

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRĩ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRIỆT MẠCH KHÂU TREO TRĩ THD TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

*Nguyễn Văn Liễu, Nguyễn Đoàn Văn Phú, Nguyễn Thành Phúc
Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Từ năm 2006 đến nay, phẫu thuật triệt mạch khâu treo trĩ (Doppler-Guided Minimally Invasive Treatment-THD) đã được áp dụng một cách rộng rãi ở các nước Châu Âu, Châu Mỹ nhờ vào những ưu điểm vượt trội hơn các phẫu thuật khác như: Ít đau sau mổ, thời gian nằm viện được rút ngắn, không có biến chứng trầm trọng, hồi phục sau mổ nhanh và được chỉ định rộng rãi nên được các phẫu thuật viên chấp nhận. Tại Huế kỹ thuật này triển khai từ tháng 4/2013. Cho đến nay chúng tôi đã áp dụng khá phổ biến để điều trị bệnh trĩ nội sa độ III, IV có hoặc không kèm theo sa niêm mạc trực tràng. **Phương pháp:** Từ tháng 4/2013 đến tháng 9/2013, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 79 bệnh nhân bị bệnh trĩ độ III và độ IV bằng phương pháp THD. Trong nghiên cứu này chúng tôi theo dõi những biến chứng sau mổ, đau sau mổ, thời gian nằm viện và sự hài lòng của bệnh nhân được phẫu thuật; theo dõi có hệ thống bệnh nhân sau mổ 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Với 79 bệnh nhân bị bệnh trĩ độ III và độ IV có hoặc không kèm theo sa niêm mạc trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật theo phương pháp THD cho kết quả như sau: (i) 48 (60,8%) bệnh nhân nam, 31 (39,2%) bệnh nhân nữ, tuổi trung bình $48,7 \pm 22,5$ tuổi, tuổi nhỏ nhất 18 tuổi và tuổi lớn nhất 81 tuổi; (ii) Thời gian nằm viện trung bình $2,12 \pm 1,25$, ngày nằm viện ngắn nhất 1 ngày và ngày nằm viện dài nhất 5 ngày. Không có tai biến trong mổ. Không có biến chứng trầm trọng sau mổ; (iii) Theo dõi sau mổ: Đau ít 65 (82,2%), đau trung bình 13 (16,5%), Đau nhiều 1 (1,3%). Không có trường hợp bí tiểu sau mổ; (iv) Theo dõi sau mổ 1 tháng: kết quả tốt có 71 (94,6%) bệnh nhân, kết quả trung bình có 4 (5,4%) bệnh nhân; (v) Theo dõi sau mổ 3 tháng: kết quả tốt có 40 (95,2%) bệnh nhân, kết quả trung bình có 2 (4,8%) bệnh nhân. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật điều trị bệnh lý trĩ theo phương pháp THD có tính an toàn cao, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện được rút ngắn và sớm trả bệnh nhân về lao động.

Từ khóa: Trĩ, phương pháp triệt mạch khâu treo trĩ.

Abstract

EVALUATION THE SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOID DISEASE BY TRANSANAL HEMORRHOIDAL DEARTERIALISATION (THD)

*Nguyen Van Lieu, Nguyen Doan Van Phu, Nguyen Thanh Phuc
Hue University of Medicine and Pharmacy*

Introduction: Since 2006 Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD), as a Doppler - guided Minimally Invasive Therapeutic Approach to Hemorrhoids, has been widely applied in European countries, America owing to its remarkable advantages over other surgical procedures such as less postoperative pain, shorter length of hospital stay, absence of serious complications, sooner recovery after surgery. Therefore, it has been widely indicated and accepted by surgeons. In Hue, THD has been implemented since April 2013. So far, this procedure has been in more or less common use to treat grade III and IV internal hemorrhoids with or without rectal mucosal prolapse. **Method:** From April 2013 through September 2013, 79 patients with grade III and IV hemorrhoids with or without rectal mucosal prolapse were treated by means of THD. During the study, postoperative complications, pains,

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Văn Liễu, email: lieuyh@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2013.5.12

- Ngày nhận bài: 15/9/2013 * Ngày đồng ý đăng: 22/10/2013 * Ngày xuất bản: 30/10/2013

hospital stay and patient's satisfaction were monitored. Systematic follow-up of patients after surgery were carried out regularly 1 month and 3 months after surgery. **Results:** With 79 patients with grade III and IV hemorrhoids with or without rectal mucosal prolapse treated with THD, the following results were obtained: (i) THD was performed on 48 (60.8%) male patients, 31 (39.2%) female patients, mean age of 48.7 ± 22.5 years; the youngest 18 and oldest 81 years old; (ii) Average hospital stay was 2.12 ± 1.25 days, the shortest stay 1 day and the longest 5 days. No surgical complications was reported. No serious postoperative complications was reported; (iii) Postoperative pains were found mild in 65 patients (82.2%), moderate in 13 patients (16.5%), and severe in 1 patient (1.3%). No case of postoperative urinary retention was recorded; (iv) Follow-up 1 month after surgery: good results in 71 patients (94.6%) patients, satisfactory results in 4 patients (5.4%) patients; (v) Follow-up 3 months after surgery: good results in 40 (95.2%) patients, satisfactory results in 2 patients (4.8%). **Conclusion:** Our research shows that surgical treatment of hemorrhoids with THD proves to be a safe procedure, causing less postoperative pains, shorter hospital stay and sooner resumption of work.

Key words: Hemorrhoid disease, transanal hemorrhoidal dearterialisation (THD).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là bệnh thường gặp nhất trong những bệnh lý vùng hậu môn trực tràng tuy tổn thương nhỏ và tại chỗ nhưng ảnh hưởng rất lớn đến đời sống tinh thần và sức khỏe con người. Đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy cứ 10 người trên 40 tuổi có tới 5 người bị bệnh trĩ. Theo Nguyễn Khánh Trạch qua điều tra dịch tễ học về bệnh trĩ qua nhiều năm ở vùng đồng bằng sông Cửu Long và sông Hồng tỉ lệ bệnh này chiếm 79,9%, với nước ngoài theo CIBA tỉ lệ này chiếm 60%. Điều trị bệnh trĩ đã được biết đến từ thời kỳ cổ đại. Nhưng cho đến nay vấn đề này vẫn còn là mối quan tâm lớn đối với các nhà Ngoại khoa. Bởi lẽ, có rất nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh lý trĩ nội sa đã được nhiều tác giả trên khắp thế giới đưa ra nhằm mục đích cải thiện kết quả điều trị nhưng cho đến nay vẫn chưa có phương pháp nào hoàn hảo trong lĩnh vực phẫu thuật điều trị bệnh lý trĩ [2],[3],[4],[10].

Qua các công trình nghiên cứu gần đây cho thấy trước năm 1998 các nước trong khối Châu Âu đều áp dụng rộng rãi phẫu thuật Milligan-Morgan để điều trị trĩ nội sa [8]. Bắt đầu từ năm 1998, phẫu thuật cắt treo trĩ bằng phương pháp Longo đã được chọn lựa. Năm 1995, Kazumasa Morinaga người Nhật thực hiện lần đầu tiên phẫu thuật triệt mạch khâu treo trĩ. Sau đó được các tác giả Ý cải tiến và nhân rộng phương pháp điều trị này. Từ năm 2006 đến nay, phẫu thuật triệt mạch khâu treo trĩ đã được áp dụng một cách rộng rãi ở các nước châu Âu châu Mỹ nhờ vào những ưu điểm vượt trội hơn phẫu thuật Longo như: Ít đau sau mổ, thời gian nằm viện được rút ngắn, không có biến chứng

trầm trọng, hồi phục sau mổ nhanh và được chỉ định rộng rãi nên được các phẫu thuật viên chấp nhận [7],[8],[11],[13]. Tại Huế kỹ thuật này triển khai từ tháng 4/2013. Cho đến nay chúng tôi đã áp dụng khá phổ biến để điều trị bệnh trĩ nội sa độ III, IV có hoặc không kèm theo sa niêm mạc trực tràng. Nhằm đánh giá kết quả một cách khách quan và chính xác của phương pháp này chúng tôi tiến hành thực hiện công trình này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 79 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật bệnh trĩ nội sa độ III và độ IV có hoặc không kèm theo sa niêm mạc trực tràng theo phương pháp THD từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 9 năm 2013 tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tất cả những bệnh nhân đều do một người mổ thực hiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Là một nghiên cứu lâm sàng mô tả tiến cứu có can thiệp, không so sánh và theo dõi dọc.

2.2.1. Nghiên cứu lâm sàng: Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân trĩ nội sa. Mỗi bệnh nhân được ghi nhận:

- Lứa tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh
- Các nguyên nhân phát sinh bệnh như: táo bón, thói quen ăn uống (ăn cay, uống rượu, bia), sau viêm đại tràng, bệnh lý, yếu tố gia đình...
- Tiền sử đã được điều trị bệnh trĩ như: điều trị nội khoa, điều trị đông y, thắt trĩ, áp nhiệt, tiêm xơ hoặc đã được phẫu thuật...

- Các triệu chứng bệnh lý khiến bệnh nhân đến khám và điều trị như: chảy máu, trĩ sa...

- Phân độ trĩ nội sa.

+ *Độ I.* Búi trĩ sa xuống thấp dưới đường lược nhưng vẫn nằm hoàn toàn trong ống hậu môn.

+ *Độ II.* Búi trĩ sa thấp hơn nữa lúc nghỉ ngơi búi trĩ nằm hoàn toàn trong ống hậu môn, khi rặn búi trĩ thò ở lỗ hậu môn có thể nhìn thấy được khi bảo bệnh nhân rặn.

+ *Độ III.* Khi rặn đại tiện, đi lại nhiều, làm việc nặng hoặc ngồi xổm búi trĩ sa ra ngoài co hồi vào chậm hoặc phải dùng tay nhét vào.

+ *Độ IV.* Búi trĩ gần như thường xuyên nằm ngoài hậu môn, nhét vào búi trĩ sa ra lại ngay.

- Trĩ phối hợp: vừa trĩ nội sa, kèm theo trĩ ngoại.

- Trĩ sa toàn phần: các búi trĩ chính liên kết với các búi phụ tạo thành vòng tròn trĩ.

- Trĩ nội sa độ III, IV có kèm sa niêm mạc trực tràng.

2.2.2. Chỉ định mổ

Mổ cấp cứu: đối với bệnh nhân trĩ nội sa có biến chứng chảy máu nhiều điều trị nội khoa không đáp ứng. Mổ theo kế hoạch với những trường hợp không có biến chứng.

2.2.3. Phương pháp vô cảm

Gây tê tuỷ sống. Chỉ gây mê nội khí quản đối với những trường hợp chống chỉ định gây tê vùng.

2.2.4. Phương tiện sử dụng để mổ: van nong hậu môn, chỉ khâu, máy siêu âm và đầu dò siêu âm mạch (hình 1)



Hình 1. Phương tiện sử dụng để mổ

2.2.5. Phương pháp mổ

Dùng van hậu môn quan sát, thăm dò ống hậu môn và trực tràng để có thể phát hiện thương tổn kèm theo nếu có. Sau khi nong hậu môn bằng

dụng cụ nong, tiến hành đặt đầu dò siêu âm mạch để xác định các cuống mạch trĩ chính và trĩ phụ. Khâu buột triệt mạch trĩ kiểm tra mạch còn đập hay không? Dấu hiệu được thể hiện rõ qua hệ thống của máy siêu âm. Tiếp tục khâu tịnh tiến ra ngoài 4 đến 5 mũi khâu. Buột chặt để treo búi trĩ sa. Nhờ có dụng cụ đặt chùng nên các mũi khâu không qua lớp đệm của trực tràng. Tháo thiết bị, kiểm tra đường khâu. Nhét vào hậu môn 1 viên proctolog và 1 miếng spongstan.

2.2.6. Đánh giá kết quả.

Đánh giá kết quả sau 1 tháng và sau 3 tháng. Nhằm đánh giá kết quả một cách chính xác và khách quan chúng tôi chia 3 mức độ.

- Kết quả tốt: cảm giác thoải mái khi đại tiện, không còn chảy máu khi đại tiện hoặc sa búi trĩ.

- Kết quả trung bình: Bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị nhưng còn một số triệu chứng ở mức độ nhẹ không ảnh hưởng đến sức khỏe và tâm lý. Thỉnh thoảng đi đại tiện có vài giọt máu hoặc máu dính theo phân (lượng ít và không thường xuyên).

- Kết quả xấu: Bệnh nhân biết mình bị lại, chảy máu nhiều khi đại tiện, sa búi trĩ, hậu môn hẹp hoặc tự chủ hậu môn bị rối loạn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 9 năm 2013, chúng tôi đã tiến hành mổ 79 bệnh nhân trĩ nội sa độ III và độ IV có hoặc không kèm theo sa niêm mạc trực tràng theo phương pháp THD tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tỷ lệ mắc bệnh phân bố theo tuổi và giới.

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh phân bố theo tuổi và giới.

	Tuổi				Giới	
	≤30	31-40	41-50	>50	Nam	Nữ
Số cas	6	15	41	17	48	31
Tỷ lệ %	7,6	19,0	51,8	21,6	60,8	39,2

Bệnh trĩ thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi (73,4%), tuổi trung bình 48,7±22,5 tuổi. Tuổi nhỏ nhất 18 tuổi và tuổi lớn nhất 81 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ.

Bảng 3.2. Phân bố theo nghề nghiệp và địa dư

Nghề nghiệp	Số cas	Tỉ lệ %	Địa dư	Số cas	Tỉ lệ %
Hành chính	31	39,2	Thành thị	38	48,1
Công nhân	19	24,1	Nông thôn	19	24,1
Nông dân	13	16,5	Vùng núi	9	11,3
Nghề khác	16	20,2	Vùng biển	13	16,5
Tổng số	79	100	Tổng số	79	100

Nghề nghiệp: hành chính có 31 trường hợp (39,2%), ở thành thị chiếm nhiều hơn ở các vùng khác.

Bảng 3.3. Thời gian mắc bệnh.

Thời gian	Số cas	Tỉ lệ %
< 1 năm	23	29,1
1-5 năm	31	39,2
> 5-10 năm	14	17,7
> 10 năm	11	14,0
Tổng số	79	100

Thời gian phát hiện bệnh đến khi nhập viện để phẫu thuật từ 1-5 năm có 31 trường hợp (39,2%)

Bảng 3.4. Các nguyên nhân liên quan đến phát sinh bệnh trĩ.

Các yếu tố	Số cas	Tỉ lệ %
Táo bón	46	58,2
Thói quen ăn uống	19	24,1
Bệnh lý, viêm kết tràng	5	6,3
Tăng áp ổ phúc mạc	9	11,4
Tổng số	79	100

Yếu tố chính liên quan đến phát sinh bệnh trĩ là táo bón và thói quen ăn uống 65 trường hợp (82,3%).

Bảng 3.5. Các phương pháp đã được điều trị trước khi nhập viện để phẫu thuật.

Phương pháp	Số cas	Tỉ lệ %
Chưa điều trị	31	39,2
Điều trị đông y	12	15,2
Điều trị nội khoa	27	34,2
Điều trị bằng thủ thuật	5	6,3
Điều trị bằng phẫu thuật	4	5,1
Tổng số	79	100

Số bệnh nhân đã được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau trước khi nhập viện để được phẫu thuật có 48 trường hợp (60,8%).

Bảng 3.6. Triệu chứng khiến bệnh nhân nhập viện

Triệu chứng	Số cas	Tỉ lệ %
Chảy máu khi đại tiện	28	35,5
Sa búi trĩ	79	100
Ngứa hậu môn	8	10,1
Đau rát khi đại tiện	12	15,2

Triệu chứng khiến bệnh nhân nhập viện là sa búi trĩ (100%).

Bảng 3.7. Phân độ trĩ.

Phân độ	Số cas	Tỉ lệ %
Độ III đơn thuần	48	60,7
Độ IV đơn thuần	13	16,5
Độ III, IV kèm sa niêm mạc trực tràng	18	22,8
Tổng số	79	100

Trĩ nội sa độ III đơn thuần có 48 trường hợp (60,7%).

3.2. Kết quả điều trị.

Bảng 3.8. Đánh giá kết quả sớm.

Triệu chứng		Số cas	Tỉ lệ %
Chảy máu sau mổ, cần phẫu thuật lại để cầm máu		0	0
Mức độ đau	Đau ít	65	82,,2
	Đau vừa	13	16,5
	Đau nhiều	1	1,3
Bí tiểu phải đặt sonde tiểu		0	0
Khó tiểu sau mổ phải chườm lạnh sau đó tự tiểu được		5	7,5
Nhiễm trùng lan toả sau mổ		0	0

Sau mổ trĩ đau ít và đau vừa có 78 trường hợp (98,7%)

- Biến chứng vô cảm: chúng tôi chưa gặp trường hợp nào

- Thời gian nằm viện ngắn nhất 1 ngày, thời gian nằm viện dài nhất 5 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $2,12 \pm 1,25$ ngày.

Bảng 3.9. Kết quả tái khám sau 1 và sau 3 tháng.

Triệu chứng	Sau 1 tháng (n=75)		Sau 3 tháng (n=42)	
	Số cas	Tỉ lệ %	Số cas	Tỉ lệ %
Máu theo phân	2	2,6	1	1,8
Búi trĩ sa	0	0	0	0
Ngứa hậu môn	1	1,4	0	0
Rỉ dịch	0	0	0	0
Đau rát hậu môn	0	0	0	0
Búi trĩ ngoại xơ teo	1	1,4	1	2,4
Hẹp hậu môn	0	0	0	0
Cảm giác đi cầu thoải mái	71	94,6	40	95,2

Qua 79 bệnh nhân được phẫu thuật. Chúng tôi tái khám sau 1 tháng được 75 bệnh nhân. 47 bệnh nhân đủ thời gian tái khám sau 3 tháng chúng tôi tái khám được 42 bệnh nhân có kết quả như sau: Hẹp hậu môn không gặp trường hợp nào, cảm giác đi cầu thoải mái sau 1 tháng có 71 trường hợp (94,6%) và 3 tháng có 40 trường hợp (95,2%).

Bảng 3.10. Kết quả phẫu thuật của 2 nhóm.

Kết quả	Sau mổ 1 tháng (n=75)		Sau mổ 3 tháng (n=42)	
	Số cas	Tỉ lệ %	Số cas	Tỉ lệ %
Tốt	71	94,6	40	95,2
Trung bình	4	5,4	2	4,8
Xấu	0	0	0	0

Theo dõi sau mổ 1 tháng: kết quả tốt có 71 (94,6%) bệnh nhân, kết quả trung bình có 4 (5,4%) bệnh nhân và theo dõi sau mổ 3 tháng: kết quả tốt có 40 (95,2%) bệnh nhân, kết quả trung bình có 2 (4,8%) bệnh nhân.

4. BÀN LUẬN

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã mổ 79 trường hợp bệnh nhân trĩ nội sa độ III và độ IV có hoặc không sa niêm mạc trực tràng theo phương pháp triệt mạch khâu treo trĩ theo phương pháp THD tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tuổi thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi (73,4%), tuổi trung bình 48,7 tuổi. Tuổi nhỏ nhất 18 tuổi và tuổi lớn nhất 81 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ, bệnh lý trĩ có liên quan với nghề nghiệp: hành chính có 31 trường hợp (39,2%), thành thị chiếm nhiều hơn ở các vùng khác. Các kết quả trên phù hợp với các công trình của các tác giả khác [1],[5],[9],[10],[15]. Các yếu tố liên quan đến phát sinh bệnh trĩ chủ yếu gặp ở những bệnh nhân táo bón thường xuyên và có thói quen ăn uống (ăn nhiều chất kích thích, uống nhiều bia, rượu) 65 bệnh nhân (82,3%). Trong công trình này cũng cho thấy số bệnh nhân nhập viện để điều trị phẫu thuật phần lớn đã được điều trị với các phương pháp khác nhau nhưng thực sự chưa được triệt để có 48 bệnh nhân (60,8%).

Kết quả sau phẫu thuật, ở công trình này cho thấy sau mổ trĩ theo phương pháp THD mức độ đau ít và đau vừa có 78 bệnh nhân (98,7%). Với kết quả này cho thấy mức độ đau tùy thuộc nhiều vào phương pháp cũng như kỹ thuật mổ. Cũng trong công trình này, chúng tôi chưa gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ phải can thiệp phẫu thuật lại. Thời gian nằm viện ngắn nhất 1 ngày, thời gian nằm viện dài nhất 5 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $2,12 \pm 1,25$ ngày.

Kết quả tái khám sau 1 tháng và sau 3 tháng cho thấy những triệu chứng, những biến chứng gây phiền toái cho bệnh nhân giảm nhiều so với các phương pháp mổ khác như: phương pháp

White-Head, Milligan-Morgan, Toupet, Longo... Qua công trình nghiên cứu này chúng tôi chưa gặp trường hợp nào có biến chứng hẹp hậu môn, một biến chứng thường được các tác giả đề cập đến sau cắt trĩ [6],[11],[12],[14].

Kết quả sau phẫu thuật được chúng tôi tiến hành khám một cách có hệ thống cho những bệnh nhân được mổ theo phương pháp THD. Tái khám sau 1 tháng được 75 bệnh nhân (94,9%) nhóm này cho thấy kết quả khả quan sau mổ 1 tháng tốt có 71 bệnh nhân (94,6%), trung bình 4 bệnh nhân (5,4%) và nhóm bệnh nhân đủ thời gian tái khám sau mổ 3 tháng có 47 bệnh nhân nhóm này tái khám được 42 bệnh nhân (89,4%) cho kết quả tốt có 40 bệnh nhân (95,2%), trung bình 2 bệnh nhân (4,8%). Trong cả 2 nhóm chúng tôi chưa gặp bệnh nhân nào có kết quả xấu.

Tóm lại, qua công trình này chúng tôi thấy bệnh trĩ là bệnh khá phổ biến, bệnh nhân mắc bệnh trĩ cần đến khám đúng chuyên khoa nhằm phát hiện bệnh sớm để có chỉ định điều trị đúng đắn mang lại kết quả tốt. Đây là loại phẫu thuật dễ thực hiện, không có biến chứng trầm trọng nên chẳng cần áp dụng rộng rãi ở các tuyến đã thực hiện được vô cảm như: gây tê tuỷ sống, gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê đám rối cùng. Tuy nhiên, đây chỉ là bước đầu triển khai kỹ thuật mới tại Việt Nam nên số liệu chưa nhiều, thời gian theo dõi còn hạn chế. Do đó, cần có công trình với số liệu nhiều hơn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá một cách chính xác những ưu, nhược điểm của phương pháp này. Có như vậy sẽ làm phong phú thêm các phương pháp mổ trĩ và đồng thời cũng giúp cho các nhà Ngoại khoa chọn lựa phương pháp tối ưu nhất để điều trị bệnh lý trĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Liễu (2000), “Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật theo phương pháp Milligan-Morgan tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí khoa học Đại học Huế*, 2, tr. 88- 92.
2. Nguyễn Văn Liễu (2008), “Nghiên cứu ứng dụng điều trị cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan kết hợp cắt đốt trĩ dưới niêm mạc tại Khoa ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế”, *Tạp chí Đại Trục Tràn học*, 1, tr. 24-29.
3. Nguyễn Văn Liễu, Nguyễn Đoàn Văn Phú, Nguyễn Thành Phúc (2011), “Nghiên cứu ứng dụng điều trị cắt trĩ theo phương pháp Longo Khoa ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 385, tr. 308-314.
4. Nguyễn Mạnh Nhâm (1999), “Tình hình bệnh trĩ ở một nhà máy qua điều tra dịch tễ học và kết quả bước đầu của công tác điều trị”, *Tạp chí Ngoại Khoa* 4.
5. Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Duy Thức, Nguyễn Thanh Hiền (2010), “Phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Trường An”, *Tạp chí Đại Trục Tràn học*, 5, tr. 4-8.
6. Nguyễn Văn Phú, Nguyễn Tấn Phát (2004), “Đánh giá kết quả điều trị trĩ nội sa bằng phương pháp phẫu thuật Milligan-Morgan kèm cắt trĩ dưới niêm mạc tại Bệnh viện trường Đại học Y

- khoa Huế”, *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa khoá 1998-2004*.
7. Alam J., Ahmed N., Khattak S., Iqbal J., Zarin M., (2010), “Complications of Stapled Haemorrhoidectomy”, *J. Med. Sci*, 18 (1), pp. 29-31.
 8. Deutsch C. J., Chan K., Alawattagama H., Sturges J., Davis R. J., (2012), “Doppler-Guided Transanal Haemorrhoidal Dearterialisation is a Safe and Effective Daycase procedure for All Grades of Symtomatic Haemorrhoids”, *Surgical Science*, 3, pp.542-545.
 9. Greenfield L. J., Nivatvongs S. (2001), “Anorectal Disorder”, *Surgery Scientific Principles and Prattice*, 50, pp.1158-1183.
 10. Keighley R. B., Williams N. S. (1998), “Haemorrhoidal Disease”, *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, 13, pp. 295-363.
 11. Parker G.S., (2004), “A new treatment option for grades III and IV hemorrhoids”, *The Journal of Family Practice*, 53, pp. 1-6.
 12. Patersen S. (2004), “Early Rectal Stenosis following stapled Rectal mecosectomy for Hemorrhoids”, *BMC Surgery*, pp.1-6.
 13. Riaz A.A., Singh A., Patel A. and Ali A., Livingstone J.I. (2008), Stapled haemorrhoidectomy: “A day case procedure for symtomatic haemorrhoids”, *British Journal of Medical Practitioners*, 1(2), pp. 23-27.
 14. Senagore A. J. (2005), “Surgical Technique for the Procedure for Prolapsing Hemorrhoids”, *Operative Technique in General Surgery*, pp. 113-119.
 15. Townsend C. M., Beauchamp R. D., Evers B. M., “Hemorrhoids”, *Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice*, pp. 1490-1496.