

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ BÍCH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
ĐAU THẦN KINH HÔNG TO DO THOÁI HÓA
CỘT SỐNG BẰNG ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP
BẮM HUYỆT KẾT HỢP VỚI SÓNG XUNG KÍCH**

LUẬN VĂN BÁC SỸ 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 BÍCH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
ĐAU THẦN KINH HÔNG TO DO THOÁI HÓA
CỘT SỐNG BẰNG ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP
BẨM HUYỆT KẾT HỢP VỚI SÓNG XUNG KÍCH**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học: TS.BS. Trần Đức Hữu

HÀ NỘI -2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và làm luận văn.

TS.BS. Trần Đức Hữu - người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn vô cùng tận tâm, chu đáo, trang bị cho tôi kiến thức chuyên ngành, giúp đỡ tôi sửa chữa thiếu sót trong luận văn, động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch Tổng hợp, các khoa phòng của Bệnh viện 19-8 Bộ Công An đã tạo mọi điều kiện cả về vật chất lẫn tinh thần cho tôi hoàn thành khóa học.

Các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã cho tôi những ý kiến đóng góp quý báu trong quá trình hoàn thiện luận văn này

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới tất cả các người bệnh tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình và người thân đã luôn bên cạnh, khuyến khích tôi trong suốt quá trình học tập. Tôi xin được cảm ơn tới bạn bè đồng nghiệp đã luôn động viên, khích lệ tôi để vượt qua những khó khăn trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn !

Học viên

Nguyễn Thị Bích

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Bích, học viên Bác sĩ chuyên khoa II khóa 9 Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

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

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Bích

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

CSTL	Cột sống thắt lưng
ĐC	Đối chứng
HA	Huyết áp
HCTLH	Hội chứng thắt lưng hông
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Cộng hưởng từ)
NB	Người bệnh
NC	Nghiên cứu
NĐC	Nhóm đối chứng
NNC	Nhóm nghiên cứu
SĐT	Sau điều trị
SHHN	Sinh hoạt hàng ngày
SXK	Sóng xung kích
TB	Trung bình
TĐT	Trước điều trị
THCS	Thoái hóa cột sống
TKHT	Thần kinh hông to
TKT	Thần kinh tọa
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
VAS	Visual Analog Scale (Thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau)
VLTL	Vật lý trị liệu
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Quan điểm của Y học hiện đại về đau dây thần kinh hông to	3
1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng và dây thần kinh hông to	3
1.1.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh gây đau thần kinh hông to	5
1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng đau dây thần kinh hông to.	6
1.1.4. Chẩn đoán xác định.....	10
1.1.5. Chẩn đoán nguyên nhân	11
1.1.6. Chẩn đoán phân biệt.....	11
1.1.7. Điều trị đau dây thần kinh hông to theo Y học hiện đại	12
1.2. Quan điểm của Y học cổ truyền về đau dây thần kinh hông to	13
1.2.1. Nguyên nhân gây bệnh.....	13
1.2.2. Các thể lâm sàng	14
1.2.3. Tổng quan phương pháp nghiên cứu	18
1.3. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh hông to trong nước và trên thế giới.	27
1.3.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới.....	27
1.3.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam	28
CHƯƠNG 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. Phương tiện nghiên cứu và chất liệu nghiên cứu	30
2.1.1. Phương tiện nghiên cứu	30
2.1.2. Công thức huyết điện châm:	32
2.1.3. Các thủ thuật xoa bóp bấm huyết: Theo quy trình kỹ thuật BHYT 2013	32
2.1.4. Phương pháp xung kích.....	32
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	34
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.....	34

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh.....	35
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	36
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	36
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	36
2.4. Quy trình nghiên cứu	36
2.4.1. Quy trình chọn người bệnh:	36
2.4.2. Quy trình điều trị:.....	37
2.4.3. Quy trình theo dõi và đánh giá.....	39
2.4.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	39
2.4.5. Tiêu chuẩn đánh giá chỉ tiêu nghiên cứu	39
2.5. Xử lý và phân tích số liệu	43
2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	43
2.7. Sai số và biện pháp khống chế sai số	43
2.8. Đạo đức nghiên cứu	44
2.9. Sơ đồ quy trình nghiên cứu	45
CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	46
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	46
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi	46
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới.....	47
3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	47
3.1.4. Đặc điểm tổn thương trên phim Xquang.....	48
3.1.5. Đặc điểm thời gian mắc bệnh.....	49
3.1.6. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	50
3.2. Hiệu quả điều trị.....	51
3.2.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS.....	51
3.2.2. Đánh giá hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL	53
3.2.3. Đánh giá hiệu quả cải thiện chỉ số Lasègue	55

3.2.4. Đánh giá hiệu quả cải thiện tâm vận động CSTL	57
3.3. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của nghiên cứu	65
3.3.1. Tác động trên chỉ số mạch	65
3.3.2. Tác động trên chỉ số huyết áp	65
3.3.3. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của nghiên cứu	66
3.4. Sự thay đổi về mạch và lưới sau điều trị.....	66
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	68
4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.....	68
4.1.1. Tuổi	68
4.1.2. Giới.....	69
4.1.3. Nghề nghiệp	69
4.1.4. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang	70
4.1.5. Thời gian mắc bệnh.....	70
4.2. Kết quả điều trị.....	71
4.2.1. Cải thiện mức độ đau	71
4.2.2. Cải thiện độ giãn CSTL	73
4.2.3. Cải thiện chỉ số Lasègue	75
4.2.4. Cải thiện tâm vận động CSTL.....	76
4.2.5. Cải thiện của mạch và lưới theo YHCT.....	79
4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.....	80
KẾT LUẬN	81
KIẾN NGHỊ	82
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Cách tính điểm phân loại mức độ đau	40
Bảng 2.2. Cách tính điểm mức độ giãn cột sống thắt lưng	40
Bảng 2.3. Cách tính điểm theo chỉ số Lasègue	41
Bảng 2.4. Cách tính điểm tầm vận động CSTL	43
Bảng 3.1. Phân bố theo độ tuổi 2 nhóm	46
Bảng 3.2. Phân bố theo nghề nghiệp của hai nhóm	47
Bảng 3.3. Hình ảnh Xquang tổn thương CSTL trước điều trị	48
Bảng 3.4. Phân bố thời gian mắc bệnh của người bệnh.....	49
Bảng 3.5. Đặc điểm một số chỉ số lâm sàng trước điều trị	50
Bảng 3.6. Hiệu quả cải thiện điểm đau VAS tại các thời điểm	52
Bảng 3.7. Hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL bằng nghiệm pháp Schober	54
Bảng 3.8. Hiệu quả cải thiện chỉ số Lasègue	56
Bảng 3.9. Hiệu quả cải thiện động tác cúi	58
Bảng 3.10. Hiệu quả cải thiện động tác ngửa	60
Bảng 3.11. Hiệu quả cải thiện động tác nghiêng	62
Bảng 3.12. Hiệu quả cải thiện động tác xoay	64
Bảng 3.13. Thay đổi tần số mạch trên đối tượng nghiên cứu	65
Bảng 3.14. Thay đổi huyết áp trên đối tượng nghiên cứu	65
Bảng 3.15. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	66
Bảng 3.16: Sự thay đổi về mạch theo YHCT trước và sau điều trị	66
Bảng 3.17: Sự thay đổi về lười theo YHCT trước và sau điều trị	67

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới của hai nhóm.....	47
Biểu đồ 3.2. Thay đổi điểm đau trung bình VAS.....	51
Biểu đồ 3.3. Thay đổi điểm trung bình độ giãn CSTL.....	53
Biểu đồ 3.4. Thay đổi điểm trung bình chỉ số Lasègue.....	55
Biểu đồ 3.5. Thay đổi điểm trung bình động tác cúi.....	57
Biểu đồ 3.6. Thay đổi điểm trung bình động tác ngửa.....	59
Biểu đồ 3.7. Thay đổi điểm trung bình động tác nghiêng.....	61
Biểu đồ 3.8. Thay đổi điểm trung bình động tác xoay.....	63

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Cấu tạo các đốt sống thắt lưng	3
Hình 1.2. Hình ảnh đám rối thắt lưng cùng	4
Hình 1.3. Hình ảnh đường đi và chỉ phối dây thần kinh hông to.....	4
Hình 2.1. Máy điện châm KWD – TN09 – T06	30
Hình 2.2. Thước đo tầm vận động cột sống.....	30
Hình 2.3. Thước đo thang điểm VAS.	31
Hình 2.4. Máy xung kích BTL	31
Hình 2.5. Cách khám nghiệm pháp Lasègue	41

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh hông to (sciatica pain) còn gọi là đau thần kinh tọa, bệnh đặc trưng bởi triệu chứng đau dọc theo đường đi của thần kinh hông to: đau tại cột sống thắt lưng di chuyển theo mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mặt cá ngoài và xuống tận các ngón chân. Hướng lan có sự khác nhau tùy thuộc vào vị trí tổn thương. Trên lâm sàng, đau thần kinh tọa hay gặp ở một bên, lứa tuổi lao động (30-50 tuổi) là tỷ lệ mắc bệnh cao nhất, tỷ lệ nữ cao hơn nam [1]. Bệnh đau thần kinh hông to có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên trong đó nhóm nguyên nhân tại cột sống thắt lưng chiếm một phần lớn. Bệnh không chỉ gây ảnh hưởng đến khả năng lao động, học tập mà còn gây nhiều bất tiện trong sinh hoạt của người bệnh [2], [3]. “Trên thế giới thống kê vào năm 2020, đau thắt lưng ảnh hưởng đến 619 triệu người trên toàn cầu và ước tính số ca mắc sẽ tăng lên 843 triệu trường hợp vào năm 2050” [4]. “Ở Việt Nam, theo thống kê của Trần Ngọc Ân và cộng sự đau thần kinh hông to chiếm tới 2% dân số và chiếm 17% số người trên 60 tuổi, đau thần kinh hông to chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh thần kinh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất”. Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2005 đã thống kê số người bệnh đau dây thần kinh hông to điều trị tại viện chiếm khoảng 50% trong số các bệnh tổn thương dây thần kinh ngoại vi [5], [6].

Theo Y học hiện đại (YHHĐ) có nhiều phương pháp điều trị đau dây thần kinh hông to như: Điều trị nội khoa, vật lý trị liệu - phục hồi chức năng, thể dục trị liệu, can thiệp tối thiểu và phẫu thuật điều trị. Các phương pháp điều trị YHHĐ có ưu điểm thu được hiệu quả điều trị nhanh nhưng nhược điểm là có nhiều tác dụng phụ, đôi khi xảy ra tai biến nặng nề, đòi hỏi kỹ thuật và chi phí điều trị cao [2], [3]. Theo Y học cổ truyền (YHCT) đau dây thần kinh hông to được mô tả trong phạm vi “chứng tý”, bệnh danh được ghi lại như Tọa cốt phong, Yêu cước thống, Tọa điển phong... thường gặp do các nguyên nhân ngoại tà xâm phạm, sang thương hoặc nội thương gây nên. YHCT sử dụng rất nhiều biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc để điều trị cho người bệnh như: Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, dùng thuốc sắc, thuốc hoàn....là những phương pháp thường xuyên được áp dụng tại các cơ sở y tế

trong điều trị đau thần kinh hông to và mang lại hiệu quả điều trị cao trên lâm sàng [1], [7], [8], [9].

Điện châm là một phương pháp điều trị bệnh được áp dụng từ lâu trong điều trị chứng Tọa cốt phong, châm là thủ thuật dùng kim tác dụng lên huyết trên các đường kinh, lạc kết hợp với xung điện có tác dụng giảm đau, làm cho kinh lạc, khí huyết lưu thông, lập lại cân bằng của âm dương, tạng phủ [10], [11]. XBBH tạo cho người bệnh cảm giác nhẹ nhàng, qua đó làm dịu đi các chứng đau mỏi tại chỗ và toàn thân của cơ, khớp, thần kinh [12]. Đây là phương pháp điều trị an toàn, tiết kiệm, ít tác dụng phụ và hiệu quả điều trị cao.

Ngày nay việc áp dụng điều trị đau dây thần kinh tọa bằng nội khoa, YHCT kết hợp với điều trị phục hồi chức năng đã mang lại hiệu quả tốt, giúp người bệnh trở lại sinh hoạt và làm việc bình thường. [9], [13], [14]

Sóng xung kích là sóng âm có áp lực biến đổi đột ngột, ngắt quãng, biên độ tùy chỉnh, bản chất là dạng sóng đơn với xung áp lực dương là chính, theo sau là phần sóng nhỏ giãn ra với một pha áp suất âm nhỏ hơn rất nhiều so với áp suất đỉnh. Trong YHHĐ, 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 bệnh đau cơ, rối loạn gân xương, đau và các điểm đau chói ở cổ và lưng [8], [15], [16].

Trong thực hành lâm sàng chúng tôi nhận thấy sóng xung kích kết hợp với các phương pháp YHCT có hiệu quả tốt trong điều trị đau thắt lưng, đau thần kinh hông to với tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống, để đánh giá hiệu quả của phương pháp phối hợp chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống bằng điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp với sóng xung kích”** với hai mục tiêu:

- 1. Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống bằng điện châm, xoa bóp bấm huyết kết hợp với sóng xung kích.***
- 2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp trên một số chỉ số lâm sàng.***

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

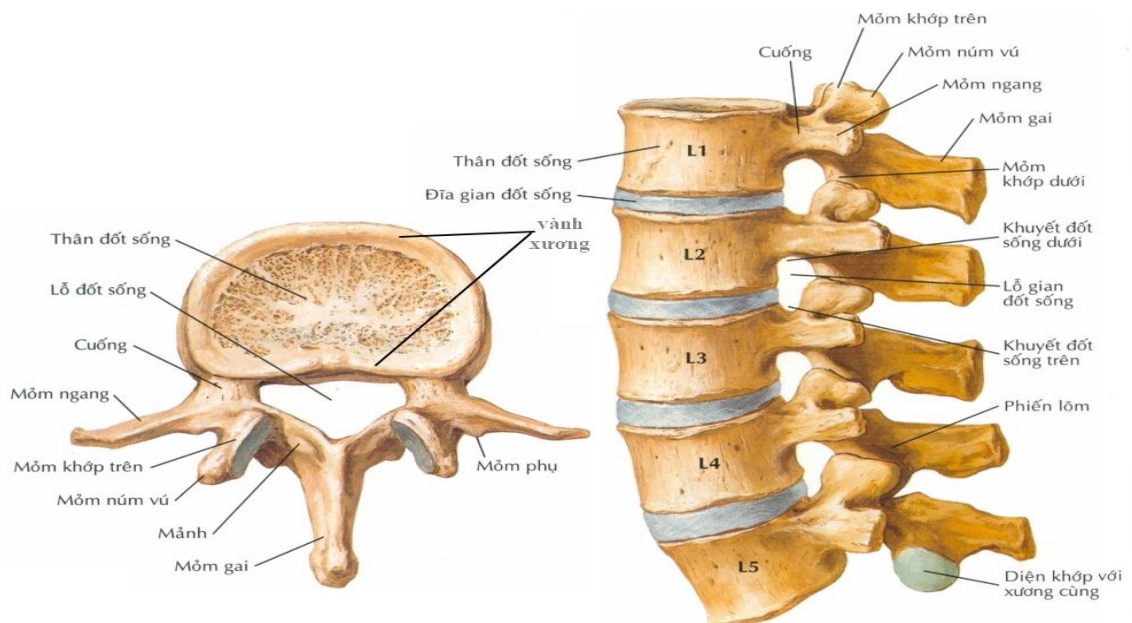
1.1. Quan điểm của Y học hiện đại về đau dây thần kinh hông to

1.1.1. Giải phẫu cột sống thắt lưng và dây thần kinh hông to

Đoạn cột sống thắt lưng có năm đốt sống, bốn đĩa đệm, hai đĩa đệm chuyển đoạn (D12-L1, L5-S1). Sự khác biệt về cấu trúc đốt sống ở đoạn này so với các vùng khác bắt nguồn từ việc phải thường xuyên chịu đựng áp lực cao [17], [18].

1.1.1.1. Đặc điểm giải phẫu đốt sống thắt lưng

Về mặt cấu trúc, một đốt sống điển hình được hợp thành từ các thành phần cơ bản: thân đốt sống, cung đốt sống, hệ thống các mấu và lỗ đốt sống. [17], [18].

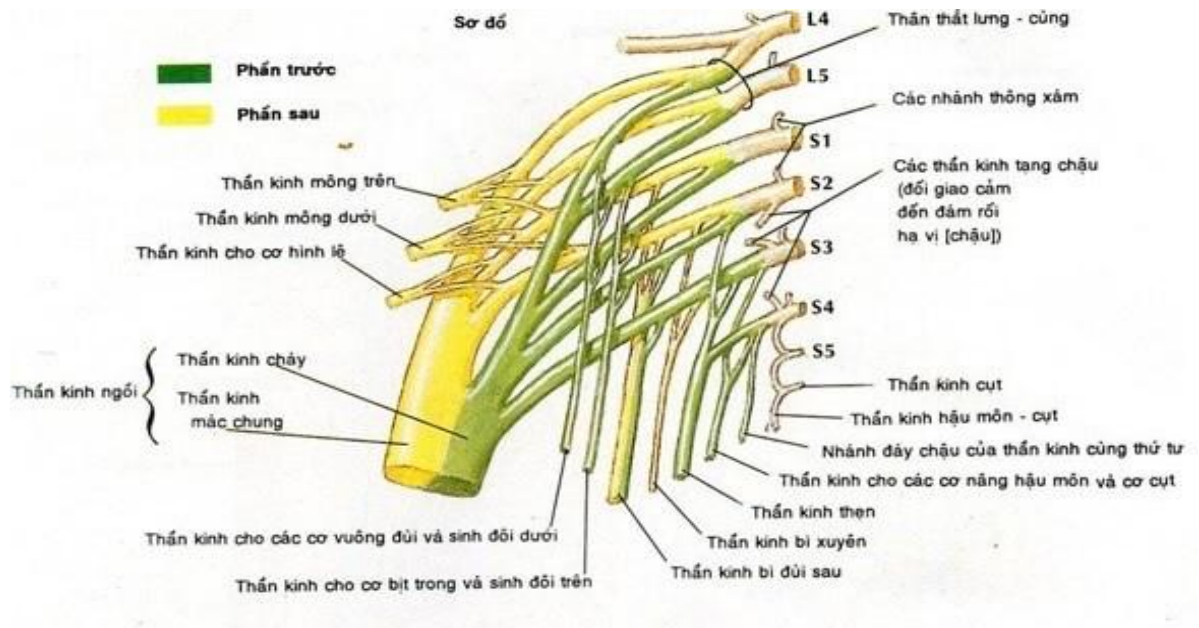


Hình 1.1. Cấu tạo các đốt sống thắt lưng [18]

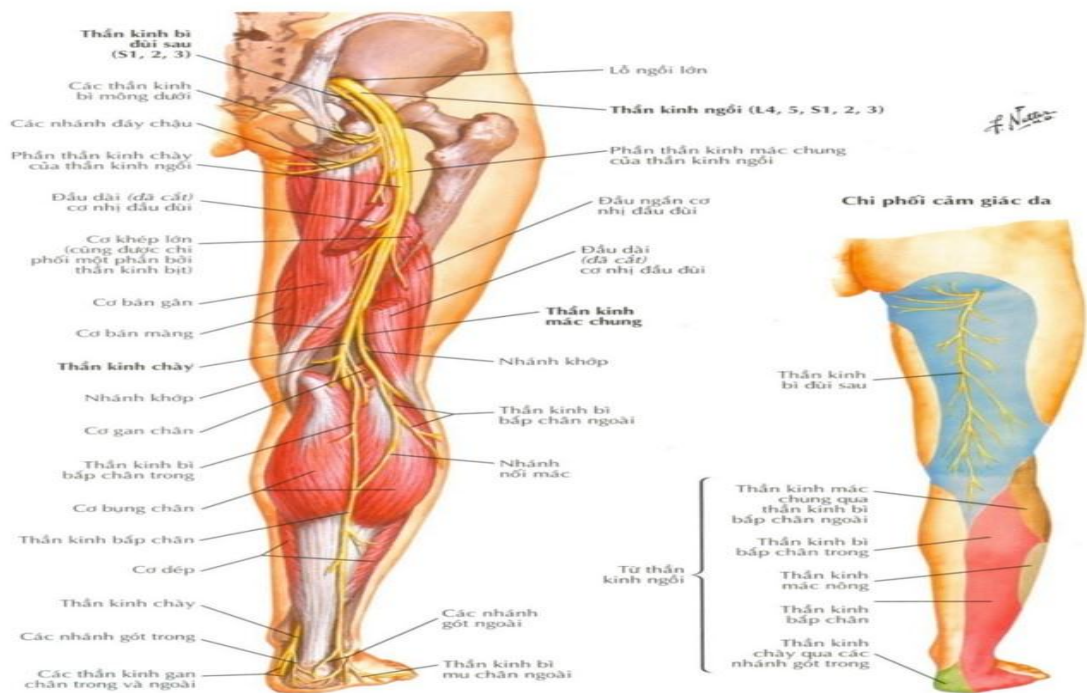
1.1.1.2. Đặc điểm giải phẫu dây thần kinh hông to

Dây thần kinh hông to là dây thần kinh có kích thước lớn nhất và dài nhất trong cơ thể người. Dây xuất phát từ đám rối thần kinh thắt lưng - cùng,

được hợp thành bởi các nhánh trước của các rễ thần kinh từ L4, L5, S1, S2, và S3; trong đó, hai rễ L5 và S1 đóng vai trò chủ đạo.



Hình 1.2. Hình ảnh đám rối thắt lưng cùng [18]



Hình 1.3. Hình ảnh đường đi và chỉ phối dây thần kinh hông to [18]

1.1.1.3. Định nghĩa đau dây thần kinh hông to

Đau dây thần kinh hông to là hội chứng đau rễ L5 và S1, có đặc tính đau lan theo đường đi của dây thần kinh hông to từ thắt lưng xuống mông dọc theo mặt sau đùi xuống cẳng chân, xiên ra ngón chân cái hoặc ngón út tùy theo rễ bị đau. [1]

1.1.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh gây đau thần kinh hông to

1.1.2.1. Thoái hóa cột sống

- Thoái hóa cột sống thắt lưng là nguyên nhân khá phổ biến gây đau thần kinh hông to. Bệnh tiến triển từ từ, tăng dần gây ra các triệu chứng đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không kèm theo triệu chứng viêm. Do cột sống phải chịu đựng nhiều các tải trọng xảy ra liên tục, dẫn tới các biến đổi hình thái gồm thoái hóa ở các đĩa đệm, thân đốt sống và các mấu gai sau và tình trạng hư hại ở phần sụn của đĩa sụn đốt sống, đĩa đệm và sụn khớp liên mấu gai sau, mấu gai – mỏ xương ở chuỗi thân đốt sống từ đó gây chèn ép rễ L5 hoặc S1 [3], [19].

- Nguyên nhân và cơ chế của thoái hóa: cho đến nay chưa có một kết luận nào thực sự thuyết phục và duy nhất về nguyên nhân của thoái hóa dẫn đến còn nhiều tranh cãi, tuy nhiên vẫn có những giả thiết được công nhận rộng rãi.

+ Tuổi tác: Ở người trưởng thành, khi tuổi tăng lên sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và quá trình hủy xương gây ra việc giảm các tế bào xương, cùng với đó là giảm khả năng tổng hợp các sợi collagen và mucopolysaccharide làm cho các mô quanh xương trở nên kém đàn hồi và dễ đứt gãy.

+ Nguyên nhân cơ học: quá trình thoái hóa và hư hại cấu trúc khớp là hệ quả tất yếu của sự thay đổi phân bố tải trọng và gia tăng áp lực nén lên đĩa đệm cũng như các diện khớp trong thời gian dài. Các yếu tố thúc đẩy bao gồm: gia tăng tải trọng cơ học, bất thường cấu trúc bẩm sinh, biến đổi giải

phẫu thứ phát. Các di chứng sau chấn thương, các bệnh lý khối u, quá trình viêm nhiễm hoặc loạn sản xương gây ra sự thay đổi hình thái và làm rối loạn tương quan giải phẫu giữa ổ khớp và trục cột sống...

1.1.2.2. Các nguyên nhân khác

Các nguyên nhân khác gây đau thần kinh tọa: thoát vị đĩa đệm, dị dạng bẩm sinh như quá phát mỏm gai, cùng hóa L5-S1, gai đôi L5-S1, lệch trục chi bẩm sinh, trượt đốt sống, lao cột sống thắt lưng, ung thư đốt sống, chấn thương đốt sống thắt lưng, viêm cột sống dính khớp, viêm cột sống do vi khuẩn, các bệnh mạn tính và nội tiết, đau tủy xương, cường tuyến cận giáp, loãng xương nặng, lún đốt sống... [3], [19].

1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng đau dây thần kinh hông to.

1.1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau dây thần kinh hông to được biểu hiện trên lâm sàng qua hai hội chứng: Hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh [3], [19].

*** Hội chứng cột sống**

Điểm đau cột sống: Ấn hoặc gõ trên mỏm gai các đốt sống để tìm điểm đau cột sống. Có thể xuất hiện đột ngột cấp tính tự phát hoặc sau chấn thương, nhưng cũng có thể xuất hiện từ từ theo kiểu bán cấp hoặc mạn tính. Đau thường khu trú rõ ở những đốt sống nhất định. Cường độ đau nếu cấp tính có thể dữ dội, nếu bán cấp và mạn tính có thể chỉ âm ỉ. Đau lan dọc theo đường đi của dây TKHT xuống dưới chân.

Biến dạng cột sống do tư thế chống đau: biểu hiện là thay đổi độ cong sinh lý cột sống thắt lưng (giảm ưỡn, mất ưỡn cột sống thắt lưng hoặc cong sinh lý đảo ngược có nghĩa là cột sống thắt lưng không ưỡn như bình thường mà lại gù và lệch vẹo cột sống).

Hạn chế biên độ cột sống thắt lưng: Hạn chế các động tác của cột sống như cúi, ngửa, nghiêng, xoay cột sống. Khi cúi, chỉ số Schober giảm (< 14/10), khoảng cách ngón tay - nền nhà tăng (> 0 cm).

+ Khoảng cách ngón tay - đất: Người bệnh ở tư thế đứng thẳng, hai chân duỗi thẳng (khóa khớp gối). Yêu cầu người bệnh thực hiện động tác gấp thân mình tối đa về phía trước, hai tay buông thông hướng xuống đất. Thầy thuốc tiến hành đo khoảng cách từ đầu ngón tay giữa tới mặt sàn. Bình thường: Cột sống có độ linh hoạt tốt, đầu ngón tay có thể chạm sàn (khoảng cách bằng 0) hoặc vượt quá mặt sàn (giá trị âm). Bệnh lý: Ở người bệnh thoát vị đĩa đệm hoặc có hội chứng chèn ép rễ thần kinh, biên độ vận động cột sống bị hạn chế, ngón tay không thể chạm đất (khoảng cách dương).

+ Nghiệm pháp Schober: Đây là nghiệm pháp đánh giá độ giãn của cột sống vùng thắt lưng. Người bệnh đứng thẳng. Thầy thuốc xác định mốc giải phẫu tại mỏm gai đốt sống S1 và đánh dấu điểm thứ nhất P1. Từ P1 đo dọc theo trục cột sống lên phía trên 10cm, đánh dấu điểm thứ hai P2. Khoảng cách ban đầu $P1-P2 = 10\text{cm}$. Yêu cầu người bệnh gấp thân mình tối đa, giữ hai chân duỗi thẳng tại khớp gối. Thầy thuốc tiến hành đo lại khoảng cách giữa hai điểm P1 và P2 tại tư thế này. Người bình thường ở tuổi thanh niên có chỉ số Schober khoảng từ 14/10 cm đến 15/10 cm. Ở các người bệnh có hội chứng thắt lưng hông chỉ số này giảm. [2], [20]

*** Hội chứng chèn ép rễ:**

Các biện pháp phát hiện tổn thương rễ và dây thần kinh

+ Dấu hiệu bấm chuông: Thầy thuốc ấn trên các điểm đau cạnh sống, dấu hiệu dương tính khi người bệnh có cảm giác đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to cùng bên xuống dưới chân.

+ Nghiệm pháp Lasègue: Đây là nghiệm pháp quan trọng nhất để phát hiện tình trạng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng cùng. Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, thả lỏng trên mặt giường. Thầy thuốc một tay giữ cổ chân, tay còn lại đặt nhẹ lên gối để cố định chân người bệnh ở tư thế duỗi thẳng. Quy trình thực hiện qua 2 thì: Thì 1 (dương tính): Từ từ nâng cao chân người bệnh lên khỏi mặt giường (vẫn giữ gối thẳng). Dừng lại ngay khi người

bệnh kêu đau hoặc có cảm giác căng tức dọc mặt sau chân. Xác định góc hợp bởi chân người bệnh và mặt giường tại thời điểm xuất hiện đau. Thử 2 (kiểm chứng): Giữ nguyên góc độ gây đau, thầy thuốc tiến hành gấp căng chân người bệnh vào đùi (gấp gối). Lúc này dây thần kinh chùng lại, nếu người bệnh hết đau dọc mặt sau chân thì dấu hiệu được xác nhận. Dấu hiệu Lasègue dương tính (+) khi người bệnh đau ở thì 1 và hết đau ở thì 2

+ Nghiệm pháp Bonet: Nghiệm pháp này có giá trị cao trong việc phát hiện đau thần kinh tọa do nguyên nhân chèn ép tại cơ hình lê hoặc vùng khớp cùng chậu. Người bệnh nằm ngửa. Thầy thuốc thực hiện thao tác gấp căng chân vào đùi, gấp đùi vào bụng, sau đó tiến hành khép và xoay trong đùi. Bonnet dương tính (+) khi người bệnh xuất hiện cơn đau nhói ở vùng mông hoặc đau lan từ mông xuống mặt sau đùi và cẳng chân.

+ Nghiệm pháp Neri đứng: Thường được thực hiện khi người bệnh có thể đứng được, đánh giá sự co cứng cơ và kích thích rễ. Người bệnh đứng thẳng, hai chân duỗi. Yêu cầu người bệnh từ từ cúi gập thân mình xuống với mục tiêu để đầu ngón tay chạm đất. Neri dương tính (+) khi người bệnh cúi xuống xuất hiện đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, buộc người bệnh phải co gấp khớp gối bên đau lại để làm chùng dây thần kinh và giảm đau.

+ Dấu hiệu Valleix: Là phương pháp xác định các điểm nhạy cảm đau nằm trên đường đi giải phẫu của dây thần kinh hông to. Thầy thuốc dùng ngón tay cái ấn sâu vào các mốc giải phẫu xác định. Dấu hiệu dương tính khi người bệnh thấy đau chói tại chỗ ấn và đau lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh chi phối. Các điểm Valleix: Điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn xương đùi, điểm giữa nếp lằn mông, điểm giữa mặt sau đùi, điểm giữa trám khoeo (hố khoeo), điểm giữa bắp chân (giữa hai bụng cơ bụng chân/cơ díp) [21].

Rối loạn cảm giác: Người bệnh biểu hiện giảm hoặc mất cảm giác nông (đau, nhiệt, xúc giác) hoặc xuất hiện các dị cảm (tê bì, cảm giác kiến bò, nóng

rát). Tình trạng rối loạn cảm giác thường khu trú tại các vùng da tương ứng do rễ thần kinh bị tổn thương chi phối. Rễ L5: Rối loạn cảm giác mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân và ngón cái. Rễ S1: Rối loạn cảm; giác mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, gót chân, gan chân và bờ ngoài bàn chân.

Rối loạn vận động khu trú: Tổn thương rễ thần kinh dẫn đến tình trạng bại hoặc liệt nhóm cơ do rễ đó chi phối, biểu hiện cụ thể qua các nghiệm pháp lâm sàng.

Tổn thương rễ L5: Cơ bị ảnh hưởng: Nhóm cơ cẳng chân trước ngoài (chủ yếu là cơ chày trước, cơ duỗi ngón chân cái dài). Biểu hiện lâm sàng: Người bệnh yếu hoặc mất khả năng gấp mu chân và nghiêng bàn chân ra ngoài. Dấu hiệu thực thể: Nghiệm pháp đi bằng gót chân không thực hiện được. Trường hợp nặng có thể xuất hiện dấu hiệu "bàn chân rủ", tạo nên dáng đi vạt tép.

Tổn thương rễ S1: Cơ bị ảnh hưởng: Nhóm cơ cẳng chân sau (cơ tam đầu cẳng chân) và các cơ gấp ngón chân. Biểu hiện lâm sàng: Người bệnh yếu động tác gấp gan chân và xoay bàn chân vào trong. Dấu hiệu thực thể: Nghiệm pháp đi bằng mũi chân không thực hiện được.

Giảm phản xạ gân xương: Trung tâm phản xạ nằm tại đoạn S1-S2. Do đó, trong tổn thương rễ S1, phản xạ này thường giảm hoặc mất.

Có thể gặp teo cơ và rối loạn cơ tròn: Là biểu hiện muộn, thường gặp ở bắp chân (cơ dép, cơ bụng chân) hoặc nhóm cơ trước ngoài cẳng chân sau một thời gian bị chèn ép kéo dài. Trong trường hợp thoát vị đĩa đệm thể trung tâm lớn hoặc khối u chèn ép chùm đuôi ngựa, người bệnh xuất hiện các triệu chứng báo động: mất cảm giác vùng yên ngựa, rối loạn cơ tròn, rối loạn chức năng sinh dục.

1.1.3.2. Cận lâm sàng

Triệu chứng cận lâm sàng

Các xét nghiệm này có giá trị hỗ trợ đánh giá tổng quan tình trạng sức khỏe, giúp tiên lượng và hướng dẫn điều trị. Trong bệnh cảnh thoát vị đĩa

đệm hoặc đau thần kinh tọa do nguyên nhân cơ học, các chỉ số sinh hóa và chỉ số viêm (như Bạch cầu, CRP, tốc độ máu lắng - ESR) thường nằm trong giới hạn bình thường. Mặc dù ít có giá trị chẩn đoán xác định nguyên nhân cơ học, việc thực hiện bilan viêm và các xét nghiệm cơ bản (chức năng gan, thận) là bắt buộc nhằm chẩn đoán loại trừ và đảm bảo an toàn điều trị [22], [23].

*** Chụp X quang cột sống thắt lưng**

Thường được chỉ định chụp ở các tư thế thẳng, nghiêng, chéch 3/4. Phim X-quang cho phép khảo sát trục đường cong sinh lý cột sống, hình thái và sự toàn vẹn của thân đốt sống, cung sau, cũng như sơ bộ đánh giá kích thước lỗ liên hợp. Mặc dù X-quang không hiển thị trực tiếp hình ảnh đĩa đệm và rễ thần kinh, nhưng có thể cung cấp các dấu hiệu gián tiếp của tình trạng thoái hóa và thoát vị đĩa đệm như hẹp khe gian đốt, đặc xương dưới sụn, biến đổi các cấu trúc xương.

*** Chụp bao rễ thần kinh**

Phương pháp này KTV bơm thuốc vào khoang dưới nhện bằng chọc dò cột sống thắt lưng, hiện nay ít dùng.

*** Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner)**

Hình ảnh về xương rõ, phần mềm xung quanh khó xem.

*** Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI: Magnetic resonance imaging)**

Là phương pháp đang được áp dụng nhiều nhất để chẩn đoán xác định TVĐĐ. Phương pháp này có độ chính xác cao có thể giúp định vị vị trí hay mức độ thoát vị, ngoài ra còn cho biết tình trạng xương và các tổ chức phần mềm xung quanh Trên phim đĩa đệm giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2.

*** Điện cơ đồ:** Nhằm xác định chức năng truyền dẫn tín hiệu của thần kinh hông to cũng như các nhánh.

1.1.4. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng cơ năng và thực thể:

Cơ năng: Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to.

Thực thể: Hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ.

Hội chứng cột sống: Có điểm đau cột sống tương ứng, hạn chế vận động cột sống, hình dáng cột sống thay đổi, co cứng cơ cạnh sống.

Hội chứng chèn ép rễ: Đau cột sống thắt lưng dọc theo đường đi của rễ thần kinh, các dấu hiệu căng thần kinh dương tính, có rối loạn cảm giác như tê bì, rối loạn vận động, giảm trương lực cơ...

1.1.5. Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân bằng các xét nghiệm cận lâm sàng: X quang cột sống thắt lưng, MRI cột sống thắt lưng.

1.1.6. Chẩn đoán phân biệt.

** Viêm khớp cùng chậu:*

Ấn khớp cùng chậu người bệnh đau.

Nghiệm pháp Wassermann dương tính: Người bệnh nằm sấp thầy thuốc nâng đùi người bệnh lên, người bệnh xuất hiện đau tại khớp cùng chậu khi chân nhấc khỏi mặt giường.

Chụp X quang khớp cùng chậu thấy hình ảnh mờ khớp cùng chậu.

** Viêm cơ thắt lưng chậu (Viêm cơ đai chậu):*

Người bệnh có tư thế nằm co, không duỗi thẳng chân được, kèm theo có hội chứng nhiễm trùng.

** Viêm khớp háng:*

Nghiệm pháp Patrick (+): Cho người bệnh đặt gót chân trong tư thế vắt chân lên gối bên đối diện, khi thầy thuốc vận động dạng khép háng sẽ xuất hiện triệu chứng đau chói.

Chụp X quang khớp háng: Mờ, hẹp khe khớp háng.

** Đau thần kinh đùi:*

Đau mặt trước đùi, phản xạ gân gối giảm hoặc mất. Chẩn đoán xác định bằng điện cơ đồ.

1.1.7. Điều trị đau dây thần kinh hông to theo Y học hiện đại

1.1.7.1. Điều trị nội khoa

- Nằm nghỉ tại giường: Giai đoạn cấp phải nằm bất động trên nền cứng từ 3 - 5 ngày, qua đó áp lực tại vùng CSTL sẽ giảm, đồng thời đè ép lên dây thần kinh hông to cũng sẽ giảm.

- Thuốc giảm đau chống viêm: có thể dùng các nhóm Salycilic, Indol, Meloxicam, Teloxicam, Diclofenac, các nhóm Coxib

- Thuốc giãn cơ: Mydocal, Tolperison, Eperison ...

- Thuốc an thần, thuốc giảm đau thần kinh và vitamin nhóm B liều cao

- Liệu pháp corticoid: dùng hydrocortison acetat, depo-medrol... tiêm ngoài màng cứng.

• Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng

Nhiệt trị liệu: Parafin, hồng ngoại, túi nước nóng.

Điện trị liệu: Điện xung, điện phân, giao thoa, xung kích.

Phương pháp vật lý trị liệu (VLTL) khác: Siêu âm, từ trường, từ trường siêu dẫn, kéo giãn CSTL, xung kích, giường giảm áp lực cột sống, dùng áo nẹp mềm CSTL (trong trường hợp đau thần kinh hông to do TVĐĐ).

Các bài tập phục hồi chức năng (PHCN): Bài tập McKenzie, bài tập William

• Phương pháp can thiệp tối thiểu

Áp dụng cho các trường hợp đau thần kinh hông to do TVĐĐ: Phương pháp tiêu mô tại nhân nhày, PRP tại trong đĩa đệm, Laser trị liệu, sóng Radio cao tần.

1.1.7.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định ngoại khoa cho các trường hợp đau thần kinh hông to do TVĐĐ cấp tính có hội chứng đuôi ngựa, biểu hiện teo cơ, yếu cơ, liệt chi dưới, điều trị nội khoa sau 6 tháng không đáp ứng hoặc tái đi tái lại.

Chống chỉ định: Người bệnh mắc lao, suy gan thận, xơ gan, ung thư gan, bệnh tự miễn, tăng huyết áp, sốt cao, người bệnh không muốn phẫu thuật.

Các phương pháp điều trị: Mổ nội soi lấy đĩa đệm cột sống, kỹ thuật mổ mở. [3]

1.2. Quan điểm của Y học cổ truyền về đau dây thần kinh hông to

Đau dây thần kinh hông được mô tả trong chứng tý của YHCT.

Trong các y văn cổ như Hoàng đế Nội kinh - Tố vấn, Kim quỹ yếu lược, Tuệ tinh toàn tập... đã mô tả bằng các bệnh danh như: Yêu cước thông, Tọa cốt phong để mô tả tình trạng người bệnh đau từ mông lan xuống chân, hoặc đau lưng sâu trong xương lan xuống chân [7], [24], [25].

1.2.1. Nguyên nhân gây bệnh

1.2.1.1. Do ngoại nhân

- Do tà khí bên ngoài cơ thể thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập vào.
- + Phong tà: Phong là gió, chủ về mùa xuân có tính chất di chuyển, nên người bệnh có triệu chứng đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa.
- + Hàn tà: có tính chất ngưng trệ, làm cho khí huyết vận hành trong kinh lạc bị tắc nghẽn. Mặt khác người bệnh có tình trạng khí huyết ứ trệ ở kinh lạc thì càng dễ có điều kiện phát bệnh. Tính co rút của hàn tà rất cao gây co rút gân cơ, ngoài ra gây cảm giác đau buốt như xuyên.
- + Thấp tà: gây nên một số triệu chứng có tính chất đặc trưng như: cảm giác tê bì, nặng nề, rêu lưỡi nhờn dính, chất lưỡi bệu.

Hai kinh Túc thái dương Bàng quang và Túc thiếu dương Đờm khí huyết không đầy đủ hoặc khí huyết ứ trệ bí tắc, thừa lúc đó phong hàn thấp tà thừa cơ xâm nhập mà gây bệnh tại hai kinh này. [1], [10], [26]

1.2.1.2. Do nội thương

Căn nguyên nội nhân của bệnh chủ yếu khởi phát trên nền tảng chính khí suy giảm, dẫn đến rối loạn công năng của các tạng phủ, trong đó trọng tâm là sự hư yếu của hai tạng Can và Thận. Tạng Can: Can chủ sơ tiết, tàng huyết và

chủ cân; có quan hệ biểu lý với phủ Đờm. Khi chức năng tạng Can hư suy, huyết không được tàng trữ đầy đủ để nuôi dưỡng cân mạch (cân thất dưỡng), dẫn đến tình trạng cân cơ yếu mỏi, co rút và vận động khó khăn. Sự rối loạn này đồng thời ảnh hưởng đến chức năng của phủ Đờm. Thận chủ cốt tủy, tàng tinh (tinh sinh huyết) và có mối liên hệ mật thiết với vùng thất lưng "Yêu vi Thận chi phủ" - lưng là phủ của Thận. Thận có quan hệ biểu lý với phủ Bàng quang. Khi Thận hư, tinh huyết suy kém khiến cốt tủy không được nuôi dưỡng, trực tiếp gây ra các chứng trạng đau mỏi vùng thất lưng và suy yếu hệ thống xương khớp.

Sự rối loạn công năng của hai tạng Can - Thận tác động trực tiếp lên hai đường kinh biểu lý tương ứng là kinh Túc Thái dương Bàng quang và kinh Túc Thiếu dương Đờm. Tình trạng này khiến kinh khí bị trở trệ, vận hành không thông suốt gây đau và hạn chế vận động "Bất thông tắc thông" [1], [10], [26].

1.2.1.3. Do bất nội ngoại nhân

Do lao động quá sức, sau khi mang vác vật nặng, bị đánh, bị ngã, bị TVĐĐ... làm cho khí trệ, huyết ứ gây ra đau thân kinh hông to.

1.2.2. Các thể lâm sàng

1.2.2.1. Thể phong hàn

Triệu chứng: Sau khi bị nhiễm lạnh đau từ thất lưng hoặc từ hông xuống mặt sau đùi và mặt ngoài cẳng chân, người bệnh đi lại khó khăn, chưa có biểu hiện teo cơ, tiểu tiện trong dài, đại tiện bình thường hoặc nát, sợ gió, sợ lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoãn.

Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, hành khí, hoạt huyết.

Châm cứu: Châm tả, cứu hoặc ôn châm các huyệt. Liệu trình châm Mỗi ngày 1 lần, châm từ 6 - 8 huyệt, mỗi lần 10 - 15 phút.

Nếu đau dọc theo kinh Bàng quang: a thị huyết, giáp tích L5-S1, thận du đại trường du, trật biên, ân môn, thừa phù, ủy trung, thừa sơn, côn lân.

Nếu đau dọc theo kinh Đờm: a thị huyết, giáp tích L5-S1, thận du, đại trường du, hoàn khiêu, phong thị, dương lăng tuyền, huyền chung, túc lâm khắp.

Xoa bóp: Các động tác từ nhẹ đến mạnh vùng thắt lưng như xoa, xát, miết, phân hợp, day, lăn, đấm, bóp, bấm, điểm, ấn, vận động...

Thủy châm: Dùng Vitamin nhóm B, Methylcobal... tiêm vào huyết thận du, hoàn khiêu, thừa phù, dương lăng tuyền, thừa sơn... mỗi lần chọn từ 2-3 huyết, mỗi huyết tiêm 1-2ml thuốc.

Nhĩ châm: Điểm thần kinh tọa, thận, thần môn, giao cảm.

Bài thuốc: Can khương thương truật linh phụ thang gia vị

Can khương	04g	Tế tân	06g	Cam thảo	06g
Thương truật	12g	Xuyên khung	10g	Quế chi	08g
Bạch chỉ	12g	Bạch linh	12g		

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

Tương ứng với đau thần kinh tọa do bệnh lý cột sống mạn tính: Thoái hóa cột sống, gai đôi cột sống.

Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng tại chỗ và cơ năng: Đau vùng thắt lưng lan xuống chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to. Tính chất đau: Đau âm ỉ, kéo dài, bệnh sử tái phát nhiều đợt. Yếu tố khởi phát/tăng nặng: Cơn đau tăng lên khi thời tiết thay đổi (lạnh, ẩm thấp). Rối loạn cảm giác: Chân có cảm giác tê bì, dị cảm (kiến bò), nặng nề.

Triệu chứng toàn thân (Hội chứng hư hàn): Sợ lạnh (thiên hàn), chân tay lạnh, thích chườm ấm, ăn uống đồ ấm nóng. Biểu hiện Can Thận hư suy: Hoa mắt, chóng mặt, ù tai, đau mỏi lưng gối, người mệt mỏi, ăn ngủ kém.

Thiệt chân và mạch chân: Chết lưỡi bệu, rêu lưỡi dày hoặc trắng dính. mạch Trầm nhược hoặc nhu hoãn.

Biến chứng: Có thể xuất hiện teo cơ (nhục nuy) do khí huyết không nuôi dưỡng được cân cơ

Pháp điều trị: Khu phong, tán hàn, trừ thấp kết hợp tư bổ can thận, hành khí hoạt huyết.

Châm cứu: Kết hợp châm tả phác đồ như thể phong hàn và châm bổ: can du, thận du, tam âm giao, thái xung, thái khê.

Xoa bóp, thủy châm, nhĩ châm: Giống thể phong hàn.

Chườm nóng: Lấy lá ngải cứu, lá cúc tần sao muối (sao đến lúc muối nổ lách tách) gân được cho rượu vào, bỏ tất cả vào miếng vải chườm lên chân.

Bài thuốc: Độc hoạt ký sinh thang

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

1.2.2.3. *Thể huyết ứ*

Tương ứng với đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cấp tính hoặc sau chấn thương.

Triệu chứng: Con đau xuất hiện đột ngột sau một tác động cơ học mạnh như: chấn thương vùng cột sống, sai tư thế khi lao động, hoặc gắng sức mang vác vật nặng. Đau vùng thắt lưng lan xuống mông và chân theo đường đi của dây thần kinh hông to. Cường độ đau dữ dội, cảm giác đau chói, đau như dao cắt hoặc như dùi đâm. Đau tăng mạnh khi ho, hắt hơi hoặc khi thay đổi tư thế. Hạn chế vận động nặng nề: Người bệnh đi lại rất khó khăn, cột sống vẹo lệch về một bên để chống đau, trường hợp nặng người bệnh phải nằm bất động. **Triệu chứng thực thể:** Ăn ngủ kém do đau đớn. Đại tiểu tiện thường bình thường. **Tại chỗ đau:** Cơ cạnh sống co cứng mạnh, đau cự ấn. Chốt lười tím tối hoặc có các ban điểm ứ huyết. Mạch sấp hoặc huyền hoạt.

Pháp điều trị: Hành khí hoạt huyết, thư cân, hoạt lạc.

Châm cứu: Các huyết châm giống với thể phong hàn và thêm huyết Huyết hải.

Xoa bóp bấm huyết: Nếu cột sống đã tổn thương thì không xoa bóp. Xoa bóp nhẹ nhàng không được làm mạnh và làm sau khi đã châm để giảm đau. Các động tác giống thể Phong hàn.

Bài thuốc: Thân thống trực ứ thang

Tần giao	12g	Xuyên khung	08g	Đào nhân	12g
Hồng hoa	12g	Cam thảo	04g	Khương hoạt	08g
Một dược	06g	Đương quy	12g	Ngũ linh chi	08g
Hương nhu	08g	Ngưu tất	12g	Địa long	08g

1.2.2.4. Thể phong thấp nhiệt

Tương ứng với đau thần kinh tọa do viêm nhiễm tại cột sống, viêm cột sống dính khớp giai đoạn tiến triển.

Triệu chứng: Vùng cột sống thắt lưng có biểu hiện sưng nề, nóng, đỏ và đau nhức. Đau lan xuống mông, mặt sau đùi và cẳng chân theo lộ trình của dây thần kinh hông to. Tính chất đau: Đau cự ấn, cường độ đau tăng lên vào ban ngày, giảm nhẹ khi nghỉ ngơi yên tĩnh nhưng nhìn chung đau liên tục gây khó khăn lớn trong sinh hoạt và vận động. Triệu chứng thực thể: Người bệnh có biểu hiện sốt, vã mồ hôi. Nước tiểu vàng sẫm, có thể kèm theo đại tiện táo hoặc bí kết. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng hoặc dính, mạch hoạt sác.

Pháp điều trị: Thanh nhiệt, khu phong, hóa thấp.

Châm cứu: A thị huyết, thủy cầu, ủy trung, tam âm giao, huyết giáp tích L₄-S₁, mệnh môn, yêu dương quan, huyền chung, tam tiêu du, thận du, khí hải du, đại trường du, quan nguyên, côn lân. Lưu kim 30 phút.

Phương thuốc: Ý dĩ nhân thang gia giảm

Ý dĩ	16g	Phòng phong	08g	Đương quy	12g
Thương truật	12g	Tế tân	06g	Cam thảo	04g

Độc hoạt	08g	Quế chi	06g	Ngưu tất	12g
Xuyên khung	06g				

1.2.3. Tổng quan phương pháp nghiên cứu

1.2.3.1. Tổng quan phương pháp châm cứu

**** Định nghĩa điện châm:***

Điện châm là dùng dòng điện một chiều để kích thích lên huyết (qua kim châm). Đây là phương pháp sử dụng tác dụng phối hợp giữa YHCT và YHHĐ, qua đó phát huy tác dụng kích thích tại huyết và tính lặp lại có chu kỳ, qua đó tăng cường dẫn khí trên các đường kinh.

Người xưa thường dùng tay để vê kim nhằm bổ hoặc tả, qua thực tế thấy vê kim bằng tay thì sự điều khí không mạnh, không nhanh, không đều, không sớm đưa được sự vận hành của khí về trạng thái cân bằng. Phương pháp điện châm đã ra đời và được áp dụng ở nước ta từ năm 1971 và đã tăng cường khả năng điều khí của châm cứu một cách nhanh và mạnh hơn đồng thời giảm đau đón cho người bệnh. Có nhiều loại dòng điện điều trị được dùng trong châm cứu: Dòng điện một chiều, dòng xung điện điện thế thấp, dòng điện cao tần, tĩnh điện và ion khí, dòng xoay chiều. Các dòng điện một chiều với tần số và cường độ được điều chỉnh phù hợp nhằm kích thích hoặc ức chế thần kinh ngoại biên, qua đó gây co cơ hoặc giảm co thắt cơ tăng cường điều chỉnh tuần hoàn máu và có tác dụng giảm đau rõ rệt. [10], [27], [28], [29]

**** Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh- nội tiết- thể dịch***

Châm cứu bản chất là một phương pháp tạo ra kích thích (kích thích cơ học đối với châm và kích thích nhiệt đối với cứu) nhằm khởi phát một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế hoặc điều hòa cung phản xạ bệnh lý.

Biến đổi tại chỗ: tác động của kim châm gây ra những tổn thương vi thể tại tổ chức, kích thích giải phóng các chất trung gian hóa học như Histamine, Acetylcholine, Catecholamine... Các chất này cùng với sự tập trung của bạch

câu gây ra phản ứng viêm vô khuẩn khu trú (phù nề, xung huyết). Quá trình này chèn ép và kích thích các đầu mút thần kinh cảm giác, khởi phát phản xạ sợi trục (axon reflex), dẫn đến hiện tượng co giãn mạch máu và thay đổi nhiệt độ cục bộ dưới da. Tín hiệu từ các thụ cảm thể tại vùng châm được dẫn truyền theo dây thần kinh hướng tâm về tủy sống, lên não bộ. Trung ương thần kinh xử lý thông tin và gửi xung động ly tâm đến các cơ quan đáp ứng, từ đó hình thành một cung phản xạ mới nhằm điều chỉnh các rối loạn cơ năng của cơ thể.

Cơ sở giải phẫu của cơ chế này dựa trên cấu trúc tiết đoạn của tủy sống và mối liên quan mật thiết giữa nội tạng với các vùng cơ thể như da, cơ do cùng một tiết đoạn thần kinh chi phối. Thần kinh tủy sống gồm 31 đôi dây, mỗi đôi chia thành rễ trước (vận động) và rễ sau (cảm giác), chi phối cho một vùng cơ thể nhất định gọi là tiết đoạn. Mỗi tiết đoạn thần kinh chi phối cảm giác cho một vùng da đồng thời có mối liên hệ thần kinh với một nội tạng tương ứng. Khi nội tạng bị tổn thương, tín hiệu bệnh lý sẽ kích thích các sợi thần kinh giao cảm. Xung động này truyền về sừng sau tủy sống và lan tỏa sang các tế bào cảm giác cùng tiết đoạn, gây ra hiện tượng cộng hưởng hoặc quy chiếu. Kết quả là vùng da tương ứng xuất hiện các thay đổi như: tăng cảm giác đau, thay đổi điện sinh vật. Kích thích giao cảm còn gây co mạch, giảm tưới máu tại vùng da phản chiếu, góp phần làm thay đổi điện trở da - đây là cơ sở khoa học của các máy đo kinh lạc hoặc dò huyết bằng điện trở. [10], [27], [30].

**** Cơ chế châm cứu theo y học cổ truyền***

Trong Y học cổ truyền, âm và dương là hai mặt đối lập nhưng thống nhất của mọi sự vật và hiện tượng. Chúng nương tựa vào nhau, chế ước lẫn nhau và chuyển hóa lẫn nhau để duy trì trạng thái cân bằng động. Đây là điều kiện tiên quyết giúp cơ thể duy trì hoạt động sinh lý bình thường và thích nghi với môi trường tự nhiên, xã hội. Bệnh tật phát sinh khi thể cân bằng âm dương bị phá vỡ (thiên thắng hoặc thiên suy). Nguyên nhân bao gồm:

Ngoại nhân: Sự xâm nhập của tà khí tức lục dâm.

Nội nhân: Các rối loạn về tình chí tức Thất tình.

Bất nội ngoại nhân: Do thể chất suy kém, lao động quá sức, ăn uống thất điều... Trên lâm sàng, sự mất cân bằng này biểu hiện dưới các hội chứng: hàn - nhiệt, hư - thực (hư hàn thuộc âm, thực nhiệt thuộc dương). Trong các ca bệnh phức tạp, có thể xuất hiện các dấu hiệu "chân hàn giả nhiệt" hoặc "chân nhiệt giả hàn".

Mục tiêu cuối cùng của châm cứu là tái thiết lập trạng thái cân bằng âm dương. Dựa trên biện chứng luận trị về vị trí bệnh (biểu/lý), tính chất bệnh (hàn/nhiệt) và trạng thái chính khí (hư/thực), thầy thuốc lựa chọn phương pháp tác động phù hợp như sử dụng châm hoặc cứu; vận dụng kỹ thuật bổ (nâng cao chính khí) hoặc tả (khu trừ tà khí). Hệ thống kinh lạc bao gồm các đường kinh đi thẳng, ở sâu và các đường lạc đi ngang, ở nông, tạo thành mạng lưới chằng chịt kết nối tạng phủ bên trong với các tổ chức gân, cơ, da, cốt bên ngoài với chức năng sinh lý: vận hành kinh khí, điều hòa dinh dưỡng, giúp cơ thể thích ứng với hoàn cảnh bên ngoài và bảo vệ cơ thể. Mỗi liên hệ tạng và kinh thể hiện qua mỗi đường kinh đều mang tên và chịu sự chi phối công năng của tạng phủ tương ứng mà nó xuất phát hoặc đi qua. Khi tạng phủ bị rối loạn chức năng do tà khí xâm nhập hoặc chính khí hư suy, các biểu hiện bệnh lý sẽ phản ánh ra bên ngoài thông qua đường kinh tương ứng. Nguyên tắc điều trị là thông qua việc tác động vào các huyết nằm trên đường kinh, châm cứu giúp khơi thông sự tắc nghẽn của kinh khí, điều chỉnh công năng tạng phủ. Nếu là thực chứng dùng pháp tả để loại bỏ tác nhân gây bệnh. Nếu là hư chứng dùng pháp bổ để bồi bổ kinh khí, phục hồi chức năng tạng phủ. [10], [27].

*** *Chỉ định và chống chỉ định***

Chỉ định:

Phương pháp điện châm được chỉ định rộng rãi trong các nhóm bệnh lý sau. Điều trị các chứng đau cấp và mạn tính như đau thần kinh (thần kinh tọa,

liên sườn), đau cơ xương khớp, đau sau phẫu thuật, đau răng. Điều trị các tình trạng liệt (liệt nửa người do tai biến mạch máu não, liệt dây thần kinh ngoại biên), teo cơ, giảm trương lực cơ. Sử dụng trong châm tê (châm gây tê) hỗ trợ phẫu thuật.

- Chống chỉ định:

Điện châm không được sử dụng trong các trường hợp cấp cứu ngoại khoa hoặc bệnh lý nội khoa cấp tính nguy kịch. Người bệnh mang máy tạo nhịp tim hoặc có rối loạn nhịp tim nặng. Phụ nữ có thai hoặc đang trong chu kỳ kinh nguyệt (tránh vùng bụng và thắt lưng cùng). Thể trạng suy kiệt, thiếu máu nặng. Trạng thái cơ thể không thuận lợi: Quá đói, quá no, say rượu, hoặc sau lao động nặng gây mệt mỏi quá độ. Vùng huyết đặc biệt: Không châm sâu hoặc kích thích điện mạnh tại các huyết vùng nguy hiểm như phong phủ, nhũ trung.

*** Cách tiến hành điện châm:**

Kiểm tra kỹ lưỡng thiết bị điện châm, đảm bảo các núm điều chỉnh cường độ về vị trí 0 và máy vận hành ổn định trước khi kết nối với người bệnh. Thực hiện kỹ thuật châm kim vào huyết vị đã chọn theo phác đồ. Yêu cầu bắt buộc là phải đạt cảm giác đắc khí trước khi mắc điện cực. Kết nối cặp dây dẫn điện cực lên thân kim. Bật máy và tăng từ từ cường độ dòng điện. Quan sát phản ứng của người bệnh và sự co cơ cục bộ để điều chỉnh đến ngưỡng phù hợp (người bệnh cảm thấy căng tức, rung giật cơ nhẹ nhưng chịu đựng được, không gây đau buốt). Lưu ý: Tránh tăng cường độ đột ngột gây co giật quá mức làm người bệnh hoảng sợ hoặc gãy kim. Thời gian lưu kim và kích thích điện tùy thuộc vào mục đích điều trị, thông thường từ 15 phút đến 30 phút.

*** Liệu trình điện châm**

- Tần suất: 1 lần/ngày. Thời gian: 20- 25 phút/lần. Đợt điều trị: 10- 15 ngày/đợt (có thể kéo dài tùy đáp ứng lâm sàng).

- Pháp bổ (kích thích nhẹ/phục hồi): Sử dụng tần số thấp (1- 3 Hz). Pháp tả (kích thích mạnh/giảm đau, giãn cơ): Sử dụng tần số cao hơn (4- 10 Hz). Cường độ: Điều chỉnh linh hoạt dựa trên ngưỡng chịu đựng và ngưỡng cảm giác của từng người bệnh.

1.2.3.2. Xoa bóp bấm huyết

Xoa bóp bấm huyết (XBBH) là một phương pháp chữa bệnh ra đời sớm nhất, được xây dựng và phát triển trên cơ sở những kinh nghiệm được tích lũy trong quá trình bảo vệ sức khỏe của con người. Xoa bóp có tác dụng phòng bệnh và chữa bệnh. Đặc điểm của nó là chỉ dùng thao tác của bàn tay, ngón tay tác động lên da thịt của người bệnh để đạt mục đích chữa bệnh, phòng bệnh. Ở Ai Cập, trên những bức tranh khắc trên đá đã ghi lại những người đang xoa bóp. Hipocrat, người Hi Lạp đã khuyên dạy môn đồ dùng xoa bóp chữa cứng khớp. Ở Trung Quốc, xoa bóp có một lịch sử lâu đời, được đề cập rất sớm trong “Nội kinh Tố vấn”. [12], [31], [32]

Ở Việt Nam, Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) đã tổng kết những kinh nghiệm xoa bóp thời bấy giờ để chữa một số bệnh trong cuốn “Nam dược thần diệu”. Nguyễn Trục (thế kỷ XVIII), trong cuốn “Bảo sinh diên thọ toát yếu” đã tổng kết các phương pháp tự luyện tập, tự xoa bóp để phòng bệnh và chữa bệnh. Hải thượng lân ông (thế kỷ XVIII), giới thiệu phương pháp trị liệu bằng xoa bóp để chữa bệnh và phòng bệnh trong cuốn “Vệ sinh yếu quyết”. [24], [33]

* Tác dụng của XBBH theo YHCT

Xoa bóp bấm huyết là một phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh của y học cổ truyền. Cơ thể con người được bảo vệ bởi vệ khí, được dinh khí và huyết khí nuôi dưỡng. Bệnh tà khi xâm nhập vào cơ thể thì thông qua “huyết” và lạc mạch trước, sau đó đi vào “kinh” rồi mới vào tạng phủ. Vì vậy, khi bệnh tà xâm nhập làm dinh vệ mất điều hòa, kinh lạc bế tắc, khí huyết ứ trệ hoặc làm rối loạn chức năng tạng phủ. Những biểu hiện bệnh đó được phản ánh ra huyết và kinh lạc. Xoa bóp thông qua tác động vào huyết và kinh lạc,

có thể đuổi ngoại tà, điều hòa dinh vệ, thông kinh lạc, điều hòa chức năng tạng phủ và lập lại cân bằng âm dương.

** Tác dụng của XBBH theo YHHĐ*

Tác dụng đối với hệ thần kinh: Xoa bóp kích thích các ngọn dây thần kinh, kích thích các trung khu thần kinh, ảnh hưởng đối với hệ thần kinh thực vật, nhất là đối với hệ giao cảm, qua đó gây ra những thay đổi trong một số hoạt động nội tạng và mạch máu.

Tác dụng đối với da: Xoa bóp có tác dụng trực tiếp đối với da, làm cho hô hấp của da tốt hơn, giãn mạch ở da làm tăng cường dinh dưỡng ở da. Thông qua tác dụng trực tiếp tại da mà có tác dụng đến toàn thân thông qua phản xạ thần kinh.

Tác dụng đối với cơ, gân, khớp: Xoa bóp có tác dụng tăng sức bền của cơ, tăng dinh dưỡng cho cơ, vì vậy có tác dụng chữa teo cơ rất tốt. Đồng thời xoa bóp làm tăng tính co giãn của dây chằng, gân, thúc đẩy việc tiết dịch trong ổ khớp và tuần hoàn quanh khớp.

Tác dụng đối với hệ tuần hoàn: Xoa bóp có tác dụng chuyển một lượng máu từ nội tạng ra da và ngược lại, làm cho máu tĩnh mạch được lưu thông dễ dàng và làm tăng lượng bạch cầu đến nơi được xoa bóp.

Tác dụng đối với hô hấp, tiêu hóa và quá trình trao đổi chất: Xoa bóp có tác dụng chữa các bệnh như hen phế quản, khí phế thũng... có tác dụng tăng cường nhu động của dạ dày, ruột, cải thiện chức năng tiêu hóa, đồng thời xoa bóp làm tăng lượng nước tiểu bài tiết ra.

** Chỉ định và chống chỉ định:*

- Chỉ định:

- + Đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng
- + Đau thắt lưng do sang chấn.
- + Đau thắt lưng do lạnh.

- Chống chỉ định:

- + Đau thắt lưng do viêm cơ vùng thắt lưng.
- + Đau thắt lưng do tổn thương xương như gãy xương, viêm tủy xương, viêm xương.
- + Đau thắt lưng do bệnh lý ác tính như ung thư, bệnh tuyến lympho.
- + Bệnh nhân mắc các bệnh ngoài da vùng thắt lưng.
- + Bệnh nhân mắc bệnh loãng xương nặng (T-score < - 2,5)
- * *Thủ thuật xoa bóp bấm huyệt*
 - Thực hiện các động tác từ nhẹ đến nặng như xoa, xát, day, lăn, bóp, phân hợp, bấm, ấn, điểm, vận động vùng thắt lưng và hông và chân [39].
 - Các động tác XBBH: Xem phụ lục IV

1.2.3.3. Tổng quan về phương pháp xung kích

* ***Lịch sử ứng dụng sóng xung kích trong y học***

Sóng xung kích là dạng sóng âm có áp lực biến đổi đột ngột, biên độ lớn và ngắn quãng. Sóng xung kích lần đầu tiên sử dụng trong y khoa là lĩnh vực ngoại khoa. Cuối những năm 60 ý tưởng sử dụng sóng xung kích để phá vỡ các cấu trúc bên trong cơ thể như sỏi thận, sỏi mật từ bên ngoài cơ thể mà không tiếp xúc nẩy sinh. Quy trình được xây dựng lần đầu tiên tại Đức bởi Dornier năm 1970. Tháng 2 năm 1980, sỏi thận được điều trị thành công từ bên ngoài cơ thể bằng công nghệ sóng xung kích mà không phải phẫu thuật. Năm 1988, ứng dụng sóng xung kích điều trị thành công chậm liền xương ở người. Năm 1990 điều trị thành công viêm gân, vôi hóa. Ngày nay, sóng xung kích được sử dụng để điều trị các rối loạn của hệ cơ xương khớp trong lĩnh vực như chấn thương thể thao, chấn thương chỉnh hình, vật lý trị liệu. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng một cách rõ rệt của sóng xung kích đối với các tổ chức gân, cơ, dây chằng. [16], [35], [36]

* ***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.

*** *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.

*** *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.

*** *Chỉ định và chống chỉ định của sóng xung kích***

+ *Chỉ định*

Các chỉ định thường gặp.

- Đau lưng, đau thần kinh hông to.

- 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 giãn, co thắt cơ cấp sau chơi thể thao.

- Đau dải chày chày, đau lưng, đau hông, đau ở khớp háng, khớp cùng chày, đau cơ chày trước, đau gân khoeo.

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 (co kéo gân cơ bàn tay).

+ *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, sung, viêm cấp, vết thương hở.

- Đầu xương đang phát triển ở trẻ em.

- Sử dụng corticoid.

- Có thai (tương đối).

- Vùng sọ não, phổi.

+ *Tác dụng phụ*

- Xuất huyết dưới da tại vùng điều trị

- Đau tăng

- Sung nề.

* ***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 được trình bày chi tiết tại phụ lục V [31]

1.3. Tình hình nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh hông to trong nước và trên thế giới.

1.3.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Jian-Feng Tu và cộng sự (2024) đã nghiên cứu trên 216 người bệnh (tuổi trung bình [SD], 51,3 [15,2] tuổi; 147 nữ [68,1%] và 69 nam giới [31,9%]) đã được đưa vào phân tích. VAS đối với đau chân giảm 30,8 mm ở nhóm châm cứu và 14,9 mm ở nhóm châm cứu giả ở tuần thứ 4 (chênh lệch trung bình, -16,0; 95% CI, -21,3 đến -10,6; $p < 0.001$). ODI giảm 13,0 điểm ở nhóm châm cứu và 4,9 điểm ở nhóm châm cứu giả ở tuần thứ 4 (chênh lệch trung bình, -8,1; 95% CI, -11,1 đến -5,1; $p < 0.001$). Đối với cả VAS và ODI, sự khác biệt giữa các nhóm trở nên rõ ràng bắt đầu từ tuần thứ 2 (chênh lệch trung bình, -7,8; 95% CI, -13,0 đến -2,5; $p = 0,004$ và -5,3; 95% CI, -8,4 đến -2,3; $p = 0,001$, tương ứng) và kéo dài đến tuần 52 (chênh lệch trung bình, -10,8; [95% CI, -16,3 đến -5,2; $p < 0.001$; và -4,8; 95% CI, -7,8 đến -1,7; $p = 0,003$, tương ứng). Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào xảy ra. [30]

Juan Yang và cộng sự (2025) nghiên cứu trên 185 người bệnh, Kết quả giảm đáng kể điểm VAS, ODI và SF-36 Overall Physical được tìm thấy từ ban đầu, đến sau điều trị và theo dõi ở tất cả các nhóm ($p < 0,05$), trong khi không có sự khác biệt đáng kể về kết quả VAS, ODI hoặc SF-36 giữa nhóm Tuina và 2 nhóm còn lại. Có 4 tác dụng phụ được quan sát thấy trong thử nghiệm, 1 ở nhóm Vật lý trị liệu và 3 ở nhóm hỗn hợp. Chỉ có 1 cơn đau thắt lưng thoáng qua sau khi điều trị bằng XBBH được quan sát thấy ở nhóm hỗn hợp nhưng không cần điều trị. Tỷ lệ người bệnh nhận XBBH cao là cực kỳ hữu ích ($n = 94/126$, 77,0%). Mức độ sẵn sàng giới thiệu cao hơn đáng kể đối với XBBH so với vật lý trị liệu (Nhóm hỗn hợp [$n = 59/62$, 95,2%], nhóm XBBH [$n = 57/64$, 91,9%] và nhóm vật lý trị liệu [$n = 31/59$, 59,6%] ($p < 0,05$) [37].

Bao Zhang (2025) Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu đã được thực hiện trên 108 người bệnh đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu. Nhóm điều trị kết

hợp được điều trị bằng cả liệu pháp sóng xung kích và bài tập dưới nước, trong khi nhóm điều trị thông thường được điều trị bằng vật lý trị liệu truyền thống. Kết quả nhóm điều trị kết hợp cho thấy kết quả tốt hơn ở một số chỉ số lâm sàng. Điểm trên thang điểm đau trực quan (VAS) giảm từ $6,9 \pm 1,3$ xuống $3,2 \pm 1,1$ ở nhóm điều trị kết hợp, so với mức giảm từ $7,1 \pm 1,4$ xuống $4,5 \pm 1,3$ ở nhóm điều trị thông thường ($p = 0,021$). Điểm chỉ số khuyết tật Oswestry (ODI) của nhóm điều trị kết hợp giảm từ $38,5 \pm 6,8$ xuống $20,3 \pm 5,2$, tốt hơn so với nhóm điều trị thông thường, với mức giảm từ $39,1 \pm 6,9$ xuống $25,1 \pm 6,3$ ($p = 0,045$). Điểm trên thang điểm thăng bằng Berg của nhóm điều trị kết hợp cải thiện từ $42,5 \pm 5,2$ lên $51,2 \pm 3,4$, trong khi nhóm điều trị thông thường cải thiện từ $43,0 \pm 5,5$ lên $47,8 \pm 4,6$ ($p = 0,029$). Những cải thiện đáng kể cũng được ghi nhận về mức độ lo âu (thang đo lo âu và trầm cảm bệnh viện - HADS) và chất lượng giấc ngủ (chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh - PSQI). Về chất lượng cuộc sống, điểm khảo sát sức khỏe 36 mục dạng rút gọn (SF-36) ở nhóm điều trị kết hợp đã tăng từ $45,3 \pm 8,2$ lên $75,1 \pm 7,6$, tốt hơn đáng kể so với mức tăng từ $43,7 \pm 7,9$ lên $68,2 \pm 8,4$ của nhóm điều trị thông thường ($p = 0,038$) [36].

1.3.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam

Cao Hồng Duyên, Nguyễn Thanh Hà Tuấn (2025), Nghiên cứu trên 35 người bệnh được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng, điều trị ngoại trú tại khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2023 đến tháng 4/2024. Kết quả: Mức độ đau theo thang điểm VAS được cải thiện sau 15 ngày điều trị, điểm VAS trung bình giảm từ $5,60 \pm 1,718$ xuống còn $0,89 \pm 1,367$ ($p < 0,05$). Tầm vận động cột sống thắt lưng, chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Oswestry, triệu chứng mạch, lưỡi sau điều trị đều có sự cải thiện rõ. Kết quả điều trị chung cho thấy đạt hiệu quả tốt là 54,3%, khá là 42,9 %, trung bình là 2,8%, không có hiệu quả kém. [38]

Đinh Văn Dũng và cs (2024), nghiên cứu trên 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu sử dụng bài thuốc Bỏ cân thang kết hợp điện

châm và xoa bóp bấm huyệt; nhóm đối chứng sử dụng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Kết quả: Sau điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $5,37 \pm 0,94$ điểm xuống còn $1,40 \pm 0,81$ điểm và giảm nhiều hơn so với nhóm chứng (từ $5,47 \pm 1,03$ điểm xuống $2,27 \pm 0,94$ điểm) với $p < 0,05$; độ giãn cột sống thắt lưng và tầm vận động cột sống thắt lưng cải thiện hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). [39]

Trần Thị Minh Quyên (2024), Nghiên cứu trên 60 người bệnh chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu dùng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng, nhóm chứng dùng điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Kết quả: Sau 20 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu điểm đau trung bình theo VAS giảm từ $5,57 \pm 10,97$ (điểm) xuống $3,57 \pm 1,00$ (điểm), mức độ đau và chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện nhiều hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$). [40]

Trần Thị Thu Hương, Đoàn Quang Huy, Nguyễn Tiên Chung, Lê Thúy Hạnh (2024), nghiên cứu trên 80 người bệnh, kết quả mức độ đau, chỉ số Lasègue, độ giãn cột sống thắt lưng của 80 người bệnh đều được cải thiện theo thời gian. Mức độ đau giảm 74,2% theo thang điểm VAS, chỉ số Lasegue tăng 34%, độ giãn cột sống thắt lưng tăng 16,6% ở thời điểm sau điều trị có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,01$). [41]

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương tiện nghiên cứu và chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu Hải Nam: kích thước 0,30 x 25mm, 0,35 x 75mm
- Máy điện châm KWD – TN09 – T06 do công ty TNHH Thương mại và sản xuất thiết bị y tế sản xuất, chạy bằng pin, với tính năng kỹ thuật:

Nguồn điện: 6V: 4 pin x 1,5V

Tần số bổ K1: 2 - 60 Hz.

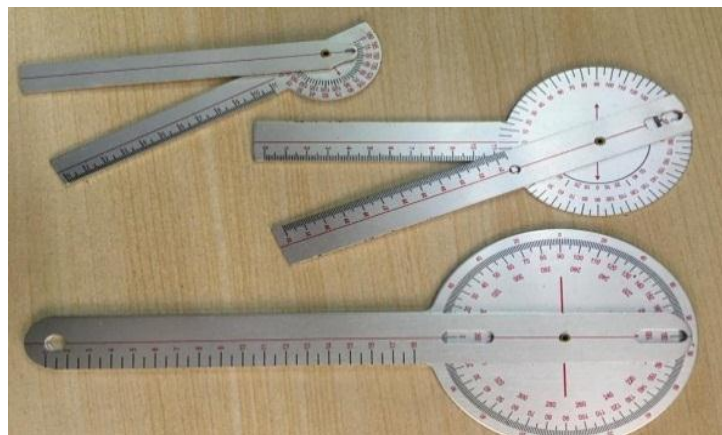
Tần số tả K2: 0,5 - 40Hz.

Biên độ xung ra 40 - 120v $\pm$ 10%.



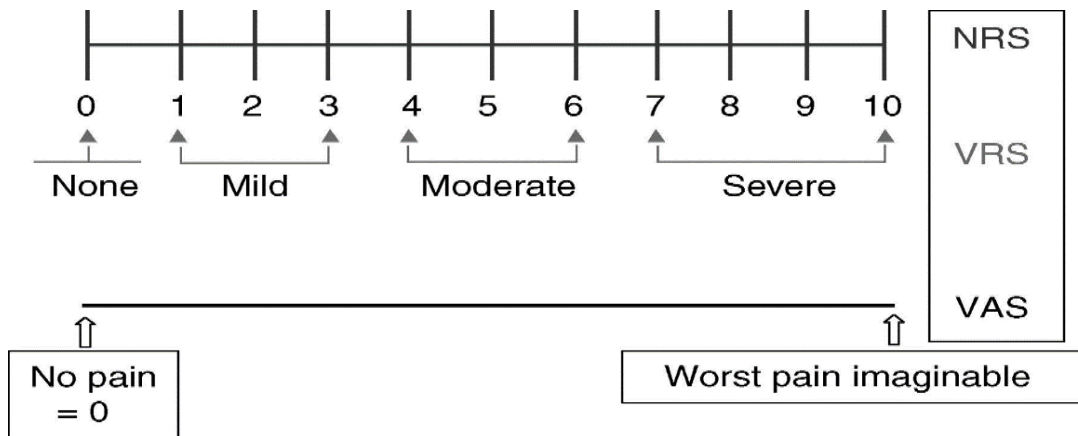
Hình 2.4. Máy điện châm KWD – TN09 – T06

- Thước đo tầm vận động cột sống thất lưng [42]



Hình 2.5. Thước đo tầm vận động cột sống

- Thước đo thang điểm VAS [20], [43].



Hình 2.6. Thước đo thang điểm VAS.

- Thước dây, máy đo huyết áp, ống nghe.
 - Bông cotton vô trùng, kẹp không máu, khay quả đậu.
 - Gel.
 - Máy xung kích BTL 6000 SWT:
- Model: BLT-6000 SWT Topline
 Hãng sản xuất: BLT Industries Ltd, Anh
 Xuất xứ: European Union- Bulgaria
 Nguồn cung cấp: 115-230 VAC, 50-60Hz, 1 pha.



Hình 2.7. Máy xung kích BTL

2.1.2. Công thức huyết điện châm:

- Chuẩn bị người bệnh: Người bệnh nằm sấp hoặc nghiêng trên giường bệnh một cách thoải mái nhất, bộc lộ vùng cần châm.

- Công thức huyết: theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế 2013:

* Thể phong hàn thấp kết hợp với can thận hư châm tả các huyết sau [44].

• Nếu đau lan theo kinh túc thái dương bàng quang châm các huyết: giáp tích L4-S1, đại trường du, trật biên, ân môn, ủy trung, thừa sơn, côn lân.

• Nếu đau lan theo kinh túc thiếu dương đờm châm các huyết: giáp tích L4-S1, thận du, đại trường du, hoàn khiêu, phong thị, ủy trung, dương lăng tuyền, huyền chung.

• Nếu đau theo 2 đường kinh: giáp tích L4-S1, thận du, đại trường du, trật biên, ân môn, ủy trung, thừa sơn, côn lân, túc lâm khắp, hoàn khiêu, phong thị, dương lăng tuyền, huyền chung.

Châm bổ thêm các huyết: thận du, can du

Ngày châm 01 lần, mỗi lần 25 phút.

2.1.3. Các thủ thuật xoa bóp bấm huyết: Theo quy trình kỹ thuật BHYT 2013

Tư thế người bệnh: NB nằm sấp, tư thế thoải mái.

Kỹ thuật xoa bóp: Thầy thuốc đứng bên trái hoặc bên phải NB, lần lượt làm các thủ thuật:

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn vùng lưng và chân đau. Bấm các huyết bên đau. Vận động cột sống, vận động chân đau. Phát từ thắt lưng xuống chân đau.

- Ngày làm 01 lần, mỗi lần 20 phút.

2.1.4. Phương pháp xung kích

- Thực hiện theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế chuyên ngành Phục hồi chức năng năm 2014 và Hướng dẫn quy trình chi tiết của hãng BTL.

- Chuẩn bị người bệnh: Người bệnh nằm sấp trên giường bệnh một cách thoải mái nhất, bộc lộ vùng cần xung kích.

- Vị trí: cơ hai bên cạnh cột sống thắt lưng, cơ hình quả lê, vùng khuyết ngồi lớn, phần cân cơ bị đau theo đường đi của thần kinh tọa.

- Thời gian thực hiện: 02 lần/ tuần.

- Quy trình thực hiện:

- *Xung kích vùng thắt lưng, hông:*

- + Lựa chọn chế độ: W0124

- + Chế độ: Liên tục

- + Cường độ: 2 Bar

- + Tần số: 10Hz

- + Số lượng: 3000 xung (500 xung sử dụng kỹ thuật "tô màu" xung quanh điểm đau, tiếp theo là khoảng 1000 xung trên cơ tăng trương lực bằng kỹ thuật "xoay", cuối cùng là 1500 xung sử dụng kỹ thuật "tô màu" xung quanh điểm đau)

- + Đường kính đầu bắn: 15mm

- *Xung kích vùng đùi, bắp chân:*

- + Lựa chọn chế độ: W0119

- + Chế độ: Liên tục

- + Cường độ: 1,5 Bar

- + Tần số: 10Hz

- + Số lượng: 2000 xung (500 xung sử dụng kỹ thuật "tô màu" xung quanh điểm đau, tiếp theo là khoảng 1000 xung trên cơ tăng trương lực bằng kỹ thuật "xoay", cuối cùng là 500 xung sử dụng kỹ thuật "tô màu" xung quanh điểm đau)

- + Đường kính đầu bắn: 15mm

- Cần theo dõi cảm giác, phản ứng của người bệnh, xem bệnh nhân có bị đau tăng, sưng nề, chảy máu dưới da không, nếu có thì dừng điều trị và xử trí theo phác đồ.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 60 người bệnh được chẩn đoán đau thần kinh hông to được điều trị tại Bệnh viện 19-8 Bộ công an.

*** Tiêu chuẩn chọn người bệnh theo Y học hiện đại**

- Người bệnh từ 38 tuổi. Không phân biệt giới tính.
- Trên biểu hiện lâm sàng người bệnh có 2 hội chứng:
 - + Hội chứng cột sống thắt lưng:
 - Điểm đau cột sống (Cảm giác đau chói khi ấn vào móm gai sau của cột 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 thắt lưng một bên hoặc hai bên.
 - Khoảng cách tay đất hạn chế.
 - Nghiệm pháp Schober (+).
 - + Hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng:
 - Đau theo rễ thần kinh tổn thương, có thể có cảm giác tê bì, kiến bò, nóng rát.
 - Dấu hiệu bấm chuông (+).
 - Dấu hiệu Lasègue (+).
 - Hệ thống điểm đau Valleix (+).
- Rối loạn phản xạ gân xương: Trường hợp tổn thương rễ L5: phản xạ gân gót bình thường, giảm hoặc mất cảm giác ngón chân cái, teo nhóm cơ cẳng chân trước ngoài, các cơ mu chân, không đi được bằng gót chân; Trường hợp tổn thương S1: phản xạ gân gót giảm hoặc mất, giảm hoặc mất cảm giác phía ngón chân út, teo cơ bắp cẳng chân, cơ gan bàn chân, không đi được bằng mũi chân. [1]
- Điểm đau: $3 \leq \text{VAS} \leq 6$
- Phim X- Quang cột sống thắt lưng có ít nhất một trong các dấu hiệu cơ bản của thoái hóa cột sống:
 - + Hẹp lỗ tiếp hợp.
 - + Hẹp khe đĩa đệm.

+ Gai xương.

+ Đặc xương dưới sụn.

- NB tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị.

*** Tiêu chuẩn chọn người bệnh theo Y học cổ truyền**

Người bệnh được chẩn đoán: Tọa cốt phong thể Phong hàn thấp kèm can thận hư

Vọng chẩn: Chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng dày nhớt

Vấn chẩn: Tiếng nói to, rõ, hơi thở bình thường

Vấn chẩn: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát.

Thiết chẩn: Mạch trầm nhược hoặc nhu hoãn. [1]

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh dưới 38 tuổi, đau TKHT có chấn thương cột sống, ung thư cột sống tiên phát hoặc đã có di căn, u cột sống, u tủy, viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, loãng xương nặng, tiền sử hay hiện tại có gãy xương tự nhiên, chấn thương cột sống...

- Người bệnh có các bệnh mạn tính như tan huyết chưa được kiểm soát tốt, suy tim, suy gan, suy thận, có kèm theo nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân, HIV/AIDS.

- Người bệnh có vết thương hở, nhiễm trùng tại vị trí cột sống tổn thương, người bệnh có nguy cơ chảy máu, đang dùng corticoid.

- Các trường hợp đau TKHT có chỉ định phẫu thuật. Người bệnh tăng nặng trong quá trình nghiên cứu cần thay đổi phương pháp điều trị

- Người bệnh muốn ngừng điều trị, tự dùng thuốc khác hoặc bỏ điều trị, có biến cố đột xuất trong thời gian nghiên cứu.

- Phụ nữ có thai, người bệnh loạn thần, không tỉnh táo.

- Người bệnh chống chỉ định sử dụng xoa bóp bấm huyệt, điện châm, sóng xung kích theo các mục 1.2.3.1, 1.2.3.2, 1.2.3.3

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau điều trị có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích với $n=60$ người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ và được chia làm hai nhóm theo phương pháp ghép cặp nhằm đảm bảo tính tương đồng giữa 2 nhóm, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng về các chỉ số nghiên cứu như độ tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh và mức độ tổn thương.

Nhóm NC: $n=30$ người bệnh. Dùng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp sóng xung kích.

Nhóm ĐC: $n=30$ người bệnh. Dùng liệu pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

2.4. Quy trình nghiên cứu

2.4.1. Quy trình chọn người bệnh:

Người bệnh được khám lâm sàng toàn diện, được chẩn đoán đau thần kinh hông to, đáp ứng các tiêu chuẩn chọn người bệnh ở mục 2.2.1 ở trên. Tất cả các chỉ tiêu nghiên cứu của người bệnh lưu lại theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, chia thành 2 nhóm, nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đảm bảo sự tương đồng về giới, tuổi và mức độ đau theo thang VAS.

Đánh giá triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, chụp X-quang cột sống thắt lưng trước điều trị (thời điểm D0).

Nhóm nghiên cứu (NC): 30 người bệnh - Dùng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp với sóng xung kích.

Nhóm đối chứng (ĐC): 30 người bệnh - Dùng phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

Đánh giá lâm sàng sau 10 ngày 20 ngày và so sánh 2 nhóm.

Theo dõi các tác dụng không mong muốn hàng ngày, trong vòng 20 ngày

2.4.2. Quy trình điều trị:

Nhóm ĐC: điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt.

* **Phương pháp điện châm:** Theo phác đồ điện châm của Bộ Y tế [27].

- Tư thế người bệnh: NB nằm sấp hoặc nghiêng.

- Công thức huyệt: theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế 2013.

+ Nếu người bệnh đau theo kinh Túc Thái dương Bàng quang:

Châm bổ: thận du, can du.

Châm tả: Giáp tích L5-S1, đại trường du, trật biên, thừa phù, ân môn, ủy trung, thừa sơn, côn lân.

+ Nếu người bệnh đau theo kinh Đờm:

Châm bổ: thận du, đại trường du, túc tam lý

Châm tả: Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, phong thị, ủy trung, dương lăng tuyền, huyền chung.

+ Nếu đau cả hai kinh: châm tả các huyệt thuộc kinh Đờm và kinh Bàng quang. Châm bổ huyệt thận du.

- Kỹ thuật châm: Xác định vùng huyệt để châm, chọn kim châm phù hợp với độ dày của cơ.

- Sát khuẩn da vùng huyệt bằng cồn 70°, cầm kim ở vùng đốc kim. Dùng hai ngón tay căng da vùng huyệt, sau đó tiến hành tiến kim qua da phải nhẹ nhàng, dứt khoát vào đến huyệt tìm cảm giác đắc khí.

- Kỹ thuật dùng máy điện châm: Bật máy điện châm, mắc các điện cực tương ứng lên đốc kim, điều chỉnh cường độ cho phù hợp với yêu cầu bổ tả trong châm cứu nhưng trong ngưỡng chịu đựng của người bệnh.

Tần số: 2-10 Hz là bổ, 20-40Hz là tả.

Cường độ 0 – 120 μ A (tăng dần từ từ đến ngưỡng chịu đựng của người bệnh)

- Sau 25 phút, rút kim, sát khuẩn da.

- Liệu trình: 25 phút/ lần x 01/ ngày x 20 ngày.

*** Xoa bóp bấm huyệt:** Theo phác đồ xoa bóp bấm huyệt của Bộ Y tế [27]

Tư thế người bệnh: NB nằm sấp tư thế thoải mái.

Kỹ thuật xoa bóp: Thầy thuốc đứng bên cạnh giường NB, lần lượt làm các thủ thuật: day, lăn, bóp, bấm, kéo giãn cột sống lưng bằng tay, bấm huyệt vùng lưng và chân đau, vận động chân đau, phát từ thắt lưng xuống chân đau.

Liệu trình xoa bóp mỗi lần 20 phút, ngày một lần x 20 ngày.

Nhóm NC: điều trị bằng phương pháp điện châm, xoa bóp, xung kích.

Điện châm: Theo phác đồ của Bộ Y tế

Thực hiện như nhóm đối chứng.

Xoa bóp bấm huyệt: Theo phác đồ của Bộ Y tế

Thực hiện như nhóm đối chứng.

Sóng xung kích: Theo phác đồ của Bộ Y tế và hướng dẫn của hãng BTL [31], [45]

Người bệnh nằm trên giường ở tư thế thoải mái, thả lỏng.

Kiểm tra và bộc lộ vùng đau, xác định điểm tác động.

Chuẩn bị phương tiện: Kiểm tra và chọn thông số kỹ thuật của máy theo chỉ định.

Tiến hành thủ thuật:

Bôi gel lên bề mặt da vùng điều trị: Vùng cơ hai bên cạnh cột sống thắt lưng, cơ hình lê, vùng khuyết ngồi lớn, phần cân cơ bị đau theo đường đi của thần kinh tọa.

Đặt đầu phát sóng lên vị trí và tiến hành điều trị theo quy 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.

Liệu trình: 02 lần/ 01 tuần x 06 lần điều trị/ 20 ngày.

2.4.3. Quy trình theo dõi và đánh giá

- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất và đảm bảo tính khoa học (theo phụ lục 1).

- Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều được ghi chép bệnh án đầy đủ, trung thực diễn biến bệnh và quá trình điều trị trong 20 ngày nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu được đánh giá tại các thời điểm Trước khi điều trị (D0), sau 10 ngày điều trị (D10), sau 20 ngày điều trị (D20).

2.4.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.

2.4.4.2. Các chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng

- Tình trạng đau theo thang điểm VAS.
- Độ giãn CSTL theo nghiệm pháp Schober.
- Sự cải thiện tầm vận động CSTL.
- Sự cải thiện chỉ số Lasègue.
- Tác dụng không mong muốn: Đau tăng, chóng mặt, chảy máu, gãy kim, vụng kim, sưng tấy.

2.4.4.3. Các chỉ tiêu cận lâm sàng

- Hình ảnh X-quang CSTL thẳng – nghiêng.

2.4.5. Tiêu chuẩn đánh giá chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.5.1. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Thước đo: Là 1 thước đo dài 100mm, với đầu mút bên trái tương ứng với không đau, đầu mút bên phải tương ứng với cơn đau lớn nhất người bệnh có thể tưởng tượng được. Người bệnh chọn 1 điểm trên thước tương ứng với mức độ đau mình cảm nhận được. [43]

Bảng 2.1. Cách tính điểm phân loại mức độ đau

Kết quả điều trị	Phân loại điểm VAS	Mức độ đau	Thang điểm quy đổi
Tốt	$VAS < 1$	Không đau	1
Khá	$1 \leq VAS < 4$	Đau nhẹ	2
Trung bình	$4 \leq VAS < 6$	Đau vừa	3
Kém	$6 \leq VAS \leq 10$	Đau nặng	4

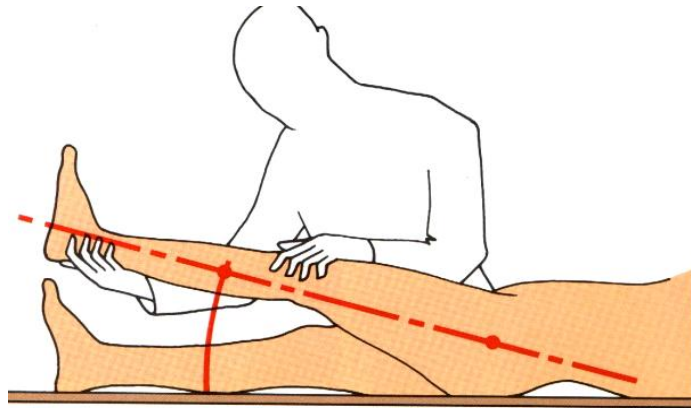
2.4.5.2. Đánh giá chỉ số Schober theo thang điểm quy ước

Bệnh nhân đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, hai mũi bàn chân mở một góc 60^0 , thầy thuốc xác định móm gai của đốt sống S1 và đánh dấu điểm mốc thứ nhất. Từ điểm mốc tại S1, đo dọc theo trục cột sống lên phía trên một đoạn 10cm và đánh dấu điểm mốc thứ 2, yêu cầu người bệnh cúi gập thân mình tối đa về phía trước, giữ thẳng khớp gối. Thầy thuốc tiến hành đo lại khoảng cách giữa hai điểm mốc đã đánh dấu. Ở người bình thường khoảng cách đó là 14/10- 15/10 cm [46], [47].

Bảng 2.2. Cách tính điểm mức độ giãn cột sống thắt lưng

Độ giãn CSTL (cm) Schober (a)	Mức độ giãn	Thang điểm quy đổi
$a \geq 14$	Tốt	1
$13.9 \geq a \geq 13$	Khá	2
$12.9 \geq a \geq 12$	Trung bình	3
$a < 12$	Kém	4

2.4.5.3. Dấu hiệu Lasègue:



Hình 2.5. Cách khám nghiệm pháp Lasègue

Cách đo: Người bệnh nằm ngửa trên giường phẳng, chân duỗi thẳng, thầy thuốc một tay giữ cổ chân, một tay giữ đầu gối người bệnh, thao tác khám theo 2 thì:

+ Thì 1: Nâng cao chân người bệnh (luôn ở tư thế duỗi thẳng) lên khỏi mặt giường (hướng tới 90 độ), tới khi người bệnh kêu đau, căng dọc mặt sau chân thì dừng lại. Xác định góc giữa chân người bệnh và mặt giường.

+ Thì 2: giữ nguyên góc đó và gấp chân người bệnh lại tại khớp gối, người bệnh không còn đau dọc mặt sau chân nữa.

Khám lần lượt 2 chân của người bệnh. Dấu hiệu Lasègue dương tính khi thì 1 người bệnh thấy đau khi chân chưa vuông góc với mặt giường, thì 2 khi gấp chân lại thì người bệnh thấy hết đau. [47], [48].

Cách đánh giá:

Bảng 2.3. Cách tính điểm theo chỉ số Lasègue

Mức độ	Điểm quy đổi	Lasègue
Tốt	1	$\text{Lasègue} \geq 75^0$
Khá	2	$60^0 \leq \text{Lasègue} \leq 74^0$
Trung bình	3	$45^0 \leq \text{Lasègue} \leq 59^0$
Kém	4	$\text{Lasègue} \leq 44^0$

2.4.5.4. *Đánh giá tầm vận động CSTL*

Sử dụng thước đo góc chuyên dụng gồm hai nhánh: nhánh cố định và nhánh di động, với trục thước (tâm xoay) được chia độ từ 0 - 360°.

- *Cúi*: Người bệnh đứng thẳng, hai chân mở nhẹ hình chữ V. Trục thước đặt tại gai chậu trước trên, nhánh cố định hướng lên trên dọc theo trục thân mình. Nhánh di động đặt dọc theo trục thân mình và di chuyển theo cử động của người bệnh. Yêu cầu người bệnh cúi gập người tối đa. Góc tạo bởi vị trí ban đầu và vị trí cuối cùng là biên độ gập. Góc bình thường >70°

- *Ngửa*: Người bệnh đứng thẳng, hai chân mở nhẹ hình chữ V. Trục thước đặt tại gai chậu trước trên. Nhánh cố định đặt dọc theo trục đùi. Nhánh di động đặt dọc theo trục thân mình. Yêu cầu người bệnh ngửa (ưỡn) người ra sau tối đa. Góc đo được là biên độ duỗi của cột sống thắt lưng. Góc bình thường >35°

- *Độ nghiêng bên chân đau* (hoặc nghiêng sang chân không đau): Người bệnh đứng thẳng, hai tay buông thõng. Trục thước đặt tại mỏm gai đốt sống S1. Nhánh cố định giữ theo phương thẳng đứng. Nhánh di động đặt dọc theo cột sống thắt lưng. Yêu cầu người bệnh nghiêng người tối đa về từng bên. Góc hợp bởi nhánh di động và phương thẳng đứng là góc nghiêng. Góc bình thường >30°

- *Độ xoay sang bên chân đau* (hoặc bên chân không đau): Người bệnh đứng thẳng, hai vai cân đối, hai tay chống hông để cố định khung chậu. Đặt thước theo phương ngang, song song với đường nối hai mỏm cùng vai. Yêu cầu người bệnh xoay thân mình tối đa về từng bên. Nhánh di động xoay theo biên độ của đai vai. Góc lệch so với trục ngang ban đầu là biên độ xoay. Góc bình thường >30° [47], [49]

Bảng 2.4. Cách tính điểm tầm vận động CSTL

Mức độ	Cúi	Ngửa	Nghiêng bên	Xoay bên	Điểm
Tốt	$\geq 70^\circ$	$\geq 25^\circ$	$\geq 30^\circ$	$\geq 25^\circ$	1
Khá	$60^\circ-69^\circ$	$20^\circ-24^\circ$	$25^\circ-29^\circ$	$20^\circ-24^\circ$	2
Trung bình	$40^\circ-59^\circ$	$15^\circ-19^\circ$	$20^\circ-24^\circ$	$15^\circ-19^\circ$	3
Kém	$< 40^\circ$	$< 15^\circ$	$< 20^\circ$	$< 15^\circ$	4

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$
- Sự khác biệt giữa 2 tỷ số quan sát được kiểm định bằng Test χ^2 hoặc Fisher Test
- Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 giá trị trung bình trước – sau điều trị bằng T-test ghép cặp

2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện 19-8 Bộ công an – Từ Liêm – Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025

2.7. Sai số và biện pháp khống chế sai số

Để hạn chế các sai số trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thực hiện một số quy định yêu cầu được tuân thủ như sau:

- Người bệnh nghiên cứu điều trị tại bệnh viện, được giải thích, hướng dẫn đầy đủ về yêu cầu điều trị, được theo dõi và giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình điều trị.
- Nhóm nghiên cứu được đào tạo và huấn luyện thành thạo về quy trình khám, điều trị và khai thác thông tin theo phác đồ của nghiên cứu.
- Không sử dụng các thuốc, phương pháp điều trị ngoài nghiên cứu trong quá trình điều trị của người bệnh nghiên cứu.

- Số liệu được đo đạc cẩn thận và chính xác bằng các dụng cụ, máy móc chuyên dụng. Lưu trữ số liệu, thông tin bằng sổ ghi chép, chụp ảnh.
- Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm chuyên dụng trên máy tính.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

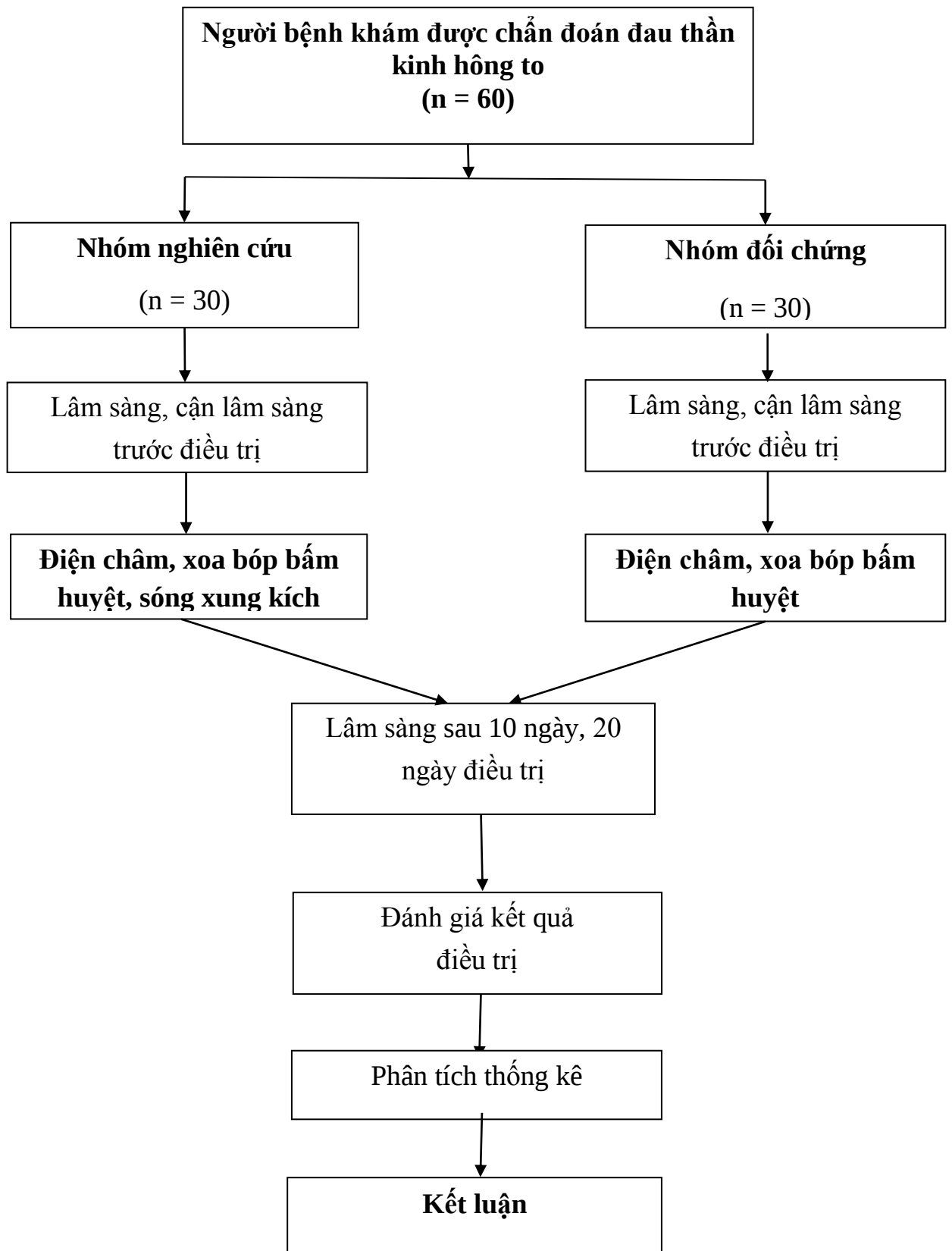
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thông qua đề cương luận chuyên khoa 2 chuyên ngành Y học cổ truyền và Hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện 19-8 Bộ công an trước khi tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm ra thêm một phương pháp điều trị kết hợp trong điều trị đau thần kinh hông to, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, ngoài ra không có mục đích nào khác.

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo người tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp can thiệp, liệu trình điều trị và sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện (tất cả các người bệnh đều được kí cam kết tình nguyện tham gia).

Người bệnh có quyền rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không cần giải thích lý do.

2.9. Sơ đồ quy trình nghiên cứu



CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

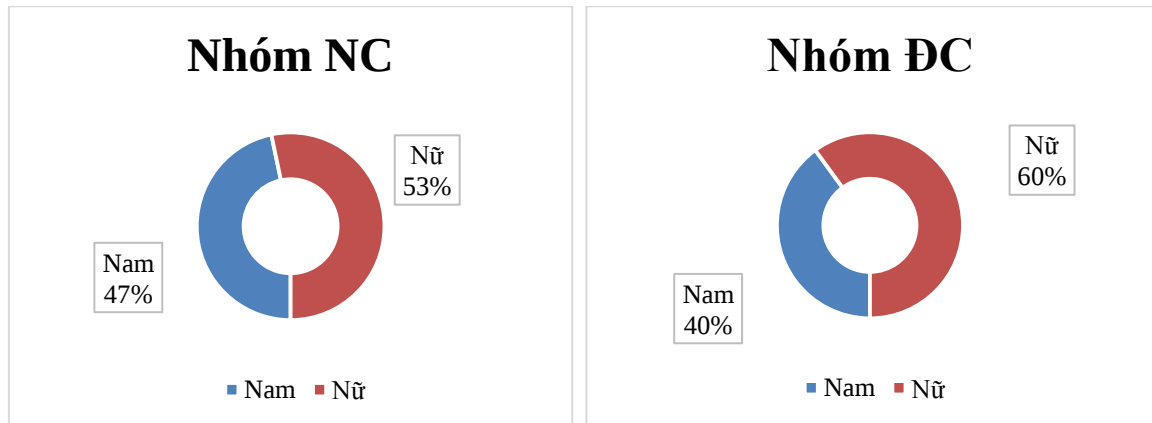
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo độ tuổi 2 nhóm

Nhóm tuổi	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
38 - 50	6	20	6	20	12	20	>0,05
51 - 60	9	30	8	26,70	17	28,30	
> 60	15	50	16	53,30	31	51,70	
Tổng	30	100	30	100	60	100	
Min,Max	(38,77)		(40,78)		(38-78)		
$\bar{X} \pm SD$	60,27±19,31		60,40±11,18		60,33±10,66		

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu ở Nhóm NC là 60,27±19,31 tuổi, Nhóm ĐC là 60,40±11,18 tuổi, trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 51,67% (31/60 người). Người bệnh ít tuổi nhất là 38 tuổi, cao tuổi nhất là 78 tuổi. So sánh tuổi trung bình giữa hai nhóm cho thấy sự khác biệt là 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 theo giới của hai nhóm

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ giới ở Nhóm NC (53%) và Nhóm ĐC (60%) đều cao hơn so với nam giới ở Nhóm NC (47%) và Nhóm ĐC (40%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Phân bố theo nghề nghiệp của hai nhóm

Nghề nghiệp	Nhóm NC		Nhóm ĐC		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Lao động chân tay	5	16,70	8	26,70	13	21,70	>0,05
Lao động trí óc	11	36,70	12	40,0	23	38,30	
Hưu trí	14	46,60	10	33,30	24	40	
Tổng số	30	100	30	100	60	100	

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy đặc điểm phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu, trong đó chiếm tỷ lệ cao là hưu trí với 40% (24/60 người), lao động trí óc là 38,30% (23/60 người), trong khi đó nghề nghiệp lao động

chân tay chỉ chiếm 21,70 % (13/60) người. Sự khác biệt về nghề nghiệp giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Đặc điểm tổn thương trên phim Xquang

Bảng 3.3. Hình ảnh Xquang tổn thương CSTL trước điều trị

Nhóm Kết quả X-quang	Nhóm NC (n= 30)		Nhóm ĐC (n= 30)		Tổng (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Hẹp lỗ tiếp hợp	20	66,70	18	60	38	63,30
Gai xương	30	100	30	100	60	100
Hẹp khe đốt sống	5	16,70	7	23,30	12	20
Đặc xương dưới sụn	0	0	0	0	0	0
p	>0,05					

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy hình ảnh cận lâm sàng của người bệnh trước điều trị, trong đó các hình ảnh như gai xương (100%), Hẹp lỗ tiếp hợp (63,30%) là phổ biến nhất. Hình ảnh hẹp khe đốt sống xuất hiện ở mức độ trung bình (20%). So sánh giữa Nhóm NC và Nhóm ĐC cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.5. Đặc điểm thời gian mắc bệnh

Bảng 3.4. Phân bố thời gian mắc bệnh của người bệnh

Thời gian mắc bệnh Nhóm	Nhóm NC (n= 30)		Nhóm ĐC (n= 30)		Tổng (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
< 7 ngày	3	10	2	6,67	5	8,30
7 ngày – 90 ngày	16	53,30	15	50	31	51,70
>90 ngày	11	36,70	13	43,30	24	40
p	>0,05					

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh của người bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm 7- 90 ngày (53,30% người bệnh nhóm NC, 50% ở nhóm ĐC) và nhóm >90 ngày (36,70% ở nhóm NC và 43,30% ở nhóm ĐC). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mặc dù đau thần kinh tọa do thoái hóa là bệnh mạn tính, bị bệnh lâu năm tuy nhiên cũng có trường hợp thời gian mắc bệnh nhỏ hơn 7 ngày vì thoái hóa tồn tại từ trước nhưng chưa gây đau vì một yếu tố kích hoạt gây đau cấp tính, có yếu tố khởi phát làm bùng phát cơn đau cấp như mang vác nặng, sai tư thế, chấn thương nhẹ...

3.1.6. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Bảng 3.5. Đặc điểm một số chỉ số lâm sàng trước điều trị

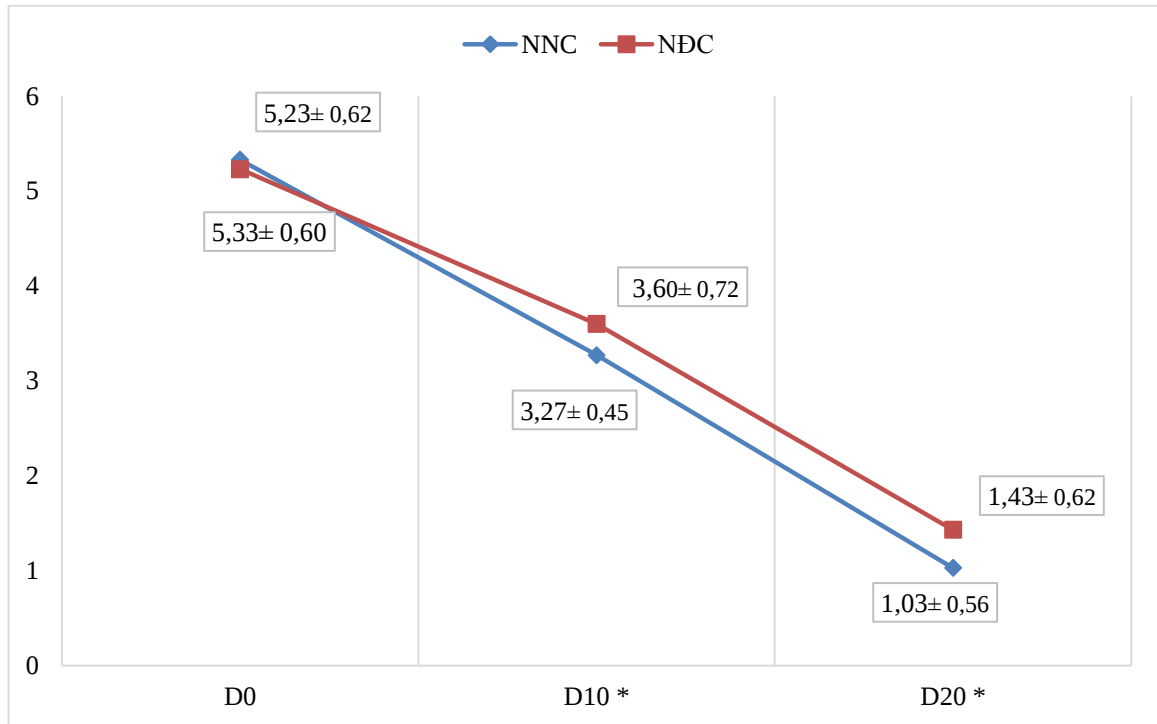
Chỉ số	Nhóm NC $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC $\bar{X} \pm SD$	$P_{(NC-ĐC)}$
VAS (điểm)	5,33±0,60	5,23±0,62	>0,05
Schober (cm)	11,13±0,70	11,26±0,65	>0,05
Lasegue (độ)	50,30±5,13	49,70±5,52	>0,05
Cúi (độ)	40,17±4,93	39,97±4,71	>0,05
Ngửa (độ)	13,60 ±1,97	13,93±2,47	>0,05
Nghiêng (độ)	17,63±1,88	18,03±2,01	>0,05
Xoay (độ)	13,70±2,02	13,77±2,05	>0,05

Nhận xét: Trước điều trị, ở hai nhóm mức độ đau tập trung chủ yếu ở mức độ đau nặng và đau vừa. Điểm đau VAS trung bình của Nhóm NC là 5,33±0,60, Nhóm ĐC là 5,23±0,62. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau ở nhóm NC và ĐC tại thời điểm trước điều trị ($p>0,05$).

Trước điều trị, các chỉ số lâm sàng hai nhóm gồm độ giãn CSTL theo Schober, góc của nghiệm pháp Lasègue, tầm vận động cúi, ngửa, xoay và nghiêng bên đau đều hạn chế. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm NC và ĐC tại thời điểm trước điều trị ($p>0,05$).

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS



Biểu đồ 3.2. Thay đổi điểm đau trung bình VAS

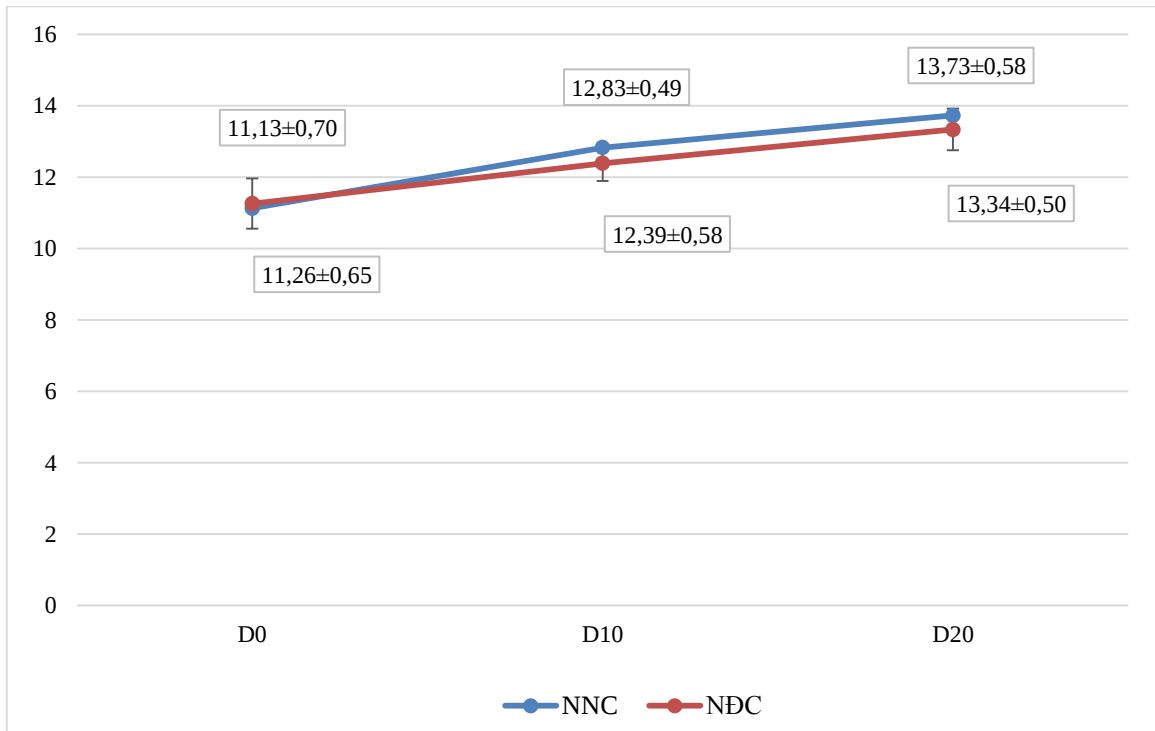
Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy cả hai nhóm đều có sự cải thiện triệu chứng đau, tại thời điểm D10 nhóm NC đã giảm 2,06 điểm (từ 5,33±0,60 xuống còn 3,27±0,45) mức giảm nhiều hơn so với 1,63 điểm của Nhóm ĐC (từ 5,23±0,62 xuống còn 3,60±0,72). Tại thời điểm D20 nhóm NC giảm 4,30 điểm (xuống còn 1,03±0,56) trong khi nhóm ĐC giảm 3,8 điểm (xuống còn 1.43±0,62) so với trước điều trị. Sự khác biệt trước - sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Hiệu quả cải thiện điểm đau VAS tại các thời điểm

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
		Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nặng	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nặng	
D0 _(a)	n	0	0	18	12	0	0	20	10	>0,05
	%	0	0	60	40	0	0	66,70	33,30	
D10 _(b)	n	0	22	8	0	0	12	18	0	<0,05
	%	0	73,30	26,70	0	0	40	60	0	
D20 _(c)	n	4	26	0	0	2	28	0	0	>0,05
	%	13,3	86,70	0	0	6,70	93,30	0	0	
Pa-b		<0,05				<0,05				
Pa-c		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Trước điều trị, người bệnh ở Nhóm NC tập trung ở nhóm đau vừa (60%) và đau nặng (40%), tỷ lệ này ở Nhóm ĐC là 66,70% (đau vừa) và 33,30% (đau nặng). Sau 10 ngày điều trị, sự khác biệt giữa 2 nhóm ở thời điểm D10 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, Nhóm NC có 13,30% người bệnh không đau, 86,7% người bệnh đau nhẹ, Nhóm ĐC có 6,70% người bệnh không đau, 93,30% người bệnh đau nhẹ, sự khác biệt giữa hai nhóm tại D20 không có ý nghĩa thống kê với thang điểm VAS chia theo độ đau ($p > 0,05$).

3.2.2. Đánh giá hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL



Biểu đồ 3.3. Thay đổi điểm trung bình độ giãn CSTL

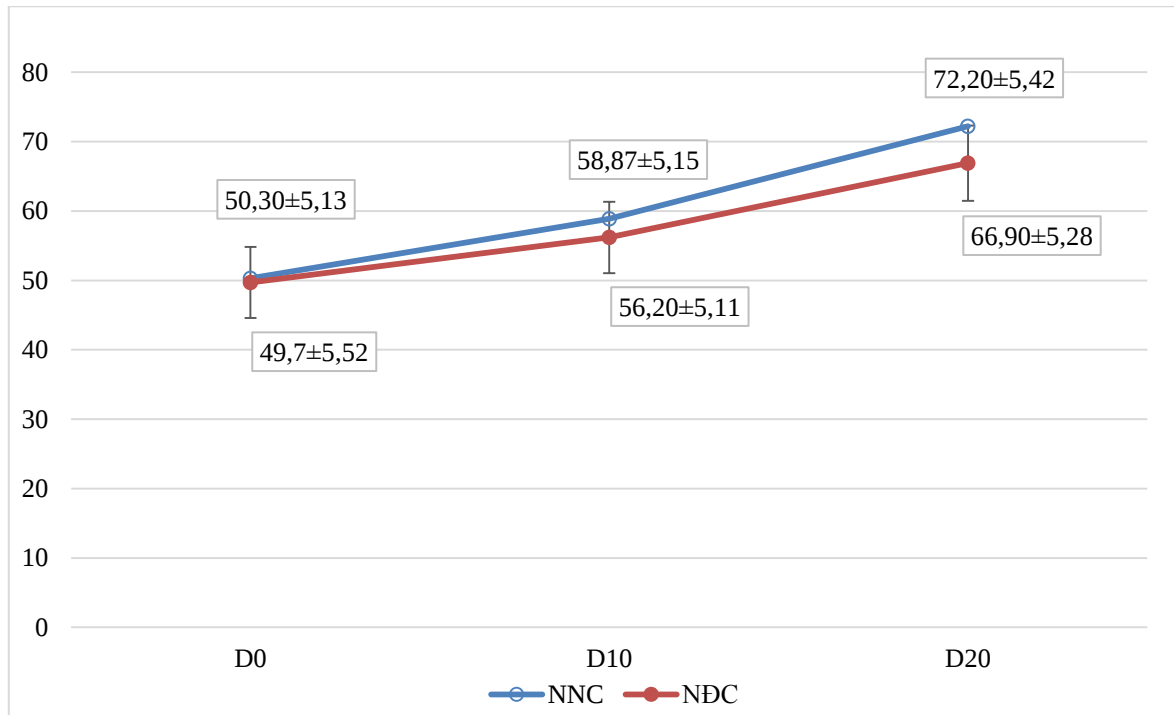
Nhận xét: Trước điều trị, độ giãn CSTL của người bệnh ở nhóm NC là 11,13±0,70 độ, nhóm ĐC là 11,26±0,65 độ. Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có mức cải thiện cao hơn 12,83±0,49 độ so với nhóm ĐC là 12,39±0,58, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, nhóm NC đạt độ giãn CSTL là 13,73±0,58 độ cao hơn nhóm ĐC là 13,34±0,50 độ. Sự khác biệt trước- sau điều trị và so với nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL bằng nghiệm pháp Schober

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				P
		Tốt	Khá	TB	Kém	Tốt	Khá	TB	Kém	
D0 _(a)	n	0	0	6	24	0	0	5	25	>0,05
	%	0	0	20	80	0	0	16,70	83,30	
D10 _(b)	n	0	14	15	1	0	4	18	8	<0,05
	%	0	46,70	50	3,30	0	13,30	60	26,70	
D20 _(c)	n	22	7	1	0	2	24	4	0	<0,05
	%	73,30	23,30	3,30	0	6,70	80	13,30	0	
P _{a-b}		<0,05				<0,05				
P _{a-c}		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Trước điều trị, độ giãn CSTL của cả 2 nhóm tập trung chủ yếu ở mức độ kém (chiếm 80% ở Nhóm NC và 83,30% ở Nhóm ĐC), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại ngày điều trị thứ 10 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ ở nhóm NC, 73,30% người bệnh đạt mức tốt, 23,30% người bệnh đạt mức khá, chỉ còn 3,30% đạt mức TB; tỷ lệ này là tốt hơn so với nhóm ĐC với 6,70% người bệnh đạt mức tốt, 80% đạt mức khá, 13,30% đạt mức TB. Sự khác biệt trước - sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Đánh giá hiệu quả cải thiện chỉ số Lasègue



Biểu đồ 3.4. Thay đổi điểm trung bình chỉ số Lasègue

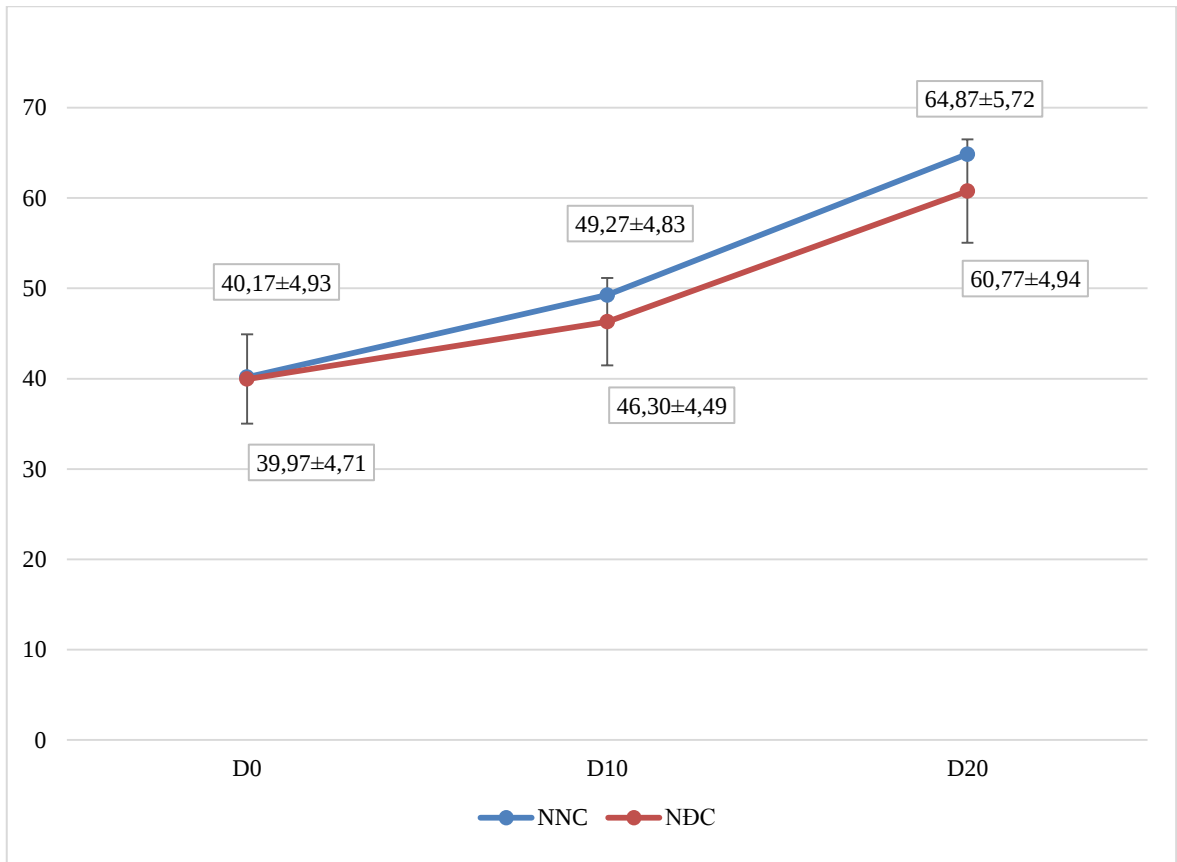
Nhận xét: Trước điều trị, chỉ số Lasègue của người bệnh ở nhóm NC là $50,30 \pm 5,13$ độ, nhóm ĐC là $49,70 \pm 5,52$ độ. Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có mức cải thiện cao hơn $58,87 \pm 5,15$ độ so với nhóm ĐC là $56,20 \pm 5,11$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, nhóm NC đạt chỉ số Lasègue là $72,20 \pm 5,42$ độ cao hơn nhóm ĐC là $66,90 \pm 5,28$ độ. Sự khác biệt trước- sau điều trị và so với nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.8. Hiệu quả cải thiện chỉ số Lasègue

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
		Tốt	Khá	TB	Kém	Tốt	Khá	TB	Kém	
D0 _(a)	n	0	0	24	6	0	0	22	8	>0,05
	%	0	0	80	20	0	0	73,30	26,70	
D10 _(b)	n	0	15	15	0	0	8	22	0	<0,05
	%	0	50	50	0	0	26,70	73,30	0	
D20 _(c)	n	10	20	0	0	2	23	5	0	<0,05
	%	33,30	66,70	0	0	6,70	76,70	16,70	0	
p _{a-b}		<0,05				<0,05				
p _{a-c}		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Trước điều trị, chỉ số Lasègue của cả 2 nhóm tập trung chủ yếu ở mức độ kém và mức độ trung bình; sự khác biệt giữa 2 nhóm ở D0 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại ngày điều trị thứ 10 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ ở nhóm NC 33,30% người bệnh đạt mức tốt, 66,70% người bệnh đạt mức khá; tỷ lệ này là tốt hơn so với nhóm ĐC với 6,70% người bệnh đạt mức tốt, 76,70% đạt mức khá, 16,70% đạt mức TB. Sự khác biệt trước sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.4. Đánh giá hiệu quả cải thiện tâm vận động CSTL



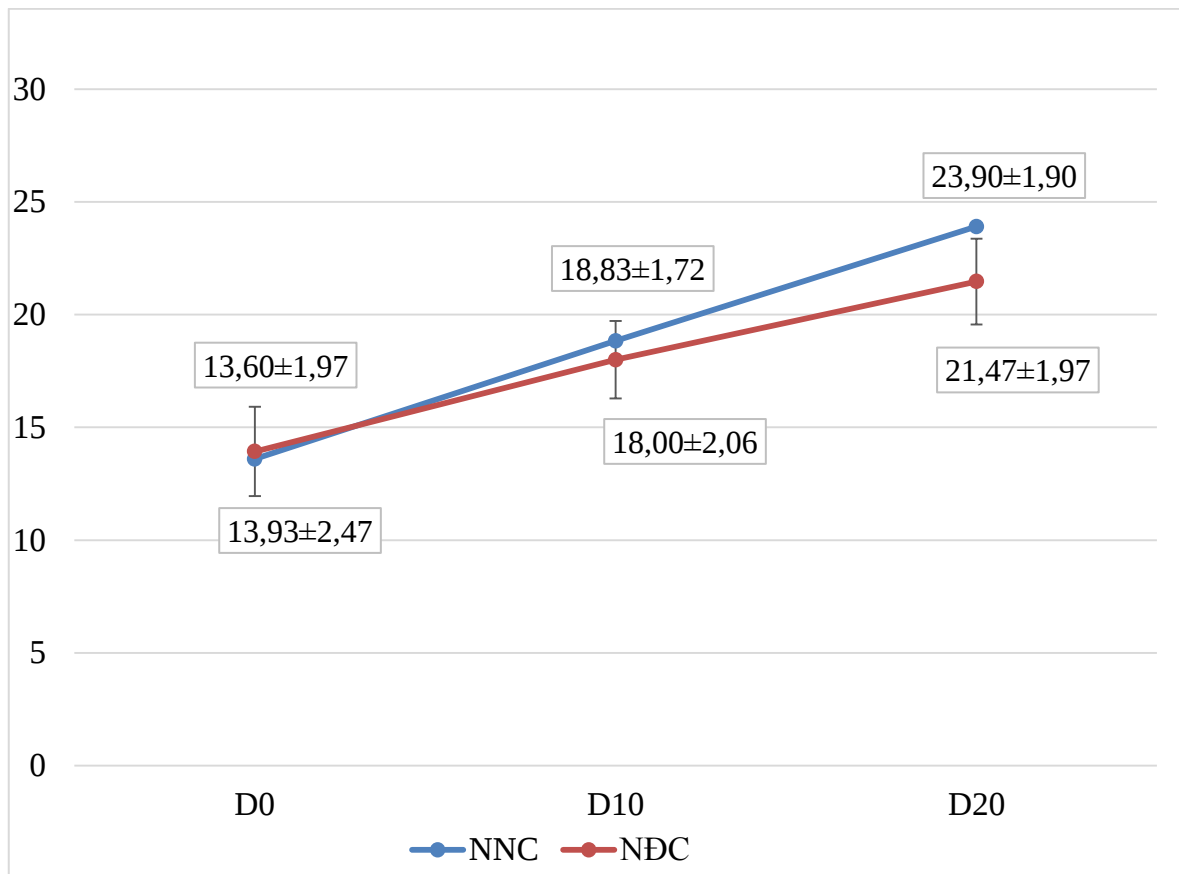
Biểu đồ 3.5. Thay đổi điểm trung bình động tác cúi

Nhận xét: Trước điều trị, trung bình động tác cúi của người bệnh ở nhóm NC là $40,17 \pm 4,93$ độ, nhóm ĐC là $39,97 \pm 4,71$ độ. Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có mức cải thiện cao hơn $49,27 \pm 4,83$ độ so với nhóm ĐC là $46,30 \pm 4,49$ độ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, trung bình động tác cúi ở nhóm NC là $64,87 \pm 5,72$ độ cao hơn nhóm ĐC là $60,77 \pm 4,94$ độ. Sự khác biệt trước- sau điều trị và so với nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.9. Hiệu quả cải thiện động tác cúi

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
		Tốt	Khá	TB	Kém	Tốt	Khá	TB	Kém	
D0 _(a)	n	0	0	15	15	0	0	16	14	>0,05
	%	0	0	50	50	0	0	53,30	46,70	
D10 _(b)	n	0	1	29	0	0	0	30	0	>0,05
	%	0	3,30	96,70	0	0	0	100	0	
D20 _(c)	n	8	15	7	0	3	17	10	0	<0,05
	%	26,70	50	23,30	0	10	56,7	33,30	0	
P _{a-b}		<0,05				<0,05				
P _{a-c}		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Khả năng thực hiện động tác cúi của người bệnh ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị ($p < 0,05$). Trước điều trị, khả năng cúi của cả 2 nhóm tập trung chủ yếu ở mức độ kém và mức độ TB; sự khác biệt giữa 2 nhóm ở D0 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại ngày điều trị thứ 10 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị việc thực hiện động tác cúi ở nhóm NC có tỷ lệ tốt hơn nhóm ĐC. Sự khác biệt trước sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



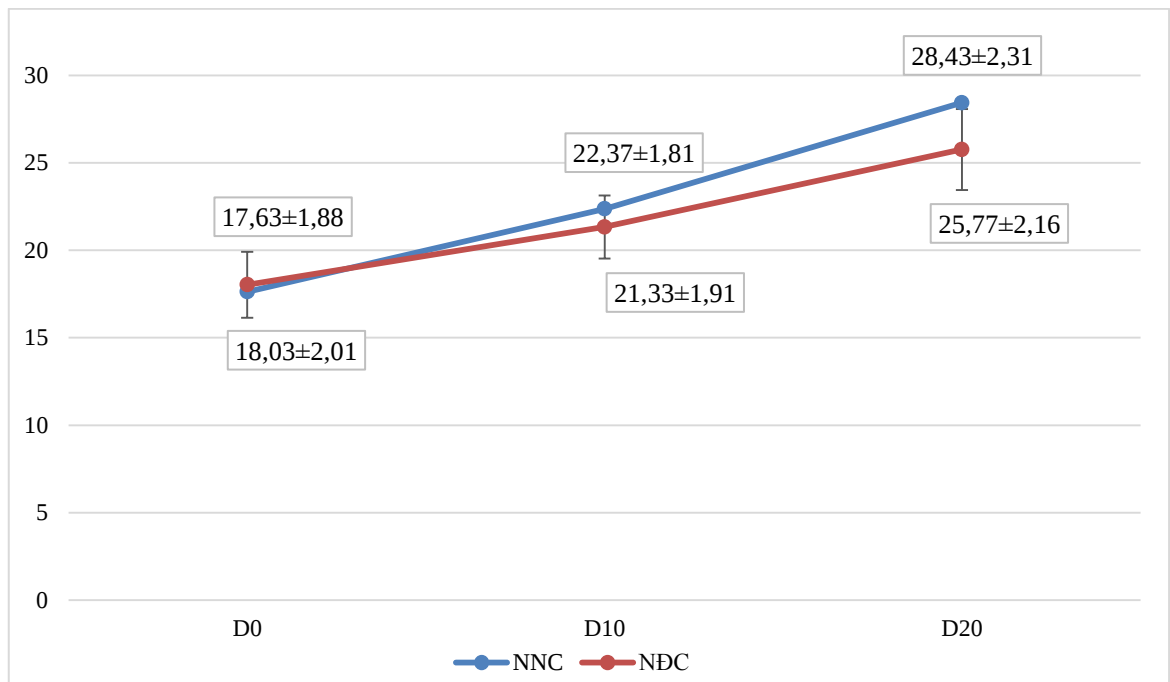
Biểu đồ 3.6. Thay đổi điểm trung bình động tác ngửa

Nhận xét: Trước điều trị, trung bình động tác ngửa của người bệnh ở nhóm NC là $13,60 \pm 1,97$ độ, nhóm ĐC là $13,93 \pm 2,47$ độ. Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có mức cải thiện cao hơn $18,83 \pm 1,72$ độ so với nhóm ĐC là $18,00 \pm 2,06$ độ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, trung bình động tác ngửa ở nhóm NC là $23,90 \pm 1,90$ độ cao hơn nhóm ĐC là $21,47 \pm 1,97$ độ. Sự khác biệt trước- sau điều trị và so với nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.10. Hiệu quả cải thiện động tác ngửa

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
		Tốt	Khá	TB	Kém	Tốt	Khá	TB	Kém	
D0 _(a)	n	0	0	10	20	0	0	13	17	>0,05
	%	0	0	33,30	66,70	0	0	43,30	56,70	
D10 _(b)	n	0	10	20	0	0	6	22	2	>0,05
	%	0	33,30	66,70	0	0	20	73,30	6,70	
D20 _(c)	n	12	18	0	0	2	22	6	0	<0,05
	%	40	60	0	0	6,70	73,30	20	0	
p _{a-b}		<0,05				<0,05				
p _{a-c}		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Khả năng thực hiện động tác ngửa của người bệnh ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị ($p < 0,05$). Trước điều trị, khả năng thực hiện động tác ngửa của cả 2 nhóm tập trung chủ yếu ở mức độ kém và mức độ TB; sự khác biệt giữa 2 nhóm ở D0 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại ngày điều trị thứ 10 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị khả năng thực hiện động tác ngửa ở nhóm NC có trị tỷ lệ tốt hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt trước sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



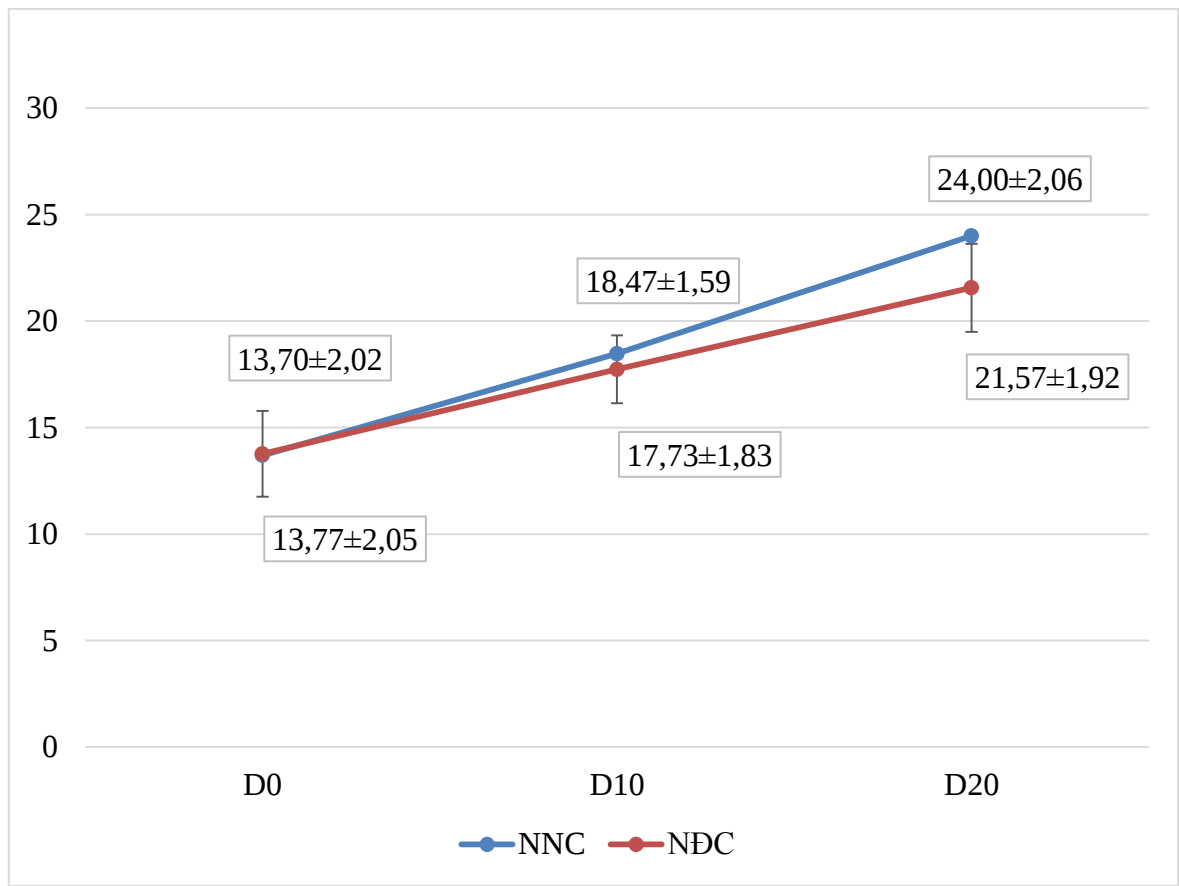
Biểu đồ 3.7. Thay đổi điểm trung bình động tác nghiêng

Nhận xét: Trước điều trị, trung bình động tác nghiêng của người bệnh ở nhóm NC là $17,63 \pm 1,88$ độ, nhóm ĐC là $18,03 \pm 2,01$ độ. Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có mức cải thiện cao hơn $22,37 \pm 1,81$ độ so với nhóm ĐC là $21,33 \pm 1,91$ độ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, trung bình động tác nghiêng ở nhóm NC là $28,43 \pm 2,31$ độ cao hơn nhóm ĐC là $25,77 \pm 2,16$ độ. Sự khác biệt trước- sau điều trị và giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.11. Hiệu quả cải thiện động tác nghiêng

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
		Tốt	Khá	TB	Kém	Tốt	Khá	TB	Kém	
D0 _(a)	n	0	0	6	24	0	0	6	24	>0,05
	%	0	0	20	80	0	0	20	80	
D10 _(b)	n	0	6	24	0	0	3	23	4	<0,05
	%	0	20	80	0	0	10	76,70	13,30	
D20 _(c)	n	9	21	0	0	2	20	8	0	<0,05
	%	30	70	0	0	6,70	66,60	26,0	0	
p _{a-b}		<0,05				<0,05				
p _{a-c}		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Khả năng thực hiện động tác nghiêng bên của người giảm nhẹ bệnh ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị. Trước điều trị, khả năng thực hiện động tác nghiêng của cả 2 nhóm tập trung chủ yếu ở mức độ và mức độ TB; sự khác biệt giữa 2 nhóm ở D0 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại ngày điều trị thứ 10 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, khả năng thực hiện động tác nghiêng ở nhóm NC có tỷ lệ tốt hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt trước- sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.8. Thay đổi điểm trung bình động tác xoay

Nhận xét: Trước điều trị, trung bình động tác xoay của người bệnh ở nhóm NC là $13,70 \pm 2,02$ độ, nhóm ĐC là $13,77 \pm 2,05$ độ. Sau 10 ngày điều trị, nhóm NC có mức cải thiện cao hơn $18,47 \pm 1,59$ độ so với nhóm ĐC là $17,73 \pm 1,83$ độ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, trung bình động tác xoay ở nhóm NC là $24,00 \pm 2,06$ độ cao hơn nhóm ĐC là $21,57 \pm 1,92$ độ. Sự khác biệt trước- sau điều trị và giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.12. Hiệu quả cải thiện động tác xoay

Nhóm Thời điểm		Nhóm NC				Nhóm ĐC				p
		Tốt	Khá	TB	Kém	Tốt	Khá	TB	Kém	
D0 _(a)	n	0	0	11	19	0	0	13	17	>0,05
	%	0	0	36,70	63,30	0	0	43,30	56,70	
D10 _(b)	n	0	8	22	0	0	5	24	1	>0,05
	%	0	26,70	73,30	0	0	16,70	80	3,30	
D20 _(c)	n	12	18	0	0	3	23	4	0	<0,05
	%	40	60	0	0	10	76,70	13,30	0	
p _{a-b}		<0,05				<0,05				
p _{a-c}		<0,05				<0,05				

Nhận xét: Khả năng thực hiện động tác xoay của người bệnh ở cả 2 nhóm đều có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị ($p < 0,05$). Trước điều trị, khả năng thực hiện động tác xoay của cả 2 nhóm tập trung chủ yếu ở mức độ kém và mức độ; sự khác biệt giữa 2 nhóm ở D0 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại ngày điều trị thứ 10 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 20 ngày điều trị, khả năng thực hiện động tác xoay ở nhóm NC tỷ lệ tốt hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt trước- sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của nghiên cứu

3.3.1. Tác động trên chỉ số mạch

Bảng 3.13. Thay đổi tần số mạch trên đối tượng nghiên cứu

Nhóm Thời điểm	Tần số mạch trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	
	Nhóm NC (n=30) (1)	Nhóm ĐC (n=30) (2)
D ₀	78,43±2,99	77,17±3,00
D ₂₀	78,10±3,11	76,57±2,20
p	>0,05	>0,05

Nhận xét: Sự thay đổi tần số mạch trung bình của người bệnh ở cả 2 nhóm trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.3.2. Tác động trên chỉ số huyết áp

Bảng 3.14. Thay đổi huyết áp trên đối tượng nghiên cứu

Nhóm Thời điểm	Huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình (mmHg) ($\bar{X} \pm SD$)					
	Tâm thu			Tâm trương		
	D0	D20	p ₁₋₂	D0	D20	p ₁₋₂
NC (1) (n=30)	124,67±7,06	122,67±4,09	>0,05	77,67±4,86	77,50±3,65	>0,05
ĐC (2) (n=30)	122,83±6,11	123,00±5,35		79,33±5,20	79,17±4,37	

Nhận xét: Sự thay đổi huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình của người bệnh ở cả 2 nhóm trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu sau 20 ngày điều trị có 26 người bệnh có biểu hiện cải thiện mạch chứng, chỉ còn 2/30 người bệnh có biểu hiện mạch trầm nhược, 2/30 người bệnh có biểu hiện mạch nhu hoãn; nhóm đối chứng sau 20 ngày điều trị có 14 người bệnh có biểu hiện cải thiện mạch chứng, còn 6/30 người bệnh có biểu hiện mạch trầm nhược, 10/30 người bệnh có biểu hiện mạch nhu hoãn, sự khác biệt trước – sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.17: Sự thay đổi về lưỡi theo YHCT trước và sau điều trị

Lưỡi		Nhóm NC (n=30)				Nhóm ĐC (n=30)			
		D ₀		D ₂₀		D ₀		D ₂₀	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Lưỡi bệu nhót	Có	24	80	3	10	23	76,70	12	40
	Không	0	0	21	70	0	0	11	36,70
Rêu lưỡi trắng dày	Có	25	83,30	2	6,70	25	83,30	7	23,30
	Không	0	0	23	76,70	0	0	18	60
P _{D0-D20}		< 0,05				< 0,05			
P _{D0(NNC-NĐC)}		> 0,05							
P _{D20(NNC-NĐC)}		< 0,05							

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị ở nhóm NC 23/30 người bệnh được cải thiện rêu lưỡi và có 21/30 người bệnh đã cải thiện triệu chứng về chất lưỡi, ở nhóm ĐC sau 20 ngày điều trị có 11/30 người bệnh đã cải thiện triệu chứng về chất lưỡi, 18/30 người bệnh cải thiện triệu chứng về rêu lưỡi. Sau 20 ngày điều trị sự khác biệt giữa 2 nhóm và trước – sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Theo kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy rằng độ tuổi trung bình của người bệnh đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng trong nghiên cứu của chúng tôi là $60,33 \pm 10,66$ tuổi. Người bệnh có độ tuổi trên 60 tuổi chiếm đa số với 31/60 người bệnh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng với $p > 0,05$. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với thống kê dịch tễ của tổ chức y tế thế giới WHO và Bộ Y tế.

Theo quan điểm YHHĐ, bệnh lý thoái hóa không phải là một khởi phát cấp tính, ngay lập tức, quá trình hao mòn cơ học không diễn ra đơn thuần, mà là một chuỗi bệnh lý sinh học tiến triển ở cấp độ tế bào đến các mô, tiến triển trong nhiều năm. Quá trình này bắt đầu bằng sự tăng lão hóa và song song với quá trình giảm tái tạo gây ra sự thoái hóa của xương, sụn và các tổ chức phần mềm xung quanh, từ đó làm suy giảm nuôi dưỡng các phần chịu tải của lưng như đĩa đệm, sụn khớp, dây chằng, cơ, từ đó gây ra các bệnh lý tại các tổ chức này.

Theo quan điểm YHCT, quá trình lão hóa là một quy luật tự nhiên cùng với sự suy giảm của chức năng tạng Can, Thận. "Thận chủ cốt, sinh tủy, thông với não" và "Thận tàng tinh, chủ về sinh trưởng, phát dục và sinh sản", "Can chủ gân, Can tàng huyết". Khi nam giới ở độ tuổi $8 \times 8 = 64$ tuổi, nữ giới ở độ tuổi $7 \times 7 = 49$ tuổi, Thận khí và Thận tinh suy yếu, chức năng "chủ cốt" bị ảnh hưởng, dẫn đến xương cốt không được nuôi dưỡng đầy đủ, trở nên yếu, giòn, và dễ bị thoái hóa. Cùng với đó Can không vinh nhuận gây nên các tình trạng cân cơ co cứng, kém linh hoạt, làm cho các khớp cử động khó khăn và dễ tổn thương. Đây là lý do tại sao các triệu chứng như đau lưng, mỏi gối, ù tai, răng lung lay, tiểu đêm nhiều lần thường xuất hiện đồng thời với tình trạng đau khớp ở người cao tuổi.

4.1.2. Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ giới (34/60) cao hơn so với nam giới (26/60). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Thị Thu Hà và cs (2024) với tỷ lệ nữ giới ở Nhóm NC và Nhóm ĐC đều cao hơn nam giới.

Bệnh đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống có xu hướng tiến triển nặng hơn và gây khó khăn nhiều hơn ở phụ nữ so với nam giới, đặc biệt là sau độ tuổi 50. Sự khác biệt này chỉ ra vai trò trung tâm hệ nội tiết tố nữ là estrogen. Estrogen đã được chứng minh là có vai trò bảo vệ quan trọng đối với sức khỏe của hệ thống cơ xương khớp, nó giúp duy trì sự cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương. Giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh là một bước ngoặt sinh lý quan trọng, được đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng buồng trứng và sụt giảm mạnh nồng độ estrogen trong máu. Do đó làm tăng tốc quá trình thoái hóa, qua đó tăng khả năng mắc bệnh của nữ giới. Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa cột sống ở phụ nữ mãn kinh được YHCT luận giải chặt chẽ qua thiên quý suy, đặc biệt ở hai tạng Can và Thận. Thiên quý từ Thận tinh mà thành, nên khi Thiên Quý suy là dấu hiệu cho thấy thận tinh đã hư suy. Điều này trực tiếp ảnh hưởng đến chức năng "chủ cốt", làm cho xương cốt không được nuôi dưỡng đầy đủ và trở nên yếu đi. Can "tàng huyết" và điều tiết kinh nguyệt, sau tuổi 49 ở nữ giới chức năng sinh lý của Can cũng bước vào giai đoạn suy thoái. Điều này dẫn đến tình trạng Can huyết không đủ để nuôi dưỡng "cân" (gân cơ, dây chằng), gây ra các triệu chứng như co cứng, đau mỏi và khó vận động.

4.1.3. Nghề nghiệp

Đặc điểm phân bố nghề nghiệp của 60 người bệnh trong mẫu nghiên cứu, được chia thành 3 nhóm: Lao động chân tay, Lao động trí óc và Hưu trí. Trong đó nhóm hưu trí chiếm tỉ lệ cao nhất 40%, xếp sau là nhóm lao động trí óc 38,3% và nhóm lao động chân tay chỉ chiếm 21,7%. Điều này có thể lí giải

do nơi tiến hành nghiên cứu, bệnh viện 19-8 là nơi chuyên thăm khám và chăm sóc cho đối tượng công an nhân dân và những người phục vụ trong ngành công an, do vậy tỉ lệ người bệnh hưu trí và lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao hơn. Tỷ lệ người bệnh hưu trí cao cũng phù hợp với tỷ lệ nhóm tuổi mà chúng tôi đã đề cập trước đó, phản ánh chính xác tình trạng của nhóm người bệnh vào điều trị bệnh lý đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống.

4.1.4. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Mô hình Kirkaldy-Willis mô tả quá trình thoái hóa qua 3 giai đoạn. Ở giai đoạn sau, cơ thể cố gắng bù đắp cho sự mất ổn định mạn tính bằng cách hình thành các gai xương và phì đại khớp móm sau nhằm gia tăng khả năng chống đỡ và chịu lực của vùng lưng, nơi chịu nhiều áp lực nhất khi đứng. Tuy nhiên chính những thay đổi cấu trúc này là nguyên nhân chính gây ra các tổn thương tại chỗ, từ đó gây nên triệu chứng hẹp ống sống và hẹp lỗ liên hợp, dẫn đến chèn ép thần kinh và các triệu chứng của đau thần kinh hông to. Hình ảnh trên phim X-quang cũng đã thể hiện chính xác tình trạng của các người bệnh vào viện được chẩn đoán đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống với 100% người bệnh có hình ảnh gai xương, 63,3% người bệnh có hình ảnh hẹp khe khớp và 20% người bệnh có hình ảnh hẹp lỗ tiếp hợp. Sau điều trị, triệu chứng lâm sàng của người bệnh được cải thiện rõ rệt qua các chỉ số, chỉ tiêu nghiên cứu. Tuy nhiên cho tới nay thoái hóa được ghi nhận là một quá trình không thể đảo ngược, do vậy trên hình ảnh xquang của người bệnh trước và sau điều trị của các người bệnh không có sự thay đổi mang ý nghĩa thống kê.

4.1.5. Thời gian mắc bệnh

Theo kết quả bảng 3.4, người bệnh tham gia nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là những người đã mắc bệnh trong một thời gian dài trước khi đến khám và điều trị. Cụ thể 31/60 người bệnh có thời gian mắc bệnh trong khoảng từ 7-90 ngày, 24/60 người bệnh có thời gian mắc bệnh là trên 90 ngày. Điều này cũng phù hợp với nguyên nhân bệnh sinh và bệnh cảnh của

bệnh đau thần kinh hông to do nguyên nhân thoái hóa cột sống. Quá trình này là một quá trình kéo dài, với sự thoái hóa của các cấu trúc xương đốt sống, đĩa đệm, dây chằng, cơ, mô liên kết quanh khớp tạo ra những vi tổn thương. Những vi tổn thương này tạo những cơn đau âm ỉ, biến thiên, cùng với quá trình tự chữa lành sinh lý của cơ thể khiến những cơn đau có tính chất tăng giảm theo chu kỳ và ít khi ngay lập tức vượt ngưỡng chịu đau của người bệnh, ngoại trừ những người bệnh bị đau thần kinh hông to cấp tính do thoát vị đĩa đệm, chấn thương nặng. Với đặc điểm đặc trưng là những đợt đau tái đi tái lại, mức độ tăng dần theo thời gian khiến người bệnh chủ quan không chú ý nhiều đến căn nguyên của bệnh. Các tài liệu y văn của Việt Nam cũng như trên Thế giới đã chỉ ra rằng tuy không ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh nhưng bệnh lý đau thần kinh tọa lại gây ra rất nhiều trở ngại trong cuộc sống hàng ngày, do vậy đa số đối tượng người bệnh xem nhẹ triệu chứng của bệnh, tìm những cách thức giảm nhẹ triệu chứng tức thời để không làm gián đoạn cuộc sống sinh hoạt, nhịp độ làm việc. Vì vậy người bệnh thường đến cơ sở điều trị sau một khoảng thời gian dài chung sống với bệnh lý.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Cải thiện mức độ đau

Theo YHHĐ, đau là phản xạ sinh lý của cơ thể nhằm bảo vệ cơ thể khỏi những tổn thương nặng nề hơn, tuy nhiên đau mạn tính lại gây ra rất nhiều khó khăn cho chất lượng cuộc sống hàng ngày của người bệnh. Do vậy, điều trị và quản lý đau hiệu quả là yêu cầu tất yếu trong điều trị hiện nay. Biểu đồ 3.2 cho thấy phương pháp điều trị ở cả hai nhóm đều cho thấy hiệu quả rõ rệt, với điểm VAS trung bình giảm đáng kể ở cả hai nhóm tại thời điểm D10 và D20 so với ban đầu ($p < 0,05$). Nhìn sâu hơn vào kết quả, nhóm nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị cao hơn so với nhóm đối chứng ngay từ ngày thứ 10 với mức giảm 2,06 điểm so với 1,63 điểm của Nhóm ĐC ($p < 0,05$).

Nhóm ĐC sử dụng điện châm và xoa bóp bấm huyết, đã cho thấy sự cải thiện đáng kể, với điểm VAS giảm từ $5,23 \pm 0,62$ tại D0 xuống $1,43 \pm 0,62$ tại D20. Điều này khẳng định hiệu quả của các phương pháp điều trị YHCT trong việc giảm đau trên người bệnh đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống. Trong YHCT, đau thần kinh hông to thuộc "Chứng Tỷ", với cơ chế bệnh sinh là "bất thông tắc thống". Cả điện châm và XBBH đều tác động trực tiếp vào hệ thống kinh lạc (chủ yếu là Kinh Bàng Quang và Kinh Đờm), dựa vào tác dụng hành khí hoạt huyết, thư cân hoạt lạc, và khứ ứ chỉ thông đã giải quyết sự tắc nghẽn Khí và Huyết tại các kinh lạc bị ảnh hưởng, từ đó điều trị các chứng đau rất hiệu quả. Trong YHHĐ, điện châm hoạt động như một liệu pháp điều biến thần kinh mạnh mẽ. Nó kích thích giải phóng các peptide opioid nội sinh (như endorphin, enkephalin) để giảm đau. Đồng thời, điện châm có tác dụng chống viêm bằng cách ức chế giải phóng các cytokine tiền viêm (như $\text{TNF-}\alpha$, $\text{IL-1}\beta$) và ức chế con đường tín hiệu viêm thần kinh CCL2/CCR2, qua đó làm giảm sự kích hoạt vi bào đệm tại tủy sống. Bên cạnh đó xoa bóp bấm huyết hoạt động như một liệu pháp cơ học tại chỗ. Các thủ thuật XBBH giúp làm giãn cơ co cứng, giải phóng các điểm kết dính của mô liên kết, và cải thiện vi tuần hoàn tại chỗ. Tác động cơ học này giúp giảm chèn ép cơ học thứ phát lên rễ thần kinh và loại bỏ các chất trung gian gây viêm tích tụ tại chỗ. Sự kết hợp này giúp cho hiệu quả giảm đau của điện châm và xoa bóp bấm huyết được cộng hưởng và đem lại tác dụng cao trên người bệnh. [10], [11], [36]

Khi nhìn vào Nhóm NC, điểm VAS tại ngày D20 là $1,03 \pm 0,56$, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC $1,43 \pm 0,62$. Sự vượt trội có ý nghĩa thống kê này ($p < 0,05$) cho thấy sóng xung kích mang lại một cơ chế tác động cộng hưởng so với nhóm đối chứng chỉ dùng điện châm và XBBH. Nguyên do là vì sóng xung kích tạo ra một cơ chế giảm đau tức thời và mạnh mẽ, bao gồm việc kích thích các sợi thần kinh cảm giác A- β , ngắt dẫn truyền tín hiệu đau từ

các sợi A- δ và sợi C tại tủy sống, đồng thời sóng xung kích có cơ chế tiêu trừ chất P- một chất trung gian chính dẫn truyền đau và gây viêm thần kinh từ các đầu tận của thần kinh tại vùng lưng. Hơn nữa, sóng xung kích tác động sâu lên các tổ chức cơ, dây chằng, mô liên kết tại vùng thắt lưng. Tác động cơ học trực tiếp của sóng xung kích có khả năng phá vỡ các mảng kết dính và mô xơ hóa xung quanh rễ thần kinh, giải phóng sự chèn ép thực thể lên rễ thần kinh mà XBBH đơn thuần khó có thể tác động tới. Sóng xung kích hoạt quá trình dẫn truyền cơ học, biến năng lượng cơ học thành phản ứng sinh học. Nó kích thích tân tạo mạch máu thông qua con đường VEGFR2/NO, giúp tăng tưới máu, mang oxy và chất dinh dưỡng đến các mô thoái hóa, thiếu máu cục bộ. Hơn nữa, nó còn thúc đẩy tái tạo thần kinh ngoại vi bằng cách kích hoạt tế bào Schwann và tăng các yếu tố dinh dưỡng thần kinh. Phác đồ nền (điện châm + XBBH) đã rất hiệu quả trong việc điều trị triệu chứng đau thông qua cơ chế chống viêm, giãn cơ. Tuy nhiên, việc bổ sung sóng xung kích đã tạo ra một phác đồ toàn diện hơn. Sóng xung kích không chỉ hiệp đồng giảm đau mà còn tác động vào sâu hơn của bệnh lý thoái hóa mạn tính: giải quyết xơ hóa, phá vỡ điểm dính ở cơ và dây chằng, đồng thời kích thích tái tạo mô và tân sinh mạch máu. Chính tác động điều chỉnh này đã giúp Nhóm NC đạt được kết quả giảm đau nhanh hơn (từ D10) và sâu hơn (tại D20), giải thích cho sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

4.2.2. Cải thiện độ giãn CSTL

Kết quả tại thời điểm D0 cho thấy tình trạng chung của người bệnh trước điều trị là rất hạn chế, với chỉ số Schober trung bình rất thấp (Nhóm NC: $11,13 \pm 0,70$ cm; Nhóm ĐC: $11,26 \pm 0,65$ cm). Đa số người bệnh ở cả hai nhóm (80% ở Nhóm NC và 83,3% ở Nhóm ĐC) đều ở mức độ kém. Điều này phản ánh rõ nét tình trạng co cứng cơ cạnh sống do đau, một phản ứng bảo vệ của cơ thể nhằm bất động vùng cột sống đang bị tổn thương do thoái hóa. Theo YHCT, co cứng cơ là biểu hiện của chứng kinh lạc trở trệ (chủ yếu là kinh

Bàng quang) và tình trạng cân cơ co rút. Nguyên nhân do hàn khí hoặc huyết ứ mạn tính làm cân cơ không được nuôi dưỡng đầy đủ, dẫn đến co cứng và hạn chế vận động.

Sau 20 ngày điều trị, Nhóm ĐC sử dụng điện châm và XBBH cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số Schober trung bình tăng từ $11,26 \pm 0,65$ cm lên $13,34 \pm 0,50$ cm, và 80% người bệnh đạt mức độ khá. Hiệu quả này đến từ tác động hiệp đồng của điện châm và XBBH, trong đó điện châm kích thích giải phóng các opioid nội sinh và điều hòa các chất gây viêm, đồng thời kích thích làm giãn cơ tại chỗ làm phá vỡ vòng xoắn bệnh lý đau – co cơ – đau, bên cạnh các thủ thuật xoa bóp bấm huyết tác dụng trực tiếp lên các lớp cơ tại chỗ vùng thắt lưng, mông, chân, làm tăng hiệu quả giãn cơ và giảm đau, nhất là khối cơ cạnh sống. Khi cơn đau được kiểm soát và hệ thống cơ tại chỗ được thư giãn, tầm vận động cột sống sẽ được cải thiện tương ứng.

Với sự kết hợp của sóng xung kích và điện châm, XBBH, Nhóm NC cho thấy tác dụng cải thiện độ giãn CSTL thông qua chỉ số Schober một cách rõ rệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cả ở D10 và D20 ($p < 0,05$). Sự khác biệt không chỉ ở sự cải thiện điểm số trung bình ($13,73 \pm 0,58$ cm so với $13,34 \pm 0,50$ cm) mà còn ở tỷ lệ người bệnh đạt kết quả điều trị tốt (73,3%). Kết quả này đã chứng minh vai trò điều trị kết hợp của sóng xung kích. Trong bệnh lý thoái hóa cột sống mạn tính ở người cao tuổi, sự hạn chế vận động không chỉ do co cơ chức năng, mà còn do sự biến đổi cấu trúc của mô mềm: đó là sự xơ hóa và kết dính của các lớp mô liên kết, dây chằng và fascia sâu. Trong khi XBBH tác động tốt lên các cơ co cứng bề mặt, sóng xung kích với năng lượng cơ học tập trung cao có khả năng tác động sâu hơn, trực tiếp phá vỡ các dải dính và các điểm xơ hóa mạn tính này. Đây là tác động giải phóng cơ học tại chỗ mà phác đồ nền không có được. Theo YHCT, tình trạng xơ hóa này chính là biểu hiện của huyết ứ và thấp trọc đã ngưng kết lâu ngày trong bệnh mạn tính. Nếu điện châm và XBBH có tác dụng hành khí hoạt huyết, thì

sóng xung kích tăng cường khả năng trực ú, nhuyễn kiên tán kết trực tiếp tác động vào các phần sâu của cơ, dây chằng, mô liên kết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Thị Thu Hà và cs (2024) nghiên cứu trên 60 người bệnh cho thấy chỉ số Schober tăng $2,65 \pm 0,31$ cm. [39]; nhóm tác giả Cao Hồng Duyên và cs (2025) nghiên cứu trên 35 người bệnh cho thấy sau 15 ngày điều trị, 60% người bệnh đạt kết quả tốt. [38].

4.2.3. Cải thiện chỉ số Lasègue

Chỉ số Lasègue tại thời điểm D0 ($50,30 \pm 5,13$) là dấu hiệu của Hội chứng chèn ép rễ, phản ánh tình trạng rễ thần kinh L5/S1 đang bị kích thích, viêm và căng tức khi bị tác động. Căn nguyên của tình trạng này là cơ chế tác động kép: sự chèn ép cơ học từ các cấu trúc thoái hóa (gai xương, dây chằng phì đại) và sự kích thích viêm do các chất trung gian viêm. Phác đồ của Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện liên tục và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tăng từ $50,30 \pm 5,13$ (D0) lên $58,87 \pm 5,15$ (D10) và đạt $72,20 \pm 5,42$ (D20). Sự hiệp đồng của ba phương pháp đã tác động toàn diện vào cơ chế của bệnh đau thần kinh hông to do thoái hóa. Cụ thể, điện châm hoạt động như liệu pháp điều biến thần kinh, ức chế cytokine gây viêm và giải phóng opioid nội sinh, giúp giải phóng rễ thần kinh; các động tác XBBH giúp làm giãn các cơ (cơ cạnh sống, cơ mông) co cứng, giảm áp lực cơ học thứ phát. Đồng thời sóng xung kích đóng quan trọng trong việc làm cạn kiệt chất P giảm viêm thần kinh; phá vỡ các dải kết dính và mô xơ hóa mạn tính quanh rễ thần kinh mà XBBH khó hoặc không thể tác động tới ; thúc đẩy tân tạo mạch máu, cải thiện tình trạng thiếu máu cục bộ của rễ thần kinh bị chèn ép mạn tính. Sự kết hợp này (chống viêm + giãn cơ + phá xơ hóa/tái tạo) phát huy tác dụng giải phóng rễ thần kinh hiệu quả.

Trong YHCT, dấu hiệu Lasègue dương tính là biểu hiện của sự bế tắc trở trệ tại các kinh lạc chạy dọc chân, chủ yếu là Kinh túc thái dương bàng quang

và Kinh túc thiếu dương đờm. Căn nguyên bệnh là Bản hư Tiêu thực – Can Thận hư suy do tuổi cao, công năng tạng phủ suy giảm, cốt tủy, cân cơ đều vì vậy mà suy kém, kết hợp với ngoại tà (phong, hàn, thấp) mà gây nên.

Phương pháp kết hợp 3 kỹ thuật điện châm, XBBH, sóng xung kích của Nhóm NC đã giải quyết toàn diện cả tiêu và bản. Điện châm có tác dụng hành khí hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc, khai thông sự bế tắc, giải quyết nguyên nhân "bất thông tắc thông"; XBBH có tác dụng "thư cân hoạt lạc", làm mềm cân cơ, thông kinh lạc, trực tiếp giải tỏa sự co rút của cân cơ, sóng xung kích với tác động cơ học mạnh, đóng vai trò như một liệu pháp trực ứ, phá ứ, nhuần nhuyễn kiên tán kết.

4.2.4. Cải thiện tâm vận động CSTL

Bệnh đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng không gây nguy hiểm tính mạng cho người bệnh, tuy nhiên lại gây ra rất nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, người bệnh bị cản trở, khó chịu, hạn chế trong các hoạt động cơ bản. Mục tiêu của các phương pháp điều trị ngoài điều trị vào nguyên nhân còn phải nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng là một mục tiêu quan trọng trong các hoạt động cuộc sống hàng ngày của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá mục tiêu này qua 4 động tác của cột sống thắt lưng bao gồm cúi, ngửa, nghiêng, xoay. Tại thời điểm D0, cả hai nhóm đều cho thấy sự hạn chế vận động ở cả bốn động tác, với phần lớn người bệnh rơi vào nhóm Kém và Trung bình. Điều này phản ánh cơ chế bệnh sinh của đau thần kinh hông to do thoái hóa, cơn đau gây ra phản xạ co cứng cơ cạnh sống để bảo vệ cột sống, trong khi bản thân các cấu trúc thoái hóa như gai xương, hẹp khe khớp cũng giới hạn tâm vận động cơ học của người bệnh.

Cụ thể, trước điều trị toàn bộ người bệnh chỉ có khả năng thực hiện động tác cúi ở mức trung bình và kém, Sau 20 ngày, Nhóm NC cho thấy sự cải thiện rõ rệt hơn, với 26,7% người bệnh đạt mức tốt và 50% đạt mức khá.

Điểm trung bình của Nhóm NC tăng từ $40,17 \pm 4,9$ lên $64,87 \pm 5,72$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức độ cải thiện của Nhóm ĐC (từ $39,97 \pm 4,7$ lên $60,77 \pm 4,94$). Lí giải cho điều này, hạn chế động tác cúi thường xuất phát từ sự co cứng, xơ hóa của khối cơ lưng và các dây chằng sau, kết hợp với sự yếu kém của nhóm cơ bụng. Phác đồ điều trị của Nhóm NC thực hiện được đa tác động lên các yếu tố này. Sóng xung kích và xoa bóp bấm huyệt trực tiếp giải tỏa các điểm co cứng trong khối cơ dựng sống, phá vỡ các dải xơ dính, và tăng cường độ đàn hồi của mô mềm xung quanh. Điện châm đóng vai trò điều hòa trương lực cơ thông qua cơ chế thần kinh, giảm đau và cho phép các cơ này thư giãn và kéo dài ra một cách an toàn hơn trong quá trình điều trị và tự vận động của người bệnh. Sự cải thiện đáng kể ở nhóm Nhóm NC cho thấy phác đồ này đã bước đầu phục hồi sự cân bằng động giữa nhóm cơ lưng và cơ bụng.

Ở động tác ngựa, Sau 20 ngày, cả hai nhóm đều cải thiện tốt, tuy nhiên, Nhóm NC vẫn cho thấy sự tiến bộ rõ rệt hơn về khả năng phục hồi. Điểm trung bình của Nhóm NC tăng gần gấp đôi, từ $13,60 \pm 1,97$ lên $23,90 \pm 1,90$; 40% người bệnh Nhóm NC đạt mức khá và 60% đạt mức TB, không còn ai ở mức kém. Động tác ngựa ra sau được thực hiện chủ yếu bởi sự co của khối cơ dựng sống, bao gồm ba bó cơ chính là cơ chậu sườn, cơ dài, và cơ gai. Các cơ sâu đóng vai trò quan trọng trong việc ổn định từng đốt sống trong quá trình thực hiện động tác. Sự cải thiện khả năng ngựa cho thấy các liệu pháp đã tập trung vào việc phục hồi sức mạnh, độ bền và chức năng của khối cơ dựng sống. Sóng xung kích có tác dụng kích thích quá trình sửa chữa và tái tạo mô tại các điểm bám gân của cơ dựng sống, nơi thường xảy ra các vi tổn thương mạn tính. Điện châm và xoa bóp bấm huyệt giúp tăng cường tuần hoàn máu đến khối cơ này, cung cấp dinh dưỡng và oxy, đồng thời loại bỏ các chất chuyển hóa gây mỏi, giúp cơ bắt hoạt động hiệu quả và giảm đau do co thắt.

Việc phục hồi chức năng của cơ dựng sống không chỉ giúp thực hiện động tác ngửa mà còn cải thiện khả năng duy trì tư thế thẳng, giảm tải cho cột sống.

Tương tự, sự cải thiện rõ rệt trong khả năng nghiêng bên của Nhóm NC chứng tỏ các liệu pháp đã bước đầu phục hồi sự cân bằng và phối hợp giữa hai bên khối cơ cạnh sống và cơ thành bụng. Đau lưng mạn tính thường đi kèm với sự mất cân bằng cơ bắp, trong đó một bên cơ có thể bị co cứng và bên còn lại bị yếu đi. Việc giải tỏa các điểm co thắt một bên bằng sóng xung kích và xoa bóp, kết hợp với việc điều hòa thần kinh-cơ của điện châm, đã giúp tái lập lại mô hình vận động đối xứng, cho phép cột sống di chuyển linh hoạt sang hai bên mà không gây đau. Trong các bệnh lý đau lưng mạn tính, các cơ sâu thường bị ức chế thần kinh và có xu hướng teo đi, dẫn đến tình trạng mất ổn định vi thể và co cứng của các cơ lớn bên ngoài. Phác đồ điều trị của Nhóm NC, với sự kết hợp của sóng xung kích và điện châm, đã có khả năng tác động đến tầng sâu này. Sóng xung kích, với khả năng xuyên thấu, có thể trực tiếp kích thích các cơ và điểm bám gân của hệ thống ổn định sâu, thúc đẩy quá trình phục hồi và tái hoạt động. Điện châm có thể được sử dụng để tác động các cơ bị ức chế này bằng cách kích thích trực tiếp vào các điểm vận động, tái lập lại kết nối thần kinh-cơ.

Những tác dụng này đạt được là do sự kết hợp của ba phương pháp, mỗi phương pháp đem đến một tác dụng khác nhau nhưng lại phối hợp bổ sung cho nhau chứ không loại trừ nhau. Sóng xung kích về bản chất là sóng âm cơ học mang năng lượng cao, đặc trưng với các tác dụng tân tạo mạch máu, kích thích sản xuất collagen, phân tán chất P, giải phóng các điểm co cứng, bào mòn vôi hóa. Điện châm là sự kết hợp giữa châm cứu và dòng điện một chiều, tạo ra phương pháp điều hòa thần kinh – thể dịch, giảm đau, giãn cơ mạnh mẽ. Trong khi đó xoa bóp bấm huyệt sử dụng lực từ tay của kỹ thuật viên nhằm tạo ra các đáp ứng sinh lý tại chỗ và toàn thân, giúp cho giãn cơ, tăng cường tuần hoàn, kích thích thụ thể thần kinh thông qua thuyết cổng kiểm soát.

4.2.5. Cải thiện của mạch và lưỡi theo YHCT

Theo Y học cổ truyền, thiết chẩn (xem lưỡi) và mạch chẩn (xem mạch) là hai phương pháp chẩn đoán trọng yếu, cung cấp giá trị cao trong việc đánh giá và tiên lượng bệnh. Trong đó thiết chẩn phản ánh rất nhanh và rõ ràng sự thay đổi của bệnh lý. Thông qua việc quan sát các tổ hợp cơ bản như màu sắc, hình dạng và trạng thái lưỡi, thầy thuốc có thể nắm được sự thịnh suy của khí huyết tạng phủ và độ nông sâu của bệnh, từ đó đưa ra chẩn đoán và pháp trị phù hợp. Cơ sở lý luận cho việc này nằm ở quan niệm chính thể "Hữu chư nội tất hình vu ngoại" (bên trong có gì tất biểu hiện ra bên ngoài). Lưỡi không phải là một cơ quan độc lập mà được kết nối trực tiếp hoặc gián tiếp với toàn bộ ngũ tạng lục phủ thông qua hệ thống kinh lạc. Lý luận YHCT chỉ rõ: "Thiết vị tâm chi miêu" (lưỡi là mầm của tâm) và là ngoại hầu của tỳ (biểu hiện bên ngoài của tỳ). Các kinh can, thận đều liên lạc đến gốc lưỡi. Do đó, trạng thái của lưỡi, đặc biệt là vị giác, phản ánh trực tiếp chức năng của tỳ vị và tình trạng khí huyết toàn thân. Vị trí lưỡi cũng được phân định tương ứng với các tạng phủ: đầu lưỡi thuộc tâm (thượng tiêu), giữa lưỡi thuộc tỳ vị (trung tiêu), hai bên rìa thuộc can đởm, và gốc lưỡi thuộc thận (hạ tiêu). Trong bệnh lý yêu thông do phong hàn thấp kiêm can thận hư, người bệnh thường có biểu hiện lưỡi bệu, chất lưỡi nhạt, rêu trắng, đôi khi có điểm ứ huyết; mạch trầm nhược hoặc nhu hoãn.

Xuất phát từ nền tảng lý luận này, chúng tôi đã sử dụng sự thay đổi của mạch và lưỡi làm một trong những tiêu chí khách quan để đánh giá hiệu quả điều trị. Tại thời điểm trước nghiên cứu, tất cả người bệnh được chẩn đoán với thể phong hàn thấp kiêm can thận hư đều có biểu hiện mạch và lưỡi phù hợp với chẩn đoán.

Sau 20 ngày điều trị, kết quả ghi nhận tại nhóm NC cho thấy sự cải thiện vượt trội về lưỡi: 70% người bệnh cải thiện tình trạng lưỡi bệu nhọt, 76,70%

có cải thiện tình trạng lưỡi trắng dày. Nhóm ĐC có 36,70% người bệnh cải thiện tình trạng lưỡi bệu nhớt, 60% có cải thiện tình trạng lưỡi trắng dày.

Sau 20 ngày điều trị, kết quả ghi nhận tại nhóm NC cho thấy sự cải thiện vượt trội về mạch: 33,30% người bệnh cải thiện tình trạng mạch trầm nhược, 53,30% người bệnh cải thiện tình trạng mạch nhu hoãn. Nhóm ĐC 13,40% người bệnh cải thiện tình trạng mạch trầm nhược, 33,30% người bệnh cải thiện tình trạng mạch nhu hoãn

Sự thay đổi mạch và lưỡi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) khi so sánh với trước điều trị và so với nhóm chứng, chứng tỏ phác đồ điều trị đã có hiệu quả rõ rệt, giúp điều hòa lại sự mất cân bằng khí huyết và tạng phủ.

4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

Phương pháp kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyệt và sóng xung kích đã được đánh giá và chứng minh là một phương pháp an toàn.

Các biểu hiện bất thường của tác dụng không mong muốn được chúng tôi quan sát, ghi nhận, xử trí và theo dõi diễn biến sau xử trí trong suốt quá trình 20 ngày điều trị. Tuy nhiên, các biểu hiện như đau tăng, chảy máu, vệt châm, bầm tím, hoa mắt chóng mặt, buồn nôn, nôn, sản ngứa... đều không được ghi nhận trong suốt quá trình nghiên cứu.

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp) của 60 người bệnh nghiên cứu được chúng tôi kiểm tra hàng ngày. Trong suốt quá trình điều trị này, chúng tôi cũng không quan sát thấy những biểu hiện bất thường trên tần số mạch hay huyết áp tâm thu, tâm trương của người bệnh tham gia nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 60 người bệnh đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thắt lưng trong 20 ngày bằng phương pháp điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp với sóng xung kích ở nhóm nghiên cứu và điện châm, xoa bóp bấm huyệt ở nhóm đối chứng, dựa trên kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

1. Tác dụng giảm đau và cải thiện vận động

- Hiệu quả giảm đau của nhóm nghiên cứu sau 20 ngày điều trị, thang điểm đau VAS cải thiện 4,3 điểm, tốt hơn nhóm đối chứng (cải thiện 3,8 điểm) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Hiệu quả cải thiện độ giãn CSTL của nhóm nghiên cứu tốt đạt 73,3%, khá đạt 23,3% tốt hơn nhóm đối chứng (tốt đạt 6,7%, khá đạt 80%) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Hiệu quả cải thiện chỉ số Lasègue của nhóm nghiên cứu tốt đạt 33,3%, khá đạt 66,7% tốt hơn nhóm đối chứng (tốt đạt 6,7%, khá đạt 76,7%) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả cải thiện vận động của nhóm nghiên cứu: động tác cúi (tốt đạt 26,7%), ngửa (tốt đạt 40%), nghiêng bên (tốt đạt 30%), xoay (tốt đạt 40%) tốt hơn nhóm đối chứng (cúi tốt đạt 10%, ngửa tốt đạt 6,7%, nghiêng tốt đạt 6,7%, xoay tốt đạt 10%) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả cải thiện triệu chứng mạch, lưỡi theo YHCT: Sau 20 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng về mạch và lưỡi và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Trong quá trình điều trị người bệnh 20 ngày không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng. Qua đó kết luận đây là phương pháp an toàn thực hiện trên người bệnh khi được điều trị trong thời gian nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ

1. Điều trị đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống bằng điện châm và xoa bóp bấm huyết kết hợp sóng xung kích là phương pháp phối hợp những kỹ thuật, thủ thuật thông dụng, có hiệu quả tốt. Vì vậy, có thể sử dụng phương pháp này để điều trị bệnh lý đau thần kinh hông to do thoái hóa cột sống thể phong hàn thấp kèm can thận hư tại các tuyến y tế cơ sở, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, thuận tiện cho người bệnh và cũng góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

2. Tiếp tục nghiên cứu hiệu quả của phương pháp trên phạm vi rộng hơn, có thể áp dụng cho tất cả các khoa có sẵn thiết bị và đối tượng người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ trưởng Bộ Y tế (2020). Quyết định về việc ban hành Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại”.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
3. Davis D., Taqi M., và Vasudevan A. (2025). Sciatica. *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
4. WHO (2015). World Health Statistics 2015. World Health Organization. .
5. Vũ Thị Thanh Thủy (2018), *Đau cột sống thắt lưng và đau thần kinh tọa (hông)*, Nhà xuất bản Y học.
6. Trần Ngọc Ân (2002), *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học.
7. Nguyễn Tử Siêu (2009), *Hoàng đế nội kinh tố vấn*, Nhà xuất bản lao động.
8. Vương Thanh và Ngô Linh Dân (2025). Tác dụng lâm sàng của sóng xung kích kết hợp hỏa long trị liệu trong điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng kèm đau thần kinh tọa 《衝擊波聯合火龍罐治療腰椎間盤突出伴坐骨神經痛的臨床效果》. 44(08).
9. Lâm Vĩnh Xuân và Lưu Hoa Thúy (2025). Hiệu quả ứng dụng xoa bóp huyết vị kết hợp chăm sóc bằng xung trung tần ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng kèm đau thần kinh tọa 《穴位推拿結合中頻脈衝護理在腰椎間盤突出症伴坐骨神經痛患者中的應用效果》. 4(18).
10. Trần Văn Thanh và Trần Đức Hữu (2025), *Giáo trình châm cứu*, Nhà xuất bản Y học.
11. Zhang Z., Hu T., Huang P. và cộng sự. (2023). The efficacy and safety of acupuncture therapy for sciatica: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trails. *Front Neurosci*, 17.

12. Nguyễn Nhược Kim và Trần Quang Đạt (2013), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học.
13. Lý Bân Diễm, Đồ Kiến Phong, Phó Tử Đồng và cộng sự. (2025). Ảnh hưởng của thời gian bệnh đến hiệu quả châm cứu trong điều trị đau thần kinh tọa do nguồn gốc đĩa đệm: phân tích thứ cấp của một thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng đa trung tâm 《針刺對坐骨神經痛大鼠疼痛行為學及疼痛炎症因子的影響》. 48(08).
14. Trương An Bang, Ngô Viễn Hoa, và Vương A Trinh (2025). Kinh nghiệm lâm sàng điều trị đau thần kinh tọa bằng liệu pháp đặc sắc của y học Miêu 《苗醫特色療法治療坐骨神經痛臨證經驗》. 34(13).
15. Dedes V., Stergioulas A., Kipreos G. và cộng sự. (2018). Effectiveness and Safety of Shockwave Therapy in Tendinopathies. *Mater Socio-Medica*, 30(2), 131–146.
16. Lee S., Lee D., và 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.
17. Bộ môn Giải phẫu Đ. học Y.H.N. (2010), *Giải phẫu người tập I*, Nhà xuất bản Y học.
18. Frank H. Netter (2019), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
19. Hồ Hữu Lương (2020), *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học.
20. Clark W.C., Chokhavatia S.S., Kashani A. và cộng sự. (2009). Chapter 6 - Pain Measurement. *Pain Management Secrets (Third Edition)*. Mosby, Philadelphia, 42–52.
21. Nguyễn Văn Chương (2016). Khám hội chứng thắt lưng - hông. *Thần kinh học toàn tập*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 129–134.

22. Thường T.T.D. và Đàn N.V. (2021), *Bệnh học và điều trị thần kinh kết hợp đông tây y*, Nhà xuất bản Y học.
23. Casazza B.A. (2012). Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician*, 85(4), 320–337.
24. Nguyễn Bá Tĩnh (2007), *Tuệ tinh toàn tập*, Nhà xuất bản Y học.
25. Vương Lộ, Từ Vương Bình, Chung Phát Minh và cộng sự. (2025). Dựa trên lý thuyết kinh mạch, việc chẩn đoán và điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng với đau thần kinh tọa được phân tích trong y học cổ truyền Trung Quốc 《基於絡脈理論探討腰椎間盤突出症伴坐骨神經痛的中醫診療思路》. 63(22).
26. Đại học Y Hà Nội (2005), *Bài giảng y học cổ truyền tập 2*, Nhà xuất bản Y học.
27. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu. .
28. Dương Phong, Lục Đông Sinh, và Lương Quán Anh (2025). Tác dụng của châm cứu đối với hành vi đau và các yếu tố viêm đau ở chuột bị đau thần kinh tọa 《病程對針刺治療椎間盤源性坐骨神經痛療效的影響》. 2(10).
29. Nhậm Văn Kỳ, Đặng Hải Hà, và Lưu Sướng (2025). Quan sát hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng kèm đau thần kinh tọa bằng Hoàng đế nội kinh 《黃帝內針治療腰椎間盤突出症伴坐骨神經痛效果觀察》. 41(03).
30. Tu J.-F., Shi G.-X., Yan S.-Y. và cộng sự. (2024). Acupuncture vs Sham Acupuncture for Chronic Sciatica From Herniated Disk: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 184(12), 1417–1424.
31. Bộ trưởng Bộ Y tế (2014). Quyết định về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng”. .
32. Võ Trọng Tuân và Nguyễn Thị Anh Đào (2021), *Giáo trình giảng dạy đại học Xoa bóp bấm huyệt*, Nhà xuất bản Y học.

33. Lê Hữu Trác (2019), *Hải Thượng y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học.
34. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2013). *Xoa bóp bấm huyết*. 125–132.
35. Ogden J.A., Tóth-Kischkat A., và Schultheiss R. (2001). Principles of shock wave therapy. *Clin Orthop*, (387), 8–17.
36. Zhang B., Liu M., Bai Z. và cộng sự. (2025). Analysis of combined shockwave therapy and aquatic exercise for chronic nonspecific low back pain. *Medicine (Baltimore)*, 104(28), e43176.
37. Yang J., Do A., Soderlind J.N. và cộng sự. (2025). Effects of Tuina in Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Prim Care Community Health*, 16, 21501319251357404.
38. Duyên C.H. và Tuấn N.T.H. (2025). Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 546(2).
39. Dũng Đ.V., Hà N.T.T., Đông T.P. và cộng sự. (2024). Hiệu quả giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của bài thuốc bổ cân thang kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyết trên bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 536(1).
40. Quyên T.T.M. và Hằng V.V. (2024). Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết, bài tập dưỡng sinh nguyên văn hưởng trong điều trị hội chứng thắt lưng hông. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(1).
41. Hương T.T.T., Huy Đ.Q., Chung N.T. và cộng sự. (2024). Đánh giá kết quả của thuốc đắp HV kết hợp điện châm, hồng ngoại điều trị đau dây thần kinh tọa. *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, 55(02).
42. Bộ môn Phục hồi chức năng - Học viện quân y (2003), *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, .

43. Williamson A. và Hoggart B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*, 14(7), 798–804.
44. Nguyễn Thị Thúy (2016), *Đánh giá tác dụng liệu pháp kinh cân bằng điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh trong điều trị đau dây thần kinh hông to*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
45. BTL industry (2015). BTL - 6000 SWT Easy User's Manual. .
46. Hữu T.Đ. và Phong P.H. (2023). Đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng bài thuốc “Thái Bình HV” kết hợp điện châm. *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 64(3).
47. Nancy Berryman Reese và William D. Bandy *Joint range of motion and muscle length testing*, .
48. Nguyễn Văn Chương (2018), *Thực hành lâm sàng Thần kinh học tập 1*, Nhà xuất bản Y học.
49. Hồ Hữu Lương (2012), *Đau lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học.
50. Nguyễn Nhược Kim và Trần Quang Đạt (2013). *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 29–165, 166–180, 192–204, 302–307.
51. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng (đợt 2).

PHỤ LỤC 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án:

Số thứ tự:

Nhóm:

I. Hành chính

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

2. Địa chỉ:

3. Nghề nghiệp:

Tính chất lao động: Lao động nặng ☐. Lao động nhẹ ☐

4. Ngày vào viện:

5. Ngày ra viện:

II. Y học hiện đại.

1. Khởi phát bệnh.

Đột ngột ☐ Từ từ tăng dần ☐

2. Thời gian mắc bệnh:

≤ 7 ngày ☐

7 ngày - 3 tháng ☐

≥ 3 tháng ☐

3. Triệu chứng thực thể.

- Đường cong sinh lý cột sống.

Mất đường cong sinh lý ☐

Không mất đường cong sinh lý ☐

- Điểm đau tại cột sống

Có ☐ không ☐

- Điểm đau cạnh cột sống

Có ☐ không ☐

- Cơ cạnh sống nổi vồng, co cứng

Có ☐ không ☐

- Đau lan xuống mông và chân một hoặc 2 bên

Có ☐ không ☐

4. Tiền sử:

- Thoát vị đĩa đệm ☐

THCS ☐

Loãng xương ☐

Chấn thương cột sống ☐

Phẫu thuật cột sống ☐

Lao cột sống ☐

Tiêm cột sống < 6 tháng ☐

Khác ☐

5. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm:

+ Hồng cầu(T/l): Bạch cầu(G/l)HGB(g/l)

+ Ure (mmol/lCreatinin(μ mol/l)

+ AST(UI/l)ALT(UI/l)

- Hình ảnh X quang:

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

Nứt đốt sống (gai đôi) ☐ Cùng hóa ☐ Hẹp lỗ tiếp hợp ☐

6. Chẩn đoán theo YHHĐ:

II. Y học cổ truyền

1. Vọng chẩn:

- Thần: Tỉnh ☐ Chậm ☐

- Sắc: Trắng ☐ hồng ☐ đỏ ☐ xanh nhợt ☐

- Thể trạng người bệnh: gầy ☐ béo ☐ bình thường ☐

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

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

- Cử động lưỡi:

- Vùng cột sống thắt lưng: Sưng đỏ ☐ bình thường ☐ co cứng, nổi vòng ☐

2. Văn chẩn:

- Hơi thở: êm dịu ☐ Tho ☐ Đoản hơi ☐

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

3. Vấn chẩn:

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

- Vận động đau tăng: Có ☐ Không ☐

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

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

- Đại tiện: Táo ☐ , nát ☐ , lỏng ☐

- Tiểu tiện: Vàng ☐ trong ☐

- Ngủ: Bình thường ☐ Rối loạn giấc ngủ ☐

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

4. Thiết chân:

Mạch chân:

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

5. Chân đoán YHCT:

a. Bát cương:

b. Kinh lạc:

c. Nguyên nhân:

d. Thể bệnh:

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

1. Đánh giá một số chỉ số:

Thời điểm		D ₀	D ₁₀	D ₂₀
Chỉ số				
Mức độ đau (điểm VAS)				
Độ giãn CSTL (cm)				
Tầm vận động	Gập cột sống (độ)			
	Uốn cột sống (độ)			
	Nghiêng bên (độ)			
	Xoay bên (độ)			
Chỉ số Lasègue				

2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp

Triệu chứng	N	%
Vùng châm		
Chảy máu		
Gãy kim		
Đau tăng		
Xuất huyết dưới da		

* Số ngày điều trị:

* Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:

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

Hà Nội, ngày, tháng... năm

Người thực hiện

PHỤ LỤC 2
PHIẾU TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên tôi là:

Tuổi: Giới tính:

Địa chỉ:

Sau khi được các bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh tật của mình và được biết đến đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm, xoa bóp kết hợp với sóng xung kích” Tôi xin tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Trong quá trình điều trị nếu có bất cứ rủi ro nào xảy ra tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và không có kiện cáo gì.

Hà Nội, ngày tháng Năm

Người làm đơn

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 3

Tên huyệt	Mã số	Đường kinh	Vị trí
Giáp tích L5-S1		Kỳ huyệt	Từ khe đốt sống L5-S1 đo ngang ra 0,5 thốn [31].
Thận du	BL 23	Bàng quang	Từ khe đốt sống L2-L3 đo ngang ra 1,5 thốn [50].
Đại trường du	BL 25	Bàng quang	Từ khe đốt sống L4-L5 đo ngang ra 1,5 thốn [50].
Trật biên	BL 54	Bàng quang	Từ S4 đo ngang ra 3 thốn [50].
Thừa phù	BL 36	Bàng quang	Chính giữa nếp lằn mông [50].
Ân môn	BL 37	Bàng quang	Điểm giữa đường nối huyệt Thừa phù và Ủy trung [50].
Ủy trung	BL 40	Bàng quang	Điểm giữa nếp lằn khoeo chân [50].
Thừa sơn	BL 57	Bàng quang	Ở mặt sau cẳng chân, nơi hợp lại của cơ sinh đôi [50].
Côn lân	BL 60	Bàng quang	Điểm giữa đường nối đỉnh cao mắt cá ngoài với gân Achil [50].
Hoàn khiêu	GB 25	Đờm	NB nằm sấp, huyệt nằm ở điểm 1/3 ngoài trên đường nối mấu chuyển lớn xương đùi và móm cùng cụt [50].
Phong thị	GB 32	Đờm	NB nằm thẳng, tay xuôi thân mình, áp ngón tay giữa vào mặt ngoài đùi, đầu chót ngón tay là huyệt [50].
Dương lăng tuyền	GB 34	Đờm	Chỗ lõm giữa khớp chày, mác ở phía ngoài đầu gối [50].
Huyền chung	GB 39	Đờm	Từ đỉnh cao mắt cá ngoài đo lên 3 thốn [50].
Túc lâm khắp	GB 41	Đờm	Chỗ lõm phía trước kẽ ngón chân 4-5 [50].
Cách du	BL 17	Bàng quang	Từ khe đốt sống D7-D8 đo ngang ra 1.5 thốn [50].

PHỤ LỤC 4
CÁC THỦ THUẬT XOA BÓP BẮM HUYỆT
TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO

1. Xoa

Dùng vân ngón tay, gốc bàn tay hoặc mô ngón tay út, ngón tay cái xoa tròn trên da chỗ đau, tay của thầy thuốc di chuyển trên da người bệnh. Đây là thủ thuật mềm mại, thường dùng ở bụng hoặc nơi có sung đỏ.

Tác dụng: lý khí hòa trung (tăng cường tiêu hóa), thông khí huyết, làm hết sung, giảm đau.

2. Xát

Dùng gốc gan bàn tay, mô ngón tay út hoặc mô ngón tay cái xát lên da theo hướng thẳng (đi lên, đi xuống hoặc sang phải, sang trái). Tay của thầy thuốc di chuyển trên da người bệnh, cũng có khi phải dùng dầu, bột tal để làm trơn da. Toàn thân chỗ nào cũng xát được.

Tác dụng: thông kinh lạc, dẻo gân cốt, lý khí làm hết đau, hết sung.

3. Miết

Dùng vân ngón tay cái miết chặt vào da người bệnh rồi miết theo hướng lên hoặc xuống hoặc sang phải, sang trái. Tay của thầy thuốc di động và kéo căng da của người bệnh. Thủ thuật này hay dùng ở đầu, bụng.

Tác dụng: khai khiếu, trấn tĩnh, bình can, giáng hỏa, làm sáng mắt, trẻ em ăn không tiêu.

4. Day

Dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái, hơi dùng sức ấn xuống da người bệnh và di chuyển theo đường tròn. Tay của thầy thuốc và da của người bệnh dính với nhau, da người bệnh di động theo tay thầy thuốc. Động tác này thường làm chậm còn mức độ mạnh hay nhẹ, rộng hay hẹp tùy tình hình bệnh lý. Đây là thủ thuật mềm mại, hay làm ở nơi có nhiều cơ (khối cơ dày)

Tác dụng: làm giảm sung, hết đau, khu phong, thanh nhiệt, giúp tiêu hóa.

5. Bóp

Có thể dùng hai bàn tay hoặc các ngón tay để bóp vào các huyết, vừa bóp vừa hơi kéo thịt lên. Nói chung không nên để thịt và gân trượt dưới tay, vì làm như vậy gây đau. Nên dùng đốt ngón thứ 3 các ngón tay để bóp, không nên dùng đầu ngón tay để bóp vào cơ vì làm như vậy gây đau. Thường dùng ở cổ, gáy, vai, nách, lưng trên, mông và tứ chi... Sức bóp mạnh hay nhẹ tùy đối tượng.

Tác dụng: giải nhiệt khai khiếu, khu phong tán hàn, thông kinh lạc.

6. Đấm

Nắm tay lại, dùng ô mô út đấm vào chỗ bị bệnh, thường dùng ở nơi nhiều cơ như lưng, mông, đùi.

Tác dụng: thông khí huyết, tán hàn, khu phong.

7. Lăn

Dùng mu bàn tay, ô mô út hoặc dùng các khớp giữa bàn tay và ngón hoặc dùng các khớp ngón tay vận động nhẹ nhàng khớp cổ tay với một sức ép nhất định lần lượt lăn trên da thịt người bệnh. Thường lăn ở nhiều nơi (nơi đau).

Tác dụng: khu phong, tán hàn, thông kinh lạc làm lưu thông khí huyết, do đó giảm đau và khớp vận động được dễ dàng. Thủ thuật này có tác dụng thâm sâu vào da thịt, diện kích thích lớn nên hay được dùng trong tất cả các trường hợp xoa bóp.

8. Ấn

Dùng ngón, gốc gan bàn tay, mô ngón tay cái hoặc mô ngón tay út ấn vào một nơi nào đó hoặc vào huyết nào. Tác động chính là sức qua da vào thịt, xương hoặc vào huyết.

9. Phát

Bàn tay hơi khum khum, giữa lòng bàn tay lõm, các ngón tay khít lại với nhau, phát từ nhẹ đến nặng vào chỗ bị bệnh. Khi phát da đỏ lên do áp lực trong lòng bàn tay thay đổi gây nên chứ không có các vết lằn ngón tay như khi để thẳng ngón tay phát. Hay dùng ở vai, thắt lưng, tứ chi, bụng.

Tác dụng: thông kinh lạc, mềm cơ, giảm sức căng. [32]

PHỤ LỤC 5

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẰNG SÓNG XUNG KÍCH

1. CHỈ ĐỊNH

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

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trực tiếp lên vùng đang chảy máu hoặc nguy cơ chảy máu.
- Chấn thương cấp.
- Trực tiếp lên đầu xương trẻ em, gãy xương chưa được xử lý, thai nhi.

3. 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.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bật máy
- Cài đặt các thông số kỹ thuật
- Bôi gel lên bề mặt da vùng điều trị.

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

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Cảm giác và phản ứng của người bệnh.
- 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.[51]

PHỤ LỤC VI: ĐIỆN CHÂM

1. CHỈ ĐỊNH

- Các chứng liệt (liệt do tại biến mạch máu não, di chứng bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý đau như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê trong phẫu thuật...)

- Các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đụng giập, chấn thương, đau sau mổ, đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh...

- Bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc,...

- Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp, lậu....

- Châm tê phẫu thuật

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai.

- Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da.

- Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa...

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện:

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

3.2. Phương tiện:

- Kim châm cứu vô khuẩn dùng một lần

- Khay men, kim có máu, bông, cồn 700

- Máy điện châm hai tần số bổ tả

3.3. Người bệnh

- Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Người bệnh nằm tư thế thoải mái, chọn tư thế sao cho vùng được châm được bộc lộ rõ nhất.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Thủ thuật:

- **Bước 1:**

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

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

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

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

- **Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm**

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

- Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
- Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

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

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

4.2. Liệu trình

Châm ngày 1 lần, thời gian 25- 30 phút/lần.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

5.1. Theo dõi

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

5.2. Xử trí tai biến

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

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