

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN ĐÌNH ĐIỆP

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
BÀI THUỐC “ĐÀO HỒNG TỨ VẬT THANG”
KẾT HỢP LASER CHÂM TRÊN
NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TRĨ
BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN ĐÌNH ĐIỆP

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
BÀI THUỐC “ĐÀO HỒNG TỬ VẬT THANG”
KẾT HỢP LASER CHÂM TRÊN
NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TRĨ
BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 87021 115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. TS. BS. Nguyễn Ngọc Ánh
2. PGS. TS. BS. Trần Thị Thu Vân

HÀ NỘI – 2025

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả sự kính trọng và lòng biết ơn chân thành, tôi xin gửi lời chúc sức khỏe và lời cảm ơn sâu sắc tới Lãnh đạo, Ban giám đốc Học viện, các thầy cô giáo phòng Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn giảng dạy sau đại học, khoa phòng tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, nơi đã trực tiếp đào tạo và nâng đỡ, tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong quá trình tham gia học tập và nghiên cứu luận văn trong chương trình đào tạo Thạc sỹ Y học cổ truyền.

Tôi xin chân thành cảm ơn PGS.TS Lê Mạnh Cường – Phó giám đốc Học viện YDHCT Việt Nam kiêm Giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Ban Giám đốc Bệnh viện, phòng Kế hoạch tổng hợp, các lãnh đạo khoa phòng, cùng toàn thể cán bộ nhân viên khoa Ngoại – Phụ sản, Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã tạo điều kiện không thể tốt hơn cho tôi trong quá trình thu thập số liệu tại khoa Ngoại Phụ Sản và thực hiện nghiên cứu. Các Thầy giáo, Cô giáo trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức, Hội đồng chấm Luận văn Thạc sỹ Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, những người Thầy đã không quản ngại khó khăn, đóng góp nhiều kiến thức quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Bên cạnh đó, không thể không gửi lời cảm ơn sâu sắc tới TS. Nguyễn Ngọc Ánh – Phó trưởng khoa Ngoại Hậu môn Đại trực tràng và sàn chậu – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; PGS.TS. Trần Thị Thu Vân – Trưởng bộ môn Phương tế kiêm phụ trách khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam – là hai người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn, luôn quan tâm, chỉ bảo và tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Cuối cùng tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bà nội, cha mẹ, vợ và hai người con thân yêu của tôi, những người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn luôn ở bên động viên giúp đỡ tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất để tôi toàn tâm toàn ý tập trung trong thời gian học Cao học và nghiên cứu khoa học. Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Nguyễn Đình Điệp

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Đình Điệp, học viên lớp Cao học 16, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan rằng:

1. Luận văn Thạc sỹ này do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của hai người Thầy tận tâm là TS. Nguyễn Ngọc Ánh và PGS.TS. Trần Thị Thu Vân.
2. Công trình này của tôi không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu này là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi tôi tiến hành nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Người viết cam đoan

Nguyễn Đình Điệp

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
D0	Ngày vào viện	
D1	Sau 1 ngày điều trị	
D14	Sau 14 ngày điều trị	
D3	Sau 3 ngày điều trị	
D4	Sau 4 ngày điều trị	
D5	Sau 5 ngày điều trị	
D7	Sau 7 ngày điều trị	
ĐC	Đối chứng	
NC	Nghiên cứu	
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHĐ	Y học hiện đại	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan trĩ theo Y học hiện đại:	3
1.1.1. Khái niệm:	3
1.1.2. Dịch tễ học	3
1.1.3. Phân loại.....	3
1.1.4. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	4
1.1.5. Chẩn đoán.....	6
1.1.6. Điều trị	6
1.1.7. Điều trị sau phẫu thuật trĩ.....	9
1.1.8. Biến cố và cách xử trí sau phẫu thuật trĩ.....	9
1.2. Tổng quan trĩ theo Y học cổ truyền	10
1.2.1. Bệnh danh.....	10
1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ.....	11
1.2.3. Các thể bệnh.....	11
1.2.4. Điều trị:	12
1.3. Đặc điểm triệu chứng bệnh lý sau phẫu thuật trĩ theo YHCT	13
1.4. Tổng quan về bài thuốc nghiên cứu	15
1.4.1. Xuất xứ.....	15
1.4.2. Thành phần bài thuốc	15
1.4.3. Phân tích bài thuốc	15
1.4.4. Công năng chủ trị.....	15
1.5. Tổng quan về phương pháp Laser châm	16
1.5.1. Đại cương.....	16
1.5.2. Chỉ định.....	16

1.5.3. Chống chỉ định	16
1.5.4. Liều điều trị	16
1.6. Một số nghiên cứu về điều trị trĩ sau phẫu thuật bằng kết hợp YHCT ở Việt Nam và trên thế giới	17
1.6.1. Tình hình nghiên cứu vấn đề điều trị sau phẫu thuật trĩ trên thế giới.....	17
1.6.2. Tình hình nghiên cứu điều trị sau phẫu thuật trĩ tại Việt Nam	18
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	20
2.1. Chất liệu nghiên cứu	20
2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu	20
2.1.2. Thuốc sử dụng trong phác đồ nền	20
2.1.3. Laser châm:	22
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	23
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	24
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	24
2.3.3. Cách chọn mẫu	24
2.3.4. Quy trình nghiên cứu	25
2.3.5. Các chỉ số và biến số nghiên cứu.....	26
2.3.6. Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá	27
2.3.7. Sơ đồ nghiên cứu.....	30
2.4. Sai số và biện pháp khắc phục sai số	31
2.5. Phương pháp phân tích số liệu	31
2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	31
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	32
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu	32

3.2. Kết quả điều trị.....	37
3.3. Tác dụng không mong muốn	46
Chương 4: BÀN LUẬN.....	47
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:	47
4.1.1. Nhóm tuổi.....	47
4.1.2. Giới tính	48
4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo tính chất nghề nghiệp	49
4.1.4. Theo thời gian mắc trĩ.....	49
4.1.5. Về yếu tố nguy cơ và thói quen lao động, sinh hoạt liên quan tới phát sinh trĩ.....	50
4.1.6. Về phân loại trĩ và độ trĩ	51
4.2. Hiệu quả lâm sàng của bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm trong điều trị người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp millgan – morgan	52
4.2.1. Về cải thiện triệu chứng đau	52
4.2.2. Về cải thiện tình trạng chảy máu sau phẫu thuật	53
4.2.3. Về cải thiện tình trạng bí tiểu sau phẫu thuật	54
4.2.4. Về cải thiện tình trạng táo bón sau phẫu thuật.....	55
4.2.5. Về số lượng và số ngày phải dùng thuốc giảm đau trong nghiên cứu	56
4.2.6. Hiệu quả điều trị chung.....	57
4.2.7. Tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu	57
KẾT LUẬN	58
KHUYẾN NGHỊ.....	59
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG BIỂU

Bảng 2.1.	Công thức bài thuốc “Đào hồng tứ vật thang”	20
Bảng 2.2.	Chứng trạng huyết ứ của hạ trí sau phẫu thuật theo YHCT	23
Bảng 2.3.	Thang điểm đánh giá bí tiểu theo các mức độ.....	28
Bảng 2.4.	Bảng đánh giá điểm chất lượng cuộc sống SF – 36	29
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	32
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	33
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo tính chất nghề nghiệp.....	33
Bảng 3.4.	Thời gian mắc trĩ	34
Bảng 3.5.	Một số yếu tố liên quan tới phát sinh trĩ	34
Bảng 3.6.	Phân độ trĩ trước phẫu thuật	35
Bảng 3.7.	Phân loại theo vị trí giải phẫu	35
Bảng 3.8.	Phân loại theo biến chứng	36
Bảng 3.9.	Một số bệnh lý khác đi kèm ở vùng hậu môn.	36
Bảng 3.10.	Kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm D1, D2, D3.	37
Bảng 3.11.	Kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm D4, D5, D7.	38
Bảng 3.12.	Kết quả cải thiện tình trạng chảy máu tại thời điểm D1, D2, D3.....	39
Bảng 3.13.	Kết quả cải thiện tình trạng chảy máu tại thời điểm D4, D5, D7, D14.	40
Bảng 3.14.	Kết quả cải thiện tình trạng bí tiểu tại thời điểm D1, D2, D3.	41
Bảng 3.15.	Kết quả cải thiện tình trạng bí tiểu tại thời điểm D4, D5, D7.	42
Bảng 3.16.	Kết quả cải thiện tình trạng táo bón tại thời điểm D1, D2, D3.	43
Bảng 3.17.	Kết quả cải thiện tình trạng táo bón tại thời điểm D4, D5, D7.	43
Bảng 3.18.	Kết quả cải thiện điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36	44
Bảng 3.19.	Thời gian sử dụng thuốc giảm đau paracetamol và lượng thuốc giảm đau phải dùng trong quá trình điều trị	44
Bảng 3.20.	Sự thay đổi các chứng trạng YHCT trước - sau điều trị	45

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 2.1. Máy Laser điều trị Hanil HLA-200	22
Hình 2.2. Sơ đồ phương pháp tiến hành nghiên cứu	30

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ là một bệnh lý thường gặp trong cộng đồng với tỷ lệ mắc cao từ 55% tới 86%, tuy là một bệnh lành tính nhưng trĩ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống, công việc và năng suất lao động của người bệnh. Đã có nhiều phương pháp điều trị, trong đó điều trị phẫu thuật vẫn được đánh giá là một phương pháp triệt để và có hiệu quả cao. Phẫu thuật trĩ có nhiều phương pháp nhưng hiện vẫn chưa có phương pháp nào được coi là tối ưu nhất. Từng phương pháp vẫn còn bộc lộ những hạn chế nhất định và nguy cơ tái phát và biến chứng [14].

Y học hiện đại và y học cổ truyền đều dựa trên cơ sở lý luận để có những phương pháp, phác đồ phù hợp, góp phần chăm sóc sức khỏe, điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh nói chung và bệnh nhân trĩ sau phẫu thuật nói riêng.

Kết hợp giữa Y học cổ truyền và Y học hiện đại trong điều trị trĩ đã được nhiều nhà khoa học trong nước và ngoài nước nghiên cứu, đem lại hiệu quả rất tích cực [36]. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu khoa học về tác dụng của các bài thuốc Y học cổ truyền trong điều trị trĩ, cho thấy tiềm năng cũng như lợi thế của thuốc YHCT trong điều trị trĩ. Y học cổ truyền trong nước đã có những nghiên cứu những sản phẩm thuốc đông y tiện sử dụng cho người bệnh. Mặt khác, kết hợp YHCT và YHHĐ bằng phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc trước và sau phẫu thuật trĩ để nhuận tràng, chống viêm và nhanh lành vết mổ làm tăng hiệu quả điều trị cũng đang được các nhà nghiên cứu rất quan tâm [14].

“Đào hồng tứ vật thang” là một bài thuốc cổ phương đã được dùng cho bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ trên lâm sàng thu được một số kết quả tích cực trong việc giảm đau, giảm sưng nề, nhanh lành vết mổ [38]. Laser châm là phương pháp điều trị không dùng thuốc, sử dụng tia Laser với công suất thấp chiếu vào các huyết vị trên cơ thể, phương pháp này vừa có tác dụng chống viêm, giảm phù nề, vừa tái tạo tổn thương, nhanh lành vết mổ [39], [40]. Với mong muốn nâng cao hiệu quả điều trị trên lâm sàng, việc phối hợp nhiều phương

pháp điều trị được đặt ra và cần có những nghiên cứu để chứng minh trên cơ sở khoa học, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị của bài thuốc “Đào hồng tứ vật thang” kết hợp Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan”** với mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Đào hồng tứ vật thang” kết hợp Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan trĩ theo Y học hiện đại:

1.1.1. *Khái niệm:*

“Trĩ là tình trạng bệnh lý hậu môn trực tràng rất phổ biến, liên quan đến biến đổi cấu trúc bình thường của ống hậu môn. Trĩ là do tăng áp lực trong các tĩnh mạch hậu môn hoặc trực tràng, các tĩnh mạch do chịu chèn ép từ bên trong có khả năng xung huyết, chảy máu, có khi bị sa ra ngoài [14].”

1.1.2. *Dịch tễ học*

Tại Việt Nam, theo nhiều báo cáo, trĩ chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng. Theo điều tra dịch tễ học của Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự ở 5 tỉnh miền Bắc phát hiện được 1446/2651 người dân mắc trĩ chiếm tỷ lệ 55% [7].

1.1.3. *Phân loại*

1.1.3.1. *Trĩ ngoại:*

Trĩ ngoại được hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ ngoại. Trĩ ngoại bao giờ cũng nằm ngoài ống hậu môn, phủ trên búi trĩ là da quanh hậu môn.

1.1.3.2. *Trĩ nội:*

Trĩ nội nằm gần và phía trên đường lược và được bao phủ bởi biểu mô trụ hoặc chuyển tiếp. Mô này được sự chi phối của thần kinh tạng, nên nó không nhạy cảm với đau đớn, cảm ứng, hoặc nhiệt độ, đây là điều thuận lợi khi thực hiện các thủ thuật [14].

Trĩ nội phân độ dựa trên kích thước và các triệu chứng lâm sàng bởi Goligher:

Độ I: Trĩ sa trong ống hậu môn nhưng chưa ra ngoài.

Độ II: Trĩ sa ra ngoài, tự thụt vào.

Độ III: Trĩ sa ra ngoài, phải dùng tay ấn vào.

Độ IV: Trĩ sa không đẩy vào được.

1.1.3.3. Trĩ hỗn hợp

Lúc đầu trĩ nội nằm trong ống hậu môn trên đường lược, trĩ ngoại nằm dưới đường lược, phân cách nhau bởi vùng lược, ở đây có dây chằng Parks. Lâu ngày dây chằng Parks chùng ra, khi đó trĩ nội và trĩ ngoại gặp nhau tạo thành trĩ hỗn hợp.

1.1.3.4. Trĩ vòng

Thông thường vị trí của trĩ là vị trí của các đám rối tĩnh mạch trĩ. Lúc mới phát sinh, các búi trĩ còn nhỏ, phân cách riêng biệt. Về sau giữa các búi trĩ chính xuất hiện các búi trĩ phụ. Sau nữa các búi trĩ chính và búi trĩ phụ tụt ra và gặp nhau tạo thành trĩ vòng. Tuy là vòng nhưng có chỗ to chỗ nhỏ. Chỗ to chỗ nhỏ là dấu hiệu tốt để phân biệt trĩ vòng với sa trực tràng. Trĩ hỗn hợp được định nghĩa như là sự hiện diện của trĩ nội và ngoại, trong đó chúng hoà chung lại thành một do dây chằng phân cách chúng bị chùng ra (dây chằng Parks) [5].

1.1.4. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.1.4.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Thuyết dẫn tĩnh mạch: Cho rằng trĩ là tình trạng dẫn tĩnh mạch hậu môn trực tràng.

- Dẫn tĩnh mạch do tăng áp lực tĩnh mạch.
- Dẫn tĩnh mạch do thành tĩnh mạch yếu: thành tĩnh mạch có tồn tại những điểm yếu gọi là “điểm trĩ”. Tuy dẫn tĩnh mạch là hình thái bệnh lý phổ biến trong trĩ, nhưng nó cũng là trạng thái sinh lý bình thường gặp cả ở trẻ em và bào thai. Vì vậy căn cứ vào dẫn tĩnh mạch để phân biệt giới hạn bình thường và bệnh lý là không chắc chắn [14].

Thuyết nhiễm khuẩn: Cho rằng “trĩ phát sinh là do các hóc tuyến hậu môn trực tràng làm tổn thương thành tĩnh mạch hoặc thành tĩnh mạch bị nhiễm khuẩn trực tiếp nhiều lần. Tuy nhiên nhiều tác giả nhấn mạnh là không có hoặc có rất ít sự thâm nhiễm viêm ở các bệnh phẩm trĩ” (Jackson và Robertson – 1965).

Thuyết tăng sinh mạch máu: Cho rằng bệnh “trĩ là tăng sinh mạch máu hậu môn quan điểm này phổ biến ở thế kỷ XIX dựa trên những nhận xét của Hunter J. về sự giống nhau giữa tổ chức trĩ và tổ chức hang”. Gần đây, Stelzner – 1963 cho

rằng trĩ là tăng sinh “thể hang của trực tràng” và triệu chứng chảy máu là dấu hiệu đầu tiên, máu chảy có màu đỏ tươi. Nhưng Thomson nhận thấy chảy máu xuất hiện muộn hơn và là triệu chứng thứ hai sau sa búi trĩ. Vì vậy không có cơ sở để chứng minh cho học thuyết tăng sinh mạch máu là đúng [17].

Thuyết sa lớp lót hậu môn: Có sự tồn tại của một tổ chức xen giữa cơ vòng ở dưới niêm mạc da ống hậu môn, tổ chức này phát sinh một phần từ cơ thắt trong và một phần từ lớp phức hợp dọc, xuyên qua cơ thắt tới niêm mạc tạo thành giàn chống đỡ quanh đám rối tĩnh mạch trĩ, tham gia hình thành nên trụ cột Morgagni các sợi cơ này có nhiệm vụ giữ cho lớp lót lòng ống hậu môn khỏi bị sa ra ngoài nhất là khi rặn đại tiện. “Trĩ là do thoái hoá tổ chức chống đỡ của ống hậu môn, sự trùng đảo lớp đệm hậu môn làm tăng tần số xuất hiện trĩ” [18]. Sự phân bố động mạch trĩ nuôi hậu môn là đa dạng, lớp lót lòng ống hậu môn không đều đặn, phân bố không thành một vòng tròn, mà có ba chỗ dày nên tạo thành cột đứng dọc ở vị trí phải trước, phải sau và trái ngang đó là các đệm hậu môn là vị trí thường gặp ở các búi trĩ. Trong các vị trí thì vị trí phải trước chịu lực kéo xuống lớn hơn các chỗ khác cho nên hay gặp búi trĩ phải trước. Trĩ là kết quả của chuyển dịch vị trí tổ chức đệm hậu môn, lâu ngày bị ứ máu, rối loạn tuần hoàn tại chỗ nên khó trở lại vị trí cũ, nơi đó có thể bị nghẽn tắc mạch gọi là “cơn trĩ”. Khi đại tiện rặn nhiều các đệm căng vì chứa máu dễ bị đẩy ra ngoài, quá trình này nếu tái diễn nhiều lần làm cho dây chằng Parks trùng dẫn và đứt dẫn đến búi trĩ sa ra ngoài và các hiện tượng rối loạn tuần hoàn tại chỗ, trĩ xuất hiện. Hiện nay thuyết sa lớp lót hậu môn được nhiều tác giả ủng hộ [19].

Tuy nhiên ngày nay, thuyết trượt niêm mạc ống hậu môn được chấp nhận rộng rãi. Điều này cho thấy trĩ phát triển khi các mô nâng đỡ của đệm hậu môn bị phân hủy hoặc hư hỏng. Do đó, trĩ là thuật ngữ bệnh lý để mô tả sự dịch chuyển bất thường xuống dưới của lớp đệm hậu môn gây giãn tĩnh mạch. Diễn hình có ba đệm hậu môn chính, nằm ở phía trước bên phải, phía sau bên phải và bên trái của ống hậu môn, và một số đệm nhỏ khác nhau nằm giữa chúng. Đệm hậu môn của bệnh nhân trĩ có những biến đổi bệnh lý rõ rệt. Những thay đổi này bao gồm giãn tĩnh mạch bất thường, huyết khối mạch máu, quá trình thoái hóa ở các sợi collagen và

mô sợi đàn hồi, biến dạng và đứt cơ dưới biểu mô hậu môn. Ngoài những phát hiện trên, một phản ứng viêm nghiêm trọng liên quan đến thành mạch và mô liên kết xung quanh đã được chứng minh trong các mẫu trĩ, kèm theo loét niêm mạc, thiếu máu cục bộ và huyết khối [14].

1.1.4.2. Các yếu tố nguy cơ:

Các yếu tố nguy cơ trĩ đã được biết đến bao gồm: tư thế đứng, táo bón kinh niên, hội chứng lỵ, hội chứng ruột kích thích, tăng áp lực ổ bụng, u bướu hậu môn - trực tràng và vùng lân cận, lớn tuổi,...

1.1.5. Chẩn đoán

Táo bón.

Đi cầu ra máu tươi, dính phân hay chảy nhỏ giọt hay bắn thành tia kèm sa khối trĩ ra ngoài.

Trĩ ngoại nằm ngay ngoài rìa hậu môn, thường phồng khi ngồi hay gắng sức.

Khối sưng đột ngột kèm đau ở hậu môn

Thăm hậu môn: nhìn thấy các búi trĩ sa ra khi rặn [8].

1.1.6. Điều trị

1.1.6.1. Nguyên tắc điều trị

Thay đổi lối sống, ngồi gối nệm khoét lỗ, thực hiện các bài tập hậu môn và áp dụng chế độ ăn uống, bổ sung thực phẩm giàu Collagen, chất xơ, vitamin... là những cơ sở chính trong điều trị nội khoa bảo tồn trĩ.

Phương pháp phẫu thuật được áp dụng cho các bệnh nhân trĩ độ IV có triệu chứng; người đã thất bại trĩ nội; trĩ độ III có triệu chứng; bệnh nhân mắc trĩ huyết khối.

Đối với những bệnh nhân xuất hiện trĩ ngoại do huyết khối, việc đánh giá và can thiệp phẫu thuật trong vòng 72 giờ sau khi huyết khối xuất hiện có thể giúp giảm đáng kể tình trạng sưng, đau. Bởi vì tình trạng đau và phù nề ở trĩ ngoại do huyết khối thường đạt đỉnh điểm sau 48 giờ.

Việc cắt bỏ búi trĩ huyết khối cần được tiêm thuốc gây tê cục bộ [2].

1.1.6.2. Điều trị nội khoa

Tất cả trĩ nội độ 1 và độ 2 đều có thể điều trị nội bằng các thuốc dùng tại chỗ và chế độ ăn.

- Chế độ ăn nhiều chất xơ (rau, trái cây), uống nhiều nước.

- Một số thuốc nhuận tràng đường uống hoặc bơm vào hậu môn, có thể dùng để giúp đi cầu được dễ dàng, chẳng hạn như Fructines, Forlax, Microlax, Normacol...

- Các loại thuốc uống hoặc kem bơm vào ống hậu môn chỉ có tác dụng giảm đau và làm săn (se) niêm mạc. Thuốc làm bền thành mạch + Daflon + Mastu – S và Mastu – S forte + Proctolog + Procto- glyvenol + Preparation – H.

- Thuốc nhuận tràng (chống táo bón)

Có nhiều loại tác dụng khác nhau: Ăn nhiều chất xơ hoặc dùng thuốc có nhiều chất xơ; làm tăng thể tích chất phân trong ruột như sulfat Natri, sulfat Mg; tăng nhu động ruột, tăng áp lực thẩm thấu,...

- Thuốc giảm đau

Thường dùng loại NSAID, paracetamol.

- Thuốc giảm phù nề: alpha chymotrypsin.

1.1.6.3. Điều trị ngoại khoa

- Tiêm gây xơ búi trĩ (Sclerosing injection)

- + Nguyên tắc là chích dung dịch hoá học gây xơ ví dụ Phenol 5% trong dầu thực vật, hay Polidocalol vào lớp dưới niêm mạc vào mô đệm lỏng lẻo phía trên búi trĩ, thuốc sẽ gây viêm, xơ hóa và lành sẹo.

- + Kỹ thuật: Soi hậu môn, lấy 2ml dung dịch gây xơ chích phía trên đường lược ngay gốc búi trĩ nội vào lớp dưới niêm mạc [9].

- + Biến chứng: Viêm loét niêm mạc, chảy máu, hẹp hậu môn, áp xe dưới niêm mạc và thành trực tràng, viêm tiền liệt tuyến và dị ứng với thuốc [14].

- + Chỉ định: Trĩ nội độ 1, độ 2 và một số trường hợp độ 3 chảy máu.

- Thắt búi trĩ bằng vòng cao su (Rubber band ligation)

+ Nguyên tắc: Giảm lưu lượng máu đến búi trĩ, tạo mô sẹo xơ dính vào lớp cơ dưới niêm mạc, do đó sẽ cố định ống hậu môn đúng với nguyên tắc bảo tồn lớp đệm hậu môn.

+ Kỹ thuật: Sử dụng vòng cao su, lồng vào cổ búi trĩ, thắt nghẹt lại để máu không lưu thông tới nuôi búi trĩ, búi trĩ sẽ tự teo và rụng.

+ Biến chứng phổ biến nhất của phương pháp là đau hoặc khó chịu trực tràng, thường được giảm bớt khi tắm nước ấm, thuốc giảm đau nhẹ và tránh phân cứng bằng cách dùng thuốc nhuận tràng nhẹ. Ngoài ra còn có thể gặp cảm giác tức hay kích thích muốn đại tiện, tuột vòng cao su, tiểu khó, tắc mạch trĩ ngoại, chảy máu muộn, hiếm gặp là nhiễm trùng vùng chậu hay hoại tử Fournier [14].

+ Chỉ định: Trĩ nội độ 1, độ 2, độ 3 nhỏ búi đơn.

- Sóng cao tần

+ Nguyên tắc: Ứng dụng dòng điện cao tần tác động vào búi trĩ, sinh ra nhiệt làm protein của mạch máu trong búi trĩ đông lại, búi trĩ sẽ tự chết.

+ Kỹ thuật: Một điện cực bi kết nối với máy phát tần số vô tuyến được đặt trên mô trĩ và làm cho mô tiếp xúc bị đông tụ và bay hơi.

+ Biến chứng: Bí tiểu, nhiễm trùng vết thương, huyết khối quanh hậu môn [37], [38], [39].

+ Chỉ định: Trĩ độ 1 và 2.

- Phương pháp phẫu thuật Milligan Morgan (1937)

+ Là thủ thuật xâm lấn mổ mở dưới lớp niêm mạc, cắt riêng từng búi trĩ chỉ để lại những mảnh da và niêm mạc (hay còn gọi là cầu da niêm mạc) rồi khâu lại. Thực hiện bằng cách bóc tách các búi trĩ ở vị trí 3h, 8h, 11h tư thế sản khoa, bắt đầu từ mép hậu môn tới tận gốc các trực động mạch. Khâu chỉ xuyên qua gốc búi trĩ và thắt gốc ở trên cao. Cắt bỏ búi trĩ dưới nút thắt và cố định nút thắt gốc búi trĩ vào cơ thắt trong để tránh co rút lên cao, để ngỏ vết mổ. Tỷ lệ tái phát thấp 1-5% [14].

+ Chỉ định: Trĩ phức hợp, trĩ nội độ II chảy máu, nhiều máu, trĩ nội độ 3 và độ 4,...

+ Ưu điểm:

- Quy trình thực hiện đơn giản
- Tỷ lệ tái phát thấp
- Chi phí rẻ
 - + Hạn chế:
- Đau sau phẫu thuật
- Biến chứng: chảy máu, bí tiểu, rối loạn đại tiện,...
- Phương pháp treo hậu môn của Longo (Longo's anopexy)
 - + Đây là phương pháp mới, được Longo báo cáo lần đầu vào tháng 6 năm 1995. Đến nay đã có trên 74000 ca được thực hiện bằng phương pháp Longo.
 - + Nguyên tắc: Cắt vòng niêm mạc trực tràng và nối qua hậu môn bằng dụng cụ.
 - + Chỉ định: Trĩ nội độ 3 và 4 không có thuyên tắc, không có vết nứt [7].

1.1.7. Điều trị sau phẫu thuật trĩ

1.1.7.1. Nguyên tắc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ

- Giảm đau, chống viêm
- Kháng sinh
- Tăng sức bền thành mạch

1.1.7.2. Phác đồ điều trị sau phẫu thuật trĩ

- Kháng sinh
 - Ceftazidime 2g 1lọ pha tiêm tĩnh mạch chậm x 02 lần/ngày
- Chống vi khuẩn kỵ khí
 - Metronidazole 500mg 1chai truyền tĩnh mạch x 02 lần/ngày
- Giảm đau
 - Paracetamol 500mg uống 01 viên/lần khi đau ($VAS \geq 6$) hoặc sốt $\geq 38,5$ độ C, 2 lần uống cách nhau tối thiểu 4h – 6h.
- Tăng sức bền thành mạch
 - Dapflon 500mg x 04 viên/ngày

1.1.8. Biến cố và cách xử trí sau phẫu thuật trĩ

1.1.8.1. Xuất huyết

Đây là tình trạng tại vị trí phẫu thuật có xuất hiện máu, có thể nhiều hoặc có

thể ít. Biến chứng này xảy ra do rất nhiều nguyên nhân. Do sai sót trong phẫu thuật: kĩ thuật được thực hiện chưa triệt để nên dễ làm sót trĩ, tại các khe hở của phần trĩ sót lại sẽ gây chảy máu [41].

Táo bón cũng dễ gây ra hiện tượng chảy máu sau phẫu thuật, vì khi táo bón thường phải rặn mạnh để tổng phân ra ngoài. Lúc này niêm mạc và da hậu môn chưa được phục hồi hoàn toàn nên rất dễ bị tổn thương [41].

1.1.8.2. Hẹp hậu môn

Hẹp tạm thời: Đây là một trong những biến chứng rất dễ gặp phải, nguyên nhân là do trong quá trình điều trị, các cơ khổng chế của hậu môn bị tê liệt.

Hẹp vĩnh viễn: Tình trạng này xuất hiện là do bẩm sinh cơ địa của người bệnh hoặc do tổn thương sau phẫu thuật làm xuất hiện sẹo, co rút. Để tránh tình trạng này, phẫu thuật viên cần hạn chế kích thước của vết mổ và tránh làm tổn thương các mô xung quanh. Bên cạnh đó, bệnh nhân cũng nên dùng nước nóng hoặc thuốc đông y để ngâm rửa và xông hơi búi trĩ nhằm giúp lưu thông máu và phục hồi cơ [14].

1.1.8.3. Nhiễm trùng tại chỗ

Vì vùng phẫu thuật nằm cạnh hậu môn nên dễ nhiễm khuẩn gây nhiễm trùng, sưng đỏ, mưng mủ. Để tránh nhiễm trùng sau phẫu thuật người bệnh cần lưu ý giữ vệ sinh sau khi đại tiện.

1.1.8.4. Đại tiện đi ngoài mất tự chủ

Người bệnh có thể bị són phân trong vài ngày đầu sau phẫu thuật do nong hậu môn quá đột ngột và quá mạnh. Tình trạng mất tự chủ một phần có thể kéo dài, do những tác động thô bạo làm đứt một phần cơ thắt. Đặc điểm của phẫu thuật điều trị thương tổn này rất khó khăn và phức tạp [41].

1.2. Tổng quan trĩ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Bệnh danh “Hạ Trĩ”

Trĩ được YHCT mô tả trong phạm vi chứng “Lòi dom”, “Tiện huyết”, “Trung khí hạ hãm”.

Đại Y thiên sư Tuệ Tĩnh có viết “lời dom là đầu ruột cùng lời ra ngoài” [42].

Đông Nguyên Thập Thư chép ”phương pháp chủ yếu chữa bệnh trĩ và rò là thanh nhiệt, lương huyết, trừ thấp, nhuận táo”, trong đó phần lớn đề cập trĩ là do thấp nhiệt, phong táo, nhiệt tà làm tổn thương huyết mạch, dẫn đến khí huyết ứ trệ, hình thành u cục [43].

1.2.2. Bệnh nguyên bệnh cơ

Căn nguyên theo y học cổ truyền, trĩ sinh ra là do khí hư, khí trệ khiến đại tràng không thông, làm cho cơ nhọc yếu và tổn thương giáng hạ mạch lạc sinh ra tình trạng huyết ứ ở trực tràng hậu môn. Nếu không cải thiện khí trệ và huyết ứ kịp thời, mạch lạc giãn ngày càng sa xuống khiến búi trĩ ứ huyết và chảy máu.

Nguyên nhân khiến khí và thấp nhiệt ngưng kết ở đại tràng là do mắc các bệnh nội sinh về tâm tỳ, thận, can hoặc thường xuyên ăn thức ăn cay nóng, uống rượu,... Thấp nhiệt cũng có thể hình thành do thường xuyên ngồi lâu, lao động quá sức và phòng dục quá độ khiến huyết ứ và khí trệ dồn xuống trực tràng – hậu môn [42].

1.2.3. Các thể bệnh

Hải Thượng Lãn Ông chia trĩ thành 5 loại ”mẫu trĩ, tần trĩ, khí trĩ, huyết trĩ, tửu trĩ” [44].

Y học cổ truyền chia trĩ nội thành 4 thể cụ thể sau:

- Trĩ nội thể thấp nhiệt (có đi kèm tình trạng viêm nhiễm hoặc bội nhiễm)
- Trĩ nội thể khí huyết ứ trệ (trĩ do các bệnh toàn thân gây ra)
- Trĩ nội thể huyết ứ (dạng trĩ có sung huyết)
- Trĩ nội thể nhiệt độc (giai đoạn đầu của tình trạng viêm nhiễm ở trĩ)

Ngoài ra, y học cổ truyền cũng chia trĩ ngoại thành 3 dạng như sau:

- Trĩ ngoại thể nhiệt độc (do tắc nghẽn khí huyết)
- Trĩ ngoại thể huyết ứ
- Trĩ ngoại thể thấp nhiệt (là dạng trĩ ngoại có biến chứng, thường là viêm loét)

[14].

1.2.4. Điều trị:

1.2.4.1. Điều trị trĩ nội thể ứ huyết:

- Triệu chứng: Búi trĩ không lòi ra khỏi hậu môn, thường đi kèm với triệu chứng táo bón và đại tiện ra máu tươi.

- Pháp điều trị: Lương huyết và hoạt huyết để giải phóng huyết ứ trệ ở trực tràng

- Phương điều trị

+ Bài thuốc 1: Sinh địa 20g, xích thược 12g, hòe hoa 12g, hoàng cầm 12g, đương quy 12g, kinh giới 12g và địa du 12g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

+ Bài thuốc 2: Kinh giới sao đen 16g, huyền sâm 2g, trắc bách diệp sao 16g, bạch thược 12g, chỉ xác 8g, đương quy 8g, hòe hoa 10g, sinh địa 12g, cỏ nhọ nồi sao 16g, xuyên khung 8g, hạt vừng 12g, hồng hoa 8g, đại hoàng 4g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

1.2.4.2. Điều trị trĩ nội thể thấp nhiệt:

- Triệu chứng: búi trĩ sưng nóng, loét, đau rát, đỏ, có thể chảy nước hoặc chảy mủ. Khi ngồi gây đau đớn khó chịu, đi kèm với triệu chứng táo bón và tiểu tiện vàng.

- Pháp điều trị: Thanh nhiệt, hành khí, hoạt huyết và chỉ huyết

- Phương điều trị

+ Bài thuốc 1: Chỉ xác 12g, hoàng bá 10g, xích thược 12g, hòe hoa 12g, kim ngân 12g, chi tử sao đen 12g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

+ Bài thuốc 2: Xích thược 12g, hoàng liên 12g, hoàng bá 12g với đào nhân 8g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

1.2.4.3. Điều trị trĩ nội thể nhiệt độc:

- Triệu chứng: Búi trĩ sưng nóng, đau nhức và buốt ở hậu môn. Khi đại tiện thấy có máu tươi nhưng không thấy dịch vàng hay mủ chảy ra.

- Pháp điều trị: Giải độc, lương huyết, thanh nhiệt và cầm máu

- Phương điều trị

+ Bài thuốc: Kim ngân, hoàng liên, hạ khô thảo, hoàng bá, xuyên khung, hoàng kỳ, hoàng cầm, đương quy mỗi thứ 12g, đại hoàng 4g, sinh địa 16g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

1.2.4.4. Điều trị trĩ nội theo thể khí huyết hư yếu:

- Triệu chứng: Búi trĩ lòi ra bên ngoài hậu môn, người mệt mỏi, ù tai, sắc mặt kém, gầy yếu, hoa mắt, mạch trầm tế, đoản hơi.

- Pháp điều trị: Chỉ huyết, bồi bổ khí huyết và thăng đề

- Phương điều trị:

+ Bài thuốc 1: thăng ma 8g, địa du 8g, cam thảo 4g, hòe hoa sao đen 8g, đẳng sâm 16g, đương quy 8g, kinh giới sao đen 12g, địa du 8g, bạch thược 12g, trần bì 16g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

+ Bài thuốc 2: Hòe hoa sao 8g, đẳng sâm 16g, kinh giới sao đen 12g, bạch truật 12g, biều đầu 12g, hoài sơn 16g, huyết hư than 6g, kê huyết đằng 12g, hà thủ ô 12g. Đem các vị sắc lấy nước uống, ngày 1 thang. Liệu trình 15 – 20 ngày.

1.2.3.5. Điều trị trĩ ngoại thể huyết ứ:

- Điều trị trĩ ngoại thể huyết ứ tương tự như trĩ nội thể huyết ứ. Trĩ ngoại thể nhiệt độc dùng bài thuốc và châm cứu tương tự trĩ nội thể nhiệt độc.

- Tuy nhiên trĩ ngoại là trình trạng búi trĩ lòi ra bên ngoài hậu môn nên cần chú trọng các bài thuốc rửa và ngâm:

+ Bài thuốc ngâm 1: Dùng phèn phi và kha tử mỗi thứ 10g. Đem đun sôi kha tử với nước sôi sau đó pha thêm phèn phi vào, ngâm rửa hậu môn.

+ Bài thuốc ngâm 2: Dùng hoàng liên 12g, hoàng cầm 12g, khổ sâm 16g, phác tiêu 8g, kinh giới 16g, phòng phong 12g, đại hoàng 4g, hoàng bá 20g, chi tử 10g, phòng phong 12g. Đem các vị đun sôi và ngâm rửa thường xuyên để giảm viêm nhiễm và cải thiện triệu chứng nóng rát.

1.3. Đặc điểm triệu chứng bệnh lý sau phẫu thuật trĩ theo YHCT

“Chứng huyết ứ là tên gọi chung chỉ huyết đi không lưu thông thậm chí đình trệ ngưng đọng ảnh hưởng đến sự vận hành của khí huyết mà phát sinh ra hàng loạt chứng

trạng. Chúng bao gồm huyết đã rời mạch tụ lại trong cơ thể và huyết dịch vận hành không thông trong tạng phủ và huyết mạch”. Nguyên nhân dẫn đến huyết ứ thực ra không ngoài các yếu tố ngoại tà xâm phạm, tình chí tổn thương, ăn uống thất điều và sang thương. Sách “Cảnh Nhạc toàn thư” đề cập cảm phải phong tà dẫn đến khí huyết bế uất, cảm phải hàn tà khí huyết ngưng sáp lại, cảm phải nhiệt tà khí huyết khô cạn, cảm phải thấp tà khí huyết ủng trệ, đều chỉ ngoại tà xâm phạm gây ứ huyết.

Theo YHCT bình thường huyết dịch được vận hành trong hệ thống kinh mạch và lạc mạch. Phía bên trong nuôi dưỡng cho lục phủ ngũ tạng, phần bên ngoài nuôi dưỡng bì phu, cơ biểu, cân cốt, không nơi nào trong cơ thể mà huyết dịch không đi tới [22].

Trong bệnh lý hạ tri cũng như vậy, nguyên nhân chủ yếu do thấp nhiệt, huyết ứ là chủ yếu, bên cạnh đó còn do huyết nhiệt, khí huyết hư. Tất cả các nguyên nhân kể trên gây nên khí trệ huyết ứ, huyết ứ lâu ngày hóa nhiệt, nhiệt lại bức huyết vọng hành. Bệnh chứng huyết ứ tuy khá nhiều, nhưng biểu hiện lâm sàng có đặc trưng như đau nhói tại chỗ, đau cự án, có hòn cục, xuất huyết phát ban, bầm tím, ứ huyết tại chỗ, sắc mặt đen xám, nổi rõ gân xanh vằn vệt đứt khúc, môi lưỡi xanh tím, chất lưỡi tím tối, có điểm ứ huyết, mạch tế sáp hoặc kết đại. Khi đó pháp điều trị sẽ là dưỡng huyết, hoạt huyết, chỉ thống giúp cho huyết không bị ứ trệ, phù nề tại vết mổ góp phần giảm đau, cầm máu tại chỗ [22].

Điều trị trĩ sau phẫu thuật bằng YHCT

- Chứng trạng: Vùng giang môn ứ huyết, đau cự án, chất lưỡi tím hoặc có điểm ứ huyết, mạch sáp.
- Pháp điều trị: Hoạt huyết khứ ứ, chỉ thống
- Phương điều trị: Đào hồng tứ vật thang

Thục địa	12 g	Đào nhân	09 g
Đương quy	09 g	Hồng hoa	06 g
Bạch thược	09 g		
Xuyên khung	06 g		

Các vị thuốc trên đem sắc , ngày 01 thang chia 02 lần sáng chiều sau ăn [23].

1.4. Tổng quan về bài thuốc nghiên cứu

1.4.1. Xuất xứ

Bài thuốc Đào hồng Tứ Vật Thang chính thức được ghi chép trong bộ sách "Y Tông Kim Giám" (*The Golden Mirror of Medicine*).

- Tác giả: Do Ngô Khiêm cùng các ngự y đời nhà Thanh biên soạn.
- Thời gian: Hoàn thành vào khoảng năm 1742.
- Nguồn gốc sâu xa: Bài thuốc này thực chất là một biến phương (phương thuốc cải biên) từ bài thuốc gốc Tứ Vật Thang (có từ thời nhà Tống, ghi trong sách *Thái bình huệ dân hòa tể cục phương*). Các thầy thuốc đời sau đã thêm hai vị thuốc là Đào nhân và Hồng hoa vào để tăng cường khả năng phá ứ, hoạt huyết [23].

1.4.2. Thành phần bài thuốc

Thục địa	12 g	Đào nhân	09 g
Đương quy	09 g	Hồng hoa	06 g
Bạch thược	09 g		
Xuyên khung	06 g		

Sắc uống ngày 01 thang, uống chia 2 lần sáng chiều sau ăn.

1.4.3. Phân tích bài thuốc

- Bài thuốc này gồm Tứ vật thang gia thêm đào nhân, hồng hoa mà thành. Trong bài có đương quy, thục địa dưỡng huyết, hoạt huyết, làm chủ được, xuyên khung hoạt huyết hành trệ, bạch thược liễm âm dưỡng huyết, đào nhân, hồng hoa phá huyết hành ứ, khử cái ứ đọng sinh cái mới, đều là trợ dược. Cả bài thuốc có tác dụng dưỡng huyết hoạt huyết, chỉ thống.

1.4.4. Công năng chủ trị

Công năng: Hoạt huyết, dưỡng huyết, chỉ thống.

Chủ trị: Các chứng huyết hư kèm theo huyết ứ: Kinh nguyệt không đều, kinh nguyệt đến muộn, sắc kinh tím đen, có cục máu đông. Đau bụng kinh (thống kinh) dữ dội do ứ trệ. Các trường hợp chấn thương gây sưng đau, tụ máu bên trong [23].

1.5. Tổng quan về phương pháp Laser châm

1.5.1. Đại cương

Laser châm là sử dụng ánh sáng đơn sắc phát ra từ một thiết bị Laser công suất thấp (≤ 250 milliwatt) chiếu vào các huyệt trên hệ thống kinh lạc nhằm điều hòa khí huyết, giúp cơ thể lập lại cân bằng âm dương để điều trị và phòng bệnh.

Laser châm được chỉ định tương đối rộng rãi để điều trị các chứng bệnh. Laser châm có thể dùng đơn độc; có thể kết hợp Laser châm với điện châm ở các vị trí huyệt khác nhau; Laser châm với xoa bóp bấm huyệt và Laser châm với một số phương pháp khác.

1.5.2. Chỉ định

- Các chứng đau: đau vai gáy, viêm quanh khớp vai, đau lưng, đau thần kinh tọa, hội chứng đường hầm cổ tay, đau dây thần kinh V và các chứng đau khác.

- Các chứng liệt: liệt nửa người do các nguyên nhân khác nhau, liệt dây thần kinh VII ngoại biên và các chứng liệt khác.

1.5.3. Chống chỉ định

- Những thay đổi bất thường của da không rõ nguyên nhân.
- Người bệnh động kinh.
- Người bệnh suy tim mất bù, loạn nhịp, suy mạch vành.
- Người bệnh cường giáp.
- Không chiếu Laser vào vùng thóp, đầu các xương dài của trẻ vị thành niên, cạnh các tuyến nội tiết (tuyến giáp, tinh hoàn, ...)

1.5.4. Liều điều trị

Liều điều trị phụ thuộc vào từng loại huyệt và tình trạng bệnh lý của người bệnh (bệnh cấp tính dùng liều thấp, bệnh mạn tính dùng liều cao). Liều điều trị được tính bằng J/cm^2 .

Loại huyệt	Liều
A thị huyệt	1 - 2 J/cm^2
Huyệt giáp tích	2 - 4 J/cm^2
Huyệt châm cứu ở người lớn	1 - 3 J/cm^2
Huyệt châm cứu ở trẻ em	0,5 - 1,5 J/cm^2

Thời gian điều trị tùy thuộc vào liều điều trị và số huyết được lựa chọn. Thông thường thời gian điều trị bằng Laser châm từ 15 - 30 phút/lần.

- Bệnh cấp tính: mỗi ngày điều trị 01 lần, mỗi liệu trình 5 - 10 ngày.

- Bệnh mạn tính: mỗi ngày điều trị 01 lần, mỗi liệu trình điều trị từ 1-2 tuần.

Có thể điều trị nhiều liệu trình [9].

1.6. Một số nghiên cứu về điều trị trĩ sau phẫu thuật bằng kết hợp YHCT ở Việt Nam và trên thế giới

1.6.1. Tình hình nghiên cứu vấn đề điều trị sau phẫu thuật trĩ trên thế giới

- Nghiên cứu về “Tác dụng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang gia vị kết hợp thuốc Tây y trong điều trị rò hậu môn sau mổ” của nhóm tác giả Lương Lương, Lưu Nhã Hân, Đinh Vinh Cầm, Trương Tâm Nguyên, Chương Bội trên 60 bệnh nhân từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2022 cho thấy, nhóm nghiên cứu điều trị bằng Đào hồng tứ vật thang kết hợp thuốc uống Acetaminophen và Tramadol có tỷ lệ lành vết thương nhanh, thời gian phục hồi ngắn hơn, cải thiện điểm VAS tốt hơn so với nhóm đối chứng. Kết luận Đào hồng tứ vật thang gia vị kết hợp thuốc Tây y có thể đẩy nhanh quá trình lành vết thương và giảm đau sau phẫu thuật cho bệnh nhân rò hậu môn [1].

- Nghiên cứu về “Giá trị ứng dụng Đào hồng tứ vật thang gia vị trong điều trị đau sau cắt trĩ ngoại và thắt trĩ hỗn hợp” của tác giả Lam Phỉ và Thạch Thiên Trúc trên 90 bệnh nhân đau sau phẫu thuật từ tháng 2/2017 đến tháng 2/2018 đã chứng minh: “Điều trị thường xuyên bằng “Đào hồng tứ vật thang” có hiệu quả cao trong điều trị đau sau phẫu thuật trĩ, tác dụng giảm đau kéo dài, hạn chế sử dụng thuốc giảm đau, cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân và tiết kiệm chi phí y tế” [2].

- Nghiên cứu về “Đánh giá hiệu quả của điện châm đau sau phẫu thuật trĩ” của tác giả Vu Tiểu Hoa và Mã Tố Bân năm 2011 trên 160 bệnh nhân đau mức độ từ trung bình đến nặng sau phẫu thuật trĩ cho kết quả: Điểm VAS của 2 nhóm bệnh nhân đều giảm, trong đó nhóm nghiên cứu có thời điểm bắt đầu giảm điểm VAS sớm hơn và thời gian tác dụng giảm đau kéo dài hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$) [3].

- Nghiên cứu của tác giả Hai-Zhou Zing về tác dụng của Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật ruột thừa ghi nhận người bệnh trong nhóm can thiệp bằng châm cứu Laser cho thấy sự phục hồi chức năng tiêu hóa nhanh hơn đáng kể so với nhóm điều trị thông thường. Cụ thể, thời gian đến lần đi ngoài đầu tiên được rút ngắn đáng kể (nhóm can thiệp: $12,5 \pm 2,3$ giờ so với nhóm đối chứng: $18,7 \pm 3,1$ giờ, $p < 0,05$), thời gian đến lần đi đại tiện đầu tiên sớm hơn (nhóm can thiệp: $36,4 \pm 4,6$ giờ so với nhóm đối chứng: $48,2 \pm 5,7$ giờ, $p < 0,05$), tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật giảm đáng kể (nhóm can thiệp: 8,3% so với nhóm đối chứng: 20,0%, $p < 0,05$), điểm đau sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể (nhóm can thiệp: $3,2 \pm 1,1$ so với nhóm đối chứng: $4,7 \pm 1,5$, $p < 0,05$), và sự phục hồi nhu động ruột nhanh hơn và hiệu quả hơn [44].

1.6.2. Tình hình nghiên cứu điều trị sau phẫu thuật trĩ tại Việt Nam

- Nghiên cứu của tác giả Tạ Đăng Quang, Lê Thị Thu Hương đánh giá hiệu quả giảm đau bằng điện châm nhóm huyết Thượng liêu, Trung liêu, Thử liêu trên 60 bệnh nhân sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan được chia 2 nhóm: điện châm và dùng thuốc Efferalgan Codein. Kết quả cho thấy điểm VAS giảm trung bình ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là $2,97 \pm 0,77$ và $2,5 \pm 1,04$ so với trước điều trị ($p < 0,05$). Chưa thấy tác dụng không mong muốn của nhóm sử dụng điện châm trên lâm sàng [4].

- Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Đài Trang năm 2018 trên 60 bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ nhằm đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp điện xung có kết quả: Tác dụng giảm đau của nhóm nghiên cứu xuất hiện sớm và kéo dài lâu hơn, giảm tỷ lệ biến chứng bí tiểu sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [5].

- Một số nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng Laser châm ở bệnh nhân sau phẫu thuật có một số tác dụng sau: giảm đau, tăng cường lành vết thương, cải thiện chức năng miễn dịch [6]. Sử dụng phương pháp chiếu tia Laser công suất thấp vào huyết mà không xâm lấn. Cơ chế điều trị của phương pháp này là sử dụng

kích thích sinh học của Laser tại các vị trí huyết đạo, theo Y học cổ truyền giúp thông kinh hoạt lạc, chỉ thống.

- Hiện nay, trên lâm sàng Laser châm là một phương pháp mới được Bộ y tế đưa vào phác đồ điều trị với chỉ định “chống viêm, giảm đau, kích thích tái tạo mô, làm nhanh lành vết thương, vết loét; điều hòa tuần hoàn và hoạt hóa hệ thần kinh trung ương; điều trị trên huyết đạo” [8].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc nghiên cứu

2.1.1.1. Công thức bài thuốc nghiên cứu

Bảng 2.1. Công thức bài thuốc “Đào hồng tứ vật thang”

Tên thuốc	Tên khoa học	Liều lượng
Thục địa	<i>Radix Rehmanniae Reiparatus</i>	12 gr
Đương quy	<i>Radix Angelicae Sinensis</i>	09 gr
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae Albae</i>	09 gr
Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici Wallichii</i>	06 gr
Đào nhân	<i>Semen Persicae</i>	09 gr
Hồng hoa	<i>Flos Carthami</i>	06 gr

Tên thuốc được viết theo dược điển Việt Nam V. Thuốc được cung cấp bởi khoa Dược, Bệnh viện Tuệ Tĩnh theo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V.

2.1.1.2. *Tác dụng*: Dưỡng huyết, hoạt huyết, chỉ thống.

2.1.1.3. *Chỉ định*: Hạ trí thể huyết ứ theo YHCT.

2.1.1.4. Cách dùng

Dạng thuốc: Thuốc được sắc cô bằng máy sắc tự động, do Khoa Dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh cung cấp, 01 thang sắc đóng làm 02 túi (thể tích 150ml), ngày uống 02 lần, uống sau bữa ăn sáng chiều.

Liệu trình dùng thuốc: 07 ngày.

2.1.2. Thuốc sử dụng trong phác đồ nền (Căn cứ theo phác đồ điều trị của BHYT)

2.1.2.1. Kháng sinh

Thuốc kháng sinh Cefotaxime 1000mg sử dụng trong nghiên cứu

- Hoạt chất: Cefotaxime
- Liều dùng: 1g
- Số lô: F44081
- Hạn sử dụng: 19/10/2026

- Liều lượng: 2g
- Cách dùng: Pha tiêm tĩnh mạch
- Liều trình: 07 ngày.

Thuốc Kháng sinh Metronidazole 500mg sử dụng trong nghiên cứu

- Hoạt chất: Metronidazole
- Liều dùng: 500mg
- Số lô: 86SINO049
- Hạn sử dụng: 20/09/2027
- Liều lượng: 1g
- Cách dùng: Truyền tĩnh mạch
- Liều trình: 07 ngày

Thuốc giảm đau Paracetamol dùng trong nghiên cứu

- Hoạt chất: Paracetamol
- Liều dùng: 500mg
- Số lô: 440523
- Hạn sử dụng: 24/05/2026
- Liều lượng: 2g
- Cách dùng: Uống 01 viên/ lần khi đau (VAS >6) hoặc khi sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, 2 lần uống cách nhau tối thiểu 4h – 6h.
- Liều trình: 07 ngày

Thuốc Daflon dùng trong nghiên cứu

- Hoạt chất: Diosmin
- Liều dùng: 500mg
- Số lô: VD-22349-15
- Hạn sử dụng: 24/02/2026
- Liều lượng: 2g
- Cách dùng: Uống ngày 04 viên chia 2 lần sau ăn sáng chiều.
- Liều trình: 07 ngày.

2.1.3. Laser châm:

- Phương tiện: Máy Laser điều trị Hanil HLA-200



Hình 2.1. Máy Laser điều trị Hanil HLA-200

* Phác đồ huyết

Các huyết được sử dụng trong điều trị bằng Laser châm trong nghiên cứu gồm:

Trung cực, Khúc cốt, Hội âm, Huyết Hải, Túc tam lý.

* Thủ thuật

- Xác định chính xác vùng huyết, dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyết), đầu phát tia cách mặt da 0.5cm. Giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị, khi đó máy sẽ phát ra tín hiệu âm thanh và đầu chiếu tự động ngừng tia.

- Chiếu lần lượt từng huyết theo phác đồ

* Liều điều trị

Loại huyết	Liều
Huyết châm cứu	2 J/ cm ²

Thời gian điều trị: 3phút/huyết/lần x 01 lần/ngày x 07 ngày

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân trĩ sau phẫu thuật ngày thứ nhất được điều trị nội trú tại khoa Ngoại – Phụ sản, Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Không phân biệt nghề nghiệp, giới tính, trình độ.
- Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn theo Y học hiện đại

Dựa vào triệu chứng thường gặp nhất:

- Đại tiện ra máu tươi: biểu hiện ở các mức độ khác nhau có thể thành tia hay nhỏ giọt hoặc có máu thấm băng.
- Đau vùng hậu môn: Đau tại chỗ vết mổ

Tiêu chuẩn theo Y học cổ truyền

Hạ Trĩ sau phẫu thuật thuộc thể khí trệ huyết ứ theo YHCT với các chứng trạng:

Bảng 2.2. Chứng trạng huyết ứ của hạ trĩ sau phẫu thuật theo YHCT

Vọng chẩn	Vùng hậu môn sau phẫu thuật sưng đau, chất lưỡi tím tối, có điểm ứ huyết, đại tiện ra máu hoặc có máu thấm băng.
Vấn chẩn	Cảm giác đau nhói tại chỗ
Thiết chẩn	Mạch sáp

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc các tổn thương thực thể ở đại tràng, hậu môn trực tràng như khối u, viêm đại trực tràng chảy máu.
- Suy gan, suy thận, suy tim, thiếu máu.
- Phụ nữ có thai, cho con bú.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại – Bệnh viện Tuệ Tĩnh, số 2 Trần Phú, Mộ Lao, Hà Đông, Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2025 đến tháng 8/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng, có đối chứng, so sánh trước sau điều trị.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1-p_2)^2}$$

- $p = |p_1 - p_2|$
- p_1 là tỷ lệ dự kiến kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu đạt tốt trên lâm sàng
- p_2 là tỷ lệ kết quả điều trị của nhóm đối chứng đạt tốt trên lâm sàng
- $Z_{\alpha/2}$ là hằng số sai sót loại I, Z_{β} là hằng số sai sót loại II.
- Trong nghiên cứu của nhóm nghiên cứu trước có p_2 là 62%, p_1 là 95% [8].
- $p = |0,95 - 0,62| : 2 = 0,165$
- $Z_{\alpha/2} = 1,96$ khi $\alpha = 0,05$ $Z_{\beta} = 1,282$ khi $\beta = 0,10$
- Thay vào công thức trên, ta có kết quả $n = 30$. Ước tính có khoảng 10% bệnh nhân bỏ nghiên cứu, lấy hệ số điều chỉnh là 0,1. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 35 bệnh nhân. Tổng số bệnh nhân cần lấy trong nghiên cứu này là 70 bệnh nhân cho 2 nhóm.

2.3.3. Cách chọn mẫu

Người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được chia 2 nhóm theo phương pháp ghép cặp đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới tính vào hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo tỷ lệ 1:1.

2.3.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Trước khi điều trị, bệnh nhân được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu. Nếu bệnh nhân tình nguyện tham gia thì được thỏa thuận bằng phiếu cam kết.

Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám ghi nhận triệu chứng lâm sàng toàn diện, đánh giá tổn thương trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Bước 3: Tiến hành điều trị theo phác đồ

- NNC: Bệnh nhân được sử dụng 2 loại kháng sinh theo phác đồ của Bộ Y tế, kết hợp bài thuốc “Đào hồng tứ vật thang” ngày 01 thang sắc đóng túi, chia uống 2 lần sau sáng chiều 30 phút. Kết hợp Laser châm theo công thức huyết mỗi 03 phút/lần/ngày. Quy trình Laser châm theo “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền” của Bộ Y tế năm 2020. Sử dụng thuốc giảm đau paracetamol 500mg khi VAS > 6 và triệu chứng lâm sàng: đau dữ dội vùng hậu môn, sưng nề, sốt,...

- NĐC: Bệnh nhân được dùng thuốc nền Metronidazole và Cefotaxime + thuốc tăng sức bền thành mạch:

Diosmin 500mg x 04 viên/ ngày x 07 ngày

Thuốc giảm đau: Paracetamol 0,5g x 01 viên/lần khi đau, khoảng cách giữa 2 lần uống từ 4 - 6h x 07 ngày.

a. Chuẩn bị

+ Người thực hiện: Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

+ Trang thiết bị

Máy Laser điều trị Hanil HLA-200

Kính bảo vệ cho cán bộ y tế và người bệnh.

+ Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

Tư thế người bệnh nằm ngửa.

b. Các bước tiến hành

Phác đồ huyết

Công thức huyết được lựa chọn :

Trung cực Khúc cốt Hội âm Huyết Hải Túc tam lý

Thủ thuật

- Xác định chính xác vùng huyết, dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyết), đầu phát tia cách mặt da 0.5cm. Giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị, khi đó máy sẽ phát ra tín hiệu âm thanh và đầu chiếu tự động ngừng tia.

- Chiếu lần lượt từng huyết theo phác đồ

Liều điều trị

- Liều điều trị trên huyết châm cứu ở người lớn: 1 - 3 J/ cm²

- Thời gian điều trị bằng Laser châm từ 20 phút/lần/ngày x 07 ngày

Theo dõi và xử lý tai biến

- Theo dõi: Toàn trạng người bệnh.

- Xử trí tai biến

Người bệnh xuất hiện các nốt đỏ ở da, mẩn ngứa (do cơ địa quá mẫn cảm với ánh sáng), tắt máy Laser, tạm dừng điều trị 1 - 3 ngày cho đến khi hết các nốt đỏ.

Chú ý:

+ Không được chiếu tia Laser vào mắt.

+ Da và các vùng huyết không được bôi dầu, mỡ hay các loại kem, gel vì sẽ làm tia Laser bị phản xạ một phần và ảnh hưởng đến mức độ đâm xuyên của tia.

Bước 4: Thu thập các chỉ tiêu theo dõi, biến số nghiên cứu tại các thời điểm đánh giá; theo dõi và ghi nhận tác dụng không mong muốn tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu.

Bước 5: Ghi chép cụ thể hồ sơ bệnh án, xử lý các số liệu, báo cáo kết quả.

2.3.5. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, bệnh lý kèm theo.

Tác dụng của phương pháp can thiệp:

- Cải thiện mức độ đau theo VAS (D1, D2, D3, D4, D5, D7)

- Cải thiện tình trạng chảy máu sau phẫu thuật (D1, D2, D3, D4, D5, D7, D14)
- Cải thiện tình trạng bí tiểu tiện sau phẫu thuật (D1, D2, D3, D4, D5, D7)
- Cải thiện triệu chứng táo bón (D1, D2, D3, D4, D5, D7)
- Sự cải thiện điểm chất lượng cuộc sống SF - 36(tại thời điểm D0, D7)
- Sự thay đổi các chứng trạng YHCT như bầm tím, ứ huyết tại chỗ, đau cự án, chảy máu (tại thời điểm D0, D7)

Tác dụng không mong muốn của phương pháp kết hợp bài thuốc Đào hồng tứ vật thang và Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan.

- Biểu hiện triệu chứng như: buồn nôn, nôn, dị ứng, rối loạn tiêu hóa, đau đầu chóng mặt,...

2.3.6. Phương pháp thu thập thông tin và đánh giá

2.3.6.1. Phương pháp thu thập thông tin

Cách sử dụng bộ công cụ thu thập số liệu: Phương pháp phỏng vấn trực tiếp. Thu thập các triệu chứng lâm sàng qua thăm khám và hỏi bệnh.

2.3.6.2. Phương pháp đánh giá kết quả

a. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS

- Không đau ($VAS = 0$)
- Đau nhẹ ($VAS \leq 3$)
- Đau vừa ($3 < VAS \leq 6$)
- Đau nặng ($6 < VAS \leq 10$)

b. Sự cải thiện tình trạng chảy máu sau phẫu thuật

- Chảy máu thành tia
- Chảy máu nhỏ giọt sau khi đại tiện
- Chảy máu thấm băng
- Không chảy máu

c. Sự cải thiện tình trạng bí tiểu sau phẫu thuật

Bảng 2.3. Thang điểm đánh giá bí tiểu theo các mức độ

Mục đánh giá	Đánh giá	Điểm
Cầu bàng quang	Không có	0
	Độ I (Trên xương mu 1 - 5 cm)	1
	Độ II (Trên xương mu 6 - 10 cm)	2
	Độ III (Trên xương mu >10 cm)	3
Tình trạng tiểu tiện	Đái dễ	0
	Đái ít	1
	Đái nhỏ giọt	2
	Bí đái hoàn toàn	3
Đau tức hạ vị	Không đau	0
	Đau nhẹ	1
	Đau vừa	2
	Đau dữ dội	3
Cảm giác buồn đi tiểu	Không buồn	0
	Buồn đi tiểu nhẹ	1
	Buồn đi tiểu vừa	2
	Rất buồn đi tiểu	3
Đau mỗi thắt lưng	Không mỗi	0
	Mỗi nhẹ	1
	Mỗi vừa	2
	Rất mỗi	3
Thời gian bí đái	> 24 giờ	0
	16 - 24 giờ	1
	8 - <16 giờ	2
	< 8 giờ	3

Đánh giá mức độ nặng của bí tiểu

Điểm đánh giá	Mức độ bí đái
13 – 18 điểm	Bí đái nặng
6 – 12 điểm	Bí đái vừa
1 – 5 điểm	Bí đái nhẹ
0 điểm	Không bí đái

d. sự cải thiện điểm chất lượng cuộc sống theo SF – 36

Thang điểm SF-36 được phân loại dựa trên 3 lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS nói chung được phân thành 3 mức dựa vào số điểm.

Sau khi cho điểm cho từng câu hỏi, tiến hành tính điểm trung bình của 8 yếu tố sau

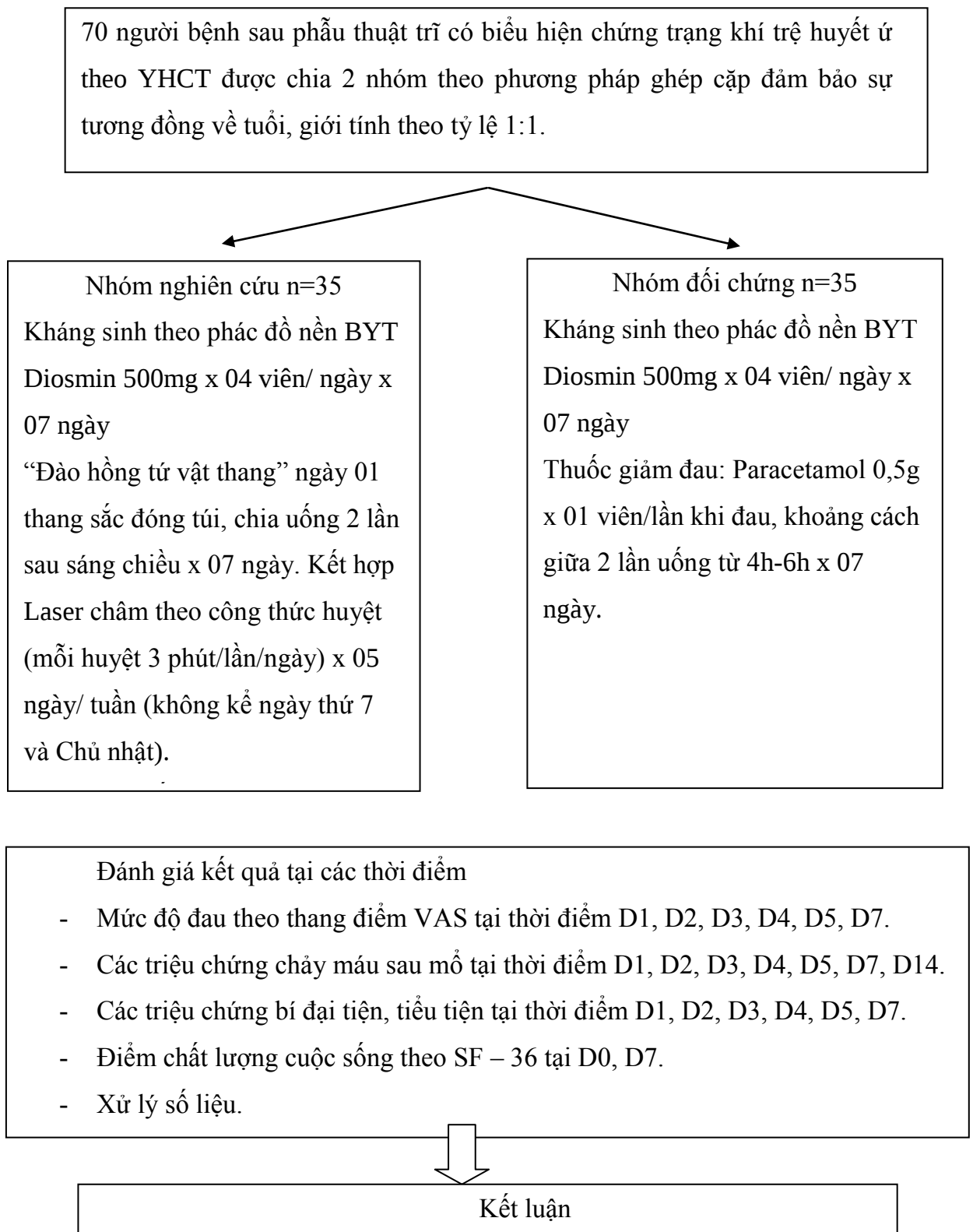
Bảng 2.4. Bảng đánh giá điểm chất lượng cuộc sống SF – 36

Yếu tố	Số lượng câu hỏi	Câu hỏi
Hoạt động thể lực	10	3-12
Chức năng thể lực	4	13-16
Cảm giác đau	2	21, 22
Hoạt động sức khỏe chung	5	1, 33-36
Sức sống	4	23, 27, 29, 31
Hoạt động xã hội	2	20, 32
Chức năng cảm xúc	3	17-19
Sức khỏe tâm lý	5	24-26, 28, 30

Sau đó, phân loại mức độ chất lượng cuộc sống theo bảng dưới dựa trên số điểm trung bình

Mức độ	Điểm tổng của các hạng mục
Kém	0 – 25
Trung bình	26 – 50
Khá	51 - 75
Tốt	76 – 100

2.3.7. Sơ đồ nghiên cứu



Hình 2.2. Sơ đồ phương pháp tiến hành nghiên cứu

2.4. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Sai số lựa chọn: Chỉ chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và không có tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.
- Sai số thu thập thông tin: Chuẩn hóa mẫu bệnh án nghiên cứu, bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng.
- Sai số nhớ lại: Đánh giá đúng tình trạng bệnh nhân, khai thác và ghi chép, lưu trữ thông tin một cách cẩn thận.
- Sai số trong quá trình thu thập và xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập vào Excel sẽ được kiểm tra ít nhất 2 lần trước khi phân tích. Sau khi phân tích nếu thấy nghi ngờ cần rà soát các khâu để loại trừ sai sót.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS (Statistics Products for the Social Services) 20.0.
- Kết quả được thể hiện dưới dạng: giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm (%). Thuật toán được sử dụng gồm: Tính tỷ lệ %, tính trung bình, độ lệch chuẩn, χ^2 Chi square test. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương luận văn Thạc sỹ, Hội đồng đạo đức Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích gì khác.

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều tình nguyện ký vào bản cam kết chấp thuận nghiên cứu.

Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

Bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không cần giải thích lý do.

Trong quá trình điều trị, nếu bệnh tăng lên hoặc có diễn biến bất thường sẽ được xử trí theo đúng quy định của Bộ Y tế.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
18 – 39	13	37,1	15	42,8	28	40,0	> 0,05
40 – 49	14	40,1	13	37,4	27	38,6	
≥ 50	8	22,8	7	20	15	21,4	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	42,4 ± 11,8		41,9 ± 10,1		42,2 ± 11,4		> 0,05
Min - Max	22 – 66		22 – 66		22 – 66		

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy sự phân bố bệnh nhân theo các nhóm tuổi của nhóm NC và nhóm ĐC.

Bệnh nhân trong hai nhóm chủ yếu tập trung ở độ tuổi 40 – 49 chiếm 38,6%, độ tuổi 18 – 39 chiếm tỷ lệ 40% và trên 50 tuổi đều chiếm tỷ lệ nhỏ 21,4%.

Tuổi trung bình của người trĩ trong hai nhóm là 42,2 ± 11,4. Tuổi thấp nhất là 22 tuổi, cao nhất là 66 tuổi.

Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo nhóm tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nam	20	57,1	16	45,7	36	51,4	>0,05
Nữ	15	42,9	19	54,3	34	48,6	

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy sự khác biệt về phân bố người bệnh theo hai giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo tính chất nghề nghiệp.

Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cán bộ	12	34,3	14	40,0	26	37,1	> 0,05
Công nhân	7	20,0	8	22,9	15	21,4	
Sinh viên, hưu trí	6	17,2	5	14,3	11	15,7	
Lái xe	10	28,6	8	22,9	18	25,7	
Khác	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo nghề nghiệp của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Thời gian mắc trĩ

Nhóm Thời gian (năm)	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
1 – 5	13	37,1	15	42,9	28	40,0	> 0,05
6 – 20	22	62,9	20	57,1	42	60,0	

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy sự phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc trĩ của nhóm NC và nhóm ĐC.

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 6 – 10 năm chiếm đa số.

Sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5 . Một số yếu tố liên quan tới phát sinh trĩ

Nhóm Yếu tố liên quan	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Táo bón	13	37,1	13	37,1	26	37,1	> 0,05
Ngồi nhiều	10	28,6	9	25,7	19	27,1	
Sinh đẻ	9	25,7	10	28,6	19	27,1	
Chế độ ăn uống	3	8,6	3	8,6	6	8,6	
Bệnh khác	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy nhóm nguy cơ hay mắc trĩ nhất là nhóm người bệnh mắc táo bón và có thói quen ngồi nhiều; phụ nữ sau sinh đẻ chiếm tỷ lệ cao.

Sự khác biệt này giữa 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Phân độ trĩ trước phẫu thuật

Phân độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Độ 2, 3	17	48,6	17	48,6	34	48,6	> 0,05
Độ 4	18	51,4	18	51,4	36	51,4	

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy đa phần người bệnh trong nghiên cứu mắc trĩ ở độ 4. Sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo phân độ trĩ trước phẫu thuật của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Phân loại theo vị trí giải phẫu

Phân loại	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	N	%	n	%	
Trĩ nội, trĩ ngoại đơn thuần	13	37,1	16	35,7	29	41,4	> 0,05
Trĩ hỗn hợp	22	62,9	19	54,3	41	58,6	

Nhận xét: Bảng 3.7 cho thấy nhóm người bệnh mắc trĩ hỗn hợp nhiều nhất, tiếp đó là nhóm người bệnh mắc trĩ nội hoặc trĩ ngoại đơn thuần. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.8. Phân loại theo biến chứng.

Nhóm Biến chứng	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Trĩ tắc mạch	16	45,7	10	28,6	26	37,1	> 0,05
Chảy máu trĩ cấp tính	19	54,3	25	71,4	44	62,9	

Nhận xét: Bảng 3.8 cho thấy sự phân bố bệnh nhân theo biến chứng của nhóm NC và nhóm ĐC.

Đa phần người bệnh trong nghiên cứu mắc trĩ kèm theo biến chứng chảy máu trĩ cấp tính chiếm tỷ lệ cao nhất.

Sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo biến chứng của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.9. Một số bệnh lý khác đi kèm ở vùng hậu môn.

Nhóm Bệnh lý Kèm theo	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		Tổng số (n=70)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nứt kẽ hậu môn	0	0	0	0	0	0	> 0,05
Rò hậu môn	0	0	0	0	0	0	
Da thừa hậu môn	5	14,3	3	8,6	8	11,4	
Polyp hậu môn	0	0	0	0	0	0	
Không	30	85,7	32	88,6	62	88,6	> 0,05

Nhận xét: Bảng 3.9 cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ phân bố người bệnh theo các bệnh lý kèm theo ở vùng hậu môn của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.10. Kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm D1, D2, D3.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D1		D2		D3		D1		D2		D3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau (VAS = 0)	0	0	0	0	2	5,7	0	0	0	0	0	0
Đau nhẹ ($0 < \text{VAS} \leq 3$)	0	0	6	17,1	23	65,7	0	0	0	0	25	71,4
Đau vừa ($3 < \text{VAS} \leq 6$)	25	71,4	29	82,9	10	28,6	20	57,1	31	88,6	7	20
Đau nặng (VAS > 6)	10	28,6	0	0	0	0	15	42,9	4	11,4	3	8,6
Điểm VAS trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	6,0 $\pm$ 1,16		4,77 $\pm$ 1,20		2,86 $\pm$ 1,03		6,34 $\pm$ 1,03		5,34 $\pm$ 0,99		3,4 $\pm$ 1,56	
P_{D1-D2}, P_{D1-D3}	> 0,05		< 0,05		> 0,05		> 0,05		< 0,05		> 0,05	
$P_{\text{NC-ĐC}}$	> 0,05		< 0,05		> 0,05		> 0,05		< 0,05		> 0,05	

Nhận xét:

Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật điểm đau trung bình theo thang điểm VAS của nhóm NC là $2,86 \pm 1,03$ thấp hơn điểm đau trung bình của nhóm ĐC là $3,4 \pm 1,56$, tuy vậy tại thời điểm này sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D2, nhóm NC không còn xuất hiện người bệnh đau nặng (VAS > 6), tuy nhiên nhóm ĐC vẫn có 2 trường hợp đau nặng chiếm 11,4%, sự khác biệt giữa 2 nhóm tại thời điểm D2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại thời điểm D3 không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Kết quả cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm D4, D5, D7.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D4		D5		D7		D4		D5		D7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau (VAS = 0)	7	20	8	22,9	10	28,6	6	17,1	5	14,3	5	14,3
Đau nhẹ ($0 < \text{VAS} \leq 3$)	27	77,1	27	77,1	25	71,4	23	65,8	24	68,6	24	68,6
Đau vừa ($3 < \text{VAS} \leq 6$)	1	2,9	0	0	0	0	6	17,1	6	17,1	6	17,1
Đau nặng ($\text{VAS} > 6$)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Điểm VAS trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	1,69 $\pm$ 1,1		1,06 $\pm$ 0,7		0,83 $\pm$ 0,62		2,06 $\pm$ 1,3		1,77 $\pm$ 1,23		1,69 $\pm$ 1,3	
P _{D1-D4} , P _{D1-D5} , P _{D1-D7}	> 0,05		< 0,05		< 0,05		> 0,05		< 0,05		< 0,05	
P _{NC-ĐC}	> 0,05		< 0,05		< 0,05		> 0,05		< 0,05		< 0,05	

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị, nhóm NC có điểm đau VAS trung bình là $0,83 \pm 0,62$ thấp hơn nhiều so với điểm đau trung bình theo thang điểm VAS của nhóm ĐC là $1,69 \pm 1,3$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tại thời điểm D5, nhóm NC ghi nhận không còn trường hợp người bệnh nào có điểm đau VAS > 3, nhóm ĐC vẫn còn 6 trường hợp với điểm đau theo VAS >3 chiếm 17,1%, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12. Kết quả cải thiện tình trạng chảy máu tại thời điểm D1, D2, D3.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D1		D2		D3		D1		D2		D3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chảy máu thành tia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chảy máu nhỏ giọt	17	48,6	14	40,0	10	28,6	19	54,3	14	40,0	12	34,3
Máu thấm giấy vệ sinh	15	42,9	15	42,9	10	28,6	16	45,7	18	51,4	12	34,3
Không chảy máu	3	8,5	6	17,1	15	42,8	0	0	3	8,6	11	31,6
P _{NC-ĐC}	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.12 cho thấy trong 3 ngày đầu dùng thuốc, nhóm NC có 42,8% người bệnh không chảy máu tại vết mổ cao hơn nhóm ĐC là 31,6%. Tuy vậy, sự khác biệt về tình trạng chảy máu tại vết mổ tại thời điểm D1, D2, D3 ở hai nhóm NC và nhóm ĐC chưa có ý nghĩa về thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.13. Kết quả cải thiện tình trạng chảy máu tại thời điểm D4, D5, D7, D14.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)								Nhóm đối chứng (n=35)							
	D4		D5		D7		D14		D4		D5		D7		D14	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chảy máu thành tia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chảy máu nhỏ giọt	3	8,6	0	0	0	0	0	0	6	17,1	1	2,9	0	0	0	0
Máu thấm giấy vệ sinh	8	22,9	6	17,1	0	0	0	0	14	40,0	17	48,6	12	34,3	0	0
Không chảy máu	24	68,6	29	82,9	35	35	35	0	15	42,9	17	48,6	23	65,7	35	100
P_{NC-ĐC}	> 0,05		< 0,01		< 0,01		> 0,05		> 0,05		< 0,01		< 0,01		> 0,05	

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị nhóm nghiên cứu ghi nhận 100% người bệnh nhóm NC không chảy máu tại vết mổ, kết quả tốt hơn nhóm ĐC là 65,7% người bệnh không chảy máu, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sau 14 ngày không ghi nhận trường hợp chảy máu muộn nào ở cả hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.14. Kết quả cải thiện tình trạng bí tiểu tại thời điểm D1, D2, D3.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D1		D2		D3		D1		D2		D3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bí tiểu nặng	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bí tiểu vừa	1	2,8	0	0	0	0	2	5,7	1	2,9	0	0
Bí tiểu nhẹ	3	8,6	1	2,9	0	0	3	8,6	2	5,7	1	2,9
Không bí tiểu	31	88,6	34	97,1	35	100	30	85,7	32	91,4	34	97,1
P _{NC-ĐC}	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.14 không ghi nhận trường hợp bí tiểu nặng ở cả hai nhóm nghiên cứu ở các thời điểm nghiên cứu.

Tại thời điểm D2 của nghiên cứu, ghi nhận không còn trường hợp người bệnh bí tiểu mức độ vừa ở nhóm NC, ở nhóm ĐC có duy nhất 1 trường hợp bí tiểu mức độ vừa ở nhóm ĐC.

Thời điểm D3 nhóm NC ghi nhận tiểu tiện bình thường ở tất cả các người bệnh. Nhóm ĐC còn 1 trường hợp bí tiểu mức độ nhẹ chiếm 2,9%.

Sự khác biệt về sự cải thiện tình trạng bí tiểu ở thời điểm D1, D2, D3 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.15. Kết quả cải thiện tình trạng bí tiểu tại thời điểm D4, D5, D7.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D4		D5		D7		D4		D5		D7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bí tiểu nặng	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bí tiểu vừa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bí tiểu nhẹ	0	0	0	0	0	0	1	2,9	0	0	0	0
Không bí tiểu	35	100	35	100	35	100	34	97,1	35	100	35	100
P _{NC-ĐC}	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.15 cho thấy tại thời điểm D4 nhóm NC ghi nhận tiểu tiện bình thường ở tất cả các người bệnh. Nhóm ĐC còn 1 trường hợp bí tiểu mức độ nhẹ chiếm 2,9%.

Sự khác biệt về sự cải thiện tình trạng bí tiểu ở thời điểm D4, D5, D7 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.16. Kết quả cải thiện tình trạng táo bón tại thời điểm D1, D2, D3.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D1		D2		D3		D1		D2		D3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Táo bón	11	31,4	8	22,9	2	5,7	11	31,4	10	28,6	6	17,1
Không táo bón	24	68,6	27	77,1	33	94,3	24	68,6	25	71,4	29	82,9
P _{NC-ĐC}	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy tại thời điểm D1 tỷ lệ táo bón ở người bệnh nhóm NC và ĐC tương đương nhau. Tuy nhiên tại thời điểm D3 nhóm NC chỉ còn 2 trường hợp táo bón chiếm 5,7% so với 6 trường hợp chiếm 17,1% của nhóm ĐC.

Tuy vậy, sự khác biệt về kết quả cải thiện tình trạng táo bón tại thời điểm D1, D2, D3 giữa 2 nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.17. Kết quả cải thiện tình trạng táo bón tại thời điểm D4, D5, D7.

Nhóm Mức độ	Nhóm nghiên cứu (n=35)						Nhóm đối chứng (n=35)					
	D4		D5		D7		D4		D5		D7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Táo bón	0	0	0	0	0	0	2	5,7	0	0	0	0
Không táo bón	35	100	35	100	35	100	33	94,3	35	100	35	100
P _{NC-ĐC}	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy tại thời điểm D4 nhóm NC ghi nhận tình trạng đại tiện bình thường ở tất cả các người bệnh. Nhóm ĐC còn 2 trường hợp bí đại tiện chiếm 5,7%.

Sự khác biệt về kết quả cải thiện tình trạng táo bón tại thời điểm D4, D5, D7 giữa 2 nhóm NC và ĐC không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.18. Kết quả cải thiện điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36

Mức độ chất lượng cuộc sống	Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		P _{NC-ĐC}
	Tỷ lệ trước điều trị (%)	Tỷ lệ sau điều trị (%)	Tỷ lệ trước điều trị (%)	Tỷ lệ sau điều trị (%)	
Rất tốt	0	62,9	0	22,8	< 0,05
Tốt	22,9	22,9	20,0	42,9	
Khá	71,4	14,3	57,1	31,4	
Trung bình	5,7	0	22,9	2,9	

Nhận xét:

Bảng 3.18 cho thấy sau 7 ngày điều trị, sự khác biệt về điểm chất lượng cuộc sống giữa 2 nhóm NC và ĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.19. Thời gian sử dụng thuốc giảm đau paracetamol và lượng thuốc giảm đau phải dùng trong quá trình điều trị

Chỉ tiêu	Nhóm nghiên cứu (n=35)	Nhóm đối chứng (n=35)	P _{NC-ĐC}
Số ngày dùng thuốc	1,89 ± 0,72	2,17 ± 0,71	< 0,05
Lượng thuốc	2,03 ± 0,89	2,89 ± 0,79	< 0,05

Nhận xét:

Bảng 3.19 cho thấy số ngày trung bình phải dùng thuốc giảm đau paracetamol của nhóm NC là 1,89 ± 0,72 thấp hơn nhóm ĐC là 2,17 ± 0,71, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Số lượng thuốc giảm đau trung bình của nhóm NC là 2,03 ± 0,89 (viên) thấp hơn nhóm ĐC là 2,89 ± 0,79, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.20. Sự thay đổi các chứng trạng YHCT trước - sau điều trị

Chứng trạng		Nhóm nghiên cứu (n=35)		Nhóm đối chứng (n=35)		P _{D0-D7}
		n	%	n	%	
Bầm tím, ứ huyết tại chỗ	D0	26	74,3	27	77,1	> 0,05
	D7	10	28,6	15	42,9	
Chảy máu	D0	20	57,1	25	71,4	< 0,05
	D7	0	0	4	11,4	
Cảm giác đau nhói tại chỗ	D0	35	100	35	100	> 0,05
	D7	25	71,4	30	85,7	
Chất lưỡi tím tối hoặc có điểm ứ ban ứ	D0	25	71,4	23	65,7	> 0,05
	D7	10	28,6	15	42,9	
Mạch sấp	D0	26	74,3	24	68,6	> 0,05
	D7	8	22,9	15	42,9	
P _{NC-ĐC}		> 0,05				

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị, các triệu chứng bầm tím, ứ huyết tại chỗ, chảy máu, cảm giác đau nhói tại chỗ, chất lưỡi tím tối hoặc có điểm ứ, ban ứ, mạch sấp của nhóm NC có sự cải thiện tốt hơn nhóm ĐC.

Đặc biệt sự cải thiện về chứng trạng chảy máu của nhóm NC và nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tuy nhiên, sự cải thiện về chứng trạng bầm tím, ứ huyết tại chỗ, cảm giác đau nhói, chất lưỡi tím tối hoặc có điểm ứ, ban ứ, mạch sấp của nhóm NC và nhóm ĐC chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.21. Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị bằng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm không phát hiện trường hợp nào có biểu hiện triệu chứng buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa, đau đầu chóng mặt, dị ứng và không ghi nhận tình trạng dị ứng, mẩn ngứa, bỏng tại vị trí huyệt trong quá trình nghiên cứu.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

4.1.1. Nhóm tuổi

Kết quả tại bảng 3.1 cho thấy người bệnh trong hai nhóm chủ yếu tập trung ở độ tuổi 30 – 49 chiếm 68,6%, dưới 30 tuổi chiếm 10%, người bệnh trên 60 tuổi là 10%. Tuổi trung bình của bệnh nhân trĩ trong hai nhóm là $42,2 \pm 11,4$, tuổi thấp nhất là 22, cao nhất là 66 tuổi. Sự phân bố độ tuổi tương đồng giữa 2 nhóm NC và ĐC.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với một số tác giả trong nước, Lê Thị Kim Thoa (2013) tìm hiểu công tác chăm sóc bệnh nhân sau mổ trĩ bằng phương pháp Longo tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện TW Huế, cho thấy, nhóm tuổi 31 – 60 chiếm đa số 82,3%. Tuổi trung bình bệnh nhân là $48,2 \pm 10,1$ tuổi, thấp nhất là 26, cao nhất 67 tuổi [24]. Nguyễn Thành Quang (2010), Đánh giá kết quả phẫu thuật longo trong điều trị trĩ tại bệnh viện Việt Đức”, tuổi trung bình là $48,4 \pm 16,1$, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 86 tuổi và nhóm tuổi 31 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (75,6%) [25]. Nguyễn Đăng Bảo và cộng sự (2013), Đánh giá kết quả bước đầu điều trị trĩ bằng phẫu thuật bằng khâu treo triệt mạch trĩ tuổi trung bình là $43,6 \pm 1,3$ [26]. Cao Việt Dũng, Nguyễn Thanh Tồn (2013), Đánh giá kết quả sớm điều trị trĩ bằng phẫu thuật Longo thấy tuổi trung bình là 47 [27].

Điều này có thể được lý giải theo một số thuyết giải thích về trĩ như:

Thuyết giãn tĩnh mạch do tăng áp lực tĩnh mạch trĩ: Cho rằng bệnh nhân trĩ trĩ là một tình trạng tăng giãn tĩnh mạch trĩ bởi rất nhiều nguyên nhân có tính cơ hội như đứng lâu, ngồi nhiều, ly, táo bón kéo dài, xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa,... làm cho hệ thống tĩnh mạch trĩ sa giãn khi đó gọi là trĩ.

Thuyết loạn sản mạch máu cho rằng, trĩ làm tình trạng tăng sinh liên tục của hệ thống tĩnh mạch vùng hậu môn trực tràng, làm cho hệ thống tĩnh mạch này ngày một dày lên. Chính vì thế mà trĩ của mỗi người bệnh là không hoàn toàn giống nhau, kể cả mức độ và số lượng các búi trĩ. Mặt khác, trĩ có tỷ lệ phát rất cao

mặc dù đã được phẫu thuật, đồng thời nó cũng có tỷ lệ tăng dần theo lứa tuổi của người bệnh.

Thuyết viêm nhiễm tuyến Hermann – Defosses: xung quanh ống hậu môn bao gồm một hệ thống tuyến nằm ngay dưới lớp niêm mạc của ống hậu môn trực tràng, do bất kỳ một nguyên nhân nào đó làm cho viêm hệ thống tuyến dẫn đến phù nề, xung huyết hệ thống tĩnh mạch trĩ.

Thuyết tuần hoàn: một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng hệ thống đám rối tĩnh mạch trĩ là những đám shunt động tĩnh mạch hay những đám xoang động tĩnh mạch, hình thành những hồ máu, có lúc phình to, giãn rộng, có lúc co nhỏ.

Thuyết cơ học: đám rối tĩnh mạch trĩ được treo giữ bởi hệ thống dây chằng Park. Do một nguyên nhân nào đó làm cho hệ thống dây chằng bị giãn, đứt, khi đó các tĩnh mạch trĩ sa xuống thành trĩ. Theo thuyết cơ học về trĩ của Thomsom (1975) và sự giải thích hiện tượng thoái hóa keo bắt đầu từ 20 tuổi, chính điều này giải thích trĩ hiếm gặp ở trẻ em.

Điều này chứng tỏ tỷ lệ mắc trĩ chiếm tỷ lệ cao ở lứa tuổi trưởng thành và như vậy trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp.

4.1.2. Giới tính

Từ kết quả bảng 3.2, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam giới mắc trĩ ở cả 2 nhóm là 51,4%, nữ giới là 48,6%. Giới tính là một trong những yếu tố có liên quan đến khởi phát trĩ. Trước đây, tỷ lệ mắc trĩ ở cả hai giới xấp xỉ là 1:1, nam thường cao hơn nữ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của một số nghiên cứu trước đó như: nghiên cứu của

Có sự khác biệt về giới giữa các nhóm người bệnh mắc trĩ có thể do một số nguyên nhân sau đây: nam giới thường là thành phần lao động nặng hơn so với nữ giới, điều này dẫn đến tình trạng tăng áp lực thường xuyên hơn lên ổ bụng, đồng thời chế độ ăn uống giàu chất béo, đồ ăn cay nóng do thói quen bia rượu,... là một trong những yếu tố phát sinh và nặng thêm tình trạng trĩ ở nam giới. Tuy nhiên sự khác biệt về phân bố theo giới tính cũng không có chênh lệch đáng kể. Trong nghiên cứu tỷ lệ nữ giới chiếm 48,6%, điều này có thể lý giải bởi 2 nguyên nhân:

sau thời kỳ mang thai ở nữ giới kéo dài trung bình từ 39 – 42 tuần, áp lực ổ bụng thường xuyên cao và tăng dần, hơn thế nữa trong quá trình chuyển dạ, áp lực này tăng lên giá trị cực đại là yếu tố nguy cơ cao gây trĩ.

Đồng thời trong xã hội ngày nay, phụ nữ cũng thường là đối tượng quan tâm chăm sóc và để ý đến những thay đổi nhỏ của cơ thể nhiều hơn phái mạnh, không còn tâm lý e ngại khi đi thăm khám các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng như trước.

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo tính chất nghề nghiệp

Bệnh có tính chất nghề nghiệp như ngồi nhiều ở cả 2 nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất, điển hình như cán bộ hành chính chiếm 37,1%, lái xe chiếm 25,7%, xếp thứ 3 là những người bệnh có tính chất nghề nghiệp gắng sức nhiều như công nhân chiếm 21,4%.

Chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm người bệnh có tính chất công việc nhẹ nhàng hơn, ít áp lực hơn như sinh viên, hưu trí chiếm 15,7%.

Điều này được giải thích theo thuyết cơ học, khi người bệnh ngồi nhiều hoặc làm các công việc gắng sức thường xuyên làm áp lực trong khoang bụng tăng lên cùng với sự chùng nhão, đứt của các dây chằng, tổ chức nâng đỡ dẫn đến các búi trĩ nội bị phồng to bị đẩy ra ngoài hậu môn gây nên trĩ [45].

4.1.4. Theo thời gian mắc trĩ

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ người bệnh mắc trĩ có thời gian bị bệnh từ 6 -10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm nghiên cứu, với nhóm NC là 51,4%, với nhóm ĐC là 48,6%.

Đứng thứ 2 là tỷ lệ người bệnh có thời gian bị bệnh từ 1 – 5 năm (chiếm 40%), và chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm có thời gian bị trĩ từ 11 – 20 năm (chiếm 10%).

Không có sự khác biệt về thời gian mắc trĩ ở cả 2 nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$. Ở người bệnh mắc trĩ thời gian mắc bệnh càng dài thì mức độ bệnh càng nặng và đáp ứng với điều trị nội khoa càng kém. Theo kết quả của nhóm nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh mắc bệnh trong khoảng thời gian từ 6 – 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Hoa và CS

(2007), Đánh giá kết quả sớm của phương pháp điều trị trĩ bằng điện cao tần kết hợp với chèn trĩ số 9 nhóm người bệnh mắc bệnh trong thời gian từ 5 – 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2% [28]. Tác giả Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự (2004) Nghiên cứu trĩ ở các tỉnh miền bắc Việt Nam, các biện pháp phòng bệnh, điều trị nghiên cứu nhận thấy thời gian mắc trĩ trung bình là 8,5 năm, gặp khá phổ biến ở nhóm người bệnh mắc trĩ từ 5 – 10 năm chiếm 43,4% [29].

Điều này có thể được lý giải như sau: Về bản chất “Trĩ là một trạng thái sinh lý bình thường” chỉ khi nào xuất hiện các triệu chứng không hồi phục, không điều hòa được gây ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt, lao động thì người bệnh mới đi đến các cơ sở y tế để thăm khám. Hơn thế nữa với tâm lý e thẹn, ngại ngùng khi mắc các bệnh lý hậu môn trực tràng (đặc biệt là ở nữ giới) dẫn đến việc thăm khám, chẩn đoán và điều trị trĩ thường ở giai đoạn muộn với thời gian mắc bệnh dài. Một điểm đáng lưu ý nữa là trĩ là bệnh hay tái phát, thường do chế độ ăn uống, sinh hoạt sau điều trị của bệnh nhân không đảm bảo khoa học dẫn tới tỷ lệ tái phát trĩ ngày càng tăng [45].

Qua đó, đòi hỏi việc tuyên truyền giáo dục sức khỏe trong cộng đồng về trĩ cần được đẩy mạnh và duy trì, nâng cao nhận thức của nhân dân về bệnh lý hậu môn trực tràng nói chung và trĩ nói riêng.

4.1.5. Về yếu tố nguy cơ và thói quen lao động, sinh hoạt liên quan tới phát sinh trĩ

Kết quả tại bảng 3.5 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm nguy cơ hay mắc nhất là do mắc táo bón chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, tiếp đó là thói quen ngồi nhiều, người bệnh nhân sau đẻ và do chế độ ăn đồ cay nóng. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Lê Thị Kim Thoa, ngồi nhiều chiếm tỷ lệ cao 61,8%, còn các yếu tố còn lại chỉ chiếm 39,2% [24].

Với kết quả này cho thấy, những người hay táo bón nên ăn nhiều thêm chất xơ, uống nhiều nước và ăn hạn chế chất kích thích cay nóng, người có thói quen ngồi nhiều cần thay đổi tư thế thường xuyên, tránh ngồi lâu một chỗ.

Theo YHCT, trong Hạ trĩ, các yếu tố nguy cơ thì ngồi nhiều cũng chiếm tỷ lệ cao. “Tọa đa thương nhục” tức ngồi nhiều hại cơ nhục, mà tỳ chủ cơ nhục, nên ngồi nhiều hại đến tỳ. Tỳ ở trung tiêu, tỳ khí còn gọi là trung khí. Chứng tỳ khí hạ hãm cũng gọi là chứng khí hư hạ hãm, chứng trung khí hạ hãm. Tỳ khí chủ thăng, nếu tỳ khí hư, không thăng tán được, thậm chí hãm xuống làm cho tạng phủ sa xuống, tức là chứng tỳ khí hạ hãm. Cơ thể mệt nhọc quá độ, phụ nữ sinh đẻ nhiều lần hoặc sau đẻ chăm sóc không tốt đều là những nguyên nhân làm tổn hại tỳ khí mà gây nên bệnh. Mặt khác, chế độ ăn uống thất điều lâu ngày cũng làm tỳ hư yếu không thăng giáng được cũng gây ra Hạ trĩ. Những yếu tố táo bón, ngồi nhiều, ăn uống đồ cay nóng, uống rượu bia, lao động nặng và sau đẻ gây tỳ khí hư hạ hãm là những yếu tố nguy cơ với trĩ là hoàn toàn phù hợp với lý luận YHCT và tương đồng giữa YHHĐ và YHCT.

4.1.6. Về phân loại trĩ và độ trĩ

Kết quả tại bảng 3.6 cho thấy đa phần người bệnh trong nghiên cứu mắc trĩ ở độ 4 chiếm 51,4%. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đăng Bảo với tỷ lệ người trĩ độ 3 là 77%. Điều này phù hợp với những lý luận ở trên, do người bệnh đi khám và điều trị đều ở giai đoạn muộn với mức độ bệnh nặng, một số trường hợp là tái phát sau điều trị trĩ nhiều năm. Vì vậy tỷ lệ nhóm người bệnh mắc trĩ độ 4 và độ 3 chiếm tỷ lệ cao là hoàn toàn phù hợp. Mặt khác, để người bệnh lựa chọn phương pháp điều trị phẫu thuật thông thường bệnh lý ở mức độ nặng mới đi khám và điều trị.

Kết quả tại bảng 3.7 cho thấy, nhóm người bệnh mắc trĩ hỗn hợp nhiều nhất chiếm 58,6%, nhóm người bệnh mắc trĩ nội chiếm tỷ lệ cao là 31,4%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu bệnh nhân sau mổ trĩ, tức là giai đoạn nặng, các triệu chứng gây ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống, lao động và sinh hoạt nên tỷ lệ người bệnh mắc trĩ hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất.

Kết quả tại bảng 3.8 cho thấy sự phân bố bệnh nhân theo biến chứng của nhóm NC và nhóm ĐC. Đa phần người bệnh trong nghiên cứu mắc trĩ kèm theo

biến chứng chảy máu trĩ cấp tính chiếm 62,9%. Nhóm người bệnh mắc trĩ có kèm theo trĩ tắc mạch trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 37,1%. Hai nhóm triệu chứng chính được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng là triệu chứng khó chịu nhất khiến người bệnh đến khám và điều trị đó là chảy máu khi đi đại tiện và đau nhói tại vùng hậu môn do trĩ tắc mạch. Đây là các triệu chứng mang tính chất cấp tính, nên hầu hết người bệnh lo lắng cho sức khỏe của bản thân và đi khám và điều trị tại bệnh viện. Điều này là hoàn toàn phù hợp trong nghiên cứu.

4.2. Hiệu quả lâm sàng của bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm trong điều trị người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp millgan – morgan

4.2.1. Về cải thiện triệu chứng đau

Đau là triệu chứng thường gặp trong bệnh lý hậu môn trực tràng, nhất là sau can thiệp điều trị bằng phẫu thuật, đau xuất hiện tại vị trí tổn thương là một phản xạ tích cực để cơ thể phản xạ, đáp ứng lại nhằm loại trừ các tác nhân gây đau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật điểm đau trung bình theo thang điểm VAS của nhóm NC là $2,86 \pm 1,03$ thấp hơn điểm đau trung bình của nhóm ĐC là $3,4 \pm 1,56$, tuy vậy tại thời điểm này sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm D2, nhóm NC không còn xuất hiện người bệnh đau nặng ($VAS > 6$), tuy nhiên nhóm ĐC vẫn có 2 trường hợp đau nặng chiếm 11,4%. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây về phương pháp Milligan Morgan cho kết quả việc kết hợp bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm là phương pháp giúp người bệnh ít đau hơn so với các phương pháp khác.

Điều này có thể được lý giải như sau:

Trong nghiên cứu tại bệnh viện Tuệ Tĩnh năm 2025, thời điểm bắt đầu dùng thuốc giảm đau là khi người bệnh có cảm giác đau, khó chịu ở hậu môn, đầu tiên dùng thuốc giảm đau paracetamol 500mg dạng truyền. Nếu sau khi dùng hết liều giảm đau theo phác đồ nền, tùy theo mức độ đau theo thang điểm VAS của người bệnh, bác sỹ sẽ chỉ định dùng thêm thuốc giảm đau.

Nghiên cứu ghi nhận trong 24h đầu sau phẫu thuật thì 100% người bệnh có đau sau mổ, các trường hợp đau nặng ($VAS > 6$) đã phải dùng thêm giảm đau nhóm á phiện, cụ thể là morphin. Vì nguyên nhân gây đau sau phẫu thuật trĩ do nhiều yếu tố: sự nhạy cảm cảm giác đau ở vùng ống hậu môn, sự co thắt của cơ thắt trong hậu môn, hậu quả của quá trình viêm vết thương hở do phẫu thuật, rối loạn tiểu tiện cũng có thể làm tăng cảm giác đau.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.11 cho thấy, ở nhóm NC ngay tại thời điểm D2 người bệnh được sử dụng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm cho kết quả tốt, không còn trường hợp đau nặng ($VAS > 6$), khi đó nhóm ĐC vẫn có 3 trường hợp đau nặng chiếm 8,6% vào thời điểm D3. Điều này có thể giải thích theo YHCT: “Đau gọi là thống. “Thông tắc bất thông, thống tắc bất thông” có nghĩa là khí huyết lưu thông thì không đau nữa, đau là do khí huyết bị ứ trệ”. Sau phẫu thuật trĩ đau là do khí huyết bất thông, do sang chấn sau mổ gây phù nề, khí trệ huyết ứ. Bài thuốc cổ phương bao gồm Tứ vật thang gia thêm đào nhân, hồng hoa mà thành. Trong bài có đương quy, thực địa dưỡng huyết, hoạt huyết, làm chủ được, xuyên khung hoạt huyết hành trệ, bạch thược liễm âm dưỡng huyết, đào nhân, hồng hoa phá huyết hành ứ, khứ cái ứ đọng sinh cái mới, đều là trợ dược. Cả bài thuốc có tác dụng dưỡng huyết hoạt huyết, chỉ thống. Kết hợp Laser châm là một phương pháp mới được Bộ y tế đưa vào phác đồ điều trị với chỉ định chống viêm, giảm đau, kích thích tái tạo mô, làm nhanh lành vết thương, vết loét; điều hòa tuần hoàn và hoạt hóa hệ thần kinh trung ương; điều trị trên huyết đạo [8]. Như vậy nghiên cứu ứng dụng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp với Laser châm có tác dụng cải thiện triệu chứng đau trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ là hoàn toàn phù hợp với lý luận YHCT trong điều trị chứng huyết ứ gặp ở người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan.

4.2.2. Về cải thiện tình trạng chảy máu sau phẫu thuật

Chảy máu sau mổ là một biến chứng gây quan ngại cho cả phẫu thuật viên cũng như người bệnh, đôi khi còn gây nguy hiểm tới tính mạng của người bệnh. Nguyên nhân chảy máu sau phẫu thuật trĩ có thể do tuột chỉ hay lỏng chỉ thắt cuống

mạch, do cầm máu không tốt diện phẫu tích hoặc tổn thương mạch máu, nhiễm trùng cuống mạch,...

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.13 cho thấy, không có trường hợp nào chảy máu mức độ nặng sau phẫu thuật, kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Carlos Walter Sobrado, et al. (2020) cho thấy, chảy máu sớm cần can thiệp chỉ có 3 trường hợp và đều được giải quyết thành công bằng khâu cầm máu [31]. Điều này được giải thích do người bệnh sau mổ đi đại tiện trong những ngày đầu sau mổ, phân đi qua làm tổn thương mạch máu nhỏ đang hồi phục sau phẫu thuật gây chảy máu khi đi đại tiện. Quá trình thay băng chăm sóc vết mổ cũng có thể gây chảy máu mức độ ít ở các trường hợp này.

Theo YHCT huyết dịch của người bình thường được vận hành trong hệ thống kinh lạc trong cơ thể. Bên trong dinh dưỡng cho lục phủ ngũ tạng, bên ngoài nuôi dưỡng cơ biểu, cân cốt không nơi nào huyết dịch không đến. Trong khi trĩ chủ yếu là do nguyên nhân huyết ứ gây ứ trệ, huyết vong hành mà xuất hiện chảy máu. Bài thuốc nghiên cứu với công dụng dưỡng huyết, hoạt huyết, khứ ứ khiến cho khí huyết được lưu thông không bị ứ trệ lại tại vết mổ, giúp giảm đau và cầm máu tại chỗ.

Các vị thuốc trong bài Đào hồng tứ vật thang có tác dụng dưỡng huyết, hoạt huyết, chỉ thống kết hợp với công dụng chống viêm, giảm đau, kích thích tái tạo mô, làm nhanh lành vết thương, vết loét; điều hòa tuần hoàn và hoạt hóa hệ thần kinh trung ương; điều trị trên huyết đạo của phương pháp Laser châm đem lại kết quả cầm máu sau phẫu thuật trĩ tốt hơn ở nhóm NC so với nhóm ĐC, hoàn toàn phù hợp với lý luận của YHCT.

4.2.3. Về cải thiện tình trạng bí tiểu sau phẫu thuật

Bí tiểu là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật trĩ, đôi khi lại là yếu tố chính gây khó chịu và gây tăng cảm giác đau sau mổ cho người bệnh. Nguyên nhân do nhiều yếu tố: gây tê tùy sống, đau vùng hậu môn trực tràng, đặt meche hậu môn,... [45]. Qua kết quả tại bảng nhóm nghiên cứu ghi nhận tình trạng bí tiểu tại thời điểm D1 của cả 2 nhóm nghiên cứu chiếm 10%, với mức độ bí tiểu vừa và nhẹ,

đa phần người bệnh có thể tiểu tiện bình thường mà không phải can thiệp. Sự khác biệt về tình trạng bí tiểu ở 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Điều này có thể giải thích do một số lý do sau:

Việc kết hợp phương pháp Laser châm với phác đồ huyết: Trung cực, khúc cốt, hội âm, huyết hải, túc tam lý giúp cải thiện đáng kể tình trạng bí tiểu ở nhóm NC so với nhóm ĐC. Sử dụng tia Laser cường độ thấp được chứng minh là có tác dụng giảm đau, cải thiện tuần hoàn tại chỗ. Tác động lên huyết vị có tác dụng thư cân, hoạt lạc, hoạt huyết hóa ứ, tăng nồng độ endorphin làm giảm sự co thắt của cơ cổ bàng quang, giãn mạch tăng tuần hoàn tại chỗ giải quyết tình trạng viêm phù nề, kích thích thần kinh vận mạch làm tăng sức co bóp của cơ thành bàng quang làm áp suất trong bàng quang tăng cao, sức cản đường ra giảm mà đẩy nước tiểu ra ngoài, kích thích thần kinh trung ương, khôi phục phản xạ tiểu tiện [32].

4.2.4. Về cải thiện tình trạng táo bón sau phẫu thuật

Vấn đề đại tiện sau phẫu thuật là rất quan trọng để đánh giá tình trạng vết mổ cũng như các biến chứng sau mổ. Trước đây có những luận điểm cho rằng sau mổ không nên ăn hoặc chỉ ăn sữa và truyền dinh dưỡng theo đường tĩnh mạch để tránh đi ngoài sau phẫu thuật. Tuy nhiên ngày nay, những nhà chuyên gia về hậu môn trực tràng lại khuyên bệnh nhân ăn uống bình thường sau mổ để tái lập hoạt động sinh lý bình thường của hậu môn trực tràng nhằm tránh táo bón và hẹp hậu môn. Nhưng người bệnh trĩ sau phẫu thuật luôn luôn có cảm giác sợ đau, ngại đi đại tiện, chính vì vậy gây nên tình trạng táo bón sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu nhóm nghiên cứu đưa ra lời khuyên về chế độ ăn sau phẫu thuật cho cả 2 nhóm nghiên cứu, hầu hết người bệnh đi đại tiện dễ dàng ở thời điểm D3.

Sau 7 ngày điều trị cảm giác đi đại tiện của người bệnh được cải thiện rất tốt, ở nhóm NC tất cả các người bệnh không có táo bón, đại tiện rất thoải mái, thấp hơn nhóm ĐC có 2 trường hợp còn táo bón, đại tiện chưa thoải mái ở ngày thứ 4, cần phải kết hợp thuốc nhuận tràng, 2 người bệnh đã đại tiện bình thường. Như vậy,

dùng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm giúp cải thiện đại tiện nhờ tác dụng hoạt huyết, chỉ thống, giảm đau tiêu viêm. Mặt khác trong bài thuốc cũng có những vị thuốc có tác dụng hoạt nhuận như Thục địa, Đương quy, Đào nhân giúp người bệnh dễ dàng đại tiện hơn, từ đó giúp đại tiện thông lợi dễ dàng hơn [32].

4.2.5. Về số lượng và số ngày phải dùng thuốc giảm đau trong nghiên cứu

Kết quả tại bảng 3.19 cho thấy số ngày dùng thuốc giảm đau paracetamol trung bình của nhóm NC là $1,89 \pm 0,72$ thấp hơn nhóm ĐC là $2,17 \pm 0,71$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Số lượng viên thuốc Paracetamol trung bình của nhóm NC là $2,03 \pm 0,89$ cũng thấp hơn nhóm ĐC là $2,89 \pm 0,79$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Hà My (2015), Đánh giá tác dụng cao lỏng tiêu viêm trừ thấp trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ, số ngày dùng thuốc giảm đau paracetamol trung bình của nhóm NC là $2,17 \pm 0,65$ thấp hơn nhóm ĐC là $2,53 \pm 0,68$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng thuốc giảm đau trung bình của nhóm NC là $8,23 \pm 2,47$ cũng thấp hơn nhóm ĐC là $9,7 \pm 2,55$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [33].

Thuốc giảm đau paracetamol là lựa chọn đầu tay và thông dụng trong điều trị sau phẫu thuật trĩ, tuy nhiên sử dụng dài ngày có thể gây ảnh hưởng đến chức năng gan. Việc sử dụng tối thiểu số lượng thuốc và số ngày dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật trĩ rất có ý nghĩa trong dự phòng tác dụng phụ của thuốc đối với cơ thể. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cho thấy tác dụng của bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp với Laser châm có hiệu quả giảm đau tốt ở người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan trên lâm sàng.

4.2.6. Hiệu quả điều trị chung

Kết quả tại bảng 3.18 cho thấy, kết quả cải thiện điểm chất lượng cuộc sống ở mức rất tốt của nhóm nghiên cứu là 62,9% cao hơn nhóm đối chứng nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy bài thuốc có tác dụng cầm máu tại chỗ, giảm đau, giảm viêm, giảm sưng nề, cải thiện đại tiện đối với người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan Morrgan. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Anh Việt về tác dụng của bột ngâm trĩ thấy loại tốt đạt 70% [34].

4.2.7. Tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu

- Trong quá trình can thiệp 07 ngày ở nhóm NC không xuất hiện trường hợp người bệnh nào biểu hiện rối loạn tiêu hóa, dị ứng, buồn nôn, nôn trong quá trình dùng thuốc.

- Không ghi nhận trường hợp nào có biểu hiện dị ứng, mẩn ngứa, điện giật, bỏng trong quá trình thực hiện thủ thuật Laser châm.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên lâm sàng với 70 người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan tại khoa Ngoại – Phụ sản, Bệnh viện Tuệ Tĩnh, trong đó 35 người bệnh được dùng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp với Laser châm trên phác đồ nền, nhóm đối chứng với 35 người bệnh chỉ được điều trị bằng phác đồ nền, sau 07 ngày điều trị có kết quả như sau:

1. Tác dụng của bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp với Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan.

- Giảm đau sau phẫu thuật: cải thiện điểm đau trung bình theo thang điểm VAS ở nhóm NC là $2,86 \pm 1,03$ tốt hơn nhóm ĐC là $3,4 \pm 1,56$, sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.
- Cải thiện triệu chứng chảy máu: nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.
- Cải thiện tình trạng bí tiểu và tình trạng đại tiện ở nhóm NC so với nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.
- Kết quả cải thiện điểm chất lượng cuộc sống là rất tốt của nhóm nghiên cứu là 62,9% cao hơn nhóm đối chứng nhóm rất tốt là 22,8%, tốt là 42,9%, khá là 31,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- Số ngày dùng thuốc giảm đau paracetamol trung bình của nhóm NC là $1,89 \pm 0,72$ thấp hơn nhóm ĐC là $2,17 \pm 0,71$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp kết hợp Đào hồng tứ vật thang và Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan trong suốt 7 ngày điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Để ứng dụng kết quả nghiên cứu với tác dụng giảm đau, giảm tình trạng chảy máu, bí tiểu, đại tiện táo bón cho người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan cần có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định và có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá thêm nhiều triệu chứng khác sau phẫu thuật ở những ngày sau D7. Từ đó có những khuyến nghị chi tiết hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liang Liang, Liu Yaxin, Ding Rongqin, Zhang Xinyuan & Zhang Bei. (2023). Study on the effect of modified Taohong Siwu decoction combined with western medicine in the treatment of anal fistula after surgery. *Chinese Community Physician* (10), 79-81.
2. Lan Fei, Shi Tianzhu. (2020). Exploration of the application value of modified Taohong Siwu decoction in treating pain after external peeling and internal ligation of mixed hemorrhoids. *Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine* (05), 103-106.
3. Yu Xiaohua, Ma Zubin. (2011). Observation on the efficacy of electroacupuncture in treating postoperative pain of hemorrhoids. *Shanghai Journal of Acupuncture* (05), 304-306.
4. Tạ Quang Đăng, Lê Thị Thu Hương (2022). Hiệu quả giảm đau điện châm nhóm huyết Thượng liêu, Thứ liêu, Trung liêu trên bệnh nhân sau mổ trĩ theo phương pháp Milligan Morgan từ ngày thứ 2. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 158(10), 78-84
5. Trần Thị Đài Trang (2018), *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp điện xung trên bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Peng Huairan (1993). Dictionary of Traditional Chinese Medicine Formulas, Volume 1, No. 06862. People's Medical Publishing House: 846.
7. Bộ Y tế (2017), Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 15/12/2017 về việc ban hành Quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng đợt 2, Hà Nội.
8. Quyết định Số: 4068/QĐ-BYT, Quyết định ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh, 2016, Bộ Y tế.
9. Quyết định Số: 2279/QĐ-BYT về việc ban hành quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và Laser châm chuyên ngành châm cứu, 2017, Bộ Y Tế.

10. Moldovan C, Rusu E, Cochior D, Toba ME, Mocanu H, Adam R, Rimbu M, Ghenea A, Savulescu F, Godoroja D, Botea F. Ten-year multicentric retrospective analysis regarding postoperative complications and impact of comorbidities in hemorrhoidal surgery with literature review. *World J Clin Cases*. 2023 Jan 16;11(2):366-384.
11. Zhu Lanfei, Han Ping, Huang Xiujin (2013). Clinical study on the treatment of knee osteoarthritis with Qi stagnation and blood stasis syndrome with Taohong Siwu decoction. *Shizhen Journal of Traditional Chinese Medicine*, 24(11), 2702-2704.
12. Shrestha S., Pradhan G.B.N, Shrestha R., et al (2014). Stapled haemorrhoidectomy in the operative treatment of grade III and IV haemorrhoids. *Nepal Med Coll J N.MC.J*, 16(1), 72 – 74.
13. Yano T, Matsuda Y, Asano M, et al (2009) Results of bleeding after hemorrhoidectomy. *Surg Today*. 39(10):866–869.
14. Lê Mạnh Cường (2022). *Một số tiến bộ của y học hiện đại và y học cổ truyền trong điều trị trĩ*, Nhà xuất bản y học, 9: 64-77.
15. Lê Mạnh Cường (2022). Đánh giá tác dụng không mong muốn của viên Trĩ Thiên Dược trên các bệnh nhân trĩ nội độ II có chảy máu, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 47: 32-39.
16. Lê Mạnh Cường và cs Hoàng Đình Lân (2013). Đánh giá tác dụng nhuận tràng của bài thuốc “Điều vị kế thừa” trên bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ, *Tạp chí Đại thực tràng học*, 5: 21-25.
17. Goenka MK, Kochhar R, Nagi B et al (1991). Rectosigmoid varices and other mucosal changes in patients with portal hypertension. *Am Gastroenterol*, 86, 1185-1189.
18. Thompson WHF (1975). The nature of haemorrhoids, *Br J Surg*, 62, 544.
19. 居海红(2015).吻合器痔上粘膜环切术与开放式外剥内扎术治疗痔疮单位疗效及发病危险因素分析[J].浙江创伤外科,20(6),1098-1100.

- Ju Haihong (2015). Phân tích hiệu quả và các yếu tố nguy cơ của phẫu thuật cắt niêm mạc trĩ bằng kim bấm và phẫu thuật bóc tách ngoài và thắt trĩ trong điều trị trĩ [J]. *Tạp chí phẫu thuật chấn thương Chiết Giang*, 20(6).
20. Morgado PJ, Suárez JA, Gomez LG et al (1988). Histoclinical basis for a new classification of hemorrhoidal disease. *Dis Colon rectum*, 31: 474 – 480.
21. Vobra S, Akoury H, Bernstein P et al (2009). The effectiveness of proctofoam – HC for treatment of hemorrhoids in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 31, 654 – 659.
22. Viện Y học cổ truyền Việt Nam (1998), *Lý luận y học cổ truyền*, NXB Y học, Hà Nội.
23. 彭怀仁 (1993), 中医方剂大辞典第 5 册. 人民卫生出版社, :195.
Peng Huai Ren (1993), *Trung y phương tễ đại từ điển tập 5*, Nhà xuất bản vệ sinh nhân dân, tr.195.
24. Lê Thị Kim Thòa (2013), *Tìm hiểu công tác chăm sóc bệnh nhân sau mổ trĩ bằng phương pháp Longo tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện trung ương Huế*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng Đại học Y dược Huế, tr. 20.
25. Nguyễn Thành Quang, Nguyễn Tiến Quyết (2012), "Đánh giá kết quả phẫu thuật Longo trong điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp chí Y học thực hành*, (837)8, tr. 147–151.
26. Nguyễn Đăng Bảo và cộng sự (2013), *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị trĩ bằng phẫu thuật bằng khâu treo triệt mạch*, Tóm tắt đề tài cấp cơ sở, bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai, tr. 4,5,6.
27. Cao Việt Dũng, Nguyễn Thanh Tồn (2013), *Đánh giá kết quả sớm điều trị trĩ bằng phẫu thuật longo*, Tóm tắt đề tài cấp cơ sở, bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa, tr. 3 – 9.
28. Trần Thị Thanh Hoa và Cộng sự (2007), *Đánh giá kết quả sớm của phương pháp điều trị trĩ bằng điện cao tần kết hợp với chèn trĩ số 9*, *Tạp chí Đại trực tràng học*, 2:47 – 54.

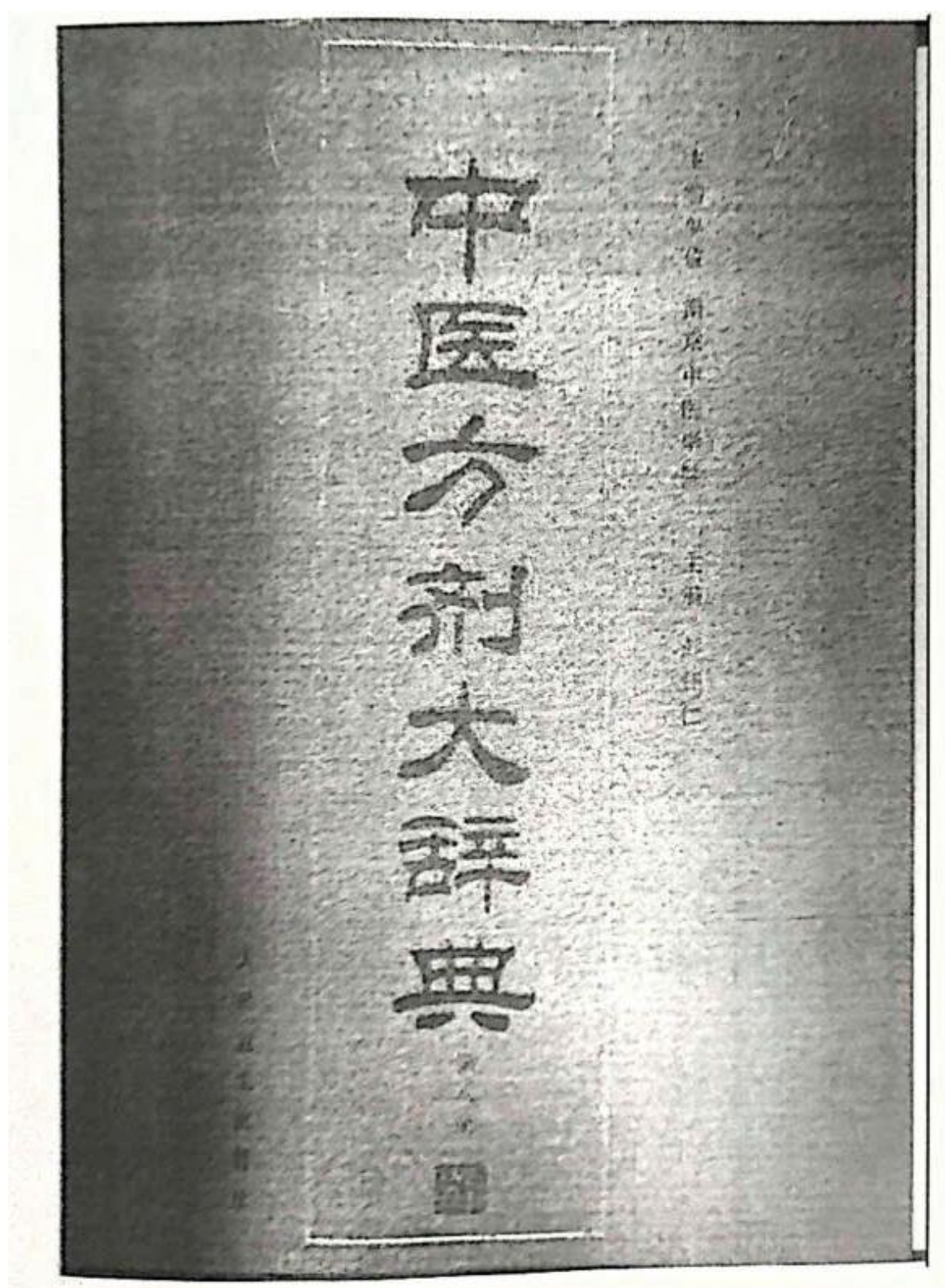
29. Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự (2004), Nghiên cứu trĩ ở các tỉnh miền bắc Việt Nam, các biện pháp phòng bệnh, điều trị, *Tạp chí hậu môn trực tràng*, 6.
30. Hải Thượng Lãn Ông (1997), *Y tông tâm lĩnh quyển I – Khôn hóa thoái chân, những điều trọng yếu của thiên tỳ vị*, NXB Y học, tr. 498 – 510.
31. Carlos Walter Sobrado, et al. (2020), Transanal hemorrhoidal dearterialization: Lessons learned from a personal series of 200 consecutive cases and a proposal for a tailor-made procedure. 55:207-211.
32. Khoa Y học cổ truyền – trường Đại học Y Hà nội (2002), *Châm cứu tổng hợp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.203.
33. Nguyễn Hà My, Lê Hồng Nhung (2016), "Nghiên cứu tác dụng của Cao lỏng tiêu viêm trừ thấp trong điều trị hỗ trợ bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ", *Tạp chí Y Dược học Cổ truyền*, 3: 47 – 59.
34. Nguyễn Anh Việt, Hoàng Cao Hiếu và cộng sự (2011), “ *Bước đầu đánh giá tác dụng chèn ngâm trĩ VHN sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp triệt mạch khâu treo*”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội, tr. 30 – 36.
35. Bộ môn Nội khoa Y học Cổ truyền (Trường Đại học Y Hà Nội), *Nội khoa Y học Cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2: tr.248.
36. Nguyễn Xuân Hùng (2015), "Ứng dụng các bài thuốc Y học cổ truyền trong chăm sóc hậu phẫu bệnh nhân trĩ", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*.
37. Lê Mạnh Cường và Hoàng Đình Lân (2006). Điều trị bệnh trĩ bằng máy ZZIID tại khoa Ngoại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, *Tạp chí Hậu môn Trực tràng học*, 7:42-47.
38. Hoàng Đình Lân, Trần Thị Thanh Hoa, Lê Mạnh Cường (2008). Đánh giá kết quả sớm của phương pháp điều trị trĩ bằng điện cao tần (máy ZZIID) kết hợp chèn trĩ số 9, *Tạp chí Đại trực tràng học*, 2:47-54.
37. Hoàng Đình Lân, Trịnh Tùng, Lê Mạnh Cường (2008). Điều trị bệnh trĩ bằng dòng điện cao tần – HCPT kết hợp với thuốc y học cổ truyền tại khoa Ngoại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, *Tạp chí Y học thực hành*, 12:49-53.

38. Lê Thị Thủy, Vũ Nam, Nguyễn Thị Tân (2018), "Đánh giá tác dụng của bài thuốc Đào hồng tứ vật thang gia giảm trên bệnh nhân hậu phẫu trĩ nội độ III, IV bằng phẫu thuật Longo", *Tạp chí Y Dược học Cổ truyền Việt Nam*, Tập 11(2), tr. 45-52.
39. Chung H., et al. (2012), "The Nuts and Bolts of Low-level Laser (Light) Therapy", *Annals of Biomedical Engineering*, 40(2), pp. 516-533.
40. Huỳnh Tấn Vũ (2020), "Điều trị các chứng đau bằng Laser châm", *Tạp chí Y học thực hành*.
41. Hà Văn Quyết (2010), *Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học (Tập 1)*. Nhà xuất bản Y học, tr. 284 – 285.
42. Nguyễn Bá Tĩnh (2007), *Tuệ Tĩnh toàn tập*. Nhà xuất bản Y học, tr. 203 – 210.
43. 张庆莲, 黄娟, 皮凤娟等 (2014).中药非手术治疗痔疮的研究进展[J]. *中国医院药物评价与分析*, 14(2), 188-190.
Zhang Qinglian, Huang Juan, Pi Fengjuan, et al (2014). *Tiến trình nghiên cứu về điều trị bệnh trĩ không phẫu thuật bằng y học cổ truyền Trung Quốc [J]*. *Đánh giá và phân tích thuốc của Bệnh viện Trung Quốc*, 14(2), 188 – 190.
44. Ying HZ. Impact of Laser acupuncture on gastrointestinal function recovery in patients after acute appendicitis surgery: A retrospective clinical study. *World J Gastrointest Surg*. 2025; 17(6):105897.
45. Nguyễn Mạnh Nhâm (2006), *Bệnh Trĩ*, Nhà xuất bản Y học. tr 20-25.
46. Aigner et all (2004) The superios rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation technique for internal hemorrhoids. *The Amer J of Surg*. 187:102-108 .
47. Bikhchendani.J VCS (2005) Randomized controlled trial to compare the early and mod termresults of stapled versus hemorrhoidectomy, *The Amer J of surg*. 189: 56-69 une .
48. Detruit B. et all.(2006) Hematome geant de la cloison recto vaginate complication exceptionnelle de la technique de Longo, *Ann de Chir*. 131: 160-161 .

49. Goligher J.C (1984), "*Hemorrhoids or Piles*", Surgery of the anus Rectum and Colon 5 th, Edit, Balliere Tindall, London, pp. 98-34.
50. Gravante.G Giordano.P.(2009) Stapled hemorrhoidectomy for iv degree hemorrhoids, *Colorectal Disease*, 11:884-886 .
51. International Organisation of Standardization (2010), "Biological evaluation of medical devices-Part 10: Tests for irritation and skin sensitization", *ISO*. 10993-10 .
52. Longo A. (1998), "Treament of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device", Prossedings of the 6 th world congress of endcopie surgery, Rom, Italy.
53. NG.KH et all (2006) Experiences of 3711 Stapled hemorrhoidectomies operations, *BJS*. 93: 226-230 .
54. Nuno-mensah vcs (2003) Stapled hemorrhoidectomy, *The Am J of Surg*. 190: 127-133 .
55. Organisation for Economic Co-operation and Development (2002), "Guideline for testing of chemicals: Acute Demal Irritation/Corrothion", *OECD*. 404.
56. Shafik A. (1993), Role of warm water bath in anorectal conditions, The "Thenmosphincteric reflex", *J. clin Gastroeterol*. 16.
57. Thaha Ma vcs(2005) Post defecation pain syndrome aftyer stapled anopexy, *Am J of Surg*. 92: 208-210.

PHỤ LỤC 1

Bài thuốc nghiên cứu “Đào hồng tứ vật thang”
(Trung y phương tễ đại từ điển)



图书在版编目(CIP)数据

中医方剂大辞典 第八册/彭怀仁主编.-北京:人民卫生出版社,1996
ISBN 7-117-01890-9

I.中… I.彭… I.方剂学-词典 N.R289-61

中国版本图书馆 CIP 数据核字(95)第 20964 号

中医方剂大辞典

第八册

主编单位 南京中医学院

主编 彭怀仁

人民卫生出版社出版

(北京市西城区天坛西里10号)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 69 $\frac{3}{4}$ 印张 1581千字

1996年12月第1版 1996年12月第1版第1次印刷

印数:00 001—3 000

ISBN 7-117-01890-9/R·1591 定价:134.50 元

67933 桃枝汤	186	67976 桃白皮散	190	68019 桃叶什除方	195
67934 桃枝汤	186	67977 桃红饮子	190	68020 桃叶燕烤方	195
67935 桃枝汤	186	67978 桃红洗剂	190	68021 桃红四物汤	195
67936 桃枝汤	186	67979 桃枝饮子	190	68022 桃红四物汤	195
67937 桃枝汤	186	67980 桃枝饮子	191	68023 桃红四物汤	195
67938 桃枝饮	186	67981 桃梅心汤	191	68024 桃红四物汤	195
67939 桃枝散	187	67982 桃仁大黄汤	191	68025 桃红消瘀汤	195
67940 桃枝煎	187	67983 桃仁大黄汤	191	68026 桃花化浊汤	195
67941 桃枝汤	187	67984 桃仁石膏汤	191	68027 桃花生肌散	195
67942 桃枝汤	187	67985 桃仁四物汤	191	68028 桃花行气丸	195
67943 桃姜散	187	67986 桃仁地黄汤	191	68029 桃花祛血散	196
67944 桃姜煎	187	67987 桃仁芍药汤	191	68030 桃花隔纸膏	196
67945 桃枝汤	187	67988 桃仁当归汤	192	68031 桃枝当归膏	196
67946 桃枝汤	187	67989 桃仁当归汤	192	68032 桃枝浸浴方	196
67947 桃枝汤	187	67990 桃仁延胡汤	192	68033 桃枝当归丸	196
67948 桃枝煎	188	67991 桃仁红花汤	192	68034 桃枝承气汤	196
67949 桃枝汤	188	67992 桃仁红花汤	192	68035 桃枝二仁丸	197
67950 桃枝散	188	67993 桃仁红花汤	192	68036 桃枝气宝丸	197
67951 桃枝散	188	67994 桃仁苏木汤	192	68037 桃枝回阳丹	197
67952 桃枝散	188	67995 桃仁苦酒汤	192	68038 桃仁青蒿煎丸	198
67953 桃梅丹	188	67996 桃仁承气汤	192	68039 桃仁承气饮子	198
67954 桃梅饮	188	67997 桃仁承气汤	192	68040 桃叶朱砂煎酒	198
67955 桃梅煎	188	67998 桃仁承气汤	193		
67956 桃黄散	188	67999 桃仁承气汤	193	核	
67957 桃黄煎	188	68000 桃仁承气汤	193	68041 核桃丸	199
67958 桃符丸	188	68001 桃仁承气汤	193	68042 核桃散	199
67959 桃符丸	189	68002 桃仁承气汤	193		
67960 桃符丸	189	68003 桃仁承气汤	193	酌	
67961 桃符丸	189	68004 桃仁承气汤	193	68043 酌圣丹	199
67962 桃符丸	189	68005 桃仁承气汤	193		
67963 桃符丸	189	68006 桃仁承气汤	193	都	
67964 桃蜜膏	189	68007 桃仁承气汤	194	68044 都气丸	199
67965 桃蜜散	189	68008 桃仁承气汤	194	68045 都气饮	199
67966 桃蜜散	189	68009 桃仁承气汤	194	68046 都良丸	199
67967 桃仁除方	189	68010 桃仁承气汤	194	68047 都梁丸	199
67968 桃仁煎丸	189	68011 桃仁恒山丸	194	68048 都梁丸	200
67969 桃仁煎丸	189	68012 桃仁虎面方	194	68049 都梁散	200
67970 桃仁煎丸	190	68013 桃仁桂心汤	194	68050 都梁香散	200
67971 桃仁煎豆	190	68014 桃仁常山丸	194	68051 都气加桂汤	200
67972 桃白皮汤	190	68015 桃仁雄黄膏	194		
67973 桃白皮汤	190	68016 桃仁滑石汤	194	真	
67974 桃白皮散	190	68017 桃仁黄甲汤	194	68052 真丸	200
67975 桃白皮散	190	68018 桃心塞耳方	194		

【方源】方出《肘后方》卷六，名见《圣济总录》卷一八一。

【组成】桃叶

【用法】塞两耳，立出。

【主治】百虫入耳。

【备考】《圣济总录》本方用法：先以桃叶塞耳中，其虫必出，如不出，以胡麻子炒令香，以葛袋盛枕头，耳中虫自出。

68019 桃叶汁涂方

【方源】方出《本草纲目》卷二十九引《千金》，名见《圣济总录》卷一三七。

【组成】桃叶

【用法】日午捣桃叶，取汁涂之。

【主治】身面癣疮。

68020 桃叶蒸痔方

【方源】《外台》卷二十六引《删繁方》。

【组成】桃叶一斛 细糠 胡麻各一斗 (熬)

【用法】三味合为一家蒸之，取细糠熟为度，纳小口瓮中，将肛门坐，桃叶气熏入肛门，虫出当死。

【主治】五痔。

68021 桃红四物汤

【方源】《医门八法》卷四。

【组成】川芎三钱 酒芍三钱 熟地三钱 桂心一钱半 (研) 附片一钱半 桃仁一钱 (去皮尖，研) 红花一钱 当归身七钱 (炒)

【主治】经期诸痛。

68022 桃红四物汤

【方源】《医门八法》卷四。

【组成】桃仁一钱 (炒，研) 红花一钱 全当归一两 (生用) 川芎一钱 生地五钱 乳香二钱 生白芍二钱 怀牛膝三钱

【主治】积乳，吹乳，妬乳。

68023 桃红四物汤

《金鉴》卷四十四，为《玉机微义》卷三十一引《元戎》“加味四物汤”之异名。见该条。

68024 桃红四物汤

【方源】《中医妇科学治疗学》引张香南方。

【组成】生地四钱 归尾 赤芍各三钱 川芎 桃仁 红花各二钱 丹皮 五灵脂各三钱

【用法】水煎，空腹服。

【功用】清热通瘀。

【主治】月经先期，血瘀而兼热者，经色紫，质稠粘，中央血块，腹痛拒按，舌质淡红或略带紫色，苔黄而干，脉沉数或弦滑有力。

68025 桃红消瘀汤

【方源】《中医妇科学治疗学》。

【组成】丹参三钱 土牛膝 归尾各二钱 桃仁 红花各一钱 乳香二钱 薏苡三钱

【用法】水煎服。

【功用】活血化瘀。

【主治】产后发热，恶露断续而下，并有浊带样分泌物，忽然少腹作痛，痛时不能重压，尿频便结，舌淡，苔细薄，脉弦实。

68026 桃花化浊汤

【方源】《医醇剩义》卷三。

【组成】桃仁二钱 红花五分 牛膝二钱 延胡索一钱 归尾一钱五分 赤芍一钱 丹参二钱 茵陈三钱 泽泻一钱五分 车前二钱 降香五分 血余炭一握

【功用】通利下焦，兼去瘀。

【主治】女劳瘵，膀胱急，小腹满，身尽黄，额上黑，足下热，大便黑而时溏，以因血瘀不行，积于膀胱少腹。

68027 桃花生肌散

【方源】《医林纂要》卷十。

【组成】风化石灰 (水湿过) 半斤 大黄四两 梔子二两

【用法】合炒至石灰红色取起，去大黄、梔子，用石灰，须退冷凉久而后用。

【功用】散瘀生肌，蚀恶肉，敛疮口。

68028 桃花行气丸

【方源】《鸡峰》卷四。

【组成】桃花七钱 桑白皮五钱 白附子 甘遂 天南星各二钱 大麦面十钱 威灵仙 五钱 大戟三钱

PHỤ LỤC 2

Laser châm - Công thức huyết

I. Laser châm

1. Chỉ định

- Các chứng đau: đau vai gáy, viêm quanh khớp vai, đau lưng, đau thần kinh tọa, hội chứng đường hầm cổ tay, đau dây thần kinh V và các chứng đau khác.
- Các chứng liệt: liệt nửa người do các nguyên nhân khác nhau, liệt dây thần kinh VII ngoại biên và các chứng liệt khác.

2. Chống chỉ định

- Những thay đổi bất thường của da không rõ nguyên nhân.
- Người bệnh động kinh.
- Người bệnh suy tim mất bù, loạn nhịp, suy mạch vành.
- Người bệnh cường giáp.
- Không chiếu Laser vào vùng thóp, đầu các xương dài của trẻ vị thành niên, cạnh các tuyến nội tiết (tuyến giáp, tinh hoàn, ...)

3. Chuẩn bị

3.1. Người thực hiện: Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

3.2. Trang thiết bị

- Thiết bị Laser công suất thấp.
- Kính bảo vệ cho cán bộ y tế và người bệnh.

3.3. Người bệnh

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.

4. Các bước tiến hành

4.1. Phác đồ huyết

Các huyết được sử dụng trong điều trị bằng Laser châm cũng tương tự như các huyết trong phác đồ của châm cứu truyền thống. Tuy nhiên, số huyết được chọn trong Laser châm ít hơn, thường từ 4 đến 10 huyết.

4.2. Thủ thuật

Xác định chính xác vùng huyết, dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyết), giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị.

4.3. Liệu điều trị

Liệu điều trị phụ thuộc vào từng loại huyết và tình trạng bệnh lý của người bệnh (bệnh cấp tính dùng liều thấp, bệnh mạn tính dùng liều cao). Liệu điều trị được tính bằng J/cm^2 .

Loại huyết	Liều
A thị huyết	1 - 2 J/cm^2
Huyết giáp tích	2 - 4 J/cm^2
Huyết châm cứu ở người lớn	1 - 3 J/cm^2
Huyết châm cứu ở trẻ em	0,5 - 1,5 J/cm^2

Thời gian điều trị tùy thuộc vào liệu điều trị và số huyết được lựa chọn. Thông thường thời gian điều trị bằng Laser châm từ 15 - 30 phút/lần.

- Bệnh cấp tính: mỗi ngày điều trị 01 lần, mỗi liệu trình 5 - 10 ngày.

- Bệnh mạn tính: mỗi ngày điều trị 01 lần, mỗi liệu trình điều trị từ 1-2 tuần.

Có thể điều trị nhiều liệu trình.

5. Theo dõi và xử trí tai biến

5.1. Theo dõi: Toàn trạng người bệnh.

5.2. Xử trí tai biến

Người bệnh xuất hiện các nốt đỏ ở da, mẩn ngứa (do cơ địa quá mẫn cảm với ánh sáng), tắt máy Laser, tạm dừng điều trị 1 - 3 ngày cho đến khi hết các nốt đỏ.

5.3. Chú ý:

- Không được chiếu tia Laser vào mắt.
- Da và các vùng huyết không được bôi dầu, mỡ hay các loại kem, gel vì sẽ làm tia Laser bị phản xạ một phần và ảnh hưởng đến mức độ đâm xuyên của tia.

II. Các huyết vị dùng trong nghiên cứu

* Huyết Trung cực:

- Tên gọi khác: Huyết Ngọc Huyền, huyết Khí Nguyên, huyết Trung Tự
- Vị trí: Nằm giữa hai cực rốn và xương mu.
- Tác dụng: Điều hòa khí huyết, hỗ trợ cải thiện tình trạng đại tiện ra máu.
- Cách châm cứu: Đưa kim châm đứng với độ sâu từ 0.8 – 1 thốn. Lúc này bệnh nhân sẽ có cảm giác tê tức cục bộ, lan dần xuống bộ phận sinh dục.

* Huyết Khúc cốt:

- Tên gọi khác: Huyết Niệu Bao, huyết Hồi Cốt, huyết Khuất Cốt
- Vị trí: Nằm trên đường trắng của bụng, dưới huyết Trung Cực 1 tấc
- Tác dụng: Cải thiện bệnh bàng quang, giảm đau thần kinh, tăng cường lưu thông máu,...
- Cách châm cứu: dùng kim châm thẳng vào huyết Khúc Cốt, sâu 0,3 - 1 tấc

*** Huyết Hội âm:**

- Tên gọi khác: huyết Bình Ế, huyết Hạ Âm Biệt, huyết Hạ Cực, huyết Hải Đê.
- Vị trí: Ở khoảng giữa tiền âm và hậu âm (Giáp ắt, Đồng nhân, Đại thành, Tuần kinh). Ở giữa nút đáy chậu (chỗ tụ hội của các nếp da chạy từ hậu môn, phần sinh dục ngoài và hai bên háng tới).
- Tác dụng: Tác động vào huyết giúp giảm sưng, đau và viêm nhiễm, hỗ trợ phục hồi các bệnh như trĩ, nứt hậu môn, viêm nhiễm hậu môn.
- Cách châm cứu: Châm kim vuông góc với da, độ sâu từ 0.3 – 1.5 thốn.

*** Huyết Huyết hải:**

- Tên gọi khác: Bách trùng sào, Huyết khích.
- Vị trí: Ở mé trong đầu xương bánh chè thẳng lên 2 tấc bờ thịt trắng đỏ (Giáp ắt, Đồng nhân, Phát huy, Đại thành). Lấy ở trên góc trong xương bánh chè 2 tấc, trong khe lõm giữa cơ may và cơ rộng trong, ấn vào có cảm giác ê ẩm.
- Tác dụng: Điều huyết, thanh huyết, hòa vinh thanh nhiệt, tuyên thông hạ tiêu.
- Cách châm cứu: Châm 0,5 - 1 tấc. Cứu 10 - 15 phút.

*** Huyết Túc tam lý:**

- Tên gọi khác: Hạ Lăng, Hạ Tam Lý, Quỷ Tà, Tam Lý.
- Vị trí: Dưới mắt gối ngoài 3 thốn, phía ngoài xương mác khoảng 1 khoát ngón tay, nơi cơ căng chân trước, khe giữa xương chày và xương mác.
- Hoặc úp lòng bàn tay vào giữa đầu gối, đầu ngón tay giữa chạm vào xương ống chân (xương chày), từ đó đo ra 1 thốn là huyết túc tam lý. Dưới lõm ngoài xương bánh chè (Độc Ty) 3 thốn.
- Tác dụng: Lý Tỳ Vị, điều trung khí, thông kinh lạc - khí huyết, phù chính bồi nguyên, bổ hư nhược, khu phong hóa thấp, điều hòa huyết áp.

PHỤ LỤC 3

Bảng đánh giá điểm chất lượng cuộc sống SF-36

Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: Giới:

Ngày đánh giá:

Vui lòng trả lời 36 câu hỏi về tình trạng sức khỏe một cách đầy đủ, trung thực.

Câu 1. Nhìn chung, anh /chị cho rằng sức khỏe của mình là:

1. Tuyệt vời ☐ 2. Rất tốt ☐ 3. Tốt ☐ 4. Vừa phải ☐ 5. Tồi ☐

Câu 2. Anh/chị đánh giá thế nào về sức khỏe hiện tại của mình so với một năm trước?

1. Tốt hơn nhiều so với một năm trước ☐

2. Tốt hơn một chút so với một năm trước ☐

3. Như nhau ☐

4. Tồi hơn một chút so với một năm trước ☐

5. Tồi hơn nhiều so với một năm trước ☐

GIỚI HẠN HOẠT ĐỘNG

Những câu sau đây đề cập đến những hoạt động thường ngày của anh/chị. Tình trạng sức khỏe hiện nay của anh/chị có gây cản trở các hoạt động này không và nếu có thì ở mức độ nào?

1-Có cản trở nhiều 2-Có cản trở ít 3-Không cản trở

TT	Vấn đề	1	2	3
3	Hoạt động mạnh như chạy, mang vật nặng	☐	☐	☐
4	Hoạt động trung bình như đẩy máy hút bụi, chơi gôn, di chuyển 1 cái bàn...	☐	☐	☐
5	Nhấc hoặc mang các tạp phẩm	☐	☐	☐
6	Trèo vài lượt cầu thang	☐	☐	☐
7	Trèo một lượt cầu thang	☐	☐	☐
8	Quỳ, uốn hoặc cúi người	☐	☐	☐
9	Đi bộ nhiều hơn 2km	☐	☐	☐

10	Đi bộ vài đoạn đường	☐	☐	☐
11	Đi bộ một đoạn đường	☐	☐	☐
12	Tắm hoặc tự mặc quần áo	☐	☐	☐

CÁC VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE THỂ CHẤT

Trong 4 tuần vừa qua, anh/chị có gặp phải vấn đề nào dưới đây liên quan đến công việc hoặc các hoạt động thường ngày do các vấn đề về sức khỏe thể chất?

1-Có 2-Không

TT	Vấn đề	1	2
13	Giảm thời gian dành cho công việc hoặc các hoạt động khác	☐	☐
14	Hoàn thành kém hơn khả năng của mình	☐	☐
15	Bị hạn chế trong công việc hoặc các hoạt động khác	☐	☐
16	Có khó khăn khi thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác (ví dụ phải nỗ lực nhiều hơn)	☐	☐

CÁC VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE TINH THẦN

Trong 4 tuần vừa qua, anh/chị có gặp phải vấn đề nào dưới đây liên quan với công việc hoặc hoạt động thường ngày do các vấn đề sức khỏe tinh thần gây ra không (như trầm cảm, lo lắng)?

1-Có 2-Không

TT	Vấn đề	1	2
17	Giảm thời gian dành cho công việc hoặc các hoạt động khác	☐	☐
18	Hoàn thành kém hơn khả năng của mình	☐	☐
19	Không thể thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác cần thận như bình thường	☐	☐

HOẠT ĐỘNG XÃ HỘI

Câu 20. Các vấn đề về tinh thần có cản trở các hoạt động xã hội bình thường của anh/chị với gia đình, bạn bè và hàng xóm không?

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. Không | ☐ |
| 2. Một chút | ☐ |
| 3. Vừa phải | ☐ |
| 4. Nhiều | ☐ |
| 5. Rất nhiều | ☐ |

SỰ ĐAU ĐỚN

Câu 21. Trong 4 tuần vừa qua, cơ thể anh/chị có cảm giác đau đớn ở mức độ nào?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Không | ☐ |
| 2. Rất nhẹ | ☐ |
| 3. Nhẹ | ☐ |
| 4. Vừa | ☐ |
| 5. Nặng | ☐ |
| 6. Rất nặng | ☐ |

Câu 22. Trong 4 tuần vừa qua, cảm giác đau cản trở hoạt động thường ngày của anh/chị ở mức độ nào?

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. Không | ☐ |
| 2. Một chút | ☐ |
| 3. Vừa phải | ☐ |
| 4. Khá nhiều | ☐ |
| 5. Hoàn toàn | ☐ |

NGHỊ LỰC VÀ SỰ NHIỆT TÌNH

Đây là những câu hỏi về cảm nhận của anh/ chị và mọi việc đã xảy ra như thế nào với anh/chị trong 4 tuần qua, xin chọn những câu trả lời gần nhất với cảm nghĩ của anh/chị.

Câu 23. Anh/chị có cảm thấy đầy đủ nhiệt huyết không?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Luôn luôn | ☐ |
| 2. Hầu hết thời gian | ☐ |

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

24. *Anh/chị có phải là người hay lo lắng không?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

25. *Anh/chị có cảm thấy buồn đến mức không có gì làm mình vui được?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

26. *Anh/chị có cảm thấy được bình yên không?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

27. *Anh/chị có giàu năng lượng sống không?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

28. *Anh/chị có cảm thấy buồn nản không?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

29. *Anh/chị có cảm thấy kiệt sức không?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

30. *Anh/chị có phải là người hạnh phúc?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

31. *Anh/chị có cảm thấy mệt mỏi không?*

1. Luôn luôn ☐

2. Hầu hết thời gian ☐

3. Khá thường xuyên ☐

4. Đôi khi ☐

5. Ít khi ☐

HOẠT ĐỘNG XÃ HỘI

24. Trong 4 tuần vừa qua, tình trạng sức khỏe thể chất và các vấn đề về tinh thần đã cản trở hoạt động xã hội của anh/chị ở mức độ nào

- 1. Luôn luôn ☐
- 2. Hầu hết thời gian ☐
- 3. Đôi khi ☐
- 4. Ít khi ☐
- 5. Không lúc nào ☐

TÌNH HÌNH SỨC KHỎE CHUNG

Các khẳng định sau đây đúng hay sai ở mức độ nào với anh/chị?

Câu 33. Tôi cảm thấy dễ ốm hơn người khác

- 1. Hoàn toàn đúng ☐
- 2. Gần đúng ☐
- 3. Không biết ☐
- 4. Hầu như sai ☐
- 5. Hoàn toàn sai ☐

Câu 34. Tôi khỏe mạnh như tất cả những người tôi biết

- 1. Hoàn toàn đúng ☐
- 2. Gần đúng ☐
- 3. Không biết ☐
- 4. Hầu như sai ☐
- 5. Hoàn toàn sai ☐

Câu 35. Tôi cho rằng sức khỏe của mình đang xấu đi

- 1. Hoàn toàn đúng ☐
- 2. Gần đúng ☐
- 3. Không biết ☐
- 4. Hầu như sai ☐
- 5. Hoàn toàn sai ☐

36. Sức khỏe của tôi tuyệt vời

- 1. Hoàn toàn đúng ☐
- 2. Gần đúng ☐
- 3. Không biết ☐
- 4. Hầu như sai ☐
- 5. Hoàn toàn sai ☐

Thang điểm SF-36 được phân loại dựa trên 3 lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS nói chung được phân thành 3 mức dựa vào số điểm.

Câu hỏi	Mức độ đồng ý	Điểm
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	5
	3	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20

Câu hỏi	Mức độ đồng ý	Điểm
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Sau khi cho điểm cho từng câu hỏi, tiến hành tính điểm trung bình của 8 yếu tố sau

Yếu tố	Số lượng câu hỏi	Câu hỏi
Hoạt động thể lực	10	3-12
Chức năng thể lực	4	13-16
Cảm giác đau	2	21, 22
Hoạt động sức khỏe chung	5	1, 33-36
Sức sống	4	23, 27, 29, 31
Hoạt động xã hội	2	20, 32
Chức năng cảm xúc	3	17-19
Sức khỏe tâm lý	5	24-26, 28, 30

Sau đó, phân loại mức độ chất lượng cuộc sống theo bảng dưới dựa trên số điểm trung bình

Mức độ	Điểm tổng của các hạng mục
Kém	0 – 25
Trung bình	26 – 50
Khá	51 - 75
Tốt	76 – 100

PHỤ LỤC 4

Thang điểm đau VAS

Tình trạng đau sau phẫu thuật trĩ của người bệnh được đánh giá theo thang điểm VAS (visual analogue scale) từ 0 đến 10 bằng thước đo độ đau của hãng Astra – Zeneca:



- Không đau (VAS = 0)
- Đau nhẹ (VAS $\leq$ 3)
- Đau vừa ($3 < \text{VAS} \leq 6$)
- Đau nặng ($6 < \text{VAS} \leq 10$)

PHỤ LỤC 5
Thang điểm đánh giá bí tiểu theo các mức độ

Mục đánh giá	Đánh giá	Điểm
Cầu bàng quang	Không có	0
	Độ I (Trên xương mu 1 - 5 cm)	1
	Độ II (Trên xương mu 6 - 10 cm)	2
	Độ III (Trên xương mu >10 cm)	3
Tình trạng tiểu tiện	Đái dề	0
	Đái ít	1
	Đái nhỏ giọt	2
	Bí đái hoàn toàn	3
Đau tức hạ vị	Không đau	0
	Đau nhẹ	1
	Đau vừa	2
	Đau dữ dội	3
Cảm giác buồn đi tiểu	Không buồn	0
	Buồn đi tiểu nhẹ	1
	Buồn đi tiểu vừa	2
	Rất buồn đi tiểu	3
Đau mỗi thắt lưng	Không mỗi	0
	Mỗi nhẹ	1
	Mỗi vừa	2
	Rất mỗi	3
Thời gian bí đái	> 24 giờ	0
	16 - 24 giờ	1
	8 - <16 giờ	2
	< 8 giờ	3

Đánh giá mức độ nặng của bí tiểu

Điểm đánh giá	Mức độ bí đái
13 – 18 điểm	Bí đái nặng
6 – 12 điểm	Bí đái vừa
1 – 5 điểm	Bí đái nhẹ
0 điểm	Không bí đái

PHỤ LỤC 6

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông/Bà:.....

Nghiên cứu viên: Bác sĩ Nguyễn Đình Điệp

Đơn vị chủ trì: Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam.

Tôi viết bản thông báo này gửi Ông/Bà với mong muốn Ông/Bà tham gia khảo sát:

“Đánh giá kết quả điều trị của bài thuốc “Đào hồng tứ vật thang” kết hợp Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan”.

Mẫu thông tin dưới đây dành cho Ông/Bà chấp thuận tham gia nghiên cứu.

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1) Mục đích nghiên cứu

Trĩ là bệnh thường gặp trong cộng đồng, là một bệnh lành tính nhưng ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống, công việc và năng suất lao động của người bệnh. Nhằm hướng tới mở rộng và nâng cao tác dụng của các phương pháp YHCT điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá hiệu quả của bài thuốc Đào hồng tứ vật thang kết hợp Laser châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ tại khoa Ngoại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp trong quá trình can thiệp.

2) Tiến hành nghiên cứu

Bằng cách phỏng vấn nội dung dựa vào bảng câu hỏi trên phiếu khảo sát. Đối tượng: Ông/Bà được chẩn đoán xác định và điều trị phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025. Quá trình thu thập thông tin sẽ ngừng ngay nếu Ông/Bà có nhu cầu chăm sóc y tế ngay, hoặc nhân viên y tế tại khoa cần tiến hành thăm khám điều trị cho Ông/Bà.

3) Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông/Bà góp phần giúp kết quả nghiên cứu mang tính khách quan, khoa học và nâng cao hiệu quả điều trị sau này. Trong quá trình trao đổi, Ông/Bà có thể được tư vấn sức khỏe từ nghiên cứu viên nếu cần.

4) Bất lợi khi tham gia nghiên cứu

Ông/Bà mất khoảng 40 phút để trả lời phỏng vấn bằng câu hỏi ở phiếu khảo sát, thăm khám các triệu chứng lâm sàng.

5) Người liên hệ:

Nếu Ông/Bà có bất cứ thắc mắc gì, xin liên hệ với tôi: Bác sĩ Nguyễn Đình Diệp

SĐT: 0346571213.

Hoặc Email: yudachi1102@gmail.com

6) Sự tự nguyện tham gia:

Ông/Bà được quyền tự quyết định tham gia, có thể rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng đến điều trị/ chăm sóc mà Ông/Bà được hưởng.

7) Tính bảo mật:

Họ tên Ông/Bà được ghi trong phiếu thông tin: Họ, chữ lót và chữ cái đầu tên. Ông/Bà không cần cung cấp địa chỉ chi tiết, cách thức liên lạc. Mọi thông tin chỉ được sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu. Sau khi xử lý, thông tin sẽ công bố dưới dạng tỷ lệ %, không trình bày dưới dạng cá nhân, không có dấu hiệu nhận dạng.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU:

1) Người tham gia nghiên cứu:

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét, đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho người tham gia nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký người tham gia nghiên cứu:

Họ tên:.....Chữ ký:.....

Ngày tháng năm :.....

2) Chữ ký của nghiên cứu viên/ người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng Ông/Bà tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây và đã được giải thích cặn kẽ. Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, nguy cơ và lợi ích của việc tham gia nghiên cứu này.

Họ tên:.....Chữ ký:.....

Ngày tháng năm :.....

PHỤ LỤC 7

BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án: ☐ Nhóm NC ☐ Nhóm ĐC

A. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân:

Tuổi:; Giới: Nam ☐ Nữ ☐

Địa chỉ:

Nghề nghiệp:

Ngày vào viện:/...../..... Ngày ra viện/...../.....

Tiền sử:

Phương pháp điều trị đã dùng ☐ YHHĐ ☐ YHCT ☐ Khác.....

Bệnh lý kèm theo: ☐ THA ☐ RL Lipid máu ☐ Khác.....

B. KHÁM YHHĐ

1.Toàn thân:

.....
.....

Dấu hiệu sinh tồn: Mạch: Huyết áp

Nhiệt độ Nhịp thở BMI: (Chiều cao Cân nặng)

2.Bộ phận:

- Hậu môn trực tràng:

.....
.....

- Tuần hoàn:.....

.....
- Hô hấp:.....

.....
- Tiêu hóa:.....

.....
- Thận tiết niệu:.....

.....

- Thần kinh:.....
.....

- Cơ xương khớp:.....
.....

3. Bảng điểm theo thang điểm đau VAS

Mức độ đau	Điểm	D1	D2	D3	D4	D5	D7
Không đau	0 – 1						
Đau nhẹ	2 – 3						
Đau vừa	4 – 6						
Đau nặng	>6						

4. Thời gian sử dụng và số viên thuốc giảm đau phải dùng:

- Thời gian sử dụng:..... ngày.

- Số viên thuốc giảm đau phải dùng:.....viên.

5. Bảng điểm đánh giá tình trạng chảy máu sau phẫu thuật:

Mức độ chảy máu	D1	D2	D3	D4	D5	D7	D14
Không chảy máu							
Chảy máu ít							
Chảy máu vừa							
Chảy máu nặng							

6. Tình trạng bí tiểu sau phẫu thuật:

Mức độ	D1	D2	D3	D4	D5	D7
Bí đái nặng						
Bí đái vừa						
Bí đái nhẹ						
Không bí đái						

7. Táo bón sau phẫu thuật

Mức độ	D1	D3	D5	D7
Táo bón				
Không táo bón				

8. Bảng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF – 36:

Mức độ	Điểm	D0	D7
Kém	0 – 25		
Trung bình	26 – 75		
Tốt	76 – 100		

C. KHÁM YHCT:

I/ VỌNG CHẨN:.....

.....

II/ VẤN CHẨN:.....

.....

III/ VẤN CHẨN:.....

.....

IV/ THIẾT CHẨN:.....

.....

V/ CHẨN ĐOÁN YHCT

1, Bệnh danh:

2, Thể bệnh:

3, Bất cương:

4, Tạng phủ - Kinh lạc:

5, Nguyên nhân:

Bảng triệu chứng YHCT

Triệu chứng YHCT	D0		D7	
	Có	Không	Có	Không
Đau chói tại chỗ				
Chất lưỡi tím nhạt/ ban ứ				
Đại tiện ra máu				
Mạch sấp				

D. Bảng tác dụng không mong muốn:

Tác dụng không mong muốn	D0		D7	
	Có	Không	Có	Không
Dị ứng				
Buồn nôn, nôn				
Rối loạn tiêu hóa				
Đau đầu, chóng mặt				
Khác				

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Người điền phiếu

(Ký tên)