

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN NGUYỄN ANH KHOA**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG  
PHÁP CHƯỜM LÁ NGŨ TRẢO KẾT HỢP  
XOA BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU TRỊ THOÁI  
HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG  
THỂ PHONG HÀN THẤP**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2020**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
BỘ Y TẾ  
**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN NGUYỄN ANH KHOA**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP  
CHƯỜM LÁ NGŨ TRẢO KẾT HỢP XOA BÓP  
BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT  
SÓNG THẮT LƯNG  
THỂ PHONG HÀN THẤP**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Chuyên ngành: Y học cổ truyền**

**Mã số: 8720115**

**Người hướng dẫn khoa học: TS.BS Nguyễn Văn Dũng**

**HÀ NỘI – 2020**

## LỜI CẢM ƠN

*Với tất cả lòng kính trọng, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:*

*Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau Đại học, các Phòng Ban Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.*

*Ban Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, Phòng Kế hoạch tổng hợp – Công nghệ thông tin, các khoa phòng Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình thực hiện đề tài này.*

*Ts.Bs Nguyễn Văn Dũng – Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp và Công nghệ thông tin Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, giảng dạy và chỉ bảo em trong quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu.*

*Các thầy cô trong Hội đồng Thông qua đề cương, Hội đồng Chấm luận văn Thạc sĩ Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.*

*Các thầy cô trong Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người đã luôn dạy dỗ và dìu dắt em trong suốt thời gian học tập tại trường cũng như hoàn thành luận văn.*

*Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị em, các bạn, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.*

*Đà Nẵng, ngày 10 tháng 10 năm 2020*

**Nguyễn Nguyễn Anh Khoa**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Nguyễn Anh Khoa, học viên Cao học khoá 11 – Đà Nẵng, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam xin cam đoan:

Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Ts.Bs Nguyễn Văn Dũng.

Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

*Đà Nẵng, ngày 10 tháng 10 năm 2020*

Người viết cam đoan

**Nguyễn Nguyễn Anh Khoa**

## **CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

- CSTL : Cột sống thắt lưng
- XBBH : Xoa bóp bấm huyệt
- VAS : Visual analogue scale
- YHCT : Y học cổ truyền
- YHHĐ : Y học hiện đại

## MỤC LỤC

### LỜI CẢM ƠN

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>3</b>
1.1. Đặc điểm giải phẫu sinh lý - bệnh lý vùng thắt lưng .....	3
1.1.1. Đặc điểm giải phẫu cột sống thắt lưng.....	3
1.1.2. Cấu tạo đốt sống thắt lưng .....	3
1.1.3. Cơ - dây chằng .....	4
1.1.4. Lỗ liên đốt, sự phân bố thần kinh cột sống .....	5
1.2. Thoái hóa cột sống thắt lưng .....	6
1.3. Cơ chế gây đau thắt lưng.....	7
1.4. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của đau do thoái hoá cột sống thắt lưng.....	7
1.4.1. Triệu chứng lâm sàng.....	7
1.4.2. Cận lâm sàng (X-quang) .....	8
1.5. Điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống .....	9
1.5.1. Nguyên tắc chung.....	9
1.5.2. Điều trị nội khoa.....	9
1.5.3. Điều trị phẫu thuật.....	9
1.6. Thoái hóa cột sống thắt lưng theo quan điểm Y học cổ truyền .....	10
1.6.1 Nguyên nhân, cơ chế gây đau theo YHCT .....	10
1.6.2. Cơ chế bệnh sinh gây chứng yêu thống theo YHCT .....	11
1.6.3. Các thể lâm sàng .....	13
1.6.4. Điều trị chứng yêu thống theo YHCT.....	13
1.7. Phương pháp Chườm nóng .....	14
1.7.1. Đại cương .....	14
1.7.2. Cơ chế tác dụng của chườm nóng theo Y học hiện đại.....	14
1.7.3. Cơ chế tác dụng của chườm nóng theo Y học cổ truyền .....	15
1.7.4. Các phương pháp chườm nóng thường dùng.....	15
1.8. Tổng Quan Về Cây Ngũ trảo .....	16

1.8.1. Sơ lược về cây Ngũ trảo.....	16
1.8.2. Đặc điểm hình thái .....	17
1.8.3. Thành phần hóa học .....	17
1.8.4. Tính vị, công dụng .....	17
1.8.5. Hàm lượng tinh dầu.....	17
1.8.6. Độc tính.....	18
1.9. Phương pháp Xoa bóp bấm huyệt.....	18
1.9.1. Cơ chế tác dụng xoa bóp- bấm huyệt theo YHHĐ .....	18
1.9.2. Cơ chế tác dụng xoa bóp- bấm huyệt theo YHCT .....	19
1.10. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước .....	20
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>22</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	22
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ .....	22
2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT.....	22
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.....	22
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	23
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	23
2.2.2. Phương tiện nghiên cứu .....	23
2.2.3. Cách thức tiến hành.....	25
2.2.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu .....	27
2.3. Theo dõi nghiên cứu.....	32
2.3.1. Công cụ thu thập thông tin .....	32
2.3.2. Kỹ thuật thu thập thông tin.....	33
2.4. Xử lý số liệu .....	33
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.....	33
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>36</b>
3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu .....	36
3.1.1. Đặc điểm về tuổi .....	36
3.1.2. Đặc điểm về giới .....	37

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....	37
3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	38
3.1.5. Đặc điểm về mức độ đau theo thang điểm VAS.....	38
3.1.6 Đặc điểm về độ giãn CSTL (NP Schober).....	39
3.1.7. Đặc điểm về tầm vận động CSTL.....	40
3.1.8. Các triệu chứng theo YHCT.....	40
3.1.9. Đặc điểm phân bố ODI trước điều trị.....	41
3.2. Đánh giá kết quả nghiên cứu.....	42
3.2.1. Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS.....	42
3.2.2. Sự cải thiện độ giãn CSTL.....	43
3.2.3. Sự cải thiện tầm vận động CSTL.....	44
3.2.4. Sự cải thiện các triệu chứng YHCT.....	44
3.2.5. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo điểm ODI.....	45
3.3. Sự biến đổi một số chỉ số của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	48
3.3.1 Sự biến đổi của huyết áp động mạch (mmHg), mạch, nhịp thở.....	48
3.3.2. Sự biến đổi số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trong máu.....	48
3.4. Tác dụng không mong muốn.....	49
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>50</b>
4.1. Bàn luận về đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	50
4.1.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi.....	50
4.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới.....	51
4.1.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	51
4.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh.....	52
4.1.5. Đặc điểm triệu chứng đau theo thang điểm VAS trước điều trị.....	52
4.1.6. Đặc điểm chỉ số Schober trước điều trị.....	53
4.1.7. Đặc điểm lâm sàng tầm vận động cột sống thắt lưng trước điều trị.....	53
4.1.8. Đặc điểm triệu chứng theo Y học cổ truyền trước điều trị.....	54
4.1.9. Đặc điểm ODI trước điều trị.....	54
4.2. Bàn luận về kết quả nghiên cứu.....	55



4.2.1. Kết quả cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS.....	55
4.2.2. Sự cải thiện độ giãn cột sống và tầm vận động cột sống thắt lưng.....	56
4.2.3. Đánh giá kết quả điều trị chung theo sự cải thiện điểm ODI.....	57
4.2.4. Đánh giá kết quả điều trị chung .....	58
4.2.5. Sự cải thiện các triệu chứng YHCT .....	58
4.2.6. Đánh giá sự biến đổi của chỉ số huyết áp, mạch, nhịp thở.....	59
4.2.7. Sự biến đổi của số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu .....	59
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị. ....	60
4.4. Bàn luận về phương pháp chườm Ngũ trảo .....	60
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>62</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>63</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC 1</b>	
<b>PHỤ LỤC 2</b>	
<b>PHỤ LỤC 3</b>	
<b>PHỤ LỤC 4</b>	
<b>DANH SÁCH BỆNH NHÂN</b>	

## DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, BIỂU ĐỒ

Hình 1.1. Các đốt sống thắt lưng.....	3
Hình 1.2. Đốt sống thắt lưng.....	4
Hình 1.3 Thoái hóa cột sống .....	9
Hình 1.4. Lá Ngũ trảo .....	17
Hình 1.5 Túi chườm .....	24
Hình 1.6 Đo nhiệt độ túi chườm bằng nhiệt kế chuyên dụng .....	25
Hình 1.7 Thước đo độ đau VAS .....	28
Biểu đồ 3.1. Phân bố độ tuổi đối tượng tham gia nghiên cứu.....	36
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	38
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm VAS trước điều trị.....	39
Biểu đồ 3.4. Đặc điểm phân bố ODI trước điều trị.....	41
Biểu đồ 3.5 Kết quả cải thiện điểm VAS trung bình sau điều trị .....	43
Biểu đồ 3. 6. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo điểm ODI.....	46
Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung .....	48

## DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	36
Bảng 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	37
Bảng 3. 3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp .....	37
Bảng 3. 4. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị .....	38
Bảng 3. 5. Đặc điểm chỉ số schober trước điều trị .....	39
Bảng 3. 6. Đặc điểm tầm vận động cột sống thắt lưng .....	40
Bảng 3. 7. Đặc điểm triệu chứng YHCT.....	40
Bảng 3.8. Đặc điểm số lượng hoạt động được sử dụng trong đánh giá điểm ODI...41	
Bảng 3. 9. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu theo mức độ trong thang điểm ODI.....	41
Bảng 3. 10. Sự cải thiện mức độ đau sau 10 ngày điều trị (D <sub>10</sub> ).....	42
Bảng 3. 11. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 10 ngày điều trị (D <sub>10</sub> ).....	43
Bảng 3. 12. Cải thiện tầm vận động CSTL sau 10 ngày điều trị (D <sub>10</sub> ) .....	44
Bảng 3. 13. Cải thiện các triệu chứng YHCT .....	44
Bảng 3. 14. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo điểm ODI.....	45
Bảng 3. 15. Đánh giá kết quả điều trị theo mức độ điểm ODI (%) .....	46
Bảng 3. 16. Kết quả điều trị chung.....	47
Bảng 3. 17. Sự biến đổi của huyết áp động mạch (mmHg), mạch, nhịp thở sau 10 ngày điều trị (D <sub>10</sub> ) .....	48
Bảng 3. 18. Sự biến đổi của số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu sau 10 ngày điều trị (D <sub>10</sub> ) .....	49
Bảng 3. 19. Tác dụng không mong muốn của phương pháp trên lâm sàng.....	49

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là một triệu chứng bệnh rất phổ biến. Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan tỉ lệ đau thắt lưng hằng năm ước tính 5% dân số và 50% người bệnh ở trong độ tuổi lao động [16]. Đau thắt lưng gặp trong rất nhiều bệnh, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. Trong đó, thoái hóa cột sống thắt lưng là nguyên nhân quan trọng và hay gặp. Theo Nguyễn Xuân Nghiên, số bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống vào điều trị tại các khoa khớp, khoa vật lý trị liệu chiếm khoảng 50% so với các bệnh khác [17]. Đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng đến khả năng lao động, chất lượng công việc, kinh tế của người bệnh do người bệnh không đảm bảo được công việc, phải nghỉ việc, phải chi trả cho việc khám và điều trị bệnh.

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp để điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống mang lại hiệu quả. Trong đó điều trị nội khoa và phục hồi chức năng được áp dụng nhiều và rộng rãi. Điều trị nội khoa chủ yếu sử dụng các nhóm thuốc chống viêm giảm đau, thuốc giãn cơ; các phương pháp phục hồi chức năng hay dùng như chiếu tia hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm, kéo giãn cột sống thắt lưng [16]. Các thuốc chống viêm, giảm đau tuy cải thiện triệu chứng nhanh nhưng có thể gây tác dụng phụ đôi khi rất nặng (viêm loét tá tràng, rối loạn tiêu hóa, hội chứng Cushing, xuất huyết tiêu hóa, dị ứng...). Các phương pháp phục hồi chức năng cũng đem lại hiệu quả tốt nhưng chỉ có ít cơ sở phục hồi chức năng có đầy đủ máy móc do kinh phí đầu tư trang thiết bị lớn. Do đó gây khó khăn cho người bệnh, đặc biệt những người bệnh ở xa trong việc tiếp cận điều trị.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau thắt lưng thuộc phạm vi "chứng tý", có bệnh danh là "Yêu thống". Từ xa xưa, y học cổ truyền đã có nhiều phương pháp để điều trị chứng bệnh này như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, uống thuốc, chườm thuốc hay xông bằng thảo dược,... [14]. Trong các phương pháp điều trị trên, chườm thuốc là một phương pháp dễ áp dụng, nguyên liệu thường dễ kiếm, có hiệu quả tốt và ít tác dụng không mong muốn. Chườm thuốc đã được mô tả trong các tác phẩm Đông y kinh điển, như trong *Nội Kinh Tố Vấn - Điều kinh luận* [48] có viết:

“Bệnh trong xương thì hơi nóng kim châm hoặc dùng thuốc sao nóng chườm vào”; *Linh Khu - Thọ yếu cương nhu* [49] cũng có viết bài thuốc đem sao nóng để chườm trên da chữa chứng hàn tý (đau khớp do lạnh). Chườm thuốc là phương pháp chữa bệnh chủ yếu sử dụng tính ôn nhiệt và tinh dầu trong thảo dược để trị liệu. Các thảo dược dùng để chườm thường có tác dụng ôn dương khí, khu hàn tà, thông kinh mạch, điều khí huyết. Một trong những loại thảo dược hay được dùng trong phương pháp chườm thuốc chính là vị thuốc Ngũ trảo. Các nghiên cứu cho thấy lá Ngũ trảo có nhiều tác dụng dược lý như kháng khuẩn, chống nấm, chống oxy hóa, chống dị ứng, trong đó nổi bật là tác dụng chống viêm, giảm đau [27]. Người dân vùng Quảng Nam – Đà Nẵng thường lấy lá Ngũ trảo giã nát, cho vào túi vải sau đó hấp lên cho nóng rồi chườm hay đắp vào vùng đau [54].

Tuy là một trong những phương pháp đơn giản, mang lại hiệu quả điều trị tốt, nhưng đến hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá, làm sáng tỏ tác dụng của phương pháp chườm lá Ngũ trảo kết hợp Xoa bóp bấm huyết trong điều trị bệnh đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá tác dụng của phương pháp chườm lá Ngũ trảo kết hợp Xoa bóp bấm huyết điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng thể phong hàn thấp”** với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng của phương pháp chườm lá Ngũ trảo kết hợp Xoa bóp bấm huyết điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng thể phong hàn thấp.
2. Theo dõi một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị trên lâm sàng.

## Chương 1

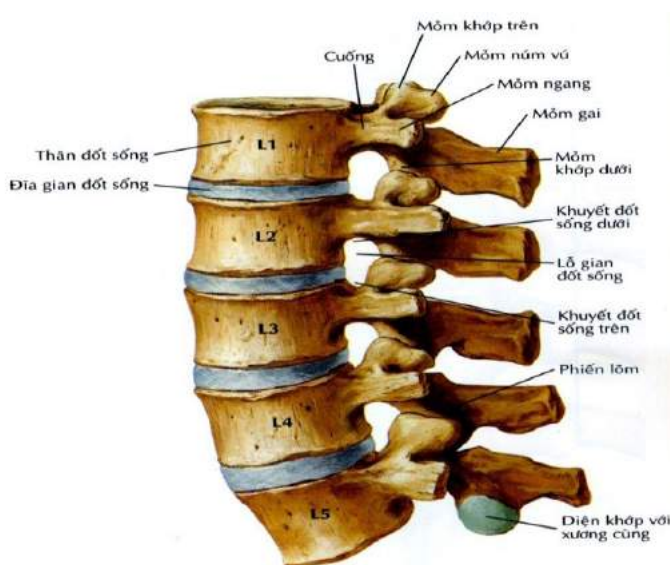
### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. Đặc điểm giải phẫu sinh lý - bệnh lý vùng thắt lưng

##### 1.1.1. Đặc điểm giải phẫu cột sống thắt lưng

- Đoạn thắt lưng gồm 5 đốt sống, 4 đĩa đệm và 2 đĩa đệm chuyển đoạn đây là nơi chịu tải 80% trọng lượng cơ thể, và có tầm hoạt động rộng theo mọi hướng. Để bảo đảm chức năng nâng đỡ, giữ cho cơ thể ở tư thế đứng thẳng, cột sống thắt lưng hơi cong về phía trước với các góc:

- + Góc cùng: tạo bởi đường thẳng ngang và đường thẳng chạy qua mặt trên: 30 độ.
- + Góc thắt lưng cùng: tạo bởi trục L5 và S1: 140 độ
- + Góc nghiêng xương chậu: tạo bởi đường thẳng ngang với đường thẳng nối giữa ụ nhô với bờ trên xương mu [2].



Hình 1.1. Các đốt sống thắt lưng

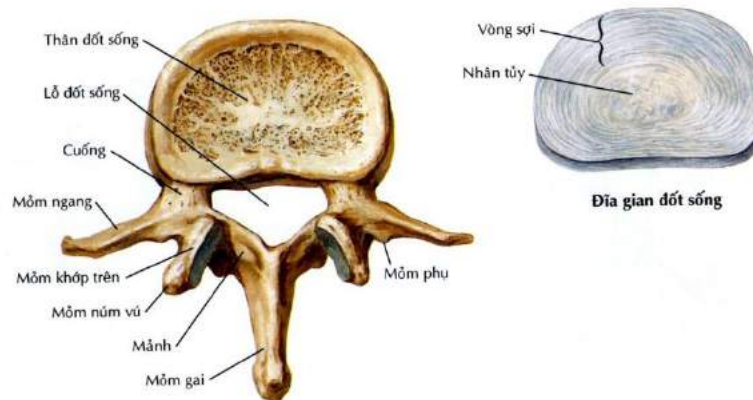
##### 1.1.2. Cấu tạo đốt sống thắt lưng

Cấu tạo bởi hai phần chính bao gồm thân đốt ở phía trước và cung đốt ở phía sau.

- Thân đốt: là phần lớn nhất của đốt sống, có hình trụ dẹt. Chiều ngang lớn hơn chiều trước sau và chiều cao. Mặt trên và mặt dưới là mâm sụn.
- Cung đốt sống: có hình móng ngựa, liên quan hai bên là mỏm khớp liên

cuống, mỏm khớp chia cung sổng thành hai phần: phía trước là cuống sổng, phía sau là lá cung, gai sau gắn vào cung sổng ở đường giữa sau, hai mỏm ngang ở hai bên gắn vào cung sổng ở gần mỏm khớp, giữa thân đốt sổng với cung sổng là ống tủy. Riêng L5 thân đốt ở phía trước cao hơn ở phía sau để tạo độ uốn thắt lưng.

- Mỏm ngang: có hai mỏm ngang chạy từ cung đốt sổng ra ngoài.
- Gai sổng: có một gai dính vào cung đốt sổng.
- Lỗ đốt sổng nằm ở giữa, thân đốt sổng nằm ở trước và cung đốt sổng nằm ở sau tạo nên ống sổng trong đó có tủy sổng.



Hình 1.2. Đốt sổng thắt lưng

### 1.1.3. Cơ - dây chằng

Cơ vận động cột sổng: gồm hai nhóm chính là nhóm cơ cạnh cột sổng và nhóm cơ thành bụng.

Nhóm cơ cạnh cột sổng: chạy từ cổ đến xương cùng, có đặc điểm càng nằm sâu thì càng ngắn, nhóm cơ này gồm có cơ cùng thắt lưng (cơ chậu sườn), cơ lưng dài và cơ ngang gai, ba cơ này hợp thành khối cơ chung nằm ở rãnh sổng cùng và rãnh thắt lưng. Tác dụng làm duỗi cột sổng, đồng thời có thể phối hợp với nghiêng, xoay cột sổng.

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 sổng, 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.

**Dây chằng cột sống:** Các dây chằng giúp cho cột sống vững vàng đồng thời hạn chế những vận động quá mức của cột sống. Dây chằng dọc trước và dây chằng dọc sau là hai dây chằng dài nhất, đều bắt đầu từ xương chẩm chạy tới xương cùng.

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

- Dây chằng dọc sau, phủ mặt sau các thân đốt, bám vào đĩa đệm, không bám vào mặt sau thân đốt, bám vào thân đĩa đệm nhưng không phủ kín phần sau bên của phần tự do.

- Dây chằng vàng dây và khỏe phủ mặt sau của ống sống.

- Các dây chằng liên gai, dây chằng liên mỏm gai, dây chằng trên gai nối các gai sống với nhau. Ngoài những dây chằng, 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 L4, L5 và bám vào tận mào 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.

#### ***1.1.4. Lỗ liên đốt, sự phân bố thần kinh cột sống***

**Lỗ liên đốt sống:** Rễ thần kinh thoát ra khỏi ống sống qua lỗ liên đốt, lỗ này được giới hạn ở phía trước là bờ sau bên của đĩa đệm, ở phía trên và phía dưới là cuống sống của hai đốt kế cận nhau, ở phía sau là mỏm khớp là khớp liên cuống, phủ phía trước khớp liên cuống là bao khớp và phần bên của dây chằng vàng.

**Phân bố thần kinh cột sống:** Từ phía trong rễ thần kinh xuyên qua 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, cho cơ vùng lưng cùng bao khớp và diện ngoài của khớp liên cuống.

- Nhánh màng tủy: đi từ hạch giao cảm, chui qua lỗ liên đốt vào ống sống, chi phối cho các thành phần bên trong bao gồm khớp liên cuống, dây chằng dọc sau, bao tủy. Do có sự liên quan về giải phẫu nên bất cứ sự thay đổi nào của những thành phần liên quan ở lỗ liên đốt cũng sẽ kích thích rễ thần kinh gây ra đau đớn.



## 1.2. Thoái hóa cột sống thắt lưng

Thoái hóa cột sống, hay còn gọi là hư xương sụn đốt sống (osteo-chondrosis). Hư xương sụn đốt sống bao gồm cả thoái hóa đĩa đệm và thoái hóa đốt sống [2].

Thoái hóa đĩa đệm: Quá trình thoái hóa đĩa đệm diễn biến theo 5 giai đoạn:

- Vòng sợi ở phía sau bị yếu, lồi ra phía sau ở một điểm do nhân nhầy ấn lõm vào, quá trình này có sự rách đồng tâm trong vòng sợi, tuy nhiên đĩa đệm vẫn còn giữ được chức năng sinh-cơ học và chưa có biểu hiện lâm sàng.

- Có sự rách các sợi Collagen của vòng sợi ở khu vực bờ viền giữa nhân nhầy và bản sụn và lần tới dần dần hướng ra phía ngoài, áp lực nội đĩa đệm giảm làm cho các đốt sống tiến gần nhau hơn. Có thể gặp trường hợp đau thắt lưng cấp khi có tác động cơ học gây chuyển dịch khối lượng đĩa đệm.

- Vòng sợi bị rách cả ở phần ngoại vi của đĩa đệm, đường rách ở một số điểm đã đi hết cả chiều dày vòng sợi. Giới hạn giữa nhân nhầy và lớp trong của vòng sợi biến dạng, lồi lõm, có sự xâm nhập của các tổ chức liên kết, dẫn tới hình thành các tổ chức sợi hạt đĩa đệm. Trên lâm sàng thường gặp đau thắt lưng cấp nếu rễ thần kinh bị kích thích hoặc bị chèn ép do lồi, thoát vị đĩa đệm kèm theo, có thể bị đau thắt lưng hông.

- Lớp ngoài và lớp trong của vòng sợi đều bị biến dạng lồi lõm, chiều dày của vòng sợi bị giảm mỏng ở vài chỗ. Có rách vòng sợi ở nhiều phía, trên lâm sàng biểu hiện đau thắt lưng mạn tính xen lẫn các đợt đau cấp tính.

- Lớp ngoài và lớp trong của vòng sợi biến dạng thành hình đa giác, chiều dày vòng sợi bị phá vỡ, rách nặng ở nhiều phía, vòng sợi rất mỏng ở toàn bộ chu vi. Trên lâm sàng biểu hiện đau thắt lưng mạn hay tái phát.

Thoái hóa đốt sống: Hậu quả tiếp sau thoái hóa đĩa đệm là các sợi đàn hồi của vòng sợi giảm và được thay thế bởi các tổ chức xơ, dẫn tới sự giảm linh động giữa hai đốt sống. Áp lực nội đĩa đệm giảm, các đốt sống gần nhau hơn, khả năng chống rung sóc giảm, bao sợi và các dây chằng của nó trở nên chùng lỏng. Chỗ dây chằng bám vào màng xương đốt sống bị yếu và dễ dàng bị bong khỏi điểm bám do bất kỳ một lực nào tác động hoặc do khối lượng đĩa đệm mất tính đàn hồi đẩy ra.

Các chất thoát ra ngoài tiếp tục làm giảm số lượng mô đĩa đệm, các đốt sống tiến lại gần nhau hơn, các dây chằng căng trung ương lỏng lẻo càng dễ bóc tách tạo ra một vòng bệnh lý luẩn quẩn, các chất bị bong trở thành dị vật và gây nên phản ứng kích thích, có thể gây nên xơ hóa kéo theo canxi hóa dẫn tới viêm khớp thoái hóa, viêm khớp, phì đại.

### **1.3. Cơ chế gây đau thắt lưng**

Đau thắt lưng là triệu chứng của nhiều bệnh, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. Tuy nhiên có 3 cơ chế gây đau thắt lưng sau [1], [2], [9].

- Cơ chế hoá học: Theo cơ chế này đau thắt lưng là sự kích thích các đầu mút thần kinh của các cấu trúc nhạy cảm như dây chằng dọc sau, màng tuỷ, bao khớp liên cuống, rễ thần kinh... Chất kích thích được giải phóng ra từ những tế bào viêm hoặc những tế bào của tổ chức tổn thương. Các chất kích thích hoá học bao gồm: Hydrogen hoặc các enzym. Những chất này kích thích trực tiếp các đầu mút thần kinh của các cấu trúc nhạy cảm gây nên triệu chứng đau, nóng với tính chất vị trí và 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 2 cách: Giảm các chất kích thích hoá học (vai trò của các thuốc chống viêm) và giảm tính nhạy cảm của các receptor của các cấu trúc nhạy cảm (tác dụng của phóng bế rễ thần kinh).

- Cơ chế cơ học: Cơ chế này được nói đến nhiều và cũng 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 cuống và các tổ chức phần mềm xung quanh cột sống. Kích thích cơ học là sự kéo căng tổ chức liên kết, không có sự tham gia của các chất hoá học trung gian.

- Cơ chế phản xạ đốt đoạn: Có một sự liên quan về giải phẫu giữa thần kinh cảm giác nội tạng với thần kinh tuỷ sống. Khi một nội tạng ở trong ổ bụng bị tổn thương thì không những gây đau ở tạng mà còn có thể lan tới vùng cột sống có cùng khoanh tuỷ chi phối.

### **1.4. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của đau do thoái hoá cột sống thắt lưng**

#### **1.4.1. Triệu chứng lâm sàng**

Bệnh nhân có hội chứng cột sống gồm:

- Đau:

+ Khởi phát từ từ, đau mạn tính tái phát nhiều lần, lần sau đau tăng lên kéo dài mà không thấy biểu hiện thoái lui.

+ Đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi.

+ Đau nửa đêm về sáng, thay đổi thời tiết đau tăng là đau của thoái hóa.

+ Đau cả ngày lẫn đêm mà các biện pháp giảm đau thông thường không có tác dụng là đau của nhiều bệnh kết hợp [22], [24].

- Các dấu hiệu thực thể của hội chứng cột sống:

+ Các biến dạng cột sống: Bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng, nhìn vùng thắt lưng theo hướng nghiêng, có thể đánh giá độ ưỡn, gù, vẹo của cột sống.

+ Điểm đau cột sống: Ấn hoặc gõ trên các mấu gai đốt sống bệnh nhân phát hiện được điểm đau. Trường hợp tổn thương rễ thần kinh thường có điểm đau ở cột sống tương ứng.

+ Điểm đau cạnh sống (cách đường liên mấu gai khoảng 2cm).

+ Co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng: Quan sát bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng hoặc nghiêng, thấy rõ cơ bên nào bị co cứng sẽ nổi vồng lên. Khi sờ nắn, ấn tay thấy khối cơ căng, chắc.

+ Tầm hoạt động của CSTL: Yêu cầu bệnh nhân cúi ngửa nghiêng phải, nghiêng trái, xoay và quan sát thấy tầm hoạt động bị hạn chế.

+ Đo độ giãn cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schober), ở tuổi vị thành niên bình thường khoảng cách này giãn thêm khoảng 4-5 cm, chỉ số Schober bình thường từ 14/10 cm đến 15/10 cm [2].

+ Độ ưỡn cột sống: Bình thường góc nghiêng, góc xoay, góc ngửa khoảng  $30^{\circ}$ . Nếu góc độ nhỏ hơn  $10^{\circ}$  là bệnh lý [2].

#### **1.4.2. Cận lâm sàng (X-quang)**

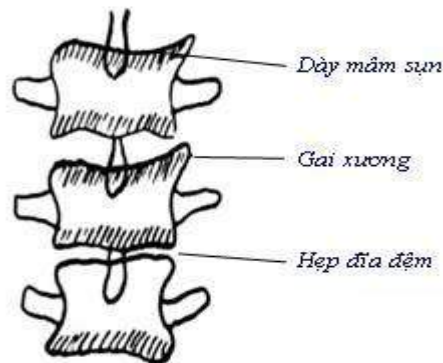
Có 3 dấu hiệu cơ bản

- Hẹp khe khớp: hẹp không đồng đều, bờ không đều, biểu hiện bằng chiều cao của đĩa đệm giảm, hẹp nhưng không dính khớp.

- Đặc xương: mâm sụn có hình đặc xương.

- Gai xương (ostéophyte): ở rìa ngoài của thân đốt, gai xương có thể tạo

thành những cầu xương, khớp tân tạo. Đặc biệt những gai xương ở gần lỗ gian đốt sống dễ chèn ép vào rễ thần kinh.



Hình 1.3 Thoái hóa cột sống

## 1.5. Điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống

### 1.5.1. Nguyên tắc chung

- Nằm nghỉ ngơi khi đau nhiều.
- Dùng thuốc giảm đau [40], [43].
- Dùng thuốc giãn cơ khi có co cơ [37].
- Kết hợp điều trị vật lý trị liệu, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt [10], [42].
- Sử dụng một số biện pháp khi cần: phong bế ngoài màng cứng, phong bế hóc xương cùng, tiêm vào đĩa đệm...
- Điều trị nguyên nhân.
- Phẫu thuật một số trường hợp nếu có chỉ định.

### 1.5.2. Điều trị nội khoa

- Thuốc chống viêm giảm đau [39].
- Thuốc giãn cơ, an thần [37].
- Vitamin nhóm B (B1, B6, B12) liều cao có tác dụng giảm đau, chống viêm, chống thoái hóa thần kinh.

### 1.5.3. Điều trị phẫu thuật

Được chỉ định trong các trường hợp:

- Một số trường hợp có kèm thoát vị đĩa đệm độ 3- 4.
- Các bệnh gây di lệch chèn ép vào tủy, đám rối đuôi ngựa (lao, viêm mủ, u, chấn thương...).

- Phẫu thuật làm cứng, cố định cột sống khi có nguy cơ lún đốt sống, gù vẹo nhiều... [22].

### **1.6. Thoái hóa cột sống thắt lưng theo quan điểm Y học cổ truyền (YHCT)**

Y học cổ truyền không có bệnh danh thoái hóa cột sống thắt lưng, thoái hóa CSTL được mô tả trong phạm vi các chứng “Yêu thống” của YHCT. “Yêu thống” là từ dùng để chỉ chứng trạng đau nhức, tê bì, hạn chế vận động vùng cột sống thắt lưng cũng như những ảnh hưởng tới hoạt động và cảm giác của chi dưới trong một số bệnh lý. Nguyên nhân đa phần do thận hư bất túc, cảm nhiễm ngoại tà dẫn tới khí huyết kinh mạch trở ngại không thông gây nên đau. YHCT cho rằng: thắt lưng là phủ của thận, thận chủ tiên thiên có năng lực làm cho cơ thể cường tráng. Thận chủ cốt tủy nên khi thận khí không đầy đủ sẽ dẫn tới đau xương khớp, đau lưng, mỏi gối.. Căn cứ vào biểu hiện lâm sàng, chứng yêu thống có thể tương ứng với các bệnh đau lưng cấp tính, thoát vị đĩa đệm, viêm tuỷ sống, loãng xương, viêm dây thần kinh hông to ...trong YHHĐ.

#### **1.6.1 Nguyên nhân, cơ chế gây đau theo YHCT**

- Bất thông tắc thống: Tổ vấn trong Cử thống luận cho rằng hàn khí xâm nhập vào kinh mạch làm trở trệ mà không hành, nếu tập trung ở ngoài mạch tất huyết thiếu, nếu tập trung trong mạch tất khí không thông, như vậy sẽ dẫn tới đau. Hoặc nhiệt khí đình tụ ở tiểu trường, tiểu đại trường đau, phiền nhiệt háo khát, tất phân táo khô khó đi, như thế gọi là đau do bế bất thông. Khi có sự đấu tranh giữa thực tà và khí huyết, tạng phủ kinh lạc mất đi sự điều hoà, khí huyết vận hành không thông đạt, bất thông tất thống. Do bệnh tà dẫn tới bất thông không giống nhau, do đó cơ chế bệnh sinh cũng vì thế mà có sự khác biệt. [56], [59]

- Khí cơ trở trệ: khí cơ xuất nhập thăng giáng do phế, thăng phát sơ tiết do can, tỳ vị là nơi đảm nhiệm thăng giáng khí cơ. Ba cơ quan này có mối quan hệ mật thiết trong việc dẫn tới đau do khí trệ.

- Can uất khí trệ: Can là tạng thể âm mà dụng dương, tính thích nhu mà ghét cương, do đó can khí thái quá hay bất cập đều có thể dẫn tới đau do uất trệ.

- Phế khí uất bế: Phế trào bách mạch mà từ đó tuyên phát túc giáng, trong thăng hàm tuyên, trong giáng hàm liễm, duy trì hoạt động hô hấp, bảo đảm sự thông

đạt khí huyết. Các nguyên nhân làm phế mất tuyên túc, khí cơ bế uất dẫn tới đau ngực, đau mõi toàn thân.

- Tỳ vị khí trệ: Tỳ chủ thăng, vị chủ giáng. Tỳ vị mất đi thăng giáng, khí huyết vận hành trở trệ dẫn tới phúc thống,...

- Huyết ứ trở lạc: Có nhiều nguyên nhân dẫn tới huyết ứ trở lạc như lục dâm, thất tình, ngoại thương, chính suy,... các nhân tố này làm cho huyết ứ trệ trong kinh mạch, huyết trệ không hành, bất thông tất thống.

- Kinh mạch ngưng trệ: Chủ yếu do hàn tà gây nên.

- Kinh mạch bị chùng đốt: Chủ yếu do đàm, nhiệt, thấp gây nên

- Bất vinh tắc thông: âm dương khí huyết khuỵ tổn, tạng phủ kinh lạc thất dưỡng, không được nhu nhuận sung đạt mà dẫn đến đau.

- Khí huyết hư nhược: thường gặp ở người già sức yếu, mệt mỏi quá độ hoặc bệnh nặng bệnh lâu ngày, khí huyết tổn hao, hoặc suy nghĩ quá độ, tổn thương tâm tỳ, hoặc ăn uống không tiết chế, tổn thương tỳ vị, khí huyết hóa sinh bất túc, dẫn đến khí hư làm thanh dương không thể sung đạt thượng thăng, hoặc không thể dẫn huyết để nhu dưỡng, huyết hư tắc không thể nhu dưỡng tạng phủ, mạch lạc mà phát sinh đau.

- Tân dịch bất túc: phần nhiều do ra mồ hôi, nôn nhiều, tiết tả mà thương tân, hoặc dương tà làm hao tổn âm dịch, hoặc thất tình hỏa hỏa đốt cháy tân, dẫn đến âm dịch bất túc, không thể nhu dưỡng tạng phủ mạch lạc mà gây ra đau.

- Tinh huyết khuỵ hư: do tố chất hư nhược, can thận đã hư, phòng dục bất tiết, nhiều lần sinh đẻ mà cập hại đến tinh huyết. Cân cốt, kinh mạch mất đi nhu dưỡng mà dẫn đến đau.

- Dương khí hư nhược: đa phần do tố chất dương hư, bệnh lâu ngày hoặc bệnh làm tổn thương dương, hoặc hãn tiết thương dương, dẫn đến dương khí bất túc, tạng phủ mạch lạc mất đi ôn dưỡng, hoặc thanh dương không phấn chấn khó sung đạt tạng phủ mạch lạc mà dẫn đến đau. [56], [59]

### ***1.6.2. Cơ chế bệnh sinh gây chứng yêu thống theo YHCT***

Các nhân tố nguyên phát: [14], [53]

- Cảm nhiễm ngoại tà: phong, hàn, thấp, nhiệt là những nhân tố cơ bản dẫn

tới yêu thống. Lao động ra mồ hôi nhiều hoặc lao động ở những nơi ẩm thấp, nhiễm lạnh hoặc ngâm nước mưa hoặc do nhiễm gió lạnh đều có thể nhiễm hàn tà, thấp tà. Hàn thấp xâm nhập, kinh mạch vận hành trở trệ, khí trệ huyết ứ mà dẫn tới yêu thống.

- Bất nội ngoại nhân: lao lực quá độ, chấn thương, vận động cột sống sai tư thế gây tổn thương cơ, đốt sống, kinh mạch đều làm cho kinh mạch vận hành trở trệ, khí trệ huyết ứ mà dẫn tới yêu thống.

- Thận hư tinh tổn: tiên thiên bất túc, hoặc bệnh tật lâu ngày làm thận hư tổn, hoặc do tuổi cao tinh huyết hư hao, hoặc do phòng dục quá độ... đều dẫn tới thận hư tinh tổn, không thể nhu dưỡng kinh mạch, cốt tủy mà dẫn tới yêu thống [31].

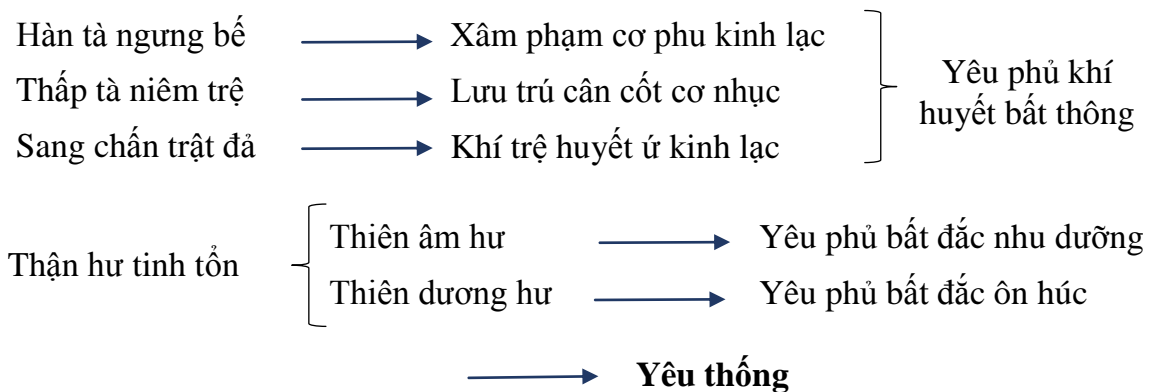
Các nhân tố thứ phát:

- Uất nộ thương can, can thận đồng nguyên; ưu tư suy nghĩ thương tỳ, tắt vị khí không hành, ngũ tạng đều nhận khí từ thủy cốc, tỳ là hậu thiên chi bản, thận là tiên thiên chi bản.

- Can thận đồng nguyên, thận hư tinh tổn làm cho can huyết suy yếu không nuôi dưỡng được cân cốt gây đau nhức cột sống, vận động khó khăn. Do đó, khi can tỳ bị bệnh cũng rất dễ ảnh hưởng đến thận mà dẫn đến yêu thống.

- Các yếu tố thuận lợi: Ngoại cảm phong hàn, hàn, thấp, nhiệt cho tới trật đả ngoại thương, lao lực thất tình đều có thể dựa trên cơ sở thận hư mà phát sinh bệnh hoặc làm cho bệnh nặng thêm.

Sơ đồ nguyên nhân cơ chế bệnh sinh gây chứng yêu thống theo YHCT



### **1.6.3. Các thể lâm sàng**

- Phong hàn thấp: Đau lưng phần nhiều kèm chứng xương cùn và chi dưới đau nhức, gặp ẩm thì dễ chịu, cơn đau lúc nặng lúc nhẹ, gặp giá lạnh hoặc âm u mưa gió và gặp mùa thu đông thì bệnh tăng, phát bệnh nhanh gấp hoặc từ từ, vùng thắt lưng hoạt động xoay chuyển hạn chế. Tính chất đau phần nhiều đau đơn thuần hoặc âm ỉ và thường có cảm giác cứng rần. Nếu thiên hàn thì bộ vị đau nhức phần nhiều cố định không di chuyển, mức độ đau khá nặng thậm chí không xoay chuyển cúi ngửa được, mạch trầm mà có lực. Nếu thiên thấp tà thì đau nhức không nặng lắm nhưng có cảm giác ê mỗi nặng nề, gặp thời tiết âm u, mưa lạnh ẩm ướt thì đau tăng, mạch hoãn [51], [60].

- Thể thấp nhiệt: Đau vùng lưng, nơi đau có cảm giác nóng nhức, tiểu tiện đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch nhu sắc.

- Thể huyết ứ nội đình: Đau lưng cố định, nhẹ thì cúi ngửa khó, nặng thì đau tăng khi vận động, ấn đau cự án, bệnh nhân có tiền sử chấn thương, chất lưỡi tối sạm, hoặc có điểm ứ huyết, mạch tế sáp.

- Thể thận hư: Đau mỏi lưng, đầu gối mỏi vô lực, lao động thì đau tăng, nghỉ ngơi thì giảm đau. Thiên về dương hư thì bụng dưới co cứng, mặt nhợt, chân tay lạnh, chất lưỡi nhạt, mạch trầm tế. Thiên về âm hư thì tâm phiền mất ngủ, miệng ráo, họng khô, sắc mặt hồng, lòng bàn chân bàn tay ấm, chất lưỡi đỏ, mạch tế sáp. [14], [46], [53]

### **1.6.4. Điều trị chứng yêu thống theo YHCT**

Nhìn chung việc điều trị được chia làm 2 phương pháp chính: dùng thuốc và không dùng thuốc.

- Phương pháp dùng thuốc: Trong YHCT, mỗi thể bệnh có một pháp điều trị đặc thù với một hay nhiều bài thuốc cho mỗi thể bệnh. Thuốc có thể dùng dưới dạng thuốc uống hay thuốc dùng ngoài.

- Phương pháp không dùng thuốc: Chườm thuốc, châm cứu, xoa bóp bấm huyết, giác hơi, xông thuốc, cấy chỉ...[20], [50]. Theo quan điểm của YHCT “Bất thông tắc thống” tức là tà khí xâm phạm vào kinh lạc khiến khí huyết tắc trở mà gây đau, xoa bóp bấm huyết có tác dụng làm thông kinh hoạt lạc làm khí huyết lưu



thông thì hết đau “Thông tắc bất thống”. [14], [53].

## **1.7. Phương pháp Chườm nóng ( Phương pháp nhiệt trị liệu)**

### **1.7.1. Đại cương**

Phương pháp chườm nóng là dùng vật dụng hoặc dược liệu nóng ấm chườm trực tiếp hoặc gián tiếp lên các vùng da để trị liệu bệnh tật. Phương pháp này có được mô tả trong các tác phẩm Đông y kinh điển, như: *Nội Kinh Tố Vấn - Điều kinh luận* [48] có chép: “Bệnh trong xương thì hơi nóng kim châm hoặc dùng thuốc sao nóng chườm vào”. Chu Đan Khê viết [61]: “ Phát biểu bất viễn nhiệt, đại phạm khí đắc nhiệt tất tán, lãnh tất liễm, bất khả bất chi” Các tác phẩm y học nổi tiếng như: *Trừu hậu phương*, *Thiên kim phương*, *Gia hựu bản thảo*, *Bản thảo cương mục*, ... đều có viết về phương pháp chườm nóng bằng thuốc.

Năm 2011, Huang Feng nghiên cứu tác dụng điều trị của phương pháp đắp chườm thuốc kết hợp điện châm trong điều trị đau lưng. Kết quả nghiên cứu, mức độ giảm đau hoàn toàn ở nhóm nghiên cứu chiếm 60% cao hơn so với nhóm đối chứng là 46,7% [50].

#### **- Tác dụng và phạm vi ứng dụng**

Phép chườm nóng thích ứng với các chứng bệnh có hàn tà bên ngoài xâm nhập vào kinh lạc tạng phủ, hoặc bẩm tạng dương hư, khí huyết không điều hòa dẫn đến các chứng bệnh khác, như phong hàn thấp tý (đau khớp dạng thấp), đau dạ dày, đau bụng do lạnh, ngực bụng đầy trướng, đại tiểu tiện không thông, hoắc loạn ầu thổ, trung hà bĩ khối (trong bụng có khối tích hòn cục).

Như vậy, có thể nói chườm nóng là phương pháp chữa bệnh có lịch sử lâu đời và phạm vi ứng dụng rộng rãi. [57].

### **1.7.2. Cơ chế tác dụng của chườm nóng theo Y học hiện đại (YHHĐ)**

- Làm tăng tuần hoàn ngoại vi tại chỗ giúp tăng hấp thu các chất dinh dưỡng, muối khoáng, thuốc... làm cho quá trình liền vết thương nhanh.

- Tác dụng làm giãn cơ, giúp cơ, dây chằng đang co cứng giãn ra; giảm kích thích thần kinh dẫn đến giảm đau.

- Tác dụng làm tăng chuyển hóa tế bào: Mức độ cao làm kích thích, tăng cường sự hoạt động của tế bào, kích thích sự tăng trưởng và phục hồi của các tổ

chức bị tổn thương. [15]

### **1.7.3. Cơ chế tác dụng của chườm nóng theo Y học cổ truyền (YHCT)**

Bệnh tật sinh ra do nguyên nhân bên ngoài (ngoại nhân – tà khí) xâm phạm vào cơ thể, kinh mạch hoặc nguyên nhân bên trong (nội nhân – chính khí hư) đưa đến sự bế tắc vận hành kinh khí trong đường kinh. Thực chất của phương pháp chườm nóng chính là mượn khí ấm nóng và tinh dầu trong thảo dược để trị liệu, giúp làm ôn dương khí, khu hàn tà, thông kinh mạch, điều khí huyết, cân bằng lại âm dương trong cơ thể để điều trị bệnh [58].

### **1.7.4. Các phương pháp chườm nóng thường dùng**

Theo phương thức lấy nhiệt, có thể phân làm 2 loại: chườm trực tiếp và chườm gián tiếp. Theo nguyên liệu để chườm, phân ra: chườm tro, chườm gừng, chườm rượu, chườm muối, chườm thuốc (một vị hay nhiều vị thuốc)... [58]

#### **1.7.4.1. Phân theo cách lấy nhiệt**

- Chườm trực tiếp và chườm gián tiếp.

+ Chườm trực tiếp: Đơn giản là cách tiếp xúc trực tiếp với da thịt, dùng các nguyên liệu đã chuẩn bị sau khi được hơi nóng, hay sao nóng để chườm lên da thịt. Nguyên liệu ở đây rất đa dạng có thể là các dược liệu hoặc là các đồ vật bình thường như một viên gạch, viên đá nung nóng hoặc một dụng cụ thủy tinh làm nóng bằng cách đổ nước sôi.

+ Khác với cách chườm trực tiếp thì chườm gián tiếp sẽ áp nguyên liệu nóng lên chỗ đau nhưng cách bởi 1 lớp vải, hay 1 lớp dược liệu. Thông thường người ta sẽ sử dụng dược liệu vì sẽ tận dụng được hơi nóng giúp dược liệu dễ ngấm vào da hơn để chữa bệnh.

#### **1.7.4.2. Phân loại theo nguyên liệu chườm**

- *Chườm thuốc*: Lấy các bài thuốc chữa các loại bệnh tật rồi làm nóng, đắp lên chỗ bị bệnh, mượn sức nóng khiến cho thuốc dễ ngấm vào da thịt để phát huy tác dụng chữa bệnh.

- *Chườm tro*: Lấy tro nóng trong lòng bếp củi, cho vào túi vải chườm những chỗ đau, có công năng ôn trung tán hàn, chủ trị các chứng đau ngực bụng (tâm phúc thống). Dân gian ứng dụng rất phổ biến phương pháp này.

- *Chườm gừng*: Gừng sống có tác dụng ôn trung tán hàn, dùng nó giã nát xào nóng chườm lên ngực bụng có tác dụng khai thông cách mạc, thông khí lồng ngực. Trên lâm sàng thường phối hợp gừng với hành cùng chườm.

- *Chườm muối*: Dùng muối sao nóng, cho vào túi vải chườm trực tiếp lên chỗ đau, hoặc trộn với các loại bột thuốc khác cùng sao chườm, tùy thuộc vào các loại dược liệu sử dụng mà có tác dụng trị liệu khác nhau.

- *Chườm rượu*: Dùng rượu đun hoặc chưng nóng, dùng khăn vải nhúng rượu đang nóng để chườm trị tức ngực do khí uất không thông hoặc tiêu sưng.

## **1.8. Tổng Quan Về Cây Ngũ thảo**

### **1.8.1. Sơ lược về cây Ngũ thảo**

Cây Ngũ thảo có tên khoa học là *Vitex negundo* L., còn gọi là cây Mầu kinh, cây Hoàng kinh, Chân chim ... thuộc họ cỏ roi ngựa (*Verbenaceae*). Đây là cây gỗ nhỏ hay bụi thơm, được trồng và mọc hoang ở nhiều tỉnh thành nước ta như Lạng Sơn, Quảng Ninh, Hà Nội, Ninh Bình, Thanh Hoá, Nghệ An, Thừa Thiên - Huế, Quảng Nam - Đà Nẵng, Bình Định tới Sông Bé, Tiền Giang, Kiên Giang [5], [33]. Những nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy lá Ngũ thảo có nhiều tác dụng dược lý như kháng khuẩn, chống nấm, chống oxy hóa, chống dị ứng, trong đó nổi bật là tác dụng chống viêm, giảm đau [27]. Bằng phản ứng hóa học đã xác định được trong lá Ngũ thảo có tinh dầu, sterol, flavonoid, alcaloid, iridoid, và gôm (chất nhày) [42].. Trong đó đáng chú ý là flavonoid, một nhóm chất quan trọng trong thực vật, sở hữu nhiều tác dụng như chống oxy hóa, chống viêm, chống gốc tự do [34], [35].

Theo Đông y, cây Ngũ thảo có nhiều công dụng khác nhau tùy thuộc vào bộ phận được sử dụng. Lá vị cay, mùi thơm, tính bình, có tác dụng giải biểu, hoá thấp, lợi tiểu, điều kinh và trừ giun. Lá thường được dùng trị nhức mỏi gân cốt, trị sốt cách nhật, dùng tắm trị phù thũng, bán thân bất toại và bại liệt [59]. Ở vùng Trung bộ và Nam bộ nước ta, người dân thường dùng lá tươi giã nhỏ đắp vào chỗ sưng đau hoặc sắc nước uống để chữa các bệnh lý về khớp cho kết quả rất tốt. Đặc biệt là vùng Quảng Nam Đà Nẵng nhân dân người ta thường lấy lá giã nát, cho vào túi vải sau đó hấp lên cho nóng rồi chườm hay đắp vào vùng đau. Rễ chữa cảm thấp, đau mỗi thân thể, giã lấy nước uống trị ho. Vỏ cây trị hen suyễn [54].



Hình 1.4. Lá Ngũ trảo

### 1.8.2. Đặc điểm hình thái

- **Mô tả:** Cây có kích thước thay đổi, thường cao 3-5m, có cành phủ lớp lông dày đặc và mịn, màu xám hay xám nâu. Lá mọc đối có cuống, có 3-5 lá chét hình ngọn giáo nhọn, mép nguyên hay có răng, dài 5-10cm, rộng 2,5cm, màu lục trắng nhạt. [5]

- **Bộ phận dùng:** Quả - *Fructus Viticis Negundo*; thường gọi là Hoàng kinh tử. Lá và rễ cũng được dùng. Thu hái lá, rễ, vỏ quanh năm, dùng tươi hay phơi khô.

### 1.8.3. Thành phần hóa học

Lá tươi chứa 0,05% tinh dầu, lá phơi khô chứa một alkaloid; người ta đã tách được alkaloid nishindin.

### 1.8.4. Tính vị, công dụng

Lá vị cay, mùi thơm, tính ấm, có tác dụng giải biểu, hoá thấp, lợi tiểu, điều kinh và trừ giun.

### 1.8.5. Hàm lượng tinh dầu

Nhóm tác giả Đỗ Quyên, Nguyễn Tiến Tiếp (Đại học Dược Hà Nội) [29] nghiên cứu phân tích về tinh dầu của các mẫu lá Hoàng kinh ( Ngũ trảo) thu hái tại Hà Nội vào hai mùa trong năm là mùa hè và mùa đông.

Cây Ngũ trảo (*Vitex negundo* Linn.) thuộc họ cỏ roi ngựa (*Verbenaceae*)

thường được người dân dùng lá tươi đắp lên vết thương hoặc sắc nước để xông hơi hoặc uống chữa các bệnh viêm khớp, đau nhức răng, viêm họng,... Các nghiên cứu chỉ ra rằng, thành phần chính của lá Ngũ trảo là tinh dầu và flavonoid.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, hàm lượng tinh dầu lá Ngũ trảo biến đổi theo mùa vụ thu hái. Cụ thể, thu hái vào mùa hè (0,81%) cho lượng tinh dầu cao hơn vào mùa đông (0,21%). Bằng phương pháp khối phổ GC-MS đã xác định được cấu trúc của 15 chất trong tinh dầu thu hái vào mùa hè và 19 chất trong tinh dầu lá Ngũ trảo thu hái vào mùa đông. Trong đó, caryophyllen oxid (23,36%) và valencen (21,95%) là hai cấu tử chính của tinh dầu mẫu mùa hè;  $\beta$ -caryophylen (40,60%) và sabinen (12,14%) là hai hợp chất chính trong tinh dầu mẫu mùa đông.

#### **1.8.6. Độc tính**

Ngũ trảo là một dược liệu mới và ít được đề cập tới trong các y văn trước đây. Xác định độc tính cấp và liều chết 50% để đánh giá mức độ độc và có cơ sở chọn liều thử tác dụng cho các bước nghiên cứu tiếp theo, nhóm nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự [26] đã tiến hành “Nghiên cứu độc tính cấp và bán trường diễn của cao Hoàng kinh trên động vật thực nghiệm”. Và đã kết luận Cao Hoàng kinh là dược liệu an toàn, liều dung nạp tối đa là 620,25g dược liệu/kg. Chưa thấy biểu hiện độc tính cấp theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Liều 3,2g dược liệu/kg và liều 9,6g dược liệu/kg uống trong 8 tuần liên tục chưa gây độc tính bán trường diễn trên thỏ.

### **1.9. Phương pháp Xoa bóp bấm huyệt**

Xoa bóp bấm huyệt là biện pháp phòng và chữa bệnh đơn giản. Đặc điểm là dùng bàn tay, ngón tay là chính để tác động lên huyệt, da thịt, gân khớp của người bệnh. Nếu được thực hiện đúng kỹ thuật, đúng chỉ định, xoa bóp bấm huyệt có thể mang lại những hiệu quả tốt.

#### **1.9.1. Cơ chế tác dụng xoa bóp- bấm huyệt theo YHHĐ**

Đối với hệ thần kinh:

- Xoa bóp tác động trực tiếp lên các thụ thể thần kinh dày đặc ở dưới da tạo ra các phản xạ thần kinh đáp ứng từ đó gây nên tác dụng điều hòa quá trình hưng phấn hay ức chế thần kinh trung ương, gây thư giãn thần kinh, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, giảm đau, giãn cơ, và điều hòa chức năng nội tạng [28].

- Một số công trình nghiên cứu cho thấy, xoa bóp còn có tác dụng kích thích thần kinh trung ương giúp điều hoà bài tiết một số hormon có liên quan đến cơ chế chống đau của cơ thể như Catecholamin, ACTH, cortisol và đặc biệt tăng hàm lượng beta- endorphin trong máu ngoại vi gây cảm giác dễ chịu, khoan khoái, giảm căng thẳng, điều này cũng cho phép giải thích hiện tượng “nghiện xoa bóp” ở những người được xoa bóp liên tục trong một thời gian dài [36].

Đối với hệ tuần hoàn và chuyển hóa dưới da [25].

- Da và tổ chức dưới da có mạng lưới tuần hoàn mao mạch và bạch huyết rất phong phú, khi xoa bóp sẽ làm giãn hệ thống mao mạch này làm tăng tuần hoàn và dinh dưỡng tại chỗ. Có thể nói xoa bóp là một biện pháp làm tăng dinh dưỡng tổ chức do giãn mạch, tăng tuần hoàn tại chỗ, giảm phù nề, và giảm đau rõ rệt, đặc biệt là đau do co mạch và chèn ép do phù nề.

Đối với hệ vận động ( gân, cơ, khớp, dây chằng).

- Đối với gân và cơ: xoa bóp làm tăng tính đàn hồi của gân, cơ, phát triển khối lượng cơ, tăng sức cơ, tăng tuần hoàn dinh dưỡng cơ để phòng chống teo cơ cứng khớp. Giúp tăng thải trừ nhanh các sản phẩm chuyển hóa của cơ sau vận động (quan trọng nhất là acid lactic) giúp khắc phục hiện tượng đau mỏi cơ.

- Đối với xương khớp: xoa bóp làm tăng tuần hoàn tại chỗ nên có tác dụng tăng cường dinh dưỡng, giảm đau, hạn chế quá trình thoái hóa của xương khớp. Đối với khớp hạn chế vận động, xoa bóp kết hợp với tập vận động giúp phục hồi khả năng vận động của khớp [30].

### ***1.9.2. Cơ chế tác dụng xoa bóp- bấm huyệt theo YHCT***

Hệ kinh lạc là hệ thống các đường dọc và ngang phân bố chằng chịt khắp cơ thể; bên trong vào đến tạng phủ, bên ngoài ra đến cơ, da. Nhờ hệ kinh lạc, khi huyết được tuần hoàn để nuôi dưỡng tạng phủ, điều hòa âm dương, làm cho cơ thể thành một khối thống nhất, thích ứng được với những biến đổi từ bên ngoài tác động vào cơ thể, chống lại các quá trình phát sinh, phát triển của bệnh tật. [52], [55]

Điều trị bằng XBBH, với những tác động hợp lý trực tiếp vào huyết (bổ hay tả) giúp cho khí huyết được lưu thông, chức năng bình thường của các tạng phủ được phục hồi, khả năng tự bảo vệ của cơ thể được nâng cao, bệnh tà sẽ hết. [8].

## 1.10. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

### \* Trong nước:

Năm 2014, Nguyễn Văn Dũng và cộng sự nghiên cứu hiệu quả điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống bằng châm cứu và xoa bóp bấm huyệt sau 10 ngày điều trị có kết quả: trước điều trị mức độ đau vừa, chất lượng cuộc sống trung bình là 10 bệnh chiếm 33.3%; đau nhẹ, chất lượng cuộc sống khá là 20 bệnh chiếm 66.7% thì sau điều trị tình trạng bệnh không đau và đau nhẹ [6].

Năm 2014, Phan Thị Thu Thảo nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau của cao lỏng Hoàng Kinh trên lâm sàng. Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước sau điều trị trên 30 bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Kết quả sau 15 ngày điều trị: điểm VAS trung bình giảm  $2,10 \pm 1,09$  điểm, điểm Lequesne trung bình giảm  $2,63 \pm 1,48$  điểm, tầm vận động trung bình khớp gối tăng  $11,83 \pm 8,35$  độ. Chưa phát hiện thấy tác dụng không mong muốn của cao lỏng Hoàng kinh trên lâm sàng và cận lâm sàng. Cao lỏng Hoàng kinh có tác dụng giảm trong điều trị thoái hóa khớp gối. Chưa thấy tác dụng không mong muốn của cao lỏng Hoàng kinh trong 15 ngày điều trị [23].

Năm 2016, Nguyễn Văn Dũng và cộng sự nghiên cứu hiệu quả điều trị đau lưng thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện châm kết hợp tác động cột sống. Kết quả sau 10 ngày điều trị, cải thiện đáng kể các chỉ số lâm sàng như: mức độ đau, độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL và chất lượng cuộc sống sau 10 ngày điều trị; mức độ cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng. Kết quả điều trị chung đạt tốt và khá ở nhóm nghiên cứu là 86,7% so với nhóm chứng là 56,7% ( $p < 0,05$ ) [7].

Năm 2017, Nguyễn Chí Hiệp nghiên cứu hiệu quả điều trị của bài thuốc KT1 kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau cột sống thắt lưng, kết quả điểm đau trung bình nhóm nghiên cứu là  $7,02 \pm 1,78$  và giảm dần đến ngày thứ 15 chỉ còn  $4,93 \pm 1,65$  và ngày thứ 30 chỉ còn  $1,93 \pm 1,65$ ; nhóm chứng là  $7,21 \pm 1,92$  giảm đến ngày thứ 15 còn  $5,87 \pm 1,42$  và ngày thứ 30 còn  $1,62 \pm 1,42$ . [11]

Năm 2017, Hoàng Minh Hùng nghiên cứu tác dụng của “Đai hộp ngải cứu Việt” kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau cột sống thắt lưng, kết quả điểm đau VAS trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm từ  $4,3 \pm 1,9$  trước điều trị

xuống  $2,7 \pm 1,4$  sau điều trị 10 và sau 20 ngày điều trị giảm xuống còn  $1,3 \pm 1,2$  [13].

**\* Ngoài nước:**

Năm 2003, Tarasenko Lidiya Nghiên cứu điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1- L5 bằng măng châm trên 40 bệnh nhân đạt kết quả tốt là 60% và khá là 40% [44].

Năm 2008, Thomas.G lowe cho thấy thoái hóa cột sống là nguyên nhân gây đau thắt lưng, điều đáng lưu ý rằng mặc dù có 80% người lớn tuổi đau lưng chỉ có 1- 2% cần đến phương pháp phẫu thuật, xoa bóp và châm cứu là một phương pháp y học được lựa chọn nó sẽ kiểm soát được triệu chứng đau, châm cứu kích thích sản xuất ra Endorphin, Acetylcholine và Serotonin. Tuy nhiên châm cứu nên được kết hợp với chương trình tập luyện để đạt kết quả cao hơn [45].

Năm 2011, Huang Feng nghiên cứu tác dụng điều trị của phương pháp đắp chườm thuốc kết hợp điện châm trong điều trị đau lưng. Kết quả nghiên cứu, mức độ giảm đau hoàn toàn ở nhóm nghiên cứu chiếm 60% cao hơn so với nhóm đối chứng là 46,7% [50].



## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau lưng do thoái hóa cột sống được điều trị tại Khoa Châm cứu dưỡng sinh - Bệnh viện Y học cổ truyền TP Đà Nẵng) thời gian từ 02/2020 - 08/2020.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ

- Từ 30 tuổi trở lên.
- Không phân biệt giới tính.
- Lâm sàng: Các bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa CSTL với biểu hiện lâm sàng sau:
  - + Có triệu chứng đau của thoái hóa cột sống.
  - + Có dấu hiệu thực thể của hội chứng cột sống: điểm đau cột sống, điểm đau cạnh sống, co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng, biến dạng cột sống, tầm hoạt động của cột sống thắt lưng bị hạn chế, đo độ giãn CSTL (nghiệm pháp Schober): < 14/10 cm
- Hình ảnh X - quang thường quy: có hình ảnh thoái hóa.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

Chọn bệnh nhân thuộc thể phong hàn thấp

Vùng lưng có cảm giác lạnh, nặng nề, vận động khó khăn, trước đau nhẹ, dần dần đau nặng, nằm ngồi nghỉ ngơi cũng không đỡ đau, trời lạnh hay thay đổi thời tiết trời đau tăng, lưỡi bệu, rêu trắng, mạch trầm hữu lực hoặc hoãn.

##### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân loãng xương nặng.
- Bệnh nhân mắc bệnh ngoài da vùng lưng.
- Bệnh nhân đau do chấn thương.
- Hình ảnh MRI có Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.
- Điện cơ có bệnh lý thần kinh cơ.
- Bệnh nhân có kèm theo các bệnh khác: suy tim, bệnh tâm thần, động kinh, tăng huyết áp và đái tháo đường điều trị chưa ổn định, HIV/AIDS...

- Bệnh nhân dùng thêm các phương pháp điều trị khác.
- Bệnh nhân không tuân thủ theo quy trình điều trị.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng và so sánh trước sau điều trị.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm 70 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, chia 35 bệnh nhân nhóm nghiên cứu, 35 bệnh nhân nhóm chứng.

#### **Công thức tính cỡ mẫu:**

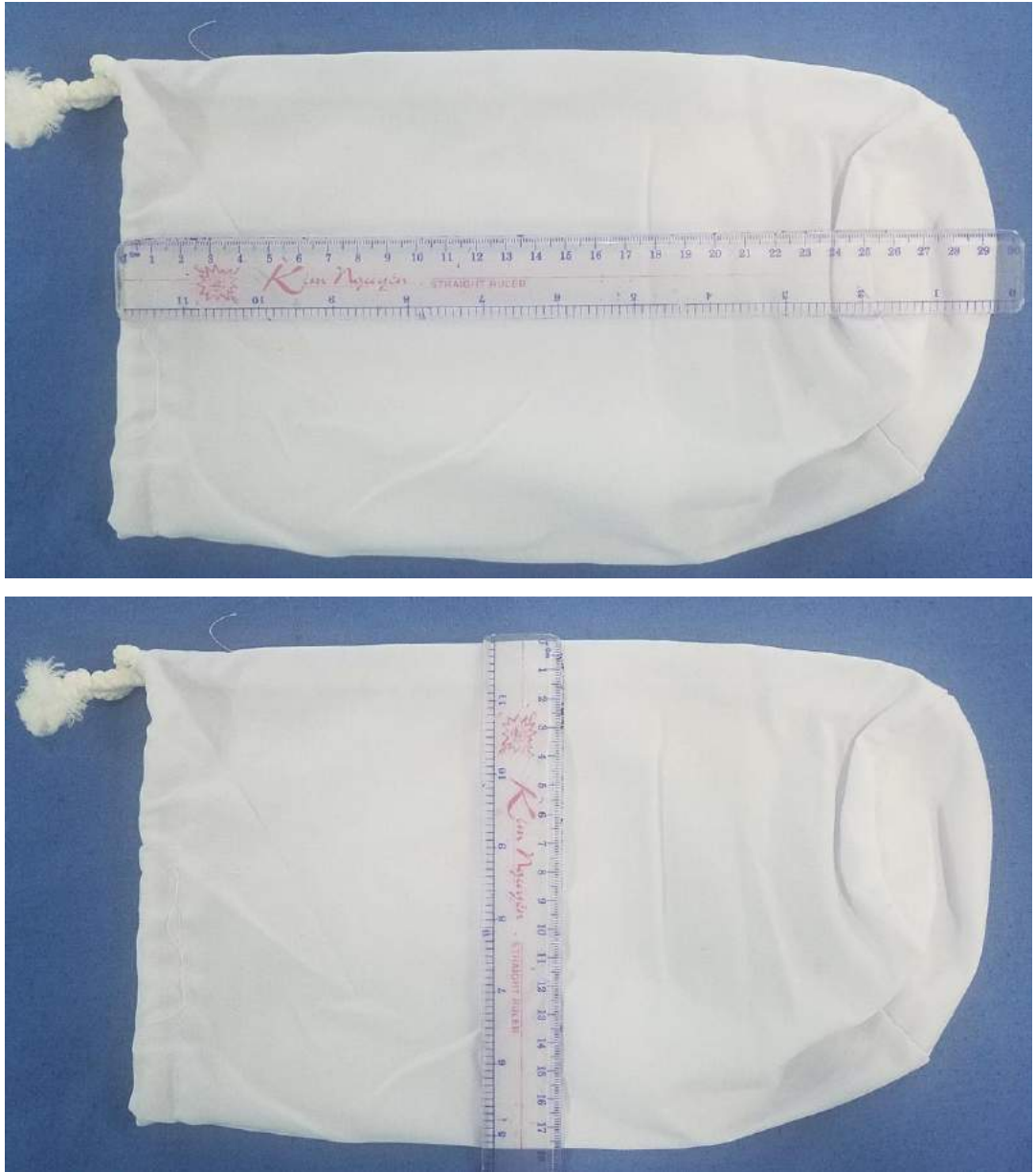
\* Nhóm nghiên cứu: 35 bệnh nhân sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp chườm Ngũ trảo.

\* Nhóm đối chứng: 35 bệnh nhân sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt.

- Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện. Chọn thu thập bệnh nhân điều trị Bệnh viện YHCT Thành phố Đà Nẵng từ 02/2020 - 08/2020, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

### **2.2.2. Phương tiện nghiên cứu**

- Ống nghe, máy đo huyết áp
- Giường XBBH tiêu chuẩn.
- Dụng cụ chườm thuốc (Túi vải).
- + Chất liệu vải bằng cotton, kích thước: 30cm\*20cm



*Hình 1.5 Túi chườm*

- Lá Ngũ thảo giã nát (500 gram/ lần).
- Nồi hấp túi chườm Ngũ thảo.
- Khăn bông chất liệu cotton kích cỡ 60cm\*30cm.
- Thước đo độ đau VAS của hãng Astra- Zeneca.
- Thước đo tầm vận động cột sống thắt lưng.
- Nhiệt kế đo nhiệt độ túi chườm.
- + Nhiệt độ túi chườm: 40 – 45<sup>0</sup>C



Hình 1.6 Đo nhiệt độ túi chườm bằng nhiệt kế chuyên dụng

### 2.2.3. Cách thức tiến hành (Phương pháp điều trị)

- Điều trị phối hợp xoa bóp bấm huyệt và chườm Ngũ thảo, theo thứ tự xoa bóp bấm huyệt trước, sau đó đến chườm Ngũ thảo.

#### 2.2.3.1. Quy trình kỹ thuật xoa bóp bấm huyệt

Tham khảo qui trình số 72- Xoa bóp bấm huyệt, 94 qui trình Y học cổ truyền, Bộ Y tế, Hà Nội (2008). [3]

##### a. Chuẩn bị:

- Nhân lực thực hiện: Y, Bác sĩ YHCT hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu được đào tạo về phương pháp xoa bóp bấm huyệt.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

- + Giải thích cho người bệnh.
- + Tư thế người bệnh thoải mái ( nằm ).
- + Bộc lộ bộ phận cơ thể được điều trị.

- Phương tiện:

- + Giường đơn .
- + Phòng sạch sẽ, thông thoáng, không có gió lùa.

##### b. Các bước tiến hành:

Bệnh nhân nằm tư thế thoải mái, thầy thuốc đứng bên trái bệnh nhân :

- Xoa sát vùng lưng: Đuỗi tay trên cơ → miết → bóp nắn → ấn day huyệt lưng → nhào → đấm → lăn → cuộn da → vuốt → phân hợp lưng → rung → vận động khớp cột sống → sát cơ → phát mệnh môn.

- Bấm huyết: dùng đầu ngón tay cái, gốc bàn tay, mô ngón tay cái, mô ngón út bấm vào chỗ đau hoặc các vị trí huyết Thân du, Đại trường du, Giáp tích L2- L5. Tác động chính là sức qua da vào cơ, xương hoặc vào huyết\_[18].

Liệu trình: 20 phút/ lần/ ngày x 10 ngày.

**c. Theo dõi và xử trí tai biến:**

- Trong quá trình thao tác kỹ thuật:
- + Luôn hỏi bệnh nhân mức độ nặng nhẹ của thao tác để điều chỉnh phù hợp.
- + Theo dõi kỹ nét mặt bệnh nhân để kịp thời phát hiện có thể xảy ra.
- Nếu có mệt mỏi hoặc có phản ứng cơ cơ hơn lúc đầu: Cho bệnh nhân nghỉ ngơi và chỉ được tiếp tục điều trị vào lần tiếp theo.
- Nếu tình trạng bệnh nhân đã ổn định thì cho nghỉ ngơi tại chỗ 5-10 phút rồi về.

**2.2.3.2. Quy trình kỹ thuật chườm Ngũ trảo**

Tham khảo qui trình số 87 Chườm ngải cứu, 94 qui trình Y học cổ truyền, Bộ Y tế, Hà Nội (2008). [4]

**a. Chuẩn bị:**

- Cán bộ chuyên khoa: Y bác sĩ YHCT, điều dưỡng.
- Người bệnh:
- + Giải thích cho người bệnh an tâm.
- + Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết về kỹ thuật sắp làm.
- + Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần biết, cần làm trước khi thao tác kỹ thuật.
- Chuẩn bị điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên: điều dưỡng đội mũ, mặc áo, mang khẩu trang và rửa tay thường quy.
- Chuẩn bị dụng cụ:
- + Túi chườm Ngũ trảo: kiểm tra túi bị thủng hay rách không.
- + Nhiệt kế đo túi chườm, nhiệt kế đo thân nhiệt của bệnh nhân.
- + Khăn bông.
- Hồ sơ bệnh án: Phiếu điều trị.

**b. Các bước tiến hành:**

- Bệnh nhân nằm tư thế sấp trên giường, bộc lộ vùng thắt lưng.

- Tiến hành chườm:

Lấy túi chườm đã hấp nóng, dùng khăn bông vải bọc túi chườm và đo nhiệt độ bên ngoài khăn bông khoảng 40-45 độ.

Chườm lên vùng cần điều trị, thực hiện động tác chườm xuống mặt da sau đó nhấc lên để hạn chế bị bỏng nhiệt.

Khi khăn bên ngoài hết nóng, bỏ khăn ra và tiếp tục chườm trực tiếp với túi chườm.

Lấy khăn bông phủ lên túi chườm, mục đích giữ nhiệt lâu hơn

- Hết thời gian chườm: cho bệnh nhân ngồi dậy, dọn dẹp dụng cụ, kiểm tra.

- Ghi hồ sơ bệnh án:

+ Ngày giờ chườm.

+ Nơi chườm, nhiệt độ túi chườm, thời gian chườm.

+ Kết quả, tình trạng bệnh nhân trong và sau khi chườm.

+ Tên người thực hành kỹ thuật.

**c. Theo dõi, tai biến và xử lý:**

- Phản ứng của người bệnh trong khi điều trị phòng ngừa bỏng.

- Bỏng: Ngừng chườm, xử lý như bỏng nhiệt.

- Mẫn ngứa: Ngừng chườm.

- Liệu trình: 15 phút/ lần/ ngày x 10 ngày.

**2.2.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu****2.2.4.1. Các chỉ số chung**

- Tuổi: Tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu, tính bằng năm.

- Giới: Là nam hay nữ.

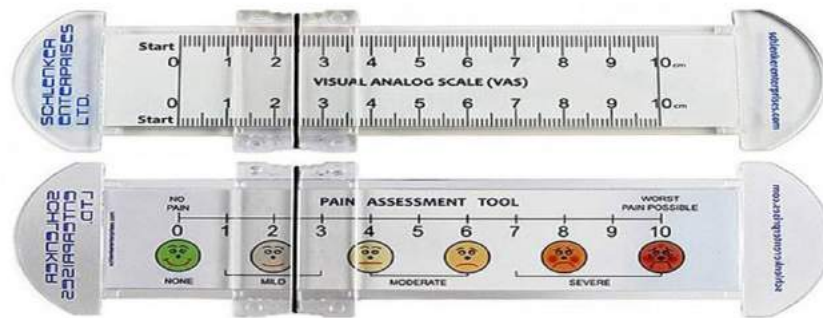
- Nghề nghiệp: Nghề nghiệp bệnh nhân làm trước khi bị bệnh.

- Thời gian mắc bệnh: Thời gian bắt đầu bị bệnh.

**2.2.4.2. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị****\* Mức độ đau CSTL (theo thang điểm VAS)**

– Cách đo: Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS

Điểm VAS	Mức độ
$0 \leq VAS < 1$	Không đau
$1 \leq VAS \leq 3$	Đau nhẹ
$4 \leq VAS \leq 6$	Đau vừa
$7 \leq VAS$	Đau nặng



Hình 1.7 Thước đo độ đau VAS

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scales) bằng thước đo độ của hãng Astra-Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt, dài 100mm, cố định ở 2 đầu, đầu trái có hình người cười nghĩa là không đau, đầu phải có hình người khóc là đau dữ dội.

- Bệnh nhân được hỏi và yêu cầu nhìn thước, nhân viên giải thích. Yêu cầu bệnh nhân tập trung. Quay mặt có màu đỏ về phía bệnh nhân. Bệnh nhân tự đánh giá mức đau của mình bằng cách tự kéo thước. Nhân viên Y tế đọc mức đau của bệnh nhân.

Cách đánh giá và cho điểm:

0-1 là không đau, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 4 điểm, bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào

1- 3 là đau nhẹ, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 3 điểm, bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

4- 6 là đau vừa, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 2 điểm, bệnh nhân đau, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

7- 10 là đau nặng, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 1 điểm, đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.

**\* Độ giãn CSTL (nghiệm pháp Schober)**

Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc  $60^0$ , đánh dấu ở bờ trên đốt sống  $S_1$  đo lên trên 10cm và đánh dấu ở đó, cho bệnh nhân cúi tối đa đo lại khoảng cách giữa 2 điểm đã đánh dấu, ở người bình thường khoảng cách đó là  $14/10\text{cm} \div 15/10\text{cm}$

Cách đánh giá và cho điểm:

<b>Kết quả đo độ giãn CSTL</b>	<b>Mức độ</b>	<b>Điểm</b>
$\geq 14/10\text{cm}-16/10\text{cm}$	Tốt	4 điểm
$\geq 13,5/10\text{cm}$ và $<14/10\text{cm}$	Khá	3 điểm
$\geq 13/10\text{cm}$ và $<13,5/10\text{cm}$	Trung bình	2 điểm
$< 13/10\text{cm}$	Kém	1 điểm

**\* Tầm vận động CSTL**

Cách đo:

- Sử dụng thước đo tầm vận động CSTL.

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc  $60^0$ , yêu cầu bệnh nhân làm các động tác vận động cột sống: cúi, ngửa, nghiêng.

+ *Đo độ uốn ngửa của cột sống:*

Điểm đặt cố định ở gai chậu trước, cạnh cố định đặt dọc theo đùi, cạnh di động đặt dọc theo thân, yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng hai gót chân chụm vào nhau, ngửa thân tối đa. Góc đo được là góc của độ ngửa cột sống thắt lưng.

Giá trị bình thường:  $35^0$ . Nếu góc nhỏ hơn  $10^0$  là bệnh lý.

+ *Đo độ nghiêng:*

Bệnh nhân đứng thẳng điểm cố định ở gai sau  $S_1$ , cạnh cố định theo phương thẳng đứng, cạnh di động đặt dọc theo cột sống, yêu cầu bệnh nhân nghiêng tối đa về từng bên, góc đo được là góc nghiêng của cột sống.

Giá trị bình thường:  $30^0$ , nếu góc đo nhỏ hơn bình thường  $10^0$  là bệnh lý.



+ *Độ gập của cột sống:*

Bệnh nhân đứng thẳng, đầu thẳng, mắt nhìn ra phía trước, hai chân thẳng, đầu gối không gập, hai bàn chân song song với nhau, bờ trong hai bàn chân áp sát vào nhau. Thầy thuốc đứng bên phải hoặc bên trái bệnh nhân, áp sát khớp gối vào phía bên cột sống thắt lưng đối tượng, yêu cầu bệnh nhân cúi gập thân hết mức (chân thẳng, đầu gối không gập, mấu chuyển lớn - lồi cầu ngoài xương đùi - mắt cá ngoài nằm trên một đường thẳng, hai tay buông thõng tự nhiên song song với hai chân, bàn tay duỗi thẳng). Cành di động theo chiều gập của đối tượng, kết quả đọc được trên thước đo độ chính là độ gập cột sống thắt lưng. Giá trị bình thường  $110^{\circ}$ .

Cách đánh giá và cho điểm:

<b>Kết quả đo tầm vận động CSTL</b>	<b>Mức độ</b>	<b>Điểm</b>
Các hướng đều tốt	Tốt	4 điểm
1 tầm hạn chế $\geq 15^{\circ}$	Khá	3 điểm
2 tầm hạn chế $\geq 15^{\circ}$	Trung bình	2 điểm
2 tầm hạn chế $\geq 20^{\circ}$ hoặc cả 3 tầm hạn chế $\geq 15^{\circ}$	Kém	1 điểm

**\* Triệu chứng YHCT**

- Đau thắt lưng.
- Khó xoay trở.
- Ê mỏi nặng nề.
- Lạnh đầu tăng.
- Chát lưỡi bệu.
- Rêu trắng.
- Mạch trầm hữu lực hoặc mạch hoãn.

**\* Đánh giá chức năng vận động sinh hoạt theo thang điểm ODI**

- Đánh giá dựa vào bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống của ODI đối với bệnh nhân đau lưng, gồm 10 câu hỏi về tình trạng sinh hoạt và hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Mỗi câu hỏi có 6 mức độ trả lời, cho điểm từ 0 đến 5.

- Tỷ lệ % = (Điểm thực tế/ điểm lý thuyết) x 100%.

## Cách đánh giá

<b>Tỷ lệ %</b>	<b>Đánh giá mức độ</b>
81-100%	Mức 5 (mất hoàn toàn chức năng): ODI từ 81 - 100%. Bệnh nhân có thể phải nằm tại chỗ hoặc cảm thấy đau đớn quá mức cần có sự chăm sóc đặc biệt. Cần có phác đồ điều trị tổng hợp.
61-80%	Mức 4 (mất chức năng rất nhiều): ODI từ 61 - 80%. Đau lưng ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống của bệnh nhân và công việc. Phác đồ điều trị tích cực là cần thiết.
41-60%	Mức 3 (mất chức năng nhiều): ODI từ 41 - 60%. Đau lưng là vấn đề chính đối với bệnh nhân, bệnh nhân cảm thấy trở ngại trong sinh hoạt, hoạt động xã hội, hoạt tình dục và khó ngủ. Cần có phác đồ điều trị cụ thể.
21-40%	Mức 2 (mất chức năng vừa): ODI từ 21 - 40%. Bệnh nhân cảm thấy đau lưng nhiều hơn khi ngồi, khi bê vác, khi đứng. Du lịch và hoạt động xã hội khó khăn hơn. Có thể điều trị nội khoa.
0-20%	Mức 1 (mất chức năng ít): ODI từ 0 - 20%. Bệnh nhân có thể tự sinh hoạt bình thường, không cần điều trị, cần hướng dẫn tư thế lao động và sinh hoạt, bê vác, giảm cân nếu cần.

## Cách cho điểm:

<b>Tỷ lệ % điểm phỏng vấn</b>	<b>Đánh giá mức độ đau</b>	<b>Cho điểm</b>
0-20%	Không đau	4 điểm
21-40%	Đau ít	3 điểm
41-60%	Đau trung bình	2 điểm
61-80%	Đau nhiều	1 điểm
81-100%	Đau không chịu nổi	0 điểm

**\* Hiệu quả điều trị chung.**

Tổng điểm = Tổng số điểm của các chỉ số: Thang điểm VAS, Chỉ số Schober, Tầm vận động CSTL, Sự cải thiện chất lượng cuộc sống của ODI.

Cách tính:

$$(\text{Tổng điểm SĐT} - \text{Tổng điểm TĐT}) / \text{Tổng điểm TĐT} \times 100\%$$

Cách đánh giá:

Loại A: Kết quả điều trị tốt, tổng điểm sau điều trị tăng hơn 80% so với trước điều trị.

Loại B: Kết quả điều trị khá, tổng điểm sau điều trị tăng 61 – 80% so với trước điều trị.

Loại C: Kết quả điều trị trung bình, tổng điểm sau điều trị tăng 40 – 60% so với trước điều trị.

Loại D: Kết quả điều trị kém, tổng điểm sau điều trị tăng dưới 40% so với trước điều trị.

**\* Cận lâm sàng:**

- Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Một số chỉ số huyết học: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu.

**2.2.4.3. Các tác dụng không mong muốn:**

- Mẫn ngứa

- Bỏng

- Nhiễm trùng

- Co cơ

- Bầm tím

- Đau tăng

- Khác

**2.3. Theo dõi nghiên cứu**

**2.3.1. Công cụ thu thập thông tin**

- Phiếu nghiên cứu: Được thiết kế để thu thập thông tin đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu.

- Bộ câu hỏi “Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire”.

### **2.3.2. Kỹ thuật thu thập thông tin**

- Phiếu nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất (phụ lục 1). Tất cả các bệnh nhân đều được làm phiếu nghiên cứu đánh giá và theo dõi. Phiếu nghiên cứu ghi đầy đủ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Các bệnh nhân được điều trị và theo dõi đầy đủ, chặt chẽ diễn biến bệnh hàng ngày cũng như được kiểm soát sự tuân thủ điều trị trong suốt thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm như chỉ tiêu đã đề ra.

### **2.4. Xử lý số liệu**

- Số liệu thu thập được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0

- Sử dụng các thuật toán:

+ Tính tỷ lệ phần trăm (%)

+ Tính số trung bình ( $\bar{X}$ )

+ Tính độ lệch chuẩn (SD)

+ So sánh 2 giá trị trung bình dùng Test t - student.

+ So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định  $\chi^2$ .

Với  $p > 0,05$  sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Với  $p < 0,05$  sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### **2.5. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề tài của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích điều trị, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho bệnh nhân.

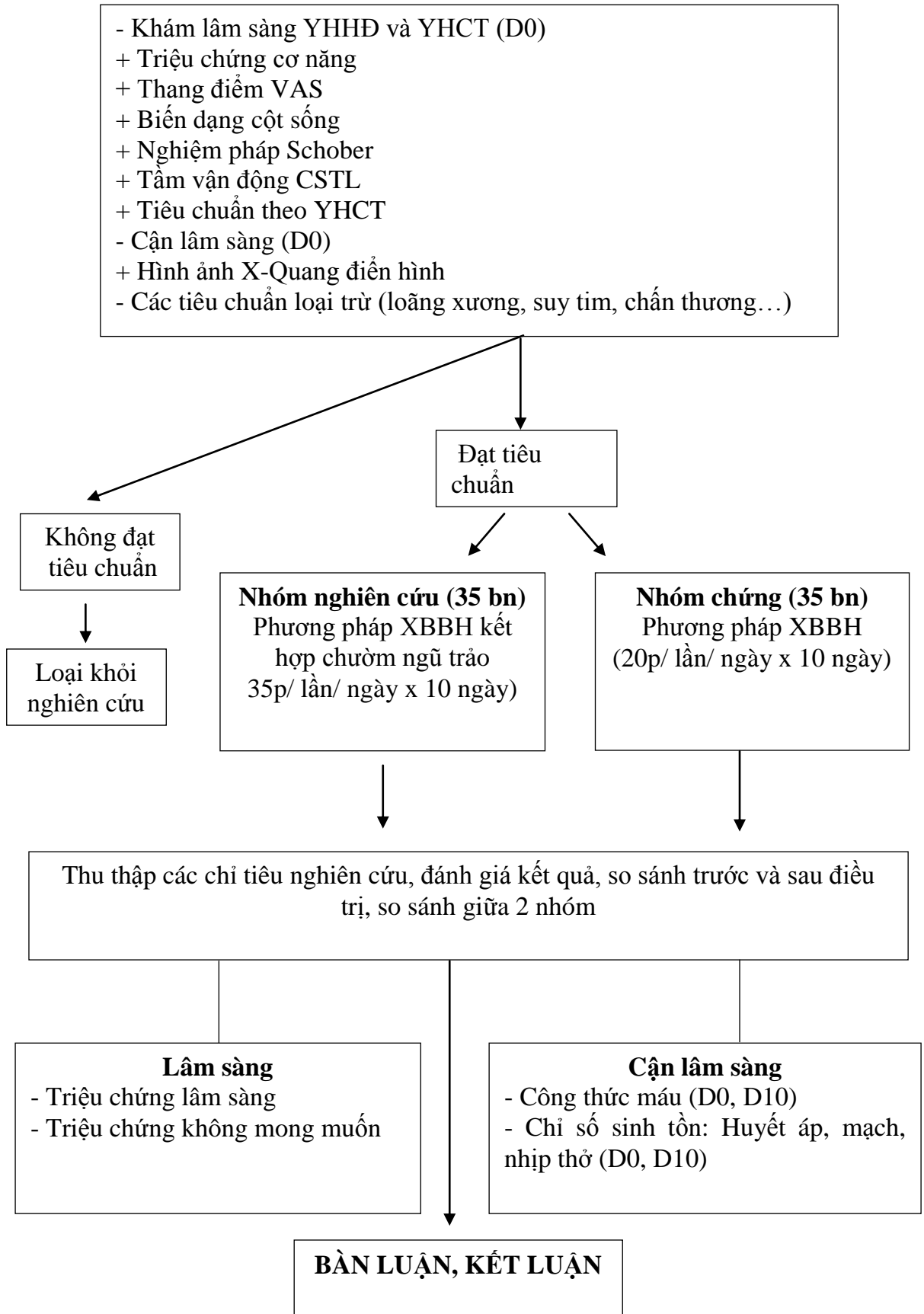
- Trước khi nghiên cứu các bệnh nhân được hỏi ý kiến và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Trong quá trình điều trị, nếu tình trạng bệnh không đỡ hoặc nặng lên, hoặc bệnh nhân yêu cầu dừng nghiên cứu thì chúng tôi sẽ dừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu.

- Kết quả của nghiên cứu được công bố cho mọi người và cho đối tượng nghiên cứu biết.

- Đề tài nghiên cứu được hội đồng đạo đức của Bệnh viện y học cổ truyền Đà Nẵng thông qua.

## SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



### CHƯƠNG 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

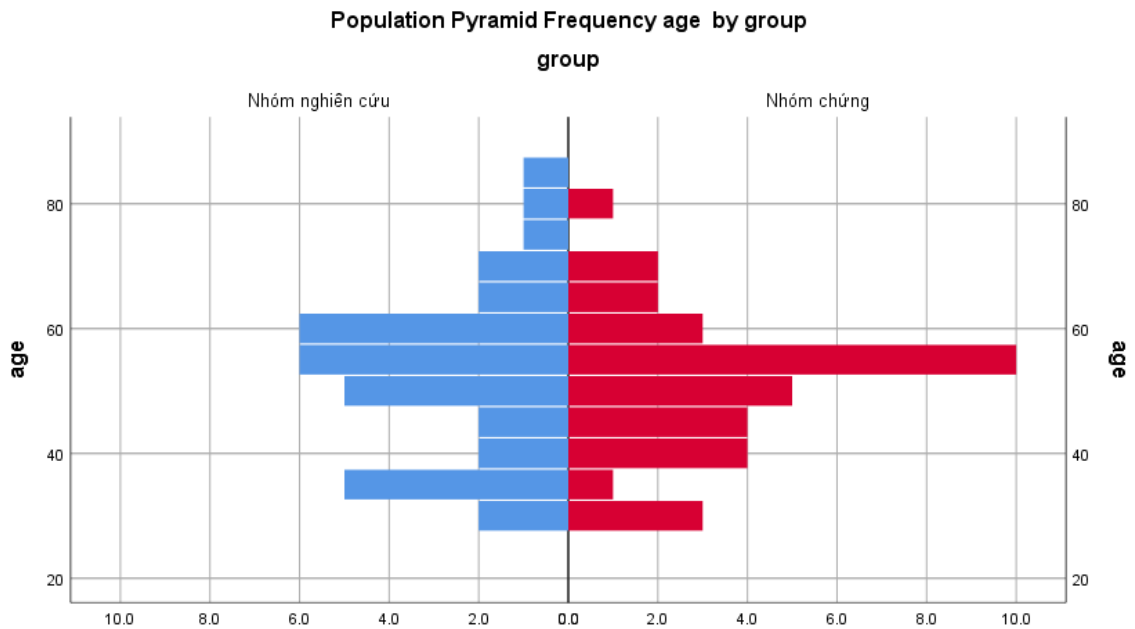
#### 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi

**Bảng 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Nhóm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p
$\bar{X} \pm SD$	52±13,5	52±12,4	>0,05

*Nhận xét:* Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 52±13,5, nhóm chứng là 52±12,4, sự khác biệt độ tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 3.1. Phân bố độ tuổi đối tượng tham gia nghiên cứu**

Nhóm chứng đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 40-60 tuổi, trong khi đó nhóm nghiên cứu nằm rải rác từ 40- 70 tuổi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.2. Đặc điểm về giới

**Bảng 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Giới \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm chứng		P <sub>I-II</sub>
	n1	%	n2	%	
Nữ	17	48,6	19	54,3	>0,05
Nam	18	41,4	16	45,7	

*Nhận xét:* Giới tính đối tượng tham gia ở nhóm nghiên cứu là 48,6% nữ, 41,4% nam, tương tự ở nhóm chứng là 54,3% và 45,7%. Hai nhóm có tỷ lệ nam nữ như nhau, sự khác biệt tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

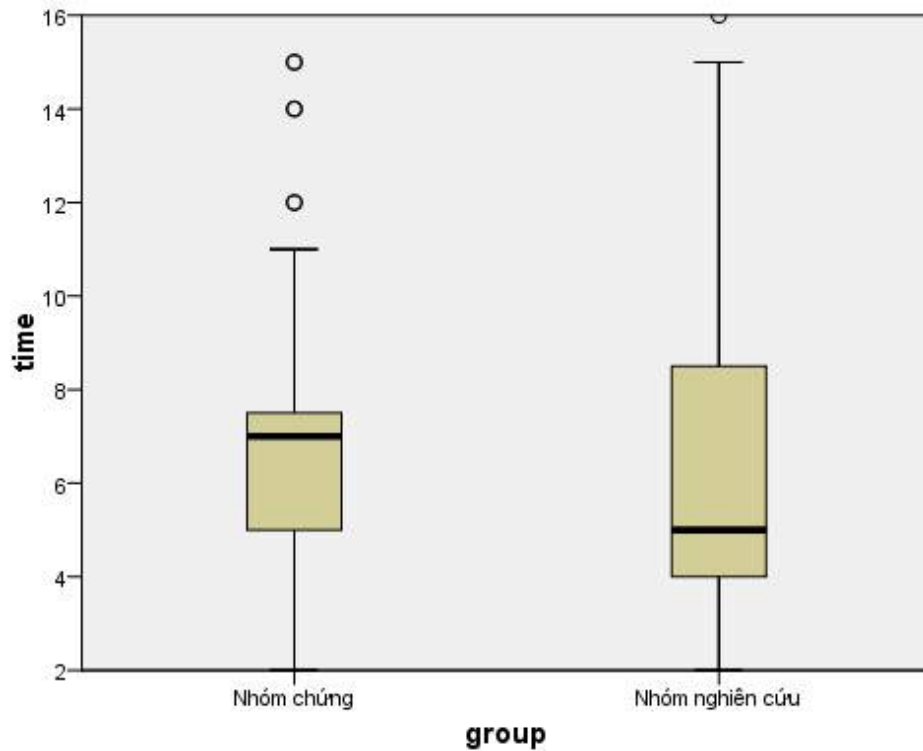
**Bảng 3. 3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp \ Nhóm	Nhóm NC		Nhóm chứng		P <sub>I-II</sub>
	n1	%	n2	%	
Lao động nhẹ	13	37,1	11	31,4	>0,05
Lao động nặng	22	64,9	24	68,6	

*Nhận xét:* Đa số (nhóm NC 64,9%, nhóm chứng 68,6%) đối tượng tham gia nghiên cứu có nghề nghiệp lao động chân tay nặng nhọc. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



### 3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh



**Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

*Nhận xét:* Thời gian mắc bệnh trung bình nhóm chứng 7,16 ngày (từ 2- 15 ngày), nhóm NC 6,91 ngày (từ 2-16 ngày). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

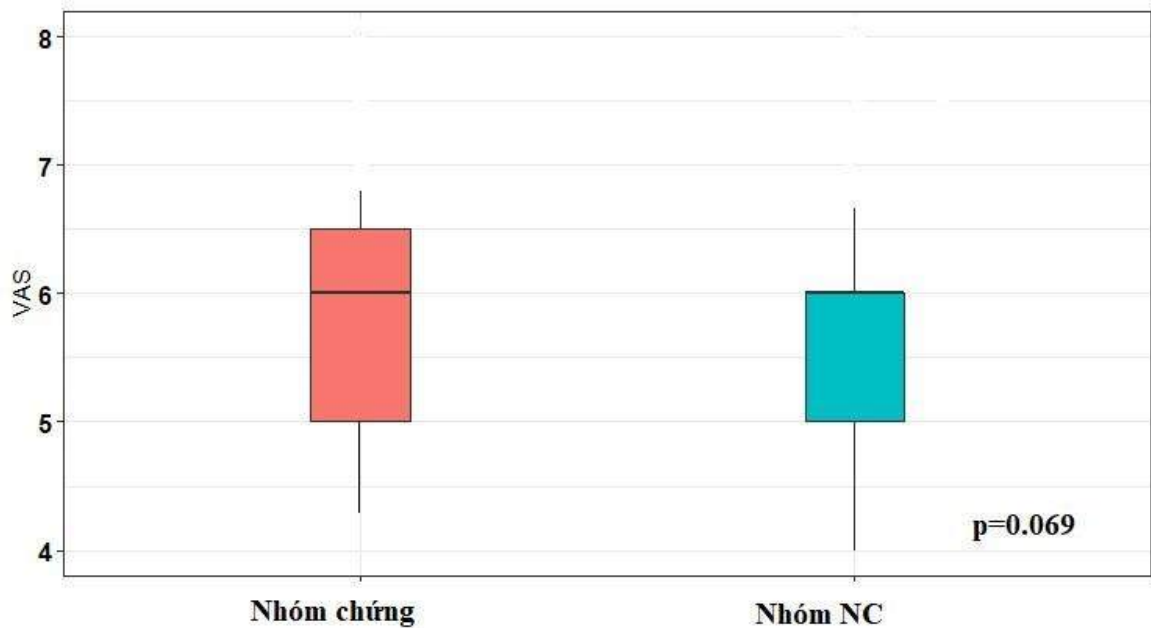
### 3.1.5. Đặc điểm về mức độ đau theo thang điểm VAS

**Bảng 3. 4. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị**

Mức độ đau	Nhóm NC		Nhóm chứng		P <sub>I-II</sub>
	n1	%	n2	%	
Không đau	0	0	0	0	>0,05
Đau vừa	29	82,9	26	74,3	
Đau nhẹ	6	17,1	9	25,7	
Đau nặng	0	0	0	0	

*Nhận xét:* Đặc điểm triệu chứng đau theo thang điểm VAS trước điều trị, nhóm NC chủ yếu (82,9%) đau mức độ vừa, 17,1% đau mức nhẹ. Tỷ lệ này tương tự ở nhóm chứng với 74,3% mức độ vừa, 25,7% mức độ nhẹ. Sự khác biệt giữa hai

nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 3.3. Đặc điểm VAS trước điều trị**

*Nhận xét:* Trước điều trị nhóm NC có điểm VAS trung bình là  $5,63 \pm 1,06$ , nhóm chứng là  $6,03 \pm 1,01$ . Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.6 Đặc điểm về độ giãn CSTL (NP Schober)

**Bảng 3. 5. Đặc điểm chỉ số schober trước điều trị**

Nhóm	Nhóm NC		Nhóm chứng		P <sub>I-II</sub>
	n1	%	n2	%	
>14/10 (cm)	0	0	0	0	p>0,05
≥ 13,5/10cm và <14/10cm	9	25,8	6	17,2	
≥ 13/10cm và <13,5/10cm	13	37,1	20	57,1	
<13 (cm)	13	37,1	9	25,7	

*Nhận xét:* Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu nhóm chứng có chỉ số Schober ( $\geq 13/10\text{cm}$  và  $<13,5/10\text{cm}$ ). Nhóm nghiên cứu có chỉ số Schober  $<13/10\text{cm}$  chiếm 37,1%, ( $\geq 13,5/10\text{cm}$  và  $<14/10\text{cm}$ ) chiếm 25,8%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.7. Đặc điểm về tầm vận động CSTL

**Bảng 3. 6. Đặc điểm tầm vận động cột sống thắt lưng**

Nhóm	Nhóm NC		Nhóm chứng		P <sub>I-II</sub>
	n1	%	n2	%	
Tốt	0	0	0	0	p>0,05
Khá	6	17,1	10	28,6	
Trung bình	11	31,4	15	42,8	
Kém	18	51,5	10	28,6	

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tầm vận động mức độ trung bình và kém trước điều trị. Nhóm nghiên cứu có 31,4% bệnh nhân có tầm vận động mức độ trung bình, 51,5% bệnh nhân mức độ kém. Nhóm chứng có 42,8% bệnh nhân có tầm vận động mức độ trung bình và 28,6% có tầm vận động mức độ kém. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

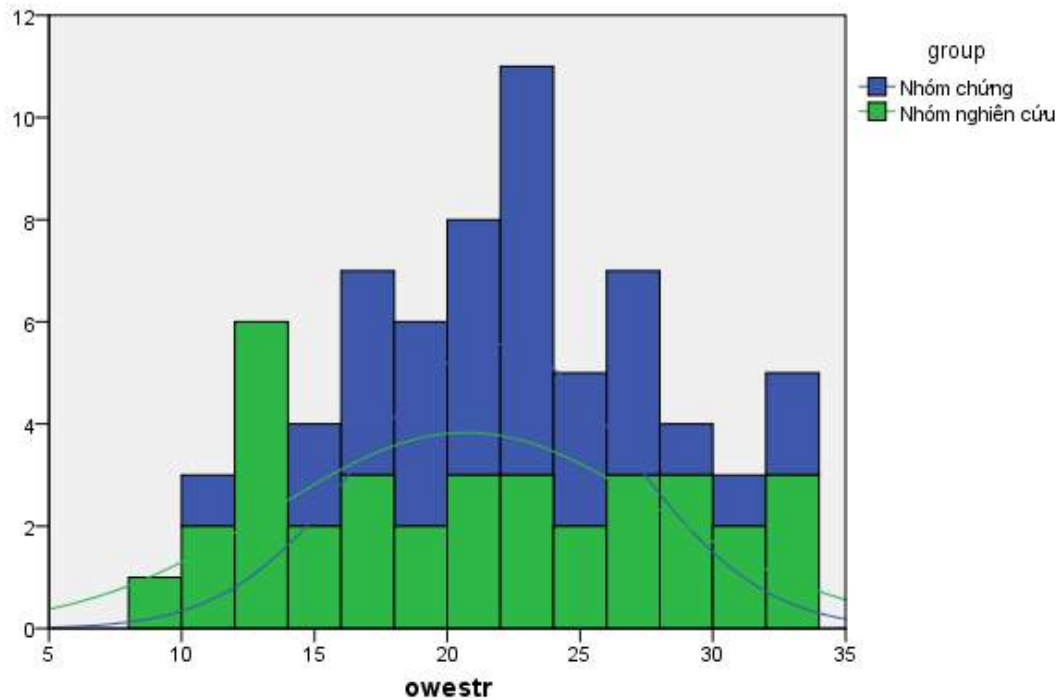
### 3.1.8. Các triệu chứng theo YHCT

**Bảng 3. 7. Đặc điểm triệu chứng YHCT**

Triệu chứng	Chung N = 70		Nhóm NC n1 = 35		Nhóm chứng n2 = 35		P <sub>I-II</sub>
	N	%	n1	%	n2	%	
Khó xoay trở	59	84,3	28	80	31	88,6	>0,05
Ê môi nặng nề	67	95,7	32	91,4	35	100	>0,05
Lạnh đầu tăng	63	90	29	82,9	34	97,1	>0,05
Lưỡi bệu rêu trắng	52	74,3	27	77,1	25	71,4	>0,05
Mạch trầm hữu lực hoặc hoãn	40	57,1	21	60	19	54,3	>0,05

*Nhận xét:* Triệu chứng y học cổ truyền thường gặp là khó xoay trở, lạnh đầu tăng, toàn thân ê môi nặng nề, lưỡi bệu rêu trắng, mạch trầm hữu lực hoặc hoãn. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.1.9. Đặc điểm phân bố ODI trước điều trị



**Biểu đồ 3.4. Đặc điểm phân bố ODI trước điều trị**

Điểm ODI thực tế trước điều trị của nhóm NC là  $20,7 \pm 7,28$ , nhóm chứng là  $21,86 \pm 5,02$ . Sự khác biệt điểm ODI thực tế trước điều trị của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.8. Đặc điểm số lượng hoạt động được sử dụng trong đánh giá điểm ODI**

	Chung		Nhóm NC		Nhóm chứng		p <sub>I-II</sub>
	n	%	n1	%	n2	%	
9 hoạt động	30	42,9	15	42,9	15	42,9	>0,05
10 hoạt động	40	57,1	20	57,1	20	57,1	

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu được đánh giá điểm ODI thông qua 10 hoạt động. Trong đó nhóm NC có 20 (57,1%), nhóm chứng có 20 (57,1%). Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. 9. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu theo mức độ trong thang điểm ODI**

	Chung	Nhóm NC	Nhóm chứng
--	-------	---------	------------

Chỉ tiêu	n	%	n1	%	n2	%
Mức độ 1	1	1,4	1	2,9	0	0
Mức độ 2	23	32,9	14	40	9	25,7
Mức độ 3	34	48,6	12	34,3	22	62,9
Mức độ 4	12	17,1	8	22,8	4	11,4
Mức độ 5	0	0	0	0	0	0
			<b>P<sub>I-II</sub> &gt;0,05</b>			

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân có điểm ODI ở mức độ 3 với 48,6% trong đó nhóm nghiên cứu đa số bệnh nhân có điểm ODI ở mức độ 2 với 40%, mức độ 3 là 34,3%, mức độ 4 là 22,8% không có bệnh nhân nào ở mức độ 5. Trong khi đó, nhóm chứng mức độ 2 có 25,7%, mức độ 3 chiếm 62,9%, mức độ 4 chiếm 11,4%. Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

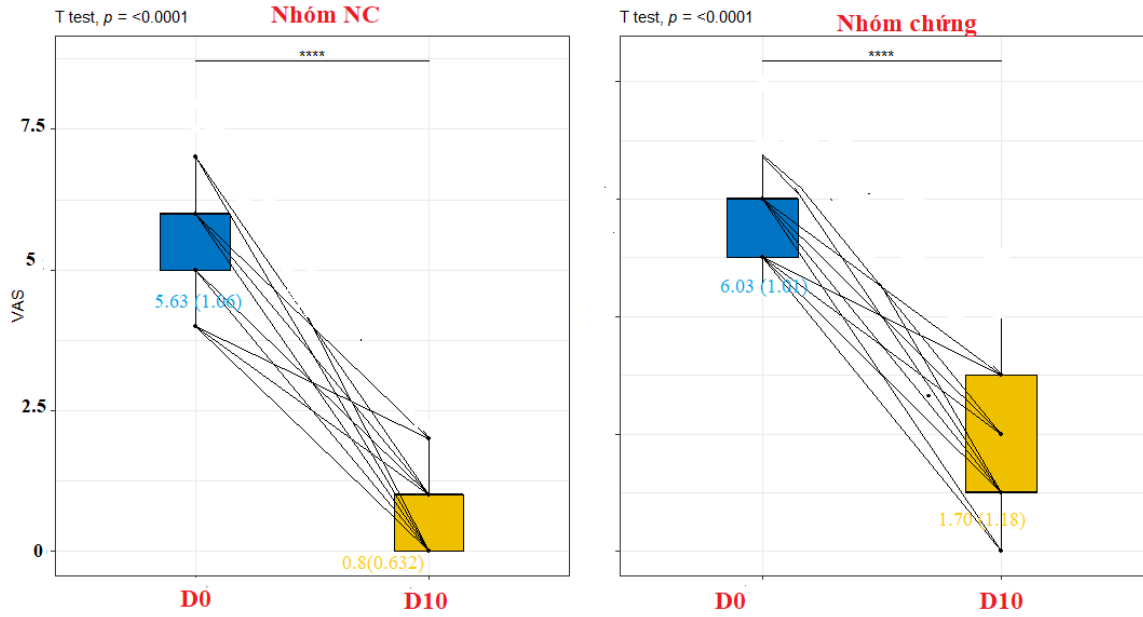
### 3.2. Đánh giá kết quả nghiên cứu

#### 3.2.1. Sự cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS

**Bảng 3. 10. Sự cải thiện mức độ đau sau 10 ngày điều trị (D<sub>10</sub>)**

	Nhóm NC; n1(%)				Nhóm chứng; n2(%)				P <sub>I-II</sub> (D <sub>10</sub> )
	D0		D10		D0		D10		
	n1	%	n1	%	n2	%	n2	%	
Không đau	0	0	31	88,6	0	0	18	51,4	<b>&lt;0,05</b>
Đau nhẹ	6	17,1	4	11,4	9	25,7	15	42,9	
Đau vừa	29	82,9	0	0	26	74,3	2	5,7	
Đau nặng	0	0	0	0	0	0	0	0	
p <sub>0-10</sub>	<b>&lt;0,05</b>				<b>&lt;0,05</b>				

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có 88,6% bệnh nhân không đau, 11,4% bệnh nhân đau mức độ nhẹ. Nhóm chứng có 51,4% bệnh nhân không đau, 42,9% bệnh nhân đau nhẹ và 5,7% bệnh nhân đau vừa. Sự khác biệt sau 10 ngày điều trị giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3.5 Kết quả cải thiện điểm VAS trung bình sau điều trị**

Sau điều trị 10 ngày điểm VAS trung bình nhóm NC là  $0,8 \pm 0,63$ , nhóm chứng là  $1,7 \pm 1,18$  điểm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả điều trị triệu chứng đau theo VAS của 2 nhóm so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.2.2. Sự cải thiện độ giãn CSTL**

**Bảng 3. 11. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 10 ngày điều trị (D<sub>10</sub>)**

Nhóm	Nhóm NC				Nhóm chứng				P <sub>I-II</sub> (D <sub>10</sub> )
	D0		D10		D0		D10		
	n1	%	n1	%	n2	%	n2	%	
Tốt	0	0	30	85,7	0	0	20	57,1	<0,05
Khá	9	25,8	5	14,3	6	17,1	14	40,0	
Trung bình	13	37,1	0	0	20	57,1	1	2,9	
Kém	13	37,1	0	0	9	25,8	0	0	
P <sub>0-10</sub>	<0,05				<0,05				

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 85,7% bệnh nhân có schober mức độ tốt, 14,3% bệnh nhân có Schober mức độ khá. Bệnh nhân nhóm chúng có Schober mức độ tốt chiếm 57,1%, Schober mức độ khá chiếm 40%,

schober mức độ trung bình chiếm 2,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.3. Sự cải thiện tâm vận động CSTL

**Bảng 3. 12. Cải thiện tâm vận động CSTL sau 10 ngày điều trị (D<sub>10</sub>)**

Nhóm	Nhóm NC				Nhóm chứng				P <sub>I-II</sub> (D <sub>10</sub> )
	D0		D10		D0		D10		
	n1	%	n1	%	n2	%	n2	%	
Tốt	0	0	24	68,6	0	0	11	31,5	<0,05
Khá	6	17,1	10	28,6	10	28,6	18	51,4	
Trung bình	11	31,4	1	2,8	15	42,8	6	17,1	
Kém	18	51,5	0	0	10	28,6	0	0	
P <sub>0-10</sub>	<0,05				<0,05				

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 68,6% bệnh nhân có tâm vận động mức độ tốt, 28,6% bệnh nhân có tâm vận động mức độ khá, tâm vận động mức độ trung bình chiếm 2,8%. Bệnh nhân nhóm chứng có tâm vận động mức độ tốt chiếm 31,5%, tâm vận động mức độ khá chiếm 51,4%, tâm vận động mức độ trung bình chiếm 17,1%. Cả 2 nhóm không có tâm vận động ở mức độ kém. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.4. Sự cải thiện các triệu chứng YHCT

**Bảng 3. 13. Cải thiện các triệu chứng YHCT**

Triệu chứng	Nhóm		Nhóm NC n1 = 35	Nhóm chứng n2 = 35	P <sub>I-II</sub>
	Thời điểm				
Khó xoay trở	D0	n	28	31	< 0,05
		%	80	88,6	
	D10	n	4	12	< 0,05
		%	11,4	34,3	
P <sub>0-10</sub>			< 0,05	< 0,05	

<b>Ê mỗi nặng nề</b>	<b>D0</b>	n	32	35	< 0,05
		%	91,4	100	
	<b>D10</b>	n	4	13	< 0,05
		%	11,4	37,1	
	<b>P0-10</b>		< 0,05	< 0,05	
<b>Lạnh đau tăng</b>	<b>D0</b>	n	29	34	< 0,05
		%	82,9	97,1	
	<b>D10</b>	n	8	20	< 0,05
		%	22,9	57,1	
	<b>P0-10</b>		< 0,05	< 0,05	
<b>Lưỡi bệu rêu trắng</b>	<b>D0</b>	n	27	25	> 0,05
		%	77,1	71,4	
	<b>D10</b>	n	15	21	< 0,05
		%	42,9	60	
	<b>P0-10</b>		< 0,05	> 0,05	
<b>Mạch trầm hữu lực hoặc hoãn</b>	<b>D0</b>	n	21	19	> 0,05
		%	60,0	54,3	
	<b>D10</b>	n	17	18	> 0,05
		%	48,9	51,4	
	<b>P0-10</b>		>0,05	>0,05	

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu giảm các triệu chứng Y học cổ truyền tốt như lưỡi bệu rêu trắng, trời lạnh đau tăng, người mệt mỗi ê ẩm. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự thay đổi về rêu lưỡi không có sự khác biệt giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ .

### 3.2.5. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo điểm ODI

**Bảng 3. 14. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo điểm ODI**

	Nhóm NC		Nhóm chứng		P1-II (D10)
	D0	D10	D0	D10	

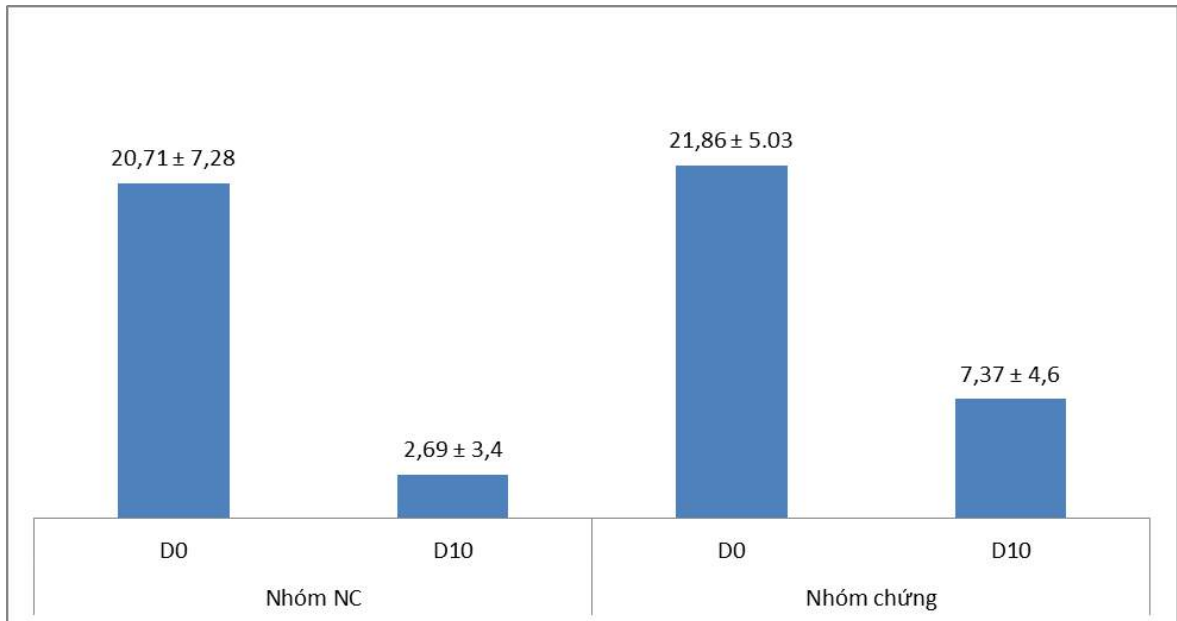


$\bar{X} \pm SD$	20,71 ± 7,28	2,69 ± 3,4	21,86 ± 5,03	7,37 ± 4,6	< 0,05
P <sub>0-10</sub>	< 0,05		< 0,05		

*Nhận xét:* Điểm ODI trung bình trước điều trị của nhóm NC là 20,71 ± 7,28, nhóm chứng là 21,86 ± 5,03, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Sau 10 ngày điều trị, điểm ODI trung bình của nhóm NC là 2,69 ± 3,4, nhóm chứng là 7,37 ± 4,6, sự khác biệt sau 10 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 3. 15. Đánh giá kết quả điều trị theo mức độ điểm ODI (%)**

Mức độ	Nhóm NC; n(%)				Nhóm chứng; n(%)				P <sub>I-II</sub>
	D0		D10		D0		D10		
Mức độ 1	1	2,8	32	91,4	0	0	24	68,6	P <sub>D0</sub> > 0,05 P <sub>D10</sub> < 0,05
Mức độ 2	14	40,0	3	8,6	9	25,7	11	31,4	
Mức độ 3	12	34,3	0	0	22	62,8	0	0	
Mức độ 4	8	22,8	0	0	4	11,4	0	0	
Mức độ 5	0	0	0	0	0	0	0	0	
P <sub>0-10</sub>	< 0,05				< 0,05				



**Biểu đồ 3. 6. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo điểm ODI**

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có 32 (91,4%) bệnh nhân mức độ

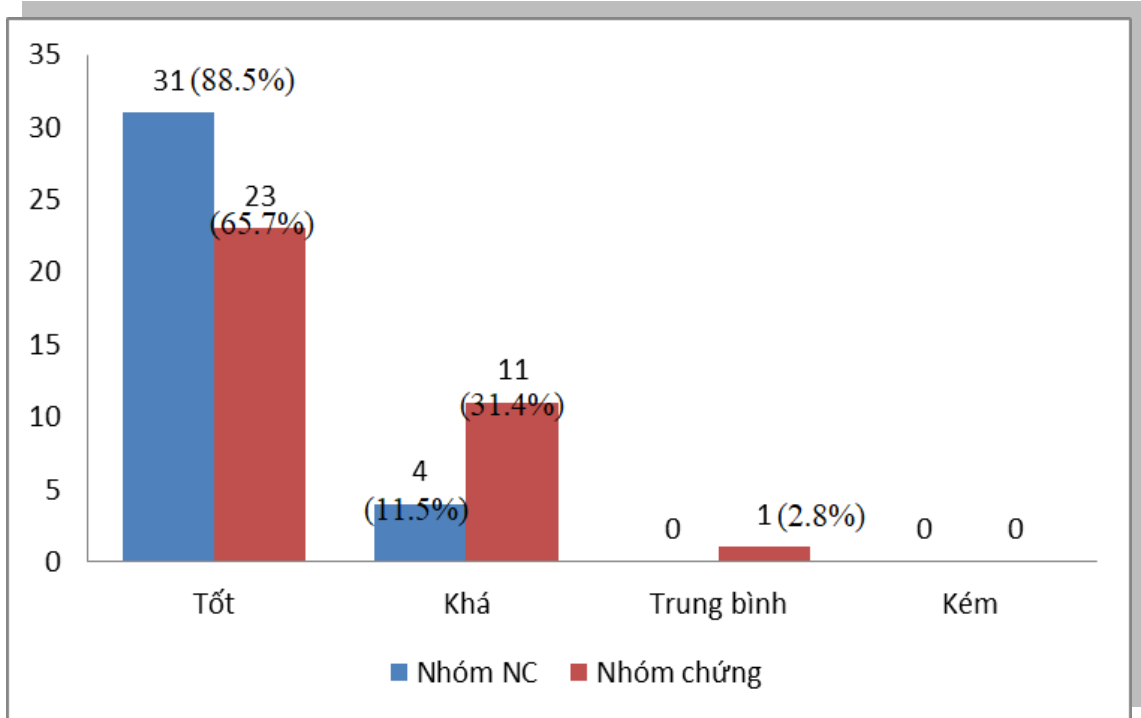
1, chỉ còn 3 (8,6%) bệnh nhân mức độ 2. Nhóm chứng có 24 (68,5%) bệnh nhân mức độ 1, 11 (31,4%) mức độ 2. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.6. Đánh giá kết quả điều trị chung

**Bảng 3. 16. Kết quả điều trị chung**

Nhóm	Nhóm NC n1 = 35		Nhóm chứng n2 = 35		P <sub>I-II</sub> (D10)
	Mức độ	n1	%	n2	
Tốt	31	88,5	23	65,7	< 0,05
Khá	4	11,5	11	31,4	
Trung bình	0	0	1	2,9	
Kém	0	0	0	0	

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị, 2 nhóm đều có kết quả điều trị khá, tốt. trong đó Nhóm nghiên cứu có 88,5% bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị, 11,5% bệnh nhân có đáp ứng khá và không có trường hợp trung bình, kém. Nhóm chứng có 65,7% bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị, 31,4% bệnh nhân có đáp ứng khá, 2,9% đáp ứng trung bình và không có trường hợp kém. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$



**Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung**

### 3.3. Sự biến đổi một số chỉ số của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

#### 3.3.1 Sự biến đổi của huyết áp động mạch (mmHg), mạch, nhịp thở

**Bảng 3. 17. Sự biến đổi của huyết áp động mạch (mmHg), mạch, nhịp thở sau 10 ngày điều trị (D<sub>10</sub>)**

Chỉ số nghiên cứu	Nhóm NC		Nhóm chứng		P <sub>0-10</sub>
	D <sub>0</sub>	D <sub>10</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>10</sub>	
Huyết áp tâm thu	125,4 ± 7,4	125,1 ± 7,0	121,71 ± 7,8	121,42 ± 8,1	> 0,05
Huyết áp tâm trương	78,5 ± 5,5	77,7 ± 5,4	72,23 ± 7,0	72,66 ± 6,7	> 0,05
Mạch	76,9 ± 7,6	76,4 ± 6,9	74,46 ± 16,9	74,49 ± 16,9	> 0,05
Nhịp thở	17,5 ± 1,1	17,3 ± 1,2	19,20 ± 0,9	19,23 ± 0,9	> 0,05

*Nhận xét:* Sau 10 ngày điều trị các chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, mạch, nhịp thở của bệnh nhân cả hai nhóm thay đổi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 3.3.2. Sự biến đổi số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trong máu

**Bảng 3. 18. Sự biến đổi của số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu sau 10 ngày điều trị (D<sub>10</sub>)**

Chỉ số nghiên cứu	Nhóm NC $\bar{X}(SD)$		Nhóm chứng $\bar{X}(SD)$		p0-10
	D <sub>0</sub>	D <sub>10</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>10</sub>	
<b>RBC</b>	4,09 ± 0,20	4,08 ± 0,19	4,10 ± 0,16	4,10 ± 0,15	> 0,05
<b>WBC</b>	6,86 ± 0,66	6,91 ± 0,62	7,70 ± 0,51	7,90 ± 0,50	> 0,05
<b>PLT</b>	326, 97 ± 34,52	332,26 ± 33,99	334,69 ± 10,08	334,86 ± 8,83	> 0,05

*Nhận xét:* Nhận xét: Sau 10 ngày điều trị các chỉ số RBC, WBC, PLT của bệnh nhân cả hai nhóm thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

### 3.4. Tác dụng không mong muốn

**Bảng 3. 19. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị**

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dị ứng	0	0
Bỏng	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Co cơ	0	0
Bầm tím	0	0
Đau tăng	0	0
Khác	0	0

*Nhận xét:* Trong quá trình nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào bị bỏng, dị ứng hay nhiễm trùng, co cơ hay bầm tím vùng điều trị.

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành thực hiện trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định: Đau lưng cấp do Thoái hóa Cột sống thắt lưng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Y học hiện đại, có chỉ định điều trị nội khoa, được khám và điều trị tại bệnh viện YHCT thành phố Đà Nẵng từ tháng 02/2020 đến tháng 08/2020.

70 bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: 35 bệnh nhân nhóm nghiên cứu được can thiệp bằng xoa bóp bấm huyệt kết hợp chườm Ngũ thảo, 35 bệnh nhân nhóm chứng được can thiệp bằng xoa bóp bấm huyệt đơn thuần. Liệu trình can thiệp là 10 ngày.

#### **4.1. Bàn luận về đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

##### **4.1.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi**

Kết quả bảng 3.1. cho thấy, độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là  $52 \pm 13,5$ , nhóm chứng là  $52 \pm 12,4$ , sự khác biệt độ tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả biểu đồ 3.1. cho thấy nhóm chứng đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 40-60 tuổi, trong khi đó nhóm nghiên cứu nằm rải rác từ 40- 70 tuổi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả nghiên cứu thu được là tương đối phù hợp, đảm bảo tính tương đồng về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Kết quả đặc điểm về độ tuổi bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Khánh Linh (2018)[32] với độ tuổi bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng chủ yếu là nhóm bệnh nhân  $> 60$  tuổi, độ tuổi trung bình nhóm 1 là  $60,9 \pm 11,6$  tuổi. Kết quả này cao hơn so tác giả Nguyễn Văn Dũng (2014) với tuổi trung bình là 46,4 tuổi.

Kết quả đặc điểm về độ tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu phù hợp với bệnh cảnh thoái hóa khớp là một bệnh mạn tính thường gặp ở người trung niên và người có tuổi theo đánh giá của tác giả Trần Ngọc Ân năm 2002[1], Nghiêm Hữu Thành năm 2002[21]. Từ 40 tuổi trở lên, con người đã trải qua hơn 20 năm lao động, chịu nhiều yếu tố tác động của lực dâm, thất tình, thiên quý suy làm cho tình trạng chung của sức khỏe suy giảm không còn tráng kiện nữa, quá trình thoái hóa

diễn ra theo quy luật tất yếu của cột sống.

#### **4.1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới**

Kết quả bảng 3.2. cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nam nữ như nhau, sự khác biệt tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này cho thấy đảm bảo tính tương đồng giữa nhóm nghiên cứu với nhóm chứng.

Theo tác giả Phùng Thị Khánh Linh (2018) với tỷ lệ nữ giới ở nhóm I là 73,3% [32]. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Lư Thị Hiệp (2001) [19], Nguyễn Văn Dũng (2014) cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu tỷ lệ nam và nữ như nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam nữ tương đối như nhau. Đây là nghiên cứu bước đầu đánh giá mức độ hiệu quả của can thiệp, không phải nghiên cứu về tình hình dịch tễ cho nên đặc điểm tỷ lệ nam nữ không đại diện cho tỷ lệ lưu hành bệnh trong quần thể.

#### **4.1.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp**

Kết quả bảng 3.3 cho thấy nhóm nghiên cứu 64,9%, nhóm chứng 68,6% đối tượng tham gia nghiên cứu có nghề nghiệp lao động chân tay. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này cho thấy đảm bảo được sự tương đồng về tỷ lệ nghề nghiệp giữa hai nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với tác giả Phùng Thị Khánh Linh (2018) với tỷ lệ lao động chân tay là 56,67% [32]

Mặc dù phân bố độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là bệnh nhân trên 60 tuổi. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận được nghề nghiệp trước đó của các bệnh nhân thuộc nhóm lao động chân tay phần lớn là: công nhân, nông dân, ... Đây là những công việc đòi hỏi sức lao động lớn, hệ thống cơ xương khớp – đặc biệt là cột sống thắt lưng phải vận động rất nhiều và phải chịu sức nặng - trọng tải lớn. Tư thế làm việc của những người làm nghề lao động chân tay thường bị gò bó kéo dài, nhiều trường hợp sai tư thế trường diễn, hệ thống dây chằng, cơ khớp cũng bị đè ép, căng giãn lâu ngày dẫn đến nhiều chấn thương, tổn thương vùng cột sống thắt lưng từ nhẹ đến nặng.

Nghề nghiệp lao động nặng nhọc là một trong những nguyên nhân khiến

bệnh nhân gặp phải các bệnh lý về cột sống, trong đó đau lưng cấp là một trong những tình trạng thường gặp [38]. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng những bệnh nhân làm việc nặng nhọc có tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn nhóm lao động nhẹ, những sang chấn trong quá trình lao động và sinh hoạt làm tổn thương hệ cơ xương khớp và dẫn tới tình trạng đau nhức.

#### **4.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh**

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy thời gian mắc bệnh trung bình nhóm chứng 7,16 ngày (từ 2- 15 ngày), nhóm nghiên cứu 6,91 ngày (từ 2-16 ngày). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Kết quả nghiên cứu thu được là tương đối phù hợp, đảm bảo tính tương đồng về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm.

Thời gian mắc bệnh từ 2-16 ngày, một số bệnh nhân ghi nhận đã từng tự điều trị hoặc điều trị bằng phương pháp khác nhưng không đạt hiệu quả mong muốn. Bên cạnh đó, Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng đau lưng cấp có thời gian đau < 6 tuần, tuy nhiên kết quả nghiên cứu còn cho thấy bệnh nhân tương đối quan tâm tới tình trạng sức khỏe, không để diễn biến kéo dài.

#### **4.1.5. Đặc điểm triệu chứng đau theo thang điểm VAS trước điều trị**

Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh. Đây là thang điểm thường được đánh giá mức độ đau trong lâm sàng và trong nghiên cứu.

Kết quả bảng 3.4 cho thấy đặc điểm triệu chứng đau theo thang điểm VAS trước điều trị, nhóm nghiên cứu chủ yếu (82,9%) đau mức độ vừa, 17,1% đau mức độ nhẹ. Tỷ lệ này tương tự ở nhóm chứng với 74,3% mức độ vừa, 25,7% mức độ nhẹ. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Kết quả này cho thấy đảm bảo tính tương đồng về mức độ đau giữa hai nhóm trước điều trị.

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy trước điều trị nhóm nghiên cứu có điểm VAS trung bình là  $5,63\pm 1,06$ , nhóm chứng là  $6,3\pm 1,01$ . Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Nhóm ngành nghề lao động chân tay có xu hướng điểm VAS cao hơn nhóm có nghề nghiệp là lao động trí óc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Khánh Linh (2018) với mức độ đau chủ yếu là vừa và nặng, điểm VAS

trung bình trước điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu là  $6,23 \pm 1,04$ . Tác giả Hoàng Minh Hùng (2017) [13] cho thấy có 58% bệnh nhân đau mức độ vừa, chỉ có 16% đau mức độ nặng. Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có mức độ đau vừa và nhẹ, đây là đặc điểm chung của đối tượng đến và sử dụng các phương pháp điều trị YHCT, do đặc tính điều trị dựa vào thiết lập sự cân bằng âm dương của cơ thể, hiệu quả thường đến chậm vài ngày. Do vậy các trường hợp đau nặng thường đến khám và sử dụng các phương pháp giảm đau của y học hiện đại.

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh lý diễn biến mạn tính nhiều năm, tuy nhiên bệnh nhân chỉ vào viện và thăm khám khi xuất hiện các triệu chứng gây ảnh hưởng đến cuộc sống. Trong đó, triệu chứng đau vùng cột sống thắt lưng là triệu chứng chủ yếu khiến bệnh nhân phải nhập viện.

Theo Y học cổ truyền, đau đờc mô tả trong chứng tỵ. Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu có căn nguyên là phong hàn thấp gây bệnh. Trong đó hàn tà là nguyên nhân chính gây ra tình trạng đau nhức, co rút. Với xã hội ngày càng phát triển, con người quan tâm và chăm sóc sức khỏe của bản thân hơn do vậy trong nghiên cứu đa số bệnh nhân đi thăm khám sớm sau khi đau.

#### **4.1.6. Đặc điểm chỉ số Schober trước điều trị**

Kết quả bảng 3.5 cho thấy chỉ số Schober  $< 14/10$ cm nhóm nghiên cứu có 100%, nhóm chứng 100% đối tượng tham gia nghiên cứu. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về chỉ số Schober của đối tượng tham gia nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Khánh Linh (2018) về hạn chế cột sống thắt lưng qua chỉ số Schober. Chỉ số Schober trong bệnh cảnh đau lưng cấp do thoái hóa cột sống thắt lưng bị giảm là do tình trạng đau, và cơ cơ cạnh sống.

#### **4.1.7. Đặc điểm lâm sàng tầm vận động cột sống thắt lưng trước điều trị**

Hạn chế tầm vận động từ mức độ trung bình trở xuống của nhóm nghiên cứu là 82,9%, nhóm chứng là 71,4%. Sự khác biệt đặc điểm hạn chế tầm vận động nghiêng, xoay, và ngửa ra sau của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Đa số bệnh nhân có biểu hiện hạn chế tầm vận động do đau. Sự khác biệt tỷ lệ giữa



hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy đảm bảo tính tương đồng về mức độ hạn chế vận động cột sống thắt lưng giữa hai nhóm trước điều trị.

#### **4.1.8. Đặc điểm triệu chứng theo Y học cổ truyền trước điều trị**

Kết quả bảng 3.7 cho thấy các triệu chứng thường gặp của đối tượng tham gia nghiên cứu là rêu lưỡi trắng, lạnh đau tăng, toàn thân ê mỏi nặng nề, khó xoay trở.

Hàn tà là âm tà, gây tổn thương dương khí, tính của nó gây ngưng trệ. Trong các triệu chứng nêu trên rêu lưỡi trắng, mạch trầm hữu lực, trời lạnh đau tăng, khó xoay trở là biểu hiện nguyên nhân do hàn. Thấp tà làm cản trở khí cơ, tính nặng đục kết hợp với hàn tà mà gây ra toàn thân ê mỏi, cử động khó khăn.

#### **4.1.9. Đặc điểm ODI trước điều trị**

Thang điểm ODI nhằm lượng giá mức độ ảnh hưởng của đau tới các chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân đau cột sống thắt lưng. Trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu được đánh giá điểm ODI thông qua 10 hoạt động, trong đó cả 2 nhóm 20 (57,1%).

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy điểm ODI thực tế trước điều trị của nhóm NC là  $20,7 \pm 7,28$ , nhóm chứng là  $21,86 \pm 5,02$ . Sự khác biệt điểm ODI thực tế trước điều trị của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả bảng 3.9 cho thấy đa số bệnh nhân được đánh giá điểm ODI thông qua 10 hoạt động với tỷ lệ là 57,1%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này đảm bảo tính tương đồng cách đánh giá điểm ODI giữa hai nhóm.

Kết quả bảng 3.9, nhóm nghiên cứu đa số bệnh nhân có điểm ODI ở mức độ 2 với 40%, mức độ 3 là 34,3%, mức độ 4 là 22,8% không có bệnh nhân nào ở mức độ 5. Trong khi đó, nhóm chứng mức độ 2 có 25,7%, mức độ 3 chiếm 62,9%, mức độ 4 chiếm 11,4%. Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả trên cho thấy nghiên cứu đảm bảo độ tương đồng giữa hai nhóm về điểm ODI trước điều trị.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Khánh Linh (2018) với ODI nhóm 1 đa số ở mức trung bình là 70%. Tác giả Phùng Thị Khánh Linh đánh giá ODI thông qua 4 hoạt động, trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tối đa các hoạt

động để đánh giá.[32]

## **4.2. Bàn luận về kết quả nghiên cứu**

### **4.2.1. Kết quả cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS**

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ cải thiện triệu chứng đau sau điều trị 10 ngày cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Theo tác giả Thomas.G lowe cho thấy thoái hóa cột sống là nguyên nhân gây đau thắt lưng và khi sử dụng xoa bóp bấm huyết sẽ kiểm soát được triệu chứng đau, bằng cách kích thích sản xuất ra các hormon có tác dụng giảm đau.

Kết quả bảng 3.10 cho thấy sau 10 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 88,6% bệnh nhân không đau, 11,4% bệnh nhân đau mức độ nhẹ. Nhóm chứng có 51,4% bệnh nhân không đau, 42,9% bệnh nhân đau nhẹ và 5,7% bệnh nhân đau vừa. Sự khác biệt sau 10 ngày điều trị giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị của hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tác giả Hoàng Minh Hùng (2017) nghiên cứu tác dụng của Đại hội giải cứu Việt kết hợp xoa bóp bấm huyết cho thấy điểm VAS sau 10 ngày điều trị giảm xuống còn  $2,7 \pm 1,4$  điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của tác giả Hoàng Minh Hùng, do hai phương pháp đều áp dụng ôn pháp để điều trị.[13]

Đau lưng cấp do căn nguyên phong hàn thấp, trở trệ ở cân cơ kinh lạc cản trở vận hành khí huyết mà gây đau. Phương pháp xoa bóp - bấm huyết sử dụng những tác động hợp lý trực tiếp vào huyết (bổ hoặc tả) giúp cho khí huyết được lưu thông, hoạt động chức năng bình thường của các tạng phủ được phục hồi. Bên cạnh đó theo YHHĐ xoa bóp làm tăng tuần hoàn tại chỗ nên có tác dụng tăng cường dinh dưỡng, giảm đau, hạn chế quá trình thoái hóa của xương khớp. Đối với khớp hạn chế vận động, xoa bóp kết hợp với tập vận động giúp phục hồi khả năng vận động của khớp. Tuy nhiên, lá Ngũ trảo có chứa nhiều loại tinh dầu và được dân gian sử dụng đem lại hiệu quả tốt trong các bệnh lý đau nhức cơ xương khớp. Theo YHCT lá Ngũ trảo có vị cay, tính ấm tác dụng khu phong tán hàn chỉ thống. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chẩn đoán nguyên nhân do phong hàn thấp, điều trị dùng ôn pháp giúp khu phong tán hàn. Do vậy nhóm NC sau 10 ngày điều trị, bệnh nhân cải thiện triệu chứng đau tốt hơn.

#### 4.2.2. Sự cải thiện độ giãn cột sống và tầm vận động cột sống thắt lưng

Kết quả bảng 3.11 cho thấy, sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 85,7% bệnh nhân có schober mức độ tốt, 14,3% bệnh nhân có schober mức độ khá. Bệnh nhân nhóm chứng có schober mức độ tốt chiếm 57,1%, schober mức độ khá chiếm 40%, schober mức độ trung bình chiếm 2,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt chỉ số schober trước và sau điều trị của hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2016) nghiên cứu hiệu quả điều trị đau lưng thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện châm kết hợp tác động cột sống. Kết quả sau 10 ngày điều trị, cải thiện đáng kể các chỉ số độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL sau 10 ngày điều trị tỷ lệ cải thiện tốt ở nhóm NC là 86,7%; mức độ cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả tương tự, với sau 10 ngày 88,5% bệnh nhân không còn hạn chế cột sống thắt lưng qua chỉ số schober.

Kết quả bảng 3.12 cho thấy sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 68,6% bệnh nhân có tầm vận động mức độ tốt, 28,6% bệnh nhân có tầm vận động mức độ khá, tầm vận động mức độ trung bình chiếm 2,8%. Bệnh nhân nhóm chứng có tầm vận động mức độ tốt chiếm 31,5%, tầm vận động mức độ khá chiếm 51,4%, tầm vận động mức độ trung bình chiếm 17,1%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Fozia Sibtain và cộng sự (2013) nghiên cứu “Hiệu quả của parafin kết hợp tập vận động khớp trong phục hồi chức năng bàn tay sau chấn thương”. Kết quả cho thấy điều trị bằng parafin kết hợp tập vận động khớp làm giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp hiệu quả hơn so với chỉ điều trị bằng tập vận động khớp. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp chườm Ngũ thảo cũng đem lại hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng.

Theo lý luận YHCT xoa bóp bấm huyệt kết hợp chườm lá Ngũ thảo có chứa tác dụng hiệp đồng, đẩy lui ngoại tà bế trở cân cơ kinh lạc quan tiết, khí huyết lưu thông thuận lợi mà vận động linh hoạt trở lại. Bên cạnh đó, phương pháp kết hợp đã giúp điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc, làm thông kinh hoạt lạc, hành

khí hoạt huyết, thông tắc bất thống, do đó có tác dụng giảm đau, giải quyết được tình trạng đau và co cơ, do đó cải thiện được độ giãn cột sống tốt hơn.

#### **4.2.3. Đánh giá kết quả điều trị chung theo sự cải thiện điểm ODI**

Kết quả biểu đồ 3.6. cho thấy sự thay đổi trước và sau điểm ODI của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu cho thấy xoa bóp đơn thuần và kết hợp với chườm Ngũ thảo đều làm cải thiện điểm ODI so với trước điều trị. Tuy nhiên mức độ cải thiện ở hai nhóm là khác nhau. Điểm ODI trung bình trước điều trị của nhóm chứng là  $21,86 \pm 5,03$ , nhóm nghiên cứu là  $20,71 \pm 7,28$ , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sau 10 ngày điều trị, điểm ODI trung bình của nhóm chứng là  $7,37 \pm 4,6$ , nhóm nghiên cứu là  $2,69 \pm 3,4$ , sự khác biệt sau 10 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Điểm ODI là thang điểm dùng để đánh giá mức độ mất chức năng sinh hoạt của bệnh nhân đau vùng cột sống thắt lưng. Trong nghiên cứu này sau 10 ngày điều trị, mức độ giảm điểm thực tế ODI của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng. Kết quả này là do ở nhóm nghiên cứu được sử dụng kết hợp hai phương pháp Xoa bóp bấm huyệt và chườm lá Ngũ thảo đã đem lại hiệu quả giảm đau, giãn cơ và cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng tốt hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Ngoài mục tiêu giảm đau, phục hồi chức năng vận động trong quá trình điều trị thì mục tiêu giúp bệnh nhân tái hòa nhập cuộc sống, tự thực hiện được các hoạt động sinh hoạt hàng ngày là mục tiêu chính trong thực hành lâm sàng.

Kết quả bảng 3.15 cho thấy sự khác biệt trước và sau điều trị của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . 10 ngày điều trị, nhóm NC có 32 (91,4%) bệnh nhân mức độ 1, chỉ còn 3 (8,6%) bệnh nhân mức độ 2. Nhóm chứng có 24 (68,6%) bệnh nhân mức độ 1, 11 (31,4%) mức độ 2. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Quan trọng hơn là kết quả đạt hiệu quả lâm sàng thực tiễn, sau 10 ngày điều trị đa số bệnh nhân có thể sinh hoạt bình thường, ít bị ảnh hưởng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2016) nghiên cứu cho thấy sử dụng châm cứu

kết hợp xoa bóp bấm huyệt giúp cải thiện điểm ODI mức độ tốt là 66.7%. Phùng Thị Khánh Linh (2018) [32] cho thấy sau 20 ngày điều trị bằng điện châm kết hợp dùng thuốc ODI ở mức tốt là 26,7%, khá là 60%. Tác giả Hoàng Minh Hùng (2017) sau điều trị bằng hộp ngải kết hợp với xoa bóp bấm huyệt cho thấy cải thiện tốt điểm ODI.[13]

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên nhóm bệnh nhân đau lưng do phong hàn thấp, bên cạnh đó sử dụng phương pháp chườm Ngũ trảo kết hợp xoa bóp bấm huyệt, đây là hai phương pháp có hiệu quả tốt nhất trong việc cải thiện mức độ co cơ và giảm đau. Từ đó, cải thiện chức năng sinh hoạt của bệnh nhân ở mức cao hơn. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đa phần đến thăm khám và điều trị từ sớm, do vậy kết quả đạt được tương đối tốt.

#### **4.2.4. Đánh giá kết quả điều trị chung**

Kết quả bảng 3.16 và biểu đồ 3.7 cho thấy sau 10 ngày điều trị, 2 nhóm đều có kết quả điều trị khá, tốt. trong đó Nhóm nghiên cứu có 88,5% bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị, 11,5% bệnh nhân có đáp ứng khá và không có trường hợp trung bình, kém. Nhóm chứng có 65,7% bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị, 31,4% bệnh nhân có đáp ứng khá, 2,9% đáp ứng trung bình và không có trường hợp kém. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Tâm (2015) sau 15 ngày điều trị đau lưng cấp bằng cấy chỉ cho kết quả tốt của nhóm nghiên cứu đạt 16,7% khá đạt 76,7%. Kết quả của sự khác biệt này là do khi kết hợp chườm lá ngũ trảo với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau lưng cấp thể phong hàn thấp có tác dụng khu phong tán hàn, lý khí chỉ thống, tác dụng tại chỗ tốt hơn [20]. Bên cạnh đó kết quả chung của nhóm nghiên cứu tốt hơn so với sử dụng xoa bóp bấm huyệt đơn thuần.

#### **4.2.5. Sự cải thiện các triệu chứng YHCT**

Kết quả bảng 3.13 Sau 10 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu giảm các triệu chứng Y học cổ truyền tốt như khó xoay trở, gặp lạnh đau tăng, ê mỏi nặng nề. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự thay đổi về rêu lưỡi không có sự khác

biệt giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ .

Bệnh nhân nhóm NC ngoài xoa bóp bấm huyệt ra còn được áp dụng chườm Ngũ trảo, một loại dược liệu chứa nhiều tinh dầu, có vị cay tính âm chủ trị phát tán hàn thấp, do vậy các triệu chứng theo YHCT của bệnh nhân có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm chỉ sử dụng xoa bóp đơn thuần. Theo lý luận YHCT âm chướng dụng dương dược nhằm lập lại cân bằng âm dương. Đối tượng tham gia nghiên cứu đều do mất cân bằng giữa chính khí và tà khí, tà khí (phong hàn thấp) thực mà gây bệnh. Do vậy sử dụng Ngũ trảo vị cay tính ấm kết hợp nhiệt độ nóng để chườm làm tăng tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp khỏi cân cơ kinh lạc, âm dương được cân bằng, tà khí lui chính khí vượng mà từ đó cải thiện các triệu chứng.

Sự thay đổi về rêu lưỡi thường chậm hơn so với sự thay đổi các triệu chứng tại chỗ.

#### **4.2.6. Đánh giá sự biến đổi của chỉ số huyết áp, mạch, nhịp thở**

Kết quả bảng 3.17. cho thấy sau 10 ngày điều trị huyết áp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trước và sau điều trị đều nằm trong mức bình thường của huyết áp tâm thu và tâm trương, không có sự biến đổi rõ rệt nào và huyết áp nằm trong giới hạn bình thường sau điều trị, sự khác biệt trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả thay đổi về mạch sau 10 ngày điều trị giữa hai nhóm không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Các chỉ số về mạch đều nằm trong giới hạn bình thường.

Kết quả thay đổi về nhịp thở sau 10 ngày điều trị giữa hai nhóm không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Các chỉ số về mạch đều nằm trong giới hạn bình thường.

#### **4.2.7. Sự biến đổi của số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu**

Qua các bảng 3.18 cho thấy kết quả về công thức máu của bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có thể thấy giá trị lớn nhất hay nhỏ nhất, giá trị trung bình của các chỉ số huyết học đều nằm trong giới hạn bình thường nên có thể thấy rằng các phương pháp can thiệp không làm ảnh hưởng đến các chỉ số huyết học của người bệnh, số lượng hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu vẫn ở trong mức giới hạn bình thường. Với  $p > 0,05$  cũng cho thấy sự khác biệt này không mang ý nghĩa thống kê.

### **4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.**

Kết quả bảng 3.19 chườm Ngũ trảo kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên 35 trường hợp bệnh nhân bị đau lưng cấp do THCS được nghiên cứu trong đề tài. Qua quá trình điều trị 10 ngày, tất cả bệnh nhân đều đáp ứng tốt và không xảy ra một tác dụng không mong muốn nào, có thể thấy đây là một phương pháp điều trị an toàn và mang lại hiệu quả cao. Tuy nhiên, để đảm bảo được tính an toàn cao nhất trong quá trình điều trị thì người thầy thuốc cần phải nắm vững kỹ thuật chườm, nhiệt độ chườm... để tránh gây thương tổn cho người bệnh.

### **4.4. Bàn luận về phương pháp chườm Ngũ trảo**

Đối tượng tham gia nghiên cứu mắc bệnh do nguyên nhân ngoại nhân xâm phạm vào cơ thể, kinh mạch hoặc nguyên nhân bên trong (nội nhân – chính khí hư) đưa đến sự bế tắc vận hành kinh khí trong đường kinh. Thực chất của phương pháp chườm nóng chính là dùng tính ôn nhiệt và tinh dầu trong thảo dược để trị liệu, giúp làm ôn dương khí, khu hàn tà, trừ phong thấp, thông kinh mạch, điều khí huyết, cân bằng lại âm dương trong cơ thể để điều trị bệnh.

Phương pháp chườm có nhiều loại tùy theo nguyên liệu để chườm, có thể phân ra: chườm tro, chườm hành, chườm gừng, chườm rượu, chườm muối, chườm nước, chườm thuốc (một vị hay nhiều vị thuốc). Tuy nhiên trong nghiên cứu sử dụng lá Ngũ trảo, một loại dược liệu tương đối phổ biến tại Đà Nẵng, nhưng hiện tại chỉ mới nghiên cứu về thành phần tinh dầu, độc tính bán trường diễn, cao lỏng mà chưa có nghiên cứu về phương pháp chườm. Và với tiềm năng khai thác lớn, bên cạnh đó, kinh nghiệm sử dụng trong dân gian lâu đời, đã đạt được các kết quả khả quan. Do vậy nhóm nghiên cứu tiến hành đánh giá tác dụng của phương pháp chườm lá Ngũ trảo trên bệnh nhân đau lưng cấp do thoái hóa cột sống thắt lưng thể phong hàn thấp theo YHCT.

Kết quả Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân cải thiện tốt các triệu chứng đau, độ giãn cột sống, tầm vận động cột sống thắt lưng và chức năng vận động sinh hoạt hàng ngày qua thang điểm ODI. Bên cạnh đó không ghi nhận tác dụng phụ trong và sau khi can thiệp.. Có thể nhận định phương pháp chườm lá Ngũ trảo tương đối an toàn.

#### **4.5. Bàn luận về tính an toàn của lá Ngũ trảo**

Ngũ trảo là một dược liệu mới và ít được đề cập đến trong các y văn trước đây. Xác định độc tính cấp và liều chết 50% để đánh giá mức độ độc tính và có cơ sở chọn liều thử ác dụng cho các bước nghiên cứu tiếp theo thì nhóm nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh tú và cộng sự đã tiến hành “Nghiên cứu độc tính cấp và bán trường diễn của cao Hoàng kinh trên động vật thực nghiệm”. Kết luận cho thấy, cao Hoàng kinh là dược liệu an toàn, chưa thấy biểu hiện độc tính cấp theo đường uống trên chuột nhắt trắng và chưa gây độc tính bán trường diễn trên thỏ [26].



## KẾT LUẬN

### **1. Hiệu quả điều trị của phương pháp chườm Ngũ thảo trên bệnh nhân đau lưng cấp do thoái hóa cột sống thắt lưng thể phong hàn thấp**

– Nhóm nghiên cứu có sự cải thiện về mức độ đau tỷ lệ bệnh nhân không đau theo thang điểm VAS đạt 88,6%, đau nhẹ 11,4%, sự khác biệt so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

– Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt độ giãn cột sống, tầm vận động cột sống thắt lưng, sự khác biệt so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

– Sự đánh giá chức năng vận động và sinh hoạt hàng ngày thông qua điểm ODI giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 10 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 32 (91,4%) bệnh nhân mức độ 1, chỉ còn 3 (8,6%) bệnh nhân mức độ 2.

– Bệnh nhân nhóm nghiên cứu giảm các triệu chứng Y học cổ truyền tốt như khoá xoay trở, gặp lạnh đau tăng, ê môi nặng nề.

– Kết quả đánh giá hiệu quả chung sau 10 ngày điều trị ở cả 2 nhóm đều khá và tốt. Trong đó, nhóm nghiên cứu có 88,5% bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị, 11,5% bệnh nhân có đáp ứng khá và không có trường hợp trung bình, kém. Cao hơn nhiều so với nhóm đối chứng, nhóm có 65,7% bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị, 31,4% đáp ứng khá, 2,9% đáp ứng trung bình.

– Kết quả này cho thấy phương pháp chườm lá Ngũ thảo kết hợp với Xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau lưng cấp thể phong hàn thấp đạt hiệu quả rõ rệt hơn so với sử dụng phương pháp Xoa bóp bấm huyệt đơn thuần với  $p < 0,05$ .

– Vì vậy chúng tôi phương pháp chườm Ngũ thảo kết hợp Xoa bóp bấm huyệt có tác dụng điều trị trên bệnh nhân đau lưng cấp do thoái hóa cột sống thắt lưng thể phong hàn thấp giúp nâng cao hiệu quả điều trị bệnh.

### **2. Theo dõi tác dụng không mong muốn**

Trong quá trình nghiên cứu không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng và chỉ số huyết học.

### **KIẾN NGHỊ**

Sử dụng phương pháp chườm Ngũ thảo kết hợp Xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng thể phong hàn thấp đem lại hiệu quả tốt. Đồng thời, có thể phối hợp phương pháp chườm lá Ngũ thảo này với các phương pháp điều trị khác như châm cứu, thuốc giảm đau để tăng hiệu quả điều trị bệnh.

Phương pháp chườm Ngũ Thảo có tác dụng điều trị hiệu quả, chi phí hợp lý, phương pháp đơn giản, dễ sử dụng ngay tại các tuyến y tế cơ sở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT:

1. **Trần Ngọc Ân** (2002). “Đau vùng thắt lưng”, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 374 - 395.
2. **Vũ Quang Bích** (2001). *Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 11.
3. **Bộ Y tế** (2008). Qui trình số 72- Xoa bóp bấm huyệt, *94 qui trình Y học cổ truyền*, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế** (2008). Qui trình số 87 Chườm ngải cứu, *94 qui trình Y học cổ truyền*, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. **Võ Văn Chi** (1997). Hoàng Kinh, *Từ điển cây thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, tr 564.
6. **Nguyễn Văn Dũng và cộng sự** (2014). “Đánh giá hiệu quả điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống bằng châm cứu và xoa bóp bấm huyệt”. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, bệnh viện Y học cổ truyền TP Đà Nẵng.
7. **Nguyễn Văn Dũng và cộng sự** (2016). “Đánh giá tác dụng điều trị đau lưng thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện châm kết hợp tác động cột sống”. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, bệnh viện Y học cổ truyền TP Đà Nẵng.
8. **Lý Ngọc Điền, Bảo Huy** (2000). *Xoa bóp bấm huyệt chữa bệnh*, NXB Y học, Hà Nội. Tr 179-189.
9. **Phạm Thị Minh Đức** (1998). “Sinh lý đau”, *Chuyên đề sinh lý học*, trường đại học Y Hà Nội, tr. 138 – 153.
10. **Trần Thái Hà** (2007). “Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa 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.
11. **Nguyễn Chí Hiệp** (2017). “Đánh giá hiệu quả điều trị của bài thuốc KT1 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.
12. **Nguyễn Văn Hưng, Phạm Thị Xuân Mai** (2018). “Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc độc hoạt

*tang ký sinh*”. Tạp chí Y Dược học – Trường đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 5 – tháng 10/2018.

13. **Hoàng Minh Hùng** (2017). “*Đánh giá tác dụng điều trị của “Đai hộp 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.

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, Tr.166-167.

15. **Hà Hoàng Kiệt, Hội phục hồi chức năng Việt Nam** (2016), *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, NXB Y Học, Hà Nội, Tr. 134.

16. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2012). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Tr.140 – 153.

17. **Nguyễn Xuân Nghiê**n (2008). *Phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

18. **Lê Quý Ngu**ru (1992). *Danh từ huyệt vị châm cứu*, Hội Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh.

19. **Luu Thị Hiệp** (2001), “Nghiên cứu tác dụng giảm đau thoái hóa cột sống thắt lưng bằng một công thức huyệt”, Tạp chí Y học thực hành, thành phố Hồ Chí Minh số 4/2001.

20. **Hồ Thị Tâm** (2013). “*Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ catgui vào huyệt*”. Trường đại học y Hà Nội.

21. **Nghiêm Hữu Thành** (2002), “*Châm giảm đau và châm tê*”, Tạp chí Châm cứu Việt Nam ,số 4/2002,tr.16-19.

22. **Nghiêm Hữu Thành** (2010). “*Những cơ sở khoa học của điện châm-bấm huyệt-tắm thuốc trong điều trị đau cột sống cổ và cột sống thắt lưng*”, Hội thảo Điều trị đau cột sống cổ và cột sống thắt lưng, những tiến bộ của khoa học hiện đại và châm cứu, tr.6-17.

23. **Phan Thị Thu Thảo** (2014). “*Tác dụng giảm đau của cao lỏng Hoàng kinh trong điều trị bệnh nhân Thoái hóa khớp gối*”, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

24. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thuý** (1997). *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản

Y học, tr 145-348.

25. **Trần Thúy, Nguyễn Nhược Kim, Trần Quốc Hiếu, Lê Thị Hồng Hoa** (2004). *Xoa bóp bấm huyệt*, NXB Y học, Hà Nội.
26. **Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự** (2014). “*Nghiên cứu độc tính cấp và bán trường diễn của cao hoàng kinh trên động vật thực nghiệm*”. tạp chí nghiên cứu y học (3). Tr 46-50.
27. **Nguyễn Thị Thanh Tú và cộng sự** (2014). “*Tác dụng giảm đau, chống viêm của viên nang Hoàng kinh trên động vật thực nghiệm*”. Tạp chí nghiên cứu y học (5). Tr 43-49.
28. **Đình Đăng Tuệ và cộng sự** (2015). “*Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng kết hợp Xoa bóp bấm huyệt*”, Tạp chí nghiên cứu y học, ISSN 2354-080X, số 93, tr 138-140.
29. **Đỗ Quyên, Nguyễn Tiến Tiệp** (2015). “*Nghiên cứu thành phần tinh dầu lá hoàng kinh (Vitex negundo Linn.) thu hái tại Hà Nội*”. Tạp chí dược học 2015, số 468, tr.39 - 42.
30. **Trần Ngọc Trường** (2007). *Xoa bóp bấm huyệt chữa các bệnh vùng cột sống*, NXB Y học, Hà Nội. Tr 49-62.
31. **Phạm Hồng Vân và cộng sự** (2013). “*Nghiên cứu tác dụng của Điện châm trong điều trị đau thắt lưng thể thận hư*”. Tạp chí Y học thực hành, số 5/2013.
32. **Phùng Thị Khánh Linh** (2018). “*Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt thang trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*”. Đề tài Thạc sĩ. Trường đại học y Hà Nội.
33. **Viện dược liệu** (2006), *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, tr 943-945.

## TIẾNG ANH

34. **Ajmal Khan, Sadia Naz, Umar Farooq, Muhammad Shahid, Irfan Ullah, Iftikhar Ali, Abdur Rauf, Yahia Nasser Mabkhot** (2018), “*Bioactive chromone constituents from Vitex negundo alleviate pain and inflammation*” Journal of Pain Research, < <https://www.dovepress.com/bioactive-chromone->

[constituents-from-vitex-negundo-alleviate-pain-and--peer-reviewed-article-JPR>](#),  
20/06/2019.

35. **Dai Chunyan, Zhou Jun, Mo Zhengrong** (2012), “ *Antioxidant activity of alcohol extraction from Vitex negundo hainanensis*”, Medical Research and Education.
36. **Emile Hil Siger, Marian Betan Court** (2004). “*Say goodbye to Back pain*”.vol 308-309.
37. **Enke, Oliver; New, Heather A.; New, Charles H.; Mathieson, Stephanie; McLachlan, Andrew J.; Latimer, Jane; Maher, Christopher G.; Lin, C.-W. Christine** (2 July 2018). "*Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis*". Canadian Medical Association Journal. 190(26): E786–E793. PMC 6028270. PMID 29970367
38. **Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., De Vet, H. C. W., Ariens, G. A. M., Van Mechelen, W., & Bouter, L. M.** (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and environmental medicine*, 59(5), 323-328.
39. **Machado, GC; Maher, CG; Ferreira, PH; Oday, R** (2017). "*Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis*". *Annals of the Rheumatic Diseases*. 76 (7):annrhumdis–2016–210597. PMID 28153830.
40. **Machado, GC; Maher, CG; Ferreira, PH; Pinheiro, MB; Lin, CW; Day, RO; McLachlan, AJ; Ferreira, ML** (31 March 2015). "*Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials*". *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 350: h1225. PMC 4381278. PMID 25828856.
41. **PL. Ladda và CS.Magdum** (2014), “ *Vitex negundo Linn: Ethnobotany, Phytochemistry and Pharmacology A – Review*”.
42. **Rothberg, S; Friedman, BW** (January 2017). "*Complementary therapies in addition to medication for patients with nonchronic, nonradicular low back pain: a*

*systematic review*". The American Journal of Emergency Medicine. 35 (1): 55–61. [PMID 27751598](#).

43. **Saragiotto, BT; Machado, GC; et al.** (June 2016). "*Paracetamol for low back pain*". The Cochrane Database of Systematic Reviews (6): CD 012230. PMC 6353046. PMID 27271789

44. Tarasenko Lidiya (2003). "*Nghiên cứu điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L1 L5 bằng mẫn châm*". Luận văn thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội.

45. **Thomas G.Lowe, MD** (2008), "*Degenerative Disc Disease and low Back Pain*", Euro pean spine Journal, Vol.17, p.36.

## TIẾNG TRUNG

46. 艾广鹏,徐明 (2007) . 中医治疗腰痛辨证分型, 黑龙江中医药大学·哈尔滨出版社, 黑龙江.

(**Nguyễn Quảng Bằng** (2007). Phân loại biện chứng điều trị đau lưng bằng đông y, đại học Trung y dược Hắc Long Giang, NXB Cáp Nhĩ Tân, Hắc Long Giang).

47. 程延清 (2010). "*论中医推拿手法治疗各种腰痛的体会*" , 中国航空港第十工程总队.

(**Trình Đình Thanh** (2010). "*Lĩnh hội các phương pháp điều trị đau thắt lưng bằng xoa bóp bấm huyệt trong đông y*", tổng bộ công trình thứ 10 cảng hàng không Trung Quốc.)

48. 皇帝 (2008). 内经素问, 新世界出版社, 北京.

(**Hoàng Đế** (2008). Nội kinh tố vấn, NXB thế giới mới, Bắc Kinh.)

49. 皇帝 (2008). 内经灵枢, 新世界出版社, 北京.

(**Hoàng Đế** (2008). Nội kinh linh khu, NXB thế giới mới, Bắc Kinh.)

50. 黄冯 (2011). “穴位贴敷疗法配合电针治疗腰痛的临床研究”, 硕士毕业论文, 广州中医药大学.

(**Hoàng Phùng** (2011). “*Nghiên cứu tác dụng điều trị đau thắt lưng bằng phương pháp dán huyết kết hợp điện châm*”, luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, đại học Y dược Quảng Châu).

51. 陆为民, 万力生 (2012). 中医内科临证治要, 学苑出版社, 北京市丰台区.

(**Lục Vi Dân, Vạn Lực Sinh** (2012). Trung y nội khoa lâm chứng trị yếu, NXB Học Uyển, quận Phong Đài thành phố Bắc Kinh.)

52. 罗才贵 (2006). 推拿治疗学, 人民卫生出版社, 北京市朝阳区.

(**La Tài Quý** (2006). Xoa bóp bấm huyết trị liệu học, NXB y tế Nhân dân, quận Phong Đài, thành phố Bắc Kinh.)

53. 倪伟 (2012). 内科学, 中国中医药出版社, 北京经济技术开发区.

(**Nghê Vĩ** (2012). Nội khoa học, NXB Trung y dược Trung Quốc, khu công nghệ kinh tế Bắc Kinh.)

54. 邵永茹 (2010). 百草良方, 福建科学技术出版社. 福州市. 页码 674-677.

(**Triệu Vĩnh Như** (2010). Bách thảo lương phương, NXB khoa học kỹ thuật Phúc Kiến, Thành phố Phúc Châu. Trang 674-677.)

55. 王之虹 (2010). 推拿学, 高等教育出版社, 北京市西城区。

(**Vương Chi Cung** (2010). Xoa bóp học, NXB cao đẳng giáo dục, quận Tây Thành, thành phố Bắc Kinh.)

56. 王健, 苏颖 (2016). 内经选读, 上海科学技术出版社, 上海。页码 130.

(**Vương Kiện, Tô Dĩnh** (2016). Nội kinh tuyển tập, NXB khoa học kỹ thuật Thượng Hải. Trang 130.)

57. 张琼帅, 王富春(2017). “近 10 年来运用穴位贴敷治疗腰痛病的临床



应用分析” , 饮食保健刊. 页码 67-68.

(**Trương Quỳnh Soái, Vương Phú Xuân** (2017). “ *Phân tích ứng dụng lâm sàng điều trị đau thắt lưng bằng dán huyết trong 10 năm gần đây*”)

58. **譚红**(2005). 敷药偏方, 陕西科学技术出版社, 陕西省。 页码 14-15。

(**Đàm Hồng** (2005). Những vị thuốc chườm yêu thích, NXB khoa học kỹ thuật Thiểm Tây, tỉnh Thiểm tây. Trang 14-15.)

59. **国家中医药管理局** (1999). 中华本草, 上海科学技术出版社, 上海市.

(**Cục quản lý Y dược Quốc gia** (1999). Trung Hoa bản thảo, NXB khoa học kỹ thuật Thượng hải, thành phố Thượng Hải.)

60. **中国中医研究院** (2000). 中医症状鉴别诊断学, 人民卫生出版社, 北京市朝阳区. 页码 265.

(**Viện nghiên cứu Trung y Trung Quốc** (2000). Trung y chứng trạng giám biệt chuẩn đoán học, NXB y tế Nhân Dân, quận Triều Dương thành phố Bắc Kinh. Trang 265.)

61. **朱丹溪** (2008). 丹溪心法, 中国医药科技出版社, 北京.

(**Chu Đan Khê** (2008). Đan Khê tâm pháp, NXB kỹ thuật Y dược Trung Quốc, Bắc Kinh.)

## PHỤ LỤC 1

### PHIẾU NGHIÊN CỨU

#### ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CHUỒM LÁ NGŨ TRẢO KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SÔNG THẮT LƯNG THỂ PHONG HÀN THẤP”

#### I. HÀNH CHÍNH:

0.0 Nhóm:          Nhóm chứng                                   Nghiên cứu

0. Mã số bệnh án:

1. Họ và tên: .....

1.1. Tuổi: .....

1.2. Giới:                  Nam                                   Nữ

2. Địa chỉ: .....

3. Nghề nghiệp:

3.1. Lao động tự do

3.2. Lao động trí óc

3.3. Nghỉ hưu

3.4. Nghề khác

4. Ngày vào viện: .....

5. Ngày ra viện: .....

6. Lý do vào viện: .....

7. Chẩn đoán: .....

8. Tiền sử bản thân:

9. Thời gian mắc bệnh:

#### II. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

Tình trạng bệnh nhân	Trước điều trị	Sau điều trị
	(D0)	(D10)
	Điểm	Điểm
Mức độ đau (Thang điểm VAS) (Không đau 4 điểm, đau nhẹ 3 điểm, đau vừa		

2 điểm, đau nặng 1 điểm)		
Độ giãn CSTL (NP Schober) (Điểm: 4,3,2,1/ Tốt: 4 đ )		
≥14/10cm-16/10cm	4 điểm	
≥ 13,5/10cm và <14/10cm	3 điểm	
≥ 13/10cm và <13,5/10cm	2 điểm	
<13/10cm	1 điểm	
Tầm vận động CSTL (Điểm:4,3,2,1/ Tốt: 4 đ )		
- Các hướng đều tốt	4 điểm	
- 1 tầm hạn chế $\geq 15^0$	3 điểm	
- 2 tầm hạn chế $\geq 15^0$	2 điểm	
- 2 tầm hạn chế $\geq 20^0$ hoặc cả 3 tầm hạn chế $\geq 15^0$	1 điểm	
Sự cải thiện chất lượng cuộc sống (Điểm:4,3,2,1/ Tốt: 4 đ )		
81-100 %	0 điểm	
61-80 %	1 điểm	
41-60 %	2 điểm	
21-40 %	3 điểm	
$\leq 20\%$	4 điểm	
<b>Tổng điểm</b>		

### III. ĐÁNH GIÁ SỰ CẢI THIỆN TRIỆU CHỨNG YHCT

Cải thiện triệu chứng YHCT (Có/không):	D0	D10
Đau thắt lưng		
Khó xoay trở		
Ê môi nặng nề		
Lạnh đau tăng		
Chát lưỡi bệu		

Rêu trắng		
Mạch trầm hữu lực hoặc hoãn		

#### IV. ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI CÁC CHỈ SỐ LIÊN QUAN

Chỉ số	(D0)	(D10)
Huyết áp tâm thu ( mmHg)		
Huyết áp tâm trương (mmHg)		
Mạch ( lần/ phút)		
Nhịp thở ( lần/ phút)		
Hồng cầu ( x 10 <sup>12</sup> / L)		
Bạch cầu ( x 10 <sup>9</sup> / L)		
Tiểu cầu ( x 10 <sup>3</sup> /uL)		

#### V. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP CHUỒM

Dấu hiệu	Có	Không
Dị ứng		
Bỏng		
Nhiễm trùng		
Khác		

*Đà Nẵng, ngày tháng năm 2020*

**Bác sỹ điều trị**

PHỤ LỤC 2

**BỘ CÂU HỎI OWESTRY DISABILITY**

	<b>D0</b>	<b>D10</b>
<b>PHẦN I. CƯỜNG ĐỘ ĐAU</b>		
Không đau		
Đau nhẹ		
Đau vừa phải		
Rất đau		
Đau không dứt dỗi		
Đau không thể tưởng tượng		
<b>PHẦN II. NGỒI</b>		
Có thể ngồi trên ghế bao nhiêu lâu tùy thích mà không gây đau thêm		
Nếu ngồi ở tư thế thoải mái thì có thể ngồi lâu tùy thích mà không gây đau thêm		
Chỉ có thể ngồi khoảng 1 giờ vì đau		
Chỉ có thể ngồi khoảng 30 phút vì đau		
Chỉ có thể ngồi khoảng 10 phút vì đau		
Không thể ngồi được vì đau		
<b>PHẦN III. ĐỨNG</b>		
Có thể đứng bao nhiêu lâu cũng được mà không gây đau thêm		
Có thể đứng bao nhiêu lâu cũng được nhưng hơi gây đau thêm		
Chỉ có thể đứng khoảng 1 giờ vì đau		
Chỉ có thể đứng khoảng 30 phút vì đau		
Chỉ có thể đứng khoảng 10 phút vì đau		
Không thể đứng được vì đau		
<b>PHẦN IV. ĐI BỘ</b>		

Có thể đi được một đoạn dài mà không gây đau thêm		
Chỉ có thể đi được khoảng 1,5 km vì đau		
Chỉ có thể đi được khoảng 800 m vì đau		
Chỉ có thể đi được khoảng 90 m vì đau		
Phải sử dụng gậy hoặc ba nạng khi đi lại		
Hầu như phải nằm trên giường vì đau		
<b>PHẦN V. NHẮC ĐỒ VẬT</b>		
Có thể nhắc vật nặng mà không gây đau thêm		
Có thể nhắc vật nặng nhưng hơi gây đau thêm		
Chỉ có thể nhắc được vật nặng nếu đồ vật đó để ở vị trí thuận lợi như: trên bàn...		
Chỉ nhắc được vật trung bình hoặc nhẹ đặt ở nơi thuận tiện		
Chỉ nhắc được vật rất nhẹ		
Không thể nhắc hoặc mang được bất kỳ đồ vật nào		
<b>PHẦN VI. NGỦ</b>		
Ngủ bình thường không bị ảnh hưởng vì đau		
Thỉnh thoảng giấc ngủ bị quấy rầy vì đau		
Chỉ có thể ngủ được ít hơn 6 giờ vì đau		
Chỉ có thể ngủ được ít hơn 4 giờ vì đau		
Chỉ có thể ngủ được ít hơn 2 giờ vì đau		
Không ngủ được vì đau		
<b>PHẦN VII. TỰ CHĂM SÓC CÁ NHÂN ( giặt giũ, thay quần áo, tắm rửa, ...)</b>		
Có thể tự chăm sóc cá nhân bình thường mà không gây đau thêm		
Có thể tự chăm sóc cá nhân bình thường nhưng hơi đau thêm		
Phải làm chậm và cẩn thận vì đau khi tự chăm sóc cá nhân		
Có thể tự chăm sóc cá nhân nhưng cần sự hỗ trợ của người khác		

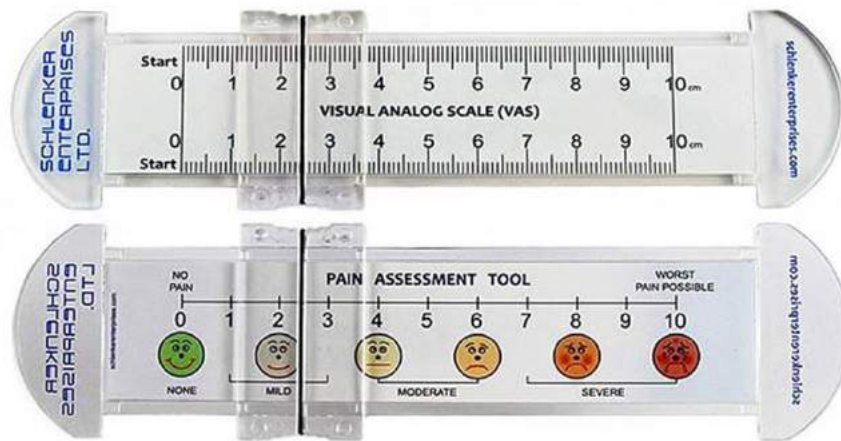
Hầu như cần sự giúp đỡ của người khác trong việc chăm sóc cá nhân		
Không thể tự mặc quần áo, tắm rửa rất khó khăn và phải ở trên giường.		
<b>PHẦN VIII. DU LỊCH</b>		
Vẫn có thể đi du lịch khắp nơi mà không gây đau hơn		
Vẫn có thể đi du lịch khắp nơi được nhưng gây đau hơn		
Đau nhưng tôi vẫn tham gia được khoảng 2 giờ		
Đau làm tôi chỉ tham gia được những hành trình ít hơn 1 giờ		
5. Đau làm tôi chỉ tham gia được những hành trình ngắn cần thiết ít hơn 30 phút		
6. Không thể tham gia được vì đau		
<b>PHẦN IX. ĐỜI SỐNG TÌNH DỤC (nếu có)</b>		
Hoàn toàn bình thường mà không gây đau thêm		
Bình thường nhưng hơi gây đau thêm		
Gần như bình thường nhưng gây đau nhiều		
Bị hạn chế nghiêm trọng vì đau		
Gần như không có vì đau		
Hoàn toàn không có vì đau		
<b>PHẦN X. ĐỜI SỐNG XÃ HỘI</b>		
Tham gia hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau thêm		
Có thể tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng hơi gây đau thêm		
Có thể tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng đau làm hạn chế những hoạt động mạnh như: chơi thể thao,...		
Đau làm hạn chế đời sống xã hội và làm tôi ít ra ngoài		
Đau làm hạn chế cả hoạt động đời sống xã hội tại nhà		
Không thể tham gia hoạt động xã hội vì đau		
<b>Điểm tổng</b>		

### PHỤ LỤC 3

Phương pháp đánh giá mức độ đau của bệnh nhân theo VAS

#### - Mức độ đau của bệnh nhân theo VAS (phụ lục 3)

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scales) bằng thước đo độ của hãng Astra-Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt, dài 100mm, cố định ở 2 đầu, đầu trái có hình người cười nghĩa là không đau, đầu phải có hình người khóc là đau dữ dội.



Hình 1.7 Thước đo độ đau VAS (Visual Analog Scales)

- Bệnh nhân được hỏi và yêu cầu nhìn thước, nhân viên giải thích. Yêu cầu bệnh nhân tập trung. Quay mặt có màu đỏ về phía bệnh nhân. Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình bằng cách tự kéo thước. Nhân viên Y tế đọc mức độ đau của bệnh nhân.

#### **Kết quả:**

0-1 là không đau, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 4 điểm, bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.

1- 3 là đau nhẹ, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 3 điểm, bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường.

4- 6 là đau vừa, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 2 điểm, bệnh nhân đau, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.

7- 10 là đau nặng, qui đổi ra điểm nghiên cứu là 1 điểm, đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.



## PHỤ LỤC 4

### PHIẾU TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên tôi là:.....

Tuổi :..... Giới tính:.....

Địa chỉ:.....

Sau khi được các bác sỹ giải thích về tình trạng bệnh tật của mình và được biết đến đề tài: ***“đánh giá tác dụng của phương pháp chườm lá Ngũ trảo kết hợp Xoa bóp bấm huyệt điều trị đau cột sống thắt lưng do thoái hóa thể phong hàn thấp”***, tôi xin tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Trong quá trình điều trị nếu có bất cứ rủi ro nào xảy ra tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và không có kiện cáo gì.

Đà Nẵng, ngày.....tháng..... năm 2020.

**Người làm đơn**

*(ký, ghi rõ họ tên)*

BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN  
THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG  
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP  
– CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

*Đà Nẵng, ngày tháng năm 2020*

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

<b>STT</b>	<b>HỌ VÀ TÊN</b>	<b>Tuổi</b>	<b>Giới</b>	<b>Mã bệnh nhân</b>
1	Nguyễn Thị Lệ H	52	Nữ	6506
2	Võ V	55	Nam	3596
3	Trần Thị M	53	Nữ	6518
4	Nguyễn D	55	Nam	4056
5	Huỳnh Thị H	51	Nữ	2677
6	Nguyễn Văn Th	55	Nam	5600
7	Ngô N	54	Nam	6573
8	Trần Thị Minh Á	55	Nữ	6573
9	Đặng L	51	Nam	0091
10	Nguyễn Thị D	56	Nữ	3147
11	Nguyễn Thị Th	54	Nữ	6413
12	Cao Xuân M	47	Nam	5557
13	Hồ Thị H	52	Nữ	9590
14	Phan Thị H	54	Nữ	5406
15	Nguyễn Huy H	40	Nam	1804
16	Hoàng Thị X	56	Nữ	4857
17	Nguyễn Thị Th	47	Nữ	2585
18	Từ Văn Q	61	Nam	3223
19	Nguyễn Thị Minh Th	44	Nữ	5871
20	Ngô A	60	Nam	6301
21	Lê Thị H	40	Nữ	6239
22	Đinh Thị E	43	Nữ	1219

<b>STT</b>	<b>HỌ VÀ TÊN</b>	<b>Tuổi</b>	<b>Giới</b>	<b>Mã bệnh nhân</b>
23	Phạm Đ	80	Nam	6248
24	Đoàn Thị Ng	71	Nữ	2588
25	Nguyễn Thị Tiến D	65	Nữ	2954
26	Trần Duy Quốc L	36	Nam	4216
27	Nguyễn Thị C	65	Nữ	4883
28	Lê Ánh Q	32	Nam	3571
29	Nguyễn Thị S	72	Nữ	5926
30	Huỳnh Tấn D	38	Nam	5130
31	Tán Thanh T	30	Nam	6477
32	Mai Đăng Tr	28	Nam	3167
33	Ngô Văn H	49	Nam	3197
34	Ngô Lê Thảo H	30	Nữ	6601
35	Nguyễn Thị Th	61	Nữ	9425
36	Lê Văn M	53	Nam	6251
37	Đỗ Thị Mỹ L	58	Nữ	6461
38	Nguyễn Văn H	59	Nam	1213
39	Nguyễn Thị Q	57	Nữ	2391
40	Phạm Thị Ánh T	51	Nữ	3289
41	Chè Lày K	52	Nữ	2599
42	Cao An N	56	Nam	4052
43	Huỳnh Kim Ch	53	Nam	5464
44	Nguyễn Thị H	60	Nữ	3196
45	Diệp Thanh L	50	Nam	3014
46	Nguyễn Văn Th	59	Nam	3044
47	Huyền Tôn Nữ Xuân S	57	Nữ	4902
48	Đặng Văn H	45	Nam	6140
49	Nguyễn Thị T	55	Nữ	4536
50	Lê Xuân Ch	40	Nam	1612
51	Võ Thị X	60	Nữ	6259

<b>STT</b>	<b>HỌ VÀ TÊN</b>	<b>Tuổi</b>	<b>Giới</b>	<b>Mã bệnh nhân</b>
52	Võ Văn N	40	Nam	3377
53	Lê Văn L	48	Nam	4873
54	Nguyễn Thị B	46	Nữ	4910
55	Hoàng Văn V	66	Nam	4510
56	Trương Thị Cẩm Ng	48	Nữ	6255
57	Phạm Văn D	72	Nam	5676
58	Lê Văn Xin	64	Nam	5904
59	Nguyễn Tấn Ph	31	Nam	3896
60	Ngũ Kiều L	73	Nữ	3625
61	Trần Việt Đ	35	Nam	2991
62	Lê Thị H	80	Nữ	1768
63	Lê Anh H	36	Nam	2688
64	Trần Thị Th	85	Nữ	4619
65	Nguyễn Quốc B	30	Nam	6366
66	Trương Thị Hoài Th	33	Nữ	6422
67	Lê Thị Thuý A	37	Nữ	4099
68	Nguyễn Thị Bích H	69	Nữ	9327
69	Nguyễn Thị Ngọc T	33	Nữ	1776
70	Nguyễn Phú L	59	Nam	8403

**KT. GIÁM ĐỐC**  
**PHÓ GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Duy Khánh**

**TRƯỞNG PHÒNG KHTH-CNTT**

**TS.BS Nguyễn Văn Dũng**