

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ BẰNG PHẪU THUẬT KHÂU TRIỆT MẠCH DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM DOPPLER

Lê Mạnh Cường*; Trần Quốc Bình*

TÓM TẮT

Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler (THD) trong điều trị bệnh trĩ cho 88 bệnh nhân (BN) tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Y học Cổ truyền (YHCT) TW từ 3 - 2010 đến 6 - 2010. Kết quả: 93,8% tốt, đây là kỹ thuật hiệu quả, an toàn, ít đau, thời gian nằm viện ngắn, có thể ứng dụng trong điều trị bệnh trĩ.

* Từ khoá: Bệnh trĩ; Khâu triệt mạch trĩ dưới siêu âm.

INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF HEMORRHOID BY ULTRASOUND-ASSISTED TRANSANAL DEARTERIALIZATION

SUMMARY

The authors evaluated transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) approach to treat 88 patients with hemorrhoid submitted to THD during the period March, 2010 through June, 2010. Equipment is the THD system. Overall, long-term control of bleeding was obtained in 95.4% and control of prolapse in 93.8%.

THD is very effective and safe approach, less pain in treating hemorrhoidal disease.

* Key words: Hemorrhoid; Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh trĩ và hiện còn nhiều tranh luận. Phẫu thuật Milligan-Morgan được đánh giá có hiệu quả và tỷ lệ tái phát thấp, tuy nhiên còn đau nhiều sau mổ, thời gian phục hồi sau mổ dài và nhiều biến chứng [1, 3, 5]. Phương pháp khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm (Haemorrhoidal artery ligation, HAL hoặc DG-HAL) do Morinaga (Nhật Bản) đề xuất năm 1995 [6] dựa trên nguyên lý xác định động mạch (ĐM) trĩ bằng siêu âm

Doppler để khâu thắt trên đường lược. Đây là kỹ thuật ít xâm lấn, ít đau và ít biến chứng [7, 8, 9, 10]. HAL chỉ định và có hiệu quả tốt cho trĩ chảy máu, nhưng chưa sa (độ 2), kết quả hạn chế với trĩ độ 3 và 4 [7]. Để giải quyết hạn chế của HAL, Dal Monte (Italy) đã thiết kế và chế tạo dụng cụ mới đặt tên là THD (Transanal hemorrhoidal dearterialization), tác giả cải tiến đường khâu vắt niêm mạc và dưới niêm mạc ở vị trí có sa trượt để cố định niêm mạc sa vào cơ thắt trong nhờ quá trình xơ hóa.

* Bệnh viện Y học Cổ truyền TW

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Văn Xuyên

Khoa Ngoại, Bệnh viện YHCT TW đã ứng dụng phẫu thuật THD từ 7 - 2009, kết quả bước đầu trên lâm sàng khá khả quan. Tuy nhiên, cho đến nay ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về giá trị của phương pháp này trong điều trị bệnh trĩ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

BN trĩ có chỉ định điều trị ngoại khoa (độ II - IV đơn thuần (theo Goligher), điều trị tại Khoa Ngoại, Bệnh viện YHCT TW bằng phẫu thuật THD từ tháng 3 - 2010 đến 6 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, mô tả, cắt ngang không đối chứng.

* *Nội dung nghiên cứu:*

- Lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng, tiền sử, mức độ, thể bệnh.

* *Đánh giá trong mổ:* số lượng ĐM trĩ xác định được bằng siêu âm Doppler, số lượng làm đường khâu vắt nâng và đính niêm mạc sa, thời gian mổ (phút).

- Đánh giá kết quả gần, xa sau mổ: chảy máu, đau, rối loạn tiểu tiện, kiểm tra kết quả xa sau mổ 3 tháng (lâm sàng, chức năng tự chủ hậu môn, hẹp hậu môn).

- Phân loại kết quả xa sau mổ: tốt, trung bình, xấu.

- Phương tiện, thiết bị nghiên cứu: máy THD EVOLUTION do hãng THD S.P.A (Italy) sản xuất.

- Phương pháp vô cảm: gây tê tùy sống.

- Kỹ thuật mổ: theo Morinaga [6] và Ratto [7].

+ Thì 1: nong hậu môn, đánh giá mức độ tổn thương.

+ Thì 2: dò ĐM trĩ bằng máy THD.

+ Thì 3: khâu thắt mạch trĩ.

+ Thì 4: khâu nâng và cố định niêm mạc sa trượt.

+ Thì 5: kiểm tra chảy máu, sát trùng lại hậu môn, meche tắm mổ.

- Điều trị và chăm sóc sau mổ: theo phác đồ của Bệnh viện YHCT TW.

* *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm Epi.info 12.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

* *Phân bố theo tuổi và giới:*

< 40 tuổi: 35 BN (39,8%); từ 41 - 60 tuổi: 41 BN (46,5%); > 60 tuổi: 12 BN (13,7%).

Tuổi mắc bệnh trung bình: 45,65 (17 - 80 tuổi), nhóm tuổi lao động chiếm đa số (86,3%). Ratto (2010) [7]: tuổi trung bình: 47,3 ± 13,0.

Nam chiếm 56,8%, nữ 43,2%. Theo Ratto (2010): nam: 60%, nữ 40%. Satzinger (2009): nam 57%, nữ 43%.

** Kết quả điều trị:*

Nội khoa - YHCT: 45 BN (51,1%); thủ thuật: 34%, trong đó vòng cao su: 15 BN (17%), tiêm xơ trĩ: 15 BN (17%); phẫu thuật: 14,9%, trong đó theo phương pháp Milligan- Morgan: 10 BN (11,3%), phương pháp Longo: 3 BN (3,6%).

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng.

TRIỆU CHỨNG KHI ĐẠI TIỆN		n	%
Ra máu tươi	Không	9	10,6%
	Có	79	89,4%
Tổng		88	100%
Búi trĩ sa ra ngoài	Độ 2	9	10,6%
	Độ 3	69	78%
	Độ 4	10	11,4%
Tổng		88	100%

Theo Ratto (2010): đại tiện ra máu: 94,1%, trĩ độ 2: 7,7%, độ 3: 82,9%, độ 4: 9,4%. Satzinger (2009): ra máu: 73%, độ 3: 90%, độ 4: 10%.

2. Kết quả trong mổ.

** Số lượng DM trĩ được khâu thắt:*

1 mạch: 2 BN, 2 mạch: 5 BN, 3 mạch: 14 BN, 4 mạch: 27 BN, 5 mạch: 21 BN, 6 mạch: 29 BN, 7 mạch: 4 BN, 8 mạch: 5 BN, 9 mạch: 1 BN.

Trung bình: 6 mạch (1 - 9 mạch), chủ yếu xác định được 3, 4, 5, 6 mạch (82,8%). Ratto (2010): ít nhất 6 mạch.

** Số lần khâu nâng và cố định niêm mạc sa:*

1 lần: 9 BN, 2 lần: 13 BN, 3 lần: 19 BN, 4 lần: 39 BN, 5 lần: 18 BN, 6 lần: 3 BN, 7 lần: 1 BN.

Trung bình: 4 lần (1 - 7 lần). Chủ yếu 2, 3, 4, 5, 6 lần (65,8%).

** Thời gian phẫu thuật:*

Trung bình: 29,6 phút (20 - 60 phút). Trong đó 75 BN (73,5%) từ 20 - 35 phút. Đa số các tác giả có thời gian mổ trung bình từ 30 - 35 phút/trường hợp. Ratto (2010): 30 ± 10 phút, Sung Wook Cho (2010): trung bình 35 phút [10].

3. Kết quả sau mổ.

Ngày nằm viện: trung bình 2,7 ngày (2 - 14 ngày). Đa số từ 2 - 3 ngày (75,1%). Ratto (2010): từ 2 - 24 giờ, 2 BN nằm 3 ngày và 1 BN nằm 7 ngày. Sung Wook Cho (2010): trung bình 1,4 ngày [10].

** Kết quả gần sau mổ:*

- Đau sau mổ: 80 BN (91%), mức độ ít: 19 BN (23,7%), vừa: 29 BN (36,3%), nhiều: 32 BN (40%).

- Chảy máu sau mổ: không gặp trường hợp nào phải can thiệp.

Bảng 2: Kết quả xa sau mổ 3 tháng.

TRIỆU CHỨNG		n = 65	%	
Đại tiện	Không có máu	62	95,4	
	Có máu	Ít	3	4,6
		Vừa	0	
		Nhiều	0	
	Không sa trĩ	61	93,8	
	Có sa trĩ	Tự co	3	6,2
		Dùng tay đẩy	1	
Liên tục ở ngoài hậu môn		0		
Tắc mạch trĩ	Không	65	100	
	Có	Ít	0	
		Nhiều	0	
Mảnh da hậu môn	Không	53 (81,5%)	95,3	
	Có	Ít	9 (13,8%)	
		Nhiều	3 (4,75%)	4,7

Đại tiện hết ra máu: 95,4%, 3 trường hợp ra máu tươi theo phân (4,6%), đã xử lý bằng tiêm gây xơ đạt kết quả tốt. Theo Ratto: hết ra máu: 93,5% [7]. Theo Satzinger: hết ra máu: 89% [9].

Đại tiện hết triệu chứng búi trĩ sa: 93,8%. 4 trường hợp còn triệu chứng sa búi trĩ gồm: 3 trường hợp tự co vào hậu môn sau đi ngoài, xử lý bằng thắt vòng cao su và 1 trường hợp phải dùng tay đẩy búi trĩ vào hậu môn, đã phẫu thuật lại theo kỹ thuật cắt búi rời. 3 trường hợp còn mảnh da thừa nhiều (4,7%), chúng tôi gây tê tại chỗ và cắt bỏ mảnh da thừa. Không gặp trường hợp nào bị tắc mạch trĩ, mất tự chủ hậu môn hay hẹp hậu môn. Ratto (2010): hết triệu chứng trĩ sa: 89,5%, tắc mạch trĩ: 2,3%, tỷ lệ trĩ sa tái phát phải phẫu thuật lại: 4,1%, không gặp BN nào bị mất tự chủ hoặc hẹp hậu môn. Satzinger: hết sa trĩ: 89% [9].

** Phân loại kết quả xa sau mổ 3 tháng:*

Tốt: 49 BN (75,5%), trung bình: 12 BN (18,3%), xấu: 4 BN (6,2%).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 88 BN được điều trị bằng phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ dưới siêu âm với kết quả tốt 93,8%, bước đầu cho thấy đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, ít đau, thời gian nằm viện ngắn, có thể ứng dụng trong điều trị bệnh trĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Tấn Bình, Vũ Huy Nùng. Cải tiến kỹ thuật mổ trĩ theo phương pháp Whitehead điều trị sa niêm mạc trực tràng kèm theo trĩ hỗn hợp. Y học quân sự. Học viện Quân y. 1983, 17, tr.63-67.
2. Hoàng Bảo Châu. Phương pháp chữa bệnh trĩ bằng YHCT. Bách khoa thư bệnh học 2. Trung tâm biên soạn Từ điển Bách khoa Việt Nam. Hà Nội. 1994, tr.126-127.
3. Nguyễn Mạnh Nhâm. Góp phần nghiên cứu điều trị bệnh trĩ qua kết quả phẫu thuật 77 BN theo phương pháp Milligan-Morgan. Tóm tắt Luận án Phó Tiến sỹ khoa học Y Dược, Học viện Quân y. 1993.
4. Nguyễn Văn Xuyên. Góp phần nghiên cứu cắt bỏ toàn bộ trĩ vòng với dụng cụ tự tạo. Tóm tắt Luận án Phó Tiến sỹ khoa học Y Dược. Học viện Quân y. 1991.
5. Dal Monte P.P. Transanal hemorrhoidal dearterialization, surgical treatment of hemorrhoids. Springer-Verlag London limited. 2009, pp.143-149.
6. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am J Gastroenterol. 1995, 90, pp.610-613.
7. Ratto Carlo, Donisi Lorenza, Parello Angelo, Litta, Francesco, Doglietto, Giovanni Battista. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic. Disease of the Colon and Rectum. 2010, 53, pp.803-811.
8. Satzinger U. et al. Recto Anal Repair (RAR): a viable new treatment option for high-grade hemorrhoids. One year result of prospective study. Pelviperineology. 2009, 28, pp.37-42.
9. Scheyer M, Antonietti E, Rollinger G, Mall H, Arnold S. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. Am J Surg. 2006, 191, pp.89-93.
10. Sung Wook Cho et al. Early Experience of Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation and rectoanal repair (DG-HAL & RAR) for the treatment of symptomatic hemorrhoids. J Korean Surg Soc. 2010, 78, pp.23-28.