

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

**HOÀNG LÊ MINH**

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ  
BẰNG PHẪU THUẬT LONGO TẠI BỆNH VIỆN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA THÁI NGUYÊN**

**LUẬN VĂN BÁC SỸ NỘI TRÚ BỆNH VIỆN**

**THÁI NGUYÊN – NĂM 2015**

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một bệnh thường gặp và đã được biết đến từ lâu trong lịch sử. Đây là bệnh lý lành tính, không gây tử vong nhưng lại ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh trĩ là tập hợp những rối loạn có liên quan đến biến đổi cấu trúc của mạng mạch trĩ và các tổ chức tiếp xúc với mạng mạch này [17], [36].

Bệnh trĩ chiếm khoảng 45-50% dân số, thường gặp ở người trên 50 tuổi [17]. Chẩn đoán và phân độ bệnh trĩ tương đối đơn giản dựa vào thăm trực tràng và soi trực tràng. Điều trị bệnh trĩ có thể bằng nội khoa, thủ thuật hay phẫu thuật. Với những thể bệnh nặng hoặc đã điều trị nội khoa hay thủ thuật thất bại thì phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả. Một số phương pháp phẫu thuật để điều trị bệnh trĩ được biết đến như phương pháp Milligan-Morgan, Parks A. G., Ferguson J.A., Toupe A., Whitehead [46], [63], [66], [73], [75]... Các phương pháp kinh điển này có hiệu quả chữa bệnh cao nhưng còn tồn tại nhược điểm là đau nhiều sau mổ, chăm sóc sau mổ phức tạp, thời gian điều trị sau mổ lâu. Đó chính là lý do khiến bệnh nhân e ngại đến bệnh viện phẫu thuật.

Tháng 8/1998, tại hội nghị phẫu thuật nội soi quốc tế lần thứ 6 ở Rome phẫu thuật viên người Italia, Antony Longo đã trình bày tổng kết phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh trĩ với nội dung cơ bản là cắt một khoanh niêm mạc, trên đường lược khoảng 3 cm, nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng sa trở về vị trí cũ đồng thời loại bỏ nguồn máu đi từ niêm mạc đến các búi trĩ [61].

Phẫu thuật Longo được đánh giá có nhiều ưu điểm như an toàn, hiệu quả, kỹ thuật dễ thực hiện, đặc biệt ít đau sau mổ và bệnh nhân sớm trở về

sinh hoạt bình thường. Hiện nay, phẫu thuật Longo được áp dụng ở hầu hết các trung tâm phẫu thuật tại các nước có nền kinh tế phát triển.

Tại Việt Nam, đến nay, phương pháp phẫu thuật Longo đã được áp dụng rộng rãi ở nhiều cơ sở y tế như: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức áp dụng từ năm 2001, Bệnh viện đa khoa trung ương Huế, Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên áp dụng từ năm 2008... [10], [11], [30]. Đã có nhiều đề tài, nghiên cứu theo dõi, đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại các bệnh viện khác nhau. Tuy nhiên thời gian đánh giá kết quả sau phẫu thuật còn ngắn, có rất ít nghiên cứu đánh giá kết quả xa và phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả của điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo. Để góp phần đánh giá kết quả xa của phương pháp này và tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố đến kết quả điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài:

***“Kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên”***

Với 2 mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên giai đoạn 01/2010-7/2013.**
- 2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp Longo.**

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN**

#### **1.1. Giải phẫu và sinh lý hậu môn trực tràng**

Hậu môn có vai trò khá đặc biệt, đảm bảo sao cho việc đại tiện được điều hoà, khi thì phải giữ kín phân và hơi trong cơ thể, khi khác lại phải tổng được phân ra dễ dàng, thuận lợi (không đau, không ứ đọng, không phải rặn nhiều ...)

Tất cả những phẫu thuật, thủ thuật nhằm điều trị các bệnh ở vùng hậu môn ngoài việc chữa khỏi bệnh đều cần phải đảm bảo tôn trọng các cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hậu môn, sao cho sau khi điều trị người bệnh vẫn có được tự chủ hậu môn [17].

##### **1.1.1. Giải phẫu hậu môn trực tràng**

Trực tràng là đoạn cuối của ống tiêu hóa, ống hậu môn là phần thấp nhất của trực tràng.

Trực tràng dài khoảng 12cm, chia làm hai đoạn:

Đoạn trên phình to là bóng trực tràng, nằm trong tiểu khung được phúc mạc phủ

Đoạn dưới nhỏ là ống hậu môn, nằm trong đáy chậu và không có phúc mạc phủ [20].

##### **1.1.1.1. Giải phẫu ống hậu môn**

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 dải 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 một góc  $90^{\circ}$ -  $100^{\circ}$ , chạy xuống dưới ra sau và đổ ra da ở lỗ hậu môn thuộc tam giác đáy 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 được cấu tạo bởi các lớp cơ, lớp niêm mạc và hệ thống mạch máu thần kinh [14].

#### 1.1.1.2. Cơ vùng hậu môn

OHM có hai cơ vòng là cơ thắt trong, cơ thắt ngoài và một cơ dọc. Các cơ vùng HM có tác dụng nâng và thắt OHM.

*Cơ thắt trong ( cơ tròn trong)* thuộc hệ cơ trơn, là vòng của thành ruột ở chỗ nối tiếp hậu môn trực tràng, dày lên tới 5 – 8mm, bao quanh 3/4 trên ống hậu môn và tận hết ở ngang mức đường trắng.

*Cơ thắt ngoài ( cơ tròn ngoài)* thuộc hệ cơ vân, bao quanh toàn bộ chiều dài của OHM, gồm có 3 phần là phần dưới da, phần nông và phần sâu. Goligher cho rằng không có sự tách biệt rõ ràng giữa 3 phần của cơ thắt ngoài HM. Ở chỗ nối tiếp hậu môn trực tràng, cơ mu – trực tràng, phần sâu cơ thắt ngoài và cơ thắt trong cùng phối hợp tạo một vòng cơ hậu môn – trực tràng có chức năng quan trọng trong tự chủ hậu môn [20].

*Cơ dọc của trực tràng* đi từ trên xuống, đến chỗ nối tiếp HMTT hoà lẫn với các sợi mu – cụt của cơ nâng HM và các mô sợi đàn hồi tạo nên cơ dọc kết hợp nằm giữa các cơ thắt trong và ngoài. Từ cơ dọc kết hợp của OHM có các sợi xơ – cơ xuyên qua cơ thắt trong rồi bám chặt vào lớp biểu mô của niêm mạc OHM ở vùng lược (vùng Pecten). Các sợi xơ – cơ này được gọi là dây chằng Parks, phân cách vùng lỏng lẻo dưới niêm mạc OHM (khoang dưới niêm mạc) và vùng lỏng lẻo dưới da HM (khoang quanh HM) làm cho các đám rối tĩnh mạch (TM) trĩ trong không thông nối với đám rối TM trĩ ngoài [15], [17], [20].

#### 1.1.1.3. 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, bắt đầu bằng lớp tế bào trụ đơn giống biểu mô tuyến

của trực tràng chuyển dần qua biểu mô vuông tầng, lát tầng và kết thúc là biểu mô giả da ở đoạn cuối cùng của ống hậu môn. Bên cạnh sự chuyển tiếp cấu trúc là sự thay đổi về chức năng sinh lý trong lòng ống hậu môn [15].

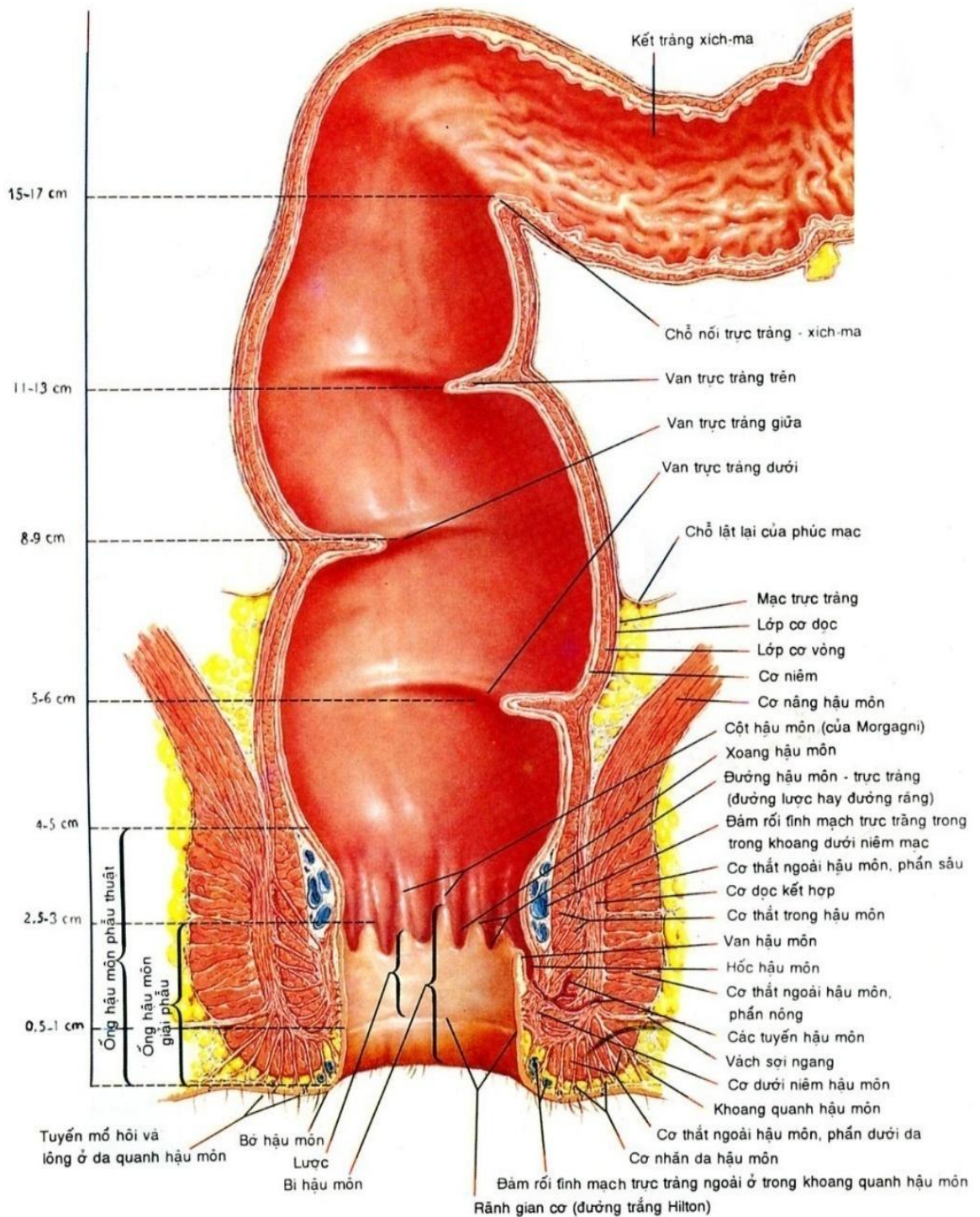
\* *Đường lược*: là mốc quan trọng trong phẫu thuật hậu môn - trực tràng, cách rìa hậu môn da khoảng 1,5 - 2 cm, đường lược được tạo nên bởi sự tiếp nối các van hậu môn, xen giữa là các cột hậu môn, vì vậy nhìn đường lược có hình răng cưa.

Các van hậu môn là những nếp niêm mạc nối liền hai chân cột hậu môn liền nhau, góp phần thực hiện chức năng đóng kín hậu môn, dưới mỗi van này là hốc hậu môn, nơi các tuyến hậu môn giải phóng chất tiết.

Đường lược chia ống hậu môn làm hai phần trên van và dưới van có sự khác biệt mô học rõ rệt [20].

*Phần trên van* là biểu mô trụ đơn, giống biểu mô của trực tràng, niêm mạc lỏng lẻo có màu đỏ thẫm. Lớp dưới niêm mạc có đám rối tĩnh mạch trĩ trong, gồm ba bó ở vị trí 3h, 8h và 11h, khi đám rối này bị giãn sẽ tạo ra búi trĩ nội.

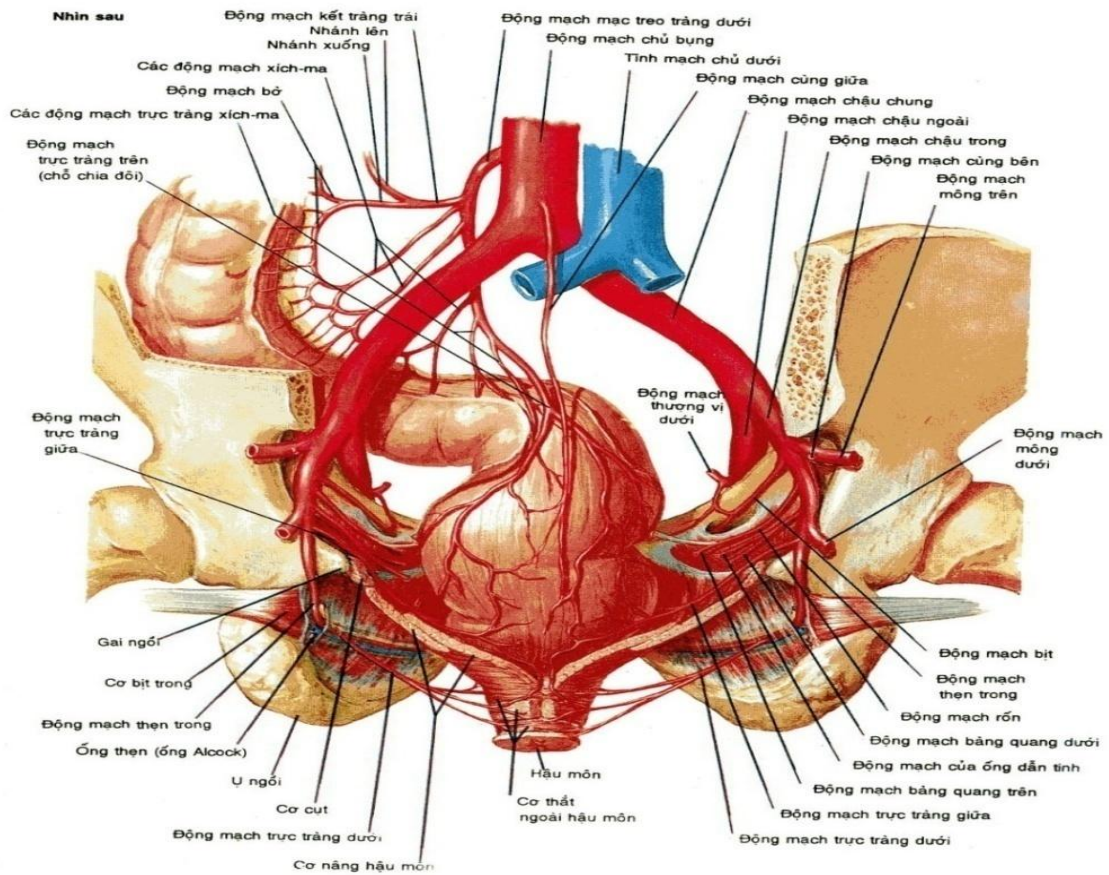
*Phần dưới van* là biểu mô không sừng hoá, không có tuyến bã và nang lông gọi là niêm mạc Herman, ở dưới có đám rối tĩnh mạch trĩ ngoại. Phần dưới van lại chia làm hai vùng: vùng lược và vùng da. Niêm mạc Herman có cấu trúc 3 - 6 lớp tế bào, rất giàu các đầu mút thần kinh là các thụ thể cảm giác tự do (Meissner, Golgi, Paccini, Krauss) để nhận cảm với các tác nhân đau, nóng, lạnh, áp lực và nhận biết tính chất phân (rắn, lỏng, khí). Do vậy vùng niêm mạc này rất quan trọng trong việc duy trì chức năng sinh lý của ống hậu môn. Ứng dụng trong lâm sàng khi thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật điều trị bệnh trĩ: để không gây đau đớn cho người bệnh, tất cả can thiệp nên được thực hiện ở phần trên của ống hậu môn nghĩa là trên đường lược ít nhất 0,5 cm [20], [22].



**Hình 1.1. Thiết đồ đứng ngang qua giữa hậu môn trực tràng [9]**

#### 1.1.1.4. Mạch máu của hậu môn – trực tràng

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



**Hình 1.2. Động mạch vùng hậu môn trực tràng [9]**

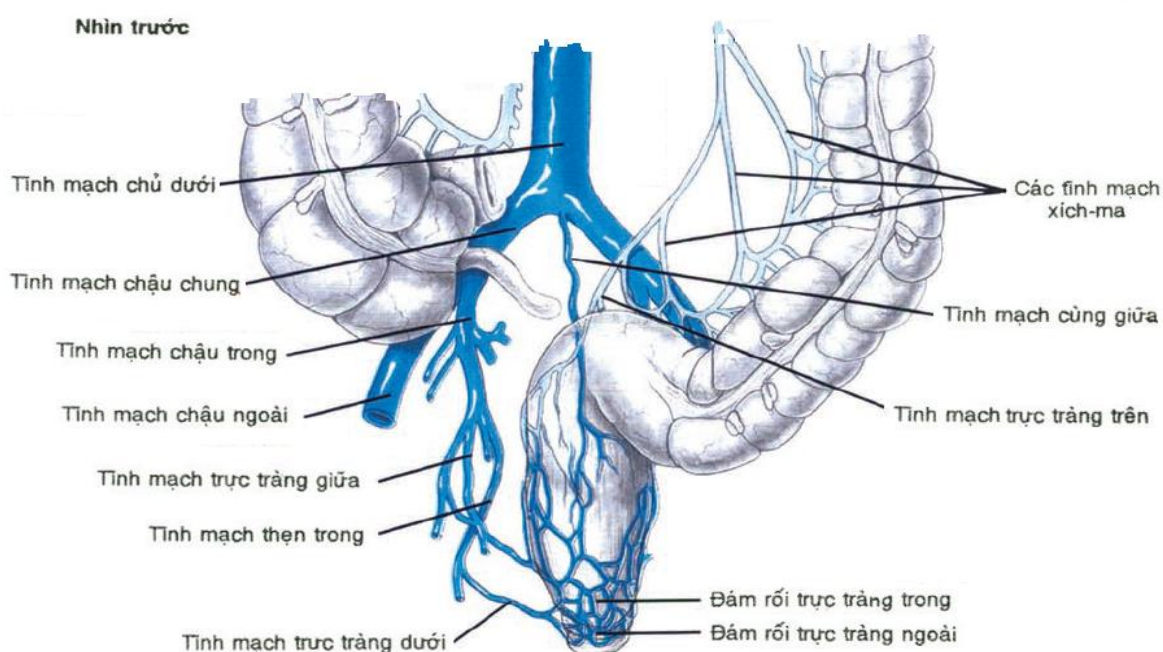
*Động mạch trực tràng trên* (động mạch trĩ trên): là nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới. Động mạch này chia 3 nhánh; nhánh phải trước, nhánh phải sau và nhánh trái bên (trùng với vị trí ba búi trĩ chính thường gặp trên lâm sàng) 11h, 8h, 3h [16], [17], [63]. Các nhánh này nối thông với nhau và nối thông với các tĩnh mạch qua shunt.

*Động mạch trực tràng giữa* (động mạch trĩ giữa): động mạch trực tràng giữa bên phải và bên trái xuất phát từ động mạch hạ vị, cấp máu cho phần dưới bóng trực tràng và phần trên của ống hậu môn [16], [20].

*Động mạch trực tràng dưới* (động mạch trĩ dưới): động mạch trực 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.



**Hình 1.3: Tĩnh mạch vùng hậu môn trực tràng [55]**

*Đám rối tĩnh mạch trĩ trong*: máu từ đám rối tĩnh mạch trĩ trong được dẫn về tĩnh mạch trực 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 đám rối tĩnh mạch trĩ ngoài đổ vào tĩnh mạch trực 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 [22], [36].

#### 1.1.1.5. Thần kinh

Hậu môn trực tràng được chi phối bởi thần kinh sống và thần kinh thực vật [16]. Hoạt động bài xuất 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 [28].

\* *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 đám rối 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 [20], [28].

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 đám rối 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.

### ***1.1.2. Sinh lý hậu môn trực tràng***

#### ***1.1.2.1. Chức năng sinh lý của ống hậu môn***

Chức năng sinh lý của ống hậu môn là đào thải phân bằng động tác đại tiện, bình thường đây là một hoạt động tự chủ. Đại tiện, trung tiện là chức năng sinh lý đặc biệt quan trọng của hậu môn. Chức năng tự chủ của hậu môn phụ thuộc vào nhu động đẩy phân của đại tràng, sự co giãn của bóng trực tràng, vai trò của hoành chậu hông, bó mu trực tràng của cơ nâng hậu môn, động tác rặn làm thẳng góc giữa trực tràng và ống hậu môn, cuối cùng là sự đáp ứng của hệ thống cơ thắt hậu môn với kích thích về áp lực. Áp lực trong