

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRĨ NỘI ĐỘ 3 VÀ 4 BẰNG PHẪU THUẬT HUSSEIN CẢI BIÊN

Lê Huy Cường, Nguyễn Văn Ngãi, Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Thành Phúc

Khoa Ngoại, Bệnh viện An giang

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và sau 1 năm điều trị trĩ độ 3 và 4 bằng phẫu thuật Hussein cải biên.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca gồm 68 bệnh nhân trĩ nội độ 3 và 4 được phẫu thuật từ 10/8/2012 đến 25/5/2014.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1,2 (37 nam và 31 nữ), tuổi trung bình là $48,2 \pm 14,3$, thời gian mổ trung bình là $20 \pm 3,7$ phút, điểm đau trung bình ngày hậu phẫu thứ 1 là $4 \pm 0,7$ điểm và của ngày hậu phẫu thứ 3 là $1,5 \pm 0,6$ điểm, mót rặn sớm sau mổ là 1 trường hợp (1,5%), thời gian nằm viện trung bình là $3 \pm 0,6$ ngày. Kết quả sau 1 năm: Chảy máu 1 trường hợp (1,5%), da thừa hậu môn 4 trường hợp (16%), trĩ tái phát độ 2 là 2 trường hợp (8%) và kết quả tốt là 18 trường hợp (72%).

Kết luận: Phẫu thuật Hussein cải biên có thời gian mổ ngắn, ít đau, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ trĩ tái phát sau 1 năm là chấp nhận được.

RÉSUMÉ:

Objectifs: Évaluer les résultats précoces et après 1 an de traitement des hémorroïdes internes au stade 3 et 4 par l'opération de Hussein modifiée.

Méthodes: C'est une étude descriptive de 68 patients, ayant l'hémorroïde interne au stade 3 et 4, qui ont été opérés du 10 août 2012 au 25 mai 2014.

Résultats: Sex-ratio homme/femme est de 1,2 (37 hommes et 31 femmes), l'âge moyen est de $48,2 \pm 14,3$, la durée opératoire moyenne est de $20 \pm 3,7$ minutes, la douleur moyenne par échelle visuelle analogique au J1 postopératoire est de $4 \pm 0,7$ et celle au J3 postopératoire est de $1,5 \pm 0,6$, un cas a le ténesme précoce postopératoire (1,5%), la durée moyenne d'hospitalisation est de $3 \pm 0,6$ jours. Les résultats obtenus après un an de traitement comportent: Un cas d'hémorragie postopératoire (1,5%), 2 cas de récurrence de prolapsus hémorroïdaire au stade 2 (8%), 4 cas de marisque (16%) et 18 cas de bons résultats (72%).

Conclusion: L'opération d'Hussein modifiée a des points forts: la durée opératoire est brève, la douleur et la morbidité postopératoires sont moindres, la durée d'hospitalisation est courte et le taux de récurrence de prolapsus hémorroïdaire après un an est acceptable.

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 Minh ^[13] 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 cuối 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, 2001 ^[7], Nguyễn Trung Vinh ^[2], Nguyễn Trung Tính ^[3], Lê Quang Nhân ^[4]...).

Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi đã báo cáo đề tài về hiệu quả của phẫu thuật Hussein cải biên trong điều trị trĩ độ 3 và 4 nhưng số lượng bệnh nhân còn ít, do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá chính xác hơn hiệu quả đồng thời đánh giá kết quả sau 1 năm điều trị của phẫu thuật này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. Mục tiêu chung:

Đánh giá kết quả sớm và sau 1 năm điều trị trĩ độ 3 và 4 bằng phẫu thuật Hussein cải biên.

2. Mục tiêu chuyên biệt: Đánh giá các yếu tố:

❖ Kết quả sớm:

- ✓ Thời gian mổ.
- ✓ Tai biến trong mổ.
- ✓ Đau hậu phẫu.
- ✓ Thời gian nằm viện sau mổ.
- ✓ Biến chứng hậu phẫu.

❖ Kết quả sau 1 năm:

- ✓ Tỷ lệ trĩ tái phát.
- ✓ Các biến chứng: chảy máu, hẹp, nứt, rò hậu môn, són phân, da thừa.

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 10/08/2012 đến 25/5/2014 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 đứt lốt 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 12/08/2013.

4. Phương tiện nghiên cứu:

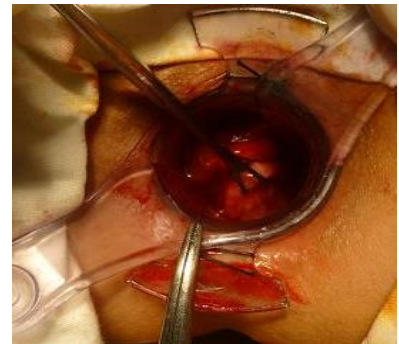
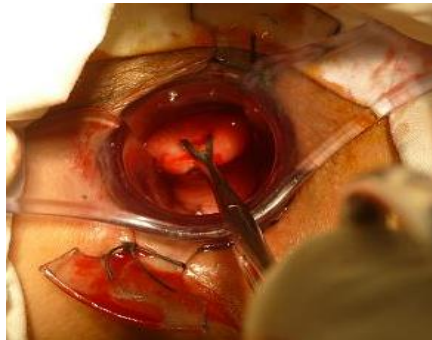
- Dụng cụ nong hậu môn và vòng nhựa có đường kính 33 mm.
- Dụng cụ soi hậu môn hỗ trợ khâu và soi lòng ống hậu môn.
- Chỉ monosyn 2.0.

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. Đo lường các biến:

a. Đánh giá các biến số:

- ❖ Kết quả sớm:
 - ✓ Thời gian mổ.
 - ✓ Mức độ đau hậu phẫu đánh giá bằng thang điểm VAS.

- ✓ Thời gian nằm viện sau khi mổ.
- ✓ Biến chứng sớm hậu phẫu: chảy máu, bí tiểu, trĩ tắc mạch, sa búi trĩ.
- ❖ Kết quả sau 1 năm:
 - ✓ Sa búi trĩ đã phẫu thuật.
 - ✓ Biến chứng: chảy máu, hẹp, nứt, rò hậu môn, són phân, da thừa.

8. Xử lý số liệu:

Các biến số được điền vào bộ câu hỏi lập sẵn, các bệnh được phẫu thuật hơn 1 năm được điện thoại đánh giá kết quả, hẹn tái khám những trường hợp bệnh nhân than phiền, nghi ngờ có tái phát, biến chứng và tất cả số liệu được phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ:

Trong thời gian từ 10/08/2012 đến 26/05/2014, chúng tôi thực hiện phẫu thuật 68 trường hợp trĩ nội độ 3 và 4 bằng phương pháp Hussein cải biên, kết quả được mô tả qua bảng sau:

<i>Biến số</i>	<i>N</i>	<i>Giá trị</i>
Tuổi	68	48,2 ± 14,3
Giới: Nam/Nữ	68	37/31 = 54,4% / 45,6%
Triệu chứng: - Chảy máu - Sa búi trĩ - Đau búi trĩ - Chảy máu kèm sa búi trĩ - Chảy máu kèm đau búi trĩ - Sa kèm đau búi trĩ - Chảy máu kèm sa và đau búi trĩ	68	1 cas: 1,5% 4 cas: 5,9% 1 cas: 1,5% 7 cas: 10,3% 5 cas: 7,4% 43 cas: 63,2% 7 cas: 10,3%
Thiếu máu: - Không thiếu máu - Thiếu máu nặng	68	67 cas: 98,5% 1 cas: 1,5%
Giai đoạn trĩ: - Giai đoạn 3 - Giai đoạn 4	68	42 cas: 61,8% 24 cas: 38,2%

Số lượng búi trĩ: - 1 búi - 2 búi - 3 búi - 4 búi	68	1 cas: 1,5% 7 cas: 10,3% 34 cas: 50% 26 cas: 38,2%
ASA: - 1 điểm - 2 điểm - 3 điểm	68	24 cas: 35,3% 43 cas: 63,2% 1 cas: 1,5%
Thời gian mổ	68	$20 \pm 3,7$ phút
Đau hậu phẫu: - Ngày 1 - Ngày 3	68	$4 \pm 0,7$ điểm $1,5 \pm 0,6$ điểm
Biến chứng sớm: - Không biến chứng - Mót rặn	68	67 cas: 98,5% 1 cas: 1,5%
Tử vong	68	0
Ngày nằm viện sau mổ	68	$3 \pm 0,7$ ngày
Kết quả sau 1 năm theo dõi: - Chảy máu: - Da thừa - Trĩ tái phát - Kết quả tốt	25/37	1 cas: 4% 4 cas: 16% 2 cas: 8% 18 cas: 72%

BÀN LUẬN:

Qua bảng kết quả trên, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 48 tuổi, điều này phù hợp với các tác giả ^[2,3,4,10, 12] cho rằng xuất độ mắc bệnh trĩ ít xảy ra ở trẻ em mà thường gặp ở tuổi trung niên, lứa tuổi bắt đầu là khoảng 20 tuổi và nặng dần theo thời gian do làm việc nặng lâu ngày, thường đỉnh điểm ở khoảng 50 tuổi, còn ở nữ thường xảy ra sau khi mang thai, trong đó nam chiếm ưu thế hơn nữ, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm ưu thế với tỉ lệ là 54,4%, tỉ lệ nam/nữ là 1,2.

Theo Nguyễn Đình Hồi ^[1], bệnh trĩ có 3 triệu chứng chính, đó 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 rỉ 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, sa búi trĩ gặp trong 61/68 trường hợp, trong đó kèm theo tiêu máu 20 trường hợp, có 1 trường hợp thiếu máu mãn mức độ nặng khi nhập viện, chúng tôi truyền máu đưa Hémoglobin về ngưỡng an toàn rồi tiến hành phẫu thuật theo kế hoạch, bệnh ổn xuất viện không biến chứng. Hiện nay, bệnh trĩ có nhiều phương pháp điều trị, với bệnh trĩ giai đoạn 1 và 2 thường phải điều trị nội khoa và thủ thuật nhưng bệnh trĩ giai đoạn 3 và 4 là giai đoạn nặng cần phải chỉ định phẫu thuật để có kết quả chắc chắn hơn. Tất cả bệnh trĩ được chỉ định phẫu thuật trong lô nghiên cứu đều ở giai đoạn 3 và 4, trong đó đa số các trường hợp (61,8%) là trĩ nội giai đoạn 3, còn lại (38,2%) là trĩ giai đoạn 4, trong đó 3 búi trĩ là 34 trường hợp (50%), 4 búi trĩ là 26 trường hợp (38,2%), 2 búi trĩ là 7 trường hợp (10,3%) và 1 búi trĩ là 1 trường hợp (1,5%), như vậy số lượng 3-4 búi trĩ chiếm đến 88,2%, rõ ràng bệnh trĩ của đa số bệnh nhân trong lô nghiên cứu là khá nặng và có chỉ định phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều phải được đánh giá theo bảng điểm ASA (American Society of Anesthesiologists) nhằm ước lượng nguy cơ tai biến và biến chứng trong và sau mổ, có 67 bệnh nhân (98,5%) có điểm ASA là 1-2, 1 bệnh nhân có điểm ASA là 3 và đây cũng là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật trĩ. Thời gian mổ trung bình của lô nghiên cứu là 20 phút, đây là thời gian tương đối ngắn vì đa số các bệnh nhân có nhiều búi trĩ (3-4 búi trĩ chiếm 88,2%), thời gian này ngắn hơn các tác giả trong nước thực hiện phẫu thuật Longo cải biên như Nguyễn Trung Vinh là 21,45

phút ^[2], Nguyễn Trung Tín là 40 phút ^[3], Lê Quang Nhân là 40 phút ^[4], đây có lẽ là do phẫu thuật Longo cải biên can thiệp cả vòng trực tràng (8-12 mũi khâu), trong khi phẫu thuật Hussein cải biên chỉ can thiệp tại những vị trí sa búi trĩ theo quan điểm can thiệp tối thiểu vùng hậu môn-trực tràng và đây cũng là quan điểm của thất động mạch trĩ dưới hướng dẫn siêu âm doppler qua ngả trực tràng hiện nay. Do can thiệp tối thiểu nên lượng máu mất trong mổ là không đáng kể và đau hậu phẫu cũng ít hơn, trong thời gian hậu phẫu, chúng tôi sử dụng 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, cụ thể, điểm đau trung bình vào ngày hậu phẫu thứ 1 là 4 điểm và ngày thứ 3 là 1,5 điểm, giảm đau so với cắt trĩ cổ điển theo phương pháp Milligan-Morgan (4 điểm so với 6-8 điểm) ^[11,12] và tương đồng với các tác giả khác thực hiện phẫu thuật khâu treo trĩ bằng tay ^[2,3,4,7]. Trong lô nghiên cứu chỉ có 1 trường hợp (1,5%) mót rặn nhẹ vào hậu phẫu thứ 1 sau đó giảm dần rồi tự hết, 67 trường hợp còn lại (98,5%) không biến chứng vào thời điểm xuất viện, tỷ lệ này thấp hơn các tác giả khác ^[2,3,4,7,8]. Do phẫu thuật đơn giản, ít biến chứng nên không có trường hợp nào tử vong trong lô nghiên cứu và thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật của 68 bệnh nhân là ngắn (3 ngày), thời gian này ngắn hơn tác giả Lê Quang Nhân (3,9 ngày) ^[4], dài hơn tác giả Lê Trung Vinh (2,3 ngày) ^[2] và các tác giả khác ^[11,12], nguyên nhân có lẽ do thứ 7, chủ nhật chúng tôi không thể làm thủ tục cho bệnh nhân xuất viện.

Trong tổng số 68 bệnh nhân, có 37 bệnh nhân được phẫu thuật hơn 1 năm, chúng tôi liên lạc được 25 bệnh nhân và hẹn tái khám những bệnh nhân nghi ngờ có biến chứng hoặc tái phát. Có 1 trường hợp (4%) bệnh nhân tiêu ra máu sau mổ 1 tháng, sau đó được uống thuốc hết chảy máu, đến nay cho kết quả tốt chưa phát hiện biến chứng, theo một phân tích tổng hợp ^[11] thì tỷ lệ chảy máu sau mổ của cắt trĩ kinh điển là 8,5% (N=176) và của phẫu thuật Longo là 9,7% (N=186) còn theo nghiên cứu của Lê Quang Nhân về phẫu thuật Longo cải biên thì tỷ lệ này là 7,3% ^[4], điều này cho thấy tỷ lệ chảy máu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là ít hơn. Da thừa là tình trạng da vùng hậu môn dẫn quá mức không tự phục hồi lại như ban đầu, đây là biến chứng hay gặp trong bệnh trĩ, thường da thừa không gây hậu quả gì, chỉ làm bệnh nhân cảm giác cộm, vướng víu vùng hậu môn và cũng không cần điều trị, trong 25 trường hợp theo dõi sau 1 năm có 4 trường hợp da thừa (16%), trong nghiên cứu Lê

Quang Nhân ^[4] tỷ lệ da thừa của phẫu thuật Longo cải biên là 48,8% nhưng trong nghiên cứu của Hussein ^[7] tỷ lệ da thừa sau 6 tháng là 5%. Theo nghiên cứu của Franc và cộng sự so sánh giữa phẫu thuật Longo (N=20) và cắt trĩ cổ điển (N=20) thì tỷ lệ trĩ tái phát sau 1 năm là 5% ^[12], nhưng theo phân tích tổng hợp của Pasquale Giordano và cộng sự ^[11] thì tỷ lệ trĩ tái phát của nhóm cắt trĩ cổ điển là 1,7% (N=524) và của phẫu thuật Longo là 8,7% (N=539), trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (8%) trĩ tái phát độ 2, tỷ lệ này là chấp nhận được nhưng để số liệu chắc chắn hơn cần phải có số mẫu lớn hơn. Còn lại 18 bệnh nhân (72%) cho kết quả tốt, không trĩ tái phát và không biến chứng như bí tiểu, rò hậu môn, nứt hậu môn, tiêu không tự chủ, nhiễm trùng ổ ngồi-trục tràng, trĩ thuyên tắc, hẹp hậu môn...

KẾT LUẬN:

Phẫu thuật Hussein cải biên điều trị trĩ nội độ 3 và 4 là phẫu thuật đơn giản, thực hiện nhanh, hiệu quả, an toàn, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tái phát sau 1 năm là chấp nhận được, đặc biệt là có chi phí thấp, phù hợp với hoàn cảnh hiện tại của bệnh viện và cho bệnh nhân nghèo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Đình Hồi. 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 Hồi. 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. Pasquale Giordano, Gianpiero Gravante, Roberto Sorge, Lauren Ovens, Piero Nastro. Long-term outcome of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg/vol* 144 (No. 3), Mar 2009:266-272.
12. Franc H.Hetzet, Nicolas Demartines, Alexander E. Handschin, Pierre-Alain Clavien. Stapled vs Excision Hemorrhoidectomy. Long-term result of a prospective randomized trial. *Arch Surg/Vol* 137, Mar 2002: 337-340.
13. 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.
14. 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.
15. Lê Huy Cường, Nguyễn Văn Ngãi, Phan Văn Bé, Phạm Hòa Lợi. So sánh phẫu thuật Hussein và Hussein cải biên trong điều trị trĩ nội độ 3 và 4. *Kỷ yếu hội nghị khoa học Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang* 2013: 99-104.