

Số 405/QĐ-KHKT

Bình Lục, ngày 24 tháng 10 năm 2023

QUYẾT ĐỊNH

V/v thành lập Hội đồng nghiệm thu Đề tài NCKHCS năm 2023

Căn cứ Luật khoa học và công nghệ số 09 năm 2013;

Căn cứ Thông tư số 07/2021/TT-BYT ngày 29 tháng 3 năm 2021 của Bộ Y tế quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện;

Căn cứ Quyết định số 2353/QĐ-UBND, ngày 21/12/2022 của UBND tỉnh Hà Nam về việc chuyển Trung tâm y tế các huyện, thị xã, thành phố và Bệnh viện đa khoa khu vực Nam Lý trực thuộc Sở Y tế về trực thuộc Ủy ban nhân dân các huyện, thị xã, thành phố quản lý; Công văn số 120/CV-HĐKHKT, ngày 02/02/2023 của Hội đồng KHKT ngành Y tế về việc đăng ký NCKH năm 2023;

Thực hiện đăng ký NCKH của chủ nhiệm các đề tài NCKH cơ sở năm 2023.

Xét đề nghị của ông Trưởng phòng Tổ chức-Hành chính, Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài nghiên cứu khoa học, sáng kiến cấp cơ sở năm 2023 do Trung tâm Y tế huyện Bình Lục quản lý (có danh sách kèm theo)

Điều 2. Hội đồng nghiệm thu có trách nhiệm tổ chức đánh giá, xem xét kết quả thực hiện đề tài, sáng kiến theo quy định và gửi báo cáo về Hội đồng khoa học kỹ thuật huyện theo quy định.

- Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

- Hội đồng tự giải thể sau khi hoàn thành nhiệm vụ.

Điều 3. Các ông (Bà) Trưởng phòng Tổ chức-Hành chính, Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ và các Ông (Bà) có tên tại điều 1 chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Sở Y tế Hà Nam;
- UBND huyện Bình Lục;
- Hội đồng KHKT huyện
- Ban Giám đốc TTYT; (để chỉ đạo);
- Hội đồng KHKT; (để thực hiện)
- Lưu VT, KHN.V.

(để B/c);



GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ
Nguyễn Xuân Sỹ

**Danh sách các Hội đồng nghiệm thu đề tài nghiên cứu
khoa học và công nghệ cấp cơ sở năm 2023 do Trung tâm Y tế quản lý**

1. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài Mã số CS/BL/23/01:

- Thành viên Hội đồng:

TT	Họ và Tên	Đơn vị công tác	Nhiệm vụ trong HĐ
1	BSCKI. Đinh Duy Bính	Phó Giám đốc	Chủ tịch Hội đồng
2	ThS. Nguyễn Tiến Dũng	Phó Giám đốc	Ủy viên phản biện 1
3	BSCKI. Trần Minh Tuấn	Trưởng Khoa HSCC-Nội	Ủy viên phản biện 2
4	BSCKI. Trần Thị Hậu	Trưởng khoa CSSKSS	Ủy viên
5	BS. Lương Thanh Bằng	Trưởng phòng KH-NV	Thư ký Hội đồng

- Thông tin Đề tài:

+ Tên Đề tài: **Thực trạng và thực hành của Điều dưỡng về dự phòng tác hại nghề nghiệp tại trung tâm y tế huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam, năm 2023.**

+ Mã số Đề tài: CS/BL/23/01

+ Chủ nhiệm Đề tài: BSCKI. Nguyễn Xuân Sỹ

+ Thư ký: ThS. Nguyễn Liên Phương

+ Cộng sự: CNYTC Lê Thị Vân, CNYTC Nhữ Thị Hải Yến.

2. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài Mã số CS/BL/23/02:

- Thành viên Hội đồng:

TT	Họ và Tên	Đơn vị công tác	Nhiệm vụ trong HĐ
1	ThS. Nguyễn Tiến Dũng	Phó Giám đốc	Chủ tịch Hội đồng
2	BSCKI. Đinh Duy Bính	Phó Giám đốc	Ủy viên phản biện 1
3	BSCKI. Trần Minh Tuấn	Khoa HSCC-Nội	Ủy viên phản biện 2
4	BSCKI. Trần Thị Hậu	Trưởng khoa CSSKSS	Ủy viên
5	BS. Lương Thanh Bằng	Trưởng phòng KH-NV	Thư ký Hội đồng

- Thông tin Đề tài:

+ Tên Đề tài: **Một số đặc điểm lâm sàng của thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em tại Trung tâm Y tế huyện Bình Lục năm 2023.**

+ Mã số Đề tài: CS/BL/23/02

+ Chủ nhiệm Đề tài: BSCKI. Nguyễn Trung Đức

+ Thư ký: ĐD. Phạm Thị Ninh

+ Cộng sự: ĐD. Trần Thị Thu, Nguyễn Thị Diên



3. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài Mã số CS/BL/23/03:

- Thành viên Hội đồng:

TT	Họ và Tên	Đơn vị công tác	Nhiệm vụ trong HĐ
1	BSCKI. Nguyễn Xuân Sỹ	Giám đốc	Chủ tịch Hội đồng
2	ThS. Nguyễn Tiến Dũng	Phó Giám đốc	Ủy viên phản biện 1
3	BSCKI. Trần Minh Tuấn	Trưởng Khoa HSCC-Nội	Ủy viên phản biện 2
4	BSCKI. Phạm Quang Đại	Trưởng khoa XN-CĐHA	Ủy viên
5	ThS. Nguyễn Văn Việt	Phó phòng KH-NV	Thư ký Hội đồng

- Thông tin Đề tài:

+ Tên Đề tài: **Đánh giá kết quả điều trị khâu treo búi trĩ phụ kết hợp với cắt trĩ từng búi, nhằm xác định hiệu quả làm giảm tỷ lệ da thừa và trĩ sót sau mổ trong điều trị bệnh trĩ tại TTYT Bình Lục năm 2023.**

+ Mã số Đề tài: CS/BL/23/03

+ Chủ nhiệm Đề tài: BSCKI. Lưu Minh Tân

+ Thư ký: ĐD. Lê Đức Duy

+ Cộng sự: ĐD. Trần Khắc Minh

4. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài Mã số CS/BL/23/04:

- Thành viên Hội đồng:

TT	Họ và Tên	Đơn vị công tác	Nhiệm vụ trong HĐ
1	BSCKI. Nguyễn Xuân Sỹ	Giám đốc	Chủ tịch Hội đồng
2	BSCKI. Trần Minh Tuấn	Trưởng Khoa HSCC-Nội	Ủy viên phản biện 1
3	BSCKI. Nguyễn Trung Đức	Trưởng khoa Nhi	Ủy viên phản biện 2
4	BSCKI. Trần Thị Hậu	Trưởng khoa CSSKSS	Ủy viên
5	DSCKI. Nguyễn T. Thái Hà	Trưởng khoa Dược-VTTYT-KSNK	Thư ký Hội đồng

- Thông tin Đề tài:

+ Tên Đề tài: **Thực trạng thừa cân – béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh Trường Trung học cơ sở La Sơn, Bình Lục, Hà Nam năm 2023.**

+ Mã số Đề tài: CS/BL/23/04

+ Chủ nhiệm Đề tài: ThS. Nguyễn Văn Việt

+ Thư ký: CNYTC. Bùi Thị Hường

+ Cộng sự: BS. Lương Thanh Bằng, ĐD. Hà Thị My

5. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài Mã số CS/BL/23/05:

- Thành viên Hội đồng:

TT	Họ và Tên	Đơn vị công tác	Nhiệm vụ trong HĐ
1	BSCKI. Đinh Duy Bính	Phó Giám đốc	Chủ tịch Hội đồng
2	BSCKI. Trần Minh Tuấn	Trưởng Khoa HSCC-Nội	Ủy viên phản biện 1
3	THS. Nguyễn Tiến Dũng	Phó Giám đốc	Ủy viên phản biện 2
4	BS. Lương Thanh Bằng	Trưởng Phòng KH-NV	Ủy viên
5	ThS. Nguyễn Văn Việt	Phó Phòng KH-NV	Thư ký Hội đồng

- Thông tin Đề tài:

+ Tên Đề tài: **Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh tại Trung tâm Y tế huyện Bình Lục năm 2022.**

+ Mã số Đề tài: CS/BL/23/05

+ Chủ nhiệm Đề tài: DSCKI. Nguyễn Thị Thái Hà

+ Thư ký: DS. Nguyễn Thị Thơm

+ Cộng sự: DS. ThS. Quách Xuân Kha

DS. Trần Thị Huyền Thắng

6. Thành lập Hội đồng nghiệm thu đề tài Mã số CS/BL/23/06:

- Thành viên Hội đồng:

TT	Họ và Tên	Đơn vị công tác	Nhiệm vụ trong HĐ
1	ThS. Nguyễn Tiến Dũng	Phó Giám đốc	Chủ tịch Hội đồng
2	BSCKI. Nguyễn Xuân Sỹ	Giám đốc	Ủy viên phản biện 1
3	BSCKI. Trần Minh Tuấn	Trưởng Khoa HSCC-Nội	Ủy viên phản biện 2
4	BSCKI. Trần Thị Hậu	Trưởng khoa CSSKSS	Ủy viên
5	BS. Lương Thanh Bằng	Trưởng phòng KH-NV	Thư ký Hội đồng

- Thông tin Đề tài:

+ Tên Đề tài: **Đánh giá kết quả điều trị bằng kê đơn thuốc ngoại trú ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Bình Lục năm 2023.**

+ Mã số Đề tài: CS/BL/23/06

+ Chủ nhiệm Đề tài: BSCKI. Phạm Quang Đại

+ Thư ký: DSCĐ. Nguyễn Thu Hương

+ Cộng sự: DSDH. Nguyễn Thu Hiền



**UBND HUYỆN BÌNH LỤC
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BÌNH LỤC**

BÁO CÁO ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHÂU TREO BÚI TRĨ PHỤ TRONG
CẮT TRĨ TỪNG BÚI TẠI TRUNG TÂM Y TẾ BÌNH LỤC
TỪ THÁNG 01/2023 ĐẾN THÁNG 09 NĂM 2023**

Chủ nhiệm đề tài: + BSCKI. LƯU MINH TÂN

+ ĐD. TRẦN KHẮC MINH

+ Y SỸ. LÊ ĐỨC DUY

Mã số: CS/BL/23/03

Năm 2023

**UBND HUYỆN BÌNH LỤC
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BÌNH LỤC**

**BÁO CÁO ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ
ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHÂU TREO BÚI TRỄ PHỤ TRONG
CẮT TRĨ TỪNG BÚI TẠI TRUNG TÂM Y TẾ BÌNH LỤC
TỪ THÁNG 01/2023 ĐẾN THÁNG 09/2023**

Chủ nhiệm đề tài: BSCKI: Lưu Minh Tân
Cơ quan quản lý đề tài: TTYT Huyện Bình Lục

Danh sách nghiên cứu viên:

- BSCK1: Lưu Minh Tân
- Điều dưỡng: Trần Khắc Minh
- Y sĩ: Lê Đức Duy

Thư ký đề tài: Y sĩ: Lê Đức Duy

Thời gian thực hiện đề tài từ tháng 01 đến tháng 09/2023

Mã số đề tài: CS / BL /23/03

Tổng kinh phí thực hiện đề tài 02 triệu đồng

Trong đó: kinh phí SNKH 01 triệu đồng

Nguồn khác 01 triệu đồng

MỤC LỤC

	Nội dung	Trang
1	Đặt vấn đề.....	02
2	Tổng quan	03
3	Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	07
4	Kết quả nghiên cứu	10
5	Bàn luận	14
6	Kết luận	15
7	Tài liệu tham khảo	15

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trĩ là bệnh phổ biến hay gặp ở người lớn, hiếm gặp ở trẻ em. Tuy bệnh ít nguy hiểm nhưng gây nhiều trở ngại, phiền phức trong sinh hoạt, từ đó ảnh hưởng đến năng suất lao động, chất lượng công tác và tâm sinh lý của người bệnh.

Mục tiêu chính của điều trị bệnh trĩ là giảm thiểu các triệu chứng gây khó chịu và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Điều trị trĩ trên thế giới cũng như ở Việt Nam có rất nhiều phương pháp: điều chỉnh chế độ ăn uống, chế độ làm việc, vệ sinh tại chỗ, dùng thuốc đông tây y toàn thân hoặc tại chỗ, các thủ thuật điều trị trĩ (tiêm xơ, thắt vòng...) cho đến các phương pháp phẫu thuật kinh điển (Milligan-Morgan, Toupet, Parks, Ferguson...), sau này có các phương pháp (Longo, Hussein cải biên). Các phương pháp trên đã được thực hiện nhiều thập kỷ nay, nếu chỉ định đúng và thực hiện đúng kỹ thuật luôn cho kết quả tốt. Tuy nhiên đau sau mổ, chít hẹp hậu môn, sa niêm mạc trực tràng, da thừa, trĩ sót sau mổ là những vấn đề quan tâm của cả thầy thuốc và bệnh nhân. Trĩ sót và da thừa sau mổ gây cho bệnh nhân tâm lý không hài lòng và kết quả điều trị không như mong muốn.

Năm 2011 tác giả Nguyễn Trung Tín, trong lô nghiên cứu điều trị phẫu thuật cho trĩ sa vòng và gần vòng, gồm 199 bệnh nhân được điều trị cắt trĩ theo phương pháp Nguyễn Đình Hồi và 191 bệnh nhân được điều trị cắt các búi trĩ chính theo phương pháp Nguyễn Đình Hồi và kết hợp với khâu treo các búi trĩ phụ còn lại theo phương pháp Hussein cải biên. Sau mổ một tháng với các kết quả có tỷ lệ như sau: da thừa 9,1%/8,9%; trĩ sót 11,1%/ 5,2%; sa niêm mạc 6,5%/2,1%.[?]

Trung tâm y tế Bình Lục là Trung tâm Y tế hạng III, bao gồm hoạt động khám chữa bệnh đa khoa, y tế dự phòng và quản lý y tế tuyến xã. Trung tâm có 15 khoa, phòng chuyên môn. Khoa Ngoại- Chuyên khoa là 1 trong 6 khoa lâm sàng của Trung tâm, khoa là cơ sở điều trị các bệnh ngoại khoa, chấn thương, khoa đã triển khai nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh trĩ, trong đó phương pháp thường được chỉ định điều trị là phương pháp Milligan Morgan. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu, đánh giá nào về phương pháp này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: **“Đánh giá kết quả điều trị khâu treo búi trĩ phụ kết hợp với cắt trĩ từng búi, nhằm xác định hiệu quả làm giảm tỷ lệ da thừa và trĩ sót sau mổ trong điều trị bệnh trĩ tại TTYT Bình Lục”**

Chương 1. TỔNG QUAN

Bệnh trĩ hay còn được gọi là bệnh lòi dom (theo cách gọi của dân gian), đây là tình trạng các cụm tĩnh mạch bên trong trực tràng và hậu môn bị sưng phồng lên do liên tục chịu nhiều áp lực hoặc các dây thần kinh của hậu môn bị chèn ép quá nhiều.

Bệnh trĩ thường xuất hiện ở các đối tượng có độ tuổi từ 45 – 60. Tuy nhiên, căn bệnh này đang có dấu hiệu trẻ hoá bởi vì những người trẻ đang trong độ tuổi từ 25 – 30 có nguy cơ mắc bệnh khá cao mà nguyên nhân chính là do chế độ ăn uống thiếu khoa học và chế độ sinh hoạt chưa hợp lý.

Đây là bệnh rất phổ biến, đứng hàng đầu trong các bệnh lý vùng hậu môn, tuy có ảnh hưởng tới cuộc sống nhưng vì bệnh ở vùng kín đáo nên bệnh nhân thường ngại khi đi khám dẫn đến nhiều trường hợp đi khám khi các triệu chứng đã nặng. Do đó, người bệnh khi thấy các biểu hiện bất thường ở vùng hậu môn cần đến ngay các cơ sở y tế chuyên bệnh trĩ để được các bác sĩ kiểm tra, phân loại bệnh trĩ từ đó có hướng điều trị phù hợp và hiệu quả nhất.

1. PHÂN LOẠI BỆNH TRĨ VÀ CẤP ĐỘ TRĨ

Dựa vào vị trí xuất hiện của các búi trĩ để phân loại bệnh trĩ thành các loại: trĩ nội, trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp.

1.1. BỆNH TRĨ NỘI

Theo phân loại bệnh trĩ nội là một tình trạng bệnh lý gây ra do tĩnh mạch ở vùng hậu môn trực tràng (trên đường lược) bị sưng/ phình to vì co giãn quá mức và có thể gây ra một số vấn đề khó chịu, ngay cả khi người bệnh không cảm thấy chúng. Trĩ nội hình thành gần cuối trực tràng, người bệnh không thể nhìn thấy hoặc sờ thấy, trừ trường hợp bị sa ra ngoài.

Bệnh trĩ nội có thể khó chẩn đoán hơn bệnh trĩ ngoại vì khối trĩ nằm ẩn bên trong trực tràng. Ở nam giới do cơ sàn chậu chắc, trĩ nội ít sa ra ngoài nên người bệnh chỉ đến khám lúc có biến chứng chảy máu. Ai cũng có thể mắc bệnh trĩ nội nhưng phổ biến nhất là những người từ 28 – 50 tuổi.

Phân loại bệnh trĩ nội được phân ra thành 4 cấp độ sau:

Cấp độ 1: Búi trĩ mới bắt đầu hình thành bên trong ống hậu môn. Có hiện tượng đau rất khi đi vệ sinh, kèm theo đó là những cơn ngứa ngáy nhẹ.

Cấp độ 2: Người bệnh bắt đầu có cảm giác khó chịu nhiều hơn giai đoạn 1, đi tiêu ra máu nhiều hơn. Đặc biệt là có cục thịt nhỏ lòi ra ngoài ống hậu môn khi cố gắng gồng mình khi đi tiêu.

Cấp độ 3: Búi trĩ sa ra ngoài ống hậu môn và không có khả năng co lên, người bệnh phải dùng tay để đẩy vào bên trong. Tình trạng đau đớn có thể tăng cao, đặc biệt là khi đi tiêu hoặc ngồi trên ghế.

Cấp độ 4: Búi trĩ hoàn toàn sa ra ngoài và không thể đẩy vào bên trong ống hậu môn. Người bệnh luôn phải hứng chịu những cảm giác đau đớn và tình trạng chảy máu luôn xảy ra ngay cả khi đứng hoặc ngồi.

1.2. BỆNH TRĨ NGOẠI

Theo phân loại bệnh trĩ ngoại là bệnh trĩ xuất phát từ tĩnh mạch trĩ dưới đường lược, có thể đi kèm với trĩ nội tạo thành trĩ hỗn hợp. Những búi trĩ này có thể đau và chảy máu do tắc mạch và ngưng.

Đối với phân loại bệnh trĩ ngoại, người bệnh có thể quan sát bằng mắt hoặc sờ nhẹ để cảm nhận kích thước của búi trĩ. Bệnh trĩ ngoại tuy ít gây ra tình trạng chảy máu nhưng lại mang nhiều cảm giác đau đớn, rất đặc biệt khi ngồi.

Trĩ ngoại chia thành trĩ ngoại búi (1, 2, 3 búi) hay hết vòng hậu môn.

Tương tự như phân loại bệnh trĩ nội, bệnh trĩ ngoại cũng được chia thành 4 cấp độ với mức độ nguy hiểm tăng dần:

Cấp độ 1: Là mức độ nhẹ nhất của bệnh trĩ ngoại. Khi đó kích thước của búi trĩ chỉ bằng hạt đậu, người bệnh có cảm giác hơi cộm cộm ở dưới hậu môn khi ngồi, một ít máu có thể xuất hiện khi đi đại tiện.

Cấp độ 2: Các búi trĩ phát triển thành một cục to hơn so với cấp độ 1. Ở giai đoạn này, người bệnh sẽ hứng chịu nhiều cảm giác đau đớn hơn kèm theo đó là tình trạng rát, ngứa ngáy hậu môn. Búi trĩ to hơn và gây ra cảm giác vướng xiu kể cả khi đứng hoặc ngồi.

Cấp độ 3: Búi trĩ bị sa ra ngoài hậu môn và làm tắc nghẽn. Do kích thước búi trĩ lớn nên dễ xảy ra tình trạng chảy máu khi đi đại tiện hoặc do cọ xát vào quần.

Cấp độ 4: Búi trĩ hoàn toàn bị sa ra ngoài hậu môn, gây ra không ít cảm giác đau đớn cho người mắc phải. Nếu không được tiến hành điều trị nhanh chóng rất có khả năng mắc các bệnh đường hậu môn rất cao.

1.3. TRĨ HỖN HỢP

Trĩ hỗn hợp là một dạng phức tạp của bệnh trĩ. Thông thường người ta hay gặp trĩ nội hoặc trĩ ngoại là các dạng đơn giản phân biệt với nhau bằng vị trí tương quan so với đường răng lược ở ống hậu môn. Riêng bệnh trĩ hỗn hợp là khi bệnh nhân có bao gồm cả các búi trĩ nội và các búi trĩ ngoại xen kẽ với nhau.

Trĩ hỗn hợp thường sẽ vừa làm cho bệnh nhân bị các biểu hiện của trĩ nội vừa có biểu hiện của trĩ ngoại lòi ra ngoài làm cho bệnh nhân khó chịu và bất tiện trong sinh hoạt hằng ngày. Bệnh trĩ hỗn hợp được điều trị khó khăn và mất nhiều thời gian chi phí hơn các phân loại bệnh trĩ khác.

2. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ THEO TỪNG PHÂN LOẠI BỆNH TRĨ

Tùy thuộc vào phân loại bệnh trĩ và cấp độ trĩ của từng bệnh nhân mà các bác sĩ sẽ có phương pháp điều trị phù hợp nhất.

- Điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp nội khoa:

Điều trị nội khoa áp dụng cho phân loại bệnh trĩ nội độ 1 và độ 2, cụ thể như sau:

Thuốc uống: Các loại thuốc có dẫn xuất từ chất Flavonoid. Thuốc có tính chất làm gia tăng trương lực tĩnh mạch, bảo vệ vi tuần hoàn và giảm phù nề.

Thuốc đặt tại chỗ bao gồm thuốc mỡ (pommade), thuốc đạn (suppositoire). Thuốc có tính chất giảm đau, giảm viêm, trợ tĩnh mạch. Điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp nội khoa cần được kết hợp với chế độ ăn uống và sinh hoạt hợp lý, lành mạnh. Nếu không tình trạng bệnh có thể sẽ không thuyên giảm mà còn tiến triển theo chiều hướng nặng hơn.

- Điều trị bệnh trĩ bằng thủ thuật:

Có nhiều cách để làm hạn chế búi trĩ mà không phải mổ. Điều trị thủ thuật áp dụng cho phân loại bệnh trĩ độ 1, 2 và một phần độ 3:

+Tiêm xơ búi trĩ: đây là phương pháp dễ thực hiện, đơn giản, nhanh chóng và an toàn cho điều trị bệnh trĩ. Mục đích của phương pháp này là làm xơ teo mạch máu và các tổ chức búi trĩ. Dần dần búi trĩ sẽ hết sa xuống và bị teo nhỏ, sau đó thì dứt hẳn.

Ưu điểm của phương pháp này là không đau, hiệu quả xơ hóa búi trĩ rất cao. Bệnh nhân sau khi được tiêm xơ chỉ cần nghỉ ngơi 30 phút là có thể ra về sinh hoạt bình thường. Tiêm xơ có thể có một số biến chứng như: chảy máu tại điểm tiêm, tiêm vào tuyến tiền liệt, viêm mào và tinh hoàn, rò hậu môn, rò âm đạo.

+ Thất búi trĩ bằng vòng cao su: Phương pháp này sẽ làm giảm lượng máu được bơm vào búi trĩ, tạo mô sẹo xơ dính vào lớp cơ dưới lớp niêm mạc.

+ Quan đông hồng ngoại: Là phương pháp sử dụng nhiệt để điều trị trĩ. Mục đích là làm cho mô bị đông lại bởi tác động của sức nóng, tạo nên sẹo xơ làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ. Quan đông hồng ngoại không đau, an toàn, cầm máu rất hiệu quả nhưng chi phí cho máy đắt và thường phải làm thủ thuật nhiều lần.

- Điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp phẫu thuật cắt trĩ:

Phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc: Là phương pháp cắt khoanh niêm mạc và lớp dưới niêm mạc có búi tĩnh mạch trĩ rồi kéo niêm mạc từ trên xuống khâu với da ở hậu môn. Đây là phương pháp ít được áp dụng do có nhiều biến chứng như hẹp hậu môn, rỉ dịch ở hậu môn, đi ngoài không tự chủ.

Phẫu thuật cắt từng búi trĩ: Là phương pháp cắt riêng từng búi trĩ một, chỉ để lại ở giữa các búi trĩ các mảnh da. Nhược điểm là bệnh nhân đau sau mổ và không hiệu quả trong các trường hợp trĩ vòng.

Phẫu thuật Longo: Là phương pháp cắt vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 3cm nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng trở về vị trí bình thường. Nguồn máu đến búi trĩ sẽ bị cắt. Các búi trĩ do không được cấp máu sẽ teo dần đi. Phương pháp có ưu điểm là thời gian phẫu thuật rất ngắn và ít đau sau mổ. Tỷ lệ tái phát sau mổ rất ít. Nhược điểm là chi phí cao.

Khâu treo trĩ bằng tay: Được cải biên từ phẫu thuật Longo nhưng có giá thành thấp hơn.

Đối với phân loại bệnh trĩ ngoại, không có chỉ định điều trị thủ thuật hay phẫu thuật trừ khi có biến chứng nhiễm trùng hay lở loét, tắc mạch tạo thành những cục máu đông nằm trong các búi trĩ.

Bệnh trĩ khá thường gặp, theo Agbo. S.P (2011) khoảng 50% dân số mắc bệnh này ở tuổi trên 50, tỷ lệ mắc trĩ từ 5 – 36%. Theo ước tính của Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 10 triệu trường hợp mới mắc bệnh trĩ, ước tính rằng 58% những người trên 40 tuổi mắc bệnh chiếm khoảng 4,4% dân số, chủ yếu ở độ tuổi 45 – 65. Tại Việt Nam, theo khảo sát của tác giả Nguyễn Xuân Hùng, bệnh trĩ chiếm 85% các bệnh lý thường gặp vùng hậu môn trực tràng. Gánh nặng kinh tế ước tính của bệnh trĩ trong dân số có bảo hiểm có thể lên đến 800 triệu đô la hàng năm. Do tỉ lệ lưu hành cao, gánh nặng chi phí điều trị ngày càng tăng nên cần phải chú ý nghiên cứu mở rộng đến căn nguyên, phòng ngừa và điều trị bệnh trĩ.

Điều trị bệnh trĩ rất đa dạng từ thay đổi chế độ ăn và lối sống đến phẫu thuật, tùy thuộc vào mức độ và độ nặng của bệnh. Phẫu thuật được chỉ định khi phương pháp điều trị không phẫu thuật thất bại hoặc khi có biến chứng xảy ra. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với bệnh trĩ với tỉ lệ tái phát thấp nhất so với phương pháp khác. Một số phương pháp thường được sử dụng: Ferguson, phẫu thuật Longo, triệt mạch trĩ dưới siêu âm Doppler... Các phương pháp trên đều có ưu điểm và nhược điểm nhất định, tuy nhiên nếu được chỉ định đúng, được thực hiện bởi những phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm và đúng kỹ thuật thì sẽ cho kết quả tốt.

Phương pháp cắt trĩ Milligan – Morgan là phương pháp mổ kinh điển, được đề xuất bởi hai tác giả Milligan và Morgan vào năm 1937. Phương pháp này can thiệp và cắt riêng từng búi trĩ, chỉ để lại cầu da – niêm mạc giữa các búi và khâu lại. Phẫu thuật này được chỉ định cho trĩ hỗn hợp, trĩ nội độ 2, 3 có hoặc không tắc mạch, trĩ ngoại tắc mạch hoặc sa lồi búi trĩ và tắc nghẹt gây đau đớn phải mổ cấp cứu. Với ưu điểm: phương pháp Milligan – Morgan có chỉ định rộng, giá thành rẻ, sẵn sóc sau mổ đơn giản, kiểm soát chảy máu tốt hơn, bệnh nhân sớm trở lại làm việc bình thường, chi phí thấp nên phương pháp này được chỉ định rộng rãi tại các cơ sở.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm, đối tượng, thời gian nghiên cứu:

1.1. Địa điểm:

Khoa Ngoại - Chuyên khoa trung tâm Y tế huyện Bình Lục

1.2. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm những bệnh nhân trĩ được điều trị tại TTYT Bình Lục, thời gian từ tháng 01-9/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Gồm những bệnh nhân trĩ đã được điều trị tại TTYT Bình Lục với các tiêu chuẩn:

+ Bệnh nhân thuộc mọi lứa tuổi.

+ Bệnh trĩ độ 2, độ 3 sa vòng và gần vòng, trĩ hỗn hợp.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những bệnh nhân có áp xe hậu môn, rò hậu môn, u trực tràng.

+ Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

1.3. Thời gian : Từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2023.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Tiến cứu, mô tả trường hợp can thiệp.

3.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân vào khoa điều trị bệnh trĩ từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2023 đều được lựa chọn là đối tượng tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

2.3. Thu thập số liệu:

- Tổng hợp danh sách trường hợp được điều trị Trĩ.

- Quan sát, thu thập dữ liệu cuộc phẫu thuật thông qua bảng kiểm.

- Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu trong, sau quá trình điều trị.

2.4. Phân tích số liệu:

Số liệu sau khi tổng hợp được làm sạch và phân tích trên hệ thống phần mềm thống SPSS 15.0. So sánh kết quả với các nghiên cứu cùng chủ đề.

3. Quan sát phương pháp can thiệp trường hợp bệnh:

3.1. Phương pháp: Vô cảm được thực hiện là phương pháp tiền mê gây tê tại chỗ

3.2. Kỹ thuật mổ: Chia làm hai thì.

3.2.1. Thì 1: cắt các búi trĩ chính theo phương pháp Nguyễn Đình Hối .

Mỗi búi trĩ dùng một đường rạch hình thoi, hai cạnh của hình thoi đi theo đường nan hoa hướng tâm ôm lấy búi trĩ, đầu ngoài hình thoi ở da cưỡi lên bờ dưới cơ thắt trong, đầu trong lên quá đường lược nơi gốc búi trĩ.

3.2.2. Thì 2: Khâu các búi trĩ phụ theo phương pháp Hussein cải biên, gồm hai bước.

Bước 1: Khâu triệt mạch

Dùng chỉ Vicryl 2.0 khâu mũi chữ X trên đường lược từ 1,5-2cm tại gốc các búi trĩ phụ, mũi khâu chỉ vào lớp niêm mạc và lớp dưới niêm không khâu vào cơ thắt trong.

Bước 2: Khâu treo búi trĩ phụ

Tiếp tục dùng sợi chỉ khâu triệt mạch khâu xếp niêm mạc trực tràng bằng các mũi khâu ngang vào niêm mạc và lớp dưới niêm mạc, bề rộng mũi khâu ngang khoảng 0,5-1 cm và chiều cao mỗi mũi xếp nếp khoảng 1 cm, số mũi khâu xếp nếp tùy vào kích thước của búi trĩ sa, sau đó cột chỉ và tiếp tục khâu các búi trĩ khác.

Kết thúc cuộc mổ kiểm tra lại lòng ống hậu môn, nếu có cảm giác hẹp thì nên cắt cơ vòng trong ở phía bên.

3.3. Chăm sóc sau mổ:

- Giảm đau: Dùng Paracetamol 1g x 2 lần/ngày trong ngày đầu, các ngày sau dùng nhóm No steroid uống.

- Kháng sinh: Dùng nhóm Cephalosporine và Metronidzole tại bệnh viện, khi ra viện dùng kháng sinh uống.

- Thuốc nhuận tràng và các thuốc hướng tĩnh mạch.

- Chăm sóc vết thương tại bệnh viện bằng ngâm hậu môn thuốc tím và tiếp tục ngâm hậu môn tại nhà bằng nước lá trầu không khi xuất viện.

- Chế độ ăn: Ăn lỏng ngày đầu sau mổ, sau đó ăn chế độ bình thường.

- Tái khám theo lịch hẹn từ 1-2 tuần, trong 3 tháng.

* Cơ sở đánh giá đau: Đau được đánh giá theo thang đánh giá khách quan của Hiệp hội Tiêu hóa Pháp gồm ba mức độ: độ I (đau ít), độ II (đau vừa), độ III (đau nhiều).

* Bệnh nhân được theo dõi trong thời gian ba tháng sau mổ, đánh giá mức độ đau sau mổ, sau khi đi cầu lần đầu và sau hai tuần, thời gian lành vết thương, các biến chứng sau mổ, tỷ lệ da thừa, trĩ sót và sa niêm mạc ống hậu môn trực tràng.

3.4. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được Hội đồng KHKT Trung tâm Y tế huyện Bình Lục thông qua.

- Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng được phỏng vấn. Nghiên cứu không làm tổn hại tinh thần, thể chất của những người tham gia nghiên cứu.

- Tất cả đối tượng được chọn vào mẫu nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu một cách rõ ràng. Nghiên cứu cam kết không tiết lộ bất cứ thông tin nào về người được điều tra, chỉ nghiên cứu viên được phép sử dụng thông tin cho mục đích nghiên cứu.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Qua số liệu được điều tra từ tháng 01 đến 09/2023, có 35 bệnh nhân mắc trĩ độ 2 và độ 3 gần vòng hay vòng được phẫu thuật cắt các búi trĩ chính theo phương pháp Nguyễn Đình Hồi kết hợp khâu treo các búi trĩ phụ theo phương pháp Hussein cải biên, thực hiện kỹ thuật phân tích số liệu, nhóm nghiên cứu thu được kết quả cụ thể như sau:

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân trước mổ

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
< 30	2	5.7%
30-40	7	20.0%
40-50	16	45.7%
≥ 50	10	28.6%
Giới tính	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
Nam	22	62.8%
Nữ	13	37.2%
Nghề nghiệp	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
Nông dân	10	28.5%
Công nhân-Viên chức	25	71.5%

Nhận xét: Tuổi trung bình là: $39,13 \pm 1,27$ tuổi, tuổi thấp nhất là 22 tuổi, tuổi cao nhất là 66 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ~ 60/40. Nghề nghiệp thấp nhất là nông dân 28.8%, cao nhất là công nhân – viên chức 71.5%.

Bảng 2: Phân loại bệnh trước mổ

Phân loại	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ %
Trĩ độ 2	8	22.9%
Trĩ độ 3	22	62.8%
Trĩ hỗn hợp	5	14.3%

Nhận xét: Trĩ độ 2 là 22.9% (8 bệnh nhân), trĩ độ 3 là 62.8% (22 bệnh nhân), trĩ hỗn hợp là 14.3% (5 bệnh nhân).

Bảng 3 : Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
< 30 phút	11	31.4%
30-40 phút	20	57.1%
> 40 phút	4	11.5%

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật dưới 30 phút 31.4 % (n=11), 30-40 phút 57.1% (n=20, trên 40 phút 11.5% (n=4).

Bảng 4 : Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
< 5 ngày	6	17.1%
5-7 ngày	25	74.4%
≥ 7 ngày	4	11.5%

Nhận xét: thời gian nằm viện chủ yếu từ 5-7 ngày (74.4 %). Thời gian nằm ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 8 ngày.

Bảng 5 : Thời gian lành vết thương

Thời gian lành vết thương	Số bệnh nhân (n=35)	Tỷ lệ (%)
< 3 tuần	2	5.7%
3-4 tuần	28	80.1%
≥ 4 tuần	5	14.2%

Nhận xét: thời gian lành vết thương chủ yếu là 3- 4 tuần(80.1%). Thời gian lành nhanh nhất là 3 tuần, dài nhất là 5 tuần.

Bảng 6: Đau sau mổ

Đau sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau ngày đầu:		
- Đau ít	19	54.3%
- Đau vừa	15	42.9%
- Đau nhiều	1	2.8%
Đau khi đi vệ sinh lần đầu		
- Đau ít	22	62.9%
- Đau vừa	11	31.4%
- Đau nhiều	2	5.7%
Đau sau 2 tuần		
- Đau vừa	4	11.5%

Nhận xét: Trong ngày đầu đau nhiều 2.8% (n=1), đau nhiều khi đi vệ sinh lần đầu 5.7% (n=2), sau hai tuần đau vừa 11.5% (n=4).

Bảng 7: Các biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu	2	5.7%
Bí tiểu	2	5.7%
Táo bón	1	2.8%
Ngừa hậu môn	3	8.5%
Mót rặn	5	14.2%
Huyết khối trĩ ngoại	0	0%

Nhận xét: không có bệnh nhân nào bị các biến chứng sau: huyết khối trĩ ngoại, rối loạn tự chủ hậu môn, nhiễm trùng toàn thân.

Bảng 8: Da thừa, trĩ sót và sa niêm mạc

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Da thừa	1	2.8%
Trĩ sót	1	2.8%
Sa niêm mạc	0	0 %

Nhận xét: Da thừa 1 trường hợp chiếm 2.8%, trĩ sót 1 trường hợp chiếm 2.8%, không có trường hợp nào sa niêm mạc.

Chương 4. BÀN LUẬN:

Từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2023 chúng tôi thực hiện được 35 bệnh nhân có trĩ độ 2 và độ 3, biểu hiện lâm sàng là trĩ sa vòng và gần vòng, phẫu thuật theo phương pháp khâu treo búi trĩ phụ trong cắt trĩ từng búi, sau khi phân tích các dữ liệu chúng tôi rút ra một số nhận xét sau đây:

1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân bị bệnh trĩ

1.1. Đặc điểm chung:

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh chủ yếu ở nhóm người trưởng thành trong độ tuổi lao động trong đó gặp nhiều nhất ở đối tượng tuổi từ 40-50 chiếm 45.7% là độ tuổi lao động và làm việc. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $39,13 \pm 1,27$, trong đó thấp nhất là 22 tuổi, cao nhất là 66 tuổi. Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Tín tuổi trung bình là $39,76 \pm 1,25$

Trong nghiên cứu 35 bệnh nhân trĩ của chúng tôi nam nhiều hơn nữ 62.8% so với 37.2%, có đầy đủ các ngành nghề trong xã hội nhưng tập trung chủ yếu là công nhân – viên chức (71.5%), làm ruộng (28.5%). Có thể nói rằng tính chất công việc như phải đứng nhiều, ngồi lâu, căng thẳng về tinh thần là nguyên nhân gây ra bệnh.

1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị bệnh trĩ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân bị trĩ nội chiếm 74.2% (n=26), trĩ hỗn hợp có 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 25.8%.

2. Kết quả sau mổ:

2.1. Đau sau mổ:

Đau sau mổ trĩ luôn là mối quan tâm chính của các phẫu thuật viên và là lý do bệnh nhân từ chối phẫu thuật, bởi các phẫu thuật này đều tác động đến vùng nhạy cảm với cảm giác đau.

Chúng tôi ghi nhận có 19 trường hợp đau ít trong ngày đầu, 2 trường hợp đau nhiều. Khi đi vệ sinh lần đầu có 11 trường hợp đau vừa, 2 trường hợp đau nhiều.

Trong các trường hợp mũi khâu triệt mạch lấy gần đường lược hơn có thể gây cho bệnh nhân cảm giác mót rặn và đau nhiều ngày sau mổ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy có 14.2% mót rặn trong tuần đầu sau mổ, Nguyễn Trung Tín có 15,6%. Sau 2 tuần chúng tôi có 4 trường hợp đau vừa chiếm 11.5%, Nguyễn Trung Tín có 23 trường hợp chiếm 22%.

2.2. Các biến chứng sau mổ:

So sánh các biến chứng sau mổ

Tác giả	Biến chứng					
	Chảy máu (%)	Bí tiểu (%)	Táo bón (%)	Ngứa hậu	Mót rặn	Huyết

				môn (%)	(%)	khối (%)
Nguyễn Trung Tín	2,62%	5,24%	4,71%	2,62%	3,66%	2,09%
Chúng tôi	5.7%	5.7%	2.8%	8.5%	14.2%	0%

Các biến chứng sau mổ so với các tác giả đã nghiên cứu trước đó, chúng tôi gặp ít hơn có lẽ số lượng bệnh nhân chưa đủ nhiều và đặc biệt không có bệnh nhân nào bị huyết khối trĩ ngoại, rối loạn tự chủ hậu môn, nhiễm trùng toàn thân. Trong lô nghiên cứu của Nguyễn Trung Tín vẫn còn 4 trường hợp huyết khối trĩ ngoại chiếm 2,09%.

2.3. Da thừa và trĩ sót sau mổ:

Trong nghiên cứu này, hiệu quả của khâu treo triệt mạch các búi trĩ phụ để làm giảm bớt tỷ lệ trĩ sót và sa niêm mạc hậu môn là khá rõ rệt. Tuy nhiên qua theo dõi 3 tháng sau mổ chúng tôi còn gặp 1 trường hợp da thừa chiếm 2.8%, trĩ sót 1 trường hợp chiếm 2.8%, đặc biệt không có bệnh nhân nào sa niêm mạc trực tràng.

Trong đó tác giả Nguyễn Trung Tín, trong lô nghiên cứu điều trị phẫu thuật cho trĩ sa vòng và gần vòng, gồm 199 bệnh nhân được điều trị cắt trĩ theo phương pháp Nguyễn Đình Hối và 191 bệnh nhân được điều trị cắt các búi trĩ chính theo phương pháp Nguyễn Đình Hối và kết hợp với khâu treo các búi trĩ phụ còn lại theo phương pháp Hussein cải biên. Sau mổ một tháng với các kết quả có tỷ lệ như sau: da thừa 9,1%/8,9%; trĩ sót 11,1%/ 5,2%; sa niêm mạc 6,5%/2,1%.

Với kỹ thuật khâu treo của mình, Hussein nhận xét trong tuần đầu tiên có 15% bệnh nhân còn da thừa sau mổ, sau một năm chỉ còn 2% bệnh nhân còn tồn tại những mẩu da thừa này. Tác giả đề nghị vị trí khâu triệt mạch và khâu treo trĩ trong khoảng từ 1,5-2cm trên đường lược để giảm tỷ lệ biến chứng này.

Lê Quang Nhân khi so sánh giữa nhóm bệnh nhân được phẫu thuật Buie và nhóm bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Longo cải biên, tác giả nhận thấy ở nhóm phẫu thuật Buie chỉ có 5 trường hợp da thừa (chiếm 12,2%) và nhóm Longo cải biên có 20 trường hợp (chiếm 48,8%), không có trường hợp nào phải phẫu thuật cắt da thừa.

Qua theo dõi trong 5 năm gồm 378 bệnh nhân cắt trĩ từng búi, kết quả trĩ tái phát của tác giả Nguyễn Đình Hối là 8%.

Như vậy với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với các tác giả đã nghiên cứu trước thì tỷ lệ da thừa là tương đương nhau, nhưng tỷ lệ trĩ sót chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp. Đặc biệt không có bệnh nhân nào sa niêm mạc trực tràng, huyết khối trĩ ngoại, rối loạn tự chủ hậu môn, nhiễm trùng toàn thân.

Chương 5. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu tiền cứu trên 35 bệnh nhân có trĩ độ 2 và độ 3 gần vòng hoặc vòng, phẫu thuật theo phương pháp khâu treo búi trĩ phụ kết hợp với cắt trĩ từng búi tại TTYT Bình Lục từ tháng 01 đến tháng 09/2023 chúng tôi có kết luận sau:

- Đặc điểm lâm sàng:

Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ (nam 62.8%, nữ 37.2%), các triệu chứng đều là đại tiện lõi khối, đau rát kèm theo chảy máu. Bệnh nhân trĩ độ 2, độ 3 chiếm 85.7%, chỉ có 14.3% trĩ hỗn hợp.

- Kết quả sau phẫu thuật:

Không có bệnh nhân nào bị huyết khối trĩ ngoại, rối loạn tự chủ hậu môn, nhiễm trùng toàn thân.

- Kết quả sau 3 tháng:

Chúng tôi nhận thấy có 86,8% cho kết quả tốt, không có trường hợp nào sa niêm mạc trực tràng. Tuy nhiên vẫn còn 1 trường hợp da thừa chiếm 2.8%, trĩ sót 1 trường hợp chiếm 2.8%.

Qua theo dõi và so sánh kết quả với các phương pháp phẫu thuật kinh điển như: Parks, Milligan-Morgan, Ferguson, cắt trĩ đơn thuần của Nguyễn Đình Hồi hay Hussein cải biên. Chúng tôi thấy đây là phương pháp phẫu thuật có tỷ lệ biến chứng cũng như tái phát trĩ thấp. Bệnh nhân luôn hài lòng với cuộc mổ, yên tâm điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi (1982). “Điều trị trĩ bằng phẫu thuật cắt bỏ riêng lẻ từng búi”. *Tạp chí ngoại khoa*, 2, 1982, tr: 40-46.
2. Nguyễn Đình Hồi (2002). “Bệnh trĩ”. *Trong hậu môn trực tràng học*. Nhà xuất bản y học, tr. 73-104.
3. Lê Quang Nhân (2003). *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị trĩ nội độ 3-4 bằng phẫu thuật Longo cải tiến*. Hội thảo chuyên đề bệnh hậu môn-Trực tràng, tr 39-45.
5. Nguyễn Trung Tín (2011). “Kết quả khâu treo búi trĩ phụ trong cắt trĩ từng búi”, *Y học TP.Hồ Chí Minh*, tr. 128-133.
6. Nguyễn Trung Tín (2006). “Khâu triệt mạch và treo trĩ trong điều trị trĩ hỗn hợp và trĩ vòng”. *Y học TP.Hồ Chí Minh*. Tập 10, phụ bản số 1, tr. 56-59.
7. Hussein A.M (2001). “Ligation anopexy for treatment of advanced hemorrhoidal disease”, *Dis Colon Rectum*, vol. 44 (12), PP. 1887-1890.
8. Longo A. (2000). “PPH stapled hemorrhoidectomy”, *The XXIth Biennial Congress of The International Society of Colon and Rectal Surgeons*, Osaka, Japan.