

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



NGUYỄN DANH ĐẠT

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
CỦA BÀI THUỐC “DƯỠNG CỐT HV”
TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y - DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN DANH ĐẠT

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
CỦA BÀI THUỐC “DƯỠNG CỐT HV”
TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS.BS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

HÀ NỘI – 2023

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu tại Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, tôi đã nhận được nhiều sự giúp đỡ tạo điều kiện của các tập thể, cá nhân, gia đình, bạn bè. Tôi xin bày tỏ lời cảm ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam. Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, Khoa Châm cứu - Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi học tập và nghiên cứu để hoàn thành đề tài này.

Với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới TS. Nguyễn Tiến Chung – người thầy luôn tâm huyết với các thế hệ học viên, đã trực tiếp chỉ bảo tôi những kinh nghiệm quý báu, luôn tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý Thầy, Cô - những nhà khoa học trong Hội đồng thông qua đề cương và Hội đồng chấm luận văn đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu và khoa học để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi cũng xin gửi lời tri ân tới các bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu này.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến những người thân trong gia đình cùng những người bạn đã luôn bên tôi, chia sẻ và tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong thời gian học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận văn này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2023

Học viên

Nguyễn Danh Đạt

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Danh Đạt, học viên lớp Cao học – Khóa 14, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, tôi xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của 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 nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2023.

Người viết cam đoan

Nguyễn Danh Đạt

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan về đau dây thần kinh tọa theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Khái niệm, nguyên nhân gây bệnh.....	3
1.1.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	4
1.1.3. Chẩn đoán.....	7
1.1.4. Điều trị.....	8
1.2. Tổng quan về đau dây thần kinh tọa theo Y học cổ truyền.....	9
1.2.1. Bệnh danh, bệnh nguyên và bệnh cơ	9
1.2.2. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị.....	10
1.3. Tổng quan về phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu	13
1.3.1. Bài thuốc Dưỡng cốt HV.....	13
1.3.2. Bài thuốc Tam tý thang	16
1.3.3. Điện châm.....	17
1.4. Một số nghiên cứu thuộc lĩnh vực đề tài trong và ngoài nước.....	18
Chương 2. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	20
2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	20
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	21
2.3. Đối tượng nghiên cứu	21
2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.....	22
2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ	22
2.4. Phương pháp nghiên cứu	23
2.4.1. Cỡ mẫu nghiên cứu	23
2.4.2. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.4.3. Các biến số nghiên cứu (Các chỉ tiêu theo dõi)	24
2.4.4. Phương pháp tiến hành.....	25

2.4.5. Phương pháp đánh giá kết quả	27
2.5. Phương pháp xử lý số liệu	29
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu	30
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	32
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	32
3.1.1. Đặc điểm về tuổi	32
3.1.2. Đặc điểm về giới	33
3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	33
3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	34
3.1.5. Đặc điểm phân bố theo vị trí mắc bệnh	34
3.1.6. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị.....	35
3.2. Kết quả nghiên cứu	35
3.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS.....	35
3.2.2. Kết quả cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh.....	39
3.2.3. Kết quả cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng.....	43
3.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày	47
3.2.5. Sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền	51
3.2.6. Kết quả điều trị chung	52
3.2.7. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.....	55
3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị.....	57
3.3.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị	57
3.3.2. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị	57
3.3.3. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	58
3.3.4. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị.....	58
3.3.5. Liên quan giữa vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị	59
Chương 4. BÀN LUẬN	60
4.1. Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.....	60

4.1.1. Tuổi	60
4.1.2. Giới.....	61
4.1.3. Nghề nghiệp	61
4.1.4. Thời gian mắc bệnh.....	62
4.1.5. Vị trí mắc bệnh.....	63
4.2. Về hiệu quả điều trị.....	63
4.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau	64
4.2.2. Sự cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh	67
4.2.3. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng	68
4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	70
4.2.5. Kết quả sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền	71
4.2.6. Kết quả điều trị chung	72
4.2.7. Các tác dụng không mong muốn.....	75
4.3. Về một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị	75
KẾT LUẬN	79
KHUYẾN NGHỊ.....	80
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

CLS	: Cận lâm sàng
CSTL	: Cột sống thắt lưng
D ₀	: Thời điểm trước điều trị.
D ₇ , D ₁₄ , D ₂₁	: Ngày điều trị thứ 7, 14, 21.
ĐC	: Đối chứng
LS	: Lâm sàng
NC	: Nghiên cứu
NP	: Nghiệm pháp
ODI	: Chỉ số giảm chức năng sinh hoạt (Oswestry Disability Index)
SĐT	: Sau điều trị
TĐT	: Trước điều trị
TKT	: Thần kinh toạ
TKHKN	: Thần kinh hông khoeo ngoài
TKHKT	: Thần kinh hông khoeo trong
VAS	: Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau (Visual analogue scale)
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thang điểm VAS	27
Bảng 2.2. Đánh giá độ giãn CSTL qua nghiệm pháp Schober	28
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh bằng nghiệm pháp Lassegue..	28
Bảng 2.4. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày	29
Bảng 2.5. Đánh giá kết quả điều trị chung	29
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	32
Bảng 3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	34
Bảng 3.3. Phân bố theo vị trí mắc bệnh	34
Bảng 3.4. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị của 2 nhóm.....	35
Bảng 3.5. So sánh chỉ số VAS trung bình của 2 nhóm sau 7 ngày điều trị	35
Bảng 3.6. So sánh chỉ số VAS trung bình của 2 nhóm sau 14 ngày điều trị	36
Bảng 3.7. So sánh chỉ số VAS trung bình của 2 nhóm sau 21 ngày điều trị	37
Bảng 3.8. Nghiệm pháp Lassegue trước và sau điều trị 7 ngày	39
Bảng 3.9. Nghiệm pháp Lassegue trước và sau điều trị 14 ngày của hai nhóm ..	40
Bảng 3.10. Nghiệm pháp Lassegue trước và sau điều trị 21 ngày.....	41
Bảng 3.11. Độ giãn CSTL trước và sau điều trị 7 ngày của hai nhóm	43
Bảng 3.12. Độ giãn CSTL trước và sau điều trị 14 ngày của hai nhóm.....	44
Bảng 3.13. Độ giãn CSTL trước và sau điều trị 21 ngày của hai nhóm.....	45
Bảng 3.14. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 7 ngày	47
Bảng 3.15. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 14 ngày	48
Bảng 3.16. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 21 ngày	49
Bảng 3.17. Sự thay đổi các chứng trạng YHCT trước và sau điều trị	51
Bảng 3.18. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	55
Bảng 3.19. Chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị.....	56
Bảng 3.20. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị.....	57

Bảng 3.21. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị.....	57
Bảng 3.22. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị	58
Bảng 3.23. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị	58
Bảng 3.24. Liên quan giữa phân bố vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị	59

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính.....	33
Biểu đồ 3.2. Phân bố về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	33
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm NC	38
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi chỉ số Lassegue trung bình tại các thời điểm NC	42
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi độ giãn CSTL trung bình tại các thời điểm NC	46
Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi điểm ODI tại các thời điểm nghiên cứu	50
Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung sau 7 ngày	52
Biểu đồ 3.8. Kết quả điều trị chung sau 14 ngày	53
Biểu đồ 3.9. Kết quả điều trị chung sau 21 ngày	54

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Thước đo thang điểm VAS	27
---	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh tọa (TKT) là một hội chứng rất phổ biến, ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động, nhất là đối với những người lao động chân tay. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 30 – 60, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên trong đó chủ yếu do thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) [1]. Đau dây TKT biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của dây TKT: Đau từ vùng CSTL 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 [2]. Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy gây bệnh bao gồm tuổi tác, chiều cao, hút thuốc lá, căng thẳng tinh thần, tình trạng béo phì, nghề nghiệp và hoạt động thể lực [3].

Ở Việt Nam, theo Trần Ngọc Ân và cộng sự, đau thắt lưng hông chiếm 2% trong nhân dân, chiếm 17% những người trên 60 tuổi và chiếm 6% tổng số các bệnh cơ xương khớp [4]. Năm 2020, 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 2017 tại 195 quốc gia cho thấy tỷ lệ mắc đau thắt lưng hông chiếm 7,5%, nữ giới cao hơn nam giới [5].

Điều trị đau thần kinh tọa theo y học hiện đại (YHHĐ) chủ yếu sử dụng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm không steroid, giãn cơ, vitamin nhóm B, kết hợp các phương pháp vật lý trị liệu như kéo giãn cột sống, hồng ngoại, parafin, điện xung,... Điều trị ngoại khoa khi các phương pháp điều trị nội khoa không hiệu quả [6], [7].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau TKT được mô tả trong phạm vi “Chứng tý” với các bệnh danh: Tọa cốt phong, Tọa điển phong, Yêu cước thống với nhiều phương pháp điều trị như điện châm, cứu, thủy châm, nhĩ châm, xoa bóp bấm huyệt, thuốc thang, thuốc hoàn [8].

Trong những năm gần đây, xu hướng đa trị liệu, kết hợp Đông – Tây y và cá thể hóa trong điều trị nhằm đạt hiệu quả tối ưu đang là xu thế rất được quan tâm. Hiện nay, việc sử dụng các bài thuốc cổ phương gia giảm nhằm thích ứng với cơ cấu bệnh tật đã thay đổi theo thời gian và nhu cầu sử dụng thuốc Nam đang ngày càng phát triển ở nước ta. Bài thuốc “Dưỡng cốt HV” được xây dựng trên nền tảng cơ sở là bài “Tam tỳ thang”, một bài thuốc cổ phương được sử dụng từ lâu để điều trị các chứng đau nhức xương khớp [9]. Bài thuốc đã được thử độc tính cấp, kết quả khẳng định an toàn và cho thấy tác dụng giảm đau rõ rệt trên động vật thực nghiệm [10]; đã được thực hiện đánh giá trên người bệnh thoái hóa khớp gối, đau thắt lưng chứng minh hiệu quả điều trị cao, an toàn cho người bệnh [11], [12].

Thoái hóa khớp gối và đau thắt lưng thuộc phạm vi chứng tỳ, có thể bệnh thường gặp can thận hư kiêm phong hàn thấp. Đau thần kinh tọa cũng thuộc chứng tỳ và thường gặp thể bệnh can thận hư kiêm phong hàn thấp. Phải chăng bài thuốc Dưỡng cốt HV có hiệu quả cao khi điều trị các trường hợp thuộc chứng tỳ thể can thận hư kiêm phong hàn thấp? Để có cơ sở khoa học khẳng định, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Dưỡng cốt HV” trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống”** với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả của bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp điện châm trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.*

2. *Bước đầu khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về đau dây thần kinh tọa theo Y học hiện đại

1.1.1. Khái niệm, nguyên nhân gây bệnh

- *Khái niệm:*

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

- *Nguyên nhân gây bệnh:*

Các nguyên nhân thường gặp là do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gây chèn ép rễ L₅ hoặc S₁, thoái hóa cột sống thắt lưng, thoái hóa khớp liên mấu, hẹp ống sống. Các nhóm nguyên nhân trên có thể xuất hiện đơn độc hoặc kết hợp với nhau trên cùng một bệnh nhân [13].

Thoái hóa cột sống thắt lưng là nguyên nhân khá phổ biến gây ra đau thần kinh tọa. Bệnh tiến triển từ từ tăng dần, là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao, nữ, béo phì, lối sống tĩnh tại, nghề nghiệp lao động nặng, tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, do tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của cột sống. Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống được mô tả là sự kết hợp của quá trình thoái hóa sinh lý theo tuổi và thoái hóa bệnh lý mắc phải do các tác nhân cơ học gây ra vi chấn thương cho các tổ chức sụn, làm giải phóng các enzyme tiêu protein gây hủy hoại dần các chất cơ bản dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong thoái hóa cột sống [14], [15], [16].

Các nguyên nhân khác gồm các dị dạng bẩm sinh như quá phát mỏm ngang, cùng hóa $L_5 - S_1$, gai đôi $L_5 - S_1$, lệch trục chi bẩm sinh hoặc viêm khớp cùng chậu, trượt đốt sống, viêm cột sống dính khớp, chấn thương cột sống, lao cột sống, áp xe cạnh cột sống, ung thư đốt sống tiên phát hoặc di căn, loãng xương, đái tháo đường, viêm thần kinh ngoại vi... [6].

1.1.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

** Triệu chứng cơ năng:*

Đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa [2].

- Đau dây TKHKN: đau từ thắt lưng lan xuống mặt bên đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón cái.

- Đau dây TKHKT: đau thắt lưng lan xuống mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, xuống gót chân, tận cùng ở ngón út.

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

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

- Các yếu tố ảnh hưởng: Đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, hầu như có liên quan đến thay đổi thời tiết [1], [17].

** Triệu chứng thực thể:*

- Hội chứng cột sống:

+ Biến đổi đường cong sinh lý cột sống: Thường làm mất đường cong sinh lý, vẹo cột sống, dấu hiệu nghẽn của Deseze: Bệnh nhân đứng nghiêng người sang trái, sang phải, phía không có tư thế chống đau là phía bị nghẽn (còn gọi là dấu hiệu gãy khúc đường gai sống).

+ Có điểm đau cột sống và cạnh cột sống thắt lưng: tương ứng với các đoạn vận động bệnh lý và điểm xuất chiếu đau của rễ thần kinh tương ứng.

+ Giảm tầm hoạt động của CSTL: các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay đều bị hạn chế. Độ giãn cột sống thắt lưng giảm (NP Schober < 4 cm), [8], [18].

- Hội chứng rễ thần kinh:

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

+ *Dấu hiệu Neri*: người bệnh nằm ngồi trên giường hai chân duỗi thẳng, cúi xuống, hai ngón tay trở sờ vào hai ngón chân, bệnh nhân cảm thấy đau ở lưng, mông phải gập gối lại mới sờ được ngón chân là Neri (+).

+ *Dấu hiệu Bonnet*: bệnh nhân nằm ngửa, gập cẳng chân vào đùi, vừa ấn đùi vào bụng vừa xoay vào trong, bệnh nhân thấy đau ở mông là Bonnet (+).

+ *Dấu hiệu Valleix*: Dùng ngón tay cái ấn vào các điểm trên đường đi của dây TKT, xuất hiện đau tại chỗ ấn và lan theo đường đi của thần kinh chi phối. Gồm có: Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa trám khoeo, điểm giữa cơ dẹt cẳng chân.

+ *Dấu hiệu bầm chuông*: thầy thuốc dùng ngón tay cái ấn mạnh vào cạnh đốt sống lưng tương ứng với chỗ đi ra của rễ thần kinh, người bệnh thấy đau lan dọc xuống chân theo đường đi của dây thần kinh tọa [6], [17], [18].

- Rối loạn cảm giác:

+ Tổn thương rễ L₅: giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân, ngón chân.

+ Tổn thương S₁: giảm cảm giác mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, bờ ngoài bàn chân [1], [6], [8].

- Rối loạn phản xạ gân xương:
 - + Tổn thương L₅: phản xạ gân gối, gân gót bình thường.
 - + Tổn thương S₁: phản xạ gân gót giảm hoặc mất, phản xạ gân gối bình thường [1], [6], [8].
- Rối loạn vận động:
 - + Tổn thương rễ L₅: gây yếu các cơ duỗi chân và các cơ xoay bàn chân ra ngoài làm bàn chân rũ xuống và xoay trong, không đi được bằng gót chân.
 - + Tổn thương rễ S₁: gây yếu cơ gấp bàn chân và các cơ xoay bàn chân vào trong làm cho bàn chân có hình “bàn chân lõm”, không đi được bằng mũi chân.
- Rối loạn cơ tròn: đại tiểu tiện không tự chủ.
- Có thể gặp rối loạn thần kinh thực vật: rối loạn bài tiết mồ hôi, nhiệt độ da giảm ... trong một số trường hợp. [1], [6], [8].

1.1.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản, thăm dò chức năng, giúp cho việc đánh giá bản chất, tính chất, mức độ của bệnh. Các xét nghiệm về viêm thường âm tính, các chỉ số sinh hóa thường không thay đổi. Tuy nhiên, cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm và các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý viêm nhiễm, ác tính và cần thiết cho chỉ định thuốc. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán [8], [19].
- Chụp X-quang cột sống thắt lưng: cho phép hướng tới một số nguyên nhân gây chèn ép rễ thần kinh tọa như: Dấu hiệu mất đường cong sinh lý, trượt thân đốt sống, hình ảnh thoái hoá cột sống: gai xương, cầu xương, hẹp khe khớp đặc xương dưới sụn [6], [13].
- Chụp cộng hưởng từ (MRI - Magnetic resonance imaging) cột sống là phương tiện hiện đại nhất có thể phát hiện được tất cả các tổn thương về cột sống và đĩa đệm [1], [6], [20].

- Chụp bao rãnh thần kinh: là một phương pháp tốt để chẩn đoán trước khi có chụp cắt lớp và chụp cộng hưởng từ, có thể phát hiện hình ảnh thoát vị đĩa đệm, hình ảnh chèn ép do tổn thương xương, hẹp ống sống hoặc các hình ảnh chèn ép khác [6], [15], [20].

- Điện cơ đồ: Giúp cho chẩn đoán định khu tổn thương và tình trạng một số cơ do dây thần kinh hông chi phối [6], [8].

- Xét nghiệm dịch não tủy: Thường có tăng nhẹ protein, khi có nguyên nhân chèn ép thì protein sẽ tăng cao, khi có viêm nhiễm thì có tăng tế bào [20].

1.1.3. Chẩn đoán

1.1.3.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: dựa vào các triệu chứng cơ năng và thực thể.

+ Cơ năng: Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa.

+ Thực thể: có hội chứng cột sống và hội chứng rãnh thần kinh dương tính.

- Cận lâm sàng: dựa vào chụp X – quang CSTL, chụp cộng hưởng từ CSTL (nếu có) [1], [2], [13].

1.1.3.2. Chẩn đoán định khu

- Định khu tổn thương các rễ thần kinh thắt lưng - cùng [17]:

Rễ thần kinh Triệu chứng	L5	S1
Cảm giác	Giảm hoặc mất cảm giác phía ngón chân cái	Giảm hoặc mất cảm giác phía ngón chân út
Phản xạ gân xương	Phản xạ gân gót bình thường	Phản xạ gân gót giảm hoặc mất
Rối loạn vận động	Không đi được bằng gót chân	Không đứng được bằng mũi chân
Teo cơ	Nhóm cơ căng chân trước ngoài, cơ bàn mu chân.	Nhóm cơ căng chân sau, cơ gan cật.

1.1.4. Điều trị

1.1.4.1. Điều trị nội khoa

- *Điều trị nguyên nhân*: Tùy theo nguyên nhân gây đau dây TKT trên từng bệnh nhân mà có phương án điều trị phù hợp [6], [21].

- *Chế độ nghỉ ngơi*: Nằm bất động trên giường (nền) cứng để làm giảm áp lực lên vùng CSTL, không nằm võng tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu hoặc đi lại quá nhiều [2], [6], [21].

- *Điều trị thuốc*:

+ *Sử dụng thuốc giảm đau*: tùy mức độ đau mà sử dụng một hoặc phối hợp các thuốc giảm đau sau đây: chọn một trong các thuốc trong bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới như Acetaminophen (Paracetamol, Efferalgan), Efferalgan codein, Morphin. Tùy theo tình trạng đau có thể điều chỉnh thuốc cho phù hợp [21].

+ *Thuốc kháng viêm không steroid*: Sử dụng một trong những thuốc như Diclofenac, Meloxicam, Piroxicam, Celecoxib... Để giảm nguy cơ trên đường tiêu hóa (đặc biệt khi sử dụng các NSAID không chọn lọc) nên xem xét sử dụng phối hợp với một thuốc bảo vệ dạ dày thuốc nhóm ức chế bơm proton [2], [6], [21], [22].

+ *Thuốc giãn cơ*: Tolperisone (100 – 150 mg x 3 lần uống/ngày) hoặc Eperisone (50 mg x 2 – 3 lần/ngày). [6], [21].

+ *Các thuốc khác*: khi bệnh nhân có đau nhiều, đau mạn tính, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như: Gabapentin: 600 – 1200 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 300/ngày trong tuần đầu). Pregabalin: 150 – 300 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 75 mg/ngày trong tuần đầu) [6], [21].

+ *Sử dụng các thuốc khác*: các vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin [2].

+ *Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng*: giảm đau do rễ trong bệnh thần kinh tọa, có thể tiêm dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng hoặc cắt lớp vi tính [23], [24], [25].

+ *Vật lý trị liệu*: kết hợp các phương pháp vật lý trị liệu như hồng ngoại, đắp parafin, siêu âm, kéo giãn cột sống thắt lưng, điện xung, sóng ngắn, tâm lý liệu pháp...[6], [26], [27].

1.1.4.2. Điều trị ngoại khoa và các phương pháp điều trị khác

Chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc những trường hợp có chèn ép nặng (hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới), teo cơ bệnh nhân sẽ được cân nhắc điều trị ngoại khoa, [6], [28], [29].

1.2. Tổng quan về đau dây thần kinh tọa theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh, bệnh nguyên và bệnh cơ

- *Bệnh danh*:

Theo YHCT đau dây thần kinh tọa được mô tả trong các y văn với các bệnh danh như “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong”, “Tọa điển phong”, “Yêu cước đông thống” và thuộc phạm vi chứng Tý [30].

- *Bệnh nguyên và bệnh cơ*:

+ *Ngoại nhân*:

Do tà khí bên ngoài cơ thể (phong, hàn, thấp tà) thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập kinh túc thái dương Bàng quang và túc thiếu dương Đờm làm cản trở sự vận hành của kinh khí gây nên bệnh [8], [30].

+ *Nội thương*:

Do chính khí cơ thể bị suy yếu mà dẫn tới rối loạn chức năng của các tạng phủ, đặc biệt là hai tạng Can và Thận [8], [30], [31].

Can tàng huyết, chủ gân, có quan hệ biểu lý với Đờm. Chức năng của tạng Can suy yếu, không tàng được huyết, không nuôi dưỡng được gân dẫn đến gân yếu mỏi hoặc co rút lại, chức năng Can suy yếu chức năng của phủ

Đờm cũng bị ảnh hưởng. Thận chủ cốt tủy, lưng là phủ của Thận; Thận có quan hệ biểu lý với phủ Bàng quang. Thận hư, cân cốt yếu, huyết ít đều có ảnh hưởng góp phần gây nên chứng yêu thống, yêu cước thống. Chức năng của hai tạng Can, Thận bị rối loạn sẽ ảnh hưởng đến hai phủ Đờm và Bàng quang, làm cho sự lưu thông của khí huyết trong các kinh túc thái dương Bàng quang, kinh túc thiếu dương Đờm, kinh túc quyết âm Can và kinh túc thiếu âm Thận bị trở trệ. Bệnh lâu ngày chính khí càng hư yếu không đủ sức chống đỡ lại sự tấn công của tà khí, kết quả là tà khí càng làm tổn thương chính khí nhiều hơn [8], [32].

+ *Bất nội ngoại nhân:*

Do bê vác vật nặng sai tư thế, do bị sang chấn (bị đánh, bị ngã, bị va đập...) làm khí trệ, huyết ứ dẫn tới kinh khí bị bế tắc gây nên đau và hạn chế vận động [8], [30], [33].

1.2.2. Các thể lâm sàng và phương pháp điều trị

Theo y học cổ truyền, đau thần kinh tọa được phân thành các thể lâm sàng như sau [30]:

1.2.2.1. Thể phong hàn thấp

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do lạnh [30]:

- *Triệu chứng lâm sàng:*

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

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

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

- *Phương dược:* Đại tần giao thang gia giảm

Tần giao	12g	Bạch thược	12g
Cam thảo	08g	Khương hoạt	12g
Xuyên khung	08g	Phòng phong	12g
Đương quy	12g	Độc hoạt	12g
Sinh địa	12g	Bạch truật	12g
Tế tân	06g	Bạch linh	12g
Thục địa	10g	Trần bì	08g

Sắc uống ngày 1 thang.

- Châm hoặc cứu: châm tả các huyết:

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang(đau kiểu rẽ S1) châm các huyết:

Giáp tích L4-5, L5- S1; Thận du, Đại trường du, Trật biên, Thừa phù, Thừa sơ, Ủy trung, Côn lân.

+ Nếu đau theo kinh Đờm: (đau kiểu rẽ L5) châm các huyết:

Giáp tích L4 –15, L5- S1, Thận du, Đại trường du, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Khâu khư.

+ Các kỹ thuật châm: điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

+ Lưu kim 20 – 30 phút/lần/ngày.

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xoa, xát, miết, day, lăn vùng lưng của chân đau. Bấm các huyết bên đau. Vận động cột sống, vận động chân. Phát từ lưng xuống chân. Ngày 01 lần, 30 phút/lần/ngày.

1.2.2.2. *Thế can thận hư kèm phong hàn thấp*

Thường gặp trong những trường hợp đau TKT do thoái hóa cột sống [30]:

- *Triệu chứng lâm sàng:*

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

+ *Toàn thân:* ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

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

- *Phương dược*: Độc hoạt ký sinh thang gia giảm

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	12g
Phòng phong	10g	Đỗ trọng	12g
Tang ký sinh	12g	Đảng sâm	12g
Tế tân	06g	Quế chi	08g
Phục linh	12g	Bạch thược	12g
Đương quy	12g	Thục địa	12g
Cam thảo	06g	Đại táo	12g
Tần giao	12g	Xuyên khung	12g

Sắc uống ngày 01 thang

- *Châm cứu*: châm tả các huyết giồng thể phong hàn thấp ở trên và châm bổ thêm các huyết: Can du, Thận du. Ngày 01 lần, mỗi lần 20 – 30 phút.

- *Xoa bóp bấm huyết*: giồng thể phong hàn thấp, bấm thêm các huyết Can du, Thận du. Ngày 01 lần, 20 - 30 phút/lần/ngày.

1.2.2.3. *Thể phong thấp nhiệt*

Thường gặp trong những trường hợp đau TKT do viêm nhiễm [30]:

- *Triệu chứng lâm sàng*: 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.

- *Phương dược*: Ý dĩ thang kết hợp Nhị diệu thang gia giảm

Ý dĩ	12g	Ngưu tất	12g
Thương truật	10g	Cam thảo	06g
Khương hoạt	12g	Đương quy	12g
Phòng phong	12g	Hoàng bá	10g
Kim ngân hoa	16g	Quế chi	06g
Thỏ phục linh	12g	Trần bì	08g

Sắc uống 01 ngày 01 thang.

- Châm cứu: châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp ở trên, ngày 01 lần, mỗi lần 20 – 30 phút.

1.2.2.4. Thể khí huyết ứ

Thường gặp trong những trường hợp đau TKT do chấn thương hoặc do thoát vị đĩa đệm [30]:

- *Triệu chứng lâm sàng*: đau đột ngột, dữ dội tại một điểm, đau lan xuống chân, hạn chế vận động nhiều, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng hoặc vàng, mạch sáp.

- *Pháp điều trị*: Hành khí hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc

- *Phương dược*: Tứ vật đào hồng gia giảm

Thục địa	12g	Đào nhân	08g
Xích thược	12g	Hồng hoa	08g
Xuyên khung	12g	Quy vĩ	12g
Đan sâm	12g	Ngưu tất	12g
Kê huyết đằng	10g	Uất kim	08g
Trần bì	08g	Cam thảo	06g

Sắc uống 01 ngày 01 thang.

- Châm cứu: châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp ở trên và châm bổ thêm các huyết: Cách du, Huyết hải. Ngày 01 lần, 20 – 30 phút/lần.

- Xoa bóp bấm huyết: giống thể phong hàn thấp, bấm thêm các huyết Can du, Thận du. Ngày 01 lần, 30 phút/lần/ngày.

1.3. Tổng quan về phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu

1.3.1. Bài thuốc Dưỡng cốt HV

* *Xuất xứ bài thuốc “Dưỡng cốt HV”*: Trên cơ sở bài thuốc cổ phương Tam tỳ thang bỏ vị Thục địa gia thêm Gối hạc, Thiên niên kiện. “Dưỡng cốt HV” thực tế là bài thuốc “Khớp gối HV” đã được nghiên cứu thử độc tính cấp khẳng định an toàn và được thực hiện đánh giá trên bệnh nhân thoái hóa khớp

gối, đau thắt lưng do thoái hóa cột sống chứng minh hiệu quả điều trị cao, do tác dụng của bài thuốc trong quá trình đánh giá chúng tôi đổi tên thành bài thuốc “Dưỡng cốt HV”. Theo thời gian, bài thuốc có các tên gọi khác nhau: Khớp gối HV, Khớp gối TT và Dưỡng cốt HV [10], [11], [12].

** Lý do gia giảm và phân tích bài thuốc:*

- Theo quan điểm YHCT: Cổ phương là để phỏng theo, tùy theo khí hậu, con người ở từng vùng miền, từng thời điểm mà gia giảm cho thích hợp. Hải Thượng Lãn Ông cho rằng: “Con người bẩm sinh khỏe yếu khác nhau, phong thổ thích hợp khác nhau, sang hèn hoàn cảnh khác nhau, già trẻ thân thể khác nhau, bệnh mới bệnh lâu khác nhau; nguyên nhân có nội nhân, ngoại nhân khác nhau đâu có thể đem khuôn phép nhất định của cổ phương mà gán ghép với chứng bệnh biến hóa của người nay được” [34].

“Tam tý thang” là bài thuốc cổ phương có nguồn gốc từ Trung Quốc, nơi có mùa đông rất lạnh và khô, để áp dụng điều trị cho bệnh nhân đau lưng, đau thần kinh tọa hay thoái hóa khớp gối ở nước ta, nơi có khí hậu ẩm thấp nhiều, chúng tôi đã gia thêm và tăng liều các vị có tính trừ thấp mạnh, bổ can thận, bổ khí huyết, chỉ thống, giảm bớt vị thuốc có tính nê trệ. Bỏ Thục địa để hạn chế nê trệ, làm tăng tính hoạt của bài thuốc vì tý là tắc, tắc cần thông, thông cần hoạt. Gia Gối hạc: hoạt huyết dưỡng cân và Thiên niên kiện: dưỡng cốt chỉ thống; tăng tác dụng chỉ thống theo cơ chế “bất thông tắc thống”. Gối hạc, Thiên niên kiện là những vị thuốc Nam đã được sử dụng nhiều ở nước ta [35]. Việc gia giảm bài thuốc cổ phương Tam tý thang thành bài “Dưỡng cốt HV” nhằm tăng cường tác dụng trừ phong thấp, chỉ thống, ích can thận, bổ khí huyết.

- Phân tích bài thuốc:

Cấu trúc bài thuốc gồm hai nhóm:

+ Một nhóm lấy khứ tà làm chủ gồm: Độc hoạt, Phòng phong, Tế tân, Tần giao, Gối hạc, Thiên niên kiện,... để trừ phong hàn thấp, chỉ thống.

+ Một nhóm lấy phù chính làm chủ gồm: Hoàng kỳ, Đảng sâm, Cam thảo, Bạch thược, Đương quy, Xuyên khung, thực chất là bài Bát chân thang bỏ Bạch truật, có công năng song bổ khí huyết, có tác dụng chỉ thống theo cơ chế “bất vinh tắc thống”, trong đó bài Tứ vật có tác dụng bổ huyết, hoạt huyết với ý nghĩa “trị phong tiên trị huyết, huyết hành phong tắt diệt”. Bài thuốc có Đỗ trọng, Tục đoạn, Ngưu tất để bổ can thận, lại gia thêm Thiên niên kiện, Gối hạc làm tăng thêm tác dụng khứ phong thấp, mạnh gân cốt [9], [12].

- Một số nghiên cứu về bài thuốc Dưỡng cốt HV:

Ngô Thọ Huy (2019), đánh giá độc tính cấp và tác dụng giảm đau ngoại vi của bài thuốc “Khớp gối HV” trên động vật thực nghiệm cho kết luận: “Chưa tìm thấy LD₅₀ của bài thuốc “Khớp gối HV” theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24 giờ là 450g/kg thể trọng, mà không gây chết chuột nào, không có biểu hiện nào của độc tính cấp. Với liều 44,8g/kg thể trọng và 89,76 g/kg thể trọng dùng uống có tác dụng giảm đau tương đương với Diclofenac liều 20mg/kg thể trọng trên mô hình gây đau quặn ở chuột nhắt trắng” [10].

Nguyễn Tiến Chung (2020), đánh giá tác dụng của bài thuốc “Khớp gối TT” trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh cho thấy tác dụng giảm đau, cải thiện chức năng khớp gối sau 7 ngày sử dụng (điểm VAS giảm 30,19%) và tăng dần tới 28 ngày (điểm VAS giảm 75,34%). Tác dụng giảm đau của Khớp gối TT tốt hơn so với nhóm chứng sử dụng Glucosamin 1500mg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Qua nghiên cứu tác giả nhận thấy bài thuốc ngoài tác dụng giảm đau vùng khớp gối còn có tác dụng giảm đau tốt vùng thắt lưng. Tác giả có khuyến nghị

nghiên cứu thêm về tác dụng của bài thuốc trên bệnh nhân đau lưng, đau thần kinh tọa [11].

Nguyễn Thị Quý (2020), đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của bài thuốc Dưỡng cốt HV kết hợp điện châm sau 21 ngày điều trị cho kết quả tốt và khá là 91,4% [12].

1.3.2. Bài thuốc Tam tý thang

- *Xuất xứ*: Phụ nhân đại toàn lương phương [9].

Bài thuốc Tam tý thang được đề cập đầu tiên trong quyển 3, sách Phụ nhân đại toàn lương phương do Thái y Trần Tự Minh, đời Tống, Trung Quốc, chủ biên. Bài thuốc được ghi chép lại trong trang 196 của cuốn “Trung y phương tễ lâm sàng thủ sách” xuất bản năm 1973 tại Thượng Hải, Trung Quốc.

- *Thành phần*:

Độc hoạt	12 g	Đỗ trọng	12 g	Phục linh	12 g
Phòng phong	12 g	Thục địa	12 g	Cam thảo	06g
Tế tân	04 g	Đương quy	12 g	Hoàng kỳ	12g
Tần giao	12 g	Xuyên khung	12 g	Tục đoạn	16g
Ngưu tất	12 g	Bạch thược	12 g		
Quế chi	04 g	Đảng sâm	12 g		

Sắc uống 01 ngày 01 thang.

- *Công dụng*: Khử phong thấp, chỉ tý thống, ích can thận, bổ khí huyết.

- *Phân tích bài thuốc*:

+ Độc hoạt khu phong trừ thấp, hoạt lạc thông tý là chủ dược.

+Tế tân, Quế chi, Phòng phong, Tần giao khu phong tán hàn trừ thấp; Ngưu tất, Tục đoạn, Đỗ trọng, Thục địa bổ ích Can Thận, cường cân tráng cốt chỉ thống tý là thần.

+ Hoàng kỳ, Xuyên khung, Đương quy, Bạch Thược, Đẳng sâm, Bạch linh có tác dụng ích khí dưỡng huyết, hoạt huyết để trị phong, thể hiện quan điểm “trị phong tiên trị huyết, huyết hành phong tất diệt” là tá dược.

+ Cam thảo: điều hòa tác dụng các vị thuốc là sứ dược [9], [36].

1.3.3. Điện châm

- *Định nghĩa:*

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 (dòng điện một chiều hoặc dòng điện xung) [37], [38], [39].

- *Cơ chế tác dụng:*

Cơ chế tác dụng của châm cứu: phản ứng tại chỗ thông qua cung phản xạ; phản ứng tiết đoạn thông qua tiết đoạn thần kinh và phản ứng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh, thể dịch. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy châm cứu có ảnh hưởng đến nhiều chức năng khác nhau của cơ thể [37], [38], [39].

Khi tác động vào huyết, vỏ não chuyển sang trạng thái hưng phấn hay ức chế tùy thuộc vào thời gian tác động và trạng thái chức năng ban đầu của hệ thần kinh trung ương. Nói cách khác, nó tác động vào một số huyết gây biến động hoạt tính điện trong nhiều cấu trúc thuộc não bộ, tạo điều kiện thuận lợi cho các tế bào thần kinh hoạt động đồng bộ ở mức cao hơn. Đặc biệt có sự cải thiện chức năng của vỏ não trong và sau khi tác động lên huyết [37], [38], [39].

Ảnh hưởng của tác động lên huyết đối với hệ nội tiết được xem như cơ chế tác dụng của tác động lên huyết theo con đường thể dịch. Các công trình nghiên cứu cho thấy tùy từng huyết được kích thích mà có những đáp ứng khác nhau lên trục dưới đồi – tuyến yên – các tuyến nội tiết nhằm điều hòa đối với việc bài tiết từng hormon cụ thể [37], [38], [39].

1.4. Một số nghiên cứu thuộc lĩnh vực đề tài trong và ngoài nước

Mei Ji và cộng sự (2015), phân tích tổng hợp 12 nghiên cứu với 1842 người tham gia thực hiện đánh giá điều trị đau TKT bằng châm cứu so sánh với các phương pháp điều trị tây y thông thường. Kết quả cho thấy châm cứu có hiệu quả hơn về mặt lâm sàng, giảm cường độ đau và tăng ngưỡng ở bệnh nhân đau TKT so với dùng thuốc [40].

Wang Yuanxin và cộng sự (2016), nghiên cứu khảo sát lâm sàng của điện châm kết hợp Độc hoạt tang ký sinh thang trong điều trị đau thần kinh tọa. Nghiên cứu thực hiện trên 78 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu kết hợp điện châm và uống thuốc sắc Độc hoạt ký sinh thang, nhóm đối chứng dùng điện châm đơn thuần. Kết quả cho thấy hiệu quả điều trị nhóm NC đạt kết quả tốt 97,4% trong đó nhóm ĐC là 82,1% [41].

Nguyễn Văn Minh (2016), đánh giá tác dụng của bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, kết quả cho thấy nhóm nghiên cứu có tỷ lệ điều trị tốt chiếm 52,5% [42].

Vy Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Tân (2018), đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp điện châm hoặc cấy chỉ. Kết quả cho thấy nhóm điều trị bằng Tam tỷ thang kết hợp điện châm có tỷ lệ điều trị tốt chiếm 76,7% trong khi nhóm điều trị bằng Tam tỷ thang kết hợp điện châm có tỷ lệ điều trị tốt là 66,7% [43].

Đinh Thị Lam, Nguyễn Giang Thanh (2022), đánh giá tác dụng của thủy châm Milgamma N trên bệnh nhân đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng kết hợp bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang”. Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân chia thành hai nhóm: nhóm NC 30 bệnh nhân sử dụng điện châm, thủy châm Milgamma N và bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang” và nhóm ĐC sử dụng điện châm kết hợp “Độc hoạt ký sinh thang”.

Sau 15 ngày điều trị ở nhóm NC điểm VAS trung bình giảm 78,09% so với trước điều trị tốt hơn so với nhóm chứng giảm 61,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [44].

Đỗ Thị Nhung (2022), đánh giá tác dụng của phức châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng. Kết quả điều trị sau 20 ngày ở nhóm điều trị bằng phức châm kết hợp Độc hoạt ký sinh thang đạt loại tốt 66,7%, ở nhóm điều trị bằng điện châm kết hợp Độc hoạt ký sinh thang đạt loại tốt là 53,3% [45].

Ngô Quỳnh Hoa, Lã Kiều Oanh (2022), đánh giá tác dụng của Độc hoạt thang trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa CSTL cho kết quả: tỷ lệ bệnh nhân có chức năng sinh hoạt hàng ngày ở mức tốt và khá trong nhóm NC chiếm 93,33%; cao hơn hẳn so với nhóm ĐC (83,33%). Chỉ số Schober ở nhóm NC cũng được cải thiện rõ rệt từ $11,80 \pm 1,03$ (cm) lên $14,10 \pm 0,85$ (cm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [46].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

* **Chất liệu nghiên cứu:** là bài thuốc “Dưỡng cốt HV” thành phần gồm các vị thuốc sau:

Vị thuốc	Tên khoa học	Liều lượng
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	12g
Phòng phong	<i>Radix Ledebouriellae</i>	10g
Tế tân	<i>Herba Asari</i>	04g
Tần giao	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	12g
Ngưu tất	<i>Radix Archiranthis bidentae</i>	16g
Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici wallichii</i>	12g
Đương quy	<i>Radix Angenicae sinensis</i>	12g
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	12g
Đảng sâm	<i>Radix Codonopsis</i>	08g
Phục linh	<i>Poria Cocos</i>	12g
Cam thảo	<i>Radix Rhizoma Glycyrrhizae</i>	06g
Đỗ trọng	<i>Cortex Eucommiae</i>	10g
Quế chi	<i>Ramulus Cinamomi</i>	08g
Hoàng kỳ	<i>Radix Astragali membranacei</i>	12g
Tục đoạn	<i>Radix Dipsaci</i>	16g
Thiên niên kiện	<i>Rhizoma Homalomenae occultae</i>	10g
Gôi hạc	<i>Leea rubra Blume</i>	15g

- Các vị thuốc trong bài thuốc nghiên cứu (phụ lục 2, 3) [35], [47].

*** Dạng bào chế:**

- Dược liệu do Khoa Dược – Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an cung cấp, đạt tiêu chuẩn cơ sở và tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V [47].

- Dạng bào chế: sử dụng dưới dạng thuốc thang sắc bằng máy sắc thuốc. Dược liệu được xử lý sạch, cho vào máy sắc thuốc EXTRACTOR do hãng KYUNGSEO của Hàn Quốc sản xuất năm 2012 để sắc, sau đó cô và đóng túi tự động tại Khoa Dược – Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an, một thang sắc lấy 300ml, đóng thành 02 túi, mỗi túi 150ml.

*** Phương tiện nghiên cứu:**

- Máy điện châm MEDICINE do công ty đầu tư phát triển công nghệ và xây lắp K&N sản xuất, được sự cấp phép của Bộ Y tế (E = 6V, chạy bằng pin);

- Kim châm: loại kim hào châm, dài 5 – 7 – 10 cm, dùng một lần.

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

- Thước đo điểm VAS, thước dây.

- Bệnh án nghiên cứu.

- Phiếu đánh giá điểm Oswestry Disability Index (ODI).

- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ.

- Hộp thuốc chống sốc.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện y học cổ truyền Bộ công an. Số 278 - đường Lương Thế Vinh, Nam Từ Liêm, Hà Nội.

- Thời gian: từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 38 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống, điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an.

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

2.3.1.1. Theo Y học hiện đại

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa CSTL có các triệu chứng, hội chứng sau [6]:

- Hội chứng cột sống: Tư thế chống đau, điểm đau cột sống, tầm vận động cột sống thắt lưng.

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

- Có hình ảnh thoái hóa cột sống trên phim X quang cột sống thắt lưng.

Hình ảnh thoái hóa CSTL trên Xquang có các dấu hiệu cơ bản: Hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn và gai xương, cầu xương tại thân đốt sống [6].

- Bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị .

- Bệnh nhân có mức độ đau theo thang điểm VAS ≤ 6 .

2.3.1.2. Theo Y học cổ truyền

Chọn bệnh nhân thể can thận hư kèm phong hàn thấp [30]:

- *Triệu chứng lâm sàng*: đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh tọa. Đau, cảm giác tê bì, kiến bò, tức nặng, bệnh kéo dài, dễ tái phát.

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

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đau TKT được phát hiện mắc bệnh mạn tính khác như lao, ung thư, suy gan, suy tim, suy thận, đái tháo đường chưa điều trị ổn định, HIV/ AIDS, viêm tắc động tĩnh mạch chi dưới.

- Bệnh nhân đang điều trị các bệnh cấp tính, nghiện rượu, nghiện ma túy, tâm thần, không hợp tác, bệnh nhân đang mang thai.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh 2 tỉ lệ:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left\{ Z_{(1-\alpha/2)} \cdot x \cdot \sqrt{2p(1-p)} + Z_{(1-\beta)} \cdot x \cdot \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2} \quad [48], [49].$$

Trong đó:

n_1	Cỡ mẫu nhóm can thiệp
n_2	Cỡ mẫu nhóm đối chứng
$Z_{(1-\alpha/2)}$	Với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0.05$); $Z = 1,96$
$Z_{(1-\beta)}$	Với $\beta = 0,2$ thì $Z_{(1-\beta)} = 0,842$
p_1	Ước lượng tỉ lệ bệnh nhân sử dụng bài thuốc Dưỡng cốt HV kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa có kết quả tốt. Giả định $p_1 = 0,85$.
p_2	Ước lượng tỉ lệ bệnh nhân sử dụng điện châm kết hợp Tam tý thang điều trị đau TKT có hiệu quả tốt, dựa trên các nghiên cứu trước (Nguyễn Văn Minh 2016), chọn $p = 0,53$ [42].
p	Là giá trị trung bình của p_1 và p_2 . $p = \frac{(p_1 + p_2)}{2} = \frac{(0,85 + 0,53)}{2} = 0,69$
$1-p$	$1-p = 1 - 0,69 = 0,31$

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

$$n_1 = n_2 = \frac{\left\{ 1,96x\sqrt{2x0,69x0,31} + 0,842x\sqrt{0,85x0,15 + 0,53x0,47} \right\}^2}{(0,85 - 0,53)^2} + 0,1n = 34,6$$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng là 34,6 bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành chọn 35 bệnh nhân cho mỗi nhóm, tổng là 70 bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh tọa thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp.

- Bệnh nhân được lựa chọn được chia thành 2 nhóm tương đồng về tuổi, mức độ đau theo thang điểm VAS và mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày.

2.4.2. Thiết kế nghiên cứu

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

- Nhóm nghiên cứu (n = 35): uống “Dưỡng cốt HV”, ngày 01 thang chia 2 lần sáng – chiều sau ăn, kết hợp điện châm ngày 01 lần.

- Nhóm đối chứng (n = 35): uống “Tam tỳ thang”, ngày 01 thang chia 2 lần sáng – chiều sau ăn, kết hợp điện châm ngày 01 lần.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được can thiệp bằng phương pháp điều trị tương ứng trong 21 ngày liên tục. Hiệu quả điều trị của bài thuốc được đánh giá thông qua việc so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm: trước nghiên cứu (D₀), ngày điều trị thứ 07 (D₇), ngày điều trị thứ 14 (D₁₄), ngày điều trị thứ 21 (D₂₁).

2.4.3. Các biến số nghiên cứu (Các chỉ tiêu theo dõi)

- *Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (thu thập 1 lần tại thời điểm D₀):*

+ Đặc điểm về tuổi: tuổi được tính theo năm dương lịch, phân theo nhóm tuổi: 38 – 49 tuổi; 50 – 59 tuổi; ≥ 60 tuổi.

+ Đặc điểm về giới: nam và nữ.

+ Đặc điểm về nghề nghiệp: lao động chân tay, lao động trí óc.

Lao động chân tay bao gồm công nhân, nông dân, lái xe... Lao động trí óc bao gồm nhân viên văn phòng, giáo viên, bác sỹ... Đối với người đã về hưu

thì nghề nghiệp được phân thành nhóm lao động chân tay và lao động trí óc theo nghề mà bệnh nhân có thời gian làm việc dài nhất.

+ Đặc điểm về thời gian mắc bệnh: tính từ thời điểm bệnh nhân xuất hiện triệu chứng của đau thần kinh tọa đến thời điểm tham gia nghiên cứu, tính theo tháng; < 1 tháng, 1- 6 tháng, > 6 tháng.

+ Đặc điểm phân bố theo vị trí bệnh: dây TKHKT, dây TKHKN, cả 2 dây TKHKT + dây TKHKN.

- Các triệu chứng lâm sàng (thu thập tại các thời điểm D_0 , D_7 , D_{14} , D_{21})

+ Mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng theo nghiệm pháp Schober.

+ Đánh giá mức độ chèn ép rễ qua nghiệm pháp Lassegue

+ Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày dựa theo bộ câu hỏi ODI.

- Theo dõi tác dụng không mong muốn:

+ Lâm sàng: vụng châm, chảy máu, gãy kim, absces nơi châm, mẫn ngứa, dị ứng, buồn nôn, nôn, đau bụng, đi ngoài phân lỏng/nát...

+ Cận lâm sàng (thu thập tại thời điểm D_0 , D_{21}): các chỉ số xét nghiệm máu Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu, AST, ALT, Ure, Creatinin.

- Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi, giới, nghề nghiệp, vị trí mắc bệnh, thời gian mắc bệnh.

2.4.4. Phương pháp tiến hành

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu khi vào viện đều được:

- Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng toàn diện, chụp Xquang cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng.

- Khám bệnh, đánh giá tình trạng sức khỏe tổng thể tại thời điểm: vào viện (D_0), ngày thứ 7 (D_7), ngày thứ 14 (D_{14}), ngày thứ 21 (D_{21}) của liệu trình điều trị.

- Ghi hồ sơ theo một mẫu bệnh án riêng, thống nhất.

- Công thức huyết điện châm cho cả 2 nhóm: sử dụng phác đồ điện châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông và đau TKT của Bộ Y tế [50].

Châm tả các huyết bên đau:

Đau theo đường kinh Đờm (đau kiểu rễ L5): Giáp tích L4, L5, S1, Đại trường du, Thượng liêu, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Khâu khu [50].

Đau theo đường kinh Bàng quang (đau kiểu rễ S1): Giáp tích L4, L5, S1, Đại trường du, Thượng liêu, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân [50].

Nếu đau theo hai đường kinh: châm các huyết trên 2 đường kinh Đờm và kinh Bàng quang đã nêu, số huyết tùy theo từng bệnh nhân cụ thể [49].

Châm bổ các huyết: Can du, Thận du hai bên [50].

Vị trí các huyết trong phác đồ (Phụ lục 6) [51], [52].

Thủ thuật điện châm:

- *Bước 1:* xác định huyết và sát trùng da vùng huyết.

- *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.

+ Thì 2: đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí”.

- *Bước 3:* kích thích huyết bằng máy điện châm

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

Tần số : tần số tả từ 4 Hz – 10 Hz, tần số bổ từ 1 Hz – 3 Hz.

Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 μ A, tùy theo mức chịu đựng của người bệnh.

- *Bước 4:* rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

Thời gian châm: mỗi lần 30 phút, ngày 01 lần, liên tục 21 ngày [50].

2.4.5. Phương pháp đánh giá kết quả

2.4.5.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale)

Mức độ đau chủ quan của bệnh nhân được lượng giá bằng thang VAS (Visual Analogue Scale). Thang điểm VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 vạch từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau không thể chịu được, có thể choáng ngất). Đánh giá mức độ đau tại các thời điểm nghiên cứu. Thang VAS được chia thành 4 mức độ sau (phụ lục 4) [53]:



Hình 2.1. Thước đo thang điểm VAS

Bảng 2.1. Thang điểm VAS

Điểm VAS	Mức độ	Điểm
VAS = 0 điểm	Không đau	0 điểm
$0 < VAS \leq 3$ điểm	Đau nhẹ	1 điểm
$3 < VAS \leq 6$ điểm	Đau vừa	2 điểm
$6 < VAS \leq 10$	Đau nặng	3 điểm

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị của từng nhóm và so sánh giữa hai nhóm.

2.4.5.2. Đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng qua nghiệm pháp Schober

- Cách đo: Người bệnh đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60°, đánh dấu ở bờ trên đốt sống S1 đo lên trên 10 cm và đánh dấu ở đó, cho bệnh nhân cúi tối đa đo lại khoảng cách giữa 2 điểm đã đánh dấu. Ở người trưởng thành bình thường khoảng cách giãn thêm là 4 – 6 cm [17]:

- Cách tính điểm và phân loại mức độ giãn CSTL:

Bảng 2.2. Đánh giá độ giãn CSTL qua nghiệm pháp Schober

Chỉ số	Mức độ	Điểm
Schober \geq 4 cm	Bình thường	0 điểm
$3 \leq$ Schober $<$ 4 cm	Nhẹ	1 điểm
$2 \leq$ Schober $<$ 3 cm	Trung bình	2 điểm
Schober $<$ 2 cm	Nặng	3 điểm

2.4.5.3. Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh tọa bằng nghiệm pháp Lassegue

- Cách đo: Bệnh nhân nằm ngửa duỗi thẳng chân, thầy thuốc nâng cổ chân và giữ gối cho thẳng, từ từ nâng chân bệnh nhân lên khỏi giường đến mức nào đó xuất hiện đau ở mông và mặt sau đùi thì dừng lại tính góc tạo thành giữa đùi và mặt giường (góc α) [17].

- Cách đánh giá như sau:

Bảng 2.3. Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh bằng nghiệm pháp Lassegue

Góc α	Mức độ	Điểm
$\alpha \geq 75^{\circ}$	Bình thường	0 điểm
$60^{\circ} \leq \alpha < 75^{\circ}$	Nhẹ	1 điểm
$45^{\circ} \leq \alpha < 60^{\circ}$	Trung bình	2 điểm
$< 45^{\circ}$	Nặng	3 điểm

2.4.5.4. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày

Sử dụng bộ câu hỏi “OSWESTRY DISABILITY” để đánh giá mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày. Đánh giá 10 hoạt động: Đi bộ, ngồi, đứng, nâng vật nặng, chăm sóc cá nhân, mức độ đau, ngủ, sinh hoạt tình dục, hoạt động xã hội, du lịch. Mỗi hoạt động có điểm số từ 0 – 5. Điểm càng cao thì chức năng sinh hoạt càng kém [54]:

Bảng 2.4. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày

Tổng điểm 10 hoạt động	Mức độ	Điểm
0 – 4	Không hạn chế	0 điểm
5 – 14	Hạn chế ít	1 điểm
15 – 24	Hạn chế vừa	2 điểm
≥ 25	Hạn chế nặng	3 điểm

2.4.5.5. Đánh giá kết quả điều trị chung

Dựa vào tổng điểm của 4 chỉ số: mức độ đau theo thang điểm VAS, nghiệm pháp Schober, nghiệm pháp Lassegue, chức năng sinh hoạt hàng ngày.

- Cách phân loại hiệu quả điều trị chung theo thang điểm B.Amor như sau [55]:

$$\text{Tổng điểm TĐT} - \text{Tổng điểm SĐT}$$

$$\text{Hiệu quả điều trị} = \frac{\text{Tổng điểm TĐT} - \text{Tổng điểm SĐT}}{\text{Tổng điểm TĐT}} \times 100\%$$

- Đánh giá:

Bảng 2.5. Đánh giá kết quả điều trị chung

Phân loại	Tổng điểm các triệu chứng sau điều trị
Tốt	Giảm hơn $\geq 80\%$ so với trước điều trị
Khá	Giảm hơn từ $\geq 60\%$ đến $< 80\%$ so với trước điều trị
Trung bình	Giảm hơn từ $\geq 40\%$ đến $< 60\%$ so với trước điều trị
Kém	Giảm dưới $< 40\%$ so với trước điều trị

2.4.5.6. Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Xử lý theo phương pháp thống kê Y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0.

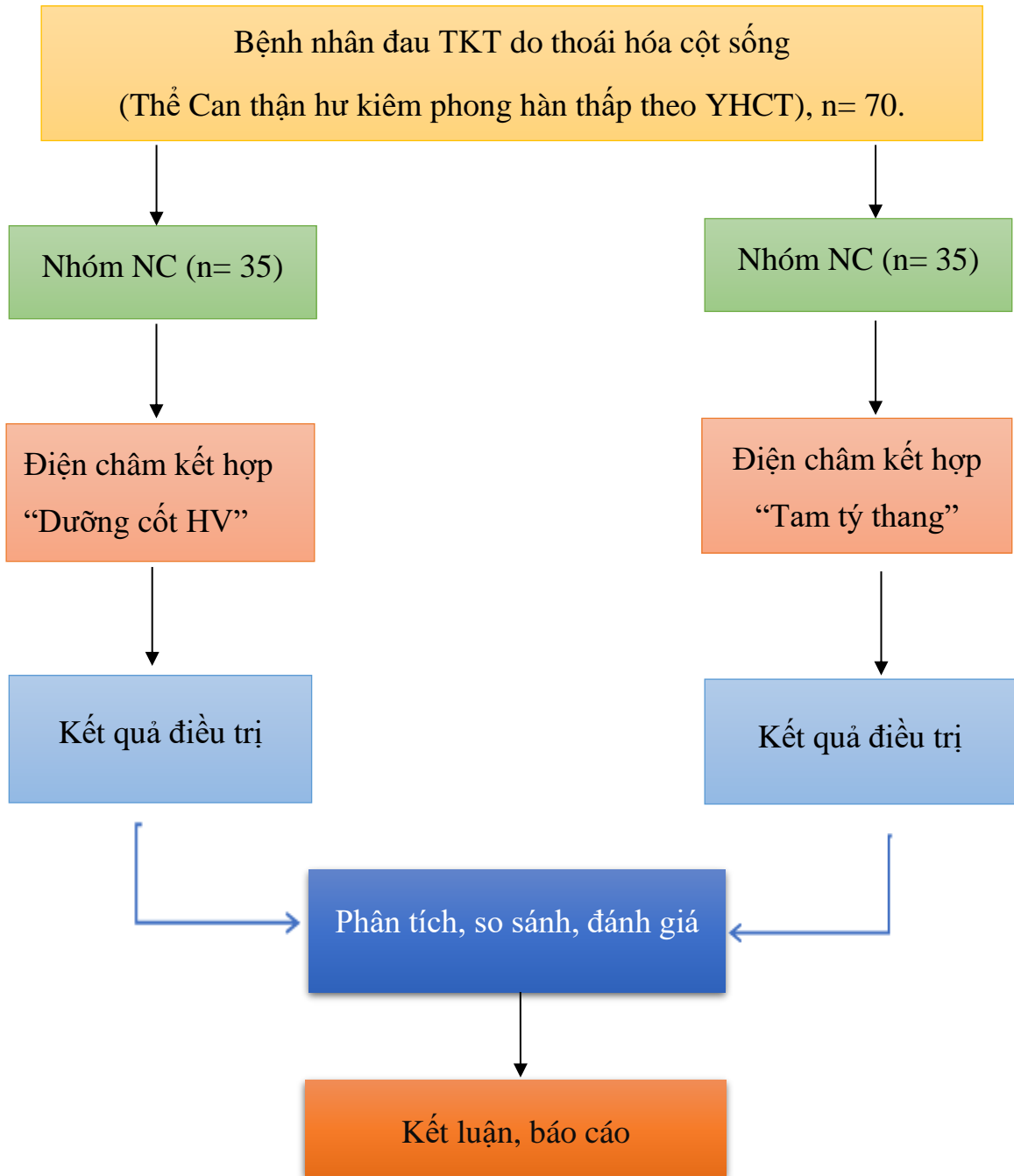
- Tính giá trị trung bình \bar{X} và độ lệch chuẩn SD.

- So sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình bằng T – Student.
- So sánh sự khác nhau giữa tỷ lệ bằng Test χ^2
- Đánh giá mối liên quan của các yếu tố ảnh hưởng bằng OR
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân ngoài ra không nhằm một mục đích nào khác.
- Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đề cương của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an thông qua.
- Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin nghiên cứu, những điểm lợi và hại khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có quyền tự quyết tham gia hoặc rút khỏi quá trình nghiên cứu mà không cần phải cung cấp lý do.

SƠ ĐỒ 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. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

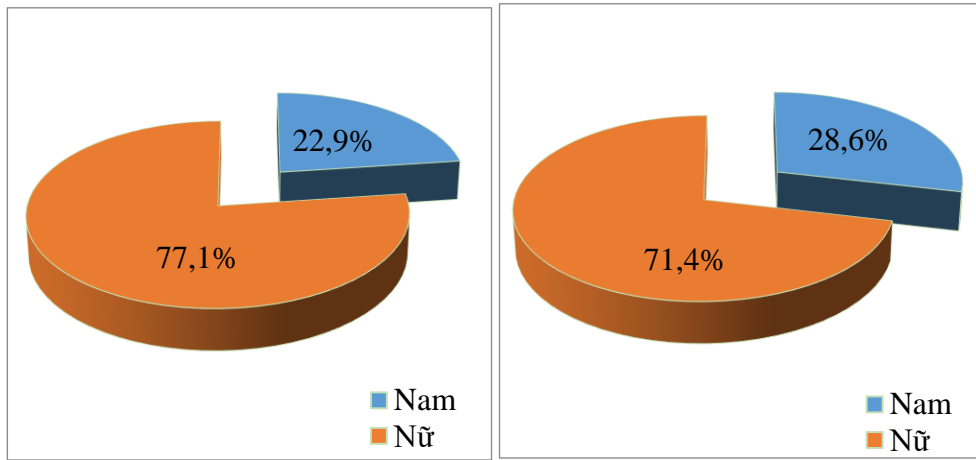
Tuổi \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		p _(NC - ĐC)
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
38 - 49	3	9,0	4	11,0	0,734
50 - 59	4	11,0	8	23,0	
≥ 60	28	80,0	23	66,0	
Tổng	35	100	35	100	
Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$	63,0 ± 8,75		63,7 ± 10,1		

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở cả 2 nhóm, lứa tuổi trên 60 đều chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,0% ở nhóm nghiên cứu và 66,0% ở nhóm đối chứng. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng lần lượt là: $63,0 \pm 8,75$ và $63,7 \pm 10,1$.

Sự khác biệt về tỉ lệ nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2. Đặc điểm về giới

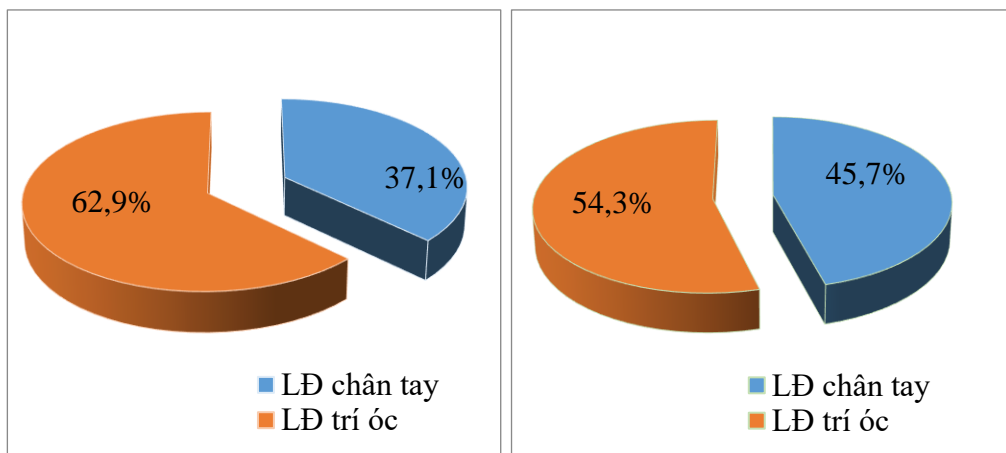


$$p_{(NC-ĐC)} = 0,591$$

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm nghiên cứu là 77,1% cao hơn 5,7% so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng theo giới tính không có ý nghĩa thống kê.

3.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu



$$p_{(NC-ĐC)} = 0,154$$

Biểu đồ 3.2. Phân bố về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu trên cho thấy đối với cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tỷ lệ đối tượng lao động trí óc cao hơn tỷ lệ đối tượng là lao động chân tay. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Bảng 3.2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Thời gian bệnh \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _(NC - ĐC)
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
< 1 tháng	11	31,4	10	28,6	0,878
1 – 6 tháng	14	40,0	16	45,7	
> 6 tháng	10	28,6	9	25,7	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: Số bệnh nhân bị bệnh trong khoảng thời gian từ 1 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, lần lượt là 40,0% ở nhóm nghiên cứu và 45,7% ở nhóm đối chứng. Sự phân bố bệnh nhân ở các thời điểm mắc bệnh không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

3.1.5. Đặc điểm phân bố theo vị trí mắc bệnh

Bảng 3.3. Phân bố theo vị trí mắc bệnh

Vị trí mắc bệnh \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)		P _(NC - ĐC)
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
TKHKT	18	51,4	15	42,8	0,678
TKHKN	7	20,0	10	28,6	
TKHKT + TKHKN	10	28,6	10	28,6	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: Kết quả trên cho thấy ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, tỷ lệ mắc bệnh tại vị trí TKHKT chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt với tỷ lệ là 51,4% và 42,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.6. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.4. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị của 2 nhóm

Mức độ \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)	Nhóm ĐC (n = 35)	$P_{(NC-ĐC)}$
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
VAS (điểm)	4,77 ± 0,88	4,94 ± 0,73	0,376
Lassegue (độ)	60,86 ± 5,07	61,23 ± 8,77	0,083
Schober (cm)	2,14 ± 0,69	2,31 ± 0,76	0,327
ODI (điểm)	21,91 ± 5,04	22,71 ± 4,64	0,492

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy các chỉ số lâm sàng của hai nhóm trước điều trị không có sự khác biệt đáng kể với $p > 0.05$.

3.2. Kết quả nghiên cứu

3.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.5. So sánh chỉ số VAS trung bình của 2 nhóm sau 7 ngày điều trị

Điểm VAS \ Nhóm	Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
	D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	0	0,0	0	0	0	0
Đau nhẹ	1	2,9	23	65,7	0	0	18	51,4
Đau vừa	34	97,1	12	34,3	35	100	17	48,6
Đau nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
($\bar{X} \pm SD$)	4,77 ± 0,88		3,2 ± 0,83		4,94 ± 0,73		3,51 ± 0,95	
Hiệu suất giảm	D ₀ - D ₇		1,57 ± 0,61		1,43 ± 0,69			
$P_{(D_0 - D_7)}$	< 0,001				< 0,001			
$p_{(NC - ĐC)}(D_0)$	0,376							
$p_{(NC - ĐC)}(D_7)$	0,146							

Nhận xét: Trước điều trị, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở mức độ đau vừa, sau 7 ngày điều trị, tỷ lệ này giảm xuống còn 34,3% ở nhóm NC 48,6% ở nhóm ĐC. Không có bệnh nhân không đau, bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng từ 2,9% lên 65,7% ở nhóm NC và tăng 51,4% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi khác biệt so với trước điều trị với $p < 0,001$.

Điểm đau VAS trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D_7 đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,001$, nhóm NC giảm từ $4,77 \pm 0,88$ xuống $3,2 \pm 0,83$ (điểm), nhóm ĐC giảm từ $4,94 \pm 0,73$ (điểm) xuống $3,51 \pm 0,95$ (điểm). Kết quả giảm đau VAS của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. So sánh chỉ số VAS trung bình của 2 nhóm sau 14 ngày điều trị

Điểm VAS		Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
				D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Không đau		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Đau nhẹ		1	2,9	31	88,6	0	0	19	54,3		
Đau vừa		34	97,1	4	11,4	35	100	16	45,7		
Đau nặng		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		$4,77 \pm 0,88$		$2,54 \pm 1,09$		$4,94 \pm 0,73$		$3,11 \pm 1,25$			
Hiệu suất giảm	D ₀ -D ₁₄	$2,23 \pm 1,19$				$1,83 \pm 1,15$					
$P(D_0 - D_{14})$		$< 0,001$				$< 0,001$					
$p_{(NC - ĐC)}(D_0)$		$0,376$									
$p_{(NC - ĐC)}(D_{14})$		$0,046$									

Nhận xét: Trước điều trị, ở nhóm NC có 97,1% có mức đau vừa, nhóm ĐC 100% bệnh nhân có mức độ đau vừa, sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ này giảm xuống còn 11,4% ở nhóm NC, 45,7% ở nhóm ĐC. Không có bệnh nhân không đau, bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng từ 2,9% lên 88,6% ở nhóm NC và tăng 54,3% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi khác biệt so với trước điều trị với $p < 0,001$.

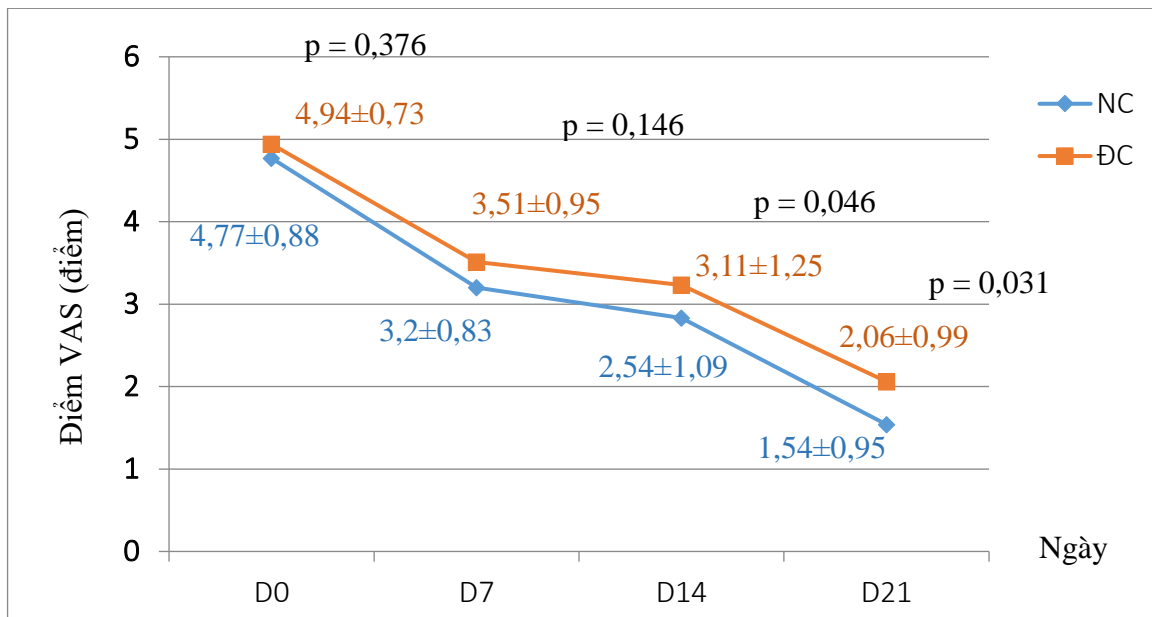
Điểm đau VAS trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D_{14} đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,001$, nhóm NC giảm từ $4,77 \pm 0,88$ (điểm) xuống $2,54 \pm 1,09$ (điểm), nhóm ĐC giảm từ $4,94 \pm 0,73$ (điểm) xuống $3,11 \pm 1,25$ (điểm). Kết quả giảm đau VAS của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. So sánh chỉ số VAS trung bình của 2 nhóm sau 21 ngày điều trị

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Điểm VAS									
Không đau		0	0	2	5,7	0	0	0	0
Đau nhẹ		1	2,9	30	85,7	0	0	29	82,9
Đau vừa		34	97,1	3	8,6	35	100	6	17,1
Đau nặng		0	0	0	0	0	0	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		$4,77 \pm 0,88$		$1,54 \pm 0,95$		$4,94 \pm 0,73$		$2,06 \pm 0,99$	
Hiệu suất giảm		D ₀ -D ₂₁		$3,23 \pm 0,84$		$2,89 \pm 1,05$			
$P_{(D_0 - D_{21})}$		$< 0,001$				$< 0,001$			
$p_{(NC - ĐC)}(D_0)$		0,376							
$p_{(NC - ĐC)}(D_{21})$		0,031							

Nhận xét: Trước điều trị, ở nhóm NC có 97,1% có mức đau vừa, nhóm ĐC 100% bệnh nhân có mức độ đau vừa, sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ này giảm xuống còn 8,6% ở nhóm NC, 17,1% ở nhóm ĐC. Có 5,7% bệnh nhân không đau ở nhóm NC trong khi đó ở nhóm ĐC không có bệnh nhân không đau. Bệnh nhân mức độ đau nhẹ tăng từ 2,9% lên 85,7% ở nhóm NC và tăng 82,9% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi khác biệt so với trước điều trị với $p < 0,001$.

Điểm VAS trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D₂₁ đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,001$, nhóm NC giảm từ $4,77 \pm 0,88$ (điểm) xuống $1,54 \pm 0,95$ (điểm), nhóm ĐC giảm từ $4,94 \pm 0,73$ (điểm) xuống $2,06 \pm 0,99$ (điểm). Kết quả giảm đau của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm NC

Nhận xét: Biểu đồ 3.3 so sánh mức độ đau theo thang điểm VAS giữa nhóm NC và nhóm ĐC tại 4 thời điểm D₀, D₇, D₁₄, và D₂₁ và hiệu suất giảm điểm khi so sánh ngày 0 với ngày 7, ngày 14 và ngày 21 cho kết quả như sau:

Trước điều trị, điểm VAS trung bình ở nhóm NC là $4,77 \pm 0,88$ (điểm), sau 7, 14 và 21 ngày điều trị điểm VAS ở nhóm NC tương ứng là $3,2 \pm 0,83$ (điểm), $2,54 \pm 1,09$ (điểm) và $1,54 \pm 0,95$ (điểm). Điểm VAS trung bình trước điều trị ở nhóm ĐC là $4,94 \pm 0,73$ (điểm), sau 7, 14 và 21 ngày điều trị điểm đau VAS trung bình của nhóm ĐC tương ứng là $3,51 \pm 0,95$ (điểm), $3,11 \pm 1,25$ (điểm) và $2,06 \pm 0,99$ (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê sau 21 ngày điều trị với $p < 0,05$.

3.2.2. Kết quả cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh

Bảng 3.8. Nghiệm pháp Lassegue trước và sau điều trị 7 ngày

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường		3	8,6	22	62,9	4	11,4	13	37,1
Nhẹ		31	88,6	13	37,1	24	68,6	19	54,3
Trung bình		1	2,9	0	0	7	20,0	3	8,6
Nặng		0	0	0	0	0	0	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		60,86 ± 5,07		70,14 ± 6,58		61,23 ± 8,77		66,86 ± 7,48	
Hiệu suất tăng	D ₀ - D ₇	9,28 ± 6,87				5,57 ± 5,78			
P _(D₀ - D₇)		< 0,001				< 0,001			
P _{(NC - ĐC) (D₀)}		0,083							
P _{(NC - ĐC) (D₇)}		0,055							

Nhận xét:

Trước điều trị, số đo góc Lassegue trung bình của nhóm nghiên cứu là 60,86 ± 5,07 (độ), nhóm đối chứng là 61,23 ± 8,77 (độ), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 7 ngày điều trị chỉ số đo góc Lassegue trung bình ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều tăng lên so với thời điểm trước điều trị D₀. Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên khác biệt được so sánh giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.9. Nghiệm pháp Lassegue trước và sau điều trị 14 ngày của hai nhóm

Nhóm Mức độ		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường		3	8,6	23	65,7	4	11,4	26	74,3
Nhẹ		31	88,6	12	34,3	24	68,6	9	25,7
Trung bình		1	2,9	0	0	7	20,0	0	0
Nặng		0	0	0	0	0	0	0	0
$(\bar{x} \pm SD)$		60,86 ± 5,07		74,71 ± 4,84		61,23 ± 8,77		72 ± 5,97	
Hiệu suất tăng	D ₀ -D ₁₄	13,85 ± 6,65				10,71 ± 7,08			
$p_{(D_0 - D_{14})}$		< 0,001				< 0,001			
$p_{(NC - ĐC)}(D_0)$		0,083							
$p_{(NC - ĐC)}(D_{14})$		0,040							

Nhận xét:

Trước điều trị, số đo góc Lassegue trung bình của nhóm nghiên cứu là $60,86 \pm 5,07$ (độ), nhóm đối chứng là $61,23 \pm 8,77$ (độ), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 14 ngày điều trị số đo góc Lassegue trung bình ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện so với thời điểm trước điều trị D₀. Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt được so sánh giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

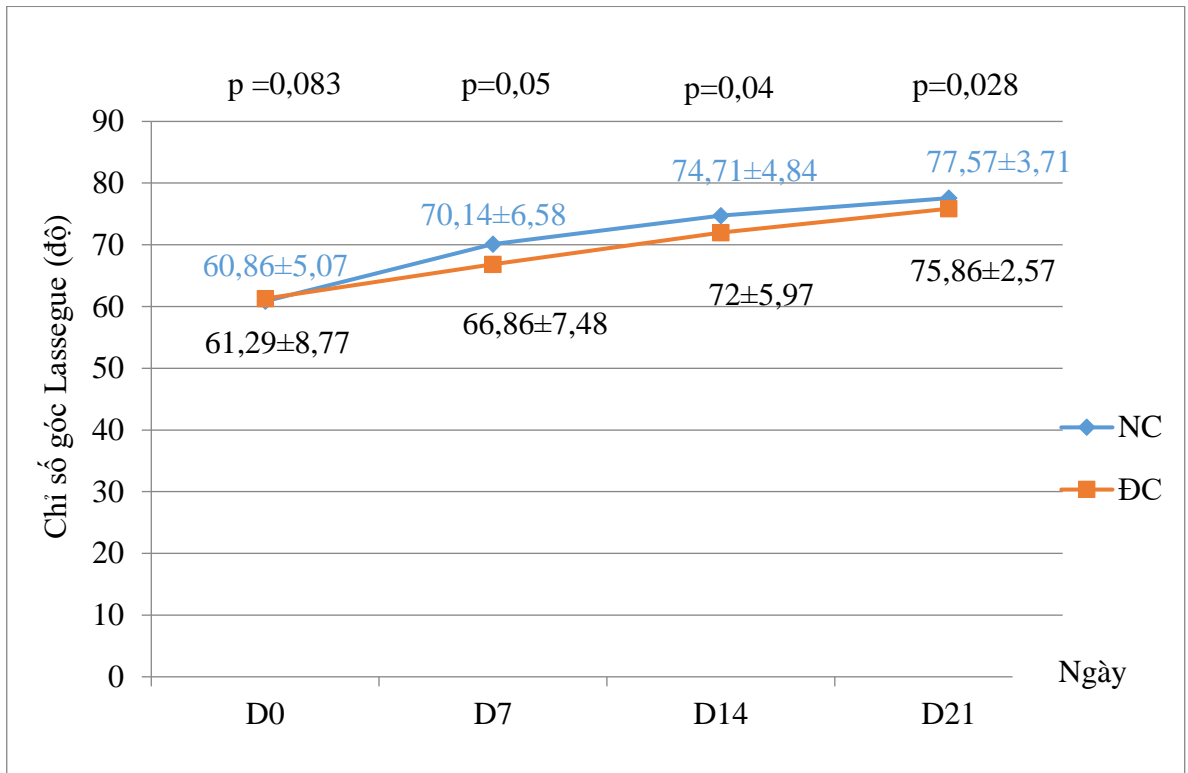
Bảng 3.10. Nghiệm pháp Lassegue trước và sau điều trị 21 ngày

Mức độ \ Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường		3	8,6	34	97,1	4	11,4	33	94,3
Nhẹ		31	88,6	1	2,9	24	68,6	2	5,7
Trung bình		1	2,9	0	0	7	20,0	0	0
Nặng		0	0	0	0	0	0	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		60,86 ± 5,07		77,57 ± 3,71		61,23 ± 8,77		75,86 ± 2,57	
Hiệu suất tăng	D ₀ -D ₂₁	16,71 ± 6,29				14,57 ± 7,31			
$p_{(D_0 - D_{21})}$		< 0,001				< 0,001			
$p_{(NC - ĐC)}(D_0)$		0,083							
$p_{(NC - ĐC)}(D_{21})$		0,028							

Nhận xét:

Trước điều trị, số đo góc Lassegue trung bình của nhóm nghiên cứu là $60,86 \pm 5,07$ (độ), nhóm đối chứng là $61,23 \pm 8,77$ (độ), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày điều trị chỉ số đo góc Lassegue trung bình ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có sự cải thiện so với thời điểm trước điều trị D₀. Tại D₂₁, chỉ số Lassegue trung bình ở nhóm nghiên cứu là $77,57 \pm 3,71$ (độ) còn ở nhóm đối chứng là $14,57 \pm 7,31$ (độ). Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt được so sánh giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi chỉ số Lassegue trung bình tại các thời điểm nghiên cứu của hai nhóm

Nhận xét:

Ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, số đo góc Lassegue trung bình đều tăng lên, mức độ chèn ép rễ thần kinh đều có sự cải thiện tốt sau 14 ngày và 21 ngày điều trị.

Sau điều trị 21 ngày, chỉ số Lassegue ở nhóm nghiên cứu tăng 27,45% so với thời điểm trước điều trị còn ở nhóm đối chứng tỉ lệ này là 23,77%. Nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt được so sánh giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê sau 14 ngày và 21 ngày điều trị với $p < 0,05$.

3.2.3. Kết quả cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng qua nghiệm pháp Schober

Bảng 3.11. Độ giãn CSTL trước và sau điều trị 7 ngày của hai nhóm

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường		0	0	20	57,1	0	0	13	37,1
Nhẹ		10	28,6	11	31,4	18	51,4	11	31,4
Trung bình		21	60,0	3	8,6	11	31,4	8	22,9
Nặng		4	11,4	1	2,9	6	17,2	3	8,6
($\bar{X} \pm SD$)		2,14 ± 0,69		3,49 ± 0,85		2,31 ± 0,76		3,06 ± 1,11	
Hiệu suất tăng	D ₀ – D ₇	1,35 ± 0,72				0,75 ± 0,70			
P _(D₀– D₇)		< 0,001				< 0,001			
p _(NC–ĐC) (D ₀)		0,327							
p _(NC–ĐC) (D ₇)		0,075							

Nhận xét:

Tại thời điểm D₀, bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm có độ giãn cột sống thắt lưng mức độ nhẹ và trung bình.

Sau 07 ngày điều trị, độ giãn cột sống thắt lưng ở cả 2 nhóm đều tăng so với thời điểm D₀, chỉ số Schober trung bình ở nhóm nghiên cứu là: 3,49 ± 0,85 (cm) có xu hướng tăng cao hơn ở nhóm đối chứng là: 3,06 ± 1,11 (cm), tuy nhiên sự khác biệt được so sánh giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.12. Độ giãn CSTL trước và sau điều trị 14 ngày của hai nhóm

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường		0	0	30	85,7	0	0	21	60,0
Nhẹ		10	28,6	4	11,4	18	51,4	9	25,7
Trung bình		21	60,0	1	2,9	11	31,4	5	14,3
Nặng		4	11,4	0	0	6	17,2	0	0
$(\bar{x} \pm SD)$		2,14±0,69		4,34±0,84		2,31±0,76		3,83±1,2	
Hiệu suất tăng	D ₀ -D ₁₄	2,20 ± 0,75				1,50 ± 0,74			
p(D ₀ - D ₁₄)		< 0,001				< 0,001			
p _(NC - ĐC) (D ₀)		0,327							
p _(NC - ĐC) (D ₁₄)		0,041							

Nhận xét:

Trước điều trị, bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm có độ giãn cột sống thắt lưng mức độ trung bình, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 14 ngày điều trị, độ giãn cột sống thắt lưng ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt so với thời điểm D₀, chỉ số Schober trung bình ở nhóm nghiên cứu là: 4,34 ± 0,84 (cm), xu hướng tăng cao hơn ở nhóm đối chứng là: 3,83 ± 1,2 (cm), nhóm nghiên cứu có xu hướng tăng cao hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt được so sánh giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

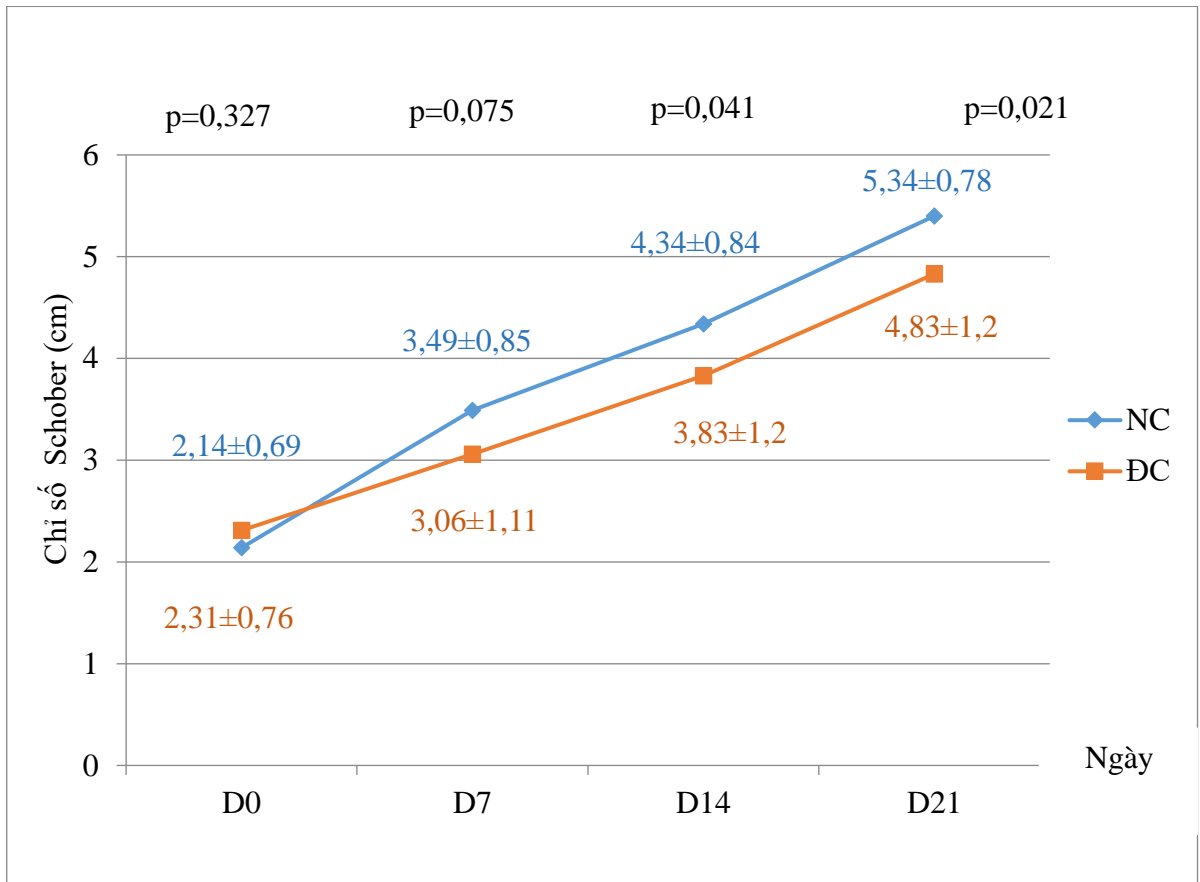
Bảng 3.13. Độ giãn CSTL trước và sau điều trị 21 ngày của hai nhóm

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường		0	0	34	97,1	0	0	28	80,0
Nhẹ		10	28,6	1	2,9	18	51,4	6	17,1
Trung bình		21	60,0	0	0	11	31,4	1	2,9
Nặng		4	11,4	0	0	6	17,2	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		2,14 ± 0,69		5,34 ± 0,78		2,31 ± 0,76		4,83 ± 1,2	
Hiệu suất tăng	D ₀ -D ₂₁	3,20 ± 0,74				2,50 ± 0,78			
p(D ₀ - D ₂₁)		< 0,001				< 0,001			
p _(NC - ĐC) (D ₀)		0,327							
p _(NC - ĐC) (D ₁₄)		0,021							

Nhận xét:

Tại thời điểm D₀, bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm có độ giãn cột sống thắt lưng mức trung bình, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày điều trị, chủ yếu bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng mức độ bình thường ở cả 2 nhóm, chỉ số Schober trung bình ở nhóm nghiên cứu là: 5,34 ± 0,78 (cm), ở nhóm ĐC là: 4,83 ± 1,2 (cm), có sự cải thiện rõ rệt với thời điểm D₀. Nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt được so sánh giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi độ giãn CSTL trung bình tại các thời điểm nghiên cứu của hai nhóm

Nhận xét:

Ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, độ giãn cột sống thắt lưng trung bình đều cải thiện tốt sau 14 ngày và 21 ngày điều trị. Hiệu suất tăng độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober sau 21 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu là $3,20 \pm 0,74$ (cm) cao hơn so với nhóm chứng là $2,50 \pm 0,78$ (cm). Sự khác biệt trước và sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê sau 14 ngày và 21 ngày với $p < 0,05$.

3.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày qua bộ câu hỏi ODI

Bảng 3.14. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 7 ngày

Nhóm Điểm ODI		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₇		D ₀		D ₇	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế		0	0	0	0	0	0	0	0
Hạn chế ít		3	8,6	11	31,4	2	5,7	9	25,7
Hạn chế vừa		21	60,0	24	68,6	21	60,0	25	71,4
Hạn chế nặng		11	31,4	0	0	12	34,3	1	2,9
$(\bar{X} \pm SD)$		21,91 ± 5,04		16,83 ± 4,28		22,71 ± 4,64		17,74 ± 3,64	
Hiệu suất giảm	D ₀ - D ₇	5,08 ± 1,93				4,97 ± 2,65			
P(D ₀ - D ₇)		< 0,001				< 0,001			
P _(NC - ĐC) (D ₀)		0,492							
P _(NC - ĐC) (D ₇)		0,339							

Nhận xét:

Sau 7 ngày điều trị, mức độ hạn chế nặng giảm từ 31,4% xuống còn 0% ở nhóm NC, còn ở nhóm ĐC giảm từ 34,3% xuống còn 2,9%. Không có bệnh nhân không hạn chế. Điểm ODI trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D₇ đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,001$, nhóm NC giảm từ 21,91 ± 5,04 (điểm) xuống 16,83 ± 4,28 (điểm), nhóm ĐC giảm từ 22,71 ± 4,64 xuống 17,74 ± 3,64 (điểm). Tuy nhiên, kết quả giảm điểm ODI của nhóm NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3.15. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 14 ngày

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Điểm ODI									
Không hạn chế		0	0	1	2,9	0	0	0	0
Hạn chế ít		3	8,6	29	82,9	2	5,7	29	82,9
Hạn chế vừa		21	60,0	5	14,2	21	60,0	6	17,1
Hạn chế nặng		11	31,4	0	0	12	34,3	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		21,91±5,04		11,49±3,09		22,71±4,64		12,97±3,09	
Hiệu suất giảm	D ₀ – D ₁₄	10,42 ± 3,60				9,74 ± 3,40			
p(D ₀ –D ₁₄)		< 0,001				< 0,001			
p(NC – ĐC) (D ₀)		0,492							
p(NC – ĐC) (D ₁₄)		0,048							

Nhận xét:

Sau 14 ngày điều trị, không còn mức độ hạn chế nặng ở cả 2 nhóm NC và nhóm ĐC. Ở nhóm NC bệnh nhân không hạn chế chiếm 2,9%, trong khi đó nhóm ĐC là 0%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Điểm ODI trung bình ở cả hai nhóm tại thời điểm D₁₄ đều giảm so với trước điều trị với $p < 0,001$; nhóm NC giảm từ $21,91 \pm 5,04$ xuống $11,49 \pm 3,09$ (điểm), nhóm ĐC giảm từ $22,71 \pm 4,64$ xuống $12,97 \pm 3,09$ (điểm). Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

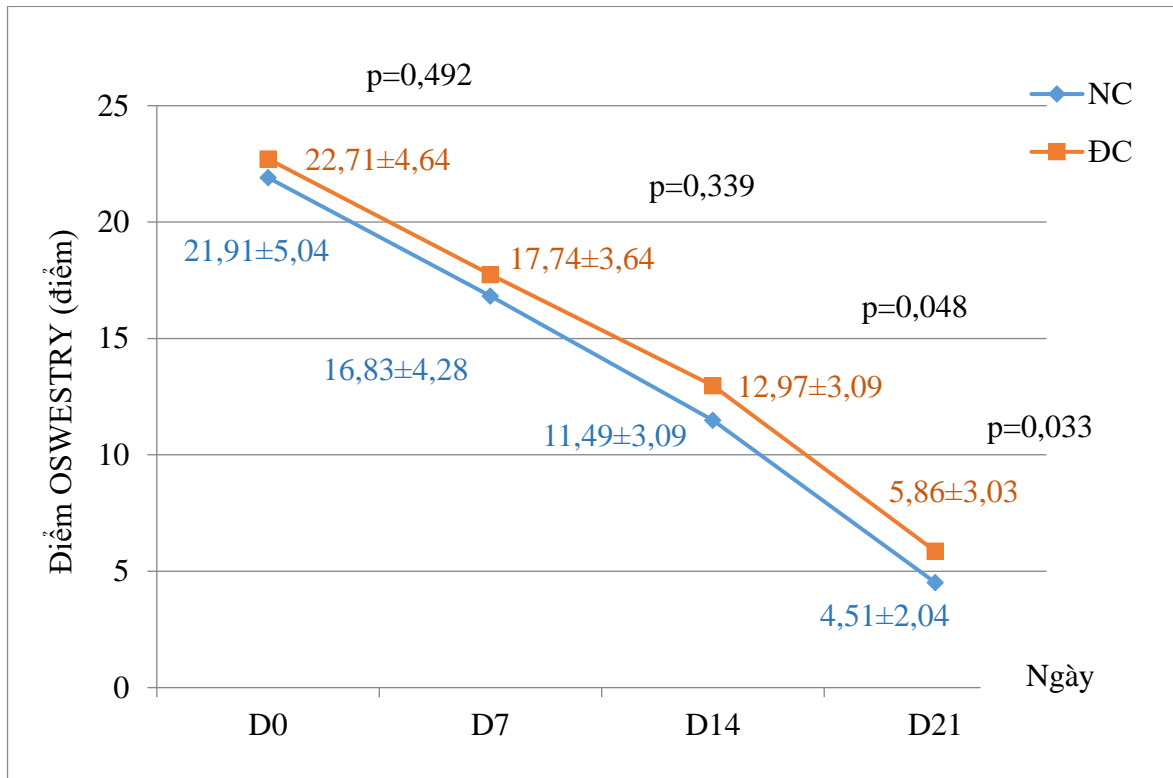
Bảng 3.16. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị 21 ngày

Nhóm		Nhóm NC (n = 35)				Nhóm ĐC (n = 35)			
		D ₀		D ₂₁		D ₀		D ₂₁	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Điểm ODI									
Không hạn chế		0	0	23	65,7	0	0	18	51,4
Hạn chế ít		3	8,6	12	34,3	2	5,7	17	48,6
Hạn chế vừa		21	60,0	0	0	21	60,0	0	0
Hạn chế nặng		11	31,4	0	0	12	34,3	0	0
$(\bar{X} \pm SD)$		21,91±5,04		4,51±2,04		22,71±4,64		5,86±3,03	
Hiệu suất giảm	D ₀ - D ₂₁	17,40 ± 4,60				16,80 ± 3,90			
p _(D₀-D₂₁)		< 0,001				< 0,001			
p _{(NC - ĐC) (D₀)}		0,492							
p _{(NC - ĐC) (D₂₁)}		0,033							

Nhận xét:

Tại thời điểm D₂₁, ở cả hai nhóm không còn bệnh nhân hạn chế vừa và nặng, không hạn chế tăng từ 0 lên 65,7% ở nhóm NC, 51,4% ở nhóm ĐC. Sự thay đổi khác biệt so với trước điều trị với $p < 0,001$.

Điểm ODI trung bình ở cả hai nhóm sau 21 ngày điều trị giảm rõ rệt so với trước điều trị với $p < 0,001$; nhóm nghiên cứu giảm xuống còn $4,51 \pm 2,04$ (điểm), nhóm đối chứng giảm xuống còn $5,86 \pm 3,03$ (điểm). Kết quả giảm điểm ODI của nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.6. Sự thay đổi điểm ODI tại các thời điểm nghiên cứu của hai nhóm

Nhận xét:

Sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị, điểm ODI trung bình của cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa so với trước điều trị với $p < 0,001$.

Ở các thời điểm đánh giá, điểm ODI trung bình của nhóm nghiên cứu thấp hơn so với nhóm chứng, nghĩa là chứng năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện nhiều hơn, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê sau 14 ngày và sau 21 ngày điều trị với $p < 0,05$.

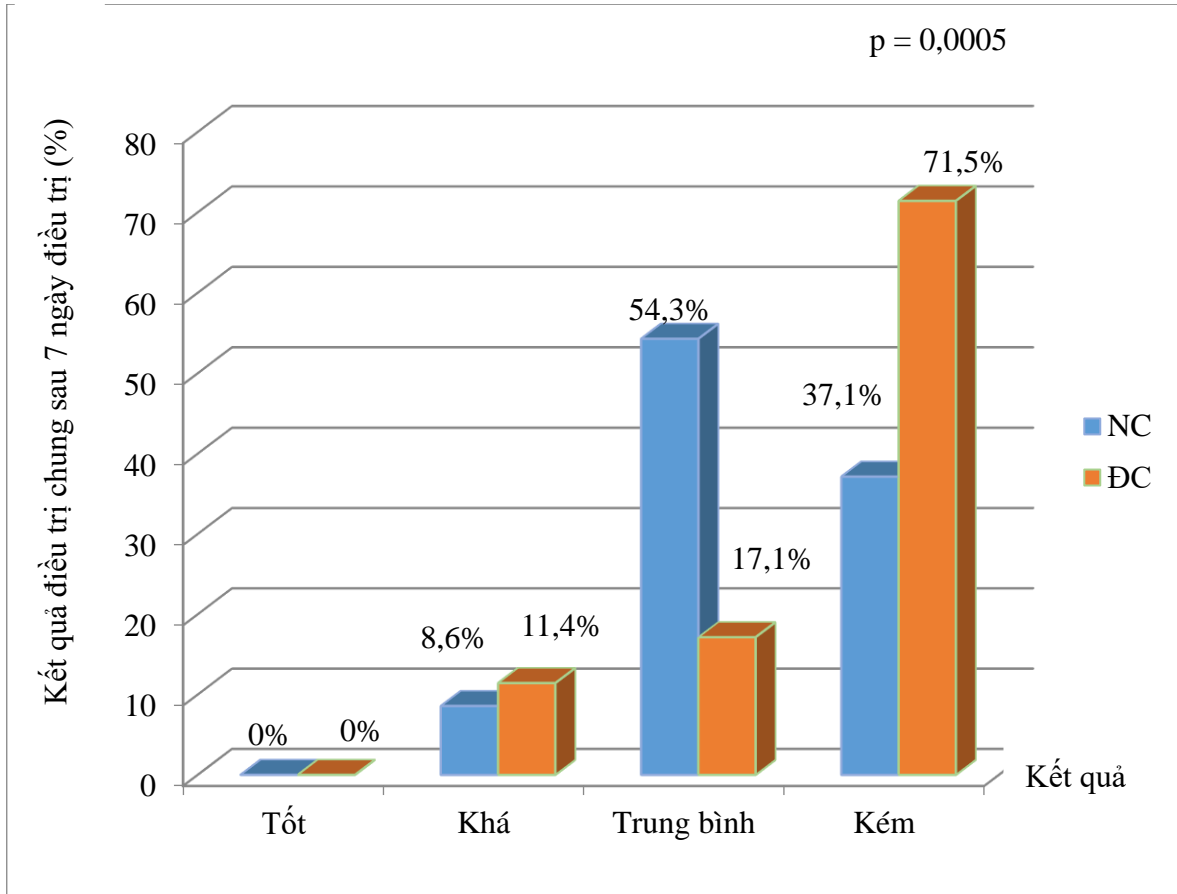
3.2.5. Sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền

Bảng 3.17. Sự thay đổi các chứng trạng YHCT trước và sau điều trị

Triệu chứng		Nhóm		NC (n = 35)				ĐC (n = 35)				P _{NC-ĐC}
		D ₀		D ₂₁		P ₀₋₂₁	D ₀		D ₂₁		P ₀₋₂₁	
		n	%	n	%		n	%	n	%		
Đau lưng lan xuống mông chân	Có	35	100	5	14,3	***	35	100	8	22,9	***	***
	Không	0	0	30	58,7		0	0	27	77,1		
Tê bì, nặng nề	Có	25	71,4	5	14,3	0,18	22	62,9	8	22,9	0,98	0,45
	Không	10	28,6	30	58,7		13	37,1	27	77,1		
Ăn uống kém	Có	9	25,7	3	8,6	0,28	10	28,6	6	17,1	0,77	0,78
	Không	26	74,3	32	91,4		25	71,4	29	82,9		
Ngủ kém	Có	9	25,7	4	11,4	0,21	11	31,4	5	14,3	0,55	0,59
	Không	26	74,3	31	88,6		24	68,6	30	58,7		
Rêu lưỡi trắng, dày, nhớt	Có	19	54,3	5	14,3	0,78	21	60,0	7	20,0	0,49	0,63
	Không	16	45,7	30	58,7		14	40,0	28	80,0		
Mạch nhu hoãn	Có	15	42,9	5	14,3	0,26	16	45,7	7	20,0	0,49	0,89
	Không	20	57,1	30	58,7		19	54,3	28	80,0		
Mạch trầm nhược	Có	20	57,1	7	20,0	1,00	19	54,3	9	25,7	0,10	0,81
	Không	15	42,9	28	80,0		16	45,7	26	74,3		

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy trước điều trị các chứng trạng theo YHCT của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê. Sau 21 ngày điều trị các chứng trạng còn lại của nhóm nghiên cứu đều cải thiện hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

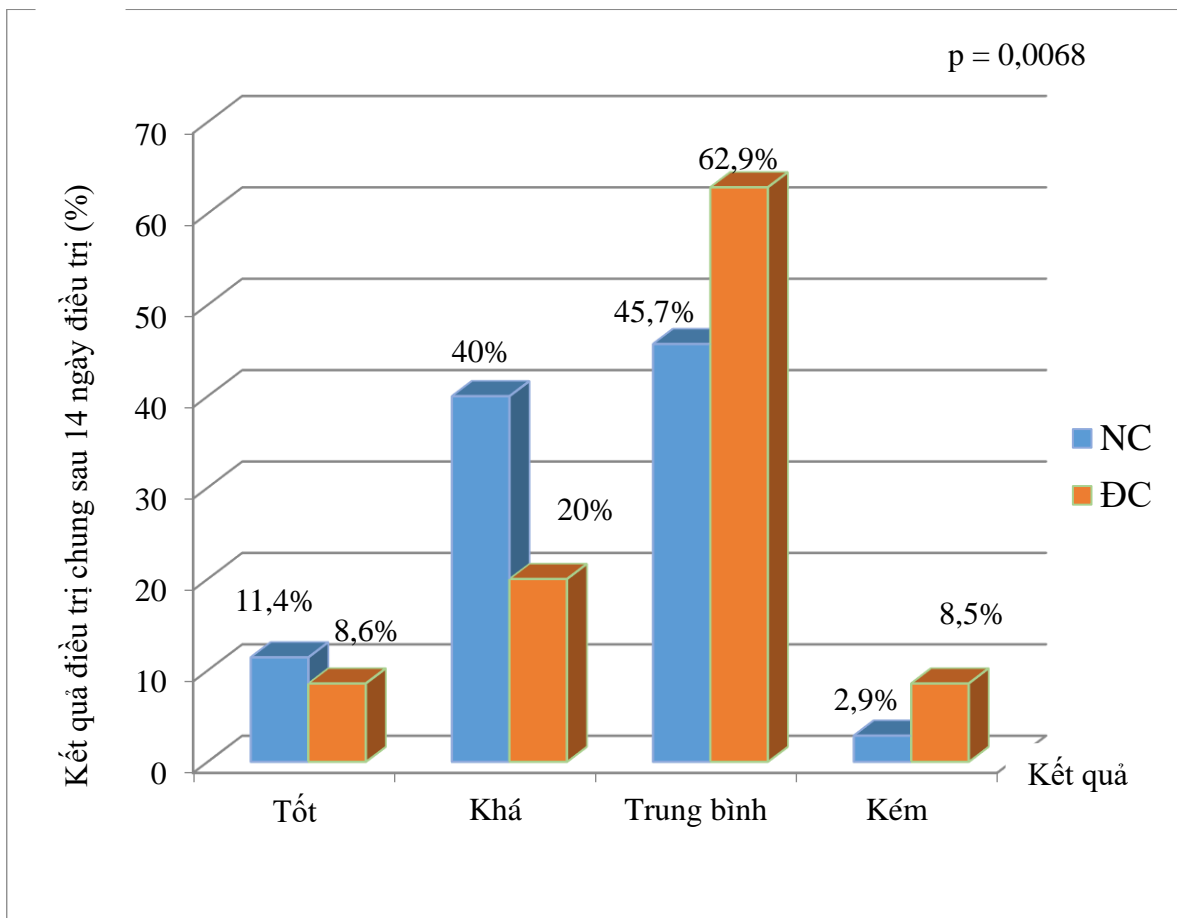
3.2.6. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.7. Kết quả điều trị chung sau 7 ngày

Nhận xét:

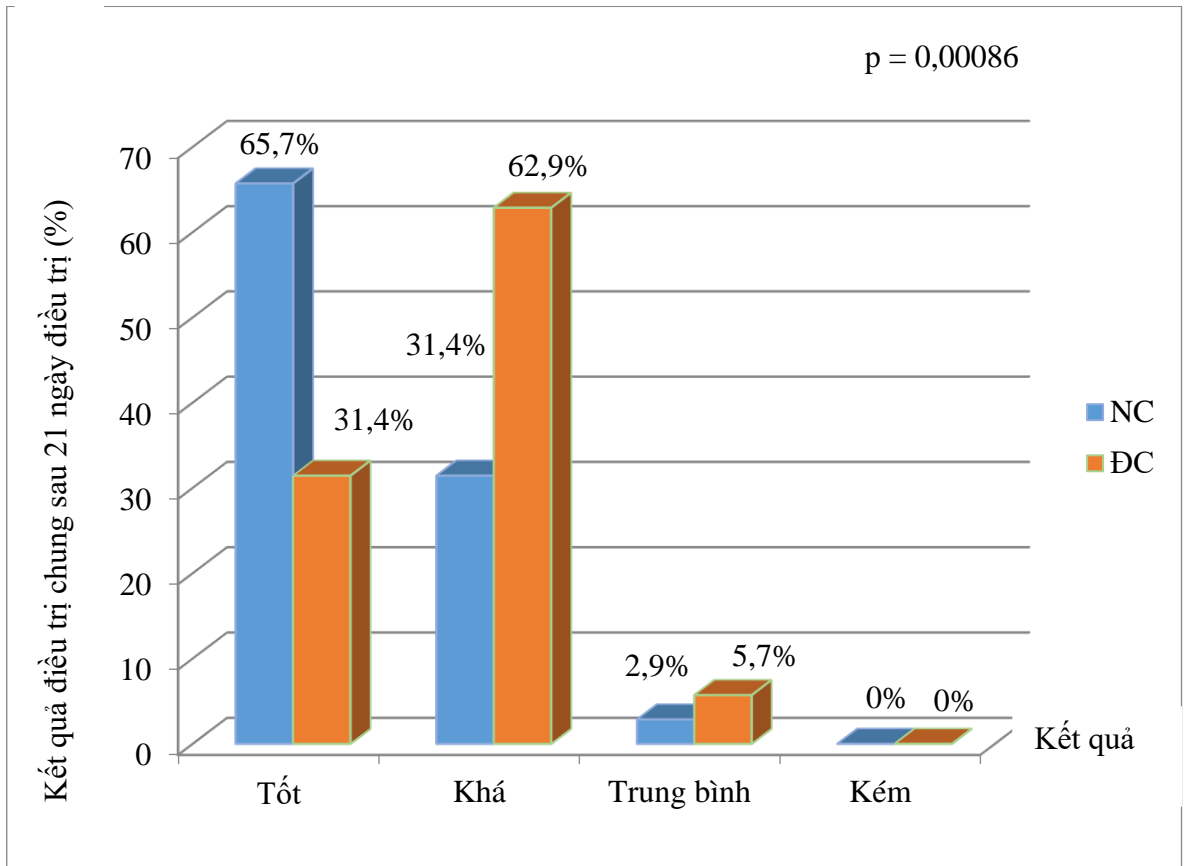
Sau 7 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng kém của nhóm đối chứng là 71,5% cao gấp đôi tỷ lệ này ở nhóm nghiên cứu (37,1%), tỷ lệ đáp ứng trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,3% cao hơn so với nhóm chứng là 17,1%. Sự khác biệt về phân loại điều trị tại thời điểm ngày thứ 7 sau điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.8. Kết quả điều trị chung sau 14 ngày

Nhận xét:

Sau 14 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng tốt của nhóm nghiên cứu là 11,4% cao hơn tỷ lệ này ở nhóm đối chứng (8,6%), tỷ lệ đáp ứng khá của nhóm nghiên cứu là 40% cao gấp đôi tỷ lệ này ở nhóm đối chứng (20%), Sự khác biệt về phân loại điều trị tại thời điểm ngày thứ 14 sau điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.9. Kết quả điều trị chung sau 21 ngày

Nhận xét:

Sau 21 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng tốt của nhóm nghiên cứu là 65,7% cao hơn so với nhóm đối chứng 31,4%, và tỷ lệ đáp ứng khá của nhóm chứng là 62,9% cao gấp đôi so với nhóm nghiên cứu là 31,4%. Sự khác biệt về phân loại điều trị tại thời điểm ngày thứ 21 sau điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.7. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

Bảng 3.18. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Biểu hiện	Nhóm NC (n = 35)		Nhóm ĐC (n = 35)	
	n	(%)	n	(%)
Vụng châm	0	0	0	0
Chảy máu nơi châm	0	0	0	0
Gãy kim	0	0	0	0
Abces nơi châm	0	0	0	0
Mẩn ngứa/dị ứng	0	0	0	0
Buồn nôn, nôn	0	0	0	0
Đau bụng	0	0	0	0
Đi ngoài phân lỏng/nát	0	0	0	0

Nhận xét:

Bảng 3.18 cho thấy trong 21 ngày điều trị, phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc Dưỡng cốt HV chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng ở cả 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng.

Bảng 3.19. Chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị

Chỉ số cận lâm sàng	Nhóm NC (n =35) ($\bar{X} \pm SD$)			Nhóm ĐC (n= 35) ($\bar{X} \pm SD$)		
	D ₀	D ₂₁	P _{D0-D21}	D ₀	D ₂₁	P _{D0-D21}
Hồng cầu (T/l)	4,41 ± 0,47	4,4 ± 0,35	0,475	4,37 ± 0,47	4,46 ± 0,36	0,174
Bạch cầu (G/l)	6,49 ± 1,8	6,78 ± 1,19	0,218	7,03 ± 2,09	6,83 ± 1,69	0,336
Tiểu cầu (G/l)	267,17 ±60,13	257,29±60,83	0,209	261,6±55,99	253,94±75,95	0,254
AST (U/l)	23,1 ± 8,77	24,79 ± 3,45	0,127	23,49 ± 8,16	23,56 ± 6,61	0,482
ALT (U/l)	20,84 ± 8,05	22,28 ± 8,4	0,202	22,42 ± 11,19	23,34 ± 11,79	0,310
Ure (mmol/l)	5,19 ± 0,95	5,03 ± 1,4	0,299	5,83 ± 1,18	5,65 ± 1,23	0,210
Creatinin (μmol/l)	74,44 ± 11,99	74,97 ± 12,73	0,418	79,12 ± 16,21	81,68 ± 12,21	0,199

Nhận xét:

Bảng 3.19 cho thấy kết quả xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân trong nhóm chứng và nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

3.3.1. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Bảng 3.20. Liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị

Kết quả Nhóm tuổi	Tốt		Khá+ Trung bình + Kém		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
38 - 49	2	66,7	1	33,3	1	0.914*
50 – 59	3	75,0	1	25,0	0,66 (0,025 – 18,0)	
≥ 60	18	64,3	10	35,7	1,11 (0,089 – 13,8)	

**Chi-square test*

Nhận xét: Kết quả bảng 3.20 chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và hiệu quả điều trị của phương pháp dùng bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp điện châm trong điều trị đau TKT do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

3.3.2. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Bảng 3.21. Liên quan giữa giới và kết quả điều trị

Kết quả Giới	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
Nam	4	50,0	4	50,0	0,421	0,402*
Nữ	19	70,4	8	29,6	(0,08 – 2,11)	

**Fisher's exact test*

Nhận xét: Từ kết quả bảng 3.21 chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới và hiệu quả điều trị chung của phương pháp kết hợp bài thuốc “Dưỡng cốt HV” với điện châm trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

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

Bảng 3.22. Liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị

Kết quả Nghề nghiệp	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		

*Fisher's exact test

Nhận xét: Kết quả bảng 3.22 chưa tìm thấy có mối liên quan về nghề nghiệp và hiệu quả điều trị chung của phương pháp dùng bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp điện châm trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

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

Bảng 3.23. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị

Kết quả Thời gian	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
Dưới 1 tháng	7	63,6	4	36,4	1	0,944*
1 – 6 tháng	9	64,3	5	35,7	0,972 (0,188 – 5,0)	
Trên 6 tháng	7	70,0	3	30,0	0,750 (0,121 – 4,6)	

*Chi-square test

Nhận xét: Kết quả bảng 3.23 thời gian mắc bệnh càng ngắn thì hiệu quả điều trị càng cao. Tuy nhiên, kết quả chưa có ý nghĩa thống kê.

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

Bảng 3.24. Liên quan giữa phân bố vị trí mắc bệnh và kết quả điều trị

Kết quả Vị trí	Tốt		Khá + Trung bình + Kém		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
TKHKT	13	72,2	5	27,8	1	0,521*
TKHKN	5	71,4	2	28,6	1,04 (0,15 – 7,21)	
Cả 2	5	50,0	5	50,0	2,6 (0,518 – 13,04)	

**Chi-square test*

Nhận xét: Kết quả trên cho thấy bệnh nhân đau vị trí thần kinh hông khoeo trong tỷ lệ điều trị tốt cao hơn. Tuy nhiên kết quả chưa có ý nghĩa thống kê.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Tuổi là một trong các yếu tố liên quan đến bệnh lý đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng, kết quả thống kê cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,0 \pm 8,75$ (tuổi), thấp hơn tuổi trung bình của nhóm chứng là $63,7 \pm 10,1$ (tuổi).

Kết quả sự khác biệt về độ tuổi cho thấy, tình trạng đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống có sự gia tăng đáng kể theo độ tuổi, điều này hoàn toàn phù hợp với lý luận cơ bản của YHCT khi cho rằng: Đến tuổi 40 thì khí âm suy giảm một nửa, đến tuổi 50 thì can khí bắt đầu suy, thận âm bắt đầu nhược, thân thể tức nặng, tai mắt cũng kém phần sáng suốt. Thận tàng tinh, chủ cốt tủy nên thận hư gây đau nhức xương cốt, đau lưng mỗi gối; nhân lúc chính khí cơ thể hư yếu phong hàn thấp thừa cơ xâm phạm vào cân cơ, kinh lạc gây ra các chứng đau lan xuống chân. Do vậy, khi bệnh nhân qua tuổi 50 mà đau lưng thường có can thận hư kết hợp với phong, hàn, thấp [56].

Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Vy Thị Thu Hiền (2018) cho thấy tỷ lệ đau thần kinh tọa có độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $54,75 \pm 11,60$ [43], tác giả Nguyễn Thị Tân (2013) cho thấy tỷ lệ gặp cao nhất ở lứa tuổi > 46 (51,5%) [57], Nguyễn Xuân Huỳnh (2019) độ tuổi trung bình là $65,93 \pm 10,33$ (tuổi) [58].

Ở lứa tuổi 40 - 60 đang là độ tuổi lao động, khi bị đau thần kinh tọa sẽ ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt hằng ngày cũng như công việc, tiêu tốn nhiều thời gian, tiền bạc do đó đòi hỏi cần có phương pháp điều trị hiệu quả, ít tác dụng không mong muốn và an toàn cho người bệnh.

4.1.2. Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm nghiên cứu là 77,1% cao hơn so với nhóm chứng (71,4%), tuy nhiên sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo giới tính không có ý nghĩa thống kê.

Sự khác biệt này cũng có nét tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vy Thị Thu Hiền đã nghiên cứu trên 30 bệnh nhân với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (nữ 61,7% và nam 38,2%) [43]; tác giả Nguyễn Thị Tân (2013) với tỷ lệ nam/nữ là 1/2 [57]; Nguyễn Xuân Huỳnh (2019) đối tượng mắc bệnh hầu hết là nữ (chiếm 63,3%) [58].

Theo YHHĐ, 45 đến 50 tuổi phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh, các hormone sinh dục nữ suy giảm gây tăng nguy cơ các bệnh cơ xương khớp, do phụ nữ phải sinh đẻ và giảm lượng estrogen ở thời kỳ sau mãn kinh làm giảm khả năng hấp thu canxi. Ngoài ra chế độ ăn thiếu canxi, chất khoáng, ít luyện tập, sợ nắng...gây nên loãng xương nói chung và thoái hóa xương khớp nói riêng. Vì vậy, nữ giới mắc thoái hóa xương khớp nhiều hơn và sớm hơn so với nam giới. Theo YHCT, ở nữ đến 49 tuổi thì thiên quý suy sớm hơn so với nam là 64 tuổi, điều này một phần nào có thể lý giải được tỷ lệ nữ mắc các chứng bệnh xương khớp cao hơn nam giới.

4.1.3. Nghề nghiệp

Tính chất nghề nghiệp là một trong những yếu tố quan trọng có liên quan đến nguy cơ mắc các bệnh lý cơ xương khớp nói chung, bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng nói riêng.

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân là lao động trí óc trong nhóm nghiên cứu là 62,9% và nhóm chứng là 54,3%, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê.

Điều này có thể do những người thuộc nhóm lao động trí óc thường thường ngồi nhiều, ít vận động, làm việc trong một tư thế thời gian kéo dài, hoặc ngồi không đúng tư thế làm ảnh hưởng tới chức năng sinh lý của cột sống thắt lưng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu khác; Nghiên cứu của Thái Thị Ngọc Dung (2016) tỷ lệ bệnh nhân lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao 52,8% [59]; Vy Thị Thu Hiền (2018) bệnh nhân thuộc nhóm lao động chân tay chiếm 65%, lao động trí óc chiếm 35% [43]; Nguyễn Thị Quý (2020) lao động nặng chiếm 58,6% [12]; Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2021) lao động chân tay chiếm 61,8% [60], sự khác biệt này có thể là do thời điểm thực hiện nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính từ khi xuất hiện dấu hiệu đau đến khi bệnh nhân được khám và điều trị.

Kết quả bảng 3.2 cho thấy khoảng 70 % bệnh nhân ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có thời gian bị bệnh ít nhất là một tháng, trong đó thời gian bị bệnh cao nhất trong nhóm nghiên cứu là 40% ở nhóm 1 – 6 tháng, tỉ lệ này ở nhóm đối chứng là 45,7%. Sự phân bố bệnh nhân ở các thời điểm mắc bệnh không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

So sánh với những nghiên cứu thời gian gần đây, chúng tôi nhận thấy khoảng thời gian phát hiện bệnh thường dưới 6 tháng. Điều này phần nào cũng chứng minh rằng, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật và công nghệ hiện đại, nhận thức về bệnh tật, con người ngày càng quan tâm đến sức khỏe của bản thân, từ đó chủ động khám và điều trị sớm nhằm hạn chế tối đa rủi ro do bệnh tật mang lại, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

Kết quả nghiên cứu như trên cũng tương tự nghiên cứu của: Vy Thị Thu Hiền (2018) [43], tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ 81,6%;

Nguyễn Xuân Huỳnh (2019) thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $2,97 \pm 1,91$ tháng [58]; Nguyễn Hữu Thám, Nguyễn Thị Tân (2012) có tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ 59,7% [61];

4.1.5. Vị trí mắc bệnh

Kết quả bảng 3.3 cho thấy bệnh nhân có vị trí mắc bệnh dây TKHKT ở cả hai nhóm chiếm đa số, trong đó nhóm NC có 18 bệnh nhân (51,4%) và nhóm ĐC có 15 bệnh nhân (42,8%). Bệnh nhân có vị trí mắc bệnh dây TKHKT + TKHKN ở cả hai nhóm 10 bệnh nhân chiếm (28,6%). Giữa hai nhóm sự phân bố bệnh nhân theo vị trí mắc bệnh không có sự khác biệt đáng kể.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng nghiên cứu của tác giả Lê Đắc Quang (2022) [62], tỷ lệ bệnh nhân có vị trí mắc bệnh dây TKHKT ở cả hai nhóm NC và ĐC đều chiếm đa số, lần lượt là 77,5% và 70%;

4.2. Về hiệu quả điều trị

Đau thần kinh tọa nằm trong phạm vi Chứng tý được ghi chép rất rõ trong các y văn cổ của YHCT, theo Huyết chứng luận, chính mối quan hệ mật thiết giữa dinh - vệ - khí - huyết đã tạo ra tính chất hữu cơ trong hoạt động cơ thể con người, dinh cùng huyết vận hành trong mạch, vệ cùng khí vận hành ngoài mạch, dinh huyết tuần hoàn trong người không nghỉ, năm mươi vòng thì lặp lại, âm dương có tương quan với nhau như một cái vòng không đứt đoạn. Dinh (doanh khí) là tinh của thủy cốc do tý khí hấp thụ được điều hòa ở ngũ tạng tưới khắp lục phủ [63]; Vệ khí là khí được sinh ra ở hạ tiêu do tinh thiên tàng trữ ở thận sau đó đi lên trung tiêu, được tinh của thủy cốc làm cho vững mạnh sau đó đi lên thượng tiêu, được phế nhờ chức năng tuyên phát mà đưa đi ngoài mạch, ở trong da ở giữa các thớ thịt, để trong ngoài, trên dưới lục phủ ngũ tạng đều được nuôi dưỡng bởi tinh khí của thủy cốc, sự vận hành của dinh vệ ứ trệ, khí huyết không lưu thông mà sinh Chứng tý [63].

4.2.1. Sự cải thiện về mức độ đau

Đau là triệu chứng nổi bật trong nhóm bệnh lý cơ xương khớp, là nguyên nhân chính thúc đẩy người bệnh đi khám và điều trị. Trong thoái hóa cột sống thắt lưng, do sụn khớp không có phân bố thần kinh, nên đau có thể do viêm màng hoạt dịch phản ứng, xương dưới sụn bị tổn thương rạn nứt nhỏ kích thích gây phản ứng đau. Thoái hóa khớp liên mấu là nguyên nhân quan trọng gây đau cột sống thắt lưng, bao khớp và dây chằng căng giãn, bong rách điểu bám, các cơ bị co kéo dẫn tới đau mỗi khi vận động. Đồng thời, các gai xương ở rìa thân đốt sống đè ép vào các cấu trúc lân cận, chèn ép rễ thần kinh trong khu vực lỗ tiếp hợp gây kích thích hoặc kéo căng rễ, kèm theo phản ứng viêm xung quanh rễ và tổn thương mạch máu gây phù nề, thiếu máu thứ phát gây đau tăng [14], [64].

Đau vùng thắt lưng nói chung, đau thần kinh tọa nói riêng trong YHCT được giải thích do chính khí trong cơ thể suy yếu hoặc bảm tố tiên thiên bất túc làm tổn thương đến hai tạng can, thận. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, lưng lại là phủ của thận, can thận hư tinh tủy không được đầy đủ, cốt tủy không được nuôi dưỡng gây nên các chứng đau lưng âm ỉ kéo dài hay tái phát từng đợt. Cơ thể suy yếu tà khí thừa cơ xâm phạm vào cơ thể (tà khí ở đây chủ yếu là phong hàn thấp), tà khí trở trệ lại ở kinh lạc làm cho khí huyết kinh lạc không thông, vận hành bị ứ trệ, bế tắc gây nên chứng đau “Bất thông tắc thống” [32].

Theo kết quả ở bảng 3.5, 3.6, 3.7 và biểu đồ 3.3 cho thấy: bệnh nhân vào viện đau vùng thắt lưng ở mức độ đau nhẹ và đau vừa, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu là: $4,77 \pm 0,88$ điểm còn của nhóm đối chứng là: $4,94 \pm 0,73$ điểm. Sau 7 ngày điều trị VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $4,77 \pm 0,88$ điểm xuống còn $3,2 \pm 0,83$; còn của nhóm đối chứng giảm từ $4,94 \pm 0,73$ điểm xuống còn $3,51 \pm 0,95$ điểm. Mức độ giảm đau nhóm nghiên cứu

giảm nhiều hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 14 ngày điều trị điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn $2,54 \pm 1,09$ điểm; còn ở nhóm đối chứng điểm VAS trung bình giảm xuống còn $3,11 \pm 1,25$ điểm. Mức độ giảm đau nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046$. Sau 21 ngày điều trị điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm xuống còn $1,54 \pm 0,95$ điểm; còn ở nhóm đối chứng điểm VAS trung bình giảm xuống còn $2,06 \pm 0,99$ điểm. Mức độ giảm đau nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$.

Kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu: Phương Thị Thanh Loan (2023) kết quả sau 20 ngày điều trị, nhóm NC điểm VAS trung bình giảm từ $6,09 \pm 1,43$ xuống $1,60 \pm 0,94$ [66]; Trần Thị Hồng Ngã (2023) kết quả khỏi đau và đau nhẹ chiếm 90,0% [67]; Lê Thị Hòe (2021) sau điều trị hiệu suất giảm điểm VAS trung bình ở nhóm NC là $3,37 \pm 1,54$ (điểm) còn ở nhóm ĐC là $2,87 \pm 1,14$ (điểm) [68]; Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2021) ở nhóm nghiên cứu bệnh nhân khỏi đau chiếm 60,5%, bệnh nhân đau nhẹ chiếm 39,5%; còn ở nhóm đối chứng bệnh nhân khỏi đau chiếm 55,3%, bệnh nhân đau nhẹ chiếm 44,7% [60].

Cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều có sự cải thiện triệu chứng đau sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị so với D_0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ bởi: Tác dụng giảm đau của hai nhóm trước hết là do tác dụng của điện châm. Điện châm là phương pháp dùng kim kết hợp cường độ điện kích thích liên tục vào huyết tạo ra một cung phản xạ khác đủ mạnh ức chế cung phản xạ bệnh lý từ đó có tác dụng giảm đau. Điện châm kích thích xung điện trường trong và ngoài tế bào, tăng trương lực cơ, tăng quá trình trao đổi chất và chuyển hóa tế bào, tăng thải acid lactic nhờ đó phục hồi chức năng vận động của tế bào. Ngoài ra điện châm còn làm tăng nồng độ β – Endorphin

một tiền chất tạo ra morphin (có tác dụng mạnh gấp 200 lần morphin), serotonin, catecholamin, cortisol và ACTH, điện châm tác dụng vào quá trình chuyển hóa các chất truyền đạt thần kinh trung ương có bản chất là receptor opiate do đó làm giảm cơn đau có tác dụng giảm đau [65]. Theo YHCT điện châm gây kích thích liên tục vào huyết tạo cảm giác căng tức nặng, từ đó có tác dụng thông kinh hoạt lạc, giúp khí huyết lưu thông trong mạch. Khí hòa thì huyết hòa, khí huyết điều hòa thì phong tất diệt, kinh mạch lưu thông thì hết đau, thông thì bất thống. Điện châm lập lại trạng thái cân bằng âm dương trong cơ thể, đưa cơ thể về trạng thái hoạt động sinh lý bình thường.

Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn bệnh nhân thể Can thận hư kiêm phong hàn thấp nên nguyên nhân chính là chức năng hai tạng can, thận bị rối loạn làm ảnh hưởng đến hai phủ đờm, bàng quang. Đồng thời phong hàn thấp tà thừa cơ xâm nhập vào kinh bàng quang, kinh đờm, làm ảnh hưởng tới sự chu lưu khí huyết của hai kinh gây đau thần kinh tọa.

Nhóm đối chứng sử dụng bài thuốc Tam tý thang, cấu trúc từ 2 nhóm thuốc. Một nhóm lấy phù chính làm chủ gồm: Hoàng kỳ, Đảng sâm, Xuyên khung, Đương quy, Bạch thược, Bạch linh, Cam thảo, Thục địa, thực chất là bài Bát trâm thang bỏ đi Bạch truật, nên có tác dụng ích khí, bổ huyết, hoạt huyết với ý nghĩa: Trị phong tiên trị huyết, huyết hành phong tất diệt. Một nhóm lấy khu tà làm chủ gồm: Độc hoạt, Tế tân, Tàn giao, Phòng phong, Qué chi,... có tác dụng trừ phong hàn thấp, thông kinh hoạt lạc mà chỉ thống. Đặc biệt như Độc hoạt có vị cay tính nóng có tác dụng dụng trừ phong hàn thấp mạnh giúp làm giảm đau, giảm tê bì theo YHCT cũng đã được nghiên cứu chứng minh hiệu quả chống viêm giảm đau rất tốt trên thực nghiệm [69]. Hơn nữa, bài thuốc này được kết hợp với điện châm sẽ làm tăng tác dụng trừ ngoại tà, điều hòa dinh vệ, điều hòa chức năng tạng phủ, thông kinh lạc do đó tăng tác dụng giảm đau.

Đối với nhóm nghiên cứu, tác dụng giảm đau tốt hơn so với nhóm chứng sau 21 ngày điều trị do kết hợp sử dụng bài thuốc “Dưỡng cốt HV” với điện châm. Bài thuốc có nguồn gốc từ bài Tam tý thang bổ Thục địa gia Gối hạc và Thiên niên kiện. Thể bệnh theo YHCT chúng tôi lựa chọn có yếu tố hàn thấp, hàn ngưng thấp trệ sẽ làm kinh lạc bế tắc, khí huyết không lưu thông, chứng tý sẽ nặng hơn; đây là lý do giải thích những bệnh nhân đau thần kinh tọa thường tăng hơn khi thời tiết lạnh, ẩm hoặc làm việc trong môi trường ẩm thấp. Từ nguyên lý “thông tắc bất thông” và “bất vinh tắc thông”, chúng tôi xây dựng bài thuốc theo hướng tăng tính hoạt (gia thêm Gối hạc để hoạt huyết), tăng tính ôn dưỡng (gia thêm Thiên niên kiện để ôn thông kinh lạc và cường gân cốt) và giảm nề trệ (bỏ Thục địa). Việc gia giảm bài thuốc cổ phương Tam tý thang thành bài “Dưỡng cốt HV” nhằm tăng cường tác dụng trừ phong thấp, chỉ thống, ích can thận, bổ khí huyết, làm tăng tác dụng điều trị bệnh. Thực tế, các nghiên cứu thực nghiệm cũng đã chứng minh Gối hạc và Thiên niên kiện có tác dụng giảm đau, chống viêm rất tốt [70], [71].

4.2.2. Sự cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh qua nghiệm pháp Lassegue

Kết quả bảng 3.8, 3.9, 3.10 và biểu đồ 3.4 cho thấy: chỉ số Lassegue trung bình trước điều trị của nhóm NC là $60,86 \pm 5,07$ (độ), của nhóm ĐC là $61,23 \pm 8,77$ (độ), sự khác biệt trước điều trị giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 7 ngày điều trị chỉ số Lassegue trung bình cả hai nhóm đều tăng. Sự tăng chỉ số Lassegue trung bình sau điều trị so với trước điều trị của cả hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. So sánh nhóm NC và nhóm ĐC sau điều trị chúng tôi nhận thấy: sau 7 ngày điều trị, nhóm NC chỉ số Lassegue trung bình là $70,14 \pm 6,58$ (độ) tăng nhiều hơn so với chỉ số Lassegue trung bình của nhóm ĐC là $66,86 \pm 7,48$ (độ). Sự thay đổi chỉ số Lassegue trung bình giữa hai nhóm khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC chỉ số Lassegue

trung bình là $74,71 \pm 4,84$ (độ) cao hơn so với chỉ số Lassegue trung bình của nhóm ĐC là $72 \pm 5,97$ (độ). Sự khác biệt sau 14 ngày điều trị giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,040$. Sau 21 ngày điều trị, nhóm NC chỉ số Lassegue trung bình là $77,57 \pm 3,71$ (độ) cao hơn so với chỉ số Lassegue trung bình của nhóm ĐC là $75,86 \pm 2,57$ (độ). Sự khác biệt sau 21 ngày điều trị giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng (2021) tại các thời điểm giữa 2 nhóm đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [72]. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Tuấn Minh (2022), chỉ số Lassegue tăng $18,6 \pm 7,12$ (độ) sau điều trị ở nhóm nghiên cứu, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [73].

Dấu hiệu Lassegue là triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép của rễ thần kinh tọa. Đau gây co cứng cơ cạnh sống, co rút các gân cơ, dây chằng... làm tăng chèn ép rễ thần kinh, chèn ép rễ thần kinh lại gây đau gây khó khăn trong việc điều trị triệt để cho người bệnh. Điện châm có tác dụng trừ tà khí, thông kinh lạc, chúng tôi sử dụng nhóm huyết vùng thắt lưng như Giáp tích, Thận du, Đại trường du tác động vào cạnh sống theo nguyên tắc tiết đoạn thần kinh, giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ. Hơn nữa, trong công thức huyết nghiên cứu có sử dụng các huyết tại chỗ vùng thắt lưng nên có tác dụng trực tiếp lên các cơ cạnh sống, làm tăng mạch máu tới nuôi dưỡng cho cơ, làm giãn cơ và giảm đau. Mặt khác, bài thuốc “Dưỡng cốt HV” có thêm Gối hạc và Thiên niên kiện là hai vị thuốc nam có tác dụng trừ phong thấp mạnh đã được ứng dụng từ lâu giúp tăng tác dụng trừ phong thấp, hoạt huyết, thư cân của bài thuốc, do đó tăng hiệu quả giải phóng chèn ép rễ thần kinh.

4.2.3. Sự cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng qua nghiệm pháp Schober

Theo kết quả bảng 3.11, 3.12, 3.13 và biểu đồ 3.5: trước điều trị cả hai nhóm đều có độ giãn cột sống thắt lưng tương đương nhau, ở nhóm nghiên cứu là: $2,14 \pm 0,69$ (cm) và ở nhóm đối chứng là: $2,31 \pm 0,76$ (cm), khác biệt

không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 7 ngày điều trị, độ giãn cột sống thắt lưng của cả 2 nhóm đều tăng ở nhóm nghiên cứu là: $3,49 \pm 0,85$ (cm) và ở nhóm đối chứng là: $3,06 \pm 1,1$ (cm) tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 14 ngày điều trị, độ giãn cột sống thắt lưng của cả 2 nhóm đều tăng lên ở nhóm nghiên cứu là: $4,34 \pm 0,84$ (cm) và ở nhóm đối chứng là: $3,83 \pm 1,2$ (cm) sự khác biệt giữa hai nhóm đã có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Sau 21 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu tăng lên là: $5,4 \pm 0,78$ (cm) còn nhóm đối chứng chỉ tăng lên là: $4,83 \pm 1,2$ (cm), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,021$. Khi so sánh mức độ cải thiện độ giãn cột sống trong từng nhóm trước điều trị và sau điều trị 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày thì sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với Đỗ Thị Nhung (2022) kết quả sau điều trị độ giãn cột sống thắt lưng từ $2,04 \pm 0,51$ (cm) lúc vào viện lên $3,87 \pm 0,42$ (cm), cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [45]. Tương đồng với kết quả của tác giả Trần Thị Hải Vân (2015) kết quả sau điều trị độ giãn cột sống thắt lưng từ $2,53 \pm 0,86$ (cm) lúc vào viện lên $4,27 \pm 0,95$ (cm), cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [74].

Hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng thường do nhiều yếu tố gây nên như: đau, phản ứng viêm, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, sự hình thành gai xương thân đốt sống... Trong nghiên cứu, tầm vận động cột sống thắt lưng được cải thiện có lẽ do tác dụng hiệp đồng của điện châm kết hợp với bài thuốc “Dưỡng cốt HV”. Trong công thức huyết chúng tôi sử dụng có các huyết tại chỗ vùng thắt lưng nên có tác dụng trực tiếp lên các cơ cạnh sống, làm tăng mạch máu tới nuôi dưỡng cho cơ, làm giãn cơ và giảm đau. Trong bài thuốc “Dưỡng cốt HV” có các vị thuốc có tác dụng bổ ích can thận, làm khỏe lưng gối, cường gân cốt đã được sử dụng lâu đời, đặc biệt có sự kết hợp

Đỗ trọng với Tục đoạn là cặp bài trùng để bổ can thận, dưỡng cân cốt. Nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh tác dụng giảm đau, chống viêm, tăng tổng hợp collagen và làm chậm quá trình thoái hóa sụn khớp của Đỗ trọng [75]. Bên cạnh đó, việc gia thêm Gối hạc và Thiên niên kiện là hai vị thuốc có tác dụng trừ phong thấp, cường cân cốt vào bài thuốc “Dưỡng cốt HV” làm tăng khả năng trừ phong thấp, hoạt huyết, thư cân, do đó tăng hiệu quả giải phóng chèn ép rễ thần kinh, giãn cơ, giảm đau. Do vậy làm tăng tầm vận động cột sống thắt lưng.

4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Chức năng sinh hoạt hàng ngày bao gồm các hoạt động sinh hoạt cá nhân như: chăm sóc bản thân, vui chơi giải trí, học tập và lao động. Đau và hạn chế tầm vận động CSTL ở bệnh nhân đau TKT do thoái hóa cột sống gây hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày, làm giảm chất lượng cuộc sống. Để đánh giá ảnh hưởng của đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống lên sinh hoạt hàng ngày, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Oswestry Disability Index (ODI). Bộ câu hỏi gồm 10 câu hỏi gồm: chăm sóc bản thân, đi bộ, ngồi, nâng vật nặng, ngủ, đứng, cường độ đau, du lịch, đời sống xã hội, sinh hoạt tình dục.

Theo bảng 3.14, 3.15, 3.16 và biểu đồ 3.6 trước điều trị các chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng là tương đồng. Sau 7 ngày điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của mỗi nhóm đều cải thiện rõ rệt ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ hạn chế ít là: 31,4%, tỷ lệ hạn chế vừa là: 68,6%, tỷ lệ hạn chế nặng là: 0,0%; Còn ở nhóm đối chứng tỷ lệ hạn chế ít là: 25,7%, tỷ lệ hạn chế vừa là: 71,4%, tỷ lệ hạn chế nặng là: 2,9%. Kết quả giảm điểm ODI của nhóm NC và nhóm ĐC không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Sau 14 ngày điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của mỗi nhóm đều cải thiện rõ rệt ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ không hạn chế là 2,9%, tỷ lệ hạn chế ít là: 82,9%, tỷ lệ hạn chế vừa là: 14,2 %, tỷ lệ hạn chế nặng là: 0,0%;

Còn ở nhóm đối chứng tỷ lệ không hạn chế là 0,0 %, tỷ lệ hạn chế ít là: 82,9%, tỷ lệ hạn chế vừa là: 17,1%, tỷ lệ hạn chế nặng là: 0,0 %. Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$.

Sau 21 ngày điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của mỗi nhóm đều cải thiện rõ rệt, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ không hạn chế là 65,7%, tỷ lệ hạn chế ít là: 34,3%; Còn ở nhóm đối chứng tỷ lệ không hạn chế là 51,4%, tỷ lệ hạn chế ít là: 48,6%. Kết quả giảm của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,033$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả: Đỗ Thị Nhung (2022) ở nhóm nghiên cứu tốt chiếm 63,3%, khá chiếm 36,7%; Còn ở nhóm đối chứng tốt chiếm 46,7%, khá chiếm 46,7% [45]; Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2021) bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu tốt chiếm 73,7%, khá chiếm 21,1%; Còn ở nhóm đối chứng tốt chiếm 60,5 %, khá chiếm 31,6% [60].

Chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện tốt hơn bởi bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp với điện châm cho kết quả giảm đau, cải thiện về tầm vận động sống thắt lưng tốt hơn, cơ cạnh sống đỡ co, cột sống thắt lưng vận động linh hoạt hơn, qua đó giải phóng chèn ép rễ thần kinh, dinh dưỡng đến vùng cột sống thắt lưng tốt hơn, vì vậy sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân dần trở về bình thường.

4.2.5. Kết quả sự thay đổi chứng trạng y học cổ truyền

Theo kết quả bảng 3.17 cho thấy: sự thay đổi về mạch theo y học cổ truyền D_0 của nhóm NC tỷ lệ mạch nhu hoãn là 42,9%, mạch trầm nhược là 57,1%, đến D_{21} tỷ lệ mạch trầm là mạch nhu hoãn là 14,3%, mạch trầm nhược là 20,0%; D_0 của nhóm ĐC tỷ lệ mạch nhu hoãn là 45,7%, mạch trầm nhược là 54,3% đến D_{21} tỷ lệ mạch trầm là mạch nhu hoãn là 20,0%,

mạch trầm nhược là 25,7%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sự thay đổi về lưỡi theo y học cổ truyền D_0 của nhóm NC tỷ lệ rêu lưỡi trắng, dày, nhớt là 54,3% đến D_{21} tỷ lệ rêu lưỡi trắng, dày, nhớt giảm còn là 14,3%; nhóm ĐC tại thời điểm D_0 tỷ lệ rêu lưỡi trắng, dày, nhớt là 60,0% đến D_{21} tỷ lệ rêu lưỡi trắng, dày, nhớt giảm còn là 20,0%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 21 ngày điều trị sự thay đổi về chứng trạng y học cổ truyền ở mỗi nhóm đều có cải thiện tốt. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các chứng trạng sau 21 ngày điều trị với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả: Nguyễn Thị Quý (2020) [12], Trần Tuấn Minh (2022) [73].

4.2.6. Kết quả điều trị chung

Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống là sự tổng hợp đánh giá các chỉ số: mức độ giảm đau, độ giãn cột sống thắt lưng, mức độ cải thiện chèn ép rễ thần kinh, chức năng sinh hoạt hàng ngày. Các chỉ số này được tính theo công thức đánh giá hiệu quả điều trị chung.

Sau 7 ngày điều trị, đánh giá kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu với kết quả điều trị tốt (0,0%), khá (8,6%) và trung bình (54,3%) là cao hơn nhóm đối chứng lần lượt là 11,4% và 17,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0005$.

Sau 14 ngày điều trị, đánh giá kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu với kết quả điều trị tốt là: 11,4% cao hơn nhóm đối chứng là: 8,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0068$.

Sau 21 ngày điều trị, kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu với kết quả điều trị tốt là: 65,7% cao hơn nhóm đối chứng là: 31,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00086$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như:

Nguyễn Thị Quý (2020) đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của bài thuốc Dưỡng cốt HV kết hợp điện châm trên 70 bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá là 91,4% [12].

Nghiên cứu của Lê Thị Hòe (2021) đánh giá tác dụng điều trị đau thần kinh hông to bằng thủy châm Golvaska kết hợp bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang và điện châm cho kết quả: nhóm NC đạt kết quả tốt là 70%, khá là 23,3% còn tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 63,3% và 20% [68].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2021) đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của bột thuốc HV kết hợp điện châm trên 76 bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt là 71%, kết quả điều trị khá là 23,7% [60].

Việc kết hợp bài thuốc “Dưỡng cốt HV” với điện châm mang lại kết quả điều trị tốt như vậy có lẽ là do có sự tác động hiệp đồng của điện châm và bài thuốc “Dưỡng cốt HV”. Trước hết xét về tác dụng của điện châm, việc lựa chọn các huyệt phối hợp góp phần không thể thiếu trong việc nâng cao hiệu quả điều trị bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng các huyệt theo phác đồ của Bộ Y tế (Phụ lục 6).

Theo YHCT đau thần kinh tọa thuộc phạm vi chứng tý, tý có nghĩa là bế tắc, khí huyết ứ trệ, bất thông tắc thống. Khi vệ khí cơ thể giảm sút, các thứ tà khí phong, hàn thấp xâm nhập, lưu lại lâu ngày ở cơ nhục, gân cốt, kinh mạch trở trệ không thông gây ra đau và hạn chế vận động các khớp. Xét về bài thuốc “Dưỡng cốt HV” chúng tôi nhận thấy thành phần vừa có các vị thuốc có tác dụng bổ khí huyết như Đảng sâm, Hoàng kỳ, Đương quy, Xuyên khung, ... lại vừa có các vị thuốc có tác dụng trừ phong thấp như Độc hoạt, Phòng phong, Tàn giao, Thiên niên kiện, Gối hạc, ... nên rất phù hợp với đối

tượng là người lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi. Độc hoạt có vị cay, tính ôn vào 2 kinh Can và kinh Thận, trừ phong tà, hàn thấp làm giảm đau lưng, giảm tê mỏi gối. Tần giao vị đắng tính bình, vào 4 kinh: Can, Đờm, Vị và Đại tràng, trừ phong thấp, điều hòa khí huyết, thanh nhiệt, lợi tiểu, điều trị các chứng phong tê thấp, tay chân co rút. Phòng phong vị cay ngọt, tính ôn vào 5 kinh: Can, Phế, Tỳ, Vị và Bàng quang, giúp phát hãn giải biểu, trừ phong thấp, trị đau các khớp, đau nhức mỗi toàn thân, các chứng do hàn thấp, phong tà. Tế tân vị cay tính ấm, vào 4 kinh: Can, Thận, Tâm, Phế giúp trừ phong tán hàn, thông khiếu hành thủy, giảm đau, trị các chứng đau khắp mình mẩy, nhức đầu, trị các chứng phong hàn thấp tý. Quế chi vị cay ngọt, tính ấm, quy vào kinh Tâm, Phế, Bàng quang. Quế chi do có tính cay ấm nên trừ phong hàn, hàn thấp; có tác dụng ôn kinh chỉ thống và ôn thông kinh lạc. Sự phối hợp các vị thuốc trên giúp khử phong hàn thấp, thông kinh hoạt lạc do đó có tác dụng chỉ thống, thư cân tốt.

Các vị thuốc như: Đương quy vị cay, đắng, ngọt thơm, tính ấm, vào các kinh Tâm, Tỳ, Can, có tác dụng bổ huyết, hoạt huyết, thông kinh lạc, trị các chứng huyết hư đau tê nhức, tăng cường công năng của các vị thuốc trừ phong. Bạch thược vị chua, đắng, tính hơi hàn, vào phần huyết của kinh Can, tác dụng tả Can hỏa, tán ác huyết trị đau nhức mỏi. Xuyên khung vị cay, tính ôn, vào 3 kinh Tâm bào, Can, Đờm, hoạt huyết, hành khí, khu phong giảm đau, trừ phong thấp, sưng đau các khớp, tán ứ, trị đau đầu chóng mặt. Đẳng sâm vị ngọt, tính bình quy vào kinh Tỳ, Phế tác dụng kiện tỳ, dưỡng phế, dưỡng huyết sinh tân. Phục linh vị ngọt nhạt tính bình vào các kinh Tâm, Phế, Thận, Tỳ, Vị, ích khí kiện tỳ, làm cường tráng cơ thể, lợi tiểu thẩm thấp giúp tăng cường tác dụng của các vị trừ thấp khác trong bài. Hoàng kỳ vị ngọt, tính ấm vào các kinh Tỳ, Phế, Tâm và Đại trường, có tác dụng bổ trung ích khí, lợi thấp sinh cơ. Cam thảo vị ngọt tính bình vào 12 kinh lạc, bổ tỳ, nhuận phế,

ích tinh, điều hòa các vị thuốc, làm tỳ vị mạnh lên để hấp thụ các vị thuốc khác. Các vị thuốc phối hợp làm tăng tác dụng bổ khí huyết tức lấy ý nghĩa vừa bổ chính vừa khu tà, trị phong tiên trị huyết, huyết hành phong tất diệt.

Thận tàng tinh, chủ về cốt tủy, nên thận hư không sinh được tủy, cốt tủy không được ôn dưỡng cũng gây đau. Trong bài thuốc còn có Đỗ trọng vị ngọt, hơi cay, tính ấm vào 2 kinh Can và Thận; Tục đoạn vị đắng, ngọt, cay, tính ấm, vào kinh Can, Thận. Ngưu tất vị đắng, chua vào 2 kinh Can, Thận có tác dụng bổ can thận, cường gân cốt, chữa các chứng đau từ thắt lưng trở xuống. Các vị thuốc này phối hợp làm tăng cường tác dụng bổ can thận, mạnh gân xương, khứ phong thấp để giảm đau, cải thiện tầm vận động. Bên cạnh đó là sự phối hợp thêm của 2 vị thuốc Gối hạc và Thiên niên kiện giúp làm tăng tác dụng trừ thấp, hoạt huyết, thông kinh lạc, cường gân cốt từ đó sẽ làm tăng hiệu quả điều trị cho bệnh nhân [33], [35], [36], [47].

4.2.7. Các tác dụng không mong muốn

Trong 21 ngày điều trị và theo dõi trên lâm sàng cũng như cận lâm sàng, chưa ghi nhận được trường hợp nào có tác dụng không mong muốn như vụng châm, gãy kim, dị ứng, tiêu chảy, ... Như vậy, bước đầu có thể nói phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “Dưỡng cốt HV” là khá an toàn và có hiệu quả trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

4.3. Về một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

Các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của phương pháp kết hợp bài thuốc “Dưỡng cốt HV” với điện châm trong điều trị đau thần kinh tọa được đưa ra khảo sát bao gồm 2 nhóm lớn: nhóm các yếu tố có thể thay đổi được và nhóm các yếu tố không thể thay đổi được.

Nhóm yếu tố không thể thay đổi được bao gồm tuổi, giới và nghề nghiệp. Từ kết quả bảng 3.20 cho thấy, bệnh nhân nhóm tuổi ≥ 60 tuổi có sự cải thiện

tốt hơn các nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Như chúng ta đã biết, ở độ tuổi trên 60 cơ thể đã có những chuyển biến quan trọng về sức khỏe, quá trình thoái hóa diễn ra ngày càng mạnh, tế bào khớp thoái hóa, hệ thống gân và dây chằng kém đàn hồi, khớp trở lên kém linh hoạt, sức khỏe chung giảm nên khả năng hồi phục kém hơn so với nhóm tuổi trẻ. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do thời điểm nghiên cứu và đặc thù là bệnh viện ngành, chuyên sâu y học cổ truyền nên bệnh nhân đến khám và điều trị là cán bộ hưu trí, người cao tuổi chiếm tỉ lệ lớn, do đó tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu khá cao phân bố tập trung chủ yếu ở nhóm trên 60 tuổi (bảng 3.1). Do phân bố bệnh nhân dựa trên đặc thù đơn vị như vậy nên mối liên quan giữa tuổi và hiệu quả điều trị chung chưa thực sự rõ ràng. Tương tự với giới tính, mặc dù tỷ lệ phân bố cho thấy hiệu quả điều trị tốt ở nhóm nữ cao hơn tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (bảng 3.21).

Đối với yếu tố nghề nghiệp, trong nghiên cứu của chúng tôi, nghề nghiệp bệnh nhân được chia làm hai nhóm: Lao động chân tay bao gồm công nhân, nông dân hoặc những người mang vác, bưng bê hoặc làm các việc nặng khác, thường xuyên dùng sức là chính; lao động trí óc gồm cán bộ hưu, giáo viên, nhân viên văn phòng,... tỷ lệ này phụ thuộc vào yếu tố vùng miền. Kết quả bảng 3.22 cho thấy: tỷ lệ nhóm lao động trí óc đạt hiệu quả điều trị tốt là 68,2 % cao hơn so với nhóm lao động chân tay 61,5 %, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa ($p>0,05$). Điều này có thể do thời điểm nghiên cứu và do chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại một bệnh viện ngành, ở thành phố lớn (Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an, Hà Nội) nên tỷ lệ phân bố bệnh nhân nhóm lao động trí óc nhiều hơn so với tỷ lệ bệnh nhân nhóm lao động chân tay. Phải chăng do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên kết

quả trên chưa đánh giá được mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị chung?

Nhóm các yếu tố liên quan có thể thay đổi được bao gồm thời gian mắc bệnh và vị trí mắc bệnh, sở dĩ như vậy là vì nó phụ thuộc rất nhiều vào từng bệnh nhân cụ thể.

Về yếu tố thời gian mắc bệnh, thời gian từ lúc mắc bệnh đến khi tham gia nghiên cứu, can thiệp điều trị thường phụ thuộc quan điểm của mỗi bệnh nhân về bệnh tật. Có bệnh nhân chỉ cần xuất hiện một số triệu chứng cơ năng, đặc biệt là đau, hạn chế vận động ít đã tìm đến các cơ sở y tế khám và điều trị, nhưng không ít những bệnh nhân tự điều trị, tự bỏ qua những biểu hiện triệu chứng và để bệnh diễn biến nặng mới nhập viện. Điều này chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố tác động như trình độ văn hóa (hiểu biết về bệnh tật) hoặc tình trạng kinh tế gia đình (không có tiền đi khám bệnh, chữa bệnh) hoặc tập quán địa phương (cúng, lễ cho mau khỏi bệnh)... Theo chúng tôi, thời gian mắc bệnh càng ngắn, hệ thống cân cơ chưa phải chịu các vi chấn thương kéo dài, dây chằng chưa bị tổn thương nhiều thì hiệu quả điều trị sẽ càng cao và ngược lại, thời gian diễn biến bệnh càng dài, bệnh càng khó điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt ở nhóm thời gian từ 1 - 6 tháng cao hơn 2 nhóm còn lại. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng có thể do tỷ lệ nhóm thời gian bệnh từ 1 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm còn lại (bảng 3.2).

Về vị trí mắc bệnh, kết quả bảng 3.24 cho thấy, nhóm bệnh nhân đau vị trí thần kinh hông khoeo trong có tỷ lệ điều trị tốt chiếm 72,22% cao hơn 2 nhóm còn lại, có thể nói nhóm bệnh nhân có vị trí đau thần kinh hông khoeo trong có xu hướng đáp ứng điều trị tốt hơn. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do tỷ lệ nhóm có vị trí đau thần kinh hông khoeo trong chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm còn lại (bảng 3.3).

Bước đầu khảo sát các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chưa có mối liên quan giữa một số yếu tố được đưa ra khảo sát gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và vị trí mắc bệnh. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nên chưa thể đánh giá được đầy đủ mối liên quan giữa các yếu tố với kết quả điều trị chung. Để khảo sát một cách toàn diện, đầy đủ về mối liên quan giữa các yếu tố trên với hiệu quả điều trị, chúng tôi cho rằng cần phải tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, nghiên cứu đa trung tâm để có đánh giá chính xác và khách quan hơn.

KẾT LUẬN

Qua các kết quả nghiên cứu từ 70 bệnh nhân sử dụng bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp, so sánh với nhóm đối chứng sử dụng bài thuốc “Tam tý thang” kết hợp điện châm, chúng tôi rút ra được những kết luận sau:

1. Về hiệu quả điều trị

Phương pháp kết hợp bài thuốc “Dưỡng cốt HV” với điện châm trong 21 ngày có tác dụng:

- Tác dụng giảm đau: giảm 67,7% điểm đau theo VAS so với D_0 , khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Tác dụng cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh: chỉ số Lassegue tăng 27,45% so với thời điểm D_0 , khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Tác dụng tăng tầm vận động cột sống thắt lưng theo chỉ số Schober tại D_0 và duy trì tới D_{21} , khác biệt có ý nghĩa so thống kê với $p < 0,001$;

- Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: điểm trung bình ODI giảm 79,41% so với thời điểm D_0 , khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Kết quả điều trị chung sau 21 ngày: tốt là 65,7%, khá là 31,4% và trung bình là 2,9%.

Tác dụng này có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm đối chứng. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 21 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Về một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

Sau 21 ngày điều trị bằng phương pháp uống bài thuốc “Dưỡng cốt HV” kết hợp với điện châm trên bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian và vị trí mắc bệnh ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu chúng tôi chứng minh khi kết hợp bài thuốc “ Dưỡng cốt HV” với phương pháp điện châm đã khẳng định tính an toàn và hiệu quả tốt trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hoá cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp. Từ kết quả trên chúng tôi kiến nghị:

- Sử dụng phương pháp trong điều trị bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoái hoá cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp từ tuyến cơ sở.
- Nghiên cứu tác dụng độc lập của bài thuốc “Dưỡng cốt HV” trên bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thể can thận hư kiêm phong hàn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đăng (2008). Đau thần kinh hông, *Bách khoa thư bệnh học, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.152-157.
2. Bộ Y tế (2018). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.131-134, tr.140-144.
3. Koes BW, Van Tulder MW, Peul WC (2007). Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*, 334(7607), pp. 1313-1317.
4. Trần Ngọc Ân (2002). Đau vùng thắt lưng, *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.225-239.
5. Wu A, March L, Zheng X, et al (2020). Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of Translational Medicine*, 8(6), pp.299. doi: 10.21037/atm.2020.02.175.
6. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016). Đau vùng thắt lưng và đau thần kinh tọa, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, tr.152-162.
7. Rasmussen-Barr, Eva et al (2016). Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD012382. <https://doi.org/10.1002/14651858>.
8. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đán (2021). Đau thần kinh tọa, *Bệnh học và điều trị thần kinh kết hợp đông tây y*, Nhà xuất bản Y học, Tp Hồ Chí Minh, tr.146-174.
9. 上海中医学院中医基础理论教研组编 (1973), 中医方剂临床手册, “三痹汤”; 上海人民出版社。196.
10. Ngô Thọ Huy, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Hoàng Ngân (2019). Đánh giá độc tính cấp và tác dụng giảm đau ngoại vi của bài thuốc “Khớp gối HV” trên động vật thực nghiệm, *Tạp chí y dược cổ truyền Việt Nam*, số 2(21), tr.9-13.

11. Nguyễn Tiên Chung (2020). Tác dụng giảm đau của bài thuốc Khớp gối TT trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1(490) tr.147-151.
12. Nguyễn Tiên Chung, Nguyễn Thị Quý (2020). Tác dụng cải thiện chức năng sinh hoạt của Dưỡng cốt HV kết hợp điện châm ở bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, *Tạp chí Y học thực hành*, số 4(1131), tr.81-84.
13. Trường đại học Y Hà Nội (2016). *Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.188-196, tr.252-269.
14. Hà Hoàng Kiêm (2018). Thoái hóa cột sống thắt lưng, *Bệnh khớp thoái hóa chẩn đoán, điều trị và dự phòng*, Nhà xuất bản Thể thao và Du lịch, Hà Nội, tr.69 – 146.
15. Hồ Hữu Lương (2012). Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.76-92, tr.144-186.
16. Trần Ngọc Ân (2008). Bệnh khớp do thoái hóa, *Bách khoa thư bệnh học, tập 2*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, tr.68-74.
17. Hồ Hữu Lương (2015). Khám hội chứng thắt lưng hông, *Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.364-381.
18. Ngô Quý Châu (2017). *Triệu chứng học nội khoa, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.385-394.
19. Casazza B. A. (2012). Diagnosis and treatment of acute low back pain, *American family physician*, 85(4), pp 343-350.
20. Nguyễn Văn Chương (2004). *Thực hành lâm sàng thần kinh học, tập 3*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.320-337.
21. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.650-653.

22. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*, 27(11), pp.2791-2803.
23. Van Tulder MW, Koes B, Seitsalo S, Malmivaara A (2006). Outcome of invasive treatment modalities on back pain and sciatica: an evidence-based review. *Eur Spine J*, 15(Suppl 1), pp.s82-s92. doi:10.1007/s00586-005-1049-5.
24. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Anh Dũng (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng tiêm Hydrocortison ngoài màng cứng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2(509), tr.249-253.
25. Phùng Anh Tuấn, Nguyễn Xuân Khải, Dương Công Tuấn và cộng sự (2021). Đánh giá hiệu quả kỹ thuật tiêm ngoài màng cứng dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính ở bệnh nhân đau do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, số 1(501), tr.21-24.
26. Nguyễn Xuân Nghiên (2010). *Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.673-675.
27. Fritz JM, Lane E, McFadden M, et al (2021). Physical Therapy Referral From Primary Care for Acute Back Pain With Sciatica : A Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 174(1), pp.8-17. doi:10.7326/M20-4187.
28. Wilby MJ, Best A, Wood E, et al (2021). Surgical microdiscectomy versus transforaminal epidural steroid injection in patients with sciatica secondary to herniated lumbar disc (NERVES): a phase 3, multicentre, open-label, randomised controlled trial and economic evaluation. *Lancet Rheumatol*, 3(5), pp.e347-e356. doi:10.1016/S2665-9913(21)00036-9.
29. Boote J, Newsome R, Reddington M, et al (2017). Physiotherapy for Patients with Sciatica Awaiting Lumbar Micro-discectomy Surgery: A Nested, Qualitative Study of Patients' Views and Experiences. *Physiother Res Int*, 22(3), pp.e1665. doi:10.1002/pri.1665.

30. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị theo y học cổ truyền, kết hợp với y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.89 -96.
31. Nguyễn Bá Tĩnh (2010). *Tuệ Tĩnh toàn tập*, tr.137-139.
32. Bộ môn y học cổ truyền – Học viện quân Y (2012). Hội chứng thất lung hông, *Bệnh học y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr.284-294.
33. Khoa Y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2006). *Điều trị kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.159-165.
34. Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (2008). Hiệu phỏng tân phương, *Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh, tập I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.380-381.
35. Đỗ Tất Lợi (2006). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, lần thứ 14, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.496-497, tr522.
36. Khoa Y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005). Các bài thuốc trừ phong, *Bài giảng y học cổ truyền tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.317-322.
37. Nghiêm Hữu Thành (2012). Tác dụng của điện châm và thủy châm, *Điều trị một số chứng đau bằng điện châm, thủy châm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.24-40, tr.41-50.
38. Nguyễn Tài Thu và Trần Thúy (1996). Điện châm, *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.246-248.
39. Nguyễn Tài Thu (2012). Điện châm, *Mãng châm chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.44-60.
40. Ji M, Wang X, Chen M, et al (2015). The Efficacy of Acupuncture for the Treatment of Sciatica: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015(2015), pp.192808. doi:10.1155/2015/192808.

41. 王元新 陈建法 薛世伟 (2016). 针灸配合中药独活寄生汤治疗腰椎间盘突出症所致坐骨神经痛临床效果观察, 中国实用医药 2016年6月第11卷第16期. DOI : 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2016.16.154.
42. Nguyễn Văn Minh (2016). Đánh giá tác dụng của bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, *Tạp chí y dược cổ truyền Việt Nam*, số 7 – 2016, tr.4 – 10.
43. Vy Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Tân (2018). Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc Tam tý thang kết hợp cấy chỉ hoặc điện châm, *Tạp chí Y dược học - Trường đại học y dược Huế*, số 6 (8), tr.164 – 171.
44. Đinh Thị Lam, Nguyễn Giang Thanh (2022). Tác dụng của thủy châm Míngamma N trên bệnh nhân đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, tập 158 số 10, tr.87 – 90.
45. Đỗ Thị Nhung (2022). Tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của phúc châm kết hợp Độc hoạt ký sinh thang trong điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng, *Tạp chí nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam*, số 72 – 2022, tr.141 - 148.
46. Ngô Quỳnh Hoa, Lã Kiều Oanh (2022). Hiệu quả cải thiện tầm vận động và chức năng sinh hoạt hàng ngày của “Độc hoạt thang” trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng, *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 158 số 10, tr.196-204.
47. Bộ Y tế (2019). *Dược điển Việt Nam V, tập 2*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.1076, 1095, 1154, 1169, 1171, 1173, 1188, 1275, 1289, 1292, 1295, 1326, 1328, 1340, 1345, 1363, 1378.
48. Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng trung ương (2019). *Phương pháp tính cỡ mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu y sinh học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.52-93.

49. Nguyễn Văn Tuấn (2015). Phương pháp ước tính cỡ mẫu, *Y học thực chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.343-372.
50. Bộ Y tế (2013). *Quyết định về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Quyết định 792/QĐ-BYT.
51. Lê Quý Nguu (2012). *Từ điển huyết vị châm cứu*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Thừa Thiên Huế, tr.15, 43, 73,106, 130, 167, 193, 200, 222, 230, 457, 518 529, 531.
52. Hồ Hữu Lương (2009). *Huyết châm cứu trong thần kinh học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.37, 43, 71, 90, 110, 122, 146, 149, 171, 181, 186, 258, 294, 318, 320, 341, 366.
53. Scrimshaw SV, Maher C (2001). Responsiveness of visual analogue and McGill pain scale measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 24(8), pp.501-504. doi:10.1067/mmt.2001.118208.
54. Fairbank JC, Pynsent PB (2000). *The Oswestry Disability Index*, *Spine*, 25(22), pp.2940-2952.
55. Amor B, Rvel M, Dougados M (2000). Traitment des conflits iscograd – iculaive par infection intradiscale daprotinine, *Medicine et armies*, pp.751-754.
56. Trần Quốc Bảo (2010). *Lý luận cơ bản y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 45- 60, 61 -67, 79- 89.
57. Nguyễn Thị Tân (2013). Đánh giá hiệu quả đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng y học cổ truyền, *Tạp chí Y dược học – Trường đại học Y dược Huế*, Tập 3(4), Số 16/2013, tr.23 -28.
58. Nguyễn Xuân Huỳnh (2019), Đánh giá tác dụng của nhu châm kết hợp bài thuốc TK1 trong điều trị đau thần kinh hông to, *Tạp chí Y dược học cổ truyền Việt Nam*, Số 01(20) – 2019, tr.63 – 68.

59. Thái Thị Ngọc Dung (2016). Đánh giá hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng cây chỉ hoặc điện châm kết hợp bài thuốc độc hoạt tang ký sinh, *Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, tập 6, số 5/2016, tr.33 - 38.
60. Nguyễn Tiên Chung, Nguyễn Thị Ngọc Ánh (2021). Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tại bệnh viện Tuệ Tĩnh, *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, số 06(39) -2021, tr. 70-74.
61. Nguyễn Hữu Thám (2012). Nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cây chỉ kết hợp thuốc Y học cổ truyền, *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế*, số 22+23, tr. 206-215.
62. Lê Đắc Quang (2022). *Đánh giá kết quả phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam.
63. Nguyễn Nhượng Kim, Nguyễn Thị Thu Hà (2017). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.117-119.
64. Lee JC, Kim Y, Soh JW, Shin BJ (2014), Risk factors of adjacent segment disease requiring surgery after lumbar spinal fusion: comparison of posterior lumbar interbody fusion and posterolateral fusion, *Spine (Phila Pa 1976)*, 39, pp. 339–345.
65. Phạm Hồng Vân (2014). *Nghiên cứu đặc điểm huyết thận du và hiệu quả của điện châm trong điều trị đau vùng thắt lưng thể thận hư*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
66. Phương Thị Thanh Loan, Vũ Nam (2023). Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng sóng siêu âm kết hợp viên hoàn độc hoạt tang ký sinh, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 523(1), tr 50 – 54.

67. Trần Thị Hồng Ngải (2023). Đánh giá tác dụng của đèn xông ngải cứu kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp, *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam*, số 01(47) – 2023, tr 35 – 43.
68. Lê Thị Hòe, Nguyễn Thanh Thủy, Đặng Kim Thanh (2021). Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động cột sống thắt lưng của thủy châm thuốc Golvaska trên bệnh nhân đau thần kinh hông to mạn tính, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 500 – tháng 3 – số 2 – 2021, tr 87-90.
69. Li, X., Wang, J., & Gao, L. (2013). Anti-inflammatory and analgesic activity of R.A.P. (Radix Angelicae Pubescentis) ethanol extracts. *African journal of traditional, complementary, and alternative medicines : AJTCAM*, 10(3), 422–426.
70. Nguyễn Thị Phương, Nguyễn Thùy Dương và cộng sự (2016). Nghiên cứu tác dụng giảm đau chống viêm của cây Gối hạc, *Tạp chí dược học*, tập 56, số 5(2016), tr 34 -37.
71. Yang J. L., Dao T. T., Hien T. T., Zhao Y. M., & Shi Y. P. (2019). Further sesquiterpenoids from the rhizomes of *Homalomena occulta* and their anti-inflammatory activity. *Bioorganic & medicinal chemistry letters*, 29(10), 1162–1167. <https://doi.org/10.1016/j.bmcl.2019.03.031>
72. Nguyễn Thị Phương (2021). Đánh giá tác dụng của điện châm huyết Giáp tích và dùng bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh trong điều trị đau thần kinh tọa tại khoa y học cổ truyền – Bệnh viện y học cổ truyền Hải Phòng năm 2020, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 503 – tháng 6 – số Đặc biệt – Phần 2 – 2021, tr79 – 84.
73. Trần Tuấn Minh, Lê Thị Kim Dung (2022). Đánh giá tác dụng của dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh tọa, *Tạp chí Y dược học cổ truyền Việt Nam*, số 01(42) – 2022, tr.49 – 54.

74. Trần Thị Hải Vân (2015). Hiệu quả của điện châm kết hợp từ rung nhiệt trên bệnh nhân Đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống, *Tạp chí nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam*, số 44 – 2015, tr.41 – 48.
75. Ahn H. Y., Cho J. H., Nam D., Kim E. J., & Ha I. H. (2019). Efficacy and safety of Cortex Eucommiae (*Eucommia ulmoides* Oliver) extract in subjects with mild osteoarthritis: Study protocol for a 12-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Medicine*, 98(50), e18318. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018318>

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Bệnh án nghiên cứu	1
Phụ lục 2: Một số hình ảnh các vị thuốc trong bài thuốc nghiên cứu.....	3
Phụ lục 3: Các vị thuốc trong nghiên cứu	4
Phụ lục 4: Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS.....	11
Phụ lục 5: Phiếu đánh giá chỉ số sinh hoạt hàng ngày	12
Phụ lục 6: Vị trí các huyệt trong phác đồ điện châm	16
Phụ lục 7: Phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu.....	17
Phụ lục 8: Một số hình ảnh trong quá trình nghiên cứu.....	18

Phụ lục 1: Bệnh án nghiên cứu**Bệnh viện YHCT – Bộ công an****BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU****I. Thông tin chung:** Nhóm NC Nhóm ĐC Mã số:..... Số bệnh án:.....1. Họ và tên: Tuổi: Giới: Nam / Nữ2. Nghề nghiệp: Lao động chân tay Lao động trí óc

3. Địa chỉ:.....

4. Ngày vào viện:..... Ngày ra viện:.....

II. Phần chuyên môn**1. Đặc điểm lâm sàng**

Vị trí đau	1 Đau thắt lưng lan xuống mông, mặt sau chân	
	2 Đau thắt lưng lan xuống mông, mặt ngoài chân	
	3 Đau thắt lưng lan xuống mông, cả mặt ngoài và mặt sau chân	

- Thời gian mắc bệnh: < 1 tháng từ 1 – 6 tháng > 6 tháng

- Các chỉ số theo dõi:

Chỉ số theo dõi	Mức điểm			
	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Mức độ đau theo thang điểm VAS (điểm)				
Nghiệm pháp Lassegue (độ)				
Chỉ số Schober (cm)				
Điểm Oswestry Disability (Phụ lục 5)				

2. Đặc điểm Cận lâm sàng.

- Hình ảnh Xquang CSTL:

Đặc điểm	Có (1)	Không (2)
Hẹp khe khớp		
Đặc xương dưới sụn		
Gai xương		

- MRI CSTL (nếu có): Thoái hóa CS Thoái hóa đĩa đệm Thoát vị đĩa đệm

- Xét nghiệm máu:

Xét nghiệm	D ₀	D ₂₁
Hồng cầu (T/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/L)		
Ure (mmol/l)		
Creatinin (μmol/l)		
AST (U/I)		
ALT (U/I)		

1. Y học cổ truyền: (1 = Có, 2 = Không)

Chứng trạng y học cổ truyền	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Đau thắt lưng lan xuống mông chân				
Tê bì, nặng nề				
Ăn uống kém				
Ngủ kém				
Rêu lưỡi trắng, dày, nhớt				
Mạch nhu hoãn				
Mạch trầm nhược				

2. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị: (1 = Có, 2 = Không).

- Vụng châm Chảy máu nơi châm Gãy kim Abces nơi châm
 - Đau bụng Buồn nôn, nôn Đi ngoài phân lỏng/nát Mẫn ngứa/dị ứng

III. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

- Tổng điểm:

- Phân loại: Tốt ₁ Khá ₂ Trung bình ₃ Kém ₄

Hà Nội, ngàytháng.. ..năm 2023.

Nghiên cứu viên

Phụ lục 2: Một số hình ảnh các vị thuốc trong bài thuốc nghiên cứu
MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA CÁC VỊ THUỐC TRONG THÀNH PHẦN
BÀI THUỐC “KHỚP GỐI HV” (DƯỠNG CỐT HV)



Đẳng sâm



Hoàng kỳ



Thiên niên kiện



Đương quy



Xuyên khung



Bạch thược



Gối hạc



Đỗ trọng



Ngưu tất



Tục đoạn



Tế tân



Quế chi



Độc hoạt



Phòng phong



Tần giao



Phục linh



Cam thảo

Phụ lục 3: Các vị thuốc trong nghiên cứu
CÁC VỊ THUỐC TRONG BÀI “KHỚP GỐI HV” [35], [47]
(DUỠNG CỐT HV)

1. Độc hoạt

- Tên khoa học : *Radix Angelicae pubescentis*
- Bộ phận dùng : Dùng rễ phơi khô của cây Độc hoạt
- Thành phần hóa học: Ostol, bergapten
- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, cay, tính hơi ấm. Quy kinh thận, bàng quang.
- Tác dụng: Trừ phong thấp, phong hàn
- Ứng dụng lâm sàng: Chữa đau nhức xương khớp, đau dây thần kinh hay dùng cho những chứng đau từ lưng trở xuống. Chữa cảm mạo do lạnh gây đau đầu, sốt, đau lưng.

2. Quế chi

- Tên khoa học : *Ramulus Cinamomi*
- Bộ phận dùng : Cành nhỏ của nhiều loại Quế
- Thành phần hóa học: Tinh bột, chất nhầy, tannin, chất màu, đường, có thể có nhựa, canxi (trong vỏ quế Xrilanca).
- Tính vị, quy kinh: Vị cay ngọt, tính ấm. Quy kinh tâm, phế, bàng quang.
- Tác dụng: Phát hãn, giải cơ, ôn kinh, thông dương
- Ứng dụng lâm sàng :
 - + Chữa cảm mạo phong hàn: Ôn kinh chỉ thống và ôn thông kinh mạch.
 - + Chữa đau khớp, đau dây thần kinh, co cứng các cơ do lạnh.
 - + Chữa chứng ho và long đờm: Hóa khí lợi niệu

3. Phòng phong

- Tên khoa học: *Radix Ledebouriellae*
- Bộ phận dùng: dùng rễ phơi khô của cây Phòng phong
- Thành phần hóa học: Các chất manit, những chất có tính chất phenol với độ chảy 92⁰C, glucozit đắng và các chất đường.
- Tính vị, quy kinh: Vị cay, ngọt, tính ấm. Quy kinh can, bàng quang.

- Tác dụng: Phát hãn giải biểu, trừ phong thấp
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa ngoại cảm phong hàn: Giải kinh: trị bệnh co quắp, uốn ván; Giải độc.
 - + Chữa đau dây thần kinh, co cứng các cơ, đau các khớp; giải dị ứng chữa ngứa, nổi ban do lạnh.

4. Xuyên khung

- Tên khoa học: Rhizoma Ligustici wallichii
- Bộ phận dùng: dùng than rễ phơi khô của cây Xuyên khung
- Thành phần hóa học: Ancaloit, $C_{10}H_{10}O_4$, chất có tính chất phenol, một chất trung tính $C_{26}H_{28}O_4$
- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, tính ấm. Quy kinh can, đờm, tâm bào.
- Tác dụng: Hành khí, hoạt huyết, khu phong chỉ thống.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Bỏ huyết; Hoạt huyết điều kinh; Tiêu viêm chữa mụn nhọt.
 - + Chữa nhức đầu, đau mình, đau các khớp do phong thấp.
 - + Giải uất chữa chứng can khí uất kết, đau mạn sườn, tình chí uất kết.

5. Phục linh

- Tên khoa học: Poria Cocos
- Bộ phận dùng: loại nấm mọc ở đầu rễ hay bên rễ cây thông
- Thành phần hóa học: Pachymoza, glucoza, fructoza và chất khoáng.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính bình. Quy kinh tâm, tỳ, phế, thận.
- Tác dụng: Lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa tiểu tiện ra máu, đái rắt, đái đục; Chữa tỳ vị hư nhược gây ỉa chảy.
 - + Chữa mất ngủ, hay quên.

6. Đỗ trọng

- Tên khoa học: Cotex Eucommiae.
- Bộ phận dùng: dùng vỏ thân phơi khô của cây Đỗ trọng.

- Thành phần hóa học: Chất nhựa, chất màu, chất anbumin, chất béo, tinh dầu và muối vô cơ.

- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, hơi cay, tính ấm. Quy kinh can, thận.

- Tác dụng: Ôn bổ can thận, mạnh gân cốt.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa di tinh, hoạt tinh, liệt dương do can thận dương hư.

+ Chữa đau lưng, đau đầu gối do thận hư.

+ An thai chữa chứng hay sảy thai, đẻ non, có thai chảy máu.

+ Chữa tăng huyết áp, nhồi máu não, bệnh lão suy.

7. Ngưu tất

- Tên khoa học: Radix Archiranthis bidentae

- Bộ phận dùng: rễ phơi hoặc sấy khô của cây Ngưu tất

- Thành phần hóa học: saponin, ecdysterone, inokosterone và muối kali.

- Tính vị, quy kinh: vị đắng, chua, tính bình. Quy kinh can, thận.

- Tác dụng: hoạt huyết, bổ can thận, mạnh gân cốt.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Điều trị bế kinh, thông kinh; Điều trị đau lưng, đau khớp.

+ Giải độc điều trị thấp nhiệt; Lợi niệu thông lâm; Hạ áp.

8. Đẳng sâm

- Tên khoa học: Radix Codonopsis

- Bộ phận dùng: dùng rễ củ thuộc họ Hoa chuông

- Thành phần hóa học: đường, chất béo, có thể có saponin

- Tính vị, quy kinh: vị ngọt, tính bình. Quy kinh Tỳ, Phế

- Tác dụng: kiện tỳ khí, phế khí, dưỡng huyết, sinh tân, bổ trung ích khí.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa ho, hen do phế khí hư; Chữa mất ngủ;

+ Dùng làm thuốc bổ dưỡng cơ thể.

+ Kích thích tiêu hóa; Điều trị đầy bụng, ỉa chảy;

+ Chữa sa trực tràng, sa tử cung.

9. Cam thảo

- Tên khoa học: Radix Glycyrrhizae
- Bộ phận dùng: Rễ cây Cam thảo thuộc họ đậu (Fabaceae)
- Thành phần hóa học: Glucoza, sacaroza, tinh bột, tinh dầu, asparagin, vitamin C, các chất anbuminoit, gôm, nhựa...Nhưng hoạt chất chính là chất glyxyridic (glycyrrhizin).
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính bình. Quy 12 kinh
- Tác dụng: Dưỡng huyết nhuận phế chỉ ho, bổ trung khí, thanh nhiệt giải độc, hòa hoãn giảm đau.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa tỳ vị hư
 - + Chữa chứng bệnh tâm khí hư nhược đánh trống ngực, buồn bực.
 - + Nhuận phế, chỉ ho: Dùng chữa bệnh đau hầu họng, viêm họng cấp, mạn tính, viêm amidan, ho có nhiều đàm.
 - + Chữa các bệnh mụn nhọt đĩnh độc sưng đau
 - + Trị đau dạ dày, loét đường tiêu hóa, đau bụng...
 - + Điều vị giảm tác dụng phụ và dẫn thuốc khi dùng phối hợp

10. Bạch thược

- Tên khoa học: Radix Paeoniae Alba
- Bộ phận dùng: Dùng rễ cạo bỏ vỏ ngoài của cây Thược dược họ Hoàng liên (Ranunculaceae)
- Thành phần hóa học: Tinh bột, tannin, caxi oxalate, một ít tinh dầu, axit benzonc, nhựa và chất béo, chất nhầy.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, đắng, chua, tính lạnh. Quy kinh can, tỳ, phế
- Tác dụng: Bổ huyết, liễm âm cầm mồ hôi, chỉ thống.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Bổ huyết: chữa người xanh xao. Chữa kinh nguyệt không đều, thống kinh.
 - + Chữa chứng đau dạ dày, đau mạn sườn, chứng đau bụng ỉa chảy do thần kinh.

+ Chữa mồ hôi vào ban đêm; Chữa đau đầu, mất ngủ, hoa mắt chóng mặt.

11. Đương quy

- Tên khoa học : Radix Angenicar sinensis
- Bộ phận dùng : Rễ phơi khô của cây Đương quy, họ Hoa tán (Apiacerae)
- Thành phần hóa học : Trong Đương quy có tinh dầu
- Tính vị, quy kinh : Vị ngọt, cay, tính ấm. Quy kinh tâm, can, tỳ.
- Tác dụng : Bổ huyết, hành huyết

- Ứng dụng lâm sàng :

+ Dùng trong trường hợp thiếu máu dẫn đến hoa mắt, chóng mặt, da xanh, người gầy yếu.

+ Điều kinh chữa kinh nguyệt không đều, thống kinh, bế kinh.

+ Chữa cơn đau dạ dày, đau các dây thần kinh, các cơ do lạnh.

+ Chữa mụn nhọt, vết thương có mủ.

12. Tần giao

- Tên khoa học: Radix Gentianae macrophyllae
- Bộ phận dùng: Rễ phơi khô của cây Tần giao, họ Long đởm (Gentianaceae)
- Thành phần hóa học: ancaloit (justixin), lượng ít tinh dầu.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, cay, tính bình hơi hàn. Quy kinh can đởm vị.
- Tác dụng: Thanh hư nhiệt, trừ phong thấp, hoạt lạc thư cân, chỉ thống.
- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa đau khớp, đau dây thần kinh, chữa đau nhức trong xương, sốt về chiều do âm hư sinh nội nhiệt.

+ Chữa viêm gan virus, viêm đường dẫn mật do thấp nhiệt.

+ An thai vì động thai do sốt nhiễm trùng.

13. Tế tân

- Tên khoa học: Herba Asari

- Bộ phận dùng: Toàn cây phơi khô của cây Bắc Tế tân, họ Mộc hương (Aristolochiaceae).

- Thành phần hóa học: 2,75% tinh dầu, trong đó thành phần chủ yếu là pinen, methyl-eugenola, một hợp chất xeton, lượng nhỏ acid hữu cơ
- Tính vị, quy kinh: Vị cay, tính ấm. Quy kinh tâm, phế, thận
- Tác dụng: Phát tán phong hàn, thông kinh hoạt lạc, chỉ ho long đờm.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa các chứng đau người, nhức đầu, tắc mũi do cảm mạo phong hàn.
 - + Chữa ho và đờm nhiều loãng.
 - + Chữa đau khớp, đau dây thần kinh do lạnh.

14. Tục đoạn

- Tên khoa học: Radix Dipsaci
- Bộ phận dùng: rễ phơi khô của cây Tục đoạn, họ Tục đoạn (Dipsacaceae)
- Thành phần hóa học: Lamiin, ít tinh dầu và chất màu.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, cay, tính hơi ấm. Quy kinh can thận.
- Tác dụng: Bổ can thận, liền gân xương
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa đau lưng, mỏi gối, di tinh.
 - + Chữa đau khớp, đau dây thần kinh ngoại biên, chữa gân xương bị đứt gãy.
 - + Dùng trị băng lậu, bạch đới hoặc động thai chảy máu.
 - + Giải độc trị mụn nhọt, viêm tuyến vú.

15. Hoàng kỳ

- Tên khoa học: Radix Astagali
- Bộ phận dùng: Rễ cây Hoàng kỳ
- Thành phần hóa học: Theo Lý Thừa Cố (sinh dược học, 1952) trong Hoàng kỳ có sacaroza, glucoza, tinh bột, chất nhầy, gôm, hơi có phản ứng ancaloit. Mới đây người ta phát hiện thêm trong Hoàng kỳ có chất selenium.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính ấm. Quy kinh tỳ, phế
- Tác dụng: Bổ khí, thăng dương khí của tỳ, cầm mồ hôi, lợi niệu, tiêu viêm.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa chứng tự ra mồ hôi; Sinh cơ làm bớt mủ

- + Điều trị đau lưng và chân do khí huyết ứ
- + Chữa chứng mệt mỏi, da mặt xanh vàng, nôn ra máu, chảy máu cam.

16. Thiên niên kiện

- Tên khoa học: Rhizoma Homalomenae
- Bộ phận dùng: Thân rễ cây Thiên niên kiện
- Thành phần hóa học: Trong thân rễ có khoảng 0,8 – 1% tinh dầu tính theo rễ khô kiệt. Tinh dầu màu vàng nhạt, mùi thơm dễ chịu. Trong tinh dầu có chừng 40% l-linalol, một số ít terpineol và chừng 2% este tính theo linalyl acetat. Ngoài ra còn có sabinen, limonen, α -terpinen, acetaldehyt, aldehyd propionic.
- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, cay, hơi ngọt, tính nóng. Quy kinh can, thận.
- Tác dụng: Trừ phong thấp, bổ thận.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa đau khớp, đau dây thần kinh trong các trường hợp phong hàn thấp tý đau nhức xương khớp, cơ nhục.
 - + Làm mạnh gân, xương, nhất là trẻ em chậm biết đi
 - + Dùng khối thiên niên kiện và thương truật khi xông để chữa chàm dị ứng viêm da thần kinh.

17. Gối hạc

- Tên khoa học: Leea rubra Blume
- Bộ phận dùng: Củ hoặc thân cành khô
- Tác dụng: Là một vị thuốc Nam được dùng nhiều trong YHCT, có một số tác dụng chính sau:
 - + Điều trị đau nhức xương, khớp.
 - + Điều trị phong tê thấp.
 - + Điều trị đau bụng, rong kinh.

Phụ lục 4: Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS

THANG ĐIỂM VAS



Hình ảnh thước đo độ đau VAS

- Thước đo: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra – Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có 2 mặt:

+ Một mặt chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.

+ Một mặt có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau.

- Trước khi đo, giải thích và mô tả cho bệnh nhân hiểu rõ phương pháp đánh giá cảm giác đau để bệnh nhân tự chỉ ra mức độ đau của mình.

- Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình bằng cách tự kéo thước.

- Nhân viên y tế đọc mức độ đau của bệnh nhân ở mặt đối diện.

- Đánh giá kết quả:

VAS = 0 điểm	Hoàn toàn không đau
$0 < VAS \leq 3$ điểm	Đau nhẹ
$3 < VAS \leq 6$ điểm	Đau vừa
$6 < VAS \leq 10$ điểm	Đau nặng

Phụ lục 5: Phiếu đánh giá chỉ số sinh hoạt hàng ngày**ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ SINH HOẠT HÀNG NGÀY OSWESTRY DISABILITY***(Bệnh nhân chỉ đánh dấu vào 1 ô mà họ đúng nhất ở mỗi phần)*

Họ tên bệnh nhân:.....Tuổi:.....

Điểm	Bảng câu hỏi	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
Chăm sóc bản thân					
0	Tự chăm sóc bản thân bình thường				
1	Tự chăm sóc bản thân nhưng gây đau nhiều hơn				
2	Tự chăm sóc được nhưng phải chậm vì đau				
3	Cần sự trợ giúp nhưng vẫn làm được hầu hết các việc				
4	Cần sự trợ giúp hằng ngày trong hầu hết các việc				
5	Không tự chăm sóc bản thân được				
Đi bộ					
0	Đau nhưng vẫn đi bộ được trong mọi khoảng cách				
1	Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 1000m				
2	Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 500m				
3	Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 250m				
4	Chỉ đi được khi dùng dụng cụ trợ giúp (gậy, nạng...)				
5	Không đi bộ được vì đau.				
Ngồi					
0	Có thể ngồi bao lâu cũng được				
1	Chỉ có thể ngồi được trong kiểu ghế phù hợp bao lâu cũng được				
2	Đau nên chỉ ngồi được khoảng 1 giờ				
3	Đau nên chỉ ngồi được khoảng 30 phút				
4	Đau nên chỉ ngồi được khoảng 15 phút.				
5	Không ngồi được do đau nhiều				

Nâng vật nặng					
0	Có thể nâng được vật nặng mà không gây đau thêm				
1	Có thể nâng vật nặng nhưng gây đau thêm				
2	Không thể nâng vật nặng từ nền nhà vì đau nhưng vẫn có thể làm được ở vị trí thuận tiện				
3	Có thể nâng vật nhẹ hoặc vừa nếu ở vị trí thuận tiện				
4	Chỉ có thể nâng được vật rất nhẹ hoặc vừa ở vị trí thuận tiện				
5	Không thể nâng được bất cứ vật gì				
Ngủ					
0	Vì đau nên không thể ngủ được				
1	Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 2h/ngày				
2	Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 4h/ngày				
3	Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 6h/ngày				
4	Thỉnh thoảng bị mất ngủ vì đau				
5	Không bị mất ngủ do đau gây nên				
Đứng					
0	Đau nên không thể đứng được				
1	Đau ngăn cản tôi đứng lâu hơn 10 phút				
2	Đau ngăn cản tôi đứng lâu hơn 30 phút				
3	Đau ngăn cản tôi đứng lâu hơn 1 giờ				
4	Tôi có thể đứng bao lâu cũng được nhưng sẽ làm đau thêm				
5	Tôi có thể đứng bao lâu cũng được mà không bị đau thêm				
Cường độ đau					
0	Đau không thể chịu nổi				
1	Đau rất nhiều				

2	Đau khá nhiều				
3	Đau vừa				
4	Đau ít				
5	Không đau				
Du lịch					
0	Đau nên không đi đâu được ngoại trừ đi khám và điều trị				
1	Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 30 phút khi cần thiết				
2	Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 1 giờ				
3	Dù đau nhưng vẫn có thể thực hiện được chuyến đi hơn 2h				
4	Có thể đi xa bất cứ nơi nào nhưng gây đau thêm				
5	Có thể đi xa bất cứ nơi nào mà không gây đau thêm				
Đời sống xã hội					
0	Vì đau nên không tham gia bất cứ hoạt động xã hội nào				
1	Vì đau nên chỉ tham gia các hoạt động xã hội tại nhà				
2	Vì đau nên ít tham gia các hoạt động xã hội và ít ra ngoài				
3	Đau không ảnh hưởng đáng kể đến hoạt động xã hội				
4	Tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng gây đau thêm				
5	Tham gia hoạt động xã hội bình thường không gây đau thêm				
Sinh hoạt tình dục					
0	Không sinh hoạt tình dục được vì đau				
1	Gần như không sinh hoạt tình dục nữa vì đau				

2	Ít sinh hoạt tình dục hơn nhiều so với bình thường vì đau				
3	Sinh hoạt tình dục khá đều, nhưng gây đau nhiều				
4	Sinh hoạt tình dục đều đặn như bình thường nhưng gây đau				
5	Sinh hoạt tình dục đều đặn như bình thường, không gây đau				
Tổng điểm					

Phục lục 6: Vị trí các huyệt trong phác đồ điện châm

Vị trí các huyệt sử dụng trong phác đồ điện châm [51], [52].

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích L4/L5	Kỳ huyệt	Từ khe đốt sống L4-L5 đo ngang ra 0,5 thốn
Giáp tích L5/S1	Kỳ huyệt	Từ khe đốt sống L5-S1 đo ngang ra 0,5 thốn.
Thận du (VII.23)	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống L2-L3 đo ngang ra 1,5 thốn.
Đại trường du (VII. 25)	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống L4-L5 đo ngang ra 1,5 thốn.
Can du (VII. 18)	Túc thái dương Bàng quang	Từ khe đốt sống D9 – D10 đo ngang ra 1,5 thốn.
Trật biên (VII. 54)	Túc thái dương Bàng quang	Từ đốt xương cùng 4 đo ngang ra 1,3 thốn
Hoàn khiêu (XI.25)	Túc thiếu dương Đờm	1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối đỉnh máu chuyên lớn xương đùi tới lỗ mở xương cùng
Thừa phù (VII.36)	Túc thái dương Bàng quang	Chính giữa nếp lằn mông
Ân môn (VII.37)	Túc thái dương Bàng quang	Điểm giữa đường nối thừa phù và ủy trung
Ủy trung (VII. 40)	Túc thái dương Bàng quang	Chính giữa nếp lằn kheo
Thừa sơn (VII.57)	Túc thái dương Bàng quang	Ở mặt sau bắp chân, nơi rẽ đôi của cơ sinh đôi
Phong thị (XI. 31)	Túc thiếu dương Đờm	Nằm thẳng, tay xuôi, áp ngón tay giữa vào mặt ngoài đùi, đầu chót ngón tay là huyệt
Dương lăng tuyền (XI. 34)	Túc thiếu dương Đờm	Chỗ trũng giữa đầu xương mác và xương chày
Huyền chung (XI. 39)	Túc thiếu dương Đờm	Trên mắt cá ngoài 3 thốn ở trước xương mác
Côn lôn (VII. 60)	Túc thái dương Bàng quang	Huyệt nằm ở trung điểm của đường nối đỉnh mắt cá và gân gót.

Phu lục 7: Phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu

Mã số:

PHIẾU ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng của bài thuốc Dưỡng Cốt HV trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống”

Tôi (Ghi rõ họ và tên):

Địa chỉ:Điện thoại:.....

Xác nhận rằng:

1. Tôi đã đọc các thông tin nghiên cứu **“Đánh giá tác dụng của bài thuốc Dưỡng Cốt HV trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống”** tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an, tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.
2. Tôi đã có cơ hội được hỏi về nghiên cứu và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích được đưa ra.
3. Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
4. Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
5. Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào, vì bất cứ lý do gì.
6. Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu này.

Sau khi được nghe giải thích, giải đáp thắc mắc về nghiên cứu, nắm rõ được lợi ích và trách nhiệm của mình, tôi quyết định:

- Đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.

- Đồng ý rằng các bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính cho tôi sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Hà Nội, ngày. . .tháng.... năm 2023.

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nghiên cứu viên

(Ký và ghi rõ họ tên)

Phu lục 8: Một số hình ảnh trong nghiên cứu

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU

