

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



LÊ QUANG HIẾU

**§,NH GI, T, C DÔNG CĨA VIÊN KHÍP VINTONG
§IÒU TRP §AU TH¼T L, NG DO THO, I HãA cét sèng**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



LÊ QUANG HIẾU

**§,NH GI, T,C DÔNG CĨA VIÊN KHÍP VINTONG
§ÌÒU TRÞ §AU TH¼T L¼NG DO THO,Ì HãA cét sèng**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. ĐOÀN QUANG HUY

HÀ NỘI – 2021

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được gửi lời cảm ơn đến Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Đoàn Quang Huy, Phó Giám đốc Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, người thầy hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ, cho tôi nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Bãi Cháy đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong việc thu thập, hoàn thiện số liệu và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn đến các thầy, các cô trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu trong quá trình hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Tổ chức cán bộ, Tập thể các y bác sỹ, điều dưỡng, hộ lý Bệnh viện Bãi Cháy – nơi tôi đang làm việc đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp cao học 11 khóa 2018 – 2020 chuyên ngành Y học cổ truyền đã đồng viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Học viên
Lê Quang Hiếu

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Lê Quang Hiếu, Học viên Cao học khóa 11 chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của Thầy PGS.TS. Đoàn Quang Huy.
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 thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Lê Quang Hiếu

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
CT	Cắt lớp vi tính	Computed Tomography
D ₀ ; D ₁₄ ; D ₂₁	Ngày điều trị đầu tiên	Date 0
	Sau 14 ngày	Date 14
	Sau 21 ngày	Date 21
MRI	Cộng hưởng từ	Magnetic Resonance Imaging
VAS	Thang điểm đau	Visual analogue scale
WHO	Tổ chức Y tế thế giới	World Health Organization
YHCT	Y học cổ truyền	
YHHD	Y học hiện đại	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan.....	3
1.1.1. Giải phẫu, sinh lý cột sống thắt lưng.....	3
1.1.2. Cấu tạo đĩa đệm	3
1.1.3. Cơ – dây chằng	5
1.1.4. Sự phân bố thần kinh	6
1.2. Đau thắt lưng theo y học hiện đại.....	7
1.2.1. Nguyên nhân gây đau thắt lưng.....	7
1.2.2. Cơ chế gây đau thắt lưng	7
1.2.3. Tổng quan về đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng	8
1.3. Đau thắt lưng theo Y học cổ truyền	13
1.3.1. Bệnh danh	13
1.3.2. Nguyên nhân gây bệnh và cơ chế bệnh sinh	13
1.3.3. Các thể lâm sàng, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị.....	14
1.4. Một số nghiên cứu điều trị đau thắt lưng	16
1.5. Tổng quan về viên khớp Vintong.....	17
1.5.1. Xuất xứ	17
1.5.2. Thành phần	17
1.5.3. Phân tích bài thuốc.....	18
1.5.4. Chỉ định và cách dùng, liều lượng.....	18

Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 19

2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	19
2.1.1. Viên khớp Vintong	19
2.1.2. Thuốc điều trị nền.....	19
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	20
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu	20
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	22
2.3. Phương pháp nghiên cứu	22
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	22
2.3.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu	22
2.3.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	23
2.3.4. Phương pháp tiến hành	24
2.3.5. Chỉ tiêu theo dõi.....	25
2.3.6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả	26
2.4. Phương pháp xử lý số liệu.....	30
2.5. Đạo đức nghiên cứu.....	30
2.6. Không chế sai số.....	30

Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 31

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.....	31
3.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu	31
3.1.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.....	32
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	32

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị	33
3.2.1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng khởi phát bệnh	33
3.2.2. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS	33
3.2.3. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng thường gặp trước điều trị	34
3.2.4. Phân bố bệnh nhân theo hội chứng cột sống trước điều trị	36
3.2.5. Phân bố bệnh nhân theo hội chứng rã trước điều trị của hai nhóm	37
3.2.6. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh YHCT	38
3.3. Kết quả điều trị	39
3.3.1. Kết quả giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS	39
3.3.2. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị	39
3.3.3. Các triệu chứng thường gặp sau điều trị	40
3.3.4. Hội chứng cột sống sau điều trị	42
3.3.5. Hội chứng rã sau điều trị	44
3.3.6. Kết quả điều trị theo thang điểm của Dư Duy Hào sau điều trị	46
3.3.7. Kết quả điều trị theo thể bệnh của YHCT	47
3.3.8. Số viên thuốc Paracetamol sử dụng	48
3.4. Tác dụng không mong muốn	48
3.4.1. Lâm sàng	48
3.4.2. Cận lâm sàng	49
Chương 4 BÀN LUẬN	51
4.1. Bàn luận về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	51
4.1.1. Tuổi	51
4.1.2. Giới	52

4.1.3. Thời gian mắc bệnh	53
4.2. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng trước điều trị.....	55
4.2.1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng khởi phát bệnh	55
4.2.2. Mức độ đau cột sống thắt lưng theo thang điểm VAS trước điều trị	55
4.2.3. Các triệu chứng thường gặp trước điều trị	56
4.2.4. Hội chứng cột sống trước điều trị.....	57
4.2.5. Hội chứng rễ trước điều trị	58
4.3. Bàn luận về kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của viên khớp Vintong.....	59
4.3.1. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS.....	59
4.3.2. Các triệu chứng thường gặp sau điều trị.....	62
4.3.3. Hội chứng cột sống sau điều trị.....	63
4.3.4. Hội chứng rễ sau điều trị	63
4.3.5. Kết quả điều trị theo phân loại hiệu quả điều trị	64
4.3.6. Kết quả điều trị theo y học cổ truyền	66
4.4. Tác dụng không mong muốn.....	67
4.4.1. Trên lâm sàng	67
4.4.2. Trên cận lâm sàng.....	68
KẾT LUẬN.....	69
KIẾN NGHỊ.....	71
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán	21
Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của hai nhóm bệnh nhân.....	31
Bảng 3.2. Phân bố giới tính của hai nhóm bệnh nhân	32
Bảng 3.3. So sánh thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm.....	32
Bảng 3.4. So sánh khởi phát bệnh giữa hai nhóm.....	33
Bảng 3.5. So sánh mức độ đau theo VAS trước điều trị của hai nhóm	33
Bảng 3.6. So sánh triệu chứng thường gặp trước điều trị của hai nhóm	34
Bảng 3.7. So sánh hội chứng cột sống trước điều trị của hai nhóm	36
Bảng 3.8. So sánh hội chứng rã trước điều trị của hai nhóm.....	37
Bảng 3.9. So sánh sự phân bố bệnh theo thể bệnh YHCT.....	38
Bảng 3.10. So sánh điểm VAS trung bình trước và sau điều trị của hai nhóm.....	39
Bảng 3.11. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị	39
Bảng 3.12. Các triệu chứng thường gặp của hai nhóm thời điểm D ₁₄ , D ₂₁	40
Bảng 3.13. So sánh hội chứng cột sống sau điều trị của hai nhóm.....	42
Bảng 3.14. So sánh hội chứng cột sống sau điều trị 21 ngày của hai nhóm...	42
Bảng 3.15. So sánh hội chứng rã sau điều trị của hai nhóm.....	44
Bảng 3.16. Thang điểm trung bình của Dur Duy Hào	46
Bảng 3.17. Kết quả điều trị theo thang điểm Dur Duy Hào sau điều trị	46
Bảng 3.18. So sánh kết quả điều trị của hai nhóm theo thể bệnh YHCT	47
Bảng 3.19. Thay đổi một số chỉ số huyết học sau điều trị.....	49
Bảng 3.20. Chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị	50

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	25
-----------------------------------	----

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1. Cấu tạo các đốt sống thắt lưng	5
Hình 2. Hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng	9
Hình 2.1. Viên khớp Vintong gói 5g dùng trong nghiên cứu	19
Hình 2.2. Thuốc Diacerein 50mg dùng trong nghiên cứu	20

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (Spondylosis hoặc Osteoarthritis of lumbar spine) là bệnh lý cột sống mạn tính thường gặp và có liên quan mật thiết đến tuổi và vị trí đốt sống bị tổn thương [53]. Thoái hóa cột sống thắt lưng được chia thành “Thoái hóa cột sống thắt lưng trên X-quang” - với biểu hiện hình ảnh thoái hóa trên phim chụp X-quang và “Thoái hóa cột sống thắt lưng trên lâm sàng” - thường biểu hiện bằng đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm [56]. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch [58]. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên nhưng chủ yếu là sự lão hóa của tế bào hoặc tổ chức dưới sự thúc đẩy của các yếu tố cơ học, di truyền, nội tiết, chuyển hóa khiến quá trình này nhanh hơn và nặng thêm [3]. Thống kê Quốc gia được thu thập bởi Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ thoái hóa cột sống năm 2002 đã tăng từ 45/100.000 lên 72/100.000 người năm 2009. Chi phí ước tính cho chẩn đoán và quản lý các bệnh lý vùng cột sống thắt lưng và đau lưng có thể lên đến 90 tỷ USD mỗi năm [59].

Kết quả từ một nghiên cứu phân tích tổng hợp (2015) công bố trên tạp chí Lancet về tình trạng tàn tật của 188 quốc gia, khảo sát trên 301 bệnh lý khác nhau trong thời gian từ năm 1990 - 2013 cho thấy các bệnh lý liên quan đến cột sống thắt lưng rất phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây ra tàn tật [4]. Một phân tích khác dựa trên 28 nghiên cứu từ Medline, LILACS, EMBASE (2015) cho thấy có 19,6% người Mỹ ở nhóm tuổi 20 – 59 có bệnh lý vùng cột sống thắt lưng [4]. Theo Trần Ngọc Ân, có 11,4% bệnh nhân điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai là do các bệnh lý vùng thắt lưng và thắt lưng hông, đứng thứ hai sau viêm khớp dạng thấp. Tác giả cũng ước tính có khoảng 17% người trên 60 tuổi có các vấn đề liên quan đến cột sống thắt lưng [60].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng Y học hiện đại (YHHĐ) cũng như Y học cổ truyền (YHCT) mang lại hiệu quả cao. Bên cạnh những bài thuốc YHCT kinh điển, các bài thuốc kinh nghiệm của nhiều thầy thuốc cũng đã chứng minh được những hiệu quả nhất định. Xu hướng hiện nay là việc điều trị bằng đa trị liệu, phối hợp nhiều phương pháp, trong đó là YHHĐ và YHCT thường mang lại hiệu quả cộng gộp tốt và được sử dụng khá phổ biến ở nhiều đơn vị tuyến cơ sở cũng như trung ương. Một trong số những thuốc đó là Viên khớp Vintong-sản phẩm được chuyển dạng từ bài thuốc KNC của PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh thành dạng hoàn phù hợp với thực tế lâm sàng và tiện dụng trong điều trị. Viên khớp Vintong đã được chứng minh an toàn (không có độc tính cấp, bán trường diễn) và có tác dụng chống viêm giảm đau trên mô hình thực nghiệm. Nhằm có thêm bằng chứng khoa học để chứng minh tác dụng thực sự của Viên khớp Vintong, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Đánh giá tác dụng của viên khớp Vintong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống”** với 2 mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của viên khớp Vintong.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan

1.1.1. Giải phẫu, sinh lý cột sống thắt lưng

1.1.1.1. Cấu tạo đốt sống thắt lưng

Cột sống thắt lưng là chuỗi các đốt sống thắt lưng xếp lại nối liền với nhau, được giới hạn bởi phía trước là thân đốt sống và các đĩa đệm, phía sau là dây chằng vành và các cung đốt sống, bên cạnh là các cuống sống, vòng cung và lỗ ghép. Cột sống thắt lưng gồm 5 đốt sống, 4 đĩa đệm và 2 đĩa đệm chuyển đoạn. Một đốt sống bao gồm có:

- Thân đốt sống: hình trụ, có mặt trên và mặt dưới, hơi lõm ở giữa và có vành xương đặc ở xung quanh, chiều ngang rộng hơn chiều trước - sau.

- Các mỏm đốt sống:

- + Mỏm gai từ giữa mặt sau của cột sống chạy ra sau và xuống dưới có đặc điểm rộng, thô, dày ở đỉnh.

- + Mỏm ngang dài và mảnh, nối giữa cuống và nhánh đi ngang qua phía ngoài.

- + Mỏm khớp do hai mỏm khớp trên và hai mỏm khớp dưới mỗi mỏm có một diện khớp nối đốt sống liền nhau.

- Lỗ đốt sống được giới hạn phía trước bởi thân đốt sống, ở hai bên và phía sau bởi cung đốt sống, khi các đốt khép lại thành cột sống thì các lỗ sống tạo thành ống sống, cho tủy gai và thân kinh đốt sống đi qua.

1.1.2. Cấu tạo đĩa đệm

- Đặc điểm chung: Cột sống thắt lưng gồm bốn đĩa đệm và hai đĩa đệm chuyển đoạn (đĩa đệm lưng - thắt lưng và đĩa đệm thắt lưng - cùng). Kích thước đĩa đệm càng xuống dưới càng lớn, riêng đĩa đệm thắt lưng - cùng chỉ bằng hai phần ba chiều cao đĩa đệm L4 – L5.

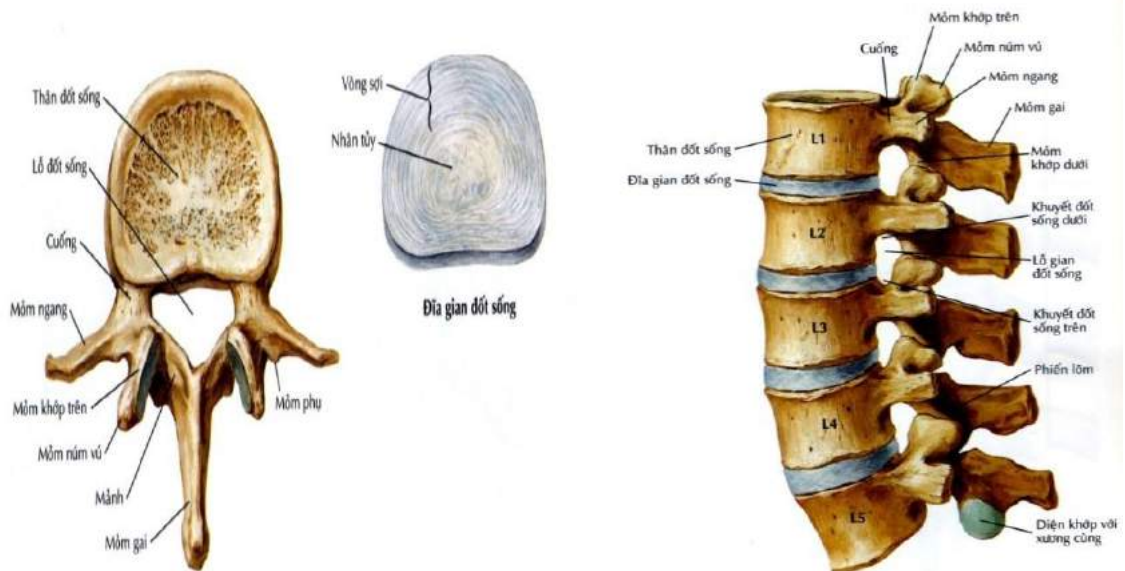
- Cấu trúc đĩa đệm

+ **Nhân keo (nhân nhầy):** Nhân keo của đĩa đệm là một hoạt dịch, hơi nhầy, không có màu, trong suốt. Nhân keo có thành phần chủ yếu là các proteoglycans. Thành phần của các proteoglycans này bao gồm: dermatan sulphate, kratosulphate, chondroitin sulphates, hyaluronic acid là chủ yếu. Nhân keo có tính ngậm nước khá cao, ở trẻ em có nhân keo chứa tới hơn 80% là nước. Nhân keo mất nước dần khi trưởng thành, còn ở người già chỉ còn hơn 60% nước trong nhân keo. Nhân keo thoát nước ra bên ngoài khi có tác động, làm cho đĩa đệm xẹp xuống để chịu lực. Lực sẽ được phân tán đều khắp mặt đĩa đệm và sẽ bị triệt tiêu dần. Khi không còn lực tác động nữa, nhân keo ở đĩa đệm sẽ phồng lên và hút nước quay trở lại làm cho đĩa đệm phồng to lên. Mô của đĩa đệm không tái tạo, hơn nữa lại luôn luôn chịu một trọng tải lớn và nhiều tác động khác (chấn thương cột sống, nâng vật nặng, lao động chân tay) nên thường có xu hướng thoái hóa sớm.

+ **Bao xơ (Vòng sợi):** Bao gồm nhiều vòng xơ sụn đồng tâm, được cấu tạo bởi những sợi sụn rất chắc và đàn hồi, đan với nhau theo kiểu xoắn ốc tạo thành từng lớp. Bao xơ là một lớp bao bọc bên ngoài nhân keo. Thành phần cấu tạo chính của bao xơ là các sợi collagen. Các vòng sợi collagen rất dẻo và có khả năng đàn hồi cao. Bao lấy phần nhân keo là các vòng collagen ôm lấy nhau thành nhiều lớp hình elip. Lớp ngoài của bao xơ bám trực tiếp vào màng xương và gián tiếp bám vào viền đốt sống. Lớp bên trong của bao xơ bám lấy bề mặt sụn thân sống lưng. Ngoài chức năng bảo vệ nhân keo của bao xơ còn có chức năng giúp chống lại các lực căng hướng ngang hoặc các lực vặn xoắn, giúp cột sống được đảm bảo giữ đúng trục.

+ **Mâm sụn:** Các tấm sụn tận cùng nằm giữa mâm sụn thân sống và lớp ngoài của bao xơ. Canxi, collagen, nước và các proteolycans là các chất cấu tạo nên những tấm sụn này. Có vai trò là chức năng dinh dưỡng cho khoang gian

đốt theo cơ chế khuếch tán. Và có chức năng bảo vệ bề mặt của sụn và thân đốt sống khỏi bị nhân nhầy ép vào. Ngoài ra nó còn là lớp bảo vệ đĩa đệm không bị nhiễm khuẩn.



Hình 1. Cấu tạo các đốt sống thắt lưng

1.1.3. Cơ – dây chằng

1.1.3.1. Cơ vận động cột sống

Gồm có hai nhóm chính: nhóm cơ cạnh cột sống và nhóm cơ thành bụng

- Nhóm cơ cạnh cột sống: chạy từ cổ đến xương cùng, có đặc điểm càng nằm sâu thì càng ngắn, nhóm cơ này gồm có

+ Cơ lớp nông: cơ thang, cơ lưng rộng, cơ nâng vai, cơ trám, cơ răng sau trên, cơ răng sau dưới.

+ Cơ lớp giữa: cơ dựng sống.

+ Cơ lớp sâu: cơ ngang gai, cơ gian gai.

Ba lớp cơ này hợp thành khối cơ chung nằm ở rãnh sống cùng và rãnh thắt lưng, có tác dụng làm duỗi cột sống, đồng thời có thể phối hợp với nghiêng, xoay cột sống [4],[7].

- Nhóm cơ thành bụng, gồm có

+ Cơ thẳng: nằm ở phía trước thành bụng, có hai bó cơ thẳng nằm ở hai bên đường giữa. Vì nằm phía trước trục cột sống nên cơ thẳng bụng là cơ gập thân người rất mạnh.

+ Nhóm cơ chéo: có hai cơ chéo (cơ chéo trong, cơ chéo ngoài). Các cơ chéo có chức năng xoay thân người, khi xoay sang bên trái cần cơ chéo ngoài phải và cơ chéo trong trái hoạt động và ngược lại [4],[9].

1.1.3.2. Dây chằng cột sống

- Dây chằng dọc trước: phủ vào mặt trước đốt sống, bám vào đĩa đệm và thân đốt sống.

- Dây chằng dọc sau: phủ ở mặt sau các thân đốt sống, bám vào đĩa đệm.

- Dây chằng bao khớp: dây chằng bao khớp bao quanh giữa khớp trên và khớp dưới của hai đốt sống kế cận.

- Dây chằng vàng: phủ phần sau của ống sống, bám từ cung đốt này đến cung đốt khác. Dây chằng vàng có tính đàn hồi, khi cột sống cử động, nó góp phần kéo cột sống trở về nguyên vị trí.

- Dây chằng trên gai, dây chằng liên gai nối các gai sống với nhau. Ngoài ra, trên đốt L4-L5 còn được nối với xương chậu bởi những dây chằng thắt lưng chậu, những dây chằng này đều bám vào đỉnh mỏm ngang và bám vào tận mỏm chậu ở phía trước và phía sau. Dây chằng thắt lưng chậu căng dẫn giúp hạn chế sự di động quá mức của hai đốt sống thắt lưng L4, L5 [4],[7].

1.1.4. Sự phân bố thần kinh

Rễ thần kinh thoát ra khỏi ống sống qua các lỗ gian đốt, từ phía trong rễ thần kinh chọc thủng màng cứng đi ra ngoài tới hạch giao cảm cạnh sống tách ra các nhánh:

+ Nhánh trước: phân bố cho vùng trước cơ thể.

+ Nhánh sau: phân bố cho da, cơ vùng lưng cùng bao khớp và diện ngoài của khớp liên cuống.

+ Nhánh màng tủy: đi từ hạch giao cảm, chui qua lỗ gian đốt vào ống sống, chi phối cho các thành phần bên trong bao gồm khớp liên cuống, dây chằng dọc sau, bao tủy. Vì vậy, nếu do một nguyên nhân nào đó làm lỗ gian đốt bị hẹp cũng sẽ kích thích các rễ thần kinh gây ra hiện tượng đau.

1.2. Đau thắt lưng theo y học hiện đại

Đau cột sống thắt lưng là hội chứng đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông (có thể đau một bên hoặc cả hai bên), đây là một hội chứng xương khớp hay gặp nhất trong trên lâm sàng [4].

1.2.1. Nguyên nhân gây đau thắt lưng

- Đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học (90-95%): thoái hóa đĩa đệm cột sống hay gặp 63-73%, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, thoái hóa cột sống, trượt thân đốt sống, hẹp ống sống, các chứng gù vẹo cột sống, dị dạng bẩm sinh [4].

- Đau cột sống do một bệnh toàn thân: do thấp (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp cùng chậu...), nhiễm khuẩn (viêm cột sống do vi khuẩn, áp xe ngoài màng cứng...), u lành, u ác tính (đau u tủy xương, ung thư nguyên phát, u dạng xương...), bệnh lý nội tiết (cường cận giáp trạng, loãng xương...), nguyên nhân nội tạng (loét dạ dày-hành tá tràng, sỏi thận, phình động mạch chủ...), nguyên nhân khác: xơ tủy xương, tâm thần [4],[10].

1.2.2. Cơ chế gây đau thắt lưng

Theo 3 cơ chế

Cơ chế hóa học: bản chất là sự giải phóng các chất kích thích hóa học bao gồm hydrogen hay các enzym từ những tế bào viêm hoặc những tế bào của tổ chức bị tổn thương. Những chất này kích thích trực tiếp các đầu mút thần kinh có nhiều ở các cấu trúc nhạy cảm như dây chằng dọc sau, màng tủy, bao khớp, rễ thần kinh... từ đó làm xuất hiện tín hiệu dẫn truyền cảm giác đau về thần kinh trung ương gây nên triệu chứng đau [9].

Cơ chế cơ học: đây là cơ chế chủ yếu gây đau thắt lưng ở nhiều bệnh nhân. Áp lực cơ học quá mức ảnh hưởng tới chức năng sinh lý của đĩa đệm, khớp liên công và các tổ chức phân mềm xung quanh cột sống. Cơ chế gây đau của các kích thích cơ học còn chưa sáng tỏ. Đau thắt lưng theo cơ chế này có đặc điểm là đau như nén ép, châm chích, như dao đâm, đau thay đổi cả về cường độ và tần số khi thay đổi tư thế cột sống [61].

Cơ chế phản xạ tiết đoạn: khi một tạng trong ổ bụng bị tổn thương, thì không những gây đau ở tạng mà cảm giác đau còn có thể lan tới vùng cột sống có cùng khoanh tủy chi phối, do có sự liên quan về giải phẫu giữa thần kinh cảm giác nội tạng với thần kinh tủy sống [4],[62].

1.2.3. Tổng quan về đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng

1.2.3.1. Định nghĩa

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh, là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương và màng hoạt dịch [11].

Thoái hoá cột sống thắt lưng là một bệnh mãn tính khi đĩa đệm và khớp bị thoái hóa, xương phát triển trên đốt của cột sống. Những thay đổi này khiến người bệnh đau, hạn chế vận động do các dây thần kinh và các chức năng khác bị ảnh hưởng.

Theo viện phẫu thuật chỉnh hình Hoa Kỳ (American Academy of Orthopaedic Surgeon) có hơn 85% những người trên 60 tuổi đều bị thoái hóa đốt sống.

- Thoái hoá cột sống thắt lưng diễn ra ở các phần khác nhau của cột sống:
- Gai cột sống ngực ảnh hưởng đến phần giữa cột sống.
- Thoái hoá cột sống thắt lưng ảnh hưởng đến phần lưng dưới.

- Các phân ngành của khớp xương nhô ra (Multilevel spondylosis) ảnh hưởng đến nhiều phân của cột sống.

1.2.3.2. Nguyên nhân thoái hóa và cơ chế bệnh sinh

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao, nữ, nghề nghiệp lao động, một số yếu tố khác như tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động... [11].

Có nhiều giả thuyết về cơ chế sự thoái hóa, nhưng chủ yếu là thuyết cơ học cho rằng khi có sự quá tải cơ học làm thay đổi chuyển hóa của các tế bào sụn, hình thành các men proteolytic gây phá vỡ các chất căn bản của sụn, sau đó gây thoái hóa và mất dần sụn khớp, biến đổi cấu trúc của khớp và hình thành gai xương [4].



Hình 2. Hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng

1.2.3.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Đau kiểu cơ học, đau âm ỉ, có thể có cơn đau cấp ở cột sống, xuất hiện và tăng lên khi vận động, thay đổi tư thế, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi. Đau diễn biến thành từng đợt, dài ngắn tùy trường hợp, hết đợt có thể hết đau hoàn toàn. Sau đó tái phát đợt khác, có thể đau liên tục tăng dần (đặc biệt là thoái hóa khớp thứ phát) [11]. Bệnh nhân có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi

sáng. Khi thoái hóa nặng có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Bệnh nhân có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống [11].

- Thường đau khu trú tại cột sống, một số trường hợp có đau rễ dây thần kinh do hẹp lỗ liên hợp hoặc thoát vị đĩa đệm kết hợp, hẹp ống sống, bệnh nhân sẽ đau theo đường đi của dây thần kinh tọa.

- Bệnh nhân không có tiền sử ngã hoặc chấn thương rõ rệt mà hình thành dần dần ở người có tiền sử đau cột sống thắt lưng cấp hoặc đau dây thần kinh tọa hoặc đã từng đau cột sống thắt lưng thoáng qua.

- Bệnh không có biểu hiện triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân.

Triệu chứng thực thể

- Hội chứng cột sống

+ Cột sống thắt lưng mất đường cong sinh lý, có thể có biến dạng cột sống như gù, vẹo. Cơ cạnh sống thắt lưng nổi gò một hoặc hai bên, không nóng đỏ, khi sờ nắn thấy khối cơ căng, chắc.

+ Điểm đau giữa, cạnh cột sống thắt lưng: ấn ở vị trí trên các mỏm gai đốt sống, vị trí cách đường liên mỏm gai 2cm phát hiện được điểm đau.

+ Hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng: yêu cầu bệnh nhân gập, duỗi, nghiêng, xoay và dùng thước đo tầm vận động. Bình thường độ gập $\geq 70^\circ$, duỗi 25° , nghiêng từng bên 25° , xoay từng bên 25° . Đánh giá tầm vận động của cột sống thắt lưng ở 4 tư thế duỗi, gập, nghiêng, xoay.

+ Nghiệm pháp tay đất: bệnh nhân đứng thẳng hai gót chạm nhau, từ từ cúi xuống phía trước hết mức có thể của bệnh nhân, khớp gối giữ thẳng, bình thường bàn tay chạm đất. Nghiệm pháp dương tính khi khoảng cách giữa bàn tay và đất trên 5cm [4].

+ Nghiệm pháp Schober: bệnh nhân đứng thẳng, xác định mốc thứ nhất tại giao điểm của đường thẳng qua điểm cao nhất của hai mào chậu. Mốc thứ

hai đo từ điểm thứ nhất lên phía trên 10 cm. Yêu cầu bệnh nhân cúi gập người tối đa về phía trước, đo lại khoảng cách giữa hai điểm này. Độ giãn CSTL bình thường khoảng 4-6cm, nếu dưới 4cm bị coi là hạn chế [4], [12].

- Dấu hiệu loại trừ: không có tổn thương khớp háng, khớp cùng chậu, không đau thắt lưng kèm đau nội tạng [62],[63],[66].

1.2.3.4. Cận lâm sàng

- Xquang thường quy cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng: có hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, mâm đĩa đệm nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống.

- Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa bình thường.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp (CT) cột sống thắt lưng chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có thoát vị đĩa đệm [11].

1.2.3.5. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: có hội chứng cột sống và bệnh nhân không có triệu chứng toàn thân như sốt, gầy sút cân, thiếu ấu.

- Xét nghiệm công thức máu và sinh hóa bình thường.

- Xquang cột sống thắt lưng thường quy: hẹp khe khớp với bờ diện khớp nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc cắt lớp vi tính (CT): hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương, ngoài ra còn đánh giá được tổn thương đĩa đệm và phần mềm cạnh sống [11].

1.2.3.6. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp đau cột sống có biểu hiện viêm: có dấu hiệu toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút, hạch ngoại vi... cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý [11].

- Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính như viêm cột sống dính khớp.

- Viêm đốt sống đĩa đệm (do nhiễm khuẩn hoặc do lao).

- Ung thư di căn xương.

1.2.3.7. Điều trị

- Nguyên tắc

- Điều trị theo triệu chứng: thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ... kết hợp với các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.

- Nên phối hợp các biện pháp điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

- Điều trị cụ thể

- Vật lý trị liệu: bài tập thể dục, xoa bóp, kéo nắn, chiếu hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn nóng, paraffin, tập cơ dựng lưng... Mục đích của các phương pháp này là làm tăng lưu lượng máu, giảm phù nề, giảm bớt sự kết dính, tăng độ linh hoạt của cột sống thắt lưng [67].

- Điều trị nội khoa

+ Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới:

Bậc 1- paracetamol,

Bậc 2- paracetamol kết hợp với codein hoặc kết hợp với tramadol,

Bậc 3- opiat và dẫn xuất của opiat.

+ Thuốc chống viêm không steroid lựa chọn một trong các thuốc:

Diclofenac 25-100mg/ngày

Meloxicam 7,5-15mg/ngày

Piroxicam 20-40mg/ngày

Celecoxib 200-400mg/ngày

Có thể dùng đường tiêm bắp tối đa trong 3 ngày đầu, sau đó chuyển sang đường uống, dùng thuốc sau ăn.

+ Thuốc giãn cơ: eperison viên 150mg/ngày hay tolperisone viên 150-450mg/ngày.

+ Thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm:

Piascledine 300mg: 1 viên/ngày.

Glucosamin sulfate 1000-1500mg/ngày× 6-8 tuần hoặc kéo dài hơn tùy đáp ứng.

Thuốc ức chế IL1: Diacerein 50mg, 1-2 viên/ngày, liều như trên [11].

+ Kéo giãn cột sống, bơi, thể dục nhẹ nhàng. Điều chỉnh lối sống và thói quen làm việc, vận động để tránh gây đau tái phát [11].

- Điều trị ngoại khoa chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm hoặc kèm trượt đốt sống đã được điều trị nội khoa tích cực ba tháng nhưng không đạt hiệu quả, đặc biệt đối với trường hợp đau nhiều, có dấu hiệu ép rễ nặng [11].

1.3. Đau thắt lưng theo Y học cổ truyền

1.3.1. Bệnh danh

Đau thắt lưng thuộc phạm vi chứng tý, với bệnh danh là yêu thống. Tý có nghĩa là tắc, là một chứng bệnh với biểu hiện có triệu chứng đau do khí huyết lưu thông trong kinh mạch bị tắc trở gây nên [67],[14],[74]. Quan niệm YHCT cho rằng, can và thận là hai tạng có liên quan đến vùng thắt lưng [15],[16].

1.3.2. Nguyên nhân gây bệnh và cơ chế bệnh sinh

- Ngoại nhân: do vệ khí của cơ thể không đầy đủ, các tà khí phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh lạc (kinh Túc thái dương Bàng quang và mạch Đốc) làm cho kinh khí của kinh lạc bế tắc, khí huyết không lưu thông mà sinh ra bệnh [18],[76].

- Nội thương: do tuổi cao làm can thận hư hoặc bị bệnh lâu ngày làm khí huyết giảm sút dẫn đến can thận hư. Can tàng huyết, chủ cân, can hư không tàng được huyết, không nuôi dưỡng được cân cơ. Thận chủ cốt tủy, thận hư không chủ được cốt tủy làm xương cốt hư yếu, gây thoái hóa, biến dạng. Mặt khác, theo học thuyết ngũ hành hai tạng can và thận lại có quan hệ tương sinh với nhau, can thuộc hành mộc, thận thuộc hành thủy, thận thủy sinh can mộc, can tàng huyết, thận chứa tinh, tinh huyết cùng một nguồn, can huyết hư lâu

ngày không khỏi thường dẫn đến thận tinh suy hư do đó bệnh ở can và thận đều ảnh hưởng lẫn nhau [15],[16],[18].

- Bất nội ngoại nhân: do lao động quá mức, bê vác nặng, sang chân... làm khí huyết bị ngưng trệ, gây bế tắc kinh lạc, khí huyết không điều hòa gây đau, hạn chế vận động [15],[18].

1.3.3. Các thể lâm sàng, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị

Theo YHCT thì yêu thống gồm bốn thể lâm sàng: thể phong hàn thấp, thể thấp nhiệt, thể huyết ứ, thể phong hàn thấp kèm can thận hư [14].

1.3.3.1. Thể phong hàn thấp

- Triệu chứng: đau thắt lưng xảy ra đột ngột sau khi bị lạnh, mưa ẩm thấp, đau nhiều, không cúi được, ho và trở mình cũng đau, ấn vào thấy co cứng cơ nơi đau, mạch phù hoãn.

- Chẩn đoán bát cương: biểu - thực - hàn.

- Pháp điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

- Phương dược: Can khương thương truật thang gia giảm.

- Châm cứu: châm tả các huyết Thận du, Đại trường du, A thị huyết, Giáp tích, Ủy trung, Huyết hải, Dương lăng tuyền.

- Xoa bóp bấm huyết: dùng thủ thuật xát, day, lăn, bóp, vận động hai bên cột sống từ D12 đến mông. Sau khi châm cứu, xoa bóp bấm huyết nên cho bệnh nhân vận động ngay [14].

1.3.3.2. Thể thấp nhiệt

- Triệu chứng: bệnh tiến triển từ từ, sốt, sưng nóng đỏ đau vùng thắt lưng, mạch hoạt sác.

- Chẩn đoán bát cương: biểu - thực - nhiệt.

- Pháp điều trị: thanh nhiệt, khu phong trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

- Phương dược: Bạch hổ quế chi thang gia vị.

- Châm cứu: châm tả các huyệt Đại chùy, Khúc trì, Thận du, Đại trường du, Giáp tích, A thị huyệt 2 bên.

- Không xoa bóp bấm huyệt [14].

1.3.3.3. *Thể huyết ứ*

- Triệu chứng: đau dữ dội vùng thắt lưng sau khi bê vác nặng hay sai tư thế, có thể lan xuống mông và chân, đi lại vận động khó khăn. Bệnh nhân nằm bất động, co chân đỡ đau, đau tăng khi ho, hắt hơi, đi lại hay vận động, ăn ngủ kém, mạch sáp [73].

- Chẩn đoán bát cương: biểu - thực.

- Pháp điều trị: hoạt huyết, hóa ứ, thông kinh lạc.

- Phương dược: Tứ vật đào hồng gia giảm.

- Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt: giống như thể phong hàn thấp thêm huyệt Huyết hải, Cách du. Sau châm cứu, xoa bóp phải vận động từ từ tránh tái phát [14].

1.3.3.4. *Thể phong hàn thấp kèm can thận hư*

Đối chiếu theo YHCT thì đau thắt lưng do THCSTL nằm trong thể này.

- Triệu chứng: đau vùng thắt lưng, bệnh âm ỉ lâu ngày hay tái phát, đau tăng khi trời lạnh, hay ẩm thấp, chân tay lạnh ẩm, toàn thân sợ lạnh, nặng nề, chân có cảm giác tê bì hay kiến bò, thích uống ấm, ăn đồ ấm, kèm theo có hoa mắt, chóng mặt, mỏi gối, ù tai, tiểu đêm, người mệt mỏi, ăn ngủ kém, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng, nhớt, mạch trầm tế [18],[21],[75].

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.

- Pháp điều trị: khu phong tán hàn trừ thấp, bổ can thận, hành khí hoạt huyết.

- Phương dược: Độc hoạt tang ký sinh thang.

- Châm cứu: châm tả hoặc ôn châm các huyệt Đại trường du, A thị huyệt, Giáp tích, Ủy trung, Huyết hải, Dương lăng tuyền, châm bổ Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái xung, Thái khê [77].

- Xoa bóp bấm huyệt: dùng thủ thuật xát, lăn, day, bóp, bấm huyệt, vận động hai bên cột sống từ D12 đến mông [14].

1.4. Một số nghiên cứu điều trị đau thắt lưng

Nguyễn Tài Thu và cộng sự (1972) nghiên cứu điều trị 30 bệnh nhân bị đau thắt lưng bằng phương pháp tân châm, kết quả tỷ lệ khỏi và đỡ là 67,6%. Các huyệt hay được sử dụng là Giáp tích vùng thắt lưng [24].

Theo Zhang Y và cộng sự (1999) tại Viện Châm cứu và Xoa bóp Bắc Kinh Trung Quốc, sử dụng châm cứu điều trị 56 trường hợp đau thắt lưng kết quả tỷ lệ khỏi và đỡ là 98,3% [68].

Nghiên cứu của Lưu Thị Hiệp (2004) về điều trị đau CSTL do thoái hóa cột sống bằng châm cứu kết hợp với tập vật lý trị liệu cho kết quả tốt 61,2%, khá 27,5%, trung bình 11,3% [27].

Nghiên cứu của Lương Thị Dung (2008) về tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống cho kết quả tốt và khá đạt 88,6% [28].

Khi đánh giá tác dụng của điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm các huyệt Đại trường du, Giáp tích L1-L5, Thứ liêu, Ủy trung kết hợp thủy châm của Trần Thị Kiều Lan (2009) cho kết quả khá và tốt đạt 96,7% [32].

Một nghiên cứu khác của Nguyễn Tiến Hưng (2012) đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do THCSTL kết quả điều trị 70% tốt, 26,67% khá và 3,33% trung bình [34].

Nghiên cứu của Phạm Hồng Vân và cộng sự (2013) về tác dụng của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư cho kết quả tốt là 74,45% [34].

Theo nghiên cứu của Trần Quốc Bình (2011) về đánh giá hiệu quả của viên nang Bát vị quế phụ kết hợp với ôn điện châm điều trị đau thắt lưng thể

thận dương hư cho kết quả 100% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu hết hẳn đau và đau ở mức độ nhẹ cao hơn so với nhóm chứng với $p < 0,01$ [36].

Một nghiên cứu khác của Phạm Thị Ngọc Bích (2015) đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do THCSTL bằng điện trường châm kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” cho kết quả tốt 65,7%, khá 31,4%, trung bình 2,9% [37].

Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương (2016) về tác dụng điều trị đau thắt lưng cấp bằng điện châm kết hợp bài “Cát căn thang” cho kết quả tốt 83,3%, khá 16,7% [38].

1.5. Tổng quan về viên khớp Vintong

1.5.1. Xuất xứ

Viên khớp Vintong xuất xứ từ bài thuốc KNC là bài thuốc chữa xương khớp nghiệm phương của PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh đã được nghiên cứu thử nghiệm độc tính và ứng dụng điều trị trên lâm sàng cho thấy tác dụng chống viêm giảm đau hiệu quả, an toàn.

1.5.2. Thành phần

Mỗi gói 5g hoạt chất có chứa:

Hoạt chất: Dịch chiết tương đương với các dược liệu sống

Thành phần	Tên khoa học	Liều lượng
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae Pubescentis</i>	05g
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae divaricatae</i>	05g
Tần giao	<i>Radix Gentianae</i>	05g
Tang ký sinh	<i>Herba Lorathi Gracifilolii</i>	03g
Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	05g
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	05g
Thục địa	<i>Radix Remanniae glutinosae praeparata</i>	2,5g
Khuông hoạt	<i>Rhizoma et radix Notopterygii</i>	2,5g

Tế tân	<i>Radix et Rhizoma Asari</i>	2,5g
Đẳng sâm	<i>Radix Codonopsis</i>	05g
Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	2,5g
Đỗ trọng	<i>Eucommia ulmoides</i>	2,5g
Xuyên khung	<i>Ligusticum wallichii Franch</i>	2,5g
Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhizae</i>	01g
Tá dược		05g

1.5.3. Phân tích bài thuốc

Bài thuốc lấy phù chính khu tà làm chủ

Các vị thuốc khu tà: Độc hoạt, Tang ký sinh khu phong trừ thấp, dưỡng huyết hoài vinh, hoạt lạc thông lý làm chủ dược. Tần giao, Phòng phong phát tán phong hàn thấp.

Các vị thuốc phù chính: Xuyên khung, Đương quy, Bạch thược bổ huyết, hoạt huyết. Đẳng sâm, Cam thảo ích khí kiện tỳ trợ lực trừ phong thấp. Ngưu tất, Đỗ trọng, Thục địa, bồi bổ can thận, cường gân cốt. Quế tâm ôn Can kinh.

1.5.4. Chỉ định và cách dùng, liều lượng

Chỉ định: Dùng điều trị các chứng bệnh đau nhức xương khớp, tê bì tay chân, đau mỏi cơ, thoái hóa khớp gối, thoái hóa cột sống cổ, cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm, viêm quanh khớp vai, hạn chế vận động khớp, đi lại khó khăn; viêm đa khớp, đau dây thần kinh tọa, phòng ngừa và làm chậm quá trình thoái hóa xương khớp, phục hồi chức năng xương, khớp sau chấn thương.

Cách dùng và liều lượng: Mỗi lần uống 1 gói sau ăn 30 phút. Bệnh cấp tính và nặng uống 3 gói/ngày, bệnh mạn tính duy trì uống 2 gói/ngày.

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Viên khớp Vintong

Thành phần: gồm các vị thuốc độc hoạt, phòng phong, tần giao, tang ký sinh, ngư tât, bạch thược, thực địa, khương hoạt, tế tân, đẳng sâm, đương quy đỗ trọng, xuyên khung, cam thảo.

Hàm lượng: 5g/gói

Liều dùng: Ngày 3 gói chia 3 lần sau ăn sáng, trưa, tối, uống với nhiều nước.

Hạn dùng: 6.2021.

Lô sản xuất: 108.560



Hình 2.1. Viên khớp Vintong gói 5g dùng trong nghiên cứu

2.1.2. Thuốc điều trị nền

Tên hoạt chất: Diacerein 50mg

Tên thương mại: Diacerein 50mg-HV

Tác dụng và chỉ định: Diacerein là một loại thuốc thuộc nhóm anthraquinone và được sử dụng để điều trị các triệu chứng liên quan đến các

- Lâm sàng: Bệnh nhân có một hoặc nhiều các biểu hiện sau: Tiêu chuẩn (1) là bắt buộc, tiêu chuẩn (2) chỉ cần một.

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

<i>Mục</i>	<i>Tiêu chuẩn</i>	<i>Mô tả</i>
Tiêu chuẩn 1	Lâm sàng	Đau cột sống thắt lưng với mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS từ 3-7 điểm
	Chẩn lâm sàng	Xquang Thoái hóa cột sống thắt lưng với một hay nhiều hình ảnh trên phim chụp quy ước: hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, tân tạo xương, cầu xương, gai xương. Các hình ảnh khác kèm theo có thể thấy: cùng hóa, thắt lưng hóa, gai đôi cột sống thắt lưng ...
		Cộng hưởng từ (nếu có) *
	Thể bệnh YHCT	Thể Can thận hư kết hợp phong hàn thấp hoặc Can thận hư kết hợp phong hàn với các biểu hiện: đau vùng cột sống thắt lưng âm ỉ, đau lâu ngày hay tái phát, sợ lạnh, đau tăng khi trời lạnh, ẩm, có cảm giác nặng nề, mỏi gối, ù tai, mệt mỏi, ăn ngủ kém, lưỡi bệu, rêu trắng.
Tiêu chuẩn 2	Các biểu hiện khác	Biến dạng cột sống thắt lưng (vẹo cột sống thắt lưng, cột sống mất đường cong sinh lý) Có điểm đau cạnh cột sống thắt lưng Hạn chế vận động vùng thắt lưng

* Bệnh nhân có kết quả chụp cộng hưởng từ cũ trong thời gian tối thiểu 6 tháng (tính đến khi tham gia nghiên cứu)

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

2.2.2.1. Tiêu chuẩn loại trừ ban đầu

- Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, ung thư nguyên phát, thứ phát, chấn thương gãy đốt sống.
- Bệnh nhân suy gan, suy thận
- Phụ nữ có thai và cho con bú.

2.2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ trong quá trình điều trị

- Tự ý dùng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu
- Thay đổi liệu trình điều trị, ngừng tham gia nghiên cứu giữa chừng.
- Không làm các xét nghiệm trong và sau điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên tiến cứu đánh giá trước sau điều trị và so sánh với nhóm chứng.

2.3.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

2.3.2.1. Chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thắt lưng do thoái hóa dựa trên các tiêu chí mục 2.2.1 (phần đối tượng nghiên cứu)

2.3.2.2. Cỡ mẫu

Đối tượng được chọn vào nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thắt lưng do thoái hóa cột sống cổ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh trong thời gian nghiên cứu diễn ra.

Sử dụng công thức cỡ mẫu cho trường hợp thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên cho hai nhóm đối tượng (một nhóm sử dụng viên khớp Vintong + phác đồ nền; một nhóm uống Diacerein + phác đồ nền và mục tiêu nghiên cứu là so sánh tỷ lệ hiệu quả sau can thiệp (theo các mức Tốt, Khá, Trung bình và Không thay đổi), áp dụng công thức

$$= \frac{Z_{(1-\alpha/2)} \times \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{\beta} \times \sqrt{P_1 \times (1-P_1) + P_2 \times (1-P_2)}}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

n Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ Với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z = 1,96$

Z_{β} Với $\beta = 0,2 \rightarrow Z = 0,842$

P_1 ước lượng tỷ lệ bệnh nhân sử dụng viên khớp Vintong kết hợp phác đồ nền điều trị đau thắt lưng do thoái hóa có hiệu quả tốt \rightarrow Do chưa có nghiên cứu từ trước, giả định $P_1 = 0,5$.

P_2 ước lượng tỷ lệ bệnh nhân điều trị đau thắt lưng điều trị bằng Diacerein + phác đồ nền có hiệu quả tốt. Dựa trên các nghiên cứu trước, chọn $P_2 = 0,8$.

\bar{P} Là giá trị trung bình của P_1 và P_2 . Áp dụng công thức

$$\bar{P} = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0,5 + 0,8}{2} = 0,65$$

Ước lượng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, như vậy, cỡ mẫu ước tính cho nghiên cứu này là:

$$n = \frac{1,96 \times \sqrt{2 \times 0,65 \times (1-0,65)} + 0,842 \times \sqrt{0,5 \times (1-0,5) + 0,8 \times (1-0,8)}}{(0,5-0,8)^2} + 0,1n \approx 23$$

Như vậy, cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 23 bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cho mỗi nhóm bệnh nhân, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

Thực tế trong quá trình lấy số liệu chúng tôi thu thập được 30 bệnh nhân cho mỗi nhóm. Vậy tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 60 bệnh nhân.

2.3.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tuệ Tĩnh - Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội và Bệnh viện Bãi Cháy – Quảng Ninh.

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 3/2020 đến hết tháng 10/2020.

2.3.4. Phương pháp tiến hành

2.3.4.1. Bước 1

Trước khi áp dụng phương pháp điều trị chính thức cho bệnh nhân:

- Sắp xếp bệnh nhân vào hai nhóm là nhóm I (NNC) và nhóm II (NĐC) theo phương pháp ghép cặp, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và mức độ đau theo thang điểm VAS.
- Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng toàn diện cho bệnh nhân.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cho bệnh nhân: Công thức máu, Sinh hóa máu, Xquang tim phổi.
- Chụp Xquang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng cho bệnh nhân.

2.3.4.2. Bước 2

(1) Thuốc điều trị nền đối với cả hai nhóm là Diacerein và Paracetamol

+ Diacerein 50mg ngày 1 viên, sau ăn tối 30 phút

+ Paracetamol 500mg (chỉ uống trong trường hợp trong quá trình điều trị bệnh nhân đau tăng lên – đánh giá theo thang điểm VAS > 7 điểm), liều dùng mỗi lần 1 viên 500mg, uống cách nhau tối thiểu 8h, dùng không quá 3 viên/ngày.

(2) Thuốc điều trị đối với nhóm nghiên cứu – nhóm I

+ Viên khớp Vintong 5g ngày 3 gói chia 3 lần sau ăn sáng, trưa, tối, uống với nhiều nước.

Áp dụng phương pháp điều trị đối với từng nhóm cụ thể như sau:

- Nhóm I (nhóm nghiên cứu): Uống kết hợp Diacerein + Viên khớp Vintong (dùng thêm Paracetamol khi VAS >7 điểm).
- Nhóm II (nhóm chứng): Uống Diacerein (dùng thêm Paracetamol khi VAS >7 điểm).

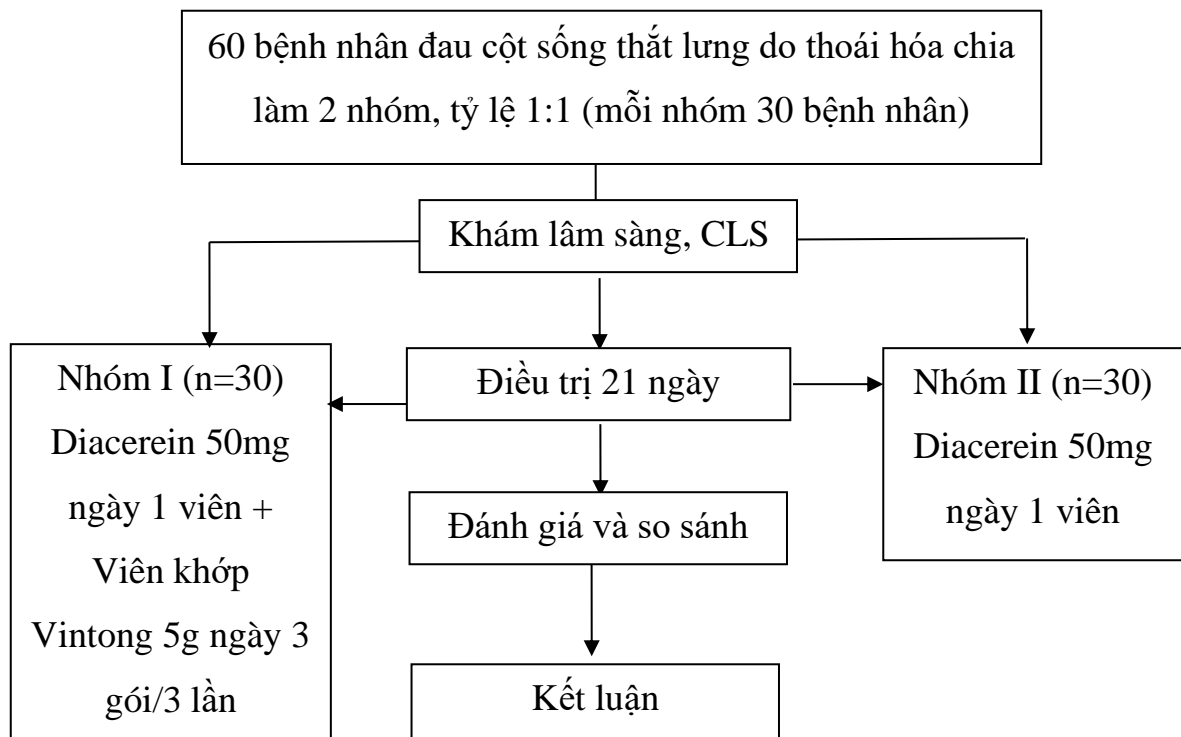
Liệu trình điều trị: 21 ngày, đánh giá vào các thời điểm nghiên cứu là ngày nhập viện (D₀); ngày thứ 14 sau nhập viện (D₁₄) và ngày ra viện (D₂₁).

2.3.4.3. Bước 3

Theo dõi sự thay đổi triệu chứng lâm sàng và tác dụng không mong muốn trước và sau điều trị.

2.3.4.4. Bước 4

Đánh giá kết quả trước và sau điều trị trong từng nhóm và so sánh giữa hai nhóm.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.3.5. Chỉ tiêu theo dõi

Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, chỉ định cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1) cụ thể:

2.3.5.1. Theo dõi các triệu chứng lâm sàng theo tại thời điểm D_0 - D_{14} - D_{21}

- Triệu chứng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Mức độ đau của bệnh nhân đánh giá theo thang điểm VAS.

+ Các triệu chứng thường gặp: Đau thắt lưng, đi bộ, ngồi, đứng, trở mình.

- *Các triệu chứng thực thể:*

- Hội chứng cột sống: Schober, tư thế chống đau

- Hội chứng rễ: Lasègue, Walleix, Bonnet, Neri, dấu hiệu bấm chuông.

2.3.5.2. Theo dõi các xét nghiệm và hình ảnh Xquang tại thời điểm D_0 - D_{14}

- D_{21}

- Công thức máu, sinh hóa máu tại thời điểm D_0 và D_{21} . Các chỉ số theo dõi bao gồm:

+ Công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, huyết sắc tố

+ Sinh hóa máu: ure, creatinin, AST, ALT.

- Xquang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng tại thời điểm D_0

2.3.5.3. Theo dõi các triệu chứng theo YHCT tại thời điểm D_0 - D_{14} - D_{21}

- Các chứng trạng: đau nặng nề, tê bì,

2.3.5.4. Theo dõi các tác dụng không mong muốn của viên khớp Vintong trong quá trình điều trị

Các tác dụng không mong muốn được đánh giá trong suốt quá trình điều trị bao gồm các biểu hiện bất thường hoặc tình trạng nặng lên của các triệu chứng lâm sàng hoặc các chứng trạng y học cổ truyền: đau, hạn chế vận động, đồng thời theo dõi các tác dụng không mong muốn xuất hiện trong quá trình sử dụng Viên khớp Vintong: đau bụng, đi ngoài phân lỏng, mệt mỏi, đau đầu, hoa mắt chóng mặt ...

Khi xảy ra các tác dụng không mong muốn, nghiên cứu viên và bác sỹ điều trị sẽ xử lý các biến cố này theo quy trình của Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Bãi Cháy, đảm bảo sự an toàn tối đa của bệnh nhân.

2.3.6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

2.3.6.1. Đánh giá kết quả điều trị

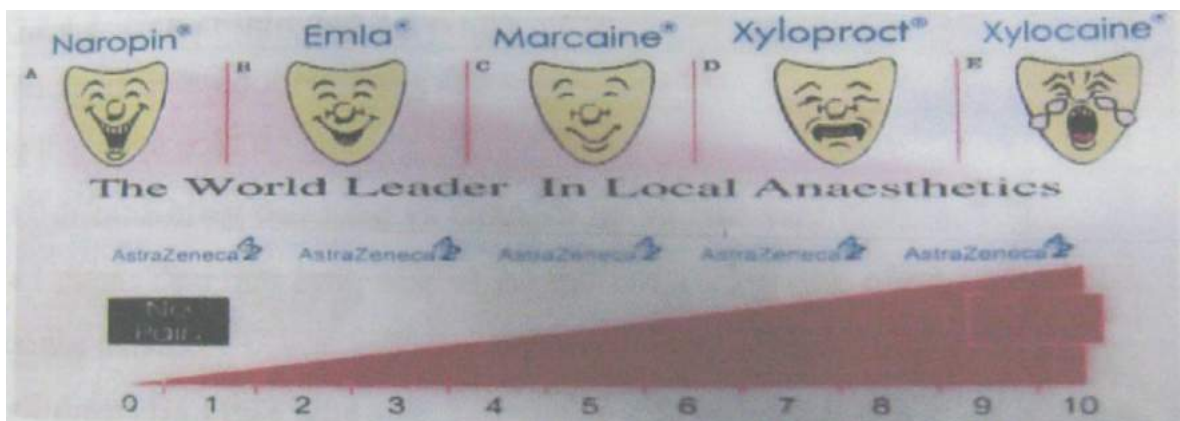
* *Tác dụng giảm đau đánh giá theo thang điểm VAS*

- Đánh giá và so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị của mỗi nhóm.
- Đánh giá và so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS sau điều trị giữa hai nhóm.
- Lượng giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale)

Thước đo: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra - Zeneca. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

Một mặt: Chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm, trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 cho đến 10 điểm, 10 điểm là đau nhất.

Một mặt: Có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ đau tăng dần.



Hình 2.2. Thang điểm VAS

- Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0 điểm): Bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.
- Hình tượng thứ 2 (tương ứng 1 – 2,5 điểm): Bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.
- Hình tượng thứ 3 (tương ứng > 2,5 – 5 điểm): Bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc kêu rên.

- Hình tượng thứ 4 (tương ứng > 5 –7 điểm): Đau nhiều, đau liên tục, không thể vận động, luôn kêu rên.
- Hình tượng thứ 5 (tương ứng > 7 điểm): Đau liên tục, toát mồ hôi, có thể choáng ngất.

Do trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa có điểm VAS từ 3-7 điểm, vì vậy, chúng tôi đưa ra bảng phân loại mức độ đau như sau:

Bảng 2.2. Cách tính điểm phân loại mức độ đau

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Thang điểm
< 1	Không đau	1
1 - < 2,5	Đau ít	2
2,5 - < 5	Đau vừa	3
5 - < 7	Đau nhiều hoặc đau dữ dội	4

*** Đánh giá và so sánh các triệu chứng thường gặp trước, sau điều trị của hai nhóm**

**** Đánh giá và so sánh hội chứng cột sống trước, sau điều trị của hai nhóm**

Đánh giá chỉ số Schober theo thang điểm quy ước: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, hai bàn chân mở một góc 60 độ, đánh dấu ở bờ trên đốt sống S1 đo lên trên 10 cm và đánh dấu ở đó, cho bệnh nhân cúi tối đa đo lại khoảng cách giữa hai điểm đánh dấu, ở người bình thường khoảng cách đó là 14/10- 15/10 cm.

Bảng 2.2. Thang điểm theo độ giãn cột sống Schober

Độ giãn cột sống thắt lưng (Chỉ số Schober) (cm)	Mức độ giãn	Thang điểm
$\geq 14/10$	Tốt	1
$\geq 13,5/10$	Khá	2

≥ 13	Trung bình	3
< 13	Kém	4

**** Đánh giá tư thế chống đau**

*** Đánh giá và so sánh một số nghiệm pháp của hội chứng rễ sau điều trị của hai nhóm:**

- Nghiệm pháp Lasègue
- Thống điểm Valleix
- Dấu hiệu Bonnet
- Dấu hiệu Neri
- Dấu hiệu bấm chuông

*** Đánh giá kết quả chung theo thang điểm của tác giả Dư Duy Hòa**

$$\text{Tỷ lệ cải thiện} = \frac{\text{Số điểm sau điều trị} - \text{Số điểm trước điều trị}}{\text{Tổng số điểm} - \text{Số điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Kết quả được đánh giá:

- Tỷ lệ cải thiện (%) 100% Kết quả tốt (loại A)
- Tỷ lệ cải thiện (%) $\geq 60\%$ Kết quả khá (loại B)
- Tỷ lệ cải thiện (%) 25-59% Kết quả trung bình (loại C)
- Tỷ lệ cải thiện (%) $< 25\%$ Kết quả kém (loại D)

Theo bảng đánh giá kết quả

2.3.6.2. Đánh giá các tác dụng không mong muốn

Trên lâm sàng

- Buồn nôn, nôn, đau bụng, ỉa chảy, phát ban, sản ngứa...

Trên cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, tiểu cầu.
- Sinh hóa máu: Ure, creatinin, AST, ALT.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0 của IBM. Thuật toán được sử dụng bao gồm: đếm số lượng, tính tỷ lệ %, kiểm định T-test, khi bình phương. Với mức ý nghĩa 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe cho người bệnh, ngoài ra không có mục đích nào khác.

Trước khi nghiên cứu bệnh nhân được hỏi ý kiến và đồng ý tham gia nghiên cứu, ký bản cam kết tham gia nghiên cứu (Phụ lục 2).

Nghiên cứu được thông qua hội đồng nghiên cứu khoa học của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Bãi Cháy thông qua và phê duyệt trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.6. Không chế sai số

- Không chế sai số trong quá trình chọn mẫu: mẫu được lấy theo phương pháp ngẫu nhiên.
- Không chế sai số trong xét nghiệm sinh hóa: Số liệu khi thu được tại các bệnh viện trong quá trình lấy mẫu được quy chuẩn về chỉ số xét nghiệm, máy đạt iso, có chuẩn hóa định kỳ.
- Không chế sai số trong quá trình thu thập do vấn đề địa dư: lấy mẫu có tương đồng về tuổi.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa được điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Bãi Cháy với liệu trình 21 ngày có sự kết hợp giữa thuốc điều trị nền (Diacerein) và Viên khớp Vintong cho chúng tôi một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của hai nhóm bệnh nhân

Nhóm \ Tuổi		Tuổi					
		30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80
Nhóm I (n=30)	Số lượng	1	3	11	2	10	3
	Tỷ lệ %	3,3	10,0	36,7	6,7	33,3	10,0
Tuổi TB		43,56 ± 12,90					
Nhóm II (n=30)	Số lượng	5	6	3	11	3	2
	Tỷ lệ %	16,7	20,0	10,0	36,7	10,0	6,6
Tuổi TB		44,67 ± 11,09					
p		> 0,05					

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu trong độ tuổi trên 50 chiếm lớn nhất, tương đương ở cả nhóm I và nhóm II. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.1.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố giới tính của hai nhóm bệnh nhân

Nhóm		Giới	Nam	Nữ	p
Nhóm I (n=30)	Số lượng		8	22	> 0,05
	Tỷ lệ (%)		26,7	73,3	
Nhóm II (n=30)	Số lượng		11	19	
	Tỷ lệ (%)		36,7	63,3	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới ở cả hai nhóm I và II. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố giới tính giữa hai nhóm.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.3. So sánh thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm

Nhóm		Thời gian	< 1 tháng	1-6 tháng	> 6 tháng
Nhóm I (n=30)	Số lượng		0	8	22
	Tỷ lệ (%)		0	26,7	73,3
Nhóm II (n=30)	Số lượng		0	9	21
	Tỷ lệ (%)		0	30,0	70,0
p			>0,05		

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 6 tháng đến điều trị gặp nhiều nhất, cụ thể: Ở nhóm I là 73,3%; ở nhóm II là 70%. Sự khác biệt giữa hai nhóm về thời gian mắc bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị

3.2.1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng khởi phát bệnh

Bảng 3.4. So sánh khởi phát bệnh giữa hai nhóm

Nhóm		Khởi phát	Từ từ	Đột ngột
Nhóm I (n=30)	Số lượng		27	3
	Tỷ lệ (%)		90,0	10,0
Nhóm II (n=30)	Số lượng		26	4
	Tỷ lệ (%)		86,7	13,3
p			>0,05	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân khởi phát bệnh từ từ, kéo dài: Nhóm I chiếm 90%, nhóm II chiếm 86,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm về khởi phát bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Phân bố bệnh nhân theo mức độ đau của thang điểm VAS

Bảng 3.5. So sánh mức độ đau theo VAS trước điều trị của hai nhóm

Mức độ		Nhóm	Nhóm I (n=30)	Nhóm II (n=30)	p
Nhẹ (< 3 điểm)	Số lượng		0	0	>0,05
	Tỷ lệ (%)		0	0	
Vừa (3-5 điểm)	Số lượng		28	28	>0,05
	Tỷ lệ (%)		93,3	93,3	
Nặng (6-7 điểm)	Số lượng		2	2	>0,05
	Tỷ lệ (%)		6,7	6,7	

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có mức độ đau vừa chiếm tối đa ở cả hai nhóm với tỷ lệ 93,3 %. Mức độ nặng chiếm số ít với tỷ lệ 6,7%. Mức độ đau bệnh nhân giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.2.3. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng thường gặp trước điều trị

Bảng 3.6. So sánh triệu chứng thường gặp trước điều trị của hai nhóm

Triệu chứng		Nhóm I (n=30)		Nhóm II (n=30)		p
		n	(%)	n	(%)	
Đau thắt lưng		9	30,0	10	33,3	>0,05
Đau chân		8	26,7	8	26,7	>0,05
Đau thắt lưng và chân		13	43,3	12	40,0	>0,05
Trở mình	Dễ dàng	0	0	0	0	>0,05
	Khó	28	93,3	27	90	
	Rất khó	2	6,7	3	10	
Đứng (phút)	≥ 30	0	0,0	0	0,0	>0,05
	10 - < 30	4	13,3	4	13,3	
	< 10	26	86,7	26	86,7	
Ngồi (phút)	> 30	5	16,7	3	10,0	>0,05
	10- < 30	8	26,7	9	20,0	
	< 10	17	56,7	18	60,0	
Đi bộ	> 500 m	4	13,3	5	16,7	>0,05
	100-500 m	2	6,7	1	3,3	
	< 100 m	24	80,0	24	80,0	

Nhận xét:

- Bệnh nhân ở cả hai nhóm có tình trạng đau cả lưng và chân chiếm đa số. Đau đơn thuần lưng hoặc chân chiếm tỷ lệ ít hơn. Sự chênh lệch vị trí đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Thay đổi tư thế trở mình mức độ khó khăn chiếm đa số với 28 bệnh nhân ở nhóm I chiếm 93,3%, 27 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 90%. Mức độ rất khó chiếm số ít với 2 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 6,7% và 3 bệnh nhân ở nhóm I

chiếm 10 %. Sự chênh lệch giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

- Bệnh nhân không thể đứng ở thời gian kéo dài trên 30 phút ở cả hai nhóm. Thời gian bệnh nhân có thể đứng được từ 10 đến dưới 30 phút là 26 bệnh nhân ở cả hai nhóm, chiếm 86,7%. Chỉ đứng được dưới 10 phút là 4 bệnh nhân chiếm 13,3%. Không có sự chênh lệch giữa hai nhóm.

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thể ngồi được thời gian dưới 10 phút chiếm đa số với 17 bệnh nhân ở nhóm I chiếm 56,7%, nhóm II là 18 bệnh nhân chiếm 60%. Ngồi được 10-30 phút là 8 bệnh nhân ở nhóm I chiếm 26,7%, nhóm II là 9 bệnh nhân chiếm 20%. Số bệnh nhân ngồi được trên 30 phút chiếm số ít ở cả hai nhóm. Sự chênh lệch về thời gian có thể ngồi được trên bệnh nhân đau do thoái hóa cột sống ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

- Khả năng đi bộ ở bệnh nhân thoái hóa cột sống giảm. Bệnh nhân chỉ có thể đi bộ quãng đường dưới 100 m chiếm đa số với 24 bệnh nhân chiếm 80% ở cả hai nhóm. Đi bộ quãng đường trên 500m là 4 bệnh nhân ở nhóm điều trị chiếm 13,3%, 5 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 16,7%. Bệnh nhân đi bộ được 100-500m chiếm số ít với 2 bệnh nhân ở nhóm I chiếm 6,7%, 1 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 3,3%. Sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.2.4. Phân bố bệnh nhân theo hội chứng cột sống trước điều trị

Bảng 3.7. So sánh hội chứng cột sống trước điều trị của hai nhóm

Hội chứng cột sống		Nhóm I (n=30)		Nhóm II (n=30)		P
		n	(%)	n	(%)	
Schober	1cm	2	6,7	2	6,7	>0,05
	2cm	24	80,0	26	86,6	
	3cm	4	13,3	2	6,7	
	4cm	0	0,0	0	0,0	
Tư thế chống đau	Trước -sau	3	10,0	3	10,0	>0,05
	Thẳng	4	13,3	2	6,7	
	Chéo	21	70,0	22	73,3	
	Không có	2	6,7	3	10,0	
Dấu hiệu bấm chuông	Dương tính	20	66,7	21	70,0	>0,05
	Âm tính	10	33,3	9	30,0	

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có hội chứng tại cột sống ở các mức độ khác nhau.

- Độ giãn cột sống thất lưng thể hiện qua dấu hiệu Schober của cả hai nhóm đều giảm. Đa số bệnh nhân có độ giãn cột sống thất lưng giảm 2cm: Ở nhóm I là 24 bệnh nhân, chiếm 80%; nhóm II là 26 bệnh nhân, chiếm 86,6%. Số lượng bệnh nhân có độ giãn cột sống thất lưng là 3cm và 1cm ở hai nhóm chiếm tỷ lệ thấp. Sự chênh lệch về độ giãn cột sống giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Hầu hết các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có tư thế chống đau. Các bệnh nhân có tư thế chống đau chéo chiếm đa số với 43 bệnh nhân, chiếm 70% ở cả hai nhóm. Bệnh nhân ở tư thế chống đau thẳng và trước-sau ít hơn với 12

bệnh nhân ở cả hai nhóm, chiếm 20%. Có 5/60 bệnh nhân không có tư thế chống đau. Sự chênh lệch giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Dấu hiệu bầm chuông dương tính ở cả hai nhóm tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao. Nhóm I là 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Ở nhóm II là 21 bệnh nhân, chiếm 70%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Phân bố bệnh nhân theo hội chứng rỗ trước điều trị của hai nhóm

Bảng 3.8. So sánh hội chứng rỗ trước điều trị của hai nhóm

Hội chứng rỗ		Nhóm I (n=30)		Nhóm II (n=30)		p
		n	(%)	n	(%)	
Lasègue	$> 70^0$	2	6,7	1	3,3	$>0,05$
	45^0-70^0	24	80,0	23	76,7	
	30^0-45^0	4	13,3	6	20,0	
	$< 30^0$	0	0,0	0	0,0	
Valleix (điểm)	4-5	24	80,0	26	86,6	$>0,05$
	2-3	4	13,3	2	6,7	
	1	2	6,7	2	6,7	
Bonnet		29	96,7	28	93,3	$>0,05$
Neri		28	93,3	28	93,3	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh, biểu hiện ở dấu hiệu Lasègue, thống điểm Valleix, dấu hiệu Bonnet và dấu hiệu Neri.

- 57/62 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có dấu hiệu Lasègue $< 70^0$, chiếm 95%, phân bố ở cả hai nhóm nghiên cứu. Không có bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue $< 30^0$.

- Thống điểm Valleix dương tính ở tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu với các mức độ khác nhau. Tổn thương 4-5 điểm chiếm nhiều nhất với 50/60 bệnh

nhân, chiếm 83,3%. Sau đó đến tổn thương 2-3 điểm, và cuối cùng là tổn thương 1 điểm. Tỷ lệ giữa hai nhóm sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Các dấu hiệu căng rãnh thần kinh hông khác như Bonnet, Neri cũng dương tính ở hầu hết các bệnh nhân: Dấu hiệu Bonnet gặp 29 bệnh nhân ở nhóm I, chiếm 96,7%. 28 bệnh nhân ở nhóm II, chiếm 93,3%. Sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Dấu hiệu Neri gặp 28 bệnh nhân ở cả hai nhóm, chiếm 93,3%

3.2.6. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh YHCT

Bảng 3.9. So sánh sự phân bố bệnh theo thể bệnh YHCT

Nhóm	Thể	Phong hàn + Can thận hư	Phong hàn thấp + Can thận hư
	Nhóm I (n=30)	Số lượng	2
	Tỷ lệ (%)	6,7	93,3
Nhóm II (n=30)	Số lượng	3	27
	Tỷ lệ (%)	10,0	90,0
p		> 0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể phong hàn thấp và can thận âm hư chiếm đa số ở hai nhóm: Nhóm I chiếm 93,3%; nhóm II chiếm 90%. Sự phân bố bệnh nhân theo thể bệnh YHCT của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS

Bảng 3.10. So sánh điểm VAS trung bình trước và sau điều trị của hai nhóm

Thời gian Nhóm	D ₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D ₁₄ ($\bar{X} \pm SD$)	D ₂₁ ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm I (n=30)	6,52±0,68	4,65±0,49	2,45±0,81	p ₍₂₁₋₀₎ <0,001 p ₍₁₄₋₀₎ <0,001
Nhóm II (n=30)	6,55±0,62	4,77±0,5	3,68±0,91	p ₍₂₁₋₀₎ <0,05 p ₍₁₄₋₀₎ <0,001
p	p>0,05	p>0,05	p<0,05	

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, thang điểm VAS ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên, mức độ giảm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuy nhiên sau 21 ngày điều trị, ở nhóm dùng Viên khớp Vintong, thang điểm VAS tiếp tục giảm rõ rệt so với nhóm chỉ điều trị nền đơn thuần. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.2. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Bảng 3.11. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị

Mức độ		Nhóm	Nhóm I (n=30)			Nhóm II (n=30)		
			D ₀	D ₁₄	D ₂₁	D ₀	D ₁₄	D ₂₁
Nhẹ (< 3 điểm)	n	0	7	28	0	3	21	
	(%)	0	23,3	93,3	0	10,0	70,0	
Vừa (3-5 điểm)	n	28	23	2	28	27	9	
	(%)	93,3	76,7	6,7	93,3	90,0	30,0	
Nặng (6-7 điểm)	n	2	0	0	2	0	0	

	(%)	6,7	0	0	6,7	0	0
p		$p_{(21-0)} < 0,001$ $p_{(14-0)} < 0,05$			$p_{(21-0)} < 0,01$ $p_{(14-0)} > 0,05$		

Nhận xét:

- Nhóm I: Số bệnh nhân đau mức độ nặng không còn, số bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng lên. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 21 ngày điều trị sự bệnh nhân có mức độ đau nhẹ tăng lên rõ rệt với 28 bệnh nhân, chiếm 93,3%. Chỉ còn 2 bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm 6,7%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Nhóm II: Số bệnh nhân đau mức độ nặng không còn, số bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng lên. Sự thay đổi chưa ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 21 ngày điều trị sự bệnh nhân có mức độ đau nhẹ tăng lên rõ rệt với 21 bệnh nhân, chiếm 90%, Chỉ còn 9 bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm 10%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- So sánh mức độ đau giữa hai nhóm tại thời điểm D_{21} . Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.3.3. Các triệu chứng thường gặp sau điều trị

Bảng 3.12. Các triệu chứng thường gặp của hai nhóm thời điểm D_{14} , D_{21}

Triệu chứng		Nhóm I (n=30)				Nhóm II (n=30)				p
		D_{14}		D_{21}		D_{14}		D_{21}		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Trở mình	Đễ dàng	14	46,7	29	96,7	10	33,3	20	66,7	
	Khó	16	53,3	1	3,3	20	66,7	10	33,3	
	Rất khó	0	0	0	0	0	0	0	0	
Đứng (phút)	≥ 30	9	30,0	22	73,3	3	10,0	16	53,3	
	$10 < 30$	21	70,0	8	26,7	25	83,3	13	43,3	

	< 10	0	0	0	0	2	6,7	1	3,3	
Ngồi (phút)	> 30	16	53,3	21	70,0	3	10,0	12	40,0	
	10 - ≤ 30	12	40,0	9	30,0	21	70,0	17	56,7	
	< 10	2	6,7	0	0	6	20,0	1	3,3	
Đi bộ	> 500 m	11	36,7	18	60,0	5	16,7	12	40,0	
	100-500 m	19	63,3	12	40,0	25	83,3	17	56,7	
	< 100 m	0	0	0	0	0	0	01	3,3	

Nhận xét: Sau điều trị, các triệu chứng trở mình, đứng, ngồi, đi bộ đều được cải thiện so với trước điều trị ở cả hai nhóm nghiên cứu. Tình trạng cải thiện tốt dần lên theo các thời điểm D_{14} và D_{21}

- Nhóm I: Sau 14 ngày điều trị, số bệnh nhân trở mình dễ dàng là 14 bệnh nhân, chiếm 46,7%. Bệnh nhân trở mình khó 16 bệnh nhân, chiếm 53,3%. Sau 21 ngày điều trị, số bệnh nhân trở mình dễ dàng tăng lên 29 bệnh nhân, chiếm 96,7%. Bệnh nhân trở mình khó còn 1 bệnh nhân chiếm 3,3%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm II: Sau 14 ngày điều trị, số bệnh nhân trở mình dễ dàng là 10 bệnh nhân, chiếm 33,3%. Bệnh nhân trở mình khó 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Sau 21 ngày điều trị, số bệnh nhân trở mình dễ dàng tăng lên 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Bệnh nhân trở mình khó còn 10 bệnh nhân chiếm 33,3%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không còn bệnh nhân trở mình rất khó ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau điều trị, đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm có thể đứng được thời gian >10 phút. Sự thay đổi này tăng dần theo thời gian. Sự thay đổi giữa hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Thời gian ngồi không gây đau mỏi và khó chịu cho bệnh nhân tăng lên sau điều trị. Bệnh nhân có thể ngồi thời gian lâu hơn. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ bệnh nhân đi bộ được > 500m cũng chiếm đa số và nhóm I cao hơn II.
Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.4. Hội chứng cột sống sau điều trị

Bảng 3.13. So sánh hội chứng cột sống sau điều trị của hai nhóm

HC cột sống		Nhóm		Nhóm I (n=30)				Nhóm II (n=30)				P(2-1)
		D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄				
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Schober	1cm	2	6,7	0	0,0	2	6,7	0	0,0	p>0,05		
	2cm	25	83,3	13	43,3	26	86,7	19	63,3			
	3cm	3	10,0	17	56,7	2	6,7	11	36,7			
	4cm	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
p		<0,05				<0,05						
Tư thế chống đau	Trước -sau	3	10	1	3,3	3	10	1	3,3	p>0,05		
	Thẳng	4	13,3	2	6,7	2	6,7	1	3,3			
	Chéo	21	70,0	11	36,7	22	73,3	15	30			
	Không có	2	6,7	16	53,3	3	10	13	43,3			
p		<0,05				<0,05						

Bảng 3.14. So sánh hội chứng cột sống sau điều trị 21 ngày của hai nhóm

HC cột sống		Nhóm		Nhóm I (n=30)				Nhóm II (n=30)				p
		D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁				
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Schober	1cm	2	6,7	0	0	2	6,7	0	0	>0,05		
	2cm	23	76,7	5	16,7	26	86,7	10	33,3			

	3cm	4	13,3	18	60,0	2	6,7	17	56,7	
	4cm	0	0	7	23,3	0	0	3	10,0	
p		<0,05				<0,05				
Tư thế chống đau	Trước -sau	3	10,0	0	0	3	10	0	0	<0,05
	Thẳng	4	13,3	0	0	2	6,7	0	0	
	Chéo	21	70,0	6	20,0	22	73,3	11	36,7	
	Không có	2	6,7	24	80,0	3	10,0	19	63,3	
p		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Từ bảng 3.13, 3.14 cho thấy:

Về độ giãn cột sống thông qua dấu hiệu Schober:

- Sau 14 ngày điều trị, độ giãn cột sống thay đổi từ 1-2 cm chuyển sang 2- 3cm. Chưa có bệnh nhân nào có độ giãn cột sống tối đa 4 cm. Sự thay đổi ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự chênh lệch giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Sau 21 ngày điều trị, có sự thay đổi rõ rệt ở nhóm nghiên cứu. Độ giãn cột sống 3- 4 cm là 25 bệnh nhân, chiếm 83,3%. Còn ở nhóm chứng là 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về tư thế chống đau:

- Sau 14 ngày điều trị, vẫn còn 14 bệnh nhân còn tư thế chống đau, chiếm 46,7% ở nhóm I. 16 bệnh nhân còn tư thế chống đau ở nhóm II, chiếm 53,3%. Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 21 ngày điều trị, bệnh nhân không còn tư thế chống đau tăng lên 24 bệnh nhân ở nhóm I, chiếm 80,0%. 19 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 63,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.5. Hội chứng rết sau điều trị

Bảng 3.15. So sánh hội chứng rết sau điều trị của hai nhóm

Hội chứng rết		Nhóm		Nhóm I (n=30) (1)				Nhóm II (n=30) (2)				P(2-1)
		D ₁₄		D ₂₁		D ₁₄		D ₂₁				
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Lasègue	> 70 ⁰	17	56,7	28	93,3	14	46,7	20	66,7	<0,05		
	45 ⁰ -70 ⁰	13	43,3	2	6,7	16	53,3	10	33,3			
	30 ⁰ -45 ⁰	0	0	0	0	0	0	0	0			
	< 30 ⁰	0	0	0	0	0	0	0	0			
p		<0,001				<0,05						
Valleix (điểm)	4-5	3	10,0	0	0	9	30,0	0	0	<0,05		
	2-3	9	30,0	0	0	11	36,7	3	10,0			
	1	15	50,0	4	13,3	10	33,3	7	23,3			
	0	3	10,0	26	86,7	0	0	20	66,7			
p		<0,001				<0,01						
Bấm chuông	+	9	30,0	2	6,7	12	40,0	7	23,3	<0,05		
	-	21	70,0	28	93,3	18	60,0	23	76,7			
Bonnet	+	14	46,7	3	10	19	63,3	9	30,0	<0,05		
	-	16	53,3	27	90	11	36,7	21	70,0			
p		<0,001				<0,01						
Neri	+	18	60,0	7	23,3	20	66,7	9	30,0	<0,05		
	-	12	40,0	23	76,7	10	33,3	21	70,0			
p		<0,01				<0,05						

Nhận xét: Bảng 3.15 cho thấy:

- Dấu hiệu Lasègue $> 70^0$ sau điều trị ở hai nhóm tăng. Nhóm nghiên cứu là 28 bệnh nhân, chiếm 93,3%. Nhóm chứng 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Dấu hiệu Lasègue 45^0-70^0 ở nhóm nghiên cứu còn 2 bệnh nhân, chiếm 6,7%. Nhóm chứng là 10 bệnh nhân, chiếm 33,3%. Không còn bệnh nhân nào có Lasègue $< 45^0$. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$.

- Thông điểm Valleix cũng giảm sau điều trị ở cả hai nhóm. Sau 21 ngày điều trị, có 26 bệnh nhân thông điểm Valleix âm tính, chiếm 86,7% ở nhóm nghiên cứu. 20 bệnh nhân ở nhóm chứng, chiếm 66,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Dấu hiệu Bonnet và dấu hiệu Neri thay đổi rõ ở cả hai nhóm sau điều trị.

+ Ở nhóm I: Dấu hiệu Bonnet âm tính sau điều trị là 27 bệnh nhân, chiếm 90,0%. Dấu hiệu Neri âm tính là 23 bệnh nhân chiếm 76,7%. Sự thay đổi này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

+ Ở nhóm II: Dấu hiệu Bonnet âm tính sau điều trị là 21 bệnh nhân, chiếm 60,0%. Dấu hiệu Neri âm tính là 21 bệnh nhân chiếm 60,0%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

+ So sánh giữa hai nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Dấu hiệu bấm chuông: Sau 21 ngày điều trị, có 28 bệnh nhân không còn dấu hiệu bấm chuông ở nhóm nghiên cứu, chiếm 93,3%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có 23 bệnh nhân ở nhóm chứng, chiếm 76,7% sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh giữa hai nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.6. Kết quả điều trị theo thang điểm của Dur Duy Hào sau điều trị

Bảng 3.16. Thang điểm trung bình của Dur Duy Hào

Thời gian Nhóm	D ₀ (1) ($\bar{X} \pm SD$)	D ₁₄ (2) ($\bar{X} \pm SD$)	D ₂₁ (3) ($\bar{X} \pm SD$)	p (3-1)
Nhóm I (n=30)	15,96±3,64	24,74±2,63	28,68±1,13	p<0,001
Nhóm II (n=30)	14,38±3,44	21,52±3,54	26,84±2,42	p<0,001
p	p>0,05	p<0,001	p<0,001	

Nhận xét: Thang điểm của Dur Duy Hào có tổng điểm thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 29 điểm. Sau 21 ngày điều trị, tổng số điểm trung bình tăng rất có ý nghĩa thống kê với p<0,001 ở cả hai nhóm điều trị. Tuy nhiên ở nhóm I (nhóm nghiên cứu) tăng hơn so với nhóm II (nhóm chứng), sự chênh lệch cũng có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3.17. Kết quả điều trị theo thang điểm Dur Duy Hào sau điều trị

Kết quả	Nhóm I (n=30) (1)		Nhóm II (n=30) (2)						p ₁₋₂
	D ₁₄		D ₂₁		D ₁₄		D ₂₁		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	8	26,7	24	80,0	2	6,7	20	66,7	<0,001
Khá	12	40,0	6	20,0	10	33,3	10	33,3	
Trung bình	10	33,3	0	0	16	53,3	0	0	
Kém	0	0	0	0	2	0	0	0	
p ₂₁₋₁₄	<0,001				<0,01				

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy:

Nhóm I (Nhóm nghiên cứu): Sau 14 ngày điều trị, bệnh nhân chủ yếu cải thiện ở mức độ khá và trung bình với tỷ lệ khá là 40%, trung bình là 33,3%.

Kết quả tốt đạt 26,7%. Sau 21 ngày điều trị, cho thấy hiệu quả điều trị đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao với 80%, còn lại kết quả khá với 20%. Không có kết quả kém và trung bình. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Nhóm II (Nhóm chứng): Sau 14 ngày điều trị, bệnh nhân cũng chủ yếu cải thiện ở mức độ khá và trung bình với tỷ lệ khá là 33,3%, trung bình là 53,3%. Kết quả tốt đạt 6,7%. Sau 21 ngày điều trị, cho thấy hiệu quả điều trị đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 66,7%, còn lại kết quả khá với 33,3%. Không có kết quả kém và trung bình. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

So sánh kết quả giữa hai nhóm, kết quả điều trị tốt nhóm nghiên cứu 80%, nhóm chứng 66,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.7. Kết quả điều trị theo thể bệnh của YHCT

Bảng 3.18. So sánh kết quả điều trị của hai nhóm theo thể bệnh YHCT

Nhóm- Kết quả Thể bệnh		Nhóm I			Nhóm II		
		A	B	C	A	B	C
Phong hàn + Can thận hư	n	2	0	0	2	1	0
	%	100	0	0	66,7	33,3	0
Phong hàn thấp + Can thận hư	n	23	5	0	18	9	0
	%	82,1	17,9	0	66,7	33,3	0

Nhận xét:

Cả hai thể lâm sàng đều đáp ứng tốt điều trị. Bệnh nhân thể phong hàn thấp và Can thận hư đạt kết quả loại A ở nhóm I chiếm tỷ lệ cao: 82,1%; nhóm II chiếm 66,7%; Tuy nhiên, do kết quả nghiên cứu có số lượng bệnh nhân thể phong hàn thấp + Can thận hư còn thấp nên tỷ lệ chưa đại diện cho hiệu quả điều trị theo thể bệnh YHCT.

3.3.8. Số viên thuốc Paracetamol sử dụng

Trong quá trình điều trị, với liệu trình 21 ngày liên tục dùng Viên khớp Vintong + điều trị nền (nhóm I) và điều trị nền (nhóm II), chúng tôi tiến hành thống kê số viên thuốc Paracetamol phải dùng trong quá trình điều trị với cả hai nhóm. Trong nghiên cứu này, tại các thời điểm theo dõi, chủ yếu là thời điểm 10 ngày đầu điều trị, một số bệnh nhân nhóm II phải sử dụng thuốc giảm đau trung ương là Paracetamol kèm theo, số lượng viên thuốc được dùng và số lượng bệnh nhân dùng, số ngày dùng được thống kê theo bảng dưới đây.

Số lượng viên Paracetamol dùng trong quá trình điều trị

Tiêu chí Nhóm	Số lượng	Số bệnh nhân	Số ngày dùng	Số ngày dùng Min-Max
Nhóm I	2	2	1	1
Nhóm II	14	9	2,02 ± 0,36	1-3

Nhận xét: Số lượng viên Paracetamol được dùng thêm trong quá trình điều trị ở nhóm II nhiều hơn nhóm I, số lượng bệnh nhân phải dùng Paracetamol trong quá trình điều trị ở nhóm II cũng nhiều hơn nhóm I. Tuy nhiên, do số lượng mẫu nhỏ (tần suất một số ô < 5 bệnh nhân) nên chưa khẳng định được ý nghĩa thống kê.

3.4. Tác dụng không mong muốn

3.4.1. Lâm sàng

Trong quá trình điều trị, tiến hành theo dõi các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của cả hai nhóm như đau đầu, hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, ngủ kém, đau bụng, nôn, buồn nôn, đi ngoài phân lỏng...

Đối với nhóm dùng Viên khớp Vintong, chúng tôi còn theo dõi thêm các triệu chứng như phát ban, sẩn ngứa ...

Kết quả trong thời gian 21 ngày nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào của thuốc nghiên cứu và thuốc điều trị nền trên cả hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp hàng ngày. Kết quả theo dõi cho thấy chỉ số mạch, huyết áp của bệnh nhân nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường.

3.4.2. Cận lâm sàng

3.4.2.1. Thay đổi một số chỉ số huyết học sau điều trị

Bảng 3.19. Thay đổi một số chỉ số huyết học sau điều trị

Chỉ số \ Nhóm	Nhóm I (a) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm II (b) $\bar{X} \pm SD$	p (a-b)
Hồng cầu ($\times 10^6/\mu\text{l}$)			
D ₀	4,49 \pm 0,48	4,3 \pm 0,36	p>0,05
D ₂₁	4,43 \pm 0,42	4,55 \pm 0,4	p>0,05
Hemoglobin (g/dl)			
D ₀	13,4 \pm 1,58	13,19 \pm 1,65	p>0,05
D ₂₁	13,09 \pm 1,69	13,43 \pm 1,22	p>0,05
Bạch cầu (G/l)			
D ₀	6,15 \pm 1,4	6,19 \pm 2,06	p>0,05
D ₂₁	5,66 \pm 1,03	5,04 \pm 0,97	p<0,05
Tiểu cầu (g/l)			
D ₀	220,9 \pm 26,62	219,54 \pm 27,8	p>0,05
D ₂₁	238,55 \pm 26,29	225,9 \pm 26,2	p>0,05

Nhận xét:

Số lượng hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu và tiểu cầu trung bình của 2 nhóm trước và sau điều trị sự thay đổi không đáng kể ở cả hai nhóm và sự khác

biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các chỉ số này đều nằm trong giới hạn bình thường tại thời điểm ngày D_0 và D_{21} .

3.4.2.2. Thay đổi một số chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị

Bảng 3.20. Chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị

Chỉ số \ Nhóm	Nhóm I (a) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm II (b) $\bar{X} \pm SD$	p (a-b)
AST (U/l)			
D_0	37,77±9,47	39,06±8,2	$p > 0,05$
D_{21}	36,32±9,85	33,35±12,66	$p > 0,05$
ALT (U/l)			
D_0	36,00±12,93	39,68±11,14	$p > 0,05$
D_{21}	36,32±12,17	31,45±15,94	$p > 0,05$
Ure (mmol/l)			
D_0	5,85±1,34	5,36±1,19	$p > 0,05$
D_{21}	4,95±1,11	5,39±0,93	$p > 0,05$
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)			
D_0	82,94±14,87	84,57±13,26	$p > 0,05$
D_{21}	78,50±12,50	77,16±11,73	$p > 0,05$

Nhận xét:

Các chỉ số ure, creatinin, AST, ALT trước và sau điều trị ở cả 2 nhóm thay đổi ít và đều nằm trong giới hạn bình thường. Sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê tại thời điểm D_0 và D_{21} với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng, dựa vào các giai đoạn phát triển của cơ thể theo lý luận YHCT và kết hợp với quan điểm bệnh lý thoái hóa cột sống theo YHHĐ, chúng tôi đã lựa chọn bệnh nhân đau cột sống thắt lưng có độ tuổi từ 30 trở lên, là lứa tuổi bắt đầu xuất hiện tình trạng thoái hóa cột sống để nghiên cứu tác dụng của phương pháp trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thể phong hàn và phong hàn thấp. Bệnh nhân thoái hóa có triệu chứng đau trong nghiên cứu gặp chủ yếu ở người có độ tuổi 50-59 tuổi với 11 bệnh nhân, chiếm 36,7%. Tiếp theo là nhóm tuổi 70-79 là 10 bệnh nhân, chiếm 33,3%. Ở độ tuổi dưới 50 có 4 bệnh nhân chiếm 13,3%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp thống kê của Tổ chức Y tế thế giới WHO do có sự liên quan chặt chẽ giữa thoái hóa và tuổi tác: 25-44 tuổi: 5% người bị thoái hóa, 45-64 tuổi: 25-30% người bị thoái hóa, trên 65 tuổi: 60-90% người bị thoái hóa.

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lại Đoàn Hạnh tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi > 60 gặp nhiều nhất 54,28% [33], nghiên cứu của tác giả Lương Thị Dung là 42,9% [1]. Theo Valal Y.P [39] tổn thương gây đau thắt lưng và chân tăng lên đáng kể ở tuổi 60. Tác giả Andersson GBJ [53], và nó là nguyên nhân hàng đầu khiến người bệnh đi khám bệnh.

Kết quả của chúng tôi có phần khác biệt so với các nghiên cứu của các tác giả Đoàn Hải Nam [20], Tarasenko Lidiya [30]. Trong nghiên cứu của Đoàn Hải Nam, bệnh nhân đau thắt lưng do lạnh là ở độ tuổi (20 – 60 tuổi) trong đó nhiều nhất ở độ tuổi 40 – 49 chiếm tỷ lệ 36,7%, tiếp đến là ở độ tuổi 30 – 39 (26,7%), nhưng nhóm tuổi 50 – 60 chỉ có 13,3%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Tarasenko Lidiya đau thắt lưng do thoái hóa cột sống gặp nhiều nhất là ở

tuổi 41 – 50 (30%). Sự khác biệt này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân có thoái hóa cột sống, nên quá trình thoái hóa tiến triển ngày một nặng hơn và càng nhiều tuổi, đặc biệt ở lứa tuổi > 60 tuổi thì quá trình thoái hóa càng mạnh gây ra các triệu chứng như đau thắt lưng, đau chân, thậm chí đau cả lưng và chân. Trong khi đó đối tượng nghiên cứu của Đoàn Hải Nam là đau thắt lưng không có tổn thương thực thể tại cột sống thắt lưng và của Tarasenko Lidiya là đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, nhưng đối tượng nghiên cứu từ độ tuổi 20 – 80.

Ngày nay, người ta đã chứng minh được rằng quá trình thoái hóa đĩa đệm xảy ra từ rất sớm (thường trên 30 tuổi). Người ta nhận thấy mức độ thoái hóa đĩa đệm tăng dần theo tuổi, ở tuổi trẻ chỉ thấy thoái hóa đĩa đệm ở giai đoạn 1 và 2. Từ 45 – 50 tuổi và trên 50 tuổi đa số thoái hóa đĩa đệm ở giai đoạn 3, 4, 5. Quá trình thoái hóa sinh lý theo tuổi của đĩa đệm đã biến thành một tổ chức chứa đựng những yếu tố nguy cơ sẵn sàng bị bệnh. Vì vậy, tuổi càng cao, càng có nguy cơ đau thắt lưng, đau chân vì sức chống đỡ của cơ thể ngày một giảm theo tuổi tác.

4.1.2. Giới

Thoái hóa cột sống không phân biệt giới tính mà phụ thuộc nhiều vào vào lứa tuổi, hoạt động sống, lao động và chế độ luyện tập. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn nam, ở nhóm I có 73,3% bệnh nhân là nữ, con số này là 63,3% ở nhóm II. Tỷ lệ này phù hợp với thống kê của WHO về phân bố giới tính thoái hóa cột sống thắt lưng gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới.

Tỷ lệ này có khác so với một số nghiên cứu trước đây. Trong nghiên cứu của Đoàn Hải Nam thì tỷ lệ nam là 53,3%, nữ là 46,75%. Theo Lương Thị Dung thì tỷ lệ nam nữ xấp xỉ nhau nam 51,4%, nữ 48,6% [1]; Trần Thái Hà [26] tỷ lệ nữ 62,4%, nam 38,6% tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nguyễn Thị Hải Yến [41] nam giới nhóm chúng 56,7%, nhóm nghiên cứu 50%,

nữ giới nhóm chứng 43,3%, nhóm nghiên cứu 50%. Theo nghiên cứu của Triệu Thị Thùy Linh cho thấy ở nhóm nghiên cứu nam chiếm tỷ lệ 56,7%, nữ chiếm tỷ lệ 43,3%, nhóm chứng nam chiếm 53%, nữ chiếm 46,7% [42]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Vân cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ gần tương đương, bệnh nhân nữ là 52,22%, nam là 47,78% [40].

Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao được lý giải là ngày nay nữ giới tham gia vào tất cả các lĩnh vực ngoài xã hội chứ không riêng gì nam giới và họ vẫn hoàn thành tốt các công việc trong gia đình. Hơn nữa cấu trúc hệ thống đĩa đệm, dây chằng, cơ, đốt xương cột sống thất lung của nữ giới yếu hơn nam giới, hệ thống thần kinh - thể dịch, hormon của nam giới và nữ khác nhau, ở nữ giới thường suy giảm hơn so với nam khi tuổi tăng cao, chính vì vậy mà nữ giới bị những bệnh về thoái hóa cột sống và đĩa đệm nhiều hơn. Ngoài ra do bệnh nhân bị đau thất lung do thoái hóa cột sống điều trị ở các khoa phòng (trong nghiên cứu này) của Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Bãi Cháy thường là nữ giới, nên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chung cho hai nhóm nữ (68,3%) cao hơn hai nhóm nam (31,6%).

4.1.3. Thời gian mắc bệnh

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh kéo dài >6 tháng chiếm đa số với 43 bệnh nhân (22 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và 21 bệnh nhân ở nhóm chứng). Thời gian mắc bệnh từ 1-6 tháng là 26,7% ở nhóm I và 30% bệnh nhân ở II. Không có bệnh nhân mắc bệnh dưới 1 tháng. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê

Thoái hóa cột sống là một bệnh âm ỉ, diễn biến chậm, ngày một tăng dần, âm thầm, tương ứng với quá trình lão hóa tự nhiên của con người. Hơn nữa, việc bệnh nhân trước khi điều trị tại bệnh viện cũng tự mua thuốc giảm đau để điều trị hoặc điều trị tại cơ sở y tế khác nhưng không có hiệu quả cũng là một trong những nguyên nhân khiến bệnh kéo dài. Đây là lý do chính khiến tỷ lệ

bệnh nhân mắc bệnh kéo dài trên 6 tháng chiếm 71,7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đương với kết quả của các tác giả Nguyễn Hải Nam, Nghiêm Hữu Thành và Kiên Chinh [20],[22],[23]. Trong nghiên cứu của Cherkin và cộng sự (2009) điều trị châm cứu trên 638 bệnh nhân đau thắt lưng, 2/3 số bệnh nhân cho biết họ bị đau thắt lưng ít nhất 1 năm và sử dụng nhiều loại thuốc giảm đau (chủ yếu là thuốc chống viêm không steroid) cho đến hiện tại, còn một số ít thì đau thần kinh tọa dưới 3 tháng [64].

Lý giải điều này là do thoái hóa cột sống thắt lưng thường diễn biến âm thầm, kéo dài. Mặt khác thời gian này phụ thuộc vào nhiều yếu tố nên cũng có thể dài hay ngắn, có những giai đoạn không có biểu hiện lâm sàng. Do ý thức người bệnh quan tâm đối với sức khỏe, đây cũng là một đặc điểm của người dân Việt Nam, trong những năm gần đây điều kiện kinh tế nước ta đã đi lên nên việc quan tâm tới sức khỏe cũng được cải thiện tuy chưa cao. Đặc biệt những người sống ở vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa chỉ khi bệnh nặng ảnh hưởng tới sinh hoạt thì người bệnh mới tới cơ sở y tế. Ngay bản thân đối với người bệnh được phát hiện bệnh sớm đôi khi lại điều trị không đầy đủ, không được theo dõi nên để bệnh chuyển sang giai đoạn nặng. Hay có những trường hợp do diễn biến của bệnh kéo dài, điều kiện kinh tế của người bệnh không cho phép nên người bệnh phải chịu đựng hoặc điều trị không đúng phương pháp, khi đến viện thì tình trạng bệnh thêm nặng. Thêm vào đó, người Việt Nam chưa có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ, chỉ khi nào bệnh thật đau, thật nặng họ mới chịu đến khám. Ngoài ra, W. Tian và cộng sự [71] trong một nghiên cứu trên 3.859 người lớn cho thấy những người tham gia vào công việc thể chất, những người duy trì cùng một tư thế làm việc trong 1 đến 1,9 giờ mỗi ngày, những người làm những công việc nặng có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Những hoạt động như thường nhắc vật nặng trên 25kg, đi bộ trên 2 dặm (tương đương 3,2 km) hay đứng, ngồi trên 2 giờ mỗi ngày có yếu tố nguy cơ thấp hơn. Những nghề

nghiệp có liên quan đến các hoạt động trên gồm giáo viên, y tá (hay gặt ở nữ), công nhân xây dựng, bảo trì điện, lợp mái (ở nam) góp phần làm gia tăng sức nặng tì đè lên cột sống thắt lưng trong một thời gian quá trình dài. Ở Việt Nam, những nghề có công việc nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần như: làm ruộng, gánh nặng, bưng bê, khuôn vác nặng, đứng lâu, đi lên xuống cầu thang bộ nhiều lần trong ngày... đều là những nghề nghiệp có nguy cơ cao với bệnh thoái hoá cột sống thắt lưng.

Tuy khó ngăn cản quá trình thoái hóa nhưng có thể khiến nó chậm lại bằng cách chú ý giữ đúng tư thế trong sinh hoạt, ăn uống điều độ và đặc biệt là vận động, tập thể dục thường xuyên.

4.2. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng trước điều trị

4.2.1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng khởi phát bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân khởi phát bệnh từ từ, kéo dài: Nhóm I chiếm 90%, nhóm II chiếm 86,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm về khởi phát bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này hoàn toàn phù hợp diễn biến của đau thắt lưng do thoái hóa thường diễn ra âm thầm, ban đầu thường thường đau âm ỉ chưa ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hàng ngày nên người bệnh chưa đi khám, lâu dần bệnh tiến triển thành mạn tính, tần suất mắc trong năm tái đi tái lại nhiều lần gây nên những khó khăn trong sinh hoạt.

4.2.2. Mức độ đau cột sống thắt lưng theo thang điểm VAS trước điều trị

Thoái hóa cột sống thắt lưng biểu hiện trên lâm sàng có thể là đau ngang cột sống thắt lưng, có thể đau mông lan xuống một hoặc hai chân, cũng có thể gây đau cả lưng và chân. Đây cũng chính là những triệu chứng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện điều trị. Triệu chứng đau thường tiến triển theo mức độ bệnh.

Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh. Thang điểm VAS được biểu diễn thông qua một

thước đo chia vạch từ 0 tới 10 điểm. Đây là thang điểm đánh giá mức độ đau được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu. Trước điều trị, bệnh nhân hai nhóm được phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS ở 3 mức: đau nhẹ (<3 điểm), đau vừa (3-5 điểm), đau nặng (6-7 điểm).

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5), mức độ đau do thoái hóa cột sống thắt lưng trước điều trị ở cả hai nhóm theo thang điểm VAS chủ yếu đau ở mức độ vừa (từ 4 - 7 điểm) với 56 bệnh nhân, chiếm 93,3%. Rất ít bệnh nhân đau mức độ nặng với 4 bệnh nhân, chiếm 6,7%. Không có bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ. Kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kiều Lan [32], nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng, trước điều trị có mức độ đau nhẹ và vừa của nhóm nghiên cứu 90%, nhóm chứng 86,7%. Theo Tarasenko Lidiya [30], trước điều trị có mức độ đau nhẹ và vừa ở nhóm nghiên cứu 75,6% , nhóm chứng 73,4%; nghiên cứu của Lương Thị Dung [1], trước điều trị có mức độ đau vừa và nhẹ nhóm nghiên cứu 79,8%, nhóm chứng 68,2%. Theo Nguyễn Đức Minh, trong “Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp từ trường kết hợp với điện châm điều trị bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng” cho biết trước điều trị, điểm VAS tập trung ở mức độ đau vừa và nặng (nhóm nghiên cứu có 70% bệnh nhân và nhóm chứng có 76,67%) [19].

4.2.3. Các triệu chứng thường gặp trước điều trị

Theo kết quả nghiên cứu (bảng 3.6): Bệnh nhân ở cả hai nhóm có tình trạng đau cả lưng và chân chiếm đa số (nhóm I ở 43,3% bệnh nhân và 40% ở nhóm II). Đau đơn thuần lưng hoặc chân chiếm tỷ lệ ít hơn. Sự chênh lệch vị trí đau giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đây là triệu chứng đặc trưng của bệnh đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống gây chèn ép mà hầu hết các y văn đã nêu [8],[65]. Thay đổi tư thế trở mình mức độ khó khăn chiếm đa số với 28 bệnh nhân ở nhóm I chiếm 93,3%,

27 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 90%. Mức độ rất khó chiếm số ít với 2 bệnh nhân ở nhóm II chiếm 6,7% và 3 bệnh nhân ở nhóm I chiếm 10%. Bệnh nhân không thể đứng ở thời gian kéo dài trên 30 phút ở cả hai nhóm. Thời gian bệnh nhân có thể đứng được từ 10 đến dưới 30 phút là 26 bệnh nhân ở cả hai nhóm, chiếm 86,7%. Chỉ đứng được dưới 10 phút là 4 bệnh nhân chiếm 13,3%. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thể ngồi được thời gian dưới 10 phút chiếm đa số với 17 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chiếm 56,7%, nhóm chứng là 18 bệnh nhân chiếm 60%. Ngồi được 10-30 phút là 8 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chiếm 26,7%, nhóm chứng là 9 bệnh nhân chiếm 20%. Số bệnh nhân ngồi được trên 30 phút chiếm số ít ở cả hai nhóm. Khả năng đi bộ ở bệnh nhân thoái hóa cột sống giảm. Bệnh nhân chỉ có thể đi bộ quãng đường dưới 100m chiếm đa số với 24 bệnh nhân chiếm 80% ở cả hai nhóm. Đi bộ quãng đường trên 500m là 4 bệnh nhân ở nhóm điều trị chiếm 13,3%, 5 bệnh nhân ở nhóm chứng chiếm 16,7%. Bệnh nhân đi bộ được 100-500m chiếm số ít với 2 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu chiếm 6,7%, 1 bệnh nhân ở nhóm chứng chiếm 3,3%. Sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Như vậy, thoái hóa cột sống thắt lưng không chỉ gây ra các triệu chứng như đau ngang thắt lưng, đau chân, đau cả lưng lan xuống chân gây ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh mà còn ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt thường ngày của người bệnh như đi, đứng, ngồi. Đó cũng là lý do để người bệnh đến khám và điều trị.

4.2.4. Hội chứng cột sống trước điều trị

* *Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)*: Kết quả nghiên cứu (Bảng 3.7) cho thấy độ giãn cột sống thắt lưng của cả hai nhóm đều hạn chế. Độ giãn cột sống thắt lưng thể hiện qua dấu hiệu Schober của cả hai nhóm đều giảm. Đa số bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng giảm 2cm: Ở nhóm I là 24 bệnh nhân, chiếm 80%; nhóm II là 26 bệnh nhân, chiếm 86,6%. Số lượng bệnh nhân có độ

giãn cột sống thắt lưng là 3cm và 1cm ở hai nhóm chiếm tỷ lệ thấp. Sự chênh lệch về độ giãn cột sống giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương [38] và Mai Trung Dũng [44] thì 100% bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng là 1 và 2cm. Theo Tarasenko Lidiya thì tỷ lệ bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng 1 và 2cm chiếm 80% [30]. Còn theo Trương Minh Việt thì có 21,5% bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng là 1cm và 60% bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng là 2cm [43].

Điều này cho thấy bệnh nhân khi đã có tổn thương thoái hóa cột sống thì độ giãn cột sống sẽ giảm.

* *Tư thế chống đau*: Hầu hết các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có tư thế chống đau. Các bệnh nhân có tư thế chống đau chéo chiếm đa số với 43 bệnh nhân, chiếm 70% ở cả hai nhóm. Bệnh nhân ở tư thế chống đau thẳng và trước-sau ít hơn với 12 bệnh nhân ở cả hai nhóm, chiếm 20%. Có 5/60 bệnh nhân không có tư thế chống đau. Sự chênh lệch giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* *Dấu hiệu bấm chuông*: cả hai nhóm tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao. Nhóm I là 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Ở nhóm II là 21 bệnh nhân, chiếm 70%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phù hợp với nghiên cứu của tác giả Mai Trung Dũng thì có 69,7% bệnh nhân có dấu hiệu bấm chuông, thường gặp ở những bệnh nhân thoái hóa có chèn ép vào dây thần kinh hông to [44].

4.2.5. Hội chứng rết trước điều trị

* *Lasègue*: 57/60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có dấu hiệu Lasègue $< 70^{\circ}$, chiếm 95%, phân bố ở cả hai nhóm nghiên cứu. Không có bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue $< 30^{\circ}$. Đây là dấu hiệu đặc trưng cho tính chất đau kiểu rết. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú [25] là 65,91%

bệnh nhân có Lasègue từ 30⁰-45⁰. Phù hợp với nghiên cứu của Tarasenko Lidiya thì tỷ lệ 68% có dấu hiệu có Lasègue từ 45⁰-70⁰ [30].

* *Valleix*: tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu với các mức độ khác nhau. Tổn thương 4-5 điểm chiếm nhiều nhất với 50/60 bệnh nhân, chiếm 83,3%. Sau đó đến tổn thương 2-3 điểm, và cuối cùng là tổn thương 1 điểm. Tỷ lệ giữa hai nhóm sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tarasenko Lidiya [30] cũng thấy rằng có tới 57,8% bệnh nhân có 4 - 5 điểm đau Walleix.

Các dấu hiệu căng rễ thần kinh hông khác như Bonnet, Neri cũng dương tính ở hầu hết các bệnh nhân: Dấu hiệu Bonnet gặp 29 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu, chiếm 96,7%. 28 bệnh nhân ở nhóm chứng, chiếm 93,3%. Sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Dấu hiệu Neri gặp 28 bệnh nhân ở cả hai nhóm, chiếm 93,3%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Deyo, hội chứng rễ thần kinh hông chiếm 72,5% [57], Brinkhaus cũng có kết quả tương tự là 67,9% bệnh nhân hội chứng rễ thần kinh [55].

4.3. Bàn luận về kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của viên khớp Vintong

4.3.1. Sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS

Đau là một cơ chế bảo vệ của cơ thể. Cảm giác đau xuất hiện tại một vị trí nào đó khi bị tổn thương, nó tạo nên một đáp ứng nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Đau là cảm giác phức tạp có sự tham gia của nhiều hệ thống các cơ quan chức năng khác nhau như ý thức, cảm giác, trí nhớ, động lực, phản ứng thực vật. Đối với bệnh nhân đau thắt lưng, đau là triệu chứng khiến người bệnh đến gặp thầy thuốc với mong muốn được giải phóng khỏi đau đớn [13]. Đau và làm cho hết đau luôn được các nhà lâm sàng quan tâm nghiên cứu. Một trong những khó khăn của việc nghiên cứu về đau là vấn đề định lượng đau bởi ngưỡng đau, khả năng chịu đau cũng như đáp ứng của từng cá thể đối với đau là rất khác nhau. Đau lưng/thắt lưng chủ yếu do 3 cơ chế: Về hóa học, đây là sự kích thích

các đầu mút thần kinh của cấu trúc nhạy cảm như dây chằng dọc sau, màng tủy, bao khớp liên cuống, rễ thần kinh. Chất kích thích được giải phóng ra từ tế bào viêm và từ những tế bào của tổ chức tổn thương. Các chất kích thích hóa học bao gồm Hydrogen hoặc các Enzym. Những chất này kích thích trực tiếp các đầu mút thần kinh của tổ chức nhạy cảm gây nên triệu chứng đau, nóng với tính chất, vị trí, cường độ đau không thay đổi khi thay đổi tư thế cột sống. Đau theo cơ chế này có thể giảm hoặc loại bỏ bằng hai cách: Giảm các chất kích thích hóa học (vai trò của các chất chống viêm) và giảm tính nhạy cảm của các receptor của các cấu trúc nhạy cảm (tác dụng của phong bế rễ thần kinh) [4],[54]. Cơ chế thứ hai là cơ học. Cơ chế này được nói đến nhiều và cũng là cơ chế chủ yếu gây đau cột sống thắt lưng ở nhiều bệnh nhân. Áp lực cơ học quá mức ảnh hưởng đến chức năng sinh lý của đĩa đệm, khớp liên cuống và các tổ chức phần mềm xung quang cột sống. Các tác nhân cơ học (sức nặng cơ thể, mang vác vật nặng, các chấn thương, vi chấn thương) gây suy yếu các chất cơ bản của tổ chức sụn. Các tế bào sụn giải phóng các enzym tiêu protein làm huỷ hoại dần dần các chất cơ bản. Ngày nay nhiều nghiên cứu đã chứng tỏ là trong bệnh thoái hoá vẫn có các đợt viêm với sự tham gia của các cytokin, các interleukin gây viêm [5]. Theo Nikola Budog khi các bó sợi của dây chằng, bao khớp bị kéo căng sẽ làm hẹp, biến dạng khoảng trống giữa các bó collagen. Đau cột sống thắt lưng theo cơ chế này có đặc điểm đau như nén ép, châm trích, như dao đâm, đau thay đổi cả về cường độ và tần số khi thay đổi tư thế cột sống. Cơ chế cuối cùng là phản xạ đột đoạn: điều này chứng minh có một sự liên quan về giải phẫu giữa thần kinh cảm giác nội tạng với thần kinh tủy sống. Khi một nội tạng ở trong ổ bụng bị tổn thương thì không những gây đau ở tạng mà có thể lan tới vùng cột sống có cùng khoanh tủy chi phối [71].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá đau bằng hai phương pháp, đó là đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh theo thang

điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu và đánh giá sự cải thiện mức độ đau trên ngưỡng cảm giác đau.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.10), Sau 14 ngày điều trị, thang điểm VAS ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên, mức độ giảm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuy nhiên sau 21 ngày điều trị, ở nhóm dùng Viên khớp Vintong, thang điểm VAS tiếp tục giảm rõ rệt so với nhóm chỉ điều trị nền đơn thuần. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo kết quả ở bảng 3.11, Nhóm I: Số bệnh nhân đau mức độ nặng không còn, số bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng lên. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 21 ngày điều trị sự bệnh nhân có mức độ đau nhẹ tăng lên rõ rệt với 28 bệnh nhân, chiếm 93,3%. Chỉ còn 2 bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm 6,7%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm II: Số bệnh nhân đau mức độ nặng không còn, số bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng lên. Sự thay đổi chưa ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 21 ngày điều trị sự bệnh nhân có mức độ đau nhẹ tăng lên rõ rệt với 21 bệnh nhân, chiếm 90%, chỉ còn 9 bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm 10%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. So sánh mức độ đau giữa hai nhóm tại thời điểm D_{21} . Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

So với nghiên cứu của Lương Thị Dung sau 30 ngày điều trị kết quả không đau và đau nhẹ là 85,8%. Nghiên cứu của Tarasenko Lidiya trên 30 bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống, sau 30 ngày kết quả tốt 60%, khá 40% [1]. Điều này được minh chứng bằng kết quả cụ thể của một số nghiên cứu như: Nghiên cứu của Hoàng Minh Hùng (2017), mức độ đau nặng ở các bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị chiếm 16,00%, sau điều trị 20 ngày không còn bệnh nhân ở mức độ đau nặng, mức độ đau vừa ở các bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị chiếm 58,00% sau điều trị 20 ngày giảm chiếm 20% sau điều

trị, mức độ đau nhẹ ở các bệnh nhân nghiên cứu trước điều trị chiếm 26,00% và sau 20 ngày chiếm 50% sau điều trị, mức độ không đau ở bệnh nhân trước nghiên cứu là 0,00%, sau ngày điều trị 20 đã tăng lên 30% [17].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả điều trị uống kết hợp Diacerein 50mg và Viên khớp Vintong cho hiệu quả cao hơn so với uống Diacerein 50mg đơn thuần. Viên khớp Vintong ngoài tác dụng giảm đau còn có tác dụng hạn chế quá trình thoái hóa tránh tái phát cơn đau.

4.3.2. Các triệu chứng thường gặp sau điều trị

* *Trở mình*: Sau 14 ngày điều trị, số bệnh nhân trở mình (bao gồm các động tác cúi, xoay, nghiêng) dễ dàng là 14 bệnh nhân, chiếm 46,7%. Bệnh nhân trở mình khó 16 bệnh nhân, chiếm 53,3%. Sau 21 ngày điều trị, số bệnh nhân trở mình dễ dàng tăng lên 29 bệnh nhân, chiếm 96,7%. Bệnh nhân trở mình khó còn 1 bệnh nhân chiếm 3,3%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

* *Đứng*: Sau 14 ngày điều trị, không còn bệnh nhân đứng được dưới 10 phút. Bệnh nhân đứng được từ 10 - < 30 phút là 21 bệnh nhân. Bệnh nhân đứng ≥ 30 phút có 9 bệnh nhân, chiếm 20,03%. Sau 21 ngày điều trị, bệnh nhân đứng được từ 10- <30 phút còn 8 bệnh nhân, chiếm 25,81%. Bệnh nhân đứng ≥ 30 phút tăng lên 23 bệnh nhân, chiếm 74,19%. Sự thay đổi này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

* *Ngồi*: Thời gian ngồi không gây đau mỏi và khó chịu cho bệnh nhân tăng lên sau điều trị. Bệnh nhân có thể ngồi thời gian lâu hơn. Sau 21 ngày điều trị số bệnh nhân ngồi được trên 30 phút ở nhóm I là 21 bệnh nhân, chiếm 70%, ở nhóm II là 12 bệnh nhân, chiếm 40%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

* *Đi bộ*: Tỷ lệ bệnh nhân đi bộ được > 500m cũng chiếm đa số và nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng: Ở nhóm nghiên cứu 18 bệnh nhân, chiếm

60%; ở nhóm chứng 12 bệnh nhân, chiếm 40 %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau điều trị có sự cải thiện rõ ràng về các triệu chứng trở mình, đứng, ngồi, đi bộ ở nhóm bệnh nhân uống Viên khớp Vintong kết hợp Diacerein 50 mg. Hiệu quả điều trị của nhóm này cao hơn hẳn so với nhóm điều trị nền bằng Diacerein đơn thuần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3.3. Hội chứng cột sống sau điều trị

* *Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)*: Sau 14 ngày điều trị, độ giãn cột sống thay đổi từ 1-2 cm chuyển sang 2- 3cm. Chưa có bệnh nhân nào có độ giãn cột sống tối đa 4 cm. Sau 21 ngày điều trị, có sự thay đổi rõ rệt ở nhóm nghiên cứu. Độ giãn cột sống 3- 4 cm là 25 bệnh nhân, chiếm 83,3%. Còn ở nhóm chứng là 20 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Tuy nhiên, ở nhóm uống Viên khớp Vintong kết hợp Diacerein 50mg cho hiệu quả cao hơn so với nhóm uống 500 mg đơn thuần. Kết quả này phù hợp với kết quả giảm đau theo thang điểm VAS.

* *Tư thế chống đau*: Tư thế chống đau được cải thiện sau 21 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu 80,0%, nhóm chứng là 63,3%. Sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Sau điều trị, cảm giác đau giảm, tư thế chống đau giảm, độ giãn cột sống được cải thiện làm cho tầm vận động cột sống tăng. Bệnh nhân thấy thoải mái và dễ chịu, đây là yếu tố cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Như vậy sau điều trị nhóm uống Viên khớp Vintong kết hợp Diacerein 50mg có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm uống Diacerein 50mg đơn thuần về các triệu chứng của hội chứng cột sống.

4.3.4. Hội chứng rễ sau điều trị

Hội chứng chèn ép rễ được biểu hiện qua các dấu hiệu: Lasègue, Walleix, dấu hiệu bầm chuông

* *Lasègue*: Dấu hiệu Lasègue $>70^0$ biểu hiện không còn chèn ép rễ thần kinh. Sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue $>70^0$ ở nhóm nghiên cứu là 93,3%, nhóm chứng là 66,7%. Cả hai phương pháp điều trị đều có tác dụng cải thiện dấu hiệu Lasègue. Mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

* *Valleix*: Thống điểm Valleix biểu hiện tình trạng tổn thương cột sống gây chèn ép dây thần kinh hông to với 5 điểm đau theo đường đi của dây thần kinh hông to. Sau điều trị ở cả hai nhóm đa số các bệnh nhân thống điểm Valleix âm tính: Nhóm nghiên cứu 86,7%; nhóm chứng chiếm 66,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa với $p < 0,05$.

* Dấu hiệu Bonnet, Neri ở cả hai nhóm cũng cải thiện đáng kể so với trước điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

* *Dấu hiệu bấm chuông*: Sau 21 ngày điều trị, có 28 bệnh nhân không còn dấu hiệu bấm chuông ở nhóm nghiên cứu, chiếm 93,3%. Sự thay đổi rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có 23 bệnh nhân ở nhóm chứng, chiếm 76,7% sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh giữa hai nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hồng Vân [40] mức độ tốt ở nhóm nghiên cứu là 70% và khá là 30%; của Trần Thị Kiều Lan [32] mức độ tăng lên về độ giãn cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu là 76,7%.

4.3.5. Kết quả điều trị theo phân loại hiệu quả điều trị

Dựa vào thang điểm của Dư Duy Hào để phân loại kết quả điều trị. Tổng điểm thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 29 điểm. Sau 21 ngày điều trị, tổng số điểm trung bình tăng rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ở cả hai nhóm điều trị. Tuy nhiên ở nhóm I (nhóm nghiên cứu) tăng hơn so với nhóm II (nhóm chứng), sự chênh lệch cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy, uống

kết hợp Diacerein 50mg và Viên khớp Vintong và uống Diacerein 50mg đơn thuần đều có tác dụng tốt trong điều trị thoái hóa cột sống, nhưng uống kết hợp Diacerein 50mg và Viên khớp Vintong mang lại hiệu quả điều trị cao hơn. Tác dụng giảm đau cao, trả lại tầm vận động cho cột sống, cải thiện các chức năng sinh hoạt như đứng, ngồi, đi lại dễ dàng cho bệnh nhân góp phần cải thiện chức năng sống cho bệnh nhân.

Hiệu quả điều trị chung trong nghiên cứu của chúng tôi: Sau 14 ngày điều trị, bệnh nhân chủ yếu cải thiện ở mức độ khá và trung bình với tỷ lệ khá là 40%, trung bình là 33,3%. Kết quả tốt đạt 26,7%. Sau 21 ngày điều trị, cho thấy hiệu quả điều trị đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao với 80%, còn lại kết quả khá với 20% các bệnh nhân trong nhóm I. Còn trong nhóm II, Sau 21 ngày điều trị, cho thấy hiệu quả điều trị đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 66,7%, còn lại kết quả khá với 33,3%. So sánh kết quả giữa hai nhóm, kết quả điều trị tốt nhóm I 80%, nhóm II 66,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả: Đỗ Hoàng Dũng với phương pháp điều trị điện mãng châm, cho hiệu quả tốt 63,6%, khá 36,64%. Nguyễn Thị Thu Hương [38] với phương pháp điện châm đơn thuần cho hiệu quả điều trị tốt 66,7%, khá 33,3%. Trương Minh Việt với phương pháp xoa bóp bấm huyệt điều trị cho kết quả tốt 50,8%, khá 30,8%, trung bình 16,9% và kém 1,5% [43]. Nghiên cứu của Zhang Y và cộng sự tiến hành điện châm điều trị đau thắt lưng mà trong công thức có sử dụng huyệt giáp tích thắt lưng cho kết quả khỏi và đỡ là 98,3% [69]. Nghiên cứu của Schmit H.B và cộng sự về tác dụng của châm cứu trên 60 bệnh nhân có kết quả tốt và khá là 88% [70]. Nghiên cứu của Tarasenko Lidiya điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện mãng châm kết quả tỷ lệ đỡ và khỏi 100% [30]. Lương Thị Dung đánh giá tác dụng của điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tỷ lệ khá tốt 88,6% [1]. Lại

Đoàn Hạnh thủy châm Bidizym điều trị hội chứng thắt lưng hông trên 35 bệnh nhân kết quả tốt đạt 57,14%; khá 31,43% [33]. Trần Thị Kiều Lan đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thủy châm trong điều đau thắt lưng do thoái hóa cột sống trên 60 bệnh nhân kết quả tốt đạt 80%, khá 16,7% [32].

4.3.6. Kết quả điều trị theo y học cổ truyền

Bảng 3.18 cho thấy có sự khác biệt về kết quả điều trị theo thể bệnh YHCT giữa hai nhóm. Ở thể phong hàn thấp, nhóm sử dụng Viên khớp Vintong có kết quả tốt hơn nhóm điều trị nền đơn thuần. Bệnh nhân thể phong hàn thấp đạt kết quả loại A ở nhóm I chiếm tỷ lệ cao: 78,57%; nhóm II chiếm 66,67%; Thể phong hàn lại đáp ứng tốt với phương pháp điều trị nền đơn thuần, chiếm tỷ lệ cao: 75%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điều này giải thích do cơ chế tác dụng của Viên khớp Vintong: Độc hoạt có tác dụng giảm đau, an thần và kháng viêm rõ rệt. Thuốc có thành phần chống loét dạ dày. Đối với hội tràng thổ, thuốc có tác dụng co thắt [50]. Tần giao có tác dụng kháng viêm rõ rệt, do thành phần Gentianine A tác động lên hệ thần kinh làm hưng phần chức năng tuyến yên - vỏ thượng thận. Thuốc còn có tác dụng an thần, giảm đau, giải nhiệt, kháng histamin, chống choáng do dị ứng [45]. Ngưu tất có tác dụng thúc đẩy quá trình tổng hợp protein. Glucozit Bạch thược ức chế trung khu thần kinh nên có tác dụng an thần, giảm đau, ức chế cơ trơn của tử cung và dạ dày, ruột, ức chế tiết vị toan phòng được loét ở chuột công thực nghiệm, chống viêm và hạ nhiệt, có tác dụng bảo vệ gan, làm hạ men Transaminaza [48]. Thục địa có tác dụng kháng viêm. Đối với chuột công, thực nghiệm gây sưng tấy bằng Formalin vùng chân đùi, thuốc làm giảm sưng rõ; không ảnh hưởng đến đường huyết bình thường của thỏ, cường tim, hạ áp, cầm máu, bảo vệ gan, lợi tiểu, chống chất phóng xạ, chống nấm. Thuốc có tác dụng ức chế miễn dịch kiểu corticoid nhưng không làm ức chế hoặc teo vỏ thượng thận [46]. Thực nghiệm trên súc vật chứng minh Đảng sâm có tác dụng trên cả

hai mặt hưng phân và ức chế của vỏ não đồng thời làm tăng khả năng miễn dịch của cơ thể [51]. Đương quy có tác dụng làm giãn huyết quản ngoại vi, làm dịu co thắt cơ trơn của huyết quản ngoại vi, tăng lưu lượng máu; vì thế mà Đương quy có tác dụng giảm đau [50]. Đỗ trọng có tác dụng chống viêm, tăng cường chức năng vỏ tuyến thượng thận, tác dụng hưng phân hệ thống tuyến yên, vỏ tuyến thượng thận, an thần giảm đau (trần kinh, trần thống), tăng tính miễn dịch của cơ thể [46]. Độc hoạt, Tang ký sinh khu phong trừ thấp, dưỡng huyết hòa vinh, hoạt lạc thông tý làm chủ dược; Ngưu tất, Đỗ trọng, Thục địa bổ ích can thận, cường cân tráng cốt; Xuyên khung, Đương quy, bổ huyết, hoạt huyết; Đảng sâm, Cam thảo ích khí kiện tỳ, đều có tác dụng trợ lực trừ phong thấp; Tần giao, Phòng phong phát tán phong hàn thấp. Các vị thuốc hợp lại thành một bài thuốc có tác dụng vừa trị tiêu bản, vừa phù chính khu tà [47].

Điều này cho thấy Viên khớp Vintong có tác dụng giảm đau, chống viêm, ngoài ra còn có tác dụng hồng thoái hoá khớp mà thể phong hàn thấp của YHCT tương ứng với những bệnh nhân có thoái hoá cột sống thắt lưng của YHHD.

4.4. Tác dụng không mong muốn

4.4.1. Trên lâm sàng

Các biểu hiện bất thường của tác dụng không mong muốn được chúng tôi quan sát, ghi nhận, xử trí và theo dõi diễn biến sau xử trí trong suốt quá trình 21 ngày điều trị. Tuy nhiên, các biểu hiện như đau đầu, mệt mỏi, buồn nôn, nôn, đau bụng, đi ngoài phân lỏng ... đều không được ghi nhận trong suốt quá trình nghiên cứu.

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp) của 60 bệnh nhân nghiên cứu được chúng tôi kiểm tra hàng ngày. Trong suốt quá trình điều trị này, chúng tôi cũng không quan sát thấy những biểu hiện bất thường trên tần số mạch hay huyết áp tâm thu, tâm trương của bệnh nhân nghiên cứu.

4.4.2. Trên cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không phát hiện trường hợp bệnh nhân nào thay đổi chức chỉ số công thức máu, sinh hóa máu trong thời gian điều trị ($p > 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Linh (2016) [49]. Điều này cho thấy thuốc y học cổ truyền nói chung an toàn, có hiệu quả.

KẾT LUẬN

Với những kết quả nghiên cứu thu được bước đầu trong việc áp dụng điều trị đau cột sống thắt lưng do thoái hóa bằng phương pháp dùng đường uống Viên khớp Vintong kết hợp Diacerein 50mg trên 30 bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng, chúng tôi rút ra được một số kết luận như sau:

1. Kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của viên khớp Vintong

- Hiệu quả chung: Tốt đạt 80%; khá đạt 20%;
- Hiệu quả giảm đau: sau 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân chỉ còn đau mức độ nhẹ là 93,3%; không có bệnh nhân nào đau nặng.
- Kết quả cải thiện các triệu chứng thường gặp: hầu hết các bệnh nhân thông đều cải thiện tốt các triệu chứng đi, đứng, ngồi, trở mình. Bệnh nhân trở mình dễ dàng, thời gian đứng, ngồi, đi bộ được cải thiện rõ.
- Hội chứng tại cột sống được cải thiện đáng kể với độ giãn cột sống tăng sau điều trị với tỷ lệ 83,3%, không còn tư thế chống đau với tỷ lệ 80%.
- Hội chứng chèn ép rễ cũng được cải thiện sau điều trị thông qua dấu hiệu Lasègue, thống điễm Vallex, dấu hiệu Bonnet, Neri, dấu hiệu bấm chuông. Tỷ lệ âm tính của các dấu hiệu này đạt 90% (Bonnet), 76,7% (Neri); 93,3% (bấm chuông).

Hiệu quả cải thiện của NNC tốt hơn nhóm đối chứng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Viên khớp Vintong an toàn trên lâm sàng với liệu trình 21 ngày điều trị liên tục

Viên khớp Vintong không làm thay đổi chỉ số công thức máu, không làm thay đổi các chỉ số sinh hoá máu như AST, ALT, ure, creatinin. Vì vậy không

ảnh hưởng tới chức năng gan, thận của bệnh nhân. Không ghi nhận được tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

KIẾN NGHỊ

1. Điều trị đau cột sống thắt lưng bằng Viên khớp Vintong kết hợp Diacerein là phương pháp đơn giản, có hiệu quả tốt. Vì vậy, có thể sử dụng phương pháp này để điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng tại các tuyến y tế cơ sở, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, thuận tiện cho người bệnh và cũng góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

2. Tiếp tục nghiên cứu hiệu quả của Viên khớp Vintong trên phạm vi rộng hơn, số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Lương Thị Dung (2008), *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hồ Hữu Lương (2012). *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, lần 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 9-14, 106, 109, 150.
3. Trần Ngọc Ân (1992). *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 374-395.
4. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2013). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 152-162.
5. Nguyễn Thị Ngọc Lan và Trần Ngọc Ân (2004). *Thoái hóa khớp và cột sống. Bệnh học nội khoa*, (1), Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 422-435.
6. Trần Thị Thanh Hương (2002), *Cây chỉ điều trị giảm đau trong hội chứng vai gáy*, *Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 6, tr. 38 - 39.
7. Trịnh Văn Minh (2007). *Giải phẫu người (tập II)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 29-31.
8. Cao Thị Nhi (2002), *Đau cột sống thắt lưng*, *Tạp chí Bác sỹ gia đình số 1*, Nhà xuất bản Hà Nội, tr. 40 - 43.
9. Vũ Quang Bích (2001). *Phòng và chữa các chứng bệnh đau thắt lưng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 86-100, 137-139.
10. Ngô Quý Châu (2002). *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 252-267.
11. Bộ Y Tế (2016). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 131-134.

12. Các bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2008). *Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 297-308.
13. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 475-477.
14. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-147, 154.
15. Bộ Y Tế (2011). *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 43-56, 96, 100.
16. Nguyễn Thiên Quyến (2010). *Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong đông y*, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hà Nội, 278, 280, 449.
17. Hoàng Minh Hùng (2017), Đánh giá tác dụng điều trị của “Đại hội Ngải cứu Việt” kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau cột sống thắt lưng. Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam
18. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005). Bài giảng Y học cổ truyền tập 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 160-168.
19. Nguyễn Đức Minh (2017). Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp từ trường kết hợp với điện châm điều trị bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng. *Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam*, 60(2), 2, 2018.
20. Đoàn Hải Nam (2005), *Đánh giá tác dụng của điện châm huyệt Ủy trung và Giáp tích thắt lưng (L1 - L5) trong điều trị chứng yếu thống thể hàn thấp*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
21. Hoàng Bảo Châu (2010). *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Thời đại, Hà Nội, 594-598.
22. Kiên Chinh (2011), “Hiệu quả chứng đau thắt lưng so thoái hóa cột sống của phương pháp mẫn châm”, *Tạp chí Châm cứu Việt Nam*, số 2/2011, tr.18-26.

23. Nghiêm Hữu Thành (2010), “*Nghiên cứu cơ sở khoa học của điện châm trong điều trị một số chứng đau*”, Đề tài khoa học cấp nhà nước mã số KC10-30/06. Tr. 120-140
24. Nguyễn Tài Thu, Nguyễn Năng An, Nguyễn Tuất (1972). Dùng phương pháp châm cứu mới chữa 30 trường hợp đau thắt lưng do cột sống. *Tạp chí Đông y*, 118, 43-49.
25. Nguyễn Thị Thanh Tú (2009). *Đánh giá tác dụng cao dán Thiên Hương trong điều trị bệnh đau dây thần kinh tọa*. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
26. Trần Thái Hà (2008), *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
27. Lưu Thị Hiệp (2004). Đánh giá hiệu quả phối hợp châm cứu và tập vật lý trị liệu vào điều trị đau thắt lưng do thoái hóa. *Tạp chí châm cứu Việt Nam*, 3, 30-38.
28. Lương Thị Dung, Trần Quốc Toán (2008). Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. *Tạp chí châm cứu Việt Nam*, 3, 19-23.
29. Hoàng Văn Dũng (2011). Chẩn đoán và điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng, Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. *Tổng hội Y Dược học - Hội thấp khớp học Việt Nam*, Nha Trang tháng 7/2011: tr. 56- 59
30. Tarasenko Lidiya (2003), *Nghiên cứu điều trị hội chứng Đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 - S1 bằng mẫn châm*, Luận văn thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội.
31. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012). *Thoái hóa khớp*. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam: tr.138-151.

32. Trần Thị Kiều Lan (2009). *Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với thủy châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
33. Lại Đoàn Hạnh (2008), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp thủy châm*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
34. Nguyễn Tiến Hưng (2012). *Đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Viện Y học cổ truyền Quân Đội, Hà Nội.
35. Phạm Hồng Vân (2013). *Nghiên cứu đặc điểm sinh học huyết Thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể Thận hư*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
36. Trần Quốc Bình (2011). *Đánh giá hiệu quả của viên nang bát vị quế phụ kết hợp ôn điện châm trên bệnh nhân đau thắt lưng thể thận dương hư. Tạp chí y học thực hành, 752(2), 88-92.*
37. Phạm Thị Ngọc Bích (2015). *Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện trường châm kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
38. Nguyễn Thu Hương (2016). *Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp “Cát căn thang” trên bệnh nhân đau thắt lưng cấp*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
39. Valal Y.P (1998), *Đau thắt lưng*, Hội thảo khoa học Pháp Việt, Hạ Long, tr. 124-126.
40. Phạm Hồng Vân (2014). *Nghiên cứu đặc điểm huyết Thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

41. Nguyễn Thị Hải Yến (2015). *Đánh giá tác dụng điều trị của châm cứu kết hợp với xông thuốc Y học cổ truyền trên bệnh nhân đau thắt lưng cấp*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội
42. Triệu Thị Thùy Linh (2015). *Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
43. Trương Minh Việt (2005). *Nghiên cứu tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
44. Mai Trung Dũng (2006). *Điều trị đau, cơ sở sinh học và bệnh học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
45. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, tập II, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
46. Bộ Y tế (2018). *Dược điển Việt Nam*, lần xuất bản thứ năm, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
47. Nguyễn Nhược Kim chủ biên (2011). *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
48. Trần Văn Kỳ (2014). *Dược học cổ truyền*. Nhà xuất bản Đồng Nai.
49. Nguyễn Hoài Linh (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
50. Đỗ Tất Lợi (2015). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
51. Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2016). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa.

52. Nguyễn Hoài Linh (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.

Tiếng Anh

53. Andersson GBJ (1999). Epidemiology of chronic low back pain. *Lancet*, 354, 581-585.
54. Adams J.G, T. McAlindon, M. Dimasi et al (1999). Contribution of meniscal extrusion and cartilage loss to joint space narrowing in osteoarthritis. *Clin Radiol*, 54 (8), 502-506.
55. Brinkhaus, B., Witt, C. M., Jena, S., Linde, K., Streng, A., Wagenpfeil, S., ... & Willich, S. N. (2006). Acupuncture in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166(4), 450-457.
56. JM McNeil, J Binette (2001). Prevalence of Disabilities and Associated Health Conditions Among Adults - United States, 1999. *CDC*, 50(07), 120-125.
57. Deyo, R. A., Gray, D. T., Kreuter, W., Mirza, S., & Martin, B. I. (2005). United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. *Spine*, 30(12), 1441-1445.
58. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC (1995). Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Web of science*, 20(1), 11-19.
59. Joish, Vijay N., and Diana I. Brixner (2004). Back Pain and Productivity: Measuring Worker Productivity from an Employer's Perspective. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(2), 78-85.

60. Stanton TR, Henschke N, Maher CG et al (2008). After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Web of science*.33(26),2923-2928.
61. Jenkins EM, Borenstein DG (1994). Exercise for low back pain patient. *Ballieres Clin Rheumatol*, 8, 191-197.
62. Chang CW, Lai PH, Yip CM (2009). Spontaneous regression of lumbar herniated disc. *J Chin Med Assoc*, 72, 650–653.
63. Tose Biller (2017). *Practical Neurology*, fifth edition, Wolters Kluwer health, Philadelphia, 232.
64. Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A Randomized Trial Comparing Acupuncture, Simulated Acupuncture, and Usual Care for Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(9):858–866
65. Mooney (1989), Ewaluatisy low back disorder in the primany care office, *The journal of musculoskeletal medicine*, September, pp.18- 32.
66. David A.Greenberg (2006). Thần kinh học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 332-339.
67. Robin McKenzie (2006). *Treat Your Own Back*, eighth edition, Spinal Newzeland LDT, Newzeland.
68. Wang Sheng xu et al (1999). Third lumbar transverse process syndrome treated by lelectroacupunture at Huatuojiaji points, *J Tradit Chin*, 19(3), 190-194.
69. Zhang Y, Wang S (1994), “56 cases of disturbance in small articulation of the lumbarvertebral treated by puncturing the effective points- A new system of acupuncture”, *J Tradi Chin Med*, Jun; 14(2), pp. 115 - 120.
70. Schmitt H, Zhao JQ, Brocai DR, Kaps HP (2001), “Acupuncture treatment of low back pain”, *Schmerz*, Feb; 15(1): 33 - 37.

71. Tian, W., Lv, Y., et al (2014). The high prevalence of symptomatic degenerative lumbar osteoarthritis in Chinese adults: a population-based study. *Spine*, 39(16), 1301.

Tiếng Trung

72. 雷庆良, 王永胜, 肖林伟, & 赵振山. (2009). 中西医结合治疗退行性腰椎管狭窄症 26 例临床疗效分析. *中医药导报*, 15(12), 40-41.
73. 周炜, 吴德升, 赵卫东, & 祝建光. (2009). 退行性腰椎滑脱症的治疗. *现代中西医结合杂志*, 18(5), 492-493.
74. 侯莉娟, 郝银丽, & 王拥军. (2007). 中药治疗腰椎间盘突出症机理研究进展. *中国中医骨伤科杂志*, 15(3), 71-72.
75. 孙奇, 杨力, 王人彦, & 张玉良. (2016). 基于数据挖掘的张玉柱治疗老年退行性腰痛的用药规律研究. *中华中医药学刊*, 34(2), 277-279.
76. 侯计文. (2014). 牵引推拿治疗退行性腰椎滑脱症 38 例临床体会. *按摩与康复医学*, 5(10), 69-70.
77. 薛峰, & 谢国华. (2010). 腰椎动态稳定系统 Wallis 治疗腰椎退行性疾病疗效分析. *海南医学院学报*, 16(12), 1625-1627.

Phụ lục 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Cho đề tài: “Đánh giá tác dụng của viên khớp Vintong điều trị đau cột sống thắt lưng do thoái hóa tại tỉnh Quảng Ninh và thành phố Hà Nội”

Số bệnh án: Nhóm ID

Thuốc điều trị của nhóm

.....
.....
.....

A. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân:.....

Tuổi:..... Giới: Nam Nữ

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp:.....

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

Địa chỉ liên lạc:.....

Lý do vào viện:.....

Bệnh sử:

.....

Hiện tại:

.....

Tiền sử:.....

.....

Thời gian mắc bệnhtháng Chẩn đoán mới

Xquang cột sống thắt lưng

.....
.....

Chiều cao.....m Cân nặng.....kg BMI.....

Khám bộ phận

.....
.....

B. KHÁM

.....
.....
.....
.....

C. CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG

Chỉ số	D ₀	D ₂₁
Hồng cầu		
Bạch cầu		
Tiểu cầu		
Ure (mmol/l)		
Creatinin (mmol/l)		
AST (U/l)		
ALT (U/l)		

D. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Thể bệnh:.....

Vọng:.....

.....
.....

Vấn.....

.....

Vấn.....

.....

.....

Thiết.....

.....

.....

E. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG

.....

.....

F. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Tác dụng không mong muốn	Thời điểm xuất hiện		
	Ngày	Diễn biến	Xử trí

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Nghiên cứu viên

Phụ lục 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi (Họ và tên):

Tuổi:Giới

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Xác nhận rằng:

- Tôi đã được cung cấp các thông tin đầy đủ cho nghiên cứu 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 nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.
- 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. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.
- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.
- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.
- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.

- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Phụ lục 3
MỘT SỐ HÌNH ẢNH NGHIÊN CỨU



TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt	
[1]	Lương Thị Dung (2008), <i>Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống</i> , Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
[2]	Hồ Hữu Lương (2012). <i>Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm</i> , lần 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 9-14, 106, 109, 150.
[3]	Trần Ngọc Ân (1992). <i>Bệnh thấp khớp</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 374-395.
[4]	Nguyễn Thị Ngọc Lan (2013). <i>Bệnh học cơ xương khớp nội khoa</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 152-162.
[5]	Nguyễn Thị Ngọc Lan và Trần Ngọc Ân (2004). <i>Thoái hóa khớp và cột sống. Bệnh học nội khoa</i> , (1), Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 422-435.
[6]	Trần Thị Thanh Hương (2002), <i>Cây chỉ điều trị giảm đau trong hội chứng vai gáy</i> , <i>Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam</i> , 6, tr. 38 - 39.
[7]	Trịnh Văn Minh (2007). <i>Giải phẫu người (tập II)</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 29-31.
[8]	Cao Thị Nhi (2002), <i>Đau cột sống thắt lưng</i> , <i>Tạp chí Bác sỹ gia đình số 1</i> , Nhà xuất bản Hà Nội, tr. 40 - 43.
[9]	Vũ Quang Bích (2001). <i>Phòng và chữa các chứng bệnh đau thắt lưng</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 86-100, 137-139.
[10]	Ngô Quý Châu (2002). <i>Bệnh học nội khoa</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 252-267.

[11]	Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 131-134.
[12]	Các bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2008). <i>Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II</i> . Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 297-308.
[13]	Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006). <i>Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 475-477.
[14]	Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012). <i>Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-147, 154.
[15]	Bộ Y Tế (2011). <i>Lý luận Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 43-56, 96, 100.
[16]	Nguyễn Thiên Quyến (2010). <i>Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong đông y</i> , Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hà Nội, 278, 280, 449.
[17]	Hoàng Minh Hùng (2017), Đánh giá tác dụng điều trị của “Đại hợp Ngải cứu Việt” kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau cột sống thắt lưng. Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam
[18]	Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005). Bài giảng Y học cổ truyền tập 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 160-168.
[19]	Nguyễn Đức Minh (2017). Đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp từ trường kết hợp với điện châm điều trị bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng. <i>Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam</i> , 60(2), 2, 2018.
[20]	Đoàn Hải Nam (2005), <i>Đánh giá tác dụng của điện châm huyệt Ủy trung và Giáp tích thắt lưng (L1 - L5) trong điều trị chứng yếu thống thể hàn thấp</i> , Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[21]	Hoàng Bảo Châu (2010). <i>Nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Thời đại, Hà Nội, 594-598.

[22]	Kiên Chinh (2011), “Hiệu quả chứng đau thắt lưng so thoái hóa cột sống của phương pháp mẫn châm”, <i>Tạp chí Châm cứu Việt Nam</i> , số 2/2011, tr.18-26.
[23]	Nghiêm Hữu Thành (2010), “Nghiên cứu cơ sở khoa học của điện châm trong điều trị một số chứng đau”, Đề tài khoa học cấp nhà nước mã số KC10-30/06. Tr. 120-140
[24]	Nguyễn Tài Thu, Nguyễn Năng An, Nguyễn Tuất (1972). Dùng phương pháp châm cứu mới chữa 30 trường hợp đau thắt lưng do cột sống. <i>Tạp chí Đông y</i> , 118, 43-49.
[25]	Nguyễn Thị Thanh Tú (2009). <i>Đánh giá tác dụng cao dán Thiên Hương trong điều trị bệnh đau dây thần kinh tọa</i> . Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
[26]	Trần Thái Hà (2008), <i>Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp vật lý trị liệu</i> , Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[27]	Lưu Thị Hiệp (2004). Đánh giá hiệu quả phối hợp châm cứu và tập vật lý trị liệu vào điều trị đau thắt lưng do thoái hóa. <i>Tạp chí châm cứu Việt Nam</i> , 3, 30-38.
[28]	Lương Thị Dung, Trần Quốc Toán (2008). Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. <i>Tạp chí châm cứu Việt Nam</i> , 3, 19-23.
[29]	Hoàng Văn Dũng (2011). Chẩn đoán và điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng, Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. <i>Tổng hội Y Dược học - Hội thấp khớp học Việt Nam</i> , Nha Trang tháng 7/2011: tr. 56- 59

[30]	Tarasenko Lidiya (2003), <i>Nghiên cứu điều trị hội chứng Đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 - S1 bằng mãng châm</i> , Luận văn thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội.
[31]	Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012). <i>Thoái hóa khớp</i> . Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam: tr.138-151.
[32]	Trần Thị Kiều Lan (2009). <i>Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với thủy châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[33]	Lại Đoàn Hạnh (2008), <i>Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp thủy châm</i> , Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
[34]	Nguyễn Tiến Hưng (2012). <i>Đánh giá tác dụng của đại trường châm kết hợp laser châm trong điều trị đau do thoái hóa cột sống thắt lưng</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Viện Y học cổ truyền Quân Đội, Hà Nội.
[35]	Phạm Hồng Vân (2013). <i>Nghiên cứu đặc điểm sinh học huyết Thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể Thận hư</i> , Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
[36]	Trần Quốc Bình (2011). <i>Đánh giá hiệu quả của viên nang bát vị quế phụ kết hợp ôn điện châm trên bệnh nhân đau thắt lưng thể thận dương hư</i> . <i>Tạp chí y học thực hành</i> , 752(2), 88-92.
[37]	Phạm Thị Ngọc Bích (2015). <i>Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện trường châm kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”</i> , Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
[38]	Nguyễn Thu Hương (2016). <i>Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp “Cát căn thang” trên bệnh nhân đau thắt lưng cấp</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

[39]	Valal Y.P (1998), <i>Đau thắt lưng</i> , Hội thảo khoa học Pháp Việt, Hà Long, tr. 124-126.
[40]	Phạm Hồng Vân (2014). <i>Nghiên cứu đặc điểm huyết Thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư</i> . Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
[41]	Nguyễn Thị Hải Yến (2015). <i>Đánh giá tác dụng điều trị của châm cứu kết hợp với xông thuốc Y học cổ truyền trên bệnh nhân đau thắt lưng cấp</i> , Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội
[42]	Triệu Thị Thùy Linh (2015). <i>Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống</i> , Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
[43]	Trương Minh Việt (2005). <i>Nghiên cứu tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp xoa bóp bấm huyết</i> . Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
[44]	Mai Trung Dũng (2006). <i>Điều trị đau, cơ sở sinh học và bệnh học</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
[45]	Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cộng sự (2006). <i>Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam</i> , tập II, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
[46]	Bộ Y tế (2018). <i>Dược điển Việt Nam</i> , lần xuất bản thứ năm, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[47]	Nguyễn Nhược Kim chủ biên (2011). <i>Lý luận Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
[48]	Trần Văn Kỳ (2014). <i>Dược học cổ truyền</i> . Nhà xuất bản Đồng Nai.

[49]	Nguyễn Hoài Linh (2016), <i>Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
[50]	Đỗ Tất Lợi (2015). <i>Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[51]	Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2016). <i>Phương tễ học</i> , Nhà xuất bản Thuận Hóa.
[52]	Nguyễn Hoài Linh (2016), <i>Đánh giá tác dụng điều trị của bài thuốc “Quyên tý thang” kết hợp liệu pháp kinh cân trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ</i> , Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
Tiếng Anh	
[53]	Andersson GBJ (1999). Epidemiology of chronic low back pain. <i>Lancet</i> , 354, 581-585.
[54]	Adams J.G, T. McAlindon, M. Dimasi et al (1999). Contribution of meniscal extrusion and cartilage loss to joint space narrowing in osteoarthritis. <i>Clin Radiol</i> , 54 (8), 502-506.
[55]	Brinkhaus, B., Witt, C. M., Jena, S., Linde, K., Streng, A., Wagenpfeil, S., ... & Willich, S. N. (2006). Acupuncture in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. <i>Archives of internal medicine</i> , 166(4), 450-457.
[56]	JM McNeil, J Binette (2001). Prevalence of Disabilities and Associated Health Conditions Among Adults - United States, 1999. <i>CDC</i> , 50(07), 120-125.
[57]	Deyo, R. A., Gray, D. T., Kreuter, W., Mirza, S., & Martin, B. I. (2005). United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. <i>Spine</i> , 30(12), 1441-1445.

[58]	Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC (1995). Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. <i>Web of science</i> , 20(1), 11-19.
[59]	Joish, Vijay N., and Diana I. Brixner (2004). Back Pain and Productivity: Measuring Worker Productivity from an Employer's Perspective. <i>Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy</i> , 18(2), 78-85.
[60]	Stanton TR, Henschke N, Maher CG et al (2008). After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. <i>Web of science</i> .33(26),2923-2928.
[61]	Jenkins EM, Borenstein DG (1994). Exercise for low back pain patient. <i>Ballieres Clin Rheumatol</i> , 8, 191-197.
[62]	Chang CW, Lai PH, Yip CM (2009). Spontaneous regression of lumbar herniated disc. <i>J Chin Med Assoc</i> , 72, 650–653.
[63]	Tose Biller (2017). <i>Practical Neurology</i> , fifth edition, Wolters Kluwer health, Philadelphia, 232.
[64]	Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A Randomized Trial Comparing Acupuncture, Simulated Acupuncture, and Usual Care for Chronic Low Back Pain. <i>Arch Intern Med</i> . 2009;169(9):858–866
[65]	Mooney (1989), Ewaluatisy low back disorder in the primany care office, <i>The journal of musculoskeletal medicine</i> , September, pp.18- 32.
[66]	David A.Greenberg (2006). Thần kinh học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 332-339.
[67]	Robin McKenzie (2006). <i>Treat Your Own Back</i> , eighth edition, Spinal Newzeland LDT, Newzeland.

[68]	Wang Sheng xu et al (1999). Third lumbar transverse process syndrome treated by lelectroacupunture at Huatuojiayi points, <i>J Tradit Chin</i> , 19(3), 190-194.
[69]	Zhang Y, Wang S (1994), “56 cases of disturbance in small articulation of the lumbarvertebral treated by puncturing the effective points- A new system of acupuncture”, <i>J Tradi Chin Med</i> , Jun; 14(2), pp. 115 - 120.
[70]	Schmitt H, Zhao JQ, Brocai DR, Kaps HP (2001), “Acupuncture treatment of low back pain”, <i>Schmerz</i> , Feb; 15(1): 33 - 37.
[71]	Tian, W., Lv, Y., et al (2014). The high prevalence of symptomatic degenerative lumbar osteoarthritis in Chinese adults: a population-based study. <i>Spine</i> , 39(16), 1301.
Tiếng Trung	
[72]	雷庆良, 王永胜, 肖林伟, & 赵振山. (2009). 中西医结合治疗退行性腰椎管狭窄症 26 例临床疗效分析. <i>中医药导报</i> , 15(12), 40-41.
[73]	周炜, 吴德升, 赵卫东, & 祝建光. (2009). 退行性腰椎滑脱症的治疗. <i>现代中西医结合杂志</i> , 18(5), 492-493.
[74]	侯莉娟, 郝银丽, & 王拥军. (2007). 中药治疗腰椎间盘突出症机理研究进展. <i>中国中医骨伤科杂志</i> , 15(3), 71-72.
[75]	孙奇, 杨力, 王人彦, & 张玉良. (2016). 基于数据挖掘的张玉柱治疗老年退行性腰痛的用药规律研究. <i>中华中医药学刊</i> , 34(2), 277-279.

[76]	侯计文. (2014). 牵引推拿治疗退行性腰椎滑脱症 38 例临床体会. <i>按摩与康复医学</i> , 5(10), 69-70.
[77]	薛峰, & 谢国华. (2010). 腰椎动态稳定系统 Wallis 治疗腰椎退行性疾病疗效分析. <i>海南医学院学报</i> , 16(12), 1625-1627.