

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ LUÂN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG BÀI TẬP MCKENZIE
KẾT HỢP HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH,
ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Hà Nội, Năm 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ LUÂN

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG BÀI TẬP MCKENZIE
KẾT HỢP HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH,
ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Phạm Quốc Bình

TS.BSCKII. Nguyễn Văn Tâm

Hà Nội, Năm 2025

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu tại Trường Học Viện Y Dược cổ truyền Việt Nam, em đã may mắn nhận được nhiều sự giúp đỡ, tạo điều kiện của các thầy cô, gia đình, bạn bè và đồng nghiệp.

Bằng tất cả lòng chân thành và kính trọng em xin được gửi lời tri ân sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban giám hiệu, Phòng đào tạo sau đại học Trường Học Viện Y Dược cổ truyền Việt Nam đã tạo mọi điều kiện tốt nhất cho em trong thời gian học tập và hoàn thành luận văn.

Đặc biệt với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, em xin gửi lời cảm ơn chân thành tới thầy PGS-TS. Phạm Quốc Bình – Phó hiệu trưởng trường Học viện Y Dược Cổ Truyền Việt Nam, Thầy TS-BSCCKII. Nguyễn Văn Tâm – Giám đốc Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa. Là những người thầy trực tiếp hướng dẫn khoa học, đã tận tâm truyền đạt kiến thức, giúp đỡ và chỉ dạy cho em nhiều kinh nghiệm quý báu trong chuyên môn, nghiên cứu, góp phần quan trọng trong việc hoàn thành luận văn này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới Đảng ủy, Ban Giám đốc bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, các bác sĩ trong hội đồng khoa học, các y bác sĩ những người đồng nghiệp thân thiện nơi tôi công tác đã luôn quan tâm, hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt thời gian thực hiện đề tài.

Em xin chân thành cảm ơn các thầy, các cô những nhà khoa học trong hội đồng chấm luận văn đã dành thời gian góp ý cho em nhiều ý kiến quý báu và khoa học để em hoàn thành luận văn này một cách tốt nhất.

Cuối cùng tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình, cùng bạn bè, đồng nghiệp đã luôn đồng hành, động viên khích lệ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn !

Tác giả
Nguyễn Thị Luân

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là *Nguyễn Thị Luân* học viên lớp CKII – K9 – Chuyên ngành: Y học cổ truyền trường Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của *PGS.TS. Phạm Quốc Bình, TS.BSCKII. Nguyễn Văn Tâm*

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

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Luân

CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CSTL	Cột sống thắt lưng
CT-Scanner	Computed Tomography Scanner (chụp cắt lớp vi tính)
D ₀	Thời điểm trước điều trị
D ₁₀	Thời điểm sau 10 ngày điều trị
D ₂₀	Thời điểm sau 20 ngày điều trị
ĐTL	Đau thắt lưng
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Voor Fysiotherapie (Hội vật lý trị liệu hoàng gia Hà Lan)
MRI	Magnetic Resonance Imaging (cộng hưởng từ)
Nhóm C	Nhóm chứng
Nhóm NC	Nhóm nghiên cứu
ODI	Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Bảng câu hỏi về đau thắt lưng Oswestry)
THCS	Thoái hóa cột sống
VAS	Visual Analog Scale
VLTL -PHCN	Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. GIẢI PHẪU CỘT SỐNG THẮT LƯNG.....	3
1.1.1. Đặc điểm cấu tạo	3
1.1.2. Đĩa đệm thắt lưng	4
1.1.3. Các dây chằng thắt lưng	5
1.1.4. Các mạch máu và thần kinh đĩa đệm.....	5
1.1.5. Thần kinh cột sống thắt lưng	5
1.2. ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI	6
1.2.1. Định nghĩa	6
1.2.2. Nguyên nhân của đau cột sống thắt lưng.....	6
1.2.3. Cơ chế đau	6
1.2.4. Thoái hóa cột sống thắt lưng	7
1.2.5. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đau CSTL do thoái hóa .	9
1.2.6. Chẩn đoán	11
1.2.7. Điều trị	12
1.3. ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THEO Y HỌC CỖ TRUYỀN	13
1.3.1. Bệnh danh	13
1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	14
1.3.3. Các thể bệnh.	15
1.4. TỔNG QUAN VỀ ĐIỆN CHÂM	18
1.4.1. Định nghĩa	18
1.4.2. Cơ chế tác dụng	19
1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định.....	20
1.4.4. Tai biến thường gặp và xử trí	20
1.4.5. Kỹ thuật bỏ tả của điện châm	21

1.5. TỔNG QUAN VỀ HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH	22
1.5.1. Nguồn gốc xuất xứ:	22
1.5.2. Phân tích tác dụng của bài thuốc	23
1.5.3. Tác dụng từng vị thuốc	23
1.6. TỔNG QUAN VỀ TẬP VẬN ĐỘNG CỐT SỐNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	23
1.6.1. Vài nét về McKenzie	23
1.6.2. Bài tập McKenzie	24
1.7. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐÃ LÀM TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIỚI LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI.....	25
1.7.1. Các nghiên cứu trên thế giới.....	25
1.7.2. Các nghiên cứu trong nước.....	26
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	28
2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU	28
2.1.1. Hoàn Độc hoạt Tang ký sinh	28
2.1.2. Dạng bào chế và tiêu chuẩn dược liệu.....	28
2.1.3. Bài tập McKenzie	29
2.1.4. Bộ dụng cụ điện châm	32
2.2. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM, THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	33
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	33
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	34
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	34
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	34
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	34
2.3.3. Quy trình nghiên cứu	35
2.3.4. Phương pháp đánh giá	38
2.3.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	44
2.3.6. Xử lý số liệu.....	44
2.3.7. Đạo đức nghiên cứu.....	44

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	45
3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHUNG	45
3.2. KẾT QUẢ SAU ĐIỀU TRỊ.....	49
3.2.1 Hiệu quả giảm đau qua từng thời điểm điều trị theo thang điểm VAS	49
3.2.2. Biến đổi tâm vận động cột sống thắt lưng.....	51
3.2.3. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng.....	53
3.2.4. Cải thiện khoảng cách tay đất.....	53
3.2.5. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	54
3.2.6. Cải thiện một số chứng trạng theo YHCT sau điều trị.....	56
3.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	57
3.3.1. Trên lâm sàng	57
3.3.2. Trên cận lâm sàng.....	58
3.4. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP	59
Chương 4: BÀN LUẬN	63
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU	63
4.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	63
4.1.2. Đặc điểm về giới.....	64
4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp	65
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh	66
4.1.5. Đặc điểm Xquang trước điều trị	66
4.1.6. Đặc điểm bệnh lý trước điều trị.....	66
4.2. BÀN LUẬN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	67
4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau	67
4.2.2. Sự cải thiện về tâm vận động CSTL.....	70
4.2.3. Sự cải thiện độ giãn CSTL.....	71
4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày	72
4.2.5. Bàn luận về cải thiện một số chứng trạng theo YHCT	74

4.3. BÀN VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN.....	78
4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	78
4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng.....	78
4.4. BÀN LUẬN VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ	79
4.4.1. Liên quan đến hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS.....	79
4.4.2. Liên quan đến cải thiện tâm vận động cột sống	80
4.4.3. Liên quan đến cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày.....	81
KẾT LUẬN	83
KIẾN NGHỊ	84
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Thành phần mỗi gói hoàn Độc hoạt tang ký sinh 12g	22
Bảng 2.1:	Phân loại mức độ đau.....	40
Bảng 2.2:	Phân loại mức độ giãn cột sống	40
Bảng 2.3.	Phân loại khoảng cách tay đất.....	41
Bảng 2.4.	Phân loại độ gấp cột sống.	42
Bảng 2.5.	Phân loại độ duỗi cột sống.	42
Bảng 2.6.	Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày	43
Bảng 2.7.	Đánh giá thay đổi một số chứng trạng theo y học cổ truyền	43
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	45
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới tính.	45
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.	46
Bảng 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.	47
Bảng 3.5.	Đặc điểm X – quang trước điều trị của 2 nhóm.....	47
Bảng 3.6.	Đặc điểm bệnh nhân trước khi điều trị của hai nhóm.....	48
Bảng 3.7.	Sự cải thiện điểm đau VAS qua từng thời điểm	49
Bảng 3.8.	Mức độ cải thiện về chức năng sinh hoạt hằng ngày.....	54
Bảng 3.9.	Sự thay đổi một số chứng trạng theo YHCT sau điều trị	56
Bảng 3.10.	Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị	57
Bảng 3.11.	Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị.....	58
Bảng 3.12.	Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị	58
Bảng 3.13.	Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS.....	59
Bảng 3.14.	Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày	60
Bảng 3.15.	Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến cải thiện tầm vận động gấp cột sống	61
Bảng 3.16.	Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến cải thiện tầm vận động duỗi cột sống	62

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ phân bố nhân theo giới tính.....	46
Biểu đồ 3.2: Hiệu quả cải thiện điểm đau VAS trung bình sau điều trị	50
Biểu đồ 3.3. Cải thiện tầm vận động gấp sau điều trị	51
Biểu đồ 3.4. Cải thiện tầm vận động duỗi sau điều trị.....	52
Biểu đồ 3.5. Sự Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng (Schöber)	53
Biểu đồ 3.6. Biến đổi khoảng cách tay đất sau điều trị.....	53
Biểu đồ 3.7. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày qua các thời điểm. 55	

DANH MỤC HÌNH, SƠ ĐỒ

Hình 1.1. Cấu tạo đốt sống thắt lưng	3
Hình 1.2 Các thành phần của đốt sống.....	4
Hình 2.1. Gói hoàn Độc hoạt tang ký sinh.....	29
Hình 2.2. Thước đo thang điểm VAS	39
Hình 2.3. Thước đo tâm vận động khớp	41

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cột sống thắt lưng (CSTL) còn có tên gọi khác là đau lưng dưới (low back pain) là một hội chứng bệnh gặp nhiều trên lâm sàng và ngày càng gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Ước tính trong cộng đồng có khoảng 70 - 85% người trưởng thành từng bị đau CSTL ít nhất một lần trong đời, trong số đó có khoảng 10% chuyển thành đau CSTL mạn tính [1], [2], [3], [4], [5]. Tỷ lệ này biến đổi khác nhau tùy theo từng khu vực. Tại Mỹ, đây là nguyên nhân chính khiến phụ nữ dưới 45 tuổi hạn chế vận động [1]. Tại Hà Lan theo thống kê KNGF năm 2017 có 900.000 mắc mới đau thắt lưng (ĐTL), trong đó tỉ lệ nam nữ 45:55 [6]. Tại Trung Quốc tỉ lệ ĐTL trung bình hàng năm 20,88%-29,88%, khoảng 11% -12% dân số bị tàn tật do ĐTL [7]. Tại Việt Nam, năm 2015 một nghiên cứu cắt ngang của Hồ Phạm Thục Lan và cộng sự, thoái hóa đĩa đệm chiếm 83,4% trong đó đau lưng chiếm 44% ở người trên 60 tuổi [8]. Đây là con số đáng báo động có xu hướng gia tăng hàng năm cùng với sự già đi của dân số.

Đau cột sống thắt lưng tuy không phải là bệnh đe dọa trực tiếp đến tính mạng của người bệnh nhưng là bệnh đau lâu, kéo dài, âm ỉ, hay tái phát gây tác động nhiều đến chất lượng đời sống, sinh hoạt và lao động của người dân, tạo gánh nặng đáng kể cho xã hội và nền kinh tế toàn cầu.

Điều trị ĐTL ngày càng được quan tâm, đặc biệt là sự kết hợp giữa các phương pháp YHHĐ và YHCT. YHHĐ kết vật lý trị liệu phục hồi chức năng với các phương pháp tập luyện như bài tập McKenzie, William... đem lại kết quả điều trị ngày càng tốt hơn [9], [10]. Bài tập McKenzie là bài tập được ra đời từ những năm 60 của thế kỷ trước. Là phương pháp điều trị có cơ sở khoa học đã được chứng minh và được ứng dụng rộng rãi trên nhiều quốc gia [11].

Theo YHCT, đau cột sống thắt lưng thuộc phạm vi “chứng tý” có bệnh danh là: “Yêu thông” YHCT có nhiều phương pháp điều trị mang lại hiệu

quả rõ rệt. Điện châm là phương pháp điều trị có hiệu quả các chứng đau, đặc biệt ĐTL [12]. Bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh là bài thuốc cổ phương được sử dụng điều trị chứng đau vùng eo lưng rất hiệu quả đã được chứng minh qua nhiều thế hệ [13], [14]. Tại bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa bài thuốc được làm thành viên hoàn cứng, đóng túi 12g, tiện lợi dễ sử dụng.

Vì vậy điều trị kết hợp bài tập McKenzie, điện châm, hoàn độc hoạt tang ký sinh sẽ có hiệu quả, dễ thực hiện, chi phí thấp và có khả năng dự phòng tái phát nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của phương pháp này.

Vì vậy nghiên cứu: ***“Đánh giá tác dụng bài tập McKenzie kết hợp hoàn Độc hoạt tang ký sinh, điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống”*** được đặt ra với mục tiêu:

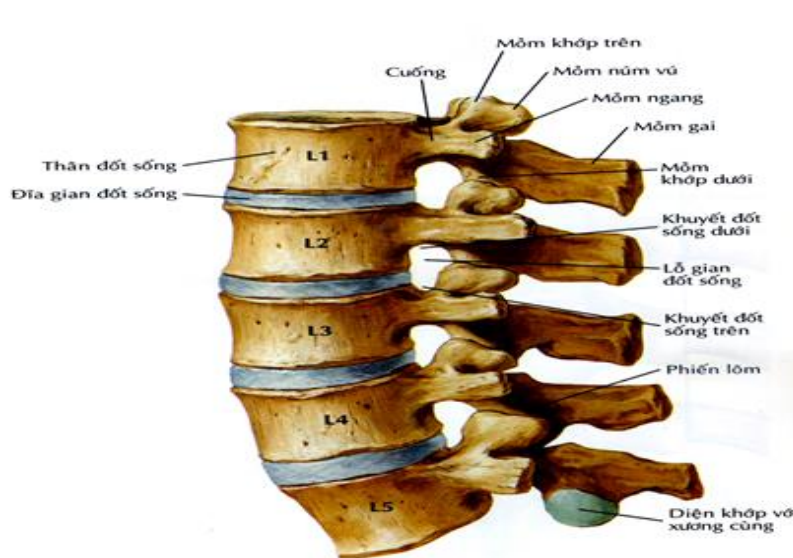
1. *Đánh giá tác dụng của bài tập McKenzie kết hợp hoàn Độc hoạt Tang ký sinh, điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.*
2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. GIẢI PHẪU CỘT SỐNG THẮT LƯNG

CSTL có cấu tạo gồm: 5 đốt sống (từ L1 đến L5), 4 đĩa đệm (L1 - L2, L2 - L3, L3 - L4, L4 - L5) và 2 đĩa đệm chuyển tiếp (D12 - L1, L5 - S1)



Hình 1.1. Cấu tạo đốt sống thắt lưng

(Atlas giải phẫu người hình 155) [17]

Vùng thắt lưng là vùng phải gánh chịu sức nặng của cơ thể (80% trọng lượng cơ thể) nên các thành phần cấu trúc (cơ, dây chằng) chắc, khỏe. Kích thước thân đốt sống và đĩa đệm L4, L5 to hơn so với đốt sống khác [15], [16], [18].

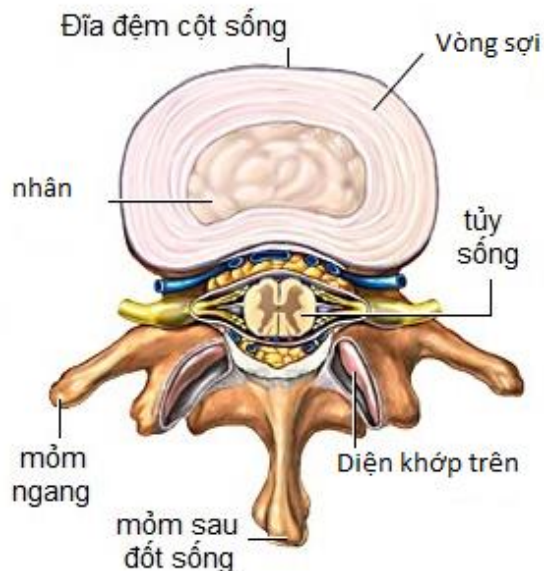
1.1.1. Đặc điểm cấu tạo

Mỗi một đốt sống thắt lưng có: Phía trước là thân đốt sống; cung đốt sống, mỏm đốt sống và lỗ đốt sống ở phía sau.

- Thân đốt sống: Hình trụ dẹt, có một vành xung quanh và hai mặt gian đốt sống, Chiều rộng lớn hơn chiều cao và chiều dày, đây cũng là phần lớn nhất của đốt sống.

- Cung đốt sống: Cung đốt sống gồm 2 phần, phần trước gọi là cuống dính với thân đốt sống, phần mảnh đốt sống ở phía sau.

- Mỏm đốt sống: Mỏm ngang, mỏm diện khớp và mỏm gai, đi ra từ cung đốt sống.
- Lỗ đốt sống: Được hình thành ở giữa cung đốt sống và thân đốt sống. Ống sống được tạo thành bởi nhiều lỗ đốt sống xếp chồng lên nhau.



Hình 1.2 Các thành phần của đốt sống

(Atlas giải phẫu người hình 155) [17]

Nhờ vào các đặc điểm cấu trúc đặc biệt này mà cơ thể có thể chịu được trọng tải lớn, thường xuyên, liên tục theo trục dọc của cột sống [1], [15], [16].

1.1.2. Đĩa đệm thắt lưng

Đĩa đệm gồm 3 phần: Vòng sợi, hai tấm sụn và nhân nhầy, có hình thấu kính lồi 2 mặt. Các đĩa đệm của thắt lưng chiếm 33% chiều dài đĩa đệm cột sống, kích thước của các đĩa đệm càng ở dưới càng to. Chiều cao của đĩa đệm thắt lưng cùng bằng 2/3 chiều cao của đĩa đệm L4 - L5.

Nhân nhầy: Chiếm khoảng 40% bề mặt cắt ngang của đĩa đệm có hình thấu kính hai mặt lồi nằm trong vòng sợi và hơi lệch ra sau. Nhân nhầy chứa khoảng 70% - 80% nước, tỉ lệ này giảm dần theo tuổi.

Vòng sợi: Được cấu tạo bởi nhiều vòng xơ sụn đồng tâm, rất chắc và đàn hồi. Nhưng phần sau và sau - bên của vòng sợi lại được lại được cấu tạo bởi một số ít các bó sợi mảnh.

Tấm sụn: Tấm sụn là phần dính sát mặt đốt sống và ôm lấy nhân nhầy đĩa đệm [15], [18].

1.1.3. Các dây chằng thắt lưng

- Dây chằng dọc sau: Dính chắc các mép sau của thân đốt sống trên và dưới với nhau.

- Dây chằng dọc trước: Chạy dọc phía trước các thân sống, dính chắc vào mép trước và mép bên của thân đốt sống với nhau.

- Dây chằng vàng: Phủ phần sau của ống sống và bám vào lỗ gian đốt, trải căng từ cung đốt này đến cung đốt sống khác. Dây chằng vàng là dây chằng liên mảnh và dây chằng liên gai cùng phối hợp ra cổ cho phần sau của cột sống [15], [18].

1.1.4. Các mạch máu và thần kinh đĩa đệm

- Đĩa đệm không có mạch máu, chỉ nhận được dinh dưỡng thông qua cơ chế khuếch tán.

- Đĩa đệm chỉ có nhánh màng tủy là những nhánh tận cùng nằm ở lớp ngoài của vòng sợi, không có sợi thần kinh chi phối [15], [18].

1.1.5. Thần kinh cột sống thắt lưng

Các đốt sống thắt lưng có liên hệ trực tiếp với tủy sống, đám rối đuôi ngựa và các rễ thần kinh. Bất kỳ thay đổi nào xảy ra tại vùng lân cận lỗ liên đốt đều có thể kích thích các dây thần kinh và gây ra cảm giác đau.

Rễ thần kinh thoát ra khỏi ống sống qua các lỗ liên đốt, qua hạch giao cảm cạnh cột sống tách ra thành các nhánh: Nhánh trước, nhánh sau, và nhánh màng tủy. Mỗi nhánh chi phối cho mỗi vùng khác nhau của cơ thể: nhánh trước cho vùng trước, nhánh sau cho vùng sau, nhánh màng tủy cho khớp liên công, dây chằng dọc sau, bao tủy [15], [18]

1.2. ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.2.1. Định nghĩa

Đau thắt lưng (ĐTL) được dùng để mô tả vùng đau khu trú nằm ở khoảng giữa xương sườn 12 đến nếp lằn mông, xuất hiện ở một hoặc hai bên [1].

1.2.2. Nguyên nhân của đau cột sống thắt lưng

Các nguyên nhân của đau thắt lưng được chia làm 2 nhóm chính: nhóm nguyên nhân cơ học và đau CSTL triệu chứng do một số bệnh lý toàn thân [1], [19].

➤ *Do nguyên nhân cơ học.*

Nguyên nhân phổ biến do căng giãn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức. Loại này diễn biến lành tính, chiếm 90% -95% số trường hợp đau CSTL [19].

➤ *Do bệnh lý toàn thân (Đau CSTL “triệu chứng”).* Thường gợi ý đến một bệnh lý nặng nề hơn. Nhóm này cần được thăm khám chuyên khoa và làm xét nghiệm chuyên sâu để được chẩn đoán xác định và điều trị nguyên nhân [1].

1.2.3. Cơ chế đau

Đau thắt lưng là bệnh lý của nhiều bệnh nên cơ chế gây đau chủ yếu theo 2 cơ chế sau [1], [4], [5].

- *Cơ chế hóa học:* Phản ứng viêm màng hoạt dịch, phù nề quanh khớp làm cho bao khớp bị căng phồng, bao khớp bị viêm... Các tế bào viêm giải phóng các chất trung gian như ion hydrogen và enzyme, kích thích các đầu mút thần kinh, dây chằng và bao khớp, gây cảm giác đau kèm theo triệu chứng sưng, nóng, đỏ.

- *Cơ chế cơ học:* Áp lực cơ học quá mức, các vi chấn thương kéo dài làm suy giảm chức năng của đĩa đệm, khớp liên mấu và các cấu trúc mô mềm quanh cột sống. Chưa xác định rõ cơ chế gây đau này, có thể khi trục khớp bị tổn thương, mất tính ổn định, các bó sợi, cơ, dây chằng bị co kéo hoặc các dây chằng bị lão hóa gây giãn giãn chằng làm mất ổn định trục khớp, trục khớp

lỏng lẻo. Cũng có thể tổn thương rạn nứt nhỏ xương dưới sụn gây kích hoạt phản ứng đau. Xuất hiện gai xương mọc ở vị trí tỳ đè làm các đầu mút thần kinh ở màng xương bị căng giãn, gây kích thích đau. ĐTL theo cơ chế này có cảm giác như nén ép, như dao đâm, tính chất đau thay đổi tùy theo từng tư thế của người bệnh.

1.2.4. Thoái hóa cột sống thắt lưng

1.2.4.1. Định nghĩa

Thoái hóa CSTL là bệnh lý mạn tính tiến triển chậm, tăng dần gây cảm giác đau, vận động khó khăn, CSTL biến dạng nhưng không kèm theo biểu hiện viêm. Thương tổn chính của bệnh là thoái hóa đĩa đệm và sụn khớp cùng với sự biến đổi màng hoạt dịch và phần xương dưới sụn [1], [2], [3], [19].

1.2.4.2. Nguyên nhân và cơ chế

a) Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây nên tình trạng thoái hóa cột sống, cho đến nay vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau [1], [18],[19].

Sự lão hóa và tuổi tác: Người cao tuổi hoạt động của nhóm tế bào có chức năng tái tạo xương mất dần, thay thế lần lượt bằng hoạt động của các tế bào hủy xương, các sợi collagen và các sợi mucopolysaccharide giảm tổng hợp và bị rối loạn, dẫn đến các sợi trở nên kém đàn hồi, dễ đứt gãy, các chất proteoglycan hao tổn.

Nguyên nhân cơ học: Tăng lực tác động lên đĩa đệm, khớp trong một khoảng thời gian đủ dài dẫn đến thoái hóa khớp: Cân nặng cơ thể tăng quá nhiều, hay mang vác vật nặng không đúng tư thế, các dị dạng bẩm sinh...làm diện tích tỳ đè của mặt khớp bị biến đổi. Ngoài ra, các biến dạng do u, viêm, chấn thương, loạn sản cũng làm hình thái của ổ khớp và cột sống bị biến đổi...

Các yếu tố khác: Yếu tố di truyền, loãng xương, nội tiết tố thay đổi (như mãn kinh, đái tháo đường, tác dụng phụ của thuốc...), cũng góp phần vào quá trình thoái hóa

b) Cơ chế bệnh sinh

Thoái hóa CSTL là quá trình biến đổi lần lượt. Trước tiên là quá trình hư đĩa đệm, sau đó là mô sụn, đến xương dưới sụn và sau cùng là tác động đến chính thân xương đốt sống.

Đĩa đệm tổn thương: Vòng sợi phía sau bị suy yếu, rách đồng tâm, đẩy các sợi collagen bị đứt gãy tách dần ra phía ngoài, dẫn đến giảm áp lực nội đĩa đệm làm thu hẹp khoảng gian đốt sống. Vòng sợi bị rách khiến ranh giới nhân nhầy vòng sợi không đều lồi lõm, biến dạng, các tổ chức viêm xâm nhập vào vùng tổn thương, thúc đẩy hình thành các tổ chức sợi hạt đĩa đệm. Các tổn thương này gây kích thích lên rễ thần kinh dẫn tới các cơn đau cấp tính [3],[4], [18].

Đốt sống thoái hóa: Đĩa đệm bị thoái hóa, tại vòng sợi các sợi đàn hồi bị suy giảm và từng bước thay thế bằng các mô xơ, làm mất tính linh hoạt giữa hai thân đốt sống. Sụn khớp bị phá hủy, tăng lắng đọng canxi, tăng sinh xương dưới sụn, tái tạo cấu trúc bất thường nhằm bù đắp cho phần sụn đã mất, mở rộng diện tỳ đè, quá trình này dẫn đến hình thành gai xương (Osteophytose) và hiện tượng đặc xương dưới sụn [1], [4], [18].

Phản ứng viêm ở bao hoạt dịch: Trong quá trình thoái hóa khớp, các mảnh Proteoglycan và collagen được giải phóng vào dịch khớp với nồng độ ngày càng tăng dần. Bao hoạt dịch đóng vai trò quan trọng trong việc loại bỏ các sản phẩm tiêu hủy của sụn như cytokine và các yếu tố tăng trưởng. Các đại thực bào kéo đến thực hiện quá trình phân giải những thành phần này, quá trình này kéo dài dẫn đến tình trạng bao hoạt dịch viêm mạn tính. Đồng thời, các tế bào nội mô màng hoạt dịch tăng sản xuất ra các Cytokin đặc biệt là Interleukin-I, tác động của các chất này trở lại lên sụn khớp làm thúc đẩy quá trình phá hủy sụn diễn ra nhanh hơn[1].

1.2.5. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đau CSTL do thoái hóa

1.2.5.1. Lâm sàng

** Hội chứng cột sống*

- Đau CSTL: Bao gồm, đau cấp (lumbago), hoặc đau mạn tính (lombalgie).

+ Đau CSTL cấp: Xuất hiện đột ngột, đau dữ dội, cột sống co cứng, vận động khó khăn, đau diễn ra trong thời gian ngắn khoảng 1 tuần, có hoặc không kèm theo đau thần kinh tọa. Đây là triệu chứng điển hình của thoái hóa đĩa đệm

+ Đau CSTL mạn: Xuất hiện chậm, tăng dần, diễn biến liên tục lớn hơn 3 tháng và không có biểu hiệu của việc thuyên giảm.

Khởi phát bệnh: Thường xảy ra sau sang chấn hoặc vi chấn thương lặp đi lặp lại nhiều lần, sau cơn đau cấp vùng thắt lưng hoặc đau dây thần kinh tọa, hoặc ở những người trước đó đã có cơn đau CSTL thoáng qua.

Tính chất đau

Đau mang tính chất cơ học: Đau mỗi, cảm giác âm ỉ, khó chịu, tăng khi đi lại vận động, thay đổi tư thế đột ngột, đứng quá lâu, ngồi quá nhiều, tăng khi gặp trời lạnh ẩm và khi nghỉ ngơi thì bệnh nhân đỡ đau.

Có thể kèm theo hiện tượng cứng khớp vào buổi sáng. Bệnh nhân thoái hóa tiến triển, cơn đau diễn ra thường xuyên, liên tục, đau nhiều về đêm gần sáng làm bệnh nhân khó ngủ.

Vị trí đau: đau khu trú tại chỗ, có thể đau lan tỏa toàn bộ CSTL một hoặc hai bên, không đau lan xuống chân.

Bệnh nhân nghe thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.

Đặc điểm hội chứng cột sống

Điểm đau tại cột sống: Xuất hiện các điểm đau khu trú khi thực hiện các động tác ấn hoặc gõ nhẹ dọc các mấu gai đốt sống của BN.

Điểm đau cạnh sống: Cách đường liên mấu gai 2cm ấn dọc từ dưới lên, tìm điểm đau.

Cứng cơ cạnh sống lưng: Cơ cạnh sống lưng gò cao lên và sờ thấy chắc, căng cứng, nhiều về bên đau.

Đường cong sinh lý mất và biến dạng: Bệnh nhân đứng ở tư thế thẳng quan sát cột sống, sau đó dùng ngón tay cái miết dọc từ trên xuống theo các móm gai và 2 bên cột sống, đánh giá tình trạng cột sống có bị lệch trục, biến dạng hay không.

Tầm vận động CSTL: BN được yêu cầu thực hiện các động tác cúi, ngửa, nghiêng, xoay để đánh giá khoảng vận động cột sống có hạn chế hay không.

Độ giãn CSTL theo khoảng cách tay đất: BN đứng thẳng 2 gót chạm vào nhau, cúi từ từ về phía trước tới đa, không trùng gối, hai tay hướng xuống đất. Ngón tay giữa 2 bên cách mặt đất nhỏ hơn 10cm là bình thường. Khoảng cách tay đất càng lớn, mức độ tổn thương của cột sống càng nhiều.

Đo độ giãn CSTL theo nghiệm pháp Schöber: BN đứng quay lưng về phía thầy thuốc, bộc lộ vùng lưng, thầy thuốc đứng phía sau xác định bờ trên gai chậu sau trên 2 bên, kẻ đường kẻ ngang nối 2 gai chậu sau trên, điểm giao giữa đường nối gai chậu sau trên với cột sống đánh dấu điểm thứ 1. Từ điểm này đo lên 10cm đánh dấu điểm thứ 2, bệnh nhân cúi xuống từ từ đến khi nào đau dừng lại, hai gối giữ thẳng, đo chiều dài từ điểm 1 đến điểm 2. Giá trị bình thường 4 - 6cm, Nếu ≤ 2 là có biểu hiện bệnh lý.

Như vậy đau CSTL do thoái hóa không có triệu chứng toàn thân, chỉ có biểu hiện đau khu trú tại chỗ hoặc lan xuống mông và chân khi có chèn ép rễ thần kinh.

1.2.5.2. Cận lâm sàng

Bilan viêm âm tính.

Xquang thường quy cột sống thẳng, nghiêng có các dấu hiệu sau:

+ Hẹp khe khớp: Với diện khớp nhẵn, không đồng đều, chiều cao của đĩa đệm giảm, không dính khớp.

+ Đặc xương dưới sụn: Với hình ảnh cản quang nhiều phần đầu xương, hõm khớp.

+ Mọc gai xương: Hình ảnh gai xương, Chồi xương thô, đậm đặc xuất hiện ở điểm tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch.

- CT- Scanner hoặc MRI: Bên cạnh đánh giá tổn thương mô, phần mềm quanh cột sống, đánh giá hình ảnh cột sống như: hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, mọc gai xương

- Scintigraphy xương (xạ hình xương): Phát hiện các bệnh lý trầm trọng hơn như ung thư di căn xương, nhiễm trùng... [1], [2], [3], [4],[18],[19].

1.2.6. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu sau [1], [2], [3],[4], [19].

a) Lâm sàng:

- Đau có tính chất cơ học.
- Không xuất hiện dấu hiệu toàn thân
- Hội chứng cột sống: Dương tính
- Hội chứng rễ: Âm tính

b) Cận lâm sàng:

- Dựa vào dấu hiệu Xquang CSTL các tư thế có các dấu hiệu sau:
 - + Khe khớp hẹp (nhỏ hơn 2 mm) với diện khớp nhẵn
 - + Đặc xương dưới sụn, mòn xương hoặc nang xương dưới sụn.
 - + Mọc gai xương
 - + Hẹp lỗ liên đốt.
- Dựa vào các dấu hiệu thoái hóa trên MRI, hoặc CT- Scanner (nếu có).
- Xét nghiệm máu: Billan viêm âm tính.

1.2.6.1. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đĩa đệm cột sống do lao hoặc do viêm nhiễm: triệu chứng đau liên tục tăng dần, có các dấu hiệu toàn thân đi kèm, Xquang có hẹp khe khớp, bề mặt

thân đốt sống trở nên nham nhở, hình ảnh MRI cho thấy tổn thương dạng viêm đĩa đệm đốt sống. Xét nghiệm có bạch cầu và các chỉ số viêm tăng cao.

- Bệnh viêm cột sống dính khớp: Thường gặp Nam giới, trẻ tuổi, triệu chứng chủ yếu đau và hạn chế vận động sống đặc biệt các đốt sống cùng, cột, xét nghiệm tốc độ máu lắng tăng, Xquang có hình ảnh viêm khớp cùng chậu.

- Ung thư di căn xương: Đau nhiều, đau dữ dội kiểu viêm, kèm theo các triệu chứng toàn thân, chẩn đoán xác định dựa vào Xquang, MRI, Xạ hình xương [1], [2], [3], [4].

1.2.7. Điều trị

Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau, giãn cơ, chống thoái hóa tác dụng chậm...

- Nghỉ ngơi, nằm giường cứng, thể dục trị liệu, kết hợp điều trị

VLTL - PHCN

- Thay đổi lối sống, thay đổi thói quen sinh hoạt bất lợi cho cột sống

1.2.7.1. Điều trị nội khoa

- Thuốc giảm đau (được chỉ định theo bậc thang giảm đau của WHO).

- Khi cơn đau chưa được kiểm soát tốt có thể dùng đến dòng Opioid những dòng thuốc này có hiệu quả giảm đau mạnh nhưng nhiều tác dụng phụ, dễ gây nghiện, do đó cần thận trọng, cân nhắc liều dùng, thời gian dùng.

- Thuốc chống viêm không steroid (cách dùng, đường dùng, liều lượng tùy theo mức độ đau): Meloxicam, Piroxicam, Etoricoxib, diclofenac gel, profenid gel ... Những nhóm thuốc này có tác dụng giảm đau nhanh nhưng có nhiều tác dụng phụ như gây loét dạ dày tá tràng, suy gan, suy thận....

- Thuốc giãn cơ, giảm co cứng các khối cơ cạnh sống: eperison, tolperisone...

- Tiêm corticoid tại chỗ; vị trí tiêm cạnh sống, khớp liên mấu, hoặc tiêm ngoài màng cứng.

- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm, có thể dùng kéo dài trong nhiều tháng như: Piascledine 300mg, Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, Thuốc ức chế IL1.... [1], [2], [3], [4], [17], [19].

1.2.7.2. Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng

- Nhiệt trị liệu, sử dụng nhiệt nóng (đắp parafin, hồng ngoại, siêu âm, ...) tác dụng giãn mạch tại chỗ hoặc toàn thân làm tăng tiết dịch, thúc đẩy phản ứng viêm, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ, tạo thuận lợi cho quá trình tự chữa lành các vi tổn thương.

- Kéo giãn cột sống giúp cải thiện chiều cao khoang gian đốt, giảm áp lực nội đĩa đệm, đĩa đệm về đúng vị trí sinh lý, giải phóng chèn ép thần kinh, mạch máu và tạo giãn cơ nhờ vào lực kéo cơ học tác động lên cột sống

- Bài tập vận động CSTL: Gồm các bài tập như: McKenzie, William... Trong điều trị, bài tập cột sống đóng vai trò quan trọng, không chỉ giúp giãn cơ, giảm đau, làm mạnh các khối cơ cạnh sống, tầm vận động CSTL được mở rộng tối đa, giúp cho cột sống trở nên linh hoạt hơn tránh tái phát [10], [20], [21].

1.2.7.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định khi có thoát vị đĩa đệm, trượt thân đốt sống, hẹp ống sống gây chèn ép thần kinh triệu chứng tiến triển nặng dần, điều trị nội khoa không kết quả ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, sinh hoạt của bệnh nhân[19].

- Có thể thay đĩa đệm nhân tạo nếu đĩa đệm thoái hóa nhiều.

- Khi có lún, xẹp đốt sống, có thể phẫu thuật tạo hình làm cứng cố định thân đốt sống [1], [2].

1.3. ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1.3.1. Bệnh danh

Bệnh danh của ĐTL do thoái hóa cột sống là “yêu thống” và được xếp vào phạm vi chứng Tý được mô tả nhiều trong các y thư cổ.

1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Trong sách Hoàng đế Nội kinh Tố vấn, Thiên Tý luận viết: “Ba thứ tà khí phong, hàn, thấp cùng xâm nhập kết hợp nhau mà thành”, Sách còn viết: Nguyên nhân căn bản của bệnh tật nằm ở cách ăn ở. Lục phủ đều có du huyết, tà khí phong, hàn, thấp xâm phạm vào du huyết ở bên ngoài, mà bên trong lại bị thương do ẩm thực thất điều; nội ngoại tương hợp, tà khí theo du huyết mà xâm phạm sâu vào cơ thể, lưu lại ở các phủ tương ứng. [22],[23], [24].

Theo tiền nhân “Tý” có nghĩa là đóng lại, bế tắc, cản trở lưu thông. Hải Thượng Lãn Ông cho rằng: Chứng tý phát sinh khi cơ thể suy yếu, Can và Thận yếu kém làm giảm tinh huyết, tinh huyết không đủ để cấp dưỡng cân xương. Ngoại tà thừa thắng xâm phạm vào cơ thể và gây ra bệnh. [22], [24].

ĐTL do thoái hóa có quan hệ chặt chẽ tới hai tạng Can và Thận. Lưng thuộc về Thận; Thận sinh tinh, sinh tủy và chủ về xương cốt. Tinh được chứa đựng tại Thận, tinh hóa thành tủy, tủy đi vào xương để cấp dưỡng, nhờ đó xương cốt mới vững chắc. Khi Thận hư yếu, không giữ được tinh, cốt tủy thiếu sự nuôi dưỡng, sẽ dẫn đến chứng lưng gối đau mỏi. Can chủ cân, hoạt động của hệ thống cân phụ thuộc vào sự cấp dưỡng của Can huyết. Huyết được hình thành từ tinh, Thận hư, tinh không được tàng trữ ở thận nữa, Can huyết không được bồi dưỡng đầy đủ trở nên suy kém, gây nên tình trạng tứ chi co quắp, lưng gối căng cứng và khó vận động.

Như vậy các nguyên nhân bao gồm:

- Ngoại nhân: Tà khí phong, hàn, thấp, nhiệt thừa thắng xâm nhập vào cơ thể do vệ khí bất cố, tẩu lý sơ hở. Lưu lại ở cơ nhục, gây bế tắc cân mạch, kinh lạc (Kinh Túc Thái Dương bàng quang, kinh Đờm) làm khí huyết không lưu thông được gây nên chứng tý, gây nên đau. Bệnh trở trệ lâu ngày ảnh hưởng đến công năng tạng phủ, chính khí suy giảm.

- Nội nhân: Ở người tuổi cao chức năng của các tạng phủ ngày càng hư yếu, hoặc sau thời gian mắc bệnh kéo dài, hoặc do bẩm tố tiên thiên không

đầy đủ, hậu thiên thất điều, dẫn đến thận tinh tiêu hao. Khi Thận hư tổn không còn khả năng cấp dưỡng cho Can âm. Can âm không được Thận tinh nuôi dưỡng, dẫn tới Can huyết bất túc. Thận hư khiến xương cốt hư yếu, gây cảm giác đau mỏi, đồng thời Can huyết thiếu hụt không đủ cấp dưỡng cho gân, làm xuất hiện đau nhức và co rút.

- Bất nội ngoại nhân: Làm việc quá sức, mang vác nặng, tư thế sai kéo dài hoặc chấn thương khiến khí huyết bị dồn ứ, kinh lạc tắc nghẽn không lưu thông, các chứng đau cũng bắt đầu sinh ra từ đây [12], [22],[25].

1.3.3. Các thể bệnh.

1.3.3.1. Thể hàn thấp

Tương ứng với bệnh lý đau lưng cấp theo YHHĐ

- Chứng trạng: Đau nhiều vùng CSTL, đau tăng khi trời lạnh, ẩm, cơ cạnh cột sống co cứng, ấn đau, không đỏ, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoãn.

- Biện chứng luận trị: Khi tấu lý không khép kín và chính khí suy yếu, vệ khí bên ngoài không đủ mạnh, tà khí thừa cơ xâm nhập và lưu trú tại Bàng Quang kinh, khiến kinh khí bị tắc trở, mất điều hòa khí huyết, từ đó gây đau và khó khăn trong vận động. Bản chất của hàn làm kinh mạch co rút, bế tắc, nên biểu hiện đau chói, ho hay trở mình cũng cảm thấy đau. Đau nhiều về đêm gần sáng hoặc đau tăng sau khi gặp lạnh, mưa ẩm, là dấu hiệu điển hình của hàn thấp

- Pháp điều trị: Ôn kinh, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh mạch.

- Phương:

+ Châm cứu: Thận du, Ủy trung, Mệnh môn hỏa, Đại trường du, A thị huyết, Giáp tích, Dương lăng tuyền. Chọn phương pháp châm tả kết hợp với cứu ngải hoặc ôn châm.

Ôn châm hoặc cứu có tác dụng nhiệt làm ấm kinh, thông mạch, kết hợp châm tả giúp đẩy hàn tà ra ngoài cơ thể, kinh mạch được lưu thông, huyết mạch đầy đủ, cơ nhục được nuôi dưỡng hết đau

- Phương thuốc: Bài “Can khương thương truật thang gia giảm” hoặc đổi pháp lập phương[25].

1.3.3.2. *Thể can thận hư*

Tương ứng với bệnh lý đau lưng mạn tính theo YHHĐ.

Gặp trong ĐTL do thoái hóa cột sống, người cao tuổi, loãng xương

- Triệu chứng: Đau âm ỉ kéo dài, mỗi gối, khi lao động thì đau tăng, giảm khi nghỉ ngơi. Nếu là dương hư, người bệnh có sắc mặt xanh nhợt, tứ chi lạnh, lạnh bụng dưới và đau, mạch trầm tế. Nếu là âm hư lại biểu hiện miệng họng ráo, sắc mặt đỏ, ngũ tâm phiền nhiệt, râu lưỡi vàng, mạch tế sác.

- Biện chứng luận trị: Chính khí bị hao tổn, chức năng hai tạng can thận hư suy do mắc bệnh lâu ngày, hoặc do tiên thiên bất túc. Can chủ cân, khi Can huyết không đầy đủ thì gân yếu, dễ gây đau, mỏi và hạn chế vận động. Thận chủ cốt tủy, khi Thận hư tinh tủy không đủ để nuôi dưỡng xương cốt sẽ gây đau lưng, mỏi gối, kèm theo các biểu hiện như hoa mắt, chóng mặt, ù tai.

- Pháp điều trị: Bổ can thận, bổ chính khí khu phong trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

- Phương:

+ Châm cứu: Châm bổ: Thái Khê, Tam âm giao, Thận du, Thái xung...

- Phương thuốc: Bài "Độc hoạt ký sinh thang" [25].

1.3.3.3. *Thể huyết ứ*

Theo YHHĐ thuộc đau vùng thắt lưng do sang chấn như thoát vị đĩa đệm, khối u, tổn thương dây chằng.

- Triệu chứng: Đau lưng xuất hiện sau khi vác nặng, vận động sai tư thế, hoặc thay đổi tư thế đột ngột, đau nhói, đau dữ dội ở một chỗ hoặc lan ra

xung quanh, đau cự án, vận động bị hạn chế, thay đổi tư thế thì đau tăng, lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp.

- Biện chứng luận trị: Do lao động thất điều, làm việc quá sức trong thời gian dài hoặc vận động sai tư thế, hoặc do sang thương...gây huyết ứ làm bế tắc kinh lạc. Khí huyết bị trở trệ, không lưu thông do huyết ứ gây đau và hạn chế vận động.

- Pháp điều trị: Hoạt huyết, thông ứ, hành khí, thư cân hoạt lạc

- Phương:

- + Châm cứu: Cách du 2 bên; Thận du, Đại trường du, Ủy trung, A thị huyết, Dương lăng tuyền bên đau. Chọn phương pháp châm tả

- Phương thuốc:

Dùng bài: Tứ vật đào hồng gia giảm [25].

1.3.3.4. *Thấp thấp nhiệt*

Tương ứng với bệnh lý đau vùng thắt lưng do nguyên nhân viêm nhiễm theo YHHĐ

- Chứng trạng: Vùng thắt lưng đau rát, cự án, tại vùng bị đau có cảm giác bỏng rát có thể kèm theo sưng nóng đỏ, tiểu tiện vàng sẫm hoặc đỏ ít, rêu lưỡi dày vàng, mạch nhu sáp.

- Biện chứng luận trị: Do sự hư yếu của chính khí, vệ khí không đủ vững, khiến thấp tà dễ dàng xâm nhập vào kinh lạc. Cũng có thể do ăn uống quá độ nhiều chất béo bệu làm tổn thương Tỳ, Tỳ mất kiện vận không vận hóa được thấp, thấp đình trệ lại, hoặc do thường xuyên làm việc trong môi trường ẩm thấp, thấp thừa thắng xâm nhập vào cơ thể. Thấp vốn nặng nề lưu lại ở kinh mạch làm tắc trở kinh mạch, khí huyết khó vận hành, không thông (không thông tắc thông) gây đau. Thấp trệ lâu ngày hóa nhiệt hoặc vốn thấp nhiệt từ trước xâm phạm vào kết ở vùng thắt lưng gây sưng nóng đỏ, cảm giác bỏng rát tại chỗ đau.

- Pháp điều trị: Thanh hóa thấp nhiệt, thanh nhiệt giải độc

- Phương:

+ Châm cứu: chọn các huyệt A thị huyệt, Thận du, Giáp tích L1-L5, Ủy trung,... phương pháp châm tả

- Phương thuốc: Dùng bài “Quế chi thược dược tri mẫu thang” hoặc đổi pháp lập phương[25].

1.3.3.5. *Thể thận dương hư*

- Triệu chứng: Vùng thắt lưng đau âm ỉ, chân gối yếu, lao động đau nhiều, nghỉ ngơi đau đỡ ít, sắc mặt nhợt, sợ lạnh, chân tay lạnh, bụng dưới lạnh, tiểu đêm, đại tiện phân nát, sắc lưỡi nhợt. Mạch trầm tế.

- Biện chứng luận trị: Do bẩm tố tiên thiên bất túc, kèm theo đau lưng đã lâu. Lưng là phủ của thận, thận tàng tinh sinh tủy, thận hư gây đau lưng mỏi gối. Dương hư sinh ngoại hàn nên có các biểu hiện chân tay lạnh, tiểu đêm, ngũ canh tiết tả.

- Pháp: Ôn bổ thận dương

- Phương không dùng thuốc:

+ Điện châm, ôn châm: Châm bổ và ôn châm các huyệt giống thể hàn thấp, thêm các huyệt: Thái khê, Tam âm giao, Thận du, Thái xung, Quan nguyên, Khí hải, Mệnh môn.

- Phương dùng thuốc: Dùng bài ‘Thận khí hoàn’[25]

ĐTL do thoái hóa cột sống thuộc thể can thận hư kết hợp với phong-hàn - thấp [12], [13], [19], [25].

1.4. TỔNG QUAN VỀ ĐIỆN CHÂM

1.4.1. Định nghĩa

Điện châm là một phương pháp chữa bệnh bằng cách kích thích điện lên huyệt thông qua châm cứu. Dòng điện xung được phát ra từ máy điện châm có tính ổn định và đều, có tác động lên thần kinh tạo ra cung phản xạ mới, ức chế cơn đau, làm dịu cơn đau, tăng khả năng hoạt động của các cơ, các tổ chức, tăng cường cấp dưỡng cho tổ chức, từ đó làm giảm viêm, giảm phù nề và xung huyết tại chỗ [22], [25], [26], [27].

1.4.2. Cơ chế tác dụng

Theo YHHĐ, khi cơ thể bị tổn thương, tại các cơ quan, các cung phản xạ bệnh lý sẽ được hình thành và hoạt hóa. Điện châm sử dụng kích thích xung điện với dải tần số khác nhau tác động lên huyết vị; khi cường độ kích thích đủ mạnh, nó có khả năng ức chế lại các cung phản xạ bệnh lý, qua đó có hiệu quả giảm đau. [12].

Điện châm tạo ra các dòng điện xung tác động lên điện thế bên trong và bên ngoài tế bào, làm trương lực cơ tăng, thúc đẩy quá trình chuyển hóa và trao đổi chất qua màng tế bào. Đồng thời, tăng khả năng thải trừ acid lactic, từ đó giúp tế bào hồi phục chức năng vận động. Cơ chế giảm đau của điện châm được cho là gắn liền với quá trình hoạt hóa các chất dẫn truyền thần kinh như endorphin và non-endorphin. Tác dụng giảm đau của châm cứu được thực hiện thông qua mạng lưới serotonin–endorphin [12].

Kho và cộng sự (1993) ghi nhận rằng điện châm giúp tăng nồng độ serotonin tại cầu não và hành tủy. Sau khi tiêm naloxon (chất đối kháng với receptor của thụ thể opiat) nồng độ serotonin giảm xuống dẫn đến hiệu quả giảm đau cũng giảm theo. Như vậy điện châm tác động làm thay đổi quá trình chuyển hóa các chất dẫn truyền thần kinh trung ương có nguồn gốc là receptor opiat, qua đó tạo ra hiệu quả giảm đau. [28].

Phân đa tác dụng của điện châm là do hiệu quả của dòng điện xung, kích thích tạo điện thế hoạt động trong các sợi thần kinh vận động hoặc cảm giác. Khi điện thế hoạt động được hình thành, kích thích sản sinh ra điện thế hoạt động của màng tế bào thần kinh ở vùng kế cận, tạo ra sự lan truyền điện thế hoạt động dọc tế bào thần kinh. Do đó có tác dụng kích thích, hoặc tác dụng ức chế làm giảm cảm giác và giảm trương lực cơ [27].

Theo YHCT, điện châm tạo ra một lượng kích thích nhỏ vào cơ thể thông qua huyết vị, có tác dụng khai thông kinh mạch, điều hòa khí huyết. Khí huyết được điều hòa, tuần hoàn khí huyết trong kinh mạch được trơn tru, lưu thông, tà khí theo đó mà lui, âm dương trở về trạng thái cân bằng, đưa hoạt động sinh lý của cơ thể trở về trạng thái bình thường [12], [25], [27], [29].

1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định

a) *Chỉ định*

- Phục hồi sau liệt, các bệnh lý teo cơ, bệnh ngũ quan: giai đoạn di chứng sau tai biến mạch máu não, viêm màng não, viêm não gây liệt; giảm thị lực, bệnh lý tổn thương giảm hoặc mất dẫn truyền dây thần kinh ngoại vi, nói khó...

- Điều trị giảm đau, giảm viêm các chứng đau cấp và mạn tính: Viêm khớp, thoái hóa khớp, chấn thương, đẹn dập, sau mổ, đau tại khớp và tổ chức quanh khớp, đau do tổn thương thần kinh ngoại vi

- Điều trị triệu chứng một số bệnh lý cơ năng: Rối loạn thần kinh tim, rối loạn thần kinh thực vật, mất ngủ không thực tổn, rối loạn tiêu hóa, cảm mạo, bí đái cơ năng, nấc cụt,...

- Các bệnh lý nhiễm trùng tại chỗ: Chấp, lẹo, viêm tuyến vú...

- Châm tê trước trong phẫu thuật [26], [27].

b) *Chống chỉ định*

- Cơ thể quá yếu, giảm sức đề kháng, phụ nữ đang mang thai.

- Vùng da đang viêm nhiễm hoặc lở loét.

- Người bệnh đặt máy tạo nhịp tim

- Các chứng đau đang được nghi ngờ xuất phát từ nguyên nhân ngoại khoa...[12], [26], [27].

1.4.4. Tai biến thường gặp và xử trí

a) *Vỡ kim (say kim)*

- Nguyên nhân: Thường gặp bệnh nhân có tâm lý sợ kim, thể trạng yếu, thiếu máu

- Biểu hiện: Sắc mặt tái xanh, hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh.

- Xử trí: Ngừng châm cứu, rút kim ra ngay, lau mồ hôi, đắp chăn ấm và cho bệnh nhân uống nước trà gừng ấm, giải thích, động viên bệnh nhân an tâm, theo dõi dấu hiệu sinh tồn. [26]

b) Chảy máu

- Nguyên nhân: Chảy máu sau khi rút kim do châm vào tĩnh mạch nông, hoặc bệnh nhân có rối loạn đông máu.
- Xử trí: Lấy ngay bông khô vô khuẩn ấn chặt vào nơi chảy máu, giữ nguyên một lúc và không được ray cho đến khi ngừng chảy máu
- Cần kiểm tra thông tin bệnh nhân, tiền sử bệnh, chọn huyết điều trị, kiểm tra vị trí châm, tránh các mạch máu nông[26].

c) Gãy kim

- Nguyên nhân: Do kim cũ kim cong gí, thủ thuật quá mạnh, châm quá sâu, vị trí hay gãy nhất ở cán kim.
- Xử trí: Gấp đoạn kim gãy ra bằng panh.
- Kiểm tra kim châm, bao bì đựng kim châm, ưu tiên sử dụng kim châm cứu vô khuẩn dùng một lần, loại bỏ các kim có dấu hiệu hư hỏng, thủ thuật qua da nhanh và nhẹ nhàng

d) Tai biến của kích thích điện

- Ít gặp, có thể có chóng mặt, khó chịu nhẹ.
- Xử trí: Dừng ngay việc kích thích điện và lập tức rút kim ra, cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường.

Điện châm được chứng minh là phương pháp điều trị an toàn, hầu như rất ít gặp tác dụng phụ. Nếu BN cảm thấy khó chịu, chóng mặt dừng ngay kích thích điện, nhanh chóng rút kim ra, cho BN nghỉ ngơi tại giường, động viên và giải thích cho BN yên tâm[12], [26], [27].

1.4.5. Kỹ thuật bổ tả của điện châm

Chọn điện cực là khâu quan trọng, quyết định một phần trong hiệu quả điều trị bằng điện châm. Cần đánh giá tình trạng của người bệnh, vùng bị bệnh lựa chọn phối hợp điện cực dương, hay điện cực âm. Điện cực dương thiên về ức chế, ức chế thần kinh cảm giác, giảm mẫn cảm, giảm trương lực cơ, giảm đau và giảm co thắt. Điện cực âm thiên về kích thích, kích thích thần kinh cảm giác, tăng trương lực cơ, tăng dinh dưỡng và chuyển hóa.

- Tần số: Tả từ 4 - 10Hz, Bỏ từ 1 - 3Hz.
- Cường độ kích thích tăng dần từ 0 đến 150 μ A tùy theo từng người bệnh (người bệnh cảm nhận được dòng điện, có cảm giác căng tức nặng, không đau buốt, không khó chịu)
- Châm ngày một lần, mỗi lần 20-30 phút, một liệu trình điều trị tùy theo tình trạng của bệnh [26],[27].

1.5. TỔNG QUAN VỀ HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH

1.5.1. Nguồn gốc xuất xứ:

Độc hoạt kí sinh thang được trích từ cuốn Bị cấp Thiên kim yếu phương của tác giả Tôn Tư Mạc đời nhà Đường, Trung Quốc. [30]

Bảng 1.1. Thành phần mỗi gói hoàn Độc hoạt tang ký sinh 12g

Tên thuốc	Tên khoa học	Hàm lượng dùng (gam)
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	1g
Thục địa	<i>Radix Rehmannia glutinosae praeparatus</i>	0,95g
Tang ký sinh	<i>Herba Loranthe gracilifoliae</i>	1,1g
Tần giao	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	1,1g
Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	0,9g
Đỗ trọng	<i>Cortex Eucommiae</i>	1g
Nhân sâm	<i>Radix Ginseng</i>	0,8g
Bạch linh	<i>Poria</i>	0,85g
Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	1,0g
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	0,8g
Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici wallichii</i>	1g
Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhiziae</i>	0,6g
Nhục quế	<i>Cortex Cinnamomi</i>	0.5g
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae Ledebouriellae</i>	1,1g

- Các vị thuốc trên đều đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam V của Bộ y tế
- Tác dụng: Khu phong thấp, hành khí hoạt huyết, bổ can thận, chỉ thống tý
- Chỉ định của bài thuốc: Các chứng phong hàn thấp tý. Các khớp sưng đau, lưng gối đau mỏi trong các chứng can thận hư [31],[32],[33].

1.5.2. Phân tích tác dụng của bài thuốc

Bài thuốc Độc hoạt Tang ký sinh có cấu trúc từ 2 nhóm thuốc. Nhóm một gồm có các vị: Độc hoạt, Tần giao....nhóm này lấy trừ tà làm chủ đạo, có công dụng trừ phong thấp, giảm đau, chỉ thống. Nhóm còn lại gồm các vị: Đảng sâm, Phục linh, Cam thảo, Thục địa, Xuyên khung, Đương quy, Bạch thược... lấy phục chính làm chủ đạo (thực chất là bài “Bát chân thang” bỏ vị Bạch truật) có tác dụng bổ khí, bổ huyết, hoạt huyết. Trong bài thuốc có bài “Tứ vật” có công dụng bổ huyết, hoạt huyết với ý nghĩa: Trị phong tắc tiên điều huyết, huyết hành tắc phong tự diệt tức là muốn điều trị phong trước tiên phải điều trị từ huyết, khí huyết lưu thông thì phong khắc tự hết. Ngoài ra còn có các vị Đỗ trọng, Tang ký sinh, Ngưu tất tác dụng bổ ích can thận, làm lưng gối khỏe, mạnh cân cốt, đuổi tà, phù chính, Quế chi ôn kinh chỉ thống, ôn thông kinh lạc, trừ phong thấp [31], [32].

Toàn bài hợp lực có công hiệu "Khu phong, trừ thấp, tán hàn, thông kinh lạc, ích can thận".

1.5.3. Tác dụng từng vị thuốc: theo phụ lục 5

1.6. TỔNG QUAN VỀ TẬP VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.6.1. Vài nét về Mckenzie

Robin McKenzie (1931 – 2013). Năm 1953, Ông hoàn tất chương trình đào tạo tại Trường Vật lý trị liệu New Zealand, với tập trung chuyên sâu về các bệnh lý cột sống. Trong những năm 60 của thế kỷ trước, McKenzie đã xây dựng đặt nền tảng cho nhiều phương pháp đánh giá và điều trị các bệnh lý cột sống. Ngày nay ông được thế giới công nhận như một chuyên gia hàng đầu về liệu pháp cho đau thắt lưng [11],[34].

Bài tập McKenzie được áp dụng rộng rãi trên nhiều châu lục, nhiều quốc gia điều trị các vấn đề liên quan đến cột sống. Đây là một phương pháp điều trị có cơ sở khoa học, được chứng minh bởi nhiều công trình nghiên cứu

Ông cho rằng các đau lưng hầu hết có nguồn gốc cơ học, đau tăng lên ở tư thế xấu gặp trong các hoạt động hàng ngày như là gập lưng về phía trước. Để loại bỏ lại các tình trạng bất lợi này, McKenzie xây dựng các chương trình bài tập điều trị đau lưng bằng cách sử dụng các động tác lặp đi lặp lại nhiều lần, tác động vào vùng thắt lưng. Ban đầu là các động tác mở khớp (đuỗi cột sống) theo nguyên tắc đau giảm khi uốn cột sống thắt lưng tăng, sau đó là các động tác gập cột sống và gập sâu [11],[34].

1.6.2. Bài tập Mckenzie

Được trích trong cuốn “Tự điều trị chứng đau thắt lưng” của McKenzie, tạp chí Tuổi sống, New Zealand LTD, tái bản lần thứ 7 năm 2002 [34].

Bài tập McKenzie gồm có 7 bài tập

- Bài 1: Nằm sấp thư giãn.
- Bài 2: Duỗi thân trong tư thế nằm, chống 2 khuỷu tay lên.
- Bài 3: Duỗi thân trong tư thế nằm, chống 2 bàn tay lên.
- Bài 4: Duỗi lưng ở tư thế đứng.
- Bài 5: Gập 2 chân ở tư thế nằm.
- Bài 6: Gập lưng ở tư thế ngồi.
- Bài 7: Gập thân ở tư thế đứng.

Tác dụng: Bài tập có tác dụng giảm đau theo nguyên tắc "đau giảm khi uốn thắt lưng tăng". Trong giai đoạn đầu của liệu trình các động tác duỗi được áp dụng, mục đích giảm sức căng cơ, dây chằng, đẩy áp lực trọng tải về phía sau, đẩy các thành phần đĩa đệm bị lệch về vị trí bình thường, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình lành của mô mềm, làm giảm áp lực lên các dây thần kinh cạnh sống từ đó giảm đau. Ở giai đoạn sau, các động tác gập được thực hiện khi đau đã giảm, để vận động tối đa thân đốt sống, chống lại các sự co cứng, làm mạnh các cơ cạnh khớp, tạo sự linh hoạt cho cột sống.

Như vậy bài tập McKenzie có vai trò:

- + Kéo giãn cột sống chủ động của các cơ duỗi cột sống
- + Tái định vị đĩa đệm về vị trí ban đầu, giảm áp lực lên các giây thần kinh ngoại vi
- + Tăng cường sức mạnh các cơ cạnh sống, làm tăng khả năng chịu lực và bảo vệ cột sống khỏi các chấn thương và vi chấn thương.
- + Giải phóng sự co cứng: Co cứng cơ cạnh khớp, co cứng khớp.
- + Phục hồi tầm vận động cột sống và tái tạo tính linh hoạt của cột sống

Chỉ định:

- + Đau cấp, bán cấp và mạn tính vùng cột sống thắt lưng
- + Đau CSTL do thoái hóa.
- + Thoát vị đĩa đệm (ở mức độ nhẹ và trung bình)
- + Đau do các vấn đề đĩa đệm hoặc khớp khác.

Chống chỉ định: Thoát vị đĩa đệm ở mức độ nặng, vẹo cột sống cấu trúc, trượt thân đốt sống, phẫu thuật đốt sống trong vòng 6 tháng, chấn thương gãy xương đốt sống, bệnh lý nhiễm trùng hoặc khối u thân đốt sống, có tổn thương chi trên như gãy xương chi trên, tổn thương bàn tay nặng, sức khỏe quá yếu không tham gia tập luyện được, hoặc mắc các bệnh lý suy tim, lao phổi.

Liệu trình tập: Ngày tập 1 - 2 lần, mỗi lần 30 phút, mỗi động tác thực hiện 2 - 6 phút.

1.7. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐÃ LÀM TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIỚI LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI

1.7.1. Các nghiên cứu trên thế giới

Năm 2006, MacHado, Luciana Andrade Carneiro và cộng sự (Đức), theo dõi trên 145 bệnh nhân đau vùng thắt lưng tập bài tập McKenzie, trong 3- 6 tháng, thấy giảm đau rõ rệt sau 6 tuần với ĐTL cấp, sau 12 tuần với ĐTL mạn. Kết luận phương pháp McKenzie điều trị hiệu quả hơn so với phương pháp điều trị thụ động [35].

Năm 2010, Allison R.Gagne và Scott M.Hason theo dõi bệnh nhân 49 tuổi bị chèn ép rễ L5 do thoát vị đĩa đệm L5-S1 điều trị bằng bài tập duỗi McKenzie kết hợp kéo giãn cột sống. Thấy bệnh nhân xuất viện sau 5 tuần điều trị, hết đau, tình trạng chức năng cải thiện rõ rệt [36].

Năm 2019, kết quả nghiên cứu hệ thống của Md Ablu Shaphe về so sánh hiệu quả của các bài tập Mckenzie và các bài tập ổn định trong việc giảm đau và tàn tật ở những người bị đau thắt lưng không đặc hiệu. Kết quả cho thấy 1 nghiên cứu báo cáo giảm đau và 2 nghiên cứu báo cáo giảm khuyết tật chức năng ở nhóm bài tập Mckenzie so với các bài tập khác. 2 nghiên cứu báo cáo giảm đau và 3 nghiên cứu báo cáo giảm khuyết tật chức năng trong nhóm bài tập ổn định vận động so với các bài tập khác. Trong 2 nghiên cứu, nhóm bài tập ổn định có hiệu quả như nhóm bài tập Mckenzie trong giảm đau và tàn tật chức năng ở người bệnh đau thắt lưng [37].

1.7.2. Các nghiên cứu trong nước

Năm 2020, Nguyễn Huy Quân nghiên cứu trên 78 BN thoát vị đĩa đệm CSTL sau giai đoạn cấp (giai đoạn bán cấp, và giai đoạn mạn tính) bằng bài tập duỗi McKenzie kết hợp hồng ngoại, điện xung và bàn kéo kết quả tốt chiếm 76,92%, khá chiếm 23,08% [38]

Năm 2022, Bùi Bá Quang nghiên cứu hiệu quả điều trị kết hợp bài tập McKenzie trên 60 BN được chẩn đoán ĐTL do thoái hóa cột sống giai đoạn bán cấp kết quả tốt và khá đạt 93,3% [39]

Năm 2024, Trần Phương Đông sử dụng điện châm kết hợp bài tập Mc.Kenzie trong điều trị 50 bệnh nhân ĐTL đơn thuần, hiệu quả giảm đau rõ rệt ở ngày thứ 21, VAS từ $7,02 \pm 1,78$ (điểm) trước điều trị còn $1,62 \pm 1,42$ (điểm) sau điều trị [40]

Năm 2024, Dương Đình Hải, Đỗ Thị Nhung, Nguyễn Thị Thu Hà và Dương Trọng Nghĩa nghiên cứu trên 80 bệnh nhân mắc hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa bằng hoàn Độc hoạt Tang ký sinh và điện châm kết hợp

phương pháp tác động cột sống, kết quả nhóm nghiên cứu có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày tốt hơn nhóm chứng [41].

Từ các nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy rằng bài tập McKenzie là bài tập có hiệu quả trong điều trị đau cột sống thắt lưng, có tác dụng giảm đau tốt. Và việc dùng bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh kết hợp với các phương pháp điều trị khác mang lại hiệu quả cao hơn. Kết hợp giữa tập luyện McKenzie và uống viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh, điện châm là phương pháp dễ làm mang lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU

2.1.1. Hoàn Độc hoạt Tang ký sinh

- Viên hoàn độc hoạt tang ký sinh được bào chế từ bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang”

- Thành phần trong mỗi gói viên hoàn 12g gồm:

Tên thuốc	Tên khoa học	Hàm lượng dùng (gam)
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	1g
Thục địa	<i>Radix Rhemannia glutinosae praeparatus</i>	0,95g
Tang ký sinh	<i>Herba Loranthe gracilifolii</i>	1,1g
Tần giao	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	1,1g
Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	0,9g
Đỗ trọng	<i>Cortex Eucommiae</i>	1g
Nhân sâm	<i>Radix Ginseng</i>	0,8g
Bạch linh	<i>Poria</i>	0,8g
Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	1,0g
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	0,8g
Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici waltliechii</i>	1g
Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhiziae</i>	0,6g
Nhục quế	<i>Cortex Cinnamomi</i>	0.5g
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae Ledebouriellae</i>	1,1g

2.1.2. Dạng bào chế và tiêu chuẩn dược liệu

- Nguyên liệu: Các vị thuốc được sử dụng đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam V và Quyết định 3759/ QĐ-BYT ngày 08 tháng 10 năm 2010,

Thông tư số 30/2017/TT- BYT ngày 11 tháng 07 năm 2017 của Bộ Y tế, và tiêu chuẩn cơ sở của Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa [42], [43], [44].

- Dạng bào chế: Thuốc được bào chế dưới dạng viên hoàn cứng, đóng gói 12g/gói, uống chia 2 lần sáng, chiều sau ăn.
- Quy trình sản xuất hoàn độc hoạt tang ký sinh: phụ lục 6
- Nơi sản xuất: Thuốc được sản xuất bằng máy, đóng túi tự động, nơi sản xuất khoa Dược- bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hoá

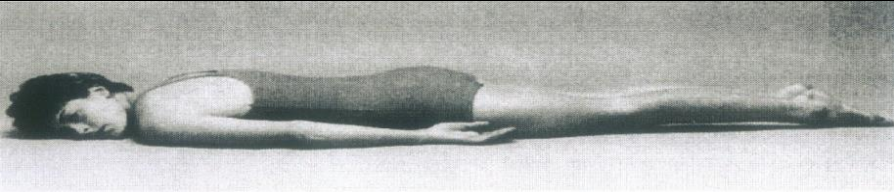


Hình 2.1. Hoàn Độc hoạt tang ký sinh (gói 12g)

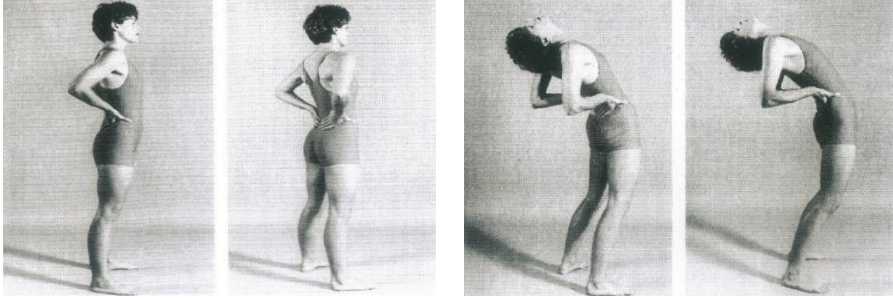
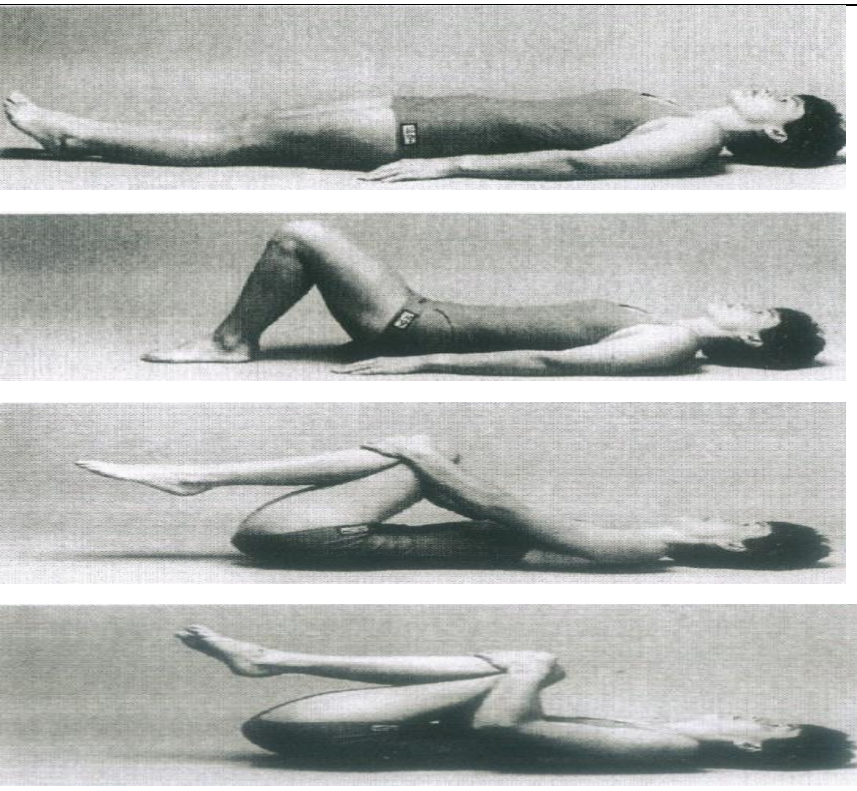
- Hạn sử dụng: 24 tháng kể từ ngày sản xuất

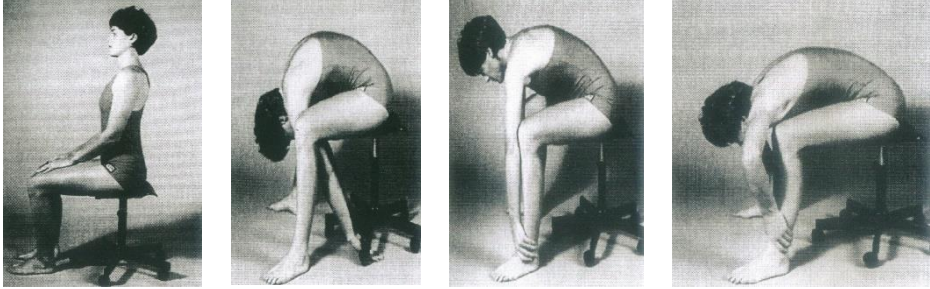
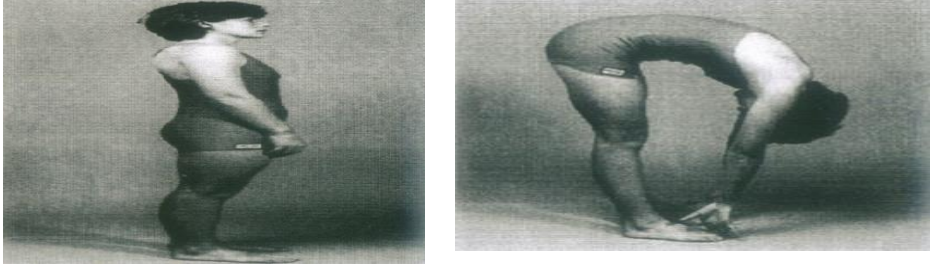
2.1.3. Bài tập McKenzie

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN sẽ được hướng dẫn tập bài tập McKenzie. Ngày tập 1 - 2 lần, mỗi lần 30 phút, mỗi động tác thực hiện 2-6 phút

Bài tập	Nội dung	Thời gian tập
Bài 1: Nằm sấp thư giãn	 Nằm sấp, 2 tay xuôi dọc thân, đầu quay sang 1 bên. Hít thở thật sâu vài lần rồi thư giãn hoàn toàn trong 2-3 phút.	-Duy trì 2-3 phút

Bài 2: Duỗi thân ở tư thế nằm chống trên 2 khủy tay	Nằm sấp như bài tập 1. Sau đó đặt 2 khuỷu tay phía dưới 2 vai rồi đẩy duỗi thân chống 2 khuỷu tay lên. Hít thở thật sâu vài lần làm thư giãn hoàn toàn các cơ vùng thắt lưng.	Duy trì 2-3 phút
Bài 3: Duỗi thân ở tư thế nằm chống trên 2 bàn tay	Nằm sấp, đặt 2 bàn tay ngay dưới 2 vai. Chống duỗi thân trên 2 bàn tay bằng cách duỗi thẳng 2 khuỷu tay. Chống đẩy thân trên lên cao trong giới hạn đau cho phép để tạo nên 1 vồng ưỡn vùng thắt lưng, lưu ý giữ phần thân dưới áp sát trên mặt sàn tập. Giữ tư thế này 1-2 giây rồi trở về vị trí ban đầu	-Duy trì 2-6 phút

Bài 4: Duỗi lưng ở tư thế đứng	 Đứng thẳng, 2 chân ở tư thế hơi dạng. Đặt chống 2 bàn tay lên vùng eo trên 2 cánh chậu, bàn tay ôm lấy eo, các ngón tay hướng xuống dưới. Uốn ngửa thân ra phía sau từ từ tăng dần càng nhiều càng tốt (2 bàn tay như là điểm tựa để giảm bớt trọng lượng lên các đốt sống đoạn thắt lưng) giữ 2 gối thẳng khi thực hiện động tác. Giữ tư thế này 1 - 2 giây, sau đó trở về vị trí ban đầu	-Duy trì 2-6 phút
Bài 5: Gập 2 chân ở tư thế nhằm.	 Nằm ngửa, 2 gối gập, 2 bàn chân đặt sát trên mặt sàn tập. Nhấc gập 2 gối về phía ngực, rồi dùng 2 bàn tay ôm 2 gối, kéo nhẹ 2 gối gập vào sát ngực càng nhiều càng tốt trong giới hạn đau	Mỗi lần tập 5-6 lần

	cho phép. Giữ ở tư thế này 1-2 giây sau đó đưa chân về vị trí ban đầu	
Bài 6: Gập lưng ở tư thế ngồi	 Ngồi trên ghế thẳng lưng, đặt 2 bàn tay lên 2 gối, 2 bàn chân dang. Thân từ từ gập về phía trước, cho đến khi 2 tay chạm xuống nền nhà, gập sâu tối đa, bàn tay ôm chân ghế, rồi đưa tay ra nắm lấy cổ chân, vòng khuỷu tay ra ngoài khớp gối, gập thân mình về phía trước tối đa, giữ trong vài giây sau đó từ từ rút tay trở về vị trí ban đầu.	Mỗi lần tập 3-6 lần
Bài 7: Gập thân ở tư thế đứng	 Đứng thẳng, 2 bàn chân dang rộng, 2 bàn tay để sát dọc thân. Cúi gập thân, lòng bàn tay hướng ra phía ngoài, các ngón tay chạm đến 2 bàn chân càng nhiều càng tốt trong giới hạn đau cho phép, giữ trong vài giây, rồi từ từ trở về vị thế ban đầu	Mỗi lần tập 5-6 lần

2.1.4. Bộ dụng cụ điện châm

- Kim châm làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, đường kính 0,5-1,0mm dài 5-7cm (đối với kỹ thuật hào châm). Xuất xứ hãng Tony, Trung Quốc.
- khay đựng dụng cụ châm, khay quả đậu, panh không máu, bông và hộp đựng bông, cồn 70⁰.
- Máy điện châm KWD – TN 09 – T06 của công ty thương mại và sản xuất thiết bị Y tế Hà Nội.

2.2. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM, THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

* Theo YHHD:

- Từ 38 tuổi đến 75 tuổi, không có sự phân biệt về giới tính, nghề nghiệp.
- Có đau vùng thắt lưng với thời gian đau > 1 tuần.
- Được chẩn đoán xác định THCS: Có hình ảnh thoái hóa trên Xquang thường quy hoặc trên phim MRI, CT-Scanner (nếu bệnh nhân làm), trên lâm sàng có hội chứng cột sống, không có hội chứng chèn ép rễ.
- Có mức độ đau trong khoảng 3-6 điểm, đánh giá theo thang điểm VAS
- BN tình nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Theo YHCT: BN được chẩn đoán yêu thống thể Can thận hư kèm theo phong - hàn - thấp [12],[25].

Thể bệnh Tứ chẩn	Can thận hư kèm phong hàn thấp
Vọng	Thần tỉnh táo, sắc mặt xanh nhợt, râu lưỡi trắng mỏng, hoặc không có râu.
Vấn	Giọng nói nhỏ, đủ nghe, hơi thở không hôi, không ngắt quãng, các chất tiết khác bình thường.
Vấn	Đau âm ỉ vùng thắt lưng, tăng rõ khi thay đổi thời tiết, gặp thời tiết lạnh ẩm, đau nhiều về đêm và sáng sớm, vận động đứng lên ngồi xuống, đi lại đau tăng, nghỉ ngơi thì đỡ đau. Bệnh nhân thích xoa bóp, chườm ấm thấy dễ chịu. Có thể kèm theo người mệt mỏi, đau lưng mỗi gối, hoa mắt chóng mặt, ù tai
Thiết	Lòng bàn tay bàn chân ấm, cơ cạnh sống co cứng không có nóng đỏ, bên đau cơ nổi vồng, ấn có điểm đau khu trú.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- *Đau vùng thắt lưng do bệnh lý không phải THCS*

+ Thoát vị đĩa đệm.

+ Chấn thương cột sống: Gãy đốt sống, có tiền sử phẫu thuật cột sống dưới 6 tháng.

+ Dị dạng cột sống, gù vẹo cột sống, trượt thân đốt sống.

Bệnh nhân ĐTL có các bệnh lý khác:

+ Bệnh lý nhiễm trùng cấp tính: Viêm phổi, viêm loét da vùng thắt lưng, nhiễm khuẩn huyết

+ Lao, suy tim, suy thận, HIV/AIDS, tâm thần, ung thư

+ Loãng xương nặng (T- score của cổ xương đùi $\leq - 2,5$), cơ thể quá yếu không đủ sức khỏe luyện tập.

+ Rối loạn đông máu.

- Dị ứng với thành phần của bài thuốc

- *Bệnh nhân không tuân thủ quy trình điều trị: Bỏ điều trị ≥ 3 ngày.*

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, có đối chứng

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

2.3.2.1. Cỡ mẫu

$$n_1 = n_2 = Z^2_{(\alpha, \beta)} \frac{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}{(P_1-P_2)^2}$$

Trong đó:

n_1 : cỡ mẫu của nhóm nghiên cứu.

n_2 : cỡ mẫu của nhóm chứng.

p_1 : Tỷ lệ khởi, đỡ của nhóm nghiên cứu trước đó $p_1 = 0,933$ [39]

p_2 : Tỷ lệ khởi, đỡ của nhóm chứng ($p_2 = 0,65$)

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

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

Z là chỉ số thu được từ bảng Z

Thay vào công thức tính cỡ mẫu ta được $n_1 = n_2 = 28,06$

Làm tròn chọn $n_1 = n_2 = 30$

2.3.2.2. Cách chọn mẫu

BN được khám lâm sàng, đủ tiêu chuẩn lựa chọn, lấy tương đồng chia vào hai nhóm về tuổi giới, mức độ đau.

Chọn số BN nhóm nghiên cứu (NC) = Số BN nhóm chứng (C) = 30 BN.

Nhóm NC ($n = 30$): Sử dụng viên hoàn Độc hoạt Tang ký sinh, điện châm, kết hợp bài tập McKenzie

Nhóm C ($n = 30$): Chỉ dùng viên hoàn Độc hoạt Tang ký sinh, điện châm

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

*** Thực hiện theo sơ đồ nghiên cứu**

- BN vào viện được khám lâm sàng, làm xét nghiệm công thức máu, hóa sinh máu đánh giá chức năng gan thận, chụp Xquang được chẩn đoán xác định đau CSTL do thoái hóa theo YHHĐ và YHCT đủ tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được cung cấp đầy đủ thông tin nghiên cứu, giải thích quy trình nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Tiến hành điều trị:

+ Nhóm nghiên cứu: 30 BN sử dụng viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh, điện châm kết hợp bài tập McKenzie

+ Nhóm chứng: 30 BN sử dụng viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh, điện châm

- Tiến hành đánh giá kết quả tại thời điểm D_0 , D_{10} , D_{20}

- Theo dõi tác dụng không mong muốn trong và sau điều trị

- Thu thập số liệu, đánh giá kết quả, so sánh, rút ra kết luận

- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

* Kỹ thuật điều trị

- Điện châm:

Công thức huyết

Lấy theo phác đồ của Bộ Y tế năm 2013, điện châm điều trị đau lưng [42]. Các huyết được lựa chọn như sau.

+ Huyết châm tả: A thị huyết, Giáp tích L2 - S1, Hoàn khiêu, Yêu dương quan

+ Huyết châm bổ: Thận du, Can du, Tam âm giao, Đại trường du

+ Huyết Ủy trung được châm theo phương pháp bình bổ bình tả

Thủ thuật

+ Bước 1: Tìm vị trí huyết và tiến hành sát khuẩn vùng da cần châm.

+ Bước 2: Thực hiện các thì châm kim vào huyết như sau

Thì 1: Căng da, tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái ấn và căng nhẹ da quanh huyết. Tay còn lại đưa kim nhanh qua da.

Thì 2: Tiếp tục đẩy kim vào huyết đạo, Vê kim cho đến khi đạt trạng thái “đắc khí”.

- Bước 3: Dùng máy điện châm kích thích lên huyết.

Gắn cặp dây của máy điện châm vào các kim đã châm lựa chọn theo tần số bổ tả.

Tần số tả từ 4 - 6Hz, Bổ từ 1 - 3Hz.

Cường độ điều chỉnh tăng dần từ 0 - 150 μ A tùy theo khả năng đáp ứng của người bệnh [12], [18], [24],[25].

- Thời gian châm: Mỗi lần châm lưu kim 25 phút, châm 1 lần/ngày x 20 ngày/liệu trình.

- Bước 4: Rút kim ra và sát khuẩn vùng huyết vừa châm

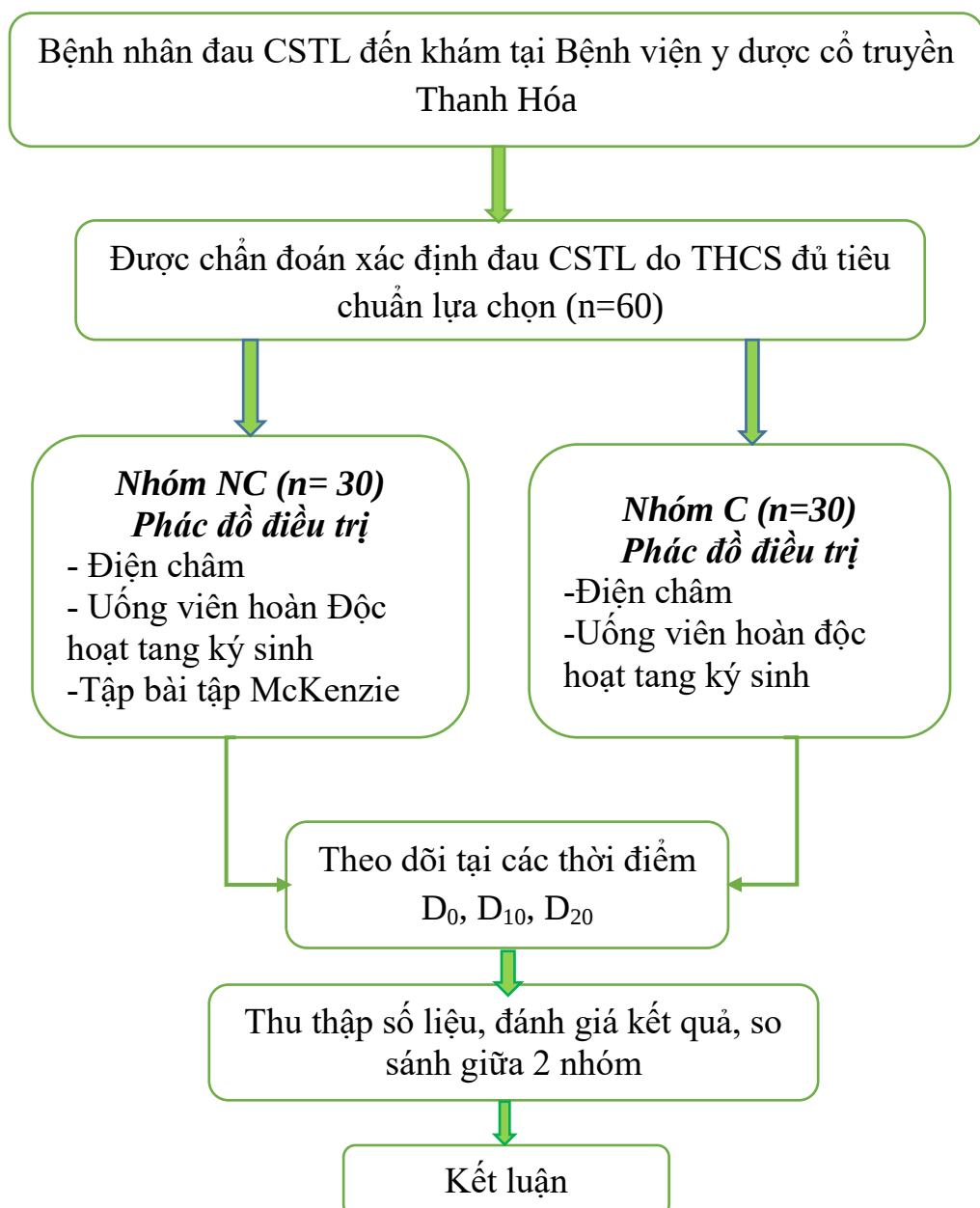
- **Hoàn Độc hoạt Tang ký sinh:** Do bệnh viện Y dược cổ truyền Thanh Hóa sản xuất đạt tiêu chuẩn cơ sở, đóng gói 12g

Uống 0,5 gói/ lần x 2 lần/ngày x 20 ngày

- Bài tập McKenzie:

- Thực hiện tập mỗi động tác 2 - 6 phút, mỗi ngày tập 30 phút, vào tất cả các buổi chiều trong tuần.
- Quá trình tập luyện của bệnh nhân dưới sự hướng dẫn và giám sát tập luyện của bác sĩ hoặc kỹ thuật viên.
- Mỗi bệnh nhân được phát bản chi tiết bài tập đuôi McKenzie

Sơ đồ nghiên cứu



Sơ đồ 2.1 Sơ đồ tóm tắt quy trình nghiên cứu.

2.3.4. Phương pháp đánh giá

2.3.4.1. Thời gian theo dõi, đánh giá

Mỗi người bệnh được tiến hành đánh giá vào ba thời điểm.

- Lần 1(D₀): Trước khi nghiên cứu.
- Lần 2(D₁₀): Ngày thứ 10 của quá trình điều trị.
- Lần 3(D₂₀): Ngày thứ 20 của quá trình điều trị.

So sánh kết quả điều trị từng thời điểm giữa 2 nhóm.

2.2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

Chỉ tiêu theo dõi

Đặc điểm chung.

- Tuổi.
- Giới.
- Nghề nghiệp
- Thời gian mắc bệnh: Được xác định từ thời điểm khởi phát triệu chứng đầu tiên đến thời điểm hiện tại.
- Tình trạng đau thắt lưng: Đánh giá thông qua thang điểm VAS.
- Độ giãn CSTL: Xác định bằng nghiệm pháp Schöber và đo khoảng cách tay đất.
- Tầm vận động của khớp: Đánh giá động tác gấp và duỗi.
- Chức năng sinh hoạt hằng ngày: Được lượng giá bằng thang điểm OSWESTRY.
- Theo dõi sự thay đổi một số chứng trạng trước và sau điều trị theo YHCT
- Các chỉ số cận lâm sàng: Huyết học: HC, Hb, Hct, BC, TC; Sinh hóa máu: ure, ceatinin, AST, ALT, glucose, Cholesterol, Triglycerid, xét nghiệm nước tiểu, được lấy vào 2 thời điểm trước và sau điều trị.

b) Kết quả điều trị

- Hiệu quả cải thiện mức độ đau theo VAS

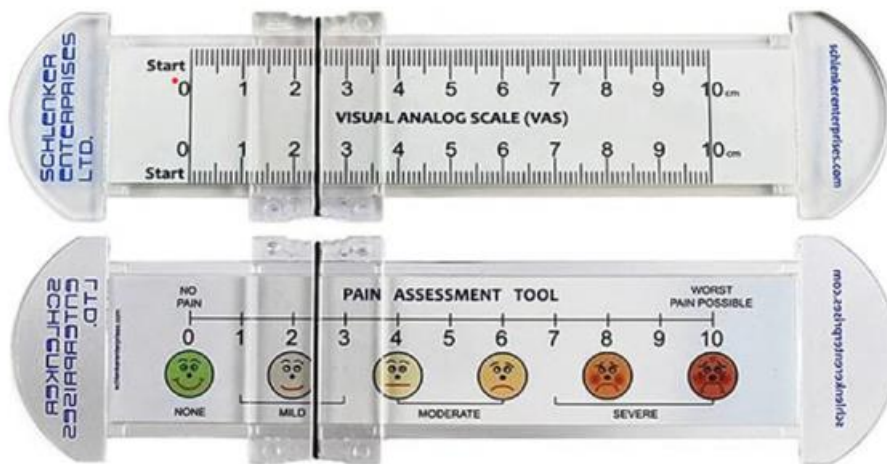
- Biến đổi về tầm vận động CSTL
- Cải thiện độ giãn CSTL
- Cải thiện nghiệm pháp tay đất
- Thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày
- Thay đổi triệu chứng về mạch và lưỡi theo YHCT.

c) Theo dõi tác dụng không mong muốn của nhóm nghiên cứu trên lâm sàng.

Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá theo thang điểm VAS.

VAS(Visual Analogue Scale) là một thang điểm nhìn của Hãng Astrazeneca.



Hình 2.2. Thước đo thang điểm VAS

Thang điểm VAS

Có chiều dài 100mm, 2 đầu cố định, được đánh số từ 0 đến 10.

- Đầu bên trái có hình mặt cười là hình ảnh không đau.
- Đầu bên phải có hình mặt khóc là hình ảnh đau không chịu nổi, đau chưa từng có.
- Một thanh thước kéo
- BN được hướng dẫn nhìn thước đo, nhân viên y tế giải thích cách sử dụng.
- Thước được xoay mặt có biểu tượng về phía BN.

- BN tự mô tả tình trạng đau của mình bằng cách kéo thanh thước đến vị trí tương ứng.

Nhân viên Y tế ghi nhận kết quả của BN.

Bảng 2.1: Phân loại mức độ đau

Điểm VAS	Mức độ đau
$0 < VAS < 1$	Không đau
$1 \leq VAS \leq 3$	Đau nhẹ
$3 < VAS \leq 6$	Đau vừa
$6 < VAS \leq 8$	Đau nặng
$8 < VAS \leq 10$	Đau rất nặng

Đánh giá chỉ số Schöber

Cách đo: BN với tư thế đứng thẳng, hai tay xuôi theo thân mình, gót chân hai bên chạm nhau, hai bàn chân mở một góc 60^0 , Tìm móm gai đốt sống L5 hoặc kẻ đường thẳng ngang qua bờ trên của gai chậu sau 2 bên, giao điểm của đường thẳng với cột sống, đánh dấu điểm số 1, dùng thước dây đo lên 10 cm đánh dấu điểm số 2. Cho BN cúi từ từ đến khi đau dừng lại, đo lại lần hai. Hiệu số giữa 2 lần đo là chỉ số Shoober. Giá trị bình thường trong khoảng 4 - 6cm.

Bảng 2.2: Phân loại mức độ giãn cột sống

Độ giãn CSTL(cm)	Mức độ
$4 \leq \text{Schöber} \leq 6$	Không hạn chế
$3 \leq \text{Schöber} < 4$	Hạn chế ít
$2 \leq \text{Schöber} < 3$	Hạn chế trung bình
$0 \leq \text{Schöber} < 2$	Hạn chế nhiều

Nghiệm pháp tay đất

BN đứng thẳng, 2 tay xuôi thẳng theo thân mình, hai bàn chân song song với nhau, từ từ cúi xuống, chỉ số bình thường khi đầu ngón tay giữa cách mặt đất $\leq 10\text{cm}$ (d).

Bảng 2.3. Phân loại khoảng cách tay đất

Khoảng cách(cm)	Mức độ
$0 < d \leq 10$	Không hạn chế
$10 < d \leq 20$	Hạn chế ít
$20 < d \leq 30$	Hạn chế trung bình
$d > 30$	Hạn chế nhiều

Tầm vận động CSTL.

Dùng thước đo tầm vận động khớp ROM (Range of Motion) theo phương pháp Zero. Thước gồm có 2 nhánh: Một nhánh cố định, một nhánh di động theo di chuyển của thân người. Vị trí cố định của thước được đánh dấu chia độ từ 0 - 360⁰.

**Hình 2.3. Thước đo tầm vận động khớp**

- Tư thế BN: Đứng thẳng, gót chân 2 bên chạm nhau, mũi chân 2 bên hướng ra ngoài, mở một góc 60⁰, BN được yêu cầu thực hiện các động tác cúi, ngửa.
- Cúi (độ gấp cột sống): BN đứng thẳng, vị trí cố định đặt ở gai chậu trước trên, nhánh cố định đặt dọc đùi, nhánh còn lại đặt dọc cơ thể, cúi người từ từ đến khi đạt mức tối đa (đau thì dừng lại), góc của độ gấp cột sống là góc đo được.

Bảng 2.4. Phân loại độ gập cột sống.

Độ gập cột sống	Mức độ
$\geq 70^0$	Không hạn chế
$\geq 60^0 - < 70^0$	Hạn chế ít
$\geq 40^0 - < 60^0$	Hạn chế trung bình
$< 40^0$	Hạn chế nhiều

- Ngửa (độ duỗi cột sống): Vị trí cổ định đặt ở gai chậu trước trên, nhánh cổ định đặt dọc theo đùi, nhánh di động đặt dọc theo chiều dọc của cơ thể, người bệnh từ từ ngửa ra sau tối đa, góc đo được là độ duỗi cột sống.

Bảng 2.5. Phân loại độ duỗi cột sống.

Độ duỗi cột sống	Mức độ
$\geq 25^0$	Không hạn chế
$\geq 20^0 - < 25^0$	Hạn chế ít
$\geq 15^0 - < 20^0$	Hạn chế trung bình
$< 15^0$	Hạn chế nhiều

Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Dùng bộ câu hỏi “*Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire*” (năm 2000) để xác định mức độ cải thiện chức năng trong sinh hoạt hàng ngày [45].

Chọn 8 tiêu chí để đánh giá trong 10 tiêu chí của thang điểm Oswestry đánh giá hoạt động động (phụ lục 4) bao gồm:

- Cường độ đau thắt lưng
- Ngồi
- Chăm sóc bản thân.
- Đứng
- Mang vác.
- Ngủ
- Đi bộ
- Hoạt động xã hội

Với mỗi tiêu chí cần đánh giá có số điểm từ 0 - 5 điểm, 8 tiêu chí sẽ có số điểm từ 0 đến 40 điểm, điểm càng thấp thì chức năng sinh hoạt càng tốt.

Kết quả chỉ số Oswestry được tính như sau:

Tỷ lệ mất chức năng CSTL (ODI) = Tổng điểm của 8 mục/40x100 = ...%

Bảng 2.6. Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày

Điểm thu được từ 8 tiêu chí	Chỉ số Oswestry	Mức độ
0 – 8	0% - 20%	Không hạn chế
9 – 16	21% - 40%	Hạn chế ít
17 -24	41% - 60%	Hạn chế trung bình
≥25	≥ 61%	Hạn chế nhiều

Đánh giá sự thay đổi về một số chứng trạng theo y học cổ truyền

Bảng 2.7. Đánh giá thay đổi một số chứng trạng theo y học cổ truyền

Chứng trạng	Trước điều trị		Sau điều trị		
	có	không	Không giảm	Giảm	Khỏi
Đau lưng					
Đau khi thay đổi thời tiết					
Sợ lạnh					
Mệt mỏi					
Vận động đau					
Mỏi gối					
Ù tai					
Đầu thống					
Huyết vừng					
Kiến vong					

l) Tác dụng không mong muốn của nhóm nghiên cứu

Theo dõi toàn bộ trong cả quá trình nghiên cứu: Cho cả 3 phương pháp bài tập McKenzie và uống hoàn độc hoạt tạng ký sinh, điện châm

** Trên lâm sàng*

Các chỉ tiêu theo dõi: Đau tăng lên, trật khớp, dị ứng, tiêu chảy, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, chảy máu, vụng kim, nhiễm trùng tại chỗ

** Trên cận lâm sàng*

Các chỉ số cần theo dõi: Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu, Ure, Glucose, Creatinin, AST, ALT, Cholesterol, Triglycerid

2.3.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Bệnh nhân điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Y Dược Cổ truyền Thanh Hóa.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2025 đến 09/2025.

2.3.6. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu qua thuật toán thống kê y sinh học (chương trình SPSS 20.0):
Tính n, tỉ lệ %, trung bình thực nghiệm ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn thực nghiệm (SD).

- So sánh các tỉ lệ dùng kiểm định χ^2
- So sánh các tỉ lệ trung bình Test t - student
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng đề cương Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Hội đồng đạo đức trường Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hội đồng khoa học bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa.

- Người nghiên cứu đã có chứng chỉ thực hành lâm sàng tốt
- Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác
- BN được cung cấp thông tin, giải thích rõ ràng và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Đảm bảo giữ bí mật thông tin BN nghiên cứu.
- Ngừng nghiên cứu và thay đổi phác đồ điều trị nếu tình trạng bệnh không tiến triển có dấu hiệu nặng lên, hoặc BN không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu nữa.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHUNG

3.1.1. Một số đặc điểm dịch tễ

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

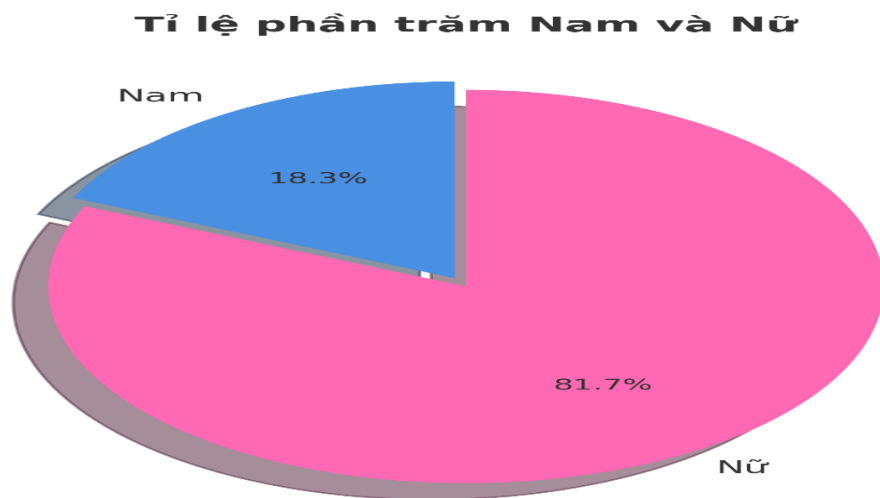
Nhóm Lứa tuổi (năm)	Nhóm NC n=30		Nhóm C n=30		Tổng n=60		P _(nc-c)
	n	%	n	%	n	%	
38- 49	7	23,3	7	23,3	14	23,3	>0,05
50 - 59	9	30,0	6	20,0	15	25,0	
60 - 69	7	23,3	11	36,7	18	30,0	
70-75	7	23,3	6	20,0	13	21,7	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	58,83 $\pm$ 11,46		59,87 $\pm$ 10,93		59,35 $\pm$ 11,11		>0,05

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 59,53 $\pm$ 11,11 tuổi, trong đó nhóm nghiên cứu 58,83 $\pm$ 11,46 tuổi, nhóm chứng là 59,87 $\pm$ 10,97 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất 60-69 tuổi chiếm 30,0%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phân bố tuổi ở 2 nhóm có sự tương đồng nhau.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.

Giới tính	Nhóm NC n=30		Nhóm C n=30		P _(nc-c)
	n	%	n	%	
Nam	5	16,7	6	20,0	>0,05
Nữ	25	83,3	24	80,0	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ nhóm chứng chiếm 80% nhiều hơn so với bệnh nhân nam chiếm 20%. Ở nhóm nghiên cứu nữ chiếm 83,3% nhiều hơn so với nam giới chiếm 16,7%,. Sự khác biệt tỷ lệ nam, nữ ở 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ phân bố nhân theo giới tính

Nhận xét: Trong nghiên cứu nữ giới gặp nhiều hơn nam giới. Nữ chiếm 81,7%, trong khi đó Nam giới chỉ chiếm 18,3% ít hơn so với nam giới

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	Nhóm NC n=30		Nhóm C n=30		Tổng n=60		$p_{(nc-c)}$
	n	%	n	%	n	%	
Lao động trí óc	13	56,7	12	40,0	25	41,7	>0,05
Lao động chân tay	17	43,3	18	60,0	35	58,3	
Tổng	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm, lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao hơn so với lao động trí óc, trong đó nhóm nghiên cứu là 58,3% còn nhóm chứng là 41,7%. Giữa 2 nhóm sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian mắc bệnh	Nhóm NC n=30		Nhóm C n=30		Tổng n=60		$p_{(nc-c)}$
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 1 tháng	3	10,0	3	10,0	6	10,0	>0,05
1 – 3 tháng	5	16,7	5	16,7	10	16,7	
3- 6 tháng	9	30,0	8	26,7	17	28,3	
≥6 tháng	13	43,3	14	46,7	27	45,0	

Nhận xét:

Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân ở cả 2 nhóm chủ yếu ≥ 6 tháng, chiếm tỷ lệ 45%. Trong đó ở nhóm NC 43,3% và ở nhóm C là 46,7%. Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt, không ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$

Bảng 3.5. Đặc điểm X – quang trước điều trị của 2 nhóm

Nhóm Hình ảnh	Nhóm NC n=30		Nhóm C n=30		Tổng n=60		$p_{(nc-c)}$
	n	%	n	%	n	%	
Mọc gai xương	21	70,0	23	76,7	44	73,3	>0,05
Đặc xương dưới sụn	30	100	30	100	60	100	
Hẹp khe khớp	17	56,7	19	63,3	36	60,0	

Nhận xét: Các đặc điểm hình ảnh X-quang như mọc gai xương, đặc xương dưới sụn và hẹp khe khớp trước điều trị của cả 2 nhóm trong nghiên cứu điều

xuất hiện với tỷ lệ cao, trong đó 100% bệnh nhân có hình ảnh đặc xương dưới sự trên Xquang. Tuy nhiên, không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm, với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Đặc điểm bệnh nhân trước khi điều trị của hai nhóm.

Chỉ số	Nhóm	Nhóm NC	Nhóm C	$p_{(nc-c)}$
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Điểm đau VAS		5,83 $\pm$ 0,38	5,80 $\pm$ 0,41	>0,05
Tầm vận động gấp (độ)		42,17 $\pm$ 3,81	42,30 $\pm$ 3,56	>0,05
Tầm vận động duỗi (độ)		14,10 $\pm$ 0,95	14,27 $\pm$ 0,98	>0,05
Độ giãn cột sống (cm)		1,17 $\pm$ 0,83	1,30 $\pm$ 0,79	>0,05
Tay đất (cm)		51,77 $\pm$ 11,69	51,30 $\pm$ 11,03	>0,05
ODI (điểm)		25,13 $\pm$ 2,53	25,27 $\pm$ 2,55	>0,05

Nhận xét:

Bệnh nhân vào viện được lựa chọn có mức độ đau vừa (từ 3-6 điểm theo thang điểm VAS) ở cả hai nhóm nghiên cứu. Các chỉ số tay đất, độ giãn cột sống, tầm vận động cũng hạn chủ yếu ở mức độ trung bình và nhiều. Có sự đồng nhất ở hai nhóm về mặt thống kê về tất cả các triệu chứng này, với $p > 0,05$

3.2. KẾT QUẢ SAU ĐIỀU TRỊ.

3.2.1 Hiệu quả giảm đau qua từng thời điểm điều trị theo thang điểm VAS

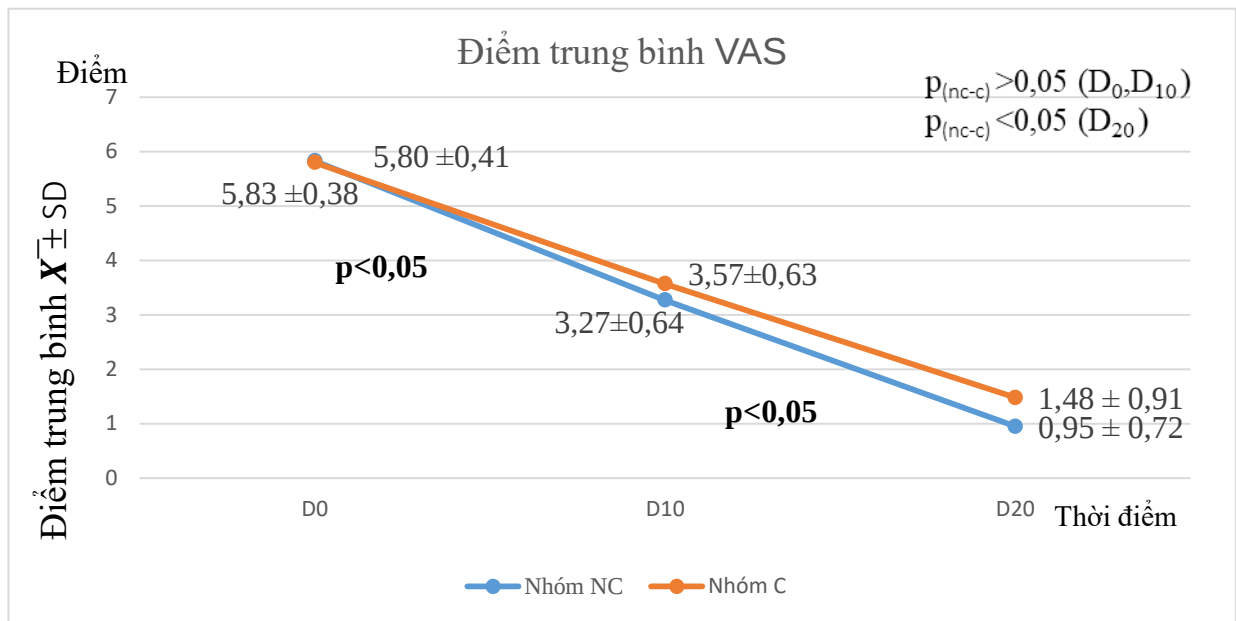
Kết quả đánh giá hiệu quả giảm đau của hai nhóm nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.7 và biểu đồ 3.2.

Bảng 3.7. Sự cải thiện điểm đau VAS qua từng thời điểm

Nhóm Mức độ	Nhóm NC						Nhóm C					
	n = 30						n = 30					
	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	0	0	23	76,7	0	0	0	0	14	46,7
Đau nhẹ	0	0	18	60,0	7	23,3	0	0	15	50,0	16	53,3
Đau vừa	30	100	12	40,0	0	0	30	100	15	50,0	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
P _{D0-D10}	<0,05						<0.05					
P _{D10-D20}	<0,05						<0,05					
P _{(nc-c)D0}	>0,05											
P _{(nc-c)D10}	>0,05											
P _{(nc-c)D20}	<0,05											

Nhận xét:

- BN vào viện 100% có mức độ đau vừa. Mức độ đau của hai nhóm là tương đương nhau, với $p > 0,05$.
- Ở thời điểm sau điều trị ngày thứ 10, cả 2 nhóm BN đều có sự cải thiện về mức độ đau, ở nhóm NC tỉ lệ BN đau nhẹ chiếm đến 60% tốt hơn so với nhóm C tỉ lệ này là 50%. Mặc dù vậy, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.
- Sau 20 ngày điều trị không còn BN đau ở mức độ vừa. Ở nhóm NC, số BN khỏi đau chiếm 76,7% hiệu quả hơn hẳn nhóm C là 46,7%. Có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.



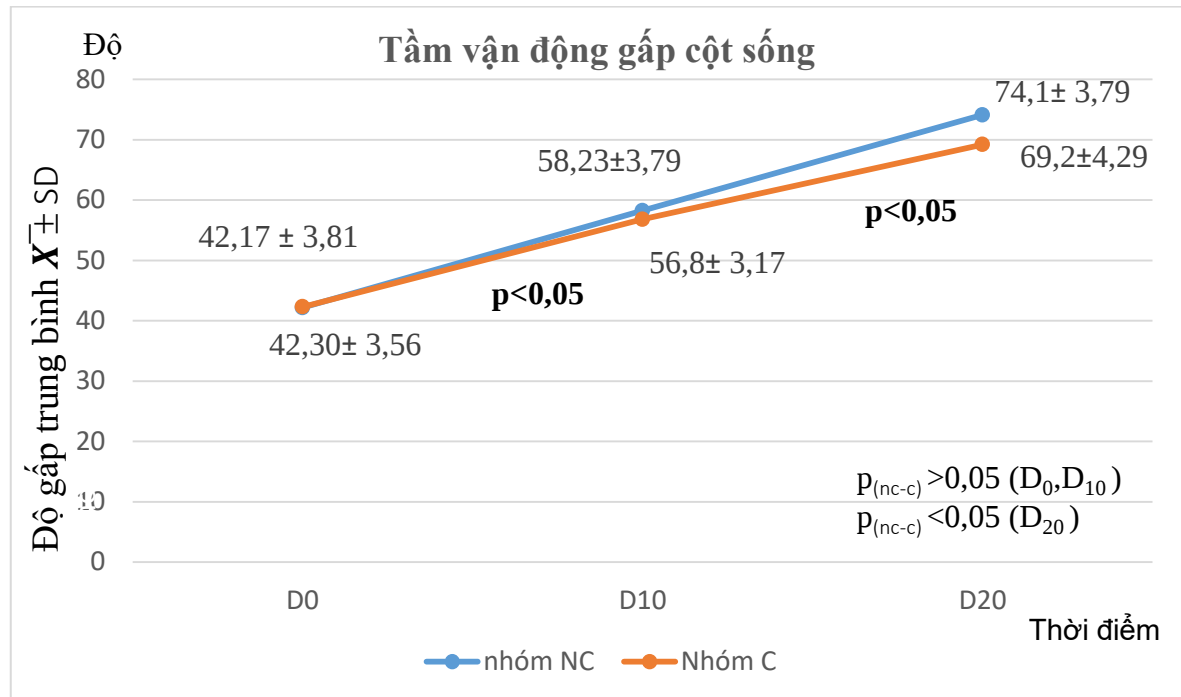
Biểu đồ 3.2: Hiệu quả cải thiện điểm đau VAS trung bình sau điều trị

Nhận xét:

- Trước điều trị điểm VAS trung bình của 2 nhóm là $5,83 \pm 0,38$ điểm (nhóm NC) và $5,80 \pm 0,41$ điểm (nhóm C). Điểm VAS ở hai nhóm trước điều trị có sự tương đồng với $p > 0,05$
- Ở thời điểm ngày thứ 10 sau điều trị, điểm đau giảm nhanh ở cả 2 nhóm: Nhóm NC giảm xuống $3,27 \pm 0,64$ điểm, và giảm nhiều hơn nhóm C $3,57 \pm 0,63$ điểm. Giữa hai nhóm chưa có sự khác biệt nhiều, chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.
- Thời điểm ngày thứ 20 sau điều trị, điểm đau trung bình của nhóm NC giảm tốt hơn so với nhóm C. Nhóm NC còn $0,95 \pm 0,72$ điểm, nhóm C còn $1,48 \pm 0,91$ điểm. Nhóm NC giảm đau tốt hơn so với nhóm C, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$
- Điểm trung bình VAS ở 2 nhóm sau từng thời điểm điều trị đều có sự cải thiện rõ rệt, có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$

3.2.2. Biến đổi tầm vận động cột sống thắt lưng

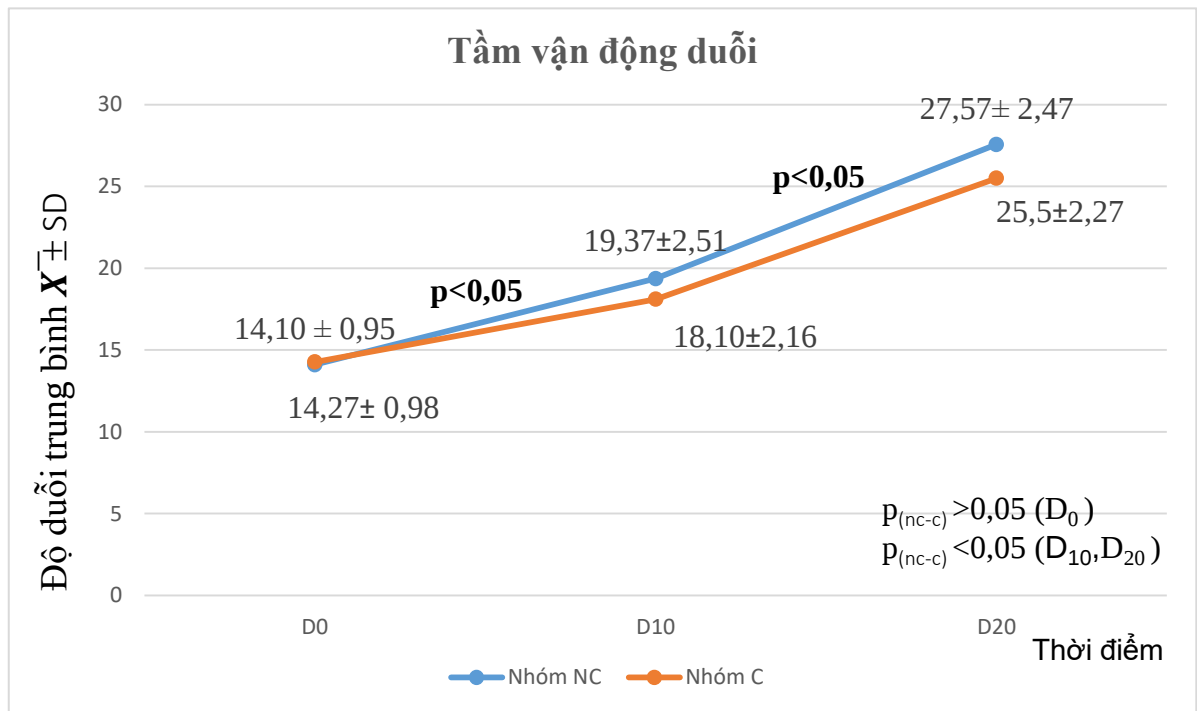
Kết quả thay đổi tầm vận động CSTL được thể hiện qua hai động tác chính đồng tác gấp và duỗi cột sống, được mô tả trong hai biểu đồ: biểu đồ 3.3 và biểu đồ 3.4.



Biểu đồ 3.3. Cải thiện tầm vận động gấp sau điều trị

Nhận xét:

- Qua từng thời điểm điều trị tầm vận động gấp ở mỗi nhóm đều cải thiện theo xu hướng tăng lên. Ở nhóm NC từ $42,17 \pm 3,81$ độ trước điều trị, tăng lên $58,23 \pm 3,79$ độ ở ngày thứ 10, và $74,10 \pm 3,97$ độ ở ngày thứ 20. Ở nhóm C từ $42,30 \pm 3,56$ độ trước điều trị, tăng lên $56,80 \pm 3,17$ độ sau 10 ngày điều trị và $69,20 \pm 4,29$ độ sau 20 ngày điều trị.
- Sau 10 ngày điều trị sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê, phải sau 20 ngày điều trị sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$

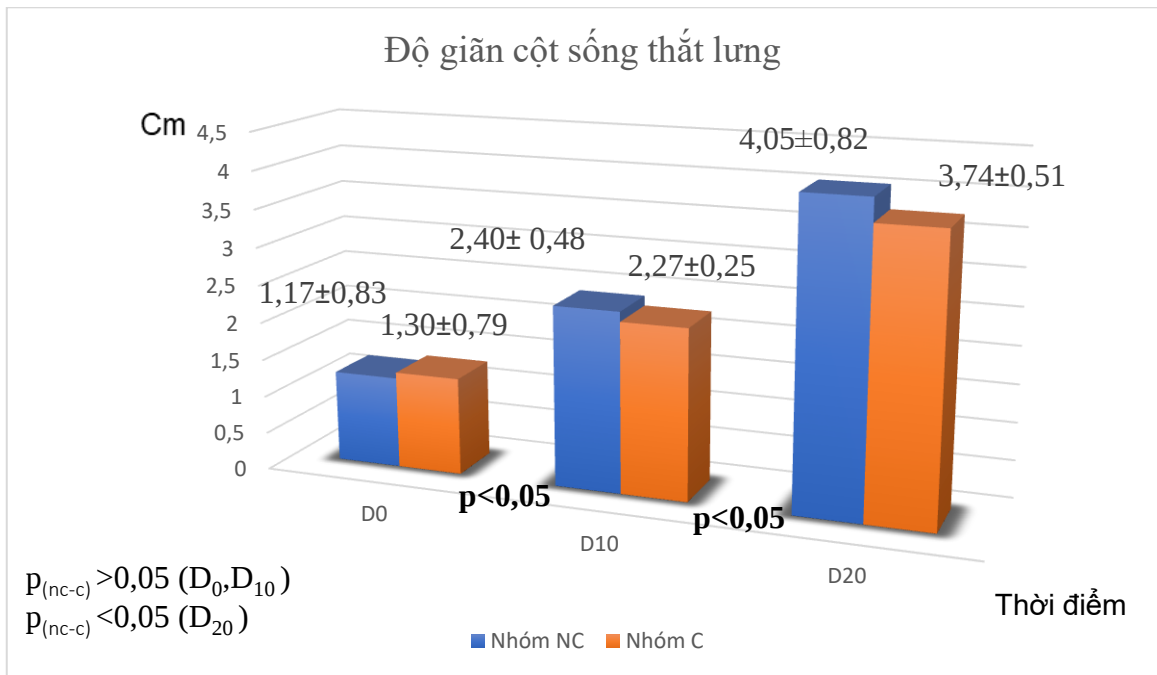


Biểu đồ 3.4. Cải thiện tâm vận động đuôi sau điều trị.

Nhận xét:

- BN đều hạn chế tâm vận động đuôi trước điều trị ở cả hai nhóm, trong đó nhóm NC là 14,10 $\pm$ 0,95 độ, nhóm C là 14,27 $\pm$ 0,98 độ. Hai nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về mức độ hạn chế tâm vận động, $p > 0,05$.
- Qua từng thời điểm điều trị tâm vận động đuôi đều cải thiện ở mỗi nhóm. Trong đó nhóm NC tăng lên 19,37 $\pm$ 2,51 độ ngày thứ 10 và 27,57 $\pm$ 2,47 độ ngày thứ 20 sau điều trị, Cải thiện hiệu quả hơn so với nhóm C chỉ tăng được 18,10 $\pm$ 2,16 độ ngày thứ 10 và 25,5 $\pm$ 2,27 độ ngày thứ 20 sau điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

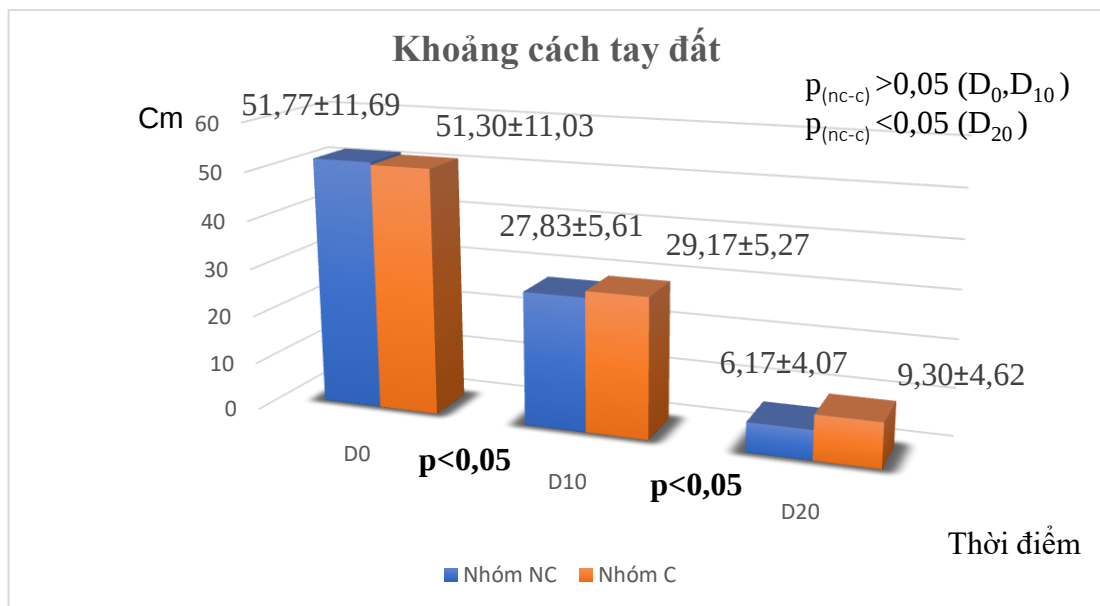
3.2.3. Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng.



Biểu đồ 3.5. Sự Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng (Schöber)

Nhận xét: Độ giãn cột sống lưng tăng qua từng thời điểm điều trị. Nhóm NC cải thiện hiệu quả hơn so với nhóm C. Nhưng sự khác biệt chưa nhiều ở ngày thứ 10, sau 20 ngày điều trị sự khác biệt rõ hơn và có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$

3.2.4. Cải thiện khoảng cách tay đất.



Biểu đồ 3.6. Biến đổi khoảng cách tay đất sau điều trị

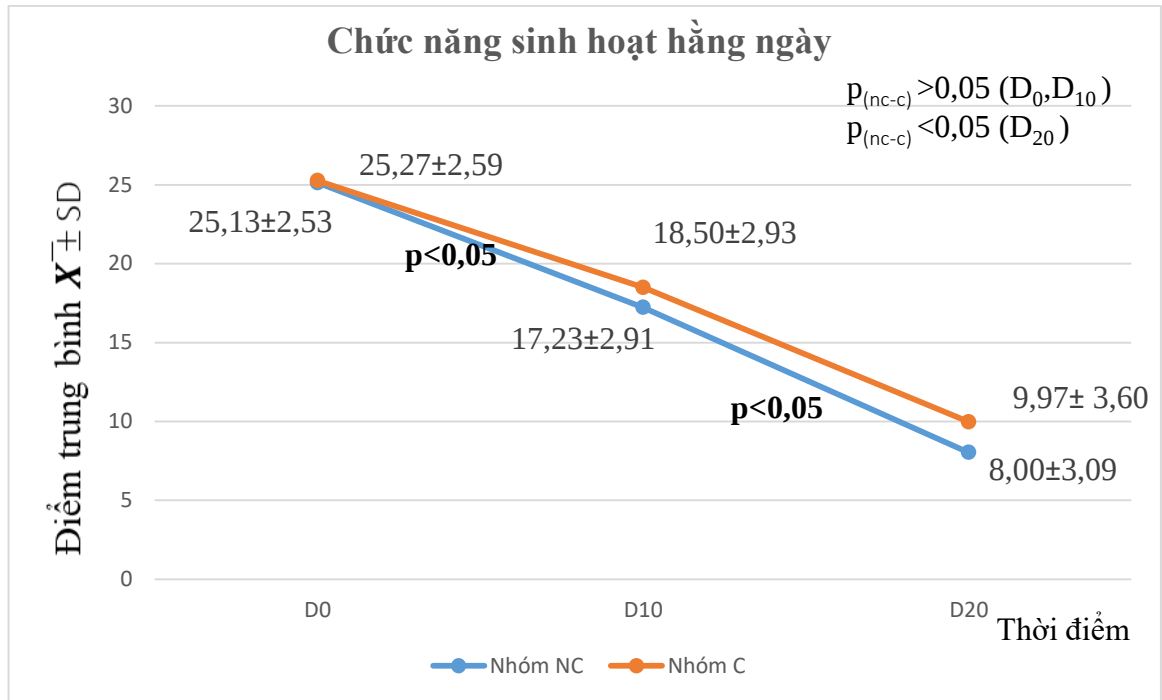
Nhận xét:

- Khoảng cách tay đất ở từng nhóm đều cải thiện qua từng thời điểm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$
- Giữa hai nhóm: Nhóm NC khoảng cách tay đất cải thiện tốt hơn so với nhóm C, có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau 20 ngày điều trị, với $p < 0,05$

3.2.5. Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày**Bảng 3.8. Mức độ cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày**

Nhóm Mức độ	Nhóm NC						Nhóm C					
	n = 30						n = 30					
	D ₀		D ₁₀		D ₂₀		D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế	0	0	0	0	21	70,0	0	0	0	0	13	43,3
Hạn chế ít	0	0	16	53,3	9	30,0	0	0	11	36,7	17	56,7
Hạn chế trung bình	16	53,3	14	46,7	0	0	15	50,0	19	63,3	0	0
Hạn chế nhiều	14	46,7	0	0	0	0	15	50,0	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
p _{D0-D10}	< 0,05						< 0,05					
p _{D10-D20}	< 0,05						< 0,05					
p _{(nc-c)D0}	> 0,05											
p _{(nc-c)D10}	> 0,05											
p _{(nc-c)D20}	< 0,05											

Nhận xét: Sau điều trị mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của 2 nhóm đều cải thiện, nhóm NC hiệu quả hơn so với nhóm C, có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.7. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày qua các thời điểm

Nhận xét:

- Qua từng thời điểm điều trị, điểm trung bình chức năng sinh hoạt hằng ngày ở mỗi nhóm đều giảm và có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$
- Nhóm NC tốt hơn so với nhóm C, ở thời điểm ngày thứ 10 sau điều trị, điểm trung bình ở nhóm NC từ $26,27 \pm 3,39$ điểm xuống còn $17,23 \pm 2,91$ điểm, nhóm C từ $27,20 \pm 3,82$ điểm xuống còn $18,50 \pm 2,39$ điểm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.
- Thời điểm ngày thứ 20 sau điều trị nhóm NC xuống còn $8,03 \pm 3,12$ điểm, nhóm C là $9,97 \pm 3,36$ điểm, sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$

3.2.6. Cải thiện một số chứng trạng theo YHCT sau điều trị

Bảng 3.9. Sự thay đổi một số chứng trạng theo YHCT sau điều trị

Chứng trạng	Nhóm	Trước điều trị	Sau điều trị						P _(nc-c)
			Không giảm		Giảm		Khỏi		
		n	n	%	n	%	n	%	
Đau lưng	NC	30	0	0	7	23,3	23	76,7	<0,05
	C	30	0	0	16	53,3	14	46,7	
Vận động đau tăng	NC	30	0	0	3	10,0	27	90,0	<0,05
	C	30	0	0	11	36,7	19	63,3	
Sợ lạnh	NC	27	2	7,4	15	55,6	10	37,0	>0,05
	C	29	3	10,3	16	55,2	10	34,5	
Mệt mỏi	NC	10	0	0	3	30,0	7	70,0	>0,05
	C	13	0	0	8	61,5	5	38,5	
Đau tăng khi thay đổi thời tiết	NC	25	4	16,0	14	56,0	7	28,0	>0,05
	C	28	6	21,4	17	60,7	5	17,9	
Mỗi gối	NC	19	0	0	10	52,6	9	47,4	>0,05
	C	22	3	13,6	15	68,2	4	18,2	
Ù tai	NC	15	1	6,7	10	66,7	4	26,7	>0,05
	C	18	3	16,7	11	61,1	4	22,2	
Đầu thống	NC	14	0	0	8	57,1	6	42,9	>0,05
	C	11	1	9,1	7	63,6	3	27,3	
Huyễn vụng	NC	9	0	0	3	33,3	6	66,7	>0,05
	C	13	1	7,7	7	53,8	5	38,5	
Kiện vong	NC	20	1	5,0	6	30,0	13	65,0	>0,05
	C	24	2	8,3	13	54,2	9	37,5	

Nhận xét: Nhóm NC các triệu chứng đau lưng, vận động đau tăng, mỏi gối, kiện vong, cải thiện tốt nhất. Có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các chứng trạng sợ lạnh, đau tăng khi thay đổi thời tiết, ù tai, đau đầu, huyễn vựng nhóm NC cải thiện tốt hơn so với nhóm C, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$

3.3. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.3.1. Trên lâm sàng

Bảng 3.10. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị

Thời điểm Biểu hiện	D ₀		D ₂₀	
	n	%	n	%
Buồn nôn	0	0	0	0
Nôn	0	0	0	0
Đi ngoài phân lỏng	0	0	0	0
Ban dị ứng	0	0	0	0
Vụng kim	0	0	0	0
Gãy kim	0	0	0	0
Chảy máu	0	0	0	0
Nhiễm trùng tại chỗ	0	0	0	0
Đau tăng lên	0	0	0	0
Trật khớp	0	0	0	0

Nhận xét: Trong suốt thời gian nghiên cứu, nhóm BN nghiên cứu chưa ghi nhận trường hợp nào gặp phải tác dụng bất lợi.

3.3.2. Trên cận lâm sàng

Bảng 3.11. Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị

Chỉ số	Thời điểm		P_{D0-D20}
	D_0	D_{20}	
Hồng cầu (T/l)	$4,48 \pm 0,35$	$4,58 \pm 0,27$	$>0,05$
Bạch cầu (G/l)	$6,91 \pm 1,32$	$7,05 \pm 1,13$	$>0,05$
Tiểu cầu (G/l)	$238,13 \pm 42,31$	$243,40 \pm 36,99$	$>0,05$

Nhận xét: Các chỉ số huyết học trước và sau điều trị ở nhóm NC đều có sự thay đổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p>0,05$

Bảng 3.12. Sự thay đổi chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị

Chỉ số	Thời điểm		P_{D0-D20}
	D_0	D_{20}	
Ure (mmol/l)	$4,27 \pm 0,33$	$4,30 \pm 0,21$	$>0,05$
Glucose (mmol/l)	$5,14 \pm 1,09$	$4,97 \pm 0,78$	$>0,05$
Creatinin (μ mol/l)	$85,27 \pm 9,83$	$85,14 \pm 8,18$	$>0,05$
AST (U/L - 37^0C)	$22,91 \pm 8,97$	$21,76 \pm 6,45$	$>0,05$
ALT (U/L - 37^0C)	$27,19 \pm 8,41$	$25,37 \pm 5,54$	$>0,05$
Cholesterol (mmol/l)	$4,85 \pm 0,94$	$4,67 \pm 0,58$	$>0,05$
Triglycerid (mmol/l)	$1,70 \pm 0,39$	$1,65 \pm 0,25$	$>0,05$

Nhận xét: Hầu hết các chỉ số sinh hóa máu đánh giá chức năng gan, chức năng thận, chỉ số mỡ máu trước và sau quá trình điều trị ở nhóm nghiên cứu đều có sự thay đổi nhưng không nhiều, do đó không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.4. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Đặc điểm		n	Điểm VAS	
			($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	17	0,63 $\pm$ 0,43	<0,05
	$\geq$ 60 tuổi	13	1,37 $\pm$ 0,82	
Giới	Nam	5	0,92 $\pm$ 0,62	>0,05
	Nữ	25	0,96 $\pm$ 0,75	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	13	0,84 $\pm$ 0,81	>0,05
	Lao động chân tay	17	1,04 $\pm$ 0,65	
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	14	0,55 $\pm$ 0,27	<0,05
	$\geq$ 6 tháng	16	1,30 $\pm$ 0,81	

Nhận xét:

- Điểm VAS ở nhóm tuổi <60 tuổi cải thiện hiệu quả hơn so với nhóm tuổi $\geq$ 60 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$
- Nam giới cải thiện điểm đau tốt hơn nữ giới, nghề nghiệp lao động trí óc cải thiện tốt hơn so với lao động chân tay. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$
- Thời gian mắc bệnh càng ngắn, hiệu quả giảm đau càng tốt. Thời gian mắc bệnh <6 tháng cải thiện tốt hơn, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày

Đặc điểm		n	Điểm OID	
			$\bar{X} \pm SD$	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	17	6,18 ± 1,55	<0,05
	≥ 60 tuổi	13	10,38 ± 2,91	
Giới	Nam	5	7,20 ± 1,64	>0,05
	Nữ	25	8,16 ± 3,30	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	13	7,23 ± 3,29	>0,05
	Lao động chân tay	17	8,59 ± 2,87	
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	14	5,86 ± 1,17	<0,05
	≥ 6 tháng	16	9,88 ± 3,03	

Nhận xét:

- Điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày OID của nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (<60 tuổi), thời gian mắc bệnh ngắn (<6 tháng) cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân lớn tuổi (≥ 60 tuổi), và thời gian mắc bệnh dài (≥ 6 tháng), có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$
- Ở nhóm lao động trí óc, nam giới điểm Oswestry cải thiện tốt hơn so với nhóm lao động chân tay, nữ giới. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến cải thiện tâm vận động gấp cột sống

Đặc điểm		n	Tâm vận động cột sống	
			Gấp ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	17	75,65 ± 4,40	<0,05
	≥ 60 tuổi	13	72,08 ± 2,18	
Giới	Nam	5	72,40 ± 3,36	>0,05
	Nữ	25	74,44 ± 4,07	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	13	74,54 ± 4,48	>0,05
	Lao động chân tay	17	73,76 ± 3,67	
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	14	75,93 ± 4,46	<0,05
	≥ 6 tháng	16	72,50 ± 2,76	

Nhận xét:

- Tâm vận động gấp cải thiện tốt ở nhóm tuổi <60 tuổi và nhóm có thời gian mắc bệnh ngắn < 6 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$
- Ở Tâm vận động gấp, nữ giới hiệu quả tốt hơn so với nam giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$
- Nghề nghiệp, lao động trí óc cải thiện tâm vận động gấp tốt hơn nhóm lao động chân tay, Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa một số yếu tố đặc điểm chung đến cải thiện tầm vận động duỗi cột sống

Đặc điểm		n	Tầm vận động cột sống	
			Duỗi ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	17	28,53 ± 2,58	<0,05
	≥ 60 tuổi	13	26,31 ± 1,70	
Giới	Nam	5	26,60 ± 2,19	>0,05
	Nữ	25	27,76 ± 2,52	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	13	28,46 ± 2,76	>0,05
	Lao động chân tay	17	26,88 ± 2,06	
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	14	28,86 ± 2,57	<0,05
	≥ 6 tháng	16	26,44 ± 1,79	

Nhận xét:

- Tầm vận động duỗi ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (<60 tuổi) cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân lớn tuổi (≥ 60 tuổi), thời gian mắc bệnh kéo dài ≥ 6 tháng hiệu quả cải thiện tầm vận động duỗi kém hơn nhóm thời gian mắc bệnh ngắn (<6 tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.
- Ở nữ giới tầm vận động cột sống cải thiện tốt hơn ở nam giới, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$
- Nghề nghiệp, lao động trí óc cải thiện tầm vận động duỗi tốt hơn nhóm lao động chân tay, Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Theo bảng 3.1, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTL do thoái hóa cột sống thường gặp ở nhóm BN trên 60 tuổi chiếm 51,7% với độ tuổi trung bình là $59,35 \pm 11,11$ (tuổi), ở nhóm NC tuổi trung bình là $58,83 \pm 11,46$ (tuổi) và nhóm C là $59,87 \pm 10,93$ (tuổi). Nhóm tuổi từ 38-49 (tuổi) gặp ít nhất chiếm 23,3%. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm chưa nhiều và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả, Phạm Thị Ngọc Bích (2015) bệnh nhân ≥ 60 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 72,9% [46]. Lương xuân Huân (2022) bệnh nhân > 60 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 85% [47]. Lê Thị Thu Hà (2022) khi nghiên cứu trên 50 bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa, tuổi trung bình của nhóm NC $57,58 \pm 13,88$ (tuổi), bệnh nhân có độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 52,2% [48].

Kết quả của nghiên cứu này có sự khác biệt so với của Triệu Thùy Linh (2015) tỉ lệ đau cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 30 - 39 chiếm 26,4% [49]. Nguyễn Văn Hưng (2018) tuổi trung bình trong nghiên cứu $49,07 \pm 11,17$ (tuổi) lứa tuổi từ 40-49 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 36,7% [50].

Điểm khác biệt này cũng có thể do cách lấy mẫu khác nhau. Địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là bệnh viện Y học cổ truyền Thanh Hóa, bệnh nhân điều trị nội trú phần nhiều lớn tuổi, mắc bệnh mạn tính, điều trị lâu dài. Những bệnh nhân trẻ tuổi hơn có tâm lý ngại uống thuốc YHCT và thường có xu hướng chọn các thuốc YHHĐ có khả năng giảm đau nhanh. Vì vậy trong nghiên cứu này lứa tuổi > 60 tuổi gặp nhiều. Mặt khác do đối tượng nghiên cứu là BN đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống, tỉ lệ thoái hóa tăng dần

theo tuổi. Ngoài ra cũng có thể do sự phát triển của xã hội ngày càng tăng, sức ép của công việc cao, làm việc nhiều ở một tư thế quá lâu, thói quen sinh hoạt luôn có những tư thế xấu,... Từ đó theo thời gian ảnh hưởng đến cột sống. Vì vậy đau thắt lưng do thoái hóa cột sống gặp nhiều ở người lớn tuổi

4.1.2. Đặc điểm về giới

Theo bảng 3.2 và biểu đồ 3.1

Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân nữ chiếm 81,7%, còn lại là nam chiếm 18,3 %. Trong đó tỉ lệ nam chiếm 16,7% ở nhóm NC và 20,0 ở nhóm C, tỉ lệ nữ 83,3% ở nhóm NC và 80,0% ở nhóm C. Tỉ lệ nam nữ giữa hai nhóm không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ nữ cao hơn so với nam giới. Những nghiên cứu được thực hiện trong thời gian gần đây cũng cho thấy tỉ lệ nữ nhiều hơn nam như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hưng (2018) tỉ lệ nam chiếm 40%, nữ chiếm 60% [50]. Lương Xuân Huân (2022) tỉ lệ Nam 40%, nữ chiếm 60% [47]. Trịnh Đức Vinh (2025) tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 70,27%, nam chiếm 29,73% [51].

Trong nghiên cứu này bệnh nhân nữ thoái hóa cột sống thắt lưng tăng cao có thể do độ tuổi trung bình nghiên cứu là $59,35 \pm 11,30$ (tuổi), ở độ tuổi này phụ nữ bắt đầu có sự suy giảm về nội tiết tố (độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh) lượng Estrogen giảm, làm ảnh hưởng nhiều đến chuyển hóa canxi, thành phần quan trọng của đĩa đệm và xương khớp, gây nên loãng xương và tăng nặng thêm thoái hóa. Đây cũng là một trong những nguyên nhân gây ĐTL. Ngoài ra, phụ nữ phải mang thai, sinh đẻ và nuôi con bằng sữa mẹ. Trong thời kỳ mang thai, trọng lượng của thai nhi làm tăng thêm gánh nặng cho cột sống, dễ dẫn đến tổn thương. Bên cạnh đó, giai đoạn nuôi con bằng sữa mẹ còn làm giảm khả năng hấp thụ canxi vào xương, khiến mật độ xương suy giảm. Chính vì vậy, nữ giới có nguy cơ đau lưng cao hơn so với nam giới.

Mặt khác xã hội bình đẳng, phụ nữ cũng tham gia vào các hoạt động xã hội, công việc lao động ngành nghề giống nam giới trong khi đó cấu trúc xương của nữ giới lại yếu hơn so với nam giới. Bên cạnh đó phụ nữ ngày nay có điều kiện kinh tế hơn, nên quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn trước, do đó lượng bệnh nhân nữ đi khám và được phát hiện bệnh nhiều hơn. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện chủ yếu tại khoa Nội phụ, nơi mà bệnh nhân nữ khám và nằm lại đông hơn so với nam, do đó tỉ lệ bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn bệnh nhân nam trong nghiên cứu.

4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Theo bảng 3.3. Cho thấy nhóm lao động chân tay tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nhóm lao động trí óc, lao động chân tay chiếm 58,30%, còn lao động trí óc chiếm 41,70%. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Lương Xuân Huân (2022) lao động chân tay chiếm 53,33% ở nhóm NC [47]. Triệu Thùy Linh (2015) lao động chân tay 65,1% [49]. Kết quả này có sự khác biệt với tác giả Lê Thanh Hải (2021) tỉ lệ lao động trí óc chiếm đa số chiếm 65,7% ở nhóm NC và 77,1% ở nhóm C [52]. Nghiên cứu của chúng tôi khác so với tác giả khác là do được thực hiện tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, là Bệnh viện thuộc tuyến cơ sở, nơi mà người dân lao động dễ tiếp cận với dịch vụ y tế, do đó tỉ lệ lao động nặng, lao động chân tay đến khám và điều trị nhiều hơn.

Từ nhiều nghiên cứu đã chứng minh yếu tố nghề nghiệp đóng góp vai trò không nhỏ đẩy nhanh quá trình thoái hóa. Lao động chân tay, thường xuyên làm các công việc nặng như mang vác,...Cơ thể chịu trọng tải lớn thường xuyên, vận động quá tầm, lao động ở tư thế bất lợi kéo dài hoặc chịu rung xóc liên tục làm cho các tổ chức quanh khớp rơi vào trạng thái bị căng cứng liên tục, đĩa đệm cột sống giảm nuôi dưỡng, là điều kiện thúc đẩy nhanh quá trình thoái hóa. Ngược lại, ở nhóm lao động trí óc, làm các công việc nhẹ nhàng, hoặc làm văn phòng, cơ thể không phải gánh chịu trọng tải lớn và không chịu

nhiều ảnh hưởng từ việc rung xóc kéo dài nên quá trình thoái hóa diễn ra chậm hơn. Tuy nhiên làm việc trong tư thế bất lợi kéo dài cũng là nguyên nhân tạo ra các vi tổn thương thúc đẩy quá trình thoái hóa diễn ra nhanh hơn.

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Theo bảng 3.4, cho thấy số BN mắc bệnh ≥ 6 tháng nhiều nhất chiếm 45,0% (ở nhóm NC chiếm 43,3%, ở nhóm C chiếm 46,7%), bệnh nhân mắc bệnh từ 3 - 6 tháng chiếm 28,3%, tiếp đó nhóm 1 - 3 tháng chiếm 16,7% và bệnh nhân mắc bệnh < 1 tháng chiếm tỉ lệ ít nhất 10,0%. Tỉ lệ này của hai nhóm gần tương đồng nhau, với $p > 0,05$.

Điều này có thể do địa điểm nghiên cứu là Bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh, đa số bệnh nhân đến khám và điều trị thường lớn tuổi, thời gian mắc bệnh kéo dài, đã trải qua nhiều đợt điều trị tuyến dưới nhưng không hiệu quả chuyển lên hoặc sau một thời gian sử dụng thuốc YHHĐ không đạt hiệu quả và/hoặc gặp phải tác dụng không mong muốn. Mặt khác, nghiên cứu này được tiến hành trên nhóm người bệnh đau vùng thắt lưng có tiền sử thoái hóa cột sống gây đau âm ỉ kéo dài, vì vậy nhóm bệnh nhân mắc bệnh ≥ 6 tháng gặp nhiều nhất. Điều này cũng tương đương với nhận xét của nhiều tác giả.

4.1.5. Đặc điểm Xquang trước điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương thoái hóa CSTL trên phim X-quang. Dấu hiệu tổn thương gặp nhiều nhất là đặc xương dưới sụn chiếm tới 100% ở cả hai nhóm. Bệnh nhân có hình hẹp khe khớp chiếm tỷ lệ thấp ở cả nhóm NC (chiếm 56,7%) và nhóm C (chiếm 63,3%). Tỉ lệ bệnh nhân mọc gai xương chiếm 73,3%. Hình ảnh Xquang cột sống thắt lưng giữa hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.1.6. Đặc điểm bệnh lý trước điều trị

Phân nhiều bệnh nhân vào viện được lựa chọn có mức độ đau vừa, điểm VAS trung bình của cả hai nhóm $5,82 \pm 0,39$ điểm, bệnh nhân hạn chế ở hầu hết

các động tác cúi, duỗi, độ giãn cột sống thắt lưng, khoảng cách tay đất, cũng như chức năng sinh hoạt hàng ngày. Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị của cả hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 3.6).

Nhận xét chung về đặc điểm của hai nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, đặc điểm lâm sàng trước điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu có sự đồng nhất, với $p > 0,05$. Điều này cho thấy việc phân nhóm nghiên cứu được thực hiện khách quan, đảm bảo tính tương đồng và giúp việc đánh giá hiệu quả điều trị giữa hai nhóm được khách quan và chính xác hơn.

4.2. BÀN LUẬN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.2.1. Sự cải thiện mức độ đau

Đau là phản ứng tự nhiên của cơ thể trước các tác nhân gây bệnh, đau dẫn đến hạn chế vận động và sinh hoạt hàng ngày. Đây là những triệu chứng chủ yếu khiến bệnh nhân phải nhập viện khám và điều trị. Trong thoái hóa CSTL, sụn khớp vốn không có thần kinh cảm giác, nên cảm giác đau thường bắt nguồn từ những yếu tố khác như: viêm màng hoạt dịch phản ứng, tổn thương và các vết rạn nhỏ ở xương dưới sụn gây kích thích, hoặc gai xương hình thành tại vị trí tỳ đè làm các đầu mút thần kinh của màng xương bị kéo căng. Ngoài ra, dây chằng bị kéo căng hoặc giãn, trục khớp không ổn định cũng góp phần thúc đẩy quá trình thoái hóa ngày càng nặng hơn. Viêm bao khớp, phù nề quanh khớp làm bao khớp căng phồng, kết hợp với hiện tượng co cứng cơ, đều là những nguyên nhân trực tiếp gây nên cơn đau [1], [4].

Theo Y học cổ truyền, đau phát sinh chủ yếu do chính khí suy giảm hoặc bẩm tố tiên thiên không đầy đủ, dẫn đến hai tạng Can và Thận. Can chủ cân, Thận chủ cốt tủy, xương cốt, lưng lại thuộc phủ của Thận; khi Can Thận hư suy, làm tinh tủy thiếu hụt, suy giảm, cốt tủy mất sự cấp dưỡng sẽ dẫn đến đau lưng kéo dài hoặc tái phát thành từng đợt. Mặt khác, khi thể trạng hư yếu, chính khí hư suy, ngoại tà (chủ yếu là phong, hàn, thấp) dễ xâm nhập, lưu lại

trong kinh lạc, làm khí huyết vận hành không thông suốt. Sự ứ trệ và bế tắc này gây nên tình trạng đau theo cơ chế “Bất thông tắc thống” [12],[13].

Để đánh giá mức độ đau có nhiều phương pháp, trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm điểm VAS. Đây là một thang điểm nhìn đánh giá dựa vào cảm giác của bệnh nhân, có mức điểm từ 0-10 điểm. 0 điểm tương đương với biểu hiện mặt cười - không đau, 10 điểm tương đương với hình ảnh mặt đỏ với mức độ đau rất nặng, đau không chịu nổi.

Theo bảng 3.6 và biểu đồ 3.2. BN vào viện 100% có mức độ đau vừa, không có bệnh nhân đau nặng, đau rất nặng, điểm VAS trung bình $5,82 \pm 0,39$ điểm. Trong đó nhóm NC là $5,83 \pm 0,38$ điểm. Sau 10 ngày điều trị điểm VAS giảm xuống $3,27 \pm 0,64$ điểm, tỉ lệ BN đau nhẹ tăng lên 60%. Sau 20 ngày điều trị điểm VAS của nhóm NC giảm rõ rệt xuống còn $0,95 \pm 0,72$ điểm, tỉ lệ BN không còn đau chiếm 76,7%, và 23,3% BN còn mức độ đau nhẹ và rất nhẹ; còn nhóm chứng, điểm VAS trung bình $5,80 \pm 0,41$ điểm trước điều trị, sau 10 ngày điều trị, điểm VAS giảm xuống $3,57 \pm 0,63$ điểm, bệnh nhân có mức độ đau nhẹ tăng lên 50%. Sau 20 ngày điều trị điểm VAS nhóm C giảm xuống còn $1,48 \pm 0,91$ điểm với số bệnh nhân khỏi đau thấp hơn là 46,7%, còn bệnh nhân đau nhẹ và rất nhẹ chiếm 53,3%. Như vậy qua từng thời điểm điều trị điểm trung bình VAS và mức độ đau của cả 2 nhóm đều cải thiện, cải thiện hơn so với trước điều trị và so với thời điểm trước, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Sau 10 ngày điều trị giữa 2 nhóm có mức độ đau và điểm VAS trung bình có sự khác nhau, nhóm NC cải thiện tốt hơn so với nhóm C, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ đau vừa ở 2 nhóm đều giảm, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngày thứ 20 sau điều trị cả hai nhóm không còn BN đau ở mức độ vừa, nặng và rất nặng, khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đa số bệnh nhân nhóm nghiên cứu cảm thấy dễ chịu hơn, cảm giác đau giảm nhiều hơn. Tác dụng giảm đau hiệu quả hơn ở nhóm nghiên cứu đầu tiên

phải kể đến tác dụng của điện châm. Điện châm là kỹ thuật dùng kim kết hợp với dòng xung điện được phát ra từ máy điện châm, tác động đều đặn, liên tục lên các huyết. Tác động này tạo ra một cung phản xạ mới có cường độ đủ mạnh để ức chế cung phản xạ bệnh lý, qua đó mang lại hiệu quả giảm đau cho người bệnh. Ngoài ra, điện châm còn làm tăng nồng độ β – Endorphin một loại tiền chất tạo ra morphin nội sinh do đó làm tăng hiệu quả giảm đau [12], [27]. Theo YHCT điện châm sử dụng các xung điện gây kích thích liên tục vào huyết tạo cảm giác căng tức nặng (đắc khí) tại chỗ châm, từ đó có tác dụng thông kinh hoạt lạc, giúp lưu thông khí huyết trong mạch. Khí lưu thông thì huyết vận hành điều hòa (khí hòa thì huyết hòa), khí huyết thông suốt thì phong tự tiêu tán, kinh mạch lưu thông nên đau giảm theo nguyên lý “thông bất thống”. Điện châm giúp điều hòa âm dương trong cơ thể, đưa cơ thể về trạng thái chức năng sinh lý bình thường. Hoàn độc hoạt tạng ký sinh có tác dụng khu phong tán hàn trừ phong thấp. Làm ôn ấm cơ thể, tán hàn, hành khí hoạt huyết, khí huyết lưu thông, thông thì bất thống, từ đó có tác dụng giảm đau. Bên cạnh đó nhóm nghiên cứu còn sử dụng thêm bài tập McKenzie có tác dụng giảm đau. Ở giai đoạn đầu McKenzie sử dụng các động tác duỗi cột sống là chủ yếu, khi uốn cột sống thất lưng, trọng lượng tập trung về phía sau, đẩy nhân nhầy đĩa đệm về phía trước, về vị trí sinh lý bình thường, giúp giải phóng sự chèn ép. Giảm căng cứng nhóm cơ cạnh sống, tạo điều kiện cho sự tái tạo và lành các vi tổn thương. Phục hồi chức năng duỗi cột sống, McKenzie cho rằng đau giảm hoặc mất khi uốn cột sống thất lưng tăng.

Vì vậy khi kết hợp ba phương pháp này trong điều trị hiệu quả giảm đau cải thiện nhanh hơn.

So với nghiên cứu của tác giả Trần Phương Đông (2024) khi nghiên cứu tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp với bài tập McKenzie trên 50 bệnh nhân đau lưng đơn thuần. Sau 21 ngày điều trị điểm VAS trung bình $7,02 \pm 1,78$ điểm xuống còn $1,62 \pm 1,42$ điểm [40]. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi có phần cải thiện mức độ đau tốt hơn. Sở dĩ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là vì ngoài điện châm, bài tập McKenzie nhóm NC của chúng tôi còn được dùng thêm hoàn Độc hoạt Tang ký sinh. Bài thuốc này từ lâu đã được chứng minh có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, bổ can thận, mạnh gân xương, qua đó giúp giảm đau lưng hiệu quả, đặc biệt ở thể phong hàn thấp. Sự phối hợp toàn diện này đã làm tăng hiệu quả giảm đau so với các phương pháp đơn trị.

4.2.2. Sự cải thiện về tầm vận động CSTL

ĐTL do thoái hóa cột sống thường gây co rút các gân cơ cạnh sống, dây chằng và bao khớp, làm hạn chế chức năng vận động của CSTL (giảm tầm vận động CSTL). Biến đổi của tầm vận động CSTL được xác định dựa trên sáu động tác cơ bản: gấp, duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái và xoay phải. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn đánh giá hai động tác chính đó là động tác gấp và duỗi của CSTL.

Tầm vận động gấp CSTL (biểu đồ 3.3): Trước can thiệp tầm vận động gấp ở hai nhóm đều hạn chế tương đương nhau, $p > 0,05$. Thời điểm điều trị ngày thứ 10, tầm vận động gấp ở nhóm nghiên cứu tăng lên $58,23^0 \pm 3,79$ có xu hướng cao hơn nhóm chứng là $56,80^0 \pm 3,17$. Nhưng sự khác biệt vẫn chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Thời điểm điều trị ngày thứ 20 trở đi nhóm NC tăng lên $74,10^0 \pm 3,97$ nhóm chứng tăng lên $69,20^0 \pm 4,29$. Khác biệt này rõ ràng hơn và có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Tầm vận động duỗi CSTL (biểu đồ 3.4): Điều tăng qua các thời điểm điều trị. Ở ngày thứ 10, nhóm NC tăng từ $14,10^0 \pm 0,95$ lên $19,37^0 \pm 2,51$ có xu hướng tăng cao hơn so với nhóm C từ $14,27^0 \pm 0,98$ lên $18,10^0 \pm 2,16$. Ngày thứ 20 nhóm NC tăng lên $27,57^0 \pm 2,47$ còn nhóm C tăng lên $25,5^0 \pm 2,27$. Kết quả độ duỗi cột sống thắt lưng ở nhóm NC cao hơn hẳn so với nhóm C, và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Tại thời điểm ngày thứ 10 sau điều trị, biên độ vận động cột sống của nhóm NC có xu hướng tốt hơn so với nhóm C. Thời điểm này biên độ duỗi ở nhóm NC cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm C, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhưng biên độ gấp nhóm NC cải thiện chưa nhiều hơn so với nhóm C, ($p > 0,05$). Nguyên nhân có thể do trong giai đoạn đầu, bệnh nhân vẫn còn đau nhiều, các bài tập chủ yếu tập trung vào động tác duỗi cột sống nhằm giảm căng cứng cơ cạnh sống, qua đó góp phần giảm đau. Hiệu quả điều trị trong giai đoạn này chủ yếu nhờ tác động của điện châm và bài thuốc Hoàn Độc hoạt tạng ký sinh. Khi tình trạng đau giảm dần, các động tác gấp cột sống được đưa vào tập luyện, giúp mở rộng biên độ vận động khớp, phòng ngừa co cứng, giảm căng cơ, tăng cường tuần hoàn máu và nuôi dưỡng vùng thắt lưng. Nhờ đó, các khớp vùng thắt lưng trở nên linh hoạt hơn, biên độ vận động cột sống được cải thiện rõ rệt và khác biệt này đạt ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng tại thời điểm 20 ngày điều trị ($p < 0,05$)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Phương Đông (2024), trước điều trị, hầu hết các bệnh nhân đều hạn chế tầm vận động cột sống, sau điều trị không còn bệnh nhân hạn chế tầm vận động, tỉ lệ bệnh nhân cải thiện tốt và khá chiếm đến 90% [54]. Như vậy việc kết hợp các phương pháp điều trị YHCT kết hợp luyện tập McKenzie có tác dụng cải thiện tầm vận động CSTL.

4.2.3. Sự cải thiện độ giãn CSTL

Độ giãn cột sống thắt lưng theo Schöber, theo biểu đồ 3.5

Độ giãn CSTL của hai nhóm trước khi can thiệp đều hạn chế như nhau, đa số $\leq 2\text{cm}$ ($p > 0,05$). Ngày thứ 10 sau điều trị, độ giãn CSTL của mỗi nhóm đều có xu hướng tăng lên, nhóm NC lên $2,40 \pm 0,48\text{cm}$, có xu hướng tăng cao hơn nhóm C $2,27 \pm 0,25$ nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ngày thứ 20 sau điều trị, nhóm NC tăng $4,05 \pm 0,82\text{ cm}$ trong khi đó nhóm chứng chỉ tăng $3,74 \pm 0,51\text{ cm}$, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Khoảng cách tay đất là một thước đo phản ánh độ giãn CSTL. Chỉ số này nói lên độ dẻo dai của cột sống, mức độ mềm mại của các tổ chức xung quanh CSTL, đồng thời đánh giá độ linh hoạt của cột sống, khả năng vận động và mức độ gấp tối đa của cột sống

Theo biểu đồ 3.6. phần đa BN hai nhóm trước điều trị có khoảng cách tay đất ở mức độ hạn chế nhiều với khoảng cách trung bình $51,77 \pm 11,69$ cm ở nhóm NC và $51,30 \pm 11,03$ cm ở nhóm C ($p > 0,05$). Sau 10 ngày điều trị, khoảng cách tay đất ở mỗi nhóm đều cải thiện tốt hơn, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm C, nhưng khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Đến ngày thứ 20 sau điều trị, nhóm NC giảm xuống $6,17 \pm 4,07$ cm. Ở nhóm C khoảng cách tay đất giảm xuống còn $9,30 \pm 4,62$ cm, không có còn bệnh nhân có mức độ hạn chế nhiều ở cả 2 nhóm. Hiệu quả điều trị của nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm chứng ở ngày thứ 20 sau điều trị, $p > 0,05$.

4.2.4. Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày

Ở bệnh nhân THCS, tình trạng đau và hạn chế vận động cột sống gây ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng lao động, sinh hoạt hàng ngày và ngày càng làm giảm mức độ hài lòng về chất lượng cuộc sống. Để lượng giá mức độ tác động này, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (2000). Bộ câu hỏi này có 10 mục, tuy nhiên trong nghiên cứu này chỉ áp dụng 8 mục: cường độ đau, hoạt động cá nhân, mang vác, đi bộ, ngồi, đứng, ngủ và hoạt động xã hội. Hai mục còn lại về hoạt động tình dục và đi du lịch không được đưa vào phân tích. Do khu vực nghiên cứu của chúng tôi là bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh nhân đến chủ yếu từ nhiều khu vực khác nhau trong tỉnh với điều kiện sống và mức độ sinh hoạt không đồng đều, do đó khả năng đi du lịch khó phản ánh chính xác. Bên cạnh đó, do đặc thù văn hóa, phần lớn người Việt Nam có xu hướng e ngại khi trả lời các câu hỏi liên quan đến tình dục, dễ dẫn đến bỏ sót hoặc trả lời thiếu trung thực, làm giảm độ tin cậy của kết quả.

Theo kết quả bảng 3.8 và biểu đồ 3. Sau can thiệp cả hai nhóm bệnh nhân đều có cải thiện rõ rệt về chức năng sinh hoạt hàng ngày, thể hiện qua cả phân bố mức độ hạn chế và điểm ODI trung bình.

Ở thời điểm trước điều trị, hai nhóm có mức độ hạn chế sinh hoạt tương đương, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở mỗi nhóm NC, các chỉ số đều có sự cải thiện ở ngày thứ 10 sau điều trị (với $p < 0,05$). Nhóm NC có 53,3% bệnh nhân chỉ còn hạn chế ít, trong khi nhóm C đạt 36,7%. Điểm ODI trung bình của nhóm NC giảm từ $25,13 \pm 2,53$ điểm xuống $17,23 \pm 2,91$ điểm ; nhóm C từ $25,27 \pm 2,59$ điểm xuống $18,50 \pm 2,93$ điểm. Nhóm NC cải thiện mức độ tốt hơn so với nhóm C. Mặc dù vậy khác biệt ở thời điểm này giữa hai nhóm vẫn chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đến ngày thứ 20, hiệu quả điều trị thể hiện rõ hơn. Ở nhóm NC, 70,0% bệnh nhân không còn hạn chế, 30,0% chỉ còn hạn chế ít, điểm ODI trung bình giảm mạnh xuống $8,00 \pm 3,09$ điểm. Trong khi đó, nhóm C có 43,3% bệnh nhân không hạn chế, 56,7% hạn chế ít, điểm ODI trung bình còn $9,97 \pm 3,60$. Tại thời điểm này, khác biệt giữa 2 nhóm đạt mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cho thấy can thiệp ở nhóm NC đem lại hiệu quả cải thiện vượt trội hơn. Cơ chế tác động có thể lý giải bởi sự kết hợp giữa bài tập McKenzie, điện châm và Hoàn độc hoạt tạng ký sinh. Các biện pháp này vừa giúp giải phóng co cứng cơ cạnh sống, tăng tầm vận động khớp, vừa cải thiện tuần hoàn và nuôi dưỡng vùng cột sống thắt lưng, từ đó giảm đau, tầm vận động khớp được cải thiện, chính vì vậy mà chức năng sinh hoạt hàng ngày cũng được nâng cao.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Bá Quang (2022), sau điều trị không còn bệnh nhân hạn chế IOD, kết quả tốt đạt 90%. Ngoài ra, các nghiên cứu quốc tế như của Fritz và cộng sự (2003) hay Hayden và cộng sự (2005), khuyến cáo ACP (2017) cũng khẳng định các biện pháp tập luyện phục hồi và không xâm lấn mang lại hiệu quả rõ rệt trong cải

thiện điểm ODI, từ đó nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân đau thắt lưng [54],[55], [56].

Như vậy sự kết hợp nhiều phương pháp trong điều trị, đặc biệt có sự kết hợp các phương pháp điều trị YHCT với các phương pháp VLTL khác mang lại lợi ích trong điều trị cao hơn so với chỉ sử dụng phương pháp YHCT.

4.2.5. Bàn luận về cải thiện một số chứng trạng theo YHCT

Theo bảng 3.9.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị, các chứng trạng ở bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống đều có xu hướng cải thiện, trong đó nhóm NC đạt hiệu quả tốt hơn so với nhóm C.

Chứng Đau lưng và vận động đau tăng

Đau lưng, vận động đau tăng đây là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân vào viện khám và điều trị. Trước điều trị chủ yếu bệnh nhân có triệu chứng đau lưng và vận động đau tăng. Sau điều trị tỷ lệ khỏi đau lưng đạt 76,7% và giảm 23,3% ở nhóm NC, cao hơn hẳn so với nhóm C (46,7% khỏi, 53,3% giảm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tương tự, triệu chứng đau tăng khi vận động giảm mạnh ở nhóm NC với 90,0% khỏi, 10% giảm đau khi vận động, trong khi nhóm C chỉ đạt 63,3% khỏi ($p < 0,05$). Điều này cho thấy tác dụng rõ rệt của phương pháp điều trị phối hợp điện châm, hoàn độc hoạt tạng ký sinh, bài tập Mc Kenzie, trong giảm đau hiệu quả hơn.

Chứng sợ lạnh và đau tăng khi thay đổi thời tiết

Theo YHCT chứng sợ lạnh, đau tăng khi thay đổi thời tiết đặc biệt khi trời lạnh ẩm đây là biểu hiện của hàn chứng. Chính khí suy vệ ngoài bất cố hàn thừa cơ xâm phạm vào cơ thể hoặc hàn thịnh thừa thắng xâm phạm vào cơ thể. Hàn làm ngưng đọng, tắc trở kinh mạch gây nên các chứng đau.

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 27 bệnh nhân có biểu hiện sợ lạnh, 25 bệnh nhân có triệu chứng đau tăng khi thay đổi thời tiết ở nhóm NC và 29 bệnh nhân có triệu chứng sợ lạnh, 28 bệnh nhân có triệu chứng đau tăng khi

thay đổi thời tiết ở nhóm C. Sau điều trị hai triệu chứng này đều giảm ở cả 2 nhóm, nhóm NC có xu hướng tốt hơn nhóm C. Sự khác biệt này giữa hai nhóm ở từng triệu chứng không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Kết quả ở cả hai nhóm không có sự khác biệt nhiều bởi cả hai nhóm đều được sử dụng điện châm và hoàn độ hoạt tạng ký sinh. Hoàn độ hoạt tạng ký sinh chứa nhiều các vị thuốc ôn ấm, có tác dụng khu phong tán hàn, trừ phong thấp, thông kinh hoạt lạc. Điện châm có tác dụng kích thích huyết vị lưu thông khí huyết, tác dụng hiệp đồng với hoàn độ hoạt tạng ký sinh, khí huyết được lưu thông, kinh mạch thông suốt hàn khí theo đó mà được đẩy ra ngoài.

Các triệu chứng toàn thân và mạn tính như mỏi gối và kiện vong, mệt mỏi cũng cho thấy sự cải thiện vượt trội ở nhóm NC. Tỷ lệ bệnh nhân hết mỏi gối là 47,4% và giảm 52,6% ở nhóm NC, cao hơn nhóm C chỉ đạt 18,2% hết triệu C. Bệnh nhân được tập luyện khớp gối được co duỗi tốt hơn, triệu chứng cũng cải thiện hơn. Khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$

Triệu chứng kiện vong cải thiện rõ rệt ở nhóm NC với 65,0% khỏi, so với 37,5% khỏi ở nhóm C. Sau điều trị không còn bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi, nhóm NC cải thiện tốt hơn với 70,0% bệnh nhân khỏi, 30,0% bệnh nhân giảm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Đối với các chứng trạng khác như sợ lạnh, đau tăng khi thay đổi thời tiết, ù tai, đau đầu, huyễn vựng, nhóm NC cũng có xu hướng tốt hơn so với nhóm C, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể do số lượng bệnh nhân ở từng nhóm triệu chứng còn ít, mức độ biểu hiện không đồng đều, và thời gian điều trị chưa đủ dài để tạo ra sự khác biệt rõ rệt.

Bên cạnh tác dụng của bài tập McKenzie, tác dụng của hoàn Độ hoạt Tạng ký sinh, tác dụng của điện châm tạo nên các kích thích liên tục vào huyết, thì việc lựa chọn các huyết phối hợp đóng vai trò không nhỏ trong việc góp phần nâng cao kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng các huyết Giáp tích cột sống L2-S1 huyết này chạy dọc bên cạnh cột sống,

cách cột sống 0,5 thốn, kích thích nhóm huyết này có tác dụng giãn các cơ cạnh sống, từ đó tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng máu đến các mô cơ cạnh khớp, tăng khả năng nuôi dưỡng, giúp cải thiện hiệu quả giảm đau rõ rệt. Khôi phục lại hình thái sinh lý cột sống bị mất do tư thế chống đau gây nên. Các huyết Thận du, Can du, Đại trường du là các du huyết của tạng phủ tương ứng nằm trên kinh Bàng quang. Du huyết là nơi kinh khí của tạng phủ lưu thông với bên ngoài, điều hòa các chức năng tạng phủ và kinh lạc. Khi tấu lý không biểu đạt, chức năng khai hợp của các Du huyết cũng bị rối loạn, đây cũng là cửa ngõ để tà khí qua đó mà xâm nhập vào cơ thể đóng lại lưu trú ở các phủ tương ứng mà gây bệnh. Châm cứu vào các Du huyết giúp điều hòa khí huyết của tạng phủ, khí huyết lưu thông kinh mạch thông suốt, khí cơ được điều đạt, tà khí thông qua du huyết cũng được đẩy ra ngoài. Thận du huyết du của tạng Thận, lưng là phủ của Thận, châm bổ huyết Thận du có tác dụng bổ Thận. Thận tàng tinh sinh tủy, chủ về cốt tủy. Khi Thận tinh xung túc, cốt tủy được cấp dưỡng đầy đủ, giúp hệ xương khớp vững chắc. Can du là huyết du của tạng Can, Can chủ cân mạch, Cân mạch nhờ Can huyết nuôi dưỡng. Can huyết huyết khô kiệt, cân mạch không được nuôi dưỡng đầy đủ gây chứng cân cơ co rút, cơ lưng co cứng, chân tay co quắp, các chứng đau ngang thắt lưng cũng gây ra từ đây. Châm bổ Can du, có tác dụng bổ tạng Can, tạng can mạnh lên, Can huyết đầy đủ cân mạch được nuôi dưỡng tốt, cơ nhục trở nên nhu nhuận thư thái. Chứng đau cũng theo đó mà hết. Châm bổ Can du, Thận du có tác dụng bổ can thận, mạnh gân cốt. Đại trường du là huyết của Đại trường, châm bổ Đại trường du có tác dụng bồi bổ Đại trường, tăng cường lưu thông máu vùng lưng dưới, tăng cường dinh dưỡng đến vùng lưng dưới, có tác dụng chữa đau lưng. Mặt khác các huyết du này lại nằm dọc trên cơ thẳng lưng, thuộc thiết đoạn thần kinh vùng thắt lưng. Vì vậy việc điện châm kích thích vào các huyết này có làm tăng hưng phấn cho hệ thần kinh thắt lưng, hình thành các phản xạ điều hòa, giúp kiểm soát cơn đau hiệu

quả. Các huyết du này nằm dọc giữa khối cơ thắt lưng, kích thích vào huyết có tác dụng tăng cường lưu thông mạch máu, tăng cường dinh dưỡng đến vùng cơ, giúp khối cơ trở nên mềm mại, giải co cứng. Tăng lưu lượng tuần hoàn tại chỗ góp phần làm giảm phản ứng viêm, giảm cảm giác đau, cân bằng khí huyết ở vùng thắt lưng, nâng cao sức mạnh cơ, dây chằng tại vùng thắt lưng, giúp ổn định cột sống cải thiện chức năng vận động.

Yêu dương quan là huyết thuộc mạch đốc, nằm chính giữa cột sống, tại khe đốt sống L4-L5 [57]. Châm tả Yêu dương quan nhằm đưa một xung điện lớn đủ mạnh để kích thích rễ thần kinh vùng thắt lưng, tạo ra cung phản xạ mới ức chế cung phản xạ bệnh lý. Châm tả Yêu dương quan còn có tác dụng giải phóng sự co cứng các cơ cạnh sống lưng, giải phóng tình trạng khí huyết ứ trệ. Sự kích thích huyết giúp tăng tuần hoàn vi mô tại vùng L4-L5, cải thiện dinh dưỡng tổ chức mô mềm quanh khớp, làm mềm mại các cấu trúc tại chỗ. Nhờ đó mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt, đặc biệt các chứng đau vùng thắt lưng do phong hàn thấp xâm nhập hoặc do huyết ứ, đồng thời cải thiện sự linh hoạt của cột sống. Kết hợp châm Yêu dương quan và Thận du làm tăng tác dụng bổ Thận, thông kinh hoạt lạc.

Châm huyết Hoàn khiêu có tác dụng tăng cường tuần hoàn, tăng dinh dưỡng đến vùng chậu hông, qua đó có tác dụng giãn cơ giảm đau tại chỗ.

Người xưa có câu “Yêu thông cần Ủy trung”, huyết Ủy trung là huyết tổng vùng thắt lưng, thuộc kinh Bàng quang, nằm ở giữa nếp lằn kheo chân. Là huyết từ xa có tác dụng chữa đau vùng lưng. Châm bình bổ bình tả Ủy trung có khả năng điều hòa kinh khí Bàng quang kinh.

Tam âm giao là giao hội huyết của bai kinh âm: Túc quyết âm Can, Túc Thái âm Tỳ, Túc quyết âm Thận. Châm bổ Tam âm giao có tác dụng bổ chân âm, điều hòa ba tạng Tỳ, Thận, Can. Ba tạng này có liên quan trực tiếp đến cân cốt, cơ nhục và vùng thắt lưng. Châm huyết giúp bổ âm, kiện Tỳ, cũng cố Thận khí và bổ Can huyết, giúp Can Tỳ được điều hòa, cân cốt thư thái, Thận

khí điều đạt là cho xương cốt vững chãi, giảm co cơ, giảm đau vùng lưng, có hiệu quả rõ rệt trong điều trị đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống.

Như vậy, kết hợp đa trị liệu thường mang lại kết quả điều trị cao hơn.

4.3. BÀN VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trong suốt quá trình điều trị và quan sát trên lâm sàng (bảng 3.10) không có trường hợp nào ghi nhận mắc tác dụng bất lợi như: vụng châm, gãy kim, đau tăng hoặc có trật khớp, buồn nôn, nôn, đi ngoài phân lỏng, ban dị ứng. Như vậy bước đầu có thể nói phương pháp điện châm, hoàn Độc hoạt Tang ký sinh, kết hợp tập luyện McKenzie là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị bệnh lý đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Đối với các chỉ số huyết học (bảng 3.11): Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu sau điều trị đều tăng nhẹ. Tuy nhiên tăng không nhiều, do đó không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$

Đối với các chỉ số sinh hóa máu (bảng 3.12): Các chỉ số Lipid máu như Cholesterol và Triglycerid có xu hướng giảm nhẹ sau điều trị, trước điều trị chỉ số Cholesterol trung bình là $4,85 \pm 0,94$ (mmol/l) giảm xuống còn $4,67 \pm 0,58$ (mmol/l) sau điều trị, chỉ số Triglycerid trước điều trị là $1,70 \pm 0,39$ (mmol/l) sau điều trị giảm còn $1,65 \pm 0,25$ (mmol/l). Các chỉ số thể hiện chức năng thận như Ure, Creatinin cũng tăng nhẹ sau điều trị. Các chỉ số đánh giá chức năng gan như GOT, GPT lại có xu hướng giảm nhẹ, trước điều trị AST trung bình $22,91 \pm 8,97$ (U/L - 37°C) giảm còn $21,76 \pm 6,45$ 97 (U/L - 37°C), chỉ số ALT trung bình trước điều trị $27,19 \pm 8,41$ (U/L - 37°C) giảm còn $25,37 \pm 5,54$ (U/L - 37°C). Chỉ số Glucose (mmol/l) sau điều trị cũng có sự thay đổi từ $5,14 \pm 1,09$ (mmol/l) giảm xuống còn $4,97 \pm 0,78$ (mmol/l). Sự thay đổi của từng chỉ số trước và sau điều trị không đáng kể, vì vậy không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Như vậy các chỉ số huyết học và sinh hóa máu có sự thay đổi so với trước điều trị, biến đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và vẫn nằm trong giới hạn bình thường, cho thấy phương pháp điều trị điện châm, hoàn độc hoạt tạng ký sinh, kết hợp bài tập McKenzie an toàn, không ảnh hưởng đến các chức năng khác của cơ thể.

4.4. BÀN LUẬN VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.4.1. Liên quan đến hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Kết quả bảng 3.13 cho thấy: Điểm VAS trung bình nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (<60 tuổi) sau điều trị giảm xuống còn $0,63 \pm 0,43$ điểm cải thiện tốt hơn so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi (≥ 60 tuổi) còn $1,37 \pm 0,82$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Ở người trẻ, tình trạng thoái hóa cột sống còn ở giai đoạn sớm, cấu trúc đĩa đệm và tổ chức quanh khớp như dây chằng, bao khớp và hệ cơ cạnh sống chưa bị tổn thương nặng nề. Hơn nữa, tuần hoàn và chuyển hóa tế bào ở người trẻ diễn ra mạnh mẽ, khả năng chống viêm tốt hơn, khả năng tái tạo mô, phục hồi sụn khớp và cân bằng trục vận động tốt hơn so với người lớn tuổi. Vì vậy hiệu quả giảm đau nhanh hơn so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi

Điểm đau VAS trung bình cải thiện tốt hơn ở Nam giới ($0,92 \pm 0,62$ điểm), Nữ giới hiệu quả cải thiện điểm đau kém hơn so với Nam giới ($0,96 \pm 0,75$ điểm). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Điểm đau VAS nhóm lao động trí óc cải thiện tốt hơn nhóm lao động chân tay với VAS trung bình nhóm lao động trí óc $0,83 \pm 0,81$ điểm, nhóm lao động chân tay $1,04 \pm 0,65$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$; Ở nhóm lao động chân tay, công việc thường đòi hỏi vận động thể lực nhiều, mang vác nặng, tư thế cúi gập hoặc xoay cột sống lặp đi lặp lại, gây tăng tải trọng cơ học lên cột sống thắt lưng, dẫn đến tổn thương mạn tính ở các cấu trúc như đĩa đệm, khớp liên mấu và cơ cạnh sống, vì vậy khả năng hồi

phục lâu hơn. Ngược lại, nhóm lao động trí óc có mức độ tổn thương cơ học thấp hơn, chủ yếu chịu ảnh hưởng từ tư thế ngồi sai kéo dài, ít vận động. Khi điều chỉnh được tư thế, tăng cường vận động hợp lý và cải thiện tuần hoàn vùng thắt lưng, triệu chứng đau giảm nhanh hơn và duy trì ổn định hơn.

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ngắn < 6 tháng cải thiện tốt hơn so với nhóm mắc bệnh lâu ngày, kéo dài ≥ 6 tháng. Với điểm VAS trung bình $0,55 \pm 0,27$ điểm ở nhóm < 6 tháng và $1,30 \pm 0,81$ điểm ở nhóm ≥ 6 tháng. Cải thiện hiệu quả giảm đau ở hai nhóm có cùng tương đồng về thời gian mắc bệnh, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Thời gian mắc bệnh là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả giảm đau. ở giai đoạn sớm của bệnh (dưới 6 tháng) Tổn thương thoái hóa CSTL mới hình thành, chủ yếu là tổn thương chức năng: co cứng cơ, viêm nhẹ quanh khớp liên mấu, phù nề phần mềm, kích thích nhẹ rễ thần kinh... Các tổn thương này chưa gây biến đổi cấu trúc nặng nề, các vi chấn thương chưa tác động nhiều lên cơ thể, dây chằng bị tổn thương chưa nhiều, do vậy khả năng hồi phục thường sẽ đạt kết quả tốt hơn. Ở nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài ≥ 6 tháng, quá trình bệnh đã chuyển sang mạn tính, xuất hiện các biến đổi thực thể như xơ hóa mô mềm, hình thành gai xương hoặc hẹp khe khớp. Mặt khác bệnh nhân mắc bệnh lâu ngày, tái đi tái lại nhiều lần, đã điều trị nhiều đợt ở tuyến dưới hoặc tây y do đó khi điều trị bằng liệu pháp YHCT đáp ứng với điều trị sẽ chậm hơn.

4.4.2. Liên quan đến cải thiện tầm vận động cột sống

Tầm vận động cột sống sau điều trị bao gồm tầm vận động gấp và tầm vận động duỗi của bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt (bảng 3.15 và bảng 3.16)

Ở nhóm tuổi < 60 tuổi tầm vận động gấp tăng lên $75,65 \pm 4,40$ độ, duỗi $28,53 \pm 2,57$ độ tăng cao hơn so với nhóm tuổi ≥ 60 tuổi gấp là $72,08 \pm 2,18$ độ, duỗi là $26,31 \pm 1,70$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Ở Nam giới cải thiện kém hơn Nữ, ở tầm vận động gấp Nam giới chỉ tăng lên $72,40 \pm 3,36$ độ, duỗi tăng lên $26,60 \pm 2,19$ độ, trong khi đó Nữ gấp

tăng $74,44 \pm 4,07$ độ, duỗi tăng lên $27,76 \pm 2,52$ độ cao hơn hẳn so với Nam giới. Khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Nữ giới mềm dẻo hơn so với nam giới, nên khi được điều trị kết hợp với tập luyện tầm vận động khớp mở rộng hơn so với nam giới

Về nghề nghiệp ở nhóm nghề lao động trí óc cải thiện tốt hơn nhóm nghề lao động chân tay. Tầm vận động gấp tăng $75,62 \pm 4,75$ độ, tầm vận động duỗi tăng $28,46 \pm 2,76$ độ ở nhóm lao động trí óc, tầm vận động gấp tăng $72,94 \pm 2,93$ độ, duỗi tăng $26,88 \pm 2,06$ độ ở nhóm lao động chân tay. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Bên cạnh đặc điểm công việc nhóm lao động trí óc ít phải làm các công việc nặng nhọc như bê vác, do đó cột sống cũng ít phải chịu tác động cơ học từ trọng tải lớn, thì nhóm lao động trí óc có thời gian hơn, ngoài được tập luyện tại bệnh viện bệnh nhân tự tập tại nhà, vì vậy tầm vận động khớp cũng cải thiện hơn.

Thời gian mắc bệnh ngắn (< 6 tháng) hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống cao hơn. Nhóm < 6 tháng độ trung bình tầm vận động gấp $75,93 \pm 4,46$ độ, duỗi $28,86 \pm 2,57$ độ cao hơn hẳn so với nhóm mắc bệnh lâu kéo dài ≥ 6 tháng, độ trung bình tầm vận động gấp chỉ tăng $72,50 \pm 2,76$ độ, duỗi tăng $26,44 \pm 1,79$ độ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$

Ở bệnh nhân trẻ tuổi thời gian mắc bệnh ngắn, thoái hóa khớp mới ở giai đoạn đầu, các mô xung quang khớp, dây chằng đĩa đệm chưa bị xơ hóa, còn mềm dẻo và có khả năng phục hồi tốt. Vì vậy khi được tập luyện bài tập McKenzie với các động tác duỗi, duỗi tối đa ở các bài tập đầu, và gấp gấp sâu tối đa ở các bài tập sau do đó các cơ được giãn, các khớp được mở rộng tối đa, linh hoạt hơn, nên tầm vận động khớp lớn hơn.

4.4.3. Liên quan đến cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày.

Theo Bảng 3.14 cho thấy.

Ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, điểm OID sau điều trị đạt trung bình $6,18 \pm 1,55$ điểm, thấp hơn đáng kể so với nhóm từ 60 tuổi trở lên ($10,38 \pm$

2,98 điểm), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, bệnh nhân trẻ tuổi có mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày ODI tốt hơn sau điều trị. Có thể là do ở người trẻ, mức độ thoái hóa còn nhẹ, các khớp và cơ quanh cột sống chưa bị xơ hóa nhiều, chức năng vận động còn được bảo tồn tốt, do đó khả năng giảm đau tốt hơn, tầm vận động khớp cải thiện tốt hơn, chức năng sinh hoạt hàng ngày cũng cải thiện tốt hơn so với nhóm còn lại.

Thời gian mắc bệnh cũng ảnh hưởng đáng kể đến sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày. Sau điều trị nhóm thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng đạt điểm OID trung bình $5,86 \pm 1,17$ điểm, cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm có thời gian mắc bệnh ≥ 6 tháng $9,88 \pm 3,03$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở bệnh nhân mắc bệnh lâu ngày thường được điều trị nhiều đợt tại các bệnh viện cơ sở do đó hiệu quả cải thiện điểm đau và tầm vận động cột sống cũng chậm hơn các bệnh nhân mới mắc, vì vậy mà chức năng sinh hoạt hàng ngày cũng cải thiện chậm hơn.

Điểm OID trung bình của Nam giới sau điều trị là $7,20 \pm 1,64$ điểm cải thiện tốt hơn so với Nữ giới là $8,16 \pm 3,30$ điểm. Nam giới thường mạnh mẽ hơn Nữ, ngưỡng chịu đau cũng cao hơn nữ giới, mức độ đau cải thiện tốt hơn, do đó chức năng sinh hoạt hàng ngày cũng theo đó mà cải thiện tốt hơn. Khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Ở nhóm lao động trí óc điểm OID sau điều trị là $7,23 \pm 3,29$ điểm, nhóm lao động chân tay là $8,59 \pm 2,87$ điểm. Nhóm lao động trí óc có mức sống, hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày tiến bộ hơn, cảm giác thoải mái và hài lòng hơn so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Phương pháp McKenzie là liệu pháp tập luyện hiệu quả, dễ thực hiện, ít tốn kém, giúp điều trị và phòng ngừa đau lưng. Kết hợp McKenzie với điện châm và Hoàn Độc Hoạt Tang Ký Sinh mang lại hiệu quả cao, an toàn và rút ngắn thời gian điều trị. Vì vậy sự kết hợp các phương pháp này trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống là cần thiết.

KẾT LUẬN

Qua các kết quả thu được từ phương pháp điều trị bằng điện châm, uống viên hoàn Độc hoạt tang ký sinh kết hợp tập luyện bài tập McKenzie trên 30 bệnh nhân ĐTL do THCS, có so sánh với 30 bệnh nhân đối chứng chúng tôi rút ra được kết luận sau:

1. Phương pháp sử dụng điện châm, hoàn Độc hoạt tang ký sinh kết hợp bài tập McKenzie có hiệu quả tốt trong điều trị ĐTL do THCS sau 20 ngày điều trị:

- Hiệu quả giảm đau: VAS trung bình của nhóm NC là $0,95 \pm 0,72$ điểm và BN không còn đau chiếm 76,7% cao hơn nhóm C là $1,48 \pm 0,91$ điểm và BN không còn đau chiếm 46,7%, với $p < 0,05$.

- Tầm vận động CSTL được cải thiện rõ rệt, đều tăng so với trước điều trị và tăng cao hơn so với nhóm C, với $p < 0,05$.

- Hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL theo Schöber: Độ giãn trung bình $1,22 \pm 0,81$ cm tăng lên $4,05 \pm 0,82$ cm, tốt hơn so với nhóm C, với $p < 0,05$.

- Khoảng cách tay đất của nhóm NC cải thiện tốt hơn so với nhóm C, với $p < 0,05$.

- Chức năng sinh hoạt hằng ngày của nhóm NC cải thiện tốt đạt 70%, cao hơn so với nhóm C, với $p < 0,05$.

- *Cải thiện triệu chứng theo YHCT*: Sau điều trị các triệu chứng như đau lưng, đau tăng khi vận động, mỏi gối, kiện vong (mất ngủ) cải thiện tốt hơn ($p < 0,05$). Các triệu chứng mạn tính khác cải thiện chậm hơn, $p > 0,05$.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả giảm đau, tầm vận động CSTL, chức năng sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân ĐTL do thoái hóa cột sống

- Nhóm tuổi càng cao hiệu quả điều trị càng giảm, với $p < 0,05$.

- Thời gian mắc bệnh càng ngắn thì hiệu quả điều trị càng cao, với $p < 0,05$.

- Các đặc điểm về giới, nghề nghiệp ít ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, với $p > 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Dựa vào các kết quả thu được ở giai đoạn đầu nghiên cứu điện châm, hoàn độc hoạt Tang ký sinh, kết hợp bài tập McKenzie trong điều trị đau thắt lưng do THCS chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

- Nên tiến hành với số lượng mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn, nhằm làm rõ hơn về mức độ hiệu quả của phương pháp này.

- Nên phổ biến phác đồ kết hợp điện châm, hoàn Độc hoạt Tang ký sinh với tập luyện McKenzie ở các tuyến điều trị cơ sở nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2019).** *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, tái bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 138 – 162, 361 – 364
2. **Hoàng Văn Dũng, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015).** *Phác đồ chẩn đoán điều trị bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 191 – 197
3. **Bộ Y tế, Nguyễn Thị Xuyên (2024).** *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, chủ biên, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 136-140.
4. **Vũ Thị Thanh Thủy (2016).** *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 56 – 64, 75 -87
5. **Roger Chou, MD Laurie Hoyt Huffman, MS (2022).** *APS Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain*, American Pain Society, Publisher Glenview, IL
6. **Dr N.M. Swart; Dr A.T. Apeldoorn; D. Conijn (2021).** *KNGF Guideline on Low Back Pain and Lumbosacral Radicular Syndrome*, A.2, 9-10
7. **朱侯丞, 赵奕捷 (2024).** *慢性非特异性腰痛针灸治疗的临床研究进展* [J]. *临床医学进展*, 14(12): 112- 118.

Chu Hậu Thành, Triệu Nhất Kiệt (2024). Tiến bộ nghiên cứu lâm sàng về điều trị châm cứu cho chứng đau lưng dưới mạn tính không đặc hiệu[J]. *Tiến bộ Y học Lâm sàng*, 14(12): 112-118.
<https://doi.org/10.12677/acm.2024.14123054>
8. **Lan T. Ho-Pham, Thai Q. Lai, Linh D. Mai, Minh C. Doan, Hoa N. Pham, Tuan V. Nguyen (2015).** *Prevalence and Pattern of Radiographic Intervertebral Disc Degeneration in Vietnamese: A Population-Based Study*. Springer Science+Business Media New York 2015
9. **Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010).** *Phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 700 - 704, 724 - 732.

10. **Nguyễn xuân Nghiên (2008).** *Phục hồi chức năng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 19 – 21, 42-49.
11. **Steven J. Mann, Jason C. Lam, Paramvir Singh (2023).** *McKenzie Back Exercises*.
12. **Bộ Y tế, Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013).** *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
13. **Khoa YHCT, Trường đại học Y Hà Nội (2012).** *Bài giảng y học cổ truyền*, tập1, 2, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 166 - 168, 358 - 364
14. **Khoa YHCT, Trường đại học Y Hà Nội, chủ biên Đỗ Thị Phương (2016).** *Bài giảng y học cổ truyền, Dành cho học viên chuyên khoa định hướng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
15. **Nguyễn Quang Quyền (2007).** *Bài giảng giải phẫu học*, tập II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 22 - 23.
16. **Bộ môn Giải phẫu, Trường đại học Y Hà Nội, chủ biên Nguyễn Văn Huy (2022).** *Giải phẫu người*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
17. **Frank H. Netter. MR, người dịch Nguyễn Quang Quyền (2017).** *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 155
18. **Hồ Hữu Lương (2012).** *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 7 - 88
19. **Bộ Y tế (2016).** *Thoái hóa cột sống thắt lưng, Hội chứng đau thắt lưng. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh cơ xương khớp*, Ban hành kèm theo quyết định 361/QĐ-BYT ngày 25 tháng 1 năm 2014
20. **Bộ Y tế (2023).** *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2023
21. **Bộ môn phục hồi chức năng, Trường đại học Y Hà Nội (2024).** *Phục hồi chức năng*, Dành cho bác sĩ định hướng chuyên khoa, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 42-61,113-118.

22. **Bộ Y tế, chủ biên Phạm Vũ khánh (2009).** *Lão khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam. Hà Nội, 189 - 194.
23. **Nguyễn Tử Siêu dịch (2009).** *Hoàng đế nội kinh tố vấn*. Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội, 259 - 261
24. **Hải Thượng Lãn Ông (2016).** *Hải Thượng y tông tâm lĩnh*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
25. **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*, Ban hành kèm theo quyết định 5013/QĐ-BYT, ngày 01 tháng 12 năm 2020, chủ biên, tr. 7-14
26. **Bộ Y tế (2013).** *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. Ban hành kèm theo quyết định số 792/QĐ- BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013.
27. **Bộ môn châm cứu, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, chủ biên Trịnh Thị Diệu Thường (2021).** *Giáo trình giảng dạy đại học châm cứu học 2*, Nhà xuất bản y học. tr 72-93.
28. **Kho H.G, Kloppenblrg P.W, Van – Egmond J.(1993).** Effect of acupuncture and transcutaneous stimulation analgesia on plasma hormone levels during and after major abdominal surgery. Eur.J Anaesthesiol, 10(3), 197 - 203.
29. **Hoàng Phủ Mật (2017).** *Châm cứu giáp át kinh*, tập 1, nhà xuất bản Thuận Hóa
30. **Tôn Tư Mạo.** *Bị cấp thiên kim yếu phương* (biên dịch Công sĩ). Nhà xuất bản Phương Đông.
31. **Bộ Y Tế, chủ biên Nguyễn Nhược Kim (2009).** *Phương tế học*, Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản y học, tr. 67-68
32. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2009).** *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, tr.89-97.

33. **Bộ Y Tế, chủ biên Nguyễn Nhược Kim, Hoàng Minh Chung (2009).** *Dược học cổ truyền*, Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản y học
34. **McKenzie Robin (2002).** *Treat your own back*. Spinal Publication New Zealand LTD, Seventh Edition
35. **MacHado, Luciana Andrade Carneiro; De Souza, Marcelo von Sperling; Ferreira, Paulo Henrique; Ferreira, Manuela Loureiro (2006).** *The McKenzie Method for Low Back Pain*. Spine. 31 (9): E254-62
36. **Allison RG, Scoot MH (2010).** Lumbar extension exercises in conjunction with mechanical traction for the management of a patient with a lumbar herniated disc. *Physiotherapy Theory and Practice*. 26(4), pp 256-266.
37. **Alhakami AM, Davis S, Qasheesh M, Shaphe A, Chahal A (2019).** Effects of McKenzie and stability in individuals with nonspecific chronic low back pain: a systematic review. *Journal of physical therapy science*. 31 (7), 590 -597
38. **Nguyễn Huy Quân (2020).** *Đánh giá hiệu quả bài tập duỗi McKenzie kết hợp hồng ngoại, điện xung và bàn kéo trong điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng giai đoạn bán cấp và mạn tính*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học y Hà Nội.
39. **Bùi Bá Quang (2022).** *Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp bài tập McKenzie trên người bệnh đau thắt lưng giai đoạn bán cấp*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học y Hà Nội.
40. **Trần Phương Đông (2024).** *Tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp bài tập mc.kenzie điều trị đau thắt lưng đơn thuần*, Tạp chí y học việt nam tập 539 - tháng 6 - số 3 - 2024
41. **Dương Đình Hải, Đỗ Thị Nhung, Nguyễn Thị Thu Hà, Dương Trọng Nghĩa (2024).** *Tác dụng của tác động cột sống kết hợp hoàn độc hoạt tang ký sinh và điện châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông*, tạp chí nghiên cứu y học 183 (10) - 2024

42. **Bộ Y Tế (2023)**, Dược điển Việt Nam V, tái bản lần thứ năm, bản bổ xung, Nhà Xuất bản y học
43. **Bộ Y Tế (2017)**. *Hướng dẫn phương pháp chế biến các vị thuốc y học cổ truyền*, Ban hành kèm theo thông tư số 30/2017/ TT-BYT ngày 11 tháng 07 năm 2017.
44. **Bộ Y Tế (2010)**. Ban hành kèm theo quyết định Số: 3759/QĐ-BYT ngày 08 tháng 10 năm 2010. Về việc ban hành các phương pháp chế biến đảm bảo chất lượng đối với 85 vị thuốc đông y
45. **Fairbank, J.C. and P.B. Pynsent (2000)**. The Oswestry disability index, *Spine*, 25(22). 2940-2953.
46. **Phạm Thị Ngọc Bích (2015)**. *Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện trường châm kết hợp với bài độc hoạt tang ký sinh*, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội
47. **Lương Xuân Huân (2022)**. *Đánh giá tác dụng bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh gia giảm kết hợp siêu âm trị liệu điều trị đau thắt lưng tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, trường Học viện y dược cổ truyền Việt Nam.
48. **Lê Thị Thu Hà (2022)**. *Đánh giá tác dụng của điện châm giáp tích L1- L5 và nhóm huyết 8 kết hợp xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa*, Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội.
49. **Triệu Thị Thùy Linh (2015)**. *Đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa*, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
50. **Nguyễn Văn Hưng, Phạm Thị Xuân Mai (2018)**. *Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc độc hoạt tang ký sinh*, Tạp chí Y dược học - Trường đại học Y dược Huế, tập 8 số 5, tháng 10/2018, 52-57

51. **Trịnh Đức Vinh, Nguyễn Thị Thanh Thảo, Ngô Quang Vinh, Nguyễn Hữu Thắng (2025).** *Đánh giá tác dụng giảm đau của cấy chỉ PDO kết hợp điện châm và uống lục vị địa hoàng trong điều trị đau thắt lưng mạn do thoái hóa cột sống tại bệnh viện y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh.* Tạp trí y dược cổ truyền Việt Nam, số đặc biệt 02 (60)-2025, 25-32.
52. **Lê Thanh Hải (2021).** *Đánh giá tác dụng điều trị của điện châm kết hợp sóng xung kích trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống,* Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, trường đại học y Hà Nội.
53. **Trần Phương Đông (2024).**, *Đánh giá mức độ cải thiện tâm vận động của người bệnh đau thắt lưng đơn thuần được điều trị bằng điện châm kết hợp bài tập McKenzie,* Tạp chí y học việt nam tập 539 - tháng 6 - số 3 - 2024
54. **Fritz, J.M., Delitto, A., Erhard, R.E. (2003).** Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine*, 28(13), 1363–1371.
55. **Hayden, J.A., van Tulder, M.W., Malmivaara, A.V., Koes, B.W. (2005).** Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, CD000335.*
56. **Qaseem, A., Wilt, T.J., McLean, R.M., Forciea, M.A. (2017).** Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530.
57. **Dương Trọng Hiếu, Dương Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Thu Hà (2009).** *Tra cứu châm cứu.* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 360 - 364
58. **Nguyễn Tài thu (2012).** *Mãng châm chữa bệnh,* Nhà xuất bản từ điển bách khoa, Hà Nội, 9 - 10.

PHỤ LỤC 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án NC:

Nhóm

Mã hồ sơ bệnh án

Nghiên cứu

Đối chứng

--	--	--	--

--

--

I. Hành chính

1. Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: Giới: Nam ☐ Nữ ☐

2. Địa chỉ:.....

3. Điện thoại liên hệ:.....

4. Nghề nghiệp:

Tính chất lao động: Lao động chân tay ☐.

Lao động trí óc ☐

5. Ngày vào viện:

6. Ngày ra viện:.....

II. Y học hiện đại.

1. Khởi phát bệnh.

Đột ngột ☐

Từ từ tăng dần ☐

2. Hoàn cảnh phát bệnh:

Tự nhiên ☐

vận động sai tư thế ☐

Sau chấn thương ☐

Khác ☐

3. Thời gian mắc bệnh:

≤ 1 tháng ☐

1 - 3 tháng ☐

3 - 6 tháng ☐

≥ 6 tháng ☐

4. Triệu chứng thực thể.

- Đường cong sinh lý cột sống .

Mất đường cong sinh lý ☐

Không mất đường cong sinh lý ☐

- Điểm đau tại cột sống: Có ☐ không ☐

- Điểm đau cạnh cột sống : Có ☐ không ☐

- Cơ cạnh sống nổi vồng, co cứng:, Có ☐ không ☐

- Đau lan xuống chân một hoặc 2 bên . Có ☐ không ☐

5 . Tiền sử:

- Thoát vị đĩa đệm ☐ THCS ☐ Loãng xương ☐

Chấn thương cột sống ☐ Phẫu thuật cột sống ☐ Lao cột sống ☐

Tiêm cột sống < 6 tháng ☐ Khác ☐

6. Cận lâm sàng:

- Hình ảnh X quang:

Mọc gai xương ☐ Đặc xương dưới sụn ☐ Hẹp khe khớp ☐

- Công thức máu

Chỉ số	Trước điều trị (D ₀)	Sau điều trị (D ₂₀)
Hồng cầu (T/l)		
Bạch cầu (G/l)		
Tiểu cầu (G/l)		

- Hóa sinh máu

Chỉ số	Trước điều trị (D ₀)	Sau điều trị (D ₂₀)
Ure (mmol/l)		
Glucose (mmol/l)		
Creatinin (μmol/l)		
AST (U/L - 37 ⁰ C)		
ALT (U/L - 37 ⁰ C)		
Cholesteroln (mmol/l)		
Triglycerid (mmol/l)		

5. Chẩn đoán theo YHHĐ:.....

6. Đánh giá một số chỉ số:

Thời điểm Chỉ số	Lúc vào	10 ngày	20 ngày	Ghi chú
Mức độ đau (điểm)				
Độ giãn CSTL (cm)				
Khoảng cách tay đặt (cm)				
Gập cột sống (độ)				
Duỗi cột sống (độ)				
OID (điểm)				

II. Y học cổ truyền

1.Vọng chẩn:

Thần: Tỉnh ☐ Châm ☐

sắc: Trắng ☐ hồng ☐ đỏ ☐ xanh nhợt ☐

Thể trạng bệnh nhân: gầy ☐ béo ☐ bình thường ☐

Lưỡi: Chất lưỡi: Đỏ ☐ Hồng nhuận ☐ Bệu ☐

Rêu lưỡi: Vàng ☐, trắng ☐, không có rêu ☐, Dày ☐, mỏng ☐

Cử động lưỡi: Bình thường ☐ không bình thường ☐

Vùng cột sống thắt lưng: Sung đỏ ☐ Bình thường ☐ co cứng, nổi vòng ☐

2.Vấn chẩn:

Hơi thở: êm dịu ☐ Tho ☐ Đoản hơi ☐

Tiếng nói: To rõ ràng ☐ Nhỏ, khó nghe ☐

3.Vấn chẩn:

Đau vùng thắt lưng: Có lan ☐, Không lan ☐

Vận động đau tăng: Có ☐ Không ☐

Thay đổi thời tiết, lạnh, ẩm thấp đau tăng: Có ☐ Không ☐

Mồ hôi: Đạo hãn ☐ Tự hãn ☐ Không có mồ hôi ☐

Đại tiện: Táo ☐, nát ☐, lỏng ☐

Tiểu tiện: Vàng ☐ trong ☐

Ngủ: Bình thường ☐ Rối loạn giấc ngủ ☐

Ăn uống: thích ấm ☐ thích mát ☐ bình thường ☐

4.Thiết chẩn:

Mạch chẩn:

Phù ☐. Trầm ☐. hoạt ☐. Tế ☐. Sác ☐. Khẩn ☐. Huyền ☐. khác ☐.

5.Chẩn đoán YHCT:

Bát cương:.....

Tạng phủ, Kinh lạc:.....

Nguyên nhân:.....

Thể bệnh:.....

6.Theo dõi một số chứng trạng trên lâm sàng.

Chứng trạng	Trước điều trị		Sau điều trị		
	có	không	Không giảm	Giảm	Khỏi
Đau lưng					
Đau khi thay đổi thời tiết					
Sợ lạnh					
Mệt mỏi					
Vận động đau					
Mỗi gối					
Ù tai					
Đầu thống					
Huyễn vờng					
Kiến vờng					

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

* Số ngày điều trị:.....

* Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Triệu chứng	Có	không
Buồn nôn		
Nôn		
Đi ngoài phân lỏng		
Ban dị ứng		
Vụng kim		
Gãy kim		
Chảy máu		
Nhiễm trùng tại chỗ		
Đau tăng lên		
Trật khớp		

* Kết quả điều trị: Tốt ☐. Khá ☐. Trung bình ☐. Kém ☐

Thanh Hóa, Ngày....., tháng... năm....

Bác sỹ điều trị

PHỤ LỤC 2

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VAS (Visual Analogue Scale)

VAS là thước đo thang điểm nhìn của hãng Astra- Zeneca

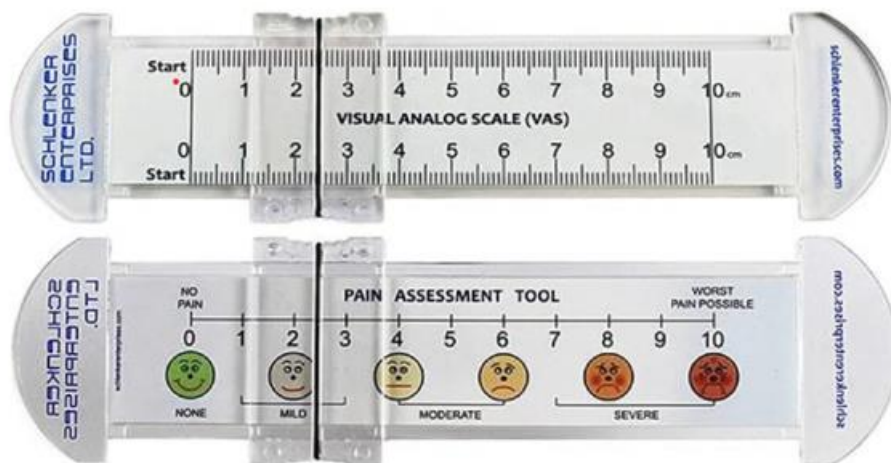
Đau là nhận mang tính chủ quan của bệnh nhân, được xác định thông qua vị trí đánh dấu trên thước đo.

Thang điểm VAS dài 100mm, cố định ở 2 đầu và có hai mặt:

Một mặt chia thành 11 mốc được đánh số từ 0 đến 10 điểm đánh số đều nhau

Mặt đối diện chia 6 hình biểu đạt, dùng để quy ước các mức độ đau khác nhau

Một thanh trượt di chuyển đánh dấu mức độ đau



Thang điểm VAS

0: Không có cảm giác đau.

1: Con đau rất nhẹ, hầu như không cảm nhận ra, đôi lúc thấy xuất hiện thoáng qua

2: Đau nhẹ, đôi khi có những cơn đau nhói rõ rệt.

3: Đau khiến người bệnh chú ý đến, làm giảm sự tập trung nhưng vẫn có thể thích nghi.

4: Mức đau trung bình, Người bệnh có thể tạm quên khi làm việc.

5: Đau mức độ vừa, khó bỏ qua sau vài phút nhưng vẫn thực hiện được công việc.

6: Đau mức độ nhiều, gây trở ngại cho sinh hoạt và giảm khả năng tập trung.

7: Đau nặng, ảnh hưởng đến cảm giác, giấc ngủ, hạn chế nhiều trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

8: Đau rất nặng, cản trở hầu hết các hoạt động, người bệnh phải cố gắng chịu đựng.

9: Đau nghiêm trọng, đau kinh khủng, đau khiến bệnh nhân phải rên rĩ.

10: Đau dữ dội, đau trầm trọng, bệnh nhân không thể nói chuyện được, phải nằm một chỗ và có thể xuất hiện mê sảng.

PHỤ LỤC 3
CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY

Chỉ số OSWESTRY	Thời điểm		
	D ₀	D ₁₀	D ₂₀
I.Cường độ đau thắt lưng. 0. Có thể bỏ qua đau và sinh hoạt như bình thường 1. Chịu đựng được đau và không phải dùng thuốc giảm đau 2. Đau đến mức phải dùng thuốc giảm đau 3. Thuốc dùng chỉ có tác dụng giảm đau ở mức độ trung bình 4. Thuốc chỉ có tác dụng giảm đau rất ít 5. Không sử dụng thuốc vì dùng cũng không có hiệu quả giảm đau			
II. Hoạt động cá nhân 0. Sinh hoạt cá nhân bình thường và không gây ra đau thêm 1. Sinh hoạt cá nhân bình thường nhưng gây ra đau lưng 2. Sinh hoạt cá nhân là nguyên nhân gây đau nên phải chậm và cẩn thận 3. Cần giúp đỡ trong sinh hoạt cá nhân do đau lưng nhưng vẫn chủ động được 4. Cần giúp đỡ trong hầu hết các sinh hoạt cá nhân hàng ngày do đau 5. Đau làm không mặc được quần áo và khó khăn cả khi nằm ở trên giường			

III. Mang vác 0. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng mà không làm đau lưng thêm 1. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng nhưng gây đau lưng thêm 2. Có thể nâng lên những trọng lượng nặng nếu vị trí tiện lợi 3. Có thể nâng lên những vật có trọng lượng nhẹ và vừa nếu vị trí tiện lợi 4. Đau làm cho chỉ có thể nâng lên được những vật có trọng lượng rất nhẹ 5. Đau làm cho không thể nâng hoặc mang vác bất cứ vật gì			
IV. Đi bộ 0. Đau không làm hạn chế đi bộ ở bất kỳ khoảng cách nào 1. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 1,6km 2. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 800m 3. Đau làm hạn chế đi bộ hơn khoảng 400m 4. Đau làm cho chỉ có thể đi bộ được khi sử dụng gậy hoặc nạng 5. Đau làm cho luôn phải nằm trên giường và không tới nhà vệ sinh được			
V. Ngồi 0. Đau không gây cản trở, có thể ngồi bất kỳ chỗ nào mình muốn 1. Đau làm cho chỉ có thể ngồi ở một tư thế. 2. Đau làm cho chỉ ngồi được hơn 1 giờ			

3. Đau làm cho chỉ ngồi được khoảng 30 phút. 4. Đau làm cho chỉ ngồi được khoảng 15 phút 5. Đau làm cho không ngồi được.			
VI. Ngủ 0. Có giấc ngủ tốt không đau 1. Chỉ có thể ngủ được khi sử dụng thuốc giảm đau. 2. Ngủ ít hơn 6 giờ mặc dù vẫn dùng thuốc giảm đau. 3. Dùng thuốc giảm đau vẫn ngủ ít hơn dưới 4 giờ. 4. Dùng thuốc giảm đau ngủ ít hơn 2 giờ. 5. Đau làm cho không ngủ được chút nào			
VII. Đứng 0. Có thể đứng theo ý muốn mà không gây đau 1. Có thể đứng như ý muốn nhưng gây đau thêm 2. Đau làm chỉ đứng được hơn 1 giờ 3. Đau làm chỉ đứng được hơn 30 phút 4. Đau làm chỉ đứng được hơn 10 phút 5. Đau làm không đứng được			
VIII. Hoạt động xã hội 0. Hoạt động xã hội bình thường mà không gây đau lưng. 1. Hoạt động xã hội bình thường nhưng làm tăng đau lưng 2. Đau lưng không ảnh hưởng đến các hoạt động xã hội tiêu tốn năng lượng (nhảy, chạy...) 3. Đau lưng hạn chế hoạt động xã hội, tôi không ra ngoài đường thường xuyên. 4. Đau lưng nên tôi chỉ ở nhà 5. Không có chút hoạt động xã hội nào vì đau lưng.			

Tỷ lệ mất chức năng cột sống thắt lưng (ODI) = Tổng điểm của 10 mục
 $(1-10)/50 \times 100 = \dots\%$

Tỷ lệ mất chức năng cột sống được chia làm 5 mức:

Mức 1 (mất chức năng ít): ODI 0-20%. Bệnh nhân vẫn có khả năng tự thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, không bắt buộc phải điều trị, nhưng cần được tư vấn về tư thế lao động, sinh hoạt đúng, cách nâng đỡ vật nặng, và kiểm soát cân nặng khi cần thiết.

Mức 2 (mất chức năng vừa): ODI 21-40%. Người bệnh thường thấy đau lưng tăng lên khi ngồi, mang vác hoặc đứng lâu. Việc đi lại và tham gia các hoạt động xã hội trở nên khó khăn hơn. Mức độ này có thể áp dụng điều trị nội khoa

Mức 3 (mất chức năng nhiều): ODI 41-60%. Đau lưng là triệu chứng chủ yếu của người bệnh, đau gây cản trở trong sinh hoạt hàng ngày, các hoạt động xã hội, đời sống tình dục và giảm chất lượng giấc ngủ. Tình trạng này cần có phác đồ điều trị cụ thể

Mức 4 (mất chức năng rất nhiều): ODI 61-80%. Mức độ đau lưng ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống và thực hiện công việc của người bệnh. Cần phải áp dụng phác đồ điều trị tích cực ở mức độ này

Mức 5 (mất hoàn toàn chức năng): ODI >80%. Người bệnh đau dữ dội, phải nằm bất động trên giường, cần có sự chăm sóc đặc biệt. Tình trạng này đòi hỏi áp dụng phác đồ điều trị tổng hợp tích cực.

PHỤ LỤC 4
TÊN VÀ VỊ TRÍ CÁC HUYỆT

STT	Tên huyết	Vị trí
1	Giáp tích L2-S1	- Là huyết ngoài kinh - Từ mỏm gai cột sống L2-S1 đo sang 2 bên 0,5 thốn
2	Thận du VII.23	- Là huyết du của thận, nằm trên kinh túc thái dương Bàng quang - Giữa đốt sống lưng L2 - L3 đo ngang ra 2 bên, mỗi bên 1,5 thốn
3	Can du VII.18	- Là huyết nằm trên kinh túc Thái dương bàng quang - Giữa khe D9 - D10 đo ngang ra 1,5 thốn
4	Đại trường du VII.25	- Là huyết nằm trên kinh túc Thái dương bàng quang - Giữa đốt sống lưng L4 - L5 đo ra 2 bên, mỗi bên 1,5 thốn
5	Yêu dương quan XIII.3	- Là huyết nằm trên Mạch Đốc - Giữa liên đốt sống L4 - L5
6	Hoàn khiêu XI.30	- Là huyết thuộc kinh Túc thiếu dương Đờm - Người bệnh nằm nghiêng, chân trên co 90 độ, huyết ở lõm phía trên mấu chuyển lớn xương đùi, trên cơ mông to
7	Uỷ trung VII.40	- Là huyết nằm trên kinh túc Thái dương bàng quang - Giữa nếp lằn kheo chân
8	Tam âm giao IV.6	- Là huyết nằm trên kinh Túc thái âm tý - Tại vị trí trung tâm của mỏm lồi mắt cá trong xương chày đo lên 3 thốn, cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay là huyết.
9	A thị huyết	Ấn vùng thắt lưng tìm điểm đau là huyết

PHỤ LỤC 5

TÁC DỤNG CỦA TỪNG VỊ THUỐC

* **Độc hoạt**

- Tên khoa học: *Radix Angelicae pubescentis*. Họ Hoa tán (Apiaceae).
- Bộ phận dùng: Thân rễ và rễ.
- Tác dụng dược lý: Có tác dụng giảm đau, an thần và kháng viêm
- Tính, vị, quy kinh: Vị cay, tính ôn vào kinh can thận, có tác dụng trừ phong tà, táo hàn thấp
- Công dụng: Trừ phong thấp, chỉ thống, giải biểu
- Chủ trị: Trị các chứng phong hàn thấp, làm đau nhức lưng, gối, tê mỏi
- Liều dùng: 6-12g /ngày.
- Kiêng kỵ: Âm hư hỏa vượng, huyết hư .

* **Tang ký sinh**

- Tên khoa học: *Herba Loranthe Gracilifolii* . Họ Tầm gửi (Loranthaceae).
- Bộ phận dùng: Dùng toàn cây, cả thân cành, lá.
- Tác dụng dược lý: Dịch chiết có tác dụng hạ huyết áp, lợi tiểu, chấn tĩnh trên thực nghiệm. Ức chế virus gây viêm chất xám ở tủy sống.
- Tính, vị, quy kinh: Vị đắng, tính bình, quy vào hai kinh can thận
- Công dụng: Bổ can thận, làm mạnh gân cốt
- Chủ trị: Trị các chứng đau nhức mỏi trong cơ thể. Chữa đau xương khớp, đau dây thần kinh ngoại biên, đau lưng ở người già
- Liều dùng: 12-24g /ngày .

* **Tần giao**

- Tên khoa học: *Radix Gentianae macrophyllae*. Họ Long đởm (Gentianaceae).
- Bộ phận dùng: Rễ. Rễ sắc vàng, thơm, dẻo, dài độ 10 - 20cm là tốt
- Tác dụng dược lý: Vừa có tác dụng trị viêm khớp lại có tác dụng trị thống phong (Thực dụng trung y học). Thuốc có tác dụng kháng viêm rõ rệt nhờ thành phần gentianin A, chất này kích thích lên hệ thần kinh làm tăng hoạt động của

tuyền yên và vô thương thận. Ngoài ra, Thuốc còn có tác dụng an thần kinh, kiểm soát cơn đau, giải nhiệt, giải dị ứng, kháng Histamin, chống choáng do dị ứng (Trung dược học).

- Tính, vị, quy kinh: Vị đắng tính bình. Vào bốn kinh vị, đại tràng, can, đờm.
- Công dụng: Tác dụng tán phong táo thấp, hoạt lạc thư cân, chỉ thống
- Chủ trị: Trị phong thấp đau nhức, nóng trong xương
- Liều Dùng: 04-16g /ngày .

*** Nguru tất**

- Tên khoa học: *Radix Achyranthis bidentatae*. Họ Rau giền (Amaranthaceae)

- Bộ phận dùng: Rễ Nguru tất
- Tác dụng dược lý: Chống viêm giảm đau, ngoài ra Nguru tất có tác dụng hạ huyết áp, hạ đường huyết, hạ Cholesterol, lợi tiểu, lợi mật, kích thích tăng co bóp tử cung của thỏ và chó
- Tính, vị, quy kinh: Vị đắng, chua, tính bình, vào hai kinh Can và Thận.
- Công dụng: Bổ can thận, mạnh gân cốt . Hoạt huyết, trừ ứ bế và điều kinh.
- Chủ trị: Trị chứng đau hai đầu gối, đi lại khó khăn, chữa đau xương khớp, đau dây thần kinh ngoại biên, đau lưng ở người già.
- Liều dùng: 06-16g /ngày.

*** Đỗ trọng**

- Tên khoa học: *Cortex Eucommiae*. Họ Đỗ trọng (Eucommiaceae).
- Bộ phận dùng: Vỏ cây
- Tác dụng dược lý: Hạ áp, hạ cholesterol, giãn mạch, kháng viêm, chống co giật, giảm đau, cầm máu, lợi tiểu.
- Tính, vị, quy kinh: Vị ngọt, cay nhẹ, tính ấm quy vào hai kinh can, thận.
- Công dụng: Ôn thận, tráng dương, mạnh gân cốt, an thai, nhuận can táo, bổ can hư.
- Chủ trị: Trị cột sống đau nhức, thắt lưng đau, đầu gối mỏi, thai động, Rong kinh, đầu đau, chóng mặt do thận hư.

- Liều Dùng: 8-12g /ngày.

*** Nhân sâm**

- Tên khoa học: *Radix Ginseng*. Họ ngũ gia bì (Araliaceae).

- Bộ phận dùng: Rễ

- Tác dụng dược lý: Trấn tĩnh hệ thống thần kinh trung ương, liều nhỏ có tác dụng kích thích, liều lớn có tác dụng ức chế. Kích thích khả năng phản ứng của cơ thể, tăng lượng máu và oxy lên não, chống lại sự mệt mỏi, nâng cao miễn dịch toàn diện, tăng tế bào bạch cầu. Tăng chức năng của tủy xương, điều hòa chuyển hóa glucose, giảm kích thích sinh tổng hợp protein, AND và RNA. Giảm lipip máu, cải thiện mỡ trong gan, phòng xơ vữa động mạch, chống oxy hóa, tăng sức đề kháng của cơ thể

- Tính, vị, quy kinh: Vị ngọt, hơi đắng, tính hơi ấm, quy vào 2 kinh phế, tỳ.

- Công dụng: Đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân dịch.

- Chủ trị: Các chứng trung khí không điều đạt, phế khí yếu, hư nhược, khí và tân dịch đều suy giảm, huyết hư hoặc khí huyết lưỡng hư.

- Liều dùng: 8-20g /ngày.

*** Phục linh (Bạch linh)**

- Tên khoa học: *Poria*. Họ Nấm lỗ (Polyporaceae).

- Bộ phận dùng: Là loại nấm mọc đầu rễ hoặc bên rễ cây thông. Bộ phận dùng làm thuốc Quả thể của nấm *Poria cocos* Wolf., họ Nấm lỗ (Polyporaceae)

- Tác dụng dược lý: Lợi tiểu, tăng miễn dịch, an thần, hạ đường huyết, bảo vệ gan và chống loét bao tử

- Tính, vị, quy kinh: Vị nhạt tính bình quy kinh tâm tỳ thận.

- Công dụng: Có tác dụng lợi thủy và cường tráng, nhuận táo, bổ tỳ, ích khí, sinh tân, chỉ khát.

- Chủ trị: Chữa ăn uống kém tiêu, đầy chướng, bí tiểu tiện, ho có đờm, ỉa chảy

- Liều dùng: 6-12g /ngày .

*** Đương quy**

- Tên khoa học: *Radix Angelicae Sinensis*. Họ Hoa tán (Apiaceae).
- Bộ phận dùng:
- + Quy đầu: Là lấy một phần phía đầu
- + Quy thân: Là bỏ đầu và đuôi
- + Quy vĩ: Lấy phần rễ nhánh
- *Tác dụng dược lý*: Có khả năng kháng viêm, kiểm soát cơn đau, an thần, nâng cao khả năng miễn dịch không đặc hiệu của cơ thể
- Tính, vị, quy kinh: Vị ngọt và cay, tính ấm, quy kinh Can, Tâm, Tỳ
- Công dụng: Có tác dụng bổ huyết, hoạt huyết, giảm đau, nhuận tràng
- Chủ trị: Kinh nguyệt không đều, Tê nhức xương khớp
- Liều dùng: 5-15g /ngày.

***Thục địa:**

- Tên khoa học: *Radix Rehmania glutinosae praeparatus*, Họ hoa mõm sói (Scrophulariaceae)
- Bộ phận dùng: Rễ củ của cây Can địa hoàng
- *Tác dụng dược lý*: Tác dụng trợ tim, lợi tiểu, chữa chứng huyết áp thấp.
- *Tính vị quy kinh*: Cam, ôn vào can, thận.
- *Tác dụng*: Là thuốc chủ yếu để bổ Thận, là thuốc loại tốt để ích âm huyết
- *Chủ trị*: Tư âm, bổ huyết. Trị âm hư, huyết thiếu, lưng đau, chân yếu, ho lao, nóng trong xương, di tinh, băng lậu, kinh nguyệt không đều, tiêu khát, gầy ốm, tai ù, mắt mờ.
- Liều dùng: 12-60g/ngày.

*** Bạch thược**

- Tên khoa học: *Radix Pacomiae lactiflorae*. Họ Hoàng liên (Ranunculaceae).
- Bộ phận dùng: Rễ phơi hoặc sấy khô.
- *Tác dụng dược lý*: Có tác dụng giãn mạch ngoại vi và hạ áp nhẹ nhờ tác dụng chống co thắt cơ trơn của mạch máu, ức chế trung khu thần kinh do đó có tác dụng an thần, giảm đau.

- *Tính, vị, quy kinh*: Vị cay đắng tính hơi hàn quy vào hai kinh can tỳ.

- *Công dụng*: Có tác dụng chỉ phúc thông, trừ huyết tích, chỉ thủy tả, tả tỳ nhiệt, dưỡng huyết, chỉ thống, giáng khí, liễm âm, điều dưỡng tâm can tỳ kinh huyết.

- *Chủ trị*: Trị trướng ác khí, bụng đau, lưng đau, tích tụ, cốt chùng. Trị Phế có tà khí, phế cấp trướng nghịch, hen suyễn, mất dính, Can huyết bất túc, Dương duy mạch có hàn nhiệt, Đái mạch bệnh làm cho bụng đầy đau.

- Liều dùng: 6-12g/ngày .

*** Xuyên Khung**

- *Tên khoa học*: *Rhizoma Ligustici wallichii*. Họ Hoa tán (Apiaceae).

- *Bộ phận dùng*: Củ (thân rễ) phơi hay sấy khô của cây Xuyên khung (*Rhizoma ligustici Wallichii*).

- *Tác dụng dược lý*: Tác dụng trấn tĩnh hệ thần kinh trung ương, tinh dầu của Xuyên khung có tác dụng làm tê liệt tim, làm cho mạch máu ngoại vi giãn ra, tăng lưu lượng máu ở mạch vành, cải thiện tình trạng thiếu Oxy ở tim. Liều cao có thể làm cho huyết áp hạ xuống, tác dụng kháng khuẩn, an thần, kháng sinh.

- *Tính, vị, quy kinh*: Vị cay, tính ấm. Quy vào hai kinh can, đờm.

- *Công dụng*: Hành huyết hoạt huyết, điều khí khu phong, khứ ứ chỉ thống

- *Chủ trị*: Trị phong hàn, đầu đau, chóng mặt, hông sườn đau, bụng đau, đau nhức do hàn, kinh bế, sinh khó, sinh xong huyết bị ứ gây đau, mụn nhọt.

- Liều dùng: 4-10g /ngày [31].

*** Cam thảo**

- *Tên khoa học*: *Radix Glycyrrhizae*. Họ Đậu (Fabaceae).

- *Bộ phận dùng*: Thân rễ và rễ (củ) của cây được làm thuốc.

- *Tác dụng dược lý*: Tác dụng giải độc, chỉ khát hóa đờm, chống co thắt cơ trơn đường tiêu hóa, chống loét đường tiêu hóa, kháng khuẩn.

- *Tính, vị, quy kinh*: Vị ngọt, tính bình, không độc. Quy kinh 12 kinh

- Công dụng: Kiện cân cốt, trường cơ nhục, bồi lực, giải độc. Ôn trung, hạ khí, chỉ khát, thông kinh mạch, lợi khí huyết, giải độc bách dược

- Chủ trị: Trị Tỳ vị suy nhược, Táo nhiệt thương tổn tân dịch, ho khan, họng đau, họng viêm, đình nhọt sưng độc, trúng độc, Cam thảo sảo (mút cam thảo) cầm được tiểu đau rát; Trị tỳ vị hư yếu, Tâm khí hư, mạch Kết, mạch Đại, ho suyễn, họng sưng đau, giải độc thuốc, thức ăn, đau cấp, hoãn

- Liều dùng: 4-8g /ngày .

*** Nhục quế**

- Tên khoa học *Cortex Cinamoni* là vỏ thân cây quế *Cinamomum cassia* Blume hoặc một số cây loài khác họ Long não (Lauraceae)

- *Bộ phận dùng*: Vỏ thân cây

- *Tính vị*: Cay, ngọt, nóng.

- *Quy kinh*: Vào kinh Tâm, Can, Thận

- Công dụng: Bổ mệnh môn hỏa (thận dương), kiện tỳ

- *Chủ trị*: Trợ dương cứu nghịch, ôn thận hành thủy, khứ hàn giảm đau, thông kinh hoạt lạc, kết hợp với thuốc bổ huyết có tác dụng điều hòa khí huyết, tác dụng ôn hòa bền vững, dẫn hỏa về nguồn v.v...

- *Tác dụng dược lý*: Aldehyde vỏ quế (cinnamyl aldehyde) có tác dụng hạ nhiệt độ, giải nhiệt. Có tác dụng giảm đau, trấn tĩnh, chống kinh nguyệt. Dầu bay hơi có tác dụng cầm ho trừ đờm (Trung dược học).

- Liều dùng: 3-6g /ngày.

*** Phòng Phong**

- Tên khoa học: *Radix Saposhnikoviae divaricatae*. Là rễ phơi khô của cây phòng phong (*Ledebouriellae seseloides* Woff) Họ Hoa tán (Umbelliferae).

- *Bộ phận dùng*: Rễ phơi khô

: - Tính, vị, quy kinh: Vị ngọt, hơi cay nhẹ, tính ấm. Quy vào kinh can, bàng quang.

- Công dụng: Phát hãn giải biểu, trừ phong thấp

- **Chủ trị:** Chữa các chứng phong hàn gây ra như: Đau đầu, chóng mặt, chữa bệnh đau dây thần kinh, giải kinh trị co quắp, các khớp đau nhức, giải ngứa dị ứng, ban nổi do lạnh, giải độc

- *Tác dụng dược lý:* Sao đen có tác dụng chỉ huyết cầm ỉa chảy, đại tiện ra máu. Tác dụng kháng khuẩn, nước sắc phòng phong có tác dụng ức chế virus cúm. Nước sắc phòng phong invitro có tác dụng đối với một số vi khuẩn như Shigella. Tác dụng giảm đau có tác dụng nâng cao ngưỡng chịu đau của chuột (trung dược học), tác dụng hạ nhiệt

- **Liều dùng:** 6- 12g /ngày.

PHỤ LỤC 6
QUY TRÌNH SẢN XUẤT VIÊN HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÍ SINH

1. Bài thuốc:

Tên thuốc	Tên khoa học	ĐVT	Số lượng
Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	Kg	10,0
Thục địa	<i>Radix Rhemannia glutinosae praeparatus</i>	Kg	9,5
Tang ký sinh	<i>Herba Loranthi gracilifolii</i>	Kg	11,0
Tần giao	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	Kg	11,0
Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	Kg	9,0
Đỗ trọng	<i>Cortex Eucommiae</i>	Kg	10,0
Nhân sâm	<i>Radix Ginseng</i>	Kg	8,0
Bạch linh	<i>Poria</i>	Kg	8,5
Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	Kg	10,0
Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	Kg	8,0
Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici watlliechii</i>	Kg	10,0
Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhiziae</i>	Kg	5,0
Nhục quế	<i>Cortex Cinnantomi</i>	Kg	6,0
Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae Ledebouriellae</i>	Kg	11,0

Công dụng: Bỏ can thận, bổ khí huyết, trừ phong thấp, chữa đau khớp, đau thần kinh, thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp, chân tay tê lạnh.

Liều dùng: Ngày uống 1 gói, chia 2 lần sau bữa ăn.

2. Chuẩn bị: Bài thuốc được chia làm 2 phần:

- Một phần đem nghiền thành bột mịn.
- Một phần được nấu thành cao.

2.1. Các vị thuốc nghiền bột gồm:

Xuyên khung	10,0 Kg	Độc hoạt	10,0 Kg
Đương quy (toàn quy)	10,0 Kg	Bạch thược	8,0 Kg
Quế nhục	5,0 Kg	Nhân sâm	8,0 Kg

Tổng khối lượng vị thuốc nghiền 51,0 Kg:

- Sau khi rây được ~ 48,5 Kg bột mịn.
- Chia thành 07 túi mỗi túi là 5,5 Kg (Bột mịn)

2.2. Các vị thuốc nấu cao gồm:

Tang kí sinh	11,0 Kg	Phòng phong	11,0 Kg
Tần giao	11,0 Kg	Đỗ trọng	10,0 Kg
Ngưu tất	9,0 Kg	Thục địa	9,5 Kg
Bạch linh	8,5 Kg	Cam thảo	6,0 Kg

Tổng khối lượng vị thuốc nấu cao 76, 0 Kg.

- Sau khi nấu được 25, 2 Kg cao thành phẩm
- Chia thành 07 túi, mỗi túi được 3,6 Kg cao

2.3. Máy làm hoàn, máy trộn, khay làm viên, tủ sấy được vệ sinh sạch sẽ.

3. Tiến hành: Công thức cho 01 mẻ:

Bột mịn	5,5 Kg
Cao dược liệu	3,6 Kg
Mật ong DD	1,7 Kg

Lấy 3,6 kg cao dược liệu thêm 1,7 kg mật ong, đun sôi 15 phút. Cho vào máy nhào trộn đã có sẵn 5,5 Kg bột mịn. Nhào trộn trong 15 – 20 phút tạo thành khối dẻo đồng nhất.

Chuyển khối dẻo đến máy chế hoàn tiến hành làm viên

Trong quá trình ra viên sử dụng dầu parafin giúp viên không bám dính, trơn chảy, bóng đẹp, bảo quản...

Viên được cho vào khay Inox sấy ở 100°C trong 2,5 giờ

4. Kiểm soát chất lượng:

Sau khi sấy để nguội viên, lấy mẫu kiểm nghiệm:

- Cảm quan: Viên hình tròn, mặt cắt đồng nhất, có mùi vị đặc trưng
- Độ ẩm: 6-10%
- Trọng lượng viên trung bình: 0,047gam/viên

5. Đóng gói, bảo quản:

- Đóng túi polyetylen(02 lần túi) hàn kín, khối lượng: 12gam/ túi
- Đóng nhãn đúng quy chế
- Bảo quản nơi khô ráo, sạch sẽ, tránh ẩm.
- Tổng số thuốc trung bình cho một bài là: ~ 5.300 gói.

**SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN**

**TIÊU CHUẨN CƠ SỞ CỦA THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN
HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH**

Số tiêu chuẩn: TCT - 00005 - 25



Thanh Hóa, năm 2025

SỞ Y TẾ THANH HÓA BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN	HOÀN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH	Số tiêu chuẩn: TCT - 00005 - 25
		Có hiệu lực từ:...../...../2025

Ban hành kèm theo quyết định số/QĐ-BVYDCT ngày/...../2025 của
Giám đốc Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa

1. Yêu cầu kỹ thuật.

1.1. Công thức sản xuất:

STT	Tên thuốc	Tên khoa học	ĐVT	Số lượng
1	Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	Kg	10,0
2	Bạch linh	<i>Poria</i>	Kg	8,5
3	Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	Kg	8,0
4	Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhiziae</i>	Kg	5,0
5	Đỗ trọng	<i>Cortex Eucommiae</i>	Kg	10,0
6	Độc hoạt	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	Kg	10,0
7	Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	Kg	9,0
8	Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae Ledebouriellae</i>	Kg	11,0
9	Quế nhục	<i>Cortex Cinnantomi</i>	Kg	6,0
10	Nhân sâm	<i>Radix Ginseng</i>	Kg	8,0
11	Tần giao	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	Kg	11,0
12	Tang ký sinh	<i>Herba Loranthi gracilifolii</i>	Kg	11,0
13	Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligustici watlliechii</i>	Kg	10,0
14	Thục địa	<i>Radix Rhemannia glutinosae praeparatus</i>	Kg	9,5

1.2. Nguyên liệu, phụ liệu

1.3. Yêu cầu chất lượng:

2. Phương pháp thử:

Yêu cầu	Phương pháp thử	Kết quả
1.Tính chất: Hoàn cứng hình cầu, màu nâu, mặt cắt màu nâu đen, mùi thơm đặc trưng.	Cảm quan	Đúng
2.Định tính: Chế phẩm phải có phản ứng của Đương quy, Bạch Thược, Nhân sâm, Độc hoạt.	TCCS- SKLM	Đúng
3.Độ Đồng nhất: Cắt đôi viên hoàn, dược liệu/ vị thuốc phải được đồng đều, không có vật thể lạ	TCCS	Đạt
4. Độ rã: Không quá 60 phút	TCCS	Đạt
5.Mất khối lượng do làm khô: Không được quá 9,0%	TCCS	Đạt (8,13%)

6. Độ nhiễm khuẩn: - Tổng số vi khuẩn hiếu khí: $\leq 10^4$ CFU/g - Tổng số nấm mốc, nấm men: $\leq 10^2$ CFU/g - Tác nhân gây bệnh: + Staphylococcus aureus: Không được có trong 1g + E.coli: Không được có trong 1g + Salmonella SPP: Không được có trong 1g - Vi khuẩn gram (-) dung nạp mật: $\leq 10^2$ CFU/g	ĐĐVNV - Phụ lục 13.6	Đạt
--	----------------------	-----

3. Kết luận: Đạt tiêu chuẩn cơ sở

Thanh Hóa, ngàytháng.....năm 2025

Người đứng đầu đơn vị

(Ký tên, đóng dấu)



(Handwritten signature)

Nguyễn Văn Tâm

PHỤ LỤC 7

PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

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

Tôi tên là: Tuổi.....

Địa chỉ :

Xác nhận rằng:

Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu lâm sàng: ***Đánh giá tác dụng bài tập McKenzie kết hợp hoàn độc hoạt tang ký sinh, điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống***

Sau khi được bác sĩ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của người 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 cứ 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 trong nghiên cứu này.

Đánh dấu vào ô thích hợp (quyết định này sẽ không ảnh hưởng khả năng bạn tham gia vào nghiên cứu):

Có

Không

Tôi đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Thanh Hóa, ngày tháng năm ...

Người tham gia

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 8

MỘT SỐ HÌNH ẢNH TẬP LUYỆN



SỞ Y TẾ TỈNH THANH HÓA
BỆNH VIỆN YDCT THANH HÓA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN XIN XÁC NHẬN ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Tôi tên là: Nguyễn Thị Luân Ngày sinh: 08/01/1988

Đơn vị công tác: Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền Thanh Hóa

Là học viên lớp Chuyên khoa II Y học cổ truyền - Khóa 9, năm 2023-2025,
Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam

Tôi viết đơn này xin Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho phép tôi nghiên cứu đề tài chuyên khoa II, tên đề tài : *“Đánh giá tác dụng bài tập McKenzie kết hợp hoàn Độc hoạt tạng ký sinh, điện châm điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống”* tại Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền Thanh Hóa từ ngày 02 tháng 04 năm 2025
Tôi xin trân trọng cảm ơn!

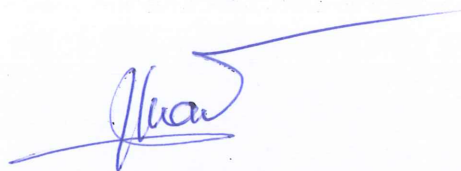
Thanh Hóa, ngày 26 tháng 3 năm 2025

Ban Giám Đốc



Nguyễn Hoàng Trung

Người viết đơn



Nguyễn Thị Luân

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu

STT	MBA	HỌ VÀ TÊN	TUỔI	GIỚI	NGHỀ NGHIỆP	ĐỊA CHỈ	NGÀY VÀO	NGÀY RA
1.	2213	Nguyễn Văn Th	73	Nam	Làm ruộng	Thiệu hóa, Thanh Hóa	18/04/25	09/05/25
2.	2214	Nguyễn Văn Th	65	Nam	Tự do	Hậu lộc, Thanh hóa	18/04/25	9/5/25
3.	2277	Nguyễn Thị Th	58	Nữ	Tự do	Hậu Lộc, Thanh Hóa	22/04/25	13/05/25
4.	2567	Phạm Bá T	49	Nam	Lái xe	Quan Sơn, Thanh Hóa	06/05/25	26/05/25
5.	2604	Nguyễn Thị Th	53	Nữ	Tự do	Đông vệ, Thanh Hóa	06/05/25	27/05/25
6.	2624	Lê Đình M	55	Nam	Thợ xây	Nghi Sơn, Thanh Hóa	07/05/25	27/05/25
7.	2655	Trần Thị B	56	Nữ	Tự do	Trường Thi – Thanh Hóa	08/05/25	30/5/25
8.	2745	Đào Thị Ph	60	Nữ	Kinh doanh	Đông cương- Thanh Hóa	12/5/25	03/06/25
9.	2818	Đinh Thị O	72	Nữ	Tự do	Trường Thi- Thanh Hóa	13/05/25	03/06/25
10.	2901	Lê Thị N	70	Nữ	Tự do	Trường Thi – Thanh Hóa	16/05/25	09/06/25
11.	2954	Hoàng Thị V	65	Nữ	Tự do	Phú Sơn- Thanh Hóa	19/05/25	09/06/25
12.	3410	Bùi Thị X	58	Nữ	Tự do	Hậu Lộc, Thanh Hóa	04/06/25	27/06/25
13.	3492	Phan Thị Vân A	38	Nữ	Nhà báo	Động Vệ - Thanh Hóa	06/06/25	26/6/25
14.	3829	Trương Thị Th	43	Nữ	Giáo viên	Nam Ngạn- Thanh Hóa	18/06/25	07/07/25
15.	3913	Lê Thị H	54	Nữ	Giáo viên	Đông Vệ- Thanh Hóa	23/06/25	14/07/25
16.	4041	Nguyễn Thị H	47	Nữ	Giáo viên	Lang Chán- Thanh Hóa	25/06/25	15/07/25
17.	4076	Nguyễn Thị L	65	Nữ	Tự do	Hoảng Hóa- Thanh Hóa	26/6/25	17/07/25
18.	4219	Nguyễn Thị Ph	67	Nữ	Tự do	Hậu Lộc - Thanh Hóa	01/07/25	21/07/25
19.	4225	Cao Thị Q	75	Nữ	Tự do	Điện Biên - Thanh Hóa	01/07/25	22/07/25
20.	4259	Lê Thuý L	75	Nữ	Thợ may	Hàm Rồng -	02/07/25	22/07/25

STT	MBA	HỌ VÀ TÊN	TUỔI	GIỚI	NGHỀ NGHIỆP	ĐỊA CHỈ	NGÀY VÀO	NGÀY RA
						Thanh Hóa		
21.	4273	Trần Gia N	39	Nam	Tự do	Vạn Lộc - Thanh Hóa	02/07/25	22/07/25
22.	4484	Lê Thị H	64	Nữ	Hưu trí	Đông Tiến - Thanh Hóa	09/07/25	29/07/25
23.	4493	Cao Thị Thanh L	39	Nữ	Kế toán	Hàm Rồng - Thanh Hóa	09/07/25	29/07/25
24.	4576	Nguyễn Thị B	42	Nữ	Tự do	Đông Quang- Thanh Hóa	14/07/25	04/08/25
25.	4604	Lê Thị Th	69	Nữ	Tự do	Hoàng Hóa- Thanh Hóa	14/07/25	04/08/25
26.	4638	Nguyễn Thị M	59	Nữ	Tự do	Hạc Thành- Thanh Hóa	14/07/25	04/08/25
27.	4753	Lò Thị C	58	Nữ	Làm ruộng	Mường Mìn- Thanh Hóa	16/07/25	05/08/25
28.	4756	Đào Thị D	55	Nữ	Giáo viên	Quý Lộc- Thanh Hóa	16/07/25	05/08/25
29.	5020	Vũ Thị Th	75	Nữ	Tự do	Sầm Sơn- Thanh Hóa	28/07/25	18/08/25
30.	5953	Nguyễn Thị Ng	71	Nữ	Hưu trí	Nguyệt viên- Thanh Hóa	03/09/25	24/09/25

Xác nhận của phòng KHNV

Trưởng phòng



Mai Thị Dương

Xác nhận của Bệnh viện Y Dược cổ truyền

Thanh Hóa



GIÁM ĐỐC
Nguyễn Văn Tâm

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHÊN CỨU

Nhóm chứng

S TT	MBA	Họ và tên	Tuổi	Giới	Nghề nghiệp	Địa chỉ	Ngày vào	Ngày ra
1.	2059	Lê Tiến V	62	Nam	Hưu trí	Đông Cương- Thanh Hóa	14/04/25	06/05/25
2.	2261	Nguyễn Văn N	67	Nam	Tự do	Ba Đình- Thanh Hóa	21/04/25	12/05/25
3.	2262	Lê Thị Tr	75	Nữ	Tự do	Nam Ngạn- Thanh Hóa	21/04/25	15/05/25
4.	2499	Hoàng Sơn C	71	Nam	Hưu trí	Nam Ngạn – Thanh Hóa	05/05/25	30/05/25
5.	2969	Bùi Thị H	63	Nữ	Hưu trí	Phú Sơn – Thanh Hóa	19/05/25	12/06/25
6.	3035	Lê Thị L	68	Nữ	Tự do	Thọ Xuân – Thanh Hóa	21/05/25	10/06/25
7.	3081	Trịnh Hồng Q	53	Nam	Hành chính	Ngọc trạo – Thanh Hóa	22/05/202 5	11/06/25
8.	3124	Nguyễn Thị Ng	66	Nữ	Hưu trí	Bá Thước – Thanh Hóa	26/05/25	16/06/25
9.	3216	Lê Thị Ánh H	46	Nữ	Giáo viên	Quảng Thịnh – Thanh Hóa	28/05/25	18/06/25
10.	3231	Lê Thị Đ	60	Nữ	Tự do	Triệu Sơn- Thanh Hóa	29/05/25	20/06/25
11.	3291	Nguyễn Thị H	57	Nữ	Tự do	Quảng Phú- Thanh Hóa	02/06/25	27/06/25
12.	3318	Đỗ Thị T	54	Nữ	Kinh doanh	Nam Ngạn- Thanh Hóa	02/06/25	27/06/25
13.	3359	Lương Hoàng L	56	Nam	Văn phòng	Vĩnh Lộc- Thanh Hóa	02/06/25	23/06/25
14.	3465	Nguyễn Ngọc B	74	Nam	Tự do	Ba Đình- Thanh Hóa	05/06/25	25/06/25
15.	3472	Lê Thị T	69	Nữ	Tự do	Điện Biên- Thanh Hóa	05/06/25	27/06/25
16.	3670	Nghiêm Thị Thủy V	48	Nữ	Giáo viên	Đông Thọ- Thanh Hóa	11/06/25	02/07/25
17.	3705	Lưu Thị L	55	Nữ	Tự do	Quảng Hưng- Thanh Hóa	13/06/25	03/07/25
18.	4032	Cao Thị H	58	Nữ	Hưu trí	Bá Thước- Thanh Hóa	24/06/25	15/07/25

S TT	MBA	Họ và tên	Tuổi	Giới	Nghề nghiệp	Địa chỉ	Ngày vào	Ngày ra
19.	4219	Nguyễn Thị Ph	67	Nữ	Tự do	Hậu Lộc- Thanh Hóa	01/07/25	22/07/25
20.	4304	Lê Thị L	49	Nữ	Công nhân	Quảng Bình- Thanh Hóa	03/07/25	24/07/25
21.	4375	Nguyễn Thị Đ	66	Nữ	Hưu trí	Hạc Thành - Thanh Hóa	07/07/25	28/07/25
22.	4394	Nguyễn Thị Ch	67	Nữ	Tự do	Hạc Thành- Thanh Hóa	07/07/25	28/07/25
23.	4418	Nguyễn Thị Ng	71	Nữ	Tự do	Hạc Thành - Thanh Hóa	07/07/25	30/07/25
24.	4534	Đỗ Thị O	72	Nữ	Hưu trí	Hạc Thành- Thanh Hóa	10/07/25	30/07/25
25.	4600	Nguyễn Thị Ph	38	Nữ	Công nhân	Định Hòa- Thanh Hóa	14/07/25	04/08/25
26.	4633	Hoàng Thị Â	72	Nữ	Tự do	Vạn Lộc- Thanh Hóa	14/07/25	04/08/25
27.	4764	Trịnh Thị L	47	Nữ	Giáo viên	Hàm Rồng- Thanh Hóa	16/07/25	05/08/25
28.	5111	Trần Thị B	41	Nữ	Công nhân	Thắng Lợi- Thanh Hóa	30/07/25	19/08/25
29.	5430	Lê Thị H	38	Nữ	Bán hàng	Hạc Thành- Thanh Hóa	08/08/25	29/08/25
30.	6266	Vũ Thị Th	66	Nữ	Hưu trí	Hạc Thành- Thanh Hóa	10/09/25	30/09/25

Xác nhận của phòng KHN

Trưởng phòng

Mai Thị Dương

Xác nhận của Bệnh viện Y Dược cổ truyền

Thanh Hóa



GIÁM ĐỐC
Nguyễn Văn Tâm