

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN TUẤN MINH

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, CHIẾU ĐÈN HỒNG NGOẠI
TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐAU THẦN KINH TỌA**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN TUẤN MINH

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, CHIẾU ĐÈN HỒNG NGOẠI
TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐAU THẦN KINH TỌA**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. LÊ THỊ KIM DUNG

HÀ NỘI - 2021

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành khóa học và Luận văn Thạc sỹ, tôi đã nhận được sự quan tâm, tạo điều kiện giúp đỡ vô cùng quý báu của các cơ quan, các thầy cô giáo, cùng gia đình và bạn bè đồng nghiệp.

Với tất cả lòng kính trọng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám hiệu, phòng Đào tạo sau đại học, các phòng ban của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại trường và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn cô TS. Lê Thị Kim Dung người thầy trực tiếp hướng dẫn, tận tâm giảng dạy, giúp đỡ và chỉ bảo tôi những kinh nghiệm quý báu trong học tập và quá trình thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm Luận văn Thạc sỹ Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Xin gửi tới Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo khoa cùng toàn thể cán bộ, viên chức khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Bình lời cảm tạ sâu sắc vì đã tạo điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Xin chân thành cảm ơn các thầy giáo, cô giáo tại Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy đã giảng dạy và giúp đỡ tôi trong thời gian học tập và hoàn thành luận văn.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình, cũng như toàn thể bạn bè, đồng nghiệp đã động viên khích lệ, giúp đỡ cả về vật chất lẫn tinh thần, tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi yên tâm học tập và nghiên cứu.

Hà Nội, ngày 14 tháng 12 năm 2021

Trần Tuấn Minh

LỜI CAM ĐOAN

Tên tôi là Trần Tuấn Minh, học viên lớp Cao học 12, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của cô TS. Lê Thị Kim Dung.

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

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

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

Hà Nội, ngày 14 tháng 12 năm 2021

Người viết cam đoan

Trần Tuấn Minh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. GIẢI PHẪU SINH LÝ DÂY THẦN KINH TỌA	3
1.1.1. Giải phẫu dây thần kinh tọạ	3
1.1.2. Chức năng dây thần kinh tọạ	4
1.2. ĐAU THẦN KINH TỌA THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	4
1.2.1 Khái niệm.....	4
1.2.2. Nguyên nhân gây đau dây thần kinh tọạ.....	4
1.2.3. Triệu chứng	5
1.2.4. Cận lâm sàng.....	8
1.2.5. Chẩn đoán	8
1.2.6. Điều trị	8
1.3. ĐAU THẦN KINH TỌA THEO YHỌC CỔ TRUYỀN.....	9
1.3.1. Bệnh danh	9
1.3.2. Nguyên nhân	9
1.3.3. Các thể lâm sàng	10
1.3.4. Châm cứu điều trị bệnh.....	12
1.4. TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU	13
1.4.1. Tổng quan về phương pháp dưỡng sinh	13
1.4.2. Điện châm	19
1.4.3. Tổng quan phương pháp chiếu đèn hồng ngoại.....	20
1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA	22
1.5.1. Các nghiên cứu trên thế giới	22
1.5.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam.....	23
Chương 2. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU....	25
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	25
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	25

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	26
2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	26
2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	26
2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	26
2.4.3. Tổ chức nghiên cứu.....	26
2.4.4. Chất liệu nghiên cứu	27
2.4.5. Tiến hành nghiên cứu.....	27
2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU	35
2.6. KHÔNG CHẾ SAI SỐ.....	35
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	37
3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	37
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.....	37
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	38
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	38
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo bên đau	39
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị.....	39
3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	40
3.2. PHÂN BỐ BỆNH NHÂN THEO ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRƯỚC	
ĐIỀU TRỊ.....	41
3.2.1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng cơ cơ.....	41
3.2.2. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu bảu chuông.....	41
3.2.3. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Bonnet.....	42
3.2.4. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Néri	42
3.2.5. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu tối loạn cảm giác.....	43
3.2.6. Phân bố bệnh nhân theo các dấu hiệu lâm sàng khác	43
3.2.7. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền của người bệnh đau	
thần kinh tọa.....	44

3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ	48
3.3.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS	48
3.3.2. Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue.....	49
3.3.3. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober	50
3.3.4. Sự thay đổi mức tầm vận động gấp	51
3.3.5. Sự thay đổi tầm vận động duỗi	52
3.3.6. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đau.....	53
3.3.7. Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix	54
3.3.8. Sự thay đổi mức điểm ODI.....	55
3.3.9. Sự thay đổi dấu hiệu cơ.....	56
3.3.10. Sự thay đổi dấu hiệu bấm chuông.....	57
3.3.11. Sự thay đổi dấu hiệu Bonnet.....	58
3.3.12. Sự thay đổi dấu hiệu Néri	59
3.3.13. Sự thay đổi dấu hiệu rối loạn cảm giác.....	60
3.4. SỰ THAY ĐỔI TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN	61
3.5. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN	62
Chương 4. BÀN LUẬN.....	63
4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU...	63
4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.....	63
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	64
4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	65
4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo bên đau	65
4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị.....	66
4.1.6. Phân bố bệnh nhân theo thời gian bị bệnh.....	66
4.2. PHÂN BỐ BỆNH NHÂN THEO ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRƯỚC ĐIỀU TRỊ.....	67
4.2.1. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng cơ cơ.....	67
4.2.2. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu bấm chuông.....	67
4.2.3. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Bonnet.....	67

4.2.4. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Néri	67
4.2.5. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu rối loạn cảm giác.....	67
4.2.6. Phân bố bệnh nhân theo các dấu hiệu lâm sàng khác	68
4.2.7. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền của người bệnh đau thần kinh tọa.....	68
4.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ	69
4.3.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS	69
4.3.2. Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue.....	70
4.3.3. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober	70
4.3.4. Sự thay đổi mức tầm vận động gấp	71
4.3.5. Sự thay đổi tầm vận động duỗi	72
4.3.6. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đau.....	72
4.3.7. Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix	73
4.3.8. Sự thay đổi mức điểm ODI.....	73
4.3.9. Sự thay đổi dấu hiệu cơ cơ.....	74
4.3.10. Sự thay đổi dấu hiệu bấm chuông.....	74
4.3.11. Sự thay đổi dấu hiệu Bonnet.....	75
4.3.12. Sự thay đổi dấu hiệu Néri	75
4.3.13. Sự thay đổi dấu hiệu rối loạn cảm giác.....	76
4.4. SỰ THAY ĐỔI TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN	78
4.5. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN	79
KẾT LUẬN.....	80
KIẾN NGHỊ	82
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	: Alanine aminotransferase
AST	: Aspartate aminotransferase
CSTL	: Cột sống thắt lưng
D ₀	: Ngày 0 (thời điểm trước điều trị)
D ₁₅	: Ngày 15 (ngày điều trị thứ 15)
D ₃₀	: Ngày 30 (ngày điều trị thứ 30)
HATT	: Huyết áp tâm thu
HATTr	: Huyết áp tâm trương
NĐC	Nhóm đối chứng
NNC	Nhóm nghiên cứu
ODI	: Oswestry disability index (thang điểm đánh giá tàn tật)
THCS	: Thoái hóa cột sống
TKT	: Thần kinh tọa
TVĐ CSTL	Tầm vận động cột sống thắt lưng
VAS	: Visual analogue Scale (thang điểm đánh giá mức độ đau)
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau	30
Bảng 2.2. Cách đánh giá điểm dựa vào nghiệm pháp Lasègue	31
Bảng 2.3. Cách đánh giá tầm vận động CSTL.....	32
Bảng 2.4. Cách đánh giá điểm dựa vào điểm đau valleix.....	32
Bảng 2.5. Cách đánh giá điểm dựa theo chỉ số ODI.....	34
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	38
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	38
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo bên đau	39
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị	39
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	40
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng cơ.....	41
Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu bầm chuông	41
Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Bonnet	42
Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Néri	42
Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu rối loạn cảm giác	43
Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo các dấu hiệu lâm sàng khác.....	43
Bảng 3.12. Phân bố triệu chứng theo nhóm tuổi.....	44
Bảng 3.13. Phân bố triệu chứng theo thời gian bị bệnh.....	45
Bảng 3.14. Phân bố triệu chứng theo nghề nghiệp	46
Bảng 3.15. Phân bố triệu chứng theo giới tính	47
Bảng 3.16. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS	48
Bảng 3.17. Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue	49
Bảng 3.18. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober	50
Bảng 3.19. Sự thay đổi tầm vận động gập	51
Bảng 3.20. Sự thay đổi tầm vận động duỗi.....	52

Bảng 3.21. Sự thay đổi tâm vận động nghiêng bên đầu	53
Bảng 3.22. Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix.....	54
Bảng 3.23. Sự thay đổi mức điểm ODI.....	55
Bảng 3.24. Sự thay đổi tỷ lệ âm tính của dấu hiệu y học cổ truyền	61
Bảng 3.25. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn	62
Bảng 3.26. Tác dụng không mong muốn.....	62

DANH MỤC HÌNH, SƠ ĐỒ

Hình 1.1. Sơ đồ đám rối thần kinh thắt lưng cùng	3
Hình 2.1. Thước đo thang điểm VAS	30
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	36

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	37
Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi dấu hiệu cơ cơ	56
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi dấu hiệu bấm chuông	57
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi dấu hiệu Bonnet	58
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi dấu hiệu Néri.....	59
Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi dấu hiệu rối loạn cảm giác	60

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh tọa (TKT) là bệnh lý khá phổ biến trong lâm sàng các bệnh nội khoa, do nhiều nguyên nhân gây ra trong đó có thoái hóa cột sống (THCS) thắt lưng [1]. Cơ chế đau dây TKT do THCS thắt lưng liên quan đến thay đổi cấu trúc của cột sống tạo thành gai xương hoặc hẹp đốt sống [2]. Đau dây TKT biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của dây TKT: Đau từ vùng cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mặt cá ngoài và tận ở các ngón chân (tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau) [3]. Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy gây bệnh bao gồm gia tăng tuổi, tình trạng béo phì, nghề nghiệp, hoạt động thể lực, ... [4], [5].

Năm 2015 Tổ chức Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease Study) công bố nghiên cứu thực hiện trong 10 năm trên 188 quốc gia cho thấy đau dây TKT là bệnh lý phổ biến, 43% bệnh nhân đau lưng có biểu hiện đau dây TKT [6], [7]. Nghiên cứu của phân tích tổng hợp của tác giả Rodrigo (2015) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có đau dây TKT của người cao tuổi Brazil là 25,4% [8]. Nghiên cứu COPCORD (2014) tại Mỹ đau dây TKT chiếm từ 1,8% đến 11,3% dân số [9]. Theo Trần Ngọc Ân 11,4% bệnh nhân điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991 - 2000) là do đau dây TKT, đứng thứ hai sau viêm khớp dạng thấp [10].

Đau dây TKT là bệnh lý mạn tính, diễn biến tăng dần. Bệnh tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng dai dẳng gây cho bệnh nhân cảm giác khó chịu, ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt của mỗi cá nhân, làm giảm năng suất lao động, giảm chất lượng cuộc sống. Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị đau dây TKT như dùng thuốc chống viêm giảm đau, thuốc giãn cơ, vitamin nhóm B,.... Tuy nhiên, bên cạnh những hiệu quả tốt

thì những phương pháp này vẫn còn có những hạn chế nhất định như tổn kém, có nhiều tác dụng phụ như viêm loét dạ dày, hội chứng cushing, ảnh hưởng đến chức năng gan thận... [11], [12], [13], [14]. Vì vậy, xu hướng của các nhà khoa học ở Việt Nam và trên thế giới đều hướng tới nghiên cứu những phương pháp không dùng thuốc, những phương pháp này dễ thực hiện, ít tổn kém, không gây tác dụng phụ mà vẫn mang lại hiệu quả tốt trong điều trị.

Theo y học cổ truyền (YHCT) đau dây TKT có bệnh danh là tọa cốt phong [15]. Từ hàng ngàn năm nay, có nhiều phương pháp điều trị cổ xưa như thuốc thang, thuốc hoàn, châm cứu, xoa bóp, nhĩ châm, ... [16].

Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng là một phương pháp tự lực cánh sinh, tự mình tập luyện cho mình nhằm mục đích: Bồi dưỡng sức khỏe, phòng bệnh, trị bệnh mạn tính, tiến tới sống lâu, sống có ích [17]. Phương pháp được xây dựng dựa trên cơ sở kết hợp kinh nghiệm cổ truyền của dân tộc, đã được áp dụng điều trị cho nhiều bệnh lý khác nhau do thoái hóa như: Thoái hóa khớp gối, đau lưng, đau vùng cổ gáy, đau dây thần kinh tọa... mang lại kết quả tốt trên lâm sàng [18]. Tuy nhiên, chưa có đề tài nào nghiên cứu phương pháp này kết hợp với điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị đau thần kinh tọa vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu Đề tài **“Đánh giá hiệu quả của phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh tọa”** với hai mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền của người bệnh đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp kèm can thận hư tại bệnh viện Y học cổ truyền Thái Bình năm 2021*
- 2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư.*

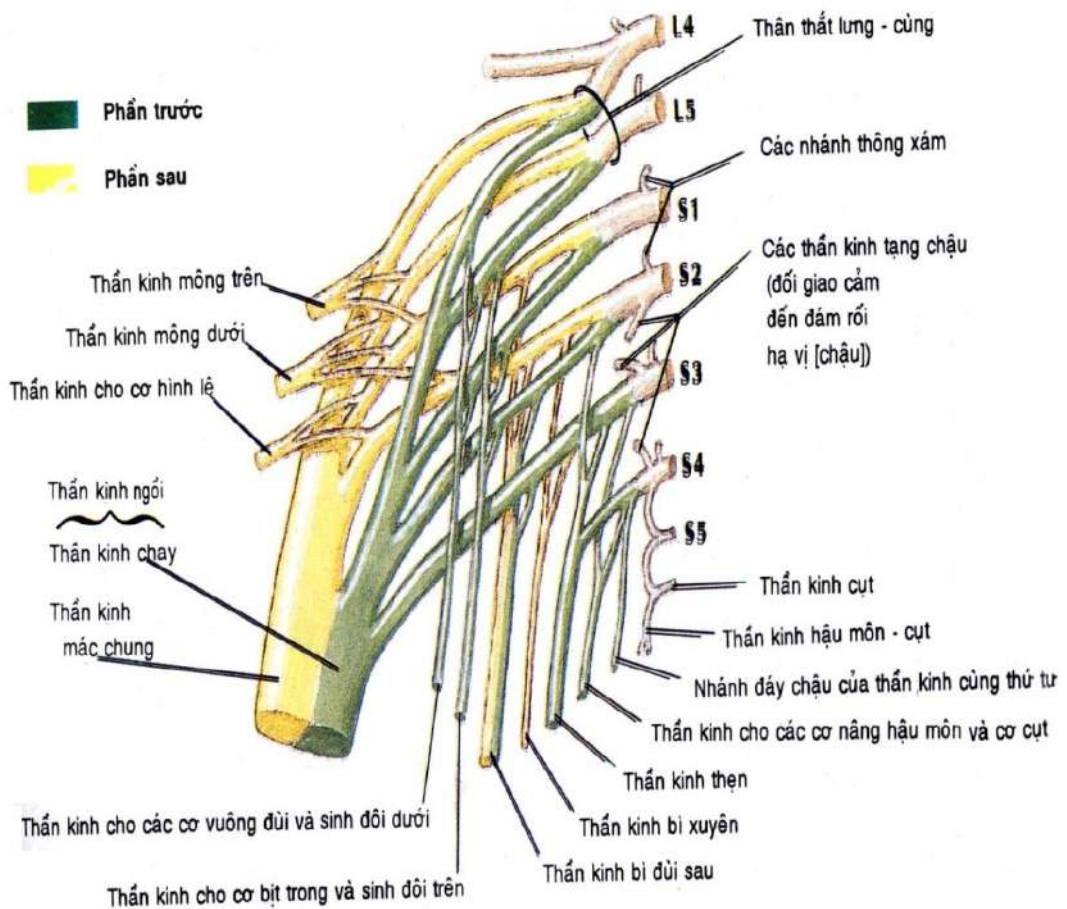
Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. GIẢI PHẪU SINH LÝ DÂY THẦN KINH TỌA

1.1.1. Giải phẫu dây thần kinh tọa

Dây TKT xuất phát từ đám rối thần kinh thắt lưng cùng, được hợp bởi rễ chính L₅ và S₁ và các rễ phụ L₃, L₄ và S₂, S₃ sau khi đi qua nhiều đốt sống tương quan tới lỗ tiếp các rễ hợp lại thành dây TKT thoát ra khỏi ống sống sau đó đi qua khớp cùng chậu qua lỗ khuyết hông ra mông nằm giữa hai lớp cơ mông (lớp nông và lớp giữa), rồi đi xuống mặt sau đùi đến đỉnh trám khoeo chia làm 2 nhánh, hông khoeo trong (thần kinh chày) và hông khoeo ngoài (thần kinh mác trong) [19].



Hình 1.1. Sơ đồ đám rối thần kinh thắt lưng cùng [20]

Khi các rễ hợp lại thành dây TKT để đi ra ngoài ống sống, TKT phải đi qua một khe hẹp gọi là khe gian đốt - đĩa đệm - dây chằng. Khe này có cấu tạo phía trước là thân đốt sống, đĩa đệm, phía bên là cuống giới hạn bởi lỗ liên hợp, phía sau là dây chằng.

Dây hông khoeo trong chứa các sợi thuộc rễ S_1 , đi tới mắt cá trong, chui xuống gan bàn chân và kết thúc ở ngón chân út. Dây hông khoeo ngoài chứa các sợi của rễ L_5 , đi xuống mu chân và kết thúc ở ngón chân cái [19].

1.1.2. Chức năng dây thần kinh tọa

Dây TKT chi phối các động tác của chân như duỗi háng, gấp đầu gối, ngòì xỏm, gấp bàn chân, kiễng gót chân hay kiễng ngón chân, góp phần làm nên các động tác đi lại, đứng, ngòì của hai chân.

Rễ thắt lưng L_5 (nhánh hông khoeo ngoài) chịu trách nhiệm chi phối vận động các cơ ở cẳng chân trước ngoài, thực hiện các động tác như gấp bàn chân, duỗi các ngón chân, đi trên gót chân và chi phối cảm giác một phần mặt sau đùi, mặt trước ngoài cẳng chân và các ngón chân cái và các ngón lân cận. Rễ cùng S_1 (nhánh hông khoeo trong) chi phối vận động các cơ ở cẳng chân sau, thực hiện các động tác như duỗi bàn chân, gấp các ngón chân, đi trên đầu ngón chân và chi phối cảm giác mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, bờ ngoài bàn chân và 2/3 ngoài gan chân [19].

1.2. ĐAU THẦN KINH TỌA THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.2.1 Khái niệm

Đau dây TKT là một hội chứng đau rễ thần kinh thắt lưng V và cùng I, có đặc tính lan theo đường đi của dây TKT (từ thắt lưng xuống hông), dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, lan ra ngón cái hoặc ngón út (tuỳ theo rễ bị đau) [1].

1.2.2. Nguyên nhân gây đau dây thần kinh tọa

Nguyên nhân hàng đầu là do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL) gây chèn ép rễ L_5 hoặc S_1 , trượt đốt sống, THCS thắt lưng. Các nhóm nguyên

nhân trên đều có thể xuất hiện đơn độc hoặc kết hợp với nhau trên cùng một bệnh nhân [21], [22].

Các nguyên nhân hiếm gặp hơn là mắc phải của cột sống thắt lưng: Viêm cột sống, trượt đốt sống, viêm cột sống dính khớp, ung thư cột sống, chấn thương cột sống, khối u tại cột sống, dị dạng bẩm sinh cột sống: cùng hóa L₅ - S₁, gai đôi L₅ - S₁, lệch trục chi bẩm sinh [23].

Trong đó THCS thắt lưng là nguyên nhân khá phổ biến gây ra đau dây TKT. Bệnh là hậu quả của nhiều yếu tố: Tuổi cao, giới nữ, nghề nghiệp lao động nặng, tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới,... Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại kéo dài trong nhiều năm dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong THCS [24], [25].

1.2.3. Triệu chứng

1.2.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Đau lan theo đường đi của dây TKT [26], [27]:

- Đau từ vùng thắt lưng xuống mặt sau đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón cái (tổn thương kích thích rễ L₅).

- Đau từ vùng thắt lưng lan xuống mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, xuống gót chân tận cùng ở ngón út (tổn thương kích thích rễ S₁).

Cách thức bắt đầu: Đau xuất hiện tự nhiên hoặc sau vận động quá mức cột sống, không có tiền sử ngã hoặc chấn thương rõ rệt.

Các yếu tố ảnh hưởng: Đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi.

Tính chất đau: Mức độ đau tùy trường hợp có thể biểu hiện bởi cảm giác đau âm ỉ hoặc dữ dội, cảm giác nặng, cảm giác tê bì, kim châm.

Thời điểm đau: Hầu như có liên quan đến thay đổi thời tiết.

Triệu chứng thực thể

Hội chứng cột sống:

Đường cong sinh lý biến đổi.

Cột sống có tư thế vẹo sang bên lành, dấu hiệu nghẽn của De Sèze.

Co cơ cạnh cột sống có phản ứng co cứng bên đau, có điểm đau ở cột sống hoặc điểm đau cạnh cột sống tương ứng.

Giảm tầm vận động CSTL: Các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay đều bị hạn chế. Độ giãn cột sống thắt lưng Schober giảm [26], [27].

Hội chứng rễ thần kinh:

(Các nghiệm pháp phát hiện tổn thương rễ và dây thần kinh).

- ***Dấu hiệu Lasègue:*** Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thầy thuốc nâng gót chân và giữ gối bệnh nhân cho thẳng, từ từ nâng chân bệnh nhân lên khỏi giường đến mức nào đó xuất hiện đau dọc theo đường đi của dây TKT thì dừng lại tính góc tạo thành giữa đùi và mặt giường, bình thường góc này $\geq 70^\circ$. Đây là dấu hiệu quan trọng và thường có, dấu hiệu này còn được sử dụng để theo dõi hiệu quả điều trị.

- ***Dấu hiệu Bonnet:*** Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng tư thế thoải mái. Thầy thuốc gấp cẳng chân bệnh nhân vào đùi và gấp đùi vào bụng. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau sau đùi và vùng mông bên khám.

- ***Dấu hiệu Néri:*** Bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập người, hai tay giơ ra trước (hướng cho tay chạm xuống đất), hai gối giữ thẳng thẳng. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối.

Ba dấu hiệu trên bổ xung cho nhau, có chung mục đích là làm căng dây TKT, đặc trưng của đau do rễ.

- ***Dấu hiệu bấm chuông:*** Thầy thuốc dùng ngón tay cái ấn mạnh vào cạnh đốt sống lưng tương ứng với chỗ đi ra của rễ thần kinh, người bệnh thấy đau lan dọc xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông.

- *Điểm Valleix dương tính*: Điểm giữa ụ ngồi và máu chuyển, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa nếp kheo chân, chính giữa cẳng chân sau.

Rối loạn cảm giác:

- Tồn thương rễ L₅: Giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón chân cái (còn gọi là đau TKT kiểu L₅).

- Tồn thương S₁: Giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, bờ ngoài bàn chân út (còn gọi là đau TKT kiểu S₁) [11], [26], [28].

Rối loạn phản xạ gân xương:

- Tồn thương L₅: Phản xạ gân gôi, gân gót bình thường.

- Tồn thương S₁: Phản xạ gân gót giảm hoặc mất, phản xạ gân gôi bình thường.

Rối loạn vận động:

- Tồn thương rễ L₅: Gây yếu các cơ duỗi chân và các cơ xoay bàn chân ra ngoài làm bàn chân rũ xuống và xoay trong. Bệnh nhân không đi được bằng gót chân.

- Tồn thương rễ S₁: Gây yếu cơ gấp bàn chân và các cơ xoay bàn chân vào trong làm cho bàn chân có hình “bàn chân lõm”. Bệnh nhân không đi được bằng mũi chân.

Trương lực cơ: Giảm trương lực cơ và teo cơ ở vùng bị tổn thương.

- Cơ mông: Nhìn xệ, nhẽo, nếp lằn mông mất.

- Cơ sau đùi, khối cơ cẳng chân trước, cẳng chân sau: Mất độ săn chắc.

Rối loạn cơ tròn: Đại tiện, tiểu tiện không tự chủ.

Có thể gặp rối loạn thần kinh thực vật: Rối loạn bài tiết mồ hôi, nhiệt độ da giảm, phản xạ bài tiết vùng thần kinh hông kém, da, cơ loạn dưỡng, teo [28].

1.2.4. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm cơ bản, thăm dò chức năng, giúp cho việc đánh giá bản chất, tính chất, mức độ của bệnh, quan trọng nhất là chẩn đoán hình ảnh gồm:

- Chụp X - quang cột sống thắt lưng thông thường phép hướng tới một số nguyên nhân gây chèn ép rễ TKT như: dấu hiệu mất đường cong sinh lý, hình ảnh thoái hoá cột sống: Mỏm gai, cầu xương, hẹp khe liên đốt sống [26].

- Chụp bao rễ thần kinh: Đây là một phương pháp tốt để chẩn đoán trước khi có chụp cắt lớp và chụp cộng hưởng từ. Trên phim ta có thể phát hiện dễ dàng hình ảnh thoát vị đĩa đệm (có thể thoát vị trung tâm hoặc thoát vị bên), hình ảnh chèn ép do tổn thương xương, hình ảnh hẹp ống sống hoặc các hình ảnh chèn ép khác [29].

- Chụp cộng hưởng từ (MRI – Magnetic resonance imaging) cột sống là những phương tiện hiện đại nhất có thể phát hiện được tất cả các tổn thương về cột sống và đĩa đệm [30].

- Điện cơ đồ: Giúp cho chẩn đoán định khu tổn thương và tình trạng một số cơ do dây TKT chi phối [23].

- Xét nghiệm dịch não tủy: Thường có tăng nhẹ protein, khi có nguyên nhân chèn ép thì protein sẽ tăng cao, khi có viêm nhiễm thì có tăng tế bào [23].

1.2.5. Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng cơ năng và thực thể [24], [26], [28], [31].

Cơ năng: Đau dọc theo đường đi của dây TKT.

Thực thể: Hội chứng cột sống; Hội chứng rễ thần kinh.

Cận lâm sàng: Chủ yếu dựa vào kết quả:

- Chụp X - quang CSTL ;

- Chụp cộng hưởng từ CSTL[28].

1.2.6. Điều trị

Điều trị nguyên nhân: Tùy theo nguyên nhân gây đau dây TKT trên từng bệnh nhân mà có phương án điều trị phù hợp [25], [32].

Chế độ nghỉ ngơi: Tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu hoặc đi lại quá nhiều.

Vật lý trị liệu: Bấm huyệt, châm cứu, hồng ngoại, ...

Sử dụng thuốc:

Sử dụng thuốc giảm đau chọn một trong các thuốc trong bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới: Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Morphin. Tùy theo tình trạng đau có thể điều chỉnh thuốc cho phù hợp: Thuốc kháng viêm không steroid: Sử dụng một trong những thuốc sau: Diclofenac, Meloxicam, Piroxicam, Celecoxib. Thuốc giãn cơ: Mydocalm, Myonal, các thuốc khác: Các vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin [32].

Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc những trường hợp có chèn ép nặng (hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới), teo cơ bệnh nhân sẽ được cân nhắc điều trị ngoại khoa [25], [32], [33].

1.3. ĐAU THẦN KINH TỌA THEO YHỌC CỔ TRUYỀN

1.3.1. Bệnh danh

Trong các y văn cổ mô tả đau dây TKT thuộc phạm vi thuộc chứng tý với các bệnh danh: Yêu cước thống, tọa cốt phong [34].

1.3.2. Nguyên nhân

1.3.2.1. Do ngoại nhân

Tuệ Tĩnh bàn về ba tà khí phong, hàn, thấp như sau: Tê thấp mình mảy, các khớp xương không đỡ không sưng mà tự nhiên phát đau, có khi lại không cựa được. Nguyên nhân do nguyên khí suy kém, phong, hàn, thấp thừa cơ xâm phạm vào kinh lạc trước rồi xâm nhập vào gân cốt thì tức nặng không giờ lên được, vào mạch thì huyết đông không lưu thông được, vào cân thì co mà không duỗi ra được, vào cơ nhục thì tê dại cấu không biết đau, vào bì phu thì lạnh [35].

1.3.2.2. Do nội thương

Có thể do tuổi già suy yếu, lao động quá sức, sinh hoạt tình dục quá mức khiến cho các lạc mạch ở vùng lưng không được nuôi dưỡng gây nên đau. Do chính khí cơ thể bị hư yếu, rối loạn chức năng của các tạng phủ nhất là tạng can và tạng thận [36], [37].

1.3.2.3. Do bất nội ngoại nhân

Do sang thương làm cho huyết bị ú lại, ảnh hưởng đến các kinh mạch, lạc mạch ở vùng lưng cũng gây nên đau. Khí và huyết nếu không vận hành được sẽ khiến cho huyết bị ngưng trệ cũng gây nên đau [36], [38].

1.3.3. Các thể lâm sàng

1.3.3.1. Thể hàn tý

Triệu chứng lâm sàng:

- **Tại chỗ:** Đau sau khi nhiễm lạnh, đau từ thắt lưng hoặc từ hông lan xuống chân, đi lại khó khăn, đau tăng khi lạnh, chườm ấm dễ chịu, thường có điểm đau khu trú, chưa có teo cơ [38].

- **Toàn thân:** Sợ gió, sợ lạnh, tay chân lạnh, chân bên bị bệnh lạnh hơn bên lành, tiểu tiện trong, đại tiện bình thường, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc phù khấn [38].

Pháp điều trị: Khu phong tán hàn trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

Phương dược: “Đại tuyền giao thang”:

Tần giao	12g	Bạch thược	12g
Cam thảo	8g	Khương hoạt	12g
Xuyên khung	8g	Phòng phong	12g
Đương quy	12g	Độc hoạt	12g
Sinh địa	12g	Bạch truật	12g
Tế tân	6g	Bạch linh	12g
Thục địa	10g	Trần bì	8g

Sắc uống ngày 1 thang.

Tán nhỏ, hoàn viên, ngày uống 12g hoặc sắc uống 1 ngày 1 thang.

1.3.3.2. Phong hàn thấp tý kèm can thận hư

Triệu chứng lâm sàng:

- **Tại chỗ:** Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây TKT. Đau có cảm giác tê bì, tức nặng, bệnh kéo dài, dễ tái phát.

- **Toàn thân:** Ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược [38].

Pháp điều trị: Khu phong tán hàn trừ thấp, hoạt huyết, bổ can thận.

Phương dược: “Độc hoạt tang ký sinh thang”

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	16g
Phòng phong	10g	Đỗ trọng	12g
Tang ký sinh	12g	Đảng sâm	12g
Tế tân	6g	Quế chi	8g
Phục linh	12g	Bạch thược	12g
Đương quy	12g	Thục địa	12g
Cam thảo	6g	Đại táo	12g
Trần bì	8g		

Sắc uống ngày 1 thang.

1.3.3.3. Thể thấp nhiệt

Triệu chứng lâm sàng: Đau có cảm giác nóng rát, đau nhức như kim châm, chân đau nóng hơn so với bên lạnh, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng hoặc dày, mạch sắc [38].

Pháp điều trị: Thanh nhiệt trừ thấp, hành khí hoạt huyết.

Phương dược: “Ý dĩ thang kết hợp Nhị diệu thang”

Ý dĩ	12g	Ngưu tất	16g
Thương truật	10g	Cam thảo	6g
Khương hoạt	12g	Đương quy	12g
Phòng phong	12g	Hoàng bá	10g
Kim ngân hoa	16g	Thương nhĩ tử	16g
Thỏ phục linh	12g	Trần bì	8g

Sắc uống ngày 1 thang.

1.3.3.4. *Thể huyết ứ*

Triệu chứng lâm sàng: Đau dữ dội tại một điểm, đột ngột lan xuống chân, chất lưỡi đỏ tím, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng hoặc vàng, mạch sáp.

Pháp điều trị: Hành khí hoạt huyết khứ ứ, thông kinh hoạt lạc [38].

Phương dược: “Tứ vật đào hồng”

Sinh địa	12g	Đào nhân	8g
Xích thược	12g	Hồng hoa	8g
Xuyên khung	12g	Quy vĩ	12g
Đan sâm	12g	Ngưu tất	12g
Kê huyết đằng	10g	Uất kim	8g
Trần bì	8g	Cam thảo	6g

Sắc uống 1 ngày 1 thang.

1.3.4. *Châm cứu điều trị bệnh*

Công thức huyết châm cứu [38]:

- Đau theo đường kinh Bàng quang (đau kiểu rẽ S_1): Giáp tích L_4, L_5, S_1 , Thận du, Đại trường du, Thượng liêu, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân.

- Đau theo đường kinh Đờm (đau kiểu rẽ L_5): Giáp tích L_4, L_5, S_1 , Đại trường du, Thận du, Thượng liêu, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Giải Khê. Nếu đau ngón chân cái nhiều thì châm thêm: Thái xung, Hành gian. Nếu đau mặt sau đùi thì châm thêm Thừa phù, Ân môn.

- Nếu đau theo cả kinh Đờm và kinh Bàng quang thì châm theo các huyết trên cả hai đường kinh.

Chú ý:

- Bệnh nhân thuộc thể phong hàn thì ôn điện châm hoặc cứu.
- Bệnh nhân thuộc thể phong nhiệt thì dùng điện châm.
- Nếu bệnh nhân thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư sử dụng điện châm và gia thêm các huyết toàn thân: Can du, Thận du, Ủy trung.
- Nếu bệnh nhân thể huyết ứ sử dụng châm tả hoặc điện châm các huyết tại vùng lưng đau và các A thị huyết.

1.4. TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

1.4.1. Tổng quan về phương pháp dưỡng sinh

1.4.1.1. Vài nét về nguồn gốc của phương pháp Khí công Dưỡng sinh

Tuệ Tĩnh thế kỷ 14 tóm tắt phương pháp dưỡng sinh trong cuốn “*Hồng nghĩa giác tư y thư*” như sau:

“Bế tinh dưỡng khí tồn thân

Thanh tâm quả dục thủ chân luyện hình” [39].

Hoàng Đôn Hòa thế kỷ 16 đã để lại “*Tĩnh công yếu quyết*” (yếu lĩnh tập yên tĩnh), “*Thanh tâm thuyết*” (Thuyết thanh tâm), “*Thập nhị đoạn cầm*” (12 động tác tốt) trong tác phẩm “*Hoạt nhân toát yếu*”.

Năm 1676 Đào Công Chính biên soạn: “*Bảo sinh diên thọ toàn yếu*” nêu lên việc giữ gìn ăn, ở, sinh hoạt (Dưỡng tĩnh thần, ngừa tửu sắc, tức giận, tiết dục, giữ gìn ăn uống...), để bảo tồn Tinh, Khí, Thần ba thứ quý của con người, tập thở, vận động (10 phép đạo dẫn, 6 phép vận động, 24 động tác) để tăng sức khỏe [40],[41].

Thế kỷ 18 Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác soạn cuốn “*Vệ sinh quyết yếu*” đề cập đến vấn đề vệ sinh cá nhân, vệ sinh hoàn cảnh và tu dưỡng tinh thần, rèn luyện thân thể để tăng cường sức khỏe, sống lâu [42].

Những năm 60 của thế kỷ 20, Bệnh viện Y học cổ truyền đã mở nhiều khóa hướng dẫn luyện tập khí công, Thái cực quyền, Xoa bóp vận động để phòng, chữa bệnh.

Cuốn “*Khí công*” của Hoàng Bảo Châu (NXB Y học 1972) đã nêu lên một cách hệ thống và hoàn chỉnh tác dụng và phương pháp tập luyện khí công.

Dựa vào kinh nghiệm cổ truyền trong nước, kinh nghiệm nước ngoài và kinh nghiệm bản thân, bác sỹ Nguyễn Văn Hương đã soạn cuốn “*Phương pháp dưỡng sinh*”. Phương pháp này đã được Bệnh viện Y học cổ truyền nghiên cứu áp dụng từ năm 1975 đến nay [40], [41].

Năm 1979 bác sỹ Nguyễn Khắc Viện với cuốn “Từ sinh lý đến dưỡng sinh” đã nêu lên phương pháp luyện thở, vận động, tập võ, tập tĩnh, tập thư giãn.

Năm 1998 Dương Trọng Hiếu viết cuốn “Dưỡng sinh trường thọ” đã nêu lên được liệu pháp khí công và xoa bóp.

Phạm Thúc Hạnh, Lê Thị Kim Dung, Trần Thị Lan năm 2001 nghiên cứu tác dụng tập dưỡng sinh trên BN bụi phổi, hen phế quản, tăng huyết áp và trên người cao tuổi cho kết quả tốt, huyết áp ổn định, cải thiện được chức năng hô hấp.

Ở Trung Quốc, từ thời nguyên thủy, cuộc sống khách quan đã khiến con người nhận ra tầm quan trọng của việc bảo vệ thân thể và chống lại bệnh tật, từ đó tích cực tìm ra các phương pháp phòng bệnh bảo vệ cơ thể. Giữa lúc cảm thấy eo lưng ê ẩm, người ta phản xạ tự nhiên bằng cách đấm bóp vào chỗ đau, thì thấy cảm giác khoan khoái dễ chịu, dần dần những thể nghiệm đó được tích lũy và đúc kết ra thành những phương pháp rèn luyện hữu hiệu, truyền từ đời này sang đời khác, rồi hình thành khí công nguyên thủy. Đó là thời kỳ sơ khai của khí công [40], [41].

Danh y Biển Thước cuối thời Xuân Thu chiến quốc đề xuất “Sổ tức pháp” đã tạo ra bước mở đầu quan trọng của phép luyện khí công “Điều tức nhập tĩnh”. Cuối thời Đông Hán, Trương Trọng Cảnh viết cuốn “Kim quỹ yếu lược” trong đó có trình bày rõ ràng rèn luyện nội, ngoại công, đó vừa là phương pháp phòng chống bệnh tật vừa là cách chữa trị. Cũng thời đó, chuyên gia ngoại khoa Hoa Đà cũng chỉnh lý, biên soạn phép luyện công “Ngũ cầm hí” dựa trên cơ sở, kinh nghiệm từ thời cổ. Đến thời Đông Hán, Phật giáo truyền vào Trung Quốc. Các phép tập tĩnh công như “Chỉ quán pháp”, “Tọa thiền”, “Tham thiền” cũng được truyền bá rộng rãi [40], [41]. “Thái Bình Kinh” là bộ kinh điển lớn nhất của Đạo giáo luận bàn về quan hệ giữa Tinh, Khí, Thần và về lựa chọn nội dung “Thủ ý” có ảnh hưởng sâu rộng đến quá trình phát triển của khí công Trung Quốc.

1.4.1.2. Cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh

Cơ sở lý luận của Phương pháp Dưỡng sinh dựa trên các học thuyết quan trọng như học thuyết âm dương, học thuyết ngũ hành, học thuyết thiên nhân hợp nhất, thuyết Chu thiên Ngũ vận lục khí, học thuyết tạng phủ, kinh lạc và thuyết Tinh, Khí, Thần [40].

Cuốn “Hoàng đế Nội Kinh” đã đề xuất quan điểm phòng bệnh, đưa dưỡng sinh lên vị trí hàng đầu: “Người thượng cổ biết phép dưỡng sinh, thuận theo quy luật âm dương, thích ứng với thời tiết bốn mùa, biết phép tu chân dưỡng tính, ăn uống tiết độ, sinh hoạt chừng mực, không làm lụng bừa bãi mệt nhọc, nên thể xác và tinh thần đều được khỏe mạnh, hưởng hết tuổi đời cho 100 năm mới chết” [42].

Căn bản của dưỡng sinh là ở chỗ nhân mạnh tính thống nhất của môi trường trong và ngoài. Thiên Sinh khí thông thiên sách Nội Kinh Tố vấn viết: “Dương khí trong cơ thể con người, trong cả ngày đều thuộc về bên ngoài. Lúc rạng sáng, dương khí con người bắt đầu, lúc giữa trưa dương khí cực thịnh, lúc mặt trời lặn dương khí suy, khí môn cũng theo đó mà đóng lại. lúc này nên nghỉ ngơi, dương khí thì tàn sẽ chống được tà khí, không nên khuấy động gân cốt, không được phạm phải sương mù. Nếu ngược lại quy luật động tĩnh của ban sáng, giữa trưa và xế chiều thì sẽ sinh bệnh mà làm cho hình thể tiêu tụy hư tổn” [43].

Cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh dựa trên học thuyết Tinh, Khí, Thần: Người xưa gọi là “Tâm bảo”. Sự sống của con người lấy khí làm gốc, lấy thở làm đầu, nếu biết phương pháp luyện tập điều hòa hơi thở có thể bồi dưỡng sự sống [40], [41]. Tuệ Tĩnh, một danh y Việt Nam ở thế kỷ thứ XIV có hai câu thơ nổi tiếng:

“Bé tinh dưỡng khí tồn thân
Thanh tâm quả dục thủ chân luyện hình” [39].

Xin tạm dịch là: Giữ tinh, dưỡng khí, bảo tồn thân, giữ cho lòng trong sạch, thanh tâm, hạn chế dục vọng, giữ chân khí, tập luyện thân thể. Ta có thể sửa vài chữ theo từ của Hải Thượng Lãn Ông cho dễ hiểu:

“Giữ tinh, dưỡng khí, tồn thần

Thanh tâm, tiết dục, thủ chân, luyện hình” [42].

Người xưa cho rằng: “Tinh, khí, thần” là ba báu vật của con người, tinh là chất dinh dưỡng, tinh hoa của thức ăn tạo ra sau khi được tiêu hóa, nó được hấp thụ vào trong tất cả các tạng phủ với nhiều hình thức và sẵn sàng biến thành năng lượng để cho cơ thể hoạt động. Nó cũng nằm trong bộ sinh dục (tinh của đàn ông và trứng của đàn bà) với hình thức đặc biệt, với chất lượng rất cao vì đủ sức tạo ra đứa con để duy trì nòi giống. Khí có hai nghĩa: Khí hơi và khí lực. Khí hơi là không khí để thở, trong đó có nhiều oxy, chính khí hơi kết hợp với chất tinh ở trên để tạo ra khí lực, nên khí có nghĩa là năng lượng tạo ra trong cơ thể để cho cơ thể sống và hoạt động. Thần là hình thức năng lượng cao cấp mà các động vật cũng có, nhưng mức cao nhất chỉ có ở con người, do bộ thần kinh tạo ra. Nhờ nó mà con người biết tư duy, có ý chí, có tình cảm, có khoa học và nghệ thuật [40], [41].

Tinh, khí, thần là biểu hiện quá trình chuyển hóa vật chất (tinh) thành năng lượng (khí) mà hình thức cao nhất là thần. Sự chuyển hóa này xảy ra trong cơ thể một cách liên tục, ngừng lại là chết. Phải có tinh dồi dào, khí đầy đủ thì thân thể mới vững mạnh. Chất tinh sinh dục mà hao phí quá cũng ảnh hưởng rất nhiều đến sức lực và tinh thần, do đó người xưa coi việc bế tinh, giữ gìn chất tinh, không hao phí chất tinh trong sắc dục là điều cốt yếu để giữ gìn sức khỏe.

Dưỡng khí là luyện thở nhiều không khí, nhiều oxy để bồi dưỡng khí lực cho dồi dào thì toàn cơ thể mới có sức hoạt động.

Tồn thần: Muốn bồi dưỡng cái gốc của thần thì phải bế tinh, dưỡng khí. Muốn giữ gìn thân thì phải “Thanh tâm, quả dục, thủ chân”:

Thanh tâm là giữ lòng mình cho trong sạch, ăn ngay ở thẳng, thật thà, chất phác, không lo lắng, sợ sệt, giữ long bình tĩnh không bị tình cảm xúc động thái quá, không buồn phiền. Trong quan hệ giữa người và người, phải

nắm bản chất hành động của người để biết cách giúp đỡ và thông cảm lẫn nhau, không thắc mắc, tức giận. Thanh tâm để tạo cho mình một trạng thái thanh thản, ung dung, không bận tâm đến việc không cần thiết, chỉ nghĩ đến việc làm gì có ích cho mọi người.

Quả dục là giảm bớt dục vọng, hạn chế lòng ham muốn, không tham tiền, không tham sắc, không tham danh vị [40], [41].

1.4.1.3. Tác dụng của dưỡng sinh

Tạo cân bằng âm dương

Phương pháp dưỡng sinh trong khí công là thông qua luyện tập “động tĩnh hổ căn” để đạt đến sự cân bằng âm dương.

Thân thể được bảo tồn sức khỏe đều do trong thân thể được vận động và biến hóa không ngừng bảo tồn được trạng thái cân bằng của âm dương [40], [41].

Điều hòa khí huyết, lưu thông kinh lạc

Khí công dưỡng sinh chủ yếu rèn luyện “khí” trong cơ thể con người, đồng thời có ảnh hưởng quan trọng đối với huyết.

Khí công dưỡng sinh giúp điều hòa khí huyết, khí huyết điều hòa thì hoạt động sinh mệnh cơ thể vận hành bình thường, khí huyết bất thường thì phát sinh bệnh tật.

Sự thông suốt của kinh lạc, sự vận hành của huyết dịch phải dựa vào hoạt động của khí mới thực hiện được. Khi luyện công đạt đến một trình độ nhất định sẽ xuất hiện nội khí vận hành trong cơ thể hoặc cảm giác khí lan đến nơi có bệnh làm thuyên giảm bệnh tật [40], [41].

Bồi bổ và nâng cao chân khí

Chân khí hay còn gọi là nguyên khí, chính là năng lượng sinh mệnh của cơ thể con người.

Mục đích của khí công dưỡng sinh là điều động năng lực tiềm ẩn trong cơ thể bồi bổ chân khí của thân thể, đạt đến tác dụng dự phòng và điều trị bệnh tật, bảo vệ và kiện toàn thân thể [40], [41].

Dự phòng, bảo vệ và điều trị bệnh tật

Thực tiễn đã chứng minh khí công đã chữa lành một số các bệnh tật như: cao huyết áp, xơ cứng động mạch, viêm loét dạ dày tá tràng...

Đối với một số bệnh mãn tính dễ tái phát, khí công có thể củng cố hiệu quả điều trị [40], [41].

1.4.1.4. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương

Mục đích

- Tăng cường sức khỏe;
- Phòng bệnh;
- Trị một số bệnh mãn tính;
- Tiến tới sống lâu, sống có ích.

Bốn mục đích này gắn chặt vào nhau và thúc đẩy nhau một cách logic. Mỗi ngày tập luyện, ăn ngon, thở tốt, ngủ say, thích lao động, thì sức khỏe càng ngày càng tăng lên biểu hiện bằng cảm giác nhẹ nhàng, cảm giác khỏe khoắn, có khi cảm giác sáng khoái yêu đời [40], [41].

Nội dung: Gồm 3 phần

Phần 1: Luyện thư giãn

Thư: Nghĩa là thư thái, trong lòng lúc nào cũng thư thái.

Giãn: Nghĩa là nói ra, giãn ra như dây xích giãn ra.

Thư giãn nghĩa là ở góc trung tâm vỏ não thì phải thư thái, ở ngọn các cơ vân và cơ trơn thì phải giãn ra. Góc thư thái thì ngọn sẽ giãn tốt, mà ngọn giãn tốt lại giúp cho góc thư thái [40], [41].

Kỹ thuật luyện thư giãn (phụ lục 4).

Tác dụng của thư giãn

Thư giãn có nhiều tác dụng cả về thể chất và tinh thần.

- Về tinh thần:
 - + Giúp cho vỏ não chủ động nghỉ ngơi;
 - + Làm cho tinh thần thoái mái không căng thẳng.

- Về mặt thể chất:

+ Làm giảm chuyển hóa cơ bản vì toàn bộ cơ bắp được buông thả và từ đó làm giảm sự tiêu thụ oxygen của cơ thể, tiết kiệm được năng lượng.

+ Giúp máu về tim dễ hơn và nhiều hơn.

+ Giúp làm chủ được giác quan và cảm giác.

+ Không để những xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể.

- Về sinh học:

+ Thư giãn xóa bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể.

Phần 2: Là tập các động tác chống xơ cứng, có tác dụng mềm cơ, hành khí, hoạt huyết thông kinh hoạt lạc, có ảnh hưởng tốt về tâm lý và sinh lý phù hợp với bệnh nhân đau thần kinh tọa. Gồm tập trong tư thế nằm sấp, gập lưng, cúp lưng...

Phần 3: Xoa bóp của Đông y rất đặc biệt, là nó xoa bóp cơ, tạng phủ bên trong, cả ngũ quan (tai, mắt, mũi, lưỡi, da) và cả tay chân bên ngoài. Nói chung, nó vận động không sót một bộ phận nào, cả sau lưng mà tay không với tới, cả đáy chậu mà người ta ngại đụng tới, tất cả các bộ phận của cơ thể để chuyển vận khí huyết khắp nơi [40], [41].

1.4.2. Điện châm

1.4.2.1. Định nghĩa điện châm và cơ chế tác dụng của châm cứu

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng các dòng điện qua một máy điện châm (dòng điện một chiều hoặc dòng điện xung) [32],[44], [45].

Cơ chế tác dụng của châm cứu: phản ứng tại chỗ thông qua cung phản xạ; phản ứng tiết đoạn thông qua tiết đoạn thần kinh của nội tạng và phản ứng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh, thể dịch. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy châm cứu có ảnh hưởng đến nhiều chức năng khác nhau của cơ thể.

Khi tác động vào huyết, vỏ não chuyển sang trạng thái hưng phấn hay ức chế tùy thuộc vào thời gian tác động và trạng thái chức năng ban đầu của hệ thần kinh trung ương. Nói cách khác, nó tác động vào một số huyết gây biến động hoạt tính điện trong nhiều cấu trúc thuộc não bộ, tạo điều kiện thuận lợi cho các tế bào thần kinh hoạt động đồng bộ ở mức cao hơn. Đặc biệt có sự cải thiện chức năng của vỏ não trong và sau khi tác động lên huyết.

Ảnh hưởng của tác động lên huyết đối với hệ nội tiết được xem như cơ chế tác dụng của tác động lên huyết theo con đường thể dịch. Các công trình nghiên cứu cho thấy tùy từng huyết được kích thích mà có những đáp ứng khác nhau lên trục dưới đồi – tuyến yên – các tuyến nội tiết nhằm điều hòa đối với việc bài tiết từng hormon cụ thể [32], [44], [45].

1.4.2.2. Công thức huyết trong châm cứu

Huyết tại chỗ: Châm tả [38]:

- *Đau theo đường kinh Bàng quang* (đau kiểu rẽ S₁): Giáp tích L₄, L₅, S₁, Thận du, Đại trường du, Thượng liêu, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân.

- *Đau theo đường kinh Đờm* (đau kiểu rẽ L₅): Giáp tích L₄, L₅, S₁, Đại trường du, Thận du, Thượng liêu, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Giải khê. Nếu đau ngón chân cái nhiều thì châm thêm: Thái xung, Hành gian. Nếu đau mặt sau đùi thì châm thêm Thừa phù, Ân môn.

Nếu đau theo hai đường kinh: thì châm hết các huyết trên cả đường kinh Đờm và kinh Bàng quang đã nêu trên.

Huyết toàn thân: Châm bổ [38]:

Can du (VII.18), Thận du (VII.23), Ủy trung (VII.40) hai bên.

1.4.3. Tổng quan phương pháp chiếu đèn hồng ngoại

1.4.3.1. Định nghĩa

Bức xạ hồng ngoại là bức xạ có bước sóng 750^{nm}- 350000^{nm}, mắt thường không nhìn thấy được, có khả năng xuyên sâu 3mm [46].

1.4.3.2. Cơ chế tác dụng của phương pháp chiếu đèn hồng ngoại

Bức xạ hồng ngoại có bước sóng dài và năng lượng thấp. Năng lượng hấp thụ từ bức xạ hồng ngoại chủ yếu làm tăng dao động nhiệt của các phân tử và nguyên tử. Vì vậy, khi chịu tác dụng của bức xạ hồng ngoại tổ chức hấp thụ tia hồng ngoại bị nóng lên. Tác dụng chủ yếu của tia hồng ngoại là tác dụng nhiệt. Vùng da chịu tác dụng nhiệt sẽ làm giãn mạch, đỏ da, hiện tượng đỏ da do tia hồng ngoại sẽ hết nhanh sau khi ngừng chiếu và không để lại màu da đen.

Do tác dụng nhiệt nên bức xạ hồng ngoại làm giãn mạch, tăng nuôi dưỡng tại chỗ, tăng tính thấm qua màng tế bào, tăng quá trình trao đổi chất. Tác dụng nhiệt còn làm tăng khả năng xuyên mạch của bạch cầu, tăng hoạt tính thực bào của bạch cầu nên nó có tác dụng chống viêm tại chỗ, kích thích phát triển tổ chức hạt, làm mềm vết thương, làm mềm sẹo. Ngoài ra bức xạ hồng ngoại còn có tác dụng giảm đau do bức xạ hồng ngoại tác dụng lên hệ thần kinh trung ương làm tăng ngưỡng cảm giác đau, làm dẫn truyền cảm giác đau chậm lại, làm mềm cơ, thư giãn thần kinh[46].

1.4.3.3. Chỉ định, chống chỉ định của chiếu đèn hồng ngoại [46]

- **Chỉ định:** Bức xạ hồng ngoại là bức xạ nhiệt, thường được chỉ định trong các trường hợp cần tăng nhiệt độ tại chỗ, tăng tuần hoàn dinh dưỡng tại chỗ, làm giảm phù nề, giảm co thắt cơ, giảm đau như:

- + Viêm nhiễm phần mềm giai đoạn chưa hóa mủ hoặc sau khi đã được chích rạch tháo mủ
- + Rối loạn dinh dưỡng tại chỗ như: hội chứng Reynaud, hội chứng Sudex, tắc động mạch.
- + Dự ứng do lạnh, lạnh cóng
- + Phù nề do chấn thương giai đoạn hấp thụ dịch
- + Dự phòng loét, các vết loét, vết thương lâu liền

+ Giảm đau do căn nguyên thần kinh ngoại vi: đau dây thần kinh hông to, hội chứng đau thắt lưng mạn tính.

+ Co cứng cơ trong liệt cứng, cứng khớp.

- Chống chỉ định:

+ Các vết thương đang chảy máu hoặc các vùng da đe dọa xuất huyết. Bệnh nhân bị chảy máu nội tạng thì không điều trị vào vùng tương ứng với đốt đoạn thần kinh chi phối như: xuất huyết dạ dày không điều trị vào vùng thượng vị; phụ nữ đang có kinh nguyệt thì không điều trị vào vùng hạ vị.

+ Các chấn thương mới: thường chống chỉ định điều trị bằng hồng ngoại trong 3 ngày đầu;

+ Các ổ viêm đã hóa mủ;

+ Các khối u lành tính hoặc ác tính.

1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

1.5.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Mauro (2000) tiến hành nghiên cứu đánh giá tác dụng của vitamin B₁₂ trên bệnh nhân đau lưng thấp. Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân bằng phương pháp mù đôi, có đối chứng với giả dược. Kết quả cho thấy vitamin B₁₂ có tác dụng giảm điểm đau theo VAS, giảm tình trạng tàn tật. Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$) [47].

Chu Lợi (2005) sử dụng điện châm kinh bàng quang, kinh đờm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh thang điều trị 43 bệnh nhân đau dây TKT. Kết quả thay đổi ngưỡng đau và ngưỡng chịu đau, thay đổi serotonin trước và sau khi điều trị, acetylcholine và endorphin có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điện châm thúc đẩy tái tạo thần kinh và phục hồi chức năng thần kinh thông qua: tác dụng chống viêm, cải thiện tuần hoàn máu, tăng oxy mô và tổ chức viêm. Kết quả điều trị bệnh nhân đạt kết quả tốt là 97,44% [48].

Zou R (2009) nghiên cứu đánh giá tác dụng giảm đau của điện châm kết hợp thủy châm trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên 60 bệnh nhân, chia ngẫu nhiên: nhóm nghiên cứu sử dụng điện châm kết hợp thủy châm, nhóm đối chứng điện châm. Sau 10 ngày nhóm nghiên cứu mức đau VAS khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,01$) [49].

1.5.2. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Trần Quang Đạt và Tarasenko Oleksandr (2001) đánh giá tác dụng điều trị đau TKT do lạnh và do THCS bằng ôn điện châm kết hợp với xoa bóp. Kết quả khỏi (22,9%), đỡ nhiều (51,3%), đỡ ít (22,9%), không đỡ (2,9%) [50].

Tarasenko Lidya (2003) nghiên cứu điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do THCS bằng điện mẫn châm 40 bệnh nhân kết quả tốt 60%, khá 40% [51].

Lại Đoàn Hạnh (2008) tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp thủy châm bidizym và so sánh với phương pháp điện châm cho 70 bệnh nhân chia làm 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu cho thấy: nhóm đối chứng đạt kết quả 54,3% tốt, 20% khá, 17,1% trung bình. Nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt hơn ($p < 0,05$): 57,1% tốt, 31,4% khá, 2,9% trung bình. Nghiên cứu không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng [52].

Nguyễn Nhược Kim (2012) đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt ký sinh trong điều trị hội chứng thắt lưng hông. Kết quả: nhóm nghiên cứu cải thiện khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [53].

Trần Thị Hải Vân (2014) hiệu quả của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do THCS. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 60 bệnh nhân được chẩn đoán THCS thắt lưng, chia làm 2 nhóm: điện châm và điện châm kết hợp từ rung nhiệt. Sau điều trị, điểm đau VAS, độ giãn cột sống thắt lưng, chức năng hoạt động cột sống thắt lưng cải thiện so với trước điều trị ở cả hai nhóm nhưng sự cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Kết luận: điện châm kết hợp từ rung nhiệt tác dụng tốt trong điều trị đau thắt lưng do THCS thắt lưng [54].

Lê Thị Hòe (2016) đánh giá tác dụng điều trị đau dây TKT do THCS bằng thủy châm Golvaska kết hợp bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”. Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân chia thành hai nhóm: nhóm nghiên cứu 30 bệnh nhân sử dụng thủy châm Golvaska và bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” và nhóm đối chứng sử dụng “Độc hoạt tang ký sinh” đơn thuần. Sau 15 ngày điều trị nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt và khá chiếm 93,3% khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng [18].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Gồm 100 bệnh nhân(40 nam, 60 nữ) được chẩn đoán xác định đau dây TKT điều trị tại khoa Phục hồi chức năng của Bệnh viện YHCT tỉnh Thái Bình.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

2.1.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là đau dây TKT do thoái hóa cột sống thắt lưng thông qua triệu chứng lâm sàng gồm:

Đau vùng thắt lưng lan xuống hông, đùi, cẳng bàn chân (tùy vào rễ thần kinh tổn thương) theo đường đi của dây thần kinh tọa.

Hội chứng cột sống: Tư thế chống đau; Điểm đau cột sống; Tầm vận động cột sống thắt lưng.

Hội chứng rễ thần kinh: Dấu hiệu lasègue dương tính; Hệ thống các điểm Valleix dương tính;

- Bệnh nhân đau theo VAS < 6 điểm, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

Chọn thể bệnh yếu cước thông thể phong hàn thấp kèm can thận hư [38]:

- Tiểu tiện trong;

Vọng chân - Chất lưỡi nhợt bệu;

- Rêu lưỡi trắng dày và nhớt.

Vấn chân - Không có.

- Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây TKT;

Vấn chân - Cảm giác tê bì, tức nặng;

- Ăn kém, ngủ ít.

Thiết chẩn - Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

2.1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân theo y học hiện đại

- Bệnh nhân đau TKT do các nguyên nhân bệnh lý thực thể như lao, ung thư.
- Đau TKT do các nguyên nhân khác như: thoát vị đĩa đệm.
- Đau TKT thể nặng có hội chứng đuôi ngựa.
- Bệnh nhân đau tăng phối hợp với phương pháp điều trị khác.
- Bệnh nhân mắc suy gan, suy thận.
- Bệnh nhân sỏi thận, sỏi niệu quản di chuyển gây cơn đau quặn thận.
- Bệnh nhân có thai.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân theo y học cổ truyền

- Bệnh nhân thể hàn tý, thể thấp nhiệt, thể huyết ứ theo YHCT.

2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Y học cổ truyền Thái Bình.

2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được triển khai từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021.

2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp can thiệp lâm sàng so sánh trước - sau điều trị, có nhóm đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn theo cỡ mẫu thuận tiện 100 bệnh nhân trên 39 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp và tình trạng bệnh được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng đảm bảo tiêu chuẩn chọn lựa và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4.3. Tổ chức nghiên cứu

Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu sẽ được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất được chia làm hai nhóm theo phương pháp bắt thăm ngẫu nhiên, số lẻ vào nhóm nghiên cứu, số chẵn vào nhóm đối chứng.

- Nhóm đối chứng (Nhóm ĐC): 50 BN được điều trị điện châm và chiếu đèn hồng ngoại theo quy trình của Bộ Y Tế [55]

Điện châm thời gian 30 phút/lần/ngày x 30 ngày.

Chiếu đèn hồng ngoại thời gian 20 phút/lần/ngày x 30 ngày.

- Nhóm nghiên cứu (Nhóm NC): 50 BN được điều trị theo điện châm và chiếu đèn hồng ngoại theo quy trình như với nhóm đối chứng. Bệnh nhân nghỉ ngơi 10 phút trước khi được hướng dẫn tập dưỡng sinh phương pháp Nguyễn Văn Hương thời gian 45 phút/ lần/ ngày/ 30 ngày.

2.4.4. Chất liệu nghiên cứu

Máy điện châm Electronic acupuncturedo Viện trang thiết bị Y tế Hà Nội sản xuất, được cấp phép của Bộ Y tế (chạy bằng pin, 6V);

Đèn hồng ngoại.

Kim châm: loại kim hào châm, dài 6 - 8 - 10 cm;

Dụng cụ sát trùng: bông vô khuẩn, cồn 70 độ, khay đựng dụng cụ, panh;

Thước đo điểm VAS, thước dây, thước đo tầm vận động;

Bệnh án nghiên cứu (phụ lục 1), phiếu đánh giá Oswestry disability index (ODI) (phụ lục 3); Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương (phụ lục 4).

- Công thức huyết sử dụng trong nghiên cứu theo phác đồ Bộ Y tế [55].

2.4.5. Tiến hành nghiên cứu

Thu thập thông tin BN: Tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp. Tiến hành khám tổng quát theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Sau đó chọn lựa bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ, tiến hành chia 2 nhóm.

- Đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu cả 2 nhóm ở các thời điểm nghiên cứu khác nhau.

+ Trước nghiên cứu (D_0);

+ Sau nghiên cứu 15 ngày (D_{15});

+ Sau nghiên cứu 30 ngày (D_{30}).

Các chỉ tiêu được đánh giá tại thời điểm D_0, D_{15}, D_{30} trong nghiên cứu gồm:

- + Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS;
- + Đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng;
- + Đánh giá mức độ tàn tật ODI.

Các chỉ tiêu về tác dụng không mong muốn ở thời điểm D_{15}, D_{30} gồm: đau tại chỗ, hoa mắt chóng mặt, buồn nôn, gãy kim, chảy máu tại chỗ, nhiễm trùng tại chỗ, bỏng, điện giật, mạch, huyết áp...

❖ **Các kỹ thuật được sử dụng trong nghiên cứu:**

Quy trình thực hiện kỹ thuật điện châm [55]:

Châm tả các huyệt tại chỗ (tần số 4 Hz – 10 Hz).

- *Đau theo đường kinh Bàng quang (đau kiểu rễ S_1):* Giáp tích L_4, L_5, S_1 , Đại trường du, Thượng liêu, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Thừa sơn, Côn lôn.

- *Đau theo đường kinh Đờm (đau kiểu rễ L_5):* Giáp tích L_4, L_5, S_1 , Đại trường du, Thượng liêu, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Giải khê. Nếu đau ngón chân cái nhiều thì châm thêm: Thái xung, Hành gian. Nếu đau mặt sau đùi thì châm thêm Thừa phù, Ân môn.

- *Nếu đau theo hai đường kinh:* bệnh nhân được châm các huyệt ở cả đường kinh túc thái dương Bàng quang và kinh túc thiếu dương Đờm nêu trên.

Châm bổ các huyệt toàn thân (tần số 1 Hz – 3 Hz).

Can du (VII.18), Thận du (VII.23), Ủy trung (VII.40) hai bên.

Bước 1: xác định huyệt và sát trùng da vùng huyệt và chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng châm.

Bước 2: châm kim vào huyệt theo các thì sau: *thì 1:* tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt. *thì 2:* Đẩy kim từ từ theo huyệt, một tay đẩy một tay đón đầu kim sao cho hướng kim đi đúng theo đường huyệt đã được xác định, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí”.

Bước 3: Kích thích huyệt bằng máy điện châm

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ – tả của máy điện châm.

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

Thời gian thực hiện: 30 phút/ lần/ ngày x 30 ngày.

Sau khi tiến hành điện châm bệnh nhân sẽ được cho nghỉ ngơi trong vòng 10 phút trước khi tiến hành chiếu đèn hồng ngoại theo quy trình bên dưới.

Quy trình thực hiện kỹ thuật chiếu đèn hồng ngoại [46]:

Bước 1: Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm sấp, bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị xem có chống chỉ định của bức xạ hồng ngoại không.

Bước 2: Bật và điều chỉnh đèn: bật đèn với khoảng cách 30-50cm, góc chiếu 90⁰. Thời gian chiếu 20 phút.

Bước 3: Theo dõi phòng tai biến có thể xảy ra

Bước 4: Hết giờ tắt đèn, thu dọn dụng cụ.

Bước 5: Đánh giá hiệu quả điều trị.

Thời gian thực hiện: 20 phút/ lần/ ngày x 30 ngày.

Sau khi tiến hành chiếu đèn hồng ngoại bệnh nhân sẽ được cho nghỉ ngơi trong vòng 10 phút trước khi tiến hành tập theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng theo quy trình bên dưới.

Quy trình thực hiện tập theo PP DS Nguyễn Văn Hưởng

+ Điều kiện tập: Phòng tập rộng rãi, thoáng sạch, yên tĩnh, có thảm tập. Trang phục yêu cầu rộng rãi, thoải mái, dễ chịu khi tập.

+ Cách tiến hành tập: Phác đồ cho một lần tập gồm 4 bước, thời gian tập 45p/ lần/ ngày x 30 ngày (phụ lục 4).

Bước 1: Động tác 1 Thư giãn. Thời gian 5 phút.

Bước 2: Thở 4 thì có kê mông và gối chân. Thời gian 5 phút.

Bước 3: Tập các động tác chống xơ cứng: Rút lưng, cúp lưng, tam giác, vặn cột sống và cổ ngược chiều, hôn đầu gối, rấn hổ mang, ngồi sư tử. Thời gian 30 phút.

Bước 4: Thư giãn toàn thân. Thời gian 5 phút.

2.4.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.6.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đau vùng thắt lưng, lan xuống chân, tê bì, ăn kém, ngủ kém, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

Chỉ tiêu đặc điểm của đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian bị bệnh...

2.4.6.2. Đánh giá triệu chứng lâm sàng

Mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale):

Thước đo là 1 đoạn thẳng chia làm 11 điểm, bệnh nhân sẽ chọn điểm nào phù hợp nhất với mức độ đau của mình [56].



Hình 2.1. Thước đo thang điểm VAS

Đánh giá kết quả:

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau

Thang điểm VAS	Mức độ đau	Thang điểm
VAS < 1	Không đau	4 điểm
$1 \leq \text{VAS} < 3$	Đau nhẹ	3 điểm
$3 < \text{VAS} < 6$	Đau vừa	2 điểm
$6 < \text{VAS} \leq 10$	Đau nặng	1 điểm

Đánh giá dấu hiệu cơ cơ cạnh cột sống:

Cách khám: Cho bệnh nhân đứng thẳng, thầy thuốc quan sát từ phía sau xem khối cơ cạnh sống hai bên có cân đối không, sau đó nắn xem trương lực

hai khối cơ đó có đều nhau không, nếu không đều thì trương lực cơ bên nào tăng (trường hợp có tăng trương lực cơ cạnh sống người ta thường nói là có co cứng cơ cạnh sống) [57], [58].

Đánh giá kết quả: Theo hai mức là có hoặc không tại các thời điểm D_0, D_{15}, D_{30} .

Dấu hiệu Lasègue:

Cách khám: Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, tư thế thoải mái. Thầy thuốc dùng một tay của mình cầm cổ chân, tay còn lại đặt ở đầu gối bệnh nhân giữ cho chân thẳng và thao tác khám theo hai thì [57]. Thì 1: Nâng cao chân bệnh nhân (chân duỗi thẳng) lên khỏi mặt giường hướng tới 90^0 , tới khi bệnh nhân kêu đau, căng dọc mặt sau chân thì dừng lại. Xác định góc giữa chân bệnh nhân và mặt giường. Thì 2: Giữ nguyên góc đó và gấp chân bệnh nhân lại tại khớp gối bệnh nhân không còn đau dọc mặt sau chân nữa [57].

Đánh giá kết quả:

Bảng 2.2. Cách đánh giá điểm dựa vào nghiệm pháp Lasègue

Góc của nghiệm pháp Lasègue	Thang điểm
Góc Lasègue $\geq 80^0$	4 điểm
$70^0 \leq$ Góc Lasègue $< 80^0$	3 điểm
$60^0 \leq$ Góc Lasègue $< 70^0$	2 điểm
Góc Lasègue $< 60^0$	1 điểm

Tầm vận động của CSTL:

Đo độ gấp của cột sống thắt lưng: Điểm đặt cố định ở gai chậu trước, càn cố định đặt dọc theo đùi, càn di động đặt dọc theo thân, yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng hai gót chân chụm vào nhau, gấp thân tối đa [57].

Đo độ duỗi của cột sống thắt lưng: Điểm đặt cố định ở gai chậu trước, càn cố định đặt dọc theo đùi, càn di động đặt dọc theo thân, yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng hai gót chân chụm vào nhau, ngửa thân tối đa [57].

Đo độ nghiêng bên đầu của cột sống thắt lưng: Điểm đặt cố định ở ngang đốt sống S_1 , cạnh cố định đặt dọc theo cột sống thắt lưng, cạnh di động đặt dọc theo hướng đốt sống C_7 , yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng hai gót chân chạm vào nhau, nghiêng thân tối đa [57].

Đánh giá kết quả: Theo góc của tầm vận động gập, tầm vận động duỗi và nghiêng bên đầu của cột sống thắt lưng tính bằng độ tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Bảng 2.3. Cách đánh giá tầm vận động CSTL

Gấp	Duỗi	Nghiêng
≥ 70 : 0 điểm	≥ 25 : 4 điểm	≥ 25 : 4 điểm
≥ 60 : 1 điểm	≥ 20 : 3 điểm	≥ 20 : 3 điểm
≥ 50 : 2 điểm	≥ 15 : 2 điểm	≥ 15 : 2 điểm
< 50 : 3 điểm	< 15 : 1 điểm	< 15 : 1 điểm

Hệ thống các điểm Valleix:

Hệ thống điểm Valleix là những điểm mà dây TKT đi qua bao gồm: điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyên, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa nếp kheo chân, chính giữa cẳng chân sau.

Cách khám: Khi khám thầy thuốc dùng ngón tay ấn lên các điểm trên [57].

Đánh giá kết quả: Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Bảng 2.4. Cách đánh giá điểm dựa vào điểm đau valleix

Số điểm đau theo Valleix	Thang điểm
0 điểm	4 điểm
1 điểm	3 điểm
2 điểm	2 điểm
Từ 3 điểm trở lên	1 điểm

Dấu hiệu bấm chuông:

Cách khám: Bệnh nhân nằm hoặc đứng, tư thế thoải mái, thầy thuốc ấn trên các điểm cơ cơ cạnh cột sống. Dấu hiệu chuông bấm dương tính khi bệnh nhân có cảm giác đau lan dọc theo đường đi của dây TKT cùng bên xuống dưới chân (thường là cẳng chân) [57].

Đánh giá kết quả: Theo tình trạng âm tính hoặc dương tính của dấu hiệu tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Dấu hiệu Néri:

Cách khám: Bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập người, hai tay giơ ra trước (hướng cho tay chạm xuống đất), hai gối giữ thẳng thẳng. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối [57].

Đánh giá kết quả: Theo tình trạng âm tính hoặc dương tính của dấu hiệu tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Dấu hiệu Bonnet:

Cách khám: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng tư thế thoải mái. Thầy thuốc gập cẳng chân bệnh nhân vào đùi và gập đùi vào bụng. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy đau sau đùi và vùng mông bên khám [57].

Đánh giá kết quả: Theo tình trạng âm tính hoặc dương tính của dấu hiệu tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Rối loạn cảm giác:

- Tổn thương rễ L_5 : Giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón chân cái (còn gọi là đau TKT kiểu L_5).

- Tổn thương S_1 : Giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, bờ ngoài bàn chân (còn gọi là đau TKT kiểu S_1) [11], [26], [28], [57].

Đánh giá kết quả: Theo tình trạng âm tính hoặc dương tính của dấu hiệu tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Thang điểm mức độ tàn tật ODI:

Đánh giá mức độ tàn tật của bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông với 10 tiêu chí: mức độ đau, tự chăm sóc cá nhân, nhắc vật nặng, đi bộ, ngồi, đứng, ngủ, sinh hoạt tình dục, hoạt động xã hội, sở thích riêng.

Cách tính điểm ODI: Với mỗi tiêu chí cho điểm tăng dần thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 4 điểm [58].

Đánh giá kết quả: Theo tổng điểm của 10 tiêu chí với mức điểm thấp nhất là 0 điểm và cao nhất đến 40 điểm tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

Bảng 2.5. Cách đánh giá điểm dựa theo chỉ số ODI

Chỉ số Oswestry Disability (ODI)	Thang điểm
$ODI \leq 9$ điểm	4 điểm
$10 \leq ODI \leq 19$ điểm	3 điểm
$20 \leq ODI \leq 29$ điểm	2 điểm
≥ 30 điểm	1 điểm

Hiệu quả điều trị theo y học cổ truyền:

Triệu chứng lâm sàng: Ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược[38].

Đánh giá kết quả: Theo tình trạng âm tính hoặc dương tính của dấu hiệu tại các thời điểm D_0 , D_{15} , D_{30} .

2.4.6.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn

Đau tại chỗ, vụng châm (hoa mắt, chóng mặt, buồn nôn...), tụ máu tại chỗ, gãy kim, nhiễm trùng tại chỗ, đau bụng, đi ngoài phân lỏng, dị ứng ngoài da, tác dụng không mong muốn khác xuất hiện trong quá trình nghiên cứu.

Tác dụng trên mạch, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trước sau điều trị ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học.

Phần mềm được dùng để xử lý số liệu là SPSS 20.0 và R Studio 3.5.1.

Các thuật toán sử dụng trong nghiên cứu:

- Giá trị trung bình (\bar{X});
- Độ lệch chuẩn (SD);
- Tỷ lệ (%);
- So sánh hai giá trị trung bình bằng T - Student test;
- So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 ;
- So sánh các tỷ lệ trong cùng một nhóm Wilcoxon test hoặc sign test.
- Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. KHÔNG CHẾ SAI SỐ

Để hạn chế sai số trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi tiến hành các biện pháp sau:

- Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích và hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu điều trị, được giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.

- Việc ghi chép bệnh án, phiếu theo dõi... được thực hiện đầy đủ, do một người thực hiện.

- Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị được thực hiện cùng một nơi, trên cùng một máy.

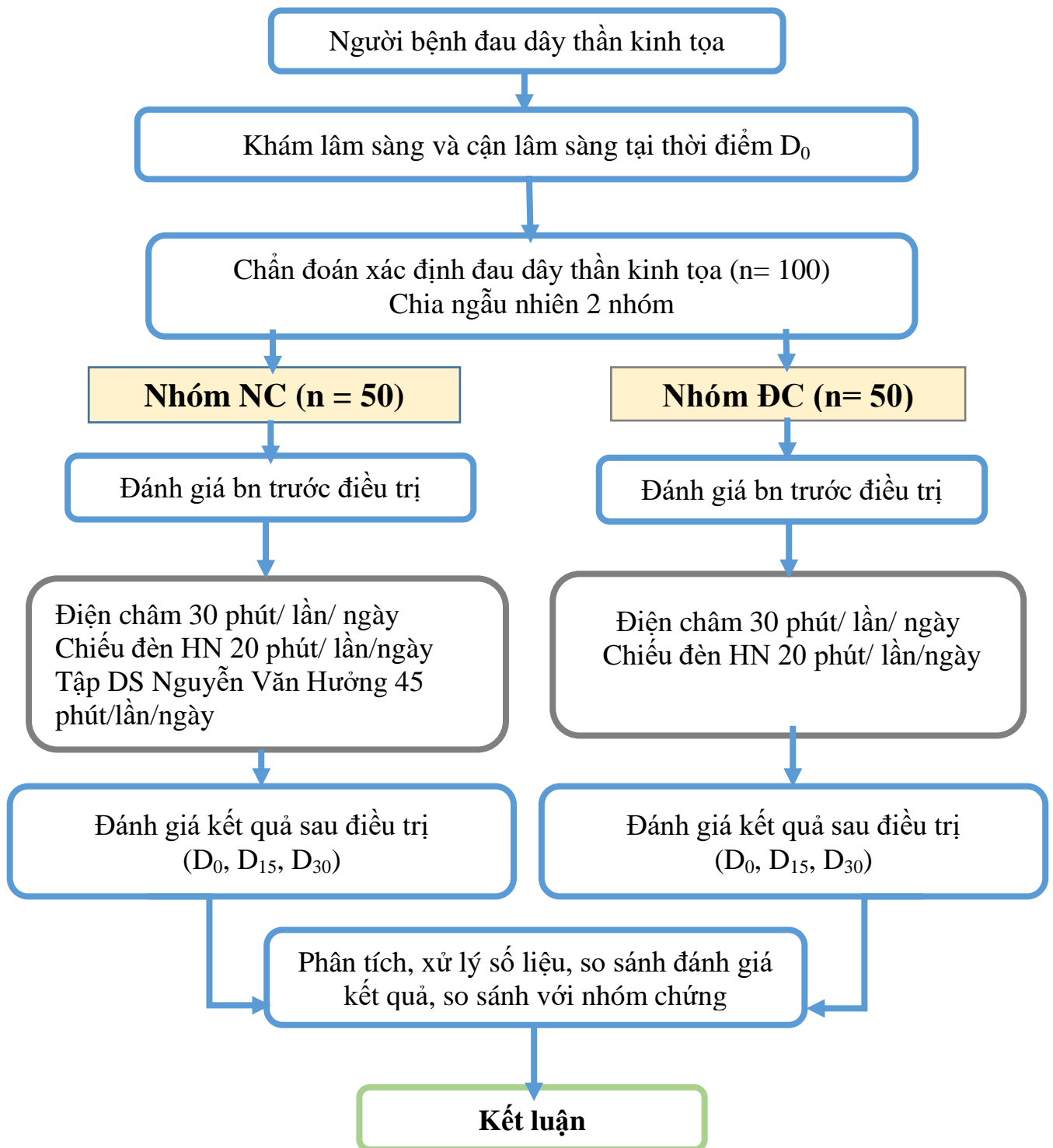
2.7. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh ngoài ra không nhằm một mục đích nào khác.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Người bệnh sẽ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin nghiên cứu, những điểm lợi và hại khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Người bệnh có quyền tự quyết tham gia hoặc rút khỏi quá trình nghiên cứu mà không cần phải cung cấp lý do.



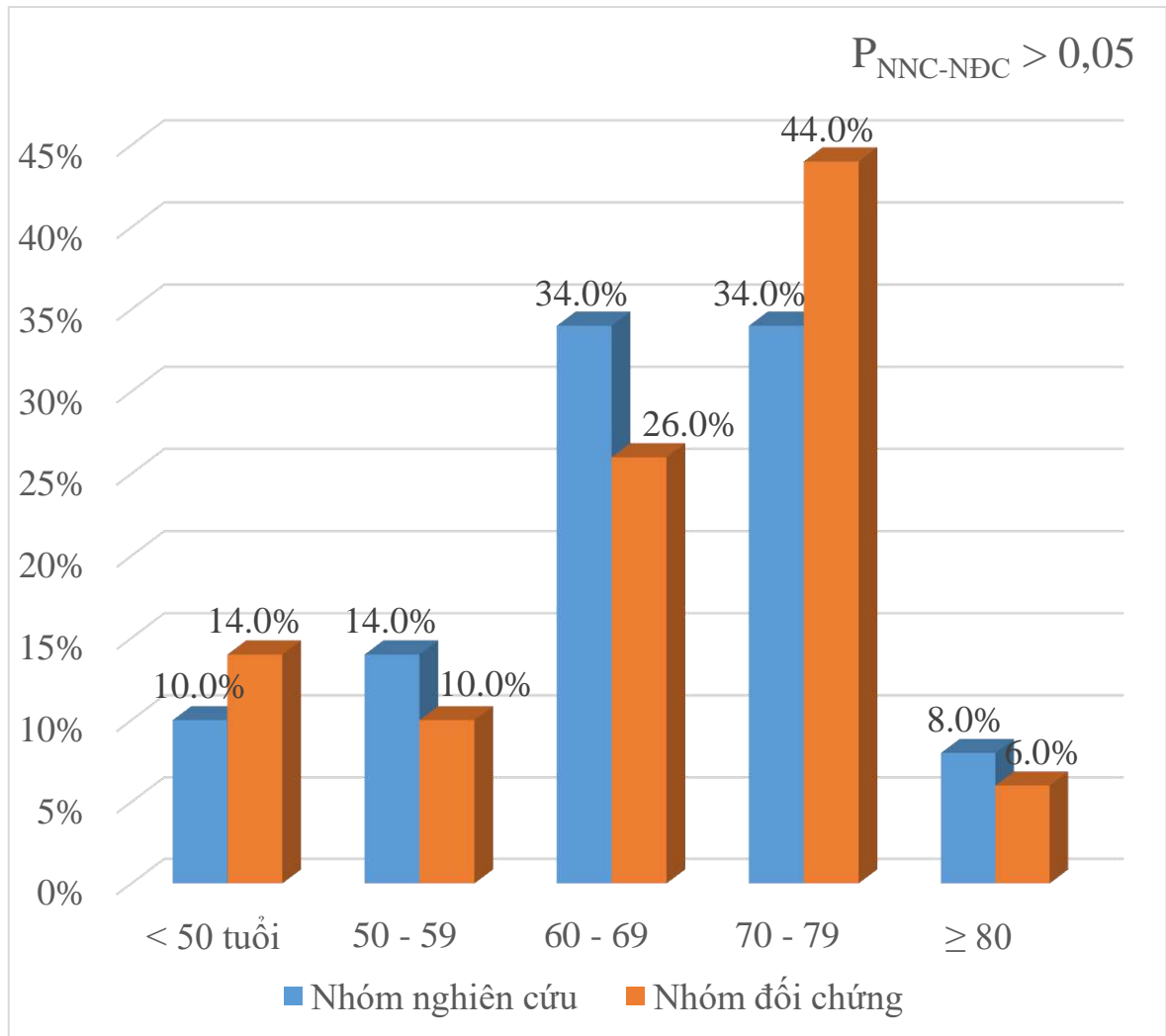
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Biểu đồ 3.1 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 60 - 79 tuổi, tỷ lệ này chiếm 68% ở nhóm nghiên cứu và 70% ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt theo nhóm tuổi của người bệnh tham gia nghiên cứu giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tuổi trung bình của người bệnh nhóm nghiên cứu là $65,8 \pm 10,6$ tuổi thấp hơn tuổi trung bình của người bệnh nhóm đối chứng là $66,7 \pm 11,4$ tuổi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Giới	Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
		n	%	n	%	
Nữ		27	54,0%	33	66,0%	> 0,05
Nam		23	46,0%	17	34,0%	
Tổng		50	100%	50	100%	

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều cao hơn người bệnh nam với mức tương ứng là 54,0% và 66,0%, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
		n	%	n	%	
Lao động chân tay		30	60,0%	29	58,0%	> 0,05
Lao động trí óc		20	40,0%	21	42,0%	
Tổng		50	100%	50	100%	

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người bệnh là lao động chân tay trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều cao hơn tỷ lệ lao động trí óc với mức tương ứng là 60,0% và 58,0%, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Phân bố người bệnh theo bên đau

Bảng 3.3. Phân bố người bệnh theo bên đau

Bên đau \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
	n	%	n	%	
Bên trái	20	40,0%	21	42,0%	> 0,05
Bên phải	18	36,0%	15	30,0%	
Cả 2 bên	12	24,0%	14	28,0%	
Tổng	50	100%	50	100%	

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ người bệnh đau cả hai bên chiếm 24,0% ở nhóm nghiên cứu và 28,0% ở nhóm đối chứng, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với đau một bên. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo bên đau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.5. Phân bố người bệnh theo tiền sử điều trị

Bảng 3.4. Phân bố người bệnh theo tiền sử điều trị

Tiền sử điều trị \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
	n	%	n	%	
Chưa từng điều trị	3	6,00%	2	4,00%	> 0,05
Đã điều trị bằng YHCT	5	10,0%	14	28,0%	
Đã điều trị bằng YHHĐ	13	26,0%	8	16,0%	
Đã điều trị YHCT và YHHĐ	29	58,0%	26	52,0%	
Tổng	50	100%	50	100%	

Bảng 3.4 cho thấy trên 50% người bệnh ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều đã được điều trị kết hợp bằng y học cổ truyền và y học hiện đại, nhóm người bệnh chưa từng điều trị gì của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều chiếm tỷ lệ thấp nhất (6% ở nhóm nghiên cứu, 4% ở nhóm đối chứng). Sự khác biệt về tiền sử điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.6. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.5. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhóm Thời gian mắc bệnh	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
	n	%	n	%	
< 3 tháng	23	46,0%	26	52,0%	> 0,05
3 – 6 tháng	21	42,0%	21	42,0%	
> 6 tháng	6	12,0%	3	6,00%	

Bảng 3.5 cho thấy trên 80% người bệnh ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có thời gian bị bệnh ít nhất là một tháng, trong đó thời gian bị bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng cụ thể tỷ lệ này là 54% ở nhóm nghiên cứu và 48% ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt về thời gian bị bệnh của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. PHÂN BỐ NGƯỜI BỆNH THEO ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

3.2.1. Phân bố người bệnh theo tình trạng cơ cơ

Bảng 3.6. Phân bố người bệnh theo tình trạng cơ cơ

Co cơ	Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
		n	%	n	%	
Có		42	84,0%	41	82,0%	> 0,05
Không		8	16,0%	9	18,0%	
Tổng		50	100%	50	100%	

Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ người bệnh có tình trạng cơ cơ tại thời điểm khám lần đầu là khá cao ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khi cho thấy có đến 84% người bệnh của nhóm nghiên cứu có tình trạng cơ cơ, tỷ lệ này của nhóm đối chứng là 82%. Sự khác biệt theo tình trạng cơ cơ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.2. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu bấm chuông

Bảng 3.7. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu bấm chuông

Bấm chuông	Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
		n	%	n	%	
Dương tính		36	72,0%	32	64,0%	> 0,05
Âm tính		14	28,0%	18	36,0%	
Tổng		50	100%	50	100%	

Bảng 3.7 cho thấy đến 72% người bệnh nhóm nghiên cứu có dấu hiệu bấm chuông dương tính, tỷ lệ này của nhóm đối chứng chiếm 64%. Sự khác biệt theo dấu hiệu bấm chuông không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.3. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu Bonnet

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo dấu hiệu Bonnet

Dấu hiệu Bonnet \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
	n	%	n	%	
Dương tính	33	66,0%	28	56,0%	> 0,05
Âm tính	17	34,0%	22	44,0%	
Tổng	50	100%	50	100%	

Bảng 3.8 cho thấy 66% bệnh nhân nhóm nghiên cứu có dấu hiệu Bonnet dương tính, tỷ lệ này ở nhóm đối chứng là 56%. Sự khác biệt theo dấu hiệu Bonnet không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.4. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu Néri

Bảng 3.9. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu Néri

Dấu hiệu Néri \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
	n	%	n	%	
Dương tính	30	60,0%	32	64,0%	> 0,05
Âm tính	20	40,0%	18	36,0%	
Tổng	50	100%	50	100%	

Bảng 3.9 cho thấy tỷ lệ người bệnh có dấu hiệu Néri dương tính của nhóm nghiên cứu là 60% và ở nhóm đối chứng 64%, theo dấu hiệu Néri không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.5. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu tối loạn cảm giác

Bảng 3.10. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu rối loạn cảm giác

Rối loạn cảm giác \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
	n	%	n	%	
Có	19	38,0%	16	32,0%	> 0,05
Không	31	62,0%	34	68,0%	
Tổng	50	100%	50	100%	

Bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ rối loạn cảm giác của nhóm nghiên cứu là 38% và ở nhóm đối chứng là 32%. Sự khác biệt theo dấu hiệu rối loạn cảm giác không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.6. Phân bố người bệnh theo các dấu hiệu lâm sàng khác

Bảng 3.11. Phân bố người bệnh theo các dấu hiệu lâm sàng khác

Dấu hiệu \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm đối chứng ($\bar{X} \pm SD$)	$P_{NNC-NDC}$
Mức đau (VAS)	6,08 ± 1,48	5,68 ± 1,39	> 0,05
Lasegue (độ)	56,6 ± 7,64	58,3 ± 7,21	> 0,05
Schober (cm)	11,7 ± 0,97	11,8 ± 0,84	> 0,05
Gấp (độ)	46,0 ± 7,41	46,2 ± 7,72	> 0,05
Duỗi (độ)	16,2 ± 4,87	17,2 ± 5,06	> 0,05
Nghiêng bên đau (độ)	19,4 ± 5,23	20,3 ± 4,37	> 0,05
ODI (điểm)	24,7 ± 3,93	24,5 ± 3,58	> 0,05
Tổng điểm quy đổi (điểm)	16,6 ± 3,52	15,9 ± 3,15	> 0,05

Bảng 3.11 cho thấy tình trạng lâm sàng của nhóm nghiên cứu nặng hơn so với nhóm thể hiện qua các chỉ số mức độ đau theo thang điểm VAS, dấu hiệu Lasegue, dấu hiệu Schober, dấu hiệu tay đất, tầm vận động khớp, mức điểm đánh giá tình trạng tàn tật theo ODI của nhóm nghiên cứu đều có xu hướng nặng hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt của các chỉ số này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.7. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền của người bệnh đau thần kinh tọa

Bảng 3.12. Phân bố triệu chứng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi Triệu chứng	39 – 49		50 – 59		60 – 69		70 – 79		≥ 80		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau vùng thắt lưng lan xuống chân											>0,05
Không	3	25,0	3	25,0	5	16,7	7	17,9	3	42,9	
Có	9	75,0	9	75,0	25	83,3	32	82,1	4	57,1	
Tê bì											>0,05
Không	8	66,7	5	41,7	24	80,0	25	64,1	3	42,9	
Có	4	33,3	7	58,3	6	20,0	14	35,9	4	57,1	
Ăn kém											>0,05
Không	3	25,0	1	8,33	6	20,0	3	7,69	2	28,6	
Có	9	75,0	11	91,7	24	80,0	36	92,3	5	71,4	
Ngủ kém											>0,05
Không	3	25,0	2	16,7	8	26,7	9	23,1	1	14,3	
Có	9	75,0	10	83,3	22	73,3	30	76,9	6	85,7	
Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt											>0,05
Không	4	33,3	6	50,0	19	63,3	21	53,8	3	42,9	
Có	8	66,7	6	50,0	11	36,7	18	46,2	4	57,1	
Mạch nhu hoãn											<0,05
Không	8	66,7	6	50,0	20	66,7	38	97,4	7	100	
Có	4	33,3	6	50,0	10	33,3	1	2,56	0	0,00	
Mạch trầm nhược											<0,05
Không	10	83,3	12	100	23	76,7	23	59,0	4	57,1	
Có	2	16,7	0	0,00	7	23,3	16	41,0	3	42,9	

Bảng 3.12 cho thấy các triệu chứng y học cổ truyền bao gồm đau vùng thắt lưng lan xuống chân, tê bì, ăn kém, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt của các nhóm tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.13. Phân bố triệu chứng theo thời gian bị bệnh

Thời gian Triệu chứng	< 3 tháng		3 – 6 tháng		> 6 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	
Đau vùng thắt lưng lan xuống chân							>0,05
Không	6	12,2	12	28,6	3	33,3	
Có	43	87,8	30	71,4	6	66,7	
Tê bì							>0,05
Không	30	61,2	28	66,7	7	77,8	
Có	19	38,8	14	33,3	2	22,2	
Ăn kém							>0,05
Không	8	16,3	5	11,9	2	22,2	
Có	41	83,7	37	88,1	7	77,8	
Ngủ kém							>0,05
Không	12	24,5	11	26,2	0	0,00	
Có	37	75,5	31	73,8	9	100	
Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt							>0,05
Không	26	53,1	22	52,4	5	55,6	
Có	23	46,9	20	47,6	4	44,4	
Mạch trầm nhược							>0,05
Không	33	67,3	32	76,2	7	77,8	
Có	16	32,7	10	23,8	2	22,2	
Mạch nhu hoãn							>0,05
Không	40	81,6	31	73,8	8	88,9	
Có	9	18,4	11	26,2	1	11,1	

Bảng 3.13 cho thấy sự phân bố các triệu chứng của bệnh nhân theo thời gian bị bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.14. Phân bố triệu chứng theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu				Nhóm đối chứng				p
	Lao động chân tay		Lao động trí óc		Lao động chân tay		Lao động trí óc		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau vùng thắt lưng lan xuống chân									>0,05
Không	4	13,3	6	30,0	6	20,7	5	23,8	
Có	26	86,7	14	70,0	23	79,3	16	76,2	
Tê bì									>0,05
Không	18	60,0	13	65,0	22	75,9	12	57,1	
Có	12	40,0	7	35,0	7	24,1	9	42,9	
Ăn kém									>0,05
Không	3	10,0	4	20,0	6	20,7	2	9,5	
Có	27	90,0	16	80,0	23	79,3	19	90,5	
Ngủ kém									>0,05
Không	9	30,0	2	10,0	7	24,1	5	23,8	
Có	21	70,0	18	90,0	22	75,9	16	76,2	
Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt									>0,05
Không	14	46,7	14	70,0	15	51,7	10	47,6	
Có	16	53,3	6	30,0	14	48,3	11	52,4	
Mạch trầm nhược									>0,05
Không	20	66,7	19	95,0	17	58,6	16	76,2	
Có	10	33,3	1	5,00	12	41,4	5	23,8	
Mạch nhu hoãn									>0,05
Không	21	70,0	17	85,0	25	86,2	16	76,2	
Có	9	30,0	3	15,0	4	13,8	5	23,8	

Bảng 3.14 cho thấy sự khác biệt về các triệu chứng y học cổ truyền của theo nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.15. Phân bố triệu chứng theo giới tính

Giới tính Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu				Nhóm đối chứng				p
	Nữ		Nam		Nữ		Nam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau vùng thắt lưng lan xuống chân									>0,05
Không	6	22,2	4	17,4	5	15,2	6	35,3	
Có	21	77,8	19	82,6	28	84,8	11	64,7	
Tê bì									>0,05
Không	19	70,4	12	52,2	25	75,8	9	52,9	
Có	8	29,6	11	47,8	8	24,2	8	47,1	
Ăn kém									>0,05
Không	5	18,5	2	8,70	7	21,2	1	5,88	
Có	22	81,5	21	91,3	26	78,8	16	94,1	
Ngủ kém									>0,05
Không	7	25,9	4	17,4	10	30,3	2	11,8	
Có	20	74,1	19	82,6	23	69,7	15	88,2	
Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt									>0,05
Không	17	63,0	11	47,8	15	45,5	10	58,8	
Có	10	37,0	12	52,2	18	54,5	7	41,2	
Mạch trầm nhược									>0,05
Không	20	74,1	19	82,6	21	63,6	12	70,6	
Có	7	25,9	4	17,4	12	36,4	5	29,4	
Mạch nhu hoãn									>0,05
Không	21	77,8	17	73,9	27	81,8	14	82,4	
Có	6	22,2	6	26,1	6	18,2	3	17,6	

Bảng 3.15 cho thấy sự khác biệt về triệu chứng y học cổ truyền theo giới giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

3.3.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.16. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm \text{SD})$	$(\bar{X} \pm \text{SD})$	
D₀		6,08 ± 1,48	5,68 ± 1,39	> 0,05
D₁₅		2,98 ± 1,13	3,62 ± 0,92	< 0,05
D₃₀		1,28 ± 1,20	1,98 ± 1,19	< 0,05
Hiệu suất giảm điểm	D₀₋₁₅	3,10 ± 1,53	2,06 ± 1,00	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	1,70 ± 0,71	1,64 ± 0,98	> 0,05
	D₀₋₃₀	4,80 ± 1,58	3,70 ± 1,72	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Bảng 3.16 cho thấy trước điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất giảm điểm của mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $3,10 \pm 1,53$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $2,06 \pm 1,00$ (điểm). Sau 30 ngày điều trị điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $4,80 \pm 1,58$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $3,70 \pm 1,72$ (điểm).

3.3.2. Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue

Bảng 3.17. Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{NNC-NDC}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$	
D₀		56,6 ± 7,64	58,3 ± 7,21	> 0,05
D₁₅		65,6 ± 4,21	62,7 ± 5,21	< 0,05
D₃₀		75,2 ± 6,58	70,3 ± 4,40	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₅	8,92 ± 5,45	4,42 ± 2,95	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	9,68 ± 5,57	7,54 ± 5,25	> 0,05
	D₀₋₃₀	18,6 ± 7,12	12,0 ± 7,34	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Bảng 3.17 cho thấy trước điều trị góc của nghiệm pháp Lasegue giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị mức độ đau theo góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về góc của nghiệm pháp Lasegue tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu tăng $8,92 \pm 5,45$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $4,42 \pm 2,95$ (độ). Sau 30 ngày điều trị góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu tăng $18,6 \pm 7,12$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $12,0 \pm 7,34$ (độ).

3.3.3. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober

Bảng 3.18. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P _{NNC-NĐC}
Thời điểm		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
D₀		11,7 ± 0,97	11,8 ± 0,84	> 0,05
D₁₅		13,1 ± 0,77	12,5 ± 0,68	< 0,05
D₃₀		14,0 ± 0,53	13,4 ± 0,75	< 0,05
Hiệu suất giảm điểm	D₀₋₁₅	1,38 ± 0,85	0,68 ± 0,40	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	0,84 ± 0,59	0,92 ± 0,83	> 0,05
	D₀₋₃₀	2,22 ± 0,83	1,60 ± 1,05	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Bảng 3.18 cho thấy trước điều trị độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober của nhóm nghiên cứu giảm 1,38 ± 0,85 (cm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là 0,92 ± 0,83 (cm). Sau 30 ngày điều trị độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober của nhóm nghiên cứu giảm 2,22 ± 0,83 (cm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là 1,60 ± 1,05 (cm).

3.3.4. Sự thay đổi mức tầm vận động gấp

Bảng 3.19. Sự thay đổi tầm vận động gấp

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm \text{SD})$	$(\bar{X} \pm \text{SD})$	
D₀		46,0 ± 7,41	46,2 ± 7,72	> 0,05
D₁₅		54,7 ± 6,57	51,5 ± 5,78	< 0,05
D₃₀		68,0 ± 7,44	63,7 ± 5,76	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₅	8,72 ± 5,23	5,30 ± 4,40	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	13,3 ± 3,93	12,2 ± 7,43	> 0,05
	D₀₋₃₀	22,0 ± 7,72	17,5 ± 9,52	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	

Bảng 3.19 cho thấy trước điều trị tầm vận động gấp cột sống thắt lưng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về tầm vận động gấp cột sống thắt lưng tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng $8,72 \pm 5,23$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $5,30 \pm 4,40$ (độ). Sau 30 ngày điều trị tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu giảm $22,0 \pm 7,72$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $17,5 \pm 9,52$ (độ).

3.3.5. Sự thay đổi tầm vận động duỗi

Bảng 3.20. Sự thay đổi tầm vận động duỗi

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm \text{SD})$	$(\bar{X} \pm \text{SD})$	
D₀		16,2 ± 4,87	17,2 ± 5,06	> 0,05
D₁₅		23,5 ± 2,05	21,8 ± 2,42	< 0,05
D₃₀		29,0 ± 2,52	26,9 ± 3,23	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₅	7,28 ± 4,78	4,68 ± 3,86	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	5,52 ± 1,81	5,06 ± 2,94	> 0,05
	D₀₋₃₀	12,8 ± 4,81	9,74 ± 5,87	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	

Bảng 3.20 cho thấy trước điều trị tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng $7,28 \pm 4,78$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $4,68 \pm 3,86$ (độ). Sau 30 ngày điều trị tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu giảm $12,8 \pm 4,81$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $9,74 \pm 5,87$ (độ).

3.3.6. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu

Bảng 3.21. Sự thay đổi tầm vận động nghiêng bên đầu

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm \text{SD})$	$(\bar{X} \pm \text{SD})$	
D₀		19,4 ± 5,23	20,3 ± 4,37	> 0,05
D₁₅		24,6 ± 2,40	23,4 ± 1,38	< 0,05
D₃₀		29,3 ± 3,16	27,5 ± 2,98	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₅	5,16 ± 4,03	3,02 ± 3,91	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	4,68 ± 2,71	4,18 ± 2,91	> 0,05
	D₀₋₃₀	9,84 ± 5,63	7,20 ± 5,01	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	

Bảng 3.21 cho thấy trước điều trị tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng $5,16 \pm 4,03$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $3,02 \pm 3,91$ (độ). Sau 30 ngày điều trị tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu giảm $9,84 \pm 5,63$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $7,20 \pm 5,01$ (độ).

3.3.7. Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix

Bảng 3.22. Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm \text{SD})$	$(\bar{X} \pm \text{SD})$	
D₀		2,88 ± 0,75	2,68 ± 0,77	> 0,05
D₁₅		1,54 ± 0,58	2,26 ± 0,53	< 0,05
D₃₀		0,90 ± 0,79	1,34 ± 1,00	> 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D₀₋₁₅	1,34 ± 0,87	0,42 ± 0,86	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	0,64 ± 0,83	0,92 ± 1,19	> 0,05
	D₀₋₃₀	1,98 ± 1,08	1,34 ± 1,29	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	

Bảng 3.22 cho thấy trước điều trị số điểm đau valleix giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị điểm đau valleix của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về điểm đau tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm điểm đau valleix của nhóm nghiên cứu tăng $1,34 \pm 0,87$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $0,42 \pm 0,86$ (điểm). Sau 30 ngày điều trị hiệu suất tăng điểm của nhóm nghiên cứu là $1,98 \pm 1,08$ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $1,34 \pm 1,29$

3.3.8. Sự thay đổi mức điểm ODI

Bảng 3.23. Sự thay đổi mức điểm ODI

Nhóm		Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	$P_{\text{NNC-NĐC}}$
Thời điểm		$(\bar{X} \pm \text{SD})$	$(\bar{X} \pm \text{SD})$	
D₀		24,7 ± 3,93	24,5 ± 3,58	> 0,05
D₁₅		14,8 ± 3,92	18,5 ± 3,73	< 0,05
D₃₀		5,48 ± 5,72	12,1 ± 7,88	< 0,05
Hiệu suất giảm điểm	D₀₋₁₅	9,88 ± 3,63	6,04 ± 3,98	< 0,05
	D₁₅₋₃₀	9,36 ± 3,28	6,34 ± 5,92	< 0,05
	D₀₋₃₀	19,24 ± 5,81	12,38 ± 8,78	< 0,05
P₀₋₁₅; P₁₅₋₃₀; P₀₋₃₀		< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	< 0,05 ; < 0,05 ; < 0,05	

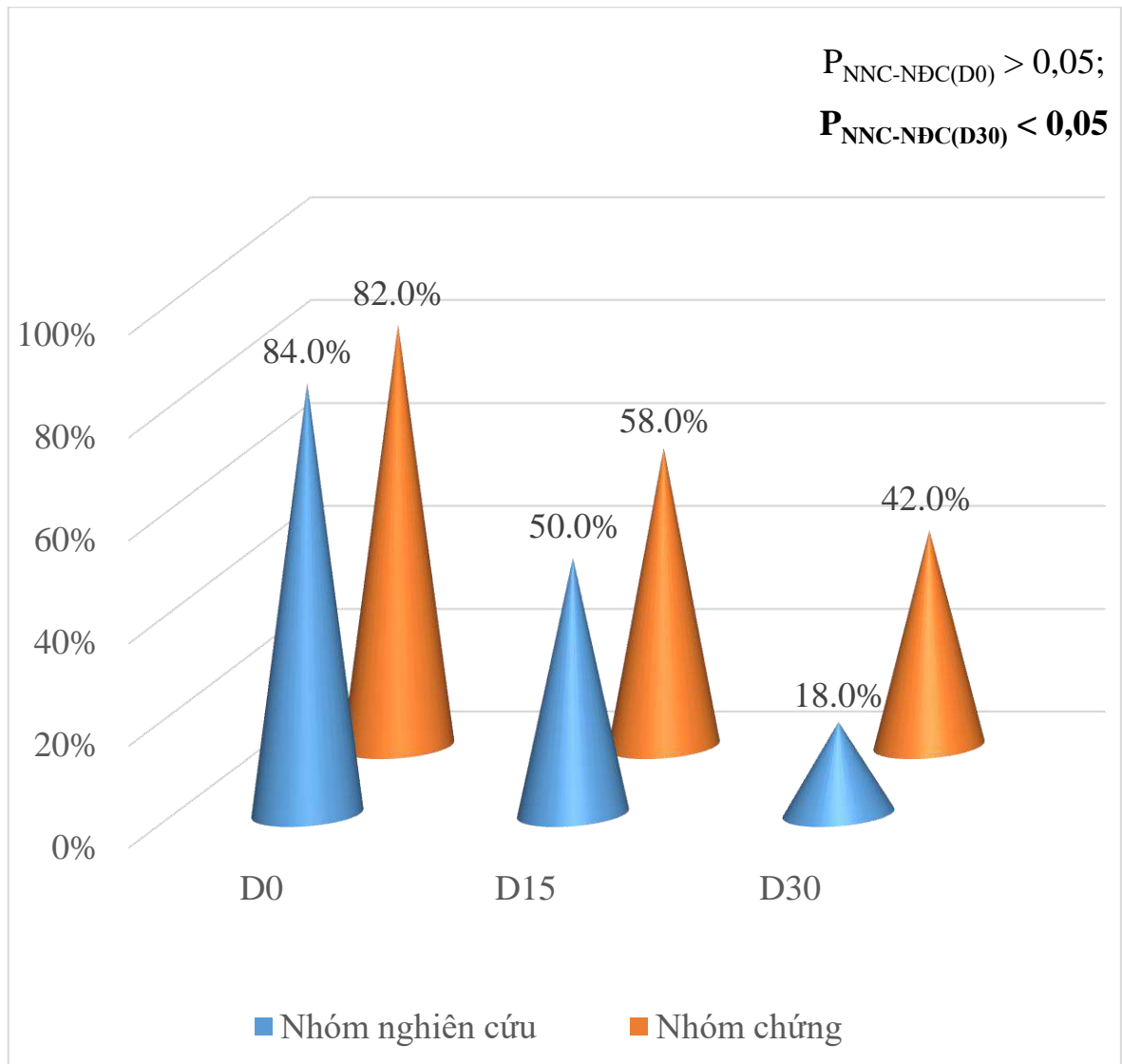
Bảng 3.23 cho thấy trước điều trị mức điểm ODI giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê, sau 15 ngày và 30 ngày điều trị mức điểm ODI của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về mức điểm ODI tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất giảm điểm ODI của nhóm nghiên cứu giảm $9,88 \pm 3,63$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $6,04 \pm 3,98$ (điểm).

Sau 30 ngày điều trị hiệu suất giảm điểm ODI của nhóm nghiên cứu giảm $19,24 \pm 5,81$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $12,38 \pm 8,78$ (điểm).

3.3.9. Sự thay đổi dấu hiệu cơ cơ

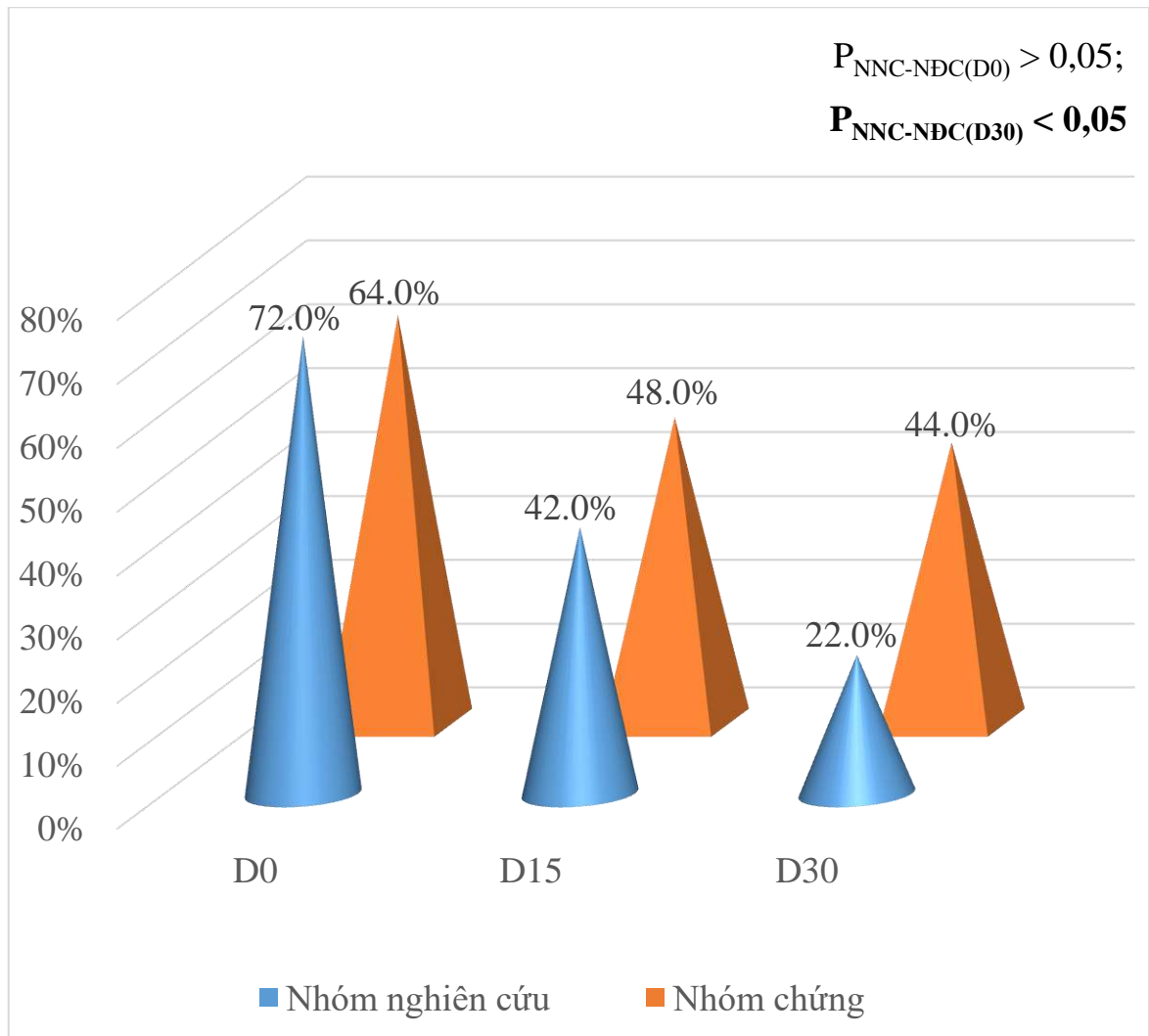


Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi dấu hiệu cơ cơ

Biểu đồ 3.2 cho thấy dấu hiệu cơ cơ dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 15 ngày dấu hiệu cơ cơ dương tính của nhóm nghiên cứu là 50,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 58%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu cơ cơ dương tính của nhóm nghiên cứu là 18,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 42,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.10. Sự thay đổi dấu hiệu bấm chuông

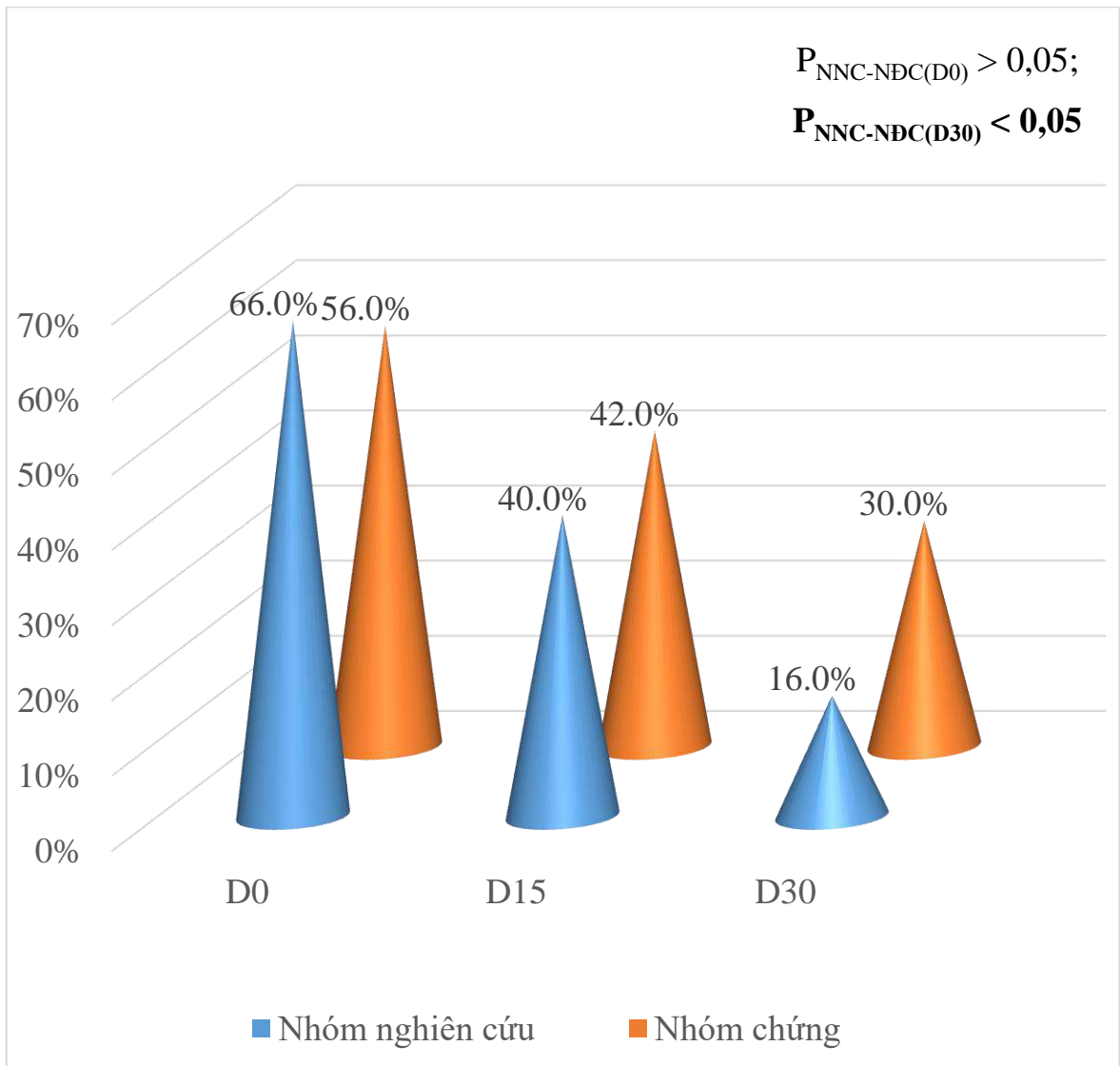


Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi dấu hiệu bấm chuông

Biểu đồ 3.3 cho thấy dấu hiệu bấm chuông dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 15 ngày dấu hiệu bấm chuông dương tính của nhóm nghiên cứu là 42,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 48%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu bấm chuông dương tính của nhóm nghiên cứu là 22,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 44,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.11. Sự thay đổi dấu hiệu Bonnet

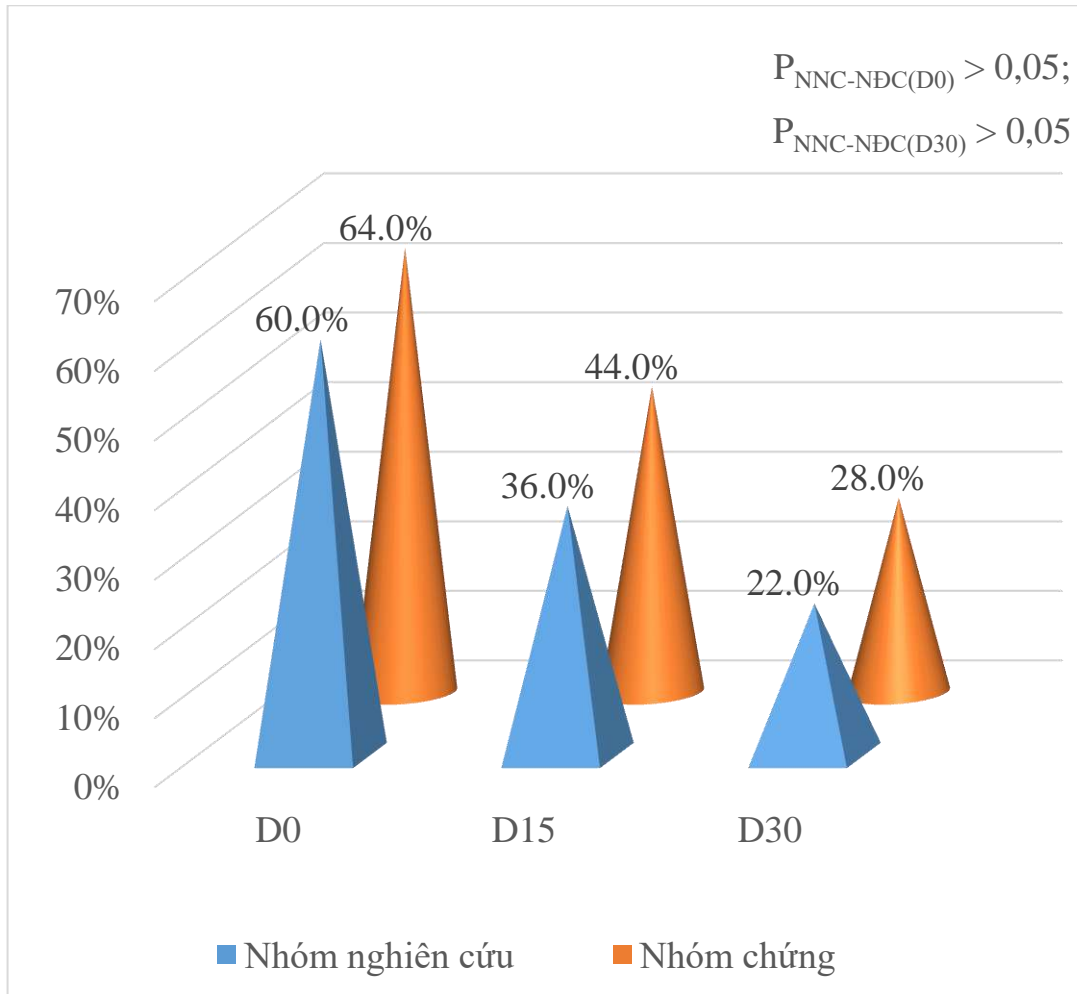


Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi dấu hiệu Bonnet

Biểu đồ 3.4 cho thấy dấu hiệu Bonnet dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 15 ngày dấu hiệu Bonnet dương tính của nhóm nghiên cứu là 40,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 42%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu Bonnet dương tính của nhóm nghiên cứu là 16,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 30,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.12. Sự thay đổi dấu hiệu Néri

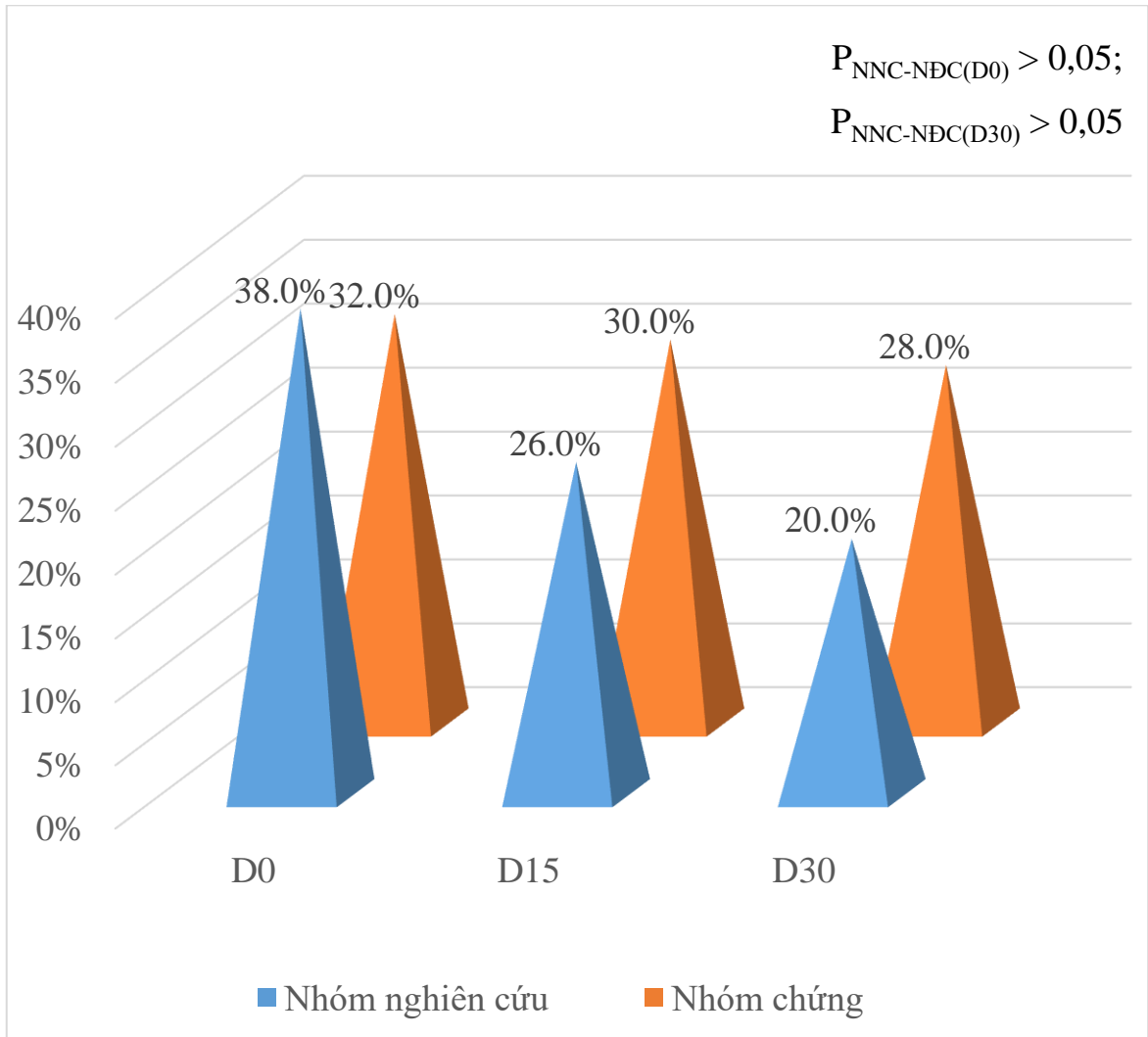


Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi dấu hiệu Néri

Biểu đồ 3.5 cho thấy dấu hiệu Néri dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 15 ngày dấu hiệu Néri dương tính của nhóm nghiên cứu là 36,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 44,0%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu Néri dương tính của nhóm nghiên cứu là 22,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 28,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.13. Sự thay đổi dấu hiệu rối loạn cảm giác



Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi dấu hiệu rối loạn cảm giác

Biểu đồ 3.6 cho thấy dấu hiệu rối loạn cảm giác dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 15 ngày dấu hiệu rối loạn cảm giác dương tính của nhóm nghiên cứu là 26,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 30,0%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu rối loạn cảm giác dương tính của nhóm nghiên cứu là 20,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 28,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. SỰ THAY ĐỔI TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bảng 3.24. Sự thay đổi tỷ lệ âm tính của dấu hiệu y học cổ truyền

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu (n = 50)				Nhóm đối chứng (n = 50)				P _{NNC-NĐC}	
	Trước điều trị		Sau điều trị		Trước điều trị		Sau điều trị		P _{trước}	P _{sau}
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Đau vùng thắt lưng lan xuống chân	10	20,0	36	72,0	11	22,0	37	74,0	> 0,05
Tê bì	31	62,0	40	80,0	34	68,0	36	72,0	> 0,05	> 0,05
Ăn uống kém	7	14,0	44	88,0	8	16,0	41	82,0	> 0,05	> 0,05
Ngủ kém	11	22,0	32	64,0	12	40,0	32	64,0	> 0,05	> 0,05
Lưỡi trắng, dày, nhớt	28	56,0	34	68,0	25	50,0	35	70,0	> 0,05	> 0,05
Mạch nhu hoãn	39	78,0	43	86,0	33	66,0	40	80,0	> 0,05	> 0,05
Mạch trầm nhược	38	76,0	43	86,0	41	82,0	44	88,0	> 0,05	> 0,05
P_{trước} – sau	< 0,05				< 0,05					

Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng YHCT âm tính của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng trước điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị dấu hiệu đau vùng thắt lưng lan xuống chân, tê bì, ăn uống kém, ngủ kém, lưỡi trắng, dày, nhớt, mạch trầm nhược/nhu hoãn khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

So sánh trước sau điều trị dấu hiệu đau thắt lưng lan xuống chân, tê bì lưỡi trắng, dày, nhớt, mạch trầm nhược/nhu hoãn của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước điều trị.

3.5. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Bảng 3.25. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn

Nhóm Chỉ số	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)		Nhóm đối chứng ($\bar{X} \pm SD$)		P _{NNC-NĐC}
	Trước điều trị	Sau điều trị	Trước điều trị	Sau điều trị	
Mạch	76,6 ± 8,11	76,8 ± 5,64	76,5 ± 4,07	76,3 ± 4,77	> 0,05
HATT	126,3 ± 13,9	125,7 ± 12,6	123,2 ± 11,9	122,5 ± 11,3	> 0,05
HATTr	77,6 ± 10,2	76,2 ± 9,12	76,2 ± 9,45	74,5 ± 7,84	> 0,05

Bảng 3.25 cho thấy các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân trong nhóm chứng và nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sự thay đổi chỉ số sinh tồn của bệnh nhân trước và sau điều trị cũng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.26. Tác dụng không mong muốn

Dấu hiệu	Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm đối chứng		p
		n = 50	%	n = 50	%	
Chảy máu tại chỗ		3	6,0%	3	6,0%	> 0,05
Đau tại chỗ châm		0	0,0%	0	0,0%	> 0,05
Tụ máu dưới da		0	0,0%	0	0,0%	> 0,05
Vụng châm		0	0,0%	0	0,0%	> 0,05
Gãy kim		0	0,0%	0	0,0%	> 0,05
Bỏng		0	0,0%	0	0,0%	> 0,05
Đau do tập DS		0	0,0%	0	0,0%	> 0,05

Bảng 3.26 cho thấy phương pháp châm cứu ghi nhận tác dụng không mong muốn với tỷ lệ thấp (6,0%), và sự khác biệt tỷ lệ này giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Biểu đồ 3.1 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 60 – 79 tuổi, tỷ lệ này chiếm 68% ở nhóm nghiên cứu và 70% ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt theo nhóm tuổi của người bệnh tham gia nghiên cứu giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tuổi trung bình của người bệnh nhóm nghiên cứu là $65,8 \pm 10,6$ tuổi thấp hơn tuổi trung bình của người bệnh nhóm đối chứng là $66,7 \pm 11,4$ tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt tương đối lớn so với tác giả người Nhật Bản Saikai (2017) độ tuổi trung bình của người bệnh tham gia nghiên cứu là $74,40 \pm 6,00$ (tuổi) [59]. Nhưng không có sự khác biệt khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) độ tuổi trung bình của người bệnh khoảng $61,13 \pm 10,79$ (điểm) [60]; Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Bích (2015) bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $65,79 \pm 14,12$ (điểm) [61]; Nghiên cứu của tác giả Ye (2012) độ tuổi trung bình là $58,20 \pm 9,10$ (tuổi) [62].

Tỷ lệ người bệnh trên 60 tuổi chiếm trên 68% ở nhóm nghiên cứu, kết quả của nhóm nghiên cứu có sự khác biệt lớn với nghiên cứu của Saikai (2017) tỷ lệ này là 86% [59]; Nghiên cứu của Lê Thị Hòe (2016) tỷ lệ này là 90% [18]. Nhưng không có sự khác biệt so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang (2018) tỷ lệ này là 63,3% [60]; Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tân (2013) tỷ lệ này là 30% [63]. Các y văn cũng cho thấy đau thần kinh tọa là bệnh lý có xu hướng tăng theo tuổi, người bệnh tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng lớn hơn [25]. Nghiên cứu của Pareira (2018) cho thấy bệnh nhân sau 44 tuổi có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 3 lần so với những người trẻ hơn [64].

Theo YHCT khi đến 50 tuổi thì can khí bắt đầu suy, thận âm bắt đầu hư nhược, thân thể tức nặng, tai mắt cũng kém phần sáng suốt. Thận tàng tinh, sinh huyết chủ cốt tủy nên thận hư gây ra đau lưng, mỏi gối. Nhân lúc chính khí cơ thể hư yếu phong hàn thấp thường xâm phạm vào cân cơ, kinh lạc gây ra chứng đau lan xuống chân. Các biện chứng này có thể cho thấy có sự tương đồng lớn giữa YHCT và YHHĐ khi tiếp cận bệnh nhân đau thần kinh tọa [65].

4.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều cao hơn bệnh nhân nam với mức tương ứng là 54,0% và 66,0%, tuy nhiên sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt lớn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang (2018) tỷ lệ nam/nữ là 0,5 [60]; nhưng có sự khác biệt khá lớn với nghiên cứu của tác giả Sakai (2017) tỷ lệ nam/nữ là 0,81 [59]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Định (2014) tỷ lệ nam/nữ là 0,78 [66]; Nghiên cứu của Urquahat (2011) tỷ lệ nam/nữ là 0,11 [67]; Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hòe (2016) tỷ lệ nam/nữ là 0,36 [18].

Nghiên cứu của Almeida (2008), Altinel (2008) đều cho rằng thời gian mang thai làm người mẹ tăng cân và tư thế không thuận lợi cho cột sống làm gia tăng đáng kể đau dây TKT [68], [69]. Freburger JK (2009), Johannes CB (2010) cho thấy việc mẹ thường xuyên phải bế và chăm sóc trẻ cũng khiến cho nữ giới dễ bị bệnh [70], [71]. Nghiên cứu của Silva MC (2004), Shiri R (2008), Meucci RD (2013) cũng chỉ ra mối liên quan giữa thời gian nội trợ chăm sóc gia đình và sự gia tăng đau thần kinh tọa [72], [73], [74]. Những nghiên cứu gần đây đều cho thấy ở nhóm bệnh nhân nữ trong độ tuổi mãn kinh có sự gia tăng bệnh lý đau thần kinh tọa. Sự khác biệt giữa nam giới và nữ giới lớn tuổi bị bệnh còn liên quan đến đặc điểm lao động, những nghiên

cứ thập niên 70 – 80 của thế kỷ trước đều chỉ ra rằng tỷ lệ nam giới đau dây tọa chiếm ưu thế, nhưng thời gian gần đây có sự thay đổi ngược lại do nền công nghiệp phát triển dần giải phóng sức lao động cho con người.

4.1.3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân là lao động chân tay trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều cao hơn tỷ lệ lao động trí óc với mức tương ứng là 60,0% và 58,0%, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Lại Đoàn Hạnh (2008) tỷ lệ này là 0,75 [52]; Nghiên cứu của Đinh Đăng Tuệ (2013) tỷ lệ là 0,67 [75]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trần Thị Minh Quyên (2011) tỷ lệ này là 2,75 [76]; Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Bích (2015) tỷ lệ này là 1,1 [61].

Những nghề nghiệp thuộc nhóm lao động chân tay khi lao động cột sống thường phải vận động quá giới hạn sinh lý, làm việc trong tư thế gò bó trong thời gian dài, chịu rung sóc hoặc các công việc đòi hỏi chịu trọng tải quá lớn, liên tục làm cho các tổ chức phần mềm cạnh cột sống căng cứng. Nghiên cứu của Heneweer H (2009), Knuth AG (2009) đều chỉ ra rằng việc sử dụng máy tính ở cơ quan và tại nhà làm gia tăng đáng kể đau dây TKT cấp và mạn tính [77], [78].

4.1.4. Phân bố người bệnh theo bên đau

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau cả hai bên chiếm 24,0% ở nhóm nghiên cứu và 28,0% ở nhóm đối chứng, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với đau một bên. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo bên đau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Người bệnh đau dây thần kinh tọa trên người cao tuổi thường liên quan đến biến đổi cấu trúc cột sống do thoái hóa gây hẹp khe khớp, mọc gai xương không đồng đều giữa hai bên. Do vậy, khi kích thích dây TKT gây đau xảy ra ở một bên chiếm ưu thế so với cả hai bên.

4.1.5. Phân bố người bệnh theo tiền sử điều trị

Bảng 3.4 cho thấy trên 50% người bệnh ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều đã được điều trị kết hợp bằng y học cổ truyền và y học hiện đại, nhóm người bệnh chưa từng điều trị gì của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều chiếm tỷ lệ thấp nhất (6% ở nhóm nghiên cứu, 4% ở nhóm đối chứng). Sự khác biệt về tiền sử điều trị của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của Hoy D (2012) chỉ ra rằng người lớn tuổi có xu hướng chịu đựng đau nhiều hơn người trẻ kết hợp với các yếu tố liên quan đến lão hóa, chẳng hạn như suy giảm nhận thức và giảm khả năng nhận biết đau, trầm cảm làm gia tăng tỷ lệ bệnh nhân mạn tính ở người cao tuổi [80]. Nghiên cứu của nhóm nghiên cứu tuyển chọn chủ yếu là người bệnh cao tuổi. Đây cũng là lý do khiến cho tỷ lệ bệnh nhân chưa điều trị gì chiếm tỷ lệ 6% của nhóm nghiên cứu.

4.1.6. Phân bố người bệnh theo thời gian bị bệnh

Bảng 3.5 cho thấy trên 80% người bệnh ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có thời gian bị bệnh ít nhất là một tháng, trong đó thời gian bị bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm cụ thể tỷ lệ này là 54% ở nhóm nghiên cứu và 48% ở nhóm đối chứng. Tuy nhiên, sự khác biệt về thời gian bị bệnh của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) khi cho thấy thời gian bị bệnh của người bệnh tham gia nghiên cứu chủ yếu là trên 1 tháng [60]. Điều này cho thấy các bệnh nhân tiếp cận với điều trị Y học cổ truyền thường đã bị bệnh kéo dài trước khi bắt đầu điều trị. Yếu tố này có thể một trong những yếu tố làm cho các phương pháp điều trị có thể đem lại tác dụng chậm hơn.

4.2. PHÂN BỐ NGƯỜI BỆNH THEO ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

4.2.1. Phân bố người bệnh theo tình trạng cơ cơ

Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ người bệnh có tình trạng cơ cơ tại thời điểm khám lần đầu là khá cao ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khi cho thấy có đến 84% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có tình trạng cơ cơ, tỷ lệ này của nhóm đối chứng là 82%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm theo tình trạng cơ cơ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2.2. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu bấm chuông

Bảng 3.7 cho thấy đến 72% người bệnh nhóm nghiên cứu có dấu hiệu bấm chuông dương tính, tỷ lệ này của nhóm nghiên cứu tuy có thấp hơn nhưng vẫn chiếm 64%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm theo dấu hiệu bấm chuông không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2.3. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu Bonnet

Bảng 3.8 cho thấy 66% bệnh nhân nhóm nghiên cứu có dấu hiệu Bonnet dương tính, tỷ lệ này cao hơn so với nhóm đối chứng 10%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm theo dấu hiệu Bonnet không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2.4. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu Néri

Bảng 3.9 cho thấy tỷ lệ người bệnh có dấu hiệu Néri dương tính của nhóm nghiên cứu là 60% thấp hơn so với nhóm đối chứng 4%, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm theo dấu hiệu Néri không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2.5. Phân bố người bệnh theo dấu hiệu rối loạn cảm giác

Bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ rối loạn cảm giác của nhóm nghiên cứu là 38% cao hơn so với nhóm đối chứng là 32%. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 nhóm theo dấu hiệu rối loạn cảm giác không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng so với tác giả Lê Thị Hòe (2016) tỷ lệ dương tính với dấu hiệu bấm chuông, Bonnet, Néri

đều chiếm tỷ lệ cao [18]; tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) tỷ lệ dương tính với dấu hiệu bấm chuông, Bonnet, Néri cũng chiếm tỷ lệ cao trên 66,7% [60].

4.2.6. Phân bố người bệnh theo các dấu hiệu lâm sàng khác

Bảng 3.11 cho thấy các triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu thể hiện qua các chỉ số về mức độ đau theo thang điểm VAS, dấu hiệu Lasegue, dấu hiệu Schober, dấu hiệu tay đất, tầm vận động khớp, mức điểm đánh giá tình trạng tàn tật theo ODI của nhóm nghiên cứu đều có xu hướng cao hơn so với nhóm đối chứng. Nhưng sự khác biệt của các chỉ số này của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi không có sự khác biệt so với nghiên cứu phân tích tổng hợp thực hiện trên dữ liệu từ 22 nghiên cứu khác nhau của Silvia Gianola (2018) cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS là 6,82 (điểm), khoảng tin cậy 95% là 6,22 đến 7,89 điểm [81]; Nghiên cứu của tác giả Chibbaro (2009) thực hiện trên 268 bệnh nhân theo dõi trong 24 tháng liên tục: kết quả mức độ đau theo VAS của bệnh nhân trong những đợt đau là $6,5 \pm 2,08$ (điểm) [82].

4.2.7. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền của người bệnh đau thần kinh tọa

Bảng 3.12 cho thấy bệnh nhân đau vùng thắt lưng, tê bì, ăn ngủ kém, chiếm tỷ lệ cao nhất ở lứa tuổi 50-69 phù hợp với lý luận của y học cổ truyền. Theo Y học cổ truyền thận tàng tinh chủ cốt tủy, sách nội kinh nói con gái bắt đầu từ 49 tuổi ($7 \times 7 = 49$), con trai 64 tuổi ($8 \times 8 = 64$) trở đi mạch nhâm suy yếu, mạch thái xung kém, thiên quý cạn kiệt, thận khí kém, lục phủ ngũ tạng suy yếu, gân xương lỏng lẻo, đau lưng nhức xương, ăn uống kém, người mệt mỏi [65].

Bảng 3.13 cho thấy sự phân bố các triệu chứng của người bệnh theo thời gian bị bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.14 cho thấy sự khác biệt về các triệu chứng y học cổ truyền của theo nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.15 cho thấy sự khác biệt về triệu chứng y học cổ truyền theo giới giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.3.1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.16 cho thấy trước điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm điểm của mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $3,10 \pm 1,53$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $2,06 \pm 1,00$ (điểm). Sau 30 ngày điều trị điểm VAS của nhóm nghiên cứu giảm $4,80 \pm 1,58$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $3,70 \pm 1,72$ (điểm).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có khác biệt so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang (2018) đánh giá triệu chứng đau theo thang điểm VAS trước điều trị trung bình là $6,10 \pm 0,71$ (điểm). Sau điều trị 21 ngày kết quả nhóm nghiên cứu có điểm VAS giảm xuống $1,10 \pm 0,92$ (điểm) [60]. Nhưng có sự khác biệt với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Bích (2015) điều trị đau thắt lưng hông do THCS bằng điện trường châm kết hợp với bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. Kết quả cho thấy điểm VAS trước điều trị là $7,28 \pm 0,94$ sau điều trị 21 ngày giảm xuống còn $3,21 \pm 0,84$ [61]; Nghiên cứu của Đinh Đăng Tuệ (2013) sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp đắp parafin, điện phân, kéo giãn cột sống, bài tập McKenzie. Kết quả nghiên cứu

với mức độ đau tính theo thang điểm VAS trước điều trị là $8,70 \pm 1,60$ giảm xuống còn $2,40 \pm 1,20$ [75]; Nghiên cứu của Nguyễn Thị Định (2014) điều trị bệnh nhân đau thắt lưng do THCS trong 20 ngày sử dụng điện châm kết hợp từ rung nhiệt. Kết quả mức độ đau tính theo thang điểm VAS giảm từ $5,80 \pm 1,40$ xuống còn $3,60 \pm 1,50$ [66].

4.3.2. Sự thay đổi góc của nghiệm pháp Lasegue

Bảng 3.17 cho thấy trước điều trị góc của nghiệm pháp Lasegue giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị mức độ đau theo góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về góc của nghiệm pháp Lasegue tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất tăng điểm góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu tăng $8,92 \pm 5,45$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $4,42 \pm 2,95$ (độ). Sau 30 ngày điều trị góc của nghiệm pháp Lasegue của nhóm nghiên cứu tăng $18,6 \pm 7,12$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $12,0 \pm 7,34$ (độ).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Bích (2015) sử dụng điện trường châm kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” điều trị đau thắt lưng hông do THCS. Trước điều trị góc của nghiệm pháp Lasegue là $68,83 \pm 5,28$ (độ) sau điều trị 21 ngày góc của nghiệm pháp Lasegue tăng lên $76,72 \pm 1,64$ (độ) [61]; Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) chỉ số này là $52,57 \pm 6,44$ (độ). Sau 21 ngày điều trị chỉ số này tăng lên $79,47 \pm 7,99$ (độ) [60].

4.3.3. Sự thay đổi độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober

Bảng 3.18 cho thấy trước điều trị độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30

ngày điều trị độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hiệu suất tăng điểm độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober của nhóm nghiên cứu giảm $1,38 \pm 0,85$ (cm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $0,92 \pm 0,83$ (cm). Sau 30 ngày điều trị độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober của nhóm nghiên cứu giảm $2,22 \pm 0,83$ (cm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $1,60 \pm 1,05$ (cm).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) có mức độ giãn cột sống thắt lưng với khoảng cách Schober trung bình là $11,23 \pm 0,74$ (cm). Sau điều trị 21 ngày độ giãn cột sống thắt lưng (theo Schober) tăng lên $14,38 \pm 0,85$ (cm) [60]; So sánh với nghiên cứu Phạm Thị Ngọc Bích (2015) độ giãn cột sống thắt lưng (theo Schober) trước điều trị của nhóm nghiên cứu trung bình là $11,78 \pm 0,63$ (cm) sau điều trị 21 ngày kết quả này tăng lên $13,59 \pm 0,69$ (cm) [61].

4.3.4. Sự thay đổi mức tầm vận động gấp

Bảng 3.19 cho thấy trước điều trị tầm vận động gấp cột sống thắt lưng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về tầm vận động gấp cột sống thắt lưng tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất tăng điểm tầm vận động gấp cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng $8,72 \pm 5,23$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $5,30 \pm 4,40$ (độ). Sau 30 ngày điều trị

tâm vận động gấp cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu giảm $22,0 \pm 7,72$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $17,5 \pm 9,52$ (độ).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) trước điều trị nhóm nghiên cứu có mức độ gấp cột sống thắt lưng trung bình là $43,60 \pm 5,70$ (độ), sau điều trị 21 ngày kết quả nhóm nghiên cứu có mức độ gấp cột sống thắt lưng tăng lên $71,97 \pm 6,27$ (độ) [60].

4.3.5. Sự thay đổi tâm vận động duỗi

Bảng 3.20 cho thấy trước điều trị tâm vận động duỗi cột sống thắt lưng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị tâm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về tâm vận động duỗi cột sống thắt lưng tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất tăng điểm tâm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng $7,28 \pm 4,78$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $4,68 \pm 3,86$ (độ). Sau 30 ngày điều trị tâm vận động duỗi cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu giảm $12,8 \pm 4,81$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $9,74 \pm 5,87$ (độ).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có nhiều khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) có mức độ duỗi cột sống thắt lưng là $17,90 \pm 2,89$ (độ), sau điều trị 21 kết quả nhóm nghiên cứu có mức độ duỗi cột sống thắt lưng tăng lên $31,67 \pm 3,34$ (độ) [60].

4.3.6. Sự thay đổi tâm vận động nghiêng bên đầu

Bảng 3.21 cho thấy trước điều trị tâm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị tâm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất tăng tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng $5,16 \pm 4,03$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $3,02 \pm 3,91$ (độ). Sau 30 ngày điều trị tầm vận động nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu giảm $9,84 \pm 5,63$ (độ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $7,20 \pm 5,01$ (độ).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có nhiều sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) trước điều trị mức độ nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng là $22,70 \pm 2,29$ (độ), sau điều trị 21 ngày kết quả nhóm nghiên cứu có mức độ nghiêng bên đầu cột sống thắt lưng tăng lên $31,20 \pm 0,94$ (độ) [60].

4.3.7. Sự thay đổi số điểm đau theo Valleix

Bảng 3.22 cho thấy trước điều trị số điểm đau valleix giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị điểm đau valleix của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt về hiệu suất giảm điểm tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) cho thấy mức điểm đau Valleix có cải thiện có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau điều trị [60].

4.3.8. Sự thay đổi mức điểm ODI

Bảng 3.23 cho thấy trước điều trị mức điểm ODI giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê, nhưng sau 15 ngày và 30 ngày điều trị mức điểm ODI của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về mức điểm ODI tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có ý nghĩa

thống kê ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm điểm ODI của nhóm nghiên cứu giảm $9,88 \pm 3,63$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $6,04 \pm 3,98$ (điểm). Sau 30 ngày điều trị hiệu suất giảm điểm ODI của nhóm nghiên cứu giảm $19,24 \pm 5,81$ (điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng là $12,38 \pm 8,78$ (điểm).

Nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có nhiều khác biệt so với tác giả Majid Reza Farrokhi (2018) thực hiện trên 100 bệnh nhân đau dây TKHT kết quả trước điều trị tình trạng tàn tật theo ODI là $24,42 \pm 4,91$ (điểm). Sau điều trị mức độ tàn tật theo ODI là $7,32 \pm 3,58$ (điểm), mức độ tàn tật theo ODI tiếp tục duy trì ổn định ở mức quanh 7 điểm trong vòng 24 tháng sau khi bệnh được điều trị ổn định [83].

4.3.9. Sự thay đổi dấu hiệu cơ cơ

Biểu đồ 3.2 cho thấy dấu hiệu cơ cơ dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 30 ngày dấu hiệu cơ cơ dương tính của nhóm nghiên cứu là 50,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 58%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu cơ cơ dương tính của nhóm nghiên cứu là 18,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 42,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt về dấu hiệu cơ cơ cạnh cột sống giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng nguyên nhân là do nhóm nghiên cứu bệnh nhân đáp ứng giảm đau tốt hơn so với nhóm chứng. Điều này được thể hiện qua mức độ đau theo thang điểm VAS sau điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.3.10. Sự thay đổi dấu hiệu bấm chuông

Biểu đồ 3.3 cho thấy dấu hiệu bấm chuông dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 30 ngày dấu hiệu bầm chông dương tính của nhóm nghiên cứu là 42,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 48%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu bầm chông dương tính của nhóm nghiên cứu là 22,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 44,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) trước điều trị dấu hiệu bầm chông dương tính có tỷ lệ 80% của nhóm nghiên cứu, sau 21 ngày điều trị bằng trường châm kết hợp kéo giãn cột sống và bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” tỷ lệ dương tính của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 6,7%, tỷ lệ âm tính tăng lên 93,3%, sự khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [60].

4.3.11. Sự thay đổi dấu hiệu Bonnet

Biểu đồ 3.4 cho thấy dấu hiệu Bonnet dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 30 ngày dấu hiệu Bonnet dương tính của nhóm nghiên cứu là 40,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 42%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu Bonnet dương tính của nhóm nghiên cứu là 16,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 30,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu không có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang nghiệm pháp Bonnet dương tính trước điều trị có tỷ lệ 73,3%, sau 21 ngày điều trị tỷ lệ dương tính của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 13,3%, tỷ lệ âm tính tăng lên 86,7% [60].

4.3.12. Sự thay đổi dấu hiệu Néri

Biểu đồ 3.5 cho thấy dấu hiệu Néri dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 30 ngày dấu hiệu Néri dương tính của nhóm nghiên cứu là 36,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 44,0%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu Néri dương tính của nhóm nghiên cứu là 22,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 28,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả dấu hiệu Néri của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê có thể liên quan đến tác dụng giảm đau thần kinh của nhóm nghiên cứu đem lại kết quả tốt hơn so với nhóm chứng. Kết quả này cũng được thể hiện gián tiếp qua sự thay đổi của khoảng cách tay đất của nhóm nghiên cứu tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng sau 30 ngày điều trị.

4.3.13. Sự thay đổi dấu hiệu rối loạn cảm giác

Biểu đồ 3.6 cho thấy dấu hiệu rối loạn cảm giác dương tính trước điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau điều trị 15 ngày dấu hiệu rối loạn cảm giác dương tính của nhóm nghiên cứu là 26,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 30,0%. Sau 30 ngày điều trị dấu hiệu rối loạn cảm giác dương tính của nhóm nghiên cứu là 20,0% thấp hơn so với nhóm đối chứng là 28,0%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Trang (2018) tỷ lệ rối loạn cảm giác là 40% sau 21 ngày điều trị giảm xuống còn 26,7% [60]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả hai nhóm, chúng tôi đều điều trị bằng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại. Theo YHCT Chứng tọa cốt phong do phong hàn thấp kèm chứng can thận hư là chứng hư trung hiệp thực. Chứng thực là phong hàn thấp thừa cơ xâm phạm vào kinh Bàng quang hoặc kinh Đờm mà gây ra bệnh. Do đó, châm tả các huyệt trên kinh giúp thông kinh hoạt lạc trừ phong, hàn, thấp. Kèm theo châm bổ các huyệt toàn thân Thận du, Can du có tác dụng bổ can thận điều trị vào gốc

bệnh, huyết Ủy trung là huyết tổng của vùng lưng. Khi kết hợp phác đồ huyết trong nghiên cứu vừa có tác dụng bổ can thận nâng cao chính khí vừa tả các huyết tại chỗ giúp phát tán phong, hàn thấp bổ trợ nhau giúp bệnh thoái lui.

Theo YHHĐ khi điện châm vào huyết, thông qua cung phản xạ, phản ứng tiết đoạn thông qua tiết đoạn thần kinh của nội tạng và phản ứng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh, thể dịch. Khi tác động vào huyết, vỏ não chuyển sang trạng thái hưng phấn hay ức chế tùy thuộc vào thời gian tác động và trạng thái chức năng của hệ thần kinh trung ương. Đặc biệt có sự cải thiện chức năng của vỏ não trong và sau khi tác động lên huyết. Ngoài ra ở cả hai nhóm chúng tôi còn chiếu đèn hồng ngoại vì bức xạ hồng ngoại có bước sóng dài và năng lượng thấp, có cơ chế làm tăng dao động nhiệt của các phân tử và nguyên tử. Vì vậy, khi chịu tác dụng của bức xạ hồng ngoại tổ chức hấp thu tia hồng ngoại bị nóng lên, vùng da chịu tác dụng nhiệt sẽ làm giãn mạch, đỏ da, hiện tượng đỏ da do tia hồng ngoại sẽ hết nhanh sau khi ngừng chiếu và không để lại màu da đen.

Do tác dụng nhiệt nên bức xạ hồng ngoại làm giãn mạch, tăng nuôi dưỡng tại chỗ, tăng tính thấm qua màng tế bào, tăng quá trình trao đổi chất. Tác dụng nhiệt còn làm tăng khả năng xuyên mạch của bạch cầu, tăng hoạt tính thực bào của bạch cầu nên nó có tác dụng chống viêm tại chỗ, kích thích phát triển tổ chức hạt, làm mềm vết thương, làm mềm sẹo. Ngoài ra bức xạ hồng ngoại còn có tác dụng giảm đau do bức xạ hồng ngoại tác dụng lên hệ thần kinh trung ương làm tăng ngưỡng cảm giác đau, làm dẫn truyền cảm giác đau chậm lại, làm mềm cơ, thư giãn thần kinh [46]. Mặt khác trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm nghiên cứu chúng tôi còn kết hợp tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng. Phương pháp dưỡng sinh có tác dụng

- Tạo cân bằng âm dương: Phương pháp dưỡng sinh trong khí công là thông qua luyện tập “động tĩnh hổ căn” để đạt đến sự cân bằng âm dương.

Thân thể được bảo tồn sức khỏe đều do trong thân thể được vận động và biến hóa không ngừng bảo tồn được trạng thái cân bằng của âm dương [40], [41].

- Điều hòa khí huyết, lưu thông kinh lạc: Khí công dưỡng sinh chủ yếu rèn luyện “khí” trong cơ thể con người, đồng thời có ảnh hưởng quan trọng đối với huyết. Khí công dưỡng sinh giúp điều hòa khí huyết, khí huyết điều hòa thì hoạt động sinh mệnh cơ thể vận hành bình thường, khí huyết bất thường thì phát sinh bệnh tật. Sự thông suốt của kinh lạc, sự vận hành của huyết dịch phải dựa vào hoạt động của khí mới thực hiện được. Khi luyện công đạt đến một trình độ nhất định sẽ xuất hiện nội khí vận hành trong cơ thể hoặc cảm giác khí lan đến nơi có bệnh làm thuyên giảm bệnh tật [40], [41].

- Bồi bổ và nâng cao chân khí: Chân khí hay còn gọi là nguyên khí, chính là năng lượng sinh mệnh của cơ thể con người. Mục đích của khí công dưỡng sinh là điều động năng lực tiềm ẩn trong cơ thể bồi dưỡng chân khí của thân thể, đạt đến tác dụng dự phòng và điều trị bệnh tật, bảo vệ và kiện toàn thân thể [40], [41]. Như vậy có thể giải thích được có sự thay đổi các chỉ tiêu lâm sàng ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

4.4. SỰ THAY ĐỔI TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Phân bố người bệnh theo triệu chứng YHCT âm tính của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng trước điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị dấu hiệu đau thắt lưng lan xuống chân, tê bì của nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhưng dấu hiệu ăn uống kém, ngủ kém, lưỡi trắng, dày, nhớt, mạch trầm nhược/nhu hoãn khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng.

So sánh trước sau điều trị dấu hiệu đau thắt lưng lan xuống chân, tê bì, ăn uống kém, ngủ kém, lưỡi trắng, dày, nhớt, mạch trầm nhược/nhu hoãn của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước điều trị.

Nguyên nhân có sự thay đổi các triệu chứng hiệu đau thắt lưng lan xuống chân, tê bì, ăn uống kém và ngủ kém là do bệnh nhân đau dây TKT do phong hàn thấp xâm nhập vào cân cơ, kinh lạc, xương khớp làm khí huyết ú trệ và gây bệnh. Khi điều trị kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương có tác dụng lưu thông khí huyết, giảm đau, giảm tê bì, giãn cơ. Khi triệu chứng đau giảm đi và các triệu chứng ăn uống kém, ngủ kém từ đó cũng được thuyên giảm hoặc mất đi.

Phân bố người bệnh theo triệu chứng YHCT dương tính của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng trước điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị các dấu hiệu ăn uống kém, ngủ kém khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng. Riêng dấu hiệu đau thắt lưng lan xuống chân, tê bì có sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So sánh trước sau điều trị dấu hiệu đau thắt lưng lan xuống chân, tê bì, ăn uống kém, ngủ kém đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với trước điều trị.

4.5. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

Bảng 3.25 cho thấy các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh trong nhóm chứng và nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.26 phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị người bệnh đau TKT trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tác dụng không mong muốn chảy máu 6% ở cả NNC và NĐC. Sự khác biệt tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tác dụng không mong muốn của nhóm nghiên cứu khác biệt với nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê, kết quả này cho thấy phương pháp nghiên cứu an toàn và có thể ứng dụng trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 100 người bệnh gồm 40 nam 60 nữ được chẩn đoán xác định đau TKT chia làm 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu điều trị bằng tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hương kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại. Nhóm chứng điều trị bằng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại chúng tôi rút ra được kết luận:

1. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền của người bệnh đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp kèm can thận hư tại bệnh viện Y học cổ truyền Thái Bình năm 2021

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh đau lưng lan xuống chân ở NNC chiếm 80,0%, NĐC chiếm 78,0%. Người bệnh có râu lưỡi trắng dày, nhót chiếm 44,0% ở NNC và 50,0% ở NĐC. Người bệnh mạch trầm nhược chiếm tỷ lệ 24,0% ở NNC và 34,0% ở NĐC. Mạch nhu hoãn là 22,0% ở NNC, 18,0% ở NĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

2. Hiệu quả của phương pháp dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Hiệu suất giảm điểm theo thang điểm VAS sau 15 ngày điều trị ở NNC giảm $3,10 \pm 1,53$ (điểm), NĐC giảm $2,06 \pm 1,00$ (điểm), sau 30 ngày ở NNC giảm $4,80 \pm 1,58$ (điểm) NĐC là $3,70 \pm 1,72$ (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Hiệu suất tăng điểm góc của nghiệm pháp Lasegue sau 15 ngày điều trị ở NNC tăng $8,92 \pm 5,45$ (độ), NĐC là $4,42 \pm 2,95$ (độ). Sau 30 ngày ở NNC tăng $18,6 \pm 7,12$ (độ), NĐC là $12,0 \pm 7,34$ (độ). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Hiệu suất tăng điểm TVĐ CSTL sau 15 ngày điều trị NNC tăng $8,72 \pm 5,23$ (độ), NĐC tăng $5,30 \pm 4,40$ (độ), sau 30 ngày NNC tăng $22,0 \pm 7,72$ (độ) NĐC tăng $17,5 \pm 9,52$ (độ). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Hiệu suất giảm điểm ODI sau 15 ngày điều trị ở NNC giảm $9,88 \pm 3,63$ (điểm), NĐC giảm $6,04 \pm 3,98$ (điểm). Sau 30 ngày NNC giảm $19,24 \pm 5,81$ (điểm), NĐC giảm $12,38 \pm 8,78$ (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Ghi nhận tỷ lệ tác dụng không mong muốn chảy máu ở cả NNC và NĐC là 6%.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa ra kiến nghị như sau:

1. Nghiên cứu với phạm vi người bệnh rộng hơn, với các thể lâm sàng khác trong điều trị đau thần kinh tọa.
2. Có thể sử dụng phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với điện châm, chiếu đèn hồng ngoại điều trị người bệnh đau TKT thể phong hàn thấp kèm can thận hư trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Đăng (2008), Đau thần kinh hông, *Bách khoa thư bệnh học, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 145-149.
- [2] Hai-Feng Liang, Shu-Hao Liu, Zi-Xian Chen (2017). Decompression plus fusion versus decompression alone for degenerative lumbar spondylolisthesis: a systematic review and meta-analysis, *Eur Spine J*, pp. 22 – 34.
- [3] B W Koes, M W van Tulder, W C Peul (2007). Diagnosis and treatment of sciatica, *BMJ*, 334 (7607), pp. 1313 – 1317.
- [4] Bradley WG (2008), *Neurology in Clinical Practice*; 5th ed. Philadelphia, Pa. Butterworth-Heinemann Elsevier.
- [5] C. E. Cook, J. Taylor, A. Wright, et al (2014). Risk factors for first time incidence sciatica: a systematic review, *Physiotherapy Research International*, 19 (2), pp. 65–78.
- [6] K. Konstantinou, K. M. Dunn (2008). Sciatica: review of epidemiological studies and prevalence estimates, *Spine*, 33 (22) , pp. 2464 – 2472.
- [7] Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015), Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Volume 386, No. 9995*, 743–800
- [8] Rodrigo Dalke Meucci, Anaclaudia Gastal Fassa, Neice Muller Xavier Faria (2015). Prevalence of chronic low back pain: systematic review, *Rev Saúde Pública*, 49(73), 1 – 10.

- [9] Joao Garcia, John Hernandez-Castro, Rocio Nunez (2014). Prevalence of low back pain in Latin America: A systematic literature review, *Pain Physician*, 17, pp. 379 – 391.
- [10] Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thu Hiền (2002). Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991- 2000), *Báo cáo khoa học đại hội toàn quốc lần thứ 3*. tr. 263- 267.
- [11] Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, Van Tulder MW (2009), updated methods guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group, *Spine*, 34, pp. 1929 – 1941.
- [12] Elena Conroy (2015). New phase III stem cell study for treatment of back pain associated with degenerative disc disease, *Denver Back Pain Specialists*, Co – USA, pp. 28 – 31.
- [13] Long DM, BenDebba M (2015), *Diseases of the Nervous System*. 3rd Ed. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 132 – 143.
- [14] Lê Thúy Oanh (2010). *Cấy chi*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 43 – 45, 190 – 191.
- [15] Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 205 – 218.
- [16] Melloh M, Röder C, Elfering A, Theis JC, Müller U, Staub LP, et al (2008), Differences across health care systems in outcome and cost-utility of surgical and conservative treatment of chronic low back pain: a study protocol, *BMC Musculoskelet Disord*, 9, pp. 81 – 85.
- [17] Nguyễn Văn Hưởng (1995), *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh.

- [18] Lê Thị Hòe (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hóa cột sống bằng thủy châm Golvaska kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2 – Đại học Y Hà Nội.
- [19] Trịnh Văn Minh (2007), *Giải phẫu người – tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 13 – 39.
- [20] Nguyễn Quan Quyền dịch (2004), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 7 – 10.
- [21] Hillary J. Braun, Garry E. Gold (2012), Diagnosis of Osteoarthritis: Imaging, *Bone*, 51(2): pp. 278 – 288.
- [22] Đại học Y Hà Nội, Các bộ môn Nội (2017), *Bài giảng bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 403 – 416.
- [23] Nguyễn Hữu Công (2003), *Chẩn đoán điện và ứng dụng trên lâm sàng*, Nhà xuất bản Đại học quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 11 – 25.
- [24] Hồ Hữu Lương (2006), *Khám hội chứng thắt lưng hông*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 308 – 326.
- [25] Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 140 – 153.
- [26] Nguyễn Văn Đăng (2012), *Bách khoa thư bệnh học - tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 145 – 149.
- [27] Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 650 – 652.
- [28] Đặng Văn Chung (2017), *Bệnh nội khoa– tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 310 – 315.
- [29] Paasilta P, Loiniva J (2001). Identification of a novel common genetic risk factor for lumbar disc disease, *The journal of the American Medical Association*, pp. 1843 – 1849.

- [30] Brian a, Casazza (2012), Diagnosis and treatment of acute low back pain, *amfam physician*, 85(4), pp. 343 – 350
- [31] Bộ môn Thần kinh, Trường đại học Y Hà Nội (2015), *Bài giảng thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 108 – 112.
- [32] Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 649 – 652.
- [33] Nguyễn Văn Chương (2015), Thực hành lâm sàng thần kinh học, Tập II – Triệu chứng học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 218 – 223.
- [34] Dương Kế Châu (2015), *Châm cứu đại thành*, Tập I, Sách dịch, Hội y học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh, tr.35 – 40.
- [35] Tuệ Tĩnh (2015), *Tuệ Tĩnh toàn tập*, Hội y học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 162 – 165.
- [36] Hoàng Bảo Châu (2010), *Nội khoa học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 155 – 157.
- [37] Hoàng Duy Tân (2008), *Sổ tay chẩn trị Đông y*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Thành phố Huế, tr. 371 – 373.
- [38] Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 177 – 180.
- [39] Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV), *Hồng nghĩa giác tư y thư*, NXB Y học.
- [40] Phạm Thúc Hạnh (2010), *Giáo trình khí công dưỡng sinh*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
- [41] Hoàng Bảo Châu (1978), *Khí công*, NXB Y học.
- [42] Lê Hữu Trác (1997), *Hải Thượng y tông tâm lĩnh*, NXB Y học.
- [43] PGS.TS Vũ Nam (2010), *Kinh dịch ứng dụng trong Y học cổ truyền*, NXB Y học, tr.408-412.
- [44] Trình Du Hải, Lý Gia Canh – dịch Võ Văn Bình (2004), *Trung Quốc danh phương toàn tập*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 748 – 749.

- [45] Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 205 – 218.
- [46] Học viện quân y (2006), Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, *Điều trị bằng ánh sáng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, 53-82.
- [47] Mauro GL1, Martorana U, Cataldo P, et al (2000). Vitamin B12 in low back pain: a randomised, double-blind, placebo-controlled study, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 4(3), pp. 53 – 58.
- [48] 朱利 (2005). 针刺加中药治疗坐骨神经痛的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 21(3): 25.
(Chu Lợi (2005), Đánh giá tác dụng của châm cứu kết hợp trung dược điều trị đau thần kinh tọa, *Tạp chí Châm cứu lâm sàng*, 21(3), tr. 25)
- [49] Zou R, Xu Y, Zhang HX (2009), Evaluation on analgesic effect of electroacupuncture combined with acupoint-injection in treating lumbar intervertebral disc herniation, *Zhongguo Gu Shang*, 22(10), pp. 759 – 761.
- [50] Trần Quang Đạt, Tarasenko Oleksandr (2002), Đánh giá tác dụng điều trị bệnh đau dây thần kinh hông to do lạnh và do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp với xoa bóp, *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học 2002*, Viện y học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội, tr. 336 – 349.
- [51] Tarasenko Lindiya (2003), *Nghiên cứu điều trị hội chứng đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống L₁- S₂ bằng điện mãng châm*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- [52] Lại Đoàn Hạnh (2008), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp thủy châm*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

- [53] Nguyễn Nhược Kim (2012), Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt ký sinh trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, *Tạp chí nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam*, 35, tr. 43-52.
- [54] Trần Thị Hải Vân (2014), Hiệu quả của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, Hà Nội, số 5/2014, tr. 40-44.
- [55] Bộ Y tế (2013), *Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Quyết định 792/QĐ-BYT, Bộ Y tế.
- [56] Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP), *Supplement: Special Outcomes*, Volume 63, Issue S11, pp. S240 – S252.
- [57] Nguyễn Văn chương (2011), *Thực hành lâm sàng Thần kinh học – Tập 1 – Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 147 – 159.
- [58] Fairbank JC, Pynsent PB (2000), The Oswestry Disability Index, *Spine*, 25(22), pp. 2940 – 2952, discussion 52.
- [59] Sakai Y, Matsui H, Ito S et al (2017). Sarcopenia in elderly patients with chronic low back pain. *Osteoporos Sarcopenia*, 3, pp. 195 – 200.
- [60] Vũ Thị Thu Trang, Lê Thành Xuân (2018). Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh, kéo giãn cột sống trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, *Tạp chí Y học thực hành*, 3 (1068), tr. 41 – 45.

- [61] Phạm Thị Ngọc Bích (2015), *Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện trường châm kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
- [62] X. C. Ye, P. Zhao, L. Wang et al. (2015). Clinical observation on the treatment of root scitica by electro acupuncture at Jiaji point,” *Information on Traditional Chinese Medicine*, vol. 32, no. 1, pp. 108–111, 2015 (Chinese).
- [63] Nguyễn Thị Tân (2013). Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng y học cổ truyền, *Tạp chí Y học thực hành*, 173 (6), tr. 170 – 174.
- [64] P. Parreira, C. Maher, D. Steffens (2018). Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review, *The Spine Journal*, S 1529 – 9430(18), pp. 30243 – 30252.
- [65] Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 18 – 20.
- [66] Nguyễn Thị Định (2014), *Đánh giá hiệu quả điều trị của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ Đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
- [67] Urquhart DM, Berry P, Wluka AE et al (2011). Young investigator award winner: increased fat mass is associated with high levels of low back pain intensity and disability. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36, pp. 1320 – 1325
- [68] Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa I (2008), *Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador*. *Rev Bras Ortop*;43(3):96-102.

- [69] Altinel L, Köse KC, Ergan V, et al (2008), [*The prevalence of low back pain and risk factors among adult population in Afyon region, Turkey*]. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2008;42(5):328-33.
- [70] Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, et al (2009). The rising prevalence of chronic low back pain, *Arch Intern Med*, 169(3), pp. 251 – 258.
- [71] Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey, *J Pain*, 11(11), pp. 1230 – 1239.
- [72] Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ (2004). Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*, 20(2), pp. 377 – 385.
- [73] Shiri R, Solovieva S, Husgafvel-Pursiainen K, et al (2008). The association between obesity and the prevalence of low back pain in young adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Am J Epidemiol*, 167(9), pp. 1110 – 1119.
- [74] Meucci RD, Fassa AG, Paniz VM, Silva MC, Wegman DH (2013), Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil, *BMC Musculoskelet Disord*, 14, pp. 155 – 160.
- [75] Đinh Đăng Tuệ (2013), *Đánh giá 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*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
- [76] Trần Thị Minh Quyên (2011), *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng điện châm kết hợp kéo giãn cột sống*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
- [77] Heneweer H, Vanhees L, Picavet HS (2009), *Physical activity and low back pain: a U-shaped relation?* *Pain.*;143(1-2):21-5.

- [78] Knuth AG, Bacchieri G, Victora CG, Hallal PC (2009), *Changes in physical activity among Brazilian adults over a five-year period*. *J Epidemiol Community Health*;64(7):591-5.
- [79] Nguyễn Thị Tú Anh (2014), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyết giáp tích*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y Dược Huế.
- [80] Hoy D, Bain C, Williams G, et al (2012), A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*, 64(6), pp. 2028 – 2037.
- [81] Silvia Gianola, Anita Andreano, Greta Castellini, et al (2018). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: the need to present minimal important differences units in meta-analyses, *Health and Quality of Life Outcomes*, 16 (91), pp. 1 – 9.
- [82] Chibbaro S, Mirone G, Makiese O, George B (2009). Multilevel oblique corpectomy without fusion in managing cervical myelopathy: long-term outcome and stability evaluation in 268 patients. *J Neurosurg Spine*, 10, pp. 458 – 465.
- [83] Majid Reza Farrokhi, Golnaz Yadollahikhales, Mehrnaz Gholami, et al (2018). Clinical Outcomes of Posterolateral Fusion Versus Posterior Lumbar Interbody Fusion in Patients with Lumbar Spinal Stenosis and Degenerative Instability, *Pain Physician*, 21, pp. 383 – 406.

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án:

--	--	--	--

 Số thứ tự:

--	--

 Nhóm đối chứng:

--

Nhóm nghiên cứu:

--

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

1. Họ, tên bệnh nhân:.....

2. Tuổi:

--	--

3. Giới:

Nữ	
Nam	

4. Nghề nghiệp:

Lao động trí óc	
Lao động chân tay	

5. Địa chỉ:.....

6. Ngày vào viện: ngày

--	--

 tháng

--	--

 năm

2	0	2	1
---	---	---	---

7. Ngày ra viện: ngày

--	--

 tháng

--	--

 năm

2	0	2	1
---	---	---	---

II. CHUYÊN MÔN

1. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1. Lý do vào viện

Bên đau	Trái	
	Phải	

Đau lưng lan xuống mặt sau chân	
Đau lưng lan xuống mặt ngoài chân	

1.2. Thời gian bị bệnh:

Khám YHHĐ

- MạchHuyết ápNhiệt độ:.....

- Tim mạch:.....

- Hô hấp:.....

- Tiết niệu, Sinh dục:.....

- Bộ phận khác:.....

III. THEO DÕI CÁC CHỈ SỐ LÂM SÀNG

Triệu chứng	Mức điểm		
	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
1. Triệu chứng cơ năng			
Cảm giác đau chủ quan theo thang điểm VAS (điểm)			
2. Hội chứng cột sống			
Nghiệm pháp Schober (cm)			
Dấu hiệu cơ cứng cơ cạnh sống (Không có: 1 điểm Có: 0 điểm)			
Dấu hiệu bấm chuông (Không có: 1 điểm Có: 0 điểm)			
Tầm vận động cột sống thắt lưng gấp (độ)			
Tầm vận động cột sống thắt lưng duỗi (độ)			
Tầm vận động cột sống thắt lưng nghiêng (độ)			
3. Hội chứng rễ thần kinh			
Nghiệm pháp Lasègue (độ)			
Dấu hiệu Bonnet (Không có: 1 điểm Có: 0 điểm)			
Dấu hiệu Néri (Không có: 1 điểm Có: 0 điểm)			
Tay đất (cm)			
Thống điểm Valleix (điểm)			
Rối loạn cảm giác chi dưới (Không có: 1 điểm Có: 0 điểm)			
4. Các chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm OWESTRY DISABILITY (Phụ lục 3)			

- **Xquang cột sống thắt lưng:**

.....

KHÁM YHCT

Triệu chứng	D₀	D₁₅	D₃₀
Đau vùng thắt lưng lan xuống chân			
Tê bì			
Ăn uống kém			
Ngủ kém			
Luỡi trắng, dày, nhớt			
Mạch trầm nhược			
Mạch nhu hoãn			

Hà nội, ngày tháng năm

PHỤ LỤC 2
VỊ TRÍ HUYỆT TRONG PHÁC ĐỒ HUYỆT
ĐIỆN CHÂM VÀ THỦY CHÂM

Tên huyết	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích $L_4 - L_5, L_5 - S_1$	Kỳ huyết	Từ mỏm gai $L_4 - L_5$ đo ngang ra 0,5 thốn
Can du (VII.18)	Túc thái dương Bàng quang	Từ gai đốt sống D_9 ngang ra 1,5 thốn
Thận du (VII.23)	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống L_2-L_3 ngang ra 1,5 thốn
Đại trường du (VII.25)	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống L_4-L_5 ngang ra 1,5 thốn
Thượng liêu (VII.31)	Túc thái dương Bàng quang	Từ đốt xương cùng 1 sang ngang ra 0,7 thốn
Trật biên (VII.54)	Túc thái dương Bàng quang	Từ đốt xương cùng 4 sang ngang ra 3 thốn
Thừa phù (VII.36)	Túc thái dương Bàng quang	Chính giữa nếp lằn mông
Ân môn (VII.37)	Túc thái dương Bàng quang	Điểm giữa đường nối Thừa phù và uỷ trung
Ủy trung (VII.40)	Túc thái dương Bàng quang	Điểm chính giữa nếp lằn khoeo chân
Thừa sơn (VII.57)	Túc thái dương Bàng quang	ở mặt sau bắp chân, nơi rẽ đôi của cơ sinh đôi
Côn lân (VII.60)	Túc thái dương Bàng quang	Huyết nằm ở trung điểm của đường nối đỉnh mắt cá và gân gót.
Hoàn khiêu (XI.25)	Túc thiếu dương Đờm	Điểm chính giữa ụ ngồi và máu chuyên lớn xương đùi.
Phong thị (XI.31)	Túc thiếu dương Đờm	Mé ngoài đùi, bệnh nhân đứng thẳng buông tay sát đùi, tận cùng ngón giữa là huyết
Dương lăng tuyền (XI.34)	Túc thiếu dương Đờm	Chỗ lõm giữa khớp chày mác ở phía ngoài đầu gối
Huyền chung (XI.39)	Túc thiếu dương Đờm	Bờ lồi mắt cá ngoài đo lên 3 thốn, đường từ huyết XI.34 đến mắt cá ngoài

PHỤ LỤC 3

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ SINH HOẠT HÀNG NGÀY OSWESTRY DISABILITY

(Bệnh nhân chỉ đánh dấu vào 1 ô mà họ đúng nhất ở mỗi phần)

Họ tên bệnh nhân:.....Tuổi:.....

Bảng câu hỏi		N ₀	N ₁₅	N ₃₀	Điểm
Chăm sóc cá nhân	Có thể tự chăm sóc bản thân bình thường				4
	Có thể tự chăm sóc bản thân bình thường, nhưng đau hơn				3
	Có thể tự chăm sóc bản thân được nhưng chậm vì đau				2
	Cần một sự giúp đỡ trong mọi việc tự chăm sóc				1
	Không tự chăm sóc bản thân được				0
Nhấc vật nặng	Có thể nhấc vật nặng mà không gây đau				4
	Có thể nhấc vật nặng nhưng đau hơn				3
	Đau ngăn cản đến việc nhấc vật nặng ra khỏi sàn nhà, nhưng có thể nếu vật đặt ở nơi thuận tiện, trên bàn				2
	Không thể nhấc được vật nặng, nhưng với vật nhẹ hoặc vừa ở vị trí thuận lợi				1
	Không thể nhấc hoặc bê bất cứ thứ gì				0
Đi bộ	Tự đi bộ được trong mọi khoảng cách				4
	Đau khi đi bộ hơn 1000m				3
	Đau khi đi bộ hơn 500m				2
	Chỉ đi bộ nếu được dùng gậy và ba toong				1
	Không thể đi bộ vì đau				0
Ngồi	Có thể ngồi với thời gian tùy thích				4
	Đau khi ngồi hơn 1h				3
	Đau khi ngồi hơn 30 phút				2
	Đau khi ngồi hơn 15 phút				1
	Không thể ngồi được vì đau				0

Cường độ đau	Không đau				4
	Đau nhẹ				3
	Đau vừa				2
	Đau nặng				1
	Đau không chịu nổi				0
Đứng	Có thể đứng bao nhiêu lâu cũng được mà không gây đau thêm				4
	Có thể đứng bao nhiêu lâu cũng được nhưng hơi gây đau thêm				3
	Chỉ có thể đứng khoảng 1 giờ vì đau				2
	Chỉ có thể đứng khoảng 1/2 giờ vì đau				1
	Không thể ngồi được vì đau				0
Ngủ	Ngủ bình thường không bị thức giấc vì đau				4
	Thỉnh thoảng bị thức giấc vì đau				3
	Chỉ có thể ngủ được dưới 6 giờ vì đau				2
	Chỉ có thể ngủ được dưới 4 giờ vì đau				1
	Chỉ có thể ngủ được dưới 2 giờ vì đau				0
Sở thích riêng	Vẫn có thể tham gia những sở thích riêng mà không gây đau hơn				4
	Vẫn có thể tham gia được nhưng gây đau hơn				3
	Chỉ có thể tham gia được 1/2 thời gian so với trước đây				2
	Chỉ có thể tham gia được 1/4 thời gian so với trước đây				1
	Không thể tham gia được vì đau				0
Đời sống tình dục	Hoàn toàn bình thường mà không gây đau thêm				4
	Bình thường nhưng hơi gây đau thêm				3
	Không thể bình thường vì đau				2
	Rất hạn chế vì đau				1
	Gần như không có vì đau				0

Đời sống xã hội	Tham gia hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau thêm				4
	Có thể tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng hơi gây đau thêm				3
	Không thể tham gia hoạt động bình thường vì đau				2
	Tham gia hoạt động hạn chế vì đau				1
	Không thể tham gia các hoạt động xã hội vì đau				0
TỔNG ĐIỂM					

PHỤ LỤC 4

PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG

Thời gian tập 45 phút. Ngày tập từ 1 lần.

Phần 1. Chuẩn bị:

1. Chuẩn bị: Địa điểm và không gian tập sạch sẽ, yên tĩnh, tránh gió lùa.
2. Chuẩn bị bản thân: sắp xếp thời gian, trang phục rộng rãi, thoải mái, vệ sinh cá nhân, tinh thần thoải mái và hưng phấn.

Phần 2. Luyện bài tập:

Bước 1. Động tác Thư giãn (Động tác 1)

Thời gian tập 5 phút.

Bước 2. Động tác thở 4 thì (Động tác 2)

Thời gian tập 5 phút.

Bước 3. Tập các động tác chống xơ cứng

Thời gian tập 30 phút

- Ngồi sư tử tập 3-5 lần (Động tác 3)
- Chào mặt trời (Động tác 4)
- Ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen 3-5 lần (Động tác 5)
- Ngồi ếch tập 3- 5 lần (Động tác 6)
- Rút lưng tập 3-5 lần (Động tác 7)
- Hôn đầu gối tập 3-5 lần (Động tác 8)
- Xuống tấn lắc thân 3- 5 lần (Động tác 9)
- Xuống tấn quay mình 3-5 lần (Động tác 10)

Bước 4 Tự xoa bóp- thư giãn

Thời gian 5 phút

Động tác 1: Thư giãn.

Trước khi tập 2-3 phút làm thư giãn cho cơ thể làm chủ lấy mình, điều khiển thư giãn để cho cơ thể luôn trở về thư giãn sau mỗi động tác.

Vì có thư giãn cơ thể mới lấy lại được sức lực, lấy lại được quân bình trong cơ thể. Phải tự kiểm tra mỗi ngày về thư giãn bằng cách đưa tay thẳng lên (hung phần) rồi buông xuôi cho nó rớt xuống theo quy luật sức nặng (ức chế).

Chuẩn bị: Nằm ngửa hoặc ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen.

Thực hiện: Thả lỏng toàn thân đồng thời tập trung ý nghĩ bằng tự kỷ ám thị " tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm" và theo dõi vào hơi thở (Hít sâu thở đều hoặc thở 4 thì).

Động tác 2 Ngồi sư tử.

Chuẩn bị: Nằm sấp, co hai chân để dưới bụng, cầm đệm giường, hai tay đưa thẳng lên trước.

Động tác: đầu cất lên ưỡn ra phía sau tối đa, hít vào tối đa, giữ hơi, dao động thân trên và đầu qua lại từ 2-6 cái; thở ra ép bụng. Làm như vậy từ 1-3 hơi thở.

Tác dụng: Vận động các đốt sống cổ, vai làm cho khí huyết lưu thông đến các vùng này, trị các bệnh vùng khớp vai, thắt lưng.

Động tác 3 Chào mặt trời.

Chuẩn bị: Ngồi một chân co dưới bụng, chân kia duỗi ra phía sau, 2 tay chống xuống giường.

Động tác: Đưa hai tay lên trời, thân ưỡn ra sau tối đa, hít vô thuận chiều; trong lúc giữ hơi, dao động thân trên và đầu theo chiều trước sau từ 2-6 cái, hạ tay xuống chống giường, thở ra tối đa thuận chiều có ép bụng. Làm như vậy từ 1-4 hơi thở. Đổi chân và tập như bên kia.

Tác dụng: Vận động các khớp xương đốt sống, khớp vai, và cơ phía thân sau làm cho khí huyết vận hành, phòng và trị bệnh đau lưng, viêm quanh khớp vai, thoái hóa khớp gối.

Động tác 4 Ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen.

Có 4 cách xếp bằng từ dễ đến khó:

Cách 1: Xếp bằng thường chân trước chân sau, ai ngồi cũng được.

Cách 2: Xếp bằng đơn chân trên chân dưới.

Cách 3: Xếp bằng kép 2 chân giấu ở phía dưới.

Cách 4: xếp bằng kép 2 chân bắt chéo ở phía trên kiểu hoa sen của Phật Thích Ca. Kiểu này khó nhất, tác dụng nhất nhưng lúc đầu đau nhất, máu chảy khó nhất, tê rần nhất. Song tập quen thì máu và thần kinh dần dần hoạt động tốt trong bất cứ tư thế nào.

Hai bàn tay để trên hai đầu gối, lưng thật ngay rồi bắt đầu thở: Hít vào, thắt lưng uốn càng tốt; giữ hơi, làm dao động qua lại, hít vào thêm 2-6 cái; thở ra bằng cách vặn chéo thân mình ngó ra phía sau bên này, đuổi hết khí trọc trong phổi ra. Rồi ngay lại như trước, bắt đầu một hơi thở thứ nhì: hít vào, giữ hơi và dao động 2-6 cái; thở ra bằng cách vặn chéo người ngó ra phía sau bên kia. Làm như vậy từ 2-4 hơi thở.

Động tác 5: Ngồi ếch

Chuẩn bị: Tư thế ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen, ngồi bật ra sau, thân sát giường, cầm dụng cụ, hai tay chồm ra trước.

Động tác: ngóc đầu dậy đồng thời hít vào tối đa. Thở 2: Giữ hơi và dao động qua lại thân trên và đầu từ 2-6 cái. Thở 3: Thở ra triệt để. Thở 4: thư giãn.

Động tác 6: Rút lưng.

Chuẩn bị: Chân để thẳng trước mặt, hơi co lại cho 2 tay nắm được 2 chân, ngón tay giữa bấm vào huyệt Dũng tuyền dưới lòng bàn chân (Điểm nối liền 1/3 trước với 2/3 sau lòng bàn chân, không kể ngón chân), ngón tay cái bấm vào huyệt Thái xung trên lưng bàn chân

Động tác: Bắt đầu hít vào tối đa trong tư thế trên đồng thời kéo chân hơi co. Rồi duỗi chân ra ngay và thật mạnh, đồng thời thở ra triệt để. Làm thế từ

3-5 hơi thở. Tác dụng: làm cho lưng, gối giãn ra giúp khí huyết lưu thông, trị bệnh đau lưng, đau gối. Tay bám vào huyết Dũng tuyến điều hòa huyết áp, bám huyết thái xung điều hòa chức năng gan

Động tác 7: Hôn đầu gối.

Chuẩn bị: Hai chân khít lại ngay ra phía trước, hai tay nắm hai cổ chân.

Động tác: Hít vào tối đa; cố gắng kéo mạnh cho đầu đụng hai chân (hôn đầu gối) đồng thời thở ra triệt để, rồi ngẩng đầu dậy hít vào, hôn đầu gối thở ra. Làm như vậy từ 3-5 hơi thở.

Động tác 8: Xuống tấn lắc thân.

Chuẩn bị: Xuống tấn là hai chân để song song với nhau, hoặc xiên 1 tý như hình chữ nhân và cách xa nhau bằng khoảng cách 2 vai hay lớn hơn 1 tý, gối trùng xuống nhiều hay ít tùy sức của mình (yếu thì trùng ít, mạnh thì trùng nhiều), 2 tay chéo nhau và lật bàn tay ra ngoài, đưa tay lên trời, đầu bật ra sau và nhìn theo tay.

Động tác: Hít vào tối đa, giữ hơi và dao động, thân lắc qua bên này thì tay lắc qua bên kia để giữ quân bình, lắc như thế 2-6 cái; để tay xuống thở ra triệt để. Làm động tác trên từ 3-5 hơi thở.

Tác dụng: Động tác này là động tác dao động điển hình của toàn thân từ chân đến đầu, và đến các ngón tay, chân. Giúp cho toàn thân dẻo dai, linh hoạt, khí huyết lưu thông.

Động tác 9: Xuống tấn quay mình.

Cũng xuống tấn và chéo tay như trên, quay qua một bên, hít vào tối đa và đưa tay lên, bật ngửa đầu và nhìn theo tay, giữ hơi, quay mình sang bên kia, thở ra triệt để và hạ tay xuống. Làm như vậy 2-6 lần.