

cơ này và cơ trán, xuyên qua cơ trán, đi trong lớp mỡ dưới da. Động mạch trên ổ mắt chia trung bình 2,5 nhánh (từ 2 – 4 nhánh).

Trong NC của chúng tôi, ĐM trên ổ mắt đi trong cơ trán trung bình $14,88 \pm 9,16$ mm, đa số nằm trong khoảng từ 10 – 20mm, chiếm tỷ lệ 45,2%. Theo Erdogmus (2007), chiều dài đoạn ĐM trên ổ mắt đi trong cơ trán là 20 mm trong 2 trường hợp (5,3%), 20 – 30mm trong 20 trường hợp (52,6%) và 30 – 40mm trong 16 trường hợp (42,1%) [8]. Chiều dài động mạch trên ổ mắt đoạn đi vào tổ chức dưới da là $58,57 \pm 14,63$ mm, trong đó, đa số trên 50 mm, chiếm tỷ lệ 77,4%. Cũng theo Erdogmus (2007), ĐM này nằm gần các mô dưới da trong vòng 40 mm tại vị trí bờ trên ổ mắt trong 3 trường hợp (7,9%), 40 - 50mm trong 17 trường hợp (44,7%) và 50 - 60 mm trong 18 trường hợp (47,4%) [8]. Kết quả này tương đương với NC của chúng tôi. Các ĐM TDN và ĐM trên ổ mắt có thể quan sát tốt khi phẫu tích, và chúng tạo vòng nối với ĐM trên ròng rọc trên cùng bên.

V. KẾT LUẬN

- 90,32% tiêu bản có ĐM trên ròng rọc, 100% tiêu bản có ĐM trên ổ mắt.

- Đường kính trung bình động mạch trên ổ mắt là $1,02 \pm 0,25$ mm. Đường kính trung bình của động mạch trên ròng rọc là $0,96 \pm 0,20$ mm.

- Khoảng cách từ ĐM trên ổ mắt tới đường giữa tại bờ trên cung mày là $24,99 \pm 5,41$ mm. Khoảng cách trung bình từ ĐM trên ròng rọc đến đường giữa tại bờ trên cung mày là $19,16 \pm 7,49$ mm. Khoảng cách trung bình từ ĐM trên ổ mắt đến góc mắt trong tại bờ trên cung mày là $13,54 \pm 5,13$ mm. Khoảng cách trung bình từ ĐM trên ròng rọc đến góc mắt trong tại bờ trên cung mày

là $4,75 \pm 3,75$.

- Chiều dài ĐM trên ổ mắt đi vào cơ trán trung bình là $14,88 \pm 9,16$ mm. Chiều dài trung bình động mạch trên ròng rọc đi vào cơ trán là $9,63 \pm 5,18$ mm. Chiều dài động mạch trên ổ mắt đoạn đi vào tổ chức dưới da là $58,57 \pm 14,63$ mm. Chiều dài động mạch trên ròng rọc đoạn đi vào tổ chức dưới da là $31,39 \pm 13,92$ mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IT Jackson** (2004), "Midline forehead flaps in nasal reconstruction". *European Journal of Plastic Surgery*, 27(3), pp. 105-113.
2. **M. S. Alagöz, T. İşken, C. Sen. et al.** (2008), "Three-dimensional nasal reconstruction using a prefabricated forehead flap: case report". *Aesthetic Plast Surg*, 32(1), pp. 166-71.
3. **W. G. Kleintjes** (2007), "Forehead anatomy: arterial variations and venous link of the midline forehead flap". *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 60(6), pp. 593-606.
4. **L. Y. Cong, S. H. Lee, T. Tansatit. et al.** (2016), "Topographic Anatomy of the Inferior Medial Palpebral Artery and Its Relevance to the Pretarsal Roll Augmentation". *Plast Reconstr Surg*, 138(3), pp. 430e-436e.
5. **L. Agorgianitis, E. Panagouli, G. Tsakotos. et al.** (2020), "The Supratrochlear Artery Revisited: An Anatomic Review in Favor of Modern Cosmetic Applications in the Area". *Cureus*, 12(2), pp. e7141.
6. **Kevin A. Shumrick, Timothy L. Smith** (1992), "The Anatomic Basis for the Design of Forehead Flaps in Nasal Reconstruction". *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 118(4), pp. 373-379.
7. **Z. Potparić, K. Fukuta, L. B. Colen. et al.** (1996), "Galeo-pericranial flaps in the forehead: a study of blood supply and volumes". *Br J Plast Surg*, 49(8), pp. 519-28.
8. **S. Erdogmus, F. Govsa** (2007), "Anatomy of the supraorbital region and the evaluation of it for the reconstruction of facial defects". *J Craniofac Surg*, 18(1), pp. 104-12.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HẸP ỔNG SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Văn Tú*, Nguyễn Vũ Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cứng sống và hàn xương liền thân đốt lồi

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hoàng:

Email: drvantu.ngtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 15/11/2021

Ngày duyệt bài: 19/12/2021

sau tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** 43 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng-cùng đã được chẩn đoán xác định và phẫu thuật tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ 01/2019 đến 12/2020. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Giới: Nam 11(25,6%), nữ 32(74,4%). Tuổi $56,53 \pm 11,79$, lớn nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 31 tuổi. Triệu chứng lâm sàng: Có 8 ca (18,6%) chỉ có đau lưng, 35 ca (81,4%) đau lưng lan xuống chân, dấu hiệu đau cách hồi thần kinh gặp ở 32 ca (74,4%), cơ cứng cơ cạnh sống 36 ca (83,7%). Hình ảnh MRI: phân loại hẹp nhẹ 8 ca

(18,6%), hẹp vừa 22 ca (51,2%), hẹp nặng 13 ca (30,2%); tầng hẹp chủ yếu là L4-L5(76,7%). Kết quả: tốt 33 ca (76,8%), trung bình 9 ca (20,9%), xấu 1 ca (2,3%). **Kết luận:** Điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lồi sau đạt kết quả thành công cao, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong sau mổ.

Từ khóa: Hẹp ống sống thắt lưng, Phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LUMBAR SPINAL STENOSIS IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the result of surgical treatment of lumbar spinal stenosis at Thai Nguyen National Hospital by posterior approach with screw fixation. **Subjects and methods:** 43 patients with degenerative lumbar spinal stenosis were operated at Thai Nguyen National Hospital from 01/2019 to 12/2020. **Research Methodology:** Descriptive, retrospective research. **Results:** Gender: Male 11(25,6%), female 32(74,4%). Age $56.53 \pm 11,79$, maximum age 79, minimum age. Clinical symptoms: Radicular pain 35 cases (81,4%), Low back pain 43 cases (100%), Neurologic claudication pain 32 cases (74,4%), paraspinal muscles spasm 36 cases (83,7%). MR-Images: mild stenosis 8 cases (18,6%), moderate stenosis 22 cases (51,2%), severe stenosis 13 cases (30,2%), mainly level L4-L5 (76,7%). **Results:** good 33 cases (76,8%), moderate 9 cases (20,9%), poor 1 case (2,3%). **Conclusion:** Posterior lumbar interbody fusion for the treatment of degenerative lumbosacral spinal stenosis achieved high success, the rate of complications is low, no mortality after surgery.

Keywords: Lumbar spinal stenosis, Posterior lumbar interbody fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng là một bệnh lý với bản chất là sự giảm chu vi quá giới hạn bình thường của ống sống gây chèn ép các cấu trúc thần kinh và mạch máu bên trong ống sống. Triệu chứng chính của bệnh là đau lưng, tê chân và dấu hiệu đau cách hồi thần kinh, yếu chân [3]. Mặc dù không trực tiếp đe dọa tính mạng của người bệnh, nhưng hẹp ống sống với tác động về thần kinh ngoại biên lại có những ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày và chất lượng sống của bệnh nhân. Trong vấn đề điều trị HOSTL, thì phẫu thuật giải phóng chèn ép được thừa nhận là giải pháp có tính ưu việt khi điều trị nội khoa thất bại. Có nhiều loại hẹp và hẹp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Tùy theo mỗi loại hẹp mà phương pháp điều trị phẫu thuật có khác nhau. Phương pháp phẫu thuật giải ép và cố định cột sống thắt lưng có ghép xương liên thân đốt là phương pháp được áp dụng tại nhiều bệnh viện trong nước và khá phổ biến tại Bệnh viện

Trung ương Thái Nguyên. Để góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả phẫu thuật điều trị hẹp ống sống thắt lưng sau phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lồi sau tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép, nẹp vít qua cuống sống và hàn xương liên thân đốt lồi sau tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2019 đến hết tháng 31/12/2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 43 bệnh nhân được chẩn đoán là HOSTL và được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt thắt lưng tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ 01/2019 đến 31/12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân

| Đặc điểm | Số bệnh nhân (n) | Tỉ lệ(%) | |
|----------------|------------------|------------|------|
| Tuổi | 31 – 40 | 4 | 9,30 |
| | 41 – 50 | 8 | 18,6 |
| | 51– 60 | 16 | 37,2 |
| | >60 | 15 | 34,9 |
| Giới | Nam | 11 | 25,6 |
| | Nữ | 32 | 74,4 |
| Tổng số | 43 | 100 | |

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam là 2,91, tuổi trung bình mắc phải của bệnh nhân là $56,53 \pm 11,79$, lớn nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 31.

3.2. Triệu chứng cơ năng

| Triệu chứng | Số BN | Tỷ lệ (%) | |
|-------------------------|----------|-----------|------|
| Đau lưng | 43 | 100 | |
| Đau lưng lan xuống chân | 1 bên | 25 | 58,1 |
| | 2 bên | 10 | 23,3 |
| Đau cách hồi | <100m | 11 | 25,6 |
| | 100-500m | 10 | 23,3 |
| | >500 | 11 | 25,6 |
| | Không | 11 | 25,6 |

Nhận xét: 100% bệnh nhân có đau lưng, đau lan xuống chân 81,4% chủ yếu là đau 1 bên chân (58,1%). 74,4% bệnh nhân có dấu hiệu đau cách hồi thần kinh.

3.3. Triệu chứng thực thể

| Triệu chứng thực thể | Số BN | Tỷ lệ (%) | |
|----------------------|--------|-----------|------|
| Co cứng cơ cạnh sống | 36 | 83,7 | |
| Lasègue | <30° | 10 | 23,3 |
| | 30-70° | 23 | 53,4 |
| | >70° | 10 | 23,3 |

| | | | |
|------------------|-----|----|------|
| Đánh giá sức cơ | 0/5 | 1 | 2,3 |
| | 3/5 | 2 | 4,7 |
| | 4/5 | 1 | 2,3 |
| | 5/5 | 39 | 90,7 |
| Teo cơ | | 8 | 18,6 |
| Rối loạn cơ tròn | | 1 | 2,3 |

Nhận xét: Cơ cứng cơ cạnh sống gặp ở 83,7% bệnh nhân, 76,7% bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue dương tính; 9,3% có rối loạn vận động, 18,6% bệnh nhân có teo cơ, 2,3% bệnh nhân có rối loạn cơ tròn.

3.4. Phân loại hẹp ống sống trên phim MRI

| Phân loại hẹp ống sống | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-----------|------------|
| Hẹp nhẹ | 8 | 18,6 |
| Hẹp vừa | 22 | 51,2 |
| Hẹp nặng | 13 | 30,2 |
| Tổng | 43 | 100 |

Nhận xét: 51,2% bệnh nhân hẹp vừa, đường kính trước sau ống sống trung bình 8,10mm.

3.5. So sánh điểm VAS trước mổ và khi ra viện

| | Trước mổ | Sau mổ |
|--|------------|-----------|
| Mức độ đau trung bình (Tính theo thang điểm VAS) | 6,79±1,036 | 4,14±0,86 |

Nhận xét: Có sự cải thiện mức độ đau sau mổ so với trước mổ với mức cải thiện trung bình là 2,65 ± 1,02 (Khoảng tin cậy 95% từ 2,34 đến 2,97). Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

3.6. Đánh giá kết quả khi ra viện theo thang điểm JOA

| Tiêu chí | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-----------|------------|
| Tốt | 33 | 76,7 |
| Trung bình | 9 | 20,9 |
| Xấu | 1 | 2,3 |
| Tổng | 43 | 100 |

Nhận xét: Đánh giá kết quả sau mổ theo JOA: mức độ tốt có 33/43 bệnh nhân (chiếm 76,7%); trung bình 9/43 (chiếm 20,9%) và xấu 1/43 bệnh nhân (chiếm 2,3%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ Nữ/Nam là 2,91. Trung bình tuổi mắc phải của bệnh nhân là 56,53 ± 11,79, lớn nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 31. Chủ yếu nằm ở nhóm từ 50 tuổi trở lên (chiếm tới 72,1%). Nhóm tuổi từ 30 đến 49 chiếm 28,9%. Theo Hoàng Gia Du [2], tỷ lệ nữ/nam là 1,3; tuổi trung bình là 53,5 ± 15,2 (2018 trượt L4/L5). Tương xứng với tác giả Farrokhi, M. R. và cộng sự (2018) tỷ lệ nữ/nam là 2,67; độ tuổi trung bình là 58,35 ± 9,03 [6]. Tuy vậy nhóm tuổi trên 50 vẫn chiếm nhiều nhất và nữ giới vẫn chiếm nhiều hơn nam giới và đa

phần bệnh nhân làm nông nghiệp (53,5%). Có thể do nước ta là một nước đang phát triển, kinh tế nông nghiệp là chủ yếu nên phụ nữ phải làm việc nặng ảnh hưởng đến cột sống nên tỷ lệ nữ nhiều hơn nam giới.

Cơ cứng cơ cạnh sống là phản ứng chống đỡ của cơ thể với tác nhân đau, chúng tôi gặp 36/43 (83,7%) bệnh nhân. Phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Vũ [5] là 72,1%; Lê Văn Công [1] là 92,6%.

Dấu hiệu kích thích rễ: đây là triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi thấy dấu hiệu Lasègue dương tính trong 33/43 (76,7%) số bệnh nhân trong đó 23,3% Lasègue <30°, 53,4% Lasègue 30°-70°. Kết quả này tương đương với Nguyễn Vũ [8] (2015) là 87,7%; Nguyễn Hiền Nhân [4] (2017) là 76,9%.

Rối loạn cảm giác: là tổn thương xuất hiện ở giai đoạn nặng hơn. Thường khởi phát với triệu chứng tê bì, sau đó bệnh nhân giảm hoặc mất cảm giác theo đường đi của rễ tổn thương. Đây là triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán định khu tổn thương. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp: 86% có tê bì chân, 1/43 (2,7%) có tê bì và giảm cảm giác 2 chân. Nghiên cứu của Hoàng Gia Du [2] có tê bì (93,3%), rối loạn cảm giác 3,3%, 6,7% gặp cả 2 biểu hiện trên; Theo Nguyễn Vũ [5] rối loạn cảm giác 67,8%.

Rối loạn vận động và rối loạn cơ tròn: khi có dấu hiệu rối loạn vận động và rối loạn cơ tròn là bệnh đã diễn tiến đến giai đoạn nặng và hầu hết các trường hợp đều phải can thiệp phẫu thuật. Nghiên cứu này thấy có 2/43 (4,7%) bệnh nhân có sức cơ đo được ở mức 3/5, 1/43 (2,3%) sức cơ 4/5, có 1 bệnh nhân sức cơ 2 chân 0/5 và kèm theo có rối loạn cơ tròn. Nghiên cứu của Lê Văn Công [1] sức cơ 4/5: 14,8%, 3/5 là 1,9%, không có bệnh nhân nào có sức cơ 0/5; Nguyễn Hiền Nhân [4] có 6/39 có sức cơ 4/5, 1 trường hợp có sức cơ 2/5.

Đường kính trước sau ống sống trung bình là 8,10 ± 2,20mm, lớn nhất là 12,0mm, nhỏ nhất là 4,1mm, tương đồng với tác giả Lê Văn Công (9,00 ± 2,11mm) [1]; Vũ Minh Hải (8,4 ± 2,1) [3].

Khi bệnh nhân xuất viện, kết quả phẫu thuật ở mức tốt 33 ca (76,8%), trung bình 9 ca (20,9%), xấu 1 ca (2,3%). Mức độ đau giảm đáng kể so với trước mổ. VAS trung bình trước mổ 6,79 ± 1,04, sau mổ 4,14 ± 0,86 mức độ cải thiện trung bình là 2,65 ± 1,02 (Khoảng tin cậy 95% từ 2,34 đến 2,97). Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Kết quả này tương đương với nghiên cứu của

Kiều Đình Hùng (2010) có mức tốt 79,2%, trung bình 18,8%, xấu 2,0%; Nguyễn Hiền Nhân (2019) có mức tốt 69,2%, khá và trung bình 30,8% [4].

V. KẾT LUẬN

Hiện nay xu hướng điều trị HOSTLC là can thiệp tối thiểu giải phóng chèn ép. Tuy vậy, phẫu thuật giải phóng chèn ép, hàn xương liên thân đốt và cố định bằng nẹp vít qua cống lõi sau vẫn là phương pháp kinh điển trong điều trị HOSTLC và hiện tại đang được áp dụng phổ biến tại nhiều cơ sở kết quả điều trị tốt đạt 76,8%, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và không có tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Công, Phạm Trịnh Quốc Khanh, Nguyễn Văn Lâm (2018), Kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cung do thoái hóa bằng phẫu thuật giải ép kết hợp hàn xương liên thân sống tại

- Bệnh viện quân Y 121 năm 2016-2017, Bệnh viện quân Y 121, TP Cần Thơ.
2. Hoàng Gia Du (2018), "Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt". Tạp chí Y học Việt Nam, 465(2), tr.30-35.
 3. Vũ Minh Hải (2016), "Kết quả điều trị phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình". Y học Việt Nam, 2, tr.143-147.
 4. Nguyễn Hiền Nhân, Nguyễn Tuấn Tài, Trịnh Quốc Minh, et al (2019). "Đánh giá sau phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa bằng phương pháp hàn xương liên thân đốt lõi sau tại bệnh viện Trưng Vương". Y học TP Hồ Chí Minh, 23 (6), tr.28-33.
 5. Nguyễn Vũ (2015), Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống thắt lưng qua cống kết hợp hàn xương liên thân đốt, Luận văn tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
 6. Farrokhi M. R., Yadollahikhales G., Gholami M. (2018), "Clinical Outcomes of Posterolateral Fusion Versus Posterior Lumbar Interbody Fusion in Patients with Lumbar Spinal Stenosis and Degenerative Instability", Pain Physician, 21 (4), pp. 383-40

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA VIÊN TRÍ THIÊN DƯỢC TRÊN BỆNH NHÂN TRĨ NỘI ĐỘ II CÓ CHẢY MÁU THEO CÁC THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN

Lê Thị Minh Phương¹, Lê Mạnh Cường²,
Phạm Đức Huân¹, Phạm Bá Tuyền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của viên Trí Thiên Dược trên các bệnh nhân trĩ nội độ II có chảy máu theo các thể bệnh Y học cổ truyền. **Đối tượng và phương pháp:** Phân tích gộp dựa trên dữ liệu bệnh nhân từ 2 thử nghiệm lâm sàng giai đoạn II và III ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng. **Kết quả:** Viên Trí Thiên Dược an toàn và có tác dụng làm giảm rõ rệt các triệu chứng như đau rát hậu môn, đại tiện ra máu, xung huyết búi trĩ trên bệnh nhân nghiên cứu ở cả 3 thể bệnh là thể huyết ứ, thấp nhiệt và khí huyết hư, trong đó, hiệu quả rõ rệt nhất trên thể thấp nhiệt. **Kết luận:** Viên Trí Thiên Dược có tác dụng điều trị bệnh trĩ nội độ II có chảy máu trên các thể lâm sàng YHCT.

Từ khóa: Trĩ nội độ II có chảy máu, viên Trí Thiên Dược.

SUMMARY

EVALUATING THE SAFETY AND EFFICACY OF TRI THIEN DUOC CAPSULE IN THE TREATMENT OF BLEEDING STAGE II INTERNAL HEMORRHOIDS ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICAL SYNDROMES

Objectives: To evaluate the safety and efficacy of Tri ThienDuoc capsule in the treatment of bleeding stage II internal hemorrhoids according to traditional medical syndromes. **Subjects and method:** Meta-analysis of individual patient data from 2 randomized, double-blind, placebo-controlled, phase II and III clinical trials. **Results:** Tri ThienDuoc was safe and reduced symptoms such as anal itching, rectal bleeding, and thrombosed hemorrhoids in patients with three syndromes, including blood stasis, damp-heat, and a deficiency of qi and blood, whose most pronounced effect was on the damp-heat syndrome. **Conclusion:** Tri ThienDuoc was effective in reducing symptoms of Bleeding stage II internal hemorrhoids according to traditional medical syndromes.

Key words: Bleeding stage II internal hemorrhoids, Tri ThienDuoc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ nội là bệnh lý vùng hậu môn trực tràng phổ biến, có tỉ lệ mắc cao trên 55% dân số nước

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương,

³Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Cường;

Email: drcuong68@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 30/11/2021

Ngày duyệt bài: 21/12/2021