

với phì đại có cuống theo phân loại trên CHT (một dạng lõi của TTL vào trong bàng quang). Trong loại này, có một hoặc nhiều hơn một nốt tăng sinh TTL chia thùy lõi trực tiếp vào bàng quang. Ngược với phì đại sau niệu đạo, loại này dẫn đến tắc nghẽn bàng quang nhưng không di chuyển tam giác bàng quang ở phía trên. Nó được đánh giá tốt trên ảnh T2W sagittal.

Phì đại có cuống phổ biến hơn ở bệnh nhân trẻ [3]. Phì đại có cuống đơn thuần được coi là loại 4 trong phân loại CHT. Trong nghiên cứu của chúng tôi loại 4 có 5 trong số 68 bệnh nhân chiếm 7,35%.

Loại 5 bao gồm bệnh nhân với phì đại vùng trung tâm có cuống và phì đại vùng chuyển tiếp hoặc và phì đại sau niệu đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi loại 5 có 14 trong số 68 bệnh nhân (20,59%)

#### 5. Tăng sinh dưới tam giác cổ bàng quang (loại 6)

Phì đại tuyến vùng xung quanh niệu đạo có thể được nhìn thấy trong vùng dưới tam giác cổ bàng quang. Tổn thương thường là hình oval hoặc hình tròn. Đây là loại TSLTTTL hiếm, thường không dẫn đến triệu chứng tắc nghẽn vì vị trí tương đối biệt lập của nó [3]. Đây là loại 6, được đánh giá tốt trên hình ảnh sagittal. Nghiên cứu của chúng tôi loại 6 có 1

trong 68 bệnh nhân (1,47%).

Loại 7: bao gồm bệnh nhân kết hợp các loại phì đại. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào thuộc phân loại này

#### KẾT LUẬN

TSLTTTL là một tình trạng phổ biến ở nam giới trung niên và cao tuổi gây ra triệu chứng đường tiểu dưới ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. CHT với độ phân giải tương phản mô mềm cao, khách quan, có thể ước lượng thể tích vùng tăng sinh hoặc thể tích toàn bộ TTL, phát hiện các vùng phì đại và phân loại TSLTTTL giúp cho việc lựa chọn điều trị. Vì vậy, sắp tới đây là một trong các kỹ thuật hỗ trợ các bác sỹ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh đánh giá cũng như quản lý các bệnh nhân TSLTTTL có triệu chứng

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berry SJ et al** (1984). *The development of human benign prostatic hyperplasia with age*, 132: 474–479.
2. **Grossfeld GD et al** (2000). *Benign prostatic hyperplasia: clinical overview and value of diagnostic imaging*, 38: 31–47.
3. **Randall A et al** (1931). *Surgical pathology of prostatic obstructions*. Urology 1931.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP MỔ CẮT TRĨ PHỐI HỢP VỚI KHÂU TREO

DƯƠNG PHONG<sup>1</sup>, PHẠM THẾ HIỀN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, <sup>2</sup>Trường Đại học Trà Vinh

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Các trường hợp trĩ độ 3 và 4, biểu hiện lâm sàng là sa vòng hay gần vòng phải được điều trị bằng phẫu thuật. Vấn đề mà cả thầy thuốc và bệnh nhân quan tâm là kết quả sau mổ tỷ lệ trĩ sót và da thừa có cải thiện được không. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phương pháp mổ cắt trĩ phối hợp với khâu treo trong điều trị trĩ sa vòng và gần vòng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, theo dõi dọc, được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ tháng 7/2010 đến tháng 11/2011. **Kết quả:** Tỷ lệ da thừa còn cao nhưng tỷ lệ trĩ sót và sa niêm mạc ống hậu môn trực tràng rất khả quan.

**Từ khóa:** Mổ cắt trĩ phối hợp với khâu treo.

#### SUMMARY

RESEARCH RESULTS OF HEMORRHOIDECTOMY COMBINED WITH SURROUNDED SUTURE AND SUSPENSION

Chịu trách nhiệm: Phạm Thế Hiền

Email: hien\_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận: 08/2/2017

Ngày phân biện: 18/3/2017

Ngày duyệt bài: 30/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017

**Background:** Patients with three and four-degree hemorrhoids that have symptoms like circular prolapsed or nearly circular prolapsed hemorrhoids need to be treated with surgery. The problem that physicians and patients worry about is whether if the ratios of remaining hemorrhoidal tissues and excess skin after surgery do improve. **Objective:** The purpose of this study is an effort to access the results of hemorrhoidectomy combined with surrounded suture and suspension in treating circular prolapsed and nearly circular prolapsed hemorrhoids. **Materials and methods:** The clinical non-control group intervention and longitudinal study was conducted at Medical and Pharmacy University Hospital of Ho Chi Minh city from July 2010 to November 2011. **Results and conclusions:** The ratio of excess skin is still high but the ratios of remaining hemorrhoidal tissues and mucous membrane prolapse of the anorectal canal are quite satisfactory.

**Keywords:** Hemorrhoidectomy combined with surrounded suture and suspension.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ sa vòng và gần vòng phải được điều trị bằng phẫu thuật. Tuy nhiên trĩ sót và da thừa là 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 cảm giác kết quả điều trị không như mong muốn. Với mong muốn hạn chế tỷ lệ da thừa và trĩ sót sau mổ cho bệnh nhân có trĩ sa vòng hoặc gần vòng và góp phần nghiên cứu cùng các tác giả đã nghiên cứu trước đó. Chúng tôi tiếp tục thực hiện phẫu thuật cắt từng búi trĩ chính theo phương pháp Nguyễn Đình Hồi kết hợp với khâu treo các búi trĩ phụ còn lại theo phương pháp Hussein cải biên.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Hậu môn, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh, trong thời gian từ tháng 7/2010 đến tháng 11/2011.

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, theo dõi dọc trong 3 tháng sau mổ với các bệnh nhân có trĩ sa vòng hay gần vòng.

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS, trung bình và độ lệch chuẩn sẽ được tính cho biến định lượng, tỷ lệ được tính cho các biến định tính, phép kiểm Chi bình phương để so sánh giữa các tần suất của 2 biến định tính. Mức ý nghĩa thống kê được thực hiện ở mức  $p < 0,05$ .

Bệnh nhân được theo dõi trong thời gian 3 tháng sau mổ, đánh giá mức độ đau sau mổ, sau khi đi cầu lần đầu và sau 2 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.

#### KẾT QUẢ

Từ tháng 7/2010 đến tháng 11/2011, có 134 bệnh nhân mắc trĩ sa vòng và gần vòng được phẫu thuật cắt các búi trĩ chính theo phương pháp Nguyễn Đình Hồi kết hợp với khâu triệt mạch và khâu treo các búi trĩ phụ còn lại theo phương pháp Hussein cải biên.

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân trước mổ

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	71	53
Nữ	63	47
Độ 3	78	58,2
Độ 4	51	38,1
Trĩ hỗn hợp	05	3,7
Sa vòng	54	40,3
Sa gần vòng	80	59,7

Tuổi trung bình là  $42,49 \pm 1,17$  (từ 18 đến 77).

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

	Thời gian trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	$22,12 \pm 5,56$
Thời gian nằm viện (ngày)	$2,04 \pm 0,88$
Thời gian lành vết thương (tuần)	$4,24 \pm 0,87$

Bảng 3: Đau sau mổ

Đau sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau ngay đầu:		
Đau ít	112	83,6
Đau vừa	21	15,7
Đau nhiều	1	0,7
Đau khi đi cầu lần đầu:		
Đau vừa	96	71,6
Đau nhiều	1	0,7
Đau sau 2 tuần:		
Đau vừa	43	32

Bảng 4: Các biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu	02	1,5
Bí tiểu	05	3,7
Táo bón	14	10,4
Ngứa hậu môn	13	9,7
Mót rặn	27	20,1
Hẹp da quanh hậu môn	03	2,2

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

Bảng 5: Da thừa, trĩ sót và sa niêm mạc

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Da thừa	13	10,4
Trĩ sót	04	3
Sa niêm mạc	01	0,7

#### BÀN LUẬN

##### 1. Cơ sở lý luận về khâu triệt mạch và khâu treo Triệt mạch trĩ

Búi trĩ được cung cấp máu bởi nhánh tận của động mạch trực tràng trên sau đó máu trở về hệ tuần hoàn chung bằng hệ tĩnh mạch.

Nếu thất nguồn động mạch cung cấp máu, búi trĩ sẽ từ từ teo nhỏ theo thời gian. Búi trĩ bị thất số lượng máu cung cấp vào (động mạch) trong khi số lượng ra (tĩnh mạch) không tăng, tỷ lệ lượng vào/lượng ra giảm, kết quả búi trĩ sẽ co nhỏ thể tích từ từ trong vòng 6 đến 8 tuần, kéo theo các mô liên kết, mô nâng đỡ búi trĩ cũng co nhỏ theo và làm giảm sa búi trĩ.

Khi triệt động mạch đến búi trĩ, không sợ triệt hoàn toàn đường tĩnh mạch về vì nếu đường về tĩnh mạch trực tràng trên của đám rối trĩ nội bị khâu cột, vẫn còn có sự thông nối giữa các đám tĩnh mạch "trong và ngoài", máu từ đám rối trĩ nội sẽ theo các nhánh thông nối đổ về đám rối trĩ ngoại, vào tĩnh mạch trực tràng dưới, về hệ chủ và hệ tuần hoàn chung. Các nhánh thông nối giữa đám rối trĩ nội và đám rối trĩ ngoại đều nằm trong khoảng từ đường lược trở xuống, trong khi các mối chỉ khâu triệt động mạch trĩ nằm trên đường lược từ 1,5 đến 2cm, do đó không ngại khâu phạm vào những nhánh thông nối này.

##### Treo mô trĩ sa

Trĩ nội nằm ở dưới lớp niêm mạc, phía trên đường lược, bao bọc chung quanh búi trĩ là niêm mạc.

Lúc đầu búi trĩ còn nhỏ nằm trên đường lược, về sau to dần ra, mô nâng đỡ và dây chằng Parks chùng ra, trĩ sa xuống.

Năm 1993 Bác sĩ Antonio Longo, một phẫu thuật viên người Ý đã đề ra phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc trên đường lược, khâu lại bằng máy khâu bấm nhằm triệt mạch và treo mô trĩ.

Vì giá thành máy bấm cao nên một số tác giả đã nghiên cứu kỹ thuật khâu treo trĩ như Hussein, khâu xếp nếp niêm mạc trực tràng trong phẫu thuật Longo cải biên.

##### Vùng ít đau

Cảm giác vùng ống hậu môn tính từ 1,5cm trên

đường lược trở xuống được chi phối bởi nhánh cảm giác của thần kinh trực tràng dưới là nhánh của thần kinh thẹn, xuất phát từ các rễ cùng S2, S3 và S4. Vùng này tiếp nhận cảm giác bản thể (đau, nhiệt, xúc giác). Còn phần trực tràng phía trên được chi phối bởi các dây thần kinh cường tiếp nhận các cảm giác nội tạng (cảm giác căng).

Vì vậy khâu triệt mạch và treo các búi trĩ trên đường lược 2cm sẽ ít gây đau thêm trong phẫu thuật phối hợp cắt các búi trĩ chính và khâu treo búi trĩ phụ còn lại, có chăng chỉ là cảm giác căng tức.

### 2. Kỹ thuật khâu triệt mạch và khâu treo

Sau khi khâu triệt mạch bằng mũi chữ X bên trên đường lược 1,5-2cm và tiếp tục khâu xếp nếp lên trên niêm mạc trực tràng để máu của các nhánh tận của động mạch trực tràng trên đi tới các đám rối trĩ trong giảm xuống còn tối thiểu, làm cho kích thước của các búi trĩ sẽ giảm dần theo thời gian đồng thời mũi khâu treo sẽ giúp kéo búi trĩ vào trong ống hậu môn làm giảm trĩ sót sau mổ.

Các mũi khâu triệt mạch và khâu treo trĩ được thực hiện trên đường lược 1,5-2cm nên sự thông nối của các đám rối mạch máu trĩ ngoài và trong không bị ảnh hưởng, vì thế có thể tránh được các biến chứng sưng phù hay huyết khối gây tắc mạch trong đám rối trĩ ngoài.

Trong trường hợp mũi khâu triệt mạch gần đường lược có thể gây cho bệnh nhân cảm giác mót rặn và đau nhiều ngày sau mổ.

### 3. Kết quả theo dõi sau 3 tháng

Mức độ đau sau mổ, sau khi đi cầu, thời gian lành vết thương:

- Đau ngày đầu: 83,6% đau ít, 15,7% đau vừa và 0,7% đau nhiều.
- Đau khi đi cầu lần đầu tiên: 71,6% đau vừa, 0,7% đau nhiều.
- Đau sau 2 tuần: 32,1% đau vừa, số còn lại hết đau.
- Thời gian trung bình lành vết thương:  $4,24 \pm 0,87$  tuần.

Các biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sớm 1,5%.
- Bí tiểu: 3,7%.
- Táo bón: 10,4% (trước mổ là 57,2%, mức ý nghĩa  $p = 0,005$ ).
- Ngứa hậu môn: 9,7%.
- Mót rặn: 20,1%.
- Hẹp da quanh hậu môn: 2,2%.
- Không có bệnh nhân nào bị huyết khối trĩ ngoại, nứt hậu môn, rối loạn tự chủ hậu môn hoặc nhiễm trùng toàn thân.

Tỷ lệ da thừa, trĩ sót, sa niêm mạc hậu môn:

- Da thừa: 10,4%.
- Trĩ sót: 3%.
- Sa niêm mạc hậu môn: 0,7%.

### KẾT LUẬN

Phương pháp mổ cắt trĩ từng búi theo phương pháp Nguyễn Đình Hối, kết hợp với khâu treo các búi trĩ phụ còn lại theo phương pháp Hussein cải biên, để điều trị cho bệnh nhân mắc trĩ sa vòng hoặc gần vòng, được theo dõi trong 3 tháng đầu sau mổ tuy không làm giảm tỷ lệ da thừa nhưng tỷ lệ trĩ sót và sa niêm mạc hậu môn trực tràng rất khả quan. Đặc biệt là không có bệnh nhân bị huyết khối trĩ ngoại và rối loạn tự chủ hậu môn, tuy nhiên có 3 bệnh nhân bị hẹp da quanh hậu môn nhưng bệnh nhân vẫn đi cầu bình thường, dù phân có nhỏ hơn trước mổ nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hằng ngày, bệnh nhân hài lòng với cuộc mổ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hậu (2004), *Thắt động mạch trĩ với siêu âm hướng dẫn và khâu xếp nếp niêm mạc trực tràng trong điều trị trĩ*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đình Hối (1982), *“Điều trị trĩ bằng phẫu thuật cắt bỏ riêng lẻ từng búi”*, *Ngoại khoa*, tập 9, tr. 40-46.
3. Nguyễn Đình Hối (2002), *“Bệnh trĩ”*, trong *Hậu môn trực tràng học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 73-104.

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VỚI HÌNH ẢNH NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH THỂ TỶ VỊ HƯ HÀN

ĐẠU XUÂN CẢNH<sup>1</sup>, PHẠM THỊ THU THỦY<sup>2</sup>  
NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Học viện Y học cổ truyền Việt Nam

<sup>2</sup>Trung tâm Y khoa Medic - Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Trường Đại học Đại Nam

### TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm dạ dày mạn tính là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, trong đó thể tỷ vị hư hàn là hay gặp nhất. Y học hiện đại có nhiều công trình nghiên cứu về nhiễm *Helicobacter Pylori* hình ảnh nội soi ở viêm dạ dày mạn tính, tuy nhiên y học cổ truyền còn ít được chú ý. Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu Thủy

Email: drthuthuy@gmail.com

Ngày nhận: 28/2/2017

Ngày phản biện: 16/3/2017

Ngày duyệt bài: 24/3/2017

Ngày xuất bản: 20/4/2017