

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG NGỌC MINH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA
PHƯƠNG PHÁP NẴN CHỈNH CỘT SỐNG
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, HỒNG NGOẠI
ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG TO**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



HOÀNG NGỌC MINH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA
PHƯƠNG PHÁP NẮN CHỈNH CỘT SỐNG
KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM, HỒNG NGOẠI
ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG TO**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. BS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

HÀ NỘI - 2023

LỜI CẢM ƠN

Em xin trân trọng gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban giám đốc, Phòng quản lý Đào tạo sau đại học Trường Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, các thầy cô giảng dạy trong bộ môn Y học cổ truyền đã tận tình dạy dỗ, giúp đỡ em hoàn thành luận văn này.

Em xin cảm ơn Ban giám đốc, cán bộ Phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng chỉ đạo tuyển và các bác sĩ và nhân viên khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho em trong quá trình thực hiện luận văn này.

Với lòng tôn kính, trân trọng nhất và biết ơn sâu sắc, em xin gửi lời cảm ơn chân thành tới **TS. Nguyễn Tiến Chung** – PGĐ Bệnh viện Tuệ Tĩnh - Trưởng khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh - Giảng viên bộ môn Nội Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo tận tình và tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp em hoàn thành luận văn này. Sự tận tâm và kiến thức của Thầy là tấm gương sáng cho em noi theo trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu cũng như sau này.

Em xin bày tỏ lòng biết ơn và sự kính trọng tới các thầy cô trong Hội đồng chấm luận văn đã dành nhiều thời gian và công sức đóng góp ý kiến và giúp đỡ em hoàn thiện luận văn.

Cuối cùng, em xin cảm ơn những tình cảm chân thành, sự giúp đỡ nhiệt tình, tạo điều kiện tốt nhất của những người thân trong gia đình, bạn bè cũng như bệnh nhân tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện y dược học cổ truyền Tuệ Tĩnh luôn giúp đỡ, động viên cũng như bên cạnh em trong suốt thời gian qua

Hà Nội, ngày 18 tháng 12 năm 2023

Hoàng Ngọc Minh

LỜI CAM KẾT

Tôi là Hoàng Ngọc Minh học viên lớp cao học khoá 14 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 của Thầy TS. Nguyễn Tiến Chung.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 18 tháng 12 năm 2023

Học viên

Hoàng Ngọc Minh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Đau thần kinh hông to theo y học hiện đại	3
1.1.1. Sơ lược về giải phẫu	3
1.1.2. Lâm sàng.....	8
1.1.3. Cận lâm sàng.....	9
1.1.4. Điều trị.....	10
1.1.5. Nội khoa.....	10
1.2. Đau thần kinh hông to theo y học cổ truyền	12
1.2.1. Bệnh danh	13
1.2.2. Nguyên nhân.....	13
1.2.3. Các thể lâm sàng.....	14
1.3. Một số các nghiên cứu về điều trị đau thần kinh hông to trên thế giới và Việt Nam	15
1.3.1. Thế giới.....	15
1.3.2. Tại Việt Nam	16
1.4. Tổng quan về nắn chỉnh cột sống, điện châm, hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt.....	17
1.4.1. Nắn chỉnh cột sống	17
1.4.2. Điện châm	19
1.4.3. Hồng ngoại.....	21
1.4.4. Xoa bóp bấm huyệt.....	22
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	24
2.1. Chất liệu nghiên cứu và phương tiện nghiên cứu	24
2.1.1. Phương pháp nắn chỉnh	24
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	24

2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	25
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHD.	25
2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT	25
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân	26
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	26
2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	26
2.3.2. Thiết kế nghiên cứu	27
2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu.....	27
2.3.4. Quy trình thực hiện nghiên cứu	29
2.3.5. Phương pháp lượng giá kết quả điều trị	32
2.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu	37
2.5. Xử lý số liệu	37
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	37
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	39
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	39
3.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	39
3.1.2. Đặc điểm nghề	40
3.1.3. Thời gian mắc bệnh	40
3.1.4. Hoàn cảnh khởi phát bệnh	41
3.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	41
3.1.6. Theo thể bệnh YHCT.....	43
3.1.7. Theo cận lâm sàng trước điều trị	44
3.2. Kết quả lâm sàng sau điều trị	44
3.2.1. Cải thiện mức độ đau sau điều trị.....	44
3.2.2. Cải thiện về nghiệm pháp Shober sau điều trị.....	46
3.2.3. Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue sau điều trị.....	47
3.2.4. Cải thiện tâm vận động trước và sau điều trị.....	49
3.2.5. Cải thiện triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị	52

3.2.6. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị.....	53
3.2.7. Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị	54
3.3. Hiệu quả sau điều trị	55
3.3.1. Hiệu quả sau điều trị theo thang điểm VAS	55
3.3.2. Hiệu quả điều trị theo chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	57
3.3.3. Sau 15 ngày điều trị	60
3.3.4. Sau 15 ngày theo nhóm rễ thần kinh.	62
3.3.5. Sau 15 ngày điều trị theo thẻ YHCT	63
3.3.6. Sau 15 ngày điều trị theo thời gian mắc bệnh	64
3.3.7. Sau 15 ngày điều trị theo mức độ thoát vị.....	64
3.3.8. Kết quả điều trị chung của cả hai nhóm sau điều trị	65
3.4. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.....	65
3.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị	66
3.5.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	66
3.5.2. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	67
3.5.3. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	67
3.5.4. Liên quan giữa mức độ hạn chế tầm vận động.....	68
3.5.5. Liên quan giữa vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị.....	68
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	69
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	69
4.1.1. Bàn về tuổi.....	69
4.1.2. Bàn về nghề nghiệp	69
4.1.3. Bàn về thời gian mắc bệnh	70
4.1.4. Hoàn cảnh khởi phát.....	71
4.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	72
4.1.6. Đặc điểm theo thẻ bệnh YHCT	74
4.1.7. Đặc điểm theo cận lâm sàng trước điều trị.....	74
4.2. Kết quả điều trị.....	75

4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau	75
4.2.2. Sự cải thiện về nghiệm pháp Schober	77
4.2.3. Sự cải thiện về nghiệm pháp Lasègue	78
4.2.4. Sự cải thiện tầm vận động	79
4.2.5. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng	82
4.3. Tác dụng không mong muốn	87
4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to .	87
4.4.1. Yếu tố tuổi	87
4.4.2. Yếu tố nghề nghiệp	88
4.4.3. Thời gian mắc bệnh	88
4.4.4. Yếu tố mức độ hạn chế tầm vận động	89
4.4.5. Yếu tố vị trí rễ tổn thương và kết quả điều trị	89
KẾT LUẬN	90

KHUYẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
BMI	Body Mass Index	Chỉ số thể trọng cơ thể
C1-C7	Cervical	Đốt sống cổ
CLS		Cận lâm sàng
CSTL		Cột sống thắt lưng
CT, CT Scan	Computer Tomography Scan	Chụp cắt lớp vi tính
D0		Trước điều trị
D10		Sau 10 ngày điều trị
D15		Sau 15 ngày điều trị
D5		Sau 05 ngày điều trị
ĐC		Đối chứng
L1-L5	Lumbar	Cột sống lưng
LS		Lâm sàng
MRI	Magnetic Resonance Imaging	Phim cộng hưởng từ
NC		Nghiên cứu
ODI	Oswestry Disability Index	Thang điểm đánh giá mức độ hạn chế trong chức năng sinh hoạt hàng ngày
S1-S5	Sacrum	Đốt sống cùng
SD	Standard Deviation	Độ lệch chuẩn
T1-T12	Thoracic	Đốt sống ngực
TB		Trung bình
TVĐĐ		Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analog Scale	Thang điểm đau
X	Mean	Giá trị trung bình
YHCT		Y học cổ truyền
YHHD		Y học hiện đại

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1:	Bảng phân loại tiết đoạn rễ xâm phạm	9
Bảng 2.1:	Bảng tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT	26
Bảng 2.2:	Bảng đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS	33
Bảng 2.3:	Bảng đánh giá phân loại độ giãn cột sống thắt lưng.....	34
Bảng 2.4:	Bảng đánh giá điểm Lasègue.....	35
Bảng 2.5:	Bảng đánh giá tầm vận động CSTL.....	36
Bảng 2.6:	Bảng đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày	36
Bảng 3.1:	Bảng đặc điểm về tuổi	39
Bảng 3.2:	Bảng phân loại theo thời gian mắc bệnh	40
Bảng 3.3:	Các chỉ số lâm sàng trước điều trị	41
Bảng 3.4:	Các chỉ số tầm vận động cột sống trước điều trị	42
Bảng 3.5:	Các chỉ số cận lâm sàng trước điều trị.....	44
Bảng 3.6:	Bảng mức độ đau trước và sau điều trị.....	44
Bảng 3.7:	Bảng chênh lệch Lasègue trước và sau điều trị	47
Bảng 3.8:	Bảng sự cải thiện tầm vận động gập trước và sau điều trị.....	49
Bảng 3.9:	Bảng sự cải thiện tầm vận động duỗi trước và sau điều trị	49
Bảng 3.10:	Bảng sự cải thiện tầm vận động nghiêng trước và sau điều trị ..	50
Bảng 3.11:	Bảng sự cải thiện tầm vận động xoay trước và sau điều trị.....	51
Bảng 3.12:	Bảng cải thiện triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị	52
Bảng 3.13:	Bảng sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị.	53
Bảng 3.14:	Bảng Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị	54
Bảng 3.15:	Bảng mức độ đau theo thang điểm VAS sau 5 ngày điều trị ...	55
Bảng 3.16:	Bảng mức độ đau theo thang điểm VAS sau 10 ngày điều trị .	55
Bảng 3.17:	Bảng mức độ đau theo thang điểm VAS sau 15 ngày điều trị .	56
Bảng 3.18:	Bảng mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 5 ngày.....	57

Bảng 3.19:	Bảng mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 10 ngày.....	58
Bảng 3.20:	Bảng mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 10 ngày.....	59
Bảng 3.21:	Bảng kết quả điều trị sau 15 ngày theo nhóm rễ thần kinh	62
Bảng 3.22:	Bảng kết quả điều trị sau 15 ngày theo YHCT.....	63
Bảng 3.23:	Bảng kết quả chung sau 15 ngày theo thời gian mắc bệnh.....	64
Bảng 3.24:	Bảng kết quả điều trị sau 15 ngày theo mức độ thoát vị	64
Bảng 3.25:	Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	66
Bảng 3.26:	Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	66
Bảng 3.27:	Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	67
Bảng 3.28:	Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	67
Bảng 3.29:	Liên quan giữa mức độ hạn chế tầm vận động và kết quả điều trị.....	68
Bảng 3.30:	Liên quan giữa phân bố vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị	68

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1:	Bảng đặc điểm về nghề.....	40
Biểu đồ 3.2:	Hoàn cảnh mắc bệnh.....	41
Biểu đồ 3.3:	Triệu chứng cơ năng.....	42
Biểu đồ 3.4:	Vị trí chèn ép rễ.....	43
Biểu đồ 3.5:	Theo thể bệnh YHCT.....	43
Biểu đồ 3.6:	Cải thiện thang điểm VAS sau điều trị.....	45
Biểu đồ 3.7:	Cải thiện về nghiệm pháp Schober sau điều trị.....	46
Biểu đồ 3.8:	Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue sau điều trị.....	48
Biểu đồ 3.9:	Hiệu quả điều trị sau 5 ngày điều trị.....	60
Biểu đồ 3.10:	Hiệu quả điều trị sau 10 ngày điều trị.....	60
Biểu đồ 3.11:	Hiệu quả điều trị sau 15 ngày điều trị.....	61
Biểu đồ 3.12:	Kết quả điều trị chung.....	65

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1:	Sơ đồ chẩn đoán và điều trị đau thần kinh hông to	12
Sơ đồ 1.2:	Sơ đồ nguyên nhân và cơ chế bệnh đau dây thần kinh hông to theo YHCT.....	13

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1:	Cấu trúc cột sống lưng.....	4
Hình 1.2:	Cấu trúc đốt cùng – cụt.....	5
Hình 1.3:	Cấu trúc đĩa đệm.....	5
Hình 1.4:	Các cơ vùng cột sống.....	6
Hình 1.5:	Dây chằng vùng thắt lưng - chậu.....	7
Hình 1.6:	Các động tác vận động cột sống lưng.....	8
Hình 2.1:	Thủ pháp điều cân chỉ thống trong nắn chỉnh cột sống.....	29
Hình 2.2:	Kéo chỉnh thắt lưng tư thế nghiêng.	30
Hình 2.3:	Kéo chỉnh thắt lưng tư thế thẳng.	30
Hình 2.4:	Kéo chỉnh thắt lưng tư thế sấp.	31
Hình 2.5:	Thang điểm mức độ đau.....	32
Hình 2.6:	Nghiệm pháp Schober.....	33
Hình 2.7:	Dấu hiệu Lasègue.....	34
Hình 2.8:	Tầm vận động cột sống thắt lưng.....	35

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh hông to hay còn được gọi là đau dây thần kinh tọa, là một hội chứng biểu hiện cảm giác đau vùng chi phối của dây thần kinh hông to do hai rễ L5 và S1 đảm nhiệm, vị trí đau tùy theo rễ tổn thương. Cường độ đau tùy theo từng trường hợp, tính chất đau cơ học. Nguyên nhân cơ học chiếm 90-95% Đa số không tìm thấy nguyên nhân hoặc do thoái hoá hoặc do thoát vị đĩa đệm [1].

Tuổi mắc bệnh thường từ 30 – 60 tuổi, tỉ lệ mắc bệnh nam giới gần gấp 3 so với nữ và nguyên nhân đau lưng kèm đau dây thần kinh tọa phổ biến nhất từ 60-90% (theo nhiều tác giả) và theo Castaigne.P thì tỷ lệ là 75% [2].

Đau dây thần kinh hông to có thể biểu hiện rất nhẹ đến dữ dội, đặc điểm chủ yếu là đau dọc theo lộ trình của dây thần kinh hông to và các nhánh của nó, thời gian có thể ngắn hoặc có thể kéo dài lâu và dai dẳng. Bất kể xuất hiện và biểu hiện như thế nào thì đau thắt lưng do đau dây thần kinh hông to cũng làm ảnh hưởng, gây hạn chế và khó khăn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

Đau dây thần kinh hông to có thể do rất nhiều nguyên nhân gây ra trong đó có những nguyên nhân rất dễ dàng được phát hiện nhưng có những trường hợp kết hợp nhiều nguyên nhân gây khó khăn trong chẩn đoán cần đòi hỏi hỗ trợ cũng như những kiểm tra phức tạp dựa trên cận lâm sàng cũng như triệu chứng [2].

Tại Việt Nam hiện trạng đau dây thần kinh hông to chưa được thống kê một cách toàn diện nhưng theo Trần Ngọc Ân và cộng sự, bệnh chiếm 41.45% trong nhóm bệnh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [3].

Theo các nghiên cứu nước ngoài thì bệnh lý đau dây thần kinh hông to là một tình trạng rất phổ biến, với tỷ lệ lưu hành trong khoảng thời gian một năm là khoảng 50% ở những người thuộc quần thể Bắc Âu [4].

Năm 2017 Tổ chức nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu (Global Burden of Disease Study) công bố nghiên cứu thực hiện từ năm 1990 đến năm 2017 tại Brazil cho thấy tỷ lệ mắc bệnh đau dây thần kinh hông to tăng 26,83% [5].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), bệnh đau thần kinh hông to được mô tả trong phạm vi “Chứng tý” với các bệnh danh “Tọa cốt phong”, “Yêu cước thống” do nhiều nguyên nhân gây ra [6].

Trong YHCT có rất nhiều phương pháp điều trị mang lại tính hiệu quả trong bệnh này không xâm lấn và đã được nghiên cứu như: các bài thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, tác động cột sống và nắn chỉnh cột sống... và mỗi liệu pháp điều trị đều có đặc điểm riêng và đạt kết quả điều trị hiệu quả trên lâm sàng.

Nắn chỉnh cột sống là một môn khoa học dựa trên sự liên hệ giữa các khớp xương của cột sống với hệ thống thần kinh để điều trị bệnh tật và duy trì sức khoẻ con người. Nắn chỉnh bằng tay hiện được phát triển trên 65 quốc gia trên thế giới với tính hiệu quả của nó và tên của nó được dịch danh thành World Federation of Chiropractic và theo dõi bởi Federation of Chiropractic licensing Broad [7]. Nguyên tắc của phương pháp là sử dụng bàn ngón tay và các tư thế phù hợp để phát hiện những điểm mất cân bằng trên cột sống, thông qua điều trị bệnh phục hồi lại sự cân bằng của cơ thể [8],[9],[10]

Ngoài ra trong điều trị chứng đau thần kinh hông to bằng tia hồng ngoại và điện châm cũng có kết quả điều trị đã có nhiều công trình nghiên cứu.[11],[12],[13],[14] Kết hợp điện châm, hồng ngoại và nắn chỉnh cột sống trong điều trị đau dây thần kinh hông to với mong muốn ứng dụng tất cả những ưu điểm của mỗi phương pháp nhằm đem lại hiệu quả điều trị tối ưu cho người bệnh theo tiêu chí điều trị toàn diện. Xuất phát từ thực tiễn đó, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to”** với 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau thần kinh hông to theo y học hiện đại

Đau thần kinh hông to (sciatica pain) còn gọi là đau thần kinh tọa, biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau.

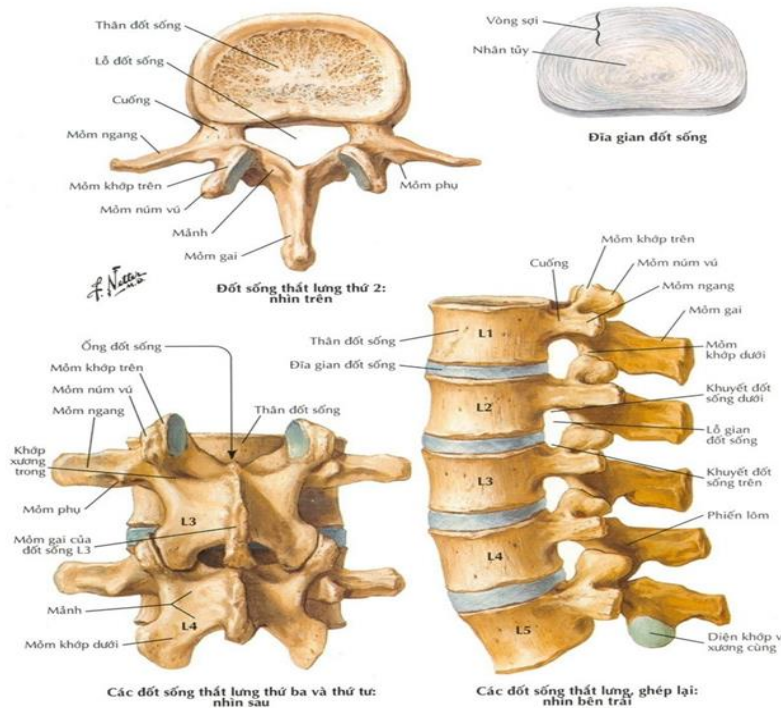
Thường gặp đau thần kinh hông to một bên, ở lứa tuổi lao động (30-50 tuổi). Trước kia tỷ lệ nam cao hơn nữ, song các nghiên cứu năm 2011 cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn nam. Đau thần kinh hông to thường là đau chân ở khu vực chi phối thần kinh của một hay nhiều rễ thần kinh thắt lưng cùng. Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoái hoá cột sống thắt lưng và thoát vị đĩa đệm. Tỷ lệ đau thần tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại cộng đồng miền Bắc Việt Nam là 0,64% (2010). [25],[26],[27]

1.1.1. Sơ lược về giải phẫu

1.1.1.1. Các đốt sống thắt lưng và xương cùng cụt

Xương sống thắt lưng có dạng thể đặc biệt. Xương trên chông ăn khớp với xương dưới tạo thành một đơn vị căn bản điều hợp nhiệm vụ của lưng. Một đốt xương sống được cấu trúc có nhiều phần khác nhau gồm: Thân xương là phần chính chịu đựng sức nặng và là điểm tựa của lớp sụn phân cách giữa những đốt xương. Khoảng cách giữa các chân cung sống (cuống cung sống) sẽ rộng dần từ L1 đến L5. Thân đốt có hình chữ nhật. Chỗ bám của cuống cung sống vào thân xương có hình tròn hoặc bầu dục (mắt đốt sống). Mỏm gai tạo thành hình giọt nước ở giữa. Các đĩa liên sống rộng dần từ trên xuống dưới. Nơi rộng nhất là đĩa liên sống giữa L4 và L5, khoảng 1,5 cm. Ngoài ra ta cũng sẽ thấy rõ các lỗ liên hợp. Thân đốt có hình chữ nhật. Bờ sau các thân sống xếp thành một hàng và tạo thành mặt trước ống sống. Đường kính trước sau ống sống là đoạn nối liền bờ sau thân đốt sống với đầu trước mỏm gai, các khớp mấu và các eo cung sau và khi 2 đốt xương được chồng lên nhau, những mặt khớp này nối khớp với nhau tạo thành một đơn vị căn bản điều hợp

nhệm vụ của lưng. Xương lưng có 5 đốt xương kết hợp với xương cùng tạo thành 5 đơn vị căn bản điều hợp nhệm vụ của lưng. 5 đơn vị này là cấu trúc cơ động được dùng làm căn bản tìm hiểu về y chứng của bệnh đau lưng [7],[18],[19]



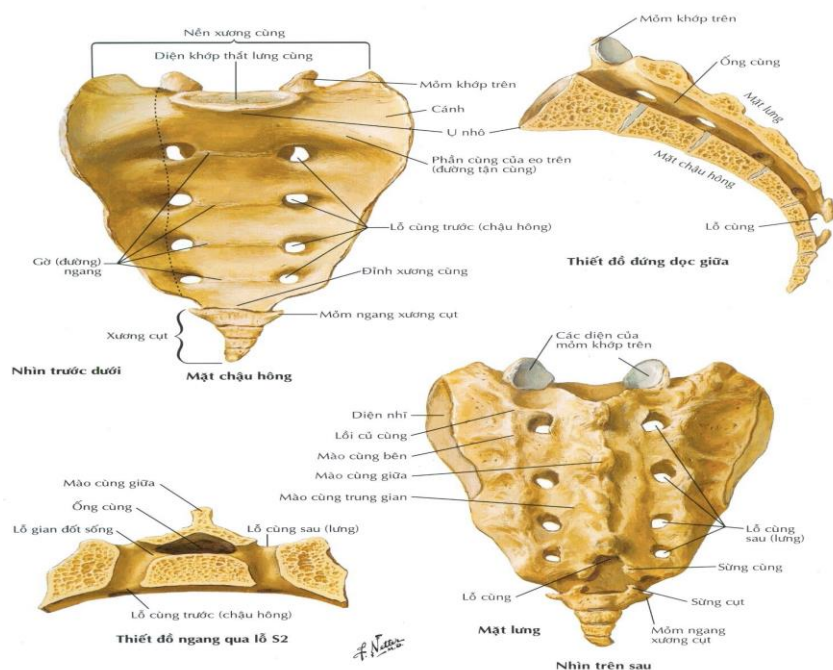
Hình 1.1: Cấu trúc cột sống lưng [20]

Xương cùng các đốt sống cùng dính chặt với nhau thành một khối gọi là xương cùng. Nó tiếp khớp ở trên với đốt sống thắt lưng thứ 5, ở dưới với xương chậu và hai bên với xương chậu. Xương cùng hình tháp có 2 mặt (trước, sau), 2 phần bên, nên ở trên, đỉnh ở dưới.

Mặt trước hay mặt chậu hông (pelvic surface) có 4 đường ngang, ở hai đầu mỗi đường có các lỗ cùng trước (anterior sacral foramina) cho các ngành trước của các dây thần kinh cùng đi qua.

Mặt sau hay mặt lưng (dorsal surface) lồi, gồ gề có 5 mào dọc là mào cùng giữa (median sacral crest), 2 mào cùng trung gian (intermediate sacral crest) và 2 mào cùng bên (lateral sacral crest); chúng là di tích của các mỏm gai, mỏm khớp và mỏm ngang phía ngoài mào trung gian có các lỗ cùng sau (posterior sacral foramina) tương ứng với các lỗ cùng trước (ở mặt trước). Phần dưới của mặt sau có hai sừng cùng (sacral cornu) nằm ở hai bên đầu dưới của ống cùng (sacral canal).

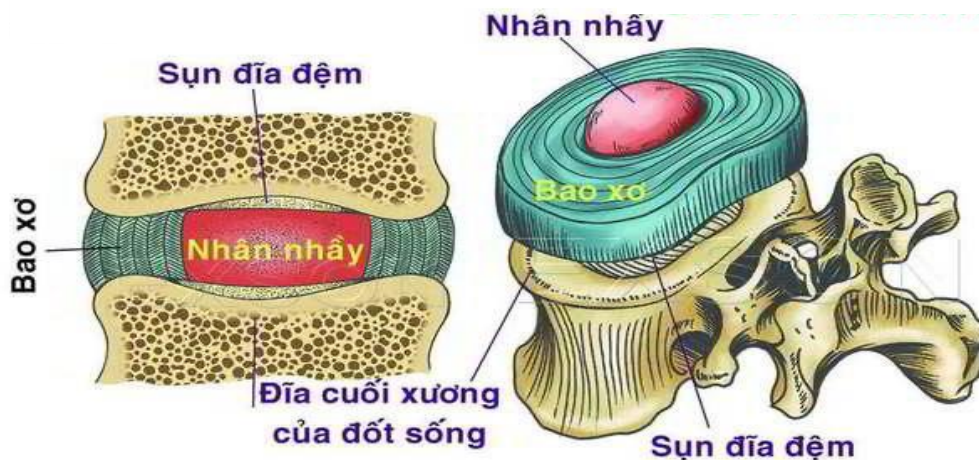
Xương cụt (coccyx) do 4 - 6 đốt sống cụt dính liền nhau tạo nên.[18],[21],[22]



Hình 1.2: Cấu trúc đốt cụt – cụt [20]

1.1.1.2. Cấu trúc mô mềm

Đĩa đệm cột sống lưng: đĩa đệm là bộ phận chính cùng với các dây chằng đảm bảo sự liên kết chặt chẽ giữa các thân đốt sống và đóng vai trò hấp thu chấn động. Chiều cao trung bình của đĩa đệm thắt lưng là 9 mm và chiều cao của đĩa đệm L4 - L5 là lớn nhất. Cấu trúc đĩa đệm bao gồm nhân nhầy, vòng sợi và mâm sụn cơ giới.[21],[22],[23]



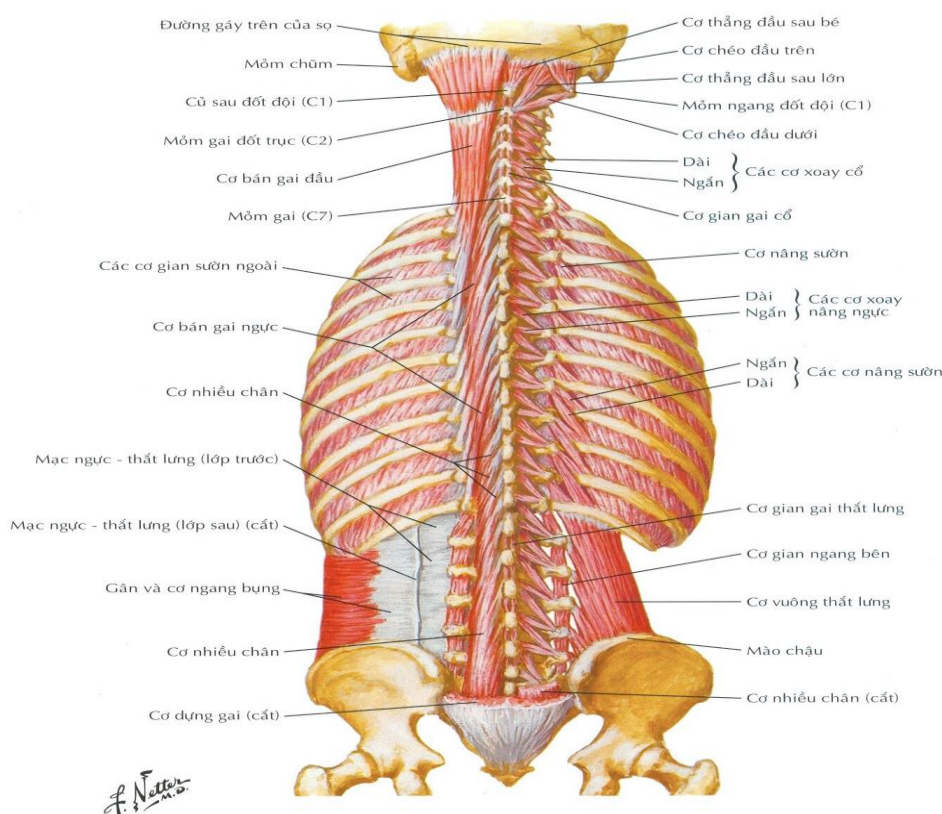
Hình 1.3: Cấu trúc đĩa đệm [23]

Các cơ được nối với các cột sống lưng có thể chia làm 4 nhóm dựa trên 4 nhiệm vụ: cúi lưng, uốn lưng, nghiêng người và quay mình. Động tác cúi và uốn người ra sau đòi hỏi sự phối hợp hoạt động của các cơ hai bên cơ thể

- Cơ dựng cột sống: duỗi thân, gập thân về phía sau và xoay thân cùng bên tại khớp cột sống. Nó nghiêng xương chậu về phía trước, xoay ngược bên xương chậu và nâng xương chậu cùng bên tại khớp thắt lưng cùng [7],[24],[25]

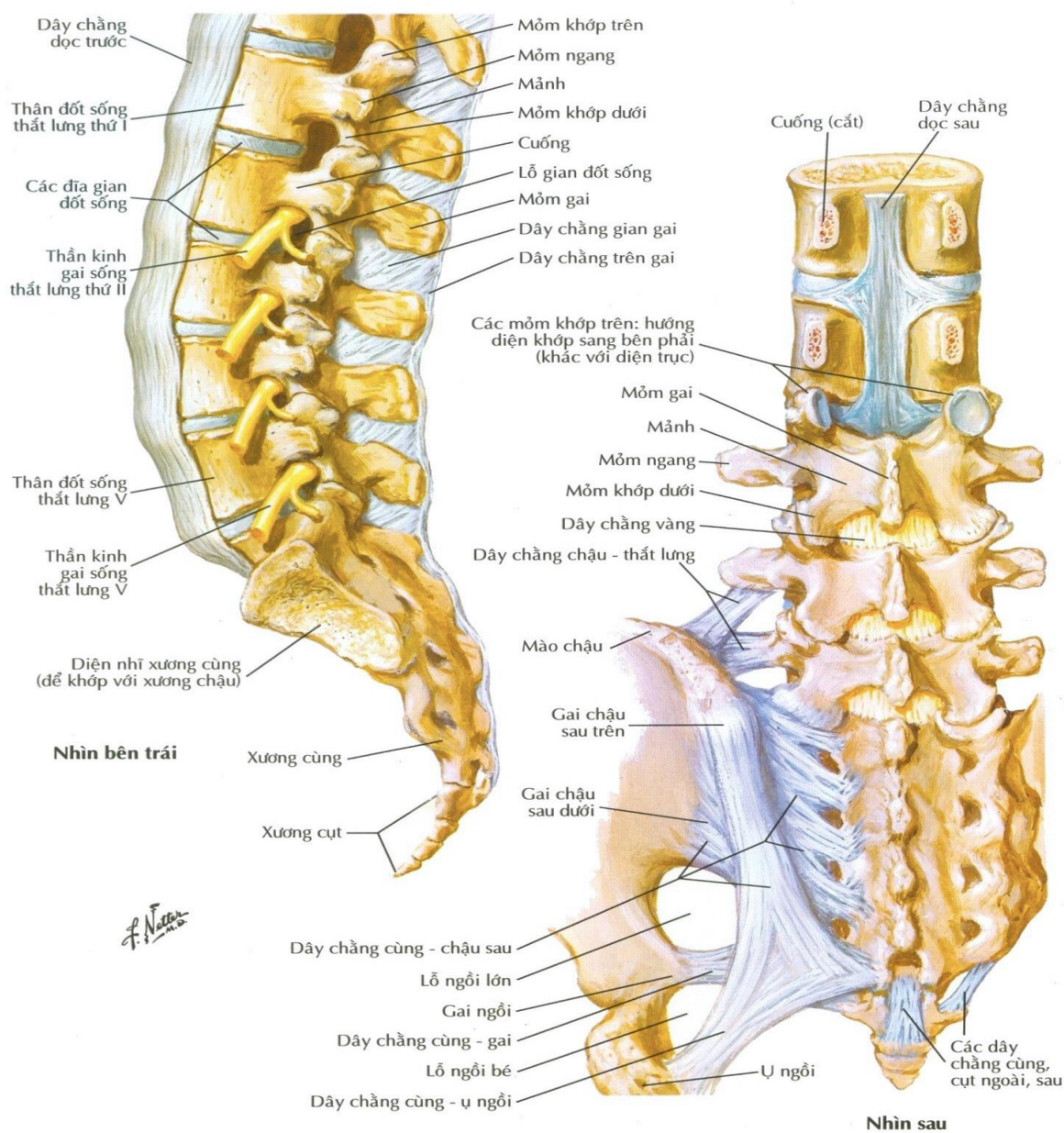
- Cơ gai ngang cột sống : duỗi thân, gập thân về sau và xoay thân ngược bên tại khớp cột sống. Nó cũng nghiêng chậu về phía trước và xoay xương chậu cùng bên và nâng xương chậu cùng bên tại khớp thắt lưng [7],[24],[25]

- Cơ vuông thắt lưng: nâng xương chậu cùng bên và nghiêng xương chậu về phía trước của khớp thắt lưng – cùng, kéo dài và gập bên thân ở khớp cột sống. Nó cũng làm nén xương sườn thứ 12 xuống tại khớp sườn – đốt sống.[7],[24],[26]



Hình 1.4: Các cơ vùng cột sống [20]

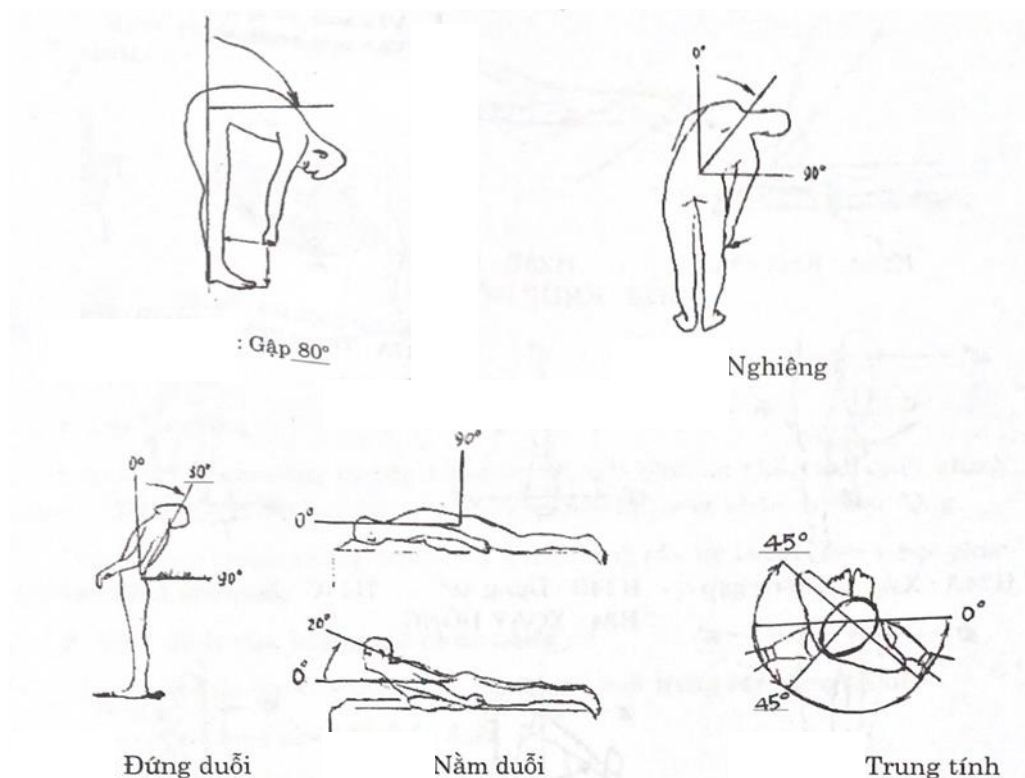
Có tất cả 9 loại dây chằng cùng với đĩa đệm đảm bảo sự liên kết chặt chẽ giữa các thân đốt sống. Nhiệm vụ các dây chằng là giữ các đốt sống lại với nhau để tạo cấu trúc trợ giúp cho sự cử động và hấp thu chấn động[7],[26]



Hình 1.5: Dây chằng vùng thắt lưng - chậu [20]

1.1.1.3. Chức năng vận động cột sống lưng

Cột sống thắt lưng có biên độ vận động rất lớn, nhất là động tác gập duỗi. Chức năng vận động bao gồm các động tác gập, duỗi, nghiêng bên, xoay thân. Gập (cúi ra trước) góc chủ động 80° , duỗi (ngửa ra sau) góc chủ động 30° , nghiêng bên góc chủ động 40° , xoay thân góc chủ động 45° [27]



Hình 1.6: Các động tác vận động cột sống lưng [20]

1.1.2. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của đau thần kinh hông to được biểu hiện bằng 2 hội chứng: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh.[1]

Hội chứng cột sống:

Đau cột sống thắt lưng: xuất hiện từ từ hoặc đột ngột, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng này

Co cơ cạnh sống

Các biến dạng cột sống: mất đường cong sinh lý và vẹo cột sống thắt lưng là thường gặp hơn cả. Có điểm đau cột sống và cạnh cột sống thắt lưng

Hạn chế tầm hoạt động cột sống thắt lưng: chủ yếu là hạn chế khả năng nghiêng về bên ngược với tư thế chống đau và khả năng cúi.

Hội chứng rễ thần kinh:

Đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa, đau tại 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 biểu hiện trên lâm sàng có khác nhau: Tổn thương rễ L4 đau đến khoeo chân; tổn thương rễ L5 đau lan tới mu bàn chân tận hết ở ngón chân

cái (ngón I); tổn thương rễ L5 đau lan tới lòng bàn chân (gan chân) tận hết ở ngón V (ngón út). Một số trường hợp không đau cột sống thắt lưng, chỉ đau dọc chân. Cường độ đau thay đổi tùy theo từng trường hợp, tính chất đau cơ học. Một số trường hợp có kèm theo dị cảm (kiến bò, kim châm). [26],[27]

Để xác định chính xác rễ nào bị xâm phạm : cần khám phản xạ, cảm giác, vận động, dinh dưỡng theo bảng

Bảng 1.1: Bảng phân loại tiết đoạn rễ xâm phạm

Rễ	Phản xạ gân xương	Cảm giác	Vận động	Teo cơ
L5	Phản xạ gân gót bình thường	Giảm hoặc mất phía ngón cái	Không đi được bằng gót chân	Nhóm cơ căng chân trước ngoài, các cơ mu bàn chân, cơ căng chân, cơ gan bàn chân
S1	Phản xạ gân gót giảm	Giảm hoặc mất phía ngón út	Không đi được bằng mũi chân	

Một số nghiệm pháp thường dùng (có giá trị chẩn đoán cao): hệ thống điểm đau Valleix, dấu hiệu bầm chuông, dấu hiệu Lasègue, phản xạ gân xương, trường hợp chèn ép nặng có teo cơ và rối loạn cơ tròn (chèn ép đuôi ngựa).[26],[28]

1.1.3. Cận lâm sàng

Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (Magnetic Resonance Imaging - MRI): là phương pháp hiện nay sử dụng phổ biến cho chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm thắt lưng và thắt lưng cùng. Phương pháp này cho phép chẩn đoán chính xác thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng từ 95 - 100%. Tuy nhiên đây vẫn là phương pháp chẩn đoán đắt tiền.

Chụp cắt lớp vi tính cột sống thắt lưng (CT.Scanner): phương pháp này có giá trị chẩn đoán cao với nhiều thể thoát vị đĩa đệm và chẩn đoán phân biệt đối với một số bệnh lý khác: hẹp ống sống, u tủy... với độ chính xác cao.

Chụp X - quang thường quy: trên phim X - quang đĩa đệm là phần không cản quang chỉ có thể đánh giá gián tiếp thông qua những thay đổi của khoang gian đốt sống và các đốt sống kế cận

Điện cơ đồ: phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh trong đau thần kinh tọa, bao gồm: đo thời gian tiềm vận động ngoại vi, tốc độ dẫn truyền của dây thần kinh (NCV: nerve conduction velocity) bao gồm tốc độ dẫn truyền vận động (MCV) và tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV), và thời gian tiềm của sóng F. [28], [29],[30],[31]

1.1.4. Điều trị

Điều trị đau thần kinh hông to kết hợp nhiều biện pháp khác nhau như nội khoa, y học cổ truyền, phẫu thuật, phục hồi chức năng, thay đổi lối sống. Cần quan tâm đến vấn đề tâm lý của bệnh nhân do lưng và tê bì kéo dài, mạn tính nên nhiều bệnh nhân có thể bị quan và trầm cảm. Nhiều trường hợp cần điều trị trầm cảm kết hợp, đặc biệt ở các bệnh nhân đau do yếu tố tâm lý.[27]

Điều trị theo nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân (thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng)

Giảm đau và phục hồi vận động nhanh.

Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa.

Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.

Đau thần kinh hông to do nguyên nhân ác tính: điều trị giải ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa.

1.1.5. Nội khoa

Là phương pháp nên áp dụng trước khi đặt vấn đề phẫu thuật trừ trường hợp phải phẫu thuật

Bất động trong thời kỳ cấp tính. Nằm giường cứng, tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu. Các bài tập tại giường

Dùng thuốc: các thuốc chống viêm giảm đau không steroid, thuốc an thần, giãn cơ, các vitamin nhóm B liều cao, thuốc giảm đau thần kinh. Trong các trường hợp đau nặng, xem xét chỉ định điều trị bằng corticoid và các phương pháp phong bế thần kinh. [1],[31],[32]

Phục hồi chức năng

Các kỹ thuật xoa bóp, di động mô mềm vùng thắt lưng và chân bị bệnh. Các bài tập vận động.

Các phương pháp vật lý trị liệu: nhiệt trị liệu, điện trị liệu, kéo giãn cột sống,

Các phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu: sóng cao tần (tạo hình đĩa đệm), phong bế cạnh cột sống thất lưng, phong bế rễ thần kinh ở khu vực lỗ ghép..

Đeo đai lưng hỗ trợ nhằm tránh quá tải trên đĩa đệm cột sống

Can thiệp thay đổi nhận thức – hành vi giúp bệnh nhân đối mặt và kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính của mình, tâm lý trị liệu khi bệnh nhân có rối loạn lo âu, căng thẳng, trầm cảm do tình trạng đau mạn tính gây nên.[28],[32]

1.1.6. Ngoại khoa

Các trường hợp điều trị nội khoa không có hiệu quả sau 3 tháng, kết hợp điều trị y học cổ truyền và phục hồi chức năng 6 tháng không có cải thiện nhiều cần xem xét chỉ định phẫu thuật. Đau dây thần kinh hông to có chỉ định mổ nếu có các dấu hiệu:

- Hội chứng đuôi ngựa: rối loạn đại tiểu tiện do rối loạn cơ tròn.
- Đau dây thần kinh hông to có liệt: giảm cơ lực của 1 hoặc nhiều cơ.
- Đau dây thần kinh hông to thể tăng đau (không đáp ứng với thuốc giảm đau bậc 3).
- Đau dây thần kinh hông to không đáp ứng với điều trị bảo tồn trong 4 - 12 tuần.
- Trượt đốt sống ra trước.
- Hẹp ống sống.

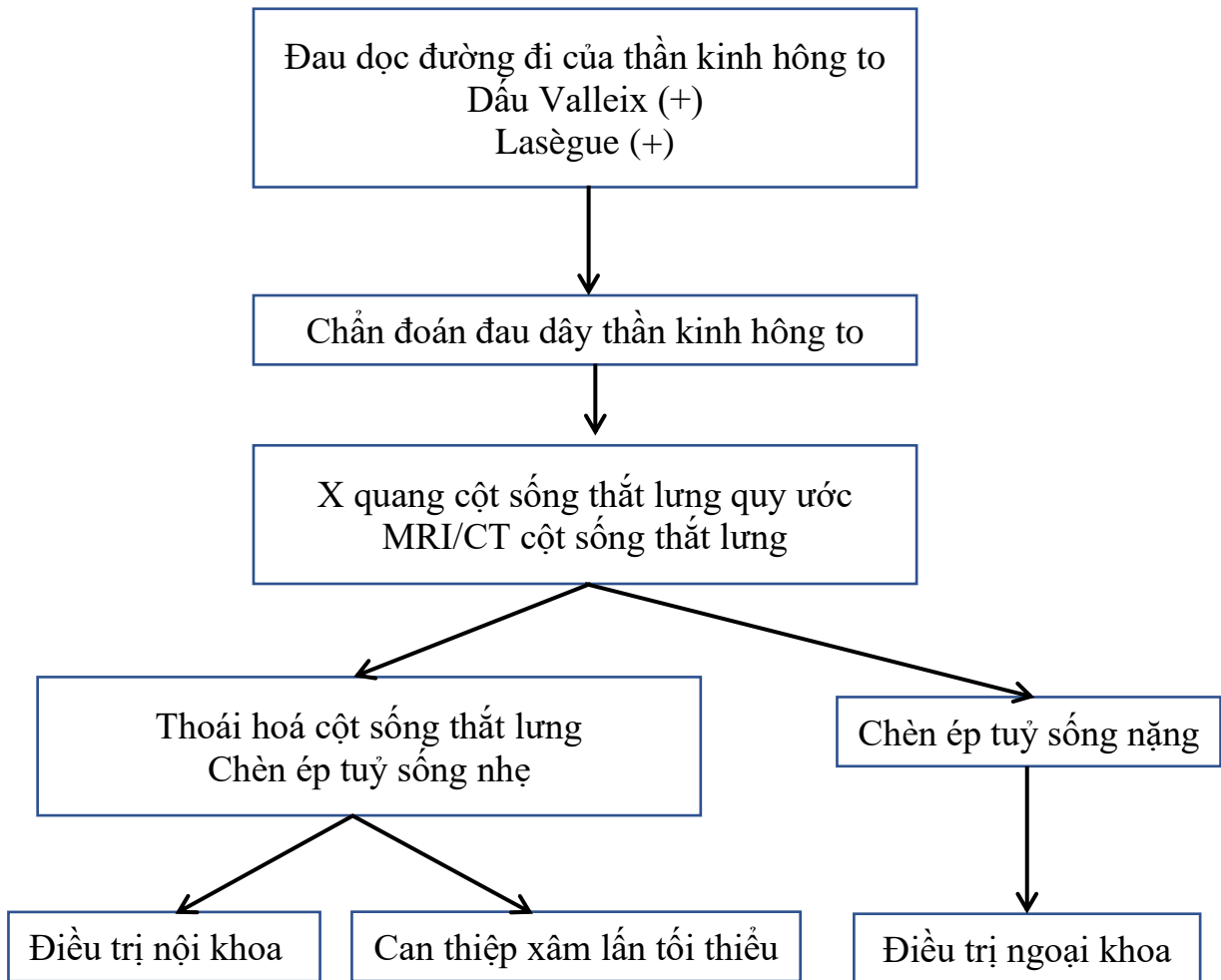
Tùy theo tình trạng thoát vị, trượt đốt sống hoặc u chèn ép cũng như điều kiện kỹ thuật cho phép mà sử dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau (nội soi, sóng cao tần, vi phẫu hoặc mổ hở, làm vững cột sống). Hai phương pháp phẫu thuật thường sử dụng:

- Phẫu thuật lấy nhân đệm: cắt bỏ một phần nhỏ đĩa đệm thoát vị gây chèn ép thần kinh. Chỉ định sau khi điều trị đau 03 tháng không kết quả. Trường hợp bệnh nhân đã có biến chứng hạn chế vận động và rối loạn cảm giác nặng, cần phẫu thuật sớm hơn.

- Phẫu thuật cắt cung sau đốt sống: chỉ định đối với đau thần kinh tọa do hẹp ống sống, phương pháp này làm cột sống mất vững và dễ tái phát.

- Trường hợp trượt đốt sống gây chèn ép thần kinh nặng: có định bằng phương pháp làm cứng đốt sống, nẹp vít cột sống. [2],[26],[28],[31],[32]

Tham khảo thêm bảng chẩn đoán điều trị đưa ra hướng xử lý đúng



Sơ đồ 1.1: Sơ đồ chẩn đoán và điều trị đau thần kinh hông to[16]

1.2. Đau thần kinh hông to theo y học cổ truyền

Đau dây thần kinh hông to là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra. Nhiễm trùng, nhiễm độc (đái đường, nhiễm độc chì) lạnh, thoái hoá cột sống, thoát vị đĩa đệm, khối u. Một cách tổng quát, do triệu chứng quan trọng nhất của bệnh là đau nên hội chứng đau của thần kinh hông to có thể được tìm hiểu thêm trong phạm trù của chứng tý hoặc thống. Cần chẩn đoán nguyên nhân bằng các phương tiện của y học hiện đại, khả năng điều trị của các phương pháp chữa bệnh y học cổ truyền tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra chứng đau dây thần kinh hông to, Do nguyên nhân cơ năng phục hồi tốt, do nguyên nhân thực thể thường kết quả ít, cần phải kết hợp hoặc gửi đi các chuyên khoa để chữa.[2],[36]

1.2.1. Bệnh danh

Đau thần kinh hông to được mô tả trong chứng tỳ của y học cổ truyền. Trong các y văn cổ như Hoàng đế nội kinh tố vấn đã mô tả với nhiều bệnh danh khác nhau như : Yêu cước thống. Toạ cốt phong. [33],[34],[35],[36]

1.2.2. Nguyên nhân

Ngoại nhân

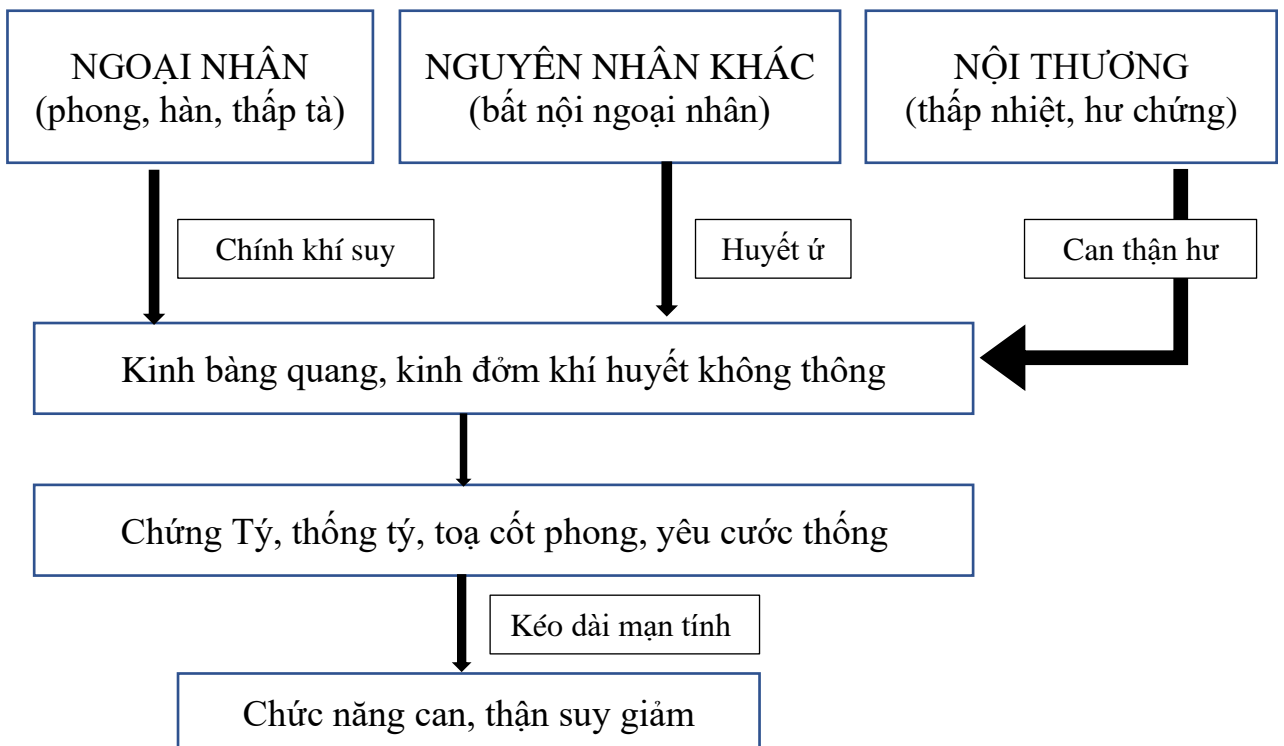
Do tà khí bên ngoài có thể thừa lúc tẩu lý sơ hở xâm nhập kinh túc thái dương bàng quang và kinh túc thiếu dương đờm gây nên bệnh. Do phong tà, hàn tà, thấp tà, mỗi tà khí có tính chất khác nhau nên khi gây bệnh sẽ có các triệu chứng khác nhau. Bệnh thường do ba tà khí phối hợp với nhau mà ra

Nội thương

Do chính khí hư yếu, rối loạn chức năng các tạng phủ nhất là tạng can và thận

Bất nội ngoại nhân

Do bê vác vật nặng sai tư thế, do bị sang chấn làm huyết ứ, khí trệ, dẫn tới bế tắc kinh khí của các kinh bàng quang, đờm... gây nên đau và hạn chế vận động. [2], [33],[34],[35],[36]



Sơ đồ 1.2: Sơ đồ nguyên nhân và cơ chế bệnh đau dây thần kinh hông to theo

YHCT

1.2.3. Các thể lâm sàng

Theo y học cổ truyền, Yêu cước thống được phân loại thành 4 thể: thể phong hàn, thể can thận hư, thể huyết ứ và thể thấp nhiệt.[35]

1.2.3.1. Thể phong hàn (hàn tý hay thống tý)

Triệu chứng: 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, chườm

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

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

Bài thuốc: Can khương thương truật linh phụ thang:

Châm cứu : Ôn điện châm các huyết, Nếu đau theo kinh bàng quang (đau kiểu rẽ S1): Giáp tích L4 - 5, L5 – S1, Thận du, Đại trường du, Dương quang, Thượng liêu, Trật biên, Thừa phủ, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn.

Nếu đau theo đường kinh đờm (đau kiểu rẽ L5): Giáp tích L4 – 5, 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 châm thêm Thừa phủ, Ân môn. Nếu đau cả hai kinh Bàng quang và kinh Đờm thì châm các huyết ở cả hai kinh.[33],[34],[35],[36]

1.2.3.2. Thể can thận hư (kết hợp phong hàn thấp tý)

Triệu chứng: Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát, thường kèm theo triệu chứng 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.

Pháp điều trị: Khu phong tán hàn trừ thấp, hoạt huyết, bổ can thận. Nếu teo cơ thêm các vị bổ khí huyết.

Bài thuốc: Độc hoạt tang ký sinh thang gia giảm

Châm cứu: Điện châm các huyết như thể trên [33],[34],[35],[36]

Thể thấp nhiệt

Triệu chứng: Đau có cảm giác nóng rát, đau nhức như kim châm, chân đau nóng hơn so với bên lành, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng hoặc dày, mạch sác.

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

Bài thuốc: Ý dĩ nhân thang hợp Nhị diệu tán gia giảm.

Châm cứu: Điện châm các huyệt như thể trên [35]

1.2.3.3. Thử huyết ứ

Triệu chứng: 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 sác.

Pháp điều trị: Hành khí hoạt huyết khứ ứ, thông kinh hoạt lạc,

Bài thuốc: Tử vật đào hồng gia vị

Châm cứu: Điện châm các huyệt như trên, thêm Huyết hải [2],[35],[36]

1.3. Một số các nghiên cứu về điều trị đau thần kinh hông to trên thế giới và việt nam

1.3.1. Thế giới

Theo Wang fenhua (2015), nghiên cứu lâm sàng thủ pháp trung y nắn chỉnh cột sống điều trị đau dây thần kinh toạ trên 74 bệnh nhân đạt 83,78% tốt và 16,22% khá. [37]

Theo Ni Lingyun (2019), nghiên cứu hiệu quả ứng dụng nắn chỉnh cột sống kết hợp châm cứu điều trị thoát vị đĩa đệm trên 60 bệnh nhân đạt 72,50% là tốt và 27,50% là khá.[38]

Theo Ziling Huang (2019), châm cứu có tác dụng trong việc làm giảm các triệu chứng đau chân cho bệnh nhân đau dây thần kinh hông to mãn tính, châm cứu an toàn trong điều trị đau dây thần kinh hông to mãn tính. [39]

Theo nghiên cứu của Zhu Li Guo (2008) có 86,67% nhóm kết hợp nắn chỉnh cột sống với 60% nhóm kết hợp bài tập đơn thuần về làm giảm cường độ đau, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ cải thiện. Kết luận nắn chỉnh cột sống cùng bài tập chức năng đáng tin cậy không có biến chứng nguy hiểm.[40]

Theo Valter Santilli (2006) nắn chỉnh cột sống có tác dụng giảm đau nhiều hơn so với các bài tập thường quy trong việc giảm đau đối với chứng đau lưng cấp tính và đau dây thần kinh hông to có lõi đĩa đệm. [41]

Theo Sidney M Rubinstein (2019) tác động cột sống có tác dụng tương tự và có phần nhỉnh hơn các nghiệm pháp được khuyến nghị cho chứng đau thắt lưng mạn tính, có ít nguy cơ nhỏ về cơ xương khớp có tính thoáng qua mức độ nghiêm trọng nhẹ nhưng bác sĩ lâm sàng vẫn nên thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ nhỏ này.[42]

Theo Xin Zhou (2022) So với xoa bóp thông thường thì việc kết hợp với tập thái cực quyền và xoa bóp có hiệu quả tốt trong việc giảm đau và cải thiện tình trạng tàn tật. Lựa chọn phối hợp có thể được coi là lựa chọn tiềm năng trong điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cao tuổi. [43]

1.3.2. Tại Việt Nam

Theo Bùi Đặng Minh Trí (2022) Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao.[44]

Theo Võ Văn Nho (2018) Đối với bệnh lý đĩa đệm đốt sống vùng thắt lưng đã có nhiều y văn đề cập như đau lưng và đau dây thần kinh tọa nhưng nguyên nhân chính đã được xác định rõ vào thế kỷ 20. [45]

Theo Nguyễn Văn Tuấn (2021) Điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng là phương pháp có hiệu quả trong điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm với kết quả tốt đạt 80%.[46]

Theo Nguyễn Văn Lực (2016) Xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc Thân thống trực ú thang có hiệu quả trên điều trị bệnh nhân đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm. Không phát hiện các tác dụng không mong muốn.[47]

Theo Nguyễn Thị Thu Hiền (2020) Sự kết hợp giữa phương pháp tác động cột sống và điện châm mang lại kết quả tốt là 78,33% và khá là 21,67%. Trong quá trình điều trị không phát hiện tác dụng không mong muốn. [48]

Theo Triệu Thị Thuỳ Linh (2015) Điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân đau thắt lưng kết quả đạt 88,68% và khá là 11,32% sau 14 ngày điều trị. Trong quá trình điều trị có xuất hiện một số tác dụng không mong muốn nhưng các dấu hiệu xuất hiện trong thời gian ngắn, mức độ nhẹ và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị. [49]

Theo Bùi Thị Nga (2022) Tỷ lệ bất thường trên cộng hưởng từ và điện cơ phù hợp với lâm sàng lần lượt là 66% và 74%. Có nhiều trường hợp tổn thương trên cộng hưởng từ không phù hợp với lâm sàng; điện cơ có vai trò quan trọng trong đánh giá về tổn thương. [50]

1.4. Tổng quan về nắn chỉnh cột sống, điện châm, hồng ngoại và xoa bóp bấm huyệt

1.4.1. Nắn chỉnh cột sống

Nắn chỉnh cột sống theo Trung y “Chỉnh cốt trị liệu” hay còn gọi là “Chỉnh cốt, Ấn cốt, Trị cốt ..v.v..”, có lịch sử tương đối lâu đời từ hơn 2000 năm trước. Văn kiện cổ nhất xuất hiện từ đời Thanh trong quyển “Kim tông kim quyết chỉnh cốt tâm phát yếu quyết” có ghi chép về bệnh nguyên, bệnh biến về tổn thương cột sống. Đến những năm 60 của thế kỷ 20 được chính phủ Trung Quốc phục hồi hiệu chỉnh và phát triển không ngừng đến nay thành một bộ môn khoa học độc lập. Nắn chỉnh cột sống là bộ môn ứng dụng khoa học kết hợp cả lý luận y học cổ truyền và khoa học của Tây y. Phương pháp kết hợp kỹ thuật nắn và điều chỉnh cột sống kết hợp với phương pháp hít thở nhằm mục đích điều trị nắn chỉnh là điều trị về bệnh lý, chăm sóc, phục hồi, duy trì và dưỡng sinh.[51]

Nắn chỉnh cột sống còn xuất phát nữa ở Châu Âu cùng thời điểm đó những năm của thế kỷ 11 đến thế kỷ thứ 15 là phương pháp “đi trên lưng”. Đến thế kỷ thứ 18 được các bác sĩ Châu Âu thành lập ra môn “chỉnh cốt” (bone setting). Nhưng lịch sử nắn chỉnh cột sống bắt đầu từ năm 1895 bởi bác sĩ Danial David Palmer và các học trò phát triển đến hiện nay.[7],[51]

1.4.1.1. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định:

Nắn chỉnh cột sống có hiệu quả điều trị tốt đối với các bệnh lý cột sống do chấn thương như thoái hoá cột sống, thoát vị đĩa đệm, một số bệnh liệt nửa người do chấn thương.... Một số bệnh nhân thậm chí có kết quả ngay lập tức. Ngoài ra còn có tác dụng chữa bệnh nhất định trong quá trình phục hồi chức năng đối với một số bệnh như tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, hội chứng chấn thương sọ não, suy giảm thị lực hoặc mù, điếc do các bệnh lý cột sống. Đối với thoái hoá cột sống cổ, chóng mặt sau chấn thương, hội chứng chấn thương sọ não, điếc tai và mắt, đau

và tê môi vai và cánh tay, và các triệu chứng khác chủ yếu ở đầu, mặt cổ và cánh tay, đối với những bệnh nhân rối loạn nhịp tim, đau thượng vị, đau thần kinh liên sườn, tiêu chảy... mà triệu chứng chính là ngực và bụng. Những bệnh nhân đau thắt lưng, tê nhức hai chi dưới và rối loạn đại tiểu tiện, bàng quang.

Chống chỉ định

Mặc dù phương pháp nắn chỉnh cột sống là phương pháp điều trị nội khoa hiệu quả, nhanh chóng, không đau, không tác dụng phụ, an toàn cao nhưng vẫn có một số thận trọng

Không để đói quá hay no quá, say rượu, mệt mỏi, suy nhược, phụ nữ có thai, thời kỳ kinh nguyệt...

Bệnh nhân suy tim, suy thận, suy gan nặng, xuất huyết não giai đoạn cấp, bệnh tim mạch vành, tăng huyết áp và tiểu đường chưa ổn định, hệ thần kinh không tự chủ nặng, rối loạn chức năng. Bệnh truyền nhiễm, bệnh da liễu, vết thương hở.

Bệnh nhân có xu hướng chảy máu, bệnh nhân mắc các bệnh về máu và rối loạn chức năng đông máu như bạch cầu, giảm tiểu cầu, lao ...

Bệnh lý tàn tật như biến dạng đốt sống, gãy xương cấp tính và chấn thương hở...

Các khối u tuỷ sống (bao gồm cả khối u lành tính và ác tính) khối u ác tính ở cột sống, khối u tuỷ sống, khối u tế bào khổng lồ, u nguyên bào xương, các bệnh lý khối u của cơ hoặc các mô mềm...

Bệnh nhân bị hẹp ống sống lớn hơn 1/3 tuỷ sống hoặc tụ máu tuỷ sống, viêm tuỷ sống, viêm ổ khớp, lao xương và các bệnh truyền nhiễm cột sống Trật khớp đốt sống, mức độ vượt xa phạm vi điều chỉnh bằng tay, cột sống có thiết bị cố định và thiết bị ổn định khác, tăng vận động khớp bẩm sinh, mất ổn định cột sống nghiêm trọng

Chống chỉ định hoàn toàn bệnh nhân tuỷ sống cấp tính và chẩn đoán chưa rõ ràng hoặc những bệnh nhân có các triệu chứng tổn thương tuỷ sống

Không sử dụng cho bệnh nhân ốm đau lâu ngày, bệnh nhân cực kỳ suy yếu hoặc sau phẫu thuật và người cao tuổi bị loãng xương nặng. [51][52]

1.4.1.2. Các bước tiến hành.

Bệnh nhân tư thế thoải mái

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, vùng điều trị, chuẩn bị tâm lý bệnh nhân thoải mái

- Kéo nắn là thao tác “ép” khớp ở cuối tầm vận động trượt cổ lên nhau theo tầm độ và hướng vận động bình thường của khớp; hoặc trượt lên nhau theo hướng trước - sau hoặc bên - bên.

- Có thể kéo nắn để giải phóng tắc nghẽn các khớp ở chi, cột sống.

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, theo dõi chấn thương và biến chứng có thể xảy ra. [51],[52]

1.4.2. Điện châm

1.4.2.1. Khái niệm

Châm cứu là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của Y học cổ truyền. Châm cứu là một bộ phận quan trọng trong cả hệ thống y học dân tộc cổ truyền phương Đông nói chung và Y học cổ truyền Việt Nam nói riêng. Mục đích của châm cứu nhằm tạo ra một kích thích vào huyết để tạo nên trạng thái sinh lý, để loại trừ bệnh tật, đưa cơ thể trở lại hoạt động của chức năng bình thường. [53],[54]

Điện châm tức là dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, các tổ chức, làm tăng cường sự dinh dưỡng của các tổ chức, đưa trạng thái của cơ thể trở về thăng bằng ổn định qua các kim đã châm trên kinh huyết. Hiện nay chúng ta thường dùng một máy điện châm với dòng điện xoay chiều: cường độ kích thích từ 40 đến 250 micro ampe, tần số kích thích từ 2 đến 60 Hz. [53][54]

1.4.2.2. Tác dụng theo Y học hiện đại

Qua các công trình nghiên cứu trên lâm sàng và thực nghiệm hiện tại chưa thể nói một cách chính xác và khoa học về cơ chế tác dụng của phương pháp chữa bệnh bằng châm cứu. Có rất nhiều giả thuyết về cơ chế của châm cứu được bàn tới.

Cơ chế thể dịch : Miarke (Pháp), Tokieda (Nhật)

Cơ chế thay đổi quá trình điện sinh vật: Delafuje, Niboyet (Pháp), Pathibiakin (Liên Xô), Okmoto (Nhật)

Cơ chế thay đổi các chất trung gian hoá học đặc biệt là Histamin: Martiny (Pháp)

Cơ chế thần kinh phản xạ: Chu Liễu và nhiều tác giả Trung Quốc, Vogralic, Kassin (Liên Xô), Felixmann (Anh), J. Bossy (Pháp)

Cơ chế kiểm soát : P. Wall và R. Melzak (1965)

Cơ chế thần kinh, thể dịch, nội tiết: đặc biệt là B. Endorphine (giải thưởng nobel về y học 1977), Promeran Z.B. (Canada)[53]

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm cứu với tác dụng của dòng điện qua một máy điện châm thay cho thủ pháp vê tay. Kích thích của dòng điện có tác dụng làm dịu cơn đau, kích thích hoạt động các cơ, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức. [54],[55]

1.4.2.3. Tác dụng theo Y học cổ truyền

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

Bệnh tật sinh ra do nguyên nhân bên ngoài gọi là ngoại tà (tà khí) hay từ bên trong do thất tình (tình trí hay chính khí hư) đưa đến sự bế tắc vận hành khí huyết trong đường kinh. Bệnh tật phát sinh làm rối loạn bình thường của hệ kinh lạc và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc

Nguyên tắc điều trị chung cũng ứng dụng cho châm cứu như bát cương (điều hoà âm dương). Cụ thể trong điều trị bằng châm cứu nhiệt thì châm, hàn thì cứu, hư thì bổ, thực thì tả..

Đường kinh ứng dụng trong châm cứu đều mang tên một tạng hoặc một phủ nhất định. Khi tạng phủ có bệnh thì đều có những biểu hiện thay đổi biểu lý của nó. Khi châm cứu, người ta tác dụng vào các huyết trên kinh mạch đó để điều chỉnh các chức năng, điều trị chứng bế (tắc) của kinh mạch.[33],[34],[54]

1.4.2.4. Chỉ định và chống chỉ định

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

Chống chỉ định: Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai. Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da. Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa.[53],[54],[56]

1.4.2.5. Liệu trình điện châm

Thủ thuật:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Liệu trình: Châm ngày 1 lần, thời gian 25- 30 phút/lần [57]

1.4.3. Hồng ngoại

Tia hồng ngoại là hồng ngoại nguồn nhân tạo do các loại đèn hồng ngoại phát ra có công xuất khác nhau. tác dụng dụng chủ yếu là nhiệt nóng.

1.4.3.1. Chỉ định, chống chỉ định, các bước tiến hành và liệu trình

Chỉ định: Giảm đau, giãn cơ, tăng cường lưu thông máu, ngoại vi, chống viêm mạn tính, sưng ấm

Chống chỉ định: Vùng da vô mạch, mất cảm giác, các bệnh ngoài da cấp tính.

Các bước tiến hành:

- Bước 1: Giải thích bệnh nhân, bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị, chọn tư thế thuận lợi.

- Bước 2: Chiếu đèn theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian)

- Bước 3: Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, tắt đèn, ghi chép hồ sơ.

Liệu trình: chiếu đèn ngày 1 lần, thời gian 20 phút/ lần. [58]

1.4.4. Xoa bóp bấm huyệt

Xoa bóp bấm huyệt là phương pháp tác động lên huyệt nhưng không xuyên da, không chảy máu nên chỉ định được bấm huyệt rất rộng rãi. Tuy nhiên cũng cần nắm vững lý luận của y học phương đông về bệnh lý, kinh lạc và về xoa bóp mới đạt kết quả cao được.

1.4.4.1. Tác dụng

Xoa bóp bấm huyệt có tác dụng với tất cả hệ thống cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể

Da và mô mỡ liên kết với da: bấm huyệt có khả năng tăng cường quá trình hô hấp, dinh dưỡng, thải trừ chất cặn bã do tác dụng của phản xạ vận mạch và sự điều hoà tại chỗ của các nhánh thần kinh.

Thần kinh: bấm huyệt giúp thành lập được cung phản xạ mới có khả năng hưng phấn được, khả năng thay thế các noron không bị tổn thương, khoẻ mạnh cho các noron đã bị tổn thương.

Hệ cơ, gân, khớp: xoa bóp bấm huyệt giúp tăng cường nuôi dưỡng, hồi phục các cơ bị mệt mỏi, chống co cứng, phù nề, nâng cao khả năng làm việc của cơ, đồng thời tác dụng tới quá trình tiết dịch và tuần hoàn của khớp, chống viêm, sưng nề tại ổ khớp, góp phần phục hồi chức năng vận động của khớp.

Hệ tiêu hoá: có tác dụng điều hoà nhu động ruột và tiết dịch dạ dày, ruột

Tăng tốc độ và lượng máu tuần hoàn, tăng cường quá trình trao đổi qua màng tế bào.

1.4.4.2. Chỉ định, chống chỉ định, thực hiện và liệu trình.

Chỉ định: Làm giãn cơ, giảm đau, Kích thích hoặc làm êm dịu hệ thần kinh, điều trị dính các mô, cải thiện tuần hoàn, tăng bài tiết các chất cặn bã.

Chống chỉ định: Viêm nhiễm cấp tính, viêm tắc tĩnh mạch, các khối u. Các bệnh ngoài da.

Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng chân, lưng.
- Bấm tả các huyệt bên đau

Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

[58],[59]

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Phương pháp nắn chỉnh

Phương pháp nắn chỉnh cột sống áp dụng kỹ thuật của Guo Zhangqing (2021) trình bày trong quyển “Liệu pháp Chỉnh cột Trung y kỹ năng nâng cao trong lâm sàng” tại Nhà xuất bản khoa học và công nghệ Trung y [51] được gồm 2 bước:

Bước 1 : Điều cân chỉ thống, thời gian 15 phút

Sử dụng các thủ pháp như lăn, bấm huyết và điểm huyết tại vùng thắt lưng và đường đi của Đốc mạch và Bàng quang kinh

Bước 2: Xung giải chỉnh phục, thời gian 5 phút

Động tác 1: Kéo chỉnh thắt lưng tư thế nằm nghiêng

Động tác 2: Kéo chỉnh thắt lưng tư thế nằm thẳng

Động tác 3: Kéo chỉnh thắt lưng tư thế nằm sấp

Thời gian mỗi lần nắn chỉnh 20 phút, mỗi ngày một lần, liệu trình 15 ngày

Công thức huyết điều trị

Áp dụng theo công thức huyết điều trị đau thần kinh hông to của Guo Zhangqing trình bày :

Nhóm huyết vùng lưng: Giáp tích L3-S1, Thận du, Đại trường du, Tiểu trường du, Bát liêu huyết

Nhóm huyết theo đường đi của mạch Đốc và Bàng quang kinh tùy theo vị trí tổn thương trên bệnh nhân trên lâm sàng.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

Máy điện châm M8 do trung tâm đào tạo, ứng dụng châm cứu Việt Nam sản xuất (E= 6v, chạy bằng pin).

Kim châm cứu bằng thép không gỉ, dài 5cm-10cm, đường kính 0,25mm, đầu nhọn, xuất xứ hãng Đông Á, Việt Nam, dùng một lần.

Đèn hồng ngoại: Đèn gù/ Shade lamp, sản xuất tại công ty TNE, QL1K-P. Linh Xuân- Quận Thủ Đức – TP HCM.

Pank, khay hạt đậu, bông, cùn 70⁰, hộp chống shock.

Thước đo độ giãn cột sống thắt lưng, thước đo độ đau VAS (phụ lục II), thước đo tâm vận động CSTL, bộ câu hỏi Oswestry (phụ lục IV).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau lưng do đau thần kinh hông to điều trị tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh và khoa Phục hồi chức năng, Y học cổ truyền Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHD.

Tuổi từ 38-70 được chẩn đoán là đau lưng do đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng, không phân biệt giới tính và nghề nghiệp.

Lâm sàng: Lâm sàng người bệnh có 2 hội chứng: Hội chứng cột sống thắt lưng và Hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng. [58]

Có thời gian đau tối thiểu 07 ngày tính từ thời điểm khởi phát cơn đau đầu tiên đến khi tham gia nghiên cứu với mức độ đau được đánh giá theo thang điểm đau VAS tại ngưỡng đau vừa từ 4 đến dưới 7

Cận lâm sàng: Chụp X quang, chụp MRI cột sống thắt lưng có hình ảnh THCSTL, TVĐĐ CSTL với các mức độ như: Xquang quy ước có một hoặc nhiều hình ảnh tân tạo xương (gai xương, chồi xương), đặc xương dưới sụn. MRI có hình ảnh THCSTL, phình đĩa đệm, lõm đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm, trượt đĩa đệm độ < I, hẹp khe, hẹp các lỗ tiếp hợp.[17][21]

Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ nguyên tắc quy trình điều trị

Không dùng thuốc giảm đau chống viêm hoặc đã dùng dùng thuốc giảm đau chống viêm trước tham gia nghiên cứu 1-3 ngày.[60]

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Bệnh nhân được chẩn đoán là Yêu cước thống thuộc thể bệnh phong hàn thấp kết hợp can thận hư theo YHCT [33],[34],[60]

Bảng 2.1: Bảng tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

Thể	Phong hàn thấp – can thận hư
Vọng	Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, đau nhiều có thể teo cơ, bệnh kéo dài, hạn chế vận động, đau có thể một bên hoặc 2 bên cột sống, cơ cột sống không đỏ,
Vấn	Tiếng nói, hơi thở bình thường. Không mùi, không ho, không đờm.
Vấn	Đau xảy ra đột ngột khi bị lạnh, mưa ẩm thấp, ù tai ho hắt hơi đau tăng, ngủ ít, gối mỏi.
Thiết	Co cứng, ấn có điểm đau chói, Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Hội chứng đuôi ngựa hoặc liệt hai chi dưới có chỉ định phẫu thuật

Bệnh viêm cột sống dính khớp, Kahler, lao cột sống, ung thư nguyên phát, thứ phát, bệnh nhân loãng xương typ I, typ II.

Các chấn thương gây xẹp lún, gãy cung sau

Bệnh nhân đang điều trị các bệnh lý viêm cấp tính, nghiện rượu, nghiện ma túy, tâm thần, bệnh nhân mang thai.

Bệnh nhân có bệnh lý nặng kèm theo suy tim, suy thận độ III (chống chỉ định và không đủ sức khỏe)

Bệnh nhân không tuân thủ nguyên tắc điều trị và luyện tập, tự dùng thuốc hoặc bỏ điều trị từ 2 ngày trở lên. [56]

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu chọn cỡ mẫu có chủ đích, phương pháp ghép cặp phân bố tương đồng về tuổi, giới, mức độ tổn thương cho 2 nhóm chứng và nghiên cứu. Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu là công thức cỡ mẫu cho hai nhóm đối tượng [64]

$$n_1 = n_2 = Z^2(\alpha, \beta) \frac{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}{(p_1-p_2)^2}$$

Trong đó :

n_1 : Cỡ mẫu của nhóm NC

n_2 : Cỡ mẫu của nhóm ĐC

p_1 : Tỷ lệ khỏi, đỡ của nhóm nghiên cứu (mong muốn $p_1 = 0,85$)

p_2 : Ước lượng tỷ lệ khỏi, đỡ của nhóm chứng những nghiên cứu trước
($p_2 = 0,5$)

α : Sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$

β : Sai lầm loại 2, chọn $\beta = 0,2$

Z : Là chỉ số thu được từ bảng Z

Thay vào công thức tính cỡ mẫu ta được $n_1 = n_2 = 24,19$

Chọn $n_1 = n_2 = 30$ bệnh nhân

Như vậy chúng ta cần lấy 60 bệnh nhân, chia thành 2 nhóm với $n = 30$.

2.3.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước- sau điều trị và có đối chứng.

Nhóm NC ($n = 30$): Nắn chỉnh cột sống và Hồng ngoại, Điện châm

Nhóm ĐC ($n = 30$): Xoa bóp bấm huyệt và Hồng ngoại, Điện châm

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được can thiệp bằng phương pháp điều trị tương ứng trong 15 ngày liên tục. Hiệu quả điều trị của phương pháp được đánh giá thông qua việc so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm: trước nghiên cứu (D_0), ngày điều trị thứ 5 (D_5), ngày điều trị thứ 10 (D_{10}) và ngày điều trị thứ 15 (D_{15}).

2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi tác : Được tính theo năm dương lịch, phân theo nhóm tuổi thu thập từ 38 – 70 tuổi

Nghề nghiệp: chia làm hai nhóm lao động nặng và lao động nhẹ. Lao động nặng bao gồm công nhân, nông dân, xây dựng... xu hướng làm bằng tay chân Lao động nhẹ như bác sỹ, văn phòng, nội trợ, giáo viên... xu hướng làm thiên về đầu óc. Đối với bệnh nhân hưu trí thì nghề nghiệp được phân nhóm theo nghề mà bệnh nhân có thời gian làm việc dài nhất trong đó.

Thời gian mắc bệnh: Được tính từ thời điểm khởi phát triệu chứng của bệnh nhân đau dây thần kinh toạ đến thời điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu dưới 1 tháng, 1-3 tháng, từ 3-6 tháng và hơn 6 tháng.

Hoàn cảnh khởi phát bệnh: Được tính theo thời điểm bệnh nhân xuất hiện triệu chứng như xuất hiện tự nhiên, sau chấn thương nào đó, sau một tư thế sai.

2.3.3.2. Các triệu chứng lâm sàng theo YHHD trước và sau điều trị

Các triệu chứng lâm sàng được thu thập vào các thời điểm D₀, D₅, D₁₀ và D₁₅ được đánh giá theo các nghiệm pháp, thang điểm :

Mức độ đau theo thang điểm VAS

Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)

Mức độ chèn ép rễ thần kinh (Lasegue)

Tầm vận động cột sống thắt lưng (gập, duỗi, nghiêng, xoay)

Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (ODI) (phụ lục)

2.3.3.3. Các triệu chứng theo YHCT

Đánh giá theo tứ chẩn của y học cổ truyền thể Phong hàn thấp kết hợp can thận hư vào các thời điểm D₀, D₅, D₁₀ và D₁₅ với các triệu chứng:

Xuất hiện đột ngột, sau khi bị lạnh, mưa ẩm thấp, điểm đau chói, gối mỏi, ngủ ít, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, mạch trầm nhược.

2.3.3.4. Các chỉ số cận lâm sàng trước điều trị

Theo phim Xquang có một hoặc nhiều hình ảnh tân tạo xương (gai xương, chồi xương), đặc xương dưới sụn, hẹp khe, hẹp các lỗ tiếp hợp

Trên phim MRI hình ảnh THCSTL, mức độ và vị trí thoát vị (phình, hẹp, trượt, xẹp..)

2.3.3.5. Tác dụng không mong muốn và yếu tố liên quan trong quá trình điều trị

- Tác dụng không mong muốn như : Nắn chỉnh cột sống: tổn thương cột sống, tổn thương phần mềm cạnh sống. Châm cứu: vụng châm, chảy máu, nhiễm trùng vị trí châm. Xoa bóp: đau tăng, tổn thương phần mềm cạnh sống. Hồng ngoại: bỏng

- Yếu tố liên quan đến kết quả điều trị : tuổi tác, nghề nghiệp, tầm vận động, thời gian và vị trí mắc bệnh

2.3.4. Quy trình thực hiện nghiên cứu

Bước 1: Khám lâm sàng chọn lọc 60 bệnh nhân được chẩn đoán là đau dây thần kinh hông to theo đúng đủ tiêu chuẩn về YHHD và YHCT, tuổi 38 – 70 , chia thành 2 nhóm đảm bảo tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và mức độ đau.

Bước 2: làm các xét nghiệm cơ bản trước điều trị, MRI hoặc Xquang thường quy, đo mật độ xương.

Bước 3: Áp dụng phương pháp điều trị với từng nhóm

- Nhóm nghiên cứu (Nhóm NC): với phác đồ điều trị là: Nắn chỉnh cột sống, Hồng ngoại, Điện châm, một liệu trình kéo dài khoảng 60 phút/ ngày

- Nhóm đối chứng (Nhóm ĐC): với phác đồ điều trị là: Xoa bóp bấm huyệt, Hồng ngoại, Điện châm, một liệu trình kéo dài khoảng 60 phút/ ngày

- Liệu trình cho cả 2 nhóm là 15 ngày

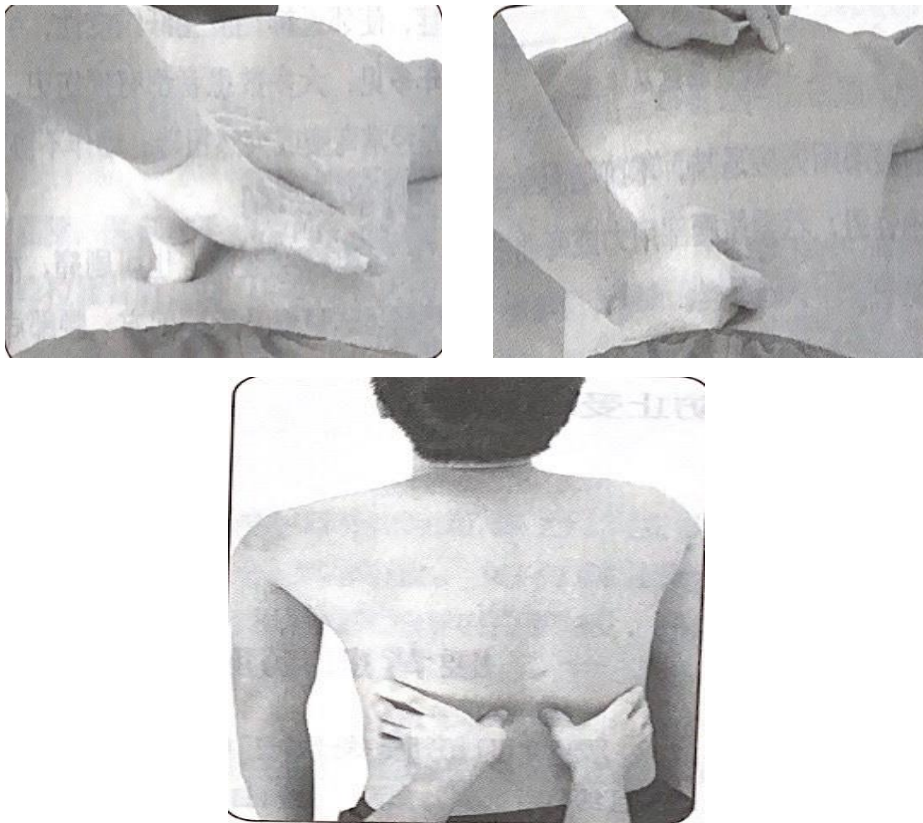
Quy trình nắn chỉnh cột sống bệnh đau dây thần kinh hông to.

Bước 1: Điều cân chỉ thống

Lăn pháp : dùng thủ pháp lăn vùng thắt lưng khoảng 5phút.

Điêm các huyệt du ở thắt lưng thận du, đại trường du, tiểu trường du và bát liêu huyệt 1 phút và đường đi 2 kinh đốc mạch và bàng quang kinh 3 – 5 lượt.

Bấm huyệt như trên và các huyệt giáp tích vùng thắt lưng 3 phút.



Hình 2.1: Thủ pháp điều cân chỉ thống trong nắn chỉnh cột sống. [51]

Bước 2: Xung giải chỉnh phục

Động tác 1: bệnh nhân tư thế nằm nghiêng sang bên với chi bị đau lên trên, đầu gối và hông co lại, chi lành nằm ở dưới, duỗi thẳng tự nhiên và thắt lưng phải được thả lỏng, bác sĩ đứng đối diện với bệnh nhân dùng tay ấn vào phía trước của vai, đồng thời dùng tay kia ấn cùi chỏ vào mông bệnh nhân, đồng thời dùng hai tay tác động lực ngược chiều nhau, lòng bàn tay đẩy vai về phía trước và khuỷu tay đẩy hông và hông trở lại, để thắt lưng của bệnh nhân có thể bị vặn một cách thụ động.



Hình 2.2: Kéo chỉnh thắt lưng tư thế nghiêng. [51]

Động tác 2: Bệnh nhân tư thế nằm ngửa, giữ nguyên hai chi dưới, gập gối và hông tự nhiên, bác sĩ dùng hai tay ấn vào hai khớp gối lần lượt, một tay ấn khớp gối bệnh nhân, tay kia ấn khớp cổ chân, cả hai tay làm việc cùng nhau và lái theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược chiều kim đồng hồ, chuyển động bập bênh theo hướng tay bác sĩ



Hình 2.3: Kéo chỉnh thắt lưng tư thế thẳng. [51]

Động tác 3: Bệnh nhân tư thế nằm ngửa duỗi thẳng hai chi dưới tự nhiên, bác sĩ đứng bên cạnh bên đau, bác sĩ một tay ấn vào giữa thắt lưng của bệnh nhân, một tay đưa qua mặt trước của đùi của chi bên đau, giữ chi dưới lắc theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược chiều kim đồng hồ, đồng thời tạo áp lực thích hợp bằng tay còn lại vào thắt lưng



Hình 2.4: Kéo chỉnh thắt lưng tư thế sấp. [51]

Quy trình châm cứu

Phác đồ điện châm theo phác đồ của Bộ Y tế (phụ lục V)

Giáp tích L3-S1	Đại trường du (UB 25)	Thứ liệu (UB 32)
Hoàn khiêu (GB 23)	Thừa phù (UB36)	Trật biên (UB 54)
Uỷ trung (UB40)	Dương lăng tuyền (GB 34)	Thừa sơn (UB 57)
Côn lân (UB 60)	A thị huyết	

- Nếu có kèm can thận hư: châm bổ các huyết

Thận du (UB 23)	Tam âm giao (Sp 6)
-----------------	--------------------

+ Châm đắc khí các huyết, sử dụng phương pháp châm tả bằng điện châm tần số 5-10 Hz, châm bổ với tần số 0,5 – 4 Hz, điều chỉnh cường độ châm phù hợp châm với bệnh nhân, thời gian lưu kim là 30 phút, điện châm 01 lần/ ngày.

Quy trình xoa bóp bấm huyết

- Sử dụng thủ pháp: xát, xoa, lăn, day, vòn, bóp, đấm, chắt, bấm huyết, vận động theo phác đồ Bộ Y tế (phụ lục VI)

- Liệu trình: 20 phút/ lần/ ngày, trong hết đợt điều trị.
- Bấm tả các huyệt bên đầu: Giáp tích, Đại trường du, Thứ liêu, Trật biên, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn, Khâu khư, Dương lăng tuyền, Huyền chung

Quy trình chiếu đèn Hồng ngoại

Các bước tiến hành :

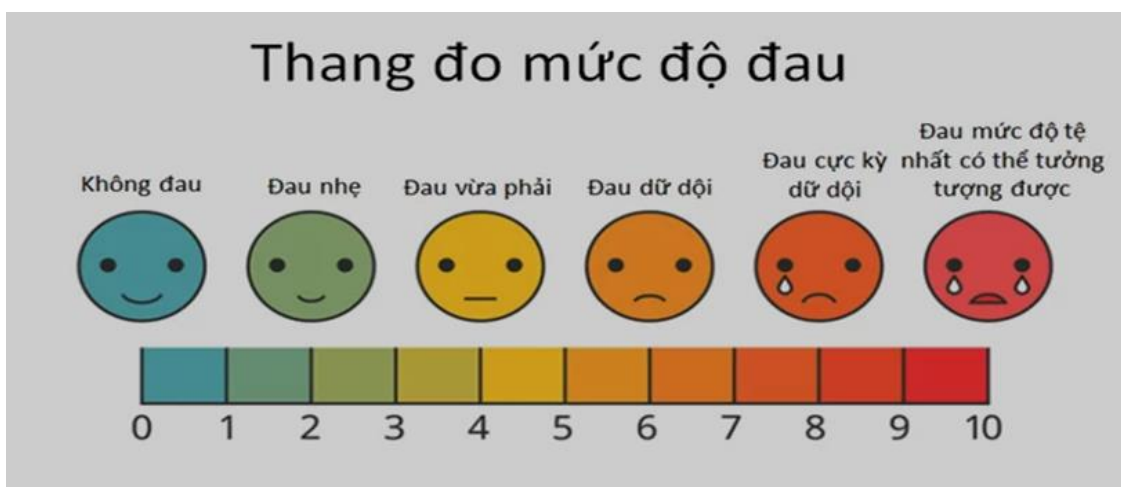
- Bước 1: Giải thích bệnh nhân, bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị, chọn tư thế thuận lợi.
- Bước 2: Chiếu đèn theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian)
- Bước 3: Kiểm tra vùng điều trị , thăm hỏi người bệnh, tắt đèn, ghi chép hồ sơ.

Liệu trình: chiếu đèn ngày 1 lần, thời gian 20 phút/ lần. [58]

2.3.5. Phương pháp lượng giá kết quả điều trị

2.3.5.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau của bệnh nhân trước và sau điều trị theo thang điểm VAS

Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) được chia làm 5 mức độ từ 0 – 4, trên thang VASS được chia làm 10 đoạn bằng nhau bằng 11 điểm đó là 0 đến 10 tương đương với hoàn toàn không đau tới đau không thể chịu được có thể choáng ngất (phụ lục II). Thang điểm đánh giá mức độ đau chủ quan của bệnh nhân lúc vào viện (D0) và sau điều trị (D5, D10, D15)



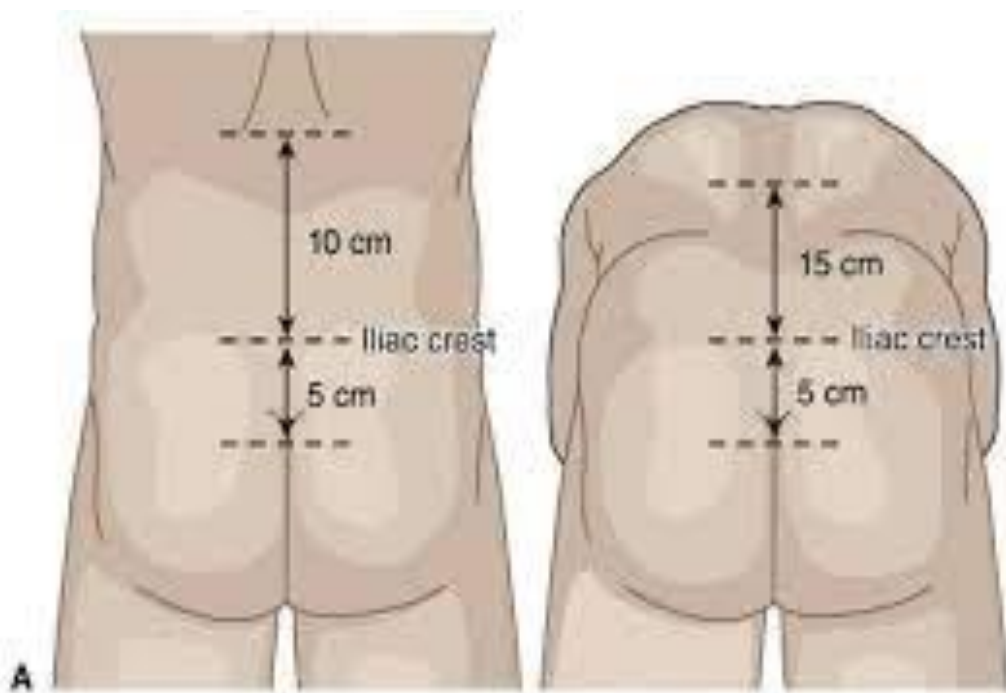
Hình 2.5: Thang điểm mức độ đau (phụ lục II)

Bảng 2.2: Bảng đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm quy đổi
VAS= 0	Không đau	0
$1 \leq VAS \leq 3$	Đau nhẹ	1
$4 \leq VAS \leq 6$	Đau vừa	2
$7 \leq VAS \leq 9$	Đau nặng	3

2.3.5.2. Đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schober) của bệnh nhân trước và sau điều trị

Độ giãn CSTL được chia làm 4 mức độ, được tính là 0 -3

**Hình 2.6: Nghiệm pháp Schober [61]**

Cách thực hiện:

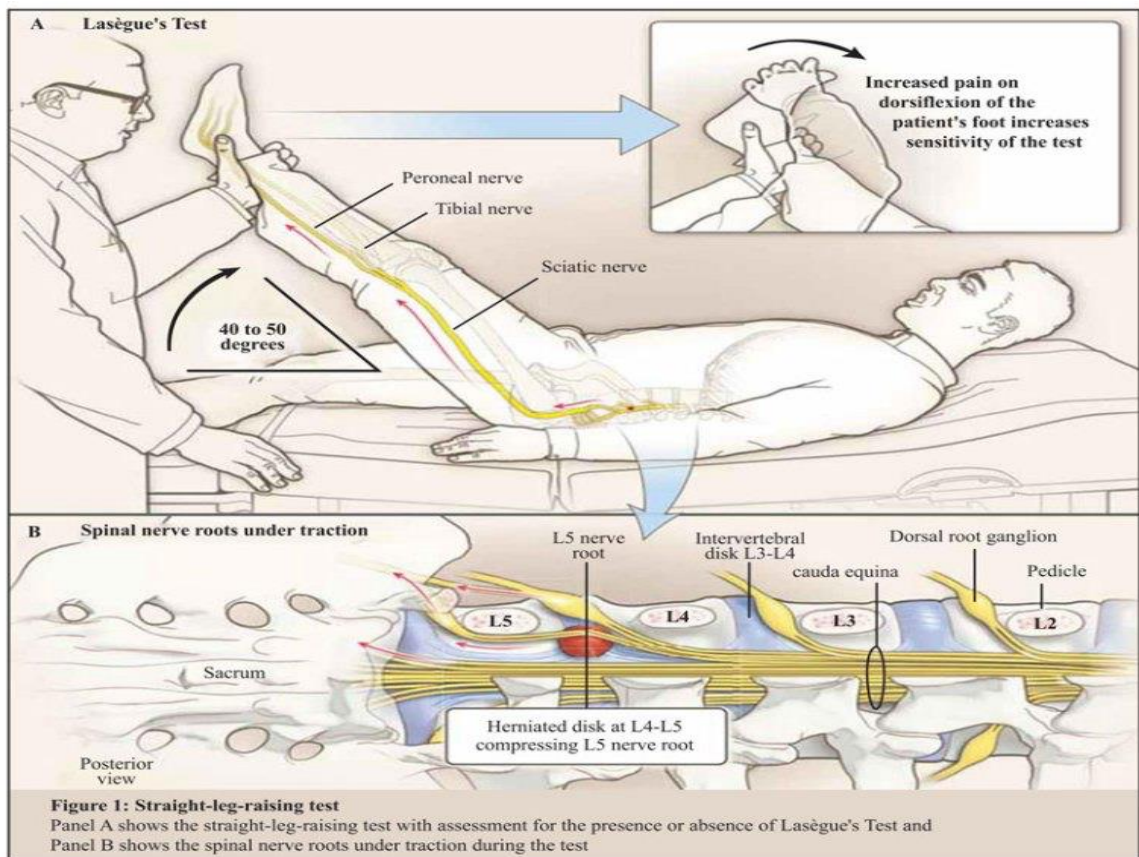
Bệnh nhân đứng thẳng tư thế zero, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở rộng tạo thành một góc 60° . Đánh dấu hai điểm, một điểm là bờ trên đốt sống S1 và điểm thứ 2 đo lên theo cột sống 1 đoạn 10 cm và đánh dấu ở tại đó. Bình thường khoảng cách (d) đó được cho là 14/10 – 16/10 cm

Bảng 2.3: Bảng đánh giá phân loại độ giãn cột sống thắt lưng

Nghiệm pháp Schober	Đánh giá
$14/10 \leq d$	0 điểm
$13/10 < d < 14/10$	1 điểm
$12/10 \leq d \leq 13/10$	2 điểm
$d < 12/10$	3 điểm

2.3.5.3. Dấu hiệu Lasègue của bệnh nhân trước và sau điều trị

Dấu hiệu Lasègue được chia làm 4 mức độ từ 0-3



Hình 2.7: Dấu hiệu Lasègue. [62]

Cách thực hiện

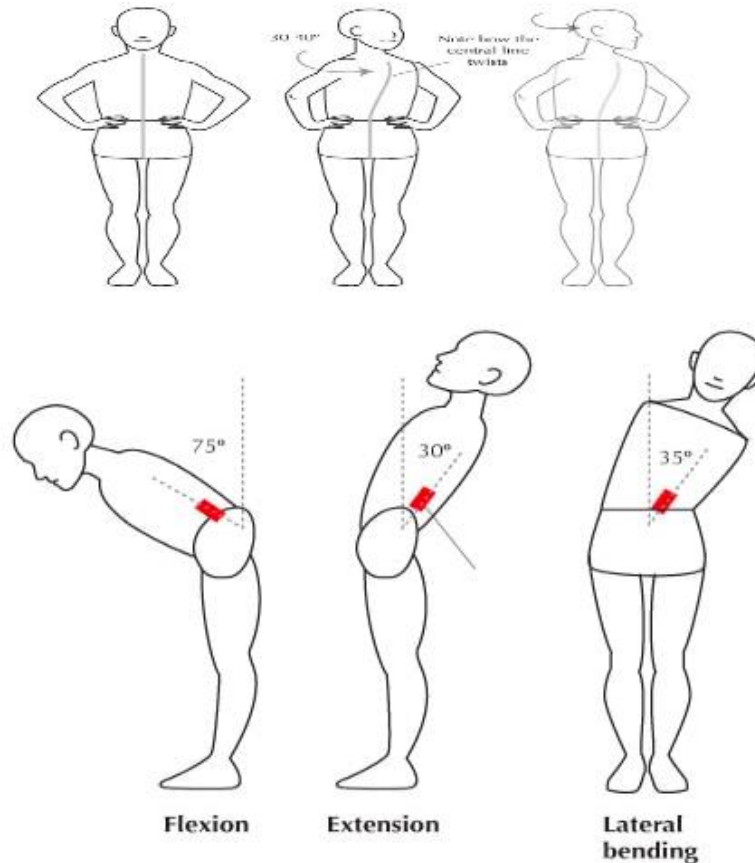
Cho bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân. Nâng cổ chân bệnh nhân, giữ đầu gối thẳng, bệnh nhân thấy đau ở mông và mặt sau đùi thì dừng lại bắt đầu đo góc. Nếu dưới 75 độ nghiệm pháp được tính là dương tính

Bảng 2.4: Bảng đánh giá điểm Lasègue

Lasegue	Đánh giá
$75^0 \leq \text{Lasègue}$	0 điểm
$60^0 \leq \text{Lasègue} < 75^0$	1 điểm
$45^0 \leq \text{Lasègue} < 60^0$	2 điểm
$\text{Lasègue} < 45^0$	3 điểm

2.3.5.4. Đánh giá tầm vận động CSTL trước và sau điều trị

Đánh giá tầm vận động CSTL với 3 góc cơ bản là gập, duỗi, nghiêng và không thực hiện xoay, tầm vận động được chia làm 4 mức



Hình 2.8: Tầm vận động cột sống thắt lưng. [63]

Cách thực hiện:

Cho bệnh nhân đứng ở tư thế zero, đứng thẳng, hai gót sát nhau, hai bàn chân mở một góc là 60^0 sau đó yêu cầu bệnh nhân thực hiện 3 tầm vận động của cột sống là gập, duỗi, nghiêng.

Bảng 2.5: Bảng đánh giá tầm vận động CSTL

Đánh giá	Gập	Duỗi	Nghiêng
0 điểm	$70^{\circ} \leq \text{gập}$	$25^{\circ} \leq \text{duỗi}$	$30^{\circ} \leq \text{nghiêng}$
1 điểm	$60^{\circ} \leq \text{gập} < 70^{\circ}$	$20^{\circ} \leq \text{duỗi} \leq 25^{\circ}$	$25^{\circ} \leq \text{nghiêng} \leq 30^{\circ}$
2 điểm	$40^{\circ} \leq \text{gập} \leq 60^{\circ}$	$15^{\circ} \leq \text{duỗi} \leq 20^{\circ}$	$20^{\circ} \leq \text{nghiêng} \leq 25^{\circ}$
3 điểm	$\text{Gập} < 40^{\circ}$	$\text{Duỗi} < 15^{\circ}$	$\text{Nghiêng} < 20^{\circ}$

2.3.5.5. Đánh giá các chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị

Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày là một trong những đánh giá sự cải thiện mức độ linh hoạt của CSTL hiệu quả, trong đó 4 hoạt động chính cho thấy cải thiện rõ rệt nhất là: chăm sóc bản thân, nâng vật, đi bộ, ngồi trong 10 câu hỏi của bộ câu hỏi “OSWESTRY LOWBACK PAIN DISABILITY QUESTIONAIRE”. Mỗi hoạt động tính điểm 0-5, 4 phần là 20 điểm như vậy điểm càng cao thì chức năng sinh hoạt hàng ngày càng giảm. (phụ lục IV)

Bảng 2.6: Bảng đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày

Tổng số điểm hoạt động	Mức độ	Điểm
0 – 4	Tốt	0 điểm
5 – 8	Khá	1 điểm
9 -12	Trung bình	2 điểm
13 -20	Kém	3 điểm

2.3.5.6. Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Công thức theo B. Amor

$$\text{HQDT} = \frac{(\text{Tổng điểm TĐT} - \text{Tổng điểm SĐT})}{\text{Tổng điểm TĐT}} \times 100\%$$

HQDT: hiệu quả điều trị

TĐT: trước điều trị

SĐT: sau điều trị

Loại tốt: kết quả điều trị tốt, tổng điểm sau điều trị giảm hơn 80% so với trước điều trị

Loại khá: kết quả điều trị khá, tổng điểm sau điều trị giảm từ 60%- 80% so với trước điều trị

Loại trung bình: kết quả điều trị trung bình, tổng điểm sau điều trị giảm từ 40% - dưới 60% so với trước điều trị

Loại kém: kết quả điều trị kém, tổng điểm sau điều trị giảm dưới 40% so với trước điều trị. (phụ lục IV)

2.4. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cơ Xương Khớp – Bệnh viện Tuệ Tĩnh và khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5 đến hết tháng 11 năm 2023.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm số liệu SPSS 20.0

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD

So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng T -test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định

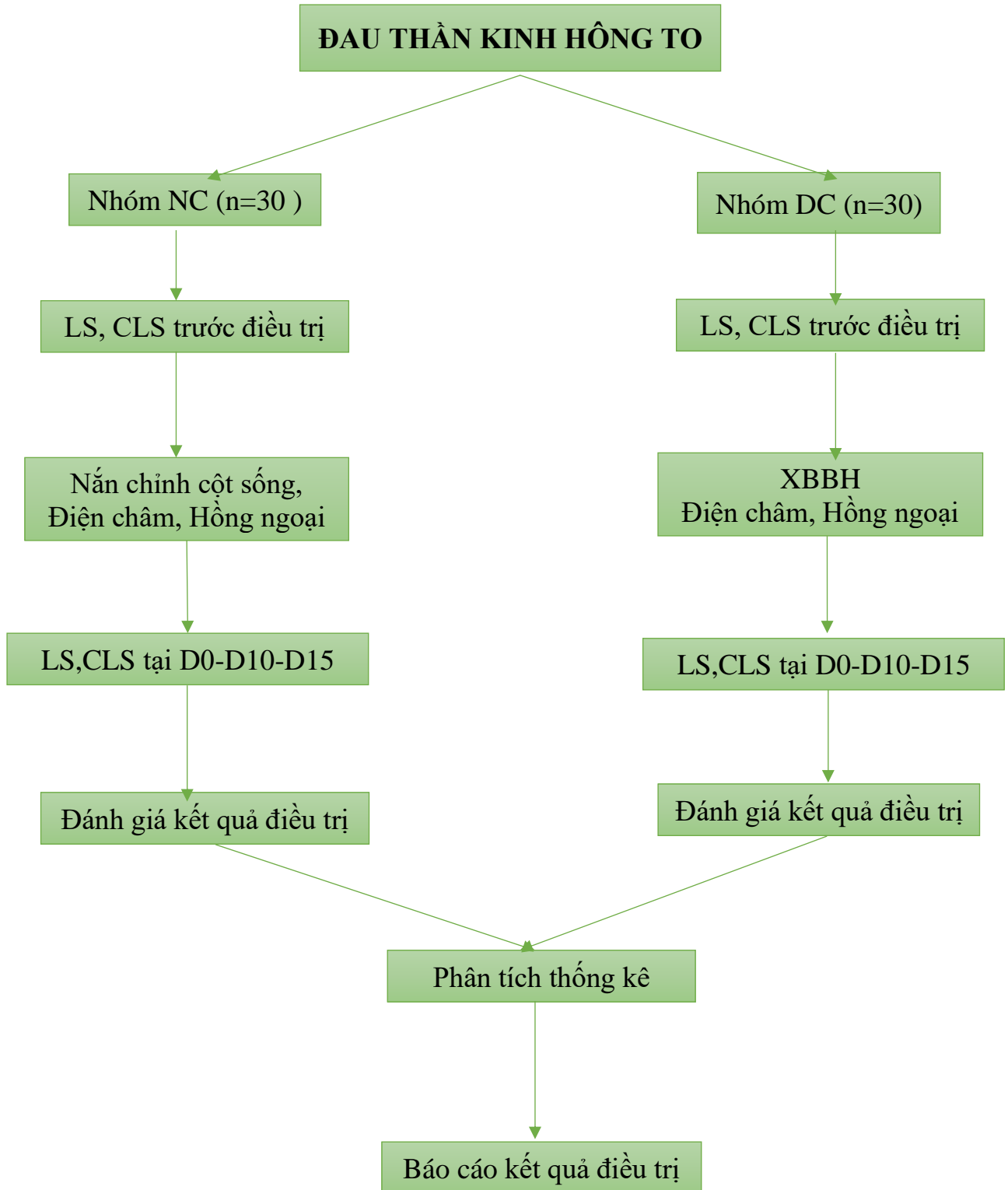
Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, Hội đồng khoa học của Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Hội đồng đạo đức của Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện Tuệ Tĩnh và Ban giám đốc Bệnh viện đa khoa Hà Đông trước khi tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác. Các bệnh nhân đều tự nguyện tham gia trong nghiên cứu sau khi được giải thích rõ phác đồ điều trị.

Khi bệnh nhân có dấu hiệu bệnh nặng thêm hoặc yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu thì chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị hoặc ngừng nghiên cứu.



Sơ đồ 2.1: Sơ đồ quy trình nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

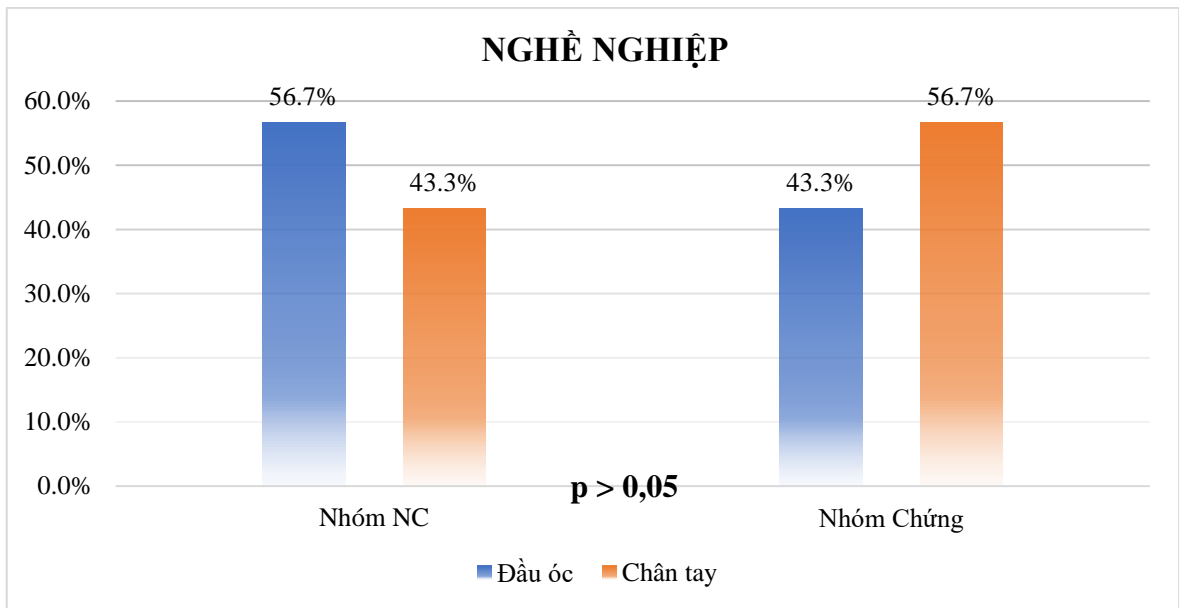
Bảng 3.1: Bảng đặc điểm về tuổi

Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
38-47	3	10.0	3	10.0	6	10.0	>0.05
48-57	6	20.0	4	13.3	10	16.6	
58-67	13	43.4	12	40.0	25	41.7	
68-70	4	13.3	5	16.7	9	15.0	
70>	4	13.3	6	20.0	10	16.7	
Tổng	30	100.0	30	100.0	60	100.0	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	60.17 \pm 10.28		62.87 \pm 10.82		61.52 \pm 10.55		

Nhận xét:

Tuổi trung bình ở nhóm NC là 60.17 ± 10.28 , nhóm ĐC là 62.87 ± 10.82 . Trong đó nhóm tuổi 58 đến 67 chiếm tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2. Đặc điểm nghề



Biểu đồ 3.1: Bảng đặc điểm về nghề

Nhận xét:

Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc ở nhóm NC và nhóm ĐC đều là 56,7% còn tỷ lệ bệnh nhân lao động chân tay đều là 43,3 %. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Thời gian mắc bệnh

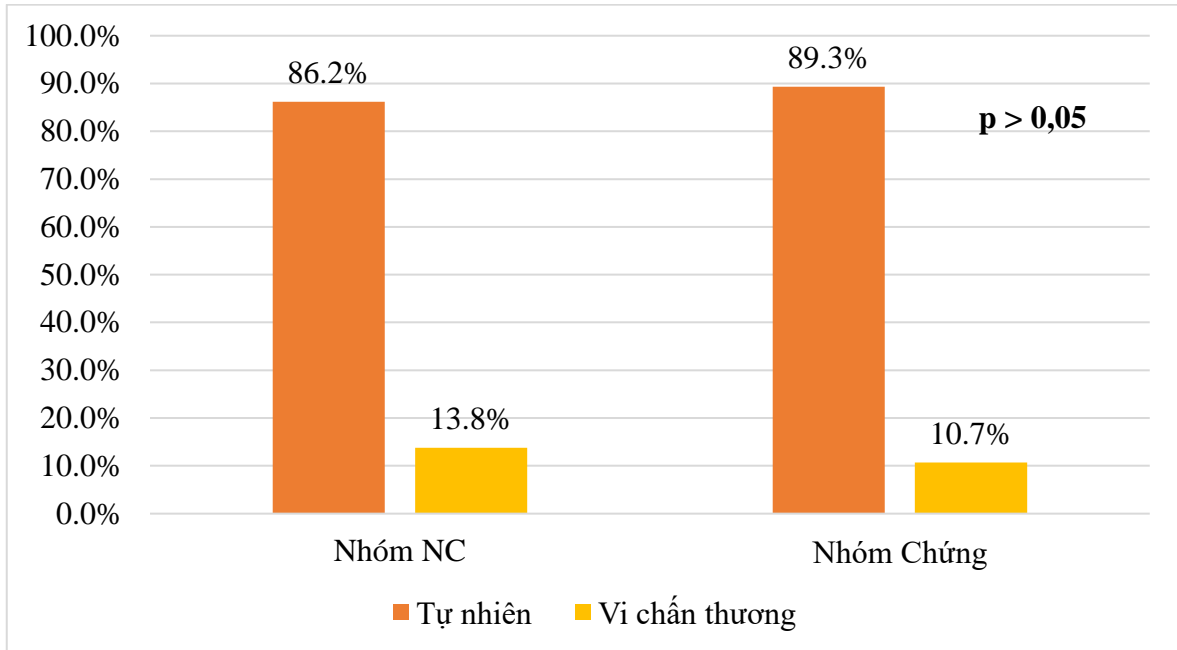
Bảng 3.2: Bảng phân loại theo thời gian mắc bệnh

Thời gian	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 1 tháng	7	23.3	4	13.4	11	18.3	>0.05
1-3 tháng	5	16.7	4	13.3	9	15.0	
>3 – 6 tháng	18	60.0	22	73.3	40	66.7	
Tổng	30	100.0	30	100.0	60	100.0	

Nhận xét:

Bệnh nhân có thời gian bị bệnh trước điều trị 3 – 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, nhóm NC 60% còn nhóm ĐC là 66,7%. Bệnh nhân bị bệnh dưới 1 tháng chiếm 23,3% ở nhóm NC và 18,3% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về thời gian bị bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Hoàn cảnh khởi phát bệnh



Biểu đồ 3.2: Hoàn cảnh mắc bệnh

Nhận xét

Biểu 3.2 cho thấy cả hai nhóm tỷ lệ bệnh nhân có hoàn cảnh khởi phát bệnh xuất hiện tự nhiên chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm NC là 86,2% và nhóm ĐC là 89,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.3: Các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Nhóm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
Chỉ số trước điều trị			
VAS (điểm)	5.3 ± 0.53	5.4 ± 0.5	>0.05
Schober (cm)	13.77 ± 3.65	13.4 ± 2.97	>0.05
Lasègue (độ)	67.67 ± 3.88	66.67 ± 3.3	>0.05
ODI (điểm)	16.93 ± 0.52	16.9 ± 0.82	>0.05

Nhận xét:

Bảng 3.3 cho thấy trước điều trị các chỉ số lâm sàng điểm đau VAS, độ giãn cột sống Schober, Lasègue, điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày của hai nhóm là tương đồng và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chỉ số tầm vận động cột sống trước điều trị

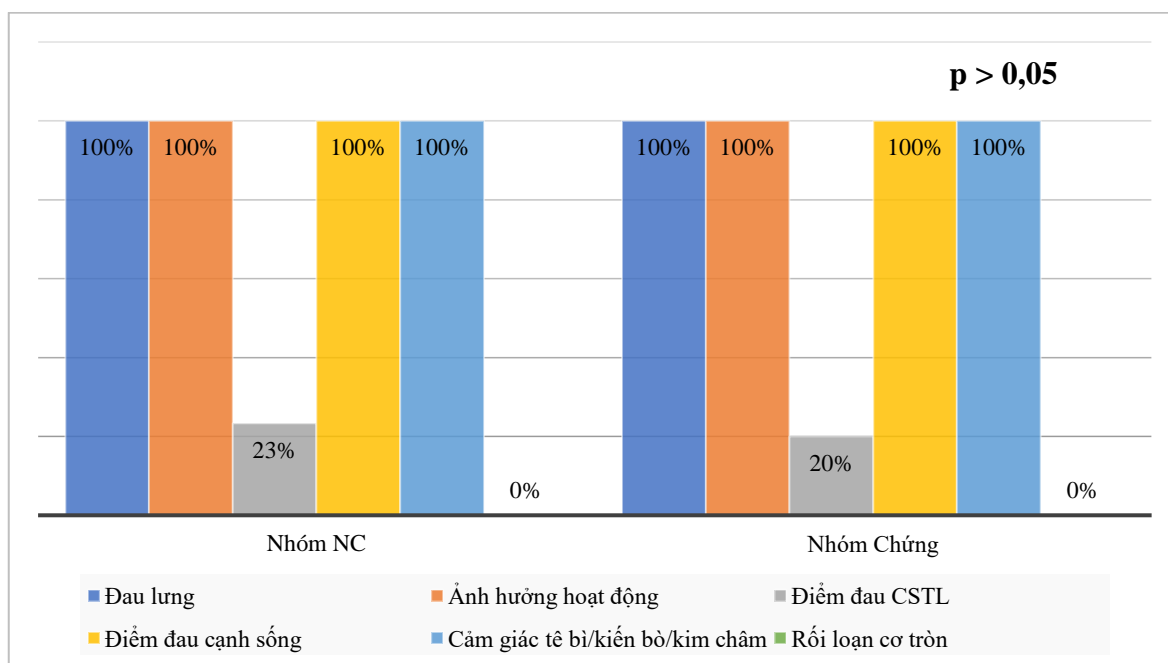
Bảng 3.4: Các chỉ số tầm vận động cột sống trước điều trị

Chỉ số trước điều trị	Nhóm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
Gập		44.23 ± 3.23	43.9 ± 3.23	>0.05
Duỗi		35.43 ± 5.36	33 ± 6.82	>0.05
Nghiêng		24.43 ± 3.5	23.7 ± 4.24	>0.05
Xoay		24,412 ± 3,45	23,75 ± 4,31	>0.05

Nhận xét:

Bảng 3.4 đánh giá tầm vận động cột sống thắt lưng (gập, duỗi, nghiêng, xoay) cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Các triệu chứng cơ năng trước điều trị

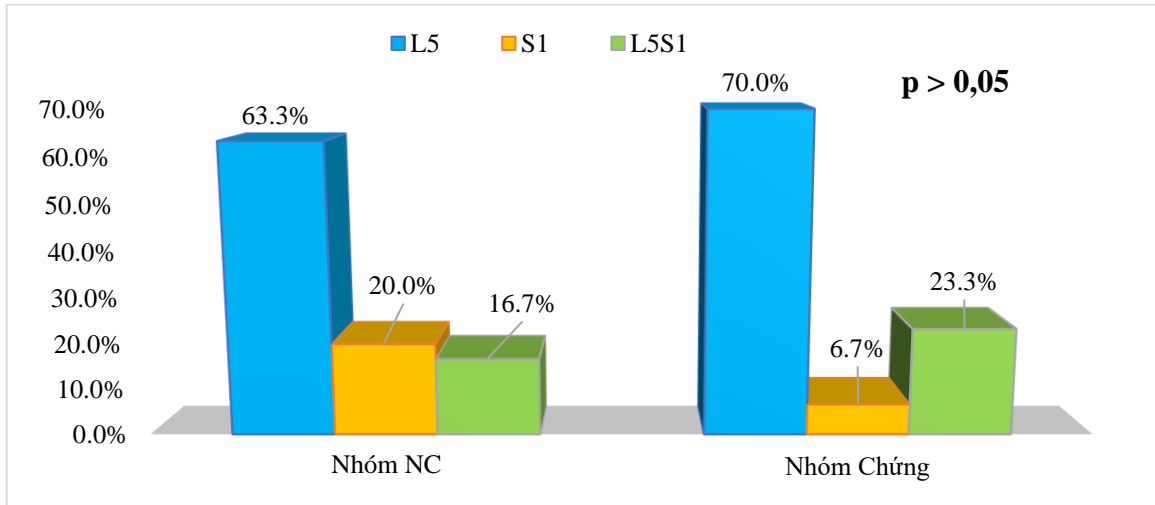


Biểu đồ 3.3: Triệu chứng cơ năng

Nhận xét:

Biểu đồ 3.3 cho thấy 60 bệnh nhân đều có biểu hiện đau lưng, ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày trong đó 23,3% tại nhóm NC và 20% tại nhóm ĐC bệnh nhân có dấu hiệu bấm chuông dương tính và không có trường hợp bệnh nhân nào có dị cảm châm chích. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đặc điểm về vị trí chèn ép rễ

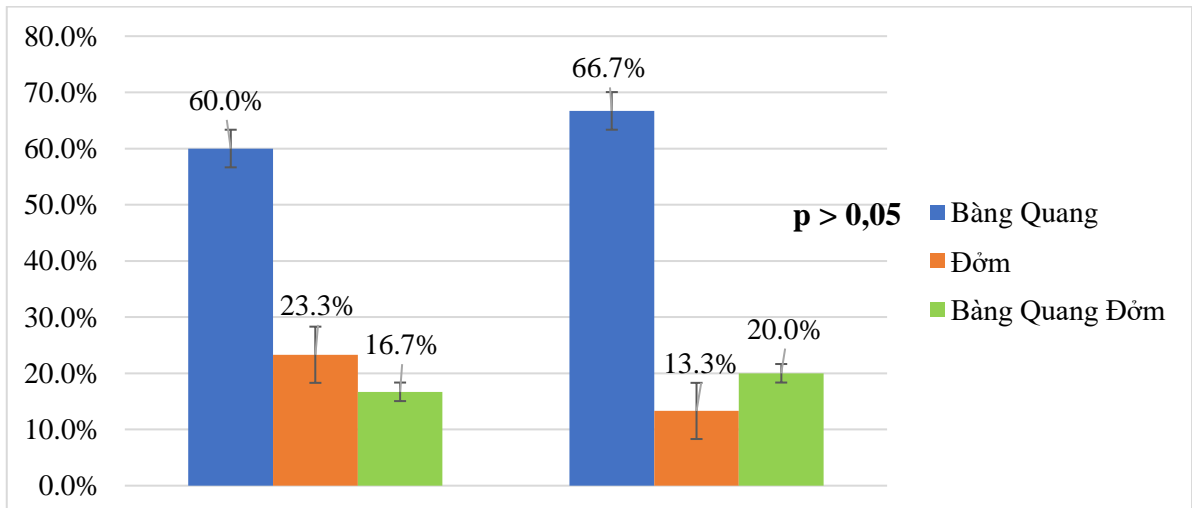


Biểu đồ 3.4: Vị trí chèn ép rễ

Nhận xét:

Qua biểu 3.4 thấy vị trí tổn thương tại rễ L5 chiếm tỷ lệ cao tại nhóm NC là 63,3% và 70% tại nhóm ĐC, Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Theo thể bệnh YHCT



Biểu đồ 3.5: Theo thể bệnh YHCT

Nhận xét:

Biểu 3.5 cho thấy 60,07% ở nhóm NC và 66,7% ở nhóm ĐC biểu hiện tổn thương bàng quang kinh và 18,3% bệnh nhân trên cả hai nhóm nghiên cứu biểu hiện tại hai đường kinh. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.7. Theo cận lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.5: Các chỉ số cận lâm sàng trước điều trị

Hình ảnh CLS		Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pNC-ĐC
		n	%	n	%	
X quang (n=57)	Thoái hoá	29	100.0	28	100.0	>0.05
	Hẹp khe	28	96.6	27	96.4	
	Đặc xương dưới sụn	1	3.4	1	3.6	
MRI (n=18)	Thoát vị đĩa đệm	2	40,0	7	53,8	
	Phình đĩa đệm	3	60,0	6	46,2	

Nhận xét:

Bảng 3.5 cho thấy có 29 bệnh nhân có hình ảnh thoái hoá ở NNC và 28 bệnh nhân ở NDC, trong đó có 28 bệnh nhân có hình ảnh hẹp khe ở NNC và 27 bệnh nhân ở NDC. Sự khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.2. Kết quả lâm sàng sau điều trị

3.2.1. Cải thiện mức độ đau sau điều trị

Bảng 3.6: Bảng mức độ đau trước và sau điều trị

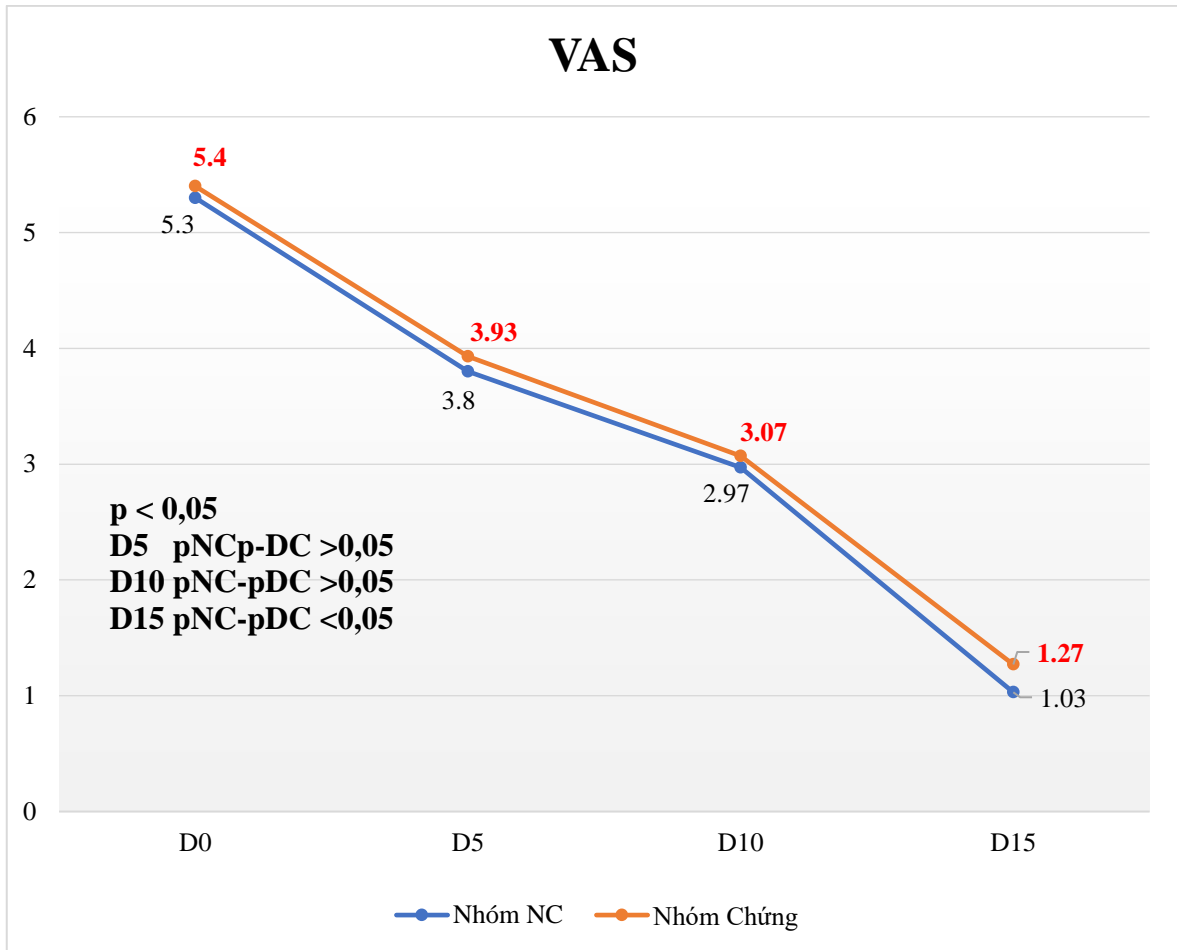
Thời điểm	VAS	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀		5.3 ± 0.53	5.4 ± 0.5	>0.05
D ₅		3.8 ± 0.55	3.93 ± 0.74	>0.05
D ₁₀		2.97 ± 0.49	3.07 ± 0.78	>0.05
D ₁₅		1.03 ± 0.32	1.27 ± 0.52	<0.05
pD ₀ -D ₅		0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀		0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅		0.001	0.001	

Nhận xét:

Bảng 3.6 cho thấy trước điều trị toàn bộ bệnh nhân cả hai nhóm trước điều trị đều mức độ đau vừa trở lên.

Sau 10 ngày điều trị bệnh nhân điểm đau VAS ở nhóm NC xu hướng giảm hơn nhóm ĐC, sự khác biệt với D₀ và D₁₀ có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Sau 15 ngày điều trị bệnh nhân nghiên cứu đều ở mức đau nhẹ và không đau, nhóm NC 1,03 ± 0,32 và 1,27 ± 0,52 ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.



Biểu đồ 3.6: Cải thiện thang điểm VAS sau điều trị

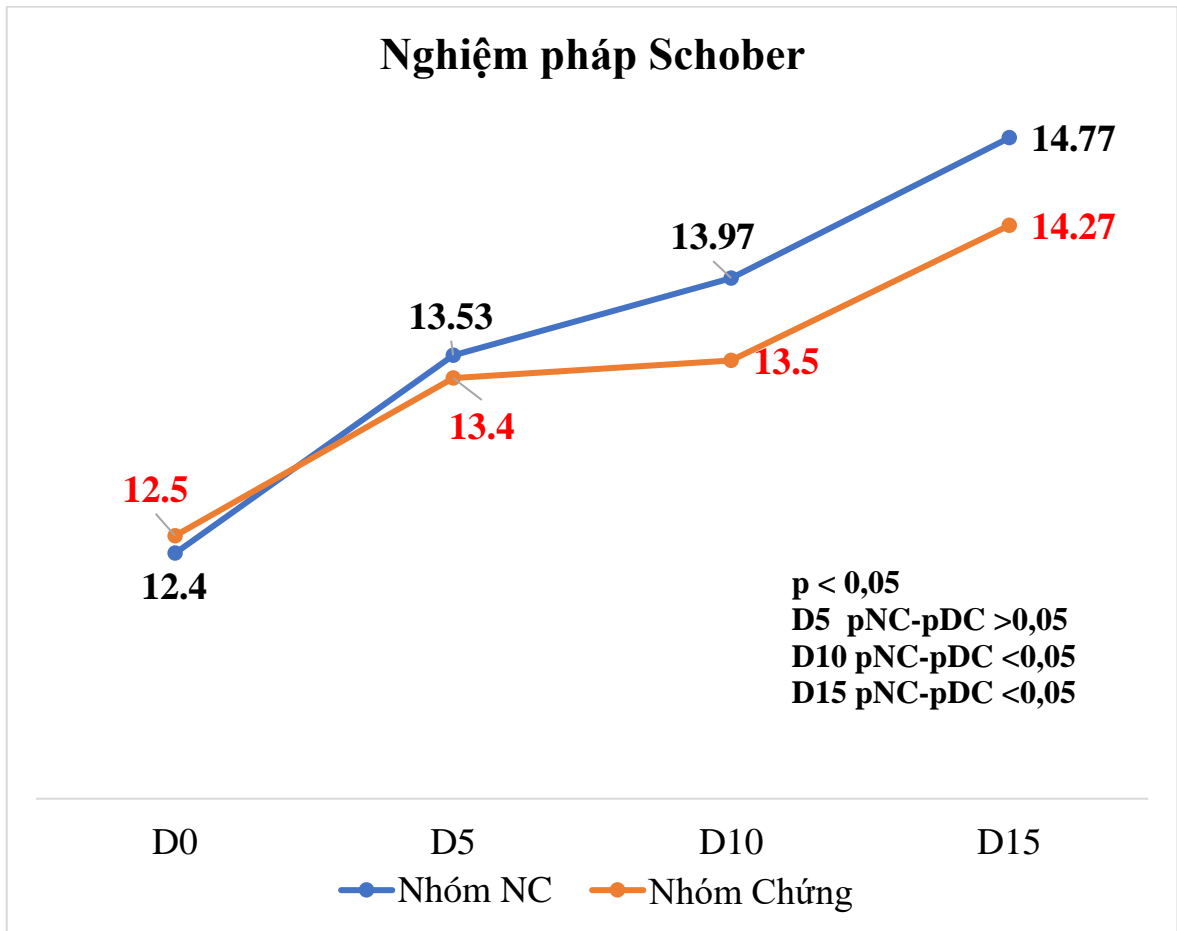
Nhận xét:

Biểu đồ 3.6 cho thấy trước điều trị mức độ đau trung bình ở hai nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa.

Tại thời điểm D₁₀ điều trị điểm đau trung bình ở cả hai nhóm đều giảm ở Nhóm NC điểm đau VAS từ 5,3 xuống 2,97 và Nhóm DC giảm từ 5,4 xuống 3,07. Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì sự cải thiện mức độ đau có chênh lệch không đáng kể với $p > 0,05$.

Tại thời điểm điều trị D₁₅ của đợt điều trị, điểm đau trung bình ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với thời điểm nhập viện với $p < 0,05$. Nhóm NC giảm 5,3 xuống 1,03, nhóm DC giảm từ 5,4 xuống 1,27. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Cải thiện về nghiệm pháp Schober sau điều trị



Biểu đồ 3.7: Cải thiện về nghiệm pháp Schober sau điều trị

Nhận xét :

Biểu đồ 3.7 cho thấy hầu hết bệnh nhân trước điều trị đều giảm độ giãn cột sống thắt lưng. Không có sự khác biệt về độ giãn cột sống thắt lưng, trung bình giữa hai nhóm $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị độ giãn cột sống thắt lưng tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị, nhóm NC cải thiện từ 12,4 lên 13,53, nhóm ĐC từ 12,5 lên 13,4. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị độ giãn cột sống thắt lưng tăng rõ ở hai nhóm. Nhóm NC từ 12,4 lên 14,77 và nhóm ĐC từ 12,56 lên 14,27. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.2.3. Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue sau điều trị

Bảng 3.7: Bảng chênh lệch Lasègue trước và sau điều trị

Thời điểm \ Lasègue	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀	67.67 ± 3.88	66.67 ± 3.3	>0.05
D ₅	77.37 ± 4.14	76.4 ± 5.83	>0.05
D ₁₀	80.67 ± 3.44	79.5 ± 4.34	>0.05
D ₁₅	85.4 ± 2.49	83.3 ± 4.1	<0.05
pD ₀ -D ₅	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅	0.001	0.001	

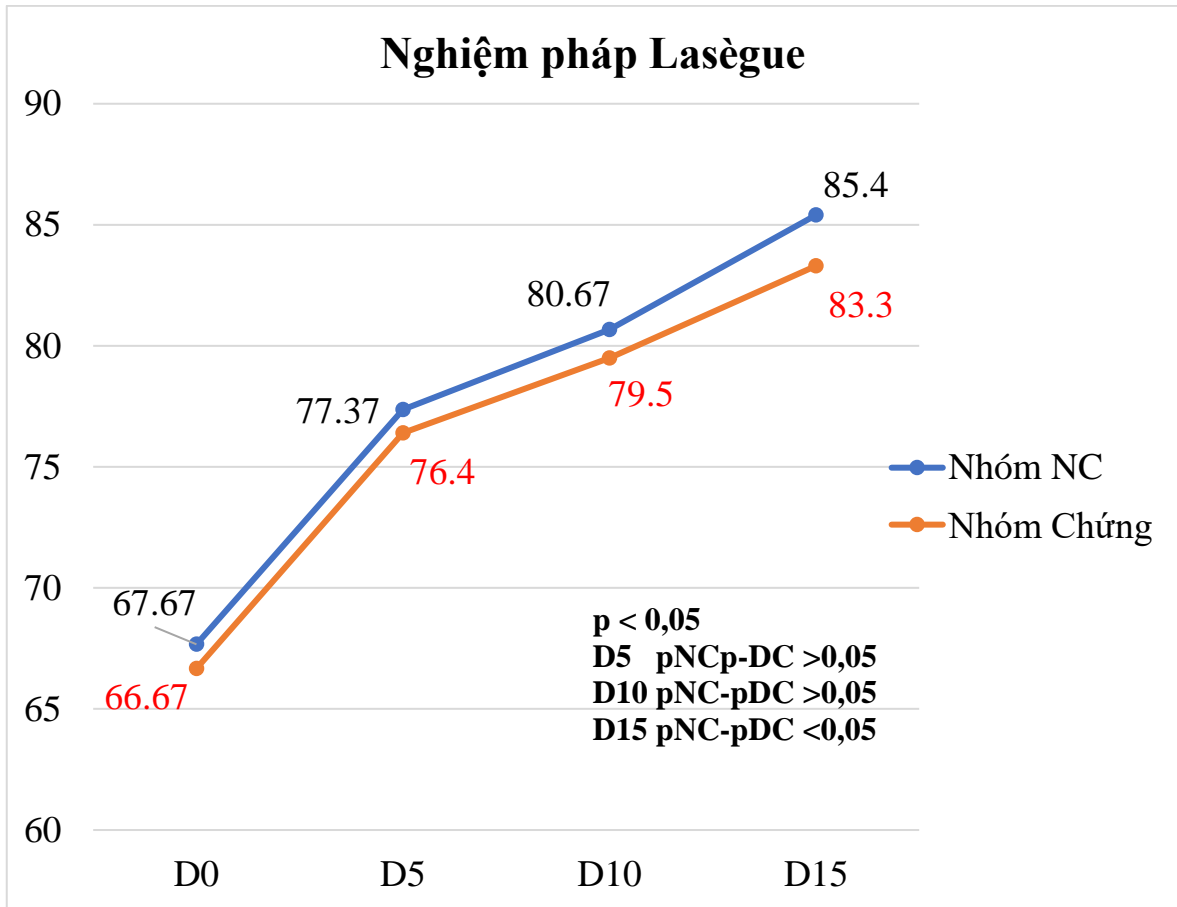
Nhận xét :

Bảng 3.7 cho thấy chỉ số Lasègue trung bình tăng lên so với trước điều trị có xu hướng tăng hơn nhóm ĐC tuy nhiên sự khác biệt không đáng kể với $p > 0,05$

Tại thời điểm D₅ 77.37 ± 4.14 nhóm NC và 76.4 ± 5.83 nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Tại thời điểm D₁₀ 80.67 ± 3.44 nhóm NC và 79.5 ± 4.34 nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau 15 ngày điều trị chỉ số Lasègue trung bình tăng lên so với trước điều trị của nhóm NC là 85,5 ± 2,4 và nhóm ĐC 83,3 ± 4,1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.8: Cải thiện về nghiệm pháp Lasègue sau điều trị

Nhận xét:

Biểu 3.8 cho thấy trước điều trị đa số bệnh nhân có nghiệm pháp Lasègue dương tính. Không có sự khác biệt về số đo góc trung bình giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Sau 5 ngày điều trị số đo góc của nghiệm pháp Lasègue tăng ở cả 2 nhóm so với trước điều trị với $p < 0,05$. So sánh giữa hai nhóm thấy sự khác biệt không đáng kể với $p > 0,05$

Tại thời điểm D₁₀ 80.67 ± 3.44 nhóm NC và 79.5 ± 4.34 nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau 15 ngày điều trị số đo góc của nghiệm pháp Lasègue tăng rõ ở cả hai nhóm so với thời điểm trước điều trị được biểu thị qua đường cong của đồ thị. Có sự cải thiện hơn ở nhóm NC. So sánh có khác biệt với $p < 0,05$

3.2.4. Cải thiện tầm vận động trước và sau điều trị

Cải thiện tầm vận động duỗi trước và sau điều trị

Bảng 3.8: Bảng sự cải thiện tầm vận động gập trước và sau điều trị

Thời điểm \ Gập (độ)	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀	44.23 ± 3.23	43.9 ± 3.23	>0.05
D ₅	48.53 ± 2.5	47.47 ± 3.12	>0.05
D ₁₀	49.67 ± 2.26	48.37 ± 3.14	>0.05
D ₁₅	52.5 ± 2.21	50.93 ± 3.11	<0.05
pD ₀ -D ₅	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅	0.001	0.001	

Nhận xét:

Bảng 3.8 cho thấy trước điều trị đa số bệnh nhân có hạn chế vận động ở động tác gập ở mức độ trung bình và kém. Không có sự khác biệt với $p > 0,05$

Sau 05 ngày điều trị tầm vận động gập của cột sống thắt lưng tăng lên ở cả 2 nhóm so với trước điều trị thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 10 ngày điều trị tầm vận động gập của cột sống thắt lưng tăng lên ở cả 2 nhóm so với trước điều trị thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị thì tầm vận động gập của cột sống thắt lưng tăng rõ ở cả hai nhóm so với trước điều trị chỉ số trung bình có giá trị thống kê với $p < 0,05$.

Cải thiện tầm vận động duỗi trước và sau điều trị

Bảng 3.9: Bảng sự cải thiện tầm vận động duỗi trước và sau điều trị

Thời điểm \ Duỗi (độ)	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀	35.43 ± 5.36	33 ± 6.82	>0.05
D ₅	38.8 ± 4.66	37.07 ± 6.76	>0.05
D ₁₀	40.43 ± 4.37	37.97 ± 6.72	>0.05
D ₁₅	42.27 ± 3.08	40.1 ± 6.61	>0.05
pD ₀ -D ₅	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅	0.001	0.001	

Nhận xét :

Bảng 3.9 cho thấy trước điều trị đa số bệnh nhân có hạn chế vận động ở động tác duỗi ở mức độ trung bình. Không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Sau 05 ngày điều trị tầm vận động duỗi của cột sống thắt lưng tăng lên ở cả 2 nhóm so với trước điều trị thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D₁₀ tầm vận động duỗi của bệnh nhân ở cả hai nhóm có cải thiện so với thời điểm D₀. Chỉ số trung bình tại thời điểm D₁₀ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị thì tầm vận động duỗi của cột sống thắt lưng tăng rõ ở cả hai nhóm so với trước điều trị chỉ số trung bình không có giá trị thống kê với $p > 0,05$.

Cải thiện tầm vận động nghiêng trước và sau điều trị

Bảng 3.10: Bảng sự cải thiện tầm vận động nghiêng trước và sau điều trị

Thời điểm \ Nghiêng (độ)	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀	24.43 ± 3.5	23.7 ± 4.24	>0.05
D ₅	27.17 ± 2.04	26.47 ± 3.26	>0.05
D ₁₀	29.7 ± 1.7	28.8 ± 2.34	>0.05
D ₁₅	29.7 ± 1.7	28.8 ± 2.34	>0.05
pD ₀ -D ₅	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅	0.001	0.001	

Nhận xét:

Bảng 3.10 cho thấy trước điều trị đa số bệnh nhân có hạn chế vận động ở động tác nghiêng ở mức độ trung bình và kém. Không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Sau 05 ngày điều trị tầm vận động nghiêng của cột sống thắt lưng tăng lên ở cả 2 nhóm so với trước điều trị thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D₁₀ tầm vận động nghiêng của bệnh nhân ở cả hai nhóm có cải thiện so với thời điểm D₀. Chỉ số trung bình tại thời điểm D₁₀ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D₁₅ tầm vận động nghiêng của bệnh nhân ở cả hai nhóm có cải thiện so với thời điểm D₀. Chỉ số trung bình tại thời điểm D₁₅ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Cải thiện tầm vận động xoay trước và sau điều trị

Bảng 3.11: Bảng sự cải thiện tầm vận động xoay trước và sau điều trị

Thời điểm \ Xoay (độ)	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀	35.43 ± 5.36	33 ± 6.82	>0.05
D ₅	38.8 ± 4.66	37.07 ± 6.76	>0.05
D ₁₀	40.43 ± 4.37	37.97 ± 6.72	>0.05
D ₁₅	42.27 ± 3.08	40.1 ± 6.61	>0.05
pD ₀ -D ₅	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅	0.001	0.001	

Nhận xét:

Bảng 3.9 cho thấy trước điều trị đa số bệnh nhân có hạn chế vận động ở động tác xoay ở mức độ trung bình. Không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Sau 05 ngày điều trị tầm vận động xoay của cột sống thắt lưng tăng lên ở cả 2 nhóm so với trước điều trị thì sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D₁₀ tầm vận động xoay của bệnh nhân ở cả hai nhóm có cải thiện so với thời điểm D₀. Sự khác biệt D₀ và D₁₀ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Tại thời điểm D₁₅ tầm vận động xoay của bệnh nhân ở cả hai nhóm có cải thiện so với thời điểm D₀. Sự khác biệt D₀ và D₁₅ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.2.5. Cải thiện triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

Bảng 3.12: Bảng cải thiện triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

Thời điểm Nhóm		D ₀		D ₅		D ₁₀		D ₁₅	
ĐC	Đau âm ỉ (liên tục)	2	6,67	2	6,67	1	3,33	1	3,33
	Đau tăng khi ho	3	10	2	6,67	2	6,67	1	3,33
	Bấm chuông	4	13,33	4	13,33	2	6,67	2	6,67
	Đau kiểu rề	30	100	24	80	18	60	10	33,33
NC	Đau âm ỉ (liên tục)	2	6,67	2	6,67	1	3,33	0	0
	Đau tăng khi ho	3	10	1	3,33	1	3,33	0	0
	Bấm chuông	4	13,33	3	10	2	6,67	0	0
	Đau kiểu rề	30	100	24	80	17	56,67	10	33,33

Nhận xét:

Bệnh nhân trong nghiên cứu đều có đau kiểu rề trong đó dấu hiệu bấm chuông chiếm 13,33% , đau tăng khi ho là 10%, và 6,67% đau âm ỉ ở cả hai nhóm điều trị

Sau 05 ngày điều trị ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện ở cả hai nhóm có thay đổi đau tăng khi ho giảm từ 10% xuống 6,67% tại nhóm DC và nhóm NC từ 10% xuống 3,33%

Tại thời điểm D10 so với thời điểm D0 có sự thay đổi rõ ràng với triệu chứng cơ năng đau kiểu rề từ 100% xuống 60% ở nhóm DC và xuống 56,67% tại nhóm NC.

Sau 15 ngày điều trị sự cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước vào viện, đau âm ỉ từ 6,67% xuống còn 3,33% tại nhóm ĐC và 6,67% xuống 0% tại nhóm NC, đau tăng khi ho từ 10% ở cả hai nhóm xuống còn 3,33% tại nhóm ĐC và 0% tại nhóm NC, dấu hiệu bấm chuông từ 13,33% ở cả hai nhóm xuống 6,67% tại nhóm ĐC và 0% tại nhóm ĐC.

3.2.6. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị.

Bảng 3.13: Bảng sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị

CNSHHN (ODI) Thời điểm	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	pNC-ĐC
D ₀	16.62 ± 0.49	16.58 ± 0.79	0.846
D ₅	12.11 ± 1.78	13.86 ± 2.4	0.002
D ₁₀	5.66 ± 2.54	8 ± 3.92	0.008
D ₁₅	5.66 ± 2.54	8 ± 3.92	0.008
pD ₀ -D ₅	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₀	0.001	0.001	
pD ₀ -D ₁₅	0.001	0.001	

Nhận xét:

Trước điều trị chỉ số chức năng sinh hoạt hàng ngày giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D₅ ở nhóm NC 12.11 ± 1.78 và nhóm ĐC 13.86 ± 2.4 . Sau 5 ngày điều trị chức năng sinh hoạt hàng ngày tăng lên ở cả hai nhóm so với trước điều trị $p < 0,05$.

Tại thời điểm D₁₀ chức năng sinh hoạt hàng ngày có xu hướng cải thiện hơn. Sau 10 ngày điều trị chức năng sinh hoạt hàng ngày tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị chức năng sinh hoạt hàng ngày tăng rõ rệt ở cả hai nhóm so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt tại thời điểm D₁₀ và D₁₅

3.2.7. Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị

Bảng 3.14: Bảng Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày trước và sau điều trị

Nhóm		Nhóm NC (n=30)				Nhóm ĐC (n=30)			
		tốt	khá	TB	kém	tốt	khá	TB	kém
D ₀	n	0	0	0	30	0	0	0	30
	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
D ₅	n	0	0	17	13	0	0	9	21
	%	0,0%	0,0%	56,7%	43,3%	0,0%	0,0%	30,0%	70,0%
D ₁₀		7	18	4	1	6	11	8	5
	%	23,3%	60,0%	13,3%	3,3%	20,0%	36,7%	26,7%	16,7%
D ₁₅	n	11	16	3	0	7	18	4	1
	%	36,7%	53,5%	10%	0,0%	23,3%	60,0%	13,3%	3,3%
pD ₀ -D ₅ pD ₀ -D ₁₀ pD ₀ -D ₁₅		<0.05				<0.05			

Nhận xét:

Bảng 3.14 cho thấy sự thay đổi về sự phân loại CNSHHN của hai nhóm sau 5 đến 15 ngày có xu hướng tốt hơn, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trước điều trị đa số bệnh nhân có hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức độ kém

Sau 10 ngày điều trị sự khác biệt ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 15 ngày điều trị nhóm NC có xu hướng thay đổi tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Hiệu quả sau điều trị

3.3.1. Hiệu quả sau điều trị theo thang điểm VAS

Bảng 3.15: Bảng mức độ đau theo thang điểm VAS sau 5 ngày điều trị

VAS \ Nhóm	Nhóm NC (n=30)					Nhóm ĐC (n=30)				
	D ₀		D ₅		pD ₀ D ₅	D ₀		D ₅		pD ₀ D ₅
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	0	0	>0.05	0	0	0	0	>0.05
Đau nhẹ(1-3)	0	0	0	0		0	0	0	0	
Đau vừa(4-6)	30	100	30	100		30	100	30	100	
Đau nặng(7-10)	0	0	0	0		0	0	0	0	
$\bar{X} \pm SD$	5.3 ± 0.53		3.8 ± 0.55		<0.05	5.4 ± 0.5		3.93 ± 0.74		<0.05
pNC-ĐC(D ₀)	>0.05									
pNC-ĐC(D ₅)	>0.05									

Nhận xét:

Theo bảng 3.15 cho thấy ở thời điểm trước điều trị ở cả 2 nhóm 100% bệnh nhân đều thuộc nhóm đau vừa, sau 05 ngày điều trị chỉ số trung bình có sự thay đổi với 3.8 ± 0.55 ở nhóm NC và 3.93 ± 0.74 ở nhóm ĐC. Kết quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng giảm tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.16: Bảng mức độ đau theo thang điểm VAS sau 10 ngày điều trị

VAS \ Nhóm	Nhóm NC (n=30)					Nhóm ĐC (n=30)				
	D ₀		D ₁₀		pD ₀ D ₁₀	D ₀		D ₁₀		pD ₀ D ₁₀
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	0	0	<0.05	0	0	0	0	<0.05
Đau nhẹ (1-2)	0	0	4	13.3		0	0	7	23.3	
Đau vừa (3-6)	30	100	26	86.7		30	100	23	76.7	
Đau nặng (7-10)	0	0	0	0		0	0	0	0	
$\bar{X} \pm SD$	5.3 ± 0.53		2.97 ± 0.49		<0.05	5.4 ± 0.5		3.07 ± 0.78		<0.05
pNC-ĐC(D ₀)	>0.05									
pNC-ĐC(D ₁₀)	>0.05									

Nhận xét:

Theo bảng 3.16 ta thấy trước điều trị 100% bệnh nhân đau vừa, tại thời điểm D₁₀ có 86,7% đau vừa ở nhóm NC và 76,7 % ở nhóm ĐC và 0% không đau tại cả 2 nhóm

Tại thời điểm D₁₀ điểm trung bình là 2.97 ± 0.49 ở nhóm NC và 3.07 ± 0.78 ở nhóm ĐC, cả hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt nhóm ĐC.

Bảng 3.17: Bảng mức độ đau theo thang điểm VAS sau 15 ngày điều trị

VAS	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pD ₀ D ₁₅	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pD ₀ D ₁₅
	D ₀		D ₁₅			D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0	1	3.3	<0.05	0	0	0	0	<0.05
Đau nhẹ (1-2)	0	0	29	96.7		0	0	29	96.7	
Đau vừa (3-6)	30	100	0	0		30	100	1	3.3	
Đau nặng (7-10)	0	0	0	0		0	0	0	0	
$\bar{X} \pm SD$	5.3 ± 0.53		1.03 ± 0.32		<0.05	5.4 ± 0.5		1.27 ± 0.52		<0.05
pNC-ĐC(D ₀)	>0.05									
pNC-ĐC(D ₁₅)	>0.05									

Nhận xét:

Theo nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm D₁₅ có 96,7% đau nhẹ và 3,3% không đau thuộc nhóm NC và 96,7% đau nhẹ và 3,3% đau vừa ở nhóm ĐC, sự thay đổi so với trước khi điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2. Hiệu quả điều trị theo chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bảng 3.18: Bảng mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 5 ngày

Nhóm ODI	nhóm NC (n=30)					nhóm ĐC (n=30)				
	D ₀		D ₅		pD ₀ D ₅	D ₀		D ₅		pD ₀ D ₅
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không mất chức năng	0	0	0	0	<0.05	0	0	0	0	<0.05
Mất ít chức năng (1%-20%)	0	0	0	0		0	0	0	0	
Mất vừa chức năng (21%-40%)	0	0	17	56.7		0	0	9	30.0	
Mất nhiều chức năng (41%-60%)	30	100	13	43.3		30	100%	21	70.0	
$\bar{X} \pm SD$	16.62 ± 0.49		12.11 ± 1.78		<0.05	16.58 ± 0.79		13.86 ± 2.4		<0.05
pNC-ĐC(D ₀)	>0.05									
pNC-ĐC(D ₅)	<0.05									

Nhận xét:

Theo nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm D₀ 100% bệnh nhân đều mất nhiều chức năng sinh hoạt hàng ngày. Sau 05 ngày điều trị mức độ hạn chế nhiều còn 43,3% ở nhóm NC và 70,0% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Điểm ODI trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D₅ đều giảm trước lúc điều trị. Điểm khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.19: Bảng mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 10 ngày

ODI	Nhóm	Nhóm NC (n=30)				pD ₀ D ₁₀	Nhóm ĐC (n=30)				pD ₀ D ₁₀
		D ₀		D ₁₀			D ₀		D ₁₀		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Không mất chức năng		0	0	7	23.3		0	0	6	20.0	<0.05
Mất ít chức năng (1%-20%)		0	0	18	60.0		0	0	11	36.7	
Mất vừa chức năng (21%-40%)		0	0	4	13.3		0	0	8	26.7	
Mất nhiều chức năng (41%-60%)		30	100	1	3.3		30	100	5	16.7	
$\bar{X} \pm SD$		16.62 ± 0.49		5.66 ± 2.54		<0.05	16.58 ± 0.79		8 ± 3.92		<0.05
pNC-ĐC(D ₀)		>0.05									
pNC-ĐC(D ₁₀)		>0.05									

Nhận xét:

Theo nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm D₀ 100% bệnh nhân đều mất nhiều chức năng sinh hoạt hàng ngày nhưng sau 10 ngày điều trị tỷ lệ mất nhiều còn 3,3% và 60,0% mất ít chức năng tại nhóm NC còn 16,7% mất nhiều chức năng và 36,7% mất ít chức năng tại nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Điểm ODI trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D₁₀ đều giảm trước lúc điều trị. Điểm khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

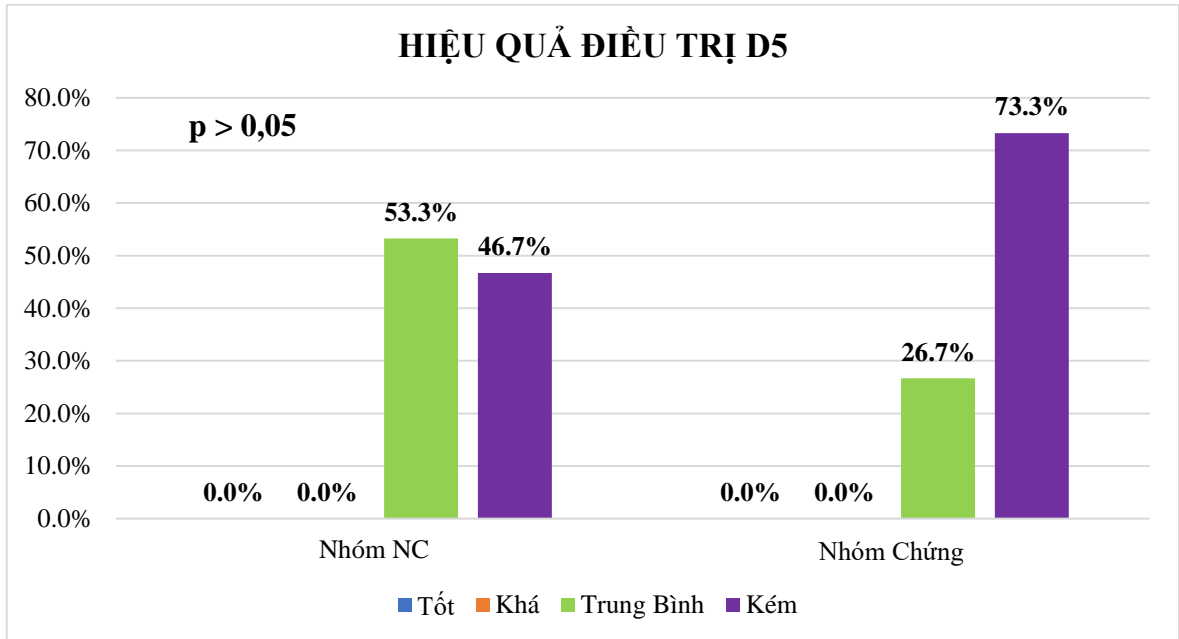
Bảng 3.20: Bảng mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 15 ngày

Nhóm ODI	nhóm NC (n=30)					nhóm ĐC (n=30)				
	D ₀		D ₁₅		pD ₀ D ₁₅	D ₀		D ₁₅		pD ₀ D ₁₅
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không mất chức năng	0	0	7	23.3	<0.05	0	0	6	20.0	<0.05
Mất ít chức năng (1%-20%)	0	0	18	60.0		0	0	11	36.7	
Mất vừa chức năng (21%-40%)	0	0	4	13.3		0	0	8	26.7	
Mất nhiều chức năng (41%-60%)	30	100	1	3.3		30	100	5	16.7	
$\bar{X} \pm SD$	16.62 ± 0.49		5.66 ± 2.54		<0.05	16.58 ± 0.79		8 ± 3.92		<0.05
pNC-ĐC(D ₀)	>0.05									
pNC-ĐC(D ₁₅)	>0.05									

Nhận xét:

Theo nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm D₀ 100% bệnh nhân đều mất nhiều chức năng sinh hoạt hàng ngày nhưng sau 15 ngày điều trị tỷ lệ mất nhiều còn 3,3%, mất vừa chức năng là 13,3% và 60,0% mất ít chức năng, 23,4% không mất chức năng tại nhóm NC còn 16,7% mất nhiều chức năng, 26,7% mất vừa chức năng và 36,7% mất ít chức năng, 20,0% không mất chức năng tại nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Điểm ODI trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D₁₀ đều giảm trước lúc điều trị. Điểm khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

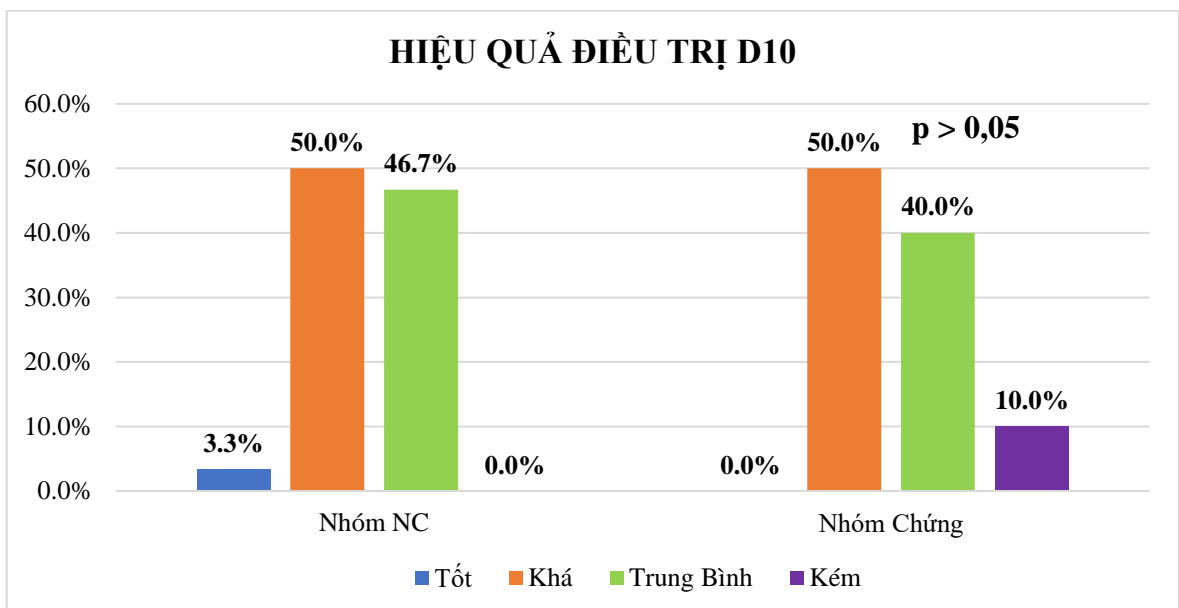
3.3.3. Sau 15 ngày điều trị



Biểu đồ 3.9: Hiệu quả điều trị sau 5 ngày điều trị

Nhận xét :

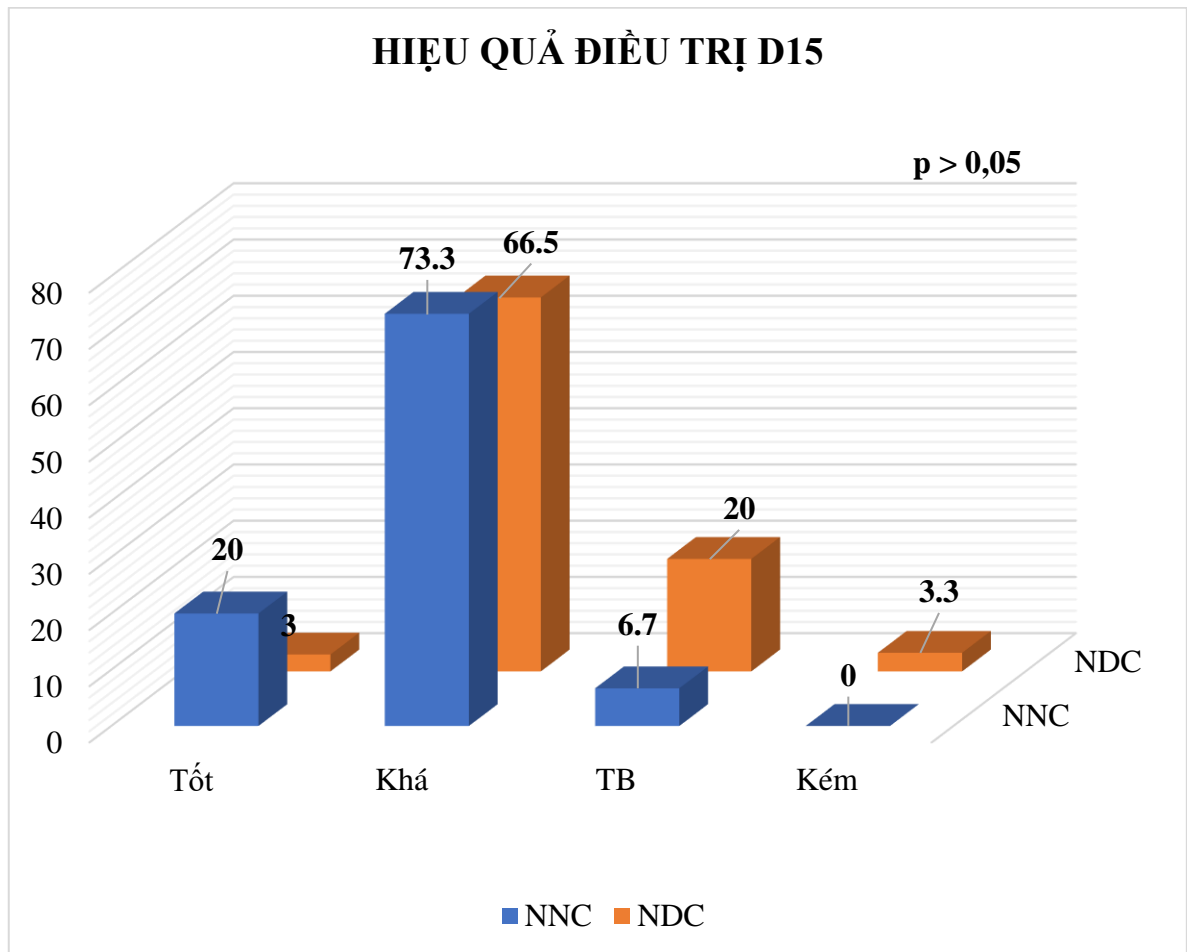
Sau 5 ngày điều trị ở cả hai nhóm chiếm cao nhất là bệnh nhân đạt kết quả kém ở nhóm ĐC chiếm 73,3% trong đó nhóm NC là 46,7%. Kết quả trung bình ở nhóm NC 53,3% và 26,7% ở nhóm ĐC. Không có bệnh nhân nào ở nhóm tốt và khá. Sự khác biệt ở hai nhóm ở mức D5 không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.10: Hiệu quả điều trị sau 10 ngày điều trị

Nhận xét :

Sau 10 ngày điều trị ở cả hai nhóm điều trị thì đạt cao nhất là 50% ở mức khá, 46,7% trung bình ở nhóm NC và 40% ở nhóm ĐC. Không trường hợp nào ở mức kém tại thời điểm D10 ở nhóm NC và 10% ở nhóm ĐC. Và 3,3% ở nhóm NC ở kết quả tốt, và 0% ở nhóm NC. Sự khác biệt ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.11: Hiệu quả điều trị sau 15 ngày điều trị

Nhận xét :

Biểu 3.11 đánh giá sau 15 ngày điều trị ở đều chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân đạt kết quả khá với 73,3% ở nhóm NC và 66,5 ở nhóm ĐC. Nhóm NC có 20% điều trị đạt kết quả tốt, và 10,2% ở nhóm ĐC đạt kết quả tốt. Còn 3,3% điều trị kém kém ở nhóm ĐC và 0% ở nhóm NC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.4. Sau 15 ngày theo nhóm rỗ thần kinh.

Bảng 3.21: Bảng kết quả điều trị sau 15 ngày theo nhóm rỗ thần kinh

Nhóm Kết quả	Nhóm NC (n=30)			Nhóm ĐC (n=30)		
	Rỗ L5	Rỗ S1	L5S1	Rỗ L5	Rỗ S1	L5S1
Tốt	15	6	2	12	0	3
	78.9%	100.0%	40.0%	57.1%	0.0%	42.9%
Khá	4	0	3	9	2	4
	21.1%	0.0%	60.0%	42.9%	100.0%	57.1%
Tổng	19	6	5	21	2	7
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
p	0.072			0.363		

Nhận xét:

Sau 15 ngày điều trị tại nhóm tổn thương vị trí rỗ L5 có 78,9% đạt kết quả điều trị tốt tại nhóm NC, 57,1% nhóm ĐC. Tổn thương cả hai rỗ thần kinh đạt 40% kết quả tốt với nhóm NC và 42,9% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả khá tại vị trí tổn thương rỗ L5 có 21,1% nhóm NC 42,9% nhóm ĐC. Tổn thương tại hai rỗ có 60% kết quả khá với nhóm NC và 57,1% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.5. Sau 15 ngày điều trị theo thể YHCT

Bảng 3.22: Bảng kết quả điều trị sau 15 ngày theo YHCT

Kết quả \ Nhóm	Nhóm NC (n=30)			Nhóm ĐC (n=30)		
	Bàng Quang	Đỏm	Bàng Quang Đỏm	Bàng Quang	Đỏm	Bàng Quang Đỏm
Tốt	14	7	2	13	1	1
	77.8%	100.0%	40.0%	65.0%	25.0%	16.7%
Khá	4	0	3	7	3	5
	22.2%	0.0%	60.0%	35.0%	75.0%	83.3%
Tổng	18	7	5	20	4	6
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
p	0.057			0.073		

Nhận xét :

Sau 15 ngày điều trị cả hai nhóm đều đạt kết quả điều trị khả quan. Ở nhóm NC tỷ lệ điều trị tốt nhiều hơn trên nhóm chẩn đoán tạng phủ kinh lạc : can, thận, bàng quang với 77,8% trong khi đó 65% tại nhóm ĐC. Tại nhóm chẩn đoán tạng phủ kinh lạc : can, thận, bàng quang, đờm thì nhóm NC 40%, nhóm ĐC 16,7%

Kết quả điều trị khá tương đồng với YHHD với vị trí tổn thương theo rễ . Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.6. Sau 15 ngày điều trị theo thời gian mắc bệnh

Bảng 3.23: Bảng kết quả chung sau 15 ngày theo thời gian mắc bệnh

Kết quả \ Nhóm	<1 tháng		1-3 tháng		3-6 tháng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	9	81.8	8	88.9	21	52.5	38	63.3
Khá	2	18.2	1	11.1	19	47.5	22	36.7
Tổng	11	100.0	9	100.0	40	100.0	60	100.0
p	0.049							

Nhận xét:

Từ bảng 3.23 cho chúng ta thấy, hiệu quả điều trị của nhóm tốt và khá ở nhóm dưới 1 tháng và 1 đến 3 tháng có kết quả cao nhất.

Nhóm dưới 1 tháng 81,1 % đạt kết quả tốt, nhóm 1-3 tháng đạt 88,9%. Tổng hiệu quả điều trị tốt cả 3 nhóm thời gian là 63,3% sau 15 ngày điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.7. Sau 15 ngày điều trị theo mức độ thoát vị

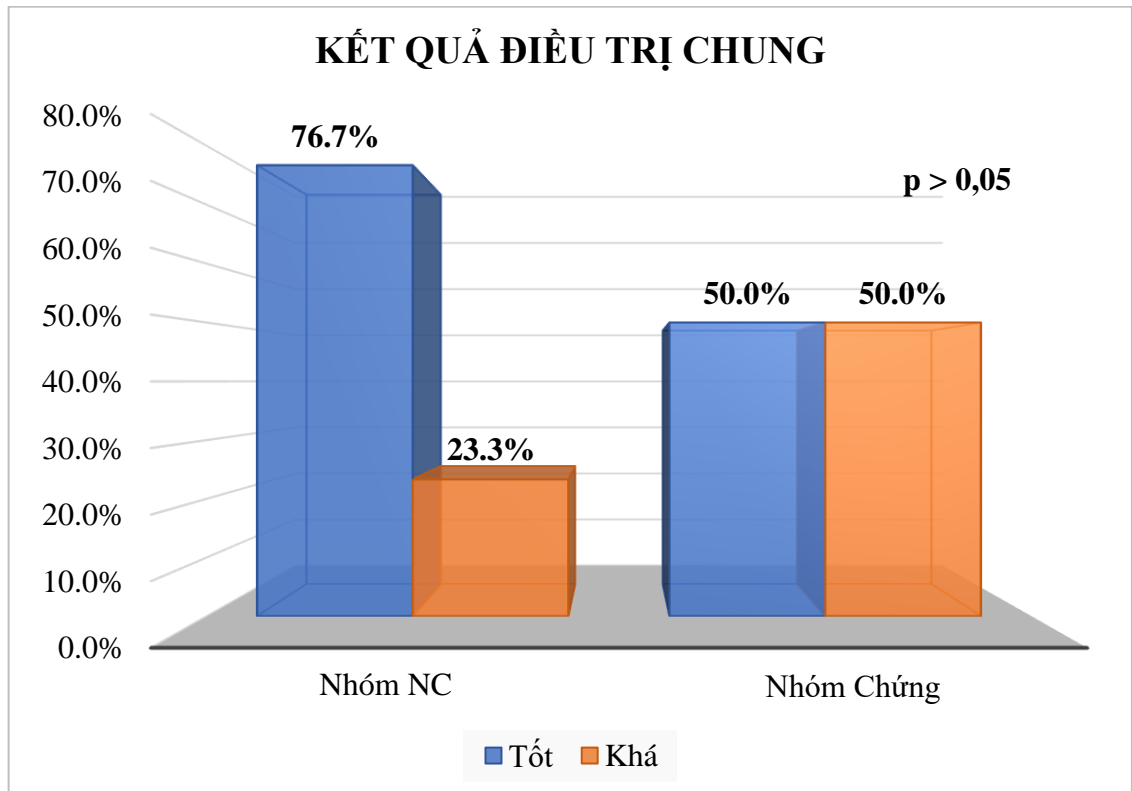
Bảng 3.24: Bảng kết quả điều trị sau 15 ngày theo mức độ thoát vị

Kết quả \ Nhóm	Phình đĩa đệm		Thoát vị		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	6	66.7	4	44.4	10	55.6
Khá	3	33.3	5	55.6	8	44.4
Tổng	9	100.0	9	100.0	18	100.0
p	0.637					
OR	0,443					

Nhận xét :

Đánh giá trên phim MRI về mức độ thoát vị trên phim MRI bệnh nhân phình đĩa đệm điều trị đạt 66,7% ở nhóm tốt và 44,4% ở nhóm thoát vị đĩa đệm ở nhóm tốt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ suất chênh OR = 0,443 < 1, chứng tỏ điều trị trên phình đĩa đệm có hiệu quả hơn so với thoát vị đĩa đệm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.8. Kết quả điều trị chung của cả hai nhóm sau điều trị



Biểu đồ 3.12: Kết quả điều trị chung

Nhận xét :

Sau 15 ngày điều trị có 76,7% bệnh nhân đạt loại tốt và 23,3% bệnh nhân đạt loại khá ở nhóm NC, nhóm ĐC có 50% tốt và khá. Sự khác biệt giữa hai nhóm về kết quả sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị

Trong quá trình điều trị của 60 bệnh nhân ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC đều không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào của các phương pháp can thiệp như :

Nắn chỉnh cột sống: đau tăng, hạn chế vận động tăng, tổn thương cột sống, tổn thương phần mềm cạnh sống

Châm cứu: vệt châm, chảy máu, nhiễm trùng vị trí châm, gãy kim...

Xoa bóp: đau tăng, tổn thương phần mềm cạnh sống và xung quang

Hồng ngoại : bỏng

Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng**Bảng 3.25. Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng**

Tác dụng không mong muốn	Nhóm	nhóm NC (n = 30)		nhóm Chứng (n = 30)	
		n	%	n	%
Vụng châm		0	0	0	0
Chảy máu khi rút kim		0	0	0	0
Nhiễm trùng tại chỗ		0	0	0	0
Đau tăng		0	0	0	0
Bỏng		0	0	0	0
Dị ứng ngoài da		0	0	0	0

Nhận xét :

Trong quá trình điều trị, 60 bệnh nhân ở cả hai nhóm không có ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào của các phương pháp can thiệp như nắn chỉnh cột sống, xoa bóp bấm huyệt, điện châm, hồng ngoại.

3.5. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị**3.5.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị****Bảng 3.26. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị**

Kết quả	Tốt		Khá+ Trung bình + Kém		OR (95%CI)	P
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi						
38 - 49	5	71.4	2	28.6	1	0.182
50 - 59	13	81.3	3	18.8	0.66 (0.025 - 18.0)	
≥ 60	20	54.1	17	45.9	1.11 (0.089 - 13.8)	

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.26 chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và hiệu quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống.

3.5.2. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Bảng 3.27. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Nghề nghiệp \ Kết quả	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
Lao động trí óc	15	68.2	7	31.8	1.339 (0.32 – 5.6)	0.726
Lao động tay chân	8	61.5	5	38.5		

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.27 cho thấy kết quả tốt và khá, trung bình, kém phân bố đồng đều ở hai nhóm nghề, chưa tìm thấy có mối liên quan về nghề nghiệp và hiệu quả điều trị chung của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống.

3.5.3. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Bảng 3.28. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Thời gian \ Kết quả	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
Dưới 1 – 3 tháng	8	88.9	1	11.1	3,0	0.049
Trên 3 tháng	21	52.5	19	47.5		

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.28 cho thấy thời gian mắc bệnh càng ngắn thì hiệu quả điều trị càng cao, bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng khả năng đáp ứng điều trị tốt hơn so với bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.5.4. Liên quan giữa mức độ hạn chế tâm vận động

Bảng 3.29. Liên quan giữa mức độ hạn chế tâm vận động và kết quả điều trị

Kết quả		Mức độ		Hạn chế vừa		Hạn chế nhiều		OR	p
		n	%	n	%	n	%		
Nhóm NC (n=30)	Tốt+Khá	10	100	15	60	Vô định	<0,05		
	Trung bình + Kém	0	0	10	40				
Tổng		10	100	22	100				

Nhận xét:

Từ bảng số liệu trong bảng 3.29 ta thấy 100% kết quả tốt tập trung ở nhóm bệnh nhân có mức độ hạn chế vừa. Cho thấy mối quan hệ chặt chẽ giữ mức độ hạn chế vận động cột sống lưng với kết quả điều trị: nhóm người bệnh có mức độ hạn chế vừa có kết quả điều trị tốt hơn nhóm có mức độ hạn chế nhiều.

3.5.5. Liên quan giữa vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị

Bảng 3.30. Liên quan giữa phân bố vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị

Vị trí	Kết quả		Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%	n	%		
Rễ L5	27	67.5	13	32.5	1	0.210		
Rễ S1	6	75.0	2	25.0	1.04 (0.15 – 7.21)			
Cả 2	5	41.7	7	58.3	2.6 (0.518 – 13.04)			

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.30 cho thấy nhóm bệnh nhân đau vị trí rễ L5 tỉ lệ mắc nhiều hơn nhóm khác, chưa tìm thấy mối tương quan giữa vị trí mắc bệnh với kết quả điều trị.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Về tuổi tác trong nghiên cứu

Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao khoảng 58 đến 67 cùng chiếm tỷ lệ 43,3% ở nhóm NC và 40% ở nhóm ĐC và tuổi trung bình ở cả hai nhóm là $61,52 \pm 10,55$. Bệnh nhân ít tuổi nhất trong nghiên cứu là 38 và bệnh nhân cao tuổi nhất là 80 tuổi. Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính tương đồng về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Lưu Văn Nam (2019) tuổi trung bình $67,00 \pm 7,02$ [65], Mâu Tiến Dũng (2020) tuổi trung bình $44,40 \pm 8,49$ [66].

Theo Y văn cũng như hầu hết các nghiên cứu khác, thoái hoá là quá trình tự nhiên của cơ thể và tăng dần theo tuổi thường xảy ra sau tuổi 30 trở lên làm ảnh hưởng đến quá trình lao động. Trong đó thoái hoá cột sống thắt lưng là bệnh lý thường gặp, đứng hàng đầu tiếp theo đó là thoái hoá cột sống cổ. 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 dưới sụn và màng hoạt dịch mất tính đàn hồi của đĩa đệm xơ cứng dây chằng bao khớp [3]. Theo lý luận của Y học cổ truyền thì khi được 7 quý với nữ (49 tuổi) mạch nhâm hư, mạch thái xung suy yếu, thiên quý kiệt và nam giới (56 tuổi) can khí suy kém, thiên quý kiệt, gân mạch yếu, tinh thiếu, thận suy tinh thần mệt mỏi, răng tóc rụng, vệ khí không còn vững chắc. Can chủ cân, thận chủ cốt nên khi tuổi cao chức năng của hai tạng bị suy giảm dẫn tới cân cốt không được nhu dưỡng đầy đủ gây nên bệnh về chứng tý tương ứng bệnh lý thoái hoá khớp của Y học hiện đại.

4.1.2. Về nghề nghiệp trong nghiên cứu

Biểu đồ 3.1 trong nghiên cứu chúng tôi chia làm hai nhóm lao động nặng và lao động nhẹ. Lao động nặng bao gồm công nhân, nông dân, xây dựng... xu hướng

làm bằng tay chân Lao động nhẹ như bác sỹ, văn phòng, nội trợ, giáo viên... xu hướng làm thiên về đầu óc. Đối với bệnh nhân hưu trí thì nghề nghiệp được phân nhóm theo nghề mà bệnh nhân có thời gian làm việc dài nhất trong đó. Kết quả nhóm lao động trí óc ở nhóm NC là 56,7%, ở nhóm ĐC là 56,7%, chiếm tỷ lệ cao hơn so với lao động chân tay với 43,3% ở nhóm ĐC và 43,3% ở nhóm NC. Tỷ lệ này tương đồng giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lưu Văn Nam (2019) có tỷ lệ lao động trí óc chiếm 63,33% [65], Mâu Tiến Dũng (2020) có tỷ lệ lao động trí óc chiếm 62,05% [66]

Trần Quốc Khánh (2019) cho rằng những người lao động nặng, thường xuyên mang vác nặng, làm công việc ngồi lâu không thay đổi tư thế hoặc sai tư thế lâu tạo ra những yếu tố chấn thương trực tiếp đến đĩa đệm [67]. Đối với người lao động trí óc thì việc ngồi thường xuyên ở một tư thế nhất định liên tục và kéo dài tạo ra những chấn thương làm tổn thương dây chằng, gân cơ và đĩa đệm dẫn đến nguy cơ đau lưng do đau thần kinh hông to. Hơn nữa với xã hội ngày càng phát triển hiện nay hướng tới quốc gia số công nghệ 4.0 thì công nghệ phát triển, máy móc, trang thiết bị hiện đại, phương tiện giao thông cải thiện đang dần thay thế sức người, tỷ lệ lao động chân tay, đi lại, vận động giảm đi. Đây cũng là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân cao hơn ở nhóm lao động trí óc. Mặt khác nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại thành phố, cỡ mẫu nhỏ, cũng có thể ảnh hưởng tới yếu tố nghề nghiệp của bệnh nhân trong nghiên cứu.

4.1.3. Về thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh là thời gian tính từ lúc bệnh nhân xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi bệnh nhân khám và điều trị tại bệnh viện. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng, đây là nhóm bệnh mạn tính, thời gian bệnh kéo dài. Thời gian mắc bệnh lại phụ thuộc nhiều vào yếu tố khác như ý thức bệnh nhân, điều kiện kinh tế xã hội, điều kiện thời gian và khoảng cách bệnh viện. Bảng 3.2 trong nghiên cứu cho ta thấy tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3 – 6 tháng có tỉ lệ cao, với 60% ở nhóm NC và 66,7% ở nhóm ĐC, thấp nhất là nhóm 1-3 tháng với 16,7% ở nhóm NC và nhóm ĐC là 13,3%. Sự khác biệt ở cả 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

So với các nghiên cứu khác, số liệu của chúng tôi có sự khác biệt với Lưu Văn Nam (2019) thời gian mắc bệnh của NC giai đoạn 1-3 tháng là 20%, nhóm ĐC là 16,67% và trên 6 tháng thì nhóm NC là 43,33% và nhóm ĐC là 46,66% [65], Bùi Đăng Minh Trí (2022) thời gian mắc bệnh trên 1 tháng là 5,6% còn từ 6 đến 12 tháng chiếm đến 51,4%[44]

Số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi có chút khác biệt với các nghiên cứu trên, hơn nữa kết quả này phù hợp với đặc điểm bệnh nhân khám và điều trị nội trú tại bệnh viện Tuệ Tĩnh và bệnh viện đa khoa Hà Đông. Trong đau thần kinh hông to do thoái hoá cột sống các triệu chứng khởi phát thường nhẹ không trầm trọng nên bệnh nhân thường cố chịu đựng mà không đến cơ sở y tế khám hoặc tự điều trị tại nhà, chỉ khi triệu chứng ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, khả năng lao động bệnh nhân mới đến cơ sở y tế để điều trị. Điều đó khiến đau dây thần kinh hông to là bệnh dai dẳng khó điều trị, dễ tái phát chính vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có thời gian đau trước điều trị từ 1-6 tháng chiếm tỷ lệ cao.

4.1.4. Hoàn cảnh khởi phát

Qua nghiên cứu theo biểu đồ 3.2 chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ bệnh nhân có hoàn cảnh xuất hiện bệnh tự nhiên không rõ ràng chiếm tỉ lệ cao... ở nhóm NC 86,2% với 13,8% ở nhóm thấp nhất là vi chấn thương, còn ở nhóm ĐC 89,3% ở nhóm xuất hiện tự nhiên và 10,7% ở nhóm vi chấn thương. Nguyên nhân sau chấn thương là nguyên nhân ít gặp ở cả 2 nhóm NC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê là $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Văn Nam (2019) xuất hiện tự nhiên là 73,34% nhóm ĐC và 66,67% nhóm NC, lao động sai tư thế là 23,33% với nhóm NC và nhóm ĐC là 26,67%[65], Bùi Đăng Minh Trí (2022) xuất hiện tự nhiên là 45,8% và vi chấn thương (sau thay đổi tư thế đột ngột) 50%[44].

Điều này phù hợp với đặc điểm nghề trong nghiên cứu của đối tượng tham gia với tỷ lệ cao là lao động trí óc, những người làm việc liên tục ở một tư thế chịu đựng vi chấn thương kéo dài chỉ cần tư thế thay đổi đột ngột dẫn tới tình trạng khởi phát đau. Từ kết quả nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân có xu hướng thay đổi nâng cao hiểu biết về kiến thức bệnh tật. Nhưng vẫn cần phải nâng cao kiến thức về phòng bệnh trong lao động và sinh hoạt hàng ngày phù hợp với công việc và trạng thái bệnh lý, nghỉ ngơi tập luyện điều độ phù hợp với bệnh lý, tránh biến chứng do thay đổi tư thế đột ngột sai tư thế gây ra.

4.1.5. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

4.1.5.1. Triệu chứng cơ năng trước điều trị

Mức độ đau theo thang điểm VAS

Đau là cảm giác chủ quan và có nhiều thang đo lường đau dựa trên mô tả của bệnh nhân trong đó thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) được nhiều người sử dụng do tính đơn giản và thuận tiện. Vì vậy trong nghiên cứu đánh giá mức độ đau của bệnh nhân chúng tôi dựa trên thang điểm VAS với mô tả và hướng dẫn chi tiết để bệnh nhân tự đối chiếu và tự cho điểm độ đau của mình một cách chính xác nhất.

Theo bảng 3.3 trước điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS của cả hai nhóm chủ yếu ở mức độ vừa (từ 4 – 6 điểm) điểm VAS trung bình của nhóm ĐC là $5,4 \pm 0,5$, nhóm NC là $5,3 \pm 0,53$, theo nghiên cứu của Lưu Văn Nam (2019) điểm VAS trung bình của nhóm ĐC là $6,2 \pm 1,09$ và nhóm NC là $6,36 \pm 1,21$ [65], Mậu Tiên Dũng (2020) điểm VAS trung bình của nhóm ĐC là $6,05 \pm 0,78$ và nhóm NC là $6,08 \pm 0,91$ [66] và Bùi Đăng Minh Trí (2022) mức độ đau vừa 36,1 % và mức độ đau nặng 31,9% [44]

Trong bệnh lý đau dây thần kinh hông to triệu chứng lâm sàng khởi phát mang tính chất cấp tính. Nhiều bệnh nhân có triệu chứng nhẹ thoáng qua, không trầm trọng nên dễ bỏ qua. Chỉ khi ảnh hưởng đến khả năng lao động, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày bệnh nhân mới đến điều trị. Đây chính là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm tỷ lệ cao và cũng là nguyên nhân khiến bệnh nhân đến khám và điều trị.

Nghiệm pháp Schober có ý nghĩa trong việc đánh giá chức năng vận động cột sống thắt lưng, thông qua đo độ giãn cột sống thắt lưng đánh giá mức độ hạn chế vận động. Kết quả ở bảng 3.3 trước điều trị ở nhóm NC $13,77 \pm 3,65$ và nhóm ĐC là $13,4 \pm 2,97$. Kết quả này với Nguyễn Thị Hương (2021) Nghiệm pháp Schober trước nghiên cứu ở 2 nhóm NC là $2,97 \pm 0,62$ và ĐC là $3,0 \pm 0,52$ [68]. Lưu Văn Nam (2019) Nghiệm pháp Schober trước điều trị ở nhóm NC $11,48 \pm 1,21$ và nhóm ĐC $11,56 \pm 1,27$ [65] là tương đồng.

Nghiệm pháp Lasègue ở nghiên cứu của Lưu Văn Nam (2019) ở nhóm NC là $57,13 \pm 10,73$ còn nhóm ĐC $58,24 \pm 9,6$ [65], Huỳnh Hương Giang (2020) với nhóm NC là $53,16 \pm 7,148$ [70] còn kết quả nghiên cứu của chúng tôi là $67,67 \pm 3,88$ ở nhóm NC, nhóm ĐC $66,67 \pm 3,3$. Mức độ chèn ép rễ của nghiên cứu chúng tôi tương đồng.

Chỉ số chức năng sinh hoạt hàng ngày của chúng tôi trong nghiên cứu là $16,93 \pm 0,52$ còn nhóm ĐC $16,9 \pm 0,82$. Lưu Văn Nam (2019) chỉ số chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm NC là $10,87 \pm 2,45$ và nhóm ĐC là $11,13 \pm 2,04$ [65], Huỳnh Hương Giang (2020) nhóm NC $18,91 \pm 3,835$ [70]. Từ kết quả trên không có khác biệt với các nghiên cứu khác.

4.1.5.2. Tầm vận động cột sống thắt lưng trước điều trị

Theo bảng 3.4 trước điều trị cả hai nhóm đều hạn chế tất cả các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay bên. Giữa hai nhóm NC và ĐC thì mức độ hạn chế tầm vận động CSTL không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Kết quả phù hợp với nghiên cứu Lưu Văn Nam (2019) với gập và duỗi là $56,93 \pm 8,1$, $21,02 \pm 1,56$ ở nhóm NC và $57,67 \pm 5,65$, $21,17 \pm 1,26$ ở nhóm ĐC[65], nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2021) có điểm trung bình ở nhóm NC $2,97 \pm 0,62$ và nhóm ĐC $3,00 \pm 0,52$ [68]

Khi đau và co cứng giảm độ giãn cột sống sẽ gây ra hạn chế vận động của CSTL mức độ hạn chế vận động cũng phù hợp với mức độ đau và co cứng cơ tại nhóm cơ cạnh sống của bệnh nhân. Hạn chế vận động CSTL do thoái hoá là hậu quả của các triệu chứng như đau, giảm độ đàn hồi bao khớp và dây chằng do các tổn thương từ gai xương, hẹp khe khớp.. cùng với mức độ giảm đau, giảm co cứng cơ chỉ cải thiện tầm vận động cột sống là tiêu chí tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh nhân trong bệnh lý đau thần kinh hông to.

4.1.5.2. Đặc điểm về vị trí chèn ép rễ

Qua nghiên cứu của chúng tôi với kết quả của biểu đồ 3.4 chúng tôi nhận thấy rằng : 60 bệnh nhân thì 40 bệnh nhân tổn thương rễ L5 chiếm 66,7%, có 8 bệnh nhân tổn thương tại rễ S1 chiếm 13,3% và 12 bệnh nhân tổn thương trên cả 2 rễ L5,S1 chiếm 20%, không gặp các triệu chứng giảm phản xạ gân xương, teo cơ hay liệt vận động chi trên. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Đăng Minh Trí (2022) với tổn thương rễ L5 là 60,7%, với rễ S1 là 25%, và tổn thương kép là 19,2%[68]. Lưu Văn Nam (2019) vị trí rễ L5 là 46,7% , rễ S1 là 33,3% và 20% với nhóm kép[65].

Đau dây thần kinh hông to thường gặp triệu chứng đau, đau lan dọc theo rễ bị chèn ép vì đây là vùng bản lề cột sống, di động nhiều nhất thường xuyên phải chịu trọng tải lớn của cơ thể và lực bổ sung của các hoạt động khác, do đó đĩa đệm này sẽ bị thoái hoá từ rất sớm kèm theo các đĩa đệm bị mất nước, kém đàn hồi, xẹp, giảm chiều cao và làm giảm khả năng cúi giãn. Hơn nữa đây là nơi vận động có biên độ lớn nhất nhưng lại có sự tiếp xúc hẹp giữa rễ thần kinh và đĩa đệm do hệ thống dây chằng cạnh sống, bao xơ đĩa đệm rất dễ bị tổn thương, nên chỉ cần một chèn ép nhỏ cũng gây nên triệu chứng lâm sàng[15],[16],[17].

4.1.6. Đặc điểm theo thể bệnh YHCT

Kết quả biểu đồ 3.5 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân đau theo đường đi của kinh bàng quang cao hơn so với kinh đờm ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2019) với 60% bệnh nhân đau theo đường đi kinh bàng quang ở cả 2 nhóm NC và ĐC [69].

Theo quan điểm học thuyết tạng tượng của YHCT cho rằng thận tàng tinh sinh tủy, can tàng huyết chủ cân, hai tạng này có quan hệ mật thiết với nhau. Sau 35 tuổi ở nữ và 40 tuổi ở nam, mạch dương minh bắt đầu suy, thận khí suy dần tinh huyết không đầy đủ do đó không nuôi dưỡng cân mạch làm xuất hiện đau lưng mỏi gối ... [34],[35]. Giai đoạn này tương đồng với quá trình thoái hoá sinh học của YHHD. Vì vậy phong hàn thấp kết hợp can thận hư thường gặp ở những bệnh nhân lứa tuổi trung niên, xuất hiện sau quá trình vi chấn thương kéo dài hoặc vận động sai tư thế gây đau dọc theo đường đi của rễ thần kinh, tổn thương vùng rễ L5 (vùng bản lề) tương đồng với tỷ lệ chèn ép rễ của YHHD.

4.1.7. Đặc điểm theo cận lâm sàng trước điều trị

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân theo bảng 3.5 chúng tôi nhận thấy hình ảnh X-quang hay gặp nhất là hẹp khe đốt sống với 96,6% ở nhóm NC và 96,4% ở nhóm ĐC. Thoái hoá trên phim Xquang 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có hình ảnh

thoái hoá cột sống thắt lưng trên phim X – quang. Trong đó đặc xương dưới sụn với tỷ lệ ít nhất 3,4%. Sự khác biệt ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Mậu Tiến Dũng (2020) tỷ lệ hẹp khe đốt sống trên phim X-quang nhóm ĐC là 42,5% và nhóm NC là 52,5[66]. Kết quả trên phim MRI với chẩn đoán phình đĩa đệm có 60% ở nhóm NC và 46,2% ở nhóm NC và thoát vị đĩa đệm là 40% ở nhóm NC và 53,8% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả so sánh với Lưu Văn Nam (2019), Phình đĩa đệm là 23,33% ở nhóm NC và 26,67% ở nhóm ĐC. Thoát vị đĩa đệm 76,67% ở nhóm NC và ĐC là 73,33%[65].

Nhóm nguyên nhân thoái hoá cột sống thắt lưng là nhóm nguyên nhân thường gặp, do các đĩa đệm bị mất nước, kém đàn hồi, xẹp, giảm chiều cao thân đốt, hẹp khe liên đốt, giảm khả năng cúi giãn kèm theo các thân đốt bị thoái hoá, đặc xương dưới sụn và xuất hiện các gai xương...[18],[19],[67]. Bệnh thường nặng và xuất hiện sớm ở những người có thói quen sinh hoạt hàng ngày không lành mạnh như thường xuyên mang vác nặng, ngồi xe lâu, chế độ dinh dưỡng kém, uống ít nước và ít tập luyện và cần thời gian để quen, mỏi lưng khi ngồi lâu. Vì vậy trên phim MRI biểu hiện phình đĩa đệm cột sống thắt lưng sẽ nhiều hơn nhóm có thoát vị đĩa đệm.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau

Điểm đau VAS được chúng tôi đánh giá vào 4 mốc quan trọng là trước điều trị (D_0), sau 5 ngày (D_5), sau 10 ngày (D_{10}) và sau 15 ngày điều trị (D_{15}). Giá trị trung bình của điểm VAS có sự thay đổi qua từng thời điểm.

Theo nghiên cứu của chúng tôi tại biểu đồ 3.6, điểm đau trung bình trước điều trị của nhóm NC là $5,3 \pm 0,53$ và của nhóm ĐC là $5,4 \pm 0,5$. Trong quá trình điều trị, điểm đau trung bình của 2 nhóm bệnh nhân được cải thiện dần theo thời gian. Sau 15 ngày điều trị điểm đau trung bình VAS cả hai nhóm bệnh nhân đều giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị, trong đó nhóm NC $1,03 \pm 0,32$ và nhóm ĐC $1,27 \pm 0,52$, hiệu suất giảm chỉ số VAS ở từng thời điểm đánh giá sau điều trị so với thời điểm bắt đầu D_0 với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Văn Nam (2019) với $1,91 \pm 0,51$ ở nhóm NC và $2,54 \pm 0,61$ ở nhóm ĐC[65]. Huỳnh Thị Hương Giang (2020) $2,23 \pm 0,868$ sau 15 ngày điều trị [70].

Với kết quả ở bảng 3.6 trước điều trị thời điểm D0 ở nhóm NC $5,3 \pm 0,53$, nhóm ĐC $5,4 \pm 0,5$. Tại D10 là $2,97 \pm 0,49$ ở nhóm NC và $3,07 \pm 0,78$ ở nhóm ĐC, D15 $1,03 \pm 0,32$ ở nhóm NC và $1,27 \pm 0,52$ ở nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm tại D0 và D15 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu Lưu Văn Nam (2019) với nhóm NC chie số VAS từ $6,36 \pm 1,21$ xuống $1,91 \pm 0,51$ và nhóm ĐC từ $6,2 \pm 1,09$ xuống $2,54 \pm 0,61$, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [65] Nguyễn Thị Hường với VAS sau điều trị thay đổi từ $5,17 \pm 0,79$ xuống $2,53 \pm 0,72$ ở nhóm NC và $5,13 \pm 0,77$ xuống $2,63 \pm 0,67$ ở nhóm ĐC [68]. Kết quả cho thấy phương pháp nắn chỉnh cột sống có hiệu quả trong điều trị giảm đau tốt như với các phương pháp điều trị khác.

Đau là triệu chứng nổi bật trong các bệnh lý cơ xương khớp, cột sống và cũng là nguyên nhân chính ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân khiến họ phải đi khám và điều trị. Đau trong bệnh lý đau dây thần kinh hông to thường không liên quan đến lớp đĩa đệm, thân xương hay gốc dây thần kinh (nerve root) chủ đạo cơn đau xuất phát tại tổ chức dây thần kinh xung quanh đĩa đệm, tổ chức dây chằng nối xương, và tổ chức cơ xung quanh bị chèn ép bởi đĩa đệm do sức ép của hai đốt xương khi đi, đứng, di chuyển, các hoá chất chuyển mạch thần kinh được tiết ra các đầu nối dây thần kinh (synapse) như histamine, prostaglandins tác động vào đầu dây thần kinh, dây thần kinh nhận báo nhận cảm giác đau đi lai di chuyển thì chúng ta cảm thấy đau. Lý do nữa cơn đau của bệnh nhân do áp suất gia tăng trong tế bào xương do xương bị thoái hoá gai xương chèn ép rễ thần kinh trong khu vực lỗ tiếp hợp gây kích thích hoặc kéo căng rễ ảnh hưởng tới sự gia tăng áp suất tĩnh mạch ép vào đầu dây thần kinh báo nhận cảm giác đau tại tĩnh mạch nhô lên làm bệnh nhân đau [7],[51],[52]. Chính vì vậy việc điều trị giảm hoặc cắt được cơn đau là mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị bệnh đau dây thần kinh hông to nói riêng cũng như các bệnh lý cơ xương khớp nói chung. Hai nhóm nghiên cứu đều sử dụng điện châm và hồng ngoại thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà dinh vệ, thông kinh lạc do đó làm giảm đau, điều hoà chức năng tạng phủ; lập lại cân bằng âm dương [33],[34],[35],[36]. Vì vậy sự khác biệt hiệu quả đến từ tác dụng của xoa bóp bấm huyết và nắn chỉnh cột sống. Xoa bóp

bấm huyết là phương pháp được chứng minh hiệu quả trong điều trị đau dây thần kinh hông to và có những nghiên cứu kỹ về cơ chế. Tác dụng của xoa bóp bấm huyết đến từ cải thiện tình trạng co cứng cơ, gân, dây chằng giúp khớp linh động hơn, thông qua 19 thủ thuật xoa bóp cơ bản trên 3 lớp da, cơ và huyết. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp nắn chỉnh cột sống có những điểm tương đồng với xoa bóp bấm huyết và những điểm riêng của mình như dùng các thủ thuật day, lăn, bấm, điểm và các động tác vận động điều chỉnh cột sống thắt lưng làm giải phóng sự co cứng cơ, đặc biệt nhóm cơ cạnh sống như nhóm cơ xoay, cơ ngang cạnh sống, cơ gai, cơ bán gai lưng và cơ nhiều chân nơi có điểm đau, điểm co cứng tại vùng tổn thương, tương đương với nhóm a thị huyết trong y học cổ truyền. Cả 2 đều là phương pháp không dùng thuốc sử dụng lực và sự khéo léo của bàn tay người điều trị có tác dụng trong điều trị bệnh và phòng bệnh. Việc sử dụng ít thủ pháp như lăn, day, bấm, điểm tại những vùng cơ cụ thể giúp tìm kỹ càng các điểm bất thường trên cột sống hơn. Hơn nữa thủ thuật bấm trong nắn chỉnh cột sống tương đồng với thủ thuật bật trong tác động cột sống Nguyễn Tham Tán tác nhẹ với tần số nhanh cùng thời gian lâu hơn, sử dụng tần số tác động cảm giác đau sẽ từ đau nhất giảm dần đến gần hết. Động tác điểm gần tương đồng với thủ thuật nén của Nguyễn Tham Tán tác động tại chỗ gây tăng tuần hoàn, làm tăng nuôi dưỡng tại chỗ giải quyết một phần hậu quả của việc co thắt mạch làm giảm đau. Ngoài ra tăng tuần hoàn còn làm tăng đào thải các chất chuyển hoá ứ đọng như acid lactic giúp giảm đau mỏi [7],[51],[52]. Trên thực tế lâm sàng của nghiên cứu, việc giúp bệnh nhân thoải mái hơn do ít gây cảm giác đau khó chịu trên một số trường hợp bấm huyết.

4.2.2. Sự cải thiện về nghiệm pháp Schober

Độ giãn cột sống thắt lưng ở người bình thường từ 4-6cm, khi có bất kỳ tổn thương nào ở vùng CSTL đều ảnh hưởng đến chỉ số này [15],[17]. Vì vậy đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng là một trong những đánh giá khách quan sử dụng trong bệnh lý đau dây thần kinh tọa.

Theo số liệu biểu đồ 3.7 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều giảm độ giãn cột sống thắt lưng. Tại D0 thời điểm trước điều trị ở nhóm NC là $13,77 \pm 3,65$ nhóm ĐC là $13,4 \pm 2,97$ sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 5 ngày điều trị chỉ số Schober ở cả 2 nhóm nghiên cứu có thay đổi nhóm NC $14,87 \pm 3,25$ nhóm ĐC $14,33 \pm 2,87$. So sánh giữa hai nhóm thấy kết quả ở nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau 15 ngày điều trị nhóm

Đường cong biểu đồ biểu diễn chỉ số Schober của nhóm NC $15,8 \pm 2,86$ và nhóm ĐC $15,2 \pm 3,06$. Tuy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này cho thấy sử dụng nắn chỉnh cột sống với các thủ pháp gần vùng gân cơ sát xương và trên cột sống có tác dụng cải thiện độ giãn cột sống nên việc giảm đau nhiều hơn cũng góp phần gia tăng sự cải thiện độ giãn cột sống. Tuy nhiên có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và thời gian nghiên cứu còn ngắn nên chưa thấy rõ sự khác biệt trong hiệu quả của phương pháp.

Theo nghiên cứu Lưu Văn Nam (2019) nhóm NC với D0 là $11,48 \pm 1,11$, D7 là $12,87 \pm 1,14$ và D14 là $13,56 \pm 1,23$, còn nhóm ĐC 11,56 $\pm 1,27$ với D0, D7 12,69 $\pm 1,38$ còn 13,21 $\pm 1,07$ tại D14.[65]. Huỳnh Hương Giang (2020) Độ giãn cột sống thất lưng Schober sau điều trị tăng từ $3,002 \pm 0,643$ lên $3,816 \pm 0,5$ [70] Nguyễn Thị Hương (2021) Độ giãn cột sống Schober trước điều trị với $2,97 \pm 0,62$ nhóm NC và $3,0 \pm 0,52$ nhóm ĐC và sau điều trị $3,83 \pm 0,38$ với nhóm NC và $3,83 \pm 0,42$ với nhóm ĐC [68]. Có thể thấy nhóm NC của chúng tôi với $15,8 \pm 2,86$ và nhóm ĐC $15,2 \pm 3,06$, sau 15 ngày điều trị. Do độ tuổi trung bình của nghiên cứu cao hơn, cỡ mẫu nhỏ hơn, thời gian mắc bệnh khác nhau kèm theo số ngày điều trị ngắn hơn nên kết quả điều trị chưa đạt được như mong muốn.

4.2.3. Sự cải thiện về nghiệm pháp Lasègue

Nghiệm pháp Lasègue là đánh giá dấu hiệu khách quan của sự chèn ép của rễ thần kinh hông to, có độ nhạy cao, dùng trong chẩn đoán. Nghiệm pháp Lasgègue $< 75^0$ được coi là dương tính [71].

Biểu đồ 3.8 cho thấy hai đường cong biểu diễn sự biến thiên của dấu hiệu Lasègue trong quá trình điều trị tại các thời điểm đánh D₀ và D₁₅ cả hai nhóm đều giảm với $p < 0,05$. Tại thời điểm D₅ ở nhóm NC $79,17 \pm 5,27$, nhóm ĐC $76,4 \pm 5,83$, thời điểm D₁₅ là $85,5 \pm 2,4$ với nhóm NC và $83,3 \pm 4,1$ với nhóm ĐC.

Bảng 3.7 trong nghiên cứu sẽ phân tích rõ hơn sự thay đổi của Lasègue trung bình trước và sau điều trị của cả hai nhóm. Tại thời điểm D_0 đến D_{15} tại nhóm NC sự thay đổi chỉ số Lasègue từ $67,67 \pm 3,88$ lên $85,5 \pm 2,4$, tại nhóm ĐC từ $66,7 \pm 3,3$ lên $83,3 \pm 4,1$. Sự khác nhau tại có ý nghĩa thống kê tại thời điểm có ý nghĩa về mặt thống kê với $p < 0,05$ nhưng so sánh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Hẹp khe đĩa đệm là tình trạng chu vi ống sống (nơi thần kinh đi qua) bị hẹp lại, kết quả làm cho các dây thần kinh bị chèn ép. Đây là bệnh lý của tuổi trung niên và tuổi già, là hậu quả của tình trạng phì đại hệ thống các dây chằng, phì đại các khớp đốt sống, thoát vị đĩa đệm, xuất hiện các mô xương thoái hoá. Tùy mức độ hẹp của ống sống (nhẹ, vừa, nặng) sẽ dẫn đến các dây thần kinh chạy xuống mông chân bị chèn ép ở mức độ khác nhau và biểu hiện các triệu chứng lâm sàng khác nhau tương ứng. Đau và di lệch diện khớp đốt sống gây co cứng cơ cạnh sống, co rút các gân cơ, dây chằng làm chèn ép rễ thần kinh, mặt khác chèn ép thần kinh lại gây đau tạo nên vòng xoắn bệnh lý [24],[67]. Đặc điểm của phương pháp nắn chỉnh cột sống phát hiện các sai lệch trên cột sống qua việc thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng qua đó thực hiện các vi chỉnh giúp điều chỉnh các sai lệch trên cột sống. Thông qua giãn cơ, điểm các huyết vị tương đồng trên đường đi của dây thần kinh bị chèn ép kết hợp với tư thế chỉnh tương ứng giúp cơ cạnh sống trên cột sống giảm co kéo giúp hệ cơ về tư thế cũ, phục hồi sự nhu nhuận của hệ cơ và sự cân bằng của cột sống. Vận động các khớp cột sống sẽ khiến bệnh nhân quen dần với trình trạng chèn ép, biên độ vận động khớp tăng lên, làm giảm cảm giác nhức nhối. Việc làm rộng tương đối khoảng cách đĩa đệm và rễ thần kinh làm giảm sự chèn ép rễ hay làm tăng giá trị góc Lasègue sau điều trị.

Như vậy sự khác biệt về cải thiện giá trị góc Lasègue trung bình giữa hai nhóm sau 15 ngày điều trị chứng tỏ tác dụng tốt của phương pháp trong việc điều trị đau dây thần kinh hông to.

4.2.4 Sự cải thiện tầm vận động

4.2.4.1. Gập

Qua bảng 3.8 cho thấy, trước điều trị tầm vận động gập của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau điều trị tầm vận động gấp trung bình tăng rõ rệt ở cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tại thời điểm D_0 tại nhóm NC $44,23 \pm 3,23$ và nhóm ĐC là $43,9 \pm 3,23$, tại thời điểm D_5 với $48,53 \pm 2,5$ của nhóm NC và $47,47 \pm 3,12$ của nhóm ĐC. Tại thời điểm D_{15} thì sự cải thiện tầm vận động gấp có $52,5 \pm 2,21$ ở nhóm NC và $50,93 \pm 3,11$ ở nhóm ĐC. Kết quả này so với kết quả của Lưu Văn Nam (2019) từ $56,93 \pm 8,10$ đến $70,03 \pm 4,26$ tại nhóm NC và từ $57,67 \pm 5,65$ đến $68,54 \pm 4,38$ tại nhóm ĐC [65] Nguyễn Thị Hương (2020) từ $56,17 \pm 4,86$ xuống $68,17 \pm 4,82$ ở nhóm NC và $57,87 \pm 3,94$ xuống $69,03 \pm 6,15$ ở nhóm ĐC [68] cho thấy phương pháp nắn chỉnh cột sống có hiệu quả điều trị trong cải thiện tầm vận động gấp của bệnh nhân.

4.2.4.2. Duỗi

Qua bảng 3.9 cho thấy, trước điều trị tầm vận động duỗi của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau điều trị tầm vận động duỗi trung bình tăng rõ rệt ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D_0 tại nhóm NC $35,43 \pm 5,36$ và nhóm ĐC là $33 \pm 6,82$, tại thời điểm D_5 với $38,8 \pm 4,66$ của nhóm NC và $37,07 \pm 6,76$ của nhóm ĐC. Tại thời điểm D_{15} thì sự cải thiện tầm vận động duỗi có $42,27 \pm 3,08$ ở nhóm NC và $40,1 \pm 6,61$ ở nhóm ĐC. Kết quả này so với kết quả của Lưu Văn Nam (2019) từ $21,02 \pm 1,56$ đến $25,61 \pm 1,82$ tại nhóm NC và từ $21,33 \pm 3,46$ đến $24,85 \pm 1,22$ tại nhóm ĐC [65] Nguyễn Thị Hương (2020) từ $21,33 \pm 3,46$ xuống $24,07 \pm 3,59$ ở nhóm NC và $20,83 \pm 3,24$ xuống $23,69 \pm 3,56$ ở nhóm ĐC [68] cho thấy phương pháp nắn chỉnh cột sống có hiệu quả điều trị trong cải thiện tầm vận động duỗi của bệnh nhân.

4.2.4.3. Nghiêng

Qua bảng 3.10 cho thấy, trước điều trị tầm vận động nghiêng của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau điều trị tầm vận động nghiêng trung bình tăng rõ rệt ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D_0 tại nhóm NC $24,43 \pm 3,5$ và nhóm ĐC là $23,7 \pm 4,24$, tại thời điểm D_5 với $27,17 \pm 2,04$ của nhóm NC và $26,47 \pm 3,26$ của nhóm ĐC. Tại thời

điểm D₁₅ thì sự cải thiện tầm vận động nghiêng có $29,7 \pm 1,7$ ở nhóm NC và $28,8 \pm 2,34$ ở nhóm ĐC. Kết quả này so với kết quả của Lưu Văn Nam (2019) từ $21,13 \pm 1,10$ đến $25,87 \pm 1,26$ tại nhóm NC và từ $21,43 \pm 1,34$ đến $24,97 \pm 1,32$ tại nhóm ĐC [65] Nguyễn Thị Hương (2020) từ $21,67 \pm 2,39$ xuống $25,83 \pm 2,31$ ở nhóm NC và $21,33 \pm 2,60$ xuống $25,33 \pm 1,89$ ở nhóm ĐC [68] cho thấy phương pháp nắn chỉnh cột sống có hiệu quả điều trị trong cải thiện tầm vận động nghiêng của bệnh nhân.

4.2.4.4. Xoay

Qua bảng 3.11 cho thấy, trước điều trị tầm vận động nghiêng của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Sau điều trị tầm vận động nghiêng trung bình tăng rõ rệt ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm D₀ tại nhóm NC $35,43 \pm 5,36$ và nhóm ĐC là $33 \pm 6,82$, tại thời điểm D₅ với $38,8 \pm 4,66$ của nhóm NC và $37,07 \pm 6,76$ của nhóm ĐC. Tại thời điểm D₁₅ thì sự cải thiện tầm vận động xoay có $42,27 \pm 3,08$ ở nhóm NC và $40,1 \pm 6,61$ ở nhóm ĐC

Xoay thân mình là động tác phức tạp vì nó được tạo ra bởi các hoạt động của cơ ở cả hai bên của cột sống. Ở vùng thắt lưng các cơ nhiều đầu ở bên xoay hoạt động cũng như các cơ dài và chậu sườn ở bên kia. Các cơ bụng cũng biểu hiện theo kiểu tương tự với sự hoạt động của cơ chéo bụng trong ở bên xoay và cơ chéo bụng ngoài của bên đối diện. Trong các cơ thân mình khả năng tạo lực của cơ duỗi thân là lớn nhất. Lực cơ gấp thân, nghiêng thân thân tối đa có giá trị 70% lực cơ duỗi thân. Lực cơ xoay thân có giá trị khoảng 45% lực cơ duỗi thân. Lực cơ thân mình ở nữ khoảng 50-60% so với nam trong đó cơ bụng đóng góp 1/3 moment gấp thân và ở động tác xoay các cơ bụng chiếm ưu thế với một ít hỗ trợ các cơ nhỏ ở phía sau [18],[20],[21].

Mặt khác khi điều trị cải thiện gấp, duỗi, nghiêng của thân mình giúp cải thiện động tác xoay vì vậy cần nghiên cứu xoay thân mình ảnh hưởng tới tổn thương trong bệnh lý đau dây thần kinh hông to với đề tài sâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn.

Như vậy sau 15 ngày điều trị nhóm NC tăng tầm vận động cột sống thắt lưng hơn, có xu hướng cải thiện hơn so với nhóm ĐC. Tuy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này cho thấy sử dụng nắn chỉnh cột sống có tác dụng cải thiện tốt hơn tầm vận động CSTL của bệnh nhân, hơn nữa việc giảm đau tốt hơn cũng góp phần cải thiện hơn tầm vận động. Có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và thời gian nghiên cứu còn ngắn nên chưa thấy sự khác biệt trong hiệu quả của phương pháp, khuyến nghị những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn để đánh giá hiệu quả của phương pháp nắn chỉnh cột sống.

4.2.5. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng

Bảng 3.12 các mốc điều trị tại thời điểm đều có sự thay đổi,

Tại nhóm ĐC: Đau âm ỉ từ 6,67% xuống 3,33%, đau tăng khi ho từ 10% xuống 3,33%, dấu hiệu bấm chuông từ 13,33% xuống 6,67%

Tại nhóm NC: Đau âm ỉ từ 6,67% xuống 0%, Đau tăng khi ho từ 10% xuống 0%, nghiệm pháp bấm chuông từ 13,3% xuống 0%.

Như vậy sau 15 ngày điều trị các triệu chứng cơ năng như đau âm ỉ, đau tăng khi ho, dấu hiệu bấm chuông, và nghiệm pháp đo kiểu rỗng ở hai nhóm NC và nhóm ĐC có xu hướng cải thiện. Tuy sự khác biệt giữa cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.2.6. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bảng 3.13 cho thấy sau điều trị, mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày cải thiện rõ, không còn bệnh nhân nào ở mức độ hạn chế nghiêm trọng. Chỉ số cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trung bình từ $16,93 \pm 0,52$ xuống $5,87 \pm 2,45$ ở nhóm NC và $16,9 \pm 0,82$ xuống $8,17 \pm 3,94$ ở nhóm ĐC.

Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, nhưng có ý nghĩa không thống kê tại thời điểm điều trị với $p > 0,05$.

Bảng 3.14 tỷ lệ trung bình có thay đổi đánh kể ở các thời điểm đánh giá:

Nhóm NC tại thời điểm D₅ 56,7% là trung bình 43,3% là kém, tại thời điểm D₁₀ có 23,3% đã đạt tốt, 60% đạt khá và 13,3% là trung bình còn có 3,3% là kém. Tại thời điểm D₁₅ có 36,7% là tốt, 53,5% đạt khá 10% là trung bình và không có kém.

Nhóm ĐC tại thời điểm D₅ 30% là trung bình 70% là kém, tại thời điểm D₁₀ có 20% đã đạt tốt, 36,7% đạt khá và 26,7% là trung bình còn có 16,7% là kém. Tại thời điểm D₁₅ có 23,3% là tốt, 60% đạt khá 13,3 % là trung bình và còn 3,3% là kém.

Kết quả này cho thấy việc điều trị không những làm cho bệnh nhân giảm đau mà còn tăng cường sự hoà nhập lại với cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân thông qua việc giảm hạn chế các hoạt động cá nhân không thực hiện được vì đau. Hai nhóm đều có hiệu quả giảm đau, giảm co cứng vùng thắt lưng, biên độ vận động cải thiện, vì vậy mà các chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt hơn như khả năng tự chăm sóc bản thân, hoạt động xã hội... nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Mặt khác bệnh lý đau dây thần kinh hông to phần lớn là người già và sự khác biệt văn hoá nên khai thác chức năng sinh hoạt hàng vấn đề sinh hoạt tình dục cần được tư vấn tâm lý và những nghiên cứu về cỡ mẫu và thời gian lớn hơn để đánh giá được chính xác và mang tính toàn diện hơn.

4.2.7. Kết quả điều trị theo thể YHCT

Bảng 3.21 trong nghiên cứu của chúng tôi trong 60 bệnh nhân điều trị có 18 trường hợp thuộc bàng quang kinh, 7 trường hợp ở đờm kinh và 5 trường hợp tổn thương cả đờm và bàng quang kinh tại nhóm NC, còn nhóm ĐC có 20 trường hợp thuộc bàng quang kinh, 4 trường hợp đờm kinh và 6 trường hợp là tổn thương trên cả bàng quang và đờm kinh. Trong đó tỉ lệ đạt kết quả tốt sau điều trị là nhóm NC trên bàng quang kinh với 77,8%. So sánh kết quả hai bên ta thấy phương pháp nắn chỉnh cột sống có kết quả điều trị cải thiện trên nhóm bệnh nhân toạ cốt phong thể can thâm hư kèm phong hàn thấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Thị Hương Giang (2020) [68].

Theo YHCT, Toạ cốt phong thuộc chứng tý là chứng bệnh với biểu hiện đau do khí huyết lưu chuyển trong kinh mạch bị tắc trở gây ra. Đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống theo YHHD tương ứng với thể can thận hư kèm phong hàn thấp trong YHCT với các biểu hiện như Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, đau nhiều có thể teo cơ, bệnh kéo dài, hạn chế vận động, đau có thể một bên hoặc 2 bên cột sống, cơ cột sống không đỏ. Tiếng nói, hơi thở bình thường. Không mùi, không

ho, không đờm. Đau xảy ra đột ngột khi bị lạnh, mưa ẩm thấp, ù tai ho hắt hơi đau tăng, ngủ ít, gôi mồi. Co cứng cơ, ấn có điểm đau chói, Chất lưỡi nhợt bệu hay hồng nhợt, rêu lưỡi trắng dày và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược [33],[34],[35], [36]. Triệu chứng đau của bệnh nhân chủ yếu do chức năng can thận suy giảm dẫn đến huyết ú mà ra, khí huyết vận hành không điều hoà kết hợp thêm ngoại tà phong, hàn, xâm nhập kinh lạc làm kinh mạch tắc trở sinh ra thấp trệ, càng làm nặng thêm tình trạng bệnh

Nắn chỉnh cột sống là phương pháp không dùng thuốc tác động vào hệ cột sống và hệ cơ cạnh sống là phủ của thận, mạch đốc và 3 kinh dương cùng hệ thống hoa đà giáp tích để hoạt huyết hoá ú, chi thống, đả thông kinh mạch, thư cân, an thần điều tiết nội mô, giãn cơ co cứng, thúc đẩy hồi phục cơ nhục, các khớp và thần kinh bị tổn thương. Vương Phong Hoa (2015) tiến hành điều trị cho 74 trường hợp đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp nắn chỉnh cột sống trong 1 năm từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 5 năm 2014 kết quả nhóm NC đạt hiệu quả điều trị là 97,3% và nhóm chứng là 83,78% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [72]. Phương pháp nắn chỉnh cột sống không những tận dụng điểm mạnh của phương pháp xoa bóp bấm huyết mà còn có ưu điểm riêng là tác động trực tiếp điểm đau nhất hay a thị huyết, điểm co cứng nhất là những nơi tà khí tập trung, ú trệ khí huyết kết hợp với xung giải chỉnh phục là các tư thế vận động cột sống theo tầm vận động của cột sống. Cũng vì vậy mà phương pháp giải quyết tình trạng ú huyết, giảm đau cho bệnh nhân nhanh hơn.

Kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Lưu Văn Nam (2019)[65], Trương Thị Mai Vân (2018)[73]

4.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung

Đánh giá về rễ tổn thương và mức độ bệnh

Kết quả bảng 3.20 cho thấy sự cải thiện của tổn thương theo nhóm rễ thần kinh và mức độ thoát vị. Sau 15 ngày điều trị tại nhóm tổn thương vị trí rễ L5 có 78,9% đạt kết quả điều trị tốt tại nhóm NC, 57,1% nhóm ĐC. Tổn thương cả hai rễ thần kinh đạt 40% kết quả tốt với nhóm NC và 42,9% ở nhóm ĐC. Kết quả khá tại vị trí tổn thương rễ L5 có 21,1% nhóm NC 42,9% nhóm ĐC. Tổn thương tại hai rễ có 60% kết quả khá với nhóm NC và 57,1% ở nhóm ĐC. Kết quả này tương đồng với Bùi Đăng Minh Trí (2022)[44].

Và bảng 3.23 về mức độ thoát vị trên phim MRI bệnh nhân phình đĩa đệm điều trị đạt 66,7% ở nhóm tốt và 44,4% ở nhóm thoái vị đĩa đệm ở nhóm tốt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ suất chênh $OR = 0,443 < 1$, chứng tỏ điều trị trên phình đĩa đệm có hiệu quả hơn so với thoát vị đĩa đệm. So sánh với kết quả của Lưu Văn Nam (2019) với phình đĩa đệm có 20% đạt tốt, 66,67% đạt khá và 13,33% đạt trung bình trong điều trị, thoát vị đĩa đệm có 13,33% đạt tốt, 46,67% đạt khá, 33,33% đạt trung bình, còn 6,67% đạt kém trong điều trị [67].

Tuy sự khác biệt là chưa đáng kể nhưng chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa mức độ tổn thương và hiệu quả điều trị qua đánh giá mối tương quan qua đó có thể thấy hiệu quả của nhóm phình đĩa đệm cao hơn nhóm thoát vị đĩa đệm và tổn thương đơn rễ nhất là rễ L5 điều trị dễ dàng hơn nhóm tổn thương cả rễ L5 và S1. Lý giải cho điều này có thể do mức độ tổn thương và theo rễ hiệu quả điều trị sẽ thay đổi cao hơn.

Theo bảng 3.22 nghiên cứu mối liên hệ giữa kết quả điều trị và thời gian điều trị cho thấy kết quả điều trị tốt là nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là khoảng 1 đến 3 tháng với 88,9%. Tuy sự khác biệt chưa đáng kể với $p > 0,05$ nhưng chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và hiệu quả điều trị qua đó nhận thấy thời gian mắc bệnh càng lâu thì hiệu quả càng giảm. Có thể do mức độ bệnh nhẹ hơn hầu hết đều có thời gian mắc bệnh ngắn hiệu quả điều trị bệnh sẽ cao hơn. Ngoài ra ở Bệnh viện Tuệ Tĩnh hay khoa Phục hồi chức năng của Bệnh viện đa khoa Hà Đông bệnh nhân tuyển sau ít gặp những bệnh nhân mới mắc bệnh và những bệnh nhân nặng hơn và lượng bệnh nhân còn bó gọn trong một khu vực. Phải chăng có thể làm nghiên cứu rộng hơn với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn để đánh giá một cách khách quan hơn.

Hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng không chỉ được thể hiện ở các chỉ số đơn thuần như : mức độ giảm đau, cải thiện chèn ép rễ thần kinh, tầm vận động của cột sống thắt lưng, sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày mà nó là sự tổng hợp của các chỉ số thể hiện trên một kết quả mang tính tổng thể của các chỉ số

Biểu đồ 3.9 kết quả điều trị cả hai nhóm ĐC vs NC tại thời điểm D5 với kết quả trung bình là 53,3%, kém 46,7% ở nhóm NC và 26,7% là trung bình và 73,3% là kém ở nhóm ĐC.

Biểu đồ 3.10 kết quả điều trị cả hai nhóm ĐC vs NC tại thời điểm D10 với 3,3% là tốt, 50% là khá và 46,7% là trung bình tại NC và 50% khá, 40% trung bình và 10% là kém ở nhóm ĐC.

Biểu đồ 3.11 kết quả điều trị cả hai nhóm ĐC vs NC tại thời điểm D15 với 20% là tốt, 73,3% là khá và 6,7% là trung bình ở nhóm NC, và 10,2% là tốt, 66,5% là khá, 20% là trung bình và 3,3% là kém ở nhóm ĐC.

Sau 15 ngày điều trị, có sự cải thiện rõ rệt ở kết quả điều trị chung của 2 nhóm cụ thể biểu đồ 3.12. với nhóm NC tỷ lệ điều trị tốt chiếm 76,7% và khá là 23,3%, còn nhóm ĐC thì tỷ lệ là 50% với cả tốt và khá.

So sánh với các nghiên cứu khác như :

Luu Văn Nam (2019) đánh giá tác dụng của tác động cột sống kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm, điều trị 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm, kết quả sau 15 ngày có 16,67% có kết quả tốt, loại khá là 53,33% và trung bình là 26,67%[65]

Trương Thị Mai Vân (2018), nghiên cứu tác dụng của xông thuốc kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống trên 30 bệnh nhân đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm, sau 20 ngày điều trị kết quả tốt chiếm 67,7%, khá chiếm 30% và trung bình là 3,3%[73]

Vương Phong Hoa (2015) nghiên cứu lâm sàng thủ pháp Trung y nắn chỉnh cột sống điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm, trên 74 bệnh nhân, sau 20 ngày kết quả điều trị tốt là 59,46%, khá chiếm 24,32% và trung bình là 13,51%[72]

Nghê Lăng Vân (2019), nghiên cứu hiệu quả ứng dụng Trung y nắn chỉnh cột sống kết hợp châm cứu điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm, trên 60 bệnh nhân, kết quả sau 15 ngày có 25% đạt kết quả tốt, khá chiếm 47,5% và trung bình là 27,5%[74]

So sánh với các nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với các nghiên cứu và phương pháp nắn chỉnh cột sống có kết quả tốt trong điều trị bệnh nhân đau dây thần kinh hông to.

4.3. Tác dụng không mong muốn

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 chúng tôi thu thập được 70 bệnh nhân trong đó có 62 bệnh nhân thuộc chúng Toạ cốt phong thể can thận hư kèm phong hàn thấp, 02 bệnh nhân không đáp ứng số ngày điều trị được loại bỏ khỏi nghiên cứu.

Trong 15 ngày điều trị cho 60 bệnh nhân thuộc cả hai nhóm NC và ĐC chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị tác dụng không mong muốn của các phương pháp can thiệp (nắn chỉnh cột sống, xoa bóp bấm huyệt, điện châm và hồng ngoại) như :

- Nắn chỉnh cột sống: đau tăng, hạn chế vận động, tổn thương cột sống, tổn thương phần mềm cạnh sống

- Xoa bóp bấm huyệt: đau tăng, tổn thương phần mềm cạnh sống và xung quang

- Điện châm: vụng châm, chảy máu, nhiễm trùng vị trí châm, gãy kim...

- Hồng ngoại: bỏng ...

Điều này cho thấy tính an toàn của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại hay phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm, hồng ngoại

4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to

4.4.1. Yếu tố tuổi

Kết quả ở bảng 3.25 cho thấy bệnh nhân nhóm tuổi 50-59 tuổi có sự cải thiện tốt hơn (tỷ lệ tốt 81,3%) nhóm tuổi hơn 60 tuổi. Chúng tôi cho rằng, khi tuổi càng cao quá trình thoái hóa càng diễn ra mạnh, hệ thống gân và dây chằng kém đàn hồi, đĩa đệm mất nước kém đàn hồi, xẹp giảm chiều cao lại thêm sức khỏe chung giảm nên khả năng tái tạo và phục hồi chức năng kém hơn so với nhóm tuổi trẻ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn và nhóm bệnh nhân tuổi 50 đến hơn 60 chiếm tỷ lệ cao hơn (tổng bệnh nhân ở cả hai nhóm NC và ĐC là 58,4%) nên chưa thấy được sự liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị (với $p>0,05$).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Lưu Văn Nam (2019) tuổi trung bình $67,00 \pm 7,02$ [65], Mậu Tiến Dũng (2020) tuổi trung bình $44,40 \pm 8,49$ [66].

4.4.2. Yếu tố nghề nghiệp

Kết quả ở bảng 3.26 cho thấy nhóm bệnh nhân lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm bệnh nhân chân tay (tỷ lệ tốt là 68,2% ở nhóm lao động trí óc và 61,5% ở nhóm lao động chân tay). Theo chúng tôi những nhóm lao động chân tay thường xuyên làm việc nặng nhọc nên tải trọng mà cột sống chịu đựng khi làm việc cao hơn, cột sống phải chịu áp lực trọng tải cao tác động lên đĩa đệm dễ gây nên thoái hoá cột sống và tổn thương cột sống nặng hơn so với người lao động trí óc. Ngoài ra hầu hết những người lao động chân tay nhận thức về ảnh hưởng của bệnh tật cũng ít hơn và sự hiểu biết về các lao động làm việc nghỉ ngơi cũng như cách dự phòng bệnh cũng chưa hợp lý và chưa có nhiều hướng dẫn dự phòng cụ thể từng nhóm lao động. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không quá nhiều khác biệt ($p > 0,05$) có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn với 60 bệnh và thời gian còn ngắn thêm vào đó bệnh viện Tuệ Tĩnh và bệnh viện đa khoa Hà Đông đều thuộc nhóm bệnh viện trong thành phố nên tỷ lệ bệnh nhân nhóm lao động trí óc và nhóm lao động chân tay chưa có sự khác biệt (với $p > 0,05$).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lưu Văn Nam (2019) có tỷ lệ lao động trí óc chiếm 63,33%[65], Mậu Tiến Dũng (2020) có tỷ lệ lao động trí óc chiếm 62,05%[66]

4.4.3. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng đến 3 tháng có tỷ lệ tốt chiếm 88,9% và tỷ lệ trên 3 tháng là 52,5%. Trong nghiên cứu bệnh nhân đa phần đều khoảng trên 3 tháng chiếm 66,7% (theo bảng 3.2), thời gian mắc bệnh phụ thuộc quan điểm của bệnh nhân về bệnh tật. Đa phần bệnh nhân giai đoạn đầu khởi phát bệnh nhân có đến cơ sở y tế khám và điều trị đỡ giảm tự bỏ tự điều trị hoặc bệnh nhân tự điều trị tại nhà đến khi tiến triển bệnh lý tăng mới đến. Thời gian mắc bệnh càng ngắn, kết quả điều trị càng cao và ngược lại, thời gian diễn biến càng dài càng khó điều trị, trong thời gian nghiên cứu quan điểm càng được thể hiện rõ thông qua bảng 3.22 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, tỷ số chênh OR =3)

So với các nghiên cứu khác, số liệu của chúng tôi có sự khác biệt với Lưu Văn Nam (2019) thời gian mắc bệnh của NC giai đoạn 1-3 tháng là 20%, nhóm ĐC là 16,67% và trên 6 tháng thì nhóm NC là 43,33% và nhóm ĐC là 46,66% [65], Bùi Đăng Minh Trí (2022) thời gian mắc bệnh trên 1 tháng là 5,6% còn từ 6 đến 12 tháng chiếm đến 51,4%[44]

4.4.4. Yếu tố mức độ hạn chế tâm vận động

Theo bảng 3.23 kết quả điều trị tốt tập trung ở nhóm bệnh nhân có hạn chế tâm vận động ở mức độ vừa, nhóm hạn chế nhiều chiếm tỷ lệ 60%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho chúng ta thấy có sự liên quan giữa mức độ vận động đến kết quả điều trị

Hạn chế vận động cột sống do thoái hoá cột sống thắt lưng là hậu quả của các triệu chứng như đau, co cứng cơ nguyên nhân do giảm đàn hồi bao khớp dây chằng, hẹp khe đĩa đệm mất nước giảm xẹp chiều cao khiến các cơ hoạt động không thuận lợi. Cùng với giảm đau thì cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng cũng là mục tiêu quan trọng để đánh giá phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại trong điều trị bệnh nhân đau dây thần kinh hông to.

Kết quả gần như tương đồng với nghiên cứu Lưu Văn Nam (2019)[65], nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2021)[68]

4.4.5. Yếu tố vị trí rễ tổn thương và kết quả điều trị

Theo nghiên cứu nhóm bệnh nhân tổn thương rễ L5 nhiều hơn so với hai nhóm còn lại (bảng 3.15). Hiệu quả điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) với tổn thương rễ L5 tổ là 67,5% và khá trung bình 32,5% (bảng 3.24). Điều này có thể do tỷ lệ nhóm tổn thương rễ L5 cao hơn so với hai nhóm còn lại. Mặt khác số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn nhỏ, thời gian còn ngắn nên chưa có sự khác biệt.

Kết quả này tương đồng với Nguyễn Huy Quân (2020) [75] và Hoàng Minh Hùng (2017)[76]. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi khác biệt với các nghiên cứu trên.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại và 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm, hồng ngoại các kết quả thu được, chúng tôi rút ra một số kết luận sau :

1. Hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống thắt lưng bằng nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại

Hiệu quả giảm đau: Mức độ đau theo thang điểm VAS giảm 80,5% sau 15 ngày điều trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm đau tốt hơn nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Hiệu quả giãn cột sống: Độ giãn cột sống thắt lưng cải thiện 12,85% sau 15 ngày điều trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng: Điểm vận động cột sống thắt lưng cải thiện lên 15,75% sau 15 ngày điều trị, số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu có cải thiện các tầm vận động hơn nhóm chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hiệu quả giảm chèn ép rễ thần kinh: Tỷ lệ giảm chèn ép rễ cải thiện chỉ số trung bình cải thiện lên 20,85% sau 15 ngày điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm NC xu hướng cải thiện tốt hơn.

Hiệu quả cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày: Điểm ODI thay đổi sau 15 ngày điều trị là 65,3% , số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả điều trị chung: Sau 15 ngày điều trị hiệu quả tốt chiếm 76,7% và khá chiếm 23,3%. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nghiên cứu xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm chứng.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả

Ảnh hưởng của tâm vận động lên kết quả điều trị:

Kết quả điều trị tốt và khá tập trung ở nhóm bệnh nhân có hạn chế tâm vận động ở mức độ vừa với 100%, nhóm hạn chế nhiều kết quả tốt và khá chiếm tỷ lệ 60%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh lên kết quả điều trị:

Có mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh và tác dụng điều trị: thời gian mắc bệnh càng lâu thì hiệu quả điều trị giảm

Ảnh hưởng của rễ tổn thương và mức độ thoát vị và kết quả điều trị :

Kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân phình đĩa đệm và tổn thương đơn thuần nhóm rễ L5 có cải thiện hơn so với nhóm tổn thương đa rễ và thoát vị đĩa đệm.

KHUYẾN NGHỊ

Nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại là sự kết hợp có hiệu quả và an toàn giữa YHHD và YHCT để điều trị bệnh nhân đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cột sống. Qua nghiên cứu của chúng tôi, xin có khuyến nghị áp dụng rộng rãi phương pháp này trong điều trị đau dây thần kinh hông to do thoái hoá cho bệnh nhân

Phương pháp nắn chỉnh cột sống là phương pháp đã có nhiều nghiên cứu ở nước ngoài nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam, phương pháp dễ ứng dụng và qua nghiên cứu đã thấy những hiệu quả nhất định của phương pháp trên nhưng chưa được sử dụng và chưa có nhiều nghiên cứu, cần nhiều nghiên cứu đầy đủ và khách quan hơn. Vì vậy chúng tôi khuyến nghị mở rộng nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và thực hiện các nghiên cứu các tác dụng và ứng dụng khác của phương pháp trong điều trị bệnh nhân nhóm cơ xương khớp tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), “Thoái hóa khớp, Đau vùng thắt lưng và đau dây thần kinh toạ”, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, 138-162, 361-364.
2. **Nguyễn Thị Bay** (2007), “ Điều trị đau thần kinh toạ theo YHCT”, *Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp đông – tây y)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 469.
3. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan, Hoàng Văn Dũng** (2015), *Thoái hoá cột sống thắt lưng, Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 191-197.
4. **Leboeuf-Yde C, Klougart N, Lauritzen T.** How common is low back pain in the Nordic population? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the Nordic countries. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996;21(13):1518–25; discussion 25–6.
5. **Caroline Nespolo, Lucas de Melo Castro, Rodolfo Souza** (2017), *The burden of low back pain in Brazil: estimates from the Global Burden of Disease 2017 Study BMC*, Population Health Metrics, Suppl 1, Vol 18, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7526352/>
6. **Trần Thuý** (2006), “Đau dây thần kinh hông to”, *Nội khoa Y học cổ truyền (sách dành cho đối tượng sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 260-263.
7. **Nguyễn Thế Thứ** (2009), *Chiropractic chữa bệnh đau lưng không dùng thuốc*, California- U.S.A, 7,19-23.
8. **Nguyễn Tham Tấn** (1989), *Chữa 21 trường hợp đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp tác động cột sống*, Quân đội nhân dân 1989-97, 23-26. <https://thuvieny.com/chua-21-truong-hop-dau-day-than-kinh-hong-bang-phuong-phap-tac-dong-cot-song/>

9. **Trương Việt Bình** (2010), *Bài giảng tác động cột sống tập 1*, Nhà xuất bản Y học, 7-11.
10. **Leng Xiengyang** (2021), *Chỉnh cốt trị liệu học- Sách giáo khoa cao cấp chuyên ngành chỉnh cốt*, Trường cao đẳng Trung y dược Toàn quốc Tân Thế Giới, 3.
11. **Lê Thị Thu Hà, Trần Hải Vân** (2022), *Đánh giá tác dụng của điện châm giúp tích L1-L5 và nhóm huyết 8 kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá*, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 521- tháng 12, số 2, 81-84.
12. **Nguyễn Tài Thu** (2003). *Châm cứu chữa bệnh*. Nhà xuất bản tổng hợp Đồng Nai, Đồng Nai.
13. **Trương Thị Mai** (2018), *Đánh giá tác dụng của xông thuốc kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
14. **Lê Quang Khanh** (2010), “Tia hồng ngoại”, *Các phương thức điều trị bằng vật lý (Dùng cho đào tạo ngành vật lý trị liệu / phục hồi chức năng)*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 18-22.
15. **Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu** (2012),” Đau thần kinh toạ”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa (Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng)*, Nhà xuất bản Y học, Bệnh viện Bạch Mai, 650-652.
16. **Nguyễn Thị Xuyên, Lương Ngọc Khuê** (2016), “Đau thần kinh toạ”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp (Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 140-144.
17. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh, Phạm Quang Vinh** (2018), “Đau thắt lưng và đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm”, *Bệnh học nội khoa – Tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội, 252-268.

18. **Hoàng Văn Cúc, Nguyễn Văn Huy** (2006),” Đại cương về hệ thần kinh”, “Tuỷ sống”, “Các xương và khớp của thân”, *Giải phẫu người (Sách dành cho hệ bác sĩ đa khoa)- Bộ môn giải phẫu, Đại học Y Hà Nội*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 313-326, 401-406.
19. **Nguyễn Doãn Cường** (2007), “Giải phẫu X-Quang cột sống”, *Giải phẫu X- Quang (Sách đào tạo cử nhân kỹ thuật y học chuyên ngành kỹ thuật hình ảnh)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 36-43.
20. **Frank H. Netter, MD** (2007), “ Cột sống” “ Các đốt sống thắt lưng”, *Atlas Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 154-156,158.
21. **Trịnh Văn Minh** (1998), *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 327 - 334.
22. **Nguyễn Quang Quyền** (2007). *Bài giảng giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 22 - 23.
23. **Hào B** (2018), *Giải phẫu chức năng đĩa đệm cột sống* [Internet]. Điều trị đau, [cited 30 Tháng Chín 2022]. Available at: <https://dieutridau.vn/giai-phau-chuc-nang-dia-dem-cot-song/>
24. **Joseph E. Muscolino** (2014), *Manual Therapy for the Low back and Pelvis A clinical Orthopedic Approach*, Nhà xuất bản Lippincott Williams & Wilkins, English
25. **Hamada E. Seif** (2015), *The Effect of Stretching Hamstring, Gastrocnemius, Iliopsoas and Back Muscles on Pain and Functional Activities in Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial*, Open Journal of Therapy and Rehabilitation, Vol.3 No.4.
26. **Moder A., Hufnagl C., Jakab M., Hitzl W. and Ritter M.** (2011) *Radon-therapy in ankylosing spondylitis reduces auto-antibody titers*. Open Journal of Molecular and Integrative Physiology, Vol11, No3, 52-54.
27. **Nguyễn Xuân Nghiêm, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương** (2010), “ Đo tầm hoạt động khớp và thử cơ bằng tay”, *Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng (Sách chuyên tham khảo dành cho cán bộ ngành phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 21-66.

28. **Bộ y tế** (2014), “Phục hồi chức năng đau dây thần kinh toạ”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng (kèm theo quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014)*, Hà Nội, 218-221.
29. **Shoaa G. Shetewi, Bander S. Al Mutairi, Saeed M. Bafaraj** (2020) *The Role of Imaging in Examining Neurological Disorders; Assessing Brain, Stroke, and Neurological Disorders Using CT and MRI Imaging*, Advances in Computed Tomography, Vol.9 No.1, March 6.
30. **Phạm Ngọc Hoa và Lê Văn Phước** (2011), *Bài giảng chẩn đoán Xquang*, Nhà xuất bản Đại học quốc gia Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh, 234 - 243.
31. **Kreiner D.S., Hwang S.W., Easa J.E.** (2014), *An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy*, Spine J, 14(1), 180 - 191.
32. **Bộ môn Phục hồi chức năng** (2015), “Phục hồi chức năng đau dây thần kinh toạ”, *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 308 - 317.
33. **Trương Việt Bình, Phạm Quốc Bình, Vũ Thị Thuận** (2015), “Đau thần kinh hông to”, *Bài giảng điều trị học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 108-112.
34. **Trương Việt Bình, Phạm Quốc Bình, Vũ Thị Thuận** (2015), “Đau dây thần kinh hông to”, *Bài giảng Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 175-179.
35. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà** (2017), “Đau dây thần kinh hông to”, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa y học cổ truyền)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 185-189.
36. **Trần Thuý, Trương Việt Bình, Vũ Nam** (2006), “Đau dây thần kinh hông to”, *Nội khoa Y học cổ truyền (Dùng cho đối tượng sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 246-249.
37. **Wang fenghua** (2015), *Nghiên cứu lâm sàng thủ pháp Trung y nắn chỉnh cột sống điều trị đau dây thần kinh toạ do thoát vị đĩa đệm*, Trung y trung dược- Tạp chí Trung y dược chỉ nam, Tập 13(25) tháng 9, Liêu Ninh – Trung Quốc, 185-187.

38. **Ni Lingyun** (2019), *Nghiên cứu hiệu quả ứng dụng Trung y nắn chỉnh cột sống kết hợp châm cứu điều trị đau thần kinh toạ do thoát vị đĩa đệm*, Tạp chí Y dược tuyến đầu, Tập 11, 2019-3-27, Giang Tô – Trung Quốc.
39. **Ziling Huang, Sixing Liu, Jing Zhou** (2019), *Efficacy and Safety of Acupuncture for Chronic Discogenic Sciatica, a Randomized Controlled Sham Acupuncture Trial*, Pain Medicine (Malden, Mass.) Randomized Controlled Trial, 2019 Nov 1; 20(11):2303-2310.
40. **Zhu liguo, Yu jie, Gao jinghua** (2008), *Quan sát và ý nghĩa lâm sàng của phạm vi chuyển động của cột sống trong bệnh lý rễ đốt sống cổ*, Tạp chí Chỉnh hình và Chấn thương Trung Quốc, 16(1):1-5.
41. **Valter Santilli, Ettore Beghi, Stefano Finucci** (2006), *Chiropractic manipulation in the treatment of acute back pain and sciatica with disc protrusion: a randomized double-blind clinical trial of active and simulated spinal manipulations*, The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society, Vol 6 No 2, 2006 Mar-Apr, 131-137.
42. **Sidney M Rubinstein, Annemarie de Zoete, Marienke van Middelkoop** (2019), *Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*, BMJ (Clinical research ed.), Vol 364, 2019-03-13, 1689.
43. **Xin Zhou, Lingjun Kong, Jun Ren** (2022), *Effect of traditional Chinese exercise combined with massage on pain and disability in patients with lumbar disc herniation: A multi-center, randomized, controlled, assessor-blinded clinical trial*, Frontiers in Neurology, Vol 13, 952346.
44. **Bùi Đăng Minh Trí, Bùi Tùng Hiệp, Trần Văn Kha** (2022), *Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống Nhất*, Tạp Chí Y học Việt Nam, 518(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i1.3309>

45. **Võ Văn Nho** (2018), *Thoát vị đĩa đệm đốt sống cổ và đốt sống thắt lưng* [Internet]. *Thầy thuốc Việt Nam* 2018/11 [cited 14 Tháng Mười 2022]. Available at: <https://thaythuocvietnam.vn/thuvien/wp-content/uploads/2018/11/TVDD.pdf>
46. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh** (2021), *Kết quả điều trị đau dây thần kinh toạ do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng*, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 501(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v501i1.451>
47. **Nguyễn Văn Lực** (2016), *Đánh giá hiệu quả của xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài thuốc “thân thống trục ứ thang” trong điều trị đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm*. Kỷ yếu Hội nghị khoa học - công nghệ tuổi trẻ các trường Đại học, cao đẳng y – dược Việt Nam lần thứ 18, Bộ y tế,
48. **Nguyễn Thị Thu Hiền** (2020), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy và tác dụng không mong muốn bằng phương pháp tác động cột sống kết hợp điện châm tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2020*, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503(1), 341-346.
49. **Triệu Thị Thuỳ Linh** (2015), *Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống*, Luận văn bác sĩ nội trú – Trường đại học Y Hà Nội, 76.
50. **Bùi Thị Nga, Võ Hồng Khôi** (2022), *Sự phù hợp giữa lâm sàng với chụp cộng hưởng từ và chẩn đoán điện thần kinh- cơ ở bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 515(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v515i1.2678>
51. **Guo Zhangqing** (2021), “ Bệnh đau dây thần kinh toạ”, *Trung y liệu pháp chỉnh cốt trên lâm sàng*, Nhà xuất bản khoa học và công nghệ Trung y dược, Bắc Kinh, 6-9,55-61,127-135.
52. **Wang ping** (2018), “*Bệnh đau dây thần kinh toạ*”, *Kỹ thuật, thao tác Chỉnh cốt dùng trong thực hành*, Nhà xuất bản khoa học và công nghệ Y dược Trung Quốc, Bắc Kinh, 86,147-149

53. **Trần Thuý, Trương Việt Bình, Trần Quang Đạt** (2005), “Châm cứu học trên thế giới và Việt Nam”, “Điện châm”, *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 9,264.
54. **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, 199 - 202.
55. **Zhao ZQ** (2008), *Neural mechanism underlying acupuncture analgesia*, *Prog Neurobiol*, 85(4), 355-375.
56. **Bộ Y Tế** (2008), “Hào châm”, “Điện châm”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền (Ban hành kèm theo Quyết định số: 26 /2008/QĐ-BYT ngày 22/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, tập 2, Hà Nội, 9, 13.
57. **Bộ Y Tế** (2013), “Điện châm”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu (Ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
58. **Bộ Y Tế** (2014), “ Điều trị bằng tia hồng ngoại”, “Kỹ thuật xoa bóp”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (Ban hành kèm theo Quyết định số: 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội, 26,206-207.
59. **Trần Thuý, Nguyễn Nhược Kim** (2004), *Xoa bóp bấm huyệt*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
60. **Bộ Y Tế** (2020),” Đau thần kinh tọa (Yêu cước thống)”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền Kkết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại (Ban hành kèm theo Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.
61. **MinhDat Rehab**, *Nghiệm pháp Schober - Y HỌC PHỤC HỒI*, 2021-12-17T13:23:43+00:00, 2022-10-18 21:30:13, https://yhocphuchoi.com/PHCN_Online_videos/nghiem-phap-schober/
62. **GrepMed**, In a patient in the supine position, raising the leg ..., 2018-07-25T06: 37:51.293Z, 2022-10-18 21:39:33, <https://grepmed.com/images/2984/physicalexam-straightleg-diagnosis-sciatica-lasegues>

63. **Design & Illustration Envato Tuts+**, *Human Anatomy Fundamentals: Flexibility and Joint Limitations*, 2022-10-18 22:06:57, <https://design.tutsplus.com/articles/human-anatomy-fundamentals-flexibility-and-joint-limitations--vector-25401>
64. **Luu Ngọc Hoạt** (2008), *Nghiên cứu khoa học Tập 1 – Phương pháp viết đề cương nghiên cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
65. **Luu Văn Nam** (2019), *Đánh giá tác dụng của tác động cột sống kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
66. **Màu Tiến Dũng** (2020), *Đánh giá kết quả điều trị của điện châm kết hợp tác động cột sống trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
67. **Trần Quốc Khánh** (2019), “ Khoa học và đời sống”, *Đau lưng: Nguyên nhân thường gặp và hướng điều trị*, Tạp chí khoa học công nghệ Việt Nam, Số 10, Hà Nội, 50-53. <https://vjst.vn/Images/Tapchi/2019/10A/50-10A-2019.pdf>
68. **Nguyễn Thị Hường, Nguyễn Thị Thu Hằng** (2021), *Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động cột sống thắt lưng của Uyển hoài châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông*, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 509 tháng 12 – số 1, Hà Nội, 303-306.
69. **Nguyễn Thị Huệ, Nguyễn Thị Thu Hà** (2019), *Đánh giá tác dụng của bài Tam tý thang kết hợp với điện xung trong điều trị bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
70. **Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân** (2020), *Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hoá cột sống bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc độc hoạt tang ký sinh*, Tạp chí Y Dược học- Trường Đại học Y Dược Huế, Số 4, tập 10/2020, Hà Nội, 105-111.

71. **Nguyễn Đạt Anh, Lê Đức Hình** (2015), *The Lancet tiếp cận xử trí trong thần kinh học*, Nhà xuất bản thế giới, 373-374.
72. **WangFengHua** (2015), *Nghiên cứu lâm sàng thủ pháp Trung y nắn chỉnh cột sống điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm*, Tạp chí Trung Quốc y dược chí nam, tập 25, 2015.9.13, Liêu Ninh, 185-186.
73. **Trương Thị Mai Vân** (2018), *Đánh giá tác dụng của xông thuốc kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống điều trị đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
74. **Ni Linhyun** (2019), *Nghiên cứu hiệu quả ứng dụng Trung y nắn chỉnh cột sống kết hợp châm cứu điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm*, Tạp chí Y dược tuyến đầu, tập 2, 2019.03.27, Giang Tô.
75. **Nguyễn Huy Quân** (2020), *Đánh giá hiệu quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp hồng ngoại, điện xung và bàn kéo trong điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng giai đoạn bán cấp và mạn tính*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
76. **Hoàng Minh Hùng** (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị của đại hội ngải cứu Việt kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau cột sống thắt lưng*, Luận văn thạc sỹ y khoa, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.

DANH MỤC PHỤ LỤC

Phụ lục 1 : Bệnh án nghiên cứu

Phụ lục 2 : Thang điểm đau VAS

Phụ lục 3 : Thang điểm Oswestry (ODI)

Phụ lục 4 : Quy trình điện châm điều trị đau dây thần kinh tọa

Phụ lục 5 : Quy trình điều trị đau dây thần kinh tọa bằng xoa bóp bấm huyệt

Phụ lục 6 : Quy trình điều trị tia hồng ngoại nhân tạo

Phụ lục 7 : Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Phụ lục 8 : Phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu

Phụ lục 9 : Một số hình ảnh trong nghiên cứu

PHỤ LỤC I

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã hồ sơ bệnh án

--	--	--	--

Nhóm nghiên cứu

Nhóm chứng

A. Hành chính

1. Họ và tên bệnh nhân:

2. Tuổi :

Giới :

3. Nghề nghiệp :

4. Địa chỉ :

B. Khám

I. YHHD

1. Lý do vào viện :

2. Chỉ số sinh tồn :

Chiều cao:

Cân nặng:

BMI :

Mạch:

Nhiệt độ:

Huyết áp:

Nhịp thở:

3. Hoàn cảnh khởi phát :

Tự nhiên

Vi chấn thương

Chấn thương

4. Thời gian bị bệnh :

< 1 tháng

1- 3 tháng

>3- 6 tháng

> 6 tháng

5. Lâm sàng :

5.1. Hội chứng cột sống

• Đau lưng: Có Từ từ/ đột ngột Không

• Ảnh hưởng hoạt động

Không ảnh hưởng

Ảnh hưởng

Gập/ Duỗi/ Nghiêng

• Điểm đau CSTL: Có Không

• Điểm đau cạnh sống Có Không

• Đau kiểu rẽ

Có Đường lan:.....

Không

• Cảm giác

Có tê bì/ kiến bò/ kim châm

Không

• Rối loạn cơ tròn

Có Không

5.2. Cận lâm sàng

• MRI cột sống thắt lưng

PHỤ LỤC II

THANG ĐIỂM ĐAU VAS – visuell analog skala

Có thể đo lường và định lượng các biến số khác nhau là điều cần thiết trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng. Định lượng cung cấp cơ hội để đo lường cả mức độ và sự thay đổi của một biến số, ví dụ CRP ở trạng thái lây nhiễm. Các biến quan trọng như mạch, huyết áp và nhiệt độ rất dễ đo và cung cấp các giá trị khách quan không phức tạp để diễn giải.

Để tìm kiếm các biến có thể đo lường, các phương pháp đo lường cũng đã được phát triển để phân loại các khiếu nại hoặc triệu chứng chủ quan. Đặc biệt là trong tâm lý học và tâm thần học, mà còn trong y học soma, có rất nhiều thang điểm và công cụ tính điểm khác nhau. Các công cụ chấm điểm khác nhau cũng thường xuyên được sử dụng trong các cuộc khảo sát sức khỏe. Thang đo tương tự thị giác (VAS) là một trong những thang đo tâm lý như vậy. Nó đã được mô tả trong một tạp chí tâm lý học ngay từ năm 1921 (1) VAS có sức mạnh thống kê lớn hơn (2). Trong một nghiên cứu của Holdgate và cộng sự, kết luận rằng VAS và VNRS có mối tương quan tốt khi thay đổi cơn đau ($r = 0,95$, KTC 95% 0,94 - 0,96) (3).

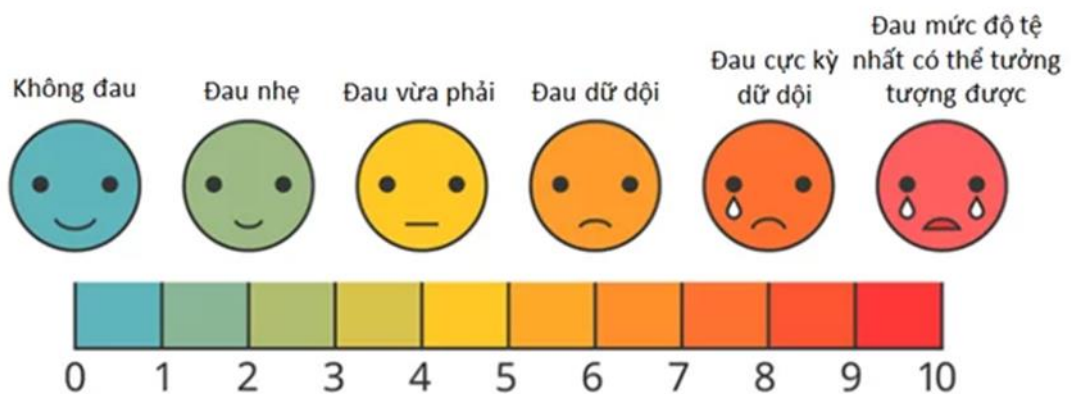
Vì vậy, VAS là một thang đo trực quan, *không phải* là một thang đo bằng lời nói. Kinh nghiệm của người ký tên dưới đây chỉ ra rằng các thuật ngữ được sử dụng không cần thận trọng trong thực hành lâm sàng. Tại các khoa cấp cứu, bên giường bệnh, phòng cấp cứu và phòng khám đa khoa, bệnh nhân thường được hỏi: "Nếu 0 là không đau và 10 là đau nhất có thể tưởng tượng được, thì bây giờ bạn đau bao nhiêu?" Và sau đó câu trả lời được ghi là VAS (có số).

Với tính điểm VAS, có một đường thẳng dài 10 cm để bệnh nhân có thể đánh dấu mức độ phàn nàn. Ví dụ: khi đo độ đau, nó có thể nói "không đau" ở đầu bên trái của dòng và "cơn đau tồi tệ nhất có thể tưởng tượng" hoặc tương đương ở bên phải. Kết quả có thể được đọc bằng milimét (0 - 100 mm), có thể toàn bộ hoặc toàn bộ và nửa cm (0 - 10 cm). Ngoài ra, có các biến thể với sắc độ xám, màu sắc, nét mặt hoặc các hình thức phân loại khác dọc theo đường thẳng, ví dụ, có thể giúp trẻ dễ dàng chỉ ra những lời phàn nàn của mình

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- (1). Hayes MH, Patterson DG. Experimental development of the graphic rating method. Psychol Bull 1921; 18: 98 – 9.
- (2). Re KJ. VAS – visuell analog skala. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1019.
- (3). Holdgate A, Asha S, Craig J et al. Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analogue scale for the measurement of acute pain. Emerg Med (Fremantle) 2003; 15: 441 – 6.

Thang đo mức độ đau



PHỤ LỤC III

Thang điểm Oswestry (ODI)

PHÂN HÀNH CHÍNH

Tên bệnh nhân :

Tuổi :

Giới :

Ngày lượng giá :

Tiêu chí đánh giá đau	Các mức độ	Điểm	L1	L2	L3
Mức độ đau tại thời điểm kiểm tra	Không đau	0			
	Đau nhẹ	1			
	Đau vừa	2			
	Đau dữ dội	4			
	Đau tồi tệ	5			
	Không trả lời (lý do)	6			
Tự chăm sóc cá nhân	Tự chăm sóc bản thân, không đau	0			
	Tự chăm sóc bản thân, có đau nhẹ	1			
	Phải thực hiện động tác chậm, cẩn thận	2			
	Cần trợ giúp trong một số công việc	3			
	Cần trợ giúp trong hầu hết mọi công việc	4			
	Không thể tự chăm sóc	5			
	Không trả lời (lý do)	6			
Nhấc đồ vật	Nhấc được vật nặng ở mọi tư thế, không đau	0			
	Nhấc được vật nặng ở mọi tư thế, có đau nhẹ	1			
	Chỉ nhấc được vật nặng ở tư thế thuận lợi	2			
	Chỉ nhấc được vật nhẹ ở tư thế thuận lợi	3			
	Chỉ nhấc được vật nhẹ	4			

Tiêu chí đánh giá đau	Các mức độ	Điểm	L1	L2	L3
	Không thể nhắc được	5			
	Không trả lời (lý do)	6			
Đi bộ	Đi bộ bình thường, không giới hạn khoảng cách	0			
	Đau khi đi bộ >2 km	1			
	Đau khi đi bộ >1km	2			
	Đau khi đi bộ >0.5km	3			
	Phải dùng nạng khi đi lại (khi có công cụ hỗ trợ)	4			
	Chỉ hoạt động giới hạn quanh giường (không đi được)	5			
Ngồi	Bình thường	0			
	Ngồi bình thường khi có ghế thích hợp	1			
	Đau khi ngồi trên 60 phút	2			
	Đau khi ngồi trên 30 phút	3			
	Đau khi ngồi trên 10 phút	4			
	Không thể ngồi được vì đau	5			
	Không trả lời (lý do)	6			
Đứng	Đứng lâu bình thường	0			
	Đứng lâu gây đau nhẹ	1			
	Chỉ đứng được dưới 60 phút , vì đau	2			
	Chỉ đứng được dưới 30 phút , vì đau	3			
	Chỉ đứng được dưới 10 phút , vì đau	4			
	Không thể đứng được	5			
	Không trả lời (lý do)	6			

Tiêu chí đánh giá đau	Các mức độ	Điểm	L1	L2	L3
Ngủ	Bình thường	0			
	Thỉnh thoảng bị ảnh hưởng vì đau	1			
	Ngủ được dưới 6 tiếng vì đau	2			
	Ngủ được dưới 4 tiếng vì đau	3			
	Ngủ được dưới 2 tiếng vì đau	4			
	Đau không thể ngủ được cả ngày	5			
	Không trả lời (lý do)	6			
Sinh hoạt tình dục	Bình thường , không đau	0			
	Bình thường, có đau nhẹ	1			
	Gần như bình thường nhưng rất đau	2			
	Bị hạn chế	3			
	Rất hạn chế	4			
	Không thể	5			
Hoạt động xã hội	Bình thường, không đau				
	Bình thường có đau nhẹ				
	Hạn chế các hoạt động nặng như thể thao				
	Hạn chế các hoạt động				
	Chỉ hoạt động trong nhà				
	Không thể tham gia				
	Không trả lời (lý do)				
Đi du lịch	Bình thường, không đau				
	Bình thường, có đau nhẹ				
	Đau khi đi trên 2 giờ				
	Đau khi đi trên 1 giờ				
	Đau khi đi trên 0.5 giờ				
	Không thể đi được				
	Không trả lời (lý do)				

Người lượng giá :

Đánh giá kết quả, được chia làm 5 mức độ:

+ Mức 1 (mất chức năng ít): ODI từ 0 - 20%. Bệnh nhân có thể tự sinh hoạt bình thường, không cần điều trị, cần hướng dẫn tư thế lao động và sinh hoạt, bê vác, giảm cân nếu cần.

+ Mức 2 (mất chức năng vừa): ODI từ 21 - 40%. Bệnh nhân cảm thấy đau lưng nhiều hơn khi ngồi, khi bê vác, khi đứng. Du lịch và hoạt động xã hội khó khăn hơn. Có thể điều trị nội khoa.

+ Mức 3 (mất chức năng nhiều): ODI từ 41 - 60%. Đau lưng là vấn đề chính đối với bệnh nhân, bệnh nhân cảm thấy trở ngại trong sinh hoạt, hoạt động xã hội, hoạt động tình dục và khó ngủ. Cần có phác đồ điều trị cụ thể.

+ Mức 4 (mất chức năng rất nhiều): ODI từ 61 - 80%. Đau lưng ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống của bệnh nhân và công việc. Phác đồ điều trị tích cực là cần thiết.

+ Mức 5 (mất hoàn toàn chức năng): ODI từ 81 - 100%. Bệnh nhân có thể phải nằm tại chỗ hoặc cảm thấy đau đớn quá mức cần có sự chăm sóc đặc biệt. Cần có phác đồ điều trị tổng hợp.

THÔNG SỐ	XUẤT HIỆN	ĐIỂM
Mức độ đau	Đau khá nhiều ở thời điểm này	
Chăm sóc cá nhân	Tôi cần một vài giúp đỡ nhưng thực hiện được hầu hết việc chăm sóc bản thân.	
Nâng đồ vật	Đau ngăn tôi nâng đồ vật khỏi sàn, nhưng tôi có thể thực hiện nó nếu ở vị trí thuận lợi..., như ở bàn	
Đi bộ	Đau ngăn cản việc đi bộ khoảng gần 1 km	
Ngồi	Đau ngăn cản tôi ngồi hơn 30 phút	
Đứng	Đau ngăn cản tôi đứng hơn 10 phút	
Ngủ	Do đau tôi ngủ ít hơn 6 tiếng	
Hoạt động tình dục	Hoạt động tình dục của tôi gần như không bởi vì đau	
Hoạt động xã hội	Đau đã hạn chế hoạt động xã hội của tôi và tôi thường không ra ngoài	
Đi du lịch	Đau hạn chế tôi có hành trình ngắn cần thiết dưới 30 phút	

Cách tính điểm Oswestry: với mỗi tiêu chí cho điểm tăng dần từ 0 đến 5 điểm.

+ Điểm thực tế: là tổng điểm của các tiêu chí được chọn.

+ Điểm lý thuyết: là số điểm tối đa của mỗi tiêu chí x số tiêu chí được chọn.

+ Điểm Oswestry (%) = (Điểm thực tế/ Điểm lý thuyết) x 100%.

Bảng 1: Điểm Oswestry của bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng của hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng.

TRIỆU CHỨNG	ĐẶC ĐIỂM
Điểm đau cạnh sống	Có
	Không
Dấu hiệu bầm chuông	Có
	Không
Dấu hiệu Valleix	Có
	Không
Dấu hiệu Lasegue	Có
	Không
Rối loạn vận động theo rễ	Có
	Không
Rối loạn cảm giác theo rễ	Có
Rối loạn phản xạ da đùi – bìu	Không
Rối loạn cơ tròn	Có
	Không
Rối loạn phản xạ gối	Có
	Không
Rối loạn phản xạ gót	Có
	Không
Teo cơ theo rễ	Có
	Không

Bảng 2: Điểm Oswestry của bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống thắt lưng cùn.

TRIỆU CHỨNG	ĐẶC ĐIỂM
Điểm đau cạnh sống	Có
	Không
Mất uốn cong sinh lý	Có
	Không
Vẹo cột sống	Có
	Không
Hạn chế nghiêng, ngửa và xoay	Có
	Không
Chỉ số Schober	Có
	Không
Chỉ số tay đất	Có
	Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.C. T. Fairbank, J. Couper, and J. P. O'Brien. "The Oswestry low back pain disability questionnaire." *Physiotherapy* 66 (1980): 271-273.
2. Davidson, Megan, and Jennifer L. Keating. "A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness." *Physical therapy* 82.1 (2002): 8-24.
3. Fairbank, Jeremy CT, and Paul B. Pynsent. "The Oswestry disability index." *Spine* 25.22 (2000): 2940-2953

PHỤ LỤC IV QUY TRÌNH SỐ 25

DIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thần kinh tọa là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như: do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...

- Theo y học cổ truyền đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đờm gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh tọa do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Cán bộ y tế: Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về châm cứu.

4.2. Phương tiện

- Máy điện châm hai tần số bỏ, tả.
- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-10-15cm, dùng riêng cho từng người.
- Khay men, kim có máu, bông, cồn 70°.

4.3. Người bệnh:

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng, chống đau cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Phác đồ huyệt

- | | |
|------------------------|---------------------|
| - Giáp tích L3, L5, S1 | - Đại trường du |
| - Thứ liêu | - Trật biên |
| - Hoàn khiêu | - Thừa phù |
| - Ủy trung | - Thừa sơn |
| - Côn lôn | - Dương lăng tuyền. |

5.2. Thủ thuật

Xác định và sát trùng da vùng huyết, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyết đã định, châm phải đạt đặc khí.

- Châm tả:

- + Đại trường du
- + Thừa sơn
- + Thứ liêu
- + Côn lân.
- + Ủy trung
- + Giáp tích L3 -S1
- + Trật biên xuyên tới huyết Hoàn khiêu hoặc xuyên tới huyết Thừa phù
- + Dương lăng tuyền xuyên tới huyết Dương giao.

5.3. Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: tả: 6-20Hz.
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

5.4. Liệu trình điều trị

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

6.2. Xử lý tai biến

- **Vụng châm:** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

- **Chảy máu khi rút kim:** dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

Tham khảo :

Bộ Y Tế (2013), “ Điện châm”, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu (Ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*, Hà Nội.

PHỤ LỤC V

QUY TRÌNH SỐ 377

ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH TOẠ BẰNG XOA BÓP BẮM HUYỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thần kinh tọa là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...

- Theo y học cổ truyền đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đờm gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh tọa do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.
- Bị bệnh ngoài da ở vùng cần XBBH.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

4.2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

4.3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.
- Tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

5.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng chân, lưng.

- Bấm tả các huyệt bên đầu

+ Giáp tích L2 - 3, L5- S1

+ Đại trường du

+ Thử liêu

+ Trật biên

+ Hoàn khiêu

+ Thừa phù

+ Ân môn

+ Ủy trung

+ Thừa sơn

+ Côn lôn

+ Khâu khư

+ Dương lăng tuyền

+ Huyền chung

5.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

6.2. Xử trí tai biến

- Choáng

Triệu chứng Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

Xử trí dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

Tham khảo :

DANH MỤC HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA

BỆNH CHUYÊN NGÀNH CHÂM CỨU (Ban hành kèm theo Quyết định số

792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHỤ LỤC VI

ĐIỀU TRỊ BẰNG TIA HỒNG NGOẠI NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Hồng ngoại nguồn nhân tạo do (các loại đèn hồng ngoại phát ra có công suất khác nhau. Tác dụng chủ yếu là nhiệt nóng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau, giãn cơ, tăng cường lưu thông máu, ngoại vi .
- Chống viêm: mạn tính,
- Sưởi ấm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng da vô mạch, mất cảm giác.
- Các bệnh ngoài da cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, điều dưỡng viên (đã được học khóa ngắn hạn về vật lý trị liệu).

2. Phương tiện: đèn hồng ngoại theo chỉ định công suất.

3. Người bệnh

- Giải thích
- Bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị, chọn tư thế thuận lợi

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chiếu đèn theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian)
- Kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

Cảm giác và phản ứng người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng da xử trí theo phác đồ.
- Choáng váng: nằm nghỉ ngơi theo dõi.

Tham khảo :

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014

của Bộ trưởng Bộ Y tế)

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to".

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Địa chỉ	Mã bệnh án
1	Thái Thị T	1955	Nữ	Ứng Hoà, Hà Nội	11744
2	Đỗ Thị D	1966	Nữ	Hưng Hoà, Thái Bình	11721
3	Nguyễn Văn T	1961	Nam	Nam Từ Liêm, HN	11700
4	Phạm Thị N	1964	Nữ	Ứng Hoà, Hà Nội	11717
5	Phạm Thị M	1954	Nữ	Chương Mỹ, Hà Nội	11761
6	Ngô Thị L	1973	Nữ	Ứng Hoà, Hà Nội	11788
7	Phan Văn T	1959	Nam	Sơn Tây, Hà Nội	11699
8	Nguyễn Văn-H	1966	Nam	Bình Giang, H.Đương	11804
9	Chu Thị Ch	1960	Nữ	Kim Bảng, Hà Nam	11829
10	Trần Thị Thu L	1953	Nữ	Hoàn Kiếm, Hà Nội	11838
11	Phạm Thị C	1956	Nữ	Phú Xuyên, Hà Nội	11847
12	Nguyễn Thị X	1958	Nữ	Hà Đông, Hà Nội	11861
13	Hồ Thị L	1965	Nữ	Hoàng Mai, Nghệ An	11898
14	Phạm Thị T	1964	Nữ	Kiến An, Hải Phòng	11959
15	Nguyễn Thị Q	1982	Nữ	Chương Mỹ, Hà Nội	12045

Hà Nội, ngày 04 tháng 10 năm 2023

Xác nhận của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện



PHÓ GIÁM ĐỐC
Nguyễn Tuấn Chung

Phạm Văn Lão

ThS.BS Phạm Văn Lão

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to".

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Địa chỉ	Mã bệnh án
16	Nguyễn Văn T	1977	Nam	Hoài Đức, Hà Nội	12094
17	Hà Thị L	1992	Nữ	Cẩm Xuyên, Hà Tĩnh	12109
18	Vũ Thị M	1956	Nữ	Ứng Hoà, Hà Nội	12152
19	Bùi Thị H	1964	Nữ	Hà Đông, Hà Nội	12259
20	Nhữ Thị H	1956	Nữ	Bình Giang, H.Đương	12313
21	Lê Ngọc K	1959	Nam	Thanh Xuân, Hà Nội	12369
22	Vũ Minh X	1954	Nam	Chương Mỹ, Hà Nội	12437
23	Lê Tuấn A	1988	Nam	Ứng Hoà, Hà Nội	12550
24	Nguyễn Thị L	1952	Nữ	Hoàng Mai, Hà Nội	12545
25	Vương Việt H	1957	Nam	Đại Từ, Thái Nguyên	12491
26	Chu Thị T	1950	Nữ	Chương Mỹ, Hà Nội	12634
27	Đặng Thị Q	1948	Nữ	Kim Động, Hưng Yên	12695
28	Nguyễn Thị D	1958	Nữ	Kiến Xương, T.Bình	12680
29	Trịnh Thị T	1967	Nữ	Hà Đông, Hà Nội	12729
30	Lưu Thị L	1946	Nữ	Thanh Xuân, Hà Nội	12543

Hà Nội, ngày 04 tháng 10 năm 2023

Xác nhận của Bệnh viện

Xác nhận của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện



PHÓ GIÁM ĐỐC
Nguyễn Liên Chung

Phạm Văn Láo

ThS.BS Phạm Văn Láo

PHỤ LỤC VII

SỞ Y TẾ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to".

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Địa chỉ	Mã bệnh án
1	Đào Bích N	1956	Nữ	Hà Đông, HN	48979
2	Trần Thị H	1982	Nữ	Thanh Xuân, HN	205925
3	Lê Thị Việt H	1982	Nữ	Mỹ Đức, HN	140791
4	Bùi Xuân Q	1961	Nam	Thanh Oai, HN	220739
5	Nguyễn Đắc K	1951	Nam	Hà Đông, HN	3679
6	Nguyễn Thị H	1948	Nữ	Quốc Oai, HN	236935
7	Nguyễn Thị Bình V	1972	Nữ	Hà Đông, HN	18088
8	Nguyễn Thị M	1971	Nữ	Hà Đông, HN	45664
9	Nguyễn Thị K	1954	Nữ	Mộ Lao, HD, HN	26583
10	Lê Thị T	1956	Nữ	Thanh Oai, HN	245322
11	Vũ Xuân L	1961	Nữ	Vụ Bản, ND	246185
12	Nguyễn Văn L	1945	Nam	Thanh Oai, HN	19281
13	Phạm Quang N	1954	Nam	Hà Đông, HN	21985
14	Dương Thị Hồng T	1960	Nữ	Thanh Xuân, HN	239346
15	Trần Thị H	1973	Nữ	Hà Đông, HN	14506

Hà Nội, ngày 01 tháng 10 năm 2023

Xác nhận của Bệnh viện



PHÓ GIÁM ĐỐC
Lê Hoàng Trí

Xác nhận của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện

TRƯỞNG PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP
Nguyễn Thị Cường

SỞ Y TẾ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

PHỤ LỤC VII

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to".

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Địa chỉ	Mã bệnh án
16	Lê Quế L	1960	Nữ	Phú Xuyên, HN	30696
17	Nguyễn Thị L	1965	Nữ	Chương Mỹ, HN	146917
18	Nguyễn Thị N	1946	Nữ	Ứng Hoà, HN	248199
19	Nguyễn Đức C	1965	Nam	Nam Từ Liêm, HN	247296
20	Nguyễn Thị K	1954	Nữ	Hà Đông, HN	26583
21	Nguyễn Doãn T	1954	Nam	Hà Đông, HN	4593
22	Nguyễn Thị H	1972	Nữ	Hà Đông, HN	95113
23	Vũ Thị H	1953	Nữ	Hà Đông, HN	25162
24	Ngô Văn M	1964	Nam	Hà Đông, HN	110334
25	Phan Thị H	1972	Nữ	Ứng Hoà, HN	197235
26	Lê Thị P	1963	Nữ	Hà Đông, HN	107421
27	Nguyễn Thị L	1974	Nữ	Ứng Hoà, HN	105719
28	Nguyễn Văn T	1955	Nam	Hà Đông, HN	45150
29	Vũ Ngọc K	1951	Nam	Hà Đông, HN	14494
30	Trần Thị Song L	1949	Nữ	Hà Đông, HN	19374

Lulu

Hà Nội, ngày *tháng 10* năm 2023

Xác nhận của Bệnh viện

PHÓ GIÁM ĐỐC
Lê Hoàng Trí

Xác nhận của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện


TRƯỞNG PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP
Nguyễn Thị Cường

PHỤ LỤC VIII

Mã số :

PHIẾU ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài : Đánh giá kết quả của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh hông to.

(*Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần bí mật danh tính*)

Họ và tên đối tượng:

Tuổi :

Địa chỉ :

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích , quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

Tôi cũng được cam kết thông tin tôi cung cấp chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu. Bác sỹ điều trị chính cho tôi cũng được thông báo việc tôi tham gia nghiên cứu và tôi được thông báo rằng nghiên cứu này được thông qua bởi hội đồng đạo đức.

Tôi cũng được thông báo có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào và vì bất cứ lý do gì.

Tôi (hoặc người đại diện gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Mọi thông tin chi tiết có liên quan đến nghiên cứu và tai biến có thể liên hệ : Bác sỹ : Hoàng Ngọc Minh - Điện thoại : 0834555315

Hà nội, ngày tháng năm 20.....

Họ tên người làm chứng

(*Ký và ghi rõ họ tên*)

Họ tên của đối tượng

(*Ký và ghi rõ họ tên*)

PHỤ LỤC IX HÌNH ẢNH TRONG QUÁ TRÌNH NGHIÊN CỨU



HÌNH ẢNH VẬT TƯ DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU



Kim châm cứu Đông Á
Thép không gỉ
Dài 5cm – 10 cm, đường kính 0.25mm



Đèn gù hồng ngoại



Máy điện châm M8