

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ THÚY QUỲNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHƯƠNG PHÁP
CẬN TAM CHÂM KẾT HỢP SÓNG XUNG KÍCH
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI - 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ THÚY QUỲNH

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHƯƠNG PHÁP
CẬN TAM CHÂM KẾT HỢP SÓNG XUNG KÍCH
ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG
DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

LUẬN VĂN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. NGUYỄN VĂN TÂM**
- 2. TS. TRẦN QUANG MINH**

HÀ NỘI - 2025

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và thực hiện luận văn, tôi đã nhận được nhiều sự hỗ trợ quý báu từ các thầy cô, đồng nghiệp, bạn bè và gia đình. Đây là nguồn động viên to lớn giúp tôi vượt qua những khó khăn và hoàn thành nghiên cứu.

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học cùng toàn thể quý thầy cô Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. Sự tận tâm trong giảng dạy và những điều kiện học tập thuận lợi do quý thầy cô tạo dựng đã giúp tôi có nền tảng kiến thức vững chắc để triển khai luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn quý thầy cô trong Hội đồng chấm luận văn đã dành thời gian xem xét và đưa ra những góp ý sâu sắc, giúp tôi hoàn thiện hơn nội dung nghiên cứu.

Tôi đặc biệt tri ân TS.BS CKII Nguyễn Văn Tâm và TS.BS Trần Quang Minh, những người thầy đã tận tình hướng dẫn, định hướng chuyên môn và đồng hành cùng tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu lâm sàng.

Xin cảm ơn Ban Giám đốc cùng các đồng nghiệp tại Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa đã hỗ trợ, phối hợp và tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thu thập số liệu. Tôi cũng xin trân trọng ghi nhận sự hợp tác của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới gia đình, bạn bè và đồng nghiệp – những người luôn động viên, khích lệ và là chỗ dựa tinh thần vững chắc để tôi hoàn thành khóa học và luận văn này.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2025
Tác giả

Nguyễn Thị Thuý Quỳnh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Thúy Quỳnh, học viên lớp Chuyên khoa II - Khóa 9, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS.BSCKII. Nguyễn Văn Tâm và TS.BS. Trần Quang Minh.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Người viết cam đoan

Nguyễn Thị Thúy Quỳnh

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BN	:	Bệnh nhân
CI	:	Confidence Interval (Khoảng tin cậy)
CNSHHN	:	Chức năng sinh hoạt hằng ngày
CSTL	:	Cột sống thắt lưng
CT-Scanner	:	Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography Scanner)
D ₀	:	Trước điều trị
D ₁₄	:	Sau ngày điều trị thứ 14
D ₇	:	Sau ngày điều trị thứ 7
ĐC	:	Đối chứng
HC	:	Hội chứng
HCTLH	:	Hội chứng thắt lưng hông
MRI	:	Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
n	:	Số bệnh nhân
NC	:	Nghiên cứu
ODI	:	Oswestry Disability Index (Chỉ số khuyết tật Oswestry - Thang điểm chất lượng cuộc sống)
OR	:	Odds Ratio (Tỷ suất chênh)
p	:	Probability value (Giá trị xác suất)
SXK	:	Sóng xung kích
THCS	:	Thoái hóa cột sống
TKT	:	Thần kinh tọa
TVĐĐ	:	Thoát vị đĩa đệm
VAS	:	Thang điểm đau (Visual Analog Scale)
YHCT	:	Y học cổ truyền
YHHĐ	:	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN	3
1.1. Tổng quan về hội chứng thất lưng hông theo Y học hiện đại.....	3
1.1.1. Giải phẫu vùng cột sống thất lưng	3
1.1.2. Khái niệm chung về hội chứng thất lưng hông.....	6
1.1.3. Nguyên nhân của hội chứng thất lưng hông	6
1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng thất lưng hông ...	7
1.1.5. Chẩn đoán	9
1.1.6. Điều trị	11
1.2. Tổng quan về hội chứng thất lưng hông theo Y học cổ truyền.....	13
1.2.1. Bệnh danh	13
1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	13
1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị.....	14
1.3. Tổng quan về phương pháp Cận tam châm	18
1.3.1. Đại cương.....	18
1.3.2. Cơ sở lý luận chọn huyết Cận tam châm	19
1.3.3. Cơ sở lý luận và phác đồ huyết theo phương pháp Cận tam châm trong điều trị hội chứng thất lưng hông	21
1.4. Tổng quan về sóng xung kích	22
1.4.1. Lịch sử ứng dụng sóng xung kích trong y học	22
1.4.2. Nguyên lý tạo sóng xung kích	23
1.4.3. Đặc điểm sóng xung kích.....	23
1.4.4. Cơ chế tác dụng của sóng xung kích	24
1.4.5. Chỉ định và chống chỉ định của sóng xung kích.....	24
1.4.6. Tác dụng phụ.....	25
1.4.7. Quy trình điều trị bằng sóng xung kích:	25

1.5. Tình hình nghiên cứu về điều trị hội chứng thắt lưng hông trên thế giới và Việt Nam	25
1.5.1. Trên thế giới.....	25
1.5.2. Tại Việt Nam.....	28
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu	30
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu	30
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	31
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	33
2.3. Đối tượng nghiên cứu.....	33
2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại.....	33
2.3.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền	34
2.3.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân	34
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	35
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	35
2.4.2. Cỡ mẫu	35
2.4.3. Phương pháp chọn mẫu	35
2.4.4. Các bước tiến hành nghiên cứu	35
2.4.5. Quy trình điều trị.....	38
2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu.....	40
2.6. Phương pháp thu thập và đánh giá kết quả	41
2.6.1. Mức độ đau theo VAS	41
2.6.2. Độ giãn cột sống thắt lưng	42
2.6.3. Tầm vận động chủ động cột sống thắt lưng	43
2.6.4. Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh tọa bằng nghiệm pháp Lasègue ..	44
2.6.5. Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày – theo ODI.....	44
2.6.6. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	45
2.6.7. Đánh giá sự thay đổi của các triệu chứng YHCT	45

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu	46
2.8. Hạn chế của nghiên cứu	46
2.9. Đạo đức trong nghiên cứu.....	46
2.10. Sơ đồ nghiên cứu.....	48
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	49
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	49
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi.....	49
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới.....	50
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	50
3.1.4. Tính chất khởi phát đau	51
3.1.5. Phân bố theo thời gian mắc bệnh.....	51
3.1.6. Phân bố theo rễ thần kinh tổn thương.....	52
3.1.7. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đường kinh bị bệnh.....	52
3.1.8. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm trước điều trị	53
3.1.9. Đặc điểm về các triệu chứng YHCT của 2 nhóm trước điều trị.....	54
3.2. Kết quả điều trị.....	55
3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS	55
3.2.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động cột sống thắt lưng.....	56
3.2.3. Sự thay đổi trên các triệu chứng Y học cổ truyền	62
3.2.4. Kết quả điều trị chung.....	63
3.2.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp kết hợp	64
3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu:.....	65
3.3.1. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh tới kết quả điều trị	65
3.3.2. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp tới kết quả điều trị	65
3.3.3. Sự ảnh hưởng của hoàn cảnh khởi phát tới kết quả điều trị	66
3.3.4. Sự ảnh hưởng của số đường kinh bị bệnh tới kết quả điều trị.....	66

Chương 4: BÀN LUẬN.....	67
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	67
4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	67
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	69
4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	70
4.1.4. Hoàn cảnh khởi phát đau	71
4.1.5. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh	71
4.1.6. Rễ thần kinh tổn thương	72
4.1.7. Sự phân bố đường kinh bị bệnh theo YHCT:	73
4.1.8. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm trước điều trị	74
4.2. Kết quả điều trị.....	75
4.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS	75
4.2.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động cột sống thắt lưng.....	80
4.2.3. Sự thay đổi của các triệu chứng Y học cổ truyền	87
4.2.4. Kết quả điều trị chung.....	89
4.2.5. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp kết hợp	93
4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị	95
4.3.1. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh tới kết quả điều trị	95
4.3.2. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp tới kết quả điều trị	96
4.3.3. Sự ảnh hưởng của hoàn cảnh khởi phát tới kết quả điều trị	96
4.3.4. Sự ảnh hưởng của số đường kinh bị bệnh tới kết quả điều trị.....	96
KẾT LUẬN	98
KIẾN NGHỊ.....	99
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.....	42
Bảng 2.2. Đánh giá phân loại độ giãn thắt lưng.....	43
Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động gấp cột sống thắt lưng	43
Bảng 2.4. Đánh giá tầm vận động nghiêng cột sống thắt lưng	43
Bảng 2.5. Đánh giá tầm vận động đứng duỗi cột sống thắt lưng.....	44
Bảng 2.6. Đánh giá điểm Lasègue	44
Bảng 2.7. Đánh giá chức năng sinh hoạt hằng ngày	45
Bảng 2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	45
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi.....	49
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hoàn cảnh khởi phát đau.....	51
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo rễ thần kinh tổn thương	52
Bảng 3.4. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm trước điều trị	53
Bảng 3.5. Đặc điểm về các triệu chứng YHCT của 2 nhóm trước điều trị...	54
Bảng 3.6. Sự thay đổi thang điểm VAS trước và sau điều trị của hai nhóm	55
Bảng 3.7. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober trước và sau điều trị	56
Bảng 3.8. Sự cải thiện độ Lasègue trước và sau điều trị.....	57
Bảng 3.9. Sự cải thiện tầm vận động gấp cột sống thắt lưng.....	58
Bảng 3.10. Sự cải thiện tầm vận động duỗi cột sống thắt lưng	59
Bảng 3.11. Sự cải thiện tầm vận động nghiêng (bên đau) cột sống thắt lưng	60
Bảng 3.12. Sự thay đổi CNSHHN theo thang điểm ODI	61
Bảng 3.13. Sự thay đổi trên các triệu chứng Y học cổ truyền	62
Bảng 3.14. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh tới kết quả điều trị.....	65
Bảng 3.15. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp tới kết quả điều trị	65
Bảng 3.16. Sự ảnh hưởng của hoàn cảnh khởi phát tới kết quả điều trị	66
Bảng 3.17. Sự ảnh hưởng của số đường kinh bị bệnh tới kết quả điều trị.....	66

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới	50
Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp	50
Biểu đồ 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh.....	51
Biểu đồ 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo theo đường kinh bị bệnh ...	52
Biểu đồ 3.5. Kết quả điều trị chung sau 7 ngày	63
Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung sau 14 ngày	64

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1:	Các đốt sống thắt lưng	3
Hình 1.2:	Đám rối thần kinh thắt lưng cùng cụt	5
Hình 2.1:	Máy tạo sóng xung kích HK. ESWO-300	32
Hình 2.2:	Máy điện châm.....	32
Hình 2.3:	Thang điểm VAS	42

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thắt lưng hông (HCTLH) là một hội chứng bệnh thường gặp trên lâm sàng, bao gồm các triệu chứng biểu hiện tổn thương đồng thời bệnh lý cột sống thắt lưng và bệnh lý của các rễ thần kinh tạo thành dây thần kinh hông to trong đám rối thần kinh thắt lưng cùng [1].

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, khoảng 80% dân số từng trải qua ít nhất một lần đau vùng cột sống thắt lưng trong đời. Tại Hoa Kỳ, hội chứng thắt lưng hông là nguyên nhân phổ biến đứng thứ hai khiến người bệnh tìm đến cơ sở y tế, xuất hiện ở cả hai giới và thường gặp trong lứa tuổi lao động [2]. Ở Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy hội chứng thắt lưng hông chiếm khoảng 2% dân số, tỷ lệ này tăng lên 17% ở nhóm trên 60 tuổi, đồng thời đây cũng là một trong 15 bệnh lý cơ xương khớp thường gặp nhất [3].

Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng nội khoa như: thuốc tây y, các phương pháp vật lý trị liệu, thể dục trị liệu... Một số trường hợp phải điều trị ngoại khoa. Các thuốc giảm đau và kháng viêm không steroid cho hiệu quả giảm đau nhanh trong giai đoạn cấp, tuy nhiên việc sử dụng kéo dài có thể gây nhiều tác dụng không mong muốn như rối loạn tiêu hóa, ảnh hưởng chức năng gan, thận và tim mạch. Can thiệp ngoại khoa chỉ được chỉ định trong những trường hợp nặng và tiềm ẩn nguy cơ biến chứng. Do đó, việc tìm kiếm các phương pháp điều trị không dùng thuốc, có hiệu quả giảm đau tốt, hạn chế tác dụng phụ và dễ triển khai trên lâm sàng là nhu cầu cần thiết. Trong điều trị nội khoa, điều trị bằng sóng xung kích là một trong những phương pháp điều trị vật lý trị liệu có hiệu quả, được nhiều nghiên cứu sử dụng để điều trị các bệnh lý cơ xương khớp với tác dụng giãn cơ, giảm đau. Ngày nay, sóng xung kích được sử dụng trong lĩnh vực y khoa để điều trị các triệu chứng đau cơ mạn tính, rối loạn gân xương, các điểm đau chói ở vùng cổ và lưng [4], [5].

Trong Y học cổ truyền (YHCT), HCTLH được mô tả trong phạm vi “Chứng tý” với các bệnh danh: “Tọa cốt phong”, “Yêu cước thống”... [6]. Với các phương pháp điều trị: dùng thuốc và không dùng thuốc, trong đó châm cứu là kỹ thuật điều trị có tác dụng giảm đau và phục hồi vận động CSTL, đã được chứng minh bằng nhiều nghiên cứu khoa học [7]. Hiện nay, Cật tam châm là phương pháp tân châm do giáo sư Cật Thụy (Trung Quốc) sáng lập ra đã được áp dụng rộng rãi và có nhiều nghiên cứu cho kết quả khả quan trong điều trị HCTLH tại Việt Nam và thế giới [8], [9], [10].

Với mong muốn phối hợp ưu điểm giảm đau, giãn cơ nhanh của sóng xung kích và tác dụng đuổi ngoại tà, cân bằng âm dương, thông kinh lạc, điều hoà chức năng tạng phủ của phương pháp Cật tam châm. Đồng thời đóng góp mình chứng trên lâm sàng, mang lại cho bệnh nhân và cán bộ y tế thêm một lựa chọn trong điều trị hội chứng thắt lưng hông, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá tác dụng phương pháp Cật tam châm kết hợp sóng xung kích điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống”*** với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng của phương pháp Cật tam châm kết hợp sóng xung kích điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp Cật tam châm kết hợp sóng xung kích điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống.

Chương 1

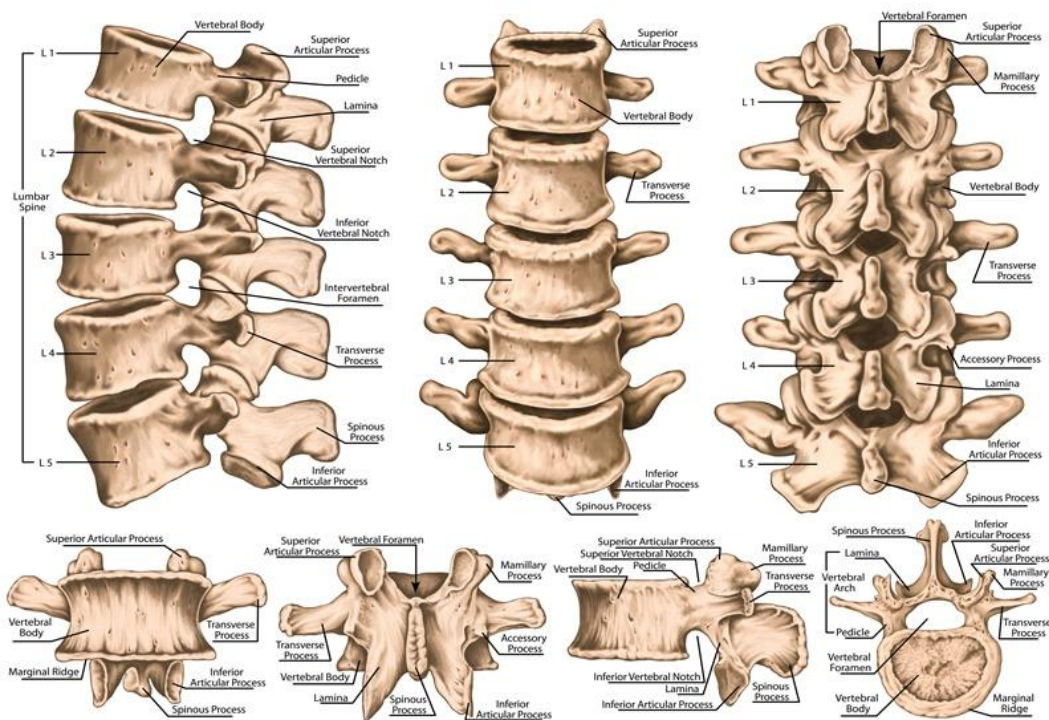
TỔNG QUAN

1.1. Tổng quan về hội chứng thắt lưng hông theo Y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu vùng cột sống thắt lưng

1.1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng và các đốt sống

Cột sống thắt lưng có 5 đốt sống, 4 đĩa đệm, 2 đĩa đệm chuyển đoạn (thuộc đoạn thắt lưng ngực và thắt lưng cùng). Tương tự các đoạn cột sống khác, đoạn cột sống thắt lưng được cấu tạo bởi nhiều đơn vị chức năng gọi là các đoạn vận động. Mỗi đoạn vận động bao gồm một đĩa đệm, hai thân đốt sống phía trên và phía dưới cùng với ống sống.



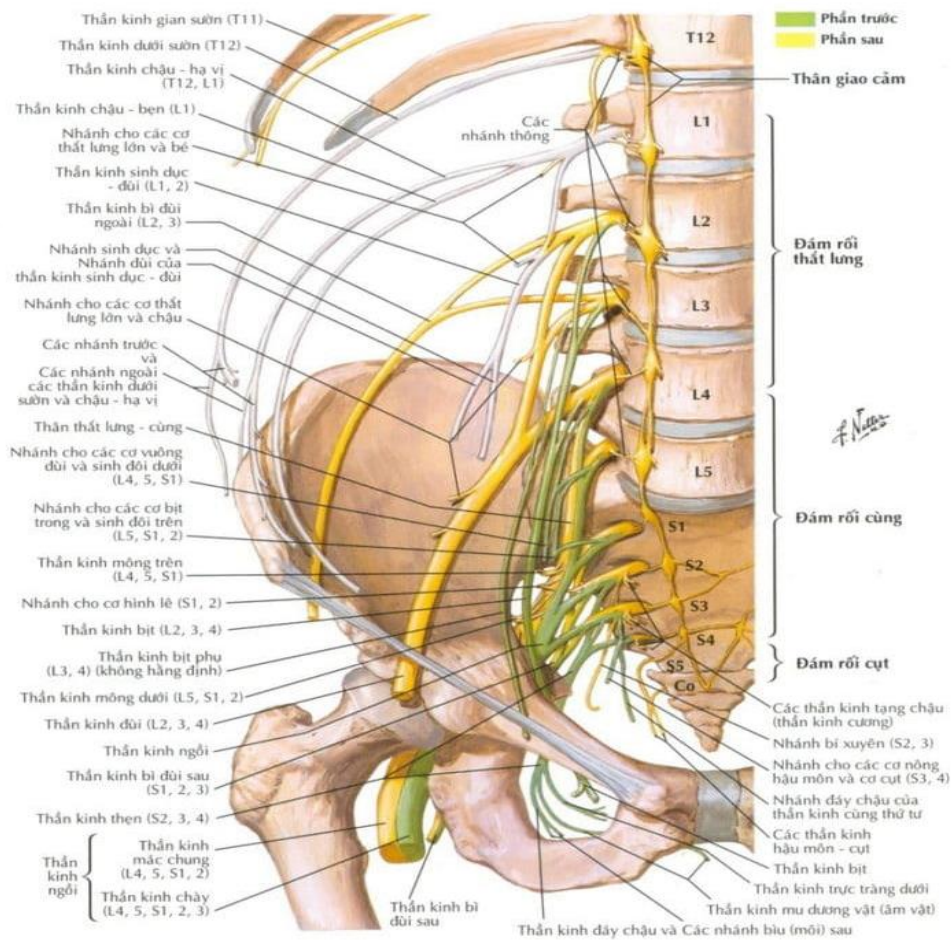
Hình 1.1. Các đốt sống thắt lưng [11]

Do phải chịu tải trọng lớn theo trục dọc cơ thể trong thời gian dài, các đốt sống thuộc vùng thắt lưng – cùng có một số đặc điểm cấu trúc đặc thù như sau:

- Thân đốt sống có kích thước rất lớn và chiều ngang rộng.
- Cuống đốt sống dày, trong đó khuyết sống dưới sâu hơn khuyết sống trên.
- Mỏm gai dạng hình chữ nhật và hướng nằm ngang ra phía sau.
- Mỏm ngang dài, được xem như phần di tích của xương sườn thoái hóa nên còn được gọi là mỏm sườn (*processus costarius*). Ở phía sau vị trí mỏm sườn gắn vào cung đốt sống có thêm mỏm phụ (*processus accessorius*).
- Mỏm khớp trên dẹt theo chiều ngang, diện khớp lõm nằm ở mặt trong và tại mặt ngoài có mỏm núm vú (*processus mamillaris*). Mỏm khớp dưới mang diện khớp lõm hình trụ, thích ứng với diện khớp của mỏm khớp trên.
- Lỗ đốt sống có dạng tam giác, kích thước nhỏ hơn lỗ đốt sống cổ nhưng lớn hơn lỗ đốt sống ngực.
- Tóm lại, do đốt sống thắt lưng không tiếp khớp với xương sườn và không có động mạch đốt sống đi qua lỗ ngang, đặc điểm nhận dạng chủ yếu của đốt sống thắt lưng là không có hố sườn ở hai bên thân và không có lỗ trên mỏm ngang [12].

1.1.1.2. Rễ và dây thần kinh hông to

Thần kinh hông to là dây thần kinh lớn nhất của cơ thể, đường kính tại nguyên ủy có thể đạt khoảng 2 cm. Dây thần kinh này rời chậu hông qua lỗ ngồi lớn, đi dưới cơ hình quả lê, chạy qua vùng mông và mặt sau đùi, sau đó phân đôi tại đỉnh hố khoeo thành thần kinh chày và thần kinh mác chung. Ở vùng mông, thần kinh hông to nằm giữa củ ngồi và máu chuyển lớn, phía trước cơ mông lớn, bắt chéo phía sau các cơ bịt trong, sinh đôi và vuông đùi; thần kinh bì đùi sau và động mạch mông dưới nằm ở phía trong. Tại mặt sau đùi, thần kinh đi phía sau cơ khép lớn và bị bắt chéo bởi đầu dài cơ nhị đầu đùi [13].



Hình 1.2. Đám rối thần kinh thắt lưng cùng cụt [8]

Thần kinh hông to đảm nhiệm chức năng vận động và cảm giác cho phần lớn chi dưới, gồm hai thành phần chính là thần kinh mác chung (N. fibularis communis) và thần kinh chày (N. tibialis).

- Thần kinh hông to đảm nhiệm chức năng vận động và cảm giác cho phần lớn chi dưới, gồm hai thành phần chính là thần kinh mác chung (N. fibularis communis) và thần kinh chày (N. tibialis). Thần kinh mác chung được tạo bởi các sợi sau của các nhánh trước rễ L4–S2, chạy dọc bờ ngoài hố khoeo tới cổ xương mác, sau đó vòng ra ngoài dưới cơ mác dài và chia thành thần kinh mác sâu và thần kinh mác nông.

- Thần kinh mác sâu đi ra trước dưới lớp sâu các cơ duỗi, tiếp cận và đi cùng động mạch chày trước, chi phối vận động cho cơ chày trước, cơ duỗi các

ngón chân dài, cơ duỗi ngón cái dài và cơ mác III; nhánh tận đảm nhiệm cảm giác vùng da kề nhau giữa ngón cái và ngón II. Thần kinh mác nông chạy giữa cơ mác và cơ duỗi các ngón chân dài, chi phối cơ mác dài, cơ mác ngắn và đảm nhiệm cảm giác phần lớn da mu chân, ngoại trừ vùng kẽ ngón I–II.

- Thần kinh chày được tạo bởi các nhánh trước rễ L4–S3, đi qua hố khoeo và mặt sau cẳng chân dưới cung cơ dép, sau đó tới vùng hãm gân gấp phía sau mắt cá trong, nơi nó chia thành thần kinh gan chân trong và gan chân ngoài. Các nhánh bên của thần kinh chày gồm các nhánh cơ, thần kinh bì bắp chân trong và các nhánh gót.

- Thần kinh gan chân trong chi phối vận động – cảm giác phần trong gan chân và các bờ kề nhau từ ngón I đến ngón IV. Thần kinh gan chân ngoài chi phối cơ vuông gan chân, cơ dạng ngón V, các cơ nội tại gan chân và đảm nhiệm cảm giác vùng ngoài gan chân cùng ngón V và bờ kề ngón IV–V [13], [14].

1.1.2. Khái niệm chung về hội chứng thắt lưng hông

Hội chứng thắt lưng hông (hay còn gọi là đau thần kinh tọa) là tình trạng đau rễ thần kinh, chủ yếu liên quan đến các rễ L₅ và S₁. Hội chứng này đặc trưng bởi cảm giác đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông, khởi phát từ vùng thắt lưng, lan xuống vùng hông, tiếp tục dọc mặt sau đùi, xuống cẳng chân và tới ngón cái hoặc ngón út, tùy thuộc vào rễ thần kinh bị ảnh hưởng [1].

1.1.3. Nguyên nhân của hội chứng thắt lưng hông

- Nguyên nhân cơ học:
 - + Thoát vị đĩa đệm: Đây là nguyên nhân thường gặp nhất. Theo nghiên cứu của Deyo RA và Mirza SK (2016), tỷ lệ này chiếm khoảng 85% các trường hợp [1].
 - + Thoái hóa cột sống: Liên quan chặt chẽ đến quá trình lão hóa. Báo cáo của Kellgren và Lawrence cho thấy thoái hóa cột sống thắt lưng gặp ở 30% nam giới và 28% phụ nữ trong độ tuổi 55–64 [15].

- Chấn thương cột sống.
- + Trượt đốt sống.
- + Vỡ đốt sống.
- Nhóm nguyên nhân do một bệnh toàn thể:
 - + Bệnh do thấp: Viêm khớp dạng thấp.
 - + Do nhiễm khuẩn: Lao cột sống, áp xe cột sống...
 - + Ung thư đốt sống tiên phát hoặc di căn.
 - + Nội tiết: Loãng xương, nhuyễn xương, cường cận giáp...
 - + Dị tật bẩm sinh hoặc mắc phải của cột sống thắt lưng cùng chậu.
- Một số nguyên nhân khác:
 - + Các tình trạng như phụ nữ có thai, bệnh phụ khoa, bệnh lý tiết niệu, ruột, dạ dày; cùng với các yếu tố nghề nghiệp (lái xe, thợ may, khuôn vác...) đều có thể liên quan [16] [17].
 - + Những năm gần đây, yếu tố di truyền đã được ghi nhận có liên quan đến hội chứng thắt lưng hông [18].

1.1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng thắt lưng hông

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của HCTLH thường được biểu hiện thông qua hai hội chứng chính: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh.

- Hội chứng cột sống:
 - + Đau cột sống thắt lưng: xuất hiện từ từ hoặc đột ngột; đây là triệu chứng có mặt ở 100% bệnh nhân.
 - + Co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng.
 - + Biến dạng cột sống: thường gặp nhất là mất đường cong sinh lý và lệch, vẹo cột sống thắt lưng; đồng thời có điểm đau cột sống và điểm đau cạnh sống thắt lưng...

+ Hạn chế biên độ vận động CSTL: chủ yếu là hạn chế động tác nghiêng sang bên đối diện với tư thế chống đầu và hạn chế tầm vận động gấp CSTL.

- Hội chứng rễ thần kinh: Hội chứng rễ thần kinh đặc trưng bởi: rối loạn cảm giác dọc theo vùng chi phối của dây thần kinh tọa, teo cơ do sự chèn ép rễ thần kinh chi phối và giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

+ Đặc điểm đau rễ: cơn đau lan theo phân bố của rễ thần kinh bị ảnh hưởng, có tính chất cơ học, thường khởi phát sau đau lưng khu trú; mức độ đau có thể khác nhau giữa các vùng trên chi dưới.

+ Dấu hiệu kích thích rễ (giá trị chẩn đoán cao): bao gồm các dấu hiệu Lasègue, dấu hiệu bầm chuông và các điểm đau Valleix.

+ Các dấu hiệu tổn thương rễ thần kinh: có thể gồm một hoặc nhiều triệu chứng như rối loạn cảm giác theo vùng phân bố của rễ, suy giảm vận động (giảm lực gấp hoặc duỗi bàn chân), giảm phản xạ gân xương (gân gót hoặc gân tứ đầu đùi), teo cơ, và trong trường hợp nặng như hội chứng chèn ép đuôi ngựa, có thể xuất hiện rối loạn cơ tròn [19], [20], [21].

1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Các xét nghiệm và thăm dò chức năng có vai trò quan trọng trong đánh giá bản chất và mức độ tổn thương, trong đó chẩn đoán hình ảnh giữ vai trò then chốt, bao gồm:

- X-quang cột sống thắt lưng các tư thế thẳng, nghiêng và chếch 3/4 giúp định hướng nguyên nhân chèn ép rễ thần kinh như mất đường cong sinh lý, thoái hóa cột sống, hẹp khe liên đốt.

- Chụp bao rễ thần kinh từng được sử dụng phổ biến trước khi có CT và MRI, cho phép phát hiện thoát vị đĩa đệm và hẹp ống sống.

- Chụp cắt lớp vi tính cho hình ảnh xương rõ nét nhưng hạn chế trong đánh giá phần mềm.

- Chụp cộng hưởng từ là phương pháp hiện đại nhất hiện nay, cho phép đánh giá toàn diện tổn thương cột sống, đĩa đệm và rễ thần kinh.
- Điện cơ đồ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh giúp xác định vị trí, mức độ tổn thương rễ thần kinh và hỗ trợ tiên lượng bệnh.
- Xét nghiệm dịch não tủy thường ghi nhận protein tăng nhẹ, tăng cao hơn trong trường hợp có chèn ép thần kinh [22], [23].

1.1.5. Chẩn đoán

1.1.5.1. Chẩn đoán xác định

❖ Lâm sàng:

Hội chứng thắt lưng hông gồm có hai hội chứng thành phần là hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh [1].

+ Hội chứng cột sống:

Đau CSTL: có thể xuất hiện đột ngột với tính chất cấp tính, xảy ra tự nhiên hoặc sau chấn thương, cũng có thể khởi phát từ từ và tiến triển theo dạng bán cấp hoặc mạn tính.

Biến dạng cột sống: thường gặp là mất đường cong sinh lý CSTL và vẹo CSTL.

Cơ cạnh sống thắt lưng một hoặc 2 bên co cứng, ấn đau.

Có điểm đau cột sống và điểm đau cạnh sống CSTL.

Hạn chế tầm vận động CSTL: thường biểu hiện bằng giảm khả năng nghiêng về phía đối diện với tư thế chống đau, kèm theo hạn chế các động tác cúi, uốn và xoay của cột sống.

+ Hội chứng rễ thần kinh:

Biểu hiện: rối loạn cảm giác lan dọc theo các dải cảm giác, teo cơ do rễ thần kinh bị chèn ép và giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

Đặc điểm đau rễ: đau lan dọc theo vùng chi phối của rễ thần kinh bị chèn ép, đau mang tính chất cơ học và xuất hiện sau giai đoạn đau thắt lưng khu trú, mức độ đau giữa các vùng của chi dưới có thể không đồng đều.

Dấu hiệu kích thích rễ: dương tính với các nghiệm pháp Lasègue, dấu hiệu bấm chuông, hệ thống các điểm đau Valleix và dấu hiệu Neri.

Dấu hiệu tổn thương chức năng rễ thần kinh: có thể bao gồm rối loạn vận động, rối loạn cảm giác, rối loạn phản xạ, rối loạn thần kinh thực vật và dinh dưỡng; trong trường hợp nặng có thể xuất hiện rối loạn cơ tròn, điển hình là hội chứng đuôi ngựa.

❖ **Cận lâm sàng:**

- Các xét nghiệm viêm trong máu: Thông thường cho kết quả âm tính, các chỉ số sinh hóa cơ bản vẫn trong giới hạn bình thường.

- Chụp X-quang quy ước cột sống thắt lưng: Ít có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân. Phần lớn trường hợp hình ảnh X-quang bình thường hoặc chỉ ghi nhận dấu hiệu thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt đốt sống. Chủ yếu được sử dụng để loại trừ các tổn thương khác như viêm đĩa đệm – đốt sống, hủy xương do ung thư...

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: Có giá trị cao trong việc xác định chính xác dạng tổn thương, vị trí và mức độ thoát vị đĩa đệm, đồng thời phát hiện được các nguyên nhân ít gặp như viêm đĩa đệm – đốt sống, khối u...

- Chụp CT-scan: Được chỉ định trong trường hợp không có điều kiện thực hiện MRI.

- Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh [23].

1.1.5.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần lưu ý chẩn đoán phân biệt với các tình trạng có biểu hiện tương tự đau thần kinh tọa.

- Các dạng đau liên quan đến những dây thần kinh khác, như đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi ngoài hoặc đau dây thần kinh bịt.
- Các bệnh lý khớp háng, bao gồm viêm khớp, hoại tử chỏm xương đùi, thoái hóa khớp hoặc tổn thương do chấn thương.
- Tổn thương vùng chậu – thắt lưng khác, chẳng hạn viêm khớp cùng–chậu, viêm hoặc áp xe cơ thắt lưng – chậu. [23].

1.1.6. Điều trị

1.1.6.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị cần được định hướng theo nguyên nhân, trong đó thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Mục tiêu điều trị bao gồm giảm đau và phục hồi vận động một cách sớm nhất có thể.
- Điều trị nội khoa được ưu tiên áp dụng cho các trường hợp mức độ nhẹ đến trung bình.
- Can thiệp ngoại khoa được chỉ định khi xuất hiện biến chứng ảnh hưởng đến vận động hoặc cảm giác.
- Đối với đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính, cần thực hiện giải ép cột sống kết hợp với điều trị chuyên khoa phù hợp. [23].

1.1.6.2. Điều trị cụ thể:

❖ Điều trị nội khoa:

- Điều trị nội khoa trong đau thần kinh tọa nhằm giảm đau, giảm viêm và cải thiện chức năng vận động cho người bệnh. Bên cạnh việc sử dụng thuốc, nghỉ ngơi hợp lý đóng vai trò quan trọng. Người bệnh cần hạn chế các vận động làm tăng áp lực lên cột sống thắt lưng, tránh mang vác nặng và không duy trì tư thế bất lợi trong thời gian dài.
- Việc điều trị bằng thuốc được lựa chọn dựa trên mức độ đau và đáp

ứng lâm sàng. Nhóm thuốc giảm đau thường được sử dụng đầu tay và có thể dùng đơn trị hoặc phối hợp khi cần thiết (paracetamol, tramadol). Thuốc kháng viêm không steroid được chỉ định nhằm kiểm soát phản ứng viêm và giảm đau tại rễ thần kinh, có thể lựa chọn nhóm không chọn lọc hoặc nhóm ức chế chọn lọc COX-2 tùy từng bệnh nhân (ibuprofen, diclofenac, meloxicam, celecoxib). Trong quá trình sử dụng, cần theo dõi các tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa, chức năng thận và tim mạch, đồng thời cân nhắc sử dụng thuốc bảo vệ dạ dày khi phù hợp.

- Thuốc giãn cơ được sử dụng nhằm làm giảm co cứng các cơ cạnh cột sống, qua đó góp phần cải thiện vận động (tolperisone, eperisone). Ở những trường hợp đau nhiều hoặc có xu hướng mạn tính, có thể phối hợp thêm các thuốc điều trị đau thần kinh nhằm cải thiện kiểm soát triệu chứng (gabapentin, pregabalin), cùng với các thuốc bổ trợ như vitamin nhóm B hoặc mecobalamin.

- Trong các trường hợp đau rễ thần kinh rõ rệt và đáp ứng với điều trị nội khoa còn hạn chế, tiêm corticosteroid ngoài màng cứng có thể được cân nhắc như một biện pháp hỗ trợ nhằm giảm viêm và giảm đau, thường được thực hiện dưới hướng dẫn của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh [23].

❖ **Vật lý trị liệu:**

- Liệu pháp xoa bóp, mát-xa: Áp dụng để giúp thư giãn cơ, giảm đau và cải thiện tuần hoàn vùng cột sống thắt lưng.

- Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng: điều trị bằng sóng xung kích, chiếu đèn hồng ngoại, siêu âm điều trị, paraffin hoặc các bài tập mạnh cơ vùng thắt lưng...[23], [24].

❖ **Các thủ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu:**

- Mục tiêu của phương pháp này là loại bỏ hoặc làm tiêu một phần mô nhân nhầy ở trung tâm đĩa đệm, qua đó giảm áp lực đè ép lên rễ thần kinh do khối thoát vị.

- Chỉ định: Áp dụng cho các trường hợp thoát vị đĩa đệm còn nằm dưới dây chằng dọc sau, tức là khối thoát vị chưa xuyên qua dây chằng này [23].

❖ **Điều trị ngoại khoa:**

Phẫu thuật được chỉ định khi điều trị nội khoa không đạt hiệu quả hoặc trong các tình huống có chèn ép thần kinh nghiêm trọng (hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới...), hoặc xuất hiện dấu hiệu teo cơ.

Việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phụ thuộc vào đặc điểm thoát vị, mức độ trượt đốt sống, sự hiện diện của khối u chèn ép cũng như điều kiện trang thiết bị. Phương pháp thường dùng là:

- + Phẫu thuật lấy nhân đệm: là phương pháp can thiệp nhằm loại bỏ phần đĩa đệm bị thoát vị đang chèn ép lên rễ thần kinh, giải phóng chèn ép và cải thiện triệu chứng. Phẫu thuật được chỉ định khi điều trị bảo tồn trong ít nhất 3 tháng không đạt hiệu quả.

- + Phẫu thuật cắt cung sau đốt sống: áp dụng trong trường hợp đau thần kinh tọa do hẹp ống sống.

- + Đối với các trường hợp trượt đốt sống có kèm chèn ép thần kinh nặng, cần can thiệp phẫu thuật nhằm tái lập sự ổn định của cột sống thông qua kỹ thuật cố định liên đốt. [23].

1.2. Tổng quan về hội chứng thắt lưng hông theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Trong nhiều tác phẩm kinh điển của Y học cổ truyền như Hoàng đế Nội kinh – Tố vấn, Kim quỹ yếu lược, Tuệ Tĩnh toàn tập... HCTLH đã được mô tả với các tên bệnh khác nhau tùy thuộc vào vị trí tổn thương hoặc căn nguyên, chẳng hạn như “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong”...[24].

Phần lớn các tác phẩm kinh điển đều xếp bệnh lý này vào phạm vi chứng tý. “Tý” mang ý nghĩa bế tắc, khiến khí huyết không lưu thông, từ đó phát sinh đau nhức theo quan niệm “Bất thông tắc thống” [25].

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Do phong, hàn, thấp xâm nhập vào bì phu và kinh lạc, làm cho khí

huyết trong kinh lạc bị đình trệ. Phong có tính di chuyển nên người bệnh xuất hiện đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa. Hàn mang tính co rút và ngưng trệ, khiến khí huyết bị cản trở, dẫn đến co cứng gân cơ. Thấp có đặc tính nề trệ, làm tắc nghẽn kinh lạc và gây cảm giác tê bì, nặng nề, vận động khó khăn.

- Do can thận hư, phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập vào bì phu và kinh lạc, khiến kinh lạc bị bế tắc, khí huyết không thông, từ đó gây đau và hạn chế vận động. Khi tà khí phong hàn thấp bị uất lâu ngày hóa nhiệt, người bệnh có thể xuất hiện cảm giác nóng rát tại vị trí đau.

- Do sang chấn khiến huyết ứ hình thành, gây bế tắc kinh lạc; kinh khí không lưu thông làm phát sinh đau và làm giảm biên độ vận động [26].

1.2.3. Các thể lâm sàng và điều trị

Theo Y học cổ truyền, chứng “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong” tương ứng với HCTLH hông trong YHHĐ được phân loại thành bốn thể bệnh lâm sàng, bao gồm: thể phong hàn thấp, thể phong hàn thấp kiêm can thận hư, thể huyết ứ và thể thấp nhiệt [27].

1.2.3.1. Thể phong hàn thấp:

Thường gặp trong những trường hợp hội chứng thắt lưng hông do lạnh.

- **Triệu chứng:** Người bệnh thường khởi phát đau sau khi nhiễm lạnh, với cảm giác đau lan từ thắt lưng lan xuống mông, đùi hoặc cẳng chân. Đau có điểm khu trú, tăng lên khi thời tiết lạnh và giảm khi được chườm ấm. Chưa ghi nhận teo cơ. Kèm theo đó, bệnh nhân sợ gió, sợ lạnh, đại tiện có thể bình thường hoặc hơi nát, tiểu tiện trong dài. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch thường gặp là phù hoặc phù khản.

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

- **Phương dược:** Can khương thương truật linh phụ thang gia giảm

Can khương	08g	Quế chi	08g
Thương truật	08g	Ý dĩ	08g

Cam thảo	06g	Bạch linh	12g
----------	-----	-----------	-----

Xuyên khung 16g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần

- **Châm hoặc cứu:** Châm tả các huyết

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rẽ S1): các huyết A thì vùng cột sống thắt lưng Giáp tích L4- L5, L5- S1, Thận du (BL. 23), Đại trường du (BL. 25), Trật biên (BL. 54), Ân môn (BL. 37), Thừa phù (BL. 36), Ủy trung (BL. 40), Thừa sơn (BL. 57), Côn lôn (BL. 60).

+ Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rễ L5): các huyết A thị vùng cột sống thắt lưng, Giáp tích L4- L5, L5- S1, Thận du (BL. 23), Đại trường du (BL. 25), Hoàn khiêu (GB. 30), Phong thị (GB. 31), Dương lăng tuyền (GB. 34), Huyền chung (GB. 39), Khâu khư (GB. 40).

- **Xoa bóp bấm huyệt:** Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day và lăn vùng thắt lưng và vùng chân đau, đồng thời bấm các huyệt theo kinh lạc bị tổn thương và một số huyệt toàn thân. Kết hợp vận động cột sống và vận động chi dưới. Các thao tác được tiến hành theo hướng từ vùng thắt lưng lan xuống chân đau.

- **Thủy châm:** Các huyệt: Đại trường du; Trật biên; Thừa phù.

1.2.3.2. *Thế can thân hư kiêm phong hàn thấp:*

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do THCS.

- **Triệu chứng:** Người bệnh thường đau vùng thắt lưng lan xuống mông đùi cẳng chân theo hướng đi của kinh Bàng quang và/hoặc kinh Đờm, kèm cảm giác tê bì, nặng nề; ở một số trường hợp có thể xuất hiện teo cơ. Bệnh tiến triển kéo dài và dễ tái phát. Bệnh nhân thường ăn kém, ngủ ít. Chất lưỡi bệu, nhợt, rêu lưỡi trắng, dày và nhớt. Mạch thường gấp là nhu hoãn hoặc trầm nhược.

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

- **Phương dược:** Độc hoạt tang ký sinh thang.

Độc hoạt 10g Phòng phong 12g

Tang ký sinh	12g	Tế tân	04g
Tần giao	12g	Đương quy	12g
Phục linh	12g	Quế chi	04g
Bạch thược	12g	Xuyên khung	08g
Thục địa	12g	Chích cam thảo	06g
Đỗ trọng	12g	Ngưu tất	12g
Đảng sâm	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- **Châm:** Châm tả các huyết giống thể phong hàn và châm bổ thêm các huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).
- **Thủy châm:** Giống thể phong hàn thấp.
- **Xoa bóp bấm huyết:** giống thể phong hàn thấp, bấm thêm huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

1.2.3.3. Thể thấp nhiệt:

Thường gặp trong những trường hợp hội chứng thất lưng hông do viêm nhiễm.

- **Triệu chứng:** Người bệnh thường đau vùng thất lưng lan xuống mông đùi cẳng chân theo hướng đi của kinh Bàng quang và/hoặc kinh Đờm, kèm cảm giác nóng rát như kim châm. Bên chân đau thường nóng hơn so với chân lành. Chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch thường biểu hiện hoạt sắc.

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

- **Phương dược:** Ý dĩ nhân thang hợp với Nhị diệu tán

Ý dĩ nhân	12g	Quế chi	06g
Cam thảo	06g	Thuộc dược	06g
Ma hoàng	06g	Hoàng bá	12g
Bạch truật	12g	Thương truật	10g
Đương quy	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần

- **Châm:** Châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp.

- **Xoa bóp bấm huyết:** Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day và lăn vùng thắt lưng và vùng chân đau, bấm các huyết theo kinh lạc bị tổn thương và một số huyết toàn thân. Kết hợp vận động cột sống và vận động chi dưới. Các thao tác được tiến hành theo hướng từ vùng thắt lưng lan xuống chân đau.

- **Thủy châm:** Các huyết: Đại trường du (BL. 25) Trật biên (BL. 54) Thừa phủ (BL. 36).

1.2.3.4. Thể huyết ứ:

Thường gặp trong những trường hợp hội chứng thắt lưng hông do chấn thương hoặc do thoát vị đĩa đệm.

- **Triệu chứng:** Đau xuất hiện đột ngột, đau dữ dội, tập trung nhiều ở một điểm, đau lan xuống chân, kèm theo hạn chế tầm vận động rõ, chất lưỡi ánh tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp.

- **Pháp điều trị:** Hoạt huyết khứ ứ, thông kinh hoạt lạc.

- **Phương dược:** Thân thống trục ứ thang

Đương quy	12g	Đào nhân	06g
Hồng hoa	06g	Nhũ hương	08g
Chích thảo	04g	Hương phụ chế	12g
Khương hoạt	12g	Tần giao	12g
Địa long	06g	Ngưu tất	12g
Ngũ linh chi	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần

- **Điện châm:** châm tả các huyết như thể phong hàn thấp và thêm

huyệt Huyết hải (SP.10).

- **Xoa bóp bấm huyệt:** Giống thể phong hàn thấp và tránh động tác vận động đột ngột cột sống.

1.3. Tổng quan về phương pháp Cận tam châm

1.3.1. Đại cương

Cận tam châm được hình thành vào những năm 1980 của thế kỷ XX. Người có đóng góp quan trọng trong việc nghiên cứu và hệ thống hóa phương pháp này là cố Giáo sư Cận Thụy (1932–2010), nguyên Tổng Thư ký Hội Châm cứu Trung Quốc và Viện trưởng Học viện Nghiên cứu Châm cứu Đại học Trung Y Dược Quảng Châu.

Giáo sư Cận Thụy đã xác định được các huyệt có tính chất đặc trưng và khả năng phối hợp với nhau mang lại hiệu quả điều trị cao. Những huyệt có tác dụng nổi bật nhất được ông tập hợp thành từng tổ hợp huyệt. Phần lớn các tổ hợp này gồm ba huyệt tạo thành một nhóm, mặc dù một số tổ hợp đặc biệt có thể bao gồm từ bốn đến mười huyệt. Từ cơ sở đó, phương pháp Cận tam châm được hình thành. Đến nay, có 39 tổ hợp huyệt được ứng dụng thường xuyên trong lâm sàng [28].

❖ Một số tổ hợp huyệt để điều trị áp dụng trên lâm sàng như:

- Điều trị các chứng đau thường dùng là: Tắt tam châm, Thoa tam châm, Niệu tam châm, Cảnh tam châm, Hòa tam châm, Tràng tam châm, Huyền thống châm, Kiên tam châm, Yêu tam châm, Âm tam châm, Vị tam châm, Tọa cốt châm, Đởm tam châm, Nhũ tam châm.

- Điều trị các chứng cơ thể vận động bị trở ngại: Não tam châm, Diện cơ châm, Thiệt tam châm, Thủ tam châm, Túc tam châm, Diện tam châm, Nhiếp tam châm, Ủy tam châm.

- Các tổ hợp huyệt có tác dụng điều trị các chứng bệnh thuộc tạng phủ: Niệu tam châm, Dương tam châm, Vị tam châm, Âm tam châm, Đởm tam châm, Bối tam châm, Tràng tam châm.

- Các tổ hợp huyết có tác dụng ích trí tinh thần: Nhiếp tam châm, Nhãn tam châm, Túc tam châm, Não tam châm, Huyền thống châm, Thủ trí châm, Trí tam châm, Định thần châm, Tứ thần châm.

- Các tổ hợp huyết điều trị các chứng bệnh của cơ thể, tứ chi: Diện tam châm, Kiên tam châm, Túc tam châm, Tất tam châm, Thoa tam châm, Cảnh tam châm, Tọa cốt châm, Thủ tam châm, Khỏa tam châm, Diện cơ châm.

- Các tổ hợp huyết điều trị các bệnh ngũ quan: Nhĩ tam châm, Thiệt tam châm, Tỵ tam châm, Nhãn tam châm.

- Các tổ hợp huyết có tác dụng cấp cứu: Bế tam châm, Thoát tam châm [28].

1.3.2. Cơ sở lý luận chọn huyết Cận tam châm

1.3.2.1. Chọn huyết căn cứ theo vị trí xung quanh nơi bị bệnh

Đối với các chứng trạng xuất hiện đơn độc, ông thường lựa chọn huyết quanh vùng tổn thương hoặc dựa trên nguyên tắc chọn huyết theo vị trí trên, giữa và dưới của khu vực bệnh. Khi nghiên cứu Kiên tam châm, ông nhận thấy các huyết thường dùng nằm xa vị trí đau nên hiệu quả cải thiện tuần hoàn tại chỗ còn hạn chế. Từ đó, xác định ba huyết gồm Kiên ngung, Kiên II châm nằm ngang và ra trước Kiên ngung 1 thốn, Kiên III châm nằm ngang và ra sau Kiên ngung 1 thốn.

Theo nguyên tắc này, các tổ hợp huyết như Nhĩ tam châm, Tỵ tam châm và Nhiếp tam châm lần lượt được xây dựng dựa trên phân bố giải phẫu tại chỗ và đường đi của kinh lạc. Các nghiên cứu cho thấy những tổ hợp tam châm này có hiệu quả cao hơn so với việc sử dụng đơn huyết hoặc song huyết, đồng thời trở thành nguyên tắc chọn huyết được ông áp dụng phổ biến nhất [28].

1.3.2.2. Căn cứ vào biện chứng tạng phủ

Trong điều trị các bệnh lý thuộc tạng phủ, ông ưu tiên sử dụng những huyết đặc hiệu của từng tạng, xem đó là chủ huyết để nâng cao hiệu quả lâm sàng.

Ở Vị tam châm, ông lựa chọn Trung quản huyết mộ của kinh Vị; Túc

tam lý huyết hợp của kinh Vị; và Nội quan huyết giao hội của mạch Âm duy, Xung mạch và thuộc nhóm bát mạch giao hội.

Đối với Đờm tam châm, tổ hợp gồm huyết Nhật nguyệt huyết mộ của kinh Đờm; huyết Kỳ môn huyết mộ của kinh Can (do Can Đờm có mối quan hệ biểu lý); và huyết Dương lăng tuyền huyết hợp của kinh Đờm [28].

1.3.2.3. Căn cứ vào tuần hoàn kinh mạch

Tác dụng tinh não khai khiếu và định thần ích trí của huyết Dũng tuyền đã được chứng minh trên lâm sàng. Trong điều trị chứng tự kỷ ở trẻ em, ông từng áp dụng nguyên tắc bổ thận ích khí, trấn tinh ích não và lựa chọn các huyết Thận du, Mệnh môn, Bách hội, tuy nhiên kết quả đạt được chưa thật sự khả quan.

Từ đó, Cận Thụy tiếp tục nghiên cứu sâu hơn và nhận định rằng thận tàng chí, liên quan trực tiếp đến thần chí và trí tuệ. Dù trẻ tự kỷ không rơi vào trạng thái hôn mê, nhưng được quy vào thể “não thần tinh nhi bất thanh”, vì vậy cần áp dụng phép trị khai khiếu tinh thần. Đồng thời, theo quan niệm thận tàng tinh, tinh hóa tủy, và não là bể của tủy, ông vận dụng nguyên lý “bệnh ở trên lấy huyết ở dưới” để lựa chọn huyết Dũng tuyền làm chủ huyết điều trị [28].

1.3.2.4. Dựa vào công năng hiệp đồng của huyết

Đối với các chứng bệnh khó, ông thường lựa chọn những huyết có công năng tương đồng hoặc nằm gần nhau để tăng cường hiệu quả điều trị. Ở Trí tam châm, ông sử dụng huyết Thần đình kết hợp với hai huyết Bản thân hai bên nhằm điều trị các tình trạng suy giảm trí lực. Tương tự, với Não tam châm, ông xác định ba huyết gồm Não hộ và Não không (trái, phải) để can thiệp các bệnh lý liên quan đến não bộ [28].

1.3.3. Cơ sở lý luận và phác đồ huyết theo phương pháp Cận tam châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông

HCTLH biểu hiện chủ yếu bằng đau vùng thắt lưng lan xuống hông, đùi và cẳng chân, kèm theo cảm giác tê bì, trong nhiều trường hợp có thể gây teo cơ và hạn chế vận động cột sống thắt lưng.

Trong điều trị HCTLH, hai mục tiêu quan trọng nhất là giảm đau và phục hồi chức năng vận động. Dựa trên cơ sở chọn huyết theo vị trí bị bệnh và triệu chứng của bệnh, để điều trị bệnh bằng phương pháp Cận tam châm, trong nghiên cứu lựa chọn 5 tổ hợp huyết sau:

- Yêu tam châm: Thận du - Đại trường du - Ủy trung.
- Tọa cốt châm: Tọa cốt điểm - Ủy trung - Côn lân.
- Túc tam châm: Túc tam lý - Tam âm giao - Thái xung.
- Ủy tam châm: Túc tam lý - Tam âm giao - Thái khê.
- Khỏa tam châm: Giải khê - Thái khê - Côn lân.

❖ Công thức huyết theo phương pháp Cận tam châm điều trị HCTLH đều dựa trên các triệu chứng của bệnh.

- Tổ hợp huyết “Yêu tam châm”: Thận du – Đại trường du - Ủy trung nhằm điều trị chứng đau lưng, căn cứ theo vị trí xung quanh vùng thắt lưng bị bệnh [28], [29].

- Tổ hợp huyết “Tọa cốt châm”: Tọa cốt điểm - Ủy trung – Côn lân được đúc rút từ kinh nghiệm lâm sàng của Giáo sư Cận Thụy. Nhóm huyết này dựa vào bệnh đau dây TKT mà đặt tên. Khi xác định huyết Tọa cốt điểm bệnh nhân ở tư thế nằm sấp, bởi vì khi nằm sấp, tại Tọa cốt điểm sẽ là điểm bị kích thích. Vị trí Tọa cốt điểm: Đầu trên của khe liên mông đo ngang sang 3 thốn. Cơ sở chọn huyết này cũng căn cứ theo vị trí cơ quan bị bệnh [28], [30].

- Tổ hợp huyết “Túc tam châm”: Túc tam lý – Tam âm giao – Thái xung để điều trị triệu chứng hạn chế vận động vùng chi dưới. Bên cạnh đó, huyết

Tam âm giao là giao hội của 3 kinh âm: Can, Tỳ, Thận có tác dụng sơ can, ích thận; huyết Thái xung là huyết Nguyên của kinh Can có tác dụng bình can, lý huyết. Cách chọn huyết này cũng dựa vào cơ sở biện chứng tạng phủ: Can thận hư dẫn đến đau lưng, vận động vùng chân hạn chế.

- Tổ hợp huyết “Ủy tam châm” chi dưới: Túc tam lý – Tam âm giao – Thái khê là nhóm huyết tập trung điều trị các triệu chứng teo cơ, yếu, liệt, hạn chế vận động vùng chi dưới. Nguyên lý chọn huyết của tổ hợp này tập trung vào việc bồi bổ nguồn gốc Tiên thiên và Hậu thiên, đồng thời thông lợi kinh lạc để nuôi dưỡng cơ nhục. Thái khê là Du huyết và Nguyên huyết của kinh Thận, được sử dụng để bổ Thận tinh và bồi bổ nguyên khí, bởi Thận được coi là “gốc rễ của sự sống, nền tảng của mười hai kinh mạch”. Túc Tam Lý là huyết hợp của kinh Túc Dương Minh Vị, có tác dụng điều hòa khí huyết, tăng cường tuần hoàn, nuôi dưỡng cơ nhục, điều trị teo cơ, hạn chế vận động do hư tổn khí huyết Hậu thiên.

- Tổ hợp huyết “Khỏa tam châm”: Côn lân- Thái khê- Giải khê được lựa chọn với vai trò là nhóm huyết điều trị tại chỗ, nhằm điều trị các triệu chứng đau, tê bì lan xuống vùng gót chân và bàn chân, cải thiện triệu chứng hạn chế vận động, rối loạn cảm giác.

- Như vậy, công thức huyết điều trị HCTLH theo phương pháp Cận tam châm bao gồm 10 huyết sau:

- | | |
|-----------------|---------------|
| + Thận du | + Túc tam lý |
| + Đại trường du | + Tam âm giao |
| + Tọa cốt điểm | + Thái xung |
| + Ủy trung | + Thái khê |
| + Côn lân | + Giải khê |

1.4. Tổng quan về sóng xung kích

1.4.1. Lịch sử ứng dụng sóng xung kích trong y học

Sóng xung kích là dạng sóng cơ học có năng lượng cao, đặc trưng bởi sự thay đổi áp lực đột ngột trong thời gian rất ngắn, với biên độ lớn và ngắn quãng. Áp lực đỉnh của sóng có thể đạt tới 500 – 1000 bar, thời gian xung chỉ trong vài micro giây, bao gồm một pha dương tăng nhanh sau đó là pha âm [31]. SXK trong y học được tạo ra ngoài cơ thể và truyền qua da, mô mềm để tập trung năng lượng vào vùng đích, nhờ đó có thể tác động lên mô tổn thương mà không cần can thiệp phẫu thuật xâm lấn [32].

Năm 1971, hãng Dornier MedTech bắt đầu nghiên cứu sử dụng SXK trong tán sỏi thận. Đến năm 1980, ca tán sỏi ngoài cơ thể đầu tiên được thực hiện thành công tại Đại học Ludwig Maximilian ở Munich và đưa phương pháp này trở thành tiêu chuẩn trong điều trị sỏi tiết niệu.

Sau thành công trong ngoại khoa, từ cuối những năm 1980, SXK được mở rộng ứng dụng sang lĩnh vực cơ xương khớp. Các nghiên cứu cho thấy phương pháp này có khả năng kích thích liền xương chậm và điều trị hiệu quả các bệnh lý phần mềm như viêm gân, vôi hóa gân và đau mạn tính. Hiện nay, liệu pháp SXK được chứng minh có tác dụng giảm đau, tăng tưới máu, kích thích tái tạo mô và được sử dụng rộng rãi trong chấn thương thể thao, chỉnh hình và phục hồi chức năng [33].

Các nghiên cứu quốc tế gần đây cho thấy SXK giúp cải thiện đáng kể chức năng vận động và giảm đau ở các bệnh lý gân, cơ và dây chằng [34]. Tại Việt Nam, một số công trình nghiên cứu cũng đã ghi nhận hiệu quả tương tự trên các bệnh lý cơ xương khớp, tuy nhiên các nghiên cứu về hiệu quả của SXK trong điều trị HCTLH vẫn còn hạn chế [35], [36], [37].

1.4.2 Nguyên lý tạo sóng xung kích

Có 4 nguyên lý tạo sóng xung kích: Nguyên lý thủy điện, nguyên lý điện trường, nguyên lý áp điện, nguyên lý khí nén [38].

1.4.3. Đặc điểm sóng xung kích

- Biên độ áp suất dương cao: 10 – 1000 Mpa

- Biên độ áp suất âm thấp: 1 – 10 Mpa
- Thời gian xung ngắn: 1mcs – 10 mcs
- Thời gian tăng áp suất dương rất ngắn: dưới 100ns.
- Dải tần số rộng: 1Hz – 1MHz [38]

1.4.4. Cơ chế tác dụng của sóng xung kích

SXK tạo áp lực cơ học và sức căng lên mô tổn thương làm tăng tính thấm của màng tế bào, tăng tuần hoàn tại chỗ và chuyển hóa tại mô được điều trị. Cả hai cơ chế này giúp kích thích quá trình lành thương và làm giảm quá trình lắng đọng canxi ở mô. Tăng cường tái hấp thu chất vôi.

SXK tạo hiệu ứng hốc (bóng hơi) trong mô. Các bóng này có xu hướng lớn dần và trong quá trình đó lực căng được tạo ra đủ mạnh làm đứt gãy các tổn thương vôi hóa trong mô mềm. Khi các bóng hơi này xẹp xuống (vỡ ra) sẽ giải phóng ra một nguồn năng lượng thứ cấp và cũng có tác động đến mô điều trị.

Bên cạnh tác dụng phá vỡ các tổn thương canxi hóa, SXK còn kích thích tế bào tạo xương, kích thích quá trình tân tạo mạch máu, kích thích nguyên bào sợi do đó kích thích quá trình lành thương của mô liên kết (gân, dây chằng...). Áp lực tạo ra bằng SXK tác động trực tiếp lên các thụ cảm thể trên da, ức chế dẫn truyền đau, tăng cường tuần hoàn và phân tán chất gây đau (chất P) và giải phóng các điểm co thắt cơ nên hiệu quả trong giảm đau, cả đau cấp và mạn [4], [38].

1.4.5. Chỉ định và chống chỉ định của sóng xung kích

- Chỉ định: Các chỉ định thường gặp [39]:
 - + Viêm gân - cơ: viêm, canxi hóa gân vùng vai, viêm gân chóp xoay không canxi hóa, viêm lõi cầu xương cánh tay, viêm gân gót, viêm gân bánh chè, ngón tay cò súng, đau cơ, căng dẫn/co thắt cơ cấp sau chơi thể thao...
 - + Bệnh lý xương: xương chậm liền, hoại tử xương không có biến dạng khớp, viêm xương không có biến dạng khớp.

- + Bệnh lý da: vết thương chậm liền, loét da, bỏng.
- + Bệnh lý thần kinh: hội chứng ống cổ tay, viêm đa dây thần kinh.
- + Bệnh Dupuytren.
- Chống chỉ định
- + Có nguy cơ chảy máu (chấn thương cấp, rối loạn đông máu).
- + Có khối u ác tính trong khu vực điều trị
- + Khu vực có nhiễm trùng, sưng, viêm cấp, vết thương hở
- + Đầu xương đang phát triển ở trẻ em
- + Sử dụng corticoid
- + Có thai (tương đối)
- + Vùng sọ não, phổi [39].

1.4.6. Tác dụng phụ

- Xuất huyết dưới da tại vùng điều trị
- Đau tăng
- Sưng nề [39]

1.4.7. Quy trình điều trị bằng sóng xung kích:

Theo quy trình của Bộ Y tế: “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng” 2014 (phụ lục 3) [39].

1.5. Tình hình nghiên cứu về điều trị hội chứng thắt lưng hông trên thế giới và Việt Nam

1.5.1. Trên thế giới

Tác giả Đới Văn Huy (2018) với đề tài “Nghiên cứu lâm sàng về phương pháp Cận tam châm trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (Thể khí trệ huyết ứ)” cho thấy kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu với phương pháp Cận tam châm hiệu quả là 94% sau 2 tuần điều trị và tổng tỷ lệ hiệu quả là 86% sau 1 tháng điều trị; Nhóm đối chứng là $3,58 \pm 1,21$ sau 2 tuần điều trị và điểm VAS là $5,14 \pm 1,16$ sau 1 tháng điều trị; tháng điều trị.

Kết luận: Phương pháp Cận tam châm có hiệu quả hơn phương pháp châm cứu thông thường trong điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng (hội chứng huyết ứ, khí ứ), hiệu quả trung hạn và dài hạn ổn định hơn [7].

Lý Bảo Trung (2019) với đề tài: “Nghiên cứu phương pháp Cận tam châm kết hợp với cứu điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng” thực hiện tại bệnh viện Y học cổ truyền Lâm Sâm, chi nhánh Côn Minh, Bệnh viện Thống nhất thành phố Đà Bắc và khoa ngoại trú của Khoa Châm cứu, Bệnh viện trực thuộc số 1 của Đại học Y học cổ truyền Quảng Châu. Cho thấy, tỷ lệ hiệu quả chung của nhóm nghiên cứu là 83,33%; ở nhóm chứng II, tỷ lệ hiệu quả chung là 80,00%. Liệu pháp Cận tam châm kết hợp với cứu ngải trong điều trị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm CSTL làm giảm đau của bệnh nhân, cải thiện chức năng vận động CSTL và cải thiện CHSHHN có ý nghĩa thống kê [9].

Tác giả Chu Tử Bình, năm 2021 thực hiện đề tài “Quan sát lâm sàng về điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng thể khí trệ huyết ứ bằng liệu pháp McKenzie kết hợp với phương pháp Cận tam châm”. Kết quả điều trị của nhóm NC là 93,3%, của nhóm ĐC là 83,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hiệu quả chung giữa hai nhóm ($p = 0,009$) [40].

Lý Kiến Quốc, Phạm Tiểu Xuân, Vương Soái và Vệ Lâm (2021) tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nam Xung đã tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của ôn điện châm, giác hơi kết hợp xung điện tần số trung bình trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm. Kết quả cho thấy tổng kết quả chung của nhóm điều trị kết hợp đạt 92,41%, vượt trội so với nhóm đối chứng (78,48%). Ngoài ra, các chỉ số về triệu chứng toàn diện, mức độ đau (VAS, McGill), chức năng vận động và các dấu ấn viêm (IL-6, TNF- α) đều cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm đối chứng [41].

Năm 2022, Elgendy và cộng sự đã tiến hành thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên 30 bệnh nhân đau thần kinh tọa, nhằm đánh giá tác dụng của liệu

pháp sóng xung kích ngoài cơ thể. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm NC ($n = 15$) được điều trị bằng sóng xung kích kết hợp chương trình tập luyện tiêu chuẩn và nhóm đối chứng ($n = 15$) chỉ tập luyện. Kết quả cho thấy điểm đau trung bình theo thang VAS giảm đáng kể ở nhóm NC so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$), đồng thời chức năng vận động và hoạt động điện cơ của cơ vùng thắt lưng được cải thiện rõ rệt sau 6 tuần điều trị [42].

Năm 2023, Zhang và cộng sự tiến hành phân tích gộp 30 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về châm cứu trong điều trị đau thần kinh tọa. Kết quả cho thấy mức giảm đau theo VAS của nhóm châm cứu cao hơn đáng kể so với điều trị thông thường, với $SMD = -1,72$ (95% CI: - 2,61 đến - 0,84). Đồng thời, tỷ lệ tác dụng không mong muốn ở nhóm châm cứu thấp hơn, với $RR = 0,38$ (95% CI: 0,19 - 0,72). Các dữ liệu này cho thấy châm cứu có hiệu quả giảm đau và mức độ an toàn tốt, dựa trên bằng chứng từ tổng hợp nghiên cứu lâm sàng quy mô lớn [43].

Năm 2024, Jian-Feng Tu và cộng sự tiến hành một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm trên 216 bệnh nhân đau thần kinh tọa mạn tính do thoát vị đĩa đệm, so sánh châm cứu thật với giả châm trong 4 tuần. Sau điều trị, nhóm châm cứu thật giảm đau trung bình khoảng 31 mm trên thang VAS 100 mm, trong khi nhóm giả châm giảm khoảng 15 mm, tương đương mức giảm thêm khoảng 16 mm ở nhóm châm cứu thật ($p < 0,001$). Chỉ số ODI cũng cải thiện rõ hơn, với giảm 13 điểm so với 5 điểm ở nhóm giả châm ($p < 0,001$). Hiệu quả giảm đau xuất hiện từ tuần 2 và duy trì đến 12 tháng sau điều trị. Không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng trong nghiên cứu. [44].

Tác giả Đỗ Hiếu, nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu tác dụng của kích thích điện tần số trung bình kết hợp với kéo giãn trong điều trị đau thần kinh tọa” trên 156 bệnh nhân được chẩn đoán mắc HCTLH do thoát vị đĩa đệm được tiếp nhận và điều trị tại Bệnh viện Nhân dân số 2 Nam Dương từ tháng 2 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. Kết quả cho thấy liệu pháp kéo giãn và liệu

pháp kích thích điện tần số trung bình có thể làm giảm cơn đau của bệnh nhân bị đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm gây ra, thúc đẩy cải thiện chức năng cơ thắt lưng của bệnh nhân và hơn nữa [45].

1.5.2. Tại Việt Nam

Năm 2018, tác giả Vy Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Tân nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc “Tam tý thang” kết hợp cây chỉ hoặc điện châm. Kết quả, nhóm điều trị bằng Tam tý thang phối hợp cây chỉ đạt tỷ lệ kết quả tốt 56,7%, khá 36,6%, trung bình 6,7%, không có trường hợp nào xếp loại kém. Trong khi đó, nhóm sử dụng Tam tý thang kết hợp điện châm có tỷ lệ tốt 53,3%, khá 36,7% và trung bình 10% [46].

Tác giả Lê Quang Vinh đánh giá kết quả điều trị của phương pháp Cận tam châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau dây thần kinh hông to có kết quả tốt chiếm 16,67%, khá chiếm 50%, trung bình chiếm 33,33%, không có kết quả kém và không ghi nhận kết quả không mong muốn [10].

Năm 2020, tác giả Huỳnh Hương Giang và cộng sự thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả của liệu pháp kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang. Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân trong NC đạt kết quả tốt là 34,9%, khá 58,1% và trung bình 7% [46].

Năm 2021, Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Oanh đã áp dụng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng cho bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Sau 21 ngày điều trị trên 30 bệnh nhân, kết quả có 80% bệnh nhân được xếp loại tốt, 13,3% xếp loại khá, và 6,7% trung bình. Không có bệnh nhân nào có kết quả kém [47].

Năm 2023, Nguyễn Việt Anh và cộng sự nghiên cứu tác dụng điều trị đau thần kinh tọa của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại. Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện điểm

VAS, nghiệm pháp Schober, chỉ số Lasegue, chức năng sinh hoạt tốt hơn ($p < 0,05$) nhóm đối chứng [48].

Năm 2024, Phạm Thùy Linh và cộng sự đã đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và sử dụng viên hoàn cứng Tam tỷ. Kết quả mức độ đau VAS giảm từ $5,6 \pm 0,5$ điểm giảm xuống $1,6 \pm 0,9$ điểm ($< 0,05$), chỉ số Oswestry Disability Index (ODI) từ $67,8 \pm 5,2$ điểm giảm xuống còn $23,2 \pm 9,4$ điểm ($< 0,05$), góc α nghiệm pháp Lasègue tăng từ $35,4 \pm 5,0$ độ lên $65,5 \pm 7,9$ độ sau thời gian điều trị 20 ngày ($< 0,05$) [49].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

❖ Công thức huyết điều trị hội chứng thất lưng hông theo phương pháp Cận tam châm, gồm 5 nhóm huyết:

- Yêu tam châm: Thận du - Đại trường du - Ủy trung.
- Tọa cốt châm: Tọa cốt điểm - Ủy trung - Côn lân.
- Túc tam châm: Túc tam lý - Tam âm giao - Thái xung.
- Ủy tam châm: Túc tam lý – Tam âm giao – Thái Khê.
- Khỏa tam châm: Giải Khê- Thái Khê- Côn lân.

Trong đó:

- Châm bổ các huyết:

Thận du (BL. 23)	Túc tam lý (ST.36)
Tam âm giao (SP.6)	Thái Khê (KI.3)
- Châm tả các huyết:

Đại trường du (BL. 25)	Tọa cốt điểm
Ủy trung (BL. 40)	Thái xung (LR.3)
Côn lân (BL. 60)	Giải Khê (ST.41)

Thời gian lưu kim 25 phút/ lần × 1 lần/ ngày × 14 ngày

❖ Công thức huyết điều trị hội chứng thất lưng hông thể can thận hư kiêm phong hàn thấp của Bộ Y tế [27]:

- + Châm bổ: Thận du (BL. 23), Can du (BL.18)
- + Nếu đau theo kinh Bàng quang: châm tả các huyết

Giáp tích L4- L5, L5- S1	Đại trường du (BL. 25)
Trật biên (BL. 54)	Ân môn (BL. 37)
Thừa phù (BL. 36)	Ủy trung (BL. 40)
Thừa sơn (BL. 57)	Côn lân (BL. 60)

A thị vùng cột sống thắt lưng

+ Nếu đau theo kinh Đờm: châm tả các huyết

Giáp tích L4- L5, L5- S1	Đại trường du (BL. 25)
Hoàn khiêu (GB. 30)	Phong thị (GB. 31)
Dương lăng tuyền (GB. 34)	Huyền chung (GB. 39)
Khâu khư (GB. 40)	Côn lân (BL. 60)

A thị vùng cột sống thắt lưng Khâu khư (GB. 40)

+ Nếu đau theo cả 2 kinh: phối hợp phác đồ huyết của cả 2 kinh

Vị trí và cách xác định các huyết theo phụ lục 2

❖ Sóng xung kích: Điều trị bằng sóng xung kích theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng [39] (phụ lục 3).

+ Vị trí: luân phiên vị trí điểm đau nhất một trong hai bên cạnh cột sống thắt lưng.

+ Liều: Xung liên tục, áp suất 1-2 bar tần số 3 -5 Hz với số xung là 1000 xung cho 1 lần/1 điểm điều trị.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu (phụ lục 1).
- Kim châm làm bằng thép không gỉ, đầu nhọn, đường kính 0,3 mm dài 5 cm và kim 10 cm (châm Tọa cốt điểm). Xuất xứ hãng Hải Nam, Trung Quốc.
- Máy tạo sóng xung kích HK. ESWO-300, xuất xứ hãng Huikang-Trung Quốc.



Hình 2.1: Máy tạo sóng xung kích HK. ESWO-300

- Máy điện châm, Model: 1592 – ET – TK21 do Công ty đầu tư phát triển công nghệ và xây lắp K&N Việt Nam sản xuất.



Hình 2.2: Máy điện châm, Model: 1592 – ET – TK21

- Thước đo tần vận động cột sóng thất lưng.
- Thước đo thang điểm VAS.
- Bông vô khuẩn, còn 70⁰, kẹp không máu, khay quả đậu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Y dược cổ truyền Thanh Hóa.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2025 đến tháng 9/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng, điều trị nội trú, điều trị ban ngày tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu.

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại

- Độ tuổi: Bệnh nhân từ 38 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp hay thời gian mắc bệnh.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu và cam kết tuân thủ đầy đủ phác đồ điều trị theo quy định của đề tài.

- Bệnh nhân có chẩn đoán xác định hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng với ít nhất 1 biểu hiện lâm sàng của hội chứng cột sống và ít nhất 1 biểu hiện triệu chứng hội chứng rễ thần kinh:

+ Hội chứng cột sống:

- Có điểm đau khu trú tại cột sống thắt lưng (cảm giác đau chói khi ấn vào móm gai sau của đốt sống bị tổn thương).

- Biến dạng cột sống: Mất đường cong sinh lý, gù, vẹo cột sống thắt lưng

- Co cứng cơ cạnh cột sống (một hoặc hai bên).

- Hạn chế khoảng cách tay đất

- Nghiệm pháp Schober dương tính.

+ Hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng:

- Đau lan theo rễ thần kinh bị tổn thương, có thể kèm theo cảm giác tê bì, châm chích, nóng rát.

- Dấu hiệu bấm chuông dương tính.

- Dấu hiệu Lasègue dương tính.

- Các điểm đau Valleix dương tính.

+ Thay đổi phản xạ gân xương: Phản xạ gân bánh chè có thể giảm hoặc mất trong tổn thương rễ L₅, phản xạ gân gót giảm hoặc mất trong tổn thương rễ S₁ [27].

+ Cận lâm sàng: Chụp X-quang cột sống thắt lưng thường quy cho thấy các dấu hiệu thoái hóa như: gai xương thân đốt sống, đặc xương dưới sụn, hẹp khe liên đốt sống [23].

- Điểm VAS: $3 \leq \text{VAS} \leq 6$.

- Không sử dụng thuốc giảm đau, kháng viêm không steroid tại thời điểm tham gia nghiên cứu, hoặc đã ngừng sử dụng các thuốc này tối thiểu từ 48 đến 72 giờ trước khi bắt đầu can thiệp điều trị.

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

Chẩn đoán xác định “Tọa cốt phong” thể can thận hư kiêm phong hàn thấp [27].

Tứ chẩn	Can thận hư kiêm phong hàn thấp
Vọng	Chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt
Văn	Tiếng nói to rõ, hơi thở bình thường
Vấn	Đau vùng thắt lưng lan xuống mông và chân, hạn chế vận động, có thể tê bì, teo cơ, bệnh dễ tái phát nhất là khi gặp lạnh ẩm, chườm nóng giảm đau. Kèm theo đau mỏi lưng gối, đau đầu hoa mắt chóng mặt, ù tai, ăn ngủ kém. Có thể có kèm theo cơn bốc hỏa
Thiết	Khối cơ cạnh cột sống thắt lưng co cứng, ấn đau. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược hoặc huyền.

2.3.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân đau thần kinh tọa có kèm theo bệnh lý: Viêm cột sống dính khớp, dính đốt sống, lao cột sống, ung thư nguyên phát, thứ phát, các chấn thương gây xẹp lún, gãy cung sau...
- Bệnh nhân đau thần kinh tọa có kèm theo các bệnh khác như: đặt máy tạo nhịp tim, rối loạn đông máu, tâm thần...
- Bệnh nhân đau thần kinh tọa đang có thai.
- Bệnh nhân không tuân thủ theo quy trình điều trị: bỏ không điều trị liên tục 2 ngày, tự dùng thêm thuốc khác hoặc phương pháp khác ...
- Bệnh nhân trong quá trình điều trị mắc các bệnh lý cấp cứu, cần can thiệp ngoại khoa hoặc có triệu chứng tăng nặng cần sử dụng các thuốc giảm đau, chống viêm.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng so sánh trước – sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu:

Chọn cỡ mẫu thuận tiện gồm 60 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu đã nêu trong mục 2.3 và được chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, mỗi nhóm gồm 30 bệnh nhân.

2.4.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu có chủ đích, gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thể cơ vận động hạn chế theo tiêu chuẩn lựa chọn mục 2.3.

Chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm $n = 30$ bệnh nhân, ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau.

2.4.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được thăm khám lâm sàng

đầy đủ, thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, đồng thời được ghi nhận thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu chuẩn hóa, thống nhất cho toàn bộ đối tượng. (phụ lục 1).

- Chia nhóm: bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu (NC) và nhóm đối chứng (ĐC) theo phương pháp ghép cặp sao cho tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau.

- Cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng được áp dụng theo phương pháp điều trị tương ứng với từng nhóm:

• **Nhóm nghiên cứu:** Điều trị bằng phương pháp hào châm theo Cận tam châm kết hợp với sóng xung kích.

Hào châm theo Cận tam châm: 5 nhóm huyết

Nhóm huyết	Các huyết sử dụng
Yêu tam châm	Thận du Đại trường du Ủy trung
Tọa cốt châm	Tọa cốt điểm Ủy trung Côn lân
Túc tam châm	Túc tam lý Tam âm giao Thái xung
Ủy tam châm	Túc tam lý Tam âm giao Thái Khê
Khỏa tam châm	Giải Khê Thái Khê Côn lân

- Châm bổ các huyết:

Thận du (BL. 23)

Túc tam lý (ST.36)

Tam âm giao (SP.6)

Thái khê (KI.3)

- Châm tả các huyết:

Đại trường du (BL. 25)

Tọa cốt điểm

Ủy trung (BL. 40)

Thái xung (LR.3)

Côn lân (BL. 60)

Giải khê (ST.41)

Thời gian lưu kim: 25 phút/lần $\times$ 1 lần/ngày $\times$ 14 ngày

Sóng xung kích: Điều trị bằng sóng xung kích theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng [39].

Vị trí: luân phiên vị trí điểm đau nhất một trong hai bên cạnh cột sống thắt lưng. Liều: Xung liên tục, áp suất 1-2 bar tần số 3 -5 Hz với số xung là 1000 xung cho 1 lần/1 điểm điều trị.

Liệu trình: 10 phút/lần $\times$ 1 lần/ngày $\times$ 14 ngày.

• **Nhóm đối chứng:** Điều trị bằng phương pháp điện châm theo công thức huyết của Bộ Y tế kết hợp với sóng xung kích.

- **Điện châm:** Công thức huyết điều trị đau thần kinh tọa thể can thận hư kiêm phong hàn thấp của Bộ Y tế [27]:

+ Châm bổ: Thận du (BL. 23), Can du (BL.18).

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang: châm tả các huyết

Giáp tích L4- L5, L5- S1

Đại trường du (BL. 25)

Trật biên (BL. 54)

Ân môn (BL. 37)

Thừa phù (BL. 36)

Ủy trung (BL. 40)

Thừa sơn (BL. 57)

Côn lân (BL. 60)

A thị vùng cột sống thắt lưng

+ Nếu đau theo kinh Đờm: châm tả các huyết

Giáp tích L4- L5, L5- S1

Đại trường du (BL. 25)

Hoàn khiêu (GB. 30)

Phong thị (GB. 31)

Dương lăng tuyền (GB. 34)

Huyền chung (GB. 39)

Khâu khu (GB. 40)

Côn lân (BL. 60)

A thị vùng cột sống thắt lưng

Khâu khu (GB. 40)

+ Nếu đau theo cả 2 kinh: phối hợp phác đồ huyết của cả 2 kinh

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số
bỏ - tả của máy điện châm: Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 -10Hz,
Tần số bỏ từ 1 - 3 Hz. Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 μ A (Tùy
theo mức chịu đựng của người bệnh). Thời gian: 25 phút/lần x 01 lần/ngày x
14 ngày.

Sóng xung kích: như nhóm NC.

2.4.5. Quy trình điều trị

- Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới và mức độ đau.

- Khám lâm sàng theo YHHĐ và YHCT.
- X quang CSTL thẳng - nghiêng.
- Áp dụng phương pháp điều trị đối với từng nhóm:

+ Nhóm nghiên cứu: Điều trị bằng hào châm theo phương pháp Cận tam châm trong 25 phút, sau đó điều trị bằng sóng xung kích trong 10 phút. Thời gian giãn cách giữa 2 thủ thuật là 5 phút.

+ Nhóm chứng: Điều trị bằng phương pháp điện châm theo công thức huyết của Bộ Y tế trong 25 phút, sau đó điều trị bằng sóng xung kích trong 10 phút. Thời gian giãn cách giữa 2 thủ thuật là 5 phút

Liệu trình cho cả 2 nhóm là 14 ngày điều trị.

❖ Kỹ thuật hào châm [50]:

- Bước 1:

+ Xác định vị trí huyết và sát trùng da vùng huyết được lựa chọn theo phương pháp Cận tam châm điều trị HCTLH do THCS.

+ Lựa chọn kim châm có độ dài phù hợp với độ dày cơ tại vị trí châm.

- Bước 2: Thủ thuật châm kim vào huyết được theo các 2 thì:

+ Thì 1 (châm qua da): Tay trái sử dụng ngón cái và ngón trỏ để ấn và căng nhẹ vùng da tại huyết vị; đồng thời, tay phải đưa kim châm xuyên nhanh qua da tại vị trí huyết.

+ Thì 2: Tiếp tục đẩy kim từ từ theo hướng huyết đạo, kết hợp kỹ thuật kích thích nhẹ cho đến khi đạt cảm giác “đắc khí”. Biểu hiện của “đắc khí” là: người bệnh cảm nhận được cảm giác căng, tức, nặng một cách vừa phải (không gây đau), trong khi người thực hiện cảm nhận cảm giác kim bị hút, giữ chắc tại vị trí huyết.

- Bước 3. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

Thời gian lưu kim: 25 phút/lần x 1 lần/ngày x 14 ngày.

❖ Kỹ thuật điện châm [50]:

Xác định đúng vị trí huyết theo công thức huyết điều trị HCTLH thể can thận hư kiêm phong hàn thấp của Bộ Y tế và phù hợp với tình trạng của bệnh nhân.

Dùng ngón tay cái và ngón trỏ của bàn tay trái căng da vùng huyết và ấn xuống để tán vệ khí.

Tay phải đưa kim thật nhanh qua da (thì 1) và đẩy kim từ từ cho đến khi người bệnh có cảm giác tức nặng và người thầy thuốc có cảm giác chặt như kim bị mút xuống, đó là hiện tượng đắc khí thì thôi không đẩy kim nữa (thì 2).

Mắc mỗi cặp dây cho 2 huyết cùng tên hoặc cùng đường kinh.

Điều chỉnh cường độ và tần số cho phù hợp:

Tần số: Tả: > 5 Hz, Bô: 0,5 - 2Hz

Cường độ: Từ 0,5 - 150 μ A (cường độ tùy theo tình trạng bệnh và ngưỡng chịu đựng của từng người ở ngưỡng cao nhất mà bệnh nhân có thể chịu được).

Liệu trình: 25 phút/lần x 1 lần/ngày x 14 ngày.

❖ Sóng xung kích trị liệu: Theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng của Bộ Y tế [39]. Tiến hành tại phòng thủ thuật điều trị sóng xung kích theo các bước:

Bước 1: Bôi gel lên vùng da điều trị.

Bước 2: Đặt đầu phát sóng ở điểm đã bôi gel (điểm đau nhất ở 2 bên thắt lưng) với mức áp suất 1-2 bar tần số 3 -5 Hz với số xung là 1000 xung cho 1 lần điều trị.

Bước 3: Tắt máy, lau vùng da điều trị và đầu phát sóng.

Liệu trình: 10 phút/lần x 1 lần/ngày x 14 ngày

Dừng lại thủ thuật điều trị bằng sóng xung kích khi bệnh nhân cảm thấy đau và không chịu đựng được tiếp quá trình điều trị.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số và chỉ số nghiên cứu của hai nhóm được theo dõi, đánh giá dựa vào các chỉ tiêu:

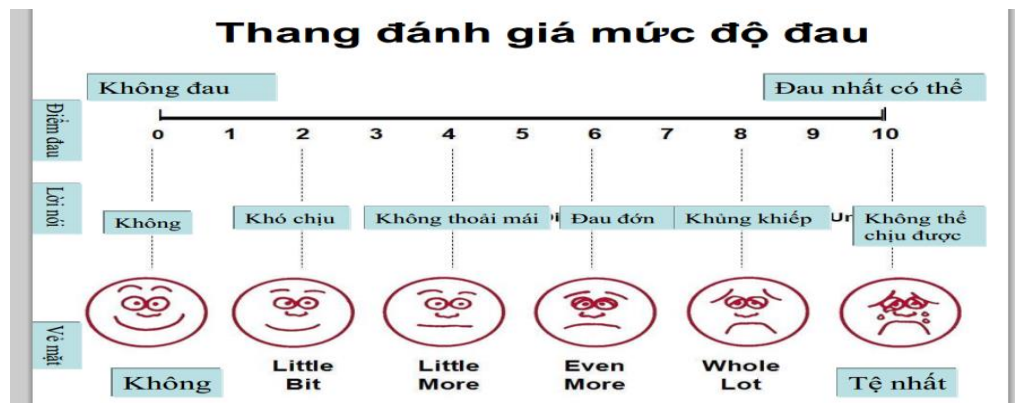
- Đặc điểm chung: được đánh giá 01 lần tại thời điểm trước điều trị (D_0)
- + Phân bố theo nhóm tuổi: Phân theo nhóm tuổi: 38 - 49 tuổi, 50 - 59 tuổi, ≥ 60 tuổi.
- + Phân bố theo giới tính: Nam và nữ
- + Phân bố theo nghề nghiệp: Lao động chân tay và lao động trí óc
- + Phân bố theo thời gian mắc bệnh: < 1 tháng, 1- 3 tháng, > 3 tháng
- + Hoàn cảnh khởi phát: Đột ngột, từ từ
- + Phân bố theo vị trí tổn thương rễ: rễ L_5 , rễ S_1 , rễ $L_5 + S_1$
- + Phân bố bệnh nhân theo đường kinh bị bệnh: Kinh Bàng quang, Kinh Đờm, cả 2 đường kinh.
- Đặc điểm lâm sàng: được đánh giá 03 lần tại các thời điểm trước điều trị (D_0), sau điều trị 7 ngày (D_7) sau điều trị 14 ngày (D_{14}). Bao gồm:
 - + Mức độ đau theo thang điểm VAS.

- + Độ giãn CSTL (theo nghiệm pháp Schober).
 - + Nghiệm pháp Lasègue.
 - + Tầm vận động CSTL: nghiêng bên đau, gấp, duỗi.
 - + Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi Oswestry Disability (ODI).
- Đặc điểm y học cổ truyền: được đánh giá 02 lần tại các thời điểm trước điều trị (D_0), sau điều trị 14 ngày (D_{14}). Bao gồm:
 - + Triệu chứng đau lưng, hạn chế vận động
 - + Đau lan xuống mông, đùi cẳng chân
 - + Co cứng cơ vùng thắt lưng
 - + Mạch
 - + Lưỡi
 - + Cảm giác đầu đầu chóng mặt, bốc hỏa.
 - Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng sau khi can thiệp của điện châm như: vùng châm, chảy máu, nhiễm trùng, gãy kim; của sóng xung kích như: đau tăng, xuất huyết dưới da.
 - Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị như: thời gian mắc bệnh, nghề nghiệp, hoàn cảnh khởi phát bệnh, số đường kinh bị bệnh.

2.6. Phương pháp thu thập và đánh giá kết quả

2.6.1. Mức độ đau theo VAS

- Lượng giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale)
 - + Thước đo: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm VAS từ 0 đến 10 thông qua thước đo chuyên dụng. Thước gồm hai mặt: Mặt thứ nhất được chia thành 11 vạch tương ứng với các mức điểm từ 0 đến 10, thể hiện mức độ đau tăng dần. Mặt thứ hai hiển thị 5 hình tượng mô tả các mức độ đau khác nhau, được quy ước lần lượt là: không đau, đau ít, đau vừa, đau nhiều và đau rất nhiều. Thang đo này giúp bệnh nhân tự lượng giá mức độ đau của mình một cách trực quan và chính xác.



Hình 2.3. Thang điểm VAS

+ Đánh giá cường độ đau: Cách thực hiện: Bệnh nhân quan sát mặt thang đo biểu diễn các mức độ đau và chỉ vào mức độ phù hợp với cảm nhận của họ tại thời điểm đánh giá. Sau đó, thầy thuốc ghi nhận mức điểm tương ứng trên thang đo, phản ánh cường độ đau của bệnh nhân.

Bảng 2.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau	Chỉ số VAS	Điểm quy đổi
Không đau	0 = VAS	0 điểm
Đau nhẹ	$0 < VAS \leq 3$	1 điểm
Đau vừa	$3 < VAS \leq 5$	2 điểm
Đau nặng	$5 < VAS \leq 10$	3 điểm

2.6.2. Độ giãn cột sống thắt lưng (Schober)

Cách đo: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° , đánh dấu ở bờ trên đốt sống S_1 đo lên 10 cm và đánh dấu ở đó. Cho bệnh nhân cúi tối đa rồi đo khoảng cách hai điểm đó.

Bình thường khoảng cách (d) đó là: 14/10 – 16/10 cm, chia làm 4 mức độ:

Bảng 2.2. Đánh giá phân loại độ giãn thắt lưng.

Độ giãn CSTL (Schober)	Mức độ	Điểm quy đổi
$d \geq 14 \text{ cm}$	Không hạn chế	0 điểm
$13 \leq d < 14 \text{ cm}$	Hạn chế nhẹ	1 điểm
$12 \leq d < 13 \text{ cm}$	Hạn chế vừa	2 điểm
$d < 12 \text{ cm}$	Hạn chế nặng	3 điểm

2.6.3. Tầm vận động chủ động cột sống thắt lưng (gấp, duỗi, nghiêng)

Cách đo: Sử dụng thước đo tầm vận động CSTL.

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát nhau, hai bàn chân mở một góc 60° rồi yêu cầu bệnh nhân làm các động tác vận động CSTL: Gấp, duỗi, nghiêng bên đau; chia làm 4 mức độ.

- + Gấp: $\geq 70^\circ$ là Bình thường, Đánh giá: $< 70^\circ$ là hạn chế

Bảng 2.3. Đánh giá tầm vận động gấp cột sống thắt lưng

Gấp	Mức độ hạn chế	Điểm quy đổi
$\geq 70^\circ$	Bình thường	0 điểm
$60^\circ - 69^\circ$	Hạn chế nhẹ	1 điểm
$40^\circ - 59^\circ$	Hạn chế vừa	2 điểm
$< 40^\circ$	Hạn chế nặng	3 điểm

- + Nghiêng bên đau: $\geq 30^\circ$ là bình thường. Đánh giá: $< 30^\circ$ là hạn chế

Bảng 2.4. Đánh giá tầm vận động nghiêng cột sống thắt lưng

Nghiêng bên đau	Mức độ hạn chế	Điểm quy đổi
$\geq 30^\circ$	Bình thường	0 điểm
$25^\circ - 29^\circ$	Hạn chế nhẹ	1 điểm
$15^\circ - 24^\circ$	Hạn chế vừa	2 điểm
$< 15^\circ$	Hạn chế nặng	3 điểm

- + Đứng duỗi: 30° là bình thường. Đánh giá: $< 30^\circ$ là hạn chế

Bảng 2.5. Đánh giá tầm vận động đứng duỗi cột sống thắt lưng

Đứng duỗi	Mức độ hạn chế	Điểm quy đổi
$\geq 30^\circ$	Bình thường	0 điểm
$25^\circ - 29^\circ$	Hạn chế nhẹ	1 điểm
$15^\circ - 24^\circ$	Hạn chế vừa	2 điểm
$< 15^\circ$	Hạn chế nặng	3 điểm

2.6.4. Đánh giá mức độ chèn ép rễ thần kinh tọa bằng nghiệm pháp Lasègue

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

Bảng 2.6. Đánh giá điểm Lasègue

α	Mức độ hạn chế	Điểm quy đổi
$\geq 70^\circ$	Bình thường	0 điểm
$60^\circ - 69^\circ$	Hạn chế nhẹ	1 điểm
$40^\circ - 59^\circ$	Hạn chế vừa	2 điểm
$< 40^\circ$	Hạn chế nặng	3 điểm

2.6.5. Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (CNSHHN) – theo ODI

Lựa chọn 4 trong 10 câu hỏi của bộ câu hỏi “OSWESTRY LOWBACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE” để đánh giá sự cải thiện mức độ linh hoạt và hoạt động của CSTL trong sinh hoạt hàng ngày, chia làm 4 mức độ (phụ lục 4).

Bảng 2.7. Đánh giá chức năng sinh hoạt hằng ngày

Tổng số điểm 4 hoạt động	Đánh giá CNSHHN	Điểm quy đổi
0 - 4	Bình thường	0 điểm
5 - 8	Hạn chế nhẹ	1 điểm
9 - 12	Hạn chế vừa	2 điểm
13-20	Hạn chế nặng	3 điểm

2.6.6. Đánh giá kết quả điều trị chung

Đánh giá theo tổng điểm của 7 triệu chứng lâm sàng (thang điểm VAS, nghiệm pháp Schober, dấu hiệu Lasègue, tầm vận động: gấp, duỗi, nghiêng bên đau; CNSHHN tính theo Bộ câu hỏi Oswestry Disability Index (ODI) tại thời điểm D₀, D₇, D₁₄)

Phân loại kết quả điều trị theo công thức:

Từ tổng điểm quy đổi trên, quy đổi kết quả điều trị chung theo thang điểm Amor như sau:

$$\text{Amor} = \frac{|\text{Tổng điểm SĐT} - \text{Tổng điểm TĐT}|}{\text{Tổng điểm TĐT}} \times 100\%$$

Bảng 2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung

Phân loại	Tỉ lệ cải thiện
Tốt	Giảm $\geq 80\%$ so với trước điều trị
Khá	Giảm $\geq 60\%$ đến $< 80\%$ so với trước điều trị
Trung bình	Giảm ≥ 40 đến $< 60\%$ so với trước điều trị
Kém	Giảm $< 40\%$ so với trước điều trị

2.6.7. Đánh giá sự thay đổi của các triệu chứng YHCT:

Đánh giá sự thay đổi của các triệu chứng y học cổ truyền thường gặp dựa trên tỷ lệ các bệnh nhân có triệu chứng đó ở các thời điểm D₀ và D₁₄.

Bao gồm các triệu chứng sau:

- Chất lưỡi nhợt bệu, rêu dày nhót.

- Đau lưng nặng nề, hạn chế vận động
- Đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân.
- Co cứng cơ lưng
- Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.
- Đau đầu, hoa mắt chóng mặt hoặc có cơn bốc hỏa.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Tất cả số liệu thu được trong quá trình nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0

Tính các giá trị: Tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình thực nghiệm ($\bar{x}$), độ lệch chuẩn thực nghiệm (SD).

Sử dụng thuật toán:

- Student – T test: So sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.
- Kiểm định χ^2 : So sánh sự khác nhau giữa các tỉ lệ (%).
- + Với $p > 0,05$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.
- + Với $p < 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.8. Hạn chế của nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu thực hiện nhiều phương pháp phối hợp, đòi hỏi sự chuẩn bị công phu cả về lý luận và công cụ thực hiện. Yêu cầu người thực hiện phương pháp điều trị thực hiện đúng theo tiêu chuẩn nghiên cứu xuyên suốt quá trình điều trị.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng đề cương và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam xem xét, phê duyệt trước khi tiến hành.
- Được Bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa chấp thuận thực hiện.
- Mọi đối tượng tham gia nghiên cứu đều tự nguyện, được cung cấp đầy đủ thông tin về nội dung, mục tiêu, phương pháp và quyền lợi trong nghiên cứu.

cứu. Người bệnh hoàn toàn có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không cần nêu lý do và không ảnh hưởng đến quyền lợi điều trị.

- Nghiên cứu được thực hiện vì mục tiêu nâng cao sức khỏe cộng đồng, hoàn toàn không phục vụ cho bất kỳ lợi ích cá nhân hay thương mại nào.

- Thông tin cá nhân và dữ liệu bệnh án của người bệnh được bảo mật tuyệt đối, tuân thủ các quy định về quyền riêng tư và bảo vệ dữ liệu.

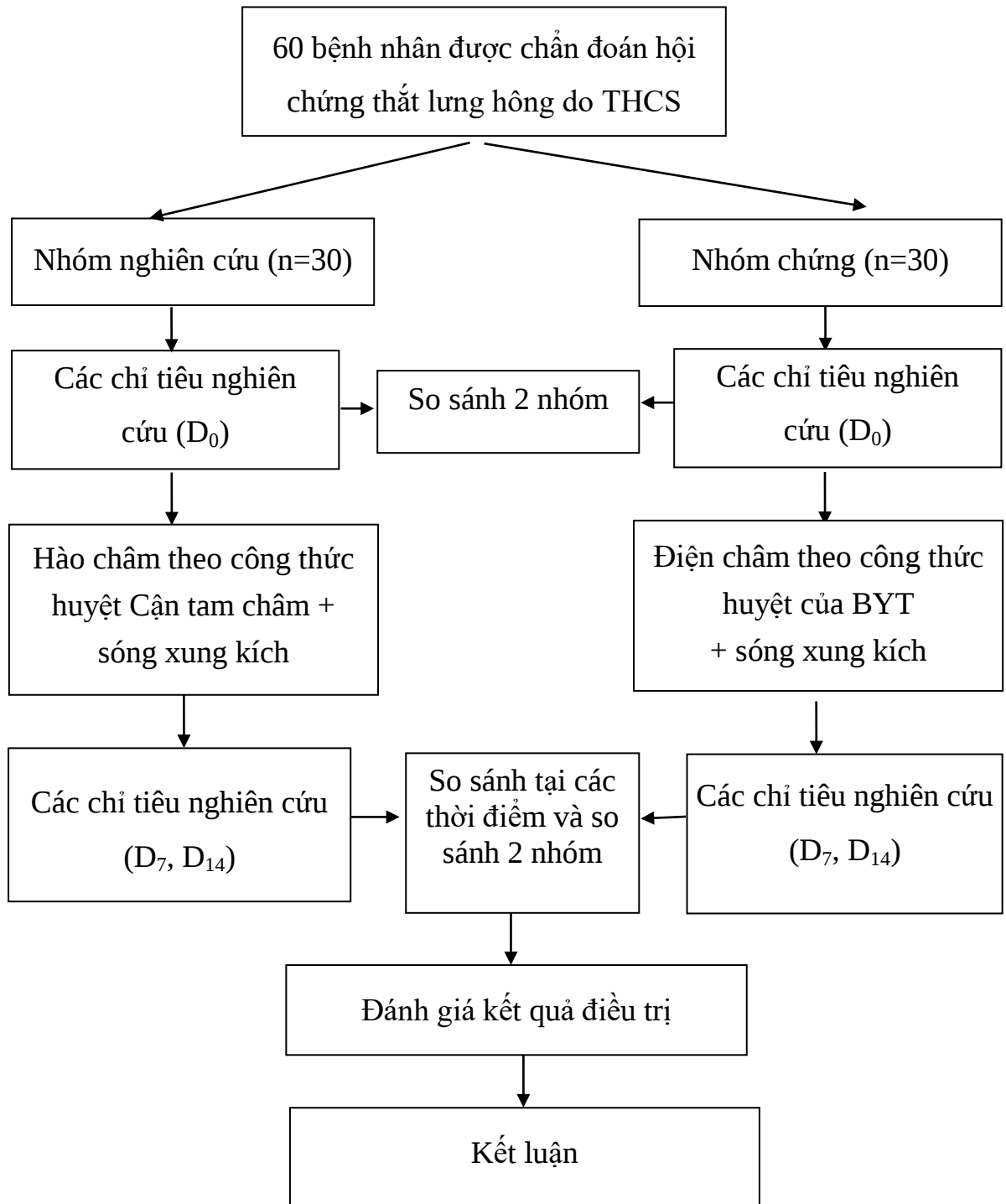
- Bệnh nhân có quyền rời bỏ khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không cần giải thích lý do

- Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu.

- Người thực hiện nghiên cứu đã được đào tạo và có chứng chỉ về thực hành lâm sàng tốt (GCP) và tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

2.10. Sơ đồ nghiên cứu



Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

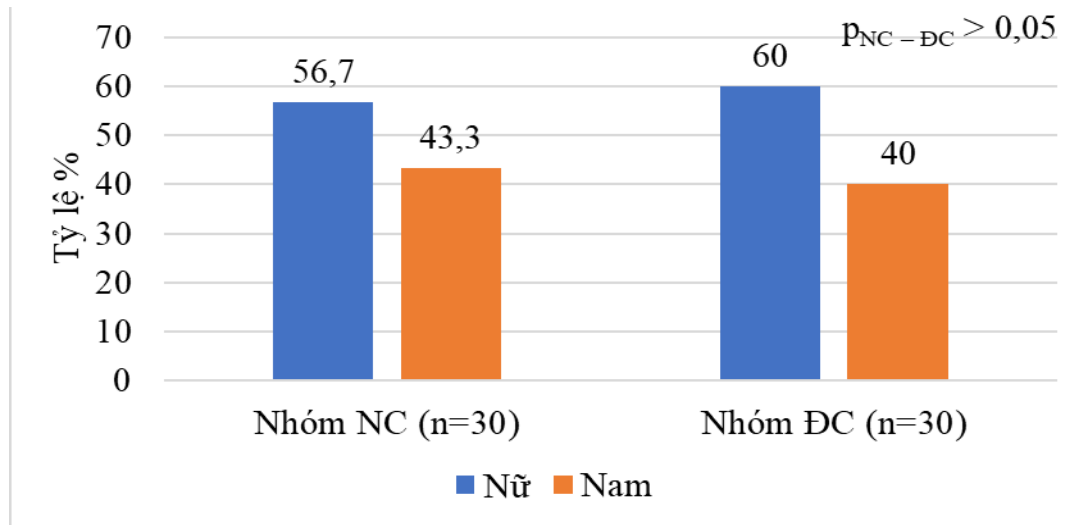
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Nhóm Tuổi	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
38-49	1	3,33	1	3,33	2	3,33
50 – 59	2	6,67	2	6,67	4	6,67
≥ 60	27	90,0	27	90,0	54	90,0
Tổng	30	100	30	100	60	100
$\overline{X} \pm SD$	70,77 ± 8,84		70,47 ± 7,58		70,62 ± 8,17	
P_{NC - ĐC}	> 0,05					

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy, ở cả 2 nhóm bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 là 90,0%, độ tuổi 38 - 49 là 3,33%. Sự khác biệt về nhóm tuổi ở cả hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $70,62 \pm 8,17$ tuổi. Trong đó, nhóm NC là $70,77 \pm 8,84$ tuổi, nhóm ĐC là $70,47 \pm 7,58$ tuổi. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

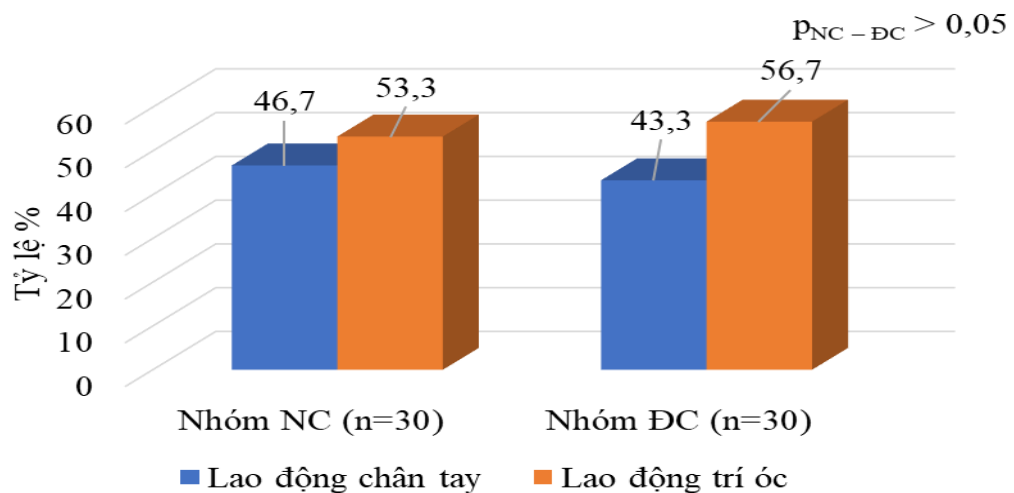
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nghiên cứu cao hơn nam giới với tỷ lệ nữ/nam là (1,3/1). Trong đó ở nhóm NC là 56,7% và nhóm ĐC là 60%. Sự khác biệt về phân bố giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp



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

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nghề nghiệp là lao động trí óc cao hơn so với lao động chân tay ở cả 2 nhóm. Trong đó lao động trí óc ở nhóm NC là 53,3% và ở nhóm ĐC là 56,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

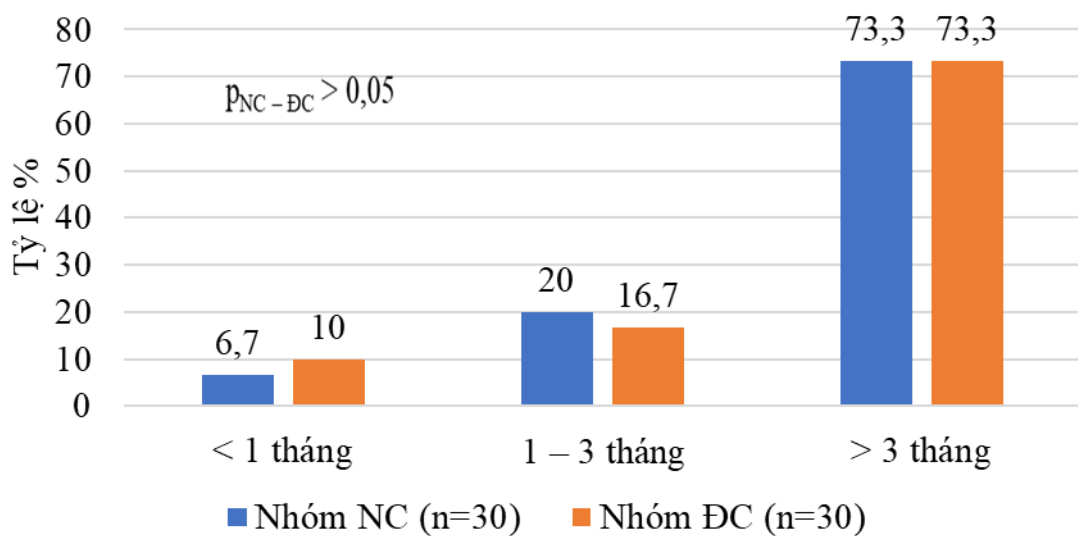
3.1.4. Tính chất khởi phát đau

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hoàn cảnh khởi phát đau

Khởi phát đau \ Nhóm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		P _{NC - ĐC}
	n	%	n	%	
Đột ngột	11	36,67	10	33,33	>0,05
Từ từ	19	63,33	20	66,67	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hoàn cảnh khởi phát bệnh từ từ chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm, 63,33% ở nhóm NC và 66,67% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Phân bố theo thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng với 73,3% bệnh nhân ở cả 2 nhóm. Chỉ có 6,7% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng ở nhóm NC và 10,0 % ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

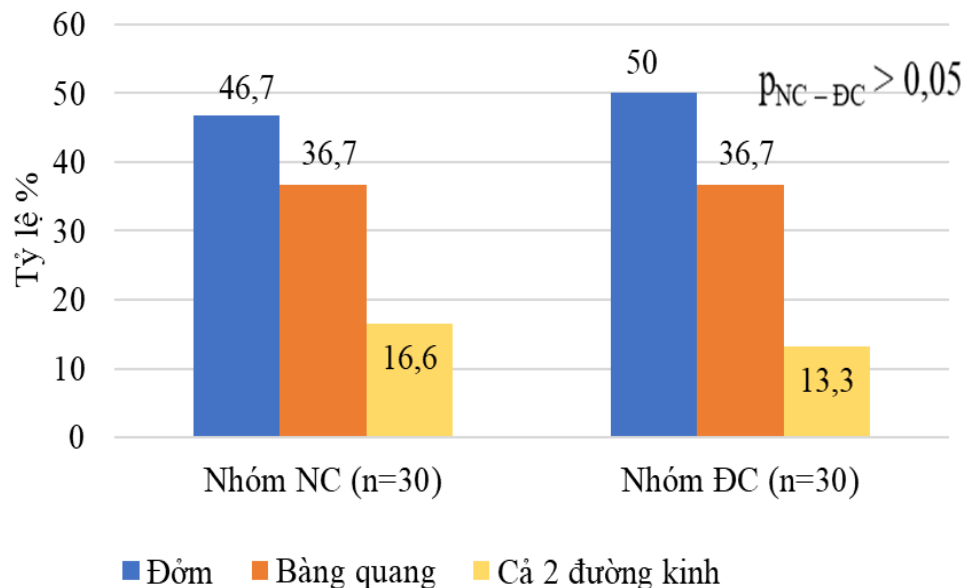
3.1.6. Phân bố theo rãnh thần kinh tổn thương

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo rãnh thần kinh tổn thương

Rãnh thần kinh tổn thương	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		P _{NC - ĐC}
	n	%	n	%	
L ₅	14	46,67	15	50,00	> 0,05
S ₁	11	36,67	11	36,67	
Cả L ₅ + S ₁	5	16,66	4	13,33	
Tổng	30	100	30	100	

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương đơn độc rãnh L₅ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, với 46,67% ở nhóm NC và 50% ở nhóm ĐC. Tiếp theo là bệnh nhân tổn thương đơn độc rãnh S₁ với 36,67% ở mỗi nhóm. Thấp nhất là bệnh nhân tổn thương đồng thời cả 2 rãnh L₅ và S₁ với 16,66% ở nhóm NC và 13,63% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về phân bố tổn thương rãnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.7. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đường kinh bị bệnh



Biểu đồ 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo theo đường kinh bị bệnh

Nhận xét: Bệnh nhân có biểu hiện bệnh lý trên kinh Túc thiếu dương Đờm chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, với 46,67% ở nhóm NC và 50% ở nhóm ĐC. Bệnh nhân có biểu hiện bệnh lý ở kinh Túc thái dương Bàng quang chiếm tỷ lệ cao thứ 2 với 36,67% ở cả 2 nhóm. Thấp nhất là bệnh nhân có biểu hiện bệnh lý ở cả 2 đường kinh với 16,66% ở nhóm NC và 13,33% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.8. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm trước điều trị

Bảng 3.4. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm trước điều trị

Chỉ số	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$	P_{NC - ĐC}
VAS (điểm)	5,13 $\pm$ 0,73	5,1 $\pm$ 0,61	> 0,05
Schober (cm)	12,53 $\pm$ 0,51	12,57 $\pm$ 0,51	> 0,05
Lassegue (độ)	55,50 $\pm$ 4,97	55,83 $\pm$ 4,93	> 0,05
Gấp CSTL (độ)	51,67 $\pm$ 3,03	51,85 $\pm$ 2,45	> 0,05
Duỗi CSTL (độ)	21,03 $\pm$ 3,18	21,33 $\pm$ 3,06	> 0,05
Nghiêng bên đau (độ)	21,80 $\pm$ 2,41	21,93 $\pm$ 2,42	> 0,05
CNSHHN (điểm)	10,53 $\pm$ 1,19	10,37 $\pm$ 1,07	> 0,05

Nhận xét: Trước điều trị, các chỉ số điểm đau theo thang điểm VAS, độ giãn cột sống theo điểm Schober, mức độ chèn ép rễ thần kinh theo Lasègue, tầm vận động CSTL các động tác gấp, duỗi, nghiêng (bên đau), điểm đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày của nhóm NC và nhóm ĐC có sự tương đồng với $p > 0,05$.

3.1.9. Đặc điểm về các triệu chứng YHCT của 2 nhóm trước điều trị

Bảng 3.5. Đặc điểm về các triệu chứng YHCT của 2 nhóm trước điều trị

Triệu chứng	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		P _{NC - ĐC}
	n	%	n	%	
Chất lưỡi nhợt bệu, rêu dày trắng nhớt	22	73,33	24	80,00	> 0,05
Đau mỏi nặng nề vùng thắt lưng, hạn chế vận động	25	83,33	26	86,67	> 0,05
Đau lan xuống hông, đùi, cẳng chân	30	100,00	29	96,67	> 0,05
Đau đầu, chóng mặt, có thể có cơn bốc hỏa	8	26,67	14	46,67	> 0,05
Co cứng vùng cơ lưng	28	93,33	27	90,00	> 0,05
Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược	24	80,00	25	83,33	> 0,05

Nhận xét: Trước điều trị, đa phần các bệnh nhân có triệu chứng đau mỏi nặng nề vùng thắt lưng, hạn chế vận động, đau lan xuống hông đùi, cẳng chân kèm theo co cứng cơ vùng thắt lưng. Sự xuất hiện các triệu chứng y học cổ truyền không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.6. Sự thay đổi thang điểm VAS trước và sau điều trị của hai nhóm

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (điểm)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (điểm)	P_{NC - ĐC}
D₀	5,13 $\pm$ 0,73	5,1 $\pm$ 0,61	> 0,05
D₇	3,17 $\pm$ 0,7	3,37 $\pm$ 0,67	> 0,05
D₁₄	1,87 $\pm$ 0,78	1,93 $\pm$ 0,64	> 0,05
P (D₀ - D₇)	<0,05	<0,05	
P (D₀ - D₁₄)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Sau 7 và 14 ngày điều trị, điểm đau trung bình theo thang điểm VAS ở cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị ($p < 0,05$).

Nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC. Cụ thể, sau 7 ngày, điểm VAS của nhóm NC giảm từ 5,13 $\pm$ 0,73 điểm xuống còn 3,17 $\pm$ 0,70 điểm (giảm 1,96 điểm), trong khi nhóm ĐC giảm 1,73 điểm. Đến ngày 14, mức giảm ở nhóm NC đạt 3,26 điểm, so với 3,17 điểm ở nhóm ĐC. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động cột sống thắt lưng

3.2.2.1. Hiệu quả cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng

Bảng 3.7. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober trước và sau điều trị

Nhóm Thời điểm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (cm)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (cm)	P_{NC - ĐC}
D₀	12,53 ± 0,51	12,57 ± 0,51	> 0,05
D₇	13,17 ± 0,59	13,13 ± 0,43	> 0,05
D₁₄	13,87 ± 0,43	13,77 ± 0,43	> 0,05
P(D₀ – D₇)	<0,05	<0,05	
P(D₀ – D₁₄)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Trước điều trị, đa số bệnh nhân có độ giãn CSTL bị hạn chế. Độ giãn CSTL trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 7 ngày điều trị, độ giãn CSTL tăng lên ở cả 2 nhóm so với trước điều trị ($p < 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, mức cải thiện tiếp tục tăng ở cả hai nhóm ($p < 0,05$), trong đó nhóm NC có mức tăng từ $12,53 \pm 0,51$ cm lên $13,87 \pm 0,43$ cm (tăng trung bình 1,34 cm), cao hơn nhóm ĐC (tăng 1,2 cm). Mặc dù chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$), nhưng nhóm NC cho thấy xu hướng cải thiện độ giãn CSTL tốt hơn trong suốt quá trình điều trị.

3.2.2.2. Sự cải thiện độ Lasègue

Bảng 3.8. Sự cải thiện độ Lasègue trước và sau điều trị

Nhóm Thời điểm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	P_{NC - ĐC}
D₀	55,5 ± 4,97	55,83 ± 4,93	> 0,05
D₇	63,83 ± 5,36	63,67 ± 5,24	> 0,05
D₁₄	72,17 ± 5,36	71,67 ± 5,31	> 0,05
P(D₀ – D₇)	<0,05	<0,05	
P(D₀ – D₁₄)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Tại thời điểm D₀, tất cả các bệnh nhân đều có nghiệm pháp Lasègue dương tính (số đo góc nhỏ hơn 70°), sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, ở cả hai nhóm, số đo góc của nghiệm pháp Lasègue đều tăng lên có ý nghĩa thống kê so với thời điểm D₀ ($p < 0,05$). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn, với mức tăng trung bình từ $55,5 \pm 4,97^\circ$ lên $72,17 \pm 5,36^\circ$ (tăng $16,67^\circ$), nhóm ĐC chỉ tăng trung bình $15,84^\circ$.

3.2.2.3. Sự cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng

Bảng 3.9. Sự cải thiện tầm vận động gấp cột sống thắt lưng

Nhóm Thời điểm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	P_{NC - ĐC}
D₀	51,67 ± 3,03	51,85 ± 2,45	> 0,05
D₇	60,5 ± 5,36	59,17 ± 3,96	> 0,05
D₁₄	67,83 ± 4,68	67,17 ± 4,09	> 0,05
P_(D0 - D7)	<0,05	<0,05	
P_(D0 - D14)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động gấp CSTL ở cả hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$), nhưng chưa có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC cải thiện tầm vận động gấp từ $51,67 \pm 3,03^\circ$ lên $67,83 \pm 4,68^\circ$ (trung bình tăng được $16,16^\circ$) ($p < 0,05$), có xu hướng cao hơn nhóm ĐC (trung bình tăng được $15,32^\circ$). Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Sự cải thiện tầm vận động đuôi cột sống thắt lưng

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	P_{NC - ĐC}
D₀	21,03 ± 3,18	21,33 ± 3,06	> 0,05
D₇	23,53 ± 2,01	23,4 ± 1,91	> 0,05
D₁₄	25,77 ± 2,22	25,63 ± 1,85	> 0,05
P(D₀ – D₇)	<0,05	<0,05	
P(D₀– D₁₄)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động đuôi CSTL ở cả hai nhóm đều tăng lên so trước điều trị với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 14 ngày điều trị, tầm vận động đuôi CSTL cải thiện rõ ở cả hai nhóm so với thời điểm D₀ với $p < 0,05$. Trong đó, Nhóm NC tăng từ 21,03 ± 3,18° lên 25,77 ± 2,22° (tăng trung bình 4,74°), cao hơn nhóm ĐC (tăng 4,3°, từ 21,33 ± 3,06° lên 25,63 ± 1,85°). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. Sự cải thiện tầm vận động nghiêng (bên đau) cột sống thắt lưng

Nhóm Thời điểm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (độ)	P_{NC - ĐC}
D₀	21,8 ± 2,41	21,93 ± 2,42	> 0,05
D₇	25,03 ± 1,9	24,83 ± 2,1	> 0,05
D₁₄	27,97 ± 1,69	27,63 ± 1,63	> 0,05
P(D₀ – D₇)	<0,05	<0,05	
P(D₀ – D₁₄)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng CSTL bên đau ở cả hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$), không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, tầm vận động nghiêng bên đau CSTL tiếp tục cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm với $p < 0,05$. Trong đó, nhóm NC tăng từ $21,8 \pm 2,41^\circ$ lên $27,97 \pm 1,69^\circ$ (tăng trung bình $6,17^\circ$), cao hơn nhóm ĐC tăng từ $21,93 \pm 2,42^\circ$ lên $27,63 \pm 1,63^\circ$ (tăng $5,7^\circ$). Sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.2.4. Sự thay đổi chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Oswestry Disability Index (ODI)

Bảng 3.12. Sự thay đổi CNSHHN theo thang điểm ODI

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm NC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (điểm)	Nhóm ĐC (n=30) $\bar{X} \pm SD$ (điểm)	P_{NC - ĐC}
D₀	10,53 ± 1,19	10,37 ± 1,07	> 0,05
D₇	7,97 ± 1,13	8,03 ± 1,07	> 0,05
D₁₄	5,63 ± 0,89	5,77 ± 0,88	> 0,05
P_(D0 - D7)	<0,05	<0,05	
P_(D0 - D14)	<0,05	<0,05	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm ODI cải thiện ở cả hai nhóm so với thời điểm trước điều trị với $p < 0,05$, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Sau 14 ngày điều trị, chỉ số ODI tiếp tục giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm NC giảm từ $10,53 \pm 1,19$ điểm xuống $5,63 \pm 0,89$ điểm (giảm trung bình 4,9 điểm), cao hơn nhóm ĐC giảm từ $10,37 \pm 1,07$ điểm xuống $5,77 \pm 0,88$ điểm (giảm 4,6 điểm). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.3. Sự thay đổi trên các triệu chứng Y học cổ truyền

Bảng 3.13. Sự thay đổi trên các triệu chứng Y học cổ truyền

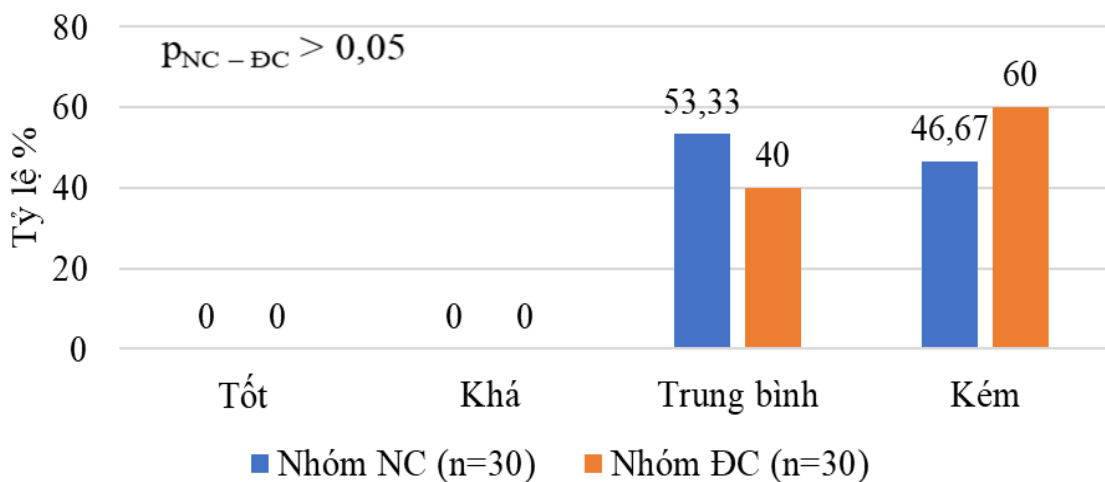
Nhóm Triệu chứng	Nhóm NC (n=30)				Nhóm ĐC (n=30)				P ₁₄ (NC – ĐC)
	D ₀		D ₁₄		D ₀		D ₁₄		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chất lưỡi nhợt bệu, rêu dày trắng nhợt	22	73,33	19	63,33	23	76,67	21	70,0	> 0,05
P(D ₀ – D ₁₄)	> 0,05				> 0,05				
Đau mỏi nặng nền vùng thắt lưng, hạn chế vận động	25	83,33	6	20,00	26	86,67	7	23,33	> 0,05
P(D ₀ – D ₁₄)	< 0,05				< 0,05				
Đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân	30	100,0 0	4	13,33	29	96,67	5	16,67	> 0,05
P(D ₀ – D ₁₄)	< 0,05				< 0,05				
Đau đầu, chóng mặt, có thể có cơn bốc hỏa	8	26,67	7	23,33	14	46,67	12	40,00	> 0,05
P(D ₀ – D ₁₄)	> 0,05				> 0,05				
Cơ cứng vùng cơ lưng	28	93,33	7	23,33	27	90,00	8	26,67	>0,05
P(D ₀ – D ₁₄)	< 0,05				< 0,05				
Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược	24	80,00	23	76,67	25	83,33	25	83,33	> 0,05
P(D ₀ – D ₁₄)	>0,05				>0,05				

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị các triệu chứng đau mỏi nặng nề, hạn chế vận động vùng thắt lưng, đau lan xuống mông đùi, co cứng vùng cơ lưng, ở cả hai nhóm bệnh nhân được cải thiện rõ ràng. Sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng ở từng nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, khi so sánh giữa hai nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Các triệu chứng như chất lưỡi nhợt bệu, rêu dày trắng nhớt, đau đầu, chóng mặt, cơn bốc hỏa có xu hướng giảm sau điều trị, nhưng sự thay đổi không đạt mức ý nghĩa thống kê trong từng nhóm và giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

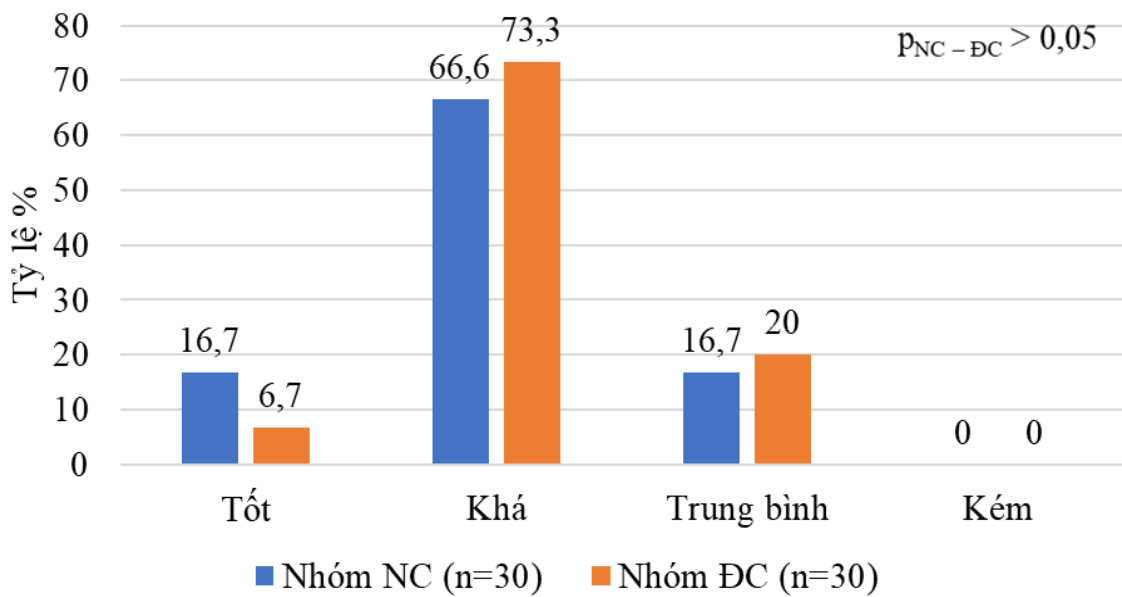
Triệu chứng về mạch gân như không có sự thay đổi ở cả 2 nhóm trước và sau điều trị, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.5. Kết quả điều trị chung sau 7 ngày

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, ở cả hai nhóm, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện mức độ trung bình là cao nhất, ở nhóm NC chiếm 53,33%, nhóm ĐC chiếm 40%. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều cải thiện ở mức độ trung bình và kém, không có bệnh nhân nào có kết quả điều trị chung là tốt và khá. Sự khác biệt về kết quả điều trị chung sau 7 ngày giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung sau 14 ngày

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, ở tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị khá chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, với 63,6% ở nhóm NC và 73,3% ở nhóm ĐC. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt ở nhóm NC là 16,7%, cao hơn nhóm ĐC (6,7%). Tổng tỷ lệ đạt mức tốt và khá ở nhóm NC là 83,2%, có xu hướng cao hơn nhóm ĐC (80%). Cả hai nhóm đều không có bệnh nhân có kết quả điều trị ở mức độ kém. Sự khác biệt về kết quả điều trị chung sau 14 ngày giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Tác dụng không mong muốn của phương pháp kết hợp

Đánh giá tác dụng không mong muốn của các phương pháp nghiên cứu, chúng tôi theo dõi các tiêu chí sau:

- Đối với châm cứu (Cận tam châm và điện châm): Vụng châm, nhiễm trùng vị trí châm, gãy kim...

- Đối với sóng xung kích: Đau tăng lên, chảy máu dưới da...

Kết quả sau 14 ngày điều trị, 60 bệnh nhân trong hai nhóm của nghiên cứu đều không ghi nhận tác dụng không mong muốn.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu:

3.3.1. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh tới kết quả điều trị

Bảng 3.14. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh tới kết quả điều trị

Kết quả điều trị Thời gian mắc bệnh	Tốt + Khá		Trung bình + Kém		Tổng		Or (95% - CI)	p
	n	%	n	%	n	%		
≤ 3 tháng	7	87,5	1	12,5	8	100	1,56	> 0,05
> 3 tháng	18	81,8	4	18,2	22	100	(0,15-	
Tổng	25	83,3	5	16,7	30	100	16,46)	

Nhận xét: Sau 14 ngày điều trị, trong số các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng, tỷ lệ đạt kết quả tốt và khá là 87,5%, và ở nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 3 tháng tỷ lệ này là 81,8%. Hiệu quả điều trị loại tốt và khá ở hai nhóm ≤ 3 tháng và > 3 tháng là không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

3.3.2. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp tới kết quả điều trị

Bảng 3.15. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp tới kết quả điều trị

Kết quả điều trị Nghề nghiệp	Tốt + Khá		Trung bình + Kém		Tổng		Or (95% - CI)	p
	n	%	n	%	n	%		
Lao động trí óc	13	81,2	3	18,8	16	100	0,72 (0,1-5,09)	> 0,05
Lao động chân tay	12	85,7	2	14,3	14	100		
Tổng	25	83,3	5	16,7	30	100		

Nhận xét: Hiệu quả điều trị loại tốt và khá ở hai nhóm lao động trí óc và lao động chân tay là không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

3.3.3. Sự ảnh hưởng của hoàn cảnh khởi phát tới kết quả điều trị

Bảng 3.16. Sự ảnh hưởng của hoàn cảnh khởi phát tới kết quả điều trị

Kết quả điều trị Hoàn cảnh mắc bệnh	Tốt + Khá		Trung bình + Kém		Tổng		Or (95% - CI)	p
	n	%	n	%	n	%		
Đột ngột	10	90,9	1	9,1	11	100	2,67 (0,26 – 27,5)	> 0,05
Từ từ	15	78,9	4	21,1	19	100		
Tổng	25	83,3	5	16,7	30	100		

Nhận xét: Hiệu quả điều trị loại tốt và khá ở hai nhóm khởi phát đột ngột và từ từ là không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

3.3.4. Sự ảnh hưởng của số đường kinh bị bệnh tới kết quả điều trị

Bảng 3.17. Sự ảnh hưởng của số đường kinh bị bệnh tới kết quả điều trị

Kết quả điều trị Số đường kinh bị bệnh	Tốt + Khá		Trung bình + Kém		Tổng		Or (95% - CI)	p
	n	%	n	%	n	%		
Một đường kinh	21	84,0	4	16,0	25	100	1,31 (0,12-15,03)	> 0,05
Hai đường kinh	4	80,0	1	20,0	5	100		
Tổng	25	83,3	5	16,7	30	100		

Nhận xét: Hiệu quả điều trị loại tốt và khá ở hai nhóm mắc bệnh ở một đường kinh và hai đường kinh là không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 60 bệnh nhân mắc hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng điều trị tại bệnh viện Y dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa trong thời gian từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, điều trị trong 14 ngày, nhóm nghiên cứu được điều trị bằng hàu châm theo Cận tam châm kết hợp với sóng xung kích, nhóm đối chứng được điều trị bằng điện châm theo công thức huyết của Bộ Y tế kết hợp với sóng xung kích. Kết quả thu được như sau:

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình và tỷ lệ phân bố bệnh nhân ở các nhóm tuổi của 2 nhóm có sự tương đồng. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân trên từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất, với 90% ở cả hai nhóm. Đứng thứ 2 là nhóm tuổi từ 50 – 59, với 6,67% ở cả 2 nhóm. Thấp nhất là nhóm tuổi 38-49, chỉ với 3,33% ở mỗi nhóm. Tuổi trung bình của nhóm NC là $70,77 \pm 8,84$ (tuổi), của nhóm ĐC là $70,47 \pm 7,58$ (tuổi). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này có sự tương đồng với một số nghiên cứu gần đây, như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thùy An năm 2024, với 62,5% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, và độ tuổi trung bình là $66,33 \pm 12,67$ tuổi, hoặc nghiên cứu của tác giả Huỳnh Hương Giang năm 2020 với 60,5% bệnh nhân trên 60 tuổi [46], [51].

Tuy nhiên, so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Dương Trọng Nghĩa và Phạm Thùy Linh (2024) tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, độ tuổi trung bình của bệnh nhân cao hơn, lên đến $75,8 \pm 11,2$ với 76,3% trên 70 tuổi, sự khác nhau này có thể do sự khác biệt trong

tiêu chí khảo sát và địa điểm của nghiên cứu trên tại bệnh viện tuyến trung ương, nơi tập trung những bệnh nhân mắc bệnh lâu ngày, đã điều trị nhiều nơi nhưng chưa hiệu quả [49].

Sự lão hóa của cột sống tiến triển theo tuổi, đây là hệ quả của việc giảm tổng hợp Proteoglycan trong nhân nhầy đĩa đệm, dẫn đến mất nước, giảm đàn hồi và tăng nguy cơ nứt rách bao xơ. Khi nhân nhầy di lệch hoặc thoát vị, rễ thần kinh dễ bị chèn ép, kích thích phản ứng viêm tại chỗ, gây đau lan, tê bì hoặc rối loạn cảm giác vùng chi phối. Bên cạnh đó, ở người cao tuổi, các yếu tố kèm theo như loãng xương, giảm trương lực cơ cạnh sống, rối loạn vi tuần hoàn vùng thắt lưng, sự tích lũy của vi chấn thương, chấn thương qua một quá trình lao động kéo dài càng làm quá trình bệnh lý dễ dàng diễn ra hơn [52].

Theo Y học cổ truyền, khi tuổi càng cao, công năng tạng phủ suy giảm, đặc biệt là hai tạng can và thận. Can chủ cân, thận chủ cốt, sinh tủy, khi can huyết hư, cân cơ không được nuôi dưỡng, thận hư khiến cốt tủy suy giảm, khí huyết lưu thông kém, đặc biệt tại vùng thắt lưng là phủ của thận, do đó, bệnh nhân can thận hư thường đau lưng, mỏi gối, co cứng gân cơ. Bên cạnh đó, chính khí suy yếu càng khiến vệ khí không vững, tạo điều kiện cho phong hàn thấp xâm nhập vào bì phu kinh lạc, gây trở trệ khí huyết. Do đó, bệnh lý cơ xương khớp nói chung và HCTLH do THCS nói riêng có xu hướng tăng dần theo tuổi, cả về mức độ lẫn tần suất xuất hiện.

Một số khảo sát cũng cho thấy, người cao tuổi, đặc biệt là những người mắc các bệnh bệnh lý thần kinh, cơ xương khớp thường có xu hướng lựa chọn các điều trị bằng Y học cổ truyền hoặc các phương pháp điều trị không dùng thuốc nhiều hơn vì họ tin rằng YHCT có thể điều trị từ gốc rễ của bệnh [53], [54]. Trong khi người trẻ tuổi với mong muốn nhanh chóng trở lại với công việc thường ưu tiên sử dụng các phương pháp điều trị bằng giảm đau, chống viêm của YHHĐ để có thời gian điều trị ngắn nhất. Do đó đặc điểm về tuổi

trong NC là hoàn toàn phù hợp với xu hướng tâm lý của bệnh nhân và cơ sở sinh lý học, lý luận YHCT.

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Hội chứng thắt lưng hông là một trong những bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, có sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới ở nhiều nghiên cứu.

Theo tác giả Hồ Hữu Lương (1986), HCTLH do thoát vị đĩa đệm có tỷ lệ nam/nữ là 4,5/1, được lý giải do nam giới có cường độ làm việc vất vả và nặng nhọc, dễ bị các chấn thương khi lao động hơn [52].

Tuy nhiên, trong 60 bệnh nhân mắc HCTLH do thoái hóa cột sống trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ chiếm 56,67% và nam giới chiếm 43,33%, tương ứng với tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1. Sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với một số kết quả nghiên cứu gần đây như Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021) với tỷ lệ nam là 33,3%, tỷ lệ nữ là 66,7%, hay nghiên cứu của Phạm Thùy Linh (2024) với tỷ lệ nữ giới 78,9% và nam giới là 21,1% [47], [49]. Điều này được lý giải bởi đặc điểm sinh lý học của nhóm đối tượng nghiên cứu với 90% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Ở phụ nữ độ tuổi mãn kinh, nồng độ estrogen suy giảm dẫn đến giảm hoạt động của các tế bào tạo xương, giảm lắng đọng calci và phosphat, suy giảm khung protein ở xương, đặc biệt là vùng cột sống khiến cho tình trạng thoái hóa cột sống thắt lưng gây hội chứng thắt lưng hông phổ biến hơn ở nữ giới [55].

Bên cạnh yếu tố nội tiết, các yếu tố xã hội và thói quen sinh hoạt cũng góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới. Trong đời sống hiện đại, phụ nữ thường đảm nhiệm đồng thời nhiều vai trò trong gia đình và xã hội, khiến vùng thắt lưng phải chịu tải cơ học kéo dài và lặp đi lặp lại, làm tăng nguy cơ thoái hóa cột sống thắt lưng và hội chứng thắt lưng hông. Phụ nữ thường quan tâm và chủ động hơn trong việc khám chữa bệnh, có thể góp phần làm tăng tỷ lệ ghi nhận bệnh ở nữ giới trong các nghiên cứu lâm sàng.

Theo Y học cổ truyền, nữ giới thuộc âm, lấy huyết làm gốc, dễ hao tổn khí huyết qua quá trình kinh nguyệt, thai sản. Khi âm huyết suy giảm, can thận mất điều hòa, cân mạch không được nuôi dưỡng đầy đủ, dẫn đến đau mỏi cơ khớp và hạn chế vận động. Ở giai đoạn trung niên và mãn kinh, thận khí suy, âm dương mất cân bằng, khí huyết vận hành kém, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh lý vùng thắt lưng phát sinh.

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Hội chứng thắt lưng hông là hội chứng bệnh lý có mối liên quan mật thiết với đặc điểm nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được phân chia thành hai nhóm nghề nghiệp gồm lao động chân tay và lao động trí óc. Nhóm các nghề lao động trí óc thường là bác sĩ, giáo viên, nhân viên văn phòng... Các nghề lao động chân tay thường gồm nông dân, công nhân, lái xe, thợ cơ khí...

Tỷ lệ lao động trí óc và lao động chân tay trong nhóm NC lần lượt là 53,33% và 46,67%, trong khi ở nhóm ĐC là 56,67% và 43,33%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Phong Lan, Mai Quang Dự (2024), số người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm lao động trí óc chiếm 70%, nhóm lao động chân tay chiếm 30% [56]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hương (2021) có tỉ lệ bệnh nhân lao động trí óc chiếm ưu thế hơn với 56,67% ở nhóm nghiên cứu và 63,33% ở nhóm chứng [57].

Người lao động chân tay thường phải mang vác nặng, chịu tải trọng lớn và thực hiện các động tác cúi, gập, uốn quá mức trong thời gian dài, làm tăng áp lực cơ học lên cột sống thắt lưng, gây co cứng cơ cạnh sống, giảm nuôi dưỡng mô mềm và đĩa đệm, từ đó làm tăng nguy cơ HCTLH do THCS [52].

Ngược lại, lao động trí óc thường duy trì tư thế ngồi tĩnh kéo dài, đặc biệt là tư thế ngồi cúi hoặc sai tư thế, làm thay đổi đường cong sinh lý và tăng

áp lực nén lên đĩa đệm thắt lưng. Việc ít vận động khiến cơ lưng suy yếu, giảm khả năng ổn định cột sống, thúc đẩy quá trình thoái hóa sớm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cho và cộng sự (2023), cho thấy các tư thế ngồi cúi, ngồi không tựa lưng làm tăng lực nén và lực cắt lên đĩa đệm so với tư thế đứng hoặc ngồi thẳng [58].

Bên cạnh đó, nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa, nằm ở khu vực trung tâm thành phố, nơi dân cư chủ yếu là cán bộ công chức và nhân viên văn phòng, điều này có thể góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm lao động trí óc trong nghiên cứu.

4.1.4. Hoàn cảnh khởi phát đau

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ bệnh nhân khởi phát bệnh một cách từ từ chiếm ưu thế hơn so với các bệnh nhân khởi phát bệnh đột ngột, với 63,33% ở nhóm NC và 56,67% ở nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỉ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường (2021) với 80% bệnh nhân khởi phát từ từ ở nhóm NC và 86,67% ở nhóm ĐC [57].

Đặc điểm về hoàn cảnh khởi phát của bệnh nhân trong nghiên cứu phù hợp với đặc điểm 90% người bệnh từ 60 tuổi trở lên và tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được chẩn đoán HCTLH do THCS. Các bệnh nhân THCS thắt lưng xuất phát từ sự lão hóa của hệ thống cơ xương khớp khi tuổi cao, và sự tích lũy qua thời gian của các yếu tố chấn thương, vi chấn thương trong quá trình lao động và sinh hoạt. Do đó những triệu chứng của HCTLH do THCS thường xuất hiện âm thầm, tăng dần từ từ theo mức độ và thời gian thoái hóa cột sống.

4.1.5. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh được xác định từ khi bệnh nhân bắt đầu xuất hiện các triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho đến thời điểm bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, với 73,33% ở cả 2 nhóm. Tiếp theo là nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 tháng, chiếm 20% ở nhóm NC và 16,67% ở nhóm ĐC. Nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất, tương ứng 6,67% ở nhóm NC và 10% ở ĐC.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy An (2024), tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm cao nhất là 62,5% [51]. Tương tự, nghiên cứu của Trần Thị Phong Lan, Mai Quang Dụ (2024) cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài trên 3 tháng chiếm ưu thế với 77,5% [56].

HCTLH có đặc điểm đau cơ học, đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi, do đó nhiều bệnh nhân không đi khám ở giai đoạn sớm mà chỉ đến bệnh viện khi cơn đau kéo dài, xuất hiện cả khi nghỉ ngơi hoặc gây ảnh hưởng rõ rệt đến sinh hoạt và lao động hằng ngày. Đặc điểm này phù hợp với cơ cấu tuổi trong nghiên cứu, khi người cao tuổi thường có ngưỡng chịu đau cao hơn do quá trình lão hóa làm giảm cảm nhận đau, đồng thời tâm lý e ngại tác dụng phụ của điều trị khiến một số bệnh nhân có xu hướng trì hoãn việc thăm khám.

Bên cạnh đó, đối tượng nghiên cứu đều là bệnh nhân điều trị nội trú và nội trú ban ngày tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền tỉnh Thanh Hóa, là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh trước năm 2025. Nhiều bệnh nhân đã từng tự điều trị hoặc điều trị tại tuyến dưới nhưng hiệu quả hạn chế, bệnh kéo dài hoặc tái phát nhiều lần, nên chỉ đến bệnh viện khi có nhu cầu điều trị chuyên sâu hơn.

4.1.6. Rễ thần kinh tổn thương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện tổn thương đơn độc rễ L₅ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Cụ thể, nhóm NC

có 46,67% bệnh nhân, nhóm ĐC có 50% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương đơn độc rễ L₅. Thứ 2 là các bệnh nhân tổn thương mình rễ S₁ với 36,67% ở cả hai nhóm. Số bệnh nhân tổn thương ở cả 2 rễ L₅ và S₁ chỉ chiếm 16,66% ở nhóm NC và 13,33% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Cao Thị Huyền Trang (2024) với tỷ lệ bệnh nhân mắc HCTLH tổn thương rễ thần kinh L₅ là 47,65% và tỷ lệ tổn thương rễ S₁ là 41,76%, tổn thương cả 2 rễ là 10,59% [59]. Tác giả Nguyễn Tường Ngọc Linh (2021) khi nghiên cứu mối liên quan giữa chỉ số điện cơ kim với lâm sàng cho thấy tỷ lệ tổn thương rễ L₅ chiếm 30%, cao hơn so với rễ S₁ (13,3%) trong nhóm bệnh nhân mắc bệnh lý thoát vị đĩa đệm CSTL [60].

Trong HCTLH do THCS, tổn thương rễ thần kinh L₅ thường gặp hơn rễ S₁ có thể là do đĩa đệm L₄–L₅ chịu tải trọng lớn và có biên độ vận động cao nhất trong các đoạn cột sống thắt lưng, dễ xảy ra thoái hóa và thoát vị ra sau – bên, gây chèn ép rễ L₅ khi đi qua khe gian đốt sống L₄–L₅. Trong khi đó, rễ S₁ được bảo vệ tương đối tốt hơn nhờ hướng đi chéo xuống của lỗ ghép L₅–S₁ và sự vững chắc của khớp cùng chậu, giúp giảm nguy cơ bị chèn ép trực tiếp.

4.1.7. Sự phân bố đường kinh bị bệnh theo YHCT:

Số lượng bệnh nhân có biểu hiện ở 1 đường kinh chiếm tỉ lệ chủ yếu, trong đó, có 46,67% bệnh nhân có biểu hiện bệnh lý trên kinh Túc thiếu dương Đờm ở nhóm NC và 50% ở nhóm ĐC, 36,67% bệnh nhân có biểu hiện ở kinh Túc thái dương Bằng quang ở cả hai nhóm, thấp nhất là tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện ở cả 2 đường kinh. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với phân bố vị trí tổn thương rễ thần kinh theo YHHD theo kết quả của bảng 3.3.

Theo Y học cổ truyền, đường đi của kinh Túc thiếu dương Đờm tương tự với vùng chi phối cảm giác và vận động của rễ thần kinh L₅ trong YHHĐ. Khi rễ L₅ bị chèn ép do THCS hoặc thoát vị đĩa đệm, cơn đau sẽ lan dọc theo đường đi của kinh Đờm, từ vùng thắt lưng, hông, mông xuống mặt ngoài đùi, cẳng chân và tới mu bàn chân.

Qua đó, cho thấy có sự tương đồng giữa vùng phân bố kinh lạc trong YHCT và phân bố thần kinh trong YHHĐ, góp phần giải thích tại sao biểu hiện đau theo kinh Đờm thường gặp ở bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa.

4.1.8. Đặc điểm về các chỉ số lâm sàng của 2 nhóm trước điều trị

Trước điều trị, các chỉ số lâm sàng giữa nhóm NC và nhóm ĐC tương đối đồng nhất, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cụ thể:

Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS ở nhóm NC là $5,13 \pm 0,73$ điểm, tương đương nhóm ĐC ($5,10 \pm 0,61$ điểm), phản ánh mức độ đau từ vừa đến nặng. Chỉ số Schober trung bình khoảng 2,5 cm và góc Lasègue trung bình 55° cho thấy tình trạng hạn chế độ giãn CSTL và kích thích rễ thần kinh mức vừa, có sự tương đồng giữa hai nhóm.

Biên độ vận động cột sống thắt lưng khi gập (mức trung bình là 51°), duỗi (trung bình là 21°) và nghiêng (trung bình là 22°) đều giảm khoảng 20–30% so với bình thường. Điểm CNSHHN trung bình ở nhóm NC ($10,53 \pm 1,19$ điểm) và nhóm ĐC ($10,37 \pm 1,07$ điểm) tương đương mức hạn chế chức năng vừa, điều này có thể gây ảnh hưởng rõ rệt đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

Tổng hợp các chỉ số cho thấy, trước điều trị, cả hai nhóm có đặc điểm bệnh lý tương đồng với mức đau và hạn chế vận động từ vừa đến nặng. Sự tương đồng này khẳng định tính tương đồng của mẫu, là cơ sở khoa học cho các bước đánh giá hiệu quả can thiệp tiếp theo, đồng thời có sự phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Phạm Thị Như Uyên (2024) [59].

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Kết quả giảm đau theo thang điểm VAS

Trong HCTLH, hai biểu hiện lâm sàng đặc trưng nhất là đau vùng thắt lưng và hạn chế vận động cột sống, trong đó, đau thường là triệu chứng xuất hiện sớm và chiếm ưu thế, đồng thời thường là nguyên nhân chính khiến người bệnh tìm đến điều trị. Tình trạng đau kéo dài không chỉ làm giảm khả năng vận động mà còn ảnh hưởng đáng kể đến sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Do cảm giác đau mang tính chủ quan, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS - một công cụ đánh giá phổ biến, dễ áp dụng và có độ tin cậy cao trong lâm sàng để xác định mức độ đau tại các thời điểm theo dõi.

Đau trong HCTLH là hậu quả của sự kích thích các nhánh thần kinh cảm giác tại các cấu trúc của đoạn vận động cột sống, sự chèn ép dây chằng dọc sau hoặc rễ thần kinh, gây nên đau cơ học điển hình. Bên cạnh đó, những biến đổi về pH và thành phần hóa học trong đĩa đệm có thể gây phản ứng viêm tại rễ thần kinh, tạo nên đau do cơ chế hóa học. Rễ thần kinh bị chèn ép lâu ngày có thể phù nề, tăng nhạy cảm với kích thích cơ học, làm cường độ đau tăng khi vận động. Ngoài ra, tình trạng mất ổn định của đoạn vận động do thoái hóa đĩa đệm khiến các cơ cạnh sống phải hoạt động bù trừ quá mức, dẫn đến đau cơ phản xạ và hạn chế vận động [52].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trước điều trị, mức độ đau trung bình của hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), điểm VAS trung bình của nhóm NC là $5,13 \pm 0,73$ (điểm), và nhóm ĐC là $5,1 \pm 0,61$ (điểm). Sau 7 ngày điều trị, nhóm NC giảm điểm VAS từ $5,13 \pm 0,73$ điểm xuống $3,17 \pm 0,70$ điểm, mức giảm trung bình 1,96 điểm, có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$) và cao hơn so với mức giảm ở nhóm ĐC (1,73 điểm). Sau điều trị 14 ngày, nhóm NC tiếp tục có xu hướng cải thiện mức độ đau tốt

hơn nhóm ĐC, với điểm VAS còn $1,87 \pm 0,78$ điểm, tương ứng mức giảm 3,32 điểm so với trước điều trị ($p < 0,05$), cao hơn nhóm ĐC (giảm 3,17 điểm). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm vẫn chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hà (2024) khi kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt, túi chườm thảo dược, điểm đau VAS giảm từ $5,33 \pm 1,05$ điểm xuống $1,75 \pm 1,15$ điểm sau 15 ngày điều trị [61]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Kỳ (2023) (giảm từ $4,6 \pm 0,50$ điểm xuống $0,97 \pm 0,96$ điểm) sau 21 ngày điều trị và Hoàng Ngọc Minh (2024) (giảm từ $5,3 \pm 0,53$ điểm xuống $1,03 \pm 0,32$ điểm) [62], [63]. Sự khác biệt này có thể do thời gian điều trị của các nghiên cứu trên dài hơn và sử dụng nhiều phương pháp điều trị kết hợp hơn.

Qua kết quả trên, có thể thấy tác dụng giảm đau của phương pháp điều trị kết hợp Cận tam châm và sóng xung kích trong điều trị HCTLH do THCS tương đương với sự kết hợp của điện châm với điều trị bằng sóng xung kích. Tác dụng giảm đau của Cận tam châm kết hợp sóng xung kích có xu hướng tốt hơn, đặc biệt là trong 7 ngày đầu tiên, tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 nhóm đều sử dụng phương pháp điều trị bằng sóng xung kích, đây là một phương pháp điều trị không xâm lấn được ứng dụng phổ biến để điều trị các bệnh lý cơ xương khớp. Trong đó, tác dụng giảm đau được lý giải dựa trên kết quả của nhiều tác động sinh học phối hợp trong cơ thể. Khi truyền qua mô, sóng xung kích tạo ra các vi chấn động cơ học có kiểm soát, làm giảm tính nhạy cảm của các sợi thần kinh cảm giác và ức chế dẫn truyền tín hiệu đau từ ngoại vi về trung ương. Quá trình này đồng thời làm giảm các chất trung gian gây đau và viêm, đồng thời thúc đẩy

tổng hợp oxit nitric, giúp giãn mạch và cải thiện vi tuần hoàn. Mặt khác, tác động cơ học của sóng xung kích còn kích thích tăng sinh mạch máu mới, thúc đẩy quá trình tái tạo mô và phục hồi cấu trúc vùng tổn thương [31].

Châm cứu là một phương pháp điều trị lâu đời, theo Y học cổ truyền, châm cứu có tác dụng điều hòa âm dương, sự vận hành của khí huyết trong kinh lạc và phục hồi sự cân bằng âm dương, hoạt động của tạng phủ. Theo Y học hiện đại, tác dụng của châm cứu được giải thích thông qua cơ chế thần kinh – thể dịch, bao gồm kích thích thụ thể cảm giác, phóng thích các chất trung gian như endorphin và serotonin, qua đó giảm đau và điều hòa hoạt động thần kinh, nội tiết. Các tác động này không chỉ mang hiệu quả tại chỗ mà còn tạo ảnh hưởng toàn thân, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và duy trì cân bằng nội môi [64].

Hiện nay có nhiều phương pháp châm cứu và cách chọn huyết khi châm, trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp hào châm theo Cận tam châm cho nhóm NC và điện châm theo phác đồ huyết điều trị đau thần kinh tọa của Bộ Y tế cho nhóm ĐC. Hào châm là một trong những phương pháp châm cứu cổ điển nhất, dùng kim nhỏ với độ dài ngắn khác nhau châm vào các huyết trên cơ thể để đạt được mục đích điều trị. Điện châm là phương pháp kích thích điện lên huyết qua kim châm cứu hoặc qua các điện cực nhỏ đặt trên da vùng huyết để phòng và điều trị bệnh. [66].

Trong công thức huyết Cận tam châm điều trị HCTLH, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 5 tổ hợp huyết đó là Tọa cốt châm, Yêu tam châm và Túc tam châm, Khỏa tam châm, Ủy tam châm chi dưới:

- Tổ hợp huyết “Tọa cốt châm” là tổ hợp huyết đặc thù trong điều trị HCTLH với 3 huyết: Tọa cốt điểm, Ủy trung và Côn lân. Trong đó, theo kinh nghiệm của giáo sư Cận Thụy, huyết Tọa cốt điểm là điểm đạt kích thích mạnh nhất vào vùng chi phối của dây thần kinh tọa, huyết Ủy Trung và Côn

Lôn thuộc kinh Túc thái dương Bàng quang, đóng vai trò dẫn khí huyết từ lưng xuống chi dưới, làm tăng hiệu quả điều trị. Huyệt Tọa cốt điểm được Cận Thụy xác định qua quan sát phản ứng đau khu trú ở vùng mấu ngồi xương chậu. Khi ấn vào, bệnh nhân xuất hiện đau chói và cảm giác lan dọc xuống mặt sau đùi, trùng hợp với đường đi của dây thần kinh tọa [28]. Huyệt nằm ngang mức đầu rãnh mông, cách đường giữa sau sang ngang khoảng ba thốn, tại đây dây thần kinh tọa cùng mạch mông dưới đi qua dưới cơ mông lớn. Khi châm đúng hướng và đủ sâu sẽ có sự kích thích đáng kể đến các vùng chi phối của thần kinh tọa, đồng thời ảnh hưởng gián tiếp đến mạch máu và mô thần kinh lân cận, giúp tăng hành khí hoạt huyết, giảm co cứng cơ, giải phóng chèn ép và cải thiện dẫn truyền thần kinh [30].

Về sinh lý học, kích thích tại Tọa cốt điểm tạo phản ứng “đắc khí” với cảm giác tê lan hoặc căng tức xuống chi dưới, phản ánh quá trình dẫn truyền kích thích dọc theo thần kinh tọa và sự hoạt hóa cơ chế ức chế đau trung ương, mang lại hiệu quả giảm đau nhanh và bền vững. Theo kinh nghiệm lâm sàng của giáo sư Cận Thụy, so với việc sử dụng huyệt Hoàn khiêu theo phác đồ huyệt kinh điển, huyệt Tọa cốt điểm được cho là có ưu thế hơn trong việc điều trị vì có hiệu quả kích thích tốt lên dây thần kinh tọa ngay cả ở tư thế nằm sấp dễ phối hợp dễ dàng với các tổ hợp huyệt khác như Yêu tam châm, qua đó mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn. Trong khi đó, huyệt Hoàn khiêu được xác định khi bệnh nhân nằm nghiêng, có một chân, huyệt ở 1/3 ngoài đường nối giữa mấu chuyển lớn xương đùi và khe xương cùng, ở tư thế này việc phối hợp với các huyệt khác như Thận du, Đại trường du có thể khó khăn và kém chính xác hơn [28].

- Tổ hợp huyệt Yêu Tam Châm bao gồm ba huyệt Thận Du, Đại Trường Du và Ủy Trung. Trong đó, Thận Du và Đại Trường Du là các huyệt Du ở vùng thắt lưng, thuộc kinh Túc thái dương Bàng quang, có tác dụng điều

hòa hoạt động của Thận và Đại Trường, giúp kiện gân cốt, hành khí thông lạc và chỉ thống. Huyệt Ủy Trung nằm ở trung điểm nếp khoeo chân, là huyệt Hợp của kinh Bàng quang và giữ vai trò chủ đạo trong bộ huyệt này. Theo lý luận kinh lạc, “Yêu bồi trung cầu Ủy Trung”, huyệt này có tác dụng hành khí thông kinh, hoạt huyết, thư cân giải cơ và giảm đau hiệu quả. Khi châm đạt đắc khí, cảm giác tê lan hoặc chướng tức dọc theo mặt sau chi dưới là đắc khí, giúp giải phóng co cứng cơ, cải thiện tuần hoàn và giảm đau rõ rệt ở vùng thắt lưng, mông, chi dưới [28] [29].

- Tổ hợp huyệt Túc Tam Châm gồm Túc Tam Lý, Tam Âm Giao và Thái Xung, là tổ hợp huyệt mang tính điều hòa toàn thân. Túc Tam Lý là huyệt Hợp của kinh Túc Dương Minh Vị, có tác dụng tăng cường lưu thông khí huyết vùng chi dưới, hỗ trợ phục hồi sức cơ, ngăn ngừa teo cơ ở vùng trước – ngoài cẳng chân trong trường hợp tổn thương rễ thần kinh L5, đồng thời giúp điều hòa chính khí. Tam Âm Giao là giao hội của ba kinh âm ở chân: Tỳ, Can và Thận - giúp điều hòa tạng phủ, bổ ích Can Thận, dưỡng huyết và thư cân. Huyệt Thái Xung nằm ở kẽ giữa xương bàn ngón chân I và II, là huyệt Nguyên của kinh Can, có tác dụng điều hòa khí huyết và thư cân hoạt lạc. Khi được kích thích bằng châm cứu, huyệt này giúp giảm đau, cải thiện tuần hoàn và tăng cường dinh dưỡng cho các cơ vùng bàn ngón chân, đặc biệt hỗ trợ các động tác gấp ngón I và gấp mu bàn chân. Tác động này góp phần phục hồi chức năng vận động chi dưới, nhất là trong những trường hợp tổn thương rễ thần kinh S₁, đồng thời giúp điều hòa can khí và thúc đẩy khí huyết lưu thông trong kinh lạc [29], [30].

- Tổ hợp huyệt Khỏa tam châm gồm ba huyệt Giải khô, Thái khô, Côn lôn, là tổ hợp dựa trên nguyên tắc lấy nhóm huyệt gần nhau, có tác dụng giảm đau, hành khí hoạt huyết dọc kheo đường kinh, cũng như cân bằng chức năng Tạng phủ. Vùng cổ chân là nơi hội tụ của các kinh Túc Dương Minh Vị, Túc

thái dương Bàng quang và Túc Thiếu Âm Thận. Huyệt Giải Khê tác động lên kinh Vị, giúp hành khí hoạt huyết và giải uất vùng mặt trước cổ chân; huyệt Côn Lôn ảnh hưởng đến kinh Bàng quang, hỗ trợ giảm đau và giãn cơ dọc mặt sau chi dưới, trong khi huyệt Thái Khê, nguyên huyệt của kinh Thận, góp phần tăng cường nguyên khí. Sự phối hợp đồng thời của ba huyệt này tạo nên hiệu ứng tổng hợp giúp giải tỏa tình trạng ứ trệ khí huyết tại khớp cổ chân, qua đó giảm đau.

Đối với của nhóm ĐC, sử dụng phác đồ điện châm theo công thức huyệt kinh điển theo lý luận đường kinh và tác dụng tại chỗ kết hợp với điều trị bằng sóng xung kích cũng mang lại hiệu quả giảm đau tương đương với nhóm NC sau 14 ngày điều trị.

Kết quả trên cho thấy sự hiệp đồng tác dụng của châm cứu nói chung và đặc biệt là Cận tam châm với sóng xung kích có tác dụng giảm đau tốt trong HCTLH do THCS. Cận tam châm có tác dụng điều hòa khí huyết, thư cân hoạt lạc, làm giảm co cứng cơ và cải thiện dẫn truyền thần kinh, trong khi sóng xung kích tạo tác động cơ học lên vùng mô sâu, giúp tăng tuần hoàn, giảm phản ứng viêm để giảm đau.

4.2.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động cột sống thắt lưng

4.2.2.1. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober

Nghiệm pháp Schober đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá khả năng vận động của cột sống thắt lưng. Thông qua nghiệm pháp Schober, có thể đánh giá được mức độ hạn chế vận động thắt lưng một cách định lượng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.7) cho thấy đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm đều giảm độ giãn cột sống thắt lưng trước điều trị. Sau 7 ngày điều trị, chỉ số Schober cải thiện rõ rệt ở cả hai nhóm so với trước điều trị với $p < 0,05$, nhóm NC tăng trung bình $0,64$ cm, từ $12,53 \pm 0,51$ cm lên $13,17 \pm 0,59$ cm. Sau 14 ngày, chỉ số Schober tiếp tục tăng có ý nghĩa thống kê so với trước

điều trị, nhóm NC đạt trung bình $13,87 \pm 0,43$ cm (tăng 1,34 cm so với D_0), có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC (tăng trung bình 1,2 cm so với D_0), tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Hào (2025), ghi nhận độ giãn thắt lưng tăng từ $12,125 \pm 0,3152$ cm lên $14,087 \pm 0,2747$ cm [65]. Tuy nhiên, mức cải thiện trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Quang Kỳ (2023), có kết quả chỉ số Schober tăng từ $11,5 \pm 0,77$ cm lên $13,9 \pm 0,55$ cm (Tăng trung bình 2,4cm) ở nhóm nghiên cứu, và Phạm Vũ Khánh (2024), ghi nhận độ giãn thắt lưng tăng từ $13,77 \pm 3,65$ cm lên $15,8 \pm 2,86$ cm [48], [62]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi các nghiên cứu trên sử dụng nhiều phương pháp điều trị kết hợp và thời gian can thiệp dài hơn, dẫn đến hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Ở những bệnh nhân mắc các bệnh lý như thoát vị đĩa đệm hoặc thoái hóa cột sống thắt lưng, tình trạng đau thường dẫn đến hạn chế vận động của cột sống. Bên cạnh đó, sự co cứng của các cơ cạnh sống, cũng như sự co kéo của các cấu trúc liên kết như gân, dây chằng và bao khớp, có thể góp phần làm giảm biên độ vận động vùng thắt lưng. Do đó, với tác dụng hiệp đồng của Cận tam châm kết hợp sóng xung kích hoặc điện châm kết hợp sóng xung kích, bệnh nhân được giảm đau, giãn các nhóm cơ vùng lưng hiệu quả, qua đó cải thiện được độ giãn cột sống thắt lưng.

4.2.2.2. Sự cải thiện độ Lasègue

Dấu hiệu Lasègue là một nghiệm pháp lâm sàng có giá trị trong đánh giá khách quan tình trạng chèn ép rễ thần kinh hông to. Nghiệm pháp này có độ nhạy cao, thường được sử dụng phổ biến trong chẩn đoán cũng như theo dõi tiến triển điều trị HCTLH, giúp xác định sớm tổn thương liên quan đến chèn ép rễ thần kinh. Nghiệm pháp được coi là dương tính khi góc nâng chân thụ động nhỏ hơn hoặc bằng 70 độ.

Trước khi tiến hành điều trị, tất cả bệnh nhân đều có dấu hiệu Lasègue dương tính, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau điều trị, số đo góc Lasègue tăng có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm sau 7 và 14 ngày ($p < 0,05$). Sau 7 ngày, nhóm NC cải thiện từ $55,5 \pm 4,97^\circ$ lên $63,83 \pm 5,36^\circ$, có xu hướng cao hơn nhóm ĐC, tuy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 14 ngày điều trị, chỉ số Lasègue của nhóm NC tiếp tục tăng lên $72,17 \pm 5,36^\circ$, với mức tăng trung bình $16,67^\circ$ so với trước điều trị, cao hơn mức tăng $15,84^\circ$ ở nhóm ĐC. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Kỳ (2023), trong đó nhóm bệnh nhân được điều trị bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt cho thấy góc Lasègue tăng từ $53,3 \pm 3,4^\circ$ lên $75,6 \pm 6,96^\circ$ sau điều trị [62].

Nguyên nhân của dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh trong HCTLH do THCS thường do sự hình thành gai xương hoặc phì đại móm khớp sau tại vùng lỗ liên hợp, túi cùng bên ống tủy gây chèn ép rễ thần kinh và ảnh hưởng đến hệ thống gân, cơ và dây chằng quanh cột sống. Bên cạnh đó, quá trình thoái hóa đĩa đệm làm giảm thể tích và thu hẹp khoảng gian đốt sống, dẫn đến di lệch diện khớp đốt sống, góp phần co cứng cơ cạnh sống và dây chằng, làm tăng áp lực chèn ép lên rễ thần kinh. Sự chèn ép này tiếp tục kích thích phản xạ đau, hình thành một vòng xoắn bệnh lý giữa đau, co cứng cơ, chèn ép thần kinh, làm nặng thêm tình trạng lâm sàng của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệu pháp sóng xung kích đã kích thích tăng biểu hiện yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu, thúc đẩy quá trình tân sinh mạch, tăng tưới máu mô và đồng thời hoạt hóa tế bào thần kinh, tạo hiệu ứng bảo vệ thần kinh trước sự chèn ép. Đồng thời, hiệp đồng với tác dụng điều khí, thư cân giải cơ của châm cứu giúp cải thiện triệu chứng cơ cơ, góp phần cải thiện sự chèn ép lên rễ thần kinh.

4.2.2.3. Sự cải thiện về tầm vận động cột sống thắt lưng

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng ba động tác cơ bản gồm gấp, duỗi và nghiêng CSTL bên đầu nhằm đánh giá mức độ cải thiện tầm vận động sau điều trị. Ở bệnh nhân mắc HCTLH, tình trạng hạn chế tầm vận động là biểu hiện thường gặp, chủ yếu do đau gây nên. Con đau không chỉ hạn chế vận động trực tiếp mà còn gây ra phản ứng co cứng của các khối cơ cột sống và cơ cạnh sống, làm giảm linh hoạt và khả năng vận động của vùng thắt lưng. Ngoài ra, ở bệnh nhân có thoái hóa cột sống thắt lưng hoặc thoát vị đĩa đệm, hạn chế vận động còn có thể xuất phát từ sự ảnh hưởng của di lệch các đốt sống, cùng hóa đốt sống hoặc giảm đàn hồi của các tổ chức phần mềm quanh cột sống như gân cơ, dây chằng và bao khớp.

❖ Vận động gấp

Kết quả tại bảng 3.9 cho thấy trước điều trị, tầm vận động gấp trung bình của CSTL giữa hai nhóm có sự tương đồng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, chỉ số này tăng có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm ($p < 0,05$). Nhóm NC tăng từ $51,67 \pm 3,03^\circ$ lên $60,50 \pm 5,36^\circ$ (tăng trung bình $8,83^\circ$), cao hơn mức tăng $7,32^\circ$ của nhóm ĐC. Đến ngày 14, tầm vận động gấp tiếp tục cải thiện. Nhóm NC đạt $67,83 \pm 4,68^\circ$ (tăng $16,67^\circ$ so với ban đầu), trong khi nhóm ĐC đạt $67,17 \pm 4,09^\circ$ (tăng $15,32^\circ$). Mặc dù nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

❖ Vận động duỗi

Theo kết quả tại Bảng 3.10, trước điều trị, tầm vận động duỗi CSTL ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 7 và 14 ngày điều trị, chỉ số này tăng lên đáng kể trong từng nhóm ($p < 0,05$). Cụ thể, sau 7 ngày, nhóm NC tăng từ $21,03 \pm 3,18^\circ$ lên $23,53 \pm 2,01^\circ$ (tăng trung bình

2,5°). Sau 14 ngày, tiếp tục tăng lên $25,77 \pm 2,22^\circ$, tương ứng mức tăng $4,74^\circ$ so với ban đầu, cao hơn nhóm ĐC (tăng $4,3^\circ$). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

❖ Vận động nghiêng

Bảng 3.11 cho thấy, trước điều trị, tầm vận động nghiêng CSTL bên đầu giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị, chỉ số này tăng rõ rệt ở cả hai nhóm ($p < 0,05$ so với trước điều trị). Sau 7 ngày, nhóm NC tăng trung bình $3,23^\circ$, cao hơn nhóm ĐC ($2,9^\circ$). Sau 14 ngày, nhóm NC đạt $27,97 \pm 1,69^\circ$, tăng $6,17^\circ$ so với trước điều trị, cao hơn mức tăng $5,7^\circ$ ở nhóm ĐC ($27,63 \pm 1,63^\circ$). Mặc dù nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tổng hợp kết quả cho thấy, tầm vận động CSTL ở cả ba động tác gấp, duỗi và nghiêng ở cả hai nhóm đều cải thiện rõ rệt sau điều trị với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy cả hai phương pháp điều trị kết hợp trong NC đều mang lại hiệu quả tích cực trong việc cải thiện chức năng vận động ở bệnh nhân HCTLH, nhưng phương pháp kết hợp Cộn tam châm và sóng xung kích có xu hướng cải thiện tầm vận động tốt hơn so với điện châm kết hợp sóng xung kích mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Lê Quang Vinh (2020) với mức độ cải thiện động tác gấp từ $53,2 \pm 13,23^\circ$ lên $65,76 \pm 10,93^\circ$, động tác duỗi từ $19,5 \pm 4,74^\circ$ lên $23,3 \pm 4,41^\circ$, động tác nghiêng bên đầu tăng từ $23,1 \pm 4,29^\circ$ lên $26,63 \pm 4,18^\circ$ [10].

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả thấp hơn một số nghiên cứu khác. Theo Trần Thị Minh Quyên (2023), sau 20 ngày điều trị kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và tập dưỡng sinh, tầm vận động gấp trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu tăng $22,53 \pm 9,32^\circ$, duỗi tăng

$8,27 \pm 2,32^\circ$, nghiêng tăng $9,03 \pm 3,01^\circ$ [66]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu trên có thời gian điều trị dài hơn, đồng thời kết hợp với các phương pháp luyện tập nên hiệu quả phục hồi vận động đạt được cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Triệu chứng hạn chế vận động cột sống thắt lưng trong hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống đa phần nguyên nhân từ đau và phản ứng co cứng cơ. Mức độ đau, co cơ và hạn chế vận động có mối liên quan chặt chẽ, tăng song song với nhau. Do đó, khi cơn đau được cải thiện, cơ được giãn mềm hơn, khả năng vận động của cột sống cũng được phục hồi đáng kể.

Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp hào châm theo Cận tam châm kết hợp sóng xung kích điều trị, trong đó:

Tổ hợp huyệt “Tọa cốt châm” bao gồm huyệt Tọa cốt điểm nằm ở phần trên của khe liên mông, đo ngang ra khoảng 3 thốn. Vùng này gồm ba cơ thuộc ngăn mạc sau của đùi là cơ bán gân, cơ bán màng và cơ nhị đầu đùi, tất cả đều có nguyên ủy từ ụ ngồi do thần kinh hông to chi phối, trong đó cơ nhị đầu đùi đóng vai trò là cơ duỗi chính của đùi [13], [30]. Khi châm sâu khoảng 2 thốn vào Tọa cốt điểm, kim sẽ tác động lên thân dây thần kinh hông to và các nhóm cơ vùng đùi sau, qua đó giúp làm giãn cơ, cải thiện tuần hoàn máu nuôi dưỡng các cơ đảm nhiệm động tác duỗi đùi, nhờ đó giảm đau tại khu vực đùi sau, nơi dây thần kinh hông to đi qua [28]. Kết quả là động tác duỗi đùi trở nên dễ dàng hơn, khả năng duỗi CSTL được cải thiện, từ đó gián tiếp tăng khả năng gấp CSTL qua sự đối kháng giữa hai động tác gấp – duỗi trong hệ vận động.

Huyệt Ủy trung Huyệt Hợp của kinh Bàng quang, là nơi hội tụ của khí huyết của đường kinh. Kích thích huyệt Ủy trung giúp điều hòa khí huyết toàn kinh Bàng quang, làm giãn các nhóm cơ vùng lưng và mông theo đường kinh đi qua, có tác dụng giảm co cứng cơ, tăng lưu thông máu và giảm đau hiệu.

Huyết Côn lôn có tác dụng khu phong thông lạc, thư cân mạnh lưng, bổ thận, giảm triệu chứng co cứng các nhóm cơ vùng thắt lưng. Qua đó, góp phần cải thiện tâm vận động của CSTL.

4.2.2.4. Sự cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày theo ODI

Triệu chứng đau và hạn chế vận động cột sống thắt lưng ở bệnh nhân HCTLH không chỉ gây khó chịu về thể chất mà còn ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng tự chăm sóc và lao động thường ngày. Những khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày như đi lại, ngồi, đứng, cúi, nhấc vật nặng khiến bệnh nhân giảm khả năng tham gia các hoạt động xã hội và vui chơi, từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống. Chính vì vậy, một trong những mục tiêu quan trọng của điều trị không chỉ dừng lại ở việc giảm đau và phục hồi tâm vận động, mà còn hướng tới cải thiện khả năng sinh hoạt độc lập và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Để đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, chúng tôi sử dụng 4 trong 10 câu hỏi của bộ Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire do George E. Ehrlich xây dựng, bao gồm các hoạt động: chăm sóc cá nhân, đi bộ, ngồi và nâng vật nặng. Mỗi hoạt động được chấm điểm từ 0 đến 5, phản ánh mức độ hạn chế từ nhẹ đến nặng. Tổng điểm của 4 hoạt động này được gọi là điểm CNSHHN, điểm càng cao thể hiện mức độ hạn chế càng nhiều.

Trước điều trị, điểm CNSHHN trung bình của hai nhóm tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, cả hai nhóm đều có cải thiện rõ rệt với ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, với điểm ODI trung bình giảm 2,56 điểm, trong khi nhóm ĐC giảm 2,34 điểm. Sau 14 ngày điều trị, điểm CNSHHN tiếp tục giảm đáng kể ở cả hai nhóm: nhóm NC đạt $5,63 \pm 0,89$ điểm (giảm trung bình 4,9 điểm so với

trước điều trị), cao hơn nhóm ĐC (giảm trung bình 4,6 điểm). Mặc dù nhóm NC có xu hướng cải thiện điểm ODI tốt hơn nhóm ĐC, tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả cải thiện CNSHHN sau điều trị của chúng tôi có kết quả tương đồng với kết quả của các tác giả khác như tác giả Phạm Vũ Khánh (2024) với điểm ODI trung bình sau điều trị ở nhóm NC là $5,87 \pm 2,45$ điểm, tác giả Hoàng Ngọc Minh (2023) với điểm ODI trung bình sau điều trị ở nhóm NC là $5,66 \pm 2,54$ điểm [48], [63].

4.2.3. Sự thay đổi của các triệu chứng Y học cổ truyền

Sau 14 ngày điều trị, các triệu chứng đau mỏi nặng nề vùng thắt lưng kèm theo hạn chế vận động, đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân và co cứng cơ vùng thắt lưng ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện rõ rệt. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Cụ thể, sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau mỏi nặng nề vùng thắt lưng kèm theo hạn chế vận động ở nhóm NC giảm từ 83,33% xuống 20,0%, ở nhóm ĐC giảm từ 86,67% xuống 23,33%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân ở nhóm NC giảm từ 100% xuống 13,33%, nhóm ĐC giảm từ 96,67% xuống 16,67%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng co cứng cơ vùng thắt lưng giảm từ 93,33% xuống 23,33% ở nhóm NC và từ 90,0% xuống 26,67% ở nhóm ĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Như vậy, nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm ĐC về các triệu chứng đau và co cứng cơ vùng thắt lưng, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với sự cải thiện về mức độ đau theo thang điểm VAS và tầm vận động CSTL theo đánh giá của YHHĐ.

Các triệu chứng như đau đầu, hoa mắt chóng mặt, có cơn bốc hỏa, lưỡi nhợt bệu, rêu dày trắng nhợt đều có xu hướng cải thiện sau điều trị ở cả hai nhóm, nhưng sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị cũng như giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Đặc biệt, triệu chứng về mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược ở cả hai nhóm hầu như không thay đổi sau 14 ngày điều trị. Điều này không phản ánh phương pháp điều trị không hiệu quả, mà có thể được lý giải theo cơ chế bệnh sinh của YHCT. HCTLH do thoái hóa cột sống không chỉ là hậu quả của phong hàn thấp xâm nhập bì phu kinh lạc, mà còn bắt nguồn từ can thận hư. Theo YHCT, “Can chủ cân, Thận chủ cốt tủy”, khi can huyết bất túc, thận tinh hao tổn, cân cốt không được nuôi dưỡng thì dễ sinh yếu thống, thêm phong hàn thấp xâm nhập thì đau mỏi nặng nề, đau lan theo hướng đi của đường kinh bị bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm 90% bệnh nhân trên 60 tuổi và trên 70% có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng, là điều kiện thuận lợi cho sự mất cân bằng công năng tạng phủ và âm dương trong cơ thể.

Mạch tượng là biểu hiện bên ngoài của khí huyết vận hành trong kinh lạc, phản ánh tình trạng thịnh suy của tạng phủ và sự cân bằng âm dương, sự biểu hiện của tà khí trong cơ thể. Mạch là kho của huyết, nơi hội tụ và biểu hiện của khí huyết, sự biến hóa của mạch cho thấy tình trạng hư – thực, hàn – nhiệt, biểu – lý của cơ thể [25]. Tương tự, hình thái và rêu lưỡi phản ánh tình trạng khí huyết, tân dịch và công năng tạng phủ. Việc làm cho mạch trở về bình hòa, lưỡi trở nên tươi nhuận cần có thời gian và phối hợp nhiều phương pháp để chính khí được bồi bổ, công năng tạng phủ, âm dương được điều chỉnh cân bằng, không chỉ đơn thuần là giải quyết triệu chứng ngoại biểu như đau nhức, tê bì.

Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian điều trị còn tương đối ngắn (14 ngày), chủ yếu có tác dụng hành khí hoạt huyết, thư cân giải cơ nhằm giảm

đau, giảm chèn ép rễ thần kinh và cải thiện vận động, chưa đủ thời gian để điều chỉnh hoàn toàn được công năng tạng phủ. Hơn nữa, ở người cao tuổi, khí huyết và công năng tạng phủ suy giảm theo thời gian, nên sự phục hồi các triệu chứng mạch và lười cần thời gian dài hơn và cần phối hợp thêm các phương thuốc YHCT với các pháp bổ chính khí, dưỡng can thận.

4.2.4. Kết quả điều trị chung

Hiệu quả điều trị của HCTLH do THCS không chỉ thể hiện ở một chỉ số đơn thuần mà được xét theo kết quả tổng thể của nhiều chỉ số khách quan và chủ quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị chung được đánh giá dựa trên sự tổng hợp của 7 chỉ số đó là: mức độ giảm đau theo thang điểm VAS; sự cải thiện độ giãn thắt lưng theo Schober; cải thiện góc Lassegue; cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng theo 3 chỉ số động tác gấp, duỗi, nghiêng bên đau; sự cải thiện CNSHHN theo ODI. Sự đánh giá tổng hợp này nói lên sự cải thiện triệu chứng cơ năng, khả năng vận động, chất lượng sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân trong nghiên cứu.

Sau 7 ngày điều trị, cả 2 nhóm đều chưa có bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá, nhóm NC có 53,33% bệnh nhân có kết quả trung bình, 46,67% bệnh nhân đạt kết quả kém, nhóm ĐC có 40% bệnh nhân có kết quả trung bình và 60% bệnh nhân có kết quả kém. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 14 ngày điều trị, hiệu quả điều trị chung ở nhóm NC có xu hướng tốt hơn so với nhóm ĐC với tổng tỷ lệ đạt hiệu quả tốt và khá ở nhóm NC là 83,3%, ở nhóm ĐC là 80% mặc dù kết quả này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể: nhóm NC kết quả tốt chiếm tỷ lệ 16,67%, kết quả khá chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,6%, kết quả trung bình là 16,67%. Nhóm ĐC có 6,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 73,3% bệnh nhân có kết quả điều trị khá, 20% bệnh nhân có kết quả loại trung bình. Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào đạt kết quả kém.

Kết quả này tương đồng với kết quả của Lê Quang Vinh (2020) có kết quả điều trị HCTLH bằng Cận tam châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt là tốt 16,67%, khá 50%, trung bình 33,33%, không có kết quả điều trị kém [10].

Bên cạnh những kết quả tích cực bước đầu đạt được, nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế nhất định cần được xem xét một cách thận trọng. Trước hết, cỡ mẫu nghiên cứu còn tương đối nhỏ, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể bệnh nhân hội chứng thất lưng hông do thoái hóa cột sống vẫn còn hạn chế. Ngoài ra, thời gian theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị trong nghiên cứu chỉ kéo dài 14 ngày, chủ yếu phản ánh được hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng trong giai đoạn sớm sau can thiệp, chưa đủ để đưa ra những kết luận đầy đủ về tính ổn định cũng như hiệu quả lâu dài của phương pháp kết hợp Cận tam châm và sóng xung kích.

Mặt khác, hội chứng thất lưng hông do thoái hóa cột sống là một bệnh lý mạn tính, chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như mức độ thoái hóa, tình trạng chèn ép rễ thần kinh, thể bệnh theo YHCT, cũng như sự tuân thủ điều trị và sinh hoạt của người bệnh. Trong phạm vi nghiên cứu này, các yếu tố trên chưa được phân tích sâu hoặc theo dõi trong thời gian dài, do đó chưa đánh giá được đầy đủ mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đáp ứng điều trị. Vì vậy, mặc dù kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu có xu hướng tốt hơn nhóm đối chứng sau 14 ngày, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê và cần được tiếp tục kiểm chứng trên các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và thiết kế nghiên cứu chặt chẽ hơn.

Tuy nhiên, trong bối cảnh nghiên cứu bước đầu, việc sử dụng đánh giá tổng hợp nhiều chỉ số khách quan và chủ quan như VAS, Schober, nghiệm pháp Lasegue, tầm vận động cột sống thất lưng và chỉ số ODI đã phần nào phản ánh tương đối toàn diện sự cải thiện về mức độ đau, chức năng vận động và chất lượng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Những kết quả này cho

thấy phương pháp kết hợp Cận tam châm và sóng xung kích là một hướng điều trị có tiềm năng, an toàn và khả thi trên lâm sàng, đặc biệt phù hợp với điều kiện tuyển cơ sở, đồng thời là cơ sở khoa học ban đầu cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm khẳng định hiệu quả lâu dài và giá trị ứng dụng rộng rãi của phương pháp trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống.

Cận tam châm là một hệ thống châm cứu được Bộ Quản lý Y học Cổ truyền Quốc gia Trung Quốc chỉ định là chương trình giáo dục liên tục cấp quốc gia, được tôn vinh là "Lĩnh Nam Châm Cứu Tân Học Phái". Ưu điểm nổi bật nhất của phương pháp này là được minh chứng trên hiệu quả lâm sàng, kế thừa các kiến thức châm cứu truyền thống và các thành tựu của y học hiện đại về sinh lý, giải phẫu và thần kinh, với các đặc trưng là lấy huyết đơn giản, dễ học, dễ nhớ, chủ trị rộng rãi, mang lại hiệu quả rõ rệt. Chính tính thực tiễn và tính khoa học cao của phương pháp này là những yếu tố quan trọng giúp Cận tam châm được chấp nhận trong lâm sàng và ứng dụng rộng rãi tại Trung Quốc [29], [30].

Theo phương pháp Cận tam châm, các tổ hợp huyết được hướng đến việc khai thác tối đa sự tương hỗ giữa ba huyết vị được chọn lọc. Cách phối hợp dựa trên bốn nguyên tắc cơ bản: chọn huyết theo tác dụng cục bộ, dựa vào mối liên hệ biểu lý giữa tạng phủ và kinh mạch, kết hợp đường tuần hành của kinh lạc với trị liệu tại chỗ, và phát huy hiệu quả hiệp đồng của những huyết có chức năng gần nhau.

Trong số đó, Tọa Cốt Châm là một tổ hợp tiêu biểu, được đặt tên theo tác dụng điều trị bệnh đau thần kinh tọa gồm 3 huyết là: Tọa Cốt Điểm, Ủy Trung và Côn Lôn. Tọa Cốt Điểm là huyết đặc biệt do Giáo sư Cận Thụy xác lập dựa trên kết quả giải phẫu và kinh nghiệm lâm sàng, nằm trên vị trí giải phẫu, có tác dụng kích thích trực tiếp lên vùng chi phối của dây thần kinh tọa.

Hai huyết Ủy Trung và Côn Lôn đều thuộc kinh Túc thái dương Bàng quang, được phối hợp theo nguyên tắc kết hợp giữa huyết tại chỗ và huyết xa, giúp tác động điều hòa khí huyết dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa.

Yêu Tam Châm là tổ hợp chủ trị các bệnh lý vùng thắt lưng, gồm ba huyết Thận Du, Đại Trường Du và Ủy Trung. Hai huyết Thận Du và Đại Trường Du đều nằm ở vùng thắt lưng, thuộc kinh Túc thái dương Bàng quang, đồng thời là huyết Du của tạng Thận và phủ Đại Trường. Sự kết hợp này phản ánh rõ nguyên tắc biểu lý tạng phủ và kinh mạch tương quan, khi hai huyết cùng tác động lên vùng bệnh, sẽ giúp điều hòa khí huyết và cải thiện chức năng vùng thắt lưng. Huyết Ủy Trung giữ vai trò huyết xa, có tác dụng dẫn truyền khí huyết dọc theo kinh Bàng quang, tăng cường hiệu quả điều trị. Nhờ đó, Yêu Tam Châm vừa có tác dụng tại chỗ, vừa có tác dụng toàn thân, phù hợp với cơ chế bệnh sinh của của bệnh lý vùng thắt lưng [28].

Tổ hợp Túc Tam Châm gồm ba huyết Túc Tam Lý, Tam Âm Giao và Thái Xung, thường được dùng trong điều trị các triệu chứng tê bì, đau nhức hoặc hạn chế vận động chi dưới, lần lượt thuộc các kinh Túc Dương Minh Vị, Túc Thái Âm Tỳ và Túc Quyết Âm Can. Sự phối hợp này thể hiện rõ nguyên tắc tác dụng chủ trị hiệp đồng của huyết, khi các huyết thuộc ba kinh khác nhau cùng điều hòa khí huyết, thông kinh hoạt lạc và cải thiện chức năng vận động chi dưới [28], [29].

Trong khi đó, cơ chế của sóng xung kích dựa trên việc truyền các sóng âm năng lượng cao qua mô, tạo ra vi chấn động cơ học có kiểm soát, từ đó kích thích các phản ứng sinh học ở cấp độ tế bào và mô kẽ. Quá trình này giúp giảm nhạy cảm thần kinh ngoại vi, ức chế dẫn truyền tín hiệu đau về trung ương, đồng thời giảm các chất trung gian gây viêm, giúp giãn mạch, cải thiện vi tuần hoàn và giảm đau rõ rệt. Bên cạnh đó, sóng xung kích còn kích thích tân sinh mạch, tăng tổng hợp protein, tăng sinh tế bào, hỗ trợ bảo vệ mô

thần kinh, sụn và phân giải các lắng đọng canxi, qua đó thúc đẩy tái tạo mô và phục hồi cấu trúc vùng tổn thương.

Việc kết hợp hào châm năm tổ hợp huyết Tọa Cốt Châm, Yêu Tam Châm, Túc Tam Châm, Khảo tam châm, Ủy tam châm chỉ dưới với sóng xung kích trong điều trị HCTLH do THCS là vận dụng sự phối hợp hiệp đồng tác dụng của 2 phương pháp. Nhờ sự phối hợp hài hòa giữa cơ chế điều hòa khí huyết, thư cân, chỉ thống của Cận tam châm và tác động cơ sinh học của sóng xung kích, hiệu quả điều trị không chỉ dừng ở giảm đau tạm thời mà còn góp phần phục hồi chức năng cột sống, cải thiện dinh dưỡng tại vùng tổn thương, qua đó cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng, giảm sự chèn ép rễ và cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày cho bệnh nhân mắc HCTLH do thoái hóa cột sống.

4.2.5. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp kết hợp

Trong quá trình nghiên cứu trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán HCTLH do THCS, chúng tôi không ghi nhận có trường hợp nào gặp phải các tác dụng không mong muốn của châm cứu như: vụng châm, gãy kim, điện giật, nhiễm trùng tại vị trí châm...hay tác dụng không mong muốn của sóng xung kích như: đau tăng lên, chảy máu dưới da...Qua đó cho thấy tính an toàn của phương pháp Cận tam châm kết hợp sóng xung kích cũng như điện châm kết hợp sóng xung kích điều trị HCTLH do thoái hóa cột sống.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Lê Quang Vinh (2020) và Nguyễn Hữu Tân, Trần Hải Vân (2020), đều không ghi nhận tác dụng không mong muốn [10], [68].

Theo y học cổ truyền, HCTLH do thoái hóa cột sống thắt lưng thuộc phạm vi các chứng yêu thống và tọa cốt phong, với bệnh cơ chủ yếu là kinh lạc bế tắc, khí huyết ứ trệ, thường trên nền can thận hư kết hợp phong, hàn, thấp tà xâm nhập. Ngoại tà xâm nhập khiến khí huyết ứ trệ, từ đó phát sinh

đau, hạn chế vận động và rối loạn chức năng vùng thắt lưng và chi dưới. Do đó, nguyên tắc điều trị cơ bản là thông kinh hoạt lạc, hành khí hoạt huyết, khu tà giảm đau, trong đó việc tác động trực tiếp tại vùng bệnh có ý nghĩa quan trọng trong giai đoạn cấp.

Cận tam châm được xây dựng trên nguyên tắc chọn huyết tại chỗ và cận vùng tổn thương, phù hợp với học thuyết “bất thông tắc thống” của y học cổ truyền. Việc sử dụng các tổ hợp tam châm tập trung quanh vùng thắt lưng, mông và chi dưới giúp tăng cường kích thích tại khu vực kinh lạc bị bế tắc, qua đó cải thiện lưu thông khí huyết và làm giảm nhanh triệu chứng đau. Hiệu quả giảm đau sớm của Cận tam châm có thể được lý giải bởi sự khai thông kinh lạc tại chỗ, làm giảm co cứng cơ và cải thiện vi tuần hoàn vùng tổn thương, đặc biệt phù hợp trong giai đoạn bệnh cấp khi tà khí còn thịnh.

Bộ huyết Cận tam châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị cột sống thắt lưng bao gồm 10 huyết thuộc 5 nhóm huyết là Túc tam châm, Yêu tam châm, Tọa cốt châm, Khỏa tam châm và Ủy tam châm chi dưới. Các nhóm huyết này phân bố dọc theo vùng đau và các đường kinh liên quan, chủ yếu là kinh Bàng quang và kinh Đờm, đồng thời có mối liên hệ chặt chẽ với giải phẫu vùng thắt lưng hông. Việc không phụ thuộc vào rễ thần kinh tổn thương cụ thể giúp phương pháp có tính khái quát cao, thuận lợi cho ứng dụng lâm sàng và phù hợp với thực hành tại tuyến cơ sở.

Khi kết hợp Cận tam châm với sóng xung kích, hiệu quả điều trị được tăng cường thông qua sự phối hợp giữa cơ chế điều hòa khí huyết của châm cứu và tác động cơ học của y học hiện đại. Sóng xung kích giúp giảm đau, cải thiện tưới máu và làm mềm tổ chức tại chỗ, trong khi Cận tam châm góp phần điều hòa kinh lạc và phục hồi chức năng vận động. Sự phối hợp này cho hiệu quả và độ an toàn tương đương với phác đồ điện châm theo hướng dẫn của Bộ Y tế kết hợp sóng xung kích, đồng thời có ưu thế về số lượng huyết châm ít

hơn, kỹ thuật đơn giản và khả năng ứng dụng trong các trong điều kiện lâm sàng hiện nay, đặc biệt là tuyến cơ sở.

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Hiệu quả điều trị HCTLH do thoái hóa cột sống chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan đến đặc điểm bệnh lý và điều kiện cá nhân của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố được xem xét bao gồm nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, số đường kinh bị bệnh và hoàn cảnh khởi phát. Trong đó, nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh được xem là những yếu tố có thể thay đổi được, có thể tác động thông qua việc điều chỉnh tư thế lao động, giảm yếu tố nguy cơ nghề nghiệp hoặc can thiệp sớm trong quá trình tiến triển bệnh. Ngược lại, số đường kinh bị bệnh và hoàn cảnh khởi phát là các yếu tố không thể thay đổi được, phản ánh đặc điểm của bệnh lý. Việc phân tích mối liên quan của các yếu tố này với kết quả điều trị có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định các yếu tố tác động đến hiệu quả điều trị, hỗ trợ công tác tiên lượng, định hướng can thiệp lâm sàng và xây dựng các biện pháp dự phòng phù hợp.

4.3.1. Sự ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh tới kết quả điều trị

Trong bệnh cảnh HCTLH do THCS thường gặp các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài, hay tái phát từng đợt vào điều trị dài ngày, do đó khảo sát kết quả điều trị theo thời gian mắc bệnh là một nhu cầu cần thiết để theo dõi và tiên lượng kết quả điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau quá trình điều trị ở thời điểm D_{14} , trong nhóm NC ($n = 30$), tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤ 3 tháng đạt kết quả tốt hoặc khá có xu hướng cải thiện hơn ở nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 3 tháng là 1,56 lần. Tuy nhiên không có mối liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$, khoảng tin cậy từ 0,15 đến 16,46 có chứa 1. Kết quả này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi

chỉ có 30 bệnh nhân trong mỗi nhóm nên chưa phản ánh chính xác tỷ lệ của quần thể, cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định tính chính xác của mối liên quan.

4.3.2. Sự ảnh hưởng của nghề nghiệp tới kết quả điều trị

Sau quá trình điều trị, tỷ lệ bệnh nhân nhóm NC có nghề nghiệp lao động trí óc đạt kết quả tốt hoặc khá là 81,2%, kết quả kém hoặc trung bình là 18,8%, ở nhóm lao động chân tay 85,7% bệnh nhân có kết quả tốt hoặc khá, 14,3% bệnh nhân có kết quả kém hoặc trung bình. Như vậy, trong phạm vi nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị với $p > 0,05$, khoảng tin cậy từ 0,10 đến 5,09 có chứa 1. Cỡ mẫu hạn chế trong nghiên cứu hiện tại chưa đủ để phản ánh chính xác đặc điểm của quần thể, do đó cần có thêm các nghiên cứu với quy mô mẫu lớn hơn để khẳng định mối liên quan giữa nghề nghiệp với kết quả điều trị.

4.3.3. Sự ảnh hưởng của hoàn cảnh khởi phát tới kết quả điều trị

Sau 14 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân nhóm NC có hoàn cảnh khởi phát đột ngột đạt kết quả tốt hoặc khá là 90,9%, tỉ lệ đạt kết quả kém hoặc trung bình là 9,1%; có hoàn cảnh khởi phát từ từ 78,9% bệnh nhân có kết quả tốt hoặc khá, 21,1% bệnh nhân có kết quả kém hoặc trung bình. Như vậy, nhóm bệnh nhân có hoàn cảnh khởi phát đột ngột có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt cao hơn 2,67 lần so với nhóm khởi phát từ từ. Tuy nhiên, mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), khoảng tin cậy 95% từ 0,26 đến 27,5 bao gồm giá trị 1, cho thấy chưa thể khẳng định sự khác biệt giữa hai nhóm, vì số lượng mẫu trong nghiên cứu còn ít, cần tiếp tục khảo sát trên cỡ mẫu lớn hơn.

4.3.4. Sự ảnh hưởng của số đường kinh bị bệnh tới kết quả điều trị

Sau 14 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có biểu hiện bệnh ở 1 đường kinh Đờm hoặc Bàng quang đạt kết quả tốt hoặc khá chiếm 84,0%, tỉ lệ đạt kết quả kém hoặc trung bình chiếm 16,0%, ở nhóm có biểu

hiện bệnh lý ở cả 2 đường kinh Đờm và Bàng quang 80,0% bệnh nhân có kết quả tốt hoặc khá, 20,0% bệnh nhân có kết quả kém hoặc trung bình. Như vậy, nhóm bệnh nhân có biểu hiện bệnh ở một trong hai đường kinh có xu hướng đạt kết quả điều trị tốt cao hơn 1,31 lần so với nhóm có biểu hiện bệnh ở cả hai đường kinh. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), khoảng tin cậy 95% từ 0,12 đến 15,03 bao gồm giá trị 1, cho thấy chưa ghi nhận được mối liên quan rõ ràng giữa đặc điểm số đường kinh bị bệnh và kết quả điều trị. Ngoài ra, cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ nên chưa thể phản ánh đầy đủ và chính xác tỷ lệ trong quần thể. Do đó, cần thực hiện thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định độ tin cậy của kết quả.

KẾT LUẬN

1. Phương pháp Cận tam châm kết hợp sóng xung kích có hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống:

- Tác dụng giảm đau: điểm VAS trung bình trong nhóm nghiên cứu giảm từ $5,13 \pm 0,73$ điểm xuống $1,87 \pm 0,78$ điểm sau điều trị ($p < 0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

- Cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng: nhóm nghiên cứu tăng từ $12,53 \pm 0,51$ cm lên $13,87 \pm 0,43$ cm sau điều trị ($p < 0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

- Cải thiện độ Lasègue: Độ Lasègue trung bình của nhóm nghiên cứu tăng từ $55,5 \pm 4,97^\circ$ lên $72,17 \pm 5,36^\circ$ sau điều trị ($p < 0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

- Cải thiện tầm vận động CSTL: tầm vận động CSTL của nhóm NC ở cả 3 động tác: Gấp, duỗi, nghiêng bên đầu đều tốt hơn so với trước điều trị ($p < 0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC ($p > 0,05$).

- Cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày: điểm ODI trung bình của nhóm NC cải thiện từ $10,53 \pm 1,19$ điểm xuống $5,63 \pm 0,89$ điểm sau điều trị ($p < 0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

- Hiệu quả điều trị chung: Sau 14 ngày, nhóm nghiên cứu có kết quả tốt chiếm 16,67%, khá chiếm 66,6%, trung bình chiếm 16,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

- Chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của các phương pháp điều trị.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung của phương pháp can thiệp:

Trong phạm vi nghiên cứu, chưa nhận thấy sự liên quan giữa các yếu tố: thời gian mắc bệnh, nghề nghiệp, hoàn cảnh khởi phát, số đường kinh bị bệnh đến kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ

Theo kết quả nghiên cứu, bàn luận và kết luận nêu trên, chúng tôi xin đề xuất kiến nghị như sau:

1. Phương pháp Cận tam châm kết hợp sóng xung kích là phương pháp an toàn, có hiệu quả tốt, khả năng ứng dụng cao trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống thắt lưng, có thể ứng dụng trên lâm sàng để điều trị cho bệnh nhân.

2. Cần tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá đầy đủ hiệu quả của phương pháp Cận tam châm kết hợp sóng xung kích, đồng thời so sánh thời gian tái phát bệnh với phương pháp điện châm theo công thức huyết đồ huyết thông thường kết hợp sóng xung kích trong điều trị HCTLH do thoái hóa cột sống, theo dõi một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương** (2006). *Thực hành lâm sàng thần kinh học*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 218.
2. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2012). *Bệnh học nội khoa*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 266–267.
3. **Nguyễn Nhược Kim** (2015). *Vai trò của YHCT và kết hợp YHHĐ trong điều trị một số bệnh xương khớp mạn tính*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 10–11.
4. **Dedes V., Stergioulas A., Kipreos G. et al.** (2018). Effectiveness and Safety of Shockwave Therapy in Tendinopathies. *Mater. Socio-Medica*, 30(2), 131–146.
5. **Lee S., Lee D., Park J.** (2014). Effects of extracorporeal shockwave therapy on patients with chronic low back pain and their dynamic balance ability. *J. Phys. Ther. Sci.*, 26(1), 7–10.
6. **Trần Thúy, Nguyễn Tài Thu** (1997). *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 17–20.
7. **Yuan Q-ling, Guo T-mao, Liu L, Sun F, Zhang Y-gang** (2015). Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(2): e0117146.
8. **戴运会** (2018). *靳三针治疗腰椎间盘突出症 (血瘀气滞证) 的临床研究*, 辽宁中医药大学 10-14.

Đới Vân Huy (2018). *Nghiên cứu lâm sàng về điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng (thể khí trệ huyết ứ) bằng phương pháp Cận tam châm*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Trung Y Dược Liêu Ninh, tr. 10-14.

9. **李保中** (2019). *靳三针结合温针灸治疗腰椎间盘突出继发根性坐骨神经痛*, 博士学位论文, 广州中医药大学, 15-20.

Lý Bảo Trung (2019). *Cận tam châm kết hợp Ôn châm điều trị đau thần kinh tọa thứ phát do thoát vị đĩa đệm thắt lưng*, Luận án Tiến sĩ, Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, tr. 15-20.

10. **Lê Quang Vinh** (2020). *Đánh giá hiệu quả của phương pháp Cận tam châm kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đau dây thần kinh hông to*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 45-53.
11. **Netter Frank H.** (Nguyễn Quang Quyền dịch) (2007). *Atlas Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 159, 160, 162, 164, 538-543.
12. **Nguyễn Quang Quyền** (2018). *Bài giảng giải phẫu học*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 10-16.
13. **Hoàng Văn Cúc, Nguyễn Văn Huy** (2006). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 401-412.
14. **Nguyễn Quang Quyền** (2021). *Bài giảng giải phẫu học*, tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 166.
15. **Vũ Thị Thanh Thủy** (2016). *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 56; 78–87.
16. **Jensen R. K., Kongsted A., Kjaer P., Koes B.** (2019). Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*, 367, l6273.
17. **Hồ Hữu Lương** (2015). *Khám lâm sàng hệ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 308-325.
18. **Suri P. et al.** (2021). Genome-wide association studies of low back pain and lumbar spinal disorders using electronic health record data identify a locus associated with lumbar spinal stenosis. *Pain*, 162(8), 2263–2272.

19. **Nguyễn Văn Chương** (2018). *Thực hành lâm sàng thần kinh học*, Tập I – Khám lâm sàng hệ thần kinh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 147–158.
20. **Nguyễn Văn Đăng** (2007). *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 308–330.
21. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 152–162.
22. **Lê Quang Cường** (1997). *Các phương pháp điện sinh lý trong thăm khám bệnh thần kinh ngoại biên*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 56–88.
23. **Bộ Y tế** (2024). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, kèm theo Quyết định 361/QĐ-BYT, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 140–144.
24. **Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội** (2006). *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 177–181.
25. **Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội** (2001). *Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 131–132.
26. **Nguyễn Nhược Kim** (2012). *Bài giảng Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 155–168.
27. **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*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 89-96.
28. **袁青** (2003). *新三针问答图解*, 广东经济出版社, 57–63页.
Viễn Thanh (2003). *Cận tam châm vấn đáp đồ giải*, Nhà xuất bản Kinh tế Quảng Đông, tr. 57–73.
29. **袁青** (2014). *新三针法*, 人民卫生出版社, 北京.
Viễn Thanh (2014). *Phương pháp Cận tam châm*, Nhà xuất bản Nhân Dân Y Học, Bắc Kinh tr. 27-39.

30. 柴铁劬 (2018). 新三针 临症配穴法, 人民卫生出版社, 北京, 70–119, 381–395页.

Sài Thiết Cù (2018). *Cận tam châm: Phối huyết theo lâm chứng*, Nhà xuất bản Nhân Dân Y Học, Bắc Kinh, tr. 70–79, 99-101, 121-124.

31. **De la Corte-Rodríguez H, J. M. Román-Belmonte, B. A. Rodríguez-Damiani, A. Vázquez-Sasot et al.** (2023). Extracorporeal Shock Wave Therapy for the Treatment of Musculoskeletal Pain: A Narrative Review. *Healthcare*, 11(21), 2830.
32. **Zhang X, Ma. Y.** (2023). Global trends in research on extracorporeal shock wave therapy (ESWT) from 2000 to 2021. *BMC Musculoskelet. Disord.*, 24(1), 312.
33. **Romeo P., Lavanga V., Pagani D., Sansone V.** (2013). Extracorporeal Shock Wave Therapy in Musculoskeletal Disorders: A Review. *Med. Princ. Pract.*, 23(1), 7–13.
34. **Notarnicola A., Moretti B.** (2012). The biological effects of extracorporeal shock wave therapy (ESWT) on tendon tissue. *Muscles Ligaments Tendons J.*, 2(1), 33–37.
35. **Vũ Thị Tâm, Nguyễn Văn Đạt, Nguyễn Thị Thu Hà** (2021). Đánh giá kết quả điều trị kết hợp của sóng xung kích trong giảm đau vùng cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 501(1), 67-71.
36. **Lâm Thùy Mai, Phạm Văn Minh, Phan Huy Quyết** (2024). Hiệu quả kết hợp sóng xung kích trong phục hồi chức năng bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 535(2), 222-227.
37. **Lê Đình Vinh, Hồ Sỹ Sơn, Lương Công Toàn** (2022). Hiệu quả điều trị điểm đau khu trú cơ xương khớp bằng kỹ thuật sóng xung kích tại

Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk năm 2021. *Tạp chí Y Dược Cổ Truyền Việt Nam*, 43(2), 43–49.

38. **Ogden J. A., Tóth-Kischkat A., Schultheiss R.** (2001). Principles of shock wave therapy. *Clin. Orthop.*, 387, 8–17.
39. **Bộ Y tế** (2014). Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng, Quyết định 54/QĐ-BYT.
40. **周子平** (2021). 麦肯基疗法结合靳三针治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出出症的临床观察, 辽宁中医药大学, 广西中医药大学, 19-24.

Chu Tử Bình (2021). *Quan sát lâm sàng điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng thể khí trệ huyết ứ bằng liệu pháp McKenzie kết hợp Cận tam châm*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Trung Y Dược Liêu Ninh, Đại học Trung Y Dược Quảng Tây; tr. 19-24.

41. **李建国, 范小春, 王帅, 韦林** (2021). 电热针灸拔罐联合中频脉冲治疗腰椎间盘突出症伴坐骨神经痛疗效研究. *陕西中医*, 1789–1792.

Lý Kiến Quốc, Phạm Tiểu Xuân, Vương Soái, Vi Lâm (2021). Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng kèm đau thần kinh tọa bằng điện châm, cứu, giác hơi kết hợp xung điện trung tần. *Tạp chí Trung Y Thiểm Tây*, 1789–1792.

42. **Elgendy M. H., Mohamed M., Hussein H. M.** (2022). A single-blind randomized controlled trial investigating changes in electrical muscle activity, pain, and function after shockwave therapy in chronic non-specific low back pain: pilot study. *Ortop. Traumatol. Rehabil.*, 24(2), 87–94.
43. **Zhang Z. et al.** (2023). The efficacy and safety of acupuncture therapy for sciatica: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Neurosci.*, 17, 1097830.

44. **Tu J.-F. et al.** (2024). Acupuncture vs Sham Acupuncture for Chronic Sciatica From Herniated Disk: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern. Med.*, 184(12), 1417–1424.
45. **杜晓** (2023). 中频电刺激联合牵引治疗坐骨神经痛效果观察. *中国校医*, 37(11), 858–865.
- Đỗ Hiếu** (2023). Quan sát hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng kích thích điện trung tần kết hợp kéo giãn cột sống. *Tạp chí Y học Trường học Trung Quốc*, 858–865.
46. **Vy Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Tân** (2018). Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp cấy chỉ hoặc điện châm. *Tạp chí Y Dược Huế*, 8(6), 164–171.
47. **Huỳnh Hương Giang, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng** (2020). Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh. *Tạp chí Y Dược Huế*, 10(4), 105–111.
48. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh** (2021). Kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 501(1), 2021.
49. **Phạm Vũ Khánh, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Việt Anh, Đinh Công Bắc** (2024). Nghiên cứu tác dụng điều trị đau thần kinh tọa của phương pháp nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm và hồng ngoại. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 539(3), 178–182.
50. **Dương Trọng Nghĩa, Phạm Thùy Linh** (2025). Đánh giá tác dụng của điện châm và xoa bóp bấm huyệt kết hợp viên hoàn cứng Tam tỷ điều trị đau thần kinh tọa. *Tạp chí Y Học Cộng Đồng*, 66(1), 258–263.
51. **Bộ Y tế** (2013). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.*

52. **Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Thị Thùy An** (2025). Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp thuốc Thấp khớp hoàn p/h và châm cứu. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 547(2), 2025.
53. **Hồ Hữu Lương** (2012). *Đau lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 89–98.
54. **Peltzer K., Pengpid S., Puckpinyo A., Yi S., Anh L. V.** (2016). The utilization of traditional, complementary and alternative medicine for non-communicable diseases and mental disorders in Cambodia, Thailand and Vietnam. *BMC Complement. Altern. Med.*, 16, 92.
55. **Le T. N. P., Felix M. S., Ratanawijitrasin S., Paek S. C.** (2023). Beliefs and Traditional Medicine Use Among Vietnamese Older Adults: The Case Study in Hoc Mon District. *J. Popul. Soc. Stud.*, 31, 381–402.
56. **Phạm Minh Đức** (2019). *Sinh lý học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 350–355.
57. **Trần Thái Hà, Trần Thị Phong Lan, Mai Quang Dụ** (2024). Đặc điểm lâm sàng người bệnh đau thần kinh tọa điều trị ngoại trú tại Bệnh viện YHCT Trung ương. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 540(1), 73-76.
58. **Nguyễn Thị Hường** (2021). *Đánh giá tác dụng điều trị của uyển hoài châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 38-55.
59. **Cho M. et al.** (2023). Biomechanical Effects of Different Sitting Postures and Physiologic Movements on the Lumbar Spine: A Finite Element Study. *Bioengineering*, 10(9), 1051.
60. **Phạm Thị Như Uyên, Cao Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Thu Hiền** (2024). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân đau thần kinh tọa tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 543(1), 98-101.

61. **Nguyễn Tường Ngọc Linh, Nguyễn Đức Thuận** (2021). Nghiên cứu mối liên quan giữa điện cơ kim với lâm sàng và MRI ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. *Tạp chí Y Dược Lâm Sàng* 108, 10-18.
62. **Trần Thái Hà, Mậu Tiến Dũng, Trần Thị Phong Lan** (2024). Đánh giá tác dụng của điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp túi chườm thảo dược điều trị đau thần kinh tọa. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 540(1), 182-186.
63. **Nguyễn Quang Kỳ, Lê Thị Kim Dung** (2023). Đánh giá kết quả của tác động cột sống kết hợp điện châm điều trị đau thần kinh tọa. *Tạp chí Y Dược Cổ Truyền Việt Nam*, 53(6), 15–20.
64. **Hoàng Minh Ngọc, Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Duy Đại, Trần Thế Hiệp** (2024). Đánh giá kết quả nắn chỉnh cột sống kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau thần kinh tọa. *Tạp chí Y Dược Cổ Truyền Việt Nam*, 55(2), 24-30.
65. **Trịnh Thị Diệu Thường** (2021). *Châm cứu học 2*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 1–7.
66. **Huỳnh Hào, Dương Quang Hiến, Phạm Gia Nhâm, Đặng Tiến Đăng Khoa** (2025). Đánh giá hiệu quả bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp thủy châm, điện châm ở bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 85, 50–56.
67. **Trần Thị Minh Quyên, Lê Thành Xuân, Nguyễn Thị Thuận** (2023). Tác dụng cải thiện ROM thắt lưng của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 523(1), 94-98.
68. **Nguyễn Hữu Tân, Trần Hải Vân** (2020). *Đánh giá tác dụng của phương pháp Cận tam châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 46.

Phụ lục 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số BA: Số phiếu: Nhóm NC ☐ Nhóm ĐC ☐

I. Hành chính

1. Họ tên bệnh nhân: 2. Tuổi:
3. Giới: 4. Nghề nghiệp:
5. Địa chỉ:
6. Ngày vào viện: 7. Ngày ra viện:

II. Y học hiện đại

1. Lý do vào viện:
2. Hoàn cảnh khởi phát: ☐ Đột ngột ☐ Từ từ
3. Thời gian mắc bệnh: ☐ < 1 tháng ☐ 1 – 3 tháng ☐ >3 tháng
4. Tiền sử:
Tiền sử mắc bệnh cột sống:
Tiền sử các bệnh khác:

5. Khám lâm sàng:

Mạch: Nhiệt độ: Huyết áp:

5.1. Hội chứng cột sống thắt lưng:

- Đau lưng: ☐ Có ☐ Từ từ/ đột ngột ☐ Không
- Ảnh hưởng vận động ☐ có: Gấp/ Duỗi/Nghiêng ☐ Không
- Điểm đau CSTL: ☐ Có ☐ Không
- Điểm đau cạnh sống ☐ Có ☐ Không
- Co cứng cơ cạnh sống ☐ Có ☐ Không

5.2. Hội chứng chèn ép rễ thần kinh

- Đau rễ ☐ L5 ☐ S1 ☐ L5 + S1
- Rối loạn cảm giác ☐ Có: tê bì/ kiến bò/ kim châm/nhức buốt ☐ Không
- Rối loạn phản xạ gân xương ☐ Có tăng/ giảm ☐ Không

• Rối loạn cơ tròn, dinh dưỡng ☐ Có ☐ Không

6. Cận lâm sàng: Xquang CSTL:

7. Chẩn đoán YHHĐ:

8. Đánh giá các chỉ số lâm sàng: D₀; D₇; D₁₄

Chỉ số lâm sàng	D ₀	D ₇	D ₁₄
VAS (điểm)			
Schober (cm)			
Lasegue (độ)			
Gập (độ)			
Duỗi (độ)			
Nghiêng bên đầu (độ)			
CNSHHN theo ODI			

III. Y học cổ truyền

1. Tứ chẩn

Tứ chẩn		D ₀	D ₁₄
Vọng chẩn	Thần		
	Sắc		
	Hình thái		
	Dáng đi, tư thế		
	Mắt, mũi, môi, miệng		
	Lưỡi:	Chất lưỡi	
		Rêu lưỡi	
	Bộ phận bị bệnh		
Văn chẩn	Tiếng nói		
	Hơi thở		
	Ho, nôn, nấc		
	Chất thải		
Vấn chẩn	Hàn nhiệt		
	Mồ hôi		

	Âm thực		
	Đầu thân, các khớp xương		
	Ngực bụng		
	Ngủ		
	Cựu bệnh		
	Đại tiểu tiện		
Thiết chẩn	Xúc chẩn		
	Phúc chẩn		
	Mạch chẩn		
	Bộ phận bị bệnh (Lưng)		

2. Chẩn đoán

Bệnh danh:.....

Bát cương:

Nguyên nhân:

Tạng phủ/Kinh lạc:.....

IV. Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị:

Các chỉ số theo dõi	D...		D...	
	Có	Không	Có	Không
Vùng châm				
Chảy máu				
Nhiễm trùng tại chỗ châm				
Đau tăng				
Xuất huyết dưới da				

V. Đánh giá kết quả điều trị chung:

☐ Tốt ☐ Khá ☐ Trung bình ☐ Kém

Ngày tháng năm

Bác sỹ điều trị

Phụ lục 2
TÊN VÀ VỊ TRÍ CÁC HUYỆT

STT	Tên huyệt	Vị trí
1	Ủy trung	Chính giữa nếp lằn kheo chân
2	Côn lân	Chỗ trũng ngay sau ngang lồi mắt cá ngoài 1/2 thốn
3	Thận du	Giữa đốt sống lưng khe L2-L3 đo ngang ra 2 bên, mỗi 1,5 thốn
4	Đại trường du	Giữa đốt sống lưng khe L4-L5 đo ngang ra 2 bên, mỗi bên 1,5 thốn
5	Tam âm giao	Từ chính giữa lồi cao mắt cá trong xương chày đo thẳng lên 3 thốn, huyệt cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay
6	Túc tam lý	Từ huyệt Độc tỵ (chỗ lõm dưới ngoài xương bánh chè) – thẳng dưới 3 thốn, cách mỏ trước xương chày 1 khoát ngón tay
7	Thái Khê	Từ gò cao mắt cá trong xương chày đo ngang ra sau 0,5 thốn
8	Thái xung	Từ kẽ ngón 1 và 2 đo lên trên 2 thốn về phía mu chân
9	Tọa cốt điểm	Đầu trên của khe liên mông – đo ngang sang 3 thốn
10	Trật biên	Từ S4 đo ngang ra 3 thốn
11	Thừa phù	Chính giữa nếp lằn mông
12	Thừa sơn	Ở mặt sau cẳng chân, nơi hợp lại của cơ sinh đôi.

13	Ân môn	Điểm giữa đường nối huyết Thừa phù và Ủy trung
14	Can du	Giữa đốt sống lưng khe D7-D8 đo ngang ra 2 bên, mỗi 1,5 thốn
15	Hoàn khiêu	BN nằm sấp, huyết nằm ở điểm 1/3 ngoài trên đường nối máu chuyển lớn xương đùi và móm cùng cụt
16	Phong thị	BN nằm thẳng, tay xuôi thân mình, áp ngón tay giữa vào mặt ngoài đùi, đầu chót ngón tay là huyết
17	Dương lăng tuyền	Chỗ lõm giữa khớp chày, mác ở phía ngoài đầu gối
18	Huyền chung	Từ đỉnh cao mắt cá ngoài đo lên 3 thốn
19	Khâu khư	Ở phía trước và dưới mắt cá ngoài chân, lấy ở chỗ lõm cạnh ngoài gân cơ duỗi dài ngón chân
20	Giáp tích L4- L5	Từ khe đốt sống L4-L5 đo ngang ra 0,5 thốn
21	Giáp tích L5-S1	Từ khe đốt sống L5-S1 đo ngang ra 0,5 thốn
22	Giải khô	Huyết giải khô nằm ở chỗ lõm trên nếp gấp trước khớp cổ chân, giữa 2 gân cơ căng chân trước và gân cơ duỗi dài ngón chân cái.

Phụ lục 3

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẰNG SÓNG XUNG KÍCH

I. Đại cương:

Điều trị bằng sóng xung kích là kỹ thuật ứng dụng sóng cơ học tạo ra bởi luồng khí nén xung lực cao (Từ 1 đến 4 bar) tác động vào các điểm đau khu trú nhằm mục đích giảm đau và kích thích quá trình lành tổn thương cục bộ.

II. Chỉ định:

- Đau cân, gân chi thể
- Đau cơ, khớp không do chấn thương cấp, viêm cấp.

III. Chống chỉ định:

- Dạng chảy máu hoặc nguy cơ chảy máu.
- Chấn thương cấp.
- Khối u ác tính.
- Trực tiếp lên đầu xương trẻ em, gãy xương hoặc nghi ngờ gãy xương, thai nhi

IV. Chuẩn bị:

1. Người thực hiện:

Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. Phương tiện:

Máy điều trị sóng xung kích cùng các phụ kiện:

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy
- Chọn các thông số kỹ thuật và các phụ kiện theo chỉ định

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh
- Tư thế người bệnh thoải mái. (nằm hoặc ngồi).
- Kiểm tra và bộc lộ vùng da điều trị. Xác định điểm đau (bằng tay).

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

V. Các bước tiến hành:

- Bôi gel lên bề mặt da vùng điều trị.
- Đặt đầu phát sóng lên vị trí và tiến hành điều trị theo chỉ định.
- Hết thời gian điều trị: tắt máy, Lau vùng da điều trị và đầu phát sóng.
- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. Theo dõi:

Cảm giác và phản ứng của người bệnh.

VII. Tai biến và xử trí:

- Đau tăng hoặc sưng nề ngừng điều trị, theo dõi kiểm tra.
- Chảy máu dưới da: ngừng điều trị, theo dõi và xử trí theo phác đồ

Phụ lục 4

CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY INDEX

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

* Nghiên cứu lấy 4 chỉ số: CHỈ SỐ OSWESTRY DISABILITY INDEX

I. Chăm sóc cá nhân	0	Tự chăm sóc được bản thân, bình thường
	1	Tự chăm sóc được bản thân nhưng gây đau nhiều hơn
	2	Tự chăm sóc được bản thân nhưng phải chậm và cẩn thận hơn vì đau
	3	Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn làm được hầu hết các việc chăm sóc bản thân
	4	Cần sự trợ giúp hàng ngày trong hầu hết các công việc chăm sóc bản thân
	5	Không tự chăm sóc bản thân được
II. Nâng vật nặng	0	Có thể nâng được vật nặng mà không gây đau thân
	1	Có thể nâng được vật nặng nhưng gây đau thân
	2	Không thể nâng được vật nặng từ nền nhà lên vì đau nhưng vẫn có thể làm được nếu vật ở vị trí thuận tiện
	3	Có thể nâng được vật nhẹ hoặc vừa nếu vật ở vị trí thuận tiện
	4	Chỉ có thể nâng được vật rất nhẹ khi nó ở vị trí thuận tiện
	5	Không nhắc được bất cứ vật gì
III. Đi bộ	0	Đau nhưng vẫn đi bộ được trong mọi khoảng cách
	1	Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 1000m
	2	Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 500m
	3	Đau nên chỉ đi bộ được khoảng 250m

	4	Chỉ đi được khi sử dụng dụng cụ trợ giúp
	5	Không đi bộ được vì đau
IV. Ngồi	0	Có thể ngồi bao lâu cũng được
	1	Chỉ có thể ngồi được trong kiểu ghế phù hợp bao lâu cũng được
	2	Đau nên chỉ ngồi được khoảng 1 giờ
	3	Đau nên chỉ ngồi được khoảng nửa giờ
	4	Đau nên chỉ ngồi được khoảng 15 phút
	5	Không ngồi được do đau nhiều

Phụ lục 5

PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

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

Họ và tên đối tượng:

Tuổi:

Địa chỉ:

Sau khi được bác sĩ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: *Đánh giá tác dụng phương pháp cận tam châm kết hợp sóng xung kích điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống.*

Tôi (Hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này (đồng ý lấy máu/nước tiểu để làm xét nghiệm, Chụp X - quang...). Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Thanh Hóa, ngày tháng năm 2025

Họ tên của người làm chứng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên của Đối tượng

(Ký và ghi rõ họ tên)

SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

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 Thúy Quỳnh

Ngày sinh: 19/05/1991

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

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

Tôi viết đơn này xin Ban Giám Đốc Bệnh viện cho phép tôi nghiên cứu đề tài chuyên khoa II *“Đánh giá tác dụng phương pháp Cận tam châm kết hợp sóng xung kích điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống”*, tại Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền Thanh Hóa từ ngày 03 tháng 04 năm 2025.

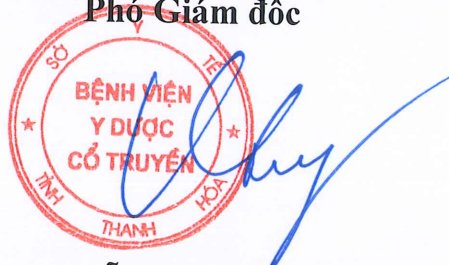
Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Thanh Hóa, ngày 02 tháng 04 năm 2025

Người làm đơn

Nguyễn Thị Thúy Quỳnh

Lãnh đạo bệnh viện
Phó Giám đốc



Nguyễn Hoàng Trung

SỞ Y TẾ THANH HÓA
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU
Đề tài “Đánh giá tác dụng phương pháp cận tam châm kết hợp sóng xung
kích điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống”

1. Bệnh nhân nhóm nghiên cứu:

STT	Số BA	Họ và tên	Tuổi	Ngày vào	Ngày ra	Địa chỉ
1.	25002024	LÊ VĂN CH	77	14/04/2025	29/04/2025	Xuân Tín- Thanh Hóa
2.	25002052	NGUYỄN THỊ CH	57	14/04/2025	29/04/2025	Quảng Thành- Thanh Hóa
3.	25002420	NGUYỄN TRỌNG H	75	05/05/2025	28/05/2025	Quảng Thành- Thanh Hóa
4.	25002484	NGÔ HOÀNG L	82	05/05/2025	27/05/2025	Thường Xuân- Thanh Hóa
5.	25002852	ĐỖ XUÂN PH	74	14/05/2025	05/06/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
6.	25003175	LẠI THỂ NG	67	26/05/2025	18/06/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
7.	25003461	LÊ THỊ NH	87	05/06/2025	27/06/2025	Hàm Rồng- Thanh Hóa
8.	25003525	MAI THỊ NG	47	09/06/2025	30/06/2025	Ngư Lộc- Thanh Hóa
9.	25003562	NGUYỄN THỊ L	61	09/06/2025	27/06/2025	Hàm Rồng- Thanh Hóa
10.	25003612	NGUYỄN THỊ H	54	10/06/2025	30/06/2025	Hàm Rồng- Thanh Hóa
11.	25003632	NGUYỄN THỊ NH	63	11/06/2025	30/06/2025	Hoàng Hóa- Thanh Hóa
12.	25003750	BÙI THỊ B	75	16/06/2025	10/07/2025	Liên Lộc- Thanh Hóa
13.	25003954	NGUYỄN THỊ T	60	23/06/2025	14/07/2025	Hoàng Hóa- Thanh Hóa
14.	25004512	NGUYỄN ĐỨC N	78	09/07/2025	31/07/2025	Hoàng Hóa- Thanh Hóa
15.	25004698	LÊ TRUNG T	75	15/07/2025	06/08/2025	Sầm Sơn- Thanh Hóa
16.	25004818	NGUYỄN THỊ T	74	21/07/2025	13/08/2025	Hoàng Hóa- Thanh Hóa
17.	25004915	LÊ THỊ M	71	24/07/2025	13/08/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa

18.	25005335	PHẠM THỊ H	81	05/08/2025	29/08/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
19.	25005447	TRẦN THỊ NG	64	11/08/2025	29/08/2025	Đông Tiến- Thanh Hóa
20.	25005582	LÃ NGỌC C	73	12/08/2025	08/09/2025	Đông Quang- Thanh Hóa
21.	25005676	ĐÌNH VĂN T	70	18/08/2025	08/09/2025	Sầm Sơn- Thanh Hóa
22.	25005691	PHẠM ĐÌNH KH	74	18/08/2025	12/09/2025	Đông Tiến- Thanh Hóa
23.	25005826	LÊ THỊ TH	71	22/08/2025	18/09/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
24.	25005848	LÊ THỊ TH	68	25/08/2025	15/09/2025	Xuân Lập- Thanh Hóa
25.	25005901	LÊ TRUNG H	73	27/08/2025	16/09/2025	Hàm Rồng- Thanh Hóa
26.	25005971	HOÀNG CÔNG TR	64	03/09/2025	26/09/2025	Hoàng Hóa- Thanh Hóa
27.	25006043	NGUYỄN THỊ K	78	04/09/2025	30/09/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
28.	25006107	TRƯƠNG THỊ TH	75	08/09/2025	01/10/2025	Hàm Rồng- Thanh Hóa
29.	25006106	LÊ THỊ TH	79	08/09/2025	01/10/2025	Hàm Rồng- Thanh Hóa
30.	25006169	TRỊNH GIA B	76	09/09/2025	30/09/2025	Đông Quang- Thanh Hóa

2. Bệnh nhân nhóm đối chứng:

STT	Số BA	Họ và tên	Tuổi	Ngày vào	Ngày ra	Địa chỉ
1.	25003655	NGUYỄN THỊ T	77	11/06/2025	04/07/2025	Đồng Tiến-Thanh Hóa
2.	25003770	LÊ THỊ HÀ L	59	17/06/2025	10/07/2025	Quảng Hưng-Thanh Hóa
3.	25003804	HÀ VĂN C	71	17/06/2025	07/07/2025	Bìm Sơn-Thanh Hóa
4.	25003840	LÊ TRUNG T	75	18/06/2025	10/07/2025	Sầm Sơn-Thanh Hóa
5.	25003861	PHẠM THỊ H	73	19/06/2025	10/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
6.	25003898	TRỊNH THỊ D	73	20/06/2025	10/07/2025	Thường Xuân-Thanh Hóa
7.	25003941	VŨ HỮU TH	76	23/06/2025	15/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
8.	25003942	NGUYỄN THỊ NG	76	23/06/2025	15/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
9.	25004051	LÊ XUÂN TH	66	25/06/2025	01/07/2025	Thọ Lâm-Thanh Hóa
10.	25004068	NGUYỄN THỊ X	66	26/06/2025	16/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
11.	25004128	NGUYỄN TỬ C	72	30/06/2025	22/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
12.	25004132	NGUYỄN THỊ K	64	30/06/2025	22/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
13.	25004283	BÙI DOÃN NH	72	02/07/2025	25/07/2025	Đồng Sơn-Thanh Hóa
14.	25004284	LÊ THỊ PH	75	02/07/2025	25/07/2025	Thọ Phú-Thanh Hóa
15.	25004314	LÊ HỮU S	75	03/07/2025	11/07/2025	Thọ Long-Thanh Hóa
16.	25004437	ĐINH ĐỨC CH	71	07/07/2025	29/07/2025	Lưu Vệ-Thanh Hóa
17.	25004467	NGUYỄN THỊ L	69	08/07/2025	31/07/2025	Hoảng Giang-Thanh Hóa
18.	25004583	LÊ THỊ S	75	14/07/2025	31/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
19.	25004613	LÊ THỊ PH	81	14/07/2025	08/08/2025	Nguyệt Viên-Thanh Hóa
20.	25004641	NGUYỄN THỊ T	62	14/07/2025	31/07/2025	Hạc Thành-Thanh Hóa
21.	25004695	NGUYỄN THỊ L	71	15/07/2025	06/08/2025	Sầm Sơn-Thanh Hóa

22.	25004758	NGÔ PH	73	16/07/2025	07/08/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
23.	25004760	LÊ THỊ TH	71	16/07/2025	12/08/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
24.	25004956	VŨ ĐÌNH N	76	28/07/2025	19/08/2025	Quảng Chính- Thanh Hóa
25.	25004968	NGUYỄN THỊ C	77	28/07/2025	20/08/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
26.	25005207	TRẦN VĂN T	83	04/08/2025	25/08/2025	Quảng Yên- Thanh Hóa
27.	25005216	HOÀNG THỊ L	67	04/08/2025	27/08/2025	Hạc Thành- Thanh Hóa
28.	25005443	PHẠM VĂN K	67	11/08/2025	29/08/2025	Quảng Phú- Thanh Hóa
29.	25005464	ĐOÀN THỊ T	52	11/08/2025	21/08/2025	Lưu Vệ- Thanh Hóa
30.	25005699	LÊ THỊ CH	49	18/08/2025	29/08/2025	Ia Hứ- Gia Lai

Xác nhận của phòng Kế hoạch Nghiệp vụ

Mai Thị Vương

Thanh Hóa, ngày 24 tháng 10 năm 2025

Lãnh đạo bệnh viện



PHÓ GIÁM ĐỐC
Nguyễn Hùng Trung