

So với nghiên cứu Aylin Uskudar Guclu, tỷ lệ kháng linezolid ở *S. aureus* là rất thấp (0,3%), nhưng tỷ lệ kháng clindamycin ở *S. aureus* (17,2%) và CoNS (38,2%) lại khá cao.⁵ Nghiên cứu của Lại Thị Quỳnh cũng chỉ ra *S. aureus* kháng hầu hết các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam, với tỷ lệ kháng Penicillin lên tới 97,1%.² Nghiên cứu của Nguyễn Văn An (2022) tại Yên Bái cho thấy MRSA là 80,3%. *S. aureus* nhạy cảm cao nhất với linezolid và quinupristin-dalfopristin (100%), tiếp đó là vancomycin (97,1%) và trimethoprim - sulfamethoxazole (78,6%).⁶ Như vậy, *S. aureus* đang gia tăng kháng thuốc, đặc biệt là với các nhóm β -lactam và Oxacillin, điều này cho thấy sự cần thiết phải cải thiện chiến lược sử dụng kháng sinh và áp dụng các biện pháp giám sát hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nuôi cấy dương tính của các mẫu bệnh phẩm đường hô hấp dưới ở mức 43,4%
- Các vi khuẩn như *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, và *S. aureus* vẫn chiếm ưu thế đặc biệt ở các BN viêm phổi bệnh viện
- Tỷ lệ kháng kháng sinh của *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, và *S. aureus* cao, đặc biệt đối với nhóm Cephalosporin, Carbapenem và Aminocyclitol.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường giám sát kháng sinh, cải

thiện chiến lược điều trị, kiểm soát chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh, và tăng cường phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện để đối phó hiệu quả với tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salam M.A, Al-Amin M.Y, Salam M.T, et al. (2023). Antimicrobial resistance: a growing serious threat for global public health. Paper presented at: Healthcare2023.
2. Lại Thị Quỳnh, Phạm Thị Tâm, Cần Thị Khánh Hòa, et al. (2022). Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp Hải Phòng năm 2018–2020. Tạp chí Y học Dự phòng. 2022. 32(4 Phụ bản):40-47.
3. Lê Na, Dương Thị Loan, Phạm Thị Huyền Trang. (2022). Sự phân bố các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm của bệnh nhân viêm phổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 518(2).
4. Bùi Trí Cường, Nguyễn Văn Trọng, Nguyễn Đăng Mạnh. (2019). Tỷ lệ phân lập được và đặc điểm kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii* tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. 2019.
5. Guclu A.U, Kocak A.A, Ok M.A, et al. (2021). Antibacterial resistance in lower respiratory tract bacterial pathogens: a multicenter analysis from Turkey. The Journal of Infection in Developing Countries. 2021. 15(02):254-262.
6. Nguyễn Văn An, Triệu Thanh Bình. (2025). Đặc điểm kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp thường gặp trên bệnh nhi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025. 546(2).

MÔ HÌNH BỆNH TRĨ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THEO PHÂN LOẠI BPRST TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Tất Thành^{1,2}, Nguyễn Thị Lý^{2,3}, Phạm Thị Thanh Huyền²,
Lê Nhật Huy², Phạm Phúc Khánh², Nguyễn Đức Thao²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mô hình bệnh trĩ và kết quả điều trị theo phân loại BPRST. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 225 bệnh nhân trĩ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện HN Việt Đức từ 1/2024 – 6/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh trĩ đi khám ở giai đoạn BPRST II và III chiếm lần lượt 37,3% và 53,7%. Tỷ lệ bệnh nhân phân độ Goligher I nhưng thuộc nhóm BPRST III chiếm 25,8%. Tỷ lệ người bệnh phải phẫu thuật chiếm 72,9%. Số ngày

nằm viện và mức độ đau của nhóm bệnh nhân phẫu thuật không cắt trĩ tốt hơn so với nhóm cắt trĩ kinh điển. Không có biến chứng sau mổ, chất lượng cuộc sống của người bệnh cải thiện với số điểm 40% theo thang điểm HEMO-FISS-QoL. **Kết luận:** Phân loại BPRST đánh giá toàn diện về các triệu chứng của bệnh trĩ đồng thời đưa ra hướng dẫn điều trị cho từng giai đoạn. Phân độ bệnh trĩ chính xác, nhằm lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp sẽ giúp tăng hiệu quả điều trị và giảm biến chứng sau mổ.

Từ khóa: Bệnh trĩ, phân độ bệnh trĩ, phân độ Goligher, phân độ BPRST

SUMMARY

HEMORRHOIDS PATTERN AND TREATMENT RESULTS ACCORDING TO THE BPRST CLASSIFICATION AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thao

Email: drthao.vietduchospital@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

Aim: to evaluate the hemorrhoidal model and treatment results following the BPRST classification. **Objects and Method:** 225 patients suffered hemorrhoids at Vietduc University Hospital from 01/2024 - 06/2024. Cross-sectional study. **Results:** The proportion of patients in BPRST II and III accounted for 37.3% and 53.7%. 25.8% of patients with Goligher I were in the group of BPRST III. 72.9% of patients required surgical treatment. Patients in the group of non-anoderm resections had less time of hospitalization and less pain than the group of hemorrhoidectomy. There were no postoperative complications, and the patient's quality of life improved with a score of 40% according to the HEMO-FISS-QoL scale. **Conclusion:** The BPRST classification comprehensively assesses hemorrhoid symptoms with treatment guidelines for each stage. Based on that, surgeons can choose the appropriate treatment method to increase outcomes and reduce complications. **Keywords:** Hemorrhoid, hemorrhoid classification, Goligher classification, BPRST classification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một trong những bệnh thường gặp nhất ở vùng hậu môn trực tràng với tỉ lệ mắc bệnh trong cộng đồng là 34,7%- 55%¹. Phân độ trĩ theo Goligher², dựa vào mức độ sa trĩ nội, với ưu điểm dễ sử dụng, được ứng dụng nhiều nhất trên lâm sàng. Tuy nhiên, do một số hạn chế của phân loại Goligher bao gồm: chưa đánh giá số lượng búi trĩ nội, trĩ ngoại, trĩ vòng và tình trạng cấp tính bao gồm: chảy máu, phù nề và tắc mạch; gây ra khó khăn trong chỉ định điều trị, và lựa chọn phương pháp điều trị³. Có nhiều phân loại được các tác giả khác đưa ra với mục tiêu đánh giá đúng mức độ trĩ và hướng dẫn điều trị, tuy nhiên cũng có những nhược điểm như phức tạp, khó ứng dụng trên lâm

sàng⁴. Mặt khác, chỉ định điều trị của từng phương pháp đối với từng thể bệnh trĩ thường phụ thuộc vào kinh nghiệm và thói quen của bác sĩ điều trị. Do vậy, việc tìm ra một phân loại bệnh trĩ phù hợp, nhằm hướng dẫn và lựa chọn phương pháp điều trị bệnh là một vấn đề còn nhiều tranh luận. Năm 2020, Sobrado và cộng sự đã đề xuất về một phân loại bệnh trĩ mới là BPRST⁵, dựa trên những triệu chứng đặc trưng của bệnh bao gồm: chảy máu (Bleeding), sa trĩ (Prolapse), khả năng co búi trĩ (Reduction), da thừa hậu môn (Skin tag), tắc mạch trĩ (Thrombosis); nhằm mục đích hướng dẫn điều trị phù hợp cho từng mức độ trĩ. Nhằm mục đích đánh giá sự thuận tiện trong việc sử dụng và ứng dụng trên lâm sàng của phân loại này trong chẩn đoán và điều trị bệnh trĩ, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Mô hình bệnh trĩ và kết quả điều trị theo phân loại BPRST tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 225 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh trĩ, đánh giá phân loại theo BPRST và điều trị tại Bệnh viện Việt Đức Từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Các biến số trong nghiên cứu:
 - + Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng
 - + Các phương pháp điều trị, kết quả điều trị, chất lượng cuộc sống.
 - Phân độ trĩ theo phân loại BPRST^{5,6}

Bảng 2.1. Đặc điểm phân loại và mô tả các triệu chứng theo BPRST

Chảy máu (B)	Sa trĩ (P)	Co búi trĩ (R)	Da thừa (S)	Tắc mạch (T)
B0 Không chảy máu	P0 Không sa trĩ	R0 Tự co	S0 Không có da thừa	T0 Không có tắc mạch cấp
B1 Chảy máu	P1 Sa 1 búi	R1 Đẩy bằng tay	S1 Da thừa có triệu chứng	T1 Tắc mạch cấp
	P2 Sa từ 2 búi	R2 Không co lên được		

Bảng 2.2. Phân độ trĩ theo BPRST và hướng điều trị

Phân độ	Mô tả	Hướng điều trị
Giai đoạn I	B1 P0, R0, S0, T0	- Thay đổi lối sống và - Điều trị thủ thuật tại phòng khám
Giai đoạn II	B0,1 P1/P2/R1 T0	- Điều trị giống giai đoạn 1 và - Phẫu thuật không cắt vào đường lược (đặc biệt đối với trĩ vòng)
Giai đoạn III	B0,1 P0,1,2 R2/S1/T1	- Cắt trĩ hoặc - Phẫu thuật không cắt cắt vào đường lược kèm cắt da thừa hoặc trĩ tắc mạch

- Thu thập và xử lý số liệu

- Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- Thực hiện thống kê mô tả và thống kê phân tích. Mức sai số cho phép $\alpha = 0,05$, tương ứng khoảng tin cậy là 95% và mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$

• Đạo đức nghiên cứu

- Số liệu được thu thập trung thực. Thông tin người bệnh được bảo mật. Số liệu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, và không có bất cứ tranh chấp với nghiên cứu, đơn vị nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 6 tháng, từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024, có 225 bệnh nhân, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình là $43,2 \pm 9,3$, trong đó độ tuổi 20-60 chiếm 61,4%

Tỉ lệ nam/ nữ: 108/117 (48%/52%)

Bảng 3.1. Phân loại bệnh trĩ theo Goligher

Phân độ trĩ theo Goligher	Số lượng	Tỉ lệ
Độ 1	31	13,7
Độ 2	46	20,4
Độ 3	77	34,3
Độ 4	71	31,6

Bảng 3.2. Các đặc điểm được đánh giá trên phân loại BPRST

	Tiêu chí	Số lượng	Tỉ lệ
B	B1: không chảy máu	174	77,3
	B0: chảy máu	51	22,7
P	P0: Không sa trĩ	20	8,9
	P1: 1 búi trĩ sa	64	31,8
	P2: Nhiều búi trĩ sa	141	62,7
R	R0: Tự co	53	40,5
	R1: dùng tay đẩy	72	35,1
	R2: không co lại được	80	39,0
S	S0: không có da thừa	185	82,2
	S1: có da thừa	40	17,8
T	T0: không huyết khối	171	76,0
	T1: có huyết khối	54	24,0

Bảng 3.3. Phân loại lâm sàng bệnh trĩ dựa trên phân loại BPRST

Phân loại lâm sàng	Mô tả BPRST	Số lượng	Tỉ lệ
I	B1 POROS0 T0	20	8,9
II	B bất kì P1-2/R0-1 T0	84	37,3
III	B và P bất kì R2/ S1/ T1	121	53,7

Bảng 3.4. Sự tương quan giữa phân loại Goligher và phân loại BPRST

Phân loại BPRST	Phân loại Goligher			
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Độ 1	20 (64,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Độ 2	3 (9,7)	38 (82,7)	43 (55,8)	0 (0)
Độ 3	8 (25,8)	8 (17,3)	34 (44,2)	71 (100)

Bảng 3.5. Phương pháp điều trị (N=225)

Phương pháp điều trị		n	%
Nội khoa		32	14,2
Thủ thuật		29	12,9
Phẫu thuật	Laser, Longo	63	28,0
	Cắt trĩ	101	44,9

Bảng 3.6. Mối liên hệ giữa phân loại BPRST và phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Phân loại BPRST		
	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Nội khoa	18 (80)	8 (9,5)	6 (5,0)
Thủ thuật	2 (20)	9 (10,7)	18 (14,9)
Phẫu thuật Longo, Laser	0	43 (51,2)	20 (16,5)
Phẫu thuật cắt trĩ	0	24 (28,6)	77 (63,6)

Bảng 3.7. Kết quả sớm sau mổ

	Phẫu thuật Longo, Laser	Phẫu thuật cắt trĩ
Đau sau mổ (VAS)	12h: $2,8 \pm 1,7$ 24h: $3,2 \pm 0,95$	$3,57 \pm 1,37$ $4,04 \pm 2,3$
Bí tiểu	5 (7,9%)	19 (18,8%)
Chảy máu	2 (3,2%)	0 (0)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	$1,8 \pm 0,85$ (1-5)	$4,6 \pm 1,2$ (2-8)

Bảng 3.8. Kết quả xa

	Phẫu thuật Longo, Laser	Phẫu thuật cắt trĩ
Tái phát	0	0
Hẹp hậu môn	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại bệnh trĩ. Phân loại trĩ Goligher dựa trên triệu chứng sa trĩ, được đưa ra năm 1980², và đã trở thành phân loại được sử dụng rộng rãi nhất trên lâm sàng. Mặc dù dễ sử dụng, điểm hạn chế của phân loại này là chỉ đánh giá triệu chứng sa trĩ nội. Trong khi các triệu chứng khác của bệnh trĩ bao gồm: chảy máu, da thừa hậu môn, trĩ ngoại tắc mạch cũng chiếm một tỉ lệ lớn khiến người bệnh đi khám bệnh. Nhược điểm thứ 2 của phân loại này là hoàn toàn dựa trên mô tả của người bệnh, do đó phân loại bị ảnh hưởng bởi sự đánh giá của từng bác sĩ³. Năm 2020, Sobrado và cộng sự đã đề xuất phân loại trĩ BPRST⁵, ngoài sử dụng triệu chứng sa trĩ, còn sử dụng các triệu chứng khác như chảy máu, số búi trĩ sa, da thừa hậu môn và trĩ ngoại tắc mạch làm tiêu chí. Với mục tiêu đánh giá toàn diện hơn phân loại Goligher đồng thời đưa ra hướng dẫn điều trị dựa trên từng giai

đoạn bệnh⁶. Do đó sẽ có những trường hợp phân độ theo Goligher – với hướng dẫn điều trị nội khoa, sẽ có chỉ định can thiệp khi phân loại theo BPRST. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân loại Goligher bao gồm 4 độ theo tỉ lệ lần lượt là 13,7%- 20,4%- 34,3%- 31,6% (Bảng 3.1). Theo phân loại BPRST, độ 1 chiếm 8,9%, độ 2 chiếm 37,3%, độ 3 chiếm 53,7% (Bảng 3.3). Tất cả các bệnh nhân Goligher độ 4 đều được phân loại BPRST độ 3. Bệnh nhân mắc Goligher độ 2 và 3 đều được phân loại BPRST độ 2 và 3. Tuy nhiên, có 25,8% bệnh nhân thuộc Goligher độ 1 nhưng thuộc độ 3 theo phân loại BPRST, đây là 2 nhóm có khuyến nghị điều trị khác nhau trên lâm sàng (Bảng 3.4). Kết quả cũng tương tự trong nghiên cứu của Sobrado năm 2020⁵ và năm 2021⁶ có lần lượt là 9/17 bệnh nhân (52,9%) và 6/29 bệnh nhân (20,7%) thuộc Goligher 1 và BPRST 3. Điều này có thể được lí giải do phân độ Goligher không đề cập đến da thừa hậu môn và trĩ tắc mạch. Trong khi các bệnh nhân trĩ ngoại tắc mạch cấp tính chủ yếu được phân loại là Goligher độ 1 và độ 2. Trong phân loại BPRST, da thừa hậu môn hay trĩ tắc mạch cấp đều thuộc nhóm 3.

4.2. Điều trị

Các phương pháp điều trị. 225 bệnh nhân trong nghiên cứu chia làm 3 nhóm: điều trị nội khoa (32 bệnh nhân 14,2%), thủ thuật (29 bệnh nhân - 12,9%), phẫu thuật (164 bệnh nhân - 72,9%). Trong nhóm phẫu thuật: phẫu thuật cắt trĩ (101 bệnh nhân- 44,9%) và phẫu thuật không cắt trĩ (63 bệnh nhân- 28%) (Bảng 3.6). Điều này phù hợp với thực trạng rằng Bệnh viện HN Việt Đức là tuyến cuối ngoại khoa, tỉ lệ lớn người bệnh trĩ đi khám ở giai đoạn bệnh muộn hơn, hoặc đã từng điều trị bệnh trĩ ở những tuyến trước đó. Do đó tỉ lệ người bệnh trĩ được can thiệp, phẫu thuật trong nghiên cứu này là tương đối cao; chỉ có 14,2% điều trị nội khoa.

So sánh phương pháp điều trị với phân loại Goligher: có 19,4% bệnh nhân Goligher độ 1 và 60,9% Goligher độ 2 được điều trị phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Sobrado năm 2020 trên 149 bệnh nhân, có 35% bệnh nhân phân loại Goligher I và 63% bệnh nhân phân loại Goligher II trải qua các thủ thuật phẫu thuật^{5,6}.

Phân loại trĩ theo Goligher đánh giá dựa trên một triệu chứng lâm sàng đo. Chính vì sự đơn giản và thuận tiện, phân loại Goligher vẫn được sử dụng nhiều và rộng rãi nhất trong các hướng dẫn điều trị trong nhiều thập kỉ³. Tuy nhiên, đây cũng là điểm hạn chế của phân loại này, chưa đánh giá toàn diện số búi trĩ sa (có thể là trĩ vòng), các triệu chứng kèm theo như: chảy máu,

đau, da thừa hậu môn, trĩ ngoại tắc mạch^{3,4}... Vì vậy, dẫn đến 2 vấn đề chính bao gồm: chỉ định can thiệp những trường hợp độ thấp nhưng kèm những triệu chứng chưa được đánh giá; so sánh và đánh giá hiệu quả điều trị không toàn diện các triệu chứng khác do phân loại chỉ xem xét đến triệu chứng sa trĩ.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Kết quả sớm. Đau sau mổ: nhóm phẫu thuật không cắt qua đường lược có điểm đau sau mổ 12h và 24h lần lượt là $2,8 \pm 1,7$, $3,57 \pm 1,37$ trong khi nhóm cắt trĩ có điểm VAS tương ứng là $3,2 \pm 0,95$ và $4,04 \pm 2,3$ ($p=0,003$) (Bảng 3.7). Sự khác biệt này là phù hợp bởi sự khác nhau trong nguyên tắc của những kĩ thuật này. Những kĩ thuật cắt trĩ kinh điển, cắt qua đường lược – vùng tập trung nhiều nhận cảm thần kinh dẫn đến dẫn đến đau nhiều hơn sau mổ. Nghiên cứu của Gembardella trên 2 nhóm phẫu thuật trĩ bằng laser và cắt trĩ Milligan-Morgan có điểm VAS sau mổ 24h là $2,1 \pm 0,6$ và $7,6 \pm 1,3$ ($p<0,01$)⁷. Một nghiên cứu so sánh phẫu thuật Milligan-Morgan và phẫu thuật Ferguson cho thấy VAS 24h sau mổ là $3,76 \pm 1,79$ và $4,07 \pm 1,37$ ⁸.

Bí tiểu sau mổ: Nhóm phẫu thuật cắt trĩ kinh điển có tỉ lệ bí tiểu cao hơn nhóm được phẫu thuật trĩ không cắt qua đường lược (18,8% và 7,9%). Kết quả này được giải thích do nhóm phẫu thuật cắt trĩ có mức độ đau sau mổ cao hơn nên làm giảm đau sau mổ ngoài màng cứng nhiều hơn. Nghiên cứu 73 bệnh nhân phẫu thuật Longo tại BV Đại học Y Hà Nội có 23,5% bí tiểu cần đặt sonde tiểu⁹. Tỉ lệ bí tiểu trên nhóm 497 bệnh nhân phẫu thuật trĩ bằng laser là 1,8%¹⁰. Ngược lại nghiên cứu 101 trường hợp cắt trĩ Milligan-Morgan chỉ có 3% bệnh nhân bí tiểu phải đặt sonde tiểu.

Chảy máu sau mổ: Nhóm phẫu thuật cắt trĩ kinh điển không có biến chứng chảy máu. Nhóm phẫu thuật không cắt trĩ có 2 bệnh nhân (3,2%) chảy máu tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, điều trị nội khoa thành công. Các nghiên cứu khác cho thấy tỉ lệ chảy máu sau mổ cũng khác nhau theo từng phương pháp phẫu thuật, phụ thuộc vào tiêu chuẩn xác định biến chứng chảy máu của từng nghiên cứu. Nghiên cứu của Weyand trên nhóm phẫu thuật trĩ bằng laser thấy tỉ lệ chảy máu là 1,8%¹⁰. Nghiên cứu của Chishti⁸ thấy có 15,3% bệnh nhân phẫu thuật cắt trĩ Milligan-Morgan và Ferguson gặp biến chứng này.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình nhóm phẫu thuật không cắt qua đường lược là $1,8 \pm 0,85$ ngày, nhóm cắt trĩ kinh điển là $3,6 \pm 1,2$

ngày ($p=0,046$). Như vậy, nhóm phẫu thuật không cắt qua đường lược có thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn nhóm phẫu thuật cắt trĩ kinh điển. Điều này được giải thích là do mức độ đau sau mổ. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự⁸⁻¹⁰.

Kết quả xa. Hep hậu môn: theo dõi 164 bệnh nhân phẫu thuật trong thời gian tối thiểu 6 tháng chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào hẹp hậu môn. Trong nghiên cứu của Gambardella⁷ không có bệnh nhân nào nhóm phẫu thuật laser hẹp hậu môn, 2,2% bệnh nhân cắt trĩ Milligan- Morgan hẹp hậu môn vào tháng thứ 6 và tháng thứ 13 sau phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình là 25 ± 8 tháng. Một nghiên cứu cắt trĩ Milligan- Morgan ghi nhận 7/93 trường hợp hẹp hậu môn sau 4 tuần và 3 trường hợp sau 6 tháng.

Tái phát: Chúng tôi theo dõi sau mổ 6 tháng thấy không có trường hợp nào tái phát trong tất cả các bệnh nhân phẫu thuật. Cần phải tiến hành theo dõi với thời gian dài hơn cùng với việc tính đến từng triệu chứng cơ năng nhằm đánh giá chính xác hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật đối với từng nhóm triệu chứng. Theo những nghiên cứu khác tỉ lệ tái phát sau 6 tháng của phẫu thuật điều trị trĩ bằng Laser là 1,8%¹⁰. Tái phát triệu chứng trĩ được báo cáo ở 1 (1,3%), 7 (9,4%) và 16 (21,6%) bệnh nhân trong nhóm phẫu thuật laser sau 6 ± 2 tháng, 12 ± 3 tháng và 25 ± 8 tháng theo dõi. Ngược lại, tái phát triệu chứng trĩ được báo cáo ở 0 (0%), 3 (3,4%) và 7 (7,9%) bệnh nhân trong nhóm Milligan- Morgan sau 6 ± 2 tháng, 12 ± 4 tháng và 25 ± 8 tháng theo dõi. Do đó, sau 25 ± 8 tháng, tỉ lệ bệnh nhân tái phát triệu chứng trĩ cao hơn đáng kể ở nhóm phẫu thuật laser khi so sánh với nhóm cắt trĩ kinh điển theo phương pháp Milligan-Morgan⁷.

V. KẾT LUẬN

- Phân loại BPRST trong chẩn đoán trĩ:
- + Đánh giá toàn diện hơn về triệu chứng cơ năng (chảy máu), thực thể (trĩ ngoại tắc mạch, da thừa hậu môn, sỏi búi trĩ sa) so với phân loại Goliger
- + Có hướng dẫn điều trị cho từng độ.
- + Phức tạp hơn phân loại Goligher khi sử dụng trên lâm sàng
- Điều trị bệnh trĩ cần dựa trên phân độ theo triệu chứng lâm sàng nhằm đưa ra phương pháp điều trị thích hợp nhất cho từng người bệnh làm tăng hiệu quả điều trị và giảm biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Ngọc Ánh.** Tình hình bệnh trĩ trong cộng đồng và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2023;529(1B):387-391. doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1B.6422>
2. **Thomson JPS.** Surgery of the anus, rectum and colon. J. C. Goligher. Fourth Edition. 264 x 198 mm. Pp. 968 + vii, with 654 illustrations. 1980. London: Baillière Tindall. £35.00. *BJS (British Journal of Surgery)*. 1980;67(7):532-532. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.1800670733>
3. **Dekker L, Han-Geurts IJM, Grossi U, Gallo G, Veldkamp R.** Is the Goligher classification a valid tool in clinical practice and research for hemorrhoidal disease? *Tech Coloproctol*. May 2022;26(5):387-392. doi:<http://doi.org/10.1007/s10151-022-02591-3>
4. **Wang L, Ni J, Hou C, et al.** Time to change? Present and prospects of hemorrhoidal classification. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1252468. doi:<http://doi.org/10.3389/fmed.2023.1252468>
5. **Sobrado Júnior CW, Obregon CA, E Sousa Júnior AHDS, Sobrado LF, Nahas SC, Cecconello I.** A New Classification for Hemorrhoidal Disease: The Creation of the "BPRST" Staging and Its Application in Clinical Practice. *Ann Coloproctol*. Aug 2020;36(4):249-255. doi:<http://doi.org/10.3393/ac.2020.02.06>
6. **Sobrado CW, de Almeida Obregon C, Sobrado LF, et al.** The novel BPRST classification for hemorrhoidal disease: A cohort study and an algorithm for treatment. *Ann Med Surg (Lond)*. Jan 2021;61:97-100. doi:<http://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.12.019>
7. **Gambardella C, Brusciano L, Brillantino A, et al.** Mid-term efficacy and postoperative wound management of laser hemorrhoidoplasty (LHP) vs conventional excisional hemorrhoidectomy in grade III hemorrhoidal disease: the twisting trend. *Langenbecks Arch Surg*. Apr 5 2023; 408(1):140. doi:<http://doi.org/10.1007/s00423-023-02879-4>
8. **Chishti SSA, Niaz A, Kashif M, Ali W.** Comparative Outcomes of Milligan-Morgan (Open) Versus Ferguson (Closed) Hemorrhoidectomy: A Retrospective Study. *Cureus*. Dec 2024;16(12):e75012. doi:<http://doi.org/10.7759/cureus.75012>
9. **Nguyễn Xuân Tuyên, Trần Bảo Long, Trần Ngọc Dũng, Lưu Quang Dũng, Nguyễn Đức Phan.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2023;523(1):21-25. doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v523i1.4392>
10. **Weyand G, Theis CS, Fofana A N, Rüdiger F, Gehrke T.** [Laserhemorrhoidoplasty with 1470 nm Diode Laser in the Treatment of Second to Fourth Degree Hemorrhoidal Disease - a Cohort Study with 497 Patients]. *Zentralbl Chir*. Aug 2019;144(4):355-363. Laserhämorrhoidoplastie mit dem 1470-nm-Diodenlaser in der Behandlung des zweit- bis viertgradigen Hämorrhoidalleidens - eine Kohortenstudie mit 497 Fällen. doi:<http://doi.org/10.1055/s-0043-120449>