

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TÊ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN MINH TUẤN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU,
BÍ TIỂU CƠ NĂNG CỦA ĐIỆN CHÂM
TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TRĨ BẰNG
PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Hà Nội – 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TÊ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN MINH TUẤN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU,
BÍ TIỂU CƠ NĂNG CỦA ĐIỆN CHÂM
TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TRĨ BẰNG
PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : CK 62 72 60 01

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

Trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu tại Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, tôi đã nhận được nhiều sự giúp đỡ tạo điều kiện của các tập thể, cá nhân, gia đình và bạn bè. Tôi xin bày tỏ lời cảm ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, phòng Đào tạo sau đại học, các Bộ môn, Khoa phòng của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam; 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 và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới PGS.TS. Lê Mạnh Cường và TS. Hán Huy Truyền, những người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo tôi những kinh nghiệm quý báu, luôn tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý Thầy, Cô - những nhà khoa học trong Hội đồng thông qua đề cương và Hội đồng chấm luận văn đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu và khoa học để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi cũng xin gửi lời tri ân tới các người bệnh đã tham gia nghiên cứu này.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến những người thân trong gia đình cùng những người bạn đã luôn bên tôi, chia sẻ và tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong thời gian học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 21 tháng 01 năm 2026

Học viên

Nguyễn Minh Tuấn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Minh Tuấn, học viên lớp Bác sĩ chuyên khoa II, Khóa 9, chuyên ngành Y học cổ truyền - 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 khoa học của 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 và chấp nhận của cơ sở nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 21 tháng 01 năm 2026

Người viết cam đoan

Nguyễn Minh Tuấn

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Bệnh trĩ theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	3
1.1.2. Chẩn đoán	4
1.1.3. Phân loại.....	5
1.1.4. Điều trị	6
1.2. Bệnh trĩ theo Y học cổ truyền	7
1.2.1. Bệnh danh	7
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	7
1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị	8
1.3. Phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan	13
1.3.1. Chỉ định.....	13
1.3.2. Các bước tiến hành.....	14
1.3.3. Theo dõi	14
1.3.4. Xử trí biến chứng	15
1.4. Sinh lý đau	15
1.4.1. Định nghĩa.....	15
1.4.2. Receptor cảm nhận đau.....	15
1.4.3. Đường dẫn truyền cảm giác đau	16
1.4.4. Đau sau mổ trĩ.....	16
1.4.5. Các tác động của đau sau mổ	17
1.4.6. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau sau mổ.....	17
1.4.7. Kỹ thuật giảm đau sau mổ	18
1.5. Sinh lý quá trình bài tiết nước tiểu và phản xạ tiểu tiện.....	18
1.5.1. Sinh lý tiểu tiện	18
1.5.2. Đặc điểm cấu tạo của bàng quang.....	19
1.5.3. Sự kiểm soát của thần kinh trong phản xạ tiểu tiện	19
1.5.3. Bí tiểu và nguyên nhân gây bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ	20
1.5.4. Chẩn đoán	21
1.5.5. Quan điểm của Y học cổ truyền	21
1.5.5. Điều trị	22
1.6. Phương pháp điện châm.....	22

1.6.1. Khái niệm.....	MỤC LỤC	22
1.6.2. Cơ chế tác dụng theo Y học hiện đại.....		22
1.6.3. Cơ chế tác dụng theo Y học cổ truyền		24
1.6.4. Chỉ định.....		25
1.6.5. Liệu trình điện châm		25
1.7. Tình hình nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam.....		26
1.7.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....		26
1.7.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam.....		26
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU		28
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu		28
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu		28
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu		29
2.2. Đối tượng nghiên cứu		29
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh.....		29
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh		30
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....		30
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....		30
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu		30
2.3.3. Quy trình nghiên cứu		31
2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....		32
2.3.5. Phương pháp đánh giá kết quả		33
2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu		34
2.5. Xử lý số liệu.....		34
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu		34
Chương 3. KẾT QUẢ		36
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....		36
3.1.1. Đặc điểm về tuổi		36
3.1.2. Đặc điểm theo giới.....		37
3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....		37
3.1.4. Thời gian mắc bệnh.....		38
3.1.5. Độ trĩ		38
3.1.6. Yếu tố nguy cơ gây bệnh		39
3.1.7. Phân bố theo thể bệnh trĩ YHCT		40
3.2. Kết quả điều trị.....		40

3.2.1. Tỷ lệ số lần can thiệp giảm đau trong thời gian sau mổ 24 giờ.....	40
3.2.2. Số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày quá trình điều trị	41
3.2.3. Thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ.....	41
3.2.4. Số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị.....	42
3.2.5. Sự thay đổi điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu.....	43
3.2.6. Thời gian người bệnh xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ.....	44
3.2.7. Đặc điểm triệu chứng bí tiểu cơ năng trước điều trị	45
3.2.8. Cải thiện triệu chứng bí tiểu sau 01 lần can thiệp	46
3.2.9. Tỷ lệ người bệnh can thiệp đặt thông tiểu trong quá trình nghiên cứu	47
3.2.10. Cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng sau can thiệp lần 1	47
3.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn.....	48
3.3.1. Theo dõi thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị	48
3.3.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	48
Chương 4. BÀN LUẬN.....	50
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	50
4.1.1. Đặc điểm về tuổi	50
4.1.2. Đặc điểm theo giới.....	51
4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....	52
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	53
4.1.5. Độ trĩ.....	53
4.1.6. Yếu tố nguy cơ gây bệnh	55
4.1.7. Phân bố theo thể bệnh trĩ YHCT.....	56
4.2. Kết quả điều trị.....	57
4.2.1. Tỷ lệ số lần can thiệp giảm đau trong thời gian sau mổ 24 giờ.....	57
4.2.2. Số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày quá trình điều trị.....	59
4.2.3. Thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ.....	60
4.2.4. Số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị.....	61
4.2.5. Sự thay đổi điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu.....	62
4.2.6. Thời gian người bệnh xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ.....	63
4.2.7. Đặc điểm triệu chứng bí tiểu cơ năng trước nghiên cứu	64
4.2.8. Cải thiện triệu chứng bí tiểu sau 01 lần can thiệp	65
4.2.9. Tỷ lệ người bệnh can thiệp đặt thông tiểu trong quá trình nghiên cứu	67
4.2.10. Cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng sau điều trị	68
4.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn.....	69

KẾT LUẬN.....	MỤC LỤC.....	70
KIẾN NGHỊ.....		71
TÀI LIỆU THAM KHẢO		72
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_n	Thời gian điều trị ngày n (với n là các số tự nhiên thể hiện ngày điều trị của người bệnh)
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS	33
Bảng 2.2. Đánh giá khả năng tiểu tiện của người bệnh.....	33
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi.....	36
Bảng 3.2. Phân bố theo yếu tố nguy cơ gây bệnh	39
Bảng 3.3. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh trĩ YHCT	40
Bảng 3.4. Tỷ lệ số lần can thiệp giảm đau trong thời gian sau mổ 24 giờ	40
Bảng 3.5. Số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày trong quá trình điều trị.....	41
Bảng 3.6. Phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ.....	41
Bảng 3.7. Số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị	42
Bảng 3.8. Sự thay đổi điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu	43
Bảng 3.9. Phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ.....	44
Bảng 3.10. Đặc điểm triệu chứng bí tiểu cơ năng trước điều trị	45
Bảng 3.11. Cải thiện triệu chứng bí tiểu sau 01 lần can thiệp.....	46
Bảng 3.12. Tỷ lệ người bệnh can thiệp đặt thông tiểu trong quá trình nghiên cứu.....	47
Bảng 3.13. Mức độ cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng sau can thiệp lần 1.....	47
Bảng 3.14. Theo dõi thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị	48
Bảng 3.15. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	48

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính.....	37
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	37
Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh.....	38
Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh theo độ tuổi.....	38

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Phân loại bệnh trĩ	5
Hình 1.2. Phân độ trĩ nội	5
Hình 1.3. Phương pháp phẫu thuật Milligan - Morgan.....	13
Hình 1.4. Sinh lý bài bài tiết nước	19
Hình 1.5. Giản đồ về sự liên quan giữa vùng da và nội tạng theo Zakharin và Head	24

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là một bệnh lý lành tính vùng hậu môn trực tràng, khá phổ biến và có tỷ lệ mắc khá cao trong cộng đồng. Thống kê cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh trĩ trong cộng đồng chiếm 58 – 86 % [1],[2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ người mắc bệnh trĩ lên đến 55% dân số [3]. Bệnh trĩ tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây khó chịu, ảnh hưởng đến tâm lý, sức khỏe và khả năng lao động của người bệnh, đây là căn bệnh tế nhị, người bệnh rất ngại khi khám, đa phần chỉ đến khám bệnh đã nặng hay có biến chứng hoặc đã thất bại với các phương pháp điều trị bảo tồn trước đó. Do đó việc điều trị lúc này chủ yếu là phẫu thuật [4].

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng như: Milligan - Morgan, Longo, Ferguson, khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn siêu âm Doppler (THD); theo kết quả thống kê năm 2015 tại Khoa Ngoại - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương (2015) chỉ định phẫu thuật phổ biến nhất là phương pháp Milligan - Morgan chiếm 65,2% . Ưu điểm của phẫu thuật này là dễ áp dụng, khả năng điều trị triệt căn cao [5].

Tuy phẫu thuật trĩ là phương pháp điều trị hiệu quả tốt 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 đau, bí tiểu, chảy máu, sưng nề, rỉ dịch,... sau phẫu thuật làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống và sinh hoạt của người bệnh. Đau và bí tiểu sau mổ là lý do sợ hãi chính mà người bệnh ngại chấp nhận điều trị bằng phương án phẫu thuật nên thường tự điều trị hoặc điều trị không đúng phương pháp. Đây cũng là mối quan tâm của các phẫu thuật viên khi điều trị bệnh trĩ bằng phương pháp phẫu thuật. Vì vậy giảm đau và giải quyết tình trạng bí tiểu sau mổ trĩ là một vấn đề bức thiết [3],[6].

Chính vì vậy, việc điều trị đau và bí tiểu sau mổ là vô cùng cần thiết. Hiện nay Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều thuốc được sử dụng để giảm đau sau mổ trĩ như: paracetamol, NSAIDs (feldene, voltaren...), các dẫn xuất opioid (codein và tramadol) và morphin. Ưu điểm của việc sử dụng các loại thuốc trên là giảm đau tốt, thuận tiện nhưng có nhược điểm là gây đau do tiêu hoặc gây các tác dụng không mong muốn như: viêm loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, rối loạn nhu động ruột. Đối với tình trạng bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ nói chung và sau các phẫu thuật vùng tiểu khung nói riêng điều trị bằng phương pháp: dùng thuốc, chườm ấm vùng hạ vị, xoa bồng quang, đặt sonde tiểu...Tuy nhiên, các phương pháp trên hiệu quả điều trị thấp, phương pháp đặt sonde tiểu giải quyết được vấn đề triệt

đề nhưng để lại biến chứng tổn thương niệu đạo, bàng quang, nhiễm khuẩn tiết niệu...[6],[7].

Trong khi đó, Y học cổ truyền (YHCT) tham gia hỗ trợ và điều trị giảm đau bằng các phương pháp điều trị dùng thuốc (thuốc uống, thuốc ngâm, thuốc bôi, ...) và phương pháp không dùng thuốc (điện châm, xoa bóp bấm huyệt, cứu, ...) mang lại hiệu quả điều trị cao trên lâm sàng, an toàn cho người bệnh và hạn chế được tác dụng phụ của các phương pháp điều trị bằng YHHĐ [8],[9].

Điện châm nhóm công thức huyệt bao gồm: Khúc cốt, Trung cực, Quan nguyên, Khí hải, Thiên khu, Thượng liêu, Thử liêu, Trung liêu hiện đang được áp dụng tại Khoa Ngoại phụ và chuyên khoa - Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ bước đầu ghi nhận hiệu quả điều trị triệu chứng đau và bí tiểu trên người bệnh đau sau phẫu thuật cắt trĩ. Tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này, xuất phát từ thực tiễn đó và nhằm góp phần đa dạng hóa phương pháp điều trị bằng YHCT, tăng cường lựa chọn cho người bệnh, vì vậy tôi tiến hành đề tài nghiên cứu **“Đánh giá tác dụng điều trị giảm đau, bí tiểu cơ năng của điện châm trên người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan”** với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng điều trị giảm đau, bí tiểu cơ năng của điện châm trên người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ.*

2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.*

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Bệnh trĩ theo Y học hiện đại

Theo YHHĐ trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ là do những cấu trúc này bị chuyển đổi sang trạng thái bệnh lý do yếu tố cơ học làm giãn, lỏng lẻo hệ thống nâng đỡ gây sa búi trĩ và yếu tố mạch máu làm giãn mạch gây chảy máu [10].

1.1.1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.1.1.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân của bệnh trĩ chưa được xác định rõ ràng, nhiều yếu tố được coi như là nguyên nhân thuận lợi cho việc phát sinh bệnh:

- Yếu tố giống nòi, gia đình
- Yếu tố nghề nghiệp: người phải đứng lâu, ngồi nhiều, ít đi lại có tỉ lệ nguy cơ mắc trĩ cao hơn.
- Yếu tố tuổi: nguy cơ mắc trĩ tăng theo tuổi, tuổi càng cao thành mạch càng kém đàn hồi.
- Rối loạn lưu thông đường tiêu hóa: táo bón, ỉa chảy kéo dài làm tăng áp lực trong lòng ống hậu môn.
- Yếu tố nội tiết: thai kỳ ở phụ nữ.
- Một số bệnh lý: tăng trương lực cơ thắt trong, ly, viêm đại tràng, u hậu môn trực tràng và tiểu khung khi to có thể gây chèn ép và cản trở đường về tĩnh mạch hồi lưu làm cho các đám rối trĩ căng phồng lên tạo thành bệnh trĩ
- Chế độ ăn ít chất xơ, gia vị có tính kích thích, đồ uống có cồn.
- Ngoài ra các nguyên nhân gây tăng áp lực ổ bụng là yếu tố thuận lợi gây bệnh trĩ [10],[11].

1.1.1.2. Cơ chế bệnh sinh

Có nhiều thuyết đánh giá về cơ chế bệnh sinh của bệnh trĩ, tuy nhiên có hai thuyết được nhiều người công nhận hơn cả là thuyết huyết động và thuyết cơ học:

- *Thuyết huyết động*: Được mô tả theo các nghiên cứu mô học và quan sát trên kính hiển vi điện tử, thuyết này liên quan đến cả tuần hoàn động- tĩnh mạch. Diện vi tuần hoàn của ống hậu môn chứa các Shunt động- tĩnh mạch có khả năng phản ứng với các kích thích nội tiết hoặc sinh lý thần kinh. Các Shunt động- tĩnh mạch ở tuần hoàn nông dưới niêm mạc đóng lại khi nghỉ ngơi cho phép sự trao đổi máu trong mô. Khi chúng nở ra đột ngột dưới tác động của các kích thích làm gia tăng lượng máu trong động tĩnh mạch trĩ, kết quả

là mô không được nuôi dưỡng. Hiện tượng này đi kèm theo sự co thắt mạch và làm gia tăng áp lực đột ngột và giãn đám rối tĩnh mạch trĩ. Điều này giải thích tại sao chảy máu trong bệnh trĩ lại là máu đỏ tươi do đám rối tĩnh mạch trĩ giãn ra và chứa đầy máu động mạch. Các triệu chứng lâm sàng có thể nặng lên do viêm nhiễm và huyết khối, khi dòng máu tĩnh mạch bị tắc nghẽn bởi gắng sức do táo bón do trĩ sa.

- *Thuyết cơ học*: Trĩ nội được giữ tại chỗ đúng vị trí nhờ các dải xơ cơ có tính đàn hồi. Khi có hiện tượng thoái hóa keo thì các dải này nhẽo dần đến đứt hoặc tình trạng các mô lỏng lẻo. Thành tĩnh mạch không được các tổ chức bao quanh nâng đỡ sinh ra trĩ. Hiện tượng thoái hóa này bắt đầu từ độ tuổi 20 bởi vậy bệnh trĩ ít thấy ở trẻ em. Khi đã có sự trùng nhẽo đứt các dây chằng, tổ chức nâng đỡ và áp lực trong các khoang bụng tăng lên do táo bón kinh niên, rối loạn đại tiện hay các nguyên nhân khác thì các búi trĩ nội phồng to bị đẩy ra ngoài hậu môn. Lúc đầu trĩ còn nằm trong lòng hậu môn nhưng khi các dải treo đứt hẳn chúng sa ra ngoài và thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn [10],[12].

1.1.2. Chẩn đoán

1.1.2.1. Lâm sàng

- Đại tiện ra máu đỏ tươi.
- Sa lòi búi 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 lòi ra ngoài hoặc phát hiện khi thăm hậu môn trực tràng.
- Đau hậu môn
- Ngứa hậu môn
- Ngoài ra có thể xuất hiện: tình trạng thiếu máu do chảy máu kéo dài gây nên, nghẹt búi trĩ, huyết khối búi trĩ.

Trong đó 2 triệu chứng thường gặp nhất là đại tiện ra máu và sa búi trĩ [10],[12],[13].

1.1.2.2. Cận lâm sàng:

- Soi hậu môn trực tràng: soi bằng ống soi hậu môn để đánh giá tổn thương của bệnh trĩ, qua soi hậu môn trực tràng để phân độ trĩ nội và đánh giá tổn thương khác ở vùng hậu môn trực tràng như: ung thư trực tràng, nứt kẽ hậu môn, polyp trực tràng, viêm loét đại trực tràng, ...

- Công thức máu: có thể xuất hiện tình trạng thiếu máu khi trĩ chảy máu kéo dài [10],[12].

1.1.3. Phân loại

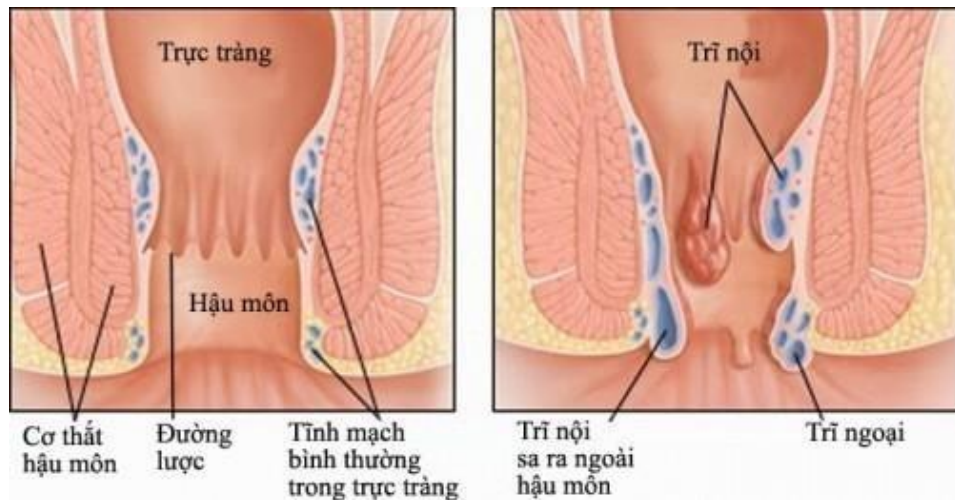
Phân loại theo Goligher J.C là phân loại được chấp nhận và áp dụng nhiều trong thực tế lâm sàng, tác giả này đã dựa vào nguồn gốc hình thành búi trĩ, đường lược và mức độ sa của búi trĩ trên lâm sàng để phân theo loại và mức độ trĩ [14].

- Theo giải phẫu: Đường lược là mốc giải phẫu mô học, trĩ được phân thành trĩ nội, trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp:

+ Trĩ nội: hình thành từ đám rối trĩ nội, nằm ở khoang dưới niêm mạc, phía trên đường lược và được phủ bởi niêm mạc, không nhạy cảm với cảm giác đau.

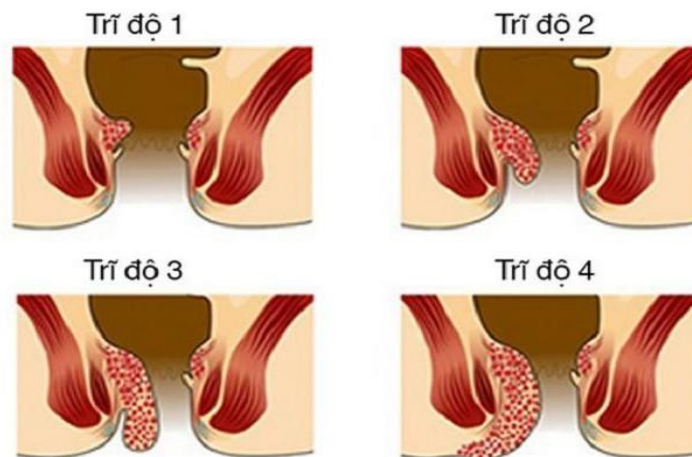
+ Trĩ ngoại: hình thành từ đám rối trĩ ngoại, nằm ở khoang cạnh hậu môn, phía dưới đường lược và được phủ bởi biểu mô vảy nhạy cảm với cảm giác đau.

+ Trĩ hỗn hợp: khi trĩ nội, trĩ ngoại phát triển và kết nối lại với nhau, thì gọi là trĩ hỗn hợp, có niêm mạc phủ ở phần trên và da hậu môn phủ ở phần dưới.



Hình 1.1. Phân loại bệnh trĩ

- Theo mức độ sa: Trĩ nội được chia làm 4 độ:



Hình 1.2. Phân độ trĩ nội

+ Độ 1: búi trĩ lồi vào trong lòng ống hậu môn, nhưng không sa ra ngoài lỗ ngoài ống hậu môn khi đại tiện, xung huyết, chảy máu khi đại tiện.

+ Độ 2: búi trĩ sa ra ngoài lỗ ngoài ống hậu môn khi đại tiện, nhưng tự co vào lòng ống hậu môn sau khi đại tiện, có thể kèm ra máu tươi.

+ Độ 3: búi trĩ sa ra ngoài lỗ ngoài ống hậu môn khi đại tiện, nhưng không tự co vào phải dùng tay đẩy vào ống hậu môn, có thể kèm ra máu tươi khi đại tiện.

+ Độ 4: búi trĩ sa liên tục ở ngoài lỗ ngoài ống hậu môn, không thể đẩy vào, gồm cả trường hợp trĩ sa tắc mạch, có thể kèm ra máu khi đại tiện [15],[16],[17].

- Thể bệnh:

+ Thể búi: khi các búi trĩ ở cạnh nhau còn đứng riêng rẽ chưa liên kết với nhau, giữa các búi trĩ còn phần tổ chức lành.

+ Thể vòng: khi các búi trĩ ở cạnh nhau, liên kết với nhau thành vòng hoặc chiếm trên $\frac{3}{4}$ chu vi ống hậu môn [17],[18],[19].

1.1.4. Điều trị

1.1.4.1. Điều trị nội khoa

- Thay đổi lối sống:

+ Tập thói quen đi ngoài đều đặn hàng ngày.

+ Điều chỉnh thói quen ăn uống: tránh các chất kích thích như cà phê, rượu, trà. Tránh các thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu. Uống nước đầy đủ. Ăn nhiều chất xơ.

+ Vận động thể lực: nên tập thể dục và chơi các môn thể thao nhẹ như bơi lội, đi bộ...

+ Tránh lao động thường xuyên ở tư thế ngồi hay đứng lâu.

- Vệ sinh tại chỗ tốt bằng phương pháp ngâm nước ấm 2 – 3 lần/ngày, mỗi lần 15 phút.

- Điều trị bằng thuốc:

+ Thuốc đường toàn thân: gồm các thuốc có tác nhân trợ tĩnh mạch, dẫn xuất từ flavonoid. Cơ chế tác động của các thuốc này là làm gia tăng trương lực tĩnh mạch, tăng cường sức bền mạch máu, làm giảm tính căng giãn và ứ trệ của tĩnh mạch, bảo vệ vi tuần hoàn, giảm phù nề nhờ tác động kháng viêm tại chỗ, chống nhiễm trùng và chống tắc mạch, ví dụ như các thuốc: Dapflon, Ginkofor, Ngoài ra còn có các thuốc nhuận tràng, các thuốc điều trị triệu chứng như chống viêm, giảm đau, ...

+ Đường tại chỗ: gồm các loại thuốc mỡ và đạn bao gồm các tác nhân kháng viêm, vô cảm tại chỗ và dẫn xuất trợ tĩnh mạch. Một số thuốc hay dùng như: Titanoreine, Proctolog, ... [10],[20],[21].

1.1.4.2. Điều trị ngoại khoa

- Điều trị bằng thủ thuật: tiêm xơ búi trĩ, thắt búi trĩ bằng vòng cao su, liệu pháp đông lạnh, quang học, đốt điện là những thủ thuật được áp dụng để loại trừ búi trĩ độ I, độ II. Ưu điểm của các phương pháp này là thực hiện đơn giản. Nhược điểm là không áp dụng được với các búi trĩ độ III, độ IV; phải thực hiện nhiều lần.

- Điều trị bằng phẫu thuật:

+ Chỉ định: trĩ chảy máu nhiều, trĩ nội độ III, IV, trĩ ngoại lớn, trĩ tắc mạch, trĩ viêm nghệt hoặc khi các phương pháp điều trị nội khoa không kết quả.

+ Một số phương pháp phẫu thuật: phương pháp Milligan-Morgan, khâu triệt mạch và treo trĩ bằng tay theo phương pháp Hussein cải biên, khâu triệt mạch và treo trĩ bằng máy bấm theo phương pháp Longo, trĩ ngoại tắc mạch: rạch búi trĩ lấy cục đông, ... Nhiều các phương pháp phẫu thuật đã được áp dụng, tuy nhiên phổ biến nhất hiện nay ở Việt Nam là phẫu thuật Longo và Milligan - Morgan.

+ Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật như đau, chảy máu, bí tiểu, nhiễm trùng, trĩ tắc mạch, hẹp hậu môn-trực tràng, rò âm đạo-trực tràng, ... [10],[22].

1.2. Bệnh trĩ theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Theo YHCT bệnh trĩ hậu môn nằm trong chứng Hạ trĩ. Các sách cổ chia làm 5 loại trĩ: Mẩu Trĩ, Tẩn Trĩ, Trường Trĩ, Mạch Trĩ, Huyết Trĩ. Sách “Tế Sinh Phương” viết: “Đa số do ăn uống không điều độ, uống rượu quá mức, ăn nhiều thức ăn béo, ngồi lâu làm cho thấp tụ lại, mót đi tiêu mà không đi ngay, hoặc là Dương minh phủ không điều hòa, quan lạc bị bế tắc, phong nhiệt không lưu thông gây nên ngũ trĩ”.

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Nội nhân: sau khi mắc một số bệnh làm rối loạn chức năng của các tạng phủ như can, tâm, tỳ, thận (can khắc tỳ, can tâm thận âm hư, tâm tỳ hư...) gây khí hư, huyết ứ làm trung khí hư hạ hãm sinh ra hạ trĩ.

- Ngoại nhân: thấp nhiệt gây chứng lý, ỉa chảy nhiều sinh trĩ hoặc thấp nhiệt uất kết đại trường gây khí trệ huyết ứ; đại trường tích nhiệt sinh táo bón.

- Bất nội ngoại nhân: ăn uống không điều độ (ăn quá nóng, no đói thất thường, ăn đồ ăn sống lạnh, uống nhiều rượu, ăn béo ngậy, ăn quá cay), chế độ sinh hoạt thất điều (đứng lâu, ngồi lâu, vác nặng đi xa, ...), phụ nữ có thai, ... Các nguyên nhân trên có thể làm khí huyết loạn hành, kinh lạc giao cắt dẫn đến huyết ú, trường vị tích nhiệt, trọc khí hạ trú hậu môn gây nên trĩ [23],[24],[25]..

1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị

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

- Triệu chứng: Đại tiện có kèm theo máu tươi với nhiều mức độ chảy máu: thấm giấy vệ sinh, nhỏ giọt hoặc thành tia. Người nóng, hậu môn nóng, khối trĩ sa ra ít hoặc không sa, không chảy dịch, không chảy mủ. Tiểu vàng lượng ít, đại tiện táo kết, lưỡi đỏ rêu vàng. Mạch sắc.

- Chẩn đoán:

+ Bát cương: Lý thực nhiệt.

+ Tạng phủ: Bệnh tại phủ đại trường, giang môn.

+ Nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

+ Bệnh danh: Hạ trĩ thể nhiệt độc.

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

- 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	Chỉ 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: chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

+Nghiệm phương: 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 huyệt:

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)	Bách hội (GV.20)	

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

+ Điện mẫn châm các huyệt: Bách hội xuyên Thượng đình; Đại trường du xuyên Tiểu trường du; Trật biên xuyên Bạch hoàn du; Thứ 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 huyệt (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 huyệt, 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 [23],[24],[26].

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

- Triệu chứng: Búi trĩ sưng, chắc, đau nhức, tím sẫm màu, ấn đau, không chảy dịch, không chảy máu. Đại tiện có máu tươi. Lưỡi tím, có điểm ú huyết, rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhớt. Mạch hoạt.

- Chẩn đoán:

+ Bất cương: Lý thực.

+ Tạng phủ: Bệnh tại giang môn.

+ Nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

+ Bệnh danh: Hạ trĩ thể huyết ú.

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

- 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 thược	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: chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

+ Nghiệm phương: Kê huyết đằng, Huyết giác, Trần bì, Ngưu tất, Bạch thược, Hoài sơn, Hòe hoa, Chỉ 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 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)	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 [23],[24],[26].

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

- Triệu chứng: Vùng hậu môn đau, tiết nhiều dịch, trĩ sa ra ngoài khó đẩy vào, có thể có điểm hoại tử bề mặt búi trĩ, hoặc có điểm loét chảy dịch vàng hôi, đại tiện táo, lưỡi bệu nhớt, rêu vàng. Mạch hoạt sác.

- Chẩn đoán:

- + Bát cương: Lý thực nhiệt.
- + Tạng phủ: Đại trường, giang môn.
- + Nguyên nhân: Nội nhân + Bất nội ngoại nhân.
- + Bệnh danh: Hạ trí thể thấp nhiệt.
- Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp, hoạt huyết chỉ thống.
- Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

- + Cổ phương: Hòe hoa tán

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

Tán bột mịn, trộn đều, mỗi lần uống 8g với nước sôi để nguội hoặc nước cơm, ngày 2 lần. Có thể dùng làm thang, 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: Hoàng bá, Bồ công anh, Sinh địa, Hòe hoa, Râu ngô, Thương truyệt, Cỏ ngọt. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt táo thấp, thanh nhiệt giải độc, 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 YHCT:

- + 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)	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 [23],[24],[27].

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

- Triệu chứng: Đại tiện ra máu lâu ngày, hoa mắt chóng mặt, ù tai, mặt trắng nhợt, người mệt mỏi, đoản hơi. Rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm tế.

- Chẩn đoán:

+ Bất cương: Lý hư hàn.

+ Tạng phủ: Tỳ, Vị, Can, Thận, Đại trường, giang môn.

+ Nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

+ Bệnh danh: Hạ trĩ thể khí huyết hư.

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

- 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: 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 huyết:

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)
Huyết 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 huyết: như trên

+ Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp): Thận du (BL.23)

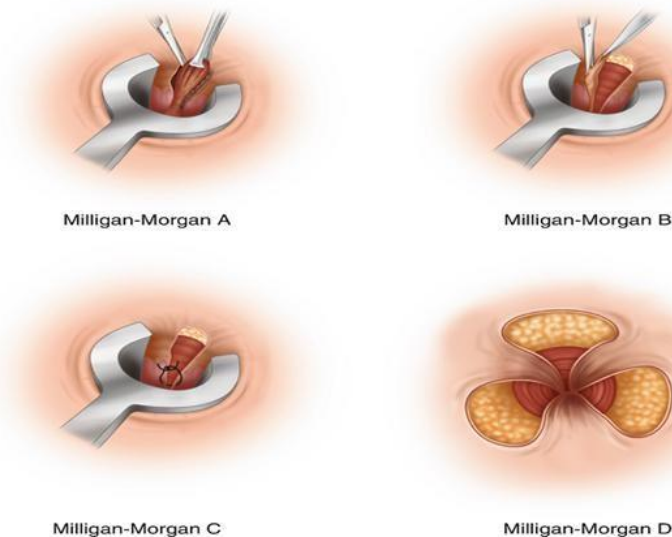
Trật biên (BL.54)

+ Cứu các huyết: 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 [23],[24],[26].

1.3. Phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan

Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng hoặc đã dùng các phương pháp nội khoa, điều trị thủ thuật thất bại. Phẫu thuật cắt trĩ cần giữ lại các cầu da niêm mạc vừa đủ để tránh hẹp hậu môn, đại tiện mất tự chủ sau mổ [28].



Hình 1.3. Phương pháp phẫu thuật Milligan - Morgan

1.3.1. Chỉ định

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.
- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,...[23],[28].

1.3.2. Các bước tiến hành

1.3.2.1. Tư thế

- Tư thế phụ khoa

1.3.2.2. Vô cảm

- Tê tủy sống bằng Marcain heavy 5% x 1mg/kg cân nặng + Fentanyl 0,01mg x 0,5 µg/1kg cân nặng, liều lượng phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể từng người bệnh.

1.3.2.3. Kỹ thuật

- Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ. Đặt 9 panh tại 3 vị trí: 3h, 8h, 11h; theo hàng: ở mép hậu môn, trên đường lược và gốc búi trĩ tạo nên tam giác trình bày.

- Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu 2.0. Đặt miếng gạc nhỏ dưới gốc búi trĩ, kéo nhẹ ra phía ngoài có tác dụng cầm máu tạm các mạch nhỏ.

- Thực hiện tương tự với các búi trĩ ở các vị trí còn lại (8h và 11 giờ).

- Sau khi thắt gốc 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại vết mổ, cầm máu bằng đốt điện. Cắt các búi trĩ, để mồm cụt dài khoảng 5mm.

- Lấy các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc.

- Sửa lại các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn. Nếu các cầu da niêm mạc quá dài (để lại di tích da thừa sau này), có thể cắt ngắn cho vừa vặn và khâu lại bằng chỉ chậm tiêu 5.0, mũi rời.

- Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu tốt, ống hậu môn không bị hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine [28],[29].

1.3.3. Theo dõi

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày - 5 ngày loại 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 mổ 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 nhẹ 2 - 3 lần/ngày [28],[29].

1.3.4. Xử trí biến chứng

- 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 mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

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

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

- Hẹp hậu môn: sau mổ 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 mổ, 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 mổ. 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 [28],[29].

1.4. Sinh lý đau

1.4.1. Định nghĩa

Hiệp hội nghiên cứu đau quốc tế (International Association for the Study of Pain - IASP) (1979) đã định nghĩa: Đau là một cảm giác khó chịu và trải nghiệm cảm xúc xuất hiện cùng lúc với sự tổn thương thực sự hay tiềm tàng của các mô, hoặc được mô tả theo kiểu giống như vậy.

Như vậy, đau vừa có tính thực thể, vừa là một cảm giác báo hiệu một tổn thương thực thể tại chỗ, lại vừa mang tính chủ quan tâm lý, bao gồm cả những chứng đau tưởng tượng, đau không có căn nguyên hay gặp trên lâm sàng [30].

1.4.2. Receptor cảm nhận đau

1.4.2.1. Vị trí phân bố:

Có nhiều trên bề mặt da và các mô như màng xương, thành động mạch, bề mặt khớp, lều não, khung vòm sọ. Hầu hết các mô của các tạng trong cơ thể có ít bộ phận nhận cảm giác đau, tuy nhiên nếu những mô này có tổn thương rộng, các kích thích được tập hợp lại gây cảm giác đau nội tạng [31].

1.4.2.2. Phân loại các receptor nhận cảm đau

Bao gồm các loại thụ cảm thể nhận cảm đau sau:

- Các thụ cảm thể nhận kích thích cơ học: chỉ chịu kích thích của các tác nhân cơ học
- Các thụ cảm thể nhận kích thích hóa học: chỉ nhạy cảm với các tác nhân hóa học, những chất thường tác động vào các bộ phận nhận cảm hóa học của cảm giác đau là bradykinin, serotonin, histamine, ion potassium, acid prostaglandin, acetylcholine, các men phân giải protein.

- Các thụ cảm thể nhận kích thích nhiệt: chỉ nhạy cảm với các tác nhân kích thích như nóng lạnh [31].

1.4.2.3. Đặc điểm

- Tính không thích nghi: dưới điều kiện kích thích đau kích thích liên tục vào bộ phận nhận cảm đau, ngưỡng đau ngày càng giảm gây nên hiện tượng “tăng cảm giác đau”. Và cảm giác đau chỉ hết khi tác nhân gây đau được loại trừ.

- Tính đặc hiệu tương đối: mặc dù có một số bộ phận nhận cảm giác đau chỉ nhạy cảm với một tác nhân nhưng hầu hết các bộ phận nhận cảm này thường nhạy cảm với trên một tác nhân gây kích thích [31].

1.4.3. Đường dẫn truyền cảm giác đau

Theo Phạm Thị Minh Đức và cộng sự, tín hiệu đau được truyền từ ngoại biên về tủy sống nhờ 2 loại sợi thần kinh chính là sợi A δ và sợi C. Trong đó, sợi A δ dẫn truyền cảm giác đau “nhanh”, đau chói, liên quan mật thiết tới cảm giác xúc giác, xác định vị trí đau. Sợi C dẫn truyền cảm giác đau “chậm”, đau rát và đau nội tạng, kích thích cấu trúc lưới và lá trong của đồi thị qua đó kích thích vào toàn bộ hệ thống thần kinh, gây tâm lý đau [30],[31].

1.4.4. Đau sau mổ trĩ

- Đau sau mổ trĩ là nỗi lo lắng của hầu hết người bệnh cũng như người nhà, nó không chỉ ảnh hưởng từ thời điểm người bệnh vào viện, mà còn có thể kéo dài tới sau cuộc mổ, đó là một trong những yếu tố khiến người bệnh sợ hãi, chần chừ khi có chỉ định phẫu thuật.

Vì vậy, việc hiểu và lựa chọn phương pháp giảm đau đúng cho người bệnh sau mổ trĩ, giúp người bệnh cải thiện bệnh cả về thể chất lẫn tinh thần. Người bệnh có thể vận động được sớm, tránh được các biến chứng có thể gặp sau mổ, là một trong những yếu tố làm người bệnh hạnh phúc hơn, nhanh lành bệnh hơn và rút ngắn thời gian nằm viện [30],[31].

1.4.5. Các tác động của đau sau mổ

1.4.5.1. Về mặt tâm lý

Người bệnh càng đau thì càng lo lắng nhiều, từ lo lắng nhiều khiến cảm nhận đau lại càng tăng lên, sẽ gây mất ngủ, khiến việc phục hồi gặp nhiều khó khăn [30],[31].

1.4.5.2. Về mặt thực thể

- Hệ tim mạch: Đau kích thích thần kinh giao cảm dẫn đến tăng nhịp tim, tăng tiêu thụ oxy cơ tim; là nguyên nhân chính có thể dẫn tới tăng nguy cơ thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, thuyên tắc tĩnh mạch sâu do tăng ứ đọng tĩnh mạch, tăng kết dính tiểu cầu.

- Hệ hô hấp: Đau khiến người bệnh không dám cử động, không dám thở sâu hay ho mạnh, gây thiếu oxy và sản sinh axit lactic một trong các nguyên nhân suy hô hấp sau mổ.

- Hệ tiêu hóa: Ảnh hưởng của luồng cảm nhận đau nội tạng hay đau bản thể gây liệt ruột, buồn nôn và nôn ói sau phẫu thuật.

- Hệ tiết niệu: Đau cũng gây giảm trương lực cơ bàng quang và niệu đạo gây khó tiểu, hoặc tiểu không tự chủ.

- Hệ nội tiết và chuyển hóa: Đau làm tăng trương lực giao cảm, kích thích vùng dưới đồi thị tăng tiết catecholamine; tăng các hormon dị hóa : cortisol, ACTH, renine,...; giảm bài tiết hormon đồng hóa: insulin,...Hậu quả là gây ứ nước, muối, tăng đường huyết, tăng acid béo tự do.

- Phục hồi chức năng: Người bệnh sẽ sợ đau không dám vận động, không dám thực hiện phục hồi chức năng, đây là một lý do làm người bệnh chậm phục hồi sau mổ [30],[32].

1.4.6. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau sau mổ

- Đặc điểm tâm sinh lý của người bệnh, thể trạng, tư vấn cho người bệnh về đau sau mổ và cách điều trị.

- Độ trĩ, số búi trĩ, đã có sẹo mổ cũ vùng hậu môn.

- Phương pháp mổ, vị trí phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, diện tích vết mổ.

- Kỹ thuật vô cảm trước, trong và sau phẫu thuật.

- Biến chứng phẫu thuật, chăm sóc sau mổ, điều trị dự phòng đau sau mổ.

- Kỹ thuật mổ của bác sĩ.

1.4.7. Kỹ thuật giảm đau sau mổ

1.4.7.1. Giảm đau bằng thuốc giảm đau

- Thuốc giảm đau có tác dụng nhanh, mạnh, dễ kiểm soát thời gian nhưng có nhiều tác dụng phụ (đi ứng, viêm loét dạ dày, bí tiểu, tăng huyết áp...) và cần được giám sát chặt chẽ khi sử dụng.

- Sử dụng thang giảm đau 3 bậc của WHO: Khởi đầu dùng thuốc giảm đau bậc 1 có thể kết hợp với các thuốc phụ trợ, nếu tình trạng đau không giảm thì chuyển các thuốc giảm đau bậc 2 và tiếp nữa là các thuốc giảm đau bậc 3.

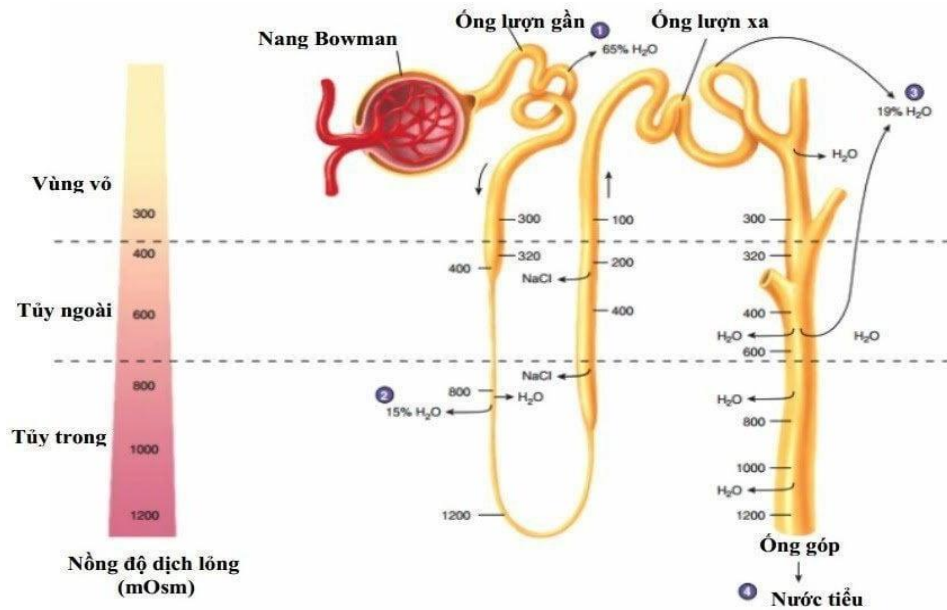
1.4.7.2. Các phương pháp giảm đau khác:

Phương pháp giảm đau bằng thuốc giảm đau tuy có tác dụng nhanh, mạnh nhưng có nhiều tác dụng phụ nên các nhà khoa học đã nghiên cứu và tìm ra những phương pháp khác với mục tiêu để giảm đau. Một số phương pháp hiện nay được ứng dụng nhiều nhất là: gây tê vùng, giảm đau bằng liệu pháp tâm lý, PCA, điện châm, ... [33],[34].

1.5. Sinh lý quá trình bài tiết nước tiểu và phản xạ tiểu tiện

1.5.1. Sinh lý tiểu tiện

Nước tiểu là sản phẩm cuối cùng của thận trải qua các quá trình bài tiết nước tiểu ở thận: lọc, tái hấp thu, bài tiết và bài xuất. Lượng nước tiểu được thận bài xuất ra mỗi ngày khoảng 1,5 lít. Nước tiểu trong các ống góp đổ vào đài bể thận. Nhu động niệu quản đưa nước tiểu xuống bàng quang một cách liên tục. Thể tích nước tiểu trong bàng quang tăng dần tới khi đạt một mức nhất định sẽ tạo ra một áp suất đủ mạnh tạo phản xạ tiểu tiện. Khi đó, cơ thắt cổ bàng quang mở cho nước tiểu ra ngoài theo niệu đạo [31].



Hình 1.4. Sinh lý bài bài tiết nước tiểu

1.5.2. Đặc điểm cấu tạo của bàng quang

Bàng quang như một cái túi lộn ngược và luôn thay đổi kích thước nên có cấu tạo thích hợp với chức năng.

- Thành bàng quang gồm 3 lớp: Mô liên kết, cơ trơn (cơ vòng, cơ dọc, cơ chéo), trong cùng là lớp niêm mạc.

- Cổ bàng quang: dài khoảng 2 - 3 cm, gồm các sợi cơ trơn xen lẫn sợi chun, gọi là cơ thắt trơn (hay cơ thắt trong).

- Thần kinh chi phối bàng quang: Bàng quang được chi phối bởi các sợi vận động giao cảm và phó giao cảm, sợi cảm giác (Aδ và C) xuất phát từ thành bàng quang (thụ thể cảm nhận sức căng).

- Thần kinh giao cảm: trung tâm thần kinh giao cảm ở đốt tủy sống thắt lưng 5, đốt tủy cùng S1 - S2. Thần kinh giao cảm làm giãn cơ thành bàng quang và co cơ thắt trơn để kìm hãm tiểu tiện.

- Thần kinh phó giao cảm: trung tâm ở đốt tủy sống cùng S2 - S3 (có thể S4), có tác dụng co cơ thành bàng quang và giãn cơ trơn cổ bàng quang cho phép bài xuất nước tiểu.

- Thần kinh then: tách ra từ khe đốt sống cùng S2 - S3 - S4. Tác dụng của thần kinh này là điều khiển co giãn cơ thắt vân [35],[36].

1.5.3. Sự kiểm soát của thần kinh trong phản xạ tiểu tiện

Phản xạ tiểu tiện thuộc loại phản xạ tự động của tủy sống, bị chi phối bởi các trung tâm của phần não cao hơn.

- Cầu não: có 2 trung tâm chi phối phản xạ tiểu tiện của tủy sống là trung tâm ức chế và trung tâm kích thích. Trung tâm ức chế chiếm ưu thế nên thường xuyên kìm hãm tiểu tiện kể cả khi mót tiểu. Trung tâm kích thích chỉ hoạt động khi có chi phối của vỏ não.

- Vỏ não: cũng có 2 trung tâm điều hòa ức chế và kích thích. Trung tâm ức chế hoạt động liên tục, còn trung tâm kích thích chỉ hoạt động khi “thời cơ” tiểu tiện xuất hiện.

Khi tiểu tiện, trung tâm kích thích của vỏ não tác động vào trung tâm kích thích và kìm hãm trung tâm ức chế ở cầu não, đồng thời giải ức chế cơ thắt vân ở cổ bàng quang, cơ thắt vân giãn ra để nước tiểu đi qua niệu đạo.

Người bị tổn thương tủy sống hoặc hôn mê, phản xạ tủy mất sự chi phối của vỏ não sẽ tiểu tiện tự động [31].

1.5.3. Bí tiểu và nguyên nhân gây bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ

Bí tiểu là tình trạng không tiểu được mặc dù bàng quang có chứa đầy nước tiểu trong khi chức năng thận vẫn còn và tiếp tục sản xuất nước tiểu. Các nguyên nhân gây nên bí đái gồm nguyên nhân thực thể và nguyên nhân cơ năng. Nguyên nhân thực thể là do tắc niệu đạo, tắc ở cổ bàng quang như: sỏi kẹt niệu đạo, u tuyến tiền liệt, u bàng quang che lấp lỗ bàng quang, niệu đạo... Còn lại là các nguyên nhân cơ năng thường gặp do tác dụng phụ thuốc gây tê tủy sống, sau đẻ, sau mổ trĩ... Bí tiểu khác với vô niệu là không có nước tiểu trong bàng quang do thận ngừng bài tiết nước tiểu [37],[38].

- Bí tiểu cơ năng là một biến chứng cấp tính thường gặp sau mổ trĩ:

Trên thế giới, theo Milsom (2002) theo dõi trên 2500 người bệnh sau mổ trĩ, tỷ lệ người bệnh bí đái chiếm tỉ lệ 10 - 32%. Theo Zhang Y, Wang Zg, Zeng Xd nghiên cứu từ năm 2009 đến 2012 tại bệnh viện Thẩm Dương - Trung Quốc có 47/240 người bệnh bí đái phẫu thuật bằng phương pháp Milligan - Morgan (chiếm 19,6%) [39].

Tại Việt Nam, theo Lê Xuân Huệ (1998), bí đái là một trong những biến chứng sớm sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan, chiếm 21/58 người bệnh (36%) [40]. Theo Nguyễn Trung Học (2009) tỷ lệ người bệnh bí đái cơ năng sau mổ trĩ bằng phương pháp Longo chiếm 28,9% và phương pháp Milligan - Morgan chiếm 25,6% [41].

- Yếu tố nguy cơ gây bí tiểu sau mổ trĩ gồm:

- + Đau và các cơ thắt sau mổ hoặc cảm giác sợ đau khi đi tiểu.
- + Nước tiểu quá nhiều.
- + Phương pháp gây mê hồi sức: gây tê tủy sống...
- + Xử lý thô bạo các mô trong khi phẫu thuật.

+ Tổn thương ban đầu quá nặng nề hoặc vết khâu quá nhiều.

Trong nghiên cứu của Pertek JP và Haberer JP về sự ảnh hưởng của gây mê tới tiểu tiện và bí tiểu sau phẫu thuật đã chỉ ra được một số ảnh hưởng sau:

- Các tổn thương gây ra sau phẫu thuật ảnh hưởng tới các dây thần kinh vùng chậu hông và bàng quang.

- Sau phẫu thuật, tình trạng phù nề quanh cổ bàng quang và đau gây phản xạ co thắt cơ vòng niệu đạo bên ngoài và bên trong có thể đóng vai trò trong sự xuất hiện bí tiểu.

- Nghiên cứu về tác động tới niệu động học của các thầy thuốc gây mê chỉ rằng sự khác nhau là rất ít và đều dẫn tới các hậu quả sau: giảm tỉ lệ các cơn co thắt bàng quang, làm giãn các cơ bức niệu (cơ thành bàng quang), ức chế phản xạ tiểu tiện và do đó làm giảm niệu động học [42].

Như vậy, một trong những nguyên nhân chính gây bí tiểu sau phẫu thuật vùng tiểu khung nói chung là: giảm sự co bóp của cơ thành bàng quang do tác dụng của thuốc gây mê, gây tê và sự phù nề quanh cổ bàng quang và do đau sau phẫu thuật [37],[38].

1.5.4. Chẩn đoán

Triệu chứng:

- Đau tức, khó chịu, cảm giác căng chướng vùng hạ vị

- Tiểu ít hoặc không tiểu được

- Sờ hoặc nhìn thấy có cầu bàng quang:

+ Độ I: trên xương mu 5cm

+ Độ II: trên xương mu 5cm - 10cm

+ Độ III: trên xương mu >10cm

Chẩn đoán bí tiểu: Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán bí tiểu sau mổ là xác định thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu ($V > 150\text{ml}$).

Các phương tiện giúp chẩn đoán xác định thể tích nước tiểu tồn lưu:

- Đặt ống thông bàng quang: biện pháp chẩn đoán cũng như điều trị (phương pháp xâm lấn)

- Siêu âm bàng quang: (không xâm lấn, không có nguy cơ chấn thương, khó chịu hoặc nhiễm trùng. Khuyến cáo nên sử dụng [43],[44],[45].

1.5.5. Quan điểm của Y học cổ truyền

Bí đái cơ năng thuộc phạm vi chứng “Long bế” của YHCT. Long là đái rất, nước tiểu nhỏ giọt, ngắn ít; bế là buồn đi tiểu mà không ra, bệnh thể cấp.

Sách Nội Kinh đã mô tả: “Bàng quang là bộ vị dưới cùng, là nơi hội tụ thủy dịch của tam tiêu, châu đô chi quan. Hạ tiêu, đan điền hoạt động khí hóa thì đường nước thông lợi mà bài tiết ra ngoài”

Bí đái cơ năng sau mổ trĩ nằm trong thể khí trệ huyết ứ thuộc chứng Long bế, nguyên nhân là do tổn thương kinh lạc, huyết ứ khí trệ là cản trở sự hoạt động điều tiết nước trong cơ thể của 3 tạng tỳ, phế, thận hoặc do sau mổ, sau đẻ, ngộ độc các loại thuốc làm khí cơ bàng quang bị tổn thương gây nên bí tiểu [25],[28].

1.5.5. Điều trị

- Chườm ấm vùng bàng quang trước xương mu: khi người bệnh xuất hiện cảm giác buồn tiểu hoặc cầu bàng quang từ mức gai chậu trước trên trở xuống.

- Đặt sonde tiểu là phương pháp dùng một ống thông đặt từ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

+ Chỉ định đặt sonde tiểu: Bí tiểu, đặt sonde tiểu trước khi mổ, trước khi đẻ, người bệnh hôn mê, lấy nước tiểu xét nghiệm để chẩn đoán các bệnh về hệ tiết niệu.

+ Chống chỉ định: Nhiễm khuẩn, rách niệu đạo, chấn thương tuyến tiền liệt.

- YHCT: ngoài các phương pháp YHHĐ, YHCT còn áp dụng các phương pháp dùng thuốc (thuốc uống, thuốc đắp, ...) và phương pháp không dùng thuốc (điện châm, xoa bóp bấm huyệt, cứu, ...) để hỗ trợ và điều trị bí tiểu [25],[28].

1.6. Phương pháp điện châm

1.6.1. Khái niệm

Châm cứu là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của YHCT. Mục đích của châm cứu nhằm tạo ra một kích thích vào huyết để tạo nên trạng thái sinh lý, để loại trừ bệnh tật, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường.

Điện châm (châm điện) là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ [26],[27].

1.6.2. Cơ chế tác dụng theo Y học hiện đại

Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: châm cứu tạo ra một cung phản xạ mới, dập tắt cung phản xạ bệnh lý.

Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và sự liên quan giữa các tạng phủ đối với các vùng của cơ thể do tiết đoạn chi phối: nội tạng có tổn thương dùng châm cứu hay các phương

pháp vật lý trị liệu khác tác động vào các vùng da trên cùng một tiết đoạn với nội tạng sẽ chữa được các bệnh ở nội tạng.

Nguyên lý về cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh Widekski: nếu thần kinh ở trạng thái bị hưng phấn do bệnh, kích thích mạnh chẳng những không gây ra hưng phấn mạnh mà trái lại nó làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên giảm đau.

Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (cửa kiểm soát - 1965): trong trạng thái bình thường các cảm thụ bản thể đi vào sừng sau tủy sống, ở các lớp thứ ba, thứ tư (gồm các tế bào của các chất keo và các tế bào chuyển tiếp) làm cảm giác đau (hoặc không đau) được dẫn truyền. Tế bào như cánh cửa kiểm soát, quyết định cho cảm giác nào đi qua. Ở trạng thái bình thường luôn có những xung động, những xung động này phát huy ức chế, qua tế bào chuyển tiếp và đi lên với kích thích vừa phải. Xung động được tăng cường đến làm hưng phấn tế bào chất tạo keo làm khử cực dẫn truyền và đi lên.

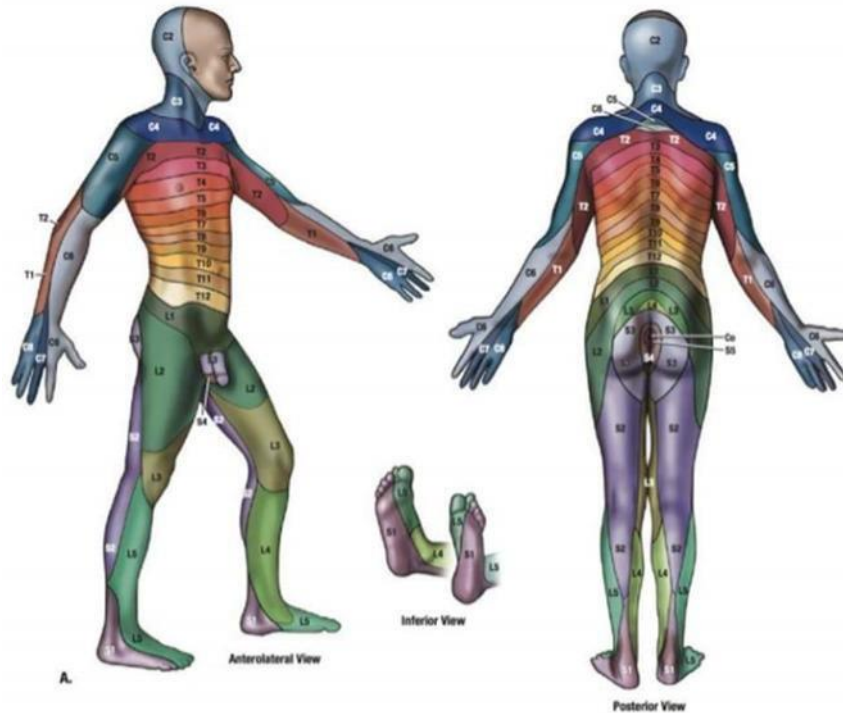
Vai trò thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: người ta đã xác định được công thức hóa học của chất morphine - like là những chất chủ yếu do hậu yên tiết ra, ngoài ra còn thấy ở trên ruột và nhiều cơ quan khác. Nó là một polypeptid gồm 91 axit amin từ số 61 đến số 91 có tác dụng giảm đau nhiều nhất, mạnh gấp 200 lần morphine.

Châm cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Các tác giả căn cứ vào vị trí, tác dụng của huyết nơi châm cứu đề ra ba loại phản ứng cơ thể.

- Phản ứng tại chỗ: Châm cứu là một kích thích tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm mất cơn đau và giải phóng sự co cơ. Những phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng tới hệ vận mạch, nhiệt độ da, sự tập trung bạch cầu... làm thay đổi tính chất của tổn thương, giảm sung huyết, bớt nóng và giảm đau.

- Phản ứng tiết đoạn: Khi nội tạng có tổn thương bệnh lý thì có những thay đổi cảm giác vùng da ở cùng một đoạn đó. Ngược lại những kích thích từ vùng da của một tiết đoạn nào đó sẽ ảnh hưởng tới nội tạng cùng trên tiết đoạn đó. Việc sử dụng các huyết ở một vùng da để chữa bệnh của các nội tạng cùng tiết đoạn với vùng này sẽ gây ra một phản ứng tiết đoạn, gây ra các luồng xung động thần kinh hướng tâm. Những luồng xung động sẽ truyền vào sừng sau tủy sống rồi chuyển sang sừng trước, từ đó bắt đầu phản xạ ly tâm, theo các cơ quan, nội tạng tương ứng, làm điều hòa mọi cơ năng sinh lý như bài tiết, dinh dưỡng...

- Phản ứng toàn thân: Bất cứ một kích thích nào cũng liên quan tới hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Điểm quan trọng của phản ứng toàn thân là tác dụng đối với hệ thần kinh trung ương và thông qua hệ này và hệ thần kinh thực vật mà ảnh hưởng tới các cơ quan nội tạng và mọi tổ chức của cơ thể.



Hình 1.5. Giản đồ về sự liên quan giữa vùng da và nội tạng theo Zakharin và Head

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng của dòng điện qua một máy điện châm thay cho thủ pháp vẩy tay. Kích thích của dòng điện có tác dụng làm dịu cơn đau, kích thích hoạt động các cơ, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức... [26],[27],[46].

1.6.3. Cơ chế tác dụng theo Y học cổ truyền

Sự mất thăng bằng về âm dương dẫn tới sự phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều hoà âm dương.

Nguyên tắc điều trị chung là điều hoà mỗi cân bằng của âm dương. Cụ thể trong điều trị bằng châm cứu nhiệt thì châm, hàn thì cứu, hư thì bổ, thực thì tả ...

Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc.

Bệnh tật sinh ra do nguyên nhân bên ngoài (ngoại nhân - tà khí) hoặc nguyên nhân bên trong (chính khí hư) đưa đến sự bế tắc vận hành kinh khí trong đường kinh.

Mỗi đường kinh mang tên một tạng hoặc một phủ nhất định. Khi tạng phủ có bệnh thường có những biểu hiện thay đổi cơ quan biểu lí với nó. Khi châm cứu, người ta tác dụng vào các huyết trên các kinh mạch đó để điều chỉnh các rối loạn chức năng (bế tắc) của kinh mạch [8],[23].

1.6.4. Chỉ định

Chỉ định: các chứng liệt (liệt do tại biên mạch máu não, di chứng bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý đau như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê trong phẫu thuật...), các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đụng giập, chấn thương, đau sau mổ, đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh..., bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc..., một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp, lệ. , châm tê phẫu thuật.

Chống chỉ định: cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai, tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da, tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa, các trường hợp cấp cứu... [26],[27].

1.6.5. Liệu trình điện châm

- Bước 1: xác định và sát trùng da vùng huyết + Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định châm.

- Bước 2: châm kim vào huyết theo các thì sau:

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, người thực hiện cảm giác kim nút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3: kích thích huyết bằng máy điện châm nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm:

+ Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

+ Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian: 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4: rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

Thường điện châm 1 lần/ngày, mỗi lần 20 - 25 phút, 1 liệu trình điều trị từ 10 - 15 ngày hoặc dài hơn tùy yêu cầu điều trị [26],[27].

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

1.7.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Yajing Zhong (2018) đã thực hiện nghiên cứu đánh giá tác dụng của điện châm điều trị bí tiểu sau phẫu thuật cho kết quả: hiệu quả điều trị được cải thiện (OR = 4,21; 95% CI [3,04, 5,83]; $P < 0,00001$), thể tích nước tiểu còn lại giảm (SMD = -13,24; 95% CI [-15,70, -10,78]; $p < 0,00001$), sức chứa bàng quang tăng (SMD = 0,56; 95% CI [0,30, 0,83]; $p < 0,00001$) và tốc độ dòng nước tiểu được cải thiện (SMD = 0,91; 95% CI [0,64, 1,18]; $p < 0,00001$). Tác động trong hơn một tuần cũng có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả điều trị được cải thiện (OR = 8,29; 95%CI [2,91, 24,25]; $p < 0,00001$), thể tích nước tiểu còn lại giảm (SMD = -1,78; 95%CI [-2,66, -0,89]; $p < 0,00001$), sức chứa bàng quang (SMD = 0,92; 95%CI [0,61, 1,23]; $p < 0,00001$) và lưu lượng nước tiểu (SMD = 1,69; 95%CI [0,59, 2,79]; $p = 0,003$) tăng lên và lần đi tiểu đầu tiên sau phẫu thuật sớm hơn (SMD = -0,92; 95%CI [-1,37, -0,46]; $p < 0,00001$), so với tập thể dục, dùng thuốc hoặc không điều trị [48].

Fang Liu và cộng sự (2019) đã tiến hành thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng điều trị bí tiểu sau phẫu thuật các bệnh lý hậu môn trực tràng bằng châm cứu kết hợp cứu ngải cho kết quả: So sánh trước điều trị, điểm số triệu chứng sau điều trị đều giảm ở cả hai nhóm ($p < 0,05$), và điểm số ở nhóm châm cứu kết hợp ngải cứu thấp hơn nhóm châm cứu sau điều trị ($p < 0,05$). Thể tích nước tiểu tồn dư ở bàng quang ở nhóm châm cứu kết hợp ngải cứu là $(26,71 \pm 17,01)$ mL, thấp hơn $(35,32 \pm 20,76)$ mL ở nhóm châm cứu ($P < 0,05$). Tỷ lệ hiệu quả chung là 93,5% (29/31) ở nhóm châm cứu kết hợp ngải cứu, cao hơn 71,0% (22/31) ở nhóm châm cứu ($p < 0,05$) [49].

Ping- Liang Sun, Wei Yang, Lei- Chang Zhang (2011) tiến hành nghiên cứu đánh giá tác dụng của điện châm huyết thừa sơn ngay sau mổ trĩ, kết quả thu được nhóm người bệnh được điện châm sau mổ ít đau hơn so với nhóm đối chứng dùng Naproxen [50].

1.7.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam

Nguyễn Thị Thảo, Tạ Đăng Quang (2016) điều trị bí đái cơ năng trên người bệnh sau mổ trĩ bằng máy điện châm sử dụng miếng dán điện xung kết hợp tiêm prostigmin đạt tỷ lệ thành công 93,3% [51].

Năm 2017, Trần Quang Hưng đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đái của điện châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan cho kết quả:

Cải thiện mức độ tiêu tiện ở người bệnh sau phẫu thuật trĩ với mức độ tốt và khá chiếm 81% (48/60) so với nhóm dùng Rifaxon với mức độ tốt và khá chiếm 38,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [52].

Nguyễn Tuyết Trang và cộng sự (2022) đánh giá kết quả của điện châm nhóm huyết "QT1" trên người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật chấn thương cột sống lưng - thắt lưng cho kết quả: tỉ lệ người bệnh rút sonde tiểu thành công là 87,5%. Số lần điện châm trung bình là $6,1 \pm 4$ (lần). Kết quả điều trị liên quan đến mức độ tổn thương thần kinh theo Frankel, kích thước cầu bàng quang và cảm giác có hoặc không có cảm giác buồn tiểu trước điện châm ($p < 0,05$) [53].

Đỗ Thị Ngọc Lý và cộng sự (2023) đánh giá hiệu quả điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ cho kết quả: Sau lần 1, nhóm can thiệp giảm 94% biểu hiện đau tức hạ vị, giảm 96% biểu hiện cầu bàng quang, kéo dài thêm 10,8 phút kể từ lúc can thiệp đến khi tiểu được, gia tăng 120,1 ml thể tích nước tiểu thực tế, giảm 123,8 ml nước tiểu tồn lưu, tăng thêm 0,5 lần đi tiểu so với nhóm chứng ($p < 0,001$) [54].

Nguyễn Thị Kiều Oanh và cộng sự (2019) đã tiến hành nghiên cứu hiệu quả giảm đau của nhĩ châm trên người bệnh sau mổ trĩ. Kết quả: nhóm can thiệp đã giảm 55,50% lượng thuốc giảm đau dạng uống Paracetamol codein trong vòng 18 giờ sau mổ so với nhóm chứng ($p < 0,01$) [55].

Tạ Đăng Quang, Lê Thị Thu Hương (2022) đã nghiên cứu hiệu quả giảm đau điện châm nhóm huyết thượng liêu, thứ liêu, trung liêu trên người bệnh sau mổ trĩ theo phương pháp milligan morgan từ ngày thứ 2. Nghiên cứu trên 60 người bệnh chia 2 nhóm: điện châm và dùng thuốc Efferalgan Codein. Kết quả cho thấy điểm VAS (Visual Analogue Scale) giảm trung bình ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là $2,97 \pm 0,77$ và $2,5 \pm 1,04$ so với trước điều trị ($p < 0,05$). Chưa thấy tác dụng không mong muốn của nhóm sử dụng điện châm trên lâm sàng [56].

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. Công thức huyết

Khúc cốt (CV2)	Thiên khu (ST25)
Trung cực (CV3)	Thượng liêu (BL31)
Quang nguyên (CV4)	Thứ liêu (BL32)
Khí hải (CV6)	Trung liêu (BL33)

- Nguồn gốc: nhóm công thức huyết được lựa chọn từ phác đồ huyết điều trị giảm đau và bí tiểu bằng điện châm của Bộ Y tế kết hợp với các huyết kinh nghiệm trong điều trị giảm đau và bí tiểu sau mổ trĩ tại Khoa Ngoại phụ và chuyên khoa - Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ.

- Tác dụng: Giảm đau tại chỗ, dự phòng và điều trị bí tiểu cơ năng.

2.1.1.2. Phác đồ điều trị nền

- Metronidazol Kabi
 - + Hoạt chất: Metronidazol
 - + Hàm lượng: 500mg/ 100ml
 - + Đường dùng: truyền tĩnh mạch
 - + Liều dùng: 01 chai/ lần x 02 lần/ ngày (08h - 16h), truyền tĩnh mạch chậm 5ml/phút.
 - + Liều trình điều trị 5 ngày đầu liên tục.
- Tenadol 1000
 - + Hoạt chất: Cefamandol
 - + Hàm lượng: 1000mg
 - + Đường dùng: tiêm tĩnh mạch
 - + Liều dùng: 01 lọ/ lần x 02 lần/ ngày (07h - 17h), tiêm tĩnh mạch chậm.
 - + Liều trình điều trị 5 ngày đầu liên tục.
- 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.

2.1.1.3. Thuốc nghiên cứu:

- Dopagan 500mg
- + Hoạt chất: Paracetamol
- + Hàm lượng: 500mg
- + Đường dùng: uống
- + Liều dùng: 01 viên/ lần, cách 4 - 6 giờ/lần
- + Liều trình điều trị: tùy thuộc vào đáp ứng của người bệnh.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy điện châm KWD – 808 I của Công ty TNHH Thương mại và sản xuất Thiết bị Y tế Hà Nội.

- Kim châm cứu bằng thép không gỉ, dài 5 cm - 10 cm, đường kính 0,1mm, đầu nhọn; xuất xứ hãng Đông Á, Việt Nam.

- Túi chườm ấm.
- Sonde niệu đạo Foley hai chạc, cỡ sonde 14FR/30ml. Hãng sản xuất: CE - Malaysia
- Pank vô khuẩn, bông, cồn 70°, hộp thuốc chống sốc.
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ.
- Thước đo mức độ đau Visual Analogue Scale (VAS) (Phụ lục 3).
- Bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan, điều trị nội trú tại Khoa Ngoại phụ và chuyên khoa - Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ.

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.
- Mức độ đau sau mổ: $3 \leq VAS \leq 6$.
- Có thể có các triệu chứng bí tiểu cơ năng: Đau tức, khó chịu, cảm giác căng chướng vùng hạ vị, tiểu ít hoặc không tiểu được (sờ hoặc nhìn thấy có cầu bàng quang: độ I: trên xương mu 5cm, độ II: trên xương mu 5cm - 10cm, độ III: trên xương mu >10cm ; thể tích nước tiểu tồn lưu được đo trên siêu âm sau khi đi tiểu ($V > 150\text{ml}$)).
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ nguyên tắc điều trị.

- Không áp dụng phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu (thuốc khác làm ảnh hưởng đến quá trình theo dõi và điều trị: giảm đau, thuốc tê, ...).

- Theo YHCT bệnh trĩ thuộc các thể bệnh: nhiệt độc, huyết ú, thấp nhiệt, khí huyết lưỡng hư.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh có kèm theo bệnh lý hay tổn thương thực thể vùng hậu môn, trực tràng khác ngoài trĩ như: khối u, áp - xe hậu môn; ung thư đại trực tràng, nứt kẽ hậu môn, da thừa hậu môn, rò hậu môn, hẹp hậu môn, biến dạng ống hậu môn, mất tự chủ hậu môn, phân lỏng, hội chứng đại tràng kích thích.

- Người bệnh bí tiểu do tổn thương thực thể, không phải do nguyên nhân sau mổ trĩ: chấn thương hoặc khối u vùng niệu đạo, sỏi tiết niệu, sỏi bàng quang, dị vật ở bàng quang, khối u ở bàng quang, u tuyến tiền liệt, viêm tiết niệu, bệnh cầu thận nguyên phát hoặc thứ phát, thận đa nang, bệnh ở tủy sống, bệnh ở não và màng não, ...

- Người bệnh mắc các bệnh mạn tính khác như lao, ung thư, suy gan, suy tim, suy thận, đái tháo đường không được kiểm soát; HIV/AIDS nhiễm HIV/AIDS, bệnh lý tâm thần, nghiện rượu, nghiện ma túy, tâm thần, không hợp tác, người bệnh đang mang thai.

- Người có bệnh lý ở da, hoặc có tổn thương, vết thương hở ở da vùng châm cứu

- Người bệnh đang điều trị các bệnh cấp tính khác.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng với các thành phần của thuốc tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh có biến chứng trong cuộc mổ.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ điều trị và tự ý dùng thuốc ngoài nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiền cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị và so sánh với nhóm chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện gồm 70 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh được chia thành 2 nhóm: nhóm đối chứng (ĐC) và nhóm nghiên cứu (NC) đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh, mức độ bí tiểu, mức độ đau theo VAS, thể bệnh trĩ theo YHCT.

- Nhóm NC: gồm 35 người bệnh được điều trị theo phác đồ nền kết hợp điện châm.

- Nhóm ĐC: gồm 35 người bệnh được điều trị theo phác đồ nền kết hợp Dopagan (Paracetamol) 500mg và chườm ấm.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

- *Bước 1:*

- Người bệnh sau mổ cắt trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan, điều trị nội trú tại Khoa Ngoại phụ và chuyên khoa - Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ 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 bệnh, mức độ bí tiểu, mức độ đau theo VAS, thể bệnh trĩ theo YHCT.

- Người bệnh được đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm ổ bụng) 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 5 ngày đầu liên tục.

+ Cefamandol (Tenadol) 1000mg x 01 lọ/ lần x 02 lần/ ngày (07h - 17h), tiêm tĩnh mạch chậm. Liệu trình điều trị 5 ngày đầu liên tục.

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

- *Bước 3:*

- Nhóm NC: Gồm 35 người bệnh, được điều trị bằng phác đồ nền kết hợp Điện châm công thức huyết: Khúc cốt (CV2), Thiên khu (ST25), Trung cực (CV3), Thượng liêu (BL31), Quang nguyên (CV4), Thử liêu (BL32), Khí hải (CV6), Trung liêu (BL33) điện châm 30 phút/ lần/ ngày. Sau rút kim theo dõi 30 phút: nếu không giảm đau/ đau tăng hoặc không tiểu được điện châm lần 2 thời gian 30 phút, sau rút kim theo dõi 30 phút; nếu vẫn không giảm đau/ đau tăng hoặc không tiểu được sẽ dùng thuốc Paracetamol (Dopagan) 500mg uống 01 viên/ lần hoặc thông tiểu.

Kỹ thuật điện châm:

+ Bước 1: Chuẩn bị người bệnh: giải thích, động viên, lựa chọn tư thế châm. Người thực hiện là nhân viên y tế được đào tạo về YHCT và có chứng chỉ hành nghề.

+ Bước 2: Xác định huyết, vị trí huyết châm.

+ Bước 3: Sát trùng chỗ châm.

+ Bước 4: Châm kim, theo 2 thì: thì qua da châm kim qua da vùng huyết nhanh và dứt khoát, đẩy kim vào huyết, châm thẳng, độ nông sâu tùy thuộc vào thể trạng từng người bệnh. Sau khi châm đạt đến độ đắc khí thì kích thích bằng máy điện châm với tần số kích thích khoảng 3 - 5 Hz, cường độ kích thích tùy theo ngưỡng người bệnh chịu đựng được (thủ thuật châm tả pháp ở các thể nhiệt độc, huyết ú, thấp nhiệt; thủ thuật châm bổ pháp ở thể khí huyết lưỡng hư). Thời gian điện châm 30 phút.

+ Bước 5: Rút kim và sát trùng chỗ châm.

- Nhóm ĐC: Gồm 35 người bệnh, được điều trị bằng phác đồ nền kết hợp Paracetamol (Dopagan) 500mg uống 01 viên/ lần khi VAS > 3 điểm, uống nhắc lại khi người bệnh không giảm đau hoặc đau tăng, mỗi lần cách nhau ít nhất 4 giờ. Chườm ấm vùng bàng quang (nhiệt độ 40 đến 45 độ C) 30 phút, sau đó ngưng chườm theo dõi 30 phút, nếu không đi tiểu được, kích thích hoặc cầu bàng quang trên xương mu ngang mức rốn, sẽ thông tiểu.

- Người bệnh ở cái 2 nhóm khi hết đau hoặc cảm giác đau ít (VAS < 3 điểm) và tiểu tiện bình thường sẽ dừng điều trị.

- Liệu trình điều trị: tối đa 5 ngày. Trong quá trình điều trị nếu bệnh không giảm hoặc đau tăng; không đi tiểu được, kích thích hoặc cầu bàng quang trên xương mu ngang mức rốn khiến người bệnh khó chịu nhiều sẽ chuyển phương pháp điều trị và xác định là thất bại điều trị, số liệu người bệnh thất bại trong điều trị sẽ được thống kê và so sánh giữa hai nhóm.

• *Bước 4:*

- Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị, tác dụng không mong muốn tại các thời điểm trước điều trị (D_0) và trong quá trình điều trị tại các lần điều trị tiếp theo D_n (với n là các số tự nhiên thể hiện ngày điều trị của người bệnh).

- 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 nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, độ trĩ, yếu tố nguy cơ mắc bệnh trĩ, thể bệnh trĩ theo YHCT.

- Các chỉ tiêu lâm sàng: đánh giá tại các thời điểm trước điều trị (D_0) và trong quá trình điều trị tại các lần điều trị tiếp theo D_n (với n là các số tự nhiên thể hiện ngày điều trị của người bệnh). Các chỉ tiêu lâm sàng được theo dõi vào hai thời điểm trước điều trị và sau điều trị 30 phút.

+ Đánh giá triệu chứng đau: mức độ đau theo thang điểm VAS (Phụ lục 3), thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ, số ngày và số lượng thuốc giảm đau người bệnh phải sử dụng.

+ Đánh giá triệu chứng bí tiểu: mức độ tiểu tiện của người bệnh, thời gian xuất hiện bí tiểu, số ngày và số lần người bệnh phải điều trị bí tiểu bằng phương pháp thông tiểu.

+ Số người bệnh phải chuyển phương pháp điều trị (khi bệnh không đỡ hoặc tăng lên).

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

+ Tại chỗ: gãy kim, chảy máu khi rút kim, nhiễm trùng tại chỗ châm, đau tăng tại chỗ.

+ Toàn thân: sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn (chỉ số mạch, huyết áp trước và sau điều trị), vụng châm.

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

- Thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ: ≤ 3 giờ, > 3 giờ.

- Số ngày (ngày) và số lần (lần) người bệnh phải điều trị giảm đau.

Bảng 2.2. Đánh giá khả năng tiểu tiện của người bệnh

Triệu chứng	Mức độ	Điểm đánh giá
Tiểu thành dòng liên tục	Tốt	1 điểm
Tiểu thành dòng ngắt quãng	Khá	2 điểm
Tiểu nhỏ giọt ngắt quãng	Trung bình	3 điểm
Không đi tiểu được	Kém	4 điểm

- Thời gian xuất hiện bí tiểu sau mổ: ≤ 6 giờ, > 6 giờ.

- Số lần người bệnh phải can thiệp điều trị bí tiểu: lần

- Triệu chứng: đau tức hạ vị, cảm giác căng chướng vùng hạ vị, tiểu ít hoặc không tiểu được, có cầu bàng quang: có/ không

- Thể tích nước tiểu tồn lưu tại các thời điểm nghiên cứu: ml

2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại phụ và chuyên khoa - Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 3/2025 đến 11/2025

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.

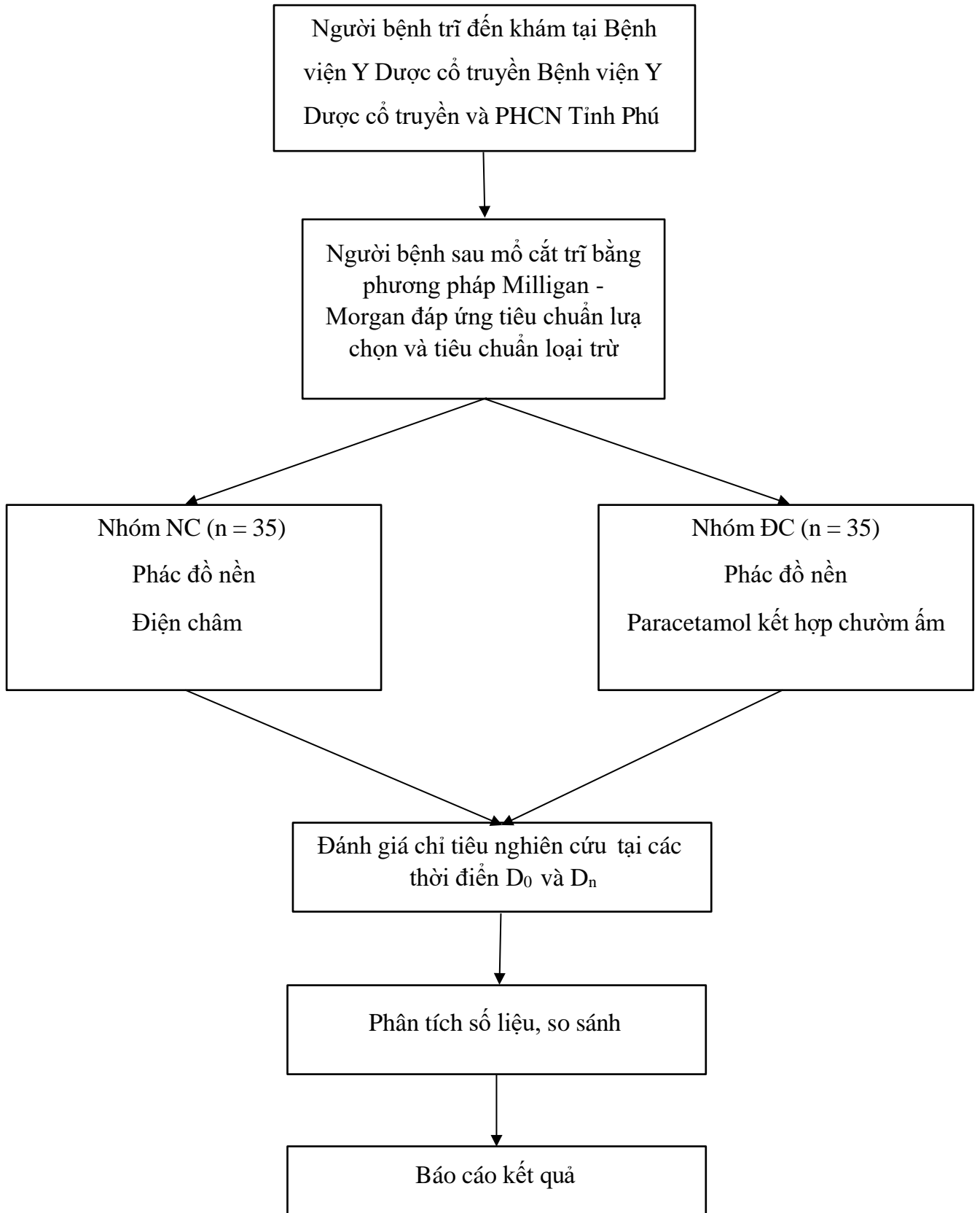
Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ thông qua.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Các 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 em 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

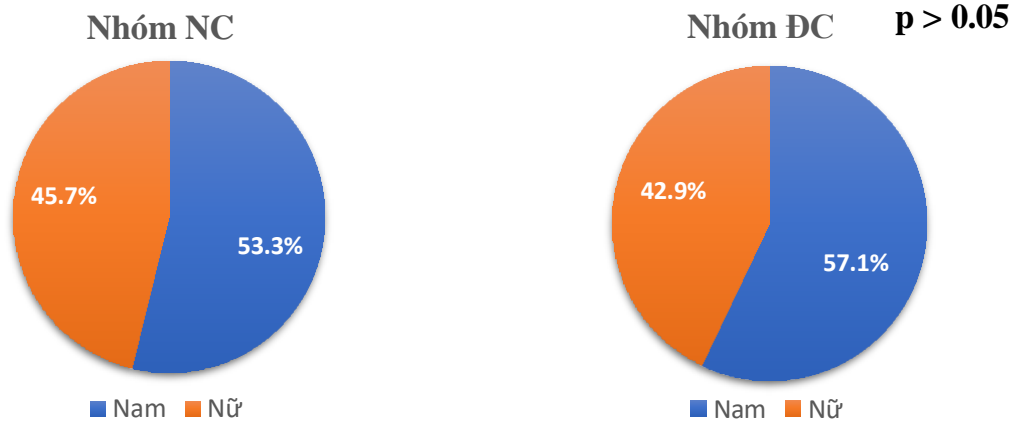
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P (NC - ĐC)
	n	%	n	%	
18 – 29	3	8.6	2	5.7	> 0.05
30 – 39	6	17.1	6	17.1	
40 – 49	8	22.9	7	20.0	
50 – 59	3	8.6	10	28.6	
60 – 70	15	42.8	10	28.6	
Tổng	35	100	35	100	
Tuổi TB ($\bar{x} \pm SD$)	51.31 ± 15.47		50.80 ± 14.07		51.06 ± 14.68

Nhận xét:

Cả hai nhóm đều có sự phân bố tuổi tương đối đồng đều, với tuổi trung bình lần lượt là 51.31 ± 15.47 tuổi ở nhóm NC và 50.80 ± 14.07 tuổi ở nhóm ĐC. Trong đó, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm là nhóm từ 60 - 70 tuổi (42.8% ở nhóm NC và 28.6% ở nhóm ĐC), nhóm 18 - 29 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (lần lượt ở nhóm NC và ĐC là 8.6% và 5.7%). Sự khác biệt về phân bố theo nhóm tuổi và tuổi trung bình giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.2. Đặc điểm theo giới

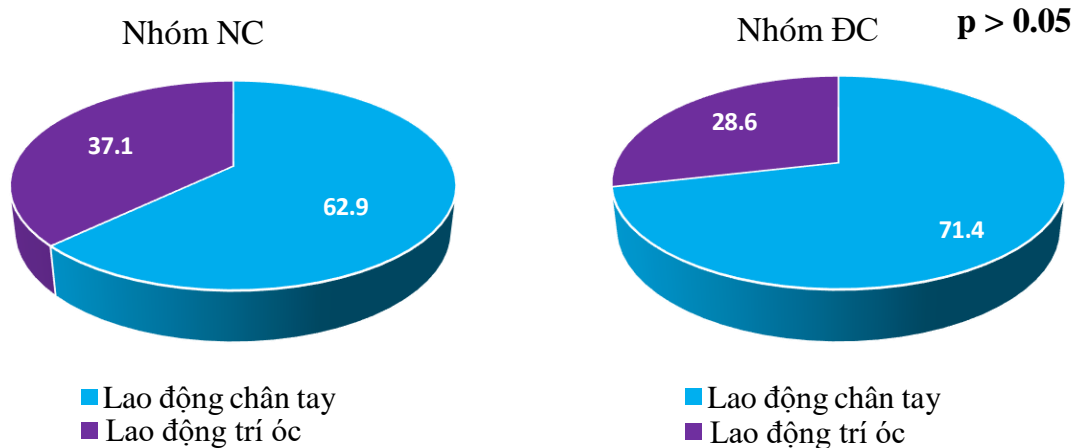


Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét:

Biểu đồ 3.1 cho thấy, tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu ở cả 2 nhóm đều có tỷ lệ nam/ nữ gần tương đương nhau, trong đó người bệnh nam giới có xu hướng cao hơn người bệnh nữ giới, tỉ lệ người bệnh thuộc giới nam ở 2 nhóm NC và ĐC lần lượt chiếm 53.3% và 57.1%. Sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

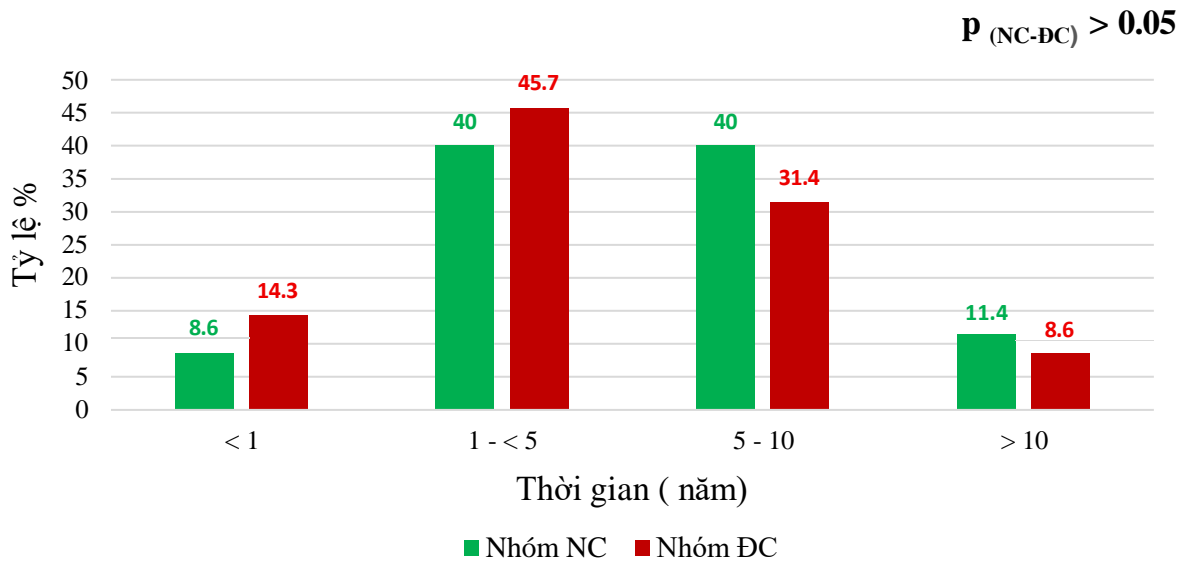


Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nhận xét:

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm lao động chân tay, tỉ lệ lao động chân tay/ lao động trí óc $\sim 2/1$, trong đó tỉ lệ người bệnh lao động chân tay ở nhóm NC chiếm 62.9% và ở nhóm ĐC là 71.4%. Sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.4. Thời gian mắc bệnh

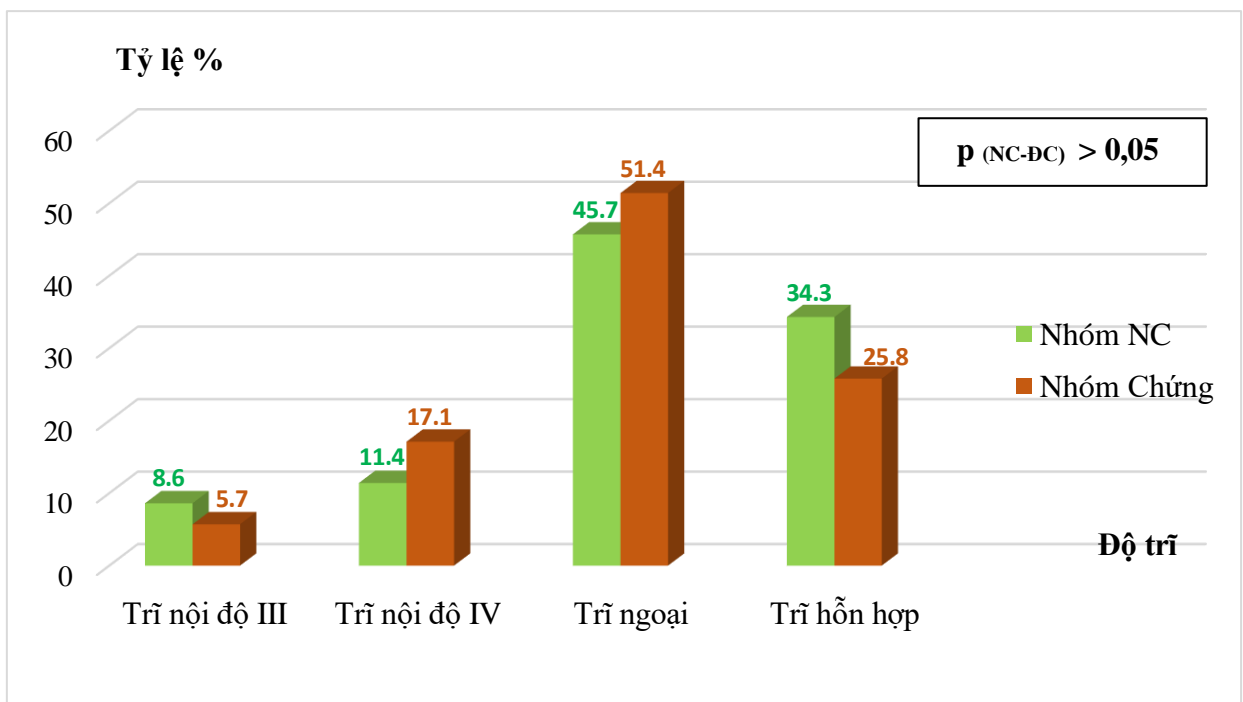


Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhận xét:

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 1 - 10 năm (chiếm 80% ở nhóm NC và 77.1% ở nhóm ĐC), tỉ lệ mắc bệnh < 1 năm và > 10 năm ít gặp, lần lượt chiếm 20% và 22.9% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.5. Độ trĩ



Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh theo độ trĩ

Nhận xét:

Biểu đồ 3.4 cho thấy phân bố độ trĩ tập trung ưu thế ở nhóm trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp, tỉ lệ này ở nhóm NC là 80.0% và 77.2% ở nhóm ĐC. Người bệnh mắc trĩ nội độ III chiếm tỉ lệ thấp nhất, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 8.6% và 5.7%. Sự khác biệt về phân bố độ trĩ của người bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.6. 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	20	57.1	22	62.9	42	60.0	> 0.05
Thói quen ăn cay	20	57.1	18	51.4	38	54.3	
Thói quen uống rượu	10	28.6	12	34.3	22	31.4	
Tiêu chảy kéo dài	5	14.3	4	11.4	9	12.9	
Khởi phát sau đẻ	6	17.1	8	22.9	14	20.0	

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất một yếu tố nguy cơ gây bệnh. Táo bón thường xuyên là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở cả hai nhóm (nhóm NC: 57.1%, nhóm ĐC: 62.9%), tiếp theo là thói quen ăn cay cũng chiếm tần suất lớn (NC: 57.1%, ĐC: 51.4%). Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác như uống rượu, tiêu chảy kéo dài và khởi phát sau đẻ cũng thường gặp với tỉ lệ thấp hơn. Không có sự khác biệt về phân bố theo yếu tố nguy cơ gây bệnh ở 2 nhóm với $p > 0.05$.

3.1.7. Phân bố theo thể bệnh trĩ YHCT

Bảng 3.3. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh trĩ YHCT

Thể bệnh	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)		p (NC – ĐC)
	n	%	n	%	n	%	
Nhiệt độ	3	8.6	4	11.4	7	10.0	> 0.05
Huyết ú	11	31.4	10	28.6	21	30.0	
Thấp nhiệt	15	42.9	17	48.6	32	45.7	
Khí huyết lưỡng hư	6	17.1	4	11.4	10	14.3	
Tổng	35	100	35	100	70	100	

Nhận xét:

Bảng 3.3 cho thấy người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc thể Thấp nhiệt chiếm tỉ lệ cao nhất trong cả hai nhóm, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC chiếm 42.9% và 48.6%. Tiếp đó là thể Huyết ú cũng chiếm tỉ lệ đáng kể (nhóm NC: 31.4%, nhóm ĐC: 28.6%). Thể Khí huyết lưỡng hư và Nhiệt độ xuất hiện với tỉ lệ thấp hơn. Sự phân bố người bệnh theo các 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. Tỉ lệ số lần can thiệp giảm đau trong thời gian sau mổ 24 giờ

Bảng 3.4. Tỉ lệ số lần can thiệp giảm đau trong thời gian sau mổ 24 giờ

Can thiệp đau	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p (NC – ĐC)
	n	%	n	%	
Can thiệp lần 1	35	100	35	100	> 0.05
Can thiệp lần 2	35	100	35	100	> 0.05
Can thiệp lần 3	7	20.0	24	68.6	< 0.05

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.4 cho thấy, tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất 2 lần can thiệp giảm đau (nhóm NC: can thiệp điện châm, nhóm ĐC: can thiệp uống Dopagan) đau trong thời gian 24 giờ sau mổ. Sự khác biệt về tỉ lệ can thiệp giảm đau lần 1 và lần 2 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Đáng chú ý, tỉ lệ cần can thiệp giảm đau lần 3 ở nhóm NC là 20.0% thấp hơn đáng kể so với nhóm ĐC (68.6%). Sự khác biệt về tỉ lệ can thiệp giảm đau lần 3 giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.2. Số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày quá trình điều trị

Bảng 3.5. Số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày trong quá trình điều trị

Số lần can thiệp TB	Nhóm	Nhóm NC (n = 35) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm ĐC (n = 35) ($\bar{x} \pm SD$)	p (NC - ĐC)
	D ₁		2.20 ± 0.45	
D ₂		2.00 ± 0.54	2.46 ± 0.61	< 0.05
D ₃		1.69 ± 0.58	2.11 ± 0.47	< 0.05
D ₄		1.71 ± 0.57	2.14 ± 0.49	< 0.05
D ₅		1.57 ± 0.56	2.03 ± 0.62	< 0.05

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.5 cho thấy trong quá trình điều trị, số lần can thiệp giảm đau TB của nhóm NC có xu hướng thấp hơn nhóm ĐC, và giảm dần từ ngày D₁ đến D₅. Sự chênh lệch thể hiện rõ rệt, số lần can thiệp giảm đau TB của nhóm NC so với nhóm ĐC lần lượt ở các ngày D₁ (2.20 ± 0.45 lần so với 2.69 ± 0.47 lần) và D₅ (1.57 ± 0.56 lần so với 2.03 ± 0.62 lần). Sự khác biệt số lần can thiệp giảm đau trung bình giữa ngày D₁ và D₅ của 2 nhóm và các ngày D₁, D₂, D₃, D₄, D₅ giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.3. Thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ

Bảng 3.6. Phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ

Thời gian	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)	
	n	%	n	%	n	%
≤ 3 giờ	14	40.0	13	31.7	27	38.6
> 3 giờ	21	60.0	22	62.9	43	61.4
Min (giờ)	2.0		2.0		2.0	
Max (giờ)	4.5		4.5		4.5	
Thời gian TB ($\bar{x} \pm SD$)	3.28 ± 0.67		3.39 ± 0.72		3.34 ± 0.70	
p (NC - ĐC)	> 0.05					

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.6 cho thấy, thời gian trung bình xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ của người bệnh tham gia nghiên cứu là 3.34 ± 0.70 giờ, trong đó ở nhóm NC là 3.28 ± 0.67 giờ, tương đương với nhóm ĐC là 3.39 ± 0.72 giờ.

Đa số người bệnh có cơn đau đầu tiên xuất hiện sau mổ là sau 3 giờ, tỉ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC chiếm 60.0% và 62.9%. Thời gian xuất hiện cơn đau sau mổ sớm nhất là 2 giờ và xuất hiện muộn nhất là 4.5 giờ.

Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.2.4. Số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị

Bảng 3.7. Số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị

Nhóm	Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	P (NC - ĐC)
Số lượng thuốc (viên)			
D ₁	7	94	< 0.05
D ₂	5	86	< 0.05
D ₃	2	74	< 0.05
D ₄	2	75	< 0.05
D ₅	1	71	< 0.05
Tổng	17	400	< 0.05

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.7 cho thấy tổng số lượng viên Dopagan 500mg sử dụng trong 5 ngày ở nhóm NC (17 viên) thấp hơn rõ rệt so với nhóm ĐC (400 viên). Sự chênh lệch này đều thể hiện rõ từ ngày D₁ đến D₅. Sự khác biệt về số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị giữa 2 nhóm tại mọi thời điểm từ D₁ đến D₅ đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.5. Sự thay đổi điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.8. Sự thay đổi điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu

Nhóm		Nhóm NC (n = 35) ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm ĐC (n = 35) ($\bar{x} \pm SD$)	P (NC – ĐC)
Điểm VAS TB				
D ₁	VAS trước điều trị	5.71 ± 0.46	5.63 ± 0.49	> 0.05
	VAS sau điều trị	2.54 ± 0.51	2.57 ± 0.50	> 0.05
P (trước – sau)		< 0.05	< 0.05	
D ₂	VAS trước điều trị	5.06 ± 0.54	5.17 ± 0.62	> 0.05
	VAS sau điều trị	2.29 ± 0.52	2.23 ± 0.55	> 0.05
P (trước – sau)		< 0.05	< 0.05	
D ₃	VAS trước điều trị	4.77 ± 0.55	4.86 ± 0.60	> 0.05
	VAS sau điều trị	2.11 ± 0.47	2.14 ± 0.43	> 0.05
P (trước – sau)		< 0.05	< 0.05	
D ₄	VAS trước điều trị	4.54 ± 0.51	4.63 ± 0.55	> 0.05
	VAS sau điều trị	1.77 ± 0.49	1.86 ± 0.49	> 0.05
P (trước – sau)		< 0.05	< 0.05	
D ₅	VAS trước điều trị	4.14 ± 0.73	4.17 ± 0.75	> 0.05
	VAS sau điều trị	1.66 ± 0.54	1.77 ± 0.55	> 0.05
P (trước – sau)		< 0.05	< 0.05	

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.8 cho thấy, điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu giữa 2 nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tuy nhiên, cả 2 nhóm đều cải thiện rõ rệt mức độ đau trước và sau điều trị từ D₁ đến D₅, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.6. Thời gian người bệnh xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ

Bảng 3.9. Phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ

Thời gian \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)	
	n	%	n	%	n	%
≤ 6 giờ	30	85.7	29	82.9	59	84.3
> 6 giờ	5	14.3	6	17.1	11	15.7
Min (giờ)	4.0		4.0		4.0	
Max (giờ)	6.5		6.5		6.5	
Thời gian TB ($\bar{x} \pm SD$)	5.33 ± 0.81		5.20 ± 0.82		5.26 ± 0.82	
P (NC - ĐC)	> 0.05					

Nhận xét:

Thời gian trung bình xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ của người bệnh tham gia nghiên cứu là 5.26 ± 0.82 giờ, trong đó ở nhóm NC là 5.33 ± 0.81 giờ, tương đương với nhóm ĐC là 5.20 ± 0.82 giờ.

Đa số người bệnh xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ ≤ 6 giờ, tỉ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC chiếm 85.7% và 82.9%. Thời gian xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ sớm nhất là 4 giờ và xuất hiện muộn nhất là 6.5 giờ.

Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.2.7. Đặc điểm triệu chứng bí tiểu cơ năng trước điều trị

Bảng 3.10. Đặc điểm triệu chứng bí tiểu cơ năng trước điều trị

Triệu chứng		Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p (NC – ĐC)
		n	%	n	%	
Đau tức hạ vị		35	100	35	100	> 0.05
Căng chướng vùng hạ vị		35	100	35	100	> 0.05
Cầu bàng quang		35	100	35	100	> 0.05
Mức độ cầu bàng quang	Độ I	0	0.0	0	0.0	> 0.05
	Độ II	16	45.7	14	40.0	
	Độ III	19	54.3	21	60.0	
Nước tiểu tồn lưu (ml) ($\bar{x} \pm SD$)		547.14 \pm 112.42		560.00 \pm 105.58		> 0.05

Nhận xét:

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều xuất hiện các triệu chứng cơ năng bí tiểu như đau tức, căng chướng hạ vị và cầu bàng quang. Mức độ cầu bàng quang chủ yếu ở độ II và Độ III, tỉ lệ này ở nhóm NC lần lượt là 45.7% và 54.3%; ở nhóm ĐC là 40.0% và 60.0%. Sự khác biệt về triệu chứng bí tiểu cơ năng trước điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Lượng nước tiểu tồn lưu trung bình của người bệnh ở nhóm NC là 547.14 ± 112.42 ml và nhóm ĐC là 560.00 ± 105.58 ml. Không có sự khác biệt về lượng nước tiểu tồn lưu trung bình trước điều trị giữa 2 nhóm với $p > 0.05$.

3.2.8. Cải thiện triệu chứng bí tiểu sau 01 lần can thiệp

Bảng 3.11. Cải thiện triệu chứng bí tiểu sau 01 lần can thiệp

Triệu chứng		Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p (NC – ĐC)
		n	%	n	%	
Đau tức hạ vị		8	22.9	21	60.0	< 0.05
Căng chướng vùng hạ vị		5	14.3	17	48.6	< 0.05
Cầu bàng quang		15	42.8	26	74.2	< 0.05
Mức độ cầu bàng quang	Độ I	7	20.0	6	17.1	
	Độ II	6	17.1	7	20.0	
	Độ III	2	5.7	13	37.1	
Nước tiểu tồn lưu (ml) ($\bar{x} \pm SD$)		156.29 \pm 130.10		310.86 \pm 173.14		< 0.05

Nhận xét:

Sau 01 lần can thiệp (nhóm NC: điện châm, nhóm ĐC: chườm ấm), người bệnh cải thiện các triệu chứng cơ năng như đau tức hạ vị, căng chướng vùng hạ vị và cầu bàng quang ở nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC. Tỷ lệ người bệnh còn xuất hiện triệu chứng đau tức hạ vị, căng chướng vùng hạ vị, cầu bàng quang ở nhóm NC là 22.9%, 14.3%, 42.8%; và ở nhóm ĐC chiếm lần lượt 60.0%, 48.6%, 74.2%. Sự khác biệt về cải thiện các triệu chứng bí tiểu giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Đặc biệt, lượng nước tiểu tồn lưu sau 01 lần can thiệp ở nhóm NC có xu hướng thấp hơn nhiều so với nhóm ĐC, lượng nước tiểu tồn lưu TB của 2 nhóm lần lượt là 156.29 ± 130.10 ml ở nhóm NC và 310.86 ± 173.14 ml ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về lượng nước tiểu tồn lưu TB sau 01 lần can thiệp giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.9. Tỷ lệ người bệnh can thiệp đặt thông tiểu trong quá trình nghiên cứu

Bảng 3.12. Tỷ lệ người bệnh can thiệp đặt thông tiểu trong quá trình nghiên cứu

Thủ thuật thông tiểu	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		Tổng (n = 70)	
	n	%	%	%	n	%
Có đặt thông tiểu	2	5.7	15	42.9	17	24.3
Không đặt thông tiểu	33	94.3	20	57.1	53	75.7
p (NC – ĐC)	< 0.05					

Nhận xét:

Trong quá trình nghiên cứu, có 17 người bệnh tham gia nghiên cứu cần can thiệp đặt thông tiểu chiếm 24.3%. Tỷ lệ này ở nhóm NC là 5.7% (tương đương 2 người bệnh) thấp hơn rất nhiều so với nhóm ĐC chiếm 42.9% (tương đương 15 người bệnh). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.10. Mức độ cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng sau can thiệp lần 1

Bảng 3.13. Mức độ cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng sau can thiệp lần 1

Khả năng tiểu tiện	Nhóm NC (n = 35)				p D0-D5	Nhóm ĐC (n = 35)				p D0-D5
	Trước		Sau			Trước		Sau		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tốt	0	0.0	20	57.2	< 0.05	0	0.0	9	25.7	< 0.05
Khá	0	0.0	7	20.0		0	0.0	7	20.0	
Trung bình	22	62.9	6	17.1		25	71.4	5	14.3	
Kém	13	37.1	2	5.7		10	28.6	14	40.0	
p D0 (NC-ĐC)	> 0.05									
p D5 (NC-ĐC)	< 0.05									

Nhận xét:

Trước can thiệp lần 1, mức độ bí tiểu của hai nhóm đều thuộc mức trung bình và kém, không có sự khác biệt với $p > 0.05$.

Sau can thiệp lần 1, người bệnh ở nhóm NC phần lớn cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng ở mức tốt (57.2%) và khá (20.0%), trong khi đó ở nhóm ĐC tỷ lệ này chỉ chiếm lần

lượt 25.7% và 20.0% và phần lớn cải thiện ở mức độ kém (40.0%) khiến cho người bệnh phải can thiệp đặt thông tiêu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn

3.3.1. Theo dõi thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị

Bảng 3.14. Theo dõi thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị

Nhóm Chỉ số TB	Nhóm NC (n = 35)			Nhóm ĐC (n = 35)		
	Trước	Sau	p (trước - sau)	Trước	Sau	p (trước - sau)
Mạch (lần/ phút)	75.37 ± 4.67	74.20 ± 5.69	> 0.05	73.29 ± 6.99	72.14 ± 6.92	> 0.05
HATT (mmHg)	124.14 ± 4.62	123.86 ± 6.07		121.71 ± 5.42	121.57 ± 6.84	
HATTr (mmHg)	71.14 ± 7.48	70.14 ± 7.72		69.43 ± 7.35	68.68 ± 7.96	
p NC - ĐC	> 0.05					

Nhận xét:

Sau điều trị, các chỉ số mạch, huyết áp tương đương trước điều trị ở cả hai nhóm. Sự khác biệt trước và sau điều trị ở hai nhóm và giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.3.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.15. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Nhóm Tác dụng không mong muốn	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)	
	n	%	n	%
Vụng châm	0	0	0	0
Gãy kim	0	0	0	0
Chảy máu khi rút kim	0	0	0	0
Nhiễm trùng tại chỗ châm	0	0	0	0
Đau tăng tại chỗ châm	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong quá trình điều trị, tất cả người bệnh ở cả hai nhóm đều chưa ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng của các phương pháp can thiệp.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 70 người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan, có sự phân bố tuổi tương đối đồng đều giữa 2 nhóm, với tuổi trung bình lần lượt là 51.31 ± 15.47 tuổi ở nhóm NC và 50.80 ± 14.07 tuổi ở nhóm ĐC. Trong đó, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm là nhóm từ 40 – 70 tuổi (74.3 % ở nhóm NC và 77.2% ở nhóm ĐC), nhóm 18 - 29 tuổi chiếm tỉ lệ khá thấp (lần lượt ở nhóm NC và ĐC là 8.6% và 5.7%). Sự khác biệt về phân bố theo nhóm tuổi và tuổi trung bình giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả này cho thấy đa số người bệnh thuộc nhóm tuổi lao động và trung niên – cao tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh trĩ được ghi nhận trong y văn. Theo nhiều nghiên cứu dịch tễ học, bệnh trĩ thường xuất hiện nhiều ở người từ 30 - 60 tuổi do quá trình lão hóa các mô nâng đỡ vùng hậu môn - trực tràng, sự suy yếu thành mạch và ảnh hưởng tích lũy của các yếu tố cơ học và thói quen sinh hoạt [1], [3].

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo (2016) trên 60 người bệnh sau mổ trĩ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, trong đó nhóm tuổi 40 - 60 chiếm 68,3% [58]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Huệ (2018) cũng ghi nhận nhóm tuổi 31 - 60 chiếm 72,4% trong tổng số 58 người bệnh sau phẫu thuật Milligan - Morgan [59]. Tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh và cộng sự (2019) nghiên cứu hiệu quả giảm đau của nhĩ châm trên người bệnh sau mổ trĩ cho thấy tuổi trung bình của nhóm ĐC và nhóm NC lần lượt là 45.23 ± 13.84 tuổi và 50.13 ± 13.66 tuổi [55]. Như vậy, phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với xu hướng chung.

Dưới góc độ sinh lý học, tuổi tăng đi kèm với giảm tính đàn hồi mô, yếu cơ nâng hậu môn, giảm trương lực thành tĩnh mạch, tăng tỷ lệ táo bón mạn tính và các bệnh lý kèm theo, đây đều là những yếu tố thuận lợi gây tăng áp lực lên đám rối trĩ [1],[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh điều này khi nhóm tuổi trung niên và cao tuổi xuất hiện nhiều hơn.

Theo YHCT, tuổi tăng lên làm “khí huyết hư suy”, “tạng phủ suy yếu”, chức năng vận hóa của tỳ vị giảm, dễ sinh thấp – nhiệt, khí trệ – huyết ứ, lâu ngày hình thành bệnh trĩ. Do đó, phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi không chỉ phù hợp với YHHĐ mà còn phù hợp với quan điểm bệnh sinh của YHCT [8],[9].

4.1.2. Đặc điểm theo giới

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu ở cả 2 nhóm đều có tỷ lệ nam/ nữ ~ 1.2, trong đó, tỉ lệ người bệnh thuộc giới nam ở 2 nhóm NC và ĐC lần lượt chiếm 53.3% và 57.1%. Sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Sự chênh lệch này thể hiện xu hướng nam gặp bệnh trĩ nhiều hơn nữ, kết quả của chúng tôi tương tự nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Trần Quang Hưng (2017) đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đái của điện châm trên 120 người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh trĩ ở nhóm nam giới chiếm 55%, nữ giới chiếm 45%; tỷ lệ nam/nữ: 1.2 [52]. Tạ Đăng Quang, Nguyễn Thị Thảo (2016) nghiên cứu điều trị bí đái cơ năng trên 60 người bệnh sau mổ trĩ bằng máy điện châm sử dụng miếng dán điện xung kết hợp tiêm prostigmin cũng cho kết quả tỉ lệ nam/ nữ là 1.3 [51]. Số liệu này cũng phù hợp với thống kê dịch tễ học quốc tế, trong đó nam giới có nguy cơ mắc bệnh trĩ cao hơn nữ, gợi ý mối liên hệ giữa bệnh trĩ và các yếu tố nguy cơ đặc thù giới như thói quen sử dụng rượu bia, bỏ bữa, lao động nặng, hút thuốc lá – những yếu tố này được chứng minh làm tăng áp lực ổ bụng và rối loạn tuần hoàn vùng hậu môn [1],[7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh trĩ ở nam giới cao hơn nữ giới, điều này có thể được lý giải bởi sự khác biệt về đặc điểm lao động, lối sống và thể chất của hai giới.

Theo YHHĐ, nam giới thường tham gia các công việc phải mang vác nặng, đứng lâu hoặc ngồi lâu, làm tăng áp lực ổ bụng và cản trở hồi lưu tĩnh mạch, từ đó thúc đẩy sự giãn nở của đám rối tĩnh mạch trĩ. Bên cạnh đó, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia và ăn nhiều đồ cay nóng, ít chất xơ gặp nhiều ở nam giới hơn, dẫn đến táo bón mạn tính – yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong cơ chế hình thành bệnh trĩ. Ngoài ra, việc ít quan tâm đến sức khỏe và có xu hướng trì hoãn khám bệnh khiến nam giới thường phát hiện bệnh muộn, làm tăng tỷ lệ thống kê mắc trĩ [7],[10].

Theo YHCT, nam giới mang tính dương và dễ sinh nhiệt hơn nữ, kết hợp với rượu bia, lao lực và ăn uống thất thường làm hình thành thấp nhiệt và huyết ú tại trường vị – đại trường, từ đó tổn thương mạch lạc vùng hậu môn. Đồng thời, lao động nặng và làm việc quá sức làm tỳ khí hư, gây hạ hãm trung khí khiến mạch lạc hậu môn kém bền vững, dễ hình thành búi trĩ. Can khí uất do căng thẳng nghề nghiệp ở nam cũng làm khí trệ huyết ú, góp phần vào cơ chế bệnh sinh của trĩ. Sự tương đồng giữa hai quan điểm YHHĐ và YHCT

đều quy về cơ chế chung là tăng áp lực vùng hậu môn, giảm sức bền thành mạch và rối loạn vi tuần hoàn, từ đó giải thích vì sao bệnh trĩ gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới [8],[9].

4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm lao động chân tay, tỉ lệ lao động chân tay/ lao động trí óc $\sim 2/ 1$, trong đó tỉ lệ người bệnh lao động chân tay ở nhóm NC chiếm 62.9% và ở nhóm ĐC là 71.4%. Sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của các tác giả Phạm Đức Huân và cộng sự (2021) nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng người bệnh trĩ nội độ II có chảy máu trên 172 người bệnh, phân loại theo tính chất nghề nghiệp: công việc gắng sức nhiều (lao động chân tay) có tỉ lệ cao nhất chiếm 35.5%, nhóm ngồi nhiều (33,7%) và di chuyển nhiều (30,8%) [60]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả Hà Thị Thu Hoài, Tạ Văn Bình, Tạ Đăng Quang (2023) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của người bệnh phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trên 80 người bệnh mổ trĩ, phân bố nghề nghiệp cho thấy lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao nhất (55 %) trong khi lao động chân tay chỉ khoảng 33,75% [61]. Sự khác biệt này do sự khác biệt về đặc điểm địa bàn nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ, xung quanh có nhiều khu công nghiệp và còn tập chung nhiều các đối tượng lao động chân tay (công nhân, nông nhân). Trong khi đó địa điểm nghiên cứu của các tác giả Hà Thị Thu Hoài, Tạ Văn Bình, Tạ Đăng Quang (2023) là Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, một bệnh viện nằm ở quận trung tâm của thành phố Hà Nội, có nhiều cơ quan công sở, tập trung đa số là nhân viên văn phòng.

Đa số người bệnh trĩ trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm lao động chân tay, điều này có thể được lý giải dựa trên cả cơ chế YHHĐ và YHCT. Theo YHHĐ, lao động chân tay thường đi kèm với các hoạt động gắng sức, mang vác nặng hoặc đứng lâu, dẫn đến tăng áp lực ổ bụng, cản trở hồi lưu tĩnh mạch vùng hậu môn trực tràng, từ đó làm giãn đám rối tĩnh mạch trĩ và hình thành búi trĩ. Đồng thời, lao động nặng thường đi kèm với chế độ ăn ít chất xơ và nhiều đạm, dễ gây táo bón mạn tính, yếu tố nguy cơ quan trọng trong cơ chế bệnh sinh trĩ. Bên cạnh đó, nam giới lao động chân tay thường có thói quen uống rượu bia và hút thuốc, góp phần làm tổn thương thành mạch, giãn tĩnh mạch và suy giảm vi tuần hoàn. Theo YHCT, lao động chân tay nặng nhọc dẫn đến tỳ khí hư suy, khí

hư hạ hãm, khiến khí huyết ở hậu môn trực tràng vận hành không thông, dễ sinh huyết ứ và sa trĩ. Đồng thời, lao lực kết hợp với ăn uống thất thường, nhiều thực phẩm cay nóng hoặc rượu bia sẽ sinh thấp nhiệt, làm tổn thương mạch lạc, gây sưng đau, chảy máu và hình thành búi trĩ. Như vậy, cơ chế YHHĐ và YHCT đều nhấn mạnh vai trò của tăng áp lực vùng hậu môn, rối loạn vi tuần hoàn và huyết ứ trong cơ chế bệnh sinh, giải thích hợp lý tại sao nhóm lao động chân tay chiếm đa số trong người bệnh trĩ [1],[7],[8].

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 1 - 10 năm (chiếm 80% ở nhóm NC và 77.1% ở nhóm ĐC), tỉ lệ mắc bệnh < 1 năm và > 10 năm ít gặp, lần lượt chiếm 20% và 22.9% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0.05$.

Các nghiên cứu khác cũng cho thấy xu hướng bệnh kéo dài trước khi phẫu thuật, tác giả Nguyễn Thị Thảo (2016) nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị đau sau mổ trĩ bằng phương pháp điện châm tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương ghi nhận 53,3% người bệnh mắc bệnh trên 1 năm [58]. Tác giả Lê Thị Huệ (2018) nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị đau sau phẫu thuật trĩ theo phương pháp Milligan - Morgan ghi nhận con số tương tự 59,1% [59]. Điều này cho thấy người bệnh thường chỉ tìm đến phẫu thuật khi triệu chứng nặng như đau, chảy máu, sa búi trĩ độ cao, hoặc khi điều trị nội khoa không đáp ứng.

Thời gian mắc bệnh kéo dài có thể làm tổn thương mô trĩ nhiều hơn, dẫn đến mức độ bệnh nặng hơn và có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục sau mổ. Điều này giải thích một phần cho mức độ đau sau mổ và biến chứng như bí tiêu, phù nề, rỉ dịch ở một số đối tượng trong nghiên cứu [31].

Theo YHCT, thời gian bệnh kéo dài tương ứng với “tà khí nhập lạc”, khí huyết đình trệ, huyết ứ, thấp nhiệt, hư tổn tỳ vị. Đây cũng là lý do nhiều người bệnh trong nghiên cứu rơi vào thể bệnh huyết ứ, thấp nhiệt hoặc khí hư huyết ứ [25].

4.1.5. Độ trĩ

Phân loại theo Goligher J.C là phân loại được chấp nhận và áp dụng nhiều trong thực tế lâm sàng, tác giả này đã dựa vào nguồn gốc hình thành búi trĩ, đường lược và mức độ sa của búi trĩ trên lâm sàng để phân theo loại và mức độ trĩ [14].

- Theo giải phẫu: Đường lược là mốc giải phẫu mô học, trĩ được phân thành trĩ nội, trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp:

+ Trĩ nội: hình thành từ đám rối trĩ nội, nằm ở khoang dưới niêm mạc, phía trên đường lược và được phủ bởi niêm mạc, không nhạy cảm với cảm giác đau. Theo mức độ sa: Trĩ nội được chia làm 4 độ: Độ 1: búi trĩ lồi vào trong lòng ống hậu môn, nhưng không sa ra ngoài lỗ ngoài ống hậu môn khi đại tiện, xung huyết, chảy máu khi đại tiện; Độ 2: búi trĩ sa ra ngoài lỗ ngoài ống hậu môn khi đại tiện, nhưng tự co vào lòng ống hậu môn sau khi đại tiện, có thể kèm ra máu tươi; Độ 3: búi trĩ sa ra ngoài lỗ ngoài ống hậu môn khi đại tiện, nhưng không tự co vào phải dùng tay đẩy vào ống hậu môn, có thể kèm ra máu tươi khi đại tiện; Độ 4: búi trĩ sa liên tục ở ngoài lỗ ngoài ống hậu môn, không thể đẩy vào, gồm cả trường hợp trĩ sa tắc mạch, có thể kèm ra máu khi đại tiện [15],[16],[17].

+ Trĩ ngoại: hình thành từ đám rối trĩ ngoại, nằm ở khoang cạnh hậu môn, phía dưới đường lược và được phủ bởi biểu mô vảy nhạy cảm với cảm giác đau.

+ Trĩ hỗn hợp: hhi trĩ nội, trĩ ngoại phát triển và kết nối lại với nhau, thì gọi là trĩ hỗn hợp, có niêm mạc phủ ở phần trên và da hậu môn phủ ở phần dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh tham gia nghiên cứu phân bố độ trĩ tập trung ưu thế ở nhóm trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp, tỉ lệ này ở nhóm NC là 80.0% và 77.2% ở nhóm ĐC. Người bệnh mắc trĩ nội độ III chiếm tỉ lệ thấp nhất, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 8.6% và 5.7%. Sự khác biệt về phân bố độ trĩ của người bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0.05$.

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm lâm sàng của người bệnh trĩ. Theo YHHD: Trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp thường biểu hiện triệu chứng rõ rệt, như sưng đau, chảy máu, sa búi trĩ thường trực hoặc tắc mạch, gây khó chịu, đau đớn và hạn chế sinh hoạt, do đó người bệnh thường đến khám và được chỉ định phẫu thuật cao hơn. Trĩ nội ở giai đoạn sớm (I - II) thường ít triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, nhiều người bệnh lựa chọn điều trị nội khoa, chế độ ăn uống, thay đổi thói quen đi cầu, nên ít được phẫu thuật. Về cơ chế YHCT: Trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp thường liên quan đến huyết ú và thấp nhiệt, biểu hiện bằng sưng đau, chảy máu hoặc sa búi trĩ. Lao lực, táo bón kéo dài hoặc ăn uống thất thường sinh nhiệt thấp làm huyết ú ở hậu môn trực tràng, dẫn đến búi trĩ hình thành và sa ra ngoài, đặc biệt là trĩ ngoại và hỗn hợp. Người bệnh cảm nhận rõ triệu chứng đau nhức, tắc mạch hoặc chảy máu, nên tác động đến sinh hoạt hằng ngày, thúc đẩy quyết định phẫu thuật [24],[31].

Độ trĩ cao hơn thường kéo theo mức độ tổn thương mô rộng hơn, thời gian phẫu thuật dài hơn và mức độ đau sau mổ cũng nặng hơn. Điều này có ý nghĩa trong việc giải thích

mức độ cải thiện đau khi áp dụng điện châm - một phương pháp có tác dụng điều hòa khí huyết, chống viêm, giảm co thắt cơ thắt trong và tăng tuần hoàn vùng hậu môn.

4.1.6. Yếu tố nguy cơ gây bệnh

Yếu tố nguy cơ là bất kỳ đặc điểm, điều kiện hoặc hành vi nào làm tăng khả năng một cá nhân mắc bệnh hoặc rối loạn sức khỏe, nhưng không trực tiếp gây ra bệnh. Yếu tố nguy cơ có thể là cố định, không thay đổi được như tuổi tác, giới tính, yếu tố di truyền, hoặc thay đổi được, có thể điều chỉnh bằng lối sống, chế độ ăn uống, lao động, vận động, và thói quen sinh hoạt. Trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng, việc xác định yếu tố nguy cơ giúp dự đoán nguy cơ mắc bệnh, hiểu cơ chế bệnh sinh và xây dựng các biện pháp phòng ngừa hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố nguy cơ cố định gồm giới tính nam, tuổi trung niên, trong khi các yếu tố thay đổi được gồm táo bón thường xuyên, thói quen ăn cay, thói quen uống rượu, tiêu chảy kéo dài, khởi phát sau đẻ, ... Việc phân tích yếu tố nguy cơ còn hỗ trợ đánh giá mối quan hệ giữa đặc điểm nhân khẩu, nghề nghiệp, lối sống với sự xuất hiện và tiến triển của bệnh [1],[11].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất một yếu tố nguy cơ gây bệnh. Táo bón thường xuyên là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở cả hai nhóm (nhóm NC: 57.1%, nhóm ĐC: 62.9%), tiếp theo là thói quen ăn cay cũng chiếm tần suất lớn (NC: 57.1%, ĐC: 51.4%). Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác như uống rượu, tiêu chảy kéo dài và khởi phát sau đẻ cũng thường gặp với tỉ lệ thấp hơn. Không có sự khác biệt về phân bố theo yếu tố nguy cơ gây bệnh ở 2 nhóm với $p > 0.05$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Quang Hưng (2017) đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đái của điện châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan ghi nhận: táo bón là yếu tố thuận lợi chiếm tỷ lệ cao nhất 80.8% (97 người bệnh); nguyên nhân sau đẻ chiếm 53.7%; chế độ ăn cay chiếm 15.8%; uống rượu 32.5%; ỉa chảy chiếm tỷ lệ thấp 6.67% [52].

Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh trong YHHĐ và YHCT. Theo YHHĐ, táo bón kéo dài là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu của bệnh trĩ, do tăng áp lực ổ bụng khi đi cầu dẫn đến dẫn đấm rối tĩnh mạch trĩ, đồng thời tăng tổn thương thành mạch và vi tuần hoàn ở vùng hậu môn trực tràng, làm hình thành hoặc làm sa búi trĩ. Thói quen ăn cay, ăn nhiều gia vị, rượu bia và chế độ ăn ít chất xơ cũng góp phần làm táo bón, kích thích niêm mạc trực tràng, gia tăng áp lực tĩnh mạch và tình trạng viêm, từ đó thúc đẩy tiến triển của bệnh. Ngoài ra, đặc biệt ở phụ nữ sau sinh thường gây tăng áp lực ổ bụng trong

quá trình chuyển dạ, khi bà mẹ rặn nhiều lần, kéo dài và mạnh, làm dẫn đám rối tĩnh mạch trĩ và suy yếu thành mạch hậu môn, đồng thời thường kèm theo táo bón sau sinh do thay đổi chế độ ăn, ít vận động và ảnh hưởng của thuốc giảm đau hoặc thuốc sắt; sự gia tăng áp lực ổ bụng trong thai kỳ còn làm ứ huyết tại vùng trực tràng - hậu môn, làm bệnh trĩ có thể khởi phát hoặc tái phát ngay sau sinh. Theo YHCT, táo bón và ăn cay được xem là nguyên nhân gây thấp nhiệt tích uất, làm huyết ứ tại trường vị – đại trường, đồng thời làm tỳ vị tổn thương, khí hư hạ hãm, khiến khí huyết không vận hành thông suốt, tạo điều kiện cho búi trĩ hình thành, sa và đau. Như vậy, cả hai quan điểm YHHTĐ và YHCT đều nhấn mạnh rằng rối loạn vận hành tại vùng hậu môn - trực tràng và tình trạng huyết ứ, áp lực gia tăng là cơ chế chung làm bệnh trĩ xuất hiện và tiến triển, đồng thời giải thích tại sao táo bón và thói quen ăn cay là các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất trong nhóm người bệnh nghiên cứu. Việc nhận diện và kiểm soát các yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong phòng ngừa, dự phòng tái phát và điều trị bệnh trĩ [7],[24],[31].

4.1.7. Phân bố theo thể bệnh trĩ YHCT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh thuộc thể Thấp nhiệt chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC chiếm 42.9% và 48.6%. Tiếp đó là thể Huyết ứ cũng chiếm tỉ lệ đáng kể (nhóm NC: 31.4%, nhóm ĐC: 28.6%). Thể Khí huyết lưỡng hư và Nhiệt độc xuất hiện với tỉ lệ thấp hơn. Sự phân bố người bệnh theo các thể bệnh YHCT giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Theo YHCT, thể Thấp nhiệt là thể bệnh trĩ phổ biến, đặc trưng bởi thấp nhiệt uất kết tại trường vị - đại trường, biểu hiện lâm sàng thường là sa búi trĩ, sưng đau, ẩm ướt, chảy dịch hoặc máu loãng, phù hợp với đặc điểm lâm sàng của người bệnh trĩ có chỉ định phẫu thuật. Sự chiếm ưu thế của thể Thấp nhiệt trong nghiên cứu phản ánh tác động của chế độ ăn nhiều gia vị, đồ cay, uống rượu bia, lao lực và táo bón kéo dài, những yếu tố thuận lợi cho thấp nhiệt hình thành và huyết ứ. Thể Huyết ứ đứng thứ hai, biểu hiện chủ yếu bằng búi trĩ cứng, đau nhức, sưng nề và chảy máu không nhiều, thường liên quan đến tình trạng ứ huyết mạn tính, khí trệ huyết ứ tại hậu môn - trực tràng, đặc biệt gặp ở những người bệnh lao lực nặng hoặc bệnh kéo dài. Ngược lại, thể Khí huyết lưỡng hư phản ánh tình trạng tỳ khí hư hoặc huyết hư, biểu hiện bằng trĩ nhẹ, sa búi không rõ hoặc tái phát chậm; tỷ lệ thấp trong nghiên cứu một phần do người bệnh mắc thể khí hư huyết ứ thường có xu hướng điều trị nội khoa, trường hợp không đáp ứng sẽ xét chỉ định ngoại khoa. Thể Nhiệt độc chiếm tỷ lệ thấp, biểu hiện sưng đau dữ dội, chảy máu nhiều, thường gặp ở giai đoạn cấp tính

hoặc biến chứng. Tổng thể, phân bố 4 thể bệnh trong nghiên cứu phản ánh mối liên hệ giữa thói quen sinh hoạt, yếu tố nguy cơ và cơ chế bệnh sinh theo YHCT, đồng thời giúp định hướng chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp cho từng thể bệnh [9],[19],[24].

Theo YHCT, sau phẫu thuật, tổn thương mô dễ dẫn đến huyết ứ, thấp trọc, từ đó kéo dài tình trạng đau, sưng nề, rỉ dịch. Vì vậy, việc áp dụng điện châm với tác dụng “thông kinh hoạt lạc, điều khí hoạt huyết” hoàn toàn phù hợp sinh lý bệnh nền tảng của nhóm thể bệnh này.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Tỷ lệ số lần can thiệp giảm đau trong thời gian sau mổ 24 giờ

Đau sau phẫu thuật cắt trĩ là một trong những triệu chứng phổ biến và có ảnh hưởng đáng kể đến quá trình hồi phục của người bệnh. Phẫu thuật Milligan - Morgan là phương pháp cắt trĩ kinh điển, tuy hiệu quả cao nhưng can thiệp trực tiếp vào vùng hậu môn – trực tràng, nơi tập trung nhiều dây thần kinh cảm giác, nên thường gây ra mức độ đau đáng kể ngay trong những giờ đầu sau mổ. Cơ chế đau chủ yếu liên quan đến phản ứng viêm cấp, co thắt cơ thắt hậu môn, sự kích thích của vết thương hở và tình trạng phù nề mô mềm vùng hậu môn. Một số nghiên cứu ghi nhận rằng mức độ đau thường đạt đỉnh trong 24 - 48 giờ đầu, sau đó giảm dần theo quá trình lành thương [29],[30].

Trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật, kiểm soát đau hiệu quả đóng vai trò quyết định đối với kết quả phục hồi chung. Đau không được kiểm soát có thể dẫn tới tăng co thắt cơ thắt, khó khăn trong đại tiện, ảnh hưởng đến vận động sớm và chất lượng giấc ngủ, từ đó kéo dài thời gian nằm viện và tăng nguy cơ biến chứng. Vì vậy, nhiều cơ sở lâm sàng áp dụng các biện pháp giảm đau, bao gồm thuốc giảm đau đường toàn thân, thuốc đặt hậu môn, phong bế thần kinh và các phương pháp không dùng thuốc như chườm ấm, ngâm hậu môn. Tuy nhiên, các thuốc giảm đau nhóm opioid có thể gây táo bón, buồn nôn và làm tăng nguy cơ bí tiểu sau mổ - một biến chứng thường gặp ở người bệnh phẫu thuật trĩ. Do đó, việc lựa chọn các phương pháp giảm đau an toàn, ít tác dụng phụ là vấn đề được quan tâm [29],[30].

Trong bối cảnh đó, điện châm được xem là một phương thức can thiệp hỗ trợ hiệu quả cho kiểm soát đau sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu cho thấy điện châm có khả năng kích hoạt các cơ chế giảm đau nội sinh thông qua việc giải phóng endorphin, dynorphin và các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, đồng thời làm giảm phản ứng viêm và cải

thiện tuần hoàn tại chỗ. Ngoài ra, điện châm còn giúp điều hòa trương lực cơ thắt hậu môn, làm giảm co thắt - một yếu tố quan trọng góp phần vào cảm giác đau sau mổ.

Theo YHCT, sau phẫu thuật cắt trĩ, người bệnh thường có tình trạng chính là ứ huyết và thấp nhiệt; khí huyết ứ trệ, kinh lạc bế tắc do thương tổn tại vùng hậu môn - trực tràng. Hậu môn thuộc huyết hội của Túc thái dương Bằng quang kinh, Túc quyết âm Can kinh và liên quan chặt chẽ đến chức năng điều đạt khí cơ của Can, tàng huyết của Tâm và vận hóa của Tỳ. Thủ thuật phẫu thuật gây tổn thương mạch lạc, khí huyết bị đình trệ, kết hợp tà khí thấp nhiệt vốn sẵn có tại vùng trường vị, dẫn tới hình thành đau (thống) và cảm giác căng tức, co rút vùng hậu môn. Trong giai đoạn cấp tính sau mổ, đặc biệt trong 24 giờ đầu, đau thường mạnh do huyết ứ - khí trệ chiếm ưu thế. YHCT quan niệm: “Bất thông tắc thống, thông tắc bất thống”. Do đó, mục tiêu điều trị trong giai đoạn này là hoạt huyết hóa ứ, lý khí chỉ thống, thông kinh hoạt lạc nhằm làm giảm cảm giác đau và co thắt. Điện châm với khả năng kích thích mạnh và ổn định hơn châm cứu thông thường, tác động vào các huyết đạo liên quan như Khúc cốt (CV2), Thiên khu (ST25), Trung cực (CV3), Thượng liêu (BL31), Quang nguyên (CV4), Thử liêu (BL32), Khí hải (CV6), Trung liêu (BL33), ... giúp điều hòa khí huyết vùng hạ tiêu, giảm co thắt cơ thắt hậu môn và phục hồi sự lưu thông của kinh Bằng quang và nhánh kinh lạc quanh hậu môn trực tràng. Mặt khác, phương pháp điện châm còn có tác dụng bổ chính khu tà, điều hòa âm dương, làm giảm phản ứng viêm – tương ứng với việc giảm tình trạng thấp nhiệt tại chỗ theo YHCT [4],[23].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan, tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có ít nhất 2 lần can thiệp giảm đau (nhóm NC: can thiệp điện châm, nhóm ĐC: can thiệp uống Dopagan) đau trong thời gian 24 giờ sau mổ. Sự khác biệt về tỉ lệ can thiệp giảm đau lần 1 và lần 2 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Đáng chú ý, tỉ lệ cần can thiệp giảm đau lần 3 ở nhóm NC là 20.0% thấp hơn đáng kể so với nhóm ĐC (68.6%). Sự khác biệt về tỉ lệ can thiệp giảm đau lần 3 giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

So sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Quang Hưng (2017) nghiên cứu đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đại của điện châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan cho thấy 100% người bệnh sau phẫu thuật trĩ có 2 lần can thiệp giảm đau, nhóm ĐC có 66.7 % người bệnh can thiệp lần 3 và nhóm NC không có người bệnh nào cần can thiệp lần 3 [52].

Tuy nhiên, điểm nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ sử dụng thuốc giảm đau thấp hơn ở nhóm được can thiệp điện châm. Điều này cho thấy điện châm, với tác dụng điều hòa thần kinh - thể dịch, kích thích phóng thích endorphin - dynorphin nội sinh, có khả năng làm giảm cường độ đau cấp sau phẫu thuật mà không cần gia tăng liều thuốc giảm đau. Cơ chế giảm đau của điện châm đã được nhiều tác giả khẳng định, đặc biệt qua tác động trên hệ opioid nội sinh và điều hòa dẫn truyền thần kinh hướng tâm - hướng ly. [30].

Như vậy, việc áp dụng điện châm trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật Milligan - Morgan có ưu thế vì có thể khởi động sớm, không ảnh hưởng đến liền vết thương và không gây tác dụng phụ tương tự các thuốc giảm đau đường toàn thân từ đó rút ngắn thời gian hồi phục và giảm nguy cơ biến chứng, không chỉ phù hợp với cơ chế giảm đau của YHHĐ mà còn hoàn toàn thống nhất với lý luận của YHCT về điều trị khí trệ, huyết ú, thấp nhiệt tại vùng hậu môn - trực tràng. Sự kết hợp giữa hai hệ thống lý luận giúp củng cố hiệu quả lâm sàng và mở ra hướng tiếp cận an toàn, ít tác dụng phụ trong chăm sóc hậu phẫu cho người bệnh trĩ.

4.2.2. Số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày quá trình điều trị

Trong suốt quá trình điều trị, số lần can thiệp giảm đau trung bình mỗi ngày của người bệnh có xu hướng giảm dần qua từng ngày can thiệp và nhóm NC có xu hướng giảm số lần can thiệp giảm đau tốt hơn nhóm ĐC. Trong đó, ngày 1 và ngày 2 sau mổ có số lần can thiệp cao nhất, giảm rõ rệt từ ngày thứ 3 trở đi. Sự chênh lệch thể hiện rõ rệt, số lần can thiệp giảm đau TB của nhóm NC so với nhóm ĐC lần lượt ở các ngày D 1 (2.20 ± 0.45 lần so với 2.69 ± 0.47 lần) và D 5 (1.57 ± 0.56 lần so với 2.03 ± 0.62 lần). Sự khác biệt số lần can thiệp giảm đau trung bình giữa ngày D 1 và D 5 của 2 nhóm và các ngày D 1, D 2, D 3, D 4, D 5 giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Wu et al. (2018) đánh giá tác dụng của điện châm đối với cơn đau sau phẫu thuật cắt trĩ, theo đó nhóm điện châm giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau 42% so với nhóm chứng [62]. Nghiên cứu của Chen H, Wu Q, Zhang J (2021) đánh giá hiệu quả của điện châm trong việc giảm đau trên 120 người bệnh sau mổ trĩ cũng cho thấy nhóm điện châm có số lần dùng thuốc giảm đau trung bình thấp hơn 1,8 lần so với nhóm chứng [63]. Kết quả này phản ánh tiến trình hồi phục bình thường của vết thương hậu môn sau phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan. Điều này khẳng định xu hướng: điện châm làm giảm nhu cầu dùng thuốc giảm đau trong toàn bộ giai đoạn hậu phẫu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh sau mổ trĩ có mức độ đau nhiều nhất trong 48 giờ đầu, sau đó giảm dần khi phản ứng viêm cấp thuyên giảm và vết thương bắt đầu biểu mô hóa, số lần can thiệp giảm đau trung bình theo ngày ở nhóm NC sử dụng điện châm thấp hơn rõ rệt so với nhóm ĐC (sử dụng thuốc giảm đau Dopagan), cho thấy hiệu quả giảm đau duy trì ổn định và ít phụ thuộc vào thuốc. Điện châm giúp giảm đau, giảm phù nề, giảm co thắt và cải thiện tuần hoàn tại vùng mổ, nhờ đó nhu cầu giảm đau bổ sung giảm đáng kể. Ngược lại, nhóm dùng thuốc giảm đau đơn thuần thường cần can thiệp nhiều lần hơn do tác dụng ngắn và dễ tái phát đau khi vận động. Sự khác biệt này phản ánh ưu thế của điện châm trong kiểm soát đau hậu phẫu liên tục. Kết quả góp phần khẳng định vai trò của điện châm như một biện pháp hỗ trợ giảm đau hiệu quả và an toàn sau phẫu thuật trĩ [30],[31].

4.2.3. Thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ

Thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau phẫu thuật cắt trĩ là khoảng thời gian tính từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi người bệnh bắt đầu cảm nhận được cơn đau đầu tiên tại vùng mổ, sau khi hết tác dụng của thuốc tê trong phẫu thuật [30].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian trung bình xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ của người bệnh tham gia nghiên cứu là 3.34 ± 0.70 giờ, trong đó ở nhóm NC là 3.28 ± 0.67 giờ, tương đương với nhóm ĐC là 3.39 ± 0.72 giờ. Đa số người bệnh có cơn đau đầu tiên xuất hiện sau mổ là sau 3 giờ, tỉ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC chiếm 60.0% và 62.9%. Thời gian xuất hiện cơn đau sau mổ sớm nhất là 2 giờ và xuất hiện muộn nhất là 4.5 giờ. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Quang Hưng (2017) đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đại của điện châm trên 120 người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan – Morgan cho thấy phần lớn người bệnh có cơn đau đầu tiên xuất hiện sau mổ là sau 3 giờ chiếm 58.33 % và thời gian trung bình xuất hiện cơn đau đầu tiên sau mổ của người bệnh 3.08 ± 0.62 giờ [52].

Kết quả này hoàn toàn phù hợp với sinh lý bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ, thuốc tê vùng hậu môn giúp người bệnh không đau ngay sau mổ. Thời gian kéo dài của các thuốc tê trung bình 2 – 4 giờ, vì vậy khi hết tác dụng, cảm giác đau bắt đầu xuất hiện. Ngoài ra, khoảng 3 giờ sau mổ là thời điểm mô vùng phẫu thuật bắt đầu gia tăng phản ứng viêm cấp, giải phóng các chất trung gian gây đau (prostaglandin, bradykinin). Sự co thắt cơ vòng hậu môn

sau hết tê cũng góp phần làm cơn đau xuất hiện rõ hơn. Do đó, mốc khoảng 3 giờ là phù hợp với sinh lý hồi phục sau mổ và dược động học của thuốc tê [30],[31].

4.2.4. Số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị

Kết quả bảng 3.7 cho thấy tổng số lượng viên Dopagan 500mg sử dụng trong 5 ngày ở nhóm NC (17 viên) thấp hơn rõ rệt so với nhóm ĐC (400 viên, trung bình 11.5 viên/người/ 5 ngày), sự chênh lệch này đều thể hiện rõ từ ngày D 1 đến D 5 . Sự khác biệt về số lượng viên thuốc Dopagan 500mg dùng trong quá trình điều trị giữa 2 nhóm tại mọi thời điểm từ D 1 đến D 5 đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Đây là chỉ số quan trọng phản ánh mức độ phụ thuộc vào thuốc giảm đau và khả năng kiểm soát đau của can thiệp điện châm. Số lượng thuốc giảm đau sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo (2016) đánh giá hiệu quả điều trị đau sau mổ trĩ bằng phương pháp điện châm tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương ghi nhận số lượng thuốc trung bình 8,2 viên/ người bệnh [58]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh dùng thuốc ít hơn rõ rệt, điều này có thể lý giải bởi: điện châm giúp giảm đau hiệu quả ở cả giai đoạn sớm và muộn sau mổ; người bệnh ít phải dùng thuốc giảm đau "cứu hộ"; giảm tác dụng phụ của thuốc giảm đau như táo bón, buồn nôn - vốn là yếu tố làm nặng thêm bệnh trĩ.

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ. Cơ chế tác dụng của điện châm theo YHHĐ được quan tâm nhiều nhất là tạo ra một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Các tác giả căn cứ vào vị trí, tác dụng của huyết nơi châm cứu đề ra ba loại phản ứng cơ thể (phản ứng tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân [26],[27]. Theo YHCT, đau sau phẫu thuật cắt trĩ chủ yếu do khí huyết ứ trệ, kinh lạc bế tắc, kết hợp với thấp nhiệt hoặc huyết ứ tại vùng hậu môn – trực tràng. Điện châm tác dụng bằng cách kích thích huyết đạo, từ đó:

Thông kinh hoạt lạc: kích thích các huyết thuộc Mạch Nhâm, kinh Bàng quang, giúp khơi thông kinh mạch, lưu thông khí huyết, làm giảm bế tắc - nguyên nhân gây đau.

Hoạt huyết hóa ứ: điện châm giúp huyết ứ được tiêu tán, phù hợp với lý luận “bất thông tắc thống, thông tắc bất thống”, nhờ đó giảm đau nhanh.

Điều hòa khí cơ tạng phủ: kích thích huyết vùng hạ tiêu giúp hạ khí trệ, điều hòa âm dương, giảm co thắt cơ vòng hậu môn - nguyên nhân đau và bí tiểu.

Bổ chính khu tà: ngoài giảm ứ trệ, điện châm còn bổ khí, bổ huyết cho người bệnh, tăng sức đề kháng, giảm viêm - giúp giảm đau bền vững.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng nhóm công thức huyết gồm: Khúc cốt (CV2), Thiên khu (ST25), Trung cực (CV3), Thượng liêu (BL31), Quan nguyên (CV4), Thứ liêu (BL32), Khí hải (CV6), Trung liêu (BL33) → đây là tổ hợp huyết vùng mạch Nhâm – kinh Bàng quang – kinh Vị, tập trung vào điều trị bệnh lý vùng hạ tiêu, đặc biệt hậu môn – trực tràng. Theo YHCT các huyết Khúc cốt (CV2), Trung cực (CV3), Quan nguyên (CV4), Khí hải (CV6) trên mạch Nhâm có tác dụng ôn thông khí huyết, điều hòa hạ tiêu, giảm ứ trệ, giảm co thắt hậu môn → giảm đau, giảm phù nề, theo cơ chế YHHĐ khi điện châm các huyết này giúp giảm kích thích thần kinh tạng, cải thiện tuần hoàn vùng tăng sinh môn, làm giảm phù viêm tại diện mổ. Thượng liêu (BL31), Thứ liêu (BL32), Trung liêu (BL33) nằm tại các lỗ cùng 1–3, trực tiếp kích thích đám rối thần kinh chi phối hậu môn – trực tràng → giảm dẫn truyền cảm giác đau, giảm co thắt cơ thắt ngoài → hiệu quả giảm đau mạnh. Huyết Thiên khu (ST25) giúp hòa vị trấn thống, điều khí trệ vùng bụng – đại trường, giảm đầy tức và căng tức vùng mới phẫu thuật. Nhóm công thức huyết này vừa bổ khí, vừa hoạt huyết, lại thông kinh lạc nên đặc biệt phù hợp trong giảm đau sau mổ trĩ [8],[26],[27].

Các cơ chế trên giải thích cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy người bệnh dùng thuốc giảm đau ít hơn rõ rệt ở nhóm người bệnh được can thiệp điện châm, giúp giảm tác dụng phụ của thuốc giảm đau như táo bón, buồn nôn – vốn là yếu tố nguy cơ nặng thêm bệnh trĩ. Do đó, điện châm có tác dụng giảm đau tốt cho người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ, giảm số lượng thuốc giảm đau dùng trên người bệnh, gián tiếp giúp cải thiện tiến trình hồi phục vết thương.

4.2.5. Sự thay đổi điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu giữa 2 nhóm (NC – điện châm, ĐC – thuốc giảm đau) tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Điều này cho thấy mức độ đau nền của hai nhóm trước mỗi lần can thiệp là tương đồng. Tuy nhiên, cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt mức độ đau sau mỗi lần can thiệp từ ngày 1 đến ngày 5 ($p < 0.05$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Tạ Đăng Quang, Lê Thị Thu Hương (2022) đánh giá hiệu quả giảm đau điện châm nhóm huyết thượng liêu, thứ liêu, trung liêu trên 60 người bệnh sau mổ trĩ theo phương

pháp Milligan - Morgan từ ngày thứ 2 cho thấy cho thấy điểm VAS TB giảm ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là $2,97 \pm 0,77$ và $2,5 \pm 1,04$ so với trước điều trị ($p < 0.05$) [56].

Kết quả này phản ánh hiệu quả lâm sàng của cả điện châm và thuốc giảm đau trong việc kiểm soát đau sau phẫu thuật cắt trĩ. Sự giảm VAS ở người bệnh sau điện châm phù hợp với cơ chế tác động của phương pháp: tăng tiết endorphin, serotonin, noradrenalin nội sinh; ức chế dẫn truyền đau tại sừng sau tủy sống; tăng tưới máu mô, giảm viêm, giảm co thắt cơ thắt hậu môn; giảm phù nề giúp giảm cảm giác căng tức và đau [30],[31].

Sự giảm điểm VAS theo từng ngày chứng tỏ quá trình giảm đau tích lũy và ổn định, đồng thời cho thấy tần suất và thời gian can thiệp giảm đau phù hợp giúp người bệnh cải thiện cảm giác đau, vận động và tiểu tiện thuận lợi hơn.

Mặc dù điểm VAS giữa hai nhóm tương tự, nhưng ưu điểm của điện châm nằm ở việc giảm nhu cầu can thiệp bổ sung, ít tác dụng phụ so với việc dùng thuốc giảm đau và hỗ trợ hồi phục tuần hoàn - thần kinh tại vùng hậu môn, điều này không thể hiện trực tiếp qua điểm VAS TB nhưng thể hiện qua các chỉ số lâm sàng khác như số lần dùng thuốc giảm đau, thời gian hồi phục vận động và chức năng tiểu tiện.

4.2.6. Thời gian người bệnh xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ

Thời gian xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ cắt trĩ bằng phương pháp Milligan-Morgan là khoảng thời gian từ lúc kết thúc phẫu thuật đến khi người bệnh bắt đầu có triệu chứng bí tiểu cơ năng. Trong thực hành lâm sàng: bí tiểu cơ năng thường xuất hiện trong vài giờ đầu sau mổ, thường từ 2 - 6 giờ tùy vào yếu tố cá thể, tác dụng thuốc tê, giảm đau, mức độ co thắt cơ vòng hậu môn và tác động của thuốc opioid. Nguyên nhân theo YHHĐ: do co thắt cơ thắt trong - ngoài, ức chế phản xạ bàng quang, đau vùng hậu môn làm hạn chế cảm giác đi tiểu. Theo YHCT: bí tiểu sau mổ được giải thích là do khí trệ, huyết ú, thấp nhiệt hoặc bàng quang khí hóa thắt thường sau can thiệp ngoại khoa làm co thắt hạ tiêu gây trở ngại cho lưu thông nước tiểu, phù hợp với lý luận “khí huyết không thông, bất lợi cho thủy đạo” [24],[31],[36].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ của người bệnh tham gia nghiên cứu là 5.26 ± 0.82 giờ, tỉ lệ đó ở nhóm NC là 5.33 ± 0.81 giờ, tương đương với nhóm ĐC là 5.20 ± 0.82 giờ. Đa số người bệnh xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ ≤ 6 giờ, tỉ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC chiếm 85.7% và 82.9%. Thời gian xuất hiện triệu chứng bí tiểu sau mổ sớm nhất là 4 giờ và xuất hiện muộn nhất là 6.5 giờ. Sự khác biệt về phân bố người bệnh theo thời gian xuất hiện triệu chứng bí

tiểu sau mổ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Đây là khoảng thời gian phù hợp với sinh lý hậu phẫu, khi ảnh hưởng của thuốc tê tủy sống, đau sau mổ và phản xạ co thắt cơ thắt bàng quang đều có thể gây chậm đi tiểu.

4.2.7. Đặc điểm triệu chứng bí tiểu cơ năng trước nghiên cứu

Bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật cắt trĩ là tình trạng khó tiểu hoặc không thể tự tiểu tiện xảy ra sau phẫu thuật mà không có tổn thương giải phẫu thực sự ở bàng quang, niệu đạo hay hệ tiết niệu. Nguyên nhân cơ năng: co thắt cơ thắt trong - ngoài hoặc cơ chậu sau phẫu thuật do đau, ức chế phản xạ bàng quang do thuốc tê hoặc thuốc giảm đau opioid, căng thẳng tâm lý, sợ đau khi đi tiểu. Triệu chứng: cảm giác căng và đau tức vùng hạ vị, cầu bàng quang (muốn tiểu nhưng không đi được, đi tiểu khó, tia nước tiểu nhỏ hoặc ngắt quãng). Thời gian xuất hiện thường xảy ra trong vài giờ đầu sau mổ, đặc biệt là 2 – 6 giờ đầu, khi hết tác dụng thuốc tê vùng và người bệnh bắt đầu cảm giác đau tại vùng mổ [32],[36].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các người bệnh tham gia nghiên cứu đều xuất hiện các triệu chứng cơ năng bí tiểu như đau tức, căng chướng hạ vị và cầu bàng quang. Mức độ cầu bàng quang chủ yếu ở độ II và Độ III, tỉ lệ này ở nhóm NC lần lượt là 45.7% và 54.3%; ở nhóm ĐC là 40.0% và 60.0%. Sự khác biệt về triệu chứng bí tiểu cơ năng trước nghiên cứu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Lượng nước tiểu tồn lưu trung bình của người bệnh ở nhóm NC là 547.14 ± 112.42 ml và nhóm ĐC là 560.00 ± 105.58 ml. Không có sự khác biệt về lượng nước tiểu tồn lưu trung bình trước nghiên cứu giữa 2 nhóm với $p > 0.05$. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Ngọc Lý và cộng sự (2023) nghiên cứu hiệu quả điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ trên 64 người bệnh chia thành 2 nhóm, nhóm chứng (32 người bệnh) chườm ấm 20 phút; nhóm can thiệp (32 người bệnh) điện châm lần 1 trong 20 phút; nếu người bệnh chưa tiểu được sau 30 phút thì tiếp tục điện châm ở cả 2 nhóm, nếu người bệnh chưa tiểu được sau 30 phút sẽ tiến hành thông tiểu cho kết quả cả hai nhóm đều có triệu chứng đau tức hạ vị, cầu bàng quang chiếm tỷ lệ 100%; tuy nhiên thể tích nước tiểu trên siêu âm ~ 275 ml, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [54].

Theo YHHĐ, sau phẫu thuật cắt trĩ, nhiều người bệnh xuất hiện các triệu chứng bí tiểu cơ năng như: đau tức hạ vị, căng chướng hạ vị, cảm giác cầu bàng quang. Nguyên nhân chính gồm:

- Co thắt cơ vòng hậu môn - cơ chậu: phẫu thuật gây đau tại vùng tầng sinh môn, dẫn đến phản xạ co thắt cơ thắt trong và cơ chậu → cản trở việc làm rỗng bàng quang.

- Úc chế phản xạ bàng quang: sử dụng thuốc tê, thuốc giảm đau opioid hoặc đau hậu phẫu làm ức chế cảm giác căng bàng quang, gây bí tiểu cơ năng.

- Đau và sợ đau: cảm giác đau vùng hậu môn - trực tràng khiến người bệnh nhin tiểu, tăng áp lực trong bàng quang, gây cảm giác căng chướng hạ vị và cầu bàng quang.

- Thời gian xuất hiện: triệu chứng thường xảy ra trong 2 - 6 giờ đầu sau mổ, tùy mức độ đau và tác dụng thuốc. Đây là tình trạng cơ năng - chưa có tổn thương giải phẫu thực sự ở bàng quang hay niệu đạo [10],[20].

Theo YHCT, hạ tiêu (trực tràng - bàng quang) thuộc mạch Nhâm và kinh Bàng quang. Nguyên nhân bí tiểu sau mổ trĩ được lý giải như sau:

- Khí huyết ứ trệ: phẫu thuật gây tổn thương mạch lạc, khí huyết đình trệ tại hạ tiêu → khí không thông, nước tiểu không lưu thông → xuất hiện bí tiểu, cầu bàng quang.

- Tà thấp nhiệt hoặc hạ nhiệt uất kết: tạo cảm giác căng tức hạ vị, nóng rát khi tiểu.

- Cơ năng không thông: “Khí hóa bất thông, thủy đạo ứ trệ” → bí tiểu cơ năng.

- Triệu chứng phối hợp: Đau tức hạ vị, căng chướng và cầu bàng quang tương ứng với lý luận “khí trệ sinh thống, huyết ứ sinh trướng”, phù hợp với cơ chế đau hậu phẫu và khó tiểu theo YHCT [11],[25].

Chính vì vậy, việc theo dõi và can thiệp sớm có thể giảm nhanh triệu chứng, hỗ trợ hồi phục chức năng tiểu tiện.

4.2.8. Cải thiện triệu chứng bí tiểu sau 01 lần can thiệp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 01 lần can thiệp, người bệnh ở nhóm NC (điện châm) cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng rõ rệt hơn so với nhóm ĐC (chườm ấm). Tỷ lệ người bệnh còn đau tức hạ vị, căng chướng vùng hạ vị và cầu bàng quang ở nhóm NC lần lượt là 22.9%; 14.3%; 42.8%, thấp hơn rất nhiều so với nhóm ĐC 60.0%; 48.6%; 74.2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đặc biệt, lượng nước tiểu tồn lưu sau 01 lần can thiệp ở nhóm NC có xu hướng thấp hơn nhiều so với nhóm ĐC, lượng nước tiểu tồn lưu TB của 2 nhóm lần lượt là 156.29 ± 130.10 ml ở nhóm NC và 310.86 ± 173.14 ml ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về lượng nước tiểu tồn lưu TB sau 01 lần can thiệp giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này khẳng định vai trò hiệu quả của điện châm trong cải thiện chức năng bàng quang ngay từ lần can thiệp đầu tiên.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2020) trên 96 người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật tiết niệu – tiêu hóa, nhóm điện châm có 72,3% người bệnh cải thiện triệu chứng ngay sau lần đầu can thiệp, trong khi nhóm điều trị thông thường chỉ đạt 38.7% [64]. Tác giả Đỗ Thị Ngọc Lý và cộng sự (2023) nghiên cứu hiệu quả điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ trên 68 người bệnh chẩn đoán bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ bằng phương pháp Longo và Milligan - Morgan có gây tê tùy sống; nhóm chứng (32 người bệnh) chườm ấm 20 phút - nhóm can thiệp (32 người bệnh) điện châm lần 1 trong 20 phút cho thấy sau lần 1 can thiệp, nhóm can thiệp giảm 94% biểu hiện đau tức hạ vị, giảm 96.0% biểu hiện cầu bàng quang, kéo dài thêm 10.8 phút kể từ lúc can thiệp đến khi tiểu được, gia tăng 120.1 ml thể tích nước tiểu thực tế, giảm 123.8 ml nước tiểu tồn lưu, tăng thêm 0.5 lần đi tiểu so với nhóm chứng ($p < 0.001$) [54]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thông (2017) trên người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật hậu môn – trực tràng ghi nhận điện châm huyết Trung cực – Khí hải – Tam âm giao giúp giảm cảm giác căng tức hạ vị ngay sau 01 lần điều trị ở 70.4% người bệnh, cao hơn đáng kể so với chườm ấm – day bấm huyết đơn thuần. [65].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng điện châm nhóm công thức huyết gồm: Khúc cốt (CV2), Thiên khu (ST25), Trung cực (CV3), Thượng liêu (BL31), Quan nguyên (CV4), Thứ liêu (BL32), Khí hải (CV6), Trung liêu (BL33); phân bố dọc theo đường đi của đám rối thần kinh thắt lưng – cùng, đặc biệt là thần kinh chậu hạ vị, thần kinh thẹn và các nhánh chi phối bàng quang, từ đó giúp cải thiện bí tiểu cơ năng.

Theo YHHĐ: điện châm vùng CV2–CV4 và BL31–BL33 tác động trực tiếp lên đám rối thần kinh cùng – S2, S3, S4, nơi điều khiển hoạt động co bóp của cơ detrusor và cơ thắt niệu đạo → nhờ đó, điện châm khôi phục phản xạ đi tiểu, đặc biệt khi phản xạ bị ức chế sau thuốc tê hoặc đau hậu phẫu; kích thích huyết Thượng liêu, Thứ liêu và Trung liêu giúp giảm co thắt cơ sàn chậu và cơ vòng niệu đạo, tạo điều kiện mở cơ thắt để tiểu tiện dễ dàng hơn; bằng cách điều hòa dẫn truyền cảm giác qua thần kinh tủy cùng, điện châm làm giảm đau vùng hậu môn sau phẫu thuật → giảm “phản xạ giữ tiểu” do đau, giúp người bệnh dễ tiểu hơn; kích thích các huyết vùng bụng dưới và cạnh cột sống giúp tăng tưới máu vùng chậu → cải thiện chức năng bàng quang, giảm phù nề hậu phẫu.

Theo YHCT, bí tiểu sau phẫu thuật thuộc phạm vi Long bế, Lâm chứng, liên quan đến khí trệ huyết ứ, hạ tiêu bế tắc, hoặc bàng quang khí hóa không thông. Nhóm huyết sử dụng có ý nghĩa điều trị sâu rộng đối với hạ tiêu giúp thông kinh hoạt lạc, giải quyết bế tắc

khí huyết, hành khí, hoạt huyết, tán ú, đặc biệt phù hợp khi sau mổ khí huyết ứ trệ gây bí tiểu; điều lý hạ tiêu, phục hồi chức năng “khí hóa” của bàng quang; giảm cảm giác đau tức hạ vị, căng chướng và cầu bàng quang. Trong đó: Khúc cốt (CV2) và Trung cực (CV3): chủ Bàng quang, có tác dụng thông lợi thủy đạo, điều khí hóa; Quan nguyên (CV4) và Khí hải (CV6): bổ nguyên khí, kiện tỳ thận, giúp khôi phục khí hóa của bàng quang, cải thiện tình trạng tiểu tiện khó, bí tiểu; các Liêu huyết (BL31–BL33) thông tam tiêu, tuyên thông bàng quang khí hóa, hoạt huyết hóa ú, làm giảm bế tắc hạ tiêu – phù hợp với tình trạng khí trệ huyết ứ sau mổ trĩ; Thiên khu (ST25) điều hòa khí cơ vùng đại trường – tiểu trường, có tác dụng hành khí, tiêu trệ, hỗ trợ giảm căng tức hạ vị [26],[27].

4.2.9. Tỷ lệ người bệnh cần thiết đặt thông tiểu trong quá trình nghiên cứu

Sau phẫu thuật Milligan - Morgan, bí tiểu xảy ra khá phổ biến do: đau và co thắt cơ vòng hậu môn, gây ức chế phản xạ đi tiểu; thuốc tê, thuốc giảm đau nhóm opioid làm mất cảm giác căng bàng quang; tâm lý sợ đau khiến người bệnh cố nhịn tiểu; phản xạ thần kinh tầng sinh môn - bàng quang bị rối loạn sau phẫu thuật. Khi người bệnh không thể tự tiểu sau 6 - 8 giờ, kèm căng tức hạ vị, cầu bàng quang, cần đặt thông tiểu để giải quyết tình trạng bí tiểu.

Trong quá trình nghiên cứu, có 17 người bệnh tham gia nghiên cứu cần can thiệp đặt thông tiểu chiếm 24.3%. Tỷ lệ này ở nhóm NC là 5.7% (tương đương 2 người bệnh) thấp hơn rất nhiều so với nhóm ĐC chiếm 42.9% (tương đương 15 người bệnh). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Li et al. (2019) đánh giá tác dụng của điện châm trên người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật vùng chậu, tỷ lệ đặt thông tiểu ở nhóm điện châm là 8,3%, thấp hơn rất nhiều so với nhóm điều trị thông thường 31,7% [66]. Zhang và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 96 người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật tiết niệu – tiêu hóa cho thấy chỉ 5,1% người bệnh nhóm điện châm phải đặt thông tiểu, trong khi nhóm chứng 29,2% [64].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tốt hơn Trần Quang Hưng (2017) đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đái của điện châm trên 120 người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan cho thấy nhóm nghiên cứu có 8 người bệnh phải đặt sonde chiếm tỷ lệ 13,3%, thấp hơn so với nhóm chứng, có 22 người bệnh phải đặt sonde niệu đạo chiếm tỷ lệ 36,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ [52]. Điều này có thể được lý giải do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ hơn do đó có thể xuất hiện

hiệu ứng làm cho kết quả điều trị có xu hướng tốt hơn. Khi cỡ mẫu nhỏ, mức độ khác biệt cá thể dễ ảnh hưởng đến trung bình chung; các người bệnh tham gia thường có đặc điểm đồng nhất hơn (mức độ bệnh, thể trạng, khả năng đáp ứng điều trị) nên hiệu quả điều trị dễ thể hiện rõ rệt.

Theo YHHĐ, điện châm tại các huyết vùng hạ vị và Liêu huyết (CV2 – CV4, CV6, ST25, BL31 - BL33) có tác dụng: kích hoạt cung phản xạ bàng quang - niệu đạo, đặc biệt qua các rễ thần kinh S2 - S4, làm giãn cơ sàn chậu và cơ thắt trong - ngoài, giúp mở đường thoát nước tiểu dễ dàng hơn, giảm đau tầng sinh môn, từ đó giảm phản xạ giữ tiểu và ức chế cảm giác tiểu tiện, cải thiện tuần hoàn vùng chậu, làm giảm phù nề và tăng hoạt động cơ detrusor. Nhờ tác động trực tiếp lên hệ thần kinh điều khiển tiểu tiện, điện châm giúp người bệnh đi tiểu sớm hơn, hạn chế tình trạng cầu bàng quang kéo dài → giảm nhu cầu phải đặt thông tiểu để giải quyết bí tiểu cấp.

Theo YHCT: bí tiểu sau mổ trĩ thuộc phạm vi Long bế - khí trệ huyết ứ hạ tiêu, do khí hóa bàng quang bị ứ trệ. Nhóm huyết được sử dụng trong nghiên cứu có tác dụng bổ khí, hành khí, hoạt huyết hóa ứ, thông kinh hoạt lạc, điều hòa khí trệ vùng hạ tiêu, tuyên thông thủy đạo. Khi khí hóa bàng quang được khôi phục, tiểu tiện tự nhiên được cải thiện, từ đó nhu cầu đặt thông tiểu giảm đi.

Điện châm làm giảm tỷ lệ đặt thông tiểu, giúp có lợi rõ rệt trong việc giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm niệu đạo; giảm đau, giảm khó chịu cho người bệnh; giảm can thiệp xâm lấn, hạn chế biến chứng bàng quang; tăng chất lượng hồi phục sau phẫu thuật. Điều này khẳng định điện châm không chỉ giảm đau - giảm bí tiểu, mà còn góp phần giảm nhu cầu can thiệp xâm lấn, hỗ trợ hồi phục toàn diện cho người bệnh sau phẫu thuật trĩ [26],[27],[31].

4.2.10. Cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng sau điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trước can thiệp lần 1, mức độ bí tiểu của hai nhóm đều thuộc mức trung bình và kém, không có sự khác biệt với $p > 0.05$. Sau can thiệp lần 1, người bệnh ở nhóm NC phần lớn cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng ở mức tốt (57.2%) và khá (20.0%), trong khi đó ở nhóm ĐC tỉ lệ này chỉ chiếm lần lượt 25.7% và 20.0% và phần lớn cải thiện ở mức độ kém (40.0%) khiến cho người bệnh phải can thiệp đặt thông tiểu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Như vậy, điện châm giúp cải thiện mức độ bí tiểu rõ rệt ngay sau buổi đầu, tốt hơn đáng kể so với chườm ấm.

Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Quang Hưng (2017) trên 120 người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan cho thấy nhóm NC tỷ lệ người bệnh tự tiểu thành dòng mức độ tốt và khá chiếm 47.7% và 33.3%; trong khi đó, tỷ lệ này lần lượt ở nhóm ĐC là 6.7% và 31.7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ [52]. Zhang và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 96 người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật tiết niệu - tiêu hóa, cho thấy sau lần điện châm đầu tiên nhóm NC cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng xếp loại tốt chiếm 58.1% và xếp loại khá 20.2%, có sự khác biệt so với nhóm ĐC với $p < 0.05$ [64].

Điện châm kích thích các rễ thần kinh cùng S2–S4, tăng hoạt động phó giao cảm, làm giãn cơ thắt niệu đạo, tăng co bóp cơ detrusor và phục hồi cung phản xạ đi tiểu. Đồng thời, điện châm cải thiện tuần hoàn vi mạch vùng tiểu khung, giảm co thắt - giảm đau, từ đó điều hòa quá trình bài xuất nước tiểu. Theo YHCT, điện châm các huyệt Khúc cốt (CV2), Thiên khu (ST25), Trung cực (CV3), Thượng liêu (BL31), Quan nguyên (CV4), Thử liêu (BL32), Khí hải (CV6), Trung liêu (BL33) có tác dụng “ích khí hành thủy, điều khí hoạt huyết, thông điều tam tiêu”, giúp khai thông bàng quang khí hóa, làm giảm bí tiểu một cách nhanh chóng. Kết hợp các phân tích trên, có thể khẳng định điện châm là một phương pháp can thiệp hiệu quả và phù hợp trong điều trị bí tiểu cơ năng sau phẫu thuật trĩ [27].

4.3. Theo dõi 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: vụng châm, gãy kim, chảy máu khi rút kim, nhiễm trùng tại chỗ châm, đau tăng tại chỗ châm.

Các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp) trước và sau điều trị của hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0.05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy tính an toàn của phương pháp điện châm trên người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 70 người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ. Chia 2 nhóm: nhóm NC điều trị phác đồ nền kết hợp điện châm; nhóm ĐC điều trị theo phác đồ nền kết hợp thuốc giảm đau paracetamol; bước đầu chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

1. Phương pháp điện châm có tác dụng tốt trong điều trị giảm đau, bí tiểu cơ năng trên người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ:

- Hiệu quả giảm đau:

+ Tỷ lệ cần can thiệp giảm đau lần 3 ở nhóm NC là 20.0% thấp hơn đáng kể so với nhóm ĐC (68.6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Số lần can thiệp giảm đau TB theo từng ngày điều trị của nhóm NC thấp hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Số lượng viên Dopagan 500mg sử dụng trong 5 ngày điều trị ở nhóm NC (17 viên) thấp hơn rõ rệt so với nhóm ĐC (400 viên), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Cả 2 nhóm đều cải thiện rõ rệt mức độ đau trước và sau điều trị từ D₁ đến D₅, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$; điểm VAS TB tại các thời điểm nghiên cứu giữa 2 nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

- Cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng:

+ Sau 01 lần can thiệp, tỷ lệ người bệnh còn xuất hiện triệu chứng đau tức hạ vị, căng chướng vùng hạ vị, cầu bàng quang ở nhóm NC là 22.9%, 14.3%, 42.8%; và ở nhóm ĐC chiếm lần lượt 60.0%, 48.6%, 74.2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Lượng nước tiểu tồn lưu sau 01 lần can thiệp ở nhóm NC có xu hướng thấp hơn nhiều so với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Trong quá trình nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh cần can thiệp đặt thông tiểu chiếm 5.7% ở nhóm NC thấp hơn rất nhiều so với nhóm ĐC chiếm 42.9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Sau can thiệp lần 1, người bệnh ở nhóm NC phần lớn cải thiện triệu chứng bí tiểu cơ năng ở mức tốt (57.2%) và khá (20.0%), trong khi đó ở nhóm ĐC tỷ lệ này chỉ chiếm lần lượt 25.7% và 20.0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

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

KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả thu được trong nghiên cứu, chúng tôi xin đề xuất những kiến nghị sau:

Đưa điện châm vào phác đồ điều trị thường quy cho người bệnh sau phẫu thuật trĩ tại bệnh viện.

Mở rộng nghiên cứu đa trung tâm trên cỡ mẫu lớn hơn, đánh giá thêm trên người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ bằng các phương pháp khác nhằm khẳng định giá trị ứng dụng và giá trị thực tiễn của phương pháp điện châm trên người bệnh sau phẫu thuật cắt trĩ và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá tái phát bí tiêu, tái phát đau và mức độ hài lòng người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Khương Kiều (1992). *Góp phần tìm hiểu dịch tễ học bệnh trĩ trong sinh thái xã hội và tự nhiên ở một số vùng nước ta*, Luận án phó tiến sĩ khoa học Y- Dược, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Holzheimer R. G. (2004). Hemorrhoidectomy: indications and risks, *Eur J Med Res*, 9(1), tr. 18-36.
3. Nguyễn Mạnh Nhâm, Nguyễn Xuân Hùng (2004). *Nghiên cứu bệnh trĩ ở Việt nam và các biện pháp phòng bệnh và điều trị - Báo cáo tổng kết đề tài cấp Bộ*, Liên hiệp các hội khoa học và kỹ thuật Việt Nam., tr 1 – 14.
4. Lê Quang Nghĩa, N.V.C., Nguyễn Thuý Oanh (2002), *Bệnh trĩ*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, tr. 56-93.
5. Phạm Thị Thu Hiền, Tạ Đăng Quang (2016). *Mô tả tình hình tiểu tiện của người bệnh sau mổ trĩ tại khoa Ngoại Bệnh viện YHCT Trung ương năm 2015*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. Ngô Quý Châu (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*. Nhà xuất bản Y Học, tr. 558-559.
7. Phạm Gia Khánh (1993). *Bệnh học ngoại khoa sau đại học*. Học viện Quân Y, 2, tr 271-273.
8. Khoa Y học Cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Điều trị học kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
9. Hoàng Bảo Châu (1999). *"Phương pháp chữa bệnh trĩ bằng y học cổ truyền"*, NXB Giáo dục, Hà Nội.
10. Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Bài giảng Bệnh học Ngoại khoa*, tập II.
11. Nguyễn Đình Hối (2002). *"Hậu môn trực tràng"*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội
12. Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2007), *Nội khoa cơ sở*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 34-97.
13. Schofield .P.F. (1994), "Disorders of the anus", *Gastroenterology and Hepatology*, tr. 365-372
14. Goligher J.C (1983). *Haemorrhoids or Piles*,
15. P. J. Lunniss, C. V. Mann (2004). Classification of internal haemorrhoids: a discussion paper. *Colorectal Dis*, 6 (4), 226-232.

16. P. J. Lunniss, C. V. Mann (2004). Classification of internal haemorrhoids: a discussion paper. *Colorectal Dis*, 6 (4), 226-232.
17. V. Lohsiriwat (2012). Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol*, 18 (17), 2009-2017.
18. Luchtefeld M (2007). Hemorrhoids. *Diseases of the colon, Informa Healthcare USA*, 675-690.
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. Zeinab H. A., Nessrien O. E., Nadia M. T. (2011). Effect of Conservative Measures in Improving Hemorrhoid Stages and Relieving Symptoms among Patients with Hemorrhoid *Journal of American Science*, 7 (9), 53 - 65.
22. Lucha PA (2009). Pathophysiology of hemorrhoidal disease. *Surgical treatment of hemorrhoids*, 2 15-17.
23. 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.
24. 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.
25. Phạm Văn Trịnh (2008). *Bệnh học Ngoại phụ Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y Học.
26. Nguyễn Nhưộc Kim, Trần Quang Đạt (2008). "*Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*", NXB Y học, Hà Nội.
27. Phan Quang Chí Hiếu (2007). *Châm cứu học - Tập 1*, NXB Y học, Hà Nội.
28. 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.
29. 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.
30. Phùng Tấn Cường (2010). *Đau và bàn luận*. Nhà xuất bản Y Học.
31. Bộ Y tế (2011). "*Sinh lý học (sách đào tạo bác sỹ đa khoa)*", Nhà xuất bản Y học Hà Nội,
32. Bộ môn sinh lý - Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Sinh lý bệnh học*. Nhà xuất bản Y Học.

33. Nghiêm Hữu Thành. *Điều trị chứng đau bằng điện châm, thủy châm*. Nhà xuất bản Y Học; 2012.
34. Emile SH. Evidence-based review of methods used to reduce pain after excisional hemorrhoidectomy. *J Coloproctology*. 2019; 39(1): 81 – 89. doi:10.1016/j.jcol. 2018. 10. 007.
35. Trường Đại học Y Hà Nội – Bộ môn Giải phẫu (2010), *Giải phẫu học (sách đào tạo bác sĩ đa khoa)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 76-95.
36. Bộ môn Giải phẫu học – Trường Đại học Y Hà Nội (1997), *Hệ tiết niệu, Bài giảng Giải phẫu học (tập 2)*, Nhà xuất bản Y học, tr. 227-242. 23.
37. Petros JG, Bradley TM. (1990), “*Factors affecting urinary retention after surgery in patients undergoing surgery for benign rectal disease*”, *Am J surgery* 1990; 159, tr. 374-376. [PubMed] [DOI]. Bí tiểu sau PT
38. Toyonaga T, Matsushima M, Sogawa N J S, Matsumura N S Y, et al (2006), “Holding postoperative urine after surgery for benign rectal anal disease: potential risk factors and prevention strategies”, *Int J Colorectal* 2006; 21, pp. 676-682. [PubMed] [DOI]
39. Zhang Y, Wang Zg, et al Zeng XD (2015). *Clinical observations on the treatment of prolapsing hemorrhoids with tissue selecting therapy*, (8), 2490 - 2496.
40. Lê Xuân Huệ (1999). *Nghiên cứu điều trị trĩ vòng theo phương pháp toupet*, Đại học Y khoa Hà nội.
41. Nguyễn Trung Học (2009). *So sánh kết quả điều trị phẫu thuật bệnh trĩ theo hai phương pháp Longo và Milligan - Morgan tại bệnh viện Việt Đức năm (2008 - 2009)*, Trường Đại học Y Hà Nội.
42. Pertek J.P, Haberer J.P (1995). Effects of anesthesia on postoperative micturition and urinary retention. *Ann Fr Anesth Reanim*, 14 (4), 340 - 351.
43. Greig JD, Mahadaven M, John TG, OJ Garden. (1996), “*Comparison of manual evaluation and bladder size ultrasound in patients prior to endoscopy*”, *Endoscopic surgery* 1996; 10, tr. 432-433. [PubMed] [DOI].
44. Hội hậu môn trực tràng Việt Nam. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trĩ năm (2024)*

45. Ozturk NK, Kavakli AS. (2017), “Use an ultrasound bladder volume measurement to predict postoperative urinary retention”, *Northern Clinical Ictb* 2017; 3, tr. 209 216. [PubMed] [DOI]
46. Zhao ZQ. (2008). *Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. Prog Neurobiol*, 85(4): 355-375.
47. Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu (2011). *Bài giảng YHCT*, NXB Y học Hà Nội, tr 126 – 128.
48. Yajing Zhong et al (2018). Electroacupuncture for Postoperative Urinary Retention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. (2023) 38:104.
49. Fang Liu, Ren-Jie Shi, Bo Cao, Wen-Ling Deng, Yu-Kun Dong (2019). Postoperative acute urinary retention in anorectal diseases treated with acupuncture combined with grain-moxibustion: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2019 Jul 12;39(7):709-12.
50. Sun PL, Yang W, Zhang LC. [Effect of electroacupuncture at Chengshan (BL 57) on postoperative pain of mixed hemorrhoids]. *Zhongguo Zhen Jiu Chin Acupunct Moxibustion*. 2011;31(5):413-415.
51. Tạ Đăng Quang, Nguyễn Thị Thảo (2016). Điều trị bí đái cơ năng trên người bệnh sau mổ trĩ bằng máy điện châm sử dụng miếng dán điện xung kết hợp tiêm prostigmin, *Tạp chí nghiên cứu Y học – Trường Đại học Y Hà Nội*, Số 103(5), tr. 25 – 31
52. Trần Quang Hưng (2017). *Đánh giá tác dụng giảm đau, điều trị bí đái của điện châm trên người bệnh sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan*. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội
53. Nguyễn Tuyết Trang (2022). Kết quả của điện châm nhóm huyết “QT1” trên người bệnh bí tiểu sau phẫu thuật chấn thương cột sống lưng - thắt lưng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, số 157 (9)-2022
54. Đỗ Thị Ngọc Lý và cộng sự (2023). Hiệu quả điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 525 – tháng 4 – số chuyên đề - 2023.
55. Nguyễn Thị Kiều Oanh và cộng sự (2019). Hiệu quả giảm đau của nhĩ châm trên người bệnh sau mổ trĩ. *Nghiên cứu Y học - Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 23, Số 4, tr 62 – 67.

56. Tạ Đăng Quang, Lê Thị Thu Hương (2022). Hiệu quả giảm đau điện châm nhóm huyết thượng liêu, thứ liêu, trung liêu trên người bệnh sau mổ trĩ theo phương pháp Milligan Morgan từ ngày thứ 2. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, số 158 (10), tr 78 – 84.
57. Bộ Y tế (2013). “Quy trình 278: Điện châm điều trị bí đái cơ năng”, *Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
58. Nguyễn Thị Thảo (2016). *Đánh giá hiệu quả điều trị đau sau mổ trĩ bằng phương pháp điện châm tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
59. Lê Thị Huệ (2018). *Nghiên cứu tác dụng của điện châm trong điều trị đau sau phẫu thuật trĩ theo phương pháp Milligan - Morgan*. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội.
60. Phạm Đức Huân và cộng sự (2021). Một số đặc điểm lâm sàng người bệnh trĩ nội độ II có chảy máu. *Tạp chí Y Dược học*, số 29, tr 21 – 31.
61. Hà Thị Thu Hoài, Tạ Văn Bình, Tạ Đăng Quang (2023). Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của người bệnh phẫu thuật trĩ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. số 533 (12), tr 149 – 153.
62. Wu T, Zhang J, Sun R (2018). Effect of electroacupuncture on pain after hemorrhoidectomy: A meta-analysis of randomized trials. *Pain Physician*. 2018; 21(6): E573–E582.
63. Chen H, Wu Q, Zhang J (2021). Efficacy of electroacupuncture in relieving postoperative pain following hemorrhoidectomy: A randomized controlled clinical study. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2021; 27(4): 289–296.
64. Zhang Y, Liu X, Wang L, et al (2020). Electroacupuncture for postoperative urinary retention: a randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99(18): e20129.
65. Nguyễn Văn Thông (2017). Tác dụng của điện châm trong điều trị bí tiểu sau phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng. *Tạp chí Y học Thực hành*. 1025(12): 65–70.
66. Li X, Chen Y, Li Y (2019). Effects of electroacupuncture on urinary retention after pelvic surgery: A prospective randomized study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2019; 45(3): 612–618.

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 người bệnh:

.....

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. YHHD

1. Lý do vào viện:

2. Tiền sử:

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

Đã từng mổ trĩ: Có Không

3. Yếu tố nguy cơ:

Táo bón Ía 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. Theo dõi thời gian xuất hiện triệu chứng đau và bí tiểu cơ năng

Thời gian	Triệu chứng	Đau	Bí tiểu cơ năng
	≤ 6 giờ		
	> 6 giờ		

7. Đánh giá các chỉ số lâm sàng lúc vào viện, sau 1, 2, 3, 4, 5 ngày điều trị.

Chỉ số lâm sàng (điểm)		D ₀	D ₂	D ₃	D ₄	D ₅
Điểm VAS						
Đau tức hạ vị						
căng chướng vùng hạ vị						
Câu bàng quang						
Mức độ câu bàng quang	Độ I					
	Độ II					
	Độ III					
Số lần đi tiểu (lần) ($\bar{x} \pm SD$)						
Thời gian đi tiểu (phút) ($\bar{x} \pm SD$)						
Nước tiểu thực tế (ml) ($\bar{x} \pm SD$)						
Nước tiểu tồn lưu (ml) ($\bar{x} \pm SD$)						

8. Theo dõi tỷ lệ số lần can thiệp trong quá trình điều trị

Tỷ lệ can thiệp	D ₀	D ₂	D ₃	D ₄	D ₅
Thuốc Dopagan 500mg (viên)					
Thông tiểu (lần)					

8. Đánh giá chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị.

Chỉ số sinh tồn	Trước	Sau
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 ứ 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

Vụng châm Gãy kim Chảy máu khi rút kim
 Bí tiểu tăng Đau tăng Nhiễm trùng tại chỗ châm

Phụ Thọ, Ngày tháng năm

Người thực hiện nghiên cứu

PHỤ LỤC 2

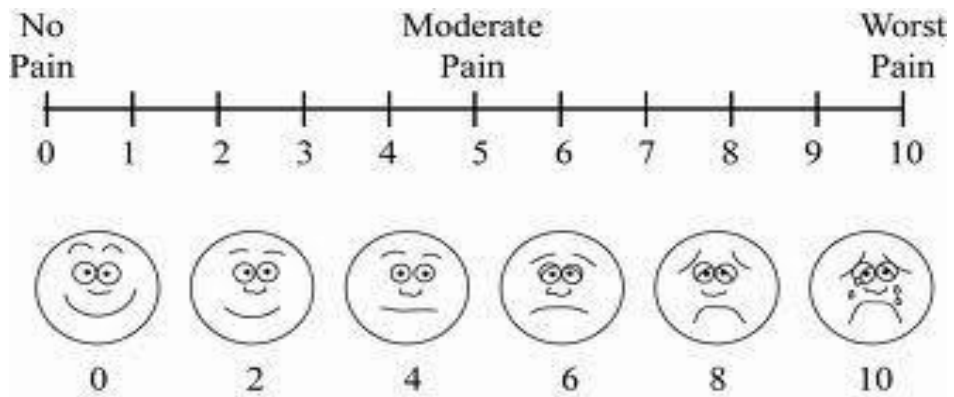
CÔNG THỨC HUYỆT NGHIÊN CỨU

STT	Tên huyệt	Vị trí	Tác dụng điều trị
1	Khúc cốt (CV2) (Mạch nhâm)	Từ rốn đo xuống 5 thốn, huyệt ở giữa bờ trên khớp mu.	Bí đái, đái dầm, di tinh, viêm tinh hoàn.
2	Trung cực (CV3) (Mạch nhâm)	Từ rốn đo xuống 4 thốn hoặc đo từ bờ trên khớp mu lên 1 thốn.	Bí đái, đái dầm, di tinh, viêm bàng quang.
3	Quan nguyên (CV4) (Mạch nhâm)	Từ rốn đo xuống 3 thốn (hoặc điểm 3/5 đường nối từ rốn đến khớp mu), trên đường trắng giữa rốn.	Hạ huyết áp, đái dầm, bí đái, viêm tinh hoàn, sa trực tràng.
4	Khí hải (CV6) (Mạch nhâm)	Từ rốn đo xuống 1,5 thốn, trên đường trắng giữa dưới rốn.	Đái dầm, bí đái, di tinh, ngất, hạ huyết áp, suy nhược cơ thể.
5	Thiên khu (ST25) (Kinh Vị)	Từ rốn đo ngang ra 2 thốn.	Rối loạn tiêu hoá, cơn đau dạ dày, sa dạ dày, nôn mửa, cơn đau do co thắt đại tràng.
6	Thượng liêu (BL31) (Kinh Bàng quang)	Nằm tại lỗ xương cùng đầu tiên, ở vị trí cao nhất nên được gọi là thượng liêu	Điểm xuất phát rễ S1, tạo nhánh chi phối cảm giác vùng đáy chậu, chủ trị các căn bệnh về bàng quang, đường sinh dục, đường tiểu và vùng xương cùng: đau thắt lưng cùng, đau bụng kinh, đau lưng, đau dây thần kinh hông, bí tiểu, hai chi dưới tê yếu, kinh nguyệt không

			đều, sa tử cung, khí hư, bí đại tiểu tiện.
7	Thứ liêu (BL32) (Kinh Bàng quang)	Nằm ở vị trí lỗ xương cùng thứ hai, đồng thời nằm giữa huyết thượng liêu và trung liêu nên được gọi là thứ liêu.	Điểm xuất phát rễ S2, tạo nhánh chi phối cảm giác vùng đáy chậu, chủ trị bệnh phụ khoa, sinh dục (cho phái nam), vùng thắt lưng: xương cùng chậu đau, dịch hoàn sưng, tử cung viêm, xích bạch đới, điều hòa kinh nguyệt, giảm đau bụng kinh, giảm căng thẳng, hỗ trợ tiêu hóa.
8	Trung liêu (BL33) (Kinh Bàng quang)	Trong lỗ sau xương cùng thứ 3, ở giữa huyết thứ liêu và hạ liêu	Điểm xuất phát rễ S3 , tạo nhánh chi phối cảm giác vùng đáy chậu. Chủ trị bệnh thuộc về cơ quan sinh dục, vùng thắt lưng: đau vùng thắt lưng cùng, kinh nguyệt không đều, khí hư, bí đại, táo bón.

PHỤ LỤC 3

THƯỚC ĐO THANG ĐIỂM VAS



Hình 1. Thước đo 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 thầy thuốc sẽ xác định điểm đau tương ứng mà bệnh nhân chỉ.

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

PHỤ LỤC 4

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 điều trị giảm đau, bí tiểu cơ năng của điện châm trên người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan”** tại Bệnh viện Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ, 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 khoẻ 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 5**DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH NGHIÊN CỨU**

STT	Số bệnh án	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ
1	01085/25	Nguyễn Văn K	70	Nam	Thanh Ba - Phú Thọ
2	02019/25	Nguyễn Thị Tuyết M	33	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
3	01866/25	Trần Văn H	45	Nam	Hạ Hòa - Phú Thọ
4	01680/25	Trần Hồng S	69	Nam	Thanh Miếu - Phú Thọ
5	01971/25	Nguyễn Khắc T	51	Nam	Thanh Miếu - Phú Thọ
6	01507/25	Đặng Minh C	45	Nam	Tiên Cát - Phú Thọ
7	01906/25	Nguyễn Thị K	52	Nữ	Sông Lô - Vĩnh Phúc
8	01409/25	Trần Văn P	70	Nam	Cẩm Khê - Phú Thọ
9	01793/25	Nguyễn Thị L	41	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
10	01496/25	Đỗ Thị M	36	Nữ	Thanh Sơn - Phú Thọ
11	01427/25	Tạ Thị L	57	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
12	01448/25	Trần Lệ P	30	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
13	02621/25	Nguyễn Thị T	53	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
14	02283/25	Đinh Thị Lan A	49	Nữ	Hạ Hòa - Phú Thọ
15	02266/25	Bùi Quang A	52	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
16	03182/25	Đinh Thị Thu H	48	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
17	02757/25	Lý Văn T	53	Nam	Thanh Sơn - Phú Thọ
18	02567/25	Đặng Văn T	70	Nam	Thanh Thủy - Phú Thọ
19	03863/25	Vũ Đình C	70	Nam	Thanh Thủy - Phú Thọ
20	04025/25	Chu Việt T	35	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
21	03779/25	Vương Văn L	25	Nam	Hy Cương - Phú Thọ
22	03594/25	Phùng Ngọc	17	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
23	05159/25	Lương Quốc L	57	Nam	Chân Mộng - Phú Thọ

24	05137/25	Nguyễn Thị N	55	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
25	04763/25	Nguyễn Chí C	62	Nam	Yên Lập - Phú Thọ
26	04641/25	Nguyễn Duy T	65	Nam	Hợp Lý - Phú Thọ
27	04472/25	Nguyễn Thị G	38	Nữ	Bình Phú - Phú Thọ
28	04288/25	Đào Xuân C	64	Nam	Sông Lô - Phú Thọ
29	04631/25	Phạm Thị D	42	Nữ	Phù Ninh - Phú Thọ
30	04321/25	Trần Thị P	48	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
31	05494/25	Vũ Tiến T	53	Nam	Vân Phú - Phú Thọ
32	05389/25	Vũ Quang	70	Nam	Phù Ninh - Phú Thọ
33	05381/25	Trịnh Đăng K	64	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
34	05919/25	Trần Thị N	56	Nữ	Phù Ninh - Phú Thọ
35	05917/25	Hoàng Thị H	32	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ
36	05359/25	Hoàng Duy H	41	Nam	Việt Hùng - Phú Thọ
37	05870/25	Lê Tiến Ng	37	Nam	Thanh Miếu - Phú Thọ
38	05747/25	Lê Thị Th	41	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ
39	05749/25	Mai Việt C	46	Nam	Thanh Miếu - Phú Thọ
40	05722/25	Nguyễn M	59	Nam	Thanh Miếu - Phú Thọ
41	05693/25	Bùi Phú L	64	Nam	Hy Cương - Phú Thọ
42	05727/25	Nguyễn Thị Kim D	61	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
43	05718/25	Nguyễn Tiên H	42	Nam	Hoàng Mai- HN
44	05654/25	Nguyễn Văn Đ	70	Nam	Yên Bái - Lao Cai
45	05835/25	Nguyễn Thị B	55	Nữ	Minh Hà - Phú Thọ
46	05836/25	Cao Xuân Th	65	Nam	Minh Hà - Phú Thọ
47	05863/25	Trần M	70	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
48	05810/25	Hoàng Trung H	18	Nam	Chân Mộng - Phú Thọ
49	05797/25	Nguyễn Thị Hồng N	35	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ
50	05786/25	Nguyễn Thị Huyền N	63	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ

51	06057/25	Bùi Huy X	70	Nam	Phùng Nguyên - Phú Thọ
52	06087/25	Đỗ Thị T	48	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
53	05923/25	Nguyễn Thị T	42	Nữ	Khả Cừ - Phú Thọ
54	05549/25	Nguyễn Thị Ngọc T	45	Nữ	Hy Cương - Phú Thọ
55	05409/25	Trần Minh V	19	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
56	05798/25	Đào Thị Hải V	41	Nữ	Nông Trang - Phú Thọ
57	05586/25	Đỗ Công H	70	Nam	Nông Trang - Phú Thọ
58	06002/25	Trần Triều D	26	Nam	Phùng Nguyên - Phú Thọ
59	06003/25	Bùi Thị Thúy H	39	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ
60	06001/25	Bùi Hương Q	36	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ
61	06005/25	Nguyễn Thị C	65	Nữ	Hạ Hòa - Phú Thọ
62	05920/25	Hoàng Minh H	55	Nam	Phù Ninh - Phú Thọ
63	05965/25	Nguyễn Thị Thu T	39	Nữ	Việt Trì - Phú Thọ
64	05962/25	Nguyễn Xuân Đ	38	Nam	Việt Trì - Phú Thọ
65	05961/25	Nguyễn Văn T	69	Nam	Trạm Thản - Phú Thọ
66	05932/25	Nguyễn Thị M	69	Nữ	Thanh Miếu - Phú Thọ
67	05931/25	Nguyễn Thị Đ	65	Nữ	Vân Phú - Phú Thọ
68	05954/25	Nguyễn Thị L	63	Nữ	Vĩnh Tường - Phú Thọ
69	05953/25	Lê Văn C	67	Nam	Vĩnh Tường - Phú Thọ
70	05930/25	Bùi Văn H	63	Nam	Thanh Miếu - Phú Thọ

Phú Thọ, ngày 17 tháng 11 năm 2025

XÁC NHẬN CỦA
BỆNH VIỆN YDCT VÀ PHCN TỈNH PHÚ THỌ