứng:

- ✓ Chảy máu: 6 trường hợp (17,1%).
- ✓ Sa búi trĩ: 23 trường hợp (65,7%).
- ✓ Chảy máu kèm sa búi trĩ: 4 trường hợp (11,4%).
- ✓ Sa kèm đau búi trĩ: 2 trường hợp (5,7%).

b. Thiếu máu:

- ✓ Không thiếu máu: 31 trường hợp (88,6%).
- ✓ Thiếu máu mức độ nặng: 4 trường hợp (11,4%), trong đó 1 trường hợp cần truyền trước mổ 1500 ml hồng cầu lắng, 2 trường hợp cần truyền trước mổ 1000 ml hồng cầu lắng và 1 trường hợp cần truyền 500 ml hồng cầu lắng.

- #### c. Giai đoạn trĩ: Tất cả 35 trường hợp là trĩ độ 3 và 4 trong đó 28 trường hợp trĩ độ 3 (80%) và 7 trường hợp trĩ độ 4 (20%).

d. Số búi trĩ: Trong 35 trường hợp có 1 trường hợp có 2 búi trĩ (2,9%), 15 trường hợp có 3 búi trĩ (42,9%), 18 trường hợp có 4 búi trĩ (51,4%) và 1 trường hợp trĩ vòng (2,9%).

e. ASA:

❖ ASA 1: 24 trường hợp (68,6%).

❖ ASA 2: 11 trường hợp (31,4%).

3. Kết quả điều trị:

a. Thời gian mổ: $21 \pm 7,34$ phút (10 - 45 phút).

b. Đau hậu phẫu : Chúng tôi sử dụng thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scales) được đánh số từ 1 đến 10 theo mức độ đau tăng dần để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân vào ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 3, trong đó : điểm đau trung bình của ngày hậu phẫu 1 là $4,1 \pm 1,2$ (1 – 7 điểm) và của ngày thứ 3 hậu phẫu là $1,5 \pm 0,6$ (1 – 3 điểm), có 2 trường hợp (5,7%) đau nhiều vào ngày hậu phẫu thứ 1 cần phối hợp thêm thuốc giảm đau.

c. Trong 35 trường hợp có 29 trường hợp (82,9%) hậu phẫu diễn tiến tốt, bệnh nhân xuất viện không biến chứng , tuy nhiên, chúng tôi có 1 trường hợp (2,9%) chảy máu rỉ rã dính theo phân vào ngày hậu phẫu 4 và 5 được điều trị nội ổn và xuất viện vào ngày hôm sau (hậu phẫu ngày 6), 1 trường hợp bí tiểu hậu phẫu ngày 1 được đặt thông tiểu tháo lư và rút vào hậu phẫu ngày 2, bệnh nhân xuất viện hậu phẫu ngày 4, 1 trường hợp có biến chứng thuyên tắc trĩ ngoại hậu phẫu ngày 2 cần phải rạch lấy huyết khối , bệnh ổn xuất viện hậu phẫu ngày 6, 3 trường hợp đều là trĩ nội độ 4 có trĩ sa tiếp 1 búi (trong 4 búi trĩ) sau phẫu thuật, đó là các trường hợp thứ 2, 6 và 7 trong lô nghiên cứu, các trường hợp này điều trị nội bệnh ổn và xuất viện vào các ngày 6, 4 và 14 của hậu phẫu.

d. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào tử vong.

e. Ngày hậu phẫu trung bình bệnh nhân xuất viện : $4,54 \pm 1,9$ ngày (3 – 14 ngày).

BÀN LUẬN:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 62,9 %, nữ chiếm 37,1%, tỉ lệ nam nữ là 1,69, tuổi trung bình là $44,2 \pm 12,7$, tỉ lệ này tương đương với các tác giả khác^{2,3,4,10}.

Theo Nguyễn Đình Hồi¹, bệnh trĩ có 3 triệu chứng tại chỗ chính là tiêu máu, sa búi trĩ và đau búi trĩ, trong đó, sa búi trĩ là nguyên nhân thường gặp nhất đưa bệnh nhân đến bệnh viện. Nếu bệnh nhân có tiêu máu nhiều cấp tính hoặc rỉ rã mãn tính không được điều trị thì sẽ có triệu chứng thiếu máu kèm theo với nhiều mức độ khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu máu có 6 trường hợp (17,1%), sa búi trĩ 23 trường hợp (65,7%), tiêu máu kèm sa búi trĩ 4 trường hợp (11,4%), sa kèm đau búi trĩ là 2 trường hợp (5,7%), có 4 trường hợp (11,4%) thiếu máu mức độ nặng cần phải truyền hồng cầu lắng lần lượt là 1500ml, 1000 ml, 1000ml và 500 ml để đưa Hémoglobine về ngưỡng an toàn để phẫu thuật. Các trường hợp này hậu phẫu ổn xuất viện không biến chứng.

Thời gian mổ trung bình trong n hóm nghiên cứu là 21 ± 7 phút (10 – 45 phút) tương đương với Nguyễn Trung Vinh² (21,45 phút), ngắn hơn so với các tác giả Nguyễn Trung Tín³ (40 phút), Lê Quang Nhân⁴ (40 phút), nhưng dài hơn so với tác giả Hussein⁷ $12,9 \pm 5,73$. Điều này có thể giải thích là trong phẫu thuật Hussein chỉ khâu triệt mạch và treo ở các vị trí có búi trĩ nên thời gian ngắn hơn trong phẫu thuật Longo cải tiến phải khâu vòng toàn bộ chu vi trực tràng, tuy nhiên, thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn so với chính tác giả Hussein vì chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật này, nhất là ở những trường hợp đầu tiên.

Do khâu triệt mạch mà không phải cắt búi trĩ nên lượng máu mất trong mổ không đáng kể (2-3ml) đây cũng là ưu điểm của phương pháp can thiệp tối thiểu và cũng chính vì vậy mà mức độ đau cũng ít hơn so với phương pháp cắt búi trĩ cổ điển⁴, cụ thể là trong thời gian hậu phẫu, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS được đánh số từ 1 đến 10 để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân vào ngày hậu phẫu 1 và 3, thuốc giảm đau sau mổ là Paracétamol 1g

truyền tĩnh mạch 2 lần 1 ngày và chuyển sang thuốc uống Paracétamol 650 mg 1 viên 3 lần trong ngày vào ngày hôm sau, trong đó, điểm đau trung bình hậu phẫu ngày 1 là 4 điểm và hậu phẫu ngày 3 là 1,5 điểm, có nghĩa là hậu phẫu ngày 1, đau chỉ ở mức độ trung bình và hậu phẫu ngày 3 đau mức độ nhẹ, điều này phù hợp với các tác giả^{2,3,4,7}. Nếu so với cắt búi trĩ kinh điển, thì mức độ đau của phương pháp này ít hơn, theo Laurent SIPROUDHIS⁸, mức đau trong thời gian hậu phẫu của cắt búi trĩ kinh điển có thể sánh như phẫu thuật chỉnh hình cột sống, điểm đau trong lần đại tiện đầu tiên nằm trong khoảng 6-8 điểm.

Trong 35 trường hợp có 29 trường hợp (82,9%) hậu phẫu diễn tiến tốt không biến chứng, tuy nhiên, do ban đầu chưa có kinh nghiệm, chúng tôi treo trĩ không hiệu quả làm sa 1 búi trĩ trong tổng số 4 búi trĩ của 3 bệnh nhân (trường hợp thứ 2, 6 và 7 trong lô nghiên cứu), 3 bệnh nhân này điều trị nội có đáp ứng búi trĩ nhỏ dần chỉ còn sa 25% so với ban đầu, cho xuất viện, tiếp tục điều trị nội ngoại trú. Một trường hợp (2,9%) có máu dính theo phân vào ngày hậu phẫu thứ 4 và 5, điều trị nội không còn chảy máu mà không cần phải can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật gì thêm, trong nghiên cứu của Hussein⁷ cũng có 1 trường hợp (2,5%) chảy máu sau mổ, Lê Quang Nhân⁴ có 4 trường hợp (9,8%) chảy máu sau mổ, theo Ho⁸, tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật Longo là 3,5%, còn theo M. Papillon và cộng sự¹⁰ thì tỷ lệ này là 5,3%.

Một trường hợp (2,9%) có biến chứng trĩ ngoại tắc mạch cần phải thực hiện thủ thuật rạch lấy cục máu đông, hậu phẫu ổn dần và xuất viện vào hậu phẫu ngày 6, biến chứng này cũng gặp ở các tác giả khác⁷, biến chứng này được giải thích là do mũi khâu quá gần đường lược (< 1cm) làm gián đoạn hồi lưu máu tĩnh mạch các búi trĩ ngoại, vì vậy, khi khâu nên tôn trọng khoảng cách 1,5 cm trên đường lược để tránh biến chứng này, tuy nhiên, chính tác giả khai sinh ra kỹ thuật này⁷ cũng có 1 trường hợp (2,5%) bị tắc mạch trĩ ngoại.

Có 1 trường hợp (2,9%) bí tiểu hậu phẫu ngày 1 (điểm đau VAS là 7) bệnh nhân này được đặt thông tiểu tháo lưu tạm thời sau đó tiểu được, biến chứng này không gặp trong

nguyên cứu của Nguyễn Trung Vinh² nhưng với Lê Quang Nhân⁴ thì tỷ lệ này là 34,1%, theo Ganio⁸, trong phẫu thuật Longo, tỷ lệ bí tiểu là 6%. Nguyên nhân bí tiểu có thể do gây tê tú y sống, đau, co thắt trực tràng, thao tác thô bạo làm tổn thương nhiều mô, truyền nhiều dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy không sử dụng biện pháp hạn chế dịch truyền trong thời gian chu phẫu nhưng có thể do đau ít và vừa (94,3% các trường hợp) trong thời gian hậu phẫu nên cũng làm giảm tỉ lệ này.

Trong lô nghiên cứu không có trường hợp nào bị hẹp hậu môn hay tiêu không tự chủ sau mổ.

Ngày hậu phẫu trung bình bệnh nhân xuất viện trong lô nghiên cứu là $4,54 \pm 1,9$ ngày, theo Nguyễn Trung Vinh², ngày nằm viện trung bình là 2,3 ngày, theo Lê Quang Nhân⁴, số ngày này là 3,9. Số ngày nằm viện của chúng tôi dài hơn là do 2 nguyên nhân chính: thứ nhất là do ngày thứ 7, chủ nhật bệnh nhân không thể làm thủ tục ra viện, thứ hai là do lần đầu tiên thực hiện phương pháp này nên muốn lưu bệnh nhân lại lâu hơn để theo dõi các biến chứng hậu phẫu.

KẾT LUẬN:

Khâu triệt mạch và treo trĩ theo phương pháp Hussein là phẫu thuật đầu tiên thực hiện, số mẫu còn ít, thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa thể đánh giá một cách chính xác, toàn diện, tuy nhiên, với bước đầu đánh giá kết quả sớm cho thấy phẫu thuật này đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn, ít đau sau mổ, tai biến và biến chứng có thể so sánh với các tác giả khác, thời gian nằm viện ngắn và đặc biệt là có chi phí thấp, phù hợp với điều kiện hiện tại, vì vậy, có thể áp dụng để điều trị bệnh trĩ độ 3 và 4 hiện nay, trong điều kiện còn thiếu thôn trang thiết bị, nhất là đối với bệnh viện tuyến huyện và bệnh nhân nghèo.

KIẾN NGHỊ:

- ❖ Tiếp tục tiến hành nghiên cứu này với cỡ mẫu lớn hơn.
- ❖ Huấn luyện các Bác sĩ ngoại khoa có thể thực hiện kỹ thuật này.

- ❖ Triển khai cho các huyện.
- ❖ Trang bị máy siêu âm Doppler qua ngả trực tràng để định vị khâu chính xác các mạch máu trĩ.

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 Tần. 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.