

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CẮT TRĨ THEO PHƯƠNG PHÁP LONGO 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: Cắt trĩ theo phương pháp Longo được mô tả lần đầu tiên từ năm 1998. Sau đó phẫu thuật này đã nhanh chóng được các phẫu thuật viên chọn lựa để điều trị bệnh lý trĩ. Đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy phương pháp mổ này có nhiều ưu điểm như: an toàn, hiệu quả và ít biến chứng. Nhằm góp phần nghiên cứu trong lĩnh vực phẫu thuật điều trị bệnh lý trĩ theo phương pháp Longo chúng tôi tiến hành đề tài này tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Phương pháp:** Từ tháng 12/2009 đến tháng 4/2012, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 384 bệnh nhân bị bệnh trĩ độ III và độ IV bằng phương pháp Longo. Trong công trình 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. Chúng tôi theo dõi có hệ thống bệnh nhân sau mổ 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Với 384 bệnh nhân bị bệnh trĩ độ III và độ IV được điều trị bằng phẫu thuật theo phương pháp Longo cho kết quả như sau: 252 (65,7%) bệnh nhân nam, 132 (34,3%) bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình 47,5 tuổi, tuổi nhỏ nhất 17 tuổi và tuổi lớn nhất 76 tuổi; Thời gian nằm viện trung bình $2,22 \pm 1,15$, ngày nằm viện ngắn nhất 1 ngày và ngày nằm viện dài nhất 6 ngày. Không có tai biến trong mổ. Có 1 trường hợp (0,3%) chảy máu sau mổ vào ngày thứ 2. Chúng tôi mổ lại để khâu cầm máu. Bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 6; Theo dõi sau mổ: Đau ít 286 (74,4%), đau trung bình 78 (20,3%). Bí tiểu sau mổ 3 (0,8%) bệnh nhân; Theo dõi sau mổ 1 tháng: kết quả tốt có 325 (84,6%) bệnh nhân, kết quả trung bình có 59 (15,4%) bệnh nhân; Theo dõi sau mổ 3 tháng: kết quả tốt có 362 (94,3%) bệnh nhân, kết quả trung bình có 22 (5,7%) bệnh nhân. **Kết luận:** Qua công trình nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật điều trị bệnh lý trĩ theo phương pháp Longo có tính an toàn cao, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện được rút ngắn và sớm trả bệnh nhân về lao động.

Abstract

EVALUATION OF LONGO'S HEMORRHOIDECTOMY AT HUE UNIVERSITY HOSPITAL

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

Introduction: Since Longo First described it in 1998, Stapled Hemorrhoidectomy has been emerging as the procedure of choice for symptomatic hemorrhoid. Several studies have shown it to be a safe, effective and relative complication free procedure. The aim of this study was to determine the suitability of (SH) as a day cas procedure at Hue University Hospital. **Methods:** From Decembre 2009 to April 2012, 384 patients with third- degree and fourth-degree hemorrhoids who underwent Stapled Hemorrhoidectomy were included in this study. Parameters recorded included postoperative complications, analgesic requirements, duration of hospital stay and patient satisfaction. Follow-up was performed at 1 month and 3 months post-operative. **Results:** Of the 384 patients that underwent a Stapled Hemorrhoidectomy 252 (65.7%) were male and 132 (34.3%) were female. The mean age was 47.5 years (range 17-76 years). Duration of hospital stay: The mean day was 2.82 ± 1.15 days (range 1-6 days). There were no perioperative complications. There was one case postoperative complication: hemorrhage; Follow-up after surgery: 286 (74.4%) patients had less anal pain, 78 (20,3%) patients had moderate anal pain,

3 (0.8%) patients had urinary retention; Follow-up after one month: good for 325 (84.6%) patients, average for 59 (15.4%) patients; Follow-up after three months: good for 362 (94.3%) patients, average for 22 (5.7%) patients. **Conclusion:** Our present study shows that Stapled Hemorrhoidectomy is a safe, reduced postoperative pain, shorter hospital stay and a faster return to unrestricted daily activity

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],[9].

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 đến nay, phẫu thuật cắt treo trĩ bằng phương pháp Longo đã được chọn lựa nhất là đối với trĩ nội sa độ III, IV. Loại phẫu thuật này ngày càng được các phẫu thuật viên chấp nhận bởi: ít đau sau mổ hơn so với các phương pháp mổ cổ điển, tính an toàn cao, ngày nằm viện được rút ngắn sớm trả bệnh nhân về lao động [7],[10],[12]. Tại Huế kỹ thuật này triển khai từ tháng 12/2009. Cho đến nay chúng tôi đã áp dụng khá phổ biến để điều trị bệnh trĩ nội sa độ III, IV. 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 384 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật

bệnh trĩ nội sa độ III và độ IV theo phương pháp Longo từ tháng 12 năm 2009 đến tháng 4 năm 2012 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 yếu tố 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...

**Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế*

- 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, trĩ thuyên tắc...

- 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 thụt 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 trĩ phụ tạo thành một vòng tròn trĩ.

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. Mô 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 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 khâu một mũi khâu vòng bằng chỉ prolène 2.0. Mũi chỉ được áp đặt trên cuốn mạch các búi trĩ (trên đường lược) và chú ý khâu lớp niêm mạc và dưới niêm mạc. Tránh khâu sâu vào lớp cơ để tránh đau nhiều trong thời gian hậu phẫu đồng thời tránh biến chứng hẹp hậu môn sau này. Đối với phụ nữ cần kiểm tra thành sau âm đạo để đảm bảo các mũi chỉ khâu không khâu vào thành âm đạo. Lắp stapler buộc chỉ khâu ôm sát phần cổ trực của nòng. Dùng que móc rút 2 đầu chỉ ra ngoài. Vận phần tay nắm của thiết bị stapler đến khi lưỡi dao và thiết bị áp sát nhau (phần hiển thị trên thiết bị tới mức màu xanh) thì gạt khóa an toàn và bóp ghim. Tháo thiết bị, kiểm tra đường khâu. Nhét vào hậu môn 1 viên proctolog và 1 miếng spongstan.

Phương tiện sử dụng để mổ chúng tôi dùng loại

máy cắt trĩ PPH stapler và máy stapler cắt trĩ sử dụng nhiều lần của hãng Kangdi.

2.2.5. 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 khoẻ 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 12 năm 2009 đến tháng 4 năm 2012, chúng tôi đã tiến hành mổ 384 bệnh nhân trĩ nội sa độ III và độ IV theo phương pháp Longo 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	26	62	211	85	252	132
Tỉ lệ %	6,8	16,1	54,9	22,2	65,7	34,3

Bệnh trĩ thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi (77,1%), tuổi trung bình 47,5 tuổi. Tuổi nhỏ nhất 17 tuổi và tuổi lớn nhất 76 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	207	53,9	Thành thị	180	46,8
Công nhân	57	14,8	Nông thôn	81	21,2
Nông dân	52	13,5	Vùng núi	34	8,8
Nghề khác	68	17,8	Vùng biển	89	23,2
Tổng số	384	100	Tổng số	384	100

Nghề nghiệp: hành chính có 207 trường hợp (53,9%), 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	84	21,8
1-5 năm	204	53,1
> 5-10 năm	55	14,4
> 10-15 năm	26	6,8
> 15 năm	15	3,9
Tổng số	384	100

Thời gian phát hiện bệnh đến khi nhập viện để phẫu thuật từ 1-5 năm có 204 trường hợp (53,1%)

Bảng 3.4. Các yếu tố liên quan đến phát sinh bệnh trĩ

Các yếu tố	Số cas	Tỉ lệ %
Táo bón	252	65,6
Thói quen ăn uống	84	21,8
Bệnh lý, viêm kết tràng	17	4,5
Tăng áp ổ phúc mạc	25	6,5
Yếu tố di truyền	6	1,6
Tổng số	384	100

Yếu tố chính liên quan đến phát sinh bệnh trĩ là táo bón và thói quen ăn uống 336 trường hợp (87,4%).

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	142	36,9
Điều trị đông y	62	16,2
Điều trị nội khoa	119	30,9
Điều trị bằng thủ thuật	36	9,5
Điều trị bằng phẫu thuật	25	6,5
Tổng số	384	100

Số bệnh nhân đã được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau trước khi nhập viện để được phẫu thuật có 242 trường hợp (63,1%).

Bảng 3.6. Triệu chứng khiến bệnh nhân nhập viện

Triệu chứng	Số cas	Tỉ lệ %
Chảy máu khi đại tiện	157	40,8
Sa búi trĩ	384	100
Ngứa hậu môn	49	12,8
Đau rát khi đại tiện	63	16,4

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	261	67,9
Độ IV	51	13,4
Độ III, IV toàn phần thể phối hợp	72	18,7
Tổng số	384	100

Trĩ nội sa độ III có 261 trường hợp (67,9%).

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	1	0,3
Mức độ đau		
Đau ít	286	74,4
Đau vừa	78	20,3
Đau nhiều	16	4,2
Ứ đọng nước tiểu phải đặt sonde	3	0,8
Nhiễm trùng lan toả sau mổ	0	0

Sau mổ trĩ đau ít và đau vừa có 364 trường hợp (94,7%)

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

- Chảy máu sau mổ cần phẫu thuật lại để cầm máu có 1 trường hợp (0,3%)

- Thời gian nằm viện ngắn nhất 1 ngày, thời gian nằm viện dài nhất 6 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $2,82 \pm 1,15$ ngày.

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

Triệu chứng	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	Số cas	Tỉ lệ %	Số cas	Tỉ lệ %
Máu theo phân	23	5,9	7	1,8
Búi trĩ sa	0	0	0	0
Ngứa hậu môn	5	1,4	0	0
Rỉ dịch	0	0	0	0
Đau rát hậu môn	12	3,2	0	0
Búi trĩ ngoại xơ teo	19	4,9	15	3,9
Hẹp hậu môn	0	0	0	0
Cảm giác đi cầu thoải mái	325	84,6	362	94,3

Hẹp hậu môn không gặp trường hợp nào, cảm giác đi cầu thoải mái sau 1 tháng có 325 trường hợp (84,6%) và 3 tháng có 362 trường hợp (94,3%).

Bảng 3.10. Kết quả phẫu thuật của 2 nhóm

Kết quả	Sau mổ 1 tháng		Sau mổ 3 tháng	
	Số cas	Tỉ lệ %	Số cas	Tỉ lệ %
Tốt	325	84,6	362	94,3
Trung bình	59	15,4	22	5,7
Xấu	0	0	0	0

4. BÀN LUẬN

Qua công trình nghiên cứu này, chúng tôi đã mổ 384 trường hợp bệnh nhân trĩ nội sa độ III và độ IV theo phương pháp Longo tại Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế tuổi thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi (77,1%), tuổi trung bình 47,5 tuổi. Tuổi nhỏ nhất 17 tuổi và tuổi lớn nhất 76 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ, bệnh lý trĩ có liên quan với nghề nghiệp: hành chính có 207 trường hợp (53,9%), 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], [8], [9], [14]. 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) 336 bệnh nhân (87,4%). 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 242 bệnh nhân (63,1%).

Kết quả sau phẫu thuật, ở công trình này cho thấy sau mổ trĩ theo phương pháp Longo mức độ đau ít và đau vừa có 364 bệnh nhân (94,7%). 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 gặp 1 trường hợp (0,3%) chảy máu ngày thứ 2 sau mổ. Chúng tôi có chỉ định mổ lại để khâu cầm máu. Bệnh nhân ổn định xuất viện ngày thứ 6 sau mổ. Thời gian nằm

viện ngắn nhất 1 ngày, thời gian nằm viện dài nhất 6 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $2,82 \pm 1,15$ 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... 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],[10],[11],[13].

Kết quả sau phẫu thuật được chúng tôi tiến hành khám một cách có hệ thống cho 2 nhóm cho thấy kết quả khả quan sau mổ 1 tháng tốt có 325 bệnh nhân (84,6%), trung bình 59 bệnh nhân (15,4%) và sau mổ 3 tháng kết quả tốt có 362 bệnh nhân (94,3%), trung bình 22 bệnh nhân (5,7%). 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 phẫu thuật dễ thực hiện, 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.

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 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 Dược Huế”, *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ 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. Greenfield L. J., Nivatvongs S. (2001), "Anorectal Disorder", *Surgery Scientific Principles and Practice*, 50, pp.1158-1183.
9. Keighley R. B., Williams N. S. (1998), "Haemorrhoidal Disease", *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, 13, pp. 295-363
10. Parker G.S., (2004), "A new treatment option for grades III and IV hemorrhoids", *The Journal of Family Practice*, 53, pp. 1-6.
11. Pattersen S. (2004), "Early Rectal Stenosis following stapled Rectal mecoectomy for Hemorrhoids", *BMC Surgery*, pp.1-6.
12. RiazA.A.,SinghA.,PatelA.andAliA.,Livingstone J.I. (2008), Stapled haemorrhoidectomy: "A day case procedure for symptomatic haemorrhoids", *British Journal of Medical Practitioners*, 1(2), pp. 23-27.
13. Senagore A. J. (2005), "Surgical Technique for the Procedure for Prolapsing Hemorrhoids", *Operative Technique in General Surgery*, pp. 113-119.
14. Townsend C. M., Beauchamp R. D., Evers B. M., "Hemorrhoids", *Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice*, pp. 1490-1496.