

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN THỊ PHONG LAN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA
PHƯƠNG PHÁP HỎA LONG CỨU KẾT HỢP
ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU
TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA**

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



TRẦN THỊ PHONG LAN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA
PHƯƠNG PHÁP HỎA LONG CỨU KẾT HỢP
ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU
TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Vũ Nam

2. TS. Hán Huy Truyền

Hà Nội – 2023

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn, tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng quản lý Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn, Khoa phòng - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin được bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới TTND.PGS.TS. Vũ Nam – Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương và TS. Hán Huy Truyền – Phó giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, những người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, luôn theo sát, chỉ bảo tận tình, cho tôi nhiều ý kiến quý báu và tạo mọi điều kiện tốt nhất giúp tôi hoàn thành luận văn. Sự tận tâm và kiến thức của các Thầy là tấm gương sáng cho tôi noi theo trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn trân trọng nhất tới Đảng ủy, Ban giám đốc, Ban lãnh đạo, tập thể cán bộ nhân viên Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu, Phòng Nghiên cứu khoa học – TTĐT & CĐT và các Khoa/ Phòng của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương đã giúp đỡ, tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng đạo đức, Hội đồng chấm luận văn Thạc sĩ – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu để luận văn của tôi được hoàn thiện hơn.

Cuối cùng, tôi xin được gửi lời cảm ơn sâu sắc nhất tới những người thân trong gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã luôn bên cạnh, giúp đỡ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 13 tháng 11 năm 2023

Học viên

Trần Thị Phong Lan

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Trần Thị Phong Lan**, học viên lớp Cao học Khóa 14 – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. Tôi xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy PGS.TS. Vũ Nam và TS. Hán Huy Truyền.

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 tại cơ sở tiến hành nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 13 tháng 11 năm 2023

Người viết cam đoan

Trần Thị Phong Lan

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đau thần kinh tọa theo YHHD	3
1.1.1. Khái niệm chung.....	3
1.1.2. Triệu chứng của đau TKT	4
1.1.3. Chẩn đoán xác định	6
1.1.4. Điều trị.....	7
1.2. Đau thần kinh tọa theo YHCT.....	8
1.2.1. Bệnh danh.....	8
1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh	8
1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị	9
1.3. Tổng quan về HLC	11
1.3.1. Khái niệm	11
1.3.2. Tác dụng của HLC.....	12
1.3.3. Nguyên liệu và dụng cụ.....	12
1.3.4. Phương pháp thực hiện HLC	12
1.3.5. Chỉ định	13
1.3.6. Chống chỉ định	13
1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới	14
1.5. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam.....	16
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	18
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu.....	18
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	18
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu.....	18
2.2. Đối tượng nghiên cứu	18
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh	18
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh	19
2.3. Phương pháp nghiên cứu	19
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	19

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu	20
2.3.3. Quy trình nghiên cứu.....	20
2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu	23
2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu	27
2.5. Xử lý số liệu	27
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	27
Chương 3: KẾT QUẢ.....	29
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	29
3.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	29
3.1.2. Đặc điểm theo giới	30
3.1.4. Thời gian mắc bệnh	31
3.1.5. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT	31
3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị	32
3.3. Kết quả điều trị	33
3.3.1. Cải thiện điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu	33
3.3.2. Cải thiện TVĐ CSTL tại các thời điểm nghiên cứu	34
3.3.3. Cải thiện độ giãn CSTL tại các thời điểm nghiên cứu	37
3.3.4. Cải thiện khoảng cách tay – đất tại các thời điểm nghiên cứu	39
3.3.5. Cải thiện góc α tại các thời điểm nghiên cứu	41
3.3.6. Cải thiện số lượng điểm đau Valleix tại các thời điểm nghiên cứu	42
3.3.7. Cải thiện mức độ ảnh hưởng của bệnh đến sinh hoạt hàng ngày tại các thời điểm nghiên cứu	44
3.4. Kết quả điều trị chung	46
3.5. Đánh giá chỉ tiêu theo YHCT	47
3.6. Theo dõi tác dụng không mong muốn.....	48
3.6.1. Kết quả thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị	48
3.6.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	48

Chương 4: BÀN LUẬN	49
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	49
4.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	49
4.1.2. Đặc điểm về giới.....	50
4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.....	51
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh.....	52
4.1.5. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT.....	53
4.2. Kết quả điều trị.....	54
4.2.1. Cải thiện mức độ đau.....	54
4.2.2. Cải thiện tầm vận động CSTL.....	57
4.2.3. Cải thiện độ giãn CSTL.....	58
4.2.4. Cải thiện khoảng cách tay – đất.....	60
4.2.5. Cải thiện góc α	61
4.2.6. Cải thiện điểm đau Valleix.....	63
4.2.7. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.....	63
4.2.8. Kết quả điều trị chung.....	65
4.3. Kết quả thay đổi các triệu chứng YHCT.....	67
4.4. Tác dụng không mong muốn.....	69
KẾT LUẬN	70
KIẾN NGHỊ	71
TÀI LIỆU THAM KHẢO	1
PHỤ LỤC 1	
PHỤ LỤC 2	
PHỤ LỤC 3	
PHỤ LỤC 4	
PHỤ LỤC 5	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

TKT	Thần kinh tọa
HLC	Hoả long cứu
CSTL	Cột sống thắt lưng
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
TB	Trung bình
D ₀	Thời gian trước điều trị
D ₅	Thời gian điều trị ngày thứ 5
D ₁₀	Thời gian điều trị ngày thứ 10
D ₁₅	Thời gian điều trị ngày thứ 15
ĐC	Đối chứng
NC	Nghiên cứu
TVĐ	Tâm vận động
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
ODI	Oswestry Disability Index
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Cách tính điểm phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS trong nghiên cứu	24
Bảng 2.2. Cách tính điểm và phân loại TVĐ của CSTL trong nghiên cứu.....	24
Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại mức độ giãn CSTL (nghiệm pháp Schober) ...	25
Bảng 2.4. Cách tính điểm và phân loại khoảng cách tay – đất trong nghiên cứu	25
Bảng 2.5. Cách tính điểm và phân loại góc α – Nghiệm pháp Lasègue trong nghiên cứu	26
Bảng 2.6. Cách tính điểm và phân loại mức độ số lượng điểm đau Valleix trong nghiên cứu	26
Bảng 2.7. Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày dựa theo thang điểm ODI trong nghiên cứu	26
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi	29
Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh trước nghiên cứu.....	32
Bảng 3.3. Mức độ giảm đau sau 15 ngày điều trị.....	33
Bảng 3.4. Kết quả cải thiện điểm TB TVĐ CSTL	34
Bảng 3.5. Kết quả cải thiện động tác gấp CSTL sau 15 ngày điều trị	35
Bảng 3.6. Kết quả cải thiện động tác duỗi CSTL sau 15 ngày.....	36
Bảng 3.7. Kết quả cải thiện động tác nghiêng CSTL sau 15 ngày điều trị	36
Bảng 3.8. Kết quả cải thiện độ giãn CSTL sau 15 ngày điều trị.....	37
Bảng 3.9. Kết quả cải thiện khoảng cách tay – đất sau 15 ngày điều trị.....	39
Bảng 3.10. Kết quả cải thiện góc α sau 15 ngày điều trị.....	41
Bảng 3.11. Kết quả cải thiện số lượng điểm đau Valleix sau 15 ngày điều trị	42
Bảng 3.12. Cải thiện mức độ ảnh hưởng của bệnh đến sinh hoạt hàng ngày sau 15 ngày điều trị.....	44
Bảng 3.13. Kết quả thay đổi các triệu chứng YHCT trên lâm sàng	47
Bảng 3.14. Kết quả thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị.....	48
Bảng 3.15. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	48

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính.....	30
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp.....	30
Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh.....	31
Biểu đồ 3.4. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT.....	31
Biểu đồ 3.5. Kết quả thay đổi chỉ số VAS TB tại các thời điểm NC	33
Biểu đồ 3.6. Kết quả thay đổi độ giãn CSTL TB tại các thời điểm NC.....	38
Biểu đồ 3.7. Kết quả thay đổi khoảng cách tay – đất TB tại các thời điểm NC.....	40
Biểu đồ 3.8. Kết quả thay đổi góc α TB tại các thời điểm NC.....	41
Biểu đồ 3.9. Kết quả thay đổi điểm đau Valliex TB tại các thời điểm NC	43
Biểu đồ 3.10. Kết quả thay đổi chỉ số ODI TB tại các thời điểm NC	45
Biểu đồ 3.11. Kết quả điều trị chung.....	46

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Đường đi và phân nhánh dây thần kinh tọa.....	3
Hình 1.2. Định khu tổn thương tủy sống.....	4
Hình 1.3. Phương pháp HLC.....	11
Hình 1.4. Chuẩn bị nguyên liệu.....	12
Hình 1.5. Chuẩn bị người bệnh	13

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (TKT) là một bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, biểu hiện chủ yếu bằng các triệu chứng bệnh lý của cột sống thắt lưng (CSTL) và bệnh lý của các rễ thần kinh. Trên thế giới, ước tính có khoảng 49% đến 70% dân số có đau thắt lưng ít nhất một lần trong đời, trong đó có từ 5 – 10% nguyên nhân là do đau TKT [1],[2],[3]. Tỷ lệ mắc chứng đau TKT ở Hà Lan hàng năm là 9,4 trường hợp trên 1000 người trưởng thành [4].

Tại Việt Nam, tình hình đau TKT chưa được thống kê đầy đủ, trong một nghiên cứu về đau mạn tính thực hiện trên 1100 bệnh nhân tại thành phố Hồ Chí Minh, các kết quả cho thấy đau thắt lưng chiếm 30,18% trong các trường hợp đau mạn tính [5]. Theo Trần Ngọc Ân và cộng sự, bệnh chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [6].

Trong đa số các trường hợp đau TKT thường diễn biến lành tính, không ảnh hưởng trực tiếp tới tính mạng người bệnh. Tuy nhiên, các triệu chứng thường gặp trong đau TKT làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, khả năng sinh hoạt và giảm hiệu quả lao động sản xuất [4].

Y học hiện đại (YHHĐ) thường điều trị nội khoa, vật lý trị liệu hoặc điều trị can thiệp bao gồm cả phẫu thuật. Sử dụng thuốc chống viêm giảm đau trên lâm sàng thường gây tác dụng trên đường tiêu hóa, giữ nước, tăng huyết áp [2],[6].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau TKT có bệnh danh yêu cước thống, tọa cốt phong, thuộc chứng Tý [7]. YHCT có nhiều phương pháp điều trị đã được nghiên cứu như: thuốc YHCT, châm cứu, xoa bóp bấm huyết, tác động cột sống, xông thuốc, cứu ngải, cây chi.... Những phương pháp này đã và đang được áp dụng tại các cơ sở y tế trong điều trị đau TKT và mang lại hiệu quả điều trị cao trên lâm sàng [8],[9].

Hiện nay HLC mặc dù đã được nghiên cứu và áp dụng rộng rãi ở Trung Quốc điều trị các chứng đau do phong hàn ít nhiều đạt kết quả khả quan. Nhưng tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của phương pháp HLC trên các người bệnh mắc các chứng bệnh cơ xương khớp nói chung và bệnh lý cột sống nói riêng mà nguyên nhân do phong hàn gây bệnh, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá tác dụng của phương pháp hoá long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyết điều trị đau thần kinh tọa”** với hai mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá tác dụng của phương pháp hoá long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa.*
- 2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.*

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đau thần kinh tọa theo YHHD

1.1.1. Khái niệm chung

Dây TKT là dây thần kinh to và dài nhất cơ thể. Được cấu tạo bởi 2 rễ chính là rễ L5 và S1 và các rễ phụ L4, S2, S3. Thần kinh tọa đi từ chậu hông qua khớp xương cùng chậu, qua lỗ khuyết hông của xương chậu để vào mông, xuống đùi, khoeo, rồi chia làm hai nhánh.

+ Nhánh trước ngoài: đi dọc trước ngoài cẳng chân, xuống mắt cá, chia nhiều nhánh chi phối mu chân, ngón cái và hai ngón 2, 3.

+ Nhánh sau trong: đi sau cẳng chân. Xuống gót chân, chi phối gan bàn chân và hai ngón 4,5.

Đau dây TKT hay thần kinh hông to là chứng đau ở rễ thần kinh thắt lưng L5 và cùng S1 với đặc tính đau lan theo đường đi của dây TKT [2],[10].



Hình 1.1. Đường đi và phân nhánh dây thần kinh tọa [11]

Nguyên nhân gây bệnh:

+ *Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) CSTL*: là nguyên nhân chủ yếu thường gặp nhất (>80%). Thường xảy ra sau chấn thương như mang các vật nặng hay té ngã.

+ *Thoái hoá CSTL*: gai đốt sống, hay biến dạng bẩm sinh cột sống.

+ *Viêm cột sống dính khớp, thấp khớp, lao cột sống, ung thư cột sống ... [12].*

1.1.2. Triệu chứng của đau TKT

a. Triệu chứng lâm sàng

- **Triệu chứng cơ năng:** Thường gặp nhất là đau và rối loạn cảm giác

- Đau:

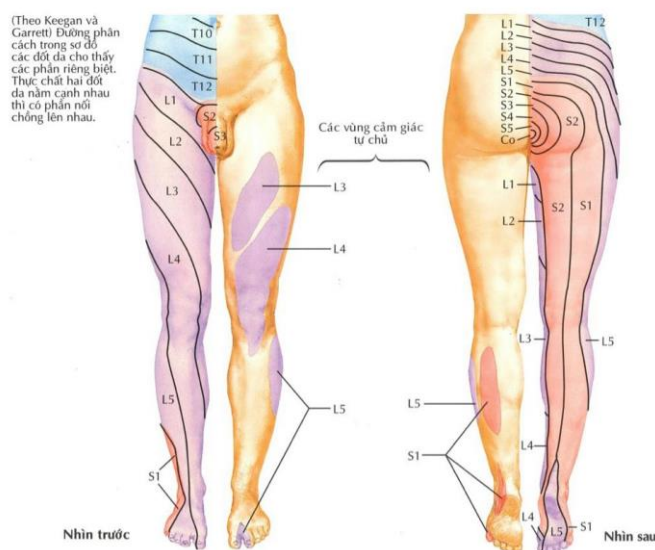
+ *Đau có tính chất cơ học:* Người bệnh thường đau tăng khi đi lại, làm việc nặng, ho và hắt hơi cũng làm người bệnh đau tăng. Khi nghỉ ngơi thường đau giảm hoặc không đau. Tuy nhiên cũng có người bệnh đau liên tục không phụ thuộc vào tư thế.

+ *Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa:* Đau từ thắt lưng lan xuống mông. Nếu tổn thương rễ L5, cơn đau thường lan về phía mặt sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, qua mắt cá ngoài tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Nếu tổn thương rễ S1 thường đau lan xuống mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, lan về phía gân Achille, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân phía ngón chân út.

+ Đau có thể xuất hiện sau một vận động mạnh hay một thay đổi tư thế đột ngột, hoặc có thể xuất hiện từ từ theo kiểu bán cấp hoặc mạn tính. Cường độ đau có thể dữ dội trong đau cấp tính, hoặc có thể đau âm ỉ nếu là đau mạn tính [1],[2].

- Rối loạn cảm giác:

Giảm hoặc mất cảm giác hoặc có cảm giác tê bì như kiến bò, hay có cảm giác như bông ở chân... vùng rối loạn cảm giác tùy theo rễ thần kinh bị chèn ép, giảm khả năng đi lại, vận động và sinh hoạt [13].



Hình 1.2. Định khu tổn thương tủy sống [11]

● **Triệu chứng thực thể**

Bệnh cảnh lâm sàng của hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thường đặc trưng bởi 2 hội chứng bệnh lý chính: Hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh [13].

❖ **Hội chứng cột sống:**

+ *Biến dạng CSTL*: biểu hiện bằng sự thay đổi đường cong sinh lý CSTL (giảm đường cong sinh lý, mất đường cong sinh lý, đường cong sinh lý đảo ngược hoặc lệch vẹo CSTL).

+ *Co cứng khối cơ cạnh sống*: là tình trạng co cứng liên tục, không tự nhiên của khối cơ cạnh cột sống.

+ *Điểm đau cột sống*: ấn trên các mòm gai cột sống để tìm điểm đau. Trường hợp người bệnh tổn thương ở rễ thần kinh nào thường có điểm đau ở vị trí cột sống tương ứng.

+ *Hạn chế vận động CSTL*: thể hiện bằng sự giảm biên độ vận động của CSTL, giảm độ giãn CSTL (đánh giá thông qua nghiệm pháp Schober hoặc nghiệm pháp tay – đất) [1],[13].

- Nghiệm pháp tay đất.

- Nghiệm pháp Schober.

❖ **Hội chứng rễ thần kinh**

+ *Đặc điểm của đau rễ thần kinh*: Theo Mumentheler và Schliack, hội chứng rễ thần kinh có những đặc điểm sau: rối loạn cảm giác lan theo dọc các dải cảm giác, teo cơ do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép, giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

Đặc điểm của đau rễ: đau dọc theo vị trí tương ứng của rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, đau có tính cơ học và xuất hiện sau đau thắt lưng cục bộ, cường độ đau không đồng đều giữa các vùng ở chân.

Các dấu hiệu kích thích rễ (có giá trị chẩn đoán cao): bao gồm các dấu hiệu Lasègue; dấu hiệu “bấm chuông”; điểm đau Valleix .

Có thể gặp các dấu hiệu tổn thương rễ: bao gồm một hoặc nhiều triệu chứng: rối loạn cảm giác theo chi phối của rễ thần kinh, rối loạn vận động (gấp hoặc duỗi bàn chân), giảm phản xạ gân xương (gân gót hoặc gân tứ đầu đùi), teo cơ và rối loạn cơ tròn khi có tổn thương nặng (chèn ép đuôi ngựa) [1],[2],[14].

b. Thay đổi cận lâm sàng

- ***Chụp X- quang CSTL***

Chụp X- quang thường quy CSTL trong đau TKT thường ít đặc hiệu, ít có giá trị do đa phần các trường hợp là do nguyên nhân cơ học hoặc TVĐĐ [1].

Chụp ở tư thế thẳng, nghiêng có thể thấy xuất hiện các hình ảnh:

- Cột sống mất đường cong sinh lý.

- Hình ảnh thoái hóa cột sống như gai xương ở thân đốt sống, mặt khớp đốt sống, lỗ gian đốt sống (các gai xương gần lỗ gian đốt sống rất dễ chèn ép vào rễ thần kinh), hẹp khoang gian đốt, đặc xương dưới sụn, cầu xương.

- Hình ảnh trượt đốt sống ra trước.

- Hình ảnh loãng xương.

Các hình ảnh này cho phép hướng tới nguyên nhân gây chèn ép dây TKT [1].

- ***Chụp MRI và chụp CT Scanner CSTL***

Chụp MRI và CT Scanner CSTL được sử dụng nhiều để phát hiện tổn thương trong các bệnh lý vùng cột sống thắt lưng. MRI cho phép thầy thuốc thấy rõ hơn các tổn thương ở mô mềm của vùng CSTL, trong khi đó CT Scanner lại giúp đánh giá rõ các tổn thương ở xương [13].

Chụp MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tương đối phổ biến để xác định các nguyên nhân gây đau TKT như: Thoái hóa đĩa đệm, TVĐĐ...

- ***Điện cơ đồ và tốc độ dẫn truyền thần kinh:***

Giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh của dây TKT, tuy nhiên phương pháp ghi điện cơ đồ bằng điện cực kim thường hay được áp dụng hơn đo tốc độ dẫn truyền thần kinh trong định khu và tiên lượng [13].

1.1.3. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Về mặt lâm sàng, chẩn đoán xác định bệnh nhân có đau TKT khi có 2 hội chứng: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh [1].

b. Cận lâm sàng

Trên phim chụp X - quang, MRI, CT Scanner CSTL có phát hiện hình ảnh nguyên nhân gây nên đau TKT như: Thoái hóa CSTL, TVĐĐ CSTL ... [13].

1.1.4. Điều trị

❖ Nguyên tắc chung:

- + Nghỉ ngơi và bất động khi đau nhiều.
- + Dùng các thuốc giảm đau.
- + Dùng thuốc giãn cơ.
- + Kết hợp điều trị vật lý trị liệu, châm cứu bấm huyệt.
- + Sử dụng một số biện pháp đặc biệt khi cần: tiêm ngoài màng cứng, tiêm vào đĩa đệm, kéo giãn cột sống...
- + Phẫu thuật trong một số trường hợp.
- + Dùng một số sản phẩm tăng chuyên hóa tế bào sụn: Glucosamine, Chondroitin [2],[13].

❖ Điều trị cụ thể

● Chế độ vận động

- Nằm nghỉ tại chỗ trong giai đoạn đau cấp.
- Vận động nhẹ nhàng trong giai đoạn bán cấp để tăng cường độ chắc của các cơ cạnh cột sống [15].

● Vật lý trị liệu:

- Dùng nhiệt trị liệu, xoa nắn, chỉnh hình, điện xung, sóng ngắn, châm cứu, kéo giãn cột sống, tắm suối khoáng, đắp bùn ... [16].

● Điều trị bằng thuốc:

- *Thuốc giảm đau*: Uống hoặc tiêm tùy vào mức độ

Dùng các thuốc giảm đau theo bậc: Paracetamol, chống viêm không steroid (NSAIDs), opioid.

Trường hợp đau nặng có thể kết hợp thêm nhóm thuốc giảm đau thần kinh: Neurontin, Lyrica, Tegretol...

- *Thuốc giãn cơ*:

Nếu có cơ cơ cạnh sống, vẹo và đau nhiều thì có thể cho thêm các thuốc giãn cơ như: Myonal, Mydocalm... [1],[2],[13].

● Điều trị phẫu thuật:

Được chỉ định trong các trường hợp cấp cứu như hội chứng đuôi ngựa, hội chứng chèn ép rễ hoặc có liệt, teo cơ, rối loạn cơ tròn, đau tái phát nhiều lần ảnh hưởng

nghiêm trọng đến lao động và sinh hoạt, đau kéo dài không đáp ứng với điều trị nội khoa 3 - 6 tháng [13].

1.2. Đau thần kinh tọa theo YHCT

1.2.1. Bệnh danh

Đau TKT được mô tả trong chứng tý của YHCT. Trong các Y văn cổ như Hoàng đế nội kinh tố vấn đã mô tả với nhiều bệnh danh khác nhau: Yêu cước thống, tọa cốt phong, tọa điển phong [7],[8].

1.2.2. Nguyên nhân gây bệnh

a. Ngoại nhân

Thường do ngoại tà bên ngoài thừa lúc tẩu lý sơ hở, chính khí suy kém xâm nhập vào hai đường kinh túc thái dương Bàng Quang và túc thiếu dương Đờm mà gây bệnh. Ngoại tà gây bệnh ở đây thường là phong tà, hàn tà hoặc thấp tà.

- *Phong tà*: Phong là gió, chủ khí của mùa xuân, có tính chất di chuyển, xuất hiện đột ngột. Vì thế, “Yêu cước thống” có thể xuất hiện đột ngột, diễn biến nhanh, đau lan theo đường đi của kinh túc thái dương bàng quang và kinh Túc thiếu dương đờm.

- *Thấp tà*: Chủ khí về cuối hạ, có tính chất nặng đục, nề trệ. Chính vì thế, bệnh nhân “Yêu cước thống” thường phát bệnh ở nửa người dưới, chi dưới nặng nề, khó vận động, các khớp co duỗi khó khăn, bệnh lâu ngày, khó khỏi.

- *Hàn tà*: Chủ khí về mùa đông, có tính ngưng trệ, co rút mạnh gây nên co rút cân cơ, khiến bệnh nhân đau, co duỗi các khớp khó khăn.

Các loại tà khí này có lúc đi riêng lẻ, cũng có lúc kết hợp với nhau để gây bệnh. Bệnh đều do 3 loại tà khí trên gây nên nhưng hàn tà vẫn là nguyên nhân chính gây bệnh. Ngoài ra, các loại ngoại tà này trong một số trường hợp đều có thể hóa hỏa, vì thế trên lâm sàng có thể trường hợp bệnh nhân có cảm giác nóng rát nơi đau [7],[17].

b. Nội nhân

Thường gặp ở người do chính khí suy yếu mà dẫn đến rối loạn chức năng của các tạng, nhất là hai tạng Can và thận. Sự rối loạn chức năng của hai tạng can, thận làm ảnh hưởng đến công năng của hai phủ Đờm, Bàng quang, từ đó ảnh hưởng đến sự tuần hành của khí huyết, kinh khí bị trở trệ (bế tắc) dọc đường đi của kinh Bàng quang và kinh Đờm (đường tuần hành của kinh này trùng với đường đi của dây TKT).

c. Bất nội ngoại nhân

Bệnh thường do mang vác vật nặng sai tư thế, do tai nạn, sang chấn... làm khí trệ huyết ú, dẫn tới sự vận hành khí huyết tại 2 đường kinh Đờm và Bàng quang bị bế tắc lại mà gây đau [8].

1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị

a. Thể Phong hàn thấp

- *Triệu chứng:*

Sau khi bị nhiễm lạnh, người bệnh xuất hiện đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân xuống gót chân đến ngón út hoặc đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi, xuống mặt trước ngoài cẳng chân đến mu chân xuống ngón cái. Đau tăng khi trời lạnh, chườm nóng đỡ đau, đi lại khó khăn. Sợ gió, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, tiểu trong, đại tiện phân bình thường hoặc nát, mạch phù hoặc phù khấn [7],[8].

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

+ Bài thuốc: Can khương thương truật linh phụ thang gia vị [18].

+ Châm cứu: Châm tả, cứu, ôn châm hoặc ôn điện châm các huyết sau ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút.

Châm các huyết dọc theo kinh Bàng quang và kinh Đờm bên bị bệnh: Giáp tích L5/S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung.

+ Xoa bóp bấm huyết: xoa bóp bấm huyết vùng lưng và dọc chi bị bệnh, các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn, bóp, ấn, điểm, vận động [7],[19].

b. Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư

- *Triệu chứng:* Đau mỏi vùng CSTL lan xuống chân theo đường đi của dây TKT. Đau tăng khi trời lạnh, tê bì, nặng nề, teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

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

+ Bài thuốc: Độc hoạt ký sinh thang gia giảm [18].

+ Châm cứu: Châm tả, bổ hoặc điện châm ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút, 7-10 lần/liệu trình.

Châm tả: Châm các huyệt dọc theo kinh Bàng quang và kinh Đờm bên bị bệnh: Giáp tích L5/S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung.

Châm bổ: Can du, Thận du, Tam âm giao 2 bên.

+ Xoa bóp bấm huyệt, thủy châm: như thể phong hàn thấp [7],[19].

c. *Thể thấp nhiệt*

● *Triệu chứng:*

Đau thắt lưng lan xuống mông theo đường đi của dây TKT. Đau có cảm giác nóng rát, đau nhức như kim châm, chân đau nóng hơn chân lạnh. Miệng khô háo khát, đại tiện táo, tiểu tiện vàng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch sác.

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

+ Bài thuốc: Ý dĩ nhân thang kết hợp Nhị diệu tán gia giảm [18].

+ Châm cứu: Châm tả hoặc điện châm ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút.

Châm các huyệt dọc theo kinh Bàng quang và kinh Đờm bên bị bệnh: Giáp tích L5/S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung.

Thêm các huyệt thanh nhiệt: Khúc trì, Đại chùy ...

+ Xoa bóp bấm huyệt, thủy châm, nhĩ châm: như thể phong hàn thấp [19].

d. *Thể huyết ứ*

● *Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh:*

Do lao động quá sức hoặc làm việc, vận động sai tư thế, hoặc do sang chấn, tai nạn dẫn đến huyết ứ tại kinh lạc, làm sự vận hành khí huyết trong kinh lạc bị nghẽn trở, gây đau tại nơi huyết ứ, hạn chế vận động [7],[8].

● *Triệu chứng:*

Đau thắt lưng lan xuống mông theo đường đi của dây TKT. Xảy ra sau chấn thương, lao động nặng, mang vác nặng... Đau dữ dội như dao cắt, không đi lại được hoặc đi lại khó khăn. Ăn ngủ kém, đại tiểu tiện bình thường, chất lưỡi tím, mạch sác.

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

+ Bài thuốc: Thân thống trục ứ thang [18].

+ Châm cứu: Châm tả hoặc điện châm ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút, 7-10 lần/ liệu trình.

Châm các huyết dọc theo kinh Bàng quang và kinh Đờm bên bị bệnh: Giáp tích L5/S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Thừa phù, Ân môn, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung.

Thêm các huyết hoạt huyết: Huyết hải, Tam âm giao.

+ Xoa bóp bấm huyết, thủy châm: như thể phong hàn [19],[20].

1.3. Tổng quan về HLC

1.3.1. Khái niệm

HLC là phương pháp dùng nhiệt để tán phong hàn trên mạch Đốc và kinh Túc Thái dương Bàng quang có tác dụng thông kinh hoạt lạc, giãn cơ giảm đau.

HLC còn được gọi là “Phô cứu”, “Cứu mạch Đốc”, “Trường xà cứu”, “Phô cứu mạch Đốc” thuộc phương pháp cứu nói chung. HLC chủ yếu tác dụng trên cột sống, mà cụ thể là Đốc mạch và kinh Bàng quang. Mạch Đốc là bễ của dương mạch, tổng quản dương khí toàn thân, làm đầy dương khí của cơ thể nhằm kháng lại sự xâm nhập của phong hàn thấp tà... Phần trên của kinh Bàng quang phân bố ở vùng lưng, nằm 2 bên mạch Đốc, các huyết bồi dưỡng của kinh Bàng quang có tác dụng quan trọng trong việc bổ dưỡng khí huyết cho các tạng phủ, điều trị nhiều chứng bệnh của các tạng phủ tương ứng. YHCT cho rằng điều tiết nâng cao sức khỏe nên “lấy thông làm dụng”. Vì thế lợi dụng sức nóng từ việc đốt ngải kết hợp với dược chất có trong ngải cứu và gừng tươi, HLC kích thích Đốc mạch, kinh Bàng quang từ đó mà ôn thông kinh lạc toàn thân, khí huyết vận hành thông sướng [9],[21].



Hình 1.3. Phương pháp HLC

1.3.2. Tác dụng của HLC

- Ôn: Lấy hỏa công tà, khứ hàn tán trệ, thúc đẩy tuần hoàn huyết dịch, tăng cường chức năng tạng phủ.
- Thông: Thông kinh hoạt lạc, khai thông kinh lạc, gia tăng tuần hoàn huyết dịch cơ thể.
- Điều: Điều hòa khí cơ tạng phủ, điều tiết thần kinh chức năng; ôn âm tử cung, điều kinh, tư dưỡng âm đạo ở phụ nữ.
- Bỏ: Phù chính khu tà, bổ ích cường thân, thúc đẩy chuyển hóa trao đổi chất, tăng cường chức năng hệ miễn dịch [9].

1.3.3. Nguyên liệu và dụng cụ

- Ngải nhung (*Herba Artemisiae vulgaris*): 300g, tốt nhất nên chọn loại ngải già.
- Gừng tươi (*Rhizoma Zingiberis recens*): 500g, thường chọn loại gừng củ già, rửa sạch, giã hoặc xay nhuyễn.
- Băng gạc, xăng, khăn, bật lửa, khay vuông, khay quả đậu, thuốc xịt bông Panthenol [9].



Hình 1.4. Chuẩn bị nguyên liệu

1.3.4. Phương pháp thực hiện HLC

- Bước 1:** Người bệnh nằm sấp trên giường và bộc lộ toàn bộ phần lưng.
- Bước 2:** Phủ một lớp khăn hoặc gạc dọc CSTL và vùng kinh Bàng quang.
- Bước 3:** Lấy gừng tươi đã xay nhuyễn rải đều trên gạc, dày khoảng 1 - 3cm và chiều rộng khoảng 5cm dọc theo cột sống. Sau đó cho một lớp ngải lên phía trên, độ dày và độ rộng phụ thuộc khả năng chịu nóng và tình trạng bệnh lý của người bệnh.
- Bước 4:** Châm môi lửa lên phía trên lớp ngải, để cháy hết một lượt ngải, rải tiếp thêm 1 - 2 lượt ngải như vậy.
- Bước 5:** Hết liệu trình điều trị, chú ý quan sát tình trạng da người bệnh [9].



Hình 1.5. Chuẩn bị người bệnh

1.3.5. Chỉ định

- Theo YHHĐ:

- Thoái hóa CSTL, thoát vị đĩa đệm CSTL, các bệnh liên quan đến cột sống, đốt sống, suy giảm chức năng sinh dục, vô sinh.

- Một số bệnh hô hấp về mùa đông: hen suyễn, viêm phế quản, viêm mũi...

- Theo YHCT: điều trị các bệnh lý nguyên nhân hàn chứng như:

- Đau lưng, đau cổ gáy, đau thần kinh tọa do lạnh.

- Đau dạ dày do lạnh, đi tả sáng sớm thuộc chứng tỳ thận dương hư.

- Nam giới suy nhược sinh dục, thận dương hư, kèm các chứng thất lưng và chân yếu mỏi, chóng mặt ù tai, tay chân lạnh, sợ lạnh, lưỡi nhạt bệu, rêu trắng nhớt, mạch trầm trì thuộc chứng mệnh môn hỏa suy, tinh khí hư hàn.

- Phụ nữ tử cung lạnh, thống kinh hoặc bệnh bạch đới kèm các chứng 2 chân phù thũng, suy giảm sinh dục, huyết trắng trong loãng, mình mẩy nặng nề, hay mỏi mệt, bụng dưới cảm thấy lạnh, tay chân lạnh, lưỡi nhạt bệu, rêu nhớt ẩm khối, mạch trầm tế thuộc chứng thận dương hư hàn... [9],[21].

1.3.6. Chống chỉ định

- Theo YHHĐ:

- Phụ nữ có thai và trẻ em, người có bệnh lý cao huyết áp, tim mạch không được kiểm soát.

- Người có bệnh lý ở da, hoặc có tổn thương, vết thương hở ở da vùng CSTL.

- Theo YHCT:

- Các bệnh lý nguyên nhân thực nhiệt, âm hư hỏa vượng (lưỡi đỏ, khô miệng, bốc hỏa, đổ mồ hôi đêm...)[9].

1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

• Các nghiên cứu về đau TKT

Cosma F.Andreula và cộng sự (2003) nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị liệu pháp oxy – ozone trong điều trị đau TKT do TVĐĐ, kết quả tốt đạt 78.3 % [22].

Gudavalli MR và cộng sự (2016) nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp Chiropractic trên người bệnh đau thắt lưng sau phẫu thuật đĩa đệm CSTL, kết quả 81% người bệnh giảm được 50 % mức độ đau sau 11 lần tác động trong 49 ngày [23].

Xue Zhang và cộng sự (2017) nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của điện châm và điện xung tần số trung bình trên người bệnh đau thần kinh hông to, 100 người bệnh được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 50 người. Nhóm 1 được điều trị bằng điện châm và nhóm 2 được điều trị bằng điện xung tần số trung bình (TB) trong vòng 4 tuần, cả 2 nhóm đều sử dụng rất ít thuốc chống viêm và giảm đau. Kết quả thay đổi điểm số đau trung bình của nhóm 1 là 2.3 và nhóm 2 là 1.06. Điện châm có nhiều lợi ích ngắn và dài hạn hơn so với điện xung tần số, và hiệu quả của điện châm là vượt trội hơn trên người bệnh bị đau TKT [24].

• Các nghiên cứu về HLC

Vương Hải Yến (2013) nghiên cứu 60 bệnh nhân TVĐĐ CSTL, người bệnh được chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm 30 người bệnh. Nhóm nghiên cứu (NC) được điều trị bằng trường xạ cứu kết hợp liệu pháp cạo gió, nhóm đối chứng được điều trị bằng liệu pháp cạo gió đơn thuần. Kết quả cho thấy kết hợp trường xạ cứu và liệu pháp cạo gió có tổng hiệu quả đạt 86.66% cao hơn hẳn liệu pháp cạo gió đơn thuần với tổng hiệu quả chỉ đạt 53.33% ($p < 0.05$) [25].

Dương Hòa Tường (2016) nghiên cứu trên 120 người bệnh thoái hóa cột sống cổ, chia nhóm chứng và nhóm nghiên cứu mỗi nhóm 60 người bệnh. Nhóm NC được dùng phương pháp cứu mạch đốc, nhóm chứng được dùng liệu pháp châm cứu, cả 2 nhóm đều được điều trị trong vòng 01 tháng. Kết quả cho thấy ở nhóm NC có 26 trường hợp khỏi bệnh, 34 trường hợp tiến triển tốt, tổng hiệu quả đạt 100%. Hiệu quả ở nhóm nghiên cứu tốt hơn hẳn nhóm đối chứng (ĐC) ($p < 0.01$). Kết luận phương pháp cứu

mạch đốc là phương pháp có hiệu quả và an toàn trong điều trị thoái hóa cột sống cổ [26].

Châu Tiểu Phương cùng cộng sự (2017) đã nghiên cứu hiệu quả điều trị của gia vị ô đầu tán HLC trên bệnh nhân TVĐĐ CSTL thể hàn thấp. Kết quả cho thấy gia vị ô đầu tán HLC điều trị bệnh nhân TVĐĐ thể hàn thấp có hiệu quả tốt, tính an toàn cao [27].

Trần San và cộng sự (2018) nghiên cứu 84 người bệnh thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh, chia 2 nhóm gồm nhóm NC và nhóm điều trị, mỗi nhóm 42 người bệnh. Nhóm ĐC được điều trị nền bằng châm cứu đơn thuần, nhóm điều trị được điều trị nền bằng châm cứu kết hợp HLC. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm điều trị có tổng hiệu quả, điểm của chỉ số đánh giá đau (PRI) và mức độ đau theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS) đều tốt hơn nhóm chứng ($p < 0.05$) [28].

Ngô Tiểu Tuệ (2018) nghiên cứu 80 người bệnh TVĐĐ CSTL thể hàn thấp. Nghiên cứu chia thành 2 nhóm, nhóm điều trị gồm 40 người bệnh được dùng phương pháp xoa bóp kết hợp HLC; 40 người bệnh nhóm ĐC được điều trị bằng xoa bóp kết hợp với cứu hộp thông thường. Nghiên cứu sau 4 tuần, kết quả cho thấy: điểm đau VAS ở cả 2 nhóm cùng giảm rõ rệt so với trước nghiên cứu ($p < 0.05$), trong đó nhóm điều trị giảm nhiều hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$. Đánh giá theo thang điểm Oswestry cho thấy sau điều trị kết quả khá và tốt ở cả 2 nhóm đều tăng ($p < 0.05$) và hiệu quả ở nhóm điều trị tốt hơn nhóm chứng với $p < 0.05$ [29].

Vương Tuệ cùng cộng sự (2020) nghiên cứu trên 60 người bệnh TVĐĐ CSTL thể hàn thấp, các người bệnh được chia thành nhóm NC và nhóm ĐC, mỗi nhóm 30 người bệnh. Nhóm NC được điều trị bằng HLC, nhóm ĐC được điều trị bằng ôn châm, liệu trình điều trị ngày 01 lần trong 10 ngày. Kết quả cho thấy điểm Japanese Orthopedic Association của nhóm NC cao hơn hẳn nhóm ĐC ($p < 0.05$). Điểm đau VAS của nhóm NC giảm hơn nhóm ĐC một cách rõ rệt ($p < 0,05$). Tỷ lệ khỏi bệnh của nhóm NC đạt 70% cao hơn nhóm ĐC chỉ đạt 56.7% ($p < 0.05$). Tuy nhiên tổng hiệu quả của 2 nhóm NC (93.3%) và nhóm ĐC (90%) là không có sự khác biệt ($p > 0.05$) [30].

1.5. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam

Việt Nam chưa có nghiên cứu HLC điều trị các bệnh lý cột sống. Một số công trình nghiên cứu đánh giá các phương pháp dùng thuốc, không dùng thuốc điều trị đau TKT như:

Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021) kết quả điều trị đau dây TKT do TVĐĐ bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn CSTL đạt kết quả điều trị 80% tốt; 13,3% khá; 6.7% trung bình [31].

Bùi Thanh Hà và cộng sự (2010) nghiên cứu hiệu quả điều trị TVĐĐ CSTL bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống trên 30 người bệnh với kết quả điều trị tốt đạt 80%; khá đạt 13.33%; cải thiện tốt TVĐ cột sống đạt 93.33% [32].

Trần Minh Hiếu, Dương Trọng Nghĩa (2020) đánh giá tác dụng của điện trường châm, kéo giãn cột sống kết hợp bài “ Độc hoạt tang ký sinh” trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, kết quả thu được là tốt 83.3 %, khá 13.3 %, trung bình 3.3 %, kém 0 % [33].

Trần Thị Minh Quyên, Lê Thành Xuân, Nguyễn Thị Thuận (2023) tác dụng cải thiện TVĐ CSTL của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do TVĐĐ cột sống. Nghiên cứu 60 người bệnh được chẩn đoán hội chứng thắt lưng hông do TVĐĐ CSTL. Nghiên cứu chia thành 2 nhóm, nhóm ĐC (n = 30) điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt; nhóm NC (n = 30) điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường. Sau điều trị 20 ngày, TVĐ CSTL của 2 nhóm tăng rõ rệt, cải thiện độ giãn CSTL nhiều, trong đó hiệu suất tăng độ giãn CSTL của nhóm NC cao hơn so với nhóm ĐC ($p < 0.05$). [34].

Trần Danh Tiến Thịnh, Phùng Quang Tùng (2022) đánh giá hiệu quả điều trị TVĐĐ cột sống thắt lưng độ I, II, III bằng sóng ngắn, xoa bóp bấm huyệt, điện châm và kéo giãn cột sống. Nghiên cứu trên 70 người bệnh chia thành hai nhóm: nhóm NC với 35 được can thiệp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt, kéo giãn cột sống bằng máy, sóng ngắn điều trị; nhóm ĐC gồm 35 bệnh nhân được can thiệp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt. Sau can thiệp điểm VAS, ODI của hai nhóm đều cải thiện có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa trên lâm sàng so với trước điều trị, Tuy nhiên nhóm NC cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ [35].

Ngô Quỳnh Hoa, Lê Kiều Oanh (2022) hiệu quả cải thiện TVĐ và chức năng sinh hoạt hàng ngày của “Độc hoạt thang” trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa CSTL. Nghiên cứu gồm 60 người bệnh, chia vào 2 nhóm, nhóm NC gồm 30 người bệnh điều trị bằng phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt thang”. nhóm ĐC gồm 30 người bệnh điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Cả 2 nhóm có sự cải thiện rõ rệt TVĐ CSTL ở các thời điểm 10 và 20 ngày điều trị với $p < 0.05$. Tuy nhiên nhóm NC có mức độ cải thiện TVĐ CSTL ở tất cả các động tác tốt hơn nhóm ĐC và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ [36].

Nguyễn Văn Hưng, Phạm Thị Xuân Mai (2018) hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. Nghiên cứu gồm 30 người bệnh được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa CSTL được điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế. Mức độ đau của người bệnh ở thời điểm trước điều trị và sau điều trị 10 ngày, sau điều trị 20 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng người bệnh ở mức đau nhẹ tăng dần ở thời điểm sau 10 ngày điều trị và chiếm tỉ lệ 100% ở thời điểm sau 20 ngày điều trị. Sau điều trị sự cải thiện về độ giãn CSTL theo Schober ở cả hai thời điểm sau 10 ngày và sau 20 ngày điều trị đều rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả điều trị chung là 26.7 % tốt, 56.7 % khá, 16.6 % trung bình và 0 % kém [38].

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

- Phương pháp HLC: Ngải nhung (300g) chọn cây ngải già, lấy lá khô, sao qua tán bột bỏ xơ, sợi; Gừng tươi (500g) chọn loại gừng già, đem xay nhuyễn hoặc giã nát.

- Điện châm và xoa bóp bấm huyệt theo phác đồ của Bộ Y tế.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy điện châm KWD - TN09 - T06 của Công ty TNHH Thương mại và sản xuất Thiết bị Y tế Hà Nội.

- Kim châm cứu dài 5 cm – 10 cm, đường kính 0,1mm; xuất xứ hãng Đông Á, Việt Nam.

- Pank vô khuẩn, bông, cồn 70°, khăn, bột lửa.

- Thuốc xịt bong Panthenol.

- Thước dây, thước đo mức độ đau VAS, thước đo tầm vận động của khớp (ROM) (xem phụ lục 2).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định: Đau TKT theo YHHĐ, được khám và điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

* **Theo YHHĐ:**

- Tuổi từ 18 đến 70.
- Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.
- Có mức độ đau: $3 \leq \text{VAS} \leq 6$.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ nguyên tắc điều trị.

+ **Lâm sàng:**

● **Hội chứng cột sống:**

- Đau và hạn chế vận động CSTL.
- Có điểm đau cột sống và cạnh sống.
- Nghiệm pháp tay đất (+).
- Nghiệm pháp Schober (+).
- Hạn chế tầm vận động (Gấp, duỗi, nghiêng bên đau).

- Co cứng cơ vùng thắt lưng.

● **Hội chứng chèn ép rễ thần kinh:**

- Nghiệm pháp Lasègue (+).

- Dấu hiệu chuông bấm (+).

- Điểm đau Valleix: đau từ 3 điểm trở lên.

- Rối loạn cảm giác: Đau kèm theo dị cảm (tê bì, kim châm, kiến bò...).

+ **Cận lâm sàng:** Trên phim Xquang hoặc MRI CSTL có các hình ảnh thoái hóa CSTL [1],[2].

* **Theo YHCT:**

Chẩn đoán xác định “Yêu cước thông” với một trong hai thể sau:

- **Thể Phong hàn thấp:** Sau khi bị nhiễm lạnh, người bệnh xuất hiện đau từ thắt lưng lan xuống hông, mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân xuống gót chân. Đau tăng khi trời lạnh, chườm nóng đỡ đau, đi lại khó khăn. Sợ gió, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, tiêu trong, đại tiện phân bình thường hoặc nát, mạch phù hoặc phù khản.

- **Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư:** Đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây TKT, đau tăng khi trời lạnh, tê bì, nặng nề, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Các triệu chứng toàn thân kèm theo: ăn ngủ kém, tiêu tiện trong dài, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng dày, nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm trì [7],[8].

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh có chỉ định điều trị phẫu thuật.

- Đau TKT do tổn thương thực thể, các bệnh toàn thân như: chấn thương cột sống, ung thư CSTL, ung thư di căn đến CSTL, nhiễm khuẩn, lao cột sống...

- Phụ nữ có thai, người có bệnh lý cao huyết áp, tim mạch không được kiểm soát.

- Người có bệnh lý ở da, hoặc có tổn thương, vết thương hở ở da vùng thắt lưng.

- Người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính khác.

- Bệnh lý nguyên nhân thực nghiệm.

- Người bệnh không tuân thủ điều trị, tự ý dùng thuốc ngoài nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị và so sánh với nhóm chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng công thức: $n_1 = n_2 = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.

ε : sai số tương đối, chọn $\varepsilon = 0,2$.

p: tỉ lệ điều trị có hiệu quả, lấy $p = 0,7$ [38].

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

Từ công thức tính trên ta có $n_1 = n_2 = 40$ [39].

- Chia người bệnh vào 2 nhóm, nhóm ĐC và nhóm NC đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, mức độ đau theo VAS.

- Nhóm NC: Gồm 40 người bệnh, điều trị bằng phương pháp HLC, kết hợp với phác đồ nền điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

- Nhóm ĐC: Gồm 40 người bệnh, điều trị bằng phác đồ điều trị nền điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Người bệnh được chẩn đoán đau TKT đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được lựa chọn vào nghiên cứu.

Người bệnh được thực hiện khám lâm sàng, chụp Xquang CSTL hoặc MRI CSTL.

Người bệnh được đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị (D_0).

Bước 2:

Nhóm NC: Gồm 40 người bệnh, điều trị bằng phương pháp HLC kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt (theo thứ tự xoa bóp bấm huyệt \rightarrow HLC \rightarrow điện châm), liệu trình điều trị là 15 ngày (thứ bảy, chủ nhật nghỉ điều trị).

- Điều trị bằng HLC vào các ngày $D_0, D_3, D_7, D_{11}, D_{15}$ ngày 01 lần.

- Chuẩn bị ngâm nhung và gừng tươi giã nát.

+ Người bệnh nằm sấp trên giường và bộc lộ toàn bộ phần lưng.

+ Xát khuẩn vùng làm thủ thuật.

+ Sau đó phủ một lớp khăn hoặc xăng dọc CSTL và kính Bàng quang vùng lưng.

+ Lấy gừng tươi đã xay nhuyễn rải đều trên gạc, dày khoảng 1 - 3 cm và chiều rộng khoảng 5cm dọc theo cột sống. Sau đó cho một lớp ngải nhung lên phía trên, độ dày khoảng 1,5cm, rộng khoảng 3cm.

+ Châm mỗi lửa lên phía trên lớp ngải, để cháy hết một lượt ngải, rải tiếp thêm 1 - 2 lượt ngải như vậy. Thời gian thực hiện khoảng 15 - 20 phút [9],[21].

- Điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt theo phác đồ của Bộ Y Tế:

❖ **Điện châm và xoa bóp bấm huyệt theo phác đồ của Bộ Y Tế** [7],[40],[41]:

• Thể Phong hàn thấp:

- *Điện châm:*

+ Châm tả các huyệt:

Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rễ S1): A thị vùng cột sống thắt lưng Giáp tích L4- L5, L5- S1, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Ân môn, Thừa phù, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lôn.

Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rễ L5): A thị vùng cột sống thắt lưng Giáp tích L4- L5, L5- S1, Thận du, Đại trường du, Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Huyền chung, Khâu khư.

Các bước tiến hành:

- Bước 1:

+ Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

+ Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định châm.

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

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

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

- Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ - tả của máy điện châm:

- Tần số (đặt tần số cố định tùy theo thể bệnh lâm sàng): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bỏ từ 1 - 3Hz.

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

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

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

Liệu trình điện châm 20 phút/ lần x 01 lần/ ngày x 15 ngày (thứ 7 và chủ nhật nghỉ điều trị).

- *Xoa bóp bấm huyết:*

Liệu trình xoa bóp bấm huyết 20 phút/ lần x 01 lần/ ngày x 15 ngày (thứ 7 và chủ nhật nghỉ điều trị). Tư thế người bệnh nằm sấp, hai tay xuôi theo thân hoặc để lên đầu, thầy thuốc thực hiện các thủ thuật:

+ Xoa, sát dọc hai bên thắt lưng.

+ Day dọc hai bên thắt lưng.

+ Lăn hai bên thắt lưng và cột sống.

+ Bóp cơ dọc hai bên CSTL.

+ Tìm điểm đau tại vùng CSTL, day và ấn điểm đau cùng các huyết từ nhẹ đến mạnh.

• Thể Phong hàn thấp kết hợp can thận hư:

+ Châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp và châm bỏ thêm các huyết Can du, Thận du

+ Xoa bóp bấm huyết: giống thể phong hàn thấp, bấm thêm huyết Can du, Thận du.

Nhóm ĐC: Gồm 40 người bệnh điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyết theo phác đồ của Bộ Y Tế, liệu trình điều trị là 15 ngày (thứ bảy, chủ nhật nghỉ điều trị).

Bước 3: Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm D₀, sau 05 ngày điều trị (D₅), sau 10 ngày điều trị (D₁₀), sau 15 ngày điều trị (D₁₅).

2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- **Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thể bệnh YHCT.

- **Các chỉ tiêu lâm sàng:** đánh giá tại các thời điểm nghiên cứu (D₀, D₅, D₁₀, D₁₅).

- + Mức độ đau theo thang điểm VAS.

- + Đo tầm vận động (TVĐ) của CSTL gấp (cúi), duỗi (ngửa), nghiêng (dùng thước đo ROM bằng phương pháp zero).

- + Đo độ giãn CSTL (Nghiệm pháp Schober).

- + Đánh giá khoảng cách tay – đất.

- + Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh: Nghiệm pháp Lasègue, số điểm đau Valleix.

- + Đánh giá chất lượng cuộc sống (Bảng câu hỏi Oswestry Disability Index (ODI)).

- + Đánh giá hiệu quả điều trị chung.

- **Các chỉ tiêu theo YHCT:** đánh giá tại các thời điểm D₀ và D₁₅.

- Thẻ Phong hàn thấp: Đau vùng thắt lưng hoặc mông lan xuống chân; đau tăng khi trời lạnh, chườm ấm dễ chịu; sợ gió, sợ lạnh; đại tiện nát, tiểu tiện trong; chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng; mạch phù hoặc phù khản.

- Thẻ Phong hàn thấp kết hợp can thận hư: Đau vùng thắt lưng hoặc mông lan xuống chân; đau tăng khi trời lạnh, tê bì, nặng nề; ăn kém, ngủ ít; chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm trì.

- **Theo dõi tác dụng không mong muốn:** tại các thời điểm D₀ và D₁₅.

- Điện châm như: vụng châm, chảy máu khi rút kim, nhiễm trùng tại chỗ châm.

- Xoa bóp bấm huyệt: đau tăng lên, choáng.

- Tác dụng không mong muốn của hoả long cứu như: bỏng, dị ứng ngoài da.

- Chỉ số mạch, huyết áp trước và sau điều trị.

• **Cách tính điểm các chỉ số nghiên cứu :**

- **Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS:** mức độ đau chủ quan của người bệnh được lượng giá bằng thang điểm VAS. Thang VAS được chia thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 (hoàn toàn không đau) đến 10 (đau nghiêm trọng, không thể chịu được, có thể choáng ngất) (Phụ lục 2). Thang VAS được chia thành 4 mức độ:

Bảng 2.1. Cách tính điểm phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS trong nghiên cứu [1],[42]

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm đánh giá trong nghiên cứu
VAS = 0	Không đau	1 điểm
$0 < VAS \leq 3$	Đau nhẹ	2 điểm
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa	3 điểm
$6 < VAS \leq 10$	Đau nặng	4 điểm

- **TVĐ CSTL:** Đo bằng phương pháp Zero, , góc đo bắt đầu từ vị trí 0 đến vị trí mà khớp vận động được tối đa. tư thế người bệnh đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° , khi đó tất cả các khớp ở vị trí nghỉ được quy ước là 0° , rồi yêu cầu người bệnh làm các động tác gấp, duỗi, nghiêng bên đau. Đo TVĐ bằng thước đo ROM. Kết quả đo TVĐ CSTL chia làm 4 mức độ:

Bảng 2.2. Cách tính điểm và phân loại TVĐ của CSTL trong nghiên cứu [6]

Mức độ	Gấp	Duỗi	Nghiêng	Điểm
Bình thường	$\geq 70^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 30^\circ$	1 điểm
Hạn chế nhẹ	$50^\circ - 69^\circ$	$20^\circ - 24^\circ$	$25^\circ - 29^\circ$	2 điểm
Hạn chế vừa	$40^\circ - 49^\circ$	$15^\circ - 19^\circ$	$20^\circ - 24^\circ$	3 điểm
Hạn chế nặng	$< 40^\circ$	$< 15^\circ$	$< 20^\circ$	4 điểm

- **Mức độ giãn CSTL (nghiệm pháp Schober):** 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 10 cm và đánh dấu ở đó. Cho người bệnh cúi tối đa rồi đo khoảng cách hai điểm. Bình thường khoảng cách đó là 4 – 6cm. Độ giãn CSTL chia làm 4 mức độ:

**Bảng 2.3. Cách tính điểm và phân loại mức độ giãn CSTL
(nghiệm pháp Schober) [4],[6]**

Độ giãn CSTL (d)	Mức độ	Điểm
$d \geq 4\text{cm}$	Bình thường	1 điểm
$3\text{cm} \leq d < 4\text{cm}$	Hạn chế nhẹ	2 điểm
$2\text{cm} \leq d < 3\text{cm}$	Hạn chế vừa	3 điểm
$< 2\text{cm}$	Hạn chế nặng	4 điểm

- **Nghiệm pháp tay đất:** người bệnh đứng thẳng, từ từ cúi xuống phía trước, khớp gối giữ thẳng. Bình thường, bàn tay có thể chạm đất. Khi có hạn chế vận động vùng CSTL, động tác cúi sẽ bị hạn chế, bàn tay không chạm được đất. Người thầy thuốc sẽ đo khoảng cách từ bàn tay đến mặt đất. Khoảng cách này sẽ đánh giá mức độ nặng nhẹ của tổn thương.

Bảng 2.4. Cách tính điểm và phân loại khoảng cách tay – đất trong nghiên cứu [1]

Khoảng cách tay đất (t)	Mức độ	Điểm
$t \leq 10\text{cm}$	Bình thường	1 điểm
$10\text{cm} < t \leq 20\text{cm}$	Hạn chế nhẹ	2 điểm
$20\text{cm} < t \leq 30\text{cm}$	Hạn chế vừa	3 điểm
$> 30\text{cm}$	Hạn chế nặng	4 điểm

- **Nghiệm pháp Lasègue:** người bệnh nằm ngửa, duỗi thẳng chân, cổ chân trung tính, thầy thuốc nâng cổ chân và giữ gối cho bệnh nhân thẳng và thao tác khám theo 2 thì:

Thì 1: nâng cao dần chân bệnh nhân lên, giữ cho gối luôn ở tư thế duỗi thẳng, đến khi khớp háng người bệnh gấp 90 độ, chân còn lại vẫn duỗi. Bình thường có thể gấp háng tới 90 độ mà không bị đau.

Thì 2: Nếu khi khớp háng của người bệnh gấp dưới 90 độ với khớp gối duỗi thẳng mà người bệnh thấy đau từ hông, mông lan đến mặt sau đùi thì người thầy thuốc gấp gối của người bệnh lại và từ từ gấp khớp háng tiếp. Nếu bệnh nhân không đau, thầy thuốc có thể kết luận nghiệm pháp Lasegue dương tính và xác định góc gấp háng người bệnh đạt được ở tư thế chân duỗi thẳng (ví dụ tới góc 45° bệnh nhân kêu đau thì có nghĩa là Lasegue (+) 45°).

Bảng 2.5. Cách tính điểm và phân loại góc α – Nghiệm pháp Lasègue trong nghiên cứu [1],[43].

Góc α	Mức độ chèn ép	Điểm
$\alpha \geq 80^\circ$	Bình thường	1 điểm
$60^\circ \leq \alpha < 80^\circ$	Hạn chế nhẹ	2 điểm
$40^\circ \leq \alpha < 60^\circ$	Hạn chế vừa	3 điểm
$<40^\circ$	Hạn chế nặng	4 điểm

- **Điểm đau Valleix:** Ấn các điểm Valleix là những điểm chiếu của dây thần kinh tọa qua mặt da bệnh nhân thấy đau, bao gồm: điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa nếp kheo chân, điểm giữa cẳng chân sau.

Bảng 2.6. Cách tính điểm và phân loại mức độ số lượng điểm đau Valleix trong nghiên cứu [1],[6].

Số điểm đau Valleix	Mức độ	Điểm
0 điểm đau	Tốt	1 điểm
1 điểm đau	Khá	2 điểm
2-3 điểm đau	Trung bình	3 điểm
4-5 điểm đau	Kém	4 điểm

- **Thang điểm ODI:** bộ câu hỏi ODI gồm 10 chỉ số, mỗi chỉ số gồm 5 mức độ khả năng khác nhau được cho điểm từ 0 đến 5 điểm, điểm càng cao thì sự ảnh hưởng đến chức năng càng trầm trọng. Kết quả chỉ số ODI được phân thành 5 mức độ (phụ lục 3):

Bảng 2.7. Phân loại chức năng sinh hoạt hàng ngày dựa theo thang điểm ODI trong nghiên cứu [16],[44]

Chỉ số ODI	Ảnh hưởng của đau đến sinh hoạt	Điểm	Mức độ
0% – 20%	Giảm chức năng tối thiểu	1 điểm	Bình thường
21% – 40%	Giảm chức năng TB	2 điểm	Hạn chế nhẹ
41% – 60%	Giảm chức năng nặng	3 điểm	Hạn chế vừa
61% – 80%	Khuyết tật	4 điểm	Hạn chế nặng
81% - 100%	Nằm giường hoặc bệnh nhân phóng đại triệu chứng	5 điểm	Hạn chế rất nặng

- **Đánh giá kết quả điều trị chung:**

Dựa vào tổng điểm của các chỉ số: Mức độ đau theo thang điểm VAS, TVĐ CSTL, độ giãn CSTL, điểm đau Valleix, góc α , khoảng cách tay đất theo công thức.

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

Phân loại hiệu quả điều trị như sau:

Tốt: $\geq 75\%$

Khá $\geq 50\%$ đến dưới 75% .

Trung bình: Từ $\geq 25\%$ đến dưới 50%

Kém: $< 25\%$.

2.4. Địa điểm thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ 5/2023 đến 10/2023.

2.5. Xử lý số liệu

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

Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD. So sánh giá trị TB của các nhóm bằng T – test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2 .

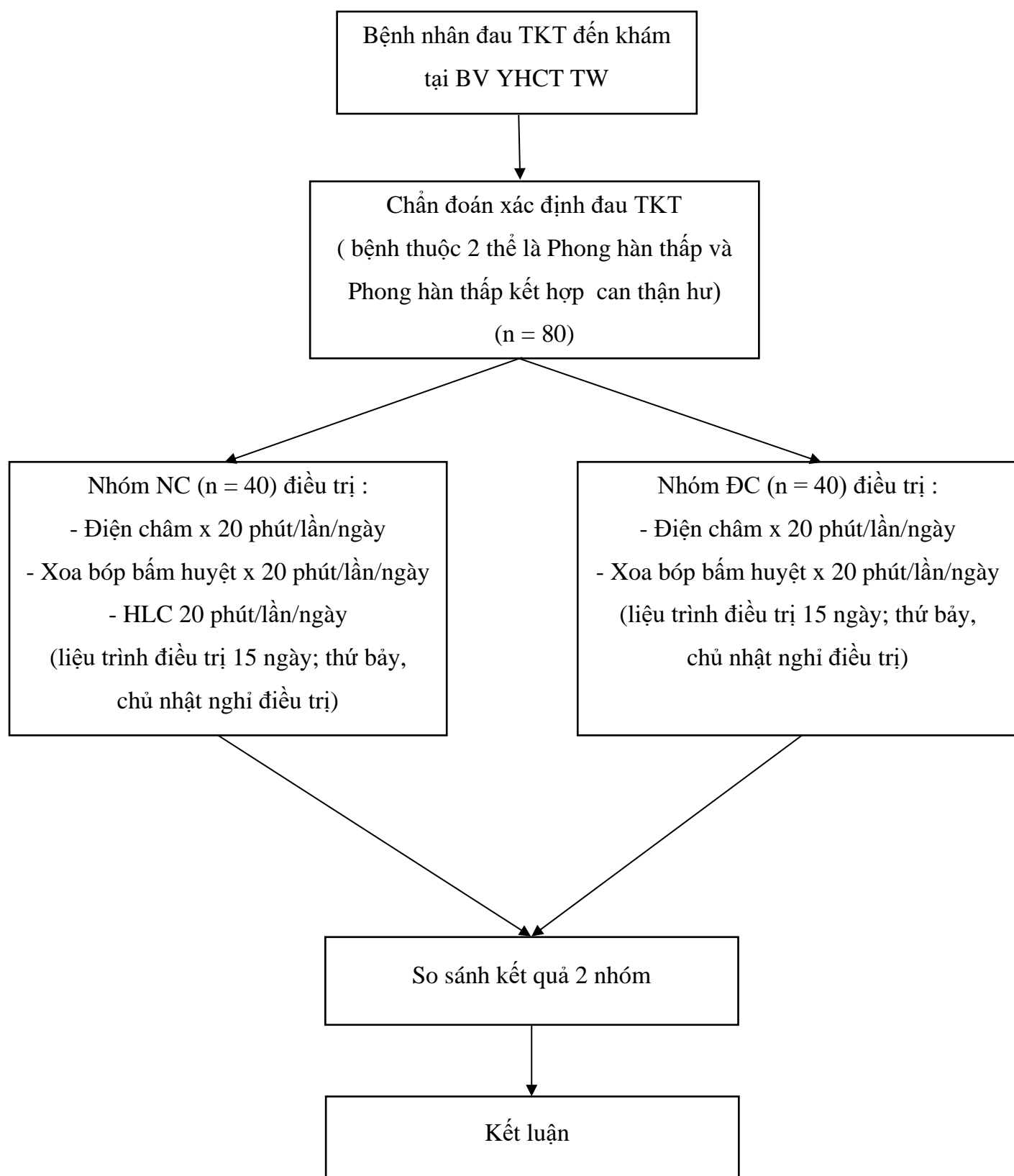
Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng khoa học của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương thông qua.

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

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



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3: KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo tuổi

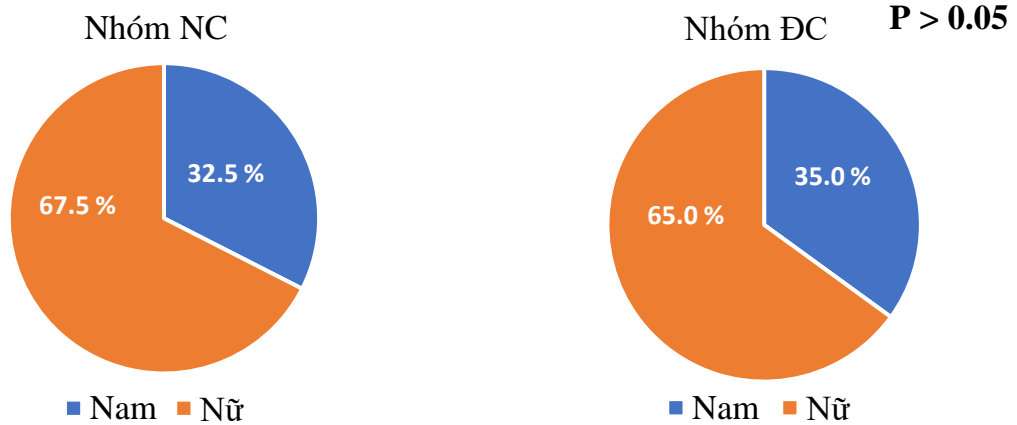
Nhóm Nhóm tuổi	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm ĐC (n = 40)		P (NC - ĐC)
	n	%	n	%	
18 – 29	2	5.0	2	5.0	> 0.05
30 – 39	9	22.5	7	17.5	
40 – 49	6	15.0	7	17.5	
50 – 59	13	32.5	17	42.5	
60 – 70	10	25.0	7	17.5	
Tổng	40	100	40	100	
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	49.80 \pm 12.77		49.86 \pm 11.23		> 0.05

Nhận xét:

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ người bệnh ở cả nhóm NC và nhóm ĐC đều cao nhất ở nhóm tuổi 50 – 59 tuổi, trong đó ở nhóm NC chiếm 32.5 %, nhóm ĐC chiếm 42.5 %. Nhóm tuổi từ 18 – 29 tuổi có tỷ lệ thấp nhất, chiếm 5.0 % ở cả hai nhóm. Sự khác biệt về phân loại theo nhóm tuổi ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tuổi trung bình của nhóm NC là 49.80 ± 12.77 , nhóm ĐC là 49.86 ± 11.23 , sự khác biệt về tuổi trung bình ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.2. Đặc điểm theo giới

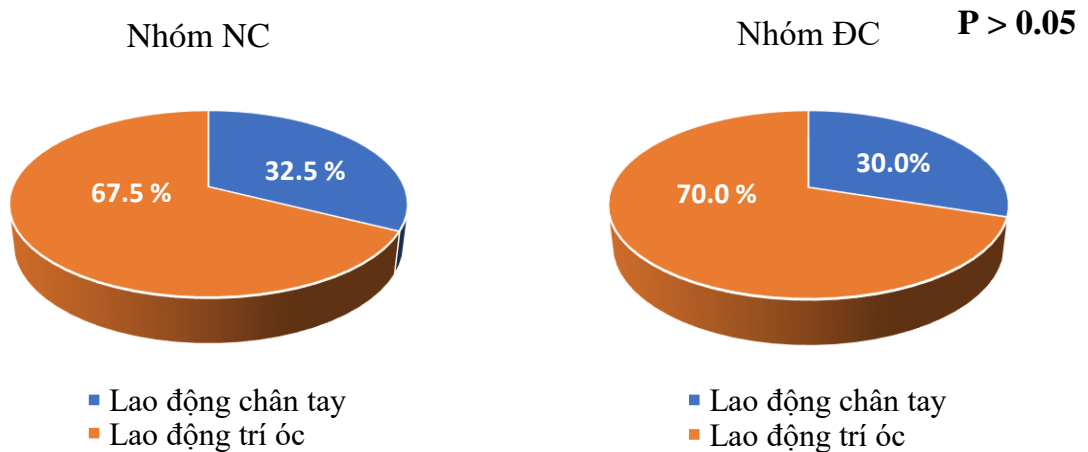


Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét:

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ gặp nhiều hơn nam ở cả hai nhóm. Nhóm NC có tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 67.5 %, tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 65.0 %. Sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

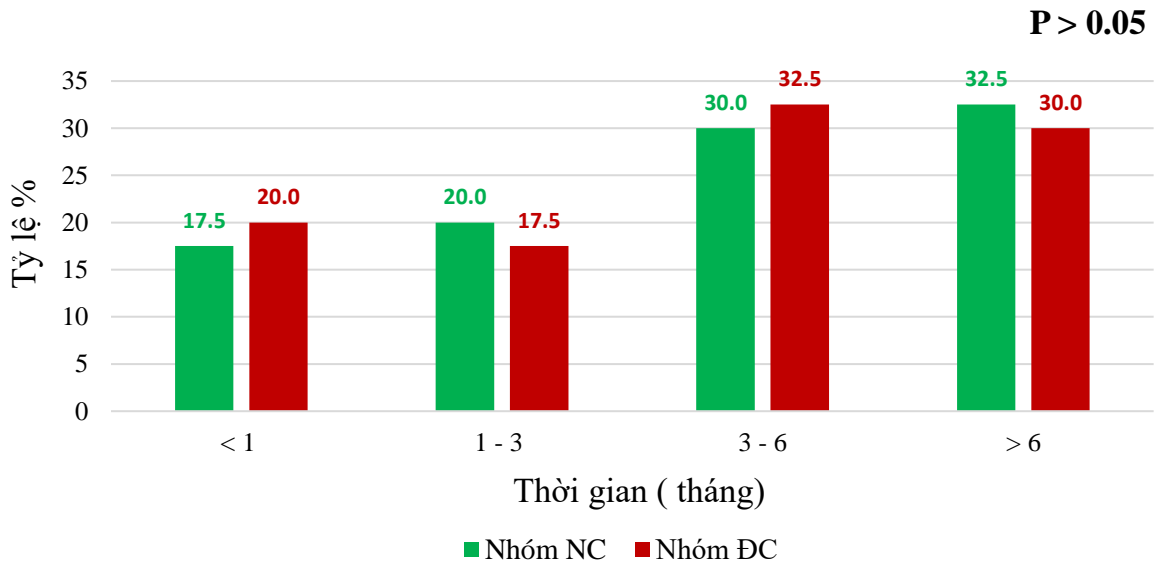


Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nhận xét:

Biểu đồ 3.2 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm lao động trí óc. Trong đó tỷ lệ ở nhóm NC chiếm 67.5 % và ở nhóm ĐC là 70.0 %. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.4. Thời gian mắc bệnh

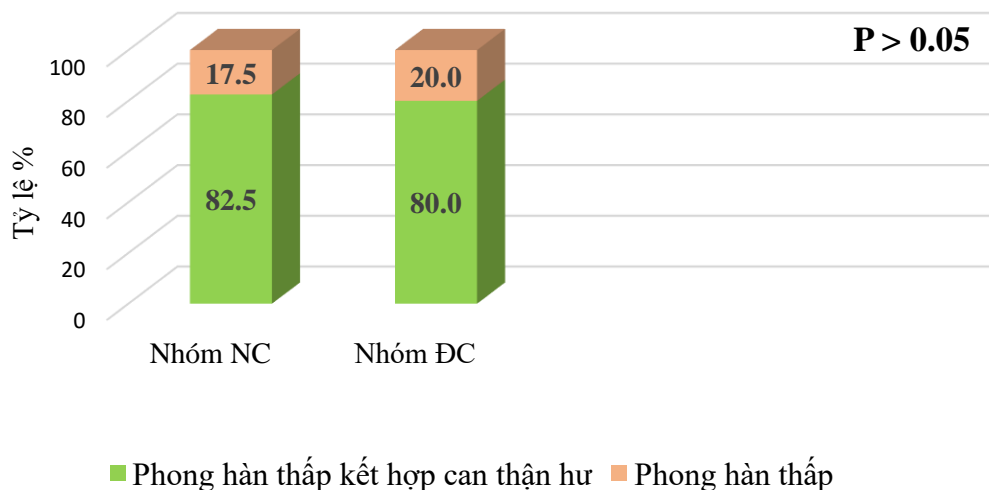


Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhận xét:

Biểu đồ 3.3 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trên 1 tháng. Trong đó, số người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 62.5 % ở cả hai nhóm. Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 17.5 % ở nhóm NC và 20.0 % ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0.05$.

3.1.5. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT

Nhận xét:

Biểu đồ 3.4 cho thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu mắc bệnh thuộc thể Phong hàn thấp kết hợp can thận hư, trong đó ở nhóm NC chiếm 82.5 % và nhóm ĐC chiếm 80.0 %. Sự khác biệt về đặc điểm phân bố người bệnh theo thể bệnh YHCT ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh trước nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm NC n = 40 ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm ĐC n = 40 ($\bar{x} \pm SD$)	P_{NC-ĐC}
VAS (điểm)	5.33 ± 1.05	5.38 ± 0.98	> 0,05
Gấp (độ)	53.25 ± 13.48	53.15 ± 10.85	> 0,05
Duỗi (độ)	19.28 ± 3.62	19.33 ± 3.70	> 0,05
Nghiêng (độ)	21.93 ± 3.61	22.08 ± 3.77	> 0,05
Schober (cm)	2.08 ± 0.71	2.10 ± 0.56	> 0,05
Tay đất (cm)	25.93 ± 6.31	24.98 ± 6.34	> 0,05
Lasegue (độ)	55.13 ± 13.55	55.28 ± 13.81	> 0,05
Valleix (điểm)	3.38 ± 1.30	3.18 ± 1.34	> 0,05
ODI (%)	49.2 ± 9.43	48.95 ± 9.16	> 0,05

Nhận xét:

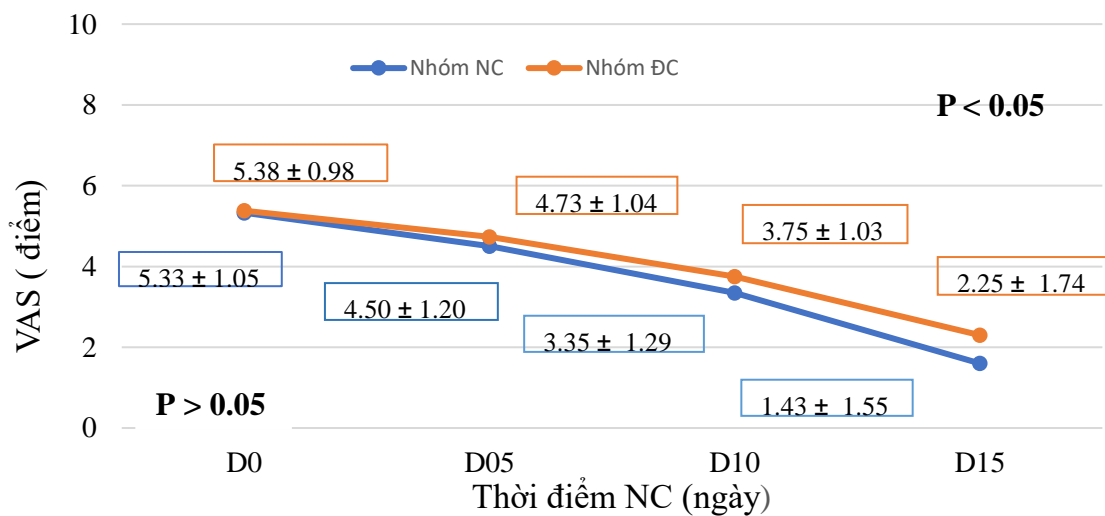
Tại thời điểm trước nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu như: điểm đau VAS, tầm vận động CSTL (gấp, duỗi, nghiêng), độ giãn CSTL (chỉ số Schober), nghiệm pháp tay đất, nghiệm pháp Lasegue, số điểm đau Valleix và chức năng sinh hoạt hàng ngày (theo thang điểm ODI) giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0.05$.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Cải thiện điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.3. Mức độ giảm đau sau 15 ngày điều trị

Nhóm Mức độ đau VAS	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm ĐC (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Không đau	0	0.0	20	50.0	< 0.05	0	0.0	12	30.0	< 0.05
Đau nhẹ	5	12.5	17	42.5		4	10.0	21	52.5	
Đau vừa	35	87.5	3	7.5		36	90.0	7	17.5	
Đau nặng	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									



Biểu đồ 3.5. Kết quả thay đổi chỉ số VAS TB tại các thời điểm NC

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.3 và biểu đồ 3.5 cho thấy trước điều trị toàn bộ người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức độ đau nhẹ và vừa, không có người bệnh nào có mức độ đau nặng, mức độ đau TB ở hai nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 05 và 10 ngày điều trị, điểm VAS TB ở cả hai nhóm đều giảm và có ý nghĩa so với trước điều trị với $p < 0.05$. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC.

Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, phần lớn người bệnh có mức độ đau nhẹ và không đau, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 92.5 % cao hơn ở nhóm ĐC là 82.5 %, điểm VAS TB ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với thời điểm trước vào viện với $p < 0.05$. Nhóm NC cải thiện điểm đau VAS TB tốt hơn nhóm ĐC, trong đó nhóm NC giảm điểm VAS TB từ 5.33 ± 1.05 xuống 1.43 ± 1.55 , nhóm ĐC giảm điểm VAS TB từ 5.38 ± 0.98 xuống 2.25 ± 1.74 , sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.3.2. Cải thiện TVĐ CSTL tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.4. Kết quả cải thiện điểm TB TVĐ CSTL

Nhóm		Nhóm NC n = 30 ($\bar{x} \pm SD$)	Nhóm ĐC n = 30 ($\bar{x} \pm SD$)	P _{NC-ĐC}
Tâm vận động (độ)				
D₀ (1)	Gấp	53.25 ± 13.48	53.15 ± 10.85	> 0,05
	Duỗi	19.28 ± 3.62	19.33 ± 3.70	
	Nghiêng	21.93 ± 3.61	22.08 ± 3.77	
D₅ (2)	Gấp	57.90 ± 12.58	55.75 ± 10.75	> 0,05
	Duỗi	20.93 ± 3.27	20.53 ± 3.46	
	Nghiêng	23.28 ± 3.52	23.13 ± 3.55	
D₁₀ (3)	Gấp	63.05 ± 10.74	58.60 ± 10.24	> 0,05
	Duỗi	22.38 ± 2.52	21.73 ± 3.06	
	Nghiêng	24.93 ± 3.12	24.00 ± 3.60	
D₁₅ (4)	Gấp	69.43 ± 9.12	62.75 ± 10.62	< 0.05
	Duỗi	24.88 ± 2.68	22.98 ± 2.78	
	Nghiêng	28.85 ± 3.03	25.65 ± 3.83	
P₁₋₂, P₁₋₃, P₁₋₄, P₂₋₃, P₂₋₄, P₃₋₄		< 0,05	< 0,05	

Nhận xét:

Bảng 3.4 cho thấy: trước điều trị, TVĐ CSTL TB ở 3 động tác: gấp, duỗi, nghiêng bên đau của hai nhóm người bệnh có sự tương đồng và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả sau 5 ngày điều trị, giá trị TVĐ TB của 3 động tác ở cả 2 nhóm cải thiện rõ ràng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên sự chênh lệch giá trị này ở hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 10 và 15 ngày điều trị, người bệnh ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện về giá trị TVĐ CSTL TB so với trước điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tại thời điểm ngày thứ 15 của nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.5. Kết quả cải thiện động tác gấp CSTL sau 15 ngày điều trị

Nhóm Độ gấp (độ)	Nhóm NC (n = 40)				P _{D0-D15}	Nhóm ĐC (n = 40)				P _{D0-D15}
	D ₀		D ₁₅			D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	5	12.5	28	70.0	< 0.05	3	7.5	19	47.5	< 0.05
Hạn chế nhẹ	12	30.0	9	22.5		17	42.5	12	30.0	
Hạn chế vừa	18	45.0	3	7.5		16	40.0	8	20.0	
Hạn chế nặng	5	12.5	0	0.0		4	10.0	1	2.5	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									
<i>Bình thường $\geq 70^0$; Hạn chế: nhẹ $50^0 - 69^0$, vừa $40^0 - 49^0$, nặng $< 40^0$</i>										

Nhận xét:

Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa động tác gấp CSTL, tỷ lệ này chiếm lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 75.0 % và 82.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả động tác gấp sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 92.5 % cao hơn ở nhóm ĐC là 77.5 %. Cải thiện mức độ hạn chế nặng ở nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.6. Kết quả cải thiện động tác duỗi CSTL sau 15 ngày

Nhóm Độ duỗi (độ)	Nhóm NC (n = 40)				P_{D0-D15}	Nhóm ĐC (n = 40)				P_{D0-D15}
	D ₀		D ₁₅			D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	2	5.0	28	70.0	< 0.05	4	10.0	22	55.0	< 0.05
Hạn chế nhẹ	17	42.5	10	25.0		15	37.5	14	35.0	
Hạn chế vừa	17	42.5	2	5.0		17	42.5	4	10.0	
Hạn chế nặng	4	10.0	0	0.0		4	10.0	0	0.0	
$P_{D0}(NC-ĐC)$	> 0.05									
$P_{D15}(NC-ĐC)$	< 0.05									
<i>Bình thường $\geq 25^0$; Hạn chế: nhẹ $20^0 - 24^0$, vừa $15^0 - 19^0$, nặng $< 15^0$</i>										

Nhận xét: Trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa động tác duỗi CSTL, tỷ lệ này chiếm lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 85.0 % và 80.0 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ động tác duỗi CSTL, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 95.0 % cao hơn ở nhóm ĐC là 90.0 %. Ở cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng động tác duỗi CSTL. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.7. Kết quả cải thiện động tác nghiêng CSTL sau 15 ngày điều trị

Nhóm Độ nghiêng (độ)	Nhóm NC (n = 40)				P_{D0-D15}	Nhóm ĐC (n = 40)				P_{D0-D15}
	D ₀		D ₁₅			D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	1	2.5	23	57.5	< 0.05	1	2.5	12	30.0	< 0.05
Hạn chế nhẹ	13	32.5	13	32.5		11	27.5	14	35.0	
Hạn chế vừa	21	52.5	4	10.0		22	55.0	12	30.0	
Hạn chế nặng	5	12.5	0	0.0		6	15.0	2	5.0	
$P_{D0}(NC-ĐC)$	> 0.05									
$P_{D15}(NC-ĐC)$	< 0.05									
<i>Bình thường $\geq 30^0$; Hạn chế: nhẹ $25^0 - 29^0$, vừa $20^0 - 24^0$, nặng $< 20^0$</i>										

Nhận xét:

Trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa động tác nghiêng CSTL, tỷ lệ này chiếm lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 85.0 % và 82.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ động tác nghiêng CSTL, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 90.0 % cao hơn ở nhóm ĐC là 65.0 %. Cải thiện động tác nghiêng mức độ vừa và nặng ở nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

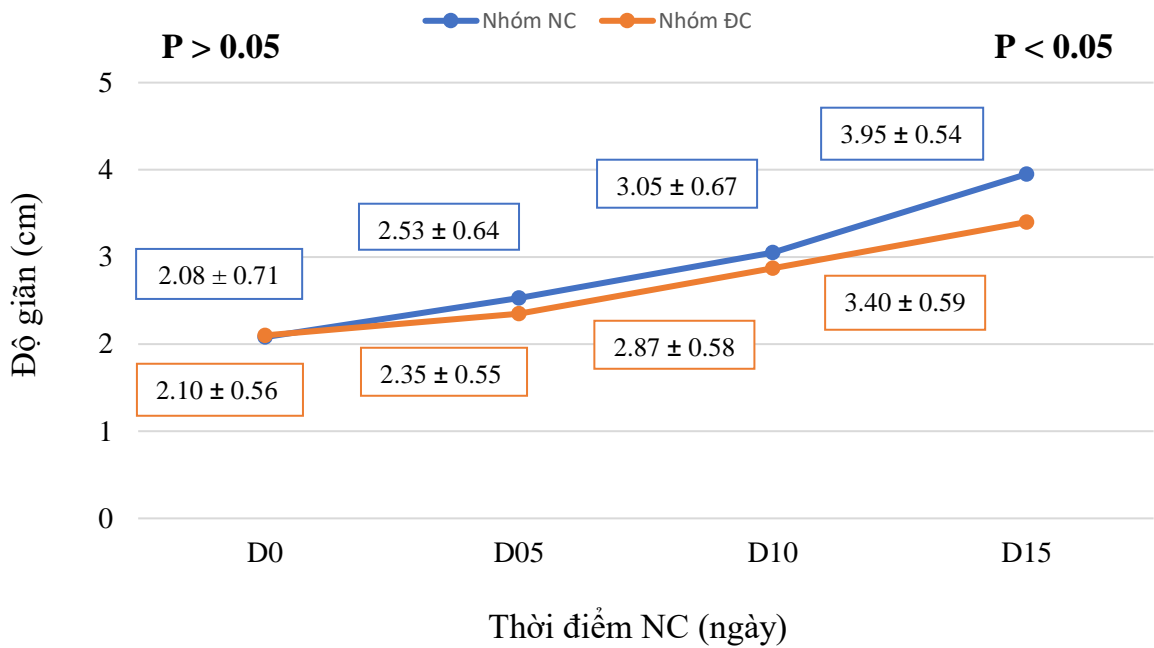
3.3.3. Cải thiện độ giãn CSTL tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.8. Kết quả cải thiện độ giãn CSTL sau 15 ngày điều trị

Độ giãn (cm)	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm ĐC (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	0	0.0	25	62.5	< 0.05	0	0.0	14	35.0	< 0.05
Hạn chế nhẹ	10	25.0	12	30.0		7	17.5	18	45.0	
Hạn chế vừa	19	47.5	3	7.5		26	65.0	8	20.0	
Hạn chế nặng	11	27.5	0	0.0		7	17.5	0	0.0	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									
<i>Bình thường ≥ 4cm ; Hạn chế: 3cm ≤ nhẹ < 4cm, 2cm ≤ vừa < 3cm, nặng < 2cm</i>										

Nhận xét: Trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa độ giãn CSTL, trong đó nhóm NC chiếm 72.5 % và nhóm ĐC chiếm 82.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị sự cải thiện độ giãn CSTL ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên sự cải thiện độ giãn CSTL ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ độ giãn CSTL ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 92.5 % và 80.0 %. Ở cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng độ giãn CSTL, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.6. Kết quả thay đổi độ giãn CSTL TB tại các thời điểm NC

Nhận xét:

Trước điều trị độ giãn CSTL TB ở hai nhóm là tương đương nhau, nhóm NC là 2.08 ± 0.71 cm và nhóm ĐC là 2.10 ± 0.56 cm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 5 ngày điều trị, độ giãn CSTL TB ở cả hai nhóm đều có xu hướng tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì sự cải thiện độ giãn CSTL trung bình không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 10 ngày điều trị, độ giãn CSTL TB ở cả hai nhóm tiếp tục tăng và có ý nghĩa so với thời điểm trước điều trị với $p < 0.05$. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm về cải thiện độ giãn CSTL trung bình không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị độ giãn CSTL TB ở cả hai nhóm đều tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị với $p < 0.05$. Nhóm NC cải thiện độ giãn CSTL TB tốt hơn nhóm ĐC, trong đó độ giãn CSTL TB ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 3.95 ± 0.54 cm và 3.40 ± 0.59 cm, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.3.4. Cải thiện khoảng cách tay – đất tại các thời điểm nghiên cứu

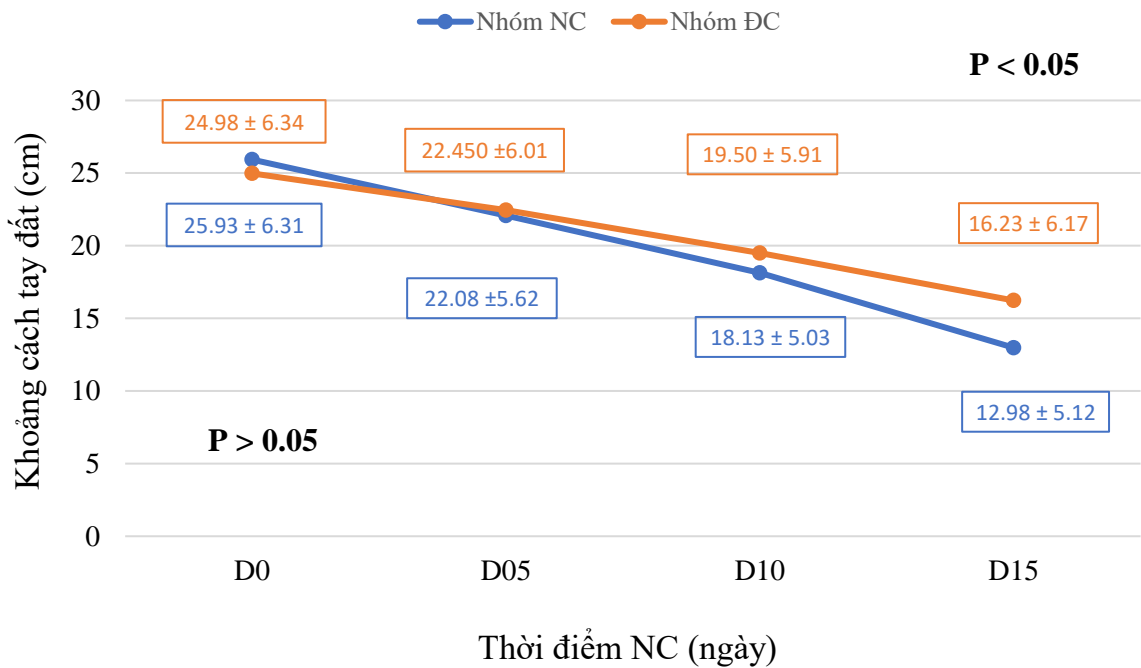
Bảng 3.9. Kết quả cải thiện khoảng cách tay – đất sau 15 ngày điều trị

Khoảng cách tay đất (cm)	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm ĐC (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	2	5.0	23	57.5	< 0.05	1	2.5	13	32.5	< 0.05
Hạn chế nhẹ	8	20.0	10	25.0		10	25.0	15	37.5	
Hạn chế vừa	22	55.0	7	17.5		22	55.0	12	30.0	
Hạn chế nặng	8	20.0	0	0.0		7	17.5	0	0.0	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									
<i>Bình thường ≤ 4cm ; Hạn chế: 10cm < nhẹ ≤ 20cm, 20cm < vừa ≤ 30cm, nặng > 30cm</i>										

Nhận xét:

Trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có hạn chế vừa mức độ tay đất, chiếm 55.0 % ở cả hai nhóm, mức độ hạn chế nặng ở hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 20.0 % và 17.5 %. Sự khác biệt về mức độ khoảng cách tay đất ở hai nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị không có người bệnh hạn chế nặng khoảng cách tay đất ở cả hai nhóm, sự cải thiện khoảng cách tay đất ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên sự cải thiện khoảng cách tay đất ở nhóm NC cao hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ khoảng cách tay đất ở nhóm NC là 82.5 % và nhóm ĐC là 70.0 %, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.7. Kết quả thay đổi khoảng cách tay – đất TB tại các thời điểm NC

Nhận xét:

Biểu đồ 3.7 cho thấy tại thời điểm trước điều trị, khoảng cách tay đất TB ở cả hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tại thời điểm D₅, khoảng cách tay đất TB ở cả hai nhóm đều có xu hướng giảm, sự khác biệt so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tại thời điểm ngày thứ 10 sau điều trị, khoảng cách tay đất TB ở nhóm Nc có xu hướng giảm nhiều hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, khoảng cách tay đất TB ở cả hai nhóm đều thay đổi rõ rệt, nhóm NC giảm từ 25.93 ± 6.31 cm xuống 12.98 ± 5.12 cm và nhóm ĐC giảm từ 24.98 ± 6.34 cm xuống 16.23 ± 6.17 cm, sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Trong đó nhóm NC có mức độ giảm khoảng cách tay đất TB nhiều hơn so với nhóm ĐC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

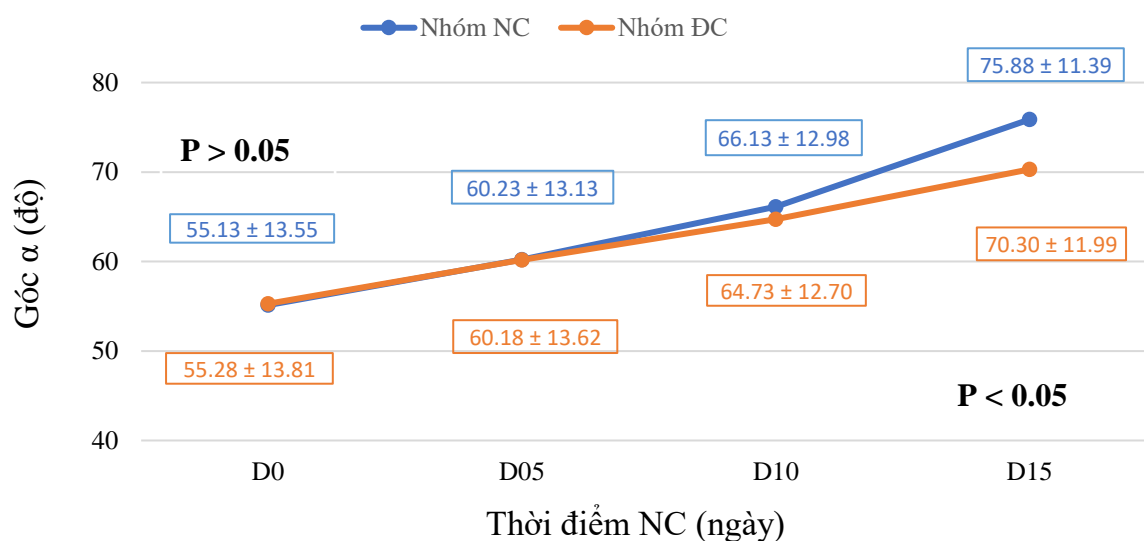
3.3.5. Cải thiện góc α tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.10. Kết quả cải thiện góc α sau 15 ngày điều trị

Nhóm Góc α (độ)	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm ĐC (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	3	7.5	24	60.0	< 0.05	3	7.5	13	32.5	P < 0.05
Hạn chế nhẹ	11	27.5	10	25.0		10	25.0	18	45.0	
Hạn chế vừa	21	52.5	6	15.0		22	55.0	9	22.5	
Hạn chế nặng	5	12.5	0	0		5	12.5	0	0	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									
<i>Bình thường $\geq 80^{\circ}$; Hạn chế: $60^{\circ} \leq$ nhẹ $< 80^{\circ}$, $40^{\circ} \leq$ vừa $< 60^{\circ}$, nặng $< 40^{\circ}$</i>										

Nhận xét: Trước điều trị góc α ở cả hai nhóm phần lớn có mức độ hạn chế nhẹ và hạn chế vừa, tỷ lệ đó đều chiếm 80% ở cả hai nhóm, tỷ lệ hạn chế nặng ở cả hai nhóm là 12.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả sau 15 ngày điều trị, có sự cải thiện rõ rệt mức độ góc α ở cả hai nhóm, tuy nhiên nhóm NC có sự cải thiện tốt hơn. Phần lớn người bệnh có mức độ góc α trở về bình thường hoặc hạn chế nhẹ, tỷ lệ ở nhóm NC chiếm 85.0 % và nhóm ĐC là 77.5 %. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.8. Kết quả thay đổi góc α TB tại các thời điểm NC

Nhận xét:

Biểu đồ 3.8 cho thấy: trước điều trị giá trị góc α TB ở cả hai nhóm là tương đương nhau, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 55.13 ± 13.55 độ và 55.28 ± 13.81 độ, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 5 ngày và sau 10 ngày điều trị, giá trị góc α TB ở cả hai nhóm đều có xu hướng tăng, nhóm NC có xu hướng tăng nhiều hơn nhóm ĐC, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, giá trị góc α TB ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC đều tăng lần lượt là 75.88 ± 11.39 độ và 70.30 ± 11.99 độ, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.3.6. Cải thiện số lượng điểm đau Valleix tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.11. Kết quả cải thiện số lượng điểm đau Valleix sau 15 ngày điều trị

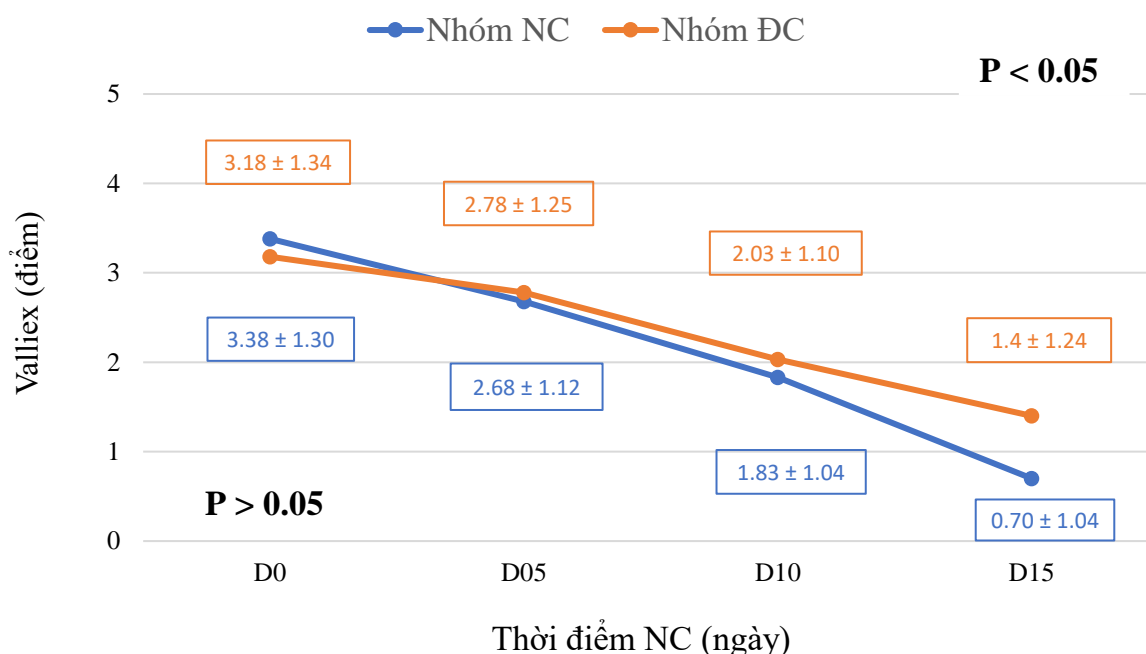
Nhóm Điểm đau Valleix	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm ĐC (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tốt	0	0	24	60.0	< 0.05	0	0	11	27.5	< 0.05
Khá	6	15.0	9	22.5		7	17.5	14	35.0	
Trung bình	17	42.5	7	17.5		17	42.5	13	32.5	
Kém	17	42.5	0	0		16	40.0	2	5.0	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									

Nhận xét:

Số lượng điểm đau Valleix ở cả hai nhóm trước điều trị đa số ở mức độ trung bình và kém, tỷ lệ đó lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 85.0 % và 82.5 %, không có người bệnh nào có số lượng điểm đau Valleix ở mức độ tốt, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả sau 15 ngày điều trị, số lượng điểm đau Valleix ở hai nhóm đều giảm rõ rệt, tuy nhiên nhóm NC có xu hướng giảm mạnh hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh có mức tốt và khá ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 82.5 % và 62.5 %. Nhóm NC

không có người bệnh nào có mức độ kém, trong đó nhóm ĐC có 01 người bệnh chiếm 2.5 %. Sự khác biệt về mức độ số lượng điểm đau Valleix ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm sau điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.9. Kết quả thay đổi điểm đau Valleix TB tại các thời điểm NC

Nhận xét:

Biểu đồ 3.9 cho thấy: số lượng điểm đau Valleix TB ở cả hai nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tại thời điểm sau 05 và 10 ngày điều trị, số lượng điểm đau Valleix TB giảm ở cả hai nhóm, nhóm NC có xu hướng giảm hơn nhóm ĐC, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, số lượng điểm đau Valleix TB ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt, trong đó nhóm NC giảm từ 3.38 ± 1.30 điểm giảm xuống 0.70 ± 1.04 điểm và ở nhóm ĐC giảm từ 3.18 ± 1.34 điểm giảm xuống 1.40 ± 1.24 điểm, sự khác biệt này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.3.7. Cải thiện mức độ ảnh hưởng của bệnh đến sinh hoạt hàng ngày tại các thời điểm nghiên cứu

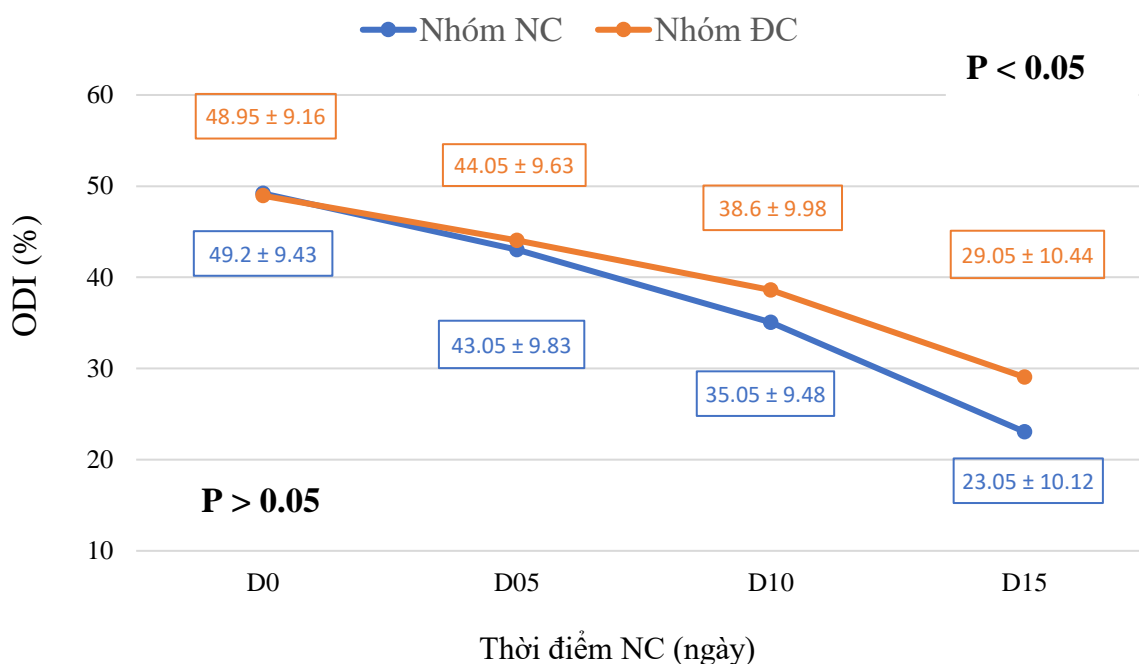
Bảng 3.12. Cải thiện mức độ ảnh hưởng của bệnh đến sinh hoạt hàng ngày sau 15 ngày điều trị

Nhóm Chỉ số ODI	Nhóm NC (n = 40)					Nhóm ĐC (n = 40)				
	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}	D ₀		D ₁₅		P _{D0-D15}
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bình thường	0	0	21	52.5	< 0.05	0	0	12	30.0	< 0.05
Hạn chế nhẹ	13	32.5	16	40.0		14	35.0	20	50.0	
Hạn chế vừa	27	67.5	3	7.5		26	65.0	8	20.0	
Hạn chế nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
Hạn chế rất nặng	0	0	0	0		0	0	0	0	
P_{D0} (NC-ĐC)	> 0.05									
P_{D15} (NC-ĐC)	< 0.05									

Nhận xét:

Bảng 3.12 cho thấy: trước điều trị người bệnh có mức độ hạn chế vừa và nhẹ do ảnh hưởng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm chiếm 100 %, không có người bệnh nào có mức độ ảnh hưởng nặng và rất nặng cũng như không có người bệnh nào không có ảnh hưởng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, sự khác biệt này giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả sau 15 ngày điều trị, đa số người bệnh tham gia nghiên cứu không có ảnh hưởng hoặc có ảnh hưởng nhẹ của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, tỷ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 92.5 % và 80.0 %, không có người bệnh nào chịu ảnh hưởng nặng hoặc rất nặng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.10. Kết quả thay đổi chỉ số ODI TB tại các thời điểm NC

Nhận xét:

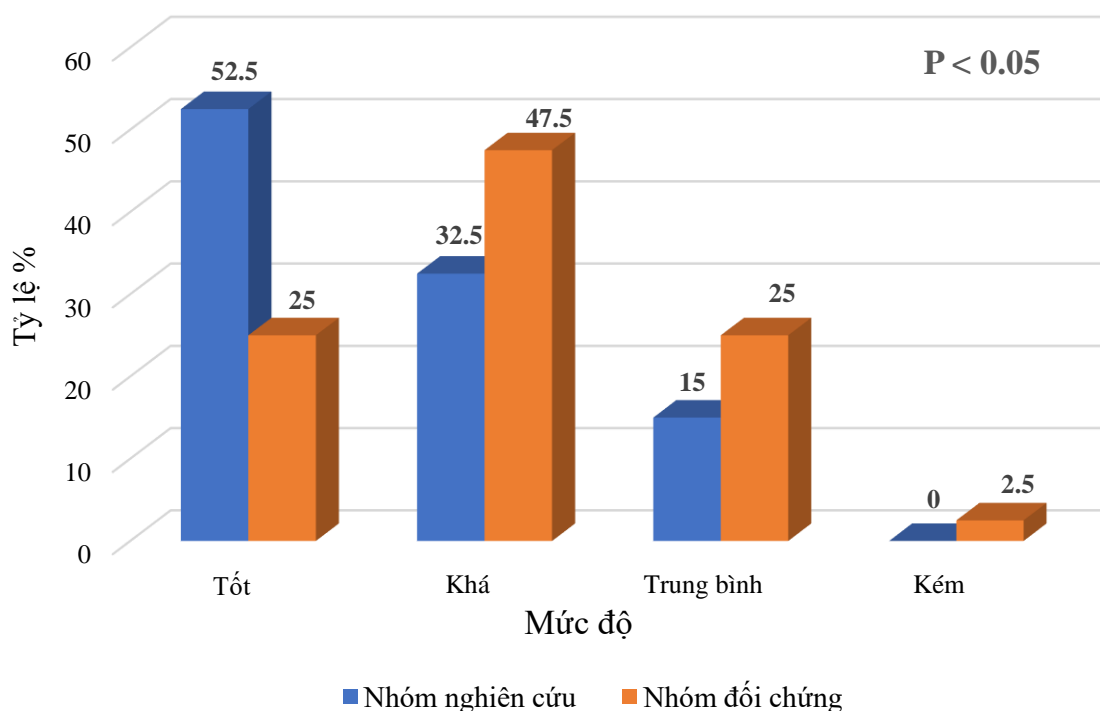
Trước điều trị, chỉ số ODI TB ở cả hai nhóm là tương đương nhau, ở nhóm NC là 49.2 ± 9.43 % và nhóm ĐC là 48.95 ± 9.16 %, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 05 ngày điều trị, chỉ số ODI TB ở cả hai nhóm đều có xu hướng giảm, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 10 ngày sau điều trị, chỉ số ODI TB đều giảm ở hai nhóm, nhóm NC có xu hướng giảm hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, cả hai nhóm đều giảm mạnh chỉ số ODI TB, nhóm NC có xu hướng giảm rõ rệt hơn nhóm ĐC, chỉ số này ở hai nhóm NC và ĐC lần lượt là 23.05 ± 10.12 % và 29.05 ± 10.44 %. Sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.11. Kết quả điều trị chung

Nhận xét:

Biểu đồ 3.11 kết quả sau 15 ngày điều trị, kết quả điều trị chung đạt mức tốt và khá chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm.

Nhóm NC có kết quả tốt đạt 52.5 %, khá đạt 32.5 %, trung bình là 15.0 % và không có kết quả điều trị kém.

Nhóm ĐC có kết quả điều trị tốt đạt 25.0 %, khá đạt 47.5 %, mức trung bình là 25.0 %, tuy nhiên còn 01 bệnh nhân có kết quả điều trị kém chiếm 2.5 %.

Sự khác biệt về kết quả điều trị chung của hai nhóm so với trước điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.5. Đánh giá chỉ tiêu theo YHCT

Bảng 3.13. Kết quả thay đổi các triệu chứng YHCT trên lâm sàng

Triệu chứng	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Nhóm NC		Nhóm ĐC		P _{D15} (NC-ĐC)
	D ₀		D ₁₅		D ₀		D ₁₅		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đau lưng hoặc mông lan xuống chân	40	100	6	15.0	40	100	16	40.0	< 0.05
Đau tăng khi trời lạnh	40	100	10	25.0	40	100	23	57.5	< 0.05
Đau có cảm giác tê bì, nặng nề	24	60	14	35.0	26	65.0	15	37.5	> 0.05
Sợ gió, sợ lạnh	9	22.5	0	0.0	11	27.5	2	5.0	> 0.05
Ăn kém	10	25.0	4	10.0	11	27.5	5	12.5	> 0.05
Ngủ ít	18	45.0	6	15.0	19	47.5	8	20.0	> 0.05
Đại tiện nát	14	35.0	1	2.5	16	40.0	3	7.5	> 0.05
Rêu lưỡi trắng mỏng	13	32.5	3	7.5	15	37.5	4	10.0	> 0.05
Rêu lưỡi trắng dày và nhớt	24	60.0	5	12.5	19	47.5	5	12.5	> 0.05
Mạch phù hoặc phù khản	6	15.0	0	0.0	6	15.0	0	0.0	> 0.05
Mạch nhu hoãn hoặc trầm trì	21	52.5	5	12.5	25	62.5	4	10.0	> 0.05
P_{D15-D0}	< 0.05								

Nhận xét:

Kết quả sau 15 ngày điều trị, các triệu chứng YHCT trên lâm sàng bao gồm: đau lưng hoặc mông lan xuống chân, đau tăng khi trời lạnh, đau có cảm giác tê bì nặng nề, sợ gió sợ lạnh, ăn kém, ngủ ít, đại tiện nát, rêu lưỡi trắng mỏng, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch phù hoặc phù khản, mạch nhu hoãn hoặc trầm trì được cải thiện nhiều, tỷ lệ tất cả các triệu chứng đều giảm ở cả hai nhóm, sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Đặc biệt, sự khác biệt về cải thiện triệu chứng đau lưng hoặc mông lan xuống chân, đau tăng khi trời lạnh giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.6. Theo dõi tác dụng không mong muốn

3.6.1. Kết quả thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị

Bảng 3.14. Kết quả thay đổi về chỉ số mạch, huyết áp sau điều trị

Nhóm Chỉ số	Nhóm NC (n = 40)			Nhóm ĐC (n = 40)		
	D ₀	D ₁₅	P _{D0-D15}	D ₀	D ₁₅	P _{D0-D15}
Mạch (lần/ phút)	74.68 ± 4.17	74.75 ± 4.28	> 0.05	74.98 ± 4.35	75.08 ± 4.07	> 0.05
HATT (mmHg)	123.38 ± 7.37	123.25 ± 5.72		123.00 ± 6.58	123.50 ± 7.18	
HATTr (mmHg)	73.88 ± 7.12	74.13 ± 7.06		73.63 ± 7.69	74.00 ± 7.18	
P_{NC-ĐC}	> 0.05					

Nhận xét:

Sau điều trị, các chỉ số mạch, huyết áp tương đương trước điều trị ở cả hai nhóm, sự khác biệt ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.6.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.15. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Nhóm Tác dụng không mong muốn	Nhóm NC (n = 40)		Nhóm ĐC (n = 40)	
	n	%	n	%
Vụng châm	0	0	0	0
Chảy máu khi rút kim	0	0	0	0
Nhiễm trùng tại chỗ	0	0	0	0
Đau tăng	0	0	0	0
Bỏng	0	0	0	0
Dị ứng ngoài da	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong quá trình điều trị 80 người bệnh ở cả hai nhóm chưa ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng của các phương pháp can thiệp.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Trong số 80 người bệnh tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 50 – 59 tuổi, trong đó nhóm NC chiếm 32.5 % và nhóm ĐC chiếm 42.5 %, tiếp đó là nhóm 60 – 70 tuổi, nhóm tuổi từ 18 – 29 tuổi có tỷ lệ thấp nhất, chiếm 5.0 % ở cả hai nhóm. Người bệnh ít tuổi nhất của nghiên cứu là 20 tuổi và người bệnh cao tuổi nhất là 70 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các người bệnh là $49.74 \pm 11,95$ tuổi, trong đó nhóm NC là 49.80 ± 12.77 tuổi và nhóm ĐC là 49.86 ± 11.23 tuổi. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính tương đồng về tuổi giữa 2 nhóm trong nghiên cứu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021) độ tuổi từ 40 – 59 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 56,7 % [31]. Tỷ lệ này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trước đây: Trong nghiên cứu của Ngô Quỳnh Hoa, Lã Kiều Oanh (2022), tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm tuổi > 60 tuổi, chiếm 50 % ở nhóm NC và 46,67 % ở nhóm ĐC [36]; Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020) tỷ lệ mắc bệnh cao nhất nằm ở nhóm > 60 tuổi chiếm 60,5 %, tiếp theo là nhóm 31 – 45 tuổi với 16.3 %, nhóm 46 – 60 chiếm 20.9 %, nhóm 18 – 30 chiếm 2.3 % [38]; Lê Thị Kim Dung, Trần Tuấn Minh (2022), tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm > 60 tuổi chiếm 34.0 % ở cả nhóm NC và nhóm ĐC [45]. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ người bệnh mắc đau thần kinh tọa khác nhau giữa các cộng đồng do dân trí, tư vấn y tế; hoặc khác biệt do cỡ mẫu chưa đủ lớn, chưa phản ánh đúng tỉ lệ bị bệnh trong quần thể. Địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, nằm ở quận nội thành, gần nhiều cơ quan công sở, tập trung nhiều người trẻ dẫn đến sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Hơn nữa kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm của người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, hầu hết là người trong độ tuổi đi làm, không có thời gian điều trị nội trú.

Tuổi là một trong những yếu tố quan trọng, góp phần vào sinh lý bệnh của đau TKT. Xương và các mô xung quanh CSTL, bao gồm đĩa đệm, dây chằng, sụn khớp

đều thoái hóa theo tuổi tác. Khi các mô này thoái hóa, sự chống đỡ của CSTL với tải trọng cơ thể hay các chấn thương vào vùng CSTL ngày càng yếu đi, dẫn đến tổn thương ngày càng nặng hơn, gây ra các triệu chứng của đau TKT. Ngoài ra, theo YHCT, tuổi cao dẫn đến công năng các tạng phủ suy giảm, đặc biệt là tạng can và thận. Can chủ cân, thận chủ cốt tủy. Can huyết hư không nuôi dưỡng được cân, thận hư không chủ được cốt tủy dẫn đến chứng “Yêu cước thống” trên lâm sàng. Hơn nữa, khi tuổi cao, chính khí của cơ thể suy kém, vệ khí hư suy, tà khí nhất là các loại khí phong, hàn, thấp thừa lúc chính khí suy giảm xâm nhập vào cơ xương, kinh lạc, làm sự vận hành khí huyết tại kinh lạc bị ứ trệ, bế tắc từ đó gây đau. Bên cạnh đó, ở những người trung tuổi và trẻ do thói quen tư thế làm việc thất điều lâu ngày làm khí huyết không thông và công năng tạng phủ suy giảm [7],[8].

4.1.2. Đặc điểm về giới

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đau TKT có thể gặp ở cả hai giới, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới, với tỷ lệ nữ/ nam xấp xỉ 2/1. Theo biểu đồ 3.1, tỷ lệ nữ giới mắc bệnh chiếm 67.5 % ở nhóm nghiên cứu và 65.0% ở nhóm ĐC, không có sự khác biệt về phân bố người bệnh theo giới giữa hai nhóm với $p > 0.05$.

Nhiều nghiên cứu thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới cũng chỉ ra nữ giới là nhóm có tỷ lệ mắc đau TKT cao hơn so với nam giới. Một tổng quan hệ thống năm 2012 của Hoy D và cộng sự đã phân tích 165 thử nghiệm lâm sàng, cho kết quả tỷ lệ nữ giới bị đau thắt lưng cao hơn nam giới ở tất cả các độ tuổi, với tỷ lệ trung bình là $35,3 \pm 18,8\%$ ở nữ so với $29,4 \pm 18,5\%$ ở nam, $p < 0,001$ [46]. Một đánh giá năm 2015 do Meucci RD và cộng sự tiến hành, phân tích 28 nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đau thắt lưng ở phụ nữ cao hơn khoảng 50% so với nam giới [47]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra kết quả tương tự. Theo Trần Danh Tiến Thịnh, Phùng Quang Tùng (2022) tỷ lệ nữ giới mắc bệnh là 65.7 % [35]. Nghiên cứu của Ngô Quỳnh Hoa, Lê Kiều Oanh (2022) cho kết quả nữ giới chiếm 76.67 % ở nhóm NC và 67.67 % ở nhóm ĐC [36]. Theo Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021) tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 66.7 % và nam giới chiếm 33.3 % [31].

Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới có thể lý giải do những khác biệt về mặt sinh lý giữa nam giới và nữ giới. Nữ giới thường là những người gánh vác công

việc nội trợ và chăm sóc chính trong gia đình. Người phụ nữ khi mang thai cũng đối mặt với nhiều nguy cơ có thể dẫn đến đau thắt lưng như tăng cân, các tư thế không thuận lợi, dẫn đến tăng áp lực lên CSTL. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, thời gian nội trợ, chăm sóc gia đình dài và việc phải bế và chăm sóc trẻ em là những yếu tố nguy cơ dẫn đến đau thắt lưng ở phụ nữ [48],[49],[50]. Phụ nữ sau mãn kinh có sự thiếu hụt Oestrogen và các rối loạn nội tiết khác, dẫn đến tình trạng loãng xương, làm giảm sức mạnh của CSTL cũng là một yếu tố thúc đẩy thoái hóa cột sống, gây nên đau TKT [51]. Mặt khác, cuộc sống hiện tại cũng đã phát triển hơn, người phụ nữ cũng có nhu cầu hơn trong việc chăm sóc sức khỏe nên thường có xu hướng đi khám bệnh nhiều hơn, dẫn đến tỷ lệ phát hiện cũng lớn hơn.

4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghề nghiệp người bệnh 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,...

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong biểu đồ 3.2 cho thấy, nhóm lao động trí óc chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở cả hai nhóm, lần lượt là 67.5% ở nhóm NC; và 70 % ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm lao động trí óc chiếm 60.0 % ở nhóm NC và 53.3 % ở nhóm ĐC [52].

Một số nghiên cứu trước đây cho kết quả tỷ lệ người bệnh đau TKT cao hơn ở nhóm người bệnh nhân lao động chân tay: Lê Thị Kim Dung, Trần Tuấn Minh (2022) tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm lao động chân tay [45]; Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020) cho kết quả tỷ lệ lao động chân tay là 67.4 %, lao động trí óc 32.6 % [38].

Bằng phương pháp đo điện cơ và đo áp lực nội đĩa đệm, Nachemson (1981) đã nghiên cứu ảnh hưởng của các tư thế vận động lên đĩa đệm CSTL. Kết quả cho thấy áp lực nội đĩa đệm CSTL ở tư thế nằm tương đương với 25kg lực, đứng thẳng là 100kg lực, ngồi là 140kg lực, đứng gập thân về trước là 150kg lực, ngồi gập thân về trước là 185kg lực [53]. Qua đây ta thấy được nội đĩa đệm luôn chịu áp lực ở tất

cả tư thế. Trên thực tế, những người lao động nặng như công nhân, nông dân, người lái máy móc,... là những đối tượng thường xuyên phải làm việc trong môi trường nặng nhọc, phải duy trì các tư thế làm gò bó, vận động vượt quá giới hạn sinh lý trong thời gian dài, hoặc các công việc phải chịu trọng tải lớn gây nên tình trạng quá tải lên CSTL và các mô mềm cạnh cột sống. Các tình trạng gây áp lực kéo dài lên CSTL và mô cạnh cột sống đều làm ảnh hưởng đến quá trình nuôi dưỡng cho xương và đĩa đệm vùng CSTL, sẽ tạo ra những yếu tố chấn thương trực tiếp đến đĩa đệm, từ đó đẩy nhanh quá trình thoái hóa CSTL và gây nên đau thắt lưng.

Tuy nhiên, các y văn và nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng, ngồi làm việc nhiều với máy tính cũng là một yếu tố nguy cơ gây ra thoái hóa CSTL [54]. Tư thế ngồi và đứng thẳng là các tư thế thường gặp ở những người lao động trí óc. Đối với người lao động trí óc thường ngồi làm việc nhiều với máy tính, sổ sách... ở một tư thế nhất định liên tục và kéo dài tạo ra những vi chấn thương làm tổn thương hệ thống dây chằng, gân, cơ và đĩa đệm, dẫn đến nguy cơ kém nuôi dưỡng các cấu trúc xương và mô vùng CSTL, lâu ngày gây ra đau CSTL. Bên cạnh đó, trong điều kiện hiện nay khi mà công nghệ kỹ thuật phát triển, máy móc đang dần thay thế sức người thì tỷ lệ lao động chân tay giảm đi, lối sinh hoạt giảm vận động tăng lên, đây cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ bệnh cao ở nhóm lao động trí óc. Hơn nữa, địa điểm nghiên cứu chúng tôi lựa chọn là Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, một bệnh viện nằm ở quận trung tâm của thành phố Hà Nội, có nhiều cơ quan công sở, tập trung đa số là nhân viên văn phòng. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ lớn người bệnh trong nghiên cứu nằm trong nhóm lao động trí óc.

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được tính từ lúc người bệnh xuất hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên đến khi người bệnh khám và điều trị tại thời điểm nghiên cứu. Thời gian mắc bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố như ý thức người bệnh, điều kiện kinh tế - xã hội, điều kiện thời gian, khoảng cách đến bệnh viện... Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh > 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 62.5 % ở cả hai nhóm. Tiếp theo là nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng, chiếm 20% ở nhóm NC và 17.5 % ở nhóm ĐC. Nhóm người bệnh có thời gian mắc

bệnh < 1 tháng chiếm tỷ lệ nhỏ gồm 17.5 % đối với nhóm NC và 20.0 % đối với nhóm ĐC.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) , cho thấy tỷ lệ người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng là 83.7 % [52]. Tuy nhiên so với một số nghiên cứu khác, số liệu của chúng tôi thu thập được có sự khác biệt: theo Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020) tỷ lệ cao nhất ở nhóm dưới 3 tháng chiếm 74.4 %, và trên 3 tháng chiếm 25.6 % [38].

Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình lớn hơn, những người bệnh tham gia vào nghiên cứu đa số là người trung tuổi. Người lớn tuổi có mức chịu đau lớn hơn người trẻ, do liên quan đến sự lão hóa của cơ thể, cộng thêm sự suy giảm về nhận thức dẫn đến người già thường có xu hướng chịu đựng những cơn đau nhiều hơn. Đau TKT là một bệnh mạn tính, tiến triển từ từ tăng dần, với đặc điểm đau theo kiểu cơ học, tăng khi vận động, làm việc, giảm khi nghỉ ngơi. Chính vì đặc điểm như vậy dẫn đến người bệnh thường không đến khám trong giai đoạn đầu của bệnh. Chỉ khi cơn đau kéo dài liên tục cả khi nghỉ ngơi, ảnh hưởng đến sinh hoạt và công việc hàng ngày mới làm người bệnh khó chịu và đến khám. Bên cạnh đó, ý thức chăm sóc sức khỏe của người dân Việt Nam cũng chưa cao, dẫn đến việc không có thói quen đi kiểm tra sức khỏe thường xuyên, cũng là một trong những nguyên nhân góp phần vào việc người bệnh không được phát hiện và điều trị bệnh sớm.

4.1.5. Đặc điểm người bệnh phân bố theo thể bệnh YHCT

Từ biểu đồ 3.4 có thể nhận thấy đa số người bệnh tham gia nghiên cứu mắc bệnh thuộc thể Phong hàn thấp kết hợp can thận hư, trong đó ở nhóm NC chiếm 82.5 % và nhóm ĐC chiếm 80.0 %. Sự khác biệt về đặc điểm phân bố người bệnh theo thể bệnh YHCT ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Đau TKT được mô tả trong chứng tý của YHCT. Trong các Y văn cổ như Hoàng đế nội kinh tố vấn đã mô tả với nhiều bệnh danh khác nhau: Yêu cước thống, tọa cốt phong, tọa điển phong. Nguyên nhân gây bệnh do nội nhân, ngoại nhân và bất nội ngoại nhân. Có 4 thể bệnh hay gặp trên lâm sàng: phong hàn thấp, phong hàn thấp kết hợp can thận hư, thấp nhiệt và huyết ú [7],[8]. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử

dụng chất liệu nghiên cứu là phương pháp HLC, thuộc phương pháp Cứu, vì vậy chúng tôi lựa chọn người bệnh thuộc 2 thể bệnh phong hàn thấp và phong hàn thấp kết can thận hư để phù hợp với biện chứng của YHCT.

Theo quan điểm của YHCT, tuổi cao dẫn đến công năng các tạng phủ suy giảm, đặc biệt là tạng can và thận. Can chủ gân, thận chủ cốt tủy. Can huyết hư không nuôi dưỡng được gân, thận hư không chủ được cốt tủy, sự rối loạn chức năng của hai tạng can, thận làm ảnh hưởng đến công năng của hai phủ Đờm, Bàng quang, từ đó ảnh hưởng đến sự tuần hành của khí huyết, kinh khí bị trở trệ (bế tắc) dọc đường đi của kinh Bàng quang và kinh Đờm (đường tuần hành của kinh này trùng với đường đi của dây TKT). Hơn nữa, khi tuổi cao, chính khí của cơ thể suy kém, vệ khí hư suy, tà khí nhất là các loại khí phong, hàn, thấp thừa lúc chính khí suy giảm xâm nhập vào cơ xương, kinh lạc, làm sự vận hành khí huyết tại kinh lạc bị ứ trệ, bế tắc, khí huyết không lưu thông biểu hiện bằng các chứng trạng đau, tê bì và hạn chế vận động cột sống. Bên cạnh đó, học thuyết tạng tượng cho rằng: Thận tàng tinh sinh tủy, Can tàng huyết chủ gân, hai tạng này có quan hệ mật thiết với nhau. Sau tuổi 35 ở nữ mạch dương minh bắt đầu suy và tuổi 40 ở nam thận khí suy dần, tinh huyết không đầy đủ do đó không nuôi dưỡng gân mạch làm xuất hiện đau lưng mỏi gối... Giai đoạn này tương đương quá trình thoái hóa sinh học trong YHHĐ [7],[17],[55]. Vì vậy, thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư thường gặp ở những người bệnh lứa tuổi trung niên và lớn tuổi, bệnh mắc lâu ngày, tương ứng với đau TKT trên nền thoái hóa cột sống thường gặp ở người bệnh trên 45 tuổi theo YHHĐ... Tỷ lệ bệnh theo YHCT hoàn toàn hợp lý với phân bố người bệnh theo tuổi và theo thời gian mắc bệnh của nghiên cứu.

Nhận xét chung về đặc điểm đối tượng nghiên cứu của hai nhóm: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giữa nhóm NC và nhóm ĐC sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thể bệnh YHCT. Sự tương đồng về các đặc điểm chung giữa hai nhóm có ý nghĩa trong việc so sánh, đánh giá hiệu quả can thiệp ở hai nhóm người bệnh được chính xác hơn.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Cải thiện mức độ đau

Đau TKT không phải là bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng, nhưng lại cản trở cuộc

sống sinh hoạt, lao động hàng ngày dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong đó đau là biểu hiện sớm nhất của bệnh, cũng là nguyên nhân chính làm cho người bệnh khó chịu, hạn chế vận động phải nhập viện điều trị. Có nhiều nguyên nhân gây đau TKT, trong đó cơ chế đau là do sự chèn ép rễ thần kinh, dẫn đến triệu chứng đau lan thoe đường đi của rễ thần kinh bị chèn ép của người bệnh [12],[16].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tác dụng giảm đau theo đánh giá chủ quan của người bệnh, dựa vào thang điểm VAS với mức điểm từ 0 đến 10. Trong đó, 0 điểm tương ứng với người bệnh hoàn toàn không đau, 10 điểm tương ứng với mức độ đau không thể chịu đựng nổi.

Người bệnh tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi có mức độ đau TB trước điều trị là 5.35 ± 1.01 điểm. Trong đó, nhóm NC có điểm VAS TB là 5.33 ± 1.05 điểm, nhóm ĐC là 5.38 ± 0.98 điểm (Bảng 3.2). Sự khác biệt của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kể từ khi bắt đầu điều trị, mức độ đau của cả 2 nhóm NC và nhóm ĐC đều giảm. Trong đó, nhóm NC có xu hướng giảm nhiều hơn so với ĐC. Sau 5 ngày điều trị, điểm đau VAS TB của nhóm NC là 4.50 ± 1.20 điểm và nhóm ĐC là 4.73 ± 1.04 điểm, điểm đau TB ở cả hai nhóm đều giảm và có ý nghĩa so với trước điều trị. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên so sánh giữa hai nhóm thì sự cải thiện mức độ đau chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 10 ngày điều trị, điểm đau trung bình ở cả hai nhóm tiếp tục giảm và có ý nghĩa so với thời điểm sau 5 ngày điều trị. Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Tuy nhiên so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm về cải thiện mức độ đau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh có mức độ đau nhẹ và không đau, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 92.5 % cao hơn ở nhóm ĐC là 82.5 %. Điểm đau trung bình ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với thời điểm trước vào viện với $p < 0.05$. Nhóm NC cải thiện điểm đau VAS TB tốt hơn nhóm ĐC, trong đó nhóm NC có điểm VAS TB $1,43 \pm 1.55$ điểm, nhóm ĐC 2.25 ± 1.74 điểm, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Có thể nói hỏa long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau tốt hơn điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

Trần San và cộng sự (2018) kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm điều trị có tổng

hiệu quả, điểm của chỉ số đánh giá đau (PRI) và mức độ đau theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS) đều tốt hơn nhóm chứng ($p < 0.05$) [28].

Ngô Tiểu Tuệ (2018) nghiên cứu 80 người bệnh chia thành 2 nhóm, nhóm điều trị gồm 40 người bệnh được dùng phương pháp xoa bóp kết hợp HLC; 40 người bệnh nhóm ĐC được điều trị bằng xoa bóp kết hợp với cứu hộp thông thường. Nghiên cứu sau 4 tuần, kết quả cho thấy: điểm đau VAS ở cả 2 nhóm cùng giảm rõ rệt so với trước nghiên cứu ($p < 0.05$), trong đó nhóm điều trị giảm nhiều hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$ [29].

Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Ngọc (2022) nghiên cứu trên 100 người bệnh, chia thành hai nhóm: nhóm NC 50 người bệnh điều trị bằng xông thuốc YHCT kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt; nhóm ĐC gồm 50 người bệnh điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Sau 14 ngày điều trị, điểm VAS TB của nhóm NC giảm từ 6.71 ± 1.32 xuống 2.14 ± 0.99 , nhóm ĐC giảm từ 6.11 ± 1.89 xuống 3.30 ± 0.91 [56].

Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) nghiên cứu trên 60 người bệnh, chia thành hai nhóm: nhóm NC điều trị bằng điện châm theo phác đồ của Bộ Y tế kết hợp đèn xông ngải cứu, nhóm ĐC điều trị bằng điện châm theo phác đồ của Bộ Y tế kết hợp đèn hồng ngoại. Tỷ lệ người bệnh không đau và đau nhẹ ở nhóm NC lần lượt là 36.7 % và 53.3 %; ở nhóm ĐC là 10.0 % và 60.0 % [52].

Tác dụng giảm đau của điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau TKT đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu và đã được Bộ Y tế ban hành quy trình thực hiện trong chuyên ngành YHCT. Nhóm NC sử dụng HLC kết hợp với phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt giúp thư cân thông lạc, điều hòa khí huyết, giải kinh chỉ thống. Ngải cứu kết hợp với gừng tươi được cứu trên đốc mạch tạo cảm giác nóng ấm, đồng thời ngấm sâu vào trong da kết hợp mùi thơm của tinh dầu gừng và ngải cứu tác động đến huyết tạo cảm giác thoải mái, hiệu quả tốt trong điều trị. Khác với các phương pháp sử dụng sức nóng (nhiệt) để trị liệu ngày nay rất phổ biến với nhiều cách khác nhau như bức xạ hồng ngoại (đèn hồng ngoại), chườm nóng bằng túi nước nóng, chườm parafin, đông y cũng có phương pháp chườm, xông thảo dược. Nhưng điểm khác của phương pháp HLC với các phương pháp kể trên đó là hiệu quả sức nóng sẽ gia tăng nếu kết hợp với gừng làm tăng tác dụng làm nóng lên huyết đạo, trị các chứng bệnh về phong hàn thấp, làm dịu đau đối với nhiều chứng bệnh khác

nhau. Tác dụng ở đây đến từ sự kết hợp sức nóng của ngải cứu với gừng tươi và hiệu quả phản xạ trị liệu của châm cứu [7],[8],[9].

4.2.2. Cải thiện tầm vận động CSTL

Tầm vận động CSTL được đánh giá qua 6 động tác bao gồm: gấp, duỗi, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải, xoay trái. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào đánh giá 3 động tác chính: gấp, duỗi, nghiêng bên đầu. Chúng tôi sử dụng phương pháp đo dựa vào nguyên tắc Zero và dùng thước đo tầm vận động khớp (ROM) để ghi lại số liệu về TVĐ khớp của người bệnh.

Người bệnh mắc đau TKT thường có hiện tượng giảm TVĐ CSTL. Điều này là do quá trình thoái hóa CSTL làm co rút các cơ và tổ chức mô mềm cạnh sống, bao gồm gân, dây chằng,... Thoái hóa cột sống kèm thoát vị đĩa đệm còn gây nên phù nề, viêm tại chỗ, gây đau cho bệnh nhân, từ đó khiến TVĐ CSTL bị hạn chế [1],[16].

a. Tầm vận động gấp CSTL

Bảng 3.5 cho thấy trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa TVĐ gấp CSTL, tỷ lệ này chiếm lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 75.0 % và 82.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ TVĐ gấp CSTL, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 92.5 % cao hơn ở nhóm ĐC là 77.5 %. TVĐ gấp CSTL TB của nhóm NC tăng từ 53.25 ± 13.48 độ lên 69.43 ± 9.12 độ, có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC là từ 53.15 ± 10.85 độ lên 62.75 ± 10.62 độ (Bảng 3.4). Sự khác biệt về TVĐ gấp CSTL TB của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Kết quả của chúng tôi kém hơn so với nghiên cứu của Ngô Quỳnh Hoa và Lê Kiều Oanh (2022), trong đó TVĐ gấp TB của nhóm NC tăng từ 41.00 ± 9.41 độ trước điều trị lên 71.5 ± 6.97 độ sau 20 ngày điều trị [36].

b. Tầm vận động duỗi CSTL

Bảng 3.6 cho thấy trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa TVĐ duỗi CSTL, tỷ lệ này chiếm lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 85.0 % và 80.0 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ TVĐ duỗi CSTL, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 95.0 % cao hơn ở nhóm ĐC là 90.0 %. Ở cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng TVĐ duỗi. TVĐ duỗi CSTL TB của

nhóm NC tăng từ 19.28 ± 3.62 độ lên 24.88 ± 2.68 độ, có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC là từ 19.33 ± 3.70 độ lên 22.98 ± 2.78 độ (Bảng 3.4). Sự khác biệt về TVĐ duỗi CSTL TB của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Kết quả của chúng tôi kém hơn so với nghiên cứu của Ngô Quỳnh Hoa và Lã Kiều Oanh (2022) cải thiện TVĐ và chức năng sinh hoạt hàng ngày của “Độc hoạt thang” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên 60 người bệnh được chẩn đoán hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa CSTL, kết quả TVĐ duỗi TB của nhóm NC tăng từ 17.17 ± 3.13 độ trước điều trị lên 26.5 ± 3.51 độ sau 20 ngày điều trị [36].

c. Tầm vận động nghiêng CSTL bên đau

Bảng 3.7 cho thấy trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa TVĐ nghiêng CSTL, tỷ lệ này chiếm lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 85.0 % và 82.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ TVĐ nghiêng CSTL, tỷ lệ đó ở nhóm NC là 90.0 % cao hơn ở nhóm ĐC là 65.0 %. Ở nhóm NC không có người bệnh nào hạn chế nặng TVĐ nghiêng CSTL, trong đó ở nhóm ĐC có 2 người bệnh chiếm 5 %. TVĐ duỗi CSTL TB của nhóm NC tăng từ 21.93 ± 3.61 độ lên 28.85 ± 3.03 độ, có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC là từ 22.08 ± 3.77 độ lên 25.65 ± 3.83 độ (Bảng 3.4). Sự khác biệt về TVĐ duỗi CSTL TB của hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Ngô Quỳnh Hoa và Lã Kiều Oanh (2022) có thể do phương pháp nghiên cứu khác nhau và cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, chưa phản ánh đúng tỉ lệ bị bệnh trong quần thể.

Trong đau TKT, sự hạn chế TVĐ CSTL là hậu quả của đau, của tổn thương mạn tính xương và mô cạnh cột sống, của các triệu chứng co rút cơ, co rút dây chằng cạnh sống. So sánh hai phương pháp điều trị của hai nhóm, chúng tôi nhận thấy cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt TVĐ CSTL của người bệnh sau 15 ngày điều trị. Tuy nhiên, nhóm NC được sử dụng thêm phương pháp HLC có mức độ cải thiện nhiều hơn so với nhóm ĐC chỉ sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Do đó, việc kết hợp HLC vào phác đồ điều trị có thể giúp bệnh nhân đau TKT cải thiện tốt hơn.

4.2.3. Cải thiện độ giãn CSTL

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng nghiệm pháp Schober để đánh giá độ

giãn CSTL của người bệnh. Khi có các tình trạng thoái hóa CSTL, co cứng cơ, hay các tình trạng viêm tại CSTL đều gây ra đau và góp phần làm giảm chỉ số này.

Theo bảng 3.8 cho thấy trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có hạn chế nhẹ và vừa độ giãn CSTL, trong đó nhóm NC chiếm 72.5 % và nhóm ĐC chiếm 82.5 %, không có người bệnh nào có độ giãn CSTL bình thường. Độ giãn CSTL TB ở nhóm NC là 2.08 ± 0.71 cm và nhóm ĐC là 2.10 ± 0.56 cm sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị phần lớn người bệnh không hạn chế hoặc hạn chế nhẹ độ giãn CSTL, sự cải thiện độ giãn CSTL ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị thể hiện bằng đường đồ thị biểu diễn độ giãn CSTL TB đi lên (Biểu đồ 3.6) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên sự cải thiện độ giãn CSTL ở nhóm NC cao hơn nhiều nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ độ giãn CSTL ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 92.5 % và 80.0 %, cả hai nhóm đều không có người bệnh nào hạn chế nặng độ giãn CSTL. Trong đó độ giãn CSTL TB ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 3.95 ± 0.54 cm và 3.40 ± 0.59 cm, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Ngọc (2022) nghiên cứu tác dụng điều trị đau thắt lưng bằng xông thuốc kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trên 100 người bệnh, chia thành hai nhóm: nhóm NC 50 người bệnh điều trị bằng xông thuốc YHCT kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt; nhóm ĐC gồm 50 người bệnh điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Sau 14 ngày điều trị, điểm độ giãn CSTL TB của nhóm NC tăng từ $2.48 \pm 0,86$ cm lên 3.6 ± 0.5 cm, nhóm ĐC tăng từ 2.556 ± 0.88 cm lên 3.34 ± 0.66 cm [56].

Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) nghiên cứu đánh giá tác dụng của đèn xông ngải cứu kết hợp điện châm điều trị đau TKT thể phong hàn thấp thu được kết quả giá trị schober TB của cả hai nhóm trước và sau 15 ngày điều trị lần lượt là: nhóm NC tăng từ 11.70 cm lên 14.11 cm; nhóm ĐC là 11.37 cm lên 13.4 cm [52].

Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) nghiên cứu trên 120 người bệnh thoái hóa cột sống cổ, chia nhóm ĐC và nhóm NC mỗi nhóm 60

người bệnh. Nhóm NC được dùng phương pháp cứu mạch đốc, nhóm ĐC được dùng liệu pháp châm cứu, cả 2 nhóm đều được điều trị trong vòng 01 tháng. Kết quả độ giãn CSTL ở cả hai nhóm đều tăng rõ rệt, tuy nhiên nhóm NC có xu hướng tăng nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ [26].

Nghiên cứu này của chúng tôi cho kết quả tốt hơn so với nghiên cứu của một vài tác giả phía trên. Lý do cho sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về độ tuổi của người bệnh tham gia nghiên cứu cũng như phương pháp điều trị khác nhau giữa hai nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Ngọc (2022) điều trị bằng xông thuốc kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt, nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) điều trị bằng phương pháp đèn xông ngải cứu kết hợp điện châm. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi TB của người bệnh là $49.74 \pm 11,949$ tuổi, thì độ tuổi TB của người bệnh trong nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) là 63.63 ± 14.04 tuổi, cao hơn ở nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu đã chỉ ra, độ giãn CSTL sẽ giảm dần khi tuổi cao [52],[56].

Như vậy sau 15 ngày điều trị, tất cả người bệnh đều cải thiện chỉ số độ giãn CSTL TB, tuy nhiên nhóm NC có xu hướng tăng cao hơn nhóm ĐC. Điều này cho thấy sử dụng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp HLC trực tiếp lên dọc cột sống của người bệnh (tương ứng với vùng mạch Đốc và kinh Bàng quang của YHCT) có tác dụng cải thiện tốt hơn độ giãn CSTL của người bệnh. Hơn nữa việc giảm đau tốt hơn cũng góp phần gia tăng sự cải thiện độ giãn cột sống.

4.2.4. Cải thiện khoảng cách tay – đất

Khoảng cách tay đất là một chỉ số được khuyến cáo để đánh giá sự vận động cũng như mức độ linh hoạt của CSTL và xương chậu. Đây cũng là một thông số để đánh giá mức độ hiệu quả trong quá trình điều trị người bệnh đau vùng cột sống thắt lưng [57].

Bảng 3.9 và biểu đồ 3.7 cho thấy trước điều trị đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có hạn chế vừa mức độ tay đất, chiếm 55 % ở cả hai nhóm, mức độ hạn chế nặng ở hai nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 20 % và 17.5 %. Tại thời điểm trước điều trị, khoảng cách tay đất TB ở cả hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị sự cải thiện khoảng cách tay đất ở cả hai nhóm tăng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên sự cải thiện khoảng cách tay đất ở nhóm NC cao hơn nhóm ĐC, tỷ lệ người bệnh không hạn chế và hạn chế nhẹ khoảng cách tay đất ở nhóm NC là 82.5 % và nhóm ĐC là 70.0 %, khoảng cách tay đất TB ở nhóm NC giảm từ 25.93 ± 6.31 cm xuống 12.98 ± 5.12 cm và nhóm ĐC giảm từ 24.98 ± 6.34 cm xuống 16.23 ± 6.17 cm, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi kém hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) kết quả cải thiện chỉ số tay đất TB tại thời điểm trước và sau điều trị ở cả hai nhóm lần lượt là: nhóm NC giảm từ 20.44 cm xuống 6.6 cm; nhóm ĐC giảm từ 19.79 cm xuống 9.22 cm [52]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian ngắn hơn (15 ngày so với 20 ngày) hoặc khác biệt do cỡ mẫu chưa đủ lớn và phương pháp điều trị khác nhau giữa hai nghiên cứu.

Như vậy sau 15 ngày điều trị, khoảng cách tay – đất của BN có xu hướng cải thiện hơn. Điều này cho thấy sử dụng phương pháp HLC kết hợp với điện châm, xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả cao trong việc cải thiện khoảng cách tay – đất trên người bệnh đau TKT.

4.2.5. Cải thiện góc α

Nghiệm pháp Lasegue là một phương thức thăm khám lâm sàng thần kinh quan trọng, thường được áp dụng trong việc chẩn đoán và đánh giá đáp ứng điều trị trên người bệnh mắc đau TKT. Đây là triệu chứng khách quan, có độ đặc hiệu lên đến 91% đối với người bệnh đau lưng thấp và đau chi dưới [49].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị góc α ở cả hai nhóm phần lớn có mức độ hạn chế nhẹ và hạn chế vừa, tỷ lệ đó đều chiếm 80% ở cả hai nhóm, tỷ lệ hạn chế nặng ở cả hai nhóm là 12.5 %, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) tỷ lệ dương tính ở hai nhóm NC và ĐC lần lượt là 80 % và 70 % [52].

Biểu đồ 3.8 cho thấy: trước điều trị giá trị góc α TB ở cả hai nhóm là tương đương nhau, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 55.13 ± 13.55 độ và 55.28 ± 13.81

độ. Sau 05 ngày điều trị, chỉ số góc α TB của nhóm NC tăng lên 60.23 ± 13.13 độ và tiếp tục tăng lên 66.13 ± 12.98 độ ở ngày điều trị thứ 10, sự thay đổi tương ứng của nhóm ĐC là 60.18 ± 13.62 độ ở ngày thứ 5 và 64.73 ± 12.70 độ ở ngày thứ 10, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị $p < 0.05$ và không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, tỷ lệ người bệnh có mức độ góc α trở về bình thường ở nhóm NC chiếm 60.0 % và nhóm ĐC là 32.5 %. Giá trị góc α TB ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC tăng lần lượt là 75.88 ± 11.39 độ và 70.30 ± 11.99 độ, sự khác biệt về giá trị góc α trung bình ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) thấy tỷ lệ người bệnh có góc α trở về bình thường ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 53.3 % và 26.7 % [52].

Thoái hóa CSTL và co cứng cơ cạnh sống gây đau, co rút các gân cơ, dây chằng làm chèn ép rễ thần kinh, mặt khác chèn ép thần kinh lại gây đau dẫn đến người bệnh thường phải có tư thế chống đau tạo nên vòng xoắn bệnh lý [1]. HLC là phương pháp lợi dụng sức nóng từ việc đốt ngải kết hợp với dược chất có trong ngải cứu và gừng tươi, HLC kích thích Đốc mạch, kinh Bàng quang từ đó mà ôn thông kinh lạc toàn thân, khí huyết vận hành thông sướng, kết hợp với điện châm (là một kích thích tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm mất cơn đau và giải phóng sự co cơ) và xoa bóp bấm huyệt (là thủ thuật sử dụng bàn tay, ngón tay, tác động lên da, cơ, khớp của người bệnh giúp giảm đau, thư giãn nhằm đạt tới mục đích chữa bệnh, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe), vì vậy làm giảm sự chèn ép rễ hay làm tăng giá trị góc α sau điều trị [9],[21].

Từ đó có thể thấy sự kết hợp của nhiều phương pháp điều trị đóng vai trò quan trọng, giúp cải thiện tốt hơn tình trạng bệnh của người bệnh. Kết quả này một lần nữa khẳng định vai trò của việc kết hợp giữa YHHĐ và YHCT trong quá trình điều trị bệnh nhân.

4.2.6. Cải thiện điểm đau Valleix

Hệ thống điểm đau Valleix nằm trên đường đi của dây thần kinh tọa. Để đánh giá sự kích thích của dây thần kinh tọa, thầy thuốc sẽ ấn vào vị trí các điểm này. Đây là một triệu chứng khách quan, giúp đánh giá sự tổn thương của dây thần kinh và tình trạng nặng của người bệnh.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu có đau tại ít nhất 1 điểm Valleix là 100%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hồng Ngãi, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu có đau tối thiểu 1 điểm Valleix ở cả hai nhóm 100 % [52].

Biểu đồ 3.9 cho thấy: số lượng điểm đau Valleix TB ở cả hai nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tại thời điểm sau 05 và 10 ngày điều trị, số lượng điểm đau Valleix TB giảm ở cả hai nhóm, nhóm NC có xu hướng giảm hơn nhóm ĐC, sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, tỷ lệ người bệnh có số lượng điểm đau Valleix bằng 0 ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 60.0 % và 27.5 %. So sánh với nghiên cứu của Trần Thị Hồng Ngãi, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) sau 20 ngày điều trị không có người bệnh nào có số lượng điểm đau Valleix bằng 0, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [52]. Số lượng điểm đau Valleix TB ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt sau 15 ngày điều trị, trong đó nhóm NC giảm từ 3.38 ± 1.30 điểm giảm xuống 0.70 ± 1.04 điểm và ở nhóm ĐC giảm từ 3.18 ± 1.34 điểm giảm xuống 1.40 ± 1.24 điểm, sự khác biệt này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Như vậy sau 15 ngày điều trị, điểm đau Valleix của người bệnh có xu hướng cải thiện hơn. Điều này cho thấy sử dụng phương pháp HLC kết hợp với điện châm, xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả tốt trong việc giãn cơ, giảm đau và giảm kích thích và chèn ép dây TKT, dẫn đến việc cải thiện tốt số điểm đau Valleix sau điều trị.

4.2.7. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Triệu chứng đau và hạn chế TVĐ CSTL ở người bệnh đau TKT biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt và lao động hàng ngày của người bệnh. Cũng chính đau

và hạn chế vận động ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống là lý do khiến người bệnh nhập viện. Một trong những mục tiêu hàng đầu trong điều trị đau TKT là giảm ảnh hưởng của bệnh đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm ODI để lượng giá chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, nó được phát triển vào những năm 1980 bởi John O'Brien và đồng nghiệp của ông tại trung tâm sức khỏe Oswestry ở Anh. Thang điểm ODI là một công cụ đo lường quan trọng trong việc đánh giá và theo dõi sự phục hồi của người bệnh đau thắt lưng, Nó cũng được sử dụng để xác định mức độ tác động của các phương pháp điều trị đau thắt lưng như vật lý trị liệu, phương pháp điều trị không dùng thuốc, dùng thuốc và phẫu thuật. Thang điểm ODI bao gồm 10 câu hỏi về khả năng vận động của người bệnh trong các hoạt động hàng ngày như việc đi lại, nấu ăn và làm việc văn phòng cũng như về mức độ đau và tác động của đau đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Điểm số từ mỗi câu hỏi sau đó được tính tổng hợp lại để đưa ra điểm ODI tổng thể [16],[43].

Theo bảng 3.12 và biểu đồ 3.10, 100 % người bệnh có mức độ hạn chế vừa và nhẹ do ảnh hưởng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm. Trước điều trị, chỉ số ODI TB ở cả hai nhóm là tương đương nhau, ở nhóm NC là 49.2 ± 9.43 % và nhóm ĐC là 48.95 ± 9.16 %, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Trong quá trình điều trị, chức năng sinh hoạt của cả hai nhóm đều tăng lên, thể hiện bằng đường biểu diễn chức năng sinh hoạt đi xuống ở cả hai nhóm.

Sau 15 ngày điều trị, đa số người bệnh tham gia nghiên cứu không có ảnh hưởng hoặc có ảnh hưởng nhẹ của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, tỷ lệ này lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 92.5 % và 80.0 %, không có người bệnh nào chịu ảnh hưởng nặng hoặc rất nặng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày. Cả hai nhóm đều giảm mạnh chỉ số ODI TB, nhóm NC có xu hướng giảm rõ rệt hơn nhóm ĐC, chỉ số này ở hai nhóm NC và ĐC lần lượt là 23.05 ± 10.12 % và 29.05 ± 10.44 %. Sự khác biệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị và giữa hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

So sánh thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi kém hơn so với nghiên cứu của các tác giả: Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023) kết quả sau 20 ngày điều trị điểm ODI TB cải thiện tốt hơn ở cả hai nhóm, trong đó nhóm NC

giảm từ 24.57 điểm xuống 12.01 điểm và nhóm ĐC giảm từ 24.83 % xuống 15.06 % [52]; Lê Thị Kim Dung, Trần Tuấn Minh (2022) đánh giá tác dụng của dưỡng sinh kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại trên người bệnh đau thần kinh tọa, kết quả điểm ODI TB nhóm NC giảm từ 24.7 ± 3.93 % xuống 19.24 ± 5.81 %, nhóm ĐC giảm từ 24.5 ± 3.58 % xuống 12.38 ± 8.78 %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ [45]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian ngắn hơn (15 ngày so với hai nghiên cứu của hai các tác giả trên là 20 ngày và 30 ngày), chỉ số ODI TB tại thời điểm trước nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với hai nghiên cứu của các tác giả trên, hoặc khác biệt do cỡ mẫu chưa đủ lớn và phương pháp điều trị khác nhau giữa hai nghiên cứu.

Trong nghiên cứu sử dụng phương pháp HLC (cứu ngải dọc mạch Đốc và kinh Bàng Quang) chủ yếu tác dụng trên cột sống, mà cụ thể là Đốc mạch và kinh Bàng quang. Mạch Đốc là bể của dương mạch, tổng quản dương khí toàn thân, làm đầy dương khí của cơ thể nhằm kháng lại sự xâm nhập của phong hàn thấp tà... Phần trên của kinh Bàng quang phân bố ở vùng lưng, nằm 2 bên mạch Đốc, các huyết bồi du của kinh Bàng quang có tác dụng quan trọng trong việc bổ dưỡng khí huyết cho các tạng phủ. Vì thế lợi dụng sức nóng từ việc đốt ngải kết hợp với dược chất có trong ngải cứu và gừng tươi, Hỏa Long cứu kích thích Đốc mạch, kinh Bàng quang từ đó mà ôn thông kinh lạc toàn thân, khí huyết vận hành thông sướng [9], [21].

Như vậy phương pháp HLC kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyết đã giảm mức độ đau tốt, cải thiện cải thiện góc độ Lasègue, tăng độ giãn CSTL Schober, tăng TVĐ CSTL, từ đó cải thiện tốt hơn các chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

4.2.8. Kết quả điều trị chung

Đau TKT là một hội chứng lâm sàng phức tạp, các triệu chứng có phần chủ quan. Chính vì vậy, không thể sử dụng đơn độc một chỉ số chỉ số để đánh giá kết quả điều trị người bệnh đau TKT mà nó là sự tổng hợp của các chỉ số thể hiện trên một kết quả mang tính tổng thể của các chỉ số. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng sự thay đổi của tổng điểm sau điều trị so với trước điều trị để đánh giá hiệu quả điều trị chung. Tổng điểm này được tính dựa vào sự quy đổi của các chỉ số: Mức độ đau theo thang điểm VAS, TVĐ CSTL (gấp, duỗi, nghiêng bên đau), độ giãn CSTL (chỉ số Schober), khoảng cách tay – đất, chỉ số Lasegue, số điểm đau Valleix.

Biểu đồ 3.11 cho thấy sau 15 ngày điều trị, kết quả điều trị chung đạt mức tốt và khá chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm. Nhóm NC có kết quả tốt đạt 52.5 %, khá đạt 32.5 %, trung bình là 15.0 % và không có kết quả điều trị kém. Nhóm ĐC có kết quả điều trị tốt đạt 25.0 %, khá đạt 47.5 %, mức trung bình là 25.0 %, tuy nhiên còn 01 bệnh nhân có kết quả điều trị kém chiếm 2.5 %. Sự khác biệt về kết quả điều trị chung của hai nhóm so với trước điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Vương Hải Yến (2013) nghiên cứu 60 người bệnh TVĐĐ CSTL, người bệnh được chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm 30 người bệnh. Nhóm nghiên cứu (NC) được điều trị bằng trường xạ cứu kết hợp liệu pháp cạo gió, nhóm đối chứng được điều trị bằng liệu pháp cạo gió đơn thuần. Kết quả cho thấy kết hợp trường xạ cứu và liệu pháp cạo gió có tổng hiệu quả đạt 86.66% cao hơn hẳn liệu pháp cạo gió đơn thuần với tổng hiệu quả chỉ đạt 53.33% ($p < 0.05$) [25].

Dương Hòa Tường (2016) nghiên cứu trên 120 người bệnh thoái hóa cột sống cổ, chia nhóm ĐC và nhóm NC mỗi nhóm 60 người bệnh. Nhóm NC được dùng phương pháp cứu mạch đốc, nhóm ĐC được dùng liệu pháp châm cứu, cả 2 nhóm đều được điều trị trong vòng 01 tháng. Kết quả cho thấy ở nhóm NC có 26 trường hợp khỏi bệnh, 34 trường hợp tiến triển tốt, tổng hiệu quả đạt 100%. Hiệu quả ở nhóm nghiên cứu tốt hơn hẳn nhóm đối chứng (ĐC) ($p < 0.01$) [26].

Vương Tuệ cùng cộng sự (2020) nghiên cứu trên 60 người bệnh TVĐĐ CSTL thể hàn thấp, các người bệnh được chia thành nhóm NC và nhóm ĐC, mỗi nhóm 30 người bệnh. Nhóm NC được điều trị bằng HLC, nhóm ĐC được điều trị bằng ôn châm, liệu trình điều trị ngày 01 lần trong 10 ngày. Kết quả cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh của nhóm NC đạt 70% cao hơn nhóm ĐC chỉ đạt 56.7% ($p < 0.05$) [30].

So sánh với các nghiên cứu trên thì nghiên cứu của chúng tôi kết quả chung sau điều trị là thấp hơn. Có thể do thời gian nghiên cứu còn ngắn (15 ngày) hoặc khác biệt do cỡ mẫu chưa đủ lớn và ảnh hưởng khí hậu, thời tiết do địa bàn nghiên cứu khác nhau (nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Việt Nam, nghiên cứu của các tác giả trên thực hiện tại Trung Quốc).

Hoả long cứu thuộc phương pháp cứu nói chung, chủ yếu tác dụng trên cột sống, mà cụ thể là Đốc mạch và kinh Bàng quang. Mạch Đốc là bề của dương mạch, tổng quản dương khí toàn thân, làm đầy dương khí của cơ thể nhằm kháng lại sự xâm nhập

của phong hàn thấp tà... Phần trên của kinh Bàng quang phân bố ở vùng lưng, nằm 2 bên mạch Đốc, các huyết bồi du của kinh Bàng quang có tác dụng quan trọng trong việc bổ dưỡng khí huyết cho các tạng phủ, điều trị nhiều chứng bệnh của các tạng phủ tương ứng. YHCT cho rằng điều tiết nâng cao sức khỏe nên “lấy thông làm dụng”. Vì thế lợi dụng sức nóng từ việc đốt ngải kết hợp với dược chất có trong ngải cứu và gừng tươi, HLC kích thích Đốc mạch, kinh Bàng quang từ đó mà ôn thông kinh lạc toàn thân, khí huyết vận hành thông sướng. [9],[21].

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp tác dụng của châm với tác dụng của xung điện phát ra từ máy điện châm, là một kích thích tạo ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý, làm mất cơn đau và giải phóng sự co cơ. Những phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng tới hệ vận mạch, nhiệt độ da, sự tập trung bạch cầu... làm thay đổi tính chất của tổn thương, giảm sung huyết, bớt nóng và giảm đau. Mặt khác, bất cứ một kích thích nào cũng liên quan tới hoạt động của vỏ não, nghĩa là có tính chất toàn thân. Điểm quan trọng của phản ứng toàn thân là tác dụng đối với hệ thần kinh trung ương và thông qua hệ này và hệ thần kinh thực vật mà ảnh hưởng tới các cơ quan nội tạng và mọi tổ chức của cơ thể. Từ đó có tác dụng làm dịu đau, ức chế cơn đau, kích thích hoạt động của các cơ, tổ chức; tăng cường dinh dưỡng ở tổ chức; giảm viêm, giảm xung huyết, giảm phù nề tại chỗ. Xoa bóp bấm huyết là thủ thuật sử dụng bàn tay, ngón tay, tác động lên da, cơ, khớp của người bệnh giúp giảm đau, thư giãn nhằm đạt tới mục đích chữa bệnh, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe [19],[20].

Từ đó có thể thấy phương pháp HLC kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyết đã giảm mức độ đau tốt, cải thiện cải thiện góc độ Lasègue, tăng độ giãn CSTL Schober, tăng TVĐ CSTL, từ đó mang lại hiệu quả điều trị tốt, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.3. Kết quả thay đổi các triệu chứng YHCT

Trước điều trị các triệu chứng YHCT trên lâm sàng bao gồm: đau lưng hoặc mông lan xuống chân, đau tăng khi trời lạnh, đau có cảm giác tê bì nặng nề, sợ gió sợ lạnh, ăn kém, ngủ ít, đại tiện nát, rêu lưỡi trắng mỏng, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch phù hoặc phù khản, mạch nhu hoãn hoặc trầm trì, được phân bố đều ở hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Sau 15 ngày điều trị, các triệu chứng YHCT trên lâm sàng được cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm, sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Đặc biệt 2 triệu chứng: đau lưng hoặc mông lan xuống chân và đau tăng khi trời lạnh ở nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Trước điều trị, tỷ lệ 2 triệu chứng này ở cả hai nhóm chiếm 100%, sau 15 ngày điều trị tỷ lệ này lần lượt ở nhóm NC là 15.0 % và 25.0 %; nhóm ĐC là 57.5 % và 37.5 %, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Đau TKT được mô tả trong chứng tý của YHCT. Trong các Y văn cổ như Hoàng đế nội kinh tố vấn đã mô tả với nhiều bệnh danh khác nhau: Yêu cước thống, tọa cốt phong, tọa điển phong. Có 4 thể bệnh hay gặp trên lâm sàng: phong hàn thấp, phong hàn thấp kết hợp can thận hư, thấp nhiệt và huyết ú. Trong nghiên cứu chúng tôi lựa chọn hai thể bệnh là Phong hàn thấp (Sau khi bị nhiễm lạnh, người bệnh xuất hiện đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân xuống gót chân đến ngón út hoặc đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi, xuống mặt trước ngoài cẳng chân đến mu chân xuống ngón cái. Đau tăng khi trời lạnh, chườm nóng đỡ đau, đi lại khó khăn. Sợ gió, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, tiểu trong, đại tiện phân bình thường hoặc nát, mạch phù hoặc phù khấn.) và Phong hàn thấp kết hợp can thận hư (Đau mỗi vùng CSTL lan xuống chân theo đường đi của dây TKT. Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.) [7],[8].

Triệu chứng đau của người bệnh chủ yếu do ngoại tà bên ngoài thừa lúc tấu lý sơ hở, chính khí suy kém xâm nhập vào hai đường kinh túc thái dương Bàng Quang và túc thiếu dương Đờm mà gây bệnh. Hoặc ở người do chính khí suy yếu mà dẫn đến rối loạn chức năng của các tạng, nhất là hai tạng Can và thận. Sự rối loạn chức năng của hai tạng can, thận làm ảnh hưởng đến công năng của hai phủ Đờm, Bàng quang, từ đó ảnh hưởng đến sự tuần hành của khí huyết, kinh khí bị trở trệ (bế tắc) dọc đường đi của kinh Bàng quang và kinh Đờm (đường tuần hành của kinh này trùng với đường đi của dây TKT) [7],[17]. HLC lợi dụng sức nóng từ việc đốt ngải kết hợp với dược chất có trong ngải cứu và gừng tươi, kích thích Đốc mạch, kinh Bàng quang từ đó mà ôn thông kinh lạc toàn thân, khí huyết vận hành thông sướng [9],[21]. Kết hợp điện châm,

xoa bóp bấm huyết bằng bàn tay trực tiếp vào vùng thắt lưng – là phủ của thận, mạch Đốc, và 3 kinh dương, cùng hệ thống hoa đà giáp tích, để hoạt huyết hóa ứ, chỉ thống, thư cân, an thần, điều tiết nội môi, giãn cơ co cứng, thúc đẩy hồi phục cơ nhục, các khớp và thần kinh bị tổn thương [40],[41]. Nhóm NC được sử dụng thêm phương pháp HLC giúp tăng tác dụng trừ phong hàn thấp và ôn thông kinh lạc từ đó xu hướng cải thiện rõ rệt các triệu chứng của phong hàn thấp gây ra (đau lưng hoặc mông lan xuống chân, đau tăng khi trời lạnh) hơn so với nhóm ĐC, sự thay đổi các triệu chứng này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

4.4. Tác dụng không mong muốn

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chưa ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng của các phương pháp can thiệp (hỏa long cứu, xoa bóp bấm huyết, điện châm) như:

- Hỏa long cứu: bỏng, dị ứng ngoài da.
- Châm cứu: vụng châm, nhiễm trùng vị trí châm, gãy kim, chảy máu khi rút kim,...
- Xoa bóp bấm huyết: đau tăng lên, đau sau bấm huyết, tổn thương cột sống,...

Các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp) trước và sau điều trị của hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0.05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy tính an toàn của phương pháp HLC, kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyết trong điều trị đau TKT.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 người bệnh đau TKT chia 2 nhóm điều trị HLC kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và điều trị nền điện châm, xoa bóp bấm huyệt; bước đầu chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

1. Phương pháp hoả long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng tốt trong điều trị đau thần kinh tọa:

- Kết quả cải thiện điểm VAS: nhóm NC và ĐC đều giảm điểm VAS sau điều trị 15 ngày với $p < 0.05$. Nhóm NC giảm tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả cải thiện TVĐ CSTL: nhóm NC và ĐC đều tăng TVĐ CSTL sau điều trị 15 ngày với $p < 0.05$. Nhóm NC tăng tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả cải thiện độ giãn CSTL: nhóm NC và ĐC đều tăng độ giãn CSTL sau điều trị 15 ngày với $p < 0.05$. Nhóm NC tăng tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả cải thiện khoảng cách tay – đất: nhóm NC và ĐC đều giảm rõ rệt sau điều trị 15 ngày với $p < 0.05$. Nhóm NC giảm tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh: nhóm NC và ĐC đều giảm rõ rệt sau điều trị 15 ngày với $p < 0.05$. Nhóm NC giảm tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: nhóm NC và ĐC đều tăng rõ rệt sau điều trị 15 ngày với $p < 0.05$. Nhóm NC tăng tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả điều trị chung: tỷ lệ đạt loại tốt, khá, TB, kém ở nhóm NC là 52.5 %, 32.5 %, 15.0 %, 0.0 % và ở nhóm ĐC lần lượt là 25.0 %, 47.5 %, 25.0 %, 2.5 %, nhóm NC có kết quả điều trị chung tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0.05$.

- Kết quả cải thiện các triệu chứng YHCT trên lâm sàng, tỷ lệ tất cả các triệu chứng bao gồm: đau lưng hoặc mông lan xuống chân, đau tăng khi trời lạnh, đau có cảm giác tê bì nặng nề, sợ gió sợ lạnh, ăn kém, ngủ ít, đại tiện nát, rêu lưỡi trắng mỏng, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch phù hoặc phù khắn, mạch nhu hoãn hoặc trầm thì đều giảm ở cả hai nhóm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

2. Chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp hoả long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau thần kinh tọa

KIẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu, bàn luận và kết luận trên, chúng tôi xin đề xuất những kiến nghị sau:

Hỏa long cứu kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt là phương pháp mới, dễ ứng dụng, không yêu cầu máy móc trang thiết bị phức tạp và qua nghiên cứu trên cỡ mẫu 40 người bệnh đau TKT cho kết quả tốt. Vì vậy, chúng tôi xin kiến nghị mở rộng nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn nhằm khẳng định giá trị ứng dụng và giá trị thực tiễn của HLC trong điều trị đau TKT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2018). *Thực hành lâm sàng thần kinh học - Tập 1*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr 147-158.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr 152-162.
3. Koes. B. W, van Tulder. M. W, Peul. W. C (2007) Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ (Clinical research ed)*, 334(7607):1313-7, doi:10.1136/bmj.39223.428495.BE
4. Ter Meulen BC, Maas ET, Vyas A, van der Vegt M, de Priester K, de Boer MR, van Tulder MW, Weinstein HC, Ostelo RWJG (2017). *Treatment of acute sciatica with transforaminal epidural corticosteroids and local anesthetic: design of a randomized controlled trial*. BMC Musculoskelet Disord. 2017 May 25.
5. Nguyễn Thị Thanh Thủy (2017). *Nghiên cứu đặc điểm đau mạn tính và đau mạn tính hệ cơ xương khớp tại Thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện quân y.
6. Hồ Hữu Lương (2020). *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 6 – 7, 10 – 12, 105 – 106.
7. Bộ Y tế (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*, tr 72 – 78.
8. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017). *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 185-189
9. 房繁恭.火龙灸春季养生第一灸[N].生命时报, 2016-02-23(8).
Phòng Ê Cung. Đệ nhất cứu - Hỏa Long cứu phép dưỡng sinh trong mùa xuân [N]. Thời báo Sinh mệnh, 2016-02-23(8).
10. Nguyễn Quang Quyền (2012). *Bài giảng giải phẫu học - Tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, tr 9 – 23.
11. Nguyễn Quang Quyền (2013). *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, tr 153 - 164.
12. Các bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2020). *Bệnh Học Nội Khoa - Tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 266-279.

13. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2013). *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr 192 – 205.
14. Ngô Quý Châu, Nguyễn Đạt Anh, Đỗ Doãn Lợi và cộng sự (2020). *Triệu chứng học Nội Khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 423 - 429.
15. Cao Minh Châu (2019). *Phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 324 - 325.
16. Bộ môn Phục hồi Chức năng, Đại học Y Hà Nội (2019). *Phục hồi chức năng (Sách dùng cho bác sĩ định hướng chuyên khoa)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 49-50.
17. Nguyễn Nhược Kim (2017). *Lý luận Y học Cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr 88 - 95.
18. Nguyễn Nhược Kim (2009). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 66 - 71.
19. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 13 - 15, 37, 77, 114 - 115, 192 – 205.
20. Trần Thúy, Nguyễn Tài Thu (1997). *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 17-20.
21. 黄冬娥. 铺灸疗法及其临床运用[J]. 河南中医, 2006, 26(1): 70-71.]

Hoàng Đông Nga. Liệu pháp “Phô cứu” và ứng dụng trên lâm sàng [J]. *Tạp chí Trung y Hà Nam*, 2006, 26(1): 70-71.
22. Cosma F.A, Luigi S, Fabio de S, Raffaele A, Renata R and Marco L (2003). *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003 May; 24(5): 996-1000.
23. Gudavalli MR, Olding K, Joachim G, Cox JM (2016). Chiropractic Distraction Spinal Manipulation on Postsurgical Continued Low Back and Radicular Pain Patients: A Retrospective Case Series. *J Chiropr Med*. 2016 Jun; 15(2): 121-8.
24. Zhang X, Wang Y, Wang Z, Wang C, Ding W, Liu Z (2017). A Randomized Clinical Trial Comparing the Effectiveness of Electroacupuncture versus Medium-Frequency Electrotherapy for Discogenic Sciatica. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017.

25. 王海燕,马卫平.长蛇灸结合刮痧疗法治疗腰椎间盘突出症 30 例的疗效观察

[J].中医临床研究, 2013, 5(16):46-47.

Vương Hải Yên, Mã Vệ Bình (2013). Đánh giá hiệu quả điều trị của Trường xà cứu kết hợp liệu pháp Cạo gió trên 30 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng [J]. *Tạp chí nghiên cứu lâm sàng Trung y*, 5(16): 46-47.

26. 杨火祥. 督灸疗法治疗颈椎病 60 例 [J] . 中医临床研究, 2016, 8(7): 23- 25.

Dương Hỏa Tường (2016). Điều trị 60 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ bằng liệu pháp cứu Đốc mạch [J]. *Tạp chí nghiên cứu lâm sàng Trung y*, 8.

27. 周小芳, 庄素芳. 加味乌头散火龙灸对寒湿型腰椎间盘突出症患者 JOA 及 SF

– 36 评分影响研究 [J] . 中国现代医生, 2017, 55(11) : 104 - 108.

Châu Tiểu Phương, Trang Tô Phương (2017). Nghiên cứu tác dụng của gia vị Ô đầu tán Hỏa Long cứu đối với chỉ số JOA và SF – 36 trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thể hàn thấp [J]. *Tạp chí Thầy thuốc Trung Quốc ngày nay*, 55(11): 104 – 108.

28. 陈珊. 针刺结合火龙灸法治疗神经根型颈椎病的临床观察 [J] . 光明医,

2018, 33(8): 1149 -1150.

Trần San (2018). Đánh giá tác dụng trên lâm sàng của Châm cứu kết hợp Hỏa long cứu điều trị hội chứng cổ vai cánh tay [J]. *Tạp chí Trung y Quang minh*, 33(8) : 1149 – 1150.

29. 吴小慧, 刘菲. 推拿配合火龙灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症 [J] . 湖北民族

学院学报 (医学版), 2018: 35(1) : 24-27.

Ngô Tiểu Tuệ, Lưu Phi (2018). Đánh giá tác dụng của Xoa bóp phối hợp Hỏa Long cứu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thể hàn thấp [J]. *Tạp chí Học viện Dân tộc học Hồ Bắc (Bản Y học)*, 2018: 35(1): 24-27.

30. 王慧,李菊莲,王薇, 雷寿清. 火龙灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床效果 [J]. 中国当代医药, 2020, 27(8): 147-150.
- Vương Huệ, Lý Cúc Liên, Vương Vi, Lôi Thọ Thanh (2020). Đánh giá hiệu quả điều trị của Hỏa Long cứu trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thể hàn thấp [J]. *Tạp chí Y dược Trung quốc ngày nay*, 2020, 27(8): 147-150.
31. Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021). Kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501, 153 – 156.
32. Bùi Thanh Hà, Trần Quốc Bảo, Đỗ Việt Phương (2010). Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kết hợp điện châm với kéo giãn cột sống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 376, 64 – 72.
33. Trần Minh Hiếu, Dương Trọng Nghĩa (2020). Đánh giá tác dụng của điện trường châm, kéo giãn cột sống kết hợp bài “Độc hoạt tang ký sinh” trong điều trị hội chứng thắt lưng hông. *Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam*, 65, 1 – 12.
34. Trần Thị Minh Quyên, Lê Thành Xuân, Nguyễn Thị Thuận (2023). Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 523, 94 – 98.
35. Trần Danh Tiến Thịnh, Phùng Quang Tùng (2022). Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng độ I, II, III bằng sóng ngắn, xoa bóp bấm huyệt, điện châm và kéo giãn cột sống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 512, 224 - 228.
36. 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*, 158, 196 – 204.
37. Nguyễn Văn Hưng, Phạm Thị Xuân Mai (2018). Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 8, 52 – 57.
38. Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng (2020). Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp xoa

- bóp bấm huyệt và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 10, 105 – 111.
39. 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 56 – 57.
40. Bộ Y tế (2013). “*Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền, Điện châm điều trị hội chứng thắt lưng hông*”, Quy trình số 100.
41. Bộ Y tế (2013). “*Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền, Xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng thắt lưng hông*”, Quy trình số 378.
42. Jamison R.N. and Edwards R.R. (2012). Integrating Pain Management in Clinical Practice. *J Clin Psychol Med Settings*, 19(1), 49–64.
43. Nguyễn Đạt Anh và Lê Đức Hình (2015). *The Lancet tiếp cận xử trí trong thần kinh học*, Nhà xuất bản thế giới, Hà Nội, tr 373 - 374.
44. Fairbank JC, Davis JB (1996). *The Oswestry low back pain disability question physiotherapy*, tr 66, 271 – 273.
45. Lê Thị Kim Dung, Trần Tuấn Minh (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 cổ truyền Việt Nam*, 42, 49 – 54.
46. D. Hoy, C. Bain, G. Williams, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and rheumatism*. Jun 2012;64(6):2028-37. doi:10.1002/art.34347.
47. Rodrigo Dalke Meucci, Anaclaudia Gastal Fassa, Neice Muller Xavier %J Revista de saude publica Faria. *Prevalence of chronic low back pain: systematic review*. 2015;49:73.
48. Levent Altinel, Kamil Cagri Kose, Volkan Ergan, et al. *The prevalence of low back pain and risk factors among adult population in Afyon region, Turkey*. 2008;42(5):328-33.
49. Catherine B Johannes, T Kim Le, Xiaolei Zhou, Joseph A Johnston, Robert H %J The Journal of Pain Dworkin. *The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey*. 2010;11(11):1230-1239.

50. Rahman Shiri, Svetlana Solovieva, Kirsti Husgafvel-Pursiainen, et al. *The association between obesity and the prevalence of low back pain in young adults: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study*. 2008;167(9):1110-1119.
51. Atsushi Fujiwara, Tae-Hong Lim, Howard S An, et al. *The effect of disc degeneration and facet joint osteoarthritis on the segmental flexibility of the lumbar spine*. 2000;25(23):3036-3044.
52. Trần Thị Hồng Ngã, Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Quang Huy (2023). Đánh giá tác dụng 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*, 47, 35 – 43.
53. Nachemson A.L. (1981). Disc pressure measurements. *Spine*, 6(1), 93–97.
54. K. Sato, S. Kikuchi, T. Yonezawa. In vivo intradiscal pressure measurement in healthy individuals and in patients with ongoing back problems. *Spine*. Dec 1 1999;24(23):2468-74. doi:10.1097/00007632-199912010-00008.
55. Trần Thúy, Vũ Nam (2006). *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*. NXB Y học Hà Nội, 398–400.
56. Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Ngọc (2022). Tác dụng của xông thuốc kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau thắt lưng. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 158 (10), 71 – 77.
57. Caroline Perret, Serge Poiraudou, Jacques Fermanian, et al. Validity, reliability, and responsiveness of the fingertip-to-floor test. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001;82(11):1566-1570.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án NC:

Nhóm

Mã hồ sơ bệnh án

Nghiên cứu

Đối chứng

--	--	--	--

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**I. Hành chính.**

1. Họ tên bệnh nhân:
2. Tuổi:
3. Giới: Nam , Nữ
3. Nghề nghiệp: Lao động chân tay Lao động trí óc
4. Địa chỉ:
5. Số điện thoại:
6. Ngày vào viện:

II. YHHD

1. Lý do vào viện:
2. Hoàn cảnh khởi phát:
 - Tự nhiên Gặp lạnh Chấn thương
3. Thời gian bị bệnh:
 - < 1 tháng 1 – 3 tháng > 3 – 6 tháng > 6 tháng
4. Lâm sàng:
 - 4.1. Hội chứng cột sống
 - Đau lưng: Có từ từ/ đột ngột Không
 - Ảnh hưởng hoạt động
 - Không ảnh hưởng
 - Ảnh hưởng Gấp/ Duỗi/ Nghiêng
 - Điểm đau CSTL: Có Không
 - Điểm đau cạnh sống Có Không
 - Đau kiểu rẽ Có Đường lan.....
 - Không

- Cảm giác Có tê bì/ kiến bò/ kim châm
 Không
- Rối loạn cơ tròn Có Không

4.2. Cận lâm sàng.

- X quang CSTL:

Hẹp khe khớp , Đặc xương dưới sụn , Gai xương

- MRI cột sống thắt lưng

- Vị trí phình/ thoát vị: ĐĐ L4 – L5 ĐĐ L5 – S1 TVĐĐ đa tầng

- Tình trạng thoát vị: Phình ĐĐ TVĐĐ Thoái hóa đĩa đệm

5. Chẩn đoán YHHĐ

6. Đánh giá các chỉ số lâm sàng lúc vào viện, sau 5 ngày, 10 ngày, 15 ngày điều trị.

Chỉ số lâm sàng	D 0	D 5	D 10	D 15
VAS (điểm)				
Schober (cm)				
Lasègue (độ)				
TVĐ Gấp (độ)				
TVĐ Duỗi (độ)				
TVĐ Nghiêng (độ)				
ODI (điểm)				

7. Đánh giá chỉ số sinh tồn lúc vào viện và sau 15 ngày điều trị.

Chỉ số sinh tồn	D 0	D 15
Huyết áp tâm thu (mmHg)		
Huyết áp tâm trương (mmHg)		
Mạch (lần/ phút)		

III. Y học cổ truyền

1. Tứ chẩn

Vọng	
Vấn	
Vấn	
Thiết	

2. Sự thay đổi các triệu chứng YHCT trên lâm sàng

Triệu chứng YHCT	D ₀	D ₁₅
Đau lưng hoặc hông lan xuống chân		
Đau tăng khi trời lạnh		
Đau có cảm giác tê bì, nặng nề		
Sợ gió, sợ lạnh		
Ăn kém		
Ngủ ít		
Đại tiện nát		
Rêu lưỡi trắng mỏng		
Rêu lưỡi trắng dày và nhớt		
Mạch phù hoặc phù khẩn		
Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược		

❖ Chẩn đoán YHCT

- Bệnh danh
- Bát cương
- Tạng phủ - kinh lạc
- Nguyên nhân
- Thể bệnh: Phong hàn thấp Phong hàn thấp kết hợp can thận hư

IV. Đánh giá kết quả

1. Tốt Khá Trung bình Kém

2. Tác dụng không mong muốn sau 15 ngày điều trị.

Vụng châm

Bỏng

Đau tăng

Nhiễm trùng

Chảy máu khi rút kim

Dị ứng

Khác

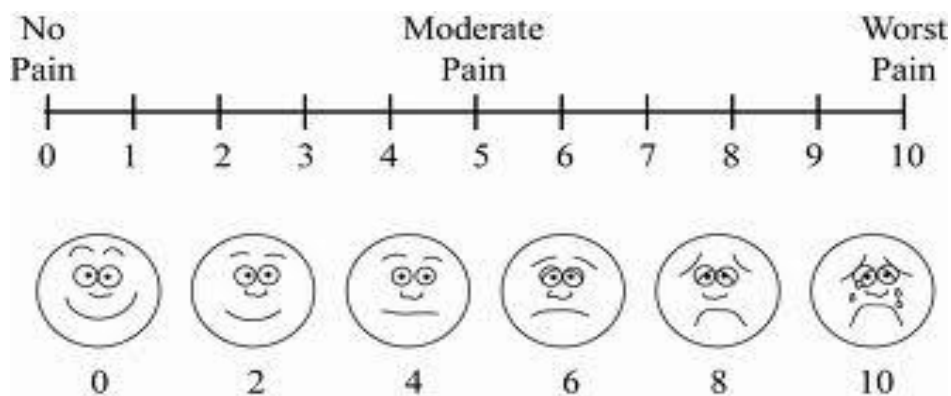
Hà Nội, ngày tháng năm 2023

Người thực hiện nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2

THƯỚC ĐO THANG ĐIỂM VAS



Hình 1. Thước đo điểm VAS

Sử dụng thước đo thang điểm VAS. Thước có hai phần:

- Phần dưới: từ 0 đến 10.

- Phần trên: có 6 hình mặt người biểu tượng cho trạng thái đau để mô tả và quy ước cho các mức độ đau bệnh nhân tự đánh giá, tương ứng với thước đo bên dưới.

- Cách thực hiện: người bệnh nhìn vào mặt biểu diễn các mức độ đau và chỉ vào mức độ đau mà bệnh nhân cảm nhận tại thời điểm đánh giá. Sau đó thầy thuốc sẽ xác định điểm đau tương ứng mà bệnh nhân chỉ.

Điểm VAS	Mức độ đau	Điểm quy đổi
VAS = 0	Không đau	1
$1 < VAS \leq 3$	Đau nhẹ	2
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa	3
$6 < VAS \leq 10$	Đau nặng	4

PHỤ LỤC 3

BẢNG CÂU HỎI OSWESTRY DISABILITY INDEX

Bộ câu hỏi ODI gồm 10 chỉ số, mỗi chỉ số gồm 5 mức độ khả năng khác nhau được cho điểm từ 0 đến 5 điểm, điểm càng cao thì sự ảnh hưởng đến chức năng càng trầm trọng.

Bộ câu hỏi này nhằm cho biết đau lưng ảnh hưởng như thế nào đến hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bạn.

BẢNG CÂU HỎI ODI	D ₀	D ₁₅
<p>I. Mức độ đau</p> <p>0. Hiện tại không đau</p> <p>1. Hiện tại chỉ đau rất ít</p> <p>2. Hiện tại đau vừa</p> <p>3. Hiện tại đau khá nhiều</p> <p>4. Hiện tại đau rất nhiều</p> <p>5. Hiện tại quá đau, không thể tưởng tượng nổi</p>		
<p>II. Chăm sóc bản thân</p> <p>0. Tự chăm sóc được bản thân bình thường mà không gây đau thêm</p> <p>1. Tự chăm sóc được bản thân bình thường nhưng gây đau thêm</p> <p>2. Tự chăm sóc được bản thân nhưng cần phải chậm và cẩn thận hơn vì đau</p> <p>3. Cần giúp đỡ một ít nhưng vẫn tự làm được hầu hết các hoạt động chăm sóc bản thân</p> <p>4. Cần giúp đỡ hàng ngày đối với hầu hết các hoạt động chăm sóc bản thân</p> <p>5. Không thể tự mặc quần áo, tắm rửa khó khăn và phải nằm tại giường</p>		
<p>III. Nâng vật nặng</p> <p>0. Có thể nâng vật nặng mà không gây đau thêm</p> <p>1. Có thể nâng vật nặng nhưng gây đau thêm</p> <p>2. Vì đau nên không thể nâng vật nặng từ sàn nhà, nhưng có thể nâng được nếu vật được đặt ở vị trí thuận lợi như trên bàn</p>		

<ol style="list-style-type: none"> 3. Vì đau nên không thể nâng vật nặng, chỉ có thể nâng vật có khối lượng từ nhẹ đến trung bình nếu vật ở vị trí thuận lợi 4. Chỉ có thể nâng vật có khối lượng rất nhẹ 5. Không thể nâng được bất cứ vật gì 		
<p>IV. Đi bộ</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Đau nhưng vẫn đi bộ được với mọi khoảng cách 1. Đau nên chỉ đi bộ được không quá 2km 2. Đau nên chỉ đi bộ được không quá 1km 3. Đau nên chỉ đi bộ được không quá 500m 4. Đau nên chỉ đi được khi có gậy hoặc nạng 5. Đau nên không đi được, hầu như chỉ nằm trên giường 		
<p>V. Ngồi</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Có thể ngồi trên bất kỳ chiếc ghế nào và ngồi bao lâu cũng được 1. Chỉ có thể ngồi trên kiểu ghế phù hợp, nhưng bao lâu cũng được 2. Đau nên chỉ ngồi được không quá 1 giờ 3. Đau nên chỉ ngồi được không quá 30 phút 4. Đau nên chỉ ngồi được không quá 10 phút 5. Đau nên không thể ngồi được 		
<p>VI. Đứng</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Có thể đứng bao lâu cũng được mà không gây đau thêm 1. Có thể đứng bao lâu cũng được nhưng gây đau thêm 2. Đau nên chỉ đứng được không quá 1 giờ 3. Đau nên chỉ đứng được không quá 30 phút 4. Đau nên chỉ đứng được không quá 10 phút 5. Đau nên không thể đứng được 		
<p>VII. Giấc ngủ</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không bị mất ngủ do đau gây nên 1. Tỉnh thoảng bị mất ngủ vì đau 2. Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 6 giờ/ ngày 3. Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 4 giờ/ ngày 4. Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 2 giờ/ ngày 		

5. Vì đau nên không thể ngủ được		
<p>VIII. Sinh hoạt tình dục (nếu có thể áp dụng được)</p> <p>0. Sinh hoạt tình dục đều đặn mà không gây đau thêm</p> <p>1. Sinh hoạt tình dục đều đặn như bình thường nhưng có gây đau thêm</p> <p>2. Sinh hoạt tình dục khá đều, gần như bình thường nhưng gây đau nhiều</p> <p>3. Ít sinh hoạt tình dục hơn nhiều so với bình thường vì đau</p> <p>4. Gần như không sinh hoạt tình dục nữa vì đau</p> <p>5. Không sinh hoạt tình dục được vì đau</p>		
<p>IX. Hoạt động xã hội</p> <p>0. Tham gia hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau thêm</p> <p>1. Tham gia hoạt động xã hội bình thường nhưng gây đau thêm</p> <p>2. Đau ảnh hưởng không đáng kể đến các hoạt động xã hội, ngoại trừ các hoạt động mạnh như chơi thể thao</p> <p>3. Vì đau nên ít tham gia hoạt động xã hội và ít ra ngoài hơn</p> <p>4. Vì đau nên chỉ tham gia các hoạt động xã hội tại nhà</p> <p>5. Vì đau nên không tham gia bất cứ hoạt động xã hội nào</p>		
<p>X. Đi xa (ngồi trên xe)</p> <p>0. Có thể đi xa bất cứ nơi nào mà không gây đau thêm</p> <p>1. Có thể đi xa bất cứ nơi nào nhưng gây đau thêm</p> <p>2. Dù đau nhưng vẫn có thể thực hiện được chuyến đi hơn 2 giờ</p> <p>3. Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 1 giờ</p> <p>4. Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 30 phút khi thực sự cần thiết</p> <p>5. Đau nên không thể đi đâu được, ngoại trừ việc đi khám và điều trị</p>		

ĐÁNH GIÁ ĐIỂM VÀ PHÂN LOẠI CHỈ SỐ ODI

Sau khi bệnh nhân đã chọn ra mức độ phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình. Chỉ số ODI được tính theo công thức:

$$\text{Chỉ số ODI} = \frac{\text{Tổng số điểm của bệnh nhân}}{\text{Tổng số điểm có thể đạt được}} \times 100\%$$

Phân loại kết quả theo chỉ số ODI

Chỉ số ODI	Mức độ giảm chức năng	Mức ảnh hưởng và hướng xử trí
0% - 20%	Giảm chức năng tối thiểu	Người bệnh có thể thực hiện được hầu hết các hoạt động sinh hoạt. Thường không có chỉ định điều trị ngoài tư vấn về tư thế đứng khi nâng vật nặng, khi ngồi và tập thể dục.
21% - 40%	Giảm chức năng trung bình	Đau và khó khăn trong một vài hoạt động sinh hoạt như ngồi, nâng vật nặng và đứng, có thể ảnh hưởng đến việc đi lại và đời sống xã hội. Chăm sóc cá nhân, hoạt động tình dục và ngủ không bị ảnh hưởng nhiều. Người bệnh thường có thể được xử lý bằng cách biện pháp bảo tồn
41% - 60%	Giảm chức năng nặng	Đau đã ảnh hưởng đến nhiều hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Những người bệnh này cần được thăm dò kỹ càng
61% - 80%	Tàn tật	Đau ảnh hưởng tới tất cả các hoạt động sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Cần phải can thiệp tích cực.
81% - 100%	Liệt giường hoặc người bệnh tự phóng đại triệu chứng	Những người bệnh này thuộc một trong hai trường hợp hoặc nằm liệt giường hoặc người bệnh tự phóng đại các triệu chứng của mình. Do đó, cần phải quan sát cẩn thận khi thăm khám để phân biệt hai trường hợp này.

PHỤ LỤC 4

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi xác nhận rằng:

Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu: Đánh giá tác dụng của phương pháp hỏa long cứu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt điều trị đau thần kinh tọa tại Bệnh viện YHCT Trung ương.

Tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tôi đã có thời gian và cơ hội được cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia nghiên cứu này.

Tôi đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.

Hà Nội, Ngày tháng năm 2023

(Ký tên của người tham gia)

PHỤ LỤC 5
DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

STT	Số bệnh án	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ
1	240	Tạ Hằng S	47	Nữ	Số 3 Hàng Trống, Hoàn Kiếm, Hà Nội
2	259	Đình Việt H	39	Nữ	Đội 6 Bái Hạ, Ứng Hòa, Hà Nội
3	260	Phạm Thanh H	37	Nam	Kim Giang, Thanh Xuân, Hà Nội
4	261	Nguyễn Hồng N	52	Nữ	48 Trần Nhân Tông, Hai Bà Trưng, Hà Nội
5	262	Nguyễn Thị N	64	Nữ	Gia Lâm, Long Biên, Hà Nội
6	263	Nguyễn Vĩnh H	64	Nam	86 Mai Động, Hoàng Mai, Hà Nội
7	267	Đỗ Quang M	53	Nam	54 Lê Văn Lương, Thanh Xuân, Hà Nội
8	269	Chu Thị Kim N	34	Nữ	Vinhomes Symphony, Long Biên, Hà Nội
9	274	Nguyễn Anh V	42	Nam	Số 19/651 Minh Khai, HBT, Hà Nội
10	275	Nguyễn Thị L	63	Nữ	Phú Xuyên, Hà Nội
11	276	Phạm Thị Kim D	62	Nữ	22A1 Trần Quốc Toản, Hoàn Kiếm, Hà Nội
12	279	Vũ Thanh H	46	Nam	381 Bạch Mai, Hai Bà Trưng, Hà Nội
13	281	Nguyễn Thu H	53	Nữ	87 An Trạch, Đống Đa, Hà Nội
14	284	Nguyễn Thanh H	64	Nam	176 Phó Huệ, Hai Bà Trưng, Hà Nội
15	287	Trần Thu T	38	Nữ	Thịnh Liệt, Hoàng Mai, Hà Nội
16	291	Nguyễn Thị Phương T	61	Nữ	Hồng Mai, Hai Bà Trưng, Hà Nội
17	310	Nguyễn Thị Kim L	55	Nữ	114 Ngõ Quỳnh, Bạch Mai, HBT, Hà Nội
18	311	Nguyễn Huy C	42	Nam	505 Minh Khai, Hai Bà Trưng, Hà Nội
19	314	Nguyễn Thị Bích L	58	Nữ	Bồ Đề, Long Biên, Hà Nội
20	316	Nguyễn Tuyết V	56	Nữ	11/12/629 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội
21	317	Dương Phương L	30	Nam	Phúc Đồng, Long Biên, Hà Nội
22	319	Nguyễn Thị Bích N	52	Nữ	Tam Trinh, Hoàng Mai, Hà Nội
23	320	Mai Đức Tuấn	60	Nam	Quan Nhân, Thanh Xuân, Hà Nội
24	321	Nguyễn Thị Thu T	35	Nữ	Xuân Diệu, Tây Hồ, Hà Nội
25	330	Vũ Thị Kim L	53	Nữ	17 Ngõ 341 Đội Cấn, Ba Đình, Hà Nội
26	333	Lê Thị T	62	Nam	Hiền Đa, Cẩm Khê, Phú Thọ

27	346	Hoàng Thị Kim H	55	Nữ	Thanh Nhàn, HBT, Hà Nội
28	347	Đỗ Minh N	37	Nữ	18B Lý Thái Tổ, Hoàn Kiếm, Hà Nội
29	354	Nguyễn Thị D	52	Nữ	Tam Giáp, Duy Hải, Hà Nam
30	360	Cao Kim O	56	Nam	Thổ Quan, Ba Đình, Hà Nội
31	367	Trần Thị T	53	Nữ	Thị trấn Phố Ràng, Bảo Yên, Lào Cai
32	371	Lý Văn Đ	33	Nam	Thanh Thủy, Thanh Oai, Hà Nội
33	372	Lê Thanh H	33	Nữ	Yên Sở, Hoàng Mai, Hà Nội
34	377	Nguyễn Xuân T	33	Nữ	170 Từ Hoa, Quảng An, Tây Hồ, Hà Nội
35	382	Nguyễn Kiều O	30	Nữ	330 Bà Triệu, Hai Bà Trưng, Hà Nội
36	389	Vũ Văn T	21	Nam	Anh Sơn, Nghi Sơn, Thanh Hóa
37	391	Nguyễn Ngọc K	70	Nam	15 Hàm Long, Hoàn Kiếm, Hà Nội
38	395	Nguyễn Thị Cẩm T	44	Nữ	378 Minh Khai, Hai Bà Trưng, Hà Nội
39	404	Nguyễn Thị H	55	Nữ	Bảo Yên, Lào Cai
40	406	Hoàng Thị V	45	Nữ	Bảo Yên, Lào Cai
41	419	Trương Thị V	61	Nữ	Thanh Lương, Hai Bà Trưng, Hà Nội
42	422	Lê Thị Kim L	56	Nữ	34/56 Vĩnh Thụy, Long Biên, Hà Nội
43	436	Hoàng Thị Y	45	Nữ	Thanh Thủy, Thanh Oai, Hà Nội
44	437	Phạm Thị Liên	67	Nữ	Lĩnh Nam, Hoàng Mai, Hà Nội
45	438	Mông Chiêu T	25	Nam	Liễu Đô, Lục Yên, Yên Bái
46	442	Vũ Thị Kim D	60	Nữ	Tổ 18 Tân Thịnh, TP. Hòa Bình, Hòa Bình
47	443	Lê Tất T	69	Nam	56 Phạm Văn Trị, Đống Đa, Hà Nội
48	447	Nguyễn Việt H	55	Nam	Nguyễn Công Trứ, Hai Bà Trưng, Hà Nội
49	449	Thành Thị Thanh H	63	Nữ	Khâm Thiên, Đống Đa, Hà Nội
50	450	Phạm Thanh H	34	Nữ	62 Mai Động, Hoàng Mai, Hà Nội
51	453	Hoàng Thị Kim H	36	Nữ	Láng Hạ, Đống Đa, Hà Nội
52	482	Trần Thị Y	34	Nữ	Tổ 4 Thượng Thanh, Long Biên, Hà Nội
53	494	Đoàn Thị V	63	Nữ	51/461, Trần Khát Trân, HBT, Hà Nội
54	495	Hà Đức H	47	Nam	Nguyễn Trãi, Hà Đông, Hà Nội
55	500	Hoàng Thị Minh T	54	Nữ	Hoàn Kiếm, Hà Nội
56	503	Đặng Thị Hoàng L	49	Nữ	D7 Ngõ 61 Thái Thịnh, Đống Đa, Hà Nội

57	504	Đỗ Thị X	52	Nữ	Thôn 2 Canh Nậu, Thạch Thất, Hà Nội
58	513	Chu Thị Kim T	54	Nữ	190 Lò Đúc, Hai Bà Trưng, Hà Nội
59	514	Lâm Thị C	49	Nữ	Tà Chải, Bắc Hà, Lào Cai
60	515	Đỗ Thị Thu T	58	Nữ	700 Bạch Đằng, Hai Bà Trưng, Hà Nội
61	518	Phạm Văn K	54	Nam	Tư Đình, Long Biên, Hà Nội
62	519	Trần Tiến A	29	Nam	Phúc Lộc, Hậu Lộc, Thanh Hóa
63	516	Phùng Thị L	62	Nữ	Khâm Thiên, Đống Đa, Hà Nội
64	528	Nguyễn Thị Thanh H	57	Nữ	T11 Timecity, Hai Bà Trưng, Hà Nội
65	529	Nguyễn Thị Kim L	57	Nữ	Hà Thành, Tứ Kỳ, Hải Dương
66	530	Nguyễn Thu H	53	Nữ	87 An Trạch, Đống Đa, Hà Nội
67	534	Vũ Thị N	36	Nữ	109 Đê Tô Hoàng, Hai Bà Trưng, Hà Nội
68	537	Lê Thị M	38	Nữ	Tổ 10B, Láng Hạ, Đống Đa, Hà Nội
69	539	Nguyễn Thị Bích T	54	Nữ	Trần Hưng Đạo, Hai Bà Trưng, Hà Nội
70	540	Trần Thị H	53	Nữ	P503 E1 Thái Thịnh, Đống Đa, Hà Nội
71	545	Nguyễn Việt H	45	Nam	Quỳnh Mai, Hai Bà Trưng, Hà Nội
72	550	Trần Thị Lan A	40	Nữ	440 Vĩnh Hưng, Hoàng Mai, Hà Nội
73	562	Vũ Ngọc Q	59	Nam	19 /11 Trường Chinh, Đống Đa, Hà Nội
74	563	Ngô Văn H	59	Nam	Nam Hồng, Nam Trực, Nam Định
75	568	Nguyễn Quang T	57	Nam	Nhân Mỹ, Lý Nhân, Hà Nam
76	569	Nguyễn Hữu H	60	Nam	Trúc Bạch, Ba Đình, Hà Nội
77	570	Vũ Thị Ngọc D	68	Nữ	34 Ngõ 98 Khâm Thiên, Đống Đa, Hà Nội
78	571	Đặng Văn T	20	Nam	Kinh Môn, Hải Dương
79	587	Nguyễn Thị Đ	49	Nữ	Thượng Lý, Hồng Bàng, Hải Phòng
80	586	Trần Thị Lan A	59	Nữ	Bằng Doãn, Đoan Hùng, Hà Nội

Hà Nội, ngày 13 tháng 11 năm 2023

XÁC NHẬN CỦA BỆNH VIỆN YHCT TRUNG ƯƠNG