

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN VIỆT QUANG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA DUNG DỊCH
NGÂM TRĨ NT1 KẾT HỢP Y HỌC HIỆN ĐẠI
TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TRĨ**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Hà Nội – 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN VIỆT QUANG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA DUNG DỊCH
NGÂM TRĨ NT1 KẾT HỢP Y HỌC HIỆN ĐẠI
TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TRĨ**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : CK62726001

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. Hán Huy Truyền**
- 2. PGS.TS. Lê Mạnh Cường**

Hà Nội – 2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn, tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng quản lý Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn, Khoa phòng - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Lê Mạnh Cường và TS. Hán Huy Truyền, những người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, luôn theo sát, chỉ bảo tận tình, cho tôi nhiều ý kiến quý báu và tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp tôi hoàn thành luận văn. Sự tận tâm và kiến thức của các Thầy là tấm gương sáng cho tôi noi theo trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn trân trọng nhất tới Đảng ủy, Ban giám đốc, Ban lãnh đạo, tập thể cán bộ nhân viên Khoa Ngoại và các Khoa/ Phòng của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa đã giúp đỡ, tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức, Hội đồng chấm luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu để luận văn của tôi được hoàn thiện hơn.

Cuối cùng, tôi xin được gửi lời cảm ơn sâu sắc nhất tới những người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn bên cạnh, giúp đỡ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 22 tháng 01 năm 2026

Học viên

Nguyễn Viết Quang

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Nguyễn Viết Quang**, học viên lớp Bác sĩ chuyên khoa II – Khóa 9 – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. Tôi xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy PGS.TS. Lê Mạnh Cường và TS. Hán Huy Truyền.
2. Công trình này 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 là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận tại cơ sở tiến hành nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 22 tháng 01 năm 2026

Người viết cam đoan

Nguyễn Viết Quang

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan về bệnh trĩ theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Khái niệm	3
1.1.2. Nguyên nhân.....	3
1.1.3. Sinh lý bệnh.....	4
1.1.4. Chẩn đoán.....	5
1.1.5. Phân loại	5
1.1.6. Điều trị.....	7
1.1.7. Theo dõi sau phẫu thuật trĩ	9
1.2. Tổng quan về bệnh trĩ theo Y học cổ truyền	10
1.2.1. Bệnh danh	10
1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh	10
1.2.3. Phân thể lâm sàng và điều trị.....	10
1.3. Tổng quan ngâm trĩ.....	16
1.3.1. Ngâm trĩ và các chế phẩm ngâm trĩ.....	16
1.3.2. Quy trình ngâm trĩ	16
1.3.3. Tổng quan về Dung dịch ngâm trĩ NT1.....	17
1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam	20
1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới	20
1.4.2. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam	21
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	23
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu.....	23
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	23
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu.....	24
2.2. Đối tượng nghiên cứu	24
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh	24
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh.....	25
2.3. Phương pháp nghiên cứu	25
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	25
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu	25
2.3.3. Quy trình nghiên cứu.....	26
2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu	28

2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả	29
2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu	30
2.5. Xử lý số liệu	30
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	30
Chương 3: KẾT QUẢ.....	32
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	32
3.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	32
3.1.2. Đặc điểm theo giới	33
3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp	33
3.1.4. Thời gian mắc bệnh	34
3.1.5. Độ trĩ.....	34
3.1.6. Số lượng búi trĩ	35
3.1.7. Yếu tố nguy cơ gây bệnh.....	36
3.1.8. Thở bệnh trĩ theo YHCT	36
3.2. Kết quả điều trị.....	37
3.2.1. Cải thiện về mức độ đau sau điều trị	37
3.2.2. Cải thiện triệu chứng chảy máu.....	38
3.2.3. Cải thiện triệu chứng rỉ ướt vết thương	39
3.2.4. Cải thiện triệu chứng phù nề vết thương	40
3.2.5. Kết quả điều trị chung	41
3.3. Đánh giá tác dụng không mong muốn.....	43
Chương 4: BÀN LUẬN	44
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	44
4.1.1. Tuổi.....	44
4.1.2. Giới	45
4.1.3. Nghề nghiệp.....	45
4.1.4. Thời gian mắc bệnh	46
4.1.5. Độ trĩ.....	47
4.1.6. Số lượng búi trĩ.....	47
4.1.7. Yếu tố nguy cơ gây bệnh.....	48
4.1.7. Thở bệnh YHCT	49
4.2. Đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị.....	52
4.2.1. Cải thiện mức độ đau.....	52
4.2.2. Cải thiện triệu chứng chảy máu vết thương	54

4.2.3. Cải thiện triệu chứng rỉ ướt vết thương	56
4.2.4. Cải thiện triệu chứng phù nề vết thương	57
4.2.5. Kết quả điều trị chung	59
4.2.6. Kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT	60
4.4. Tác dụng không mong muốn	60
KẾT LUẬN	61
KIẾN NGHỊ	62
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	63
PHỤ LỤC 1	
PHỤ LỤC 2	
PHỤ LỤC 3	
PHỤ LỤC 4	
PHỤ LỤC 5	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
TB	Trung bình
D ₀	Thời gian trước điều trị
D ₅	Thời gian điều trị ngày thứ 5
D ₁₀	Thời gian điều trị ngày thứ 10
D ₁₅	Thời gian điều trị ngày thứ 15
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Đánh mức độ đau theo thang điểm VAS	29
Bảng 2.2. Đánh giá tác dụng cầm máu	29
Bảng 2.3. Đánh giá tác dụng chống rỉ ướt vết thương	29
Bảng 2.4. Đánh giá tác dụng chống phù nề vết thương.....	29
Bảng 2.5. Xếp loại kết quả điều trị chung	30
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi	32
Bảng 3.2. Phân bố theo yếu tố nguy cơ gây bệnh	36
Bảng 3.3. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT trên lâm sàng	36
Bảng 3.4. Mức độ giảm đau sau 15 ngày điều trị.....	37
Bảng 3.5. Mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị	38
Bảng 3.6. Mức độ cải thiện triệu chứng rỉ ướt sau 15 ngày điều trị.....	39
Bảng 3.7. Mức độ cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị.....	40
Bảng 3.8. Kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT của nhóm NC sau 15 ngày điều trị	42
Bảng 3.9. Kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT của nhóm ĐC sau 15 ngày điều trị	42
Bảng 3.10. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	43

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính.....	33
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp.....	33
Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh.....	34
Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh theo độ tuổi.....	34
Biểu đồ 3.5. Phân bố người bệnh theo số búi trĩ.....	35
Biểu đồ 3.6. Đánh giá sự thay đổi chỉ số VAS TB tại các thời điểm NC	37
Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung.....	41

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Phân loại trĩ theo mức giải phẫu	6
Hình 1.2. Phân độ trĩ nội	6
Hình 1.3. Phương pháp phẫu thuật cắt trĩ Milligan Morgan	8
Hình 1.4. Nhãn dán Dung dịch ngâm trĩ NT1	18

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một tập hợp các biểu hiện bệnh lý, có liên quan đến những thay đổi của mạng mạch trĩ và các tổ chức tiếp xúc với mạng mạch này ở vùng hậu môn trực tràng [1]. Trĩ là một trong những bệnh lý vùng hậu môn – trực tràng xuất hiện phổ biến trong cộng đồng với tỷ lệ mắc tương đối cao [2].

Theo các số liệu dịch tễ học được công bố từ thập niên 1990, tỷ lệ hiện mắc trĩ trên phạm vi toàn cầu ước tính khoảng 4,4% [3]. Một số quốc gia ghi nhận tần suất bệnh cao như Úc với 38,93%, tiếp đến là Israel (16%) và Hàn Quốc chiếm 14,4% [4]. Tại Ai Cập, kết quả soi đại tràng cho thấy khoảng 18% dân số có biểu hiện bệnh trĩ [5]. Ở Việt Nam, khảo sát dịch tễ của Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự tại 5 tỉnh phía Bắc ghi nhận 1446/2651 người được khảo sát mắc bệnh, tương đương 55% [6].

Mặc dù không phải là bệnh lý đe dọa tính mạng, nhưng trĩ gây ra nhiều phiền toái, ảnh hưởng đáng kể đến sinh hoạt và sức khỏe thể chất của người bệnh từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [7]. Bệnh gây ra các biểu hiện như: chảy máu khi đi đại tiện có thể mức độ nhẹ chỉ có một ít máu tươi bám vào phân, mức độ nặng máu chảy thành tia, có khi nặng, kéo dài gây thiếu máu trầm trọng. Hoặc gây cảm giác khó chịu cho người bệnh ở vùng hậu môn - trực tràng do sự tồn tại của búi trĩ sa ra ngoài, nó ảnh hưởng rất nhiều tới sinh hoạt và lao động của người bệnh. Ngoài ra còn có thể gây ra một số biến chứng làm đau đớn cho người bệnh như tắc nghẽn búi trĩ cấp, viêm tắc tĩnh mạch trên búi trĩ, loét hoại tử bề mặt búi trĩ [8],[9].

Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị bệnh trĩ tùy mức độ của bệnh có thể sử dụng các phương pháp như nội khoa (thuốc uống, thuốc đặt hậu môn, gel bôi...), vật lý trị liệu, thủ thuật hoặc can thiệp ngoại khoa. Trong đó phương pháp điều trị bằng phẫu thuật được áp dụng phổ biến với ưu điểm là điều trị triệt căn, chi phí thấp, ít tái phát tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là tình trạng chảy máu, đau, phù nề, rỉ dịch,... sau phẫu thuật làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống và sinh hoạt của người bệnh [8],[9].

Y học cổ truyền (YHCT) bệnh trĩ được mô tả trong các chứng “Tiện huyết”, “Thấp nhiệt hạ trú”, “Trung khí hạ hãm”, “Trĩ sang”, “Hạ trĩ”. YHCT có nhiều phương pháp điều trị đã được nghiên cứu như: thuốc YHCT (thuốc uống, thuốc ngâm, thuốc bôi,...), châm cứu,... Những phương pháp này đã và đang được áp dụng kết hợp cùng phương pháp YHHĐ tại các cơ sở y tế mang lại hiệu quả điều trị cao trên lâm sàng [10].

Để hỗ trợ điều trị trĩ và làm giảm các triệu chứng sau phẫu thuật cắt trĩ, Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa đã nghiên cứu và sản xuất ra “Dung dịch ngâm trĩ NT1” bao gồm các dược liệu YHCT: Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng, Kinh giới được bào chế dưới dạng dung dịch, sử dụng ngâm hậu môn sau phẫu thuật trĩ từ ngày thứ 2 mang lại hiệu quả giảm đau và liền vết thương tốt [11]. Tuy vậy, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tiến hành đánh giá một cách hệ thống về tác dụng của Dung dịch ngâm trĩ NT1 trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của Dung dịch ngâm trĩ NT1 kết hợp Y học hiện đại trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ”** với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng của Dung dịch ngâm trĩ NT1 kết hợp Y học hiện đại trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.*

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về bệnh trĩ theo Y học hiện đại

1.1.1. Khái niệm

Bệnh trĩ là bệnh xảy ra do giãn quá mức các đám rối tĩnh mạch ở mô xung quanh hậu môn. Trong trạng thái bình thường, các đám rối mạch này giúp bịt kín hậu môn để ngăn ngừa sự són phân khi ho, rặn. Chỉ khi các mô này phồng to và gây ra triệu chứng thì gọi là bệnh trĩ.

Trĩ là bệnh thường gặp, xuất hiện nhiều ở người lao động tĩnh tại, táo bón kéo dài [12],[13].

1.1.2. Nguyên nhân

Căn nguyên của bệnh trĩ đến nay vẫn chưa được xác định một cách thật sự rõ. Phần lớn các tác giả cho rằng sự hình thành bệnh có liên quan đến những yếu tố bẩm sinh, cơ địa đặc thù hoặc các điều kiện thuận lợi thúc đẩy quá trình bệnh lý. Các yếu tố này bao gồm:

- Yếu tố gia đình và di truyền: người có tiền sử gia đình mắc bệnh thường dễ bị ảnh hưởng hơn.
- Rối loạn chức năng đại tràng, đặc biệt là táo bón mạn tính: người bệnh phải rặn nhiều khi đại tiện, làm áp lực trong ống hậu môn tăng lên gấp nhiều lần; tình trạng này kéo dài gây giãn và phồng các đám rối trĩ.
- Đặc thù nghề nghiệp: những cá nhân phải đứng lâu, ngồi nhiều hoặc ít vận động như nhân viên văn phòng, thợ may, nhân viên bán hàng... có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.
- Tăng áp lực trong ổ bụng: các tình trạng làm tăng áp lực ổ bụng kéo dài góp phần thúc đẩy hình thành búi trĩ.
- Sự hiện diện của khối u vùng hậu môn – trực tràng hoặc trong tiểu khung: các khối u lớn có thể chèn ép, cản trở dòng máu tĩnh mạch hồi lưu, dẫn tới giãn các đám rối trĩ.
- Các bệnh lý tại hậu môn – trực tràng: viêm đại tràng mạn tính, viêm loét đại – trực tràng chảy máu, lỵ amip mạn... đều có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện trĩ.
- Yếu tố tuổi tác: nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo tuổi.
- Giới tính: ở nhiều quốc gia nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn, tuy nhiên tại Việt Nam điều này lại có xu hướng ngược lại.
- Chế độ dinh dưỡng: ăn uống không hợp lý là yếu tố thuận lợi làm khởi phát bệnh.

Ngoài các yếu tố trên, béo phì và bệnh đái tháo đường cũng được xem là những điều kiện làm tăng khả năng xuất hiện bệnh trĩ [14],[15].

1.1.3. Sinh lý bệnh

Hiện nay có nhiều quan điểm khác nhau lý giải cơ chế hình thành bệnh trĩ, bao gồm: thuyết giãn tĩnh mạch do tăng áp lực hệ tĩnh mạch trĩ, thuyết loạn sản mạch máu, thuyết viêm tuyến Hermann – Desfosses, thuyết huyết động và thuyết cơ học. Trong số đó, hai thuyết được chấp nhận rộng rãi hơn cả là thuyết cơ học và thuyết huyết động:

- *Thuyết cơ học*: Các búi trĩ nội được cố định tại vị trí bình thường nhờ các dải sợi – cơ có tính đàn hồi. Khi xảy ra quá trình thoái hóa tổ chức liên kết, các dải này trở nên nhão, yếu dần, thậm chí đứt, khiến cấu trúc nâng đỡ của thành tĩnh mạch bị suy giảm, dẫn đến hình thành trĩ. Sự thoái hóa này bắt đầu tương đối sớm, khoảng từ tuổi 20, vì vậy bệnh ít gặp ở trẻ nhỏ. Khi hệ thống dây chằng và mô đỡ trở nên lỏng lẻo, kết hợp với tăng áp lực trong ổ bụng do táo bón mạn, rối loạn đại tiện hoặc các yếu tố khác, búi trĩ nội dễ phồng to và bị đẩy dần ra ngoài. Ban đầu trĩ chỉ sa khi rặn, nhưng khi dây treo mất hoàn toàn chức năng, búi trĩ thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn.

- *Thuyết huyết động*: Dựa trên những quan sát mô học và hình ảnh hiển vi điện tử, thuyết này cho rằng sự bất thường của tuần hoàn động – tĩnh mạch đóng vai trò quan trọng. Hệ mao mạch vùng hậu môn có các shunt động – tĩnh mạch, có khả năng đáp ứng với kích thích thần kinh – nội tiết. Ở trạng thái nghỉ, các shunt này đóng lại, giúp duy trì trao đổi máu trong mô. Tuy nhiên, khi chúng giãn đột ngột, lượng máu đổ vào hệ thống mạch trĩ tăng lên, trong khi mô lại bị thiếu nuôi dưỡng. Kết hợp với co thắt mạch, áp lực trong các đám rối tĩnh mạch trĩ tăng nhanh, gây giãn và căng phồng búi trĩ. Điều này giải thích hiện tượng chảy máu đỏ tươi trong bệnh trĩ – do máu động mạch chiếm ưu thế trong đám rối trĩ. Các triệu chứng lâm sàng nặng lên khi xảy ra viêm hoặc huyết khối, đặc biệt trong bối cảnh táo bón hoặc trĩ sa gây cản trở lưu thông tĩnh mạch.

- *Thuyết giãn tĩnh mạch do tăng áp lực tĩnh mạch trĩ*: theo quan điểm này, trĩ là hậu quả của tình trạng giãn hệ tĩnh mạch trĩ dưới tác động của nhiều yếu tố như: đứng lâu, ngồi nhiều, táo bón kéo dài, tăng áp lực tĩnh mạch cửa... khiến hệ tĩnh mạch trĩ bị giãn và sa.

- *Thuyết loạn sản mạch máu*: bệnh trĩ biểu hiện như một quá trình tăng sinh liên tục của hệ tĩnh mạch vùng hậu môn – trực tràng, làm cho thành mạch dày lên theo thời gian. Do đó, đặc điểm bệnh học giữa các cá thể không hoàn toàn giống nhau về số lượng cũng như mức độ búi trĩ và bệnh dễ tái phát ngay cả sau can thiệp phẫu thuật.

- *Thuyết viêm tuyến Hermann – Desfosses*: xung quanh ống hậu môn tồn tại một hệ thống tuyến nằm dưới lớp niêm mạc. Khi các tuyến này bị viêm do bất kỳ nguyên nhân nào, tình trạng phù nề và sung huyết sẽ làm cản trở dẫn lưu tĩnh mạch, dẫn đến hình thành hoặc làm nặng thêm các búi trĩ [14],[15],[16].

1.1.4. Chẩn đoán

Ở giai đoạn khởi phát, các biểu hiện của bệnh trĩ thường mờ nhạt và khó nhận biết. Việc chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng kết hợp với những xét nghiệm cận lâm sàng hỗ trợ.

- *Lâm sàng*: gồm 2 triệu chứng hay gặp nhất:

+ Đại tiện ra máu tươi: đây là triệu chứng quan trọng nhất, người bệnh khi đi đại tiện xuất hiện vài giọt máu tươi theo phân, đôi khi thành tia hoặc chỉ thấy máu chảy ra khi chùi bằng giấy, máu thường tự ngưng chảy khi đi đại tiện xong. Không phải lần nào đi đại tiện cũng ra máu tươi.

+ Sa trĩ: lúc đầu chỉ xuất hiện khi đi ngoài, rồi tự co lên, nhưng hiện tượng sa lùi cứ tái diễn, dần dần búi trĩ tụt xuống, không tự co lên được.

+ Ngoài ra có thể gặp cảm giác khó chịu ở hậu môn: đau, rất căng tức, sưng đau hậu môn, ngứa ngáy khó chịu hoặc có thể chảy dịch.

+ Thăm khám hậu môn trực tràng là động tác bắt buộc với bệnh nhân trĩ: nhìn ngoài có thể thấy búi trĩ to sa ra ngoài ống hậu môn hoặc khi bảo người bệnh rặn thấy búi trĩ to lùi ra ngoài [17],[18].

- *Cận lâm sàng*:

+ Soi hậu môn trực tràng là phương pháp giúp quan sát, đánh giá trực tiếp các tổn thương do trĩ, đồng thời xác định mức độ của trĩ nội. Kỹ thuật này cũng hỗ trợ phát hiện các bệnh lý kèm theo như nứt kẽ hậu môn, polyp trực tràng, tổn thương viêm loét niêm mạc và đặc biệt có giá trị trong nhận diện các dấu hiệu đại thể gợi ý ung thư trực tràng.

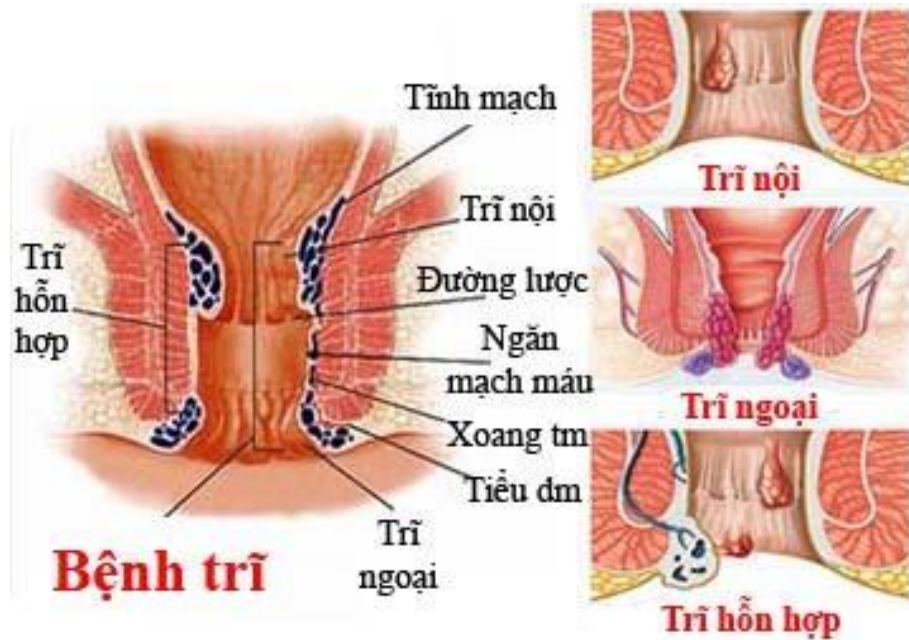
+ Công thức máu: thiếu máu khi trĩ chảy máu kéo dài.

+ Đông máu: thường là bình thường [15],[18].

1.1.5. Phân loại

Phân loại trĩ theo mức giải phẫu: lấy đường lược làm mốc:

- Trĩ ngoại: nằm ở khoang cạnh hậu môn, dưới da, dưới đường lược, từ đám rối trĩ ngoại (mạch trực tràng dưới).



Hình 1.1. Phân loại trĩ theo mức giải phẫu

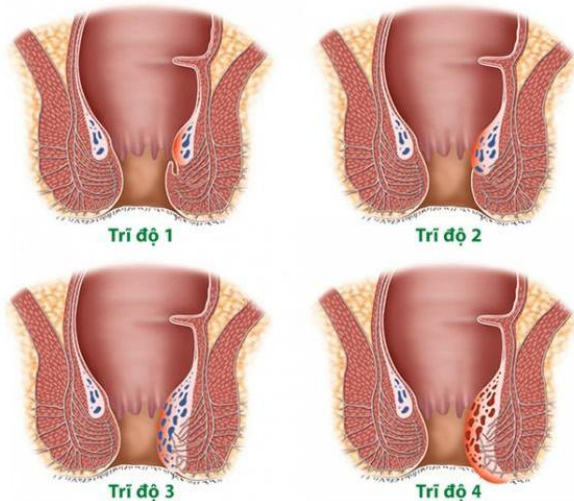
- Trĩ nội: phát sinh ở khoang dưới niêm mạc, trên đường lược, có nguồn gốc từ đám rối trĩ nội. Theo tiêu chuẩn của theo Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ trĩ nội chia làm 4 độ:

+ Độ I: thường gặp chảy máu tươi khi đại tiện (khoảng 80 – 90%), đôi khi kèm cảm giác khó chịu nhẹ. Các búi trĩ chỉ phồng lên do sung huyết nhưng chưa sa ra ngoài khi rặn.

+ Độ II: biểu hiện chủ yếu vẫn là đại tiện ra máu tươi. Búi trĩ có thể sa ra ngoài khi rặn nhưng sau đó tự thu trở lại vào lòng ống hậu môn mà không cần can thiệp.

+ Độ III: các búi trĩ nội phát triển lớn, đôi khi ranh giới giữa trĩ nội và trĩ ngoại không còn rõ ràng, tạo thành trĩ hỗn hợp. Búi trĩ sa ra ngoài khi rặn và không tự co lên được, nhưng có thể dùng tay đẩy vào.

+ Độ IV: búi trĩ sa liên tục và không thể đẩy lên trở lại.



Hình 1.2. Phân độ trĩ nội

- Trĩ hỗn hợp: trĩ nội và trĩ ngoại lúc đầu còn phân cách với nhau bởi vùng lược, ở vùng này niêm mạc dính chặt với mặt trong cơ thắt trong bởi dây chằng Parks. Khi dây chằng Parks bị thoái hóa, nhẽo ra không đủ sức phân cách trĩ nội và trĩ ngoại, những búi trĩ này hợp lại với nhau thành trĩ hỗn hợp [15],[19],[20].

1.1.6. Điều trị

Hiện nay có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị bệnh trĩ, tùy vào mức độ, thể trạng người bệnh, các bệnh lý kèm theo mà có chỉ định điều trị khác nhau.

Điều chỉnh thay đổi lối sống, chế độ ăn uống sinh hoạt, các rối loạn đại tiện là việc cần thiết đối với tất cả người bệnh trĩ [18],[21].

• Điều trị nội khoa:

Điều trị nội khoa chỉ có kết quả tốt đối với những búi trĩ mức độ nhẹ và vừa hoặc được chỉ định cho những cơn trĩ cấp tính để lắng dịu đi triệu chứng, chuẩn bị cho các phương pháp điều trị chính thức. Một số nhóm thuốc hay được dùng trong điều trị trĩ: tăng cường thành mạch, giảm đau chống ngứa, giảm phù nề, chống nhiễm trùng

Các phương pháp có thể điều trị kết hợp hay đơn độc.

- Điều trị thuốc:

- + Thuốc uống có tác dụng tăng cường hệ tĩnh mạch: Dapflon, Ginkofort.
- + Các chế phẩm dùng tại chỗ (dạng bôi hoặc dạng đặt): Titanoreine, Proctolog, ...
- + Thuốc hỗ trợ tiêu hóa và phòng ngừa táo bón: gồm thuốc nhuận tràng thẩm thấu và làm tăng khối lượng phân. Hạn chế nhóm có tác dụng kích thích trực tiếp trên thành ruột.
- + Thuốc điều trị triệu chứng: kháng sinh, giảm đau, chống viêm, giảm phù nề, ...

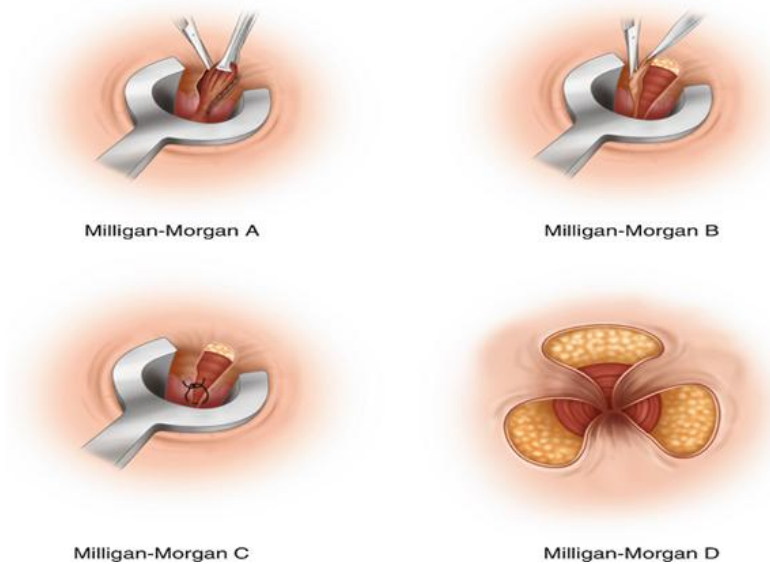
- Điều trị thủ thuật: Một số thủ thuật hay được dùng trong điều trị trĩ: chích xơ, thắt trĩ, làm lạnh, tia hồng ngoại, thấu nhiệt đông... tuy nhiên hiệu quả chưa cao, thời gian hiệu quả thường ngắn, dễ tái phát

+ Thắt búi trĩ bằng vòng cao su: điều trị hiệu quả đối với trĩ nội mức độ I–II, đặc biệt khi triệu chứng chính là chảy máu; trĩ nội độ III có thể chỉ định khi búi đơn độc.

+ Laser: ít được áp dụng, hiệu quả không cao, có nguy cơ gây trĩ hoại tử, áp xe hóa.

+ Một số thủ thuật hay sử dụng khác: chích xơ, làm lạnh, tia hồng ngoại, thấu nhiệt đông...Tuy nhiên hiệu quả chưa cao, thời gian hiệu quả thường ngắn, dễ tái phát [17],[18],[21].

• *Điều trị ngoại khoa*



Hình 1.3. Phương pháp phẫu thuật cắt trĩ Milligan Morgan

- Phẫu thuật cắt bỏ búi trĩ được chỉ định cho các trường hợp trĩ nội độ III – IV, trĩ ngoại có kích thước lớn, trĩ tắc mạch hoặc trĩ viêm nghẹt.

- Hiện nay, có nhiều kỹ thuật điều trị trĩ khác nhau, mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và hạn chế riêng. Một số phương pháp phổ biến hiện nay bao gồm: phẫu thuật Longo (Italia-1993), phẫu thuật Milligan - Morgan (Anh-1937).

- Trong đó phương pháp Miligan – Morgan được áp dụng phổ biến:

+ Chỉ định: trĩ chảy máu nhiều, trĩ ngoại, trĩ nội ngoại kết hợp, điều trị nội khoa không đáp ứng, trĩ độ III - IV, trĩ có biến chứng.

+ Nguyên tắc: cắt bỏ từng búi trĩ riêng biệt, bộc lộ các lớp cơ, khâu thắt cuống búi trĩ, nơi có trục động mạch chính, để lại cầu da và niêm mạc.

+ Ưu điểm: là phương pháp điều trị triệt căn, dễ áp dụng, rẻ tiền, ít biến chứng, áp dụng tốt trong phẫu thuật phiên hay cấp cứu, kỹ thuật tương đối đơn giản, tỷ lệ tái phát thấp (5-10% sau 5 năm).

+ Nhược điểm: hẹp hậu môn, da thừa vùng hậu môn, đau kéo dài sau phẫu thuật.

→ Giảm đau sau phẫu thuật trĩ là vấn đề vô cùng quan trọng.

- Theo dõi và điều trị các triệu chứng sau phẫu thuật cắt trĩ (chảy nhiều máu, rỉ nhiều dịch, đau) là việc làm quan trọng hàng đầu giúp người bệnh đạt được hiệu quả điều trị cao [18],[22],[23].

1.1.7. Theo dõi sau phẫu thuật trĩ

1.1.7.1. Điều trị và chăm sóc sau phẫu thuật trĩ

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 - 5 ngày (metronidazol, paracetamol). Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau phẫu thuật 12 giờ.

- Săn sóc tại chỗ: thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng Betadine Vaginal Douche 10%, 2 - 3 lần/ngày [24],[25].

1.1.7.2. Theo dõi triệu chứng và xử trí biến chứng sau phẫu thuật trĩ

- Chảy máu: thường do vết thương dễ mở, nên người bệnh đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết phẫu thuật để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.

- Rỉ dịch: là hiện tượng phổ biến sau phẫu thuật trĩ và trong giai đoạn phục hồi, thường không đáng lo ngại nếu không kèm theo dấu hiệu nhiễm trùng. Thay băng, vệ sinh ngâm, rửa vết thương sạch sẽ, khi có dấu hiệu nhiễm trùng phải đánh là lại tình trạng vết phẫu thuật và dùng kháng sinh.

- Bí đại: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.

- Hẹp hậu môn: sau phẫu thuật cần đặt thuốc hàng ngày, đưa sâu ngón tay vào trong lòng trực tràng, tránh các mép cầu da niêm mạc dính sớm gây hẹp hậu môn. Trong khi phẫu thuật, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn.

- Mất tự chủ hậu môn thường tồn tại trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Nguyên nhân do lớp niêm mạc hậu môn bị cắt bỏ, chưa tái tạo và phục hồi chức năng nhận cảm thành phần phân chứa trong lòng trực tràng. Do phẫu thuật ảnh hưởng tới hoạt động của hệ thống cơ thắt hậu môn. Do người bệnh sợ đi ngoài làm ứ đọng phân trong lòng trực tràng, gây kích thích đại tiện (người bệnh chỉ rặn được một ít phân, cảm giác đi không hết phân và đi ngoài nhiều lần trong ngày). Vì vậy cần động viên người bệnh đi ngoài sớm, dùng nhuận tràng. Trong trường hợp cần thiết phải thụt tháo, lấy phân ứ đọng trong trực tràng [24],[25].

1.2. Tổng quan về bệnh trĩ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Bệnh trĩ được mô tả trong các chứng “Tiện huyết”, “Thấp nhiệt hạ trú”, “Trung khí hạ hãm”, “Trĩ sang”, “Hạ trĩ” của YHCT [10],[26].

1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh

“Trung y ngoại khoa học giảng nghĩa” tổng hợp các nguyên nhân chính sau:

- Liên quan đến dinh dưỡng: ăn uống không điều độ, bao gồm thức ăn quá nóng, quá lạnh hoặc sống, thực phẩm béo ngậy, quá cay, uống rượu nhiều, cũng như thói quen ăn không đúng giờ.

- Lười sống và sinh hoạt: thường xuyên đứng lâu, ngồi lâu, mang vác vật nặng hoặc lao động quá sức.

- Các yếu tố khác: táo bón kéo dài, tiêu chảy mạn tính, thể trạng suy yếu, phụ nữ mang thai nhiều lần.

Những yếu tố trên có thể gây rối loạn khí huyết, kinh lạc tắc nghẽn, dẫn đến huyết ứ và trọc khí hạ trú tại hậu môn, từ đó sinh ra trĩ. Bên cạnh đó, các bệnh lý làm tổn thương chức năng tạng phủ như can, tâm, tỳ, thận (ví dụ: can khắc tỳ, tâm tỳ hư...) đều có thể dẫn đến khí hư, huyết ứ, làm trung khí hư hạ hãm, tạo điều kiện hình thành trĩ [26],[27],[28].

1.2.3. Phân thể lâm sàng và điều trị

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc kê đơn bài thuốc cổ phương, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương để gia giảm thành phần, khối lượng các vị thuốc cổ truyền hoặc kê đơn các thành phẩm thuốc cổ truyền, thuốc được liệu cho phù hợp với chẩn đoán [26],[29],[30].

1.2.3.1. Thể nhiệt độc (tương ứng với trĩ nội độ 1, 2)

Triệu chứng: biểu hiện đại tiện kèm máu tươi với nhiều mức độ khác nhau, có thể chỉ thấm trên giấy vệ sinh, nhỏ giọt hoặc thành tia. Người nóng, hậu môn nóng, khối trĩ ít sa hoặc không sa ra ngoài, không có dịch hay mủ. Các triệu chứng kèm theo bao gồm tiểu vàng, lượng nước tiểu ít, phân táo kết; lưỡi đỏ với rêu vàng, mạch sắc.

Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường, tam tiêu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể nhiệt độc.

Pháp: Thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

Phương:

Điều trị dùng thuốc:

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Hòe hoa tán (Bản sự phương)

Hòe hoa sao vàng	12g	Kinh giới tuệ sao đen	12g
------------------	-----	-----------------------	-----

Trắc bá diệp sao cháy	12g	Chi xác sao	12g
-----------------------	-----	-------------	-----

Tán bột mịn, trộn đều. Mỗi lần uống 8-10g với nước sôi để nguội hoặc nước cơm.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam châm cứu)

Sài đất, Bồ công anh, Hoàng bá, Hòe hoa, Râu ngô, Rễ cỏ tranh mỗi vị 20g, nếu dùng tươi liều gấp 3. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. *Công dụng*: thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều trị không dùng thuốc YHCT:

- Điện châm tả các huyết: Trường cường (GV.1); Đại trường du (BL.25); Thử liêu (BL.32); Bạch hoàn du (BL.30); Tiểu trường du (BL.27); Túc tam lý (ST.36); Tam âm giao (SP.6); Thừa sơn (BL.57); Chi câu (TE.6); Hợp cốc (LI.4); Bách hội (GV.20).

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Điện mẫn châm các huyết: Bách hội xuyên Thượng đình; Đại trường du xuyên Tiểu trường du; Trật biên xuyên Bạch hoàn du; Thử liêu xuyên Bạch hoàn du; Tam âm giao xuyên Thừa sơn.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp): Trật biên (BL.54); Túc tam lý (ST.36); Tam âm giao (SP.6); Đại trường du (BL.25).

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

Chú ý: liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh [26],[29],[31].

1.2.3.2. *Thể huyết ứ (tương ứng với trĩ tắc mạch)*

Triệu chứng: búi trĩ có hiện tượng sưng, chắc, đau nhức, màu tím sẫm, ấn vào có cảm giác đau, không chảy dịch hay mủ. Khi đại tiện, thường kèm máu tươi. Lưỡi tím, xuất hiện các điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt, mạch hoạt.

Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường, tam tiêu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể huyết ứ.

Pháp điều trị: Hoạt huyết khứ ứ, hành khí chỉ huyết.

Phương:

Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Hoạt huyết địa hoàng thang:

Sinh địa 20g	20g	Hòe hoa	12g
Kinh giới 12g	12g	Địa du	12g
Hoàng cầm 12g	12g	Xích thực	12g
Đương quy 12g	12g		

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

Gia giảm: táo bón gia Ma nhân 12g, Đại hoàng 04g

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương (Thuốc Nam châm cứu):

Kê huyết đằng, Huyết giác, Trần bì, Nguru tất, Bạch thực, Hoài sơn, Hòe hoa, Chi xác, Cỏ ngọt. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: hoạt huyết, hành khí, hóa ứ, lương huyết, chỉ huyết, ích khí thăng đề.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm tả các huyết:

Trường cường (GV.1)	Đại trường du (BL.25)	Thứ liêu (BL.32)
Bạch hoàn du (BL.30)	Tiểu trường du (BL.27)	Túc tam lý (ST.36)
Tam âm giao (SP.6)	Thừa sơn (BL.57)	Chi câu (TE.6)
Hợp cốc (LI.4)	Huyết hải (SP.10)	Cách du (BL.17)

Bách hội (GV.20)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Điện mẫn châm các huyết: như trên

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

Đại trường du (BL.25) Trật biên (BL.54)

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh [26],[29],[31].

1.2.3.3. *Thể thấp nhiệt (tương ứng với trĩ viêm, loét)*

Triệu chứng: người bệnh có cảm giác đau tại vùng hậu môn, kèm theo tiết nhiều dịch, búi trĩ sa ra ngoài khó đẩy vào, có thể xuất hiện các điểm hoại tử bề mặt hoặc những ổ loét chảy dịch vàng hôi, đại tiện táo kết, lưỡi bệu nhợt, rêu vàng, mạch hoạt sắc.

Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường, tam tiêu.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân + Bất nội ngoại nhân.

- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể thấp nhiệt.

Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp, hoạt huyết chỉ thống.

Phương:

Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Hòe hoa tán

Hồe hoa sao vàng	12g	Kinh giới tuệ sao đen	16g
Trắc bá diệp sao cháy	12g	Chỉ xác sao	10g

Tán bột mịn, trộn đều, uống 8g/ lần x 02 lần/ ngày, uống với nước sôi để nguội hoặc nước cơm. Có thể dùng làm thang, sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương (Thuốc Nam châm cứu):

Hoàng bá, Bồ công anh, Sinh địa, Hồ hoa, Râu ngô, Thương truật, Cỏ ngọt. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt táo thấp, thanh nhiệt giải độc, lương huyết chi huyết, ích khí thăng đề.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều trị không dùng thuốc YHCT:

- Điện châm tả các huyết:

Trường cường (GV.1)	Đại trường du (BL.25)	Thứ liệu (BL.32)
Bạch hoàn du (BL.30)	Tiểu trường du (BL.27)	Túc tam lý (ST.36)
Tam âm giao (SP.6)	Thừa sơn (BL.57)	Chi câu (TE.6)
Hợp cốc (LI.4)	Huyết hải (SP.10)	Phong long (ST.40)
Bách hội (GV.20)		

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Điện mãng châm các huyết: như trên

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

Đại trường du (BL.25) Trật biên (BL.54)

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh [26],[29],[31].

1.2.3.4. Thở khí huyết lưỡng hư (tương ứng trĩ hỗn hợp độ IV, trĩ lâu ngày gây thiếu máu)

Triệu chứng: người bệnh đại tiện ra máu kéo dài, kèm theo hoa mắt, chóng mặt, ù tai, sắc mặt nhợt nhạt, mệt mỏi và dễ bị hụt hơi, lưỡi có rêu trắng mỏng, mạch trầm tế.

Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, vị, can, thận, đại trường, tam tiêu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể khí huyết hư.

Pháp điều trị: Bổ khí huyết chỉ huyết, ích khí thăng đề.

Phương:

Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Bổ trung ích khí thang

Đảng sâm 16g	16g	Trần bì 06g	06g
Hoàng kỳ 12g	12g	Đương quy 10g	10g
Bạch truật 12g	12g	Thăng ma 08g	08g
Cam thảo 04g	04g	Sài hồ 12g	12g
Đảng sâm 16g	16g	Trần bì 06g	06g

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Nghiệm phương: (Thuốc Nam châm cứu)

Đảng sâm, Hoài sơn, Bạch thược, Trần bì, Hòe hoa, Sinh địa, Thục địa, Đương quy, mỗi vị 12g. Sắc uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm bổ các huyệt: Bách hội (GV.20); Đại trường du (BL.25); Thận du (BL.23); Tam âm giao (SP.6); Túc tam lý (ST.36); Thừa sơn (BL.57); Huyệt hải (SP.10); Đản trung (CV.17); Bách hội (GV.20); Dương lăng tuyền (GB.34).

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Điện mẫn châm các huyệt: như trên

- Thủy châm các huyệt (thuộc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp): Thận du (BL.23)
Trật biên (BL.54)

- Cứu các huyệt: Bách hội (GV.20); Tỳ du (BL.20); Vị du (BL.21); Quan nguyên (CV.4); Khí hải (CV.6); Cao hoàng du (BL.43); Cách du (BL.17).

Cứu 10 phút/lần, ngày 02 lần. 15 - 30 lần/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh [26],[29],[31].

1.3. Tổng quan ngâm trĩ

1.3.1. Ngâm trĩ và các chế phẩm ngâm trĩ

- Ngâm trĩ là ngâm hậu môn trong nước ấm hoặc dung dịch chứa được phẩm để hỗ trợ điều trị bệnh trĩ và sau phẫu thuật trĩ. Tác dụng: giúp hỗ trợ giảm đau, chống viêm và giảm chứng khó chịu như rát, ngứa, chảy dịch; làm sạch hậu môn, cải thiện tuần hoàn máu, giúp co búi trĩ; dùng sau phẫu thuật trĩ giúp làm sạch vết thương, mở cơ thắt, tăng tưới máu, tăng liền vết thương [11],[24].

- Hiện nay trên thị trường có nhiều chế phẩm dung dịch ngâm trĩ như:

+ YHHD: Betadine Vaginal Douche 10%, Botantri, ...

+ YHCT: Bột tan ngâm trĩ của Bệnh viện YHCT Trung ương, Bột ngâm trĩ và Thuốc ngâm trĩ T1 của Viện YHCT Quân đội, Dung dịch ngâm trĩ NT1 của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, Bột ngâm trĩ của Bệnh viện YHCT tỉnh Bắc Giang, Bột ngâm Antika của Công ty cổ phần Truepharmco, ...

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng chế phẩm Dung dịch ngâm trĩ NT1 của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.

1.3.2. Quy trình ngâm trĩ

Bộ Y tế Việt Nam không có một quy trình chuẩn hóa riêng biệt về ngâm hậu môn, nhưng thường sẽ có hướng dẫn chung trong các tài liệu về chăm sóc hậu môn – trực tràng, đặc biệt liên quan đến các bệnh như trĩ, nứt kẽ hậu môn hoặc viêm nhiễm vùng hậu môn.

Thông thường, quy trình ngâm hậu môn có thể bao gồm các bước sau:

- Chuẩn bị:

+ Nước ấm khoảng 30°C (không quá nóng để tránh bỏng).

+ Dung dịch ngâm: có thể là nước muối sinh lý, nước thuốc Đông y, hoặc dung dịch sát khuẩn nhẹ (Betadine Vaginal Douche 10%) theo chỉ định bác sĩ.

+ Chậu hoặc bồn ngâm sạch: đủ rộng để ngồi.

- Thực hiện:

+ Vệ sinh sạch vùng hậu môn trước khi ngâm.

+ Ngồi vào chậu/ bồn sao cho hậu môn ngập trong nước.

+ Ngâm 10 - 15 phút, có thể kết hợp xoa nhẹ vùng hậu môn để tăng hiệu quả.

+ Trong trường hợp có hướng dẫn của bác sĩ, có thể sử dụng thêm các loại thuốc bôi sau khi ngâm.

- Sau khi ngâm: Dùng khăn sạch, mềm lau khô nhẹ nhàng. Mặc quần áo thoáng mát, tránh cọ xát gây tổn thương. Thực hiện 1 - 2 lần/ ngày hoặc theo hướng dẫn của bác sĩ [24],[25].

1.3.3. Tổng quan về Dung dịch ngâm trĩ NT1

1.3.3.1. Xuất xứ

Dung dịch ngâm trĩ NT1 có nguồn gốc từ bài thuốc theo kinh nghiệm của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa rút ra từ quá trình điều trị lâm sàng trong nhiều năm. Hỗ trợ điều trị các bệnh lý về trĩ như trĩ chảy máu, trĩ nội, trĩ ngoại, sa trực tràng, bệnh lý hậu môn như viêm cấp, hoặc viêm mãn, đau rát, ngứa hậu môn và các triệu chứng sau phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng.

Dung dịch ngâm trĩ NT1 sản xuất tại Khoa Dược – Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa đạt tiêu chuẩn sản xuất và Dược điển Việt Nam V [11],[32].

1.3.3.2. Thành phần

Thành phần sản xuất cho 10000ml dung dịch thuốc (tương đương 250 túi):

STT	Tên dược liệu	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn
1	Bình lang	<i>Semen Arecae Catechi</i>	01 Kg	DĐVN V
2	Tô mộc	<i>Lignum sappan</i>	01 Kg	DĐVN V
3	Hoàng bá	<i>Cortex Phellodendri</i>	01 Kg	DĐVN V
4	Kim ngân cuống	<i>Caulis cum folium Lonicerae</i>	01 Kg	DĐVN V
5	Kinh giới	<i>Herba Elsholtziae ciliatae</i>	01 Kg	DĐVN V

- Tổng quan các vị thuốc trong Dung dịch ngâm trĩ NT1 (Phụ lục 2).

1.3.3.3. Quy trình sản xuất

- Dược liệu sau khi được rửa sạch, cho vào nồi nấu cao theo trình tự to, cứng, nhỏ, mỏng. Sau đó cho nước sạch vào ngập thuốc 20cm. Đun sôi 100° C trong 3 – 4 h từ lúc nước sôi, rút dịch chiết 1 (khoảng 10 lít), lọc qua vải gạc và cho vào nồi cô cao.
- Cho 20 gam chất bảo quản (Nattribezoat) vào nồi cô cao (tỉ lệ 0,2%).
- Cho tiếp nước vào nồi ngập vị thuốc 20 cm rồi đun sôi trong 3 – 4 h, rút dịch chiết 2 (khoảng 10 lít), lọc vào nồi cô với dịch chiết 1.
- Cho nước sạch vào nồi ngập vị thuốc 20cm rồi nấu tiếp. Đun sôi trong 3 - 4 h, rút dịch chiết 3 (khoảng 10 lít), lọc qua vải gạc, cho vào nồi cô cùng với dịch chiết 1 và 2.
- Cô đến thể tích còn khoảng 10 lít. Rút dịch cho vào nồi quân dụng, để nguội.
- Đo tỉ trọng và khối lượng dung dịch thu được.
- Cho dung dịch thu được vào nồi sắc thuốc đóng túi.
- Tiến hành đóng túi : Số lượng 250 túi, thể tích mỗi túi 40ml.
- Để nguội, dán nhãn, bảo quản trong phòng lạnh.
- Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng:
 - + Dung dịch đồng nhất, có màu nâu đậm, mùi vị đặc trưng.
 - + Dung dịch trong không có mùi lạ, bọt khí hoặc có sự biến chất khác trong quá trình bảo quản.
 - + Dung dịch đạt tỉ trọng ~ 1,05.
 - + Túi dung dịch được dán nhãn theo mẫu.
 - Sơ đồ tóm tắt quy trình sản xuất (Phụ lục 3).

<u>BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN THANH HÓA</u>	
Dung dịch ngâm trĩ (Túi 40ml)	
Thành phần: Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân, Kinh giới	
Chỉ định: Dùng cho bệnh nhân sau khi phẫu thuật trĩ. Hỗ trợ điều trị và điều trị các bệnh lý về trĩ như trĩ chảy máu, trĩ nội, trĩ ngoại, sa trực tràng, bệnh lý hậu môn như viêm cấp, hoặc viêm mãn, đau rát, ngứa hậu môn.	
Liều dùng: Dùng từ 2-3 lần/ngày. Mỗi lần 1-2 túi	
Cách dùng: Hòa tan 1 túi dung dịch vào 1lít nước ấm trong thau hoặc chậu. Để nguội khoảng 28°C đến 33°C thì ngâm. Bệnh nhân ngồi xổm, tư thế ngồi thoải mái và ngâm hậu môn vào thau hoặc chậu trong 10 -15 phút.	
NSX	Hạn dùng:

Hình 1.4. Nhãn dán Dung dịch ngâm trĩ NT1

1.3.3.4. Công dụng

Thanh nhiệt giải độc, trừ thấp, hoạt huyết hoá ứ, tiêu viêm chỉ thống, sát trùng tiêu tích, làm co búi trĩ, cầm máu, giảm đau. Có tác dụng tốt cho phòng, chữa bệnh trĩ và bệnh viêm ống hậu môn. Ngoài ra còn hỗ trợ có hiệu quả cho bệnh nhân đang điều trị bằng các phương pháp khác, rút ngắn thời gian điều trị và giảm phải dùng các thuốc khác như kháng sinh, giảm đau, thuốc cầm máu. Dùng đặc biệt tốt cho trĩ ngoại có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch, sau phẫu thuật trĩ [11],[32].

1.3.3.5. Chỉ định

- Dùng cho bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ.
- Hỗ trợ điều trị và điều trị các bệnh lý về trĩ như:
 - + Trĩ chảy máu, trĩ nội, trĩ ngoại
 - + Sa trực tràng
 - + Bệnh lý hậu môn như viêm cấp hoặc viêm mãn, đau rát, ngứa hậu môn [11].

1.3.3.6. Chống chỉ định

- Không dùng cho những người bị dị ứng với các thành phần của thuốc.
- Vùng da giảm cảm giác [11].

1.3.3.7. Cách dùng

- Chuẩn bị:
 - + Nước ấm khoảng 37 - 40°C (không quá nóng để tránh bỏng).
 - + Dung dịch ngâm trĩ NT1
 - + Chậu hoặc bồn ngâm sạch: đủ rộng để ngồi.
- Thực hiện:
 - + Hòa tan 1 túi Dung dịch ngâm trĩ NT1 vào 1 lít nước ấm trong chậu hoặc bồn ngâm, thuốc sẽ khuếch tán và ngấm đều ra. Để 30°C thì ngâm vùng hậu môn.
 - + Vệ sinh sạch vùng hậu môn trước khi ngâm.
 - + Ngồi vào chậu/ bồn, tư thế thoải mái sao cho hậu môn ngập trong nước. Dung dịch thuốc sẽ có tác dụng tại chỗ và lan toả lên ống hậu môn. (tránh hiện tượng một số người bệnh có tình rặn).
 - + Ngâm 10 - 15 phút.

- Sau khi ngâm: Dùng khăn sạch, mềm lau khô nhẹ nhàng. Mặc quần áo thoáng mát, tránh cọ xát gây tổn thương.

- Liệu trình: người bệnh có thể dùng từ 2 - 3 lần/ ngày phụ thuộc theo đáp ứng của người bệnh. Tốt nhất là ngâm ngay sau khi đại tiện xong, ngâm những khi thấy đau, rát hậu môn nhiều.

- Bảo quản: Dung dịch ngâm trĩ được bảo quản trong phòng lạnh .

- Hạn dùng: 12 tháng [11],[24],[25].

1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam

1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Gan T., Liu Y., Wang Y. và cộng sự (2010) đã tiến hành 9 thử nghiệm lâm sàng trên tổng cộng 1822 bệnh nhân mắc trĩ chảy máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số bài thuốc thảo dược, bao gồm địa du, hoa hòe, thực địa, đương quy, hoàng cầm... có khả năng cải thiện các triệu chứng như chảy máu, sung huyết và viêm quanh niêm mạc hậu môn [33].

Silva I.S., Nicolau L.A.D., Sousa F.B.M. và cộng sự (2017) đã tiến hành nghiên cứu trên chuột nhằm đánh giá tác dụng chống viêm của dịch chiết nước (AE) và phân polysaccharid (PLS) từ trắc bá diệp. Kết quả cho thấy cả AE và PLS đều làm giảm phản ứng viêm bằng cách ức chế sản xuất các cytokine tiền viêm và giảm stress oxy hóa. Ngoài ra, các chế phẩm này không gây độc cho dạ dày ngay cả ở liều cao [34].

Năm 2020, Shi S.-Y., Zhou Q., He Z.-Q. và cộng sự tiến hành một thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đôi, đa trung tâm nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của Nước sắc “Lương huyết địa hoàng”, trong đó Hòe hoa và Trắc bá diệp đóng vai trò quân dược. Bệnh nhân trĩ mức độ từ I đến III được phân ngẫu nhiên vào nhóm điều trị hoặc nhóm chứng, với liệu trình 7 ngày và theo dõi thêm 7 ngày. Chỉ số kết quả là điểm xuất huyết trĩ sau 7 và 14 ngày, trong khi các chỉ số phụ bao gồm điểm sa búi trĩ theo Goligher và đánh giá chất lượng cuộc sống ở cùng thời điểm. Đây là nghiên cứu lâm sàng đầu tiên nhằm xác định tính hiệu quả và an toàn của Nước sắc “Lương huyết địa hoàng” trong điều trị trĩ [35].

Nhóm tác giả Lương Lương, Lưu Nhã Hân, Đinh Vinh Cầm, Trương Tâm Nguyên, Chương Bội đã nghiên cứu tác dụng bài thuốc Đào hồng tứ vật thang gia vị kết hợp thuốc tây y trong điều trị rò hậu môn sau phẫu thuật trên 60 người bệnh từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2022. Kết quả cho thấy nhóm nghiên cứu có tỷ lệ lành vết thương nhanh, thời gian phục hồi ngắn hơn, cải thiện điểm Visual Analog Scale (VAS) tốt hơn so với nhóm đối chứng với $p < 0.05$ [36].

1.4.2. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam

Lê Tất Thành và cộng sự (2020) đã tiến hành nghiên cứu đánh giá độc tính bán trường diễn của “Viên trĩ HV” trên động vật thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu cho thấy “Viên trĩ HV” không làm thay đổi chức năng gan, thận và tạo máu của chột cống trắng trên thực nghiệm [37].

Trần Thái Hà và Đỗ Thị Hương (2021) đã thực hiện nghiên cứu đánh giá tác dụng chống viêm, giảm đau và cầm máu của “Viên trĩ HV” trên động vật thí nghiệm. Kết quả cho thấy: chưa xác định được LD50 của “Viên trĩ HV” khi dùng đường uống trên chuột nhắt trắng; Viên nang cứng “Viên trĩ HV” dùng trên chuột cống trắng với liều 0,7 g/ kg/ ngày và 1,4 g/ kg/ ngày có khả năng cầm máu, rút ngắn thời gian chảy máu (với $p < 0,01$ và $p < 0,001$) và giảm lượng máu mất (với $p < 0,05$ và $p < 0,01$) so với lô chứng trên mô hình cắt đuôi chuột. Sản phẩm cũng cho thấy tác dụng chống viêm trên mô hình gây trĩ, viêm trực tràng ở chuột cống trắng bằng dung dịch croton oil. Trên chuột nhắt trắng, liều 1,2 g/ kg/ ngày và 2,4 g/ kg/ ngày làm giảm đau rõ rệt trên mô hình gây đau quặn bằng acid acetic, làm trễ thời gian xuất hiện đau và giảm số lần co cơ quặn so với nhóm chứng (với $p < 0,05$) [38].

Trần Thị Hồng Phương (2009) đã tiến hành nghiên cứu đánh giá tác dụng của chè tan Bỏ trung ích khí gia vị trong điều trị đợt cấp trĩ nội. Kết quả cho thấy 96% người bệnh đạt hiệu quả cầm máu sau đợt điều trị, trong đó 70% cầm máu ngay trong 4 ngày đầu sử dụng thuốc. Ngoài ra, với các triệu chứng rỉ ướt hậu môn, đau và táo bón, thuốc cũng có tác dụng cải thiện rõ rệt với 100% bệnh nhân giảm hoặc hết triệu chứng. Về khả năng thu nhỏ búi trĩ, thuốc Bỏ trung ích khí gia vị cho kết quả khả quan: 8% bệnh nhân mất hoàn toàn búi trĩ hoặc giảm tới 2 độ, trong khi 58% bệnh nhân có sự giảm độ trĩ [39].

Phạm Anh Thư (2015) đã tiến hành nghiên cứu đánh giá tác dụng bài thuốc LVT, có thành phần cơ bản là bài thuốc “Lục vị địa hoàng hoàn” gia vị trong điều trị bệnh trĩ nội độ I, II xuất huyết. Kết quả cho thấy khả năng cầm máu trong 7 ngày đầu sử dụng đạt 96,7%. Bên cạnh đó, thuốc còn thể hiện hiệu quả rõ rệt trong việc thu nhỏ búi trĩ, giảm tiết dịch, phòng táo bón và làm giảm đau [40].

Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự (2023) nghiên cứu đánh giá hiệu quả bài thuốc ngâm trĩ trên bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trĩ tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Thành phần bài thuốc ngâm trĩ gồm các vị: Khổ sâm, Hoàng đằng, Hoàng bá, Hoè hoa, Đại hoàng, Huyết giác, Tô mộc, Hậu phác. Kết quả nghiên cứu: xếp loại điều trị tốt của nhóm nghiên

cứu đạt 89,3% cao hơn nhóm chứng là 61,3%; điều trị loại khá nhóm nghiên cứu đạt 10,7% thấp hơn nhóm chứng là 38,7%. Cả 2 nhóm đều không có bệnh nhân xếp loại loại trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$; 100% bệnh nhân dùng bài thuốc ngâm không thấy xuất hiện bất kì biểu hiện không mong muốn nào trên lâm sàng [41].

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1.1. Dung dịch ngâm trĩ NT1

- Thành phần sản xuất cho 10000ml dung dịch (tương đương 250 túi):

STT	Tên dược liệu	Tên khoa học	Liều lượng	Tiêu chuẩn
1	Bình lang	<i>Semen Arecae Catechi</i>	01 Kg	ĐDVN V
2	Tô mộc	<i>Lignum sappan</i>	01 Kg	ĐDVN V
3	Hoàng bá	<i>Cortex Phellodendri</i>	01 Kg	ĐDVN V
4	Kim ngân cuộng	<i>Caulis cum folium Lonicerae</i>	01 Kg	ĐDVN V
5	Kinh giới	<i>Herba Elsholtziae ciliatae</i>	01 Kg	ĐDVN V

- Dạng bào chế: cao lỏng.

- Dạng trình bày: túi 40 ml

- Nơi sản xuất: Khoa Dược – Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.

- Đường dùng: Hòa tan 1 túi Dung dịch ngâm trĩ NT1 vào 1 lít nước ấm (hoặc 2 túi Dung dịch ngâm trĩ NT1 vào 2 lít nước ấm – phụ thuộc vào tùy từng đối tượng người bệnh) trong thau hoặc chậu nhỏ, thuốc sẽ khuếch tán và ngấm đều ra. Để đến 30°C thì ngâm vùng hậu môn ngày 02 lần.

- Bảo quản: Dung dịch ngâm trĩ được bảo quản trong phòng lạnh .

- Hạn dùng: 12 tháng [11].

2.1.1.4. Betadine Vaginal Douche 10%

+ Thành phần: Povidon - Iod 10% (kl/tt) Fleuroma bouquest 477, Nonoxynol, nước tinh khiết.

+ Hàm lượng: Povidon-Iod 10%

+ Đường dùng: Hòa loãng dung dịch Betadine Vaginal Douche 10% vào nước ấm theo tỷ lệ: 30ml Betadine Vaginal Douche 10% vào 1 lít nước ấm trong thau hoặc chậu nhỏ, thuốc sẽ khuếch tán và ngấm đều ra. Để nguội đến 30°C thì ngâm vùng hậu môn.

2.1.1.3. Thuốc điều trị nền

Điều trị theo phác đồ sau phẫu thuật hậu môn – trực tràng của Bộ Y tế (kháng sinh, chống viêm, chống phù nề, giảm đau). Dựa vào thực tế thuốc có tại địa điểm nghiên cứu, chúng tôi sử dụng các thuốc phác đồ nền sau trong nghiên cứu:

- Metronidazol Kabi

- + Hoạt chất: Metronidazol
- + Hàm lượng: 500mg/ 100ml
- + Liều dùng: truyền tĩnh mạch 01 chai/ lần x 02 lần/ ngày x 07 ngày (06h – 18h)
- Alpha Chymotrypsin
- + Hoạt chất: Alpha Chymotrypsin
- + Hàm lượng: 4,2 mg
- + Liều dùng: uống 02 viên/ lần x 03 lần/ ngày x 05 ngày (06h – 11h – 18h)
- Voltaren
- + Hoạt chất: Diclofenac natri
- + Hàm lượng: 75mg/3ml
- + Đường dùng: tiêm bắp
- + Liều dùng: 01 ống/ lần x 01 lần/ ngày, tiêm bắp sâu.
- + Liều trình 01 lần trong 24h đầu sau phẫu thuật.
- Chăm sóc thay băng vết phẫu thuật đến khi hết dịch

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Chậu ngâm kích thước vừa đủ để người bệnh đặt mông vào. Trung bình đường kính 40 – 45cm.
- Nhiệt kế đo nhiệt độ nước FASOLA FSLPS – 358.
- Nước ấm (khoảng 28°C đến 33°C).
- Pank vô khuẩn, bông, gạc, cồn 70°, khăn, hộp thuốc chống sốc.
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ.
- Thước đo mức độ đau VAS (Phụ lục 4).
- Bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh mắc tất cả các thể bệnh trĩ của YHCT và sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan ngày thứ hai, điều trị nội trú tại Khoa ngoại - Bệnh Viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Tuổi từ 18 đến 70.
- Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.
- Người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ ngày thứ 2.
- Mức độ đau từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật: $3 \leq \text{VAS} \leq 6$.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ nguyên tắc điều trị.
- Không dùng phương pháp điều trị khác trong thời gian tham gia nghiên cứu (thuốc khác làm ảnh hưởng đến quá trình theo dõi và điều trị: giảm đau, thuốc tê, cao sinh cơ, ...).
- Theo YHCT bệnh thuộc các thể bệnh: nhiệt độc, huyết ứ, thấp nhiệt, khí huyết lưỡng hư.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh mắc các bệnh các tổn thương thực thể vùng hậu môn, trực tràng khác ngoài trĩ: polyp hậu môn, trực tràng; khối u; viêm đại trực tràng chảy máu; nứt kẽ hậu môn; áp - xe hậu môn; ung thư đại trực tràng, ...
- Người bệnh mắc các bệnh mạn tính khác như lao, ung thư, suy gan, suy tim, suy thận (mức lọc cầu thận < 30 ml/phút/1.73 m²), đái tháo đường không được kiểm soát; HIV/AIDS. Người có bệnh lý ở da, có tổn thương, vết thương hở khác vùng hậu môn trực tràng.
- Người bệnh đang điều trị bệnh cấp tính khác, nghiện rượu, nghiện ma túy, tâm thần, không hợp tác, người bệnh đang mang thai.
- Người bệnh có biến chứng trong cuộc phẫu thuật.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc Metronidazol, Alpha Chymotrypsin, Voltaren, Betadine và bất kỳ thành phần nào của bài thuốc Dung dịch ngâm trĩ NT1.
- Người bệnh giảm cảm giác vùng hậu môn.
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ điều trị và tự sử dụng thuốc ngoài nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị và so sánh với nhóm chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng công thức: $n_1 = n_2 = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.

ε : sai số tương đối, chọn $\varepsilon = 0,2$.

p: tỉ lệ điều trị có hiệu quả, lấy $p = 0,73$ [42].

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Từ công thức tính trên ta có $n_1 = n_2 = 35$ [43].

Người bệnh được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm đối chứng (ĐC) và nhóm nghiên cứu (NC), không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, yếu tố nguy cơ, mức độ tổn thương, mức độ đau theo VAS, thể bệnh trĩ YHCT.

- Nhóm ĐC: gồm 35 người bệnh được điều trị theo phác đồ nền của Bộ Y tế (Metronidazol Kabi, Alpha Chymotrypsin, Voltaren, thay băng vết phẫu thuật) kết hợp ngâm dung dịch Betadine Vaginal Douche 10% pha loãng ngày 02 lần (08h -16h). Liệu trình điều trị 15 ngày liên tục.

- Nhóm NC: gồm 35 người bệnh được điều trị theo phác đồ nền của Bộ Y tế (Metronidazol Kabi, Alpha Chymotrypsin, Voltaren, thay băng vết phẫu thuật) kết hợp ngâm Dung dịch ngâm trĩ NT1 ngày 02 lần (08h -16h). Liệu trình điều trị 15 ngày liên tục.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

• Bước 1:

- Người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan ngày thứ hai, điều trị nội trú tại Khoa ngoại - Bệnh Viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được lựa chọn vào nghiên cứu.

- Người bệnh được thăm khám lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất (Phụ lục 1).

• Bước 2:

- 70 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, được chia thành 2 nhóm: nhóm ĐC và nhóm NC đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, mức độ tổn thương, mức độ đau theo VAS.

- Người bệnh được khám, đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị (D0).

- Người bệnh ở cả hai nhóm được điều trị theo phác đồ nền gồm:

+ Metronidazol Kabi 500mg/ 100ml x 01 chai/ lần x 02 lần/ ngày (08h – 16h), truyền tĩnh mạch chậm 5ml/phút. Liệu trình điều trị 7 ngày đầu liên tục.

+ Alpha Chymotrypsin 4,2 mg x 02 viên/ lần x 03 lần/ ngày (08h – 11h – 18h), uống sau ăn. Liệu trình điều trị 7 ngày đầu liên tục.

+ Voltaren 75mg/3ml x 01 ống/ lần x 01 lần/ ngày, tiêm bắp sâu. Liệu trình 01 lần trong 24h đầu sau phẫu thuật.

+ Thay băng vết phẫu thuật đến khi hết dịch.

• *Bước 3:*

❖ Nhóm NC: Gồm 35 người bệnh, được điều trị bằng phác đồ nền kết hợp Dung dịch ngâm trĩ NT1, đợt điều trị là 15 ngày liên tục (cả thứ bảy, chủ nhật).

Quy trình ngâm hậu môn bằng Dung dịch ngâm trĩ NT1:

- Chuẩn bị:

+ Nước ấm 37°C (không quá nóng để tránh bỏng).

+ Dung dịch ngâm trĩ NT1

+ Chậu hoặc bồn ngâm sạch: đủ rộng để ngồi.

- Thực hiện:

+ Hòa tan 2 túi Dung dịch ngâm trĩ NT1 vào 2 lít nước ấm trong chậu hoặc bồn ngâm, thuốc sẽ khuếch tán và ngấm đều ra. Để khoảng 30°C thì ngâm vùng hậu môn.

+ Vệ sinh sạch vùng hậu môn trước khi ngâm.

+ Ngồi bệt vào chậu/ bồn, tư thế thoải mái sao cho hậu môn ngập trong nước. Dung dịch thuốc sẽ có tác dụng tại chỗ và lan toả lên ống hậu môn. (tránh hiện tượng một số người bệnh cố tình rặn).

+ Ngâm 15 phút.

- Sau khi ngâm: Dùng khăn sạch, mềm lau khô nhẹ nhàng. Mặc quần áo thoáng mát, tránh cọ xát gây tổn thương.

- Liệu trình: ngâm 02 lần/ ngày vào 08h00 – 16h00 x 15 ngày.

❖ Nhóm ĐC: Gồm 35 người bệnh, được điều trị bằng phác đồ nền kết hợp Dung dịch Betadine Vaginal Douche 10%, đợt điều trị là 15 ngày liên tục (cả thứ bảy, chủ nhật).

Quy trình ngâm hậu môn bằng Dung dịch Betadine Vaginal Douche 10%:

- Chuẩn bị:

+ Nước ấm 37°C (không quá nóng để tránh bỏng).

+ Dung dịch ngâm trĩ NT1

+ Chậu hoặc bồn ngâm sạch: đủ rộng để ngồi.

- Thực hiện:

+ Hòa loãng dung dịch Betadine Vaginal Douche 10% vào nước ấm theo tỷ lệ: 30ml Betadine Vaginal Douche 10% vào 2 lít nước ấm trong chậu hoặc bồn ngâm, thuốc sẽ

khuyếch tán và ngấm đều ra. Để khoảng 30°C thì ngấm vùng hậu môn.

+ Vệ sinh sạch vùng hậu môn trước khi ngấm.

+ Ngồi bệt vào chậu/ bồn, tư thế thoải mái sao cho hậu môn ngập trong nước. Dung dịch thuốc sẽ có tác dụng tại chỗ và lan toả lên ống hậu môn. (tránh hiện tượng một số người bệnh cố tình rặn).

+ Ngâm 15 phút.

- Sau khi ngâm: Dùng khăn sạch, mềm lau khô nhẹ nhàng. Mặc quần áo thoáng mát, tránh cọ xát gây tổn thương.

- Liệu trình: ngâm 02 lần/ ngày vào 08h00 – 16h00 x 15 ngày.

• *Bước 4:*

- Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị, tác dụng không mong muốn tại các thời điểm D₀, ngày điều trị thứ 05 (D₅), ngày điều trị thứ 10 (D₁₀), ngày điều trị thứ 15 (D₁₅).

- Ghi chép hồ sơ theo một mẫu bệnh án riêng, thống nhất.

2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, độ trĩ, số búi trĩ, yếu tố nguy cơ mắc bệnh trĩ, thể bệnh YHCT.

- Các chỉ tiêu lâm sàng: đánh giá tại các thời điểm trước điều trị (D₀), sau điều trị 5 ngày (D₅), 10 ngày (D₁₀), 15 ngày (D₁₅):

+ Mức độ đau theo thang điểm VAS (Phụ lục 4).

+ Tác dụng cầm máu

+ Tác dụng chống rỉ ướt vết thương

+ Tác dụng chống phù nề vết thương

+ Đánh giá kết quả điều trị chung.

- Các chỉ tiêu đánh giá tác dụng không mong muốn:

+ Tại chỗ: bông, dị ứng ngoài da, nhiễm trùng, đau tăng, chảy máu tăng.

2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm đánh giá
VAS = 0	Không đau	1 điểm
$0 < VAS \leq 3$	Đau nhẹ	2 điểm
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa	3 điểm
$6 < VAS \leq 10$	Đau nặng	4 điểm

Bảng 2.2. Đánh giá tác dụng cầm máu

Triệu chứng	Mức độ	Điểm đánh giá
Hết chảy máu trong ≤ 4 ngày	Tốt	1 điểm
Hết chảy máu trong 5 – 7 ngày	Khá	2 điểm
Hết chảy máu trong 8 – 15 ngày	Trung bình	3 điểm
Không hết chảy máu trong 15 ngày điều trị hoặc chảy máu tăng lên	Kém	4 điểm

Bảng 2.3. Đánh giá tác dụng chống rỉ ướm vết thương

Triệu chứng	Mức độ	Điểm đánh giá
Hết rỉ ướm trong ≤ 4 ngày	Tốt	1 điểm
Hết rỉ ướm trong 5 – 7 ngày	Khá	2 điểm
Hết rỉ ướm trong 8 – 15 ngày	Trung bình	3 điểm
Không hết rỉ ướm trong 15 ngày điều trị hoặc rỉ ướm tăng lên	Kém	4 điểm

Bảng 2.4. Đánh giá tác dụng chống phù nề vết thương

Triệu chứng	Mức độ	Điểm đánh giá
Hết phù nề trong ≤ 4 ngày	Tốt	1 điểm
Hết phù nề trong 5 – 7 ngày	Khá	2 điểm
Hết phù nề trong 8 – 15 ngày	Trung bình	3 điểm
Không hết phù nề trong 15 ngày điều trị hoặc phù nề tăng lên	Kém	4 điểm

• **Đánh giá kết quả điều trị chung:**

Dựa vào tổng điểm của các chỉ số: mức độ đau theo thang điểm VAS, tác dụng cầm máu, tác dụng chống rỉ ướm vết thương, tác dụng chống phù nề vết thương theo công thức:

$$\text{Hiệu quả điều trị} = \frac{|\text{Tổng điểm TĐT} - \text{Tổng điểm SĐT}|}{\text{Tổng điểm TĐT}} \times 100\%$$

Bảng 2.5. Xếp loại kết quả điều trị chung

Triệu chứng	Mức độ	Điểm đánh giá
$\geq 75\%$	Tốt	1 điểm
$\geq 50\%$ đến dưới 75%	Khá	2 điểm
$\geq 25\%$ đến dưới 50%	Trung bình	3 điểm
$< 25\%$	Kém	4 điểm

2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại - Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hoá

Thời gian nghiên cứu: Từ 3/2025 đến 10/2025

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0.

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD.

So sánh giá trị TB của các nhóm bằng T – test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2 và kiểm định Fisher exact test.

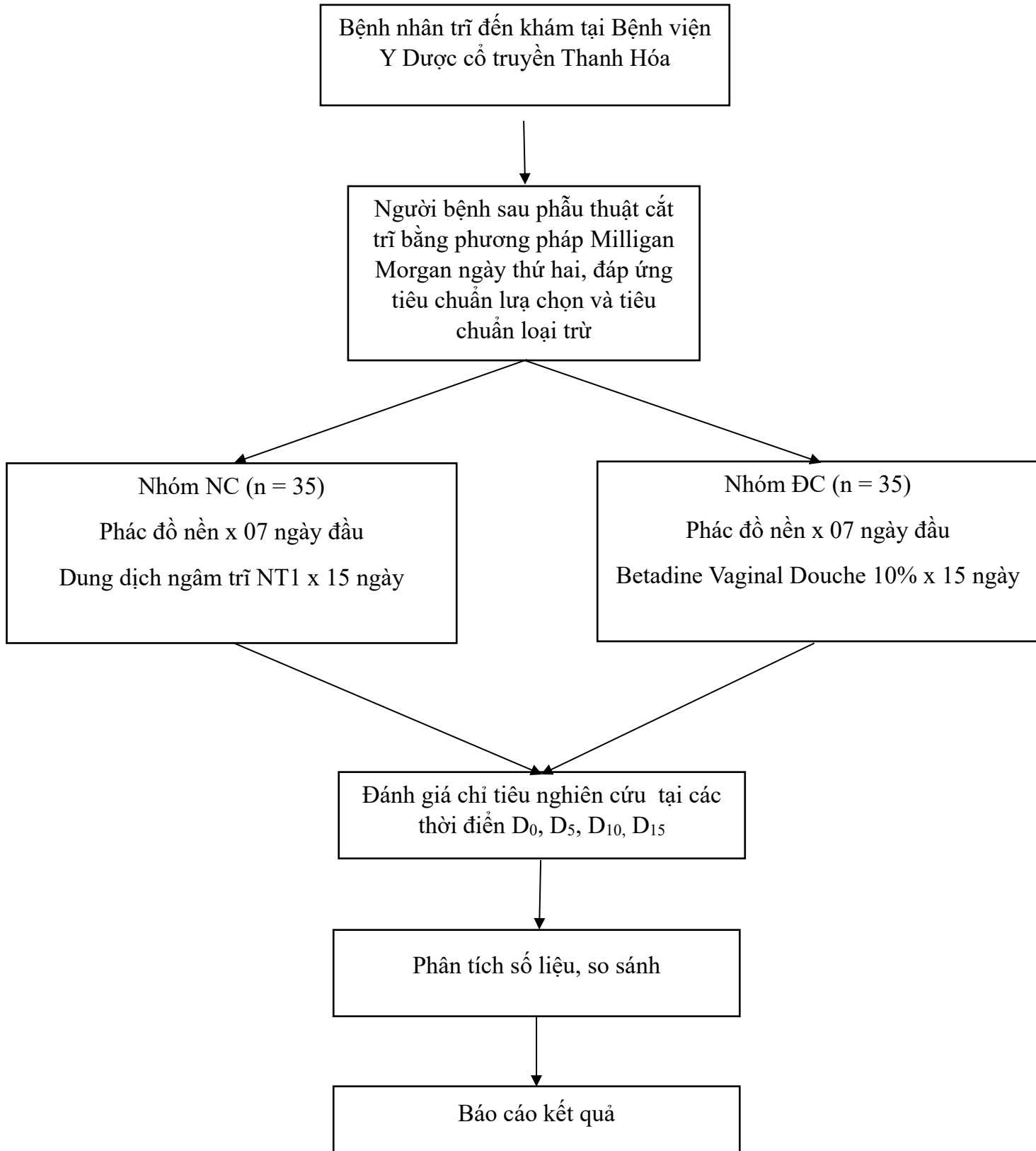
Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng thông qua đề cương luận văn chuyên khoa cấp II và Hội đồng đạo đức của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua, được sự chấp thuận của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hoá.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Người bệnh đều tự nguyện tham gia trong nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị.

Khi người bệnh có dấu hiệu bệnh nặng thêm hoặc yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu thì tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị hoặc ngừng nghiên cứu.



Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3: KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

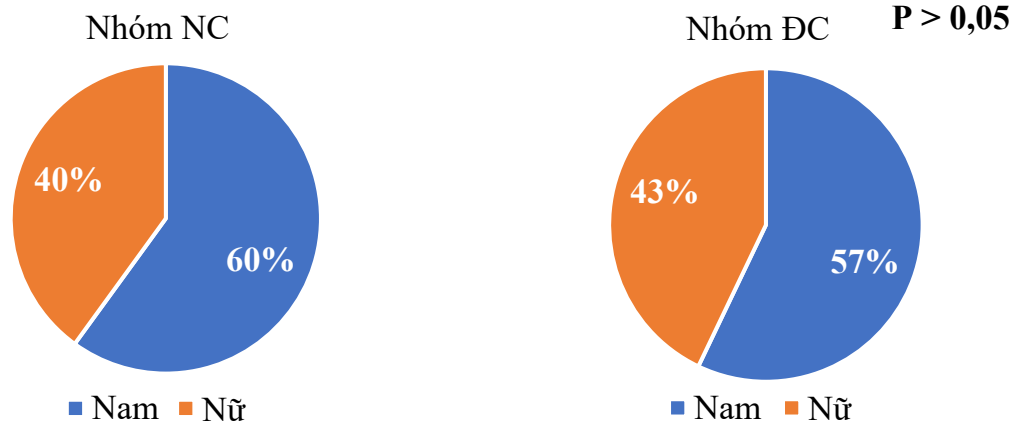
Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		P _(NC - ĐC)
	n	%	n	%	n	%	
18 – 29	2	5,8	0	0	2	2,9	
30 – 39	6	17,1	10	28,6	16	22,9	
40 – 49	10	28,6	3	8,6	13	18,6	
50 – 59	4	11,4	9	25,7	13	18,6	
60 – 70	13	37,1	13	37,1	26	37,0	
Tổng	35	100,0	35	100,0	70	100,0	
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	51,06 $\pm$ 13,06		53,14 $\pm$ 11,79		52,10 $\pm$ 12,39		P > 0,05

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.1 cho thấy người bệnh ở cả hai nhóm đều có tỷ lệ cao nhất ở nhóm 60 – 70 tuổi, chiếm 37,0 %. Nhóm từ 18 – 29 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất, chiếm 5,8 % ở nhóm NC và không có người bệnh nào trong độ tuổi này ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo nhóm tuổi ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tuổi TB của người bệnh tham gia nghiên cứu là $52,10 \pm 12,39$ tuổi, trong đó ở nhóm NC là $51,06 \pm 13,06$ tuổi và nhóm ĐC là $53,14 \pm 11,79$ tuổi, sự khác biệt về tuổi TB giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm theo giới

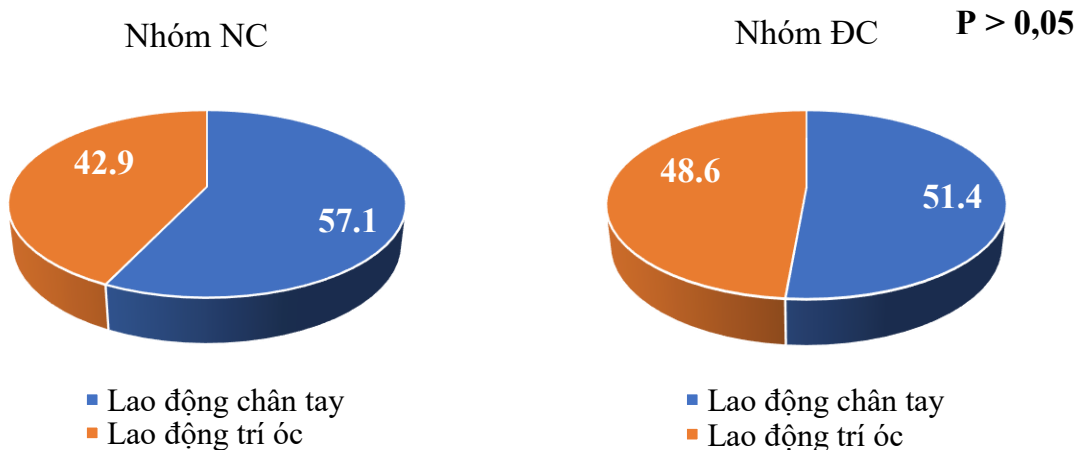


Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhân xét:

Biểu đồ 3.1 cho thấy người bệnh nghiên cứu thuộc giới nam nhiều hơn nữ ở cả hai nhóm. Nhóm NC có tỷ lệ người bệnh nam chiếm 60,0 %, tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 57,0 %. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

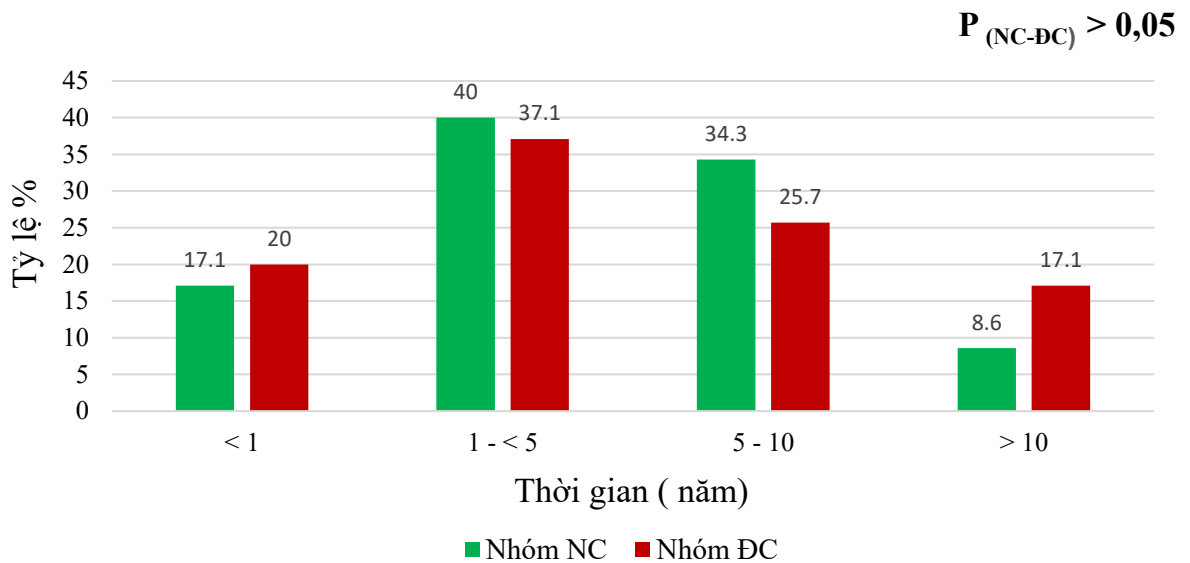


Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nhân xét:

Biểu đồ 3.2 cho thấy nghề nghiệp của người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm lao động chân tay và lao động trí óc gần tương đương nhau. Trong đó nhóm lao động chân tay gặp nhiều hơn với tỷ lệ 57,1 % ở nhóm NC và 51,4 % ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Thời gian mắc bệnh

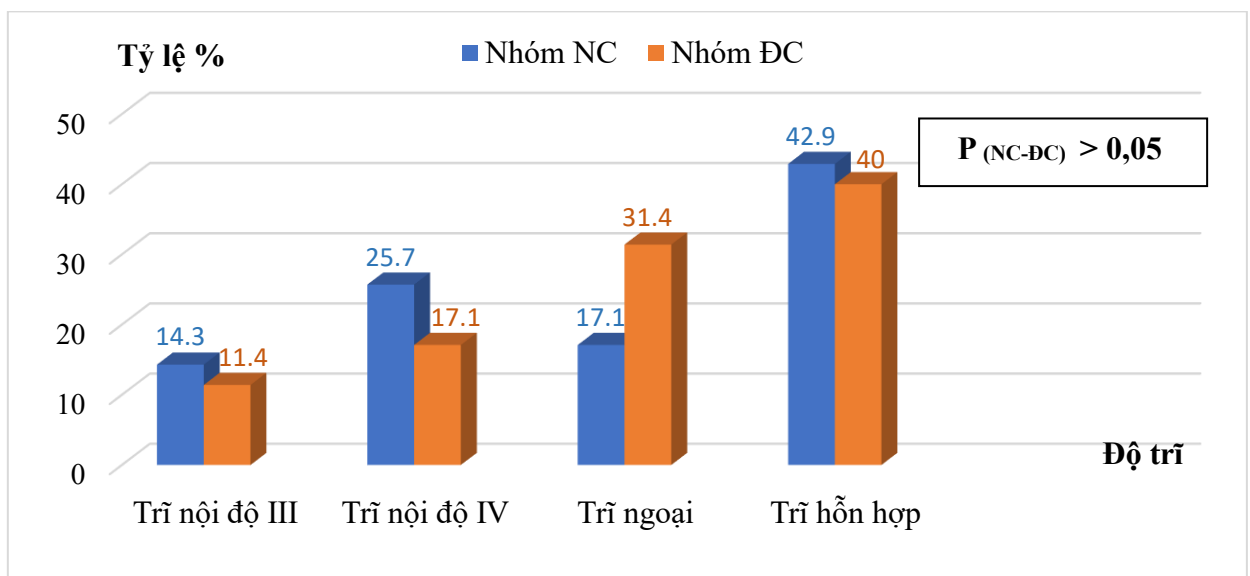


Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhân xét:

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trên 1 năm. Trong đó, tỷ lệ người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1 – dưới 5 năm cao nhất, ở nhóm NC là 40,0% và nhóm ĐC là 37,1%. Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh trên 10 năm thấp nhất, chiếm 8,6% ở nhóm NC và 17,1 % ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.1.5. Độ trĩ

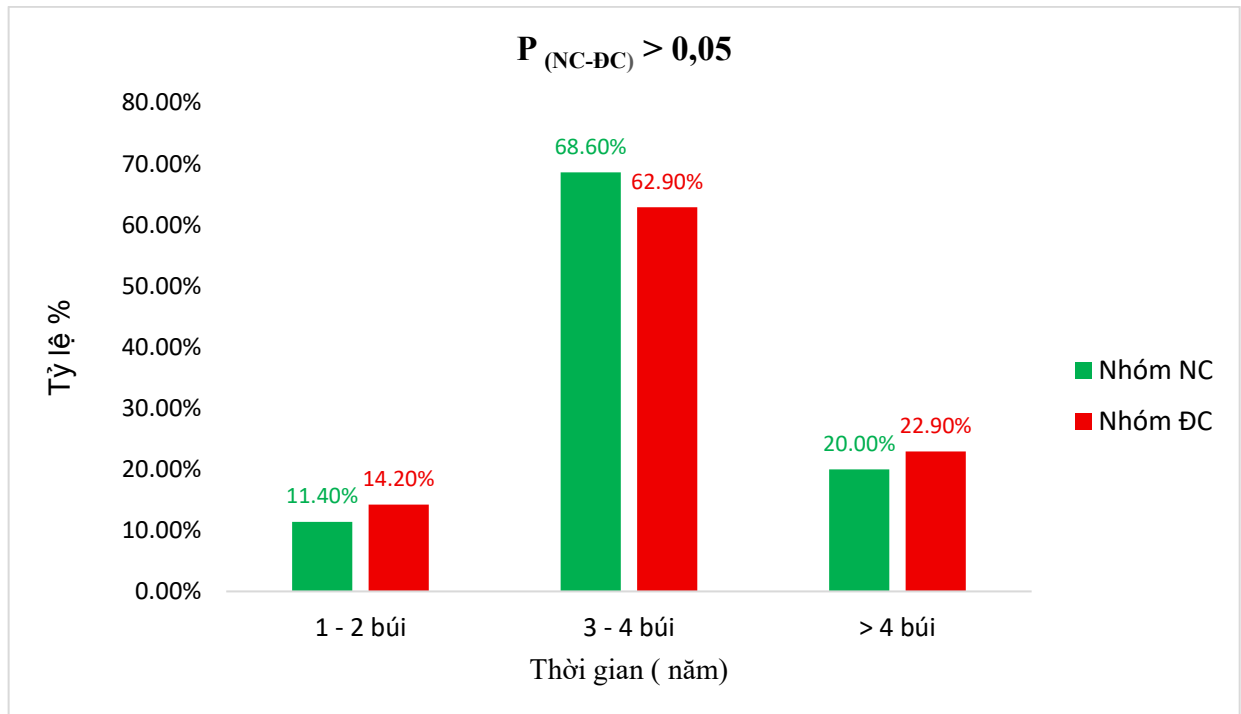


Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh theo độ trĩ

Nhân xét:

Biểu đồ 3.4 cho thấy, phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu mắc trĩ hỗn hợp, trong đó ở nhóm NC chiếm 42,9% và nhóm ĐC chiếm 40,0%. Một số ít người bệnh mắc trĩ nội độ III, chiếm lần lượt 14,2% và 11,4% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo độ trĩ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.1.6. Số lượng búi trĩ



Biểu đồ 3.5. Phân bố người bệnh theo số búi trĩ

Nhân xét:

Biểu đồ 3.5 cho thấy, người bệnh tham gia nghiên cứu đa số mắc 3 – 4 búi trĩ, trong đó ở nhóm NC chiếm 68,6 % và nhóm ĐC chiếm 62,9 %. Tỷ lệ người bệnh mắc 1 -2 búi trĩ khá ít, chiếm 11,4% ở nhóm NC và 14,2% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về số lượng búi trĩ của người bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Yếu tố nguy cơ gây bệnh

Bảng 3.2. Phân bố theo yếu tố nguy cơ gây bệnh

Nhóm Yếu tố nguy cơ	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		P (NC – ĐC)
	n	%	n	%	n	%	
Táo bón thường xuyên	22	62,9	19	54,3	41	58,6	> 0,05
Thói quen ăn cay	17	48,6	15	42,9	32	45,7	> 0,05
Thói quen uống rượu	14	40,0	12	34,3	26	37,1	> 0,05
Tiêu chảy kéo dài	4	13,3	4	11,4	9	12,9	> 0,05
Khởi phát sau đẻ	6	17,1	7	20,0	13	18,6	> 0,05

Nhân xét:

Bảng 3.2 cho thấy, phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất 01 yếu tố nguy cơ mắc bệnh kèm theo. Trong đó táo bón thường xuyên là yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất, chiếm lần lượt 62,9% và 54,3% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Ngoài ra các yếu tố nguy cơ như: thói quen ăn cay, thói quen uống rượu hay khởi phát sau đẻ cũng thường gặp. Sự khác biệt về yếu tố nguy cơ gây bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.1.8. Thể bệnh tri theo YHCT

Bảng 3.3. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT trên lâm sàng

Nhóm Thể bệnh	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		P (NC – ĐC)
	n	%	n	%	n	%	
Nhiệt độ	2	5,7	2	5,7	4	5,7	> 0,05
Huyết ứ	16	45,7	13	37,2	29	41,4	> 0,05
Thấp nhiệt	15	42,9	16	45,7	31	44,3	> 0,05
Khí huyết lưỡng hư	2	5,7	4	11,4	6	8,6	> 0,05
Tổng	35	100,0	35	100,0	70	100,0	> 0,05

Nhân xét:

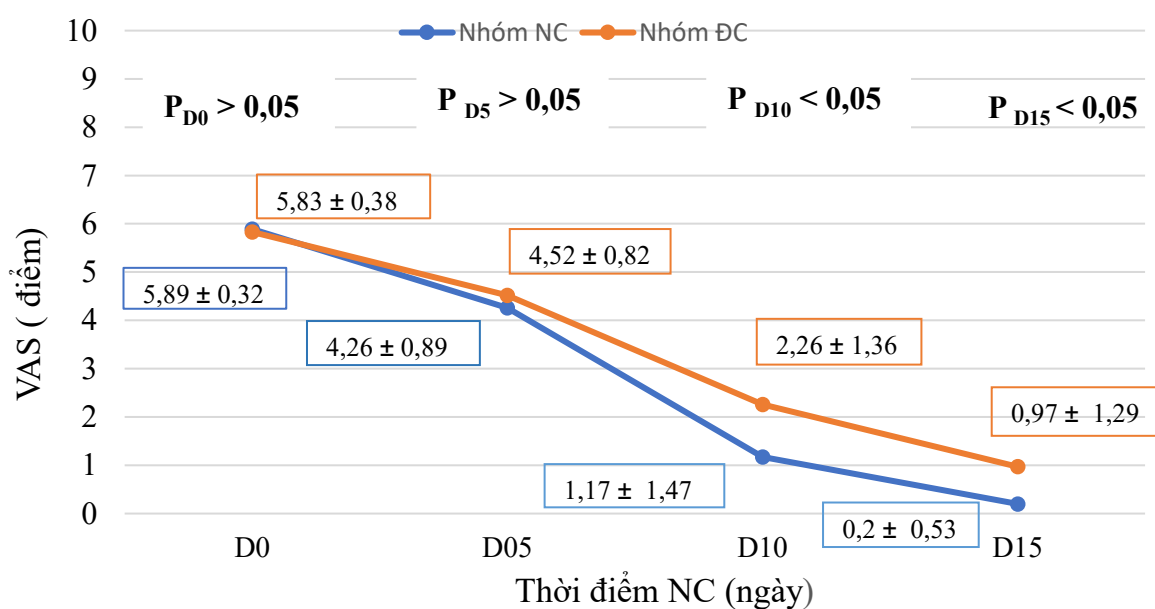
Bảng 3.3 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu mắc bệnh thuộc thể huyết ứ và thấp nhiệt, trong đó ở nhóm NC chiếm lần lượt 45,7% và 42,9%; ở nhóm ĐC chiếm lần lượt 37,2% và 45,7%. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo thể bệnh YHCT giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Cải thiện về mức độ đau sau điều trị

Bảng 3.4. Mức độ giảm đau sau 15 ngày điều trị

Nhóm Mức độ đau VAS	Nhóm NC					Nhóm ĐC				
	(n = 35)					(n = 35)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D15-D0}	D ₀		D ₁₅		P _{D15-D0}
n	%	n	%	n		%	n	%		
Không đau	0	0	30	85,7	< 0,05	0	0	21	60,0	< 0,05
Đau nhẹ	0	0	5	14,3		0	0	13	37,1	
Đau vừa	35	100	0	0		35	100	1	2,9	
Đau nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
VAS TB ($\bar{x} \pm SD$)	5,89 ± 0,32		0,2 ± 0,53		< 0,05	5,83 ± 0,38		0,97 ± 1,29		< 0,05
P _{D0}	> 0,05									
P _{D15}	< 0,05									



Biểu đồ 3.6. Đánh giá sự thay đổi chỉ số VAS TB tại các thời điểm NC

Nhân xét:

Kết quả bảng 3.4 và biểu đồ 3.6 cho thấy trước điều trị toàn bộ người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức độ đau vừa, điểm VAS TB ở hai nhóm NC và ĐC lần lượt là $5,89 \pm 0,32$ điểm và $5,83 \pm 0,38$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 05 ngày điều trị điểm VAS TB ở cả hai nhóm đều giảm, nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên sự khác biệt sau 05 ngày điều trị và giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 và 15 ngày điều trị, phần lớn người bệnh có mức độ đau nhẹ và không đau, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 100% cao hơn ở nhóm ĐC là 97,1%, điểm VAS TB ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$. Nhóm NC cải thiện điểm đau VAS TB tốt hơn nhóm ĐC, trong đó nhóm NC giảm điểm VAS TB từ $5,89 \pm 0,32$ điểm xuống $0,2 \pm 0,53$ điểm, nhóm ĐC giảm điểm VAS TB từ $5,83 \pm 0,38$ điểm xuống $0,97 \pm 1,29$ điểm, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Cải thiện triệu chứng chảy máu

Bảng 3.5. Mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị

Nhóm Cải thiện chảy máu	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	8	22,9	4	11,5	12	17,1	< 0,05
Khá	23	65,7	18	51,4	41	58,6	
Trung bình	4	11,4	13	37,1	17	24,3	
Kém	0	0	0	0	0	0	
T – TB (ngày) ($\bar{x} \pm SD$)	5,71 $\pm$ 1,86		7,29 $\pm$ 1,81		6,50 $\pm$ 1,98		< 0,05

Nhân xét:

Kết quả bảng 3.5 cho thấy sau 15 ngày điều trị, phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu ở mức độ khá (hết chảy máu trong 5 – 7 ngày), trong đó nhóm NC chiếm 65,7%, nhóm ĐC chiếm 51,4%. Mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị xếp loại tốt (hết chảy máu trong ≤ 4 ngày) ở nhóm NC ưu thế hơn nhóm ĐC, tỉ lệ đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 22,9% và 11,5%. Không có người bệnh nào có

mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu xếp loại kém. Thời gian hết chảy máu trung bình của người bệnh là $6,50 \pm 1,98$ ngày, trong đó nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng chảy máu tốt hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $5,71 \pm 1,86$ ngày và $7,29 \pm 1,81$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Cải thiện triệu chứng rỉ ướm vết thương

Bảng 3.6. Mức độ cải thiện triệu chứng rỉ ướm sau 15 ngày điều trị

Cải thiện rỉ ướm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		P_{NC-ĐC}
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	4	11,4	1	2,9	5	7,1	< 0,05
Khá	22	62,9	16	45,7	38	54,3	
Trung bình	9	25,7	18	51,4	27	38,6	
Kém	0	0	0	0	0	0	
T – TB (ngày) ($\bar{x} \pm SD$)	6,11 $\pm$ 1,69		7,57 $\pm$ 1,58		6,84 $\pm$ 1,78		< 0,05

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.6 cho thấy cả 2 nhóm đều có xu hướng cải thiện cải thiện triệu chứng rỉ ướm sau 15 ngày điều trị, không có người bệnh nào có mức độ cải thiện triệu chứng rỉ ướm xếp loại kém (không hết rỉ ướm trong 15 ngày điều trị hoặc rỉ ướm tăng lên). Nhóm NC phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng rỉ ướm xếp loại khá chiếm 62,9%, xếp loại tốt 11,4% và xếp trung bình 25,7%. Trong đó nhóm ĐC phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện xếp loại trung bình chiếm 51,4%, xếp loại khá 45,7% và xếp loại tốt 2,9%. Thời gian hết rỉ ướm vết thương trung bình của người bệnh là $6,84 \pm 1,78$ ngày, trong đó nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng rỉ ướm vết thương tốt hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $6,11 \pm 1,69$ ngày và $7,57 \pm 1,58$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng rỉ ướm sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4. Cải thiện triệu chứng phù nề vết thương

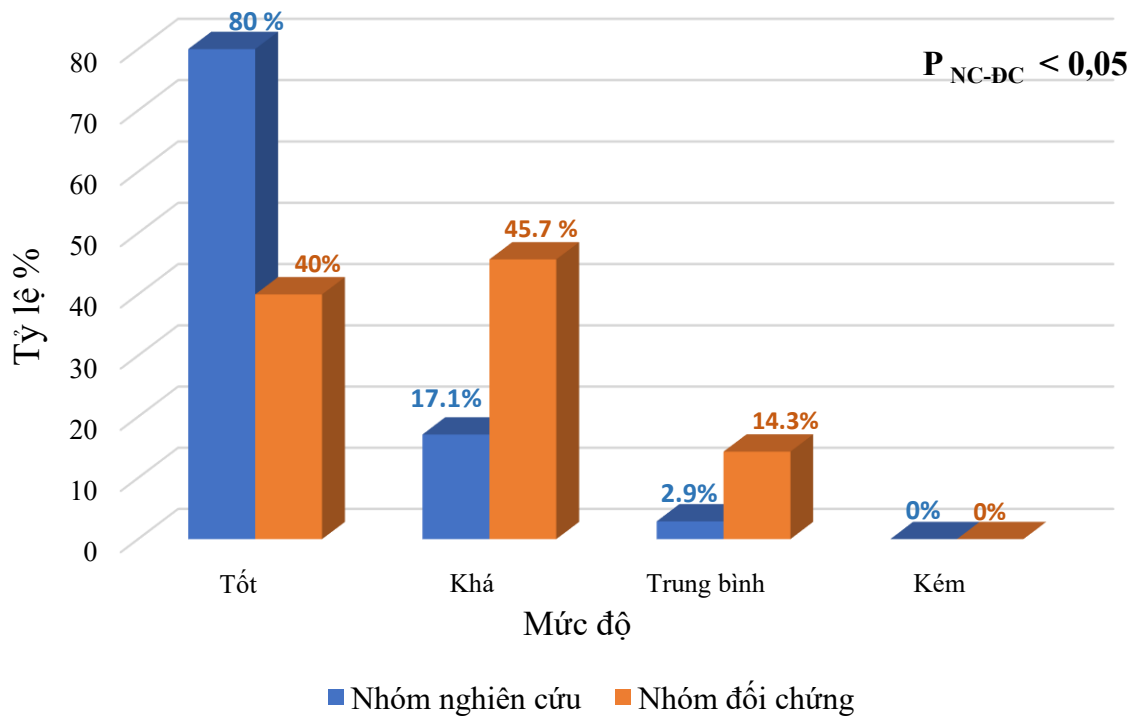
Bảng 3.7. Mức độ cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị

Cải thiện phù nề \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		P _{NC-ĐC}
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	7	20,0	2	5,7	9	12,8	< 0,05
Khá	22	62,9	16	45,7	38	54,3	
Trung bình	6	17,1	17	48,6	23	32,9	
Kém	0	0	0	0	0	0	
T – TB (ngày) ($\bar{x} \pm SD$)	6,54 ± 1,80		7,97 ± 1,86		7,26 ± 1,95		< 0,05

Nhân xét:

Kết quả bảng 3.7 cho thấy phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị mức độ khá (hết phù nề trong 5 – 7 ngày), chiếm 54,3%, không có người bệnh nào có mức độ cải thiện triệu chứng phù nề xếp loại kém (không hết phù nề trong 15 ngày điều trị hoặc phù nề tăng lên). Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng phù nề xếp loại tốt, khá, trung bình lần lượt chiếm 20,0%, 62,9% và 17,1%; trong đó tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 5,7%, 45,7% và 48,6%. Thời gian hết phù nề trung bình của người bệnh là 7,26 ± 1,95 ngày, trong đó nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng phù nề tốt hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 6,54 ± 1,80 ngày và 7,97 ± 1,86 ngày. Sự cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.5. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung

Nhận xét:

Biểu đồ 3.7 cho thấy sau 15 ngày điều trị, kết quả điều trị chung đạt mức tốt và khá chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm, và không có kết quả điều trị kém.

Nhóm NC có kết quả tốt đạt 80,0%, khá đạt 17,1%, trung bình là 2,9%.

Nhóm ĐC có kết quả điều trị tốt đạt 40,0%, khá đạt 45,7%, mức trung bình là 14,3%.

Sự khác biệt về kết quả điều trị chung giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT của nhóm NC sau 15 ngày điều trị

Thể bệnh Kết quả điều trị	Nhiệt độ (1) (n = 2)		Huyết ú (2) (n = 16)		Thấp nhiệt (3) (n = 15)		Khí huyết lượng hư (4) (n = 2)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	1	50,0	12	75,0	13	86,7	2	100,0
Khá	1	50,0	3	18,8	2	13,3	0	0,0
Trung bình	0	0,0	1	6,2	0	0,0	0	0,0
Kém	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
P₁₋₂₋₃₋₄	> 0,05							

Bảng 3.9. Kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT của nhóm ĐC sau 15 ngày điều trị

Thể bệnh Kết quả điều trị	Nhiệt độ (1) (n = 2)		Huyết ú (2) (n = 13)		Thấp nhiệt (3) (n = 16)		Khí huyết lượng hư (4) (n = 4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	1	50,0	3	23,1	7	43,7	3	75,0
Khá	1	50,0	8	61,5	6	37,5	1	25,0
Trung bình	0	0,0	2	15,4	3	18,8	0	0,0
Kém	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
P₁₋₂₋₃₋₄	> 0,05							

Nhận xét:

Bảng 3.8 và 3.9 cho thấy kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT của cả hai nhóm sau 15 ngày điều trị đều đạt từ mức trung bình trở lên, không có trường hợp nào xếp loại kém. Trong đó ở nhóm NC, hiệu quả điều trị giảm dần ở các thể bệnh lần lượt là khí huyết lượng hư → thấp nhiệt → huyết ú → nhiệt độ; tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là khí huyết lượng hư → nhiệt độ → thấp nhiệt → huyết ú; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Đánh giá tác dụng không mong muốn

Bảng 3.10. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Nhóm Tác dụng không mong muốn	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)	
	n	%	n	%
Bỏng	0	0	0	0
Dị ứng ngoài da	0	0	0	0
Nhiễm trùng	0	0	0	0
Đau tăng	0	0	0	0
Chảy máu tăng	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong quá trình điều trị chưa ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng của các phương pháp can thiệp ở tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Trong số 70 người bệnh tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi mắc bệnh được rải rác ở nhóm tuổi trưởng thành, trung niên và cao tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60 – 70 tuổi, chiếm 37,1 %; nhóm từ 18 – 29 tuổi có tỷ lệ thấp nhất, chiếm 5,8 % ở nhóm NC và không có người bệnh nào trong độ tuổi này ở nhóm ĐC. Người bệnh ít tuổi nhất của nghiên cứu là 29 tuổi và người bệnh cao tuổi nhất là 70 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các người bệnh là $52,10 \pm 12,39$ tuổi, trong đó ở nhóm NC là $51,06 \pm 13,06$ tuổi và nhóm ĐC là $53,14 \pm 11,79$ tuổi. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính tương đồng về tuổi giữa 2 nhóm trong nghiên cứu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Nguyễn Hữu Toàn (2022), tuổi trung bình của nhóm người bệnh phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương là $50,7 \pm 11,3$ tuổi [44]; Wang và cộng sự (2018) tại Trung Quốc khi nghiên cứu hiệu quả của dung dịch ngâm hậu phẫu từ thảo dược “Huai Hua San” cũng ghi nhận tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $51,2 \pm 13,1$ tuổi, nhóm tuổi 50 – 60 chiếm cao nhất (35,6%) [45]. Điều này khẳng định rằng độ tuổi trung niên và cao tuổi là nhóm nguy cơ cao nhất mắc bệnh trĩ. Hơn nữa kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm của người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, hầu hết là người trong độ tuổi trung niên và cao tuổi.

Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng, khi bệnh trĩ thường gặp ở người trưởng thành, trung niên và cao tuổi – nhóm tuổi chịu nhiều ảnh hưởng của giảm trương lực mạch máu và thoái hóa mô nâng đỡ: ở tuổi trung niên và cao tuổi, tĩnh mạch trĩ và mô nâng đỡ hậu môn – trực tràng dần mất đàn hồi do lão hóa, dễ giãn, suy yếu, làm tăng nguy cơ giãn tĩnh mạch trĩ và sa trĩ; kèm theo thói quen ăn ít chất xơ, uống ít nước, ít vận động thường dẫn đến táo bón lâu ngày, tăng áp lực ổ bụng khi rặn, sự tăng áp lực trực tràng kéo dài góp phần làm giãn tĩnh mạch trĩ, hình thành trĩ nội, trĩ ngoại.

Theo quan điểm YHCT, ở lứa tuổi này, khí huyết dần suy, tạng phủ hư yếu, đặc biệt là Tỳ khí hư, Thận khí hư, làm mất chức năng thăng đề, khí hư hạ hãm. Khi khí hư không nâng đỡ được huyết, dễ dẫn đến ứ huyết tại hậu môn – trực tràng. Kết hợp với thấp nhiệt, trĩ xuất hiện dai dẳng, dễ sa và chảy máu. Do đó, hiệu quả điều trị và phục hồi sau phẫu

thuật phụ thuộc nhiều vào việc kiện Tỳ, bổ Thận, hoạt huyết hóa ứ và thanh nhiệt trừ thấp, điều này phù hợp với cơ chế tác dụng của Dung dịch ngâm trĩ NT1 [29],[30].

4.1.2. Giới

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh trĩ xuất hiện ở cả giới nam và nữ, trong đó tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn, với tỷ lệ nam/ nữ khoảng 1,4: 1. Theo biểu đồ 3.1, nam giới chiếm 60,0% trong nhóm NC và 57,0% trong nhóm ĐC, không có sự khác biệt đáng kể về phân bố theo giới giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Kết quả này tương đồng với kết quả của Đỗ Thị Hằng (2021) nghiên cứu hiệu quả dung dịch ngâm thảo dược sau phẫu thuật trĩ Milligan-Morgan, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1 trong nhóm người bệnh phẫu thuật trĩ [46]. Các nghiên cứu quốc tế cũng cho kết quả tương tự, như Kim et al. (2020), nghiên cứu tác dụng phục hồi sau cắt trĩ bằng dung dịch ngâm thuốc cỏ truyền Hàn Quốc ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm 58,2% [47].

Nguyên nhân có thể do nam giới thường có thói quen sinh hoạt kém lành mạnh hơn, như uống rượu, hút thuốc, ăn cay nóng, ít chất xơ, và thường xuyên chịu áp lực công việc, dẫn đến tăng áp lực ổ bụng, táo bón mạn tính, ứ trệ khí huyết vùng hạ tiêu – các yếu tố nguy cơ trực tiếp của bệnh trĩ [19],[20].

Theo YHCT, trĩ là hậu quả của khí huyết ứ trệ, thấp nhiệt uẩn kết, Tỳ khí hư hạ hãm. Ở nam giới, dương khí thịnh, dễ sinh nhiệt, kết hợp với ẩm thấp từ rượu, bia, cay nóng, làm “hỏa nhiệt uất kết” tại trường vị, gây tổn thương mạch lạc quanh hậu môn. Điều này giải thích vì sao nam giới mắc và tái phát bệnh nhiều hơn, đồng thời hồi phục chậm hơn sau phẫu thuật nếu không được chăm sóc phối hợp tốt [29].

4.1.3. Nghề nghiệp

Trong nghiên cứu, nghề nghiệp người bệnh được chia làm hai nhóm: Lao động chân tay (bao gồm công nhân, nông dân hoặc những người mang, vác bưng bê hoặc làm các việc nặng khác, thường xuyên dùng sức là chính) và lao động trí óc (bao gồm cán bộ hưu, giáo viên, nhân viên văn phòng,...).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở cả hai nhóm, tỷ lệ này lần lượt là 57,1% ở nhóm NC; và 51,4 % ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này tương đồng với kết quả của Phạm Đức Lộc (2023), nghiên cứu đánh giá tác dụng hỗ trợ của bài thuốc ngâm hậu phẫu trĩ tại Bệnh viện Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, cho thấy nhóm lao động chân tay chiếm tới 60% trong số người bệnh phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh [48].

Theo cơ chế bệnh sinh YHHĐ: Tăng áp lực ổ bụng và trực tràng: lao động nặng thường kèm với rặn mạnh hoặc nâng vật nặng, làm áp lực trong ổ bụng và trực tràng tăng đột ngột. Sự tăng áp lực này trực tiếp truyền xuống đám rối tĩnh mạch trĩ, gây giãn tĩnh mạch. Nếu lặp lại nhiều lần, tĩnh mạch trĩ trở nên suy yếu, giãn dần và sa xuống, dẫn đến trĩ nội hoặc trĩ hỗn hợp. Giảm tuần hoàn tĩnh mạch: tư thế đứng hoặc ngồi lâu trong lao động nặng khiến máu trong hệ tĩnh mạch trĩ khó trở về tuần hoàn trung tâm, tăng nguy cơ ứ trệ tĩnh mạch, hình thành trĩ. Mô nâng đỡ trực tràng – hậu môn bị tổn thương: Áp lực lặp đi lặp lại từ lao động nặng làm suy yếu mô liên kết và cơ nâng hậu môn, làm giảm khả năng nâng đỡ trực tràng, khiến trĩ dễ sa và chảy máu [9],[13].

Theo YHCT: Tỳ khí hư, khí hạ hãm: lao động nặng kéo dài dẫn đến tổn thương Tỳ, khí huyết hao tổn, Tỳ khí suy, không thể nâng đỡ hậu môn – trực tràng; khí hư hạ hãm khiến huyết ứ ở hậu môn, tạo điều kiện cho trĩ xuất hiện. Thận khí suy và huyết ứ: lao động nặng kéo dài làm Thận khí hao tổn, giảm khả năng nâng đỡ của cơ thể, huyết ứ kết hợp thấp nhiệt tại hậu môn, thúc đẩy sự hình thành trĩ nội, trĩ ngoại hoặc trĩ hỗn hợp. Vì vậy, việc phối hợp Dung dịch ngâm trĩ NT1 – có tác dụng hoạt huyết, tiêu thũng, sinh cơ, chỉ thống – giúp cải thiện tuần hoàn vi mạch và rút ngắn thời gian hồi phục vết phẫu thuật, đặc biệt ở nhóm người lao động nặng [10],[26].

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được xác định từ lúc người bệnh xuất hiện các triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi họ đến khám và điều trị tại thời điểm nghiên cứu. Khoảng thời gian này chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm nhận thức của người bệnh, điều kiện kinh tế – xã hội, thời gian rảnh, cũng như khoảng cách đến cơ sở y tế... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đa số người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 1 năm, trong đó từ 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (40,0% ở nhóm NC và 37,1% ở nhóm ĐC). Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Kết quả này tương đồng với kết quả của Lê Thị Thanh (2020) nghiên cứu tác dụng của dung dịch ngâm thảo dược trong phục hồi sau cắt trĩ, người bệnh trĩ đến điều trị khi đã

có triệu chứng ≥ 2 năm chiếm 68,2% [49]. Điều này cho thấy đa số người bệnh có tâm lý e ngại, điều trị muộn khi bệnh đã tiến triển nặng, buộc phải phẫu thuật.

Theo YHCT, người bệnh trĩ mạn tính thường thuộc thể Thấp nhiệt, Huyết ứ hoặc Khí huyết lưỡng hư, trong đó “tà lưu quá lâu” dẫn đến “chính khí tổn thương”. Khi chính khí suy, tà khí khó trừ, bệnh dễ tái phát. Do vậy, sau phẫu thuật, việc sử dụng dung dịch ngâm có tác dụng thanh nhiệt, tiêu sưng, hoạt huyết giúp loại trừ căn nguyên còn tồn tại và phòng tái phát hiệu quả hơn [26],[27].

4.1.5. Độ trĩ

Kết quả cho thấy phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu mắc trĩ hỗn hợp, trong đó ở nhóm NC chiếm 42,9% và nhóm ĐC chiếm 40,0%, tiếp đến là trĩ ngoại và trĩ nội độ IV. Một số ít người bệnh mắc trĩ nội độ III, chiếm lần lượt 14,3% và 11,4% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo độ trĩ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với báo cáo của Nguyễn Văn Hiên (2019) nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị trĩ hỗn hợp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, ghi nhận tỷ lệ trĩ hỗn hợp chiếm 46,8%, trĩ nội độ III chiếm 38,5% [50].

Theo quan điểm YHCT, trĩ hỗn hợp là giai đoạn tà khí lưu lâu ngày, khí huyết ứ trệ, nhiệt độc và thấp nhiệt kết hợp làm thương tổn cả nội ngoại mạch lạc. Việc điều trị cần kết hợp cả pháp “thanh nhiệt, hoạt huyết, tiêu sưng, sinh cơ”. Dung dịch ngâm trĩ NT1 đáp ứng đồng thời yêu cầu này, với cơ chế phối hợp dược liệu có tác dụng thanh nhiệt giải độc, hoạt huyết chỉ thống, tiêu sưng sinh cơ [30],[32].

4.1.6. Số lượng búi trĩ

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh tham gia nghiên cứu đa số mắc 3 – 4 búi trĩ, trong đó ở nhóm NC chiếm 68,6 % và nhóm ĐC chiếm 62,9 %. Tỷ lệ người bệnh mắc 1 - 2 búi trĩ khá ít, chiếm 11,4% ở nhóm NC và 14,2% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về số lượng búi trĩ của người bệnh ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Quang Đạt (2019), ghi nhận 65% người bệnh cắt trĩ có ≥ 3 búi, đa phần là trĩ hỗn hợp độ [51]. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực tế lâm sàng, khi có trĩ nhẹ (chỉ chảy máu ít, sa trĩ thoáng qua), người bệnh thường bỏ qua, chỉ đi khám khi trĩ sa nhiều, đau hoặc chảy máu nhiều. Khi trĩ hoãn, trĩ tiến triển thành trĩ hỗn hợp hoặc nhiều búi, sa nặng, đau, chảy máu hoặc viêm tắc. Kết quả này

cũng phản ánh đúng đặc điểm của nhóm người bệnh được chỉ định phẫu thuật Milligan – Morgan, thường là trĩ nhiều búi, mức độ sa lớn.

Theo YHCT, nhiều búi trĩ thể hiện “tà độc sâu, khí huyết ứ trệ toàn bộ vùng hạ tiêu”. Việc ngâm dung dịch thảo dược giúp giảm viêm, cải thiện tuần hoàn mao mạch và giải uất trệ khí huyết, từ đó hỗ trợ quá trình liền sẹo đồng đều hơn ở nhiều vị trí vết phẫu thuật [29].

4.1.7. Yếu tố nguy cơ gây bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất 01 yếu tố nguy cơ mắc bệnh kèm theo. Trong đó táo bón thường xuyên là yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất, chiếm lần lượt 62,9% và 54,3% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Ngoài ra các yếu tố nguy cơ như: thói quen ăn cay, thói quen uống rượu hay khởi phát sau đẻ cũng thường gặp. Sự khác biệt về yếu tố nguy cơ gây bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng (2021), ghi nhận yếu tố nguy cơ thường gặp ở người bệnh trĩ là táo bón (chiếm 61,0%), ăn cay nóng (47,0%), uống rượu (35,0%) [46].

Bệnh trĩ là tình trạng giãn tĩnh mạch ở vùng hậu môn – trực tràng, thường gặp ở người trưởng thành, đặc biệt là những đối tượng có lối sống, chế độ ăn uống và sinh hoạt cụ thể. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố nguy cơ có liên quan mật thiết đến bệnh lý này, gồm: táo bón thường xuyên, thói quen ăn cay, thói quen uống rượu và khởi phát sau sinh.

Táo bón thường xuyên: Táo bón là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất liên quan đến bệnh trĩ. Khi phân cứng hoặc đi đại tiện khó, áp lực trong ống hậu môn – trực tràng tăng lên đáng kể, làm giãn tĩnh mạch trĩ. Tình trạng táo bón kéo dài không chỉ gây chấn thương niêm mạc hậu môn, mà còn làm giảm khả năng tuần hoàn máu tại vùng này, từ đó hình thành và làm trầm trọng thêm búi trĩ. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đều khẳng định rằng tần suất và mức độ táo bón tỷ lệ thuận với nguy cơ xuất hiện và tiến triển của bệnh trĩ.

Thói quen ăn cay: Thực phẩm cay chứa capsaicin và các chất kích thích khác có thể gây kích ứng niêm mạc hậu môn và làm tăng lưu lượng máu cục bộ, từ đó làm búi trĩ dễ sưng đau. Ngoài ra, đồ ăn cay thường đi kèm với chế độ ăn ít chất xơ, góp phần gia tăng táo bón – yếu tố khởi phát trực tiếp bệnh trĩ. Mối liên hệ này được ghi nhận trong các

ngiên cứu dịch tễ học tại Việt Nam, khi những nhóm người có thói quen ăn cay thường có tỷ lệ bệnh trĩ cao hơn so với nhóm không ăn cay.

Thói quen uống rượu: Rượu có tác dụng giãn mạch và gây tăng áp lực tĩnh mạch toàn thân, bao gồm tĩnh mạch vùng trực tràng – hậu môn. Uống rượu thường xuyên còn liên quan đến việc tăng nguy cơ táo bón do thay đổi chuyển hóa và mất nước. Do vậy, rượu được xem là một yếu tố nguy cơ gián tiếp và trực tiếp, góp phần làm nặng thêm tình trạng trĩ, đặc biệt là trĩ nội tiến triển và trĩ hỗn hợp.

Khởi phát sau sinh: Ở phụ nữ sau sinh, đặc biệt là sinh thường, áp lực ổ bụng tăng trong quá trình chuyển dạ, gây tăng áp lực lên tĩnh mạch trĩ và dẫn đến giãn tĩnh mạch. Ngoài ra, tình trạng táo bón sau sinh do thay đổi hormone, thiếu vận động và chế độ ăn không đầy đủ chất xơ cũng là cơ chế quan trọng dẫn đến bệnh trĩ. Bệnh trĩ khởi phát sau sinh thường gặp ở tầng lớp phụ nữ trẻ và có thể tồn tại dai dẳng nếu không điều chỉnh lối sống và chăm sóc hậu môn thích hợp.

Các yếu tố nguy cơ nêu trên không tồn tại một cách độc lập mà thường kết hợp lẫn nhau, gia tăng nguy cơ khởi phát và tiến triển bệnh trĩ. Táo bón đóng vai trò trung tâm, trong khi thói quen ăn cay và uống rượu làm tăng áp lực niêm mạc và gián tiếp gia tăng táo bón. Ở phụ nữ sau sinh, áp lực cơ học và thay đổi hormone tạo điều kiện thuận lợi cho trĩ phát triển. Việc nhận biết và kiểm soát các yếu tố nguy cơ này là nền tảng quan trọng trong phòng ngừa và điều trị bệnh trĩ [15],[19].

Theo YHCT, táo bón lâu ngày khiến “nhiệt kết ở trường vị”, “huyết ú tại hậu môn”, kết hợp với ăn cay nóng, uống rượu sinh thấp nhiệt, làm “hỏa uất thịnh ở hạ tiêu”, gây phồng giãn mạch lạc quanh hậu môn. Vì vậy, việc kết hợp chế độ ăn thanh đạm, điều hòa đại tiện và ngâm dược liệu có dược tính thanh nhiệt hoạt huyết là phương pháp phù hợp nhất. Dung dịch ngâm trĩ NT1 bao gồm các dược chất có tác dụng nhuận tràng, chống viêm, giảm đau, hoạt huyết – vừa cải thiện triệu chứng tại chỗ, vừa hỗ trợ điều hòa khí huyết toàn thân [26],[27].

4.1.7. Thể bệnh YHCT

Kết quả bảng 3.3 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu mắc bệnh thuộc thể huyết ú và thấp nhiệt, trong đó ở nhóm NC chiếm lần lượt 45,7% và 42,9%; ở nhóm ĐC chiếm lần lượt 37,2% và 45,7%. Sự khác biệt về đặc điểm phân bố người bệnh theo thể bệnh YHCT ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ngô Đức Hùng (2018) và Nguyễn Thị Luyến (2020), rằng hai thể bệnh thường gặp nhất trong trĩ mạn tính là Thấp nhiệt và Huyết ú [52],[53].

Trĩ hậu môn đã được các y văn cổ của YHCT mô tả trong các chứng “Tiện huyết”, “Thấp nhiệt hạ trú”, “Trung khí hạ hãm”, “Trĩ sang”, “Hạ trĩ”.

“Trung y ngoại khoa học giảng nghĩa” tổng hợp các nguyên nhân chính sau:

- Liên quan đến dinh dưỡng: ăn uống không điều độ, bao gồm thức ăn quá nóng, quá lạnh hoặc sống, thực phẩm béo ngậy, quá cay, uống rượu nhiều, cũng như thói quen ăn không đúng giờ.

- Lười sống và sinh hoạt: thường xuyên đứng lâu, ngồi lâu, mang vác vật nặng hoặc lao động quá sức.

- Các yếu tố khác: táo bón kéo dài, tiêu chảy mạn tính, thể trạng suy yếu, phụ nữ mang thai nhiều lần.

Những yếu tố trên có thể gây rối loạn khí huyết, kinh lạc tắc nghẽn, dẫn đến huyết ú và trọc khí hạ trú tại hậu môn, từ đó sinh ra trĩ. Bên cạnh đó, các bệnh lý làm tổn thương chức năng tạng phủ như can, tâm, tỳ, thận (ví dụ: can khắc tỳ, tâm tỳ hư...) đều có thể dẫn đến khí hư, huyết ú, làm trung khí hư hạ hãm, tạo điều kiện hình thành trĩ. Trên lâm sàng thường gặp 4 thể bệnh sau:

- Thể thấp nhiệt: thường gặp ở những người ăn uống không điều độ, nhiều thực phẩm cay nóng, uống rượu bia, sinh hoạt mất cân bằng, kèm theo táo bón. Ngoài ra, viêm nhiễm, ứ đọng lâu ngày cũng góp phần tạo thấp nhiệt. Cơ chế bệnh sinh: Thấp nhiệt uẩn kết tại hậu môn, kết hợp với ứ trệ khí huyết làm tổn thương thành tĩnh mạch, gây sưng nóng, đau rát, chảy máu. Thấp nhiệt chủ yếu gây trĩ sưng đỏ, đau nhiều, chảy máu tươi. Đặc điểm lâm sàng: người bệnh có cảm giác đau tại vùng hậu môn, kèm theo tiết nhiều dịch, búi trĩ sa ra ngoài khó đẩy vào, có thể xuất hiện các điểm hoại tử bề mặt hoặc những ổ loét chảy dịch vàng hôi, đại tiện táo kết, lưỡi bệu nhớt, rêu vàng, mạch hoạt sác.

- Thể huyết ú: thường gặp ở bệnh mạn tính, táo bón lâu ngày, chấn thương vùng hậu môn, phẫu thuật hoặc sinh nở nhiều lần, thêm vào đó, tuổi cao khiến tinh huyết kém nuôi dưỡng thành mạch, khí huyết vận hành chậm. Cơ chế bệnh sinh: khi khí huyết vận hành trì trệ, huyết ú lâu ngày sẽ làm tĩnh mạch dẫn, tạo búi trĩ, búi trĩ thường cứng, bền, đau nhức kéo dài, khó co lên, huyết ú cũng dễ phối hợp với thấp nhiệt, làm búi trĩ sưng đau và chảy máu. Đặc điểm lâm sàng: búi trĩ có hiện tượng sưng, chắc, đau nhức, màu tím sẫm, ấn vào

có cảm giác đau, không chảy dịch hay mủ. Khi đại tiện, thường kèm máu tươi. Lưỡi tím, xuất hiện các điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt, mạch hoạt.

- Thể nhiệt độc: do viêm nhiễm hoặc nhiễm khuẩn, ăn nhiều thực phẩm cay nóng, uống rượu bia, rối loạn tiêu hóa kéo dài. Cơ chế bệnh sinh: nhiệt độ làm tổn thương mạch máu, gây viêm, phù nề và chảy máu búi trĩ. Thường khởi phát nhanh, búi trĩ sưng đỏ, đau nhức dữ dội. Đặc điểm lâm sàng: biểu hiện đại tiện kèm máu tươi với nhiều mức độ khác nhau, có thể chỉ thấm trên giấy vệ sinh, nhỏ giọt hoặc thành tia. Người nóng, hậu môn nóng, khối trĩ ít sa hoặc không sa ra ngoài, không có dịch hay mủ. Các triệu chứng kèm theo bao gồm tiểu vàng, lượng nước tiểu ít, phân táo kết; lưỡi đỏ với rêu vàng, mạch sắc.

- Thể khí huyết lưỡng hư: thường gặp ở người cao tuổi, phụ nữ sau sinh lâu ngày, bệnh mạn tính, do tỳ khí hư không nâng đỡ, thận tinh và can huyết suy yếu, khí huyết vận hành kém. Cơ chế bệnh sinh: khí hư làm tĩnh mạch hậu môn thiếu trương lực, huyết ứ dễ xảy ra, búi trĩ sa lâu không tự co, bệnh dễ tái phát. Đặc điểm lâm sàng: người bệnh đại tiện ra máu kéo dài, kèm theo hoa mắt, chóng mặt, ù tai, sắc mặt nhợt nhạt, mệt mỏi và dễ bị hụt hơi, lưỡi có rêu trắng mỏng, mạch trầm tế [26],[27],[29].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn người bệnh thuộc thể huyết ứ và thấp nhiệt, điều này phù hợp với đặc điểm bệnh của 2 thể bệnh huyết ứ (búi trĩ dạng huyết ứ thường không thể tự co sau khi sa, gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, đau đớn dai dẳng) và thấp nhiệt (bệnh cấp tính có búi trĩ sưng tấy, đau dữ dội, chảy máu, thường đi kèm viêm nhiễm niêm mạc và tắc mạch máu vùng trĩ). Chính đặc điểm này làm cho phương pháp phẫu thuật cắt trĩ trở thành lựa chọn tối ưu, vì các phương pháp nội khoa hoặc điều trị không phẫu thuật thường không mang lại hiệu quả cao. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả về đặc điểm về yếu tố nguy cơ, độ trĩ và số lượng búi trĩ trong nghiên cứu.

Dung dịch ngâm trĩ NT1 có nguồn gốc từ bài thuốc theo kinh nghiệm của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa rút ra từ quá trình điều trị lâm sàng trong nhiều năm, với thành phần gồm các dược liệu: Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng, Kinh giới. Bài thuốc có tác dụng: Thanh nhiệt giải độc, trừ thấp, hoạt huyết hoá ứ, tiêu viêm chỉ thống, sát trùng tiêu tích, làm co búi trĩ, cầm máu, giảm đau. Có tác dụng tốt cho phòng, chữa bệnh trĩ và bệnh viêm ống hậu môn. Ngoài ra còn hỗ trợ có hiệu quả cho bệnh nhân đang điều trị bằng các phương pháp khác, rút ngắn thời gian điều trị và giảm phải dùng các thuốc khác như kháng sinh, giảm đau, thuốc cầm máu. Dung đặc biệt tốt cho trĩ ngoại có biến chứng viêm tắc tĩnh mạch, sau phẫu thuật trĩ. Vì vậy phù hợp với các thể bệnh YHCT của

trĩ, đặc biệt 2 thể huyết ứ và thấp nhiệt, góp phần rút ngắn thời gian hồi phục, giảm phù nề, giảm đau và phòng tái phát sau phẫu thuật [28],[32].

Nhận xét về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giữa nhóm NC và nhóm ĐC sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, độ trĩ, số lượng búi trĩ, yếu tố nguy cơ, thể bệnh YHCT. Sự tương đồng về các đặc điểm chung giữa hai nhóm có ý nghĩa trong việc so sánh, đánh giá hiệu quả can thiệp ở hai nhóm được chính xác hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị

4.2.1. Cải thiện mức độ đau

Sau phẫu thuật trĩ, đau là một trong những triệu chứng thường gặp và gây khó chịu nhất cho người bệnh, ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng phục hồi và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Mức độ đau thay đổi tùy thuộc vào phương pháp phẫu, kỹ thuật xử trí vết thương, mức độ sa búi trĩ, và đặc điểm cảm nhận đau của từng người bệnh.

Về cơ chế bệnh sinh, đau sau phẫu thuật cắt trĩ chủ yếu xuất phát từ tổn thương mô và kích thích các thụ thể đau ở vùng quanh hậu môn. Hậu môn là vùng có mật độ đầu mút thần kinh cảm giác dày đặc, đặc biệt ở vùng dưới đường lược – nơi được chi phối bởi nhánh hậu môn của thần kinh thẹn. Khi phẫu thuật, việc cắt bỏ búi trĩ và mô liên kết xung quanh dẫn đến phá vỡ hàng rào biểu mô, lộ ra các đầu dây thần kinh cảm giác và các đầu mút thần kinh trần trong lớp hạ bì. Tổn thương này làm giải phóng hàng loạt chất trung gian hóa học gây đau như prostaglandin, bradykinin, serotonin, và substance P. Các chất này vừa kích hoạt thụ thể đau, vừa làm tăng tính nhạy cảm thần kinh ngoại vi, tạo ra hiện tượng quá cảm đau (hyperalgesia) tại chỗ.

Bên cạnh đó, sau phẫu thuật, phản ứng viêm và phù nề quanh hậu môn đóng vai trò quan trọng. Quá trình viêm cấp tính làm tăng tính thấm thành mạch, gây phù nề mô và kích thích cơ thắt hậu môn phản xạ co cứng. Co thắt này không chỉ gây tăng áp lực nội ống hậu môn mà còn làm giảm tuần hoàn máu tại vùng phẫu thuật, gây thiếu oxy mô cục bộ và làm chậm lành vết thương, qua đó kéo dài thời gian đau. Cơ chế “vòng xoắn bệnh lý” giữa viêm – co thắt – thiếu máu mô khiến cảm giác đau tăng lên, đặc biệt khi đại tiện hoặc ngồi lâu.

Một yếu tố khác là sự lan truyền đau theo cơ chế thần kinh trung ương. Các xung động đau từ vùng hậu môn được dẫn truyền qua tủy cùng và hội tụ tại các tế bào thần kinh trung gian ở sừng sau tủy sống. Khi kích thích đau kéo dài, có thể hình thành hiện tượng “nhạy cảm trung ương” (central sensitization), khiến người bệnh cảm nhận đau nhiều hơn

thực tế tổn thương. Điều này lý giải vì sao một số người bệnh có phản ứng đau dữ dội, kéo dài ngay cả khi vết thương đã liền.

Ngoài ra, yếu tố tâm lý – thần kinh cũng góp phần làm tăng cảm nhận đau sau phẫu thuật. Lo lắng, sợ hãi khi đi đại tiện, cùng với phản xạ co thắt cơ thắt hậu môn, tạo nên chuỗi phản ứng stress thần kinh làm tăng cảm giác đau và chậm hồi phục [20],[23],[25].

Theo quan điểm YHCT, đau sau phẫu thuật cắt trĩ được lý giải theo nguyên tắc “bất thông tắc thống” – nghĩa là đau phát sinh khi khí huyết vận hành không thông suốt tại vùng kinh lạc. Quá trình phẫu thuật được coi là một loại chấn thương ngoại khoa gây tổn thương mạch lạc, khí huyết bị ứ trệ, tà khí xâm nhập, chính khí suy yếu, dẫn đến đau.

Trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, vùng hậu môn thường có biểu hiện đau, sưng, nóng, đỏ, tương ứng với thể thấp nhiệt – huyết ứ trong YHCT. Phẫu thuật làm khí huyết bị tổn thương, mạch lạc đứt gãy, tà độc ứ tại chỗ gây bế tắc lưu thông, sinh nhiệt và sinh đau. “Thấp” do dịch tiết, phù nề; “nhiệt” do viêm nhiễm, sưng huyết mô. Vì vậy, đau trong giai đoạn này thường dữ dội, nóng rát, tương ứng với giai đoạn viêm cấp trong YHHĐ.

Khi tiến triển, nếu chăm sóc và dẫn lưu chưa tốt, tà độc không giải, huyết ứ tồn lưu, sẽ chuyển sang thể huyết ứ khí trệ. Khi huyết ứ, đường kinh bị bế tắc, khí không thông thì sinh đau. Người bệnh có cảm giác đau tức, sưng cứng, đau tăng khi ngồi hoặc đại tiện. Tình trạng này tương đồng với cơ chế thiếu máu mô, phù nề và co thắt cơ thắt hậu môn được mô tả trong YHHĐ.

Về giai đoạn muộn, nếu người bệnh hư yếu, chính khí kém, khí huyết không đủ để nuôi dưỡng vùng vết thương, dễ xuất hiện thể khí huyết lưỡng hư, biểu hiện đau âm ỉ, kéo dài, vết thương lâu liền. Theo YHCT, khí hư không vận hành được huyết, huyết hư không nuôi dưỡng được cân cơ, dẫn đến “hư thống” – đau do hư, tương ứng với tình trạng nhạy cảm thần kinh trung ương và đau mạn tính sau phẫu thuật trong YHHĐ.

Cơ chế này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hoạt huyết, thanh nhiệt, giải độc và điều hòa khí huyết trong điều trị và phục hồi sau phẫu thuật cắt trĩ [26],[27].

Kết quả bảng 3.4 và biểu đồ 3.6 cho thấy trước điều trị toàn bộ người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức độ đau vừa, điểm VAS TB ở hai nhóm NC và ĐC lần lượt là $5,89 \pm 0,32$ điểm và $5,83 \pm 0,38$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 05 ngày điều trị điểm VAS TB ở cả hai nhóm đều giảm, nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên sự khác biệt sau 05 ngày điều trị và giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 và 15 ngày điều trị, phần lớn người bệnh có mức độ đau nhẹ và không đau, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 100% cao hơn ở nhóm ĐC là 97,1%, điểm VAS TB ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$. Nhóm NC cải thiện điểm đau VAS TB tốt hơn nhóm ĐC, trong đó nhóm NC giảm điểm VAS TB từ $5,89 \pm 0,32$ điểm xuống $0,2 \pm 0,53$ điểm, nhóm ĐC giảm điểm VAS TB từ $5,83 \pm 0,38$ điểm xuống $0,97 \pm 1,29$ điểm, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả của đề tài tương đồng với nghiên cứu của Trần Quang Đạt (2019), khi sử dụng dung dịch ngâm thảo dược “Hoàng bá – Khô sâm – Xuyên khung” cho người bệnh sau cắt trĩ, điểm VAS giảm từ $6,0 \pm 0,4$ xuống $0,4 \pm 0,8$ sau 14 ngày [51]. Wang et al. (2018) tại Trung Quốc cũng cho thấy hiệu quả tương tự khi ngâm bằng “Huai Hua San” trong 10 – 14 ngày, mức độ đau giảm 83,6% so với nhóm chỉ dùng dung dịch sát khuẩn thông thường [45].

Một điểm đáng chú ý là nhóm NC không ghi nhận trường hợp đau tăng sau điều trị, chứng tỏ dung dịch ngâm trĩ NT1 an toàn, không gây kích ứng hoặc co thắt cơ thắt hậu môn. Kết quả này vượt trội so với nghiên cứu của Kim et al. (2020), có 5,4% người bệnh dùng dung dịch thảo dược Hàn Quốc báo cáo cảm giác rất nhẹ trong 2 ngày đầu [47].

Dung dịch ngâm trĩ NT1 gồm các vị thuốc Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng và Kinh giới, có công dụng thanh nhiệt, giải độc, hoạt huyết, tiêu sưng, chỉ thống nhằm giảm đau sau phẫu thuật cắt trĩ. Theo YHHĐ, các thành phần của dung dịch ngâm trĩ NT1 có tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, giảm phù nề và thư giãn cơ thắt hậu môn, nhờ đó làm giảm kích thích các thụ thể đau, cải thiện tuần hoàn và thúc đẩy liền vết thương. Theo YHCT, đau sau phẫu thuật thuộc chứng “trĩ thống” do thấp nhiệt, huyết ứ và khí trệ, dung dịch ngâm trĩ NT1 giúp hoạt huyết hóa ứ, thanh thấp nhiệt và thông kinh lạc, từ đó giảm sưng đau và nhanh phục hồi. Sự kết hợp giữa hai cơ chế giúp dung dịch ngâm trĩ NT1 giảm đau rõ rệt, an toàn và hỗ trợ lành vết phẫu thuật, góp phần nâng cao chất lượng hồi phục sau phẫu thuật trĩ [28],[32].

4.2.2. Cải thiện triệu chứng chảy máu vết thương

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 15 ngày điều trị, phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu ở mức độ khá (hết chảy máu trong 5 – 7 ngày), trong đó nhóm NC chiếm 65,7%, nhóm ĐC chiếm 51,4%. Mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị xếp loại tốt (hết chảy máu trong ≤ 4 ngày) ở nhóm NC ưu

thể hơn nhóm ĐC, tỉ lệ đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 22,9% và 11,5%. Không có người bệnh nào có mức độ cải thiện triệu chứng chảy máu xếp loại kém. Thời gian hết chảy máu trung bình của người bệnh là $6,50 \pm 1,98$ ngày, trong đó nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng chảy máu tốt hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $5,71 \pm 1,86$ ngày và $7,29 \pm 1,81$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn nghiên cứu của Lê Thị Thanh (2020), khi dùng dung dịch ngâm thảo dược “Ngưu tất – Khổ sâm – Bạch chỉ” cho 40 người bệnh sau phẫu thuật trĩ, thời gian hết chảy máu trung bình là $6,2 \pm 2,0$ ngày; trong khi nhóm chứng (chỉ rửa NaCl 0,9%) cần trung bình $8,1 \pm 2,3$ ngày [49]. Một nghiên cứu của Zhang et al. (2021), cũng cho thấy dung dịch “Phellodendron – Sophora – Angelica” giúp rút ngắn thời gian cầm máu sau cắt trĩ trung bình 1,8 ngày so với nhóm đối chứng dùng dung dịch povidone – iodine [54].

Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan–Morgan là kỹ thuật kinh điển và phổ biến nhất hiện nay, song chảy máu sau phẫu thuật vẫn là một trong những biến chứng thường gặp, đặc biệt trong những ngày đầu hậu phẫu. Cơ chế chảy máu chủ yếu do mạch máu vùng hậu môn – trực tràng phong phú, phản ứng viêm và phù nề sau phẫu thuật, cùng với sự co giãn cơ thắt hậu môn và sang chấn khi đại tiện. Việc tìm kiếm các biện pháp hỗ trợ giúp giảm chảy máu, thúc đẩy liền sẹo và rút ngắn thời gian hồi phục có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc hậu phẫu người bệnh trĩ [23],[25].

Dung dịch ngâm trĩ NT1, với các vị thuốc Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng và Kinh giới, có công dụng thanh nhiệt, giải độc, hoạt huyết, tiêu thũng, chỉ huyết và sinh cơ, đã cho thấy hiệu quả giảm chảy máu đáng kể trong thực tế lâm sàng. Tác dụng này có thể được lý giải trên cả cơ chế YHHĐ và YHCT.

Theo YHCT, sau phẫu thuật cắt trĩ, người bệnh thường ở tình trạng huyết ứ, thấp nhiệt và khí trệ tại vùng hậu môn. “Huyết hành bất thường” gây nên chảy máu kéo dài, muốn cầm máu phải trị tận gốc huyết ứ và thấp nhiệt, không chỉ đơn thuần dùng thuốc cầm máu. Dung dịch ngâm trĩ NT1 được phối ngũ hợp lý theo nguyên tắc “hoạt huyết chỉ huyết, thanh nhiệt giải độc, tiêu thũng sinh cơ”, vừa làm lưu thông khí huyết, loại trừ tà khí, vừa làm sạch và khô vết phẫu thuật, giúp huyết mạch được điều hòa, không xuất huyết thêm. Theo YHHĐ, sau phẫu thuật cắt trĩ, vết phẫu thuật vùng hậu môn thường dễ hờ, có nguy

cơ chảy máu do tổn thương mao mạch, phản ứng viêm và tăng áp lực nội hậu môn. Dung dịch ngâm trĩ NT1 giúp kiểm soát tình trạng này thông qua nhiều cơ chế được lý phối hợp:

Bình lang có tác dụng co mạch nhẹ và làm săn se niêm mạc, nhờ các alkaloid như arecoline và arecaidine, giúp giảm chảy máu mao mạch tại vùng phẫu thuật. Ngoài ra, Bình lang còn tăng nhu động ruột, hỗ trợ đại tiện dễ dàng, giảm sang chấn cơ học lên vết thương, qua đó hạn chế tái chảy máu.

Tô mộc chứa hoạt chất brazilin và hematoxylin có tác dụng hoạt huyết, chống viêm, thúc đẩy đông máu sinh lý và tái tạo mô hạt. Các nghiên cứu cho thấy chiết xuất Tô mộc tăng nồng độ fibrinogen và rút ngắn thời gian đông máu, đồng thời giảm tính thấm thành mạch, giúp ổn định cục máu đông và giảm rỉ máu tại chỗ.

Hoàng bá chứa berberin, palmatin có tác dụng chống viêm, kháng khuẩn và làm săn se niêm mạc, giúp co mạch, giảm sung huyết và ngăn chặn chảy máu thứ phát. Berberin còn được chứng minh có khả năng ức chế quá trình ly giải fibrin, giúp ổn định cục máu đông, tạo điều kiện cho vết thương biểu mô hóa nhanh hơn.

Kim ngân cuống giàu acid chlorogenic, saponin và flavonoid, có tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, chống oxy hóa mạnh, giúp giảm tổn thương mạch máu nhỏ, thúc đẩy quá trình co hồi mạch và liền vết thương, từ đó hạn chế chảy máu kéo dài.

Kinh giới là vị thuốc có tác dụng chỉ huyết trong huyết nhiệt, đồng thời hoạt huyết và kháng khuẩn nhẹ. Thành phần tinh dầu của Kinh giới làm tăng co mạch cục bộ, giúp ngừng chảy máu mao mạch nhanh chóng mà không gây ứ huyết.

Sự phối hợp các vị thuốc này tạo nên hiệu quả hiệp đồng kép: vừa chống viêm – giảm phù nề (giảm nguyên nhân gây rỉ máu), vừa co mạch – cầm máu nhẹ nhàng. Nhờ đó, dung dịch NT1 giúp ổn định cục máu đông, giảm sung huyết, hạn chế viêm loét và thúc đẩy liền sẹo sớm sau phẫu thuật cắt trĩ [26],[28],[32].

4.2.3. Cải thiện triệu chứng rỉ ướt vết thương

Rỉ ướt là biểu hiện thường gặp sau phẫu thuật trĩ, do quá trình viêm và tiết dịch tại vết thương hở. Tình trạng này kéo dài gây ngứa, khó chịu, dễ nhiễm trùng thứ phát và chậm lành sẹo.

Kết quả bảng 3.6 cho thấy cả 2 nhóm đều có xu hướng cải thiện cải thiện triệu chứng rỉ ướt sau 15 ngày điều trị, không có người bệnh nào có mức độ cải thiện triệu chứng rỉ ướt xếp loại kém (không hết rỉ ướt trong 15 ngày điều trị hoặc rỉ ướt tăng lên). Nhóm NC phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng rỉ ướt xếp loại khá chiếm 62,9%, xếp loại

tốt 11,4% và xếp loại khá 25,7%. Trong đó nhóm ĐC phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện xếp loại trung bình chiếm 51,4%, xếp loại khá 45,7% và xếp loại tốt 2,9%. Thời gian hết rỉ ứ vết thương trung bình của người bệnh là $6,84 \pm 1,78$ ngày, trong đó nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng rỉ ứ vết thương tốt hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $6,11 \pm 1,69$ ngày và $7,57 \pm 1,58$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng rỉ ứ sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng (2021), trong đó dung dịch ngâm thảo dược “Hoàng bá – Xuyên tâm liên – Bạch chỉ” giúp rút ngắn thời gian hết rỉ ứ vết thương trung bình 1,3 ngày so với nhóm dùng Betadine [46]. Nghiên cứu của Patel et al. (2019) tại Ấn Độ sử dụng dung dịch Ayurvedic chứa *Curcuma longa* và *Azadirachta indica* cho người bệnh sau phẫu thuật trĩ, ghi nhận thời gian khô vết thương trung bình $6,4 \pm 1,5$ ngày [55].

Dung dịch ngâm trĩ NT1 gồm các vị Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng và Kinh giới có tác dụng rõ rệt trong việc giảm rỉ ứ vết phẫu thuật sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan. Theo YHHĐ, rỉ ứ chủ yếu do viêm, phù nề, tiết dịch mô và nhiễm khuẩn nhẹ vùng phẫu thuật. Các thành phần của dung dịch ngâm trĩ NT1 có tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, làm se niêm mạc và thúc đẩy biểu mô hóa. Cụ thể, Hoàng bá và Kim ngân cuộng giúp giảm viêm, ức chế vi khuẩn gây mủ, Tô mộc và Bình lang thúc đẩy tuần hoàn và tái tạo mô, còn Kinh giới giúp khô miệng vết thương, chỉ huyết và giảm tiết dịch. Theo YHCT, rỉ ứ tương ứng với chứng thấp nhiệt và huyết ứ tại vùng hậu môn, cần phép thanh nhiệt, táo thấp, hoạt huyết, sinh cơ – đúng với cơ chế tác dụng của bài thuốc. Nhờ đó, dung dịch ngâm trĩ NT1 giúp vết phẫu thuật khô nhanh, giảm viêm tiết dịch, hạn chế nhiễm khuẩn, rút ngắn thời gian khô vết thương và cải thiện cảm giác ngứa rát hậu môn, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc hậu phẫu trĩ [26],[28].

4.2.4. Cải thiện triệu chứng phù nề vết thương

Phù nề là triệu chứng phổ biến sau phẫu thuật là hậu quả của viêm và ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch tại vùng phẫu thuật. Dung dịch ngâm trĩ NT1 gồm các vị Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng và Kinh giới được phối ngũ theo nguyên tắc thanh nhiệt, giải độc, hoạt huyết, tiêu thũng, chỉ thống, có tác dụng rõ rệt trong việc giảm phù nề vùng hậu môn sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan. Sau phẫu thuật, phản ứng viêm và ứ trệ tuần hoàn tại vết phẫu thuật là nguyên nhân chính gây phù nề, đau rát và khó

chịu cho người bệnh. Theo YHHĐ, các thành phần của dung dịch ngâm trĩ NT1 có khả năng chống viêm, chống oxy hóa, kháng khuẩn và cải thiện vi tuần hoàn, giúp giảm thâm thành mạch, giảm ứ dịch và phù nề mô.

Cụ thể, Hoàng bá chứa berberin có tác dụng ức chế phản ứng viêm, giảm tiết dịch và kháng khuẩn mạnh; Tô mộc và Bình lang có tác dụng hoạt huyết, thúc đẩy tuần hoàn, giảm sung huyết và tiêu sưng; Kim ngân cuống giúp thanh nhiệt giải độc, ức chế các yếu tố viêm như TNF- α , IL-6, còn Kinh giới có tính phát tán phong nhiệt, cầm máu nhẹ và giảm sung đau [23],[32].

Theo YHCT, phù nề vùng hậu môn sau phẫu thuật thuộc chứng “thấp nhiệt uẩn kết” và “huyết ứ đình trệ”, điều trị cần phép thanh nhiệt, hoạt huyết, tiêu sưng, giải độc – hoàn toàn phù hợp với công năng của dung dịch ngâm trĩ NT1. Sự phối hợp các vị thuốc trong NT1 giúp khí huyết lưu thông, tà nhiệt được giải, ứ trệ được khử, mô được nuôi dưỡng tốt hơn, từ đó làm giảm phù nề nhanh, giảm đau và thúc đẩy liền sẹo. Nhờ đó, dung dịch ngâm trĩ NT1 góp phần rút ngắn thời gian hồi phục, cải thiện chất lượng sống và hiệu quả chăm sóc hậu phẫu cho người bệnh trĩ [26].

Trong nghiên cứu, kết quả bảng 3.7 cho thấy phần lớn người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị mức độ khá (hết phù nề trong 5 – 7 ngày), chiếm 54,3%, không có người bệnh nào có mức độ cải thiện triệu chứng phù nề xếp loại kém (không hết phù nề trong 15 ngày điều trị hoặc phù nề tăng lên). Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh có mức độ cải thiện triệu chứng phù nề xếp loại tốt, khá, trung bình lần lượt chiếm 20,0%, 62,9% và 17,1%; trong đó tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 5,7%, 45,7% và 48,6%. Thời gian hết phù nề trung bình của người bệnh là $7,26 \pm 1,95$ ngày, trong đó nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng phù nề tốt hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $6,54 \pm 1,80$ ngày và $7,97 \pm 1,86$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả này tương đồng với Phạm Đức Lộc (2023), khi sử dụng dung dịch ngâm thảo dược “Hoàng bá – Khô sâm – Bạch chỉ – Địa du” cho 60 người bệnh sau phẫu thuật trĩ, tỷ lệ giảm phù nề mức tốt đạt 78,3%, thời gian trung bình $6,7 \pm 2,1$ ngày [48]. Nghiên cứu của Zhang et al. (2021) cũng ghi nhận tỷ lệ hết phù nề trong 7 ngày ở nhóm dùng dung dịch thảo dược Trung y là 84,5%, so với 61,3% nhóm đối chứng povidone – iodine [54].

Như vậy cho thấy dung dịch ngâm trĩ NT1 có hiệu quả giảm phù nề và viêm mô mềm rõ rệt, rút ngắn thời gian hồi phục hậu phẫu, đồng thời hạn chế biến chứng nhiễm trùng và co rút vết sẹo.

4.2.5. Kết quả điều trị chung

Bệnh trĩ là một trong những bệnh lý hậu môn – trực tràng thường gặp, do giãn quá mức các đám rối tĩnh mạch trĩ, gây nên các triệu chứng như đau, chảy máu, sa búi trĩ và rỉ dịch. Khi bệnh tiến triển nặng, phẫu thuật cắt trĩ (đặc biệt là phương pháp Milligan – Morgan) được xem là lựa chọn điều trị hiệu quả nhằm loại bỏ búi trĩ và phòng tái phát. Tuy nhiên, sau phẫu thuật, người bệnh thường gặp các biến chứng và khó chịu tại chỗ như đau, phù nề, rỉ ứ, chảy máu, co thắt cơ thắt hậu môn và chậm liền vết thương, ảnh hưởng lớn đến quá trình hồi phục và chất lượng sống. Do đó, việc chăm sóc và điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật có vai trò đặc biệt quan trọng nhằm giảm triệu chứng, ngừa nhiễm khuẩn, thúc đẩy liền sẹo và rút ngắn thời gian hồi phục. Các biện pháp kết hợp YHHĐ và YHCT, như sử dụng các dung dịch thảo dược có tác dụng thanh nhiệt, giải độc, hoạt huyết và tiêu viêm, đang được quan tâm nghiên cứu nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc toàn diện sau phẫu thuật trĩ [15],[24],[26].

Biểu đồ 3.7 cho thấy sau 15 ngày điều trị, kết quả điều trị chung đạt mức tốt và khá chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm, và không có kết quả điều trị kém. Nhóm NC có kết quả tốt đạt 80,0%, khá đạt 17,1%, trung bình là 2,9%. Nhóm ĐC có kết quả điều trị tốt đạt 40,0%, khá đạt 45,7%, mức trung bình là 14,3%. Sự khác biệt về kết quả điều trị chung của hai nhóm so với trước điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thanh (2020), kết quả tốt đạt 72,5% khi dùng dung dịch ngâm thảo dược “Khổ sâm – Nguru tất – Bạch chỉ” [9]. Nghiên cứu của Wang et al. (2018), nhóm dùng “Huai Hua San” đạt 83,4% kết quả tốt, trong khi nhóm rửa povidone – iodine chỉ đạt 60,5% [45]. Kim et al. (2020), dung dịch thảo dược Hàn Quốc giúp tăng 1,6 lần tỷ lệ hồi phục tốt so với nhóm ĐC [47].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng dung dịch ngâm trĩ NT1 kết hợp các vị thuốc Bình lang, Tô mộc, Hoàng bá, Kim ngân cuộng và Kinh giới, có tác dụng chống viêm, kháng khuẩn, giảm đau, tiêu sưng và thúc đẩy liền thương sau phẫu thuật cắt trĩ. Bình lang có tác dụng kháng viêm, làm mềm mô sẹo; Tô mộc hỗ trợ cầm máu, thúc đẩy tái tạo niêm mạc; Hoàng bá và Kim ngân cuộng kháng khuẩn mạnh, giảm nguy cơ nhiễm trùng vết phẫu thuật; Kinh giới giúp lưu thông khí huyết, giảm ứ trệ tại vùng hậu môn. Sử dụng

dung dịch ngâm trĩ NT1 tại chỗ giúp giảm phù nề, hạn chế đau và thúc đẩy tái tạo tổ chức nhanh hơn. Trên lâm sàng, người bệnh thường cải thiện nhanh các triệu chứng sau phẫu thuật, giảm nguy cơ viêm nhiễm và sẹo xơ cứng. Dung dịch ngâm trĩ NT1 có thể xem là biện pháp hỗ trợ an toàn, hiệu quả, kết hợp với chăm sóc hậu phẫu tiêu chuẩn. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh trĩ hậu phẫu, đặc biệt trong việc giảm huyết ứ và thấp nhiệt tại vùng hậu môn. Điều này khẳng định hiệu quả tổng thể vượt trội của dung dịch ngâm trĩ NT1 vừa giảm đau, cầm máu, tiêu thũng, vừa thúc đẩy liền sẹo và phục hồi chức năng hậu môn nhanh hơn, an toàn hơn [28],[32].

4.2.6. Kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT

Phân tích kết quả theo thể bệnh cho thấy, sau 15 ngày điều trị, tất cả người bệnh ở cả hai nhóm đều đạt mức từ trung bình trở lên, không có trường hợp nào xếp loại kém. Ở nhóm NC, tỷ lệ kết quả tốt lần lượt là: Khí huyết lưỡng hư: 100%; Thấp nhiệt: 86,7%; Huyết ứ: 75,0%; Nhiệt độc: 50,0%. Trong khi ở nhóm ĐC, tỷ lệ kết quả tốt chỉ đạt 23,1% (thể huyết ứ) và 43,7% (thể thấp nhiệt). Sự khác biệt giữa các thể bệnh trong cùng nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng khi so sánh giữa nhóm NC và nhóm ĐC, hiệu quả cải thiện rõ hơn ở nhóm NC

Như vậy, dung dịch ngâm trĩ NT1 có xu hướng đạt hiệu quả cao ở hai thể chủ đạo: huyết ứ và thấp nhiệt, vốn là hai thể bệnh phổ biến nhất sau phẫu thuật trĩ, nhờ cơ chế phối hợp “thanh nhiệt – hoạt huyết – tiêu thũng – sinh cơ”.

4.4. Tác dụng không mong muốn

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chưa ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng của các phương pháp can thiệp như: Bỏng, dị ứng ngoài da, nhiễm trùng, đau tăng, chảy máu tăng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy tính an toàn của dung dịch ngâm trĩ NT1 kết hợp YHHĐ trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 70 người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, chia 2 nhóm điều trị dung dịch ngâm trĩ NT1 kết hợp Y học hiện đại và điều trị nền bằng Y học hiện đại; bước đầu chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

1. Dung dịch ngâm trĩ NT1 kết hợp Y học hiện đại có tác dụng tốt trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan:

- Kết quả cải thiện điểm VAS: nhóm NC và ĐC đều giảm điểm VAS sau điều trị 15 ngày với $p < 0,05$. Nhóm NC cải thiện điểm đau VAS TB tốt hơn nhóm ĐC, trong đó nhóm NC giảm điểm VAS TB từ $5,89 \pm 0,32$ điểm xuống $0,2 \pm 0,53$ điểm, nhóm ĐC giảm điểm VAS TB từ $5,83 \pm 0,38$ điểm xuống $0,97 \pm 1,29$ điểm, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả cải thiện triệu chứng chảy máu: nhóm NC có xu hướng cải thiện triệu chứng chảy máu tốt hơn nhóm ĐC, thời gian chảy máu TB lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $5,71 \pm 1,86$ ngày và $7,29 \pm 1,81$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng chảy máu sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả cải thiện triệu chứng rỉ ướt: Thời gian hết rỉ ướt vết thương TB của nhóm NC có xu hướng nhanh hơn nhóm ĐC, thời gian đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $6,11 \pm 1,69$ ngày và $7,57 \pm 1,58$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng rỉ ướt sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả cải thiện triệu chứng phù nề: Thời gian hết phù nề TB của người bệnh ở nhóm NC có xu hướng nhanh hơn nhóm ĐC, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là $6,54 \pm 1,80$ ngày và $7,97 \pm 1,86$ ngày. Sự cải thiện triệu chứng phù nề sau 15 ngày điều trị so với trước điều trị ở cả hai nhóm và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả điều trị chung: Nhóm NC có kết quả tốt đạt 80,0%, khá đạt 17,1%, trung bình là 2,9%. Nhóm ĐC có kết quả điều trị tốt đạt 40,0%, khá đạt 45,7%, mức trung bình là 14,3%, nhóm NC có kết quả điều trị chung tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$.

2. Chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp trên lâm sàng.

KIẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu, bàn luận và kết luận trên, chúng tôi xin đề xuất những kiến nghị sau:

Dung dịch ngâm trĩ NT1 dễ ứng dụng, không yêu cầu máy móc trang thiết bị phức tạp và qua nghiên cứu trên cỡ mẫu 35 người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan cho kết quả tốt. Vì vậy, chúng tôi xin kiến nghị mở rộng nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn, ở nhiều đối tượng hơn (sau phẫu thuật cắt trĩ bằng các phương pháp khác và người bệnh trĩ chưa phẫu thuật) nhằm khẳng định giá trị ứng dụng và giá trị thực tiễn của dung dịch ngâm trĩ NT1 trong điều trị sau phẫu thuật trĩ và đánh giá thêm tác dụng hỗ trợ bảo tồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen, Herbert (2010). *Illustrative Handbook of General Surgery*, Berlin: Springer. tr. 217.
2. American Gastroenterological Association medical position statement (2004). *Diagnosis and treatment of hemorrhoids 1*. *Gastroenterology*, 126(5), 1461–1462.
3. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology*. 1990;98(2):380-386. doi:10.1016/0016-5085(90)90828-o
4. Lee J.-H., Kim H.-E., Kang J.-H. et.al. (2014). Factors associated with hemorrhoids in korean adults: korean national health and nutrition examination survey. *Korean J Fam Med*, 35(5), 227 – 236.
5. ElBatea H., Enaba M., ElKassas G. et.al. (2017). Indications and Outcome of Colonoscopy in the Middle of Nile Delta of Egypt. *Dig Dis Sci*, 56(7), 2120–2123.
6. Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự (2004). Nghiên cứu bệnh trĩ ở các tỉnh miền Bắc Việt Nam, các biện pháp phòng bệnh, điều trị. *Tạp chí Hậu môn trực tràng*, tr 6.
7. Khan RM, Malik I, Ansari AH, Zulkifl M,E. A study on associated risk factors of haemorrhoids. *J Biol Sci Opin*. 2015;3(1):36-38. doi:10.7897/2321-6328.0318
8. Ngô Quý Châu NQA (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*. Nhà xuất bản Y Học, tr 558 - 559.
9. Phạm Gia Khánh (1993). *Bệnh học ngoại khoa sau đại học*. Học viện Quân Y, 2, tr 271-273.
10. Lê Hữu Trác (1996). “*Trĩ mạch lươn*”, *Hải Thượng Lãn Ông Y tông tâm lĩnh*. Nhà xuất bản Y học, 2, tr 61 – 63.
11. Khoa Dược, Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa (2014). *Nghiên cứu quy trình sản xuất Dung dịch ngâm trĩ NT1*.
12. Yamana T. Japanese practice guidelines for anal disorders i. Hemorrhoids. *J anus rectum colon*. 2017;1(3):89-99. doi:10.23922/jarc.2017-018
13. Nguyễn Đình Hối (2002). *Hậu môn trực tràng học*. Nhà xuất bản Y Học, tr 1 - 106
14. Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng (2004). Quan niệm mới về điều trị trĩ. *Tạp Chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2, 63–68.

15. Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội (2021). *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa (dùng cho đào tạo sau đại học)*. Nhà xuất bản Y Học
16. Schofield .P.F. (1994), “Disorders of the anus”, *Gastroenterology and Hepatology*, pp. 365-372
17. Bệnh viện Bạch Mai (2021). *Bệnh trĩ*. <https://phacdodieutri.com/benh-tri/>. 15, 01, 2025.
18. Vũ Trường Khanh (2022). *Hướng dẫn điều trị nội tiêu hóa – gan mật*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 287-290
19. Nguyễn Mạnh Nhâm (2002). *Hậu môn học(II)*. Hội Hậu môn trực tràng học Việt Nam, tr 11 - 18.
20. Nguyễn Xuân Huyền (2002). *Sinh lý bệnh và điều trị nội khoa trĩ*. Hậu môn học, Hà Nội, tr 21 - 22.
21. Nguyễn Thị Vân Hồng (2020). *Bệnh học nội khoa*. Nhà xuất bản Y Học, tr 99 - 101.
22. Nguyễn Duy Thức, Nguyễn Mạnh Nhâm (2012). *Điều trị một số bệnh thông thường vùng hậu môn bằng Thủ thuật - Phẫu thuật*. Nhà xuất bản Y Học.
23. Nguyễn Mạnh Nhâm (1997). *Điều trị bằng thủ thuật*. Hậu môn học, Hà Nội, tr 85 - 99.
24. Bộ Y tế (2014). “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi*”, Quyết định số 201/QĐ-BYT.
25. Trịnh Hồng Sơn (2011). “*Phẫu thuật Milligan-Morgan, Phẫu thuật Longo, Phẫu thuật triệt mạch trĩ có sử dụng doppler (THD) trong điều trị trĩ*”, Nhà xuất bản Y học.
26. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*. Quyết định số 5013/QĐ-BYT.
27. Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu (1987). *Bài giảng Y học dân tộc*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
28. Nguyễn Bá Tĩnh (1996). *Nam dược thần hiệu*. Nhà xuất bản Y học, tr 203 - 208.
29. Nguyễn Thế Thịnh (2016). *Bài giảng bệnh học ngoại khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia - Sự thật, tr 29 - 31.
30. Phạm Văn Trịnh. *Bệnh học ngoại phụ Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y Học, 2008.
31. Nguyễn Nhượng Kim, Trần Quang Đạt (2013). *Châm cứu và các phương pháp không dùng thuốc*. Nhà xuất bản Y học.
32. Bộ Y tế (2017). *Chuyên luận Dược liệu, Dược điển Việt Nam, tập 2, xuất bản lần thứ 5*. Nhà xuất bản Y học.

33. Gan T., Liu Y., Wang Y. et.al. (2010). *Traditional Chinese Medicine herbs for stopping bleeding from haemorrhoids*. Cochrane Database Syst Rev, (10).
34. Silva I.S., Nicolau L.A.D., Sousa F.B.M. et.al. (2017). Evaluation of anti inflammatory potential of aqueous extract and polysaccharide fraction of *Thuja occidentalis* Linn. in mice. *Int J Biol Macromol*, 105(Pt 1), 1105-1116.
35. Shi S.-Y., Zhou Q., He Z.-Q. et.al. (2020). *Traditional Chinese medicine (Liang-Xue-Di-Huang Decoction) for hemorrhoid hemorrhage*. *Medicine (Baltimore)*, 99(16).
36. 梁樑, 刘雅欣, 丁荣琴, 张心愿, 章蓓, (2023), "加味桃红 四物汤联合西药 治疗肛瘘术后的效果研究", *中国社区医师*(10), tr. 79-81.
- Lương Lương, Lưu Nhã Hân, Đinh Vinh Cầm, Trương Tâm Nguyên, Chương Bội (2023). *Nghiên cứu hiệu quả của Đào hồng tứ vật thang gia vị kết hợp thuốc Tây y trong điều trị sau phẫu thuật rò hậu môn*. *Bác sĩ cộng đồng Trung Quốc* (10), 79-81.
37. Lê Tất Thành (2020). *Nghiên cứu độc tính bán trường diễn và tác dụng chống viêm của viên nang cứng “Viên trĩ HV” trên động vật thực nghiệm*. Luận văn thạc sỹ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
38. Trần Thái Hà, Đỗ Thị Hương (2021). Đánh giá tác dụng chống viêm, giảm đau và cầm máu của “Viên trĩ HV” trên động vật thực nghiệm. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 145 (9), 10 – 20.
39. Trần Thị Hồng Phương (2009). *Nghiên cứu tác dụng của chè tan Bỏ trung ích khí gia vị trong điều trị đợt cấp trĩ nội*. Luận án Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 82.
40. Phạm Anh Thư (2015). *Đánh giá tác dụng bài thuốc LVT trong điều trị bệnh trĩ nội độ I, II xuất huyết*, Luận văn Thạc sỹ y học. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, tr 53.
41. Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự (2023). Đánh giá hiệu quả bài thuốc ngâm trĩ trên bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trĩ tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp chí Khoa học sức khỏe*, 1 (2), 112 – 118.
42. Tạ Đăng Quang, Lê Thị Thu Hương (2022). Hiệu quả giảm đau điện châm nhóm huyết thượng liêu, thứ liêu, trung liêu trên bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ theo phương pháp Milligan Morgan từ ngày thứ 2. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, số 158 (10), tr 78 – 84.
43. Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng trung ương (2019). *Phương pháp tính cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu y sinh học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 56 – 57.
44. Nguyễn Hữu Toàn (2022). *Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân phẫu thuật trĩ và hiệu quả chăm sóc theo YHCT*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 519(3): 67–72.

45. Wang X. et al. (2018). *Clinical effect of Huai Hua San decoction sitz bath after hemorrhoidectomy. China Journal of Coloproctology*, 38(5): 451–456.
46. Đỗ Thị Hằng (2021). *Hiệu quả dung dịch ngâm thảo dược sau phẫu thuật trĩ Milligan-Morgan*. Tạp chí Dược liệu, 26(4): 95–101.
47. Kim H. et al. (2020). *Korean herbal sitz bath therapy for postoperative hemorrhoids: A randomized trial. J. Korean Oriental Med.*, 41(2): 95–102.
48. Phạm Đức Lộc (2023). *Đánh giá tác dụng hỗ trợ của bài thuốc ngâm hậu phẫu trĩ tại Bệnh viện Y Dược TP.HCM*. Hội nghị Khoa học Y học cổ truyền toàn quốc.
49. Lê Thị Thanh (2020). *Tác dụng của dung dịch ngâm thảo dược trong phục hồi sau cắt trĩ*. Luận văn thạc sĩ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
50. Nguyễn Văn Hiến (2019). *Đánh giá kết quả điều trị trĩ hỗn hợp tại BV Y học cổ truyền Trung ương*. Tạp chí Y học thực hành, 110(5): 32–38.
51. Trần Quang Đạt (2019). *Hiệu quả dung dịch ngâm thảo dược trong điều trị bệnh trĩ sau phẫu thuật*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
52. Ngô Đức Hùng (2018). *Điều trị bệnh trĩ theo Y học cổ truyền*. Tạp chí Y học cổ truyền Việt Nam, số 6, tr. 25–31.
53. Nguyễn Thị Luyến (2020). *Phân tích thể bệnh trĩ theo Y học cổ truyền trên 120 bệnh nhân tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương*. Y học cổ truyền, 46(2): 44–50.
54. Zhang L. et al. (2021). *Traditional Chinese medicine bath in postoperative care of hemorrhoids. World J. Gastroenterol.*, 27(32): 5378–5387.
55. Patel R. et al. (2019). *Efficacy of herbal sitz bath with Curcuma longa and Neem in hemorrhoidectomy patients. Ayurveda Surg. J.*, 12(1): 22–27.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án NC:

Nhóm

Mã hồ sơ bệnh án

Nghiên cứu

Đối chứng

--	--	--	--

--

--

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. Hành chính.

1. Họ tên bệnh nhân:

2. Tuổi:

3. Giới: ☐ Nam ☐ Nữ

3. Nghề nghiệp: ☐ Lao động chân tay ☐ Lao động trí óc

4. Địa chỉ:

5. Số điện thoại:

6. Ngày vào viện:

7. Ngày phẫu thuật:

II. YHHĐ

1. Lý do vào viện:

2. Tiền sử:

Bệnh mạn tính: ☐ Đã được kiểm soát ☐ Chưa được kiểm soát

Đã từng phẫu thuật trĩ: ☐ Có ☐ Không

3. Yếu tố nguy cơ:

☐ Táo bón ☐ Ít chảy kéo dài

☐ Thói quen ăn cay ☐ Uống rượu nhiều ☐ Khởi phát sau đẻ

4. Thời gian bị bệnh:

☐ < 1 năm ☐ 1 – < 5 năm ☐ 5 – 10 năm ☐ > 10 năm

5. Độ trĩ:

☐ Trĩ nội độ III ☐ Trĩ nội độ IV ☐ Trĩ ngoại ☐ Trĩ hỗn hợp độ IV

6. Số búi trĩ:

☐ 1 búi ☐ 2 búi ☐ 3 - 4 búi ☐ > 4 búi

7. Đánh giá các chỉ số lâm sàng lúc vào viện, sau 5 ngày, 10 ngày, 15 ngày điều trị.

Chỉ số lâm sàng (điểm)	D ₀	D ₅	D ₁₀	D ₁₅
Mức độ đau theo thang điểm VAS				
Tác dụng cầm máu				
Tác dụng chống rỉ ướt vết thương				
Tác dụng chống phù nề vết thương				

8. Đánh giá chỉ số sinh tồn lúc vào viện và sau 15 ngày điều trị.

Chỉ số sinh tồn	D ₀	D ₁₅
Huyết áp tâm thu (mmHg)		
Huyết áp tâm trương (mmHg)		
Mạch (lần/ phút)		

III. Y học cổ truyền

1. Tứ chẩn

Vọng	
Vấn	
Vấn	
Thiết	

2. Chẩn đoán YHCT

Bệnh danh

Bát cương

Tạng phủ - kinh lạc

Nguyên nhân

Thể bệnh: ☐ Nhiệt độc ☐ Huyết ú ☐ Thấp nhiệt ☐ Khí huyết lưỡng hư

IV. Đánh giá kết quả

1. Xếp loại kết quả

☐ Tốt ☐ Khá ☐ Trung bình ☐ Kém

2. Tác dụng không mong muốn sau 15 ngày điều trị

☐ Bỏng	☐ Nhiễm trùng	☐ Đại tiện lỏng
☐ Đau tăng	☐ Dị ứng ngoài da	☐ Buồn nôn
☐ Chảy máu tăng	☐ Đau bụng	☐ Khác

Thanh Hóa, Ngày tháng năm

Người thực hiện nghiên cứu

PHỤ LỤC 2

CÁC VỊ THUỐC TRONG DUNG DỊCH NGÂM TRĨ NT1

1. Dược liệu Bình Lang (Tên khoa học *Semen Arecae Catechi*)

Hạt đã phơi hay sấy khô lấy từ quả chín của cây Cau (*Areca catechu* L.), họ Cau (*Areaceae*).

Mô tả: Khối cứng, hình trứng hoặc hình cầu dẹt, cao khoảng 1,5 - 3,5 cm; đường kính khoảng 1,5 - 3,5 cm. Đáy phẳng, ở giữa lõm, đôi khi có một cụm xơ (cuống noãn). Mặt ngoài màu nâu vàng nhạt hoặc màu nâu đỏ nhạt với những nếp nhăn hình mạng lưới. Cắt ngang thấy vỏ hạt ăn sâu vào nội nhũ tạo thành những nếp màu nâu xen kẽ với màu trắng nhạt. Phôi nhỏ nằm ở đáy hạt. Vị chát và hơi đắng. Hạt cau rừng (Sơn Bình lang) tốt hơn hạt cau nhà (Gia bình lang)

Vị phẫu: Lớp ngoài của vỏ hạt gồm nhiều hàng tế bào đá dẹt, hình thon dài, xếp tiếp tuyến, chứa chất màu nâu đỏ. Tế bào đá có hình dạng và kích thước khác nhau, thường có những khoảng gian bào. Lớp trong gồm nhiều lớp tế bào mô mềm, chứa chất màu nâu đỏ, rải rác có ít bó libe gỗ. Ngoại nhũ hẹp và thường ăn sâu vào nội nhũ tạo thành mô xâm nhập. Tế bào nội nhũ, hình nhiều cạnh, lỗ to đặc biệt trên thành tế bào.

Bột: Bột màu nâu đỏ, vị chát, soi kính hiển vi thấy: Tế bào đá của vỏ hạt hình bầu dục, dài, thành hơi dày. Mảnh nội nhũ với những tế bào thành dày, có lỗ đặc sắc. Hạt aloron 5 - 40 μ m. Mảnh mạch.

Định tính

Phương pháp sắc ký lớp mỏng (Dược điển Việt Nam IV).

Bản mỏng: Silicagel G

Dung môi khai triển: Cloroform - methanol - amoniac đặc (9 : 1 : 0,2).

Dung dịch thử: Lấy 8 g bột thô dược liệu, thêm 50 ml cloroform (TT), lắc đều, thêm tiếp 4 ml amoniac đặc (TT), lắc siêu âm 10 phút. Lọc lấy dịch chiết cloroform. Rửa cặn với 10 ml cloroform (TT). Gộp dịch rửa với dịch chiết cloroform, chuyển vào bình gạn, thêm 5 ml dung dịch acid hydrocloric 10% (TT) và 20 ml nước, lắc kỹ. Gạn bỏ lớp cloroform. Rửa lớp nước bằng 10 ml cloroform (TT), gạn bỏ lớp cloroform. Kiểm tra lớp nước bằng amoniac đặc (TT) đến pH 9 - 11 (thử bằng giấy quỳ) rồi lắc với cloroform (TT) hai lần, mỗi lần 10 ml. Gộp các dịch chiết cloroform, bốc hơi trên cách thủy đến khô. Hoà tan cặn trong 1 ml ethanol 96% (TT) làm dung dịch thử.

Dung dịch đối chiếu: Lấy 8 g bột thô Hạt cau (mẫu chuẩn), tiến hành chiết như đối

với dung dịch thử

Cách tiến hành: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 15 μ l mỗi dung dịch trên, triển khai sắc ký đến khi dung môi đi được khoảng 12 - 13 cm, lấy bản mỏng ra, để khô ở nhiệt độ phòng, phun dung dịch thuốc thử Dragendorff (TT).

Trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có các vết cùng màu và giá trị R_f với các vết của dung dịch đối chiếu

Thành phần hóa học: Trong hạt cau có tanin, tỷ lệ trong hạt non độ 70% nhưng khi chín chỉ còn 15 -20%. Hoạt chất chính là 4 alcaloid (tỷ lệ độ 0,4%) chủ yếu là arecolin $C_8H_{13}NO_2$, arecaidin $C_{17}H_{11}NO_2$, guvacin $C_6H_9NO_2$ guvacolin $C_{17}H_{11}NO_2$ Ngoài ra còn có mỡ béo (14%) các đường (2%), muối vô cơ và một sắc tố đỏ.

Độ ẩm: Không quá 10%

Chế biến: Thu hái quả chín, bỏ lấy hạt. Hạt được cắt lát hay bỏ đôi, phơi hoặc sấy khô.

Bảo quản: Để nơi khô mát, tránh mốc mọt.

Tính vị qui kinh: Vị cay, đắng tính âm, quy vào kinh vị, đại tràng.

Công năng chủ trị: Sát trùng tiêu tích, hành khí thông tiện, lợi thủy. Dùng trừ giun sán, chữa sốt rét, chữa tiểu bí, buốt rắt, bụng đầy trướng, đại tiện táo kết

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng 8 - 24 g, dạng thuốc sắc.

Hàm lượng tanin lớn nên dùng ngoài có tác dụng săn se niêm mạc.

Hạt cau có tác dụng kháng nấm và vius ngoài da. Trong dân gian dùng nước sắc hạt cau trị chốc đầu ở trẻ em.

Kiêng kỵ: Cơ thể hư nhược không nên dùng

2. Dược liệu Tô Mộc (Tên khoa học *Lignum Sappan*)

Gỗ lõi để nguyên hay chẻ nhỏ được phơi hay sấy khô của cây Vang (*Caesalpinia sappan* L.), họ Đậu (Fabaceae).

Mô tả: Dược liệu có hình trụ dài hay nửa trụ tròn đường kính 3 -12 cm, hay những thanh nhỏ, dài 10 cm hay hơn. Mặt ngoài các miếng lớn có màu đỏ vàng đến đỏ nâu, có vết dao dẽo và vết cãnh, thường có khe nứt dọc. Mặt cắt ngang hơi bóng, vòng tuổi thấy rõ rệt (màu da cam), có thể thấy màu nâu tối, có các lỗ nhỏ (mạch gỗ). Dễ tách thành từng mảnh theo thớ gỗ, tùy có lỗ rõ. Các thanh được chẻ nhỏ có màu hồng đỏ, có thể có những chỗ có màu nhạt hay đậm hơn. Chất cứng, nặng, không mùi, vị hơi se.

Vi phẫu: Mặt cắt ngang có tia gồm 1 - 2 hàng tế bào rộng. Mạch tròn, đường kính tới 160 μ m, thường chứa chất màu vàng nâu hay nâu đỏ. Sợi gỗ thường có hình nhiều cạnh,

thành rất dày. Tế bào mô mềm trong gỗ thành dày hóa gỗ, một số chứa tinh thể calci oxalat hình lăng trụ. Mô mềm tủy gồm các tế bào hình nhiều cạnh không đều, thành hơi hóa gỗ, có lỗ.

Bộ: Màu cam, nhiều mảnh mạch điểm, kích thước thay đổi. Mảnh mô mềm tủy tế bào có thành mỏng, đôi khi thành hơi hóa gỗ, có lỗ thủng. Sợi dài khoảng 400 μm , rộng khoảng 12 μm , màng dày, khoang hẹp, đứng riêng lẻ hay chụm lại thành từng bó. Tia ruột hợp thành góc với bó sợi, tạo thành các ô vuông, mảnh mô mềm thành dày hóa gỗ, ít thấy tinh thể calci oxalat.

Định tính:

A. Lấy một miếng dược liệu, nhỏ dung dịch calci hydroxyd (TT) lên bề mặt, xuất hiện màu đỏ thẫm.

B. Lấy 10 g bột dược liệu, thêm 50 ml nước, đun cách thủy 30 phút, thỉnh thoảng lắc đều, lọc. Dịch lọc có màu đỏ da cam, quan sát dưới ánh sáng tử ngoại (365 nm) có ánh lục vàng. Lấy 5 ml dịch lọc, thêm 2 giọt dung dịch natri hydroxyd 10% (TT) xuất hiện màu đỏ thẫm, quan sát dưới ánh sáng tử ngoại ở bước sóng 365 nm dung dịch có màu xanh lơ. Khi acid hóa dung dịch này với dung dịch acid hydrocloric 10% (TT) sẽ có màu da cam, quan sát dưới ánh sáng tử ngoại (365 nm) sẽ có ánh lục vàng.

C. Phương pháp sắc ký lớp mỏng (Dược điển Việt Nam IV)

Bản mỏng: Silicagel G

Dung môi khai triển: Cloroform – aceton – acid formic (8: 4: 1).

Dung dịch thử: Chiết 1 g bột dược liệu bằng 15 ml ethanol 95% (TT) trong 30 phút trong bể siêu âm. Lọc lấy dịch lọc, cô tới cạn. Hòa lại cạn trong 2 ml ethanol 95% (TT), dùng dịch này làm dịch chấm sắc ký.

Dung dịch đối chiếu: Lấy 1 g bột Tô mộc (mẫu chuẩn), chiết như mẫu thử.

Cách tiến hành: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 20 μl mỗi dung thử và dung dịch đối chiếu. Sau khi khai triển, để khô bản mỏng, quan sát dưới ánh sáng tử ngoại bước sóng 365 nm rồi phun dung dịch kali hydroxyd 3% trong methanol (TT). Trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có những vết tương tự về R_f và màu sắc với các vết của dung dịch đối chiếu khi quan sát dưới ánh sáng tử ngoại và sau khi phun dung dịch kiềm.

Thành phần hóa học: Trong tô mộc có tanin, axit galic, chất sappanin $\text{C}_{12}\text{H}_{12}\text{O}_4$, chất brasilin $\text{C}_{16}\text{H}_{14}\text{O}_5$ và tinh dầu.

Dịch chiết tô mộc có tác dụng kháng khuẩn tốt và bền vững ở nhiệt độ cao.

Độ ẩm: Không quá 11,0%

Chế biến: Thu hoạch vào mùa thu, chặt những cây gỗ già, đẽo bỏ phần gỗ giác trắng, lấy phần gỗ đỏ bên trong, cưa thành khúc và chẻ ra thành mảnh nhỏ, phơi hoặc sấy khô.

Bào chế: Cưa thành đoạn dài 3 cm, chẻ thành mảnh nhỏ hay tán thành bột thô.

Bảo quản: Để nơi khô ráo thoáng mát.

Tính vị, qui kinh: Vị ngọt tính bình. Quy vào các kinh Tâm, can, tỳ.

Công năng, chủ trị: Hành huyết thông kinh lạc khứ ú, tiêu viêm chỉ thống.

Chủ trị: Thống kinh, bế kinh, sản hậu huyết ú, đau nhói ngực bụng, sưng đau do sang chấn, nhiệt lý.

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng 3 - 9g hoặc phối ngũ trong các bài thuốc, dạng thuốc sắc, cao thuốc. Nhân dân dùng tô mộc làm thuốc săn da và cầm máu dùng trong các trường hợp tử cung chảy máu, đẻ mà mất máu quá nhiều, choáng váng, hoa mắt.

Kiêng kỵ: Phụ nữ có thai, huyết hư không ú trệ thì không nên dùng.

3. Dược liệu Hoàng bá (Tên khoa học *Cortex Phellodendri*)

Vỏ thân và vỏ cành (đã cạo bỏ lớp bần) phơi hay sấy khô của cây Hoàng bá (*Phellodendron chinense* Schneid. hoặc *Phellodendron amurense* Rupr.), họ Cam (Rutaceae).

Mô tả: Vỏ thân màu vàng nâu, dày 0,3 - 0,5 cm, dài 20 - 40 cm, rộng 3 - 6 cm. Mặt ngoài còn sót lại lớp bần màu nâu đất, có những vết lõm sần sùi và rãnh dọc, mặt trong màu nâu nhạt, có nhiều các vết nhăn dọc nhỏ, dài, vết bẻ lõm chớm, chất rắn, nhẹ, màu vàng rom. Vỏ cành cây dày 0,15 - 0,20 cm, mảnh dài cuộn lại thành hình ống. Mặt ngoài có lớp thụ bì màu nâu xám, khi bong ra để lộ lớp bần màu nâu sẫm, trên có lắm lắm nhiều vết lõm vỏ, mặt trong màu nâu nhạt hơn, có những vết nhăn nhỏ, dọc. Chất giòn, dễ bẻ, mặt bẻ lõm chớm, để lộ mô mềm màu vàng rom.

Vĩ phẫu: Lớp bần còn sót lại rất mỏng gồm vài hàng tế bào hình chữ nhật dẹt. Mô mềm vỏ chiếm 1/3 bề dày vỏ thân, gồm những tế bào có thành mỏng, nhiều đám sợi rải rác và có tinh thể calci oxalat hình thoi. Lớp libe cấp 2 dày, chiếm 2/3 bề dày vỏ thân, có nhiều đám sợi nằm trong libe, có thành dày, khoang hẹp; bên cạnh có tinh thể calci oxalat hình thoi. Tia ruột gồm 2 - 4 dãy tế bào hình chữ nhật, thành mỏng, xếp ngoằn ngoèo theo hướng xuyên tâm.

Bộ: Màu vàng tươi, không mùi, vị rất đắng. Soi kính hiển vi thấy: Rất nhiều đám sợi mang tinh thể calci oxalat hình lăng trụ, có đám sợi màu vàng nâu, hoặc vàng tươi, có đám sợi đứng riêng lẻ, thành dày. Mảnh mô mềm vỏ với các tế bào hình gần tròn. Mảnh bần

(còn sót lại) gồm các tế bào hình chữ nhật, thành hơi uốn lượn, màu vàng nâu. Quan sát dưới ánh sáng tử ngoại mặt cắt ngang dược liệu và bột vỏ thân có phát quang màu vàng tươi sáng.

Định tính

A. Lấy 0,2 g bột dược liệu, thêm 3 ml dung dịch acid sulfuric 1% (TT), đun nhẹ, lọc lấy 2 ml dịch lọc, thêm dần dung dịch bão hòa clor (TT). Để yên 10 phút, chỗ tiếp xúc giữa 2 lớp chất lỏng có 1 vòng màu đỏ sẫm.

B. Lấy 0,2 g bột dược liệu, thêm 1 ml ethanol 90% (TT), đun nhẹ, lọc.

Lấy 1- 2 giọt dịch lọc nhỏ trên lam kính, hơi nhẹ trên đèn cồn đến gần khô, thêm 1 giọt dung dịch acid nitric 25% (TT) hoặc 1 giọt acid hydrocloric (TT), đẩy lá kính mỏng lên. Sau 20 phút soi kính hiển vi thấy những tinh thể hình kim màu vàng tươi.

C. Phương pháp sắc ký lớp mỏng (Dược điển Việt Nam IV).

Bản mỏng: Silica gel G

Dung môi khai triển: Cyclohexan - ethylacetat – aceton (7: 3: 1,5).

Dung dịch thử: Lấy 0,1 g bột dược liệu, thêm 5 ml methanol (TT), đun nhẹ trong nồi cách thủy, lọc, lấy dịch lọc làm dung dịch thử.

Dung dịch đối chiếu: Hoà tan 1 mg berberinclorid trong 1 ml methanol (TT).

Cách tiến hành: Chấm riêng biệt lên bản mỏng 20 µl mỗi dung dịch trên. Sau khi triển khai sắc ký, lấy bản mỏng ra, để khô ở nhiệt độ phòng. Quan sát dưới ánh sáng tử ngoại ở bước sóng 365 nm. Trên sắc ký đồ của dung dịch thử phải có các vết phát quang màu vàng sáng cùng giá trị R_f và màu sắc với vết của berberin clorid chuẩn đặt được trên sắc ký đồ của dung dịch chuẩn. Nếu phun thuốc thử vanilin 1% trong acid sulfuric (TT), trên sắc ký đồ của dung dịch thử xuất hiện nhiều vết, trong đó có vết có màu đỏ và giá trị R_f giống vết của berberin clorid chuẩn đặt được trên sắc ký đồ của dung dịch đối chiếu.

Thành phần hóa học: Hoàng bá có chứa 1,6% berberin; còn có các alcaloid khác là palmatin, magnoflorin, jatrorrhizin, phellodendrin, menispermin, candicin. Ngoài ra còn có các chất đắng obakunon, obaculacton, và các chất khác: b-sitosterol và campesterol.

Một số các công trình nghiên cứu thành phần hóa học của Hoàng bá:

+ Berberine, Jatrorrhizine, Magnoflorine, Phellodendrine, Candicine, Palmatine, Menisperine, Obacunone, Obaculactone, Dictamninoide, Obacunonic acid, Lumicaeruleic acid, 7-Dehydrostigmasterol, b-Sitosterol, Campesterol (Trung Dược Học).

+ Berberine, Phellodendrine, Magnoflorine, Jatrorrhizine, Palmatine, Cancidine

(Quốc Hữu Thuận – Dược Học Tạp Chí (Nhật Bản) 1962, 82: 611; 1961, 81: 1370).

+ Hyspiol B (Bhandarin P và cộng sự – Agust J Chem, 1988, 41 (11): 1977).

+ Phellamurinm 10%, Amurensin 1% (Hesagawa M và cộng sự Chem Soc 1953, 75: 5507).

+ Dihydrophelloside, Phelloside (Shevchuk O I và cộng sự Khim Prir Pharmacol 1969, 21 (2): 181).

+ Herculin (Bhandari P và cộng sự, Aust J Chem 1988, 41 (11): 1777).

Độ ẩm: Không quá 13%

Chế biến: Vỏ thân và vỏ cành cạo sạch lớp bần, cắt thành từng miếng, phơi hoặc sấy khô ở 50°C.

Bảo quản: Để nơi thoáng gió, khô mát, tránh mốc mọt.

Tính vị, qui kinh: Vị đắng tính hàn. Quy vào các kinh thận, bàng quang.

Công năng, chủ trị: Thanh nhiệt táo thấp, tư âm giáng hỏa, giải độc.

Chủ trị: Âm hư phát sốt, xương đau âm ỉ, ra mồ hôi trộm; viêm tiết niệu; tả lỵ thấp nhiệt; hoàng đản; mụn nhọt lở ngứa.

Trong thành phần của Hoàng bá có Berberin nên có tác dụng kháng khuẩn, kháng nấm tốt. Có thể dùng ngoài để rửa mắt đắp chữa mụn nhọt, vết thương

Cách dùng, liều lượng: Ngày 6 - 12 g, dạng thuốc sắc hoặc hoàn tán

Kiêng kỵ: Tỳ hư, đại tiện lỏng, ăn uống không tiêu không nên dùng.

4. Dược liệu Dây kim ngân (Tên khoa học *Caulis cum folium Lonicerae*)

Cành và lá phơi hay sấy khô của cây Kim ngân (*Lonicera japonica* Thunb.) và một số loài khác cùng chi như *L. dasystyla* Rehd.; *L. confusa* DC. và *L. cambodiana* Pierre ex Danguy, họ Kim ngân (Caprifoliaceae).

Mô tả: Đoạn thân hình trụ dài 2 - 5 cm, đường kính 0,2 - 0,5 cm, vỏ ngoài màu nâu nhạt đến nâu sẫm, bên trong màu vàng nhạt, lõi xốp hoặc rỗng. Lá khô nguyên dạng hình trứng, mọc đối, dài 3 - 5 cm, cuống ngắn, cả hai mặt có lông mịn. Mùi thơm nhẹ, vị hơi đắng.

Vị phẫu:

- Thân: Mặt cắt ngang có thiết diện tròn. Biểu bì gồm một lớp tế bào nhỏ, đều đặn, mang nhiều lông che chở. Mô dày gồm 2 - 3 hàng tế bào thành dày xếp sát dưới lớp biểu bì. Mô mềm vỏ gồm những tế bào hình tròn, thành mỏng. Tế bào không đều có thành dày hoá gỗ tạo thành một vòng phía trong mô mềm vỏ. Libe tạo thành vòng liên tục. Các mạch

gỗ xếp thành hàng, các hàng tập hợp lại thành bó. Mô mềm ruột gồm các tế bào hình đa giác tròn, có thành hoá gỗ nhiều, tế bào càng ở trong kích thước càng lớn dần. Cành già thường có khuyết ở trung tâm.

- Lá:

+ Gân giữa: Biểu bì trên và biểu bì dưới gồm một lớp tế bào xếp đều đặn thành ngoài hoá cutin mang nhiều lông che chở. Mô dày xếp sát biểu bì trên và biểu bì dưới gồm 3 - 4 lớp tế bào hình đa giác tròn có thành dày ở góc. Mô mềm cấu tạo bởi các tế bào hình đa giác, có kích thước lớn, thành mỏng, rải rác mang tinh thể calci oxalat hình cầu gai. Bó libe gỗ ở giữa gân lá. Libe tạo thành vòng bao quanh gỗ.

+ Phiến lá: Biểu bì trên và biểu bì dưới gồm một hàng tế bào phía ngoài hoá cutin, rải rác mang lông che chở. Mô giậu gồm các tế bào hình chữ nhật xếp vuông góc với biểu bì trên.

Bột: Bột màu nâu nhạt, mùi thơm nhẹ, vị hơi đắng. Lông che chở đơn bào, thành dày, nhẵn, chân lông hơi phình. Lông che chở đa bào có đầu lông loe rộng hình đuôi trống. Mảnh biểu bì mang lông che chở. Mạch dẫn có các loại mạch vạch, mạch điểm, mạch mạng, mạch xoắn. Hạt tinh bột đơn, kép đôi hay kép ba. Tinh thể calci oxalat hình cầu gai. Mảnh mô mềm phiến lá. Mảnh biểu bì mang lỗ khí.

Định tính

A. Lấy 5 g bột dược liệu cho vào bình nón có dung tích 100 ml, thêm 20 ml ethanol 90% (TT). Lắc kỹ, đun cách thủy trong 15 phút, lọc. Cô dịch lọc trên cách thủy đến khi còn khoảng 5 ml. Lấy 1 ml dịch chiết vào ống nghiệm, thêm 2 - 3 giọt acid hydrochloric (TT) và một ít bột magnesi (TT) hoặc bột kẽm (TT), dung dịch chuyển từ màu vàng sang da cam đến đỏ.

B. Lấy 1 g bột dược liệu cho vào ống nghiệm, thêm 10 ml nước cất, lắc nhẹ trong 5 phút, lọc. Cho vào 2 ống nghiệm, mỗi ống 2 ml dịch lọc. Thêm 2 - 3 giọt dung dịch natri hydroxyd 10% (TT) vào ống nghiệm thứ nhất, dung dịch có màu vàng đậm hơn so với ống nghiệm thứ hai không thêm dung dịch natri hydroxyd 10%.

Thành phần hóa học: Cả cây chứa flavonoid chủ yếu là luteolin-7-rutinosid (lonicerin=scolymosid) loganin, secologanin, tanin, saponin, inositol, carotenoid cryptoxanthin

Độ ẩm: Không quá 12%

Chế biến: Hái cành mang lá, loại bỏ tạp chất, cắt khúc dài 2 - 5 cm, phơi trong bóng

râm hay sấy nhẹ đến khô.

Bảo quản: Để nơi khô mát, tránh sâu mọt.

Tính vị qui kinh: Vị ngọt, tính hàn, quy vào kinh phế, vị.

Công năng chủ trị: Thanh nhiệt, giải độc. Chủ trị: Ho do phế nhiệt, ban sởi, mụn nhọt, mày đay, lở ngứa, nhiệt độc, ly. Kim ngân có tác dụng kháng khuẩn mạnh và chống dị ứng

Cách dùng, liều lượng: Ngày 15 - 30 g, dạng thuốc sắc.

5. Dược liệu Kinh giới (Tên khoa học *Herba Elsholtziae ciliatae*)

Đoạn ngọn cành mang lá, hoa, đã phơi hay sấy khô của cây Kinh giới (*Elsholtzia ciliata* (Thunb.) Hyland.), họ Bạc hà (Lamiaceae).

Mô tả: Đoạn thân hoặc cành dài 30 - 40 cm, thân vuông, có lông mịn. Lá mọc đối hình trứng, dài 3 - 9 cm, rộng 2 - 5 cm, mép có răng cưa, gốc lá dạng nêm, men xuống cuống lá thành cánh hẹp, cuống dài 2 - 3 cm. Cụm hoa là một xim co ở đầu cành, dài 2 - 7 cm, rộng 1,3 cm. Hoa nhỏ, không cuống, màu tím nhạt. Quả bé nhỏ, thuôn, nhẵn bóng, dài 0,5 cm, Dược liệu mùi thơm đặc biệt, vị cay.

Vĩ phẫu: Thân: Biểu bì gồm một hàng tế bào hình chữ nhật, có lông che chở đa bào gồm 5 - 7 tế bào và lông tiết chân đơn bào đầu đa bào. Mô dày sát biểu bì, ở những chỗ lồi của thân lớp mô dày thường dày hơn. Mô mềm vỏ. Libe cấp 2. Tầng sinh libe- gỗ. Gỗ cấp 2 tạo thành một vòng liên tục. Mô mềm ruột.

Bột: Bột màu nâu đen, mùi thơm, vị cay. Soi kính hiển vi thấy: Mảnh biểu bì lá có nhiều lỗ khí và lông tiết, tế bào bạn của lỗ khí giống tế bào biểu bì, thành tế bào ngoằn ngoèo. Mảnh thân tế bào hình đa giác. Hạt phấn hoa màu vàng. Mảnh mạch mạng, mạch vạch.

Thành phần hóa học: Trong Kinh giới có chừng 1,8% tinh dầu.

Thành phần chủ yếu của tinh dầu này là d. Menton, một ít d. Limonen. Methylcyclohexanone, Benzaldehyde, 1-Octaen-3-Ol, 3-Octanone, 3-Octanol, Cymene, Limonence, Neomenthol, Menthol, Piperitone, Piperitenone, Humulene, Caryophyllene, b Pinene, 3,5-Dimethyl-2-Cyclohexen-1-One, Ethenyl Dimhyl Bezene, Cineole, Carvone, Dihydrocarvone

Độ ẩm: Không quá 12%

Chế biến: Lúc trời khô ráo, cắt lấy đoạn cành có nhiều lá và hoa, đem phơi hoặc sấy ở 40°-50°C đến khô.

Bào chế: Kinh giới rửa sạch, thái ngắn 2-3 cm để dùng sống, có thể sao qua hoặc sao

cháy (tăng tác dụng cầm máu)

Bảo quản: Để nơi khô mát, trong bao bì kín.

Tính vị, quy kinh: Vị cay tính ấm. quy vào các kinh can, phế.

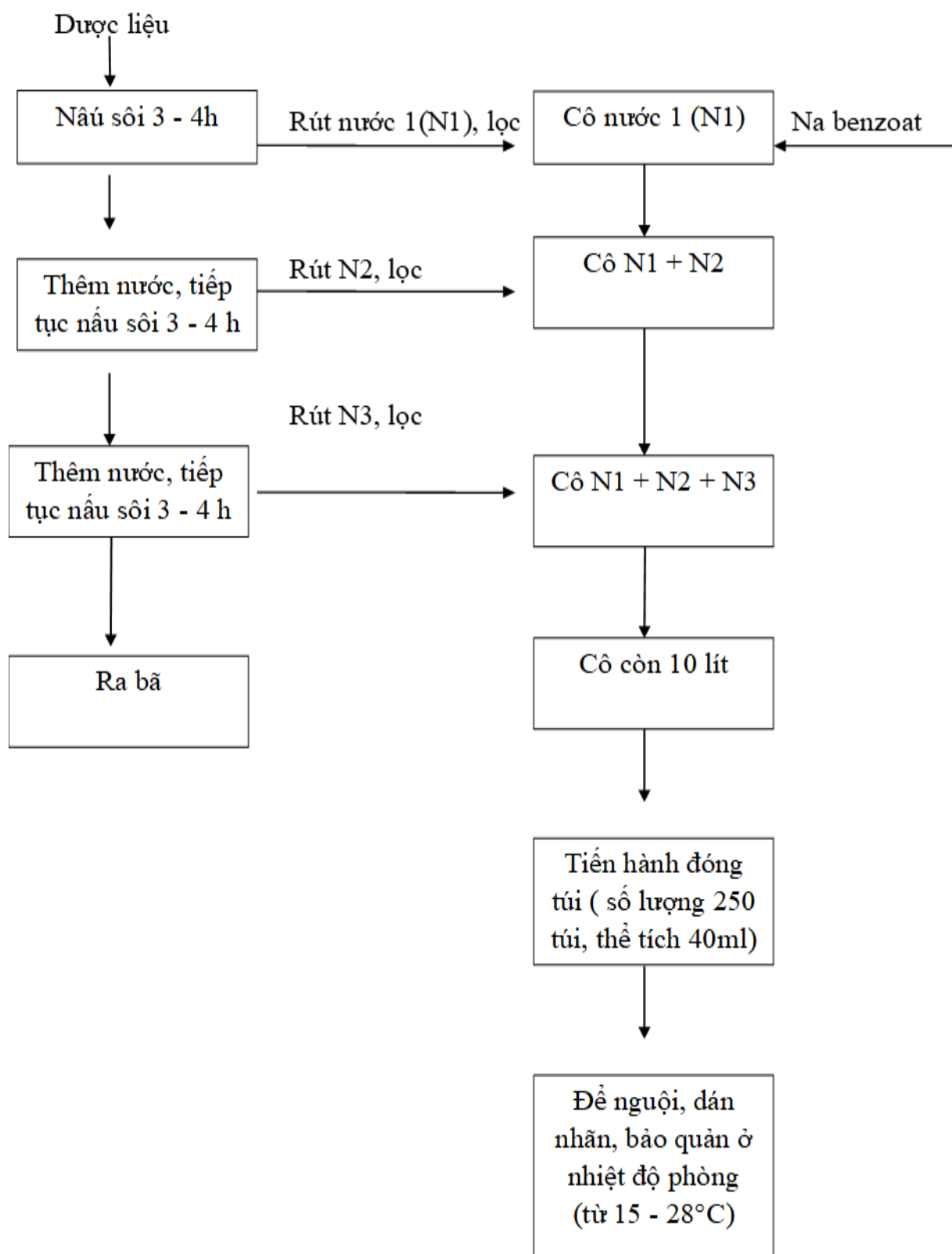
Công năng, chủ trị: Giải biểu, khu phong, chỉ ngứa, tuyên độc thấu chẩn.

Chủ trị: Cảm mạo, phong hàn, phong nhiệt, phong cầm khẩu, mụn nhọt, dị ứng, sỏi
mọc không tốt. Sao đen: Chi huyết. Chủ trị: rong huyết, băng huyết, thổ huyết, đại tiện ra
máu.

Cách dùng, liều lượng: Ngày dùng 10 - 16 g dược liệu khô, hoặc 30 g dược liệu tươi,
dưới dạng thuốc sắc hoặc hãm. Dùng ngoài, lượng thích hợp, sao vàng chà sát da khi bị dị
ứng ngứa.

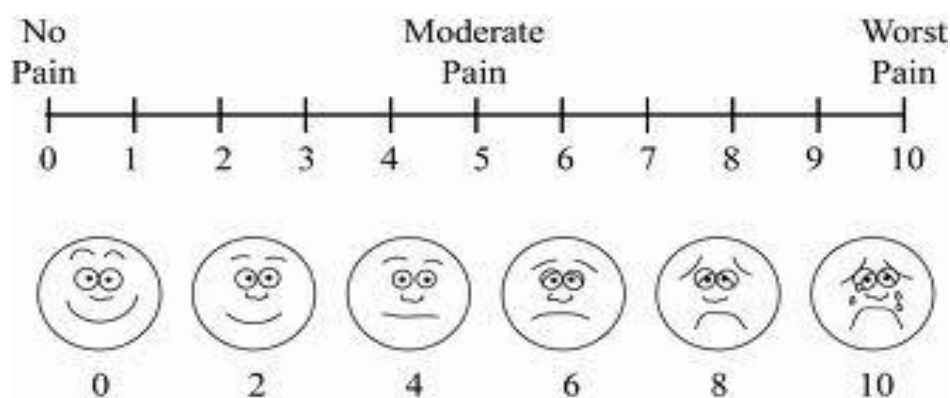
Kiên kỵ: Biểu hư, tự ra mồ hôi nhiều, không có ngoại cảm, phong hàn không nên
dùng.

PHỤ LỤC 3
SƠ ĐỒ TÓM TẮT QUY TRÌNH NẤU CAO



PHỤ LỤC 4

THƯỚC ĐO THANG ĐIỂM VAS



Hình 1. Thước đo thang điểm VAS

Sử dụng thước đo thang điểm VAS. Thước có hai phần:

- Phần dưới: từ 0 đến 10.
- Phần trên: có 6 hình mặt người biểu tượng cho trạng thái đau để mô tả và quy ước cho các mức độ đau bệnh nhân tự đánh giá, tương ứng với thước đo bên dưới.
- Cách thực hiện: người bệnh nhìn vào mặt biểu diễn các mức độ đau và chỉ vào mức độ đau mà bệnh nhân cảm nhận tại thời điểm đánh giá. Sau đó thấy thước sẽ xác định điểm đau tương ứng mà bệnh nhân chỉ.

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm quy đổi
VAS = 0	Không đau	1
$1 < \text{VAS} \leq 3$	Đau nhẹ	2
$3 < \text{VAS} \leq 6$	Đau vừa	3
$6 < \text{VAS} \leq 10$	Đau nặng	4

PHỤ LỤC 5
ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi,

Xác nhận rằng

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu **“Đánh giá tác dụng của Dung dịch ngâm trĩ NT1 trên người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa”** tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, phiên bản ICF [Phiên bản số.... ngày/...../....., Trang], và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.
- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính (nếu có) sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Đánh dấu vào ô thích hợp:

Có ☐

Không ☐

Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này.

Ký tên của người tham gia HOẶC người giám hộ (<i>đối với nghiên cứu trên đối tượng trẻ em, người già không đủ khả năng quyết định</i>)	Ngày/ tháng/ năm
Nếu cần,	
* Ký tên của người làm chứng	Ngày/ tháng/ năm
* Viết tên của người làm chứng	
Ký tên của nghiên cứu viên	Ngày/tháng/năm
Viết tên của nghiên cứu viên	

PHỤ LỤC 6
DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

STT	Số bệnh án	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ
1	497	Lê Viết H	29	Nam	Hoằng Hóa – Thanh Hóa
2	450	Lê Văn T	54	Nam	Thiệu Hóa – Thanh Hóa
3	480	Đàm Thị T	48	Nam	Hàm Rồng – Thanh Hóa
4	666	Lê Ngọc Q	29	Nam	Hoằng hóa – Thanh Hóa
5	824	Nguyễn Mạnh H	66	Nam	Thiệu Hóa – Thanh Hóa
6	823	Lương Thị P	37	Nữ	Quan Sơn – Thanh Hóa
7	826	Trương Văn N	58	Nam	Đông Hải – Thanh Hóa
8	990	Nguyễn Hồng U	49	Nam	Hoằng Hoá – Thanh Hóa
9	066	Lê Duy Q	67	Nam	Nghi Sơn – Thanh Hóa
10	384	Lê Nguyên T	42	Nam	Nam Ngạn – Thanh Hóa
11	685	Trịnh Thị P	52	Nữ	Vĩnh Lộc – Thanh Hóa
12	686	Trịnh Thị H	46	Nữ	Yên Định – Thanh Hóa
13	721	Trần Thị X	65	Nữ	Thọ Xuân – Thanh Hóa
14	717	Nguyễn Thị Q	65	Nữ	Trường Thi – Thanh Hóa
15	840	Nguyễn Văn Đ	44	Nam	Hoằng Hoá – Thanh Hóa
16	856	Bùi Thanh T	66	Nam	Quảng Thành – Thanh Hóa
17	860	Trần Thị N	64	Nữ	Nông Cống – Thanh Hóa
18	881	Đỗ Huy Đ	65	Nam	Ngọc Trạo – Thanh Hóa
19	916	Trươn Văn T	30	Nam	Sầm Sơn – Thanh Hóa
20	921	Nguyễn Văn H	67	Nam	Tân Sơn – Thanh Hóa
21	926	Lê Thị T	48	Nữ	Đông Sơn – Thanh Hóa
22	928	Phạm Thị L	60	Nữ	Nga Sơn – Thanh Hóa
23	930	Đỗ Đức T	48	Nam	Trường Thi – Thanh Hóa

24	932	Lê Thị T	38	Nữ	Hoảng Hoá – Thanh Hóa
25	836	Nguyễn Duy X	30	Nam	Thiệu Khánh – Thanh Hóa
26	942	Lê Viết M	44	Nam	Hoảng Hoá – Thanh Hóa
27	954	Nguyễn Thị T	64	Nữ	Quảng Hưng – Thanh Hóa
28	968	Lê Thị H	65	Nữ	Đông Vệ – Thanh Hóa
29	976	Chu Tất B	32	Nam	Sà Thầy – Kon Tum
30	959	Nguyễn Thành V	56	Nam	Yên Định – Thanh Hóa
31	528	Lê Đình Q	53	Nam	Ngọc Sơn – Thanh Hoá
32	523	Hoàng Văn L	62	Nam	Vạn Lộc – Thanh Hoá
33	089	Lê Xuân H	32	Nam	Tiên Trang – Thanh Hoá
34	327	Lê Thị H	66	Nữ	Hàm Rồng – Thanh Hoá
35	864	Lê Thị H	46	Nữ	Hạc Thành – Thanh Hoá
36	297	Trần Văn S	52	Nam	Trường Thi – Thanh Hóa
37	472	Hồ Văn Ph	70	Nam	Hoảng Hoá – Thanh Hóa
38	546	Nguyễn Thị L	57	Nữ	Đông Tân – Thanh Hóa
39	561	Lê Tiến H	36	Nam	Đông Thành – Thanh Hóa
40	591	Nguyễn Thị N	69	Nữ	Như Xuân – Thanh Hóa
41	747	Hoàng Thị M	65	Nữ	Trường Thi – Thanh Hóa
42	790	Phạm Văn L	68	Nam	Đông Sơn – Thanh Hóa
43	981	Lê Quý S	42	Nữ	Nghi Sơn – Thanh Hóa
44	894	Lê Thị Thanh Q	39	Nữ	Ba Đình – Thanh Hóa
45	967	Lương Văn T	48	Nam	Nga Sơn – Thanh Hóa
46	037	Nguyễn Duy H	63	Nam	Đông Thọ – Thanh Hóa
47	434	Vũ Thị Q	60	Nữ	Hà Trung – Thanh Hóa
48	649	Phạm T	37	Nam	Hà Trung – Thanh Hóa
49	934	Nguyễn Thị H	39	Nữ	Lam Sơn – Thanh Hóa
50	085	Nguyễn Viết M	69	Nam	Vĩnh Lộc – Thanh Hóa

51	127	Lê Thị Đ	65	Nữ	Tào Xuyên – Thanh Hóa
52	135	Trần Văn C	42	Nam	Hậu Lộc – Thanh Hóa
53	185	Đỗ Hữu C	48	Nam	Phú Sơn – Thanh Hóa
54	221	Nguyễn Hữu Q	69	Nam	Lam sơn – Thanh Hóa
55	231	Hoàng Thị X	61	Nữ	Đông sơn – Thanh Hóa
56	235	Lê Thị V	62	Nữ	Thạch Thành – Thanh Hóa
57	242	Bùi Thị T	46	Nữ	Bá Thước – Thanh Hóa
58	359	Nguyễn Phương N	32	Nam	Hạc Thành – Thanh Hóa
59	362	Đàm Thuý L	39	Nữ	Thường Xuân – Thanh Hóa
60	375	Mai Hữu H	64	Nam	Nga Sơn – Thanh Hóa
61	0384	Nguyễn Tuấn H	58	Nam	Hậu Lộc – Thanh Hóa
62	386	Lê Trọng H	49	Nam	Xuân Trường – Thanh Hóa
63	528	Phạm Đình Q	68	Nam	Nông Cống – Thanh Hóa
64	468	Nguyễn Thị T	42	Nữ	Nông Cống – Thanh Hóa
65	0453	Lê Minh N	45	Nữ	Sầm Sơn – Thanh Hóa
66	999	Lê Công T	56	Nam	Thống Lợi – Thanh Hóa
67	255	Nguyễn Duy V	54	Nam	Hạc Thành – Thanh Hóa
68	442	Trần Thị H	38	Nữ	Ngọc Sơn – Thanh Hóa
69	530	Mai Danh M	53	Nam	Hoa Lộc – Thanh Hóa
70	877	Lê Thị K	50	Nữ	Hợp Tiến – Thanh Hóa

Thanh Hóa, ngày 03 tháng 11 năm 2025

XÁC NHẬN CỦA BỆNH VIỆN YDCT THANH HÓA